

鷹栖町国民健康保険  
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  
鷹栖町

# 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期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
  - 1) 第2期データヘルス計画の評価
  - 2) 主な個別事業の評価と課題
  - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
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. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携
- 6) 評価
- 7) 実施期間およびスケジュール

2. 虚血性心疾患重症化予防

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携
- 6) 評価
- 7) 実施期間及びスケジュール

3. 脳血管疾患重症化予防

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携
- 6) 評価
- 7) 実施期間及びスケジュール

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
- 2) 事業の実施

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 .....63

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 .....63

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....65

# 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<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の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

また、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<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期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

以上を踏まえ、鷹栖町では国保データベース(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り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

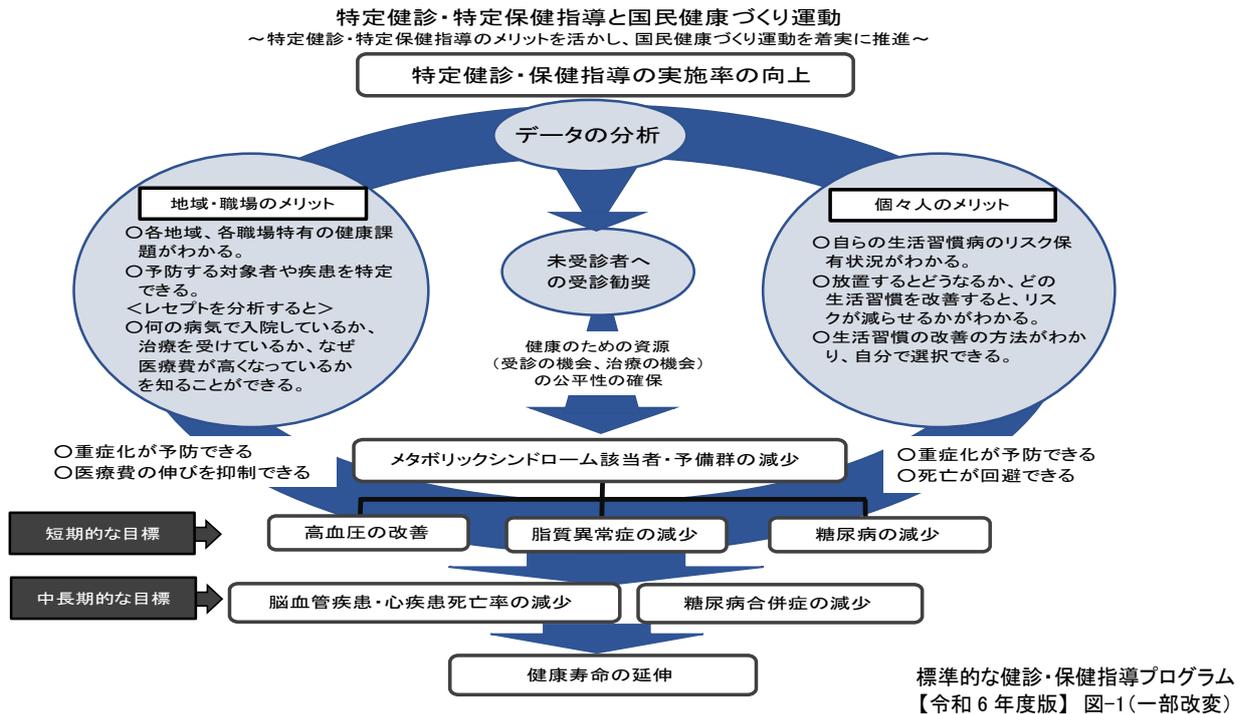
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ  
法定計画等の位置づけ

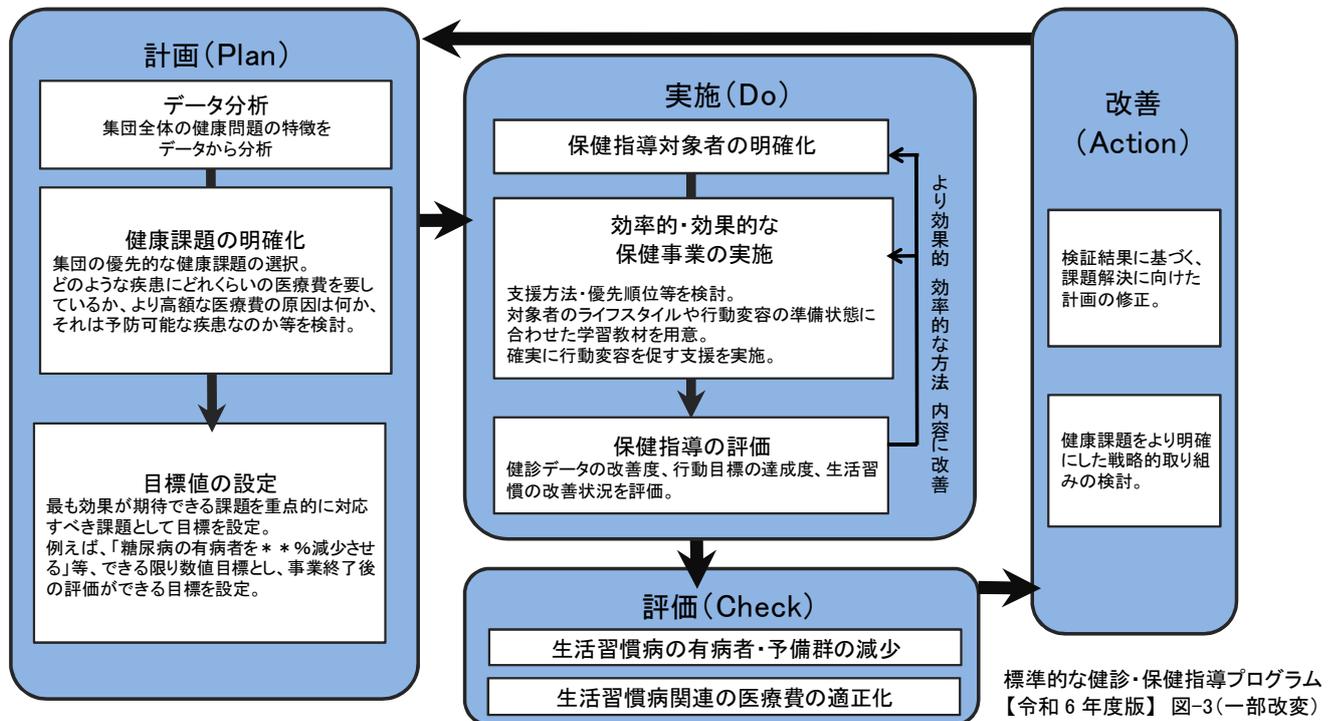
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 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9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に心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	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	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・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 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1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サイクルを活用し 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・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



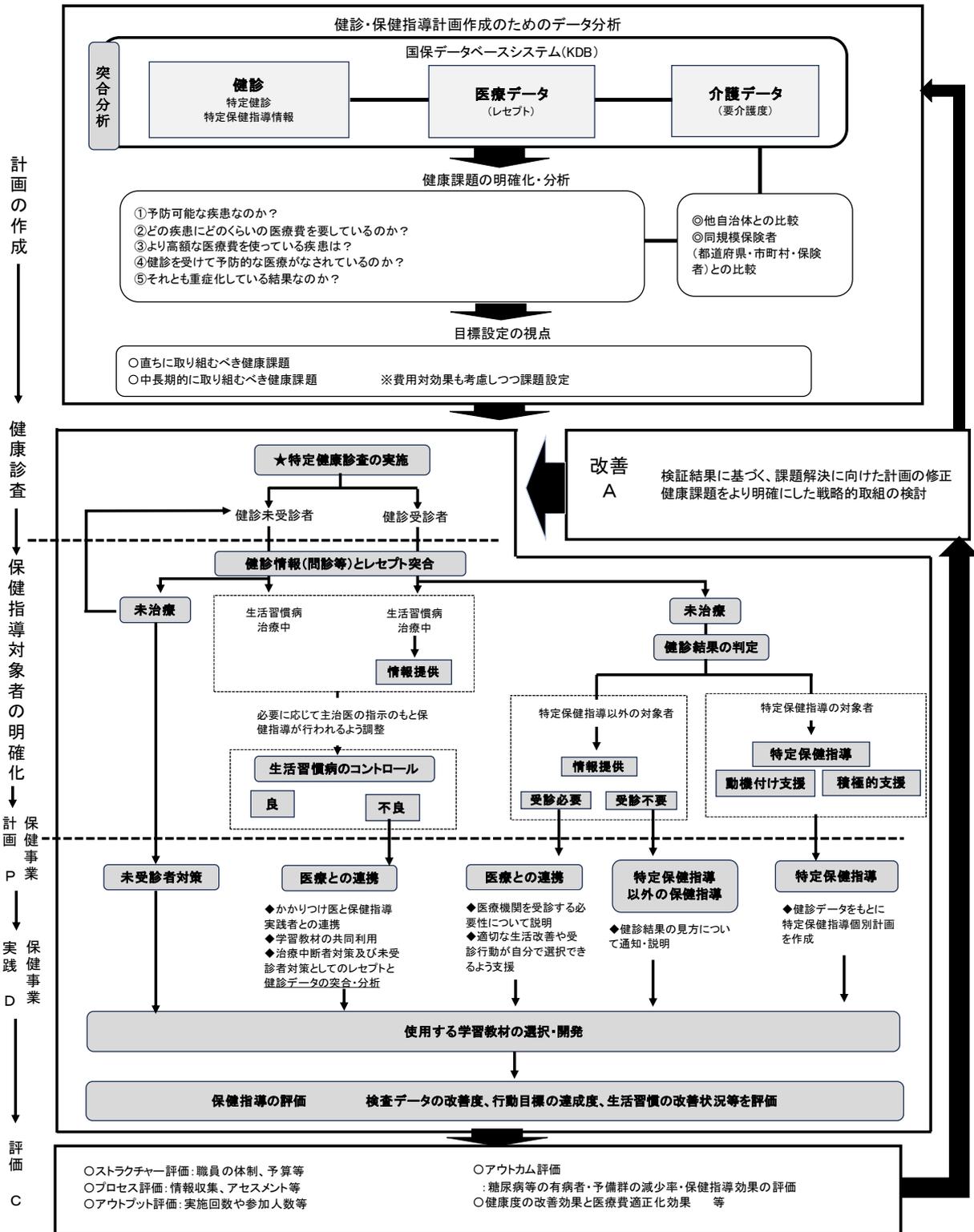
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)



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

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

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。  
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

#### <参考> 計画期間の根拠について

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

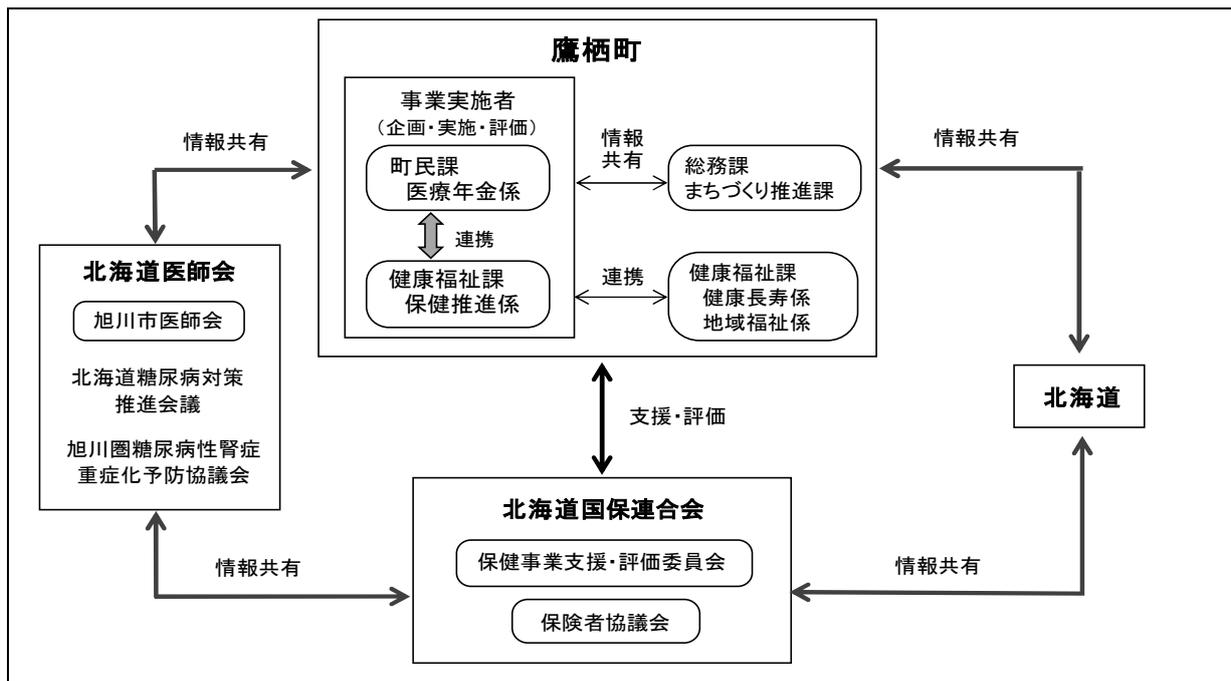
本計画は、被保険者の健康の保持増進を目的とした保健事業の積極的な推進を図るため、町民課が主体となり、住民の健康の保持増進に係る健康福祉課と連携しながら、保険者の健康課題の分析を行い、市町村一体となって策定等を進めました。また、計画に基づいて効果的・効率的な保健事業を実施するほか、個別の保健事業や計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、国民健康保険及び高齢者、福祉医療を担当する町民課医療年金係と保健衛生を担当する健康福祉課保健推進係が事業の企画・実施・評価の部分で協力し、介護保険を担当する健康長寿係、生活保護を担当する地域福祉係とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じ PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化し、適切に進める体制を整えていきます。【図表 6・7】

図表 6 鷹栖町の実施体制図

図表6 鷹栖町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	健康福祉課 保健推進係							町民課 医療年金係	
	保 (保健師長)	保 (主査)	保	保	保 (兼務)	管栄	事 (主幹)	事 (係長)	事
国保事務								◎	◎
健康診断 保健指導		◎		○		○			
がん検診		○	◎	◎					
新型コロナ ワクチン	○						◎		
予防接種	◎						◎		
母子保健	○	○	○	○	◎	○			
精神保健	◎	○		○		○			
歯科保健	○			◎					
高齢者の 一体的実施事業	◎	○				◎			

## 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・協力が重要です。

北海道は市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、北海道の関与が更に重要となります。

また、計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である北海道のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、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、地域の医療機関や上川郡中央医師会、旭川市医師会等と連携、協力を図っていきます。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、北海道が北海道医師会等との連携を推進することが重要であり、国保連と北海道は、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に努めることが重要です。

市町村国保は、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、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有や保険者間で連携した保健事業の展開に努めていきます。

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解し、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

## 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8】

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			鷹栖町	配点	鷹栖町	配点	鷹栖町	配点
全国順位(1,741市町村中)			22位		190位		163位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	145	70	70	70	70	70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	55	40	35	40	35	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	90	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	90	50	45	55	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	40	50	45	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	30	100	65	100	100	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	80	100	87	100
合計点			806	1,000	698	960	692	940

## 第2章

### 第2期計画にかかる考察及び第3期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 6,500 人、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 34.6%でした。高齢者の割合は同規模と比較すると低めですが、北海道、国と比較すると高い割合です。被保険者の平均年齢も 55.9 歳と同規模、北海道、国と比べて高く、出生率、財政指数ともに低い傾向が見られます。産業においては、第 1 次産業が 19.0%と同規模と比較して高く、農業の割合が多い町です。産業によって、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが異なる可能性が高いため、農村地区とベッタウン化している地区を比較し、それぞれの地域の特性を踏まえた健康課題を明確にすることが重要です。【図表 9】

国保加入率は 22.3%と大きく減ってはいませんが、被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成は 65～74 歳の前期高齢者が約 50%を占めています。【図表 10】

町内の診療所は 2 つ(うち外来診療を行っているのは 1 か所)と同規模と比較して少ないものの、地域の医療機関として町民が多く利用していること、また、旭川市に隣接している土地柄から、町外の医療機関を利用する町民も多く、外来患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。【図表 11】

図表 9 同規模・県・国と比較した鷹栖町の特性

	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
鷹栖町	6,567	34.6	1,467 (22.3)	55.9	4.6	11.9	0.3	19.0	13.6	67.4
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	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、鷹栖町と同規模保険者(240市町村)の平

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	1,699		1,628		1,603		1,531		1,467	
65～74歳	803	47.3	796	48.9	795	49.6	769	50.2	729	49.7
40～64歳	557	32.8	508	31.2	485	30.3	470	30.7	458	31.2
39歳以下	339	20.0	324	19.9	323	20.1	292	19.1	280	19.1
加入率	24.2		23.2		22.8		21.8		22.3	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.5
診療所数	2	1.2	2	1.2	2	1.2	2	1.3	2	1.4	2.7	3.1
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	85.6
医師数	2	1.2	2	1.2	2	1.2	2	1.3	1	0.7	4.2	12.8
外来患者数	714.7		724.9		668.9		685.5		709.0		692.2	654.8
入院患者数	20.8		21.9		16.9		20.7		18.7		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【図表12~14】

鷹栖町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で5人(認定率0.22%)、1号(65歳以上)被保険者で451人(認定率19.9%)と2号認定者の割合は同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても減少傾向です。

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え、介護給付費も増加しています。

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、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号被保険者で3割以上、第1号被保険者でも約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97.8%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12 要介護認定者(率)の状況

