

利尻町国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度



令和 6 年 3 月 利尻町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	6
4. 実施体制・関係者連携	7
5. 保険者努力支援制度	9
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	10
1. 保険者の特性	10
2. 第2期計画に係る評価及び考察	12
1) 第2期計画に係る評価	
2) 主な個別事業の評価と課題	
3. 第3期における健康課題の明確化	28
1) 基本的な考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	37
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	37
2. 目標値の設定	37
3. 対象者の見込み	37
4. 特定健診の実施	37
5. 特定保健指導の実施	40
6. 個人情報の保護	43
7. 結果の報告	43
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	44

第4章 課題解決するための個別保健事業	45
I. 保健事業の方向性.....	45
II. 重症化予防の取組.....	46
1. 糖尿病性腎症重症化予防	47
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防.....	55
3. 虚血性心疾患重症化予防	61
4. 脳血管疾患重症化予防	66
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施.....	71
IV. 発症予防.....	73
V. ポピュレーションアプローチ	74
第5章 計画の評価・見直し	76
1. 評価の時期	76
2. 評価方法・体制.....	76
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	77
1. 計画の公表・周知.....	77
2. 個人情報の取扱い.....	77
参考資料	78

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、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ています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※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町の課題等を踏まえ、本町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

本町では、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)

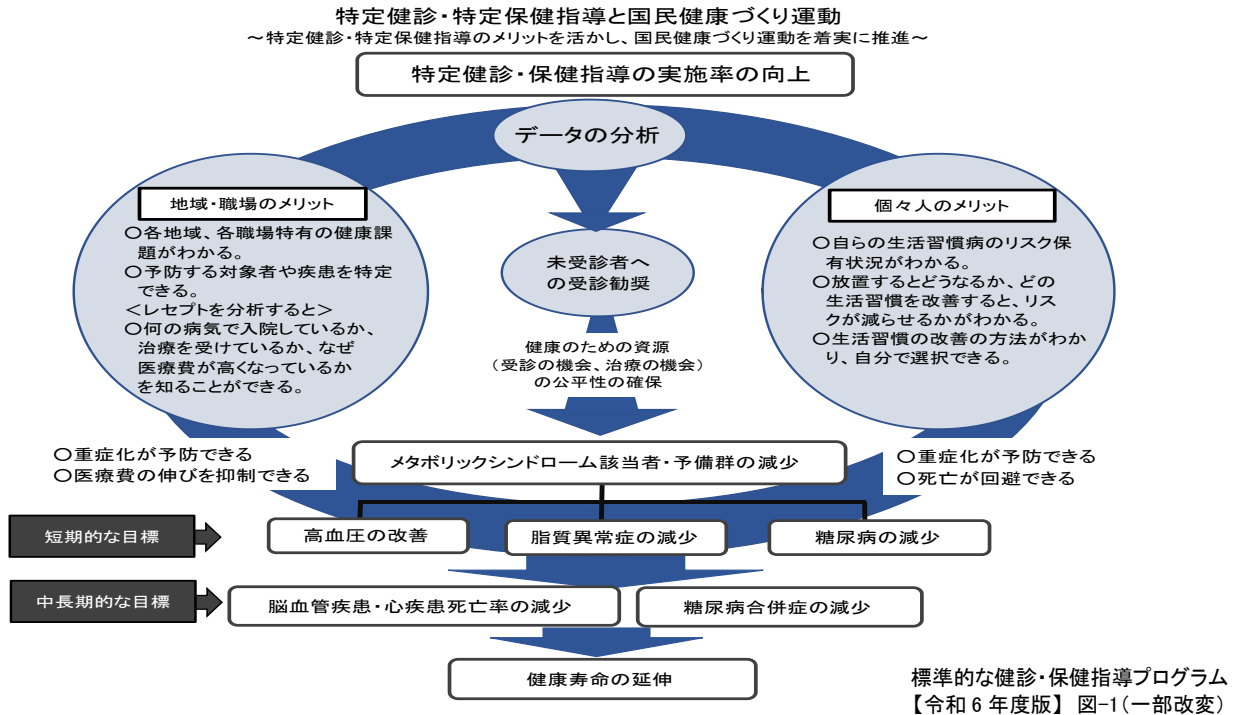
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

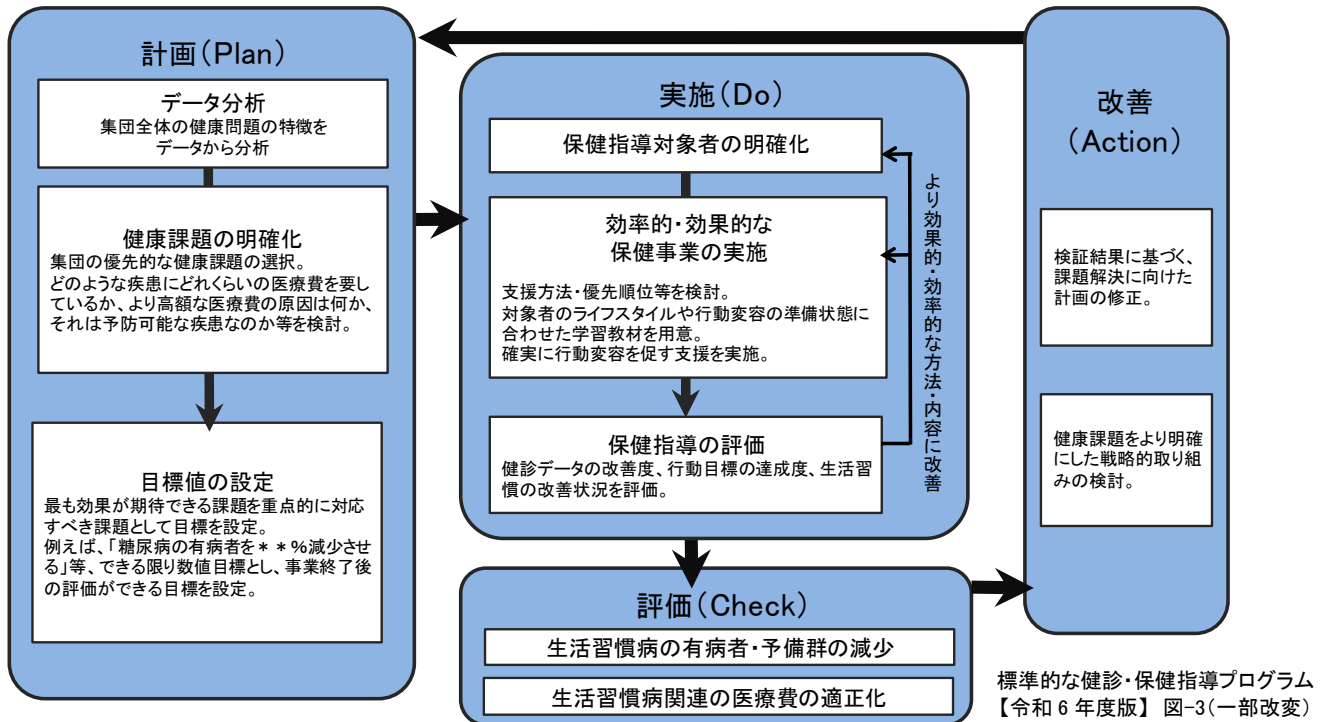
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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9月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 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



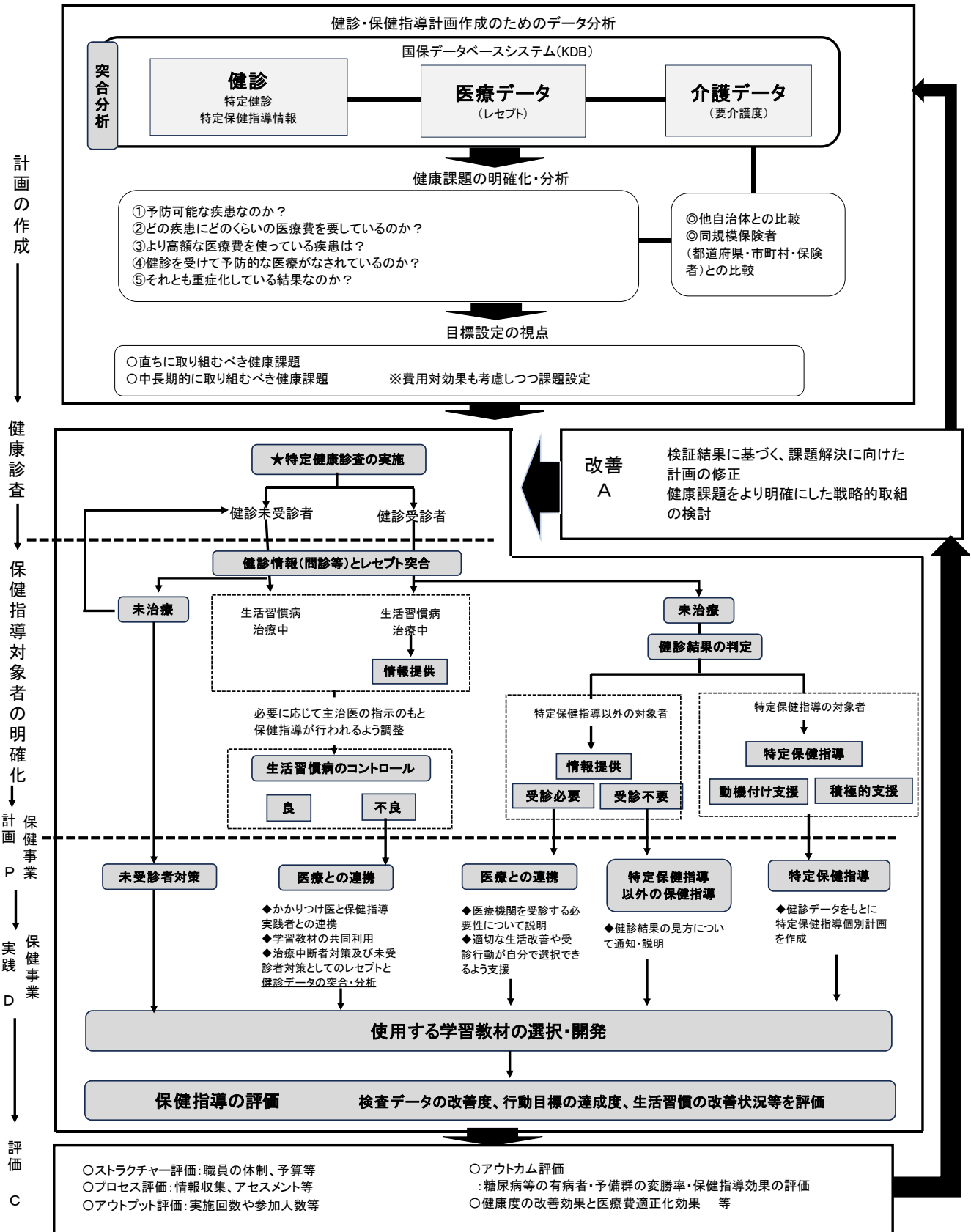
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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ある。

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



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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 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) </div>		
	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">➔</div>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 行動変容を促す手法 </div>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> かつての健診・保健指導 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 現在の健診・保健指導 </div>
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、必要に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

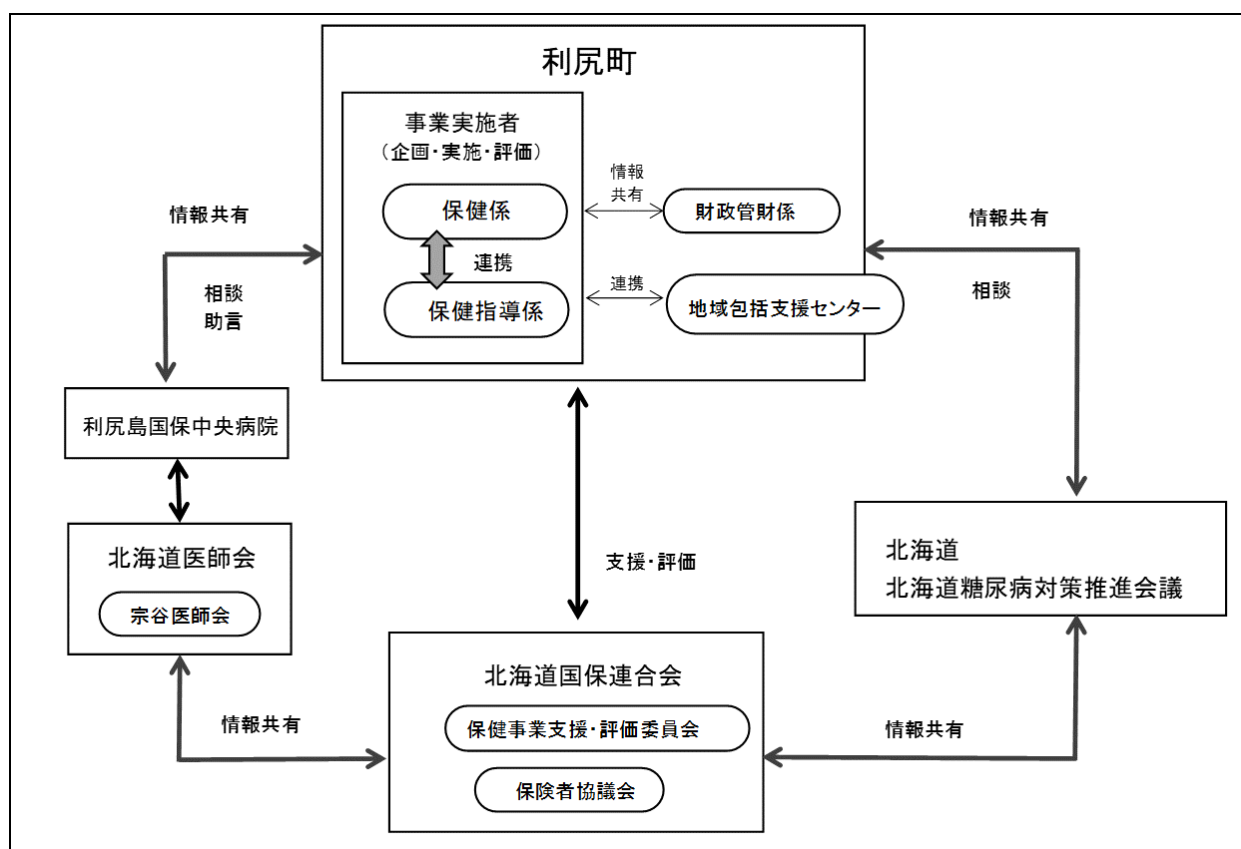
データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 実施体制・関係者連携

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、保健課保健係が中心を担い、住民の健康の保持増進に関係する保健課保健指導係の専門職が一体となって、計画策定を進めていきます。また、地域包括支援センターと健康課題を共有するなど、十分連携を図るとともに、利尻島国保中央病院をはじめとして、宗谷医師会や北海道国民健康保険団体連合会と連携し、効果的・効率的な保健事業の展開を目指します。

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 利尻町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	保 (課長)	保 (副所長)	管栄 (主任)	保	保	保	事 (係長)	事	保 (係長)	歯衛
		保健指導係					保健係		地域包括支援センター	
統括	◎									
国保事務			○				◎			
健康診断 保健指導			◎			○	◎	○		
がん検診			○			◎				
予防接種					◎	○				
コロナ・インフル 予防接種		◎	◎			○				
母子保健			○	○	◎					
精神保健		◎		○						
歯科保健				◎	○					◎
保健事業と介護予 防の一体的実施			◎			◎			○	

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		利尻町	配点	利尻町	配点	利尻町	配点	
交付額(万円)		139		121		130		
全国順位(1,741市町村中)		80位		450位		277位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	70	90	70	
		(2)特定保健指導実施率	70		70		70	
		(3)メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	60	40	62	40
		(2)歯科健診受診率等						
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	80	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	50	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	80	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	10	100	10	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	33	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	71	100	73	100
合計点		746	1,000	639	960	660	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約2千人で高齢化率は40.4%(令和2年度国勢調査)、同規模、道、国と比較すると高齢者の割合は道・国よりも高い状況です。また、本町の出生率は同規模と比較し低く、財政指数も同規模と比較して低い町となっています。

本町は、ウニ・昆布漁中心の漁業が基幹産業の町であり、第1次産業の割合が同規模・道・国と比較し31.1%と高くなっています。ウニ・昆布漁の最盛期となる夏は、早朝から活動するなど生活リズムが不規則となり活動量も増しますが、冬期間は活動量が減少し体重が増加する傾向にあります。漁師の多くは個人経営であり、一人一人の健康が各被保世帯の生活に大きく影響します。(図表9)

国保加入率は24.8%で過去3年間上昇しております。その理由としては、会社勤めから漁師へ転職される方もおり、漁業は安定した収入が得られていることがあげられます。また、40歳以上の被保険者数は年々減少しているにもかかわらず、39歳以下の人数が維持されている理由としましては、定住移住対策にて漁師になるために転入する世帯がいるためです。漁師特有の生活習慣から起因する疾患にて健康を損なわないためにも、若い世代からの生活習慣病対策を行い、生涯働き続けられる身体づくりを支援していくことが重要です。(図表10)

医療の状況では、本島内には1つの病院、2の診療所があり、外来患者数は同規模・道よりも低く、病床数の割合・入院患者数共に同規模・道と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した利尻町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
利尻町	2,004	40.4	497 (24.8)	54.1	4.5	17.5	0.1	31.1	12.7	56.2
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、利尻町と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

