

大空町国民健康保険 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



令和6年 3月
大空町国民健康保険

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
5. 保険者努力支援制度

第2章 前期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化 ……………10

1. 保険者の特性
2. 前期計画に係る評価及び考察
3. 第3期における健康課題の明確化

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……………33

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……………40

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し68

1. 評価の時期

2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い69

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料70

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

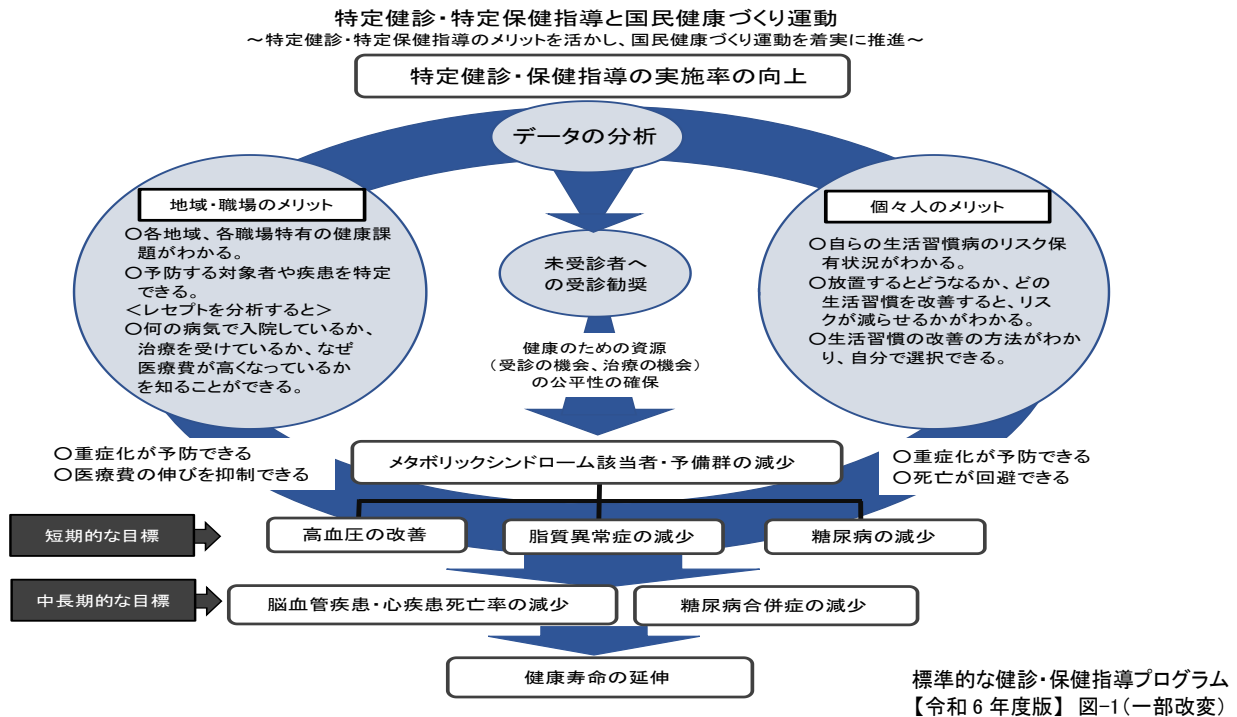
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

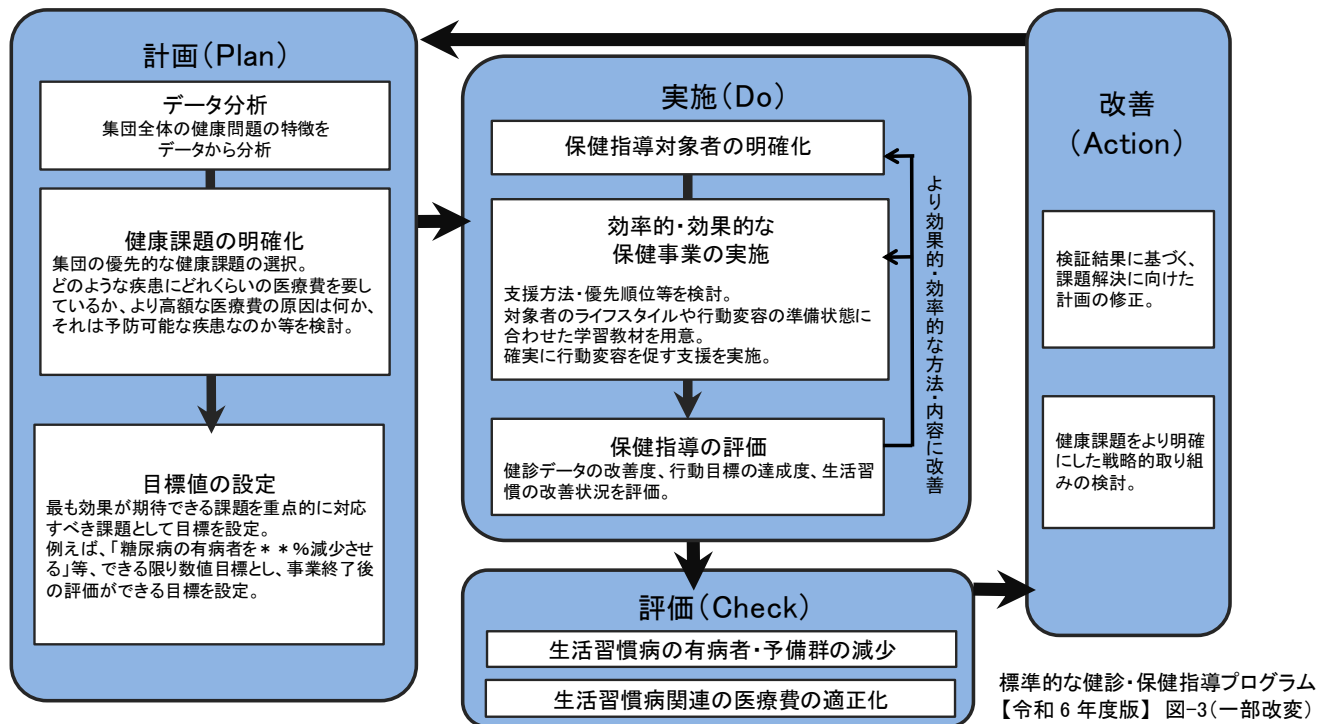
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

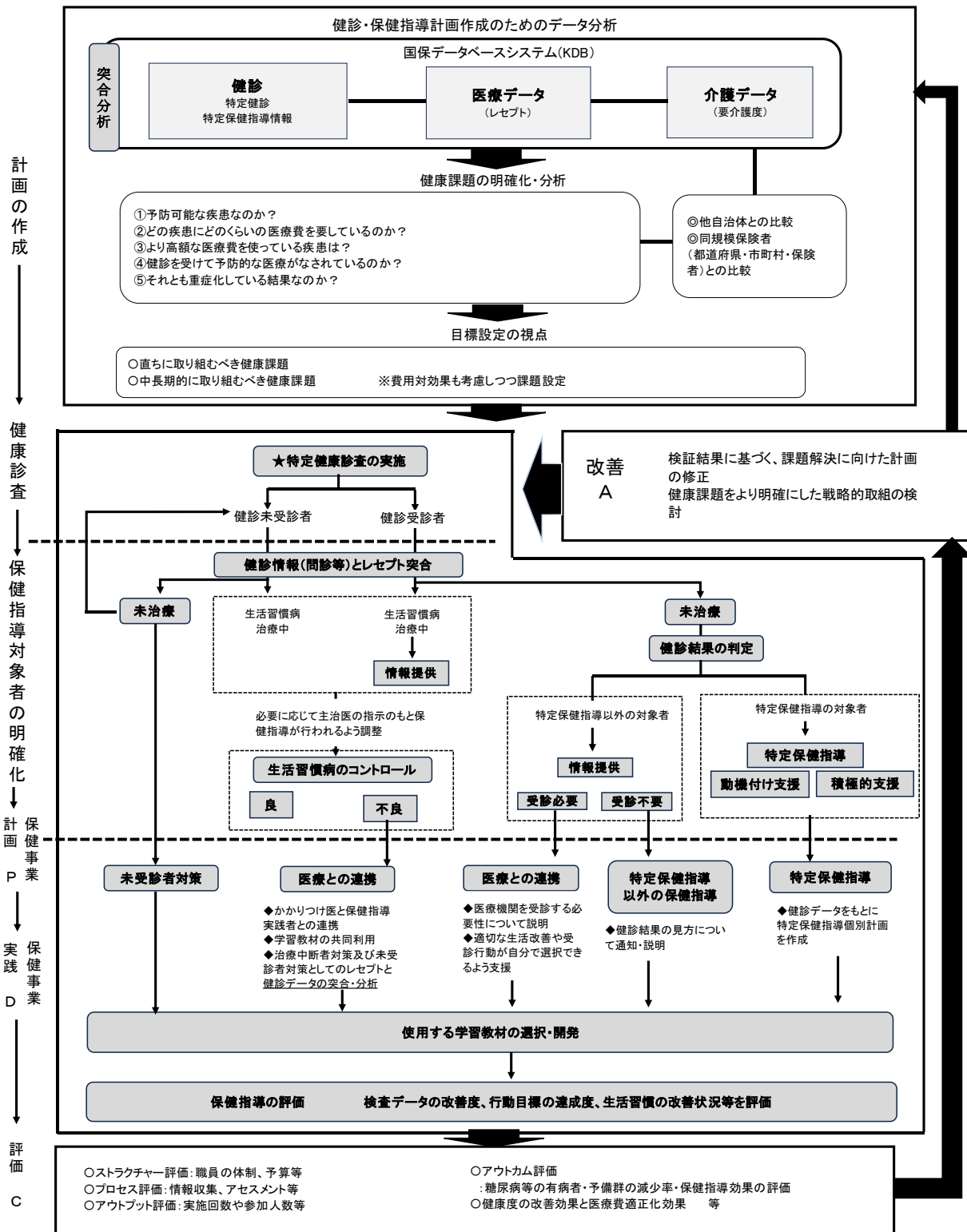


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。

(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

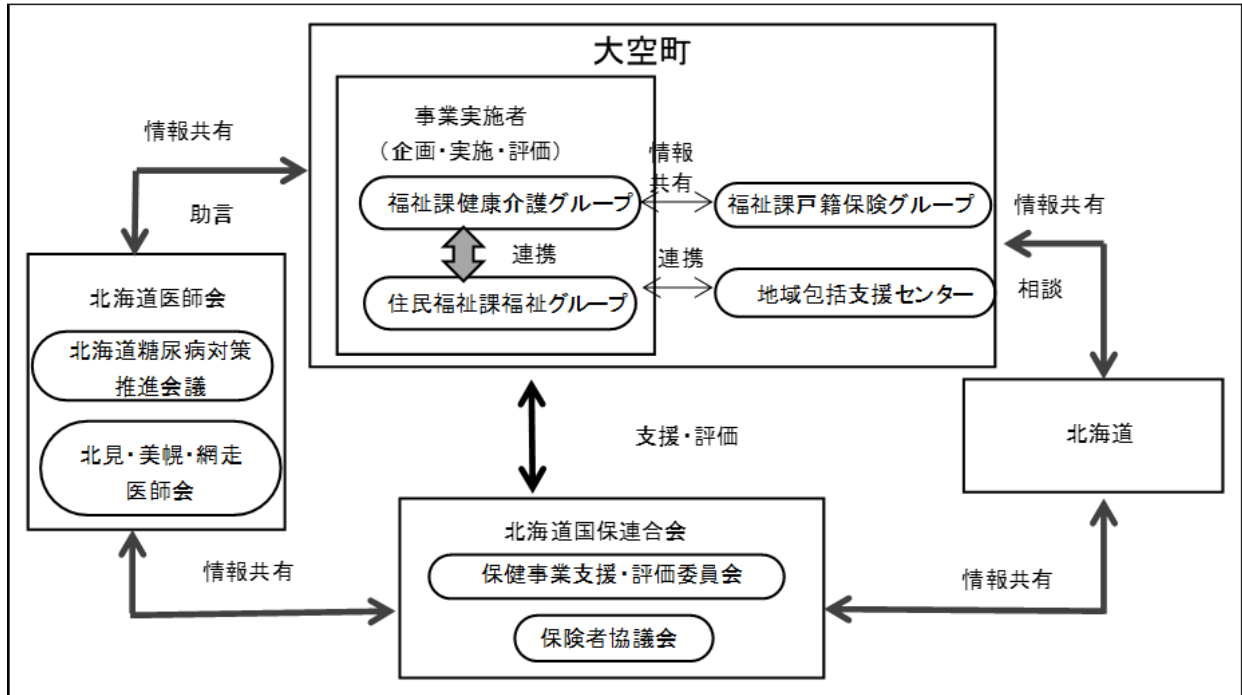
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局・保健衛生部局・介護保険部局・生活保護部局(すべて福祉課・住民福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 大空町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保 参事	保 主幹	保 主査	保	保	保	保 主査	保	管栄 主査	事 主査	事 主査
国保事務								○	○	◎	
健康診断 保健指導		○	○			○		◎	○	○	
がん検診						○		◎	○	○	
新型コロナ ワクチン	○							○ (小児)			◎
予防接種						◎		○		○	
母子保健			◎			○		○	◎		
精神保健		○	◎			◎					
歯科保健						◎		○			
地域包括	○	○	○	○	○	○	◎	○			○

※R5年度時点

2) 関係機関との連携

データヘルス計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である北海道のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会等と連携・協力していきます。

また、北海道は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、北海道が都道府県医師会等との連携を推進することが重要とされることから、北海道関係課と意見交換を行い、北海道との連携に努めていきます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			大空町	配点	大空町	配点	大空町	配点	
交付額(万円)			480.2		475.6		531.5		
全国順位(1,741市町村中)			807位		633位		381位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	25	70	45	70	25	70	
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	55	40	55	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		105	90	50	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		40	50	35	50	25	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合		10	130	10	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率		75	100	75	100	75	100
	②	データヘルス計画の実施状況		40	40	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	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組		32	40	45	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		74	95	81	100	70	100
合計点			566	1,000	606	960	641	940	

第2章 前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

本町は、人口 6,775 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 37.0%と北海道、国と比較すると高齢者の割合は高くなっています。被保険者の平均年齢は 50.7 歳と同規模、北海道、国と比べて若いものの、出生率と財政指数は低く死亡率は高い町となっています。産業構成においては、第 1 次産業が 40.3%と同規模、北海道、国と比較して高く、天候や気候、季節といった自然の変化に応じた働き方が生活習慣に影響を与える可能性があるため、若い年代からの健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 32.8%です。被保険者数は年々減少傾向ですが 65～74 歳の前期高齢者が増加しており 38.9%を占めています。(図表 10)

また本町内には1つの病院、4つの診療所がありますが、病床数、医師数は少なく、外来患者数及び入院患者数も同規模、道と比較して低い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・北海道・国と比較した大空町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
大空町	6,775	37.0	2,221 (32.8)	50.7	4.0	17.7	0.3	40.3	11.3	48.4
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
北海道	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、大空町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,527		2,418		2,355		2,280		2,221	
65～74歳	890	35.2	883	36.5	909	38.6	888	38.9	865	38.9
40～64歳	832	32.9	792	32.8	763	32.4	742	32.5	729	32.8
39歳以下	805	31.9	743	30.7	683	29.0	650	28.5	627	28.2
加入率	34.3		32.9		32.0		31.0		32.8	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	道 割合
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.5	0.4	0.5
診療所数	3	1.2	3	1.2	4	1.7	4	1.8	4	1.8	2.7	3.1
病床数	82	32.4	82	33.9	82	34.8	82	36.0	82	36.9	37.4	85.6
医師数	3	1.2	3	1.2	4	1.7	4	1.8	4	1.8	4.2	12.8
外来患者数	627.1		599.1		563.2		574.2		584.4		692.2	654.8
入院患者数	20.6		17.4		15.2		16.1		17.2		22.7	21.5

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 前期計画に係る評価及び考察

1) 前期データヘルス計画の評価

前期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の R04 年度の要介護認定者は、第 2 号(40~64 歳)被保険者で 6 人(認定率 0.27%)、第 1 号(65 歳以上)被保険者で 440 人(認定率 17.6%)と同規模・北海道・国と比較すると低く、H30 年度と比べても低めに推移していますが、前期高齢者(65~74 歳)の認定者割合は増えています。(図表 12)

介護給付費は、約 6 億円から約 5 億円に減り、一人あたり給付費も同規模・北海道・国と比較すると低い状況です。(図表 13)

しかし、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、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)は第 2 号被保険者で 8 割、第 1 号被保険者でも 3 割以上が上位に、虚血性心疾患は第 1 号被保険者で約 5 割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	大空町				同規模	北海道	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,464人	33.5%	2,507人	37.0%	39.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	10人	0.40%	6人	0.27%	0.39%	0.42%	0.38%
新規認定者	4人		2人		--	--	--
1号認定者	462人	18.8%	440人	17.6%	19.4%	20.9%	19.4%
新規認定者	67人		63人		--	--	--
再掲	65~74歳		36人		3.0%	--	--
新規認定者	7人		8人		--	--	--
75歳以上	434人	32.1%	404人	30.8%	--	--	--
新規認定者	60人		55人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	大空町		同規模	北海道	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億4119万円	5億3689万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	260,223	214,158	314,188	269,507	290,668
1件あたり給付費(円)全体	73,819	67,120	74,986	60,965	59,662
居宅サービス	34,791	30,273	43,722	42,034	41,272
施設サービス	288,910	295,327	289,312	296,260	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		6		36		404		446					
(再)国保・後期		5		31		384		415					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数割合	疾病	件数割合	疾病	件数割合	疾病	件数割合		
		循環器疾患	1	脳卒中	4 80.0%	脳卒中	9 29.0%	虚血性心疾患	187 48.7%	虚血性心疾患	195 47.0%	虚血性心疾患	197 46.9%
			2	虚血性心疾患	2 40.0%	虚血性心疾患	8 25.8%	脳卒中	134 34.9%	脳卒中	143 34.5%	脳卒中	147 35.0%
			3	腎不全	1 20.0%	腎不全	6 19.4%	腎不全	58 15.1%	腎不全	64 15.4%	腎不全	65 15.5%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	3 9.7%	糖尿病合併症	30 7.8%	糖尿病合併症	33 8.0%	糖尿病合併症	33 7.9%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4 80.0%	基礎疾患	30 96.8%	基礎疾患	363 94.5%	基礎疾患	393 94.7%	基礎疾患	397 94.5%	
		血管疾患合計		5 100.0%	合計	30 96.8%	合計	374 97.4%	合計	404 97.3%	合計	409 97.4%	
		認知症		1 20.0%	認知症	12 38.7%	認知症	207 53.9%	認知症	219 52.8%	認知症	220 52.4%	
		筋・骨格疾患		4 80.0%	筋骨格系	27 87.1%	筋骨格系	373 97.1%	筋骨格系	400 96.4%	筋骨格系	404 96.2%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費は減っており、一人あたり医療費は、同規模・北海道と比べて約7万円低く、H30年度と比較しても約3万円減っています。しかし、入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約41%を占めており、1件あたりの入院医療費はH30年度と比較して微増しています。(図表15)