	鷹栖町				同規模	北海道	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	2,126人	30.3%	2,272人	34.6%	39.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	10人	0.41%	5人	0.22%	0.39%	0.42%	0.38%
新規認定者	2人		0人		--	--	--
1号認定者	439人	20.6%	451人	19.9%	19.4%	20.9%	19.4%
新規認定者	59人		59人		--	--	--
再掲	65~74歳	37人	3.5%	29人	2.7%	--	--
新規認定者	9人		4人		--	--	--
75歳以上	402人	37.8%	422人	35.7%	--	--	--
新規認定者	50人		55人		--	--	--

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	鷹栖町		同規模	北海道	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	7億5798万円	7億6511万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	356,529	336,758	314,188	269,507	290,668
1件あたり給付費(円)全体	89,554	85,698	74,986	60,965	59,662
居宅サービス	53,464	53,027	43,722	42,034	41,272
施設サービス	291,734	295,695	289,312	296,260	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)		5		29		423		452									
(再)国保・後期		3		25		381		406									
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	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	1	33.3%	脳卒中	7	28.0%	脳卒中	186	48.8%	脳卒中	193	47.5%	脳卒中	194	47.4%
		2	腎不全	1	33.3%	虚血性心疾患	6	24.0%	虚血性心疾患	142	37.3%	虚血性心疾患	148	36.5%	虚血性心疾患	148	36.2%
		3	虚血性心疾患	0	0.0%	腎不全	6	24.0%	腎不全	67	17.6%	腎不全	73	18.0%	腎不全	74	18.1%
	合併症	4	糖尿病合併症	1	33.3%	糖尿病合併症	3	12.0%	糖尿病合併症	31	8.1%	糖尿病合併症	34	8.4%	糖尿病合併症	35	8.6%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			3	100.0%	基礎疾患	22	88.0%	基礎疾患	375	98.4%	基礎疾患	397	97.8%	基礎疾患	400	97.8%
	血管疾患合計			3	100.0%	合計	23	92.0%	合計	376	98.7%	合計	399	98.3%	合計	402	98.3%
	認知症			0	0.0%	認知症	2	8.0%	認知症	166	43.6%	認知症	168	41.4%	認知症	168	41.1%
	筋・骨格疾患			2	66.7%	筋骨格系	22	88.0%	筋骨格系	368	96.6%	筋骨格系	390	96.1%	筋骨格系	392	95.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況【図表 15・16】

鷹栖町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少しています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 2 万円低く、H30 年度と比較するとほぼ横ばいです。

入院医療費は、1 件あたりの医療費が H30 年度と比較して約 8 万円減少し、医療費全体に占める割合も 45.9%から 35.8%と減少しています。

また、年齢調整をした地域差指数でも、H30 年度は国保・後期ともに全国平均の 1 を超えていましたが、R2 年度は低くなっています。入院が増えることで一人あたり医療費の地域差が大きくなるため、引き続き生活習慣病の重症化予防の取組に力を入れていく必要があります。

図表 15 医療費の推移

		鷹栖町		同規模	北海道	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		1,699人	1,467人	--	--	--
前期高齢者割合		803人 (47.3%)	729人 (49.7%)	--	--	--
総医療費		5億9907万円	5億2658万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		352,022	358,948	376,732	376,962	339,680
		県内87位 同規模91位	県内100位 同規模156位			
入院	1件あたり費用額(円)	638,730	557,370	588,690	628,200	617,950
	費用の割合	45.9	35.8	43.7	43.7	39.6
	件数の割合	2.8	2.6	3.2	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	21,990	26,400	24,870	26,530	24,220
	費用の割合	54.1	64.2	56.3	56.3	60.4
	件数の割合	97.2	97.4	96.8	96.8	97.5
受診率		735.542	727.721	714.851	676.241	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は鷹栖町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		鷹栖町 (県内市町村中)		県 (47県中)	鷹栖町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.019	0.910	1.064	0.963	0.906	1.118
		(115位)	(146位)	(16位)	(118位)	(136位)	(9位)
	入院	1.171	0.879	1.162	1.040	0.958	1.252
		(86位)	(163位)	(17位)	(112位)	(125位)	(8位)
	外来	0.931	0.947	0.997	0.903	0.874	0.985
		(132位)	(107位)	(26位)	(109位)	(119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【図表 17・18】

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、H30 年度と比べて減少しており、同規模、北海道、国のいずれと比較しても低い割合です。

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患・腎不全の割合は減少していますが、虚血性心疾患については横ばいでした。

虚血性心疾患は、発症部位以外の血管にも狭窄や閉塞が起こっている場合が多く、再発予防が重要な疾患です。冠動脈の狭窄や閉塞は主に動脈硬化によって引き起こされることから、動脈硬化の危険因子である高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			鷹栖町		同規模	北海道	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			5億9907万円	5億2658万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4191万円	1488万円	--	--	--
			6.99%	2.83%	7.67%	6.48%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.35%	0.47%	2.06%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.19%	1.37%	1.47%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.17%	0.87%	3.83%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.13%	0.32%	0.28%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		18.32%	21.55%	16.76%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		8.92%	7.40%	9.27%	9.41%	8.68%
	精神疾患		6.52%	7.10%	7.98%	7.60%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	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	1,699	1,467	a	119	96	117	100	5	2	
				a/A	7.0%	6.5%	6.9%	6.8%	0.3%	0.1%	
40歳以上	B	1,360	1,187	b	119	93	117	100	5	2	
	B/A	80.0%	80.9%	b/B	8.8%	7.8%	8.6%	8.4%	0.4%	0.2%	
再掲	40～64歳	C	557	458	c	27	17	28	22	3	1
		C/A	32.8%	31.2%	c/C	4.8%	3.7%	5.0%	4.8%	0.5%	0.2%
	65～74歳	D	803	729	d	92	76	89	78	2	1
		D/A	47.3%	49.7%	d/D	11.5%	10.4%	11.1%	10.7%	0.2%	0.1%

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

## (2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況【図表 19～21】

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、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は40～64歳の虚血性心疾患を除き、減少しています。

鷹栖町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)		A	574	525	141	118	433	407
		A/被保数	42.2%	44.2%	25.3%	25.8%	53.9%	55.8%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	66	40	15	9	51	31
		B/A	11.5%	7.6%	10.6%	7.6%	11.8%	7.6%
	虚血性心疾患	C	95	78	17	15	78	63
		C/A	16.6%	14.9%	12.1%	12.7%	18.0%	15.5%
	人工透析	D	5	2	3	1	2	1
		D/A	0.9%	0.4%	2.1%	0.8%	0.5%	0.2%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		A	422	380	97	82	325	298
		A/被保数	31.0%	32.0%	17.4%	17.9%	40.5%	40.9%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	44	24	10	5	34	19
		B/A	10.4%	6.3%	10.3%	6.1%	10.5%	6.4%
	虚血性心疾患	C	62	53	11	8	51	45
		C/A	14.7%	13.9%	11.3%	9.8%	15.7%	15.1%
	人工透析	D	2	1	2	0	0	1
		D/A	0.5%	0.3%	2.1%	0.0%	0.0%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	21	21	6	4	15	17
		E/A	5.0%	5.5%	6.2%	4.9%	4.6%	5.7%
	糖尿病性網膜症	F	27	24	7	6	20	18
		F/A	6.4%	6.3%	7.2%	7.3%	6.2%	6.0%
	糖尿病性神経障害	G	16	8	7	1	9	7
		G/A	3.8%	2.1%	7.2%	1.2%	2.8%	2.3%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	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	627	564	167	136	460	428	
	A/被保数	46.1%	47.5%	30.0%	29.7%	57.3%	58.7%	
（中長期合併目標疾患）	脳血管疾患	B	49	32	12	7	37	25
		B/A	7.8%	5.7%	7.2%	5.1%	8.0%	5.8%
	虚血性心疾患	C	92	72	17	12	75	60
		C/A	14.7%	12.8%	10.2%	8.8%	16.3%	14.0%
	人工透析	D	2	0	1	0	1	0
		D/A	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%	0.2%	0.0%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方【図表 22】

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR3年度で比較すると、有所見者の割合は横ばいですが、未治療者について健診後の受診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方が高血圧で約40%、糖尿病で約10%と全国の448市町村と比較して高くなっています。

前述した通り、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		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	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
鷹栖町	717	52.7	649	53.5	35	4.9	18	51.4	34	5.2	30	88.2	14	41.2	0	0.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		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	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
鷹栖町	696	97.1	645	99.4	48	6.9	8	16.7	48	7.4	20	41.7	5	10.4	2	4.2
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

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ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

### ③ 健診結果の経年変化【図表 23～26】

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。鷹栖町の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドローム該当者の割合はやや増加しています。

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上が微増していることに加え、HbA1c6.5以上では翌年の改善率が低くなっています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割以上存在し、結果が把握できない対象者が一定数いることがわかります。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	689 (55.3%)	135 (18.8%)	35 (4.9%)	100 (13.9%)	89 (12.4%)
R4年度	594 (55.6%)	127 (20.5%)	34 (5.5%)	93 (15.0%)	76 (12.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	85 (12.2%)	22 (25.9%)	36 (42.4%)	8 (9.4%)	19 (22.4%)
R3→R4	96 (14.9%)	13 (13.5%)	31 (32.3%)	14 (14.6%)	38 (39.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	35 (4.9%)	16 (45.7%)	7 (20.0%)	1 (2.9%)	11 (31.4%)
R3→R4	34 (5.2%)	16 (47.1%)	6 (17.6%)	0 (0.0%)	12 (35.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	58 (8.1%)	27 (46.6%)	11 (19.0%)	4 (6.9%)	16 (27.6%)
R3→R4	52 (8.0%)	20 (38.5%)	12 (23.1%)	2 (3.8%)	18 (34.6%)

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【図表 27・28】

鷹栖町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 55.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響でR1年度以降は受診率が低迷しています。R3年度からR4年度にかけて回復傾向にあるものの、依然として第3期特定健診等実施計画の目標の達成には至っていません。

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も実施しており、40 代の受診率は増加傾向です。一方、50 代は特に低い状況が続いています。

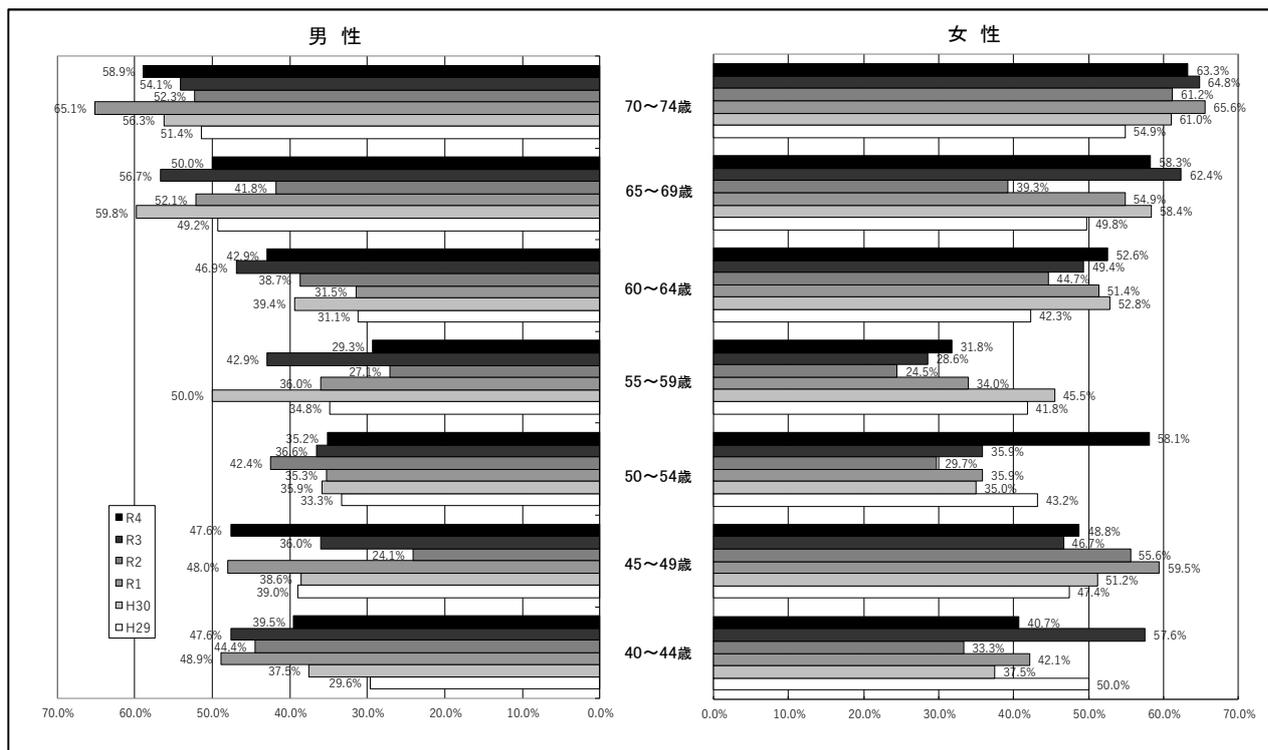
特定保健指導についても、R2 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供するとともに、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要です。

図表 27 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	689	652	552	608	594	健診受診率 60%
	受診率	55.3%	54.8%	46.5%	53.1%	55.6%	
特定保健指導	該当者数	71	82	67	68	71	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.3%	12.6%	12.1%	11.2%	12.0%	
	実施者数	48	50	29	35	35	
	実施率	67.6%	61.0%	43.3%	51.5%	49.3%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防【図表 29～31】

血糖値有所見者の割合は、大きく変わりありません。未治療・中断の割合もほぼ横ばいですが、治療中でコントロール良好の割合は減少傾向、コントロール不良の割合は増加傾向にあり、治療中でもコントロールの良くない方が約 4 割いることがわかります。

H29 年度から旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムが始まり、糖尿病未治療者と医療機関通院中のハイリスク者を重点的に支援してきました。未治療者は増加傾向ですが、保健指導実施率も上がっています。糖尿病未治療者のうち医療機関を受診したのは 8 割程度で約 2 割は医療につながないことがわかります。受診のない方には継続して保健指導を実施するよう体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこなっていく必要があります。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こして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、行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を継続していきます。

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

図表 29 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)	689	652	552	608	594
血糖値有所見者 *1		人(b)	119	104	89	107	100
		(b/a)	17.3%	16.0%	16.1%	17.6%	16.8%
治療中	コントロール良好	人(c)	37	32	24	29	28
		(c/b)	31.1%	31.1%	30.8%	27.0%	27.1%
	コントロール不良 *2	人(d)	48	38	35	46	42
		(d/b)	40.3%	36.5%	39.3%	43.0%	42.0%
未治療・中断		人(e)	34	34	30	32	30
		(e/b)	28.6%	32.7%	33.7%	29.9%	30.0%

\*1 HbA1c6.5%以上、空腹時血糖126以上、糖尿病治療中のいずれかに該当するもの

\*2 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上

図表 30 糖尿病未治療者

		H30	R1	R2	R3	R4	
対象者数 ・空腹時血糖126ml/dl以上 ・随時血糖200ml/dl以上 ・HbA1c6.5%以上		人(a)	5	16	18	15	20
保健指導(個別面談)実施数		人(b)	4	10	12	8	17
保健指導(個別面談)実施割合		(b/a)	80.0%	62.5%	66.7%	53.3%	85.0%
医療機関受診者数		人(c)	5	9	13	9	16
医療機関受診割合		(c/a)	100.0%	56.3%	72.2%	60.0%	80.0%

図表 31 医療機関通院者 (ハイリスク者)

		H30	R1	R2	R3	R4	
対象者数 ・尿蛋白+以上 ・GFR60ml/分1.73m <sup>2</sup> ・Ⅱ度高血圧以上 ・メタボリックシンドローム該当		人(a)	30	33	31	32	32
保健指導(個別面談)実施数		人(b)	23	19	22	19	19
保健指導(個別面談)実施割合		(b/a)	76.7%	57.6%	71.0%	59.4%	59.4%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防【図表 32】

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の予防を目的として、特定健診で心電図検査を実施しており、一部の医療機関を除いて、全体の受診者の 9 割が心電図検査を実施できています。

心房細動の所見をみると、有所見者は減少しており、ほとんどが治療や精密検査につながっています。心房細動は心原性脳梗塞や虚血性心疾患の大きなリスクとなることから、重症化を予防するために、未治療者は適切に医療へつなぎ、治療中の者に対しては治療中断を防いで個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を実施していきます。

図表 32 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
		総計	総計	総計	総計	総計
健診受診者	人(a)	689	652	552	608	594
心電図受診者	人(b)	657	623	510	588	562
心電図実施率	b/a	95.4%	95.6%	92.4%	96.7%	94.6%
心房細動	人(c)	8	9	8	5	4
心房細動有所見率	c/b	1.2%	1.4%	1.6%	0.9%	0.7%
心房細動未治療者	人	1	1	2	1	0

③脳血管疾患重症化予防対策【図表 33・34】

血圧Ⅱ度以上の者の割合はやや増加傾向で、H30 年度と比べると未治療者の割合も 5 割と増えています。一方、血圧Ⅲ度以上の者は減少傾向で、未治療者の割合も減っています。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子で、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。高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 15.6%いることから、脳血管疾患重症化予防のために、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う必要があります。

図表 34 の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)より、Ⅱ度高血圧以上の未治療者を対象として、保健指導の際はリスク層等個別の状況に合わせて保健指導を実施し、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧の測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

