

南幌町国民健康保険
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
南幌町

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画に係る評価及び考察と第3期における健康課題の明確化

.....10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)35

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

第4章 課題解決するための個別保健事業42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

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66

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67

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料68

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」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実施計画(以下、「データヘルス計画」という。)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、標準化の取組及び評価指標の設定を行うものとされています。

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(平成 25.6 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和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

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、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査（以下「特定健診」という。）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「第 6 期南幌町総合計画」及び「第 2 期南幌町健康づくり計画」等の関連計画との整合性を図ります。（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、データヘルス計画と一体的に策定することとし、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)^{※5}」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高確法」という。）に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・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）

以上の事を踏まえ、本町では、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、被保険者の健康の保持増進を図ることで、健康寿命の延伸や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。

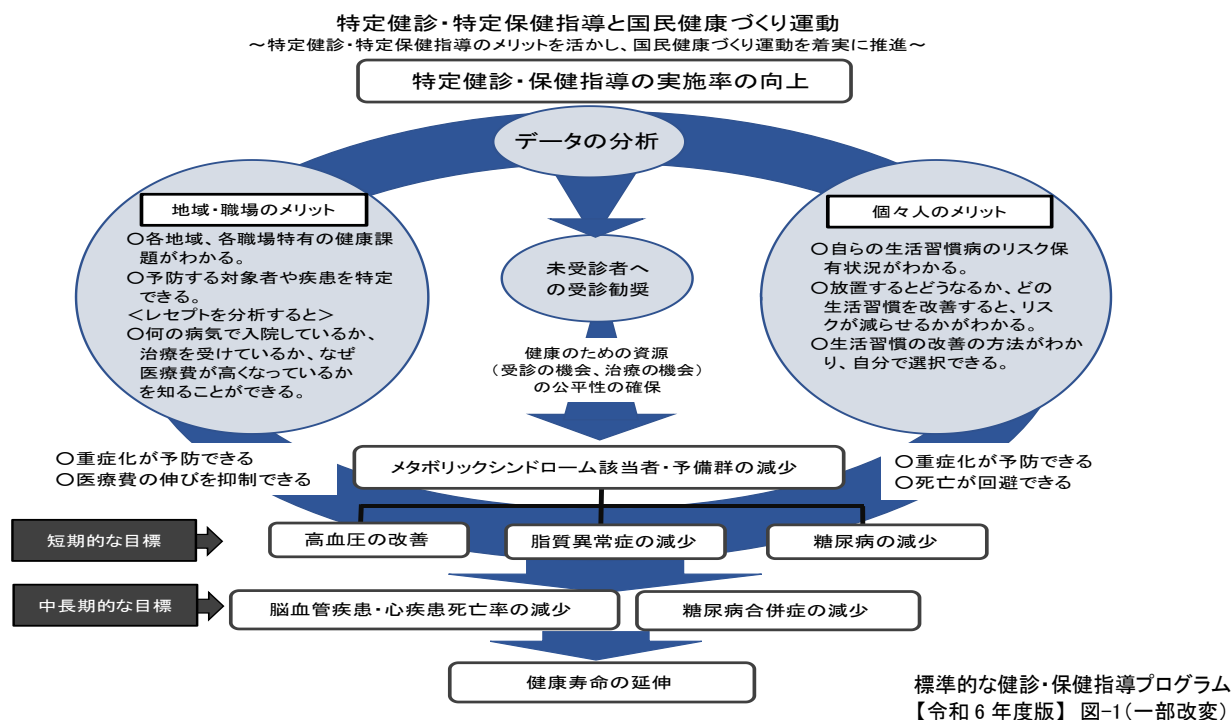
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

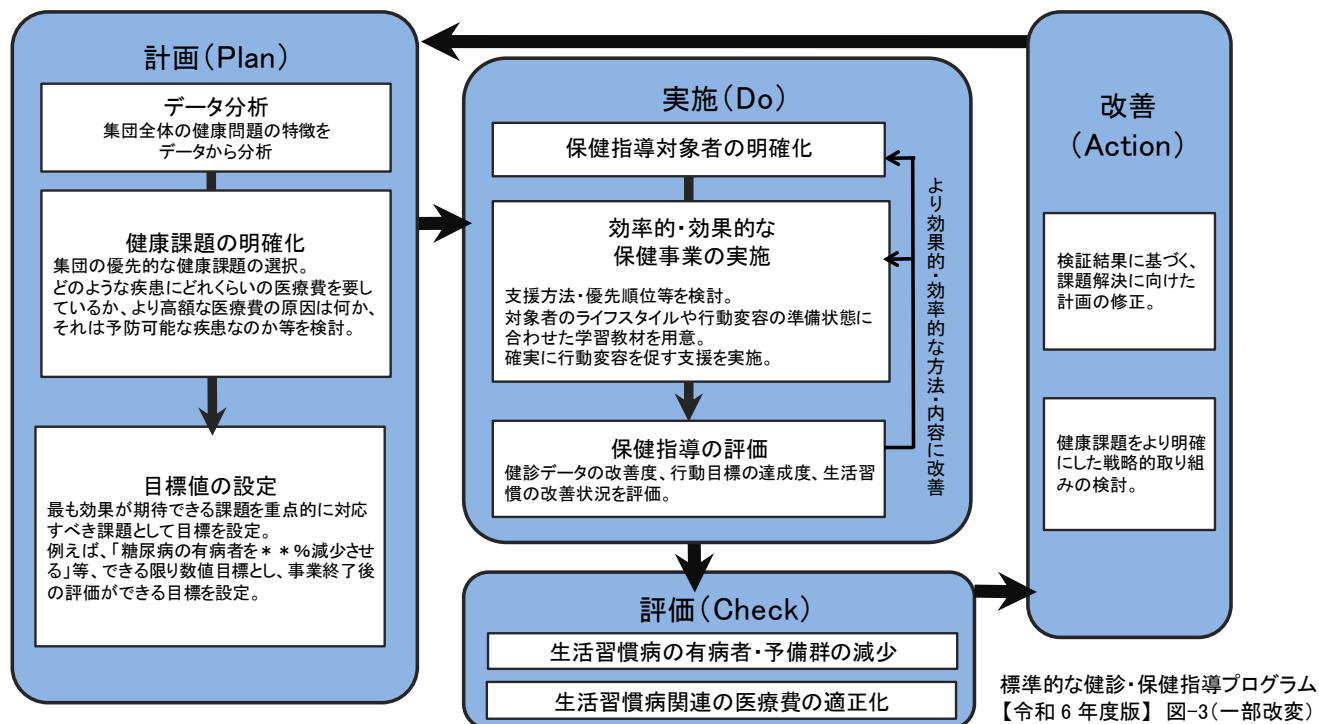
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、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 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	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(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



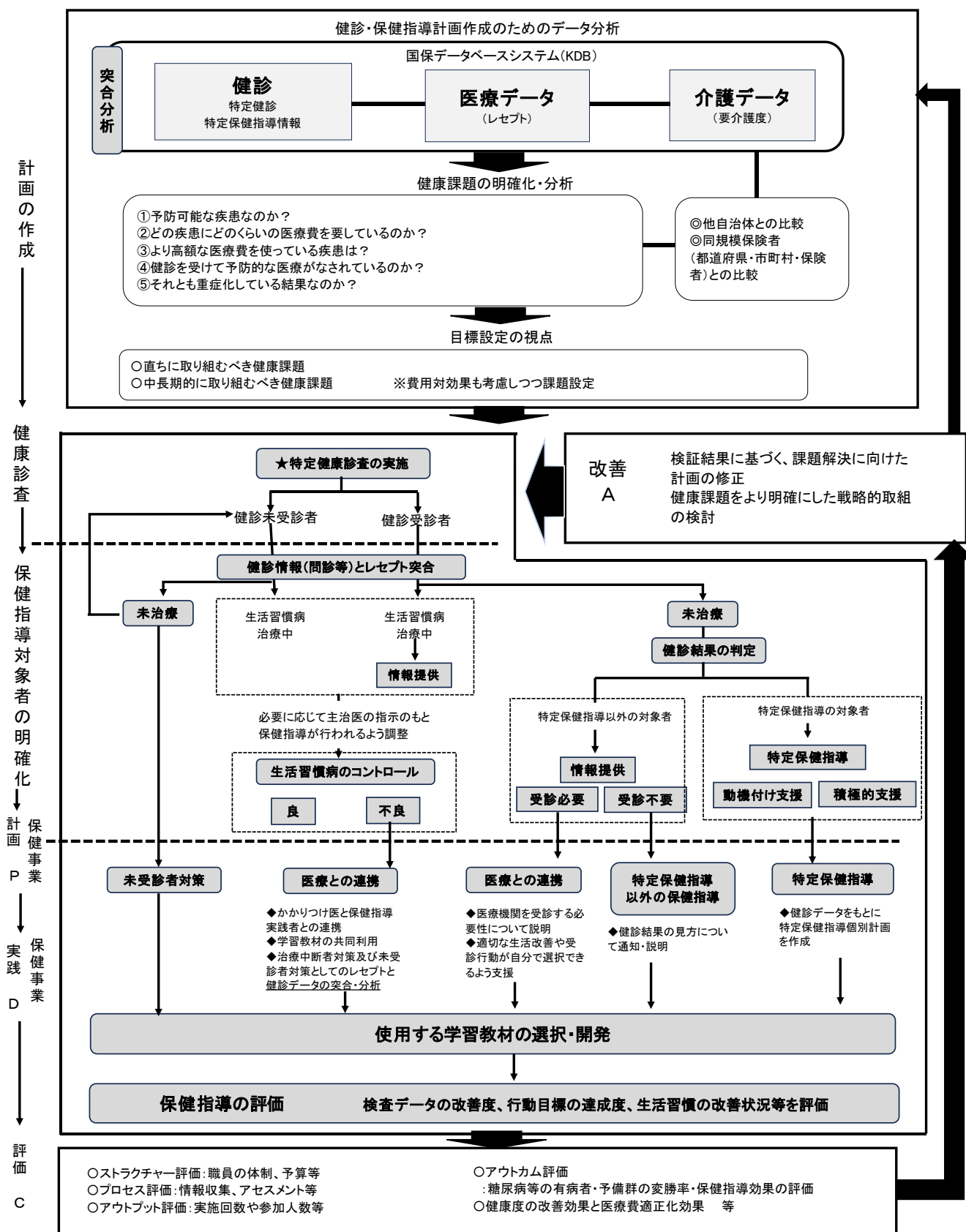
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表 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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	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)	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げる保健指導を行う
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	行動変容を促す手法	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 個人の健康結果を積み解くとともに、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)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。

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

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

3. 計画期間

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

<参考> 計画期間の根拠について

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

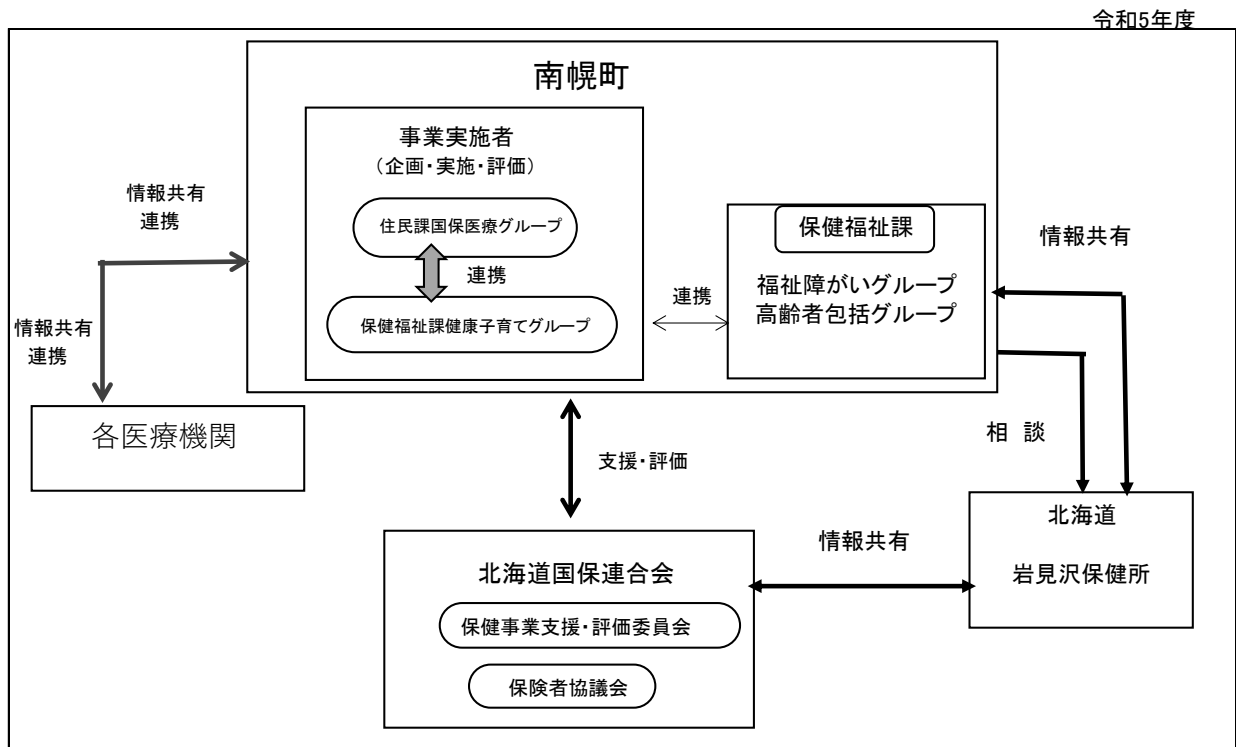
1) 市町村国保の役割

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、国保担当(住民課)と保健衛生担当(保健福祉課)が主体となって、保険者の健康課題を分析し、計画策定等を進めます。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。

実施にあたっては、後期高齢者医療担当（住民課国保医療グループ）、介護保険担当（保健福祉課高齢者包括グループ）、生活保護担当（同課福祉障がいグループ）とも十分連携を図ることとします。（図表 6）

図表 6 南幌町の実施体制図



2) 関係機関との連携

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

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（以下、「道」という。）のほか、北海道国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携し協力します。

また、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対しての関与が更に重要となります。

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

国保連と道は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携するとともに南幌町国保は、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、南幌町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の共有や、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めていきます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和 3 年度得点		令和 4 年度得点		令和 5 年度得点	
			南幌町	配点	南幌町	配点	南幌町	配点
交付額(万円)			4,714				4,544	
全国順位(1,741 市町村中)			138 位	717	180 位	702	115 位	708
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	70	70	90	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	70	40	70	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	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	45	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	80	130	80	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	45	100	50	100	55
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	20	30	40	30	40	40
⑤		第三者求償の取組	37	40	45	50	50	50
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	72	100	78	100
合計点			717	1,000	702	960	708	940

第2章 第2期計画に係る評価及び考察と第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、人口約7千人で高齢化率は令和2年度国勢調査で35.0%でした。同規模・道・国と比較すると高齢者の割合は同規模より低く、道・国よりも高い割合になっています。被保険者の平均年齢は52.3歳と同規模と比較して若く、出生率は道・国と比較すると低くなっています。しかし、近年子育て世帯の転入が増加していることから、今後平均年齢の若年化、出生率の増加が予想されます。

産業においては、第1次産業が19.4%、第3次産業が61.8%と同規模と比較して高く、近年の子育て世代の増加から、さらに第3次産業の増加が予想されます。(図表8)

国保加入率は25.6%で、被保険者数は平成30年度よりもやや減少しています。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約40%を占めています。また、令和4年度においては39歳以下の割合が25.9%と平成30年度よりも微増しています。(図表9)

また本町には1つの病院、1つの診療所があり、いずれも同規模と同等です。本町は、札幌市や江別市等の医療資源に恵まれている都市圏への移動がしやすく、町外に受診している方も多い状況です。外来患者数及び入院患者数が同規模と比較して低い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した南幌町の特性

	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
南幌町	7,305	35.0	1,871 (25.6)	52.3	4.9	12.3	0.3	19.4	18.8	61.8
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
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

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,909		1,871	
65～74歳	770	40.3	768	41.0
40～64歳	672	35.2	619	33.1
39歳以下	467	24.5	484	25.9
加入率	24.1		25.6	

出典：KDBシステム

人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	道
病院数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.6	1	0.5	0.4	0.5
診療所数	1	1.0	1	1.1	2	1.1	1	1.1	1	1.1	2.7	3.1
病床数	80	41.9	80	43.6	80	43.3	80	44.1	60	32.1	37.4	85.6
医師数	4	2.1	4	2.2	3	1.6	3	1.7	6	3.2	4.2	12.8
外来患者数	687.4		679.9		632.0		650.8		655.6		692.2	654.8
入院患者数	23.0		23.9		19.6		19.2		20.8		22.7	21.5

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、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

令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者の認定者が9人(認定率0.33%)で、同規模・道・国と比較すると低く、平成30年度と比較しても若干減少しています。1号(65歳以上)被保険者の認定者で493人(認定率19.4%)と同程度の割合ですが、平成30年度と比較すると増加しています。(図表11)

団塊の世代が後期高齢者医療保険へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費も、約6億円から約7億円に伸びています。また、居宅サービスよりも施設サービスの給付費が伸びていることも特徴的です。(図表12)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者の認定者で6割近く、第1号被保険者の認定者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約8割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

		南幌町		同規模	道	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率		2,362人 29.8%	2,555人 35.0%	39.4%	32.2%	28.7%
2号認定者		11人 0.35%	9人 0.33%	0.39%	0.42%	0.38%
	新規認定者	4人	3人	--	--	--
1号認定者		441人 18.7%	493人 19.4%	19.4%	20.9%	19.4%
	新規認定者	61人	77人	--	--	--
再掲	65～74歳	35人 3.2%	34人 2.7%	--	--	--
	新規認定者	12人	9人	--	--	--
	75歳以上	406人 32.5%	459人 34.9%	--	--	--
	新規認定者	49人	68人	--	--	--

