

別海町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
及び
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

別海町

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.....	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方.....	2
3. 計画期間.....	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携.....	7
(1) 別海町国民健康保険の役割.....	7
(2) 関係機関との連携.....	8
(3) 被保険者の役割.....	8
5. 保険者努力支援制度.....	8
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化.....	10
1. 別海町国保被保険者の特性.....	10
2. 第2期計画に係る評価及び考察.....	11
(1) 第2期計画に係る評価.....	11
(2) 主な個別事業の評価と課題.....	21
(3) 第2期データヘルス計画に係る考察.....	32
3. 第3期における健康課題の明確化.....	32
(1) 基本的考え方.....	32
(2) 健康課題の明確化.....	33
(3) 目標の設定.....	38
第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）.....	40
1. 第4期特定健康診査等実施計画について.....	40
2. 目標値の設定.....	40
3. 対象者の見込み.....	40
4. 特定健康診査の実施.....	40
(1) 実施方法.....	40
(2) 特定健康診査委託基準.....	40
(3) 健診実施機関リスト.....	40
(4) 特定健康診査実施項目.....	41
(5) 実施時期.....	41
(6) 医療機関との適切な連携.....	41
(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール.....	42
5. 特定保健指導の実施.....	42
(1) 健診から保健指導実施の流れ.....	43
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法.....	44
(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.....	44
6. 個人情報の保護.....	45

(1) 基本的な考え方.....	45
(2) 特定健康診査・保健指導の記録の管理・保存期間について.....	45
7. 結果の報告.....	45
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	45
第4章 課題解決するための個別保健事業.....	46
1. 保健事業の方向性.....	46
2. ハイリスクアプローチ.....	47
(1) 高血圧.....	48
(2) 糖尿病.....	51
(3) 脂質異常.....	54
(4) メタボリックシンドローム.....	56
(5) 心房細動.....	59
(6) 共通項目.....	61
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施.....	62
(1) 基本的な考え方.....	62
(2) 事業の実施.....	62
4. 発症予防.....	63
5. ポピュレーションアプローチ.....	64
第5章 計画の評価・見直し.....	65
1. 評価の時期.....	65
2. 評価方法・体制.....	65
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い.....	66
1. 計画の公表・周知.....	66
2. 個人情報の取扱い.....	66
参考資料.....	67

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

また、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）^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画 改革行程表2022^{※4}」では、「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。」と示されたところです。

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、標準化の取組みや評価指標の設定が推進されており、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、国の指針に基づき、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

※1 日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（平成25年6月閣議決定）。

※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、国民健康保険に加入している被保険者（以下、「被保険者」という。）の健康保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査等の結果、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。

この計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画（すこやか北海道21）や北海道医療費適正化計画、健康べつかい21、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画、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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核となる特定健康診査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、第3期保健事業実施計画（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、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）^{※5}」（以下、「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高確法」という。）に基づく特定健康診査・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ため、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）

本町では以上の事項を踏まえ、国保データベース（KDB^{※6}）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、被保険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、中長期的な目標は脳血管疾患・心疾患死亡率の減少と糖尿病合併症の減少としている。（図表2参照）

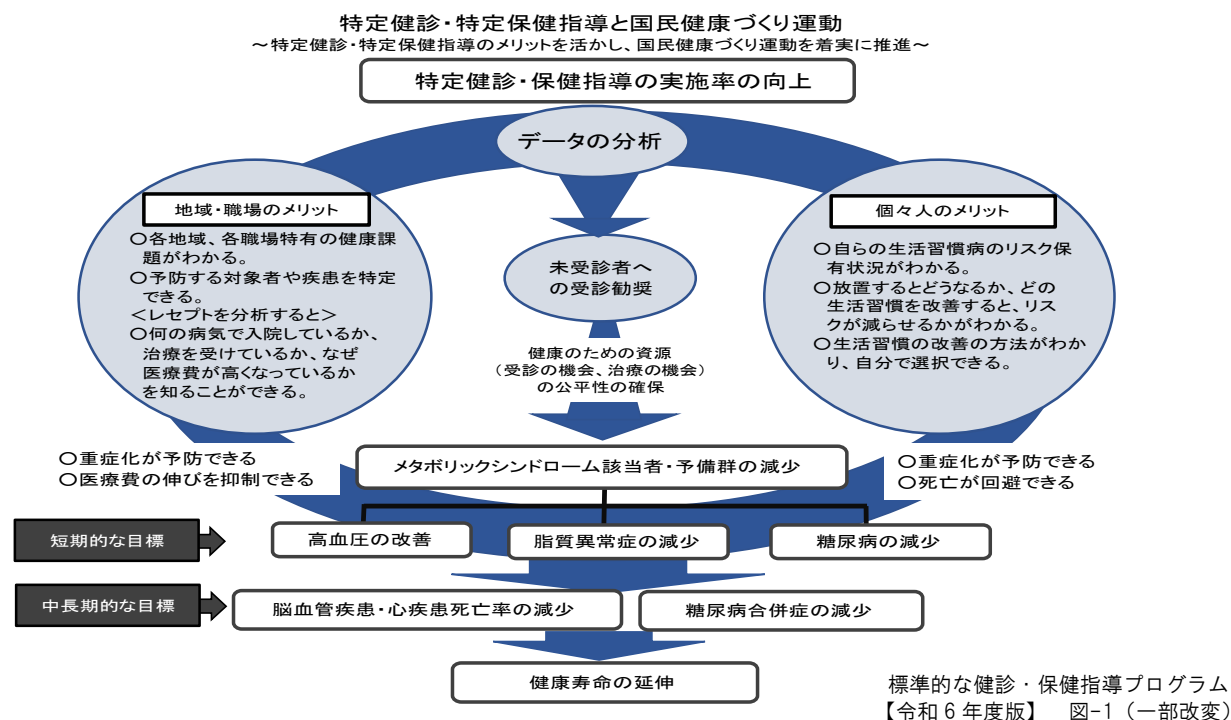
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

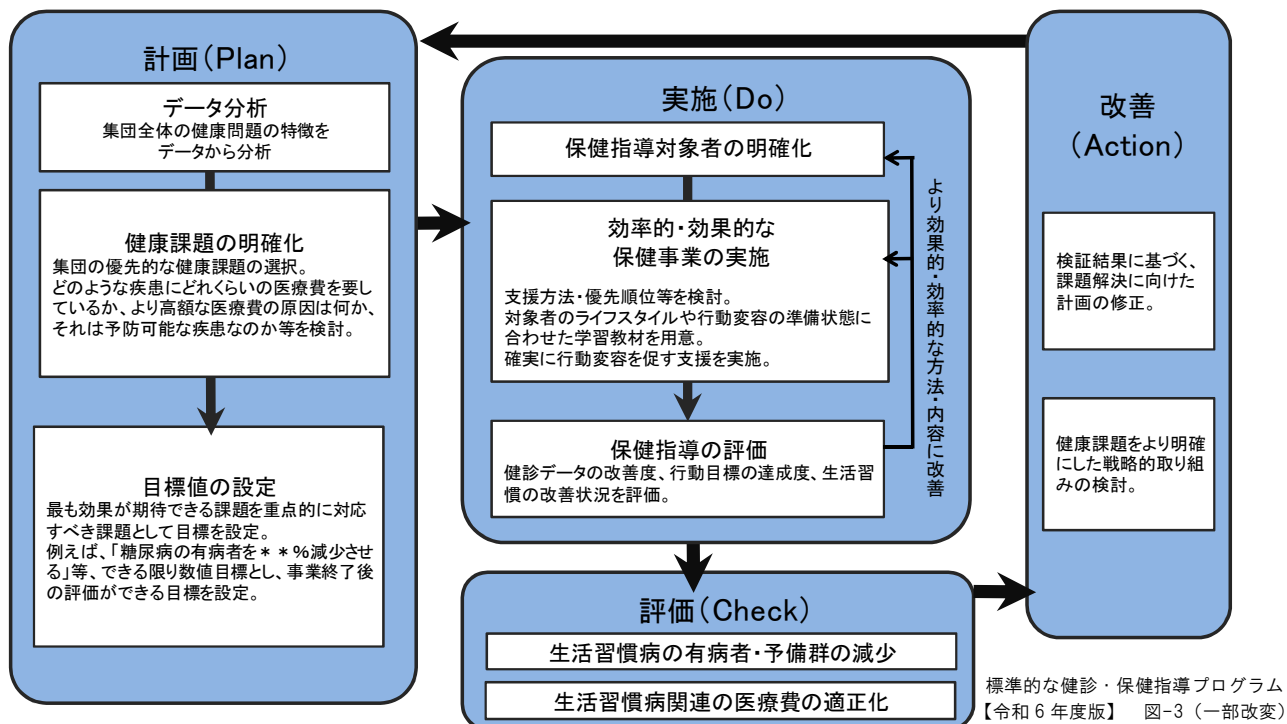
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 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3月改正 特定健康診査及び特定健康指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、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	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・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 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・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・事業費適正化)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



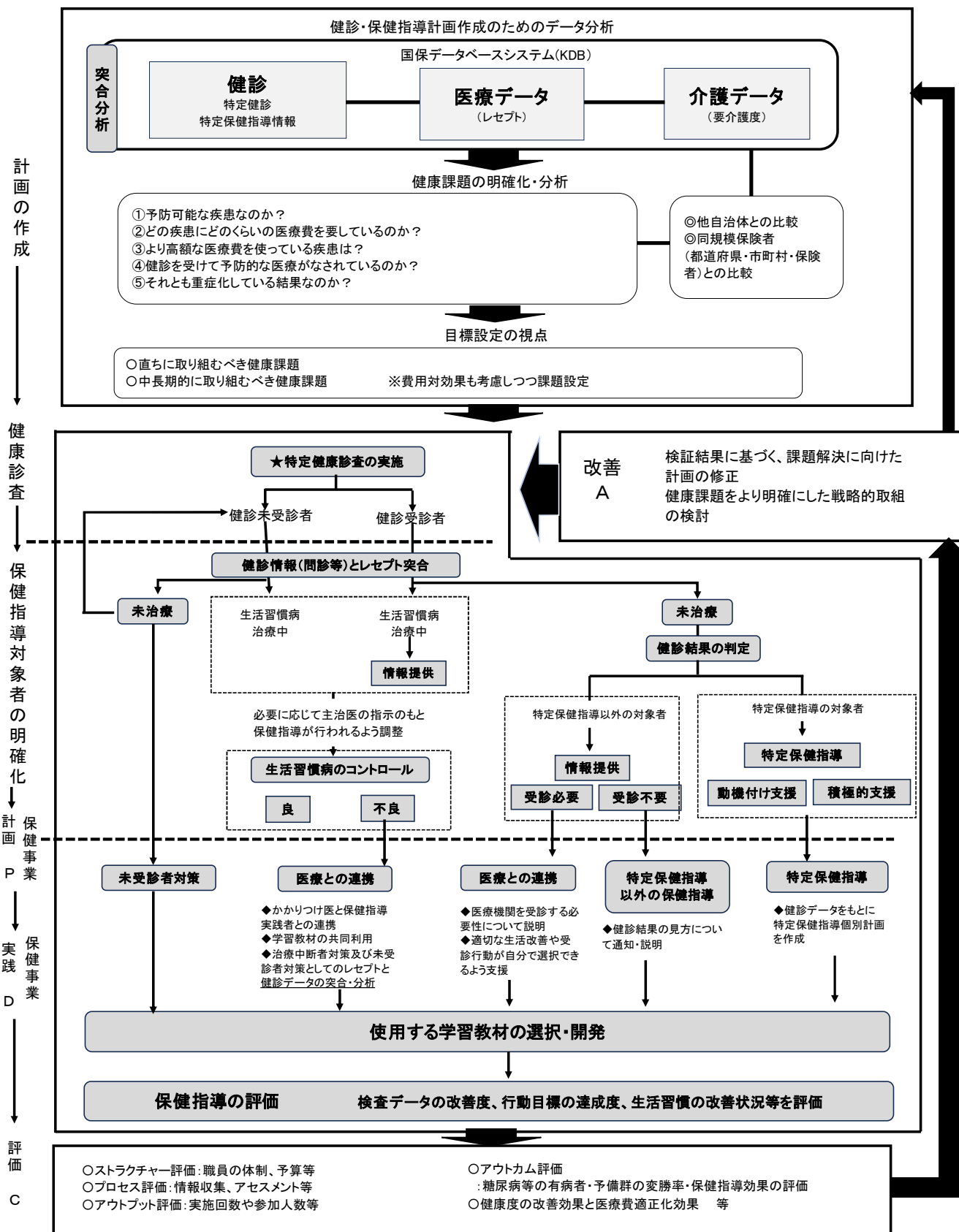
※プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としています。データ分析を行うことで解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

図表 3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



※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す。

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

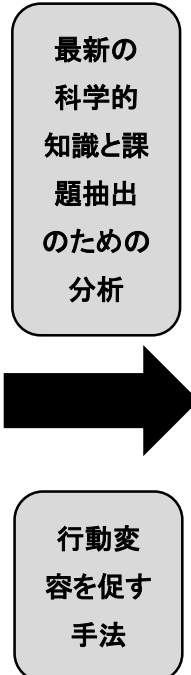


標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

※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（平成 30 年度版）における基本的な考え方
（一部改変）

		老人保健法	高齢者の医療を確保する法律
		かつての健診・保健指導	現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係		健診に付加した保健指導	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、理想的な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が選択し、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



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

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

第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）の期間は、国指針第 5 の 5 において「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険保健事業の実施計画（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 年間で計画期間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ます。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

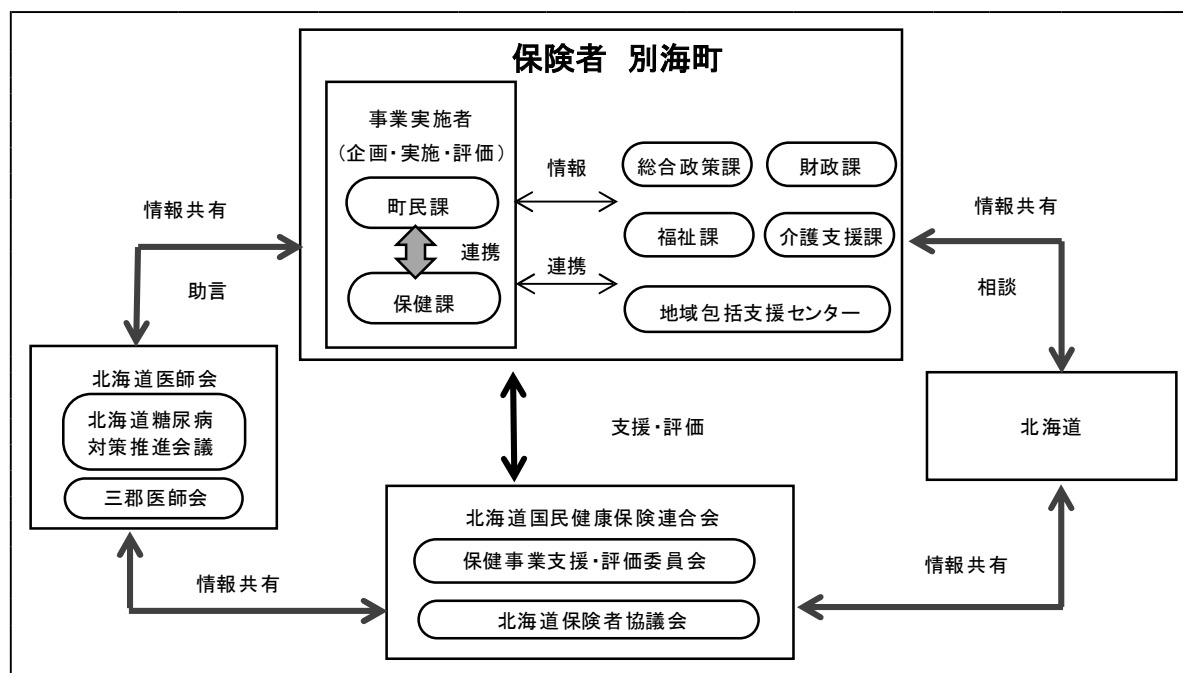
(1) 別海町国民健康保険の役割

本計画は、被保険者の健康保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また、計画に基づく効果的・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行い、必要に応じ計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健衛生部局（保健課）、高齢者医療部局（町民課）、介護保険部局（介護支援課・地域包括支援センター）、企画部局（総合政策課）、生活保護部局（福祉課）等とも十分に連携を図ることとします。（図表 6）

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・チームの業務をマニュアル化等することにより、担当者が異動する際の経過等を含めて確実に引継ぎを行う体制などを整えます。（図表 7）

図表 6 本町の実施体制図



図表 7 保健事業の体制と分担

事…事務 保…保健師 栄…管理栄養士 心…臨床心理士 歯…歯科衛生士 ◎…主担当 ○…副担当

所属	国保				成人			母子				健康管理	
	事 (主幹)	事 (2名)	保	保	保 (主幹)	保 (3名)	栄	保 (主査)	保	栄	心 (主査)	事 (主幹)	歯 (2名)
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													◎

(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あたっては、共同保険者である北海道のほか、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関等の社会資源等と連携・協力を行います。

また、北海道とは財政運営の責任主体として、保険者機能の強化のため関与が重要となることから、現状分析のため北海道が保有する健康医療等に関するデータの提供や会議体への出席を求めるなど連携に努めます。別海町国民健康保険（以下、「別海町国保」という。）は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、被用者保険の保険者との間で健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、連携して保健事業の展開に努めます。

(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保持増進であることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的・積極的に取り組むことが重要です。

そのため、計画策定にあたっては、被保険者の代表として別海町国保運営協議会の委員から意見聴取、交換等を行います。

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組み等に対する支援のため、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年度から本

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、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交付（事業費分・事業費連動分）や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があります。

この制度は被保険者の保険料負担の軽減及び国民健康保険財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も積極的かつ効果的・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		
			別海町	配点	別海町	配点	別海町	配点	
交付額(万円)			12,919		14,785		11,819		
全国順位(1,741市町村中)			968位		287位		717位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	60	70	25	70	40	70	
		(2)特定保健指導実施率		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			
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	30	40	30	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30			
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	85	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	20	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	40	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	80	100	85	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	15	30	20	40	20	40	
⑤		第三者求償の取組	31	40	38	50	43	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	81	100	79	100	
合計点			539	1,000	669	960	577	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 別海町国保被保険者の特性

本町の人口は令和4年度において約1万4千人であり、高齢化率は28.9%となっています。同規模保険者平均※7（以下、「同規模」という。）、北海道（以下、「道」という。）と比較した場合、高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢は46.5歳と同規模、道、国と比較して若い町である状況です。

産業で第1次産業従事者が40.0%と同規模、道、国と比較して高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが乱れやすい可能性が高いことが懸念されるため、若い年代の健康課題を明確に表すことが重要となります。（図表9）

別海町国保加入率は令和4年度末で38.8%となっており、加入率及び被保険者数は年々減少傾向を示しています。年齢構成については、39歳以下の割合が減少し、65～74歳の割合が増加しています。（図表10）

また、本町は1つの病院と2つの診療所が設置されており、いずれも同規模と比較して施設数、病床数ともに少なく外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して少ない傾向となっています。（図表11）

図表9 同規模・道・国と比較した別海町の特性

	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
別海町	13,837	28.9	5,369 (38.8)	46.5	7.6	11.1	0.3	40.0	13.3	46.7
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
道	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 別海町国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,281		6,018		5,815		5,625		5,369	
65～74歳	1,680	26.7	1,677	27.9	1,693	29.1	1,668	29.7	1,606	29.9
40～64歳	2,249	35.8	2,106	35.0	2,032	34.9	1,971	35.0	1,888	35.2
39歳以下	2,352	37.4	2,235	37.1	2,090	35.9	1,986	35.3	1,875	34.9
加入率	41.2		39.4		38.1		36.9		38.8	

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

※7 同規模保険者平均：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、別海町と同規模保険者（152市町村）の平均値を表す。

図表 11 医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	道
											割合	割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0.3	0.5
診療所数	6	1.0	6	1.0	6	1.0	6	1.1	6	1.1	2.7	3.1
病床数	84	13.4	84	14.0	84	14.4	84	14.9	84	15.6	40.8	85.6
医師数	11	1.8	11	1.8	10	1.7	10	1.8	10	1.9	5.0	12.8
外来患者数	426.4		425.8		382.0		393.2		408.1		708.1	654.8
入院患者数	18.2		17.7		15.9		16.8		16.0		22.2	21.5

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

(1) 第2期計画に係る評価

第2期計画では、目標の設定を以下の2つに分類した整理を行っており、1つ目の中長期的な目標では、計画最終年度までの目標として脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病・筋骨格疾患による医療費の増加抑制について設定し、2つ目の短期的な目標では、中長期的な目標を達成するために必要な目標として、年度ごとの高血圧・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム減少等についてそれぞれ設定しました。

ア 中長期的な目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病・筋骨格疾患）の達成状況

(ア) 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で10人（認定率0.22%）、1号（65歳以上）被保険者で712人（認定率17.8%）と同規模・道・国と比較して認定率は低く、平成30年度と比較した場合も横ばいで推移しています。（図表12）

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するに伴い、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約9億円から約10億円に伸びている状況となっています。（図表13）

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1号被保険者でも第2号被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであることを示しています。（図表14）

図表 12 要介護認定者（率）の状況

	別海町				同規模	道	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,746人	24.5%	3,992人	28.9%	36.9%	32.2%	28.7%
2号認定者	19人	0.36%	10人	0.22%	0.38%	0.42%	0.38%
新規認定者	4人		3人		--	--	--
1号認定者	673人	18.0%	712人	17.8%	18.6%	20.9%	19.4%
新規認定者	76人		79人		--	--	--
再掲	65～74歳	63人	3.3%	62人	2.9%	--	--
新規認定者	15人		8人		--	--	--
75歳以上	610人	33.4%	650人	34.7%	--	--	--
新規認定者	61人		71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

