

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、平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(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ました。

また、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※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の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」(以下「第3期データヘルス計画」という)を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や砂川市健康増進計画(健康すながわ 21)、北海道医療費適正化計画、砂川市介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療を確保する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2、3、4、5)

本市では、以上の事も踏まえ、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、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

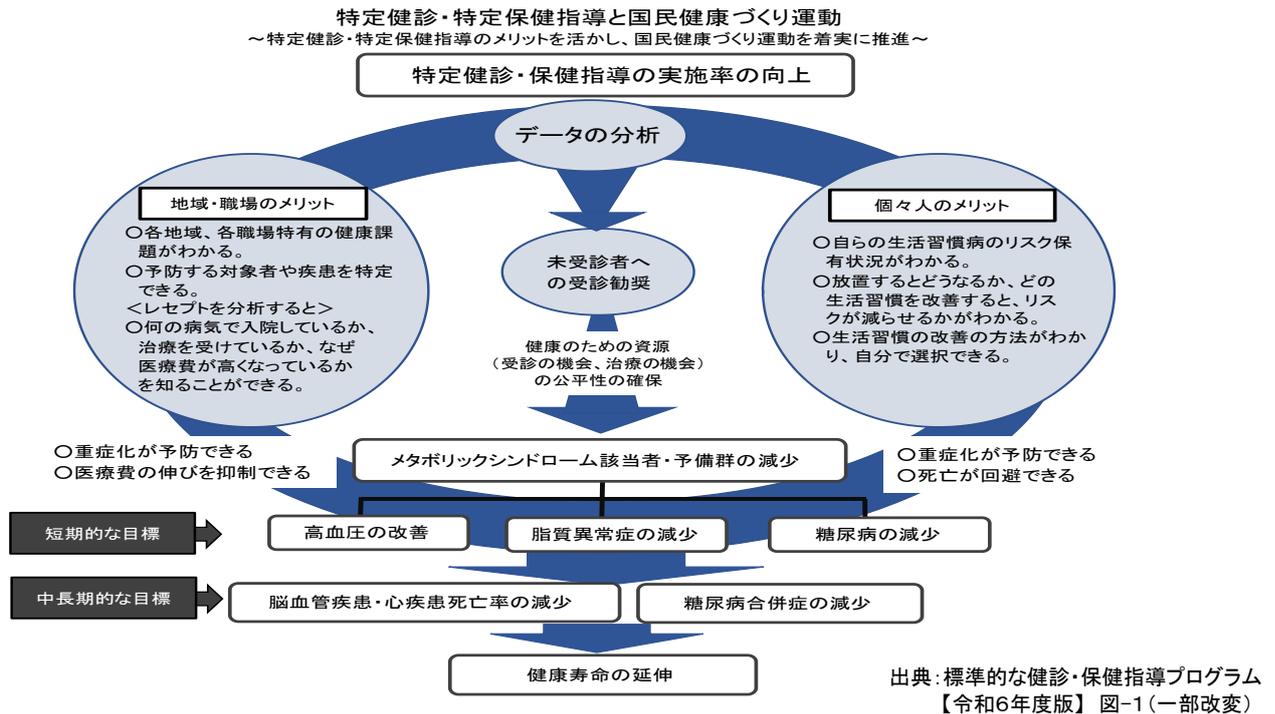
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期保健事業実施計画同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

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

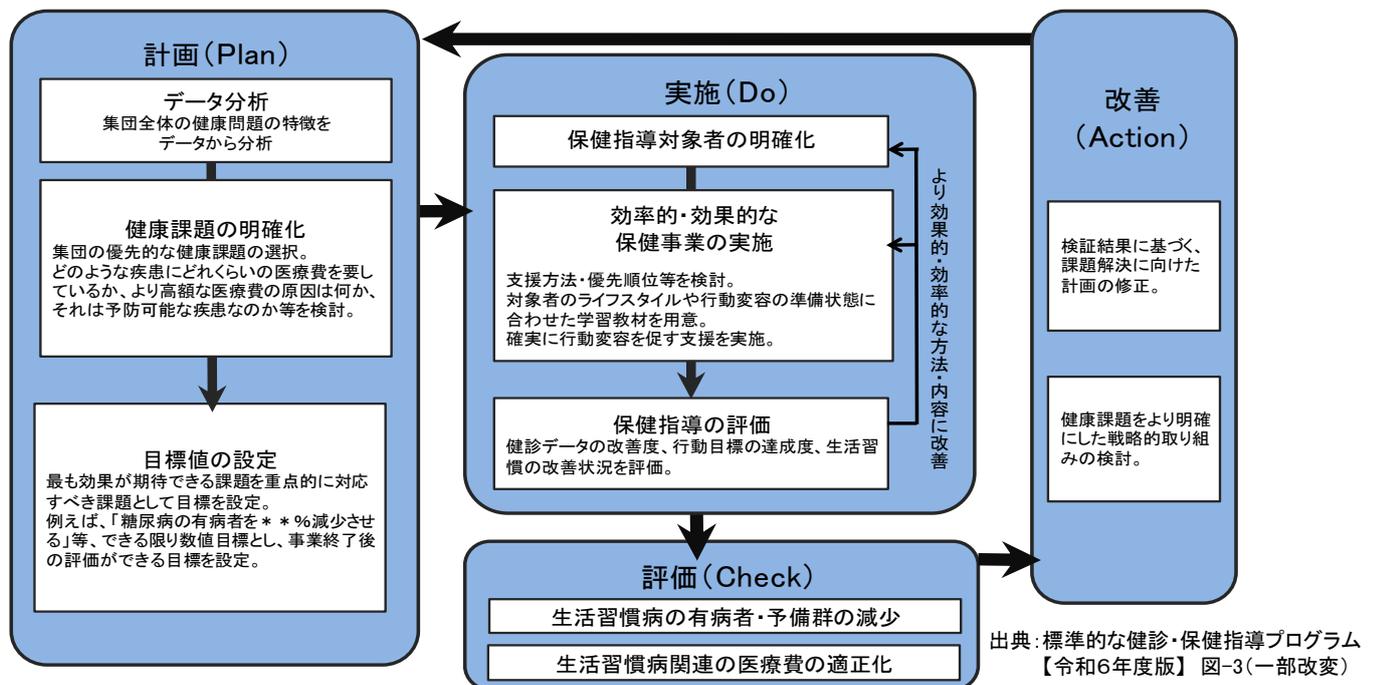
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の効率的かつ効果的に実 施す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6年1月改正 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40~74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の指標を参考 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	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・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サイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成 支援保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付 金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



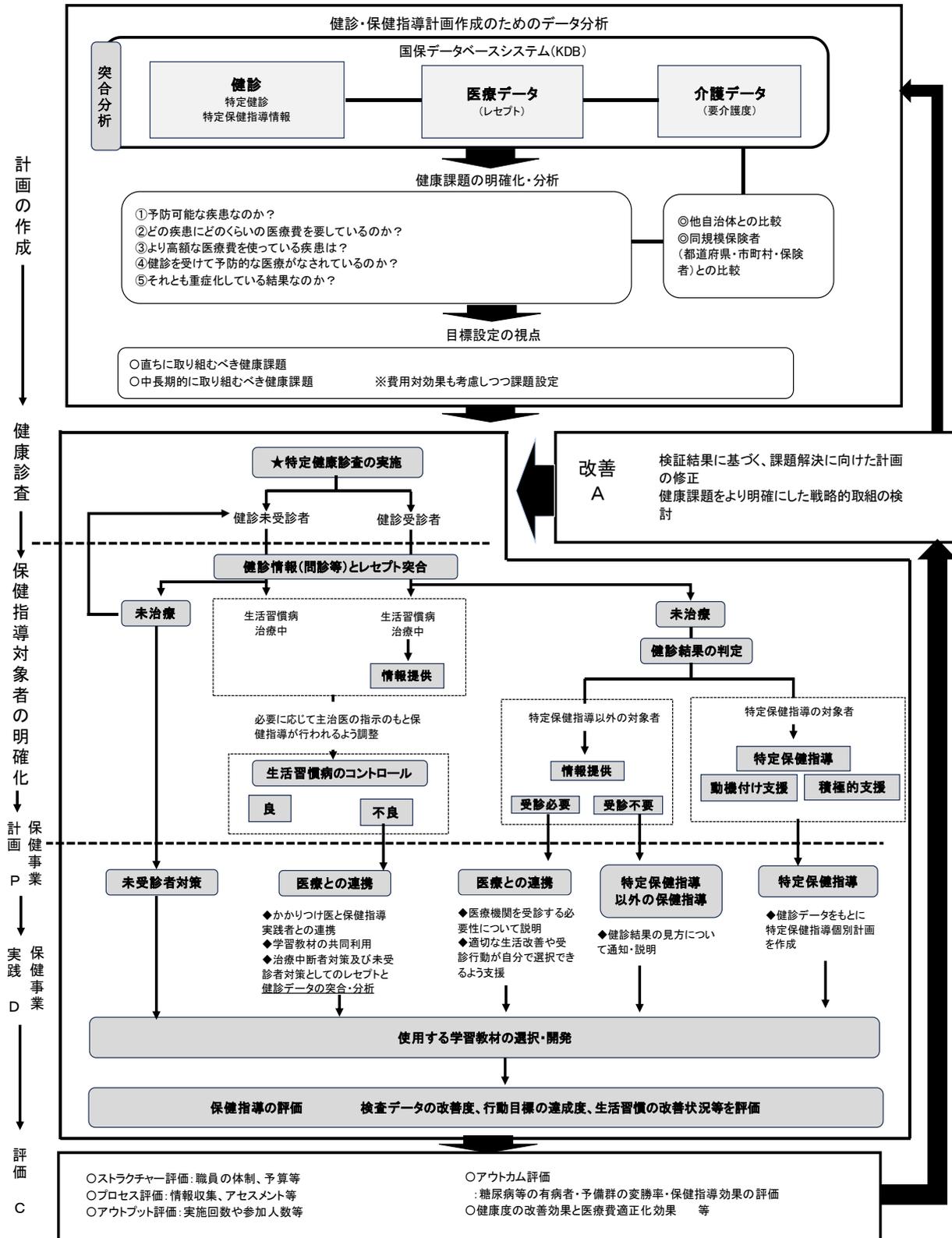
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



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

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



出典: 標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、北海道医療費適正化計画や北海道医療計画が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

4-1 市町村国保の役割

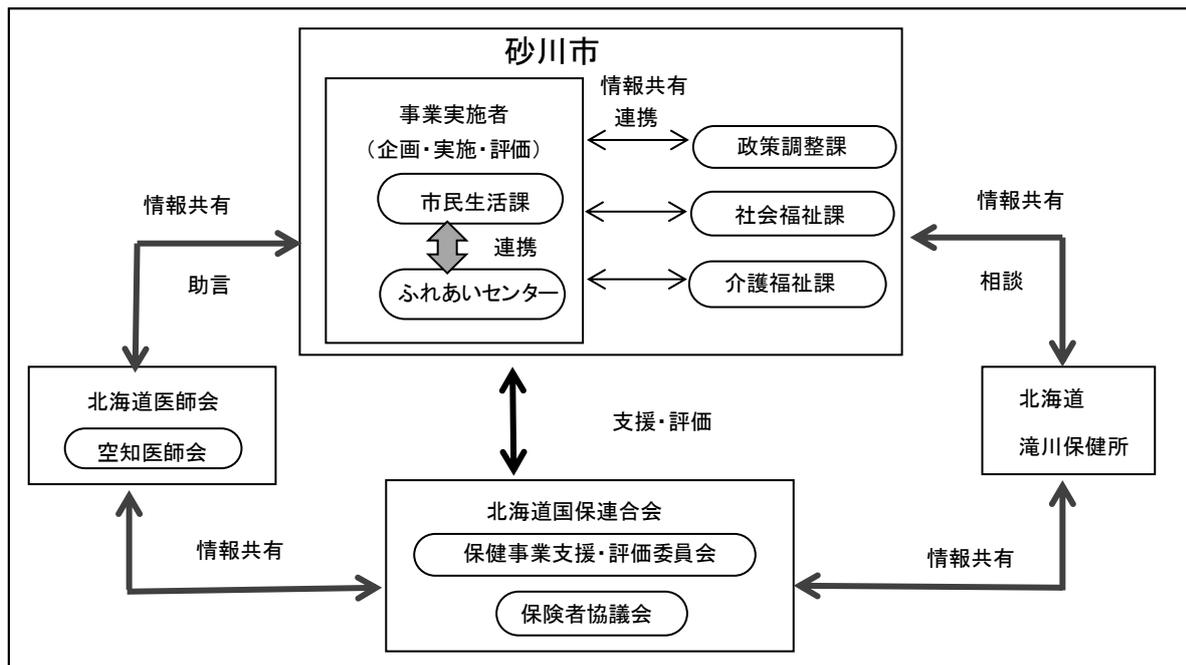
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、後期高齢者医療部局(市民生活課)、保健衛生部局(ふれあいセンター)、介護保険部局(介護福祉課)、企画部局(政策調整課)、生活保護部局(社会福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表6、7)

図表6 砂川市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	国保保険係	健康増進係 (保健師2、会計年度保健師2、管理栄養士1、会計年度栄養士1、会計年度事務1)	保健予防係 (保健師4、会計年度保健師1、会計年度栄養士1、会計年度事務1)
国保事務	◎	特定健診・保健指導事務◎	
健康診断 保健指導	ふれあいセンターに執行委任	◎	○
高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業	後期高齢者医療広域連合受託	◎	○
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		○	◎

4-2 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者（北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会のことをいう。）等との連携・協力が重要となります。

外部有識者とは、北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会のことをいう。

国保連に設置された保健事業支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて KDB(国保データベースシステム)の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

また、道は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化に対する関与が重要となります。

また、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、道が北海道医師会等との連携を推進することが重要となります。

国保連と道は、保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的な連携に努めることが重要です。

市町村国保は、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、他の保険者間と健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保健事業の実施にも連携、協力していくことが必要です。特に高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業の実施については、切れ目のない保健事業を実施できるよう連携が重要です。

4-3 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、

結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		砂川市	配点	砂川市	配点	砂川市	配点	
交付額(万円)		969		911		894		
全国順位(1,741市町村中)		37位		35位		46位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	115	70	160	70	
		(2)特定保健指導実施率	70		70		70	
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	45	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	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	80	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	60	100	60	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	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	80	100	74	100
合計点		790	1,000	775	960	754	940	

出典:厚生労働省ホームページ

第2章 保健事業実施計画第2期にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約1万6,000人で、高齢化率は令和4年度40.2%でした。同規模、道、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も58.7歳と同規模と比べて高く、出生率が低い市で財政力指数も低い市となっています。産業においては、第3次産業が70.6%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は19.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が56.2%と半数以上を占めています。(図表10)

また本市内には2つの病院7つの診療所があり、診療所は同規模よりも少ないが、病院は同規模や道と比較しても多く、病床数や医師数は同規模の約3倍であり、医療資源に恵まれている一方、医療にかかりやすく、入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・道・国と比較した砂川市の特性

	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)	財政力 指数	第1次 産業 (%)	第2次 産業 (%)	第3次 産業 (%)
砂川市	15,930	40.2	3,043 (19.1)	58.7	4.8 ↓	18.5 ↑	0.3 ↓	6.1	23.2	70.6
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
道	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	6.82%	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、砂川市と同規模保険者(280市町村)の
平均値を表す

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 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数(人)	割合(%)								
被保険者数	3,552		3,437		3,356		3,219		3,043	
65～74歳	1,883	53.0	1,856	54.0	1,861	55.5	1,783	55.4	1,709	56.2
40～64歳	1,093	30.8	1,042	30.3	997	29.7	943	29.3	877	28.8
39歳以下	576	16.2	539	15.7	498	14.8	493	15.3	457	15.0
加入率(%)	20.3		19.6		19.2		18.4		19.1	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数(人)	割合(%)	同規模 割合(%)	道 割合(%)								
診療所数	8	2.3	8	2.3	8	2.4	8	2.5	7	2.3	3.5	3.1
病床数	622	175.1	622	181.0	622	185.3	622	193.2	622	204.4	67.7	85.6
医師数	101	28.4	101	29.4	104	31.0	104	32.3	106	34.8	9.7	12.8
外来患者数	654.3		656.4		626.7		636.1		639.7		728.3	654.8
入院患者数	33.5		34.2		30.9		33.3		30.6		23.6	21.5

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期保健事業実施計画にかかる評価及び考察

2-1 第2期保健事業実施計画の評価

第2期保健事業実施計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、医療費の伸びを抑えること及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を減らしていくことを設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を減らしていくことを設定しました。(P4図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者は23人(認定率0.46%)で同規模、道、国よりも高く、1号(65歳以上)被保険者は1,306人(認定率20.4%)と同規模と比較すると高いが、道や国なみに抑えられている状況です。1号2号ともに平成30年度と比べて認定率は高くなっています。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約15.5億円から約16.2億円に伸びています。一人当たり給付費も伸びてはいますが、同規模、道、国よりも低く抑えられており、一件あたりの給付費では施設サービスが減り、居宅サービスが増えたことにより全体での伸びが抑えられています。(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、2号被保険者と1号の65～74歳(前期高齢者)では脳卒中(脳出血・脳梗塞)がほぼ半数を占めており、75歳以上では虚血性心疾患が多くなり、全体で見ると脳卒中と虚血性心疾患が同率となっています。どちらも突然に発症しますが、その背景には基礎疾患である高血圧・糖尿病等による血管変化が関係しており、どの年代においても90%以上と高い割合となっています。これらは予防可能な疾患であり、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

特に2号被保険者の増加は、個人の生活の質の低下だけでなく、経済面においても支え手から支えられる側となり、今後長年にわたり医療費、介護給付費が必要となります。

2号認定者23人中12人が国保加入者で脳卒中が6人おり、そのほとんどが健診未受診で、健診を受診していた一人はメタボ、高血圧、高脂血症でしたが未治療で、その後健診も未受診のまま脳梗塞を発症していました。若いころからの健診を受けて、自身の健康状態を把握し症状のないうちから生活習慣病を予防をすることが、発症予防、介護予防につながるため、若い年代層への健診勧奨が非常に重要となります。健診につながらなくても、まずは血圧測定や体重などできることから現状を把握し、予防に取り組めるような関わりも必要です。

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	砂川市				同規模	道	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,390人	36.5%	6,404人	40.2%	36.2%	32.2%	28.7%
2号認定者	24人	0.42%	23人	0.46%	0.37%	0.42%	0.38%
新規認定者	2人		5人		--	--	--
1号認定者	1,251人	19.6%	1,306人	20.4%	19.1%	20.9%	19.4%
新規認定者	224人		173人		--	--	--
65～74歳	115人	3.8%	96人	3.4%	--	--	--
新規認定者	25人		28人		--	--	--
75歳以上	1,136人	33.7%	1,210人	34.1%	--	--	--
新規認定者	199人		145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

	砂川市		同規模	道	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	15億5331万円	16億2460万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	243,085	253,685	300,230	269,507	290,668
1件あたり給付費(円) 昼間	80,982	76,966	70,503	60,965	59,662
居室サービス(円)	44,430	46,776	43,936	42,034	41,272
施設サービス(円)	274,376	269,433	291,914	296,260	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		23		96		1,210		1,306				
再)国保・後期		12		60		985		1,045				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	6 50.0%	脳卒中	28 46.7%	虚血性心疾患	383 38.9%	虚血性心疾患	393 37.6%	脳卒中	394 37.3%
		2	虚血性心疾患	1 8.3%	虚血性心疾患	10 16.7%	脳卒中	360 36.5%	脳卒中	388 37.1%	虚血性心疾患	394 37.3%
		3	腎不全	1 8.3%	腎不全	8 13.3%	腎不全	229 23.2%	腎不全	237 22.7%	腎不全	238 22.5%
	合併症	4	糖尿病合併症	1 8.3%	糖尿病合併症	7 11.7%	糖尿病合併症	109 11.1%	糖尿病合併症	116 11.1%	糖尿病合併症	117 11.1%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		11 91.7%	基礎疾患	54 90.0%	基礎疾患	937 95.1%	基礎疾患	991 94.8%	基礎疾患	1,002 94.8%
	血管疾患合計		11 91.7%	合計	55 91.7%	合計	950 96.4%	合計	1,005 96.2%	合計	1,016 96.1%	
	LDL-C 160mg/dl以上		認知症	1 8.3%	認知症	23 38.3%	認知症	501 50.9%	認知症	524 50.1%	認知症	525 49.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	10 83.3%	筋骨格系	48 80.0%	筋骨格系	938 95.2%	筋骨格系	986 94.4%	筋骨格系	996 94.2%

* 血管疾患合計は血管疾患いずれか一つ以上ある場合

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は増えており、同規模、道、国よりも高くなっており、平成30年度と比較し1.6万円伸びています。

また、1件あたりの入院医療費も外来医療費ともに増えていますが、医療費の割合では入院医療費が減って外来医療費が増えています。しかし、同規模、道、国に比べると、まだ入院医療費の割合が多くなっています。

入院の件数では全体のレセプトのわずか4.6%にも関わらず、医療費では全体の約48.9%を占めており、全体の医療費の伸びを抑えるためには入院医療費を減らす必要があり、重症化する前に外来医療につなげることが重要になります。(図表15)

また、年齢調整をした地域差指数でもみても、国保では下がってきてはいるものの、全国平均の1を超えており、後期では道よりは低いが入院が上がっています。(図表16)

医療費の高騰は、入院医療費が高いことが大きな要因なので、入院治療にならないうちに予防可能な生活習慣病を早期に発見することや重症化予防するための健診勧奨や、健診受診に関わらず重症化予防対象者の保健指導を継続して実施していく必要があります。

図表15 医療費の推移

		砂川市		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		3,552人	3,043人 ↓	--	--	--
前期高齢者人数(割合)		1,883人 (53.0%)	1,709人 (56.2%)	--	--	--
総医療費		15億4697万円	13億7542万円 ↓	--	--	--
一人あたり医療費(円)		435,520 道内14位 同規模19位	451,994 道内19位 同規模43位	394,521	376,962	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	561,290	591,530	585,610	628,200	617,950
	費用の割合(%)	52.7	48.9 ↓	43.3	43.7	39.6
	件数の割合(%)	4.9	4.6	3.1	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	25,780	29,530	24,850	26,530	24,220
	費用の割合(%)	47.3	51.1 ↑	56.7	56.3	60.4
	件数の割合(%)	95.1	95.4	96.9	96.8	97.5
受診率		687.764	670.25	751.942	676.241	705.439

