

中川町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第四期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度



中川町
令和6年3月

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	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. 標準化の推進	8
6. 保険者努力支援制度	9
第2章 第2期計画に係る評価及び第3期計画における健康課題の明確化	10
1. 第2期計画に係る評価及び考察	10
1) 第2期計画の評価	10
2) 主な個別事業の評価と課題	16
3) 第2期計画に係る考察	19
2. 第3期計画における健康課題の明確化	20
1) 基本的な考え方	20
2) 基本情報	21
3) 死因別の標準化死亡比	22
4) 介護の状況	23
5) 国保加入者の状況	25
6) 国保加入者の生活習慣病の状況	30
7) 特定健診の状況	33
8) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況	35
9) 健康課題の整理	38
3. 目標の設定	39
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	41
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	41
2. 目標値の設定	41
3. 対象者の見込み	41
4. 特定健診の実施	41
5. 特定保健指導の実施	44
6. 個人情報保護	47

7. 結果の報告	47
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	47

第4章 課題解決するための個別保健事業 48

1. 保健事業の方向性	48
2. 重症化予防の取組	48
1) 糖尿病性腎症重症化予防	49
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	59
4) 脳血管疾患重症化予防	64
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	69
4. 発症予防	70
5. ポピュレーションアプローチ	71

第6章 計画の評価・見直し 72

1. 評価の時期	72
2. 評価方法・体制	72

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 73

1. 計画の公表・周知	73
2. 個人情報の取扱い	73

参考資料 74

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・改善等を行うこととされました。

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町の課題等を踏まえ、中川町では保健事業を実施するにあたり、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)」及び第四期特定健診等実施計画を策定します。

※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)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・特定保健指導の結果、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、保健事業の実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定します。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)

中川町では、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。

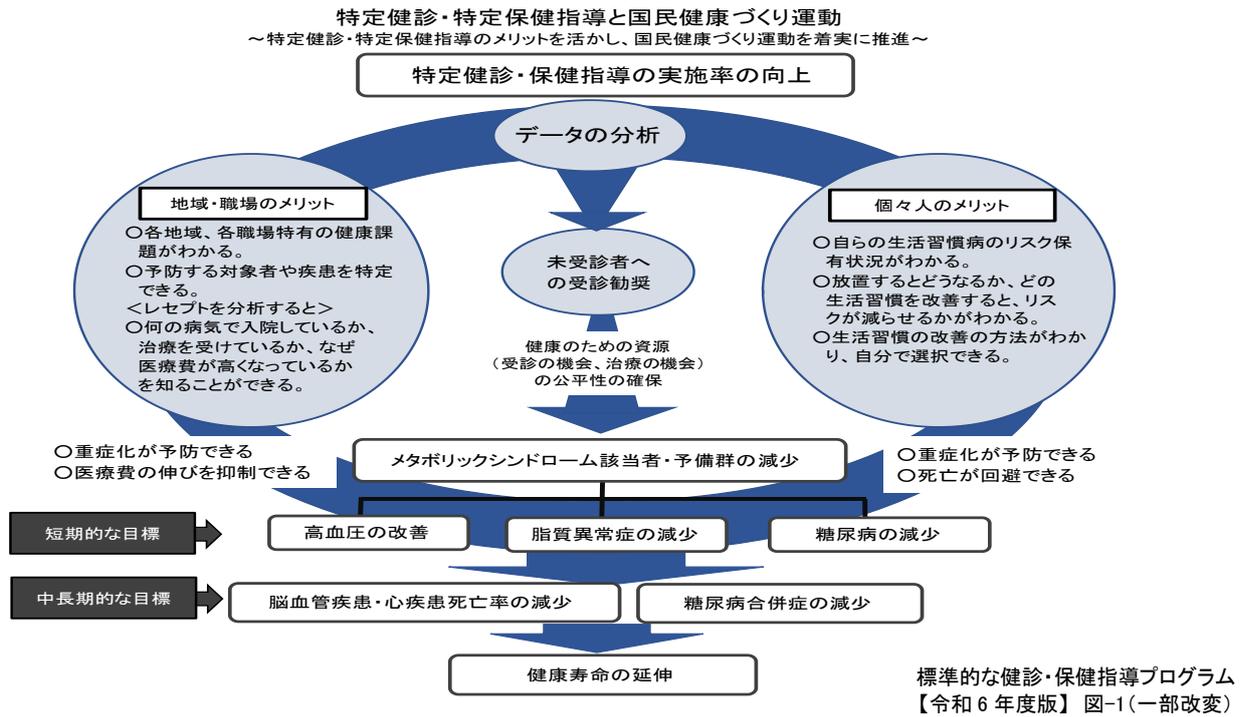
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

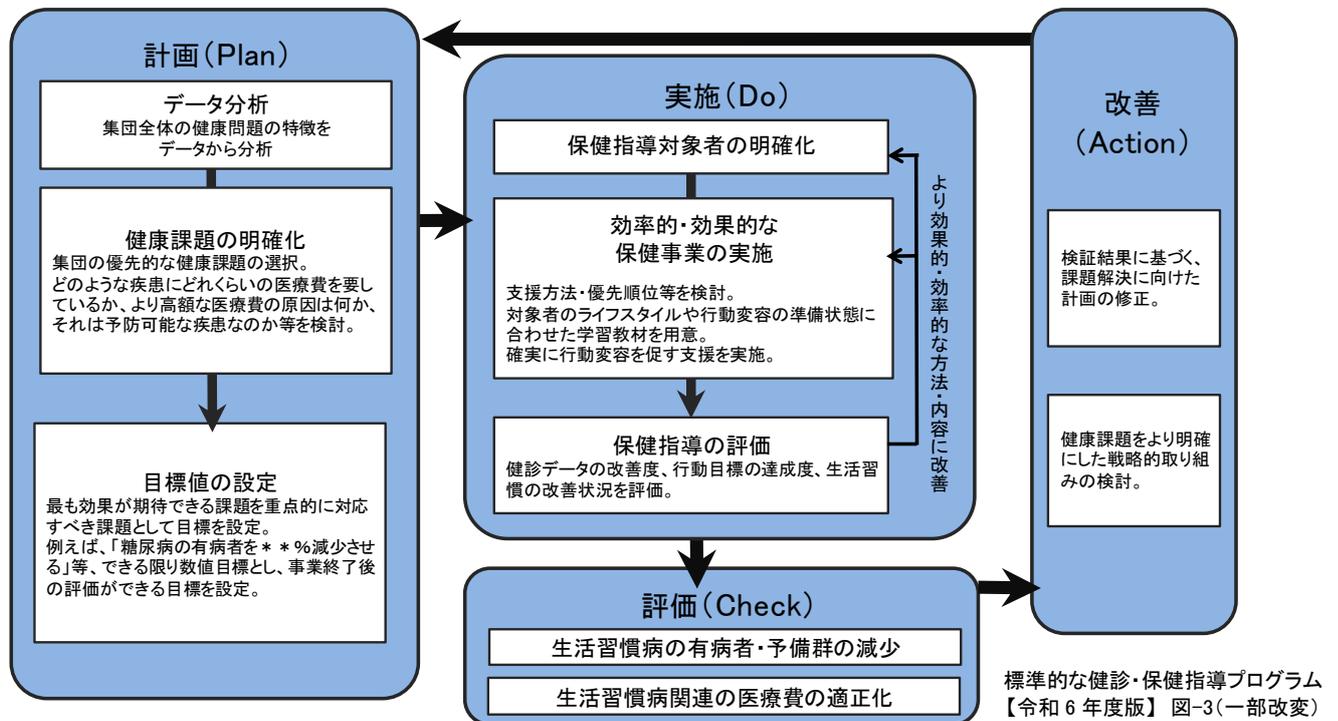
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024~2035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LPDCA 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縦時的)	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・骨折後症、 パーキンソン病関連疾患、 低神経伝達疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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 保険者機能強化連携交付金

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

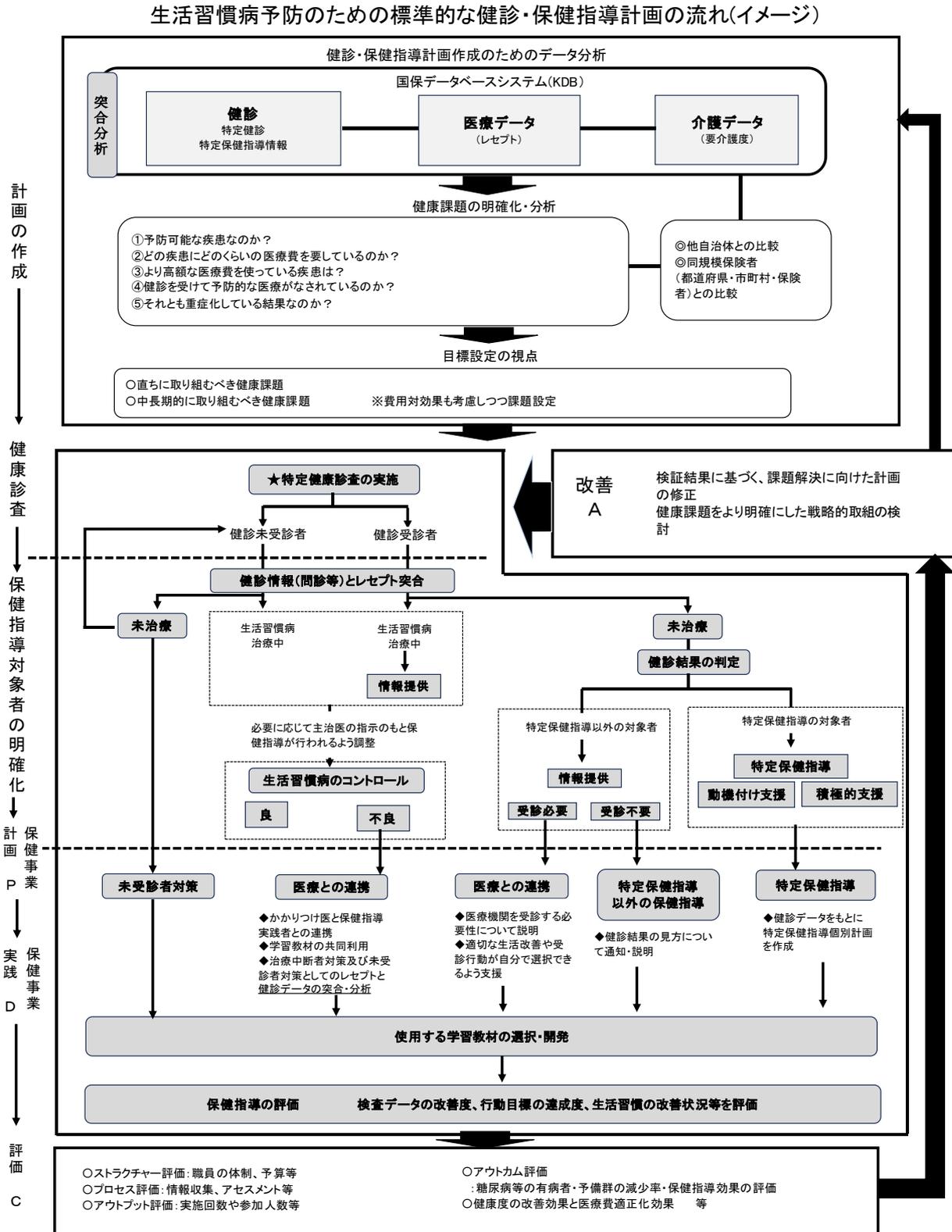


注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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)

標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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



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(平成30年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

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、特定健康診査等実施計画、健康増進計画及び、北海道における医療費適正化計画や医療計画との整合性を図る観点から令和6年度(2024年)から令和11年度(2029年)までの6年間とします。

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、住民課健康推進係の保健師と管理栄養士等の専門職が中心となり、住民の健康の保持増進に関わるさまざまな部局と連携をして保険者の健康課題を分析し、町一体となって策定等を進めていきます。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、住民課住民生活係(国保・後期担当)、社会福祉係(介護保険担当、地域包括支援センター)と十分に連携を図ります。

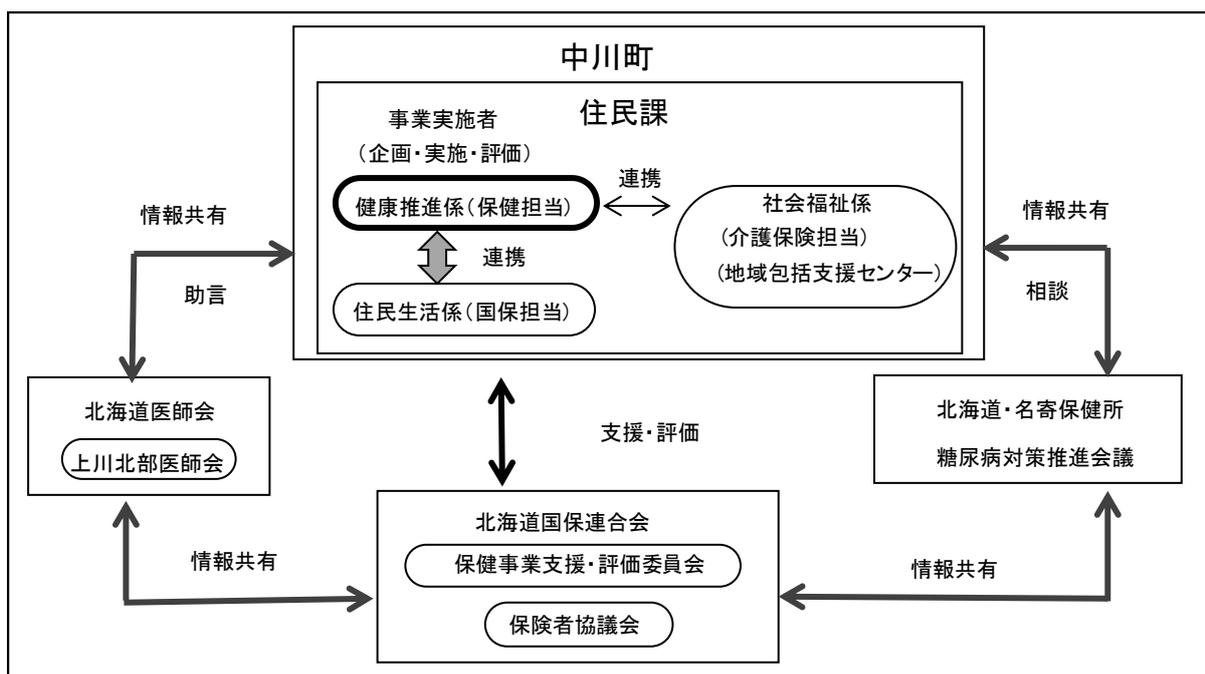
さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者の業務を明確化することにより、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6)

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である北海道のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、上川北部医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力をしていきます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

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。

図表 6 中川町の実施体制図 (R6.4.1 から)



5. 標準化の推進

データヘルス計画が北海道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。

中川町では、北海道等の方針を踏まえ、データヘルス計画を策定します。(図表7)

図表7 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
<p>(死亡・介護)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>(医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>(特定健診・特定保健指導)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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)なるにした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
<p>(健康寿命・医療費の構造変化)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。
<p>(重症化予防)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く(重度に)なるにした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。
<p>(健康づくり)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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8)

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	
			中川町	配点	中川町	配点	中川町	配点
交付額(千円)			841		757		824	
全国順位(1,741市町村中)			275位		369位		163位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	120	70	120	70	120	70
		(3)メタリックシフト・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	48	40	70	40	72	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	105	120	90	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	40	45	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	45	50	45	50	35	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	5	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	100	100	100	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	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	29	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	33	95	41	100	70	100
合計点			675	1,000	654	960	692	940

出典 厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果

* 国の予算額、評価指標及び配点は各保険者の取組状況を踏まえ、年度ごとに見直しが行われています。

第2章 第2期計画に係る評価及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画の評価

第2期計画においては、生活習慣病対策を始めとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的に、中長期目標及び短期目標を設定し、平成28年度と令和4年度の数値を比較し、評価しました。

(1) 中長期目標の達成状況

課題を解決するための目標	実績			目標値	達成状況
	初期値 H28年度	中間評価 H31年度	最終評価 R4年度		
脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.12%	0.07%	4.75%	1%以内	D
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.64%	0.54%	1.38%	2%以内	A
糖尿病性腎症による透析導入者を1人以内に維持	0人	0人	1人	1人	A
慢性腎臓病による透析導入者を1人以内に維持	0人	1人	0人	1人	A

【達成状況】 A:達成 B:初期値より改善しているが目標値は未達成 C:変わらない D:悪化

① 中長期目標疾患の医療費の状況

被保険者の減少に伴い総医療費は減少していますが、中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(透析の医療費を参照)の医療費合計額は平成28年度より300万円以上増加しています。疾患別にみると、脳血管疾患の総医療費に占める医療費の割合が4.63ポイントも伸びており、国、道、同規模よりも高い状況です。虚血性心疾患については0.26ポイント減少し、目標値を達成しています。透析は導入者がいましたが異動のため令和4年度医療費は0%となっています(図表9)

図表9 中長期目標疾患の医療費の推移

			中川町		同規模	県	国
			H28年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			1億7876万円	1億0846万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3,135,600	6,644,550			
			314万円	664万円	--	--	--
			1.75%	6.13%	7.24%	6.48%	8.20%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.12%	4.75%↑	2.12%	2.20%	2.07%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.64%	1.38%↓	1.46%	1.71%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.00%	0.00%	3.29%	2.30%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.00%	0.00%	0.37%	0.28%	0.29%

一人あたり医療費について平成 28 年度と比較すると約 5.9 万円減少しており、同規模保険者とほぼ同額となっています。しかし、入院医療費をみると、レセプト件数の割合が全体のわずか 4%程度にも関わらず、費用の割合は医療費全体の 50.8%を占めており、1 件あたりの入院医療費も 8.1 万円高くなっています。(図表 10)

図表 10 医療費の推移

	中川町		同規模	道	国
	H28年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)	421人	297人	--	--	--
前期高齢者割合	191人 (45.0%)	125人 (42.1%)	--	--	--
総医療費	1億7876万円	1億0846万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	424,625	365,181	367,527	393,506	378,638
	県内12位 同規模17位	県内95位 同規模157位			
入院	1件あたり費用額(円)	464,280	545,340 ↑	588,220	619,090
	費用の割合	32.5	50.8 ↑	44.9	43.7
	件数の割合	3.3	4.4	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	25,260	24,570	25,290	24,520
	費用の割合	67.5	49.2	55.1	56.3
	件数の割合	96.7	95.6	96.6	96.8
受診率	741.07	613.434	676.49	676.241	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

② 中長期目標疾患の治療の状況

中長期目標疾患について治療者の割合を見ると、脳血管疾患において増加しています。人工透析の治療者数は1人で、目標値は達成しています。(図表 11)

図表 11 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分	被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患							
	H28年度	R4年度		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析			
	H28年度	R4年度		H28年度	R4年度	H28年度	R4年度	H28年度	R4年度		
治療者(人) 0~74歳	A	421	297	a	19	14	32	19	0	1	
	a/A			a/A	4.5%	4.7%	7.1%	6.4%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	326	219	b	19	14	32	19	0	1	
	B/A	77.4%	73.7%	b/B	5.8%	6.4%	9.8%	8.7%	0.0%	0.5%	
再掲	40~64歳	C	135	94	c	2	2	2	2	0	0
		C/A	32.1%	31.6%	c/C	1.5%	2.1%	1.5%	2.1%	0.0%	0.0%
	65~74歳	D	191	125	d	17	12	30	17	0	1
		D/A	45.4%	42.1%	d/D	8.9%	9.6%	15.7%	13.6%	0.0%	0.8%

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)

(2)短期目標の達成状況

短期目標①	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	実績			目標値	達成状況	
		初期値 H28年度	中間評価 H31年度	最終評価 R4年度			
課題を解決するための目標							
メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少		34.1%	40.9%	35.2%	25%未満	D	
再掲)該当者		21.4%	22.1%	18.0%	20%未満	A	
		男性	23.4%	25.4%	28.0%	25%未満	D
		女性	19.8%	19.3%	11.1%	19%台	A
再掲)予備群		12.7%	18.8%	16.4%	15.0%	D	
		男性	15.6%	25.4%	26.0%	25%未満	D
		女性	10.4%	13.3%	9.7%	10%台	A
健診受診者のⅡ度以上高血圧者の割合の減少 (160/100mmHg以上)		5.4%	5.8%	7.2%	4.5%	D	
健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL140mg/dl以上)		24.3%	25.3%	21.3%	20.0%	B	
健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)		9.4%	15.7%	14.7%	8.0%	D	
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		25.0%	85.7%	100.0%	25%以上	A	
糖尿病の保健指導を実施した割合 (HbA1c6.5%以上)		80.0%	81.4%	100.0%	80%以上	A	

【達成状況】 A:達成 B:初期値より改善しているが目標値は未達成 C:変わらない D:悪化

① 中長期目標疾患に共通するリスクの状況

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

中川町の特定健診結果におけるメタボリックシンドロームの該当者は、平成28年度と比較して3.5ポイント減少し、図表12の平成30年度との比較では3項目(血圧、脂質、血糖)すべての危険因子が重なっている割合も減少しています。

しかし予備群については4.4%増えています。男女別にみると、女性はメタボ該当者、予備群ともに減少し目標を達成していますが、男性はどちらも増加しており、注意が必要です。

図表12 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	158 (61.7%)	35 (22.2%)	11 (7.0%)	24 (15.2%)	28 (17.7%)
R4年度	122 (63.2%)	22 (18.0%)	8 (6.5%)	14 (11.4%)	21 (17.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

特定健診結果において、重症化しやすい HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C140 以上の有
所見者割合を見ると、HbA1c6.5 以上 14.7%、Ⅱ度高血圧以上 7.2%と平成 28 年度よりも増加して
おり、目標は達成できていません。LDL コレステロールについては減少が見られましたが、目標値は未
達成です。

図表 13、図表 14、図表 15 より平成 30 年度、令和 3 年度の該当者の翌年度の結果を見てみると、
改善率が 2 割程度でした。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、改善・
悪化状況が不明でした。

中川町で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、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度
当初に重症化予防対象者へ継続受診を勧める働きかけること、継続的に経過を把握することが重要
です。また、後期高齢者健診に移行する方については、引き続き健診の受診勧奨及び、保健指導を
継続していきます。

図表 13 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→R1	15 (9.5%)	4 (26.7%)	6 (40.0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)
R3→R4	25 (18.9%)	5 (20.0%)	7 (28.0%)	4 (16.0%)	9 (36.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 14 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→R1	8 (5.1%)	3 (37.5%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)
R3→R4	6 (4.4%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	4 (66.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 15 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→R1	14 (8.9%)	9 (64.3%)	2 (14.3%)	2 (14.3%)	1 (7.1%)
R3→R4	9 (6.7%)	4 (44.4%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

短期目標②	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす				
課題を解決するための目標	実績			目標値	達成状況
	初期値 H28年度	中間評価 H31年度	最終評価 R4年度		
特定健診受診率	61.2%	65.5%	63.2%	65%以上	B
特定保健指導実施率	76.2%	65.2%	68.2%	75%以上	D
特定保健指導対象者の割合の減少率 ※前年度比	15.8%	22.2%	15.8%	20.0%	D

【達成状況】 A:達成 B:初期値より改善しているが目標値は未達成 C:変わらない D:悪化

中川町の特定健診受診率は、国の目標値である 60%以上を維持しています。しかし、本町の第 3 期特定健診等実施計画の目標である 65%以上は達成できていません。特定保健指導についても、目標値の 75%は未達成で、特定保健指導対象者の割合の減少に至っていない状況です。(図表 16)

特定健診の年代別の受診率をみると、40～50 代の男性は特に低い状況が続いています。

生活習慣病は自覚のないまま進行するため、健診受診によって自分の健康状態を理解し予防に取り組んでいくことが大切です。今後の受診率の維持向上と特定保健指導の実施率の向上及び内容の充実が課題です。(図表 17)

図表 16 特定健診・特定保健指導の推移(平成 30 年度～令和 4 年度)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	158	154	139	135	122	健診受診率 65%
	受診率	61.7%	65.5%	61.2%	64.3%	63.2%	
特定保健 指導	該当者数	21	23	22	20	22	特定保健指 導実施率 75%
	割合	13.3%	14.9%	15.8%	14.8%	18.0%	
	実施者数	17	15	15	16	15	
	実施率	81.0%	65.2%	68.2%	80.0%	68.2%	

出典: 特定健診法定報告データ

図表 17 年代別特定健診受診率の比較

	総数							男性							女性						
	H30			R04			伸び率	H30			R04			伸び率	H30			R04			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	256	158	61.7%	193	122	63.2%	1.5%	122	71	58.2%	88	51	58.0%	-0.2%	134	87	64.9%	105	71	67.6%	2.7%
40代	30	19	63.3%	26	12	46.2%	-17.2%	18	10	55.6%	15	3	20.0%	-35.6%	12	9	75.0%	11	9	81.8%	6.8%
50代	42	19	45.2%	32	14	43.8%	-1.5%	25	10	40.0%	18	8	44.4%	4.4%	17	9	52.9%	14	6	42.9%	-10.1%
60代	98	57	58.2%	57	41	71.9%	13.8%	36	20	55.6%	24	18	75.0%	19.4%	62	37	59.7%	33	23	69.7%	10.0%
70代	86	63	73.3%	78	55	70.5%	-2.7%	43	31	72.1%	31	22	71.0%	-1.1%	43	32	74.4%	47	33	70.2%	-4.2%
再40～64歳	92	49	53.3%	83	44	53.0%	-0.2%	49	24	49.0%	45	19	42.2%	-6.8%	43	25	58.1%	38	25	65.8%	7.6%
再65～74歳	164	109	66.5%	110	78	70.9%	4.4%	73	47	64.4%	43	32	74.4%	10.0%	91	62	68.1%	67	46	68.7%	0.5%

課題を解決するための目標	実績			目標値	達成状況
	初期値 H28年度	中間評価 H31年度	最終評価 R4年度		
短期目標③ がんの早期発見、早期治療と生活習慣病を予防することにより、医療費の伸びの抑制につなげる。					
胃がん検診受診率の増加 ※50-69歳 (H28年度は40-69歳)	22.9%	17.1%	19.8%	25.0%	D
肺がん検診受診率の増加 ※40-69歳	22.5%	20.7%	18.2%	30.0%	D
大腸がん検診受診率の増加 ※40-69歳	21.9%	20.0%	19.8%	30.0%	D
子宮がん検診受診率の増加 ※20-69歳	33.3%	34.1%	33.0%	35.0%	D
乳がん検診受診率の増加 ※40-69歳	39.9%	44.7%	44.9%	40.0%	A
健康ポイント事業の取り組みに参加する割合	-	33.4%	32.5%	28.0%	A
歯周病検診の実施	-	実施	実施	実施	A
重複服薬者支援の実施	-	実施	実施	実施	A
後発医薬品の使用割合	58.0%	75.1%	81.6%	80.0%	A

【達成状況】 A:達成 B:初期値より改善しているが目標値は未達成 C:変わらない D:悪化

保険者努力支援制度の評価指標であるこれらの取組については、健康寿命の延伸や、医療費の適正化につながります。

がん検診については、乳がん検診以外のがん検診の受診率が低下し、目標値は未達成です。今後も継続して受診勧奨及び検診を受けやすい体制づくりに取り組めます。

歯周病検診については目標値を設定していませんが、中川町では、健康増進事業の中で、20歳から70歳までの節目年齢への歯周病検診を実施しています。近年は歯周病と生活習慣病重症化との関連が報告されているほか、「経済財政運営と改革の基本方針 2023(骨太方針 2023)」においても、生涯を通じた歯科健診の推進の施策が検討されています。今後も現行の歯周病検診を継続しつつ、国の動向をふまえ、検診対象者の拡大について検討していきます。

重複服薬者支援、後発医薬品の使用促進については、医療費の伸びの抑制につながります。後発医薬品の使用割合については、年々増加傾向にあり、令和4年度に目標値を達成しました。今後も国保担当と協力し、後発医薬品希望シールの配布や差額通知による普及啓発を継続していきます。

第3期計画では、これらの評価目標については保険者努力支援制度の中で評価していきます。

(再掲) 国民健康保険被保険者受診率 (R3年度)

	中川町	道	国
胃がん	28.5%	10.6%	12.1%
肺がん	40.1%	10.9%	15.2%
大腸がん	36.8%	11.7%	16.0%
子宮頸がん	30.1%	14.5%	18.2%
乳がん	39.3%	12.5%	15.5%

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者(HbA1c6.5%以上)への保健指導実施割合は令和4年度に100%、未治療者・治療中断者への受診勧奨も対象者全員へ実施しています。(図表18)

図表18 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)	158	154	139	135	122
血糖値有所見者 *1	人(b)	15	24	18	25	18
	(b/a)	9.5%	15.6%	12.9%	18.5%	14.8%
保健指導実施者 *2	人(c)	15	23	14	18	18
	(c/b)	100.0%	95.8%	77.8%	72.0%	100.0%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

中川町調べ

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表19、図表20をみると、R2年度からは未治療者・治療中断者は全員受診につながり、食事療法・運動療法や服薬治療が開始され、その結果、重症化予防の優先度の高いHbA1c8.0%以上の高血糖者については、平成30年度の3人から令和4年度1人に減っています。

治療を開始した者の状況を見ると、「服薬なし」の割合が多いことから、「薬を飲んでいないからまだ大丈夫」と治療への意識が薄れることもあるため、治療中断や重症化に注意が必要です。

今後も、有所見者で受診のない方への受診勧奨及び、治療中の方への継続した保健指導を実施するよう体制を強化します。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おこないます。

図表19 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)	15	24	18	25	18
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	4	9	4	8	2
	(b/a)	26.7%	37.5%	22.2%	32.0%	11.1%
受診した者	人(c)	3	7	4	8	2
	(c/b)	75.0%	77.8%	100.0%	100.0%	100.0%
治療開始した者(服薬有)	人(c)	2	1	1	1	0
	(c/b)	50.0%	11.1%	25.0%	12.5%	0.0%
治療開始した者(服薬なし)	人(c)	0	6	3	7	2
	(c/b)	0.0%	85.7%	75.0%	87.5%	100.0%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

中川町調べ

図表 20 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)	158	153	138	132	122
HbA1c8.0%以上	人(b)	3	1	3	2	1
	(b/a)	1.9%	0.7%	2.2%	1.5%	0.8%
保健指導実施	人(c)	3	1	3	2	1
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	1	1	0	0	0
	(b/a)	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%

	H30	R1	R2	R3	R4
内服治療開始	1人	0人	0人	0人	0人
元々治療中	0人	0人	0人	0人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患の重症化予防

中川町では心房細動が主な原因の心原性脳梗塞や、虚血性心疾患による重症化の予防を目的として、特定健診(集団健診)で心電図検査の全数実施を取り入れています。

狭心症や心筋梗塞など虚血性心疾患が疑われる ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、全員が医療機関を受診しています。心房細動の未治療者についても、全員が治療や精密検査につながっています。(図表 21、22)

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 21 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		156		152		137		131		118	
ST異常所見		6	3.8%	2	1.3%	5	3.6%	7	5.3%	5	4.2%
要医療・要精査	医療機関受診あり	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	100.0%	1	100.0%
	医療機関受診なし	0	0.0%	1	100.0%	2	66.7%	0	0.0%	0	0.0%
	それ以外の判定	6	100.0%	1	50.0%	2	40.0%	7	100.0%	4	80.0%

図表 22 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		2		2		4		1		1	
心房細動未治療者	検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	治療開始	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

③脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、平成30年度の8人(5.1%)からR2年度に5人(3.6%)まで減少しましたが、令和4年度は9人(7.4%)と増加し、そのうちの約7割が未治療者です。(図表23)

中川町では未治療者全員へ保健指導を実施し、家庭血圧測定をすすめ、その数値をもとに受診勧奨及び保健指導をしています。服薬治療を開始した方は年間1~2人で、その他の方は家庭では正常範囲の血圧のため服薬治療には至っていません。

健診・診察時に血圧が上昇しやすく、家庭では正常に戻る血圧は、「白衣高血圧」と言われ、高血圧の発症及び持続性高血圧へ移行する可能性が高いため、今後も家庭血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用しながら継続して経過を見ていく必要があります。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が3人(33.3%)いました。服薬状況の確認及び医療機関と連携した保健指導を行っていくことが重要です。

図表23 Ⅱ度高血圧以上の者(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	158	154	139	135	122	
Ⅱ度高血圧以上の者 (160以上/100以上)	人(b)	8	9	5	6	9	
	(b/a)	5.1%	5.8%	3.6%	4.4%	7.4%	
	治療あり	人(c)	2	6	1	4	3
		(c/b)	25.0%	66.7%	20.0%	66.7%	33.3%
	治療なし	人(d)	6	3	4	2	6
		(d/b)	75.0%	33.3%	80.0%	33.3%	66.7%
治療開始	人(e)	2	1	1	1	1	
	(e/d)	33.3%	33.3%	25.0%	50.0%	16.7%	
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者 (180以上/110以上)	人(f)	2	1	0	1	0
		(f/a)	1.3%	0.6%	0.0%	0.7%	0.0%
	治療あり	人	1	1	0	0	0
	治療なし	人	1	0	0	1	0

(2)ポピュレーションアプローチ

中川町では、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健康実態や生活背景との関連について、各種団体へ健康講話等を毎年実施しています。

また、集団健診会場では高血圧・肥満の改善を目的に減塩食品等の配布、野菜摂取に関する測定及び資料の配布を実施し、健康への関心を高める意識付けにつながっています。

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、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。

3) 第2期計画に係る考察

第2期データヘルス計画において、中長期目標の疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、慢性腎不全(透析含む)に重点をおき重症化予防をすすめてきました。その結果、虚血性心疾患の医療費と透析導入者数については目標値内を維持できており、総医療費の伸びの抑制につながったと考えられます。

しかし、疾患別にみると脳血管疾患の医療費の割合が増加しており、図表10にあるように重症化の指標となる入院費の割合の増加にも影響していると考えられ、医療費の伸びの抑制を維持するためには引き続き重症化の予防対策が重要です。

また、短期目標である高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの減少については、特定健診受診者全員への健診事後指導や未治療者への受診勧奨を実施してきましたが、各疾患とも有所見者の増加がみられており、保健指導内容や医療機関受診後の継続的な支援などに課題があるといえます。

住民が健康を維持し、適正な医療につなげるためには、住民自らが体の状態を確認できる場として特定健診は重要です。特定健診の受診率は第2期計画の目標を令和元年度を除いて達成できていませんが、国の目標値である60%を維持できています。しかし、受診率の高い団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しており、40~50歳代の若い世代の受診率が低いことから、今後の受診率の維持・向上が課題です。自分の健康への関心をもってもらえるよう、ポピュレーションアプローチによる健康情報の周知や普及啓発の実施を継続していきます。

その他に医療費の問題として、がんの医療費の割合が国や道と比べても高い状況にあります。中川町では各種がん検診受診率において目標値は達成していませんが、コロナ禍においても大きな受診率の低下はなく、国や道よりも高い率を維持しています。

今後も検診で早期発見できるがんについては、検診の受診勧奨を行い、がんの早期発見・早期治療につなげるのが重要です。健康増進計画とあわせて、検診体制と精検受診勧奨の充実についてすすめていきます。

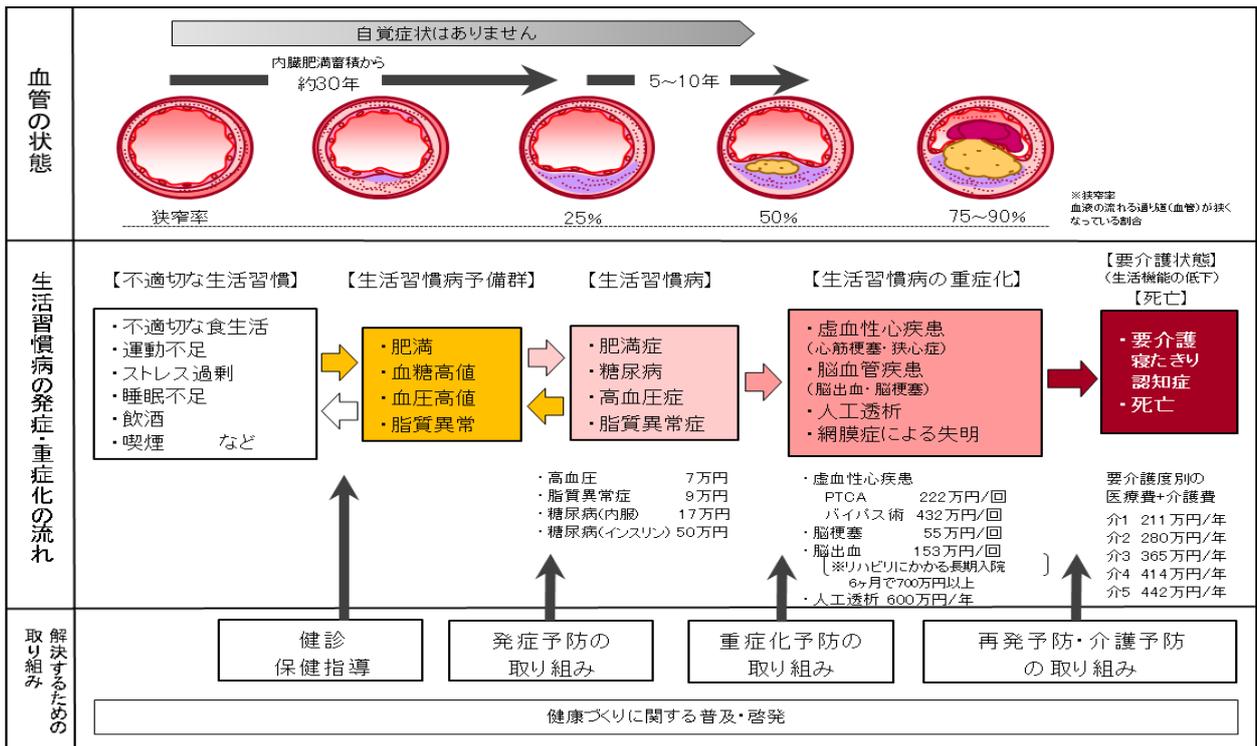
医療費の伸びの抑制につながる重複服薬者への支援や後発医薬品使用割合の向上については、目標を達成できています。引き続き国保担当と協力し継続して取り組んでいきます。

2. 第3期計画における健康課題の明確化

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です。

図表 24 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、市町村国保及び後期広域連合は、健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して国保と後期高齢者医療制度を連続した視点でみながら、被保険者の健康状態等を分析し、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ていきます。

2) 基本情報

(1)人口動態及び高齢化率

中川町の令和4年度の人口は1,336人で、平成30年度以降186人減少しています。高齢化率は39.7%で国、道と比較すると65歳以上の高齢者の割合が高い町です。(図表25)

図表25 人口の変化と高齢化率

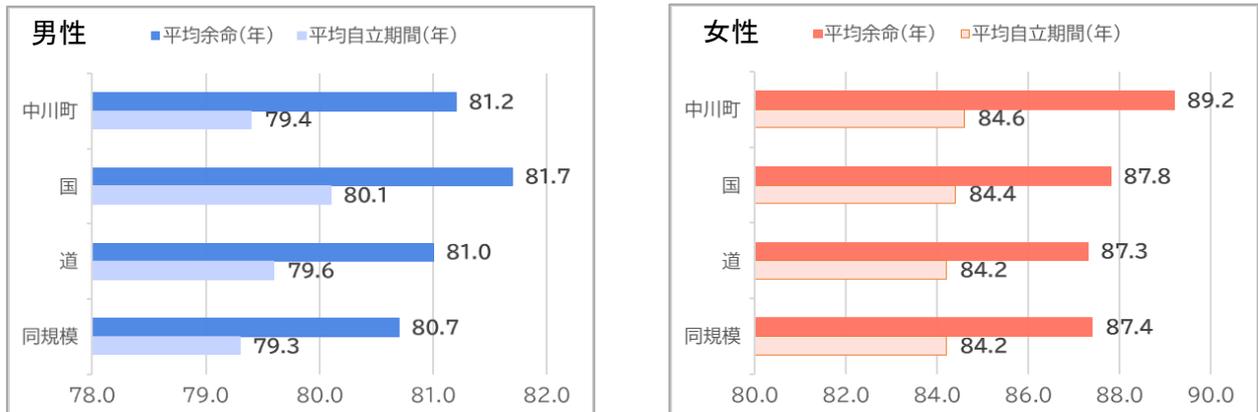
	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人数(人)	割合								
0-39歳	416	27.3%	403	27.0%	397	27.6%	390	27.6%	362	27.1%
40-64歳	484	31.8%	483	32.4%	464	32.2%	457	32.3%	436	32.6%
65-74歳	263	17.3%	244	16.4%	228	15.8%	232	16.4%	210	15.7%
75歳以上	351	23.1%	353	23.7%	343	23.8%	324	22.9%	321	24.0%
合計	1,522	-	1,492	-	1,440	-	1,413	-	1,336	-
中川町_高齢化率	40.3%		40.0%		39.7%		39.3%		39.7%	
国_高齢化率	27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
道_高齢化率	30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%	

【出典】住民基本台帳 平成30年度から令和04年度
総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用

(2)男女別の平均余命及び平均自立期間(健康寿命)

平均余命及び平均自立期間(健康寿命)は男女ともに同規模や道と比較して長いです。(図表26)
しかし平均余命と平均自立期間の差をみると男性は1.8年、女性は4.6年で国、道、同規模と比較して長く、介護などで日常生活に制限のある期間が長いといえます。(図表27)

図表26 平均余命及び平均自立期間(令和4年度)



図表27 平均余命・平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
中川町	81.2	79.4	1.8	89.2	84.6	4.6
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
同規模	80.7	79.3	1.4	87.4	84.2	3.2

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度(累計)

3) 死因別の標準化死亡比 (SMR)

保健事業により予防可能な疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患は標準化死亡比が100未満、腎不全が165.4です。また、がんでは胃がんが134.4となっています。(図表28)

※標準化死亡比 (SMR)とは全国の死亡の平均を 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 28 標準化死亡比 (SMR) の状況 (平成 22 年～令和元年)

	死因	順位	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
				中川町	道	国
中長期 目標疾 患	脳血管疾患	2位	17	63.9	92.0	100
	虚血性心疾患	8位	10	60.3	82.4	
	腎不全	6位	10	165.4	128.3	
	がん (悪性新生物)	参考	63	78.7	109.2	
がん検診	胃がん	3位	14	134.4	97.2	
	肺がん	5位	11	67.7	119.7	
	大腸がん	9位	8	75.9	108.7	
	乳がん	14位	2	81.2	109.5	
	子宮がん	16位	1	85.8	101.5	
	心疾患	参考	45	96.7	100.0	
	老衰	1位	22	107.7	72.6	
	肺炎	4位	14	49.5	97.2	
	不慮の事故 (交通事故除く)	7位	10	124.6	84.3	
	自殺	11位	3	75.7	103.8	
	慢性閉塞性肺疾患	12位	3	70.7	92.0	
	交通事故	17位	0	0.0	94.0	

出典：公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ平成 22 年から令和元年

4) 介護の状況

(1) 一件当たり介護給付費

介護給付費は、約 1.8 億円から約 2 億円に伸びています。特に、居宅サービスにかかる給付費が増えており、国や道、同規模と比較しても多い状況です。(図表 29)

図表 29 介護給付費の変化

	中川町		同規模	道	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	1億8018万円	2億0644万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	287,833	348,120	323,222	269,507	290,668
1件あたり給付費(円)全体	98,569	107,017	80,543	60,965	59,662
居宅サービス	55,591	58,060	42,864	42,034	41,272
施設サービス	266,215	262,912	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

(2) 要介護(要支援)認定者数・割合

令和 4 年度の要介護認定者数は、2号(40~64歳)被保険者で 3人、1号(65歳以上)被保険者は 111人となっており、認定率とともに平成 30 年度より増加しています。65歳以上の1号認定者の割合は、国や道、同規模と比べて低いです。(図表 30)

図表 30 要介護認定者(率)の状況

	中川町				同規模	道	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	626人	35.4%	593人	39.5%	41.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	1人	0.16%	3人	0.58%	0.38%	0.42%	0.38%
新規認定者			2人		--	--	--
1号認定者	99人	15.8%	111人	19.2%	19.9%	20.9%	19.4%
新規認定者	14人		17人		--	--	--
再掲							
65~74歳	7人	2.5%	7人	2.9%	--	--	--
新規認定者	2人		2人		--	--	--
75歳以上	92人	26.2%	104人	29.4%	--	--	--
新規認定者	12人		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

(3)要介護・要支援認定者の有病状況

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、2号被保険者を除き、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、1号被保険者で5割以上の有病状況となっています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症等の有病状況は、65～74歳では6割、75歳以上では9割以上と非常に高い割合となっています。

これらの基礎疾患は、血管疾患以外の要介護の原因として有病率の高い認知症や筋骨格系疾患に多い骨折の要因につながる場合があります。

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31)

図表31 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号				1号				合計			
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		3		7		104		111		114			
再)国保・後期		0		6		91		97		97			
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									
				割合									
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0	脳卒中	4	脳卒中	48	脳卒中	52	脳卒中	52
					--		66.7%		52.7%		53.6%		53.6%
			2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	41	虚血性心疾患	42	虚血性心疾患	42
		3	腎不全	0	腎不全	1	腎不全	23	腎不全	24	腎不全	24	
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	8	糖尿病合併症	8	糖尿病合併症	8	
				--		0.0%		8.8%		8.2%		8.2%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			0	基礎疾患	4	基礎疾患	89	基礎疾患	93	基礎疾患	93	
				--		66.7%		97.8%		95.9%		95.9%	
血管疾患合計			0	合計	5	合計	90	合計	95	合計	95		
			--		83.3%		98.9%		97.9%		97.9%		
認知症		認知症	0	認知症	2	認知症	64	認知症	66	認知症	66		
			--		33.3%		70.3%		68.0%		68.0%		
筋・骨格疾患		筋骨格系	0	筋骨格系	4	筋骨格系	88	筋骨格系	92	筋骨格系	92		
			--		66.7%		96.7%		94.8%		94.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

5) 国保加入者の状況

(1) 国保被保険者構成

令和4年度の国保加入率は297人(19.8%)で、平成30年度から81人減少しています。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が40%以上を占めていますが減少傾向にあり、40～64歳、39歳以下の割合がともに増加傾向にあります。(図表32)

図表32 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	378		361		339		336		297	
65～74歳	178	47.1	159	44.0	155	45.7	148	44.0	125	42.1
40～64歳	113	29.9	109	30.2	102	30.1	102	30.4	94	31.6
39歳以下	87	23.0	93	25.8	82	24.2	86	25.6	78	26.3
加入率	21.4		20.4		19.2		19.0		19.8	

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33 医療サービスの状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模 割合	道 割合								
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5
診療所数	2	5.3	2	5.5	2	5.9	2	6.0	2	6.7	3.6	3.1
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	85.6
医師数	1	2.6	1	2.8	1	2.9	1	3.0	1	3.4	3.3	12.8
外来患者数	698.9		684.1		621.2		627.9		586.2		653.6	654.8
入院患者数	22.0		22.2		27.6		24.1		27.2		22.9	21.5

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

(2) 総医療費及び一人当たり医療費

被保険者数の減少により、一人当たり医療費はR2年度以降減少傾向にありますが、後期高齢者をみると一人当たり75万円を超え、国保の2倍高い状況です。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、後期へ移行する前からの発症・重症化予防が必要です。(図表34)

図表34 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期: R4年度	
被保険者数	378人	361人	339人	336人	297人	338人	
総件数及び 総費用額	件数	3,277件	3,085件	2,636件	2,572件	2,274件	4,577件
	費用額	1億3079万円	1億1198万円	1億3261万円	1億2776万円	1億0846万円	2億5498万円
一人あたり医療費	34.6万円	31.0万円	39.1万円	38.0万円	36.5万円	75.4万円	

出典: ヘルスサポートラボツール

(3)一人あたり医療費と医療費の3要素

入院の一人あたり医療費が国、道、同規模と比較して高いです。また、入院日数が多く、受診率も高いことから、重症度の高い入院であることが考えられます。(図表 35)

図表 35 入院外来別医療費の3要素

入院	中川町	国	道	同規模
一人あたり医療費(円)	14,860	11,650	13,820	13,460
受診率(件/千人)	27.2	18.8	22.0	22.9
一件あたり日数(日)	17.5	16.0	15.8	16.2
一日あたり医療費(円)	31,220	38,730	39,850	36,390

外来	中川町	国	道	同規模
一人あたり医療費(円)	14,400	17,400	17,670	16,530
受診率(件/千人)	586.2	709.6	663.0	653.6
一件あたり日数(日)	1.2	1.5	1.4	1.4
一日あたり医療費(円)	20,530	16,500	19,230	18,540

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度(累計)

年齢調整をした地域差指数で見ても、入院は全国平均の1を大きく超え、さらに北海道の平均よりも高く、平成30年度よりも伸びています。中川町の一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要です。(図表 36)

図表 36 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			
	中川町(県内市町村中)		道(47県中)	中川町		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	1.020	1.112	1.050	0.808	0.771	1.107
		(112位)	(35位)	(15位)	(173位)	(181位)	(9位)
	入院	0.981	1.432	1.149	0.692	0.711	1.243
		(145位)	(23位)	(16位)	(178位)	(182位)	(8位)
	外来	1.089	0.917	0.986	0.939	0.845	0.974
		(28位)	(120位)	(27位)	(80位)	(140位)	(23位)

出典:地域差分析(厚労省)

(4)疾患別医療費の構成

アの疾病分類(大分類)別医療費を見ると、新生物(がん)の割合が24.9%で1位、生活習慣病と関連の大きい内分泌、栄養及び代謝疾患が2位、循環器系の疾患が3位と上位を占めています。

次に、イの疾病分類(中分類)別入院医療費上位10位疾病を見ると、がんでは気管、気管支及び肺の悪性新生物が入院・外来医療費ともに2位、子宮の悪性新生物が入院医療費の7位にあります。これらのがんは、がん検診を受診することで早期発見ができます。重症化してからでは治療が長くなり、医療費も高額となるため、これからもがん検診の実施及び受診勧奨を継続し、早期発見・早期治療に努めます。

生活習慣病関連では、脳梗塞が4位、糖尿病が6位となっています。ウの疾病分類(中分類別)外来医療費では糖尿病と高血圧、その他の心疾患の医療費の割合が高い状況です。治療により重症化が予防できているか、分析が必要です。(図表 37、38、39)

ア 疾病分類(大分類)別医療費

図表 37 疾病分類(大分類)別医療費上位 10 疾病(男女合計)

順位	疾病分類(大分類)	医療費(円)	一人当たり医療費(円)	
			一人当たり医療費(円)	割合
1位	新生物	26,956,420	87,238	24.9%
2位	内分泌、栄養及び代謝疾患	14,201,310	45,959	13.1%
3位	循環器系の疾患	13,724,820	44,417	12.7%
4位	神経系の疾患	13,407,640	43,390	12.4%
5位	精神及び行動の障害	7,865,570	25,455	7.3%
6位	消化器系の疾患	6,290,100	20,356	5.8%
7位	皮膚及び皮下組織の疾患	5,679,800	18,381	5.3%
8位	筋骨格系及び結合組織の疾患	5,527,410	17,888	5.1%
9位	呼吸器系の疾患	4,491,000	14,534	4.2%
10位	眼及び付属器の疾患	3,400,380	11,004	3.1%

イ 疾病分類(中分類)入院医療費

図表 38 疾病分類(中分類)別入院医療費上位 10 疾病(男女合計)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	割合	
			一人当たり医療費(円)	割合
1位	その他の神経系の疾患	9,579,000		17.4%
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	9,016,320		16.4%
3位	その他の悪性新生物	6,663,850		12.1%
4位	脳梗塞	5,050,330		9.2%
5位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3,796,490		6.9%
6位	糖尿病	3,668,340		6.7%
7位	子宮の悪性新生物	2,958,500		5.4%
8位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	2,282,940		4.1%
9位	その他の呼吸器系の疾患	2,103,640		3.8%
10位	皮膚炎及び湿疹	1,503,470		2.7%

ウ 疾病分類(中分類)外来医療費

図表 39 疾病分類(中分類)別外来医療費上位 10 疾病(男女合計)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	割合	
			一人当たり医療費(円)	割合
1位	糖尿病	7,930,010		15.0%
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	4,072,070		7.7%
3位	高血圧症	3,621,200		6.8%
4位	その他の心疾患	3,229,250		6.1%
5位	その他の消化器系の疾患	3,095,260		5.8%
6位	炎症性多発性関節障害	2,983,580		5.6%
7位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2,764,490		5.2%
8位	その他の眼及び付属器の疾患	2,359,240		4.5%
9位	その他の悪性新生物	2,197,720		4.1%
10位	脂質異常症	1,866,270		3.5%

エ 医療費が高額な疾病

年間 80 万円以上の高額レセプトについては、国保においては令和 4 年度 18 件のレセプトが発生していますが、後期高齢者では約 3 倍に増えています。(図表 40)

予防可能な疾患の視点で見ると、脳血管疾患では年間 0~2 件以内、令和 4 年度は国保、後期高齢者とも 0 人で予防できています。しかし虚血性心疾患をみると令和 4 年度は国保 1 件 99 万円に対し、後期高齢者は 5 件 1,112 万円であり、後期高齢者の状況から、国保だけではなく後期高齢者へ移行しても継続的な予防の取組の必要性がわかります。(図表 41、42)

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	13人	10人	17人	12人	11人	30人
	件数	B	24件	28件	40件	48件	18件	54件
		B/総件数	0.73%	0.91%	1.52%	1.87%	0.79%	1.18%
	費用額	C	3331万円	3387万円	6050万円	6974万円	2083万円	8289万円
C/総費用		25.5%	30.2%	45.6%	54.6%	19.2%	32.5%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度		
脳血管疾患	人数	D	0人	0人	1人	0人	0人	0人	
		D/A	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	
	件数	E	0件	0件	2件	0件	0件	0件	
		E/B	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳	0
		60代	0	0	0	0	0	80代	0
		70-74歳	0	0	2	2	0	90歳以上	0
	費用額	F			180万円				
		F/C			3.0%				

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度		
虚血性心疾患	人数	G	1人	0人	0人	0人	1人	3人	
		G/A	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	10.0%	
	件数	H	2件	0件	0件	0件	1件	5件	
		H/B	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%	9.3%	
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳	4
		60代	2	0	0	0	0	80代	1
		70-74歳	0	0	0	0	1	90歳以上	0
	費用額	I	182万円				99万円	1112万円	
		I/C	5.5%				4.8%	13.4%	

出典：ヘルスサポートラボツール

オ 入院が長期化する疾病

6か月以上の入院のレセプトは、令和4年度で27件、実人数は3人で医療費は1,456万円です。医療費に占める割合が最も高いのは、「その他の神経系の疾患」(56.3%)ですが、保健事業により予防可能な疾患である「脳梗塞」も、長期入院を招き医療費の増加につながります。脳血管疾患の発症予防が重要です。(図表43)

図表43 疾病分類(中分類)6か月以上の入院レセプトの状況内訳(上位5疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	長期入院レセプトが医療費に占める割合	件数(累計)(件)
1位	その他の神経系の疾患	8,201,160	56.3%	13
2位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3,320,730	22.8%	9
3位	脳梗塞	1,550,490	10.6%	3
4位	皮膚炎及び湿疹	1,503,470	10.3%	2
5位	-	-	-	-

(5) その他

ア 重複服薬の状況

令和5年5月診療分の重複服薬の状況を見ると、重複処方該当者数は1人です。(図表44)

図表44 重複服薬の状況

他医療機関との重複処方が発生した医療機関(同一月内)		複数の医療機関から重複処方した薬剤数(同一月内)									
		重複処方を受けた者(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた者	2医療機関以上	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 重複処方該当者：重複処方を受けた者のうち、3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数が2以上に該当する者

出典 KDB 帳票 重複・多剤処方の状況 令和5年5月診療分

イ 多剤服薬の状況

令和5年5月診療分の多剤服薬の状況をみると、多剤処方該当者数は2人です。(図表45)

図表45 多剤服薬の状況

同一薬剤に関する処方日数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方した薬剤数(同一月内)											
		重複処方を受けた者(人)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者	1日以上	124	97	72	49	42	31	23	11	8	5	2	0

※ 多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬剤数(同一月内)が15以上に該当する者

出典 KDB 帳票 重複・多剤処方の状況 令和5年5月診療分

6) 国保加入者の生活習慣病の状況

(1)生活習慣病医療費

中川町は、中長期・短期目標疾患医療費合計の割合が国、道、同規模と比べて国保、後期高齢とも高い状況です。特に脳血管疾患及び、糖尿病の総医療費に占める割合が国、道、同規模と比べて高くなっています。後期高齢においては虚血性心疾患及び糖尿病、高血圧の医療費の割合が、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 46)

図表 46 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	中川町	1億0846万円	29,258	0.00%	0.00%	4.75%	1.38%	10.69%	3.34%	1.72%	2373万円	21.9%	24.9%	7.25%	5.10%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	道	—	31,493	2.30%	0.28%	2.20%	1.71%	5.34%	2.99%	1.69%	—	16.5%	19.2%	7.70%	9.43%
	国	—	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	—	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	中川町	2億5498万円	63,270	1.76%	0.26%	2.46%	6.37%	5.86%	4.65%	0.92%	5682万円	22.3%	14.5%	0.53%	7.4%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	道	—	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	—	19.0%	11.1%	4.82%	12.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

中長期疾患の治療者の割合は、平成 30 年度と比較して脳血管疾患で増加し、虚血性心疾患で減少しています。しかし、年齢区分別にみると、65～74 歳の前期高齢者ではどの疾患も増加しています。(図表 47)

図表 47 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分	被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患							
				脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析			
				H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度		
治療者(人) 0～74歳	A	378	297	a	17	14	27	19	1	1	
				a/A	4.5%	↑4.7%	7.1%	↓6.4%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	291	219	b	17	14	27	19	1	1	
	B/A	77.0%	73.7%	b/B	5.8%	6.4%	9.3%	8.7%	0.3%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	113	94	c	4	2	8	2	1	0
		C/A	29.9%	31.6%	c/C	3.5%	2.1%	7.1%	2.1%	0.9%	0.0%
	65～74歳	D	178	125	d	13	12	19	17	0	1
		D/A	47.1%	42.1%	d/D	7.3%	9.6%	10.7%	13.6%	0.0%	0.8%

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)

(2) 基礎疾患の患者数と合併症の状況 (図表 48、49、50)

基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、平成 30 年度と比較して、どの疾患も治療者の割合が増加し、合併症である脳血管疾患、虚血性心疾患の割合も増加しています。

糖尿病治療者では、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症が 7.7%、糖尿病性網膜症が 20.5%に増加しています。基礎疾患の発症・重症化予防と合併症の早期発見、適切な治療が重要です。

図表 48 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				
		H30年度	R4年度	40～64歳		65～74歳		
高血圧症治療者(人)		A	125	98	33	21	92	77
		A/被保数	43.0%	44.7%	29.2%	22.3%	51.7%	61.6%
患(中長期合併症)目標疾患	脳血管疾患	B	10	13	3	2	7	11
		B/A	8.0%	13.3%	9.1%	9.5%	7.6%	14.3%
	虚血性心疾患	C	21	17	6	1	15	16
		C/A	16.8%	17.3%	18.2%	4.8%	16.3%	20.8%
	人工透析	D	1	1	1	0	0	1
		D/A	0.8%	1.0%	3.0%	0.0%	0.0%	1.3%

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 49 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				
		H30年度	R4年度	40～64歳		65～74歳		
糖尿病治療者(人)		A	83	78	20	22	63	56
		A/被保数	28.5%	35.6%	17.7%	23.4%	35.4%	44.8%
患(中長期合併症)目標疾患	脳血管疾患	B	5	9	1	1	4	8
		B/A	6.0%	11.5%	5.0%	4.5%	6.3%	14.3%
	虚血性心疾患	C	16	10	4	1	12	9
		C/A	19.3%	12.8%	20.0%	4.5%	19.0%	16.1%
	人工透析	D	0	1	0	0	0	1
		D/A	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	2	6	0	0	2	6
		E/A	2.4%	7.7%	0.0%	0.0%	3.2%	10.7%
	糖尿病性網膜症	F	10	16	4	4	6	12
		F/A	12.0%	20.5%	20.0%	18.2%	9.5%	21.4%
	糖尿病性神経障害	G	2	2	1	0	1	2
		G/A	2.4%	2.6%	5.0%	0.0%	1.6%	3.6%

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 50 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				
		H30年度	R4年度	40～64歳		65～74歳		
脂質異常症治療者(人)		A	114	108	29	29	85	79
		A/被保数	39.2%	49.3%	25.7%	30.9%	47.8%	63.2%
患(中長期合併症)目標疾患	脳血管疾患	B	9	12	2	2	7	10
		B/A	7.9%	11.1%	6.9%	6.9%	8.2%	12.7%
	虚血性心疾患	C	21	15	5	1	16	14
		C/A	18.4%	13.9%	17.2%	3.4%	18.8%	17.7%
	人工透析	D	1	1	1	0	0	1
		D/A	0.9%	0.9%	3.4%	0.0%	0.0%	1.3%

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

① 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度高血圧以上の者及び、HbA1c7.0以上の高血糖者の状況について平成30年度とR3年度で比較すると、高血糖有所見者の割合が増加しています。また、未治療者について健診後に医療につながっているかレセプトと突合したところ、未治療のままの方が高血圧で2人、高血糖で1人います。その割合は人口5,000人未満の同規模市町村の平均より多い状況です。(図表51)

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、今後も医療の必要な方には受診勧奨を徹底し、治療につなげ重症化を予防することが課題です。

図表51 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度高血圧以上											
					Ⅱ度高血圧以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/G	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
中川町	158	61.7	135	64.3	8	5.1	5	62.5	6	4.4	3	50.0	2	33.3	0	0.0
同規模市町村合計	25,420	56.0	22,990	54.5	1,484	5.8	794	53.5	1,520	6.6	803	52.8	487	32.0	85	5.6

	健診受診率				高血糖(糖尿病) HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施者A	J	J/1	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
中川町	158	100.0	132	97.8	8	5.1	3	37.5	14	10.6	4	28.6	1	7.1	0	0.0
同規模市町村合計	25,420	56.0	22,990	54.5	1,261	4.9	286	22.7	1,252	5.5	250	20.0	83	6.6	41	3.3

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

7) 特定健診の状況

(1) 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移

特定健診の受診率は、第2期計画の評価(p14, 図表16)にあるとおり国や道と比較して高いですが、目標値の65%以上に達しておらず、受診率が低い40・50歳代の受診率向上が課題です。

特定保健指導実施率は国や道と比較して高いですが、目標値の75%以上は未達成です。内臓肥満及び、メタボリックシンドロームの進行の予防のため、保健指導未利用者への継続的な働きかけを実施していきます。(図表52)

図表52 特定保健指導実施率の推移(H30～R4)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	H30年度とR4年度の差
特定健診受診者数(人)		158	154	139	135	122	-36
特定保健指導対象者数(人)		21	23	22	20	22	1
特定保健指導該当者割合		13.3%	14.9%	15.8%	14.8%	18.0%	4.7
特定保健指導実施者数(人)		17	15	15	16	15	-2
特定保健指導実施率	中川町	81.0%	65.2%	68.2%	80.0%	68.2%	-12.8
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	0.0%	-0.9
	道	34.8%	35.9%	33.8%	33.3%	0.0%	-1.5

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

(2) 健診受診者の実態

特定健診の項目別有所見者の割合を見ると、男女ともに中性脂肪、収縮期血圧の割合が国や道と比較して低く、内臓脂肪の蓄積に関連するBMIや腹囲、ALT(肝機能)、HDLコレステロール、血糖、HbA1cの割合が高い状況です。(図表53)

図表53 特定健診受診者における有所見者の割合

性別		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン												
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3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												
全国		34.2		55.3		28.1		21.4		7.1		34.8		57.8		12.5		50.2		26.4		45.6		2.5	
県		36,509	39.1	52,230	56.0	26,173	28.0	22,420	24.0	6,293	6.7	32,364	34.7	50,637	54.3	11,430	12.2	49,811	53.4	25,662	27.5	43,150	46.2	1,942	2.1
保険者	合計	23	45.1	29	56.9	13	25.5	14	27.5	4	7.8	20	39.2	42	82.4	8	15.7	21	41.2	8	15.7	26	51.0	1	2.0
	40-64	11	57.9	10	52.6	7	36.8	8	42.1	2	10.5	7	36.8	13	68.4	2	10.5	5	26.3	4	21.1	9	47.4	0	0.0
	65-74	12	37.5	19	59.4	6	18.8	6	18.8	2	6.3	13	40.6	29	90.6	6	18.8	16	50.0	4	12.5	17	53.1	1	3.1
性別		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン												
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3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												
全国		21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		21.9		56.5		1.8		45.4		16.9		54.1		0.3	
県		30,594	24.3	23,284	18.5	19,830	15.8	12,755	10.1	1,542	1.2	26,082	20.7	62,840	50.0	2,468	2.0	59,095	47.0	22,295	17.7	68,094	54.1	304	0.2
保険者	合計	30	41.7	17	23.6	8	11.1	12	16.7	1	1.4	16	22.2	53	73.6	0	0.0	30	41.7	13	18.1	31	43.1	0	0.0
	40-64	10	38.5	5	19.2	4	15.4	6	23.1	1	3.8	4	15.4	15	57.7	0	0.0	8	30.8	4	15.4	13	50.0	0	0.0
	65-74	20	43.5	12	26.1	4	8.7	6	13.0	0	0.0	12	26.1	38	82.6	0	0.0	22	47.8	9	19.6	18	39.1	0	0.0

また、メタボリックシンドローム該当者の割合は減少していますが、メタボリックシンドローム予備群の割合は国、道、同規模と比較して高いです。肥満対策が重要です。(図表54)

図表54 メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者数

	中川町		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	22	18.0%	20.6%	20.2%	22.2%
男性	14	28.0%	32.9%	32.9%	32.3%
女性	8	11.1%	11.3%	11.0%	12.8%
メタボ予備群該当者数	20	16.4%	11.1%	11.0%	12.4%
男性	13	26.0%	17.8%	18.0%	18.4%
女性	7	9.7%	6.0%	5.9%	7.0%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度(累計)

特定健診結果における受診勧奨対象者の経年推移をみると、令和4年度は血糖、血圧、脂質いずれも重症化予防の対象となるHbA1c7.0以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL180mg/dl以上の割合が増加しています。それぞれの重症化予防が課題です。(図表55、56、57)

図表55 特定健診受診者における受診勧奨対象者(血糖)の経年推移

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	159	-	154	-	139	-	135	-	122	-	
血糖 (HbA1C)	6.5%以上 7.0%未満	7	4.4%	17	11.0%	10	7.2%	11	8.1%	7	5.7%
	7.0%以上 8.0%未満	5	3.1%	6	3.9%	5	3.6%	12	8.9%	9	7.4%
	8.0%以上	3	1.9%	1	0.6%	3	2.2%	2	1.5%	1	0.8%
	合計	15	9.4%	24	15.6%	18	12.9%	25	18.5%	17	13.9%

図表56 特定健診受診者における受診勧奨対象者(高血圧)の経年推移

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		
	人数(人)	割合									
特定健診受診者数	159	-	154	-	139	-	135	-	122	-	
血圧	I度高血圧	28	17.6%	34	22.1%	30	21.6%	24	17.8%	19	15.6%
	Ⅱ度高血圧	6	3.8%	8	5.2%	5	3.6%	5	3.7%	9	7.4%
	Ⅲ度高血圧	2	1.3%	1	0.6%	-	-	1	0.7%	-	-
	合計	36	22.6%	43	27.9%	35	25.2%	30	22.2%	28	23.0%

図表57 特定健診受診者における受診勧奨対象者(LDLコレステロール)の経年推移

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	159	-	154	-	139	-	135	-	122	-	
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上 160mg/dL未満	22	13.8%	26	16.9%	19	13.7%	17	12.6%	17	13.9%
	160mg/dL以上 180mg/dL未満	11	6.9%	8	5.2%	9	6.5%	8	5.9%	5	4.1%
	180mg/dL以上	3	1.9%	5	3.2%	4	2.9%	1	0.7%	4	3.3%
	合計	36	22.6%	39	25.3%	32	23.0%	26	19.3%	26	21.3%

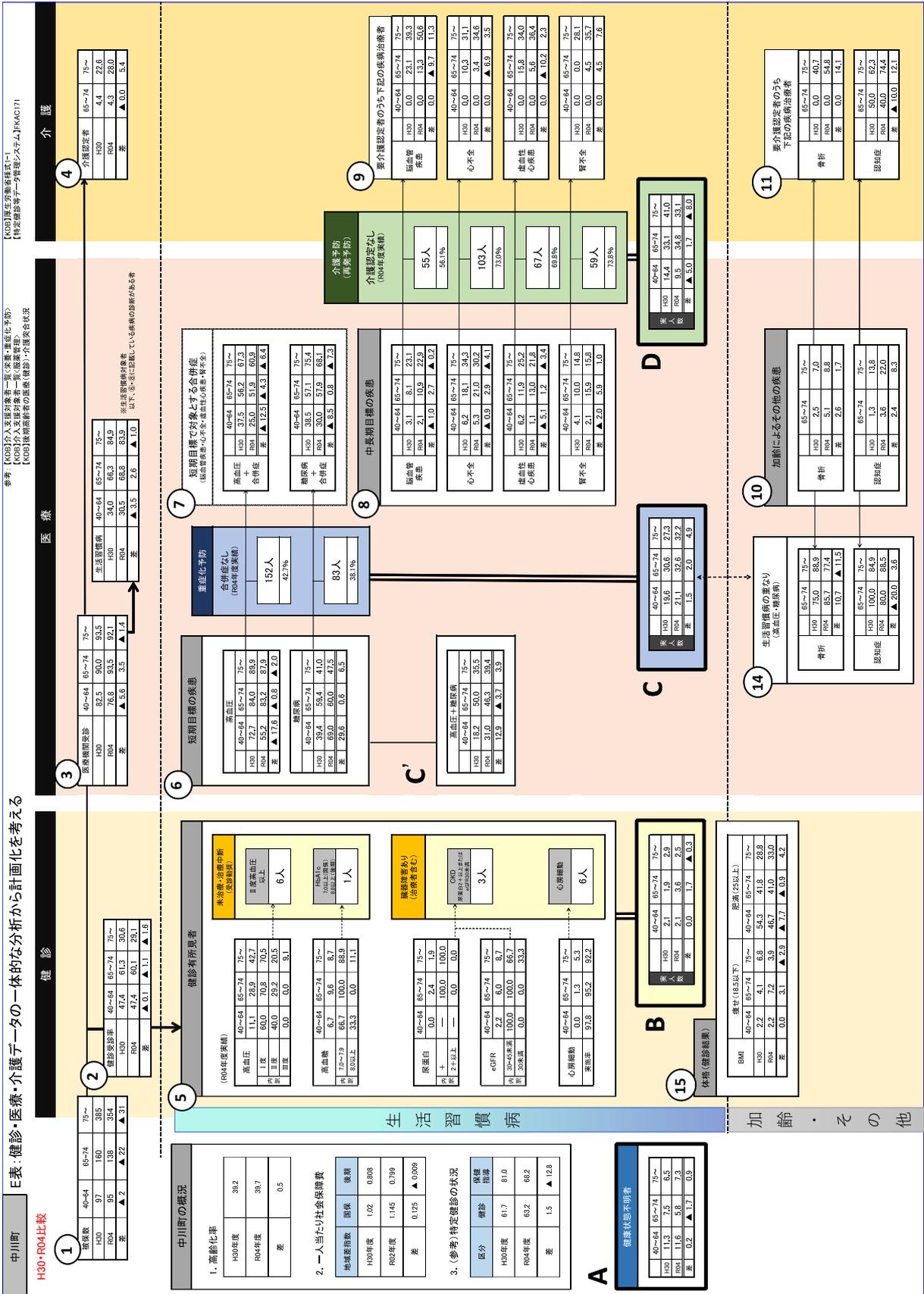
【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 平成30年度(累計)から令和04年度(累計)
KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者) 平成30年度(累計)から令和04年度(累計)

図表 58 健診・医療・介護データの一体的な分析

8) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況

(1) 健診・医療・介護の一体的分析

※図表 58 の①～⑮は図表 57～61 の①～⑮に相応



健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を用いて国保から後期高齢者の各年代で一体的に見てみると、①の被保険者数は、各年代とも減少しています。⑮の体格をみると、75 歳以上で BMI18.5 未満の有所見率が減少し BMI25 以上が増加しています。(図表 59)

図表 59 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	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	22.6	97	160	385	47.4	61.3	30.6	2.2	4.1	6.8	54.3	41.8	28.8
R04	28.0	95	138	354	47.4	60.1	29.1	2.2	7.2	3.9	46.7	41.0	33.0

図表 60 の健診有所見状況をみると、平成 30 年度と比べてⅡ度高血圧以上の有所見者の割合が 65 歳以上で増加し、HbA1c7.0 以上では 40~64 歳、65~74 歳の割合が増加しています。受診勧奨及び保健指導の徹底による重症化予防が課題です。

図表 61 の⑥短期目標疾患(高血圧・糖尿病)をみると、糖尿病の医療機関受診率が各年代高くなっていますが⑦の合併症の率をみると、平成 30 年度よりも減少しています。合併症の定期検査や糖尿病の重症化予防も課題です。

図表 60 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-	
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
H30	2	4.3	(2)	3	3.2	(1)	10	8.5	(0)	0	0.0	(0)	8	8.5	(1)	4	3.4	(0)	0	0.0	0	0.0	6	5.0	0	0.0	1	1.1	6	5.4
R04	2	4.4	(2)	7	9.0	(3)	13	12.6	(1)	3	6.7	(0)	7	9.0	(1)	1	0.9	(0)	0	0.0	0	0.0	3	2.9	0	0.0	1	1.3	5	5.3

図表 61 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)				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	82.5	90.0	93.5	34.0	66.3	84.9	72.7	84.0	89.9	39.4	59.4	41.0	18.2	50.0	35.5	37.5	56.2	67.3	38.5	57.1	75.4	
R04	76.8	93.5	92.1	30.5	68.8	83.9	55.2	83.2	87.9	69.0	60.0	47.5	31.0	46.3	39.4	25.0	51.9	60.9	30.0	57.9	68.1	

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 62⑧の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、65～74 歳の前期高齢者で割合が増加しています。介護に至らないよう適切な治療による予後の改善への働きかけが重要です。

図表 62 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(被保数割)												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		
年度	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	3.1	8.1	23.1	6.2	11.9	25.2	6.2	18.1	34.3	4.1	10.0	14.8	0.0	23.1	39.3	0.0	15.8	34.0	0.0	10.3	31.1	0.0	0.0	28.1
R04	2.1	10.9	22.9	1.1	13.0	21.8	5.3	21.0	30.2	2.1	15.9	15.8	0.0	13.3	50.6	0.0	5.6	36.4	0.0	3.4	34.6	0.0	4.5	35.7

図表 63 より、要介護の要因の一つである骨折と認知症について見ると、これらは加齢が主な原因ではありますが、⑭のように 65 歳以上では 8～9 割近くの方が生活習慣病との重なりがある事がわかります。⑪をみると、骨折や認知症による要介護認定者の割合は 75 歳以上で平成 30 年度より増加しています。糖尿病があるとアルツハイマー型認知症や脳血管性認知症の発症率を高めることが明らかになってきています。要介護にならないためにも、国保の年代のうちから、糖尿病等生活習慣病の重症化予防が大切です。

図表 63 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 (被保数割)				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	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	75.0	88.9	100.0	84.9	2.5	7.0	1.3	13.8	0.0	40.7	50.0	62.3
R04	85.7	77.4	80.0	88.5	5.1	8.8	3.6	22.0	0.0	54.8	40.0	74.4

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 後期高齢者の一人当たり医療費と入院医療費の割合

後期高齢者の総医療費に占める入院医療費の割合は、国と比較して低いです。また、図 36 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移(p26)から一人あたり(年齢調整後)地域差指数を見ても、全国平均の1より低い状況です。

図表 64 一人当たり医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	中川町	国	国との差	中川町	国	国との差
入院一人当たり医療費(円)	14,860	11,650	3,210	31,850	36,820	-4,970
外来一人当たり医療費(円)	14,400	17,400	-3,000	31,420	34,340	-2,920
総医療費に占める入院医療費の割合	50.8%	40.1%	10.7	50.3%	51.7%	-1.4

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度(累計)

9) 健康課題の整理

第3期計画の目的、並びにそれを達成するための中長期目標及び短期目標を整理しました。

頁	医療・健康情報	データ分析	健康課題の明確化
21	基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率が39.7%で国や道より高い ・介護が必要な不健康期間が国や道より長い 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命の延伸
22	死因別の標準化死亡比	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患、虚血性心疾患は全国平均を下回る ・腎不全の標準化死亡比が165.4と高い ・胃がんの標準化死亡比が134.4と高い 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎不全の死亡率が高い
23	介護の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費が増加。居宅サービス費が国や道より高い ・要介護認定率は19.2%とH30と比較して増加しているが、国、道、同規模より低い ・介護認定の要因として、「脳血管疾患」の割合が高い。 ・基礎疾患として高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病率が9割以上と高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定の要因として、「脳血管疾患」の割合が高い ・高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防
26	国保加入者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・国保加入率19.8%、65歳以上の割合が40%以上と多い ・入院にかかる費用割合が50.8%、レセプト件数4.4%と国や道より高い ・入院の一人当たり医療費が国、道と比較して高く、重症度も高い ・一人当たり年齢調整後地域差指数が高く、特に入院医療費で全国平均、道より高い ・入院医療費(大分類) <ul style="list-style-type: none"> 2位 内分泌、栄養及び代謝系疾患 13.1% 1420万 3位、循環器系の疾患 12.7% 1372万 ・入院医療費(中分類) <ul style="list-style-type: none"> 4位 脳梗塞 9.2% 505万 6位 糖尿病 6.7% 367万 ・外来医療費(中分類) <ul style="list-style-type: none"> 1位 糖尿病15.0% 793万 3位 高血圧症6.8% 362万 4位 その他の心疾患6.1% 322万 ・6か月以上のレセプト 脳梗塞 3件 155万 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療費の割合の抑制 ・糖尿病重症化予防 ・脳血管疾患重症化予防
30	国保加入者の生活習慣病の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期・短期目標疾患医療費合計の総医療費に占める割合が国、道、同規模と比べて国保、後期高齢ともに高い ・特に脳血管疾患及び、糖尿病の総医療費に占める割合が高い ・後期高齢においては虚血性心疾患及び糖尿病、高血圧の医療費の割合が高く、国保のうちからの予防が必要 ・被保険者に占める治療者の割合は、高血圧、糖尿病、脂質異常症ともに増加。特に前期高齢者の治療者の割合が増加。 ・脳血管疾患、糖尿病性腎症、網膜症の合併症の治療の割合も増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・虚血性心疾患重症化予防 ・高血圧、糖尿病、脂質異常症の発症及び重症化の予防 ・適切な治療継続による糖尿病の合併症予防
	特定健診・特定保健指導の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率63.2% 目標65%以上未達成 ・受診率 40歳代46.2% 50歳代43.8% ・特定保健指導実施率68.2% 目標75%以上未達成 ・該当者は減少 リスク3項目すべての重なりは減少 ・予備群の割合 総数の割合が国、道、同規模より多く男性で増加。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率の維持向上 ・特定保健指導実施率の向上 ・40～50歳代の健康状態の把握 ・メタボリックシンドロームの重症化予防(肥満の予防)
35	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況	<ul style="list-style-type: none"> ・健診有所見状況より、H30年度と比べ65歳以上でⅡ度高血圧以上の割合が増加傾向 ・中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、75歳以上の割合は減少、65～74歳の前期高齢者で増加 ・骨折や認知症治療中の割合が増加し、背景として高血圧・糖尿病の重なりのある者が増加 ・後期高齢者の総医療費に占める入院医療費の割合は国より低い状況 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防のための生活習慣病の重症化予防

3. 目標の設定

1) 解決を目指す健康課題の優先順位付け

中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)は共通して高血圧、糖尿病等の重なりがあります。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。

2) 目標の設定

北海道のデータヘルス計画標準化に係る共通評価指標を基に設定します。

① 計画の目的

本計画は、中川町国民健康保険の被保険者の健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化を目的とします。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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。

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のが重要であるため、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。

図表 65 第3期データヘルス計画目標管理一覧（令和6年度～令和11年度）

目的 中川町国保被保険者の健康の保持増進及び生活の質の向上を図り、医療費の適正化につなげる								
	達成すべき目的	課題を解決するための目標		計画策定時 R4データ	最終評価 R11	北海道 (R4年度)		
長期目標	健康寿命の延伸	平均自立期間(要介護2以上)	男性	79.4年	延伸	79.6年		
			女性	84.6年	延伸	84.2年		
中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	総医療費に占める脳血管疾患の医療費の割合		4.75%	抑制	2.20%		
		総医療費に占める虚血性心疾患の医療費の割合		1.38%	維持	1.71%		
		総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合		0.00%	維持	2.30%		
		総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合		7.30%	抑制	7.40%		
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合		1.70%	抑制	6.00%		
		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		0.00%	維持	3.50%		
		新規脳血管疾患患者数		1人	抑制	8,638人		
		新規虚血性心疾患患者数		3人	抑制	9,215人		
		新規人工透析導入者数		0人	維持	365人		
		短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	【メタボ】メタボリックシンドローム該当者の割合		18.0%	減少	20.3%
メタボリックシンドローム予備群該当者の割合				17.2%	減少	11.0%		
【HbA1c】健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合				0.8%	減少	1.3%		
健診受診者のHbA1c7.0%以上の者の割合				8.3%	減少	4.7%		
健診受診者のHbA1c6.5%以上の者の割合				14.2%	減少	9.4%		
【血圧】健診受診者のⅢ度高血圧以上の割合(180/110mmHg以上)				0.0%	維持	1.2%		
健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合(160/100mmHg以上)				7.4%	減少	7.0%		
健診受診者のⅠ度高血圧以上の割合(140/90mmHg以上)				23.0%	減少	29.4%		
【LDL】健診受診者の脂質異常者の割合(LDL180mg/dl以上)				3.3%	減少	3.7%		
健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160mg/dl以上)				7.4%	減少	10.8%		
健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140mg/dl以上)				21.3%	減少	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				0.0%	増加	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				0.0%	増加	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				9.1%	増加	15.2%		
生活習慣病予防	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少			特定健診受診率 65.0%以上		63.2	増加	29.7%
				特定保健指導実施率 75%以上		68.2	増加	36.0%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ※前年度比		16.7	増加	19.0%		
		喫煙率	男性	31.4%	減少	24.6%		
女性	11.3%		減少	9.6%				
1日の飲酒量が多い者の割合			1.7%	減少	3.2%			
運動習慣のない者の割合		67.3%	減少	62.2%				

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 66 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	63.0%	63.0%	64.0%	64.0%	65.0%	65%以上
特定保健指導実施率	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 67 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	174人	166人	158人	153人	147人	142人
	受診者数	110人	105人	101人	97人	95人	92人
特定保健指導	対象者数	17人	15人	15人	14人	14人	14人
	受診者数	12人	12人	11人	11人	11人	11人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(中川町保健センター)
- ② 個別健診(委託健診機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、北海道国民健康保険団体連合会のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp>

(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(血清アルブミン・総コレステロール・尿潜血・血清クレアチニン・貧血検査・心電図・尿酸)を実施します。(図表 68)

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 68 特定健診検査項目

○中川町特定健診検査項目

健診項目		国	中川町
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)	○	○
	血清アルブミン		◎
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	総コレステロール		◎
	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		◎
	尿蛋白定量(クレアチニン補正值)		◎
血液一般検査 (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 ■…基準該当者以外も実施

◎…町独自に実施

(5) 実施時期

7月、10月に中川町保健センターを健診会場として集団健診を実施します。

また、中川町立診療所との連携により、個別健診を7～12月、予約制で実施します。

(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、医療機関に協力を依頼します。

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

特定健診受診率の維持向上には、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、対象者への個別案内及び健診希望調査票の送付、広報・ホームページ等を活用した周知の充実、未受診者への受診勧奨を年間通して行います。(図表 69)

図表 69 特定健診実施スケジュール

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

(9) 事業者健診受信者の健診データ収集

ア 事業者健診受信者のデータ受領

事業者健診受信者には健診結果表の写しの提出を依頼します。

イ 医療機関通院者の特定健診情報提供

年度当初に中川町立診療所と委託契約を取り交わし、対象者の承諾を得た上でデータを受領し、必要な保健指導を実施します。

ウ 北海道国保連合会データ受領(みなし健診)事業への参加

治療中の被保険者の診療情報のうち、特定健診と同項目の情報について医療機関から提供を受けるものです。事業への参加時期については費用対効果や事務量について検証します。

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

令和4年度の特定健診受診者(法定報告)を基に作成しました。(図表71)

図表71 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	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆ 行動目標・計画の策定 ◆ 健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う 	23人 (18.7%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆ 適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 	13人 (10.6%)	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)	71 ※受診率目標達成までにあと〇〇人	36%
4	N	情報提供	◆ 健診結果の見方について通知・説明	24人 (19.5%)	70%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆ 学習教材の共同使用 ◆ 医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆ 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	63人 (51.2%)	70%

(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のスケジュールです。

図表 72 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 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎受診券の送付		
6月	◎未受診者勧奨		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	◎特定健康診査の開始		◎若年者健診、後期高齢者健診、がん検診開始
8月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
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	◎健診の終了		
2月	◎人間ドック・他事業者健診の結果把握		
3月			

(4)特定保健指導の見直し

第四期の特定保健指導は生活習慣病の予防という当初の目的に立ち返り、個人の行動変容につながり成果が出たことを評価する「アウトカム評価を原則とする」とされました。(図表 73)

図表 73

○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。

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中川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。

記録の保存義務年限は、省令に基づき、記録の作成日から 5 年を経過されるまでの期間、または加入者が他の保険者の加入日となった日の翌年度の末日までとなっています。中川町では、被保険者の生涯を通じた健康づくりの支援を行えるよう、健康管理システムと連動し、加入期間はできるだけ長期保存することを原則とします。

また、年度内に加入保険を変更する異動者についても、一定期間の保存を行います。

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、中川町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

生活習慣の改善により、糖尿病等の生活習慣病の発症予防ができれば、通院患者を減らし 更には重症化や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができます。その結果、生活の質 の維持及び向上を図りながら、医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。予防 可能な生活習慣病を減らすことで将来の医療費の伸びを抑え、被保険者(町民)の負担を減らし、皆保険制度を持続可能とするためにも町民(被保険者)の理解と実践が最も重要になります。

そのため、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、町の広報紙及びホームページに掲載、各種通知や保険事業等の実施機会に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行います。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、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、生活習慣病の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、肥満・メタボリックシンドローム重症化予防、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がもたらす医療費や介護費用等への影響や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必要となります。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の維持・向上に努めます。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

中川町の特定健診受診者のうち、重症化予防対象者は46人(37.6%)でした。そのうち治療なしが17人(28.3%)、臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者は5人でした。(図表 74)

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年齢調整新導入患者数の減少	令和04年度 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン2011年度後期研究開発部)	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)	123人 63.4%			
	クモ膜下出血 (5.8%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		■各疾患の治療状況			
				治療中 治療なし			
				高血圧 42 81			
				脂質異常症 40 83			
				糖尿病 20 101			
				3疾患以上 63 60			
				※図表結果による			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/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	9 7.3%	1 0.8%	4 3.3%	2 1.6%	22 17.9%	11 8.9%	10 8.1%
治療なし	6 7.4%	0 0.0%	4 4.8%	1 1.2%	4 6.7%	2 2.0%	3 5.0%
(再掲) 特定保健指導	2 22.2%	0 0.0%	1 25.0%	1 50.0%	4 18.2%	1 9.1%	1 10.0%
治療中	3 7.1%	1 1.6%	0 0.0%	1 2.5%	18 28.6%	9 45.0%	7 11.1%
臓器障害 あり	1 16.7%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	3 100.0%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	0	3
心電図所見あり	1	0	0	0	1	0	0
臓器障害 なし	5 83.3%	--	4 100.0%	1 100.0%	3 75.0%	2 100.0%	--

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。

- (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

なお、取組にあたっては図表 75 に沿って実施します。

図表 75 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

①選定 ▼	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病管理台帳の作成 ・e-GFR45未満、尿蛋白+以上、空腹時血糖126mg/dl、またはHbA1c6.5%以上 	
②要因 ▼	<ul style="list-style-type: none"> ・個人別履歴と5年間の履歴(KDB:被保険者管理台帳)から基礎疾患の有無の確認(治療状況の把握) ・健診結果経年表と今までの関わり履歴 	
③保健指導計画 ▼	(1)メカニズム	<ul style="list-style-type: none"> ・②から体のメカニズムの視点で体の中で何が起きているのか予測する (CKDガイドライン、セミナー生活習慣病等) ・目標の設定と優先順位を決める
	(2)実施把握	<ul style="list-style-type: none"> ・経年表や保険者の異動等から対象者の保健指導歴を把握する ・年齢、性別、仕事内容、家族構成等から健診結果についてどのように思っているか予測する
	(3)教材	<ul style="list-style-type: none"> ・構造図や、値の経年表等で今どの段階にいるのか示す ・その反応により、どうしたら値が改善できるか教材の選定
④検討 ▼	<ul style="list-style-type: none"> ・事例検討の実施(必要時) 	
⑤説明 ▼	<ul style="list-style-type: none"> ・③について対象者へ説明する ・その反応と本人の状況に応じた保健指導を実施する 	
⑥確認	<ul style="list-style-type: none"> ・受診や生活の様子を確認 ・必要に応じて複数回保健指導を実施する 	

(2) 対象者の明確化

ア. 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、中川町及び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 糖尿病治療中の者
 - a 糖尿病性腎症で通院している者
 - b 糖尿病性腎症を発症していないが、高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

イ. 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 76)

図表 76 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5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	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。
注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。
注3: eGFR60mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうするため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。
注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。
注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

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。

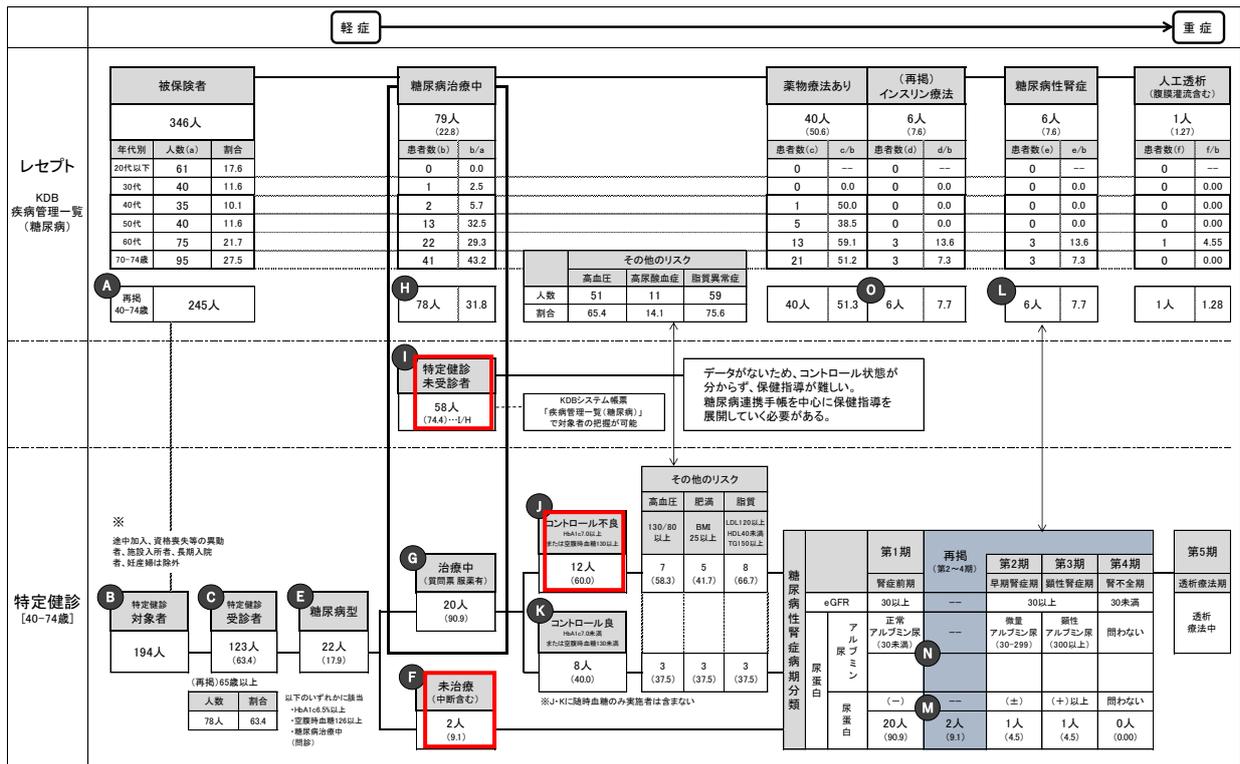
中川町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能です。しかし、特定健診で実施する尿蛋白定性検査は、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、中川町では尿アルブミン検査を実施し、早期腎症の発見につながる微量アルブミン尿期の把握と、リスクの高い方への受診勧奨と検査結果の説明及び保健指導を実施していきます。

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す。(図表 77)

令和4年度の中川町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、2人(9.1%・F)です。また、40~74歳における糖尿病治療者78人のうち、特定健診受診者が20人(25.6%・G)です。糖尿病治療者で特定健診未受診者58人(74.4%・I)については、治療中ですがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

図表 77 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 (令和4年度)



③介入方法と優先順位

図表 77 より中川町においての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)・・・2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、通知等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3【保健指導】

○特定健診未受診者(I)の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握

- 管理台帳の作成
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、通知等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

(3) 保健指導の実施

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。中川町においては、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 78)

図表 78 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 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んでやら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グリコナーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているでしょう
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・薬物相互作用・コストのまとめ
1-28 食べ方を覚えて良かった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

出典:ヘルスサポートラボ

(4) 医療との連携

ア. 医療機関未受診者について

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

イ. 治療中の者への対応

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

(5) 高齢者福祉部門との連携

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、生活支援等の必要が出てきた場合は、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、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、年 1 回行うものとしまた、中長期的評価においては、図表 79 の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。

ア. 短期的評価

- a HbA1c6.5 以上の割合
- b 受診勧奨対象者への受診勧奨率
- c 未治療者・治療中断者の医療機関受診率
- d 保健指導実施率
- e 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値等の変化を比較
(HbA1c・eGFR(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)・尿蛋白・服薬状況)

イ. 中長期的評価

- ア. 新規人工透析導入者数
- イ. 慢性腎不全(透析有)の医療費の割合

(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
- 8月 特定健診結果が届き次第、ヘルスサポートラボツールに取り込み、階層化を実施
重症化予防対象者の名簿、糖尿病管理台帳・作成、レセプトより治療状況の確認
担当地区の対象者数の把握、健診結果経年表・保健指導資料の作成
- 9月～ 健診結果説明会、訪問により保健指導の実施、記録
- 12月～ KDBより治療状況の把握・評価

図表 79 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	中川町										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	398人		374人		355人		335人		338人				
	②	(再掲)40-74歳		305人		288人		263人		252人		250人				
2	①	対象者数	B	256人		235人		227人		210人		193人				
	②	特定健診 受診者数	C	158人		154人		139人		135人		122人				
	③	受診率		61.7%		65.5%		61.2%		64.3%		63.2%				
3	①	特定 保健指導 対象者数		21人		23人		22人		20人		22人				
	②	実施率		81.0%		65.2%		68.2%		80.0%		68.2%				
4	健診 データ	①	糖尿病型	E	26人	16.0%	27人	17.2%	24人	16.7%	30人	21.9%	24人	19.0%		
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	7人	26.9%	9人	33.3%	5人	20.8%	9人	30.0%	2人	8.3%		
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	19人	73.1%	18人	66.7%	19人	79.2%	21人	70.0%	22人	91.7%		
		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	8人	42.1%	13人	72.2%	14人	73.7%	13人	61.9%	12人	54.5%		
		⑤	高血圧 130/80以上		4人	50.0%	7人	53.8%	9人	64.3%	8人	61.5%	7人	58.3%		
		⑥	肥満 BMI25以上		4人	50.0%	6人	46.2%	8人	57.1%	6人	46.2%	5人	41.7%		
		⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	11人	57.9%	5人	27.8%	5人	26.3%	8人	38.1%	10人	45.5%		
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	21人	80.8%	24人	88.9%	23人	95.8%	28人	93.3%	21人	87.5%		
		⑨	第2期 尿蛋白(±)		4人	15.4%	3人	11.1%	1人	4.2%	2人	6.7%	2人	8.3%		
		⑩	第3期 尿蛋白(+)		1人	3.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	4.2%		
		⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		133.2人		115.0人		135.2人		158.2人		130.2人			
		②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		173.8人		149.3人		182.5人		202.4人		176.0人			
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	H	244件	(838.5)	254件	(947.8)	312件	(1214.0)	330件	(1320.0)	273件	(1246.6)	136,930件	(893.2)
		④	入院外(件数) 入院(件数)		3件	(10.3)	3件	(11.2)	2件	(7.8)	7件	(28.0)	6件	(27.4)	658件	(4.3)
		⑤	糖尿病治療中	I	53人	13.3%	43人	11.5%	48人	13.5%	53人	15.8%	44人	13.0%		
		⑥	(再掲)40-74歳		53人	17.4%	43人	14.9%	48人	18.3%	51人	20.2%	44人	17.6%		
		⑦	健診未受診者	O	34人	64.2%	24人	55.8%	29人	60.4%	30人	58.8%	22人	50.0%		
		⑧	インスリン治療		4人	7.5%	3人	7.0%	2人	4.2%	5人	9.4%	4人	9.1%		
		⑨	(再掲)40-74歳	L	4人	7.5%	3人	7.0%	2人	4.2%	5人	9.8%	4人	9.1%		
		⑩	糖尿病性腎症		1人	1.9%	0人	0.0%	2人	4.2%	3人	5.7%	4人	9.1%		
		⑪	(再掲)40-74歳	L	1人	1.9%	0人	0.0%	2人	4.2%	3人	5.9%	4人	9.1%		
		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%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑬	(再掲)40-74歳	L	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑭	新規透析患者数		1人	1.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症	L	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	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)		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
6	医療費	①	総医療費		1億3079万円		1億1198万円		1億3261万円		1億2776万円		1億0846万円		2億6175万円	
		②	生活習慣病総医療費		7349万円		6666万円		6613万円		7669万円		6417万円		1億4021万円	
		③	(総医療費に占める割合)		56.2%		59.5%		49.9%		60.0%		59.2%		53.6%	
		④	生活習慣病 対象者 1人あたり	L	16,991円		14,976円		14,854円		14,626円		12,117円		8,820円	
		⑤	健診未受診者		27,153円		26,639円		28,553円		37,344円		44,198円		40,357円	
		⑥	糖尿病医療費		785万円		878万円		1015万円		1267万円		1160万円		1572万円	
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.7%		13.2%		15.3%		16.5%		18.1%		11.2%	
		⑧	糖尿病入院外総医療費		2379万円		2042万円		1948万円		2527万円		2181万円			
		⑨	1件あたり		39,922円		33,530円		30,294円		37,430円		37,735円			
		⑩	糖尿病入院総医療費		2249万円		659万円		1404万円		1594万円		2588万円			
		⑪	1件あたり		624,721円		387,535円		610,241円		549,714円		647,076円			
		⑫	在院日数		18日		15日		19日		18日		22日			
		⑬	慢性腎不全医療費		589万円		826万円		538万円		608万円				957万円	
		⑭	透析有り				781万円		487万円		521万円				862万円	
		⑮	透析なし		589万円		44万円		51万円		87万円				96万円	
7	介護	①	介護給付費		1億8018万円		1億9995万円		2億2016万円		2億1360万円		2億0644万円		3億5514万円	
		②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件		0件		0件		0件		0件			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	

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

メタボリックシンドロームの診断の目的は、動脈硬化性疾患を予防することです。また、2 型糖尿病の予防及び糖尿病性大血管症の予防にもつながります。

中川町ではメタボリックシンドロームの診断基準に基づき、該当者及び予備群を対象に保健指導を実施します。

(2) 対象者の明確化

ア. 肥満度分類による実態把握

図表 80 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	43	79	21	33	15	31	3	1	2	1	1	0	
			48.8%	41.8%	34.9%	39.2%	7.0%	1.3%	4.7%	1.3%	2.3%	0.0%	
再掲	男性	19	33	11	13	10	12	1	0	0	1	0	0
	女性	24	46	10	20	5	19	2	1	2	0	1	0
			41.7%	43.5%	20.8%	41.3%	8.3%	2.2%	8.3%	0.0%	4.2%	0.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 80 より肥満度分類をみると、BMI25 以上は 40～64 歳未満の年代が多く、男性で 5 割を超えています。また、BMI35 以上の高度肥満は女性の 40～64 歳に見られることから、若い年代(40～64 歳)を予防対象とすることが効率的です。また、図表 81 より年代別のメタボリックシンドローム該当者率をみると、男性は 50 代から該当者率が 2～3 割を超えており、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 3 疾患の治療状況を見ると、男女とも治療ありの割合が多く、薬剤治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 82)

また、図表 83 の心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、半数以上がメタボリックシンドローム該当者でした。これは脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、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、食事や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

図表 81 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	51	3	8	18	22	72	9	7	23	33	
メタボ該当者	B	14	0	2	5	7	8	0	1	6	1	
	B/A	27.5%	0.0%	25.0%	27.8%	31.8%	11.1%	0.0%	14.3%	26.1%	3.0%	
再掲	① 3項目全て	C	6	0	1	0	5	2	0	0	1	1
		C/B	42.9%	--	50.0%	0.0%	71.4%	25.0%	--	0.0%	16.7%	100.0%
	② 血糖+血圧	D	2	0	0	2	0	1	0	0	1	0
		D/B	14.3%	--	0.0%	40.0%	0.0%	12.5%	--	0.0%	16.7%	0.0%
	③ 血圧+脂質	E	5	0	0	3	2	5	0	1	4	0
		E/B	35.7%	--	0.0%	60.0%	28.6%	62.5%	--	100.0%	66.7%	0.0%
	④ 血糖+脂質	F	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		F/B	7.1%	--	50.0%	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 82 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
				人数	割合	人数	割合				人数	割合	人数	割合		
総数	52	15	28.8%	13	86.7%	2	13.3%	70	8	11.4%	6	75.0%	2	25.0%		
40代	3	0	0.0%	0	--	0	--	8	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	8	2	25.0%	2	100.0%	0	0.0%	6	1	16.7%	1	100.0%	0	0.0%		
60代	18	5	27.8%	3	60.0%	2	40.0%	23	6	26.1%	4	66.7%	2	33.3%		
70~74歳	23	8	34.8%	8	100.0%	0	0.0%	33	1	3.0%	1	100.0%	0	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 83 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								特定 健診	転 帰		
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						介護	
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症				
1	男	60代		●				●						
2	女	60代		●	●			●		●				メタボ
3	男	60代		●	●			●	●	●				
4	男	60代		●	●			●	●	●				
5	男	70代		●				●	●	●				メタボ
6	女	70代		●				●	●	●				メタボ
7	女	70代		●	●			●	●	●				
8	男	70代		●				●	●	●	●	要介護4		メタボ
9	男	70代		●				●	●					メタボ
10	男	70代		●	●			●	●	●				メタボ
11	女	70代	●			●		●	●	●				

中川町調べ

イ. 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に該当し、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

・適切な受診のための保健指導を行います。

②治療中の者

・治療を継続していけるよう自己管理のための保健指導とあわせて、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

・保健指導(食事指導)を実施します。

ウ. 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボリックシンドローム(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

(3) 保健指導の実施

ア. 科学的根拠に基づいた保健指導

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 84)

図表 84 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えますか？
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きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今の中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がから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	

イ. 動脈硬化予防健診(二次健診)の実施

中川町国保では動脈硬化予防健診を実施し、リスクの高い方への受診勧奨と検査結果の説明及び保健指導を実施していきます。

【動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査】

頸動脈超音波検査	内中膜厚 (MIT)、プラーク厚と性状、狭窄度の計測
血圧脈波検査	PWV (脈波伝搬速度) ABI (足関節上腕血圧比)
高感度 CRP	血液検査 (血管のわずかな炎症をとらえる)
微量アルブミン検査	尿中アルブミンクレアチニン補正 (腎症の早期発見)

ウ. 40 歳未満の健診の実施と保健指導

成人期の肥満の予防は、20歳時点の体重からの大幅な体重増加を防ぐことが重要になります。中川町国保では、20歳～39歳の者を対象にメタボリックシンドロームに着目した若年者健診を実施し、健診結果から自分の体の状態を理解し、生活習慣改善への意識を高め改善に取り組んでいけるよう保健指導を実施していきます。

(4) 医療との連携

「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の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

現在、日本肥満学会の認定肥満症専門病院は、道内で北海道大学病院(2020 年認定) の 1カ所です。肥満症専門病院、専門医の情報収集を行っていきます。

(5) 評価

評価を行うにあたって短期的評価についてはデータヘルス計画のメタボ該当者・予備群の割合の評価等と合わせ行っていきます。

(6) 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
- 8 月 特定健診結果が届き次第、ヘルスサポートラボツールに取り込み、階層化を実施
重症化予防対象者の名簿作成・レセプトより治療状況の確認
担当地区の対象者数の把握、健診結果経年表保健・指導資料の作成
- 9 月 健診結果説明会、訪問により保健指導の実施、記録
- 12 月 KDB より治療状況の把握・評価

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

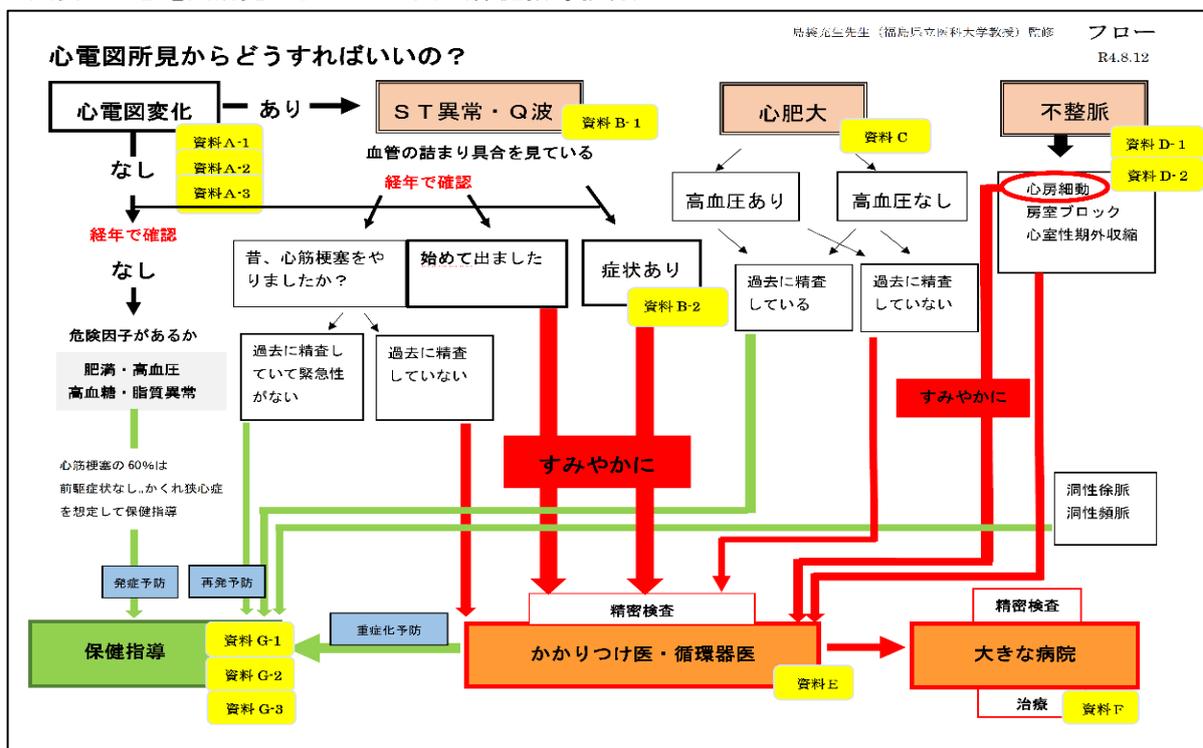
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

(2) 対象者の明確化

ア. 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 85 に基づいて考えます。

図表 85 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



イ. 重症化予防対象者の抽出

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。

中川町においては、令和4年度特定健診において心電図検査を118人(96.7%)に実施し、そのうち有所見者が18人(15.3%)でした。所見の中でも「ST-T変化」が5人(27.8%)で、「脚ブロック(不整脈)」について所見率が高いことがわかります。(図表 86)

また、有所見者のうち要精査が2人(11.1%)で、その内の1人(50.0%)は未受診でした。(図表 87)
ST-T 変化の所見がどのような所見であるのか、メタボリックシンドロームや血圧、血糖などのリスクとの関連も踏まえ、対象者の状態に応じた受診勧奨や保健指導を行う必要があります。

図表 86 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳															
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		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/E	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	118	96.7	18	15.3%	0	0.0%	5	27.8%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	33.3%	1	5.6%	4	22.2%
内訳 男性	50	96.2	11	22.0%	0	0.0%	3	27.3%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	4	36.4%
女性	68	97.1	7	10.3%	0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	42.9%	1	14.3%	0	0.0%

中川町調べ

図表 87 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	18		2	11.1%	1	50.0%	1	50.0%
男性	11	61.1%	1	9.1%	1	100.0%	0	0.0%
女性	7	38.9%	1	14.3%	0	0.0%	1	100.0%

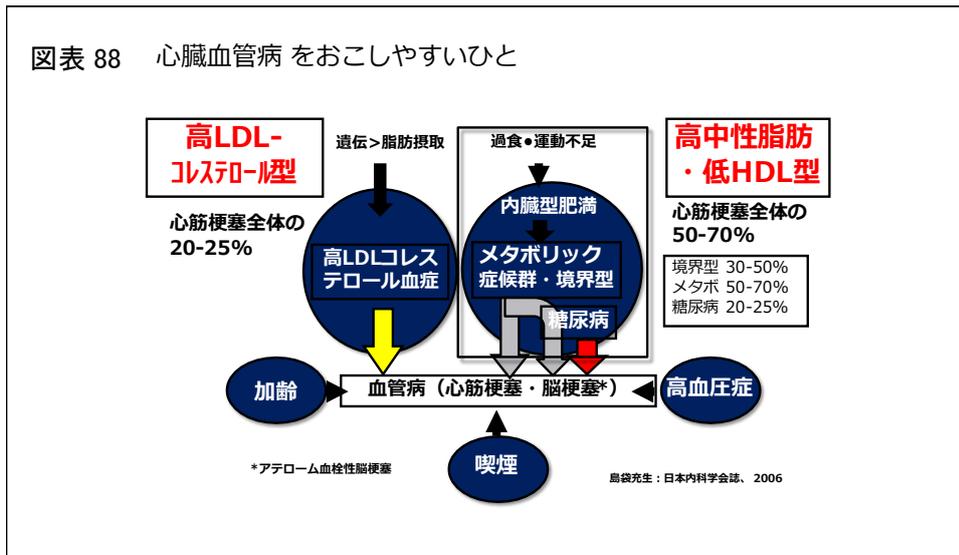
中川町調べ

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積極的に保健指導を行う必要があります。(心筋梗塞の60%は前駆症状がないため)

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 88)

図表 88 心臓血管病をおこしやすいひと



A:メタボタイプ

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 81・82)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ

図表 89 は LDL コレステロールに基づいた脳心血管リスク層別化の表で、脂質異常症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。

図表 89 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL		健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
		48	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
			25	14	5	4	0	0	8	1
			52.1%	29.2%	10.4%	8.3%	0.0%	0.0%	88.9%	11.1%
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)	5	4	1	0	0	0	0	0
			10.4%	16.0%	7.1%	0.0%	0.0%	—	—	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	19	11	4	2	2	0	0	4
			39.6%	44.0%	28.6%	40.0%	50.0%	—	—	50.0%
高リスク	120未満 (150未満)	22	8	9	3	2	0	0	4	1
			45.8%	32.0%	64.3%	60.0%	50.0%	—	—	50.0%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
			4.2%	8.0%	0.0%	0.0%	—	—	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮す	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)	2	2	0	0	0	0	0	0
			4.2%	8.0%	0.0%	0.0%	—	—	0.0%	0.0%

令和04年度

(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

(3) 保健指導の実施

ア. 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。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や、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は受診勧奨を行います。治療中であるがリスクの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 90)

図表 90 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？

イ. 動脈硬化予防健診(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て介入していく必要があり、対象者へは動脈硬化予防健診の受診勧奨を行います。

ウ. 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、生活支援が必要な場合は地域包括支援センターと連携していきます。

(6) 評価

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

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

ア. 短期的評価

- a LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合
- b 受診勧奨対象者への受診勧奨率
- c 未治療者・治療中断者の医療機関受診率
- d メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

イ. 中長期的評価

- a 新規虚血性心疾患患者数
- b 虚血性心疾患の入院医療費の割合

(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
- 8月 特定健診結果が届き次第、ヘルスサポートラボツールに取り込み、階層化を実施
重症化予防対象者の名簿の作成
健診結果経年表作成、レセプトより治療状況の確認
担当地区の対象者数の把握、保健指導資料の作成
- 9月 健診結果説明会、訪問により保健指導の実施、記録
- 12月 KDBより治療状況の把握・評価

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 91、92)

図表 91 脳卒中の分類

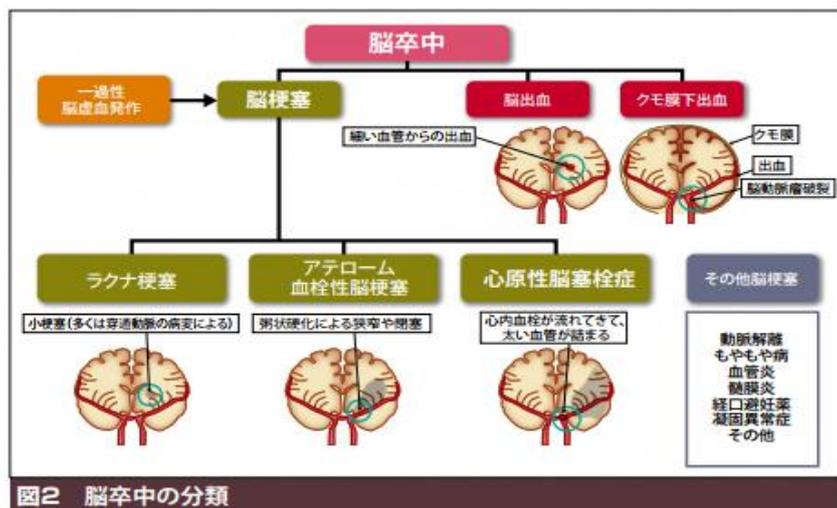


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 92 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

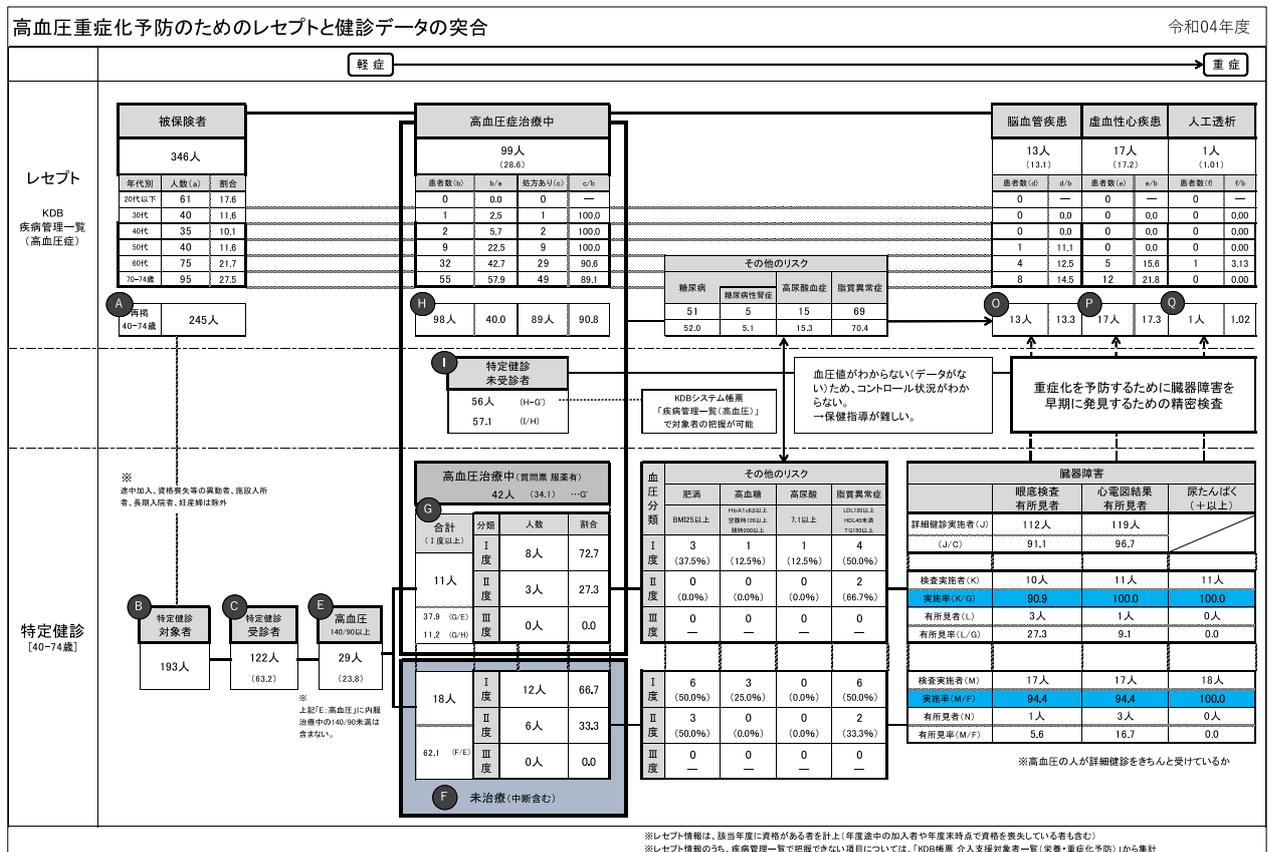
ア. 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。図表 93 より、高血圧治療レセプトと健診データを突合して見てみると、高血圧治療者 98 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 13 人(13.3%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 9 人(7.3%)であり、そのうち 6 人が未治療者です。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、脂質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 3 人(7.1%)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。中川町では、重症化を予防するため、臓器障害を早期に発見するための眼底検査をⅠ度高血圧以上の詳細検査対象者以外にも追加検査で実施しており、特定健診受診者のうち 112 人(91.1%)が検査を受けています。

図表 93 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



出典：ヘルスサポートラボツール

イ. 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 94 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。

図表 94 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設定

(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)	42	高値高血圧	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		
リスク第1層 予後影響因子がない	3	24	2	1	0	0	A	12
	7.1%	57.1%	8.3%	8.3%	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	14	5	5	0	B	14	
	57.1%	58.3%	41.7%	83.3%	--			33.3%
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	15	8	6	1	0	C	16	
	35.7%	33.3%	50.0%	16.7%	--			38.1%

● 高リスク (赤)

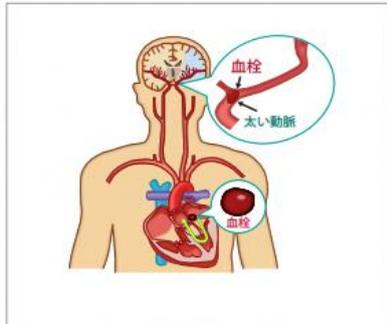
● 中等リスク (黄)

● 低リスク (緑)

※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。

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心房細動により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する心原性脳塞栓症は、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。心電図検査によって原因となる心房細動を早期に発見することが可能です。

図表 95 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	52	70	50	96.2%	68	97.1%	0	0.0%	1	1.5%	--	--
40代	3	8	3	100.0%	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	8	6	8	100.0%	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	18	23	17	94.4%	22	95.7%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	23	33	22	95.7%	32	97.0%	0	0.0%	1	3.1%	3.4%	1.1%
後期	45	54	45	100.0%	54	100.0%	3	3.0%	0	0.0%	--	--

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 95 より、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みると、令和 4 年度の心電図検査において心房細動の有所見者は 1 人、75 歳以上の後期高齢者健診では 3 人いましたが、すでに治療中でした。

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未治療者には医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続します。

(3) 保健指導の実施

ア. 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。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。

イ. 動脈硬化予防健診(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。中川町国保においては、動脈硬化予防健診を実施し、リスクの高い方への受診勧奨と検査結果の説明及び保健指導を実施していきます。

ウ. 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、生活支援の必要が出てきた場合は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。

ア. 短期的評価

- a II度高血圧以上の割合
- b 受診勧奨対象者への受診勧奨率
- c 未治療者・治療中断者の医療機関受診率

イ. 中長期的評価

- a 新規脳血管疾患患者数
- b 脳血管疾患の入院医療費の割合

(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
- 8月 特定健診結果が届き次第、ヘルスサポートラボツールに取り込み、階層化を実施(通年)
重症化予防対象者の名簿、高血圧管理台帳の作成
健診結果経年表作成、レセプトより治療状況の確認
担当地区の対象者数の把握、保健指導資料の作成
- 9月～ 健診結果説明会、訪問により保健指導の実施、記録
- 12月～ KDBより治療状況の把握・評価

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。

(2) 事業の実施

中川町では、令和2年度より北海道後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」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いきます。

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、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 地域を担当する保健師・管理栄養士を配置し、医療、健診ともに未受診者(健康不明者)を抽出し訪問による健康状態の確認や健診受診勧奨や、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、低栄養、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

(3) 地域包括ケアに係る取組

中川町国保では、被保険者のうち65歳以上高齢者の割合が高い特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。また、医療・介護・保健・福祉等、関係機関と連携を実施しながら、介護予防の取り組みと連携した生活習慣病の重症化予防を実施します。

4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は健康の保持増進において大きな課題です。生活習慣の確立が小児期から形成されることを考えると、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防は重要です。小児の肥満は、子どもたちの健康への影響のみならず、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。

中川町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、20歳以上の成人の健診データを保有しています。データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていきます。(図表 96)

図表 96 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の視点で考える 基本的な考え方

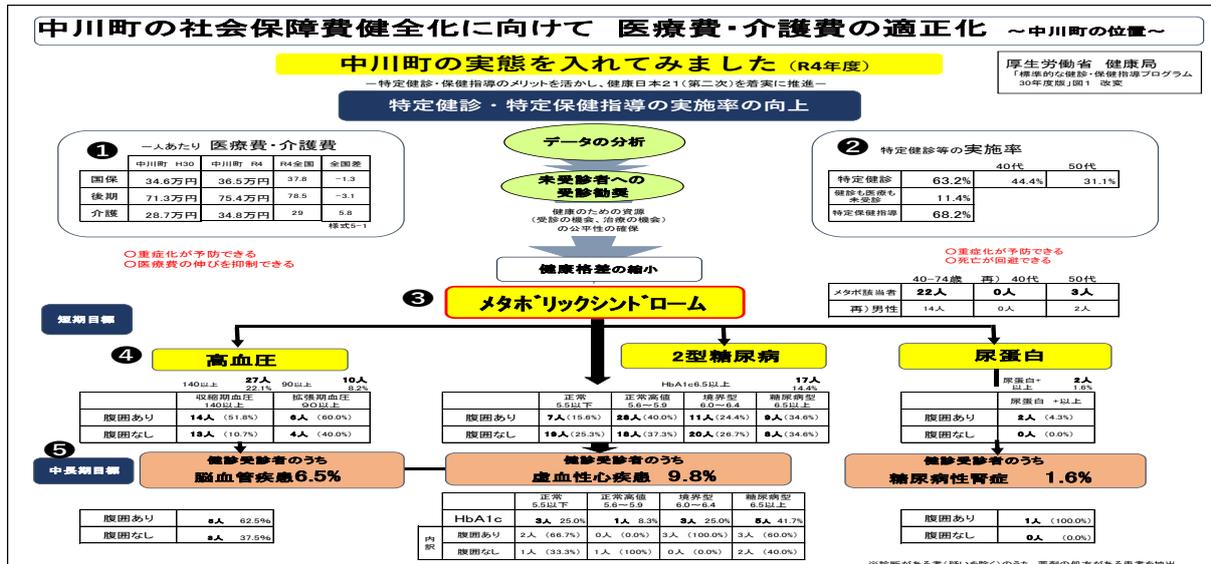
発症予防
➔
重症化予防

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)		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(道)(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	0~5歳			6~14歳			15~18歳	~39歳	40~64歳	65~74歳	75歳以上	
4 健康診査 根拠法		妊婦健康診査 13条	産婦 健康診査 13条	乳幼児健康診査 12・13条			幼児センター 健康診断		就学時 健康診 11・12 条	児童・生徒の定期健 康診断 1・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
		妊婦・胎児	産婦	乳児	1歳6か月児	3歳児	5歳児	小学校	中学校	高校	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 健診内容		血糖	95mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上又は2時間値200mg/dl以上			
		HbA1C	6.5%以上									6.5%以上			
		50g GCT	1時間値 140mg/dl以上												
		75g OGTT	①空腹時90mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値150mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上又は2時間値200mg/dl以上		
		(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5% 75g OGTT①~③④⑤⑥⑦以上 満たす者												
		身長 体重													
		BMI											25以上		
		肥満度		かつ 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住民へ周知していきます。(図表 97、98)

図表 97 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 98 統計からみえる北海道の食



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

毎年度、事業の検証及び評価を行います。計画の見直しは、3年後の令和8年度に中間評価を行い実施します。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて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。(図表99)

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ため、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が地区担当の被保険者分について定期的に行います。

また、特定健診・特定保健指導は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。

図表 99 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 (目標の達成度、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)

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します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた中川町の位置

参考資料2 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3 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1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた中川町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた中川町の位置										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		1,503		727,328		5,165,554		123,214,261									
		65歳以上(高齢化率)		593	39.5	301,058	41.4	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7	KDB.NO.5 人口の状況							
		75歳以上		354	23.6	--	--	848,273	16.4	18,248,742	14.8	KDB.NO.3							
		65～74歳		239	15.9	--	--	815,750	15.8	17,087,063	13.9	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
		40～64歳		519	34.5	--	--	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7								
	39歳以下		391	26.0	--	--	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6									
	② 産業構成	第1次産業		18.4		22.3		7.4		4.0		KDB.NO.3							
		第2次産業		29.0		20.6		17.9		25.0		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
		第3次産業		52.6		57.2		74.7		71.0									
	③ 平均寿命	男性		80.7		80.5		80.3		80.8		KDB.NO.1 地球全体像の把握							
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		79.4		79.3		79.6		80.1		KDB.NO.1 地球全体像の把握								
	女性		84.6		84.2		84.2		84.4										
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		97.0		101.6		102.0		100		KDB.NO.1 地球全体像の把握							
		男性		100.9		99.9		98.9		100									
		死因	がん		8	61.5	3,423	47.4	19,781	53.3	378,272		50.6						
			心臓病		0	0.0	2,064	28.6	9,373	25.2	205,485		27.5						
			脳疾患		3	23.1	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	7.7	267	3.7	1,668	4.5	26,946		3.6						
	自殺		1	7.7	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		1		4.2		6,122		8.2		厚労省HP 人口動態調査							
		男性		1		7.1		3,906		10.5									
女性		1		0.0		2,216		5.9											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		111		19.2		59,331		19.9		KDB.NO.1 地球全体像の把握							
		新規認定者		2		0.4		933		0.3									
		介護度別 総件数	要支援1.2		104		5.4		162,745		13.5								
			要介護1.2		923		47.8		568,999		47.1								
			要介護3以上		902		46.8		476,421		39.4								
	2号認定者		3		0.58		856		0.38										
	② 有病状況	糖尿病		26		23.8		13,461		21.6		KDB.NO.1 地球全体像の把握							
		高血圧症		69		60.8		33,454		54.3									
		脂質異常症		40		38.1		18,421		29.6									
		心臓病		77		66.7		37,325		60.8									
		脳疾患		34		29.0		13,424		22.1									
		がん		13		14.2		6,308		10.3									
		筋・骨格		72		63.7		33,542		54.6									
	精神		50		44.3		22,904		37.4										
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		348,120		206,434,993		323,222		97,308,680,154		269,507		448,465,434,990		290,668		100,742,242,899	
1件当たり給付費(全体)		107,017		58,060		80,543		42,864		60,965		42,034		59,662		41,272			
居室サービス		262,912		288,059		296,260		296,364		296,364		296,364		296,364		296,364			
施設サービス		6,959		9,108		9,582		8,610		8,610		8,610		8,610		8,610			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		5,062		4,544		4,930		4,020		4,020		4,020		4,020		4,020		
	認定あり		6,959		9,108		9,582		8,610		8,610		8,610		8,610		8,610		
4	① 国保の状況	被保険者数		297		195,140		1,029,195		24,660,500		24,660,500		24,660,500		24,660,500		24,660,500	
		65～74歳		125		42.1		485,019		47.1		10,794,323		43.8		43.8		43.8	
		40～64歳		94		31.6		322,470		31.3		7,904,763		32.1		32.1		32.1	
	39歳以下		78		26.3		221,706		21.5		5,961,414		24.2		24.2		24.2		
	加入率		19.8		27.1		20.8		22.3		22.3		22.3		22.3		22.3		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		54		0.3		547		0.5		8,237		0.3	
		診療所数		2		6.7		703		3.6		3,351		3.1		102,599		3.7	
		病床数		0		0.0		4,267		21.9		92,014		85.6		1,507,471		54.8	
		医師数		1		3.4		641		3.3		13,731		12.8		339,611		12.4	
		外来患者数		586.2		653.6		654.8		687.8		687.8		687.8		687.8		687.8	
	入院患者数		27.2		22.9		21.5		17.7		17.7		17.7		17.7		17.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		365,181		県内95位 同規模157位		367,527		393,506		378,638		378,638		378,638		378,638	
		受診率		613.434		676.49		676.49		676.241		705.439		705.439		705.439		705.439	
		外 来	費用の割合		49.2		55.1		56.3		60.4		60.4		60.4		60.4		
			件数の割合		95.6		96.6		96.8		97.5		97.5		97.5		97.5		
入 院		費用の割合		50.8		44.9		43.7		39.6		39.6		39.6		39.6			
		件数の割合		4.4		3.4		3.2		2.5		2.5		2.5		2.5			
1件あたり入院日数		17.5日		16.2日		15.7日		15.7日		15.7日		15.7日		15.7日		15.7日			

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					
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	26,956,420	42.0	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)	0	0.0	6.1	4.3	8.2						
			糖尿病	11,598,350	18.1	11.2	10.1	10.4						
			高血圧症	3,621,200	5.6	6.5	5.6	5.9						
			脂質異常症	1,866,270	2.9	3.4	3.2	4.1						
			脳梗塞・脳出血	5,148,150	8.0	4.0	4.1	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	1,496,400	2.3	2.8	3.2	2.8						
	精神	7,865,570	12.3	14.6	14.4	14.7								
	筋・骨格	5,527,410	8.6	17.4	17.8	16.7								
	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	341	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
				糖尿病	12,351	6.7	1,389	0.8	1,209	0.7		1,275	0.9	
				脂質異常症	--	--	76	0.0	56	0.0		59	0.0	
		一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	17,004	9.2	6,827	4.1	7,522	4.4		6,681	4.5	
				虚血性心疾患	3,335	1.8	4,500	2.7	5,300	3.1		4,394	2.9	
				腎不全	--	--	4,305	2.6	3,257	1.9		4,516	3.0	
	高血圧症	12,193	6.8	12,436	6.1	11,393	5.1	11,306	4.9					
	糖尿病	26,700	14.9	21,206	10.5	20,294	9.2	19,752	8.6					
	脂質異常症	6,284	3.5	6,646	3.3	6,593	3.0	7,906	3.5					
	脳梗塞・脳出血	329	0.2	934	0.5	989	0.4	919	0.4					
虚血性心疾患	1,888	1.1	1,857	0.9	2,366	1.1	1,920	0.8						
腎不全	--	--	14,043	6.9	11,315	5.1	17,590	7.7						
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	4,125		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	15,046		13,340		16,117		13,295					
		生活習慣病対象者一人当たり	12,117		8,820		5,006		6,142					
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	68	55.3	37,634	58.3	127,957	58.4	3,881,055	57.0				
		医療機関受診率	57	46.3	33,587	52.0	116,396	53.1	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	11	8.9	4,047	6.3	11,561	5.3	337,939	5.0				
5	特定健診の状況	健診受診者	123		64,539		219,092		6,812,842					
		受診率	63.4	県内9位 同規模37位	46.7	29.4	全国47位	37.1						
		特定保健指導終了者(実施率)	10	43.5	1693	21.0	3,041	11.7	107,925	13.4				
		非肥満高血糖	14	11.4	6,180	9.6	17,573	8.0	615,549	9.0				
		⑤	メタボ	該当者	22	17.9	14,327	22.2	44,047	20.1	1,382,506	20.3		
				男性	14	27.5	10,060	32.4	30,399	32.6	965,486	32.0		
				女性	8	11.1	4,267	12.8	13,648	10.9	417,020	11.0		
				予備群	21	17.1	7,996	12.4	24,255	11.1	765,405	11.2		
		⑥	県内市町村数	男性	14	27.5	5,688	18.3	16,870	18.1	539,738	17.9		
				女性	7	9.7	2,308	6.9	7,385	5.9	225,667	5.9		
		⑦	183市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	46	37.4	24,681	38.2	75,519	34.5	2,380,778	34.9
						男性	29	56.9	17,354	55.8	52,233	56.0	1,666,592	55.3
				女性	17	23.6	7,327	21.9	23,286	18.5	714,186	18.8		
				BMI	総数	15	12.2	3,854	6.0	13,984	6.4	320,038	4.7	
					男性	2	3.9	730	2.3	2,315	2.5	51,248	1.7	
				女性	13	18.1	3,124	9.3	11,669	9.3	268,790	7.1		
				血糖のみ	1	0.8	442	0.7	1,212	0.6	43,519	0.6		
				血圧のみ	13	10.6	5,843	9.1	17,491	8.0	539,490	7.9		
				脂質のみ	7	5.7	1,711	2.7	5,552	2.5	182,396	2.7		
血糖・血圧	3			2.4	2,376	3.7	5,999	2.7	203,072	3.0				
血糖・脂質	1			0.8	714	1.1	2,073	0.9	70,267	1.0				
血圧・脂質	10			8.1	6,429	10.0	21,786	9.9	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	8	6.5	4,808	7.4	14,189	6.5	449,721	6.6						
⑧	274市町村	高血圧	42	34.1	25,333	39.3	78,487	35.8	2,428,038	35.6				
		糖尿病	20	16.3	6,949	10.8	19,144	8.7	589,470	8.7				
		脂質異常症	40	32.5	17,768	27.6	62,674	28.6	1,899,637	27.9				
⑨	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	7	5.7	2,096	3.3	7,038	3.3	207,385	3.1				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	7	5.7	3,753	5.9	11,796	5.6	365,407	5.5				
		腎不全	2	1.6	596	0.9	1,543	0.7	53,898	0.8				
		貧血	17	13.8	5,551	8.8	19,328	9.2	702,088	10.7				
		喫煙	24	19.5	10,581	16.4	35,943	16.4	939,212	13.8				
6	生活習慣の状況	週3回以上朝食を抜く	12	10.5	5,703	9.4	23,573	12.2	642,886	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～)	13	11.4	10,372	17.1	28,660	14.8	976,348	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	13	11.4	10,372	17.1	28,660	14.8	976,348	15.7				
		食べる速度が速い	28	24.6	16,947	27.9	56,417	29.1	1,659,705	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	42	37.2	22,295	36.6	69,158	35.7	2,175,065	35.0				
		1回30分以上運動習慣なし	77	67.5	41,418	67.6	122,888	62.6	3,749,069	60.4				
		1日1時間以上運動なし	67	58.8	29,178	47.8	92,250	47.1	2,982,100	48.0				
		睡眠不足	26	23.6	14,822	24.5	43,118	22.2	1,587,311	25.6				
		毎日飲酒	25	22.1	16,356	26.5	44,528	22.5	1,658,999	25.5				
		時々飲酒	27	23.9	14,214	23.0	52,340	26.5	1,463,468	22.5				
		⑭	一日飲酒量	1合未満	31	51.7	22,091	54.9	77,039	59.1	2,978,351	64.1		
				1～2合	22	36.7	11,317	28.1	33,433	25.7	1,101,465	23.7		
				2～3合	6	10.0	5,089	12.6	15,480	11.9	434,461	9.4		
3合以上	1			1.7	1,734	4.3	4,372	3.4	128,716	2.8				

参考資料3 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