	別海町		同規模	道	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	9億6913万円	10億3688万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	258,711	259,739	303,361	269,507	290,668
1件あたり給付費(円)全体	64,596	66,977	72,528	60,965	59,662
居宅サービス	39,311	41,804	44,391	42,034	41,272
施設サービス	268,945	269,176	291,231	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（令和 4 年度）

受給者区分		2号		1号				合計							
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計							
介護件数(全体)		10		62		650		712		722					
再)国保・後期		5		43		612		655		660					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		循環器疾患	1	脳卒中	2	40.0%	脳卒中	18	41.9%	脳卒中	265	43.3%	脳卒中	283	43.2%
			2	虚血性心疾患	1	20.0%	虚血性心疾患	16	37.2%	虚血性心疾患	261	42.6%	虚血性心疾患	277	42.3%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	5	11.6%	腎不全	112	18.3%	腎不全	117	17.9%
		4	糖尿病合併症	1	20.0%	糖尿病合併症	4	9.3%	糖尿病合併症	61	10.0%	糖尿病合併症	65	9.9%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		5	100.0%	基礎疾患	41	95.3%	基礎疾患	590	96.4%	基礎疾患	631	96.3%	
		血管疾患合計		5	100.0%	合計	41	95.3%	合計	595	97.2%	合計	636	97.1%	
		認知症		1	20.0%	認知症	9	20.9%	認知症	281	45.9%	認知症	290	44.3%	
		筋・骨格疾患		5	100.0%	筋骨格系	41	95.3%	筋骨格系	593	96.9%	筋骨格系	634	96.8%	
		合計		10		62		650		712		722			

出典：ヘルスサポートラボツール

(イ) 医療費の状況

本町の一人あたり医療費は、同規模、道、国と比較して低い結果となっていますが、平成 30 年度と比較した場合では約 3 万円伸びている状況となっています。また、入院医療費は全体の診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）のわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 42%を占めており、1 件あたりの入院医療費についても平成 30 年度と比較した場合、約 6 万円伸びている結果となっています。（図表 15）

地域差指数で見ると、後期高齢者医療の入院を除くほぼ全ての項目で全国平均の 1 を下回っており、令和 2 年度に関しては新型コロナウイルス感染症の流行に伴う受診控えが起こった可能性が考えられます。（図表 16）

これらの状況から、一人あたり医療費は入院が主要因であるため、入院医療費を抑制するためには予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要となることから、引き続き重症化予防に取り組む必要があります。

図表 15 医療費の推移

		別海町		同規模	道	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		6,281人	5,369人	--	--	--
前期高齢者割合		1,680人 (26.7%)	1,606人 (29.9%)	--	--	--
総医療費		14億4932万円	13億8660万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		230,747 県内177位 同規模120位	258,261 県内177位 同規模152位	378,542	376,962	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	508,740	564,670	592,330	628,200	617,950
	費用の割合	48.8	42.8	43.0	43.7	39.6
	件数の割合	4.1	3.8	3.0	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	22,840	29,580	24,690	26,530	24,220
	費用の割合	51.2	57.2	57.0	56.3	60.4
	件数の割合	95.9	96.2	97.0	96.8	97.5
受診率		444.647	424.152	730.302	676.241	705.439

※同規模順位は別海町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

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		
		別海町 (県内市町村中)		道 (47県中)	別海町 (県内市町村中)		道 (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	0.865	0.838	1.064	0.840	0.897	1.118
		(168位)	(167位)	(16位)	(163位)	(138位)	(9位)
	入院	1.009	0.949	1.162	0.941	1.094	1.252
		(138位)	(145位)	(17位)	(137位)	(80位)	(8位)
	外来	0.737	0.731	0.997	0.728	0.684	0.985
		(175位)	(171位)	(26位)	(173位)	(175位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

(ウ) 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病の医療費合計について、総医療費に占める割合は平成30年度と比較した場合、減少傾向を示していますが、脳血管疾患については平成30年度より0.4ポイント伸びており、同規模、道、国と比較して高い推移を表しています。(図表17)

次に、患者数の視点における中長期目標疾患の治療状況については、平成30年度と比較した場合、脳血管疾患の患者数及び割合は減少していますが、虚血性心疾患は患者数が減少し、割合は0.3ポイント増加している状況となっています。(図表18)

虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、慢性期総医療費もかかる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要である

とを考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			別海町		同規模	道	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			14億4932万円	13億8660万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8997万円	8036万円	--	--	--
			6.21%	5.80%	8.01%	6.48%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.27%	2.74%	2.07%	2.18%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.80%	1.65%	1.38%	1.72%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.82%	1.20%	4.23%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.20%	0.33%	0.28%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.77%	17.67%	17.23%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		14.01%	9.96%	8.66%	9.41%	8.68%
	精神疾患		4.17%	5.41%	8.13%	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

※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）

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0～74歳	A	6,281	5,369	a	408	318	312	287	10	13
				a/A	6.5%	5.9%	5.0%	5.3%	0.2%	0.2%
40歳以上	B	3,929	3,494	b	406	314	306	283	9	13
				B/A	62.6%	65.1%	b/B	10.3%	9.0%	7.8%
再 掲	40～64歳	2,249	1,888	c	123	92	97	76	4	8
				C/A	35.8%	35.2%	c/C	5.5%	4.9%	4.3%
	65～74歳	1,680	1,606	d	283	222	209	207	5	5
				D/A	26.7%	29.9%	d/D	16.8%	13.8%	12.4%

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)

イ 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

（ア）短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標の高血圧・脂質異常症・糖尿病の治療状況を見ると、高血圧・脂質異常症の治療者の割合は増えている一方で、糖尿病の治療者の割合は減少しています。また、合併症である脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は横ばいで推移していますが、人工透析の割合は増加している状況です。

年代別では、中長期目標疾患の合併症は65～74歳において改善しているのに対し、40～64歳では悪化していることから、早期の年代から介入が重要であることを示しています。糖尿病合併症は糖尿病が悪化した後の疾病であり、どちらの年代も悪化している状況から、早期の年代から重症化しないことが必要となります。（図表19～21）

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,420	1,342	497	408	923	934
		A/被保数	36.1%	38.4%	22.1%	21.6%	54.9%	58.2%
中長期 合併 目標 疾患	脳血管疾患	B	151	141	41	40	110	101
		B/A	10.6%	10.5%	8.2%	9.8%	11.9%	10.8%
	虚血性心疾患	C	221	210	64	51	157	159
		C/A	15.6%	15.6%	12.9%	12.5%	17.0%	17.0%
	人工透析	D	9	12	4	8	5	4
		D/A	0.6%	0.9%	0.8%	2.0%	0.5%	0.4%

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,002	1,031	355	331	647	700
		A/被保数	25.5%	29.5%	15.8%	17.5%	38.5%	43.6%
中長期 合併 目標 疾患	脳血管疾患	B	109	108	24	30	85	78
		B/A	10.9%	10.5%	6.8%	9.1%	13.1%	11.1%
	虚血性心疾患	C	182	169	55	42	127	127
		C/A	18.2%	16.4%	15.5%	12.7%	19.6%	18.1%
	人工透析	D	4	8	2	6	2	2
		D/A	0.4%	0.8%	0.6%	1.8%	0.3%	0.3%

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

図表 21 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	966	816	354	258	612	558
		A/被保数	24.6%	23.4%	15.7%	13.7%	36.4%	34.7%
中長期合併症 目標疾患	脳血管疾患	B	102	85	23	22	79	63
		B/A	10.6%	10.4%	6.5%	8.5%	12.9%	11.3%
	虚血性心疾患	C	170	145	48	36	122	109
		C/A	17.6%	17.8%	13.6%	14.0%	19.9%	19.5%
	人工透析	D	5	8	2	4	3	4
		D/A	0.5%	1.0%	0.6%	1.6%	0.5%	0.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	39	40	14	15	25	25
		E/A	4.0%	4.9%	4.0%	5.8%	4.1%	4.5%
	糖尿病性網膜症	F	68	69	22	20	46	49
		F/A	7.0%	8.5%	6.2%	7.8%	7.5%	8.8%
	糖尿病性神経障害	G	20	25	9	6	11	19
		G/A	2.1%	3.1%	2.5%	2.3%	1.8%	3.4%

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

(イ) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧^{※8}以上・HbA1c^{※9}7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較した結果、Ⅱ度高血圧以上の有所見者の割合は減少しましたが、HbA1c7.0%以上の有所見者の割合は増加しており、どちらの疾病においても未治療の割合が増加しています。未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧42.3%、糖尿病10.8%、治療中断している方は高血圧7.7%、糖尿病7.7%となっており、その割合は他の市町村と比較しても高い状況となっています。(図表22)

これらの状況から、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減少傾向を示しているものの、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり受診率は低迷し、また、生活習慣病に関しては自覚症状がほとんどないまま進行することなどから、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療の方に対し受診勧奨を徹底するとともに、重症化を予防することが重要であると考えます。

※8 血圧：正常血圧(収縮期血圧120mmHg未満かつ拡張期血圧80mmHg未満)

正常高値血圧(収縮期血圧120～129mmHgかつ拡張期血圧80mmHg未満)

高値血圧(収縮期血圧130～139mmHgかつ/または拡張期血圧80～89mmHg)

I度高血圧(収縮期血圧140～159mmHgかつ/または拡張期血圧90～99mmHg未満)

Ⅱ度高血圧(収縮期血圧160～179mmHgかつ/または拡張期血圧100～109mmHg未満)

Ⅲ度高血圧(収縮期血圧180mmHg以上かつ/または拡張期血圧110mmHg以上)

※9 HbA1c：採血時から過去1、2か月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標となる値。

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度高血圧以上											
					II度高血圧以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
別海町	1,394	35.4	1,242	34.5	76	5.5	44	57.9	52	4.2	35	67.3	22	42.3	4	7.7
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 HbA1c%7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		治療中断	
	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
別海町	1,392	99.9	1,243	100	58	4.2	16	27.6	65	5.2	19	29.2	7	10.8	5	7.7
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

※未治療…12か月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない方

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

(ウ) 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が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判明しています。

本町の特定健康診査結果の平成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微増しており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加している状況です。また、メタボリックシンドローム予備群についても増加しています。(図表23)

重症化予防の観点から、HbA1c 6.5%以上、II度高血圧以上、LDL コレステロール 160mg/dl以上の有所見割合を見ると、HbA1c 6.5%以上は微増、II度高血圧以上とLDL コレステロール 160mg/dl 以上は減少しています。翌年度健診結果の改善率を見ると、平成30年度より令和3年度はHbA1c 6.5%以上とII度高血圧以上の改善率が下がっています。令和3年度の翌年度健診未受診者はいずれも2割程度存在しており、結果が把握できていない状況です。(図表24~26)

重症化予防対象者に関しては、さらに悪化することが考えられるため、改善につながる保健指導を実施するとともに、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	3項目		2項目		予備群
H30年度	1,394 (35.4%)	235 (16.8%)	60 (4.3%)	175 (12.5%)	191 (13.7%)		
R04年度	1,241 (35.7%)	215 (17.3%)	66 (5.3%)	149 (12.0%)	184 (14.8%)		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c 6.5%以上の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	105 (7.6%)	43 (41.0%)	29 (27.6%)	11 (10.5%)	22 (21.0%)
R03→R04	122 (9.8%)	44 (36.1%)	42 (34.4%)	7 (5.7%)	29 (23.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上の前年度からの変化（継続受診者）

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	76 (5.5%)	46 (60.5%)	13 (17.1%)	4 (5.3%)	13 (17.1%)
R03→R04	52 (4.2%)	25 (48.1%)	10 (19.2%)	4 (7.7%)	13 (25.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160mg/dl 以上の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	227 (16.4%)	88 (38.8%)	73 (32.2%)	24 (10.6%)	42 (18.5%)
R03→R04	170 (13.7%)	80 (47.1%)	41 (24.1%)	16 (9.4%)	33 (19.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

(エ) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

本町の特定健康診査受診率は、令和元年度には37.2%となり、年々増加傾向を示していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、令和2年度以降は受診率が低迷し、第3期特定健康診査等実施計画の目標は未達成となった状況です。(図表 27)

また、これまで早期から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きましたが、特定健康診査の年代別の受診率では40～50代は特に低い受診率となっています。（図表28）

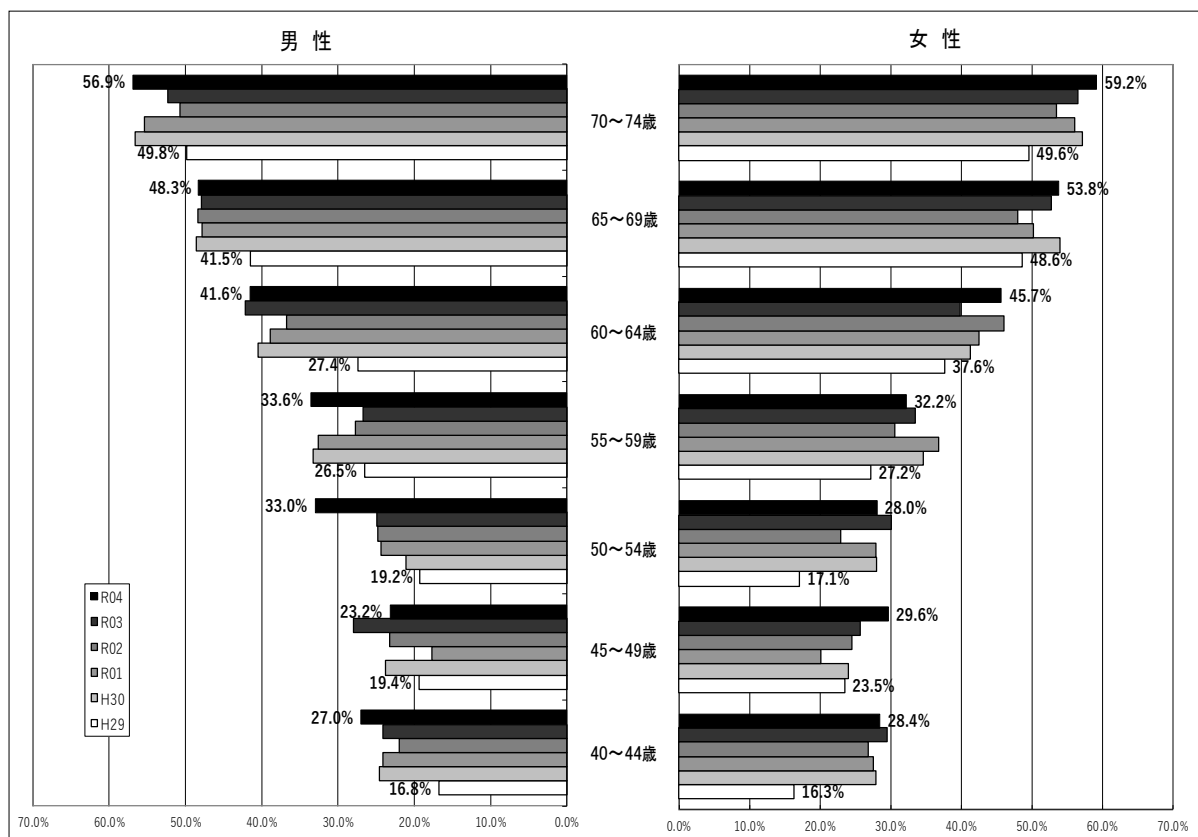
特定保健指導実施率も令和元年度には57.1%となり目標値に近い水準まで増加しましたが、令和2年度以降減少傾向を示し、令和4年度に52.2%まで上向いた状況です。生活習慣病は自覚症状がないことから、健診の機会を提供しつつ、受診者の状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるよう働きかけます。

図表 27 特定健康診査・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,325	1,310	999	1,192	1,184	健診受診率 60%
	受診率	36.3%	37.2%	28.8%	35.0%	36.9%	
特定保健指導	該当者数	186	184	151	172	182	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.0%	14.0%	15.1%	14.4%	15.4%	
	実施者数	73	105	70	41	95	
	実施率	39.2%	57.1%	46.4%	23.8%	52.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健康診査受診率の推移



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

ア 重症化予防の取り組み

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防

重症化しやすいHbA1c6.5%以上の割合は、令和元年度に減少したものの令和4年度にかけて上昇しましたが、HbA1c7.0%以上の割合は令和4年度に減少している状況です。(図表29)

高血糖の治療状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、HbA1c8.0%以上の割合は減少し、特に治療中の割合が減少している状況です。(図表30)

本町では特定健康診査の結果、高血糖の方に対し結果説明会を開催しており、コロナ禍により結果説明会を中止した令和3年度を除き、約6割の方に対し保健指導できていました。図表31に示すとおり結果説明会を欠席している糖①、糖②の方については、保健指導の勧奨を進める必要があります。(図表31)

糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合は、HbA1c6.5%以上の未治療者が服薬開始・再開になる割合が平成30年度は25.0%でしたが、令和4年度では18.2%まで減少し、未受診者が平成30年度の13.9%から令和4年度では27.3%に上昇しています。その内訳を見ると、40～64歳の未受診者が多い結果となっているため、このまま放置して重症化しないよう、更なる受診勧奨治療が必要であるため、受診につながるよう支援し続けていきます。(図表32)

重症化予防としてハイリスクの対象者(HbA1c7.0%以上)が継続して健診を受けることが重要ですが、令和4年度では健診未受診者が17人となっていました。重症化予防対象者が健診を受け続けられるよう、健診未受診者へのアプローチを行う必要があります。さらに、対象者に肥満がある場合はインスリン抵抗性^{※10}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携し、行政も保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行います。(図表33)

人工透析の状況は、人工透析患者数のうち糖尿病を合併している割合について、平成30年度と令和4年度で比較した場合、別海町国保被保険者(以下、「国保」という。)も別海町後期高齢者医療保険加入者(以下、「後期」という。)もそれぞれ増加している状況です。令和4年度の新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症による割合は、国保では66.7%、後期では100.0%であり、このうち国保の令和4年度人工透析患者の健診受診歴は、全員健診未受診であり、また、過去一度も受けていない方が大半であることが判明し、健診受診率向上の重要性を表しています。(図表34)

※10 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のこと。

図表 29 重症化しやすいHbA1c6.5%以上の人数

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上				
					再)7.0以上	再掲			
						未治療	治療		
H30	1,389	603 43.4%	495 35.6%	186 13.4%	105 7.6%	35 33.3%	70 66.7%	4.1%	7.6%
R01	1,387	760 54.8%	389 28.0%	151 10.9%	87 6.3%	25 28.7%	62 71.3%	3.6%	6.3%
R02	1,042	457 43.9%	356 34.2%	150 14.4%	79 7.6%	24 30.4%	55 69.6%	4.5%	7.6%
R03	1,243	476 38.3%	444 35.7%	201 16.2%	122 9.8%	49 40.2%	73 59.8%	5.2%	9.8%
R04	1,236	565 45.7%	396 32.0%	175 14.2%	100 8.1%	35 35.0%	65 65.0%	3.4%	8.1%

出典：ヘルスサポートラボツール(評価ツール)

図表 30 高血糖の医療のかかり方 平成30年度と令和4年度の比較

	HbA1c測定 (%)	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値							
				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		最低限度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			
H30	1,389	603	43.4%	495	35.6%	186	13.4%	48	3.5%	39	2.8%	18	1.3%		
R04	1,236	565	45.7%	396	32.0%	175	14.2%	58	4.7%	32	2.6%	10	0.8%		
治療中	H30	111	8.0%	2	1.8%	14	12.6%	25	22.5%	28	25.2%	14	12.6%		
R04	105	8.5%	5	4.8%	7	6.7%	28	26.7%	32	30.5%	25	23.8%	8	7.6%	
未治療	H30	1,278	92.0%	601	47.0%	481	37.6%	161	12.6%	20	1.6%	11	0.9%	4	0.3%
R04	1,131	91.5%	560	49.5%	389	34.4%	147	13.0%	26	2.3%	7	0.6%	2	0.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール(評価ツール)

図表 31 糖尿病の保健指導を実施した割合

	糖保健指導 合計			糖①			糖②			糖③			糖④★		
	対象者	結果説明会出席者	割合	対象者	割合	結果説明会出席者	対象者	割合	結果説明会出席者	対象者	割合	結果説明会出席者	対象者	割合	結果説明会出席者
H30	145	86	59.3%	9	6.2%	3	10	6.9%	7	62	42.8%	32	64	44.1%	44
R01	121	76	62.8%	8	6.6%	3	8	6.6%	4	56	46.3%	34	49	40.5%	35
R02	136	81	59.6%	6	4.4%	0	7	5.1%	5	44	32.4%	27	79	58.1%	49
R03	225	67	29.8%	4	1.8%	0	11	4.9%	0	77	34.2%	22	133	59.1%	45
R04	118	71	60.2%	3	2.5%	3	9	7.6%	6	63	53.4%	41	43	36.4%	21

出典：別海町福祉部保健課

※糖① HbA1c9.4%以上

糖② HbA1c8.0~9.3%

糖③ HbA1c6.5~7.9%の未治療者及び7.0~7.9%で70歳未満の治療者、6.5%未満で空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上の未治療者

糖④★ HbA1c6.0~6.4%の未治療者で前回の健診から0.3%以上悪化、6.0~6.4%の65歳未満の未治療者で初めて6.0~6.4%に該当、5.6~5.9%の65歳未満の未治療者で前回の受診から0.3%以上悪化