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		
		砂川市(道内市町村中)		道 (47都道府県中)	砂川市(道内市町村中)		道 (47都道府県)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差 指数 ・ 順位	全体	1.198 (26位)	1.178 ↓ (25位)	1.050 (15位)	1.030 (83位)	1.073 ↑ (50位)	1.107 (9位)
		1.543 (20位)	1.513 ↓ (14位)	1.149 (16位)	1.137 (75位)	1.289 ↑ (39位)	1.243 (8位)
	入院	0.982 (91位)	0.969 ↑ (81位)	0.986 (27位)	0.931 (86位)	0.858 (119位)	0.974 (23位)
	外来						

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については同規模、道、国よりもまだ高い状況です。慢性腎不全(透析有)は同規模、道、国よりは低いが、平成30年度と比べると割合が増えています。予防が難しいその他の疾患では、悪性新生物、筋・骨格疾患の医療費の割合が増え、精神疾患は割合では減ってはいるものの同規模、道、国の約2倍近い状況となっており、予防可能な生活習慣病以外の医療費の割合が増えていることがわかります。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患は患者数及び割合が減少していますが、人工透析患者は増えています。

脳血管疾患は、年代別にみると40～64歳の若い年代で割合が増えており、医療費のみならず介護費用へもつながります。また人工透析は人数が少なくても導入時と年間の医療費が高額なので、少しでも導入を遅らせることが医療費の抑制につながります。いずれの疾患も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す。(図表18)

図表17 総医療費に占める中長期目標疾患の医療費割合の推移

			砂川市		同規模	道	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費			15億4697万円	13億7542万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計			1億0549万円	↓ 9052万円	--	--	--
			6.82%	↓ 6.58%	7.84%	6.48%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.48%	↓ 2.88%	2.10%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.70%	↓ 1.37%	1.39%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.38%	↑ 2.28%	4.05%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.27%	↓ 0.05%	0.30%	0.28%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.02%	↑ 16.46%	16.91%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		7.67%	↑ 10.53%	9.00%	9.41%	8.68%
	精神疾患		14.57%	14.19%	8.74%	7.60%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

(単位:人)

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 0~74歳	A	3,552	3,043	a	298	222	283	232	6	8	
				a/A	8.4%	7.3%	8.0%	7.6%	0.2%	0.3%	
40歳以上	B	2,976	2,586	b	291	217	281	230	6	8	
	B/A	83.8%	85.0%	b/B	9.8%	8.4%	9.4%	8.9%	0.2%	0.3%	
再掲	40~64歳	C	1,093	877	c	55	46	56	43	5	6
		C/A	30.8%	28.8%	c/C	5.0%	5.2%	5.1%	4.9%	0.5%	0.7%
	65~74歳	D	1,883	1,709	d	236	171	225	187	1	2
		D/A	53.0%	56.2%	d/D	12.5%	10.0%	11.9%	10.9%	0.1%	0.1%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧と糖尿病では治療者の割合は増えていますが、脂質異常症では治療者の割合が減っています。治療者は増えてもその重症化(合併症)である脳血管疾患や虚血性心疾患の割合は減っており、適切な治療によって抑えられていることが考えられます。しかし、人工透析に関しては増えているので、早い段階からの腎臓を守るために医療とも連携しながら重症化予防対策に取り組んでいく必要があります。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値(受診勧奨判定値)の者だけでなく、重症化しないうちに保健指導を実施しているので、生活習慣を改善し、適切な時期に受診するなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。(図表 19~21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

(単位:人)

高血圧症 (疾病管理一覧)		全体 (0~74歳)		40歳以上		再掲				
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	40~64歳		65~74歳		
						H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者	A	1,328	1,204	1,304	1,182	291	242	1,013	940	
	A/被保数	37.4%	39.6%	43.8%	45.7%	26.6%	27.6%	53.8%	55.0%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	160	117	158	116	31	26	127	90
		B/A	12.0%	9.7%	12.1%	9.8%	10.7%	10.7%	12.5%	9.6%
	虚血性心疾患	C	212	179	210	177	34	28	176	149
		C/A	16.0%	14.9%	16.1%	15.0%	11.7%	11.6%	17.4%	15.9%
	人工透析	D	5	8	5	8	5	6	0	2
		D/A	0.4%	0.7%	0.4%	0.7%	1.7%	2.5%	0.0%	0.2%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

(単位:人)

糖尿病 (疾病管理一覧)		全体 (0~74歳)		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	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者	A	1,044	977	1,018	940	273	223	745	717	
	A/被保数	29.4%	32.1%	34.2%	36.3%	25.0%	25.4%	39.6%	42.0%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	117	78	116	78	22	14	94	64
		B/A	11.2%	8.0%	11.4%	8.3%	8.1%	6.3%	12.6%	8.9%
	虚血性心疾患	C	175	155	173	153	31	25	142	128
		C/A	16.8%	15.9%	17.0%	16.3%	11.4%	11.2%	19.1%	17.9%
	人工透析	D	4	5	4	5	3	4	1	1
		D/A	0.4%	0.5%	0.4%	0.5%	1.1%	1.8%	0.1%	0.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	56	42	56	42	18	13	38	29
		E/A	5.5%	4.3%	5.5%	4.5%	6.6%	5.8%	5.1%	4.0%
	糖尿病性網膜症	F	95	69	95	69	28	17	67	52
		F/A	9.1%	7.1%	9.3%	7.3%	10.3%	7.6%	9.0%	7.3%
	糖尿病性神経障害	G	28	24	28	24	10	7	18	17
		G/A	2.7%	2.5%	2.8%	2.6%	3.7%	3.1%	2.4%	2.4%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

(単位:人)

脂質異常症 (疾病管理一覧)		全体 (0~74歳)		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	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者	A	1,141	975	1,124	956	269	204	855	752	
	A/被保数	32.1%	32.0%	37.8%	37.0%	24.6%	23.3%	45.4%	44.0%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	120	87	118	87	24	17	94	70
		B/A	10.5%	8.9%	10.5%	9.1%	8.9%	8.3%	11.0%	9.3%
	虚血性心疾患	C	191	149	190	148	31	22	159	126
		C/A	16.7%	15.3%	16.9%	15.5%	11.5%	10.8%	18.6%	16.8%
	人工透析	D	2	4	2	4	2	4	0	0
		D/A	0.2%	0.4%	0.2%	0.4%	0.7%	2.0%	0.0%	0.0%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の有所見者の推移と医療のかかり方

平成 30 年度と令和4年度の健診結果から、高血圧Ⅱ度以上(160/100 mmHg 以上)の有所見者の割合は減少していますが、全国市町村(把握分)と比較すると高くなっています。糖尿病(bA1c7.0%以上)の有所見者は増加していて、全国市町村(把握分)よりも高い状況が続いています。しかし、高血圧も糖尿病も問診結果から未治療者の割合は低く、内服をしてもコントロールがうまくいかない背景には肥満や塩分過剰摂取などの背景がある可能性も高く、治療していても個別の保健指導が重要であることがわかります。また、有所見者が健診後、医療機関の受診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者が高血圧で約 42.2%、糖尿病で 3.0%で、高血圧での未治療者が多い状況でした。(図表 22)

未治療者を放置せず、受診勧奨や次年度の健診に勧奨し、粘り強く保健指導を徹底することによって重症化を予防し、中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患)の予防につなげるのが重要です。

図表 22 有所見者の推移と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 II度以上高血圧の推移											
					II度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R04年度		H30年度				R04年度				レセプト情報(R04.4~R05.3)			
	受診者 A(人)	受診率 (%)	受診者 B(人)	受診率 (%)	問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C(人)	C/A(%)	D(人)	D/C(%)	E(人)	E/B(%)	F(人)	F/E(%)	G(人)	G/E(%)	H(人)	H/E(%)	
砂川市	1,383	53.3	1,165	52.0	141	10.2	71	50.4	102	8.8	52	51.0	43	42.2	5	4.9
把握市町村合計 (R3:448/R4:430)	1,362,582	39.0	607,876	40.9	73,619	5.4	42,432	57.6	67,645	6.0	39,073	57.8	24,387	36.1	3,527	5.2

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0%以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R04年度		H30年度				R04年度				レセプト情報(R04.4~R05.3)			
	HbA1c 実施者 A(人)	実施率 (%)	HbA1c 実施者 B(人)	実施率 (%)	問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I(人)	I/実施者 A(%)	J(人)	J/I(%)	K(人)	K/実施 者B(人)	L(人)	L/K(%)	M(人)	M/K(%)	N(人)	N/K(%)	
砂川市	1,294	93.6	1,092	94.1	75	5.8	14	18.7	67	6.1	10	14.9	2	3.0	0	0.0
把握市町村合計 (R3:448/R4:430)	1,344,224	98.7	1,117,327	99.3	63,812	4.7	17,755	27.8	56,428	5.0	14,354	25.7	3,779	6.7	1,902	3.3

出典:ヘルスサポートラボソール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は増えています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、II度高血圧以上、LDL160 mg/dl 以上の有所見割合を見ると、高血圧とLDL160 mg/dl 以上で増加しているが、翌年度の結果を見ると、改善率が上がっています。一方HbA1cでは有所見は減っていますが、翌年度の改善率が低く、さらに翌年度の健診未受診が増えています。医療につながったとしても内服だけでは改善が難しく、食事指導による改善も難しく、医療につなげると健診を受けなくなる傾向があります(図23~26)。しかし、翌年度の健診未受診者は、治療を継続しているのか、治療のコントロールはどうかなど健康状態が不明となるので、優先的に健診勧奨をしたり、コントロール状態を確認していく必要があります。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

(単位:人)

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	1,383 (53.3%)	290 (21.0%)	108 (7.8%)	182 (13.2%)	139 (10.1%)		
R04年度	1,165 (52.0%)	289 (24.8%) ↑	118 (10.1%)	171 (14.7%)	116 (10.0%)		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

(単位:人)

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	165 (12.8%)	47 (28.5%)	58 (35.2%)	26 (15.8%)	34 (20.6%)
R03→R04	132 (12.1%)	32 (24.2%)	46 (34.8%)	16 (12.1%)	38 (28.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

(単位:人)

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	141 (10.2%)	74 (52.5%)	27 (19.1%)	2 (1.4%)	38 (27.0%)
R03→R04	129 (11.1%)	64 (49.6%)	24 (18.6%)	4 (3.1%)	37 (28.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

(単位:人)

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	152 (11.0%)	63 (41.4%)	39 (25.7%)	18 (11.8%)	32 (21.1%)
R03→R04	127 (10.9%)	60 (47.2%)	41 (32.3%)	8 (6.3%)	18 (14.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 54.7%まで伸びましたが、新型コロナ感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が減少しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に、40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は低い状況が続いています。(図表 28)

特定保健指導については、70%前後を維持しています。また、特定保健指導対象者以外にもほぼ全員に保健指導を実施しており、重症化予防の対象者、特に未治療者を優先して、状態に応じた保健指導を実施しています。

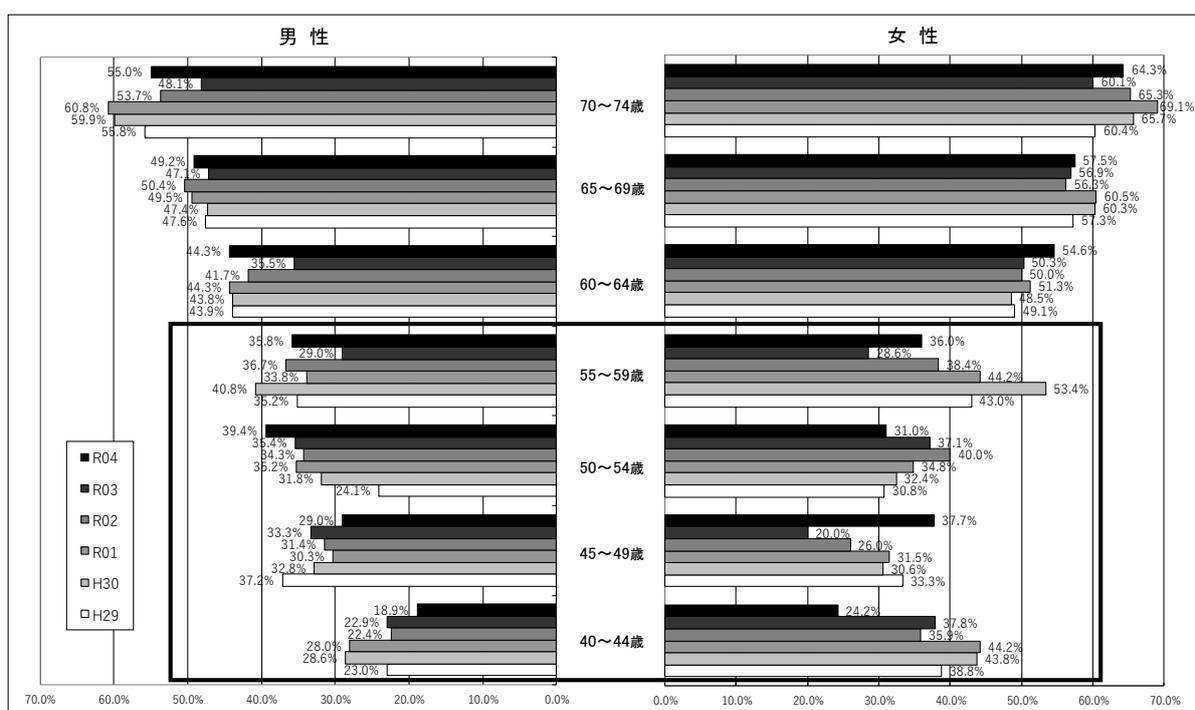
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

(単位:人)

		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	1,383	1,373	1,281	1,161	1,165	健診受診率 60%
	受診率	53.3%	54.7%	51.7%	48.3%	52.0	
特定保健指導	該当者数	130	124	116	104	95	特定保健指導実施率 70%
	割合	9.4%	9.0%	9.1%	9.0%	9.9%	
	実施者数	90	97	78	73	70	
	実施率	69.2%	78.2%	67.2%	70.2%	73.7%	

出典: 特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典: ヘルスサポートラボツール

2-2 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者は令和元年度以降減少してきています。(図表 29) 令和4年度の HbA1c7.0%以上の未治療者は7人で、そのうち 10 人は保健指導を実施できており4人が治療を開始して結果も改善しています。保健指導を実施できなかった1人はそのまま未治療で、次年度の結果も悪化していました。(図表 30)

HbA1c7.0%以上の8割以上が治療中ですが、薬を飲んでいるという安心感や病院にかかっているからという理由から、健診や保健指導から遠ざかってしまう傾向があります。

しかし、治療中でも肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、食事や運動は治療の基本であり、医療と連携した保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

令和3年度 HbA1c7.0%以上で、次年度の健診未受診者が 17 人おり、コントロール状態や治療中断がないかの確認が必要なので、健診受診勧奨の優先順位が高い対象となります。

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

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

年度	HbA1c測定者(人)	5.5%以下(人)	5.6~5.9%(人)	6.0~6.4%(人)	6.5%以上			再掲	割合
					再7.0%以上	未治療	治療		
H29	1,292	475 36.8%	464 35.9%	198 15.3%	155 12.0%	40 25.8%	115 74.2%	75 5.8%	12.0%
H30	1,294	462 35.7%	477 36.9%	190 14.7%	165 12.8%	48 29.1%	117 70.9%	75 5.8%	12.8%
R01	1,278	490 38.3%	424 33.2%	188 14.7%	176 13.8%	39 22.2%	137 77.8%	95 7.4%	13.8%
R02	1,216	390 32.1%	455 37.4%	209 17.2%	162 13.3%	46 28.4%	116 71.6%	77 6.3%	13.3%
R03	1,092	457 41.8%	339 31.0%	164 15.0%	132 12.1%	37 28.0%	95 72.0%	67 6.1%	12.1%
R04	1,086	442 40.7%	351 32.3%	142 13.1%	151 13.9%	37 24.5%	114 75.5%	71 6.5%	13.9%

図表 30 HbA1c8.0%以上未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(HbA1c測定者)	人(a)	1,294	1,278	1,216	1,092	1,086
HbA1c8.0%以上	人(b)	23	31	18	27	22
	(b/a)	1.8%	2.4%	1.5%	2.5%	2.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(c)	3	4	2	6	4
	(c/b)	13.0%	12.9%	11.1%	22.2%	18.2%
内服治療開始		3人	4人	0人	4人	3人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患などの重症化を予防するため、心電図検査を全数実施していますが、治療中のデータ受領では心電図が必須ではないので、心房細動の発見ができず心原性脳梗塞を発症した事例もあり、心電図検査の必要性を伝え、治療中の人も健診を受けるよう勧奨することや、病院での心臓の検査がある場合は KDB 等を活用して確認していくことも大切です。

令和3年度の有所見者 322 人のうち、20 人(6.2%)が要精査で医療機関を受診しているのは7人(35.0%)でした。(図表 31)所見の中でも心房細動については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっていますが、その他の所見の医療受診が低いので、KDB 等を活用しながら受診勧奨していく必要があります。

令和4年度の心房細動有所見者については、すでに治療中が 12 人で、未治療の1人についても受診を勧奨をし、治療につながっています。(図表 32)

要精査・要医療以外の判定の人、心房細動治療中の人に対しては、治療の中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

図表 31 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況(R3年度実績)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
全体	322		20	6.2%	7	35.0%	13	65.0%
男性	162	50.3%	8	4.9%	4	50.0%	4	50.0%
女性	160	49.7%	12	7.5%	3	25.0%	9	75.0%

砂川市調べ

図表 32 心房細動所見の治療の状況(R4年度実績)

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
13人	1人	7.7%	12人	92.3%

砂川市調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、10%前後で、同規模では5%前後と比較するとかなり高い率となっています。令和3年度の実績ではⅡ度高血圧以上は 133 人(11.0%)、そのうち未治療者(問診で内服なし)が 65 人(48.9%)、治療中が 68 人(51.2%)とほぼ半数となっています。保健指導は未治療者の 90%以上に実施し、18 人が治療開始、40 人は治療につながっていませんが、生活改善等により改善している人もいます。(図表 33)

治療中(問診で内服あり)の 65 人のうち 59 人に保健指導を実施していますが、令和4年度の健診

未受診が4人おり、状況を確認できていないので、優先的に健診受診勧奨をしていく必要があります。

高血圧の治療をしてもコントロール不良者には服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、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に深く関与しています。図表 34 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクを優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定のすすめと血圧手帳の活用を促していきます。

図表 33 II度高血圧以上(収縮期血圧 160 mmHg 以上または拡張期血圧 100 mmHg 以上)の者

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,383	1,373	1,281	1,161	1,165	
血圧II度以上の者	人(b)	141	117	108	129	102	
	(b/a)	10.2%	8.5%	8.4%	11.1%	8.8%	
	治療あり	人(c)	70	59	40	65	50
		(c/b)	49.6%	50.4%	37.0%	50.4%	49.0%
	治療なし	人(d)	71	58	68	64	52
		(d/b)	50.4%	49.6%	63.0%	49.6%	51.0%
(再掲)	血圧III度の者	人(f)	24	15	23	15	15
		(f/a)	1.7%	1.1%	1.8%	1.3%	1.3%
	治療あり	人	9	4	7	4	8
	治療なし	人	15	11	16	11	7

図表 34 血圧に基づいた脳心血管病リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	363	186 51.2%	125 34.4%	45 12.4%	7 1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 15 7.2%	B 9 7.2%	B 2 4.4%	A 0 0.0%
	203	C 103 55.4%	B 62 49.6%	A 34 75.6%	A 4 57.1%
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	134	B 68 36.6%	A 54 43.2%	A 9 20.0%	A 3 42.9%

(単位: 人)

高リスク (赤)

中等リスク (黄)

低リスク (白)

区分	該当者数
A	104 28.7%
B	141 38.8%
C	118 32.5%

(2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の

実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大に繋がっている実態やその背景にある市民の食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、予防可能な疾患をテーマに各種団体に健康教育等を実施してきました。

また、高血圧の課題から集団健診後の結果説明会時に食生活改善協議会による減塩をテーマとした食品展示やアンケートを実施してきました。

(3)第2期保健事業実施計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期保健事業実施計画目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	改善又は達成					現状値の把握方法 (活用データ年度)	
				基準値 H28	中間評価値(R2) R1	R2	R3	最終評価(R5) R4		
特定健診等計画		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	45.3	54.7	51.7	48.3	52.0	特定健診・特定保健指導実施結果総括表(国保連合会・特定健診等データ管理システム)No3、No29、No50	
			特定保健指導実施率70%以上	77.1	78.2	67.2	70.2	73.7		
			特定保健指導対象者の減少率25%	19.0	13.6	18.9	14.9	17.7		
データヘルズ計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合3.2%以下	4.17	3.56	3.03	2.55	2.88	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.35%以下	2.59	1.57	1.11	1.60	1.37		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者0人	5人	3人	2人	1人	4人		
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を全国同規模保険者以下とする	脳血管疾患の新規患者数(千人当たり)同規模以下	2,749人	2,171人	2,414人	1,709人	2,007人	KDBシステム	
			全国同規模保険者	3,151人	2,915人	2,691人	2,610人	2,522人		
			虚血性心疾患の新規患者数(千人当たり)同規模以下	6,559人	4,896人	3,400人	2,966人	3,381人		
	生活習慣病の重症化予防を図ることで介護予防を図る	全国同規模保険者	2,976人	2,77人	2,809人	2,680人	2,608人	KDBシステム		
		糖尿病性腎症の新規患者数(千人当たり)同規模以下	0.589人	0.739人	0.542人	0.201人	0.475人			
		全国同規模保険者	0.764人	0.92人	0.898人	0.842人	0.826人			
	短期目標	人工透析導入者のうち糖尿病性腎症によるものは66.7%を占めている。	人工透析導入者のうち糖尿病性腎症によるものは66.7%を占めている。	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25%	18.2	17.9	13.8	15.8	16.7	特定健診・特定保健指導実施結果総括表(国保連合会・特定健診等データ管理システム)No20
				健診受診者の高血圧者の割合 6.5%以下(160/100mmHg以上)	11.3	8.5	8.4	11.1	8.8	
				健診受診者の脂質異常者の割合 8.5%以下(LDL160mg/dl以上)	12.8	10.6	12.8	10.9	9.7	
健診受診者の糖尿病者の割合 12.6%以下(HbA1c6.5%以上)				10.4	13.8	13.3	12.1	13.9		
健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療の割合減少				0.4	0.4	0.0	0.4	0.3		
糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合50%以上				—	28.0	50.0	57.1	85.7		
がんによる、死亡率が国や同規模平均と比較して高い。		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 12.0%以上	11.9	10.6	10.0	8.8	8.5	地域保健・健康増進事業報告	
			がん検診受診率 肺がん検診 9.5%以上	9.4	7.6	7.6	7.8	7.1		
			がん検診受診率 大腸がん検診 9.5%以上	9.3	8.8	8.2	8.7	7.6		
			がん検診受診率 子宮頸がん検診 15.0%以上	10.2	13.8	12.4	12.9	12.6		
			がん検診受診率 乳がん検診 25.0%以上	15.5	23.6	20.5	19.2	19.8		
			5つのがん検診の平均受診率 14.2%以上	11.3	12.9	11.7	11.5	11.1		
保険者努力支援制度	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合85%以上	81.2	79.1	84.3	84.4	82.9	厚生労働省公表結果(9月分)	