図表 33 高血圧Ⅱ度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)	689	652	552	608	594	
血圧Ⅱ度	人(b)	27	28	23	31	32	
	(b/a)	3.9%	4.3%	4.2%	5.1%	5.4%	
	治療あり	人(c)	16	13	1	4	5
		(c/b)	59.3%	46.4%	4.3%	12.9%	15.6%
	治療なし	人(d)	11	15	22	27	16
		(d/b)	40.7%	53.6%	95.7%	87.1%	50.0%
血圧Ⅲ度	人(e)	8	3	4	3	1	
	(e/a)	1.2%	0.5%	0.7%	0.5%	0.2%	
	治療あり	人(f)	1	0	1	0	1
		(f/e)	12.5%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	治療なし	人(g)	7	3	3	3	0
		(g/e)	87.5%	100.0%	75.0%	100.0%	0.0%

図表 34 血圧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			
		高値高血圧 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
201		114 56.7%	71 35.3%	16 8.0%	0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	15	C 11 7.5%	B 3 4.2%	B 1 6.3%	A 0 --
	124	C 72 61.7%	B 44 62.0%	A 8 50.0%	A 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	62	B 31 30.8%	A 24 33.8%	A 7 43.8%	A 0 --
	62	B 31 27.2%	A 24 33.8%	A 7 43.8%	A 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	39
		19.4%
B	概ね1か月後に再評価	79
		39.3%
C	概ね3か月後に再評価	83
		41.3%

※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ター

## (2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(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。

鷹栖町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、鷹栖町の健康課題や食生活の改善、健診受診の重要性等を広報や防災無線、町公式SNSで情報発信するとともに、各地区単位で健康づくりの講座を開催し、広く町民へ周知を図りました。

また、集団健診会場で一日の野菜摂取目標量や塩分量に関する展示を実施したほか、教育委員会と連携し、健康ポイント事業で健診受診や健康づくりに関するイベントへの参加促進、減塩食品の普及啓発をおこなってきました。

さらに、自身の塩分摂取量を把握し、健康課題である高血圧に関する行動変容につなげることを目的として、R5年度より健診項目に尿中塩分検査を追加し、実施しています。

(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

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H28)	(R1)	(R4)	
特定健診等計画	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	44.8%	46.5%	55.6%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	27.3%	43.3%	49.3%	
		特定保健指導対象者の減少率25%	18.9%	17.1%	14.3%	
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	脳血管疾患を持つ人数5%減少	3.0%	4.0%	3.0%	KDBシステム
		虚血性心疾患を持つ人数5%減少	3.0%	3.9%	3.3%	
		糖尿病性腎症を持つ人数5%減少	5.1%	4.7%	5.8%	
	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・予備群の割合の減少25%	44.9%	31.4%	18.7%	鷹栖町健康福祉課
		健診受診者の高血圧者の割合減少2% (160/100以上)	11.0%	4.4%	5.6%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少5% (LDL140以上)	29.0%	22.5%	24.9%	
		健診受診者の糖尿病患者の割合減少2% (HbA1c6.5%以上)	10.0%	11.5%	14.1%	
		糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合50%	-	56.3%	80.0%	
	生活習慣病の疑いのある未治療者の減少	糖尿病性腎症重症化予防プログラム(ハイリスク)対象者の保健指導を実施した割合55%以上	-	57.6%	59.4%	鷹栖町健康福祉課
		糖尿病型の未治療者の割合減少	35.7%	32.1%	28.2%	
		II度高血圧以上(160/100mmHg)の未治療者の割合減少	22.0%	17.0%	18.4%	
		LDLコレステロール180mg/dl以上の未治療者の割合減少	4.1%	2.7%	2.0%	
		中性脂肪300mg/dl以上の未治療者の割合減少	2.8%	2.3%	1.8%	
	生活習慣病コントロール不良者の減少	糖尿病治療中の血糖コントロール不良者(HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上)の割合減少	63.0%	53.9%	56.8%	
	努力支援制度	その他 がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率 男性30%以上	22.7%	13.2%	9.5%
胃がん検診受診率 女性25%以上			13.5%	16.6%	12.9%	
肺がん検診受診率 男性30%以上			15.9%	14.7%	12.8%	
肺がん検診受診率 女性30%以上			21.2%	22.2%	19.4%	
大腸がん検診受診率 男性25%以上			12.8%	11.1%	10.4%	
大腸がん検診受診率 女性30%以上			16.8%	16.8%	16.4%	
子宮がん検診受診率30%以上			17.9%	19.1%	18.0%	
乳がん検診受診率40%以上			27.8%	29.1%	25.3%	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

総医療費のうち入院医療費の割合が減少し、外来医療費割合が増加しており、一人あたり(年齢調整後)地域差指数からも入院医療費が低下し道内順位も低下しました。

また、第2期計画において中長期目標疾患としていた生活習慣病が重症化しておこる脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療者の割合・医療費に占める割合が低下しており、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者割合が増加していることから、重症化する前に医療受診する割合が増加したと考えます。

このようなことから生活習慣病が重症化している割合が低下していると推測され、第2期データヘルス計画以降の以下の取り組みに成果がみられたと考えます。

#### ①特定健診未受診者対策

特定健診未受診対策として個別勧奨を強化することで、特定健診受診率が徐々に上昇し、重症化予防対象者をより把握できるようになった。

#### ②保健指導対象の拡充

特定健診受診者への保健指導を拡充したことで、重症化リスク者に幅広くかかわることができ、適切な時期の医療機関受診、生活習慣改善へのアプローチが強化できた。

特定健診受診率においては、徐々に上昇していますが、目標受診率60%を達成できていません。適切な医療につなげるためには、住民みずから身体の状態を確認できる場として特定健診は重要であり、目標受診率を達成できるよう今後も受診率向上にむけた取り組みが重要と考えます。

特定健診結果の経年変化では、Ⅱ度高血圧の改善率が増加しており、Ⅲ度高血圧以上の割合も低下していることから、高血圧に対する保健指導については成果がみられていると考えます。一方でメタボリックシンドローム該当者の増加、HbA1c6.5%以上者のうち翌年度健診結果で悪化している割合が増加しています。

このようなことから今後は特定保健指導実施率向上に向けた取り組みを実施するとともに、メタボリックシンドローム・肥満、高血糖に対する対策を強化し、生活習慣病重症化予防につなげていくことが必要と考えます。

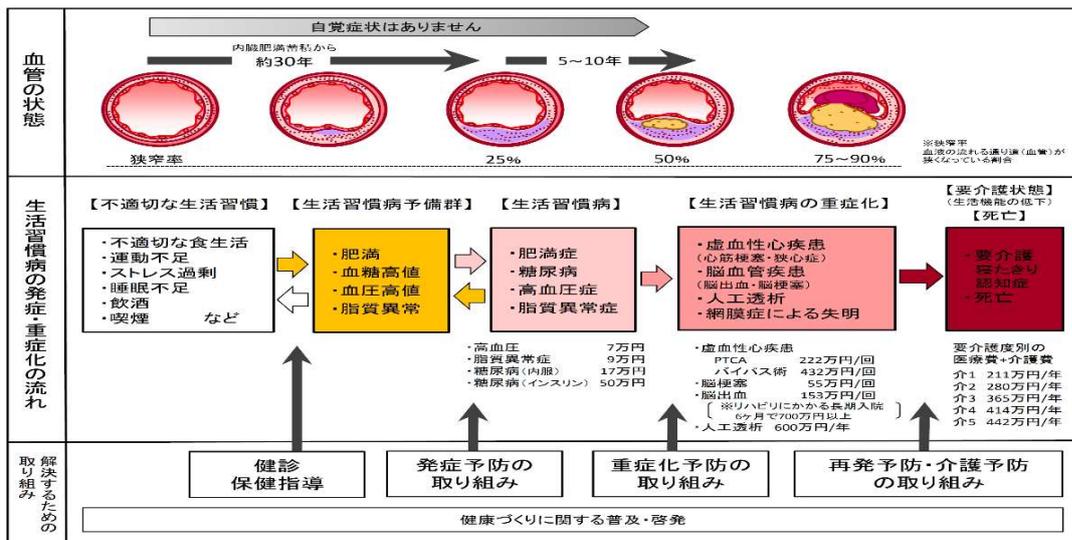
### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し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。

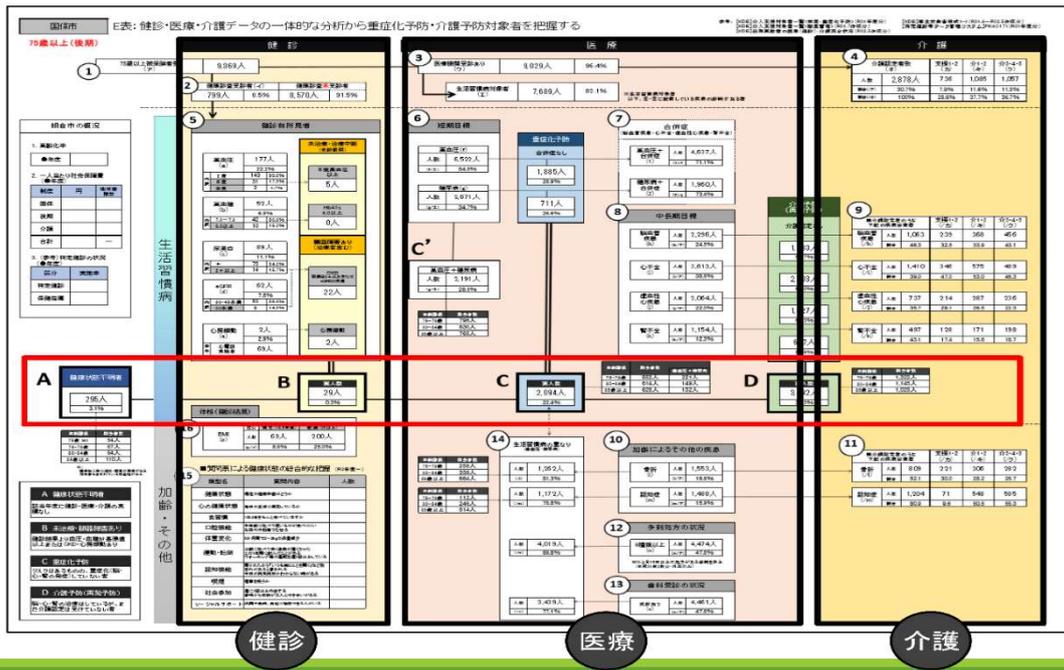
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、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いること、また、若年期からの生活習慣病の結果が高齢期の重症化事例や複数の慢性疾患につながることから、市町村国保及び広域連合は、図表 31 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者に対し保健指導を行います。

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

図表 37 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		1,699人	1,628人	1,603人	1,531人	1,467人	1,300人
総件数及び 総費用額	件数	15,186件	14,775件	13,382件	13,327件	13,147件	17,984件
	費用額	5億9907万円	5億7555万円	5億1638万円	5億7319万円	5億2658万円	10億7953万円
一人あたり医療費		35.3万円	35.4万円	32.2万円	37.4万円	35.9万円	83.0万円

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		
			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	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国保	鷹栖町	5億2658万円	29,147	0.87%	0.13%	0.47%	1.37%	6.53%	3.83%	2.28%	8146万円	15.5%	21.6%	7.10%	7.40%
	同規模	—	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	—	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	—	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	—	16.5%	19.1%	7.60%	9.41%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	鷹栖町	10億7953万円	70,218	4.48%	0.22%	4.29%	2.69%	3.47%	3.33%	0.99%	2億1006万円	19.5%	13.9%	1.31%	11.6%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	—	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	—	19.0%	11.1%	4.82%	12.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	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	70人	55人	43人	61人	59人	156人	
	件数	B	127件	116件	103件	127件	95件	292件	
		B/総件数	0.84%	0.79%	0.77%	0.95%	0.72%	1.62%	
	費用額	C	1億7557万円	1億5061万円	1億3683万円	1億7162万円	1億1878万円	3億8007万円	
		C/総費用	29.3%	26.2%	26.5%	29.9%	22.6%	35.2%	

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	6人	3人	0人	4人	1人	16人							
		D/A	8.6%	5.5%	0.0%	6.6%	1.7%	10.3%							
	件数	E	9件	4件	0件	10件	1件	29件							
		E/B	7.1%	3.4%	0.0%	7.9%	1.1%	9.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	3.4%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	11.1%	0	0.0%	0	--	1	10.0%	0	0.0%	75-80歳	10	34.5%
		60代	6	66.7%	0	0.0%	0	--	3	30.0%	0	0.0%	80代	11	37.9%
		70-74歳	2	22.2%	4	100.0%	0	--	6	60.0%	1	100.0%	90歳以上	7	24.1%
	費用額	F	984万円	421万円	-	1194万円	161万円	3328万円							
		F/C	5.6%	2.8%	-	7.0%	1.4%	8.8%							

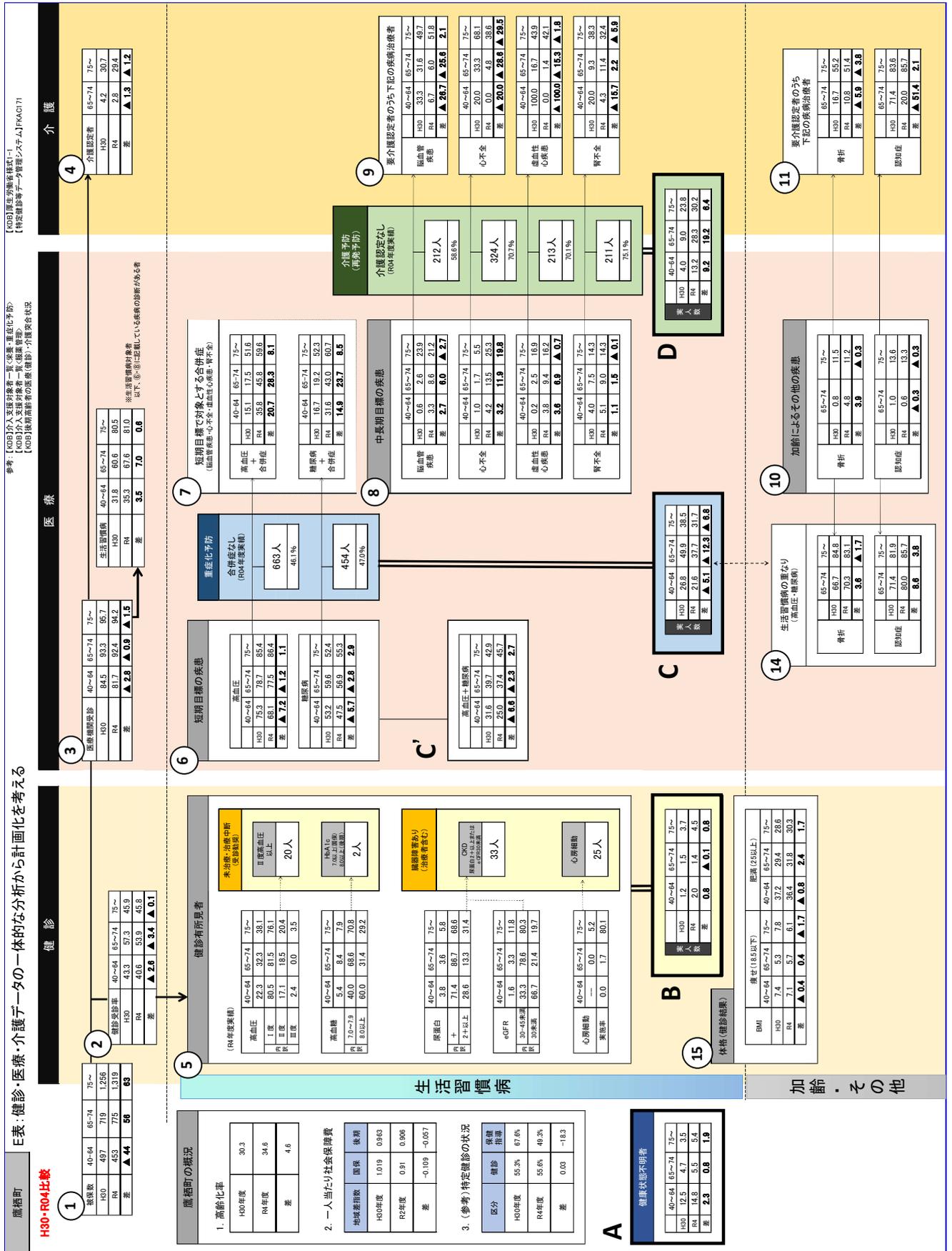
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 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	4人	3人	3人	5人	3人	4人							
		G/A	5.7%	5.5%	7.0%	8.2%	5.1%	2.6%							
	件数	H	5件	4件	3件	9件	3件	5件							
		H/B	3.9%	3.4%	2.9%	7.1%	3.2%	1.7%							
	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%	1	33.3%	1	11.1%	0	0.0%	75-80歳	1	20.0%
		60代	4	80.0%	3	75.0%	0	0.0%	1	11.1%	1	33.3%	80代	3	60.0%
		70-74歳	1	20.0%	1	25.0%	2	66.7%	7	77.8%	2	66.7%	90歳以上	1	20.0%
	費用額	I	1088万円	487万円	426万円	2049万円	286万円	1981万円							
		I/C	6.2%	3.2%	3.1%	11.9%	2.4%	5.2%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	30.7	497	719	1,256	43.3	57.3	45.9	7.4	5.3	7.8	37.2	29.4	28.6
R4	29.4	453	775	1,319	40.6	53.9	45.8	7.1	5.7	6.1	36.4	31.8	30.3

図表 45 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%					
H30	8	3.7	(4)	22	5.3	(3)	36	6.3	(8)	10	4.7	(0)	32	7.8	(1)	9	1.6	(0)	2	0.9		7	1.7		23	4.0		0	--		0	--		16	2.8	
R4	8	4.3	(4)	25	6.0	(5)	55	9.1	(11)	10	5.4	(1)	35	8.4	(1)	14	2.3	(0)	4	2.2		5	1.2		24	4.0		0	--		0	--		25	4.1	