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	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	550		535		531		539		497	
65～74歳	273	49.6	268	50.1	264	49.7	267	49.5	237	47.7
40～64歳	171	31.1	156	29.2	150	28.2	158	29.3	148	29.8
39歳以下	106	19.3	111	20.7	117	22.0	114	21.2	112	22.5
加入率	23.9		23.2		23.1		23.5		24.8	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	1.8	1	1.9	1	1.9	1	1.8	1	2.0	0.3	0.5
診療所数	2	3.6	2	3.8	2	3.8	2	3.6	2	4.0	3.6	3.1
病床数	42	76.4	42	78.5	42	79.1	42	77.6	42	84.5	21.9	85.6
医師数	2	3.6	2	3.7	3	5.6	3	5.5	3	6.0	3.3	12.8
外来患者数	542.1		536.4		457.3		456.2		462.3		653.6	654.8
入院患者数	26.9		21.7		19.4		21.3		28.9		22.9	21.5

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で2人(認定率0.32%)、1号(65歳以上)被保険者で158人(認定率19.5%)と同規模・県と比較すると低く、H30年度と比べると2.9%上昇しています。(図表12)75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約2億391万円から約2億894万円に伸びており、団塊の世代が75歳以上になる2025年まで上昇する可能性があります。(図表13)

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、75歳以上で虚血性心疾患が上位を占めており、65~74歳で脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めています。第2号被保険者2名の要介護認定者は社保のため、有病情報が不明ですが、国保・後期の方がいないということは、これまでの保健師・管理栄養士の保健活動に一定の効果があつたとみることができます。一方で、国保・後期以外の方が2号被保険者で2人認定されているということは、退職後国保に加入した時には、生活習慣病が重症化している可能性が高く、国保・後期以外の方の生活習慣病対策について今後検討していく必要があります。

基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、1号被保険者で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	利尻町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	875人	38.0%	809人	40.4%	41.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	2人	0.27%	2人	0.32%	0.38%	0.42%	0.38%
新規認定者					—	—	—
1号認定者	145人	16.6%	158人	19.5%	19.9%	20.9%	19.4%
新規認定者			17人		—	—	—
再掲							
65~74歳	11人	2.9%	12人	3.3%	—	—	—
新規認定者			2人		—	—	—
75歳以上	134人	26.9%	146人	32.4%	—	—	—
新規認定者			15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

	利尻町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	2億0391万円	2億0894万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	233,038	258,272	323,222	269,507	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	67,497	66,331	80,543	60,965	59,662
居宅サービス	32,810	30,474	42,864	42,034	41,272
施設サービス	265,160	273,372	288,059	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(R04 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)		2		12		146		158		160		
再)国保・後期		0		12		88		100		100		
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	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	0	脳卒中	5	虚血性心疾患	43	虚血性心疾患	47	虚血性心疾患	47
				--		41.7%		48.9%		47.0%		47.0%
		2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	4	脳卒中	38	脳卒中	43	脳卒中	43
			--		33.3%		43.2%		43.0%		43.0%	
	3	腎不全	0	腎不全	3	腎不全	15	腎不全	18	腎不全	18	
			--		25.0%		17.0%		18.0%		18.0%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	15	糖尿病合併症	19	糖尿病合併症	19
			--		33.3%		17.0%		19.0%		19.0%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			0	基礎疾患	11	基礎疾患	83	基礎疾患	94	基礎疾患	94	
		--		91.7%		94.3%		94.0%		94.0%		
血管疾患合計			0	合計	12	合計	86	合計	98	合計	98	
		--		100.0%		97.7%		98.0%		98.0%		
認知症		認知症	0	認知症	6	認知症	43	認知症	49	認知症	49	
		--		50.0%		48.9%		49.0%		49.0%		
筋・骨格疾患		筋骨格系	0	筋骨格系	11	筋骨格系	87	筋骨格系	98	筋骨格系	98	
		--		91.7%		98.9%		98.0%		98.0%		

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約5万円高く、H30年度と比較しても約5万円増加しています。

また外来件数の割合が低くなり、入院件数は高くなっています。これは、新型コロナの影響による外来受診控えにより重症化した可能性が考えられます。

また年齢調整をした地域差指数は、全国平均の1より後期は下回り、国保はほぼ平均です。年齢を加味すると医療費が大きくかかっている状況ではないものの、医療費の抑制のためには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	利尻町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	550人	497人	--	--	--	
前期高齢者割合	273人 (49.6%)	237人 (47.7%)	--	--	--	
総医療費	2億0737万円	2億0970万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	377,028 県内72位 同規模98位	421,928 県内45位 同規模80位	367,527	376,962	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	515,810	518,660	588,220	628,200	617,950
	費用の割合	46.3	44.8	44.9	43.7	39.6
	件数の割合	4.7	5.9	3.4	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	29,710	39,990	25,290	26,530	24,220
	費用の割合	53.7	55.2	55.1	56.3	60.4
	件数の割合	95.3	94.1	96.6	96.8	97.5
受診率	569.013	491.22	676.49	676.241	705.439	

※同規模順位は利尻町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	利尻町 (道内市町村中)		道 (47県中)	利尻町 (道内市町村中)		道 (47県中)	
	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	1.066 (81位)	1.002 (99位)	1.050 (15位)	0.926 (134位)	0.798 (165位)	1.107 (9位)
	入院	1.265 (58位)	1.059 (118位)	1.149 (16位)	1.014 (121位)	0.786 (175位)	1.243 (8位)
	外来	0.930 (133位)	0.972 (93位)	0.986 (27位)	0.840 (149位)	0.833 (153位)	0.974 (23位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30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、H30年度より1.28ポイントも伸びており、同規模、県、国よりも割合が高くなっています。(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H30年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患患者数が減少していますが、R4年度において40～64歳の若い世代で6人に脳血管疾患が発症しています。また、40～64歳の脳血管疾患と虚血性心疾患を比較してみますと、脳血管疾患が6人で心疾患4人よりも多くなっています。身体のメカニズムにおいては、心疾患を発症し脳血管疾患が発症するのが一般的ですが、脳血管疾患を先に発症していることに注目する必要があります。(図表18)

本町は離島であり、脳血管疾患を発症すると、島外に搬送となり、天候等によっては命を落とす、または命が助かって重い後遺症を残す場合があります。リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる生活習慣病、特に高血圧の重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			利尻町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			2億0737万円	2億0970万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1138万円	1042万円	--	--	--
			5.487201784	4.97%	7.24%	6.48%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.09%	3.37%	2.12%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.39%	1.22%	1.46%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.00%	0.23%	3.29%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.00%	0.15%	0.37%	0.28%	0.29%
そ 疾 の 患 の	悪性新生物		27.69%	33.06%	17.57%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		10.31%	8.72%	9.33%	9.41%	8.68%
	精神疾患		3.22%	0.98%	7.82%	7.60%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	550	497	a	46	31	62	43	1	1	
				a/A	8.4%	6.2%	11.3%	8.7%	0.2%	0.2%	
40歳以上	B	444	385	b	45	31	62	43	1	1	
	B/A	80.7%	77.5%	b/B	10.1%	8.1%	14.0%	11.2%	0.2%	0.3%	
再掲	40～64歳	D	171	148	d	14	6	14	4	1	1
		D/A	31.1%	29.8%	d/D	8.2%	4.1%	8.2%	2.7%	0.6%	0.7%
	65～74歳	C	273	237	c	31	25	48	39	0	0
		C/A	49.6%	47.7%	c/C	11.4%	10.5%	17.6%	16.5%	0.0%	0.0%

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

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧・糖尿病の治療者の割合は減少し、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も減っています。しかし、40～64歳の高血圧症治療者と糖尿病治療者における脳血管疾患を比較しますと、高血圧が多く、治療を継続し高血圧を重症化させないことが重要です。

本町は、第2期計画策定時と変わりなく高血圧に課題があり、特に若年層からの対策が重要になってきます。本町は特定健診を受診された全ての方に対し、血圧自己測定の実践化と、治療が必要な値の方に対して医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理の必要性を呼びかけています。今後も高血圧について強く意識をもって対策を継続していく必要があります。

また、脂質異常症については、高値のまま放置されると10年後には心筋梗塞になるリスクがあることから、脂質異常症についても適切な対策が必要です。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	244	200	63	41	181	159	
	A/被保数	55.0%	51.9%	36.8%	27.7%	66.3%	67.1%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	17	7	3	15	14	
		B/A	9.0%	8.5%	11.1%	7.3%	8.3%	8.8%
	虚血性心疾患	C	52	37	10	3	42	34
		C/A	21.3%	18.5%	15.9%	7.3%	23.2%	21.4%
	人工透析	D	1	1	1	1	0	0
		D/A	0.4%	0.5%	1.6%	2.4%	0.0%	0.0%

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

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	129	105	41	28	88	77	
	A/被保数	29.1%	27.3%	24.0%	18.9%	32.2%	32.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	8	5	1	7	7	
		B/A	9.3%	7.6%	12.2%	3.6%	8.0%	9.1%
	虚血性心疾患	C	26	19	6	2	20	17
		C/A	20.2%	18.1%	14.6%	7.1%	22.7%	22.1%
	人工透析	D	1	1	1	1	0	0
		D/A	0.8%	1.0%	2.4%	3.6%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	36	37	9	10	27	27
		E/A	27.9%	35.2%	22.0%	35.7%	30.7%	35.1%
	糖尿病性網膜症	F	26	19	8	5	18	14
		F/A	20.2%	18.1%	19.5%	17.9%	20.5%	18.2%
	糖尿病性神経障害	G	11	7	5	3	6	4
		G/A	8.5%	6.7%	12.2%	10.7%	6.8%	5.2%

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

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	193	169	61	43	132	126	
	A/被保数	43.5%	43.9%	35.7%	29.1%	48.4%	53.2%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	14	5	2	10	12	
		B/A	7.8%	8.3%	8.2%	4.7%	7.6%	9.5%
	虚血性心疾患	C	43	27	10	3	33	24
		C/A	22.3%	16.0%	16.4%	7.0%	25.0%	19.0%
	人工透析	D	1	1	1	1	0	0
		D/A	0.5%	0.6%	1.6%	2.3%	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・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧の有所見者の割合がH30年度9.4%からR3年度が11.8%に増加しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている高血圧の方が36.8%となっています。(図表22)脳血管疾患の発症を抑えるために、このⅡ度以上高血圧と未治療者の対策をしっかりと行うことが重要です。

糖尿病については、HbA1c7%以上の方のうち、未治療者はいないものの、治療をしてもコントロール不良の方がいることがわかります。重症化しないように丁寧に関わっていく必要があります。

新型コロナウイルス感染症の影響で受診控えがあった中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)	G	G/E
利尻町	181	—	161	41.2	17	9.4	6	35.3	19	11.8	7	36.8	7	36.8	0	0.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)	M	M/K
利尻町	173	95.6	156	96.9	11	6.4	0	0.0	7	4.5	1	14.3	0	0.0	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③ 健診結果の経年変化

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

本町の特定健診結果において、H30年度とR04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、2.1ポイント増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上・LDL-C160 以上の該当者割合が減少していますが、一方でⅡ度高血圧以上の該当者割合が上がり改善率が下がっています。Ⅱ度高血圧以上の有所見者のうち翌年度健診を受診していない方が 5 割程度存在し、重症化予防対象者であるにもかかわらず、健診受診に繋がられていないことが課題です。今後も結果の改善につながる保健指導を実施する共に、対象者管理に努め、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24・25・26)

図表 25 をみると、Ⅱ度高血圧以上において 6 名に変化がありませんでした。未治療であった場合、服薬により改善を図れるため、治療が必要な方を確実に治療につなげる働きかけを行っていく必要があります。

図 26 では、LDL160 以上の前年度からの変化を見ていますが、改善率が H30 と R3 年を比較すると、改善率が低下しています。内服すれば改善すること、変化がない方には食に課題があることを踏まえ、適切な支援を行っ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

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	181 —	39 (21.5%)	19 (10.5%)	20 (11.0%)	14 (7.7%)
R04年度	161 (40.7%)	38 (23.6%)	16 (9.9%)	22 (13.7%)	17 (10.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	23 (13.3%)	7 (30.4%)	9 (39.1%)	#VALUE!	7 (30.4%)
R03→R04	16 (10.3%)	5 (31.3%)	4 (25.0%)	2 (12.5%)	5 (31.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	17 (9.4%)	7 (41.2%)	4 (23.5%)	0 (0.0%)	6 (35.3%)
R03→R04	19 (11.8%)	5 (26.3%)	6 (31.6%)	0 (0.0%)	8 (42.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	26 (14.4%)	11 (42.3%)	6 (23.1%)	2 (7.7%)	7 (26.9%)
R03→R04	22 (13.7%)	8 (36.4%)	3 (13.6%)	1 (4.5%)	10 (45.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 42.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で R2 年度は受診率が下がり、R3 年・R4 年で回復してきています。しかし、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、40 歳未満の若年健診も実施しており、若年からの健診受診の定着化を図ってきました。特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は依然として低い状況が続いているものの、令和 3 年・4 年で少しずつ受診率が増加していることがわかります。(図表 28)

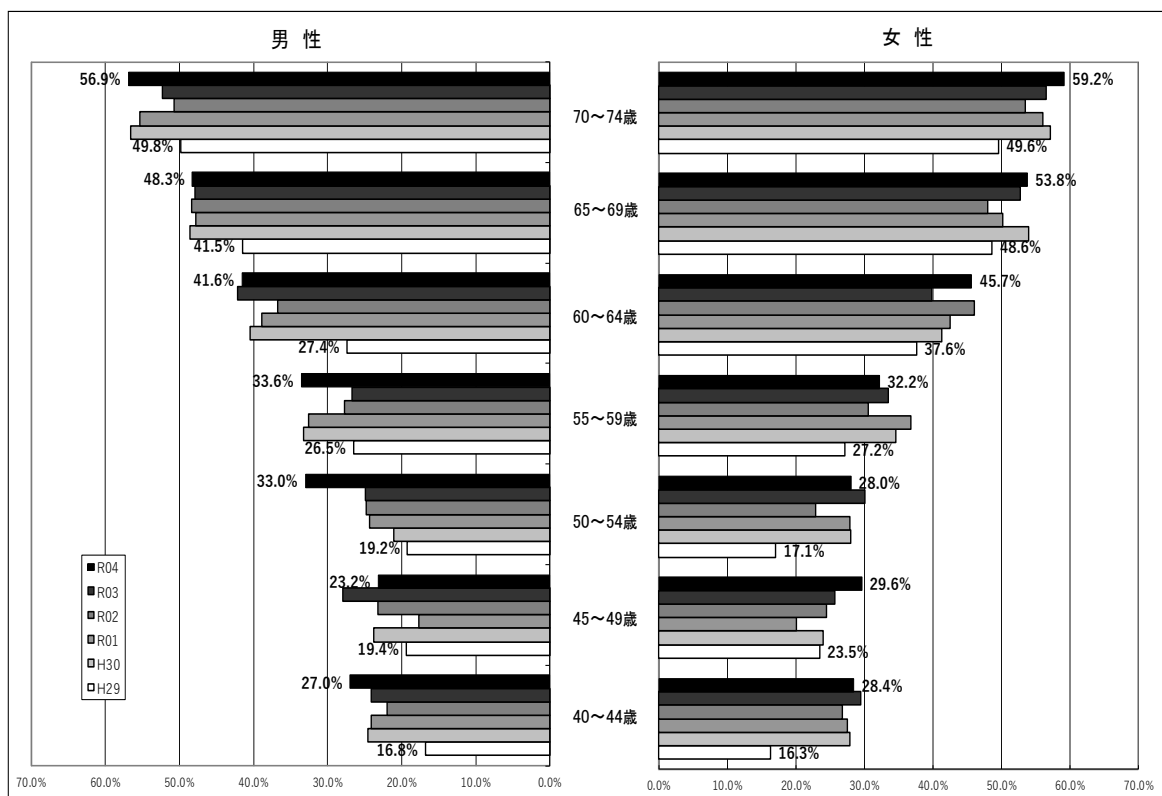
特定保健指導については、概ね 80%以上を維持しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	176	170	127	161	158	健診受診率 60%
	受診率	42.3%	42.3%	32.6%	41.2%	43.8%	
特定保健指導	該当者数	12	13	12	15	17	特定保健指導実施率 60%
	割合	6.8%	7.6%	9.4%	9.3%	10.8%	
	実施者数	16	14	9	12	14	
	実施率	133.3%	107.7%	75.0%	80.0%	82.4%	

出典：法定報告

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c6.5%以上の血糖値有所見者は、一定した改善傾向には至っていません。今後、特定健診受診率を上げていく過程で、みなし健診により医療受診者を健診受診へつなげていくことから、有所見者割合はさらに増加することが想定されます。本町では、特定健診受診者全員へ結果説明を実施していることから、血糖値有所見者に対しても、少なくとも初回面接は実施している状況ですが、利尻島国保中央病院医師との情報連携を密として、継続的な支援を取りこぼしなく行い、重症化予防を展開させることが重要です。

また未治療者については R2 年以降減少しており、もれなく医療受診に繋がっていることは、保健指導の一つの効果といえます。(図表 30) 毎年健診受診に繋げ、経過をみていく経年的な支援が必要です。

今後課題となるのは継続的な支援をチームで共有し、経年的に引き継げる体制づくりです。記録の徹底と対象者台帳の整理を行い、重症化予防対象者が継続的に健診を受け、保健指導につながる体制を構築していきます。さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、肥満によるメカニズムの視点を持って、保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	176	170	127	161	160
血糖値有所見者 *1	人(b)	36	35	25	27	28
	(b/a)	20.5%	20.6%	19.7%	16.8%	17.5%
保健指導実施者 *2	人(c)	35	33	18	24	28
	(c/b)	97.2%	94.3%	72.0%	88.9%	100.0%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 30 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	36	35	25	27	28
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	6	6	6	5	3
	(b/a)	16.7%	17.1%	24.0%	18.5%	10.7%
受診した者	人(c)	6	6	6	5	3
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
治療開始した者	人(c)	4	5	5	3	2
	(c/b)	66.7%	83.3%	83.3%	60.0%	66.7%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 31 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	176	170	127	161	160
HbA1c8.0%以上	人(b)	2	2	0	0	0
	(b/a)	1.1%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%
保健指導実施	人(c)	2	2	0	0	0
	(c/b)	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	0	0	0	0
	(b/a)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

内服治療開始			
元々治療中			
死亡、転出			

出典:ヘルスサポートラボツール

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による重症化予防を目的として、心電図検査を集団健診(総合健診)のセット項目として全件実施しており、利尻島国保中央病院委託以外の医療情報提供者以外は、実施できています。(図表 32)

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、医療機関を受診していない者はいませんでした。今後台帳を作成し、有所見者の精密検査受診の動向の管理に努めます。(図表 33)

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、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 32 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	176	91	85	170	82	88	127	70	57	161	88	73	160	85	75
心電図受診者(人)	b	147	76	71	148	74	74	123	67	56	146	83	63	155	83	72
心電図実施率	b/a	83.5%	83.5%	83.5%	87.1%	90.2%	84.1%	96.9%	95.7%	98.2%	90.7%	94.3%	86.3%	96.9%	97.6%	96.0%
要医療者(人)	c	31	20	11	38	23	15	25	16	9	27	20	7	31	19	12
要精査者(人)	d	1	1	0	2	2	0	1	1	0	3	2	1	2	1	1
有所見率	(c+d)/b	21.8%	27.6%	15.5%	27.0%	33.8%	20.3%	21.1%	25.4%	16.1%	20.5%	26.5%	12.7%	21.3%	24.1%	18.1%
心房細動(人)	e	1	1	0	2	2	1	1	1	0	2	2	0	4	3	1
心房細動有所見率	e/b	0.7%	1.3%	0.0%	1.4%	2.7%	1.4%	0.8%	1.5%	0.0%	1.4%	2.4%	0.0%	2.6%	3.6%	1.4%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0

出典：各年度特定健診受診者一覧（新入力シート）

図表 33 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		147		148		123		146		155	
ST異常所見 *		0	0.0%	1	0.7%	4	3.3%	1	0.7%	3	1.9%
要医療・要精査	要医療・要精査	0	0.0%	1	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%
	医療機関受診あり	0	0.0%	1	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%
	医療機関受診なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	それ以外の判定	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

* 左心室の心筋の虚血状態を示しており、冠動脈の狭窄や動脈硬化により左室肥大を起こしていることが疑える。心電図の結果では、ST低下、ST上昇、平低T波、陰性T波などの所見が含まれる。

出典：各年度特定健診受診者一覧（新入力シート）・KDB システム_個人別 5年間の履歴

図表 34 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	1		2		1		2		4	
心房細動未治療者	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	25.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典：KDB システム_個人別 5 年間の履歴

④ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、11.4%と依然として高いままです。全国平均は約 6%のため、血圧のコントロール不良は利尻町の課題として残っています。高血圧Ⅱ度以上の約 4 割が未治療者です。血圧Ⅲ度以上でも 6 割が未治療者です。高血圧重症者予防についても、台帳管理とチームでの情報共有が必要と考えます。また、高血圧の治療をしているいるにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が約 6 割います。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。(図表 35)

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ます。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。

図表 36 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。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を優先順位の上位に位置付けます。また、町民本人がこの階層化から自身のリスクを踏まえ、治療の必要性を正しく理解することを促し、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、血圧手帳を活用して家庭血圧測定を促していきます。

図表 35 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	221	208	137	199	202	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	21	20	14	24	23	
	(b/a)	9.5%	9.6%	10.2%	12.1%	11.4%	
	治療あり	人(c)	14	12	10	14	13
		(c/b)	66.7%	60.0%	71.4%	58.3%	56.5%
	治療なし	人(d)	7	8	4	10	10
		(d/b)	33.3%	40.0%	28.6%	41.7%	43.5%
治療開始	人(e)	未把握	未把握	未把握	2	1	
	(e/d)	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	20.0%	10.0%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	5	0	2	3	5
		(f/a)	2.3%	0.0%	1.5%	1.5%	2.5%
	治療あり	人	3	0	1	3	2
	治療なし	人	2	0	1	0	3

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		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)	43	21 48.8%	15 34.9%	7 16.3%	0 0.0%		
	0	C 0 0.0%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 --	A	14 32.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	0	C 0 0.0%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 --	A	14 32.6%
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--		
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	24	C 14 55.8%	B 8 33.3%	A 2 8.3%	A 0 0.0%	B	15 34.9%
	55.8%	66.7%	53.3%	28.6%	--		
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	19	B 7 36.8%	A 7 36.8%	A 5 26.3%	A 0 0.0%	C	14 32.6%
	44.2%	33.3%	46.7%	71.4%	--		

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

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

出典:ヘルスサポートラボツール

(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程されることも大きい。」とされています。

本町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が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、広報誌により、継続的に町の健康課題についての記事を掲載し、町の健康状態を知ることから自分の健康状態を気にかける動機づけを行っています。

また、肥満の改善や食塩摂取状況・野菜摂取状況を把握する目的として集団健診会場で食品に含まれる塩の展示や1日推定食塩摂取量検査の導入、350gの野菜の展示とアンケートの実施をしてみました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 37 第2期データヘルス計画目標管理一覧

	達成または改善した所
	課題となる所

関連計画	課題を解決するための目標	実績			最終目標値	
		初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
		(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.09%	0.16%	3.37%	2%未満
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.39%	0.75%	1.22%	2%未満
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.00%	0.00%	0.23%	0%
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	1.83%	0%
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100%	0%	0%	0%
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	29.6%	35.4%	35.5%	25%未満
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	9.4%	8.6%	10.6%	6%台
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	14.4%	11.7%	13.1%	10%台
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	13.3%	11.1%	11.3%	9%台
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	2.6%	0.0%	0.0%	0%
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.7%	83.3%	66.7%	70%以上
		糖尿病の保健指導を実施した割合	97.2%	72.0%	100%	80%以上
		特定健診受診率60%以上	42.3	32.6	43.8	60%
		特定保健指導実施率60%以上	133.3	75.0	82.4	80%
		特定保健指導対象者の割合の減少	6.8	9.4	10.0	25%
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	8.4	4.5	10.5	10%以上
		肺がん検診受診者の増加	31.3	26.1	33.5	25%以上
		大腸がん検診受診者の増加	31.0	24.5	36.0	25%以上
		子宮がん検診受診者の増加	16.1	17.2	21.3	25%以上
		乳がん検診受診者の増加	8.7	26.9	33.6	30%以上
		5つのがん検診の平均受診率の増加	19.1	19.8	27.0	20%以上
		後発医薬品の使用割合 80%以上	76.6%	82.2%	84.5%	80%以上

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

働き盛り世代の脳血管疾患の罹患者がおり、高血圧Ⅱ度以上割合が改善していない状況のため、高血圧の重症化予防は急務です。しかし現状では、糖尿病重症化予防対象者・高血圧重症化予防対象者が継続的に特定健診を受けられていない状況があり、それが無自覚だったことも課題です。また、重症化予防対象者の継続支援が、計画的に実行できず、適切な支援時期を逃すケースもありました。これは、重症化予防対象者の台帳の活用と進捗状況の共有がチームでなされていないことが反省点です。今後重症化予防の対象者抽出から保健指導実施、記録方法までのスケジュールを明確にし、共有していきます。(第4章 図表 65)

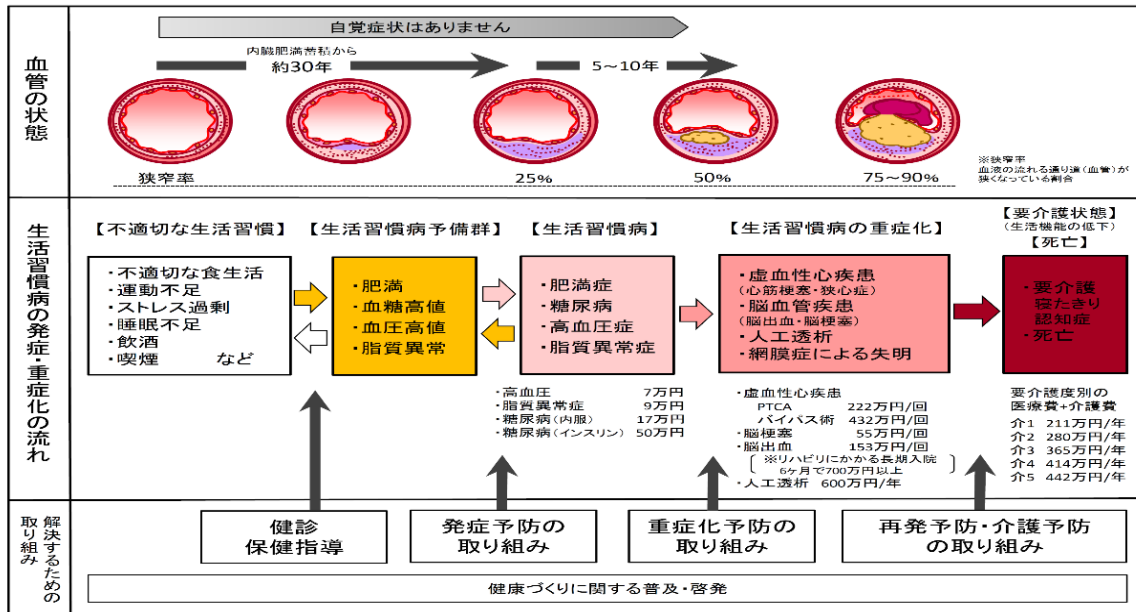
特定健診受診率は目標値を達成しておらず、伸び悩んでいます。今後受診率を伸ばすには、みなし健診の件数を増やすことが必要です。チームで目標値と経過の共有を図ります。みなし健診の受診者が増えれば、その分重症化予防対象者の掘り起こしに繋がります。それにより重症化予防をより広く実施することができます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 38 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいと考えますが、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 39 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

(1)医療費分析

図表 40 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		550人	535人	531人	539人	497人	460人
総件数及び 総費用額	件数	3,937件	3,569件	2,998件	3,099件	3,077件	4,298件
	費用額	2億0737万円	1億9521万円	1億7659万円	1億8814万円	2億0970万円	2億9140万円
一人あたり医療費		37.7万円	36.5万円	33.3万円	34.9万円	42.2万円	63.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 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	利尻町	2億0970万円	33,477	0.23%	0.15%	3.37%	1.22%	11.01%	2.28%	1.08%	4055万円	19.34%	33.06%	0.98%	8.72%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	県	--	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	--	16.47%	19.14%	7.60%	9.41%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	利尻町	2億9140万円	53,784	4.98%	0.38%	1.24%	1.85%	6.19%	3.18%	0.96%	5473万円	18.78%	10.99%	2.75%	14.77%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	--	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	--	18.98%	11.11%	4.82%	12.21%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

※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 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	27人	20人	23人	26人	21人	25人
		B	43件	38件	38件	37件	52件	35件
	費用額	C	6584万円	5375万円	5831万円	5013万円	6706万円	4973万円
		D/総費用	31.7%	27.5%	33.0%	26.6%	32.0%	17.1%
	件数	B/総件数	1.09%	1.06%	1.27%	1.19%	1.69%	0.81%
		C/総費用	31.7%	27.5%	33.0%	26.6%	32.0%	17.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	1人		0人		0人		0人		2人		0人		
		D/A	3.7%		0.0%		0.0%		0.0%		9.5%		0.0%		
	件数	E	1件		0件		0件		0件		5件		0件		
		E/B	2.3%		0.0%		0.0%		0.0%		9.6%		0.0%		
	年代別	40歳未満	1	100.0%	0	--	0	--	0	--	0	0.0%	65-69歳	0	--
		40代	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	0.0%	70-74歳	0	--
		50代	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	0.0%	75-80歳	0	--
		60代	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	1	20.0%	80代	0	--
		70-74歳	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	4	80.0%	90歳以上	0	--
	費用額	F	154万円								600万円				
F/C		2.3%		#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!		8.9%		#VALUE!			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	2人		1人		0人		0人		1人		2人		
		G/A	7.4%		5.0%		0.0%		0.0%		4.8%		8.0%		
	件数	H	2件		1件		0件		0件		1件		2件		
		H/B	4.7%		2.6%		0.0%		0.0%		1.9%		5.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	75-80歳	1	50.0%
		60代	1	50.0%	1	100.0%	0	--	0	--	1	100.0%	80代	1	50.0%
		70-74歳	1	50.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	241万円		133万円						122万円		181万円		
I/C		3.7%		2.5%		#VALUE!		#VALUE!		1.8%		3.6%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 46 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	11.7	167	276	486	34.7	43.1	6.6	1.7	0.8	0.0	43.1	35.3	34.4
R04	17.7	150	272	475	36.7	43.0	10.7	3.6	2.6	0.0	41.8	44.4	41.2

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 47 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	3	5.2	(0)	14	11.8	(3)	1	3.1	(1)	1	1.7	(0)	10	8.4	(0)	0	--	(0)	1	1.7	1	0.8	0	--	0	--	1	0.8	0	--
R04	4	7.3	(1)	14	12.0	(5)	10	19.6	(0)	1	1.8	(0)	7	6.0	(0)	0	--	(0)	1	1.8	2	1.7	0	--	1	1.8	2	1.7	0	--

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
	高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症								
40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	87.4	89.1	95.9	41.3	68.5	83.5	78.3	89.9	93.1	50.7	45.5	47.5	34.8	40.7	43.6	40.7	52.9	65.3	51.4	64.0	79.3
R04	84.7	89.0	90.9	32.7	68.0	81.3	79.6	93.5	95.3	53.1	48.6	46.4	34.7	43.2	44.0	23.1	26.6	50.5	30.8	50.0	64.8

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												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		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.6	11.2	21.8	6.0	17.0	28.4	4.8	15.2	28.2	6.6	13.0	20.6	9.1	9.7	21.7	10.0	4.3	18.8	12.5	2.4	20.4	9.1	2.8	20.0
R04	0.0	1.8	17.9	0.0	2.6	22.7	1.3	1.8	4.0	6.0	16.9	18.5	--	40.0	34.1	--	14.3	28.7	0.0	20.0	42.1	0.0	10.9	22.7

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 50 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	68.8	84.9	85.7	75.9	5.8	10.9	2.5	11.9	6.3	30.2	28.6	48.3
R04	100.0	87.3	42.9	87.5	1.1	13.3	2.6	13.5	0.0	34.9	57.1	56.3

出典:ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 39～50)

一人あたり医療費は、令和 2 年度新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 3 年以降は増加傾向。後期高齢者は一人あたり医療費が比較的低い状況です。(図表 40)

本町は、人口が少ないため、1件の重症者が出ることにより、一人当たりの医療費は大きく上がります。顔が見える人口規模だからこそ、大切なのは、町民一人一人を健診につなげることと、そこから重症化予防対象者となった方の支援を大切に行っていくことです。本町は、これまで高血圧Ⅱ度以上割合の減少に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、未治療者の減少ができず、治療者においてもコントロール不良が多い状況です。その結果、R4 年度では、脳血管疾患における高額レセプトが2名、虚血性心疾患が1名いました。(図表 43・44)

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防については引き続き力を入れる必要があります。

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 46 の①被保険者数は、40～64 歳で減少、65～74 歳、75 歳以上では微減です。高齢化率が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると、H30 年・R4 年ともどの年齢層においても、BMI25以上の割合が高いです。

図表 48 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、医療機関受診割合は減少しており、高血圧・糖尿病の合併症における受診も減少しています。医療が必要な方が継続的に受診を

しているかが気になります。

図表 49 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、腎不全における患者割合が H30 年度全国と比較してどの年代においても高いことが課題でした。R4 年度も依然として高いままです。また、R4 年度の介護認定状況において、65～74 歳、75 歳以上でどの疾患においても高くなっています。脳・心・腎は全て血管疾患のため、1 件の重症化疾患の発症が脳・心・腎疾患を合併し、要介護状態に至ることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、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 51)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 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、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、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を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に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、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 51 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

	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
		初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.37	2.00	1.50	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.22	1.50	1.50	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.23	0.20	0.20	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.83	0	0	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0	0	0	
短期目標	アウトカム指標	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	9.1	15.0	20.0	利尻町保健課
		健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	11.8	7.0	5.0	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	13.7	10.0	9.0	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.3	8.0	7.0	
		★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0	0	0	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.7	80	80	
		アウトプット	★特定健診受診率60%以上	43.8	55.0	
★特定保健指導実施率60%以上	82.4	85.0	85.0			
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	10.0	20.0	25.0			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三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 52 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	52%	55%	58%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	85%	85%	85%	85%	85%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 53 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	380人	380人	375人	375人	375人	375人
	受診者数	198人	209人	218人	225人	225人	225人
特定保健指導	対象者数	15人	15人	13人	13人	12人	12人
	受診者数	13人	13人	11人	11人	10人	10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する。北海道医師会が実施機関の取りまとめを行い、県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 総合健診(交流促進施設どんと、利尻町公民館)
- ② 個別健診(利尻島国保中央病院)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、北海道国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、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 54 特定健診検査項目

利尻町特定健診検査項目

健診項目		利尻町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	○	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 55 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度			翌年度	
		事業	保健係	保健指導係	保健係	保健指導係
4月			健診機関との契約 健診対象者の抽出	健診案内ハガキ送付 受診勧奨・予約管理		
5月		春の総合健診	受診券用意			みなし健診データ登録 特定保健指導実績登録 (受診率の進捗状況共有)
6月				健診データ受取 保健指導対象者の抽出・ 保健指導開始		
7月			支払業務			
8月				健診案内ハガキ送付 受診勧奨・予約管理		
9月						
10月		秋の総合健診 みなし健診 勧奨強化	受診券用意 (受診率の進捗 状況共有)	みなし対象者抽出 勧奨通知発送・ 受診勧奨	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)	
11月	契約に関わる 予算手続き	↓				
12月			支払業務			法定報告確定値確認
1月						
2月						
3月	契約準備		支払業務	みなし健診データ登録 特定保健指導実績登録		

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

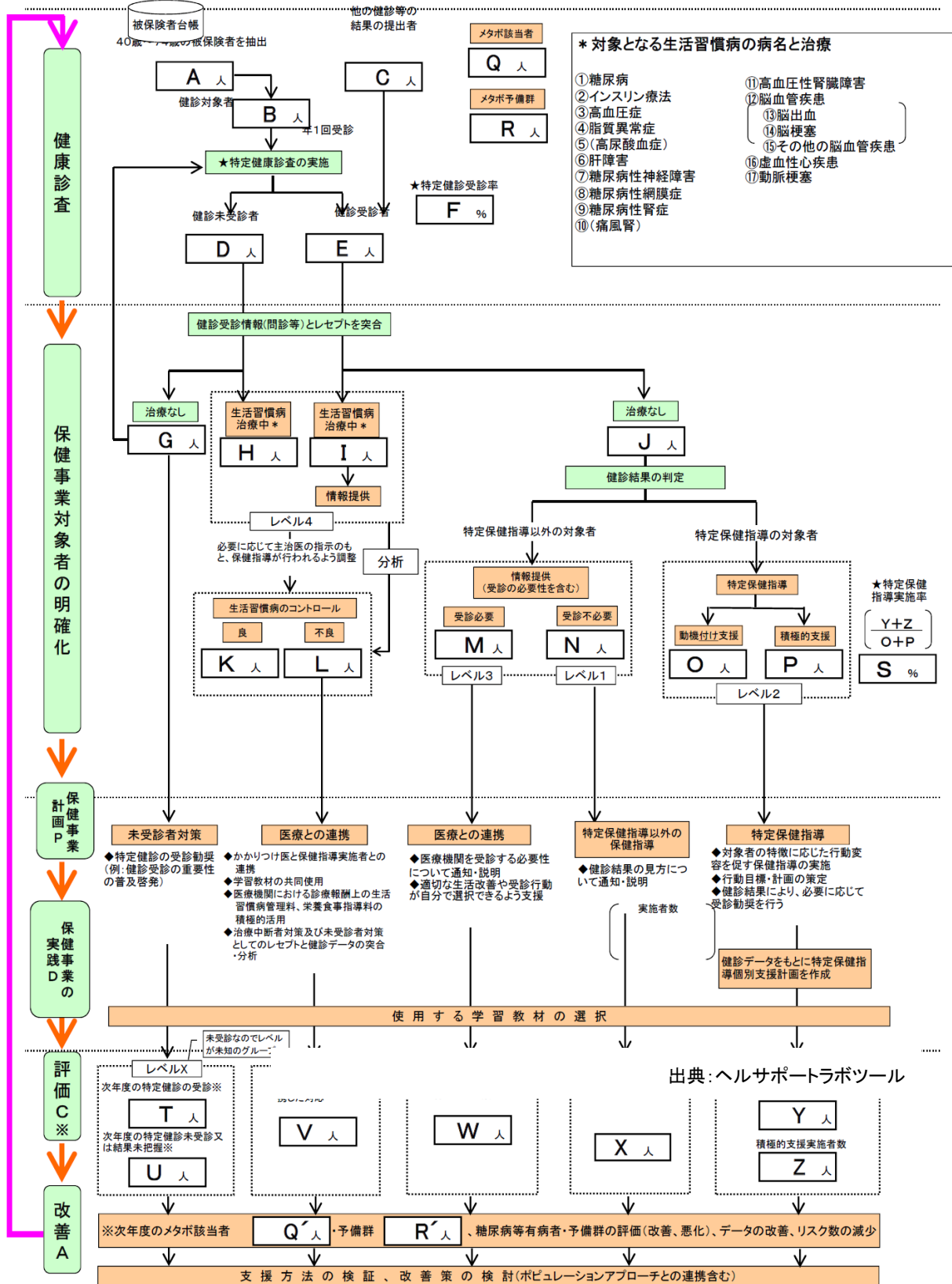
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 56 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

健診から保健指導実施へのフローチャート



(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 57 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	18人 (11.2%)	85%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	32人 (19.9%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	235人 ※受診率目標達成まであと75人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	21人 (13.0%)	90%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	90人 (55.9%)	80%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 58 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	健診対象者の抽出及び受診勧奨通知発送 みなし健診 個別健診		女性検診 広報
5月	春の総合健診		結核検診
6月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	広報
7月			
8月			広報
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	秋の総合健診 みなし健診 勧奨強化	◎利用券の登録	結核検診 広報 インフルエンザコロナ予防接種
11月			
12月			広報
1月			広報
2月			広報
3月		◎実績登録	

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

利尻町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、63人(39.1%)です。そのうち治療なしが18人(25.4%)を占め、さらに臓器障害ありで、直ちに取り組むべき対象者が8人です。

また、利尻町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、18人中12人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 59 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度																	
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規診断患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)																	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		161人	40.7%															
レセプトデータ、 介体保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div>脳出血 (18.5%)</div> <div>脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div>アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">※脳卒中 データはレセ プト5年分</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>心筋梗塞</div> <div>労作性 狭心症</div> <div>安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>73</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>52</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>22</td> <td>134</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いづれか</td> <td>90</td> <td>71</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">※照診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	73	88	脂質異常症	52	109	糖尿病	22	134	3疾患 いづれか	90	71
	治療中	治療なし																									
高血圧	73	88																									
脂質異常症	52	109																									
糖尿病	22	134																									
3疾患 いづれか	90	71																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																				
該当者数	19 11.8%	3 1.9%	6 3.7%	2 1.2%	38 23.6%	10 6.2%	12 7.5%	63 39.1%																			
治療なし	7 8.0%	2 2.8%	5 4.6%	2 1.8%	6 8.5%	4 3.0%	2 2.8%	18 25.4%																			
(再掲) 特定保健指導	4 21.1%	1 33.3%	3 50.0%	0 0.0%	6 15.8%	2 20.0%	2 16.7%	12 19.0%																			
治療中	12 16.4%	1 1.1%	1 1.9%	0 0.0%	32 35.6%	6 27.3%	10 11.1%	45 50.0%																			
臓器障害 あり	3 42.9%	2 100.0%	1 20.0%	0 0.0%	4 66.7%	2 50.0%	2 100.0%	8 44.4%																			
CKD(専門医対象者)	1	0	0	0	1	0	2	2																			
心電図所見あり	2	2	1	0	3	2	0	6																			
臓器障害 なし	4 57.1%	--	4 80.0%	2 100.0%	2 33.3%	2 50.0%	--	--																			

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

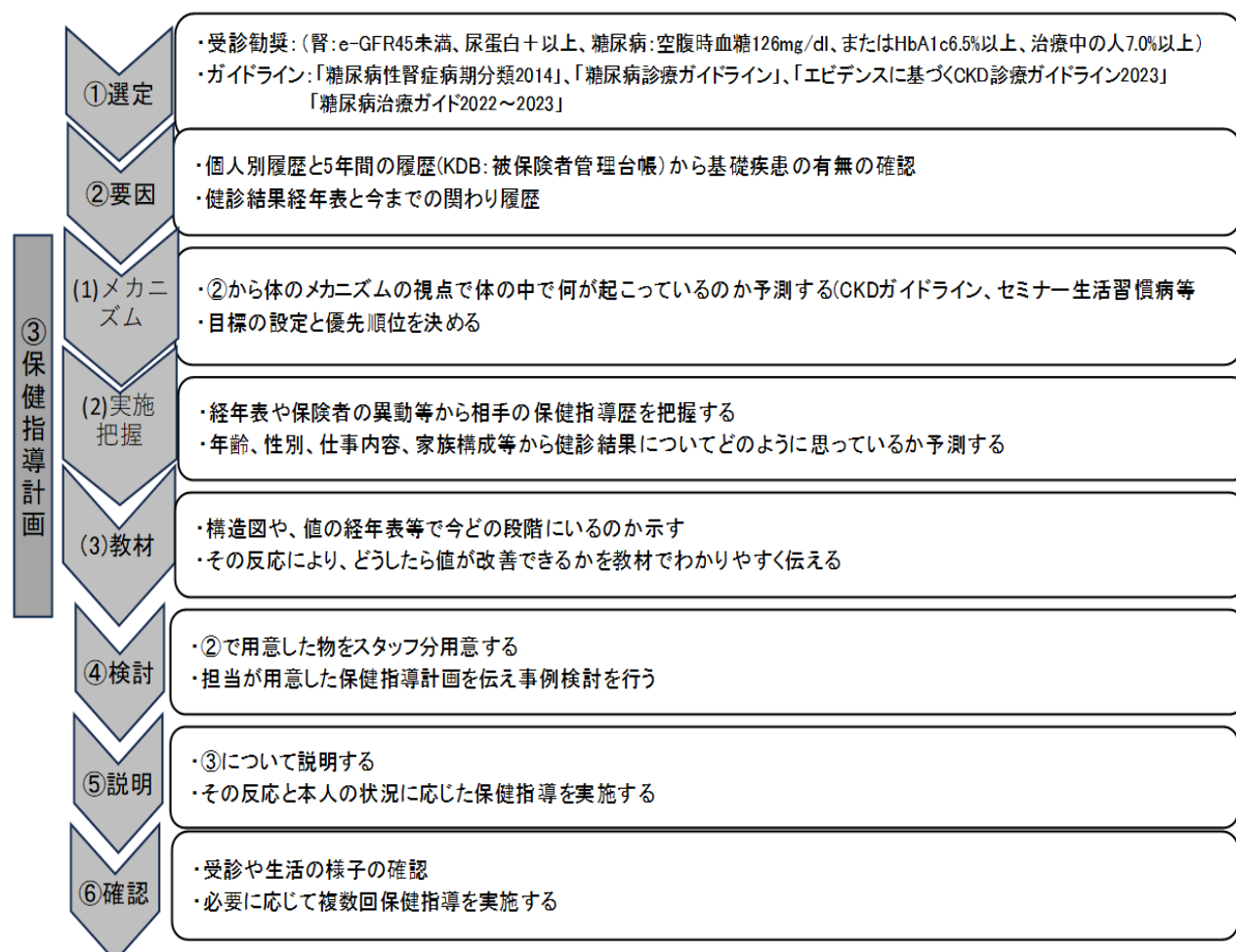
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び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 52 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 60 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とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 61 糖尿病性腎症病期分類

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

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

利尻町においては、総合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)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

利尻町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、5人(18.5%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者105人のうち、特定健診受診者が22人(81.5%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者83人(79%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表54より利尻町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)・・・5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)・・・12人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・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(83名)の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→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 63 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 制限される内容はかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありますか？	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グリコシターゼ阻害薬」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、体の中で何が起きているのか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別 自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診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、二次健診等で尿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) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に利尻島国保中央病院医師と協議した指示書等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

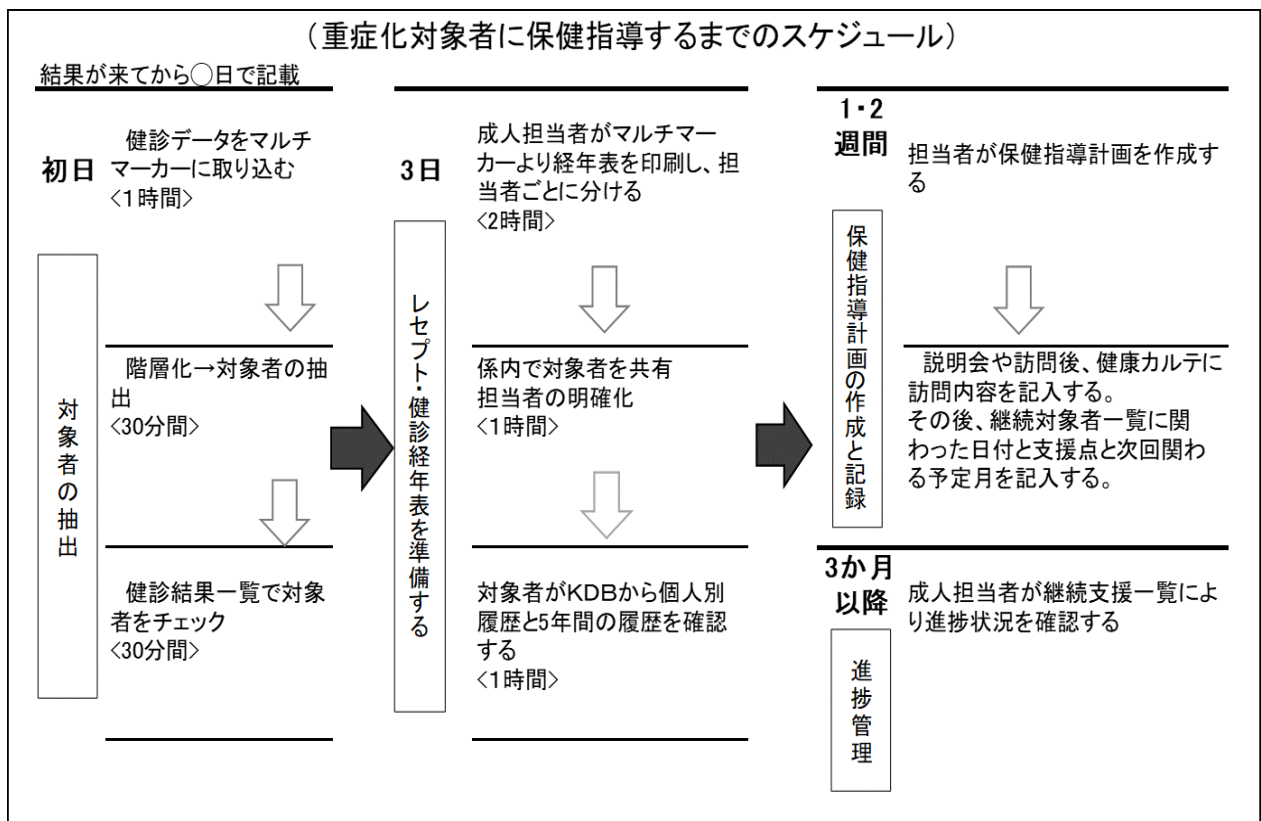
図表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
 様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	利尻町										同規模保険者(平均)		
			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	594人		543人		535人		539人		546人				
	② (再掲)40-74歳		485人		440人		433人		421人		432人				
2	① 対象者数	B	416人		402人		390人		391人		390人				
	② 特定健診 受診者数	C	181人		172人		128人		161人		160人				
	③ 受診率		43.5%		42.8%		32.8%		41.2%		41.0%				
3	① 特定保健指導 対象者数		12人		13人		12人		15人		16人				
	② 実施率		100.0%		100.0%		75.0%		80.0%		87.5%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	36人	19.9%	35人	20.3%	25人	19.5%	27人	16.8%	28人	17.5%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	6人	16.7%	6人	17.1%	6人	24.0%	5人	18.5%	3人	10.7%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	30人	83.3%	29人	82.9%	19人	76.0%	22人	81.5%	25人	89.3%		
		④ コントロール不良 <small>HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上</small>	J	16人		16人		12人		12人		11人		44.0%	
		⑤ 血圧 130/80以上		8人		8人		7人		6人		5人		45.5%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		9人		13人		7人		7人		8人		72.7%	
		⑦ コントロール良 <small>HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満</small>	K	14人	46.7%	13人	44.8%	7人	36.8%	10人	45.5%	14人	56.0%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	23人		23人		17人		20人		21人		75.0%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		3人		5人		4人		5人		4人		14.3%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		2人		1人		2人		2人		3人		10.7%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人		1人		2人		0人		0人		0.0%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		136.4人		141.8人		121.5人		129.9人		102.6人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		164.9人		172.7人		150.1人		166.3人		127.3人			
		③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者千対	H	486件 (1094.6)		467件 (1101.4)		481件 (1161.8)		457件 (1080.4)		422件 (1096.1)		136,930件 (893.2)	
		④ 入院外(件数)		4件 (9.0)		1件 (2.4)				1件 (2.4)		3件 (7.8)		658件 (4.3)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	81人		77人		65人		70人		56人		10.3%	
		⑥ (再掲)40-74歳		80人		76人		65人		70人		55人		12.7%	
		⑦ 健診未受診者	I	50人		46人		46人		48人		30人		54.5%	
		⑧ インスリン治療	O	12人		12人		12人		11人		11人		19.6%	
		⑨ (再掲)40-74歳		12人		12人		12人		11人		11人		20.0%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	21人		23人		24人		27人		16人		28.6%	
		⑪ (再掲)40-74歳		21人		23人		24人		27人		16人		29.1%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		0人		1人		1人		1人		1人		1.8%	
		⑬ (再掲)40-74歳		0人		1人		1人		1人		1人		1.8%	
		⑭ 新規透析患者数		1		0		0		0		0			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1		0		0		0		0			
		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)		1人		2人		2人		2人		2人		1.8%	
6	医療費	① 総医療費		2億0737万円		1億9521万円		1億7659万円		1億7077万円		2億0970万円		2億6175万円	
		② 生活習慣病総医療費		1億3307万円		1億1944万円		1億0944万円		1億0863万円		1億3035万円		1億4021万円	
		③ (総医療費に占める割合)		64.2%		61.2%		62.0%		63.6%		62.2%		53.6%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,150円		6,629円		4,109円		2,008円		3,469円		8,820円	
		⑤ 健診未受診者		65,534円		65,571円		69,305円		73,461円		80,024円		40,357円	
		⑥ 糖尿病医療費		2425万円		2486万円		2542万円		2344万円		2309万円		1572万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		18.2%		20.8%		23.2%		21.6%		17.7%		11.2%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4418万円		4747万円		4708万円		4818万円		4954万円			
		⑨ 1件あたり		43,871円		49,549円		55,452円		64,072円		69,573円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2183万円		3593万円		1672万円		840万円		2040万円			
		⑪ 1件あたり		436,585円		677,899円		668,887円		700,301円		599,943円			
		⑫ 在院日数		10日		14日		10日		14日		14日			
		⑬ 慢性腎不全医療費										79万円		957万円	
		⑭ 透析有り										48万円		862万円	
		⑮ 透析なし										32万円		96万円	
7	介護	① 介護給付費		2億0391万円		2億1899万円		2億1050万円		1億9239万円		2億0894万円		3億5514万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 #####		1件 100.0%		0件 #####		0件 0.0%		0件 #####			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人		0人		0人		0人		0人		267人 1.0%	

7) 実施期間及びスケジュール

- ① 対象者の選定基準の決定・医療機関と共有(4月)
- ② 総合健診実施(5月・10月)、みなし健診受診。
- ③ ②より1か月弱で健診機関より結果データが入り、成人担当が結果により対象者抽出。地区担当へ共有。
- ④ 地区担当者は初回面談実施。対象者へ糖尿病連携手帳を持っているか確認。持っていない場合は町で発行する。保健指導連絡票を医療機関へ受診時に提出することを依頼する。
- ⑤ 初回面談実施後、担当者は継続支援対象者一覧に記録する。次回支援時期を明確にする。
- ⑥ 担当者が計画的に継続支援を実施できるよう、成人担当が継続支援対象者一覧により進捗状況を管理する。
- ⑦ 3月に保健指導係スタッフ間で年間の評価を行い、年度をまたぐ進捗状況を共有するとともに改善点を抽出する。

図表 65 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

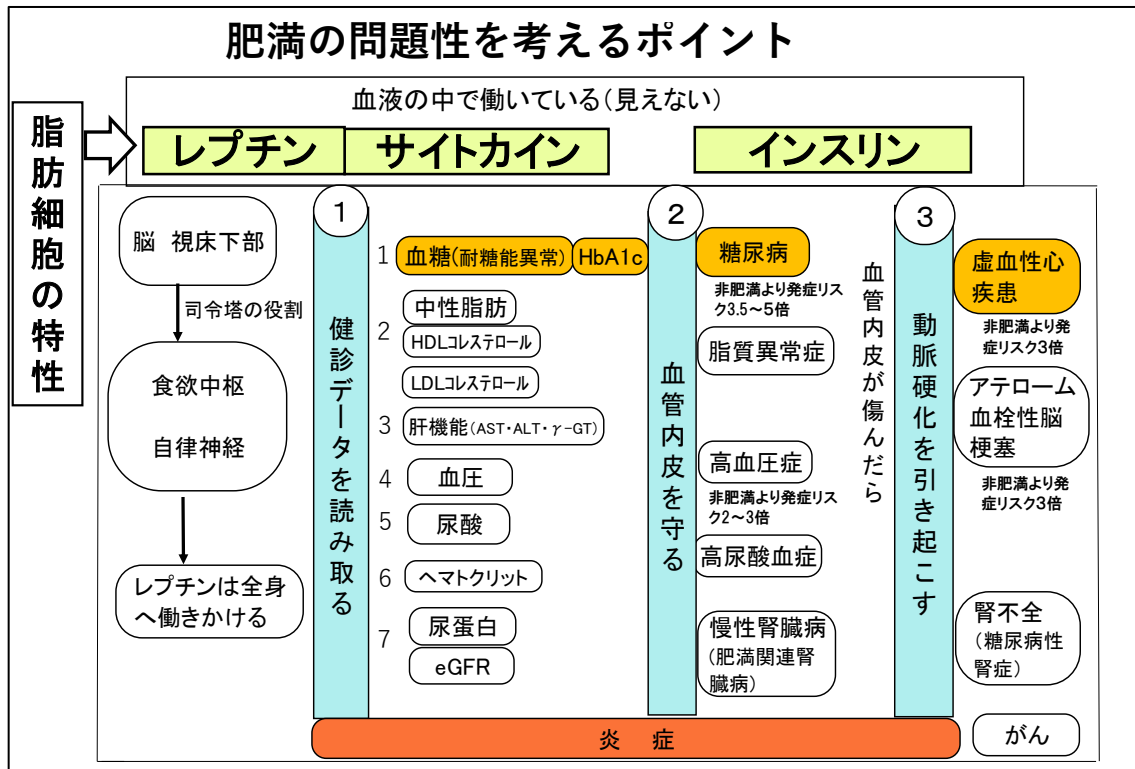
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「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、取組みにあたっては図表 66 に基づいて考えていきます。

図表 66 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 67 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		56	104	23	45	15	35	7	8	1	1	0	1
				41.1%	43.3%	26.8%	33.7%	12.5%	7.7%	1.8%	1.0%	0.0%	1.0%
再掲	男性	36	49	17	23	10	19	6	4	1	0	0	0
				47.2%	46.9%	27.8%	38.8%	16.7%	8.2%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	20	55	6	22	5	16	1	4	0	1	0	1
				30.0%	40.0%	25.0%	29.1%	5.0%	7.3%	0.0%	1.8%	0.0%	1.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

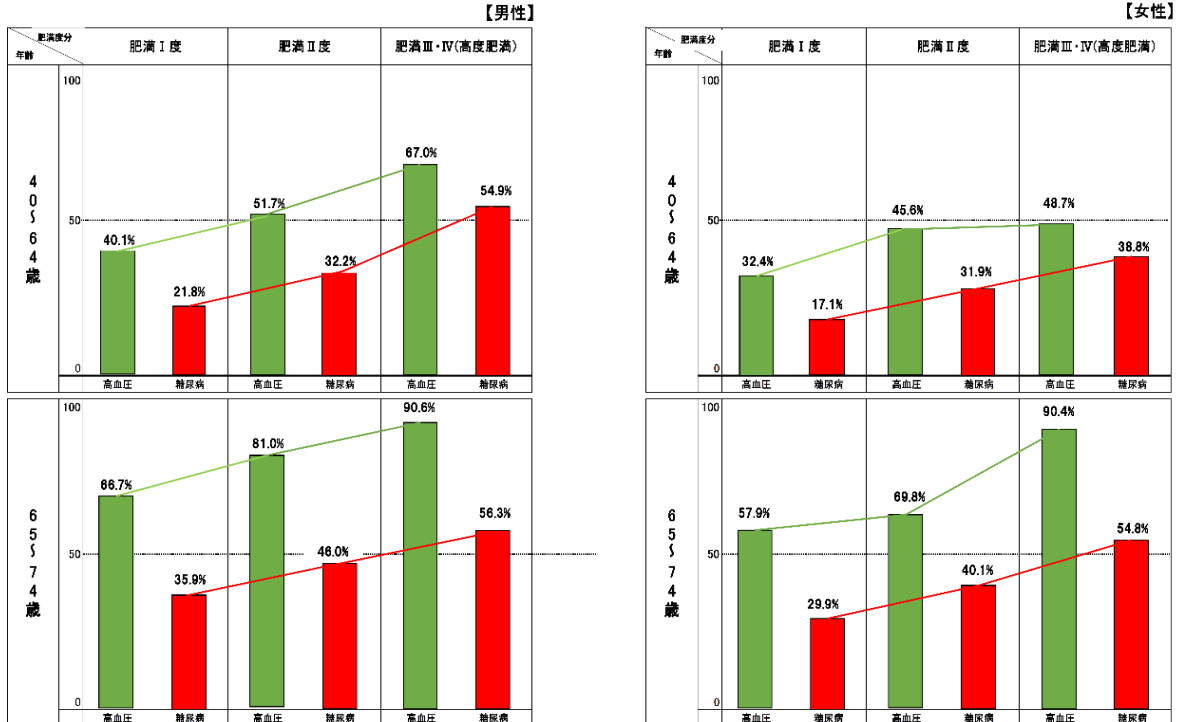
(2) 優先順位をつけます。

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。

① 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 68 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを整理しました。

図表 69 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	II度	III度	IV度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	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くなる ・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する ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・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、足の爪を切るができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・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ッと	・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 ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、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調べ

まず、「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る。そのことは、図表 69 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 68 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ことより、未だ両疾患の発症が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効率いいことがわかります。

3) 対象者の明確化

図表 70 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	85	11	15	21	38	75	5	7	34	29	
メタボ該当者	B	30	1	6	9	14	12	1	0	5	6	
	B/A	35.3%	9.1%	40.0%	42.9%	36.8%	16.0%	20.0%	0.0%	14.7%	20.7%	
再掲	① 3項目全て	C	12	0	3	2	7	8	0	0	4	4
		C/B	40.0%	0.0%	50.0%	22.2%	50.0%	66.7%	0.0%	—	80.0%	66.7%
	② 血糖+血圧	D	7	0	0	4	3	2	0	0	1	1
		D/B	23.3%	0.0%	0.0%	44.4%	21.4%	16.7%	0.0%	—	20.0%	16.7%
	③ 血圧+脂質	E	10	1	2	3	4	2	1	0	0	1
		E/B	33.3%	100.0%	33.3%	33.3%	28.6%	16.7%	100.0%	—	0.0%	16.7%
	④ 血糖+脂質	F	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		F/B	3.3%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 71 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				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	85	30	35.3%	25	83.3%	5	16.7%	75	12	16.0%	12	100.0%	0	0.0%		
40代	11	1	9.1%	1	100.0%	0	0.0%	5	1	20.0%	1	100.0%	0	0.0%		
50代	15	6	40.0%	4	66.7%	2	33.3%	7	0	0.0%	0	—	0	—		
60代	21	9	42.9%	6	66.7%	3	33.3%	34	5	14.7%	5	100.0%	0	0.0%		
70～74歳	38	14	36.8%	14	100.0%	0	0.0%	29	6	20.7%	6	100.0%	0	0.0%		

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 70)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

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 71)は、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、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

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(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行っていきます。

図表 72 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すか？
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くつでしたか？
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こっているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、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 膝に圧力がかか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 新型コロナウイルスと肥満	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。

利尻町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①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)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

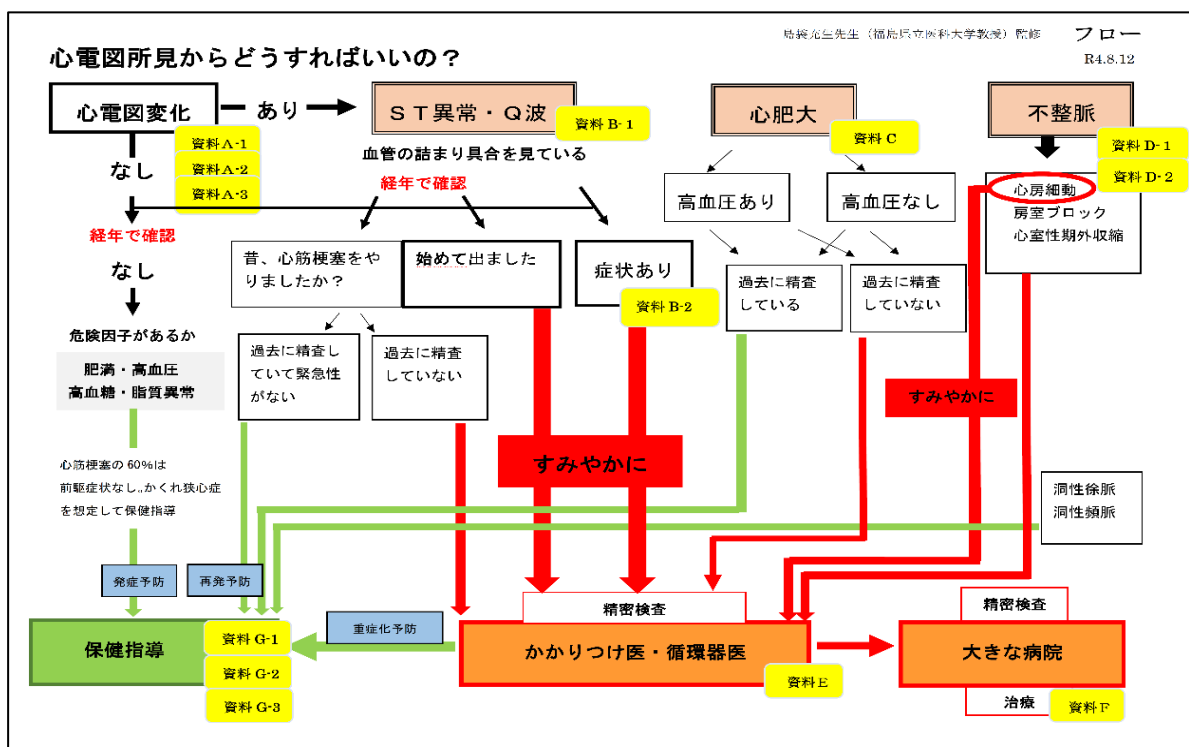
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 73 に基づいて考えます。

図表 73 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本町においては、心電図検査実を 155 人(97%)に実施し、そのうち有所見者が 33 人(21%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 3 人(9%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 74)

また、有所見者のうち要精査が 2 人(8%)で、その後の受診状況を見ると、未受診はいませんでした。(図表 75)。

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

図表 74 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数 A		有所見者数 B		ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施率	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	155	97%	33	21%	0	0%	3	9%	0	0%	9	27%	2	6%	7	21%	4	12%	8	24%	
内訳	男性	83	98%	20	24%	0	0%	3	15%	0	0%	7	35%	1	5%	6	30%	3	15%	3	15%
	女性	72	96%	13	18%	0	0%	0	0%	0	0%	2	15%	1	0%	2	15%	1	8%	5	38%

利尻町調べ

図表 75 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	25		2	8%	2	100%	0	0%
男性	15	27%	1	7%	1	100%	0	0%
女性	10	18%	1	10%	1	100%	0	0%

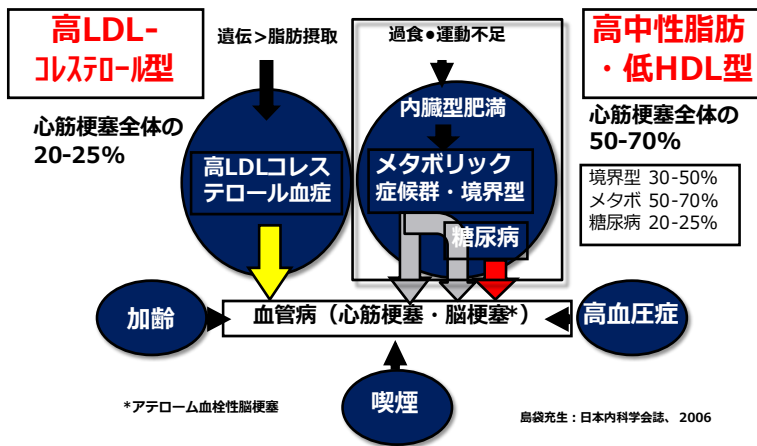
利尻町調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、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 76)

図表 76 心血管病をおこしやすいひと



図表 76 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A: 高中性脂肪・低 HDL 型(メタボタイプ)については、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 70・71)を参照します。

B: 高 LDL コレステロール型(図表 77)

図表 77 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定 令和04年度

冠動脈疾患予防からみた

LDLコレステロール管理目標

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

(参考)動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド
日本動脈硬化学会

p36 図8-1 冠動脈疾患予防からみたLDL-C管理目標設定フローチャート

p37 図8-3a 吹田スコアによる各危険因子の得点

p37 図8-3b 吹田スコアによる冠動脈疾患発症予測モデルを用いたリスク評価

p37 表8-1 リスク管理区分別の脂質管理目標値

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
61				16	26	14	5
				26.2%	42.6%	23.0%	8.2%
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)	9	2	3	3	1
			14.8%	12.5%	11.5%	21.4%	20.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	24	4	12	6	2
		39.3%	25.0%	46.2%	42.9%	40.0%	
	高リスク	120未満 (150未満)	28	10	11	5	2
		45.9%	62.5%	42.3%	35.7%	40.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈の既往	100未満 (130未満)	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

※一次予防においては、LDL低下率20～30%、二次予防においてはLDL低下率50%以上も目標となりうる。

※低リスクにおいてもLDL180mg/dl以上の場合は、薬物療法を考慮するとともに、家族性高コレステロール血症の可能性を念頭におく。

出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 78 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において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

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)

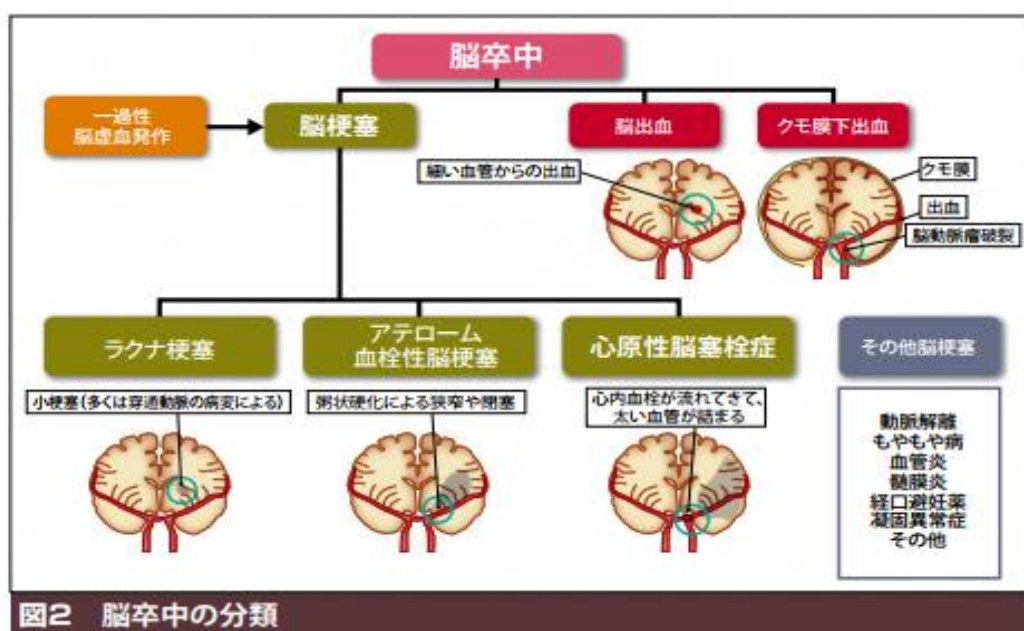
4. 脳血管疾患重症化予防

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 79、80)

図表 79 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 80 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 81 でみると、高血圧治療者 200 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 17 人(8.5%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 16 人(10%)であり、そのうち 7 人(44%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

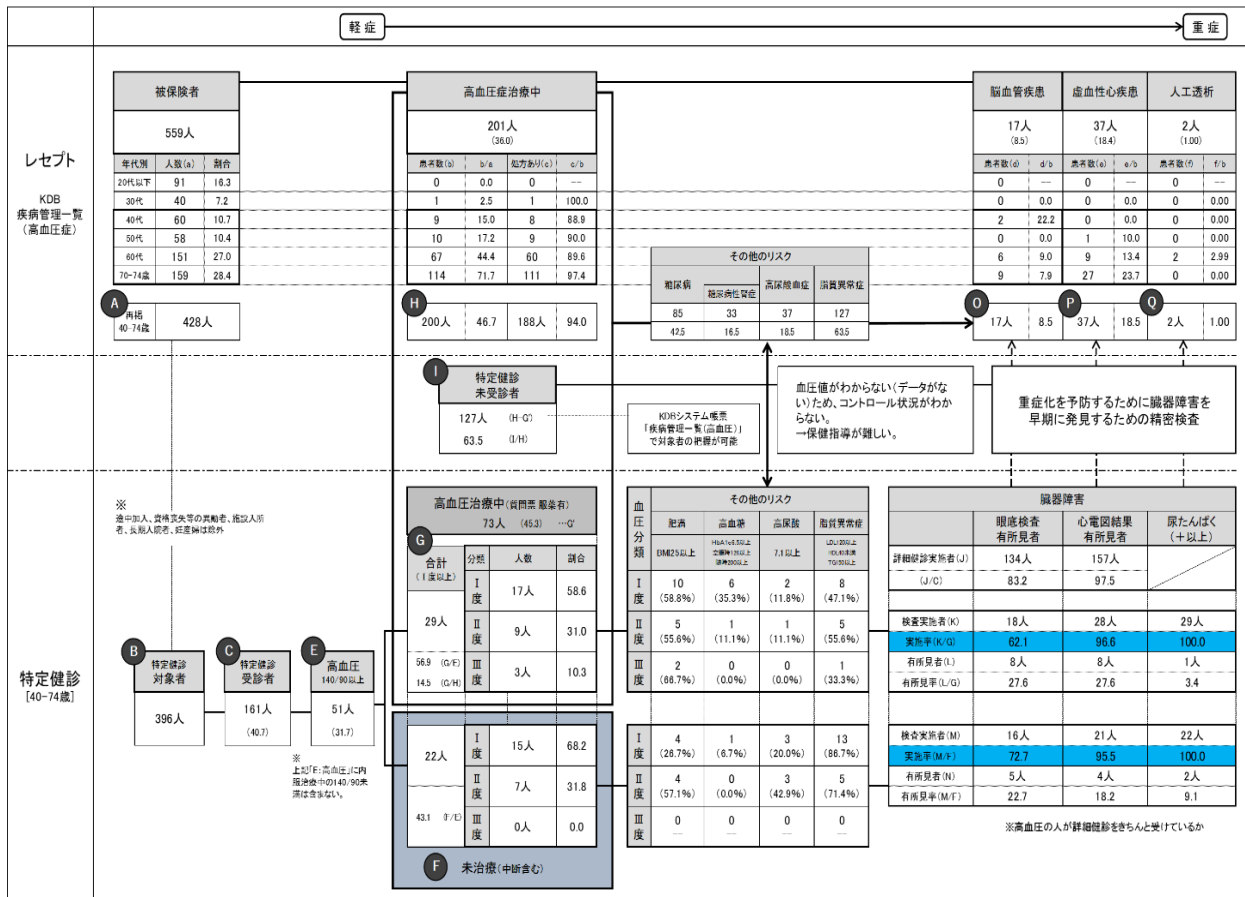
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 9 人(31%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、総合健診のセット項目としているため 134 人(83%)に実施し、血管の変化を早期に発見し、保健指導に活かすことができています。

図表 81 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



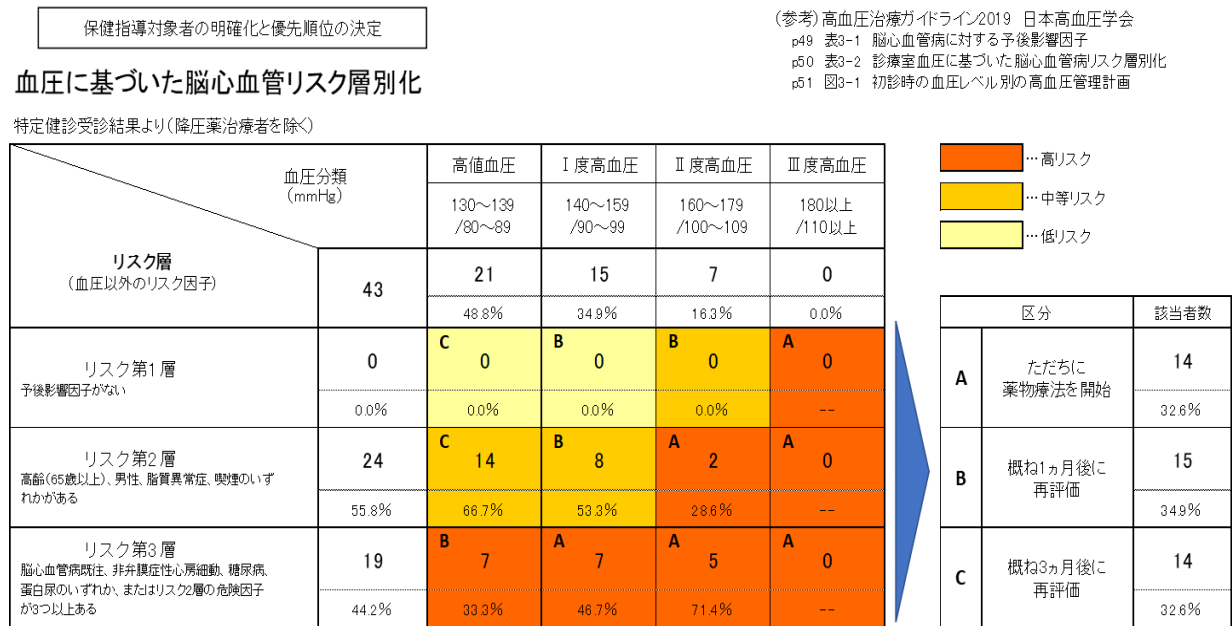
出典:ヘルスサポートラボツール

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

図表 82 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

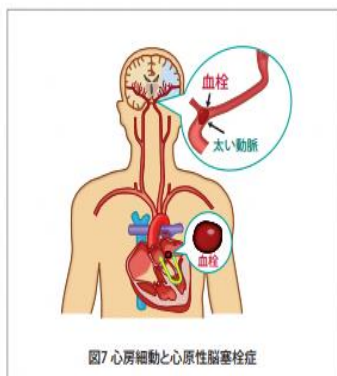


- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
- ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
- ※5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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 82 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 83 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 83 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※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	85	75	54	63.5%	53	70.7%	3	5.6%	0	0.0%	--	--
40代	11	5	8	72.7%	2	40.0%	1	12.5%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	15	7	10	66.7%	5	71.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	21	34	12	57.1%	25	73.5%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	38	29	24	63.2%	21	72.4%	2	8.3%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 84 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
3	1	33%	2	67%

出典：KDB システム_個人別 5 年間の履歴

心電図検査において 3 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 3 人のうち 2 人は既に治療が開始されましたが、1 人はまだ治療につながっていません。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

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)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

利尻町は、令和2年度より北海道後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職を配置

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

② 地域を担当する専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施してまいります。(ポピュレーションアプローチ)

IV. 発症予防

生活習慣病は、乳幼児期、さらには言えば胎児期の環境から影響している(DOHaD 説)を参考にすると、妊娠期・乳幼児期から生活習慣病の予防を視点につながりを持った関りが大切と考えます。

特に糖尿病(耐糖能異常)は、家族歴(遺伝要素)や低体重の出生が大きく影響するため、妊娠期・乳幼児期からの保健指導により、親子の健康を正しく守る行動の情報提供が必要です。

ライフサイクルを視点として保健事業に当てはめると、図表 86 のようになります。町の保健事業におけるデータだけではなく、保育所・学校・職場等、各関係機関と情報連携を行い、予防可能な生活習慣病の発症予防・重症化予防を展開します。

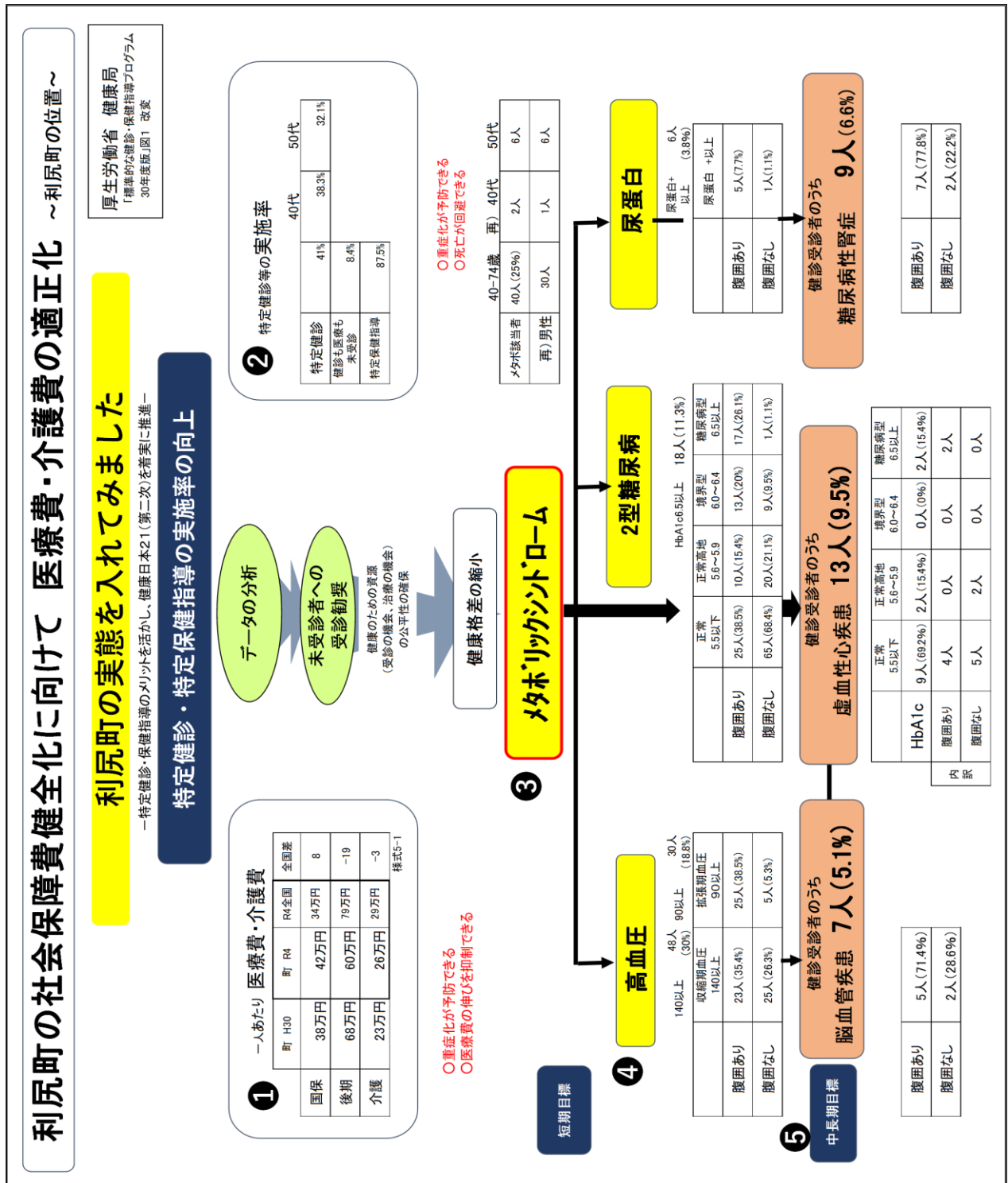
図表 86 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																			
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法																		
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員の学校保健安全法)		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】 データヘルズ計画【保健事業実施計画】(各保険者)																		
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦 産婦 新生児 訪問 (13条)			0歳~5歳			6歳~14歳		15~18歳 ~29歳 30歳~39歳		40歳~64歳		65歳~74歳		75歳以上		
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診査 新生児訪問 (13条)			乳幼児健康診査 (第12-13条)			保育所健康診断 園児 (11-17条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1-13-14条)		定期健康診断 若年健診 (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 新生児			乳児 (3-6-9-12ヵ月)			1.6歳児 2.6歳児 3.6歳児		保育園児		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)		
5 対象者 診内容	血糖	95mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上										6.5%以上							
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上																	
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上												空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c 6.5%以上 75OGTTの①~③の 1点以上満たすもの																	
	身長																		
	BMI													25以上					
	肥満度			男児18以上			肥満度15%以上			肥満度20%以上									
	尿糖	(+) 以上												(+) 以上					
	糖尿病 家族歴																		

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 87, 88)

図表 87 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 88 統計からみえる札幌市の食

* 家計調査は政令指定都市別で統計が出されているため、札幌市のデータを記載。

統計からみえる札幌の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
米	3位	生鮮魚介	6位
もち	7位	塩干魚介	5位
カップ麺	7位	豆腐	50位
加工肉	3位	葉物野菜	39位
バター	2位	根菜	8位
外食	購入金額	チョコレート	5位
寿司	4位	ビール	1位
洋食	3位	ウイスキー	1位
弁当	52位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して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は定期的に行います。

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。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 (出典:ヘルスサポートラボツール)

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた利尻町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた利尻町の位置 (R4 年度)

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	2,004		727,328		5,165,554		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	809	40.4	301,058	41.4	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7		
		75歳以上	450	22.5	--	--	848,273	16.4	18,248,742	14.8		
		65～74歳	359	17.9	--	--	815,750	15.8	17,087,063	13.9		
		40～64歳	631	31.5	--	--	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	564	28.1	--	--	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	31.1		22.3		7.4		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	12.7		20.6		17.9		25.0			
		第3次産業	56.2		57.2		74.7		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.3		80.5		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.8		87.0		86.8		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.5		79.3		79.6		80.1				
	女性	81.9		84.2		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	100.1		101.6		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	100.1		101.6		102.0		100			
		女性	96.6		99.9		98.9		100			
		がん	10	40.0	3,423	47.4	19,781	53.3	378,272	50.6		
		心臓病	8	32.0	2,064	28.6	9,373	25.2	205,485	27.5		
		脳疾患	6	24.0	1,188	16.4	4,667	12.6	102,900	13.8		
		糖尿病	0	0.0	138	1.9	756	2.0	13,896	1.9		
	腎不全	1	4.0	267	3.7	1,668	4.5	26,946	3.6			
	自殺	0	0.0	146	2.0	881	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	158	20.1	59,331	19.9	347,930	20.9	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	0	0.3	933	0.3	5,353	0.3	110,289	0.3		
		介護度別総件数	要支援1.2	445	14.1	162,745	13.5	1,013,763	13.8	21,785,044		12.9
			要介護1.2	1,419	45.0	568,999	47.1	3,922,342	53.3	78,107,378		46.3
			要介護3以上	1,286	40.8	476,421	39.4	2,419,988	32.9	68,963,503		40.8
	2号認定者	2	0.32	856	0.38	7,406	0.42	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	32	17.4	13,461	21.6	89,494	24.6	1,712,613	24.3		
		高血圧症	61	34.9	33,454	54.3	181,308	50.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	38	21.8	18,421	29.6	113,653	31.1	2,308,216	32.6		
		心臓病	65	37.4	37,325	60.8	200,129	55.3	4,224,628	60.3		
		脳疾患	22	13.9	13,424	22.1	73,784	20.6	1,568,292	22.6		
		がん	23	13.0	6,308	10.3	44,754	12.3	837,410	11.8		
		筋・骨格	69	37.3	33,542	54.6	181,637	50.0	3,748,372	53.4		
		精神	53	30.3	22,904	37.4	125,855	35.0	2,569,149	36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	258,272	208,941,962	323,222	97,308,660,154	269,507	448,465,434,990	290,668	10,074,274,230,289		
		1件当たり給付費(全体)	66,331		80,543		60,965		59,662			
		居室サービス	30,474		42,864		42,034		41,272			
施設サービス		273,372		288,059		296,260		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,416		9,108		9,582		8,610				
	認定あり 認定なし	6,461		4,544		4,930		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	497		195,140		1,074,364		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	237	47.7			491,264	45.7	11,129,271	40.5		
		40～64歳	148	29.8			341,793	31.8	9,088,015	33.1		
		39歳以下	112	22.5			241,307	22.5	7,271,596	26.5		
	加入率	24.8		27.1		20.8		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	2.0	54	0.3	547	0.5	8,237	0.3		
		診療所数	1	2.0	703	3.6	3,351	3.1	102,599	3.7		
		病床数	42	84.5	4,267	21.9	92,014	85.6	1,507,471	54.8		
		医師数	3	6.0	641	3.3	13,731	12.8	339,611	12.4		
		外来患者数	462.3		653.6		654.8		687.8			
		入院患者数	28.9		22.9		21.5		17.7			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	421,928	県内45位 同規模80位	367,527		376,962		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	491.22		676.49		676.241		705.439			
外来		費用の割合	55.2		55.1		56.3		60.4			
		件数の割合	94.1		96.6		96.8		97.5			
入院		費用の割合	44.8		44.9		43.7		39.6			
		件数の割合	5.9		3.4		3.2		2.5			
1件あたり在院日数	10.9日		16.2日		15.7日		15.7日					

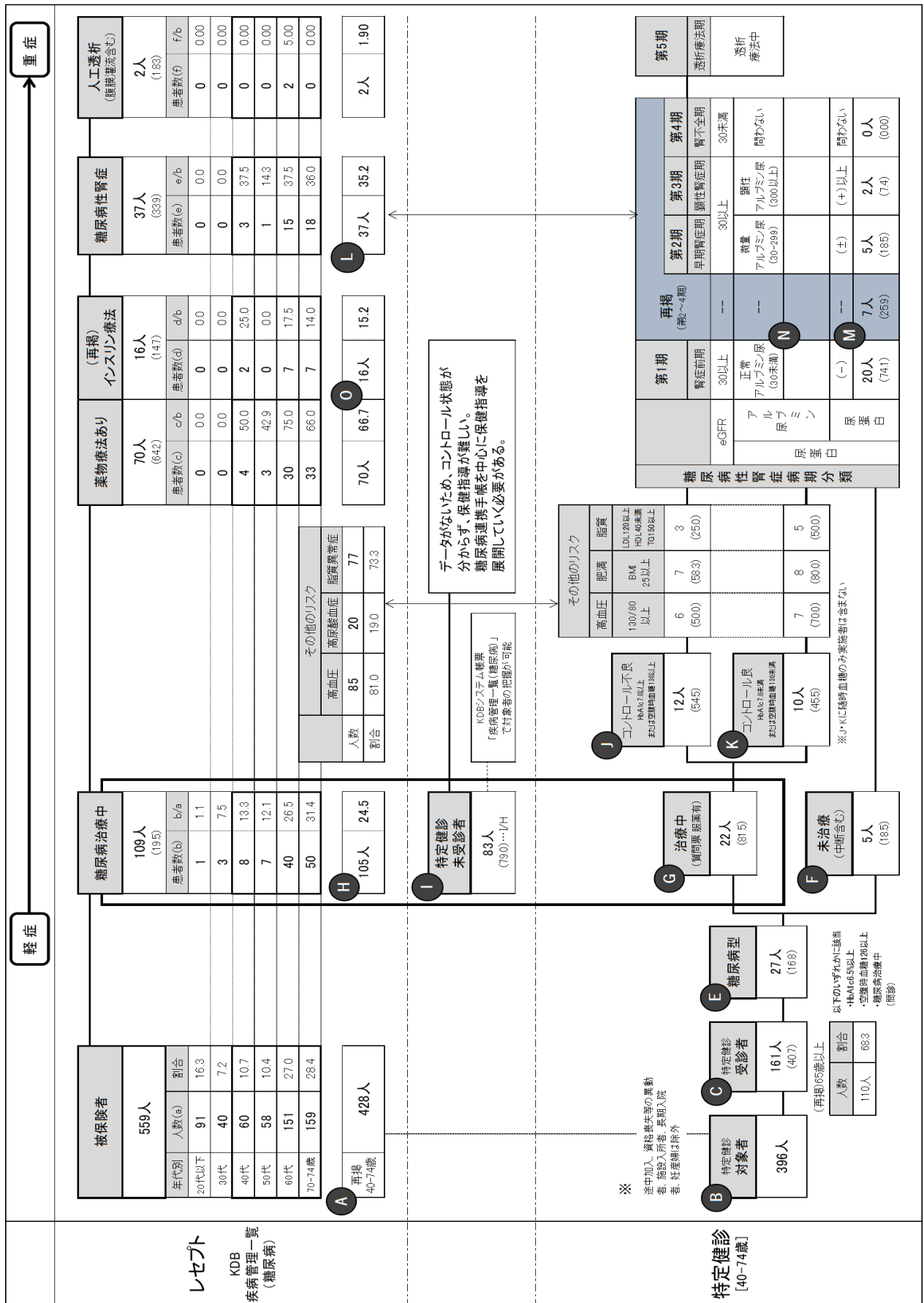
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	69,327,140	53.2	32.8	36.2	32.2	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	476,510	0.4	6.1	4.3	8.2						
			糖尿病	23,088,410	17.7	11.2	10.1	10.4						
			高血圧症	4,774,160	3.7	6.5	5.6	5.9						
			脂質異常症	2,268,270	1.7	3.4	3.2	4.1						
			脳梗塞・脳出血	7,061,430	5.4	4.0	4.1	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	2,568,320	1.9	2.8	3.2	2.8						
			精神	2,055,460	1.6	14.6	14.4	14.7						
			筋・骨格	18,278,050	14.0	17.4	17.8	16.7						
			5	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	--		--	363	0.2	327	0.2
糖尿病	1,733	0.9					1,389	0.8	1,159	0.7	1,144	0.9		
脂質異常症	--	--					76	0.0	53	0.0	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	13,689	7.2					6,827	4.1	7,205	4.4	5,993	4.5		
虚血性心疾患	3,468	1.8					4,500	2.7	5,077	3.1	3,942	2.9		
腎不全	959	0.5			4,305	2.6	3,120	1.9	4,051	3.0				
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症			9,606	4.1	12,436	6.1	10,914	5.1	10,143	4.9		
		糖尿病			44,722	19.2	21,206	10.5	19,440	9.2	17,720	8.6		
		脂質異常症			4,564	2.0	6,646	3.3	6,316	3.0	7,092	3.5		
		脳梗塞・脳出血			520	0.2	934	0.5	947	0.4	825	0.4		
		虚血性心疾患	1,845	0.8	1,857	0.9	2,266	1.1	1,722	0.8				
腎不全	638	0.3	14,043	6.9	10,839	5.1	15,781	7.7						
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	937		2,915		1,570		2,031	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題		
				健診未受診者	21,617		13,340		16,117		13,295			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	3,469		8,820		5,006		6,142			
				健診未受診者	80,024		40,357		51,396		40,210			
7	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	98	62.0	39,089	58.4	130,682	58.5	3,916,059	57.0	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	85	53.8	34,893	52.2	118,851	53.2	3,574,558	52.0			
			医療機関非受診率	13	8.2	4,196	6.3	11,831	5.3	341,501	5.0			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	特定健診の 状況 県内市町村数 183市町村 同規模市区町村数 274市町村	健診受診者	158		66,906		223,464		6,875,056	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	43.8	県内68位 同規模188位	48.5	30.1	全国47位	37.6				
			特定保健指導終了者(実施率)	14	73.7	4,035	48.1	8,105	30.5	203,239		24.9		
			非肥満高血糖	11	7.0	6,431	9.6	18,052	8.1	620,953		9.0		
			メタボ	該当者	42	26.6	14,922	22.3	45,130	20.2		1,394,769	20.3	
				男性	30	36.1	10,484	32.5	31,155	32.6		974,828	32.0	
				女性	12	16.0	4,438	12.8	13,975	10.9		419,941	11.0	
				予備群	14	8.9	8,281	12.4	24,718	11.1		772,619	11.2	
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	男性	11	13.3	5,902	18.3	17,208	18.0		545,330	17.9	
				女性	3	4.0	2,379	6.9	7,510	5.9		227,289	5.9	
				BMI	総数	65	41.1	25,637	38.3	77,205		34.5	2,402,902	35.0
					男性	46	55.4	18,049	55.9	53,438		56.0	1,683,473	55.3
			血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	女性	19	25.3	7,588	21.9	23,767	18.6		719,429	18.8	
				総数	12	7.6	4,009	6.0	14,303	6.4		323,057	4.7	
				男性	1	1.2	756	2.3	2,390	2.5		51,841	1.7	
				女性	11	14.7	3,253	9.4	11,913	9.3		271,216	7.1	
				血糖のみ	2	1.3	459	0.7	1,233	0.6		43,987	0.6	
				血圧のみ	11	7.0	6,061	9.1	17,838	8.0		544,518	7.9	
				脂質のみ	1	0.6	1,761	2.6	5,647	2.5		184,114	2.7	
血糖・血圧	9	5.7		2,455	3.7	6,165	2.8	205,065	3.0					
血糖・脂質	1	0.6		743	1.1	2,127	1.0	70,937	1.0					
血圧・脂質	12	7.6		6,671	10.0	22,216	9.9	664,878	9.7					
血糖・血圧・脂質	20	12.7		5,053	7.6	14,622	6.5	453,889	6.6					
高血圧	68	43.0		26,329	39.4	80,231	35.9	2,447,146	35.6					
糖尿病	25	15.8		7,268	10.9	19,804	8.9	594,927	8.7					
脂質異常症	50	31.6		18,483	27.6	64,032	28.7	1,914,847	27.9					
既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	7		4.4	2,180	3.3	7,219	3.4	208,635	3.1				
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	7	4.4	3,893	6.0	12,053	5.6	367,822	5.5					
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	45	28.5	10,997	16.4	36,735	16.4	948,575	13.8	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	28	17.8	5,942	9.5	24,043	12.2	648,865	10.4			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	31	19.7	10,743	17.1	29,224	14.9	985,252	15.8			
			週3回以上就寝前夕食	31	19.7	10,743	17.1	29,224	14.9	985,252	15.8			
			食べる速度が遅い	45	28.7	17,502	27.9	57,388	29.1	1,672,168	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	64	41.0	23,086	36.7	70,405	35.7	2,191,006	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	108	69.7	42,776	67.6	125,237	62.7	3,777,161	60.4			
			1日1時間以上運動なし	79	50.3	30,230	47.9	94,134	47.2	3,004,820	48.0			
			睡眠不足	27	17.3	15,301	24.4	43,939	22.3	1,599,841	25.6			
			毎日飲酒	37	23.6	16,889	26.4	45,313	22.5	1,671,521	25.5			
			時々飲酒	42	26.8	14,683	23.0	53,275	26.5	1,475,568	22.5			
			一日 飲酒 量	1合未満	38	45.2	22,853	55.0	78,400	59.1	2,997,543		64.1	
				1～2合	22	26.2	11,680	28.1	34,032	25.7	1,110,600		23.7	
				2～3合	18	21.4	5,250	12.6	15,779	11.9	438,425		9.4	
				3合以上	6	7.1	1,773	4.3	4,461	3.4	130,129		2.8	

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

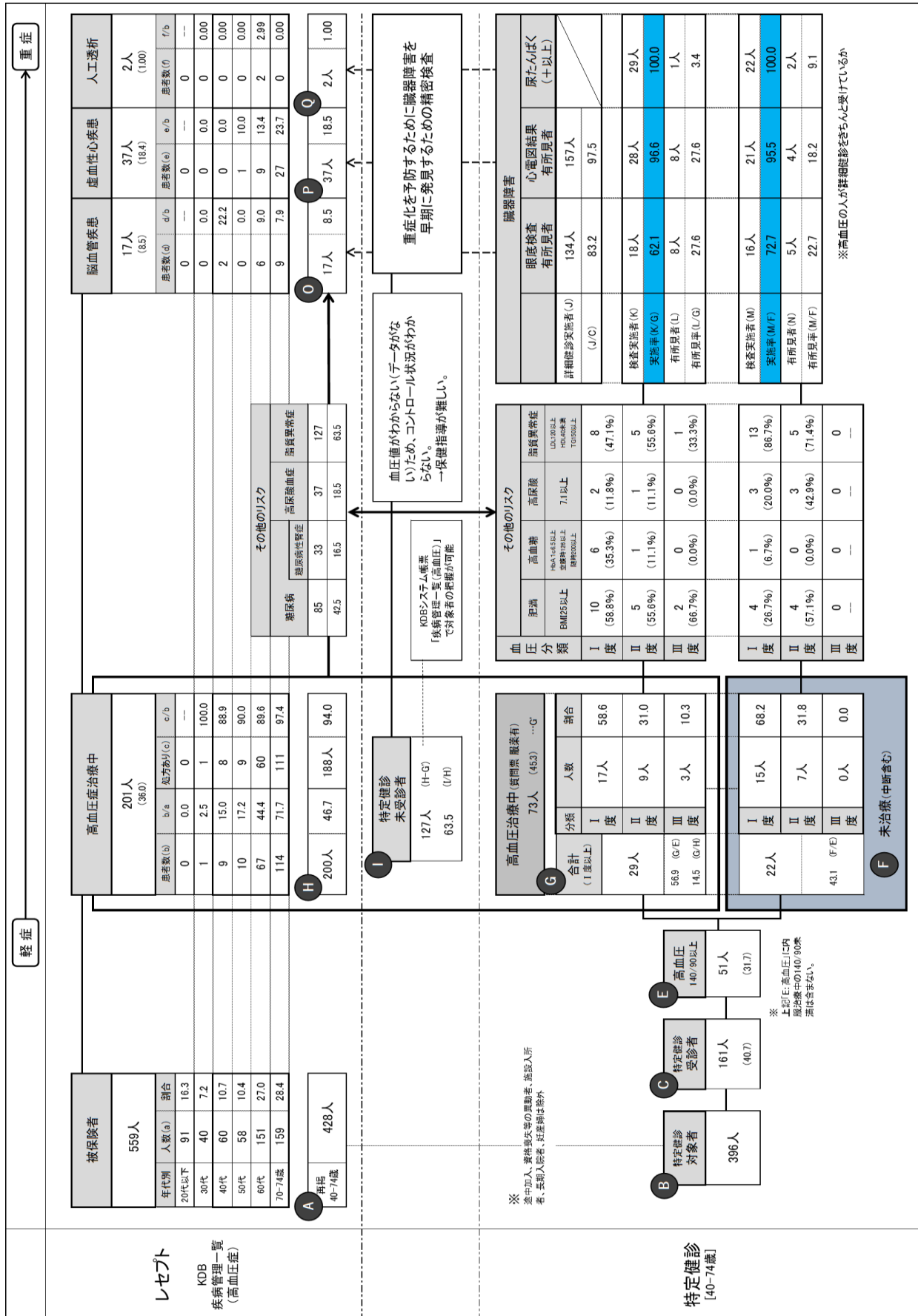
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	利尻町										同規模保険者(平均)		
			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	594人		543人		535人		539人		546人				
	② (再掲)40-74歳		485人		440人		433人		421人		432人				
2	① 特定健診 対象者数	B	416人		402人		390人		391人		390人				
	② 受診者数	C	181人		172人		128人		161人		160人				
	③ 受診率		43.5%		42.8%		32.8%		41.2%		41.0%				
3	① 特定保健指導 対象者数		12人		13人		12人		15人		16人				
	② 実施率		100.0%		100.0%		75.0%		80.0%		87.5%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	36人	19.9%	35人	20.3%	25人	19.5%	27人	16.8%	28人	17.5%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	6人	16.7%	6人	17.1%	6人	24.0%	5人	18.5%	3人	10.7%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	30人	83.3%	29人	82.9%	19人	76.0%	22人	81.5%	25人	89.3%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	16人 53.3%		16人 55.2%		12人 63.2%		12人 54.5%		11人 44.0%			
		⑤ 血圧 130/80以上		8人 50.0%		8人 50.0%		7人 58.3%		6人 50.0%		5人 45.5%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		9人 56.3%		13人 81.3%		7人 58.3%		7人 58.3%		8人 72.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	14人 46.7%		13人 44.8%		7人 36.8%		10人 45.5%		14人 56.0%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	23人 63.9%		23人 65.7%		17人 68.0%		20人 74.1%		21人 75.0%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		3人 8.3%		5人 14.3%		4人 16.0%		5人 18.5%		4人 14.3%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		2人 5.6%		1人 2.9%		2人 8.0%		2人 7.4%		3人 10.7%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		1人 2.9%		2人 8.0%		0人 0.0%		0人 0.0%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		136.4人		141.8人		121.5人		129.9人		102.6人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		164.9人		172.7人		150.1人		166.3人		127.3人			
		③ レセプト件数(40-74歳) (1件は被保険者千対)	入院外(件数)	486件 (1094.6)		467件 (1101.4)		481件 (1161.8)		457件 (1080.4)		422件 (1096.1)		136,930件	(893.2)
		④ 入院(件数)		4件 (9.0)		1件 (2.4)				1件 (2.4)	3件 (7.8)	658件 (4.3)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	81人 13.6%		77人 14.2%		65人 12.1%		70人 13.0%		56人 10.3%			
		⑥ (再掲)40-74歳		80人 16.5%		76人 17.3%		65人 15.0%		70人 16.6%		55人 12.7%			
		⑦ 健診未受診者		I	50人 62.5%		46人 60.5%		46人 70.8%		48人 68.6%		30人 54.5%		
		⑧ インスリン治療	O	12人 14.8%		12人 15.6%		12人 18.5%		11人 15.7%		11人 19.6%			
		⑨ (再掲)40-74歳		12人 15.0%		12人 15.8%		12人 18.5%		11人 15.7%		11人 20.0%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	21人 25.9%		23人 29.9%		24人 36.9%		27人 38.6%		16人 28.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳		21人 26.3%		23人 30.3%		24人 36.9%		27人 38.6%		16人 29.1%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		0人 0.0%		1人 1.3%		1人 1.5%		1人 1.4%		1人 1.8%			
		⑬ (再掲)40-74歳		0人 0.0%		1人 1.3%		1人 1.5%		1人 1.4%		1人 1.8%			
		⑭ 新規透析患者数		1		0		0		0		0			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1		0		0		0		0			
		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)		1人 0.8%		2人 1.5%		2人 1.8%		2人 1.7%		2人 1.8%			
6	医療費	① 総医療費		2億0737万円		1億9521万円		1億7659万円		1億7077万円		2億0970万円		2億6175万円	
		② 生活習慣病総医療費		1億3307万円		1億1944万円		1億0944万円		1億0863万円		1億3035万円		1億4021万円	
		③ (総医療費に占める割合)		64.2%		61.2%		62.0%		63.6%		62.2%		53.6%	
		④ 生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	7,150円		6,629円		4,109円		2,008円		3,469円		8,820円	
		⑤ 健診未受診者		65,534円		65,571円		69,305円		73,461円		80,024円		40,357円	
		⑥ 糖尿病医療費		2425万円		2486万円		2542万円		2344万円		2309万円		1572万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		18.2%		20.8%		23.2%		21.6%		17.7%		11.2%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4418万円		4747万円		4708万円		4818万円		4954万円			
		⑨ 1件あたり		43,871円		49,549円		55,452円		64,072円		69,573円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2183万円		3593万円		1672万円		840万円		2040万円			
		⑪ 1件あたり		436,585円		677,899円		668,887円		700,301円		599,943円			
		⑫ 在院日数		10日		14日		10日		14日		14日			
		⑬ 慢性腎不全医療費										79万円		957万円	
		⑭ 透析有り										48万円		862万円	
		⑮ 透析なし										32万円		96万円	
7	介護	① 介護給付費		2億0391万円		2億1899万円		2億1050万円		1億9239万円		2億0894万円		3億5514万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 #####		1件 100.0%		0件 #####		0件 0.0%		0件 #####			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人 6.5%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		267人	1.0%

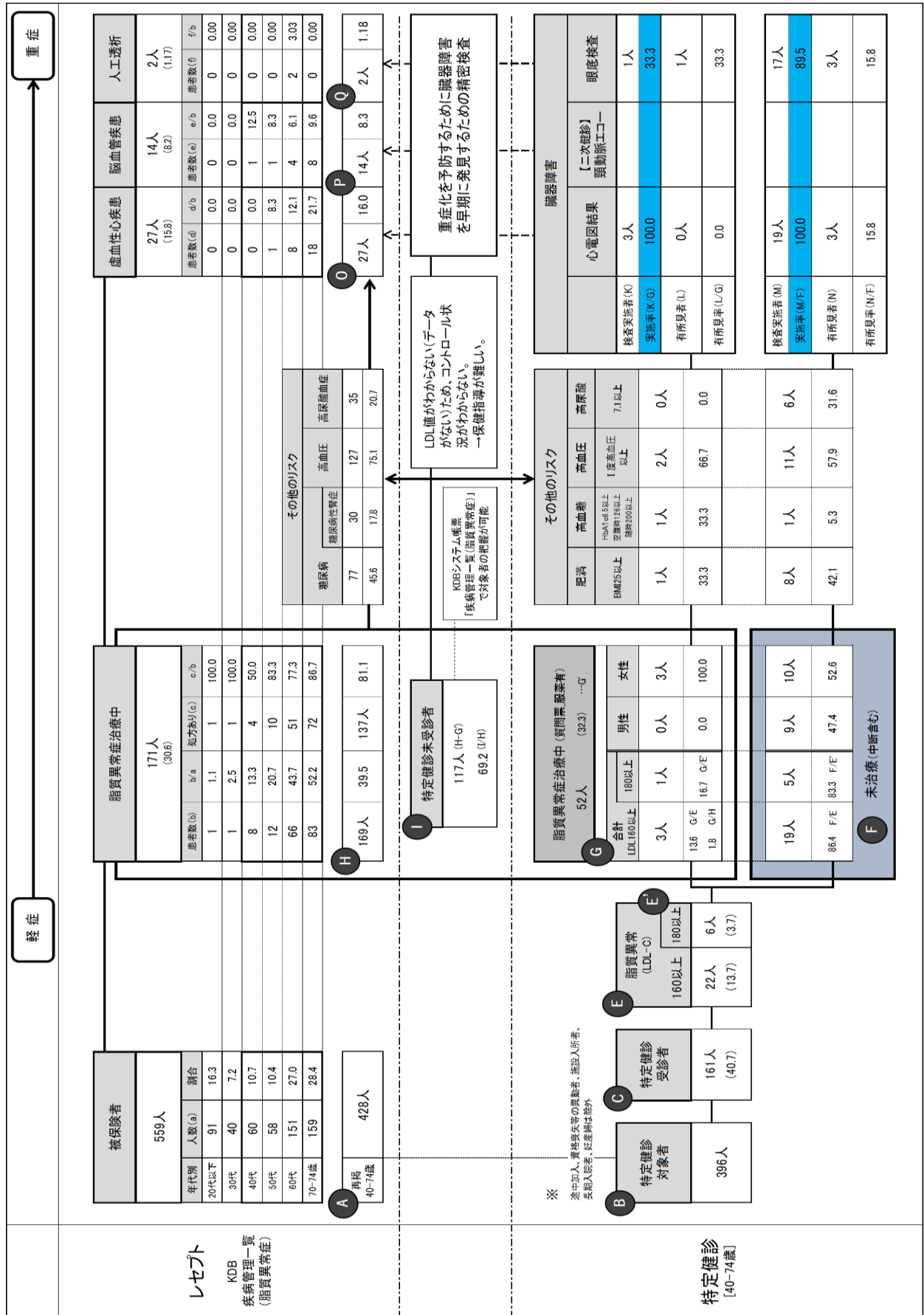
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 (R4 年度)



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 (R4年度)



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

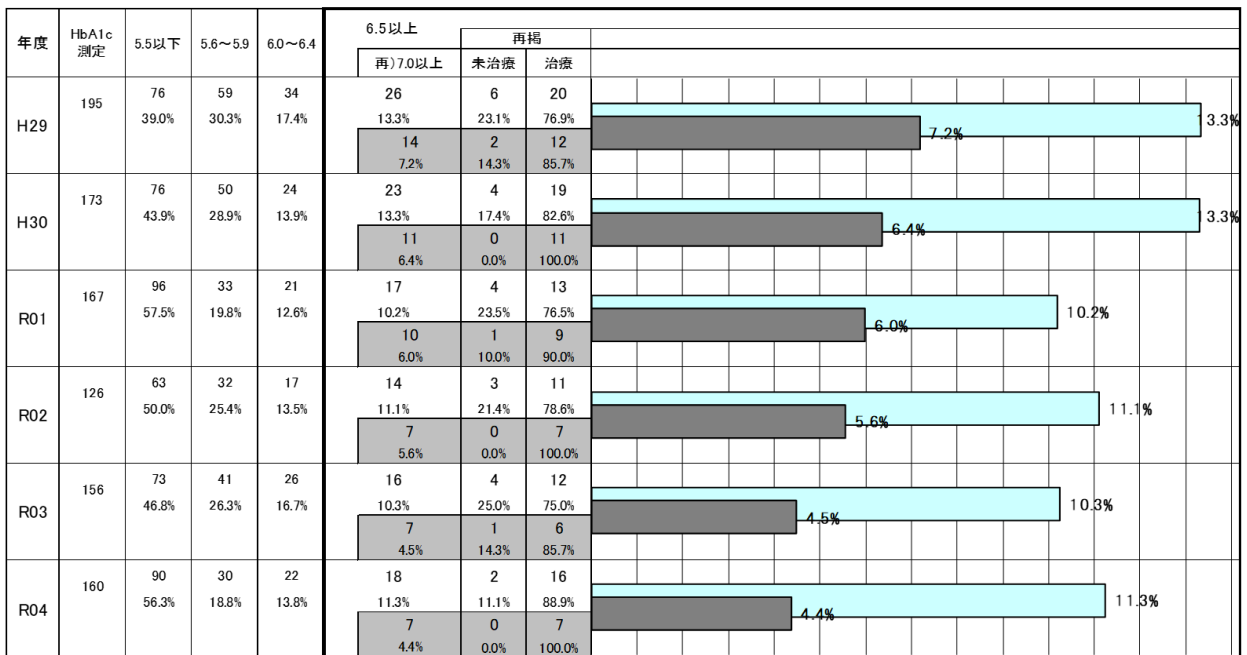


参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		8.0以上		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	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	195	76	39.0%	59	30.3%	34	17.4%	12	6.2%	13	6.7%	1	0.5%	8	4.1%	1	0.5%		
H30	173	76	43.9%	50	28.9%	24	13.9%	12	6.9%	9	5.2%	2	1.2%	5	2.9%	2	1.2%		
R01	167	96	57.5%	33	19.8%	21	12.6%	7	4.2%	8	4.8%	2	1.2%	5	3.0%	0	0.0%		
R02	126	63	50.0%	32	25.4%	17	13.5%	7	5.6%	7	5.6%	0	0.0%	3	2.4%	0	0.0%		
R03	156	73	46.8%	41	26.3%	26	16.7%	9	5.8%	7	4.5%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%		
R04	160	90	56.3%	30	18.8%	22	13.8%	11	6.9%	7	4.4%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%		

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



治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		8.0以上		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	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	38	19.5%	0	0.0%	1	2.6%	17	44.7%	8	21.1%	11	28.9%	1	2.6%	7	18.4%	1	2.6%
	H30	29	16.8%	0	0.0%	3	10.3%	7	24.1%	8	27.6%	9	31.0%	2	6.9%	5	17.2%	2	6.9%
	R01	28	16.8%	2	7.1%	3	10.7%	10	35.7%	4	14.3%	8	28.6%	1	3.6%	4	14.3%	0	0.0%
	R02	19	15.1%	0	0.0%	3	15.8%	5	26.3%	4	21.1%	7	36.8%	0	0.0%	3	15.8%	0	0.0%
	R03	22	14.1%	0	0.0%	0	0.0%	10	45.5%	6	27.3%	6	27.3%	0	0.0%	2	9.1%	0	0.0%
	R04	25	15.6%	0	0.0%	1	4.0%	8	32.0%	9	36.0%	7	28.0%	0	0.0%	3	12.0%	0	0.0%
治療なし	H29	157	80.5%	76	48.4%	58	36.9%	17	10.8%	4	2.5%	2	1.3%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%
	H30	144	83.2%	76	52.8%	47	32.6%	17	11.8%	4	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	139	83.2%	94	67.6%	30	21.6%	11	7.9%	3	2.2%	0	0.0%	1	0.7%	1	0.7%	0	0.0%
	R02	107	84.9%	63	58.9%	29	27.1%	12	11.2%	3	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	134	85.9%	73	54.5%	41	30.6%	16	11.9%	3	2.2%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R04	135	84.4%	90	66.7%	29	21.5%	14	10.4%	2	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	198	42	21.2%	32	16.2%	50	25.3%	53	26.8%	17	8.6%	4	2.0%
H30	181	50	27.6%	28	15.5%	46	25.4%	40	22.1%	13	7.2%	4	2.2%
R01	172	37	21.5%	32	18.6%	55	32.0%	33	19.2%	15	8.7%	0	0.0%
R02	128	26	20.3%	22	17.2%	40	31.3%	29	22.7%	9	7.0%	2	1.6%
R03	161	34	21.1%	29	18.0%	47	29.2%	32	19.9%	16	9.9%	3	1.9%
R04	160	27	16.9%	33	20.6%	46	28.8%	37	23.1%	14	8.8%	3	1.9%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	再)III度高血圧	未治療	治療	割合
					再)II度高血圧	再)I度高血圧	再)II度高血圧					
H29	198	74 37.4%	50 25.3%	53 26.8%	21 10.6%	9 42.9%	12 57.1%	4 2.0%	2 50.0%	2 50.0%	10.6%	
H30	181	78 43.1%	46 25.4%	40 22.1%	17 9.4%	6 35.3%	11 64.7%	4 2.2%	2 50.0%	2 50.0%	9.4%	
R01	172	69 40.1%	55 32.0%	33 19.2%	15 8.7%	6 40.0%	9 60.0%	0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	8.7%	
R02	128	48 37.5%	40 31.3%	29 22.7%	11 8.6%	3 27.3%	8 72.7%	2 1.6%	1 50.0%	1 50.0%	8.6%	
R03	161	63 39.1%	47 29.2%	32 19.9%	19 11.8%	7 36.8%	12 63.2%	3 1.9%	0 0.0%	3 100.0%	11.8%	
R04	160	60 37.5%	46 28.8%	37 23.1%	17 10.6%	7 41.2%	10 58.8%	3 1.9%	2 66.7%	1 33.3%	10.6%	

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	86	43.4%	8	9.3%	11	12.8%	24	27.9%	31	36.0%	10	11.6%	2	2.3%
	H30	76	42.0%	15	19.7%	10	13.2%	16	21.1%	24	31.6%	9	11.8%	2	2.6%
	R01	80	46.5%	11	13.8%	13	16.3%	23	28.8%	24	30.0%	9	11.3%	0	0.0%
	R02	63	49.2%	8	12.7%	9	14.3%	22	34.9%	16	25.4%	7	11.1%	1	1.6%
	R03	73	45.3%	7	9.6%	11	15.1%	26	35.6%	17	23.3%	9	12.3%	3	4.1%
	R04	68	42.5%	6	8.8%	11	16.2%	23	33.8%	18	26.5%	9	13.2%	1	1.5%
治療なし	H29	112	56.6%	34	30.4%	21	18.8%	26	23.2%	22	19.6%	7	6.3%	2	1.8%
	H30	105	58.0%	35	33.3%	18	17.1%	30	28.6%	16	15.2%	4	3.8%	2	1.9%
	R01	92	53.5%	26	28.3%	19	20.7%	32	34.8%	9	9.8%	6	6.5%	0	0.0%
	R02	65	50.8%	18	27.7%	13	20.0%	18	27.7%	13	20.0%	2	3.1%	1	1.5%
	R03	88	54.7%	27	30.7%	18	20.5%	21	23.9%	15	17.0%	7	8.0%	0	0.0%
	R04	92	57.5%	21	22.8%	22	23.9%	23	25.0%	19	20.7%	5	5.4%	2	2.2%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	198	102	51.5%	40	20.2%	32	16.2%	17	8.6%	7	3.5%
	H30	180	98	54.4%	33	18.3%	23	12.8%	15	8.3%	11	6.1%
	R01	172	92	53.5%	32	18.6%	25	14.5%	15	8.7%	8	4.7%
	R02	128	81	63.3%	16	12.5%	16	12.5%	10	7.8%	5	3.9%
	R03	161	87	54.0%	22	13.7%	30	18.6%	16	9.9%	6	3.7%
R04	160	95	59.4%	21	13.1%	23	14.4%	15	9.4%	6	3.8%	
男性	H29	95	54	56.8%	22	23.2%	10	10.5%	6	6.3%	3	3.2%
	H30	92	52	56.5%	16	17.4%	11	12.0%	6	6.5%	7	7.6%
	R01	83	46	55.4%	17	20.5%	9	10.8%	6	7.2%	5	6.0%
	R02	70	48	68.6%	8	11.4%	7	10.0%	3	4.3%	4	5.7%
	R03	88	54	61.4%	10	11.4%	15	17.0%	5	5.7%	4	4.5%
R04	85	58	68.2%	11	12.9%	9	10.6%	5	5.9%	2	2.4%	
女性	H29	103	48	46.6%	18	17.5%	22	21.4%	11	10.7%	4	3.9%
	H30	88	46	52.3%	17	19.3%	12	13.6%	9	10.2%	4	4.5%
	R01	89	46	51.7%	15	16.9%	16	18.0%	9	10.1%	3	3.4%
	R02	58	33	56.9%	8	13.8%	9	15.5%	7	12.1%	1	1.7%
	R03	73	33	45.2%	12	16.4%	15	20.5%	11	15.1%	2	2.7%
R04	75	37	49.3%	10	13.3%	14	18.7%	10	13.3%	4	5.3%	

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LDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合	
					再180以上	未治療	治療	割合	割合		
H29	198	102 51.5%	40 20.2%	32 16.2%	24	20	4	12.1%	83.3%	16.7%	12.1%
					7	5	2	3.5%	71.4%	28.6%	
H30	180	98 54.4%	33 18.3%	23 12.8%	26	24	2	14.4%	92.3%	7.7%	14.4%
					11	9	2	6.1%	81.8%	18.2%	
R01	172	92 53.5%	32 18.6%	25 14.5%	23	21	2	13.4%	91.3%	8.7%	13.4%
					8	8	0	4.7%	100.0%	0.0%	
R02	128	81 63.3%	16 12.5%	16 12.5%	15	15	0	11.7%	100.0%	0.0%	11.7%
					5	5	0	3.9%	100.0%	0.0%	
R03	161	87 54.0%	22 13.7%	30 18.6%	22	19	3	13.7%	86.4%	13.6%	13.7%
					6	5	1	3.7%	83.3%	16.7%	
R04	160	95 59.4%	21 13.1%	23 14.4%	21	21	0	13.1%	100.0%	0.0%	13.1%
					6	6	0	3.8%	100.0%	0.0%	

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	61	30.8%	43	70.5%	9	14.8%	5	8.2%	2	3.3%	2	3.3%
	H30	55	30.6%	41	74.5%	9	16.4%	3	5.5%	0	0.0%	2	3.6%
	R01	61	35.5%	43	70.5%	12	19.7%	4	6.6%	2	3.3%	0	0.0%
	R02	45	35.2%	38	84.4%	2	4.4%	5	11.1%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	52	32.3%	39	75.0%	6	11.5%	4	7.7%	2	3.8%	1	1.9%
R04	50	31.3%	36	72.0%	11	22.0%	3	6.0%	0	0.0%	0	0.0%	
治療なし	H29	137	69.2%	59	43.1%	31	22.6%	27	19.7%	15	10.9%	5	3.6%
	H30	125	69.4%	57	45.6%	24	19.2%	20	16.0%	15	12.0%	9	7.2%
	R01	111	64.5%	49	44.1%	20	18.0%	21	18.9%	13	11.7%	8	7.2%
	R02	83	64.8%	43	51.8%	14	16.9%	11	13.3%	10	12.0%	5	6.0%
	R03	109	67.7%	48	44.0%	16	14.7%	26	23.9%	14	12.8%	5	4.6%
R04	110	68.8%	59	53.6%	10	9.1%	20	18.2%	15	13.6%	6	5.5%	

利尻町国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
（第4期特定健康診査等実施計画）

発行日 令和6年3月
発行 利尻町保健課
〒097-0401

北海道利尻郡利尻町杓形字緑町14番地1

TEL (0163) 84-2345

FAX (0163) 89-4747

