

余市町国民健康保険  
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  
余 市 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
I. 背景・目的	
II. データヘルス計画の位置付けと基本的な考え方	
III. データヘルス計画の計画期間	
IV. 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	
第2章 第2期データヘルス計画にかかる考察及び第3期データヘルス計画における健康課題の明確化	8
I. 保険者の特性	
II. 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察	
1. 第2期データヘルス計画に係る評価	
2. 主な個別事業の評価と課題	
3. 第2期データヘルス計画に係る考察	
III. 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化	
1. 基本的な考え方	
2. 健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	31
I. 第4期特定健康診査等実施計画について	
II. 目標値の設定	
III. 対象者の見込み	
IV. 特定健診の実施	
V. 特定保健指導の実施	
VI. 個人情報の保護	
VII. 結果の報告	
VIII. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第4章 課題を解決するための個別保健事業	38
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 脳血管疾患重症化予防	
2. 糖尿病性腎症重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
III. 発症予防	
IV. ポピュレーションアプローチ	
第5章 データヘルス計画の評価・見直し	59
I. 評価の時期	
II. 評価方法・体制	
第6章 データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	60
I. データヘルス計画の公表・周知	
II. 個人情報の取扱い	
第7章 地域包括ケアに係る取組	60
参考資料	61

図表色付けの意味
課題となる場所
改善した場所

# 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

## I. 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>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2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、社会等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。

## II. データヘルス計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期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。

データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、北海道介護保険事業支援計画、高齢者保健事業の実施計画、北海道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、「特定健診審査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、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、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)<sup>※5</sup>」(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に基づく健診・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)

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)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)

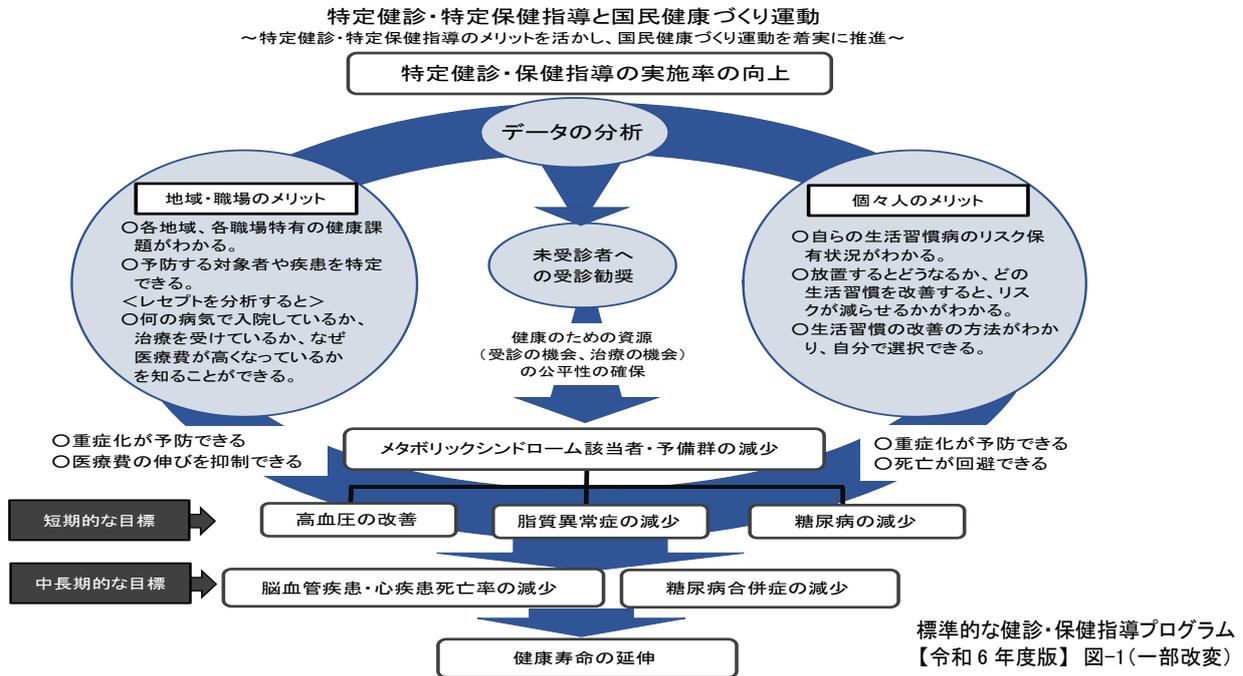
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、データヘルス計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※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

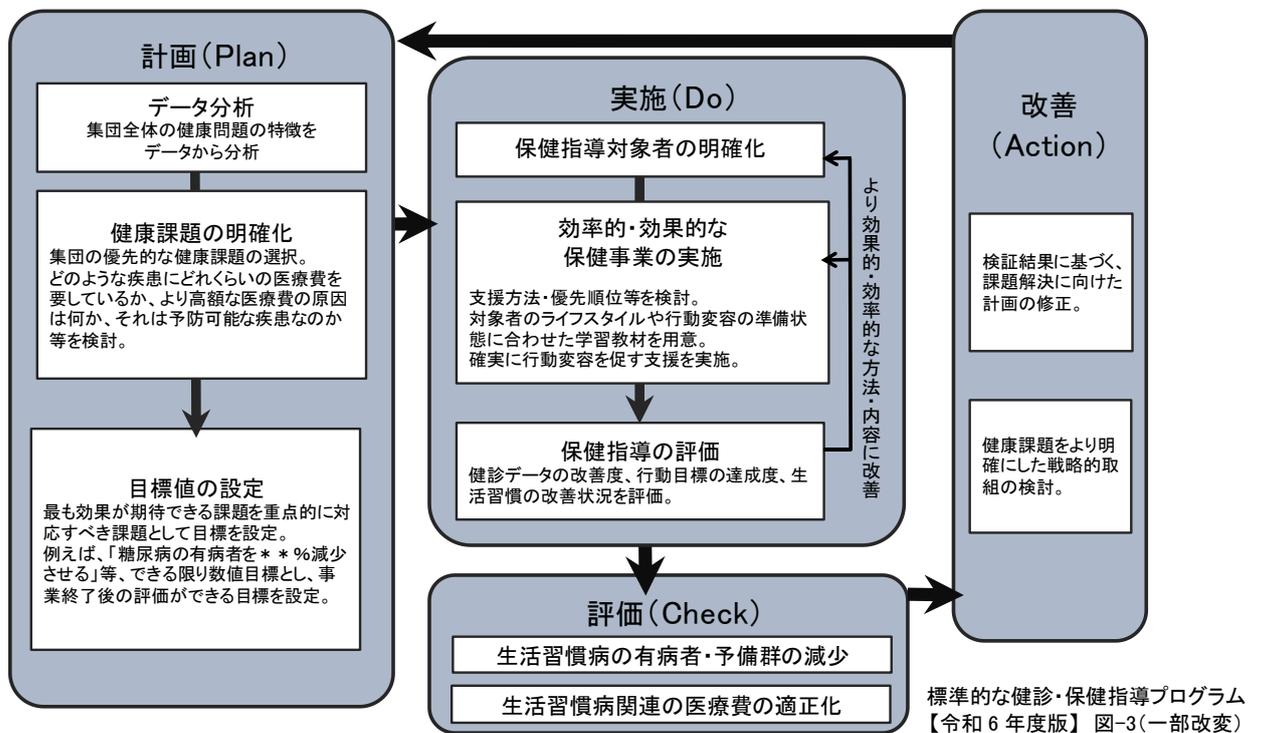
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切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 診査の効果的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	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も配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・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産産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し 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指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

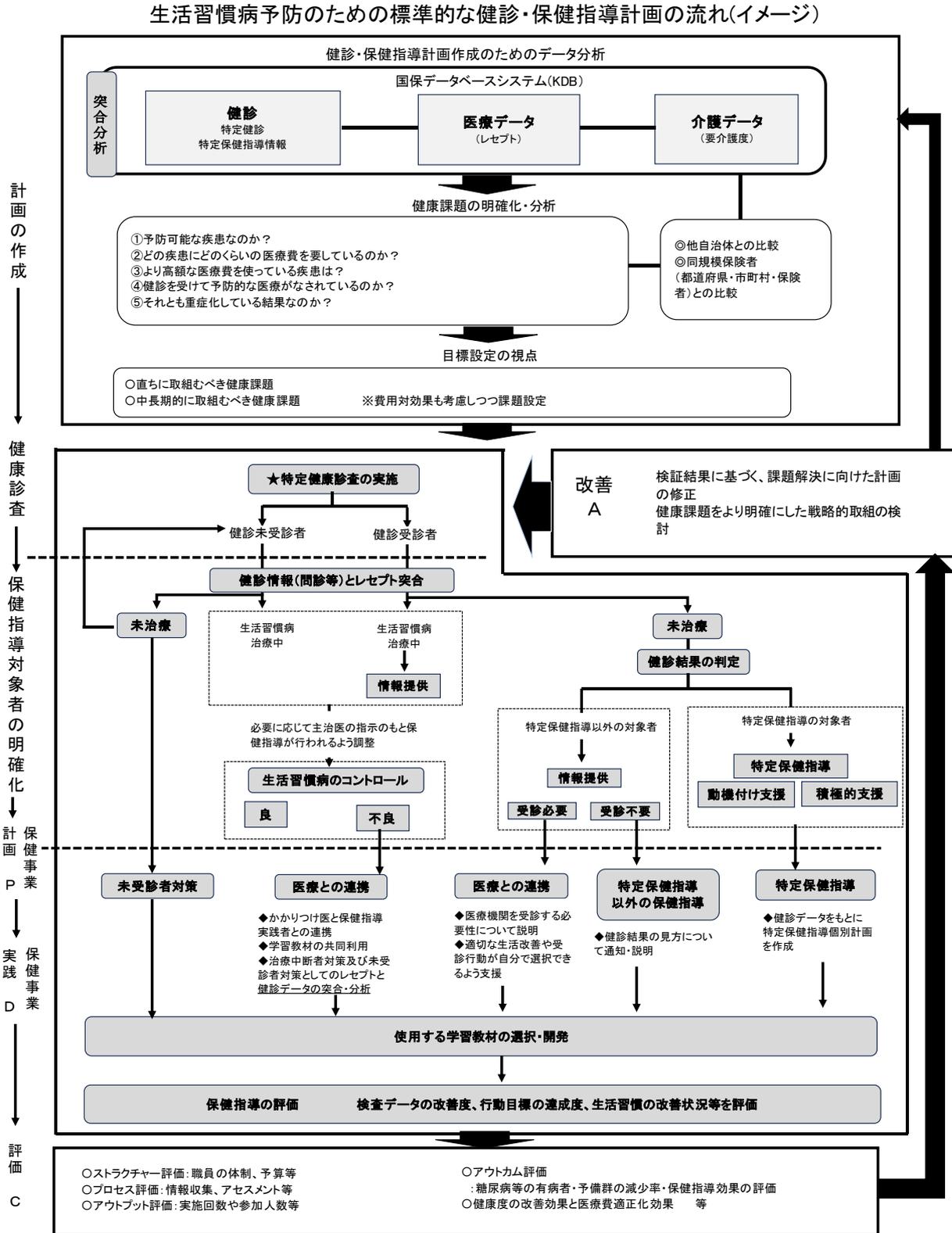
図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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

標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考



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。

### III. データヘルス計画の計画期間

データヘルス計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

#### <参考> データヘルス計画の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。また国民健康保険保健事業の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しており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が 6 年を 1 期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

## IV. 関係者が果たすべき役割と連携

### 1. 市町村国保の役割

本データヘルス計画は、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、関係部局および関係機関と協力して策定等を進めます。またデータヘルス計画に基づき、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データヘルス計画の評価をし、必要に応じて、データヘルス計画の見直しや次期データヘルス計画に反映させます。実施にあたっては、関係部局及び関係機関とも連携を図ります。

### 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、データヘルス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。

データヘルス計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である道のほか、北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、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、余市医師会等と連携、協力する。

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する関与が重要となります。

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

## 第2章 第2期データヘルス計画にかかる考察及び第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

### I. 保険者の特性

本町は、人口約1.7万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で40.5%と同規模保険者（以下、「同規模」とする。）、道、国と比較して高くなっています。また出生率が低く、死亡率が高いことから、今後も人口の減少が続くことが予測されます。被保険者の平均年齢は56.5歳と同規模と比べて高くなっています。産業においては、第3次産業の割合が最も高いですが、第1次産業の割合も同規模、道、国と比較して高いのが特徴です。第1次産業では、夏季と冬季の生活の違いが大きいことも考えられます。（図表5）

国保加入率は22.8%で、被保険者数は年々減少傾向ですが、加入率はほぼ横ばいであり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約50%を占めています。（図表6）

また本町内には2つの病院、13の診療所があり、いずれも同規模と比較して多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあり、特に入院患者数が多いのが特徴です。（図表7）

図表5 同規模・道・国と比較した余市町の特性

	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
余市町	17,947	40.5	4,097 (22.8)	56.5	4.6	16.0	0.3	16.7	16.7	66.6
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
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、余市町と同規模保険者（111市町村）の平均値を表す

図表6 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	4,787		4,586		4,499		4,266		4,097	
65～74歳	2,347	49.0	2,341	51.0	2,332	51.8	2,218	52.0	2,074	50.6
40～64歳	1,533	32.0	1,396	30.4	1,369	30.4	1,300	30.5	1,277	31.2
39歳以下	907	18.9	849	18.5	798	17.7	748	17.5	746	18.2
加入率	24.5		23.4		23.0		21.8		22.8	

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7 医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	道								
											割合	割合
病院数	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.5	2	0.5	0.3	0.5
診療所数	17	3.6	17	3.7	16	3.6	15	3.5	14	3.4	2.8	3.1
病床数	357	74.6	357	77.8	357	79.4	355	83.2	355	86.6	45.4	85.6
医師数	33	6.9	33	7.2	26	5.8	26	6.1	27	6.6	6.6	12.8
外来患者数	760.8		756.1		699.7		732.4		743.1		721.7	654.8
入院患者数	30.7		32.6		31.8		30.6		30.9		21.9	21.5

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## II. 第2期データヘルス計画にかかる評価及び考察

### 1. 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目はデータヘルス計画の最終年度までに達成を目指す中長期的な目標として、医療費の抑制及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の割合の減少を設定しました。

2つ目は中長期的な目標を達成するために年度ごとに確認していく短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合の減少を設定しました。(P23 図表 30 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

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で31人(認定率0.55%)、1号(65歳以上)被保険者で1,799人(認定率24.8%)と同規模、道、国と比較すると高く、平成30年度と比べてもほぼ横ばいで推移しています。(図表8)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療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、一人あたり給付費は減少していますが、総給付費は約2,000万円増加しています。(図表9)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で要介護者の有病状況を見ると、虚血性心疾患と脳卒中を有する者がそれぞれ約半数を占めています。2号被保険者では脳卒中を有する者が64.3%と高く、虚血性心疾患は75歳以上の後期高齢者になって大きく割合が増加しています。その他の疾患では、認知症と筋骨格疾患が年代が上がるとともに割合が高くなっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年代で約9割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10)