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症											
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	84.5	93.3	95.7	34.0	63.0	80.5	70.4	75.7	85.4	49.7	57.4	52.4	29.6	38.2	42.9	41.2	42.9	51.6	41.7	37.7	52.3						
R4	81.7	92.4	94.2	35.3	67.6	81.0	68.1	77.5	86.4	47.5	56.9	55.3	25.0	37.4	45.7	35.8	45.8	59.6	31.6	43.0	60.7						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者数)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.4	8.8	23.9	4.4	9.5	16.9	5.2	10.8	5.5	4.0	7.5	14.3	22.7	11.1	49.7	4.5	4.4	43.9	3.8	6.4	68.1	20.0	9.3	38.3
R4	3.3	8.6	21.2	3.8	9.4	16.2	4.2	13.5	25.3	5.1	9.0	14.3	6.7	6.0	51.8	0.0	1.4	42.1	0.0	4.8	38.6	4.3	11.4	32.4

図表 48 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	64.7	84.8	71.4	81.9	4.7	11.5	1.0	13.6	5.9	55.2	71.4	83.6
R4	70.3	83.1	80.0	85.7	4.8	11.2	0.6	13.3	10.8	51.4	20.0	85.7

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化【図表 38～48】

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響で減少した令和2年度を除き、ほぼ横ばいです。また、後期高齢者では一人あたり医療費が83万円と国保の2.3倍も高い状況です。

鷹栖町は、短期目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症がそれぞれ総医療費に占める割合は同規模と比較して高くなっていますが、保健指導対象を広げて重症化予防に取り組んできたことから、中長期目標疾患の脳、心、腎についてはいずれも同規模、北海道、国と比較して低い状況です。

高額レセプトについては、国保においては毎年約100件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が最も多い10件で1,000万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は1件と件数が減り、費用額も約160万円と減少しています。しかし、後期高齢においては、29件発生し、3,000万円以上の費用がかかっています。脳血管疾患は医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れていく必要があります。

健診・医療・介護のデータについてH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表44の①被保険者数は、40～64歳で減少していますが、65～74歳、75歳以上では50名以上増え、75歳以上の後期高齢者が確実に増えてきていることがわかります。⑮の体格については、65歳以上の年齢層で、BMI25以上の割合が高くなってきています。

図表45 健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上及びHbA1c7.0以上に該当する割合が各年代で増えており、引き続き受診勧奨及び保健指導の徹底が重要です。

図表46の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、40～64歳は減少していますが、65歳以上で増加がみられます。

図表47の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)においては、H30年度とR4年度を比較すると、40～64歳、65～74歳の心不全の割合が大幅に増加しており、一体的分析においても引き続き重症化の予防が必要であることがわかります。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標【図表 49】

##### 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います。計画を見直し、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ることが期待できます。

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、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と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち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

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、腎臓の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、適切な時期での受診を促し重症化を予防することで、入院に係る医療費を抑え、医療費の適正化につなげることを目指します。

##### (ア) 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、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え

方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

## (2) 管理目標の設定

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

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	
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合の維持	4.5%	4.5%	4.5%	KDB Expander	
			総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合の維持	3.2%	3.2%	3.2%		
			総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合の維持	0.9%	0.9%	0.9%		
			新規人工透析導入者数の維持	0人	0人	0人		
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症予防のために高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の減少	21.5%	21.3%	21.1%		
			メタボリックシンドローム予備軍該当者の減少	12.1%	11.9%	11.7%		
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.6%	5.5%	5.4%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.1%	8.9%	8.7%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	14.1%	14.0%	13.9%		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	55.6%	58.0%	60.0%		法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	49.3%	56.0%	60.0%		
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率20%	13.8%	16.5%	20.0%		
			健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	3.0%	2.9%	2.8%		

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 50 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	56%	57%	58%	59%	60%	60%
特定保健指導実施率	52%	54%	56%	58%	60%	60%

### 3. 対象者の見込み

図表 51 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1020人	990人	960人	930人	900人	870人
	受診者数	571人	564人	557人	549人	540人	522人
特定保健指導	対象者数	70人	70人	70人	70人	70人	70人
	終了者数	37人	38人	40人	41人	42人	42人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)対象者

鷹栖町国民健康被保険者のうち、実施年度中に 40～74 歳となる方を対象に実施します。

特定健診実施率を算出する場合は、上記の方のうち当該実施年度の 1 年間を通じて加入している方(年度途中に加入・脱退等で異動のない方)を対象者として実施率を算出します。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人(刑務所入所、海外在住、長期入院など)は対象から除きます。次に該当する方は対象外となります。

- ① 妊産婦
- ② 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された方
- ③ 国内に住所を有しない方

- ④ 病院または診療所に6カ月以上継続して入院している方
- ⑤ 障害者自立支援法に規定する障害者支援施設に入所している方
- ⑥ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する施設に入所している方
- ⑦ 老人福祉法に規定する養護老人ホーム又は特別養護老人ホームに入所している方
- ⑧ 介護保険法に規定する特定施設に入居又は介護保険施設に入所している方

(2)実施場所

①集団健診

鷹栖町地区住民センターで実施します。

②個別健診

町が委託した健診機関、医療機関等で実施します。

(3)特定健診実施項目【図表 52】

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

図表 52 特定健診検査項目

○鷹栖町特定健診検査項目

健診項目		鷹栖町	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	○	
	尿中塩分	○	

○…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

#### (4)実施時期

##### ①集団健診

実施時期は6月を予定していますが、具体的な日時については、年度ごとに日程調整等を行ったうえで決定します。

##### ②個別健診

実施期間は、5月から翌年3月末までとします。

#### (5)外部委託

直営にて健診を実施することは、人員・設備の面から困難であることから、集団健診・個別健診ともに健診実施機関への外部委託とします。

##### ①集団健診

健診実施機関との個別契約

##### ②個別健診

旭川市医師会及び健診実施機関との個別契約

#### (6)受診者負担

特定健康診査受診に係る受診者負担額は500円とし、受診者は直接、健診機関、医療機関等に支払うものとします。

#### (7)受診券の交付

特定健康診査対象者への周知と、健診機関における本人確認などの事務を正確に遂行するために、受診券を交付します。

##### ①様式

全国統一の標準的な様式とします。

##### ②交付時期・方法

年度初めに対象者リストを作成し、受診券の発券は北海道国保連合会に委託します。

町の特定健診未申し込み者へ受診券を6月までに対象者へ送付します。

#### (8)結果通知

健診結果は、町又は健診実施機関から受診者に通知します。

通知の様式は厚生労働省から示された内容を網羅した様式とします。

#### (9)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。

## (10) 代行機関

医療保険者における事務負担軽減のため、健診費用の決済や健診データのチェックなどの事務を代行する機関として「北海道校区民健康保険団体連合会」と契約します。

## (11) 健診の案内方法・健診実施スケジュール【図表 53】

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

図表 53 特定健診・保健指導実施スケジュール

前年度		当該年度	
4月		健診機関との契約	受診券発行・対象者抽出
5月			↓ <b>特定健康診査の実施</b>
6月			↓ (健診データ受取) → 保健指導対象者の抽出
7月			↓ <b>特定保健指導の実施</b>
8月			
9月		医療機関からの 情報提供	
10月		法定報告	
11月			
12月	契約に関わる 予算手続き		
1月			
2月			
3月	契約準備		↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

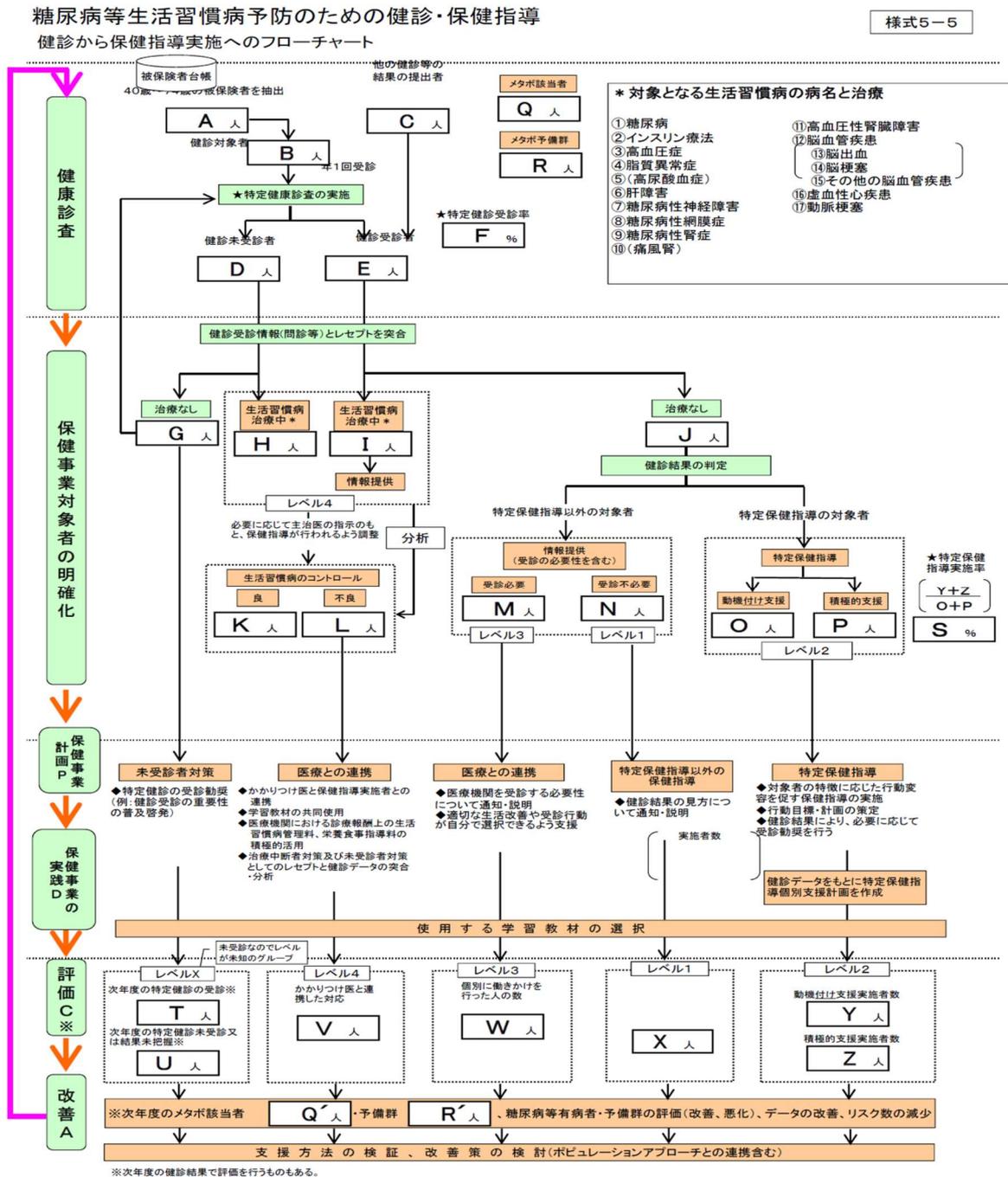
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ【図表 54】

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

図表 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



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

図表 55 要保健指導対象者の見込み

保健指導対象	支援方法	対象者数見込	目標実施率
<b>特定保健指導</b> ・動機付け支援 ・積極的支援	◆健診結果の見方について説明 ◆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	60人	60%
<b>糖尿病性腎症重症化予防プログラム</b> ・糖尿病未治療・中断者 ・糖尿病治療中者(ハイリスク者) ・eGFR60未満 ・尿蛋白(+)以上 ・メタボリックシンドローム該当者 ・Ⅱ度高血圧以上	◆健診結果の見方について説明 ◆医療機関受診や治療を継続する必要性について説明 ◆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 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携	50人	60%
<b>重症化予防</b> <b>【未治療者】</b> ・Ⅱ度高血圧以上 ・中性脂肪300以上 ・LDLコレステロール180以上 ・心房細動 ・虚血性心疾患 <b>【生活習慣病の通院者含む】</b> ・尿蛋白(+)以上 ・eGFR30未満	◆健診結果の見方について説明 ◆医療機関受診や治療を継続する必要性について説明 ◆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 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携	20人	60%
<b>情報提供</b>	◆健診結果の見方について通知・説明	520人	100%
<b>健診未受診者</b>	◆特定健診の受診勧奨(文書・電話・訪問)	300人	100%

## 6. 個人情報保護の保護

### (1) 記録の保存方法

特定健康診査等により得られたデータは、国による標準的なデータファイル使用に基づいた電子データとして保存・管理します。この記録は、原則として5年間保存します。

データの保存・管理は、北海道国民健康保険団体連合会への委託により行います。

### (2) 個人情報の取り扱い

特定健康診査や特定保健指導により得られる個人情報に関しては、「個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)」及び同法に基づくガイドライン等並びに「鷹栖町電子計算組織の管理運営に関する条例(昭和61年3月20日条例第5号)」を遵守し取り扱います。

特定健康診査等を外部に委託する際には、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ます。

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、鷹栖町民の健康課題や生活習慣病の重症化と医療費や介護費用等の関連等の実態を広く市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

鷹栖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、213人(34.4%)です。そのうち治療なしが58人(20.5%)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19人です。

また、鷹栖町においては、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、58人中35人と多いため、特定保健指導の徹底を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 56】

図表 56 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年間死亡数の減少	虚血性心疾患 の年間死亡数の減少	糖尿病性腎症 による年間新発症患者数の減少	令和4年度 <参考> 健診受診者(受診率) 619人 52.7%
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2014年度合同改訂版))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	■各疾患の治療状況
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2014年度合同改訂版))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	
優先すべき 課題の明確化	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2014年度合同改訂版))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	※問診結果による
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2014年度合同改訂版))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	治療なし (再掲) 特定保健指導
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2014年度合同改訂版))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	
重症化予防対象	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2014年度合同改訂版))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	33 5.3%	4 0.6%	10 1.6%	60 9.7%	213 34.4%
治療なし	16 4.3%	1 0.4%	7 1.8%	24 4.7%	58 20.5%
(再掲) 特定保健指導	6 18.2%	1 25.0%	3 30.0%	8 13.3%	35 16.4%
治療中	17 7.7%	3 0.9%	3 1.5%	36 53.7%	155 46.1%
臓器障害 あり	6 37.5%	1 100.0%	1 14.3%	4 16.7%	19 32.8%
CKD(専門医対象者)	1	0	1	1	10
心電図所見あり	5	1	0	4	10
臓器障害 なし	10 62.5%	---	6 85.7%	20 83.3%	---

出典：ヘルサポーターラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

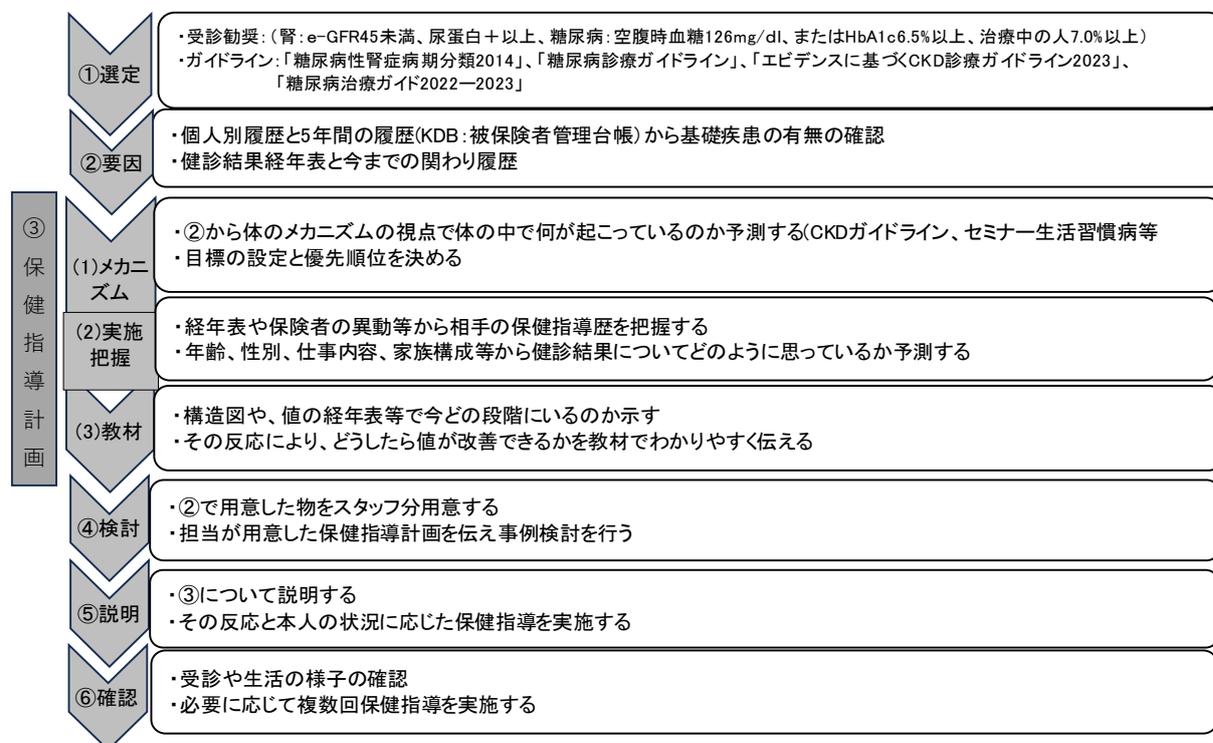
## 1) 基本的な考え方

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)及び旭川圏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 57 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 57 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、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