出典: KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	南幌町		同規模	道	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	6億0682万円	7億0954万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	256,910	277,706	314,188	269,507	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	68,614	65,771	74,986	60,965	59,662
居宅サービス	44,048	42,447	43,722	42,034	41,272
施設サービス	272,504	286,032	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 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和 04 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)			9		34		460		494		503		
再)国保・後期			7		30		434		464		471		
(レセプトの 診断名より重複して計上) 有病状況	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	疾病	件数 割合
	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	4 57.1%	脳卒中	20 66.7%	脳卒中	206 47.5%	脳卒中	226 48.7%	脳卒中	230 48.8%
			2	虚血性 心疾患	3 42.9%	虚血性 心疾患	12 40.0%	虚血性 心疾患	201 46.3%	虚血性 心疾患	213 45.9%	虚血性 心疾患	216 45.9%
			3	腎不全	1 14.3%	腎不全	6 20.0%	腎不全	88 20.3%	腎不全	94 20.3%	腎不全	95 20.2%
		合併症	4	糖尿病 合併症	1 14.3%	糖尿病 合併症	4 13.3%	糖尿病 合併症	44 10.1%	糖尿病 合併症	48 10.3%	糖尿病 合併症	49 10.4%
					基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		6 85.7%	基礎疾患	30 100.0%	基礎疾患	423 97.5%	基礎疾患	453 97.6%
		血管疾患合計		6 85.7%	合計	30 100.0%	合計	425 97.9%	合計	455 98.1%	合計	461 97.9%	
	認知症		認知症	2 28.6%	認知症	7 23.3%	認知症	242 55.8%	認知症	249 53.7%	認知症	251 53.3%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	6 85.7%	筋骨格系	28 93.3%	筋骨格系	421 97.0%	筋骨格系	449 96.8%	筋骨格系	455 96.6%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護実況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

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が減少しているにも関わらず、総医療費は横ばいで維持しています。一人あたり医療費は同規模・道と比較すると低い状況ですが、国より約 2 万 7 千円高く、平成 30 年度と比較すると約 7 千円伸びています。

また入院医療費は、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 40%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 9 万円高くなっています。(図表 14)

図表 14 医療費の推移

		南幌町		同規模	道	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		1,909人	1,871人	--	--	--
前期高齢者割合		770人 (40.3%)	768人 (41.0%)	--	--	--
総医療費		6億8666万円	6億8695万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		359,694	367,156	376,732	376,962	339,680
		道内68位 同規模68位	道内76位 同規模112位			
入院	1件あたり費用額(円)	514,020	608,820	588,690	628,200	617,950
	費用の割合	39.1	40.7	43.7	43.7	39.6
	件数の割合	3.2	3.1	3.2	3.2	2.5
	1件あたり費用額	26,770	28,210	24,870	26,530	24,220
	費用の割合	60.9	59.3	56.3	56.3	60.4
	件数の割合	96.8	96.9	96.8	96.8	97.5
外来						
1件あたり費用額		26,770	28,210	24,870	26,530	24,220
費用の割合		60.9	59.3	56.3	56.3	60.4
件数の割合		96.8	96.9	96.8	96.8	97.5
受診率		710.346	676.425	714.851	676.241	705.439

一人あたり医療費の地域差指数は1を超え全国平均よりも高い状況ですが、国保では平成30年度と比較すると全体的に低下してきています。しかし、後期高齢者医療の地域差指数は高いまま経過しており、医療費の適正化を図るためには、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)

図表 15 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		南幌町(道内市町村中)		道(47都道府県中)	南幌町(道内市町村中)		道(47都道府県中)
		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	1.120	1.013	1.050	1.107	1.108	1.107
		(51位)	(99位)	(15位)	(46位)	(49位)	(9位)
	入院	1.065	0.947	1.149	1.221	1.148	1.243
		(120位)	(150位)	(16位)	(58位)	(71位)	(8位)
	外来	1.157	1.057	0.986	0.986	1.075	0.974
		(13位)	(32位)	(27位)	(48位)	(6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は、平成30年度と比較すると減少し、総医療費に占める割合も1.7%減少しています。総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少しています。また、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患については平成30年度より割合が減少しています。慢性腎不全(透析有)については、割合の減少は見られますが同規模・道・国と比較し依然として高い状況です。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患の患者数及び割合は横ばいですが、腎不全(人工透析)については特に 40～64 歳の若い年代で増加していました。(図表 17)

腎不全(人工透析)は、年間医療費が約 500 万円と高額になります。さらに、身体的および日常生活にも大きな負担を強いる疾患であることから、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			南幌町		同規模	道	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			6億8666万円	6億8695万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			6406万円	5240万円	--	--	--
			9.33%	7.63%	7.67%	6.48%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.45%	1.78%	2.06%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.42%	1.34%	1.47%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.02%	4.24%	3.83%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.44%	0.27%	0.32%	0.28%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		16.10%	19.84%	16.76%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		9.98%	8.22%	9.27%	9.41%	8.68%
	精神疾患		5.53%	4.52%	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 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	1,909	1,871	a	156	149	191	168	3	8	
				a/A	8.2%	8.0%	10.0%	9.0%	0.2%	0.4%	
40歳以上	B	1,442	1,387	b	152	145	190	167	3	8	
	B/A	75.5%	74.1%	b/B	10.5%	10.5%	13.2%	12.0%	0.2%	0.6%	
再掲	40～64歳	D	672	619	d	42	45	56	41	3	8
		D/A	35.2%	33.1%	d/D	6.3%	7.3%	8.3%	6.6%	0.4%	1.3%
	65～74歳	C	770	768	c	110	100	134	126	0	0
		C/A	40.3%	41.0%	c/C	14.3%	13.0%	17.4%	16.4%	0.0%	0.0%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

(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、治療者の割合は減少もしくは横ばいの傾向です。中長期目標疾患の合併症(重症化)においては、特に人工透析の割合が高くなっています。また、短期目標疾患の治療者の2割が虚血性疾患を合併しています。糖尿病の治療者は、平成30年度よりも減少していますが、糖尿病合併症は増えています。重症化予防のためには医療機関での適切な治療が必要なことから未受診および治療中断とならないよう確実に保健指導をしていく必要があると考えます。(図表18・19・20)

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)		A	621	608	194	167	427	441
		A/被保数	43.1%	43.8%	28.9%	27.0%	55.5%	57.4%
（中長期目標疾患 合併症）	脳血管疾患	B	63	58	15	16	48	42
		B/A	10.1%	9.5%	7.7%	9.6%	11.2%	9.5%
	虚血性心疾患	C	146	136	39	32	107	104
		C/A	23.5%	22.4%	20.1%	19.2%	25.1%	23.6%
	人工透析	D	3	8	3	8	0	0
		D/A	0.5%	1.3%	1.5%	4.8%	0.0%	0.0%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)			40歳以上		再掲				
					40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)			A	405	380	138	111	267	269
			A/被保数	28.1%	27.4%	20.5%	17.9%	34.7%	35.0%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	34	32	9	9	25	23	
		B/A	8.4%	8.4%	6.5%	8.1%	9.4%	8.6%	
	虚血性心疾患	C	101	↑ 101	31	26	70	75	
		C/A	24.9%	↑ 26.6%	22.5%	23.4%	26.2%	27.9%	
	人工透析	D	2	↑ 5	2	5	0	0	
		D/A	0.5%	↑ 1.3%	1.4%	4.5%	0.0%	0.0%	
	糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	↑ 22	↑ 29	8	7	14	22
			E/A	5.4%	↑ 7.6%	5.8%	6.3%	5.2%	8.2%
糖尿病性網膜症		F	↑ 39	↑ 44	13	12	26	32	
		F/A	9.6%	↑ 11.6%	9.4%	10.8%	9.7%	11.9%	
糖尿病性神経障害	G	↑ 6	↑ 8	4	5	2	3		
	G/A	1.5%	↑ 2.1%	2.9%	4.5%	0.7%	1.1%		

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	550	536	186	162	364	374
		A/被保数	38.1%	38.6%	27.7%	26.2%	47.3%	48.7%
合 併 症 (中 長 期 目 標 疾 患)	脳血管疾患	B	48	44	13	16	35	28
		B/A	8.7%	8.2%	7.0%	9.9%	9.6%	7.5%
	虚血性心疾患	C	143	127	41	32	102	95
		C/A	26.0%	23.7%	22.0%	19.8%	28.0%	25.4%
	人工透析	D	1	4	1	4	0	0
		D/A	0.2%	0.7%	0.5%	2.5%	0.0%	0.0%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。Ⅱ度以上高血圧に関しては、他市町村より低いものの約 30%が未治療のまま放置されている状態です。また、HbA1c7.0 以上の伸びが顕著で、健診後に医療へつながった結果があるのかを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人が他市町村と比較すると高くなっています。(図表 21)

前述した通り、基礎疾患（特に糖尿病）の合併症の割合が増加しています。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、今後も要医療域の人には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R3年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
南幌町	575	46.4	478	40.6	39	6.7	20	51.3	36	7.3	19	52.8	10	27.8	3	8.3
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R3年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
南幌町	572	99.5	477	99.8	41	6.9	11	26.8	50	10.1	12	24.0	5	10.0	2	4.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者

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

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。本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、横ばいですが、予備群は増えています。（図表 22）当該表には示されていませんが、令和 3 年度の結果は該当者 23.6%で、危険因子 3 項目の重なりは 9.6%といずれも高いことから、本町の特徴として、メタボリックシンドロームに危険因子の重なりが多く見られる傾向にあると考えられます。

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上は微増でしたが、HbA1c6.5 以上は顕著な増加が見られました。翌年度の結果についても、HbA1c6.5 以上の改善率は令和 3 年度→令和 4 年度では 4.5%下がっていることがわかります。さらに、翌年度健診未受診者の割合が 22.1%と増加しており、その方たちの結果は把握できていません。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、継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

Ⅱ度高血圧以上者、LDL コレステロール 160 以上者の翌年度の結果は約 50%の改善がみられ、適切な保健指導の効果と考えることができます。（図表 23・24・25）

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	575 46.4%	125 21.7%	49 8.5%	76 13.2%	56 9.7%
R4年度	513 43.7%	103 20.1%	38 7.4%	65 12.7%	58 11.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	77 (13.0%)	16 (20.8%)	42 (54.5%)	6 (7.8%)	13 (16.9%)
R3→R4	86 (17.3%)	14 (16.3%)	41 (47.7%)	12 (14.0%)	19 (22.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	39 (6.5%)	18 (46.2%)	7 (17.9%)	0 (0.0%)	14 (35.9%)
R3→R4	36 (7.2%)	19 (52.8%)	8 (22.2%)	3 (8.3%)	6 (16.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL コレステロール 160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-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→R1	62 (10.7%)	32 (51.6%)	13 (21.0%)	4 (6.5%)	13 (21.0%)
R3→R4	53 (10.8%)	24 (45.3%)	14 (26.4%)	3 (5.7%)	12 (22.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②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、令和元年度には 47.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 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 26)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診を実施し、年代別受診率では令和 4 年度の 40～44 歳は伸びがみられたものの、45～49 歳、50～54 歳は特に低い状況が続いています。(図表 27)

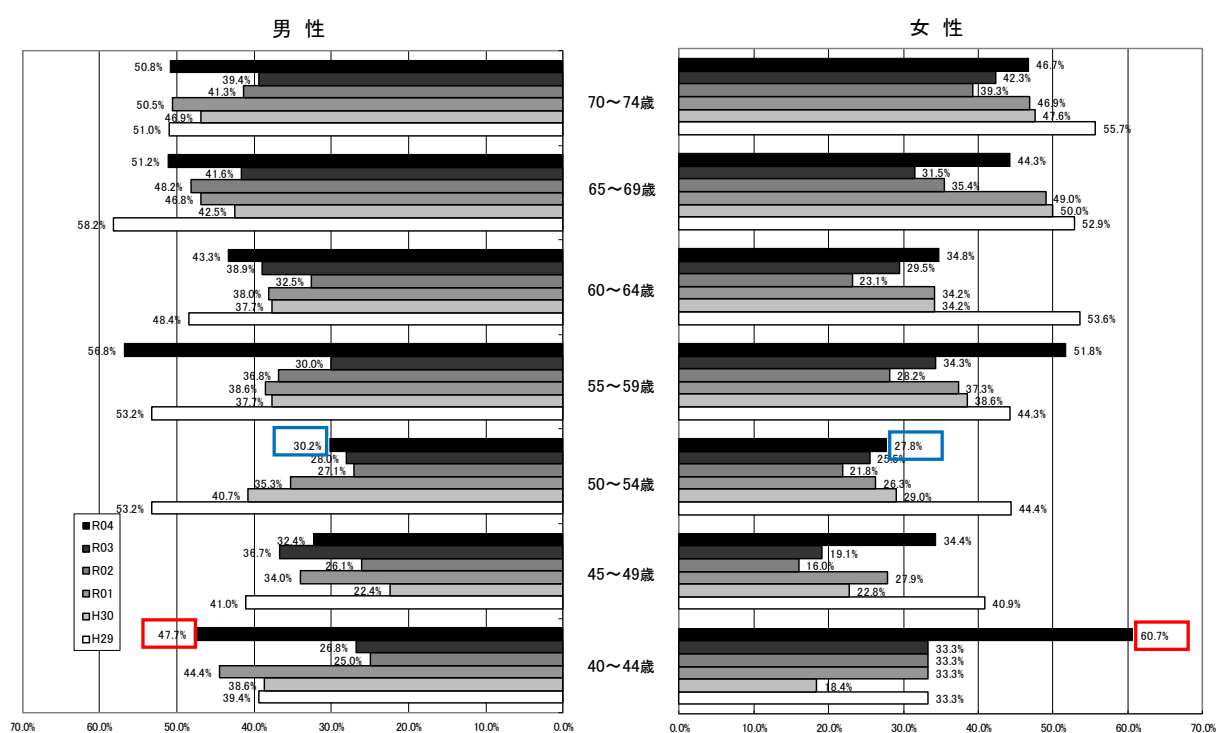
特定保健指導については、令和 2 年度以降大きく実施率が下がりましたが、令和 3 年度以降は以前の実施率に戻ってきています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し健康状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	578	584	469	479	510	健診受診率 60%
	受診率	46.5%	47.1%	38.9%	40.4%	43.4%	
特定保健指導	該当者数	73	65	62	55	68	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.6%	11.1%	13.2%	11.5%	13.3%	
	実施者数	55	54	42	49	46	
	実施率	75.3%	83.1%	67.7%	89.1%	67.6%	

法定報告

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

平成 30 年度から糖尿病が重症化するリスクの高い者を糖尿病管理台帳に整理し、HbA1c6.5%以上の人の医療機関未受診者や糖尿病性腎症第 2～4 期のハイリスク者へ重点的に支援してきましたが、HbA1c6.5%以上の人は増加傾向で、HbA1c7%の未治療者は約 2 割でした。(図表 28・29)

また国保の新規透析導入者は年 1～2 人ですが、町全体でみると令和 3 年には 8 人もの人が透析導入となっています。透析導入者の約半数は糖尿病性腎症が原因となっており、継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また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。(図表 30)

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、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 28 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	593人	608人	486人	498人	539
	人(b)	77人	90人	80人	86人	82人
	割合(b/a)	13.0%	14.8%	16.5%	17.3%	15.2%

南幌町調べ

図表 29 HbA1c7.0 以上の未治療者

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c 7.0%以上の人	人(c)	41人	38人	47人	50人	45人
	割合(c/a)	6.9%	6.3%	9.7%	10.0%	8.3%
	うち、未治療の者	11	9	12	12	10
	割合(d/c)	26.8%	23.7%	25.5%	24.0%	22.2%

南幌町調べ

図表 30 南幌町全体の透析導入者の状況

年 度	H30	R1	R2	R3	R4
新規透析数	4	2	3	8	1
うち糖尿病性腎症	1	1	0	2	1
うち後期高齢者	0	1	0	1	0
うち国保	1	0	0	2	1
うち社保	3	0	3	4	0
うち生保	0	1	0	1	0

透析患者数	33	33	26	31	31
うち糖尿病性腎症	16	16	12	14	15
糖尿病性腎症の割合	48.5%	48.5%	46.2%	45.2%	48.4%

南幌町調べ

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割実施できています。

有所見者のうち心筋虚血所見(ST所見)で要精査・要医療判定の人や、心房細動所見の人に対しては受診勧奨を行い、すでに治療中の人には治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。(図表 31・32)

図表 31 特定健診心電図検査の結果、ST 所見者の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
	総計	総計	総計	総計	総計
健診受診者	598人	610人	486人	498人	539人
心電図受診者	534人	601人	461人	468人	469人
心電図受診率(%)	89.3%	98.5%	94.9%	94.0%	87.0%
有所見者	104人	138人	107人	105人	103人
有所見率(%)	19.5%	23.0%	23.2%	22.4%	22.0%
ST異常等※所見	23人	29人	29人	21人	23人
ST異常等※所見率(%)	4.3%	4.8%	6.3%	4.5%	4.9%
心房細動	4人	3人	2人	5人	4人
心房細動所見率(%)	0.7%	0.5%	0.4%	1.1%	0.9%

※ST異常など・・・ST所見、陰性T波、異常Q波、左室肥大、左軸偏位、高電位、R波増高

南幌町調べ

図表 32 心房細動所見者の治療の有無

	H30	R1	R2	R3	R4
	総計	総計	総計	総計	総計
心房細動	4人	3人	2人	5人	4人
心房細動所見率(%)	0.7%	0.5%	0.4%	1.1%	0.9%
うち未治療	0人	0人	0人	0人	1人

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の割合は増加傾向で、約 5 割が未治療者となっており、Ⅲ度高血圧においても未治療者がいます。また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の人が約 5 割いました。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。(図表 33)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つです。高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。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適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の人においても、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 II 度高血压以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	598人	610人	486人	498人	539人
血压Ⅱ度以上の人	人(b)	39人	34人	36人	36人	49人
	割合(b/a)	6.5%	5.6%	7.4%	7.2%	9.1%
	治療あり	人(c)	19人	17人	15人	17人
		割合(c/b)	48.7%	50.0%	41.7%	47.2%
	治療なし	人(d)	20人	17人	21人	19人
		割合(d/b)	51.3%	50.0%	58.3%	52.8%
	血压Ⅲ度の者 (180以上/110以上)	人(e)	5人	4人	3人	2人
		割合(e/a)	0.8%	0.7%	0.6%	0.4%
		治療あり	人(f)	1人	1人	1人
			割合(f/e)	20.0%	25.0%	33.3%
		治療なし	人(g)	3人	2人	2人
			割合(g/e)	60.0%	66.7%	100.0%

