

# 比布町国民健康保険

## 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  
(2024) (2029)

比布町  
令和6年3月

# 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) 比布町国保の役割
  - (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期計画にかかる評価……………9

1. 比布町の健康情報等の分析・評価
  - (1) 基本情報
  - (2) 医療・介護・死亡の状況
  - (3) 生活習慣病の状況
  - (4) 特定健診と有所見者の状況
  - (5) 生活習慣の状況
2. 保健事業の評価
  - (1) 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧
  - (2) 脳血管疾患重症化予防
  - (3) 虚血性心疾患重症化予防
  - (4) 糖尿病性腎症重症化予防
  - (5) 特定健診・特定保健指導
  - (6) ポピュレーションアプローチ
  - (7) 第2期データヘルス計画に係る考察（まとめ）
3. 第3期における健康課題の明確化と目標
  - (1) 基本的な考え方
  - (2) 健康課題の明確化
  - (3) 健康課題の整理
  - (4) 目標の設定

### 第3章 課題解決するための個別保健事業……………35

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

### 第4章 計画の評価・見直し……………63

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

### 第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い……………64

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

### 第6章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)……………65

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
  - (1) 実施方法
  - (2) 特定健診委託基準
  - (3) 健診実施機関リスト

- (4) 特定健診実施項目
  - (5) 実施時期
  - (6) 医療機関との適切な連携
  - (7) 代行機関
  - (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール
5. 特定保健指導の実施
- (1) 健診から保健指導実施の流れ
  - (2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法
  - (3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実施スケジュール
6. 個人情報の保護
- (1) 基本的な考え方
  - (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

参考資料・・73

- ・ 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム

# 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り組みを行うことを推進する。」とされました。平成26年3月に「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」が一部改正され、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月に閣議決定された「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り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、標準化の取り組みや評価指標の設定が推進されています。

このような国の動きや比布町の課題等を踏まえ、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、P D C A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1-1)。

また、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。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>」において示されている、生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性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1-2・1-3・1-4)。

以上を踏まえ、比布町では、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）においては、中長期的な目標を、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少としている(図表1-2参照)が、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。

保健事業実施（データヘルス）計画においては、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とし、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。

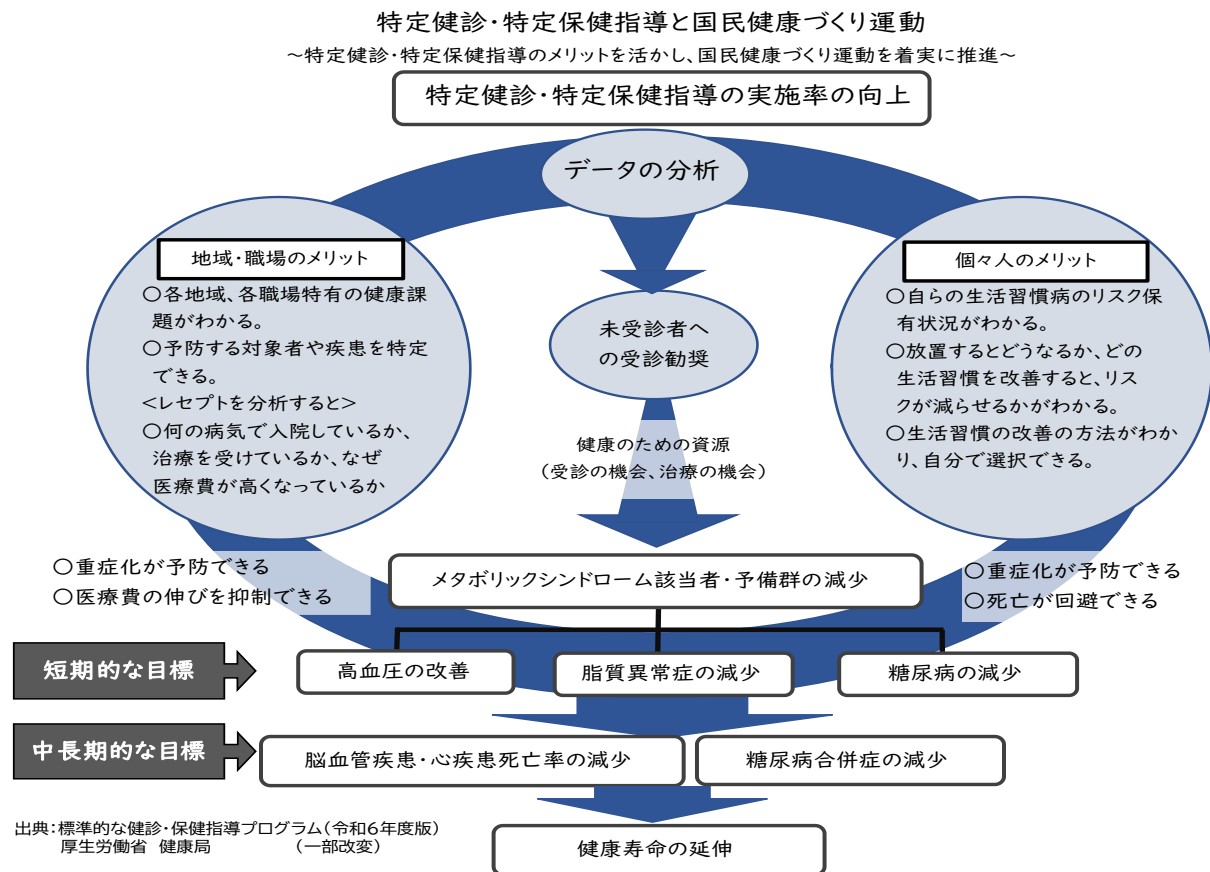
また、糖尿病合併症については、細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）と大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と、医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※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1-1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

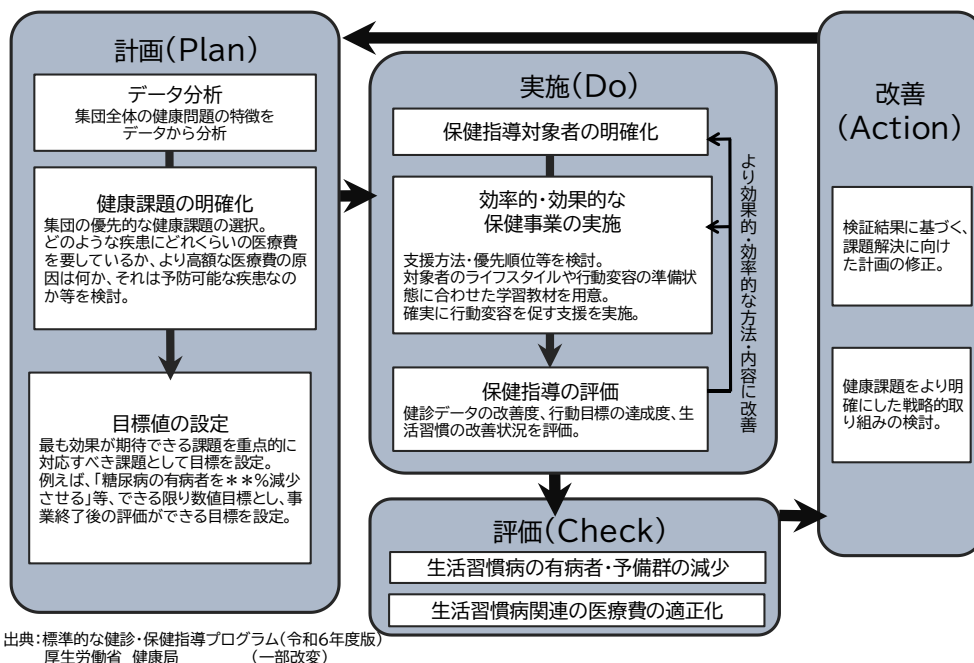
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業 の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図 るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険 給付の円滑な実施を確保す るための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を 持つ取組の推進を通じて、国民 の健康の増進の総合的な推進を 図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPD CA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、 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 ことも、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・ 予備群の減少率	(住民の健康の保持増進) ・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) ・後発医薬品の使用促進 ・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 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 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1-2 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り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸につ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。

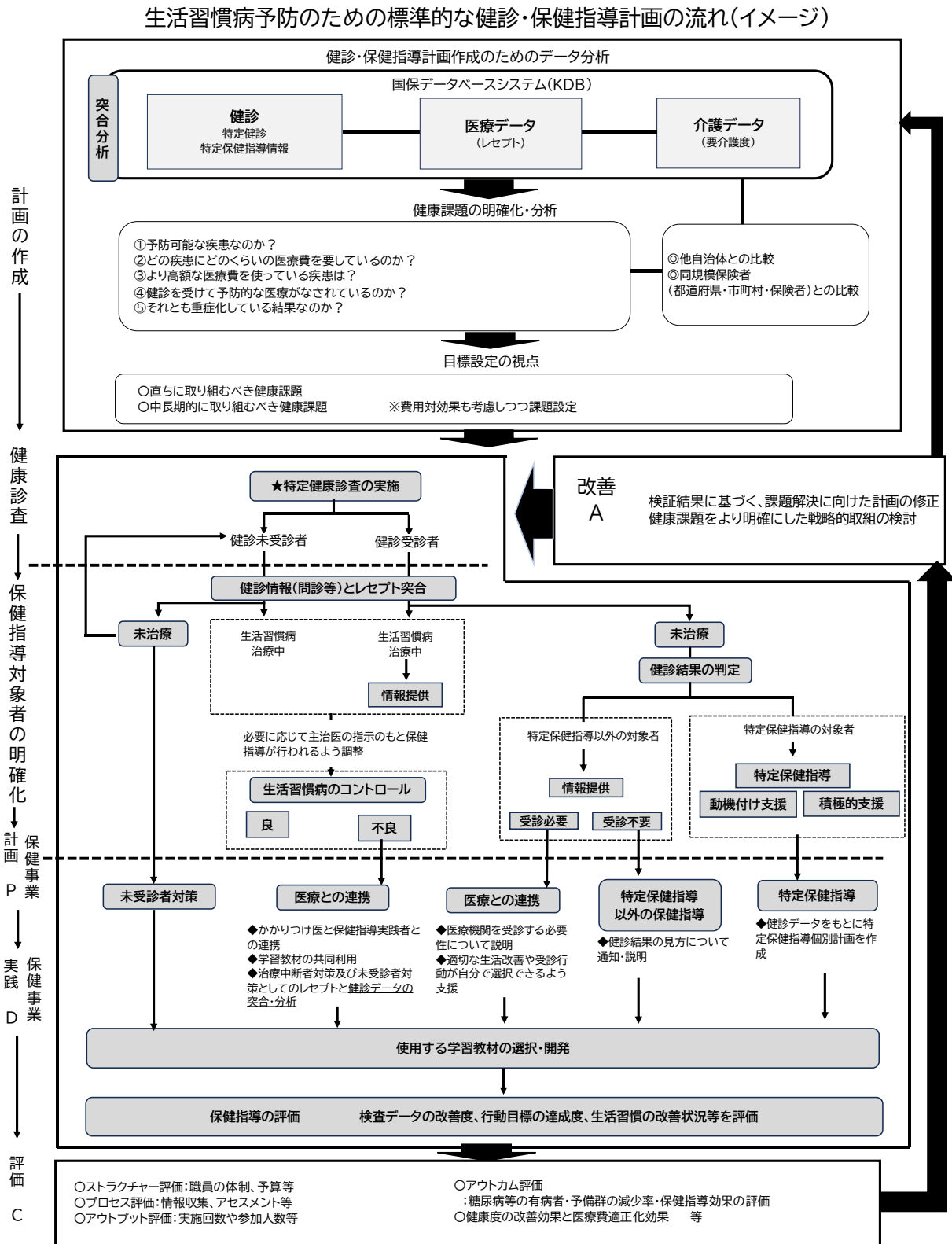
図表1-3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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））の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1-4 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）



参考: 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版) 厚生労働省様式5-5

### 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。

## 4. 関係者が果たすべき役割と連携

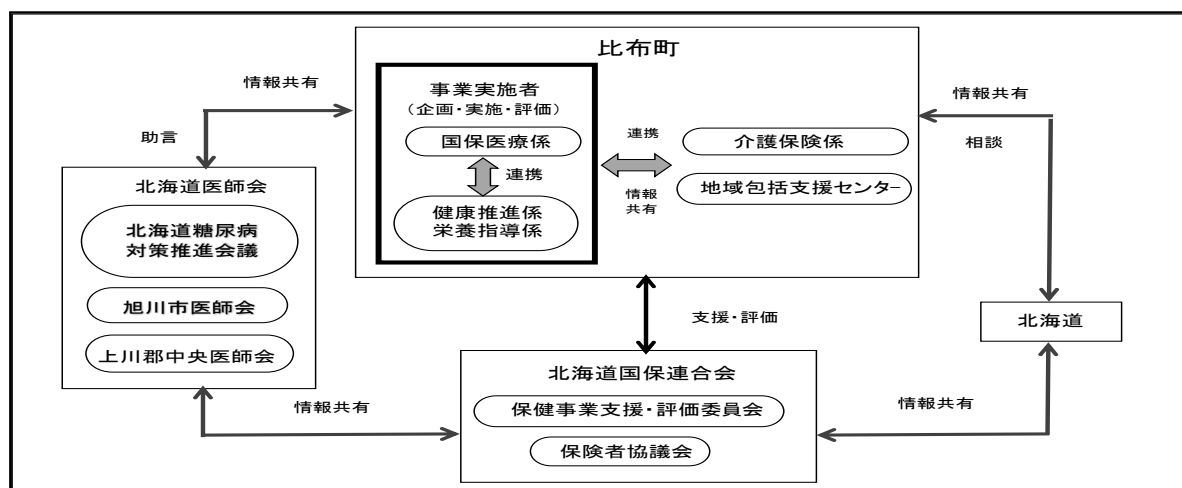
### (1) 比布町国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保医療係が中心となり、住民の健康の保持増進に係る健康推進係・栄養指導係と連携して、保険者の健康課題を分析し、比布町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、地域包括支援センター、介護保険係等とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当係の業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます(図表1-5・1-6)。

図表 1-5 比布町の実施体制図



図表 1-6 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		
		比布町	配点	比布町	配点	比布町	配点	
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)		261位		270位		115位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	70	80	70	
		(2)特定保健指導実施率	70	70	70	80	70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	40	65	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	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	25	50	50	50	40	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	130	130	100	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	25	100	35	100	85	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	10	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	69	95	63	100	68	100
合計点		679	1,000	673	960	708	940	

## (2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である北海道、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、旭川市医師会や上川郡中央医師会、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、ぴっぷクリニック等と連携、協力していきます。

比布町国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの異動が多いため、保険者協議会等を活用して、比布町国保と被用者保険間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等の共有を図り、保険者間で連携して保健事業を展開できるような仕組みの構築に努めていきます。

## (3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。国保運営協議会の委員として被保険者から参画を得て、計画につい

での意見を発しています。

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み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。

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り組みを後押しする(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。

## 第2章 第2期計画にかかる評価

### 1. 比布町の健康情報等の分析・評価

#### (1) 基本情報

##### ① 人口動態・高齢化率

比布町の令和4年度の人口は3,505人、高齢化率は42.8%であり、道よりも約10%高く推移しています。高齢者数のピークは過ぎていますが、人口全体の減少により、高齢化率が年々高くなっています(図表2-1)。

基幹産業は農業であり、農繁期と農閑期の生活リズムや食生活等が大きく異なることが特徴です。

図表 2-1 年齢別人口・高齢化率の年次推移

図表01:人口の変化と高齢化率

	平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	1,037	27.6%	1,017	27.7%	980	27.1%	935	26.5%	920	26.2%
40-64歳	1,170	31.2%	1,134	30.8%	1,117	30.9%	1,084	30.7%	1,067	30.4%
65-74歳	632	16.8%	634	17.2%	632	17.5%	642	18.2%	615	17.5%
75歳以上	909	24.2%	887	24.1%	884	24.4%	868	24.6%	886	25.3%
合計	3,753	-	3,676	-	3,616	-	3,532	-	3,505	-
比布町 高齢化率	41.1%		41.4%		41.9%		42.8%		42.8%	
国 高齢化率	27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
道 高齢化率	30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%	

出典:住民基本台帳(平成30年から令和4年 各1月1日)

##### ② 平均余命・平均自立期間

平均余命・平均自立期間は、男女ともにおおむね道・国平均並です。平均余命と平均自立期間の差は、要介護状態である期間を表し、令和4年度は男性で平均1.4年、女性で平均3.3年でした(図表2-2)。

図表2-2 比布町の平均余命・平均自立期間

	男性			女性		
	平均余命	平均自立期間	差	平均余命	平均自立期間	差
比布町	80.8年	79.4年	1.4年	87.8年	84.5年	3.3年
国	81.7年	80.1年	1.6年	87.8年	84.4年	3.4年
道	81.0年	79.6年	1.4年	87.3年	84.2年	3.1年
同規模	80.7年	79.3年	1.4年	87.4年	84.2年	3.2年

出典:KDB帳票\_地域の全体像の把握 令和4年度(累計)

##### ③ 国保加入者の状況

後期高齢者医療保険や社会保険への移行により、国保加入者数は5年間で132人減少し、国

保加入率は約2%減りました。年代別では、特に40～64歳の加入者数が減少しています(図表2-3)。

図表2-3 国保被保険者構成

	平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	163	17.1%	141	15.7%	150	17.1%	135	16.2%	152	18.5%
40-64歳	336	35.2%	308	34.4%	287	32.7%	268	32.1%	260	31.6%
65-74歳	455	47.7%	447	49.9%	441	50.2%	431	51.7%	410	49.9%
国保加入者数	954	100.0%	896	100.0%	878	100.0%	834	100.0%	822	100.0%
比布町 総人口	3,753		3,676		3,616		3,532		3,505	
比布町 国保加入率	25.4%		24.4%		24.3%		23.6%		23.5%	
国 国保加入率	22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
道 国保加入率	21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%	

出典:住民基本台帳、KDB帳票 被保険者構成(各々平成30年から令和4年 各1月1日)

#### ④ 医療サービスの状況

比布町は、診療所が1か所あり、医師2名が配置されています。隣接している旭川市と連携し、医療体制を整えています(図表2-4)。

図表2-4 医療サービスの状況

(千人当たり)	比布町	国	道	同規模
病院数	0.0	0.3	0.5	0.3
診療所数	4.9	4.0	3.2	3.5
病床数	0.0	59.4	87.8	21.4
医師数	1.2	13.4	13.1	3.2

出典:KDB帳票 地域の全体像の把握 令和4年度(累計)

## (2) 医療・介護・死亡の状況

### ① 死亡の状況

令和3年度の死因別死亡者数では、1位が悪性新生物、2位が心疾患、3位が脳血管疾患となっています。心疾患による死亡者の全体に占める割合が、国や道と比べて高いことが特徴的です(図表2-5)。

