

北広島市国民健康保険
第3期データヘルス計画・
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
北広島市

目 次

第1章 データヘルス計画（保健事業実施計画）の基本的な考え方	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3 計画期間	6
4 関係者が果たすべき役割と連携	6
1) 市町村国保の役割	6
2) 関係機関との連携	8
3) 被保険者の役割	8
5 保険者努力支援制度	8
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化	10
1 保険者の特性	10
2 第2期計画に係る評価及び考察	11
1) 第2期データヘルス計画の評価	11
2) 主な個別事業の評価と課題	19
3) 第2期データヘルス計画の考察	24
3 第3期計画における健康課題の明確化	26
1) 基本的な考え方	26
2) 健康課題の明確化	26
3) 目標の設定	33
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	35
1 第4期特定健康診査等実施計画について	35
2 目標値の設定	35
3 対象者の見込み	35
4 特定健診の実施	35
5 特定保健指導の実施	39
6 個人情報保護	41
7 結果の報告	42
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	42

第4章 課題解決するための個別保健事業	43
1 保健事業の方向性	43
2 重症化予防の取組	43
3 糖尿病性腎症重症化予防	45
1) 基本的な考え方	45
2) 対象者の明確化	45
3) 保健指導の実施	47
4) 医療との連携	48
5) 高齢者福祉部門との連携	48
6) 評価	48
7) 実施期間及びスケジュール	49
4 脳血管疾患重症化予防	51
1) 基本的な考え方	51
2) 対象者の明確化	51
3) 保健指導の実施	54
4) 医療との連携	55
5) 高齢者福祉部門との連携	55
6) 評価	55
7) 実施期間及びスケジュール	55
5 虚血性心疾患重症化予防	56
1) 基本的な考え方	56
2) 対象者の明確化	56
3) 保健指導の実施	61
4) 医療との連携	61
5) 高齢者福祉部門との連携	61
6) 評価	61
7) 実施期間及びスケジュール	62
6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	63
1) 基本的な考え方	63
2) 事業の実施	63
7 発症予防	63

8	ポピュレーションアプローチ	64
9	特定健診の受診率向上対策	66
第5章	計画の評価・見直し	67
1	評価の時期	67
2	評価方法・体制	67
第6章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	68
1	計画の公表・周知	68
2	個人情報の取扱い	68
	参考資料	69
	主な用語の解説	84

第1章 データヘルス計画（保健事業実施計画）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P D C A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実施計画(以下、「データヘルス計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

※1 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 P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと。

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

本計画は、健康増進法に基づく基本的な方針を踏まえるとともに、「北海道健康増進計画」及び「北広島市総合計画（第6次）」、「北広島市健康づくり計画（第5次）」等の関連計画との整合性を図ります。（図表1）

なお、「特定健康診査等実施計画」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、データヘルス計画と一体的に策定し、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

また、本計画の目的や目標の達成に向けた取組が、SDGsの達成に貢献できるよう、本計画を策定及び推進します。

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

以上の事を踏まえ、北広島市では、国保データベース（KDB^{※6}）を活用して特定健診の結果やレセプト、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。



○SDGsとは、英語の Sustainable Development Goals(持続可能な開発目標)の略。2015年9月の国連サミットで採択された2030年までの国際目標であり、持続可能な世界を実現するための17のゴール・169のターゲットから構成される。

※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）

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、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。

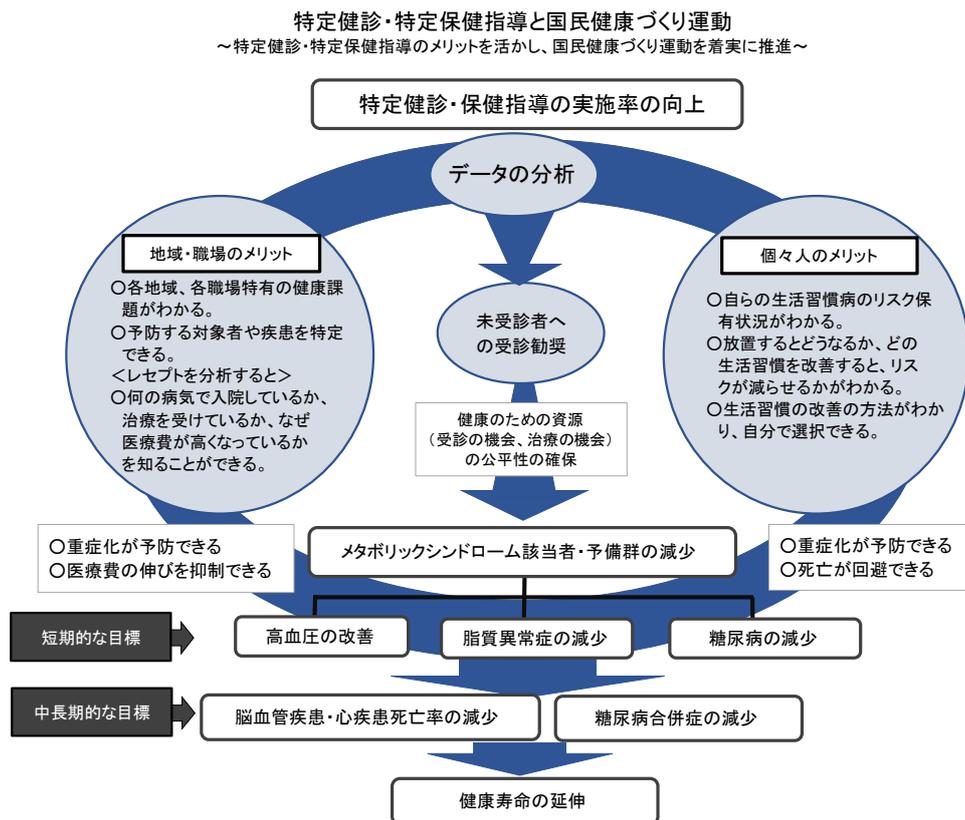
※6 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

第1章 データヘルス計画（保健事業実施計画）の基本的な考え方

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024年～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024年～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024年～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024年～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024年～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實 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開より実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		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、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
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	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 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 保険者機能強化推進交付金

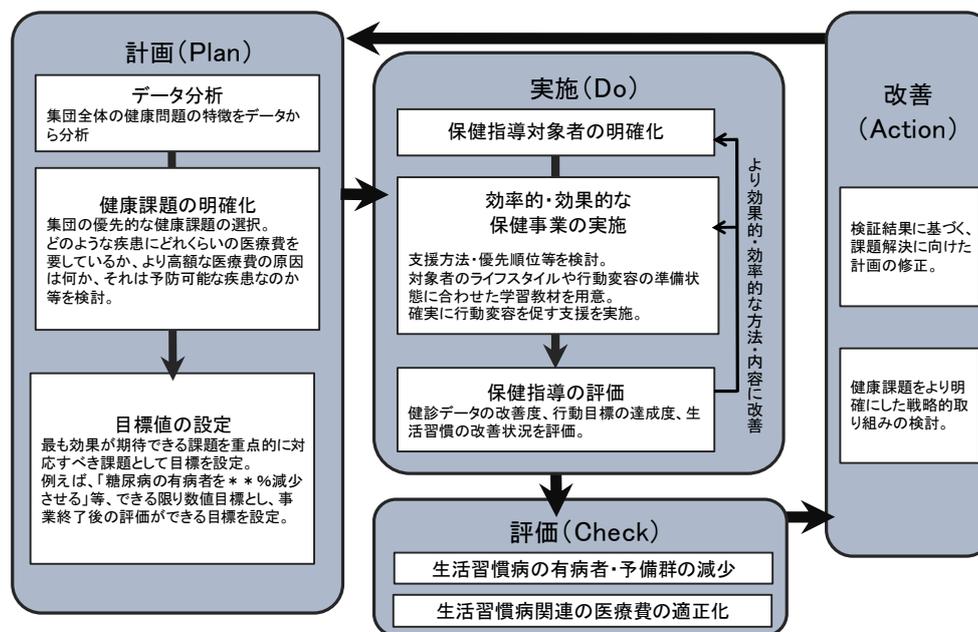
図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

出典：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】 図-1（一部改変）

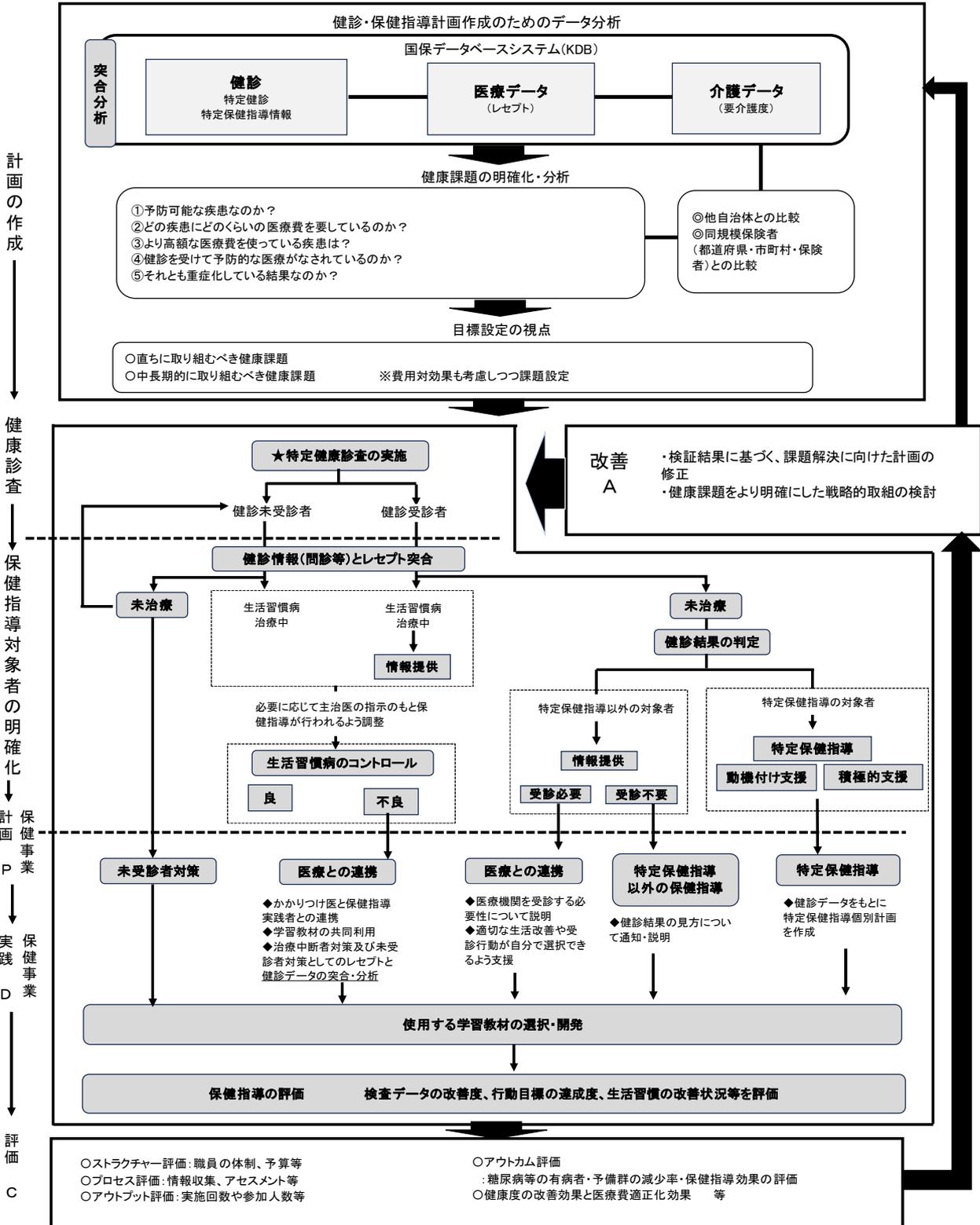
図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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