2-3 第2期保健事業実施計画に係る考察

第2期計画も第1期に引き続き、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。その医療費においては少しずつ割合が下がってきていますが、健診の受診率が低い若い年代層からの脳血管疾患の発症など、本人の生活の質や医療費のみならず、介護給付費にも長期的に影響が及ぶという課題も見えています。

その入り口となる特定健診受診率については令和元年度までは順調に上昇していましたが、その後、新型コロナウイルスによる様々な影響により受診率が低下しているため、コロナ禍前の受診率に回復させることが喫緊の課題となり、特に若い年代層の受診率向上についての対策が必要です。また、健診につながらなくても血圧測定や簡易に実施できる検査のみでも訪問で実施し、若い世代の健康状態の把握に努め、その対策を考えていくことが必要です。

健診の項目も血管障害を早期に発見することを目的に、市独自で心電図や眼底検査などを全員に実施し、充実した健診としていますが、受診率の向上とともに健診ではなく治療中の情報提供をみなし健診にする件数も増えたことで、心電図や眼底検査が必須項目ではないのでKDB等で治療や検査の確認をしながら保健指導を実施することがより重要となります。必須項目以外の項目も提供してもらえるよう、医療機関との調整が必要です。

特定健診の受診率が上がることで、併せて治療中のデータ受領も増え、有所見の割合も増えることが予測されますが、メタボリックシンドローム該当者・予備群が多くいることもわかるようになります。内臓脂肪を基盤とするインスリン抵抗性の病態が高血糖、高血圧、脂質異常など血管内皮障害を進展させ、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全へと移行することは明らかにされているので、治療だけでは改善できないこの問題は地域の保健師、栄養士の役割であり、医療と連携しながら責任をもって取り組んでいかなければなりません。

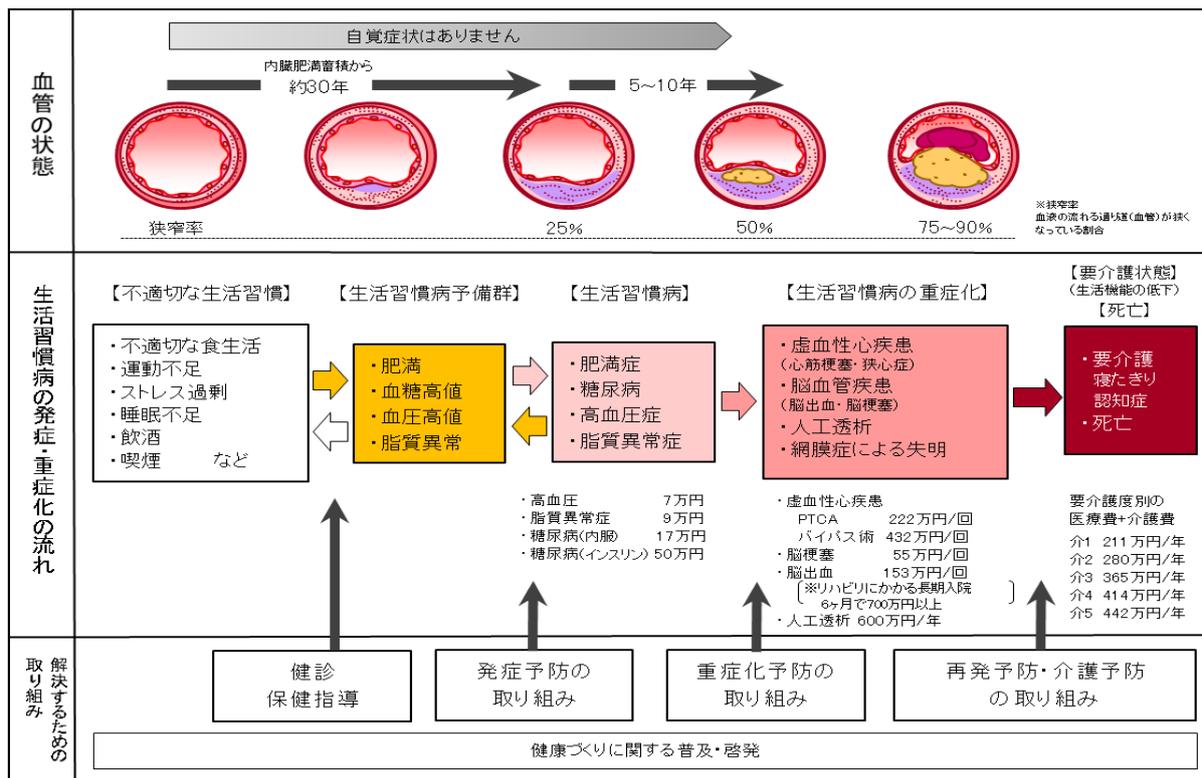
重症化予防の対象者を明確にした保健指導を実施していますが、医療受診の確認、その結果の改善までまだうまくPDCAサイクルを回せていないことも確認できたので、この計画に基づく保健指導の実施計画をしっかりと立てていくことが第3期の課題であり、住民自らが体の状態を確認し、自らの手で改善できるように、その学習を支えるための保健指導の質を高めていくことも重要です。

3. 第3期保健事業実施計画における健康課題の明確化

3-1 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するケースを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するケースを増加させることが必要となります。(図表 35)

図表 35 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典:ヘルスラボツール

3-2 健康課題の明確化

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

保健事業の望ましい姿は、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ですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 36 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 36 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

国保の被保険者数は年々減少して、医療費総額も減っていますが、一人あたり医療費は増加傾向にあり、後期高齢者になると一人あたり93.8万円で、国保の2倍以上高い状況です。(図表 37)

本市は、これまで高血圧や糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、総医療費に占める生活習慣病の医療費の割合は16.1%で同規模、道、国よりも低い状況です。しかし、脳血管疾患の医療費がまだ高い状況です。(図表 38)

高額レセプトについては、件数ではそれほど増えていませんが、総医療費に占める割合は増えていきます。高額レセプトの疾病をみても、脳血管疾患は国保で平成30年度に比べると人数は増えていますが、件数や費用割合は減っています。後期高齢者では人数、件数も増えましたが、費用割合は低く抑えられています。虚血性心疾患では人数や件数は横ばいとなっているのに対し、費用額の割合が低くなっており、いずれも1件ずつは軽症化していることも考えられます。脳血管、虚血性心疾患どちらも40代や前期高齢者で発症している例があり、特に若い年代からの脳血管疾患の発症はその後の再発や介護を要する状態につながることで、長期にわたって医療費、介護費が必要な状態となることが考えられます。脳血管疾患の最大のリスクとなる高血圧の重症化予防について、特に若い年代から力を入れる必要があります。(図表 39～41)

図表 37 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		3,552人	3,437人	3,356人	3,219人	3,043人	3,720人
総件数及び 総費用額	件数	29,829件	28,739件	26,544件	26,145件	24,938件	45,194件
	費用額	15億4697万円	15億4930万円	14億2357万円	14億5037万円	13億7542万円	34億8827万円
一人あたり医療費		43.6万円	45.1万円	42.4万円	45.1万円	45.2万円↑	93.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	砂川市	13億7542万円	36,967	2.28%	0.05%	2.88%	1.37%	5.15%	2.89%	1.49%	2億2164万円	16.1%	16.5%	14.19%	10.53%
	同規模	---	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	---	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	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%
② 後期	砂川市	34億8827万円	78,337	4.49%	0.59%	4.51%	1.47%	3.48%	2.58%	0.91%	6億2871万円	18.0%	11.1%	6.82%	10.1%
	同規模	---	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	---	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	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(※1)による分類結果

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

図表 39 高額レセプト(1件 80 万円以上)の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	147人	177人	159人	142人	151人	458人
	件数	B	259件	317件	268件	255件	294件	821件
		B/総件数	0.87%	1.10%	1.01%	0.98%	1.18%	1.82%
	費用額	C	3億7652万円	4億4459万円	3億7153万円	3億6321万円	3億8756万円	10億4780万円
C/総費用		24.3%	28.7%	26.1%	25.0%	28.2%	30.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト(1件 80 万円以上)の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
脳血管疾患	人数	D	9人	13人	12人	8人	11人	39人
		D/A	6.1%	7.3%	7.5%	5.6%	7.3%	8.5%
	件数	E	30件	42件	26件	20件	26件↓	57件
		E/B	11.6%	13.2%	9.7%	7.8%	8.8%	6.9%
	年代別	40歳未満	12人 40.0%	12人 28.6%	12人 46.2%	12人 60.0%	12人 46.2%	65-69歳 0人 0.0%
		40代	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 3.8%	70-74歳 7人 12.3%
		50代	0人 0.0%	3人 21.4%	0人 0.0%	1人 5.0%	0人 0.0%	75-80歳 11人 19.3%
		60代	7人 23.3%	6人 14.3%	5人 19.2%	3人 15.0%	6人 23.1%	80代 28人 49.1%
		70-74歳	11人 36.7%	15人 35.7%	9人 34.6%	4人 20.0%	7人 26.9%	90歳以上 11人 19.3%
	費用額	F	3331万円	4854万円	3116万円	2696万円	3240万円	6866万円
		F/C	8.8%	10.9%	8.4%	7.4%	8.4%↓	6.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(1件 80 万円以上)の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
虚血性心疾患	人数	G	7人	5人	3人	5人	7人	14人
		G/A	4.8%	2.8%	1.9%	3.5%	4.6%	3.1%
	件数	H	9件	5件	4件	6件	7件	16件
		H/B	3.5%	1.6%	1.5%	2.4%	2.4%	1.9%
	年代別	40歳未満	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	65-69歳 0人 0.0%
		40代	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 14.3%	70-74歳 1人 6.3%
		50代	2人 22.2%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	75-80歳 5人 31.3%
		60代	4人 44.4%	4人 80.0%	4人 100.0%	3人 50.0%	0人 0.0%	80代 7人 43.8%
		70-74歳	3人 33.3%	1人 20.0%	0人 0.0%	3人 50.0%	6人 85.7%	90歳以上 3人 18.8%
	費用額	I	1371万円	555万円	560万円	1071万円	830万円	1894万円
		I/C	3.6%	1.2%	1.5%	2.9%	2.1%	1.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

健診・医療・介護のデータについて、平成 30 年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 43 の①被保険者数は、40～64 歳は減少し、65 歳～74 歳と 75 歳以上では増えています。⑮の体格をみると、40～64 歳と 65～74 歳の BMI18.5 未満のやせが増えており、同規模よりも多く、BMI25 以上の割合はどの年代においても増えてきており、同規模よりもかなり多い状況となっています。図表 44 健診有所見状況では、Ⅱ度以上高血圧で未治療や治療中断の割合は 75 歳以上では増えています、その他の年代では減少しています。しかし同規模と比較するとすべての年代で 1.5 倍前後は多い状況となっています。

図表 45 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、生活習慣病の受診者のうち高血圧は同規模と比較して少ない状況にありますが、糖尿病においては、どの年代でも高くなっています。

図表 46 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和4年度を比較すると、40～64 歳の虚血性心疾患と、75 歳以上の心不全以外は減少しています。これらの疾患の中で介護認定者は、40～64 歳の脳血管疾患、40～64 歳、の心不全、75 歳以上の腎不全が同規模と比較してもかなり多いことがわかります。

図表 43 被保険者数と健診受診状況 同規模よりも高いものに○ * 受診率は低いものに○

E表	④ 介護認定率(%)	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		後期高齢 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳
H30	29.1	985	1,769	3,783	35.4	49.9	10.2	6.6	6.9	6.7	33.5	28.2	26.1
R04	27.1	869	1,825	3,798	32.1	49.6	11.1	8.6	7.2	6.2	37.6	32.8	29.7
同規模	31.3	194,776	332,109	516,538	27.2	42.3	19.2	7.5	6.5	7.6	32.1	28.2	25.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64歳		65-74歳		75歳以上		40-64歳		65-74歳		75歳以上		40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上												
R03	29	8.3	(16)	94	10.7	(43)	44	11.4	(24)	11	3.2	(1)	51	5.8	(2)	3	0.8	(0)	2	0.6	16	1.8	7	1.8	1	0.3	14	1.6	11	2.8
R04	21	7.5	(13)	83	9.2	(32)	50	11.9	(33)	13	4.7	(0)	60	6.6	(2)	3	0.7	(0)	4	1.4	12	1.3	15	3.6	1	0.4	12	1.3	12	2.9
同規模	2486	4.7	(1,099)	8702	6.2	(2,854)	7277	7.3	(1,556)	2007	3.8	(200)	7728	5.5	(457)	4741	4.8	(35)	650	1.2	2659	1.9	4155	1.2	88	0.3	1041	1.4	801	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況 (単位：%)

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
H30	82.7	91.8	94.7	36.4	64.7	80.1	63.0	76.6	84.5	59.6	58.1	55.2	32.9	41.3	44.9	42.9	52.5	66.3	36.0	52.8	64.8
R04	80.7	91.3	93.0	36.6	66.0	78.4	63.2	78.3	85.0	62.6	62.2	58.6	34.3	44.6	47.8	40.3	44.4	63.1	35.7	46.5	67.4
同規模	79.7	91.3	95.3	33.6	64.8	82.6	74.3	82.2	86.6	44.6	46.6	42.2	28.2	35.4	35.8	40.2	49.6	68.8	43.9	54.8	72.6

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

(単位: %)

E表	㉔												㉕											
	中長期目標の疾患(被保険者)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上
H30	4.5	10.9	19.7	4.1	11.0	19.1	7.1	17.3	31.2	5.8	10.9	17.3	25.0	7.8	41.2	2.5	2.6	31.9	7.1	5.6	36.9	3.5	6.2	32.5
R04	4.5	9.2	18.6	4.5	10.8	18.9	6.2	16.6	31.6	4.7	7.3	11.9	23.1	10.7	37.7	0.0	2.5	31.7	9.3	6.9	36.4	2.4	10.5	39.9
同規模	4.5	12.1	25.5	4.1	10.9	21.2	6.8	17.2	35.7	4.8	9.4	14.9	12.3	14.5	46.4	3.0	6.4	37.7	3.3	7.1	41.5	3.8	8.7	41.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 47 骨折・認知症の状況

(単位: %)

E表	㉖				㉗				㉘			
	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 (被保険者) →				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74歳	75歳以上	65-74歳	75歳以上	65-74歳	75歳以上	65-74歳	75歳以上	65-74歳	75歳以上	65-74歳	75歳以上
H30	65.6	83.2	74.1	82.9	5.1	12.6	3.3	16.4	12.2	45.7	39.7	70.1
R04	68.6	84.3	84.1	85.9	5.8	14.9	2.4	13.2	12.4	49.6	34.1	70.4
同規模	66.4	83.7	72.9	81.9	4.7	15.7	1.7	16.1	13.3	55.1	55.2	70.4

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧及び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。特に 40～64 歳の介護認定者では圧倒的に脳血管疾患が多く、健診の有所見からも高血圧の課題が残されています。若い年代の健診受診率をあげ、早い段階でリスク管理をすることが重要となります。

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

3-3 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者には、健診・医療情報の活用による PDCA サイクルに沿った、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められているため、計画の段階から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、より良い成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず、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(図表 48)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数(千人当たり)を同規模以下にすることを目標とし、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合の減少に取り組みます。

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

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者への適切な働きかけや、治療継続への働きかけに努めるとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、根本的な改善につながりにくい疾患として、糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 48 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

評価	指標・目標		初期値	R6	R7	R8	R9	R10	最終評価(R11)	現状値の把握方法 (活用データ年度)
			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	
最上位目標	健康寿命延伸	平均自立期間の延伸 (要介護2以上)	男:78.9歳 (1.9年) 女:84.2歳 (2.6年)							KDBシステム
		脳血管疾患の総医療費に占める割合2.8%以下	2.88%							
	医療費適正化	虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.3%以下	1.37%							
糖尿病性腎症による新規透析導入者0人		4人								
中長期目標	生活習慣病重症化予防	脳血管疾患の新規患者数(千人当たり)同規模以下	2,007人							KDBシステム
		虚血性心疾患の新規患者数(千人当たり)同規模以下	3,381人							
		糖尿病性腎症の新規患者数(千人当たり)同規模以下	0.475人							
短期目標	アウトカム評価	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25%	16.7%							特定健診・特定保健指導実施結果総括表(国保連合会:特定健診等データ管理システム)No20
		健診受診者の高血圧者の割合6.5%以下 (160/100mmHg以上)	8.8%							
	生活習慣病重症化予防	健診受診者の脂質異常者の割合8.5%以下 (LDL160mg/dl以上)	9.7%							ヘルスサポートラボツール
		健診受診者の糖尿病者の割合12.6%以下 (HbA1c6.5%以上)	13.9%							
		★健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療の割合減少	0.3%							
		糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合50%以上	85.7%							
		糖尿病の保健指導を実施した割合100%	69.0%							
		健診受診者の慢性腎不全(CKD)ステージ3以上の割合の減少28.0%以下	28.62%							
	健診受診者の尿蛋白+以上の割合の減少2.9%以下	2.9%								
	アウトプット評価	生活習慣病予防	★特定健診受診率60%以上	52.0%						
★特定保健指導実施率70%以上			73.7%							
★特定保健指導対象者の減少率25%			17.7%							

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	市町村国保目標値
特定健診受診率	55%	56%	57%	58%	59%	60%以上	60%以上
特定保健指導実施率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	60%以上

3. 対象者の見込

図表 50 特定健診・特定保健指導対象者の見込

		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	2,150人	2,080人	2,010人	1,940人	1,870人	1,800人
	受診者数	1,182人	1,165人	1,146人	1,125人	1,103人	1,080人
特定保健指導	対象者数	106人	104人	102人	99人	97人	95人
	実施者数	75人	73人	72人	70人	68人	67人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。道医師会が実施機関の取りまとめを行い、道医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(ふれあいセンター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

ホームページ、広報、全戸配布カレンダーにて周知

(4) 特定健診実施項目

国が定める、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・尿潜血・ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数・心電図・眼底検査・血清クレアチニン・尿酸)を実施します。(図表 51)

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

図表 51 特定健診検査項目

健診項目		砂川市	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

◎…砂川市独自に全員実施

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、みなし健診として特定健診として円滑に活用できるよう、かかりつけ医に協力及び連携を要請します。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、年度当初に受診の案内及び受診券を対象者全員に郵送し未受診者には 10 月に再勧奨の通知を郵送します。また、新たな加入者に対しては、窓口での健診案内を行います。

その他広報への特集記事掲載や、地区担当保健師、栄養士による個別訪問等を通じて健診の必要性や受診の方法等について説明を行います。

図表 52 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(随時可) ↓ 健診機関との契約 (特定健診の開始) 個別は通年 集団は4、6、10月	(引き続き治療中のデータ提供) ↓ (特定保健指導の実施)
5月			
6月		健診データ受取 個別は毎月取込、随時保健指導、集団は説明会	
7月			
8月			
9月			
10月	契約に関わる 予算手続き		↓ 国保連合会への報告
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

第4期における変更点は図表 53 のとおりです。

図表 53 第4期計画における特定保健指導の変更点(2024 年以降)

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、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(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)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開始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、特定保健指導の対象者として、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、確認する医薬の種類、確認の手順等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。

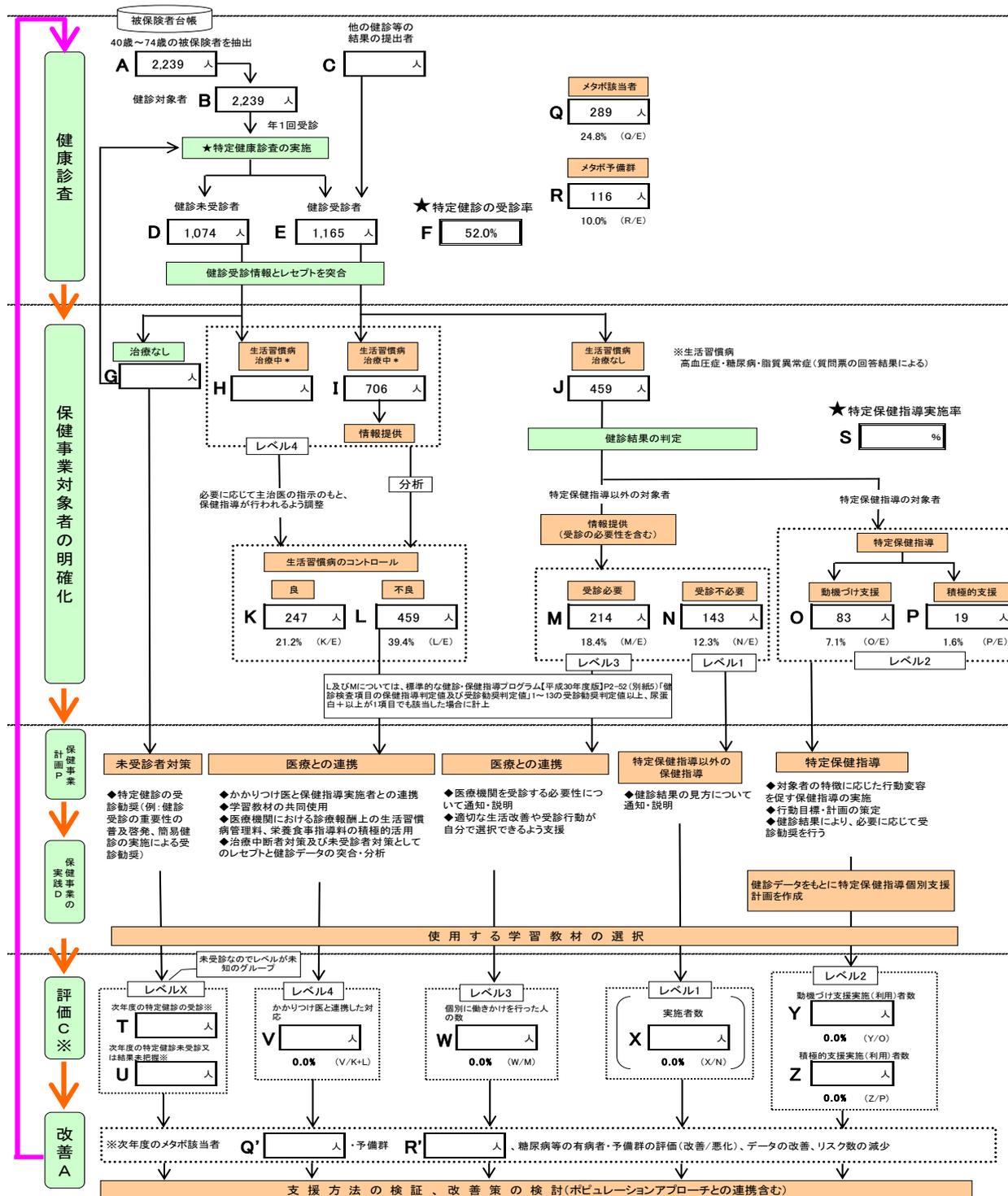
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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 54)