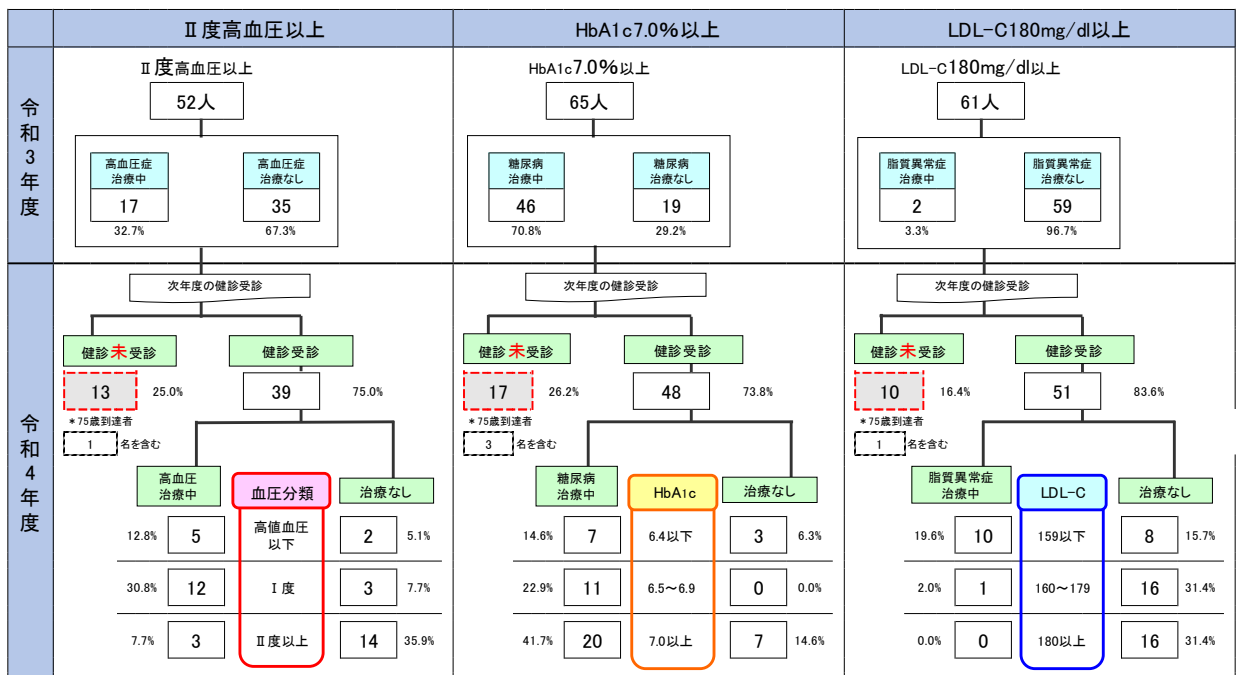
図表 32 糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合（HbA1c6.5%以上の未治療者）

	対象	健診受診後の医療機関受診状況											
		服薬開始・再開		服薬中 (健診受診時、問診間違い)		受診したが処方なし		他の生活習慣病で治療中・受診したが検査未実施		未受診		不明 (社保・生保等)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	36	9	25.0%	1	2.8%	11	30.6%	9	25.0%	5	13.9%	1	2.8%
R01	27	8	29.6%	0	0.0%	5	18.5%	6	22.2%	8	29.6%	0	0.0%
R02	26	6	23.1%	0	0.0%	4	15.4%	7	26.9%	9	34.6%	0	0.0%
R03	50	11	22.0%	2	4.0%	13	26.0%	8	16.0%	15	30.0%	1	2.0%
R04	33	6	18.2%	1	3.0%	10	30.3%	7	21.2%	9	27.3%	0	0.0%

HbA1c (%)	年齢	対象	R04 健診受診後の医療機関受診状況											
			服薬開始・再開		服薬中 (健診受診時、問診間違い)		受診したが処方なし		他の生活習慣病で治療中・受診したが検査未実施		未受診		不明 (社保・生保等)	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
6.5～6.9	40～64歳	10	3	50.0%	1	100.0%	1	10.0%	1	14.3%	4	44.4%	0	0.0%
	65～69歳	4	0	0.0%	0	0.0%	3	30.0%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%
	70～74歳	10	0	0.0%	0	0.0%	5	50.0%	3	42.9%	2	22.2%	0	0.0%
7.0～7.9	40～64歳	3	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	2	22.2%	0	0.0%
	65～69歳	2	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
	70～74歳	2	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
8.0以上	40～64歳	1	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65～69歳	1	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	70～74歳	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典：別海町福祉部保健課

図表 33 重症化予防対象者の評価



出典：ヘルスサポートラボツール(経年比較ツール)

図表 34 人工透析の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保	人工透析患者数	7		7		8		9		10	
	糖尿病合併	2	28.6%	2	28.6%	5	62.5%	4	44.4%	5	50.0%
	新規透析導入患者数	(データ欠損)				3	37.5%	2	22.2%	3	30.0%
	糖尿病性腎症による 新規透析導入患者数					3	100.0%	0	0.0%	2	66.7%
後期	人工透析患者数	12		10		12		8		8	
	糖尿病合併	10	83.3%	7	70.0%	8	66.7%	6	75.0%	7	87.5%
	新規透析導入患者数	(データ欠損)				1	8.3%	0	0.0%	2	25.0%
	糖尿病性腎症による 新規透析導入患者数					1	100.0%	0	0.0%	2	100.0%

※後期新規透析導入患者数については、前年度国保で人工透析患者だった方を除いて計上
 ※糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

出典：厚生労働省様式3-7（5月診療分）

(イ) 虚血性心疾患重症化予防

本町では特定健康診査で心電図検査を健診受診者全員に実施しており、データ受領^{※11}を除いた約99%の実施率となっており、要医療は増加、要精査は減少傾向となっています。（図表35）

ST変化は心筋虚血を推測する所見であり、ST異常・心筋虚血所見者の状況を見ると、令和4年度は要精査・要医療と判定を受けた方のうち72.7%が医療機関を受診しています。（図表36）

虚血性心疾患の治療により1か月80万円以上となった方7人のうち4人が直近5年間で健診不定期受診または未受診となっており、受診状況や治療状況が把握できていない状況となっています。（図表37）

虚血性心疾患の発症を予防するためには、生活習慣病治療継続やメタボリックシンドロームの改善が重要であることから、ST異常・心筋虚血所見で要精査・要医療の判定の方に対して受診勧奨を行い、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行うことが重要となります。

※11 データ受領：医療機関や人間ドック等において、特定健康診査に相当する検査を受け、その結果を証明する書面またはデータの提出をもって特定健康診査を受診したものとみなすこと。

図表 35 特定健康診査心電図検査の結果 有所見者（要医療・要精査）の状況

		H30			R1			R02			R03			R04		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	1,325	618	707	1,310	610	700	999	473	526	1,192	558	634	1,184	566	618
心電図受診者(人)	b	1,321	616	705	1,300	605	695	990	469	521	1,183	555	628	1,169	559	610
心電図実施率	b/a	99.7%	99.7%	99.7%	99.2%	99.2%	99.3%	99.1%	99.2%	99.0%	99.2%	99.5%	99.1%	98.7%	98.8%	98.7%
要医療者(人)	c	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0	8	3	5
要精査者(人)	d	46	24	22	27	16	11	14	10	4	16	9	7	22	13	9
有所見率	(c+d)/b	3.5%	3.9%	3.1%	2.1%	2.6%	1.6%	1.5%	2.3%	0.8%	1.6%	2.2%	1.1%	2.6%	2.9%	2.3%

出典：別海町福祉部保健課

図表 36 心電図受診者のうちST異常・心筋虚血所見者の状況

		H30		R01		R02		R03		R04	
心電図実施者		1,321		1,300		990		1,183		1,169	
ST異常・心筋虚血所見		89	6.7%	77	5.9%	19	1.9%	22	1.9%	37	3.2%
	要医療・要精査	34	38.2%	13	16.9%	7	36.8%	6	27.3%	11	29.7%
	医療機関受診あり	22	64.7%	9	69.2%	5	71.4%	6	100.0%	8	72.7%
	医療機関受診なし	12	35.3%	4	30.8%	2	28.6%	0	0.0%	3	27.3%
	それ以外の判定	55	61.8%	64	83.1%	12	63.2%	16	72.7%	26	70.3%

出典：別海町福祉部保健課

図表 37 高額レセプト（80万/月）以上の虚血性心疾患治療者（令和4年度）

No.	歳代	医療		健診					
		診断名	受診区分	最終受診	直近5年間受診歴	メタボリック クシンド ローム	血圧	血糖	脂質
1	70	労作性狭心症	予定	2023	継続		正常血圧 治	治	治
2	70	急性下壁心筋梗塞、労作性狭心症	緊急	2023	継続		高値血圧	治	
3	70	無症候性心筋虚血	予定	2023	継続		Ⅲ度 治		治
4	70	狭心症の憎悪、心不全	緊急	2021	不定期	●	I度 治		治
5	60	急性前壁梗塞、非弁膜症性心房細動	緊急	2023	不定期	●	Ⅱ度 治		
6	70	急性前壁梗塞、急性心不全	緊急	2011	未受診	●	I度		
7	50	急性前壁梗塞、再発性心筋梗塞	緊急	未受診			不明		

※医療は令和4年6月から令和5年5月、健診は最終健診受診時の結果を表示

出典：KDBシステム_様式1-1 虚血性心疾患該当で80万円/月

※治は治療中を指す

(ウ) 脳血管疾患重症化予防

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の割合は、平成30年度から令和2年度にかけて減少したものの令和4年度から再度上昇していますが、このうちⅢ度高血圧の割合については令和4年度に減少しています。（図表38）

高血圧の治療状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、Ⅱ度高血圧以上の割合が減少しており、特に治療中の割合は減少していますが、Ⅱ度高血圧の未治療者は4.0%と増加し

ています。(図表 39)

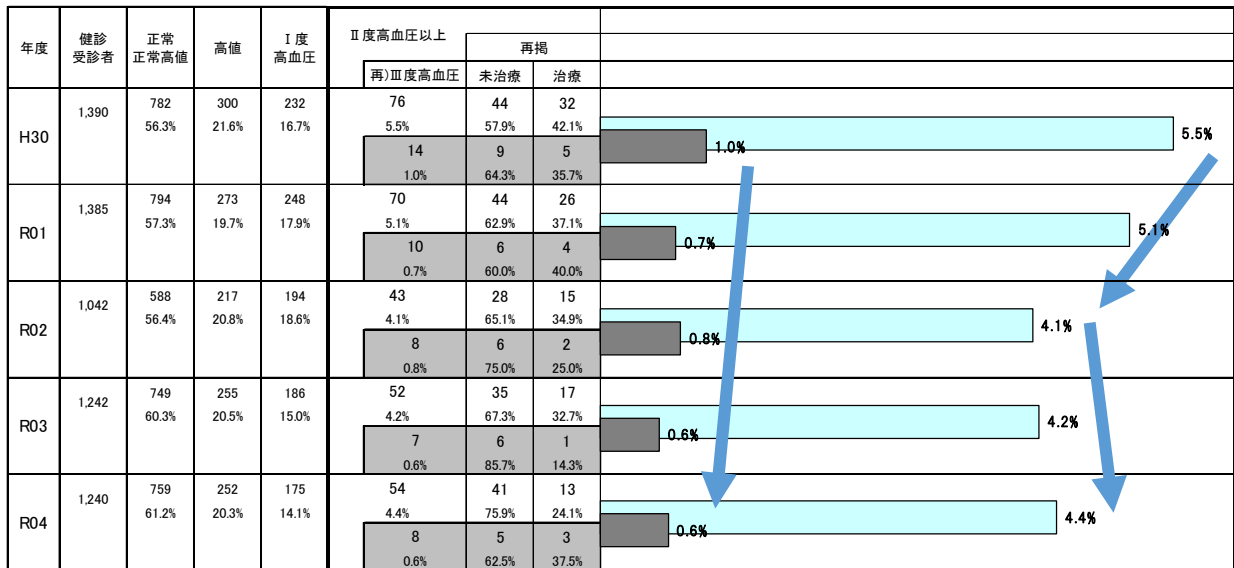
経年で高血圧者の変化を見ると、令和3年度Ⅰ度高血圧以上の方のうち、Ⅱ度高血圧以上に悪化した方は25人、Ⅲ度高血圧を継続している方が1人となっています。また、令和3年度にⅠ度高血圧の方のうち健診未受診が37人(19.9%)、Ⅱ度高血圧以上の方のうち健診未受診が13人となっており、治療状況や血圧コントロール状態などの実態を把握できていない状況です。(図表 40)

高血圧は脳心血管疾患において最大の危険因子で、要介護認定の原因の一つでもあり、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。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)を見ると、高リスクの該当者数は72人となっており、高リスクの該当者を最優先に治療の必要性を理解してもらうための受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の方においても家庭血圧測定を勧め血圧手帳の活用を促していきます。(図表 41)

脳血管疾患やその合併症の治療により1か月80万円以上となった方を見ると、17人のうち5人が一度も健診を受けたことがない状況であり、このうち12人は過去に健診を受けていますが、直近5年間においては不定期受診者または未受診となっていることから、継続した健診受診を促していきます。(図表 42)

心原性脳塞栓症予防として心房細動有所見者を見ると、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。今後も心房細動台帳を用いて、心房細動有所見者が適切に医療にかかれるよう支援していきます。(図表 43)

図表 38 重要化しやすいⅡ度高血圧以上の人数



出典:ヘルササポートラボツール(評価ツール)

図表 39 高血圧の医療のかかり方（平成 30 年度と令和 4 年度の比較）

	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		
H30	1,390	494	35.5%	288	20.7%	300	21.6%	232	16.7%	62	4.5%	14	1.0%		
R04	1,240	484	39.0%	275	22.2%	252	20.3%	175	14.1%	46	3.7%	8	0.6%		
治療中	H30	405	29.1%	72	17.8%	80	19.8%	104	25.7%	117	28.9%	27	6.7%	5	1.2%
	R04	348	28.1%	67	19.3%	86	24.7%	102	29.3%	80	23.0%	10	2.9%	3	0.9%
未治療	H30	985	70.9%	422	42.8%	208	21.1%	196	19.9%	115	11.7%	35	3.6%	9	0.9%
	R04	892	71.9%	417	46.7%	189	21.2%	150	16.8%	95	10.7%	36	4.0%	5	0.6%

出典：ヘルスサポートラボツール（評価ツール）

図表 40 高血圧者のリスク減少の評価

R03年度の結果	R04年度の結果をみる						
	継続受診者 188人 79.0%				未受診 (中断)	75歳 到達者	
Ⅰ度高血圧以上 238人	高血圧 以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度			50
	71	79	30	8	21.0%	2.1%	
Ⅰ度	186	64	64	18	3	37	4
	34.4%	34.4%	9.7%	1.6%	19.9%	2.2%	
Ⅱ度	45	7	13	9	4	12	1
	15.6%	28.9%	20.0%	8.9%	26.7%	2.2%	
Ⅲ度	7	0	2	3	1	1	0
	0.0%	28.6%	42.9%	14.3%	14.3%	0.0%	

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	89	74	25	50
	37.4%	31.1%	10.5%	21.0%
Ⅰ度	64	64	21	37
	34.4%	34.4%	11.3%	19.9%
Ⅱ度	20	9	4	12
	44.4%	20.0%	8.9%	26.7%
Ⅲ度	5	1	1	1
	71.4%	14.3%	14.3%	14.3%

出典：ヘルスサポートラボツール（経年比較ツール）

図表 41 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（令和 4 年度）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	287	151	95	36	5
		52.6%	33.1%	12.5%	1.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 18	B 6	B 1	A 1
		9.1%	11.9%	6.3%	2.8%
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	142	C 70	B 57	A 13	A 2
		49.5%	46.4%	60.0%	36.1%
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	119	B 63	A 32	A 22	A 2
		41.5%	41.7%	33.7%	61.1%

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	72 25.1%
B 概ね1ヵ月後に再評価	127 44.3%
C 概ね3ヵ月後に再評価	88 30.7%

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した方、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方で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した方、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方で判断。
- ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した方で判断。
- ※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」が含まれている方で判断。
- ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）

図表 42 高額レセプト（80万/月）以上の脳血管疾患治療者（令和4年度）

No.	歳代	医療				健診					
		診断名	高血圧	糖尿病	脂質	最終受診年度	直近5年間受診歴	メタボリックシンドローム	血圧	血糖 (●:HbA1c7.0以上)	脂質
1	50	アテローム血栓性脳梗塞		●	●	2023	継続	●	I度	●治	
2	70	ラクナ梗塞	●		●	2023	継続	●	I度		治
3	70	脳幹梗塞	●	●		2022	不定期	●	正常高値	治	治
4	60	くも膜下出血 未破裂動脈瘤	●			2022	不定期	●	高値血圧		
5	70	心原性脳塞栓症	●	●		2023	不定期		高値血圧	治	●治
6	70	多発性脳動脈瘤(未破裂) ラクナ梗塞	●			2021	不定期		I度		
7	60	くも膜下出血後遺症	●	●	●	2013	未受診		正常血圧	治	治
8	70	アテローム血栓性脳梗塞	●		●	2009	未受診		正常高値	治	軽度
9	70	心原性脳塞栓症	●			2018	未受診		高値		
10	70	アテローム血栓性脳梗塞	●			2008	未受診	●	I度		
11	60	ラクナ梗塞	●	●		2018	未受診	●	I度	治	●治
12	60	左被殻出血 ラクナ梗塞				2015	未受診	●	Ⅱ度		軽度
13	60	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●	未受診	不明				
14	50	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●	未受診					
15	60	ラクナ梗塞		●		未受診					
16	60	脳梗塞 右被殻出血	●	●	●	未受診					
17	50	多発性脳動脈瘤(未破裂)	●			未受診					

※医療は令和4年6月から令和5年5月、健診は最終健診受診時の結果を表示
 ※治は治療中を指す

出典:KDBシステム_様式1-1 脳血管疾患該当で80万円/月

図表 43 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R01		R02		R03		R04	
心房細動有所見者	13		19		9		10		12	
心房細動未治療者	3	23.1%	6	31.6%	1	11.1%	3	30.0%	2	16.7%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	1	33.3%	3	50.0%	1	100.0%	1	33.3%	2	100.0%
治療開始	2	66.7%	3	50.0%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%

出典:別海町福祉部保健課

(エ) メタボリックシンドローム

メタボリックシンドローム該当者は令和4年度、男性151人(25.6%)、女性64人(9.8%)いました。年代別に見ると、男女とも年代が上がるにつれて該当する割合も増加傾向を示しています。(図表44)

メタボリックシンドロームの診断基準である腹囲を見ると、男性では63.6%、女性では23.2%が基準値を超えており、各年齢による差はない結果となっています。(図表45)

BM I 25以上の肥満者の状況より、肥満は男女合わせて約4割となっており、国と比較した場合でもBM I 25以上の割合が男女ともに大きく上回っている状況です。(図表46)

高度肥満（肥満Ⅲ・Ⅳ度）は40～64歳の男性9人（2.7%）、女性5人（1.6%）いました。（図表47）

「肥満症ガイドライン2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない場合は減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示し、多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。対象者には保健指導の中で必要時、情報提供をしていきます。

図表44 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況（令和4年度）

		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	590	129	121	180	160	651	112	115	232	192	
メタボ該当者	B	151	16	28	56	51	64	3	8	22	31	
	B/A	25.6%	12.4%	23.1%	31.1%	31.9%	9.8%	2.7%	7.0%	9.5%	16.1%	
再掲	① 3項目全て	C	44	3	10	16	15	22	1	2	9	10
		C/B	29.1%	18.8%	35.7%	28.6%	29.4%	34.4%	33.3%	25.0%	40.9%	32.3%
	② 血糖＋血压	D	27	1	3	11	12	6	1	0	2	3
		D/B	17.9%	6.3%	10.7%	19.6%	23.5%	9.4%	33.3%	0.0%	9.1%	9.7%
	③ 血压＋脂質	E	69	9	12	26	22	30	1	5	9	15
		E/B	45.7%	56.3%	42.9%	46.4%	43.1%	46.9%	33.3%	62.5%	40.9%	48.4%
	④ 血糖＋脂質	F	11	3	3	3	2	6	0	1	2	3
		F/B	7.3%	18.8%	10.7%	5.4%	3.9%	9.4%	0.0%	12.5%	9.1%	9.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表45 健診受診者の腹囲（令和4年度）

		総数		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	健診受診者数	1,241		241		236		412		352	
	腹囲85cm以上または90cm以上	526	42.4%	92	38.2%	106	44.9%	178	43.2%	150	42.6%
男性	健診受診者数	590		129		121		180		160	
	腹囲85cm以上の者	375	63.6%	75	58.1%	78	64.5%	121	67.2%	101	63.1%
女性	健診受診者数	651		112		115		232		192	
	腹囲90cm以上の者	151	23.2%	17	15.2%	28	24.3%	57	24.6%	49	25.5%

出典：別海町福祉部保健課

図表 46 肥満者（BMI25以上）の状況（令和4年度）

	受診者数	BMI25以上			(再掲)BMI30以上		
		別海町		国	別海町		国
		人数	割合	割合	人数	割合	割合
総数	1,241	488	39.3%	30.3%	82	6.6%	5.4%
男性	590	295	50.0%	38.5%	40	6.8%	6.2%
女性	651	193	29.6%	23.4%	42	6.5%	4.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 肥満度分類による実態（令和4年度）

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	652	589	259	229	204	202	41	27	12	0	2	0	
				39.7%	38.9%	31.3%	34.3%	6.3%	4.6%	1.8%	0.0%	0.3%	0.0%
再掲	男性	331	259	170	125	137	118	24	7	7	0	2	0
					51.4%	48.3%	41.4%	45.6%	7.3%	2.7%	2.1%	0.0%	0.6%
再掲	女性	321	330	89	104	67	84	17	20	5	0	0	0
					27.7%	31.5%	20.9%	25.5%	5.3%	6.1%	1.6%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 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程されることも大きい。」とされているため、本町においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの町民が自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援します。