出典：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】 図-3（一部改変）

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）
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)



※ 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。

出典：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】、厚生労働省様式5-5 参考

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）

→

行動変容を促す手法

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

3 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

《参考》計画期間の根拠について

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

4 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

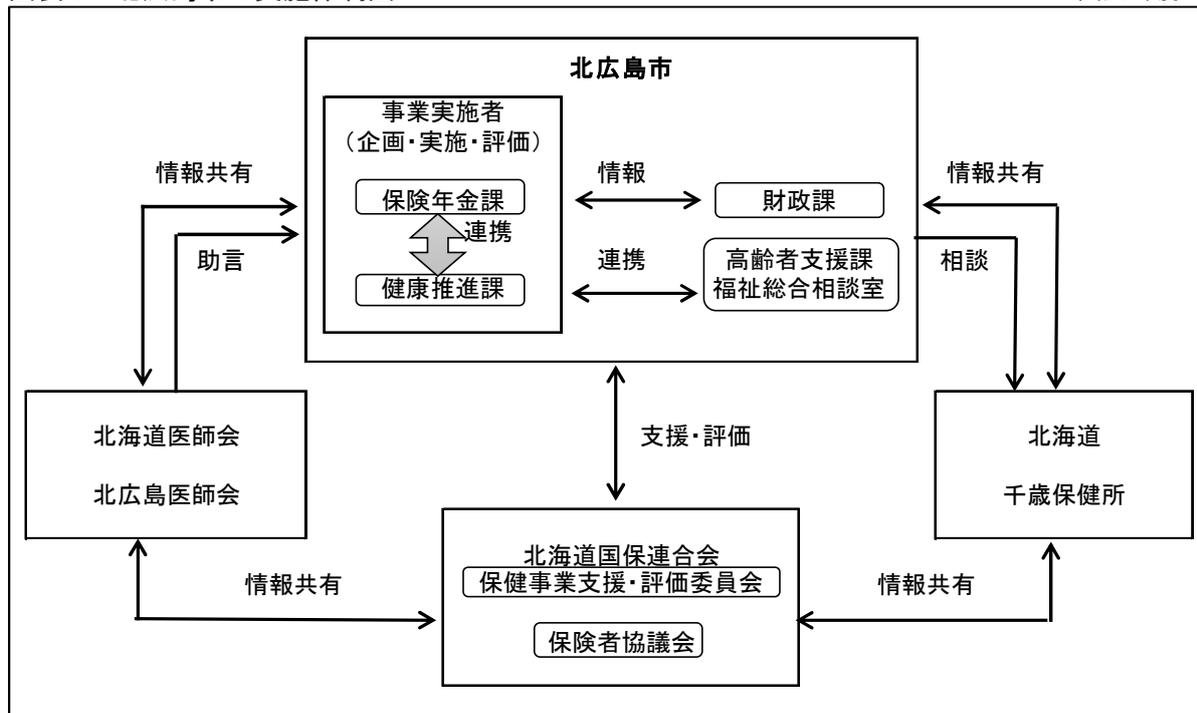
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保担当（保険年金課）と保健衛生担当（健康推進課）が主体となって、保険者の健康課題を分析し計画策定を進めます。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画全体の評価を行い、必要に応じて計画の見

直しや次期計画に反映させます。

実施にあたっては、後期高齢者医療担当（保険年金課）、介護保険担当（高齢者支援課・福祉総合相談室）、企画財政担当（財政課）、生活保護担当（福祉課）とも十分連携を図ることとします。（図表6・7）

図表6 北広島市の実施体制図

令和5年度



図表7 保健事業体制と業務分担

令和5年度

	健康推進課			保険年金課		高齢者支援課
	健康推進担当	保健指導担当	特定健診 介護予防 担当	国保給付担当	後期高齢者 医療 担当	介護保険 給付担当
特定健診			◎進捗管理	◎事務 (※1)		
保健指導		○	◎			
成人保健		○	◎			
介護予防		○	◎事業			◎事務
一体的実施		○	◎事業		◎事務	
がん検診	◎					
その他 健(検)診	◎					
予防接種	◎					
母子・精神 歯科保健		◎	○			

※1 委託契約、受診券送付、支払事務、受診率向上対策等。

※2 ◎は主担当、○は副担当。

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である道のほか、北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、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、北広島医師会等と連携、協力します。

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

さらに、保険者等と地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、道が北海道医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と道は、ともに市町村の保険者を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携するとともに、北広島市国保は、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、北広島市国保と被用者保険の保険者間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題等を共有したり、連携して保健事業を展開したりすることに努めていきます。

3) 被保険者の役割

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

5 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		北広島市	配点	北広島市	配点	北広島市	配点		
交付額(万円)		3,260		3,608		未確定			
全国順位(1,741市町村中)		887位		395位		220位			
共通の指標	①	(1) 特定健康診査受診率	50	70	95	70	80	70	
		(2) 特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3) メンリックスドーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1) がん検診受診率等	20	40	40	40	40	40	
		(2) 歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100	
	④	(1) 個人へのインセンティブ提供	20	90	15	45	65	45	
		(2) 個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組 (2) 後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	40	130	
	固有の指標	①	保険料(税) 収納率	85	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	15	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	28	40	45	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	89	95	84	100	75	100	
合計点		552	1,000	649	960	675	940		

出典：厚生労働省ホームページ（令和5年10月参照）

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

北広島市は、人口 57,915 人で、令和 2 年度国勢調査で高齢化率は 33.5%でした。同規模、道、国と比較すると高齢化率が高く出生率は低い状況です。財政指数は同規模並みで、産業においては、第3次産業が 80.0%と高い状況です。(図表 9)

国保加入率は 19.2%です。加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 55%を占めています。(図表 10)

また市内には 5 つの病院、36 の診療所がありますが、近隣都市への通院も可能で医療資源に恵まれています。外来患者数は同規模に比べ低く、入院患者数は同規模、道と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・道・国と比較した北広島市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率%)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業 (%)	第2次 産業 (%)	第3次 産業 (%)
北広島市	57,915	33.5	11,137 (19.2)	57.8	4.4	10.7	0.7	2.2	17.8	80.0
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
道	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※ 同規模とは、KDB に定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、本市と全国と同規模保険者(250 市)の平均値を表す。
出典：KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(令和 4 年度)

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数 (人)	割合 (%)	実数 (人)	割合 (%)	実数 (人)	割合 (%)	実数 (人)	割合 (%)	実数 (人)	割合 (%)
被保険者数(人)	12,576		12,225		12,064		11,706		11,137	
65～74歳	6,830	54.3	6,747	55.2	6,695	55.5	6,496	55.5	6,121	55.0
40～64歳	3,529	28.1	3,427	28.0	3,364	27.9	3,295	28.1	3,151	28.3
39歳以下	2,217	17.6	2,051	16.8	2,005	16.6	1,915	16.4	1,865	16.7
加入率(%)	21.4		20.8		20.5		19.9		19.2	

出典：KDB_地域の全体像の把握

図表 11 医療の状況(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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	道
											割合	割合
病院数	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	0.3	0.5
診療所数	35	2.8	33	2.7	34	2.8	34	2.9	36	3.2	3.6	3.1
病床数	682	54.2	647	52.9	647	53.6	604	51.6	544	48.8	59.4	85.6
医師数	61	4.9	61	5.0	60	5.0	60	5.1	58	5.2	10.0	12.8
外来患者数	722.2		718.2		663.6		688.1		707.4		719.9	654.8
入院患者数	25.1		25.2		23.4		24.4		24.1		19.6	21.5

出典：KDB_地域の全体像の把握

2 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合の変化を設定しました。（25 ページ図表 38）

（1）中長期的な目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

令和4年度の要介護認定率は、第2号被保険者（40～64歳）の認定率（0.36%）、第1号被保険者（65歳以上）の認定率（18.6%）ともに、平成30年度と比較して減少しています。（図表12）

しかし、団塊の世代が後期高齢者となる中、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は約37億円から約42億円に伸びています。（図表13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、脳卒中が第2号被保険者の認定者では54.5%、第1号被保険者の認定者で48.4%を占めており、虚血性心疾患は第2号被保険者の認定者では33.3%ですが、年齢とともに上昇し、75歳以上の第1号被保険者の認定者では52.6%を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっていることから、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考えます。（図表14）