年齢調整をした地域差指数をみると、全国平均の1を下回っています。(図表16)

1件あたりの費用額の微増は重症化している可能性もあり、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	大空町		同規模	北海道	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	2,527人	2,221人	--	--	--	
前期高齢者割合	890人 (35.2%)	865人 (38.9%)	--	--	--	
総医療費	8億1626万円	6億5726万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	323,017 道内120位 同規模161位	295,931 道内154位 同規模228位	376,732	376,962	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	574,050	588,890	588,690	628,200	617,950
	費用の割合	44.2	41.3	43.7	43.7	39.6
	件数の割合	3.2	2.9	3.2	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	23,740	24,610	24,870	26,530	24,220
	費用の割合	55.8	58.7	56.3	56.3	60.4
	件数の割合	96.8	97.1	96.8	96.8	97.5
受診率	647.709	601.603	714.851	676.241	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は大空町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	大空町 (県内市町村中)		県 (47県中)	大空町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.043	0.889	1.050	0.996	0.907	1.107
		(91位)	(147位)	(15位)	(99位)	(127位)	(9位)
	入院	1.139	0.863	1.149	1.086	0.997	1.243
		(95位)	(156位)	(16位)	(93位)	(102位)	(8位)
	外来	0.991	0.911	0.986	0.917	0.831	0.974
		(79位)	(118位)	(27位)	(100位)	(147位)	(23位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が総医療費に占める割合は、H30年度と比較すると増加しています。虚血性心疾患の医療費の割合は同規模・北海道・国よりも高くなっています。腎疾患の医療費は道よりは低いもののH30年度と比較すると増加しています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析いずれも割合は横ばいでした。(図表 18)

虚血性心疾患は進行すると心不全に至ることが多く、患者本人や家族の日常生活に大きな負担を強いられる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			大空町		同規模	北海道	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			8億1626万円	6億5726万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3822万円	3918万円	--	--	--
			4.68%	5.96%	7.67%	6.48%	8.03%
中長期目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.76%	1.69%	2.06%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.37%	1.89%	1.47%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.35%	2.09%	3.83%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.20%	0.29%	0.32%	0.28%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		23.47%	20.42%	16.76%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		10.49%	10.19%	9.27%	9.41%	8.68%
	精神疾患		4.96%	4.84%	7.98%	7.60%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,527	2,221	a	107	94	136	121	5	5	
				a/A	4.2%	4.2%	5.4%	5.4%	0.2%	0.2%	
40歳以上	B	1,722	1,594	b	104	92	134	119	3	5	
	B/A	68.1%	71.8%	b/B	6.0%	5.8%	7.8%	7.5%	0.2%	0.3%	
再掲	40~64歳	C	832	729	c	29	22	26	31	2	3
		C/A	32.9%	32.8%	c/C	3.5%	3.0%	3.1%	4.3%	0.2%	0.4%
	65~74歳	D	890	865	d	75	70	108	88	1	2
		D/A	35.2%	38.9%	d/D	8.4%	8.1%	12.1%	10.2%	0.1%	0.2%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は横ばいですが、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患の割合は40～64歳の年代で増えています。

治療中であっても健診受診を促し、医療受診勧奨も含めた保健指導を着実に実施し重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が行えるように重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	671	634	193	189	478	445	
	A/被保数	39.0%	39.8%	23.2%	25.9%	53.7%	51.4%	
(中長期目標疾患合併症)	脳血管疾患	B	47	47	16	8	31	39
		B/A	7.0%	7.4%	8.3%	4.2%	6.5%	8.8%
	虚血性心疾患	C	90	95	13	22	77	73
		C/A	13.4%	15.0%	6.7%	11.6%	16.1%	16.4%
	人工透析	D	3	5	2	3	1	2
		D/A	0.4%	0.8%	1.0%	1.6%	0.2%	0.4%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	401	392	155	128	246	264	
	A/被保数	23.3%	24.6%	18.6%	17.6%	27.6%	30.5%	
(中長期目標疾患合併症)	脳血管疾患	B	18	11	4	0	14	11
		B/A	4.5%	2.8%	2.6%	0.0%	5.7%	4.2%
	虚血性心疾患	C	50	52	6	10	44	42
		C/A	12.5%	13.3%	3.9%	7.8%	17.9%	15.9%
	人工透析	D	1	2	0	1	1	1
		D/A	0.2%	0.5%	0.0%	0.8%	0.4%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	5	31	2	7	3	24
		E/A	1.2%	7.9%	1.3%	5.5%	1.2%	9.1%
	糖尿病性網膜症	F	29	25	9	5	20	20
		F/A	7.2%	6.4%	5.8%	3.9%	8.1%	7.6%
	糖尿病性神経障害	G	7	12	4	3	3	9
		G/A	1.7%	3.1%	2.6%	2.3%	1.2%	3.4%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	590	556	190	167	400	389	
	A/被保数	34.3%	34.9%	22.8%	22.9%	44.9%	45.0%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	27	32	8	5	19	27
		B/A	4.6%	5.8%	4.2%	3.0%	4.8%	6.9%
	虚血性心疾患	C	83	81	14	19	69	62
		C/A	14.1%	14.6%	7.4%	11.4%	17.3%	15.9%
	人工透析	D	3	3	2	2	1	1
		D/A	0.5%	0.5%	1.1%	1.2%	0.3%	0.3%

出典: KDBシステム 疾病管理一覽(脂質異常症)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果から H30 年度と R03 年度で比較してみたところ II 度以上高血圧の割合は減少、HbA1c7.0%以上の割合は伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 24%、糖尿病で 5%ほどいます。(図表 22)

新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 II 度以上高血圧											
					II 度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
大空町	758	44.5	672	44.4	33	4.4	20	60.6	25	3.7	15	60.0	6	24.0	1	4.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0%以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療 (内服なし)		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
大空町	757	99.9	672	100.0	30	4.0	7	23.3	36	5.4	8	22.2	2	5.6	2	5.6
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者割合は横ばい、予備群割合は0.5ポイント伸びています。

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上の有所見割合は増加し翌年度の結果は変化なしの割合が高い状況です。Ⅱ度高血圧以上では翌年度健診を受診していない方の割合が減ってきており、改善率が上がっています。LDL-C160以上の有所見割合は微増し翌年度の健診未受診の割合が高く結果の把握ができていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	758 (44.5%)	164 (21.6%)	65 (8.6%)	99 (13.1%)
R04年度	661 (45.1%)	142 (21.5%)	55 (8.3%)	87 (13.2%)
				70 (12.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	64 (8.5%)	11 (17.2%)	24 (37.5%)	8 (12.5%)	21 (32.8%)
R03→R04	67 (10.0%)	10 (14.9%)	35 (52.2%)	7 (10.4%)	15 (22.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	33 (4.4%)	13 (39.4%)	2 (6.1%)	0 (0.0%)	18 (54.5%)
R03→R04	25 (3.7%)	12 (48.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	9 (36.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	62 (8.2%)	27 (43.5%)	13 (21.0%)	0 (0.0%)	22 (35.5%)
R03→R04	60 (8.9%)	21 (35.0%)	14 (23.3%)	0 (0.0%)	25 41.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、H30 年度には 45.4%まで伸びましたが、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 30~39 歳以下の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、新型コロナウイルス感染症の影響で 40 代の伸びが低迷しています。(図表 28)

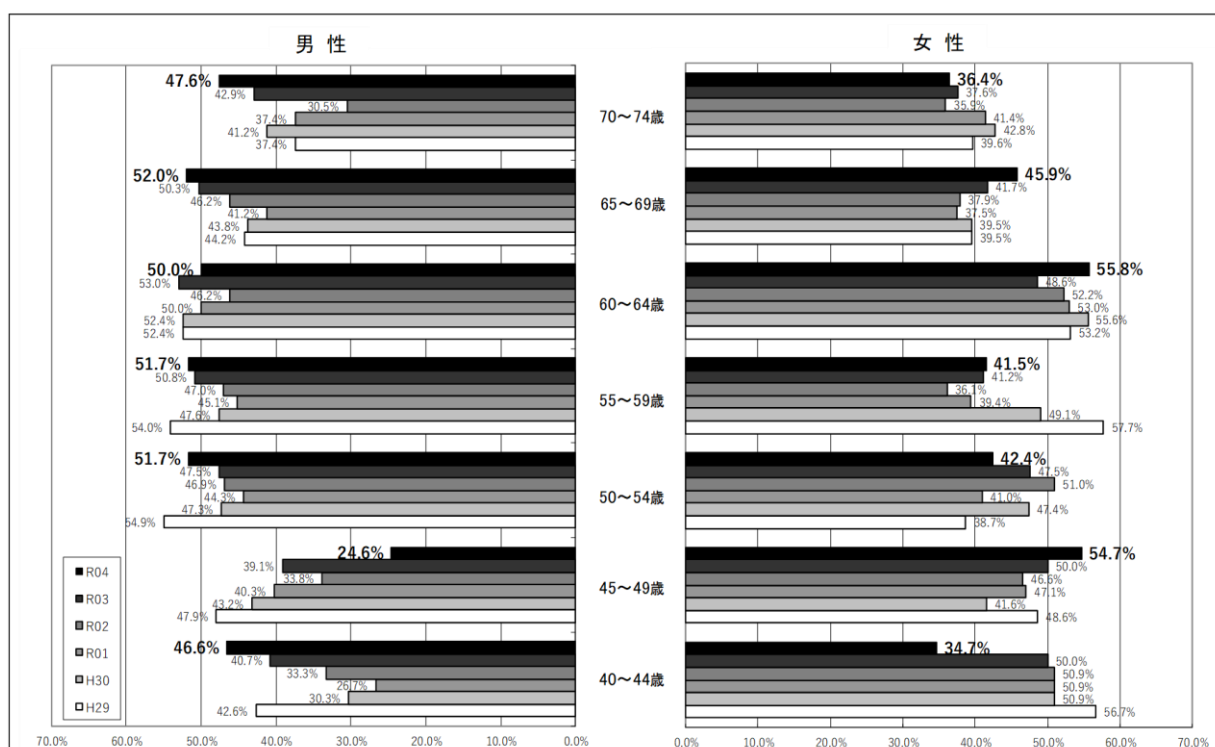
特定保健指導については、R02 年度に低迷したが、以降回復傾向にあります。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	736	669	618	657	636	健診受診率 60%
	受診率	45.4%	42.7%	39.7%	43.4%	43.4%	
特定 保健指導	該当者数	108	90	99	101	98	特定保健指 導実施率 60%
	割合	14.7%	13.5%	16.0%	15.4%	15.4%	
	実施者数	42	48	36	64	53	
	実施率	38.9%	53.3%	36.4%	63.4%	54.1%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者の割合と未治療中断の割合は増加傾向にあります。健診受診者で糖尿病性腎症病期分類第2期以上に分類される人も増加し未治療者が増えています。H29年度から糖尿病管理台帳を作成し進捗管理をしてきました。台帳に上がった人の保健指導は増加していますが、成果は思わしくありません。より対象者の明確化と継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

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

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

図表 29 健診受診者の血糖有所見者と治療が必要な者の状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	758	700	630	672	661
血糖値有所見者 *1	人(b)	44	40	39	47	53
	(b/a)	5.8%	5.7%	6.2%	7.0%	8.0%
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *2	人(c)	21	16	27	19	27
	(c/b)	47.7%	40.0%	69.2%	40.4%	50.9%

*1 HbA1c6.5%以上(治療中:7.0%以上)

*2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

大空町調べ

図表 30 健診受診者の糖尿病性腎症病期分類第2期以上の状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	758	700	630	672	661
糖尿病性腎症 第2期以上	人(b)	20	16	12	14	21
	(b/a)	2.6%	2.3%	1.9%	2.1%	3.2%
糖尿病性腎症 第2期以上の未治療者	人(c)	5	4	5	3	12
	(c/b)	25.0%	25.0%	41.7%	21.4%	57.1%

大空町調べ

図表 31 糖尿病管理台帳の保健指導状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	758	700	630	672	661
糖尿病管理台帳 *3	人(b)	117	128	129	135	132
	(b/a)	15.4%	18.3%	20.5%	20.1%	20.0%
保健指導実施者 *4	人(c)	46	57	77	90	90
	(c/b)	39.3%	44.5%	59.7%	66.7%	68.2%

*3 過去概ね6年間の健診結果で一度でもHbA1c6.5%以上に該当し、死亡転出保険移動を除外した人数

*4 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

大空町調べ

②虚血性心疾患重症化予防

本町において心電図検査は9割以上実施できています。心房細動やST異常所見の割合は減少しています。虚血性心疾患の重症化予防には個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていきます。

図表 32 特定健診心電図検査の結果

		H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04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	758	354	404	700	327	373	630	292	338	672	335	337	661	332	329
心電図受診者(人)	b	724	339	385	676	320	356	611	288	323	646	323	323	647	324	323
心電図実施率	b/a	95.5%	95.8%	95.3%	96.6%	97.9%	95.4%	97.0%	98.6%	95.8%	96.1%	96.4%	95.8%	97.8%	97.6%	98.2%
心房細動(人)	c	11	10	1	9	8	1	6	6	0	8	6	2	8	7	1
心房細動有所見率	c/b	1.5%	2.9%	0.3%	1.3%	2.5%	0.3%	1.0%	2.1%	0.0%	1.2%	1.9%	0.6%	1.2%	2.2%	0.3%
ST異常(人)	d	27	11	16	35	17	18	27	10	17	23	12	1	11	4	7
ST異常所見率	d/b	3.7%	3.2%	4.2%	5.2%	5.3%	5.1%	4.4%	3.5%	5.3%	3.6%	3.7%	0.3%	1.7%	1.2%	2.2%

大空町調べ

③脳血管疾患重症化予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、R03年までは約3%～4%の横ばいでしたが、R04年度には倍増しています。約6割が未治療者です。血圧Ⅲ度においては、未治療者が増加傾向です。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者もあり、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあるため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。

図表34は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。

図表 33 健診受診者の高血圧Ⅱ度以上の状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	
健診受診者	人(a)	758	700	630	672	661	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	33	23	22	25	44	
	(b/a)	4.4%	3.3%	3.5%	3.7%	6.7%	
	治療あり	人(c)	13	11	6	10	15
		(c/b)	39.4%	47.8%	27.3%	40.0%	34.1%
	治療なし	人(d)	20	12	16	15	29
		(d/b)	60.6%	52.2%	72.7%	60.0%	65.9%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	3	4	2	6	7
		(f/a)	0.4%	0.6%	0.3%	0.9%	1.1%
	治療あり	人	1	1	0	1	2
	治療なし	人	2	3	2	5	5

大空町調べ

図表 34 血圧にも続いた脳心血管リスクの階層化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	235	122 51.9%	84 35.7%	24 10.2%	5 2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	23 9.8%	C 12 9.8%	B 8 9.5%	B 3 12.5%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	133 56.6%	C 69 56.6%	B 51 60.7%	A 10 41.7%	A 3 60.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	79 33.6%	B 41 33.6%	A 25 29.8%	A 11 45.8%	A 2 40.0%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	51 21.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	103 43.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	81 34.5%

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

(2) ポピュレーションアプローチ

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

大空町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。取組内容としては、健診・医療・介護の一体的分析の状況や健診受診の必要性などを各種団体や行政区単位の集会で周知してきました。

(3) 前期計画目標の達成状況一覧

図表 35 前期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5			
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の増加を抑制	1.8%	0.7%	1.7%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の増加を抑制	1.4%	1.7%	1.9%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の増加を抑制	0.0%	0.0%	50.0%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合減少	33.1%	35.2%	33.4%	大空町福祉課	
			健診受診者の高血圧(160/100以上)の割合減少	4.4%	3.5%	6.7%		
			健診受診者の脂質異常(LDL180以上)の割合減少	3.2%	2.1%	1.8%		
			健診受診者のHbA1c6.5%以上が治療に結びついていない割合の増加	67.2%	57.1%	66.7%		
			健診受診者の糖尿病治療コントロール不良(HbA1c7.0以上)割合の減少	32.4%	22.2%	37.7%		
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	0.4%	1.0%	0.5%		
	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	45.4%	39.7%	43.4%	法定報告値		
		特定保健指導実施率60%以上	38.9%	36.4%	54.1%			
		特定保健指導対象者割合の減少	14.7%	16.0%	15.4%			
	努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	18.7%	28.0%	24.0%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
				肺がん検診	16.3%	26.9%	29.2%	
				大腸がん検診	14.2%	32.4%	32.2%	
子宮がん検診				6.5%	25.8%	25.5%		
乳がん検診				9.0%	36.6%	31.8%		
5つのがん検診平均受診率				12.9%	29.9%	28.5%		
自己の健康に関心を持つ住民が増える		健康ポイント付与事業(総合健診)の受診数の増加	305人	253人	288人	大空町福祉課		
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合の増加	70.2%	77.7%	79.3%	厚生労働省		