これまでの取組みとして、肥満に起因した生活習慣病の重症化により医療費の増大に繋がっている町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広報や新聞折込みなどにより広く町民へ周知を行っています。

ウ 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 48 第2期データヘルス計画目標管理一覧

データヘルス計画の目標管理一覧	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績				現状値の把握方法
			初期値 H28	中間評価 R1	最終評価 R4	最終目標	
関連計画 特定保健指導等 実施計画	医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	37.0	37.2	36.9	60.0	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省) 厚生労働省様式5-5
		40～64歳の特定健診受診率50%以上	34.0	34.5	36.7	50.0	
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	65～74歳の治療中の健診未受診者の割合40%以下	45.6	45.9	50.0	40.0	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省) 厚生労働省様式6-8
		特定保健指導実施率60%以上	18.7	57.1	52.2	60.0	
データヘルス計画	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	特定保健指導対象者の減少率25%以上	17.3	18.4	19.3	25.0	KDB 中間評価ツール 別海野福祉部保健課
		健診受診者の高血圧者の割合4%以下 (LDL140以上)	15.6	16.4	16.9	15.0	
中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病、筋骨格疾患による医療費の増加を抑制する	健診受診者の脂質異常者の割合32%以下 (LDL140以上)	23.1	24.5	24.9	22.0	KDB 中間評価ツール 別海野福祉部保健課
		健診受診者の糖尿病者の割合5%以下 (HbA1c6.5以上)	8.8	9.3	9.5	8.0	
保険者努力支援制度	がんの早期発見・早期治療	健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合0.2%以下	16.8	15.9	15.1	16.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		糖尿病未治療者を治療に結びつける割合45%以上	25.8	24.1	22.4	24.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	糖尿病の保健指導を実施した割合75%以上	8.6	8.9	8.4	8.0	地域保健・健康増進事業報告
		総医療費に占める入院件数の割合4.0%以下	4.7	5.1	4.4	4.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	健診受診者の割合4%以下 (LDL140以上)	34.0	37.8	31.3	32.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		脳血管疾患の治療者数10%以下	5.7	6.3	8.1	5.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	虚血性心疾患の治療者数10%以下	0.3	0.4	0.2	0.2	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		64歳以下の人工透析導入者数6人未満	30.3	29.6	18.2	45.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	80万円以上のレセプト人数 (脳血管疾患) 7%以下	63.7	62.8	60.2	75.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		80万円以上のレセプト人数 (虚血性心疾患) 7%以下	4.0	4.0	3.8	4.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	介護保険認定率 1号認定率	11.5(174人)	10.7(158人)	10.3(136人)	10.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		介護保険認定率 1号新規認定率	11.4(173人)	10.0(148人)	10.7(141人)	10.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	6	6	7	維持	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		がん検診受診率 肺がん検診 40%以上	7.4(20人)	7.1(12人)	7.9(13人)	7.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 大腸がん検診 40%以上	8.2(22人)	1.8(3人)	4.3(7人)	7.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		がん検診受診率 子宮頸がん検診 50%以上	20.2	18.2	17.7	18.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	5つのがん検診の平均受診率 25%以上	0.3	0.2	0.2	0.3	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		がん検診受診率 乳がん検診 50%以上	20.3	16.8	12.3	40.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 平均受診率 25%以上	19.0	16.9	13.8	40.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		がん検診受診率 10%以上	17.4	16.2	13.3	40.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	歯科健診受診率10%以上	18.4	12.5	13.1	50.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		後発医薬品の使用割合80%以上	22.2	21.3	20.2	50.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	歯科健診受診率80%以上	19.5	16.7	14.5	25.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		後発医薬品の使用割合80%以上	6.0	9.0	10.5	10.0	
後発医薬品の削減	がんの早期発見・早期治療	後発医薬品の使用割合80%以上	65.2	76.9	78.9	80.0	KDB 厚生労働省様式3-5～7 データヘルス計画作成・評価 ツール KDB_NO.1
		後発医薬品の使用割合80%以上					

(3) 第2期データヘルス計画に係る考察

中長期目標について、本町の一人あたり医療費は、同規模、道、国と比べて低い状況ではありますが、平成30年度と比較した場合は増加となっている状況です。総医療費に占める入院件数の割合は計画策定時より減少していますが、入院医療費は医療費全体の約42%を占めており、重症化予防が重要となります。中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の治療者数の割合は増加しており、これらの疾患全体が総医療費に占める割合は減少していますが、脳血管疾患についてのみ増加しており、同規模、道、国よりも高い水準であることから、より重点的な対策が必要です。

短期目標については、特定健康診査受診率は新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、令和2年度に落ち込んだ以降において、最終評価年度でも目標値に達しない結果となりました。令和3年度から北海道国保連と共同し、特定健診受診率向上支援等共同事業を実施しており、今後も引き続き事業を実施すると共に、更なるアプローチを行う必要があります。特定保健指導実施率は計画策定時より増加し、特にメタボリックシンドローム該当者の割合は増加しましたが、メタボリックシンドローム予備群の割合は減少している状況です。

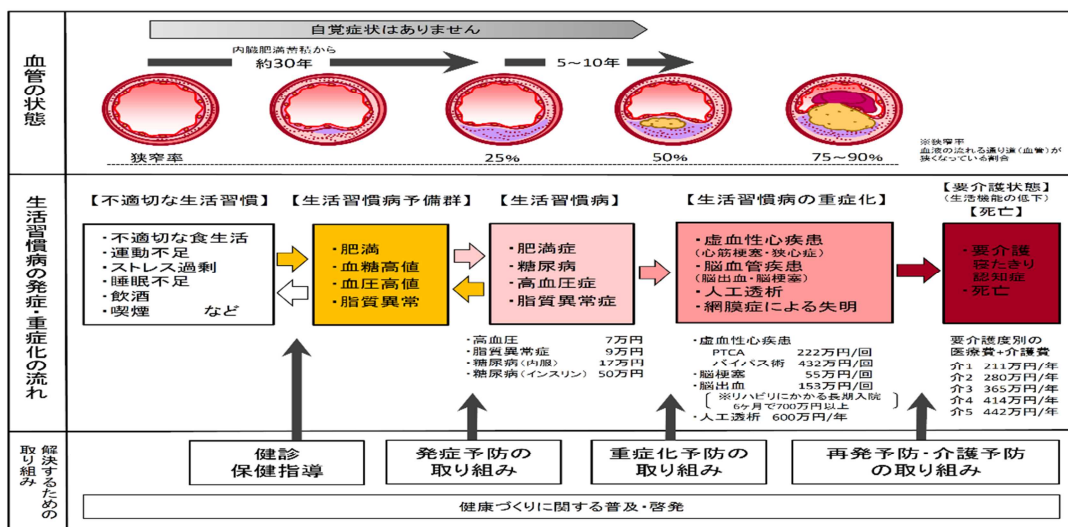
健診受診者の高血圧者の割合と脂質異常者の割合はともに減少しましたが、糖尿病患者の割合は増加しており、この増加の要因として、健診受診後に高血圧と糖尿病が未治療のまま放置されていたり、治療中断の方が多くいることから、より健診受診後のフォローが必要です。次年度以降も継続した健診の受診について健診受診勧奨を行います。

3. 第3期における健康課題の明確化

(1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、重症化・合併症へと悪化する方を減少させること、また、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する方を増加させることが必要となります。(図表49)

図表 49 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移行します。

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、制度的な背景もあ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。

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、国保及び後期は、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となります。

健康課題の明確化では、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することが必要です。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方に対し、早期から保健指導を行うなどの取り組みが必要と考えます。

なお、これまでの統計から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となっているため、特定保健指導対象者の減少に向けて、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。

ア 医療費分析

国保被保険者数は年々減少している状況ですが、一人あたり医療費は令和2年度新型コロナウイルス感染症の影響等もあり減少したものの、令和3年以降は増加傾向となっています。また、後期になると一人あたり医療費は77万円を超えており、国保の約3倍も高い状況となっています。(図表50)

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んでおり、短期的目標の疾患である糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低く、その結果慢性腎不全(透析無)の医療費に占める割合が、国保及び後期ともに、同規模、道、国と比べて低い状況となっており、脳梗塞・心筋梗塞に関しては同規模、道、国と比べて高い水準であることから、早急な対策が必要です。(図表51)

高額レセプトは、複数の高額レセプトが発生しており、総件数の約1%で総医療費の約3割を占めています。(図表52)

高額レセプトにおける疾病では、脳血管疾患の高額レセプトは、国保で令和4年度が一番多く22件、約2,900万円の費用がかかっています。後期においても、29件発生し約3,300万円の費用額がかかっている状況です。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今後、さらに取り組む必要があります。(図表53)

また、高額レセプトの脳血管疾患治療者の主病名は、脳出血より脳梗塞の病名が多く、当該治療者全体の76.9%を占めています。(図表55)

図表 50 被保険者数及びレセプトの推移

		国保					後期
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R04年度
被保険者数		6,281人	6,018人	5,815人	5,625人	5,369人	2,079人
総件数及び 総費用額	件数	33,891件	32,490件	27,902件	27,982件	27,849件	20,071件
	費用額	14億4932万円	14億1628万円	13億2051万円	13億9760万円	13億8660万円	16億0623万円
一人あたり医療費		23.1万円	23.5万円	22.7万円	24.8万円	25.8万円	77.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 51 データヘルス計画の目標となる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
国保	別海町	13億8660万円	21,119	1.20%	0.20%	2.74%	1.65%	5.74%	3.19%	0.99%	2億1792万円	15.7%	17.7%	5.41%	9.96%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	道	--	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	--	16.5%	19.1%	7.60%	9.41%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
後期	別海町	16億0623万円	65,659	0.43%	0.87%	4.14%	1.07%	4.39%	2.93%	0.59%	2億3168万円	14.4%	10.9%	3.91%	10.3%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	道	--	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	--	19.0%	11.1%	4.82%	12.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※)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費用を要した傷病名

図表 52 高額レセプト（80万円／件）以上の推移

		国保					後期	
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R04年度	
高額レセプト (80万円以 上/件)	人数	A	195人	169人	167人	156人	164人	198人
	件数	B	303件	291件	252件	266件	277件	330件
		B/総件数	0.89%	0.90%	0.90%	0.95%	0.99%	1.64%
	費用額	C	4億1038万円	3億8313万円	3億8189万円	3億8398万円	4億1481万円	4億1700万円
C/総費用		28.3%	27.1%	28.9%	27.5%	29.9%	26.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 53 高額レセプト（80万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

		国保										後期			
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
脳血管疾患	人数	D	12人		12人		7人		8人		13人		18人		
		D/A	6.2%		7.1%		4.2%		5.1%		7.9%		9.1%		
	件数	E	18件		17件		10件		14件		22件		29件		
		E/B	5.9%		5.8%		4.0%		5.3%		7.9%		8.8%		
	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%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	3.4%
		50代	6	33.3%	1	5.9%	2	20.0%	0	0.0%	2	9.1%	75-80歳	5	17.2%
		60代	7	38.9%	10	58.8%	5	50.0%	2	14.3%	11	50.0%	80代	12	41.4%
		70-74歳	5	27.8%	6	35.3%	2	20.0%	12	85.7%	9	40.9%	90歳以上	11	37.9%
	費用額	F	2144万円		1904万円		1025万円		1628万円		2902万円		3284万円		
F/C		5.2%		5.0%		2.7%		4.2%		7.0%		7.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 54 高額レセプト（80万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

		国保										後期			
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	6人		3人		7人		8人		7人		2人		
		G/A	3.1%		1.8%		4.2%		5.1%		4.3%		1.0%		
	件数	H	6件		3件		8件		9件		8件		2件		
		H/B	2.0%		1.0%		3.2%		3.4%		2.9%		0.6%		
	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%	1	11.1%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	33.3%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	1	12.5%	75-80歳	2	100.0%
		60代	3	50.0%	1	33.3%	5	62.5%	6	66.7%	1	12.5%	80代	0	0.0%
		70-74歳	1	16.7%	2	66.7%	2	25.0%	2	22.2%	6	75.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1012万円		428万円		1906万円		1598万円		1211万円		278万円		
I/C		2.5%		1.1%		5.0%		4.2%		2.9%		0.7%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 55 高額レセプトの脳血管疾患の内訳（令和4年度）

総数	脳梗塞						脳出血	
	脳梗塞		心原性脳塞栓症		人数	割合	人数	割合
人数	人数	割合	人数	割合				
13人	10人	76.9%	8人	61.5%	2人	15.4%	3人	23.1%

出典：KDBシステム_様式1-1 脳血管疾患該当で80万円/月

イ 健診・医療・介護の一体的分析

平成30年度と令和4年度の健診・医療・介護のデータ結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数は40～64歳が減少し、65～74歳と75歳以上は増加しており、高齢化率の低い本町でも高齢者が確実に増えています。また、体格については、どの年齢においてもBMI25以上の割合が増加している状況です。(図表56)

健診有所見状況では、平成30年度と令和4年度を比較し、40～64歳のⅡ度高血圧以上の割合が増加しており、若い人の結果が悪化しているのか、新規健診受診者の結果が悪いのかなど詳細を見る必要があります。(図表57)

短期目標の疾患(高血圧・糖尿病)では、高血圧は増加、糖尿病は減少しています。糖尿病は減少していますが、糖尿病と高血圧を併せ持つ40～64歳が増加しており、早期から血管内皮障害を起こす可能性があるため対策が必要であり、合併症については高血圧も糖尿病も40～64歳のみ増加しており、若い年代の重症化予防が重要となります。(図表58)

中長期目標の疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)では、疾患(被保数割)は40～64歳の脳血管疾患、65～74歳の虚血性心疾患と心不全、75歳以上の腎不全が悪化している状況です。このうち介護認定者の75歳以上では全ての疾患で増加していることから、中長期目標の疾患は高齢になるにつれて介護が必要となるため、早期からの予防が重要となります。(図表59)

図表 56 被保険者数と健診受診状況

年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			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	65-74	75-
H30	29.8	2,072	1,534	1,935	31.3	37.2	0.1	5.9	5.8	0.0	37.3	33.3	0.0
R04	29.8	1,899	1,732	2,072	32.6	31.2	13.7	4.2	6.5	4.9	39.9	38.1	39.4

※平成30年度は後期高齢者健診を実施していないため、75歳以上の体格のデータは0.0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 57 健診有所見状況

年度	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HbA1c8.0%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-		
年齢	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)			
H30	18	2.8	(10)	37	6.5	(13)	0	--	(0)	20	3.1	(1)	29	5.1	(2)	0	--	(0)	3	0.5	3	0.5	0	--	4	0.6	8	1.4	0	--						
R04	24	3.9	(15)	23	4.3	(6)	30	10.6	(8)	11	1.8	(2)	23	4.3	(3)	5	1.8	(0)	1	0.2	1	0.2	12	4.2	3	0.5	6	1.1	0	--						

※平成30年度は後期高齢者健診を実施していないため、75歳以上のデータは0

※後期高齢者健診の項目に心電図がないため、75歳以上の心房細動のデータは0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 58 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

年度	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			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-
H30	80.2	90.7	96.3	30.2	65.6	85.9	67.7	78.5	86.8	47.3	53.9	51.0	26.7	40.5	43.1	41.5	49.1	70.8	38.2	53.3	72.0
R04	75.1	88.1	93.8	28.1	64.9	83.6	73.2	83.0	89.7	46.6	49.6	50.5	29.0	37.8	45.1	42.2	48.3	66.9	42.2	50.9	67.7

※合併症とは、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全を指す

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 59 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況

年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												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-
H30	4.6	14.7	28.9	4.2	11.5	27.2	6.7	15.2	36.8	2.9	8.3	13.4	5.2	8.0	40.0	0.0	4.5	37.1	1.4	7.3	40.7	3.3	7.8	36.3
R04	4.8	13.4	25.3	4.2	12.5	23.2	5.6	17.0	34.3	2.9	7.4	15.3	3.3	9.1	44.3	0.0	5.1	39.5	1.9	6.4	43.2	0.0	3.9	42.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 60 骨折・認知症の状況

年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				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	
年齢	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.8	90.0	77.3	84.2	4.6	11.3	1.4	13.7	9.9	56.6	50.0	72.8
R04	63.2	87.9	87.0	86.0	3.9	11.6	1.3	13.8	2.9	59.2	39.1	83.9

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 健康課題

高額レセプトや要介護者の有病状況などから、脳血管疾患で重症化し介護を必要としていることが判明しており、脳血管疾患を抑制していくことが課題です。高血圧は脳血管疾患の最大の危険因子であり、中でもⅡ度高血圧以上の未治療・治療中断者が多いこと、高血圧者の翌年度健診未受診の割合が増加していることも課題です。

また、人工透析患者のうち糖尿病を合併している割合が増加しており、このうちHbA1c7.0%以上の未治療・治療中断者が多いこと、高血糖者の翌年度健診未受診の割合が増加していることを踏まえた重症化予防が課題です。また、継続した健診の受診を促す受診勧奨が必要です。

高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドロームなど各種の生活習慣病につながっていく肥満の割合は全年齢で増加していることから、肥満への対策も重要です。

エ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標の疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等は重複する傾向があります。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ので、具体的な取組方法については 46 ページ以降の第 4 章に記載しています。

(3) 目標の設定

ア 目標

(ア) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標及び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 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、計画段階から実態を明らかにしたうえで、課題、改善までのプロセスを継続することにより、よりよい成果をあげることが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価、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ます。（図表 61）

(イ) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の新規導入患者を、計画最終年度の令和 11 年度において、新規脳血管疾患患者数 35 人、新規虚血性心疾患患者数 40 人、新規人工透析患者数 0 人まで減少させることを目指します。

(ウ) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らすことを短期的な目標とします。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な方に適切な働きかけや治療継続を促すとともに、医療受診を中断している方についても適切な保健指導を行います。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。

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て健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげるのが重要です。その目標値は、第 3 章の「特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載します。

イ 管理目標の設定

図表 61 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	カテゴリ	北海道の共通指標（主に重点指標）	実績			
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	生活習慣病重症化予防	新規脳血管疾患患者数	39人	37人	35人
			新規虚血性心疾患患者数	46人	43人	40人
			新規人工透析導入者数	0人	0人	0人
	アウトカム指標	健康づくり	メタボリックシンドローム該当者割合	16.9%	16.7%	16.5%
			メタボリックシンドローム予備群該当者割合	15.1%	14.5%	14.0%
			喫煙率	男性	32.7%	31.8%
		女性		11.7%	10.8%	10.0%
		生活習慣病重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合	0.8%	0.75%	0.7%
			Ⅲ度高血圧（収縮期血圧180mmHg・拡張期血圧110mmHg）以上の割合	0.9%	0.8%	0.7%
			Ⅱ度高血圧（収縮期血圧160mmHg・拡張期血圧100mmHg）以上の割合	4.0%	3.9%	3.8%
	LDLコレステロール180mmHg/dl以上の割合		4.5%	4.3%	4.0%	
	アウトプット	特定健診	★特定健診受診率	36.9%	39.6%	45.0%
		特定保健指導	★特定保健指導実施率	52.2%	60.0%	60.0%
		生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防対象者（HbA1c6.5%以上）のうち、未治療者の医療機関受診率	46.2%	48.0%	50.0%
			高血圧重症化予防対象者（Ⅰ度高血圧以上）のうち、未治療者の医療機関受診率	32.9%	34.0%	35.0%
			脂質異常症重症化予防対象者（LDL140mmHg/dl以上）のうち、未治療者の医療機関受診率	17.7%	22.0%	30.0%

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

出典：KDB Expander

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めることとされており、第1期及び第2期は5年を一期として計画していましたが、医療費適正化計画等が6年間での計画期間に改正されたことから、第3期以降の実施計画については6年間として計画を策定します。

2. 目標値の設定

図表 62 特定健康診査受診率・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	38.3%	39.6%	41.0%	42.3%	43.7%	45.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

図表 63 特定健康診査・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	3,180人	3,203人	3,157人	3,111人	3,065人	3,020人
	受診者数	1,216人	1,268人	1,293人	1,316人	1,338人	1,359人
特定保健指導	対象者数	187人	195人	199人	203人	206人	209人
	実施者数	112人	117人	119人	122人	124人	126人

参考：国立社会保障・人口問題研究所

4. 特定健康診査の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健康診査実施機関に委託します。

各地区で受ける集団健診と、委託医療機関で受ける個別健診を実施します。

(2) 特定健康診査委託基準

高確法第28条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下、「実施基準」という。）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

特定健康診査実施機関については、本町のホームページに掲載します。

(4) 特定健康診査実施項目

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、本町独自に追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定のどちらかに変えることができます。（実施基準第 1 条第 4 項）

図表 64 特定健康診査検査項目

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

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

(5) 実施時期

実施時期は毎年度 4 月から翌年 2 月末までの期間とします。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中の期間であっても特定健康診査の受診対象者であるため、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関への十分な説明を行います。

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、特定健康診査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に取り組みます。

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが必要不可欠であるため、受診案内の送付時期に関わらず、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実施します。令和6年度においては北海道国保連との共同事業により、健診の受診勧奨を行います。

また、特定健康診査受診率の目標値達成に必要な人数を年度途中である10月に適宜概算し、年度ごとの目標を達成できるように努めます。

図表 65 特定健康診査実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 受診等の印刷・送付(随時可) ↓ 特定健診開始	(特定保健指導の実施)
5月		健診データ受取 保健指導対象者の抽出 結果説明会(特定保健指導の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月			
7月			
8月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
9月			
10月	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備 健診対象者の抽出	(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、保険者において直接実施し、一般衛生部門への執行委任する形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