図表8 要介護認定者(率)の状況

	余市町		同規模	道	国		
	H30年度	R04年度				R04年度	R04年度
高齢化率	7,130人	36.4%	7,260人	40.5%	36.0%	32.2%	28.7%
2号認定者	33人	0.51%	31人	0.55%	0.40%	0.42%	0.38%
新規認定者	8人		8人		--	--	--
1号認定者	1,775人	24.9%	1,799人	24.8%	18.8%	20.9%	19.4%
新規認定者	180人		223人		--	--	--
再掲							
65~74歳	199人	6.0%	176人	5.1%	--	--	--
新規認定者	33人		37人		--	--	--
75歳以上	1,576人	41.6%	1,623人	42.4%	--	--	--
新規認定者	147人		186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 9 介護給付費の変化

	余市町		同規模	道	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	20億7705万円	20億9610万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	291,311	288,719	297,567	269,507	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	63,750	67,032	70,292	60,965	59,662
居宅サービス	39,365	42,693	43,991	42,034	41,272
施設サービス	287,572	297,405	291,264	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 10 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		31		177		1,623		1,800		1,831		
再)国保・後期		14		129		1,451		1,580		1,594		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病	件数 割合
			件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合					
	循環器 疾患	1	脳卒中	9 64.3%	脳卒中	54 41.9%	虚血性 心疾患	749 51.6%	虚血性 心疾患	789 49.9%	虚血性 心疾患	793 49.7%
		2	虚血性 心疾患	4 28.6%	虚血性 心疾患	40 31.0%	脳卒中	709 48.9%	脳卒中	763 48.3%	脳卒中	772 48.4%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	22 17.1%	腎不全	293 20.2%	腎不全	315 19.9%	腎不全	315 19.8%
		4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	23 17.8%	糖尿病 合併症	206 14.2%	糖尿病 合併症	229 14.5%	糖尿病 合併症	229 14.4%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		12 85.7%	基礎疾患	121 93.8%	基礎疾患	1,412 97.3%	基礎疾患	1,533 97.0%	基礎疾患	1,545 96.9%	
	血管疾患合計		12 85.7%	合計	121 93.8%	合計	1,424 98.1%	合計	1,545 97.8%	合計	1,557 97.7%	
	認知症		1 7.1%	認知症	26 20.2%	認知症	612 42.2%	認知症	638 40.4%	認知症	639 40.1%	
	筋・骨格疾患		10 71.4%	筋骨格系	125 96.9%	筋骨格系	1,408 97.0%	筋骨格系	1,533 97.0%	筋骨格系	1,543 96.8%	

※新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「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、国保加入者が減少するのに伴い総医療費が減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約7万円高く、平成30年度と比較しても約4万円増加しています。

また本町は同規模、道、国と比較すると受診率が高いのが特徴です。入院医療費は、全体のレセプトのわずか4%程度にも関わらず、医療費全体の約50%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約6万円も高くなっています。(図表11)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を大きく超えており、道平均も超えています。入院の地域差指数をみると、国保では平成 30 年度よりも増加していますが、後期では減少しており、国保の入院が課題になっています。(図表 12)

以上より、一人あたり医療費の地域差は入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要なことから、引き続き重症化予防の取組に力を入れていきます。

図表 11 医療費の推移

	余市町		同規模	道	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	4,787人	4,097人	--	--	--	
前期高齢者割合	2,347人 (49.0%)	2,074人 (50.6%)	--	--	--	
総医療費	19億7060万円	18億7726万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	411,656 道内28位 同規模9位	458,204 道内16位 同規模5位	382,035	376,962	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	542,610	601,300	601,790	628,200	617,950
	費用の割合	49.4	49.6	42.6	43.7	39.6
	件数の割合	3.9	4.0	2.9	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	22,490	25,430	24,640	26,530	24,220
	費用の割合	50.6	50.4	57.4	56.3	60.4
	件数の割合	96.1	96.0	97.1	96.8	97.5
受診率	791.542	774.028	743.593	676.241	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は余市町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

図表 12 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			
	余市町 (道内市町村中)		道 (47都道府県中)	余市町 (道内市町村中)		道 (47都道府県中)	
	H30年度	R02年度	R02年度	H30年度	R02年度	R02年度	
地域差指数・順位	全体	1.169	1.249	1.064	1.213	1.129	1.118
		(32位)	(15位)	(16位)	(16位)	(36位)	(9位)
	入院	1.411	1.646	1.162	1.439	1.260	1.252
		(34位)	(11位)	(17位)	(18位)	(41位)	(8位)
	外来	1.006	0.983	0.997	0.979	1.007	0.985
		(66位)	(82位)	(26位)	(60位)	(34位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

### (3) 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全(透析あり)については、平成 30 年度より 1%以上も伸びており、道よりも高くなっています。本町では同規模、道、国と比較し筋・骨格疾患、精神疾患が占める割合が高いのが特徴ですが、データヘルス計画では予防可能な疾患をターゲットとするため、この部分については別の検討が必要です。(図表 13)

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は減少していますが、人工透析については微増しています。人工透析は生涯医療費がかかり続けることに加え、QOLにも大きな影響を及ぼすことから、人工透析に至った要因について分析を行い、対策していくことが必要です。(図表 14)

図表 13 中長期目標疾患の医療費の推移

			余市町		同規模	道	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			19億7060万円	18億7726万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億1454万円	9736万円	--	--	--
			5.81%	5.19%	7.88%	6.48%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.26%	1.87%	2.17%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.86%	0.71%	1.42%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.38%	2.42%	4.00%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.19%	0.29%	0.28%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		14.03%	15.69%	17.02%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		10.23%	10.70%	8.86%	9.41%	8.68%
	精神疾患		10.42%	9.95%	8.15%	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 14 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	4,787	4,097	a	408	291	417	358	14	17	
	a/A			8.5%	7.1%	8.7%	8.7%	0.3%	0.4%		
40歳以上	B	3,880	3,351	b	404	289	410	353	14	16	
	B/A	81.1%	81.8%	b/B	10.4%	8.6%	10.6%	10.5%	0.4%	0.5%	
再掲	40～64歳	D	1,533	1,277	d	77	62	86	66	7	12
		D/A	32.0%	31.2%	d/D	5.0%	4.9%	5.6%	5.2%	0.5%	0.9%
	65～74歳	C	2,347	2,074	c	327	227	324	287	7	4
		C/A	49.0%	50.6%	c/C	13.9%	10.9%	13.8%	13.8%	0.3%	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

## 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

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧では治療者割合が増加しているものの、合併症である脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は減少しています。ただし、人工透析は40～64歳の若い層で増加しています。(図表 15)

糖尿病についても高血圧と同様の傾向ですが、40～64歳では虚血性心疾患と人工透析の割合が増加しています。また糖尿病特有の合併症においても、腎症が増加しています。(図表 16)

脂質異常症については、治療者割合とともに、脳血管疾患、虚血性心疾患の割合が減少しています。但し、ここでも人工透析の割合が増加しています。(図表 17)

これらのことから、短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症においては、40～64歳の若い世代での人工透析の合併に注意が必要です。

図表 15 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	1,737	1,556	395	350	1,342	1,206	
	A/被保数	44.8%	46.4%	25.8%	27.4%	57.2%	58.1%	
(中長期 合併目 標疾 患)	脳血管疾患	B	227	170	48	35	179	135
		B/A	13.1%	10.9%	12.2%	10.0%	13.3%	11.2%
	虚血性心疾患	C	326	265	61	49	265	216
		C/A	18.8%	17.0%	15.4%	14.0%	19.7%	17.9%
	人工透析	D	13	16	7	12	6	4
		D/A	0.7%	1.0%	1.8%	3.4%	0.4%	0.3%

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 16 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	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,055	923	250	214	805	709
		A/被保数	27.2%	27.5%	16.3%	16.8%	34.3%	34.2%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	136	117	28	21	108	96
		B/A	12.9%	12.7%	11.2%	9.8%	13.4%	13.5%
	虚血性心疾患	C	198	172	32	35	166	137
		C/A	18.8%	18.6%	12.8%	16.4%	20.6%	19.3%
	人工透析	D	11	13	6	11	5	2
		D/A	1.0%	1.4%	2.4%	5.1%	0.6%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	65	68	16	17	49	51
		E/A	6.2%	7.4%	6.4%	7.9%	6.1%	7.2%
	糖尿病性網膜症	F	88	59	16	11	72	48
		F/A	8.3%	6.4%	6.4%	5.1%	8.9%	6.8%
	糖尿病性神経障害	G	53	29	10	6	43	23
		G/A	5.0%	3.1%	4.0%	2.8%	5.3%	3.2%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覽(糖尿病)  
地域の全体像の把握

図表 17 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	1,386	1,158	349	268	1,037	890
		A/被保数	35.7%	34.6%	22.8%	21.0%	44.2%	42.9%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	170	133	34	26	136	107
		B/A	12.3%	11.5%	9.7%	9.7%	13.1%	12.0%
	虚血性心疾患	C	264	203	50	36	214	167
		C/A	19.0%	17.5%	14.3%	13.4%	20.6%	18.8%
	人工透析	D	5	9	2	7	3	2
		D/A	0.4%	0.8%	0.6%	2.6%	0.3%	0.2%

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

## (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度高血圧以上の有所見者を平成30年度と令和3年度で比較すると、令和3年度の方が有所見者割合は増加しています。また未治療者について、健診後の医療状況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者が、全国と同規模市町村と比較すると低いものの20%となっており、治療中断となった者も6.7%となっています。

さらに、HbA1c7.0%以上の者で未治療のまま放置されている者も6.8%いました。(図表18)

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18 結果の改善と医療のかかり方 (特定健診法定報告の対象者)

	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		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			未治療 (内服なし)				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
余市町	965	27.7	825	26.0	30	3.1	11	36.7	45	5.5	22	48.9	26	57.8	2	4.4
同規模	102,084	42.4	88,959	38.8	6,357	6.2	4,013	63.1	6,269	7.0	3,976	63.4	2,492	39.8	309	4.9

	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		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			未治療 (内服なし)				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
余市町	955	99.0	815	98.8	61	6.4	19	31.1	44	5.4	4	9.1	6	13.6	0	0.0
同規模	100,303	95.3	87,882	98.8	4,799	4.8	1,222	25.5	4,387	5.0	1,061	24.2	287	6.5	150	3.4

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典:ヘルスサポートラボツール

## (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、脳血管疾患や虚血性心疾患等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、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した。

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度高血圧のみ約2%増加し、翌年度の結果を見ると改善率は横ばいでした。HbA1c6.5以上、LDLコレステロール160以上では全て改善率が上がってきています。一方で、翌年

度健診を受診していない方がいずれも3～4割程度存在し、結果が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ともに、健診の継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 19 メタボリックシンドロームの経年変化（特定健診法定報告の対象者）

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	965 (27.7%)	205 (21.2%)	66 (6.8%)	139 (14.4%)	86 (8.9%)
R04年度	912 (30.5%)	198 (21.7%)	63 (6.9%)	135 (14.8%)	103 (11.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 20 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)(特定健診法定報告の対象者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	118 (11.7%)	20 (16.9%)	31 (26.3%)	11 (9.3%)	56 (47.5%)
R03→R04	78 (9.2%)	17 (21.8%)	21 (26.9%)	12 (15.4%)	28 (35.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 21 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)(特定健診法定報告の対象者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	34 (3.3%)	14 (41.2%)	3 (8.8%)	0 (0.0%)	17 (50.0%)
R03→R04	45 (5.2%)	20 (44.4%)	7 (15.6%)	2 (4.4%)	16 (35.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 22 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)(特定健診法定報告の対象者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	139 (13.6%)	57 (41.0%)	28 (20.1%)	7 (5.0%)	47 (33.8%)
R03→R04	106 (12.4%)	49 (46.2%)	23 (21.7%)	5 (4.7%)	29 (27.4%)

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

本町の健診受診率は、令和1年度には30.2%まで伸びましたが、令和2年度、3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で低下し令和4年度に受診率が回復しましたが、第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表23)

健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表24)

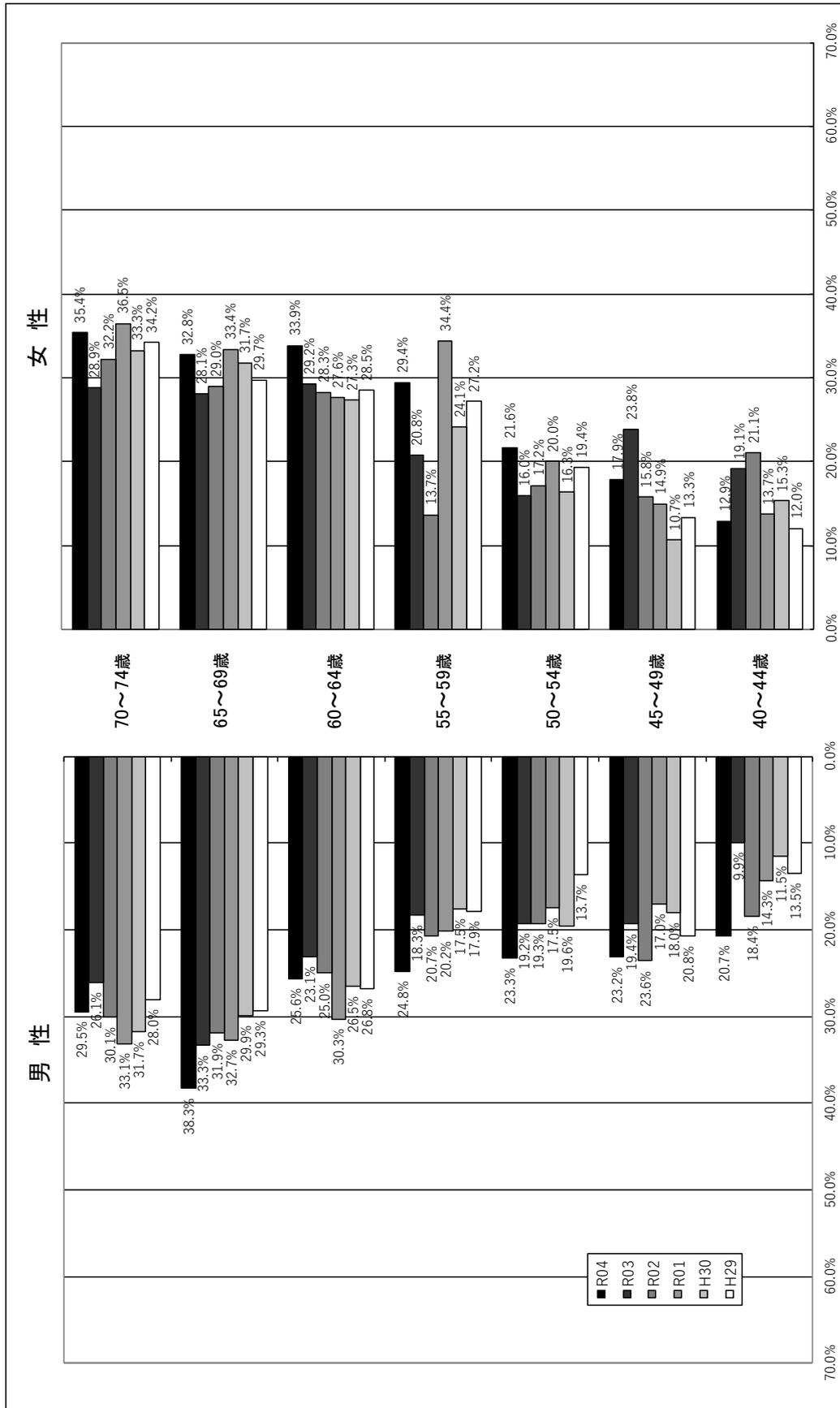
保健指導についても、令和1年度以降、大きく実施率が下がっており、新型コロナウイルス感染症の影響で支援を断られたケースがいたことも要因と考えられます。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表23 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	965	1,017	912	825	912	健診受診率 60%
	受診率	27.7%	30.2%	27.6%	26.0%	30.5%	
特定保健指導	該当者数	95	117	99	79	98	特定保健指 導実施率 60%
	割合	9.8%	11.5%	10.9%	9.6%	10.7%	
	実施者数	65	67	46	32	54	
	実施率	68.4%	57.3%	46.5%	40.5%	55.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 24 年代別特定健診受診率の推移(特定健診法定報告の対象者)