図表 34 血压に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4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			
血压に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	190	98 51.6%	69 36.3%	19 10.0%	4 2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	0	C 0 0.0%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	57	C 34 30.0%	B 19 27.5%	A 4 21.1%	A 0 0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心房細動、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	133	B 64 70.0%	A 50 72.5%	A 15 78.9%	A 4 100.0%

…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	73 38.4%
B 概ね1か月後に 再評価	83 43.7%
C 概ね3か月後に 再評価	34 17.9%

※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 非弁脈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。

本町においては、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きました。

今後も、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている北海道及び本町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体等へ出前講座や広報等を通じて広く町民へ周知していきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期データヘルス計画目標管理一覧

				→ 達成	→ 未達成		
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)	(活用データ年度)
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を増やさない	1.7%	1.4%	1.8% (目標値1.4%)	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合を増やさない	2.7%	2.4%	1.3% (目標値2.4%)	
			糖尿病性腎症による透析導入者を増やさない	0人	0人	2人 (0人)	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	17.5%	18.6%	50% (目標値25%)	南幌町保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合を増やさない(160/100以上)	6.5%	5.6%	9.1% (目標値5.0%)	
			健診受診者の脂質異常者の割合を増やさない(未治療でLDL180以上)	3.4%	2.1%	3.6% (目標値2.0%)	
			健診受診者の糖尿病の割合を増やさない(HbA1C6.5%以上)	13.0%	16.5%	15.2% (目標値12.1%)	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	100.0%	53.3%	57.1%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合100%	100.0%	100.0%	100% (目標値100%)	
	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71%以上	46.5%	38.9%	43.4%	法定報告値	
		特定保健指導率60%以上	75.3%	67.7%	67.6%		
	努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加		30.1%	24.5% (目標値17.4%)
肺がん検診受診者の増加				23.5%		24.2% (目標値14.3%)	
大腸がん検診受診者の増加				22.3%		23.6% (目標値14.4%)	
子宮がん検診受診者の増加				21.7%		18.8% (目標値24.6%)	
乳がん検診受診者の増加				25.7%		23.4% (目標値32.7%)	
5つのがん検診の平均受診率の増加				24.7%		22.9% (目標値22.9%)	
後発医薬品の使用により、医療費の削減				後発医薬品の使用割合 80%以上		76.1%	82.9%

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

本町の健康課題として、中長期目標疾患である腎疾患の医療費が高いことが挙げられます。特に透析患者が増加しており、透析の原因としては糖尿病性腎症の悪化や高血圧の重症化があります。

レセプト(図表 19)から糖尿病治療者は減少している一方で、糖尿病合併症が増加していることは、糖尿病の人が減ったのではなく、健診未受診や治療中断により、気付かないうちに病気を進行させ、重症化してから医療にかかっている人が増えたためと予測されます。

第2期データヘルス計画の保健事業では、ハイリスクアプローチとして糖尿病性腎症重症化予防に取り組んできました。具体的には対象者を明確化し、糖尿病管理台帳を整理し、保健指導を継続して行ってきました。健診結果の経年変化(図表 23)からは改善・変化なしが 6~7 割となっており、継続して効果的な保健指導を今後も実施していくことが重要だと考えられます。

健診有所見者ではⅡ度高血圧・HbA1c6.5 以上の人が特に増えています。(図表 35)将来的な脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患を予防するための保健指導が重要と考えます。Ⅱ度高血圧・LDL180 以上の人への保健指導を行った結果、翌年度の健診データの改善率は 5 割になっており、効果的な保健事業の実施ができていると考えられるため、今後も対象者への徹底した保健指導の継続が必要です。(図表 24・25)

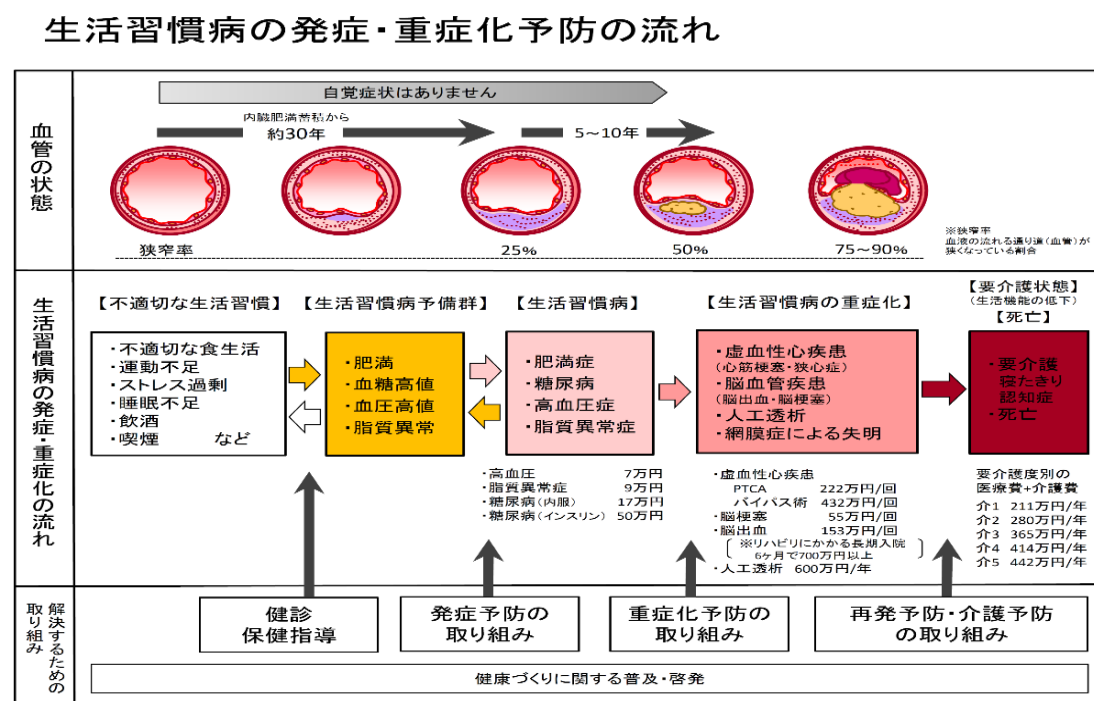
新型コロナウイルス感染症の影響で健診受診率が大きく低下したまま低迷しており、健診未受診や治療中断により健康状態が把握できていない人が多く、潜在的に生活習慣病を悪化させてしまうため、健診未受診者対策やポピュレーションアプローチが必要と考えます。(図表 26)

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する人を減少させること、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人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 歳に到達すると、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となります。

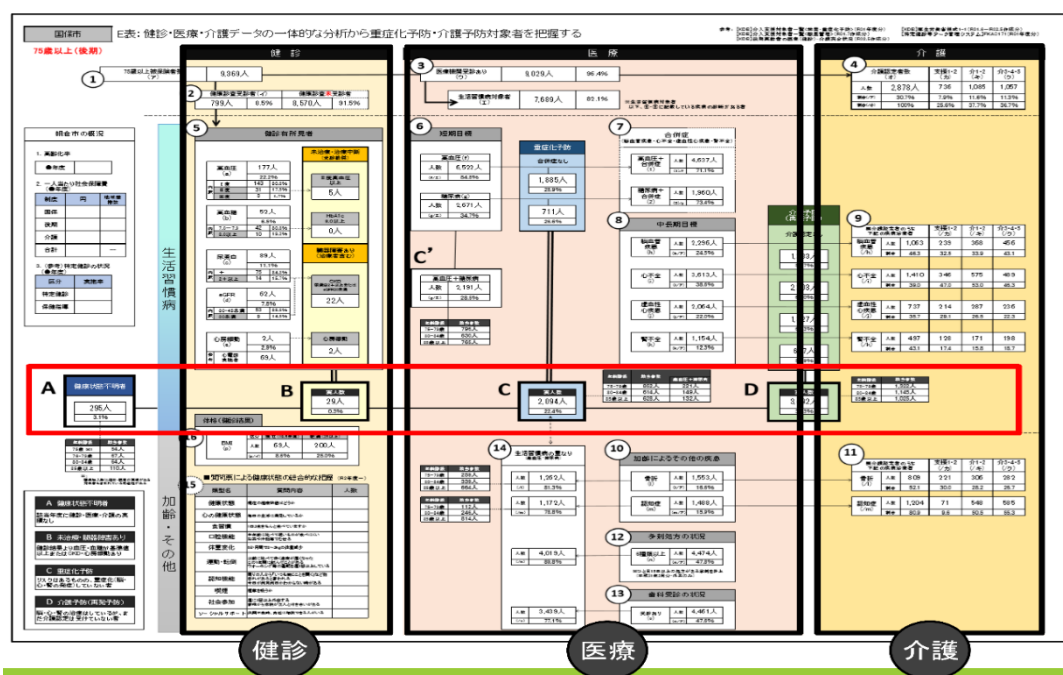
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

令和2年度の1人あたり医療費はコロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり76万円と国保の2倍も高い状況です。(図表 38)

短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症が総医療費に占める割合は、いずれも同規模と比べて低いですが、中長期目標疾患である慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が高く、後期高齢者では慢性腎不全(透析有)・脳血管疾患・虚血性心疾患の割合が同規模、道、国と比較して高い状況です。早期から治療を中断せず、疾患をコントロールすることや、生活習慣の見直しすることで、重症化を予防することが必要です。(図表 39)

高額レセプトの推移をみると、令和元年は新型コロナウイルス感染症の影響から140件と減少していますが、令和2年355件、令和3年459件と件数が2~3倍となっています。(図表 40)

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期: R4年度
被保険者数	1,909人	1,836人	1,836人	1,836人	1,871人	48,730人
総件数及び 総費用額	件数	16,149件	15,668件	14,324件	14,903件	18,968件
	費用額	6億8666万円	6億8774万円	6億1262万円	6億4038万円	6億8695万円
一人あたり医療費	36.0万円	37.5万円	33.4万円	34.9万円	36.7万円	76万円

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	南幌町	6億8695万円	31,180	4.24%	0.27%	1.78%	1.34%	5.41%	3.21%	1.70%	1億2329万円	17.95%	19.84%	4.52%	8.22%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	道	--	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	--	16.47%	19.14%	7.60%	9.41%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	南幌町	13億0263万円	79,366	6.32%	0.39%	4.91%	2.45%	3.72%	2.70%	1.06%	2億8078万円	21.55%	11.73%	4.08%	9.50%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	道	--	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	--	18.98%	11.11%	4.82%	12.21%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

※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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期: R4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	77人	79人	129人	176人	76人	165人
	件数	B	123件	140件	355件	459件	142件	313件
		B/総件数	0.76%	0.89%	2.48%	3.15%	0.95%	1.65%
	費用額	C	1億6468万円	1億7769万円	4億6369万円	6億0770万円	1億9053万円	3億9750万円
		C/総費用	24.0%	25.8%	75.7%	94.9%	27.7%	30.5%

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
脳血管疾患	人数		D	3人		1人		5人		7人		5人		13人		
			D/A	3.9%		1.3%		3.9%		4.0%		6.6%		7.9%		
	件数		E	9件		3件		15件		17件		6件		26件		
			E/B	7.3%		2.1%		4.2%		3.7%		4.2%		8.3%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	11.8%	1	16.7%	75-80歳	12	46.2%
		60代		4	44.4%	0	0.0%	3	20.0%	4	23.5%	0	0.0%	80代	12	46.2%
		70-74歳		5	55.6%	3	100.0%	12	80.0%	11	64.7%	5	83.3%	90歳以上	2	7.7%
	費用額		F	1164万円		291万円		1623万円		1976万円		681万円		3066万円		
F/C			7.1%		1.6%		3.5%		3.3%		3.6%		7.7%			

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数		G	1人		6人		8人		10人		2人		8人		
			G/A	1.3%		7.6%		6.2%		5.7%		2.6%		4.8%		
	件数		H	1件		6件		16件		22件		2件		9件		
			H/B	0.8%		4.3%		4.5%		4.8%		1.4%		2.9%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	11.1%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		1	100.0%	2	33.3%	2	12.5%	2	9.1%	0	0.0%	75-80歳	6	66.7%
		60代		0	0.0%	2	33.3%	6	37.5%	9	40.9%	1	50.0%	80代	2	22.2%
		70-74歳		0	0.0%	2	33.3%	8	50.0%	11	50.0%	1	50.0%	90歳以上	0	0.0%
費用額		I	111万円		693万円		2051万円		2953万円		291万円		1913万円			
		I/C	0.7%		3.9%		4.4%		4.9%		1.5%		4.8%			

(2) 健診・医療・介護の一体的分析(図表 43・44)

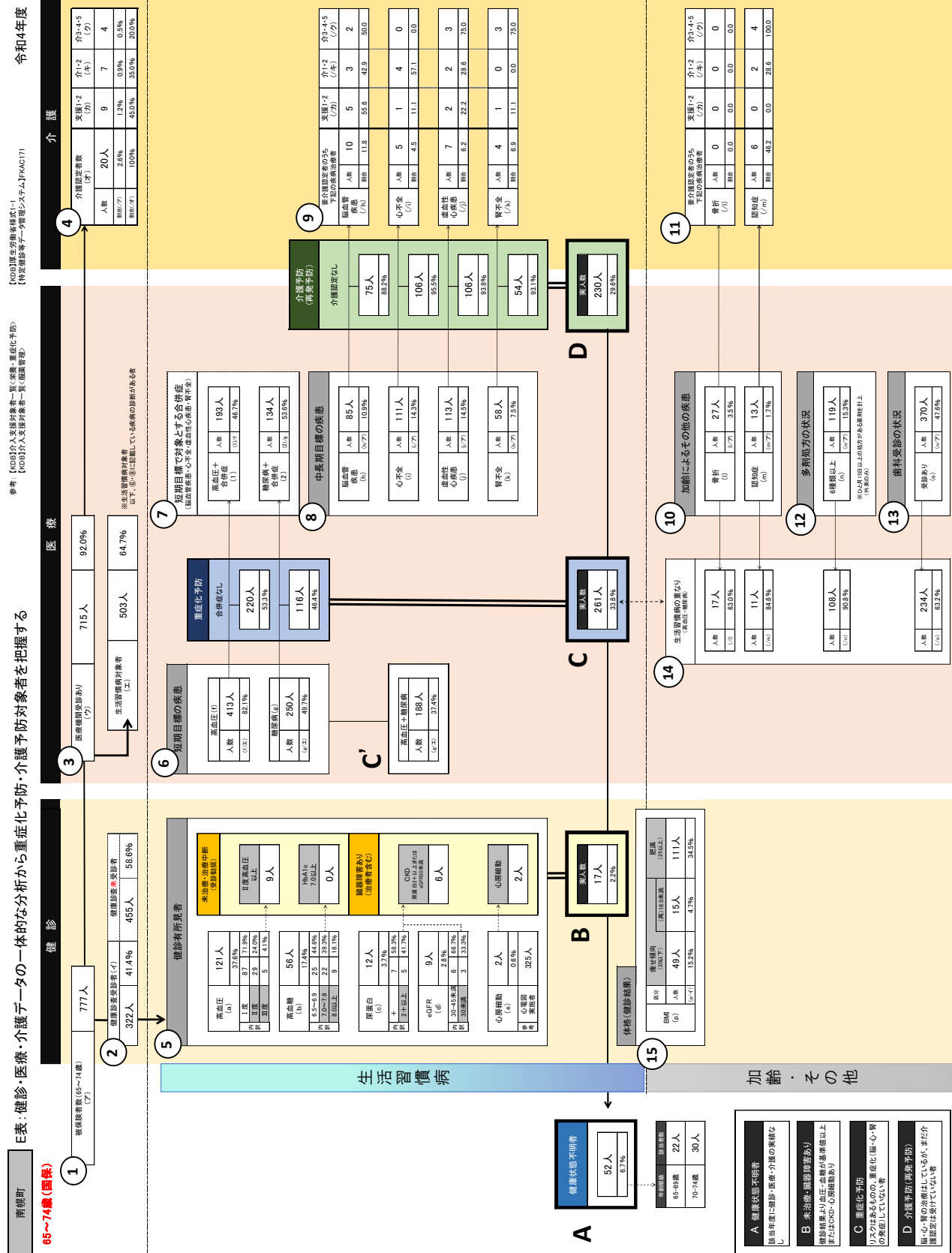
健診・医療・介護のデータを 40～64 歳、65～74 歳で一体的に分析すると、40～64 歳の健診未受診者が多く、A 健康状態不明者が多いことがわかります。また、⑤健診受診者でⅡ度Ⅲ度高血圧や HbA1c7.0 以上の人が未治療・治療中断をしている割合が 65～74 歳よりも 40～64 歳の方が高い状況です。重症化を予防するためには若い世代からの支援が必要であり、40～64 歳の B(未治療・治療中断)の 11 人への保健指導が重要です。⑮体格では、受診者の 3 分の 1 以上の人が肥満です。医療レセプトにおける C' 高血圧と糖尿病を併発している人は 40～64 歳で 35.7%となっており、若い世代からの肥満が原因のひとつと考えられます。⑦短期目標で対象とする合併症では、高血圧と糖尿病に脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を合併している割合が、40～64 歳・65～74 歳ともに約 5 割となっています。一般的に高齢になるにしたがって合併症の割合は増えると考えられますが、本町では若い世代から合併症が併発していることがわかります。

中・長期目標疾患の減少や介護給付費の抑制のためには若年層からの健康状態の把握、効率的・効果的な保健指導が重要と考えられます。しかし、現状としては高齢期よりも若年層の方が健診受診率が低く、受診率向上が大きな課題です。

令和4年度



図表 44 R4 年度 健診・医療・介護データの一体的な分析 (65～74 歳)