図表12 要介護認定者（率）の状況

	北広島市				同規模	道	国	
	H30年度		R4年度					R4年度
高齢化率	17,103人	29.0%	19,380人	33.5%	30.4%	32.2%	28.7%	
第2号被保険者の認定者	86人	0.41%	72人	0.36%	0.36%	0.42%	0.38%	
新規認定者	20人		13人		--	--	--	
第1号被保険者の認定者	3,227人	18.9%	3,581人	18.6%	18.1%	20.9%	19.4%	
新規認定者	466人		543人		--	--	--	
再掲	65～74歳	443人	4.6%	419人	4.2%	--	--	--
新規認定者	119人		97人		--	--	--	
75歳以上	2,784人	36.8%	3,162人	33.7%	--	--	--	
新規認定者	347人		446人		--	--	--	

出典：KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	北広島市		同規模	道	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	37億7153万円	42億4081万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）	220,519	218,824	274,536	269,507	290,668
1件あたり給付費（円） 全体	57,203	55,070	63,298	60,965	59,662
居宅サービス（円）	41,217	39,501	41,822	42,034	41,272
施設サービス（円）	293,438	298,556	292,502	296,260	296,364

出典：KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和4年度）

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数（全体）		72		419		3,163		3,582				
再）国保・後期		33		326		2,859		3,185				
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	18 54.5%	脳卒中	158 48.5%	虚血性心疾患	1,504 52.6%	虚血性心疾患	1,621 50.9%	虚血性心疾患	1,632 50.7%
			2 虚血性心疾患	11 33.3%	虚血性心疾患	117 35.9%	脳卒中	1,383 48.4%	脳卒中	1,541 48.4%	脳卒中	1,559 48.4%
		3 腎不全	5 15.2%	腎不全	57 17.5%	腎不全	624 21.8%	腎不全	681 21.4%	腎不全	686 21.3%	
		合併症	4 12.1%	糖尿病合併症	58 17.8%	糖尿病合併症	357 12.5%	糖尿病合併症	415 13.0%	糖尿病合併症	419 13.0%	
	基礎疾患（※） （高血圧・糖尿病・脂質異常症）		32 97.0%	基礎疾患	295 90.5%	基礎疾患	2,764 96.7%	基礎疾患	3,059 96.0%	基礎疾患	3,091 96.1%	
	血管疾患合計		32 97.0%	合計	302 92.6%	合計	2,788 97.5%	合計	3,090 97.0%	合計	3,122 97.0%	
	認知症		8 24.2%	認知症	79 24.2%	認知症	1,260 44.1%	認知症	1,339 42.0%	認知症	1,347 41.9%	
	筋・骨格疾患		29 87.9%	筋骨格系	295 90.5%	筋骨格系	2,729 95.5%	筋骨格系	3,024 94.9%	筋骨格系	3,053 94.9%	

※ 基礎疾患とは、高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれか1つ以上がある場合。

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

医療費は、国保の被保険者数が減少しているにもかかわらず総医療費は横ばいで推移しており、令和4年度の一人あたり医療費は、平成30年度と比較して約4万7千円伸び、同規模と比べると約7万6千円高い状況です。また、入院医療費は、レセプト件数全体のわずか3.3%程度にも関わらず、医療費全体の45.1%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約8万2千円高くなっています。(図表15)

また、国保の入院の地域差指数は、全国平均の1を超える1.166(全道72位)で、道の1.162(全国16位)よりも高いですが、平成30年度に比べると0.05下がっています。しかし、後期高齢者医療では入院の地域差指数は1.276(全道37位)に上がります。(図表16)

地域差指数の増加は、入院が主な要因であり、入院費用の抑制には、若い年代から予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要です。引き続き、予防の取組に力を入れる必要があります。

図表15 医療費の推移

	北広島市		同規模	道	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	12,576人		11,137人	--	--	
前期高齢者割合	6,830人 (54.3%)	6,121人 (55.0%)	--	--	--	
総医療費	49億6987万円		49億3171万円	--	--	
一人あたり医療費(円)	395,187	442,822	366,294	376,962	339,680	
入院	レセプト1件あたり費用額(円)	594,190	676,120	610,160	628,200	617,950
	費用の割合(%)	46.1	45.1	40.5	43.7	39.6
	件数の割合(%)	3.4	3.3	2.7	3.2	2.5
外来	レセプト1件あたり費用額(円)	24,190	27,970	24,470	26,530	24,220
	費用の割合(%)	53.9	54.9	59.5	56.3	60.4
	件数の割合(%)	96.6	96.7	97.3	96.8	97.5
受診率	747.274		731.488	739.503	676.241	705.439

※ 同規模順位は北広島市と同規模被保険者250市町村の平均値を表す。

出典：KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表16 年齢調整後の一人あたり地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	北広島市		道	北広島市		道	
	(道内市町村中順位)		(47都道府県中順位)	(道内市町村中順位)		(47都道府県中順位)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数	全体	1.093 (63位)	1.072 (68位)	1.064 (16位)	1.183 (22位)	1.162 (24位)	1.118 (9位)
	入院	1.216 (72位)	1.166 (72位)	1.162 (17位)	1.312 (39位)	1.276 (37位)	1.252 (8位)
	外来	0.997 (74位)	1.003 (67位)	0.997 (26位)	1.065 (10位)	1.056 (10位)	0.985 (21位)

※ 順位は、地域差指数が高い順を示す。

出典：厚生労働省「地域差分析」

③ 中長期的な目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）、慢性腎不全（人工透析有・人工透析無）の医療費合計が総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると0.77ポイント増加しています。疾病別では、脳血管疾患が1.35ポイント伸びて、同規模、道、国よりも高く、虚血性心疾患は0.66ポイント減少していますが、同規模、道、国に比べて依然高い状況が続いています。（図表17）

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を、平成30年度と比較してみると、脳血管疾患と人工透析が40～64歳の患者数と割合が増加し、脳血管疾患は65～74歳の割合が増えています。虚血性心疾患は、患者数、割合ともに減少しています。（図表18）

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

		北広島市		同規模	道	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費（円）		49億6987万円	49億3171万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計（円）		3億4501万円	3億8021万円	--	--	--	
		6.94%	7.71%	7.95%	6.48%	8.03%	
中長期目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.86%	3.21%	2.08%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.90%	2.24%	1.42%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	1.81%	2.03%	4.16%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.37%	0.22%	0.29%	0.28%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		17.51%	19.29%	17.03%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		9.67%	7.97%	8.72%	9.41%	8.68%
	精神疾患		7.19%	6.56%	8.04%	7.60%	7.63%

※1 最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果。

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

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

出典：KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		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	12,576	11,137	a	1,194	1,166	1,550	1,339	33	34	
				a/A	9.5%	10.5%	12.3%	12.0%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	10,359	9,272	b	1,182	1,157	1,531	1,325	30	31	
	B/A	82.4%	83.3%	b/B	11.4%	12.5%	14.8%	14.3%	0.3%	0.3%	
再掲	40～64歳	D	3,529	3,151	d	195	215	251	220	13	18
		D/A	28.1%	28.3%	d/D	5.5%	6.8%	7.1%	7.0%	0.4%	0.6%
	65～74歳	C	6,830	6,121	c	987	942	1,280	1,105	17	13
		C/A	54.3%	55.0%	c/C	14.5%	15.4%	18.7%	18.1%	0.2%	0.2%

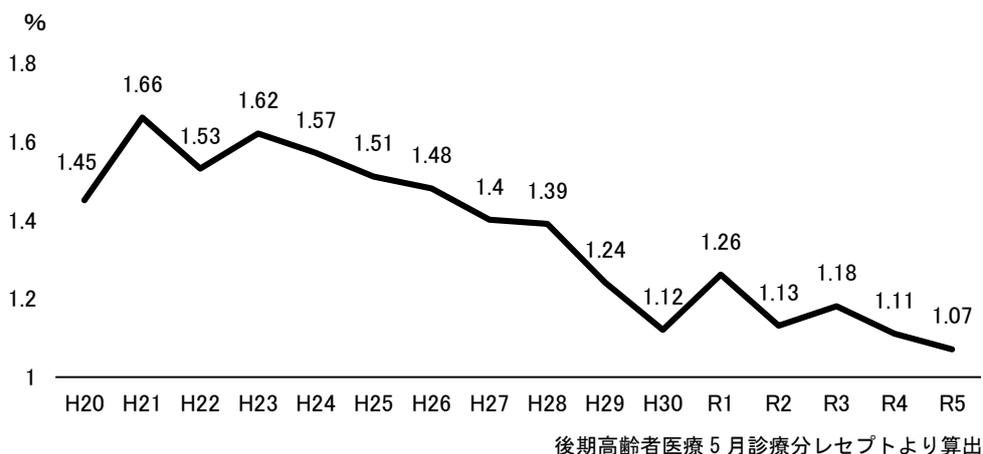
出典：KDB_疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

④ 後期高齢者医療における人工透析患者率の変化

後期高齢者人口が増加する中、後期高齢者医療被保険者に占める人工透析患者の割合は徐々に減少傾向にあります。各年度の5月診療分レセプトで比較すると、平成30年と令和5年では、患者率が0.05ポイント減少しました。(図表19)

後期高齢者医療の人工透析患者率の減少には、国保加入時期からの重症化予防の取組みが重要です。

図表19 後期高齢者医療被保険者数に占める人工透析患者の割合(率)



(2) 短期的な目標疾患(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の治療者数と合併症の状況

高血圧症、糖尿病、脂質異常症の3疾患の治療状況を見ると、いずれも治療者の割合は増えています。3疾患ともに虚血性心疾患を合併している人数と割合は減っていますが、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療者の4人に1人、65~74歳の糖尿病治療者では3人に1人が虚血性心疾患を合併しています。脳血管疾患と人工透析を合併している割合は、40~64歳の若い年代で増えています。(図表20・21・22)