出典：ヘル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

#### (1) 脳血管疾患重症化予防対策

健診受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合は約5%と横ばいで、そのうち5～6割が未治療者です。Ⅲ度高血圧においては、令和4年度で8人のうち7人が未治療者でした。

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であるとともに、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳・心臓・腎臓疾患等の臓器障害の程度に深く関与しています。第2期データヘルス計画において、短期目標としていた高血圧未治療者を治療につなぐ割合30%以上は達成しましたが、その後治療開始とならない場合や健診未受診となる可能性もあるため、台帳で管理し、必要時健診や医療受診勧奨が必要です。治療中であってもⅡ度高血圧以上の者もいたため、医療機関と連携した支援が必要です。高値血圧の者においても、家庭血圧値を知ってもらうために血圧計の貸し出しを進めていきます。またⅢ度高血圧の者に対しては、確実に医療につながるよう継続的な支援をしていくことが重要です。(図表25・26)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人 (a)	1,052	1,092	966	880	978
血圧Ⅱ度以上の者	人 (b)	36	43	53	46	45
	(b/a)	3.4%	3.9%	5.5%	5.2%	4.6%
治療あり <sup>*1</sup>	人 (c)	23	24	31	24	15
	(c/b)	64%	56%	58%	52%	33%
治療なし <sup>*1</sup>	人 (d)	13	19	22	22	30
	(d/b)	36.1%	44.2%	41.5%	47.8%	66.7%

\*1 問診回答より

出典: マルチマーカー

図表 26 Ⅲ度高血圧以上の者の状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人 (a)	1,052	1,092	966	880	978
血圧Ⅲ度の者	人 (b)	6	11	4	3	8
	(b/a)	0.6%	1.0%	0.4%	0.3%	0.8%
血圧Ⅲ度以上の未治療者	人 (c)	2	8	1	2	7
	(c/b)	33.3%	72.7%	25.0%	66.7%	87.5%

内服治療開始 <sup>*1</sup>	1	3	1	2	5
元々治療中 <sup>*1</sup>	0	0	0	0	0
死亡、転出	0	0	0	0	0

\*1 KDBより

出典: マルチマーカー

(2)糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者数は、年によって増減を繰り返していますが 10～13%とほぼ横ばいです。有所見者に対しては平成 30 年度から 100%保健指導を実施できていますが、受診後治療開始とならなかった者や未受診者に対してもその後の継続支援が必要です。また HbA1c8.0 以上は特に重症化のリスクが高くなるため、確実に医療につながるような支援が必要です。受診後も治療中断にならないよう、医療機関と連携しながら支援をしていくことが大切です。(図表 27・28)

図表 27 糖尿病性腎症重症化予防対象者と治療が必要な者の適切な受診

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	1,052	1,092	966	880	978
血糖値有所見者 <sup>*1</sup>	人(b)	145	120	129	91	105
	(b/a)	13.8%	11.0%	13.4%	10.3%	10.7%
保健指導実施者 <sup>*2</sup>	人(c)	145	120	129	91	105
	(c/b)	100%	100%	100%	100%	100%
血糖値有所見者の未治療者・ 治療中断者 <sup>*3</sup>	人(d)	64	49	40	30	45
	(d/b)	44.1%	40.8%	31.0%	33.0%	42.9%

\*1…HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖値126以上の者

\*2…保健指導は訪問、来所、郵送、電話での実施数

出典：マルチマーカー

図表 28 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	1,052	1,092	966	880	978
	HbA1c8.0%以上	人(b)	14	17	17	9
	(b/a)	1.3%	1.6%	1.8%	1.0%	1.2%
保健指導実施	人(c)	14	17	17	9	12
	(c/b)	100%	100%	100%	100%	100%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	3	7	4	1	4
	(d/b)	21.4%	41.2%	23.5%	11.1%	33.3%

内服治療開始 <sup>*1</sup>	0	5	4	0	1
元々治療中 <sup>*1</sup>	0	0	0	0	2
死亡、転出	1	0	0	0	0

\*1 KDBより

出典：マルチマーカー



## 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定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健診受診勧奨、保健指導を実施しています。また、地区組織を活用し健康学習会の実施や広報記事での健康知識の普及を継続して行っています。

3) 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

図表 30 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	参考値		初期値		中間評価値		最終評価値		現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	R02	R03	R04	R05	
特定 実施 計画 等	特定健診の受診率は年々 上昇してきているが、H28年 度で26.9%とまだまだ低い 状況である。 1人当たり医療費はH26年 度と比べて減少したが、国・ 道・同規模と比べて高い状 態が続いている。 要介護認定者の約半数が 脳血管疾患である。 また、中長期目標疾患の中 では、慢性腎不全が総医療 費に占める割合が最も高 い。	医療費削減のために特定 健診受診率、特定保健指導 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 特定保健指導実施率60%以上	26.9%	27.1%	27.7%	30.2%	27.6%	26.0%	30.5%	特定健診・特定保健 指導結果(厚生労働 省) 法定報告より	
		脳血管疾患、虚血性心疾 患、糖尿病性腎症による透 析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患治療中者の割合3.5%以下 虚血性心疾患治療中者の割合4.5%以下 人工透析導入者の割合0.3%以下	4.0%	4.4%	4.4%	3.9%	3.8%	3.8%	3.8%	3.9%	KDBシステム 厚労省様式
データヘルス 計画		メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合減少25% 健診受診者の高血圧者の割合20%以下(LDL140以上) ※R2年度より基準値変更	-15.3%	-4.4%	-15.6%	-13.2%	-26.1%	-17.1%	-21.5%	余市町保健課 ⇒H31年4月 保険課及び子育て・健 康推進課に変更		
		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	健診受診者の脂質異常症の割合27%以下(LDL140以上) 健診受診者の糖尿病者の割合7%以下(HbA1c6.5以上) 健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少 高血圧未治療者を治療に結びつける割合30%以上 糖尿病未治療者を治療に結びつける割合80%以上	30%	30.3%	31.7%	31.0%	32.1%	30.0%	27.8%		
短期	保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診15%以上 肺がん検診16.5%以上 大腸がん検診19%以上 子宮頸がん検診18%以上 乳がん検診25%以上	7.9%	6.9%	6.3%	5.8%	3.2%	4.3%	4.8%	健康増進事業報告 ※H30年度より受診 率算出方法が異な るため、変更後に目 標受診率を設定変 更する。	
		総医療費に占める割合でが んが最も高く、がん検診の 受診率が低い。	7.2%	6.4%	6.1%	5.7%	3.2%	4.7%	5.3%	5.6%		

### 3. 第2期データヘルス計画に係る考察

本町では、健診の受診率が低く、新規受診者の確保、継続受診者の獲得が課題です。新規国保加入者への受診勧奨や職業団体（農業協同組合、漁業協同組合、商工会議所等）と連携し働く世代への受診勧奨を強化していく必要があります。

また特定保健指導実施率が低いため、疾患の早期発見・早期治療のためにも指導率を上げていく必要があります。さらに、がん検診の受診率も低いため、特定健診の受診勧奨だけではなく、がん検診の受診勧奨も強化していく必要があります。

現在実施している保健事業で対応できていることは、わかりやすい資料を用いて個々の状況に合わせた保健指導を実施してきたことであり、高血圧は増加傾向ですが糖尿病、脂質異常症は減少傾向にあります。また図表 15～17 より、高血圧、脂質異常症の合併症（脳血管疾患、虚血性心疾患）は改善傾向にあります。図表 20～22 より、2年連続で健診受診した場合、平成 30 年度と令和 3 年度を比較すると令和 3 年度の方が改善率が良く、健診未受診者も減少しているため、保健指導の効果がみられてきています。

対応できていないこととしては、支援対象者の管理のため高血圧台帳、糖尿病台帳、心房細動台帳を作成していますが、受診勧奨後の結果確認や再受診勧奨が十分にできていないことがあげられます。また高血圧や糖尿病を治療中であってもコントロールが難しい者がみられるため、医療機関と連携し改善に向けた支援をしていく必要があります。

医療費については、図表 11～12 より、総医療費は減少しましたが、一人当たり医療費と地域差指数が増加しており、特に入院で地域差指数が増加しています。後期高齢者医療の地域差指数は減少しているため、若い世代からの重症化予防が重要となります。また人工透析の医療費に占める割合が高いため、予防が重要となります。

### III. 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

#### 1. 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、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者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要となります。

#### 2. 健康課題の明確化

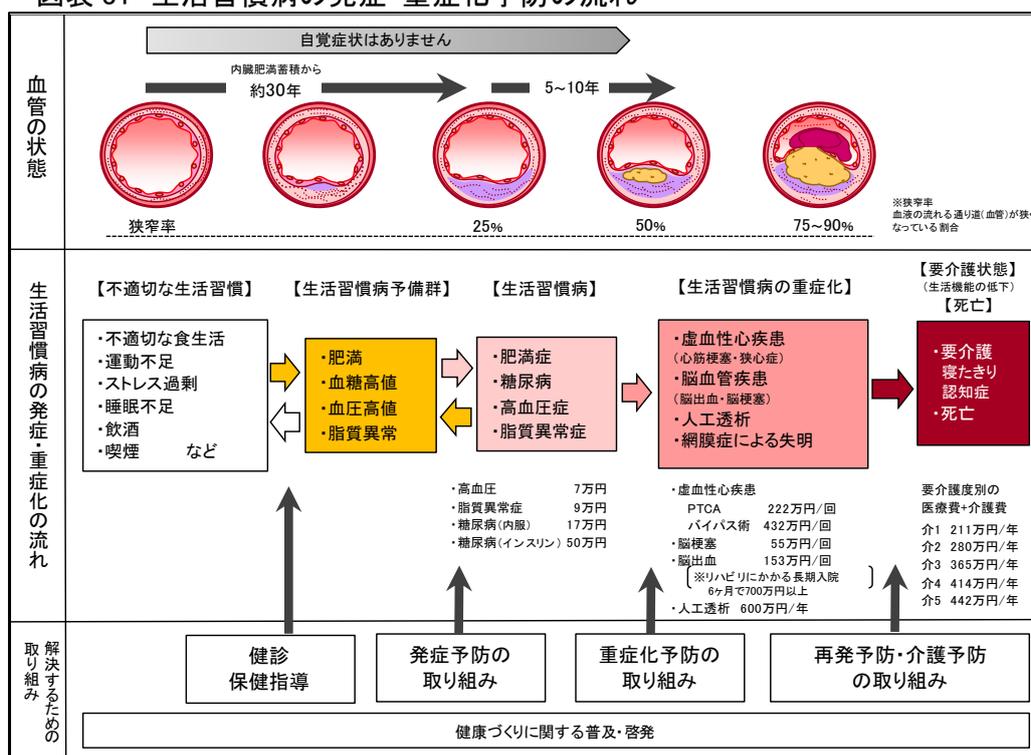
医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

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

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、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32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期データヘルス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受診勧奨を実施し、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。

図表 31 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



図表 32 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



介護

医療

健診

## 1) 医療費分析

図表 33 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		4,787人	4,586人	4,499人	4,266人	4,097人	3,863人
総件数及び 総費用額	件数	46,158件	44,283件	40,094件	40,236件	38,761件	60,762件
	費用額	19億7060万円	20億6160万円	19億9372万円	19億3071万円	18億7726万円	38億1339万円
一人あたり医療費		41.2万円	45.0万円	44.3万円	45.3万円	45.8万円	98.7万円

※各年度末データ

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 34 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	余市町	18億7726万円	37,487	2.42%	0.19%	1.87%	0.71%	4.75%	3.67%	1.36%	2億8095万円	14.97%	15.69%	9.95%	10.70%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	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	余市町	38億1339万円	82,790	3.11%	0.38%	6.77%	1.34%	3.90%	3.17%	0.90%	7億4612万円	19.57%	10.96%	4.78%	14.71%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	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

※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

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 35 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	185人	198人	198人	179人	190人	456人
	件数	B	345件	408件	392件	367件	372件	861件
		B/総件数	0.75%	0.92%	0.98%	0.91%	0.96%	1.42%
	費用額	C	4億8356万円	5億7459万円	5億6647万円	5億4347万円	5億6295万円	11億5471万円
C/総費用		24.5%	27.9%	28.4%	28.1%	30.0%	30.3%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 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	11人	7人	16人	12人	7人	51人					
		D/A	5.9%	3.5%	8.1%	6.7%	3.7%	11.2%					
	件数	E	22件	11件	33件	15件	11件	94件					
		E/B	6.4%	2.7%	8.4%	4.1%	3.0%	10.9%					
	年代別	40歳未満	4	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	3	13.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	2.1%
		50代	3	13.6%	1	9.1%	8	24.2%	0	0.0%	75-80歳	20	21.3%
		60代	5	22.7%	4	36.4%	4	12.1%	5	33.3%	80代	44	46.8%
		70-74歳	7	31.8%	6	54.5%	21	63.6%	10	66.7%	90歳以上	28	29.8%
	費用額	F	2658万円	1264万円	3867万円	1637万円	1439万円	1億1484万円					
F/C		5.5%	2.2%	6.8%	3.0%	2.6%	9.9%						

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 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	11人	10人	3人	8人	2人	14人					
		G/A	5.9%	5.1%	1.5%	4.5%	1.1%	3.1%					
	件数	H	11件	10件	3件	10件	3件	16件					
		H/B	3.2%	2.5%	0.8%	2.7%	0.8%	1.9%					
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	18.2%	3	30.0%	1	33.3%	4	40.0%	75-80歳	3	18.8%
		60代	6	54.5%	2	20.0%	0	0.0%	2	20.0%	80代	13	81.3%
		70-74歳	3	27.3%	5	50.0%	1	33.3%	4	40.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1627万円	2465万円	479万円	1166万円	486万円	2556万円					
I/C		3.4%	4.3%	0.8%	2.1%	0.9%	2.2%						

出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 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)のうち、後期高齢者になって急激に増える脳血管疾患及び最も総医療費に占める割合が高い人工透析の予防に力を入れる必要があります。これらの疾患を予防するためには、基礎疾患として高血圧の予防が引き続き重要であることと合わせ、合併症の割合が高い糖尿病の予防が重要と考えます。これらを予防するために健診受診により状態を確認する必要があるため、健診の受診率向上が大切です。また治療者のうち、コントロール不良者への指導や未治療者・治療中断者への働きかけが重要です。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、データヘルス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、データヘルス計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標を含む北海道から示された 27 の指標(図表 38)を設定し、公表するものを明確にしておきます。

#### (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、医療費を引き上げる要因となっている入院につながる疾患、長期に高額な医療費がかかる疾患、介護につながる疾患のうち、予防可能である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合の減少を目指します。しかし、高齢化が進んでおり、脳・心臓・腎臓の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは難しいことから、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。