(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患である慢性腎不全や脳血管疾患・虚血性心疾患の割合が高く、高血圧・糖尿病の重なりが若い世代からあります。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、慢性腎不全・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 課題解決するための個別保健事業」に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、北海道が示す評価指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 45)を設定し、公表するものを明確にしています。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な人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人についても適切な保健指導を行います。また、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、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 45 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

評価			国	北海道	指標		目標	実績			(参考) R4 道 実績値	データの 把握方法
								初期値	中間評価	最終評価		
								R4	R7	R10		
1	最終・長期 目標 (最上位)	アウトカム 指標		○	平均自立期間		延伸	男性：80.3 女性：81.7			男性：80.3 女性：84.2	Expander
2			○	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合		抑制	8.9%			7.4%	Expander	
3			○	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	6.4%			6.0%		
4			○	総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合（入院外来合計）		抑制	5.7%			3.5%		
5	中長期 目標		◎	新規脳血管疾患患者数		抑制	19人			19人	Expander	
6			◎	新規虚血性心疾患患者数		抑制	20人			20人		
7			◎	新規人工透析導入数		抑制	1人			1人		
8	短期 目標		◎	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合		該当者	減少	20.1%			20.3%	KDB
9			◎			予備軍	減少	11.3%			11.0%	
10			◎	喫煙率		減少	男性：24.8% 女性：9.1%			男性：24.6% 女性：9.6%	Expander	
11			○	1日飲酒量が多い者の割合		減少	4.7%			3.2%		
12			○	運動習慣のない者の割合		減少	70.0%			62.2%		
13			★	○	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		減少	23.9%			19.0%	Expander
14			★	◎	高血糖（HbA1c8.0%以上）の割合		減少	2.0%			1.3%	
15				○	高血糖（HbA1c7.0%以上）の割合		減少	8.1%			4.7%	
16				○	高血糖（HbA1c6.5%以上）の割合		減少	14.9%			9.4%	
17				◎	高血圧Ⅲ度以上の割合（180mmHg以上/110mmHg以上）		減少	0.8%			0.8%	
18				○	高血圧Ⅱ度以上の割合（160—179mmHg/100—109mmHg）		減少	9.0%			7.0%	
19				○	高血圧Ⅰ度以上の割合（140—159mmHg/90—99mmHg）		減少	32.0%			29.4%	
20				◎	脂質異常LDLコレステロール180mg/dl以上の割合		減少	3.3%			3.7%	
21				○	脂質異常LDLコレステロール160mg/dl以上の割合		減少	11.0%			10.8%	
22				○	脂質異常LDLコレステロール140mg/dl以上の割合		減少	27.8%			26.3%	
23	アウト プット		★	◎	特定健診受診率（60%以上）		向上	43.4%			51.0%	法廷報告
24			★	◎	特定保健指導実施率（60%以上）		向上	67.6%			70.0%	Expander
25			○	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率		増加	令和6年2月以降 公表予定					
26			○	高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率		増加						
27			○	脂質異常症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率		増加						

- ※1 ◎は北海道の重点指標、
 ※2 No.10 は、標準的な質問票「現在たばこを習慣的に吸っていますか」について「はい」と回答した者の数。
 ※3 No.11 は、標準的な質問票「飲酒日の1日あたりの飲酒量」について「3～5 合未満」または「5 合以上」と回答した者の数。
 ※4 No.12 は、標準的な質問票「1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動習慣を週 2 日以上、1 年以上実施」について「いいえ」と回答した者の数。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第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

特定健診受診率は、新型コロナウイルスの影響で低下しその後徐々に向上しつつありますが、コロナ禍前の数値には及んでいません。そのため、引き続き実施率の向上に向けて取り組みを進めていく必要があると考え、令和11年度までに国の目標の60%以上を達成するためには令和4年度の43%を基準に年度ごと3%向上を目標値として設定します。

保健指導実施率は、第3期計画目標の60%以上をおおむね達成しているため、第3期計画目標値の10%増で維持する設定としました。(図表46)

図表 46 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	国の目標 R11年度
特定健診受診率	49%	51%	54%	57%	60%	63%	60%
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%	60%

3. 対象者の見込み

特定健診対象者数は、被保険者数が減少しているため、令和4年度対象者1,176人を基準に各年度15人減少を見込みとします。

特定健診受診者のうち保健指導の対象となる人の割合は、平成30～令和4年度の平均である12.3%で設定します。(図表47)

図表 47 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	1,146人	1,131人	1,116人	1,101人	1,086人	1,071人
	受診者数	562人	577人	603人	628人	652人	675人
特定保健指導	対象者数	70人	71人	78人	78人	81人	83人
	受診者数	49人	50人	55人	55人	57人	59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。委託する実施機関と個別契約し、集団方式及び個別方式で実施します。

① 集団健診(南幌町保健福祉総合センターあいくる 他)

② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高確法第 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

特定健診実施機関については、町のホームページに掲載します。

(4) 対象者

特定健診の対象者である 40 歳から 74 歳に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し、30 歳から 39 歳までについても、基本的な健診項目と町独自の健診項目の必須項目を実施します。

(5) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

① 特定健診項目

図表 48 特定健診検査項目

○南幌町特定健診検査項目

健診項目		南幌町	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	○	
	尿中アルブミン	○	

○…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も可

②その他の検査項目：二次健診（対象者を選定して行う項目）

心血管疾患予防へ向け、早期介入に効果的な検査として「75g糖負荷検査」「頸動脈エコー検査」を実施します。予防効果の高い対象者を選定、抽出して実施します。

（6）実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

（7）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。

（8）代行機関

特定健診等の管理は、北海道国保連合会に事務処理を委託します。

（9）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、ホームページや広報等を活用し、広く周知するとともに、集団健診の日程に合わせた受診勧奨を行います。また、特定健康診査受診券（以下「受診券」という。）と受診案内を対象者全員に個別送付します。

受診券の発送予定、健診実施予定などは次のとおりです。

図表 49 特定健診実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施機関との契約	●											
対象者の抽出、受診案内の作成	●											
受診券の作成と送付	←→											
特定健康診査の実施 （個別医療機関方式）		←→										→
特定健康診査の実施 （集団方式）			●			●		●			●	
特定健康診査の結果説明	←→											→
特定保健指導の実施	←→											→
診療報酬支払基金実施報告							●					
情報提供書の送付		●	●						●			
集団健診に向けた個別勧奨		●			●					●		
未受診者勧奨（電話・個別）	←→											→

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健福祉課への執行委任の形態で個別に実施します。糖尿病、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病における重症化予防対策(保健指導)が必要と考え、特定保健指導対象外の人にも、受診が必要な情報提供者(腹囲やBMIが基準を超えていなくても、健診結果の悪い人)にも、保健指導を行う必要があると考えます。

第4期特定健診等実施計画における変更点は図表50のとおりです。

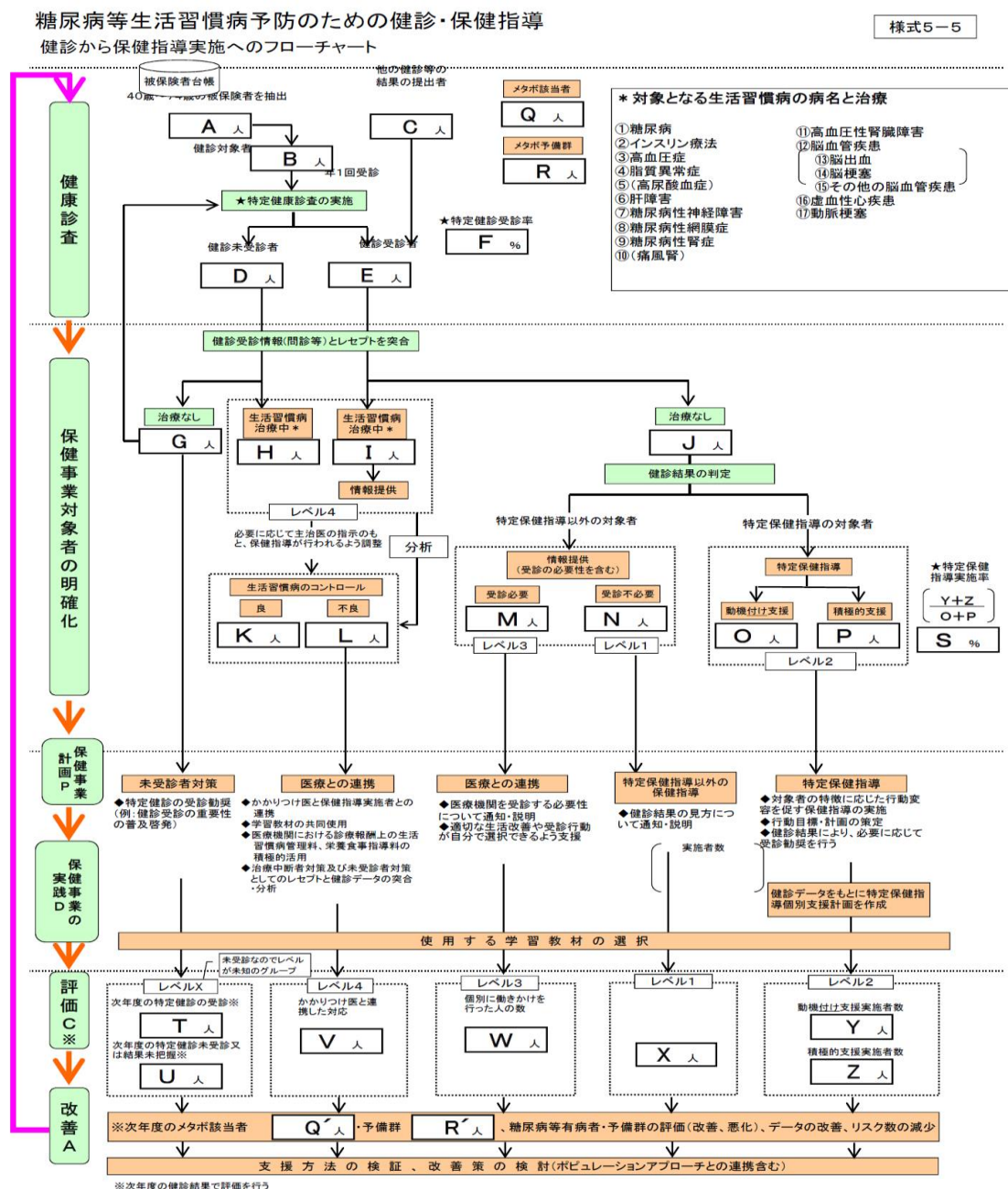
図表 50 第4期における変更点

○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)」及び厚生労働省様式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 51 健診から保健指導へのフローチャート(厚生労働省様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(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 52 要保健指導対象者の見込み(令和5年度)

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○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	66人 (12.3%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につい て通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自 分で選択できるよう支援	126人 (18.2%)	HbA1c6.5以 上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受 診の重要性の普及啓発、簡易健診 の実施による受診勧奨)	464人 ※受診率目標達 成までに697人	60%
4	L	生活習慣病治療中 (コントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	238人 (34.1%)	—
5	N	受診不必要	◆健診結果の見方について 通知・説明	130人 (18.7%)	—

(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 49)

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南幌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

高確法第 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、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、医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の人には、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

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、212人(39.3%)です。そのうち治療なしが61人(22.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が23人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる人が、61人中38人と多いため、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 53)

図表 53 脳・心・腎を守るために

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

令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			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)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	■各疾患の治療状況
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中データリンク 2015.4.1			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	49 9.1%	4 0.7%	19 3.5%	18 3.3%	115 21.3%	63 11.7%	41 7.6%	212 39.3%	
治療なし	23 6.7%	1 0.4%	16 4.1%	10 2.6%	19 7.1%	28 6.0%	12 4.5%	61 22.8%	
(再掲) 特定保健指導	11 22.4%	1 25.0%	7 36.8%	1 5.6%	19 16.5%	8 12.7%	6 14.6%	38 17.9%	
治療中	26 13.2%	3 1.1%	3 2.0%	8 5.3%	96 35.3%	35 49.3%	29 10.7%	151 55.5%	
臓器障害あり	8 34.8%	1 100.0%	2 12.5%	2 20.0%	5 26.3%	9 32.1%	12 100.0%	23 37.7%	
CKD(専門医対象者)	2	0	1	1	1	1	12	12	
心電図所見あり	6	1	1	1	4	8	2	13	
臓器障害なし	15 65.2%	—	14 87.5%	8 80.0%	14 73.7%	19 67.9%	—	—	

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

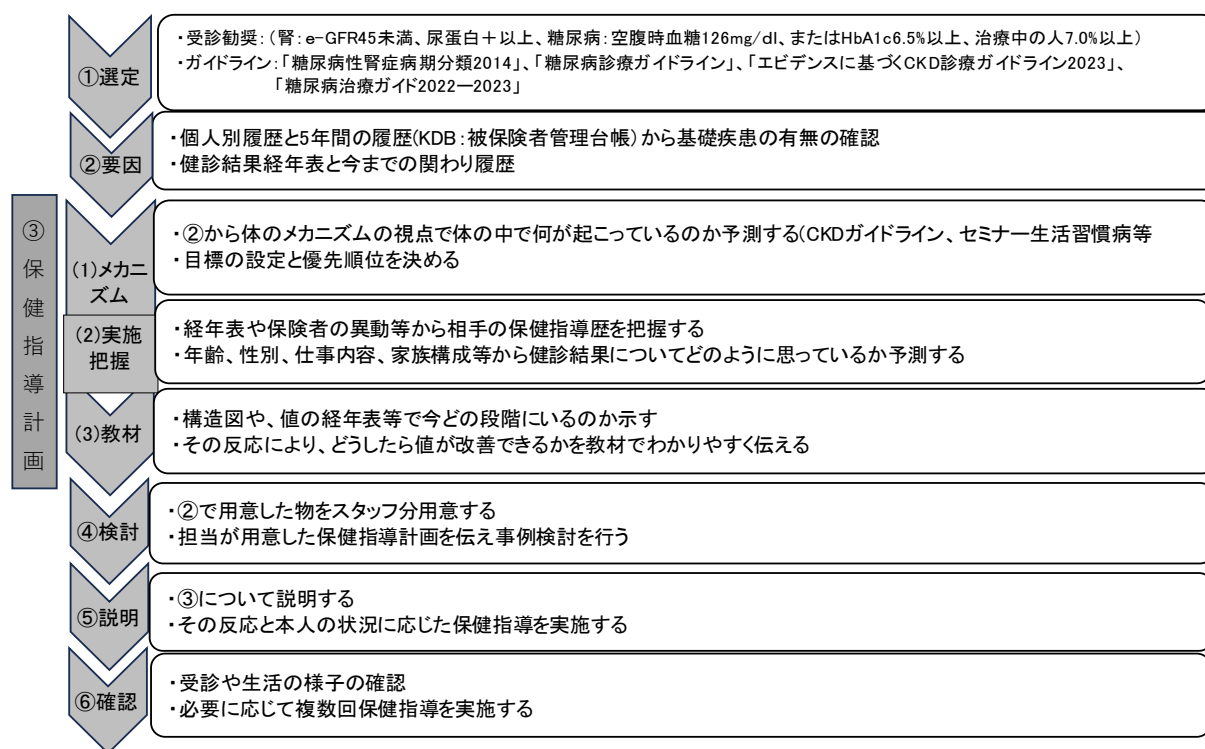
1) 基本的な考え方

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 54 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 54 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人

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人

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者の抽出は、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。

糖尿病性腎症病期分類(図表 55)では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目、尿アルブミン検査を町独自の検査として実施しているため、腎症病期の把握が可能です。

図表 55 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	

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 56)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、33人(31.7%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者407人のうち、特定健診受診者が71人(68.3%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者330人(82.3%・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 56 より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・33人

優先順位 2

【保健指導】

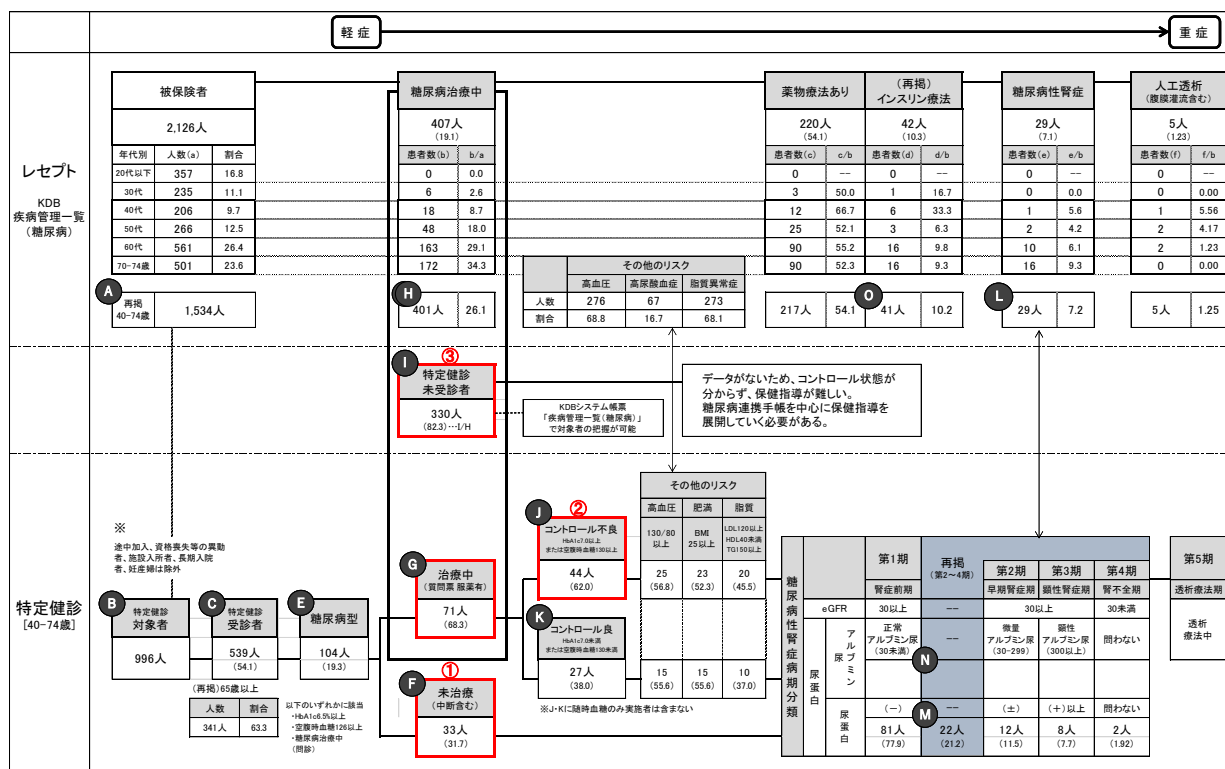
- ・ 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・・44人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