図表20 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	4,493	4,135	844	801	3,649	3,334	
	A/被保数	43.4%	44.6%	23.9%	25.4%	53.4%	54.5%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	492	457	73	80	419	377
		B/A	11.0%	11.1%	8.6%	10.0%	11.5%	11.3%
	虚血性心疾患	C	1,146	1,007	169	153	977	854
		C/A	25.5%	24.4%	20.0%	19.1%	26.8%	25.6%
	人工透析	D	28	28	13	16	15	12
		D/A	0.6%	0.7%	1.5%	2.0%	0.4%	0.4%

出典：KDB_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 21 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	3,666	3,344	814	713	2,852	2,631	
	A/被保数	35.4%	36.1%	23.1%	22.6%	41.8%	43.0%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	337	316	52	50	285	266
		B/A	9.2%	9.4%	6.4%	7.0%	10.0%	10.1%
	虚血性心疾患	C	1,025	899	157	136	868	763
		C/A	28.0%	26.9%	19.3%	19.1%	30.4%	29.0%
	人工透析	D	15	19	7	11	8	8
		D/A	0.4%	0.6%	0.9%	1.5%	0.3%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	166	139	28	24	138	115
		E/A	4.5%	4.2%	3.4%	3.4%	4.8%	4.4%
	糖尿病性網膜症	F	235	173	48	40	187	133
		F/A	6.4%	5.2%	5.9%	5.6%	6.6%	5.1%
	糖尿病性神経障害	G	92	66	20	20	72	46
		G/A	2.5%	2.0%	2.5%	2.8%	2.5%	1.7%

出典：KDB_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 22 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	4,587	4,272	964	905	3,623	3,367	
	A/被保数	44.3%	46.1%	27.3%	28.7%	53.0%	55.0%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	426	406	68	64	358	342
		B/A	9.3%	9.5%	7.1%	7.1%	9.9%	10.2%
	虚血性心疾患	C	1,162	1,053	187	157	975	896
		C/A	25.3%	24.6%	19.4%	17.3%	26.9%	26.6%
	人工透析	D	23	22	11	13	12	9
		D/A	0.5%	0.5%	1.1%	1.4%	0.3%	0.3%

出典：KDB_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）

② 高血圧・高血糖者の有所見割合の推移及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上とHbA1c7.0%以上の有所見者を、平成30年度と令和3年度で比較すると有所見者の割合が増えています。また、令和3年度の有所見者について、健診後に医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている人が、高血圧で56.4%、糖尿病で12.5%もいて、その割合は比較データが存在する全国448市町村と比べて高い状況であることがわかりました。(図表23)

図表 23 有所見割合の推移と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧（有所見者）											
					Ⅱ度高血圧以上の推移								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 (人)	受診率 (%)	受診者 B (人)	受診率 (%)	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C (人)	C/A (%)	D (人)	D/C (%)	E (人)	E/B (%)	F (人)	F/E (%)	G (人)	G/E (%)	H (人)	H/E (%)
北広島市	3,706	34.9	3,367	36.3	141	3.8	83	58.9	156	4.6	91	58.3	88	56.4	4	2.6
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0
	健診受診率				糖尿病（有所見者）											
					HbA1c7.0%以上の推移								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 (人)	実施率 (%)	HbA1c 実施者 B (人)	実施率 (%)	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I (人)	I/実施者A (%)	J (人)	J/I (%)	K (人)	K/実施者B (%)	L (人)	L/K (%)	M (人)	M/K (%)	N (人)	N/K (%)
北広島市	3,689	99.5	3,348	99.4	156	4.2	65	41.7	168	5.0	62	36.9	21	12.5	3	1.8
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

※1 未治療：12カ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者。

※2 治療中断：高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を起点として)3カ月以上レセプトがない者。

出典：ヘルスサポートラボツール

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、虚血性心疾患や脳血管疾患などの心血管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、心血管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。北広島市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、男女ともにメタボリックシンドローム該当者、予備群の割合が増えており（図表24）、特に男性の伸びが大きく、3項目すべての危険因子が重なっている割合も増加しています。（図表25）

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール160mg/dl 以上の有所見者の割合は、HbA1c6.5%以上とⅡ度高血圧以上で増加し、LDL コレステロール160mg/dl 以上は減少していました。前年度と翌年度の変化を見ると、LDL コレステロール160mg/dl 以上で改善率がわずかに上がっていますが、HbA1c6.5%以上とⅡ度高血圧以上では下がっています。また、翌年度健診を受診していない人の割合がいずれも3割程度存在し、結果の把握ができていません。（図表26）

今後も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共に、重症化予防対象者に対して継続して健診の受診を勧める働きかけを行っていく必要があります。

図表 24 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の変化

	北広島市		同規模	道	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
メタボ該当者	17.5%	19.8%	20.9%	20.3%	20.6%
男性	27.7%	32.2%	32.7%	33.0%	32.9%
女性	10.0%	10.5%	11.5%	11.1%	11.3%
メタボ予備群	10.6%	11.2%	11.0%	11.0%	11.1%
男性	17.8%	18.2%	17.5%	18.0%	17.8%
女性	5.3%	6.0%	6.0%	5.9%	6.0%

出典：KDB_地域の全体像の把握

図表 25 メタボリックシンドローム該当者・予備群の危険因子数の変化

性別	年度	健診受診者	該当者		予備群	
			3項目	2項目		
男性	H30年度	1,497	415 (27.7%)	122 (8.1%)	293 (19.5%)	267 (17.8%)
	R4年度	1,354	436 (32.2%)	153 (11.2%)	283 (20.9%)	246 (18.2%)
女性	H30年度	2,033	204 (10.0%)	49 (2.4%)	155 (7.6%)	107 (5.3%)
	R4年度	1,797	188 (10.5%)	63 (3.5%)	125 (6.9%)	107 (6.0%)

出典：KDB_厚生労働省様式 5-5

図表 26 有所見者の1年後の変化

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	297 (8.1%)	92 (31.0%)	95 (32.0%)	30 (10.1%)	80 (26.9%)
R3→R4	346 (10.3%)	89 (25.7%)	107 (30.9%)	25 (7.2%)	125 (36.1%)
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	141 (3.8%)	81 (57.4%)	17 (12.1%)	4 (2.8%)	39 (27.7%)
R3→R4	156 (4.6%)	88 (56.4%)	15 (9.6%)	1 (0.6%)	52 (33.3%)
年度	LDLコレステロール 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	469 (12.7%)	185 (39.4%)	112 (23.9%)	19 (4.1%)	153 (32.6%)
R3→R4	333 (9.9%)	136 (40.8%)	72 (21.6%)	13 (3.9%)	112 (33.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施割合は、新型コロナウイルス感染症が流行した令和元年度は60.9%でしたが、その他は75～83%で推移していて、血糖値有所見者のうち、未治療・治療中断者の割合は徐々に減少傾向にあります。(図表27・28)

また、HbA1c8.0%以上未治療者の出現率は10.5%～27.7%とばらつきがありますが、保健指導介入者のほとんどは内服治療を開始していました。治療を中断せずに継続受診ができるよう引き続き支援が必要です。(図表29)

図表27 血糖値有所見者数と保健指導実施者数の推移

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,705	3,777	3,280	3,367	3,326
血糖値有所見者 ※1	人(b)	80	69	126	108	87
	(b/a)	2.2%	1.8%	3.8%	3.2%	2.6%
保健指導実施者※2	人(c)	62	42	100	89	65
	(c/b)	77.5%	60.9%	79.4%	82.4%	74.7%

※1 HbA1c6.5%以上かつ内服なしの者。

北広島市調べ

※2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上。

図表28 血糖値有所見者に占める未治療者・治療中断者の推移

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 ※1	人(a)	297	300	346	346	321
血糖値有所見者の 未治療者・治療中断者 ※2	人(b)	133	133	140	130	114
	(b/a)	44.8%	44.3%	40.5%	37.6%	35.5%

※1 HbA1c6.5%以上の者

北広島市調べ

※2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖尿病治療なしと答えた者。

図表29 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)	3,705	3,777	3,280	3,367	3,326
HbA1c8.0%以上	人(b)	43	42	47	38	40
	(b/a)	1.2%	1.1%	1.4%	1.1%	1.2%
うち未治療者	人(c)	9	9	13	4	10
	(c/b)	20.9%	21.4%	27.7%	10.5%	25.0%
うち保健指導実施	人(d)	8	8	11	3	9
	(d/c)	88.9%	88.9%	84.6%	75.0%	90.0%

内訳	内服治療開始	6人	10人	3人	7人
	元々治療中	1人	2人	1人	0人
	死亡、社保加入	2人	1人	0人	0人
	未治療	0人	0人	0人	3人

北広島市調べ（令和5年10月）

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患に至る重症化予防を目的として、心電図検査の全数実施を目指していますが、データ受領によるみなし受診の場合もあるため、心電図検査の実施率は85%～90%で推移しています。(図表 30)

有所見者のうち心筋虚血所見(ST変化等)は10%程度みられ、受診勧奨が必要です。(図表 31)

また、心房細動有所見者のうち12～18%は未治療のため、医療機関受診を勧めています。そのうち治療開始となるのは50%以下となっています。(図表 32)

図表 30 心電図検査の結果(有所見者の状況)

	H30			R1			R2			R3			R4		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人) a	3,887	1,664	2,223	3,926	1,679	2,247	3,411	1,471	1,940	3,551	1,504	2,047	3,523	1,528	1,995
心電図受診者(人) b	3,518	1,469	2,049	3,553	1,478	2,075	3,071	1,292	1,779	3,100	1,285	1,815	3,129	1,315	1,814
心電図実施率 b/a	90.5%	88.3%	92.2%	90.5%	88.0%	92.3%	90.0%	87.8%	91.7%	87.3%	85.4%	88.7%	88.8%	86.1%	90.9%
所見あり(人) c	847	437	410	965	474	491	825	406	419	847	428	419	831	436	395
有所見率 c/b	24.1%	29.7%	20.0%	27.2%	32.1%	23.7%	26.9%	31.4%	23.6%	27.3%	33.3%	23.1%	26.6%	33.2%	21.8%
心房細動(人) e	35	31	4	45	35	10	42	33	9	31	24	7	28	22	6
心房細動有所見率 e/b	1.0%	2.1%	0.2%	1.3%	2.4%	0.5%	1.4%	2.6%	0.5%	1.0%	1.9%	0.4%	0.9%	1.7%	0.3%
うち心房細動未治療(人)	6	5	1	5	3	2	6	5	1	4	4	0	5	4	1

北広島市調べ

図表 31 心電図実施者のうち心筋虚血所見の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者(人)	3,518	3,553	3,071	3,100	3,129
心筋虚血所見(ST変化等)(人)	385	434	344	353	340
それ以外の所見(人)	462	531	481	494	491

北広島市調べ

図表 32 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(人)	35	45	42	31	28
心房細動未治療者(人)	6	5	6	4	5
検査後、異常なしと診断(治療開始に至らず)(人)	6	5	4	2	4
治療開始(人)	0	0	2	2	1

北広島市調べ(令和5年10月)

③ 脳血管疾患重症化予防

Ⅱ度高血圧以上の割合は増加傾向で、そのうち、令和4年度の治療なしは64.3%で年々増加しています。また、Ⅲ度高血圧の人数、割合が増えてきています。(図表 33)

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であることから、家庭血圧測定を勧めながら、受診勧奨の徹底に努めていく必要があります。

図表 33 II度高血圧以上者のうち未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	3,705	3,777	3,280	3,367	3,326	
II度高血圧以上の者	人(b)	141	133	146	156	157	
	(b/a)	3.8%	3.5%	4.5%	4.6%	4.7%	
	治療あり	人(c)	58	65	73	65	56
		(c/b)	41.1%	48.9%	50.0%	41.7%	35.7%
	治療なし	人(d)	83	68	73	91	101
		(d/b)	58.9%	51.1%	50.0%	58.3%	64.3%
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	18	18	17	19	20
		(f/a)	0.5%	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%
	治療あり	人	3	9	7	8	7
	治療なし	人	15	9	10	11	13

北広島市調べ

(2) 特定健診の受診率向上対策

特定健診受診率は、令和元年度に40.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症流行の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。一方、特定保健指導は、国の目標値を維持しています。(図表34)

健診受診者の内訳をみると、年々、継続受診者の割合と新規受診者の割合が減少し、不定期受診者の割合が増える傾向にあり(図表35)、また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に30~39歳までの若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40~50歳代で低い状況が続いています。(図表36)

また、健診未受診者のうち、生活習慣病等の治療中者が相当数いることから、市独自の方法で特定健診とみなすための「特定健診に係るかかりつけ医情報提供書」の提出(データ受領)を進めてきましたが、健診を受診する治療中者の大幅な増加は見られませんでした。(図表37)しかし、令和4年度の全受診者数に対して、かかりつけ医情報提供書提出者の割合は14%を占め、特定健診受診率に大きく貢献しています。

図表 34 特定健診・特定保健指導の推移

		H30	R1	R2	R3	R4	R5 目標値
特定健診	受診者数	3,527	3,646	3,130	3,215	3,152	健診受診率 60%
	受診率	38.1%	40.3%	34.9%	37.0%	38.3%	
特定保健指導	該当者数	287	288	291	263	271	特定保健指導 実施率
	割合	8.1%	7.9%	9.3%	8.2%	8.6%	
	実施者数	193	189	162	163	163	国 60% 市 65%
	実施率	67.2%	65.6%	55.7%	62.0%	60.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 35 特定健診受診者の内訳と推移

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	D	D/B(前年)	C
H29	9,624	3,597	37.4%	--	--	--	--	--	--
H30	9,257	3,527	38.1%	2,564	71.3%	963	27.3%	--	--
R1	9,047	3,646	40.3%	2,597	73.6%	801	22.0%	248	6.8%
R2	8,974	3,130	34.9%	2,303	63.2%	591	18.9%	236	7.5%
R3	8,682	3,215	37.0%	2,148	68.6%	581	18.1%	486	15.1%
R4	8,231	3,152	38.3%	2,153	67.0%	584	18.5%	415	13.2%

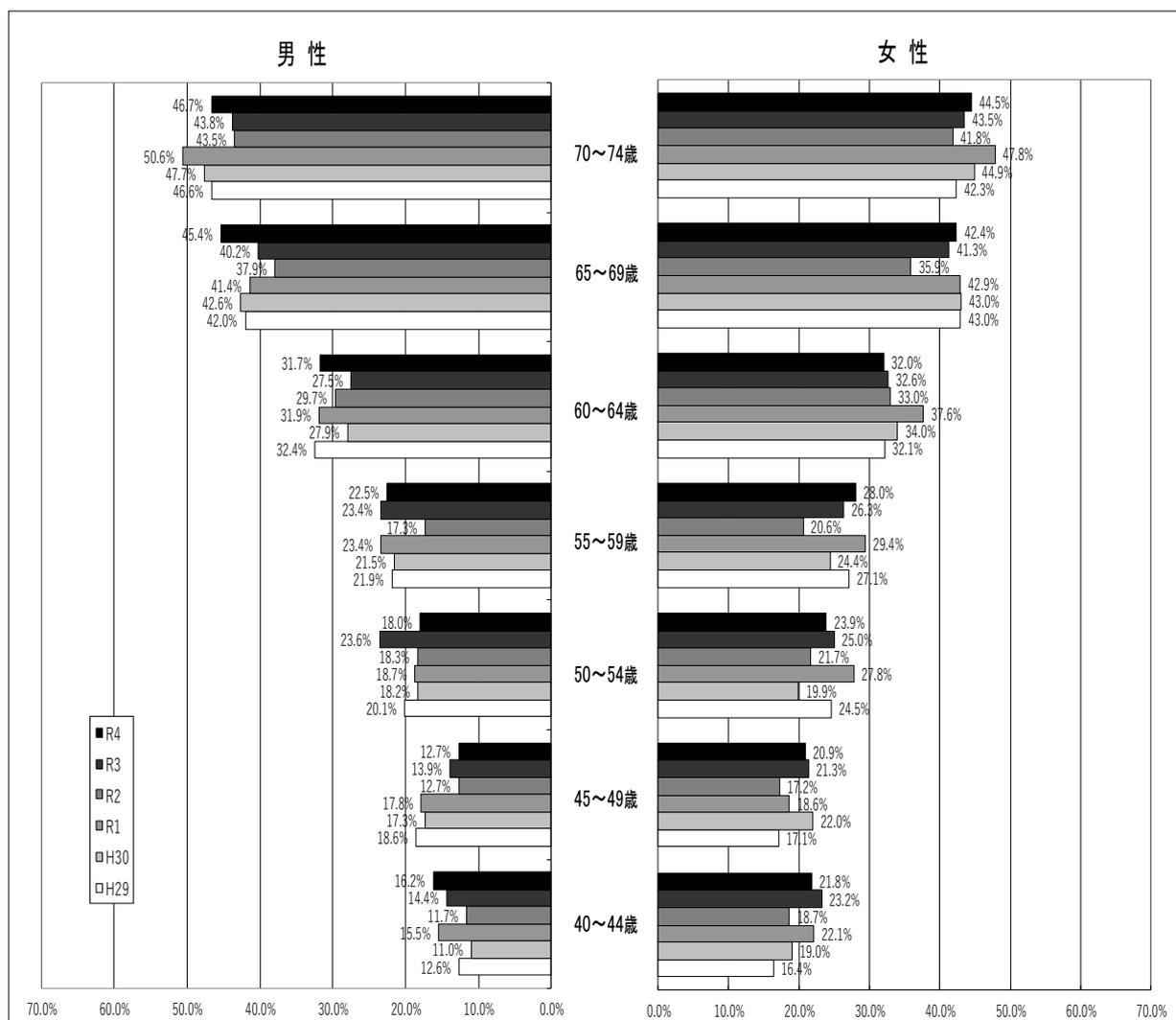
※1 継続受診者は前年度と比較して算出。

※2 新規受診者は過去に1回も受診したことがない人。

※3 不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある人。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール(法定報告より算出)

図表 37 特定健診対象者・受診者の治療の有無

40-64歳	健診受診者				健診未受診者			
	治療なし		治療中		健診・治療なし			
H30	682人 : 23.6%				2,204人 : 76.4%			
	198人	6.9%	484人	16.8%	1,166人	40.4%	1,038人	36.0%
R4	164人	6.4%	448人	17.4%	1,024人	39.8%	935人	36.4%
	612人 : 23.8%				1,959人 : 76.2%			
65-74歳	健診受診者				健診未受診者			
	治療なし		治療中		健診・治療なし			
H30	2,848人 : 44.6%				3,531人 : 55.4%			
	377人	5.9%	2,471人	38.7%	2,697人	42.3%	834人	13.1%
R4	337人	6.0%	2,199人	38.8%	2,339人	41.3%	787人	13.9%
	2,536人 : 44.8%				3,126人 : 55.2%			

出典：ヘルスサポートラボツールを改変

(3) 第2期計画の目標の達成状況

第2期計画の目標の達成状況は、図表 38 のとおりです。

後発医薬品への切り替えを促す通知を行った結果、後発医薬品の使用割合は 82.9% となり、国の目標値を達成しました。また、目標値は定めていませんでしたが、重複服薬となっている被保険者に対して、適正服薬を促す通知を行い、必要に応じて保健指導を行ってきました。

がん検診の受診率については、平成 30 年度と比較して増加している種類もありますが、全体に受診率が低く課題が残ります。

歯周病検診については、実施には至っていませんが、機会をとらえて歯周病等の予防や口腔機能低下を防ぐための情報提供を行ってきました。

(4) ポピュレーションアプローチ

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

北広島市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援してきました。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている北海道及び北広島市の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景に合わせてテーマを決め、各種サークルや団体へ出前健康講座を行ったり、毎月 1 回、町内会班回覧を通じて健康情報（健康情報定期便）を提供するなど市民へ周知してきました。

3) 第2期データヘルス計画の考察

第2期データヘルス計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の予防に重点をおき、中長期目標疾患の予防に共通した高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防に取り組んできました。

その結果、総医療費に占める虚血性心疾患の割合と糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合がわずかに減少したものの、脳血管疾患と慢性腎不全の総医療費に占める割合が増加しており、いずれも40～64歳の若い年代で増えていました。

また、メタボリックシンドローム該当者の割合は、男性が顕著に増加し、健診の所見では、Ⅱ度高血圧以上とHbA1c7.0%以上の未治療者の割合も増加傾向にありました。

以上のことから、第3期データヘルス計画に向けては、高血圧、高血糖等の重症化予防対象者への受診勧奨の徹底と、若い年代からのメタボリックシンドロームの解決に向けた取り組みが重要と考えます。

また、高い受診率を維持していた70歳代の被保険者の後期高齢者医療保険への移行が増える中、特定健診の継続受診率や新規受診率が減少傾向にあるため、受診率向上への取組も大きな課題です。

図表 38 第2期データヘルス計画目標管理一覧

■ は達成 ■ は未達成

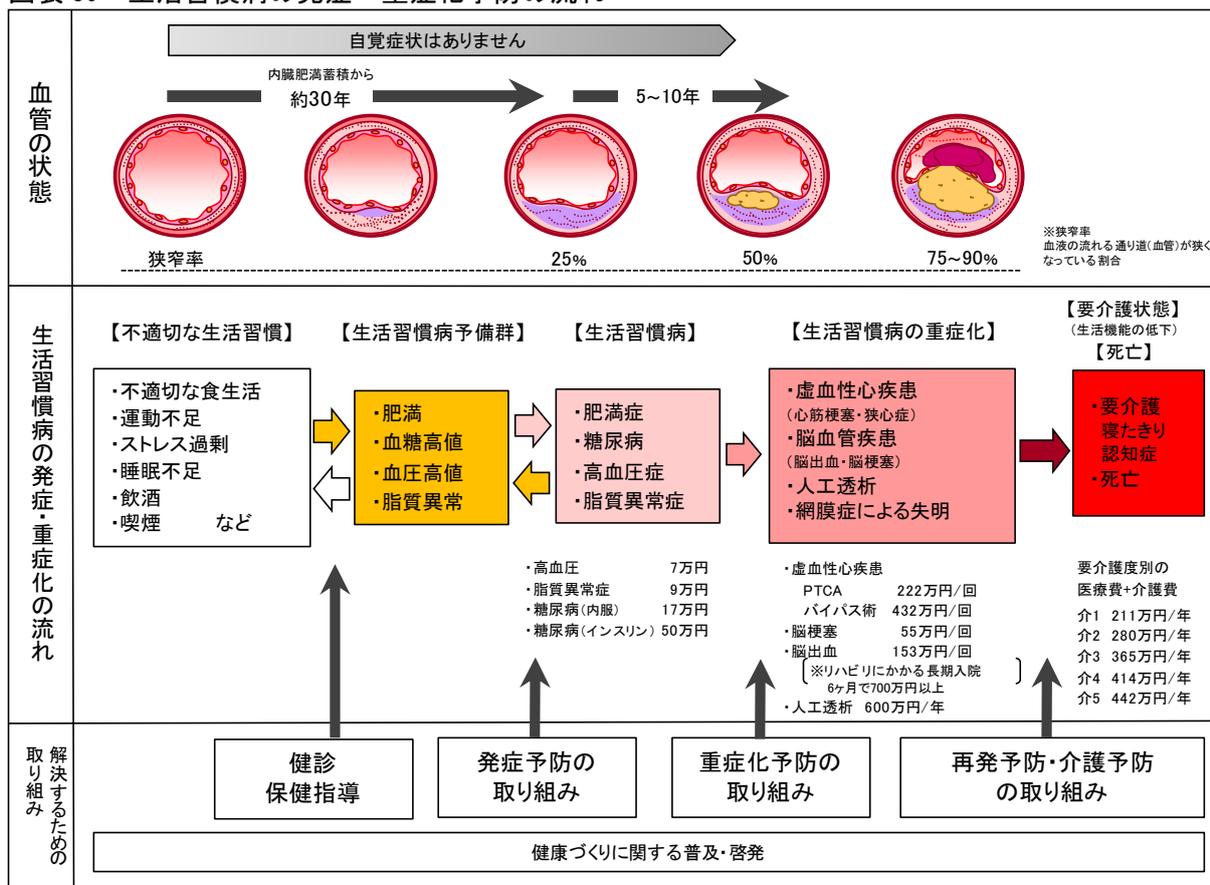
関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	基準値	実績			データの把握方法	
				初年度 H30	中間 評価 R2	最終評価 R5		
				(H28)	(H30)	(R2)		(R4)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少率2%	2.11%	1.87%	3.39%	3.21% (目標値2.06%)	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少率2%	3.00%	2.90%	2.53%	2.24% (目標値2.94%)		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	/	1.81%	2.00%	2.03%		
		糖尿病性腎症による透析者の割合の減少率10%	0.28%	0.42%	0.47%	0.66% (目標値0.25%)		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	/	75.00%	66.67%	50.00%		
	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	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少率5%	10.1%	10.7%	10.3%	10.6% (目標値9.6%)	北広島市健康推進課
			メタボリックシンドローム該当者の割合の減少率5%	18.0%	17.4%	20.6%	20.4% (目標値17.1%)	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少率5% (血圧160/100mmHg以上)	4.6%	3.8%	4.5%	4.7% (目標値4.4%)	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少率5% (LDL180mg/dl以上)	5.1%	4.8%	4.2%	3.1% (目標値4.8%)	
			健診受診者の糖尿病患者の割合の減少率5% (HbA1c6.5%以上 治療中7.0%以上)	5.4%	5.5%	7.6%	6.1% (目標値5.1%)	
			健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	/	0.30%	0.37%	0.28%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%以上	/	75.3%	87.9%	74.7%	
	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60%以上	/	38.1%	34.9%	38.3%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上(国) (市の目標値:65%以上)	/	67.2%	55.7%	60.1% (国の目標値60%以上) 60.1% (市の目標値65%以上)		
		特定保健指導対象者の割合の減少	/	8.1%	9.3%	8.6%		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	/	2.5%	1.5%	4.9%	地域保健事業報告(国保分) (R4年度データがないためR3年度を記載)	
		肺がん検診受診者の増加	/	7.9%	4.1%	6.6%		
		大腸がん検診受診者の増加	/	7.3%	4.6%	6.0%		
		子宮がん検診受診者の増加	/	5.7%	9.1%	8.4%		
		乳がん検診受診者の増加	/	22.2%	11.8%	10.6%		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	/	9.1%	6.2%	7.3%		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	/	77.2%	81.7%	82.9%	北広島市保険年金課	

3 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人を減少させること、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人を増加させることが必要となります。(図表 39)

図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：保健指導用教材

2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動するため、保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいと考えます。

また、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、若年期からの生活習慣の結果が、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、図表 40 に基づいた一体的な健康課題の分析が重要です。

健康課題の明確化においては、第2期データヘルス計画の評価を踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため、40歳未満の30代の健診を引き続き実施し、特定保健指導対象者を減らすために、若年期からの適正な体重の維持等、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

図表 40 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っています。一人あたり医療費は、令和2年度に新型コロナウイルス感染症流行の影響で一時減ったものの、令和3年度以降は増加傾向で、後期高齢者医療になると一人あたり96.8万円で、国保の約2.2倍も高い状況です。(図表41)

北広島市は、これまで慢性腎臓病(CKD)の予防に着目して保健事業に取り組んできた結果、医療費に占める慢性腎不全(人工透析有・人工透析無)の割合が、国保及び後期高齢者医療において、同規模、道、国と比べて低い状況ですが、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)や虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)については、依然、同規模、道、国と比べて高い状況が続いています。(図表42)

高額レセプトでは、国保においては毎年約600件のレセプトが発生していますが、後期高齢者医療になると約3.2倍に増えています。(図表43)

医療費が高額となる疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保では令和2年度が一番多く、70件で8,700万円以上の費用がかかっていました。令和4年度は65件でしたが、50代が13.8%を占めていました。後期高齢者医療においては、173件で費用額は約2億3,500万円になっています。(図表44)

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。一方、虚血性心疾患の高額レセプトは、件数、費用額ともに徐々に減少してきています。(図表45)

図表41 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	12,576人	12,225人	12,064人	11,706人	11,137人	10,071人	
総件数及び 総費用額	件数	114,637件	109,986件	99,673件	101,680件	100,050件	142,960件
	費用額	49億6987万円	49億1652万円	47億3499万円	49億6209万円	49億3171万円	97億5218万円
一人あたり医療費	39.5万円	40.2万円	39.2万円	42.4万円	44.3万円	96.8万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表42 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	北広島市	49億3171万円	36,057	2.03%	0.22%	3.21%	2.24%	5.10%	3.04%	1.84%	8億7197万円	17.68%	19.29%	6.56%	7.97%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	道	--	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	--	16.47%	19.14%	7.60%	9.41%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	北広島市	97億5218万円	82,410	4.35%	0.57%	4.43%	2.26%	3.52%	2.94%	1.14%	18億7241万円	19.20%	11.04%	4.76%	12.73%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	道	--	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	--	18.98%	11.11%	4.82%	12.21%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

※1 最大医療資源傷病名(※2)による分類結果。

※2 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。

出典：KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

図表 43 1件80万円以上の高額レセプトの推移（全体）

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	359人	364人	353人	411人	371人	1,119人
	件数	B	573件	605件	621件	676件	637件	2,048件
		B/総件数	0.50%	0.55%	0.62%	0.66%	0.64%	1.43%
	費用額	C	8億0835万円	8億4895万円	8億8496万円	9億3382万円	10億1726万円	27億4104万円
		C/総費用	16.3%	17.3%	18.7%	18.8%	20.6%	28.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 1件80万円以上の高額レセプトの推移（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	20人		30人		27人		24人		31人		98人		
		D/A	5.6%		8.2%		7.6%		5.8%		8.4%		8.8%		
	件数	E	27件		58件		70件		41件		65件		173件		
		E/B	4.7%		9.6%		11.3%		6.1%		10.2%		8.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	0.6%
		40代	3	11.1%	4	6.9%	1	1.4%	3	7.3%	1	1.5%	70-74歳	2	1.2%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	7	10.0%	2	4.9%	9	13.8%	75-80歳	40	23.1%
		60代	10	37.0%	20	34.5%	31	44.3%	13	31.7%	4	6.2%	80代	98	56.6%
		70-74歳	14	51.9%	34	58.6%	30	42.9%	23	56.1%	51	78.5%	90歳以上	32	18.5%
	費用額	F	3235万円		7309万円		8732万円		4928万円		7710万円		2億3536万円		
		F/C	4.0%		8.6%		9.9%		5.3%		7.6%		8.6%		