また総医療費に占める入院医療費の割合が高いことが医療費を引き上げる要因となっているため、入院医療費の割合の低下を目指します。

#### (3) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全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。具体的には、特に有病率が高く、総医療費に占める割合の高い高血圧、合併症を有する割合が高い糖尿病の改善を目指します。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の働きかけを行うことが重要です。また医療・健診受診を中断している者についても、適切な保健指導を行うことが必要です。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状態に応じた保健指導を実施し、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となります。その目標値は第 3 章「特定健診・特定保健指導の実施(法廷義務)」に記載します。

## 2) 管理目標の設定

図表 38 第3期データヘルス計画目標管理一覧

評価	比較先	指標	目標	実績			データの把握方法
				初期値	中間評価	最終評価	
				活用データR04	活用データR07	活用データR10	
1	国・道	平均自立期間	延伸	79.7年			KDB
2	道	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制	7.0%			Expander
3	道	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	5.0%			Expander
4	道	総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	抑制	4.2%			Expander
5	道	新規脳血管疾患患者数	抑制	44人			Expander
6	道	新規虚血性心疾患患者数	抑制	40人			Expander
7	道	新規人工透析導入者数	抑制	1人			Expander
8	国・道	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	21.7%		KDB
9	国・道		予備軍	減少	11.3%		KDB
10	国・道	喫煙率	男性	減少	22.4%		KDB
			女性	減少	6.3%		KDB
11	国・道	1日飲酒量が多い者の割合	減少	3.6%			KDB
12	国・道	運動習慣のない者の割合	減少	65.3%			KDB
13	国・道	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	減少	13.2%			Expander
14	道	HbA1c8.0%以上の割合	減少	1.1%			Expander
15	道	HbA1c7.0%以上の割合	減少	4.8%			Expander
16	道	HbA1c6.5%以上の割合	減少	9.9%			Expander
17	道	Ⅲ度高血圧以上の割合（180mmHg以上/110mmHg以上）	減少	0.7%			Expander
18	道	Ⅱ度高血圧以上の割合（160-179mmHg/100-109mmHg）	減少	4.7%			Expander
19	道	Ⅰ度高血圧以上の割合（140-159mmHg/90-99mmHg）	減少	24.2%			Expander
20	道	LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	減少	3.2%			Expander
21	道	LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	減少	10.8%			Expander
22	道	LDLコレステロール140mg/dl以上の割合	減少	28.4%			Expander
23	国・道	特定健診受診率	向上	30.5%			法定報告
24	国・道	特定保健指導実施率	向上	55.1%			法定報告
25	道	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	55.6%			Expander
26	道	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	24.1%			Expander
27	道	脂質異常重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	14.6%			Expander

※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」と回答した者の割合

※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」と回答した者の割合

※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」と回答した者の割合

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### I. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

### II. 目標値の設定

図表 39 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	56%	57%	58%	59%	60%	61%

### III. 対象者の見込み

図表 40 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,625人	2,450人	2,275人	2,100人	1,925人	1,750人
	受診者数	920人	980人	1,025人	1,050人	1,060人	1,050人
特定保健指導	対象者数	100人	108人	113人	116人	117人	116人
	受診者数	56人	62人	66人	68人	70人	70人

### IV. 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
- 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. 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ために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)を実施します。

図表 41 特定健診検査項目

#### ○余市町特定健診検査項目

健診項目		余市町	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  
△…集団健診のみで実施している項目

### 4. 実施時期

毎年4月から翌年3月末まで実施します。

## 5. 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関への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、健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医と連携を行います。

## 6. 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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。

## 7. 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、年間を通して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行います。(図表 42)

図表 42 特定健診実施スケジュール

年間実施スケジュール	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券発行・周知			6月初旬 受診券郵送(健診案内同封) ※以降、途中加入者に対し同様に実施									
			各健診実施1か月程度前に広報折込チラシ・町ホームページにて周知									
集団健診			6月 健診開始 町内(中央公民館・福祉センター)・町外(健診委託機関)会場で、15日程度実施 各種がん検診等も同時実施									
個別健診			6月 健診開始 健診委託機関で実施 各種がん検診等の同時実施の可否は、健診委託機関ごとに定める									
他の健診および治療中データの受領	随時受付 他の健診結果は、受診者本人より受領する 治療中データの受領については、対象者へ協力案内通知を行い、本人同意のもと医療機関を通し受領する											
特定保健指導	通年実施											
その他	委託契約の締結											・前年度結果の評価(法定報告をもとに) ・次年度へ向けて予算・事業計画等実施 ・委託先・契約内容等の検討

## V. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健衛生担当(子育て・健康推進課)で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

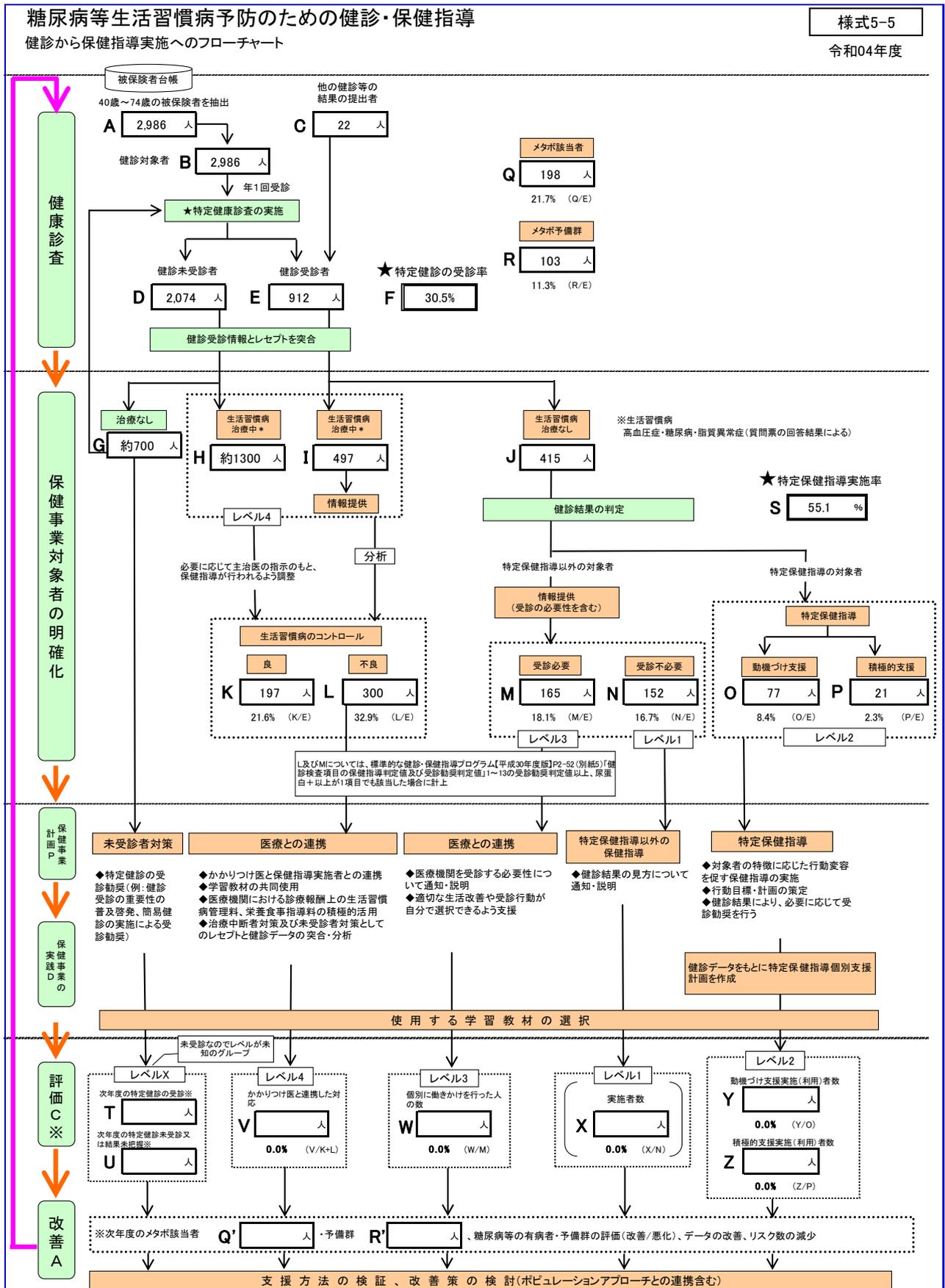
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

### 1. 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」をもとに様式5-5を活用し、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43)

図表 43 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)(特定健診法定報告の対象者)



## 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 44 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%)
1	OP	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	98人 (10.7%)
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	165人 (18.1%)
3	L	生活習慣病の コントロール不良者	◆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	300人 (32.9%)
4	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)	2,074人 (69.5%)
5	K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	197人 (21.6%)
	N			152人 (16.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

## VI. 個人情報の保護

### 1. 基本的な考え方

特定健診・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余市町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また特定健診を外委託する際は、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

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム、本町健康管理システムで行います。

特定健診等の記録の保存義務期間は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」第10条に基づき、当該記録作成日の属する年度の翌年度から5年を経過するまでの期間、または加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供する等、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努めます。

## **VII. 結果の報告**

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

## **VIII. 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、また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、余市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 課題を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脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患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の減少を目指すために、特定健診における血圧、血糖、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、脳血管疾患・糖尿病性腎症・虚血性心疾患予防の取組を行います。

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、地区組織を活用し、健康学習会の実施や、広報記事で生活習慣病等についての健康知識の普及を継続して行っていきます。

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、糖尿病性腎症、虚血性心疾患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、305人(33.4%)です。そのうち治療なしが79人(19.0%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が27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ものが、305人中37人であり、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45)

図表 45 脳・心・腎を守るために(特定健診法定報告の対象者)

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-		令和04年度				
		健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間死亡数の減少	虚血性心疾患 の年間死亡数の減少	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)	脳出血 (18.5%)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班))	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)	
	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	クモ膜下出血 (5.6%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	治療なし	治療なし
優先すべき 課題の明確化	II度高血圧以上	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班)	労作性 狭心症	治療中	治療中
	該当者数	心原性脳塞栓症 (31.2%)	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)	安静 狭心症	高血圧	高血圧
重症化予防対象	該当者数	ラクナ 梗塞 (31.2%)	メタボリック シンドローム の診断基準 (日本糖尿病学会)	メタボリック シンドローム	脂質異常症	脂質異常症
	治療なし	非心原性脳梗塞	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	メタボリックシンドロームの 診断基準 (2項目以上)	慢性腎臓病 (CKD)	慢性腎臓病 (CKD)
(再掲) 特定保健指導	治療なし	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)	中性脂肪 300mg/dl以上	LDL-C 180mg/dl以上	糖尿病	糖尿病
	特定保健指導	心原性脳塞栓症 (27.7%)	3	28	腎臓専門医 紹介基準対象者	腎臓専門医 紹介基準対象者
治療中	治療中	心原性脳塞栓症 (27.7%)	18	198	56	56
	治療中	心原性脳塞栓症 (27.7%)	3	24	65	79
臓器障害 あり	臓器障害あり	心原性脳塞栓症 (27.7%)	3	24	36	37
	臓器障害あり	心原性脳塞栓症 (27.7%)	1	24	5	4
臓器障害 なし	臓器障害なし	心原性脳塞栓症 (27.7%)	2	174	29	44
	臓器障害なし	心原性脳塞栓症 (27.7%)	1	18	44	226
CKD(専門医対象者)	CKD(専門医対象者)	1	6	13	12	27
心電図所見あり	心電図所見あり	0	1	7	12	12
臓器障害なし	臓器障害なし	1	5	6	0	15
		19	22	23	23	---

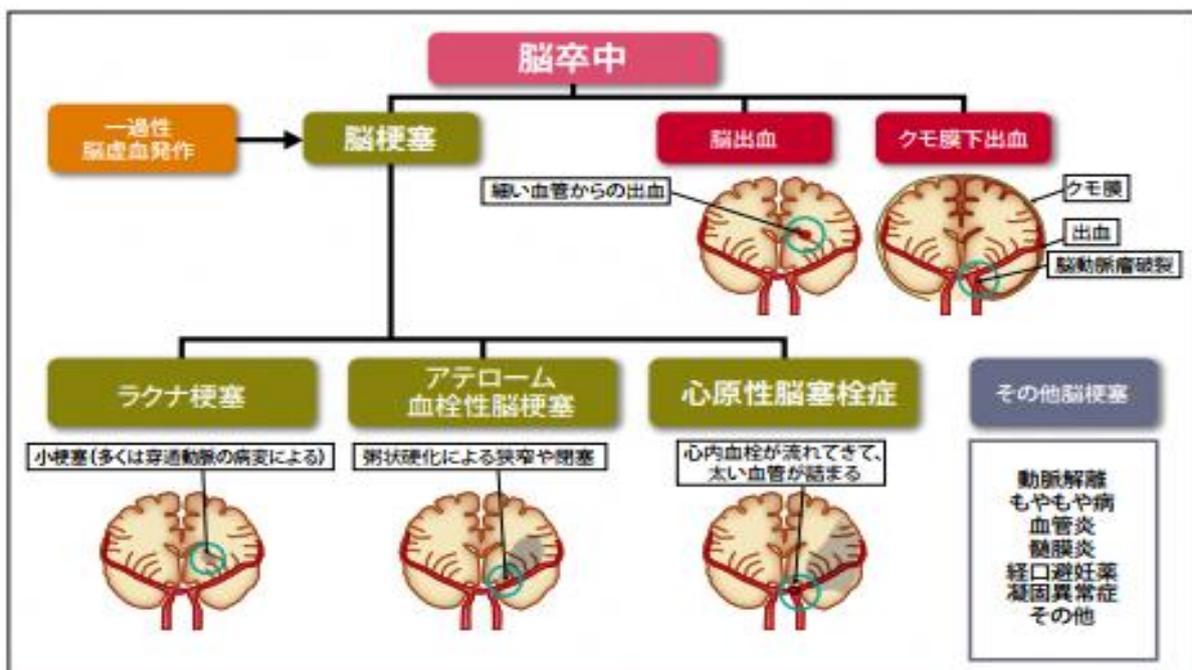
出典:ヘルサポータルツール

# 1. 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 46・47)

図表 46 脳卒中の分類



図表 47 脳血管疾患とリスク因子（脳卒中予防の提言より引用）

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 48 でみると、高血圧治療者 1,697 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 191 人(11.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 43 人(4.7%)であり、そのうち 29 人(67.4%)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等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 14 人(3.8%)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ります。

臓器障害を早期に発見するために行う眼底検査(詳細検査)は、464 人(50.9%)と特定健診受診者の約半数に実施しています。しかし、眼底検査はⅠ度高血圧以上の場合に推奨される検査であり、221 人(24.2%・E)は眼底検査が推奨されますが、検査がされていない人がいます。

[眼底検査実施基準](特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)より)

当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者。ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果が確認できない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。

血 圧	収縮期 140 mm Hg 以上、または拡張期 90 mm Hg 以上
血 糖	空腹時血糖 126 mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が 126 mg/dl 以上



## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳・心臓・腎臓疾患等の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 49 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表であり、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。