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 56 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



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。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。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ます。

(2) 対象者の管理

①保健指導管理台帳の作成

重症化予防対象者に対して、いつ、だれが、どのように支援しているか進捗管理を行います。

②糖尿病管理台帳の作成

受診勧奨対象者が医療機関を受診しているかを把握し、糖尿病の治療を中断することなく、治療の継続と重症化予防が図られるように、過去 6 か年特定健診でHbA1c6.5%以上であったものを収載した台帳を作成し、毎年 KDB で治療状況を確認し、支援の進捗管理を行います。

(3) 二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病性腎症の予防、虚血性心疾患の予防のために、予防効果の高い対象者を選定、抽出して「75g糖負荷検査」「頸動脈エコー検査」を実施します。

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、事前に町内医療機関と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の人への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳等を活用し、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ながら、かかりつけ医と連携を図ります。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータ収集していきます。

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に取り組み、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

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 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 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/1.73 m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

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 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

出典：ヘルスサポートラボツール

項目			突合表	南幌町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,875人		1,892人		1,846人		1,833人		1,852人			
	②	(再掲)40～74歳		1,422人		1,426人		1,410人		1,399人		1,405人			
2	①	対象者数	B	1,243人		1,239人		1,207人		1,187人		1,365人			
	②	受診者数	C	589人		606人		483人		494人		534人			
	③	受診率		47.4%		48.9%		40.0%		41.6%		39.1%			
3	①	対象者数		73人		65人		62人		55人		68人			
	②	実施率		75.3%		83.1%		67.7%		89.1%		67.6%			
4	①	糖尿病型	E	103人	17.5%	113人	18.6%	100人	20.7%	104人	21.1%	103人	19.3%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	32人	31.1%	40人	35.4%	31人	31.0%	36人	34.6%	33人	32.0%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	71人	68.9%	73人	64.6%	69人	69.0%	68人	65.4%	70人	68.0%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	37人	52.1%	36人	49.3%	39人	56.5%	42人	61.8%	44人	62.9%		
	⑤	血圧 130/80以上		25人	67.6%	23人	63.9%	26人	66.7%	25人	59.5%	26人	59.1%		
	⑥	肥満 BMI25以上		20人	54.1%	18人	50.0%	23人	59.0%	21人	50.0%	24人	54.5%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	34人	47.9%	37人	50.7%	30人	43.5%	26人	38.2%	26人	37.1%		
	⑧	第1期 尿蛋白(－)	M	74人	71.8%	87人	77.0%	78人	78.0%	77人	74.0%	80人	77.7%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		20人	19.4%	13人	11.5%	15人	15.0%	16人	15.4%	13人	12.6%		
	⑩	第3期 尿蛋白(＋)以上		4人	3.9%	1人	0.9%	4人	4.0%	8人	7.7%	9人	8.7%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	1.0%	3人	2.7%	3人	3.0%	2人	1.9%	1人	1.0%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		115.7人		120.5人		114.3人		110.7人		118.3人			
	②	(再掲)40～74歳(被保険者千対)		152.6人		158.5人		147.5人		144.4人		153.7人			
	③	レセプト件数 (40～74歳)	入院外(件数)	1,153件	(799.6)	1,125件	(797.3)	1,109件	(790.4)	1,076件	(780.3)	1,089件	(785.1)	319,711件	(930.6)
	④	()内は被保険者千対	入院(件数)	7件	(4.9)	3件	(2.1)	7件	(5.0)	2件	(1.5)	6件	(4.3)	1,521件	(4.4)
	⑤	糖尿病治療中	H	217人	11.6%	228人	12.1%	211人	11.4%	203人	11.1%	219人	11.8%		
	⑥	(再掲)40～74歳		217人	15.3%	226人	15.8%	208人	14.8%	202人	14.4%	216人	15.4%		
	⑦	健診未受診者	I	146人	67.3%	155人	68.6%	139人	66.8%	134人	66.3%	146人	67.6%		
	⑧	インスリン治療	O	18人	8.3%	21人	9.2%	21人	10.0%	17人	8.4%	20人	9.1%		
	⑨	(再掲)40～74歳		18人	8.3%	21人	9.3%	20人	9.6%	17人	8.4%	20人	9.3%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	11人	5.1%	13人	5.7%	13人	6.2%	15人	7.4%	15人	6.8%		
	⑪	(再掲)40～74歳		11人	5.1%	13人	5.8%	13人	6.3%	15人	7.4%	15人	6.9%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.8%	4人	1.8%	2人	0.9%	3人	1.5%	5人	2.3%		
	⑬	(再掲)40～74歳		4人	1.8%	4人	1.8%	2人	1.0%	3人	1.5%	5人	2.3%		
	⑭	新規透析患者数		1		0		1		3		1			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0		0		1		1		1			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		16人	4.7%	16人	4.7%	17人	5.7%	11人	3.5%	10人	3.1%		
6	①	総医療費		6億8356万円		6億8774万円		6億1262万円		6億4038万円		6億8695万円		6億7051万円	
	②	生活習慣病総医療費		3億5887万円		3億6681万円		3億1857万円		3億3840万円		3億4857万円		3億5898万円	
	③	(総医療費に占める割合)		0.5%		53.3%		52.0%		52.8%		50.7%		53.5%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,366円		12,894円		9,208円		8,889円		11,127円		9,063円	
	⑤		健診未受診者	44,994円		39,111円		42,881円		44,962円		41,214円		37,482円	
	⑥	糖尿病医療費		3501万円		3267万円		3635万円		3364万円		3716万円		4061万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.8%		8.9%		11.4%		9.9%		10.7%		11.3%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億2410万円		1億1799万円		1億1427万円		1億1436万円		1億2146万円			
	⑨	1件あたり		41,107円		39,199円		39,458円		41,375円		45,323円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		5140万円		8247万円		6766万円		4584万円		7619万円			
	⑪	1件あたり		484,933円		576,695円		632,349円		664,280円		746,961円			
	⑫	在院日数		12日		15日		16日		13日		13日			
	⑬	慢性腎不全医療費		3751万円		3212万円		1907万円		3278万円		3098万円		2783万円	
	⑭	透析有り		3448万円		2825万円		1724万円		2852万円		2914万円		2567万円	
	⑮	透析なし		304万円		387万円		183万円		426万円		183万円		216万円	
7	①	介護給付費		6億0682万円		6億3114万円		6億5121万円		6億7642万円		7億0954万円		8億6719万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		2件 28.6%		2件 50.0%		0件 0.0%		1件 14.3%		1件 14.3%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 1.3%		1人 1.3%		1人 1.3%		1人 1.3%		0人 0.0%		622人 1.0%	

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

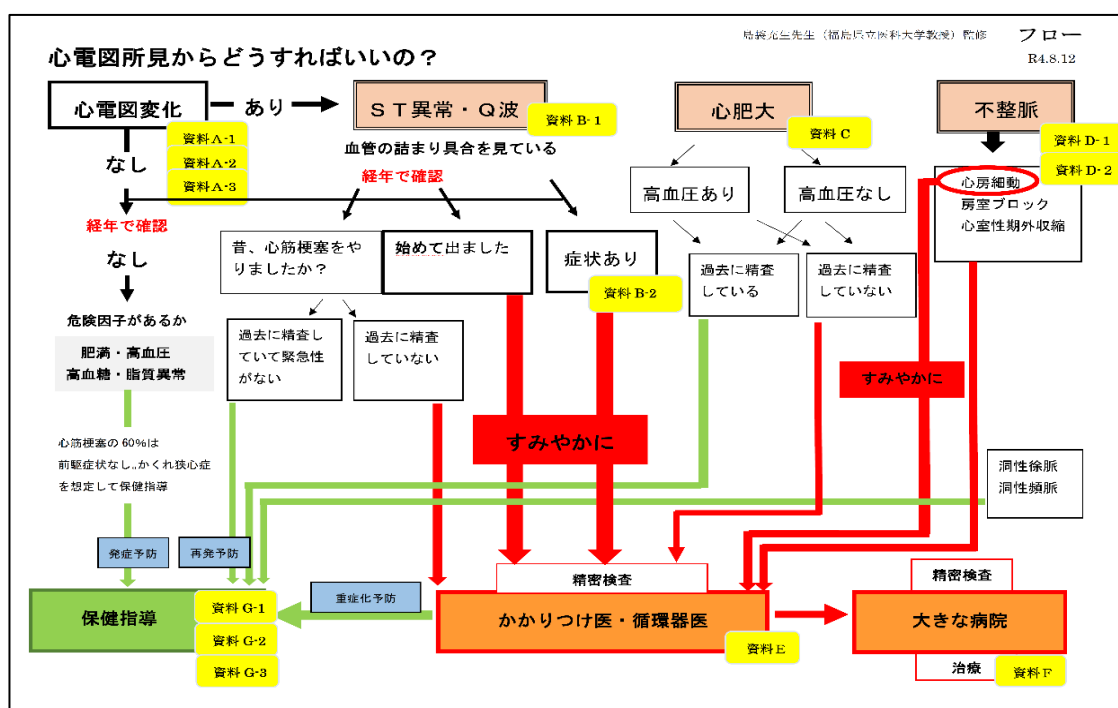
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 58 に基づいて考えます。

図表 58 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査実を 536 人(99.4%)に実施し、そのうち有所見者が 102 人(19.0%)で

した。所見の中でも心筋虚血所見(ST-T 変化)が 9 人(8.8%)でした。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する人もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 59 心電図検査結果

性別・ 年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B		異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
		40～74歳		536	99.4	102	19.0	1	1.0%	9	8.8%	2	2.0%	0	0.0%	9	8.8%	29	28.4%	3	2.9%
内 訳	男性	261	100.0	63	24.1%	0	0.0%	4	6.3%	1	1.6%	0	0.0%	7	11.1%	21	33.3%	3	4.8%	7	11.1%
	女性	275	98.9	39	14.2%	1	2.6%	5	12.8%	1	2.6%	0	0.0%	2	5.1%	8	20.5%	0	0.0%	4	10.3%

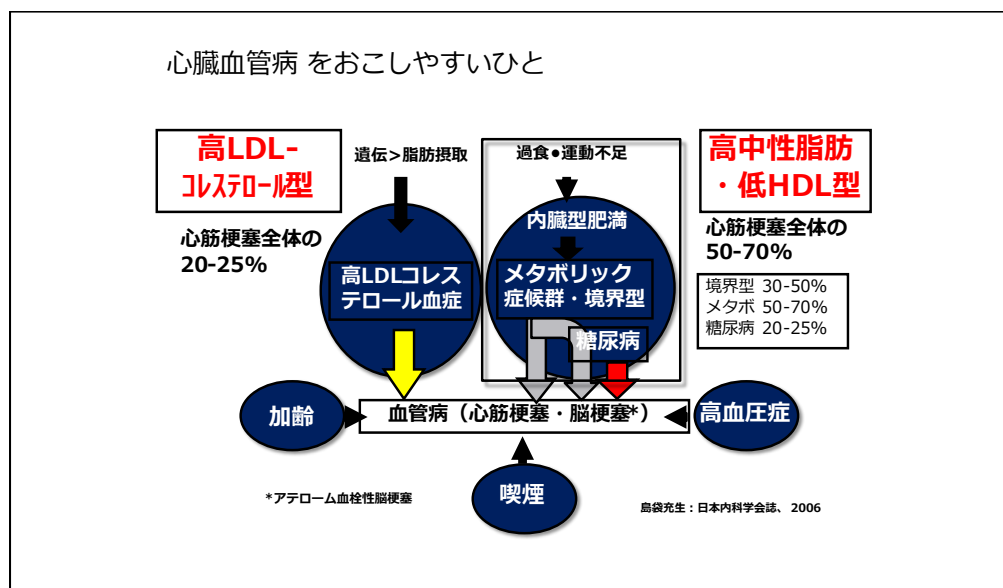
南幌町調べ

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 60)

図表 60 心血管病をおこしやすい人の条件



図表 60 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「4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 71・72)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ

高 LDL コレステロール血症は、虚血性心疾患の発症因子です。令和 4 年度の健診結果をみると、LDL160 mg/dl以上は 54 人で、そのうち冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標の高リスク者は 27 人でした。(図表 61)

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

図表 61 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4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	
				230	98	78	38	16	6	13	17	18
					42.6%	33.9%	16.5%	7.0%	11.1%	24.1%	31.5%	33.3%
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の 適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	33	14	12	6	1	3	4	0	0	
			14.3%	14.3%	15.4%	15.8%	6.3%	50.0%	30.8%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	88	40	29	11	8	2	5	7	5	
			38.3%	40.8%	37.2%	28.9%	50.0%	33.3%	38.5%	41.2%	27.8%	
	高リスク	120未満 (150未満)	102	40	35	20	7	1	4	9	13	
			44.3%	40.8%	44.9%	52.6%	43.8%	16.7%	30.8%	52.9%	72.2%	
		再掲 100未満 (130未満) ※1	24	9	9	4	2	1	2	3	0	
			10.4%	9.2%	11.5%	10.5%	12.5%	16.7%	15.4%	17.6%	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)	7	4	2	1	0	0	0	1	0
				3.0%	4.1%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(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、対象者へは、二次健診を勧めていきます。

「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、本町では頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚)を町内医療機関と連携して実施していきます。

(3) 対象者の管理

保健指導管理台帳を作成し、重症化予防対象者に対して、いつ、だれが、どのように支援しているか進捗管理を行います。

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、治療中の人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に取り組み、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 等の情報を活用する。

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

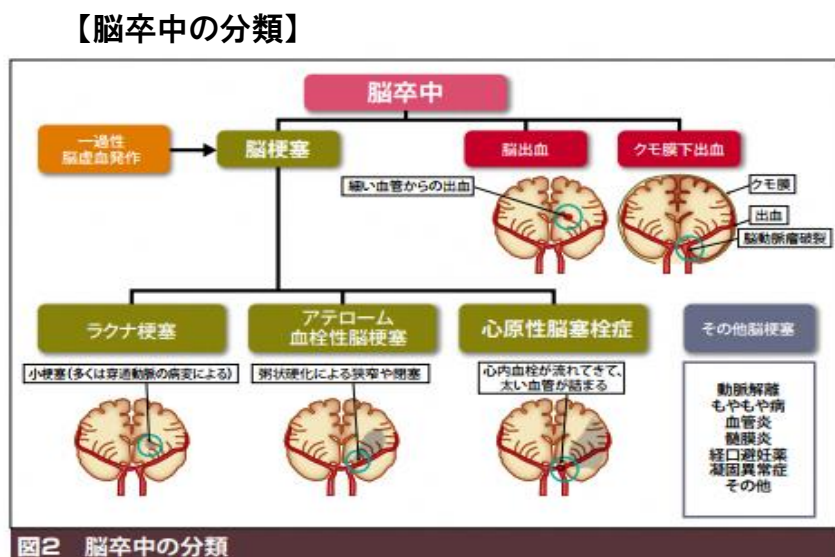
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 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 62・63)

図表 62 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 63 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 64 でみると、高血圧治療者 652 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 63 人(9.7%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 49 人(9%)であり、そのうち 23 人(47%)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 26 人(4.8%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

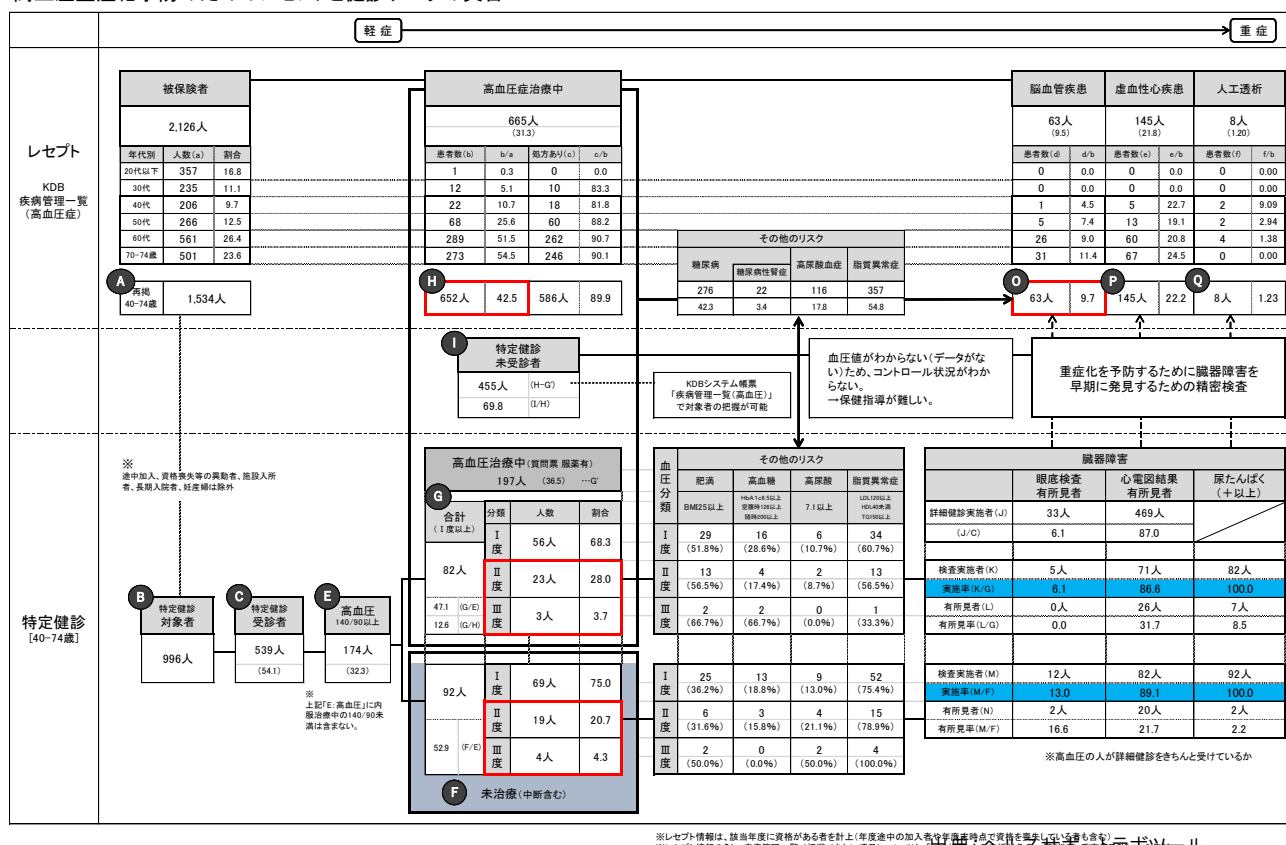
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、33 人(6.1%)しか実施していない状況です。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 64 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

