

由仁町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

由仁町国民健康保険

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
 - （4）標準化の推進
- 5 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化・・・12

- 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期データヘルス計画の評価
 - （2）主な個別事業の評価と課題
- 3 第3期計画における健康課題の明確化
 - （1）基本的考え方
 - （2）健康課題の明確化
 - （3）目標の設定
 - （4）管理目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）・・・・・・41

- 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
 - （1）実施方法
 - （2）特定健診委託基準及び委託機関リスト
 - （3）特定健診実施項目
 - （4）実施時期
 - （5）特定健診受診とみなすデータ受領

- (6) 費用及び法定報告
- (7) 案内方法・実施スケジュール
- 5 特定保健指導の実施
 - (1) 健診から保健指導実施の流れ
 - (2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法
 - (3) 健診・保健指導の実施スケジュール
- 6 結果の報告

第4章 課題解決するための個別保健事業 48

- 1 保健事業の方向性
- 2 重症化予防の取組
 - (1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
 - (2) 脳血管疾患重症化予防
 - (3) 虚血性心疾患重症化予防
 - (4) 糖尿病性腎症重症化予防
- 3 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
 - (2) 事業の実施
- 4 発症予防
- 5 ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価と見直し 83

- 1 評価の時期
- 2 評価方法と体制

第6章 計画の公表と周知及び個人情報の取扱い 84

- 1 計画の公表と周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料 85

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「データヘルス計画」（仮称）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、健康と医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施、評価や改善等を行うことが求められています。

また、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月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020^{※3}」において、保険者のデータヘルス計画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 2022^{※4}」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当たり、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、効果的で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当町の課題等を踏まえ、当町では、保健事業を引き続き実施するに当たり、国指針に基づいて、「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、医療や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。（平成25年6月閣議決定）

※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 2020：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 2022：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。

2 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康や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、第4期特定健康診査等実施計画は、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。特定健康診査等実施計画は、40歳以上の被保険者を対象としますが、保健事業実施計画（データヘルス計画）は、被保険者全員を対象とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）^{※5}」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）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特定健診・保健指導を実施するに当たり、事務担当者を含め、特定健診・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）

当町では、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、健康寿命の延伸と医療費適正化により、北海道の医療費平均との差額縮小を目指します。

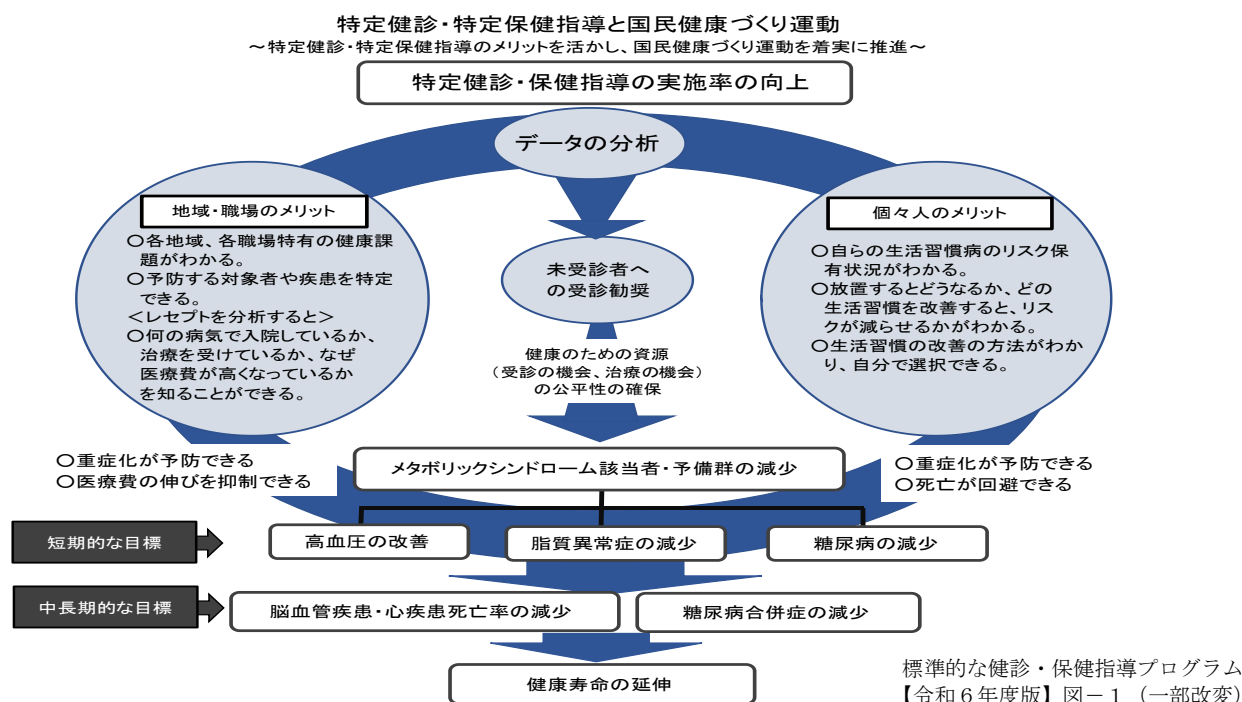
※5 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）：効果的な健診・保健指導のために、これらに関わる医師や保健師、管理栄養士などが理解しておくべき点をまとめたもの。平成20年の公表以降、これまで平成25年度、平成30年度に改訂されている。令和6年度版では、アウトカム評価の導入が大きな変更点となっている。

※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

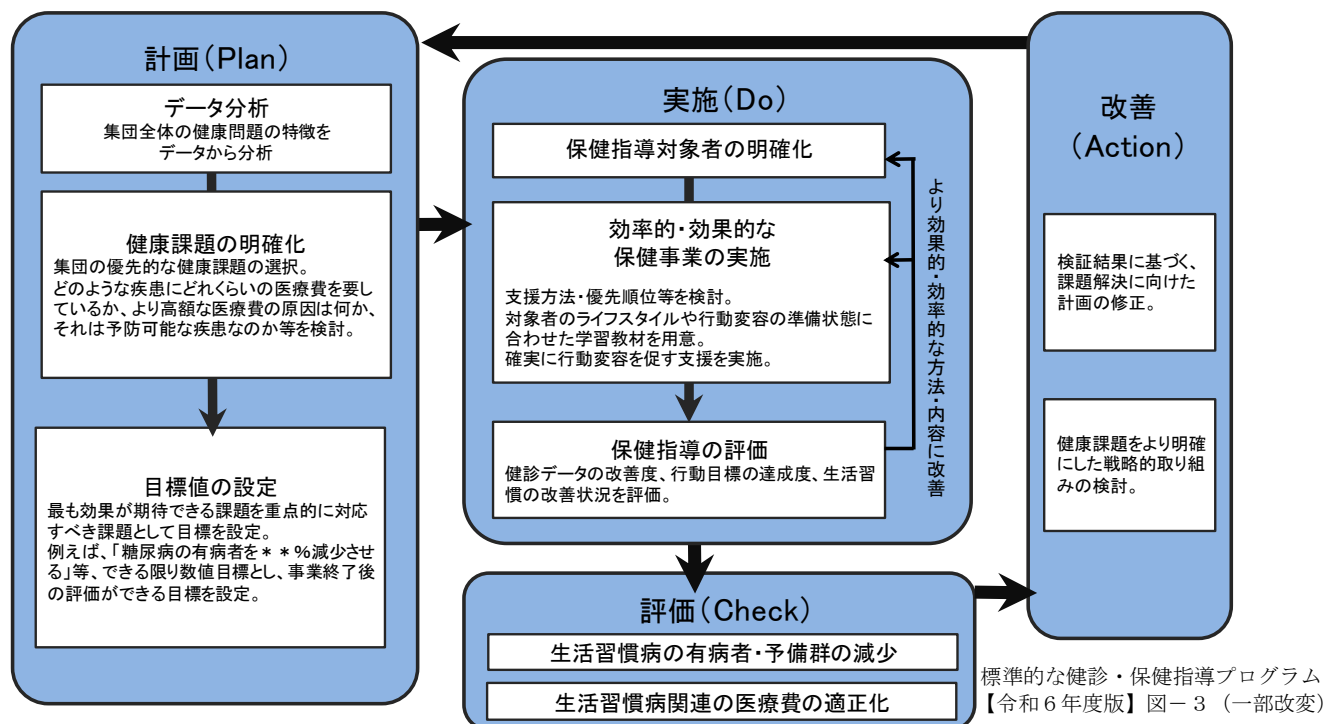
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 導の適切な有効な実施を図る 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 康づくりの展開により実効性を持 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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	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青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		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・骨密度低下、 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子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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



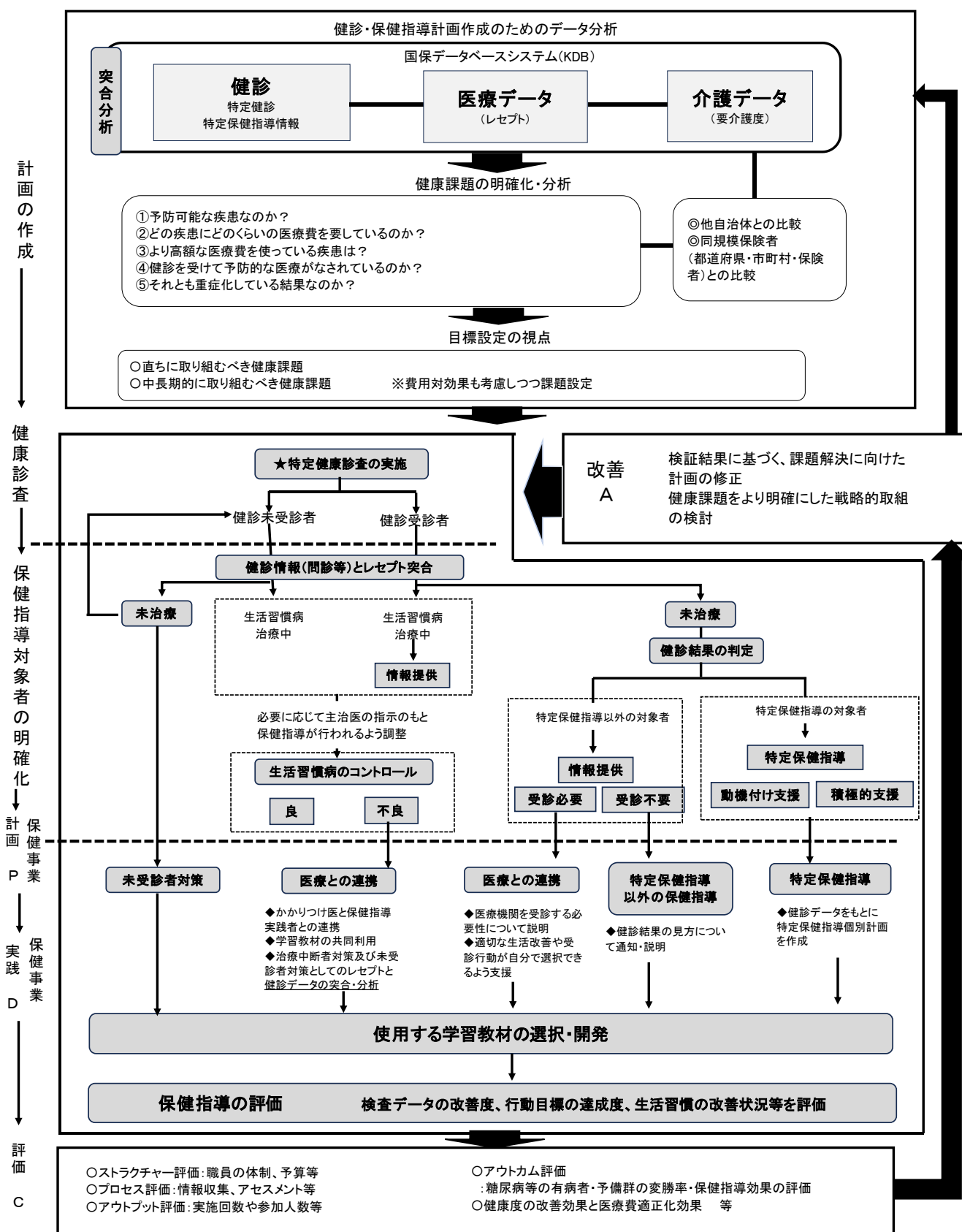
注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）における基本的な考え方（一部改変）

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

3 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。

また、国民健康保険事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が 6 年を 1 期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図

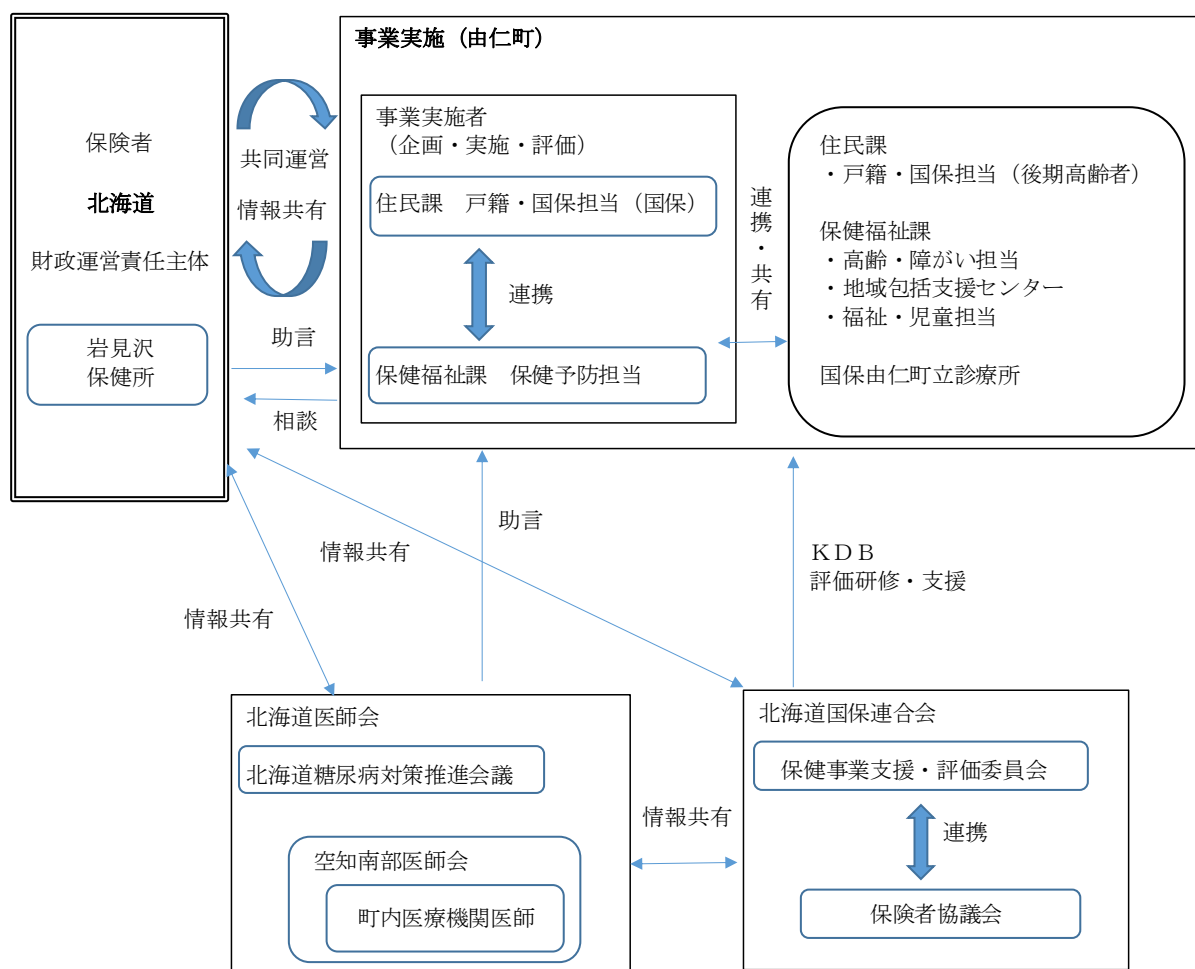
るために、国保を担当する戸籍・国保担当（住民課）と保健予防担当（保健福祉課）が主体となって、保険者の健康課題を分析し計画策定を進めます。

また、計画に基づき、効果的で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全体の評価を行い、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、後期高齢者医療を担当する戸籍・国保担当（住民課）、地域包括支援センター（保健福祉課）、高齢・障がい担当（保健福祉課）、福祉・児童担当（保健福祉課）、由仁町立診療所とも十分連携を図り、国保世代の保健事業が後期高齢者医療保険に移行後も継続されるよう、地域包括ケアシステムを推進していきます。（図表6、7）

図表6 由仁町の実施体制図

実施体制図



図表 7 国保保健事業体制と主な保健事業の分担

令和5年度

	保健福祉課							住民課	
	保健予防担当							国保担当	
	保 (主査)	保	保	保	管栄	管栄	事	事 (主査)	事
特定健診	○	◎※2	○	○	○	○	○※3	○	◎※1
保健指導	○	◎	○	○	○	○	○※3	◎※2	
一体的実施	◎※2	○	○	○	○	○			
予防接種	○	○	◎	○			○※3		

※1 接種券発送、未受診勧奨

※2 補助金等事務

※3 データ取り込み等

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携、協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である道のほか、北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会（公衆衛生学・公衆衛生看護学の教員及び有識者、北海道職員）等から助言を受けるとともに、国保運営協議会委員である町内開業医や歯科医師からも助言を受け策定します。

また、道は、市町村国保の財政運営の責任主体として共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化に対しての関与が重要となります。

さらに、保険者等と地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、道が北海道医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と道は、ともに市町村の保険者を支援する立場にあることから、日頃から両者が積極的に連携するとともに、当町国保は、退職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、当町国保と被用者保険の保険者間で、健康や医療情報の分析結果、健康課題等を共有し、連携して保健事業を展開することに努めていきます。

(3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康寿命の延伸にあることから、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、計画策定に当たっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

（４）標準化の推進

データヘルス計画が北海道で標準化されることにより、共通の評価指標による道内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されています。当町では、道の方針を踏まえて、第３期データヘルス計画を策定します。（図表８）

図表8 データヘルス計画標準化のための北海道の評価指標

目 的		
道民が健康で豊かに過ごすことができる		

最上位目標（共通指標）		評価指標	目 標
アウトカム	健康寿命の延伸	平均自立期間	延伸
	医療費の構造変化	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	抑制
中・長期目標（共通指標）		評価指標	目 標
アウトカム	生活習慣病重症化予防	新規脳血管疾患患者数	抑制
		新規虚血性心疾患患者数	抑制
		新規人工透析導入者数	抑制
短期目標（共通指標）		評価指標	目 標
アウトカム	健康づくり	メタボリック症候群該当者の割合	減少
		メタボリック症候群予備群該当者の割合	減少
		喫煙率	減少
		1日飲酒量が多い者の割合	減少
		運動習慣のない者の割合	減少
	特定保健指導	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加
	生活習慣病重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合	減少
		HbA1c7.0%以上の割合	減少
		HbA1c6.5%以上の割合	減少
		Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg・拡張期110mmHg）以上の割合	減少
		Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg・拡張期100mmHg）以上の割合	減少
		I度高血圧（収縮期140mmHg・拡張期 90mmHg）以上の割合	減少
		LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	減少
		LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	減少
		LDLコレステロール140mg/dl以上の割合	減少
アウトプット	特定健診	特定健康診査実施率	向上
	特定保健指導	特定保健指導実施率	向上
	生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
		高血圧重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
	脂質異常症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	

健康・医療情報分析からの考察
（死亡・介護） ○平均自立期間が国と比較して男女とも短い。 ○高齢化率が国と比較して高く、高齢化のスピードも速い。 ○死因別死亡数では、悪性新生物や心疾患が国と比較して多く、標準化死亡比（SMR）では、悪性新生物や腎不全が国と比較して高い。 ○死因割合では、悪性新生物、心不全、腎不全等が国と比較して高い。 ○1件当たり介護給付費が、国と比較して高い。 ○1号被保険者に係る認定率が、国と比較して高い。 ○要介護認定者の有病状況では、糖尿病とがんの割合が高い。 ○要介護認定者の半数以上が高血圧症を有している。 （医療） ○1人当たり医療費（実数及び年齢調整後）は、国保・後期ともに国と比較して高い。 ○地域差指数は、国保・後期ともに国と比較して外来が低く、入院が高い。 ○医療機関受診率は、国保・後期ともに国と比較して外来受診率が低く、入院受診率が高い。 ○外来・入院費用の割合は、国保・後期ともに国と比較して外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。 ○入院医療費では、国保・後期ともに生活習慣病重症化疾患である脳梗塞、狭心症に係る医療費の割合が高い。 ○外来医療費では、生活習慣病基礎疾患（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）に係る医療費の割合が国保で高く、後期になると重症化疾患である慢性腎臓病（透析有り）に係る医療費の割合が高い。 ○国保及び後期（65～74歳）の新規人工透析導入者の割合が国と比較して高い。 ○国保・後期ともに新規人工透析導入者のうち、糖尿病患者の割合が国と比較して高い。 （特定健診・特定保健指導） ○特定健診受診率が低く、保健指導が必要な人を十分に把握できていない。 ○特定保健指導実施率が国の目標値に至っておらず、更なる実施率向上が必要。 ○メタボ該当者が多い。 ○有所見者の割合をみると、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く（重度に）なるにしたがって国と比較して高くなり、重症化予防対象者が多いことから、更なる生活習慣病未治療者・中断者対策が必要。 ○喫煙率が男女ともに国と比較して高い。 ○飲酒（1日飲酒量3合以上）に該当する者の割合が男女ともに国と比較して高い。 ○運動習慣（1回30分以上）のない者の割合が男女ともに国と比較して高い。

健康課題
（健康寿命・医療費の構造変化） ○平均自立期間が短い。 ○国保・後期ともに1人当たり医療費及び1人当たり年齢調整後医療費が高い。 ○国保・後期ともに外来受診率が低く入院受診率が高い。 ○国保・後期ともに外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。 （重症化予防） ○HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く（重度に）なるにしたがって順位が悪化し、重症化予防対象者が多い。 ○糖尿病、高血圧症、脂質異常症が重症化し、腎不全や心不全に繋がっている。 ○糖尿病に起因する新規人工透析導入者数が多い。 （健康づくり） ○メタボ該当者が多い。 ○喫煙率が高い。 ○1日飲酒量が多い者の割合が高い。 ○運動習慣のない者の割合が高い。

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年度から本格的に実施されています。（図表9）

令和2年度からは、予防と健康づくり事業の「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と健康づくり事業の取組を後押しする保険者努力支援制度（事業費分・事業費連動分）が創設され、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されています。

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で効率的な活用を行っています。

図表9 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	
			由仁町	配点	由仁町	配点	由仁町	配点
交付額(万円)			3,230		4,978		2,501	
全国順位(1,741市町村中)			150位		37位		240位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	135	70	140	70	140	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	35	40	50	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	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	10	130	110	130	40	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	50	100	30	100	30	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	28	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	87	100	75	100
合計点			713	1,000	772	960	670	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

高齢化率は令和2年度国勢調査で42.9%となっており、同規模※、道、国と比較すると高齢者の割合は高く、出生率が低い少子高齢化が進んでいますが、平均自立期間は男性が81.3歳、女性が85.1歳で同規模、道、国と比較しても長いことがわかります。産業においては、第1次産業が35.6%と同規模と比較しても高いです。農業を営む者が多く、夏季と冬季での生活の大きな違いから生活習慣及び生活のリズムの変化が大きいことが予測されます。生活習慣病は若い時からの習慣に基づいて発症し重症化していくため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表10)

国保加入率は30.9%で、被保険者数は減少しているものの、加入率は横ばいです。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が44.5%を占めています。(図表11)

また、町内には診療所が1か所、個人医院が1か所あり、隣町や都市部へのアクセスも良いため、医療にかかりやすい環境です。(図表12)

図表10 同規模、道、国と比較した由仁町の特性

	人口	出生率 (人口千対)	高齢化率	加入率 (被保険者数)	被保険者 平均年齢	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	男性		女性	
											平均自立 期間(年)	平均寿命 との差(年)	平均自立 期間(年)	平均寿命 との差(年)
由仁町	4,769人	3.4‰	42.9%	30.9% (1,476人)	54.1歳	17.4‰	0.2	35.6%	15.6%	48.8%	81.3	1.4	85.1	2.7
同規模	--	4.9‰	41.4%	27.0%	54.8歳	18.9‰	0.2	22.3%	20.6%	57.2%	79.3	1.4	84.2	3.2
道	--	5.7‰	32.2%	20.7%	54.4歳	12.6‰	0.5	7.4%	17.9%	74.7%	79.6	1.4	84.2	3.1
国	--	6.8‰	28.7%	22.3%	52.0歳	11.1‰	0.5	4.0%	25.0%	71.0%	80.1	1.6	84.4	3.4

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

※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、由仁町と同規模保険者（274市町村）の平均値を表します。

図表11 国保の加入状況

	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	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,675		1,630		1,542		1,522		1,476	
65～74歳	669	39.9%	670	41.1%	669	43.4%	669	44.0%	657	44.5%
40～64歳	607	36.2%	579	35.5%	525	34.0%	510	33.5%	501	33.9%
39歳以下	399	23.8%	381	23.4%	348	22.6%	343	22.5%	318	21.5%
加入率	31.5%		30.7%		29.0%		28.6%		30.9%	

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 医療の状況（被保険者千人当たり）

	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		参考(令和4年度)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	道
											割合	割合
病院数	1	0.6	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5
診療所数	1	2.4	1	2.5	2	3.2	2	3.3	2	3.3	3.6	3.1
病床数	57	34.0	57	35.0	19	12.3	19	12.5	19	12.9	21.9	85.6
医師数	3	1.8	3	1.8	4	2.6	4	2.6	4	2.7	3.3	12.8
外来患者数	688.2		694.4		652.3		667.8		679.2		653.6	654.8
入院患者数	32.6		29.3		26.6		24.9		25.9		22.9	21.5