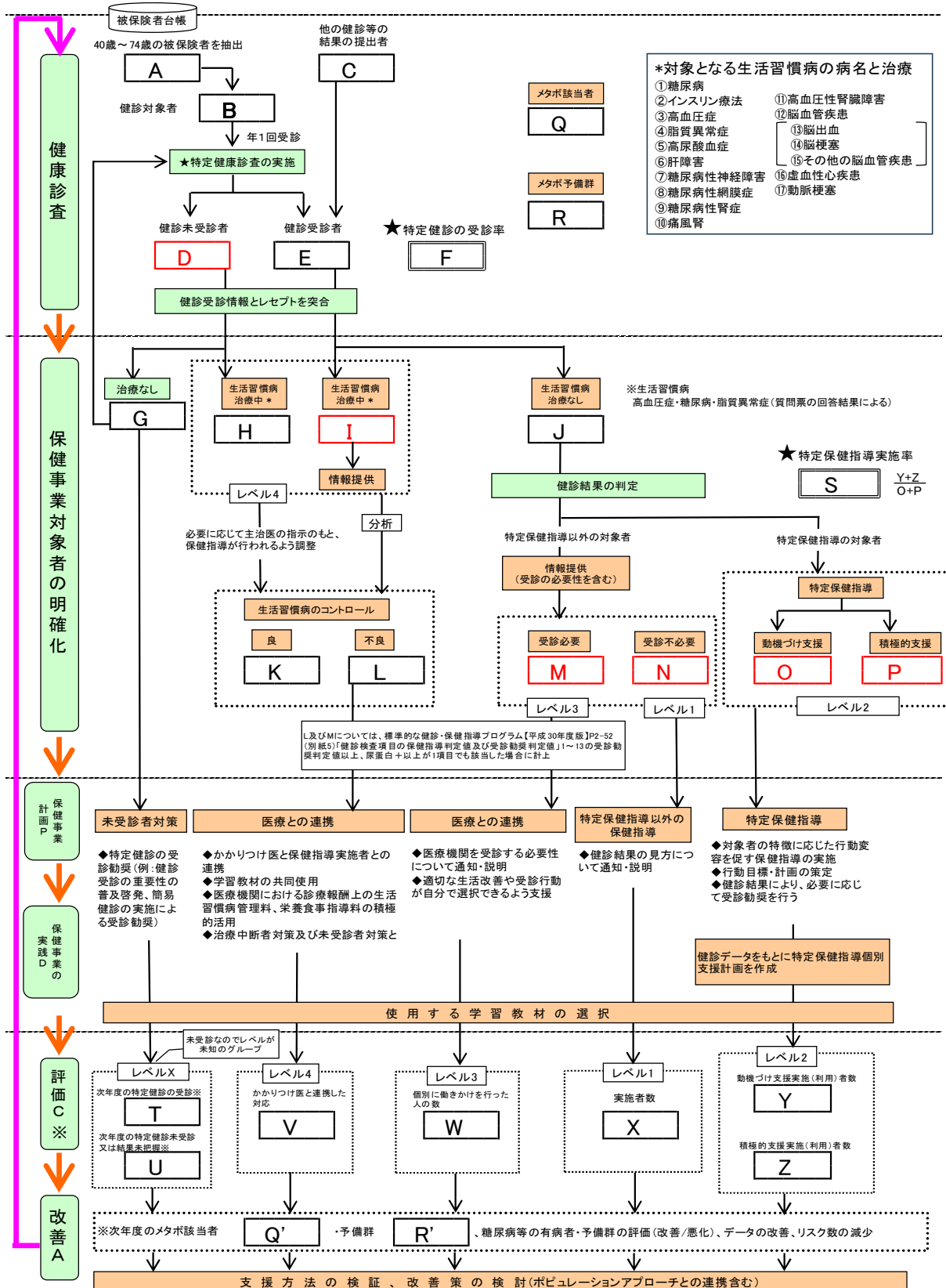
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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66）

図表 66 健診から保健指導へのフローチャート（様式5-5）



(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 67 要保健指導対象者の見込み

優先順位	保健指導レベル	様式5-5	支援方法	令和6年度対象者数見込(受診者の〇%)
1	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	O P	◆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	187人 (15.4%)
2	情報提供 (受診必要)	M	◆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	249人 (20.5%)
3	健診未受診者	D	◆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)	1962人 ※受診率目標達成までにあと32人
4	情報提供 (受診不必要)	N	◆健診結果の見方について通知・説明	308人 (25.3%)
5	情報提供 (生活習慣病治療中)	I	◆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	474人 (39.0%)

(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ます。

図表 68 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	集団健康診査開始 個別健康診査実施の依頼		特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	個別特定健康診査開始	対象者の抽出 保健指導の開始	
6月			
7月			
8月			
9月			前年度特定健診・特定保健指導の実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月	特定健康診査終了		
3月	次年度の健診対象者の抽出		

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別海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には、個人情報の厳重な管理をはじめ、目的外使用の禁止等についても契約書に定めるとともに、委託先の契約状況についても管理を行います。

(2) 特定健康診査・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により集計、処理し管理します。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等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 日までに報告することとします。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第 19 条第 3 項に基づく計画は、本町ホームページ等への掲載により公表、周知することとします。

第4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

健康寿命の延伸に向けて脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症を減少させるため、共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの改善・減少が求められます。そのためには、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。ハイリスクアプローチの取組みとして、本町の健康課題である脳血管疾患・心疾患を中心に解決するため、健康課題の優先順位順に高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、心房細動の取組みを行います。

ポピュレーションアプローチの取組みとして、生活習慣病の重症化により悪化する身体の実態を広く町民へ周知します。

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

図表 69 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. ハイリスクアプローチ

保健指導対象者は図表 70 を参考に設定します。

図表 70 脳・心・腎を守るために（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(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	1,241人 35.7%			
↓ 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	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	■各疾患の治療状況			
				治療中 治療なし			
				高血圧 348 893			
				脂質異常症 246 995			
				糖尿病 105 1,132			
				3疾患 いづれか 484 757			
				※問診結果による			
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)	重症化予防対象者 (実人数)
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 2017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	54 4.4%	12 1.0%	54 4.4%	215 17.3%	68 5.5%	27 2.2%	350 28.2%
治療なし	41 4.6%	6 0.8%	52 5.2%	26 2.6%	45 5.9%	35 3.1%	132 17.4%
(再掲) 特定保健指導	21 38.9%	2 16.7%	18 33.3%	15 53.6%	45 20.9%	15 22.1%	81 23.1%
治療中	13 3.7%	6 1.2%	2 0.8%	2 0.8%	170 35.1%	33 31.4%	218 45.0%
臓器障害 あり	8 19.5%	6 100.0%	8 15.4%	6 23.1%	15 33.3%	13 37.1%	37 28.0%
CKD(専門医対象者)	1	0	0	2	1	2	9
心電図所見あり	8	6	8	5	15	12	30
臓器障害 なし	33 80.5%	--	44 84.6%	20 76.9%	30 66.7%	22 62.9%	--

出典:ヘルスサポートツール(健診結果集計ツール)

図表 71 保健指導対象者

高血圧	①Ⅱ度高血圧以上 ②Ⅰ度高血圧の高血圧未治療者で脳心血管リスク第3層の者
心房細動	心電図検査で心房細動有所見者
脂質異常症	①LDLコレステロール180mg/dl以上 ②LDLコレステロール160~179mg/dlで、動脈硬化性心血管疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標が高リスクに該当する者 ③中性脂肪300mg/dl以上
特定保健指導	積極的支援、動機づけ支援
糖尿病	①HbA1c8.0%以上 ②HbA1c6.5~7.9%の糖尿病未治療者 ③HbA1c7.0~7.9%の糖尿病治療者
慢性腎臓病(CKD)	腎臓専門医紹介基準対象者
新規受診者	新規受診者

(1) 高血圧

ア 対象者の明確化

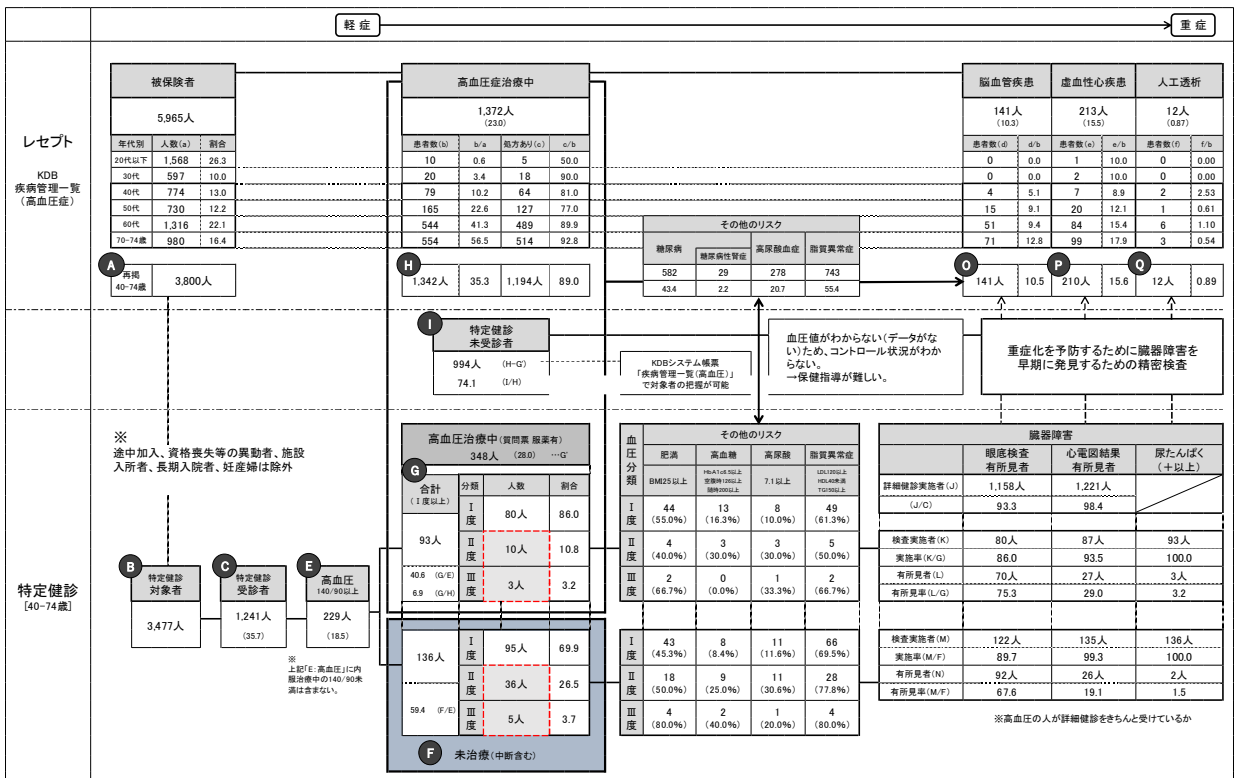
(ア) 保健指導対象者の抽出

特定健康診査受診者の健診結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上が54人(4.4%)で、そのうち41人(75.9%)は未治療者となっています。本町ではⅡ度高血圧以上の医療機関未受診者が多く、そ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方もいることから、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72)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化を見ると、区分Aの72人については、早急な受診勧奨が必要であり、そのうち、Ⅰ度高血圧未治療者で脳心血管リスク第3層の方は32人となっています。(図表73)

令和3年度において、Ⅱ度高血圧以上のうち令和4年度特定健康診査未受診者は13人(25.0%)の状況です。(図表74)

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 (令和4年度)



※レセプト情報は、該当年度に資格がある方を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している方も含む)
 ※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(栄養・重症化予防)」から集計

出典:ヘルスサポートラボツール

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）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	287	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			52.6%	33.1%	12.5%	1.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 18	B 6	B 1	A 1	
		9.1%	11.9%	6.3%	2.8%	20.0%
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	142	C 70	B 57	A 13	A 2	
		49.5%	46.4%	60.0%	36.1%	40.0%
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	119	B 63	A 32	A 22	A 2	
		41.5%	41.7%	33.7%	61.1%	40.0%

高リスク

中等リスク

低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	72 25.1%
B 概ね1か月後に再評価	127 44.3%
C 概ね3か月後に再評価	88 30.7%

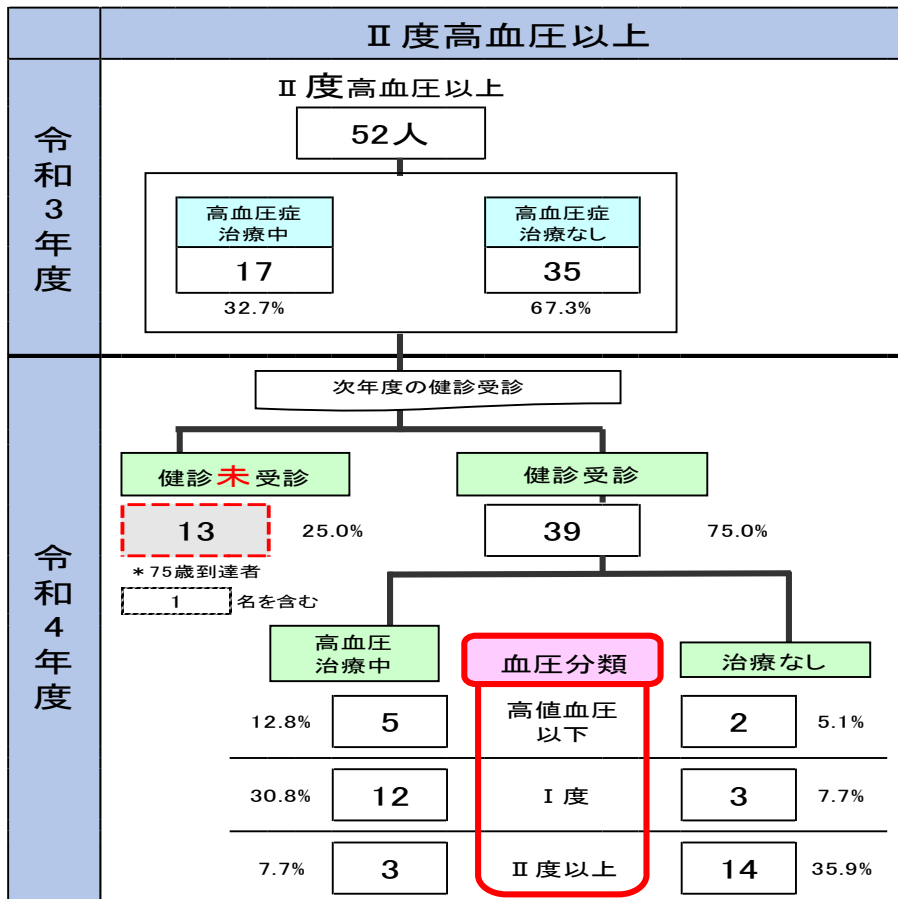
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した方、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方で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した方、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方で判断。
- ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した方で判断。
- ※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」が含まれている方で判断。
- ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 74 重症化予防対象者の評価



(イ) 優先順位

優先順位 1 II度高血圧以上

優先順位 2 I度高血圧の高血圧未治療者で脳心血管リスク第3層の方

優先順位 3 前年度II度高血圧以上で当該年度特定健康診査未受診者

イ 保健指導の実施

(ア) 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、その際には保健指導教材を活用するなどして対象者がイメージしやすい指導を心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である方には受診勧奨を行います。家庭血圧測定を勧めるだけでなく、必要に応じて家庭訪問等により正しく家庭血圧を測定できているか対象者と共に確認した保健指導を行います。

また、以前に治療中で、現在は治療を中断していることが判明した場合も同様に受診勧奨を行います。また、治療中で血圧コントロール不良などがある場合は、医療機関と連携した保健指導に努めます。

(イ) 2次健診の実施

保健指導対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入することが重要なため、対象者には2次健診等の実施を検討していく必要があります。

(ウ) 健診受診勧奨

以前に特定健康診査の結果でII度高血圧以上になった方については、高血圧治療の有無だけでなく、特定健康診査を受けて血圧コントロール状態や他のリスク因子を見ていくことが重要となります。本町では健診で高血圧の方の翌年度健診未受診の割合が増加しているため、高血圧管理台帳を用いて、継続して特定健康診査を受診するよう健診の受診勧奨を行う必要があります。

(エ) 対象者の管理

高血圧管理台帳を作成し以前の健診受診歴なども踏まえ、II度高血圧以上の方を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過なども確認し、健診未受診者や未治療者、治療中断者の把握に努め、医療機関への受診勧奨と健診の受診勧奨を行います。

ウ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5月～翌年3月 特定健康診査結果が届き次第、受診勧奨や保健指導を実施

11月 高血圧管理台帳の確認と共有

2月 高血圧管理台帳を用いて翌年度健診受診勧奨対象者の把握

(2) 糖尿病

ア 対象者の明確化

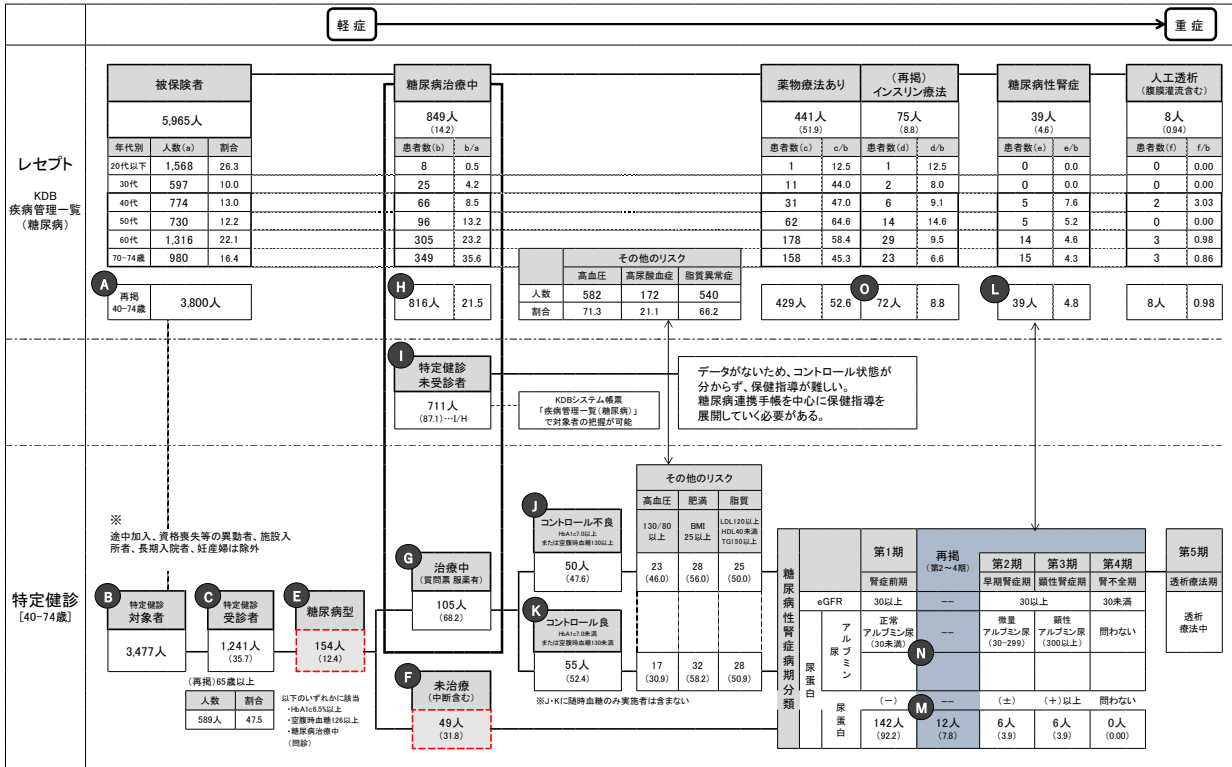
(ア) 保健指導対象者の抽出

令和4年度の特定健康診査受診者の健診結果のうち、糖尿病型は154人(12.4%)であり、このうち糖尿病未治療者は49人(31.8%)となっています。(図表75)

特定健康診査受診者のHbA1cでは、HbA1c8.0%以上は10人、HbA1c7.0~7.9%の糖尿病治療者は25人、HbA1c6.5~7.9%の糖尿病未治療者は33人の状況となっています。(図表76)

令和3年度にHbA1c7.0%以上で、令和4年度特定健康診査未受診者は17人(26.2%)となっています。(図表77)

図表 75 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方を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している方も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)」から集計

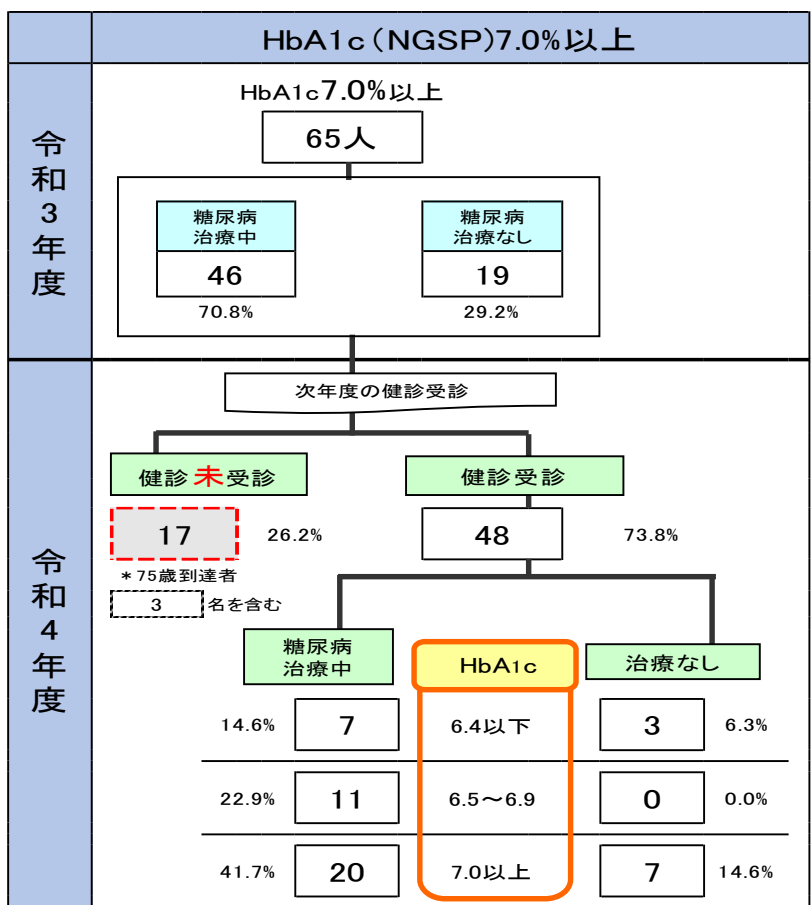
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 76 高血糖者の医療のかかり方