3) 前期データヘルス計画に係る考察

介護や医療にかかる社会保障費は減っているものの、コロナ禍での受診控えがあった可能性も否定できません。また、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患)の総医療費に占める割合は増加しています。高血圧・糖尿病等の背景にある肥満、メタボリックシンドロームの該当者が減っていないことも一因と考えられます。特定健診は40歳前から受診できる取組を行っており、40歳代でも約4割が受診しています。健診受診率向上対策として対象者に合った申込方法(電話、ファックス、ホームページ等)や治療中者へのみなし健診受診勧奨などを行っていますが、より効果的な勧奨対象の抽出、方法の検討が必要と考えます。新規受診者の獲得、継続受診につながる保健指導を実施する体制も課題の一つです。

重症化予防対策としては糖尿病管理台帳をもとに対象者が治療を継続し、治療中断しないよう支援を行ってきました。Ⅱ度高血圧以上においてもレセプト状況と突合し医療につながっているか確認しています。脂質異常症については受診勧奨や健診の継続受診の対応が十分にできておらず、肥満、メタボの解決と合わせ虚血性心疾患の発症予防対策を講じていく必要性を感じています。

特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。母子保健や小児においても体格や生活リズムの状況を把握し肥満予防に向けた取組をすすめているところです。また、人生100年時代を見据え健診・医療・介護の一体的な取組として後期高齢者においても北海道後期高齢者広域連合から高齢者保健事業を受託し、心疾患の割合も高いことから後期高齢者健診に詳細な検査項目(心電図)を実施してきました。

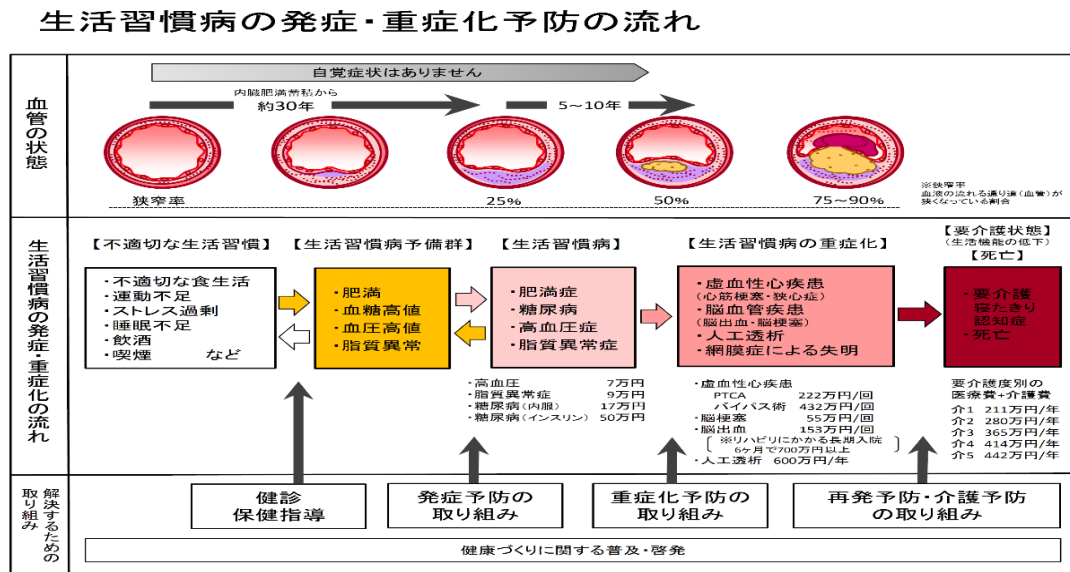
効果的効率的な保健事業実施のためには健診・保健指導に関わる者が標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)にある基本的な考え方や留意点を理解し、事務担当者を含む職員の人材確保と質向上に努めていく必要があると考えます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

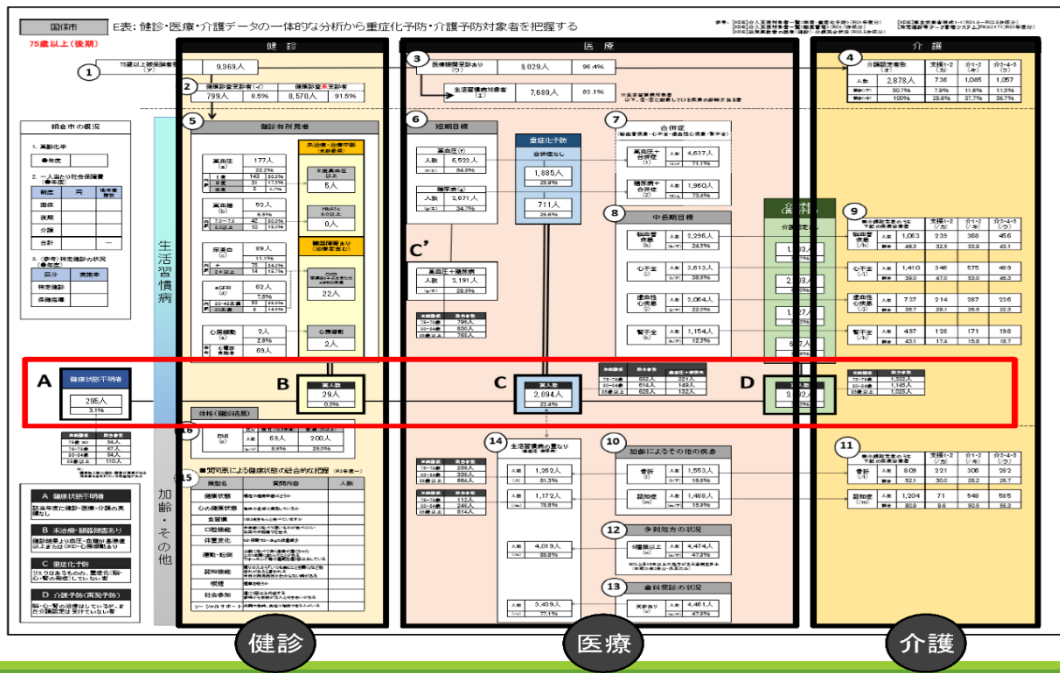
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 37 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 37 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	2,527人	2,418人	2,355人	2,280人	2,221人	1,323人
総件数及び総費用額	件数 19,805件	18,286件	16,322件	16,244件	16,138件	17,271件
	費用額 8億1626万円	7億3235万円	6億6390万円	6億5958万円	6億5726万円	10億8309万円
一人あたり医療費	32.3万円	30.3万円	28.2万円	28.9万円	29.6万円	81.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	大空町	6億5726万円	24,502	2.09%	0.29%	1.69%	1.89%	6.25%	3.00%	1.56%	1億1016万円	16.8%	20.4%	4.84%	10.19%
	同規模	—	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	—	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	北海道	—	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	—	16.5%	19.1%	7.60%	9.41%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	大空町	10億8309万円	68,502	4.09%	1.11%	2.61%	1.48%	3.72%	4.29%	0.95%	1億9755万円	18.2%	11.3%	1.89%	10.3%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	北海道	—	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	—	19.0%	11.1%	4.82%	12.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額 レセプト (80万円以 上/件)	人数	A	87人	73人	62人	70人	80人	113人
	件数	B	158件	129件	118件	104件	123件	173件
		B/総件数	0.80%	0.71%	0.72%	0.64%	0.76%	1.00%
	費用額	C	2億3858万円	2億0527万円	1億6621万円	1億6676万円	1億8147万円	2億2831万円
		C/総費用	29.2%	28.0%	25.0%	25.3%	27.6%	21.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度						
脳 血 管 疾 患	人数	D	6人	3人	0人	1人	3人	7人					
		D/A	6.9%	4.1%	0.0%	1.4%	3.8%	6.2%					
	件数	E	7件	3件	0件	1件	4件	11件					
		E/B	4.4%	2.3%	0.0%	1.0%	3.3%	6.4%					
	年 代 別	40歳未満	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%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	1	14.3%	1	33.3%	0	0.0%	2	50.0%	75-80歳	3	27.3%
		60代	2	28.6%	1	33.3%	0	0.0%	1	25.0%	80代	6	54.5%
		70-74歳	4	57.1%	1	33.3%	0	0.0%	1	25.0%	90歳以上	2	18.2%
	費用額	F	1248万円	444万円	0円	100万円	559万円	1517万円					
		F/C	5.2%	2.2%	0.0%	0.6%	3.1%	6.6%					

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度							
虚 血 性 心 疾 患	人数	G	3人	4人	3人	4人	4人	6人						
		G/A	3.4%	5.5%	4.8%	5.7%	5.0%	5.3%						
	件数	H	3件	5件	4件	4件	4件	7件						
		H/B	1.9%	0.0%	3.4%	3.8%	3.3%	4.0%						
	年 代 別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%			
		40代	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	25.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	28.6%	
		60代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	80代	4	57.1%	
		70-74歳	3	100.0%	4	80.0%	4	100.0%	2	50.0%	1	25.0%	90歳以上	1
	費用額	I	477万円	874万円	456万円	458万円	825万円	775万円						
		I/C	2.0%	4.3%	2.7%	2.7%	4.5%	3.4%						

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.0	773	805	1,436	48.3	40.1	11.0	5.6	5.9	3.2	40.5	30.7	33.5
R04	29.5	732	911	1,370	36.2	38.0	11.2	7.2	8.4	7.1	44.9	31.8	23.4

図表 45 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	8	2.1	(4)	23	7.1	(9)	13	8.2	(3)	14	3.8	(2)	14	4.3	(1)	1	0.6	(0)	0	--	5	1.5	2	1.3	1	0.3	5	1.5	0	--
R04	12	4.5	(7)	28	8.1	(11)	9	5.8	(2)	14	5.3	(3)	18	5.2	(1)	2	1.3	(0)	2	0.8	7	2.0	5	3.2	1	0.4	8	2.3	6	3.9

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症								
	生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)			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-			
H30	86.5	93.3	96.3	33.5	62.4	84.9	68.3	81.5	86.3	54.8	41.6	35.8	30.5	29.9	30.7	24.9	38.6	62.0	16.9	39.7	62.9			
R04	82.7	89.9	92.6	34.0	62.1	81.1	70.3	79.5	88.1	46.6	46.5	32.5	26.1	32.9	29.0	29.1	46.0	62.3	20.7	43.7	64.5			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 47 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.1	7.8	21.2	2.8	10.4	24.0	2.3	12.2	34.7	2.2	4.5	10.2	12.5	12.7	43.9	0.0	2.4	38.7	5.6	4.1	44.8	0.0	2.8	38.8
R04	2.9	8.3	19.5	3.4	10.1	19.8	3.0	13.6	34.2	4.4	9.0	10.6	19.0	10.5	46.1	4.0	5.4	43.5	0.0	8.1	43.5	3.1	6.1	35.9

図表 48 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	73.3	76.9	68.8	80.9	3.7	9.3	2.0	21.5	3.3	60.4	43.8	79.6
R04	72.7	81.5	81.3	82.6	3.6	10.7	1.8	17.2	6.1	61.6	50.0	86.8

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 38～48)

国保の被保険者数は年々減っており、総費用額も減少傾向です。後期高齢者になると一人あたり82万円となり、国保の2.7倍も高い状況です。(図表 38)

短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合が同規模・北海道・国と比べて高く、脂質異常症は低いため心疾患の医療費に占める割合が、同規模、北海道、国と比べて高い状況です。福祉医療制度により慢性腎不全(透析有)は同規模、国との比較は難しいが北海道に比べて低く、後期高齢においても同規模・北海道・国と比べて低い状況です。(図表 39)

高額レセプトについては、国保においては年約120件、後期高齢になると1.4倍のレセプトが発生しています。(図表 40)

脳血管疾患で高額になったレセプトはR04年度4件そのうち50代が2人いました。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 41、42)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR04年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 44の①被保険者数は、40～64歳、75歳以上で減っていますが、65～74歳が増え今後後期高齢者の割合が増えていく可能性があります。⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合が4.4ポイントも高くなっています。図表 45 健診有所見状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。図表 46 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、医療機関受診の割合が減っている中、短期目標の疾患とする合併症の割合が高くなっています。図表 47 の中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)では若い年代で虚血性心疾患、心不全、腎不全の割合が上がっています。また、中長期目標疾患は若い年代の介護認定を受けている方が増えている状況です。図表 48 の骨折・認知症の状況では高血圧・糖尿病との重なりが高く、認知症の介護認定者が増えていることから認知症の抑制予防においても生活習慣病の予防が重要であると考えます。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしていきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 49)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしていきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度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えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の抑制	1.7%		KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の抑制	1.9%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の抑制	2.1%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者数の抑制	1人		KDBExpander
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	21.5%		大空町福祉課
			メタボリックシンドローム予備群該当者の割合の減少	12.0%		
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)の減少	6.7%		
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)の減少	6.4%		
			健診受診者の血糖異常者の割合(HbA1c6.5%以上)の減少	12.3%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	0.8%		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	43.4%		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	54.1%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	15.5%		
医療費適正化		後発医薬品の使用割合80%以上	79.3%		厚労省	

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 50 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	50%	52.5%	55%	57.5%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	61%	62%	63%	64%	65%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 51 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,393人	1,353人	1,313人	1,273人	1,233人	1,193人
	受診者数	697人	711人	723人	732人	740人	716人
特定保健指導	対象者数	105人	107人	109人	110人	111人	108人
	受診者数	64人	67人	69人	71人	73人	71人

4. 特定健診の実施

1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- (1) 集団健診(旭川がん検診センター、網走厚生病院巡回ドック)
- (2) 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、大空町のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://town.ozora.hokkaido.jp>

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・尿酸・尿潜血)を実施します。なお、心電図・眼底検査・血清クレアチニン(eGFR)・貧血検査は一部実施できない医療機関を除いて全員に実施します。

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

図表 52 特定健診検査項目

○大空町特定健診検査項目

健診項目		大空町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	○	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

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

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 53 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
8月			
9月			
10月	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

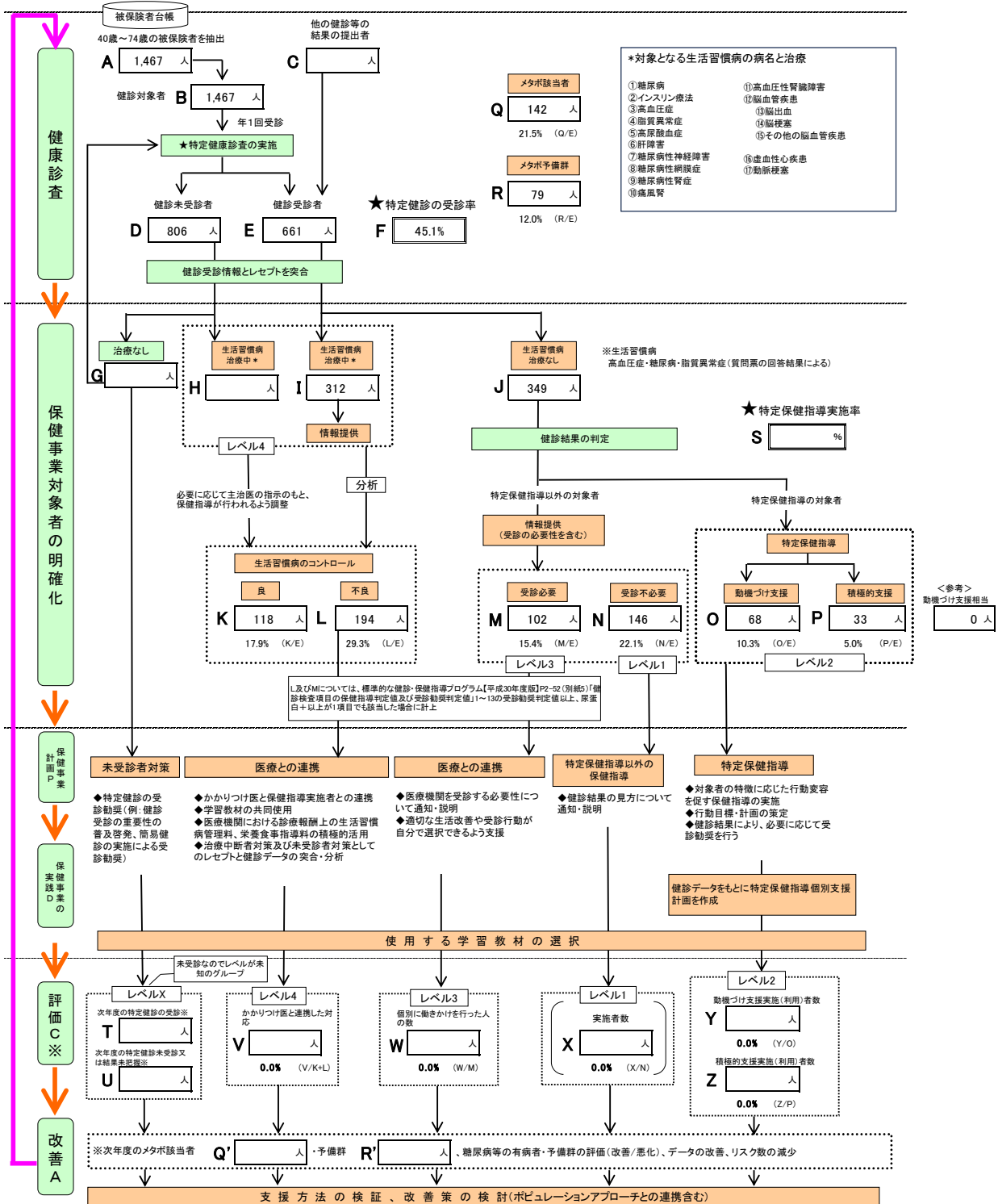
1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

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

様式5-5
令和04年度



出典:ヘルサポータルツール

2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 55 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	101人 (15.3%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	102人 (15.4%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	806人 ※受診率目標達成まであと219人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	146人 (22.1%)	
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	312人 (47.2%)	