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

2 第2期計画に係る評価及び考察

(1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画においては、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）の医療費の変化を設定しました。

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改善が必要な疾患として、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）を起因とする高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。

ア 中長期的な目標（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

(ア) 介護給付費の状況

令和4年度の要介護認定者は、2号認定者（40～64歳）で6人（認定率0.39%）、1号認定者（65歳以上）で370人（認定率18.9%）と、同規模、道、国と比較すると低い状況です。介護給付費の一人当たり給付費も低下しています。（図表13、14）

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、2号認定者（40～64歳）では脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）での認定が多く、1号認定者（65歳以上）では194人（57.9%）が虚血性心疾患となっています。基礎疾患である高血圧や糖尿病等の有病状況は、全年齢で327人（96.5%）と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

（図表15）

図表 13 要介護認定者（率）の状況

		由仁町		同規模	道	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
高齢化率		2,003人 37.7%	2,044人 42.9%	41.4%	32.2%	28.7%
2号認定者		6人 0.34%	6人 0.39%	0.38%	0.42%	0.38%
	新規認定者	1人	1人	--	--	--
1号認定者		385人 19.2%	370人 18.9%	19.9%	20.9%	19.4%
	新規認定者	56人	40人	--	--	--
再掲	65～74歳	31人 3.5%	36人 4.0%	--	--	--
	新規認定者	9人	5人	--	--	--
	75歳以上	354人 32.0%	334人 29.4%	--	--	--
	新規認定者	47人	35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 14 介護給付費の変化

		由仁町		同規模	道	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総給付費		6億1701万円	5億3970万円	--	--	--
一人当たり給付費(円)		308,044	264,039	295,745	246,306	265,628
1件当たり給付費(円)全体		83,234	74,472	80,335	60,826	59,537
	居宅サービス	36,429	33,890	42,723	41,918	41,165
	施設サービス	272,617	283,548	287,535	295,698	295,813

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 15 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和4年度）

受給者区分			2号		1号				合計	
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計	
介護件数(全体)			6		36		334		370	
再)国保・後期			4		30		305		335	
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	脳血管疾患	3 75.0%	虚血性心疾患	16 53.3%	虚血性心疾患	178 58.4%	虚血性心疾患	194 57.9%
		2	虚血性心疾患	0 0.0%	脳血管疾患	10 33.3%	脳血管疾患	122 40.0%	脳血管疾患	132 39.4%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	7 23.3%	腎不全	63 20.7%	腎不全	70 20.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	8 26.7%	糖尿病合併症	51 16.7%	糖尿病合併症	59 17.6%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4 100.0%	基礎疾患	26 86.7%	基礎疾患	297 97.4%	基礎疾患	323 96.4%
	血管疾患合計		4 100.0%	合計	27 90.0%	合計	298 97.7%	合計	325 97.0%	
	認知症		0 0.0%	認知症	7 23.3%	認知症	171 56.1%	認知症	178 53.1%	
筋・骨格疾患		4 100.0%	筋骨格系	24 80.0%	筋骨格系	295 96.7%	筋骨格系	319 95.2%		
									327 96.5%	

出典：ヘルスサポートラボツール

当町は介護が必要になった要因として心疾患（虚血性心疾患のほか心不全を含む。）が最も多く、特に心不全の場合は介護度が重くなっています。（図表 16）

図表 16 要介護者の心疾患有病状況（令和3年度）

介護が必要になった要因						
令和3年度 介護情報	心疾患			うち心不全		
	要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3・4・5	要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3・4・5
	1・2	1・2	3・4・5	1・2	1・2	3・4・5
40～64歳	0人	0人	0人	0人	0人	0人
65～74歳	11人	4人	2人	5人	2人	0人
75歳以上	73人	95人	82人	42人	56人	52人

出典：ヘルスサポートラボツール

（イ）医療費の状況

一人当たり医療費は、平成30年度と比較して約4千円減少していますが、国と比較すると約4万7千円高い状況です。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.7%程度にも関わらず、

医療費全体の 47.6%を占めており、1 件当たりの入院医療費も平成 30 年度と比較して約 11 万円高い状況です。(図表 17)

年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を超えています、国保世代、後期高齢者ともに道よりも低く、平成 30 年度よりも令和 3 年度の方が下回っています。(図表 18)

外来よりも入院の医療費が高額になるため、生活習慣病が重症化した状態の入院を抑制するため、予防可能な生活習慣病の重症化予防に重点を置いた取組に力を入れる必要があります。

図表 17 医療費の推移

		由仁町		同規模	道	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
被保険者数		1,675人	1,499人	--	--	--
	前期高齢者割合	669人 (39.9%)	655人 (43.7%)	--	--	--
総医療費		6億5,514万円	5億2,816万円	--	--	--
一人当たり医療費		391,125円	387,038円	367,527円	376,961円	339,679円
		道内37位 同規模38位	道内56位 同規模95位			
入院	1件当たり費用額	488,260円	600,320円	588,760円	627,090円	616,230円
	費用の割合	49.6	47.6	44.9	43.7	39.6
	件数の割合	4.5	3.7	3.4	3.2	2.5
外来	1件当たり費用額	23,520円	25,140円	25,220円	26,440円	24,160円
	費用の割合	50.4	52.4	55.1	56.3	60.4
	件数の割合	95.5	96.3	96.6	96.8	97.5
受診率		720.788	705.114	676.49	676.241	705.439

※同規模順位は当町と同規模保険者 274 市町村の平均値を表す

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 18 一人当たり（年齢調整後）地域差指数の推移

		国民健康保険			後期高齢者医療		
		由仁町（道内市町村中）		道 （47都道府県中）	由仁町（道内市町村中）		道 （47都道府県中）
		平成30年度	令和3年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	令和3年度
地域差指数・順位	全体	1.174	1.043	1.050	1.132	1.101	1.107
		(30位)	(78位)	(15位)	(39位)	(52位)	(9位)
	入院	1.421	1.163	1.149	1.114	1.133	1.243
		(32位)	(79位)	(16位)	(83位)	(78位)	(8位)
	外来	1.022	0.961	0.986	1.179	1.089	0.974
		(58位)	(91位)	(27位)	(3位)	(4位)	(23位)

(ウ) 中長期目標の医療費の変化

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は、平成30年度と比較すると減少していますが、脳梗塞・脳出血が0.96%から1.07%、慢性腎不全（透析無）は0.29%から0.61%に増加しています。（図表19）

患者数の視点で中長期目標の治療状況を平成30年度と比較すると、すべて減少し、予防活動の効果が表れています。（図表20）

図表19 中長期目標の医療費の推移

			由仁町		同規模	道	国
			平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総医療費			6億5,514万円	5億2,816万円	--	--	--
中長期目標 医療費合計			4,444万円	2,345万円	--	--	--
			6.78%	4.44%	7.25%	6.48%	8.04%
中長期目標	脳	脳梗塞・脳出血	0.96%	1.07%	2.12%	2.17%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.69%	1.11%	1.47%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	2.85%	1.65%	3.29%	2.30%	4.27%
		慢性腎不全（透析無）	0.29%	0.61%	0.37%	0.28%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		15.05%	17.45%	17.58%	19.13%	16.67%
	筋・骨疾患		10.94%	10.70%	9.31%	9.41%	8.69%
	精神疾患		11.38%	9.18%	7.81%	7.60%	7.63%

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。

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20 中長期目標（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の治療状況

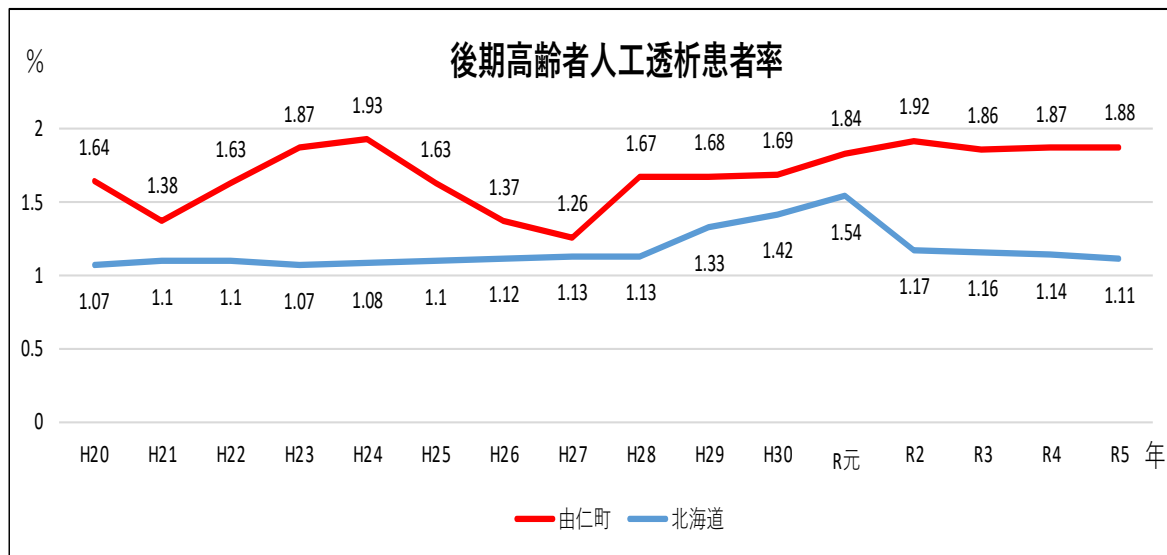
年齢区分		被保険者数		中長期目標							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		平成30年度	令和4年度		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	1,675	1,499	a	126	95	190	142	7	4	
				a/A	7.5%	6.3%	11.3%	9.5%	0.4%	0.3%	
40歳以上		B	1,276	1,162	b	122	94	188	142	6	3
		B/A	76.2%	77.5%	b/B	9.6%	8.1%	14.7%	12.2%	0.5%	0.3%
再掲	40～64歳	D	607	507	d	37	22	52	25	3	1
		D/A	36.2%	33.8%	d/D	6.1%	4.3%	8.6%	4.9%	0.5%	0.2%
	65～74歳	C	669	655	c	85	72	136	117	3	2
		C/A	39.9%	43.7%	c/C	12.7%	11.0%	20.3%	17.9%	0.4%	0.3%

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

国保加入者では、慢性腎不全（透析有）の医療費の割合は減少していますが、後期高齢者透析患者率は高く、全道でも高い順位で推移しています。

国保加入時の慢性腎不全（透析無）の増加が高齢者医療保険加入後の人工透析導入につながっていると予想されます。（図表 21）

図表 21 後期高齢者人工透析患者率及び全道順位



道内順位	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
	5位	14位	3位	2位	3位	3位	12位	24位	5位	6位	3位	4位	4位	4位	4位	3位

出典：北海道後期高齢者医療広域連合ホームページ

後期高齢者人工透析患者率＝透析患者数/各年5月現在被保数×100

イ 短期的な目標（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の達成状況

（ア）短期的な目標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、全体的に治療者の割合は減っている一方で、合併症のうち脳血管疾患がある人が増えています。

また、糖尿病合併症では、すべての合併症が増加しています。（図表 22、23、24）

特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えや、新型コロナワクチン接種による業務過多から十分な保健指導ができなかったことで、生活習慣病が重症化した可能性があります。

図表 22 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		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
高血圧症治療者(人)		A	576	501	177	129	399	372
		A/被保数	45.1%	43.1%	29.2%	25.4%	59.6%	56.8%
合 併 症 (中 長 期 目 標 疾 患)	脳血管疾患	B	41	45	13	9	28	36
		B/A	7.1%	9.0%	7.3%	7.0%	7.0%	9.7%
	虚血性心疾患	C	157	115	42	16	115	99
		C/A	27.3%	23.0%	23.7%	12.4%	28.8%	26.6%
	人工透析	D	6	3	3	1	3	2
		D/A	1.0%	0.6%	1.7%	0.8%	0.8%	0.5%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（高血圧症）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

図表 23 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		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
糖尿病治療者(人)		A	448	330	133	93	315	237
		A/被保数	35.1%	28.4%	21.9%	18.3%	47.1%	36.2%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	32	27	9	8	23	19
		B/A	7.1%	8.2%	6.8%	8.6%	7.3%	8.0%
	虚血性心疾患	C	107	80	21	10	86	70
		C/A	23.9%	24.2%	15.8%	10.8%	27.3%	29.5%
	人工透析	D	4	3	2	1	2	2
		D/A	0.9%	0.9%	1.5%	1.1%	0.6%	0.8%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	27	22	5	5	22	17
		E/A	6.0%	6.7%	3.8%	5.4%	7.0%	7.2%
	糖尿病性網膜症	F	51	53	10	12	41	41
		F/A	11.4%	16.1%	7.5%	12.9%	13.0%	17.3%
	糖尿病性神経障害	G	14	12	4	3	10	9
		G/A	3.1%	3.6%	3.0%	3.2%	3.2%	3.8%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（糖尿病）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

図表 24 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		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	511	472	178	136	333	336
		A/被保数	40.0%	40.6%	29.3%	26.8%	49.8%	51.3%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	34	37	11	8	23	29
		B/A	6.7%	7.8%	6.2%	5.9%	6.9%	8.6%
	虚血性心疾患	C	124	103	35	19	89	84
		C/A	24.3%	21.8%	19.7%	14.0%	26.7%	25.0%
	人工透析	D	3	1	3	0	0	1
		D/A	0.6%	0.2%	1.7%	0.0%	0.0%	0.3%

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

(イ) 高血圧、高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

平成30年度と令和3年度の健診結果を比較すると、Ⅱ度高血圧、HbA1c 7.0以上の有所見者の割合が増加しています。

また、未治療者が健診受診後に医療につながったかをレセプトの突合により確認したところ、未治療のまま放置している方が高血圧で34.9%、糖尿病で5.4%おり、このまま放置すると重症化する可能性が高いことから、重症化予防のために丁寧な継続支援が必要です。(図表25)

新型コロナウイルス感染症の影響で特定健診受診率が低下している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、治療が必要な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 25 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方			
	平成30年度		令和3年度		平成30年度				令和3年度				レセプト情報 (令和3年4月～令和4年3月)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果				問診結果				未治療 (内服なし)		未治療	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
由仁町	807	70.1	605	58.1	41	5.1	19	46.3	43	7.1	25	58.1	15	34.9	1	2.3
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	平成30年度		令和3年度		平成30年度				令和3年度				レセプト情報 (令和3年4月～令和4年3月)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	問診結果				問診結果				未治療 (内服なし)		未治療	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
由仁町	802	99.4	597	98.7	40	5.0	7	17.5	37	6.2	7	18.9	2	5.4	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典：ヘルスサポートラボツール

(ウ) 健診結果の経年変化

メタボは、内臓脂肪の蓄積に加え、心血管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重複した病態です。危険因子が重複すると、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。特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボ該当者の割合は、25.9%に増加しており、同規模、道、国と比べても多い状況です。その中でも2項目の危険因子が重なっている割合が16.3%に増加しています。(図表26、27)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上の者は82人(13.7%)に、Ⅱ度高血圧以上の者は43人(7.1%)に増加し、LDLコレステロール160以上の者は55人(9.1%)に減少していました。悪化については、HbA1c6.5以上の者は9人(11.0%)、Ⅱ度高血圧以上の者は1人(2.3%)、LDLコレステロール160以上の者は2人(3.6%)という結果になっています。(図表28、29、30)

健診を継続受診していない方の結果は把握できていませんが、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ともに、重症化予防対象者に継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 26 同規模、道、国平均と比べてみた由仁町の位置（平成 30～令和 4 年度）

項目		由仁町					同規模	道	国
		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	令和4年度	令和4年度	令和4年度
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
メタボ	該当者	24.3	24.8	27.8	25.8	25.9	22.2	20.1	20.3
	男性	36.4	37.4	41.7	41.1	38.8	32.3	32.5	32.0
	女性	13.3	13.0	15.1	11.6	13.5	12.8	10.8	11.0
	予備群	13.0	12.3	11.8	10.1	11.8	12.4	11.1	11.2
	男性	17.9	17.1	15.6	12.4	15.5	18.4	18.1	17.9
	女性	8.5	7.7	8.3	7.9	8.4	7.0	5.9	5.9

出典：ヘルスサポートラボツール
（特定健診結果）

図表 27 メタボの経年変化

年度	健診受診者 （受診率）	該当者	3項目	2項目	予備群
平成30年度	807 (70.1%)	198 (24.3%)	78 (9.7%)	120 (14.9%)	103 (13.0%)
令和4年度	588 (56.4%)	152 (25.9%)	56 (9.5%)	96 (16.3%)	70 (11.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール
（特定健診結果）

図表 28 HbA1c 6.5 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
平成30年→令和元年	85 (10.6%)	30 (35.3%)	28 (32.9%)	14 (16.5%)	13 (15.3%)
令和3年→令和4年	82 (13.7%)	23 (28.0%)	36 (43.9%)	9 (11.0%)	14 (17.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール
（特定健診結果）

図表 29 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
平成30年→令和元年	41 (5.1%)	24 (58.5%)	4 (9.8%)	0 (0.0%)	13 (31.7%)
令和3年→令和4年	43 (7.1%)	20 (46.5%)	13 (30.2%)	1 (2.3%)	9 (20.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール
（特定健診結果）

図表 30 LDL コレステロール 160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL コレステロール 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
平成30年→令和元年	90 (11.2%)	46 (51.1%)	23 (25.6%)	5 (5.6%)	16 (17.8%)
令和3年→令和4年	55 (9.1%)	35 (63.6%)	11 (20.0%)	2 (3.6%)	7 (12.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

(エ) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

特定健診受診率は、平成 30 年度には 68.3%まで上昇しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降は低下しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。年代と性別ごとの受診率では、男性は 40 代、女性は 50 代前半と 60 代後半が低い状況です。当町では、早期からの健診受診継続による生活習慣病の発症と重症化予防対策を目的に、40 歳未満の若年者向けの健診も実施しており、今後は更に受診勧奨に力を入れていきます。

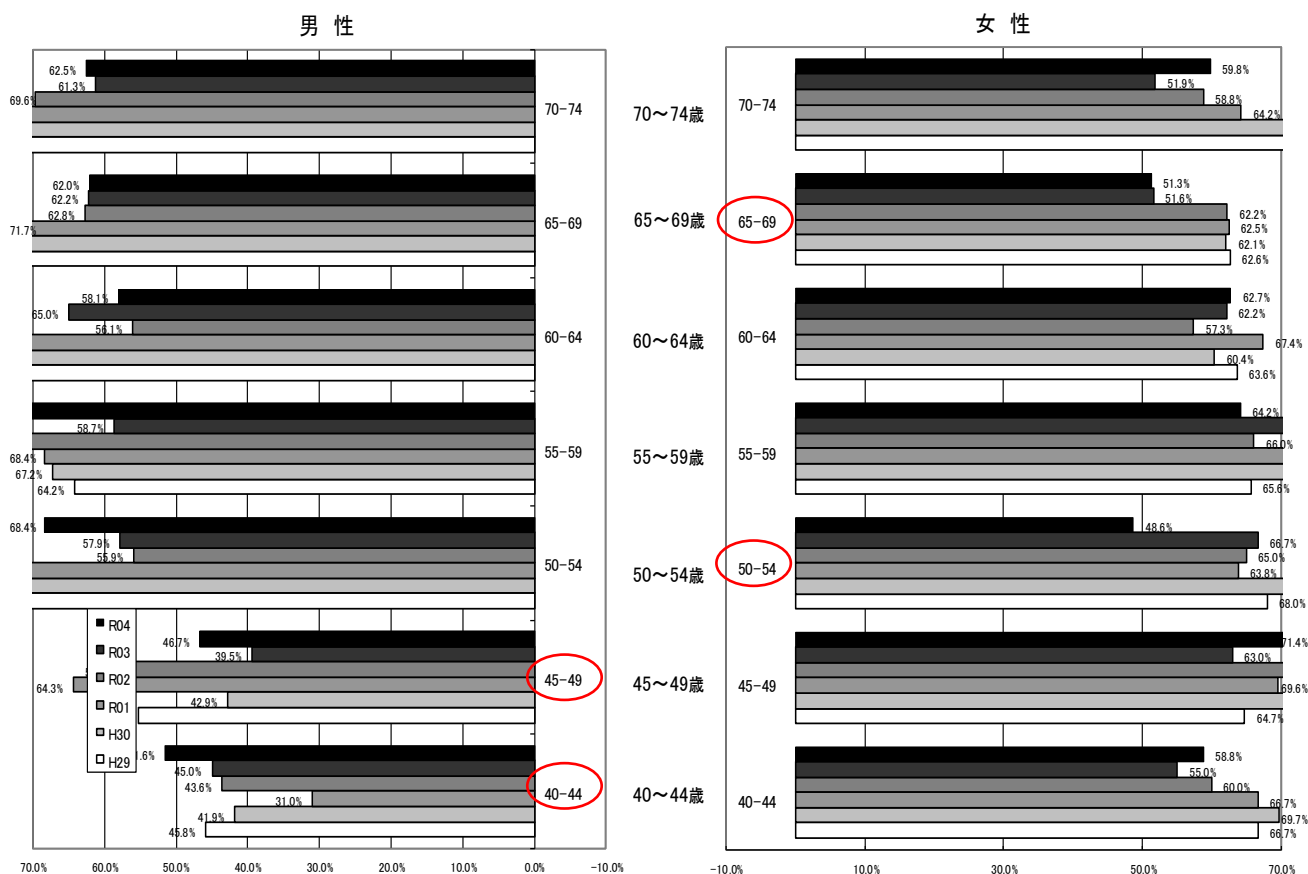
特定保健指導については、新型コロナウイルス感染症が本格的に流行した令和 2 年度には実施率が大きく下がっていますが、令和 3 年度以降は回復しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症と重症化予防につながります。(図表 31、32)

図表 31 特定健診・特定保健指導の推移

		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	令和5年度 目標値
特定健診	受診者数	786	733	645	584	588	健診受診率 60%
	受診率	68.3%	65.9%	60.3%	56.0%	58.2%	
特定保健指導	該当者数	94	80	72	63	65	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.0%	10.9%	11.2%	10.8%	11.1%	
	実施者数	78	60	51	49	58	
	実施率	83.0%	75.0%	70.8%	77.8%	89.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 32 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

ア 重症化予防の取組

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防

新型コロナウイルス感染症の影響を受け、血糖値有所見者への十分な保健指導ができなかったことで、令和4年度に保健指導を実施した者は33人(42.9%)と大きく減少しました。それに伴い、血糖値有所見者割合が77人(12.5%)、未治療者・治療中断者の割合が24人(31.2%)と増加しました。(図表33、34)

HbA1c 8.0%以上の未治療者については、令和3年度まで該当する者はいませんが、令和4年度は2人おり、新型コロナウイルス感染症による受診控えや治療中断による悪化が予想されます。なぜHbA1cの数値が悪化したのか、治療を中断したのか、個々の事例を確認し、未受診者には継続して保健指導を実施するように体制と内容を強化します。今後は、治療中断にならないように医療機関とも情報共有をしながら、受診につなげる支援を行う必要があります。(図表35)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性^{※7}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方についても医療と連携して保健師、管理栄養士が保健指導や栄養指導を行い、血糖値改善の支援を継続して行っていく必要があります。

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

図表 33 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		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
健診受診者	人(a)	831	765	676	629	618
血糖値有所見者 * 1	人(b)	85	76	81	85	77
	(b/a)	10.2%	9.9%	12.0%	13.5%	12.5%
保健指導実施者 * 2	人(c)	77	52	65	47	33
	(c/b)	90.6%	68.4%	80.2%	55.3%	42.9%

* 1 HbA1c6.5%以上の者

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

由仁町調べ

図表 34 治療が必要な者が適切な受診につながっているか

		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
血糖値有所見者 * 1	人(a)	85	76	81	85	77
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	25	18	27	24	24
	(b/a)	29.4%	23.7%	33.3%	28.2%	31.2%
受診した者	人(c)	19	15	23	11	10
	(c/b)	76.0%	83.3%	85.2%	45.8%	41.7%
治療開始した者	人(c)	6	2	3	2	5
	(c/b)	24.0%	11.1%	11.1%	8.3%	20.8%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

由仁町調べ

図表 35 HbA1c8.0以上の状況（アウトカム評価）

		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
健診受診者	人(a)	831	765	676	629	618
HbA1c8.0%以上	人(b)	6	10	7	6	7
	(b/a)	0.7%	1.3%	1.0%	1.0%	1.1%
保健指導実施	人(c)	3	6	7	3	3
	(c/b)	50.0%	60.0%	100.0%	50.0%	42.9%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	0	0	0	2
	(b/a)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%

内服治療開始	0人	2人	0人
元々治療中	10人	5人	6人
死亡、転出	0人	0人	0人

由仁町調べ

(イ) 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

当町では、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、健診項目に心電図検査を独自に追加しています。ただし、データ受領事業では未実施の場合もあるため、令和4年度は560人(95.7%)に心電図検査を実施しました。(図表36)

有所見者のうちST所見をみると、受診が必要と判定を受けた者のうち、22人(81.5%)が医療機関を受診しており、心房細動未治療者については、全員が治療につながっています。(図表37、38)

ST所見で受診が必要と判定された者や心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていく必要があります。