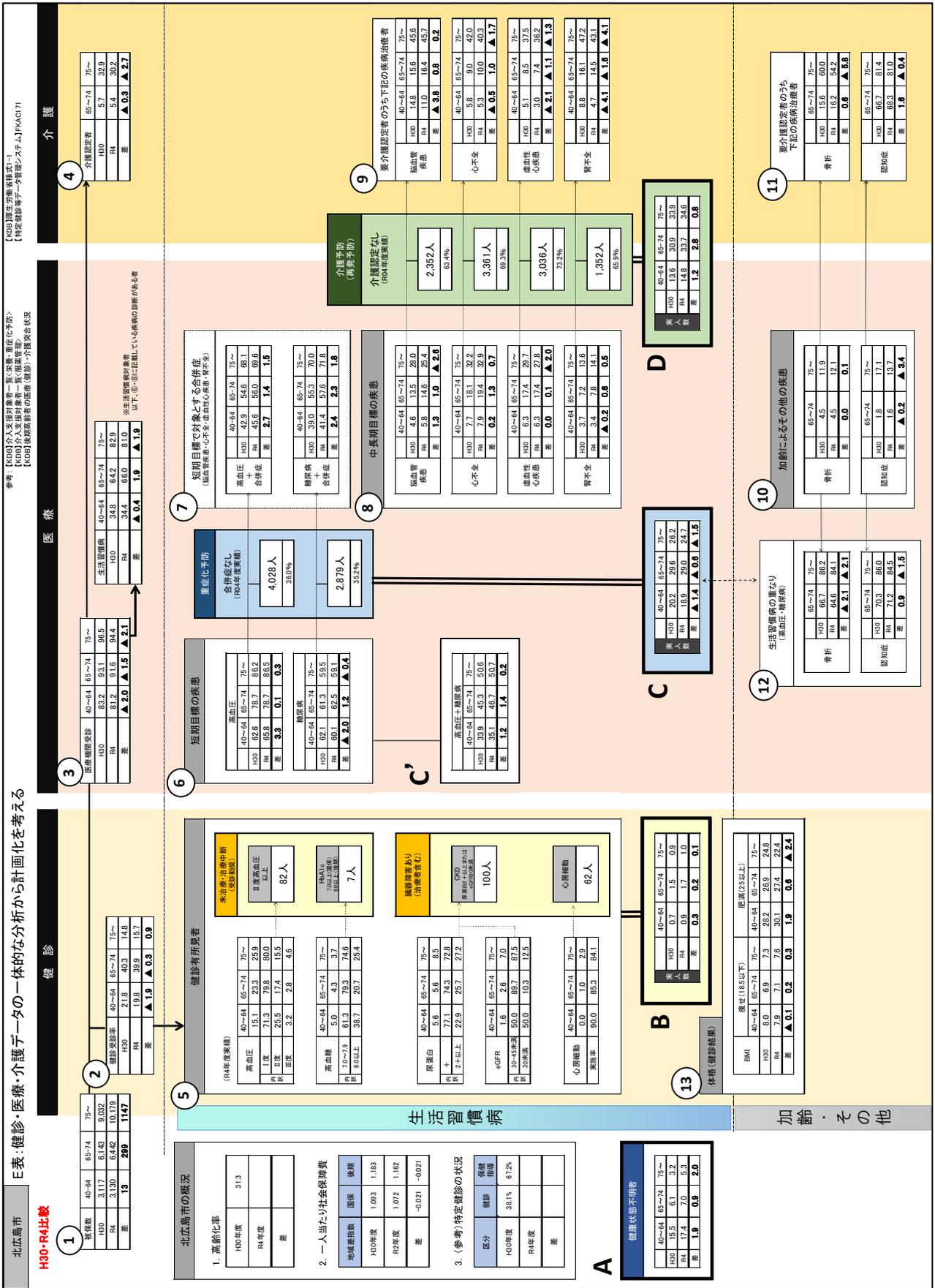
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 1件80万円以上の高額レセプトの推移（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	28人		28人		29人		27人		21人		69人		
		G/A	7.8%		7.7%		8.2%		6.6%		5.7%		6.2%		
	件数	H	29件		32件		31件		29件		22件		80件		
		H/B	5.1%		5.3%		5.0%		4.3%		3.5%		3.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	2.5%
		40代	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	10.3%	1	3.1%	1	3.2%	4	13.8%	0	0.0%	75-80歳	27	33.8%
		60代	9	31.0%	11	34.4%	11	35.5%	8	27.6%	10	45.5%	80代	43	53.8%
		70-74歳	16	55.2%	20	62.5%	19	61.3%	16	55.2%	12	54.5%	90歳以上	8	10.0%
	費用額	I	4735万円		3962万円		4257万円		3927万円		3558万円		1億1978万円		
		I/C	5.9%		4.7%		4.8%		4.2%		3.5%		4.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表46 健診・医療・介護データの一体的な分析（平成30年度と令和4年度の比較）



出典：ヘルスサポートラボツール

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

(2) 健診・医療・介護の一体的分析（全体は30ページ図表46）

平成30年度と令和4年度の結果で、健診・医療・介護のデータを一体的に分析すると、被保険者数は、40～64歳と65～74歳は横ばいですが、75歳以上では1,147人増え、後期高齢者人口の増加が著しいことがわかります。体格は、40～74歳の年代で、BMI25以上の割合が高くなってきています。（図表47）

健診有所見の状況をみると、各年代で該当割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。（図表48）

短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況では、高血圧・糖尿病いずれにおいても、各年代で高くなっていきます。（図表49）

中長期目標疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）の治療者の割合は、40～74歳の脳血管疾患と全年代の心不全、65歳以上の腎不全の割合が伸びていて、介護認定者の割合では、65歳以上の脳血管疾患が増加しています。（図表50）

認知症で治療を受けている割合は下がっていますが、約85%が高血圧や糖尿病を併せ持ち、75歳以上では8割の人が介護認定を受けています。（図表51）

図表47 被保険者数と健診結果（体格）

図表46 No.	4	1			13					
		被保険者数			体格（健診結果）					
		※65～74歳は 国保・後期高齢者医療保険の合計数			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75- 歳	40-64歳	65-74歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳
	%	人	人	人	%	%	%	%	%	%
H30	32.9	3,117	6,143	9,032	8.0	6.9	7.3	28.2	26.9	24.8
R4	30.2	3,130	6,442	10,179	7.9	7.1	7.6	30.1	27.4	22.4

※ 上段のNo.は図表46の数字と一致している。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表48 健診有所見状況

図表46 No.	年度	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						C K D 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動													
		40-64歳		65-74歳		75-歳		40-64歳		65-74歳		75-歳		40-64歳	65-74歳	75-歳	40-64歳	65-74歳	75-歳											
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%											
H30	22	3.2	(9)	96	3.9	(31)	62	4.6	(23)	25	3.7	(1)	97	3.9	(5)	11	0.8	(0)	7	1.0	40	1.6	34	2.5	4	0.6	20	0.8	25	1.9
R4	27	4.3	(16)	121	4.7	(44)	83	5.2	(22)	31	5.0	(2)	111	4.3	(5)	15	0.9	(0)	11	1.8	42	1.6	47	2.9	0	--	23	0.9	39	2.4

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 49 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

図表46 No.	3									6									7								
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (a) (生活習慣病の 医療機関受診者)			生活習慣病受診者(a)のうち、 高血圧・糖尿病で治療している人の割合									合併症を併せ持つ人の割合											
							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 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳						
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%							
H30	83.2	93.1	96.5	34.8	64.2	82.9	62.6	78.7	86.2	62.1	61.3	59.5	33.9	45.3	50.6	42.9	54.6	68.1	39.0	55.3	70.0						
R4	81.2	91.6	94.4	34.4	66.0	81.0	65.8	78.7	86.5	60.1	62.5	59.1	35.1	46.7	50.7	45.6	56.0	69.6	41.4	57.6	71.8						

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 50 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

図表46 No.	8												9											
	被保険者のうち、治療している人の割合												介護認定者のうち、治療している人の割合											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳	40-64 歳	65-74 歳	75- 歳
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
H30	4.6	13.5	28.0	6.3	17.4	29.7	7.7	18.1	32.2	3.7	7.2	13.6	14.8	15.6	45.6	5.1	8.5	37.5	5.8	9.0	42.0	8.8	16.1	47.2
R4	5.8	14.6	25.4	6.3	17.4	27.8	7.9	19.4	32.9	3.4	7.8	14.1	11.0	16.4	45.7	3.0	7.4	36.2	5.3	10.0	40.3	4.7	14.5	43.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 51 骨折・認知症の状況

図表46 No.	12				10				11			
	骨折・認知症のうち 高血圧・糖尿病を 合併している割合				加齢による その他の疾患 (被保数割)				骨折・認知症のうち 要介護認定者の割合			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74 歳	75- 歳	65-74 歳	75- 歳	65-74 歳	75- 歳	65-74 歳	75- 歳	65-74 歳	75- 歳	65-74 歳	75- 歳
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
H30	66.7	86.2	70.3	86.0	4.5	11.9	1.8	17.1	15.6	60.0	66.7	81.4
R4	64.6	84.1	71.2	84.5	4.5	12.1	1.6	13.7	16.2	54.2	68.3	81.0

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通して高血圧、糖尿病等に重なりがあります。そのため、肥満の改善とともに、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、腎不全等への重症化を防ぐことにつながると考えます。