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 56 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

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

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、大空町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

大空町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、224人(33.9%)です。そのうち治療なしが68人(19.5%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が39人です。

また、大空町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、68人中43人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 57 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年委員会研究報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)
	科学的根拠に基づき 医療現場から 対象者の抽出	科学的根拠に基づき ガイドライン2019 (日本血管医学)	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)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	慢性腎臓病 (CKD)
重化学予防対象	高血圧症 II度高血圧以上	心房細動	脂質異常症 LDL-C 180mg/dl以上	慢性腎臓病 (CKD) 腎臓専門医 紹介基準対象者
該当者数	44 6.7%	8 1.2%	11 1.7%	32 4.8%
治療なし	29 6.6%	4 1.1%	10 2.1%	9 2.6%
(再掲) 特定保健指導	13 29.5%	1 12.5%	6 54.5%	2 6.3%
治療中	15 6.8%	4 1.3%	1 0.6%	23 7.4%
臓器障害 あり	16 55.2%	4 100.0%	7 70.0%	9 100.0%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	9
心電図所見あり	16	4	7	12
臓器障害 なし	13 44.8%	--	3 30.0%	14 51.9%
重化学予防対象者 (実人数)	224 33.9%	17 58.6%	14 48.1%	39 57.4%
	68 19.5%	3	3	9
	43 19.2%	12	12	33
	156 50.0%	17	14	--

令和04年度

<参考>
健診受診者(受診率)
661人 45.1%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	222	439
脂質異常症	181	480
糖尿病	69	591
3疾患いずれも	312	349

※問診結果による

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

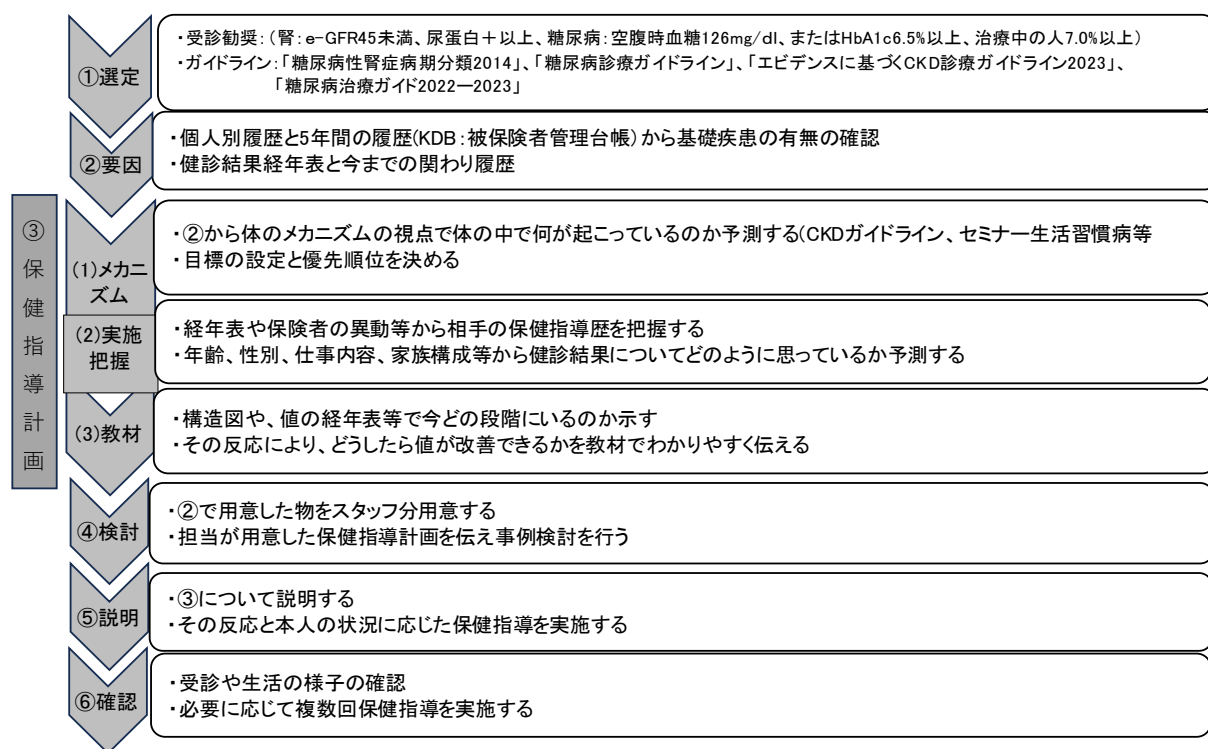
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表58に沿って実施します。

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

図表58 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
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)で把握していきます。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

大空町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、35人(33.3%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者392人のうち、特定健診未受診者322人(82.1%・I)については、治療中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 60 より大空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）・・・35人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・36人
治療中断しない（継続受診の）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

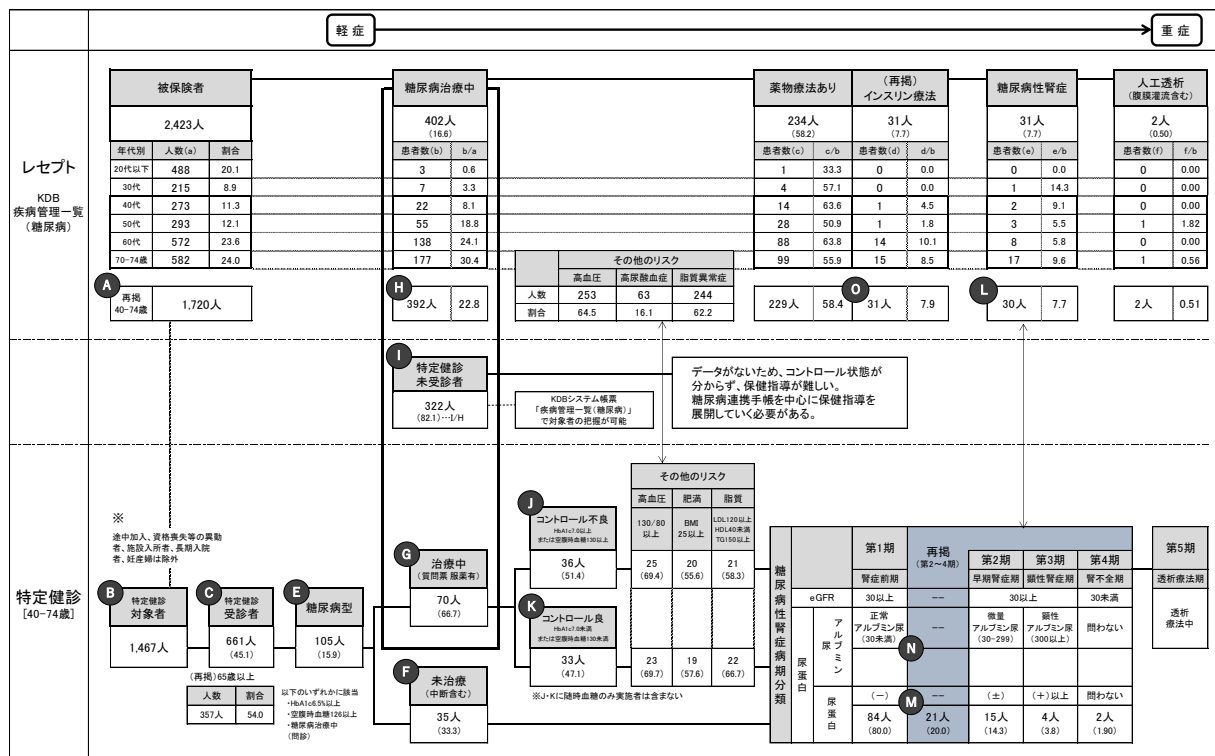
【保健指導】

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

図表 60 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。大空町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	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 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きますか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査の実施を検討し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	大空町										同規模保険者(平均)		データ基
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 被保険者数	A	2,597人		2,532人		2,394人		2,328人		2,273人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		1,793人		1,726人		1,677人		1,679人		1,632人				
2 特定健診	B	1,702人		1,673人		1,565人		1,514人		1,467人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書
		対象者数		756人		700人		627人		671人		661人		
3 特定保健指導	C	44.4%		41.8%		40.1%		44.3%		45.1%				
		108人		90人		99人		101人		98人				
4 健診データ	E	96人 12.7%		87人 12.4%		84人 13.4%		98人 14.6%		105人 15.9%				特定健診結果
		26人 27.1%		25人 28.7%		30人 35.7%		25人 25.5%		35人 33.3%				
		70人 72.9%		62人 71.3%		54人 64.3%		73人 74.5%		70人 66.7%				
		33人 47.1%		36人 58.1%		29人 53.7%		41人 56.2%		36人 51.4%				
		24人 72.7%		25人 69.4%		19人 65.5%		24人 58.5%		25人 69.4%				
		22人 66.7%		22人 61.1%		21人 72.4%		23人 56.1%		20人 55.6%				
		37人 52.9%		26人 41.9%		25人 46.3%		32人 43.8%		34人 48.6%				
		75人 78.1%		70人 80.5%		72人 85.7%		84人 85.7%		84人 80.0%				
		10人 10.4%		8人 9.2%		3人 3.6%		4人 4.1%		15人 14.3%				
		9人 9.4%		9人 10.3%		7人 8.3%		8人 8.2%		4人 3.8%				
		1人 1.0%		0人 0.0%		2人 2.4%		2人 2.0%		2人 1.9%				
5 レセプト	H	74.7人		74.6人		71.4人		76.0人		87.1人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		106.0人		108.3人		100.2人		101.3人		117.6人				
		1,023件 (594.1)		1,026件 (612.5)		1,038件 (620.8)		1,085件 (665.6)		1,247件 (782.3)		319.711件 (930.6)		
		6件 (3.5)		5件 (3.0)		5件 (3.0)		6件 (3.7)		4件 (2.5)		1,521件 (4.4)		
		194人 7.5%		189人 7.5%		171人 7.1%		177人 7.6%		198人 8.7%				
		190人 10.6%		187人 10.8%		168人 10.0%		170人 10.1%		192人 11.8%				
		120人 63.2%		117人 62.6%		114人 67.9%		97人 57.1%		122人 63.5%				
		18人 9.3%		18人 9.5%		14人 8.2%		17人 9.6%		14人 7.1%				
		17人 8.9%		16人 8.6%		13人 7.7%		16人 9.4%		13人 6.8%				
		2人 1.0%		2人 1.1%		6人 3.5%		9人 5.1%		19人 9.6%				
		2人 1.1%		2人 1.1%		6人 3.6%		9人 5.3%		18人 9.4%				
		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 50.0%				
		6 医療費	L	2人 0.8%		3人 1.1%		3人 1.3%		3人 1.2%		3人 1.2%		
8億1626万円				7億3235万円		6億6390万円		6億5958万円		6億5726万円		6億7051万円		
4億4134万円				3億9335万円		3億4143万円		3億4572万円		3億4706万円		3億5898万円		
54.1%				53.7%		51.4%		52.4%		52.8%		53.5%		
8,431円				7,299円		6,800円		7,864円		7,613円		9,063円		
52,049円				46,582円		42,540円		40,379円		44,057円		37,482円		
3503万円				3369万円		3678万円		3839万円		4107万円		4061万円		
7.9%				8.6%		10.8%		11.1%		11.8%		11.3%		
1億0119万円				1億0471万円		1億1324万円		1億0018万円		9780万円				
40,672円				44,107円		47,984円		41,395円		39,136円				
8467万円				6282万円		6412万円		6722万円		6049万円				
666,687円				654,377円		610,710円		569,701円		517,044円				
15日				15日		15日		15日		13日				
1272万円				1179万円		1145万円		1287万円		1564万円		2783万円		
1106万円				1053万円		1009万円		1109万円		1376万円		2567万円		
167万円		127万円		136万円		179万円		189万円		216万円				
7 介護	M	6億4119万円		6億2463万円		6億1319万円		5億8478万円		5億3689万円		8億6719万円		KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		
8 死亡		3人 2.6%		1人 0.9%		0人 0.0%		0人 0.0%		2人 1.7%		622人 1.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

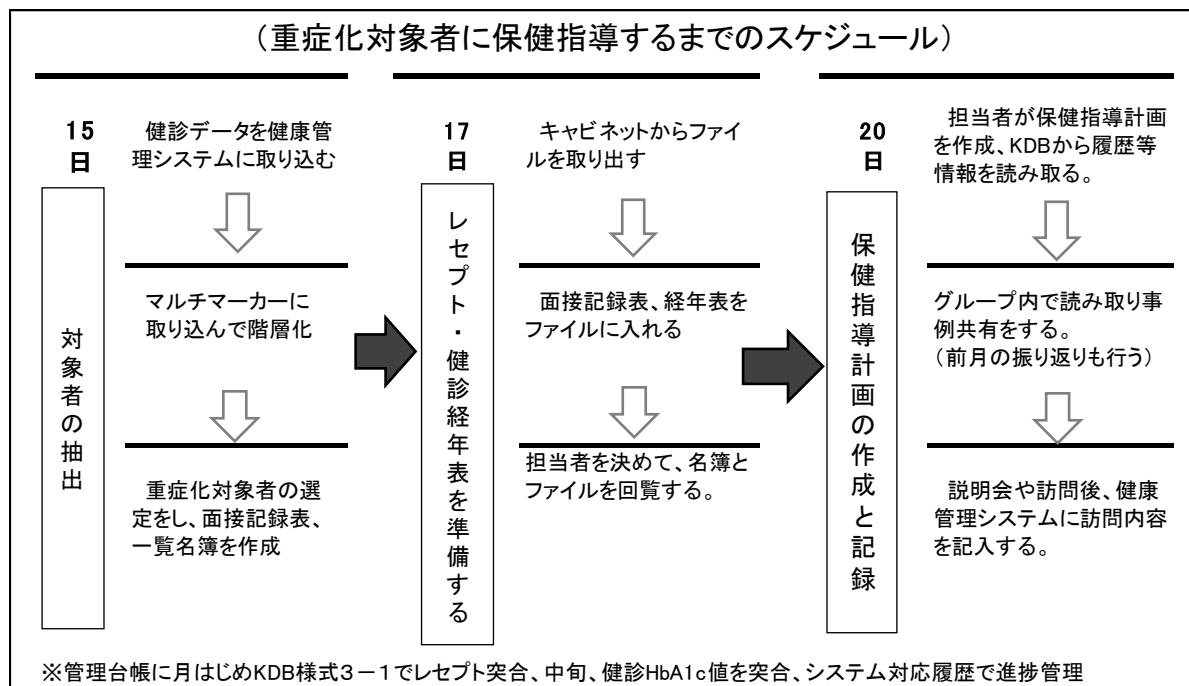
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 63 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

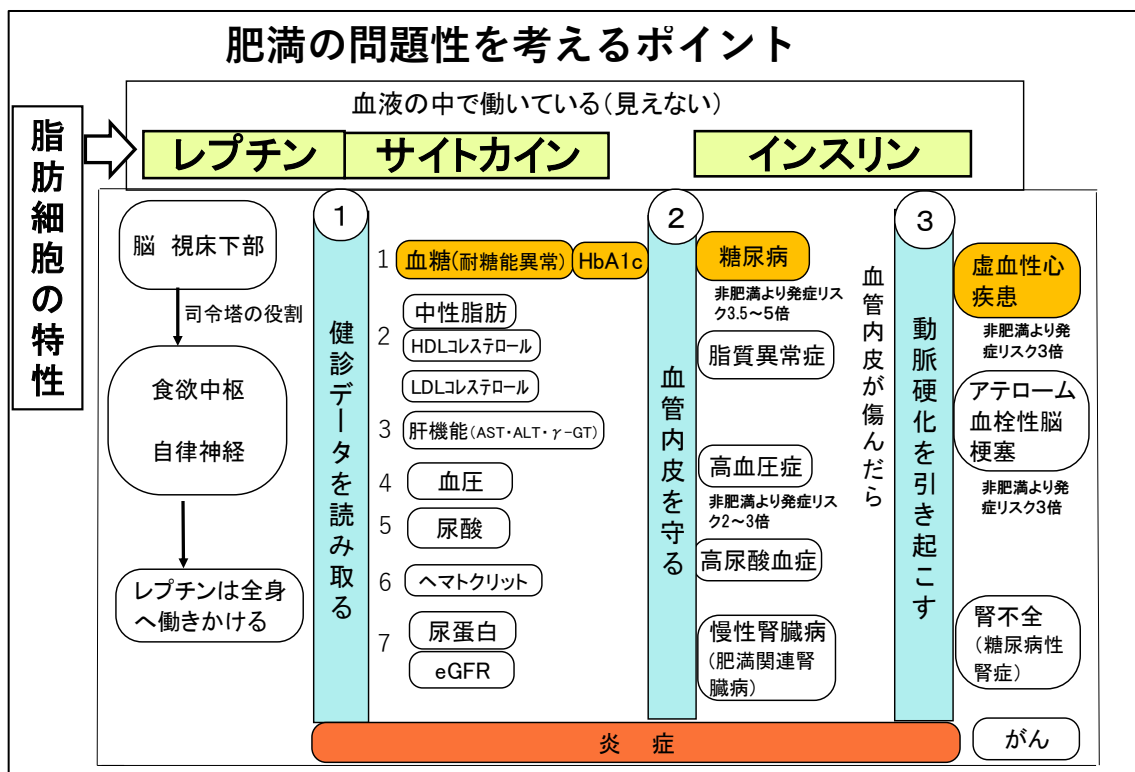
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のために行う。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。」と「メタボリックシンドロームの定義と診断基準（標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版添付資料）に記載されています。