図表36 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		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		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	786	374	412	733	356	377	645	307	338	584	282	302	585	283	302
心電図受診者(人)	b	560	274	286	655	301	354	622	299	323	540	262	278	560	273	287
心電図実施率	b/a	71.2%	73.3%	69.4%	89.4%	84.6%	93.9%	96.4%	97.4%	95.6%	92.5%	92.9%	92.1%	95.7%	96.5%	95.0%
有所見者数(人)	c	111	63	48	175	97	78	149	81	68	153	83	70	148	84	64
	有所見率(c+d)/b	19.8%	23.0%	16.8%	26.7%	32.2%	22.0%	24.0%	27.1%	21.1%	28.3%	31.7%	25.2%	26.4%	30.8%	22.3%
心房細動(人)	e	5	5	0	9	9	0	8	6	2	8	8	0	10	8	2
心房細動有所見率	e/b	0.9%	1.8%	0.0%	1.4%	3.0%	0.0%	1.3%	2.0%	0.6%	1.5%	3.1%	0.0%	1.8%	2.9%	0.7%
うち、心房細動未治療(人)		1	1	0	2	2	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1

由仁町調べ

図表37 心電図受診者のうち、ST所見の状況

	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
心電図実施者	560	655	622	540	560
ST異常所見	20	35	36	28	27
医療機関受診あり	12	32	29	21	22
医療機関受診なし	8	3	7	7	5

由仁町調べ

図表38 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	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
心房細動有所見者	5	9	8	8	10
心房細動未治療者	1	2	1	0	2
検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)	0	0	0	0	0
治療開始	1	2	1	0	2

由仁町調べ

(ウ) 脳血管疾患重症化予防対策

令和4年度のⅡ度高血圧以上の者の割合は、33人(5.6%)で、うち23人(69.7%)が未治療者です。このうち、保健指導後に治療につながった者は、わずか11人(47.8%)で、Ⅲ度高血圧の者は、7人のうち6人が未治療でした。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が10人(30.3%)いました。高血圧は、脳心血管疾患において最大の危険因子であり、脳心血管疾患は要介護認定要因の一つです。

服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていく必要があります。(図表39)

図表40は、血圧に基づいた脳心血管リスクを層別化(降圧薬治療者を除く)したものです。ただちに薬物治療の開始に該当する53人(27.6%)を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいく必要があります。

また、高値血圧の102人(53.1%)においても、家庭血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していく必要があります。

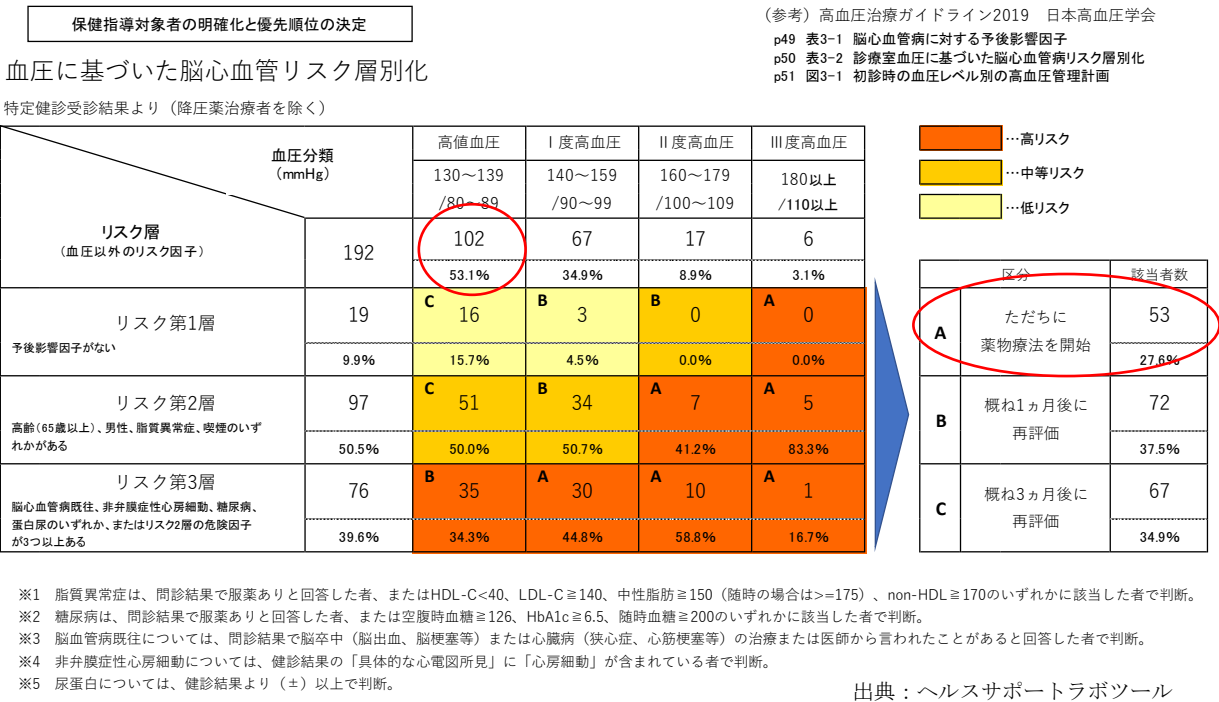
図表39 Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		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
健診受診者	人(a)	807	750	661	562	588
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	41	39	23	33	33
	(b/a)	5.1%	5.2%	3.5%	5.9%	5.6%
	治療あり	人(c)	22	20	17	10
		(c/b)	53.7%	51.3%	51.5%	30.3%
	治療なし	人(d)	19	11	16	23
		(d/b)	46.3%	47.8%	48.5%	69.7%
	治療開始	人(e)	9	2	1	11
		(e/d)	47.4%	18.2%	6.3%	47.8%
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	11	11	6	7
		(f/a)	1.4%	0.0%	1.1%	1.2%
	治療あり	人	4	0	3	1
	治療なし	人	7	0	3	6

由仁町調べ

図表 40 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度



イ ポピュレーションアプローチ

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

当町では、生涯を通じた健康づくりの取組として、町民一人ひとりが、自分の住む地域の健康課題を知り、健診を継続的に受ける必要性の理解、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な支援を目指してきました。

具体的な実践内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大につながっている国、道、町の情勢や健康課題、食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や自治区単位で出前講座等の健康教育を行ってきました。しかし、令和元年度の冬から新型コロナウイルス感染症が流行し、集団での住民学習の機会が減ってしまったため、さわやかこくほ等の紙面や特定健診受診券の通知、未受診者勧奨通知等を通じ、町の健康課題や健診の必要性を周知してきました。

ウ 第2期計画目標の達成状況一覧

一人当たり医療費については、増加や減少を繰り返しながら、徐々に減少しています。その大きな要因として、中長期目標（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全）の総医療費に占める割合が減少しており、予防活動の効果が現れてきています。

しかしながら、短期目標のうちⅡ度高血圧以上者の割合が増加しており、高血圧は中長期目標の脳、心臓、腎臓の最も大きなリスクとなるため、将来の医療費、介護費に大きく影響する可能性が高いです。そのため、第2期データヘルス計画中間評価後、「働き盛り世代脳卒中^{ゼロ}プロジェクト」を掲げ、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチともに高血圧対策に力を入れてきましたが、令和元年度の冬から新型コロナウイルス感染症が流行し、その結果受診控えと感染症の流行による対面での健診結果説明の自粛やコロナワクチン接種に保健師の稼働がとられたことから、十分な保健指導が実施できていませんでした。

さらに、Ⅱ度高血圧以上者の増加だけでなく、Ⅱ度高血圧以上で未治療者、治療中断者も増加しています。Ⅱ度高血圧以上を放置すると、重症化し、中長期目標による患者が増える可能性が高くなります。当町においては、糖尿病性腎症による慢性腎不全のほか、高血圧を放置したことによる腎硬化症等からの慢性腎不全患者が増加しており、重症化リスクが高いⅡ度高血圧以上者に対する丁寧な保健指導が十分に実施できていませんでした。

また、健診受診率の低下とともに、メタボ該当者が増加しています。内臓脂肪蓄積による高血圧者の増加も要因の1つであると考えられ、若い男性での増加が目立っています。若い世代から内臓脂肪が蓄積し、メタボを発症すると、働き盛り世代で生活習慣病が重症化し、高額な医療費、介護費がかかる可能性が高くなります。新型コロナウイルス感染症流行による受診控えや訪問での受診勧奨が十分にできなかったことから、受診率が大きく低下し、健康状態不明者が増加していることから、今後は健診受診率の回復をはかり、生活習慣病の発症予防にも力を入れる必要があります。（図表 41）

図表 41 第2期データヘルス計画目標管理一覧

指標			基準値	実績			目標値	データの 把握方法 (活用データ)
				初年度	中間評価	最終評価値		
			平成28年度	平成30年度 (H30データ 活用)	令和2年度 (R元データ 活用)	令和5年度 (R4データ 活用)		
データヘルス計画	一人当たり医療費の道内市町村平均との差額を縮小		2,762円	3,180円	1,412円	1,796円	0円	KDB
	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	0.95%	0.96%	2.58%	1.07%	0.8%	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.9%	2.69%	1.83%	1.11%	1.7%	
		人工透析の総医療費に占める割合の減少	3.5%	2.85%	1.76%	1.65%	1.7%	
	短期目標	健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.9%	5.3%	5.2%	6.0%	4.4%	由仁町
		健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）	4.3%	4.3%	3.5%	2.2%	3.4%	
		健診受診者の糖尿病者の割合減少（HbA1c6.5以上）	8.2%	10.4%	9.9%	12.5%	5.6%	
		健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	0.4%	-	0.2%	0.4%	0.0%	
		全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、受診勧奨を実施した割合100%	96.6%	-	70.0%	68.0%	100.0%	
		糖尿病の保健指導者のうち受診が確認できた者の割合100%	69.0%	-	71.4%	41.7%	100.0%	
特定健診等計画	特定健診	特定健診受診率60%以上	66.1%	68.3%	65.9%	58.2%	67.0%	法定報告
		特定保健指導実施率60%以上	83.6%	83.0%	75.0%	89.2%	86.0%	
		メタボリックシンドロームの該当者の割合減少	23.5%	24.3%	24.8%	25.5%	20.0%	
		メタボリックシンドロームの予備群の割合減少	12.8%	13.0%	12.3%	11.9%	10.0%	
保険者努力支援	がん検診	がん検診受診率 胃がん検診40%以上	21.7%	21.4% (34.2%)	20.0% (33.7%)	17.0% (29.8%)	40.0%	地域保健報告 (国保分)
		肺がん検診40%以上	20.8%	18.9% (36.3%)	18.9% (35.7%)	20.1% (32.2%)	40.0%	
		大腸がん検診40%以上	23.6%	20.3% (35.1%)	20.3% (34.6%)	18.6% (31.6%)	40.0%	
		子宮頸がん検診50%以上	20.5%	20.4% (25.4%)	19.4% (23.0%)	16.5% (19.4%)	50.0%	
		乳がん検診50%以上	28.5%	27.9% (34.1%)	25.7% (32.1%)	24.8% (32.9%)	50.0%	
		5つのがん検診の平均受診率	23.0%	21.8% (33.2%)	20.9% (31.8%)	19.4% (29.3%)	44.0%	
	ジェネリック	後発医薬品の使用割合が前年度より増加	66.7%	-	77.3%	80.2%	80.0%	由仁町
	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施			R2から実施	実施	実施	
	歯科	歯科健診受診率の向上			R3から実施	実施	実施	

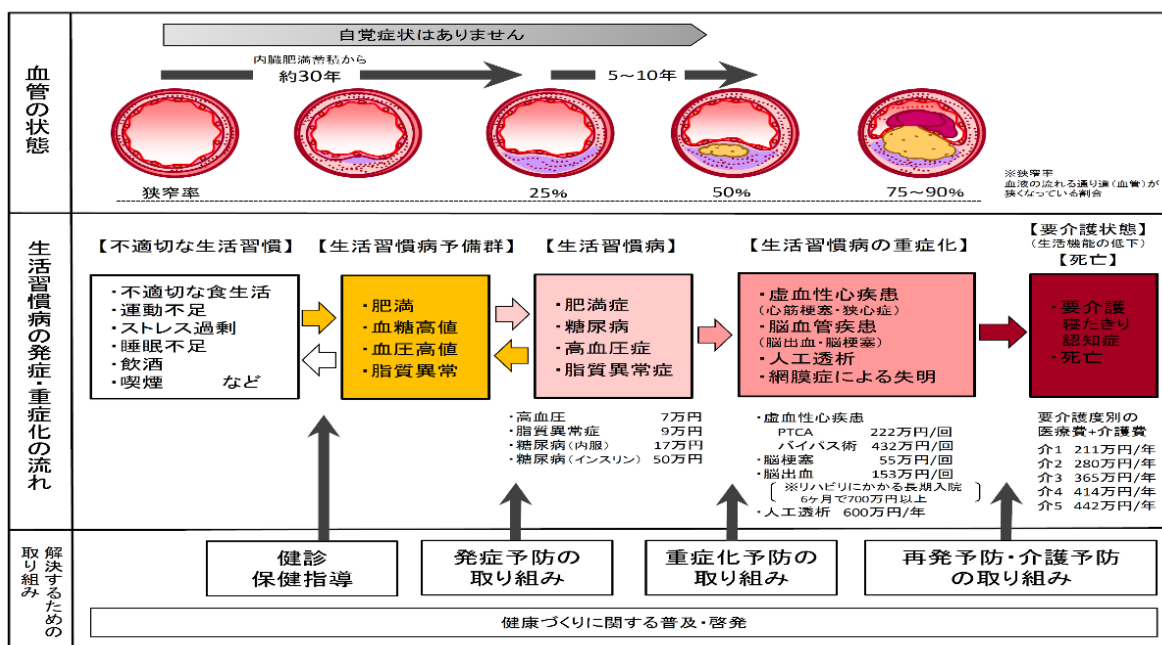
3 第3期計画における健康課題の明確化

(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、不健康な生活習慣を改善させる必要があります。

適切な生活習慣を身に付けることにより、重症化や合併症へと悪化する者を減少させ、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善する者を増加させる必要があります。(図表 42)

図表 42 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：ヘルスサポートラボ

(2) 健康課題の明確化

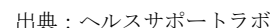
医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に移行することになります。

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。

国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、若年期に発症した生活習慣病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 43 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な

健康課題の明確化のため、第2期計画の評価も踏まえ、健診と医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析します。健康課題を抽出、明確化したのちに、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。

詳細は 91 ページ参照



一人当たり医療費は、増減を繰り返しながらも減少傾向にあります。後期高齢者は一人当たり94.4万円で、国保の約2.4倍も高い状況です。(図表44)

高額レセプトについては、国保においては令和4年度335件発生していますが、後期高齢者になると、約1.8倍に増えることがわかります。

高額レセプトを疾病別にみると、脳血管疾患は、国保で令和元年度が一番多く 35 件で 4,320 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 6 件と件数が減り、費用も 726 万円と減少しています。しかし、後期高齢者においては、60 件発生し、6,638 万円の費用を負担しています。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今後も重点をあてる必要があります。虚血性心疾患についても、件数、費用ともに減っていますが、当町で介護認定を受けた者の有病率で心疾患が増加していることから、虚血性心疾患についても共通して、高血圧対策に取り組めます。(図表 46、47、48)

図表 44 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		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	後期:令和4年度
被保険者数		1,675人	1,499人	1,499人	1,499人	1,499人	1,175人
総件数及び 総費用額	件数	14,712件	14,157件	12,609件	12,657件	12,532件	16,511件
	費用額	6億5514万円	6億2472万円	5億7689万円	5億4251万円	5億8017万円	11億0958万円
一人あたり医療費		39.1万円	41.7万円	38.5万円	36.2万円	38.7万円	94.4万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 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				短期目標			(中長期・短期) 目標医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	由仁町	5億2816万円	32,454	1.65%	0.61%	1.07%	1.11%	5.26%	2.72%	2.02%	7633万円	14.45%	17.45%	9.18%	10.70%
	同規模	--	29,786	3.29%	0.37%	2.12%	1.47%	6.01%	3.48%	1.84%	--	18.57%	17.58%	7.81%	9.31%
	道	--	30,612	2.30%	0.28%	2.17%	1.72%	5.34%	2.98%	1.70%	--	16.49%	19.13%	7.60%	9.41%
	国	--	27,347	4.27%	0.29%	2.03%	1.45%	5.43%	3.07%	2.12%	--	18.66%	16.67%	7.63%	8.69%
② 後期	由仁町	11億0958万円	78,638	4.95%	0.39%	3.91%	1.64%	3.75%	2.42%	0.98%	2億0016万円	18.04%	9.30%	3.14%	12.07%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	道	--	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	--	18.98%	11.11%	4.82%	12.21%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 46 高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度		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	後期:令和4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	166人	115人	163人	111人	61人
	件数	B	527件	545件	520件	405件	335件
		B/総件数	3.58%	3.85%	4.12%	3.20%	2.67%
	費用額	C	7億1771万円	7億3452万円	6億9930万円	5億4740万円	4億6216万円
		C/総費用	109.6%	117.6%	121.2%	100.9%	79.7%
							8億4018万円
							75.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			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		後期：令和4年度		
脳血管疾患	人数	D	10人		7人		7人		7人		2人		7人		
		D/A	6.0%		6.1%		4.3%		6.3%		3.3%		6.3%		
	件数	E	25件		35件		12件		14件		6件		60件		
		E/B	4.7%		6.4%		2.3%		3.5%		1.8%		9.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	5	20.0%	15	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	14	56.0%	11	31.4%	2	16.7%	4	28.6%	3	50.0%	80代	57	95.0%
		70-74歳	6	24.0%	9	25.7%	10	83.3%	10	71.4%	3	50.0%	90歳以上	3	5.0%
	費用額	F	3227万円		4320万円		1416万円		1592万円		726万円		6638万円		
		F/C	4.5%		5.9%		2.0%		2.9%		1.6%		7.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 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			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		後期：令和4年度		
虚血性心疾患	人数	G	8人		4人		6人		5人		1人		6人		
		G/A	4.8%		3.5%		3.7%		4.5%		1.6%		5.4%		
	件数	H	15件		12件		9件		12件		3件		19件		
		H/B	2.8%		2.2%		1.7%		3.0%		0.9%		3.1%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	5.3%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	6	50.0%	0	0.0%	75-80歳	3	15.8%
		60代	8	53.3%	6	50.0%	3	33.3%	2	16.7%	0	0.0%	80代	15	78.9%
		70-74歳	7	46.7%	6	50.0%	3	33.3%	4	33.3%	3	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	2308万円		1309万円		1140万円		1673万円		349万円		2251万円		
		I/C	3.2%		1.8%		1.6%		3.1%		0.8%		2.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析したのが、図表 49 です。(図表 49)

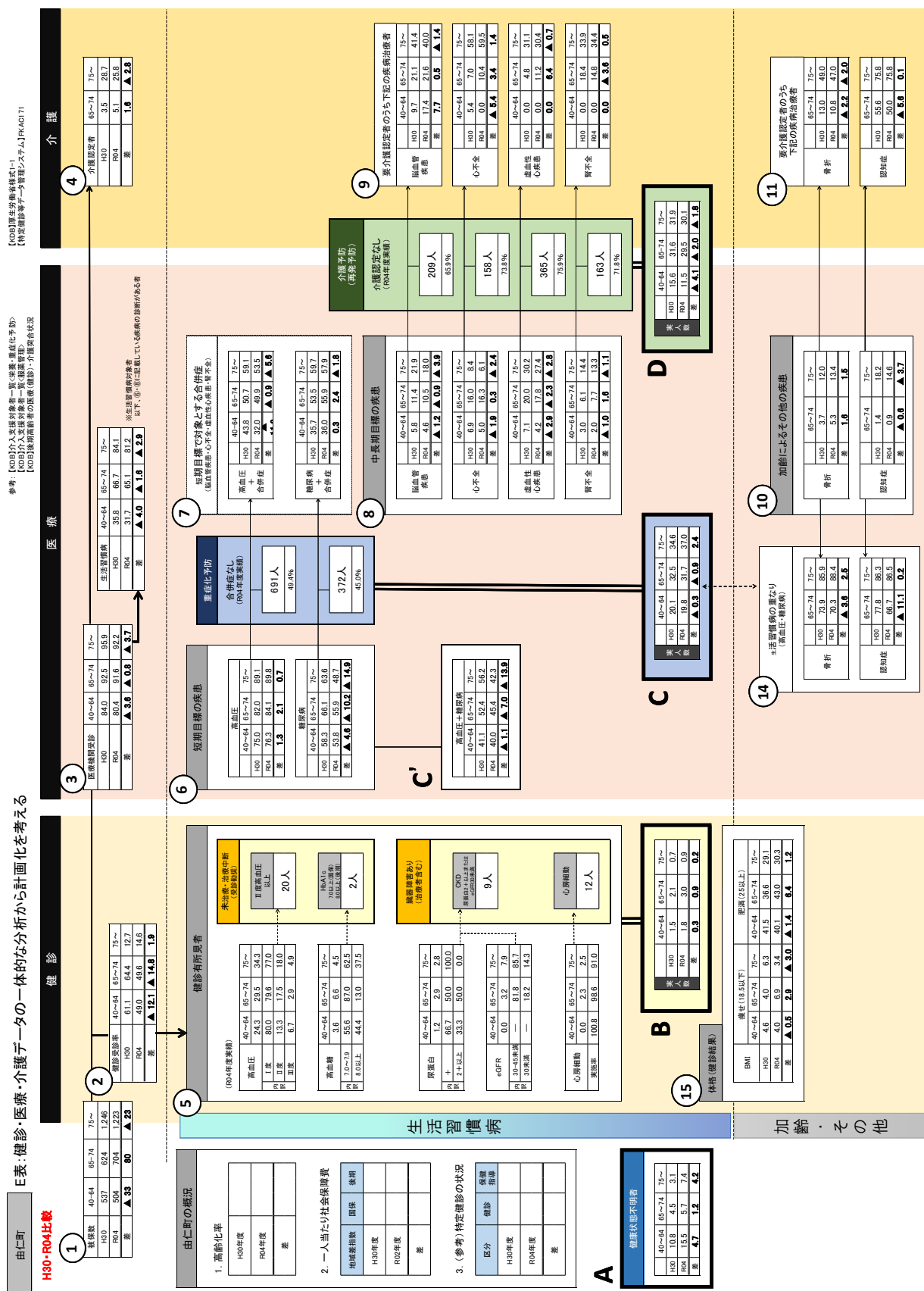
これを詳細に分析したのが図表 50～54 になります。図表 50 では、①被保険者数は、40～64 歳と 75 歳以上では減っていますが、65 歳～74 歳では 624 人から 704 人に増え、前期高齢者が増えていることが分かります。⑮の体格をみると、65 歳～74 歳の BMI 25 以上の割合が 43.0%と高くなってきています。(図表 50)

健診有所見の状況をみると、各項目で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。特にⅡ度高血圧以上の者の割合の増加と HbA1c 7.0 以上の人数が目立ちます。(図表 51)

短期目標（高血圧、糖尿病）の治療の割合をみると、高血圧のみが各年代で高くなっています。高血圧では合併症を持つ者の増加は見られませんが、糖尿病は 40 歳～64 歳、65～74 歳で合併症を持つ者が増加しています。(図表 52)

中長期目標（脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全、腎不全）において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、心不全と腎不全を持つ 65～74 歳が増加しており、介護認定者では 40～64 歳で脳血管疾患、65～74 歳で心疾患、75 歳以上で腎不全が特に増加しており、ライフステージにより異なっています。高血圧に起因する疾患が介護認定者でも増加していることから、一体的分析においても若い世代からの発症予防、重症化予防が課題であることが分かります。(図表 53、54)

図表 49 健診・医療・介護データの一体的な分析（例：65～74 歳国保加入者）



図表 50 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮						
年度	介護 認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)						
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上			
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
		%	人	人	人	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成30	28.7	537	624	1,246	61.1	64.4	12.7	4.6	4.0	6.3	41.5	36.6	29.1	
令和4	25.8	504	704	1,223	49.0	49.6	14.6	4.0	6.9	3.4	40.1	43.0	30.3	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 51 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	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	%	
平成30	11	3.4	(4)	23	5.7	(5)	8	5.1	(1)	15	4.6	(0)	20	5.0	(0)	1	0.6	(0)	3	0.9	1	0.2	2	1.3	1	0.3	7	1.7	6	3.8
令和4	12	4.9	(7)	21	6.0	(8)	14	7.9	(5)	9	3.6	(1)	23	6.6	(1)	3	1.7	(0)	1	0.4	6	1.7	2	1.1	0	—	9	2.6	4	2.2

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 52 短期目標（高血圧、糖尿病）と合併症の状況

E表		③						⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症												
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症									
	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-							
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%						
平成30	84.0	92.5	95.9	35.8	66.7	84.1	75.0	82.0	89.1	58.3	66.1	63.6	41.1	52.4	56.2	43.8	50.7	59.1	35.7	53.5	59.7							
令和4	80.4	91.6	92.2	31.7	65.1	81.2	76.3	84.1	89.8	53.8	55.9	48.7	40.0	45.4	42.3	32.0	49.9	53.5	36.0	55.9	57.9							

注) 合併症とは、脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全を指します。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 53 中長期目標（脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全、腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	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-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成30	5.8	11.4	21.9	7.1	20.0	30.2	6.9	16.0	8.4	3.0	6.1	14.4	9.7	21.1	41.4	0.0	4.8	31.1	5.4	7.0	58.1	0.0	18.4	33.9
令和4	4.6	10.5	18.0	4.2	17.8	27.4	5.0	16.3	6.1	2.0	7.7	13.3	17.4	21.6	40.0	0.0	11.2	30.4	0.0	10.4	59.5	0.0	14.8	34.4

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 54 骨折、認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成30	73.9	85.9	77.8	86.3	3.7	12.0	1.4	18.2	13.0	49.0	55.6	75.8
令和4	70.3	88.4	66.7	86.5	5.3	13.4	0.9	14.6	10.8	47.0	50.0	75.8