図表 49 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)			
		高血圧 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
293		170	93	23	7
		58.0%	31.7%	7.8%	2.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	15	<b>C</b> 10	<b>B</b> 4	<b>B</b> 0	<b>A</b> 1
	5.1%	5.9%	4.3%	0.0%	14.3%
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	182	<b>C</b> 112	<b>B</b> 53	<b>A</b> 14	<b>A</b> 3
	62.1%	65.9%	57.0%	60.9%	42.9%
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	96	<b>B</b> 48	<b>A</b> 36	<b>A</b> 9	<b>A</b> 3
	32.8%	28.2%	38.7%	39.1%	42.9%

■ 高リスク (赤)

■ 中リスク (黄)

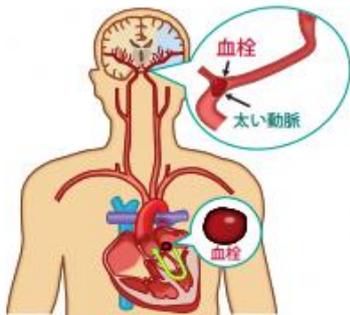
■ 低リスク (白)

区分	該当者数
A	66
	22.5%
B	105
	35.8%
C	122
	41.6%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

## (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る疾患です。心原性脳塞栓症の主な要因は心房細動であり、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 50 は、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 50 心房細動有所見状況(令和4年度) (特定健診法定報告の対象者)

	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	406	506	221	54.4%	264	52.2%	3	1.4%	0	0.0%	--	--
40代	40	23	32	80.0%	16	69.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	51	49	30	58.8%	31	63.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	148	182	75	50.7%	104	57.1%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	167	252	84	50.3%	113	44.8%	3	3.6%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

※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)

図表 51 心房細動有所見者の治療状況(令和4年度)

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
3	0	0.0%	3	100.0%

出典:KDB

心電図検査において、3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、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全員が治療を開始していました。(図表51)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性についての説明と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) 二次健診の検討

脳血管疾患重症化予防対象者においては、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。対象者に対し二次健診実施を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

過去の健診受診歴等も踏まえ、I 度 3 層・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、未治療者や治療中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。また健診受診時に、II 度高血圧以上であった場合は、医療機関への継続的な受診が出来るように台帳を作成し経過を把握していきます。

### ② 心房細動有所見者の管理

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) 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。

## 6) 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

7 月～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)

## 2. 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)及び北後志糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、以下の視点でPDCAサイクルに沿って実施していきます。

- (1) 健診・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

### 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、北後志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 ハイリスク者
  - ア. 糖尿病性腎症の病期が第 2 期から第 4 期と思われる者
  - 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 52 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/1.73m <sup>2</sup> )
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)	透析療法中あるいは腎移植後	

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。

本町においては、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。尿アルブミンについては一部の実施に留まっており把握が難しい状況ですが、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(+)と尿蛋白(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査で腎症病期を推測することで対応します。

## ②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと健診データを用い、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 53)

健診で糖尿病型であった受診者のうち糖尿病未治療者は 44 人(32.1%・F)でした。また 40~74 歳における糖尿病治療者は 998 人(22.3%・H)でした。健診結果で糖尿病型の者 137 人(15.0%・E)のうち、治療中は 93 人(67.9%・G)でした。糖尿病治療者で健診未受診者 905 人(90.7%・I)については、治療中ではありますが、コントロールが難しい者への支援について、地域での支援を医療機関から求められるケースもあるため、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 53 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)・・・44 人

## 優先順位 2

### 【保健指導】

- ・ 糖尿病治療者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・38人  
治療中断しない(継続受診)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、過去に健診歴のある糖尿病治療者を管理台帳で把握
- ・ 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



### 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、喫煙等の因子の管理も重要となってきます。本町においては、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ふまえて、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 54 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 伺うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「α グリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 65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、体の中で何が起きているでしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	<b>4 参考資料</b>
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7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 65歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

#### (2) 二次健診等の検討

本町の健診では集団健診のみに尿アルブミン検査を追加項目として実施していますが、個別健診においては尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を見逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等での尿アルブミン検査実施を検討していきます。

#### 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・治療中断者を把握した場合は、受診勧奨を行っていきます。

##### (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、かかりつけ医より保健指導への助言を得ながら対応していきます。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) 関係機関等との連携

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、関係機関等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回行うものとしします。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 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

#### 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/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		余市町										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	4,964人		4,783人		4,676人		4,496人		4,256人		KDB, 厚生労働省様式 様式3-2				
	②	(再掲)40-74歳	4,007人		3,872人		3,817人		3,709人		3,514人						
	②	特定健診	1,027人		1,070人		949人		857人		953人						
	③	受診率	29.5%		31.8%		28.7%		27.0%		31.9%						
3	①	特定 保健指導	95人		117人		99人		79人		98人		特定健診法定報告				
	②	実施率	68.4%		57.3%		46.5%		40.5%		55.1%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	186人	18.1%	150人	14.0%	170人	17.9%	121人	14.1%	142人	14.9%	特定健診結果			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	66人	35.5%	49人	32.7%	41人	24.1%	33人	27.3%	46人	32.4%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)	120人	64.5%	101人	67.3%	129人	75.9%	88人	72.7%	96人	67.6%				
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	55人	45.8%	53人	52.5%	63人	48.8%	43人	48.9%	40人	41.7%				
	⑤		血圧 130/80以上	38人	69.1%	35人	66.0%	48人	76.2%	26人	60.5%	29人	72.5%				
	⑥		肥満 BMI25以上	25人	45.5%	26人	49.1%	39人	61.9%	26人	60.5%	25人	62.5%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	65人	54.2%	48人	47.5%	66人	51.2%	45人	51.1%	56人	58.3%				
	⑧		第1期 尿蛋白(-)	139人	74.7%	126人	84.0%	129人	75.9%	94人	77.7%	114人	80.3%				
	⑨		第2期 尿蛋白(±)	19人	10.2%	11人	7.3%	14人	8.2%	9人	7.4%	8人	5.6%				
	⑩		第3期 尿蛋白(+)	19人	10.2%	13人	8.7%	25人	14.7%	12人	9.9%	13人	9.2%				
	⑪		第4期 eGFR30未満	1人	0.5%	0人	0.0%	2人	1.2%	1人	0.8%	1人	0.7%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	127.7人		122.9人		115.5人		125.0人		123.4人		KDB, 厚生労働省様式 様式3-2			
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)	155.5人		150.8人		139.4人		150.2人		148.0人					
	③		レセプト件数 (40-74歳)	3,318件	(855.2)	3,215件	(860.3)	3,148件	(850.6)	3,129件	(889.4)	2,934件	(875.6)	319,390件	(944.1)	KDB, 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院外(件数)	17件	(4.4)	10件	(2.7)	9件	(2.4)	7件	(2.0)	9件	(2.7)	1,366件	(4.0)		
	⑤		糖尿病治療中	634人	12.8%	588人	12.3%	540人	11.5%	562人	12.5%	525人	12.3%				
	⑥		(再掲)40-74歳	623人	15.5%	584人	15.1%	532人	13.9%	557人	15.0%	520人	14.8%				
	⑦		健診未受診者	503人	80.7%	464人	79.5%	403人	75.8%	469人	84.2%	424人	81.5%				
	⑧		インスリン治療	56人	8.8%	54人	9.2%	48人	8.9%	44人	7.8%	47人	9.0%				
	⑨		(再掲)40-74歳	55人	8.8%	54人	9.2%	48人	9.0%	44人	7.9%	47人	9.0%				
	⑩		糖尿病性腎症	48人	7.6%	35人	6.0%	34人	6.3%	30人	5.3%	24人	4.6%				
	⑪		(再掲)40-74歳	46人	7.4%	35人	6.0%	34人	6.4%	30人	5.4%	24人	4.6%				
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	4人	0.6%	4人	0.7%	4人	0.7%	7人	1.2%	6人	1.1%				
	⑬		(再掲)40-74歳	4人	0.6%	4人	0.7%	4人	0.8%	7人	1.3%	6人	1.2%				
	⑭		新規透析患者数	10人	1.6%	10人	1.7%	9人	1.7%	6人	1.1%	9人	1.7%				
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症	3人	0.5%	2人	0.3%	2人	0.4%	1人	0.2%	1人	0.2%		余市町調べ		
	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)	25人	2.5%	20人	2.0%	22人	2.4%	16人	1.7%	17人	1.8%		KDB, 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	医療費	総医療費	19億7060万円		20億6160万円		19億9372万円		19億3071万円		18億7726万円		14億4496万円		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	10億3844万円		10億7704万円		10億7614万円		10億0342万円		9億6631万円		7億7425万円			
	③		(総医療費に占める割合)	52.7%		52.2%		54.0%		52.0%		51.5%		53.6%			
	④		生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	4,763円		5,002円		3,520円		2,558円		4,483円		7,560円		
	⑤			健診未受診者	38,573円		44,909円		47,947円		44,226円		45,211円		37,805円		
	⑥		糖尿病医療費	1億0209万円		9425万円		9396万円		9353万円		8922万円		8603万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.8%		8.8%		8.7%		9.3%		9.2%		11.1%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費	2億6146万円		2億4516万円		2億6092万円		3億3418万円		3億0848万円					
	⑨		1件あたり	32,561円		32,497円		35,543円		46,139円		44,856円					
	⑩		糖尿病入院総医療費	2億2991万円		2億0321万円		2億0343万円		2億1218万円		2億1238万円					
	⑪		1件あたり	598,714円		613,925円		737,062円		704,904円		678,541円					
	⑫		在院日数	18日		18日		17日		19日		18日					
	⑬		慢性腎不全医療費	3350万円		3787万円		4569万円		2928万円		4903万円		6202万円			
	⑭		透析有り	2724万円		3156万円		4143万円		2624万円		4545万円		5785万円			
	⑮		透析なし	626万円		631万円		425万円		304万円		358万円		418万円			
7	①	介護	介護給付費	20億7705万円		21億0526万円		21億1662万円		21億6586万円		20億9610万円		17億4718万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件		0件		0件		0件		0件		0件			
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人		4人		2人		2人		5人		564人		KDB, 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

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

7月～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)

## 3. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

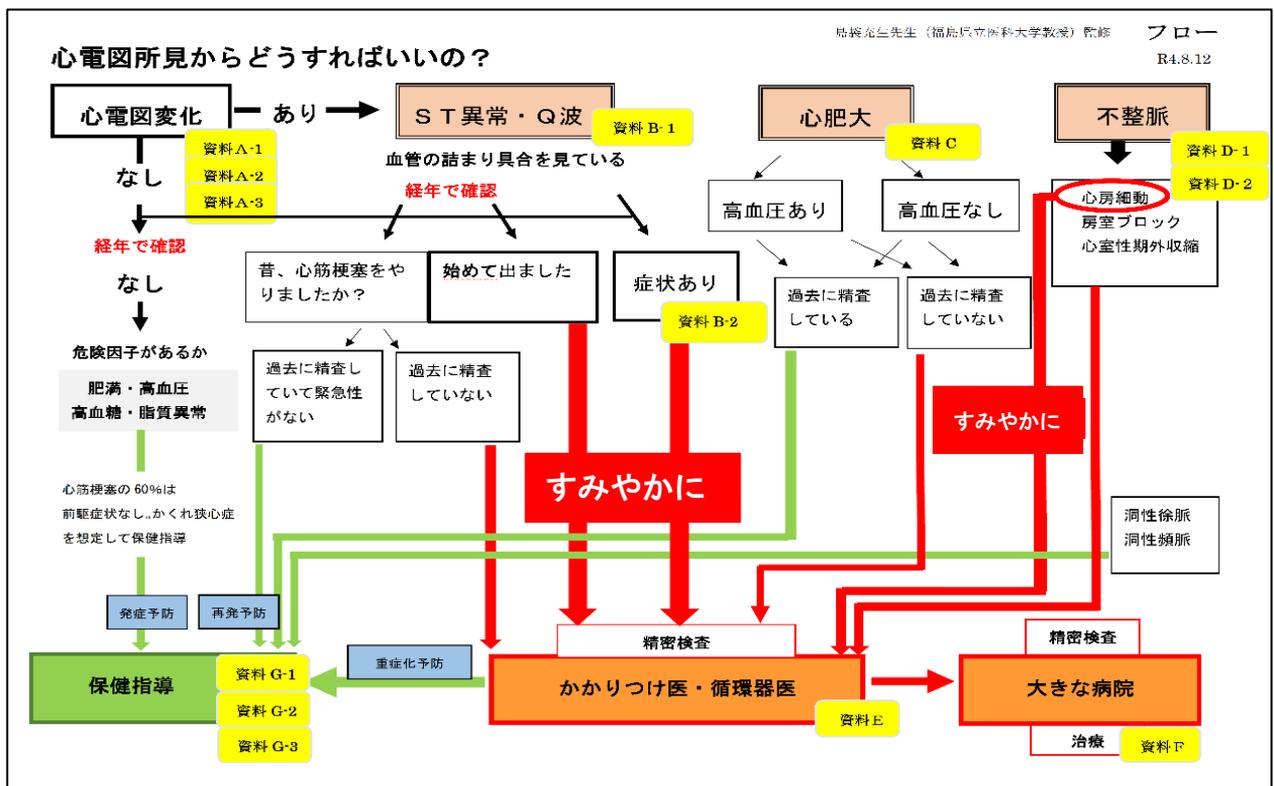
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳・心臓血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン等に基づいて進めていきます。

### 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 56 に基づいて考えます。

図表 56 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



出典:ヘルスサポートラボツール

(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、心肥大等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異常等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、心電図検査を485人(53.2%)に実施し、そのうち有所見者が123人(25.4%)でした。所見の中でもST-T変化が27人(22.0%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表57)

また有所見者のうち要精査が12人(9.8%)で、その後の受診状況を見ると4人(33.3%)は未受診でした。(図表58)

医療機関未受診者には、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57 心電図検査結果(令和4年度)

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A		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							
		人数	実施率			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	485	53.2	123	25.4%	9	7.3%	27	22.0%	25	20.3%	6	4.9%	12	9.8%	22	17.9%	3	2.4%	15	12.2%
	男性	221	54.4	64	29.0%	6	9.4%	12	18.8%	17	26.6%	4	6.3%	7	10.9%	14	21.9%	3	4.7%	8	12.5%
	女性	264	52.2	59	22.3%	3	5.1%	15	25.4%	8	13.6%	2	3.4%	5	8.5%	8	13.6%	0	0.0%	7	11.9%

出典:マルチマーカー

図表58 心電図有所見者の医療機関受診状況(令和4年度)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	123		12	9.8%	8	66.7%	4	33.3%
男性	64	29.0%	10	15.6%	6	60.0%	4	40.0%
女性	59	22.3%	2	3.4%	2	100.0%	0	0.0%