なお、取組みにあたっては図表 64 に基づいて考えていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 65 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	304	357	135	117	110	106	18	10	6	1	1	0	
			44.4%	32.8%	36.2%	29.7%	5.9%	2.8%	2.0%	0.3%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	145	187	81	71	65	65	10	6	5	0	1	0
				55.9%	38.0%	44.8%	34.8%	6.9%	3.2%	3.4%	0.0%	0.7%	0.0%
	女性	159	170	54	46	45	41	8	4	1	1	0	0
				34.0%	27.1%	28.3%	24.1%	5.0%	2.4%	0.6%	0.6%	0.0%	0.0%

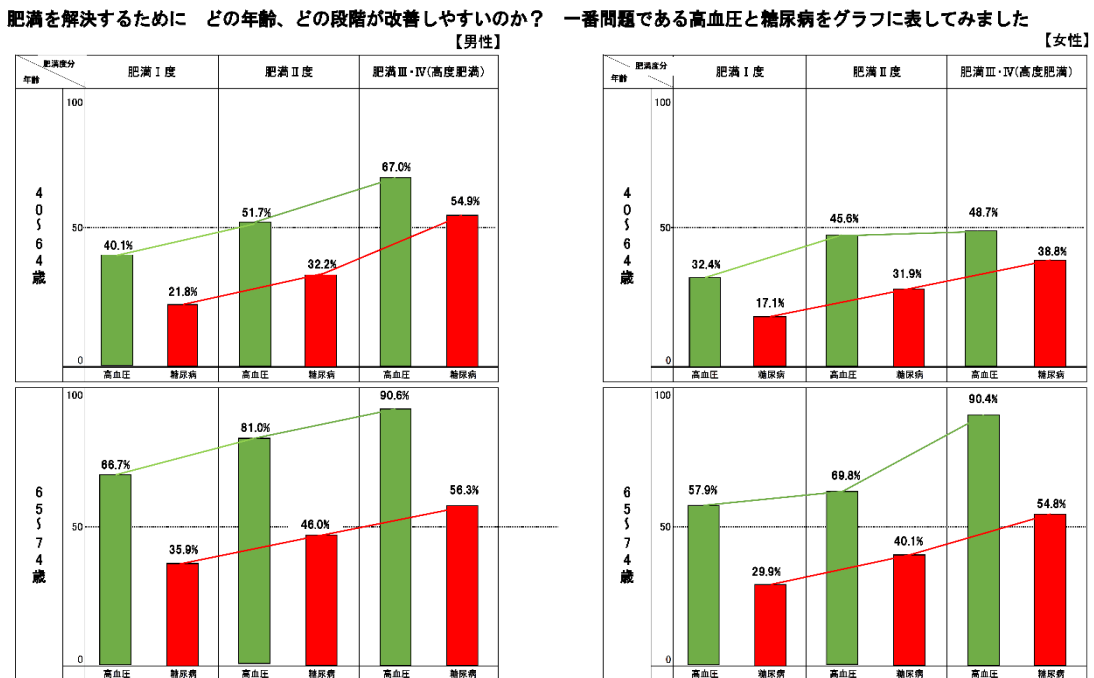
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 66 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

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

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

生活	肥満度 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。 ・心臓内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたらずまらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べべたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸		・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便				・便秘になって大変	・便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 ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・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			・回めず、足の爪を切ることができない ・前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 ・身体が動かがしづらい		・お腹が邪魔で前に回めない ・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。止まるんじゃないかとクワッ	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫		・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚		・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が痒くなるので、よく皮を割っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 67 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 66 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40~64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 68 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握							介護	特定健診	転帰			
			レセプト												
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患								
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症				高尿酸血症		
1	男	60代		●	●			●		●					
2	男	60代	●		●			●		●	●				死亡
3	男	50代	●					●	●	●	●		要介護2		
4	男	50代		●				●	●	●	●				
5	男	40代		●				●	●	●	●				

3) 対象者の明確化

図表 69 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	332	43	61	107	121	329	46	55	130	98	
メタボ該当者	B	117	11	27	39	40	25	3	4	11	7	
	B/A	35.2%	25.6%	44.3%	36.4%	33.1%	7.6%	6.5%	7.3%	8.5%	7.1%	
再掲	① 3項目全て	C	47	3	11	17	16	8	0	2	4	2
		C/B	40.2%	27.3%	40.7%	43.6%	40.0%	32.0%	0.0%	50.0%	36.4%	28.6%
	② 血糖＋血圧	D	17	1	4	3	9	7	1	0	4	2
		D/B	14.5%	9.1%	14.8%	7.7%	22.5%	28.0%	33.3%	0.0%	36.4%	28.6%
	③ 血圧＋脂質	E	50	7	10	19	14	10	2	2	3	3
		E/B	42.7%	63.6%	37.0%	48.7%	35.0%	40.0%	66.7%	50.0%	27.3%	42.9%
	④ 血糖＋脂質	F	3	0	2	0	1	0	0	0	0	0
		F/B	2.6%	0.0%	7.4%	0.0%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 70 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
				人数	割合	人数	割合				人数	割合	人数	割合		
総数	332	117	35.2%	93	79.5%	24	20.5%	329	25	7.6%	20	80.0%	5	20.0%		
40代	43	11	25.6%	3	27.3%	8	72.7%	46	3	6.5%	2	66.7%	1	33.3%		
50代	61	27	44.3%	18	66.7%	9	33.3%	55	4	7.3%	3	75.0%	1	25.0%		
60代	107	39	36.4%	38	97.4%	1	2.6%	130	11	8.5%	10	90.9%	1	9.1%		
70～74歳	121	40	33.1%	34	85.0%	6	15.0%	98	7	7.1%	5	71.4%	2	28.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 69)は、男性で 50 代から受診者の 3～4 割を超えるが、女性では 1 割も満たないため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 70)は、男女とも 8 割が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は減っておらず、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 68 心・脳血管疾患を発症した事例から、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 71 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

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

町では高インスリン状態を見る検査として75g糖負荷検査を行っていきます。なお、以下の二次健康診断の実施を検討していきます。

参考) ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図または胸部超音波検査(心エコー検査)(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

町においては、心電図検査を 647 人(97.9%)に実施し、そのうち有所見者は 105 人(16.2%)でした。所見の中では脚ブロック 37 人(35.2%)の所見率が一番高いことがわかります。(図表 73)

また、有所見者のうち要精査が 9 人(8.6%)でしたが、その後の受診状況で 7 人(77.8%)が未把握でした。(図表 74)。対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 73 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		心房ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	647	97.9%	105	16.2%	1	1.0%	11	10.5%	6	5.7%	12	11.4%	4	3.8%	37	35.2%	8	7.6%	17	16.2%
	男性	324	97.6%	84	25.9%	1	1.2%	4	4.8%	4	4.8%	10	11.9%	3	3.6%	25	29.8%	7	8.3%	12	14.3%
	女性	323	98.2%	21	6.5%	0	0.0%	7	33.3%	2	9.5%	2	9.5%	1	4.8%	12	57.1%	1	4.8%	5	23.8%

大空町調べ

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)		未把握(e)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	105	18.4%	9	8.6%	1	11.1%	1	11.1%	7	77.8%
男性	84	25.5%	5	6.0%	1	20.0%	0	0.0%	4	80.0%
女性	21	11.1%	4	19.0%	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%

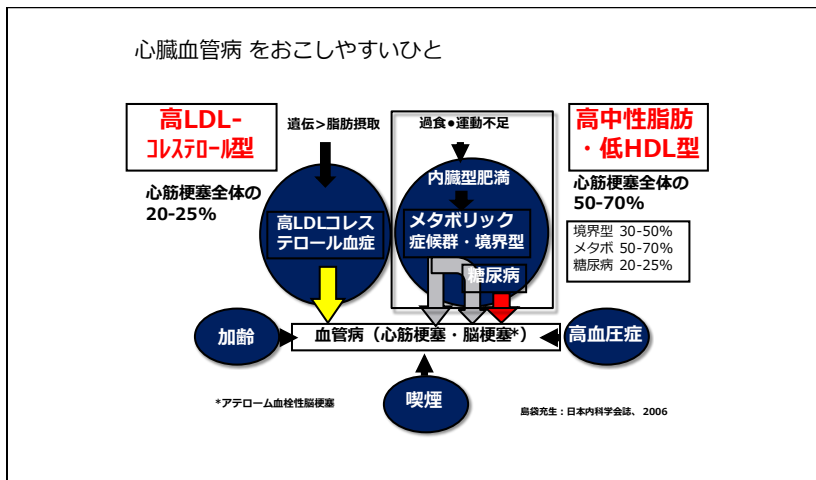
大空町調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 75)

図表 75 心血管病をおこしやすいひと



図表 75 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 69・70)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 76)

図表 76 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
272			150	81	30	11	9	10	11	11	
			55.1%	29.8%	11.0%	4.0%	22.0%	24.4%	26.8%	26.8%	
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)	55	34	15	5	1	5	1	0	0
			20.2%	22.7%	18.5%	16.7%	9.1%	55.6%	10.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	100	53	30	13	4	3	4	5	5
			36.8%	35.3%	37.0%	43.3%	36.4%	33.3%	40.0%	45.5%	45.5%
高リスク	120未満 (150未満)	105	59	30	11	5	1	5	6	4	
		38.6%	39.3%	37.0%	36.7%	45.5%	11.1%	50.0%	54.5%	36.4%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	14	9	2	2	1	1	1	0	
			5.1%	6.0%	2.5%	6.7%	9.1%	11.1%	10.0%	9.1%	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)	12	4	6	1	1	0	0	0	2
			4.4%	2.7%	7.4%	3.3%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 77 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

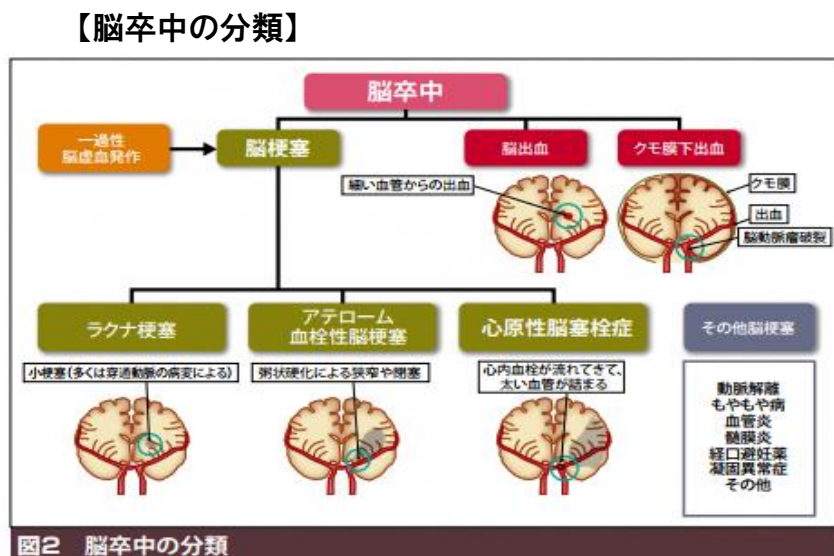
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 78,79)

図表 78 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 79 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 80 でみると、高血圧治療者 634 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 47 人(7.4%・O)でした。

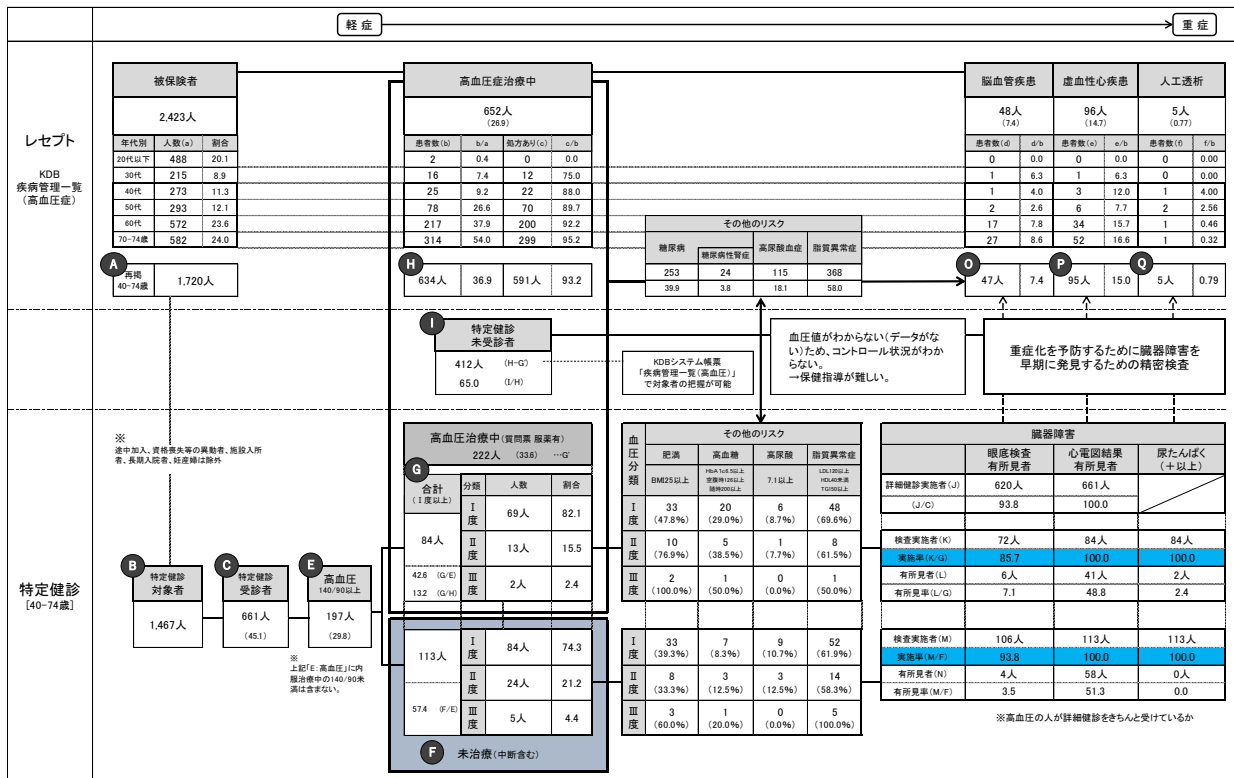
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 44 人であり、そのうち 29 人(65.9%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

図表 80 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 81 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	235	122 51.9%	84 35.7%	24 10.2%	5 2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	23	C 12 9.8%	B 8 9.5%	B 3 12.5%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	133	C 69 56.6%	B 51 60.7%	A 10 41.7%	A 3 60.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	79	B 41 33.6%	A 25 29.8%	A 11 45.8%	A 2 40.0%

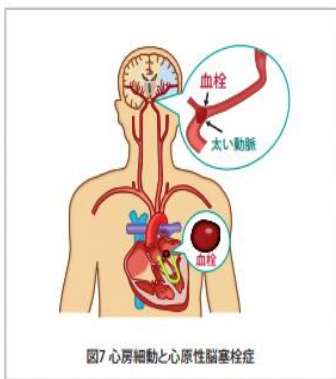
…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	51
		21.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	103
		43.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	81
		34.5%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心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。

図表 81 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

図表 82 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 82 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	332	329	324	97.6%	323	98.2%	7	2.1%	1	0.3%	--	--
40代	43	46	43	100.0%	46	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	61	55	61	100.0%	54	98.2%	1	1.6%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	107	130	106	99.1%	128	98.5%	2	1.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	121	98	114	94.2%	95	96.9%	4	3.3%	1	1.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 83 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	4	50.0%	4	50.0%

大空町調べ

心電図検査において8人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者8人のうち4人はまだ治療につながっていません。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

大空町は、令和2年度より北海道後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「保健・介護一体的実施推進事業」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

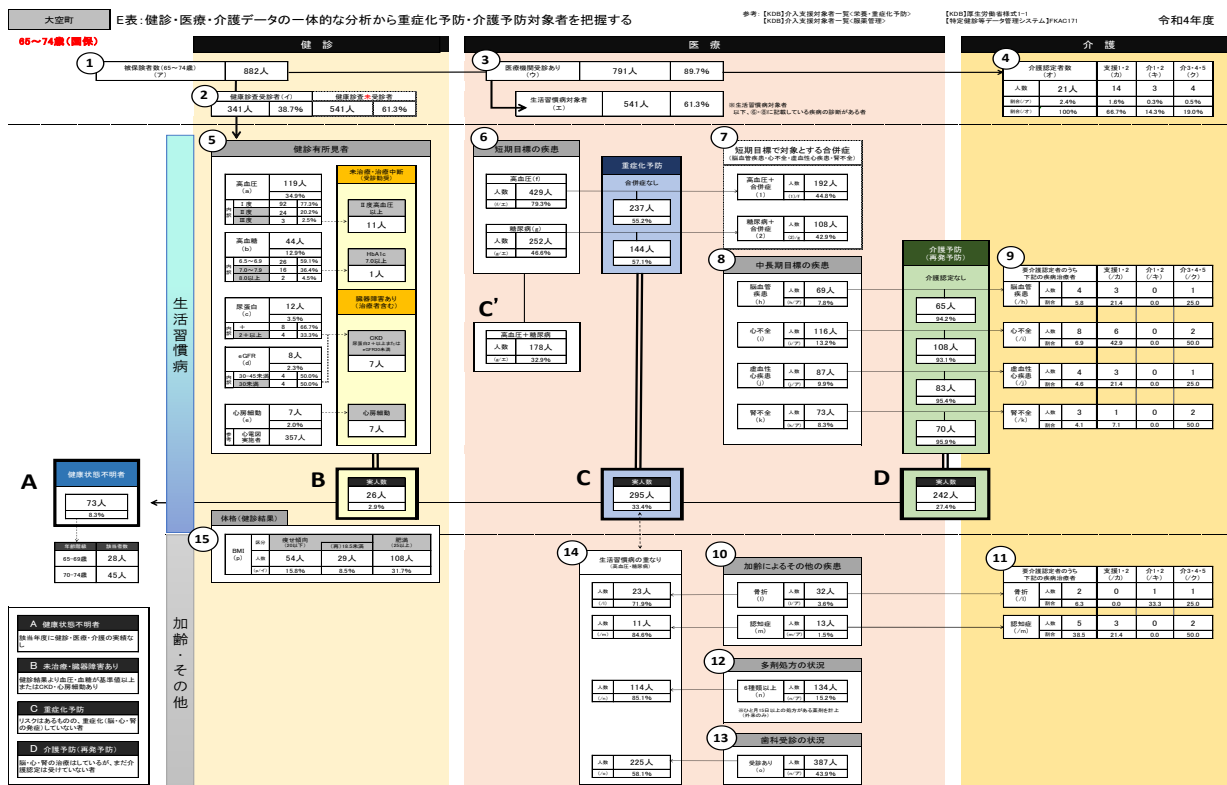
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 84 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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