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 目標の設定

ア 成果目標

(ア) データヘルス計画の目的、目標と目標を達成するための方策

保険者は、健診や医療情報を活用してP D C A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（P l a n）、実施（D o）、評価（C h e c k）改善（A c t i o n）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。

また、評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標を含む、北海道から示された指標に加え、町独自指標として一人当たり医療費の道内市町村平均との差額縮小することを目標として設定し、公表します。（図表 55）

(イ) 中長期的な目標の設定

これまでの健診や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ことを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑制することが厳しいことから、医療費の伸びを抑制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傾向が高いことから、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、入院に係る医療費の抑制を目指します。

(ウ) 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、メタボ等を減少させていくことを短期的な目標とします。

特に内臓脂肪に高血圧、糖尿病、脂質異常症が重複するメタボ該当者及び予備群を減少させることが重要です。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者への受診勧奨や治療継続への働きかけを行うとともに、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、糖尿病とメタボについては、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、保健師の行う保健指導だけでなく、管理栄養士が栄養指導を行います。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を実施することにより生活習慣病の発症予防や重症化予防につなげることが重要です。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。

(4) 管理目標の設定

目標達成のため、以下の管理目標を設定し、成果の達成状況を確認してきます。(図表 55)

図表 55 第3期データヘルス計画目標管理一覧

	指標	目標	実績			データの把握方法
			初期値 令和6年度	中間評価 令和8年度	最終評価 令和11年度	
			令和4年度データ	令和7年度データ	令和10年度データ	
最終・長期目標 (最上位)	平均自立期間 (男性)	延伸	81.3年			Expander
	平均自立期間 (女性)		85.1年			
	一人当たり医療費の道内市町村平均との差額を縮小	縮小	1,796円			KDB
	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制	0.08%			KDB
	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	抑制	0.05%			
	総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合	抑制	4.3%			Expander
	総医療費に占める脳血管疾患の医療費の割合	維持	11.0%			
	総医療費に占める虚血性心疾患の医療費の割合	維持	4.3%			
中長期目標	新規脳血管疾患患者数	抑制	17人			Expander
	新規虚血性心疾患患者数	抑制	20人			
	新規人工透析導入者数	抑制	1人			
短期目標	メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合	予備群	減少	25.5%		Expander
		該当者	減少	11.9%		
	喫煙率 (男性)	減少	31.1%			
	喫煙率 (女性)		8.9%			
	1日飲酒量が多い者の割合	減少	3.2%			
	運動習慣のない者の割合	減少	72.4%			
	Ⅲ度高血圧以上の割合 (180mmHg以上／110mmHg以上)	減少	1.2%			
	Ⅱ度高血圧以上の割合 (160－179mmHg／100－109mmHg)	減少	5.6%			
	Ⅰ度高血圧以上の割合 (140－159mmHg／90－99mmHg)	減少	26.9%			
	高血糖 (HbA1c8.0%以上) の割合	減少	1.2%			
	高血糖 (HbA1c7.0%以上) の割合	減少	5.6%			
	高血糖 (HbA1c6.5%以上) の割合	減少	12.5%			
	脂質異常LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	減少	2.2%			
	脂質異常LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	減少	7.3%			
	脂質異常LDLコレステロール140mg/dl以上の割合	減少	22.4%			
	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	0.0%			Expander
	高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	20.8%			
	脂質異常重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	9.4%			
	特定健診受診率 (60%以上)	向上	58.2%			法定報告
	特定保健指導実施率 (60%以上)	向上	89.2%			
	特定保健指導対象者の割合の減少率	減少	13.3%			

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、高確法第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1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画を6年1期として策定します。

2 目標値の設定

国が目指す、第4期計画期間の市町村国保の目標値は、特定健診受診率、特定保健指導実施率はどちらも60%以上となっています。

当町では、特定健診受診率を国の目標値と同じとし、特定保健指導実施率についてはこれまでの実績をふまえ、80%以上を目標とします。（図表56）

図表56 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
特定保健指導実施率	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上

3 対象者の見込み

特定健診受診率、特定保健指導対象者は、被保険者数の6年間の見込みを基に推計しました。（図表57）

図表57 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	1,010人	990人	970人	950人	930人	910人
	受診者数	606人	594人	582人	570人	558人	546人
特定保健指導	対象者数	75人	70人	65人	60人	55人	50人
	実施者数	60人	56人	52人	48人	44人	40人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関へ個別に委託します。なお、実施会場は以下のとおりです。

ア 集団健診（げんき館、三川会館）

イ 個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健診委託基準及び委託機関リスト

高確法第 28 条及び特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準（厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。）第 16 条第 1 項の規定に基づき、社会保険診療報酬支払基金のホームページ上に公表された次の健診機関に委託します。

健診実施機関リスト

健診機関コード	健診機関名	住所	実施形態
0110116456	公益財団法人パブリック北海道支部札幌商工診療所	札幌市中央区南 1 条西 5 丁目 15 番地の 2	集団
0110116258	J A 北海道厚生連札幌厚生病院	札幌市中央区北 3 条東 8 丁目 5 番地	集団
0110216694	公益財団法人北海道対がん協会	札幌市東区北 26 条東 14 丁目 1 番 15 号	集団
0115810426	国民健康保険由仁町立診療所	由仁町馬追 1 番地の 1	個別
0115810582	医療法人社団牧野内科医院	由仁町中央 19 番地	個別

(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、尿中アルブミン、心電図検査、眼底検査）を実施します。（図表 58）

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代えることとします。（実施基準第 1 条第 4 項）

図表 58 特定健診検査項目

健診項目		由仁町	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	○	
	尿中アルブミン	○	
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	○ (集団健診で実施)	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(5) 特定健診受診とみなすデータ受領

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

また、令和5年度に北海道が整備した北海道国民健康保険団体連合会を介するデータ受領については、近隣市町村の動向を見据えながら検討します。

(6) 費用及び法定報告

特定健診に係る費用の請求や支払は健診機関と直接行い、法定報告については、国保連に事務処理を委託します。

(7) 案内方法・実施スケジュール

受診対象者に受診券を発行し、健診のお知らせや申込用紙を同封し個別に郵送案内します。その他、広報や防災行政無線による周知や未受診者勧奨通知、自治区等の既存組織の活用により広く周知します。

健診実施スケジュールは、図表 62 を参照。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、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（第4版）の第四期（2024年以降）における変更点に基づき、保健福祉課保健予防担当が行います。（図表 59）

図表 59 第四期（2024年以降）における変更点

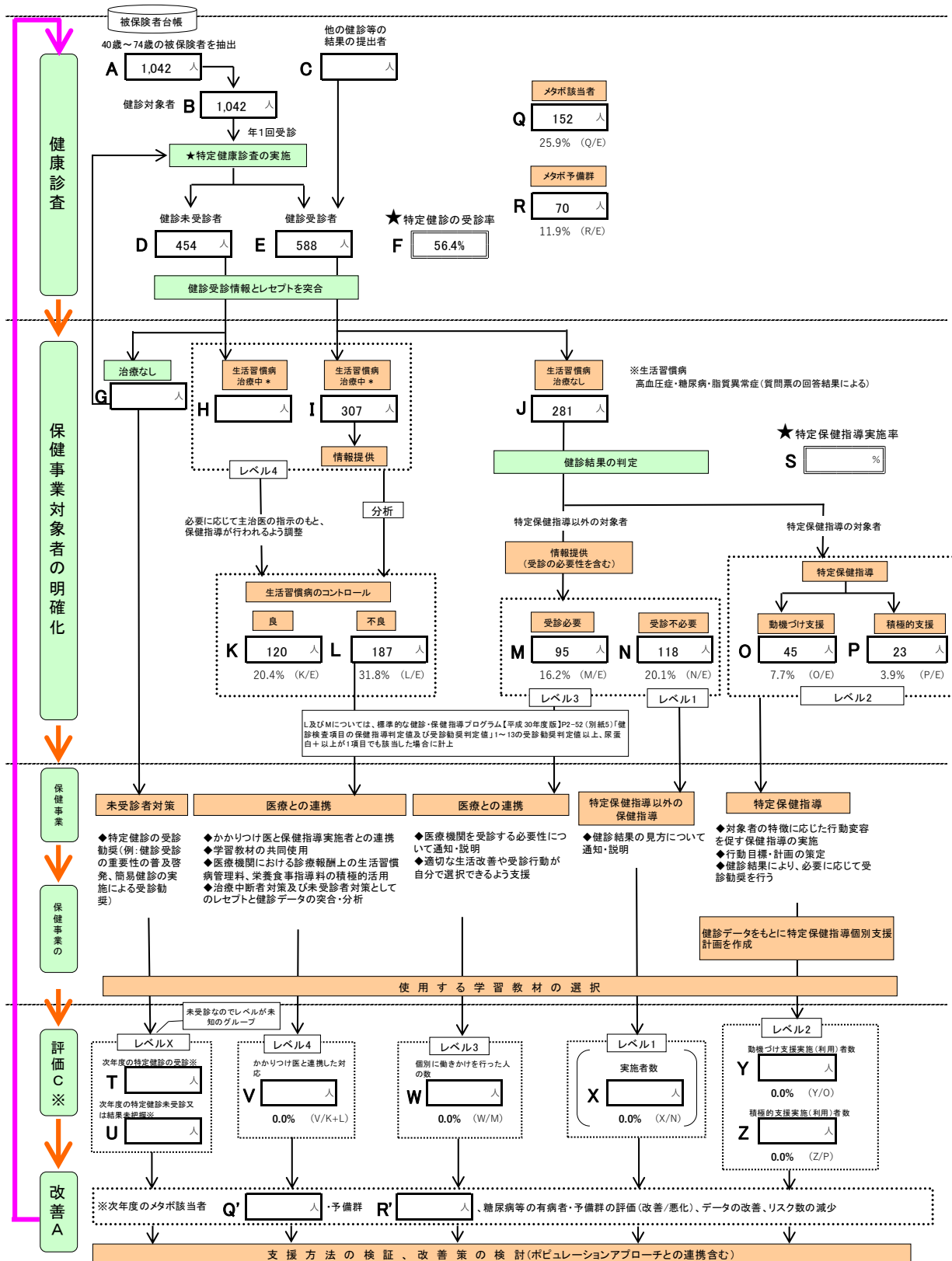
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母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。

出典：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（第4版）

(1) 健診から保健指導実施の流れ

プログラムの様式 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 60）

図表 60 健診から保健指導へのフローチャート（様式5－5）



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の優先順位と支援方法

優先順位と支援方法については、以下に基づいて取り組みます。(図表 61)

特に優先順位 1 の特定保健指導対象者、優先順位 2 の情報提供（治療なし・受診必要）者については、重症化を予防するため継続的な保健指導を実施していく必要があります。

図表 61 要保健指導対象者の優先順位と支援方法

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 (令和4年度に基づく見込み数)
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	68人 (11.6%)
2	M	情報提供 (治療なし・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	95人 (16.2%)
3	L	情報提供 (治療中・コントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	187人 (31.8%)
4	N	情報提供 (治療なし・受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	118人 (20.1%)
5	K	情報提供 (治療中・コントロール良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	120人 (20.4%)
6	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、データ受領事業への振替えや職場健診結果提出の説明、簡易検査の実施による受診勧奨)	454人 ※受診率目標達成までにあと172人

(3) 健診・保健指導の実施スケジュール

年間スケジュールを作成し、PDCAサイクルを実践しながら、進捗状況の管理に取り組みます。(図表 62)

図表 62 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎データ受領事業の実施準備 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健康診査の開始	◎保健指導の開始 ◎対象者の抽出 ◎利用券の登録	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎特定・若年・長寿健診、がん検診開始
5月			
6月			
7月			集団健診（夏のひまわり健診）
8月			
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			集団健診（秋のひまわり健診）
12月			
1月			
2月			集団健診（冬のひまわり健診）
3月	◎健診の終了		

6 結果の報告

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

1 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボ等の減少を目指すため、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を基にした保健指導や保健事業の展開が求められます。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。

また、重症化予防のため、生活習慣病重症化による合併症の発症や進展抑制を目指し、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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、生活習慣病が重症化した場合の医療費や介護費用等の実態を広く住民へ周知します。

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るので、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。なお、実施に当たっては、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。

2 重症化予防の取組

当町の特定健診受診者のうち、各学会のガイドラインに基づく脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は224人（38.1%）で、そのうち治療なしが55人（19.6%）を占め、臓器障害ありが13人（23.6%）となります。

また、治療なしのうち特定保健指導対象者が重なる者が、55人中30人と多いため、特定保健指導の徹底も併せて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることがわかります。（図表63）

図表 63 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 -

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-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢別死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢別死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発症・導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)																
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) (循環器科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 (日本腎臓学会)		588人 56.4%															
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							■各疾患の治療状況															
											<table><tr><td></td><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>高血圧</td><td>206</td><td>382</td></tr><tr><td>脂質異常症</td><td>210</td><td>378</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>68</td><td>507</td></tr><tr><td>3疾患 いずれか</td><td>307</td><td>281</td></tr></table>		治療中	治療なし	高血圧	206	382	脂質異常症	210	378	糖尿病	68	507	3疾患 いずれか	307	281
	治療中	治療なし																								
高血圧	206	382																								
脂質異常症	210	378																								
糖尿病	68	507																								
3疾患 いずれか	307	281																								
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)																		
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 (日本腎臓学会)																		
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		重症化予防対象者 (実人数)															
該当者数	33	5.6%	8 1.4%	13	2.2%	17	2.9%	152	25.9%	50	8.5%	25	4.3%	224	38.1%											
治療なし	23	6.0%	2 0.7%	13	3.4%	11	2.9%	19	6.8%	26	5.1%	2	0.7%	55	19.6%											
(再掲) 特定保健指導	7	21.2%	1 12.5%	5	38.5%	1	5.9%	19	12.5%	6	12.0%	1	4.0%	30	13.4%											
治療中	10	4.9%	6 2.0%	0	0.0%	6	2.9%	133	43.3%	24	35.3%	23	7.5%	169	55.0%											
臓器障害 あり	6	26.1%	2 100.0%	3	23.1%	5	45.5%	6	31.6%	7	26.9%	2	100.0%	13	23.6%											
CKD(専門医対象者)	1		0	0		2		1		2		2		2												
心電図所見あり	5		2	3		3		5		5		1		12												
臓器障害 なし	17	73.9%	--	10	76.9%	6	54.5%	13	68.4%	19	73.1%	--		--												

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

ア 基本的な考え方

肥満は、脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態で、BMI が 25 以上の者を指します。特に内臓脂肪型肥満は、健康障害の合併リスクが高く、現在、健康障害を伴っていないとも肥満症と診断され、医学的な減量治療が必要になります。

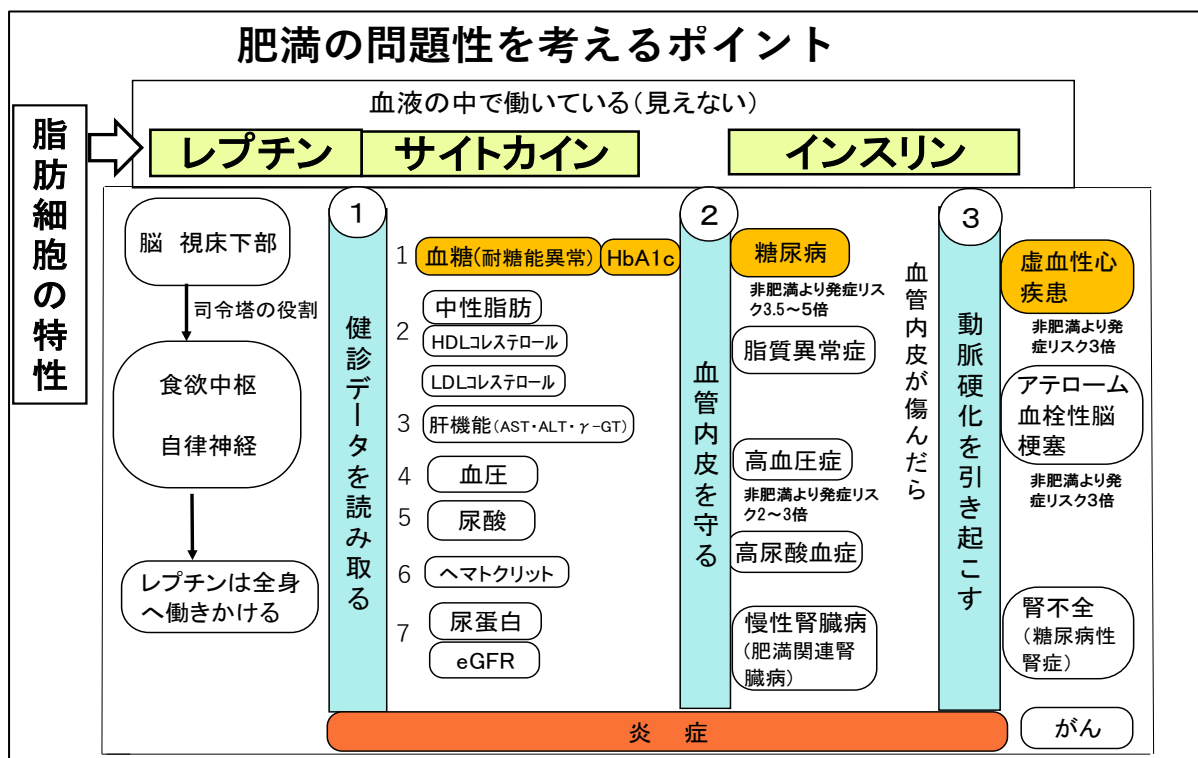
一方、メタボは別名「内臓脂肪症候群」と言われ、肥満かどうかに関わらず内臓脂肪の蓄積及び血圧、血糖値、脂質のうち 2 つ以上が基準値を超える場合に診断されます。

メタボは、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、「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行う。

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) とされています。

なお、取組に当たっては図表 64 に基づいて進めていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



イ 肥満の状況

(ア) 肥満度分類に基づいた実態把握

男性の 50.4%が肥満に該当しており、男女ともに肥満Ⅰ度とⅡ度に該当する割合が多い状況です。(図表 65)

図表 65 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		248	340	99	146	72	113	24	30	1	2	2	1
				39.9%	42.9%	29.0%	33.2%	9.7%	8.8%	0.4%	0.6%	0.8%	0.3%
再掲	男性	125	161	63	85	43	69	18	14	1	2	1	0
				50.4%	52.8%	34.4%	42.9%	14.4%	8.7%	0.8%	1.2%	0.8%	0.0%
再掲	女性	123	179	36	61	29	44	6	16	0	0	1	1
				29.3%	34.1%	23.6%	24.6%	4.9%	8.9%	0.0%	0.0%	0.8%	0.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

(イ) 住民の声からの実態把握

図表 66 を見ると、肥満度が上がるにつれて、日常生活での困り事が深刻になっています。

「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Ⅲ度・Ⅳ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され、実施に当たっては内科医、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の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。

図表 66 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	I 度	II 度	III 度	IV 度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチがはいり食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べなくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の症状もおこるよ	・逆流性食道炎になった
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を下るときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしくらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、5年前から時々起こる ・心臓が大きくなっていると言われた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝られない、いつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感息苦しさで10年前狭心症カテーテル、今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週に1回圧迫される症状があるが心臓の血管のつまりはないと言われている
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしている ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

出典：ヘルスサポートラボ

(ウ) 中長期目標の対象疾患発症者の内臓脂肪型肥満の状況

肥満では、内臓脂肪蓄積による内臓脂肪型肥満が問題となります。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪の蓄積により分泌異常を引き起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり、動脈硬化が引き起こされ、中長期目標の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症につながっていきます。

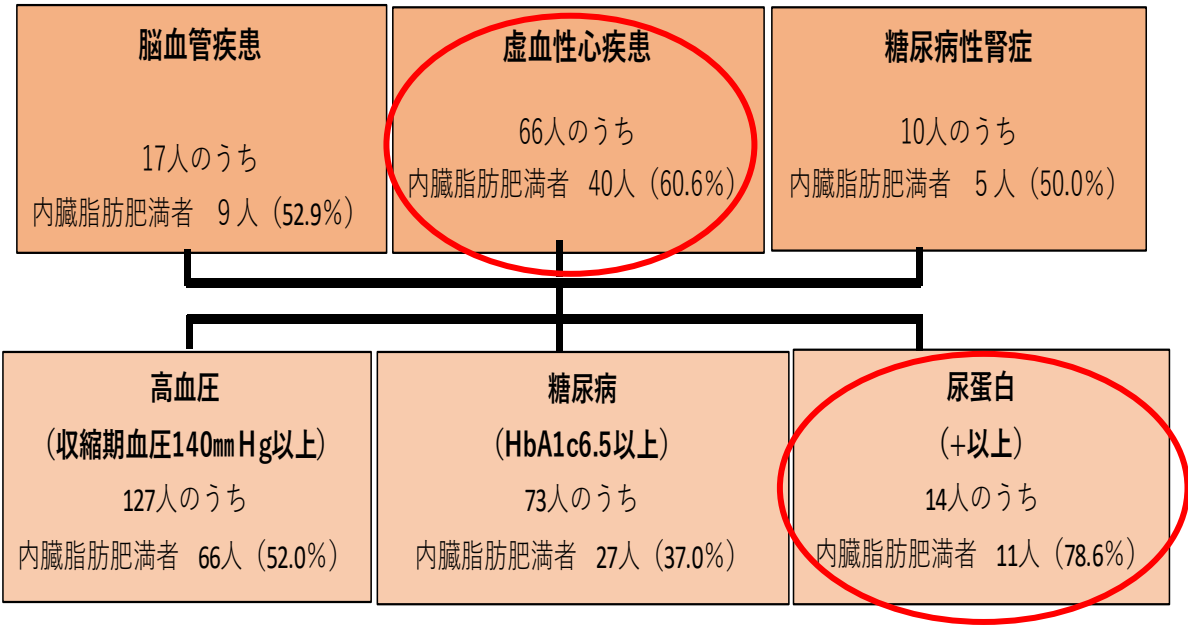
令和4年度特定健診受診者で、中長期、短期目標の対象疾患を発症している者のうち、腹囲基準値を超える内臓脂肪型肥満を有する者の割合を確認しました。

中長期目標では、虚血性心疾患を有する66人のうち40人(60.6%)に内臓脂肪型肥満を有しており、メタボの診断目的が心血管病にあることから、高い割合となっていました。

また、脳血管疾患、糖尿病性腎症についても有病者のうち、50%以上が内臓脂肪型肥満を有していました。

短期目標では、尿蛋白(＋以上)14人のうち、内臓脂肪型肥満が11人(78.6%)と高い割合になっており、内臓脂肪の蓄積が慢性腎臓病(CKD)の発症に強く関連があると考えられます。(図表67)

図表 67 中長期、短期目標の対象疾患発症者のうち内臓脂肪型肥満を有する者の割合



由仁町調べ

ウ 対象者の明確化

年代別のメタボ該当者は、男性で40代から受診者の2～3割を超えますが、女性では50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。(図表 68)

メタボ該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患の治療状況は、男女とも8割以上が治療中となっていますが、メタボ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。(図表 69)

図表 68 年代別メタボ該当者の状況

		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	286	38	52	100	96	302	31	52	101	118
メタボ該当者		B	111	8	16	44	43	41	0	7	16	18
		B/A	38.8%	21.1%	30.8%	44.0%	44.8%	13.6%	0.0%	13.5%	15.8%	15.3%
再掲	① 3項目全て	C	46	2	7	21	16	10	0	1	6	3
		C/B	41.4%	25.0%	43.8%	47.7%	37.2%	24.4%	—	14.3%	37.5%	16.7%
	② 血糖＋血圧	D	12	0	2	2	8	2	0	0	2	0
		D/B	10.8%	0.0%	12.5%	4.5%	18.6%	4.9%	—	0.0%	12.5%	0.0%
	③ 血圧＋脂質	E	45	3	6	18	18	28	0	6	7	15
		E/B	40.5%	37.5%	37.5%	40.9%	41.9%	68.3%	—	85.7%	43.8%	83.3%
	④ 血糖＋脂質	F	8	3	1	3	1	1	0	0	1	0
		F/B	7.2%	37.5%	6.3%	6.8%	2.3%	2.4%	—	0.0%	6.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 メタボ該当者の治療状況

	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	286	111	38.8%	95	85.6%	16	14.4%	302	41	13.6%	38	92.7%	3	7.3%
40代	38	8	21.1%	7	87.5%	1	12.5%	31	0	0.0%	0	—	0	—
50代	52	16	30.8%	11	68.8%	5	31.3%	52	7	13.5%	7	100.0%	0	0.0%
60代	100	44	44.0%	38	86.4%	6	13.6%	101	16	15.8%	14	87.5%	2	12.5%
70～74歳	96	43	44.8%	39	90.7%	4	9.3%	118	18	15.3%	17	94.4%	1	5.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

(ア) 対象者の選定基準の考え方

- a メタボの因子である血圧、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対しては、適切な受診のための保健指導を行います。
- b 治療中の者は、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（栄養指導）を行います。
- c 特定保健指導対象者には、適切な保健指導（栄養指導）を行います。

(イ) 対象者の管理

対象者の台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

エ 保健指導の実施

(ア) 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 70）

図表 70 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて （保健指導教材）	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
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つでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい（気管支喘息）	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？（保健師・栄養士用）	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

出典：ヘルスサポートラボ

（イ）二次健診の実施

メタボ該当者は、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実施されています。

当町では対象者に合わせ、二次健診（75 g 糖負荷検査、頸動脈超音波検査）の実施について検討を行います。

(2) 脳血管疾患重症化予防

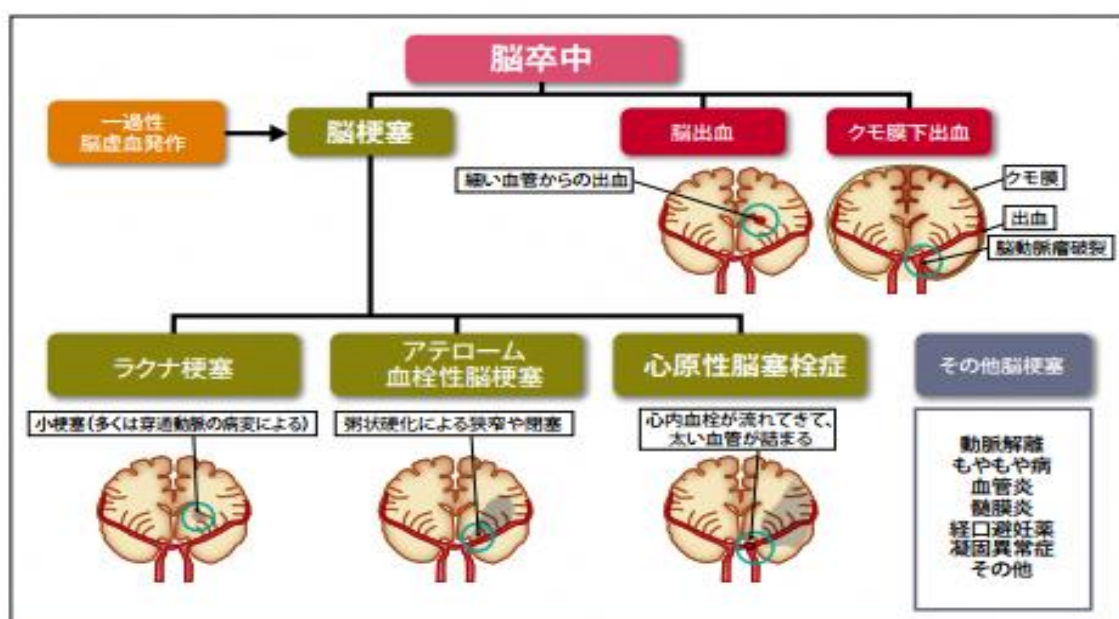
ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組に当たっては「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」等に基づき進めていきます。

脳卒中は、脳に血液を送っている動脈が狭くなったりつまったりして脳の血流が悪くなり、脳が壊死に陥る「脳梗塞」、脳の細い血管が破れて脳の中で出血する「脳出血」、脳の主に太い動脈にできた瘤（動脈瘤）が破れて出血する「くも膜下出血」の3つに大きく分類されます。（図表 71）

また、脳血管疾患の分類毎のリスク因子のすべてに高血圧があり、脳梗塞ではメタボに起因する疾患や喫煙、飲酒の生活習慣が因子となっています。（図表 72）

図表 71 脳卒中の分類



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 72 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	●							

（脳卒中予防の提言より引用）

イ 対象者の明確化

(ア) 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。令和4年度のレセプトデータでは、高血圧治療者 501 人 (40.3%) のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 45 人 (9.0%) でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 33 人 (5.6%) であり、そのうち 23 人 (69.7%) は未治療者です。

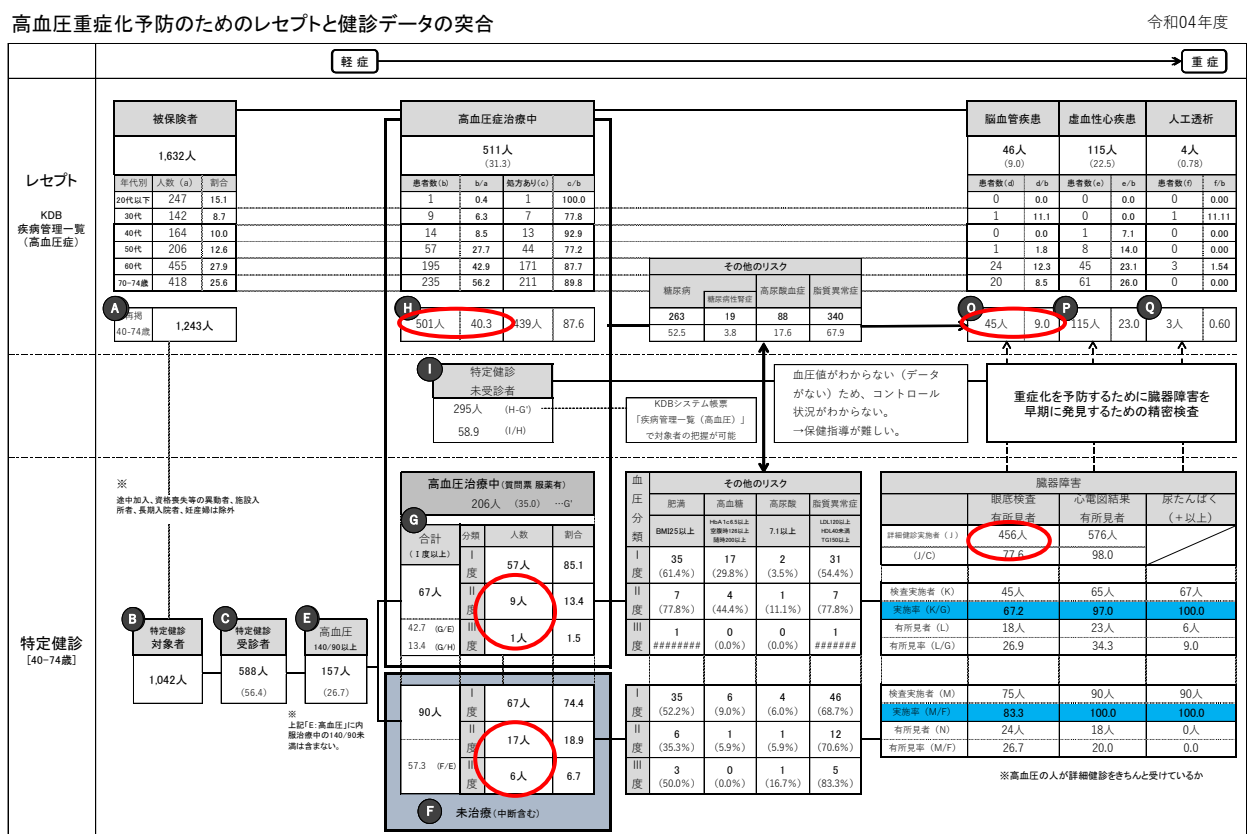
医療機関未受診者の中にはメタボ該当者や高血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 10 人 (4.9%) いることが判明したことから、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は、456 人 (77.6%) 実施しており、未実施の 132 人については町内医療機関受診者やデータ受領事業の対象者です。

眼底検査を実施することで体の状態をイメージしやすく、血压コントロールの重要性が理解しやすいため、重症化予防につながっている重要な検査です。(図表 73)

図表 73 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



(イ) 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 74 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当たるAについては、早急な受診勧奨が必要な状況です。

図表 74 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	
		192		102 53.1%	67 34.9%	17 8.9%	6 3.1%	
リスク第1層 予後影響因子がない		19	C	16 15.7%	3 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	高リスク 中等リスク 低リスク
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		97	C	51 50.5%	34 50.7%	7 41.2%	5 83.3%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある		76	B	35 34.3%	30 44.8%	10 58.8%	1 16.7%	

※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

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなりますが、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 75 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。

心電図検査において10人が心房細動の所見があり、そのうち8人は既に治療中で、未治療の2人について

も健診後受診後に治療開始が確認されています。

図表 75 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	%
10	2	20.0	8	80.0

由仁町調べ

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。

ウ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた指導を行います。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。

治療が必要な状況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、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にも、同様に受診勧奨を行います。治療中でもリスクがある場合には、医療機関と連携した保健指導を行います。

(イ) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者には、健診結果と併せて血管変化を早期に捉え、積極的に介入し、対象者へ二次健診の実施を検討する必要があります。

「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。当町では二次健診として頸動脈超音波検査を実施しています。

- a 形態学的検査法・・・頸動脈超音波検査(頸動脈内膜中膜厚 (IMT))、冠動脈CT (冠動脈石灰化)
- b 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)

(ウ) 対象者の管理

a 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、e G F R、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。

b 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、経過の把握に努めます。

エ 医療との連携

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、K D B等を活用しデータ収集を行います。

オ 地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターと連携しながら、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めていきます。

カ 評価

評価を行うに当たっては、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、K D B等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と併せて年1回行うこととします。

また、中長期的評価においては、他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と併せて行っていきます。

キ スケジュール

4月に対象者の選定基準を決定し、その後対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法を決定します。

特定健診結果が届き次第、台帳を整理し、順次、対象者へ介入、地区担当者が保健指導の実施状況を記録します。

(3) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組に当たっては、「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。

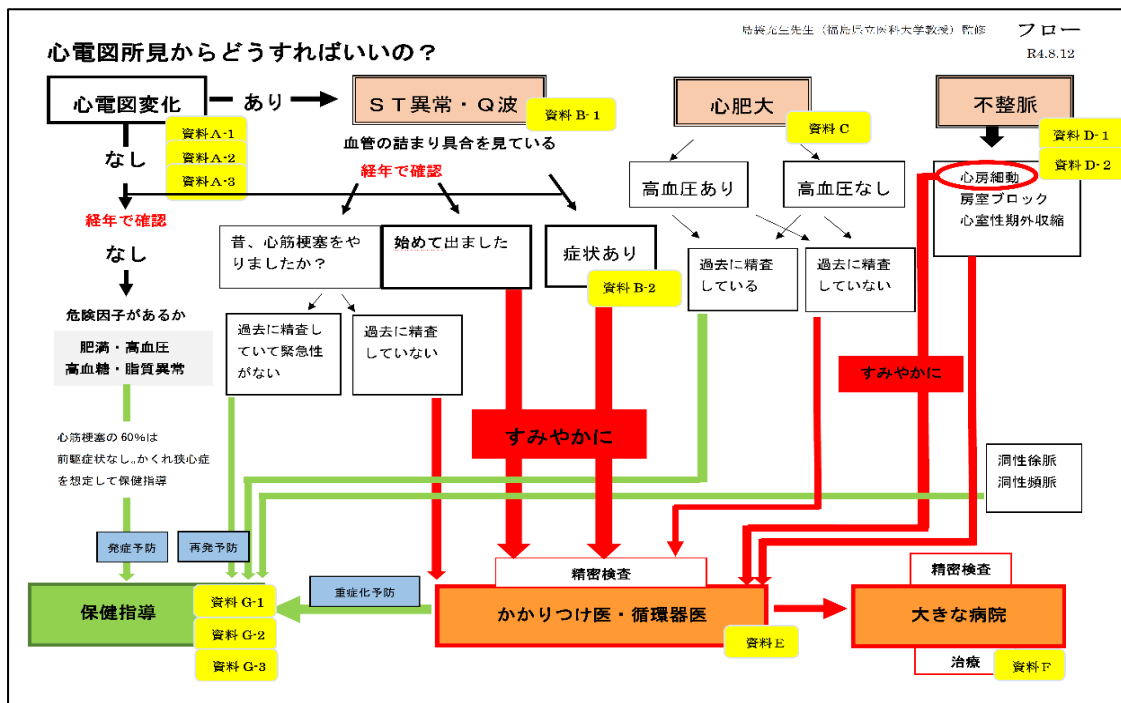
イ 対象者の明確化

(ア) 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は、図表 76 に基づいて設定します。

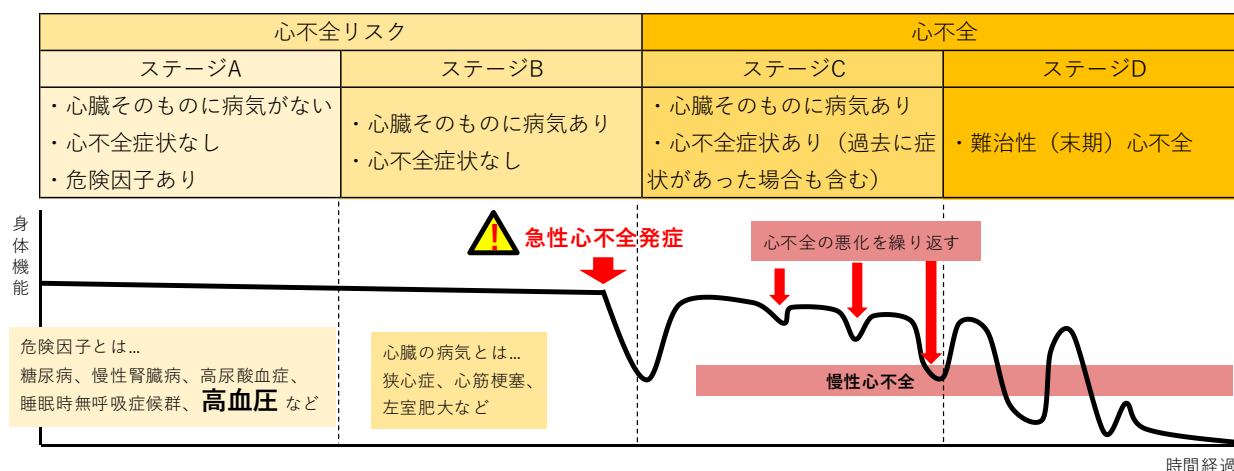
また、虚血性心疾患の発症を繰り返すことによって心不全の発症につながります。心不全を発症すると高額な医療費がかかるだけでなく、介護も必要になっていくことから、虚血性心疾患の発症予防に加え、再発予防についても重点的に取り組みます。(図表 77)

図表 76 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



出典：ヘルスサポートラボ

図表 77 心不全のステージと経過



（イ）重症化予防対象者の抽出

a 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S T-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S T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、血糖等のリスクと併せて医療機関で判断してもらう必要があります。

検査を560人(97.5%)に実施し、そのうち有所見者が148人(26.4%)で、所見の中でも脚ブロックが42人(28.4%)と、所見率が一番高いことがわかります。(図表78)

また、有所見者のうちS T異常所見ありが27人(18.2%)で、その後の受診状況をみると5人(18.5%)は未受診でした。(図表79)

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

図表 78 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		有所見者数	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	
		A	B	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	560	97.5	148	26.4	8	5.4	27	18.2	3	2.0	5	3.4	26	17.6	42	28.4	10	6.8	27	18.2
	男性	273	48.8	84	30.8	4	4.8	14	16.7	2	2.4	2	2.4	15	17.9	24	28.6	8	9.5	15	17.9
	女性	287	51.2	64	22.3	4	6.3	13	20.3	1	1.6	3	4.7	11	17.2	18	28.1	2	3.1	12	18.8

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 79 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		ST異常所見(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	148		27	18.2	22	81.5	5	18.5
男性	84	56.8	14	51.9	13	59.1	1	7.1
女性	64	43.2	13	48.1	9	40.9	4	30.8

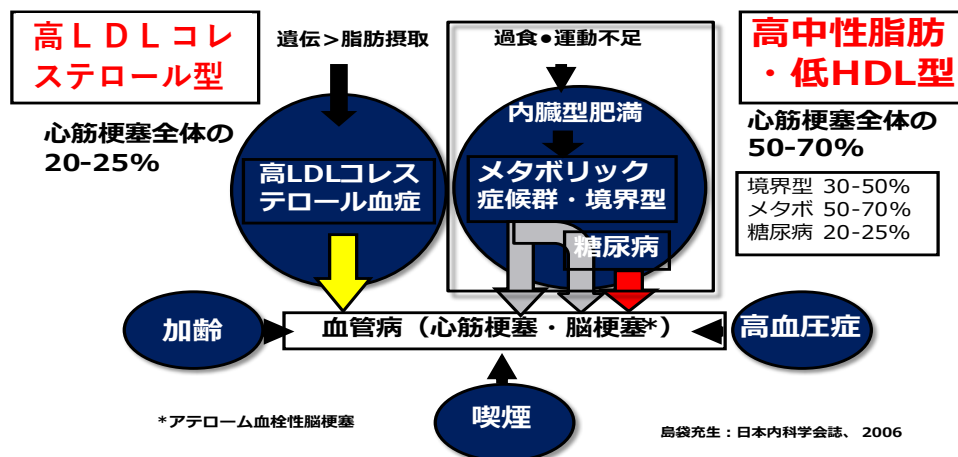
出典：ヘルスサポートラボツール

b 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 80）

図表 80 心血管病をおこしやすい人



図表 80 を基にタイプ別に対象者を把握します。

A：LDLコレステロールタイプ（図表 81）

高LDLコレステロール血症は、虚血性心疾患の発症因子です。令和4年度の健診結果をみると、160mg/dl 以上は43人で、冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標の高リスク者は18人でした。

冠動脈疾患の発症率が高い対象者であるため、早期に医療機関につなぎ厳格な治療が必要です。

B：メタボタイプについては、「第4章（1）肥満・メタボリックシンドローム重症化予防（図表 65、68）」を参照します。

図表 81 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

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				
				215	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
					99 46.0%	73 34.0%	30 14.0%	13 6.0%	8 18.6%	8 18.6%	17 39.5%	10 23.3%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	48 22.3%	30 30.3%	11 15.1%	7 23.3%	0 0.0%	5 62.5%	2 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	
			中リスク	140未満 (170未満)	94 43.7%	40 40.4%	34 46.6%	14 46.7%	6 46.2%	2 25.0%	5 62.5%	11 64.7%
	高リスク	120未満 (150未満)			68 31.6%	27 27.3%	25 34.2%	9 30.0%	7 53.8%	1 12.5%	1 12.5%	6 35.3%
			再掲	100未満 (130未満) ※1	7 3.3%	3 3.0%	2 2.7%	1 3.3%	1 7.7%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%
	二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	5 2.3%	2 2.0%	3 4.1%	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。

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 慢性腎臓病（CKD）

徐々に進行していくCKDは、後に人工透析を必要とする可能性の高い病気です。そのため、CKDの重症度をアルブミン尿とeGFRを用いてステージごとに分類し、ステージに合った治療をしていくことが重要です。色が濃くなるほどステージが上がり、人工透析導入のリスクが上昇していくため、最も色が濃い11人を最優先として、重症化予防のための受診勧奨や保健指導を行います。

また、アルブミン尿は、CKDのステージ分類の判断基準となるだけでなく、心血管病発症のリスクとも相関していることが判明しています。正常値以下のごく少量の時期から心血管病発症のリスクとなるため、最も薄い色に該当する466人の中でも、心血管病発症リスクを考慮した保健指導を実施する必要があります。（図表82）

図表 82 CKD重症度分類

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿		
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿		
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)				尿蛋白区分		A1	A2	A3	
				尿検査・GFR 共に実施 575 人	(－)	(±)	【再掲】 尿潜血＋以上	(＋) 以上	
					537 人	24 人		0 人	14 人
					93.4%	4.2%		0.0%	2.4%
G1	正常 または高値	90以上	79 人	76 人	3 人	0 人	0 人		
			13.7%	13.2%	0.5%	0.0%	0.0%		
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	413 人	390 人	18 人	0 人	5 人		
			71.8%	67.8%	3.1%	0.0%	0.9%		
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	72 人	63 人	2 人	0 人	7 人		
			12.5%	11.0%	0.3%	0.0%	1.2%		
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	9 人	7 人	1 人	0 人	1 人		
			1.6%	1.2%	0.2%	0.0%	0.2%		
G4	高度低下	15-30 未満	2 人	1 人	0 人	0 人	1 人		
			0.3%	0.2%	0.0%	—	0.2%		
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人		
			0.0%	0.0%	0.0%	—	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

エ 保健指導の実施

（ア）受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当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。

（図表 83）

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確認された場合も、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には、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 83 心電図所見からの保健指導教材

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

出典：ヘルスサポートラボ

(イ) 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併せて血管変化を早期に捉え、積極的に介入し、二次健診の実施を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 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ることから、当町では二次健診として頸動脈超音波検査を実施しています。

- a 形態学的検査法・・・頸動脈超音波検査(頸動脈内膜中膜厚 (IMT))、冠動脈CT (冠動脈石灰化)
- b 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)

(ウ) 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。

オ 医療との連携

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等を活用しデータ収集を行います。

カ 地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターと連携しながら、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めていきます。

キ 評価

評価を行うに当たっては、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KDB等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と併せ年1回行うこととします。

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

ク スケジュール

4月に対象者の選定基準を決定し、その後対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法を決定します。

特定健診結果が届き次第、台帳を整理し、順次、対象者へ介入、地区担当者が保健指導の実施状況を記録します。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組に当たっては、「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「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施していきます。

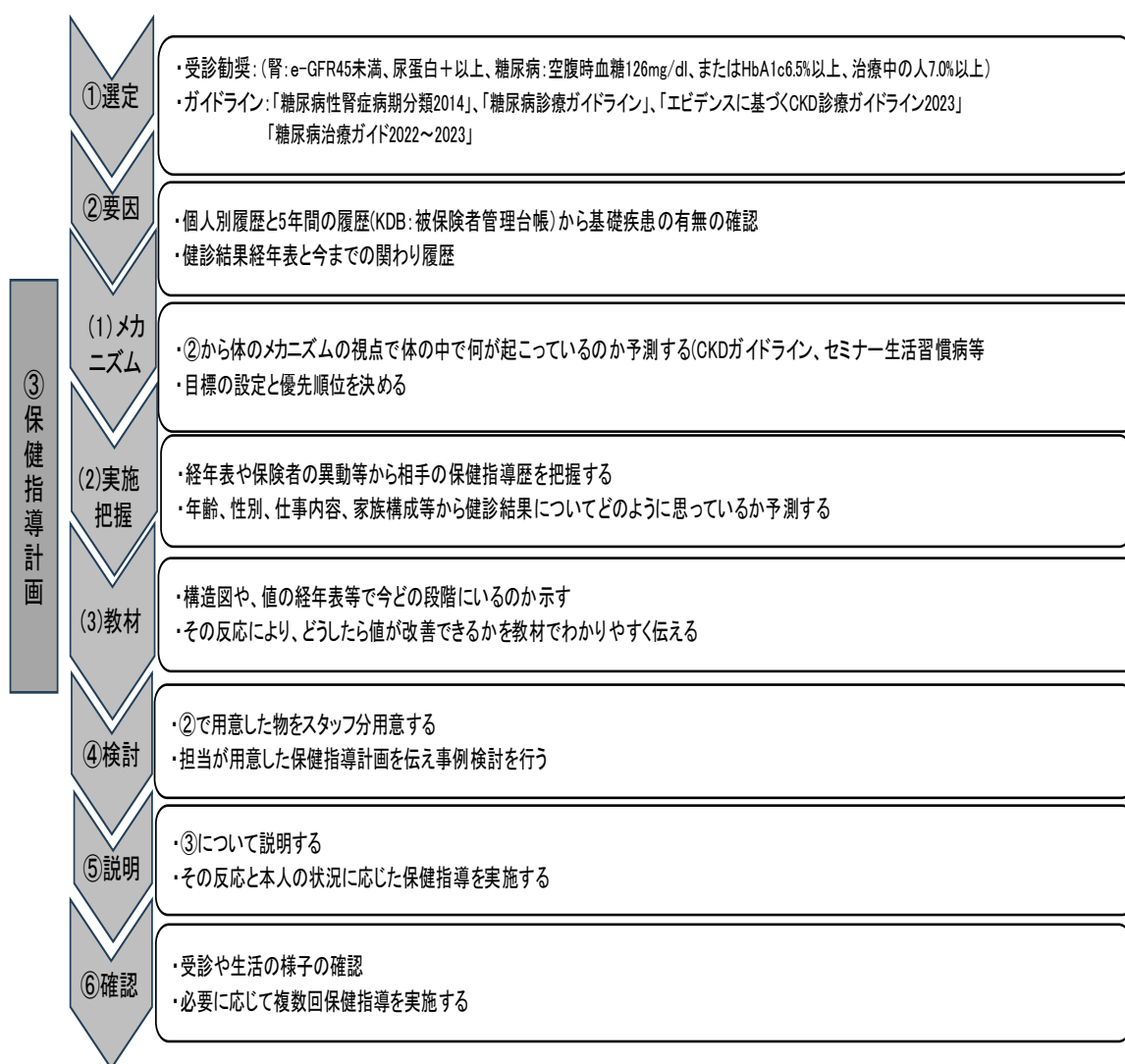
なお、取組に当たっては図表84に沿って実施していきます。

(ア) 健康診査や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

(イ) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

(ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 84 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



イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は、由仁町国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下とします。

- a 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者
- b ハイリスク者（糖尿病で治療中の者）
 - (a) 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者
 - (b) 糖尿病性腎症を発症していないが、HbA1c（NGSP）7.0%以上の者で以下のいずれかの生活習慣病リスクを有する者
 - ① I度高血圧（140/90mmHg）以上の者
 - ② メタボ該当者
 - ③ 脂質異常（LDLコレステロール 120 mg/dl 以上、中性脂肪 300 mg/dl 以上）を有する者
 - ④ 高尿酸血症（7.1mg/dl 以上）の者

(イ) 選定基準に基づく該当者の把握

a 対象者の抽出

取組を進めるに当たって、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、該当者を把握し、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 85）

図表 85 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では、尿アルブミン値及び腎機能（eGFR）により把握していきます。当町は、特定健診で血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査、尿中アルブミンを必須項目として実施しており、病期の把握が可能です。

b 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。

当町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、33人（32.4%・F）でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者330人のうち、特定健診受診者が69人（67.6%・G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者261人（79.1%・I）については、治療中ですが、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。（図表86、88）

c 介入方法と優先順位

図表88より当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）・・・33人（図表86、88）

図表86 糖尿病性腎症病期分類に該当する者（未治療者）

F 治療なし（空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上）

アルブミン尿区分				A1	A2	A3	尿 中 未 実 施 プ
尿アルブミン定量				正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比（mg/gCr）				30未満	30～299	300以上	
合計			33	22	1	2	8
eGFR 区分	eGFR未実施		0	10	20	30	0
	G1	≧90	5	2	1	0	2
	G2	60～89	22	15	0	0	7
	G3a	45～59	5	4	0	1	0
	G3b	30～44	0	0	0	0	0
	G4	15～29	1	4	0	1	0
	G5	<15	0	0	0	0	0

糖尿病性腎症病期分類	第1期	第2期	第3期	第4期	判定不能
該当者数	22	1	1	1	8
割合	66.7	3.0	3.0	3.0	24.2

【参照】糖尿病治療ガイド2022-2023 p88[付表]糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

出典：ヘルスサポートラボツール

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）・・・32人（図表 87、88）

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

図表 87 糖尿病性腎症病期分類に該当する者（治療中のコントロール不良者）

J 治療中（コントロール不良）

アルブミン尿区分				A1	A2	A3	ミ 尿 中 未 ア 実 施 ブ	
尿アルブミン定量				正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿		
尿アルブミン/Cr比（mg/gCr）				30未満	30～299	300以上		
合計				32	14	3	0	15
eGFR 区分	eGFR未実施		0	10	20	30	0	
	G1	≧90	4	2	0	0	2	
	G2	60～89	23	11	3	0	9	
	G3a	45～59	4	1	0	0	3	
	G3b	30～44	1	0	0	0	1	
	G4	15～29	0	40	0	0	0	
	G5	<15	0	0	0	0	0	

糖尿病性腎症病期分類	第1期	第2期	第3期	第4期	判定不能
該当者数	14	3	0	0	15
割合	43.8	9.4	0.0	0.0	46.9

【参照】糖尿病治療ガイド2022-2023 p 88[付表]糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

出典：ヘルスサポートラボツール

優先順位 3

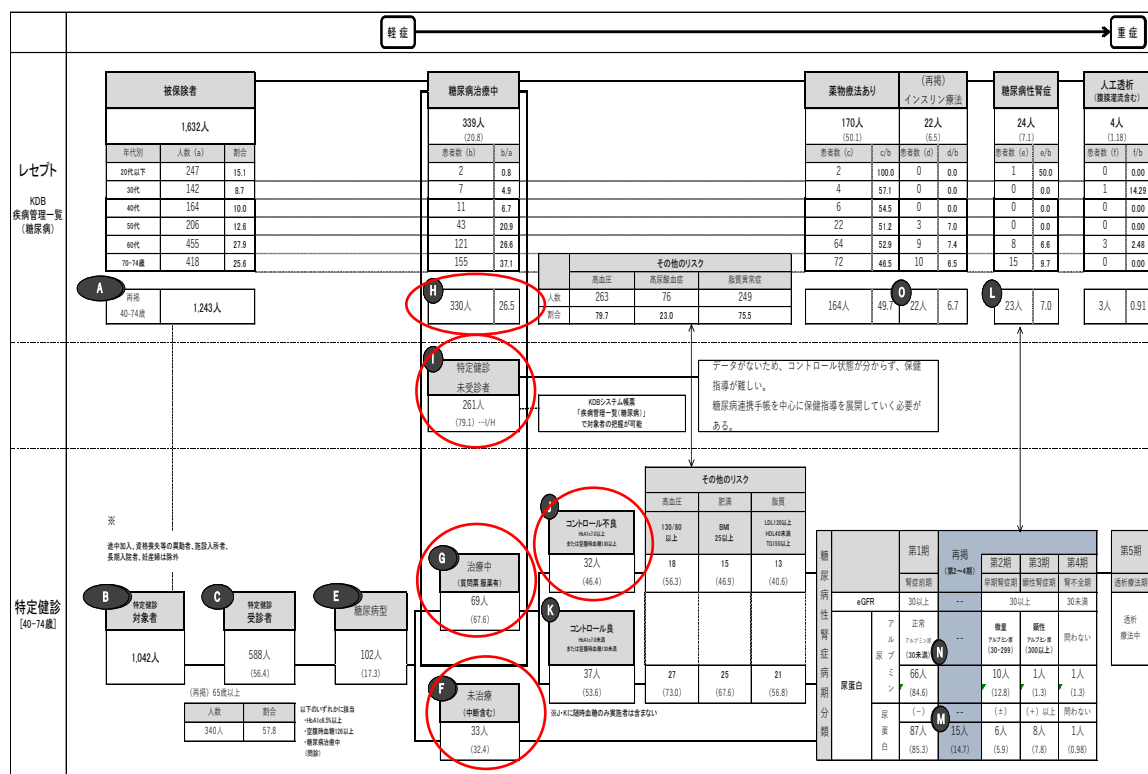
【保健指導】

- ・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 88 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4年度



出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 保健指導の実施

（ア）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。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であり、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併せて、対象者に応じた保健指導を行います。

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 89）

図表 89 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 何うことから始めます
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 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」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すみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
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)

出典：ヘルスサポートラボ

(イ) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を見逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)の場合は、二次健診として75g糖負荷検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

エ 医療との連携

(ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者や治療中断者を医療機関につなぐ場合には、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医や専門医との連携に当たっては、北海道糖尿病対策推進協議会等の方針のもと、連携を進めていきます。

オ 地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターと連携しながら、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めていきます。

カ 評価

評価を行うに当たっては、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糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と併せ年1回行うこととします。

また、中長期的評価においては、他の脳血管疾患・虚血性心疾患等と併せて、図表 90 を用いて行っていきます。

短期的評価

(ア) 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

(イ) 保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 90 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突 合 表	由仁町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,741人		1,650人		1,568人		1,531人		1,487人			
	②	(再掲)40～74歳		1,338人		1,251人		1,209人		1,184人		1,158人			
2	①	対象者数	B	1,152人		1,113人		1,069人		1,042人		1,003人			
	②	特定健診 受診者数	C	786人		733人		645人		584人		585人			
	③	受診率		68.2%		65.9%		60.3%		56.0%		58.3%			
3	①	特定 対象者数		94人		80人		71人		63人		63人			
	②	保健指導 実施率		83.0%		75.0%		70.8%		77.8%		91.3%			
4	①	糖尿病型	E	129人	16.4%	117人	16.0%	111人	17.2%	108人	18.5%	102人	17.4%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	27.9%	28人	23.9%	33人	29.7%	32人	29.6%	33人	32.4%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	93人	72.1%	89人	76.1%	78人	70.3%	76人	70.4%	69人	67.6%		
	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	38人	40.9%	33人	37.1%	41人	52.6%	38人	50.0%	32人	46.4%		
	⑤	血圧 130/80以上		23人	60.5%	24人	72.7%	25人	61.0%	28人	73.7%	18人	56.3%		
	⑥	肥満 BMI25以上		20人	52.6%	18人	54.5%	20人	48.8%	20人	52.6%	15人	46.9%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	55人	59.1%	56人	62.9%	37人	47.4%	38人	50.0%	37人	53.6%		
	⑧	第1期 尿蛋白(－)	M	105人	81.4%	101人	86.3%	94人	84.7%	93人	86.1%	87人	85.3%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		10人	7.8%	7人	6.0%	6人	5.4%	7人	6.5%	6人	5.9%		
	⑩	第3期 尿蛋白(＋)以上		12人	9.3%	7人	6.0%	10人	9.0%	7人	6.5%	8人	7.8%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	1.6%	1人	0.9%	1人	0.9%	1人	0.9%	1人	1.0%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		156.2人		146.1人		127.6人		128.7人		139.9人			
	②	(再掲)40～74歳(被保険者千対)		199.6人		187.1人		159.6人		162.2人		173.6人			
	③	レセプト件数 (40～74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)	1,091件	(855.0)	1,007件	(806.2)	1,042件	(872.7)	1,048件	(888.9)	959件	(828.2)	125,467件	(817.9)
	④		入院(件数)	7件	(5.5)	2件	(1.6)	4件	(3.4)	4件	(3.4)	1件	(0.9)	600件	(3.9)
	⑤	糖尿病治療中	H	272人	15.6%	241人	14.6%	200人	12.8%	197人	12.9%	208人	14.0%		
	⑥	(再掲)40～74歳		267人	20.0%	234人	18.7%	193人	16.0%	192人	16.2%	201人	17.4%		
	⑦	健診未受診者	I	174人	65.2%	141人	60.3%	115人	59.6%	116人	60.4%	132人	65.7%		
	⑧	インスリン治療	O	16人	5.9%	13人	5.4%	13人	6.5%	16人	8.1%	10人	4.8%		
	⑨	(再掲)40～74歳		15人	5.6%	12人	5.1%	12人	6.2%	16人	8.3%	10人	5.0%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	21人	7.7%	13人	5.4%	11人	5.5%	7人	3.6%	11人	5.3%		
	⑪	(再掲)40～74歳		21人	7.9%	13人	5.6%	11人	5.7%	7人	3.6%	11人	5.5%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.7%	1人	0.4%	1人	0.5%	0人	0.0%	1人	0.5%		
	⑬	(再掲)40～74歳		1人	0.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑭	新規透析患者数		－	－	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		－	－	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
	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)		13人	3.3%	17人	4.5%	17人	4.7%	18人	4.6%	17人	4.8%		
6	①	総医療費		6億5514万円		6億2472万円		5億7689万円		5億4251万円		5億2816万円		2億3873万円	
	②	生活習慣病総医療費		3億6296万円		3億6364万円		3億3530万円		3億0309万円		2億7441万円		1億2786万円	
	③	(総医療費に占める割合)		55.4%		58.2%		58.1%		55.9%		52.0%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,615円		9,152円		8,463円		6,230円		4,767円		7,986円	
	⑤		健診未受診者	41,872円		45,550円		44,237円		43,757円		42,061円		41,017円	
	⑥	糖尿病医療費		3402万円		3153万円		3156万円		3123万円		2780万円		1434万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%		8.7%		9.4%		10.3%		10.1%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億2025万円		1億2631万円		1億0814万円		1億0647万円		8865万円			
	⑨	1件あたり		36,707円		40,850円		37,392円		37,358円		35,363円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		7101万円		6426万円		5713万円		5207万円		4833万円			
	⑪	1件あたり		622,901円		617,927円		649,193円		598,544円		690,495円			
	⑫	在院日数		11日		13日		14日		14日		16日			
	⑬	慢性腎不全医療費		2059万円		1175万円		1198万円		975万円		1197万円		872万円	
	⑭	透析有り		1867万円		1101万円		1114万円		850万円		873万円		784万円	
	⑮	透析なし		192万円		74万円		83万円		125万円		324万円		87万円	
7	①	介護 介護給付費		6億1701万円		6億2112万円		5億9887万円		6億3537万円		5億3970万円		3億2495万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	2.4%	2人	2.4%	4人	4.7%	0人	0.0%	1人	1.2%	267人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

キ スケジュール

4月に対象者の選定基準を決定し、その後対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法を決定します。

特定健診結果が届き次第、台帳を整理し、順次、対象者へ介入、地区担当者が保健指導の実施状況を記録します。

3 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と生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施することが重要で、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

令和2年度より北海道後期高齢者医療広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に取り組んでおり、令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、以下のとおり実施します。

ア 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。

イ ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの実施

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の者や血清アルブミン低値の対象者を抽出し、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受診勧奨等を実施し、重症化予防を行います。

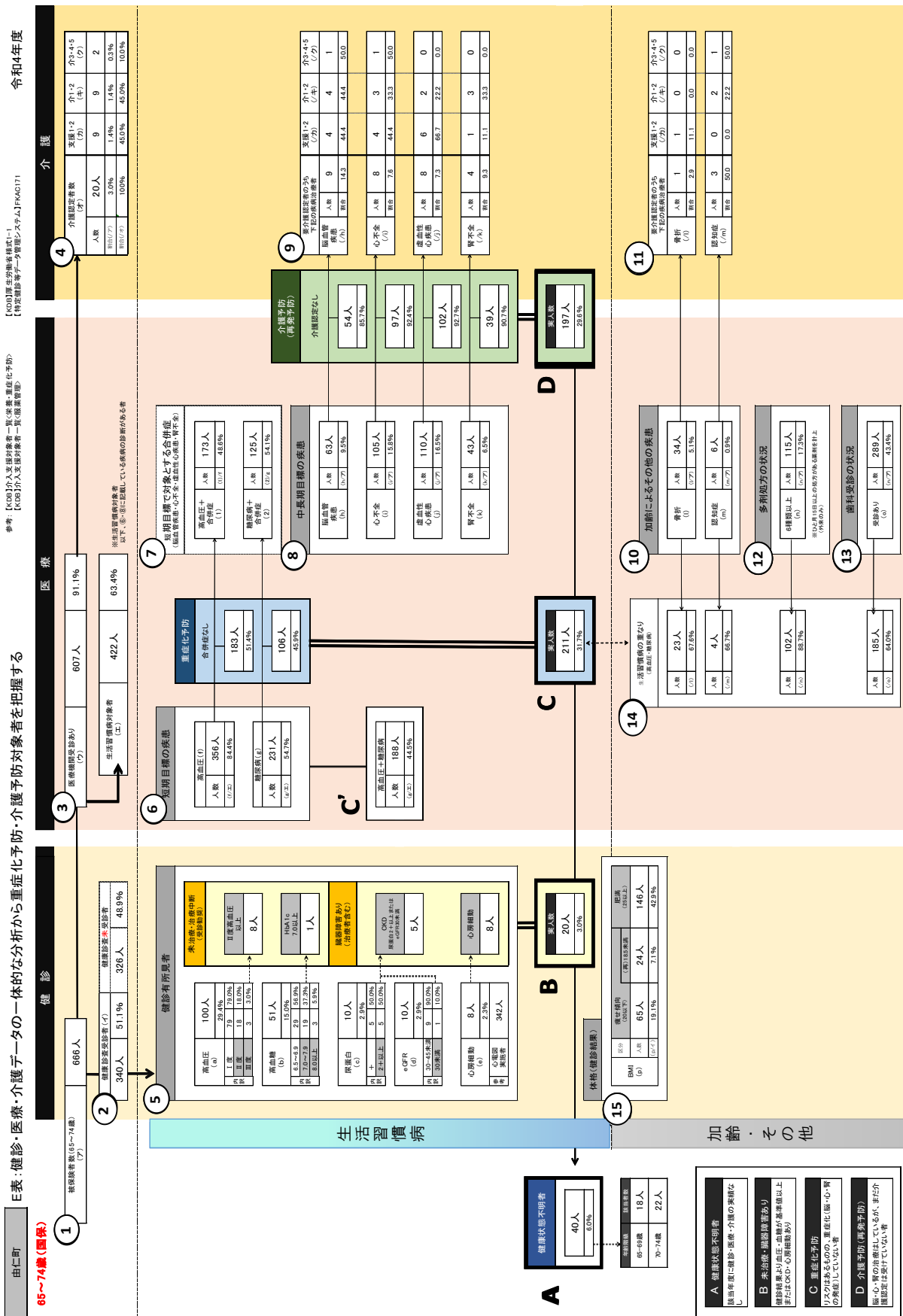
また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施します。（ポピュレーションアプローチ）

ウ 地域包括ケアに係る取組

国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。

また、関係機関と連携を図りながら、介護予防の取組と連携した生活習慣病の重症化予防等に取り組めます。

図表 91 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4 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。生活習慣が小児期に確立することから、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防は重要です。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から、益々注目されています。

体のつくりは、胎児期から影響を受けることがあるため、妊婦の健康管理も重要になってきます。健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児、成人のデータを保有しており、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ていくことが可能です。（図表 92）

当町では、体の機能が完成に近づく中学校 2 年生を対象に由仁っ子健診を実施しています。由仁っ子健診は特定健診に準じた項目で大人と同じように実施しており、原則、本人と保護者に対面で健診結果説明を実施しています。

また、20 歳以上から健診受診ができる環境を整えており、若年者、特に男性の肥満が多く、既に生活習慣病を発症している人も少なくありません。肥満は、健診の数値として目には見えない「代謝」のイメージを持つことが重要です。若い世代から、代謝の要となるインスリンホルモンについて意識が持てるような保健指導を実施し、発症予防にも力を入れていく必要があります。

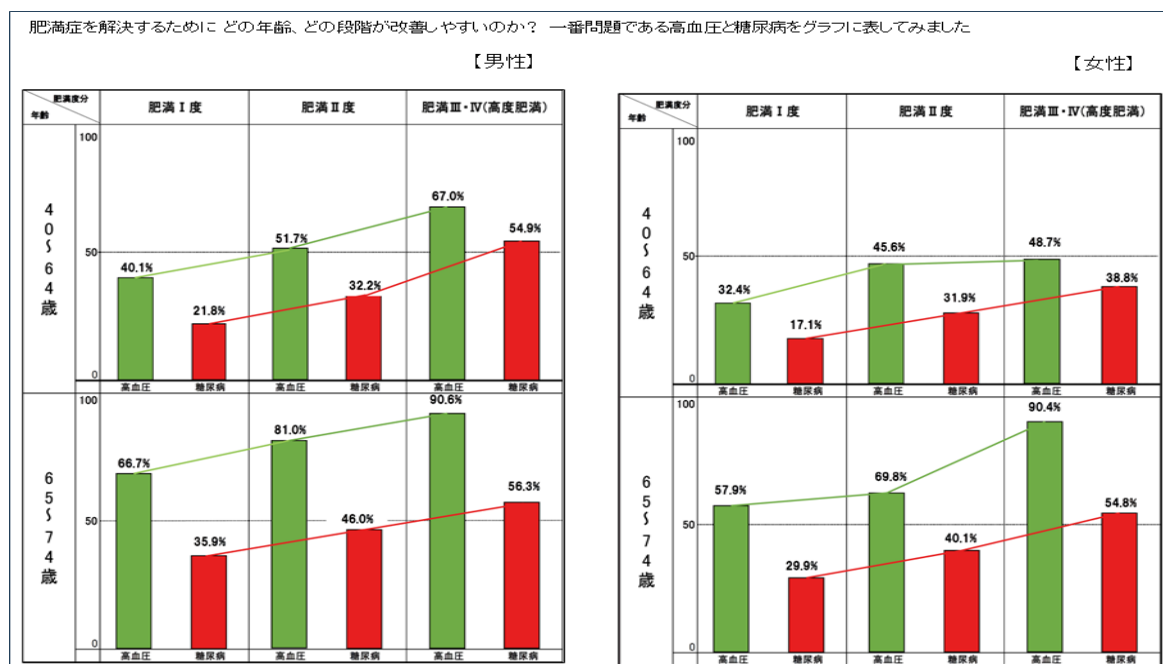
図表 93 をみると、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病を合併する割合が高くなるため、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代を対象とすることが効率的であることがわかります。働き盛り世代となる 2 号被保険者（40～64 歳）で重症化しないよう、ライフサイクルを通じた発症予防に取り組むことが今後の課題です。

図表 92 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）																						
			健康増進法																			
1　根拠法			母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全 法）		高齢者の医療の確保に關する法律 （介護保険）									
6条 健康増進事業実施者			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）																			
2　計画																						
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		
5 対 象 者	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 健康診断		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）						
			血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上											
			HbA1c	6.5%以上							6.5%以上											
			50GCT	1時間値 140mg/dl以上																		
			75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上											
			（診断） 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの																		
			身長 体重																			
			BMI																			
			肥満度				kg/m ² 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																			

出典：ヘルスサポートラボ

図表 93 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

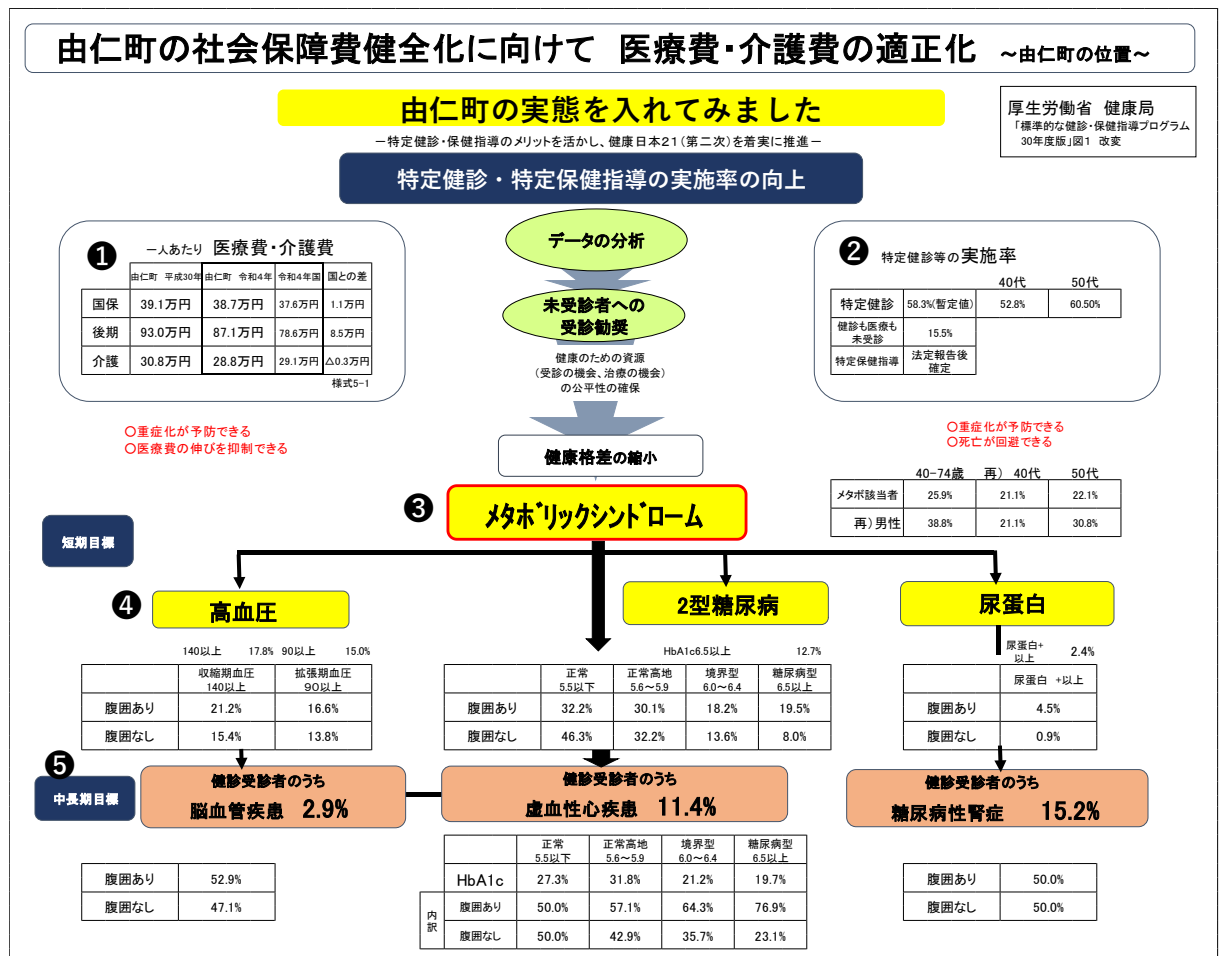


出典：ヘルスサポートラボ

5 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住民へ周知していきます。(図表 94、95)

図表 94 社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化



出典：ヘルスサポートラボ

図表 95 統計からみえる北海道の食

統計からみえる北海道の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名		全国ランキング (購入量)	
ベーコン		1位	
その他の肉(馬肉、羊肉等)		1位	
その他の加工肉		2位	
バター		2位	
豚肉		3位	
店舗・種別		店舗数(人口10万対)	
コンビニ店舗数		1位	
アイスクリーム店等		2位	
バー、キャバレー、ナイトクラブ		4位	
すし、焼肉店		8位	
食品名		全国ランキング (購入量)	
玉ねぎ		1位	
根菜類		2位	
じゃがいも		2位	
さつまいも		3位	
かぼちゃ		5位	
生鮮野菜		17位	
食品名		全国ランキング (購入量)	
その他の穀類(パン粉、お好み 焼き粉、ホットケーキミックス 等)		1位	
米		3位	
炭酸飲料		3位	
チョコレート		5位	
スナック菓子		6位	
カップ麺		7位	

第5章 計画の評価と見直し

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 評価方法と体制

保険者は、健診や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)	・保健指導等の手順や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、介護のデータが収載されるので、受診率、受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師、栄養士等が、自身の地区担当の被保険者について定期的に確認します。

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 計画の公表と周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表と周知

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を行います。これらの公表や配布に当たっては、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

個人情報の保護に関する各種法令や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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

- 参考資料 1 様式 5－1 同規模・道・国と比べてみた由仁町の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析（令和 4 年度）
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
（令和 4 年度）
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
（令和 4 年度）
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
（令和 4 年度）
- 参考資料 7 H b A 1 c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 L D L コレステロールの年次比較