HbA1c測定	正常	保健指導判定値						受診勧奨判定値						
		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		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				
		5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上							
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A		
R04	1,236	565	45.7%	396	32.0%	175	14.2%	58	4.7%	32	2.6%	10	0.8%	
治療中	105	8.5%	5	4.8%	7	6.7%	28	26.7%	32	30.5%	25	23.8%	8	7.6%
未治療	1,131	91.5%	560	49.5%	389	34.4%	147	13.0%	26	2.3%	7	0.6%	2	0.2%

出典:ヘルスサポートラボツール(評価ツール)

図表 77 重症化予防対象者の評価



出典:ヘルスサポートラボツール(経年比較ツール)

(イ) 優先順位

- 優先順位 1 HbA1c8.0%以上
- 優先順位 2 HbA1c6.5~7.9%の糖尿病未治療者
- 優先順位 3 HbA1c7.0~7.9%の糖尿病治療者
- 優先順位 4 前年度 HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療で当該年度特定健康診査未受診者

イ 保健指導の実施

(ア) 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うとともに、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教材を活用し対象者がイメージしやすい指導を心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である方については受診勧奨を行います。特に、本町は健診受診者で高血糖の未治療・治療中断が多いことから、HbA1c8.0%以上の方については、家庭訪問や個別面談等を行い、積極的に支援することとします。

(イ) 2次健診の実施

保健指導対象者あつては、健診結果と合わせて耐糖能異常や血管変化を早期に捉え介入す

ることが重要なため、対象者への2次健診等について検討する必要があります。

(ウ) 健診受診勧奨

以前に特定健康診査の結果から糖尿病領域に入った方については、糖尿病治療の有無だけでなく、特定健康診査を受けて血糖コントロール状態を継続して確認することが重要です。本町では健診で高血糖の方の翌年度健診未受診の割合が増加していることから、糖尿病管理台帳を用いて、継続して特定健康診査を受診するよう健診の受診勧奨を行う必要があります。

(エ) 対象者の管理

糖尿病管理台帳を作成、管理し、これまでの健診受診歴なども踏まえ、HbA1c6.5%以上の方を対象に血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、健診未受診者や未治療者、治療中断者の把握に努めるとともに、医療機関への受診勧奨と健診の受診勧奨を実施します。

ウ 実施期間及びスケジュール

4月	対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定
5月～翌年3月	特定健康診査結果が届き次第、受診勧奨や保健指導を実施
11月	糖尿病管理台帳の確認と共有
2月	糖尿病管理台帳を用いて翌年度健診受診勧奨対象者の把握

(3) 脂質異常

ア 対象者の明確化

(ア) 保健指導対象者の抽出

特定健康診査受診者の健診結果から、LDL コレステロール 180mg/dl 以上は 54 人 (4.4%)、中性脂肪 300mg/dl 以上は 28 人 (2.3%) となっています。(図表 78)

LDL コレステロール 160~179mg/dl の方で、動脈硬化性心血管疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標が高リスクに該当する方は 30 人となっています。(図表 79)

図表 78 脳・心・腎を守るために（令和 4 年度）再掲

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 による年間新発透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2014年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,241人 35.7%	
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	■各疾患の治療状況	
	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%)				治療中 治療なし	
	非心原性脳梗塞						高血圧 348 893	
							脂質異常症 246 995	
							糖尿病 105 1,132	
							3疾患 いづれか 484 757	
							※問診結果による	
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)	重症化予防対象者 (実人数)
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 2017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	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	54 4.4%	12 1.0%	54 4.4%	28 2.3%	215 17.3%	68 5.5%	27 2.2%	350 28.2%
治療なし	41 4.6%	6 0.8%	52 5.2%	26 2.6%	45 5.9%	35 3.1%	9 1.2%	132 17.4%
(再掲) 特定保健指導	21 38.9%	2 16.7%	18 33.3%	15 53.6%	45 20.9%	15 22.1%	4 14.8%	81 23.1%
治療中	13 3.7%	6 1.2%	2 0.8%	2 0.8%	170 35.1%	33 31.4%	18 3.7%	218 45.0%
臓器障害 あり	8 19.5%	6 100.0%	8 15.4%	6 23.1%	15 33.3%	13 37.1%	9 100.0%	37 28.0%
CKD(専門医対象者)	1	0	0	2	1	2	9	9
心電図所見あり	8	6	8	5	15	12	2	30
臓器障害 なし	33 80.5%	--	44 84.6%	20 76.9%	30 66.7%	22 62.9%	--	--

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 79 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（令和 4 年度）

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-コレステロール)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
625				267	204	102	52
				42.7%	32.6%	16.3%	8.3%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	150	87	39	14	10
			24.0%	32.6%	19.1%	13.7%	19.2%
	中リスク	140未満 (170未満)	257	91	91	54	21
			41.1%	34.1%	44.6%	52.9%	40.4%
	高リスク	120未満 (150未満)	176	73	55	30	18
28.2%			27.3%	27.0%	29.4%	34.6%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	15	4	5	3	3	
		2.4%	1.5%	2.5%	2.9%	5.8%	
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)	42	16	19	4	3
			6.7%	6.0%	9.3%	3.9%	5.8%

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)

(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方で判断。
出典:ヘルスサポートラボツール

(イ) 優先順位

優先順位 1 LDL コレステロール 180mg/dl 以上

優先順位 2 LDL コレステロール 160~179mg/dl で、動脈硬化性心血管疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標高リスク該当者

優先順位 3 中性脂肪 300mg/dl 以上

イ 保健指導の実施

(ア) 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。また、指導時には、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすい指導を心がけます。脂質異常症は薬が合わず服薬できない場合もあるため、食事や運動など生活習慣を丁寧に聞き取り、保健指導に努めます。

(イ) 2次健診の実施

保健指導対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入することが重要なため、対象者には2次健診等の実施を検討していく必要があります。

ウ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5月~翌年3月 特定健康診査結果が届き次第、受診勧奨や保健指導を実施

(4) メタボリックシンドローム

ア 対象者の明確化

(ア) 保健指導対象者の抽出

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。メタボリックシンドローム該当者及び予備群は、腹囲（男性 85 cm以上、女性 90 cm以上）を基準に血圧高値・脂質異常・血糖高値などのリスク因子の数に着目して区分しており、特定保健指導対象者も生活習慣病未治療者の内臓脂肪蓄積の程度と血圧高値・脂質異常・血糖高値などのリスク因子の数に着目し、階層化した取扱いとなっています。このことから、特定保健指導を実施することにより、効果的・効率的な保健指導を行うことが可能となります。なお、対象者の選定基準にあたっては、「標準的な健診・保健指導のプログラム（令和 6 年版）」に準じ行うこととします。（図表 80）

特定保健指導対象者の内訳を見ると、積極的支援は 66 人、動機づけ支援は 121 人となっています。積極的支援のうちメタボリックシンドローム該当者・予備群は 58 人（87.9%）、メタボリックシンドローム非該当の方は 8 人（12.1%）となっています。動機づけ支援のうちメタボリックシンドローム該当者・予備群は 84 人（69.4%）、メタボリックシンドローム非該当の方は 37 人（30.6%）となっています。（図表 81）

図表 80 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク		④喫煙	対象	
	①血圧	②脂質		③血糖	40～64歳
≧85cm以上（男性） ≧90cm以上（女性）	2つ以上該当		/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≧ 25kg/m ²	3つ該当		/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

出典：「標準的な健診・保健指導のプログラム（令和 5 年版）」

図表 81 特定保健指導対象者の内訳（令和 4 年度）

	積極的支援								
	人数	メタボリックシンドローム						非該当	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	66	58	87.9%	30	45.5%	28	42.4%	8	12.1%
男	54	48	88.9%	24	44.4%	24	44.4%	6	11.1%
女	12	10	83.3%	6	50.0%	4	33.3%	2	16.7%

	動機付け支援								
	人数	メタボリックシンドローム						非該当	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	121	84	69.4%	13	10.7%	71	58.7%	37	30.6%
男	80	60	75.0%	9	11.3%	51	63.8%	20	25.0%
女	41	24	58.5%	4	9.8%	20	48.8%	17	41.5%

※対象者は健診受診者のうち特定健診受診で特定保健指導該当となった方

出典：別海町福祉部保健課

（イ）優先順位

優先順位 1 特定保健指導対象者 積極的支援

優先順位 2 特定保健指導対象者 動機づけ支援

イ 保健指導の実施

（ア）保健指導・受診勧奨

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、指導の際には保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすい指導を心がけます。心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量を目的とした保健指導を行うとともに、医療機関受診が必要な方には、適切な受診のための受診勧奨を行います。

肥満症の治療の基本は、食事療法と運動療法です。食事・運動療法で減量不十分な肥満症が対象になる薬物療法、胃を小さく形成することで食事摂取量を制限する外科療法があります。

（イ）2次健診の実施

保健指導対象者には、健診結果と合わせて耐糖能異常や血管変化を早期に捉え介入することが重要なため、対象者には2次健診等の実施を検討する必要があります。

(ウ) 対象者の管理

対象者の管理に関しては、特定保健指導台帳を作成し、進捗状況は地区担当保健師が管理することとし、法定報告時まで継続して対象者の支援を行います。

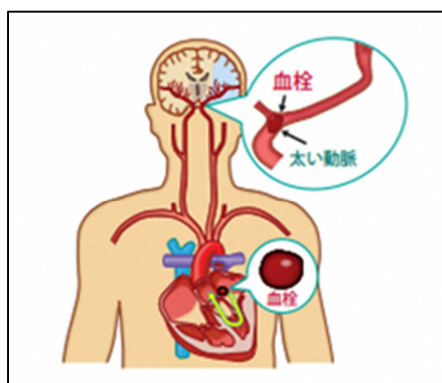
エ 実施機関及びスケジュール

4月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5月～翌年6月 特定健康診査結果が届き次第、受診勧奨や保健指導を実施

(5) 心房細動

図表 82 心房細動と心原性脳塞栓症



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ます。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。心房細動を原因に起こることも多いですが、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。特定健康診査の心電図検査では心房細動を把握することもできます。(脳卒中予防の提言より引用)

ア 対象者の明確化

(ア) 保健指導対象者の抽出

心電図検査結果を見ると、有所見者は257人(22.0%)で、そのうち心房細動は12人(4.7%)、全員男性となっている状況です。(図表 83)

心房細動の有所見者12人の治療状況は、治療中が10人、未治療者は2人の状況です。(図表 84)

図表 83 心電図検査結果(令和4年度)

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 心筋虚血		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	1,169	98.7%	257	22.0%	7	2.7%	37	14.4%	23	8.9%	8	3.1%	16	6.2%	72	28.0%	12	4.7%	41	16.0%
内訳																				
男性	559	98.8%	155	27.7%	4	2.6%	23	14.8%	18	11.6%	4	2.6%	10	6.5%	44	28.4%	12	7.7%	18	11.6%
女性	610	98.7%	102	16.7%	3	2.9%	12	11.8%	5	4.9%	4	3.9%	6	5.9%	28	27.5%	0	0.0%	23	22.5%

出典: 別海町福祉部保健課

図表 84 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	%
12	2	16.7%	10	83.3%

出典: 別海町福祉部保健課

(イ) 優先順位

優先順位 1 心電図検査で心房細動有所見者

イ 保健指導の実施

(ア) 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、指導の際には保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすい指導を心がけます。また、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である方には受診勧奨を行います。

(イ) 2次健診の実施

保健指導対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入することが重要なため、対象者には2次健診等の実施を検討する必要があります。

(ウ) 健診受診勧奨

以前の特定健康診査の結果から心房細動になった方については、心房細動の治療の有無だけでなく、特定健康診査を受けて治療内容や他のリスク因子を継続して確認することが重要です。心房細動管理台帳を用いて、継続して特定健康診査を受診するよう受診勧奨を行う必要があります。

(エ) 対象者の管理

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方については、医療機関への継続的な受診ができるよう台帳を作成し、経過を把握していきます。

ウ 実施期間及びスケジュール

4月	対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定
5月～翌年3月	特定健康診査結果が届き次第、受診勧奨や保健指導を実施
11月	心房細動管理台帳の確認と共有
2月	心房細動管理台帳を用いて翌年度健診受診勧奨対象者の把握

(6) 共通項目

ア 医療との連携

未治療や治療中断であることを把握した方については受診勧奨を行い、治療中の方には医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報については対象者からの聞き取りやKDB等を活用しデータを収集します。

イ 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等と連携します。

ウ 評価

評価にあっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えるものとし、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回行います。また、その際の評価データはKDB等の情報を活用して行うこととします。中長期的評価においては、データヘルス計画の中間評価および最終評価年度時において行うこととします。

3. 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

本町は、令和5年度より北海道後期高齢者医療広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行います。

事業の内容は下記のとおりです。

①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）

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地域を担当する医療専門職

ハイリスクアプローチとして、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を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。ポピュレーションアプローチでは生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。

4. 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、その予防は健康上の大きな課題です。

本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、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検証することも重要となります。(図表 85)

本町の学童期の肥満傾向児の割合は、国や道と比べて高い状況にあります。子どもの頃の肥満は、成人期の肥満に繋がり、生活習慣の確立は小児期に始まるため、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防が重要となります。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から注目されています。(図表 86)

図表 85 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
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)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (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)	
5 対象者	妊娠前		産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	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 ¹ 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															

図表 86 学童期の肥満傾向児の割合（令和4年度）

		対象数		肥満傾向児							
				計						(参考)	
				人	率	軽度 20%以上 30%未満	中等度 30%以上 50%未満	高度 50%以上	3年度		
学年	人	人	率	20%以上 30%未満	30%以上 50%未満	50%以上	北海道	全国			
男	小学校	1	65	8	12.3	6	2	0	6.1	5.3	
		2	56	9	16.1	5	2	2	10.8	7.6	
		3	67	15	22.4	6	7	2	13.8	9.8	
		4	64	16	25.0	6	10	0	17.9	12.0	
		5	73	19	26.0	4	14	1	18.7	12.6	
		6	64	17	26.6	5	10	2	15.1	12.5	
	中学校	1	93	23	24.7	4	18	1	17.2	12.6	
		2	74	17	23.0	5	8	4	14.7	11.0	
		3	68	13	19.1	2	9	2	12.2	10.3	
	小学生		389	84	21.6	32	45	7			
中学生		235	53	22.6	11	35	7				
計		624	137	22.0	43	80	14				
女	小学校	1	59	5	8.5	1	4	0	7.5	5.2	
		2	52	1	1.9	1	0	0	7.1	6.9	
		3	66	15	22.7	9	6	0	10.7	8.3	
		4	50	9	18.0	4	4	1	12.1	8.2	
		5	72	12	16.7	3	7	2	13.0	9.3	
		6	72	16	22.2	9	7	0	13.3	9.4	
	中学校	1	71	17	23.9	8	6	3	10.3	9.2	
		2	77	11	14.3	6	4	1	10.8	8.4	
		3	72	14	19.4	4	6	4	9.5	7.8	
	小学生		371	58	15.6	27	28	3			
中学生		220	42	19.1	18	16	8				
計		591	100	16.9	45	44	11				

出典：別海町福祉部保健課、令和4年度小中学生体格調査（別海町）、令和4年度学校保健統計

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、肥満など町の健康課題について広く町民へ周知します。

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。計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画策定を円滑に行うための準備も考慮し評価を行います。

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。(図表87)

具体的な評価方法は、KDBシステムとKDB Expanderを使用して、受診率、受療率、医療の動向等の評価を行い、特定健康診査の法定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ます。

図表 87 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">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健康診査受診率、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)	<ul style="list-style-type: none">・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)

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、国の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、医療機関等に周知します。これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫をします。

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 国・道・同規模と比較した別海町の状況（令和4年度）
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 4 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 5 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 6 HbA1c の年次比較
- 参考資料 7 血圧の年次比較
- 参考資料 8 LDL コレステロールの年次比較

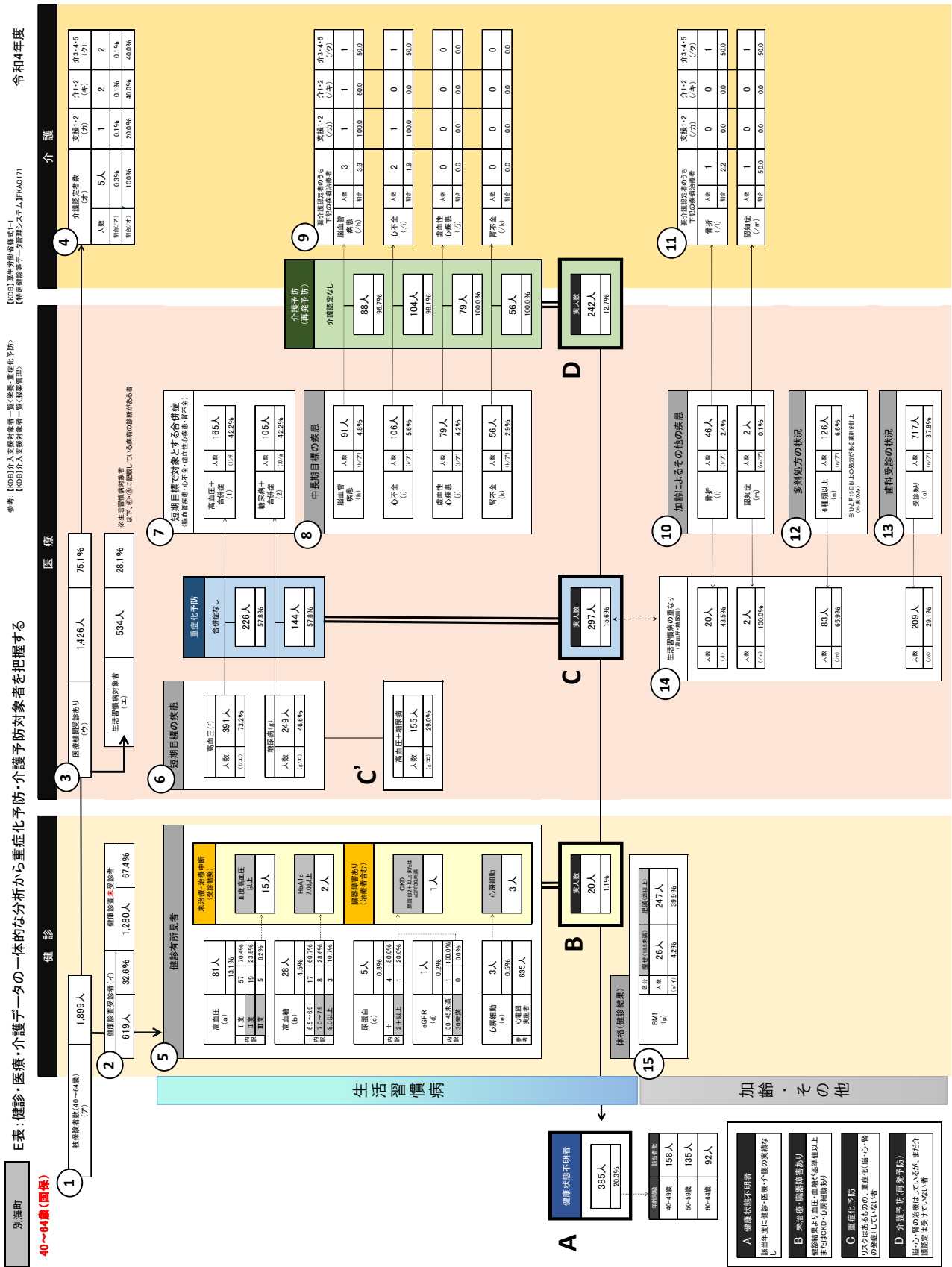
参考資料1 国・道・同規模と比較した別海町の状況（令和4年度）

項目		別海町		同規模		道		国		データ元 (CSV)									
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合										
1	① 人口構成	総人口		13,837		1,808,758		5,165,554		123,214,261									
		65歳以上(高齢化率)		3,992	28.9	667,156	36.9	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
		75歳以上		1,872	13.5	--	--	848,273	16.4	18,248,742	14.8								
		65～74歳		2,120	15.3	--	--	815,750	15.8	17,087,063	13.9								
		40～64歳		4,615	33.4	--	--	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7								
	39歳以下		5,230	37.8	--	--	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6									
	② 産業構成	第1次産業		40.0		13.4		7.4		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
		第2次産業		13.3		27.1		17.9		25.0									
		第3次産業		46.7		59.5		74.7		71.0									
	③ 平均寿命	男性		80.3		80.4		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
女性		86.7		86.9		86.8		87.0											
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.6		79.5		79.6		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
	女性		81.5		83.9		84.2		84.4										
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		93.4		103.9		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		男性		93.4		103.9		102.0		100									
		女性		102.5		101.5		98.9		100									
		がん		38	46.9	7,103	46.7	19,781	53.3	378,272	50.6								
		心臓病		22	27.2	4,457	29.3	9,373	25.2	205,485	27.5								
		脳疾患		14	17.3	2,405	15.8	4,667	12.6	102,900	13.8								
		糖尿病		3	3.7	309	2.0	756	2.0	13,896	1.9								
		腎不全		2	2.5	582	3.8	1,668	4.5	26,946	3.6								
	自殺		2	2.5	356	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		15		8.7		6.196		8.3		厚労省HP 人口動態調査							
男性		10		10.5		3.944		10.6											
女性		5		6.5		2.252		6											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		712		17.7		123,092		18.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		新規認定者		10		0.2		2,019		0.3									
		介護度別 総件数	要支援1.2		2,414		15.6		352,830		12.6								
			要介護1.2		9,084		58.7		1,291,061		46.3								
			要介護3以上		3,983		25.7		1,146,606		41.1								
		2号認定者		10		0.22		2,178		0.38									
	② 有病状況	糖尿病		200		24.2		29,521		22.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		高血圧症		389		52.3		69,159		54.1									
		脂質異常症		206		27.5		39,076		30.2									
		心臓病		425		57.3		77,477		60.7									
		脳疾患		160		22.3		29,613		23.5									
		がん		105		14.9		14,238		11.0									
		筋・骨格		384		50.5		67,887		53.1									
	精神		273		35.9		48,712		38.1										
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		259,739		1,036,877,984		303,361		202,389,376,142		269,507		448,465,434,990		290,668		10,074,274,228,889	
		1件当たり給付費(全体)		66,977		72,528		60,965		59,662									
		居宅サービス		41,804		44,391		42,034		41,272									
施設サービス		269,176		291,231		296,260		296,364											
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		11,226		8,988		9,582		8,610								
	認定なし		5,809		4,226		4,930		4,020										
4	① 国保の状況	被保険者数		5,369		440,282		1,074,364		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		65～74歳		1,606		29.9		491,264		45.7									
		40～64歳		1,888		35.2		341,793		31.8									
		39歳以下		1,875		34.9		241,307		22.5									
	加入率		38.8		24.3		20.8		22.3										
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1		0.2		139		0.3		KDB_NO.5 被保険者の状況							
		診療所数		6		1.1		1,177		2.7									
		病床数		84		15.6		17,962		40.8									
		医師数		10		1.9		2,218		5.0									
		外来患者数		408.1		708.1		654.8		687.8									
入院患者数		16.0		22.2		21.5		17.7											
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		258,261		県内177位 同規模152位		378,542		376,962		339,680								
	受診率		424.152		730.302		676.241		705.439										
	外来	費用の割合		57.2		57.0		56.3		60.4									
		件数の割合		96.2		97.0		96.8		97.5									
	入院	費用の割合		42.8		43.0		43.7		39.6									
		件数の割合		3.8		3.0		3.2		2.5									
1件あたり在院日数		11.9日		16.7日		15.7日		15.7日											