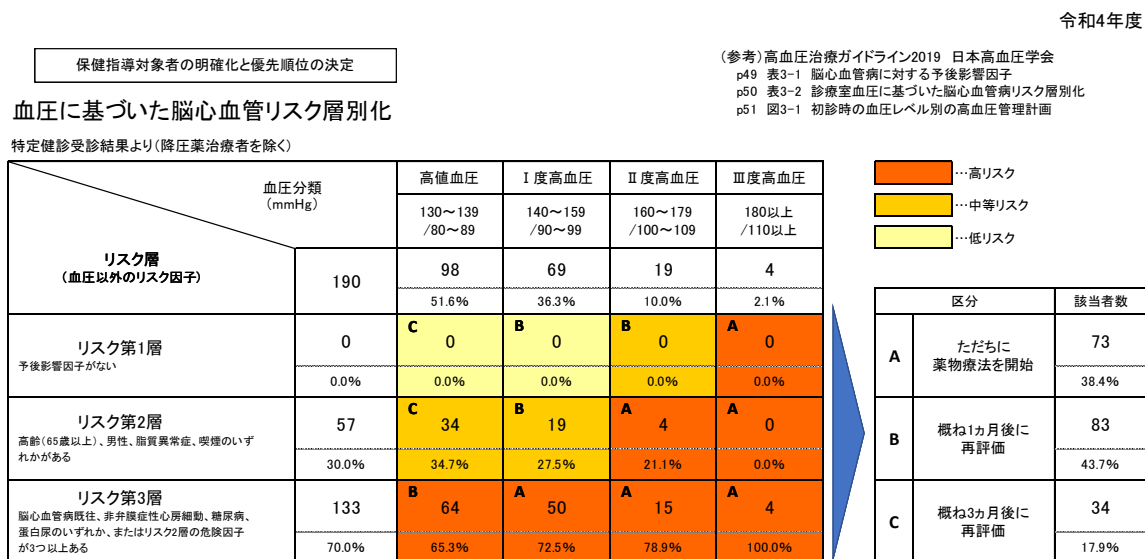
令和4年度



(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 65 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

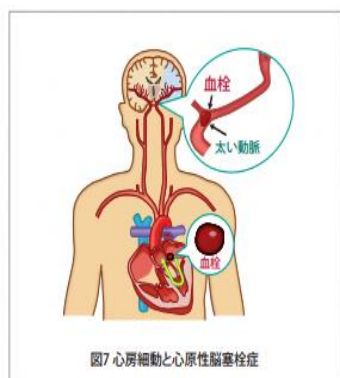


※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C $\geq$ 140、中性脂肪 $\geq$ 150(随時の場合は $\geq$ 175)、non-HDL $\geq$ 170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖 $\geq$ 126、HbA1c $\geq$ 6.5、随時血糖 $\geq$ 200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 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。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 65 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる確率が高くなります。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 67 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。

図表 66 (脳卒中予防の提言より引用)

図表 67 心房細動有所見状況

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	536	99.4	102	19.0	1	1.0%	9	8.8%	2	2.0%	0	0.0%	9	8.8%	29	28.4%	3	2.9%	11	10.8%
	男性	261	100.0	63	24.1%	0	0.0%	4	6.3%	1	1.6%	0	0.0%	7	11.1%	21	33.3%	3	4.8%	7	11.1%
	女性	275	98.9	39	14.2%	1	2.6%	5	12.8%	1	2.6%	0	0.0%	2	5.1%	8	20.5%	0	0.0%	4	10.3%

南幌町調べ

図表 68 心房細動有所見者の治療状況

	R4
心房細動	4人
心房細動所見率(%)	0.9%
うち未治療	1人

令和4年度の特定健診における心電図検査で4人に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、高い年齢で有所見者がいます。また、有所見者4人のうち3人は既に治療が開始されていましたが、1人は治療につながっていません。(図表68)

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有効となっています。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、本町では頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚)を町内医療機関と連携して実施していきます。

(3) 対象者の管理

① 保健指導管理台帳の作成

重症化予防対象者に対して、いつ、だれが、どのように支援しているか進捗管理を行います。

② 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。

③ 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人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・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. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

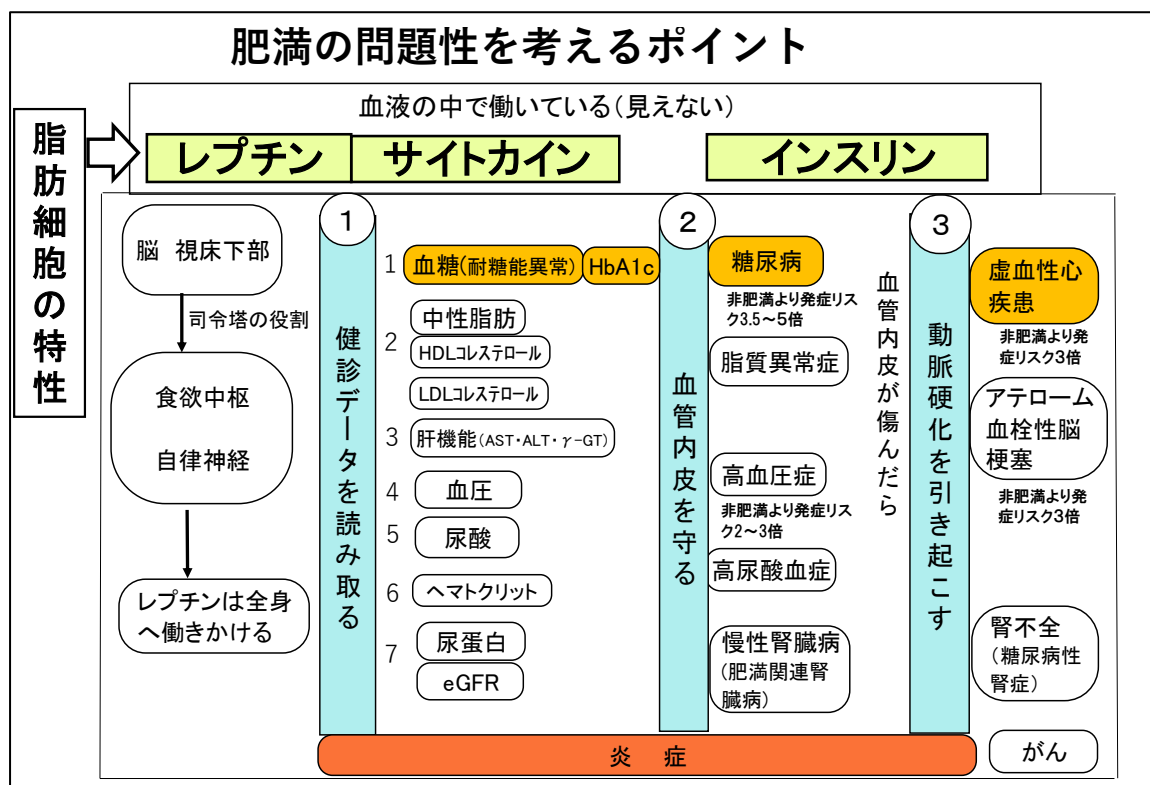
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 69 に基づいて考えていきます。

図表 69 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

肥満度分類に基づき、実態把握をすると、受診者の 3 分の 1 がBMI25 以上の肥満に該当していることがわかります。(図表 70)

図表 70 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		198	341	70	121	45	107	21	12	4	2	0	0
				35.4%	35.5%	22.7%	31.4%	10.6%	3.5%	2.0%	0.6%	0.0%	0.0%
再掲	男性	99	162	46	65	29	57	15	7	2	1	0	0
				46.5%	40.1%	29.3%	35.2%	15.2%	4.3%	2.0%	0.6%	0.0%	0.0%
	女性	99	179	24	56	16	50	6	5	2	1	0	0
				24.2%	31.3%	16.2%	27.9%	6.1%	2.8%	2.0%	0.6%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 71)は、男性で 50 代から受診者の 3 割を超えています。

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 72)は、男女とも半数以上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増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

図表 71 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	261	32	38	95	96	278	28	39	94	117
メタボ該当者		B	81	7	13	31	30	34	1	4	17	12
		B/A	31.0%	21.9%	34.2%	32.6%	31.3%	12.2%	3.6%	10.3%	18.1%	10.3%
再掲	① 3項目全て	C	32	1	7	12	12	11	1	1	5	4
		C/B	39.5%	14.3%	53.8%	38.7%	40.0%	32.4%	100.0%	25.0%	29.4%	33.3%
	② 血糖＋血圧	D	14	0	0	7	7	5	0	1	1	3
		D/B	17.3%	0.0%	0.0%	22.6%	23.3%	14.7%	0.0%	25.0%	5.9%	25.0%
	③ 血圧＋脂質	E	32	5	6	11	10	17	0	1	11	5
		E/B	39.5%	71.4%	46.2%	35.5%	33.3%	50.0%	0.0%	25.0%	64.7%	41.7%
	④ 血糖＋脂質	F	3	1	0	1	1	1	0	1	0	0
		F/B	3.7%	14.3%	0.0%	3.2%	3.3%	2.9%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 72 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	261	81	31.0%	67	82.7%	14	17.3%	278	34	12.2%	29	85.3%	5	14.7%
40代	32	7	21.9%	3	42.9%	4	57.1%	28	1	3.6%	1	100.0%	0	0.0%
50代	38	13	34.2%	10	76.9%	3	23.1%	39	4	10.3%	3	75.0%	1	25.0%
60代	95	31	32.6%	27	87.1%	4	12.9%	94	17	18.1%	14	82.4%	3	17.6%
70～74歳	96	30	31.3%	27	90.0%	3	10.0%	117	12	10.3%	11	91.7%	1	8.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

保健指導管理台帳を作成し、重症化予防対象者に対して、いつ、だれが、どのように支援しているか進捗管理を行います。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

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

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「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

②地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)

IV. 発症予防

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

本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、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ていくことが必要です。

図表 74 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

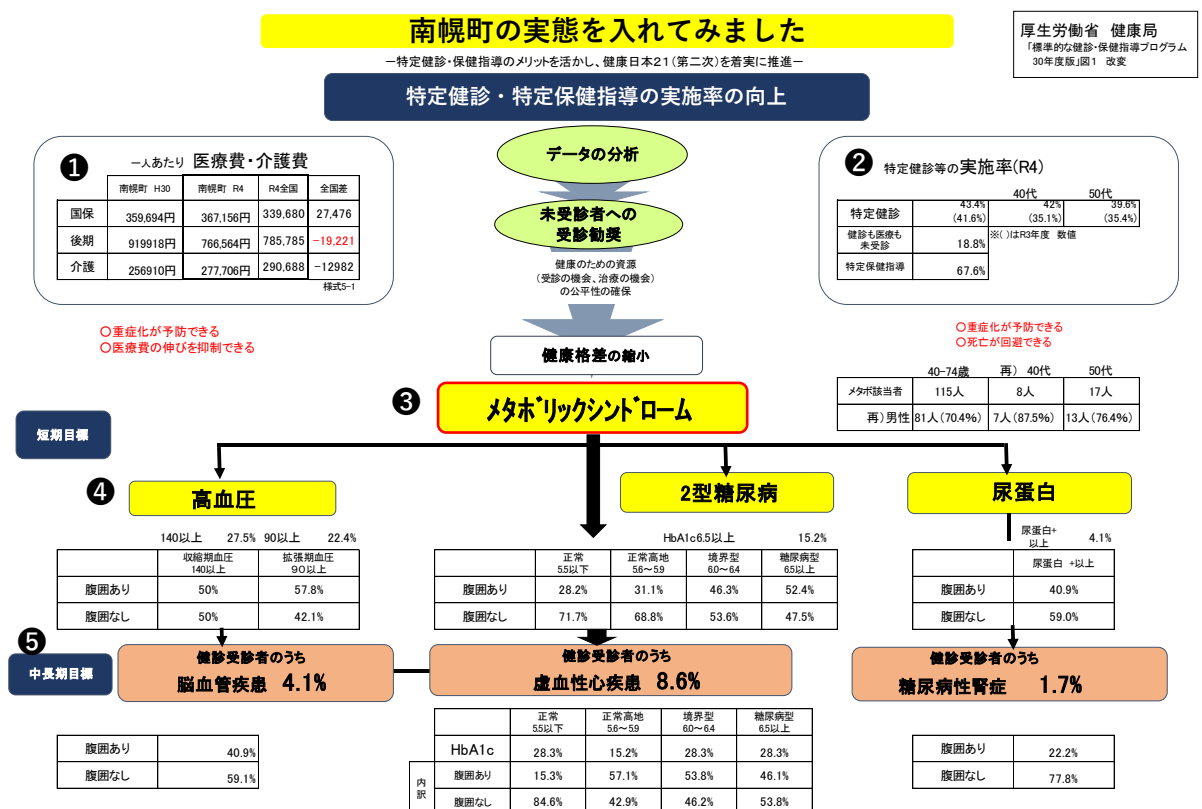
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　－基本的考え方－　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																			
発症予防 重症化予防																			
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法																	
		母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律			（介護保険）			
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																	
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳		～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上
5 対 象 者	4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診査 就学時健診 （11・12条）		児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）		
			妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)				
	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めます。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 75・76）

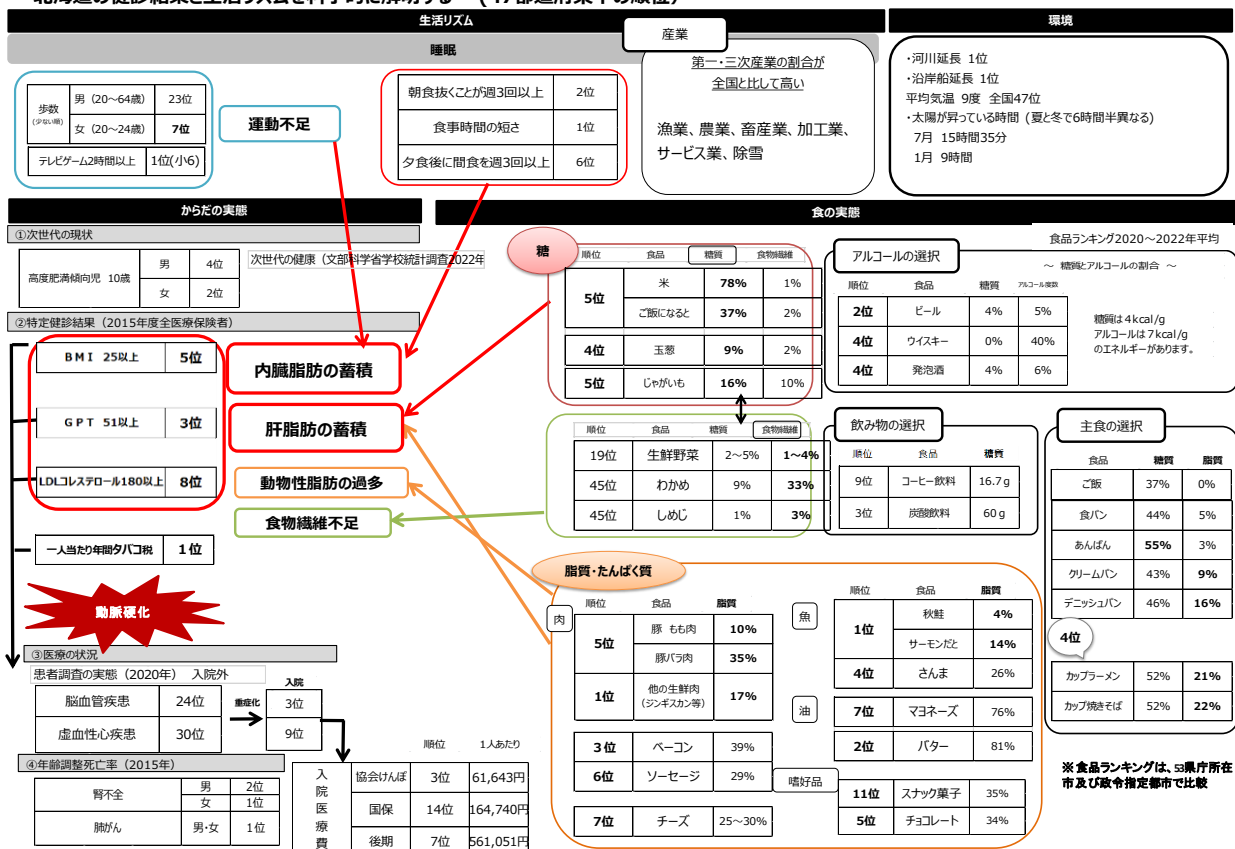
図表 75 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

南幌町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～南幌町の位置～



図表 76 統計から見える北海道の食

北海道の健診結果と生活リズムを科学的に解明する (47都道府県中の順位)



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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・道・同規模と比べてみた南幌町の位置

参考資料 2 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 3 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 4 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 5 HbA1c の年次比較

参考資料 6 血圧の年次比較

参考資料 7 LDL-コレステロールの年次比較

参考資料 8 糖尿病等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(令和 6 年度)