図表 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5-5
令和04年度



出典: ヘルサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の見込、選択と優先順位・支援方法

図表 55 要保健指導対象者の見込(令和6年度受診見込数 1,182 人)

優先順位	図表48 様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者中の割合)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	106人 (9.0%)
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	230人 (19.5%)
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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) 	968人
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 健診結果の見方について通知・説明 	159人 (13.1%)
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	716人 (60.6%)

の期間のうち、いずれか短い期間となりますが、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行えるよう、できる限り長期間、健診データを保存することが望ましいとされています。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

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

2. 重症化予防の取組

本市の令和4年度特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、488人(41.9%)になります。そのうち「治療なし」が110人(24.0%)で、さらに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が54人です。

また、重症化予防対象者のうち「すでに治療中で臓器障害あり」が161人(42.6%)となりますが、特定保健指導の実施だけでは課題解決につながらないので、医療と連携した治療中の者に対する保健指導も重要となります。(図表 57)

図表 57 脳・心・腎を守るために重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする

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 (脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中治療ガイドライン委員会))	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少 (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年委員会改訂版))	糖尿病性腎症 の年齢調整死亡率の減少 (糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会))	慢性腎臓病 (CKD) の年齢調整死亡率の減少 (CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会))
科学的根拠に基づき レビテラマ、 介入試験データ、 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%)	心房性 狭心症	安静 狭心症
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓・塞栓 (33.2%)	心筋梗塞	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心房細動	脂質異常症 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)	糖尿病 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	慢性腎臓病 (CKD) CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)
科学的根拠に基づき 対象者の抽出 重症化予防対象	II度高血圧以上	心原性 心房細動	LDL-C 180mg/dl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	102	13	37	101	105
治療なし	52	3	33	37	16
(再掲) 特定保健指導	14	0	9	6	3
治療中	50	10	4	64	89
臓器障害 あり	23	3	11	13	16
CKD(専門医対象者)	1	0	2	5	16
心電図所見あり	23	3	10	10	7
臓器障害 なし	29	--	22	24	45
臓器障害 あり	26	10	2	22	89
CKD(専門医対象者)	5	2	0	14	89
心電図所見あり	23	10	2	9	23
臓器障害 なし	24	--	2	42	--

令和04年度

＜参考＞ 健診受診者(受診率)	92.0%
1,165人	

■各疾患の治療状況

治療中	治療なし
高血圧	545
脂質異常症	400
糖尿病	174
3疾患 いずれもか	706
	459

※開除除票による

重症化予防対象者 (本人数)	488
	41.9%

	110	24.0%
	45	9.2%
	378	53.5%

	54	49.1%
	16	
	45	

治療中

出典：ヘルサポートラボツール

2-1 糖尿病性腎症重症化予防

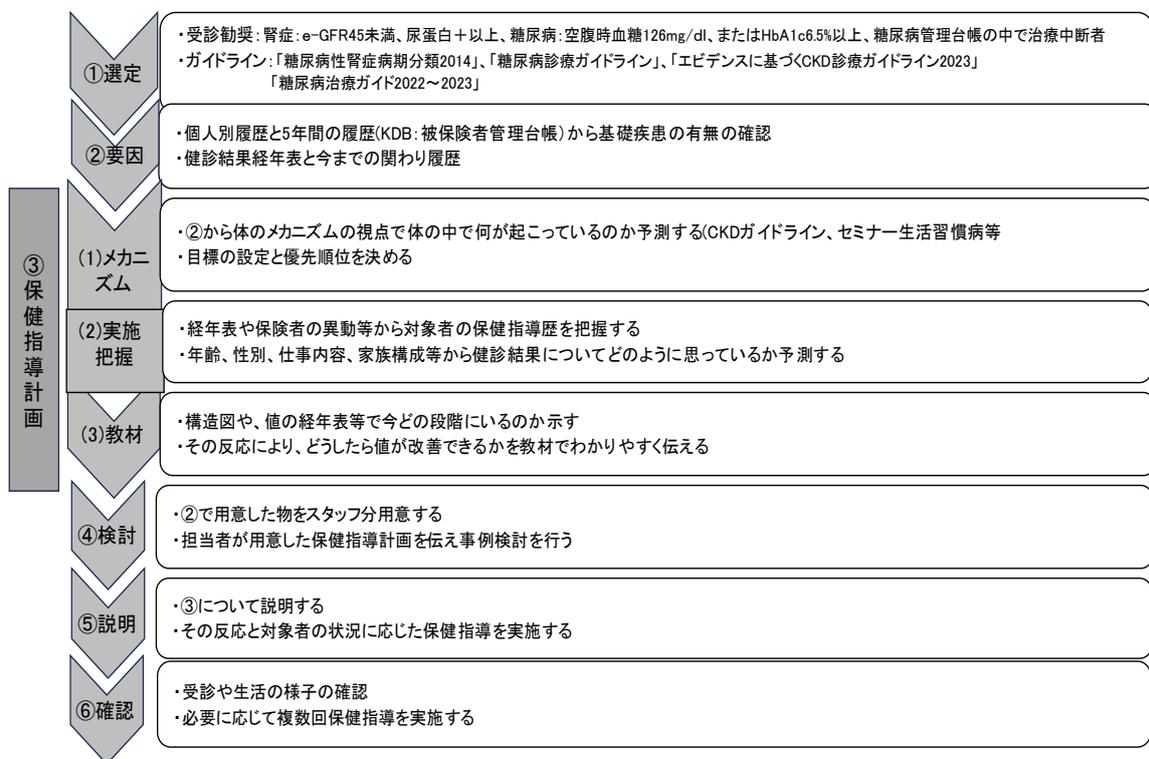
(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 58 に沿って実施します。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 58 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



(2) 対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

ア. 医療機関未受診者

イ. 医療機関受診中断者

ウ. 糖尿病治療中者

- ・糖尿病性腎症で通院している者

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

②選定基準に基づく対象者数の把握

ア. 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく対象者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、対象者数の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)(図表 59)を基盤とします。

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典：糖尿病性腎症合同委員

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

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

イ. 基準に基づく対象者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行いました。(図表 60)

令和4年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、48人(21.3%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者940人(H)のうち、特定健診受診者は177人(18.8%・G)であり、特定健診未受診者は763人(81.2%・I)でした。未受診者については、糖尿病治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になります。

ウ. 介入方法と優先順位

図表 60 より本市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・48人

優先順位2

【保健指導】

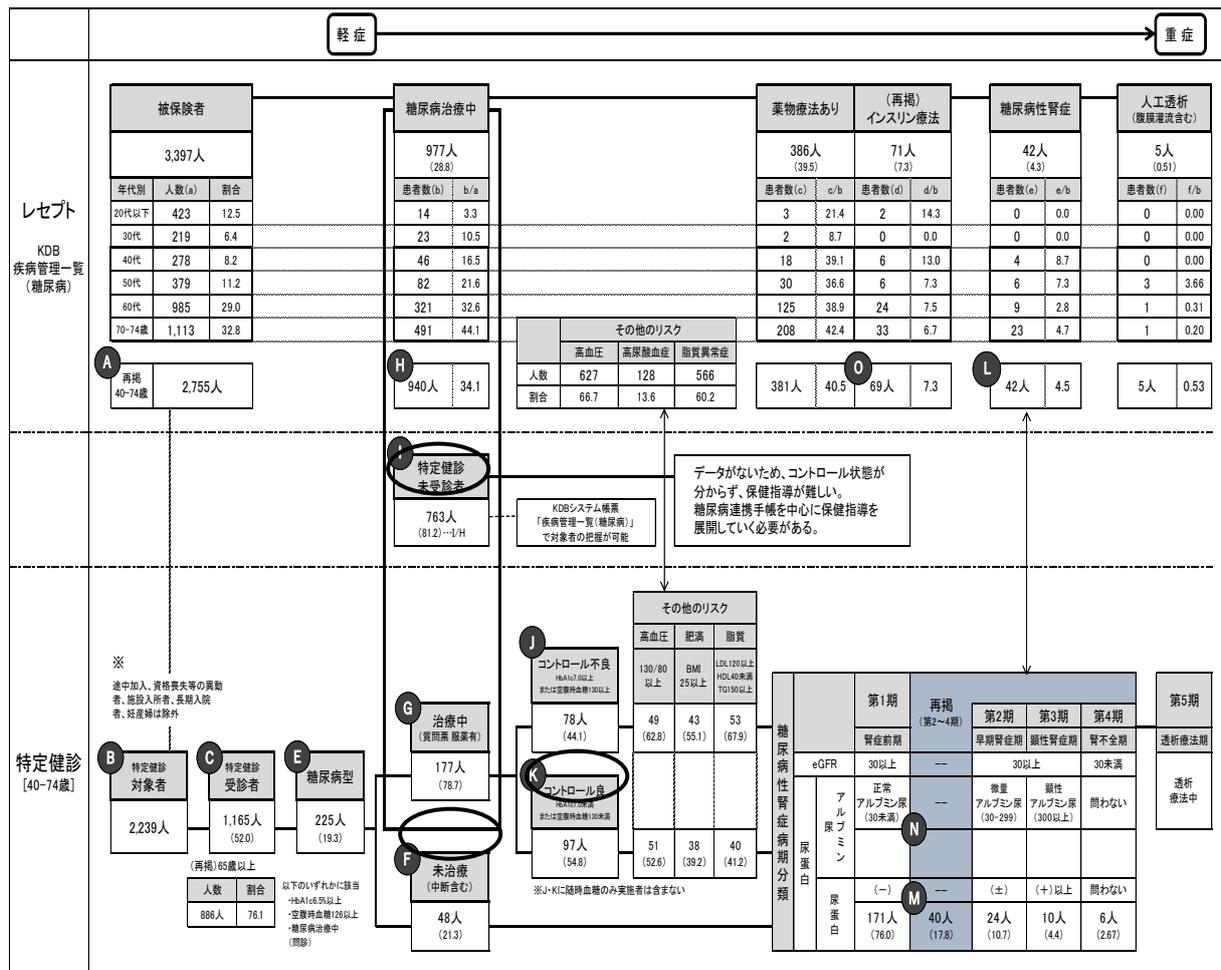
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・78人
治療中断しない(継続受診をする)ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・(I)の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→糖尿病管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 60 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行います。(図表 61)

図表 61 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起るのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

出典：株式会社ウェルクルどこでもケア

② 二次検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次検査等で微量アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

(4) 医療との連携

① 医療機関未受診者の受診勧奨の実施

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

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言を求めます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては北海道プログラムに準じて行います。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(図表62)を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・ HbA1c の変化
 - ・ eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - ・ 尿蛋白の変化
 - ・ 服薬状況の変化

図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	砂川市										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	3,777人		3,545人		3,441人		3,339人		3,207人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
			3,156人		2,972人		2,907人		2,860人		2,710人				
2	② 特定健診	B	2,594人		2,512人		2,477人		2,402人		2,239人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
		③ 対象者数	1,383人		1,373人		1,281人		1,161人		1,165人				
		④ 受診率	53.3%		54.7%		51.8%		48.3%		52.0%				
3	① 特定 保健指導		130人		124人		116人		104人		95人				
		② 実施率	69.2%		78.2%		67.2%		70.2%		73.7%				
4	健診 データ	E	258人	18.4%	282人	20.4%	258人	19.8%	214人	18.4%	227人	19.4%	特定健診結果		
		② 糖尿病型	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F 72人 27.9%		66人 23.4%		59人 22.9%		46人 21.5%			49人 21.6%	
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G 186人 72.1%		216人 76.6%		199人 77.1%		168人 78.5%		178人 78.4%				
		④ コントロール不良	H 80人 43.0%		107人 49.5%		79人 39.7%		70人 41.7%		79人 44.4%				
		⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	I 57人 71.3%		67人 62.6%		50人 63.3%		45人 64.3%		51人 64.6%				
		⑥ 血圧 130/80以上	J 38人 47.5%		56人 52.3%		37人 46.8%		33人 47.1%		45人 57.0%				
		⑦ 肥満 BMI25以上	K 106人 57.0%		109人 50.5%		120人 60.3%		98人 58.3%		99人 55.6%				
		⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	M 177人 68.6%		205人 72.7%		194人 75.2%		165人 77.1%		174人 76.7%				
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)	25人 9.7%		30人 10.6%		25人 9.7%		23人 10.7%		24人 10.6%				
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)	19人 7.4%		25人 8.9%		15人 5.8%		9人 4.2%		10人 4.4%				
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)	4人 1.6%		5人 1.8%		10人 3.9%		4人 1.9%		6人 2.6%				
5	レセプト		135.3人		143.3人		140.7人		143.2人		134.1人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② 糖尿病受療率(被保険者千対)	159.1人		166.2人		162.7人		163.6人		155.7人				
		③ (再掲)40-74歳(被保険者千対)	2,269件 (762.4)		2,094件 (722.6)		2,105件 (736.5)		2,048件 (751.3)		1,964件 (759.5)		1,557.522件 (951.6)		
		④ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	16件 (5.4)		21件 (7.2)		10件 (3.5)		8件 (2.9)		5件 (1.9)		7,406件 (4.5)		
		⑤ 入院外(件数)	16件 (5.4)		21件 (7.2)		10件 (3.5)		8件 (2.9)		5件 (1.9)		7,406件 (4.5)		
		⑥ 入院(件数)	511人 13.5%		508人 14.3%		484人 14.1%		478人 14.3%		430人 13.4%				
		⑦ 糖尿病治療中	H 502人 15.9%		494人 16.6%		473人 16.3%		468人 16.4%		422人 15.6%				
		⑧ (再掲)40-74歳	I 316人 62.9%		308人 62.3%		274人 57.9%		300人 64.1%		244人 57.8%				
		⑨ 健診未受診者	O 53人 10.4%		50人 9.8%		38人 7.9%		41人 8.6%		30人 7.0%				
		⑩ インスリン治療	L 53人 10.6%		50人 10.1%		38人 8.0%		39人 8.3%		28人 6.6%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		⑪ (再掲)40-74歳	24人 4.7%		28人 5.5%		27人 5.6%		19人 4.0%		23人 5.3%				
		⑫ 糖尿病性腎症	24人 4.8%		28人 5.7%		27人 5.7%		18人 3.8%		22人 5.2%				
		⑬ (再掲)40-74歳	3人 0.6%		4人 0.8%		4人 0.8%		3人 0.6%		3人 0.7%				
		⑭ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	3人 0.6%		4人 0.8%		4人 0.8%		3人 0.6%		3人 0.7%				
		⑮ (再掲)40-74歳	9人		10人		6人		4人		7人				
		⑯ 新規透析患者数	2人		3人		2人		1人		4人				
⑰ (再掲)糖尿病性腎症	31人 3.4%		28人 3.0%		23人 2.5%		23人 2.5%		23人 2.5%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期				
⑱ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	15億4697万円		15億4930万円		14億2357万円		14億5037万円		13億7542万円		28億4626万円				
6	医療費	① 総医療費	7億9175万円		7億8475万円		7億7177万円		8億0597万円		7億8948万円		15億3700万円		
		② 生活習慣病総医療費	51.2%		50.7%		54.2%		55.6%		57.4%		54.0%		
		③ (総医療費に占める割合)	4,898円		2,325円		2,325円		56,084円		2,953円		7,237円		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	45,618円		43,153円		47,788円		56,084円		54,359円		38,862円		
		⑤ 健診受診者	7834万円		7614万円		7733万円		7296万円		7085万円		1億6596万円		
		⑥ 糖尿病医療費	9.9%		9.7%		10.0%		9.1%		9.0%		10.8%		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	2億6931万円		2億7500万円		2億8172万円		2億6733万円		3億0627万円				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	42,008円		43,568円		45,205円		45,217円		53,628円				
		⑨ 1件あたり	1億9459万円		2億4177万円		2億2410万円		1億9135万円		1億6137万円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	625,697円		596,961円		643,959円		644,286円		669,571円				
		⑪ 1件あたり	21日		21日		20日		21日		21日				
		⑫ 在院日数	2546万円		5472万円		4234万円		4026万円		3202万円		1億2396万円		
		⑬ 慢性腎不全医療費	2129万円		4604万円		3916万円		3702万円		3139万円		1億1532万円		
		⑭ 透析有り	417万円		868万円		319万円		324万円		63万円		863万円		
		⑮ 透析なし	15億5331万円		16億1901万円		16億3446万円		16億2752万円		16億2460万円		34億9905万円		
7	① 介護	② 介護給付費	1件 6.7%		3件 21.4%		2件 13.3%		1件 7.1%		1件 8.3%				
		(2号認定者)糖尿病合併症	6人 2.4%		4人 1.6%		5人 2.0%		4人 1.6%		3人 1.0%		2,819人 1.0%		
8	① 死亡		6人 2.4%		4人 1.6%		5人 2.0%		4人 1.6%		3人 1.0%		2,819人 1.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

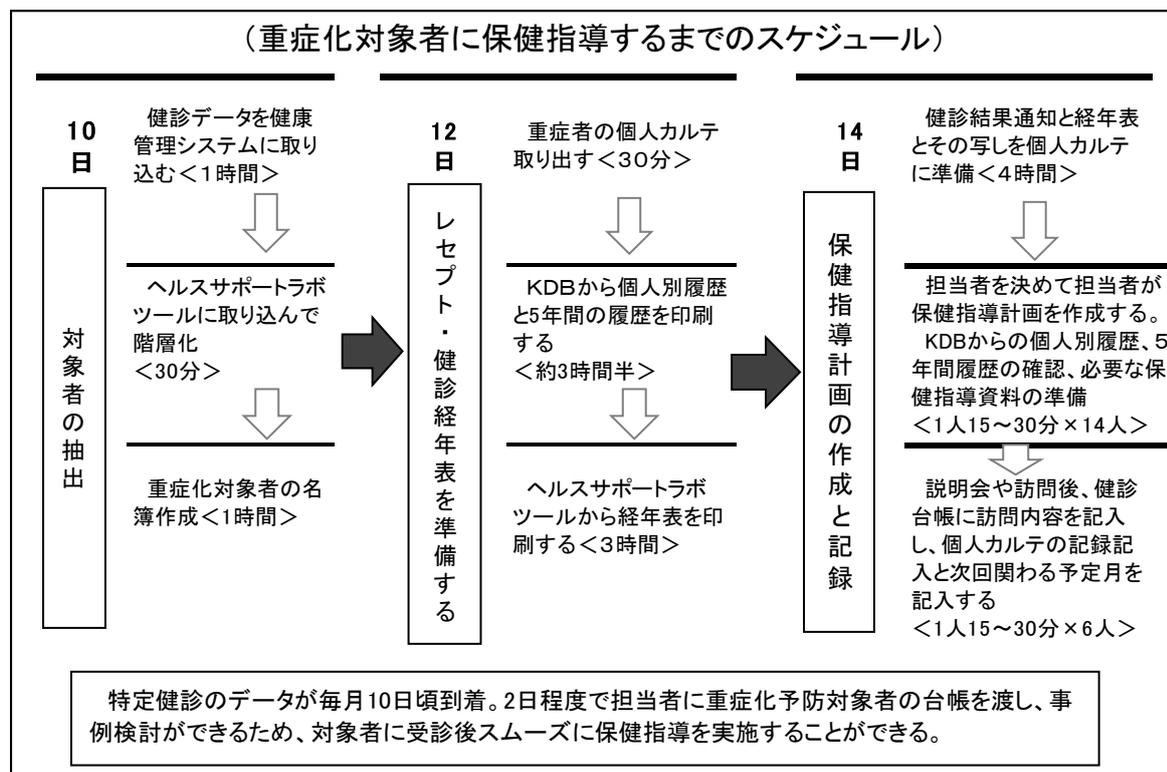
(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 63 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



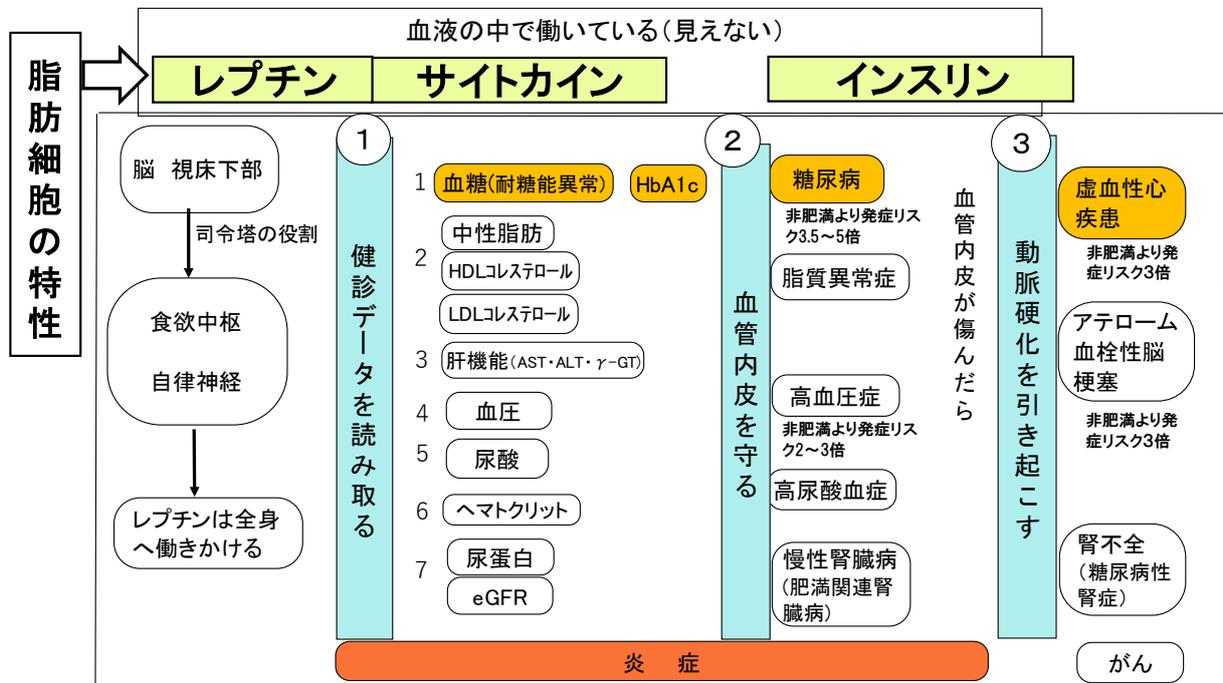
2-2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 64 に基づいて考えていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