項目		別海町		同規模		道		国		データ元 (CSV)						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (請附含む)	がん	245,025,930	36.1	32.0	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)	16,667,010	2.5	7.8	4.3	8.2								
			糖尿病	79,620,410	11.7	11.2	10.1	10.4								
			高血圧症	44,184,630	6.5	6.6	5.6	5.9								
			脂質異常症	13,755,940	2.0	3.8	3.2	4.1								
			脳梗塞・脳出血	37,953,620	5.6	3.9	4.1	3.9								
			狭心症・心筋梗塞	22,929,580	3.4	2.5	3.2	2.8								
			精神	74,977,280	11.1	15.1	14.4	14.7								
	筋・骨格	138,128,820	20.4	16.1	17.8	16.7										
	5	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	440	0.4	363	0.2	327	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)				
糖尿病					1,275	1.2	1,550	1.0	1,159	0.7	1,144		0.9			
脂質異常症					50	0.0	73	0.0	53	0.0	53		0.0			
脳梗塞・脳出血					6,199	5.6	6,817	4.2	7,205	4.4	5,993		4.5			
虚血性心疾患					3,575	3.2	4,157	2.6	5,077	3.1	3,942		2.9			
腎不全					1,328	1.2	5,219	3.2	3,120	1.9	4,051		3.0			
医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合		外来	高血圧症	7,757	5.3	13,015	6.0	10,914	5.1	10,143	4.9					
			糖尿病	14,028	9.5	21,723	10.1	19,440	9.2	17,720	8.6					
			脂質異常症	2,512	1.7	7,634	3.5	6,316	3.0	7,092	3.5					
			脳梗塞・脳出血	862	0.6	951	0.4	947	0.4	825	0.4					
			虚血性心疾患	1,337	0.9	1,821	0.8	2,266	1.1	1,722	0.8					
			腎不全	10,138	6.9	18,224	8.4	10,839	5.1	15,781	7.7					
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,774		2,885		1,570		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	10,551		13,033		16,117			13,295				
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,833		8,199		5,006			6,142				
				健診未受診者	52,542		37,038		51,396			40,210				
5	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	642	54.2	85,006	58.4	130,663	58.5	3,915,807	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			医療機関受診率	541	45.7	76,269	52.4	118,833	53.2	3,574,378	52.0					
			医療機関非受診率	101	8.5	8,737	6.0	11,830	5.3	341,429	5.0					
	6	①-⑱	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 152市町村	健診受診者	1,185		145,447		223,429		6,874,715	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	36.8		45.1		30.0		37.6					
				特定保健指導終了者(実施率)	97	53.3	7584	44.8	7,973	30.0	200,147		24.6			
				非肥満高血糖	62	5.2	15,949	11.0	18,052	8.1	620,920		9.0			
				メタボ	該当者	201	17.0	31,118	21.4	45,117	20.2		1,394,679	20.3		
					男性	141	24.9	21,722	32.1	31,149	32.6		974,740	32.0		
					女性	60	9.7	9,396	12.1	13,968	10.9		419,939	11.0		
予備群					179	15.1	16,346	11.2	24,716	11.1	772,552		11.2			
メタボ該当・ 予備群 レベル				腹囲	男性	127	22.4	11,501	17.0	17,208	18.0		545,269	17.9		
					女性	52	8.4	4,845	6.2	7,508	5.9		227,283	5.9		
				BMI	総数	503	42.4	51,791	35.6	77,189	34.5		2,402,739	35.0		
					男性	360	63.6	36,268	53.6	53,432	56.0		1,683,310	55.3		
					女性	143	23.1	15,523	20.0	23,757	18.6		719,429	18.8		
					総数	73	6.2	8,027	5.5	14,303	6.4		323,039	4.7		
6				①-⑱	服薬 問診の状況	高血圧	327	27.6	57,363	39.5	80,208		35.9	2,447,012	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握
						糖尿病	94	7.9	14,633	10.1	19,796		8.9	594,898	8.7	
						脂質異常症	233	19.7	40,885	28.1	64,012		28.7	1,914,768	27.9	
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	53	4.5			4,336	3.1	7,219	3.4	208,631	3.1					
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	75	6.4			8,271	6.0	12,053	5.6	367,800	5.5					
	腎不全	10	0.9			1,266	0.9	1,595	0.7	54,301	0.8					
	貧血	181	15.4			12,315	8.9	19,664	9.2	706,690	10.7					
	喫煙	257	21.7			20,092	13.8	36,729	16.4	948,511	13.8					
	週3回以上朝食を抜く	171	14.6			10,981	8.0	24,042	12.2	648,921	10.4					
	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0			0	0.0	0	0.0	0	0.0					
6	①-⑱	生活習慣の 状況	週3回以上就寝前夕食(H30～)	284	24.2	21,314	15.5	29,223	14.9	985,237	15.8	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			週3回以上就寝前夕食	284	24.2	21,314	15.5	29,223	14.9	985,237	15.8					
			食べる速度が速い	335	28.5	35,985	26.2	57,382	29.1	1,672,149	26.8					
			20歳時体重から10kg以上増加	433	36.9	47,948	34.9	70,392	35.7	2,190,989	35.0					
			1回30分以上運動習慣なし	818	69.6	89,093	64.7	125,216	62.7	3,777,098	60.4					
			1日1時間以上運動なし	448	38.2	67,159	48.8	94,114	47.2	3,004,715	48.0					
			睡眠不足	324	27.6	33,702	24.5	43,934	22.3	1,599,845	25.6					
			毎日飲酒	199	16.9	36,021	25.8	45,307	22.5	1,671,390	25.5					
			時々飲酒	300	25.5	29,421	21.0	53,270	26.5	1,475,561	22.5					
			14	①-⑱	一日 飲酒 量	1合未満	827	74.4	53,701	60.4	78,371		59.1	2,997,474	64.1	
1～2合	164	14.8				23,461	26.4	34,026	25.7	1,110,546	23.7					
2～3合	91	8.2				9,160	10.3	15,778	11.9	438,404	9.4					
3合以上	29	2.6				2,579	2.9	4,461	3.4	130,123	2.8					

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳（国保）



②65～74歳（国保）

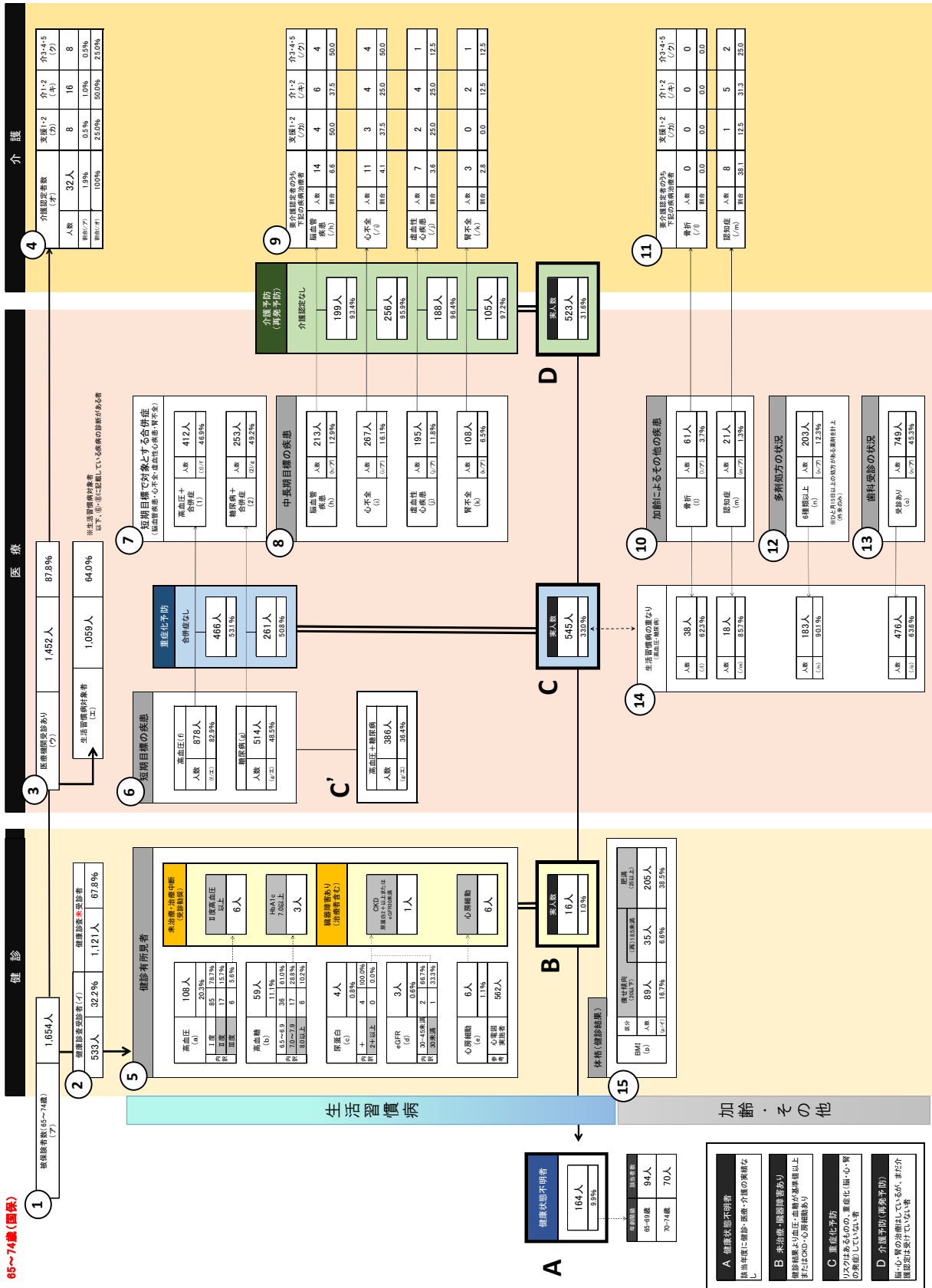
令和4年度

【KOS】厚生労働省健康調査1-1
【特定保健指導】予診1次管理シナリオ(PHAG171)

参考：【KOS】介入支援対象者一覧(治療、重症化予防)
【KOS】介入支援対象者一覧(重症化予防)

E表：健診・医療・介護予防対象者から重症化予防・介護予防対象者を把握する

別添町 65～74歳（国保）



③65～74歳（後期）

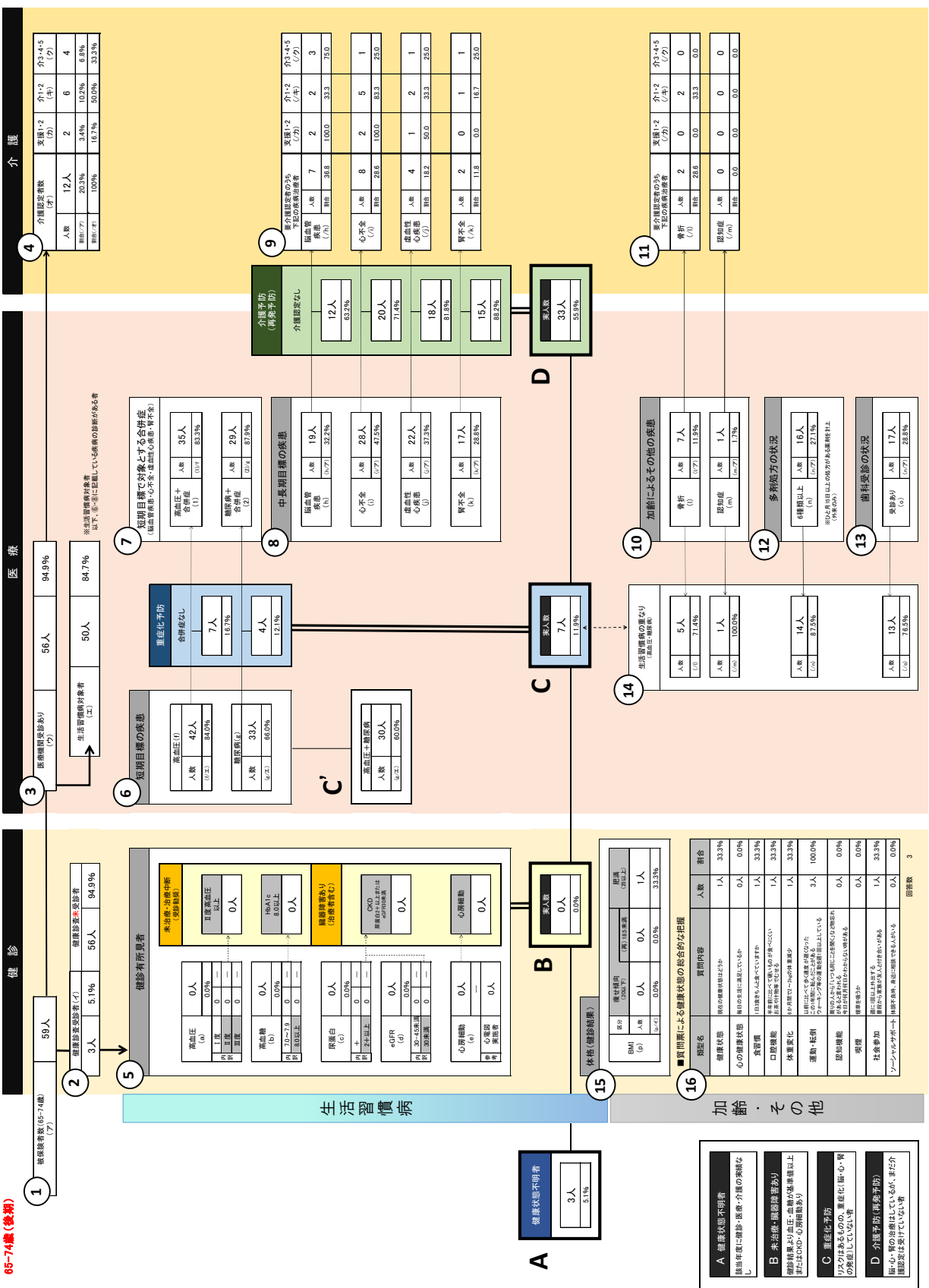
令和4年度

【OD】厚生労働省様式1-1
【特定高齢者】予備管理システム(PMAC11)

参考：【OD】介護予防・高齢者一人暮らし支援事業「要介護・重症化予防」
【OD】認知症高齢者の居宅（介護・介護予防）
【OD】認知症高齢者の居宅（介護・介護予防）
以下、③、④に記されている高齢者の診断がある者

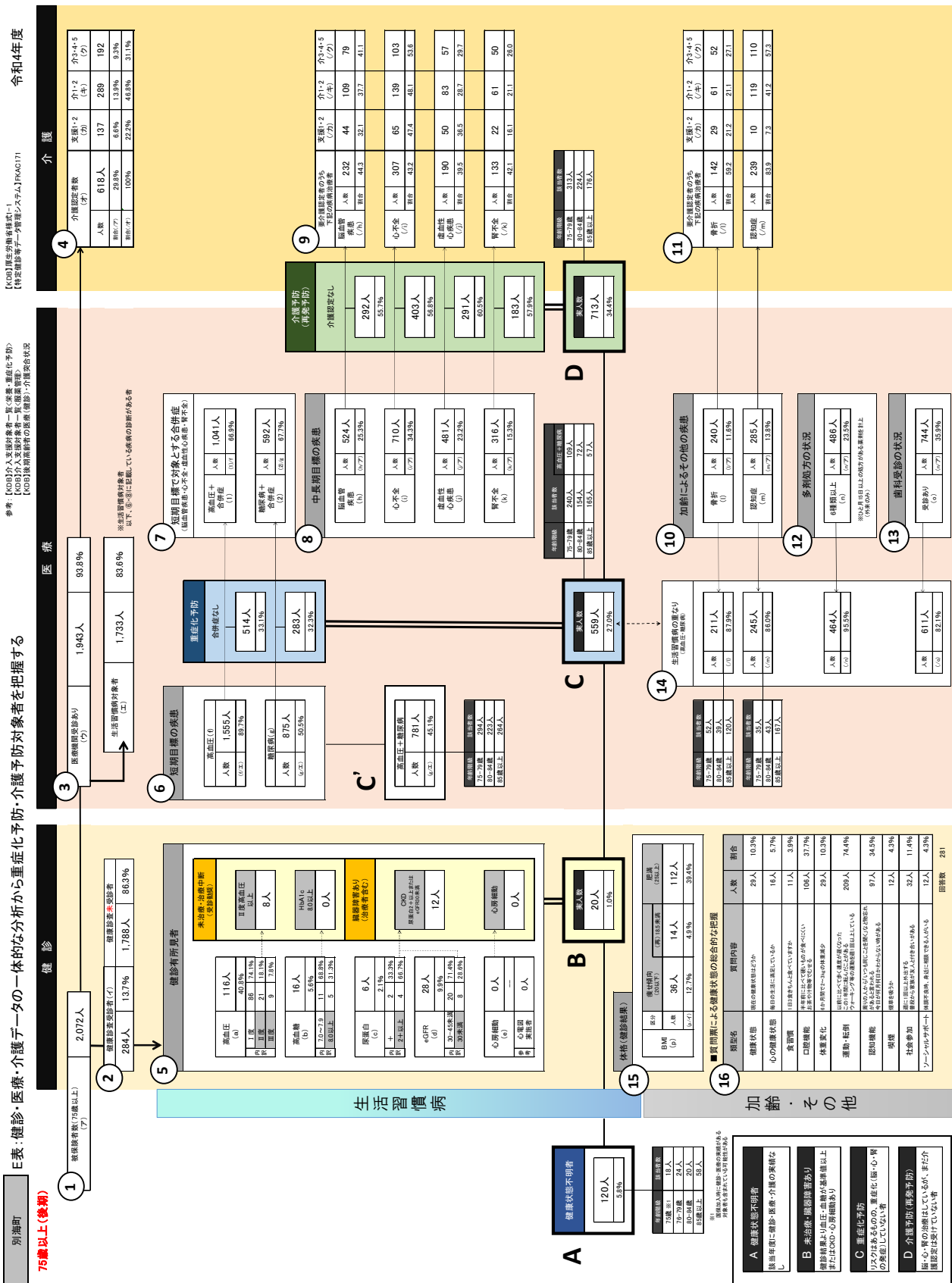
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