## (2) 選定基準に基づく該当者の把握

### ① 対象者の抽出

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

図表 58 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	

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。

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

### ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。鷹栖町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、29人(28.2%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者391人のうち、特定健診受診者が74人(71.8%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者306人(80.5%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より鷹栖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または治療中断者（F）

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が高く以下に該当する者（J）

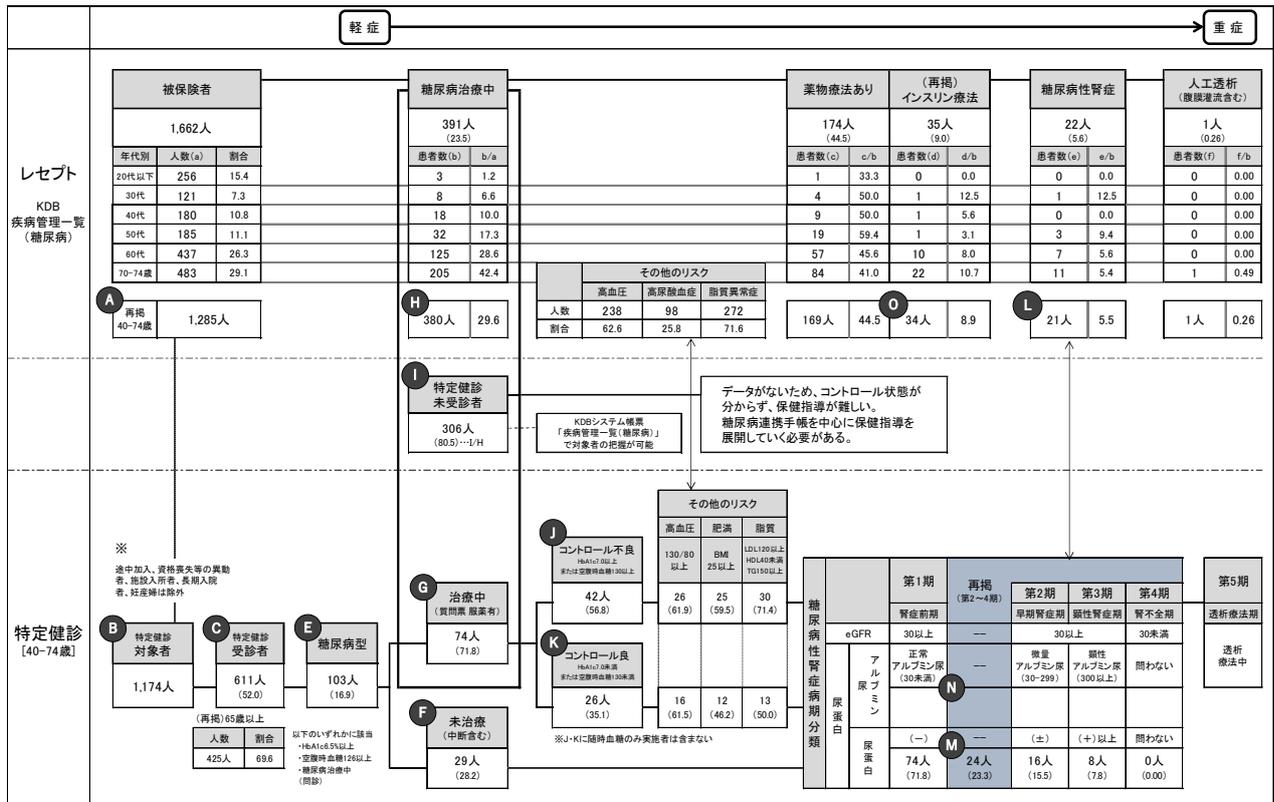
- ・ eGFR60 未満
- ・ 尿蛋白(+)以上
- ・ メタボリックシンドローム該当者
- ・ II 度高血圧以上

治療中断しない（継続受診）ための保健指導及び医療機関と連携した保健指導を実施  
介入方法としては個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

図表 59 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



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

出典:ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

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。

鷹栖町においては、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行っていきます。

図表 60 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 伺うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<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けど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ピグアナイド薬とは
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、体の中で何がおこるのでしょう
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く7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

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

### (2) 治療中の者への対応

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 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

## 7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第保健指導対象者名簿に記載。記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	鷹栖町										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		1,746人	1,693人	1,660人	1,624人	1,562人									
②	(再掲)40-74歳	B		1,417人	1,375人	1,322人	1,309人	1,254人									
2 ①	対象者数	B		1,245人	1,189人	1,187人	1,144人	1,068人									
②	特定健診 受診者数	C		689人	652人	552人	608人	594人									
③	受診率	C		55.3%	54.8%	46.5%	53.1%	55.6%									
3 ①	特定保健指導 対象者数			71人	82人	67人	68人	71人									
②	実施率			67.6%	61.0%	43.3%	51.5%	49.3%									
4	健診データ	①	糖尿病型	E	119人	16.3%	104人	15.3%	89人	15.0%	107人	16.9%	100人	16.2%			
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	34人	28.6%	34人	32.7%	30人	33.7%	32人	29.9%	30人	30.0%			
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	85人	71.4%	70人	67.3%	59人	66.3%	75人	70.1%	70人	70.0%			
		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	48人	56.5%	38人	54.3%	35人	59.3%	46人	61.3%	42人	60.0%			
		⑤	血圧 130/80以上	J	36人	75.0%	26人	68.4%	26人	74.3%	31人	67.4%	26人	61.9%			
		⑥	肥満 BMI25以上	J	22人	45.8%	19人	50.0%	16人	45.7%	24人	52.2%	24人	57.1%			
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	37人	43.5%	32人	45.7%	24人	40.7%	29人	38.7%	28人	40.0%			
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	91人	76.5%	88人	84.6%	78人	87.6%	93人	86.9%	77人	77.0%			
		⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	10.9%	9人	8.7%	6人	6.7%	6人	5.6%	15人	15.0%			
		⑩	第3期 尿蛋白(+)		12人	10.1%	7人	6.7%	5人	5.6%	8人	7.5%	8人	8.0%			
		⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)			158.6人	163.0人	154.2人	153.9人	144.0人							
		②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)			193.4人	198.5人	189.1人	187.2人	177.0人							
		③	レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	1,245件	(915.4)	1,270件	(973.9)	1,211件	(946.1)	1,117件	(901.5)	1,067件	(898.9)	3,191,711件	(930.6)	
		④	入院(件数)	9件	(6.6)	9件	(6.9)	4件	(3.1)	11件	(8.9)	4件	(3.4)	1,521件	(4.4)		
		⑤	糖尿病治療中	H	277人	15.9%	276人	16.3%	256人	15.4%	250人	15.4%	225人	14.4%			
		⑥	(再掲)40-74歳	H	274人	19.3%	273人	19.9%	250人	18.9%	245人	18.7%	222人	17.7%			
		⑦	健診未受診者	I	189人	69.0%	188人	68.9%	191人	76.4%	170人	69.4%	152人	68.5%			
		⑧	インスリン治療	O	19人	6.9%	21人	7.6%	23人	9.0%	21人	8.4%	20人	8.9%			
		⑨	(再掲)40-74歳	O	19人	6.9%	21人	7.7%	23人	9.2%	21人	8.6%	20人	9.0%			
		⑩	糖尿病性腎症	L	14人	5.1%	13人	4.7%	11人	4.3%	10人	4.0%	13人	5.8%			
		⑪	(再掲)40-74歳	L	13人	4.7%	13人	4.8%	10人	4.0%	9人	3.7%	12人	5.4%			
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	0人	0.0%		
		⑬	(再掲)40-74歳			1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	0人	0.0%		
		⑭	新規透析患者数			0人	-	0人	-	1人	-	0人	-	0人	-		
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症			0人	-	0人	-	-	-	0人	-	0人	-		
		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)			8人	2.0%	8人	2.0%	8人	2.1%	8人	2.0%	6人	1.5%		
6	医療費	①	総医療費			5億9907万円	5億7555万円	5億1638万円	5億7319万円	5億2658万円	6億7051万円						
		②	生活習慣病総医療費			3億2670万円	3億0502万円	2億9591万円	3億1084万円	2億7251万円	3億5898万円						
		③	(総医療費に占める割合)			54.5%	53.0%	57.3%	54.2%	51.8%	53.5%						
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,491円	11,467円	8,353円	10,573円	14,755円	9,063円							
		⑤	健診未受診者	36,164円	34,747円	41,092円	44,641円	35,478円	37,482円								
		⑥	糖尿病医療費			3826万円	3835万円	3855万円	3867万円	3439万円	4061万円						
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			11.7%	12.6%	13.0%	12.4%	12.6%	11.3%						
		⑧	糖尿病入院外総医療費			9765万円	1億0909万円	1億0783万円	1億1553万円	1億2508万円							
		⑨	1件あたり			27,989円	30,185円	32,606円	36,828円	43,919円							
		⑩	糖尿病入院総医療費			1億0476万円	6413万円	7143万円	7333万円	4793万円							
		⑪	1件あたり			650,676円	513,013円	736,406円	643,223円	570,653円							
		⑫	在院日数			20日	19日	18日	14日	15日							
		⑬	慢性腎不全医療費			871万円	544万円	949万円	780万円	523万円	2783万円						
		⑭	透析有り			699万円	539万円	936万円	756万円	457万円	2567万円						
		⑮	透析なし			172万円	5万円	13万円	24万円	66万円	216万円						
7 ①	介護 介護給付費			7億5798万円	7億3488万円	7億3790万円	7億7200万円	7億6511万円	8億6719万円								
②	(2号認定者)糖尿病合併症			2件	22.2%	1件	20.0%	1件	20.0%	1件	33.3%						
8 ①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)			2人	2.5%	1人	1.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	622人	1.0%				

出典:ヘルスサポートラボツール

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

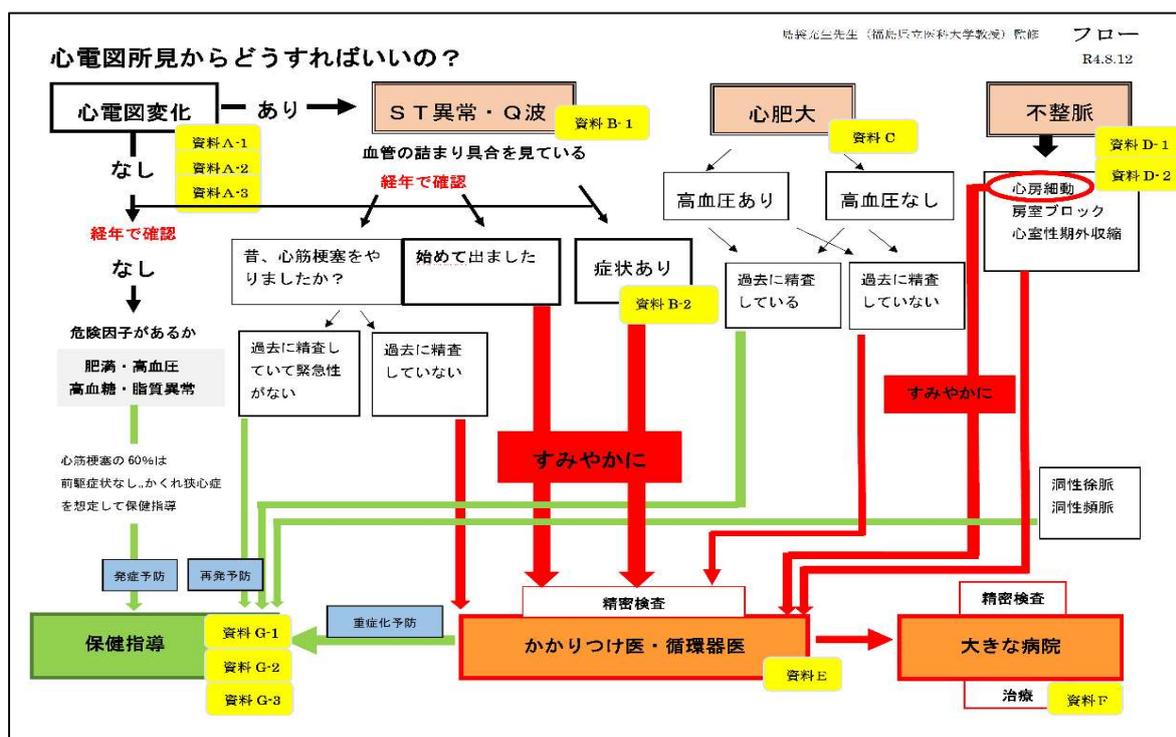
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

### 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 62 に基づいて考えます。

図表 62 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【図表 63・64】

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。

鷹栖町においては心電図検査を 562 人(90.8%)に実施し、そのうち有所見者が 101 人(18.0%)でした。所見の中でも期外収縮が 23 人(22.8%)で、所見率が一番高いことがわかります。

また、鷹栖町で保健指導対象としている心筋虚血、心筋梗塞、心房細動の有所見者のうち要精査は 6 人(7.4%)で、その後の受診状況では全員が医療受診につながっていました。

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者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 63 心電図検査結果

性別・年齢	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	
40～74歳	562	90.8%	101	18.0%	1	1.0%	10	9.9%	4	4.0%	-	-	8	7.9%	21	20.8%	4	4.0%	23	22.8%	
内訳	男性	247	91.5%	59	23.9%	1	1.7%	3	5.1%	2	3.4%	-	-	3	5.1%	14	23.7%	3	5.1%	16	27.1%
女性	315	90.3%	42	13.3%	0	0.0%	7	16.7%	2	4.8%	-	-	5	11.9%	7	16.7%	1	2.4%	7	16.7%	

鷹栖町調べ

図表 64 心電図(心筋虚血、心筋梗塞、心房細動)有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	9		6	66.7%	6	100.0%	0	0.0%
男性	5	55.6%	5	100.0%	5	100.0%	0	0.0%
女性	4	44.4%	1	25.0%	1	100.0%	0	0.0%

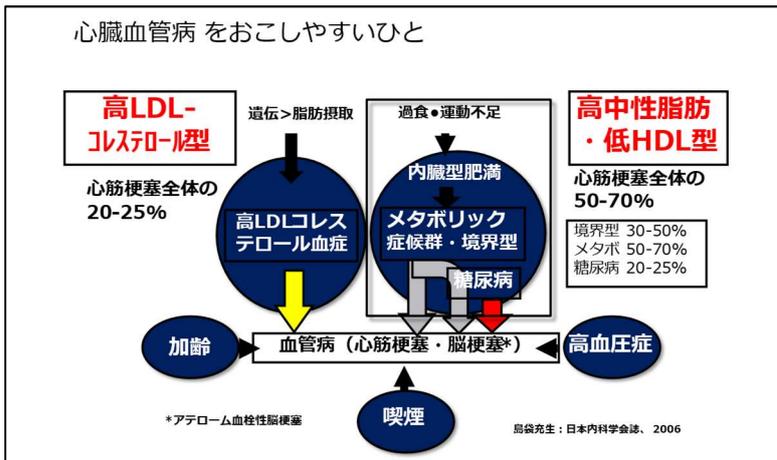
鷹栖町調べ

## ②心電図以外からの把握【図表 65】

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

また、虚血性心疾患はメタボ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 65 心血管病をおこしやすいひと



図表 65 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【図表 66・67】

図表 66 メタボリック該当者の状況(性・年代別)

		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	270	35	31	81	123	349	31	32	129	157	
メタボ該当者	B	83	5	9	32	37	44	0	2	19	23	
	B/A	30.7%	14.3%	29.0%	39.5%	30.1%	12.6%	0.0%	6.3%	14.7%	14.6%	
再掲	① 3項目全て	C	22	1	2	7	12	12	0	0	4	8
		C/B	26.5%	20.0%	22.2%	21.9%	32.4%	27.3%	---	0.0%	21.1%	34.8%
	② 血糖+血圧	D	11	0	1	5	5	5	0	1	3	1
		D/B	13.3%	0.0%	11.1%	15.6%	13.5%	11.4%	---	50.0%	15.8%	4.3%
	③ 血圧+脂質	E	46	3	6	17	20	24	0	1	11	12
		E/B	55.4%	60.0%	66.7%	53.1%	54.1%	54.5%	---	50.0%	57.9%	52.2%
	④ 血糖+脂質	F	4	1	0	3	0	3	0	0	1	2
		F/B	4.8%	20.0%	0.0%	9.4%	0.0%	6.8%	---	0.0%	5.3%	8.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリック該当者の治療状況(性・年代別)

	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			
総数	270	83	30.7%	67	80.7%	16	19.3%	349	44	12.6%	41	93.2%	3	6.8%		
40代	35	5	14.3%	4	80.0%	1	20.0%	31	0	0.0%	0	---	0	---		
50代	31	9	29.0%	3	33.3%	6	66.7%	32	2	6.3%	1	50.0%	1	50.0%		
60代	81	32	39.5%	26	81.3%	6	18.8%	129	19	14.7%	18	94.7%	1	5.3%		
70~74歳	123	37	30.1%	34	91.9%	3	8.1%	157	23	14.6%	22	95.7%	1	4.3%		

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 68】

図表 68 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決定				令和4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)				
				120-139	140-159	160-179	180以上	
				238	119	77	34	8
					50.0%	32.4%	14.3%	3.4%
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)	37	18	12	5	2	
			15.5%	15.1%	15.6%	14.7%	25.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	76	38	22	12	4	
			31.9%	31.9%	28.6%	35.3%	50.0%	
	高リスク	120未満 (150未満)	121	61	43	15	2	
50.8%			51.3%	55.8%	44.1%	25.0%		
再掲	100未満 (130未満) ※1	8	3	4	1	0		
			3.4%	2.5%	5.2%	2.9%	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)	4	2	0	2	0	
			1.7%	1.7%	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

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、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は受診勧奨を行います。また、治療中であっても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 69 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？	

#### 4) 医療との連携

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

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

#### 6) 評価

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

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

#### 7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

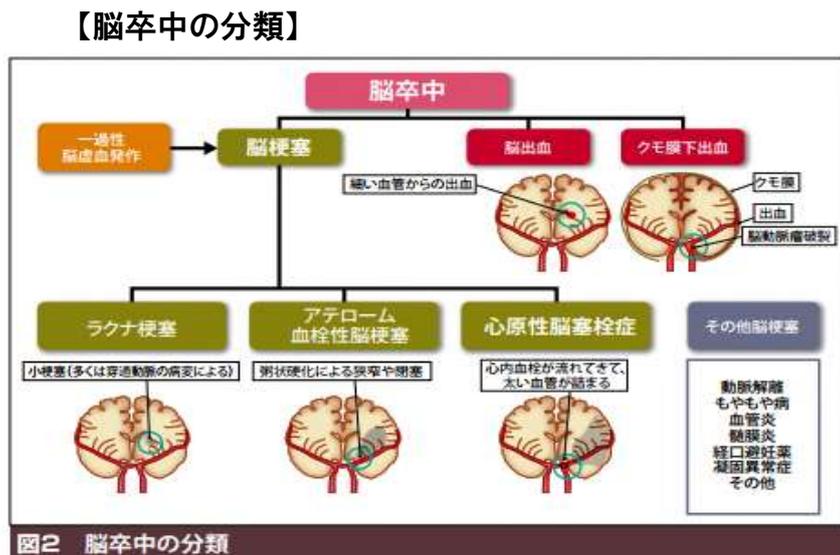
8月～特定健診結果が届き次第保健指導対象者名簿に記載。記載後順次、対象者へ介入(通年)

### 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 70・71】

図表 70 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 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 72 でみると、高血圧治療者 525 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 40 人(7.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 33 人(5.4%)であり、そのうち 16 人(48%)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。

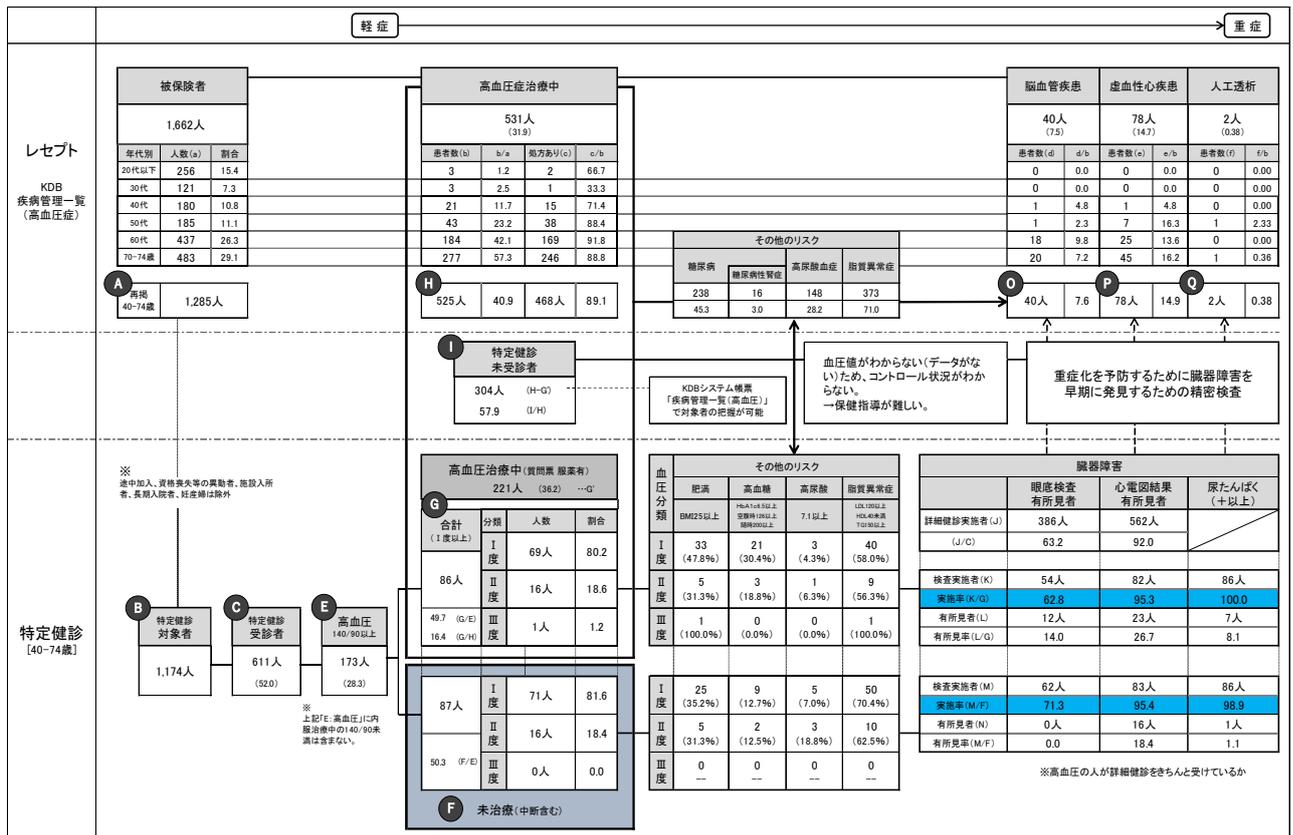
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 17 人(7.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

臓器障害を早期に発見するため、心電図検査と眼底検査は全員実施としています。

図表 72 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すが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 73 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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)			
		高値高血圧 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
201		114 56.7%	71 35.3%	16 8.0%	0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	15 7.5%	C 11 9.6%	B 3 4.2%	B 1 6.3%	A 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	124 61.7%	C 72 63.2%	B 44 62.0%	A 8 50.0%	A 0 —
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が一つ以上ある	62 30.8%	B 31 27.2%	A 24 33.8%	A 7 43.8%	A 0 —

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

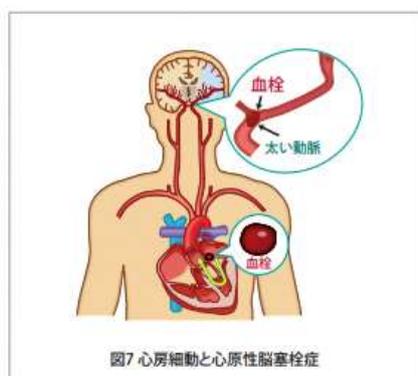
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	39 19.4%
	概ね1ヵ月後に再評価	79 39.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	83 41.3%

※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(ω)=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 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツー

図表 73 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【図表 74・75】



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

図表 76 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。

出典：ヘルスサポートラボツー

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 74 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	270	349	247	91.5%	315	90.3%	3	1.2%	1	0.3%	--	--
40代	35	31	34	97.1%	28	90.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	31	32	28	90.3%	30	93.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	81	129	73	90.1%	115	89.1%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	123	157	112	91.1%	142	90.4%	3	2.7%	1	0.7%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 75 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	0	0.0%	4	100%

心電図検査において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、70～74歳の年齢が高い対象者に多いことがわかります。また、心電図有所見者4人は全員治療につながっていることがわかります。

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法

は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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

#### ② 心房細動者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・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

7月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第保健指導対象者名簿に記載。記載後順次、対象者へ介入(通年)

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

鷹栖町は、令和3年度より北海道後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行います。

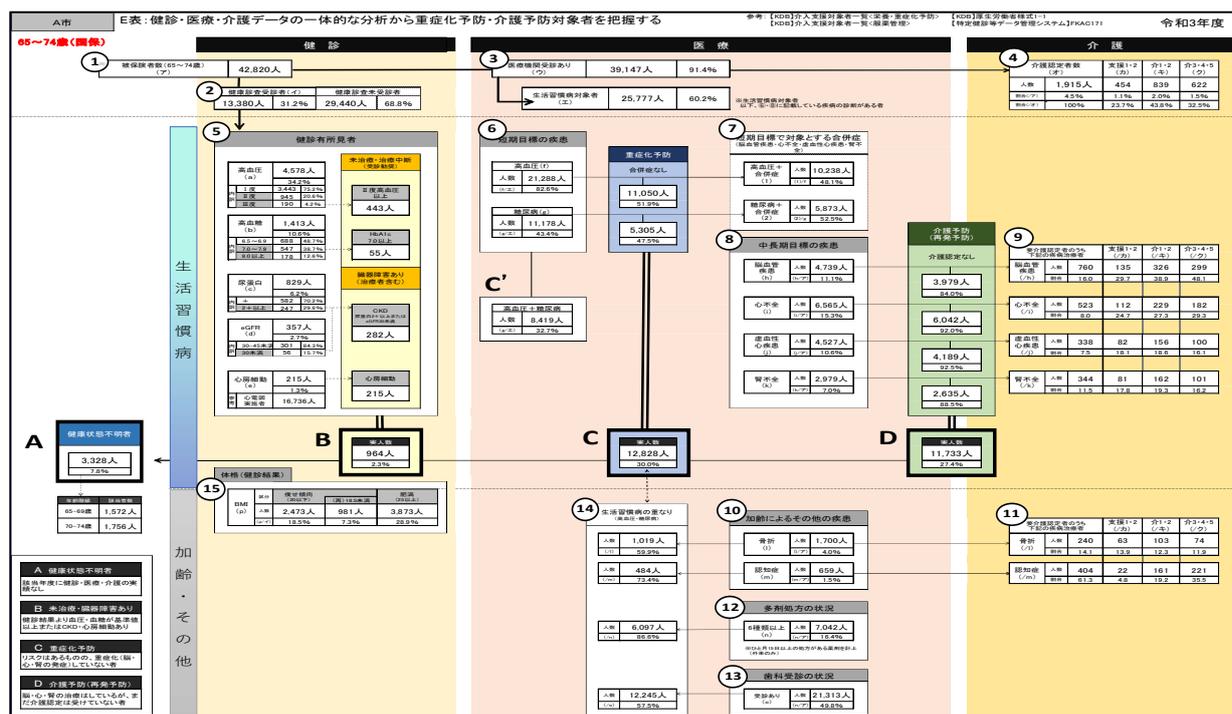
具体的には、

##### (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要件審決果や KDB のレセプト情報をもとに、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予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 76 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。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だけでなく、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。

鷹栖町においては、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えていくことが必要です。

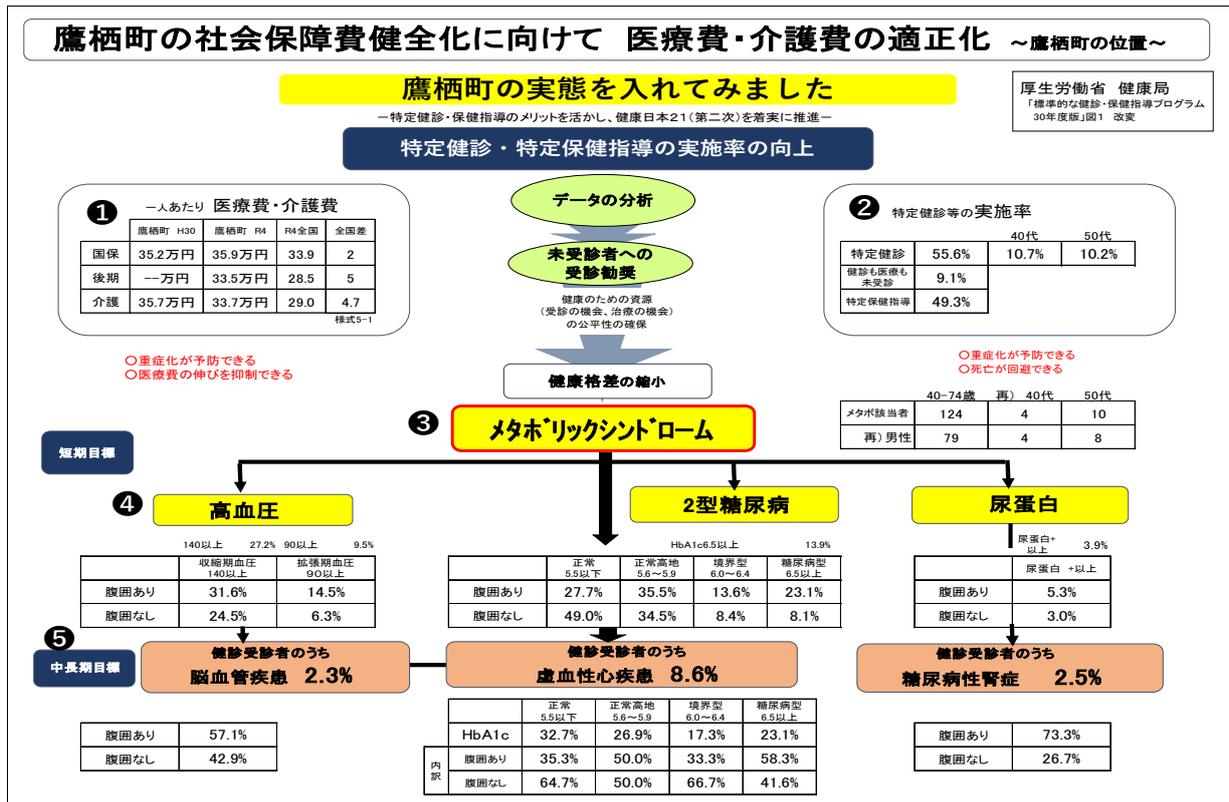
図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>発症予防</span> <span>→</span> <span>重症化予防</span> </div>															
1 根拠法	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
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診査 (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)
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上							
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長														
	体重														
	BMI											25以上			
	肥満度			加 <sup>o</sup> 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿糖	(+) 以上							(+) 以上						
糖尿病家族歴															

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。【図表 80・81】

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 79 統計からみえる北海道の食

**統計からみえる北海道の食** ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
ビール・ウイスキー	1位
バター	2位
加工肉	3位
ベーコン	3位
米	3位
コーヒー・ココア	3位
乾うどん・そば	4位
チーズ	5位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
生鮮野菜	19位
豆類	37位
油脂類	44位
乾物・海藻	45位

店舗・種別	店舗数(人口10万対)
洋食店	3位
すし	4位

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行っていきます。

### 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)システムに毎月収載される健診・医療・介護のデータから受診率・受療率、医療の動向等を基にして、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、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します。

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた鷹栖町の位置

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み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた鷹栖町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた鷹栖町の位置

R4年度

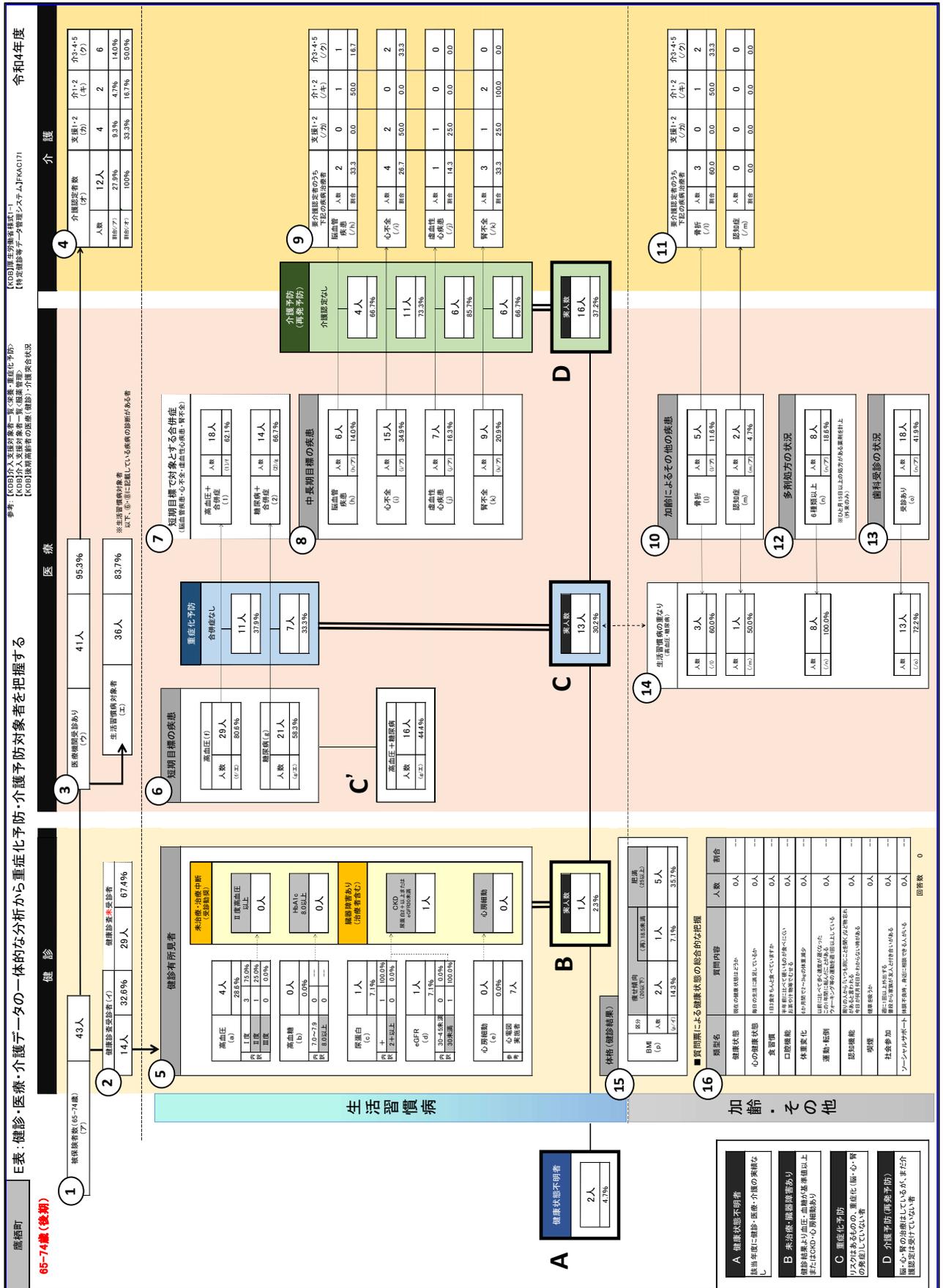
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		6,567		1,680,058		5,165,554		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)		2,272 34.6		662,426 39.4		1,664,023 32.2		35,335,805 28.7			
			75歳以上		1,182 18.0		-- --		848,273 16.4		18,248,742 14.8			
			65~74歳		1,090 16.6		-- --		815,750 15.8		17,087,063 13.9			
			40~64歳		2,300 35.0		-- --		1,745,342 33.8		41,545,893 33.7			
	39歳以下		1,995 30.4		-- --		1,756,189 34.0		46,332,563 37.6					
	②	産業構成	第1次産業		19.0		17.0		7.4		4.0		KDB NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業		13.6		25.3		17.9		25.0			
			第3次産業		67.4		57.7		74.7		71.0			
	③	平均寿命	男性		80.5		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		79.7		79.5		79.6		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		女性		85.1		84.2		84.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		102.5		103.1		102.0		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			男性		102.5		103.1		102.0		100			
			女性		92.4		101.3		98.9		100			
			死因	がん		24 50.0		7,089 46.3		19,781 53.3		378,272 50.6		
				心臓病		16 33.3		4,562 29.8		9,373 25.2		205,485 27.5		
				脳疾患		6 12.5		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			2 4.2		622 4.1		1,668 4.5		26,946 3.6				
	自殺		0 0.0		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	
女性														
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		451 20.1		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		13 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		1,573 17.6		365,856 13.2		1,013,763 13.8		21,785,044 12.9		
				要介護1,2		4,202 47.1		1,297,770 46.8		3,922,342 53.3		78,107,378 46.3		
				要介護3以上		3,153 35.3		1,111,908 40.1		2,419,988 32.9		68,963,503 40.8		
	2号認定者		5 0.22		2,073 0.39		7,406 0.42		156,107 0.38					
	②	有病状況	糖尿病		148 31.6		30,162 22.6		89,494 24.6		1,712,613 24.3		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症		259 57.1		71,773 54.3		181,308 50.0		3,744,672 53.3			
			脂質異常症		214 44.9		39,654 29.6		113,653 31.1		2,308,216 32.6			
			心臓病		287 62.5		80,304 60.9		200,129 55.3		4,224,628 60.3			
			脳疾患		114 24.5		30,910 23.8		73,784 20.6		1,568,292 22.6			
			がん		55 11.5		14,782 11.0		44,754 12.3		837,410 11.8			
			筋・骨格		265 55.4		71,540 54.1		181,637 50.0		3,748,372 53.4			
			精神		175 36.9		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		336,758 765,113,393		314,188 208,126,001,519		269,507 448,465,434,990		290,668 10,074,274,238,899		KDB NO.1 地域全体像の把握	
1件当たり給付費(全体)			85,698		74,986		60,965		59,662					
居宅サービス			53,027		43,722		42,034		41,272					
施設サービス		295,695		289,312		296,260		296,364						
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		9,181 認定あり 4,293 認定なし		9,224 認定あり 4,375 認定なし		9,582 認定あり 4,930 認定なし		8,610 認定あり 4,020 認定なし		KDB NO.1 地域全体像の把握		
4	①	国保の状況	被保険者数		1,467		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		729 49.7				491,264 45.7		11,129,271 40.5			
			40~64歳		458 31.2				341,793 31.8		9,088,015 33.1			
			39歳以下		280 19.1				241,307 22.5		7,271,596 26.5			
	加入率		22.3		25.6		20.8		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0 0.0		150 0.4		547 0.5		8,237 0.3			
			診療所数		2 1.4		1,147 2.7		3,351 3.1		102,599 3.7			
			病床数		0 0.0		15,964 37.4		92,014 85.6		1,507,471 54.8			
			医師数		1 0.7		1,780 4.2		13,731 12.8		339,611 12.4			
			外来患者数		709.0		692.2		654.8		687.8			
入院患者数		18.7		22.7		21.5		17.7						
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		358,948 県内100位 同規模156位		376,732		376,962		339,680		KDB NO.3 健康・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		727.721		714.851		676.241		705.439				
		外来	費用の割合		64.2		56.3		56.3		60.4			
			件数の割合		97.4		96.8		96.8		97.5			
		入院	費用の割合		35.8		43.7		43.7		39.6			
			件数の割合		2.6		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						

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	113,493,870	41.6	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)	4,568,760	1.7	7.2	4.3	8.2					
				糖尿病	34,388,230	12.6	11.3	10.1	10.4					
				高血圧症	20,190,390	7.4	6.6	5.6	5.9					
				脂質異常症	12,000,390	4.4	3.8	3.2	4.1					
				脳梗塞・脳出血	2,450,290	0.9	3.9	4.1	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	7,198,760	2.6	2.8	3.2	2.8					
				精神	37,368,880	13.7	14.9	14.4	14.7					
	筋・骨格	38,948,610	14.3	17.3	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	420	0.3	430	0.3	327	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病	1,274	1.0	1,426	0.9	1,159	0.7	1,144	0.9		
				脂質異常症	58	0.0	69	0.0	53	0.0	53	0.0		
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	1,098	0.9	6,762	4.1	7,205	4.4	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	3,075	2.4	4,422	2.7	5,077	3.1	3,942	2.9		
				腎不全	--	--	4,755	2.9	3,120	1.9	4,051	3.0		
	高血圧症	13,343	5.8	12,793	6.0	10,914	5.1	10,143	4.9					
	糖尿病	22,276	9.7	21,925	10.3	19,440	9.2	17,720	8.6					
	脂質異常症	8,123	3.5	7,608	3.6	6,316	3.0	7,092	3.5					
	脳梗塞・脳出血	572	0.2	943	0.4	947	0.4	825	0.4					
虚血性心疾患	2,972	1.3	1,933	0.9	2,266	1.1	1,722	0.8						
腎不全	3,933	1.7	16,719	7.9	10,839	5.1	15,781	7.7						
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,042		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	12,123		12,911		16,117		13,295					
⑦	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,755		9,063		5,006		6,142	KDB NO.1 地域全体像の把握			
		健診未受診者	35,478		37,462		51,396		40,210					
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況	県内市町村数 183市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	582		139,850		208,844		6,503,152	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	54.2	県内22位 同規模44位	44.7	28.0	全国45位	35.3				
				特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	2,678	16.0	1,805	7.3	69,327		9.0	
				非肥満高血糖	46	7.9	14,190	10.1	16,696	8.0	588,083		9.0	
				メタボ	該当者	124	21.3	30,227	21.6	41,916	20.1		1,321,197	20.3
					男性	79	31.0	21,300	32.1	28,924	32.5		923,222	32.0
					女性	45	13.8	8,927	12.1	12,992	10.8		397,975	11.0
					予備群	71	12.2	16,236	11.6	23,099	11.1		730,607	11.2
				メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	男性	50	19.6	11,464	17.3	16,053	18.1		515,813	17.9
					女性	21	6.4	4,772	6.5	7,046	5.9		214,794	5.9
					総数	222	38.1	51,122	36.6	71,854	34.4		2,273,296	35.0
					男性	150	58.8	35,935	54.2	49,667	55.9		1,592,747	55.3
				BMI	女性	72	22.0	15,187	20.6	22,187	18.5		680,549	18.8
					総数	38	6.5	8,128	5.8	13,269	6.4		304,276	4.7
				男性	6	2.4	1,372	2.1	2,191	2.5	48,780		1.7	
				女性	32	9.8	6,756	9.2	11,078	9.2	255,496		7.1	
				血糖のみ	6	1.0	963	0.7	1,144	0.5	41,541		0.6	
				血圧のみ	49	8.4	11,851	8.5	16,644	8.0	514,593		7.9	
				脂質のみ	16	2.7	3,422	2.4	5,311	2.5	174,473		2.7	
血糖・血圧	15	2.6	5,115	3.7	5,698	2.7	193,722	3.0						
血糖・脂質	8	1.4	1,475	1.1	1,950	0.9	67,212	1.0						
血圧・脂質	69	11.9	13,535	9.7	20,776	9.9	630,648	9.7						
血糖・血圧・脂質	32	5.5	10,102	7.2	13,492	6.5	429,615	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	217	37.3	55,201	39.5	75,041	35.9	2,324,538	35.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	69	11.9	14,674	10.5	18,243	8.7	564,473	8.7			
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	既 往 歴	脂質異常症	192	33.0	38,748	27.7	59,869	28.7	1,817,350	28.0				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	14	2.4	4,389	3.3	6,742	3.3	199,003	3.1			
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	27	4.6	8,295	6.2	11,265	5.6	349,845	5.5						
腎不全	4	0.7	1,283	0.9	1,457	0.7	51,680	0.8						
貧血	80	13.9	12,237	9.0	18,334	9.1	669,737	10.6						
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	95	16.3	21,078	15.1	34,290	16.4	896,676	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	34	6.7	11,378	8.6	22,337	12.1	609,166	10.3			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	59	11.6	21,660	16.4	27,283	14.8	932,218	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	59	11.6	21,660	16.4	27,283	14.8	932,218	15.7			
			食べる速度が速い	121	23.7	35,108	26.4	54,009	29.1	1,590,713	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	171	33.9	47,632	35.8	66,041	35.7	2,083,152	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	323	63.6	86,948	65.2	116,843	62.5	3,589,415	60.3			
			1日1時間以上運動なし	261	51.4	62,532	46.9	88,209	47.2	2,858,913	48.0			
			睡眠不足	86	17.0	32,230	24.3	41,180	22.2	1,521,685	25.6			
			毎日飲酒	108	21.3	35,947	26.5	42,358	22.5	1,585,206	25.5			
			時々飲酒	109	21.5	28,605	21.1	49,851	26.4	1,393,154	22.4			
			⑭	一日 飲 酒 量	1合未満	208	63.8	53,892	59.9	73,589	59.2		2,851,798	64.2
				1～2合	79	24.2	23,850	26.5	31,811	25.6	1,053,317		23.7	
2～3合	32	9.8		9,375	10.4	14,731	11.9	414,658	9.3					
3合以上	7	2.1		2,835	3.2	4,086	3.3	122,039	2.7					





③65～74 歳(後期)





参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

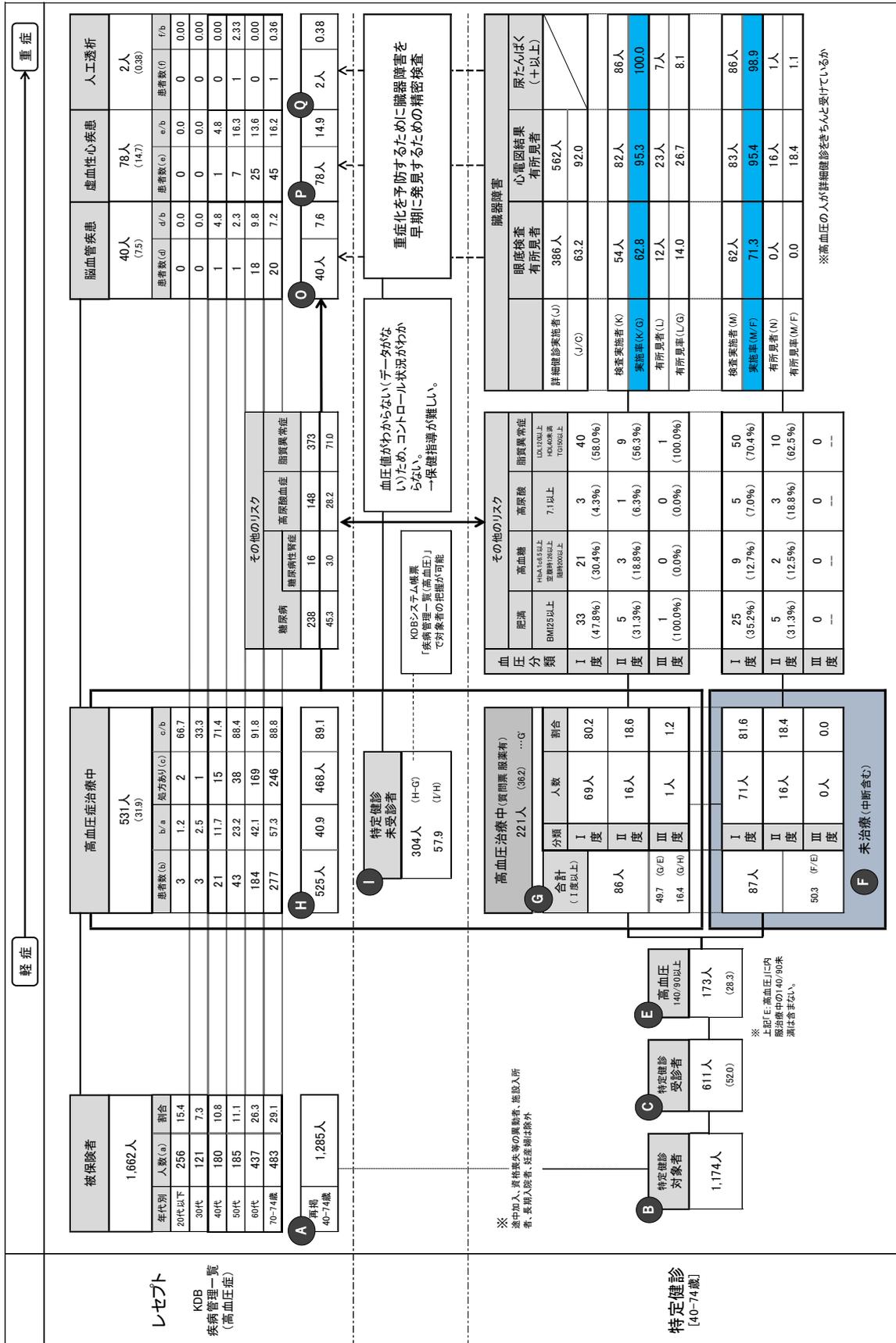
項目	突合表	鷹栖町										同規模保険者(平均)		
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A		1,746人		1,693人		1,660人		1,624人		1,562人		
	② (再掲)40-74歳	A		1,417人		1,375人		1,322人		1,309人		1,254人		
2	① 対象者数	B		1,245人		1,189人		1,187人		1,144人		1,068人		
	② 特定健診 受診者数	C		689人		652人		552人		608人		594人		
	③ 受診率	C		55.3%		54.8%		46.5%		53.1%		55.6%		
3	① 特定保健指導 対象者数			71人		82人		67人		68人		71人		
	② 実施率			67.6%		61.0%		43.3%		51.5%		49.3%		
4	① 健診データ	① 糖尿病型	E		119人	16.3%	104人	15.3%	89人	15.0%	107人	16.9%	100人	16.2%
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		34人	28.6%	34人	32.7%	30人	33.7%	32人	29.9%	30人	30.0%
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G		85人	71.4%	70人	67.3%	59人	66.3%	75人	70.1%	70人	70.0%
		④ コントロール不良 HbA1c 6.0以上または空腹時血糖100以上	J		48人	56.5%	38人	54.3%	35人	59.3%	46人	61.3%	42人	60.0%
		⑤ 血圧 130/80以上	J		36人	75.0%	26人	68.4%	26人	74.3%	31人	67.4%	26人	61.9%
		⑥ 肥満 BMI25以上	J		22人	45.8%	19人	50.0%	16人	45.7%	24人	52.2%	24人	57.1%
		⑦ コントロール良 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖100未満	K		37人	43.5%	32人	45.7%	24人	40.7%	29人	38.7%	28人	40.0%
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M		91人	76.5%	88人	84.6%	78人	87.6%	93人	86.9%	77人	77.0%
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M		13人	10.9%	9人	8.7%	6人	6.7%	6人	5.6%	15人	15.0%
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	M		12人	10.1%	7人	6.7%	5人	5.6%	8人	7.5%	8人	8.0%
		⑪ 第4期 eGFR30未満	M		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)			158.6人		163.0人		154.2人		153.9人		144.0人	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)			193.4人		198.5人		189.1人		187.2人		177.0人	
		③ レセプト件数 (40-74歳)			1,245件	(915.4)	1,270件	(973.9)	1,211件	(946.1)	1,117件	(901.5)	1,067件	(898.9)
		④ 入院外(件数)			9件	(6.6)	9件	(6.9)	4件	(3.1)	11件	(8.9)	4件	(3.4)
		⑤ 入院(件数)			9件	(6.6)	9件	(6.9)	4件	(3.1)	11件	(8.9)	4件	(3.4)
		⑥ 糖尿病治療中	H		277人	15.9%	276人	16.3%	256人	15.4%	250人	15.4%	225人	14.4%
		⑦ (再掲)40-74歳	H		274人	19.3%	273人	19.9%	250人	18.9%	245人	18.7%	222人	17.7%
		⑧ 健診未受診者	I		189人	69.0%	188人	68.9%	191人	76.4%	170人	69.4%	152人	68.5%
		⑨ インスリン治療	O		19人	6.9%	21人	7.6%	23人	9.0%	21人	8.4%	20人	8.9%
		⑩ (再掲)40-74歳	O		19人	6.9%	21人	7.7%	23人	9.2%	21人	8.6%	20人	9.0%
		⑪ 糖尿病性腎症	L		14人	5.1%	13人	4.7%	11人	4.3%	10人	4.0%	13人	5.8%
		⑫ (再掲)40-74歳	L		13人	4.7%	13人	4.8%	10人	4.0%	9人	3.7%	12人	5.4%
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)			1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	0人	0.0%
		⑭ (再掲)40-74歳			1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	0人	0.0%
		⑮ 新規透析患者数			0人	-	0人	-	1人	-	0人	-	0人	-
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症			0人	-	0人	-	-	-	0人	-	0人	-
⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)			8人	2.0%	8人	2.0%	8人	2.1%	8人	2.0%	6人	1.5%		
6	① 医療費	① 総医療費			5億9907万円		5億7555万円		5億1638万円		5億7319万円		5億2658万円	
		② 生活習慣病総医療費			3億2670万円		3億0502万円		2億9591万円		3億1084万円		2億7251万円	
		③ (総医療費に占める割合)			54.5%		53.0%		57.3%		54.2%		51.8%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり			10,491円		11,467円		8,353円		10,573円		14,755円	
		⑤ 健診受診者			36,164円		34,747円		41,092円		44,641円		35,478円	
		⑥ 健診未受診者			36,164円		34,747円		41,092円		44,641円		35,478円	
		⑦ 糖尿病医療費			3826万円		3835万円		3855万円		3867万円		3439万円	
		⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)			11.7%		12.6%		13.0%		12.4%		12.6%	
		⑨ 糖尿病入院外総医療費			9765万円		1億0909万円		1億0783万円		1億1553万円		1億2508万円	
		⑩ 1件あたり			27,989円		30,185円		32,606円		36,828円		43,919円	
		⑪ 糖尿病入院総医療費			1億0476万円		6413万円		7143万円		7333万円		4793万円	
		⑫ 1件あたり			650,676円		513,013円		736,406円		643,223円		570,653円	
		⑬ 在院日数			20日		19日		18日		14日		15日	
		⑭ 慢性腎不全医療費			871万円		544万円		949万円		780万円		523万円	
		⑮ 透析有り			699万円		539万円		936万円		756万円		457万円	
⑯ 透析なし			172万円		5万円		13万円		24万円		66万円			
216万円														
7	① 介護	① 介護給付費			7億5798万円		7億3488万円		7億3790万円		7億7200万円		7億6511万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症			2件	22.2%	1件	20.0%	1件	25.0%	1件	20.0%	1件	33.3%
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)			2人	2.5%	1人	1.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
					622人	1.0%								



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

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

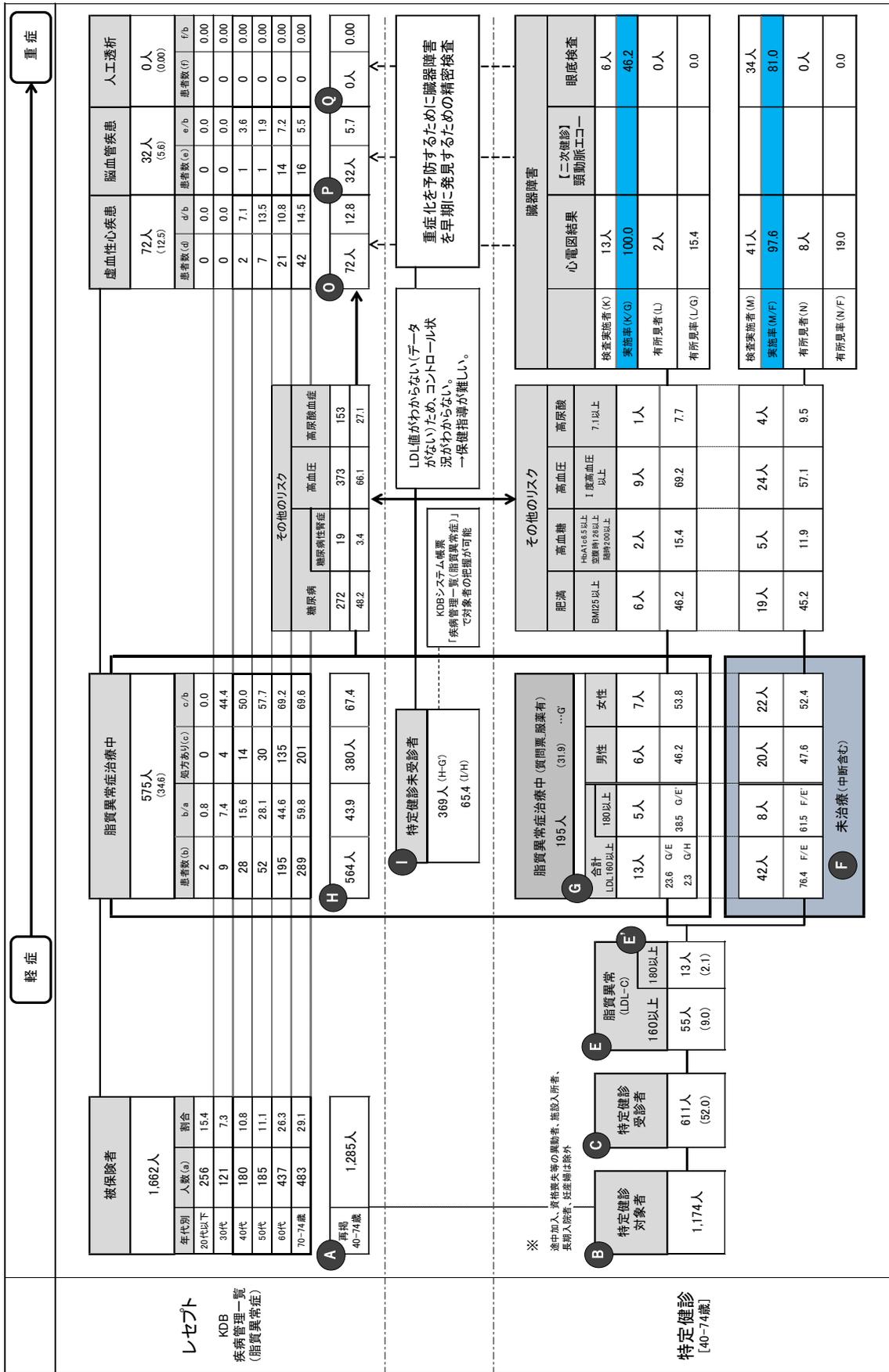


※レセプト情報は、該当年度に実績がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KOB構築・介入支援対象者一貫(薬業・重症化予防)」から集計

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



※レセプト情報は、該当年度に算料がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で算料を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築(介入支援対象者一覧(重症化予防)」から集計

参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
					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	654	209	32.0%	265	40.5%	115	17.6%	28	4.3%	18	2.8%	19	2.9%	28	4.3%	10	1.5%			
H30	696	238	34.2%	265	38.1%	108	15.5%	37	5.3%	30	4.3%	18	2.6%	34	4.9%	7	1.0%			
R1	693	226	32.6%	256	36.9%	131	18.9%	37	5.2%	24	3.5%	20	2.9%	31	4.5%	14	2.0%			
R2	482	143	29.7%	184	38.2%	98	20.3%	29	6.0%	17	3.5%	11	2.3%	16	3.3%	8	1.7%			
R3	645	217	33.6%	234	36.3%	98	15.2%	48	7.4%	31	4.8%	17	2.6%	31	4.8%	12	1.9%			
R4	577	236	40.9%	201	34.8%	60	10.4%	35	6.1%	28	4.9%	17	2.9%	30	5.2%	11	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			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	654	209	265	115	65	24	41	9.9%	5.7%	9.9%
H30	696	238	265	108	85	27	58	12.2%	6.9%	12.2%
R1	693	226	256	131	80	26	54	11.5%	6.3%	11.5%
R2	482	143	184	98	57	46	11	11.8%	5.8%	11.8%
R3	645	217	234	98	96	55	41	14.9%	7.4%	14.9%
R4	577	236	201	60	80	24	56	13.9%	7.8%	13.9%

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	56	8.6%	2	3.6%	0	0.0%	13	23.2%	10	17.9%	14	25.0%	17	30.4%	24	42.9%	8	14.3%	
	H30	80	11.5%	3	3.8%	3	3.8%	16	20.0%	18	22.5%	24	30.0%	16	20.0%	31	38.8%	5	6.3%	
	R1	75	10.8%	0	0.0%	5	6.7%	16	21.3%	17	22.7%	19	25.3%	18	24.0%	29	38.7%	12	16.0%	
	R2	13	2.7%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	3	23.1%	5	38.5%	3	23.1%	5	38.5%	2	15.4%	
	R3	49	7.6%	0	0.0%	3	6.1%	5	10.2%	13	26.5%	19	38.8%	9	18.4%	19	38.8%	7	14.3%	
R4	67	11.6%	1	1.5%	3	4.5%	7	10.4%	20	29.9%	20	29.9%	16	23.9%	24	35.8%	10	14.9%		
治療なし	H29	598	91.4%	207	34.6%	265	44.3%	102	17.1%	18	3.0%	4	0.7%	2	0.3%	4	0.7%	2	0.3%	
	H30	616	88.5%	235	38.1%	262	42.5%	92	14.9%	19	3.1%	6	1.0%	2	0.3%	3	0.5%	2	0.3%	
	R1	618	89.2%	226	36.6%	251	40.6%	115	18.6%	19	3.1%	5	0.8%	2	0.3%	2	0.3%	2	0.3%	
	R2	469	97.3%	143	30.5%	183	39.0%	97	20.7%	26	5.5%	12	2.6%	8	1.7%	11	2.3%	6	1.3%	
	R3	596	92.4%	217	36.4%	231	38.8%	93	15.6%	35	5.9%	12	2.0%	8	1.3%	12	2.0%	5	0.8%	
R4	510	88.4%	235	46.1%	198	38.8%	53	10.4%	15	2.9%	8	1.6%	1	0.2%	6	1.2%	1	0.2%		

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	654	179	27.4%	89	13.6%	174	26.6%	158	24.2%	46	7.0%	8	1.2%
H30	717	198	27.6%	112	15.6%	217	30.3%	155	21.6%	27	3.8%	8	1.1%
R1	707	187	26.4%	119	16.8%	204	28.9%	166	23.5%	28	4.0%	3	0.4%
R2	500	152	30.4%	77	15.4%	129	25.8%	115	23.0%	23	4.6%	4	0.8%
R3	649	155	23.9%	117	18.0%	197	30.4%	146	22.5%	31	4.8%	3	0.5%
R4	592	137	23.1%	97	16.4%	185	31.3%	140	23.6%	32	5.4%	1	0.2%

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	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	654	268 41.0%	174 26.6%	158 24.2%	54 8.3%	26 48.1%	28 51.9%	8.3%		8 1.2%	1.2%
					8 1.2%	4 50.0%	4 50.0%	1.2%			
H30	717	310 43.2%	217 30.3%	155 21.6%	35 4.9%	18 51.4%	17 48.6%	4.9%		8 1.1%	1.1%
					8 1.1%	7 87.5%	1 12.5%	1.1%			
R1	707	306 43.3%	204 28.9%	166 23.5%	31 4.4%	18 58.1%	13 41.9%	4.4%		3 0.4%	0.4%
					3 0.4%	3 100.0%	0 0.0%	0.4%			
R2	500	229 45.8%	129 25.8%	115 23.0%	27 5.4%	25 92.6%	2 7.4%	5.4%		4 0.8%	0.8%
					4 0.8%	3 75.0%	1 25.0%	0.8%			
R3	649	272 41.9%	197 30.4%	146 22.5%	34 5.2%	30 88.2%	4 11.8%	5.2%		3 0.5%	0.5%
					3 0.5%	3 100.0%	0 0.0%	0.5%			
R4	592	234 39.5%	185 31.3%	140 23.6%	33 5.6%	16 48.5%	17 51.5%	5.6%		1 0.2%	0.2%
					1 0.2%	0 0.0%	1 100.0%	0.2%			

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	212	32.4%	29	13.7%	26	12.3%	60	28.3%	69	32.5%	24	11.3%	4	1.9%
	H30	246	34.3%	29	11.8%	36	14.6%	81	32.9%	83	33.7%	16	6.5%	1	0.4%
	R1	235	33.2%	18	7.7%	32	13.6%	94	40.0%	78	33.2%	13	5.5%	0	0.0%
	R2	43	8.6%	5	11.6%	2	4.7%	13	30.2%	21	48.8%	1	2.3%	1	2.3%
	R3	118	18.2%	15	12.7%	24	20.3%	45	38.1%	30	25.4%	4	3.4%	0	0.0%
	R4	221	37.3%	24	10.9%	40	18.1%	71	32.1%	69	31.2%	16	7.2%	1	0.5%
治療なし	H29	442	67.6%	150	33.9%	63	14.3%	114	25.8%	89	20.1%	22	5.0%	4	0.9%
	H30	471	65.7%	169	35.9%	76	16.1%	136	28.9%	72	15.3%	11	2.3%	7	1.5%
	R1	472	66.8%	169	35.8%	87	18.4%	110	23.3%	88	18.6%	15	3.2%	3	0.6%
	R2	457	91.4%	147	32.2%	75	16.4%	116	25.4%	94	20.6%	22	4.8%	3	0.7%
	R3	531	81.8%	140	26.4%	93	17.5%	152	28.6%	116	21.8%	27	5.1%	3	0.6%
	R4	371	62.7%	113	30.5%	57	15.4%	114	30.7%	71	19.1%	16	4.3%	0	0.0%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	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	654	319	48.8%	158	24.2%	114	17.4%	44	6.7%	19	2.9%
	H30	716	358	50.0%	175	24.4%	125	17.5%	35	4.9%	23	3.2%
	R1	707	361	51.1%	187	26.4%	98	13.9%	42	5.9%	19	2.7%
	R2	484	246	50.8%	127	26.2%	67	13.8%	30	6.2%	14	2.9%
	R3	649	333	51.3%	170	26.2%	94	14.5%	30	4.6%	22	3.4%
	R4	592	272	45.9%	171	28.9%	94	15.9%	42	7.1%	13	2.2%
男性	H29	288	147	51.0%	68	23.6%	49	17.0%	19	6.6%	5	1.7%
	H30	318	173	54.4%	68	21.4%	55	17.3%	15	4.7%	7	2.2%
	R1	310	169	54.5%	78	25.2%	33	10.6%	23	7.4%	7	2.3%
	R2	211	110	52.1%	54	25.6%	29	13.7%	15	7.1%	3	1.4%
	R3	286	158	55.2%	62	21.7%	44	15.4%	14	4.9%	8	2.8%
	R4	265	127	47.9%	72	27.2%	40	15.1%	20	7.5%	6	2.3%
女性	H29	366	172	47.0%	90	24.6%	65	17.8%	25	6.8%	14	3.8%
	H30	398	185	46.5%	107	26.9%	70	17.6%	20	5.0%	16	4.0%
	R1	397	192	48.4%	109	27.5%	65	16.4%	19	4.8%	12	3.0%
	R2	273	136	49.8%	73	26.7%	38	13.9%	15	5.5%	11	4.0%
	R3	363	175	48.2%	108	29.8%	50	13.8%	16	4.4%	14	3.9%
	R4	327	145	44.3%	99	30.3%	54	16.5%	22	6.7%	7	2.1%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすい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180以上	未治療	治療	割合		
H29	654	48.8%	24.2%	17.4%	63	56	7	9.6%	11.1%	9.6%
					19	19	0	2.9%	0.0%	
H30	716	50.0%	24.4%	17.5%	58	48	10	8.1%	17.2%	8.1%
					23	20	3	3.2%	13.0%	
R1	707	51.1%	26.4%	13.9%	61	52	9	8.6%	14.8%	8.6%
					19	15	4	2.7%	21.1%	
R2	484	50.8%	26.2%	13.8%	44	40	4	9.1%	9.1%	9.1%
					14	14	0	2.9%	0.0%	
R3	649	51.3%	26.2%	14.5%	52	47	5	8.0%	9.6%	8.0%
					22	20	2	3.4%	9.1%	
R4	592	45.9%	28.9%	15.9%	55	42	13	9.3%	23.6%	9.3%
					13	8	5	2.2%	38.5%	

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	177	27.1%	111	62.7%	38	21.5%	21	11.9%	7	4.0%	0	0.0%
	H30	221	30.9%	146	66.1%	47	21.3%	18	8.1%	7	3.2%	3	1.4%
	R1	236	33.4%	154	65.3%	49	20.8%	24	10.2%	5	2.1%	4	1.7%
	R2	40	8.3%	28	70.0%	6	15.0%	2	5.0%	4	10.0%	0	0.0%
	R3	109	16.8%	74	67.9%	20	18.3%	10	9.2%	3	2.8%	2	1.8%
	R4	195	32.9%	113	57.9%	52	26.7%	17	8.7%	8	4.1%	5	2.6%
治療なし	H29	477	72.9%	208	43.6%	120	25.2%	93	19.5%	37	7.8%	19	4.0%
	H30	495	69.1%	212	42.8%	128	25.9%	107	21.6%	28	5.7%	20	4.0%
	R1	471	66.6%	207	43.9%	138	29.3%	74	15.7%	37	7.9%	15	3.2%
	R2	444	91.7%	218	49.1%	121	27.3%	65	14.6%	26	5.9%	14	3.2%
	R3	540	83.2%	259	48.0%	150	27.8%	84	15.6%	27	5.0%	20	3.7%
	R4	397	67.1%	159	40.1%	119	30.0%	77	19.4%	34	8.6%	8	2.0%

鷹 栖 町  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
令和6年度～令和11年度

令和6年3月

鷹栖町町民課医療年金係  
〒071-1292 鷹栖町南1条3丁目5番1号  
TEL0166-74-3083