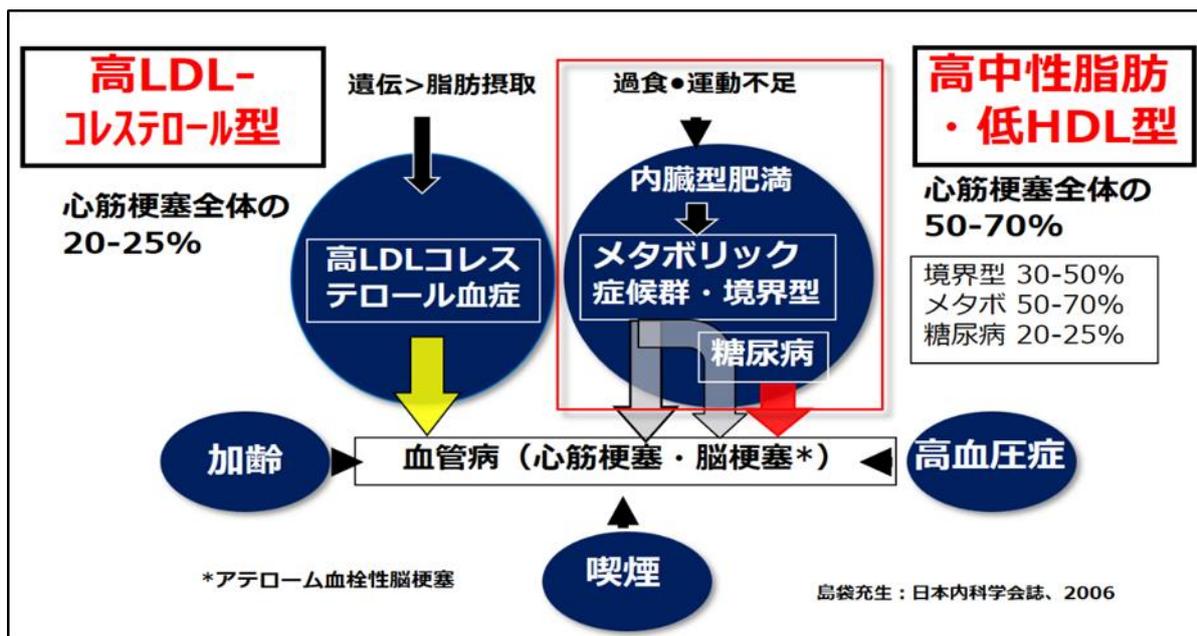
出典:マルチマーカー

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、心筋梗塞の60%は前駆症状がないため隠れ狭心症を想定して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コレステロールと関連が深いことから図表59をもとにタイプ別に把握します。

図表 59 心血管病をおこしやすいひと



A:メタボタイプ:図表 60・61 参照

図表 60 年齢別メタボリック該当者の状況(令和4年度) (特定健診法定報告の対象者)

		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	406	40	51	148	167	506	23	49	182	252	
メタボ該当者	B	139	10	12	54	63	59	0	5	21	33	
	B/A	34.2%	25.0%	23.5%	36.5%	37.7%	11.7%	0.0%	10.2%	11.5%	13.1%	
再掲	① 3項目全て	C	42	2	2	17	21	21	0	2	7	12
		C/B	30.2%	20.0%	16.7%	31.5%	33.3%	35.6%	—	40.0%	33.3%	36.4%
	② 血糖+血圧	D	30	1	2	13	14	10	0	1	4	5
		D/B	21.6%	10.0%	16.7%	24.1%	22.2%	16.9%	—	20.0%	19.0%	15.2%
	③ 血圧+脂質	E	60	7	5	21	27	24	0	1	7	16
		E/B	43.2%	70.0%	41.7%	38.9%	42.9%	40.7%	—	20.0%	33.3%	48.5%
	④ 血糖+脂質	F	7	0	3	3	1	4	0	1	3	0
		F/B	5.0%	0.0%	25.0%	5.6%	1.6%	6.8%	—	20.0%	14.3%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 61 メタボリック該当者の治療状況（令和4年度）（特定健診法定報告の対象者）

	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	406	139	34.2%	118	84.9%	21	15.1%	506	59	11.7%	56	94.9%	3	5.1%	
40代	40	10	25.0%	6	60.0%	4	40.0%	23	0	0.0%	0	—	0	—	
50代	51	12	23.5%	8	66.7%	4	33.3%	49	5	10.2%	4	80.0%	1	20.0%	
60代	148	54	36.5%	47	87.0%	7	13.0%	182	21	11.5%	20	95.2%	1	4.8%	
70～74歳	167	63	37.7%	57	90.5%	6	9.5%	252	33	13.1%	32	97.0%	1	3.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

B:LDL コレステロールタイプ:図表 62 参照

図表 62 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定										令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標										(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)													
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳		
				405	180	147	52	26	7	12	31	28	
				44.4%	36.3%	12.8%	6.4%	9.0%	15.4%	39.7%	35.9%		
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)	50	28	13	7	2	4	5	0	0		
		12.3%	15.6%	8.8%	13.5%	7.7%	57.1%	41.7%	0.0%	0.0%			
	中リスク	140未満 (170未満)	155	64	63	17	11	1	3	15	9		
		38.3%	35.6%	42.9%	32.7%	42.3%	14.3%	25.0%	48.4%	32.1%			
高リスク	120未満 (150未満)	178	74	67	24	13	2	3	15	17			
	44.0%	41.1%	45.6%	46.2%	50.0%	28.6%	25.0%	48.4%	60.7%				
再掲	100未満 (130未満) ※1	6	3	1	0	2	1	0	0	1			
		1.5%	1.7%	0.7%	0.0%	7.7%	14.3%	0.0%	0.0%	3.6%			
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)	22	14	4	4	0	0	1	1	2		
		5.4%	7.8%	2.7%	7.7%	0.0%	0.0%	8.3%	3.2%	7.1%			

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

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

出典：ヘルスサポートラボツール

### 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 63 心電図所見からの保健指導教材

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

## (2)二次健診の検討

虚血性心疾患重症化予防対象者においては、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の実施を検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2023 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が継続的な医療受診をできるよう、管理方法については今後検討していきます。

#### 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) 関係機関等との連携

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、関係機関等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、他の脳血管疾患・糖尿病性腎症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

7 月～健診結果が届き次第順次対象者へ介入(通年)

### III. 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。

データヘルス計画の対象者は被保険者全員であり、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いるため、データをライフサイクルと関連付けながら保健事業を進めていきます。

### IV. 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。

## 第5章 データヘルス計画の評価・見直し

### I. 評価の時期

データヘルス計画の見直しは、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。またデータヘルス計画の最終年度の令和11年度においては、次期データヘルス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。

### II. 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)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか</li><li>・スケジュールどおり行われているか</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・健診受診率、保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数等</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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、要介護率等)</li></ul>

具体的な評価方法は、KDB等を活用して業務担当者が受診率等を確認し、保健指導に係る地区担当の保健師・栄養士が被保険者の受療状況等について定期的に確認します。

また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 データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### I. データヘルス計画の公表・周知

データヘルス計画は、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、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、町ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等への周知を図ります。

### II. 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。

## 第7章 地域包括ケアに係る取組

町国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保および後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた余市町の位置
- 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1 様式5-1 国・道・同規模と比べてみた余市町の位置（令和4年度）

項目		余市町		同規模平均		北海道		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		17,947		1,810,851		5,165,554		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		7,260 40.5		651,740 36.0		1,664,023 32.2		35,335,805 28.7		
		75歳以上		3,830 21.3		-- --		848,273 16.4		18,248,742 14.8		
		65~74歳		3,430 19.1		-- --		815,750 15.8		17,087,063 13.9		
		40~64歳		5,615 31.3		-- --		1,745,342 33.8		41,545,893 33.7		
	39歳以下		5,072 28.3		-- --		1,756,189 34.0		46,332,563 37.6		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	
	② 産業構成	第1次産業		16.7		10.9		7.4		4.0		
		第2次産業		16.7		27.1		17.9		25.0		
		第3次産業		66.6		61.9		74.7		71.0		
	③ 平均寿命	男性		79.8		80.5		80.3		80.8		
女性		86.6		86.9		86.8		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.7		79.7		79.6		80.1			
	女性		83.7		84.3		84.2		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		109.9		103.0		102.0		100		
		男性		109.9		103.0		102.0		100		
		女性		104.3		100.8		98.9		100		
		死因	がん		84 53.2		6,844 47.1		19,781 53.3		378,272 50.6	
			心臓病		47 29.7		4,468 30.7		9,373 25.2		205,485 27.5	
			脳疾患		15 9.5		2,073 14.3		4,667 12.6		102,900 13.8	
	糖尿病		5 3.2		271 1.9		756 2.0		13,896 1.9			
	腎不全		6 3.8		564 3.9		1,668 4.5		26,946 3.6			
	自殺		1 0.6		317 2.2		881 2.4		20,171 2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										
男性												
		女性								厚労省HP 人口動態調査		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,799 24.9		121,841 18.8		347,930 20.9		6,724,030 19.4		
		新規認定者		28 0.3		1,946 0.3		5,353 0.3		110,289 0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		3,619 11.6		382,007 13.8		1,013,763 13.8		21,785,044 12.9	
			要介護1.2		18,340 58.7		1,277,829 46.3		3,922,342 53.3		78,107,378 46.3	
			要介護3以上		9,311 29.8		1,099,163 39.8		2,419,988 32.9		68,963,503 40.8	
		2号認定者		31 0.55		2,304 0.40		7,406 0.42		156,107 0.38		
	② 有病状況	糖尿病		470 24.2		29,183 22.8		89,494 24.6		1,712,613 24.3		
		高血圧症		1,088 56.5		67,451 53.3		181,308 50.0		3,744,672 53.3		
		脂質異常症		623 32.3		38,328 30.0		113,653 31.1		2,308,216 32.6		
		心臓病		1,166 61.2		76,143 60.3		200,129 55.3		4,224,628 60.3		
		脳疾患		447 23.8		29,057 23.1		73,784 20.6		1,568,292 22.6		
		がん		252 13.1		14,184 11.0		44,754 12.3		837,410 11.8		
		筋・骨格		1,043 54.0		66,665 52.7		181,637 50.0		3,748,372 53.4		
		精神		645 34.3		46,518 36.9		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		288,719 2,096,096,823		297,567 193,936,445,825		269,507 448,465,434,990		290,668 10,074,274,226,899		
		1件当たり給付費(全体)		67,032		70,292		60,965		59,662		
居宅サービス		42,693		43,991		42,034		41,272				
施設サービス		297,405		291,264		296,260		296,364				
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		8,713 認定あり 4,699 認定なし		9,041 4,224		9,582 4,930		8,610 4,020		
	被保険者数		4,097		419,832		1,074,364		27,488,882			
4	① 国保の状況	65~74歳		2,074 50.6				491,264 45.7		11,129,271 40.5		
		40~64歳		1,277 31.2				341,793 31.8		9,088,015 33.1		
		39歳以下		746 18.2				241,307 22.5		7,271,596 26.5		
		加入率		22.8		23.2		20.8		22.3		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2 0.5		141 0.3		547 0.5		8,237 0.3		
		診療所数		14 3.4		1,172 2.8		3,351 3.1		102,599 3.7		
		病床数		355 86.6		19,041 45.4		92,014 85.6		1,507,471 54.8		
		医師数		27 6.6		2,768 6.6		13,731 12.8		339,611 12.4		
		外来患者数		743.1		721.7		654.8		687.8		
		入院患者数		30.9		21.9		21.5		17.7		
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		458,204 道内16位 同規模5位		382,035		376,962		339,680		
		受診率		774.028		743.593		676.241		705.439		
		外 来	費用の割合		50.4		57.4		56.3		60.4	
			件数の割合		96.0		97.1		96.8		97.5	
入 院		費用の割合		49.6		42.6		43.7		39.6		
		件数の割合		4.0		2.9		3.2		2.5		
1件あたり在院日数		18.4日		16.6日		15.7日		15.7日		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		