出典: 保健活動を考える自主的研究会

(2) 肥満の状況

① 肥満度分類に基づき、実態を把握をします。

図表 65 肥満度分類による実態 (R4年度)

(単位:人)

	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	279	886	106	293	85	238	14	45	6	10	1	0		
				38.0%	33.1%	30.5%	26.9%	5.0%	5.1%	2.2%	1.1%	0.4%	0.0%	
再掲	男性	119	348	56	144	46	123	6	18	3	3	1	0	
					47.1%	41.4%	38.7%	35.3%	5.0%	5.2%	2.5%	0.9%	0.8%	0.0%
	女性	160	538	50	149	39	115	8	27	3	7	0	0	
					31.3%	27.7%	24.4%	21.4%	5.0%	5.0%	1.9%	1.3%	0.0%	0.0%

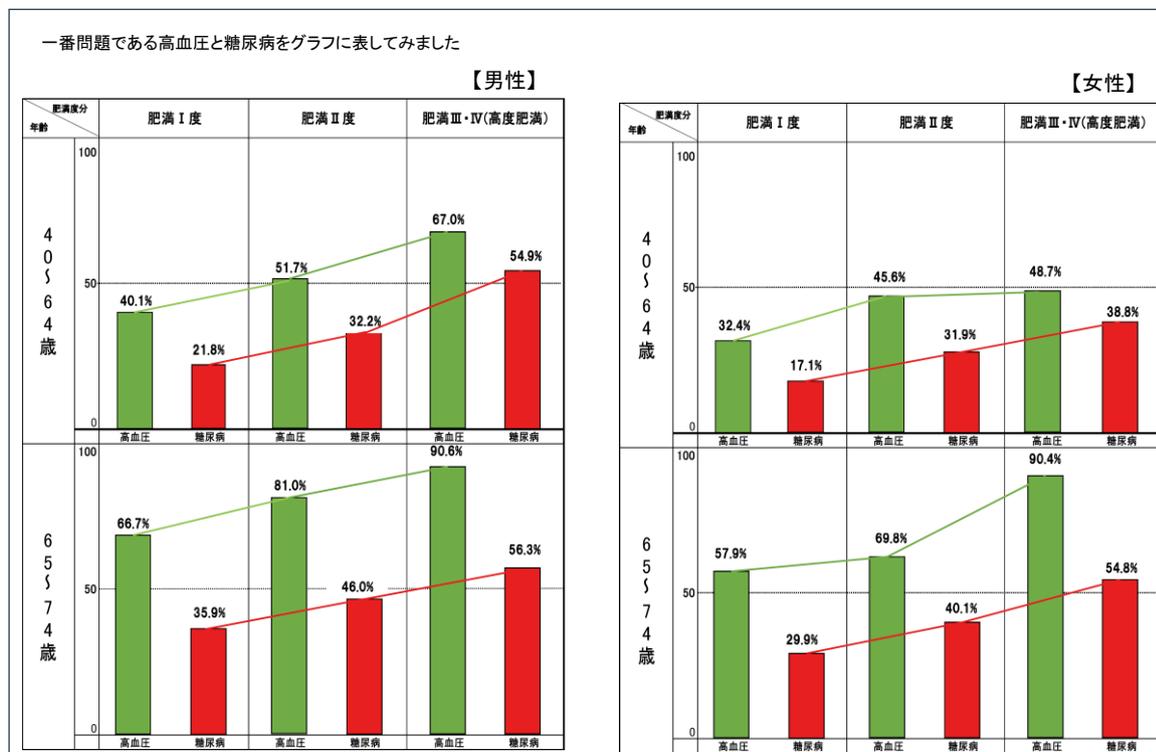
出典:ヘルスサポートラボツール

② 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

ア. 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。(図表 66)

図表 66 男女別年代別の肥満度と高血圧・糖尿病の状況



出典:ヘルスサポートラボツール

イ。「日常生活で困っていること」について、保健指導を実施した時の住民の声(意識)から整理しました。(図表 67)

図表 67 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活		肥満度 BMI			
		I 度 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたい ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・筋起きると体重で手がしびれて色が変まっている ・運動すると数日たるとなる ・身体が動かさづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が痒くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

出典:保健活動を考える自主的研究会

次に、「肥満症診療ガイドライン 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高度肥満症(肥満3度・4度)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、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種が連携してフォローアップを行う必要があります。図表 67 の「日常生活」で困っている住民の声からの深刻状況がうかがえますが、外科的療法は一般的ではなく、紹介できる医療機関もないため、できるだけ早い段階での肥満改善が必要です。

まず、図表 66 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなるので、まだ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40~64 歳)を対象とすることが肥満の改善に向け効率が良いことがわかります。

ウ. 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 68 心・脳血管疾患を発症した事例

砂川市調べ

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰	
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患							
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
1	男	60代		●	●			●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●	●		メタボ	

(3) 対象者の明確化

図表 69 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況(R4年度)

(単位:人)

		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	467	25	47	163	232	698	28	49	264	357	
メタボ該当者	B	179	8	12	59	100	110	2	4	36	68	
	B/A	38.3%	32.0%	25.5%	36.2%	43.1%	15.8%	7.1%	8.2%	13.6%	19.0%	
再掲	① 3項目全て	C	80	2	2	30	46	38	0	1	19	18
		C/B	44.7%	25.0%	16.7%	50.8%	46.0%	34.5%	0.0%	25.0%	52.8%	26.5%
	② 血糖+血圧	D	25	1	1	6	17	12	1	0	2	9
		D/B	14.0%	12.5%	8.3%	10.2%	17.0%	10.9%	50.0%	0.0%	5.6%	13.2%
	③ 血圧+脂質	E	71	5	9	21	36	55	1	3	14	37
		E/B	39.7%	62.5%	75.0%	35.6%	36.0%	50.0%	50.0%	75.0%	38.9%	54.4%
	④ 血糖+脂質	F	3	0	0	2	1	5	0	0	1	4
		F/B	1.7%	0.0%	0.0%	3.4%	1.0%	4.5%	0.0%	0.0%	2.8%	5.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 70 メタボリックシンドローム該当者の治療状況(R4年度)

(単位:人)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	467	179	38.3%	153	85.5%	26	14.5%	698	110	15.8%	105	95.5%	5	4.5%		
40代	25	8	32.0%	4	50.0%	4	50.0%	28	2	7.1%	1	50.0%	1	50.0%		
50代	47	12	25.5%	7	58.3%	5	41.7%	49	4	8.2%	4	100.0%	0	0.0%		
60代	163	59	36.2%	51	86.4%	8	13.6%	264	36	13.6%	33	91.7%	3	8.3%		
70~74歳	232	100	43.1%	91	91.0%	9	9.0%	357	68	19.0%	67	98.5%	1	1.5%		

* 3疾患:高血圧・糖尿病・脂質異常症

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 69)は、男性で 40 代から 60 代までは受診者の 2～3 割、70 歳以上では 4 割を超えています。女性では 60 代・70 代で 1～2 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 70)は、各年代男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 68 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

① 対象者の選定基準の考え方

ア. メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

イ. 治療中の者へは、治療中断して心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。

ウ. 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

② 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

(4) 保健指導の実施

① 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 71 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

② 二次健診の実施

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

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ・頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ・微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ・75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

図表 73 心電図検査結果(R3年度)

(単位:人)

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率 (%)	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合 C/B	人数D	割合 D/B	人数E	割合 E/B	人数F	割合 F/B	人数G	割合 G/B	人数H	割合 H/B	人数I	割合 I/B	人数J	割合 J/B
40～74歳 内訳	全体	1,029	79.2	322	31.3%	5	1.6%	62	19.3%	37	11.5%	21	6.5%	29	9.0%	54	16.8%	16	5.0%	44	13.7%
	男性	412	79.4	162	39.3%	3	1.9%	12	7.4%	21	13.0%	9	5.6%	17	10.5%	34	21.0%	14	8.6%	22	13.6%
	女性	617	79.1	160	25.9%	2	1.3%	50	31.3%	16	10.0%	12	7.5%	12	7.5%	20	12.5%	2	1.3%	22	13.8%

砂川市調べ

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況(R4年度)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合(b)/(a)	人数(人)	割合(c)/(b)	人数(人)	割合(d)/(b)
全体	322		20	6.2%	7	35.0%	13	65.0%
男性	162	50.3%	8	4.9%	4	50.0%	4	50.0%
女性	160	49.7%	12	7.5%	3	25.0%	9	75.0%

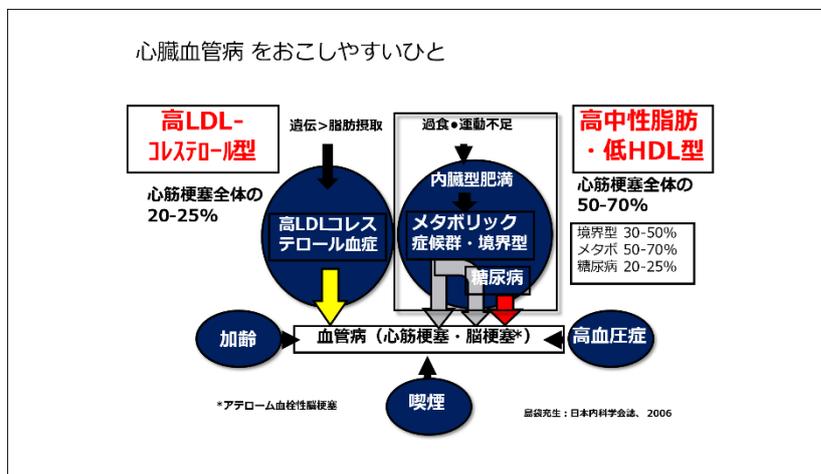
砂川市調べ

イ. 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 75)

図表 75 心血管病をおこしやすいひと



図表 75 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタタイプについては、第4章「2-2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 69、70)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 76)

図表 76 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く) (単位:人)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
449			190	156	70	33	6	11	43	43		
			42.3%	34.7%	15.6%	7.3%	5.8%	10.7%	41.7%	41.7%		
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	36	16	14	3	3	4	2	0	0	
		8.0%	8.4%	9.0%	4.3%	9.1%	66.7%	18.2%	0.0%	0.0%		
	高リスク	中リスク	140未満 (170未満)	190	83	64	32	11	1	5	23	14
			42.3%	43.7%	41.0%	45.7%	33.3%	16.7%	45.5%	53.5%	32.6%	
		再掲	120未満 (150未満)	199	79	69	33	18	1	4	17	29
100未満 (130未満) ※1	11		6	2	3	0	0	0	1	2		
2.4%	3.2%	1.3%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	4.7%				
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)	24	12	9	2	1	0	0	3	0	
5.3%	6.3%	5.8%	2.9%	3.0%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%				

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、P56 のフロー図によって対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用して、対象者がイメージしやすいように心がけます。(図表 77)

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 77 心電図所見からの保健指導教材

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

② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者へは、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があります、二次健診を検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、次の検査方法が用いられています。

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

③ 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、虚血性心疾患重症化予防対象者台帳を作成して経過を把握します。

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

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

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

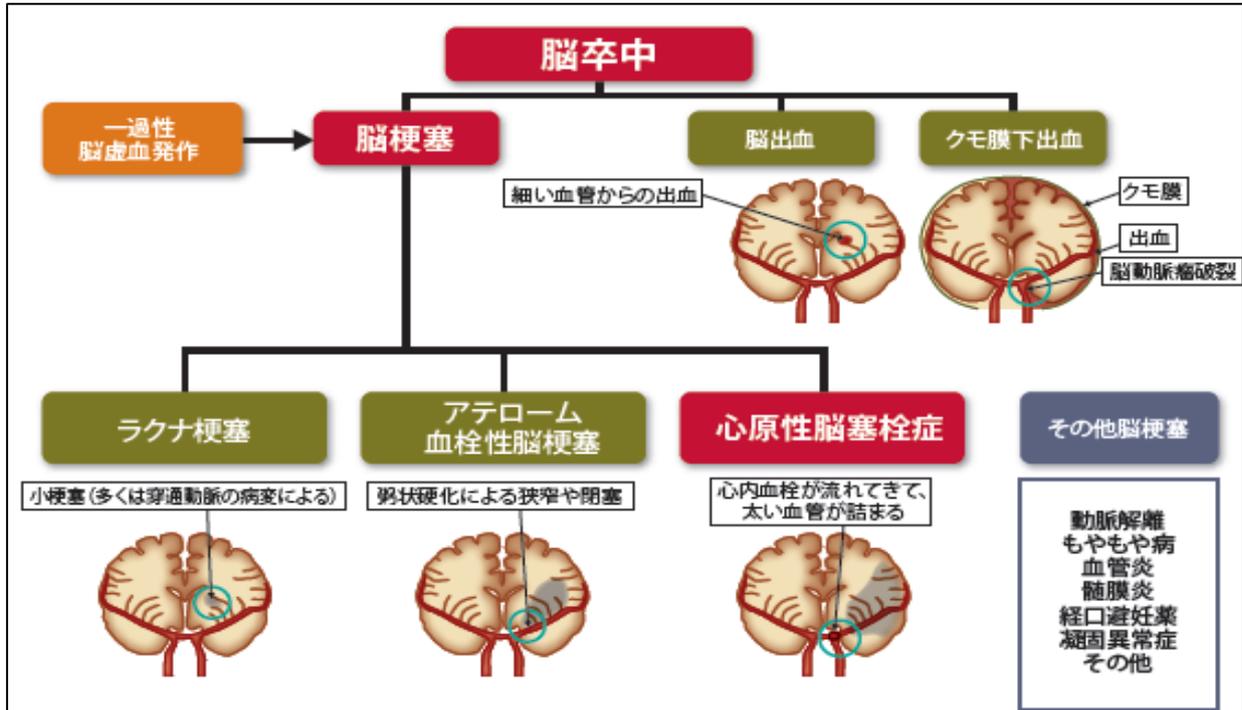
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2-4 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 78、79)

図表 78 脳卒中の分類



出典:脳卒中予防の提言

図表 79 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 対象者の明確化

① 対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 80 でみると、高血圧治療者 1,182 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 116 人(9.8%・O)でした。

健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上が 102 人(8.8%)であり、そのうち 52 人(51.0%・F)は未治療者でした。

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

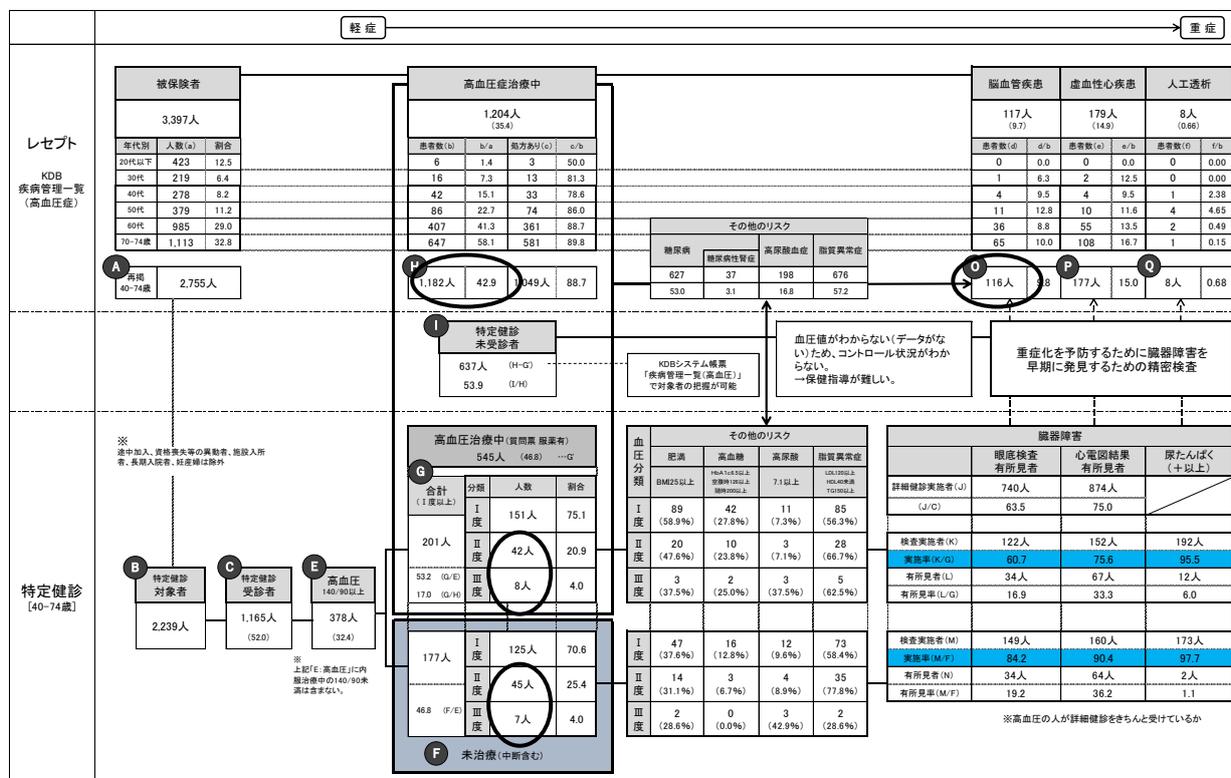
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上 50 人(4.3%・G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となります。

重症化の予防策として、臓器障害の早期発見を目的とした眼底検査(詳細検査)や心電図検査は全員に実施しているので実施率は高い状況ですが、治療中の検査データを健診の代わりに情報提供している者の状態はわからないので、やはり治療中でも健診を受けてもらうことが大切となります。

高血圧は自覚症状がないので、臓器障害を早期に発見する検査が医療受診の動機づけにもなります。

図表 80 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



出典：ヘルスサポートラボツール

② 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 81 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要です。

図表 81 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		血圧に基づいた脳心血管リスク層別化				(単位:人)	
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧		
血圧分類 (mmHg)		130~139 / 80~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	363	186	125	45	7		
		51.2%	34.4%	12.4%	1.9%		
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 15	B 9	B 2	A 0		
		7.2%	8.1%	7.2%	4.4%		
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	203	C 103	B 62	A 34	A 4		
		55.9%	55.4%	49.6%	75.6%		
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	134	B 68	A 54	A 9	A 3		
		36.9%	36.6%	43.2%	20.0%		

区分	該当者数
A	104
	28.7%
B	141
	38.8%
C	118
	32.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

③心電図検査における心房細動の実態

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

図表 82 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 82 心房細動有所見状況(R3年度)

(単位:人)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	456	687	360	78.9%	543	79.0%	11	3.1%	2	0.4%	--	--
40代	24	30	20	83.3%	25	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	49	53	44	89.8%	51	96.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	160	258	135	84.4%	207	80.2%	1	0.7%	1	0.5%	1.9%	0.4%
70~74歳	223	346	161	72.2%	260	75.1%	10	6.2%	1	0.4%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 83 心房細動有所見者の治療状況(R4年度実績)

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
13人	1人	7.7%	12人	92.3%

砂川市調べ

令和4年度の心電図検査において、13人(1.1%)に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。心房細動有所見者13人のうち12人は既に治療が開始されていましたが、1人は未治療者で、保健指導により受診につながりました。(図表83)

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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

② 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

③ 対象者の管理

ア. 高血圧者の管理

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

イ. 心房細動者の管理

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

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

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

3-1 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と、生活機能の低下を防止する取組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。

3-2 事業の実施

本市は、令和2年度より北海道後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業を受託のうえ実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行います。具体的には、

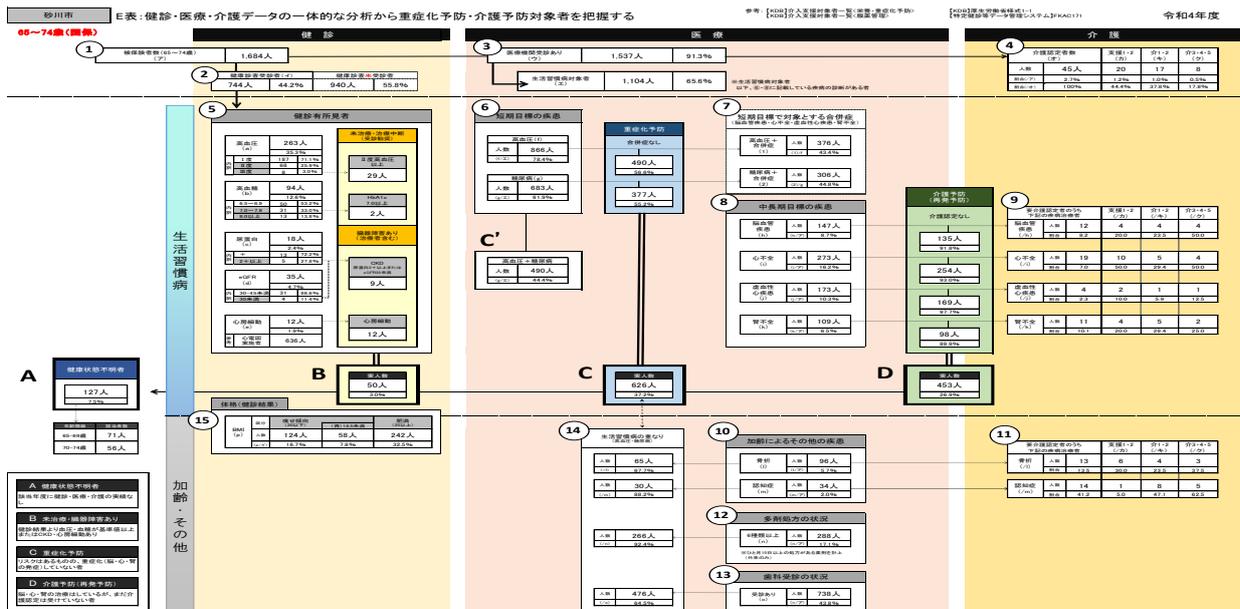
(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