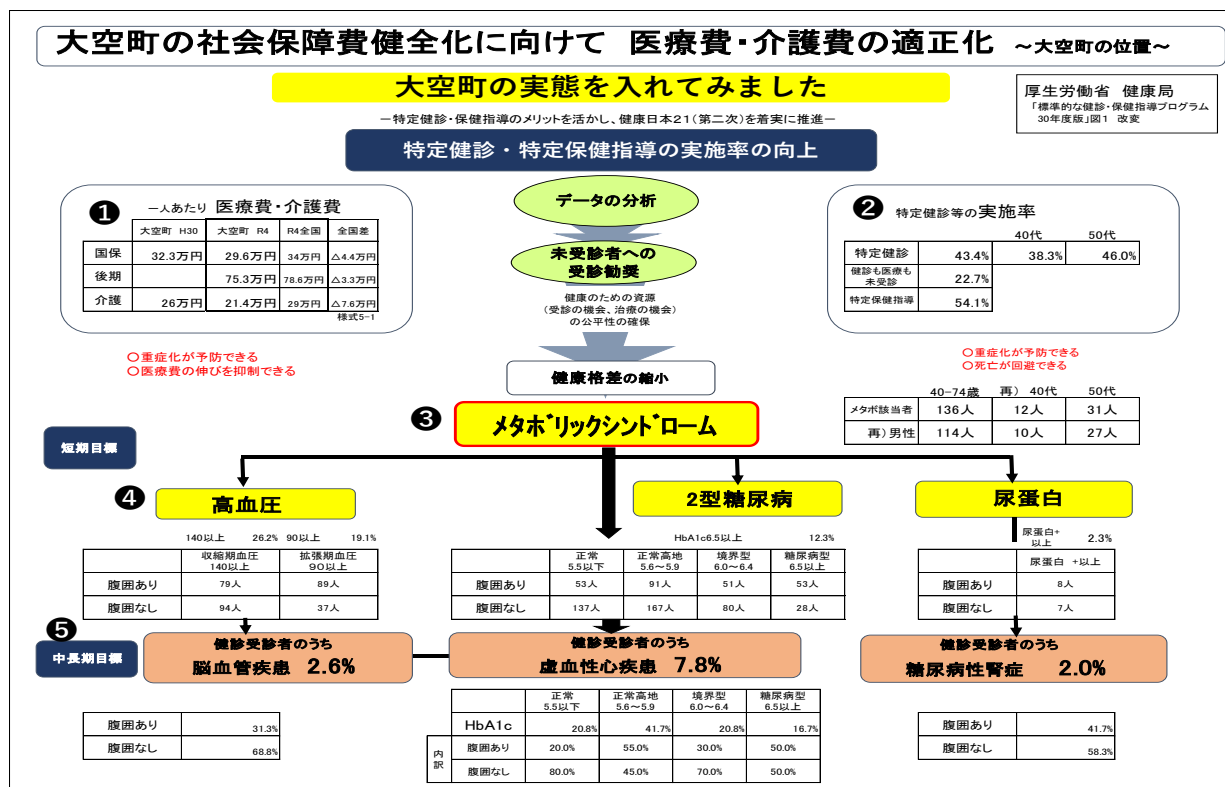
図表 85 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健診 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 <small>(11・12条)</small>		児童・生徒の定期健康診断 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診断 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>	後期高齢者健康診査 <small>(第125条)</small>
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>(第13・44条)</small>		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上								6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長															
	体重															
	BMI												25以上			
	肥満度				加齢 [*] 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿糖	(+) 以上								(+) 以上						
糖尿病家族歴																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 86, 87)

図表 86 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 87 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 2020~2022年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入数量)
豆腐	51位
乾物全体	45位
葉野菜	40位
しめじ・えのき	50位

食品名	全国ランキング (購入数量)
バター	2位
ベーコン	3位
乾うどん・そば	4位
チョコレート	5位
炭酸飲料	6位
ビール	1位

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
コンビニエンスストア店舗数	1位
焼肉店・すし店	8位
アイスクリーム店等	2位
バー・キャバレー・酒場	4位

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・北海道・同規模平均と比べてみた大空町の位置(H30～R04 年度)

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料10 北海道の標準化

参考資料1 様式5-1 国・北海道・同規模と比べてみた大空町の位置

項目	大空町										同規模平均		北海道		国			
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合		
1 概況	総人口	7,359		7,359		7,359		7,359		6,775		1,680,058		5,165,554		123,214,261		
	人口構成																	
	①	65歳以上(高齢化率)	2,464	33.5	2,464	33.5	2,464	33.5	2,464	33.5	2,507	37.0	682,426	39.4	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7
		75歳以上	1,351	18.4	1,351	18.4	1,351	18.4	1,351	18.4	1,313	19.4	---	---	845,273	16.4	18,248,742	14.8
		65~74歳	1,113	15.1	1,113	15.1	1,113	15.1	1,113	15.1	1,194	17.6	---	---	815,750	15.8	17,087,003	13.9
	40~64歳	2,523	34.3	2,523	34.3	2,523	34.3	2,523	34.3	2,233	33.0	---	---	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7	
	39歳以下	2,372	32.2	2,372	32.2	2,372	32.2	2,372	32.2	2,035	30.0	---	---	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6	
②	産業構成	40.3		40.3		40.3		40.3		40.3		17.0		7.4		4.0		
	第2次産業	11.3		11.3		11.3		11.3		11.3		25.3		17.9		25.0		
	第3次産業	48.4		48.4		48.4		48.4		48.4		57.7		74.7		71.0		
③	平均寿命	80.2		80.2		80.2		80.2		80.2		80.4		80.3		80.8		
	男性	86.8		86.8		86.8		86.8		86.8		86.9		86.8		87.0		
	女性	78.8		79.7		82.2		83.4		81.9		79.5		79.6		80.1		
④	平均自立期間 (要介護以上)	84.3		84.4		84.4		84.1		84.5		84.2		84.2		84.4		
	標準化死亡率比 (SMR)	81.2		81.2		81.2		95.8		95.8		103.1		102.0		100.0		
	男性	86.0		86.0		86.0		94.5		94.5		101.3		98.9		100.0		
	女性	26	32.1	30	37.0	29	34.9	36	48.6	31	34.8	7,089	46.3	19,781	53.3	378,272	50.6	
2 死亡	死亡の状況	32	39.5	35	43.2	40	48.2	27	36.5	36	40.4	4,562	29.8	9,373	25.2	205,485	27.5	
	死因	16	19.8	14	17.3	9	10.8	6	8.1	15	16.9	2,404	15.7	4,667	12.6	102,900	13.8	
	がん	3	3.7	1	1.2	0	0.0	0	0.0	2	2.2	283	1.8	756	2.0	13,896	1.9	
	糖尿病	2	2.5	1	1.2	5	6.0	5	6.8	5	5.6	622	4.1	1,668	4.5	26,946	3.6	
	腎不全	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	0.1	
	自殺	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	0.1	
	合計	2	1.9	8	7.2	9	7.5	11	9.1	6	4.4	6	4.4	6,122	8.2	129,016	8.2	
	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	0	0.0	5	10.6	5	8.3	9	14.1	4	5.7	4	5.7	3,906	10.5	84,891	10.6	
	男性	2	3.4	3	4.7	4	6.7	2	3.5	2	3.0	2	3.0	2,216	5.9	44,125	5.7	
	女性	462	18.5	488	18.5	460	18.9	466	18.9	440	18.2	127,161	19.4	347,930	20.9	6,724,030	19.4	
3 介護	1号認定者数(認定率)	7	0.3	16	0.3	5	0.3	7	0.3	8	0.3	2,078	0.3	5,353	0.3	110,289	0.3	
	新規認定者	2,111	24.3	2,133	25.6	2,213	27.1	2,395	29.6	2,409	30.1	365,856	13.2	1,013,763	13.8	21,785,044	12.9	
	介護度別 総件数	4,006	46.1	3,788	45.5	3,530	43.2	3,481	43.1	3,518	44.0	1,297,770	46.8	3,922,342	53.3	78,107,378	46.3	
	要支援1.2	2,569	29.6	2,410	28.9	2,427	29.7	2,205	27.3	2,072	25.9	1,111,908	40.1	2,419,988	32.9	68,963,503	40.8	
	要介護3以上	10	0.4	9	0.4	7	0.3	7	0.3	6	0.3	2,073	0.4	7,406	0.4	156,107	0.4	
	2号認定者	100	19.2	89	18.9	87	18.5	98	19.4	83	19.4	30,162	22.6	89,484	24.6	1,712,613	24.3	
	糖尿病	264	56.6	274	56.1	288	59.1	291	59.6	279	60.2	71,773	54.3	181,308	50.0	3,744,672	53.3	
	高血圧症	117	24.0	123	24.7	125	26.7	139	27.3	135	29.1	39,654	29.6	113,653	31.1	2,308,216	32.6	
	脂質異常症	318	67.4	324	67.4	335	69.2	335	69.5	319	69.5	80,304	60.9	200,129	55.3	4,224,628	60.3	
	心臓病	102	23.2	101	22.4	101	21.5	104	22.8	93	22.0	30,910	23.8	73,784	20.6	1,568,292	22.6	
脳疾患	65	11.4	59	12.4	59	12.5	57	11.8	53	10.5	14,782	11.0	44,754	12.3	837,410	11.8		
がん	254	51.2	255	54.3	267	55.3	269	54.7	256	56.3	71,540	54.1	181,637	50.0	3,748,372	53.4		
筋・骨格	238	50.2	232	50.0	232	48.3	232	48.9	222	47.5	49,589	37.8	125,855	35.0	2,569,149	36.8		
精神	280,223	64,188,865	253,501	624,625,965	248,861	613,194,529	237,329	594,778,647	214,158	536,894,552	314,188	269,507	280,668	60,965	59,662	4,930		
一人当たり給付費/総給付費	73,819		74,976		75,054		72,365		67,120		74,866		60,965		59,662			
1件当たり給付費(全体)	34,791		34,904		35,371		34,158		30,273		43,722		42,034		41,272			
居宅サービス	288,910		298,810		298,107		300,321		295,327		289,312		286,260		286,364			
施設サービス	8,961		8,581		9,134		8,800		9,145		9,224		9,582		8,610			
要介護認定別 医療費等 (40歳以上)	4,828		4,717		4,707		4,384		4,585		4,375		4,930		4,020			

項目	大空町										同規模平均		北海道		国		
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		
	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	
① 国民の状況	国民総数	2,327		2,418		2,335		2,280		2,221		427,193		1,074,254		27,468,822	
	65～74歳	890	35.2	883	36.5	908	38.5	888	38.8	865	38.9	--	--	491,284	43.7	11,129,271	40.5
	40～64歳	832	32.9	792	32.8	783	32.4	742	32.5	729	32.8	--	--	341,793	31.8	9,088,015	33.1
	39歳以下	805	31.8	743	30.7	688	29.0	650	28.5	627	28.2	--	--	241,307	22.5	7,271,598	26.5
	加入率	34.3		32.9		32.0		31.0		32.8		29.8		20.8		22.3	
② 医療の状況 (人口千対)	病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.5	150	0.4	547	0.5	8,237	0.3
	診療所数	3	1.2	3	1.2	4	1.7	4	1.8	4	1.8	1,147	2.7	3,351	3.1	102,599	3.7
	診療科数	82	32.4	82	33.9	82	34.8	82	36.0	82	36.9	19,964	37.4	92,014	85.6	1,507,471	54.8
	医師数	3	1.2	3	1.2	4	1.7	4	1.8	4	1.8	13,731	4.2	13,731	12.8	339,611	12.4
外来患者数	627.1		589.1		563.2		574.2		584.4		682.2		654.8		687.8		
入院患者数	20.6		17.4		15.2		16.1		17.2		22.7		21.5		17.7		
一人当たり医療費	323,017	同規模18位	302,874	同規模20位	281,910	同規模14位	289,290	同規模23位	295,931	同規模28位	376,732		376,982		339,880		
③ 医療費の状況	受診率	84.77		81.65		78.284		80.389		80.903		714.851		878.241		705.439	
	外来	558		587		628		611		587		56.3		56.3		60.4	
	入院	968		972		974		973		971		96.8		96.8		97.5	
	入院件数	44.2		41.3		37.2		38.9		41.3		43.7		43.7		39.6	
1人あたり在院日数	123.0		116.8		125.8		128.8		128.8		164.8		157.8		157.8		
④ 医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	入院	191,572,160	43.4	151,051,800	38.4	120,547,810	35.3	137,438,610	38.8	134,223,500	38.7	313		352		32.2	
	外来	11,036,200	2.5	10,526,150	2.7	10,088,910	3.0	11,086,010	3.2	13,755,140	4.0	7.2		4.3		6.2	
	入院	35,026,710	7.9	33,684,750	8.6	35,778,470	10.8	35,392,350	11.1	41,057,820	11.8	11.3		10.1		10.4	
	入院	26,000,620	6.0	23,427,620	6.0	22,335,590	6.6	22,007,530	6.4	19,688,530	5.7	6.6		5.6		5.9	
	入院	17,376,970	3.9	17,607,540	4.5	15,384,810	4.5	13,470,440	3.9	10,224,430	2.9	3.8		3.2		4.1	
	入院	14,339,790	3.3	13,483,630	3.4	14,843,210	4.4	14,740,830	4.1	11,111,080	3.2	3.9		4.1		3.8	
	入院	11,590,020	2.5	10,562,730	2.7	11,257,500	3.3	9,185,790	2.7	12,423,530	3.6	2.8		3.2		2.8	
	入院	40,454,160	9.2	31,496,040	8.0	34,880,480	10.2	36,176,760	11.0	31,639,270	9.2	14.9		14.4		14.7	
	入院	85,588,600	19.4	81,339,860	23.2	81,817,100	24.0	87,550,860	19.5	86,990,740	19.3	17.3		17.8		16.7	
	入院	273	0.2	313	0.3	392	0.4	790	0.7	490	0.4	430		327		0.2	
入院	775	0.5	800	0.5	1,432	1.4	1,005	0.9	568	0.5	1,426		1,198		0.7		
入院	46	0.0	417	0.3	261	0.2	--	--	99	0.0	69		93		0.0		
入院	4,658	3.3	4,368	3.7	1,167	1.1	1,404	1.2	4,412	3.6	5,752		7,205		4.4		
入院	2,857	1.9	5,704	4.6	3,075	2.9	2,885	2.5	4,349	3.6	4,422		5,077		3.1		
入院	6,076	4.3	235	0.2	80	0.1	1,068	0.9	1,336	1.1	4,755		3,120		1.9		
入院	10,254	5.7	9,376	5.3	9,177	5.2	8,652	5.0	8,275	4.8	12,793		10,814		5.1		
入院	13,085	7.3	13,255	7.5	14,185	8.0	13,903	8.8	17,988	10.4	21,925		19,440		9.2		
入院	6,832	3.8	6,895	3.9	6,272	3.5	5,908	3.3	4,545	2.6	7,608		6,316		3.0		
入院	1,006	0.5	989	0.5	890	0.5	875	0.4	591	0.3	943		947		0.4		
入院	2,406	1.3	2,571	1.4	2,224	1.3	1,704	1.0	1,688	1.0	1,933		2,286		1.1		
入院	7,658	4.2	7,174	4.0	7,170	4.1	7,003	4.0	6,315	3.6	16,719		10,839		5.1		
入院	2,605		2,237		1,982		2,288		2,158		3,122		1,570		2,031		
入院	16,083		14,275		12,482		11,747		12,490		12,911		16,117		13,288		
入院	8,431		7,299		6,800		7,864		7,613		9,053		5,006		6,142		
入院	46,582		42,540		40,379		44,037		40,379		37,482		51,386		40,210		
入院	408	55.1	340	50.7	340	54.9	346	53.0	333	55.6	813.11		121.738		563		
入院	383	51.8	315	47.0	300	48.5	307	46.5	265	49.2	73,037		110,797		531		
入院	25	3.4	25	3.7	40	6.5	42	6.4	38	6.3	8,274		10,841		5.2		

項目	大空町										同規模平均		北海道		国		
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
5 健診	①	740		670		619		658		636		136830		208244		5503152	
	②	435	59% 128位	427	64% 160位	397	64% 138位	434	66% 141位	434	67% 141位	44.7		280	41% 49位	353	
	③	45	12% 41.7	41	6% 45.5	36	6% 38.4	64	10% 63.4	53	8% 54.1	2,678	160	1,805	3% 7.3	89,227	9.0
	④	37	10% 38	38	5% 38	30	5% 38	40	6% 40	30	5% 30	14,190	10.1	16,898	2% 8.0	388,083	9.0
	⑤	182	25% 21.9	140	20% 20.8	132	21% 21.3	147	22% 22.3	131	20% 21.8	30,227	21.6	41,916	3% 20.1	1,321,197	20.3
	⑥	120	16% 34.7	109	16% 34.5	103	17% 36.0	115	18% 35.1	109	16% 35.5	21,300	32.1	28,824	4% 32.5	923,222	32.0
	⑦	42	6% 10.7	31	4% 8.7	26	4% 8.7	32	5% 9.7	22	3% 7.3	8,927	12.1	12,982	2% 10.8	397,975	11.0
	⑧	88	12% 11.5	73	11% 10.9	68	11% 13.7	90	14% 13.7	70	10% 11.7	16,236	11.6	23,098	3% 11.1	730,607	11.2
	⑨	61	8% 17.5	55	8% 16.8	57	9% 18.9	64	10% 19.5	49	7% 15.4	11,484	17.3	16,033	2% 18.1	515,813	17.9
	⑩	24	3% 6.1	20	3% 5.6	28	4% 8.4	20	3% 7.8	21	3% 7.0	4,772	6.5	7,048	1% 5.8	214,794	5.9
	⑪	278	38% 37.5	241	36% 36.0	232	37% 40.7	267	40% 40.5	225	33% 37.6	51,122	36.6	71,854	5% 34.4	2,273,296	35.0
	⑫	198	27% 57.5	178	26% 56.5	181	29% 63.3	200	30% 61.0	172	25% 57.5	35,935	54.2	49,867	7% 59.9	1,582,747	55.3
	⑬	79	11% 20.1	65	10% 17.7	71	11% 21.3	67	10% 20.2	53	8% 17.7	15,187	20.6	22,187	3% 18.5	680,549	18.8
	⑭	43	6% 58	49	7% 7.3	46	7% 7.4	41	6% 6.2	34	5% 6.0	8,128	5.8	13,289	2% 8.4	304,276	4.7
	⑮	8	1% 23	9	1% 2.9	6	1% 2.1	4	1% 4.2	13	2% 4.3	1,372	2.1	2,191	0% 8.5	48,780	1.7
⑯	38	5% 89	40	6% 11.3	40	6% 12.0	37	6% 11.2	41	6% 13.7	6,786	9.2	11,078	1% 9.2	285,496	7.1	
⑰	3	0% 0.4	4	1% 0.6	2	0% 0.3	2	0% 0.3	1	0% 0.2	983	0.7	1,144	0% 0.5	41,541	0.6	
⑱	80	11% 8.1	49	7% 7.3	34	5% 8.7	63	9% 8.6	53	8% 8.8	11,831	8.5	16,544	1% 8.0	514,393	7.9	
⑲	22	3% 30	20	3% 20	26	4% 26	25	4% 25	16	2% 15	3,422	2.4	5,311	0% 2.5	174,473	2.7	
⑳	25	3% 34	20	3% 20	15	2% 24	20	3% 20	30	4% 22	5,113	3.7	5,868	0% 2.7	193,722	3.0	
㉑	5	1% 0.7	5	1% 0.7	3	0% 0.5	8	1% 6.2	12	2% 6.0	1,475	1.1	1,990	0% 0.9	67,212	1.0	
㉒	86	12% 9.2	67	10% 9.0	58	9% 9.0	62	9% 9.4	55	8% 9.2	13,535	9.7	20,778	3% 9.9	630,548	9.7	
㉓	64	9% 86	48	7% 7.2	58	9% 9.4	57	9% 8.6	51	8% 8.5	10,102	7.2	13,492	2% 8.5	429,515	6.6	
㉔	227	31% 30.7	214	31% 32.0	197	32% 32.1	209	31% 31.9	211	31% 35.5	35,201	38.5	75,041	5% 35.9	2,324,838	35.8	
㉕	70	10% 95	56	8% 8.7	53	9% 8.6	72	11% 11.0	64	10% 10.8	14,674	10.5	18,243	1% 8.7	584,473	8.7	
㉖	215	29% 29.1	202	30% 30.2	187	30% 30.5	181	28% 28.2	168	25% 28.2	38,748	27.7	59,888	4% 28.7	1,817,350	28.0	
㉗	12	2% 1.7	12	2% 1.9	21	3% 3.5	17	2% 2.6	15	2% 2.6	4,389	3.3	6,742	0% 3.3	189,003	3.1	
㉘	35	5% 4.9	25	4% 4.1	29	5% 4.9	39	6% 6.1	40	6% 6.8	8,295	6.2	11,268	1% 5.6	349,845	5.5	
㉙	5	1% 0.7	6	1% 0.9	6	1% 1.4	5	1% 0.8	4	1% 0.7	1,283	0.9	1,457	0% 0.7	51,680	0.8	
㉚	147	20% 20.8	146	22% 22.8	130	22% 22.0	133	20% 20.7	104	15% 15.0	12,237	9.0	18,334	1% 9.1	689,737	10.6	
㉛	148	20% 127	127	18% 18.0	104	17% 16.9	118	18% 18.0	107	15% 15.0	21,078	15.1	34,290	2% 16.4	886,676	13.8	
㉜	61	8% 8.7	55	8% 8.6	48	8% 8.3	51	8% 7.9	64	11% 11.1	11,378	8.6	22,337	1% 12.1	609,166	10.3	
㉝	0	0% 0.0	0	0% 0.0	0	0% 0.0	0	0% 0.0	0	0% 0.0	0	0.0	0	0% 0.0	0	0.0	
㉞	88	12% 12.5	87	13% 13.6	74	12% 12.5	89	13% 13.9	70	10% 12.1	21,690	16.4	27,283	1% 14.8	932,218	13.7	
㉟	88	12% 12.5	87	13% 13.6	74	12% 12.5	89	13% 13.9	70	10% 12.1	21,690	16.4	27,283	1% 14.8	932,218	13.7	
㊱	225	31% 31.9	197	30% 30.8	181	30% 31.1	192	29% 29.9	179	26% 30.9	35,108	25.4	54,008	3% 29.1	1,590,713	26.8	
㊲	236	32% 36.3	243	35% 38.3	232	37% 39.3	252	40% 40.8	231	34% 40.0	47,632	35.8	66,041	3% 35.7	2,083,152	34.9	
㊳	551	74% 78.0	439	64% 77.8	430	70% 77.8	496	77% 77.3	435	63% 76.6	86,943	65.2	116,543	8% 62.5	3,589,419	60.3	
㊴	288	40% 40.8	284	44% 44.4	299	48% 43.8	281	43% 43.8	290	43% 43.3	62,532	48.9	88,208	4% 47.2	2,858,813	48.0	
㊵	134	18% 21.8	151	23% 23.6	116	19% 19.4	126	19% 19.7	126	19% 21.8	32,230	24.3	41,100	2% 22.2	1,521,683	23.6	
㊶	133	18% 18.8	130	20% 20.3	120	20% 20.3	126	19% 19.5	135	20% 23.3	35,947	26.5	42,388	2% 22.5	1,585,206	23.5	
㊷	226	31% 32.0	190	28% 29.6	181	30% 30.9	178	27% 27.7	153	23% 26.8	28,605	21.1	49,651	2% 26.4	1,383,154	22.4	
㊸	438	59% 69.8	432	61% 67.7	411	70% 70.4	463	73% 73.5	252	36% 59.3	53,892	39.9	73,589	5% 59.2	2,851,798	64.2	
㊹	100	14% 14.3	108	16% 16.9	100	17% 17.1	92	14% 14.5	90	13% 14.5	23,650	25.5	31,611	2% 25.6	1,053,317	23.7	
㊺	85	12% 12.1	79	12% 12.4	80	13% 10.3	65	10% 10.3	72	11% 15.9	9,375	10.4	14,731	1% 11.8	414,658	9.3	
㊻	27	4% 3.9	19	3% 3.0	15	2% 2.2	10	1% 1.6	11	2% 2.6	2,635	3.2	4,068	0% 3.3	122,038	2.7	

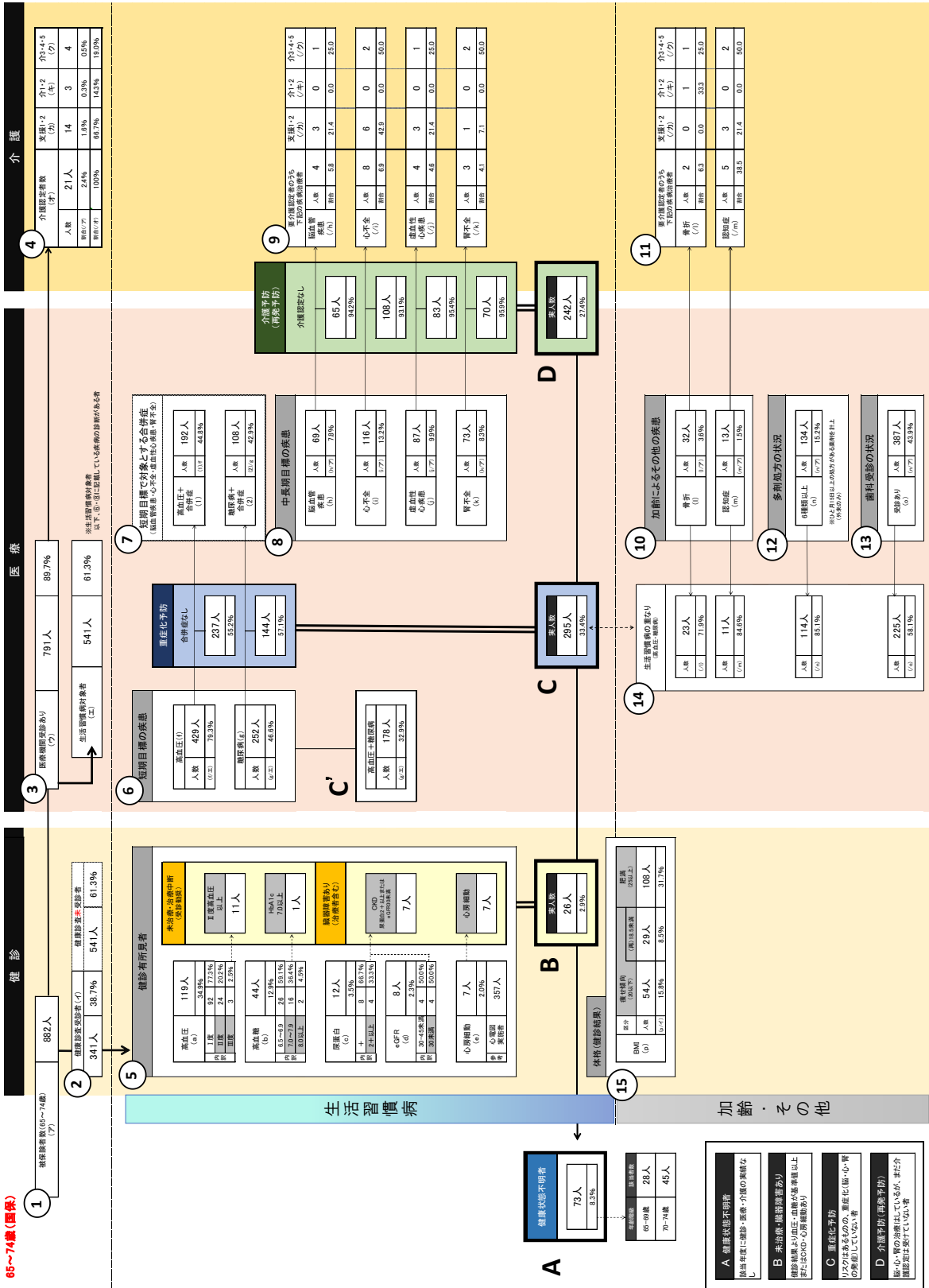
② 65～74歳(国保)

大宮町 令和4年度

【COD】厚生労働省様式「1」
【特定高齢者】予備管理システム「JPMAC11」

参考: 【COD】介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)
【COD】介入支援対象者一覧(介護予防)

図表: 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



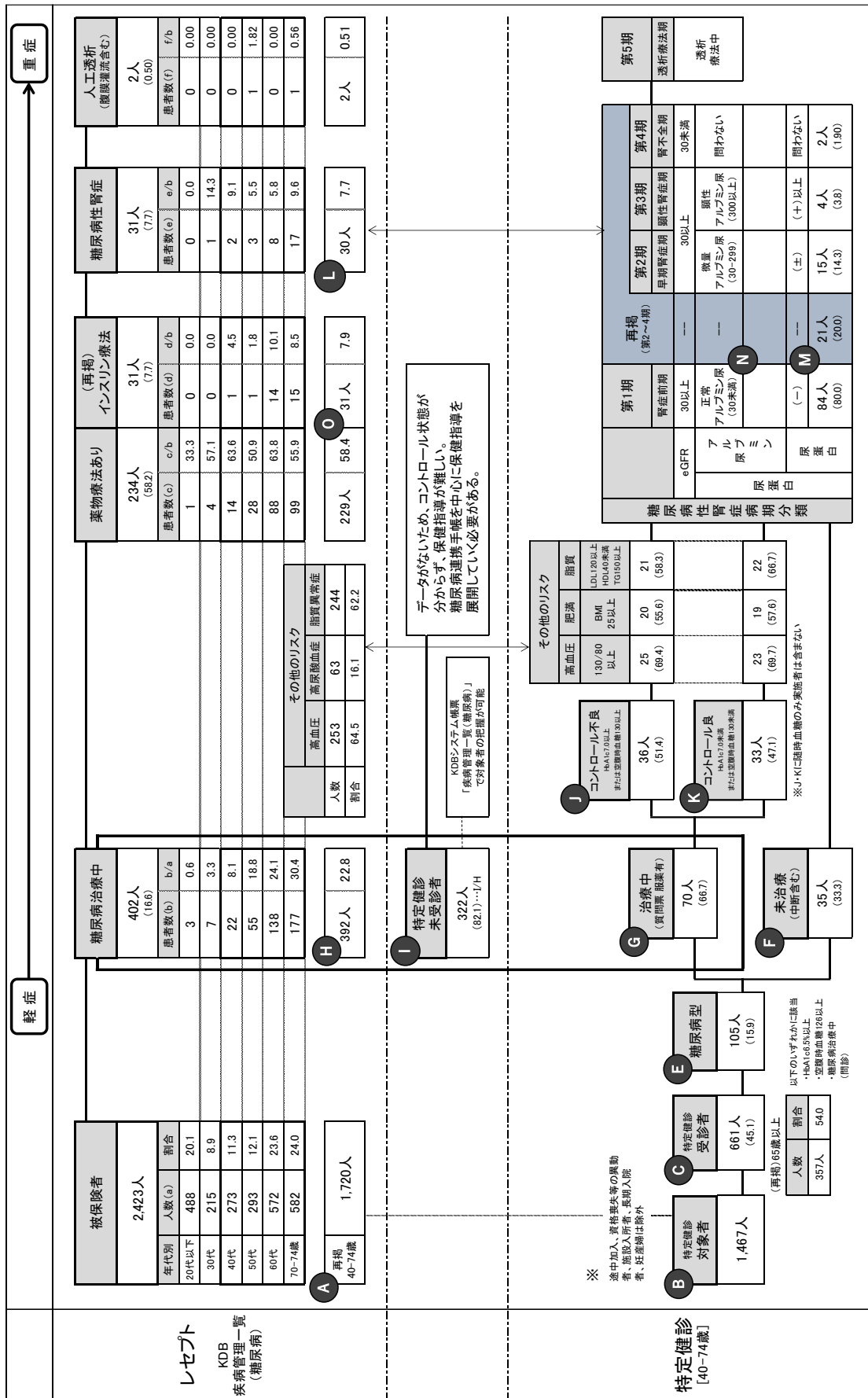
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	大空町										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	2,597人		2,532人		2,394人		2,328人		2,273人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳	1,793人		1,726人		1,677人		1,679人		1,632人				
2	① 特定健診 ② 受診者数 ③ 受診率	B	1,702人		1,673人		1,565人		1,514人		1,467人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
		C	756人		700人		627人		671人		661人				
			44.4%		41.8%		40.1%		44.3%		45.1%				
3	① 特定 保健指導		108人		90人		99人		101人		98人				
		② 実施率	38.9%		53.3%		36.4%		63.4%		54.1%				
4	① 健診 データ	E	96人	12.7%	87人	12.4%	84人	13.4%	98人	14.6%	105人	15.9%		特定健診結果	
		F	26人	27.1%	25人	28.7%	30人	35.7%	25人	25.5%	35人	33.3%			
		G	70人	72.9%	62人	71.3%	54人	64.3%	73人	74.5%	70人	66.7%			
		H	33人	47.1%	36人	58.1%	29人	53.7%	41人	56.2%	36人	51.4%			
		I	24人	72.7%	25人	69.4%	19人	65.5%	24人	58.5%	25人	69.4%			
		J	22人	66.7%	22人	61.1%	21人	72.4%	23人	56.1%	20人	55.6%			
		K	37人	52.9%	26人	41.9%	25人	46.3%	32人	43.8%	34人	48.6%			
		L	75人	78.1%	70人	80.5%	72人	85.7%	84人	85.7%	84人	80.0%			
		M	10人	10.4%	8人	9.2%	3人	3.6%	4人	4.1%	15人	14.3%			
		N	9人	9.4%	9人	10.3%	7人	8.3%	8人	8.2%	4人	3.8%			
		O	1人	1.0%	0人	0.0%	2人	2.4%	2人	2.0%	2人	1.9%			
5	① レセプト	P	74.7人		74.6人		71.4人		76.0人		87.1人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	106.0人		108.3人		100.2人		101.3人		117.6人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対	1,023件 (594.1)	1,026件 (612.5)	1,038件 (620.8)	1,085件 (665.6)	1,247件 (782.3)	319,711件 (930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)						
		④ 入院外(件数)	6件 (3.5)	5件 (3.0)	5件 (3.0)	6件 (3.7)	4件 (2.5)	1,521件 (4.4)							
		⑤ 入院(件数)	194人	7.5%	189人	7.5%	171人	7.1%	177人	7.6%	198人	8.7%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		⑥ 糖尿病治療中	190人	10.6%	187人	10.8%	168人	10.0%	170人	10.1%	192人	11.8%			
		⑦ (再掲)40-74歳	120人	63.2%	117人	62.6%	114人	67.9%	97人	57.1%	122人	63.5%			
		⑧ 健診未受診者	18人	9.3%	18人	9.5%	14人	8.2%	17人	9.6%	14人	7.1%			
		⑨ インスリン治療	17人	8.9%	16人	8.6%	13人	7.7%	16人	9.4%	13人	6.8%			
		⑩ (再掲)40-74歳	2人	1.0%	2人	1.1%	6人	3.5%	9人	5.1%	19人	9.6%			
		⑪ 糖尿病性腎症	2人	1.1%	2人	1.1%	6人	3.6%	9人	5.3%	18人	9.4%			
		⑫ (再掲)40-74歳	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
		⑭ (再掲)40-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%			
		⑮ 新規透析患者数	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%			
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症	2人	0.8%	3人	1.1%	3人	1.3%	3人	1.2%	3人	1.2%			
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)															
6	① 医療費	① 総医療費	8億1,626万円		7億3,235万円		6億6,390万円		6億5,958万円		6億5,726万円			6億7,051万円	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	4億4,134万円		3億9,335万円		3億4,143万円		3億4,572万円		3億4,706万円			3億5,898万円	
		③ (総医療費に占める割合)	54.1%		53.7%		51.4%		52.4%		52.8%			53.5%	
		④ 生活習慣病 対象者 (一人あたり)	8,431円		7,299円		6,800円		7,864円		7,613円		9,063円		
		⑤ 健診受診者	52,049円		46,582円		42,540円		40,379円		44,057円		37,482円		
		⑥ 健診未受診者	350,3万円		336,9万円		367,8万円		38,9万円		410,7万円		406,1万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	7.9%		8.6%		10.8%		11.1%		11.8%		11.3%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億0,119万円		1億0,471万円		1億1,324万円		1億0,018万円		9,780万円				
		⑨ 1件あたり	40,672円		44,107円		47,984円		41,395円		39,136円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	846,7万円		628,2万円		641,2万円		672,2万円		604,9万円				
		⑪ 1件あたり	666,687円		654,377円		610,710円		569,701円		517,044円				
		⑫ 在院日数	15日		15日		15日		15日		13日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	127,2万円		117,9万円		114,5万円		128,7万円		156,4万円		278,3万円		
		⑭ 透析有り	110,6万円		105,3万円		100,9万円		110,9万円		137,6万円		256,7万円		
		⑮ 透析なし	16,7万円		12,7万円		13,6万円		17,9万円		18,9万円		21,6万円		
7	① 介護	① 介護給付費	6億4,119万円		6億2,463万円		6億1,319万円		5億8,478万円		5億3,689万円		8億6,719万円		
		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	① 糖尿病(死因別死亡数)	3人	2.6%	1人	0.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.7%	622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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

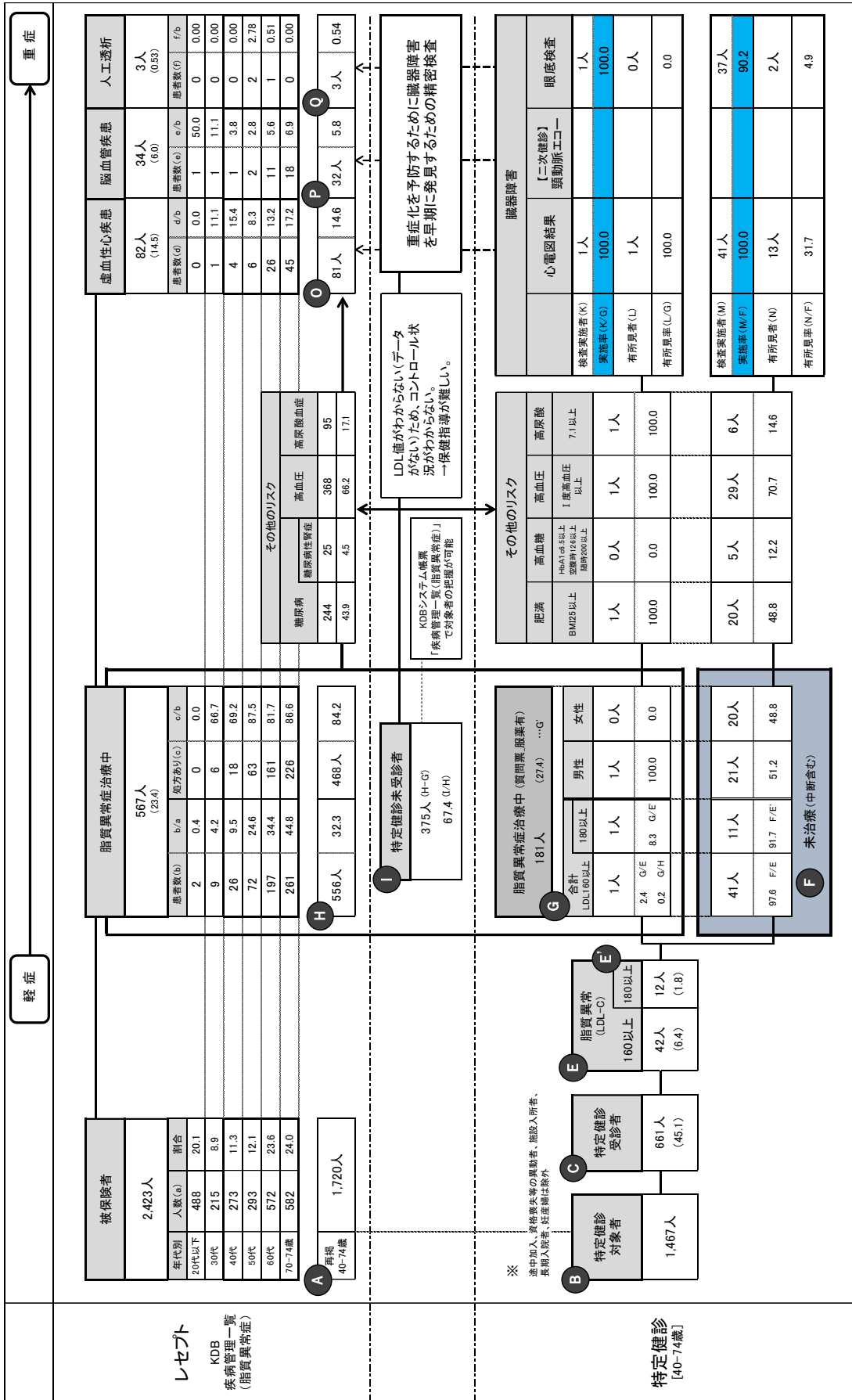
令和04年度



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c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					
A		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	
H29	770	318	41.3%	286	37.1%	105	13.6%	28	3.6%	25	3.2%	8	1.0%	16	2.1%	5	0.6%	
H30	757	316	41.7%	270	35.7%	107	14.1%	34	4.5%	19	2.5%	11	1.5%	18	2.4%	6	0.8%	
R01	698	313	44.8%	251	36.0%	81	11.6%	23	3.3%	22	3.2%	8	1.1%	14	2.0%	3	0.4%	
R02	627	222	35.4%	234	37.3%	108	17.2%	40	6.4%	15	2.4%	8	1.3%	14	2.2%	5	0.8%	
R03	672	292	43.5%	225	33.5%	88	13.1%	31	4.6%	30	4.5%	6	0.9%	17	2.5%	6	0.9%	
R04	660	190	28.8%	258	39.1%	131	19.8%	45	6.8%	31	4.7%	5	0.8%	16	2.4%	4	0.6%	

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	770	318	286	105	61	19	42	7.9%	4.3%	7.9%
					7.9%	31.1%	68.9%			
H30	757	316	270	107	64	21	43	8.5%	4.0%	8.5%
					8.5%	32.8%	67.2%			
R01	698	313	251	81	53	16	37	7.6%	4.3%	7.6%
					7.6%	30.2%	69.8%			
R02	627	222	234	108	63	27	36	10.0%	3.7%	10.0%
					10.0%	42.9%	57.1%			
R03	672	292	225	88	67	19	48	10.0%	5.4%	10.0%
					10.0%	28.4%	71.6%			
R04	660	190	258	131	81	27	54	12.3%	5.5%	12.3%
					12.3%	33.3%	66.7%			

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		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
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
治療中	H29	67	8.7%	0	0.0%	8	11.9%	17	25.4%	14	20.9%	22	32.8%	6	9.0%	13	19.4%	3	4.5%
	H30	71	9.4%	0	0.0%	6	8.5%	22	31.0%	20	28.2%	15	21.1%	8	11.3%	13	18.3%	3	4.2%
	R01	62	8.9%	1	1.6%	8	12.9%	16	25.8%	13	21.0%	18	29.0%	6	9.7%	12	19.4%	1	1.6%
	R02	54	8.6%	1	1.9%	5	9.3%	12	22.2%	24	44.4%	10	18.5%	2	3.7%	7	13.0%	1	1.9%
	R03	73	10.9%	2	2.7%	7	9.6%	16	21.9%	20	27.4%	26	35.6%	2	2.7%	12	16.4%	2	2.7%
	R04	69	10.5%	0	0.0%	7	10.1%	8	11.6%	28	40.6%	24	34.8%	2	2.9%	11	15.9%	1	1.4%
治療なし	H29	703	91.3%	318	45.2%	278	39.5%	88	12.5%	14	2.0%	3	0.4%	2	0.3%	3	0.4%	2	0.3%
	H30	686	90.6%	316	46.1%	264	38.5%	85	12.4%	14	2.0%	4	0.6%	3	0.4%	5	0.7%	3	0.4%
	R01	636	91.1%	312	49.1%	243	38.2%	65	10.2%	10	1.6%	4	0.6%	2	0.3%	2	0.3%	2	0.3%
	R02	573	91.4%	221	38.6%	229	40.0%	96	16.8%	16	2.8%	5	0.9%	6	1.0%	7	1.2%	4	0.7%
	R03	599	89.1%	290	48.4%	218	36.4%	72	12.0%	11	1.8%	4	0.7%	4	0.7%	5	0.8%	4	0.7%
	R04	591	89.5%	190	32.1%	251	42.5%	123	20.8%	17	2.9%	7	1.2%	3	0.5%	5	0.8%	3	0.5%

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	770	278	36.1%	121	15.7%	221	28.7%	120	15.6%	19	2.5%	11	1.4%
H30	758	192	25.3%	161	21.2%	199	26.3%	173	22.8%	30	4.0%	3	0.4%
R01	700	186	26.6%	146	20.9%	218	31.1%	127	18.1%	19	2.7%	4	0.6%
R02	630	200	31.7%	109	17.3%	163	25.9%	136	21.6%	20	3.2%	2	0.3%
R03	672	190	28.3%	133	19.8%	189	28.1%	135	20.1%	19	2.8%	6	0.9%
R04	661	161	24.4%	94	14.2%	209	31.6%	153	23.1%	37	5.6%	7	1.1%

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			再診	再III度高血圧	未治療	治療	割合
					再II度高血圧	割合	割合					
H29	770	399 51.8%	221 28.7%	120 15.6%	30 3.9%	14 46.7%	16 53.3%	11 1.4%	6 54.5%	5 45.5%	3.9%	
H30	758	353 46.6%	199 26.3%	173 22.8%	33 4.4%	20 60.6%	13 39.4%	3 0.4%	2 66.7%	1 33.3%	4.4%	
R01	700	332 47.4%	218 31.1%	127 18.1%	23 3.3%	12 52.2%	11 47.8%	4 0.6%	3 75.0%	1 25.0%	3.3%	
R02	630	309 49.0%	163 25.9%	136 21.6%	22 3.5%	16 72.7%	6 27.3%	2 0.3%	2 100.0%	0 0.0%	3.5%	
R03	672	323 48.1%	189 28.1%	135 20.1%	25 3.7%	15 60.0%	10 40.0%	6 0.9%	5 83.3%	1 16.7%	3.7%	
R04	661	255 38.6%	209 31.6%	153 23.1%	44 6.7%	29 65.9%	15 34.1%	7 1.1%	5 71.4%	2 28.6%	6.7%	

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	219	28.4%	41	18.7%	32	14.6%	79	36.1%	51	23.3%	11	5.0%	5	2.3%
	H30	230	30.3%	31	13.5%	44	19.1%	67	29.1%	75	32.6%	12	5.2%	1	0.4%
	R01	220	31.4%	25	11.4%	38	17.3%	92	41.8%	54	24.5%	10	4.5%	1	0.5%
	R02	200	31.7%	37	18.5%	27	13.5%	67	33.5%	63	31.5%	6	3.0%	0	0.0%
	R03	211	31.4%	34	16.1%	40	19.0%	68	32.2%	59	28.0%	9	4.3%	1	0.5%
	R04	222	33.6%	26	11.7%	25	11.3%	87	39.2%	69	31.1%	13	5.9%	2	0.9%
治療なし	H29	551	71.6%	237	43.0%	89	16.2%	142	25.8%	69	12.5%	8	1.5%	6	1.1%
	H30	528	69.7%	161	30.5%	117	22.2%	132	25.0%	98	18.6%	18	3.4%	2	0.4%
	R01	480	68.6%	161	33.5%	108	22.5%	126	26.3%	73	15.2%	9	1.9%	3	0.6%
	R02	430	68.3%	163	37.9%	82	19.1%	96	22.3%	73	17.0%	14	3.3%	2	0.5%
	R03	461	68.6%	156	33.8%	93	20.2%	121	26.2%	76	16.5%	10	2.2%	5	1.1%
R04	439	66.4%	135	30.8%	69	15.7%	122	27.8%	84	19.1%	24	5.5%	5	1.1%	

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値										
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上						
		人数	割合	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	E/A	人数	割合	F/A	F/A
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A						
総数	H29	770	377	49.0%	221	28.7%	113	14.7%	38	4.9%	21	2.7%					
	H30	757	325	42.9%	234	30.9%	136	18.0%	38	5.0%	24	3.2%					
	R01	700	332	47.4%	196	28.0%	109	15.6%	47	6.7%	16	2.3%					
	R02	630	299	47.5%	172	27.3%	103	16.3%	43	6.8%	13	2.1%					
	R03	672	311	46.3%	193	28.7%	108	16.1%	41	6.1%	19	2.8%					
男性	H29	365	186	51.0%	94	25.8%	54	14.8%	18	4.9%	13	3.6%					
	H30	354	168	47.5%	94	26.6%	60	16.9%	20	5.6%	12	3.4%					
	R01	327	173	52.9%	82	25.1%	42	12.8%	24	7.3%	6	1.8%					
	R02	292	147	50.3%	75	25.7%	49	16.8%	16	5.5%	5	1.7%					
	R03	335	164	49.0%	91	27.2%	48	14.3%	22	6.6%	10	3.0%					
女性	H29	405	191	47.2%	127	31.4%	59	14.6%	20	4.9%	8	2.0%					
	H30	403	157	39.0%	140	34.7%	76	18.9%	18	4.5%	12	3.0%					
	R01	373	159	42.6%	114	30.6%	67	18.0%	23	6.2%	10	2.7%					
	R02	338	152	45.0%	97	28.7%	54	16.0%	27	8.0%	8	2.4%					
	R03	337	147	43.6%	102	30.3%	60	17.8%	19	5.6%	9	2.7%					
R04	329	159	48.3%	98	29.8%	52	15.8%	15	4.6%	5	1.5%						

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		再掲割合	再掲割合
					再)180以上	未治療	治療	再掲割合	再掲割合		
H29	770	377 49.0%	221 28.7%	113 14.7%	59 7.7%	54 91.5%	5 8.5%	21 2.7%	19 90.5%	2 9.5%	7.7%
H30	757	325 42.9%	234 30.9%	136 18.0%	62 8.2%	57 91.9%	5 8.1%	24 3.2%	21 87.5%	3 12.5%	3.2%
R01	700	332 47.4%	196 28.0%	109 15.6%	63 9.0%	55 87.3%	8 12.7%	16 2.3%	14 87.5%	2 12.5%	2.3%
R02	630	299 47.5%	172 27.3%	103 16.3%	56 8.9%	49 87.5%	7 12.5%	13 2.1%	11 84.6%	2 15.4%	2.1%
R03	672	311 46.3%	193 28.7%	108 16.1%	60 8.9%	57 95.0%	3 5.0%	19 2.8%	17 89.5%	2 10.5%	2.8%
R04	661	339 51.3%	189 28.6%	91 13.8%	42 6.4%	41 97.6%	1 2.4%	12 1.8%	11 91.7%	1 8.3%	1.8%

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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	E/A	人数	割合	F/A	F/A
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A						
治療中	H29	193	25.1%	124	64.2%	47	24.4%	17	8.8%	3	1.6%	2	1.0%				
	H30	218	28.8%	131	60.1%	65	29.8%	17	7.8%	2	0.9%	3	1.4%				
	R01	206	29.4%	126	61.2%	56	27.2%	16	7.8%	6	2.9%	2	1.0%				
	R02	187	29.7%	125	66.8%	38	20.3%	17	9.1%	5	2.7%	2	1.1%				
	R03	196	29.2%	128	65.3%	50	25.5%	15	7.7%	1	0.5%	2	1.0%				
R04	181	27.4%	131	72.4%	39	21.5%	10	5.5%	0	0.0%	1	0.6%					
治療なし	H29	577	74.9%	253	43.8%	174	30.2%	96	16.6%	35	6.1%	19	3.3%				
	H30	539	71.2%	194	36.0%	169	31.4%	119	22.1%	36	6.7%	21	3.9%				
	R01	494	70.6%	206	41.7%	140	28.3%	93	18.8%	41	8.3%	14	2.8%				
	R02	443	70.3%	174	39.3%	134	30.2%	86	19.4%	38	8.6%	11	2.5%				
	R03	476	70.8%	183	38.4%	143	30.0%	93	19.5%	40	8.4%	17	3.6%				
R04	480	72.6%	208	43.3%	150	31.3%	81	16.9%	30	6.3%	11	2.3%					

参考資料10 北海道の標準化

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	減少
	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（拡張期180mmHg・収縮期110mmHg）以上の割合	減少
		Ⅱ度高血圧（拡張期160mmHg・収縮期100mmHg）以上の割合	減少
		Ⅰ度高血圧（拡張期140mmHg・収縮期 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
	特定健診	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
特定健診実施率		向上	
アウトプット	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
		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
<p>（死亡・介護）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>（医療）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>（特定健診・特定保健指導）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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
<p>（健康寿命・医療費の構造変化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>（重症化予防）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>（健康づくり）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。