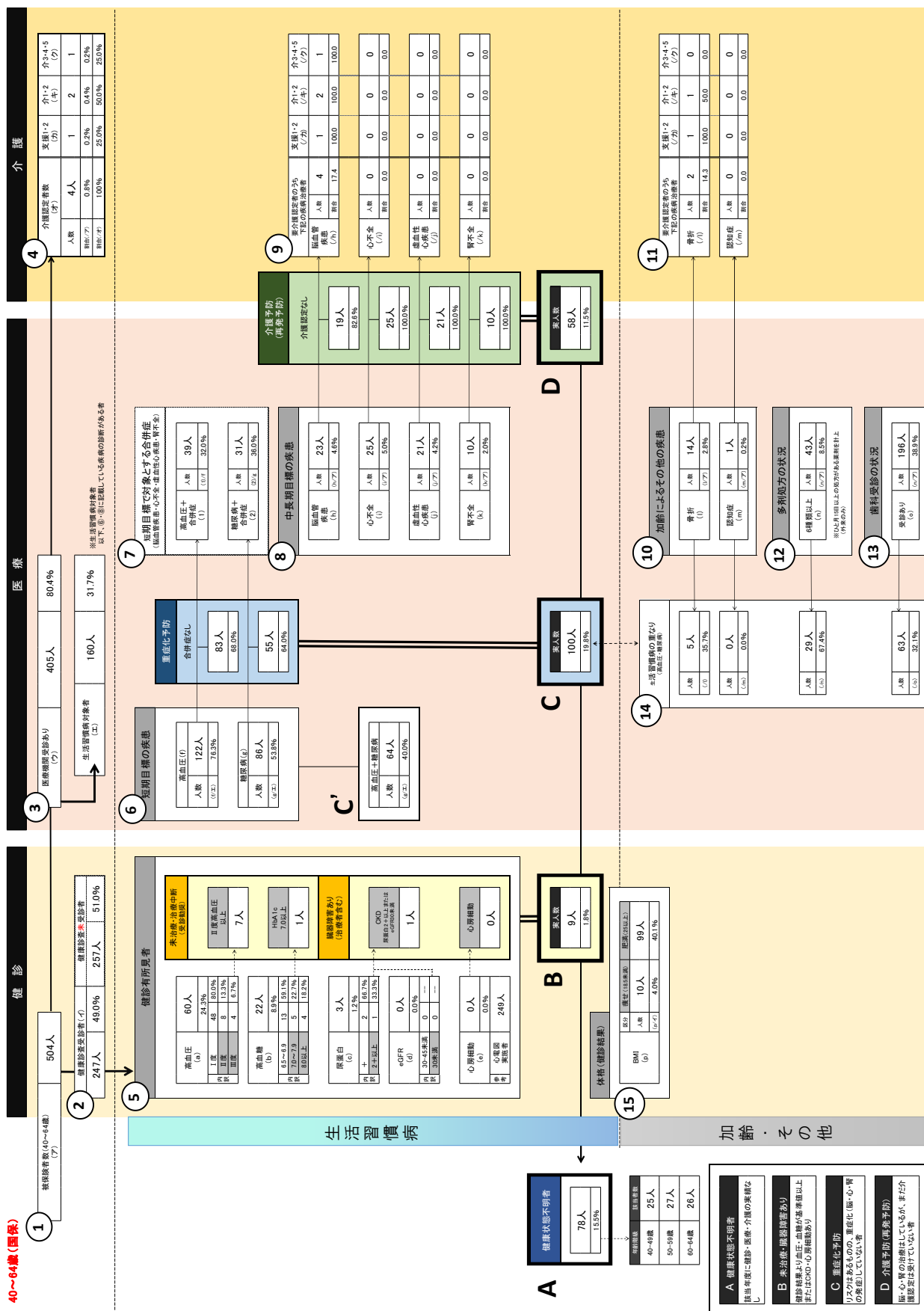
参考資料１ 様式５－１ 同規模・道・国と比べてみた由仁町の位置

項目				由仁町		同規模平均		道		国				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		4,769		727,328		5,165,554		123,214,261			
			65歳以上(高齢化率)		2,044	42.9	301,058	41.4	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7		
			75歳以上		1,135	23.8	--	--	848,273	16.4	18,248,742	14.8		
			65～74歳		909	19.1	--	--	815,750	15.8	17,087,063	13.9		
			40～64歳		1,552	32.5	--	--	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		1,173	24.6	--	--	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業		35.6		22.3		7.4		4.0			
			第2次産業		15.6		20.6		17.9		25.0			
			第3次産業		48.8		57.2		74.7		71.0			
	③	平均寿命	男性		79.9		80.5		80.3		80.8			
			女性		86.2		87.0		86.8		87.0			
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.3		79.3		79.6		80.1			
			女性		85.1		84.2		84.2		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	105.4		101.6		102.0		100			
				女性	111.4		99.9		98.9		100			
			死因	がん	21	52.5	3,423	47.4	19,781	53.3	378,272	50.6		
				心臓病	10	25.0	2,064	28.6	9,373	25.2	205,485	27.5		
				脳疾患	7	17.5	1,188	16.4	4,667	12.6	102,900	13.8		
				糖尿病	1	2.5	138	1.9	756	2.0	13,896	1.9		
				腎不全	1	2.5	267	3.7	1,668	4.5	26,946	3.6		
				自殺	0	0.0	146	2.0	881	2.4	20,171	2.7		
			②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									
					男性									
			女性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		370	18.8	59,331	19.9	347,930	20.9	6,724,030	19.4	
				新規認定者		8	0.2	933	0.3	5,353	0.3	110,289	0.3	
介護度別 総件数				要支援1.2	1,326	16.8	162,745	13.5	1,013,763	13.8	21,785,044	12.9		
				要介護1.2	3,781	48.0	568,999	47.1	3,922,342	53.3	78,107,378	46.3		
				要介護3以上	2,763	35.1	476,421	39.4	2,419,988	32.9	68,963,503	40.8		
2号認定者		6	0.39	856	0.38	7,406	0.42	156,107	0.38					
②		有病状況	糖尿病		88	24.3	13,461	21.6	89,494	24.6	1,712,613	24.3		
			高血圧症		213	54.9	33,454	54.3	181,308	50.0	3,744,672	53.3		
			脂質異常症		121	31.0	18,421	29.6	113,653	31.1	2,308,216	32.6		
			心臓病		238	62.6	37,325	60.8	200,129	55.3	4,224,628	60.3		
			脳疾患		75	18.7	13,424	22.1	73,784	20.6	1,568,292	22.6		
			がん		41	10.4	6,308	10.3	44,754	12.3	837,410	11.8		
			筋・骨格		204	52.1	33,542	54.6	181,637	50.0	3,748,372	53.4		
	精神		144	40.4	22,904	37.4	125,855	35.0	2,569,149	36.8				
	③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		287,817	588,297,806	323,222	97,308,660,154	269,507	448,465,434,990	290,668	100,742,742,226,869	
1件当たり給付費(全体)		74,752			80,543		60,965		59,662					
居宅サービス		34,177			42,864		42,034		41,272					
施設サービス		283,260			288,059		296,260		296,364					
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	11,436		9,108		9,582		8,610				
		認定なし	4,840		4,544		4,930		4,020					
4	①	国保の状況	被保険者数		1,499		195,140		1,074,364		27,488,882			
			65～74歳		655	43.7			491,264	45.7	11,129,271	40.5		
			40～64歳		507	33.8			341,793	31.8	9,088,015	33.1		
			39歳以下		337	22.5			241,307	22.5	7,271,596	26.5		
	加入率		31.4		27.1		20.8		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	54	0.3	547	0.5	8,237	0.3		
			診療所数		5	3.3	703	3.6	3,351	3.1	102,599	3.7		
			病床数		0	0.0	4,267	21.9	92,014	85.6	1,507,471	54.8		
			医師数		4	2.7	641	3.3	13,731	12.8	339,611	12.4		
			外来患者数		679.2		653.6		654.8		687.8			
			入院患者数		25.9		22.9		21.5		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		387,039	県内56位 同規模95位	367,527		376,962		339,680			
			受診率		705.114		676.49		676.241		705.439			
			外 来	費用の割合	52.4		55.1		56.3		60.4			
				件数の割合	96.3		96.6		96.8		97.5			
			入 院	費用の割合	47.6		44.9		43.7		39.6			
				件数の割合	3.7		3.4		3.2		2.5			
			1件あたり在院日数		18.1日		16.2日		15.7日		15.7日			

項目				由仁町		同規模平均		道		国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん		97,394,700	32.3	32.8		36.2		32.2		
			慢性腎不全(透析あり)		10,410,450	3.5	6.1		4.3		8.2		
			糖尿病		31,768,980	10.5	11.2		10.1		10.4		
			高血圧症		15,882,060	5.3	6.5		5.6		5.9		
			脂質異常症		11,842,810	3.9	3.4		3.2		4.1		
			脳梗塞・脳出血		6,723,450	2.2	4.0		4.1		3.9		
			狭心症・心筋梗塞		6,304,200	2.1	2.8		3.2		2.8		
			精神		53,718,580	17.8	14.6		14.4		14.7		
	筋・骨格		62,677,130	20.8	17.4		17.8		16.7				
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入 院	高血圧症	35	0.0	363	0.2	327	0.2	256	0.2	
				糖尿病	1,070	0.6	1,389	0.8	1,159	0.7	1,144	0.9	
				脂質異常症	—	—	76	0.0	53	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	3,617	2.0	6,827	4.1	7,205	4.4	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	2,447	1.3	4,500	2.7	5,077	3.1	3,942	2.9	
腎不全				6,532	3.5	4,305	2.6	3,120	1.9	4,051	3.0		
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外 来	高血圧症	10,560	5.2	12,436	6.1	10,914	5.1	10,143	4.9		
			糖尿病	20,184	10.0	21,206	10.5	19,440	9.2	17,720	8.6		
			脂質異常症	7,900	3.9	6,646	3.3	6,316	3.0	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	868	0.4	934	0.5	947	0.4	825	0.4		
			虚血性心疾患	2,786	1.4	1,857	0.9	2,266	1.1	1,722	0.8		
			腎不全	7,393	3.6	14,043	6.9	10,839	5.1	15,781	7.7		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,919	2,915	1,570	2,031						
			健診未受診者	13,749	13,340	16,117	13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,663	8,820	5,006	6,142						
			健診未受診者	40,573	40,357	51,396	40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		321	55.8	36,450	58.3	121,738	58.3	3,698,441	56.9		
		医療機関受診率		283	49.2	32,495	52.0	110,797	53.1	3,375,719	51.9		
		医療機関非受診率		38	6.6	3,955	6.3	10,941	5.2	322,722	5.0		
5	①	健診受診者		575	62,519	208,844	6,503,152						
	②	受診率		56.7	県内15位 同規模66位	45.2	28.0	全国45位	35.3				
	③	特定保健指導終了者(実施率)		0	0.0	1158	14.8	1,805	7.3	69,327	9.0		
	④	非肥満高血糖		40	7.0	5,946	9.5	16,696	8.0	588,083	9.0		
	⑤	特定健診の 状況	メタボ	該当者	148	25.7	13,887	22.2	41,916	20.1	1,321,197	20.3	
				男性	108	38.8	9,720	32.3	28,924	32.5	923,222	32.0	
				女性	40	13.5	4,167	12.8	12,992	10.8	397,975	11.0	
				予備群	68	11.8	7,780	12.4	23,099	11.1	730,607	11.2	
	⑥	県内市町村数 183市町村	メタボ 該当・ 予備群 レベル	男性	43	15.5	5,523	18.4	16,053	18.1	515,813	17.9	
				女性	25	8.4	2,257	7.0	7,046	5.9	214,794	5.9	
	⑦	同規模市区町村数 274市町村	メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベ ル	腹囲	総数	239	41.6	23,952	38.3	71,854	34.4	2,273,296	35.0
	男性				168	60.4	16,801	55.8	49,667	55.9	1,592,747	55.3	
	BMI			女性	71	23.9	7,151	22.1	22,187	18.5	680,549	18.8	
				総数	38	6.6	3,692	5.9	13,269	6.4	304,276	4.7	
	男性			9	3.2	695	2.3	2,191	2.5	48,780	1.7		
	女性			29	9.8	2,997	9.2	11,078	9.2	255,496	7.1		
	血糖のみ			8	1.4	427	0.7	1,144	0.5	41,541	0.6		
	血圧のみ			35	6.1	5,692	9.1	16,644	8.0	514,593	7.9		
	脂質のみ			25	4.3	1,661	2.7	5,311	2.5	174,473	2.7		
	血糖・血圧			12	2.1	2,311	3.7	5,698	2.7	193,722	3.0		
血糖・脂質	9			1.6	697	1.1	1,950	0.9	67,212	1.0			
血圧・脂質	71			12.3	6,233	10.0	20,776	9.9	630,648	9.7			
⑧	血糖・血圧・脂質			56	9.7	4,646	7.4	13,492	6.5	429,615	6.6		
6	① ②	問診の状況	服 薬	高血圧	202	35.1	24,538	39.3	75,041	35.9	2,324,538	35.8	
				糖尿病	69	12.0	6,716	10.8	18,243	8.7	564,473	8.7	
				脂質異常症	208	36.2	17,112	27.4	59,869	28.7	1,817,350	28.0	
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	14	2.8	2,034	3.3	6,742	3.3	199,003	3.1	
			既 往 歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	25	5.0	3,656	5.9	11,265	5.6	349,845	5.5	
				腎不全	1	0.2	566	0.9	1,457	0.7	51,680	0.8	
				貧血	55	11.6	5,363	8.8	18,334	9.1	669,737	10.6	
				喫煙	114	19.8	10,267	16.4	34,290	16.4	896,676	13.8	
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	45	9.5	5,550	9.4	22,337	12.1	609,166	10.3		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	65	13.7	10,136	17.1	27,283	14.8	932,218	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	65	13.7	10,136	17.1	27,283	14.8	932,218	15.7		
			食べる速度が速い	129	27.2	16,521	28.0	54,009	29.1	1,590,713	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	183	38.6	21,716	36.6	66,041	35.7	2,083,152	34.9		
			1回30分以上運動習慣なし	344	72.6	40,253	67.5	116,843	62.5	3,589,415	60.3		
			1日1時間以上運動なし	253	53.4	28,321	47.6	88,209	47.2	2,858,913	48.0		
			睡眠不足	103	21.7	14,480	24.5	41,180	22.2	1,521,685	25.6		
			毎日飲酒	94	19.8	15,957	26.5	42,358	22.5	1,585,206	25.5		
			時々飲酒	119	25.1	13,842	23.0	49,851	26.4	1,393,154	22.4		
			⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	262	69.3	21,335	54.7	73,589	59.2	2,851,798	64.2
					1～2合	75	19.8	10,999	28.2	31,811	25.6	1,053,317	23.7
					2～3合	29	7.7	4,986	12.8	14,731	11.9	414,658	9.3
3合以上	12	3.2			1,688	4.3	4,086	3.3	122,039	2.7			

①40～64 歳（国保）

40~64歳(国保)

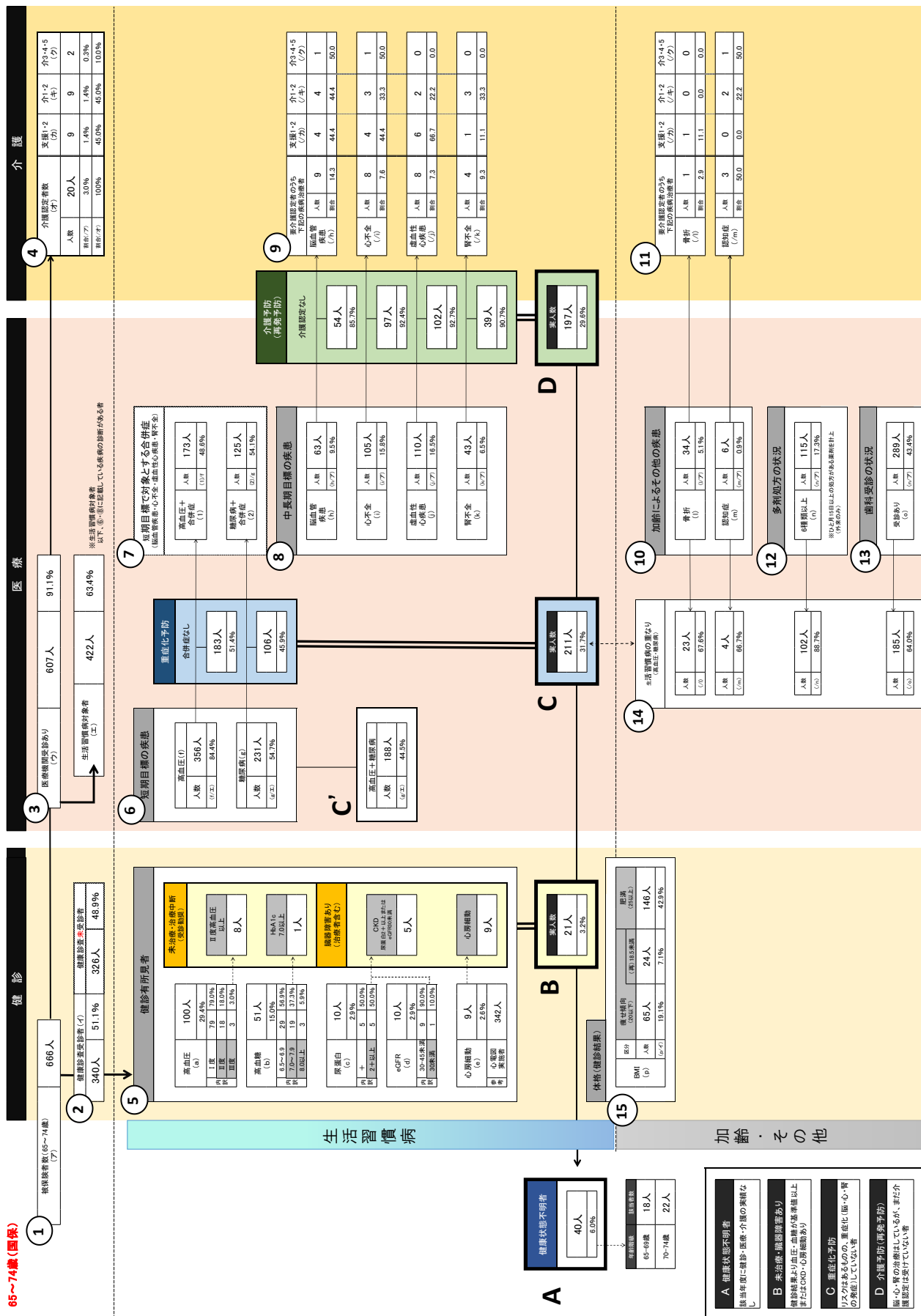


②65～74 歳 (国保)

王表：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する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

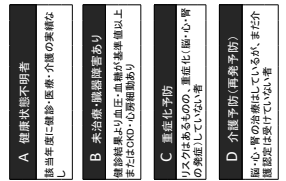
令和4年度



65-74歳(後期)

令和4年度

【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
 【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
 【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護実態状況

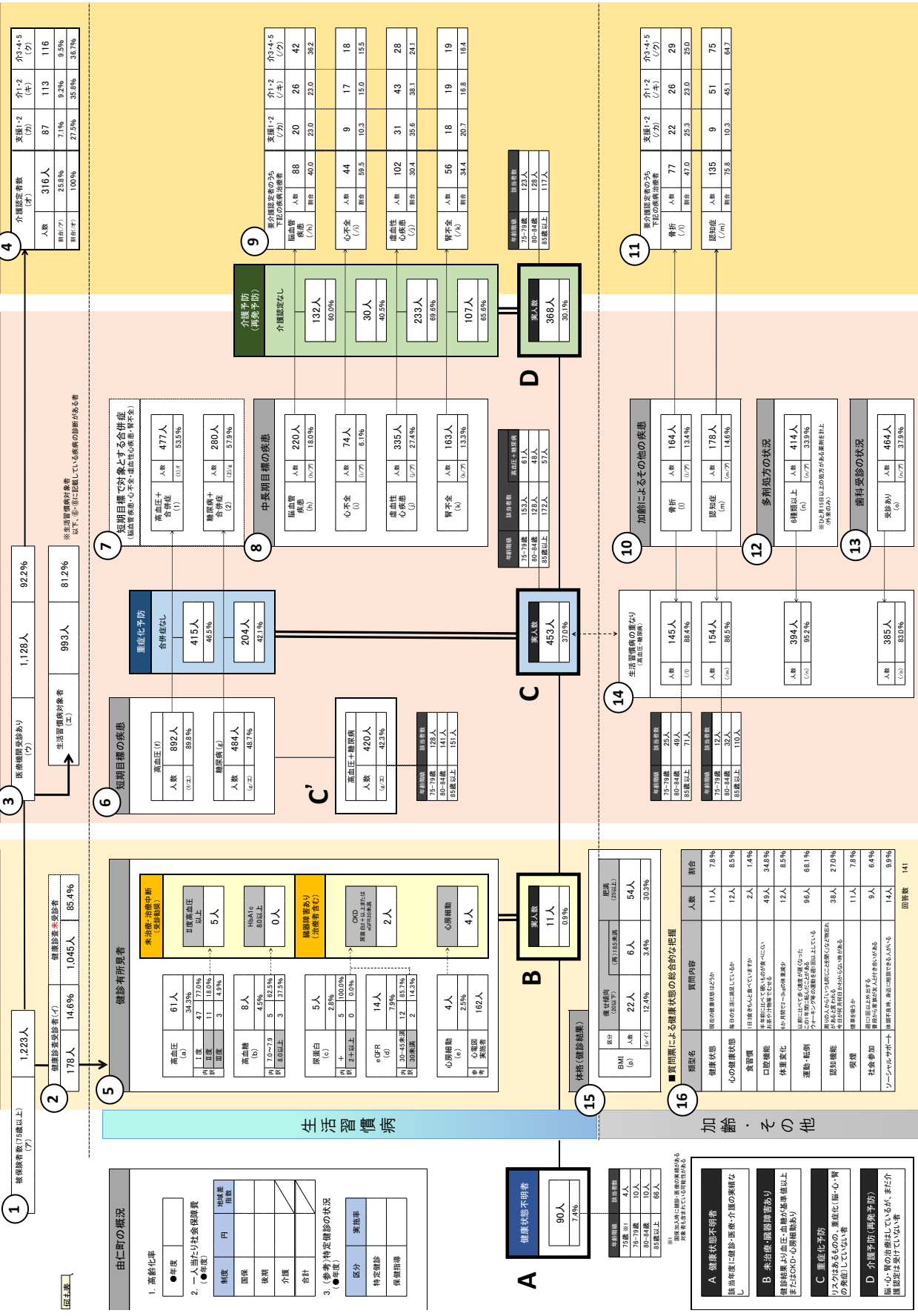


75歳以上(後期)