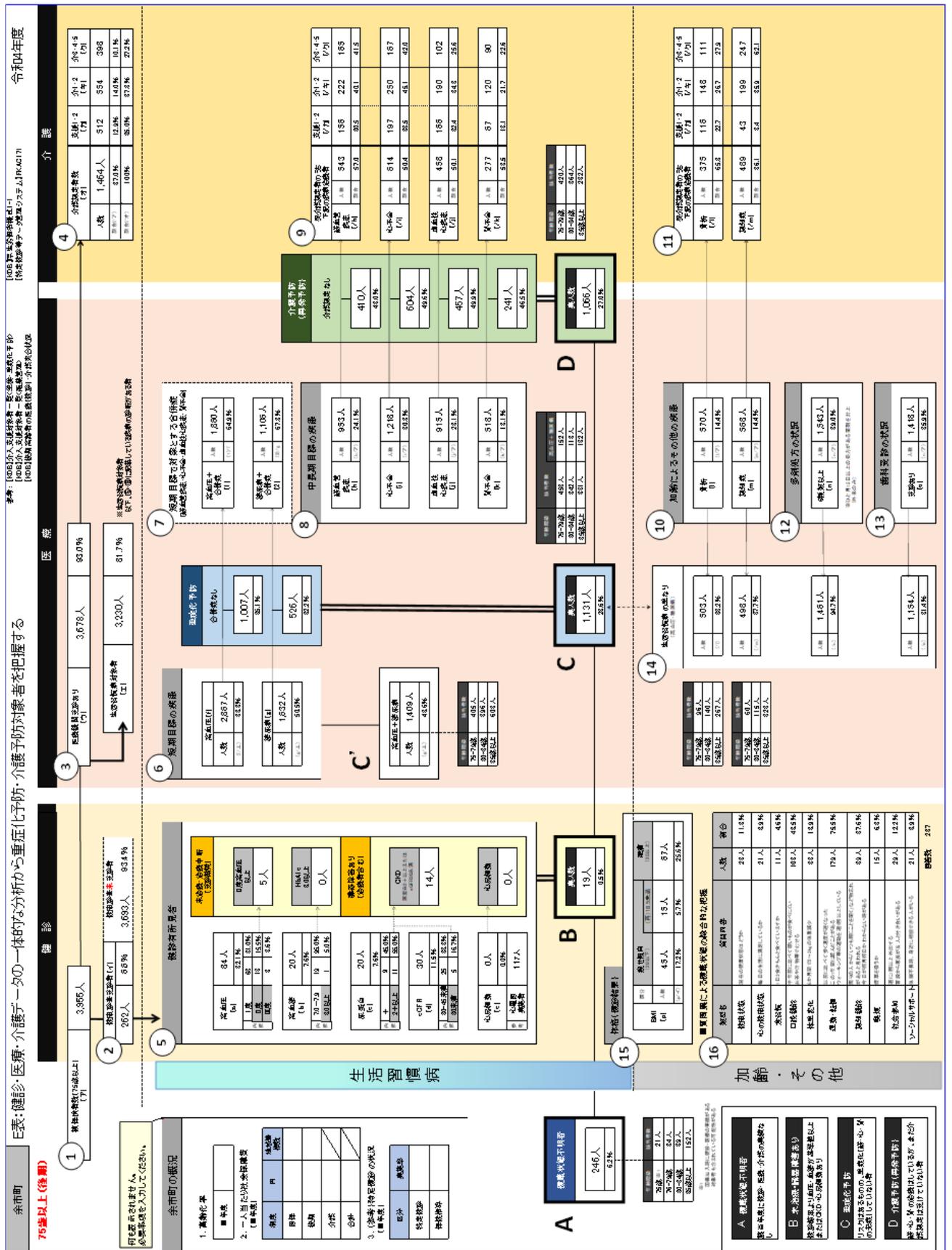
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名(調 剤含む)	がん	294,524,290	30.5	31.8	36.2	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	45,452,420	4.7	7.5	4.3	8.2						
			糖尿病	89,215,710	9.2	11.1	10.1	10.4						
			高血圧症	68,820,850	7.1	6.4	5.6	5.9						
			脂質異常症	25,554,510	2.6	3.8	3.2	4.1						
			脳梗塞・脳出血	35,018,780	3.7	4.0	4.1	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	13,310,500	1.4	2.6	3.2	2.8						
			精神	186,859,040	19.3	15.2	14.4	14.7						
			筋・骨格	200,816,850	20.8	16.5	17.8	16.7						
	⑤	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	41	0.0	329	0.2	327	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析 (中分類)	
				糖尿病	1,039	0.5	1,391	0.9	1,159	0.7	1,144	0.9		
				脂質異常症	47	0.0	65	0.0	53	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	6,985	3.1	7,229	4.4	7,205	4.4	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	2,313	1.0	4,422	2.7	5,077	3.1	3,942	2.9		
				腎不全	8,708	3.8	4,564	2.8	3,120	1.9	4,051	3.0		
		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	16,757	7.3	12,709	5.8	10,914	5.1	10,143	4.9		
				糖尿病	20,965	9.1	21,886	10.0	19,440	9.2	17,720	8.6		
				脂質異常症	6,190	2.7	7,778	3.5	6,316	3.0	7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	1,562	0.7	1,013	0.5	947	0.4	825	0.4		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,674		2,690		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	16,882		13,453		16,117		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,483		7,560		5,006		6,142				
			健診未受診者	45,211		37,805		51,396		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	536	58.8	76,254	58.3	130,682	58.5	3,916,059	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	491	53.8	68,773	52.6	118,851	53.2	3,574,558	52.0				
		医療機関非受診率	45	4.9	7,481	5.7	11,831	5.3	341,501	5.0				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 道内市町村数 183市町村 同規模市区町村数 111市町村	健診受診者	912		130,692		223,464		6,875,056	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	30.5	道内134位 同規模104位	42.5	30.1	全国47位	37.6					
			特定保健指導終了者(実施率)	55	56.1	6956	45.2	8,105	30.5	203,239		24.9		
			非肥満高血糖	74	8.1	13,338	10.2	18,052	8.1	620,953		9.0		
			メタボ	該当者	198	21.7	27,983	21.4	45,130	20.2		1,394,769	20.3	
				男性	139	34.2	19,370	32.6	31,155	32.6		974,828	32.0	
				女性	59	11.7	8,613	12.1	13,975	10.9		419,941	11.0	
				予備群	103	11.3	14,777	11.3	24,718	11.1		772,619	11.2	
				男性	72	17.7	10,402	17.5	17,208	18.0		545,330	17.9	
				女性	31	6.1	4,375	6.1	7,510	5.9		227,289	5.9	
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	334	36.6	46,993	36.0	77,205		34.5	2,402,902	35.0
					男性	234	57.6	32,696	55.0	53,438		56.0	1,683,473	55.3
					女性	100	19.8	14,297	20.1	23,767		18.6	719,429	18.8
				BMI	総数	60	6.6	6,772	5.2	14,303		6.4	323,057	4.7
					男性	6	1.5	1,033	1.7	2,390		2.5	51,841	1.7
					女性	54	10.7	5,739	8.1	11,913		9.3	271,216	7.1
			血糖のみ	3	0.3	910	0.7	1,233	0.6	43,987		0.6		
			血圧のみ	76	8.3	10,617	8.1	17,838	8.0	544,518		7.9		
			脂質のみ	24	2.6	3,250	2.5	5,647	2.5	184,114		2.7		
血糖・血圧	40	4.4	4,533	3.5	6,165	2.8	205,065	3.0						
血糖・脂質	11	1.2	1,335	1.0	2,127	1.0	70,937	1.0						
血圧・脂質	84	9.2	12,831	9.8	22,216	9.9	664,878	9.7						
血糖・血圧・脂質	63	6.9	9,284	7.1	14,622	6.5	453,889	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	360	39.5	50,446	38.6	80,231	35.9	2,447,146	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	93	10.2	13,290	10.2	19,804	8.9	594,927	8.7			
			脂質異常症	266	29.2	37,340	28.6	64,032	28.7	1,914,847	27.9			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	35	3.9	4,248	3.4	7,219	3.4	208,635	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	50	5.6	7,808	6.2	12,053	5.6	367,822	5.5			
既往歴	腎不全	7	0.8	1,086	0.9	1,596	0.7	54,302	0.8					
貧血	85	9.5	12,093	9.6	19,670	9.2	706,680	10.7						
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	123	13.5	17,772	13.6	36,735	16.4	948,575	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	87	9.7	9,754	8.1	24,043	12.2	648,865	10.4			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	122	13.6	18,366	15.2	29,224	14.9	985,252	15.8			
			週3回以上就寝前夕食	122	13.6	18,366	15.2	29,224	14.9	985,252	15.8			
			食べる速度が遅い	268	29.8	31,534	26.1	57,388	29.1	1,672,168	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	317	35.4	42,464	35.1	70,405	35.7	2,191,006	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	586	65.3	74,883	61.8	125,237	62.7	3,777,161	60.4			
			1日1時間以上運動なし	421	46.9	57,261	47.3	94,134	47.2	3,004,820	48.0			
			睡眠不足	175	19.4	30,220	25.0	43,939	22.3	1,599,841	25.6			
			毎日飲酒	195	21.6	31,929	25.2	45,313	22.5	1,671,521	25.5			
			時々飲酒	207	23.0	26,139	20.6	53,275	26.5	1,475,568	22.5			
			一日 飲酒 量	1合未満	357	61.2	46,466	60.5	78,400	59.1	2,997,543		64.1	
				1～2合	134	23.0	20,381	26.5	34,032	25.7	1,110,600		23.7	
2～3合	71	12.2		7,893	10.3	15,779	11.9	438,425	9.4					
3合以上	21	3.6		2,103	2.7	4,461	3.4	130,129	2.8					







④75歳以上(後期)

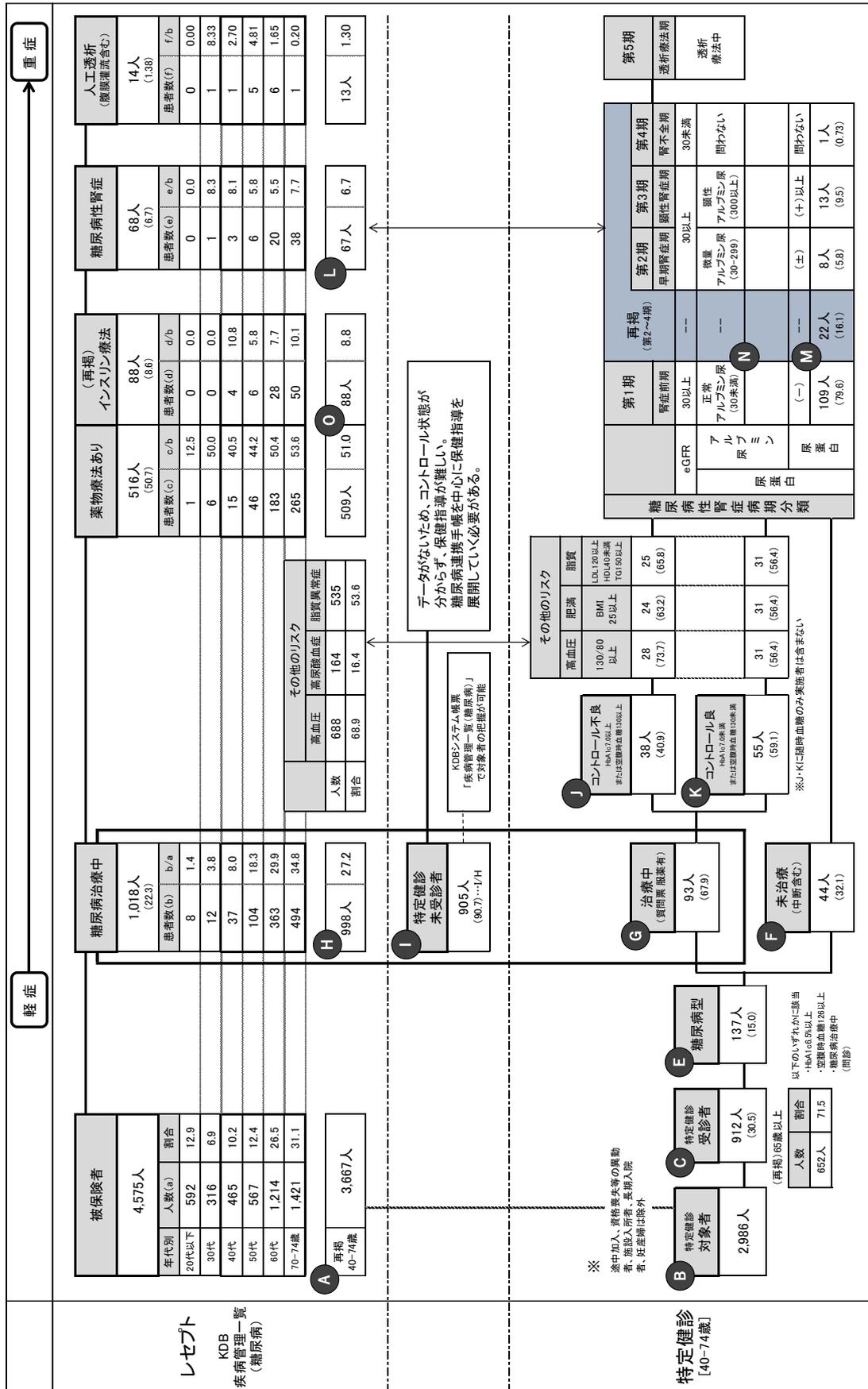


出典:ヘルスサポートラボツール

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

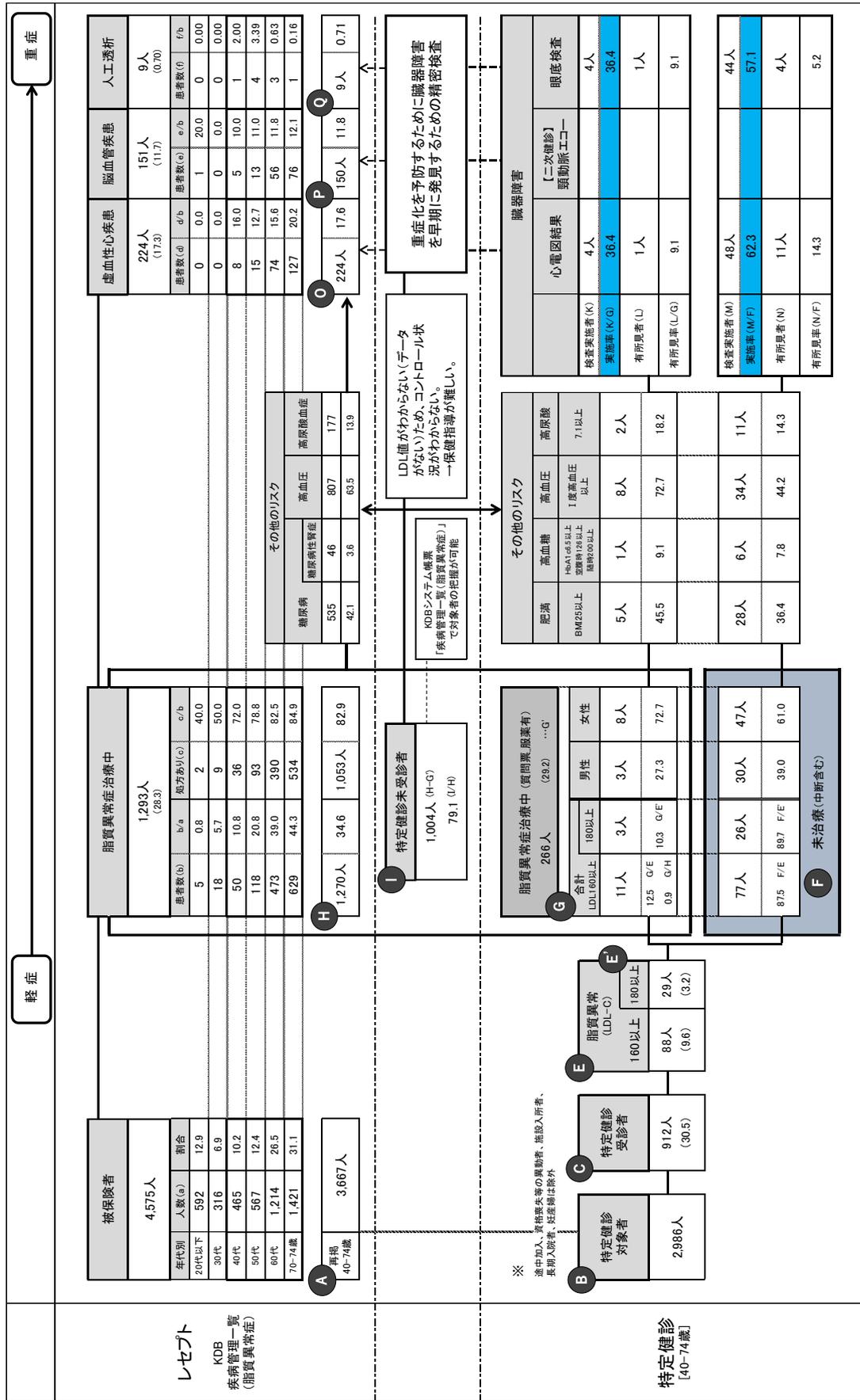
項目	余市町										同規模保険者(平均)		データ基			
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者数	4,964人		4,783人		4,676人		4,496人		4,256人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳	4,007人		3,872人		3,817人		3,709人		3,514人					
2	②	特定健診 受診者数	1,027人		1,070人		949人		857人		953人					
	③	受診率	29.5%		31.8%		28.7%		27.0%		31.9%					
3	①	特定 保健指導 対象者数	95人		117人		99人		79人		98人		特定健診法定報告			
	②	実施率	68.4%		57.3%		46.5%		40.5%		55.1%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	186人	18.1%	150人	14.0%	170人	17.9%	121人	14.1%	142人	14.9%	特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	66人	35.5%	49人	32.7%	41人	24.1%	33人	27.3%	46人	32.4%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	120人	64.5%	101人	67.3%	129人	75.9%	88人	72.7%	96人	67.6%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	55人	45.8%	53人	52.5%	63人	48.8%	43人	48.9%	40人	41.7%			
	⑤		血圧 130/80以上	38人	69.1%	35人	66.0%	48人	76.2%	26人	60.5%	29人	72.5%			
	⑥		肥満 BMI25以上	25人	45.5%	26人	49.1%	39人	61.9%	26人	60.5%	25人	62.5%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	65人	54.2%	48人	47.5%	66人	51.2%	45人	51.1%	56人	58.3%			
	⑧		第1期 尿蛋白(-)	139人	74.7%	126人	84.0%	129人	75.9%	94人	77.7%	114人	80.3%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)	19人	10.2%	11人	7.3%	14人	8.2%	9人	7.4%	8人	5.6%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上	19人	10.2%	13人	8.7%	25人	14.7%	12人	9.9%	13人	9.2%			
	⑪		第4期 eGFR30未満	1人	0.5%	0人	0.0%	2人	1.2%	1人	0.8%	1人	0.7%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)	127.7人		122.9人		115.5人		125.0人		123.4人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)	155.5人		150.8人		139.4人		150.2人		148.0人				
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1月は被保険者対)	入院外(件数)	3,318件 (855.2)	3,215件 (860.3)	3,148件 (850.6)	3,129件 (889.4)	2,934件 (875.6)	3,193件 (944.1)				KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④		入院(件数)	17件 (4.4)	10件 (2.7)	9件 (2.4)	7件 (2.0)	9件 (2.7)	1,366件 (4.0)							
	⑤		糖尿病治療中	634人	12.8%	588人	12.3%	540人	11.5%	562人	12.5%	525人	12.3%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲)40-74歳	623人	15.5%	584人	15.1%	532人	13.9%	557人	15.0%	520人	14.8%			
	⑦		健診未受診者	503人	80.7%	464人	79.5%	403人	75.8%	469人	84.2%	424人	81.5%			
	⑧		インスリン治療	56人	8.8%	54人	9.2%	48人	8.9%	44人	7.8%	47人	9.0%			
	⑨		(再掲)40-74歳	55人	8.8%	54人	9.2%	48人	9.0%	44人	7.9%	47人	9.0%			
	⑩		糖尿病性腎症	48人	7.6%	35人	6.0%	34人	6.3%	30人	5.3%	24人	4.6%			
	⑪		(再掲)40-74歳	46人	7.4%	35人	6.0%	34人	6.4%	30人	5.4%	24人	4.6%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	4人	0.6%	4人	0.7%	4人	0.7%	7人	1.2%	6人	1.1%			
	⑬		(再掲)40-74歳	4人	0.6%	4人	0.7%	4人	0.8%	7人	1.3%	6人	1.2%			
	⑭		新規透析患者数	10人	1.6%	10人	1.7%	9人	1.7%	6人	1.1%	9人	1.7%			
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症	3人	0.5%	2人	0.3%	2人	0.4%	1人	0.2%	1人	0.2%	余市町調べ		
	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)	25人	2.5%	20人	2.0%	22人	2.4%	16人	1.7%	17人	1.8%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	医療費	総医療費	19億7060万円		20億6160万円		19億9372万円		19億3071万円		18億7726万円		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	10億3844万円		10億7704万円		10億7614万円		10億0342万円		9億6631万円			7億7425万円	
	③		(総医療費に占める割合)	52.7%		52.2%		54.0%		52.0%		51.5%			53.6%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,763円		5,002円		3,520円		2,558円		4,483円			7,560円
	⑤		健診未受診者	38,573円		44,909円		47,947円		44,226円		45,211円			37,805円	
	⑥		糖尿病医療費	1億0209万円		9425万円		9396万円		9353万円		8922万円			8603万円	
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.8%		8.8%		8.7%		9.3%		9.2%			11.1%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費	2億6146万円		2億4516万円		2億6092万円		3億3418万円		3億0848万円				
	⑨		1件あたり	32,561円		32,497円		35,543円		46,139円		44,856円				
	⑩		糖尿病入院総医療費	2億2991万円		2億0321万円		2億0343万円		2億1218万円		2億1238万円				
	⑪		1件あたり	598,714円		613,925円		737,062円		704,904円		678,541円				
	⑫		在院日数	18日		18日		17日		19日		18日				
	⑬		慢性腎不全医療費	3350万円		3787万円		4569万円		2928万円		4903万円			6202万円	
	⑭		透析有り	2724万円		3156万円		4143万円		2624万円		4545万円			5785万円	
	⑮		透析なし	626万円		631万円		425万円		304万円		358万円			418万円	
7	①	介護	介護給付費	20億7705万円		21億0526万円		21億1662万円		21億6586万円		20億9610万円		17億4718万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件	6.7%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人	0.7%	4人	1.3%	2人	0.7%	2人	0.7%	5人	1.7%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(令和4年度) (特定健診法定報告の対象者)