(2) 地域を担当する保健師を配置

健診・医療・介護データの一体的な分析から、重症化予防・介護予防対象者把握するE表(図表84)から高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出することで名簿を作成し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないように、糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 84 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



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、その予防は現在における健康上の大きな課題となっています。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病、それに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から一層注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていく必要があります。(図表 85)

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

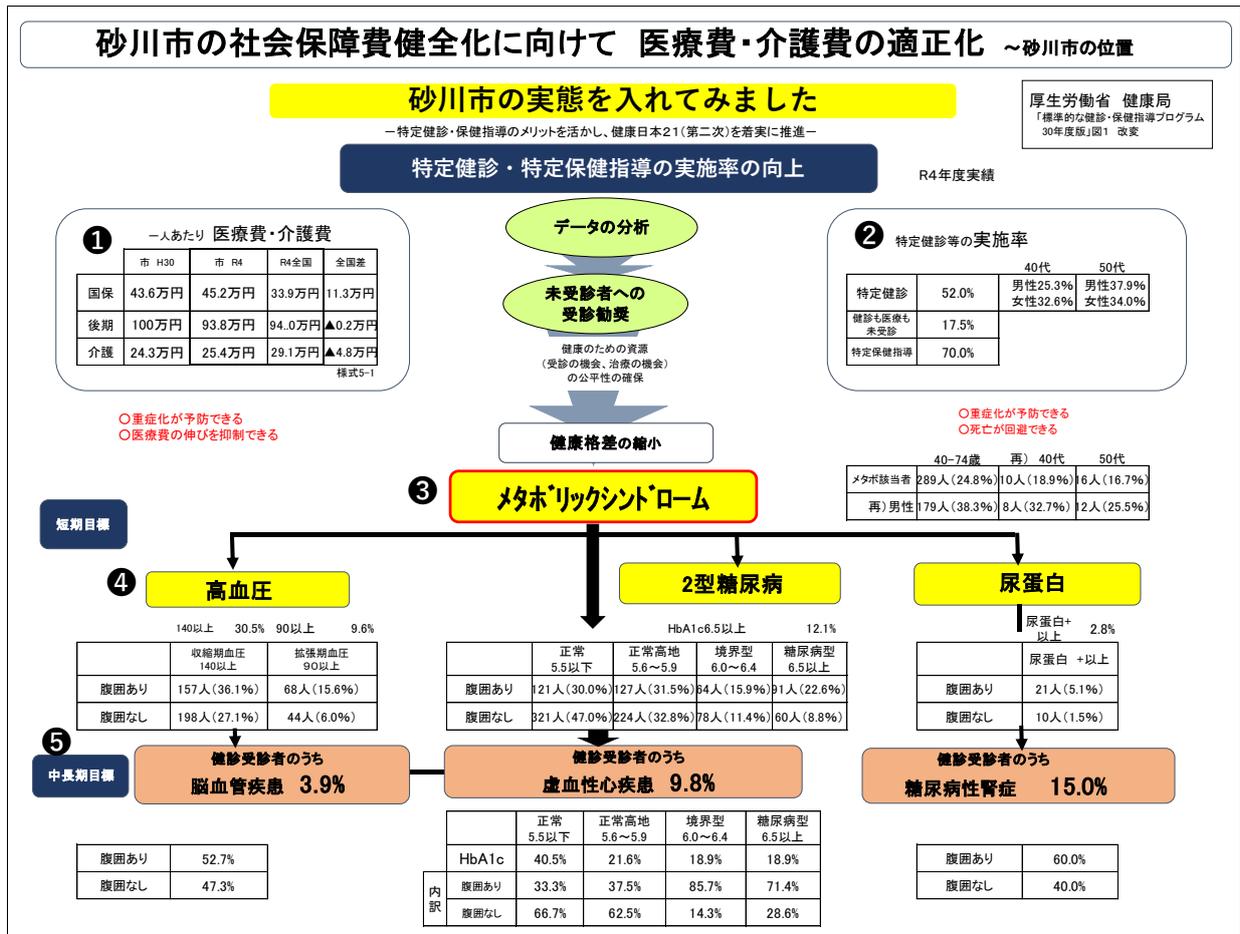
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える ー基本的考え方ー (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)													
発症予防 重症化予防													
1 根拠法	健康増進法												
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)	高齢者の医療の確保に関する法律			(介護保険)	
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】												
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)												
	特定健康診査等実施計画(各保険者)												
3 年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0~5歳			6~14歳		15~18歳	~29歳	30~39歳	40~64歳	65~74歳	75歳以上
健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
4 健康診査項目	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)	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											
	妊娠糖尿病												
	身長 体重												
	肥満判定			kg/m ² 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上			BMI25以上		
	尿糖	(+)以上							(+)以上				
	糖尿病家族歴												

出典:ヘルスサポートラボツール

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みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 86, 87)

図表 86 社会保障費健全化に向けて(砂川市の位置)



出典:ヘルスサポートラボツール

図表 87 統計からみえる北海道の食(例示)

統計からみえる北海道の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
米	1位
玉ねぎ	1位
ビール	1位
ベーコン	2位
バター	2位

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
コンビニエンスストア	1位
ドーナツ・アイスクリーム店	2位
バー・キャバレー・酒場	4位
寿司・焼肉店	8位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
乳酸菌飲料	46位
弁当	47位
コロッケ	47位
調理食食品	47位
えのき	47位
さといも	47位

出典:ヘルスサポートラボツール

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

本計画は、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、必要に応じて計画の見直しを行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて最終評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者には、健診・医療情報の活用によるPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等の確認は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌紙を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知するとともに、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた砂川市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた砂川市の位置

項目			砂川市											
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度			
			実数	割合										
1 概況	①	人口構成	総人口		17,503		17,503		17,503		17,503		15,930	
			65歳以上(高齢化率)	6,390	36.5	6,390	36.5	6,390	36.5	6,390	36.5	6,404	40.2	
			75歳以上	3,369	19.2	3,369	19.2	3,369	19.2	3,369	19.2	3,548	22.3	
			65～74歳	3,021	17.3	3,021	17.3	3,021	17.3	3,021	17.3	2,856	17.9	
			40～64歳	5,731	32.7	5,731	32.7	5,731	32.7	5,731	32.7	5,052	31.7	
	39歳以下	5,382	30.7	5,382	30.7	5,382	30.7	5,382	30.7	4,474	28.1			
	②	産業構成	第1次産業	6.1		6.1		6.1		6.1		6.1		
			第2次産業	23.2		23.2		23.2		23.2		23.2		
			第3次産業	70.6		70.6		70.6		70.6		70.6		
	③	平均寿命	男性	80.8		80.8		80.8		80.8		80.8		
女性			86.8		86.8		86.8		86.8		86.8			
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.1		79.6		78.7		79.6		78.9			
		女性	84.4		84.8		84.4		84.1		84.2			
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	102.3		102.3		102.3		96.9		96.9		
			男性	102.3		102.3		102.3		96.9		96.9		
			女性	101.0		101.0		101.0		100.3		100.3		
			がん	80	54.1	74	53.6	91	55.8	81	55.1	92	53.8	
			心臓病	31	20.9	31	22.5	37	22.7	36	24.5	46	26.9	
			脳疾患	26	17.6	16	11.6	18	11.0	14	9.5	20	11.7	
			糖尿病	6	4.1	4	2.9	5	3.1	4	2.7	3	1.8	
	腎不全	2	1.4	10	7.2	8	4.9	9	6.1	8	4.7			
	自殺	3	2.0	3	2.2	4	2.5	3	2.0	2	1.2			
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計											
男性														
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	1,251	19.3	1,360	20.6	1,346	21.2	1,329	21.0	1,306	20.8	
			新規認定者	15	0.4	37	0.4	13	0.3	13	0.3	13	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	2,449	12.8	2,864	14.3	3,344	16.2	3,430	16.3	3,507	16.6
				要介護1.2	10,310	53.8	10,623	52.9	11,288	54.5	11,436	54.3	11,032	52.3
				要介護3以上	6,422	33.5	6,593	32.8	6,061	29.3	6,185	29.4	6,569	31.1
	2号認定者	24	0.4	24	0.4	26	0.5	24	0.4	23	0.5			
	②	有病状況	糖尿病	270	20.7	272	20.5	317	21.8	290	21.9	286	21.4	
			高血圧症	533	42.3	542	40.3	603	42.7	586	42.7	556	41.1	
			脂質異常症	295	23.4	308	22.5	365	25.0	329	24.7	322	24.0	
			心臓病	587	46.7	595	44.3	667	46.7	628	46.7	608	45.0	
脳疾患			181	15.1	173	13.6	193	14.2	187	13.9	172	13.4		
がん			121	9.1	110	8.2	116	8.0	102	8.1	114	8.6		
筋・骨格			549	42.8	523	40.3	592	40.9	542	40.6	535	39.8		
精神			357	27.8	301	24.7	392	25.1	318	24.7	294	23.1		
③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	243,085	1,553,310,046	253,367	1,619,012,670	255,785	1,634,462,983	254,698	1,627,520,970	253,685	1,624,596,393		
		1件当たり給付費(全体)	80,982		80,628		78,986		77,313		76,966			
		居宅サービス	44,430		45,877		46,281		46,915		46,776			
		施設サービス	274,376		284,279		286,102		272,156		269,433			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,518	9,830	9,388	9,621	9,892						
		認定なし	5,788	6,262	6,122	6,335	6,269							
4 医療	①	国保の状況	被保険者数	3,552		3,437		3,356		3,219		3,043		
			65～74歳	1,883	53.0	1,856	54.0	1,861	55.5	1,783	55.4	1,709	56.2	
			40～64歳	1,093	30.8	1,042	30.3	997	29.7	943	29.3	877	28.8	
	39歳以下	576	16.2	539	15.7	498	14.8	493	15.3	457	15.0			
	加入率			20.3		19.6		19.2		18.4		19.1		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2	0.7	
			診療所数	8	2.3	8	2.3	8	2.4	8	2.5	7	2.3	
			病床数	622	175.1	622	181.0	622	185.3	622	193.2	622	204.4	
			医師数	101	28.4	101	29.4	104	31.0	104	32.3	106	34.8	
			外来患者数	654.3		656.4		626.7		636.1		639.7		
入院患者数	33.5		34.2		30.9		33.3		30.6					
③	医療費の 状況	一人当たり医療費	435,520	道内14位 同規模19位	450,770	道内12位 同規模19位	424,188	道内21位 同規模38位	450,565	道内17位 同規模31位	451,994	道内19位 同規模43位		
		受診率	687.8		690.592		657.616		669.406		670.25			
		外来	費用の割合	47.3	45.7	50.4	48.3	51.1						
		件数の割合	95.1	95.0	95.3	95.0	95.4							
		入院	費用の割合	52.7	54.3	49.6	51.7	48.9						
		件数の割合	4.9	5.0	4.7	5.0	4.6							
1件あたり在院日数	19.8日		19.1日		19.2日		19.5日		19.6日					
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源債権病名 (調剤含む)	がん	186,011,880	23.5	152,971,940	19.5	188,224,480	24.4	187,222,380	23.2	226,336,500	28.7		
		慢性腎不全(透析あり)	21,290,220	2.7	46,038,250	5.9	39,157,160	5.1	37,022,320	4.6	31,394,580	4.0		
		糖尿病	78,338,000	9.9	76,138,710	9.7	77,330,000	10.0	72,963,590	9.1	70,845,690	9.0		
		高血圧症	45,444,730	5.7	39,694,640	5.1	40,208,670	5.2	41,506,870	5.1	39,730,050	5.0		
		脂質異常症	30,161,600	3.8	30,877,870	3.9	27,286,370	3.5	25,732,440	3.2	20,541,380	2.6		
		脳梗塞・脳出血	53,782,940	6.8	55,153,880	7.0	43,095,920	5.6	36,946,480	4.6	39,666,140	5.0		
		狭心症・心筋梗塞	26,249,760	3.3	24,301,880	3.1	15,745,780	2.0	23,140,560	2.9	18,828,350	2.3		
		精神	225,446,050	28.5	209,497,480	26.7	207,409,610	26.9	220,835,380	27.4	195,215,350	24.7		
筋・骨格	118,698,290	15.0	139,450,060	17.8	128,111,770	16.6	154,598,560	19.2	144,801,710	18.3				

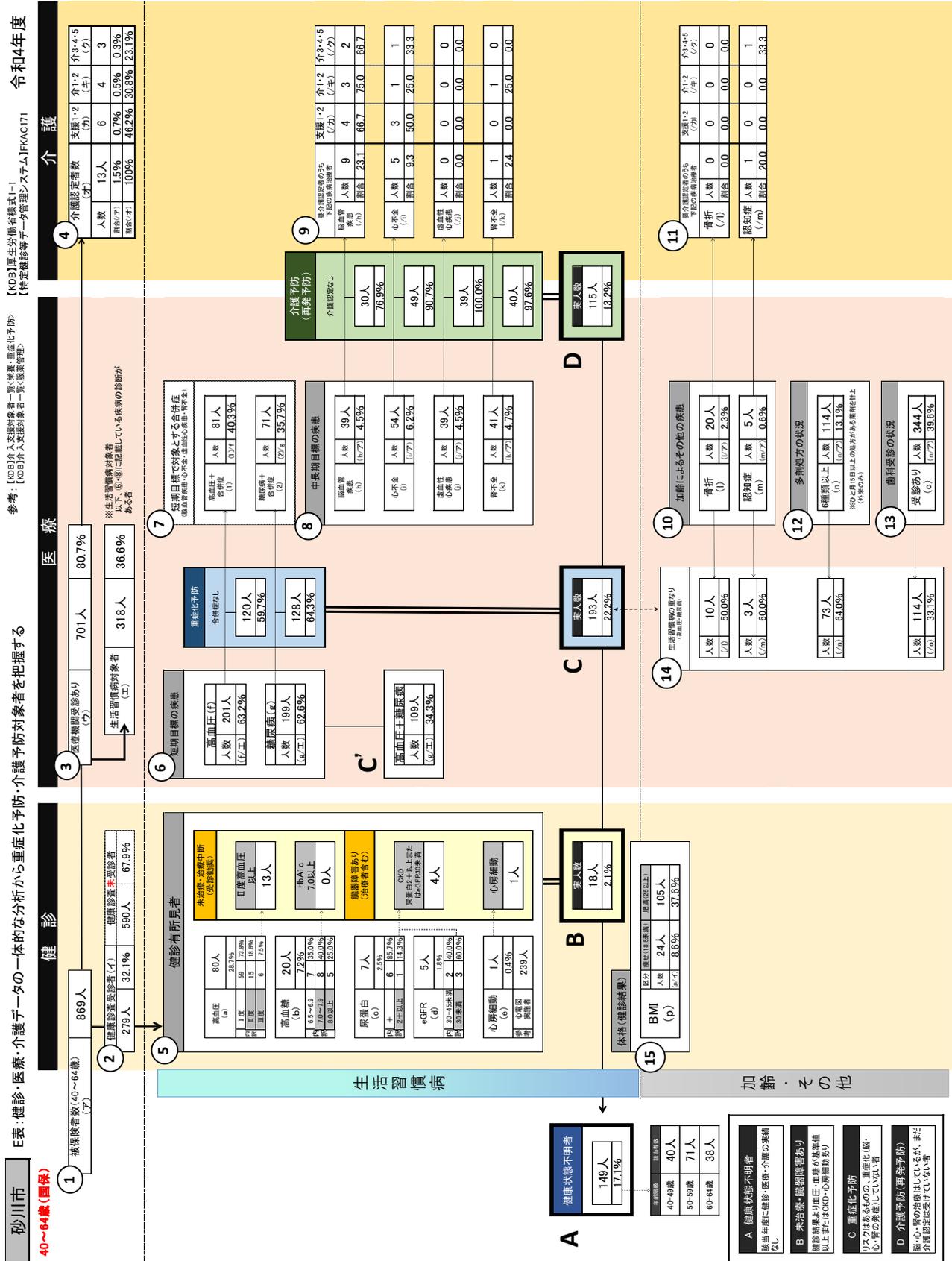
項目				同規模平均		北海道		国		
				R04年度		R04年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 概況	①	人口構成	総人口	9,014,657		5,165,554		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)	3,263,279	36.2	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7	
			75歳以上	--	--	848,273	16.4	18,248,742	14.8	
			65～74歳	--	--	815,750	15.8	17,087,063	13.9	
			40～64歳	--	--	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7	
	39歳以下	--	--	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	10.7		7.4		4.0		
			第2次産業	27.3		17.9		25.0		
			第3次産業	62.0		74.7		71.0		
	③	平均寿命	男性	80.4		80.3		80.8		
女性			86.9		86.8		87.0			
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.7		79.6		80.1			
		女性	84.3		84.2		84.4			
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	103.4		102.0		100.0		
			男性	103.4		102.0		100.0		
			女性	101.4		98.9		100.0		
			がん	34,996	47.8	19,781	53.3	378,272	50.6	
			心臓病	21,437	29.3	9,373	25.2	205,485	27.5	
			脳疾患	10,886	14.9	4,667	12.6	102,900	13.8	
			糖尿病	1,391	1.9	756	2.0	13,896	1.9	
	腎不全	2,819	3.9	1,668	4.5	26,946	3.6			
	自殺	1,654	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							
男性										
			女性							
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	619,810		347,930		20.9		
			新規認定者	10,081		5,353		0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	1,984,426		1,013,763		13.8	
				要介護1.2	6,527,659		3,922,342		53.3	
				要介護3以上	5,384,278		2,419,988		32.9	
	2号認定者	10,759		7,406		0.4				
	②	有病状況	糖尿病	154,694		89,494		24.6		
			高血圧症	352,398		181,308		50.0		
			脂質異常症	203,112		113,653		31.1		
			心臓病	397,324		200,129		55.3		
			脳疾患	151,330		73,784		20.6		
			がん	74,764		44,754		12.3		
			筋・骨格	350,465		181,637		50.0		
			精神	246,296		125,855		35.0		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	300,230		269,507		290,668		
			1件当たり給付費(全体)	70,503		60,965		59,662		
			居宅サービス	43,936		42,034		41,272		
施設サービス			291,914		296,260		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,043		9,582		8,610			
		認定あり 認定なし	4,284		4,930		4,020			
4 医療	①	国保の状況	被保険者数	2,020,054		1,074,364		27,488,882		
			65～74歳	--		491,264		45.7		
			40～64歳	--		341,793		31.8		
			39歳以下	--		241,307		22.5		
	加入率			22.4		20.8		22.3		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	873		547		0.5		
			診療所数	7,141		3,351		3.1		
			病床数	136,833		92,014		85.6		
			医師数	19,511		13,731		12.8		
			外来患者数	728.3		654.8		687.8		
			入院患者数	23.6		21.5		17.7		
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	394,521		376,962		339,680		
			受診率	751.942		676.241		705.439		
			外 来	費用の割合	56.7		56.3		60.4	
				件数の割合	96.9		96.8		97.5	
			入 院	費用の割合	43.3		43.7		39.6	
				件数の割合	3.1		3.2		2.5	
1件あたり在院日数			17.1日		15.7日		15.7日			
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	31.3		36.2		32.2			
		慢性腎不全(透析あり)	7.5		4.3		8.2			
		糖尿病	10.8		10.1		10.4			
		高血圧症	6.3		5.6		5.9			
		脂質異常症	3.8		3.2		4.1			
		脳梗塞・脳出血	3.9		4.1		3.9			
		狭心症・心筋梗塞	2.6		3.2		2.8			
		精神	16.2		14.4		14.7			
筋・骨格	16.7		17.8		16.7					

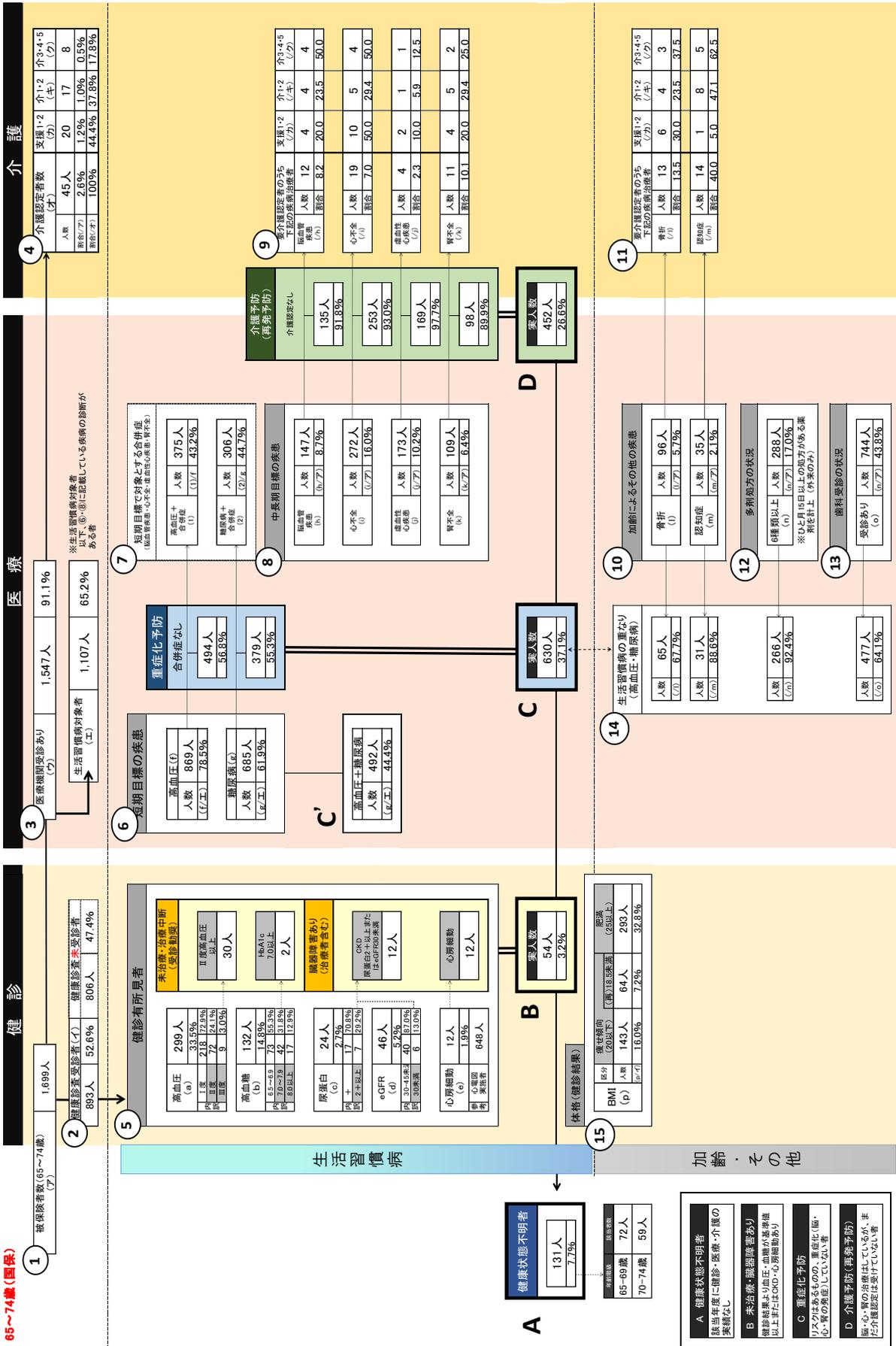
項目			砂川市															
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度							
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4 医療	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	256	0.1	35	0.0	282	0.1	345	0.1	122	0.1				
				糖尿病	1,072	0.5	1,476	0.6	825	0.4	1,095	0.5	949	0.4				
				脂質異常症	31	0.0	442	0.2	407	0.2	--	--	--	--				
		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	12,538	6.1	11,514	5.6	11,699	5.5	12,549	5.8	12,934	5.6				
				糖尿病	21,364	10.4	20,949	10.2	22,219	10.4	21,978	10.1	22,873	9.9				
				脂質異常症	8,460	4.1	8,542	4.1	7,724	3.6	7,994	3.7	6,750	2.9				
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者	0		1,668		767		0		975					
				健診未受診者	15,827		14,694		15,758		18,609		17,942					
	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	医療機関受診率	886	63.9	864	62.8	840	65.3	763	65.7	720	61.6				
				医療機関非受診率	819	59.1	814	59.2	754	58.6	701	60.4	667	57.1				
				医療機関非受診率	67	4.8	50	3.6	86	6.7	62	5.3	53	4.5				
	5 健診	①-⑱	特定健診の 状況	メタボ	健診受診者	1,386		1,376		1,287		1,161		1,168				
					受診率	53.4	道内32位 同規模19位	54.6	道内31位 同規模16位	51.8	道内25位 同規模13位	48.2	道内42位 同規模42位	52.1	道内34位 同規模29位			
					特定保健指導終了者(実施率)	91	62.8	88	64.7	84	65.6	82	71.3	73	71.6			
非肥満高血糖					165	11.9	167	12.1	134	10.4	104	9.0	106	9.1				
⑤					メタボ	該当者	292	21.1	314	22.8	295	22.9	265	22.8	290	24.8		
						男性	187	34.2	195	35.9	181	35.5	150	33.8	180	38.3		
⑥					メタボ	女性	105	12.5	119	14.3	114	14.7	115	16.0	110	15.8		
						予備群	139	10.0	154	11.2	135	10.5	126	10.9	113	9.7		
⑦					道内市町村数 183市町村	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	89	16.3	95	17.5	88	17.3	81	18.2	67	14.3
								女性	50	6.0	59	7.1	47	6.0	45	6.3	46	6.6
⑧					同規模市区町 村数	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	87	6.3	83	6.0	86	6.7	71	6.1	70	6.0
								女性	166	19.8	189	22.7	173	22.3	167	23.3	168	24.1
⑨					280市町村	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1
								女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6
⑩					同規模市区町 村数	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1
								女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6
⑪					280市町村	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1
								女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6
⑫					同規模市区町 村数	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1
	女性	79	9.4	73				8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
⑬	280市町村	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1				
				女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
⑭	同規模市区町 村数	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1				
				女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
⑮	280市町村	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1				
				女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
⑯	同規模市区町 村数	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1				
				女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
⑰	280市町村	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1				
				女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
⑱	同規模市区町 村数	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	8	1.5	10	1.8	16	3.1	10	2.3	10	2.1				
				女性	79	9.4	73	8.8	70	9.0	61	8.5	60	8.6				
6 問診	①-⑭	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	562	40.5	599	43.5	554	43.0	503	43.3	547	46.8				
				糖尿病	183	13.2	216	15.7	194	15.1	168	14.5	178	15.2				
				脂質異常症	445	32.1	458	33.3	424	32.9	389	33.5	401	34.3				
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	85	6.2	72	5.3	77	6.0	62	5.3	64	5.5				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	152	11.0	155	11.3	131	10.2	119	10.3	120	10.3				
				腎不全	19	1.4	20	1.5	19	1.5	16	1.4	11	0.9				
				貧血	99	7.2	104	7.6	97	7.6	92	7.9	95	8.1				
				③	喫煙	週3回以上朝食を抜く	92	9.5	96	10.8	74	8.7	102	12.8	98	12.9		
						週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
				④	週3回以上朝食を抜く	週3回以上就寝前夕食(H30～)	141	14.5	131	14.8	115	13.6	113	14.1	103	13.5		
						週3回以上就寝前夕食	141	14.5	131	14.8	115	13.6	113	14.1	103	13.5		
				⑤	週3回以上朝食を抜く	食べる速度が速い	293	30.1	276	31.1	254	30.0	241	30.1	224	29.3		
						20歳時体重から10kg以上増加	285	31.3	279	32.7	278	34.8	264	34.1	280	36.6		
				⑥	週3回以上朝食を抜く	1回30分以上運動習慣なし	854	62.4	843	62.0	794	61.8	715	61.9	748	64.3		
1日1時間以上運動なし	689	50.4	677			49.9	637	49.6	558	48.1	542	46.6						
⑦	週3回以上朝食を抜く	睡眠不足	284	21.8	261	20.4	255	20.8	220	20.2	236	21.8						
		毎日飲酒	299	21.7	310	22.6	292	22.7	243	21.0	255	21.9						
⑧	週3回以上朝食を抜く	時々飲酒	308	22.4	284	20.7	284	22.1	279	24.1	277	23.7						
		1合未満	754	68.5	695	66.8	674	67.7	643	69.4	612	67.4						
⑨	週3回以上朝食を抜く	1～2合	199	18.1	208	20.0	199	20.0	172	18.6	176	19.4						
		2～3合	111	10.1	106	10.2	103	10.3	96	10.4	100	11.0						
⑩	週3回以上朝食を抜く	3合以上	36	3.3	32	3.1	20	2.0	15	1.6	20	2.2						

項目				同規模平均		北海道		国				
				R04年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4 医療	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	380	0.2	327	0.2	256	0.2		
				糖尿病	1,531	0.9	1,159	0.7	1,144	0.9		
				脂質異常症	89	0.1	53	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	7,151	4.2	7,205	4.4	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	4,385	2.6	5,077	3.1	3,942	2.9		
				腎不全	4,815	2.8	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	13,011	5.8	10,914	5.1	10,143	4.9			
			糖尿病	22,014	9.8	19,440	9.2	17,720	8.6			
			脂質異常症	7,959	3.6	6,316	3.0	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血	1,056	0.5	947	0.4	825	0.4			
			虚血性心疾患	1,975	0.9	2,266	1.1	1,722	0.8			
			腎不全	18,492	8.3	10,839	5.1	15,781	7.7			
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,592		1,570		2,031			
健診未受診者				13,920		16,117		13,295				
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	7,237		5,006		6,142				
			健診未受診者	38,862		51,396		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	349,456	57.5	130,682	58.5	3,916,059	57.0				
		医療機関受診率	316,518	52.1	118,851	53.2	3,574,558	52.0				
		医療機関非受診率	32,938	5.4	11,831	5.3	341,501	5.0				
5 健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内市町村数 183市町村 同規模市町村数 280市町村 メタボ該当・予備群 レベル	メタボ	健診受診者	607,876		223,464		6,875,056			
				受診率	40.9		30.1	全国47位	37.6			
				特定保健指導終了者(実施率)	29,074	42.2	8,105	30.5	203,239	24.9		
				非肥満高血糖	65,026	10.7	18,052	8.1	620,953	9.0		
				該当者	総数	129,549	21.3	45,130	20.2	1,394,769	20.3	
					男性	89,592	32.7	31,155	32.6	974,828	32.0	
					女性	39,957	12.0	13,975	10.9	419,941	11.0	
				予備群	総数	65,867	10.8	24,718	11.1	772,619	11.2	
					男性	46,107	16.8	17,208	18.0	545,330	17.9	
				女性	19,760	5.9	7,510	5.9	227,289	5.9		
				腹囲	総数	213,429	35.1	77,205	34.5	2,402,902	35.0	
					男性	147,974	54.0	53,438	56.0	1,683,473	55.3	
					女性	65,455	19.6	23,767	18.6	719,429	18.8	
					BMI	総数	32,128	5.3	14,303	6.4	323,057	4.7
						男性	5,020	1.8	2,390	2.5	51,841	1.7
						女性	27,108	8.1	11,913	9.3	271,216	7.1
				血糖のみ	総数	4,055	0.7	1,233	0.6	43,987	0.6	
					男性	47,192	7.8	17,838	8.0	544,518	7.9	
					女性	14,620	2.4	5,647	2.5	184,114	2.7	
血糖・血圧	20,232	3.3	6,165		2.8	205,065	3.0					
血糖・脂質	6,681	1.1	2,127		1.0	70,937	1.0					
血圧・脂質	58,708	9.7	22,216		9.9	664,878	9.7					
血糖・血圧・脂質	43,928	7.2	14,622		6.5	453,889	6.6					
総数	238,152	39.2	80,231		35.9	2,447,146	35.6					
①	服薬	高血圧	238,152	39.2	80,231	35.9	2,447,146	35.6				
		糖尿病	60,500	10.0	19,804	8.9	594,927	8.7				
		脂質異常症	177,714	29.2	64,032	28.7	1,914,847	27.9				
		総数	477,366	78.4	161,067	73.5	1,956,980	78.3				
②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	19,286	3.3	7,219	3.4	208,635	3.1				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	35,029	5.9	12,053	5.6	367,822	5.5				
		腎不全	5,417	0.9	1,596	0.7	54,302	0.8				
		貧血	58,550	10.0	19,670	9.2	706,680	10.7				
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	78,412	12.9	36,735	16.4	948,575	13.8				
		週3回以上朝食を抜く	44,904	7.9	24,043	12.2	648,865	10.4				
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	85,896	15.0	29,224	14.9	985,252	15.8				
		週3回以上就寝前夕食	85,896	15.0	29,224	14.9	985,252	15.8				
		食べる速度が速い	153,567	26.8	57,388	29.1	1,672,168	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	199,198	34.7	70,405	35.7	2,191,006	35.0				
		1回30分以上運動習慣なし	359,571	62.7	125,237	62.7	3,777,161	60.4				
		1日1時間以上運動なし	272,500	47.3	94,134	47.2	3,004,820	48.0				
		睡眠不足	143,717	25.0	43,939	22.3	1,599,841	25.6				
		毎日飲酒	148,835	25.4	45,313	22.5	1,671,521	25.5				
		時々飲酒	120,277	20.5	53,275	26.5	1,475,568	22.5				
		⑭	一日 飲酒 量	1合未満	238,459	62.8	78,400	59.1	2,997,543	64.1		
				1～2合	95,416	25.1	34,032	25.7	1,110,600	23.7		
2～3合	36,200			9.5	15,779	11.9	438,425	9.4				
3合以上	9,467			2.5	4,461	3.4	130,129	2.8				

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)





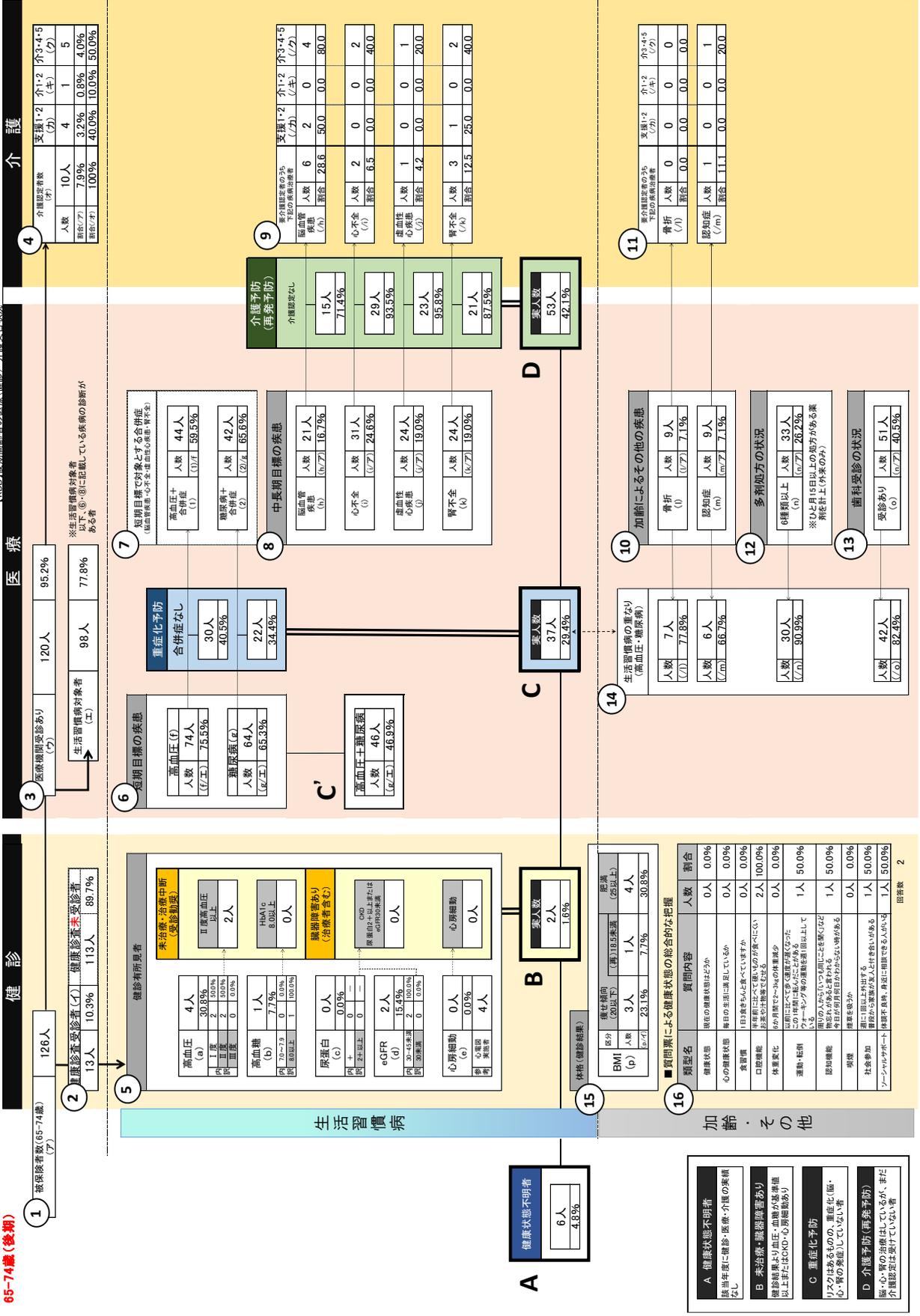
③ 65～74 歳(後期)

令和4年度

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定保健指導等一斉管理システム】PRKAG171

参考: 【KDB】介入支援対象者一覧<学業・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<保健管理>
【KDB】後期高齢者の医療(健康・介護)安全状況

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



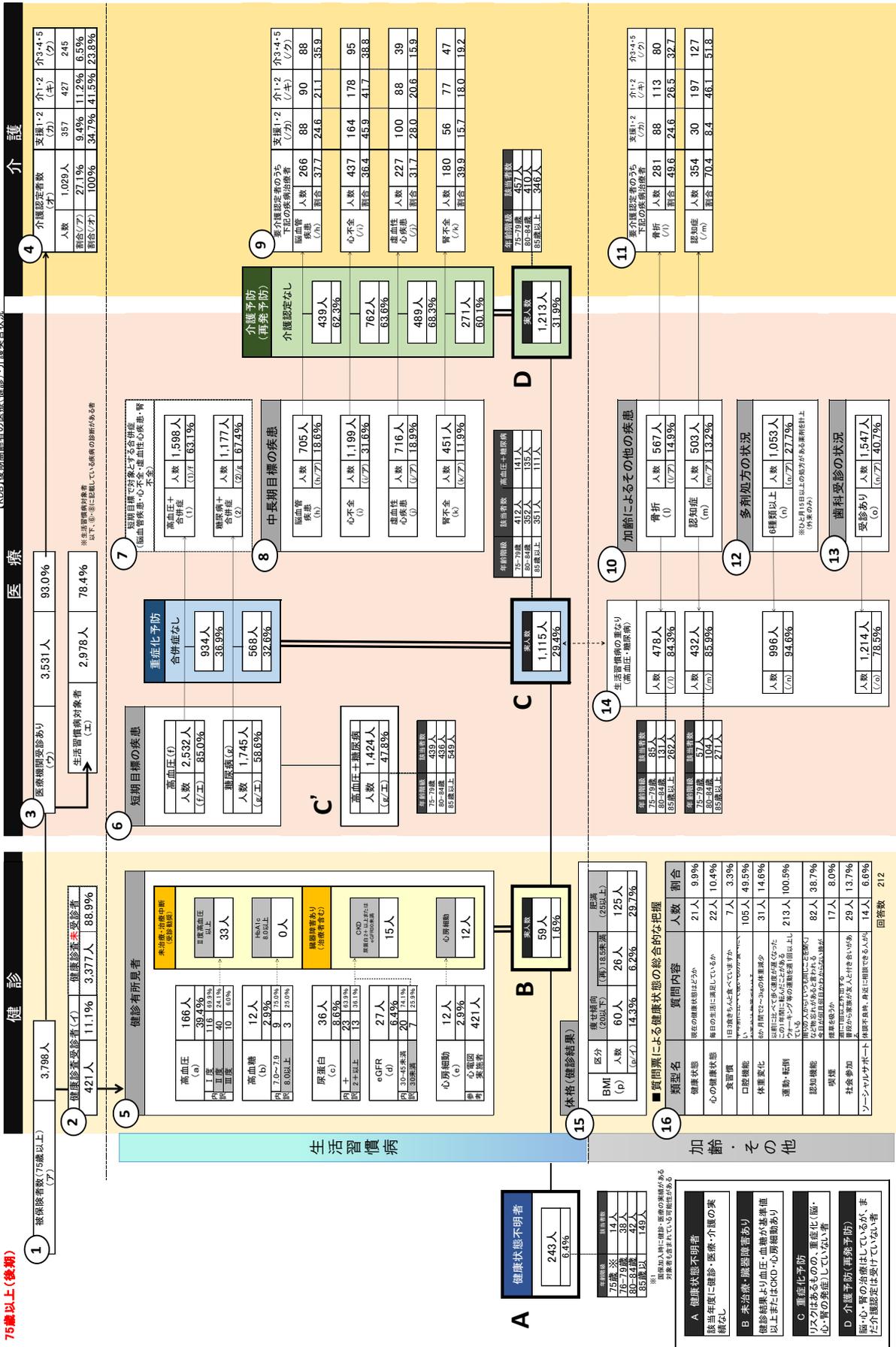
④75歳以上(後期)

令和4年度

【KOB】厚生労働省様式「1」
【特定保健師等による生活習慣病予防】

【KOB】介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)
【KOB】介入支援対象者一覧(服薬管理)
【KOB】後期高齢者の疾病(併診)・介護受給状況