別海町 65～74歳（後期）



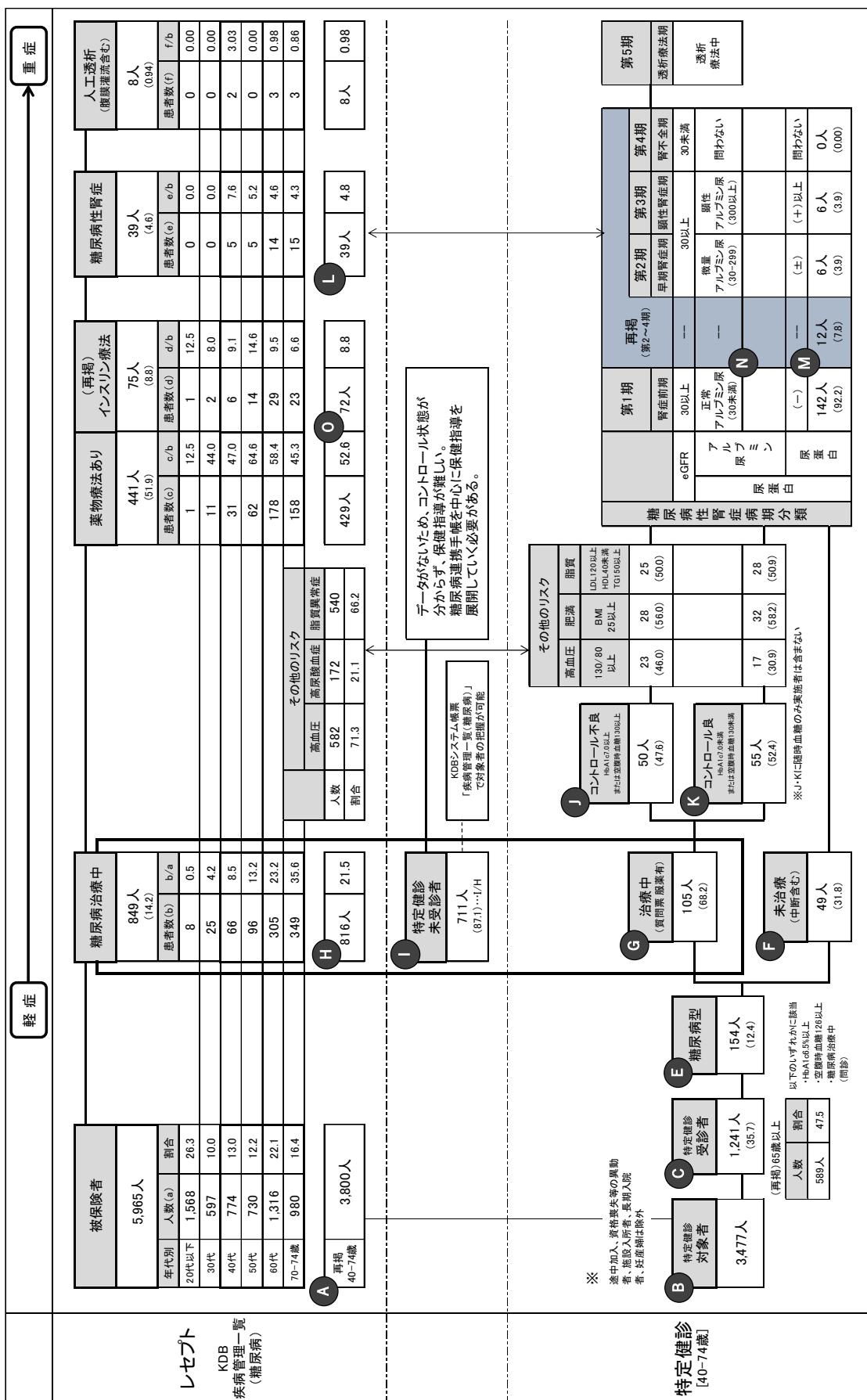
④75歳以上（後期）

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



参考資料3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

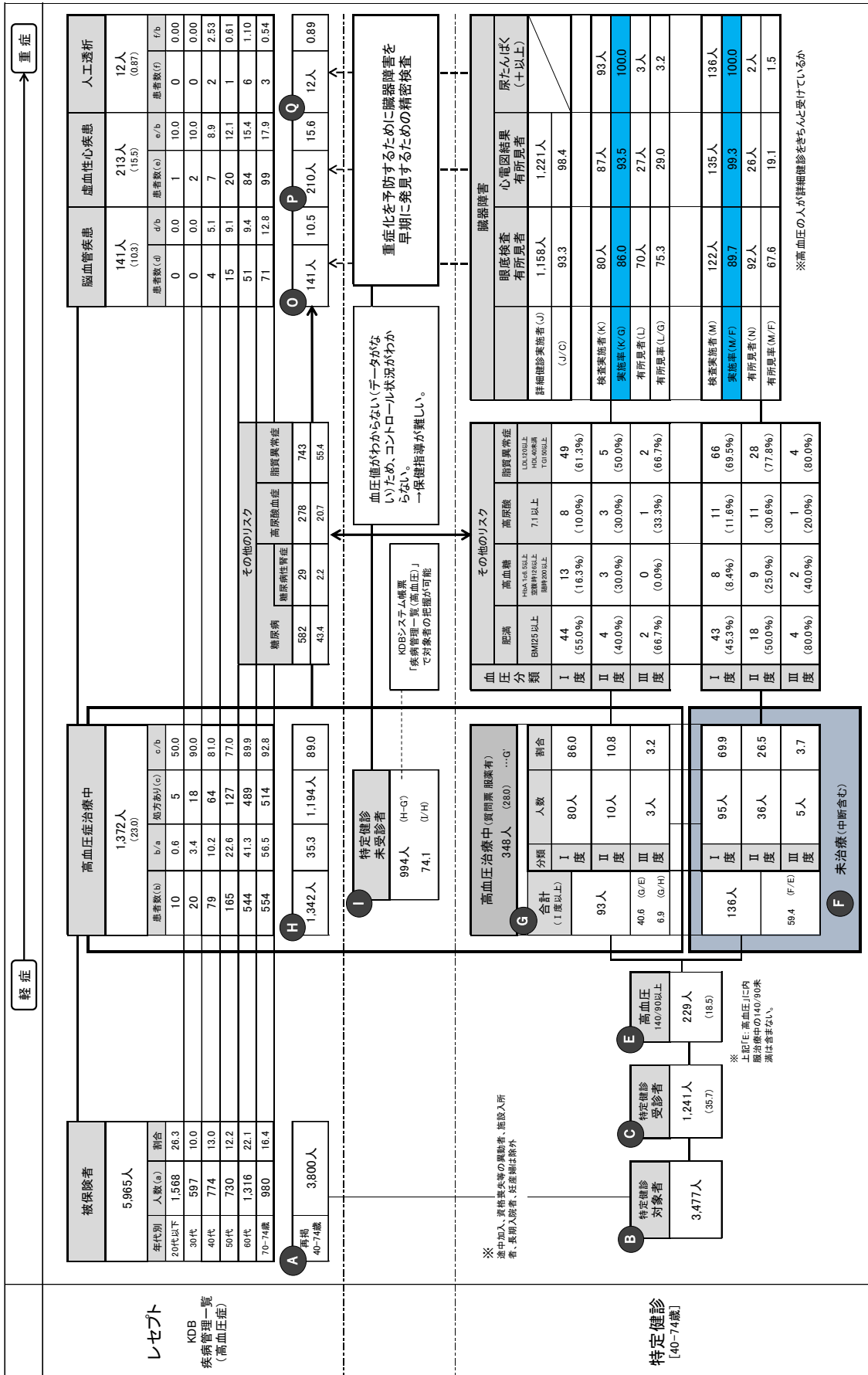
令和04年度



※ 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に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糖尿病・介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から導出

参考資料 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

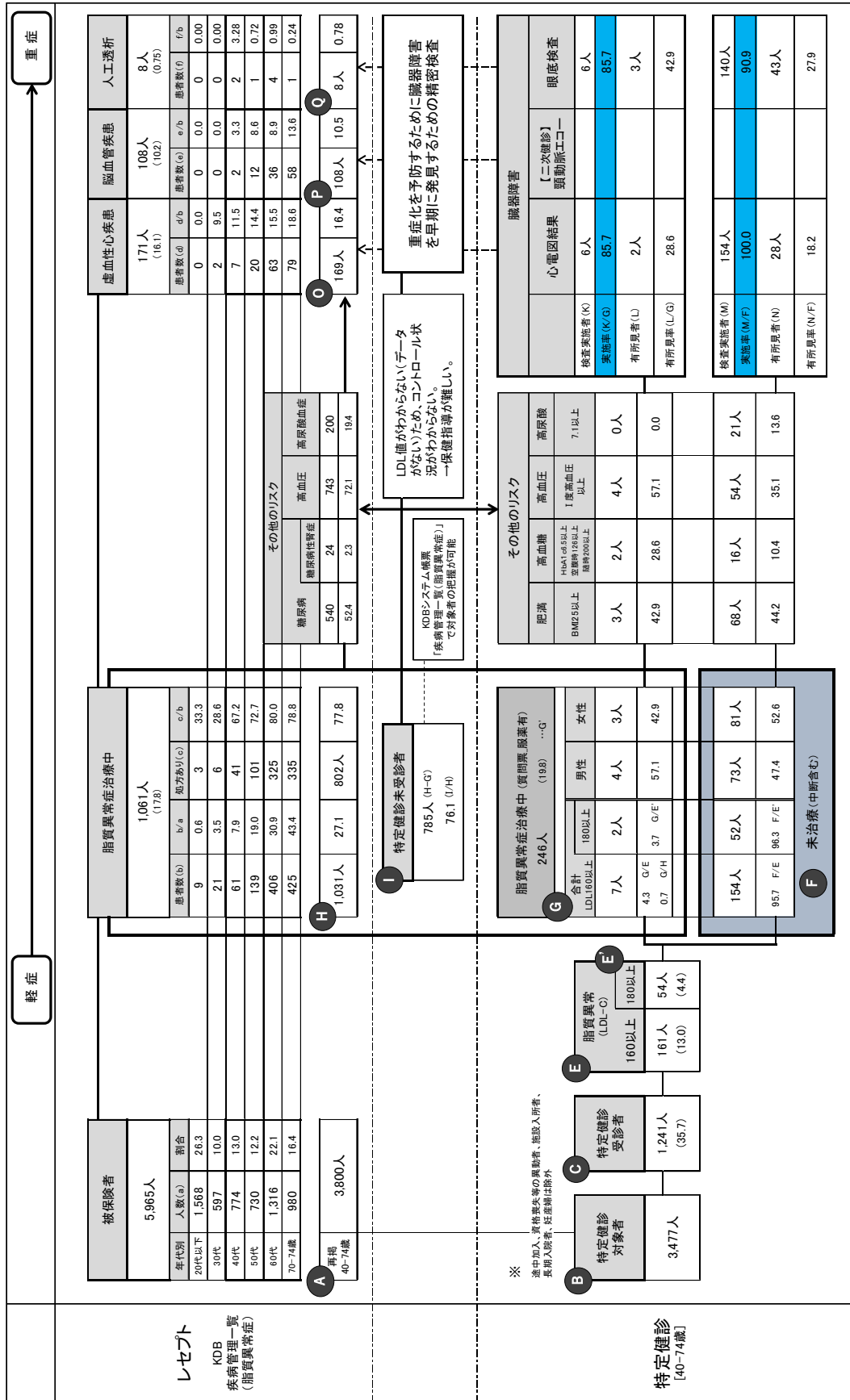
令和04年度



※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構築」入力支援対象者一覧(薬業・重症化予防)から集計

参考資料5 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



参考資料 6 HbA1C の年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,487	631	42.4%	545	36.7%	209	14.1%	54	3.6%	28	1.9%	20	1.3%	38	2.6%	9	0.6%
H30	1,389	603	43.4%	495	35.6%	186	13.4%	48	3.5%	39	2.8%	18	1.3%	37	2.7%	12	0.9%
R01	1,387	760	54.8%	389	28.0%	151	10.9%	37	2.7%	33	2.4%	17	1.2%	35	2.5%	15	1.1%
R02	1,042	457	43.9%	356	34.2%	150	14.4%	32	3.1%	34	3.3%	13	1.2%	26	2.5%	10	1.0%
R03	1,243	476	38.3%	444	35.7%	201	16.2%	57	4.6%	52	4.2%	13	1.0%	34	2.7%	9	0.7%
R04	1,236	565	45.7%	396	32.0%	175	14.2%	58	4.7%	32	2.6%	10	0.8%	20	1.6%	5	0.4%

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	1,487	631	545	209	102	37	65			6.9%
					48	10	38	3.2%	6.9%	
H30	1,389	603	495	186	105	35	70			7.6%
					57	15	42	4.1%	7.6%	
R01	1,387	760	389	151	87	25	62			6.3%
					50	10	40	3.6%	6.3%	
R02	1,042	457	356	150	79	24	55			7.5%
					47	11	36	4.5%	7.5%	
R03	1,243	476	444	201	122	49	73			9.8%
					65	19	46	5.2%	9.8%	
R04	1,236	565	396	175	100	35	65			8.1%
					42	9	33	3.4%	8.1%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	108	7.3%	5	4.6%	8	7.4%	30	27.8%	27	25.0%	22	20.4%	16	14.8%	30	27.8%	6	5.6%
	H30	111	8.0%	2	1.8%	14	12.6%	25	22.5%	28	25.2%	28	25.2%	14	12.6%	30	27.0%	8	7.2%
	R01	111	8.0%	7	6.3%	14	12.6%	28	25.2%	22	19.8%	28	25.2%	12	10.8%	27	24.3%	10	9.0%
	R02	100	9.6%	3	3.0%	9	9.0%	33	33.0%	19	19.0%	26	26.0%	10	10.0%	21	21.0%	8	8.0%
	R03	107	8.6%	5	4.7%	8	7.5%	21	19.6%	27	25.2%	38	35.5%	8	7.5%	22	20.6%	5	4.7%
	R04	105	8.5%	5	4.8%	7	6.7%	28	26.7%	32	30.5%	25	23.8%	8	7.6%	16	15.2%	4	3.8%
治療なし	H29	1,379	92.7%	626	45.4%	537	38.9%	179	13.0%	27	2.0%	6	0.4%	4	0.3%	8	0.6%	3	0.2%
	H30	1,278	92.0%	601	47.0%	481	37.6%	161	12.6%	20	1.6%	11	0.9%	4	0.3%	7	0.5%	4	0.3%
	R01	1,276	92.0%	753	59.0%	375	29.4%	123	9.6%	15	1.2%	5	0.4%	5	0.4%	8	0.6%	5	0.4%
	R02	942	90.4%	454	48.2%	347	36.8%	117	12.4%	13	1.4%	8	0.8%	3	0.3%	5	0.5%	2	0.2%
	R03	1,136	91.4%	471	41.5%	436	38.4%	180	15.8%	30	2.6%	14	1.2%	5	0.4%	12	1.1%	4	0.4%
	R04	1,131	91.5%	560	49.5%	389	34.4%	147	13.0%	26	2.3%	7	0.6%	2	0.2%	4	0.4%	1	0.1%

参考資料 7 血圧の年次比較

	血圧測定者 A	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
H29	1,490	513	34.4%	288	19.3%	318	21.3%	283	19.0%	77	5.2%	11	0.7%
H30	1,390	494	35.5%	288	20.7%	300	21.6%	232	16.7%	62	4.5%	14	1.0%
R01	1,385	489	35.3%	305	22.0%	273	19.7%	248	17.9%	60	4.3%	10	0.7%
R02	1,042	374	35.9%	214	20.5%	217	20.8%	194	18.6%	35	3.4%	8	0.8%
R03	1,242	477	38.4%	272	21.9%	255	20.5%	186	15.0%	45	3.6%	7	0.6%
R04	1,240	484	39.0%	275	22.2%	252	20.3%	175	14.1%	46	3.7%	8	0.6%

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

重症化しやすい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	割合
					再掲				
					再III度高血圧	未治療	治療		
H29	1,490	801 53.8%	318 21.3%	283 19.0%	88 5.9%	53 60.2%	35 39.8%	5.9%	
H30	1,390	782 56.3%	300 21.6%	232 16.7%	76 5.5%	44 57.9%	32 42.1%	5.5%	
R01	1,385	794 57.3%	273 19.7%	248 17.9%	70 5.1%	44 62.9%	26 37.1%	5.1%	
R02	1,042	588 56.4%	217 20.8%	194 18.6%	43 4.1%	28 65.1%	15 34.9%	4.1%	
R03	1,242	749 60.3%	255 20.5%	186 15.0%	52 4.2%	35 67.3%	17 32.7%	4.2%	
R04	1,240	759 61.2%	252 20.3%	175 14.1%	54 4.4%	41 75.9%	13 24.1%	4.4%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者 A	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		
治療中	H29	412	27.7%	65	15.8%	68	16.5%	115	27.9%	129	31.3%	33	8.0%	2	0.5%
	H30	405	29.1%	72	17.8%	80	19.8%	104	25.7%	117	28.9%	27	6.7%	5	1.2%
	R01	397	28.7%	73	18.4%	84	21.2%	106	26.7%	108	27.2%	22	5.5%	4	1.0%
	R02	306	29.4%	57	18.6%	75	24.5%	72	23.5%	87	28.4%	13	4.2%	2	0.7%
	R03	345	27.8%	63	18.3%	90	26.1%	93	27.0%	82	23.8%	16	4.6%	1	0.3%
治療なし	H29	1,078	72.3%	448	41.6%	220	20.4%	203	18.8%	154	14.3%	44	4.1%	9	0.8%
	H30	985	70.9%	422	42.8%	208	21.1%	196	19.9%	115	11.7%	35	3.6%	9	0.9%
	R01	988	71.3%	416	42.1%	221	22.4%	167	16.9%	140	14.2%	38	3.8%	6	0.6%
	R02	736	70.6%	317	43.1%	139	18.9%	145	19.7%	107	14.5%	22	3.0%	6	0.8%
	R03	897	72.2%	414	46.2%	182	20.3%	162	18.1%	104	11.6%	29	3.2%	6	0.7%
R04	892	71.9%	417	46.7%	189	21.2%	150	16.8%	95	10.7%	36	4.0%	5	0.6%	

参考資料 8 LDL コレステロールの年次比較

	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	1,490	599	40.2%	370	24.8%	321	21.5%	121	8.1%	79	5.3%
	H30	1,388	537	38.7%	350	25.2%	275	19.8%	144	10.4%	82	5.9%
	R01	1,385	513	37.0%	348	25.1%	267	19.3%	169	12.2%	88	6.4%
	R02	1,042	427	41.0%	279	26.8%	181	17.4%	97	9.3%	58	5.6%
	R03	1,242	514	41.4%	345	27.8%	213	17.1%	109	8.8%	61	4.9%
R04	1,238	539	43.5%	311	25.1%	227	18.3%	107	8.6%	54	4.4%	
男性	H29	717	304	42.4%	170	23.7%	152	21.2%	59	8.2%	32	4.5%
	H30	649	263	40.5%	177	27.3%	117	18.0%	62	9.6%	30	4.6%
	R01	647	251	38.8%	169	26.1%	115	17.8%	78	12.1%	34	5.3%
	R02	496	209	42.1%	138	27.8%	72	14.5%	51	10.3%	26	5.2%
	R03	582	247	42.4%	161	27.7%	102	17.5%	49	8.4%	23	4.0%
R04	588	263	44.7%	140	23.8%	108	18.4%	53	9.0%	24	4.1%	
女性	H29	773	295	38.2%	200	25.9%	169	21.9%	62	8.0%	47	6.1%
	H30	739	274	37.1%	173	23.4%	158	21.4%	82	11.1%	52	7.0%
	R01	738	262	35.5%	179	24.3%	152	20.6%	91	12.3%	54	7.3%
	R02	546	218	39.9%	141	25.8%	109	20.0%	46	8.4%	32	5.9%
	R03	660	267	40.5%	184	27.9%	111	16.8%	60	9.1%	38	5.8%
R04	650	276	42.5%	171	26.3%	119	18.3%	54	8.3%	30	4.6%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上	再掲			13.4%	5.3%	13.4%
						再)180以上	未治療	治療			
H29	1,490	599	370	321	200	192	8	13.4%	96.0%	4.0%	5.3%
H30	1,388	537	350	275	226	212	15	16.3%	93.8%	6.6%	5.9%
R01	1,385	513	348	267	257	242	15	18.6%	94.2%	5.8%	6.4%
R02	1,042	427	279	181	155	147	8	14.9%	94.8%	5.2%	5.6%
R03	1,242	514	345	213	170	161	9	13.7%	94.7%	5.3%	4.9%
R04	1,238	539	311	227	161	154	7	13.0%	95.7%	4.3%	4.4%

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	224	15.0%	134	59.8%	51	22.8%	31	13.8%	6	2.7%	2	0.9%
	H30	224	16.1%	127	56.7%	61	27.2%	21	9.4%	9	4.0%	6	2.7%
	R01	234	16.9%	132	56.4%	55	23.5%	32	13.7%	12	5.1%	3	1.3%
	R02	185	17.8%	118	63.8%	43	23.2%	16	8.6%	5	2.7%	3	1.6%
	R03	234	18.8%	143	61.1%	57	24.4%	25	10.7%	7	3.0%	2	0.9%
R04	246	19.9%	171	69.5%	45	18.3%	23	9.3%	5	2.0%	2	0.8%	
治療なし	H29	1,266	85.0%	465	36.7%	319	25.2%	290	22.9%	115	9.1%	77	6.1%
	H30	1,167	84.1%	410	35.1%	290	24.9%	255	21.9%	136	11.7%	76	6.5%
	R01	1,152	83.2%	381	33.1%	294	25.5%	235	20.4%	157	13.6%	85	7.4%
	R02	858	82.3%	309	36.0%	237	27.6%	165	19.2%	92	10.7%	55	6.4%
	R03	1,010	81.3%	373	36.9%	288	28.5%	188	18.6%	102	10.1%	59	5.8%
R04	994	80.3%	369	37.1%	267	26.9%	204	20.5%	102	10.3%	52	5.2%	

別海町国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
及び
第4期特定健康診査等実施計画
令和6年度～令和11年度

発行	別海町
編集	別海町福祉部 町民課・保健課 別海町別海西本町 101 番地 1
TEL	0153-75-0359
FAX	0153-75-0337