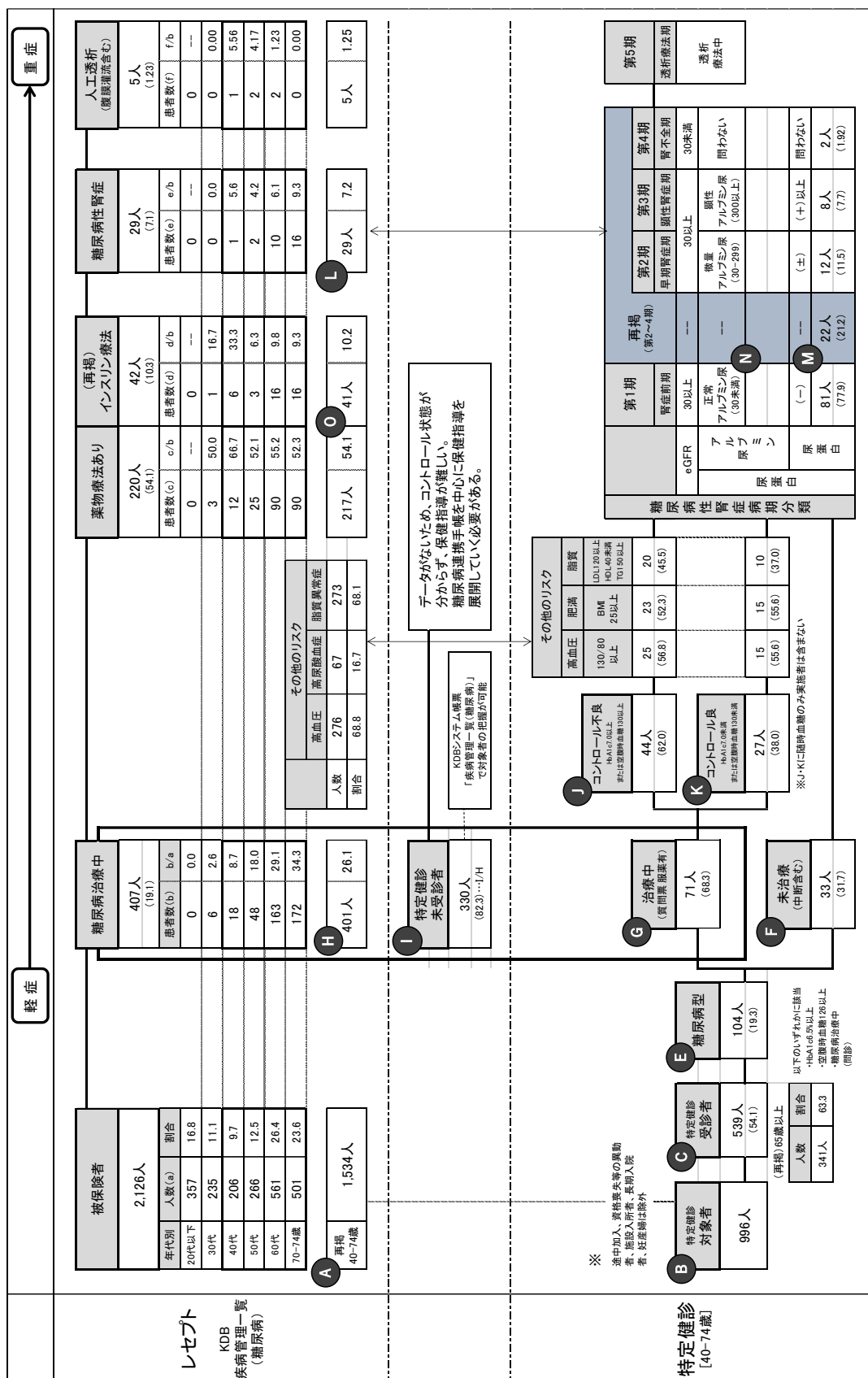
参考資料 1 様式 5-1 国・道・同規模と比べてみた南幌町の位置

項目				南幌町		同規模平均		道		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		7,305		1,680,058		5,165,554		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)		2,555 35.0		662,426 39.4		1,664,023 32.2		35,335,805 28.7			
			75歳以上		1,314 18.0		---		848,273 16.4		18,248,742 14.8			
			65～74歳		1,241 17.0		---		815,750 15.8		17,087,063 13.9			
			40～64歳		2,714 37.2		---		1,745,342 33.8		41,545,893 33.7			
	39歳以下		2,036 27.9		---		1,756,189 34.0		46,332,563 37.6					
	②	産業構成	第1次産業		19.4		17.0		7.4		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業		18.8		25.3		17.9		25.0			
			第3次産業		61.8		57.7		74.7		71.0			
	③	平均寿命	男性		80.2		80.4		80.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性		87.2		86.9		86.8		87.0			
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.3		79.5		79.6		80.1			
			女性		81.7		84.2		84.2		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		100.5		103.1		102.0		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
				女性		87.3		101.3		98.9		100		
			死因	がん	23	48.9	7,089	46.3	19,781	53.3	378,272	50.6		
				心臓病	13	27.7	4,562	29.8	9,373	25.2	205,485	27.5		
				脳疾患	6	12.8	2,404	15.7	4,667	12.6	102,900	13.8		
				糖尿病	0	0.0	283	1.8	756	2.0	13,896	1.9		
				腎不全	4	8.5	622	4.1	1,668	4.5	26,946	3.6		
				自殺	1	2.1	346	2.3	881	2.4	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
			男性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		493 19.4		127,161 19.4		347,930 20.9		6,724,030 19.4		KDB NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	8 0.3		2,078 0.3		5,353 0.3		110,289 0.3			
					介護度別 総件数	要支援1.2	2,129 19.7	365,856 13.2	1,013,763 13.8	21,785,044 12.9				
要介護1.2						5,781 53.6	1,297,770 46.8	3,922,342 53.3	78,107,378 46.3					
要介護3以上						2,878 26.7	1,111,908 40.1	2,419,988 32.9	68,963,503 40.8					
2号認定者		9 0.33		2,073 0.39		7,406 0.42		156,107 0.38						
②		有病状況	糖尿病	129	25.8	30,162	22.6	89,494	24.6	1,712,613	24.3			
			高血圧症	307	58.9	71,773	54.3	181,308	50.0	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	176	32.3	39,654	29.6	113,653	31.1	2,308,216	32.6			
			心臓病	336	64.3	80,304	60.9	200,129	55.3	4,224,628	60.3			
			脳疾患	131	25.5	30,910	23.8	73,784	20.6	1,568,292	22.6			
			がん	61	13.5	14,782	11.0	44,754	12.3	837,410	11.8			
			筋・骨格	306	60.1	71,540	54.1	181,637	50.0	3,748,372	53.4			
			精神	233	43.5	49,589	37.8	125,855	35.0	2,569,149	36.8			
			③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		277,706 709,538,327		314,188 208,126,001,519		269,507 448,465,434,990		290,668 100,742,742,889	
1件当たり給付費(全体)		65,771 74,986			60,965		59,662							
居宅サービス		42,447 43,722			42,034		41,272							
		施設サービス			286,032 289,312		296,260		296,364					
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,966	9,224	9,582	8,610						
			認定なし	5,025	4,375	4,930	4,020							
4	①	国保の状況	被保険者数		1,871		427,153		1,074,364		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳		768 41.0				491,264 45.7		11,129,271 40.5			
			40～64歳		619 33.1				341,793 31.8		9,088,015 33.1			
			39歳以下		484 25.9				241,307 22.5		7,271,596 26.5			
	加入率		25.6		25.6		20.8		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.5	150	0.4	547	0.5	8,237	0.3			
			診療所数	2	1.1	1,147	2.7	3,351	3.1	102,599	3.7			
			病床数	60	32.1	15,964	37.4	92,014	85.6	1,507,471	54.8			
			医師数	6	3.2	1,780	4.2	13,731	12.8	339,611	12.4			
			外来患者数	655.6	692.2	654.8	687.8							
			入院患者数	20.8	22.7	21.5	17.7							
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		367,156 県内76位 同規模112位		376,732		376,962		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
			受診率		676.425		714.851		676.241		705.439			
			外 来	費用の割合	59.3	56.3	56.3	60.4						
				件数の割合	96.9	96.8	96.8	97.5						
			入 院	費用の割合	40.7	43.7	43.7	39.6						
				件数の割合	3.1	3.2	3.2	2.5						
1件あたり在院日数			13.8日	16.4日	15.7日	15.7日								

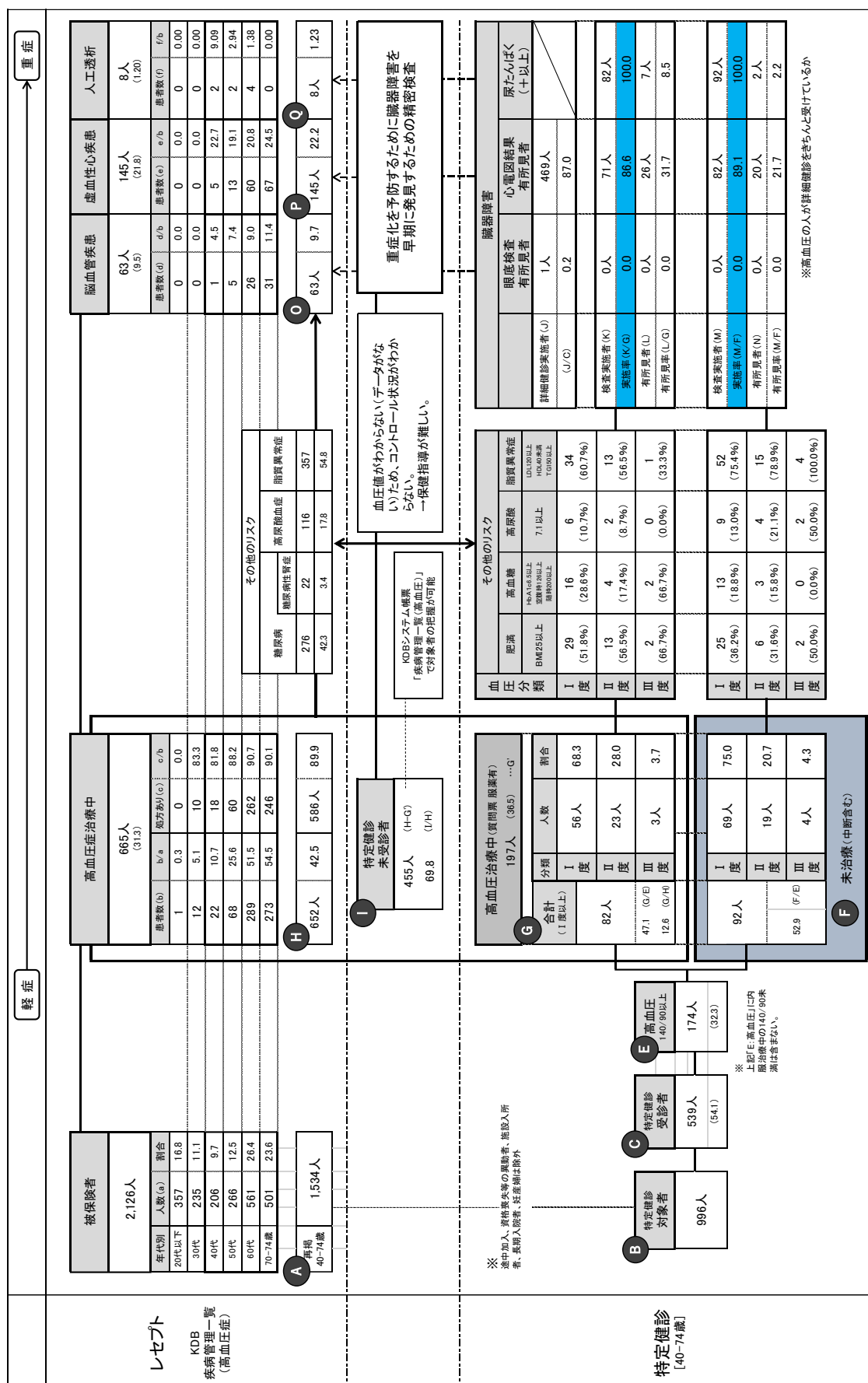
項目			南幌町		同規模平均		道		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (割合含む)	がん	136,311,870	39.1	31.3	36.2	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
				慢性腎不全(透析あり)	29,141,370	8.4	7.2	4.3	8.2			
				糖尿病	37,159,330	10.7	11.3	10.1	10.4			
				高血圧症	22,043,410	6.3	6.6	5.6	5.9			
				脂質異常症	11,693,680	3.4	3.8	3.2	4.1			
				脳梗塞・脳出血	12,208,560	3.5	3.9	4.1	3.9			
				狭心症・心筋梗塞	9,213,800	2.6	2.8	3.2	2.8			
				精神	31,043,240	8.9	14.9	14.4	14.7			
				筋・骨格	56,501,480	16.2	17.3	17.8	16.7			
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	761	0.5	430	0.3	327	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
				糖尿病	1,653	1.1	1,426	0.9	1,159	0.7		
				脂質異常症	107	0.1	69	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	5,843	3.9	6,762	4.1	7,205	4.4		
				虚血性心疾患	2,573	1.7	4,422	2.7	5,077	3.1		
				腎不全	1,536	1.0	4,755	2.9	3,120	1.9		
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	11,021	5.1	12,793	6.0	10,914	5.1		
				糖尿病	18,735	8.6	21,925	10.3	19,440	9.2		
				脂質異常症	6,143	2.8	7,608	3.6	6,316	3.0		
				脳梗塞・脳出血	682	0.3	943	0.4	947	0.4		
				虚血性心疾患	2,591	1.2	1,933	0.9	2,266	1.1		
				腎不全	19,375	8.9	16,719	7.9	10,839	5.1		
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,463	3,122	1,570	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
				健診未受診者	12,827	12,911	16,117	13,295				
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,127	9,063	5,006	6,142				
				健診未受診者	41,214	37,482	51,396	40,210				
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	321	62.6	82,230	58.2	126,938	58.4	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	288	56.1	73,893	52.3	115,464	53.1			
			医療機関非受診率	33	6.4	8,337	5.9	11,474	5.3			
5	①	特定健診の 状況	メタボ	健診受診者	513	141,321	217,414	6,735,405	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
	受診率			43.7	県内61位 同規模134位	45.2	29.2	全国47位		36.7		
				特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	3466	20.4		2,257	8.8	
				非肥満高血糖	55	10.7	14,363	10.2		17,384	8.0	
	⑤		メタボ	該当者	103	20.1	30,617	21.7		43,566	20.0	
				男性	73	29.4	21,568	32.2		30,058	32.5	
				女性	30	11.3	9,049	12.2		13,508	10.8	
				予備群	58	11.3	16,377	11.6		24,064	11.1	
				男性	39	15.7	11,565	17.3		16,725	18.1	
				女性	19	7.2	4,812	6.5		7,339	5.9	
	⑥		メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	179	34.9	51,698		36.6	74,787	34.4
					男性	127	51.2	36,335		54.3	51,697	55.9
					女性	52	19.6	15,363		20.7	23,090	18.5
				BMI	総数	39	7.6	8,247		5.8	13,867	6.4
					男性	13	5.2	1,387		2.1	2,292	2.5
					女性	26	9.8	6,860		9.2	11,575	9.3
				血糖のみ	3	0.6	973	0.7		1,196	0.6	
				血圧のみ	43	8.4	11,955	8.5		17,349	8.0	
				脂質のみ	12	2.3	3,449	2.4		5,519	2.5	
血糖・血圧		15		2.9	5,179	3.7	5,925	2.7				
血糖・脂質		4		0.8	1,483	1.0	2,031	0.9				
血圧・脂質		46		9.0	13,703	9.7	21,619	9.9				
血糖・血圧・脂質		38		7.4	10,252	7.3	13,991	6.4				
①		服薬		高血圧	182	35.5	55,853	39.5	77,802	35.8		
				糖尿病	64	12.5	14,847	10.5	18,858	8.7		
	脂質異常症		141	27.5	39,226	27.8	62,078	28.6				
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		14	2.7	4,430	3.3	6,987	3.3				
②	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	16	3.1	8,361	6.2	11,703	5.6				
		腎不全	5	1.0	1,290	0.9	1,522	0.7				
		貧血	49	10.2	12,322	9.0	19,239	9.2				
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	86	16.8	21,301	15.1	35,647	16.4			
	週3回以上朝食を抜く		57	11.9	11,529	8.6	23,501	12.2				
	週3回以上食後間食(～H29)		0	0.0	0	0.0	0	0.0				
	週3回以上就寝前夕食(～H30～)		68	14.2	21,874	16.4	28,576	14.8				
	週3回以上就寝前夕食		68	14.2	21,874	16.4	28,576	14.8				
	食べる速度が遅い		162	33.8	35,419	26.4	56,268	29.1				
	20歳時体重から10kg以上増加		176	36.7	48,074	35.9	68,894	35.7				
	1回30分以上運動習慣なし		335	69.9	87,721	65.2	122,185	62.6				
	1日1時間以上運動なし		247	51.5	63,121	47.0	91,742	47.1				
	睡眠不足		86	17.9	32,489	24.2	42,990	22.2				
	毎日飲酒		115	22.5	36,275	26.4	44,287	22.5				
	時々飲酒		109	21.3	28,867	21.0	52,075	26.5				
	⑭		日 飲 酒 量	1合未満	162	54.0	54,421	59.9	76,423	59.1		
1～2合		87		29.0	24,063	26.5	33,252	25.7				
2～3合		37		12.3	9,451	10.4	15,397	11.9				
3合以上		14		4.7	2,869	3.2	4,345	3.4				

糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの突合

令和4年度



高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



参考資料5 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正 常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	644	200	31.1%	233	36.2%	116	18.0%	48	7.5%	35	5.4%	12	1.9%	31	4.8%	8	1.2%
H30	594	174	29.3%	230	38.7%	113	19.0%	36	6.1%	28	4.7%	13	2.2%	24	4.0%	10	1.7%
R01	608	207	34.0%	213	35.0%	98	16.1%	52	8.6%	28	4.6%	10	1.6%	21	3.5%	7	1.2%
R02	484	179	37.0%	151	31.2%	74	15.3%	33	6.8%	33	6.8%	14	2.9%	25	5.2%	10	2.1%
R03	497	152	30.6%	170	34.2%	89	17.9%	36	7.2%	39	7.8%	11	2.2%	31	6.2%	8	1.6%
R04	538	163	30.3%	196	36.4%	97	18.0%	37	6.9%	32	5.9%	13	2.4%	29	5.4%	10	1.9%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上													
					再)7.0以上	再掲												
						未治療	治療											
H29	644	200 31.1%	233 36.2%	116 18.0%	95	51	44											
					14.8%	53.7%	46.3%											
					47 7.3%	23 48.9%	24 51.1%											
H30	594	174 29.3%	230 38.7%	113 19.0%	77	25	52											
					13.0%	32.5%	67.5%											
					41 6.9%	11 26.8%	30 73.2%											
R01	608	207 34.0%	213 35.0%	98 16.1%	90	36	54											
					14.8%	40.0%	60.0%											
					38 6.3%	9 23.7%	29 76.3%											
R02	484	179 37.0%	151 31.2%	74 15.3%	80	27	53											
					16.5%	33.8%	66.3%											
					47 9.7%	12 25.5%	35 74.5%											
R03	497	152 30.6%	170 34.2%	89 17.9%	86	30	56											
					17.3%	34.9%	65.1%											
					50 10.1%	12 24.0%	38 76.0%											
R04	538	163 30.3%	196 36.4%	97 18.0%	82	28	54											
					15.2%	34.1%	65.9%											
					45 8.4%	10 22.2%	35 77.8%											

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									
				5.5以下						5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
						合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標											
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A				B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	70	10.9%	2	2.9%	11	15.7%	13	18.6%	20	28.6%	18	25.7%	6	8.6%	18	25.7%	3	4.3%
	H30	71	12.0%	1	1.4%	4	5.6%	14	19.7%	22	31.0%	19	26.8%	11	15.5%	19	26.8%	9	12.7%
	R01	75	12.3%	3	4.0%	5	6.7%	13	17.3%	25	33.3%	21	28.0%	8	10.7%	15	20.0%	5	6.7%
	R02	69	14.3%	2	2.9%	0	0.0%	14	20.3%	18	26.1%	24	34.8%	11	15.9%	18	26.1%	8	11.6%
	R03	71	14.3%	1	1.4%	1	1.4%	13	18.3%	18	25.4%	28	39.4%	10	14.1%	26	36.6%	8	11.3%
	R04	71	13.2%	1	1.4%	3	4.2%	13	18.3%	19	26.8%	26	36.6%	9	12.7%	24	33.8%	8	11.3%
治療なし	H29	574	89.1%	198	34.5%	222	38.7%	103	17.9%	28	4.9%	17	3.0%	6	1.0%	13	2.3%	5	0.9%
	H30	523	88.0%	173	33.1%	226	43.2%	99	18.9%	14	2.7%	9	1.7%	2	0.4%	5	1.0%	1	0.2%
	R01	533	87.7%	204	38.3%	208	39.0%	85	15.9%	27	5.1%	7	1.3%	2	0.4%	6	1.1%	2	0.4%
	R02	415	85.7%	177	42.7%	151	36.4%	60	14.5%	15	3.6%	9	2.2%	3	0.7%	7	1.7%	2	0.5%
	R03	426	85.7%	151	35.4%	169	39.7%	76	17.8%	18	4.2%	11	2.6%	1	0.2%	5	1.2%	0	0.0%
	R04	467	86.8%	162	34.7%	193	41.3%	84	18.0%	18	3.9%	6	1.3%	4	0.9%	5	1.1%	2	0.4%

参考資料 6 血圧の年次比較

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	650	142	21.8%	92	14.2%	203	31.2%	164	25.2%	39	6.0%	10	1.5%
H30	597	145	24.3%	102	17.1%	169	28.3%	142	23.8%	34	5.7%	5	0.8%
R01	609	157	25.8%	89	14.6%	189	31.0%	140	23.0%	30	4.9%	4	0.7%
R02	485	94	19.4%	81	16.7%	154	31.8%	121	24.9%	32	6.6%	3	0.6%
R03	498	117	23.5%	77	15.5%	142	28.5%	126	25.3%	34	6.8%	2	0.4%
R04	539	124	23.0%	79	14.7%	162	30.1%	125	23.2%	42	7.8%	7	1.3%

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Ⅱ度高血圧	未治療	治療						
H29	650	234 36.0%	203 31.2%	164 25.2%	49 7.5%	32 65.3%	17 34.7%						
					10 1.5%	8 80.0%	2 20.0%	1.5%					
H30	597	247 41.4%	169 28.3%	142 23.8%	39 6.5%	20 51.3%	19 48.7%						
					5 0.8%	4 80.0%	1 20.0%	0.8%					
R01	609	246 40.4%	189 31.0%	140 23.0%	34 5.6%	17 50.0%	17 50.0%						
					4 0.7%	3 75.0%	1 25.0%	0.7%					
R02	485	175 36.1%	154 31.8%	121 24.9%	35 7.2%	21 60.0%	14 40.0%						
					3 0.6%	2 66.7%	1 33.3%	0.6%					
R03	498	194 39.0%	142 28.5%	126 25.3%	36 7.2%	19 52.8%	17 47.2%						
					2 0.4%	2 100.0%	0 0.0%	0.4%					
R04	539	203 37.7%	162 30.1%	125 23.2%	49 9.1%	23 46.9%	26 53.1%						
					7 1.3%	4 57.1%	3 42.9%	1.3%					

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	243	37.4%	39	16.0%	30	12.3%	80	32.9%	77	31.7%	15	6.2%
	H30	211	35.3%	24	11.4%	32	15.2%	67	31.8%	69	32.7%	18	8.5%
	R01	214	35.1%	30	14.0%	27	12.6%	73	34.1%	67	31.3%	16	7.5%
	R02	185	38.1%	18	9.7%	30	16.2%	60	32.4%	63	34.1%	13	7.0%
	R03	191	38.4%	25	13.1%	28	14.7%	53	27.7%	68	35.6%	17	8.9%
	R04	197	36.5%	23	11.7%	28	14.2%	64	32.5%	56	28.4%	23	11.7%
治療なし	H29	407	62.6%	103	25.3%	62	15.2%	123	30.2%	87	21.4%	24	5.9%
	H30	386	64.7%	121	31.3%	70	18.1%	102	26.4%	73	18.9%	16	4.1%
	R01	395	64.9%	127	32.2%	62	15.7%	116	29.4%	73	18.5%	14	3.5%
	R02	300	61.9%	76	25.3%	51	17.0%	94	31.3%	58	19.3%	19	6.3%
	R03	307	61.6%	92	30.0%	49	16.0%	89	29.0%	58	18.9%	17	5.5%
	R04	342	63.5%	101	29.5%	51	14.9%	98	28.7%	69	20.2%	19	5.6%

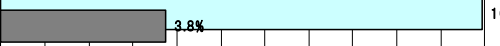
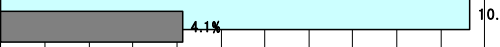
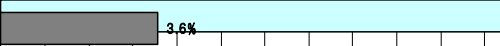
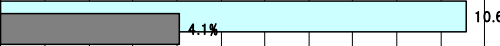
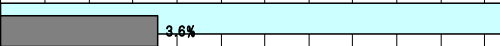
参考資料 7 LDL コレステロールの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総 数	H29	640	322	50.3%	144	22.5%	104	16.3%	46	7.2%	24	3.8%
	H30	582	274	47.1%	143	24.6%	103	17.7%	38	6.5%	24	4.1%
	R01	601	300	49.9%	152	25.3%	90	15.0%	46	7.7%	13	2.2%
	R02	476	228	47.9%	119	25.0%	74	15.5%	38	8.0%	17	3.6%
	R03	492	250	50.8%	123	25.0%	67	13.6%	32	6.5%	20	4.1%
	R04	535	261	48.8%	125	23.4%	88	16.4%	42	7.9%	19	3.6%
男 性	H29	284	165	58.1%	56	19.7%	40	14.1%	13	4.6%	10	3.5%
	H30	259	139	53.7%	57	22.0%	39	15.1%	17	6.6%	7	2.7%
	R01	277	155	56.0%	64	23.1%	38	13.7%	16	5.8%	4	1.4%
	R02	225	115	51.1%	57	25.3%	34	15.1%	12	5.3%	7	3.1%
	R03	236	126	53.4%	50	21.2%	35	14.8%	15	6.4%	10	4.2%
	R04	259	130	50.2%	57	22.0%	45	17.4%	18	6.9%	9	3.5%
女 性	H29	356	157	44.1%	88	24.7%	64	18.0%	33	9.3%	14	3.9%
	H30	323	135	41.8%	86	26.6%	64	19.8%	21	6.5%	17	5.3%
	R01	324	145	44.8%	88	27.2%	52	16.0%	30	9.3%	9	2.8%
	R02	251	113	45.0%	62	24.7%	40	15.9%	26	10.4%	10	4.0%
	R03	256	124	48.4%	73	28.5%	32	12.5%	17	6.6%	10	3.9%
	R04	276	131	47.5%	68	24.6%	43	15.6%	24	8.7%	10	3.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上				
					再)180以上	未治療	治療		
H29	640	322 50.3%	144 22.5%	104 16.3%	70 10.9%	60 85.7%	11 15.7%		10.9%
					24 3.8%	23 95.8%	1 4.2%		
H30	582	274 47.1%	143 24.6%	103 17.7%	62 10.7%	54 87.1%	8 12.9%		10.7%
					24 4.1%	18 75.0%	6 25.0%		
R01	601	300 49.9%	152 25.3%	90 15.0%	59 9.8%	50 84.7%	9 15.3%		9.8%
					13 2.2%	11 84.6%	2 15.4%		
R02	476	228 47.9%	119 25.0%	74 15.5%	55 11.6%	48 87.3%	9 16.4%		11.6%
					17 3.6%	17 100.0%	1 5.9%		
R03	492	250 50.8%	123 25.0%	67 13.6%	52 10.6%	44 84.6%	9 17.3%		10.6%
					20 4.1%	17 85.0%	4 20.0%		
R04	535	261 48.8%	125 23.4%	88 16.4%	61 11.4%	54 88.5%	7 11.5%		11.4%
					19 3.6%	16 84.2%	3 15.8%		

治療と未治療の状況

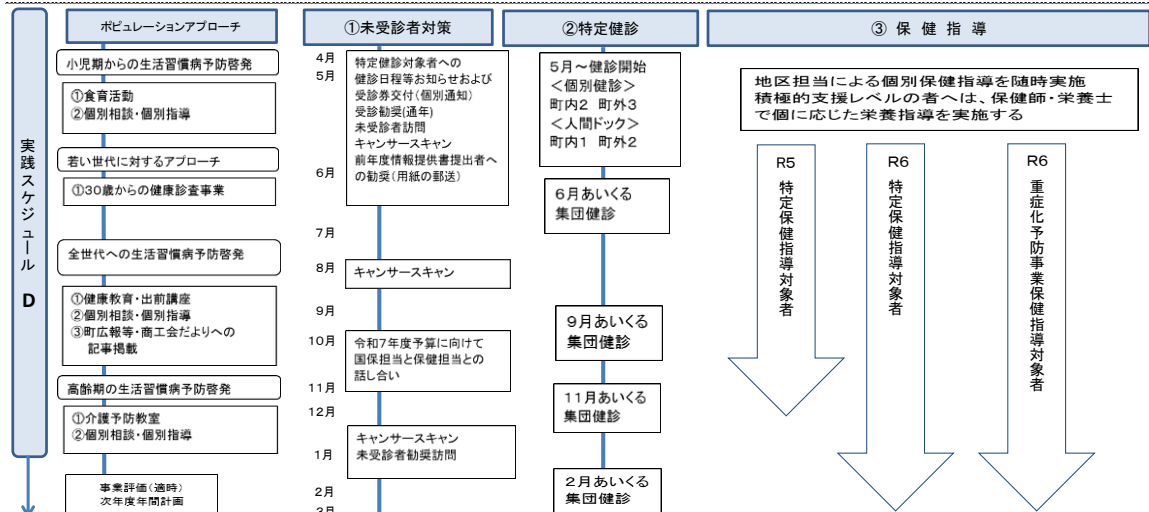
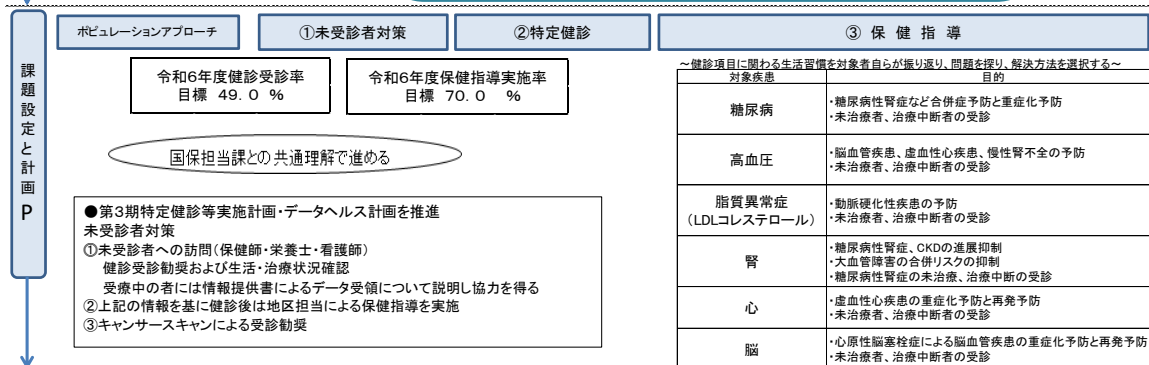
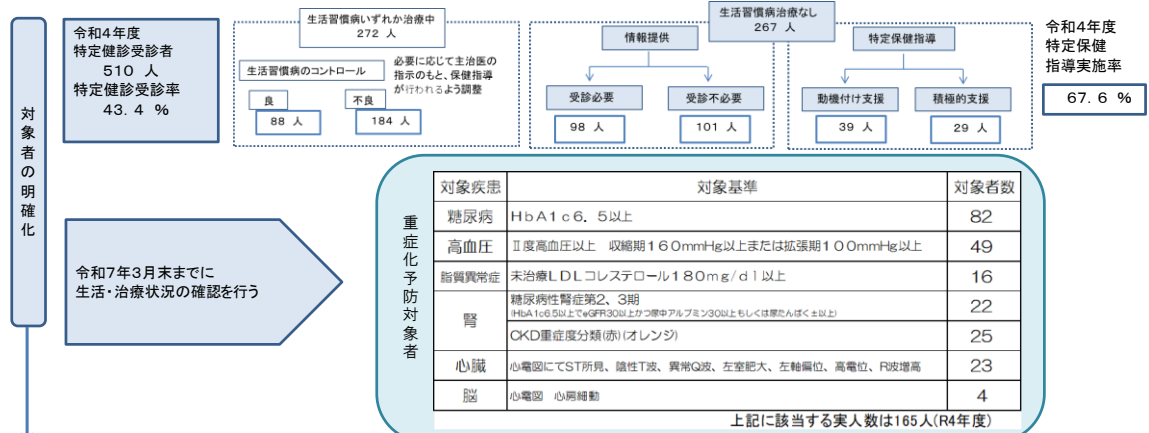
	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	H29	177	27.7%	109	61.6%	38	21.5%	19	10.7%	10	5.6%
	H30	180	30.9%	121	67.2%	33	18.3%	18	10.0%	2	1.1%
	R01	169	28.1%	120	71.0%	26	15.4%	14	8.3%	7	4.1%
	R02	159	33.4%	108	67.9%	33	20.8%	9	5.7%	8	5.0%
	R03	155	31.5%	110	71.0%	25	16.1%	11	7.1%	5	3.2%
	R04	150	28.0%	106	70.7%	27	18.0%	10	6.7%	4	2.7%
治療なし	H29	472	73.8%	217	46.0%	110	23.3%	85	18.0%	37	7.8%
	H30	417	71.6%	162	38.8%	113	27.1%	88	21.1%	36	8.6%
	R01	441	73.4%	184	41.7%	129	29.3%	78	17.7%	39	8.8%
	R02	326	68.5%	124	38.0%	87	26.7%	67	20.6%	31	9.5%
	R03	343	69.7%	143	41.7%	99	28.9%	57	16.6%	27	7.9%
	R04	389	72.7%	159	40.9%	98	25.2%	78	20.1%	38	9.8%

参考資料 8 糖尿病等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(令和 6 年度)

糖尿病等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(令和 6 年度)

R 6. 2. 8 作成(案)

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



★特定健診受診率

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
受診率の目標	51.0%	55.0%	59.0%	63.0%	67.0%	71.0%
受診率の実績	46.5%	47.1%	38.9%	40.4%	43.4%	

★特定保健指導実施率

年度	受診者	全 体			
		該当者	該当率	実施者	実施率
平成30年度	578	73	12.6	55	75.3
令和1年度	584	65	11.1	54	83.1
令和2年度	469	62	13.2	42	67.7
令和3年度	479	55	11.5	49	89.1
令和4年度	510	68	13.3	46	67.6
令和5年度					

★重症化予防対象者評価

対象疾患	糖尿病	高血圧	脂質異常症 (LDLコレステロール)	腎	心	脳
評価	・糖尿病管理台帳 ・年次比較ツール (重症化予防対象者) ・図表30 ・健診データとレセプト の突合	・年次比較ツール (重症化予防対象者) (重症化予防対象者) ・健診データとレセプト の突合	・年次比較ツール (重症化予防対象者) (重症化予防対象者) ・健診データとレセプト の突合	・糖尿病管理台帳 ・図表7(医療費に 占める割合) ・図表6-1 ・図表32(DM腎様 式6-1)	・図表7 ・様式6-1	・図表7 ・様式6-1

★生活習慣病予防をライフサイクルで見えていく。母子・健康づくり担当と高齢者支援担当とで業務分担しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと