

標津町国民健康保険

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
標津町

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
1) 市町村国保の役割	6
2) 関係機関との連携	8
3) 被保険者の役割	8
5. 標準化の推進	8
6. 保険者努力支援制度	10
第2章 第2期計画にかかる評価	11
1. 中長期的な目標の達成状況	11
2. 短期的な目標の達成状況	11
第3章 標津町の状況と健康課題の明確化	13
1. 基本的な考え方	13
2. 町の状況	14
1) 保険者の特性	14
2) 死亡の状況	16
3) 介護の状況	17
4) 医療の状況	18
5) 特定健診の状況	25
6) 健診・医療・介護の一体的分析	29
3. 主な個別事業の状況と課題	32
1) 重症化予防の取組み	32
2) ポピュレーションアプローチ	36
4. 標津町の健康課題の整理と明確化	37
1) 健康課題の分析	37
2) 健康課題から見た目的と目標の整理	38
第4章 第3期データヘルス計画の目的と目標	39
1. 目的	39
2. 目標と目標指標	39

第5章 課題解決するための個別保健事業	41
1. 保健事業の方向性	41
2. 重症化予防の取組	41
Ⅰ. 糖尿病性腎症重症化予防	42
Ⅱ. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	50
Ⅲ. 虚血性心疾患重症化予防	56
Ⅳ. 脳血管疾患重症化予防	61
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	66
1) 基本的な考え方	66
2) 事業の実施	66
4. 発症予防	67
5. ポピュレーションアプローチ	68
第6章 計画の評価・見直し	69
1. 評価の時期	69
2. 評価方法・体制	69
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	70
1. 計画の公表・周知	70
2. 個人情報の取扱い	70
第8章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	71
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	71
2. 目標値の設定	71
3. 対象者の見込み	71
4. 特定健診・特定保健指導の実施	71
1) 特定健診の実施	71
2) 特定保健指導の実施	74
5. 個人情報の保護	78
1) 基本的な考え方	78
2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	78
6. 結果の報告	78
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	78
参考資料	79

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」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「データヘルス計画」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。

これを踏まえ、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル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。

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)」において、「保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進」が掲げられました。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(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示されました。

令和5年8月には、「保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進することを主軸に、限られた財源の中で費用対効果の高い事業を選択」することが追記されました。

このような背景や本町の課題等を踏まえ、この度、第2期データヘルス計画及び第3期特定健診等実施計画の計画期間が終了することから、標津町国民健康保険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)及び第4期特定健診等実施計画を策定します。

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

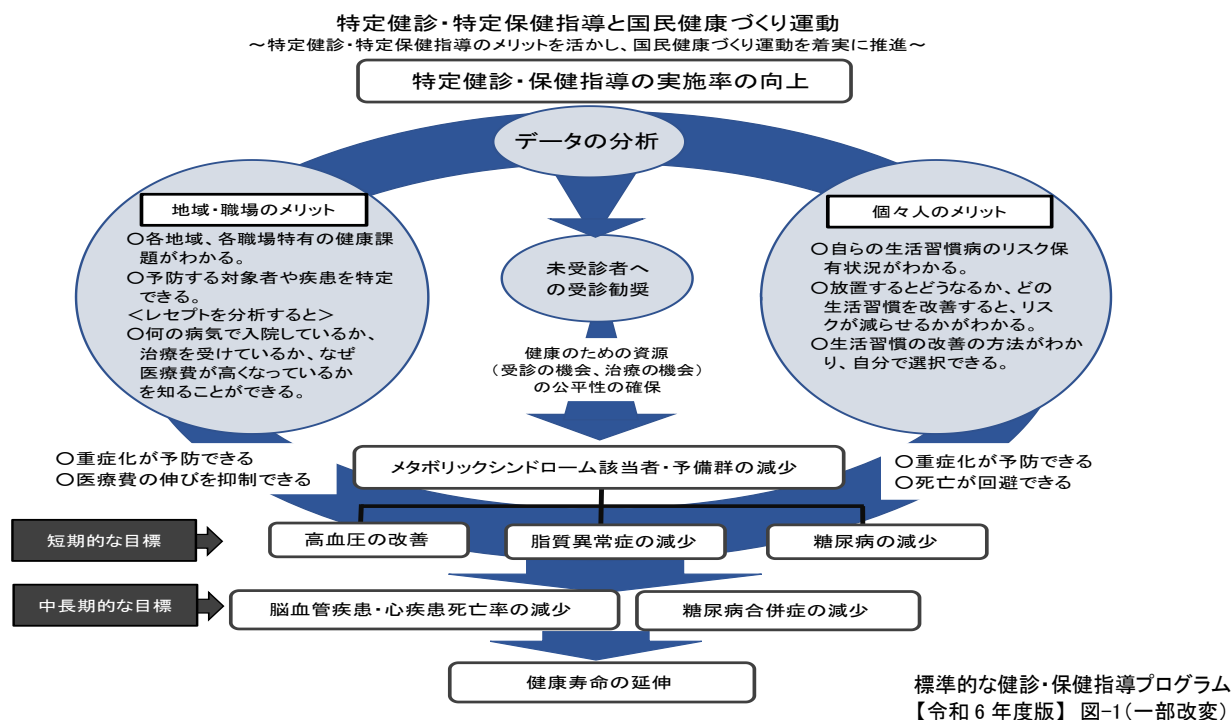
さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下、高確法)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2、3、4、5)

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB)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。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

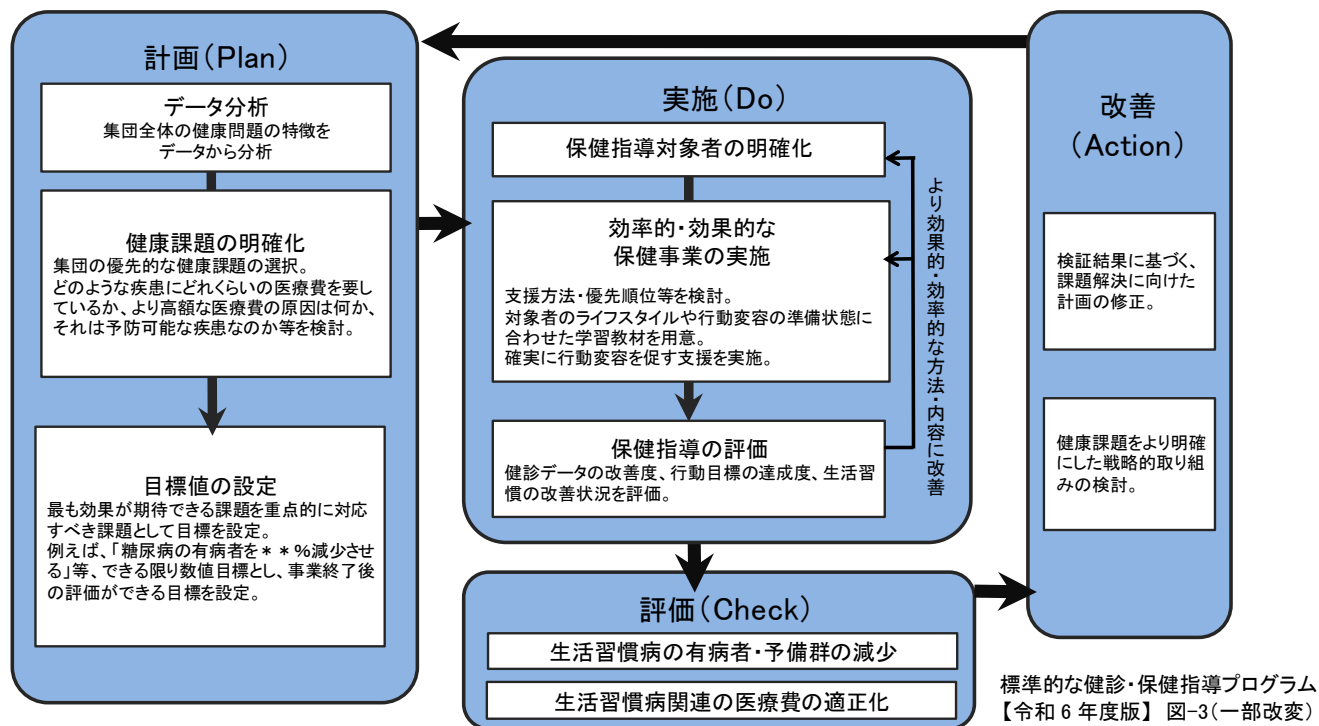
健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に関する法律 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
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
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
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
ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	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・骨折後、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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)
	保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



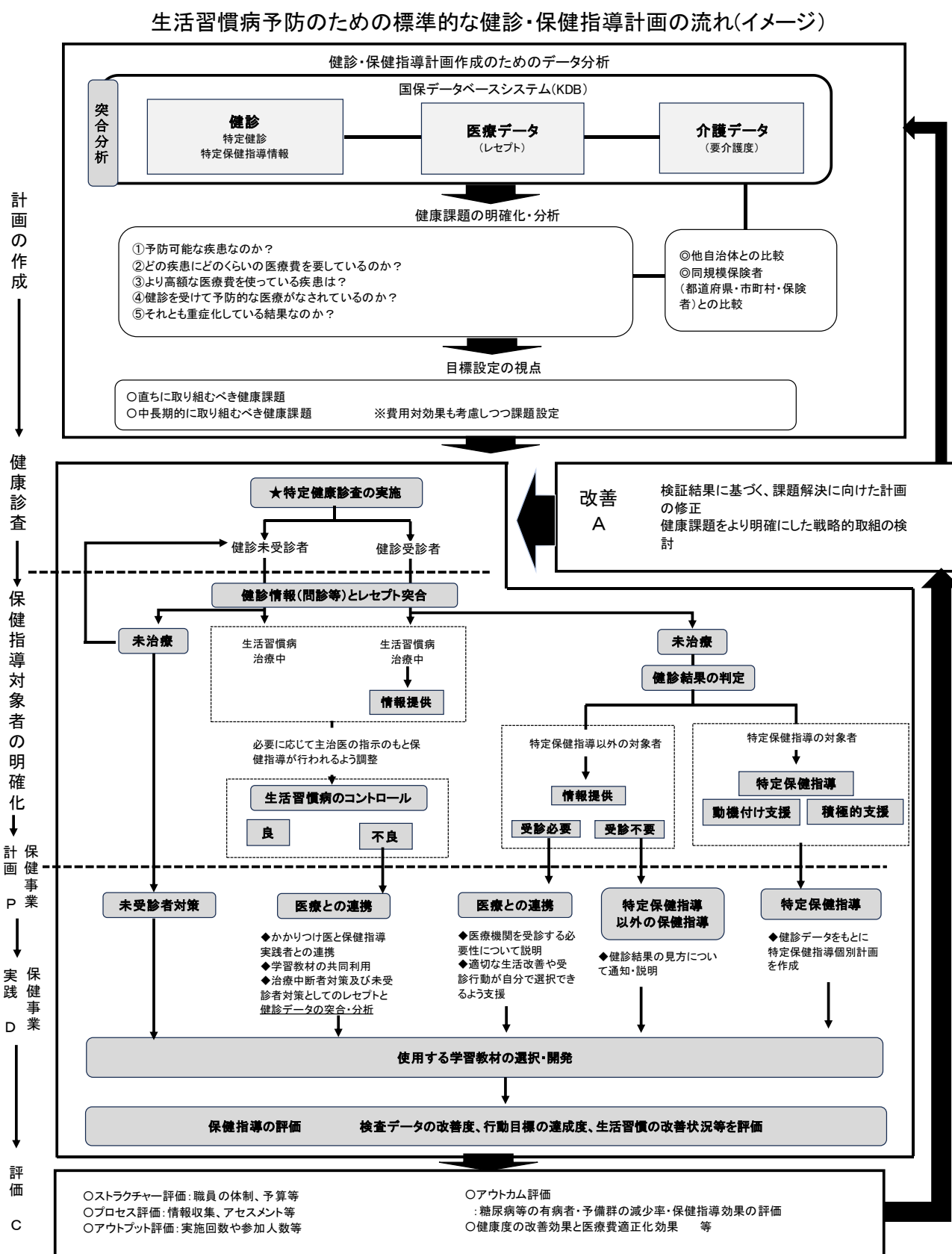
注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。

(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

本計画の期間は、令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間です。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

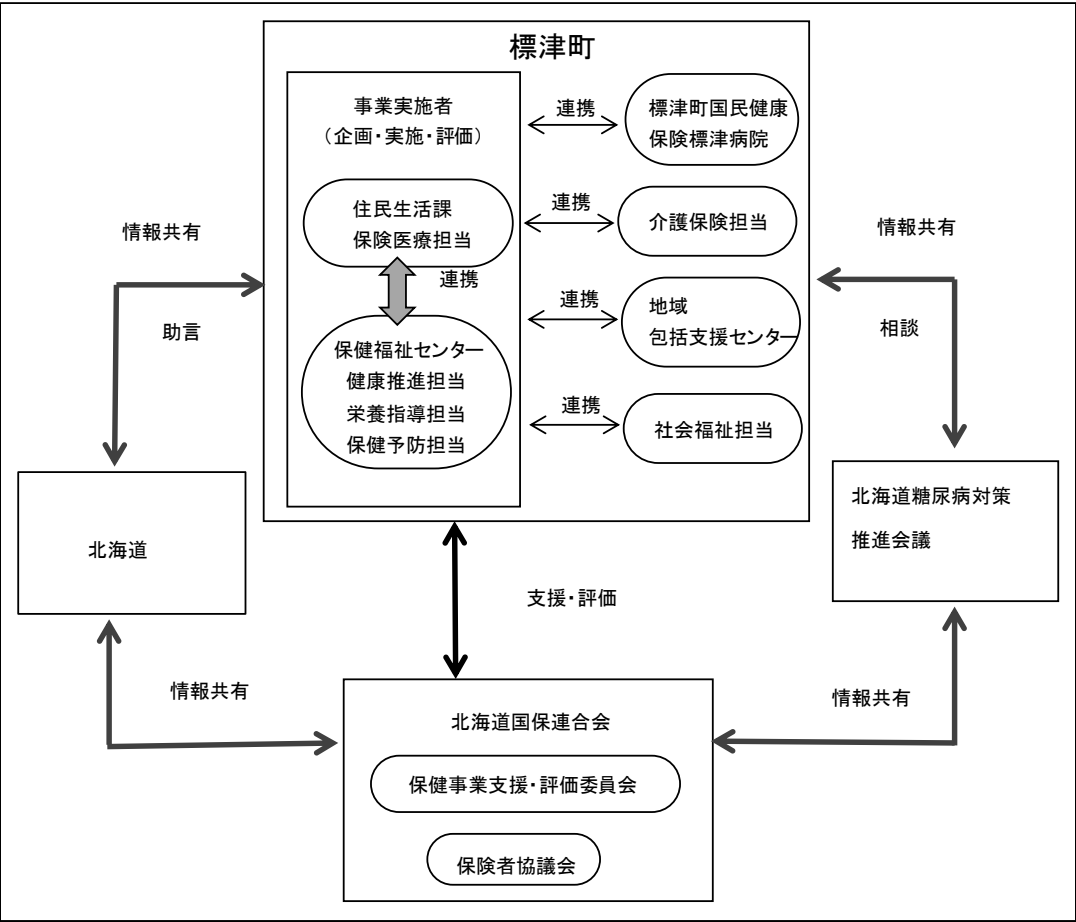
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、住民生活課保険医療担当と保健福祉センターの保健師、管理栄養士等専門職が一体となって計画策定を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健福祉センター健康推進担当、栄養指導担当、地域包括支援センター、介護保険担当、社会福祉担当とも十分連携を図ることとします。

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

図表6 標津町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保健福祉センター											住民生活課		
	保 (参事)	保 (主幹)	保 (係長)	保	(保)	(保)	管栄 (主幹)	管栄	ST	歯	事 (係長)	事 (係長)	事	事
国保事務												◎	◎	☆
保健指導		○	○	◎	○	○	○	☆						
健康診断							☆				☆			◎
がん検診				☆		◎					◎			
予防接種	◎										☆			
母子保健		☆	○	○	○	○	☆	○	○	○				
精神保健			☆		◎									
歯科保健										☆				
一体的実施 後期高齢者				◎				◎	☆					☆

保…保健師 管栄…管理栄養士 歯…歯科衛生士 ST…言語聴覚士 事…事務

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて外部有識者との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことを言います。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者への支援等を積極的に行うことが期待されます。

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

また、平成30年度から道が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となったことから、特に標津町国保の保険者機能の強化については、道の関与が更に重要となります。このため、標津町国保は、計画素案について道関係課と意見交換を行い、道との連携に努めます。

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

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。このためには、保険者協議会等を活用することも有用です。

3) 被保険者の役割

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

5. 標準化の推進

データヘルス計画が北海道レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による道内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されています。標津町では、北海道等の方針を踏まえ、第3期データヘルス計画を運用します。（図表8）

図表8 北海道の方針

目 的	
道民が健康で豊かに過ごすことができる	

最上位目標（共通指標）		評価指標	目 標
アウトカム	健康寿命の延伸	平均自立期間	延伸
	医療費の構造変化	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	抑制
中・長期目標（共通指標）		評価指標	目 標
アウトカム	生活習慣病重症化予防	新規脳血管疾患患者数	抑制
		新規虚血性心疾患患者数	抑制
		新規人工透析導入者数	抑制
短期目標（共通指標）		評価指標	目 標
アウトカム	健康づくり	メタボリック症候群該当者の割合	減少
		メタボリック症候群予備群該当者の割合	減少
		喫煙率	減少
		1日飲酒量が多い者の割合	減少
		運動習慣のない者の割合	減少
	特定保健指導	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加
	生活習慣病重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合	減少
		HbA1c7.0%以上の割合	減少
		HbA1c6.5%以上の割合	減少
		Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg・拡張期110mmHg）以上の割合	減少
		Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg・拡張期100mmHg）以上の割合	減少
		Ⅰ度高血圧（収縮期140mmHg・拡張期 90mmHg）以上の割合	減少
		LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	減少
		LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	減少
LDLコレステロール140mg/dl以上の割合		減少	
アウトプット	特定健診	特定健康診査実施率	向上
	特定保健指導	特定保健指導実施率	向上
	生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
		高血圧症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
	脂質異常症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	

健康・医療情報分析からの考察
（死亡・介護） ○平均自立期間が国と比較して男女とも短い。 ○高齢化率が国と比較して高く、高齢化のスピードも速い。 ○死因別死亡数では、悪性新生物や心疾患が国と比較して多く、標準化死亡比（SMR）では、悪性新生物や腎不全が国と比較して高い。 ○死因割合では、悪性新生物、心不全、腎不全等が国と比較して高い。 ○1件当たり介護給付費が、国と比較して高い。 ○1号被保険者に係る認定率が、国と比較して高い。 ○要介護認定者の有病状況では、糖尿病とがんの割合が高い。 ○要介護認定者の半数以上が高血圧症を有している。 （医療） ○1人当たり医療費（実数及び年齢調整後）は、国保・後期ともに国と比較して高い。 ○地域差指数は、国保・後期ともに国と比較して外来が低く、入院が高い。 ○医療機関受診率は、国保・後期ともに国と比較して外来受診率が低く、入院受診率が高い。 ○外来・入院費用の割合は、国保・後期ともに国と比較して外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。 ○入院医療費では、国保・後期ともに生活習慣病重症化疾患である脳梗塞、狭心症に係る医療費の割合が高い。 ○外来医療費では、生活習慣病基礎疾患（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）に係る医療費の割合が国保で高く、後期になると重症化疾患である慢性腎臓病（透析有り）に係る医療費の割合が高い。 ○国保及び後期（65～74歳）の新規人工透析導入者の割合が国と比較して高い。 ○国保・後期ともに新規人工透析導入者のうち、糖尿病患者の割合が国と比較して高い。 （特定健診・特定保健指導） ○特定健診受診率が低く、保健指導が必要な人を十分に把握できていない。 ○特定保健指導実施率が国の目標値に至っておらず、更なる実施率向上が必要。 ○メタボ該当者が多い。 ○有所見者の割合をみると、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く（重度に）なるにしがって国と比較して高くなり、重症化予防対象者が多いことから、更なる生活習慣病未治療者・中断者対策が必要。 ○喫煙率が男女ともに国と比較して高い。 ○飲酒（1日飲酒量3合以上）に該当する者の割合が男女ともに国と比較して高い。 ○運動習慣（1回30分以上）のない者の割合が男女ともに国と比較して高い。

健康課題
（健康寿命・医療費の構造変化） ○平均自立期間が短い。 ○国保・後期ともに1人当たり医療費及び1人当たり年齢調整後医療費が高い。 ○国保・後期ともに外来受診率が低く入院受診率が高い。 ○国保・後期ともに外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。 （重症化予防） ○HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く（重度に）なるにしがって順位が悪化し、重症化予防対象者が多い。 ○糖尿病、高血圧症、脂質異常症が重症化し、腎不全や心不全に繋がっている。 ○糖尿病に起因する新規人工透析導入者数が多い。 （健康づくり） ○メタボ該当者が多い。 ○喫煙率が高い。 ○1日飲酒量が多い者の割合が高い。 ○運動習慣のない者の割合が高い。

6. 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9)

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9 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	
			標準町	配点	標準町	配点	標準町	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			425位		333位		500位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	65	70	45	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	55	40	60	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	40	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	55	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	20	100	35	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	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	85	100	82	100
合計点			642	1,000	660	960	617	940

第2章 第2期計画にかかる評価

第2期データヘルス計画における中長期的、短期目標について、実績値により達成状況を評価と同時に、第2期データヘルス計画に基づき実施してきた保健事業が、課題解決及び目標達成にどう寄与したかを評価します。

評価区分	A:目標達成	B:初期値から改善	C:変化なし	D:悪化
------	--------	-----------	--------	------

1. 中長期的な目標の達成状況

達成すべき 目的	課題を解決するための目標		目標値	実績値			評価 区分
				初期値	中間評価	最終評価	
				H28 年度	R1 年度	R4 年度	
脳血管疾患、虚 血性心疾患の死 亡率の減少、糖 尿病性腎症による 新規透析患者を 減らし、医療費の 伸びを抑制する	脳血管疾患治療者割合 5%減少		3.7%	3.9%	2.7%	2.6%	A
	虚血性心疾患治療者割合 5%減少		5.7%	6.0%	4.2%	4.3%	A
	糖尿病性腎症患者数 6.5 人未満に 減少		6.5 人 未満	6.5 人	8 人	5 人	A
	医療費の伸び率を国並みにす る	町	国並み	—	−13.7%	−18.1%	A
		国	—	—	−6.2%	−3.5%	
	総医療費にしめる目標疾患にかかる 医療費の割合		20%以下	22.5%	21.7%	14.5%	A
総医療費にしめる中長期目標疾患 にかかる医療費の割合		5%以下	9.7%	6.8%	3.8%	A	

2. 短期的な目標の達成状況

達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績値			評価区分
			初期値	中間評価	最終評価	
			H28年度	R1年度	R4年度	
特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、生活習慣病の発症予防対象者を減少させる	特定健診受診率 60%	60%以上	34.8%	39.9%	33.5%	D
	特定保健指導実施率 60%	60%以上	44.1%	49.2%	49.2%	B

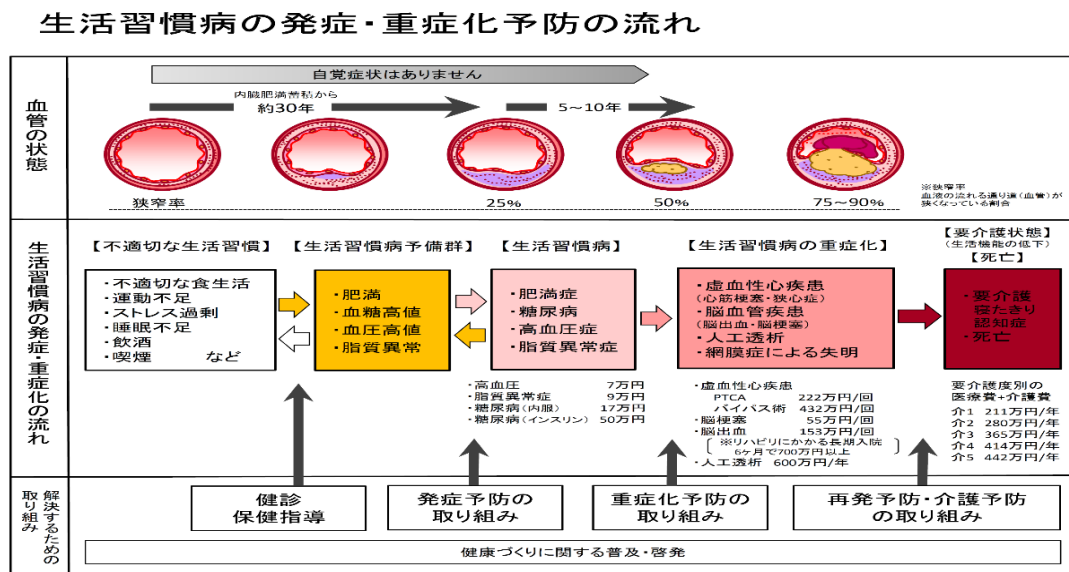
達成すべき 目的	課題を解決するための目標	目標値	実績値			評価 区分
			初期値	中間評価	最終評価	
			H28 年度	R1 年度	R4 年度	
脳血管疾患、虚 血性心疾患、糖 尿病性腎症の発 症予防のために、 メタボリックシンド ーム、高血圧、脂 質異常症、糖尿 病等の重症化予 防対象者を減少 させる	メタボリックシンドローム該当者・予備 群の割合減少 25%	25.2%	32.3%	27.9%	32.9%	C
	健診受診者のⅡ度高血圧 (160/100 以上)者の割合減少 10%	8.7%	9.7%	6.9%	9.3%	C
	健診受診者の脂質異常症 (LDL160 以上)者の割合減少	男 10.3% 女 11.0%	男 12.0% 女 14.3%	男 13.8% 女 13.6%	男 8.6% 女 7.7%	A
	健診受診者の糖尿病 (HbA1c6.5%以上)者の割合減少	7.0% 未満	8.7%	7.7%	7.2%	B
	健診受診者の HbA1c8.0%以上の未 治療者の減少	0 人	0 人	0 人	2 人	D
	糖尿病未治療者を治療に結び付け る割合の増加	50.0%	12.5%	20.0%	66.7%	A
	糖尿病の保健指導を実施した割合 の増加	80%以上	—	47.1%	56.0%	B
がんの早期発見、 早期治療	がん検診受診率増加 胃がん検診	男 6.9% 女 5.6%	男 6.2% 女 6.9%	男 6.9% 女 5.6%	男 5.4% 女 4.8%	D
	肺がん検診	男 12.4% 女 13.8%	男 8.9% 女 10.6%	男 10.2% 女 8.4%	男 7.8% 女 7.7%	D
	大腸がん検診	男 17.8% 女 21.2%	男 8.3% 女 11.2%	男 9.0% 女 9.7%	男 6.8% 女 7.5%	D
	子宮頸がん検診	女 31.0%	女 15.5%	女 5.1%	女 5.4%	D
	乳がん検診	女 44.0%	女 22.1%	女 12.0%	女 8.1%	D
	5 つのがん検診の平均受診率	25.0%	—	8.0%	6.7%	D
歯周病の早期発 見、早期治療	歯周病検診の受診率増加	10.0%	—	7.2%	7.3%	C
自己の健康に関心 を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施 者の割合の増加	7.0% 以上	—	5.5%	3.6%人	D
後発医薬品の使用 医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	80% 以上	50.2%	69.1%	83.8%	A

第3章 標津町の状況と健康課題の明確化

1. 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 10)

図表 10 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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

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

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 11 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。

図表 12 同規模・県・国と比較した標津町の特性

	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
標津町	5,004	31.4	1,681 (33.6)	48.3	6.6	11.0	0.2	33.1	16.2	50.7
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
道	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※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、標津町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 13 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	2,076		1,981		1,915		1,823		1,681	
65～74歳	602	29.0	602	30.4	591	30.9	588	32.3	532	31.6
40～64歳	741	35.7	704	35.5	682	35.6	660	36.2	615	36.6
39歳以下	733	35.3	675	34.1	642	33.5	575	31.5	534	31.8
加入率	39.6		37.8		36.6		34.8		33.6	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

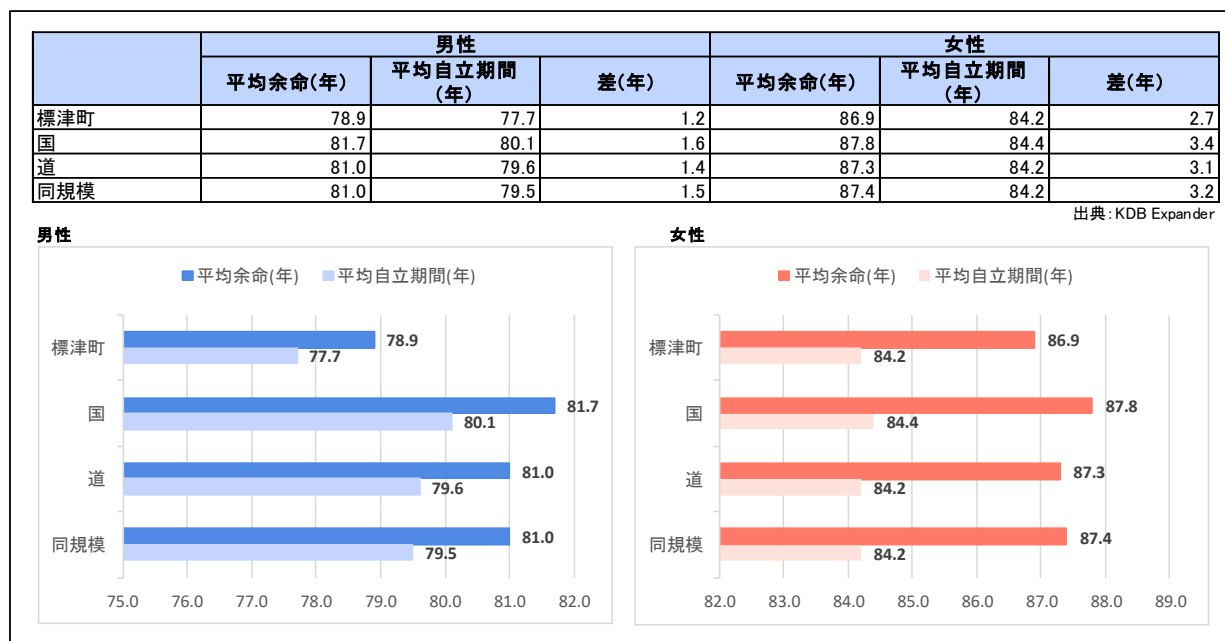
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	道
											割合	割合
病院数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.6	0.4	0.5
診療所数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.6	2.7	3.1
病床数	35	16.9	35	17.7	35	18.3	35	19.2	35	20.8	37.4	85.6
医師数	4	1.9	4	2.0	4	2.1	4	2.2	4	2.4	4.2	12.8
外来患者数	503.2		484.0		435.6		431.6		456.7		692.2	654.8
入院患者数	20.6		19.7		17.4		17.1		19.3		22.7	21.5

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

図表 15 平均余命と平均自立期間の比較



2) 死亡の状況

全国の死亡率を 100 とした場合の標津町の死亡率(標準化死亡比:SMR)をみると、脳血管疾患が男女ともに有意水準1%で全国に比べて高くなっています。(図表 16)

※標準化死亡比(SMR): 国の平均を 100 としており、標準化死亡比 100 以上の場合は国より死亡率が高いと判断される。

図表 16 標準化死亡比(SMR)2013~2022 年

死 因		死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			標津町	道	国
中長期目標疾患	脳血管疾患	84	180.9**	94**	100
	虚血性心疾患	37	121.1	81.4**	
	腎不全	8	72.1	128.2	
がん		189	114.9	110.9**	
5 がん (がん検診)	胃がん	21	107.4	97.8	
	肺がん	38	115.4	121.5**	
	大腸がん	28	126.3	110.2**	
	子宮頸がん	1	34.5	103.9*	
	乳がん	3	47.7	110.3**	
その他のがん	膵臓がん	24	155.1*	123.1**	
	胆嚢がん	8	101.9	113.7**	
	肝臓がん	9	76.0	98.7	
	食道がん	6	118.3	108.4**	
その他	心疾患※	106	122.4*	98.1**	
	肺炎	41	99.1	97.9**	
	不慮の事故 (交通事故を除く)	11	74.0	91.3**	
	自殺	9	103.2**	103.2**	
	交通事故	5	245.3*	95.1**	

* は有意水準5%で、*
* は1%で、SMRが優位に高い、つまり全国に比べ死亡することが優位に多いことを示す。
* - は5%で、* * - は1%で、SMRが優位に低い、つまり全国に比べ死亡することが優位に少ないことを示す。

出典：北海道における主要試験の概要11（2013～2022）市町村別標準化死亡比（SMR） 公益財団法人北海道健康づくり財団

※虚血性心疾患以外の心疾患

3) 介護の状況

本町の R4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 6 人(認定率 0.35%)、1 号(65～74 歳)被保険者で 33 人(認定率 4.2%)と同規模・道・国と比較すると低い傾向にあります。新規認定者は 51 人で H30 年度と同人数となっています。(図表 17)

以上のことから介護給付費も大きな変化は見られず、75 歳以上の認定者数も横ばいとなっています。しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり認定者数の増加が見込まれ、介護給付費も増加することが考えられます。(図表 18)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、若い世代では脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 100%となっています。75 歳以上では虚血性心疾患が上位を占めており、全体を見ても虚血性心疾患の割合が 65%と高くなっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 95%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 19)

図表 17 要介護認定者(率)の状況

	標津町				同規模	道	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,498人	28.6%	1,571人	31.4%	39.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	7人	0.38%	6人	0.35%	0.39%	0.42%	0.38%
新規認定者	2人		2人		--	--	--
1号認定者	261人	17.4%	285人	18.1%	19.4%	20.9%	19.4%
新規認定者	51人		51人		--	--	--
65～74歳	31人	4.0%	33人	4.2%	--	--	--
新規認定者	9人		10人		--	--	--
75歳以上	230人	32.1%	252人	32.2%	--	--	--
新規認定者	42人		41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 18 介護給付費の変化

	標津町		同規模	道	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	3億4911万円	3億5708万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	233,050	227,294	314,188	269,507	290,668
1件あたり給付費(円)全体	76,964	79,087	74,986	60,965	59,662
居宅サービス	41,399	45,797	43,722	42,034	41,272
施設サービス	272,850	281,019	289,312	296,260	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 19 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)			6		33		252		285		291		
再)国保・後期			3		27		237		264		267		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	3 100.0%	脳卒中	12 44.4%	虚血性心疾患	164 69.2%	虚血性心疾患	175 66.3%	虚血性心疾患	175 65.5%	
		2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	11 40.7%	脳卒中	126 53.2%	脳卒中	138 52.3%	脳卒中	141 52.8%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	3 11.1%	腎不全	55 23.2%	腎不全	58 22.0%	腎不全	58 21.7%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	2 7.4%	糖尿病合併症	21 8.9%	糖尿病合併症	23 8.7%	糖尿病合併症	23 8.6%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		3 100.0%	基礎疾患	23 85.2%	基礎疾患	227 95.8%	基礎疾患	250 94.7%	基礎疾患	253 94.8%	
	血管疾患合計		3 100.0%	合計	24 88.9%	合計	231 97.5%	合計	255 96.6%	合計	258 96.6%		
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	7 25.9%	認知症	123 51.9%	認知症	130 49.2%	認知症	130 48.7%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	2 66.7%	筋骨格系	19 70.4%	筋骨格系	227 95.8%	筋骨格系	246 93.2%	筋骨格系	248 92.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

4) 医療の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているため総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は同規模と比較して低いものの、H30 年度と比較しても約 2 万 7 千円伸びています。また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 47%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較して約 9 万円も高くなっています。(図表 20)

後期高齢者になると一人あたり医療費が 70 万円を超え、国保の 2.3 倍も高い状況が見られます。(図表 21)

また、人口の年齢構成の相違分を補正した「地域差指数」を見ると、国保は全国平均である 1 未満が多く、後期では外来が 1 を超え道内 179 市町村中 11 位となっています。ただし、図表 20 の医療の受診率を見ると、本町は同規模、道、国と比較して非常に低く、さらに H30 年度よりも 50 ポイントほど減少しており、必要な医療の受診がされておらず、今後医療費が高くなってくることが考えられるため、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 22)

総医療費に占める中長期・短期目標疾患医療費計の割合をみると、国保では同規模、道、国と比較して 2 ポイント以上低く、後期では 1 ポイント以上高くなりました。注目すべきは、国保の 14.46%から後期では 20.24%へ急増していることです。これは同規模、道、国と比較して差が大きく、本町は若い年代では医療に受診せず、高齢になって重症化してから医療機関を受診していることが要因と考えられます。(図表 23)

図表 20 医療費の推移

		標津町		同規模	道	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		2,076人	1,681人	--	--	--
	前期高齢者割合	602人 (29.0%)	532人 (31.6%)	--	--	--
総医療費		5億7380万円	↓ 5億0960万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		276,398	↑ 303,152 道内156位 同規模229位	376,732	376,962	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	508,220	↑ 596,840	588,690	628,200	617,950
	費用の割合	45.7	47.3	43.7	43.7	39.6
	件数の割合	3.9	4.1	3.2	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	24,720	28,130	24,870	26,530	24,220
	費用の割合	54.3	52.7	56.3	56.3	60.4
	件数の割合	96.1	95.9	96.8	96.8	97.5
受診率		523.84	475.983	714.851	676.241	705.439

※同規模順位は標津町と同規模の保険者448市町村

図表 21 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		2,076人	1,981人	1,915人	1,823人	1,681人	836人
総件数及び 総費用額	件数	13,118件	11,994件	10,396件	9,921件	9,949件	9,140件
	費用額	5億7380万円	5億3532万円	4億4514万円	4億5159万円	5億0960万円	6億0062万円
一人あたり医療費		27.6万円	27.0万円	23.2万円	24.8万円	↑ 30.3万円	71.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 22 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		
		標津町(道内市町村中)		県(47県中)	標津町(道内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差 指数・ 順位	全体	0.970	0.834	1.064	1.020	0.976	1.118
		(137位)	(169位)	(16位)	(90位)	(105位)	(9位)
	入院	1.079	0.844	1.162	0.929	0.936	1.252
		(111位)	(167位)	(17位)	(141位)	(132位)	(8位)
	外来	0.897	0.811	0.997	1.152	1.054	0.985
		(145位)	(157位)	(26位)	(4位)	(11位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

図表 23 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	標津町	5億0960万円	24,380	0.67%	0.15%	1.20%	1.77%	↑ 6.85%	2.26%	1.56%	7367万円	↓ 14.46%	18.33%	6.18%	10.72%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	道	--	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	標津町	6億0062万円	61,138	3.35%	1.51%	3.97%	1.51%	↑ 5.23%	3.11%	1.56%	1億2158万円	↑ 20.24%	9.82%	1.26%	7.60%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	道	--	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

(1) 高額な医療費

80万円以上の高額レセプトについては、国保においては毎年約100件のレセプトが発生しており、レセプト件数の約1%で総医療費の約30%を占めていることが分かります。(図表24)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保でR元年度が一番多く8件で964万円の費用がかかっています。特徴的なのは、後期高齢者では脳血管疾患で高額医療となる方が増えることです。虚血性心疾患では平均的な件数、費用額は脳血管疾患より少ないものの、40歳未満、40代、50代と若い年代から高額医療を必要としています。脳血管疾患、虚血性心疾患は、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、リスクとなる生活習慣病の重症化予防については力を入れる必要があります。(図表25、26)

図表 24 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
被保険者数		2,076人	1,981人	1,915人	1,823人	1,681人	836人
総件数及び 総費用額	件数	13,118件	11,994件	10,396件	9,921件	9,949件	9,140件
	費用額	5億7380万円	5億3532万円	4億4514万円	4億5159万円	5億0960万円	6億0062万円
一人あたり医療費		27.6万円	27.0万円	23.2万円	24.8万円	30.3万円	71.8万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 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		4人		3人		1人		2人		8人		
			D/A	1.6%		6.9%		6.1%		2.2%		3.1%		14.3%		
	件数		E	1件		8件		3件		1件		3件		12件		
			E/B	1.0%		8.1%		4.3%		1.5%		2.8%		15.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	2	25.0%	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	0.0%	0	0.0%	75-80歳	5	41.7%	
		60代	1	100.0%	3	37.5%	1	33.3%	1	100.0%	0	0.0%	80代	7	58.3%	
		70-74歳	0	0.0%	3	37.5%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%	90歳以上	0	0.0%	
	費用額		F	93万円		964万円		280万円		90万円		346万円		1222万円		
F/C			0.6%		7.2%		3.5%		1.0%		2.2%		9.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 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	1人		4人		2人		1人		3人		3人		
			G/A	1.6%		6.9%		4.1%		2.2%		4.7%		5.4%		
	件数		H	1件		4件		2件		2件		3件		3件		
			H/B	1.0%		4.0%		2.9%		3.0%		2.8%		3.8%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	①	33.3%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	②	100.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	①	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	66.7%	
		60代	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	80代	1	33.3%	
		70-74歳	1	100.0%	1	25.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%	
費用額		I	143万円		457万円		191万円		184万円		412万円		574万円			
		I/C	1.0%		3.4%		2.4%		2.0%		2.7%		4.7%			

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の医療

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、狭心症・心筋梗塞については、H30 年度より伸びており、同規模、国よりも高くなっています。脳梗塞・脳出血については、H30 年度より減少しており、同規模、道、国よりも低くなっています。(図表 27)

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虚血性心疾患・腎不全の割合は増加しており、脳血管疾患については、減少していました。(図表 28)

虚血性心疾患は発症時の急性期医療費がかかり、再発防止には生涯にわたり生活習慣をコントロールすることが必要です。また、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、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 27 中長期目標疾患の医療費の推移

			標津町		同規模	道	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			5億7380万円	5億0960万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2128万円	1933万円	--	--	--
			3.7%	3.79%	7.67%	6.48%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.96%	↓ 1.20%	2.06%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.35%	↑ 1.77%	1.47%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.00%	0.67%	3.83%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.40%	0.15%	0.32%	0.28%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		15.59%	18.33%	16.76%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		9.48%	10.72%	9.27%	9.41%	8.68%
	精神疾患		4.17%	6.18%	7.98%	7.60%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 28 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	2,076	1,681	a	177	124	171	148	1	3	
				a/A	8.5%	↓ 7.4%	8.2%	↑ 8.8%	0.0%	↑ 0.2%	
40歳以上		B	1,343	1,147	b	173	124	171	147	1	3
		B/A	64.7%	68.2%	b/B	12.9%	10.8%	12.7%	12.8%	0.1%	0.3%
再掲	40～64歳	D	741	615	d	54	34	33	35	0	2
		D/A	35.7%	36.6%	d/D	7.3%	5.5%	4.5%	5.7%	0.0%	0.3%
	65～74歳	C	602	532	c	119	90	138	112	1	1
		C/A	29.0%	31.6%	c/C	19.8%	16.9%	22.9%	21.1%	0.2%	0.2%

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

(3) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の医療

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、高血圧と脂質異常症は治療者の割合が横ばいであり合併症(重症化)は減少傾向です。しかし、糖尿病は治療者の割合が減少しており、糖尿病合併症の割合に増加傾向が見られます。特に人工透析患者においては、H30年度と比較し人数も割合も増加しており、内訳を見ると、40代から透析導入に至っている方がいます。以上のことから、糖尿病においては治療が必要な方が受診しておらず、重症化しているものと考えられます。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、保健指導実施率が低いこと、効果的な保健指導が行えていないことから、重症化に至っている可能性があります。(図表 29、30、31)

図表 29 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	540	466	169	154	371	312
		A/被保数	40.2%	➡ 40.6%	22.8%	25.0%	61.6%	58.6%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	77	54	16	12	61	42
		B/A	14.3%	↓ 11.6%	9.5%	7.8%	16.4%	13.5%
	虚血性心疾患	C	150	124	27	24	123	100
		C/A	27.8%	↓ 26.6%	16.0%	15.6%	33.2%	32.1%
	人工透析	D	1	3	0	2	1	1
		D/A	0.2%	0.6%	0.0%	1.3%	0.3%	0.3%

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

図表 30 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	378	286	127	101	251	185
		A/被保数	28.1%	↓ 24.9%	17.1%	16.4%	41.7%	34.8%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	53	35	10	6	43	29
		B/A	14.0%	12.2%	7.9%	5.9%	17.1%	15.7%
	虚血性心疾患	C	100	75	16	17	84	58
		C/A	26.5%	26.2%	12.6%	16.8%	33.5%	31.4%
	人工透析	D	1	↑ 3	0	2	1	1
		D/A	0.3%	↑ 1.0%	0.0%	2.0%	0.4%	0.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	7	5	2	4	5	1
		E/A	1.9%	1.7%	1.6%	4.0%	2.0%	0.5%
	糖尿病性網膜症	F	20	23	9	9	11	14
		F/A	5.3%	↑ 8.0%	7.1%	8.9%	4.4%	7.6%
	糖尿病性神経障害	G	8	9	3	5	5	4
		G/A	2.1%	↑ 3.1%	2.4%	↑ 5.0%	2.0%	2.2%

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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 31 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	448	393	161	131	287	262
		A/被保数	33.4%	→ 34.3%	21.7%	21.3%	47.7%	49.2%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	53	39	15	7	38	32
		B/A	11.8%	↓ 9.9%	9.3%	5.3%	13.2%	12.2%
	虚血性心疾患	C	116	93	22	17	94	76
		C/A	25.9%	↓ 23.7%	13.7%	13.0%	32.8%	29.0%
	人工透析	D	0	2	0	1	0	1
		D/A	0.0%	0.5%	0.0%	0.8%	0.0%	0.4%

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

5) 特定健診の状況

(1) 有所見状況

健診結果の有所見状況では、国や道と比べて BMI と肥満の割合が非常に高くなっていました。また、肥満に伴う ALT(肝機能)も割合が高くなっています。その他は拡張期血圧と LDL コレステロールの割合が高いことが分かりました。(図表 32)

図表 32 特定健診受診者における有所見者の割合

	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
標津町	39.2%	39.5%	17.0%	43.2%	50.3%	22.2%	15.3%	3.1%	52.8%	18.8%	6.8%	0.9%	11.6%
国	26.8%	34.9%	24.7%	58.3%	48.2%	20.7%	21.2%	3.9%	50.0%	14.0%	6.7%	1.3%	21.9%
道	30.5%	34.4%	23.2%	52.5%	50.0%	21.4%	20.9%	3.6%	50.4%	15.8%	6.6%	1.1%	21.0%

【出典】KDB帳票S21_024－厚生労働省様式（様式5-2）令和04年度

(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伸びてきています。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方が高血圧で 42.9%、糖尿病で 15.8%おり、その割合は同規模と比較して高血圧が 1.2 倍、糖尿病は 2.4 倍と糖尿病が非常に高くなっています。(図表 33)

前述した通り、高血圧・脂質異常症の合併症の割合は減ってきていますが、糖尿病の合併症割合は増加傾向にあり、その背景に医療機関受診に繋がっていない状況があります。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、今後也要医療域の方には医療機関受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 33 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 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
	標津町	504	43.9	389	33.9	45	8.9	24	53.3	42	10.8↑	24	57.1	18	42.9	1
同規模合計	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 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
	標津町	480	95.2	385	99.0	24	5.0	2	8.3	19	4.9	4	21.1	3	15.8	0
同規模合計	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

※同規模448市町村

(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等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メタボリックシンドローム該当者は女性で多く、予備群は男女とも多いことが分かりました。(図表 34) 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 以上の経年変化を見ると、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合は増加しており、翌年度の結果を見ると、改善率が低下しています。さらに、翌年度健診を受診していない方が HbA1c6.5 以上で約 5 割、Ⅱ度高血圧以上で約 6 割存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる継続的な保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 35、36、37)

図表 34 メタボ該当者・メタボ予備群の状況(R4 年度)

	標津町		国	道	同規模
	対象者数(人)	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者数	70	19.9%	20.6%	20.2%	21.6%
男性	44	27.7%	32.9%	32.9%	32.1%
女性	26	13.5%	11.3%	11.0%	12.1%
メタボ予備群該当者数	47	13.4%	11.1%	11.0%	11.6%
男性	33	20.8%	17.8%	18.0%	17.3%
女性	14	7.3%	6.0%	5.9%	6.5%

出典：KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度（累計）

図表 35 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	49 (10.2%)	14 (28.6%)	15 (30.6%)	3 (6.1%)	17 (34.7%)
R03→R04	43 (11.2%) ↑	8 (18.6%) ↓	10 (23.3%)	2 (4.7%)	23 (53.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	45 (8.9%)	25 (55.6%)	5 (11.1%)	2 (4.4%)	13 (28.9%)
R03→R04	42 (10.8%) ↑	9 (21.4%) ↓	6 (14.3%)	3 (7.1%)	24 (57.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

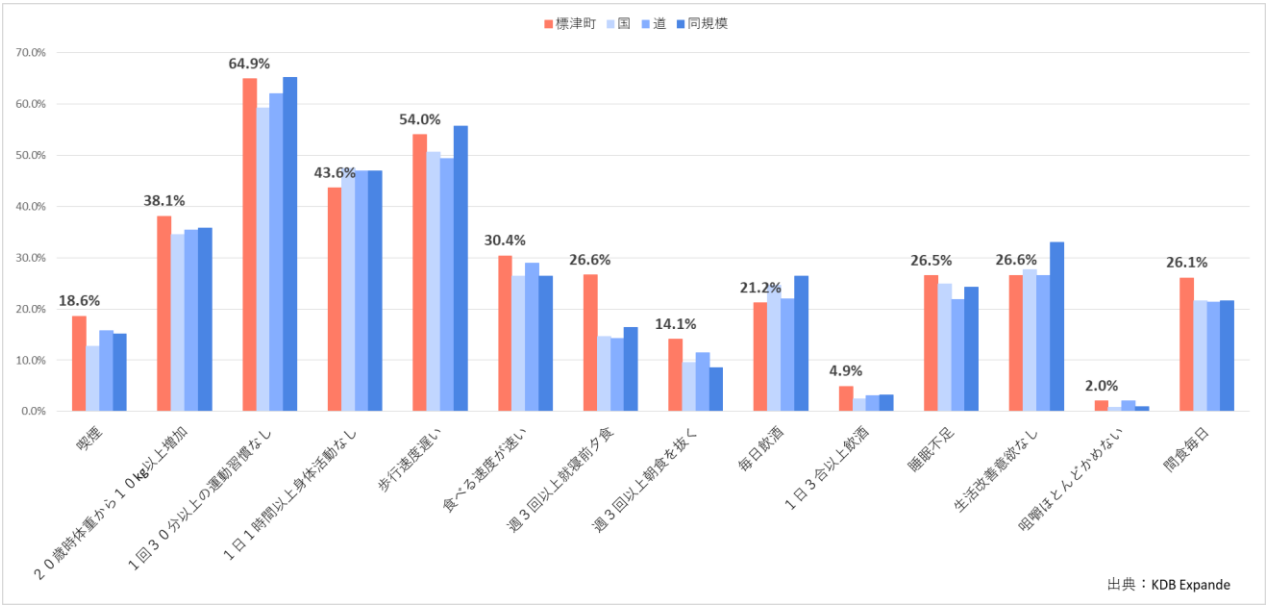
年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	59 (11.7%)	20 (33.9%)	20 (33.9%)	3 (5.1%)	16 (27.1%)
R03→R04	39 (10.0%)	18 (46.2%)	5 (12.8%)	5 (12.8%)	11 (28.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

(4)質問票の回答結果

特定健診で記載する質問票から、R4 年度の項目別回答者の割合をみると、各項目のうち「喫煙」、「20 歳時体重が 10Kg 以上増加」、「食べる速度が速い」、「週 3 回以上就寝前夕食」、「週 3 回以上朝食を抜く」、「1 日 3 合以上飲酒」、「睡眠不足」、「間食毎日」の項目において、同規模、道、国より高い状況となっています。(図表 38)

図表 38 特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合(R4 年度)



(5) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

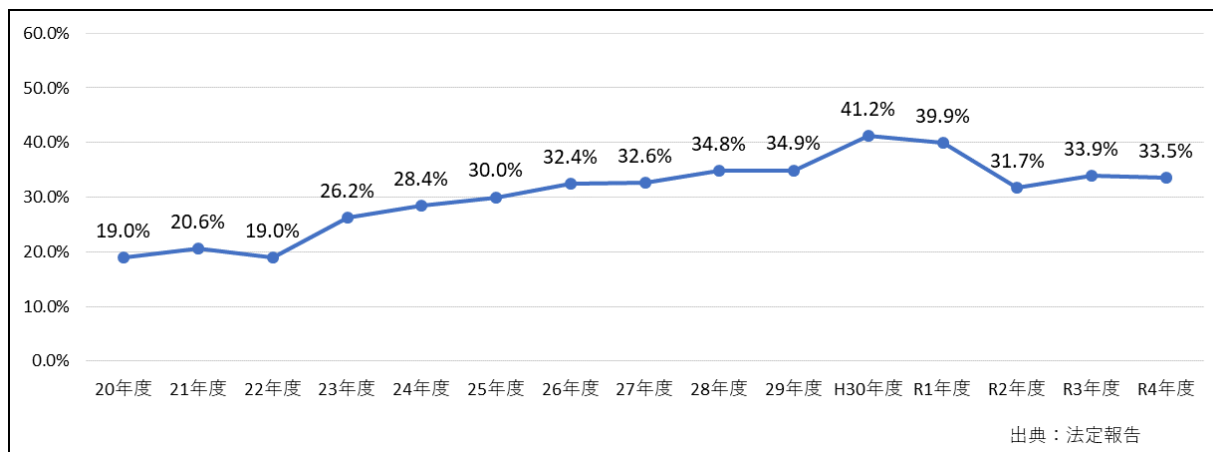
本町の特定健診受診率は、H30年度には41.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代、性別の受診率では、45～65歳の特に男性で低い状況が続いています。

特定保健指導については40～50%の間で推移していますが、どの年度も目標値には達していません。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39、40)

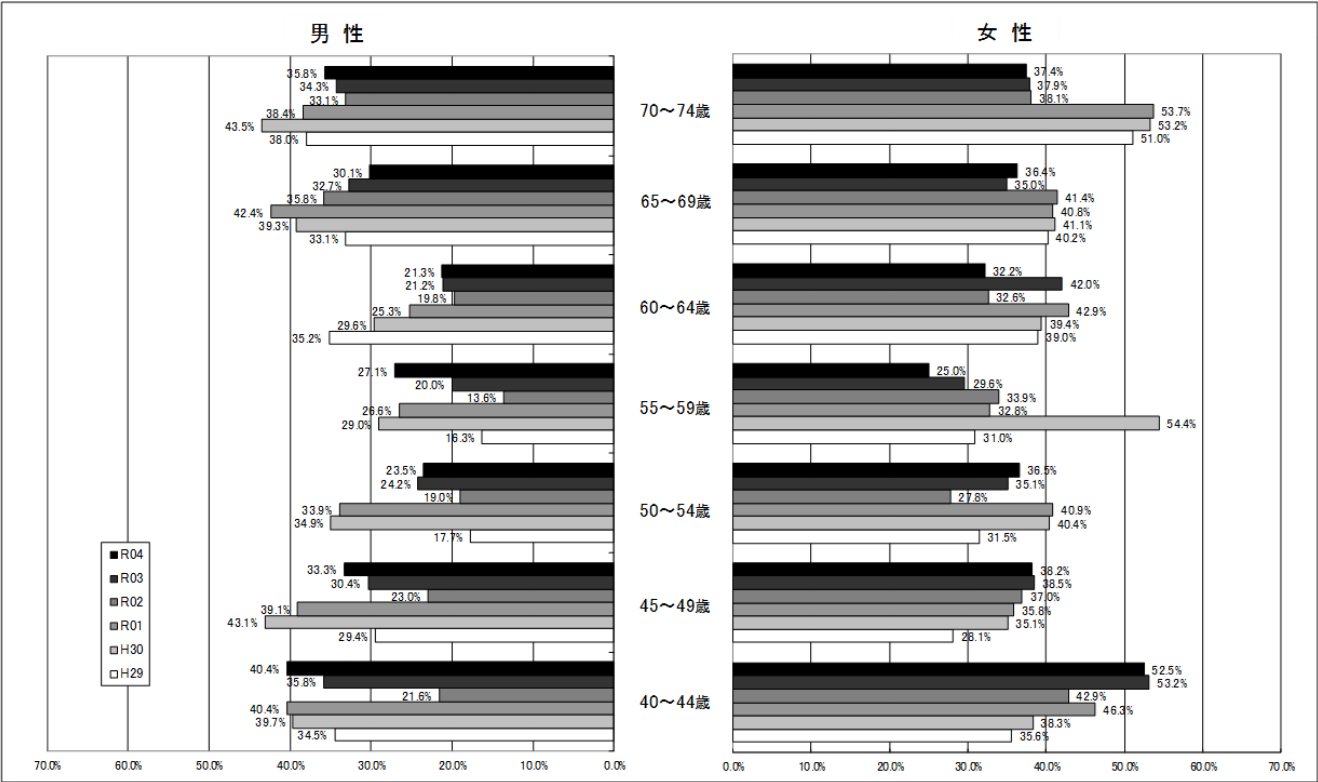
図表39 特定健診・特定保健指導の推移

		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	505	481	368	389	356	健診受診率 60%
	受診率	41.3%	39.9%	31.7%	33.9%	33.5%	
特定保健指導	該当者数	63	59	45	58	59	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.5%	12.3%	12.2%	14.9%	16.6%	
	実施者数	27	29	18	29	29	
	実施率	42.9%	49.2%	40.0%	50.0%	49.2%	

出典：特定健診法定報告データ



図表 40 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

6) 健診・医療・介護の一体的分析

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 41 の①被保険者数は、40～64 歳は減少、65 歳～74 歳は微増、75 歳以上では 50 名程増え、本町でも後期高齢者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、全年齢層で BMI25 以上の率が 2 ポイント以上高くなっていました。また、75 歳以上の BMI18.5 未満の率も増加しており、普通体格の方が少なくなってきました。

健診有所見の状況では大きな変化は見られませんでした。(図表 42)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、糖尿病の治療者の割合が全年齢層で減少しており、糖尿病の合併症は特に 40～64 歳で増加しています。(図表 43) 図表 23 でも見たとおり、本町は総医療費に占める糖尿病の割合が高いにもかかわらず糖尿病の治療者が少ないことから、一人当たりの医療費が高く、重症化していることが考えられます。

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)においては、若い世代で虚血性心疾患と心不全の割合が増えており、介護認定者をみると若い世代で脳血管疾患罹患率が増加しています。(図表 44)

骨折・認知症の状況では、全国と比較して本町は生活習慣病(高血圧・糖尿病)と重なる骨折及び認知症が多くなっています。(図表 45)

図表 41 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護 認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定 健診		後期 高齢	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	75-
H30	27.0	658	531	797	35.7	42.9	14.2	5.1	4.8	4.4	37.4	37.7	29.2
R04	28.1	↓ 618	554	↑ 846	29.0	32.7	13.8	6.7	3.9	6.8↑	40.2↑	39.8↑	32.5↑

図表 42 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人
H30	14	6.0	(4)	28	12.3	(12)	27	23.9	(4)	10	4.3	(1)	13	5.7	(0)	0	—	(0)	1	0.4	1	0.4	2	1.8	2	0.9	5	2.2	4	3.5
R04	8	4.5	(5)	25	13.8	(9)	26	22.2	(6)	6	3.4	(2)	8	4.4	(0)	3	2.6	(0)	1	0.6	1	0.6	0	—	0	—	5	2.8	2	1.7

図表 43 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥									⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症									
							高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症						
	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	83.4	91.3	95.7	31.8	71.4	87.8	67.5	80.7	88.9	51.7	55.1	57.7	32.1	42.7	51.4	40.4	55.2	79.1	31.5	56.0	80.7				
R04	79.0	89.7	94.6	32.5	64.6	86.6	73.6	83.5	89.5	46.8↓	50.0↓	51.7↓	29.9	40.5	47.5	39.2	57.5	77.1	36.2	53.1↑	76.8				

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

図表 44 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											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	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	7.0	16.2	35.5	3.8	18.8	45.8	3.6	14.7	28.5	3.2	10.4	18.8	8.7	16.3	36.4	4.0	7.0	34.2	0.0	14.1	39.6	0.0	12.7	54.0
R04	4.9	14.4	32.9	5.2↑	18.6	42.1	5.7↑	14.6	31.1	3.1	8.7	17.0	13.3↑	15.0	38.8	3.1	6.8	39.6	2.9	7.4	38.0	0.0	12.5	41.7

図表 45 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合) ← →				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	78.3	85.0	83.3	89.7	4.3	10.0	2.3	17.1	21.7	53.8	66.7	75.0
R04	56.0	87.4	77.8	89.4	4.5	10.3	1.6	16.7	8.0	48.3	66.7	81.6
R3全国 (482市町村)	62.3	82.6	71.1	81.5	4.2	14.7	1.4	14.8	12.2	57.3	56.1	82.4

3. 主な個別事業の状況と課題

1) 重症化予防の取組み

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防プログラム受診勧奨対象者への訪問等面接による保健指導実施の割合は、3～4割と非常に低くなりました。どの年度も電話のみの保健指導で終了している方が多いことが分かりました。また、ハイリスク対象者への訪問等面接による保健指導実施の割合は、6割前後となりました。いずれも目標の8割には届かず、重症化予防を徹底するためには面接による継続的な受診勧奨、保健指導が必須であるため、今後保健指導体制を整えていく必要があります。(図表46)

血糖値有所見者の未治療・中断の割合はその年度によりばらつきがあるものの、平均して25%程となりました。その後医療機関に受診した割合は少ない年では33%となり、100%に近づけることが必要です。(図表47)

R2年度からは保健指導実施者のマンパワー不足が深刻化し、より高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。HbA1c8.0%以上の方への保健指導実施率は向上しており、未治療者についてはR3年度、R4年度と合計4人で、そのうち3人が内服治療開始となっています。今後も未治療者へは継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(図表48)

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、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を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 46 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)	504	481	368	389	356
糖尿病性腎症重症化予防プログラム受診勧奨対象者 *1	人(b)	16	14	13	21	9
	(b/a)	3.2%	2.9%	3.5%	5.4%	2.5%
	人(c)	6	6	6	10	3
	(c/b)	37.5%	42.9%	46.2%	47.6%	33.3%
糖尿病性腎症重症化予防プログラムハイリスク対象者 *3	人(b)	24	17	11	18	16
	(b/a)	4.8%	3.5%	3.0%	4.6%	4.5%
	人(c)	15	8	8	12	11
	(c/b)	62.5%	47.1%	72.7%	66.7%	68.8%

*1 HbA1c6.5%以上または、空腹時血糖126mg/dℓ(随時血糖200mg/dℓ)以上で糖尿病未治療の者

*2 保健指導は訪問・来所等による面接実施者を計上

*3 糖尿病治療中であり、糖尿病性腎症の病期が第2～4期と思われる者、またはBMI25以上、Ⅱ度高血圧のいずれかが該当する70歳未満の者

図表 47 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	人(a)	49	36	32	43	24
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者*4	人(b)	10	6	9	16	6
	(b/a)	20.4%	16.7%	28.1%	37.2%	25.0%
	受診した者	人(c)	4	5	3	7
		(c/b)	40.0%	83.3%	33.3%	43.8%
	治療開始した者	人(d)	1	3	1	2
		(d/b)	10.0%	50.0%	11.1%	33.3%

*4 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 48 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)	486	465	352	385	349
HbA1c8.0%以上	人(b)	6	5	4	6	6
	(b/a)	1.2%	1.1%	1.1%	1.6%	1.7%
	保健指導実施	人(c)	5	2	5	6
		(c/b)	83.3%	40.0%	83.3%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	0	0	2	2
	(b/a)	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%

内服治療開始	0人	0人	2人	1人
元々治療中	0人	0人	0人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人

(2)心原性脳塞栓症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、個別健診・集団健診(健診結果の提供以外)では心電図検査は100%実施できており、全体では約8割実施できています。(図表49)

有所見者のうちST所見をみると、要精査と判定を受けた方のうち、ほぼ全員が医療機関を受診しています。(図表50)心房細動未治療者については、全員が治療や精密検査につながっています。しかし、心房細動の有所見率は、日循環学調査と比較して男性の60代以上が非常に高くなっており、心房細動の発症予防として40代50代の生活習慣の改善が重要と言えます。(図表52)

また、ST所見で要精査以外の判定の方や、心房細動治療中の方に対しては、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50、51)

図表 49 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	504	225	279	481	210	271	368	144	224	389	162	227	356	159	197
心電図受診者(人)	b	356	169	187	361	168	193	283	116	167	351	147	204	320	146	174
心電図実施率	b/a	70.6%	75.1%	67.0%	75.1%	80.0%	71.2%	76.9%	80.6%	74.6%	90.2%	90.7%	89.9%	89.9%	91.8%	88.3%
要精査者(人)	d	7	6	1	8	8	0	11	6	5	8	8	0	6	5	1
有所見率	(c+d)/b	2.0%	3.6%	0.5%	2.2%	4.8%	0.0%	3.9%	5.2%	3.0%	2.3%	5.4%	0.0%	1.9%	3.4%	0.6%
心房細動(人)	e	13	12	1	12	12	0	9	8	1	9	9	0	5	5	0
心房細動有所見率	e/b	3.7%	7.1%	0.5%	3.3%	7.1%	0.0%	3.2%	6.9%	0.6%	2.6%	6.1%	0.0%	1.6%	3.4%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0

図表 50 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		356		361		283		351		320	
ST異常所見		14	3.9%	13	3.6%	14	4.9%	12	3.4%	9	2.8%
	要精査	1	7.1%	0	0.0%	1	7.1%	2	16.7%	2	22.2%
	医療機関受診あり	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	2	100.0%	1	50.0%
	医療機関受診なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%
	それ以外の判定	13	92.9%	13	100.0%	13	92.9%	10	83.3%	7	77.8%

図表 51 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		13		12		9		9		5	
心房細動未治療者		4	30.8%	1	8.3%	1	11.1%	3	33.3%	1	20.0%
	検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	2	50.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	33.3%	1	100.0%
	治療開始	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%

図表 52 特定健診における心房細動有所見状況(R3 年度)

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	147	204	9	6.1	0	0	—	—
40歳代	36	40	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	23	33	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	50	72	4	8	0	0	1.9	0.4
70～74歳	38	59	5	13.1	0	0	3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

*日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳の値

(3)脳血管疾患重症化予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、6.9～10.8%で、未治療者は平均して約 5 割です。R3 年度から保健指導実施者のマンパワー不足により、Ⅱ度高血圧以上には資料の送付を、Ⅲ度高血圧者については面接による保健指導をすることとしました。その結果、治療開始となった方は R3 年度 2 人、R4 年度 1 人と非常に少なく、このままでは脳血管疾患重症化予防につながりません。（図表 53）

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患等、臓器障害の程度と深く関与しています。図表 54 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援に取り組んでいきます。また、保健指導の進捗管理や結果のとりまとめなど、保健指導遂行性も向上させていきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の方が R4 年度で 50%いました。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 53 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)	504	481	368	389	356
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	45	33	32	42	32
	(b/a)	8.9%	6.9%	8.7%	10.8%	9.0%
	治療あり	人(c)	21	18	12	18
		(c/b)	46.7%	54.5%	37.5%	42.9%
	治療なし	人(d)	24	15	20	24
		(d/b)	53.3%	45.5%	62.5%	57.1%
	治療開始	人(f)	6	1	4	2
		(f/d)	25.0%	6.7%	20.0%	8.3%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(g)	6	4	3	6
		(g/a)	1.2%	0.8%	0.8%	1.5%
	治療あり	人	4	2	0	2
	治療なし	人	2	2	3	4

図表 54 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 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	110	47 42.7%	47 42.7%	12 10.9%	4 3.6%
	3	C 1 2.1%	B 2 4.3%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	70	C 31 66.0%	B 30 63.8%	A 6 50.0%	A 3 75.0%
	37	B 15 31.9%	A 15 31.9%	A 6 50.0%	A 1 25.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	31 28.2%
B	概ね1ヵ月後に再評価	47 42.7%
C	概ね3ヵ月後に再評価	32 29.1%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150（随時の場合は≥175）、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中（脳出血、脳梗塞等）または心臓病（狭心症、心筋梗塞等）の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
※5 尿蛋白については、健診結果より（±）以上で判断。

2)ポピュレーションアプローチ

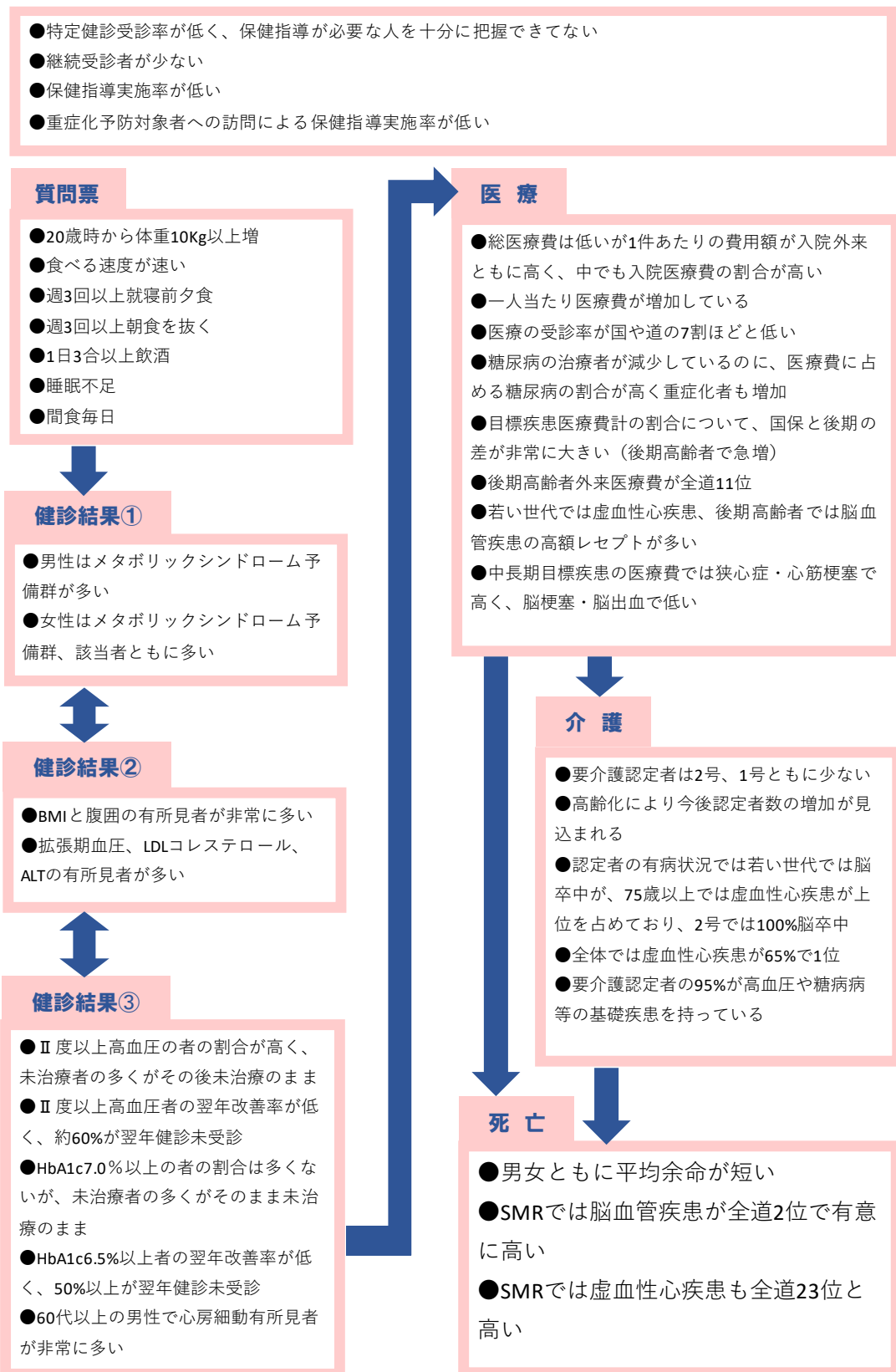
標準的な健診・保健指導プログラム(R6 年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票等に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。

本町の取組としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている町の実態等について、広報紙にて毎年周知を行ってきました。また、新型コロナウイルス感染症がまん延する前の R 元年度まで、健診結果説明会を実施し、生活習慣病は食生活と強く関連することから、集団健診会場で野菜や食品に含まれる糖、脂等の食品展示を実施してきました。

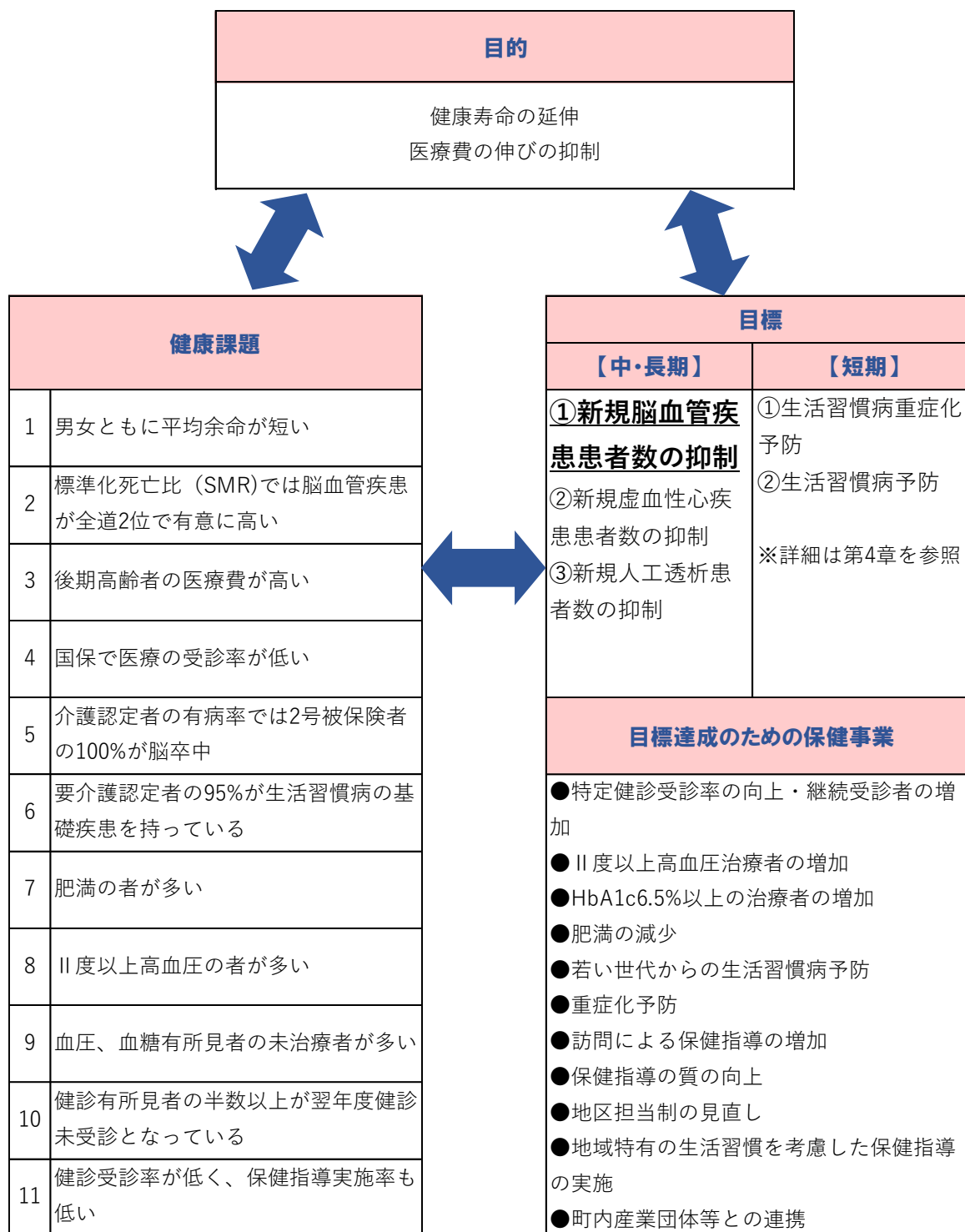
今後も生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、生活習慣病の予防が必要であることを理解した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

4. 標津町の健康課題の整理と明確化

1) 健康課題の分析



2)健康課題から見た目的と目標の整理



第4章 第3期データヘルス計画の目的と目標

1. 目的

本計画は、標津町国民健康保険の被保険者の健康の保持増進、健康寿命の延伸を図り、将来的な医療費の伸びを抑制していくことを目的とします。

2. 目標と目標指標

長期目標		計画策定時 (4年度)	目標値		北海道 (4年度)	健康 増進 計画
			中間 評価 (7年度)	最終 評価 (10年度)		
健康寿命 の延伸	平均自立期間 (要介護2以上)	男 78.1年	増加	増加	79.6年	●
		女 82.9年	増加	増加	84.2年	
医療費 適正化	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	6.6%	6.6%	6.6%	7.4%	
	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%	
	総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の入院医療費の割合	3.1%	3.1%	3.1%	3.5%	

中長期目標		計画策定時 (4年度)	目標値		北海道 (4年度)	健康 増進 計画
			中間 評価 (7年度)	最終 評価 (10年度)		
生活習慣 病重症化 予防	新規脳血管疾患患者数	14人	13人	11人	8,638人	●
	新規虚血性心疾患患者数	20人	19人	18人	9,215人	●
	新規人工透析導入者数	2人	1人	0人	365人	●

短期目標		計画策定 時 (4年度)	目標値		北海道 (4年度)	健康 増進 計画
			中間 評価 (7年度)	最終 評価 (10年度)		
生活習慣 病重症化 予防	HbA1c8.0%以上の割合	1.7%	1.6%	1.5%	1.3%	●
	HbA1c7.0%以上の割合	4.0%	4.0%	4.0%	4.7%	●
	HbA1c6.5%以上の割合	7.2%	7.2%	7.2%	9.4%	●
	Ⅲ度高血圧以上の割合	1.7%	1.5%	1.2%	1.2%	●
	Ⅱ度高血圧以上の割合	9.3%	8.2%	7.0%	7.0%	●
	Ⅰ度高血圧以上の割合	35.1%	32.3%	29.4%	29.4%	●
	LDL-C180 mg/dl 以上の割合	2.8%	2.8%	2.8%	3.7%	●
	LDL-C160 mg/dl 以上の割合	8.7%	8.7%	8.7%	10.8%	●
	LDL-C140 mg/dl 以上の割合	25.0%	25.0%	25.0%	26.3%	●
	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	14.3%	20.0%	25.0%	38.5%	●
	高血圧症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	18.2%	17.5%	16.7%	16.7%	●
	脂質異常症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	20.0%	28.6%	37.1%	15.2%	●
生活習慣 病予防	特定保健指導実施率	49.2%	52.0%	58.0%	—	●
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.7%	25.7%	25.7%	—	●
	メタボリックシンドローム該当者割合	19.7%	17.3%	15.0%	20.3%	●
	メタボリックシンドローム予備群割合	13.2%	11.6%	10.0%	11.0%	●
	喫煙率	男 27.0%	男 24.7%	男 22.2%	男 24.6%	●
		女 11.7%	女 9.0%	女 6.5%	女 9.6%	
	1日飲酒量が多い者の割合	4.9%	4.7%	4.5%	3.2%	●
	運動習慣のない者の割合	64.9%	62.6%	61.4%	—	●

第5章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、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8章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

本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、111人(31.2%)です。そのうち治療なしが44人(20.1%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が10人です。

また、本町においては、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、44人中30人と高いため、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 55)

図表 55 脳・心・腎を守るために

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

令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)						
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			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)		356人	33.5%				
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データリンク 2015より 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							■各疾患の治療状況					
											治療中	治療なし				
											高血圧	104	252			
											脂質異常 症	69	287			
											糖尿病	33	316			
											3疾患 いずれか	137	219			
											※問診結果による					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)							
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)							
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者								
該当者数	32	9.0%	5	1.4%	10	2.8%	9	2.5%	67	18.8%	16	4.5%	12	3.4%	111	31.2%
治療なし	16	6.3%	1	0.5%	10	3.5%	7	2.4%	22	10.0%	6	1.9%	1	0.5%	44	20.1%
(再掲) 特定保健指導	10	31.3%	0	0.0%	3	30.0%	2	22.2%	22	32.8%	3	18.8%	1	8.3%	30	27.0%
治療中	16	15.4%	4	2.9%	0	0.0%	2	2.9%	45	32.8%	10	30.3%	11	8.0%	67	48.9%
臓器障害 あり	3	18.8%	1	100.0%	2	20.0%	2	28.6%	4	18.2%	2	33.3%	1	100.0%	10	22.7%
CKD(専門医対象者)	1		0		0		1		0		0		1		1	
心電図所見あり	3		1		2		2		4		2		0		9	
臓器障害 なし	13	81.3%	--		8	80.0%	5	71.4%	18	81.8%	4	66.7%	--		--	

出典:ヘルサポートラボツール

I. 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」に基づき作成した「標津町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に則り以下の視点で、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 56 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 56 糖尿病性腎症重症化予防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、標津町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

(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 57 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類（2023年改訂）		
病期	尿中アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/fCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m ² ）
正常アルブミン尿期（第1期）	尿中アルブミン30未満	30以上
微量アルブミン尿期（第2期）	尿中アルブミン30～299	30以上
顕性アルブミン尿期（第3期）	尿中アルブミン300以上 あるいは 尿中蛋白0.5以上	30以上
GFR高度低下、末期腎不全期（第4期）	問わない	30未満
腎代替療法期（第5期）	透析療法中あるいは腎移植後	

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。（図表 57）本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能ですが尿アルブミン検査は健診では実施していません。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。（図表 58）

本町において特定健診受診者のうち糖尿病型（E）で糖尿病未治療者は、9 人（21.4%・F）でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 322 人のうち、特定健診受診者が 33 人（78.6%・G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 278 人（89.4%・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介入対象者と優先順位

図表 56 より本町においての介入対象者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）

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）のうち、血圧 130/80mmHg 以上

であり、糖尿病性腎症病期分類において第2～4期の者

優先順位3

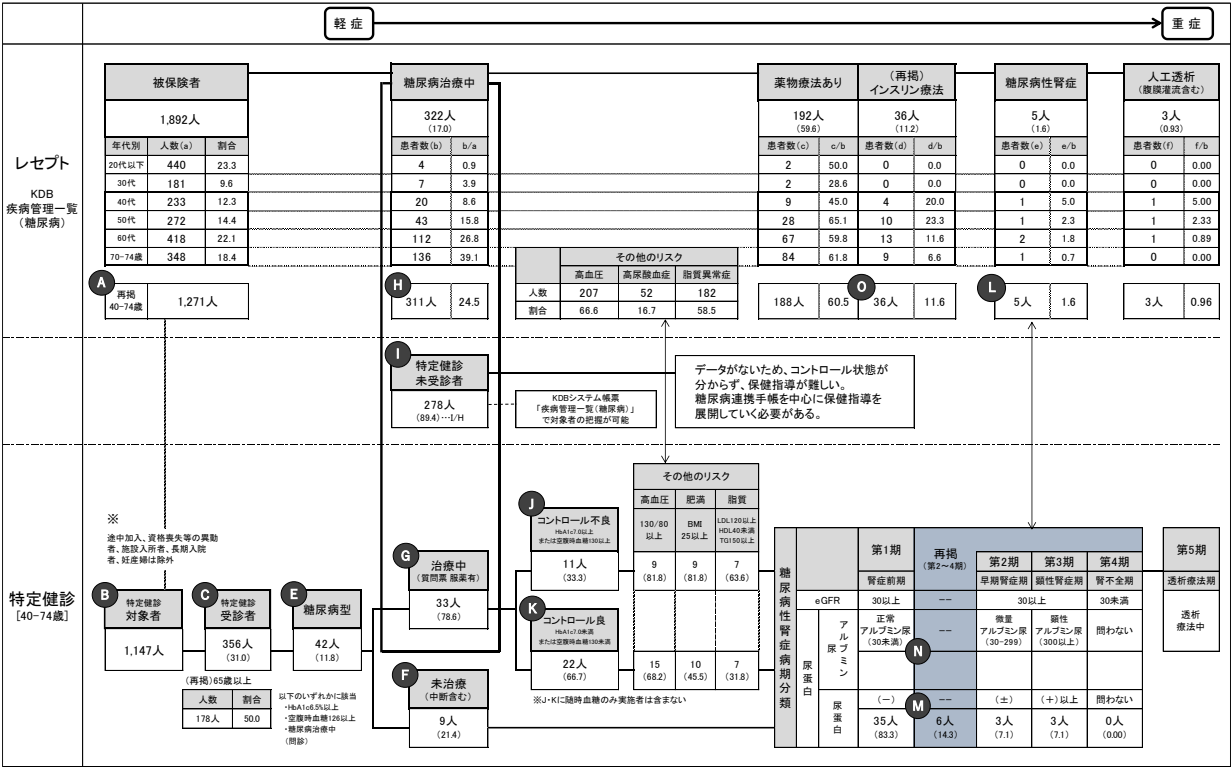
【受診勧奨】

特定健診受診の有無に限らず治療中断者

図表 58 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表 59)

図表 59 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			
1 健診結果から食の解決に意識を向かうための支援		3 基本的な糖尿病の資料	
1	糖尿病・肥満の問題を考えるポイント	64	ヘモグロビンA1cは…
2	健診結果の変化をみて HbA1cが上がる要因はタイプによって違います	65	私は糖尿病のどの段階にいますのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
3	糖尿病のタイプ	66	糖尿病とは どういう病気なのでしょうか
4	糖に関する健診結果に変化はありませんか？	67	糖とインスリン（私はどのパターン？）
5	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	68	糖の行先（75g糖負荷検査結果）
6	なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのでしょうか？	69	糖尿病治療の進め方
7	Zさん（男性）から教えていただきました	70	HbA1cは、なんと7%以下が目標か？
		71	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
		72	64歳以下 HbA1cと体重の推移
		73	65歳以上 HbA1cと体重の推移
2 高血糖を解決するための食		4 薬	
8	糖尿病の推移とその背景と原因	74	薬は体のもともとと働きの助けたり抑えたりして血糖を調節しています
9	生活は住民の方にしかわかりません	75	住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くと？」と質問されます
(1) 生活リズムと食で、インスリンの分泌が違ってきます		76	私が飲んでいる薬はどの薬ですか
10	① 食べる時間とインスリン分泌	77	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
②	分食という方法	78	その薬はもしかして「αグルコシダーゼ阻害薬」ですか？
11	③ 朝食を食べることで脳や各臓器が目覚めます	79	イメージリミットって、どんな薬？
①	何（食品）をどんな順番（食品）で食べると、血糖を上げずにインスリンに無理をかけないの？	80	もしかしてそれは「GLP-1 受容体作動薬」
②	肉と魚とでは何が違うのでしょうか？	81	ビッグアナイド薬とは
12	糖（炭水化物）が入ってきた時のインスリンの仕事	82	チアゾリジン薬とは？
(2) 今、増えた食品等の資料		83	薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
13	① 清涼飲料水が流行っています	5 運動	
14	② 清涼飲料水のことではっきりと知ることがあります	84	動くに体いいと言われるけれど 何がいの？
15	③ パン好きですか？	85	筋肉細胞ってね！！
16	④ アイス等の売り場を見てみるとどんな種類がありますか？	86	腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか！！
17	⑤ チョコレート みんな大好きです	6 事例	
18	⑥ スナック菓子	87	①②③ タイプ別事例
19	⑦ ごはんが減ってパスタ等の種類が増えてきています	88	改善事例 食方を変えて体重が減ったら、HbA1cが下がりました
20	⑧ ご飯やパンのかわりに「シリアル」を食べる人が増えてきました	89	健診経年結果一覧
21	⑨ 餃子の生産量は、17年間で2.8倍増えています	7 参考資料	
22	⑩ ベーコンやソーセージが増えました	90	特定健診・特定保健指導と健康日本21
23	⑪ ビザ おいしいですよ	91	HbA1cと肥満の関係
24	⑫ スムージーとか シェイクとか 新しい飲み物が流行ってます	92	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
25	⑬ 町商店が増えています	93	日本人の食事摂取基準（2020年版）
(3) 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました		94	日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法（4群）
26	野菜は食べる部位に特徴があります 血糖値が高くても安心して食べられるもの①	95	健診データ(肥満・メタボリックシンドローム)と食品と栄養素
27	よく食べている野菜はどれですか？ 血糖値が高くても安心して食べられるもの②	96	① 健診データと食品と栄養素(基本)
28	細胞を酸化(サビ)から守ることができるんです	②	健診データと食品と栄養素(基本) (調味料は減塩調味料を利用)
29	いもは野菜と思っている方へ 血糖値が高くても安心して食べられるもの③	③	あなたにとって必要な食の基準量(基本)
30	キノコ 食べていますか？ 血糖値が高くても安心して食べられるもの④	8 糖尿病性腎症の予防と食事療法	
31	どんな海藻を食べていますか？ 血糖値が高くても安心して食べられるもの⑤	腎-1	私の腎機能（GFR）の状態は？
32	コマerialで言っている「タンサ（脂肪酸）」って何だろう？	腎-2	腎臓のお仕事
33	短鎖脂肪酸の働き	腎-3	自分の検査結果のところに○をつけます
34	食物繊維の仕事		自分の腎臓の能力に合わせて食事療法を進めていきます
35	腸内細菌のことがいろいろわかってきました	腎-4	① なぜ、再利用すべき大切なたんぱく質と糖がおしこから出るのでしょうか
36	青菜を美味しく食べる方法があります		② 高血糖や肥満になると腎臓では何が起ころのでしょうか？
37	野菜 ちょっと料理が大変、面倒と思った時	腎-5	① 改善事例①（Dさん）
38	冷凍の緑の濃い野菜もあります	②	改善事例②（Eさん）
39	野菜を生で食べる場合	腎-6	私の腎臓を守るために ～進行を遅らせるための目標値があります～
40	野菜を簡単にたくさん食べるには？	腎-7	塩（ナトリウム）の仕事は、1日3gです
41	トマトの大きさの目安	腎-8	塩は何から食塩をとっているのでしょうか？
42	緑の濃い野菜の種もあります	腎-9	① 減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました（カップ・即席めん）
43	① 食欲が抑えられない	②	減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました（練り製品）
②	玄米と白米の違い	③	減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました（漬物）
③	玄米を食べるなら	④	減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました（魚・肉・惣菜）
		⑤	減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました（おつまみ・米菓）
		⑥	減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました（調味料）
(4) 食べ方の基本		腎-10	～減塩してもおいしい～ 調味料の工夫
44	① 食べ方の基本は個人の健診データによって違います	腎-11	① 塩は何にどのくらい入っているのでしょうか？（塩の割合）
②	訪問に行く前には、準備が必要です	②	塩は何にどのくらい入っているのでしょうか？（塩分量）
45	健診データと腎臓に基づいた食品の基準量	腎-12	①② 高血糖で、GFR45未満（G3b）尿蛋白陽性の方の食事量を出すための基本です
46	① 【BMI25以上】あなたにとって必要な食の基準量	腎-13	① さんの1日に必要な食品量です
②	【BMI25未満】あなたにとって必要な食の基準量	②	さんの1日に必要な食品量です（健診結果が高LDLだった場合）
47	① 【BMI25以上】エネルギーからごはんとおかずを見る 早見表	腎-14	自分の食べた食品を考えます
②	【BMI25未満】エネルギーからごはんとおかずを見る 早見表	①	たんぱく質の量と食品（早見表）
48	① 健診データ(食後高血糖)と食品と栄養素	②	食品に含まれているたんぱく質の割合（早見表）
②	健診データ(食後高血糖)と食品と栄養素（調味料は減塩調味料を利用）	腎-16	① 1日のたんぱく質量で食品の量が決まります（栄養士・保健師用）
49	主食として食べている穀類の目安	②	1日のたんぱく質量で食品の量が決まります（健診結果が高LDLだった場合）（栄養士・保健師用）
50	ご飯のかわりに、あんパンを食べている方もいると思います	腎-17	カリウム（食品からとるカリウムを減らす）
51	飲み物からとる糖の目安をつけます	腎-18	血糖値を下げることで 腎機能はどう変化します？
52	嗜好品を食べたい場合の量の目安と 砂糖と脂質の量	腎-19	血圧で変化する 腎機能の低下速度
53	油料理が手軽に買えます 油料理の目安	腎-20	① さんの腎臓の機能の結果をみていきます
54	牛乳の代わりにするのでしょうか	②	さんの腎臓の機能の結果をみていきます(電解質等の検査項目あり)
55	魚介類・肉類の種類別目安		
56	大豆・大豆製品、芋類は種類によって量が変わります		
57	① どんな果物を食べていますか？		
②	果物のめやす量		
③	果物のめやす量 ドライフルーツと生果実をみました		
58	酒のつまみに何を遊びますか？		
59	め、忙しい生活の方が多いため 買ったものだけでそろえられます		
(5) 私の生活と食をみてみましょう			
60	健診データと生活・食の変化		
61	自分のよく食べている食品を考えよう		
62	私の食べたものは、1日のうちのどのくらいだろう？		
63	食事とインスリンの作用		
記載例	事例で資料60-63を作成してみました		

(2) 二次検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を見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(-)、(±)の者へは、二次検査として微量アルブミン尿検査(定量)を導入することを検討します。

また、糖尿病発症予防のため基準該当者へは二次検査として75g糖負荷試験の実施を勧めます。

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、紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。

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60 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保健指導(受診勧奨)実施率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨率

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/分/1.73m²以上低下)

○尿蛋白または尿アルブミン値の変化

○血圧値の変化

○生活の改善有無

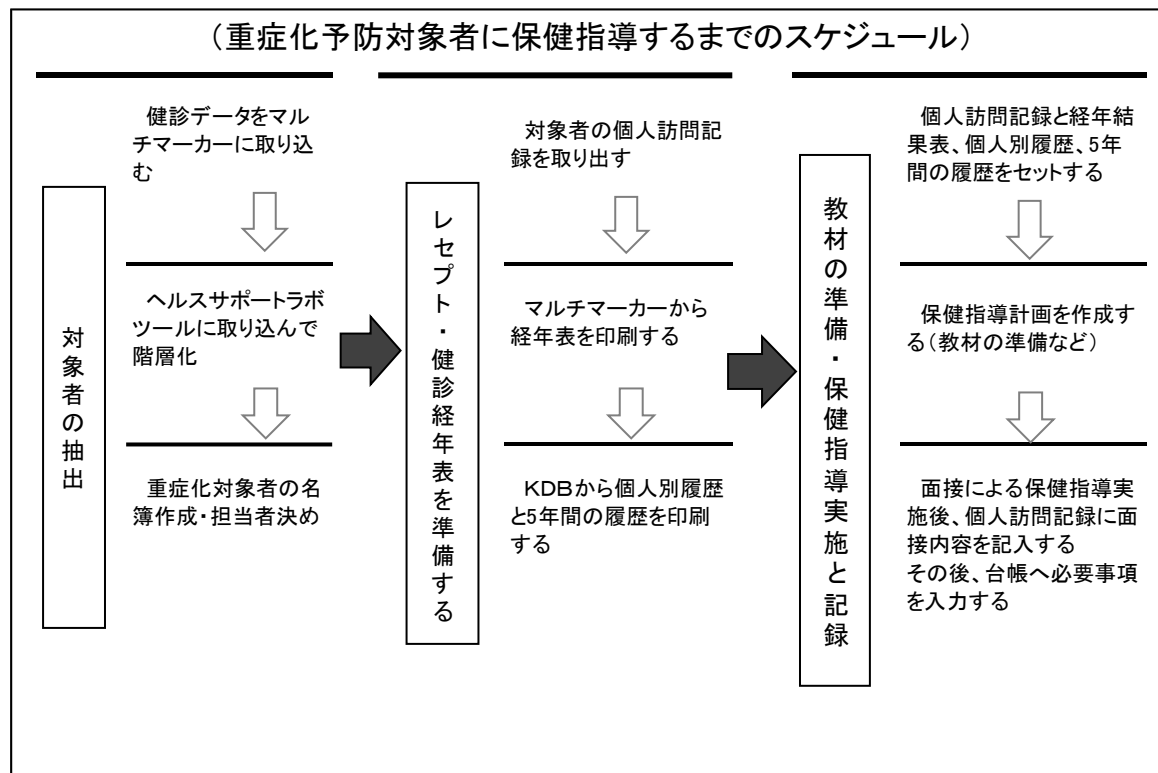
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 61 重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール



Ⅱ. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

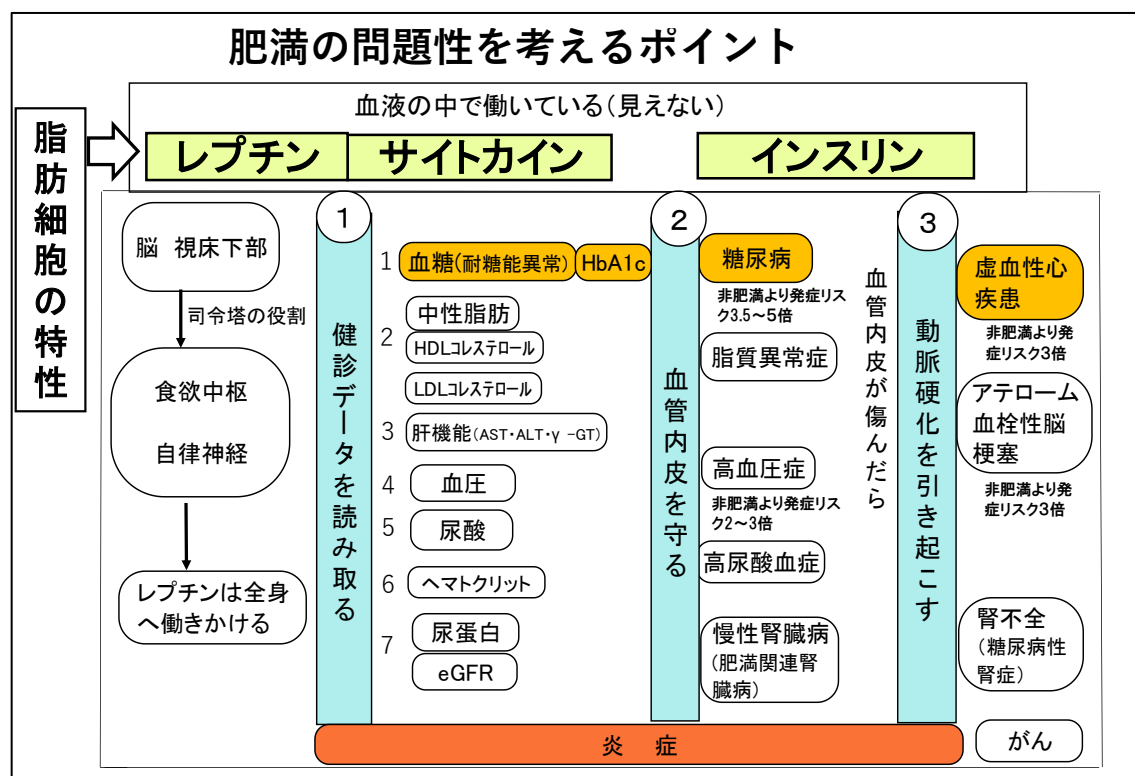
1) 基本的な考え方

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 62 に基づいて考えていきます。

図表 62 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 63 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		178	178	71	68	48	60	17	8	5	0	1	0
				39.9%	38.2%	27.0%	33.7%	9.6%	4.5%	2.8%	0.0%	0.6%	0.0%
再掲	男性	85	74	41	32	28	29	9	3	3	0	1	0
				48.2%	43.2%	32.9%	39.2%	10.6%	4.1%	3.5%	0.0%	1.2%	0.0%
	女性	93	104	30	36	20	31	8	5	2	0	0	0
				32.3%	34.6%	21.5%	29.8%	8.6%	4.8%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

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 64 年代別肥満の状況(ヘルスサポートラボツール)

		健診受診者		低体重		普通体重		肥満		(再掲)							
										肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度	
										25～29.9		30～34.9		35～39.9		40以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総計	合計	356	33.5%	19	5.3%	198	55.6%	139	39.0%	108	30.3%	25	7.0%	5	1.4%	1	0.3%
	40～49歳	73	40.8%	2	2.7%	38	52.1%	33	45.2%	21	28.8%	7	9.6%	4	5.5%	1	1.4%
	50～59歳	60	27.8%	5	8.3%	33	55.0%	22	36.7%	14	23.3%	7	11.7%	1	1.7%	0	0.0%
	60～69歳	110	30.6%	8	7.3%	68	61.8%	34	30.9%	29	26.4%	5	4.5%	0	0.0%	0	0.0%
	70～74歳	113	36.7%	4	3.5%	59	52.2%	50	44.2%	44	38.9%	6	5.3%	0	0.0%	0	0.0%
男性	合計	159	30.5%	3	1.9%	83	52.2%	73	45.9%	57	35.8%	12	7.5%	3	1.9%	1	0.6%
	40～49歳	39	37.1%	0	0.0%	18	46.2%	21	53.8%	13	33.3%	4	10.3%	3	7.7%	1	2.6%
	50～59歳	29	25.0%	1	3.4%	17	58.6%	11	37.9%	7	24.1%	4	13.8%	0	0.0%	0	0.0%
	60～69歳	42	25.8%	1	2.4%	21	50.0%	20	47.6%	19	45.2%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%
	70～74歳	49	35.8%	1	2.0%	27	55.1%	21	42.9%	18	36.7%	3	6.1%	0	0.0%	0	0.0%
女性	合計	197	36.3%	16	8.1%	115	58.4%	66	33.5%	51	25.9%	13	6.6%	2	1.0%	0	0.0%
	40～49歳	34	45.9%	2	5.9%	20	58.8%	12	35.3%	8	23.5%	3	8.8%	1	2.9%	0	0.0%
	50～59歳	31	31.0%	4	12.9%	16	51.6%	11	35.5%	7	22.6%	3	9.7%	1	3.2%	0	0.0%
	60～69歳	68	34.5%	7	10.3%	47	69.1%	14	20.6%	10	14.7%	4	5.9%	0	0.0%	0	0.0%
	70～74歳	64	37.4%	3	4.7%	32	50.0%	29	45.3%	26	40.6%	3	4.7%	0	0.0%	0	0.0%

図表 64 をみると、40 代の肥満が 33 人（45.2%）と高く、特に 40～49 歳の男性でもっとも高くなっています。女性では 40 代の肥満が 12 人（35.3%）で男性ほど高くはありませんが、女性の場合、閉経すると皮下脂肪に加えて内臓脂肪もたまりやすくなり 50～60 代以上になるとメタボリックシンドロームが増えてきます。

短期目標疾患（血圧・糖尿病）の発症が少ない肥満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。

② 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボリックシンドローム該当者

図表 65 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握 レセプト								介護	特定 健診	転 帰
			脳血管疾患				虚血性心疾患		基礎疾患				
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心 筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異 常症	高尿酸 血症			
1	男	53	●				●	●	●		メタボ		
2	女	56		●			●	●	●	●	メタボ		
3	男	58		●	●		●	●	●		メタボ		
4	女	59		●			●	●			メタボ		
5	男	62		●			●	●		●	メタボ		
6	女	62		●	●		●		●		メタボ		
7	男	70		●				●			メタボ		
8	女	72	●				●	●	●		メタボ		
9	男	57		●									
10	男	71		●			●			●			
11	男	47		●			●						
12	女	67		●			●	●	●				

標津町調べ

3) 対象者の明確化

図表 66 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	159	39	29	42	49	197	34	31	68	64
メタボ該当者		B	42	9	10	10	13	25	2	4	6	13
		B/A	26.4%	23.1%	34.5%	23.8%	26.5%	12.7%	5.9%	12.9%	8.8%	20.3%
再掲	① 3項目全て	C	13	2	1	4	6	9	1	1	2	5
		C/B	31.0%	22.2%	10.0%	40.0%	46.2%	36.0%	50.0%	25.0%	33.3%	38.5%
	② 血糖＋血圧	D	8	1	2	2	3	4	0	0	1	3
		D/B	19.0%	11.1%	20.0%	20.0%	23.1%	16.0%	0.0%	0.0%	16.7%	23.1%
	③ 血圧＋脂質	E	20	6	7	4	3	11	1	3	2	5
		E/B	47.6%	66.7%	70.0%	40.0%	23.1%	44.0%	50.0%	75.0%	33.3%	38.5%
	④ 血糖＋脂質	F	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
		F/B	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	4.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				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	159	42	26.4%	27	64.3%	15	35.7%	197	25	12.7%	18	72.0%	7	28.0%		
40代	39	9	23.1%	3	33.3%	6	66.7%	34	2	5.9%	1	50.0%	1	50.0%		
50代	29	10	34.5%	6	60.0%	4	40.0%	31	4	12.9%	2	50.0%	2	50.0%		
60代	42	10	23.8%	8	80.0%	2	20.0%	68	6	8.8%	5	83.3%	1	16.7%		
70～74歳	49	13	26.5%	10	76.9%	3	23.1%	64	13	20.3%	10	76.9%	3	23.1%		

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 66)は、男性で 40 代から受診者の 2～3 割を超えるが、女性では 50 代で 1 割を超え 70 代で 2 割となります。

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 3 疾患治療状況(図表 67)は、男女とも 6 割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年齢を増すごとに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 65 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、12 人中 8 人(66.6%)がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- 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【未治療者】。
- 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【ハイリスク者】。
- 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①、②はそれぞれの疾患で行います。③は既存の名簿で進捗管理を継続します。

4) 保健指導の実施

(1) 地域特有の生活習慣及び生活リズムがあることを考慮した保健指導

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、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に、保健指導用教材を活用して行いきます。(図表 68)

図表 68 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

肥満・メタボリックシンドロームの保健指導教材	
【からだノート Bメタボリックシンドローム】	
【肥満症の栄養指導教材】	
1	肥満 経年表 肥満の構造図 メタボリックシンドロームの構造図 やせたらデータはどう変化するのか 脂肪がたまる場所 なぜ人間には脂肪があるのか 内臓脂肪 胃所性脂肪 肝臓 胃所性脂肪 心臓 血管内皮障害 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか
2	肥満症の食事療法の検証 肥満症治療ガイドライン2016 第4章治療と管理・指導には何が書かれているか 肥満症食事療法の検証 ②～⑫
3	生活リズム 1日の生活リズム
4	肥満症の食事指導 目標体重で私の食事量を計算してみましょう(ヘルスラボツール) 健診データで1日の食品の種類と目安の量を決めます(ヘルスラボツール) 食品の特色 毎日の食事で食べている肉類の脂質とたんぱく量は？ 毎日の食事で食べている魚類の脂質とたんぱく量は？ 料理などでとれる油(脂質)の量は？ 食品の中身を知ろう(穀類①②) 食品の中身を知ろう(洋菓子①②) 食品の中身を知ろう(和菓子) 食品の中身を知ろう(果物) 低カロリーでもお腹いっぱいになりたい時は？ 食品の特色により消化吸収時間が違います 肥満・肥満症は血管の中で酸化ストレスが起きています 酸化ストレスによる血管内皮に炎症を防ぐ物質 抗酸化ビタミンE(ACE) EPA、DHAとよく聞きますが 買ったものだけでそろえられます
5	運動療法
6	行動療法 体重日記
7	薬物療法 肥満症と診断されたらどんな治療になるか 肥満症治療薬とは 肥満糖尿病患者に対する糖尿病治療薬 肥満に合併する疾患の薬物療法
8	食事摂取基準2020年版と各学会の食事療法の整理

(2) 二次検査の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次検査を実施しています。

◎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微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

Ⅲ. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

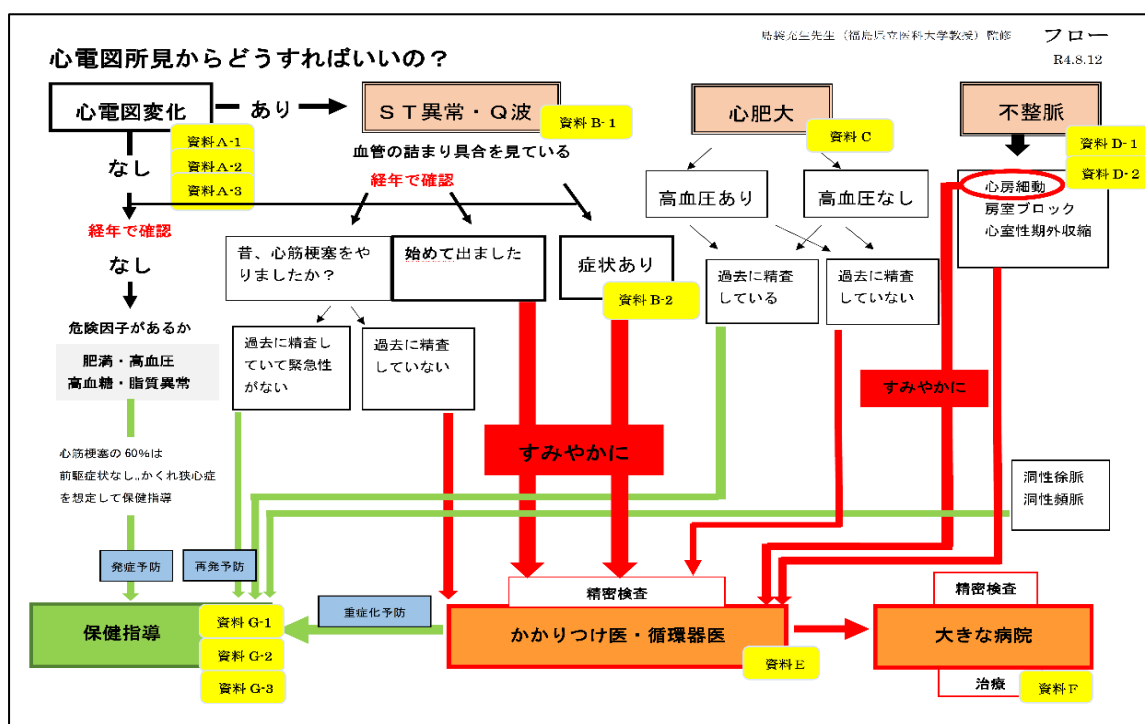
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 69 に基づいて考えます。

図表 69 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」(標準 12 誘導心電図検診判定マニュアル:日本人間ドック学会)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、心電図検査を320人(89.9%)に実施し、そのうち有所見者が63人(19.7%)でした。所見の中で心筋虚血を示す異常Q波、ST-T変化、心筋虚血・心筋障害が9人います。(図表70)

また、有所見者のうち要精査が 13 人(20.6%)で、その後の受診状況をみると 4 人(30.8%)は未受診

でした。(図表 71)。

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 70 心電図検査結果

所見 性別・年齢		心電図検査				所見内訳																			
						ST変化・異常Q波						心肥大				不整脈							その他		
		実施者数A	実施率	有所見者数B	有所見率B/A	異常Q波 人数C 割合C/B	ST-T変化 人数D 割合D/B	心筋虚血 心筋障害 人数E 割合E/B	左室肥大 人数F 割合F/B	軸偏位 人数G 割合G/B	房室ブロック 人数H 割合H/B	脚ブロック 人数I 割合I/B	心房細動 人数J 割合J/B	期外収縮 人数K 割合K/B											
内 訳	40～74歳	320	89.9	63	19.7	1	1.59	6	9.52	2	3.17	2	3.17	5	7.94	3	4.76	9	14.3	5	7.94	9	14.3	22	34.9
	男性	146		39	26.7	1	2.56	3	7.69	2	5.13	1	2.56	3	7.69	2	5.13	4	10.3	5	12.8	6	15.4	13	33.3
	女性	174		24	13.8	0	0	3	12.5	0	0	1	4.17	2	8.33	1	4.17	5	20.8	0	0	3	12.5	9	37.5

令和4年度 標準町調べ

令和4年度 標津町調べ

図表 71 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精検(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	63		13	20.6	9	69.2	4	30.8
男性	39		9	23.1	5	55.6	4	44.4
女性	24		4	16.7	4	100	0	0

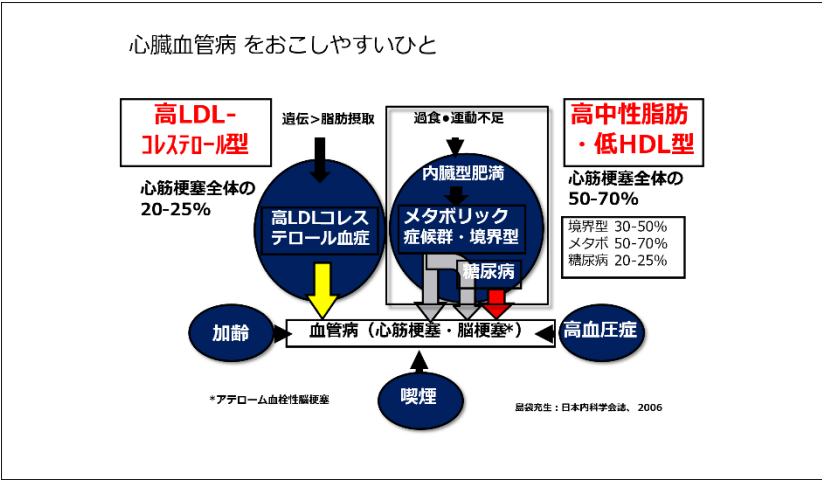
標津町調べ

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 72)

図表 72 心血管病をおこしやすいひと



図表 72 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、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 66、67)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 73)

図表 73 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た

LDLコレステロール管理目標

(参考)

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳
166				85	52	19	10	4	9	6	10
				51.2%	31.3%	11.4%	6.0%	13.8%	31.0%	20.7%	34.5%
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)	41	25	12	2	2	2	2	0	0
			24.7%	29.4%	23.1%	10.5%	20.0%	50.0%	22.2%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	74	32	28	10	4	2	4	4	4
			44.6%	37.6%	53.8%	52.6%	40.0%	50.0%	44.4%	66.7%	40.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	43	23	10	7	3	0	3	2	5
			25.9%	27.1%	19.2%	36.8%	30.0%	0.0%	33.3%	33.3%	50.0%
再掲	100未満 (130未満) ※1	7	4	1	1	1	0	1	0	1	
		4.2%	4.7%	1.9%	5.3%	10.0%	0.0%	11.1%	0.0%	10.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	8	5	2	0	1	0	0	0	1
			4.8%	5.9%	3.8%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては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 74 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) 二次検査の実施

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、二次検査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 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))
- ②血管機能検査法…足関節上腕血圧比(ABI)、心臓足首血管指数(CAVI)、微量アルブミン尿検査

(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

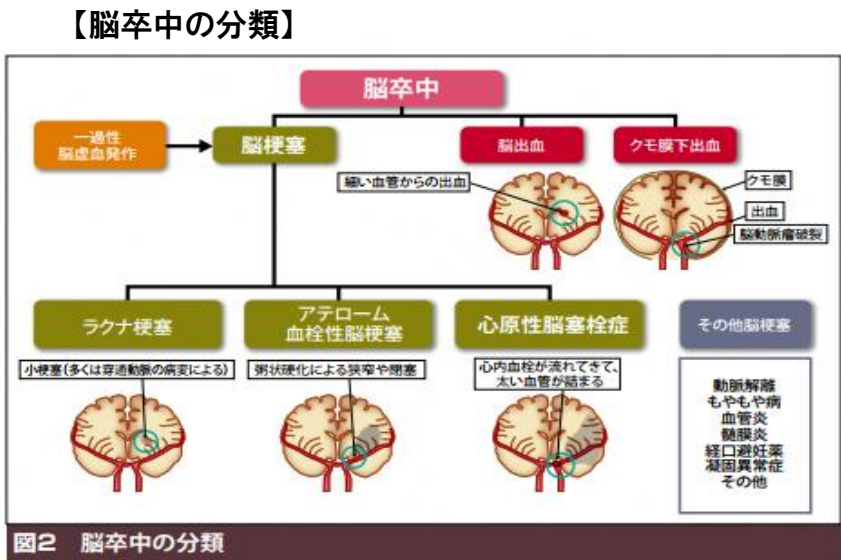
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

IV. 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 75、76)

図表 75 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 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 77 でみると、高血圧治療者 506 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 62 人(12.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 32 人(9%)であり、そのうち 16 人(50%)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。

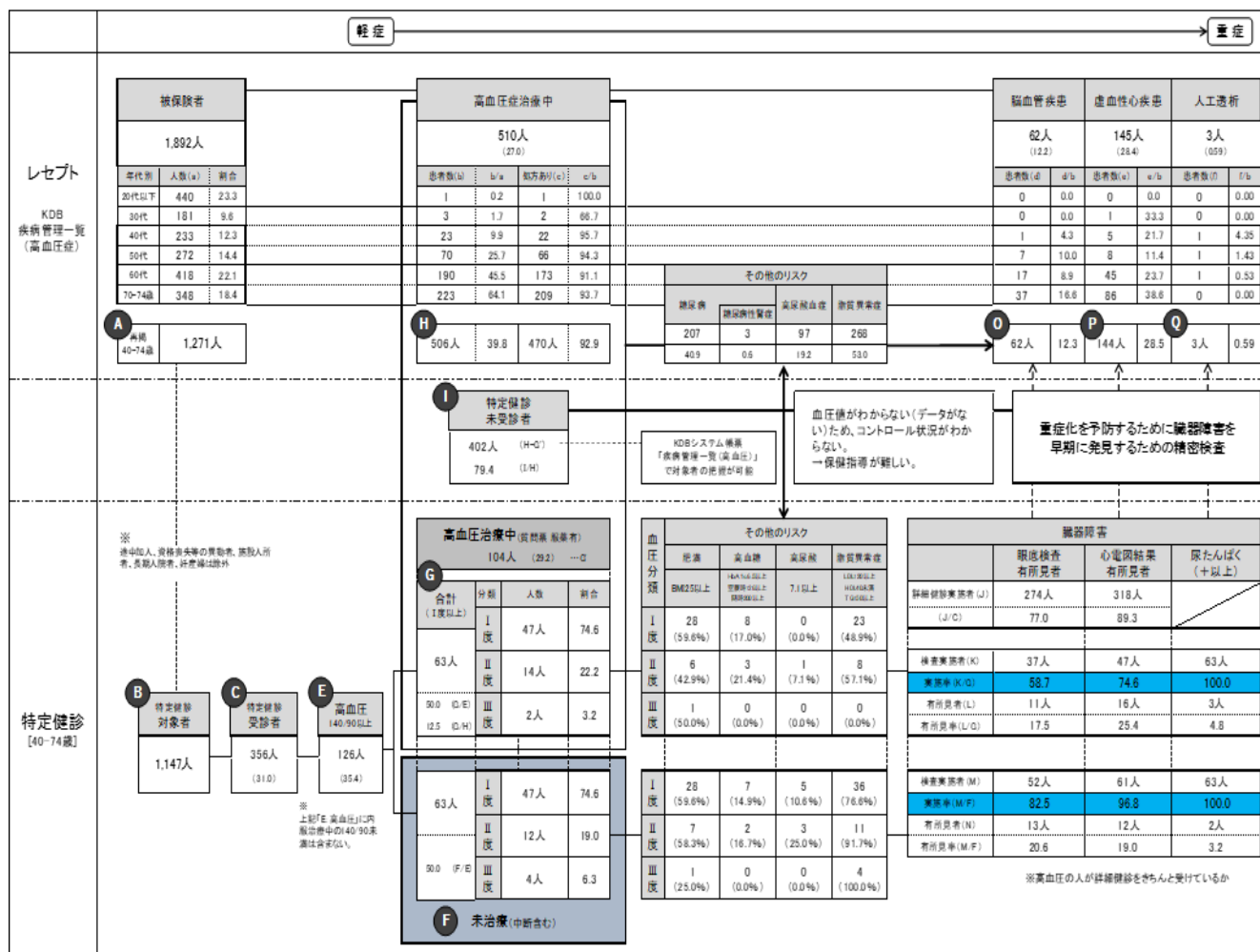
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 16 人(4.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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)は集団健診では全員必須項目としているため、274 人(77%)に実施しています。第 3 期計画においても継続して眼底検査(詳細検査)を必須項目としていきます。

図表 77 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すが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 78 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会			
		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子			
		p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化			
		p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	110	47 42.7%	47 42.7%	12 10.9%	4 3.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	3 2.7%	C 1 2.1%	B 2 4.3%	B 0 0.0%	A 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	70 63.6%	C 31 66.0%	B 30 63.8%	A 6 50.0%	A 3 75.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	37 33.6%	B 15 31.9%	A 15 31.9%	A 6 50.0%	A 1 25.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

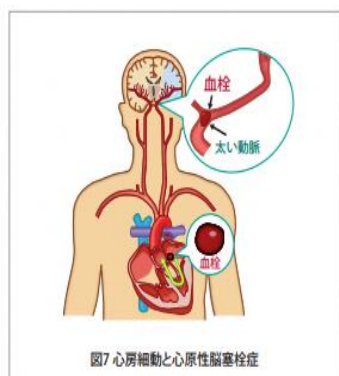
区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	31 28.2%
B 概ね1ヵ月後に再評価	47 42.7%
C 概ね3ヵ月後に再評価	32 29.1%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 78 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の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 79 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 79 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	159	197	146	91.8%	172	87.3%	5	3.4%	0	0.0%	—	—
40代	39	34	39	100.0%	34	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	29	31	25	86.2%	28	90.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	42	68	39	92.9%	61	89.7%	2	5.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	49	64	43	87.8%	49	76.6%	3	7.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 80 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	%
5	1	20.0%	4	80.0%

標津町調べ

本町の R4 年度心電図検査において 5 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見ると日循疫学調査と比較し 60 代以上の割合が非常に高くなっています。また、心電図有所見者 5 人のうち 4 人は既に治療が開始されていました。未治療の 1 人は健診後精密検査を受診し異常なしとなりましたが、心房細動台帳にて毎年経過を確認することとしています。(図表 80)

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

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早急に受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつ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) 二次検査の実施

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、対象者へは、二次検査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いる下記の検査方法を用い実施します。

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))

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、心臓足首血管指数(CAVI)、微量アルブミン尿検査

(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)

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。また、介護予防の取組と連携した生活習慣病の発症予防や重症化予防の実施、地域で町民の健康づくりを支える連携促進のため、地域ケア会議に参画します。

2) 事業の実施

本町は、R6 年度より北海道後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施します。

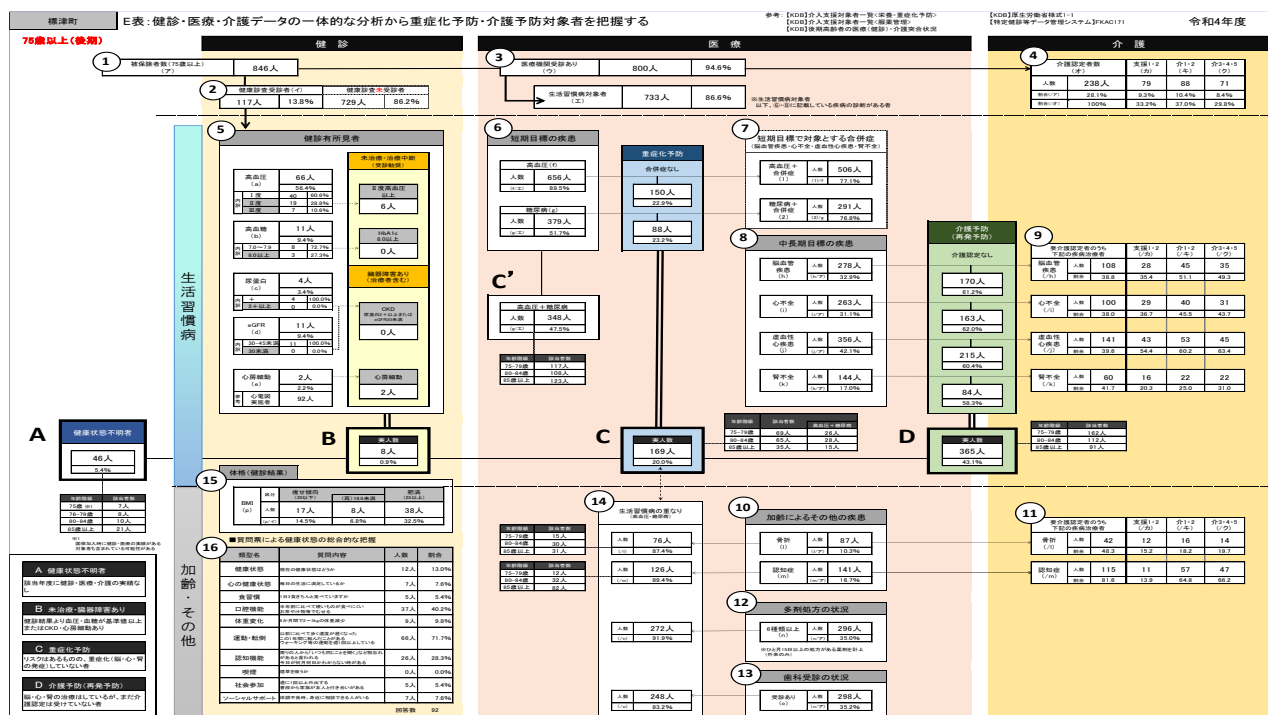
具体的には、

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を行います(ハイリスクアプローチ)。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予防のための教室など健康教育や健康相談を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

図表 81 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 発症予防

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

本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。(図表 82)

図表 82 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

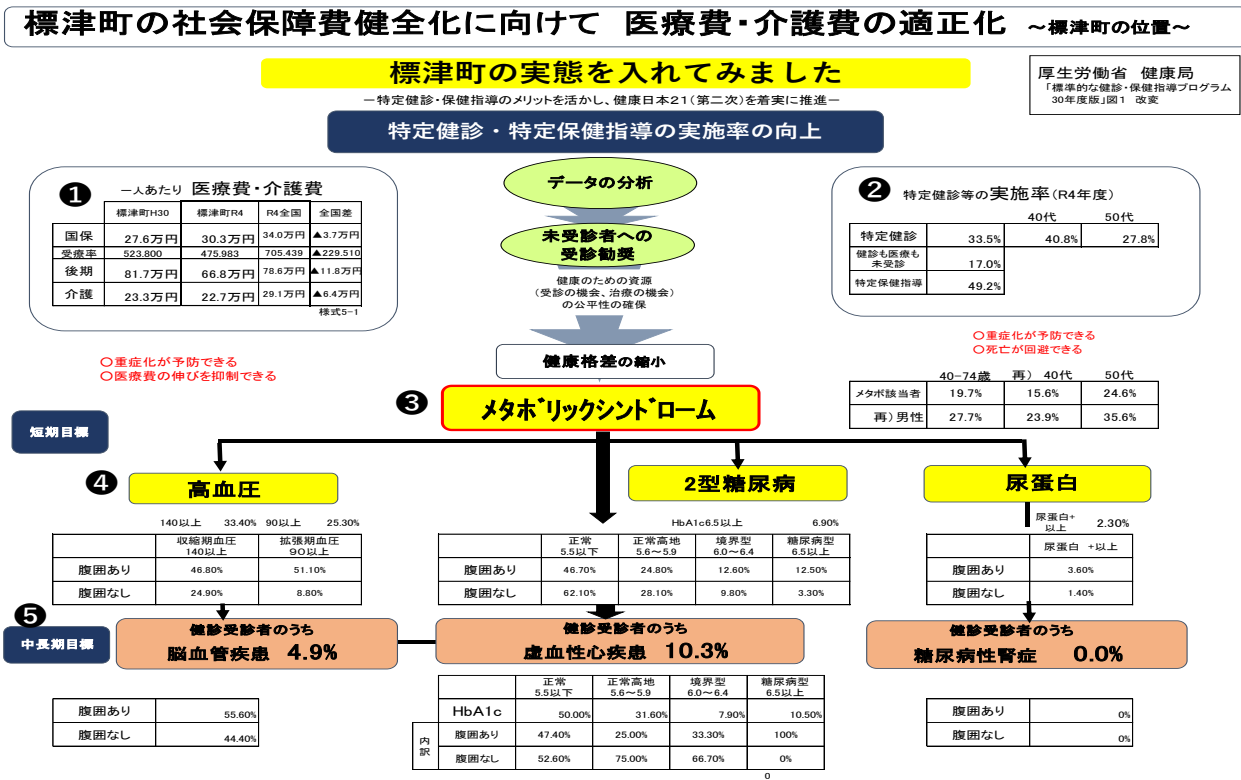
糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える ―基本的考え方― (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																				
発症予防 重症化予防																				
1 根拠法		健康増進法																		
6条 健康増進事業実施者		母子保健法 児童福祉法				学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)										
2 計画		健康増進計画(県)【(市町村努力義務)】(他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能) データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)																		
3 年代		妊婦(胎児期)		産婦		0歳～5歳		6歳～14歳		15～18歳		～29歳 30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上		
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)		乳幼児健康診査 (第12条・13条)		保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第11・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)		
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園	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 町独自事業										小中学生健診		若者健診								
6 対象者 健診内容		血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
		HbA1c	6.5%以上								6.5%以上									
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上																	
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上																	
		(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの																	
		身長 体重																		
		BMI															25以上			
		肥満度			カウプ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																		

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 83、84)

また、町内の産業団体等とも連携し生活習慣予防に取り組んでいきます。

図表 83 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 84 統計からみえる北海道の食

統計からみえる北海道の食		～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021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	牛乳	42位
鮭	1位	ヨーグルト	50位
魚介の漬物	3位	豆腐	51位
加工肉	2位		
ベーコン	1位	店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
バター	2位	アイスクリーム店等	2位
じゃがいも	2位	コンビニ	1位
ビール	1位	キャバレー・ナイトクラブ	4位
ウイスキー	1位		
炭酸飲料	3位		

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは令和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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が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7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紙を通じた周知のほか、国保運営協議会等を通じ町内医療機関等にも周知します。

2. 個人情報の取扱い

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

第8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 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第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 85 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	42%	46%	52%	55%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 86 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1020人	1000人	980人	960人	940人	920人
	受診者数	428人	460人	510人	528人	545人	552人
特定保健指導	対象者数	64人	69人	77人	79人	82人	83人
	実施者数	32人	36人	42人	44人	48人	50人

4. 特定健診・特定保健指導の実施

1) 特定健診の実施

(1) 実施方法

第三期に引き続き、保健福祉センター、川北生涯学習センター、JA 標津を会場に年 4 回集団健診を実施します。なお、開催日時は健診委託機関と調整し、被保険者が受診しやすい体制を整えます。また、利便よく受診できるように個別健診受診先として、町国保病院と契約します。

(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たとおりとします。

(3) 健診実施機関リスト

健診機関名	健診種類
公益財団法人北海道結核予防会	第1回、第3回健診
公益財団法人北海道対がん協会 釧路がん検診センター	第2回健診
J A 北海道厚生連帯広厚生病院	巡回ドック健診
標津町国民健康保険標津病院	個別健診、通院情報提供

(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、本町では追加の検査(HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、心電図検査、眼底検査)も集団健診受診者全員に実施します。

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 87 特定健診検査項目

○特定健診検査項目

健診項目		標津町	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)他健診等の健診データ収集方法

①労働安全衛生法による事業所健診受診者の健診データ収集

商工会取りまとめによる巡回健康診断において、対象となる健診データを健診実施機関から情報提供して頂くため、健診実施機関と覚書を交わし、健診データ提供を同意した者のデータを収集します。また、町国保病院で実施される事業所健診において、対象となる健診データを医療機関から情報提供して頂くため、町国保病院と契約を交わし、健診データ提供を同意した者のデータを収集します。その他、健診実施事業者にも引き続き健診結果の写しの提供を求めています。（平成30年2月5日厚生労働省労働基準局長：基発0205第1号、厚生労働省保険局長：保発0205第1号『特定健康診査等の実施に関する協力依頼について』より）

②標津町国民健康保険病院通院者の検査データ収集（医療保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健康診査の推進及び診療情報の提供）

生活習慣病で定期通院中の者の検査データを医療機関から情報提供して頂くため、町国保病院に委託し、健診データ提供に同意した者のデータを収集します。また、他医療機関に通院されている方のデータ収集を目的に、北海道データ受領（みなし健診）事業への参画も検討していきます。

(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 88 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関と 健診対象者の抽出、受診券等の印刷 ↓	(特定保健指導の実施)
5月		受診券の発送 ↓ (特定健診の開始) 健診データ受取 費用決裁 ↓ (特定保健指導の開始) ↓ (随時特定健診・特定保健指導の実施) ↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	健診データ抽出(前年度) ↓ 実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等 ↓ 法定報告
6月		保健指導対象者の抽出 ↓	
7月			
8月			
9月			
10月	契約に関わる		
11月	予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備 ↓		

2) 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

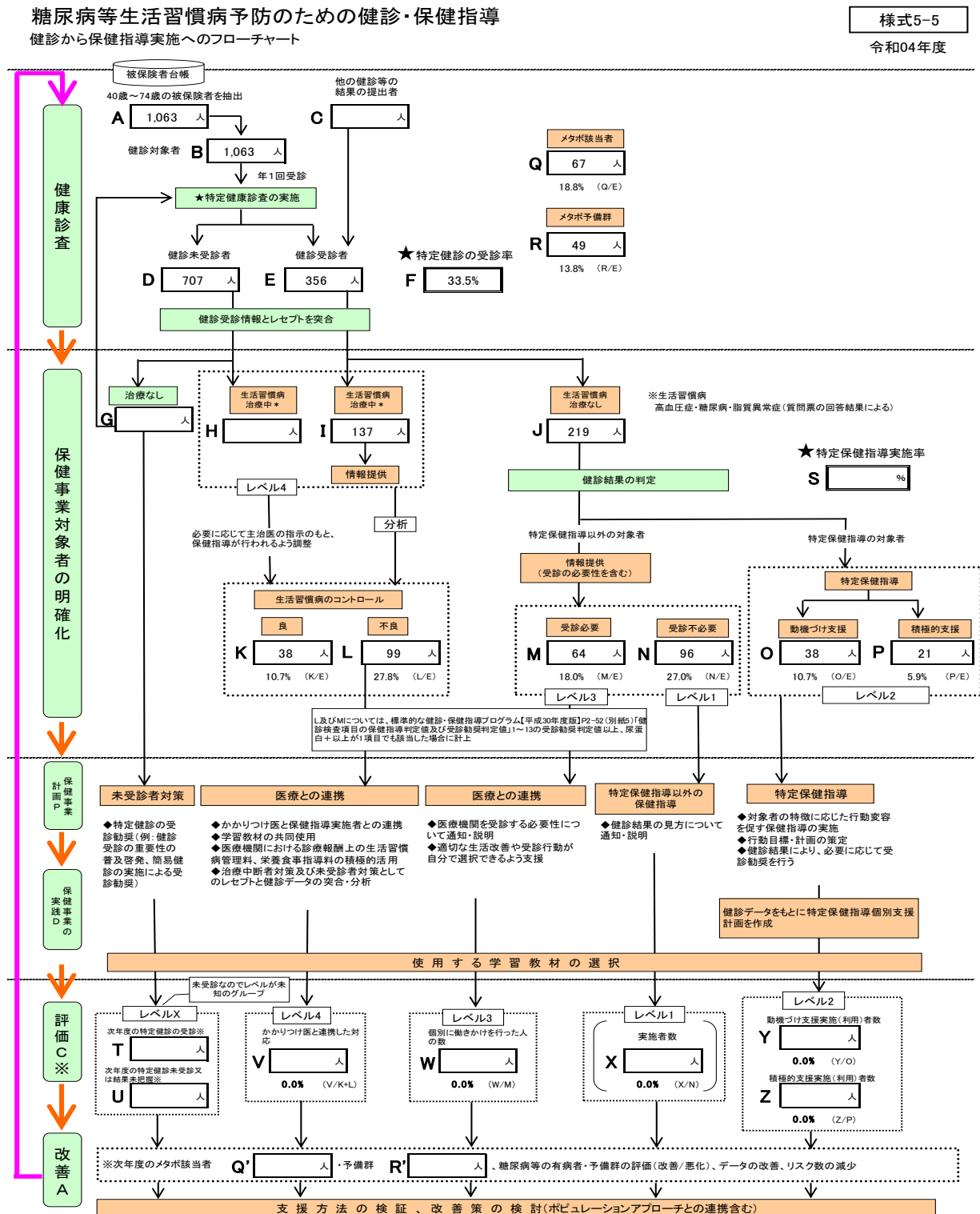
特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

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(R6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 89 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルスサポートラボツール

(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 90 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 (受診者中の割合)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆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	59人 (16.6%)
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	64人 (18.0%)
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)	707 ※受診率目標達成までにあと282人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	96人 (27.0%)
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中)	◆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	137人 (38.5%)

※対象者見込み数は R4 年度実績により算出

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実施スケジュール

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 91 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健診	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健診実施の依頼	◎前年度特定保健指導継続	◎特定健診をはじめとした各種健診の広報
5月			◎若者健診、後期高齢者健診、健康診査、がん検診開始
6月	◎特定健診の開始	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			
10月		◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

5. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健診・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標津町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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

特定健診・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、健診データ分析ソフト（マルチマーカー）、健康管理システム（健康かるて）で行います。また、特定健診の結果記録（紙媒体・CD-R）の保存義務期間は、記録の作成日から最低 5 年間または加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

6. 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。

7. 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、標津町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた標津町の位置

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り組み評価

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

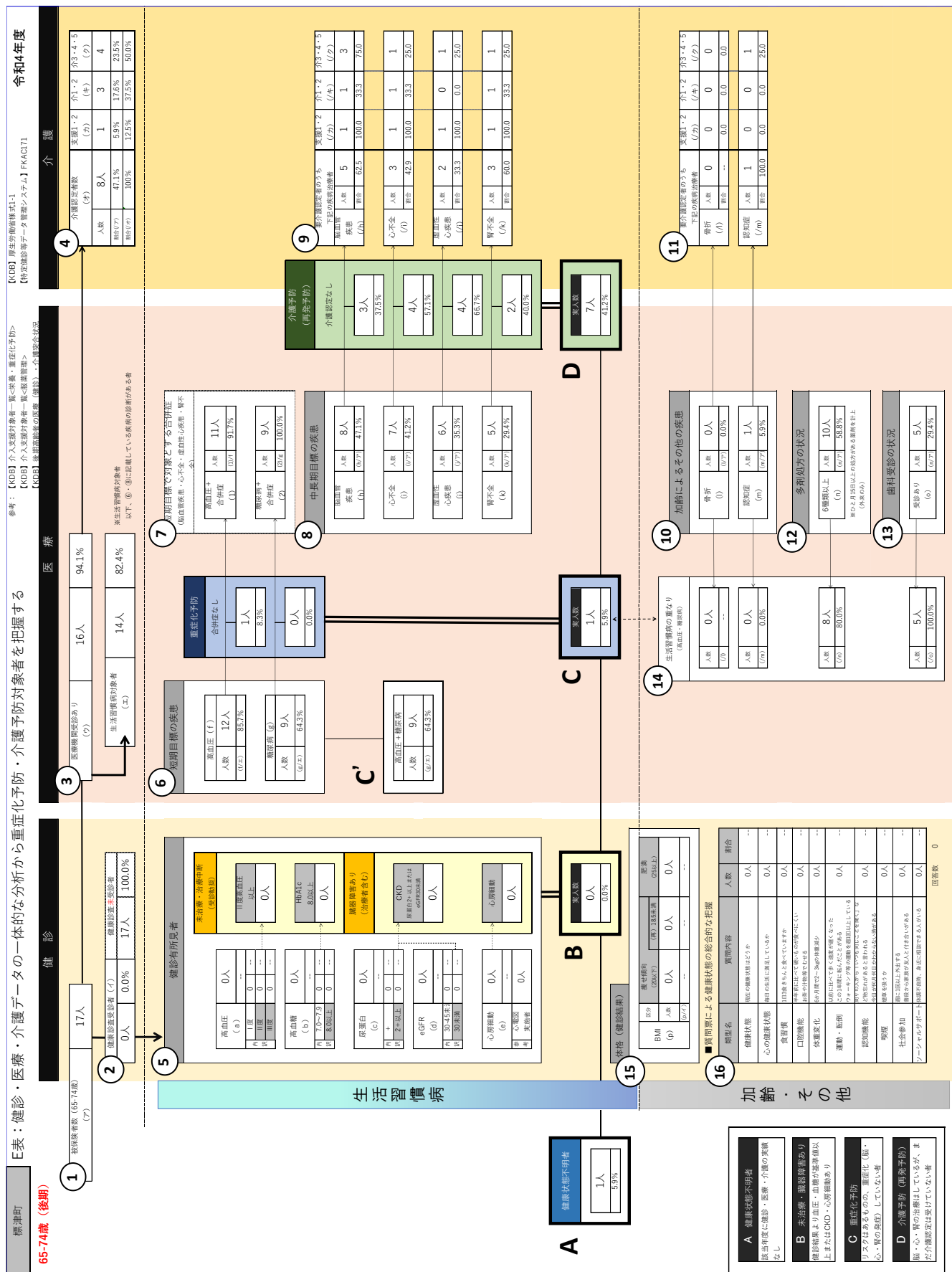
参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

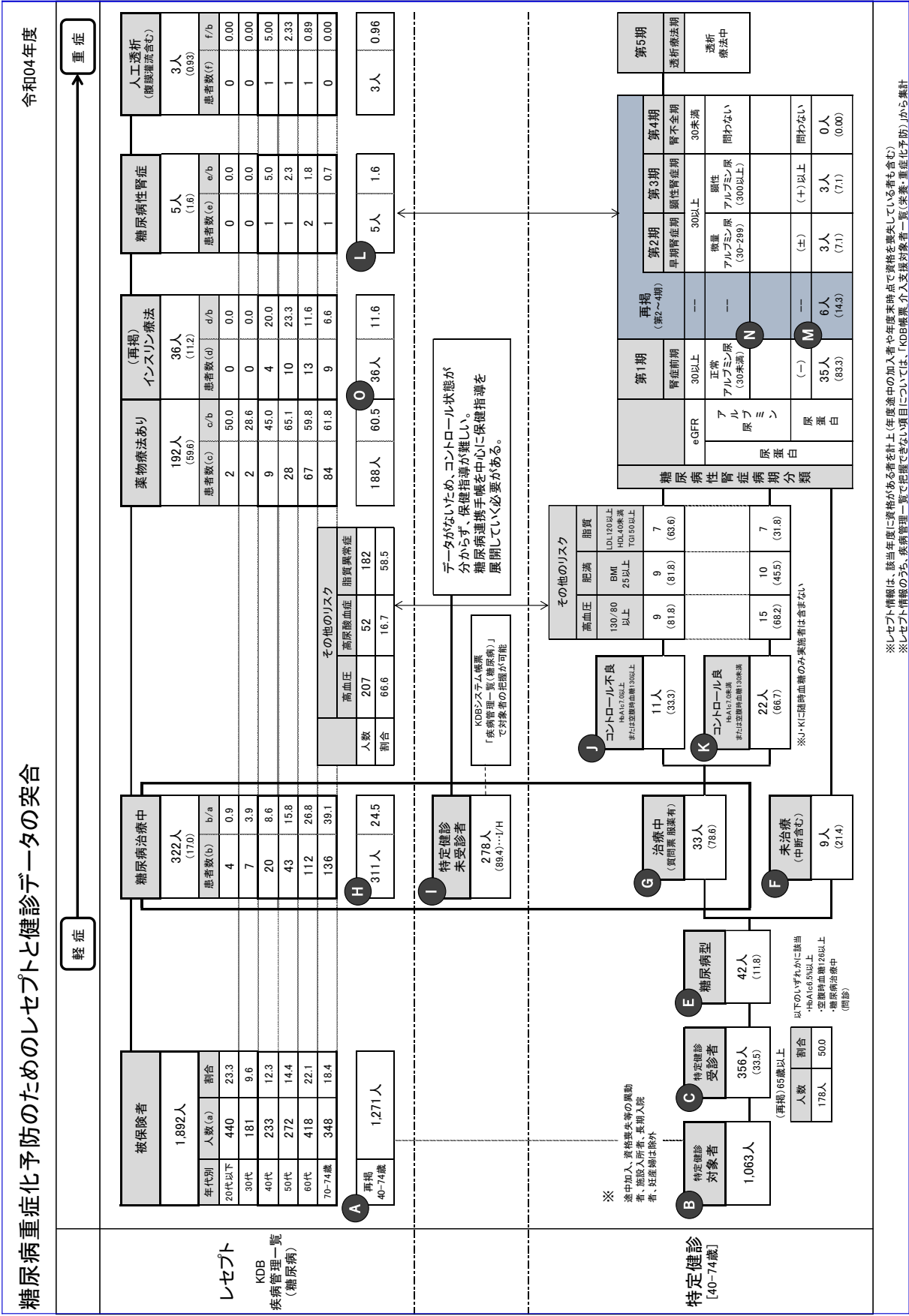
①40～64 歳(国保)



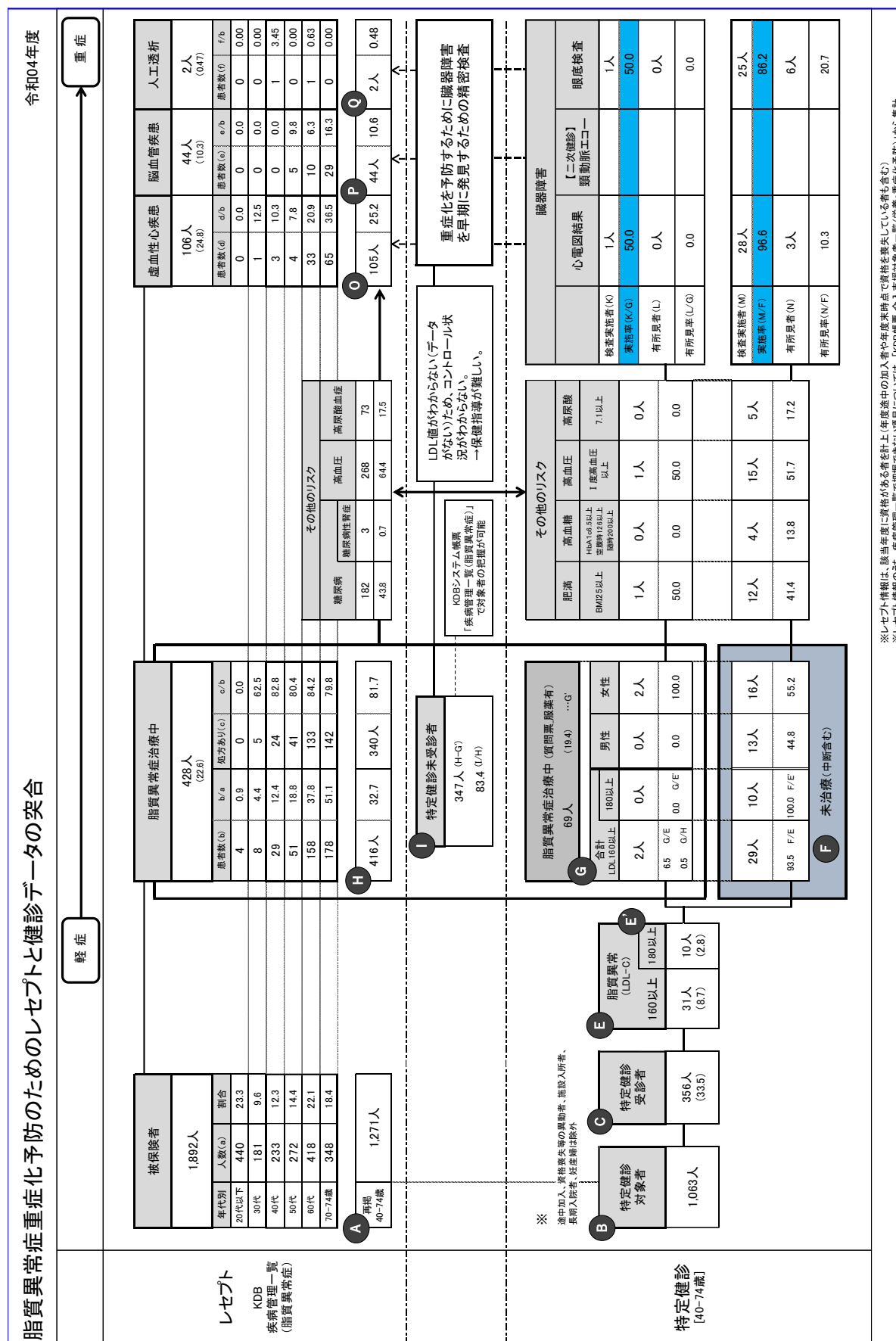
③65～74 歳(後期)



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8 血圧の年次比較

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	449	135	30.1%	75	16.7%	100	22.3%	101	22.5%	32	7.1%	6	1.3%
H30	504	154	30.6%	82	16.3%	116	23.0%	107	21.2%	39	7.7%	6	1.2%
R01	481	158	32.8%	73	15.2%	117	24.3%	100	20.8%	29	6.0%	4	0.8%
R02	368	97	26.4%	64	17.4%	88	23.9%	87	23.6%	29	7.9%	3	0.8%
R03	389	116	29.8%	45	11.6%	96	24.7%	90	23.1%	36	9.3%	6	1.5%
R04	356	88	24.7%	71	19.9%	71	19.9%	94	26.4%	26	7.3%	6	1.7%

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Ⅲ度高血圧	再掲													
						未治療	治療												
H29	449	210 46.8%	100 22.3%	101 22.5%	38 8.5%	20 52.6%	18 47.4%												
					6 1.3%	5 83.3%	1 16.7%												
H30	504	236 46.8%	116 23.0%	107 21.2%	45 8.9%	24 53.3%	21 46.7%												
					6 1.2%	2 33.3%	4 66.7%												
R01	481	231 48.0%	117 24.3%	100 20.8%	33 6.9%	15 45.5%	18 54.5%												
					4 0.8%	2 50.0%	2 50.0%												
R02	368	161 43.8%	88 23.9%	87 23.6%	32 8.7%	20 62.5%	12 37.5%												
					3 0.8%	3 100.0%	0 0.0%												
R03	389	161 41.4%	96 24.7%	90 23.1%	42 10.8%	24 57.1%	18 42.9%												
					6 1.5%	4 66.7%	2 33.3%												
R04	356	159 44.7%	71 19.9%	94 26.4%	32 9.0%	16 50.0%	16 50.0%												
					6 1.7%	4 66.7%	2 33.3%												

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	162	36.1%	12	7.4%	26	16.0%	47	29.0%	59	36.4%	17	10.5%
	H30	180	35.7%	25	13.9%	26	14.4%	46	25.6%	62	34.4%	17	9.4%
	R01	174	36.2%	28	16.1%	20	11.5%	48	27.6%	60	34.5%	16	9.2%
	R02	128	34.8%	15	11.7%	20	15.6%	33	25.8%	48	37.5%	12	9.4%
	R03	113	29.0%	13	11.5%	12	10.6%	31	27.4%	39	34.5%	16	14.2%
	R04	104	29.2%	3	2.9%	14	13.5%	24	23.1%	47	45.2%	14	13.5%
治療なし	H29	287	63.9%	123	42.9%	49	17.1%	53	18.5%	42	14.6%	15	5.2%
	H30	324	64.3%	129	39.8%	56	17.3%	70	21.6%	45	13.9%	22	6.8%
	R01	307	63.8%	130	42.3%	53	17.3%	69	22.5%	40	13.0%	13	4.2%
	R02	240	65.2%	82	34.2%	44	18.3%	55	22.9%	39	16.3%	17	7.1%
	R03	276	71.0%	103	37.3%	33	12.0%	65	23.6%	51	18.5%	20	7.2%
	R04	252	70.8%	85	33.7%	57	22.6%	47	18.7%	47	18.7%	12	4.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

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
総数	H29	449	214	47.7%	115	25.6%	82	18.3%	25	5.6%	13	2.9%
	H30	504	209	41.5%	137	27.2%	99	19.6%	36	7.1%	23	4.6%
	R01	481	208	43.2%	122	25.4%	85	17.7%	45	9.4%	21	4.4%
	R02	368	186	50.5%	88	23.9%	50	13.6%	31	8.4%	13	3.5%
	R03	389	187	48.1%	94	24.2%	69	17.7%	27	6.9%	12	3.1%
	R04	356	169	47.5%	98	27.5%	58	16.3%	21	5.9%	10	2.8%
男性	H29	191	107	56.0%	39	20.4%	31	16.2%	12	6.3%	2	1.0%
	H30	225	116	51.6%	45	20.0%	41	18.2%	14	6.2%	9	4.0%
	R01	210	112	53.3%	39	18.6%	30	14.3%	21	10.0%	8	3.8%
	R02	144	81	56.3%	31	21.5%	18	12.5%	10	6.9%	4	2.8%
	R03	162	90	55.6%	31	19.1%	25	15.4%	11	6.8%	5	3.1%
	R04	159	86	54.1%	41	25.8%	19	11.9%	8	5.0%	5	3.1%
女性	H29	258	107	41.5%	76	29.5%	51	19.8%	13	5.0%	11	4.3%
	H30	279	93	33.3%	92	33.0%	58	20.8%	22	7.9%	14	5.0%
	R01	271	96	35.4%	83	30.6%	55	20.3%	24	8.9%	13	4.8%
	R02	224	105	46.9%	57	25.4%	32	14.3%	21	9.4%	9	4.0%
	R03	227	97	42.7%	63	27.8%	44	19.4%	16	7.0%	7	3.1%
	R04	197	83	42.1%	57	28.9%	39	19.8%	13	6.6%	5	2.5%

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							
					再)180以上	未治療	治療					
H29	449	214 47.7%	115 25.6%	82 18.3%	38	35	3					
					8.5%	92.1%	7.9%					
					13	12	1					
H30	504	209 41.5%	137 27.2%	99 19.6%	59	49	10					
					11.7%	83.1%	16.9%					
					23	16	7					
R01	481	208 43.2%	122 25.4%	85 17.7%	66	60	6					
					13.7%	90.9%	9.1%					
					21	17	4					
R02	368	186 50.5%	88 23.9%	50 13.6%	44	42	2					
					12.0%	95.5%	4.5%					
					13	13	0					
R03	389	187 48.1%	94 24.2%	69 17.7%	39	34	5					
					10.0%	87.2%	12.8%					
					12	11	1					
R04	356	169 47.5%	98 27.5%	58 16.3%	31	29	2					
					8.7%	93.5%	6.5%					
					10	10	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	85	18.9%	57	67.1%	16	18.8%	9	10.6%	2	2.4%	1	1.2%
	H30	102	20.2%	52	51.0%	28	27.5%	12	11.8%	3	2.9%	7	6.9%
	R01	112	23.3%	68	60.7%	23	20.5%	15	13.4%	2	1.8%	4	3.6%
	R02	88	23.9%	65	73.9%	16	18.2%	5	5.7%	2	2.3%	0	0.0%
	R03	80	20.6%	53	66.3%	13	16.3%	9	11.3%	4	5.0%	1	1.3%
	R04	69	19.4%	48	69.6%	13	18.8%	6	8.7%	2	2.9%	0	0.0%
治療なし	H29	364	81.1%	157	43.1%	99	27.2%	73	20.1%	23	6.3%	12	3.3%
	H30	402	79.8%	157	39.1%	109	27.1%	87	21.6%	33	8.2%	16	4.0%
	R01	369	76.7%	140	37.9%	99	26.8%	70	19.0%	43	11.7%	17	4.6%
	R02	280	76.1%	121	43.2%	72	25.7%	45	16.1%	29	10.4%	13	4.6%
	R03	309	79.4%	134	43.4%	81	26.2%	60	19.4%	23	7.4%	11	3.6%
	R04	287	80.6%	121	42.2%	85	29.6%	52	18.1%	19	6.6%	10	3.5%