健康

医療

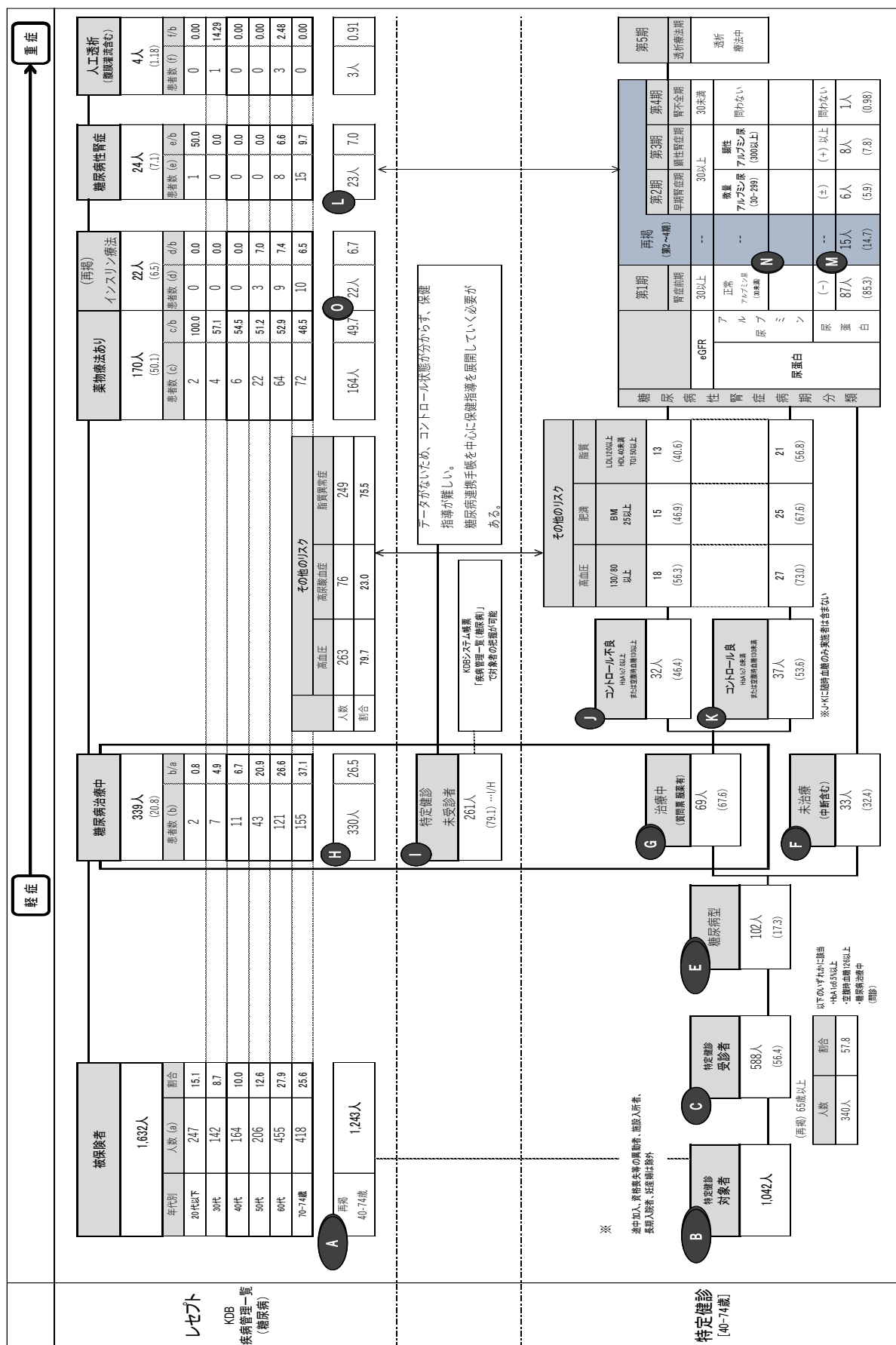
介護



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	由仁町										同規模保険者(平均)		データ基		
				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		令和4年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	1,741人		1,650人		1,568人		1,531人		1,487人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40～74歳		1,338人		1,251人		1,209人		1,184人		1,158人						
2	①	対象者数	B	1,152人		1,113人		1,069人		1,042人		1,003人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	786人		733人		645人		584人		585人						
	③	受診率		68.2%		65.9%		60.3%		56.0%		58.3%						
3	①	特定 対象者数		94人		80人		71人		63人		63人						
	②	保健指導 実施率		83.0%		75.0%		70.8%		77.8%		91.3%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	129人	16.4%	117人	16.0%	111人	17.2%	108人	18.5%	102人	17.4%			特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	27.9%	28人	23.9%	33人	29.7%	32人	29.6%	33人	32.4%				
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G	93人	72.1%	89人	76.1%	78人	70.3%	76人	70.4%	69人	67.6%			
	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	38人	40.9%	33人	37.1%	41人	52.6%	38人	50.0%	32人	46.4%				
	⑤				血圧 130/80以上	23人	60.5%	24人	72.7%	25人	61.0%	28人	73.7%	18人	56.3%			
	⑥				肥満 BMI25以上	20人	52.6%	18人	54.5%	20人	48.8%	20人	52.6%	15人	46.9%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	55人	59.1%	56人	62.9%	37人	47.4%	38人	50.0%	37人	53.6%				
	⑧		第1期 尿蛋白 (－)	M	105人	81.4%	101人	86.3%	94人	84.7%	93人	86.1%	87人	85.3%				
	⑨		第2期 尿蛋白 (±)		10人	7.8%	7人	6.0%	6人	5.4%	7人	6.5%	6人	5.9%				
	⑩		第3期 尿蛋白 (＋) 以上		12人	9.3%	7人	6.0%	10人	9.0%	7人	6.5%	8人	7.8%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		2人	1.6%	1人	0.9%	1人	0.9%	1人	0.9%	1人	1.0%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		156.2人		146.1人		127.6人		128.7人		139.9人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40～74歳(被保険者対)		199.6人		187.1人		159.6人		162.2人		173.6人					
	③		レセプト件数 (40～74歳) (1)内は被保険者対		1,091件	(855.0)	1,007件	(806.2)	1,042件	(872.7)	1,048件	(888.9)	959件	(828.2)	125,467件	(817.9)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院外(件数)	7件	(5.5)	2件	(1.6)	4件	(3.4)	4件	(3.4)	1件	(0.9)	600件	(3.9)			
	⑤		入院(件数)															
	⑥		糖尿病治療中	H	272人	15.6%	241人	14.6%	200人	12.8%	197人	12.9%	208人	14.0%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑦		(再掲)40～74歳	I	267人	20.0%	234人	18.7%	193人	16.0%	192人	16.2%	201人	17.4%				
	⑧		健診未受診者		174人	65.2%	141人	60.3%	115人	59.6%	116人	60.4%	132人	65.7%				
	⑨		インスリン治療	O	16人	5.9%	13人	5.4%	13人	6.5%	16人	8.1%	10人	4.8%				
	⑩		(再掲)40～74歳	L	15人	5.6%	12人	5.1%	12人	6.2%	16人	8.3%	10人	5.0%				
	⑪		糖尿病性腎症		21人	7.7%	13人	5.4%	11人	5.5%	7人	3.6%	11人	5.3%				
	⑫		(再掲)40～74歳		21人	7.9%	13人	5.6%	11人	5.7%	7人	3.6%	11人	5.5%				
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.7%	1人	0.4%	1人	0.5%	0人	0.0%	1人	0.5%				
	⑭		(再掲)40～74歳		1人	0.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%				
	⑮		新規透析患者数		－	－	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%				
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症		－	－	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	⑰		【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)		13人	3.3%	17人	4.5%	17人	4.7%	18人	4.6%	17人	4.8%				
6	①	医療費	総医療費		6億5514万円		6億2472万円		5億7689万円		5億4251万円		5億2816万円		2億3873万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		3億6296万円		3億6364万円		3億3530万円		3億0309万円		2億7441万円		1億2786万円			
	③		(総医療費に占める割合)		55.4%		58.2%		58.1%		55.9%		52.0%		53.6%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		9,615円		9,152円		8,463円		6,230円		4,767円		7,986円			
	⑤				健診未受診者	41,872円		45,550円		44,237円		43,757円		42,061円		41,017円		
	⑥		糖尿病医療費		3402万円		3153万円		3156万円		3123万円		2780万円		1434万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%		8.7%		9.4%		10.3%		10.1%		11.2%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億2025万円		1億2631万円		1億0814万円		1億0647万円		8865万円					
	⑨		1件あたり		36,707円		40,850円		37,392円		37,358円		35,363円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		7101万円		6426万円		5713万円		5207万円		4833万円					
	⑪		1件あたり		622,901円		617,927円		649,193円		598,544円		690,495円					
	⑫		在院日数		11日		13日		14日		14日		16日					
	⑬		慢性腎不全医療費		2059万円		1175万円		1198万円		975万円		1197万円		872万円			
	⑭		透析有り		1867万円		1101万円		1114万円		850万円		873万円		784万円			
	⑮		透析なし		192万円		74万円		83万円		125万円		324万円		87万円			
7	①	介護	介護給付費		6億1701万円		6億2112万円		5億9887万円		6億3537万円		5億3970万円		3億2495万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%					
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	2.4%	2人	2.4%	4人	4.7%	0人	0.0%	1人	1.2%	267人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

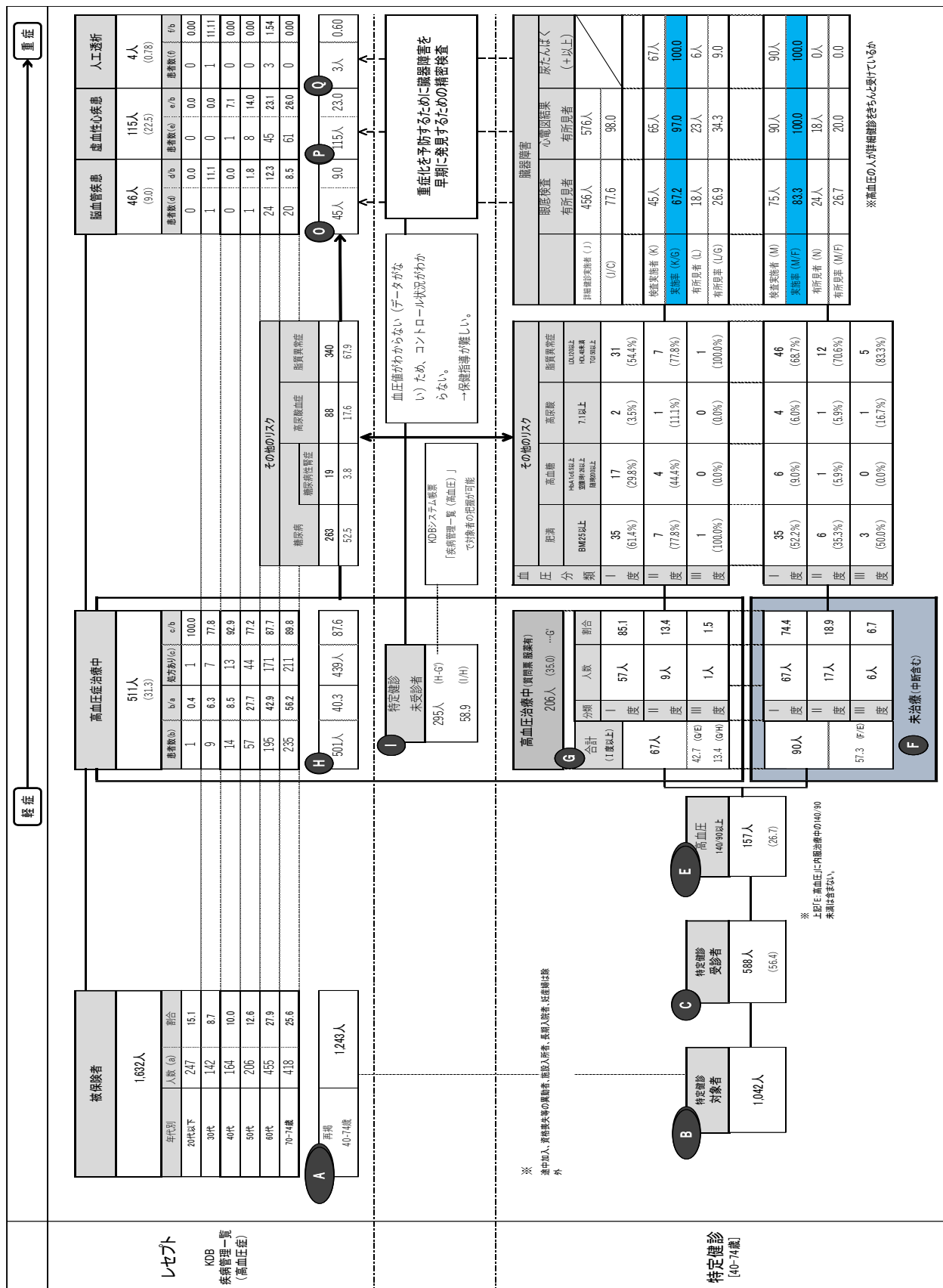
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（令和4年度）



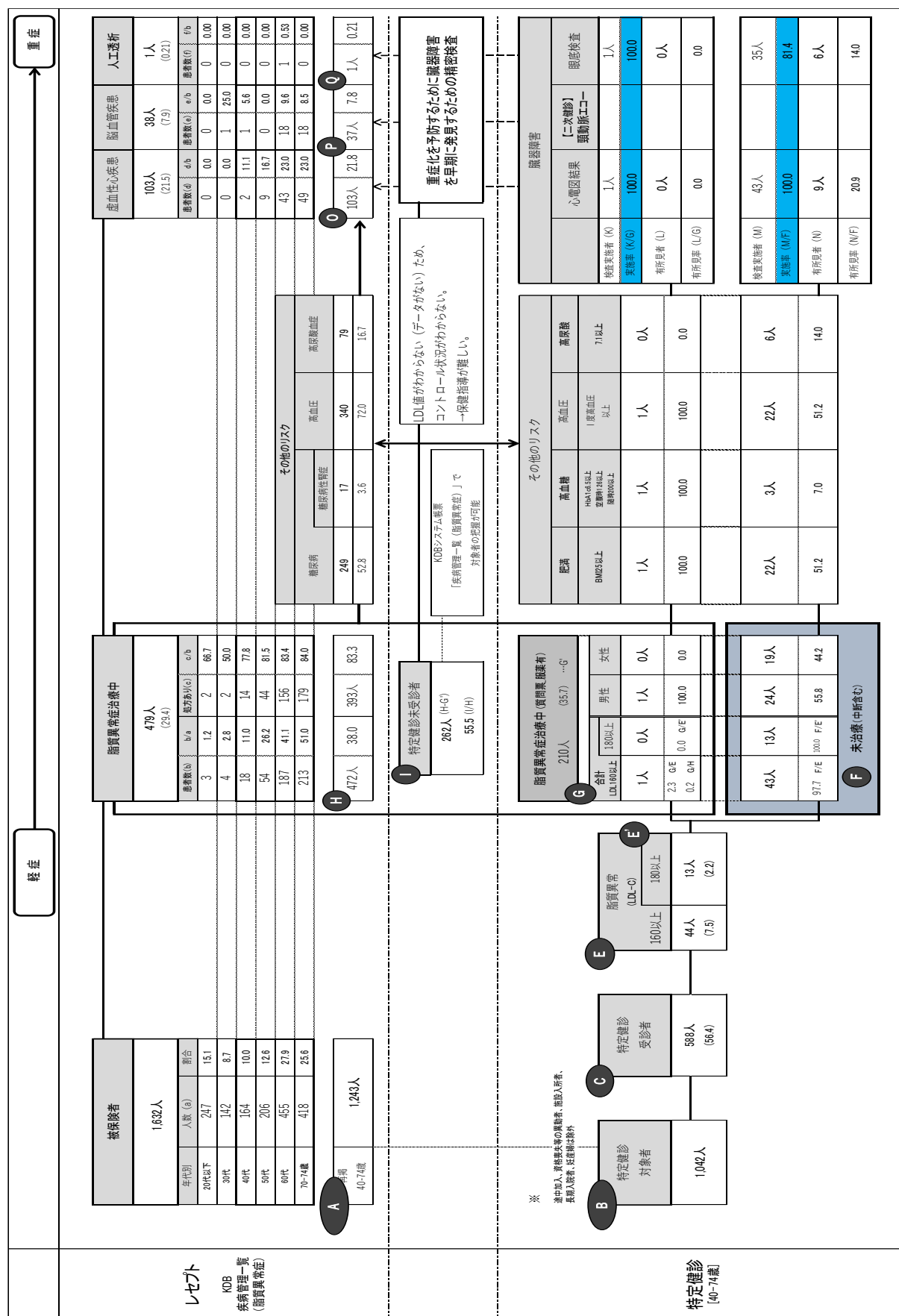
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）

※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB振票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（令和4年度）



参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（令和 4 年度）



※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）

参考資料7 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病										
							合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる						
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	823	294	35.7%	305	37.1%	133	16.2%	50	6.1%	35	4.3%	6	0.7%	22	2.7%	3	0.4%
H30	802	282	35.2%	293	36.5%	142	17.7%	45	5.6%	34	4.2%	6	0.7%	21	2.6%	4	0.5%
R01	733	337	46.0%	199	27.1%	123	16.8%	46	6.3%	19	2.6%	9	1.2%	19	2.6%	6	0.8%
R02	649	241	37.1%	224	34.5%	106	16.3%	35	5.4%	36	5.5%	7	1.1%	19	2.9%	4	0.6%
R03	597	196	32.8%	210	35.2%	109	18.3%	45	7.5%	31	5.2%	6	1.0%	21	3.5%	3	0.5%
R04	585	238	40.7%	183	31.3%	91	15.6%	42	7.2%	24	4.1%	7	1.2%	14	2.4%	4	0.7%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	823	294 35.7%	305 37.1%	133 16.2%	91	26	65										
					11.1%	28.6%	71.4%										
					41 5.0%	5 12.2%	36 87.8%	11.1%									
H30	802	282 35.2%	293 36.5%	142 17.7%	85	27	58										
					10.6%	31.8%	68.2%										
					40 5.0%	7 17.5%	33 82.5%	10.6%									
R01	733	337 46.0%	199 27.1%	123 16.8%	74	18	56										
					10.1%	24.3%	75.7%										
					28 3.8%	4 14.3%	24 85.7%	10.1%									
R02	649	241 37.1%	224 34.5%	106 16.3%	78	25	53										
					12.0%	32.1%	67.9%										
					43 6.6%	10 23.3%	33 76.7%	12.0%									
R03	597	196 32.8%	210 35.2%	109 18.3%	82	25	57										
					13.7%	30.5%	69.5%										
					37 6.2%	7 18.9%	30 81.1%	13.7%									
R04	585	238 40.7%	183 31.3%	91 15.6%	73	26	47										
					12.5%	35.6%	64.4%										
					31 5.3%	7 22.6%	24 77.4%	12.5%									

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
								正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		合併症予防の ための目標		糖尿病		合併症の危険が 更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9						6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上	
				A		人数 B	割合 B/A	人数 C	割合 C/A	人数 D	割合 D/A	人数 E	割合 E/A	人数 F	割合 F/A	人数 G	割合 G/A	人数 H	割合 H/A	人数 I	割合 I/A
治療中	H29	96	11.7%	2	2.1%	10	10.4%	19	19.8%	29	30.2%	31	32.3%	5	5.2%	20	20.8%	3	3.1%		
	H30	92	11.5%	0	0.0%	11	12.0%	23	25.0%	25	27.2%	28	30.4%	5	5.4%	17	18.5%	3	3.3%		
	R01	86	11.7%	2	2.3%	12	14.0%	16	18.6%	32	37.2%	16	18.6%	8	9.3%	16	18.6%	5	5.8%		
	R02	77	11.9%	3	3.9%	4	5.2%	17	22.1%	20	26.0%	28	36.4%	5	6.5%	12	15.6%	3	3.9%		
	R03	76	12.7%	3	3.9%	2	2.6%	14	18.4%	27	35.5%	26	34.2%	4	5.3%	17	22.4%	2	2.6%		
	R04	68	11.6%	2	2.9%	7	10.3%	12	17.6%	23	33.8%	19	27.9%	5	7.4%	11	16.2%	2	2.9%		
治療なし	H29	727	88.3%	292	40.2%	295	40.6%	114	15.7%	21	2.9%	4	0.6%	1	0.1%	2	0.3%	0	0.0%		
	H30	710	88.5%	282	39.7%	282	39.7%	119	16.8%	20	2.8%	6	0.8%	1	0.1%	4	0.6%	1	0.1%		
	R01	647	88.3%	335	51.8%	187	28.9%	107	16.5%	14	2.2%	3	0.5%	1	0.2%	3	0.5%	1	0.2%		
	R02	572	88.1%	238	41.6%	220	38.5%	89	15.6%	15	2.6%	8	1.4%	2	0.3%	7	1.2%	1	0.2%		
	R03	521	87.3%	193	37.0%	208	39.9%	95	18.2%	18	3.5%	5	1.0%	2	0.4%	4	0.8%	1	0.2%		
	R04	517	88.4%	236	45.6%	176	34.0%	79	15.3%	19	3.7%	5	1.0%	2	0.4%	3	0.6%	2	0.4%		

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	833	227	27.3%	160	19.2%	235	28.2%	169	20.3%	34	4.1%	8	1.0%
H30	807	225	27.9%	160	19.8%	217	26.9%	164	20.3%	30	3.7%	11	1.4%
R01	750	229	30.5%	129	17.2%	217	28.9%	136	18.1%	28	3.7%	11	1.5%
R02	661	157	23.8%	114	17.2%	225	34.0%	142	21.5%	23	3.5%	0	0.0%
R03	605	175	28.9%	83	13.7%	182	30.1%	122	20.2%	37	6.1%	6	1.0%
R04	598	146	24.4%	105	17.6%	185	30.9%	126	21.1%	30	5.0%	6	1.0%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再掲								
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H29	833	387 46.5%	235 28.2%	169 20.3%	42 5.0%	21 50.0%	21 50.0%						
					8 1.0%	4 50.0%	4 50.0%	1.0%					
								5.0%					
H30	807	385 47.7%	217 26.9%	164 20.3%	41 5.1%	19 46.3%	22 53.7%						
					11 1.4%	7 63.6%	4 36.4%	1.4%					
								5.1%					
R01	750	358 47.7%	217 28.9%	136 18.1%	39 5.2%	23 59.0%	16 41.0%						
					11 1.5%	8 72.7%	3 27.3%	1.5%					
								5.2%					
R02	661	271 41.0%	225 34.0%	142 21.5%	23 3.5%	15 65.2%	8 34.8%						
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0.0%					
								3.5%					
R03	605	258 42.6%	182 30.1%	122 20.2%	43 7.1%	25 58.1%	18 41.9%						
					6 1.0%	5 83.3%	1 16.7%	1.0%					
								7.1%					
R04	598	251 42.0%	185 30.9%	126 21.1%	36 6.0%	24 66.7%	12 33.3%						
					6 1.0%	5 83.3%	1 16.7%	1.0%					
								6.0%					

治療と未治療の状況

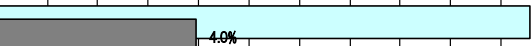
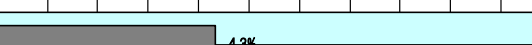
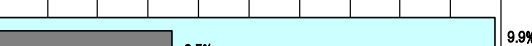
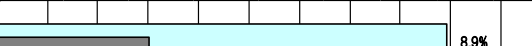
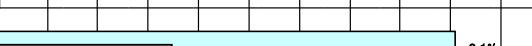
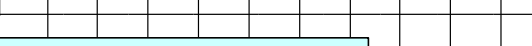
	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	306	36.7%	40	13.1%	49	16.0%	112	36.6%	84	27.5%	17	5.6%
	H30	312	38.7%	45	14.4%	67	21.5%	101	32.4%	77	24.7%	18	5.8%
	R01	280	37.3%	56	20.0%	48	17.1%	93	33.2%	67	23.9%	13	4.6%
	R02	255	38.6%	27	10.6%	43	16.9%	103	40.4%	74	29.0%	8	3.1%
	R03	209	34.5%	37	17.7%	31	14.8%	68	32.5%	55	26.3%	17	8.1%
	R04	207	34.6%	25	12.1%	31	15.0%	82	39.6%	57	27.5%	11	5.3%
治療なし	H29	527	63.3%	187	35.5%	111	21.1%	123	23.3%	85	16.1%	17	3.2%
	H30	495	61.3%	180	36.4%	93	18.8%	116	23.4%	87	17.6%	12	2.4%
	R01	470	62.7%	173	36.8%	81	17.2%	124	26.4%	69	14.7%	15	3.2%
	R02	406	61.4%	130	32.0%	71	17.5%	122	30.0%	68	16.7%	15	3.7%
	R03	396	65.5%	138	34.8%	52	13.1%	114	28.8%	67	16.9%	20	5.1%
	R04	391	65.4%	121	30.9%	74	18.9%	103	26.3%	69	17.6%	19	4.9%

参考資料9 LDLコレステロールの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	833	421	50.5%	205	24.6%	119	14.3%	55	6.6%	33	4.0%
	H30	807	391	48.5%	199	24.7%	127	15.7%	55	6.8%	35	4.3%
	R01	750	375	50.0%	179	23.9%	122	16.3%	48	6.4%	26	3.5%
	R02	661	337	51.0%	149	22.5%	116	17.5%	39	5.9%	20	3.0%
	R03	605	331	54.7%	137	22.6%	82	13.6%	34	5.6%	21	3.5%
	R04	598	322	53.8%	141	23.6%	91	15.2%	31	5.2%	13	2.2%
男性	H29	393	216	55.0%	87	22.1%	53	13.5%	24	6.1%	13	3.3%
	H30	386	208	53.9%	85	22.0%	49	12.7%	30	7.8%	14	3.6%
	R01	366	198	54.1%	86	23.5%	50	13.7%	23	6.3%	9	2.5%
	R02	318	171	53.8%	63	19.8%	59	18.6%	15	4.7%	10	3.1%
	R03	292	165	56.5%	63	21.6%	38	13.0%	15	5.1%	11	3.8%
	R04	292	168	57.5%	50	17.1%	50	17.1%	16	5.5%	8	2.7%
女性	H29	440	205	46.6%	118	26.8%	66	15.0%	31	7.0%	20	4.5%
	H30	421	183	43.5%	114	27.1%	78	18.5%	25	5.9%	21	5.0%
	R01	384	177	46.1%	93	24.2%	72	18.8%	25	6.5%	17	4.4%
	R02	343	166	48.4%	86	25.1%	57	16.6%	24	7.0%	10	2.9%
	R03	313	166	53.0%	74	23.6%	44	14.1%	19	6.1%	10	3.2%
	R04	306	154	50.3%	91	29.7%	41	13.4%	15	4.9%	5	1.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上								
					再)180以上	再掲							
						未治療	治療						
H29	833	421 50.5%	205 24.6%	119 14.3%	88	82	6		10.6%				
					10.6%	93.2%	6.8%						
					33 4.0%	32 97.0%	1 3.0%						
H30	807	391 48.5%	199 24.7%	127 15.7%	90	86	4		11.2%				
					11.2%	95.6%	4.4%						
					35 4.3%	34 97.1%	1 2.9%						
R01	750	375 50.0%	179 23.9%	122 16.3%	74	68	6		9.9%				
					9.9%	91.9%	8.1%						
					26 3.5%	25 96.2%	1 3.8%						
R02	661	337 51.0%	149 22.5%	116 17.5%	59	49	10		8.9%				
					8.9%	83.1%	16.9%						
					20 3.0%	18 90.0%	2 10.0%						
R03	605	331 54.7%	137 22.6%	82 13.6%	55	50	5		9.1%				
					9.1%	90.9%	9.1%						
					21 3.5%	17 81.0%	4 19.0%						
R04	598	322 53.8%	141 23.6%	91 15.2%	44	43	1		7.4%				
					7.4%	97.7%	2.3%						
					13 2.2%	13 100.0%	0 0.0%						

治療と未治療の状況

LDL測定者				正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
治療中	H29	249	29.9%	176	70.7%	50	20.1%	17	6.8%	5	2.0%	1	0.4%
	H30	252	31.2%	172	68.3%	58	23.0%	18	7.1%	3	1.2%	1	0.4%
	R01	251	33.5%	172	68.5%	54	21.5%	19	7.6%	5	2.0%	1	0.4%
	R02	233	35.2%	158	67.8%	47	20.2%	18	7.7%	8	3.4%	2	0.9%
	R03	222	36.7%	167	75.2%	35	15.8%	15	6.8%	1	0.5%	4	1.8%
	R04	212	35.5%	154	72.6%	40	18.9%	17	8.0%	1	0.5%	0	0.0%
治療なし	H29	584	70.1%	245	42.0%	155	26.5%	102	17.5%	50	8.6%	32	5.5%
	H30	555	68.8%	219	39.5%	141	25.4%	109	19.6%	52	9.4%	34	6.1%
	R01	499	66.5%	203	40.7%	125	25.1%	103	20.6%	43	8.6%	25	5.0%
	R02	428	64.8%	179	41.8%	102	23.8%	98	22.9%	31	7.2%	18	4.2%
	R03	383	63.3%	164	42.8%	102	26.6%	67	17.5%	33	8.6%	17	4.4%
	R04	386	64.5%	168	43.5%	101	26.2%	74	19.2%	30	7.8%	13	3.4%