参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(令和4年度)(特定健診法定報告の対象者)



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
※レセプト情報のほか、疾病管理一覧で把握できない項目については、「FDB医療介入支援対象者一覧(薬・重症化予防)」から集計

参考資料 7 HbA1c の年次比較(令和 4 年度)

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											
					5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
					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	952	423	44.4%	314	33.0%	127	13.3%	46	4.8%	30	3.2%	12	1.3%	28	2.9%	8	0.8%			
H30	955	371	38.8%	311	32.6%	161	16.9%	51	5.3%	49	5.1%	12	1.3%	34	3.6%	7	0.7%			
R01	1,009	525	52.0%	280	27.8%	108	10.7%	41	4.1%	40	4.0%	15	1.5%	28	2.8%	11	1.1%			
R02	902	388	43.0%	304	33.7%	105	11.6%	50	5.5%	40	4.4%	15	1.7%	37	4.1%	11	1.2%			
R03	815	383	47.0%	258	31.7%	97	11.9%	33	4.0%	35	4.3%	9	1.1%	27	3.3%	4	0.5%			
R04	901	412	45.7%	280	31.1%	120	13.3%	46	5.1%	33	3.7%	10	1.1%	17	1.9%	6	0.7%			

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲		
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲			
											人数	割合
H29	952	423	314	127	88	29	59	9.2%	33.0%	67.0%	4.4%	9.2%
					42	10	32					
H30	955	371	311	161	112	41	71	11.7%	36.6%	63.4%	6.4%	11.7%
					61	19	42					
R01	1,009	525	280	108	96	38	58	9.5%	39.6%	60.4%	5.5%	9.5%
					55	20	35					
R02	902	388	304	105	105	28	77	11.6%	26.7%	73.3%	6.1%	11.6%
					55	8	47					
R03	815	383	258	97	77	22	55	9.4%	28.6%	71.4%	5.4%	9.4%
					44	4	40					
R04	901	412	280	120	89	36	53	9.9%	40.4%	59.6%	4.8%	9.9%
					43	14	29					

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		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
					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	102	10.7%	5	4.9%	10	9.8%	28	27.5%	27	26.5%	22	21.6%	10	9.8%	23	22.5%	7	6.9%	
	H30	113	11.8%	3	2.7%	13	11.5%	26	23.0%	29	25.7%	32	28.3%	10	8.8%	20	17.7%	7	6.2%	
	R01	96	9.5%	5	5.2%	17	17.7%	16	16.7%	23	24.0%	27	28.1%	8	8.3%	16	16.7%	5	5.2%	
	R02	125	13.9%	3	2.4%	18	14.4%	27	21.6%	30	24.0%	36	28.8%	11	8.8%	32	25.6%	7	5.6%	
	R03	85	10.4%	2	2.4%	8	9.4%	20	23.5%	15	17.6%	32	37.6%	8	9.4%	24	28.2%	3	3.5%	
治療なし	H29	850	89.3%	418	49.2%	304	35.8%	99	11.6%	19	2.2%	8	0.9%	2	0.2%	5	0.6%	1	0.1%	
	H30	842	88.2%	368	43.7%	298	35.4%	135	16.0%	22	2.6%	17	2.0%	2	0.2%	14	1.7%	0	0.0%	
	R01	913	90.5%	520	57.0%	263	28.8%	92	10.1%	18	2.0%	13	1.4%	7	0.8%	12	1.3%	6	0.7%	
	R02	777	86.1%	385	49.5%	286	36.8%	78	10.0%	20	2.6%	4	0.5%	4	0.5%	5	0.6%	4	0.5%	
	R03	730	89.6%	381	52.2%	250	34.2%	77	10.5%	18	2.5%	3	0.4%	1	0.1%	3	0.4%	1	0.1%	
R04	809	89.8%	408	50.4%	270	33.4%	95	11.7%	22	2.7%	11	1.4%	3	0.4%	4	0.5%	3	0.4%		

出典:ヘルスサポートラボツール

参考資料 8 血圧の年次比較(令和 4 年度)

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	973	223	22.9%	180	18.5%	354	36.4%	184	18.9%	27	2.8%	5	0.5%
H30	965	248	25.7%	171	17.7%	294	30.5%	222	23.0%	24	2.5%	6	0.6%
R01	1,017	255	25.1%	192	18.9%	315	31.0%	213	20.9%	31	3.0%	11	1.1%
R02	912	186	20.4%	154	16.9%	331	36.3%	189	20.7%	48	5.3%	4	0.4%
R03	825	181	21.9%	146	17.7%	291	35.3%	162	19.6%	42	5.1%	3	0.4%
R04	912	212	23.2%	184	20.2%	295	32.3%	178	19.5%	37	4.1%	6	0.7%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	II 度高血圧以上			再掲		再)III度高血圧	未治療	治療	割合
					再)II度高血圧	割合	再)III度高血圧	割合	割合				
H29	973	403 41.4%	354 36.4%	184 18.9%	32	3.3%	14	43.8%	18	56.3%	3.3%	0.5%	
					5	0.5%	2	40.0%	3	60.0%	0.5%		
H30	965	419 43.4%	294 30.5%	222 23.0%	30	3.1%	11	36.7%	19	63.3%	3.1%	0.6%	
					6	0.6%	2	33.3%	4	66.7%	0.6%		
R01	1,017	447 44.0%	315 31.0%	213 20.9%	42	4.1%	19	45.2%	23	54.8%	4.1%	1.1%	
					11	1.1%	8	72.7%	3	27.3%	1.1%		
R02	912	340 37.3%	331 36.3%	189 20.7%	52	5.7%	21	40.4%	31	59.6%	5.7%	0.4%	
					4	0.4%	1	25.0%	3	75.0%	0.4%		
R03	825	327 39.6%	291 35.3%	162 19.6%	45	5.5%	22	48.9%	23	51.1%	5.5%	0.4%	
					3	0.4%	2	66.7%	1	33.3%	0.4%		
R04	912	396 43.4%	295 32.3%	178 19.5%	43	4.7%	29	67.4%	14	32.6%	4.7%	0.7%	
					6	0.7%	6	100.0%	0	0.0%	0.7%		

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	408	41.9%	40	9.8%	64	15.7%	177	43.4%	109	26.7%	15	3.7%	3	0.7%
	H30	400	41.5%	57	14.3%	64	16.0%	129	32.3%	131	32.8%	15	3.8%	4	1.0%
	R01	406	39.9%	53	13.1%	60	14.8%	147	36.2%	123	30.3%	20	4.9%	3	0.7%
	R02	389	42.7%	40	10.3%	50	12.9%	156	40.1%	112	28.8%	28	7.2%	3	0.8%
	R03	326	39.5%	42	12.9%	53	16.3%	124	38.0%	84	25.8%	22	6.7%	1	0.3%
	R04	360	39.5%	49	13.6%	75	20.8%	132	36.7%	90	25.0%	14	3.9%	0	0.0%
治療なし	H29	565	58.1%	183	32.4%	116	20.5%	177	31.3%	75	13.3%	12	2.1%	2	0.4%
	H30	565	58.5%	191	33.8%	107	18.9%	165	29.2%	91	16.1%	9	1.6%	2	0.4%
	R01	611	60.1%	202	33.1%	132	21.6%	168	27.5%	90	14.7%	11	1.8%	8	1.3%
	R02	523	57.3%	146	27.9%	104	19.9%	175	33.5%	77	14.7%	20	3.8%	1	0.2%
	R03	499	60.5%	139	27.9%	93	18.6%	167	33.5%	78	15.6%	20	4.0%	2	0.4%
	R04	552	60.5%	163	29.5%	109	19.7%	163	29.5%	88	15.9%	23	4.2%	6	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

参考資料9 LDL-Cの年次比較(令和4年度)

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	973	400	41.1%	278	28.6%	158	16.2%	98	10.1%	39	4.0%
	H30	965	421	43.6%	235	24.4%	175	18.1%	81	8.4%	53	5.5%
	R01	1,017	472	46.4%	240	23.6%	171	16.8%	90	8.8%	44	4.3%
	R02	912	393	43.1%	220	24.1%	160	17.5%	95	10.4%	44	4.8%
	R03	825	360	43.6%	212	25.7%	151	18.3%	79	9.6%	23	2.8%
R04	912	415	45.5%	238	26.1%	171	18.8%	59	6.5%	29	3.2%	
男性	H29	419	193	46.1%	118	28.2%	55	13.1%	39	9.3%	14	3.3%
	H30	426	223	52.3%	92	21.6%	63	14.8%	30	7.0%	18	4.2%
	R01	443	225	50.8%	105	23.7%	63	14.2%	33	7.4%	17	3.8%
	R02	419	199	47.5%	96	22.9%	68	16.2%	39	9.3%	17	4.1%
	R03	365	173	47.4%	89	24.4%	62	17.0%	32	8.8%	9	2.5%
R04	406	203	50.0%	100	24.6%	70	17.2%	22	5.4%	11	2.7%	
女性	H29	554	207	37.4%	160	28.9%	103	18.6%	59	10.6%	25	4.5%
	H30	539	198	36.7%	143	26.5%	112	20.8%	51	9.5%	35	6.5%
	R01	574	247	43.0%	135	23.5%	108	18.8%	57	9.9%	27	4.7%
	R02	493	194	39.4%	124	25.2%	92	18.7%	56	11.4%	27	5.5%
	R03	460	187	40.7%	123	26.7%	89	19.3%	47	10.2%	14	3.0%
R04	506	212	41.9%	138	27.3%	101	20.0%	37	7.3%	18	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			再掲	割合
					再)160以上	未治療	治療		
H29	973	400 41.1%	278 28.6%	158 16.2%	137	122	15	4.0%	14.1%
					14.1%	89.1%	10.9%		
H30	965	421 43.6%	235 24.4%	175 18.1%	134	114	20	5.5%	13.9%
					13.9%	85.1%	14.9%		
R01	1,017	472 46.4%	240 23.6%	171 16.8%	134	114	20	4.3%	13.2%
					13.2%	85.1%	14.9%		
R02	912	393 43.1%	220 24.1%	160 17.5%	139	124	15	4.8%	15.2%
					15.2%	89.2%	10.8%		
R03	825	360 43.6%	212 25.7%	151 18.3%	102	85	17	2.8%	12.4%
					12.4%	83.3%	16.7%		
R04	912	415 45.5%	238 26.1%	171 18.8%	88	77	11	3.2%	9.6%
					9.6%	87.5%	12.5%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	260	26.7%	150	57.7%	62	23.8%	33	12.7%	11	4.2%	4	1.5%
	H30	278	28.8%	161	57.9%	63	22.7%	34	12.2%	14	5.0%	6	2.2%
	R01	292	28.7%	177	60.6%	65	22.3%	30	10.3%	15	5.1%	5	1.7%
	R02	269	29.5%	166	61.7%	59	21.9%	29	10.8%	10	3.7%	5	1.9%
	R03	245	29.7%	147	60.0%	58	23.7%	23	9.4%	14	5.7%	3	1.2%
	R04	266	29.2%	159	59.8%	67	25.2%	29	10.9%	8	3.0%	3	1.1%
治療なし	H29	713	73.3%	250	35.1%	216	30.3%	125	17.5%	87	12.2%	35	4.9%
	H30	687	71.2%	260	37.8%	172	25.0%	141	20.5%	67	9.8%	47	6.8%
	R01	725	71.3%	295	40.7%	175	24.1%	141	19.4%	75	10.3%	39	5.4%
	R02	643	70.5%	227	35.3%	161	25.0%	131	20.4%	85	13.2%	39	6.1%
	R03	580	70.3%	213	36.7%	154	26.6%	128	22.1%	65	11.2%	20	3.4%
	R04	646	70.8%	256	39.6%	171	26.5%	142	22.0%	51	7.9%	26	4.0%

出典:ヘルスサポートラボツール