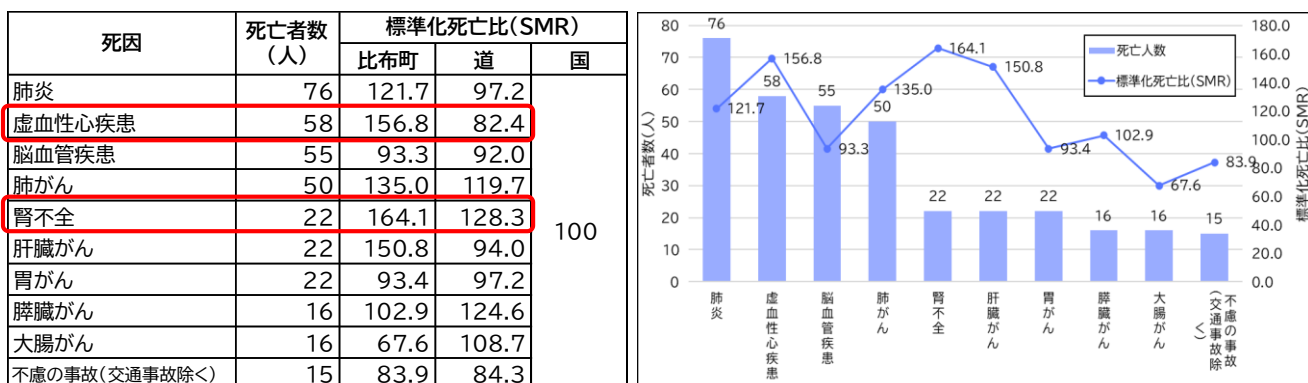
標準化死亡比(SMR)は、国平均を100として10年間の死亡の状況を比較します。国平均より高い死因は、虚血性心疾患、腎不全、肝臓がんでした。虚血性心疾患や腎不全は、糖尿病や高血圧と関連が深く、予防が可能な生活習慣病です(図表2-6)。

図表2-5 死亡者の状況（令和3年度）

順位	死因	比布町		国	道
		死亡者数(人)	割合		
1位	悪性新生物	21	28.0%	26.5%	29.2%
2位	心疾患(高血圧性除く)	15	20.0%	14.9%	14.3%
3位	脳血管疾患	6	8.0%	7.3%	6.9%
4位	肺炎	5	6.7%	5.1%	5.0%
5位	老衰	4	5.3%	10.6%	8.3%
	死亡総数	75			

出典:厚生労働省 人口動態調査 令和3年度

図表2-6 死因別標準化死亡比（SMR）死亡者数上位10項目（平成22年から令和1年）



出典:公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ 平成22年から令和1年

## ② 介護の状況

令和4年度の要介護認定率は20.6%であり、道と同程度となっています。要介護認定者の約4割が要介護3～5の中重度者です(図表2-7)。

介護給付費は、道・国を大きく上回り、特に居宅の給付費が高騰しています(図表2-8)。

図表2-7 要介護（要支援）認定者数・割合

	被保険者数(人)	認定者数(人)	比布町				国	道
			認定率	要支援1-2	要介護1-2	要介護3-5		
1号								
65-74歳	615	34	5.5%	4	20	10	-	-
75歳以上	886	275	31.0%	34	130	111	-	-
計	1,501	309	20.6%	38	150	121	18.7%	20.8%
2号								
40-64歳	1,067	2	0.2%	0	1	1	0.4%	0.4%
総計	2,568	311	-	38	151	122	-	-
				(12.2%)	(48.6%)	(39.2%)		

出典:住民基本台帳 令和4年度(年度の1月1日の人口を使用)  
KDB帳票 地域の全体像の把握 令和4年度(累計)  
KDB帳票 要介護(支援)者認定状況 令和4年度(累計)

図表2-8 介護レセプト一件当たりの介護給付費

	比布町	国	道	同規模
計 一件当たり給付費(円)	78,263	59,662	60,965	80,543
(居宅)一件当たり給付費(円)	48,152	41,272	42,034	42,864
(施設)一件当たり給付費(円)	267,407	296,364	296,260	288,059

出典:KDB帳票 医療・介護の突合の経年比較 令和4年度

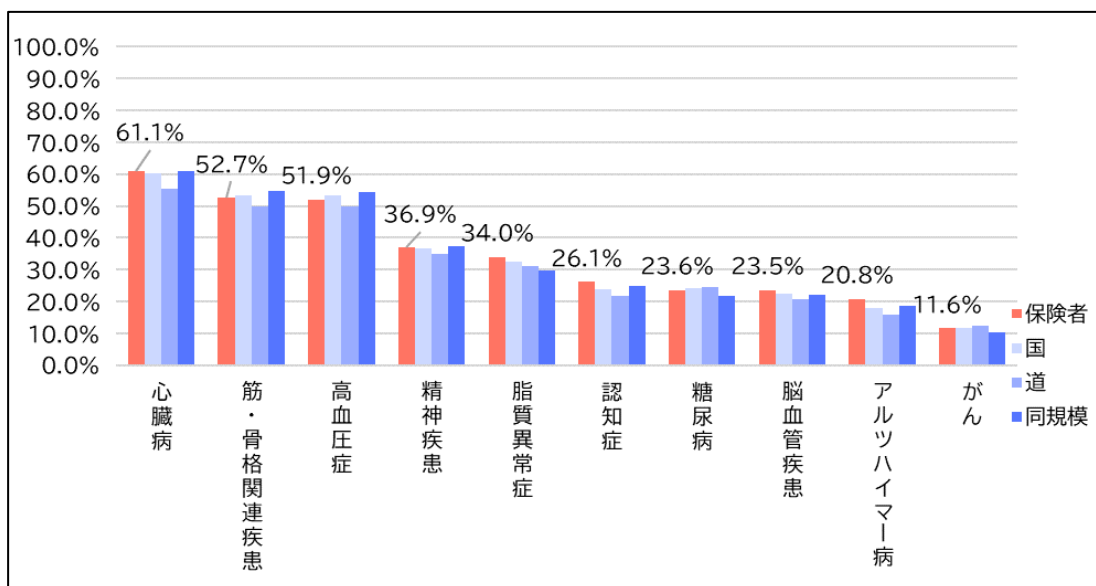
要介護認定者の有病状況では、半数以上が心臓病、筋・骨格関連疾患、高血圧を有しています。

生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で捉えると、心臓病、脳血管疾患、認知症、アルツハイマー病については、国平均よりも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2-9)。

図表2-9 要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	要介護・要支援認定者		国	道	同規模
	該当者数(人)	割合			
心臓病	199	61.1%	60.3%	55.3%	60.8%
筋・骨格関連疾患	176	52.7%	53.4%	50.0%	54.6%
高血圧症	169	51.9%	53.3%	50.0%	54.3%
精神疾患	128	36.9%	36.8%	35.0%	37.4%
脂質異常症	115	34.0%	32.6%	31.1%	29.6%
認知症	90	26.1%	24.0%	21.6%	24.8%
糖尿病	85	23.6%	24.3%	24.6%	21.6%
脳血管疾患	74	23.5%	22.6%	20.6%	22.1%
アルツハイマー病	73	20.8%	18.1%	15.9%	18.6%
がん	38	11.6%	11.8%	12.3%	10.3%

出典：KDB帳票 地域の全体像の把握 令和4年度(累計)





### ③ 医療の状況

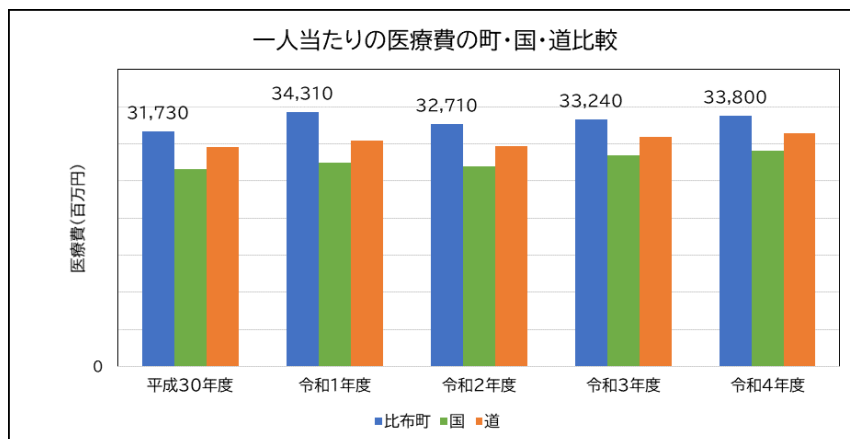
比布町の医療費の平成30年度と令和4年度の比較において、医療費総額は11.3%減少しており、入院費が29.3%も減少しています(図表2-10)。

しかし、一人当たりの医療費は6.5%増加し、5年間、道・国平均よりも高く推移しています。特に外来医療費が高額であり、その要因として、受診率が高いことが特徴的です(図表2-11)。

図表2-10 総医療費・一人当たりの医療費

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	平成30年度からの変化率
医療費(円)	総額	370,515,230	377,321,170	342,398,610	345,112,420	328,569,800	-	-11.3%
	入院	177,501,060	162,756,690	137,766,800	125,714,060	125,418,970	38.2%	-29.3%
	外来	193,014,170	214,564,480	204,631,810	219,398,360	203,150,830	61.8%	5.3%
一人当たり医療費(円)	比布町	31,730	34,310	32,710	33,240	33,800	-	6.5%
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	-	9.4%
	道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	-	6.6%
	同規模	28,310	29,090	28,500	29,440	29,990	-	5.9%

出典:KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度(累計)から令和04年度(累計)



図表2-11 医療費の3要素 (入院・外来)

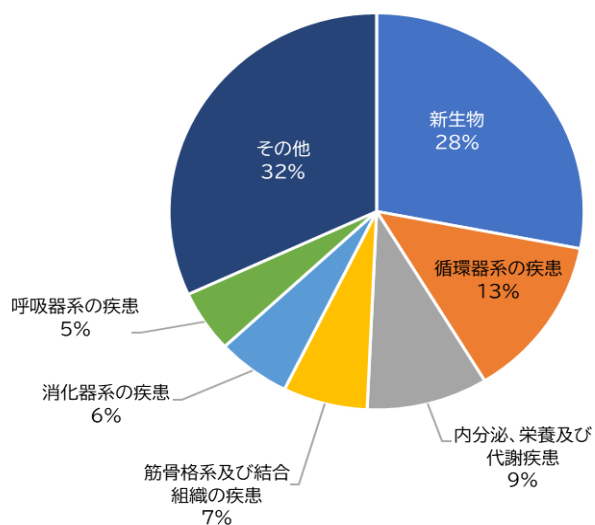
入院				
	比布町	国	道	同規模
一人当たり医療費(円)	12,900	11,650	13,820	13,460
受診率(件/千人)	20.5	18.8	22.0	22.9
一件当たり日数(日)	12.4	16.0	15.8	16.2
一日当たり医療費(円)	50,960	38,730	39,850	36,390

外来				
	比布町	国	道	同規模
一人当たり医療費(円)	20,900	17,400	17,670	16,530
受診率(件/千人)	745.7	709.6	663.0	653.6
一件当たり日数(日)	1.3	1.5	1.4	1.4
一日当たり医療費(円)	20,920	16,500	19,230	18,540

出典:KDB帳票 地域の全体像の把握 令和4年度(累計)

医療費を疾病分類別に見ると、「新生物」が約3割を占め、次に脳・心・腎疾患や高血圧を含む「循環器系疾患」、糖尿病を含む「内分泌、栄養及び代謝疾患」が続きます(図表2-12)。

図表2-12疾病分類別（大分類）別医療費（令和4年度）



医療費高騰の要因となる高額レセプトについては、人数は減っているものの、件数や費用額は増加しており、総医療費に占める高額レセプトの割合が増加傾向にあります(図表2-13)。

図表2-13 高額レセプト（80万円以上/件）の推移

			平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高額 レセプト	人数	A	40人	42人	36人	31人	36人
	件数	B	63件	86件	87件	83件	73件
		B/総件数	0.68%	0.97%	1.12%	1.04%	0.98%
	費用額	C	8341万円	1億0947万円	1億1177万円	1億1521万円	1億0150万円
		C/総費用	22.5%	29.0%	32.6%	33.4%	30.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3) 生活習慣病の状況

#### ① 生活習慣病にかかる医療費

平成30年度と令和4年度の医療費の比較において、生活習慣病医療費総額は、約1千万円減額しています。総医療費に対する割合は、基礎疾患が減額、中長期目標疾患が微増となっており、特に脳血管疾患が約150万円増額しています(図表2-14)。

図表2-14 生活習慣病医療費の比較

疾病名	比布町				国	道	同規模	
	平成30年度		令和4年度					
	医療費(円)	割合	医療費(円)	割合				
総医療費	370,515,230		328,569,800					
生活習慣病医療費	65,190,180	17.6%	52,908,770	16.1%	18.9%	16.6%	18.7%	
基礎疾患	糖尿病	21,495,270	5.8%	19,587,480	6.0%			
	高血圧症	16,311,410	4.4%	12,940,620	3.9%			
	脂質異常症	14,767,080	4.0%	9,137,280	2.8%			
	合計	52,573,760	14.2%	41,665,380	12.7%	10.7%	10.1%	11.4%
中長期目標疾患	脳血管疾患	4,427,550	1.2%	5,822,450	1.8%	2.1%	2.2%	2.1%
	虚血性心疾患	5,760,060	1.6%	4,856,940	1.5%	1.5%	1.7%	1.5%
	慢性腎臓病(透析あり)	0	0.0%	0	0.0%	4.4%	2.3%	3.3%
	慢性腎臓病(透析なし)	2,428,810	0.7%	564,000	0.2%	0.3%	0.3%	0.4%
	合計	12,616,420	3.4%	11,243,390	3.4%	8.2%	6.5%	7.3%

出典:KDB帳票 地域の全体像の把握 平成30年度(累計)・令和4年度(累計)

#### ② 中長期目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患（人工透析））の状況

治療者数（割合）では、各疾患とも減少していますが、40～64歳の虚血性心疾患だけが増加しています(図表2-15)。

図表2-15 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の治療状況

年齢区分		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
治療者 0～74歳	人数	95	75	97	82	0	0	
	割合※	10.0%	9.1%	10.2%	10.0%	0.0%	0.0%	
40歳以上	人数	94	73	97	82	0	0	
	割合※	11.9%	10.9%	12.3%	12.2%	0.0%	0.0%	
再掲	40～64歳	人数	27	19	18	21	0	0
		割合※	8.0%	7.3%	5.4%	8.1%	0.0%	0.0%
	65～74歳	人数	67	54	79	61	0	0
		割合※	14.7%	13.2%	17.4%	14.9%	0.0%	0.0%

※被保険者に対する治療者の割合

出典:KDB帳票疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患) 地域の全体像の把握

### ③ 基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の有病状況

基礎疾患の治療者数（割合）は、おおむね横ばいで推移しています。

しかし、40～64歳については、高血圧の割合が約6%増加し、各基礎疾患とも虚血性心疾患を合併している割合が約5%増加しているため、注意が必要です(図表2-16～18)。

図表2-16 高血圧治療者の状況

高血圧症		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		平成30年	令和4年	平成30年	令和4年	平成30年	令和4年	
高血圧症治療者(人)	人数	368	327	95	89	273	238	
	割合	46.5%	48.8%	28.3%	34.2%	60.0%	58.0%	
合併症	脳血管疾患	人数	49	34	14	12	35	22
		割合	13.3%	10.4%	14.7%	13.5%	12.8%	9.2%
	虚血性心疾患	人数	78	68	14	17	64	51
		割合	21.2%	20.8%	14.7%	19.1%	23.4%	21.4%
	人工透析	人数	0	0	0	0	0	0
		割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：KDB帳票疾病管理一覧(高血圧症) 地域の全体像の把握

図表2-17 糖尿病治療者の状況

糖尿病		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		平成30年	令和4年	平成30年	令和4年	平成30年	令和4年	
糖尿病治療者(人)	人数	246	221	75	59	171	162	
	割合	31.1%	33.0%	22.3%	22.7%	37.6%	39.5%	
合併症	脳血管疾患	人数	28	18	7	6	21	12
		割合	11.4%	8.1%	9.3%	10.2%	12.3%	7.4%
	虚血性心疾患	人数	45	40	11	13	34	27
		割合	18.3%	18.1%	14.7%	22.0%	19.9%	16.7%
	人工透析	人数	0	0	0	0	0	0
		割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	人数	3	6	1	2	2	4
		割合	1.2%	2.7%	1.3%	3.4%	1.2%	2.5%
	糖尿病性網膜症	人数	13	11	5	5	8	6
		割合	5.3%	5.0%	6.7%	8.5%	4.7%	3.7%
	糖尿病性神経障害	人数	6	4	1	1	5	3
		割合	2.4%	1.8%	1.3%	1.7%	2.9%	1.9%

出典：KDB帳票疾病管理一覧(糖尿病) 地域の全体像の把握

図表2-18 脂質異常症治療者の状況

脂質異常症		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		平成30年	令和4年	平成30年	令和4年	平成30年	令和4年	
脂質異常症治療者(人)	人数	351	301	104	86	247	215	
	割合	44.4%	44.9%	31.0%	33.1%	54.3%	52.4%	
合併症	脳血管疾患	人数	39	33	11	10	28	23
		割合	11.1%	11.0%	10.6%	11.6%	11.3%	10.7%
	虚血性心疾患	人数	72	61	13	15	59	46
		割合	20.5%	20.3%	12.5%	17.4%	23.9%	21.4%
	人工透析	人数	0	0	0	0	0	0
		割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：KDB帳票疾病管理一覧(脂質異常症) 地域の全体像の把握

#### (4) 特定健診と有所見者の状況

##### ① 特定健診受診者の状況

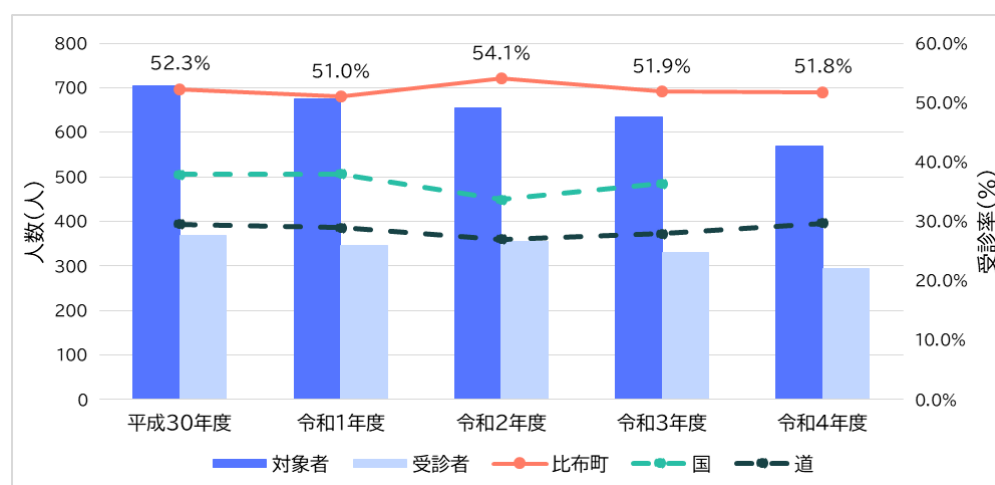
特定健診受診率は、52%前後で推移しており、目標としている60%を達成できませんでした(図表2-19)。

年代別には、40代後半・50代の受診率が年々低下し、特に50代では、5年間で10%以上も低下しています。しかし、40代前半の受診率は平成30年度から変わらず維持できており、若年健診による効果であると考えます。50代になっても受診率が下がらないよう、工夫が必要です(図表2-20)。

図表2-19 特定健診受診者の年次推移

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と令和4年度の差
特定健診対象者(人)		705	676	654	634	568	-137
特定健診受診者(人)		369	345	354	329	294	-75
特定健診受診率	比布町	52.3%	51.0%	54.1%	51.9%	51.8%	-0.5
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%		-1.5
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	0.2

出典：厚生労働省 特定健診・保健指導実施状況(保険者別) 2018年度から2021年度  
特定健診等データ管理システム 実施結果報告テーブル



図表2-20 年代別特定健診受診率の年次推移

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	43.3%	42.5%	39.5%	52.8%	52.1%	57.6%	52.4%
令和1年度	42.9%	35.1%	36.1%	42.6%	54.7%	55.0%	53.5%
令和2年度	48.1%	36.4%	24.3%	57.8%	51.5%	61.8%	56.8%
令和3年度	42.3%	37.5%	27.5%	46.3%	50.6%	56.3%	56.9%
令和4年度	45.5%	36.4%	24.3%	41.7%	58.1%	48.1%	54.4%
平成30年度と令和4年度の差	2.1%	-6.1%	-15.1%	-11.2%	6.0%	-9.5%	1.9%

出典：KDB帳票 健診の状況 平成30年度(累計)から令和4年度(累計)

## ② 特定健診受診者の有所見の状況

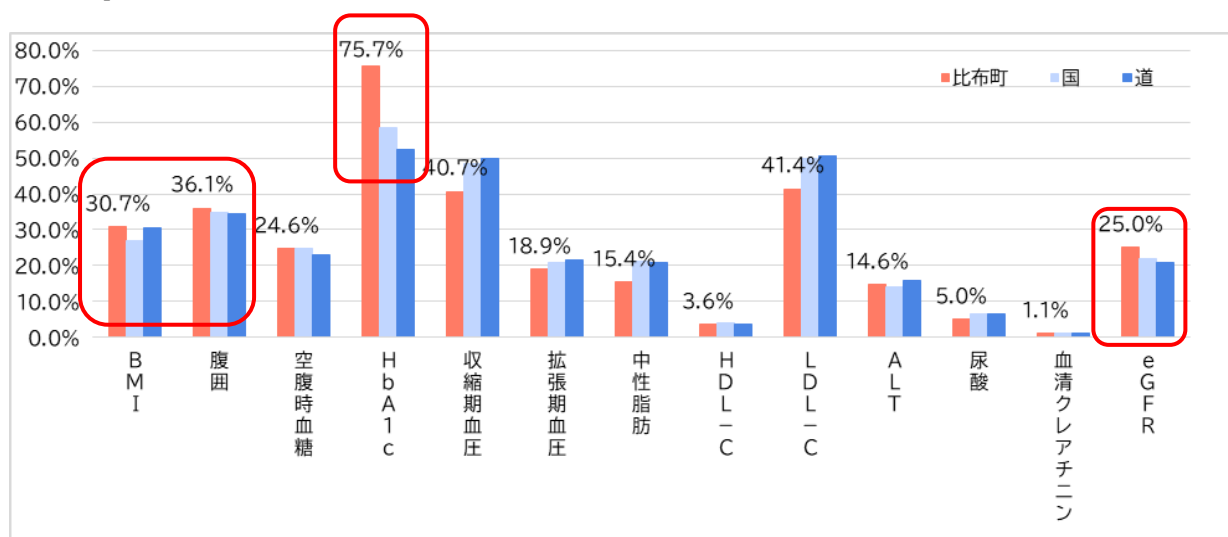
特定健診有所見者の割合のうち、国や道平均を上回る項目は「体格（BMI、腹囲）」「血糖値（HbA1c）」「腎機能（eGFR）」でした(図表2-21)。

男女別の有所見者の標準化比（平均を100とする）では、男女ともにBMIとHbA1cが高いです。特に40～64歳男性は、BMI・血糖値・血圧の有所見者が多く、メタボリックシンドロームの状態にあると考えられます(図表2-22)。

図表2-21 特定健診受診者における有所見者の割合

	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
比布町	30.7%	36.1%	24.6%	75.7%	40.7%	18.9%	15.4%	3.6%	41.4%	14.6%	5.0%	1.1%	25.0%
国	26.8%	34.9%	24.7%	58.3%	48.2%	20.7%	21.2%	3.9%	50.0%	14.0%	6.7%	1.3%	21.9%
道	30.5%	34.4%	23.2%	52.5%	50.0%	21.4%	20.9%	3.6%	50.4%	15.8%	6.6%	1.1%	21.0%

出典：KDB帳票 厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度



図表2-22 性別年代別有所見者の割合・標準化比

男性		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	39.1%	54.3%	30.4%	69.6%	47.8%	37.0%	26.1%	4.3%	34.8%	23.9%	8.7%	2.2%
	標準化比	102.5	98.9	114.6	140.3	113.8	121.7	83.2	57.2	69.6	86.7	55.7	146.1
65-74歳	構成割合	31.0%	50.0%	35.7%	83.3%	39.3%	21.4%	17.9%	9.5%	38.1%	20.2%	10.7%	1.2%
	標準化比	97.2	88.9	105.2	130.1	71.0	89.0	67.1	135.0	90.4	117.7	91.0	36.5

出典：KDB帳票 厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度

女性		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	23.1%	12.8%	10.3%	59.0%	25.6%	10.3%	12.8%	0.0%	33.3%	7.7%	0.0%	0.0%
	標準化比	109.6	75.4	70.8	128.8	82.3	61.8	91.2	0.0	60.8	76.1	0.0	0.0
65-75歳	構成割合	29.7%	26.1%	18.9%	78.4%	44.1%	12.6%	9.9%	0.0%	49.5%	9.0%	0.9%	0.9%
	標準化比	137.5	131.0	86.1	124.8	83.8	73.4	59.2	0.0	91.8	105.6	48.4	287.9

出典：KDB帳票 厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度

### ③ メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者の状況

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドローム該当者は全体で3%、特に女性では4%増加し、国や道よりも高い割合となっています(図表2-23)。

また、メタボリックシンドローム該当者の健診有所見状況では、3項目(血糖・血圧・脂質)すべてに所見を有する者が、男性の約半数、女性の約1/3を占めていました。同じく治療の状況では、3疾患いずれかの治療を受けている者が約9割います(図表2-24・25)。

本町における健康を維持するための最も重要な課題は、メタボリックシンドロームの解消であると言えます。

図表2-23 特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群該当者の状況

	比布町				国	道	同規模
	平成30年		令和4年				
	対象者数(人)	割合	対象者数(人)	割合			
メタボ該当者数	67	18.2%	63	21.4%	20.6%	20.2%	22.2%
男性	48	29.3%	42	30.4%	32.9%	32.9%	32.3%
女性	19	9.3%	21	14.1%	11.3%	11.0%	12.8%
メタボ予備群該当者数	38	10.3%	30	10.7%	11.1%	11.0%	12.4%
男性	24	14.6%	20	15.4%	17.8%	18.0%	18.4%
女性	14	6.8%	10	6.7%	6.0%	5.9%	7.0%

出典：KDB帳票 地域全体像の把握 平成30年度(累計)・令和4年度(累計)

図表2-24 性・年代別メタボリックシンドローム該当者の健診有所見の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	138	8	16	60	54	156	11	12	64	69	
メタボ該当者	B	42	1	6	19	16	21	1	0	10	10	
	B/A	30.4%	12.5%	37.5%	31.7%	29.6%	14.1%	9.1%	0.0%	15.6%	14.5%	
再掲	① 3項目全て	C	20	1	3	8	5	1	0	4	0	
		C/B	47.6%	100.0%	50.0%	42.1%	50.0%	23.8%	100.0%	--	40.0%	0.0%
	② 血糖+血圧	D	5	0	2	2	1	2	0	0	2	0
		D/B	11.9%	0.0%	33.3%	10.5%	6.3%	9.5%	0.0%	--	20.0%	0.0%
	③ 血圧+脂質	E	16	0	1	8	7	6	0	0	4	2
	E/B	38.1%	0.0%	16.7%	42.1%	43.8%	28.6%	0.0%	--	40.0%	20.0%	
④ 血糖+脂質	F	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
	F/B	2.4%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	4.8%	0.0%	--	0.0%	10.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表2-25 性・年代別メタボリックシンドローム該当者の治療状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
メタボ該当者	人数	42	1	6	19	16	22	1	0	10	10	
3の疾患無治療	あり	人数	38	1	4	18	15	19	1	0	8	9
		割合	90.5%	100%	66.7%	94.7%	93.8%	86.4%	100%	--	80.0%	90.9%
	なし	人数	4	0	2	1	1	3	0	0	2	1
		割合	9.5%	0.0%	33.3%	5.3%	6.3%	13.6%	0.0%	--	20.0%	10.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

## (5) 生活習慣の状況

生活習慣の状況について、特定健診受診者に行った質問票から分析した結果、国や道の平均よりも高かった項目は、「喫煙」「運動習慣なし」「身体活動なし」でした。飲酒や間食、欠食に関する項目では、国や道平均よりも低い状況でした(図表2-26)。

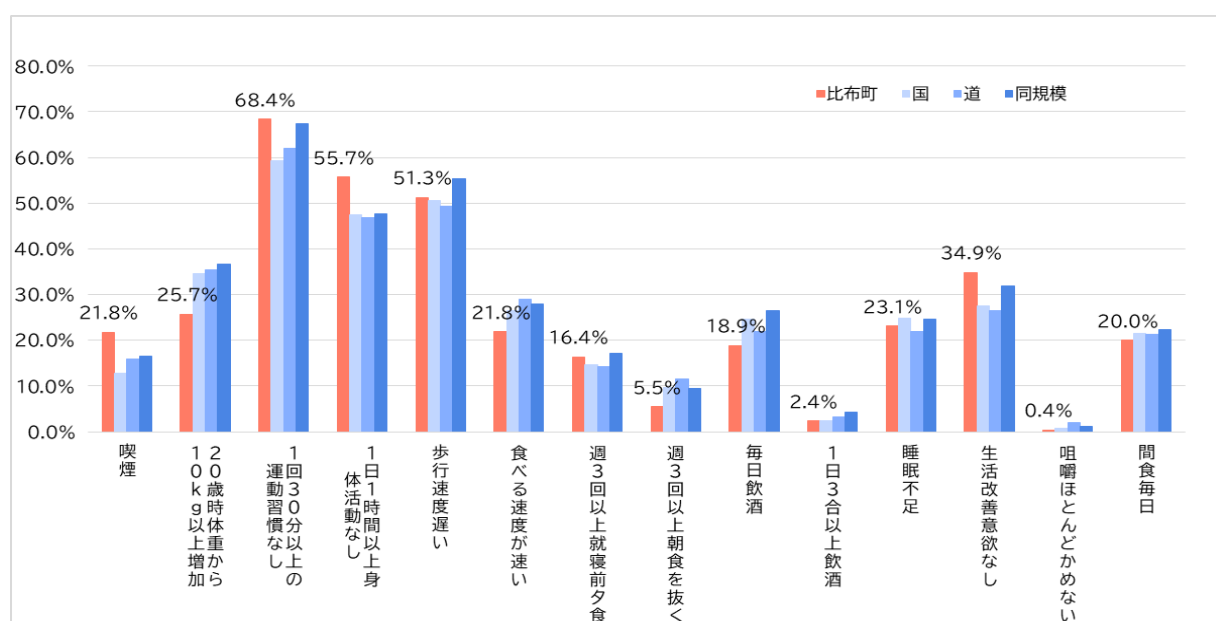
生活習慣病予防にとって禁煙や運動は必要な習慣となります。生活習慣と体との関係を示し、生活習慣改善に向けた支援を行うことが必要です。

図表2-26 特定健診受診者における質問票の回答状況

図表31:特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合

	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上身体活動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
比布町	21.8%	25.7%	68.4%	55.7%	51.3%	21.8%	16.4%	5.5%	18.9%	2.4%	23.1%	34.9%	0.4%	20.0%
国	12.7%	34.5%	59.2%	47.4%	50.6%	26.4%	14.7%	9.6%	24.6%	2.5%	24.9%	27.6%	0.8%	21.6%
道	15.8%	35.4%	62.0%	46.9%	49.3%	29.0%	14.2%	11.5%	21.9%	3.1%	21.9%	26.5%	2.0%	21.4%
同規模	16.4%	36.6%	67.5%	47.6%	55.4%	28.0%	17.1%	9.4%	26.5%	4.3%	24.5%	31.9%	1.1%	22.4%

出典:KDB帳票 質問票調査の経年比較(令和4年度)



## 2. 保健事業の評価

### (1) 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

第2期データヘルス計画では、図表2-27の通り目標を掲げ、各保健事業を実施してまいりました。

目標達成状況については、特定健診や保健指導の実施率は向上したものの、メタボリックシンドローム該当者の割合、高血圧・糖尿病の割合が増加し、虚血性心疾患の医療費も増加する結果となりました。



【評価区分】

初年度（H30）と  
最終評価年度（R4）との比較

※がん検診受診率は中間評価年度  
（R2）と比較

A-1 数値改善し、目標を達成

A-2 数値は改善したが、目標は未達成

B 変化なし

C 悪化

図表2-27

	目的・目標			初年度	中間評価	最終評価	評価	
	目的	健康課題番号	目標	H30	R2	R4		
データヘルス計画	中長期目標	1 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	1 - 1	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少（初期値×0.95）	1.2%	4.5%	1.8%	B
			1 - 2	虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少（初期値×0.95）	1.6%	1.1%	1.5%	B
			1 - 3	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の現状維持	0.0%	0.0%	0.0%	A-1
	短期目標	2 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。	2 - 1	特定健診受診率60%以上	52.3%	54.1%	51.7%	B
			2 - 2	特定保健指導実施率60%以上	67.4%	70.3%	88.5%	A-1
			2 - 3	特定保健指導対象者の割合減少25%（初期値×0.75）	11.7%	10.3%	8.8%	A-1
	短期目標	3 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	3 - 1	メタボリックシンドローム該当者の割合減少25%（初期値×0.75）	18.2%	22.9%	21.8%	C
			3 - 2	健診受診者の高血圧者の割合減少20%（160/100以上）（初期値×0.8）	4.6%	6.5%	6.5%	C
			3 - 3	健診受診者の脂質異常者の割合減少20%（LDL140以上）（初期値×0.8）	19.9%	17.7%	18.0%	A-2
			3 - 4	健診受診者の糖尿病患者の割合減少10%（HbA1c6.5以上）（初期値×0.9）	10.8%	11.3%	12.0%	C
	短期目標	3	3 - 5	【追加】血糖精密検査の受診率80%	0.0%	50.0%	33.3%	C
			3 - 6	糖尿病の保健指導を実施した割合の現状維持	100.0%	100.0%	100.0%	A-1
	短期目標	3	3 - 7	【追加】健診受診者に占めるHbA1c7.0以上で未治療者の割合減少	0.6%	0.8%	1.0%	B
努力支援制度 その他			4 がんの早期発見早期治療	4 - 1	がん検診受診率：胃がん検診20%以上	-	15.4%	19.9%
	4 - 2	がん検診受診率：肺がん検診25%以上		-	30.0%	25.0%	C	
	4 - 3	がん検診受診率：大腸がん検診25%以上		-	29.8%	24.3%	C	
	4 - 4	がん検診受診率：子宮がん検診25%以上		-	25.0%	31.4%	A-1	
	4 - 5	がん検診受診率：乳がん検診30%以上		-	30.5%	55.6%	A-1	
	4 - 6	【追加】5つのがん検診平均受診率25%以上		-	26.1%	31.1%	A-2	
短期目標	5 後発医薬品の使用により、医療費が削減する	5 - 1	後発医薬品の使用割合80%以上	80.0%	80.5%	87.3%	A-1	

## (2) 脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患は、大きく「脳梗塞」と「脳出血」に分類されます。その両方に共通して最も注意すべき危険因子とされているのが、高血圧です(図表2-28)。

図表2-28 血管疾患の危険因子

脳血管疾患		危険因子
脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、多量飲酒
	心原性脳塞栓	高血圧、心房細動
	ラクナ梗塞	高齢者の高血圧
脳出血	脳出血	過食、運動不足、過度の塩分、多量飲酒による高血圧
	くも膜下出血	高血圧

上記をもとに目標を定め、保健事業を実施しました(図表2-29)。

図表2-29

中・長期目標			評価指標			評価
脳血管疾患による医療費の伸びを抑制			脳血管疾患の総医療費に対する割合5%減少			B
平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	(目標値)	
1.2%	4.2%	4.5%	2.3%	1.8%	1.1%	
短期目標		指標	平成30年度	令和4年度	評価	
Ⅱ度高血圧以上の者の減少		健診受診者に対する 有所見者割合 の減少	4.6%	6.5%	C	
メタボ該当者の減少			18.2%	21.8%	C	
糖尿病(HbA1c6.5以上)の者の減少			10.8%	12.0%	C	
脂質異常症(LDL140以上)の者の減少			19.9%	18.0%	A	
高血圧の未受診者・治療中断者の減少		健診有所見者 に対する割合 の減少	47.9%	45.3%	A	
心房細動の未受診者・治療中断者の減少			16.7%	25.7%	C	
糖尿病の未受診者・治療中断者の減少			25.6%	25.7%	C	
実施した保健事業						
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高血圧・糖尿病・心房細動の台帳整理による支援の優先順位づけ、未治療者・治療中断者の確認</li> <li>● 特定健診の体制整備(データ受領体制整備、委託医療機関拡大による通院中の者への受診を促進)</li> </ul>						

評価

脳血管疾患にかかる医療費は平成30年度と変化はありませんでしたが、年度により変動が大きく、4%を超える年もありました。短期目標である基礎疾患の有所見者割合が1～3%増加し、特にⅡ度高血圧以上、メタボリックシンドローム該当者が増加していることから、脳血管疾患の医療費が増加に転じるリスクが高いことがわかります。

高血圧台帳は、Ⅱ度高血圧以上の者を対象としており、受診勧奨のほか、訪問等による生活習慣改善等の支援を行いました。高血圧の未治療者・治療中断者は平成30年度と比較して約2%減少しました。令和3年度健診時未治療者であった6人のうち、保健指導により2人が治療に結び付きました(図表2-30)。しかし、未治療者の割合が減った反面、治療中にもかかわらず血圧が改善されていない者が増えていることがわかります。

また、心原性脳梗塞の要因となる心房細動については、健診で所見があった者を台帳に整理し、治療状況等を確認しました。令和4年度健診における有所見者は図表2-31のとおりです。図表2-30では、心房細動の未治療者・治療中断者が増加していますが、診断が確定していないだけであり、実際には、全員が通院し主治医のもとで経過を見ることができています。今後も健診と通院の両面から疾病管理ができるよう支援します。

図表2-30 健診結果における高血圧者の治療の状況

【健診結果】Ⅱ度高血圧以上								医療のかかり方	
平成30年度				令和3年度				レセプト情報 (R3.4~R4.3)	
		治療あり	治療なし			治療あり	治療なし	未治療	治療中断
人数	17	6	11	人数	22	16	6	4	0
		35.3%	64.7%			72.7%	27.3%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表2-31 心房細動有所見者(令和4年度)

	健診受診者	心電図検査 実施	心房細動有所見者	
			人数	割合
40代	19	18	0	0.0%
50代	28	25	0	0.0%
60代	124	113	1	0.9%
70~74歳	123	116	3	2.6%
総数	294	272	4	1.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

### (3) 虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患は、冠動脈の狭窄・閉塞が原因で、主に「粥状動脈硬化」によって引き起されます。粥状動脈硬化とは、血管内膜に沈着物が病的に集積し、粥状の隆起性病変（プラーク）を形成する反応を言います。

虚血性心疾患等の動脈硬化性疾患の主たる危険因子は高LDLコレステロール血症ですが、メタボリックシンドロームは高LDLコレステロール血症とは独立したハイリスク状態として位置づけられています。

図表2-32 脳血管疾患の危険因子

虚血性心疾患危険因子			
コントロール不可能	コントロール可能		
加齢	高血圧	慢性腎臓病	喫煙
性別(男性)	脂質異常症	睡眠時無呼吸症候群	肥満(内臓脂肪型)
遺伝	糖尿病		運動不足
			ストレス

上記をもとに目標を定め、保健事業を実施しました(図表2-33)。

図表2-33

中・長期目標		評価指標				評価
虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制		虚血性心疾患の総医療費に対する割合5%減少				B
平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	(目標値)	
1.6%	1.4%	1.1%	1.5%	1.5%	1.2%	
短期目標		指標	平成30年度	令和4年度	評価	
Ⅱ度高血圧以上の者の減少		健診受診者 に対する 有所見者割 合の減少	4.6%	6.5%	C	
メタボ該当者の減少			18.2%	21.8%	C	
糖尿病(HbA1c6.5以上)の者の減少			10.8%	12.0%	C	
脂質異常症(LDL140以上)の者の減少			19.9%	18.0%	A	
高血圧の未受診者・治療中断者の減少		健診有所見 者に対する 割合の減少	47.9%	45.3%	A	
糖尿病の未受診者・治療中断者の減少			25.6%	25.7%	B	
実施した保健事業						
<ul style="list-style-type: none"> <li>●基礎疾患患者に対する特定健診受診勧奨と疾病コントロールの支援</li> <li>●生活習慣病予防教室(ピピカツフィットネス)の実施</li> </ul>						

## 評価

比布町の虚血性心疾患の医療費については、5年間大きな変動なく同程度で推移しています。虚血性心疾患は、本町の死因第2位であり、国平均を大きく超える死亡率であることから、今後も引き続き注意が必要です。

虚血性心疾患は、複数の基礎疾患が動脈硬化を引き起こすことで発症リスクが増加します。比布町の虚血性心疾患患者は、脳血管疾患患者と比べて基礎疾患を有する割合が高く(図表2-34)、かつ複数の基礎疾患を有する者が多いと考えられます。また、比布町では、メタボリックシンドロームの者が増加しており、今後虚血性心疾患のリスクとなることは明らかです。

保健事業としては、令和5年度からメタボリックシンドロームの解消を目的に生活習慣病予防教室(モデル事業)を実施しました。運動と食の両面から生活習慣の改善を支援する事業です。脂肪量の減少とLDLコレステロールの減少効果が認められ、参加者の意欲向上につながりました。令和6年度から本実施となります。健康的な取り組みを継続できるよう支援してまいります。

図表2-34 虚血性心疾患及び脳血管疾患患者における有病状況

		虚血性心疾患		脳血管疾患	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合
総数		46	-	33	-
基礎疾患	糖尿病	24	52.2%	14	42.4%
	高血圧症	42	91.3%	23	69.7%
	脂質異常症	41	89.1%	20	60.6%

出典:KDB帳票 厚生労働省様式(様式3-5) 令和5年5月  
KDB帳票 厚生労働省様式(様式3-6) 令和5年5月

### (4) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症による人工透析は、患者のQOLを著しく低下させるだけでなく、医療経済的にも社会的に大きな負担となるため、全国的に新規透析導入患者数の減少に重点を置き、取り組みを推進しています。

本町では、平成30年度時点で透析患者数はいませんでした。新規導入者0人の維持を目標に糖尿病性腎症重症化予防に取り組みました(図表2-35)。

図表2-35

中・長期目標			評価指標			評価
糖尿病性腎症による透析の医療費を抑制			透析導入者の割合の現状維持（0%）			A-1
平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	（目標値）	
0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
短期目標			指標	平成30年度	令和4年度	評価
糖尿病（HbA1c6.5以上）の者の減少			健診受診者に対する該当者割合	10.8%	12.0%	C
メタボ該当者の減少				18.2%	21.8%	C
糖尿病の未受診者・治療中断者の減少				25.6%	25.7%	B
糖尿病（HbA1c7.0以上）の未治療者の減少				0.6%	1.0%	B
血糖精密検査の受診率向上				0.0%	33.3%	C
糖尿病の保健指導を実施した割合の現状維持				100%	100%	A
実施した保健事業						
<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病台帳の活用（健診受診勧奨、未治療・治療中断者の把握・支援等）</li> <li>●糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる医療機関との連携</li> <li>●糖尿病の保健指導の実施</li> </ul>						

評価

新規透析導入者は0人を維持し、目標を達成しましたが、透析導入の要因となる短期目標はほぼすべての項目で悪化する結果となりました。

保健事業としては、全ての特定健診受診者に個別保健指導を実施し、糖尿病の発症予防や重症化予防を支援しました。結果、HbA1c7.0以上の全員が受診につながっています。

しかし、重症化予防の視点で捉えると、HbA1c7.0以上の9割近くが治療中であり、疾病管理が十分にできていません(図表2-36)。

コントロールを困難にする要因には、肥満が関係しています(図表2-37)。

重症化リスクが高い者には、糖尿病連携手帳を活用して主治医との連携を図っていますが、いまだ実績が乏しく、効果に表れていないことが課題です(図表2-38)。

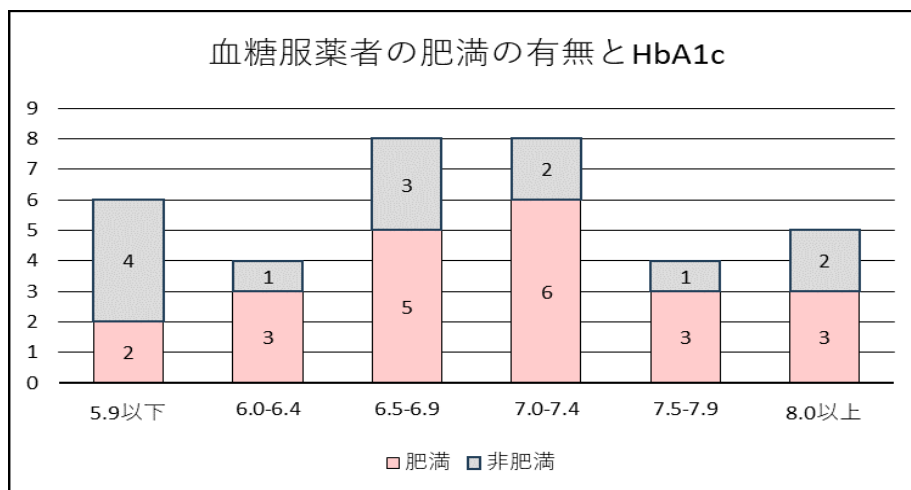
今後、腎臓を守るために、糖尿病の管理、ひいては肥満解消の支援が重要になります。

図表2-36 健診結果における糖尿病患者の治療の状況

【健診結果】HbA1c7.0以上の糖尿病								医療のかかり方	
平成30年度				令和3年度				レセプト情報 (R3.4~R4.3)	
		治療あり	治療なし			治療あり	治療なし	未治療	治療中断
人数	14	12	2	人数	19	17	2	0	1
		85.7%	14.3%			89.5%	10.5%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表2-37 令和3年度血糖服薬者の肥満の有無とHbA1c



出典:マルチマーカー

図表2-38 糖尿病連携手帳を使用したかかりつけ医との連携

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	30	27	23	25	23
医療機関依頼件数	0	4	3	1	1
連携実施件数	0	1	0	0	2

出典:糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業報告(保健センター調べ)

### (5) 特定健診・特定保健指導

図表2-39

短期目標	指標	平成30年度	令和4年度	評価
特定健診受診率60%以上	通年国保加入者 に対する割合	52.3%	51.7%	B
特定保健指導実施率60%以上		67.4%	88.5%	A
特定保健指導対象者の割合減少25%		11.7%	8.8%	A
<b>実施した保健事業</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定健診未受診者対策</li> <li>● 若年健診(20~39歳)の実施</li> <li>● 特定保健指導の実施</li> </ul>				

## 評価

特定健診の受診状況については、52%前後を推移し、目標の60%を達成することはできませんでした。

特定健診未受診者対策としては、特に受診率が低い40～59歳を重点的に訪問や電話、郵送等による受診勧奨を行いました。受診しない理由に「通院中であるため」が多いことから、令和3年度から道国保連の「治療中の被検者の保健指導事業（道受託モデル事業）」に参加し、健診データ受領の体制整備を行いました。実績は少数ですが、疾病管理の状況が確認できる有効な機会となっています。また、この事業をきっかけに契約医療機関を拡大することができました。今後、健診データ受領の体制整備により、健診受診率の増加が見込まれます。

若年健診については、40歳未満の町民を対象に実施しています。自身の身体や健康に対し関心を持ち、健康に取り組むことができるよう、受診者全員に保健指導を実施しています(図表2-40)。若年健診受診者のうち、国保加入者は2割程度ですが、40歳到達後も特定健診につながっています。

図表2-40 若年健診受診者数

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
若年健診受診者数	65	57	52	56	48

特定保健指導については、対象者が5年間で17名減少し、該当者割合が3%減りました。併せて保健指導実施率が大幅に伸びています(図表2-41)。

特定保健指導該当者が減少したのは、保健指導により治療につながった者が増えたことが要因であると考えられます。

図表2-41 特定保健指導実施率

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と令和4年度の差	
特定健診受診者数(人)	369	345	354	329	294	-75	
特定保健指導対象者数(人)	43	27	37	26	26	-17	
特定保健指導該当者割合	11.7%	7.8%	10.5%	7.9%	8.8%	-2.8	
特定保健指導実施者数(人)	29	20	26	21	23	-6	
特定保健指導実施率	比布町	67.4%	74.1%	70.3%	80.8%	88.5%	21.1
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	道	34.8%	35.9%	33.8%	33.3%	36.0%	1.3

出典:厚生労働省 特定健診・保健指導実施状況(保険者別) 2018年度から2021年度



## (6) ポピュレーションアプローチ

健診結果や質問票に基づいて実施する個別支援と並行して、比布町の健康実態や生活習慣に関する情報について、広報誌等を通じて広く町民に周知しました。

具体的には、健診の受診を呼びかける内容や、健康診査有所見状況、比布町で課題となる肥満、高血圧、運動不足、喫煙等について毎月広報紙に掲載しました。

また、肥満の改善を目的として、集団健診会場に、ジュースに含まれる砂糖量や肉に含まれる脂の量を展示し、健診受診者の目を引いていました。

出前講座や健康講演会においても生活習慣病や高血圧の実態を取り上げ、周知を図りましたが、近年は新型コロナウイルスの影響により年数回程度しか実施できませんでした。

町民が健康を身近に感じ、健診受診や生活習慣の改善に向けた取り組みができるよう、町の状況や健康に関する情報の提供に努めます。

## (7) 第2期データヘルス計画に係る考察（まとめ）

比布町は、この5年間で人口が約250人減り、なかでも高齢化率が42.8%と高齢化が国や道よりも早く進んでいます。国保加入状況についても、後期高齢者医療保険への移行が進み、加入者数は5年間で約130人減少しました。年齢を重ねても健康を保ち、住み慣れた地域で生きがいを持って生活し続けること、また地域の担い手として一人ひとりが活躍できるような町づくりが必要です。

死亡の状況では、がんを除くと虚血性心疾患を含む心疾患が多く、要介護認定者では、認知症や脳血管疾患が多くみられます。第2期計画では、いつまでも健康的な生活の維持を目標に、虚血性心疾患と脳血管疾患に重点を置いて、その原因となる基礎疾患の発症と重症化を予防できるよう、妊娠・出生から高齢者までライフサイクルに合わせた健診の実施と健康的な生活習慣づけを支援しました。

虚血性心疾患や脳血管疾患の医療費は、横ばいで推移していますが、40～64歳の虚血性心疾患患者の割合が高くなっていました。その基礎疾患をみると、9割以上が高血圧を有し、半数以上が糖尿病や脂質異常症を併せ持っていました。いわゆるメタボリックシンドロームの状況と言えます。

特定健診の有所見状況を見ても、やはりメタボリックシンドローム該当者の割合が高くなっており、その中でも高血糖・高血圧・脂質異常をすべて併せ持つ者が4割を占めていました。比布町においては、高血圧や糖尿病の治療をせず放置している者は多くありませんが、

治療をしているにもかかわらず健診データの改善ができていないことが大きな課題となっています。コントロールを不良にする一番の要因がメタボリックシンドロームです。

生活習慣病を予防するために、まずは特定健診を受診し、自身の身体の状態を知ることが重要となることから、若年健診や40・50代に重点を置いた未受診者対策を実施しました。特に通院が始まると健診をやめてしまうケースが多くなる傾向があったため、令和3年度から医療機関と連携して健診データ受領の体制整備を強化しました。この事業を機に医療機関との連携が深まり、将来的に健診受診者の増加や個別支援の充実につながることを期待されます。

健診受診者への支援については、全員に対して個別保健指導が実施できており、特に有所見者への受診勧奨の効果は出ています。しかし通院開始後の疾病管理不足、メタボリックシンドロームが解消されないことが課題です。

以上の現状を踏まえ、第3期計画にむけては、脳血管疾患・虚血性心疾患の予防、その根底にある基礎疾患の重症化予防及びメタボリックシンドロームの予防に重点を置き、町民の健康的な生活の維持を支援します。

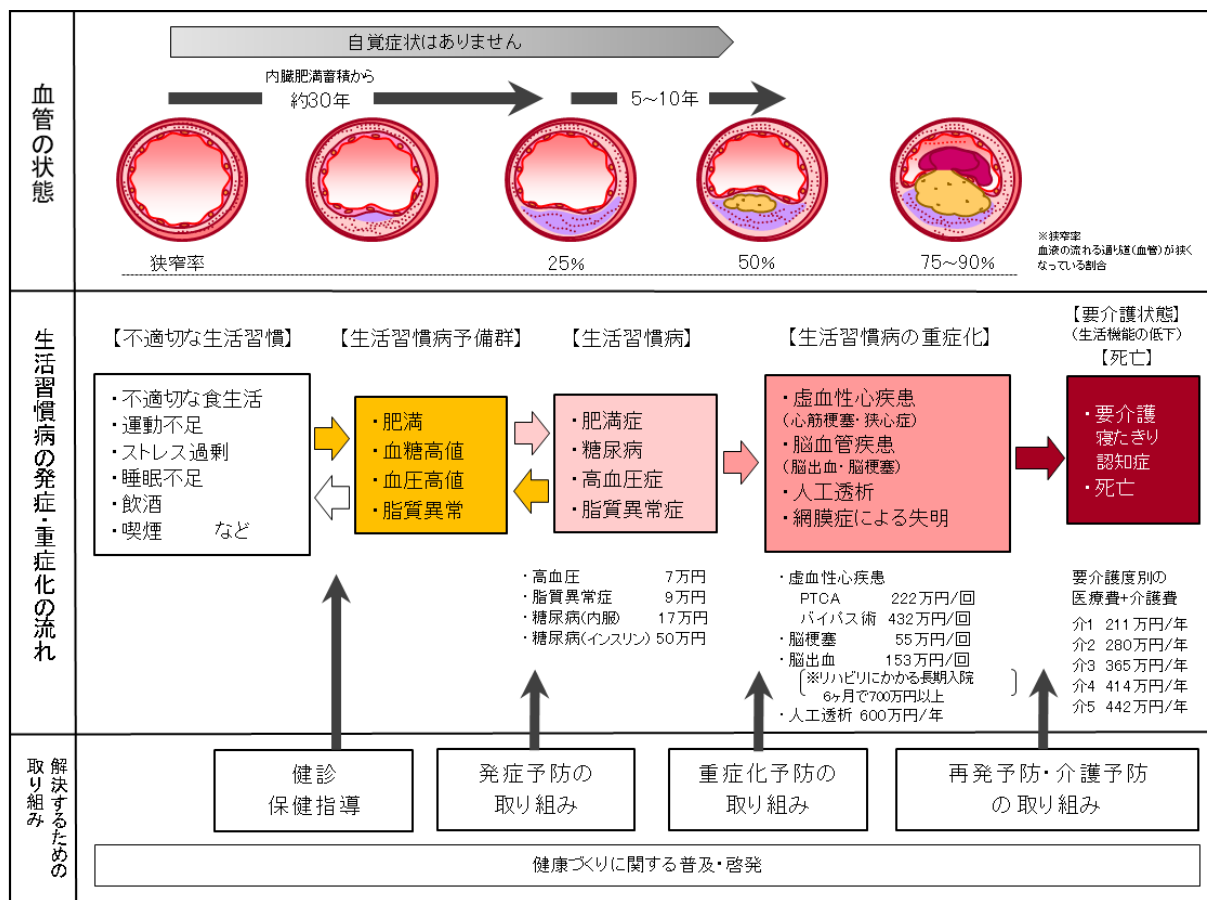
具体的には、健診受診者を増やすことで、一人でも多くの町民が、自身の健康に関心を持ち健康的な食事や運動習慣改善に取り組めるよう支援すること、併せて、保健事業のあり方を見直し、事業対象者の明確化や保健指導の質の向上による効果的な支援の提供を目指します。

### 3. 第3期計画における健康課題の明確化と目標

#### (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2-42 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。

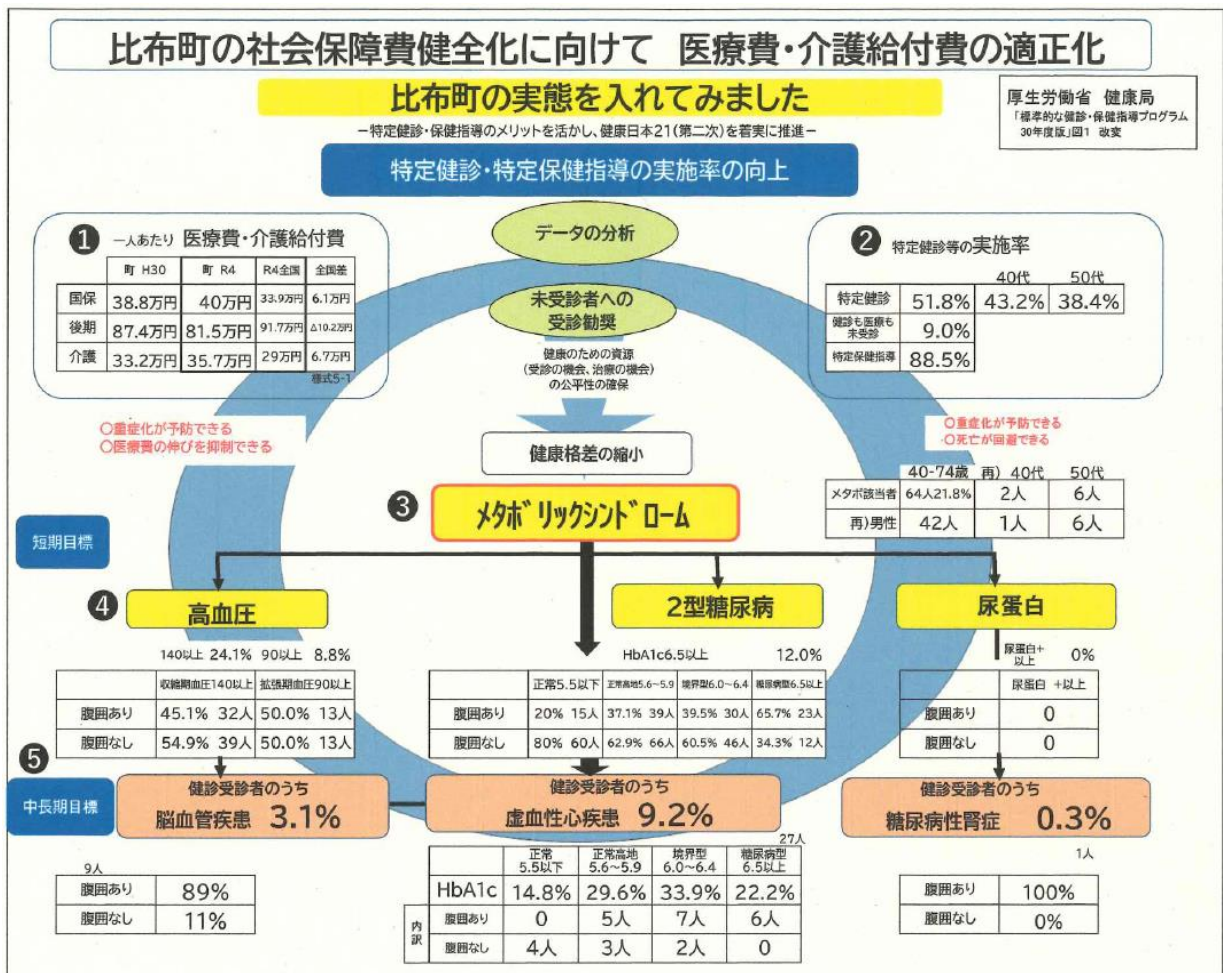
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高

齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため(図表2-43)、市町村国保及び広域連合は、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20歳から40歳未満の若年健診を実施し、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2-43 社会保障費健全化に向けて 医療費・介護給付費の適正化



(3) 健康課題の整理

医療・健康状況	データ分析	健康課題の明確化	課題の構造化	解決するための保健事業
1. 基本情報	<p>〈高齢化率〉42.8%、国、道より高い。 〈平均余命及び平均自立期間〉国、道とほぼ同期間</p>	<p>〈標準死亡率〉 虚血性心疾患156.8% 腎不全164.1 全国平均を大きく上回る</p>	<p>死亡</p> <p>虚血性心疾患</p> <p>未期腎不全</p>	<p>糖尿病性腎症重症化予防</p>
2. 死因別の標準化死亡比		<p>〈介護認定率〉 20.6% 全国平均よりやや低い</p>	<p>の要 因 の 要 因 の 要 因</p> <p>脳血管疾患 認知症</p>	<p>脳血管疾患重症化予防</p>
3. 介護の状況		<p>〈健康受診率〉 17.1%</p>	<p>医療</p> <p>脳血管疾患</p> <p>入院費用割合 1位 高血圧 2位 心不全 4位 虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>虚血性心疾患重症化予防</p>
4. 後期高齢者の保健事業		<p>〈総医療費に占める入院医療費の割合〉89.9%、国より高い 〈入院医療費を疾病分類別〉 1位「高血圧」58%、2位「心不全」33% 4位「虚血性心疾患」「脳血管疾患」28% 6位「糖尿病」23%、8位「腎不全」16%</p>	<p>総医療費に占める疾病別割合 2位 循環器系の疾患</p>	
5. 国保加入者の状況	<p>〈国保加入率〉23.5% 〈65歳以上の割合〉49.9% 40歳～64歳の加入数が減少 〈一人当たり年齢調整後医療費〉 全国平均より高く推移 新生物にかかる医療費が増加</p>	<p>〈入院にかかると費用割合〉38.2%、9.7%減少 入院件数は2.7%、国より高い。 〈総医療費に占める疾病別割合(大分類)〉 2位「循環器系の疾患」14,271万円(13%)</p>		
6. 生活習慣病治療の状況		<p>〈生活習慣病医療費に占める割合〉 総医療費に占める割合は16.1%、1.5%減少 脳血管疾患の医療費割合が増加 虚血性心疾患の医療費は減少したが、40～64歳の治療割合が増加</p>	<p>脳血管疾患・心血管疾患・慢性腎臓病</p>	
7. 特定健診・保健指導の状況		<p>〈総医療費に占める割合〉 3.4%、国、道と比較して低い。 虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費が減少 〈総医療費に占める割合〉 12.7%、国、道と比較して高い。 高血圧、脂質異常の医療費が減少</p>	<p>高血圧症</p> <p>脂質異常症</p> <p>重症化予防対象者 LDLコレステロール 160以上</p> <p>糖尿病</p> <p>HbA1c6.5%以上 (糖尿病型)</p>	<p>高血圧重症化予防</p> <p>糖尿病重症化予防</p>
8. 中長期目標疾患		<p>〈II度高血圧以上の割合〉 6.5%、1.9%増加 〈LDLコレステロール-HDL60mg/dl以上の割合〉 5.1%、1.3%減少 〈HbA1c7.0%の割合〉 6.5%、0.7%増加</p>	<p>II度高血圧以上</p> <p>血管内皮細胞の障害</p> <p>メタボリックシンドローム 該当者、予備群</p> <p>軽度所見の重なり</p> <p>内臓脂肪の蓄積</p>	
9. 短期目標疾患		<p>〈合併症の割合〉 脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全 高血圧との合併症 40～74歳で増加 糖尿病との合併症 腎不全との合併症 総数が増加。男性の5割が3項目該当 3疾患いずれかの治療を受けている人 9割 〈肥満者(BMI25以上)の割合〉 BMI25以上、腹囲超過は国、道と比較して高い。 腹囲超過が増加している。</p>	<p>メタボリックシンドローム 該当者、予備群</p> <p>軽度所見の重なり</p> <p>内臓脂肪の蓄積</p>	<p>メタボリックシンドローム ・肥満症の重症化予防</p>
10. 特定健診・保健指導の実施率	<p>〈受診率〉51.8% 〈特定保健指導実施率〉 80%以上を達成。</p>	<p>〈年代別受診率〉 50歳代の受診率が36.4%と低い。</p>	<p>健診・保健指導の実施率</p>	

#### (4) 目標の設定

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための中長期目標および短期目標を整理しました。

図表2-44 第3期データヘルス計画目標一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標		計画策定時		目標	北海道	データの把握方法 (活用データ年度)			
				(R4年度)	(R11年度)	(R4年度)					
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費割合		2.5%	抑制	7.4%	KDBシステム			
			総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費割合		2.7%	抑制	6.0%				
			総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費割合		0.0%	維持	3.5%				
			新規脳血管疾患患者数		3人	抑制	8,638人				
			新規虚血性心疾患患者数		8人	抑制	9,215人				
			新規人工透析導入者数		0人	抑制	365人				
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者	メタボリックシンドローム	該当者の割合	64人	21.8%	減少	20.3%	比布町保健福祉課 法定報告値	
					予備群の割合	30人	10.2%	減少	11.0%		
				高血圧	Ⅲ度高血圧以上の割合	2人	7.0%	減少	1.2%		
					Ⅱ度高血圧以上の割合	19人	6.5%	減少	7.0%		
					I度高血圧以上の割合	74人	25.2%	減少	29.4%		
				HbA1c	8.0%以上の割合	3人	4.7%	減少	1.3%		
					7.0%以上の割合	19人	6.5%	減少	4.7%		
					6.5%以上の割合	36人	12.4%	減少	9.4%		
				脂質異常者の割合減少(LDL160以上)		15人	5.1%	減少	14.5%		
				血糖値精密検査の受診率		1人	33.3%	増加			
			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		294人	51.8	60%	29.7%		法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上		23人	88.5	維持	36.0%		
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		4人	20.0%	減少	19.0%		

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

## 第3章 課題解決するための個別保健事業

### 1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正（令和5年8月31日公布）において生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進することを軸に、限られた財源の中で「費用対効果の高い事業を選択」することが追記されました。

解決すべき健康課題について、発症予防と重症化予防の保健事業を展開していきます。

重症化予防の取り組みでは、継続して保険者努力支援制度の評価指標である糖尿病性腎症重症化予防をはじめとする生活習慣病重症化予防の取り組みを行います。

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、医療機関と連携しコントロール不良を改善し、重症化予防のための保健指導を実施していきます。

### 2. 発症予防の取組

発症予防の取り組みとしては、生活習慣病予防として自覚症状のない生活習慣病の早期発見のため、健診の重要性を周知し、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。健診受診後は、健診結果を読み取り、生活習慣病の発症の予防に必要な生活習慣改善に取り組むための保健指導を行います。発症予防は現在における健康上の大きな課題であり、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像できます。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ることから、比布町においては、保有している妊産婦及び乳幼児期、成人の健診等データをライフサイクルの視点で読み取っていきます(図表3-1)。また、保険者の役割として、医療費や介護費用等の社会保障費の実態から生活習慣病予防の取り組みの重要性についても周知していきます。

図表3-1 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

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		発症予防		健康増進法										重症化予防					
		基本的考え方		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)					
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体的なものとして策定することも可能】												特定健康診査等実施計画 (各保険者)					
2 計画		健康増進計画(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～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (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		児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者 健康診査 (第125条)			
		妊娠前	妊娠中	産後 1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園 児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健康診査・保健指 導プログラム(第2章)						
5 対象者		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															
		(診断) 妊娠 糖 尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの															
		身長 体重																	
		BMI																	
		肥満度		加齢18以上		肥満度15%以上		肥満度20%以上						25以上					
		尿糖		(+) 以上														(+) 以上	
		糖尿病 家族歴																	



### 3. 重症化予防の取組

比布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、実人数で95人(32.3%)<sup>①</sup> となります。そのうち「治療なし」が13人を占め、さらに心電図所見や腎機能低下の所見（臓器障害）があり直ちに介入すべき対象者が3人<sup>②</sup> です(図表3-2)。「治療なし」の者に対しては、必要な医療への受診勧奨を実施し、保健指導と併せてデータの改善を進めていく必要があります。

また、高血圧・脂質異常症・糖尿病のいずれかの治療を受けている182人中、重症化予防対象者は、82人(45.1%)<sup>③</sup> とコントロール不良の者が多く、うちメタボリックシンドロームに該当する者が57人(31.3%)<sup>④</sup> です。メタボリックシンドロームの改善に取り組むことで、高血圧、糖尿病の重症化を予防していくことが重要です。

図表3-2 脳・心・腎を守るために

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

令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新発診断導入患者数の減少	<参考> 健診受診者(受診率)				
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	294人 51.8%			
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ↳ 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症			<b>■各疾患の治療状況</b> 治療中 治療なし 高血圧 125 169 脂質異常症 122 172 糖尿病 39 252 3疾患いずれか 182 112 ※開診結果による			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	19 6.5%	4 1.4%	2 0.7%	4 1.4%	64 21.8%	24 8.2%	6 2.0%	重症化予防対象者 (実人数)
治療なし	7 4.1%	0 0.0%	2 1.2%	2 1.2%	7 6.3%	9 3.6%	0 0.0%	95 32.3% <sup>①</sup>
(再掲) 特定保健指導	4 21.1%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	7 10.9%	2 8.3%	0 0.0%	13 11.6%
治療中	12 9.6%	4 2.2%	0 0.0%	2 1.6%	57 31.3% <sup>④</sup>	15 38.5%	6 3.3%	9 9.5%
臓器障害 あり	2 28.6%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	2 28.6%	2 22.2%	0 --	82 45.1% <sup>③</sup>
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	0	0	3 23.1% <sup>②</sup>
心電図所見あり	2	0	0	0	2	2	0	0
臓器障害 なし	5 71.4%	--	2 100.0%	2 100.0%	5 71.4%	7 77.8%	--	10 76.9%

## 4. 個別保健事業

### (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り組み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3-3)。

図表3-3 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		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

##### ア 重症化予防対象者の抽出

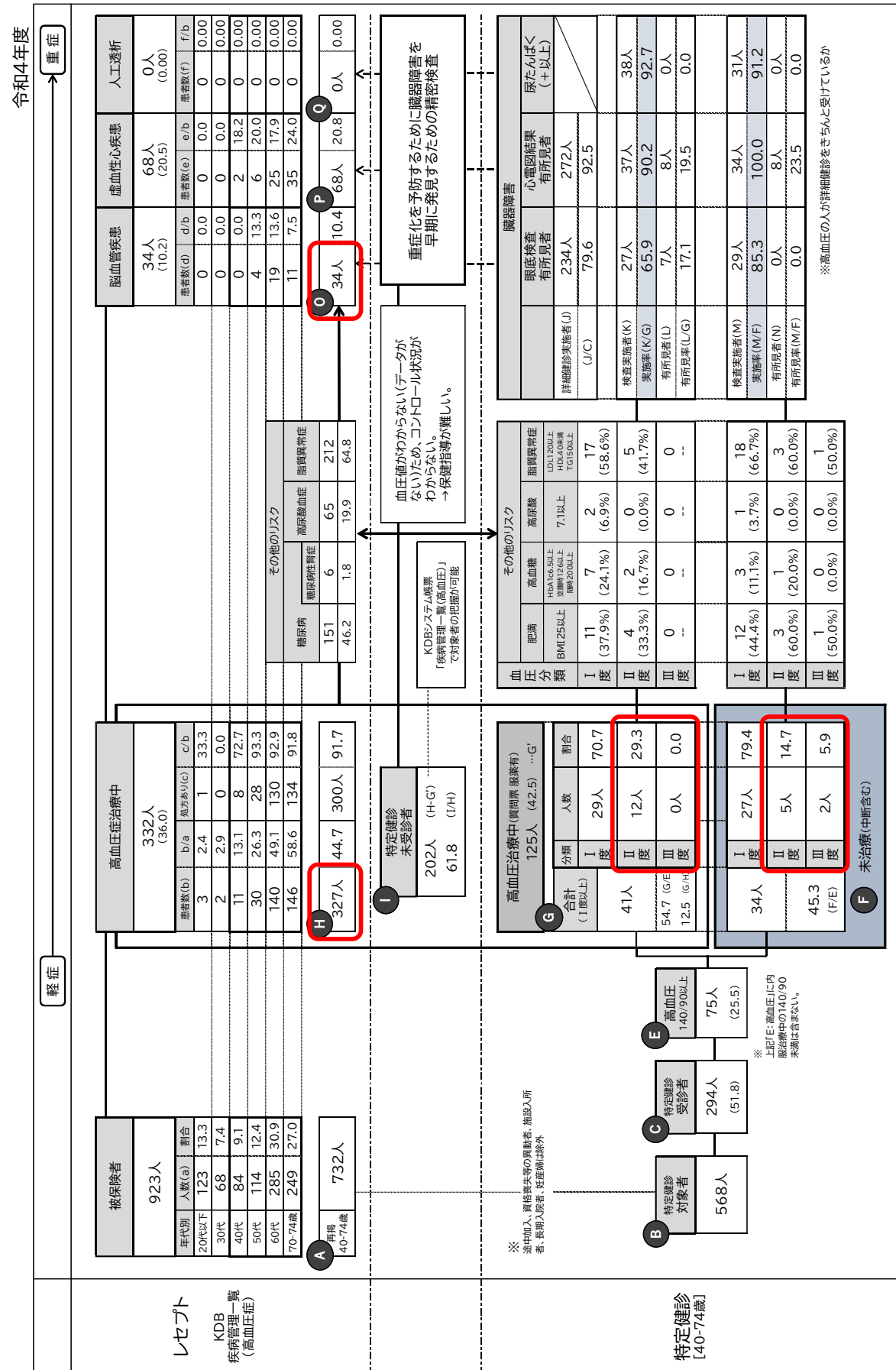
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表3-4でみると、高血圧治療者327人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が34人(10.4%・O)でした。健診結果をみると、高血圧75人(E)のうちⅡ度高血圧以上が19人(25.3%)であり、そのうち7人(F)は未治療者です。

医療機関未受診者の中には肥満や脂質異常症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、高血圧治療者の約3割がⅡ度高血圧以上であ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。

高血圧には塩分の影響を受けやすい食塩感受性高血圧があります。治療面からも塩分を控えることで血圧が改善されるといわれています。町民の食塩摂取量と高血圧の関係を見える化し保健指導に反映させていくため、令和6年度から特定健診、後期高齢者健診、若年健診に「尿中ナトリウム」「尿中クレアチニン」を追加項目とします。これにより、推定食塩摂取量を確認しながら保健指導に取り組むことができます。

図表3-4 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



※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検索 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

## イ 保健指導対象者の明確化と優先順位

高血圧は、脳血管疾患の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3-5 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
	74	40 54.1%	27 36.5%	5 6.8%	2 2.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	3 4.1%	<b>C</b> 2 5.0%	<b>B</b> 1 3.7%	<b>B</b> 0 0.0%	<b>A</b> 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	45 60.8%	<b>C</b> 26 65.0%	<b>B</b> 16 59.3%	<b>A</b> 2 40.0%	<b>A</b> 1 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	26 35.1%	<b>B</b> 12 30.0%	<b>A</b> 10 37.0%	<b>A</b> 3 60.0%	<b>A</b> 1 50.0%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	17
		23.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	29
		39.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	28
		37.8%

...高リスク  
 ...中等リスク  
 ...低リスク

出典:ヘルスサポートラボツール

図表3-5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。

## ウ 心電図検査における心房細動の実態

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

令和4年度の特健診受診者に実施した心電図検査においては、60代・70代の4人に心房細動の所見がありました(図表3-6)。いずれも、未治療者はいません(図表3-7)。

図表3-6 心房細動有所見状況（令和4年度）

	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	138	156	128	92.8%	144	92.3%	2	1.6%	2	1.4%	--	--
40代	8	11	7	87.5%	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	16	12	15	93.8%	10	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	60	64	54	90.0%	59	92.2%	1	1.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	54	69	52	96.3%	64	92.8%	1	1.9%	2	3.1%	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3-7 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	%
4	0	0.0	4	100.0

比布町調べ

### 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。また、未治療者及び治療中断者には受診勧奨を行い、治療中の者には必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行います。

### ④ 対象者の管理

#### ア 高血圧者の管理

Ⅱ度高血圧以上の者を対象に高血圧台帳を作成し、管理を継続します。受診勧奨のほか、訪問等による生活習慣改善等の支援を行います。

#### イ 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。

### ⑤ 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ます。治療中の者へは血管リスク低減に向け、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。

⑥ 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。

⑦ 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(図表3-8)。

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。

図表3-8

中・長期目標		評価指標				評価
脳血管疾患による医療費の伸びを抑制		脳血管疾患の総医療費に対する入院医療費割合の減少 新規脳血管疾患患者数の減少				
令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	(目標値)	
2.5%	%	%	%	%	減少	
3人						
短期目標		指標	令和4年度	令和8年度	評価	
Ⅱ度高血圧以上の者の減少		健診受診者に対する 有所見者割合 の減少	6.5%	%		
メタボ該当者の減少			21.8%	%		
糖尿病（HbA1c6.5以上）の者の減少			12.0%	%		
脂質異常症（LDL140以上）の者の減少			18.0%	%		
高血圧の未受診者・治療中断者の減少		健診有所見者 に対する割合 の減少	45.3%	%		
心房細動の未受診者・治療中断者の減少			25.7%	%		
糖尿病の未受診者・治療中断者の減少			25.7%	%		

## (2) 虚血性心疾患重症化予防

### ① 基本的な考え方

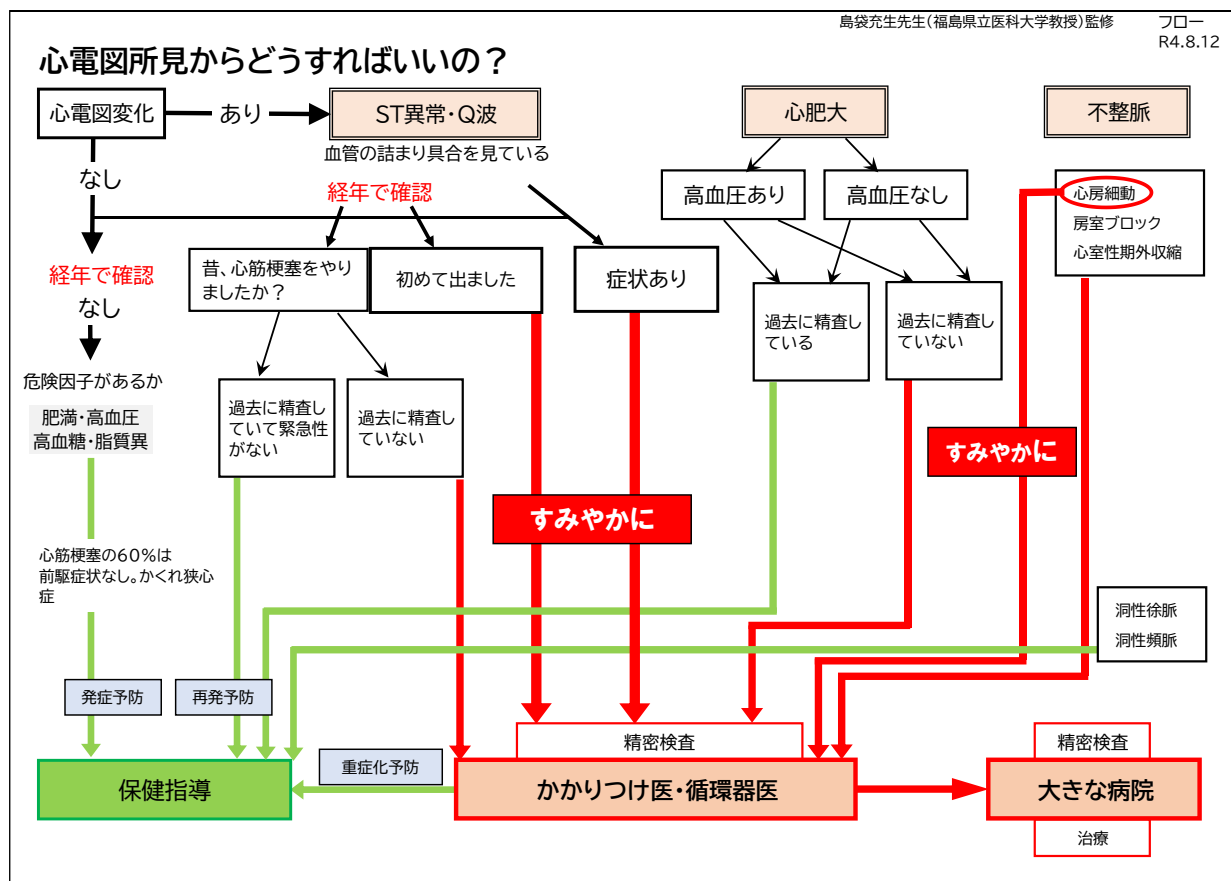
虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

### ② 対象者の明確化

#### ア 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表3-9に基づいて考えます。

図表3-9 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



#### イ 重症化予防対象者の抽出

##### (ア) 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静

時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

比布町においては、心電図検査実施者272人のうち、有所見者が52人（19.1%）でした。そのうち虚血性変化の所見である異常Q波・ST-T変化があったのは、10人でした(図表3-10)。

また、有所見者のうち要精密検査が6人（11.5%）で、全員が受診しています(図表3-11)。

後期高齢者健診受診者では、心筋梗塞（旧陳性）や洞徐脈なども見られましたが、既医療の状況であるため、引き続いて経過を確認します。

図表3-10 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															
						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		272	92.5%	52	19.1%	2	3.8%	8	15.4%	1	1.9%	0	0.0%	5	9.6%	12	23.1%	4	7.7%	8	15.4%
	男性	128	92.8%	26	20.3%	0	0.0%	3	11.5%	1	3.8%	0	0.0%	3	11.5%	5	19.2%	2	7.7%	5	19.2%
	女性	144	92.3%	26	18.1%	1	3.8%	5	19.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	7.7%	7	26.9%	2	7.7%	3	11.5%

比布町調べ

図表3-11 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)		要精密検査(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	52		6	11.5	6	100	0	0
男性	26	50.0	3	11.5	3	100	0	0.0
女性	26	50.0	3	11.5	3	100	0	0.0

比布町調べ

### (イ) 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない又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、以下のタイプ別に把握します。



## A：メタボリックシンドロームタイプ

図表3-12 メタボリックシンドローム該当者の状況（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	138	8	16	60	54	156	11	12	64	69	
メタボ該当者	B	42	1	6	19	16	22	1	0	10	11	
	B/A	30.4%	12.5%	37.5%	31.7%	29.6%	14.1%	9.1%	0.0%	15.6%	15.9%	
再掲	① 3項目全て	C	20	1	3	8	8	8	1	0	4	3
		C/B	47.6%	100.0%	50.0%	42.1%	50.0%	36.4%	100.0%	--	40.0%	27.3%
	② 血糖＋血圧	D	5	0	2	2	1	3	0	0	2	1
		D/B	11.9%	0.0%	33.3%	10.5%	6.3%	13.6%	0.0%	--	20.0%	9.1%
	③ 血圧＋脂質	E	16	0	1	8	7	11	0	0	4	7
		E/B	38.1%	0.0%	16.7%	42.1%	43.8%	50.0%	0.0%	--	40.0%	63.6%
④ 血糖＋脂質	F	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	F/B	2.4%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%	

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3-13 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				令和4年度 (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	
86				48	24	12	2	0	2	7	5	
				55.8%	27.9%	14.0%	2.3%	0.0%	14.3%	50.0%	35.7%	
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)	11	7	3	1	0	0	1	0	0	
			12.8%	14.6%	12.5%	8.3%	0.0%	--	50.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	39	21	11	5	2	0	0	4	3	
			45.3%	43.8%	45.8%	41.7%	100.0%	--	0.0%	57.1%	60.0%	
高リスク	120未満 (150未満)	33	19	9	5	0	0	0	3	2		
		38.4%	39.6%	37.5%	41.7%	0.0%	--	0.0%	42.9%	40.0%		
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)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
			1.2%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%	
100未満 (130未満)				3	1	1	1	0	0	1	0	
				3.5%	2.1%	4.2%	8.3%	0.0%	--	50.0%	0.0%	0.0%

参考：動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

※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。

## C：レセプトによる虚血性心疾患患者の把握

虚血性心疾患の診断がついている72人中、42人は健診未受診者でした（図表3-14）。

健診未受診者のうち、ほぼ全員が、高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患のいずれか又はすべてを併せ持っている状況です。この状況にメタボリックシンドロームが重なると、虚血性心疾患の重症化リスクが上がります。レセプトでは、体格や3疾患のコントロール状況が把握できず、重症化予防のためには、特定健診受診や健診データ受領を通じて医療機関と連携した支援が必要です。

図表3-14 虚血性心疾患患者のうち健康診査未受診者の状況（令和4年度）

	氏名	性別	年齢	医療の状況						
				基礎疾患(短期目標)			合併症(中長期目標)			
				高血圧症	糖尿病	脂質異常症	脳血管疾患	心不全	虚血性心疾患	腎不全
1		男	58		○	○		○	○	
2		男	73	○		○		○	○	
3		女	64	○		○			○	
4		男	70	○	○			○	○	
5		男	58		○	○		○	○	
6		女	73	○	○	○			○	
7		女	68	○		○			○	
8		女	69	○	○	○			○	○
9		男	63	○	○	○	○	○	○	
10		女	66	○	○	○	○		○	
11		男	70	○	○	○	○	○	○	○
12		男	72	○	○	○	○	○	○	○
13		女	72	○		○			○	
14		男	74	○			○		○	
15		女	66	○	○	○	○	○	○	
16		女	72				○		○	
17		男	47	○				○	○	
18		女	71	○		○		○	○	
19		女	73	○	○	○	○	○	○	
20		男	74	○		○			○	
21		女	74	○	○	○	○		○	
22		女	62	○		○			○	
23		男	68	○		○		○	○	
24		男	71	○	○	○	○		○	
25		女	71	○		○	○		○	
26		男	66	○	○	○		○	○	
27		男	63	○	○	○	○		○	○
28		女	73	○	○	○		○	○	
29		男	74	○	○	○		○	○	
30		男	68	○	○	○			○	
31		女	72	○		○			○	
32		男	74	○	○	○			○	
33		女	55	○	○		○	○	○	
34		男	64			○		○	○	
35		男	62	○		○		○	○	
36		女	69	○		○	○	○	○	
37		女	59	○	○	○			○	
38		女	65	○				○	○	
39		女	73	○		○			○	
40		女	73	○					○	
41		男	66	○	○	○			○	
42		男	65	○	○			○	○	

KDBシステム 厚生労働省様式3-5

### 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。未治療者及び治療中断者には、受診勧奨を行い、治療中の者には、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行います。

### ④ 対象者の管理

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

- ア 虚血性変化の所見である異常Q波・ST-T変化該当者
- イ メタボリックシンドローム該当者
- ウ LDLコレステロール管理目標 中高リスク該当者
- エ レセプトによる虚血性心疾患患者のうち特定健診未受診者

### ⑤ 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。

### ⑥ 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。

### ⑦ 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます（図表3-15）。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。

図表3-15

中・長期目標			評価指標		評価
虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制			虚血性心疾患の総医療費に対する入院割合の減少		
令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	(目標値)
2.7%	%	%	%	%	抑制

(図表3-15の続き)

短期目標	指標	令和4年度	令和8年度	評価
Ⅱ度高血圧以上の者の減少	健診受診者 に対する 有所見者割 合の減少	6.5%	%	
メタボ該当者の減少		21.8%	%	
糖尿病（HbA1c6.5以上）の者の減少		12.0%	%	
脂質異常症（LDL140以上）の者の減少		18.0%	%	
高血圧の未受診者・治療中断者の減少	健診有所見 者に対する 割合の減少	45.3%	%	
糖尿病の未受診者・治療中断者の減少		25.7%	%	

### (3) 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り組みにあたっては「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、P D C Aに沿って実施していきます。

#### ② 対象者の明確化

##### ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下とします。

(ア) 医療機関未受診者

(イ) 糖尿病治療中断者

(ウ) 医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者

a. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期、及び第4期と推定される者

b. 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

(エ) 健診未受診者

##### イ 選定基準に基づく該当数の把握

(ア) 対象者の抽出

取り組み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及び特定健診データを活用し該当者数把握を行います。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）」(図表3-16)を基盤とします。

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。比布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が難しい状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量（mg/dL）に対応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）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

図表3-16 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	

#### (イ) 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました(図表3-17)。

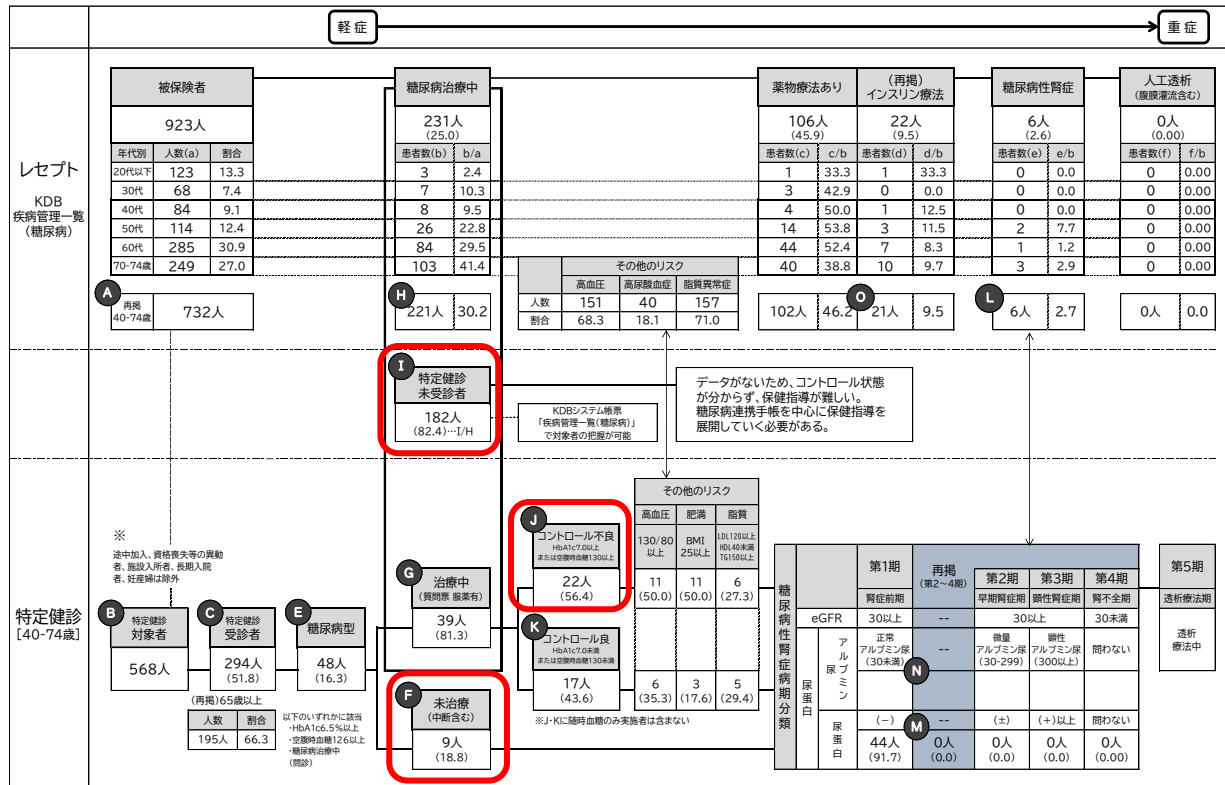
比布町において特定健診受診者で糖尿病型の有所見者のうち、糖尿病未治療者は9人（18.8%・F）です。また、40～74歳における糖尿病治療者221人中、特定健診受診者は39人（17.6%・G）でした。そのうちコントロール不良者は22人（56.4%）です。

糖尿病治療者221人中、特定健診未受診者182人（82.4%・I）については、血糖コントロール等の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であり、特定健診データ受領を含めた健診受診を勧奨していきます。

図表3-17

比布町 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概要 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

### ③ 対象者の進捗管理

#### ア 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、管理していく。

##### 【糖尿病台帳作成手順】

a. 健診データを確認し、HbA1c6.5%以上であった者は、治療の有無にかかわらず、健診結果のうち【Hb A 1 c】【血圧】【体重】【eG F R】【尿蛋白】の情報を管理台帳に記載する。

また、HbA1c6.5%以下であっても以下の場合には対象とし、管理台帳に記載する。

- ・糖尿病治療中の場合
- ・空腹時血糖126mg/dL以上、随時血糖200mg/dL以上の場合
- ・過去5年間のうち特定健診時にHbA1c6.5%以上になった場合

b. レセプト確認し、情報を記載

##### 【治療状況の把握】

- ・服薬状況をレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

- ・ 中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、診療開始日を記載
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

【管理台帳記載後、結果の確認】

昨年度のデータと比較し、介入対象者を試算

#### ④ 保健指導の実施

##### ア 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。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ります。比布町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。

##### イ 重症化予防の取組

高血糖、尿蛋白、eGFR低下等の精密検査、再検査等の受診率向上のための受診勧奨を行い、結果に基づく早期介入で重症化予防を目指します。

#### ⑤ 医療との連携

##### ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会での協議をもとに、かかりつけ医または専門医へ紹介します。

##### イ 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、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のもと行っていきます。また、特定健診データ受領についても連携を進めていきます。

##### ウ 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（図表3-18）。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、糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価(図表3-19)を用いて行っていきます。

図表3-18

中・長期目標			評価指標			評価
糖尿病性腎症による透析の医療費を抑制			透析導入者の割合現状維持			
令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	(目標値)	
0.0%	%	%	%	%	維持	
短期目標			指標	令和4年度	令和8年度	評価
糖尿病（HbA1c6.5以上）の者の減少			健診受診者に対する該当者割合	12.0%	%	
メタボ該当者の減少				21.8%	%	
糖尿病の未受診者・治療中断者の減少				25.7%	%	
糖尿病（HbA1c7.0以上）の未治療者の減少				1.0%	%	
血糖精密検査の受診率向上				33.3%	%	
糖尿病の保健指導を実施した割合現状維持				100%	%	



図表3-19 糖尿病性腎症重症者予防の取り組み評価

項目			3 - 1 7	比布町												
				平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度				
				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	1,009人		948人		892人		885人		829人				
		(再掲)40-74歳		834人		782人		743人		735人		697人				
2	①	対象者数	B	708人		677人		654人		634人		568人				
	②	特定健診 受診者数	C	369人		345人		345人		329人		294人				
	③	受診率		52.1%		51.0%		54.1%		51.9%		51.8%				
3	①	特定 保健指導 対象者数		43人		27人		37人		26人		26人				
	②	実施率		67.4%		74.1%		70.3%		80.8%		88.5%				
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	54人	14.6%	52人	15.1%	53人	14.9%	54人	16.4%	48人	16.3%		
			未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	12人	22.2%	13人	25.0%	14人	26.0%	18人	33.3%	9人	18.8%		
			治療中(質問票 服薬あり)	G	42人	77.8%	39人	75.0%	39人	73.6%	36人	66.7%	39人	81.3%		
			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	16人		38.1%		20人		51.3%		24人		61.5%	
			血圧 130/80以上		11人		68.8%		12人		60.0%		18人		75.0%	
			肥満 BMI25以上		7人		43.8%		7人		35.0%		7人		29.2%	
			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	26人	61.9%	19人	48.7%	15人	38.5%	15人	41.7%	17人	43.6%		
			第1期 尿蛋白(-)	M	47人	87.0%	47人	90.4%	47人	88.7%	49人	90.7%	44人	91.7%		
			第2期 尿蛋白(±)		4人	7.4%	5人	9.6%	3人	5.7%	3人	5.6%	0人	0.0%		
			第3期 尿蛋白(+)以上		3人	5.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
			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	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	H	136.8人		151.9人		135.7人		150.3人		143.5人			
			(再掲)40-74歳(被保険者千対)		160.7人		180.3人		154.8人		175.5人		163.6人			
			レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者千対		入院外(件数)	667件 (843.2)	692件 (916.6)	630件 (865.4)	655件 (937.1)	591件 (882.1)						
			入院(件数)		3件 (3.8)	9件 (11.9)	7件 (9.6)	4件 (5.7)	1件 (1.5)							
			糖尿病治療中		138人	13.7%	144人	15.2%	121人	13.6%	133人	15.0%	119人	14.4%		
			(再掲)40-74歳		134人	16.1%	141人	18.0%	115人	15.5%	129人	17.6%	114人	16.4%		
			健診未受診者		90人	67.2%	97人	68.8%	75人	65.2%	90人	69.8%	75人	65.8%		
			インスリン治療		O	7人	5.1%	10人	6.9%	7人	5.8%	8人	6.0%	8人	6.7%	
			(再掲)40-74歳			6人	4.5%	10人	7.1%	6人	5.2%	8人	6.2%	7人	6.1%	
			糖尿病性腎症		L	3人	2.2%	2人	1.4%	1人	0.8%	3人	2.3%	2人	1.7%	
			(再掲)40-74歳			3人	2.2%	2人	1.4%	1人	0.9%	3人	2.3%	2人	1.8%	
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
			(再掲)40-74歳		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
			新規透析患者数		0	0	0	0	0	0						
			(再掲)糖尿病性腎症													
			【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)		1人	0.4%	3人		5人		8人		2人	0.9%		
6	①	医療費	総医療費	3億7052万円	3億7732万円	3億4240万円	3億4511万円	3億2857万円								
			生活習慣病総医療費	1億9022万円	2億1256万円	2億1473万円	2億1678万円	1億9230万円								
			(総医療費に占める割合)	51.3%	56.3%	62.7%	62.8%	58.5%								
			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,176円	7,229円	12,399円	6,158円	8,240円							
			健診未受診者	30,852円	38,686円	45,812円	54,229円	51,550円								
			糖尿病医療費	2150万円	2529万円	2391万円	2272万円	1959万円								
			(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.3%	11.9%	11.1%	10.5%	10.2%								
			糖尿病入院外総医療費	5687万円	5772万円	5248万円	6146万円	6149万円								
			1件あたり	31,965円	32,336円	30,228円	34,373円	37,089円								
			糖尿病入院総医療費	4840万円	4812万円	2143万円	2318万円	3002万円								
			1件あたり	583,142円	624,947円	595,272円	681,891円	714,698円								
			在院日数	19日	19日	16日	9日	11日								
			慢性腎不全医療費	243万円	217万円	396万円	49万円	56万円								
			透析有り			89万円										
			透析なし	243万円	217万円	306万円	49万円	56万円								
7	①	介護	介護給付費	5億0672万円	5億2646万円	5億0212万円	5億3606万円	5億2201万円								
			(2号認定者)糖尿病合併症	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%					
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%	1人	2.2%	1人	2.2%	0人	0.0%	1人	2.1%			

#### (4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

##### ① 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積が基盤となって、動脈硬化の危険因子（高中性脂肪、低HDLコレステロール、高血圧、高血糖）が複数合併した病態です。個々の危険因子が軽度でも重複することで、動脈硬化性疾患がより高率に起こることがわかっています。

メタボリックシンドロームの診断の目的は、動脈硬化性疾患を予防することです。メタボリックシンドロームの診断基準に基づき、該当者及び予備群を対象に保健指導を実施します(図表3-20、3-22～24)。

図表3-20 メタボリックシンドロームの診断基準

必須項目	3つのうち 2項目以上
腹囲径(ハそ周り) <input type="checkbox"/> 男性 85cm以上 女性 90cm以上  ※内臓脂肪面積 100cm <sup>2</sup> 以上相当	<input type="checkbox"/> 脂質異常 中性脂肪 150mg/dL以上 かつ/または HDLコレステロール 40mg/dL未満  <input type="checkbox"/> 高血圧 収縮期血圧 130mmHg以上 かつ/または 拡張期血圧 85mmHg以上  <input type="checkbox"/> 高血糖 空腹時血糖値 110mg/dL以上

\*CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。  
 \*腹囲径は立位、軽呼吸時・臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。  
 \*メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験がすすめられるが診断には必須ではない。  
 \*高中性脂肪血症、低HDL-C、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

日本肥満学会は、肥満者の中から医療の対象となる集団を抽出するため肥満症の概念を提唱し、概念に沿った診療の実施を推奨しています(図表3-21)。

図表3-21 肥満症の診断に必要な健康障害

(1)耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)	(7)非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)
(2)脂質異常症	(8)月経異常・女性不妊
(3)高血圧	(9)閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
(4)高尿酸血症・痛風	(10)運動器疾患(変形性関節症・膝関節症・股関節・手指関節、変形性脊椎症)
(5)冠動脈疾患	(11)肥満関連腎臓病
(6)脳梗塞・一過性脳虚血発作	

図表3-22 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	138	8	16	60	54	156	11	12	64	69	
メタボ該当者	B	42	1	6	19	16	22	1	0	10	11	
	B/A	30.4%	12.5%	37.5%	31.7%	29.6%	14.1%	9.1%	0.0%	15.6%	15.9%	
再掲	① 3項目全て	C	20	1	3	8	8	8	1	0	4	3
		C/B	47.6%	100.0%	50.0%	42.1%	50.0%	36.4%	100.0%	--	40.0%	27.3%
	② 血糖+血圧	D	5	0	2	2	1	3	0	0	2	1
		D/B	11.9%	0.0%	33.3%	10.5%	6.3%	13.6%	0.0%	--	20.0%	9.1%
	③ 血圧+脂質	E	16	0	1	8	7	11	0	0	4	7
		E/B	38.1%	0.0%	16.7%	42.1%	43.8%	50.0%	0.0%	--	40.0%	63.6%
	④ 血糖+脂質	F	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
		F/B	2.4%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表3-23 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	138	42	30.4%	38	90.5%	4	9.5%	156	22	14.1%	19	86.4%	3	13.6%
40代	8	1	12.5%	1	100.0%	0	0.0%	11	1	9.1%	1	100.0%	0	0.0%
50代	16	6	37.5%	4	66.7%	2	33.3%	12	0	0.0%	0	--	0	--
60代	60	19	31.7%	18	94.7%	1	5.3%	64	10	15.6%	8	80.0%	2	20.0%
70～74歳	54	16	29.6%	15	93.8%	1	6.3%	69	11	15.9%	10	90.9%	1	9.1%

図表3-24 メタボリックシンドローム予備群の治療状況

	男性						女性							
	受診者	メタボ予備群		3疾患治療の有無				受診者	メタボ予備群		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	138	20	14.5%	12	60.0%	8	40.0%	156	10	6.4%	6	60.0%	4	40.0%
40代	8	3	37.5%	2	100.0%	1	0.0%	11	0	--	0	--	0	--
50代	16	2	12.5%	2	66.7%	0	33.3%	12	2	16.7%	1	--	1	--
60代	60	10	16.7%	4	94.7%	6	5.3%	64	6	4.7%	3	50.0%	5	20.0%
70～74歳	54	5	9.3%	4	93.8%	1	6.3%	69	1	1.4%	2	100.0%	0	--

図表3-25 肥満度分類による実態

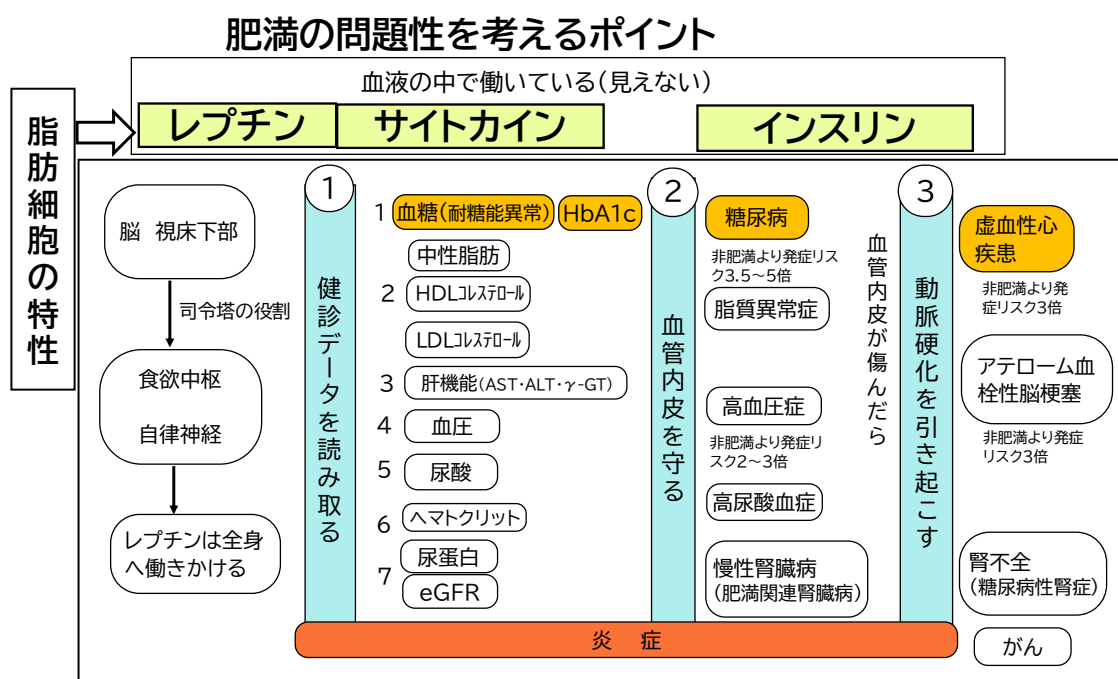
	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	92	202	30	62	24	51	4	8	2	2	0	1	
			32.6%	30.7%	26.1%	25.2%	4.3%	4.0%	2.2%	1.0%	0.0%	0.5%	
再掲	男性	49	89	20	28	15	25	4	3	1	0	0	0
	女性	43	113	10	34	9	26	0	5	1	2	0	1
				23.3%	30.1%	20.9%	23.0%	0.0%	4.4%	2.3%	1.8%	0.0%	0.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

内臓脂肪の蓄積は動脈硬化性疾患の発症に限らず、肝臓、すい臓、心臓、腎臓の臓器不全を引き起こします。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えられています(図表3-26)。

内臓脂肪の減量を目的として生活習慣の改善を行うことは、個々の危険因子を同時に解消・軽減できる最上の治療とされています。

図表3-26 脂肪細胞の特性と血液中のインスリンの働き



## ② 対象者の明確化

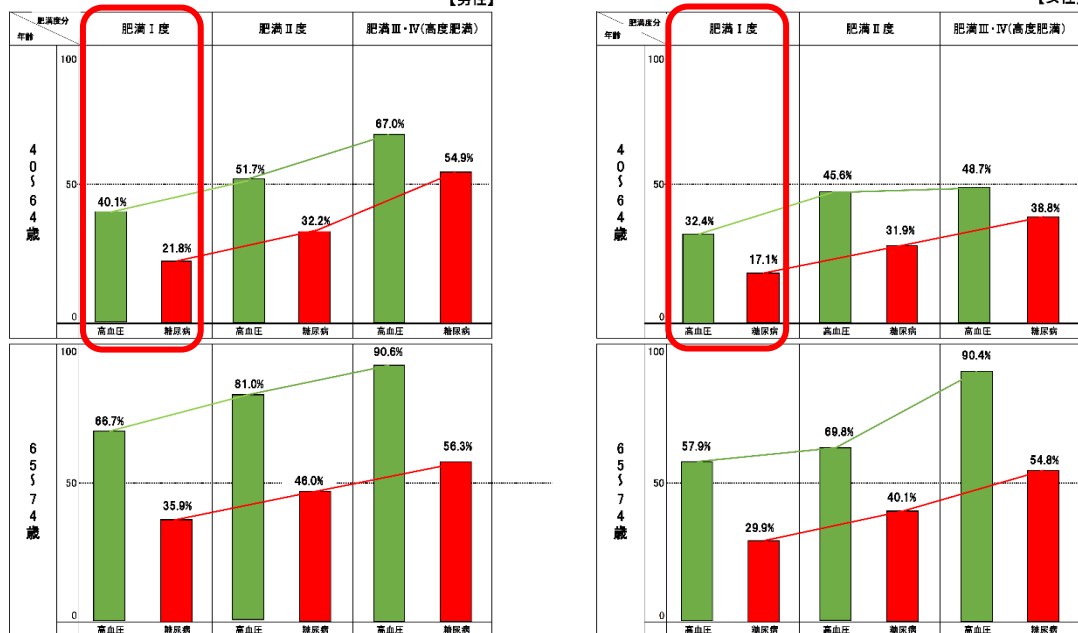
年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で50代から受診者の3割を超えますが女性では60代70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます(図表3-22)。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表3-23)は、男女とも8割以上が治療中となっていますが、予備群においても6割が治療中になっています(図表3-24)。また、肥満の状況を見ると男性の40~64歳の割合が40.8%と高くなっています(図表3-25)。

肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病と合併する割合が高くなることから、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満I度かつ若い年代(40~64歳)を対象とすることが効果的であることがわかります(図表3-27)。

図表3-27 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



#### ア 対象者の選定基準の考え方

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

#### イ 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボリックシンドローム(肥満)台帳を作成し管理します。  
(虚血性心疾患の項と同じ)

#### ④ 保健指導の実施

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

内臓脂肪減少を目的とする運動指導についても、ピピカツ事業と連携して運動に取り組めるよう体制を整備します。

## 5. 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

後期高齢者が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り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施することが重要になります。

比布町では、高齢者の特性に合わせた糖尿病や高血圧の重症化予防などの個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行い、さらに低栄養予防を目的として健診項目にアルブミン血液検査を追加しています。また、地域包括支援センターと連携して生活機能の低下（フレイル）を予防する取り組みを実施しています。

### (2) 健康課題の明確化

高額における疾病でみると脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保では令和4年度0件でした。後期高齢者では8件発生し、約800万円余りの費用額がかかっています(図表3-28)。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給付費に影響を及ぼすことから、脳血管リスクとなる高血圧の重症化予防についての取り組みが必要です。

虚血性心疾患の高額になったレセプト件数は少ないものの、発症年代をみると60・70・80代であることがわかります(図表3-29)。

図表3-28 脳血管疾患 高額レセプト（80万円/件）以上の推移

対象年度		平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		後期:令和4年度			
脳血管疾患	人数	D	1人		5人		4人		3人		0人		7人		
		D/A	2.5%		11.9%		11.1%		9.7%		0.0%		7.6%		
	件数	E	1件		12件		10件		4件		0件		8件		
		E/B	1.6%		14.0%		11.5%		4.8%		0.0%		4.8%		
	年代別	40歳未満	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	--	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	6	60.0%	1	25.0%	0	--	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	100.0%	3	25.0%	1	10.0%	1	25.0%	0	--	80代	6	75.0%
		70-74歳	0	0.0%	9	75.0%	3	30.0%	2	50.0%	0	--	90歳以上	2	25.0%
	費用額	F	110万円		1390万円		1202万円		440万円				833万円		
F/C		1.3%		12.7%		10.8%		3.8%				4.1%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表3-29 虚血性心疾患 高額レセプト（80万円/件）以上の推移

対象年度		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	後期:令和4年度						
虚血性心疾患	人数	G	3人	2人	1人	1人	2人	3人					
		G/A	7.5%	4.8%	2.8%	3.2%	5.6%	3.3%					
	件数	H	3件	2件	2件	1件	2件	3件					
		H/B	4.8%	0.0%	2.3%	1.2%	2.7%	1.8%					
	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%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	33.3%
		60代	1	33.3%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	2	66.7%
		70-74歳	2	66.7%	0	0.0%	2	100.0%	1	50.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	354万円	193万円	190万円	157万円	241万円	450万円					
I/C		4.2%	1.8%	1.7%	1.4%	2.4%	2.2%						

出典:ヘルスサポートラボツール

平成30年度と令和4年度の健診・医療・介護のデータを年代ごとに比較しました（図表3-30～33）。⑮の体格は、65～74歳で、BMI25以上の割合が高くなっています。健診有所見の状況では、各年代ともⅡ度高血圧以上、HbA1c7.0%以上の割合が増えています（図表3-31）。

図表3-30 被保険者数と健診受診状況

	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診	後期高齢者健診	BMI18.5未満			BMI25以上			
		年齢	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64
年度	%	人			%			%					
平成30	27.3	269	411	928	42.0	49.1	16.7	9.7	7.9	5.8	35.4	25.2	29.7
令和4	27.8	254	435	930	34.3	45.1	17.1	3.4	7.7	7.5	34.5	29.1	28.9

図表3-31 健診有所見の状況

	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									
	年齢	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-	
年度	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%
平成30	6	18.8	(3)	7	13.2	(3)	13	22.8	(1)	7	46.6	(0)	9	42.9	(0)	1	14.3	(0)	1	50.0	0	0.0	2	13.3	
令和4	4	25.1	(1)	8	32.0	(0)	12	23.6	(1)	9	100.0	(0)	8	32.0	(0)	3	30.0	(0)	0	0.0	1	20.0	1	5.3	

図表3-32 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）の状況

	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		
年齢	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-
年度	%			%			%			%			%			%			%		
平成30	82.4	93.7	95.2	39.7	63.1	83.8	67.8	86.3	83.9	52.2	56.0	47.4	22.6	43.2	37.4	10.3	9.4	64.3	10.0	8.4	57.3
令和4	82.7	93.6	94.1	39.8	68.0	81.9	79.2	82.8	85.2	54.5	55.1	52.1	35.6	39.1	41.6	16.3	11.9	59.2	21.8	18.5	54.4

合併症の状況については、年代で比較すると75歳以上で高血圧、糖尿病ともに割合が急激に上昇します。また、40～74歳の糖尿病と合併症を有する者の割合が、平成30年度と比べて令和4年度では倍増しており、将来的に75歳以上の合併症を有する者の増加につながる恐れがあります（図表3-32）。

図表3-33 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

	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割合)												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		
年齢	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-
年度	%			%			%			%			%			%			%					
平成30	0.7	1.9	26.9	0.0	1.3	31.2	1.0	1.3	8.1	4.1	3.7	15.7	0.0	28.6	44.5	0.0	20.0	39.7	0.0	20.0	71.4	0.0	7.1	42.0
令和4	0.0	0.5	21.4	1.6	1.0	29.0	1.2	2.2	7.3	5.1	6.7	12.9	0.0	100.0	46.7	0.0	0.0	39.3	0.0	22.2	75.0	0.0	11.1	38.3

脳血管疾患は各年代で減少がみられますが、75歳以上の割合は高く推移しています。虚血性心疾患、心不全も75歳以上になると割合が高くなっています。また心不全の7割が要介護認定者となっており、健康寿命の延伸の阻害因子になると考えられます。腎不全においても割合が高く、高齢者の重症化予防が課題になります（図表3-33）。

### （3）事業の実施

比布町は、令和2年度より北海道後期高齢者連合から、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」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

- ①KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的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連携調整を行いながら事業を実施します。

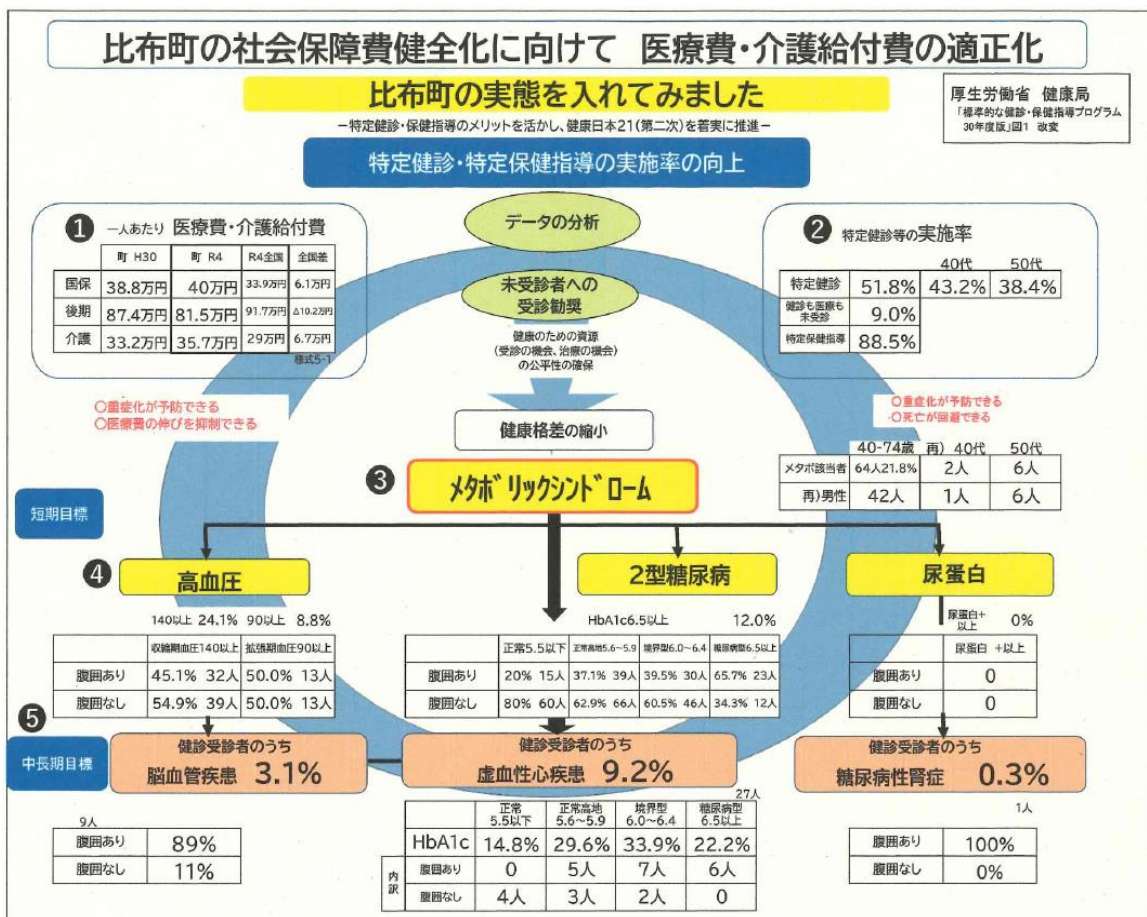


②高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、重症化予防を行います。また、生活習慣病から発生するフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を地域包括支援センターと連携して実施していきます。

## 6. 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給付費等の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3-34、3-35)。

図表3-34 社会保障費健全化に向けて医療費・介護給付費の適正化



図表 3-35 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 ～																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>食品名</th> <th>全国ランキング (購入量・購入金額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バター</td> <td>2位</td> </tr> <tr> <td>ベーコン</td> <td>3位</td> </tr> <tr> <td>ジンギスカン</td> <td>1位</td> </tr> <tr> <td>鮭</td> <td>1位</td> </tr> <tr> <td>ビール</td> <td>1位</td> </tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	バター	2位	ベーコン	3位	ジンギスカン	1位	鮭	1位	ビール	1位	<table border="1"> <thead> <tr> <th>食品名</th> <th>全国ランキング (購入量・購入金額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>あじ(魚類)</td> <td>53位</td> </tr> <tr> <td>豆腐</td> <td>50位</td> </tr> <tr> <td>牛乳</td> <td>49位</td> </tr> <tr> <td>葉野菜</td> <td>40位</td> </tr> <tr> <td>えのきだけ</td> <td>50位</td> </tr> <tr> <td>わかめ</td> <td>46位</td> </tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	あじ(魚類)	53位	豆腐	50位	牛乳	49位	葉野菜	40位	えのきだけ	50位	わかめ	46位
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)																												
バター	2位																												
ベーコン	3位																												
ジンギスカン	1位																												
鮭	1位																												
ビール	1位																												
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)																												
あじ(魚類)	53位																												
豆腐	50位																												
牛乳	49位																												
葉野菜	40位																												
えのきだけ	50位																												
わかめ	46位																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>店舗・種別</th> <th>店舗数(人口10万対)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>コンビニ店舗数</td> <td>1位</td> </tr> <tr> <td>アイスクリーム店等</td> <td>2位</td> </tr> <tr> <td>バー・キャバレー</td> <td>3位</td> </tr> <tr> <td>焼き肉店</td> <td>8位</td> </tr> <tr> <td>寿司屋</td> <td>8位</td> </tr> </tbody> </table>		店舗・種別	店舗数(人口10万対)	コンビニ店舗数	1位	アイスクリーム店等	2位	バー・キャバレー	3位	焼き肉店	8位	寿司屋	8位	<p>※県庁所在地及び政令指定都市比較</p>															
店舗・種別	店舗数(人口10万対)																												
コンビニ店舗数	1位																												
アイスクリーム店等	2位																												
バー・キャバレー	3位																												
焼き肉店	8位																												
寿司屋	8位																												

## 第4章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、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)	<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>・特定健診受診率、特定保健指導率</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、受診勧奨実施数など</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、要介護率など)</li></ul>

具体的な評価方法は、国保データベース(K D B)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行います。

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5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い**

### **1. 計画の公表・周知**

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

具体的な方策としては、ホームページを通じた周知を行います。

### **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。

## 第6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1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第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6-1 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	52.5%	54.0%	55.5%	57.0%	58.5%	60%以上
特定保健指導実施率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80%以上

### 3. 対象者の見込み

図表6-2 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	558人	520人	485人	453人	418人	380人
	受診者数	293人	281人	269人	258人	245人	228人
特定保健指導	対象者数	26人	24人	22人	19人	17人	15人
	受診者数	21人	19人	18人	15人	14人	12人

### 4. 特定健診の実施

#### (1) 実施方法

健診については、集団、個別ともに特定健診実施機関に委託し、町と委託先が契約を行います。また、旭川市医師会については、会員医療機関ごとではなく、代表の医師会と契約を行います。

- ① 集団健診（委託先：旭川厚生病院）
- ② 個別健診（委託先：旭川市医師会、町立ぴっぷクリニック、旭川がん検診センター）

#### (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、および実施基準第16条第1項に基づき、具体的

に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、比布町のホームページに掲載します。

### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を実施します。また、医師の判断に基づき選択的に実施する項目（貧血検査：ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数、心電図・眼底検査）は、集団健診及び個別健診（旭川がん検診センター受診時）に実施します。さらに集団健診時に、白血球数・血小板数・血清アルブミン、尿中ナトリウム・クレアチニンを追加しています。

図表6-3 特定健診検査項目

	健診項目	比布町	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	○	
	白血球数	○	
	血小板数	○	
	血清アルブミン	○	
	尿中ナトリウム	○	
尿中クレアチニン	○		

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

## (5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

## (6) 医療機関との適切な連携

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

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

## (7) 代行機関

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

## (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表6-4 特定健診実施スケジュール

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○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

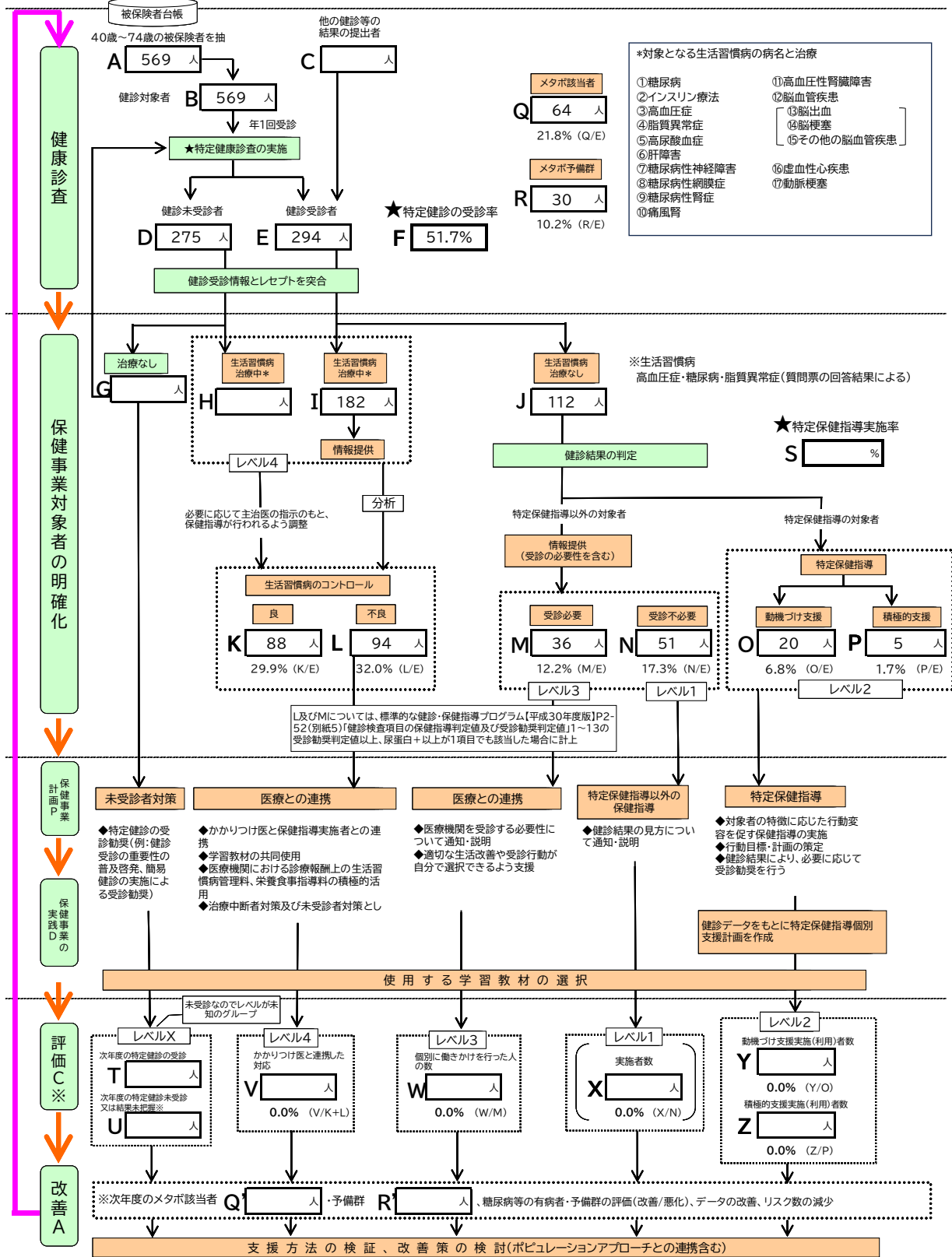
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。



図表6-5 健診から保健指導へのフローチャート（様式5-5）

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

様式5-5  
令和4年度



## (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6-6 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	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	25人 (8.5%)	80%
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	36人 (12.2%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	275人 <small>(参考値 令和4年) 受診率目標達成までにあと47人</small>	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	51人 (17.3%)	100%
5	I	情報提供	◆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	182人 (61.9%)	80%

## (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表6-7 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎特定健診(集団:旭川厚生病院 個別:町立びっくクリニック・旭川がん検診センター・旭川市医師会)委託契約		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の個別案内及び広報
5月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼		
6月	◎個別健診の開始	◎個別健診特定保健指導対象者の抽出	◎個別健診及びがん検診開始 ◎7月集団健診対象者への個別案内
7月	◎7月集団健診	◎個別健診の保健指導の開始 ◎7月集団健診特定保健指導対象者の抽出	◎個別健診受診者結果通知
8月		◎7月集団健診の保健指導開始	◎7月集団健診受診者への結果通知
9月		◎利用券の登録(随時)	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎10月集団健診対象者への個別案内
10月	◎10月集団健診	◎10月集団健診特定保健指導対象者の抽出	
11月		◎10月集団健診の保健指導開始	◎10月集団健診受診者への結果通知
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

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

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## **7. 結果の報告**

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

## **8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知**

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

## 參考資料

## 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム

旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会

旭川市医師会

上川郡中央医師会

旭川地区糖尿病地域連携協議会

旭川腎臓病協議会

上川保健所

旭川市・幌加内町・鷹栖町・当麻町・

比布町・愛別町・上川町・

大雪地区広域連合

(東神楽町・東川町・美瑛町)

### 1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・糖尿病治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という。）に対して、医療保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、かかりつけ医と専門医が連携することで、人工透析への移行を防止することによって、健康寿命の延伸と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。

### 2 対象者の抽出基準

対象者の基準は下記のとおりとし、基本情報として特定健康診査等（以下、「健診」という。）の結果及びレセプト情報等を活用し、抽出することとする。

なお、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して目標設定する必要があることから、対象者の抽出に当たっては、患者の特徴・健康状態を考慮して抽出する。<sup>注1)</sup>

#### (1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者

##### 1) 医療機関の未受診者

空腹時血糖 126mg/dl（食後 3.5 時間以上経過で随時血糖 126mg/dl）以上又は HbA1c(NGSP)6.5%以上の者。

ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者又は血圧 130/80 mm Hg 以上の者については、糖尿病性腎症のリスクが高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。<sup>注2)</sup>

注1) 糖尿病治療ガイド 2020-2021

注2) 慢性腎臓病（CKD）対策としては、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR のステージ（CKD 重症度分類）により受診勧奨を行うことも必要と考えられる。

## 2) 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴がある者又は糖尿病で通院治療している者のうち、直近1年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受療の記録がない者。

必要な治療が中断されて糖尿病が重症化している可能性が高いと考えられるため、確実に受療に結びつくよう受診勧奨を行う。(レセプト情報により対象者の抽出が可能な場合のみ実施)

## (2) 医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者

「保険者努力支援制度の評価指標」<sup>注3)</sup>を踏まえ、糖尿病による医療機関通院患者のうち、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、保健指導を行うことが望ましいことから、対象とする。

また、下記以外にかかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓内科専門医及び医療保険者が必要と判断した場合も対象とする。

注3) 「保険者努力支援制度における評価指標」の平成29年度前倒し分・30年度指標の考え方では、できる限り多くの者を対象とするために、段階的にアプローチしている保険者を評価すべきとあることから、糖尿病性腎症を発症していない者についても、優先順位をつけて保健指導することが求められている。

## 1) 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と推定される者

レセプト情報では、糖尿病性腎症の病期が記載されていることが多くないため糖尿病診療ガイドライン2016およびエビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018を参考に、基準を以下のように定める。

保険者が健診結果等およびレセプトより確認した、糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者。

- ① 尿蛋白(1+)以上の者
- ② 血清クレアチニンから換算した、eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

## 2) 腎機能の低下が危惧される、以下のリスク要因のいずれか有する者

- ① II度高血圧(160/100mmHg)以上の者
- ② メタボリックシンドローム該当者

なお、次のいずれかに該当する者については、保健指導対象者から除外する。

- ① がん等で終末期にある者
- ② 認知機能障害のある者
- ③ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者  
(ただし、かかりつけ医が必要と認めた者については、対応可能な範囲において対象とする)
- ④ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者

### (3) その他

(1), (2)の対象者の抽出について、医療保険者の実情に応じて対象者を選定し実施することができるものとする。

## 3 対象者への介入方法

対象者への介入方法については、対象者の個別の状況に配慮し、かかりつけ医療機関との連携が欠かせないことから、保険者は、次のとおり取り組むこととする。

### (1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者<sup>注4)</sup>に対する受診勧奨

受診勧奨は、対象者の状況に応じて、以下のいずれかにより実施する。

- ① 健診等の結果と併せて通知<sup>注5)</sup> (必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加)
- ② 受診勧奨の再度通知
- ③ 電話
- ④ 個別面談<sup>注6)</sup>

注4) 糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していない場合もあるため、電話・個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について、十分に把握したうえで行うことが必要である。

注5) 受診者が医療機関にかかりやすくするため、精密検査依頼書の発行等、確実な受診を確認できる体制も整備することが望ましい。

注6) 「保険者努力支援制度における評価指標」の平成29年度前倒し分・30年度分では、「受診勧奨実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること」が追加指標とされていることから、徹底した受診勧奨が求められている。

### (2) 医療機関通院患者への保健指導

医療機関通院患者(ハイリスク者)への保健指導の実施に当たっては、旭川市医師会、上川郡中央医師会と必要な連携を図り、保健指導を行うこととする。

- ① 個々の保健指導において、医療保険者は、保健指導実施の可否及び内容についてかかりつけ医の判断及び指示を得るため、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票(様式1)をかかりつけ医に送付する。

かかりつけ医は、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票(様式1)に、保健指導の実施の可否及び内容について記載し、医療保険者に返送する。

- ② 医療保険者は、かかりつけ医からの保健指導実施の了承を得た上で、保健指導を実施する。なお、実施した保健指導の内容については、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導報告書(様式2)に記載し、かかりつけ医に提出する。



また、保健指導におけるかかりつけ医と医療保険者の情報共有は、「糖尿病連携手帳」を活用することとする。

#### 4 かかりつけ医と専門医の医療連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と糖尿病専門医は患者の病状を維持・改善するため、紹介・逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなど、患者を中心とした連携体制の整備が必要とされる。

旭川圏においては、糖尿病専門医が中心となり、平成25年10月から「旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパス」が既に運用されていることから、かかりつけ医と糖尿病専門医の医療連携においても当該パスを利用することが効率的かつ効果的である。

また、旭川腎臓病協議会の協力を得て、糖尿病性腎症の重症化予防のために、地域連携クリティカルパスに連動したかかりつけ医と腎臓専門医の連携の仕組みをつくること、円滑な連携のために望ましい。

##### (1) かかりつけ医と糖尿病専門医の連携

かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介等の基準は、旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパスの運用を踏襲する。

##### (2) かかりつけ医と腎臓専門医の紹介

日本腎臓学会、日本医師会監修の「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」に準じ、基準を以下のとおり定める。(別表1)<sup>注7)</sup><sup>注8)</sup>

- 1) かかりつけ医から腎臓専門医・腎臓専門医療機関への紹介基準 (CKD ヒートマップの赤)
- 2) 高度蛋白尿<sup>注6)</sup> : 尿蛋白 2+以上
- 3) 尿蛋白と血尿がともに陽性 (1+) 以上
- 4) 血清クレアチニン 2mg/dl 以上 (eGFR 30ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満)

※かかりつけ医がいる場合、早朝尿で再検しても「赤色」相当なら腎臓専門医へ紹介。

※かかりつけ医がいない場合、健診結果から直接腎臓専門医への受診も可。

※75歳以上で、数年単位で安定している場合は、かかりつけ医での経過観察も可。

注7) 「糖尿病治療ガイド 2020-2021」においては、「合併症である腎症についても早期発見、進行の防止が重要である。定期的に (3~6 か月に 1 回) 尿中アルブミンの測定を行う必要がある。網膜症のない場合や、正常アルブミン尿であっても、eGFR 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の症例は、他の腎臓病との鑑別のために腎臓専門医へのコンサルタントを考慮する。遅くとも尿中アルブミン排泄量が 300 mg/g クレアチニンを超えたときには、腎臓の専門医を紹介し、以後定期的な受診をさせ、食事療法や服薬についてのアドバイスを受けることが望ましい。」とある。

注8) 腎疾患対策検討会「腎疾患対策検討会報告書」(平成30年7月)

## 5 プログラムの評価・見直し

本プログラムの実効性を高めるため、毎年度、プログラムの実践の評価を実施し、必要に応じてプログラムの見直しを行う。評価基準は、保険者努力支援制度の新たな評価指標を踏まえ、次のとおりとする。

### 〈単年度評価指標〉

- (1) 受診勧奨対象者の医療機関の受診率
- (2) 糖尿病性腎症が原因の新規透析導入患者数
- (3) 保健指導の実施人数及び保健指導後の各臨床指標（血糖値、HbA1c、血圧、eGFR）の数値

### 〈中長期的評価指標〉

- (1) 人工透析医療費の推移（国保被保険者一人当たり）

## 6 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方法を示すが、実施に当たっては、保健指導実施者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。圏域全体としての推進が効率的に進められるよう協議会等の体制整備が継続的な取組みに必要である。

なお、本プログラムに記載ない事項については、平成31年4月25日に改訂された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

### 附 則

このプログラムは、平成29年12月12日から施行する。

### 附 則

このプログラムは、平成31年2月19日から施行する。

### 附 則

このプログラムは、令和元年10月9日から施行する。

### 附 則

このプログラムは、令和2年4月1日から施行する。