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



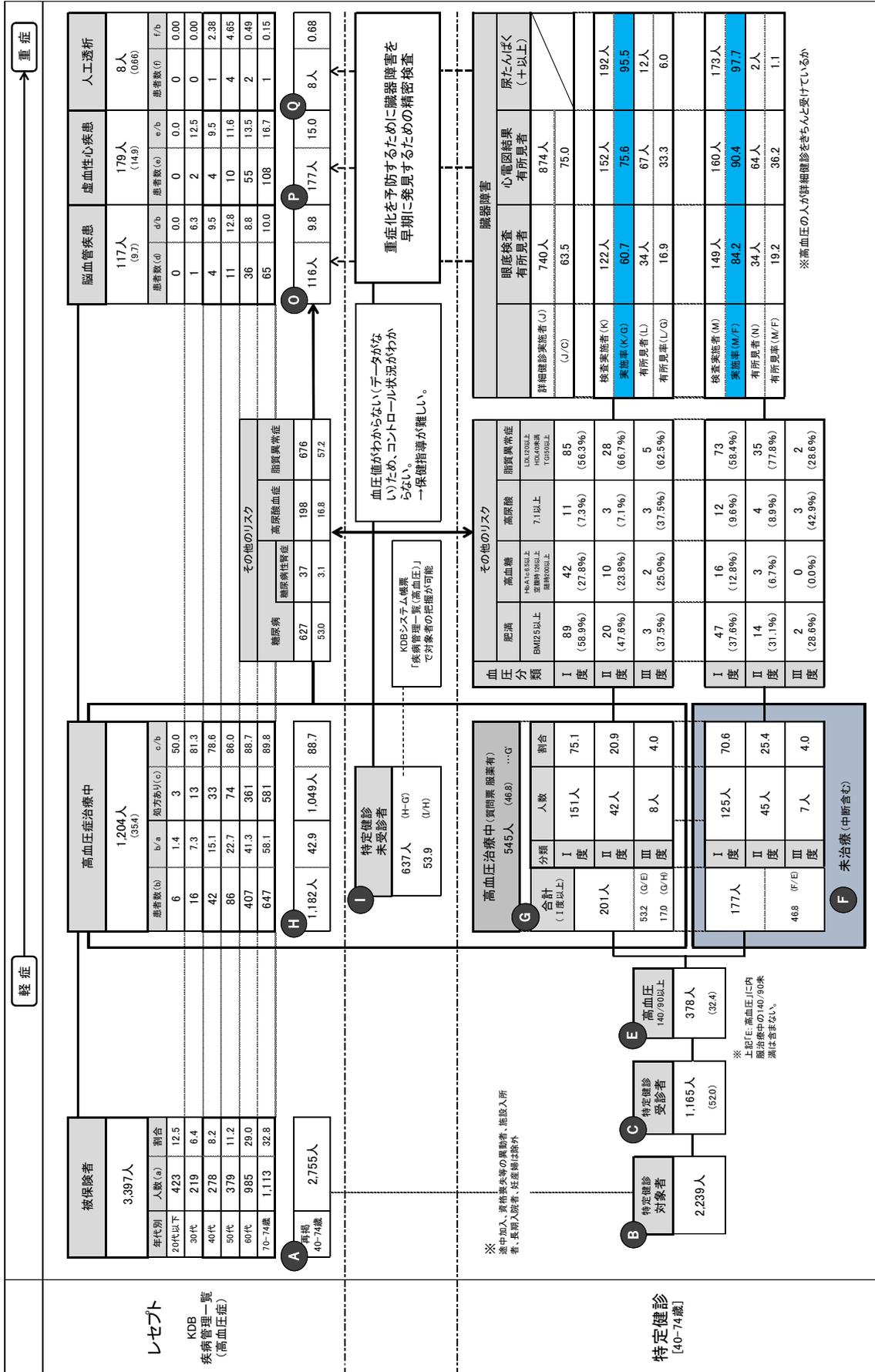
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	統合表	砂川市										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ①	被保険者数	A	3,777人		3,545人		3,441人		3,339人		3,207人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2
②	(再掲)40-74歳	A	3,156人		2,972人		2,907人		2,860人		2,710人				
2 ①	対象者数	B	2,594人		2,512人		2,477人		2,402人		2,239人				市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導状況概況報告 書
②	特定健診 受診者数	C	1,383人		1,373人		1,281人		1,161人		1,165人				
③	受診率	C	53.3%		54.7%		51.7%		48.3%		52.0%				
3 ①	特定 保健指導 対象者数		130人		124人		116人		104人		95人				
②	実施率		69.2%		78.2%		67.2%		70.2%		73.7%				
4 ①	健診 データ	糖尿病型	E	258人	18.4%	282人	20.4%	258人	19.8%	214人	18.4%	173人	16.7%		特定健診結果
②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	72人	27.9%	66人	23.4%	59人	22.9%	46人	21.5%	42人	24.3%		
③		治療中(質問票 服薬あり)	G	186人	72.1%	216人	76.6%	199人	77.1%	168人	78.5%	131人	75.7%		
④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹	J	80人	43.0%	107人	49.5%	79人	39.7%	70人	41.7%	59人	45.0%		
⑤		血圧 130/80以上	J	57人	71.3%	67人	62.6%	50人	63.3%	45人	64.3%	37人	62.7%		
⑥		肥満 BMI25以上	J	38人	47.5%	56人	52.3%	37人	46.8%	33人	47.1%	33人	55.9%		
⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹	K	106人	57.0%	109人	50.5%	120人	60.3%	98人	58.3%	72人	55.0%		
⑧		第1期 尿蛋白(-)	M	177人	68.6%	205人	72.7%	194人	75.2%	165人	77.1%	133人	76.9%		
⑨		第2期 尿蛋白(±)	M	25人	9.7%	30人	10.6%	25人	9.7%	23人	10.7%	20人	11.6%		
⑩		第3期 尿蛋白(+)	M	19人	7.4%	25人	8.9%	15人	5.8%	9人	4.2%	6人	3.5%		
⑪		第4期 eGFR30未満	M	4人	1.6%	5人	1.8%	10人	3.9%	4人	1.9%	4人	2.3%		
5 ①	糖尿病受診率(被保険者千対)		135.3人		143.3人		140.7人		143.2人		134.1人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		159.1人		166.2人		162.7人		163.6人		155.7人				
③	レセプト件数 40-74歳 (1)は被保険者千対	入院外(件数)	2,269件 (762.4)		2,094件 (722.6)		2,105件 (736.5)		2,048件 (751.3)		1,964件 (759.5)	1,557,522件 (951.6)		KDB 疾病別医療費分 析 (生活習慣病)	
④	入院(件数)		16件 (5.4)		21件 (7.2)		10件 (3.5)		8件 (2.9)		5件 (1.9)	7,406件 (4.5)			
⑤	糖尿病治療中	H	511人	13.5%	508人	14.3%	484人	14.1%	478人	14.3%	430人	13.4%		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
⑥	(再掲)40-74歳	H	502人	15.9%	494人	16.6%	473人	16.3%	468人	16.4%	422人	15.6%			
⑦	健診未受診者	I	316人	62.9%	308人	62.3%	274人	57.9%	300人	64.1%	291人	69.0%			
⑧	インスリン治療	O	53人	10.4%	50人	9.8%	38人	7.9%	41人	8.6%	30人	7.0%			
⑨	(再掲)40-74歳	O	53人	10.6%	50人	10.1%	38人	8.0%	39人	8.3%	28人	6.6%			
⑩	糖尿病性腎症	L	24人	4.7%	28人	5.5%	27人	5.6%	19人	4.0%	23人	5.3%			
⑪	(再掲)40-74歳	L	24人	4.8%	28人	5.7%	27人	5.7%	18人	3.8%	22人	5.2%			
⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	0.6%	4人	0.8%	4人	0.8%	3人	0.6%	3人	0.7%			
⑬	(再掲)40-74歳		3人	0.6%	4人	0.8%	4人	0.8%	3人	0.6%	3人	0.7%			
⑭	新規透析患者数		9人		10人		6人		4人		7人				
⑮	(再掲)糖尿病性腎症		2人		3人		2人		1人		4人				
⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		31人	3.4%	28人	3.0%	23人	2.5%	23人	2.5%	23人	2.5%		KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6 ①	総医療費		15億4697万円		15億4930万円		14億2357万円		14億5037万円		13億7542万円		28億4626万円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題	
②	生活習慣病総医療費		7億9175万円		7億8475万円		7億7177万円		8億0597万円		7億8948万円		15億3700万円		
③	(総医療費に占める割合)		51.2%		50.7%		54.2%		55.6%		57.4%		54.0%		
④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者			4,898円		2,325円				2,953円		7,237円		
⑤	健診未受診者		45,618円		43,153円		47,788円		56,084円		54,359円		38,862円		
⑥	糖尿病医療費		7834万円		7614万円		7733万円		7296万円		7085万円		1億6596万円		
⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.9%		9.7%		10.0%		9.1%		9.0%		10.8%		
⑧	糖尿病入院外総医療費		2億6931万円		2億7500万円		2億8172万円		2億6733万円		3億0627万円				
⑨	1件あたり		42,008円		43,568円		45,205円		45,217円		53,628円				
⑩	糖尿病入院総医療費		1億9459万円		2億4177万円		2億2410万円		1億9135万円		1億6137万円				
⑪	1件あたり		625,697円		596,961円		643,959円		644,286円		669,571円				
⑫	在院日数		21日		21日		20日		21日		21日				
⑬	慢性腎不全医療費		2546万円		5472万円		4234万円		4026万円		3202万円		1億2396万円		
⑭	透析有り		2129万円		4604万円		3916万円		3702万円		3139万円		1億1532万円		
⑮	透析なし		417万円		868万円		319万円		324万円		63万円		863万円		
7 ①	介護給付費		15億5331万円		16億1901万円		16億3446万円		16億2752万円		16億2460万円		34億9905万円		
②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	6.7%	3件	21.4%	2件	13.3%	1件	7.1%	1件	8.3%			
8 ①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		6人	2.4%	4人	1.6%	5人	2.0%	4人	1.6%	3人	1.0%	2,819人	1.0%	KDB 健診・医療・介護 データからみる地域の

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

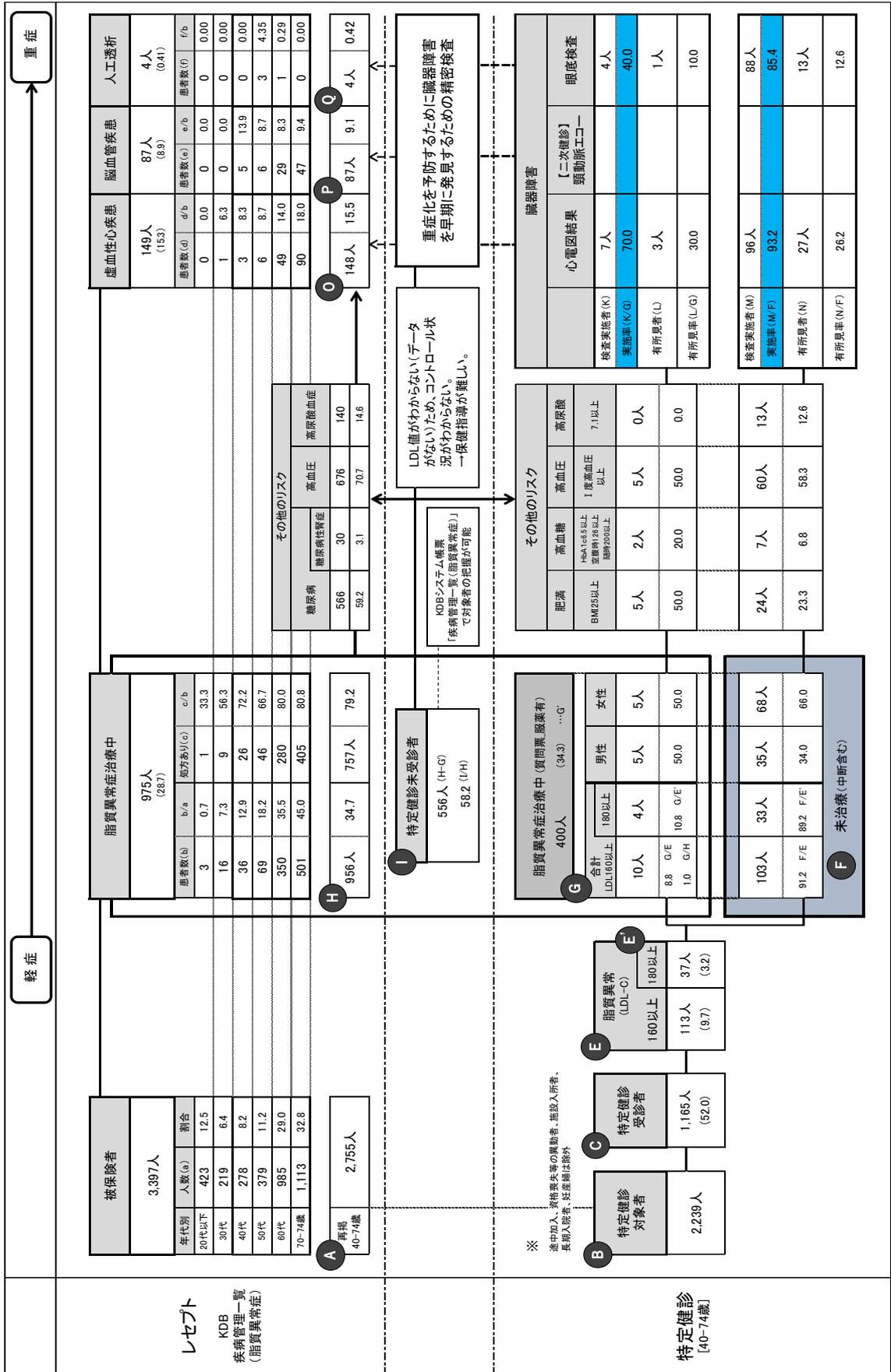
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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04年度



参考資料7 HbA1cの年次比較

(単位:人)

	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	人数
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	1,292	475	36.8%	464	35.9%	198	15.3%	80	6.2%	52	4.0%	23	1.8%	46	3.6%	20	1.5%		
H30	1,294	462	35.7%	477	36.9%	190	14.7%	90	7.0%	52	4.0%	23	1.8%	46	3.6%	18	1.4%		
R01	1,278	490	38.3%	424	33.2%	188	14.7%	81	6.3%	64	5.0%	31	2.4%	54	4.2%	20	1.6%		
R02	1,216	390	32.1%	455	37.4%	209	17.2%	85	7.0%	59	4.9%	18	1.5%	40	3.3%	11	0.9%		
R03	1,092	457	41.8%	339	31.0%	164	15.0%	65	6.0%	40	3.7%	27	2.5%	40	3.7%	17	1.6%		
R04	1,086	442	40.7%	351	32.3%	142	13.1%	80	7.4%	49	4.5%	22	2.0%	42	3.9%	17	1.6%		

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HbA1c6.5%以上の方の減少は

年度	HbA1c測定者(人)	5.5%以下(人)	5.6~5.9%(人)	6.0~6.4%(人)	6.5%以上			再掲			
					再)7.0%以上	未治療	治療				
H29	1,292	475	36.8%	464	35.9%	198	15.3%	155	40	115	12.0%
								12.0%	25.8%	74.2%	
H30	1,294	462	35.7%	477	36.9%	190	14.7%	165	48	117	12.8%
								12.8%	29.1%	70.9%	
R01	1,278	490	38.3%	424	33.2%	188	14.7%	176	39	137	13.8%
								13.8%	22.2%	77.8%	
R02	1,216	390	32.1%	455	37.4%	209	17.2%	162	46	116	13.3%
								13.3%	28.4%	71.6%	
R03	1,092	457	41.8%	339	31.0%	164	15.0%	132	37	95	12.1%
								12.1%	28.0%	72.0%	
R04	1,086	442	40.7%	351	32.3%	142	13.1%	151	37	114	13.9%
								13.9%	24.5%	75.5%	

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	人数
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	183	14.2%	5	2.7%	18	9.8%	45	24.6%	53	29.0%	44	24.0%	18	9.8%	39	21.3%	15	8.2%
	H30	180	13.9%	5	2.8%	20	11.1%	38	21.1%	56	31.1%	41	22.8%	20	11.1%	40	22.2%	15	8.3%
	R01	214	16.7%	8	3.7%	22	10.3%	47	22.0%	54	25.2%	56	26.2%	27	12.6%	48	22.4%	16	7.5%
	R02	192	15.8%	4	2.1%	18	9.4%	54	28.1%	52	27.1%	48	25.0%	16	8.3%	37	19.3%	11	5.7%
	R03	161	14.7%	10	6.2%	13	8.1%	43	26.7%	38	23.6%	36	22.4%	21	13.0%	33	20.5%	13	8.1%
	R04	174	16.0%	6	3.4%	19	10.9%	35	20.1%	50	28.7%	46	26.4%	18	10.3%	38	21.8%	14	8.0%
治療なし	H29	1,109	85.8%	470	42.4%	446	40.2%	153	13.8%	27	2.4%	8	0.7%	5	0.5%	7	0.6%	5	0.5%
	H30	1,114	86.1%	457	41.0%	457	41.0%	152	13.6%	34	3.1%	11	1.0%	3	0.3%	6	0.5%	3	0.3%
	R01	1,064	83.3%	482	45.3%	402	37.8%	141	13.3%	27	2.5%	8	0.8%	4	0.4%	6	0.6%	4	0.4%
	R02	1,024	84.2%	386	37.7%	437	42.7%	155	15.1%	33	3.2%	11	1.1%	2	0.2%	3	0.3%	0	0.0%
	R03	931	85.3%	447	48.0%	326	35.0%	121	13.0%	27	2.9%	4	0.4%	6	0.6%	7	0.8%	4	0.4%
	R04	912	84.0%	436	47.8%	332	36.4%	107	11.7%	30	3.3%	3	0.3%	4	0.4%	4	0.4%	3	0.3%

参考資料8 血圧の年次比較

(単位:人)

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,381	307	22.2%	217	15.7%	412	29.8%	335	24.3%	94	6.8%	16	1.2%
H30	1,383	257	18.6%	230	16.6%	417	30.2%	338	24.4%	117	8.5%	24	1.7%
R01	1,373	311	22.7%	231	16.8%	404	29.4%	310	22.6%	102	7.4%	15	1.1%
R02	1,281	224	17.5%	239	18.7%	407	31.8%	303	23.7%	85	6.6%	23	1.8%
R03	1,161	198	17.1%	192	16.5%	329	28.3%	313	27.0%	114	9.8%	15	1.3%
R04	1,165	231	19.8%	180	15.5%	376	32.3%	276	23.7%	87	7.5%	15	1.3%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	1,381	524 37.9%	412 29.8%	335 24.3%	110	54	56	8.0%	8.0%	
					16	9	7			1.2%
H30	1,383	487 35.2%	417 30.2%	338 24.4%	141	71	70	10.2%	10.2%	
					24	15	9			1.7%
R01	1,373	542 39.5%	404 29.4%	310 22.6%	117	58	59	8.5%	8.5%	
					15	11	4			1.1%
R02	1,281	463 36.1%	407 31.8%	303 23.7%	108	68	40	8.4%	8.4%	
					23	16	7			1.8%
R03	1,161	390 33.6%	329 28.3%	313 27.0%	129	64	65	11.1%	11.1%	
					15	11	4			1.3%
R04	1,165	411 35.3%	376 32.3%	276 23.7%	102	52	50	8.8%	8.8%	
					15	7	8			1.3%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	547	39.6%	76	13.9%	79	14.4%	174	31.8%	162	29.6%	49	9.0%	7	1.3%
	H30	559	40.4%	68	12.2%	79	14.1%	168	30.1%	174	31.1%	61	10.9%	9	1.6%
	R01	597	43.5%	83	13.9%	94	15.7%	194	32.5%	167	28.0%	55	9.2%	4	0.7%
	R02	551	43.0%	66	12.0%	104	18.9%	181	32.8%	160	29.0%	33	6.0%	7	1.3%
	R03	502	43.2%	58	11.6%	80	15.9%	128	25.5%	171	34.1%	61	12.2%	4	0.8%
	R04	545	46.8%	74	13.6%	80	14.7%	190	34.9%	151	27.7%	42	7.7%	8	1.5%
治療なし	H29	834	60.4%	231	27.7%	138	16.5%	238	28.5%	173	20.7%	45	5.4%	9	1.1%
	H30	824	59.6%	189	22.9%	151	18.3%	249	30.2%	164	19.9%	56	6.8%	15	1.8%
	R01	776	56.5%	228	29.4%	137	17.7%	210	27.1%	143	18.4%	47	6.1%	11	1.4%
	R02	730	57.0%	158	21.6%	135	18.5%	226	31.0%	143	19.6%	52	7.1%	16	2.2%
	R03	659	56.8%	140	21.2%	112	17.0%	201	30.5%	142	21.5%	53	8.0%	11	1.7%
	R04	620	53.2%	157	25.3%	100	16.1%	186	30.0%	125	20.2%	45	7.3%	7	1.1%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

(単位:人)

	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	1,381	686	49.7%	337	24.4%	208	15.1%	98	7.1%	52	3.8%
	H30	1,383	692	50.0%	305	22.1%	234	16.9%	102	7.4%	50	3.6%
	R01	1,373	695	50.6%	318	23.2%	214	15.6%	93	6.8%	53	3.9%
	R02	1,281	613	47.9%	285	22.2%	219	17.1%	114	8.9%	50	3.9%
	R03	1,161	589	50.7%	285	24.5%	160	13.8%	88	7.6%	39	3.4%
R04	1,165	616	52.9%	262	22.5%	174	14.9%	76	6.5%	37	3.2%	
男性	H29	544	313	57.5%	116	21.3%	72	13.2%	31	5.7%	12	2.2%
	H30	544	316	58.1%	104	19.1%	87	16.0%	23	4.2%	14	2.6%
	R01	540	311	57.6%	117	21.7%	71	13.1%	30	5.6%	11	2.0%
	R02	508	276	54.3%	103	20.3%	78	15.4%	35	6.9%	16	3.1%
	R03	444	254	57.2%	96	21.6%	51	11.5%	33	7.4%	10	2.3%
R04	467	263	56.3%	102	21.8%	62	13.3%	28	6.0%	12	2.6%	
女性	H29	837	373	44.6%	221	26.4%	136	16.2%	67	8.0%	40	4.8%
	H30	839	376	44.8%	201	24.0%	147	17.5%	79	9.4%	36	4.3%
	R01	833	384	46.1%	201	24.1%	143	17.2%	63	7.6%	42	5.0%
	R02	773	337	43.6%	182	23.5%	141	18.2%	79	10.2%	34	4.4%
	R03	717	335	46.7%	189	26.4%	109	15.2%	55	7.7%	29	4.0%
R04	698	353	50.6%	160	22.9%	112	16.0%	48	6.9%	25	3.6%	

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

重症化しやすいLDL160mg/dl以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合	割合	
					再)180以上	未治療	治療	割合	割合			
H29	1,381	686 49.7%	337 24.4%	208 15.1%	150 10.9%	130 86.7%	20 13.3%	52 3.8%	45 86.5%	7 13.5%	3.8%	10.9%
H30	1,383	692 50.0%	305 22.1%	234 16.9%	152 11.0%	139 91.4%	13 8.6%	50 3.6%	46 92.0%	4 8.0%	3.6%	11.0%
R01	1,373	695 50.6%	318 23.2%	214 15.6%	146 10.6%	129 88.4%	17 11.6%	53 3.9%	50 94.3%	3 5.7%	3.9%	10.6%
R02	1,281	613 47.9%	285 22.2%	219 17.1%	164 12.8%	151 92.1%	13 7.9%	50 3.9%	46 92.0%	4 8.0%	3.9%	12.8%
R03	1,161	589 50.7%	285 24.5%	160 13.8%	127 10.9%	113 89.0%	14 11.0%	39 3.4%	35 89.7%	4 10.3%	3.4%	10.9%
R04	1,165	616 52.9%	262 22.5%	174 14.9%	113 9.7%	103 91.2%	10 8.8%	37 3.2%	33 89.2%	4 10.8%	3.2%	9.7%

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	433	31.4%	305	70.4%	79	18.2%	29	6.7%	13	3.0%	7	1.6%
	H30	441	31.9%	319	72.3%	75	17.0%	34	7.7%	9	2.0%	4	0.9%
	R01	457	33.3%	320	70.0%	78	17.1%	42	9.2%	14	3.1%	3	0.7%
	R02	424	33.1%	301	71.0%	62	14.6%	48	11.3%	9	2.1%	4	0.9%
	R03	389	33.5%	291	74.8%	66	17.0%	18	4.6%	10	2.6%	4	1.0%
R04	400	34.3%	300	75.0%	72	18.0%	18	4.5%	6	1.5%	4	1.0%	
治療なし	H29	948	68.6%	381	40.2%	258	27.2%	179	18.9%	85	9.0%	45	4.7%
	H30	942	68.1%	373	39.6%	230	24.4%	200	21.2%	93	9.9%	46	4.9%
	R01	916	66.7%	375	40.9%	240	26.2%	172	18.8%	79	8.6%	50	5.5%
	R02	857	66.9%	312	36.4%	223	26.0%	171	20.0%	105	12.3%	46	5.4%
	R03	772	66.5%	298	38.6%	219	28.4%	142	18.4%	78	10.1%	35	4.5%
R04	765	65.7%	316	41.3%	190	24.8%	156	20.4%	70	9.2%	33	4.3%	