具体的な取組方法については、「第4章 課題解決するための個別保健事業」に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標と目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標を含む北海道から示された27の指標(図表52)を設定し、公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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が重要です。

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慮すると、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(人工透析)の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少が重要です。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は受診を促し治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また糖尿病とメタボリックシンドロームについては、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、必要に応じて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)の基本的な考え方に基づいて実施します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章「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 52 第3期データヘルス計画目標管理一覧

評価	国 北海道	指標	目標	実績			データの 把握 方法	
				初期値	中間評価	最終評価		
				活用データR4	活用データR7	活用データR10		
1	最終・長期目標	○ 平均自立期間	延伸	男性81.0 女性85.6			KDB	
2		○ 総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制	8.2%			Ex pander	
3		○ 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	6.9%				
4		○ 総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合(入外合計)	抑制	2.9%				
5		中長期目標	◎ 新規脳血管疾患患者数	抑制	112人			Ex pander
6			◎ 新規虚血性心疾患患者数	抑制	146人			
7			◎ 新規人工透析導入者数	抑制	3人			
8	アウトカム指標	◎ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	該当者	減少	19.8%		KDB	
9			予備群	減少	11.2%			
10		◎ 喫煙率	減少	男性18.8% 女性8.0%			Ex pander	
11		○ 1日飲酒量が多い者の割合	減少	1.9%				
12		○ 運動習慣のない者の割合	減少	58.1%				
13		★ ○ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	減少	22.6%				
14		○ 高血糖(HbA1c6.5%以上)の割合	減少	9.8%				
15		○ 高血糖(HbA1c7.0%以上)の割合	減少	4.4%				
16		★ ◎ 高血糖(HbA1c8.0%以上)の割合	減少	1.1%				
17		○ 高血圧Ⅰ度以上の割合(140-159mmHg/90-99mmHg)	減少	22.0%				
18		○ 高血圧Ⅱ度以上の割合(160-179mmHg/100-109mmHg)	減少	4.6%				
19		◎ 高血圧Ⅲ度以上の割合(180mmHg以上/110mmHg以上)	減少	0.6%				
20		○ 脂質異常LDLコレステロール140mg/dl以上の割合	減少	22.3%				
21	○ 脂質異常LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	減少	8.7%					
22	◎ 脂質異常LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	減少	3.0%					
23	アウトプット	★ ◎ 特定健診受診率(60%以上)	向上	38.3%			法定 報告	
24		★ ◎ 特定保健指導実施率(60%以上)	向上	60.1%			Ex pander	
25		○ 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	増加	50.0%				
26		○ 高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	21.7%				
27		○ 脂質異常重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	増加	19.6%				

※1 ◎は北海道の重点指標。

※2 No.10は、標準的な質問票「現在たばこを習慣的に吸っていますか」について「はい」と回答した者の数。

※3 No.11は、標準的な質問票「飲酒日の1日あたりの飲酒量」について「3~5合未満」または「5合以上」と回答した者の数。

※4 No.12は、標準的な質問票「1回30分以上の軽く汗をかく運動習慣を週2日以上、1年以上実施」について「いいえ」と回答した者の数。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2 目標値の設定

図表 53 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	令和4年度 実績	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	国の目標 令和11年度
特定健診受診率	38.3%	42.0%	45.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

3 対象者の見込み

図表 54 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象人数（人）	8,534	7,985	7,744	7,500	7,266	7,030
	受診者数（人）	3,585	3,594	3,718	3,900	4,069	4,218
特定保健指導	対象人数（人）	315	316	327	343	358	371
	実施者数（人）	189	190	197	206	215	223

4 特定健診の実施

（1）実施方法

特定健診については、特定健診実施機関に委託し、第3期の実施形態と同様に、個別健診または集団健診で実施します。受診者の利便性を考慮した実施形態（がん検診と同時に実施できる機会を増やす等）を検討していきます。

（2）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を必要とする人を抽出するために国が定めた健診項目に加え、心血管疾患の発症予防及び重症化予防の観点から、市独自に追加の検査（血清クレアチニン・尿酸・尿潜血等）を実施し、必要に応じて見直します。

① 特定健診項目

図表 55 特定健診検査項目

健診項目		北広島市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能	AST (GOT)	○	○
	ALT (GPT)	○	○
	γ-GT (γ-GPT)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	△	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿たんぱく	○	○
	尿潜血	△	
貧血検査	赤血球	△	□
	血色素量	△	□
	ヘマトクリット値	△	□
その他	血清クレアチニン	△	□
	尿酸	△	
	推算GFR値	△	□
	心電図	△	□
	眼底検査	※	□

- : 必須項目
- : 詳細健診（医師の判断に基づき選択的に実施する項目）
- : いずれかの項目の実施で可
- △ : 市独自の健診項目（必須）
- ※ : 市独自の健診項目（希望者のみ）

② その他の検査項目：二次健診（対象者を選定して行う項目）

心血管疾患予防へ向け、早期介入に効果的な検査として「75g 糖負荷検査」「微量アルブミン尿検査」「頸動脈エコー検査」を実施します。予防効果の高い対象者を選定、抽出して実施します。

(3) 対象者

特定健診の対象者である 40 歳から 74 歳に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し、30 歳から 39 歳までについても、基本的な健診項目と市独自の健診項目の必須項目を実施します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

（4）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条及び実施基準第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。

（5）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市ホームページに掲載します。

（6）委託契約の方法、契約書の様式

北広島医師会が市内医療機関のとりまとめを行い、北広島市国民健康保険と契約を行います。市外の特定健診実施機関とは個別に契約を行います。契約書の様式については、国が示す様式に準じ作成します。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、メタボリックシンドローム判定、総合判定、保健指導の階層化、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。

（7）健診委託単価、自己負担額

- ① 健診委託単価：健診項目を基に定めます。
- ② 自己負担額：一定程度の負担をしていただきます。

（8）代行機関

特定健診に係る費用（自己負担額を除く）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。

（9）健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診対象者に、毎年度、受診券を送付し、健診機関名、実施形態、実施場所、実施期間、受診方法、注意事項を周知します。通知内容は、受診券、質問票、かかりつけ医情報提供書の書類を基本に、必要に応じて受診勧奨リーフレット等を追加します。

また、受診率向上を図るため、医療保険者として加入者に対する基本的な周知や受診勧奨の取組を年間を通じて行います。

健診実施スケジュールは、図表56のとおりです。

（10）特定健診受診とみなすデータ受領

① 特定健診に係るかかりつけ医情報提供書

かかりつけ医で行う血液検査等の検査データに、不足分の特定健診の検査項目を補完し、そのデータをかかりつけ医が市へ情報提供することで、特定健診を受診したとみなす方法です。生活習慣病等の治療中者の利便性が高いため、今後も継続して周知啓発をしていきます。

また、令和5年度に北海道が整備した北海道国民健康保険団体連合会を介するデー

タ受領の方式については、近隣市町村の動向を見据えながら、導入に向けた検討を進めていきます。

② 職場健診等のデータ受領

労働安全衛生法に義務付けられた健康診断や、個人負担で実施した人間ドック等の結果のコピーを受領する方法です。今後も継続して周知啓発をしていきます。

図表 56 特定健診・特定保健指導実施スケジュール（実施形態、実施場所、実施期間等）

	特定健康診査			特定保健指導	その他		
	市内医療機関 札幌厚生病院 JCHO札幌北辰病院	北海道対がん協会 北海道結核予防会	北海道対がん協会 北海道結核予防会	北広島市 健康推進課	保険年金課 健康推進課		
	個別方式		集団方式				
4月					・対象者抽出、受診券作成 ・委託契約		
5月	受診券・かかりつけ医情報提供書送付				・各種健康診査広報		
6月	①	健診開始	④	対象者者抽出（毎月）	・データ受領開始（通年）		
7月					特定保健指導【個別指導】	・特定健診ニュース発行 ・代行機関を通じて費用決裁開始（通年）	
8月						健診結果説明会【個別指導】	
9月			③				・前年度特定健診、特定保健指導実績報告終了
10月							
11月							
12月			④				
1月							
2月		健診終了	④		上記の他、年間を通じて適宜、受診率向上対策の取り組みを実施		
3月							
4月							
5月							
6月							

①市内医療機関・札幌厚生病院・JCHO 北辰病院の個別検診

- ・当該年度6月1日から翌年2月末まで実施。直接予約する。

②北海道対がん協会・北海道結核予防会の個別検診

- ・当該年度6月1日から翌年2月末まで実施。直接予約する。がん検診と同時実施可能

③市内集団健診

- ・当該年度9月に市内2会場で実施。がん検診（胃・肺・大腸・前立腺）等と同時実施可能。
- ・当該年度10月に市内2会場で実施。がん検診（胃・肺・大腸・前立腺・乳・子宮）等と同時実施可能。
- ・8月広報で周知し、市へ事前申し込みが必要

④バス送迎検診

- ・6月（6日間）、12月（6日間）、2月（4日間）にバス送迎による集団検診。
- ・がん検診（胃・肺・大腸・前立腺・乳・子宮）等と同時実施可能。
- ・5月、11月、1月広報で周知し、市へ事前申し込みが必要。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健衛生担当（健康推進課）で行います。第4期における変更点は図表57のとおりです。

図表57 第4期（2024年度以降）における変更点

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減をその他の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にした。
	(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また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あたって、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。

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑実施に向けた手引き(第4版)

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」及び厚生労働省様式5-5（図表58）に基づいて、健診結果から保健指導対象者の明確化し、保健指導計画の策定、実践評価を行います。

(2) 対象者

特定保健指導の対象者は、特定健診の結果、腹囲や血糖値等が基準値を上回る人のうち、高血圧症、糖尿病または脂質異常症の治療に係る内服をしている人を除いた人となります。図表59のとおり、腹囲（またはBMI）、血圧、血糖、脂質、喫煙歴のリスクの数に応じて、対象者に「動機づけ支援」または「積極的支援」を実施し、基準値を超える検査項目があった場合には医療機関への受診を促します。

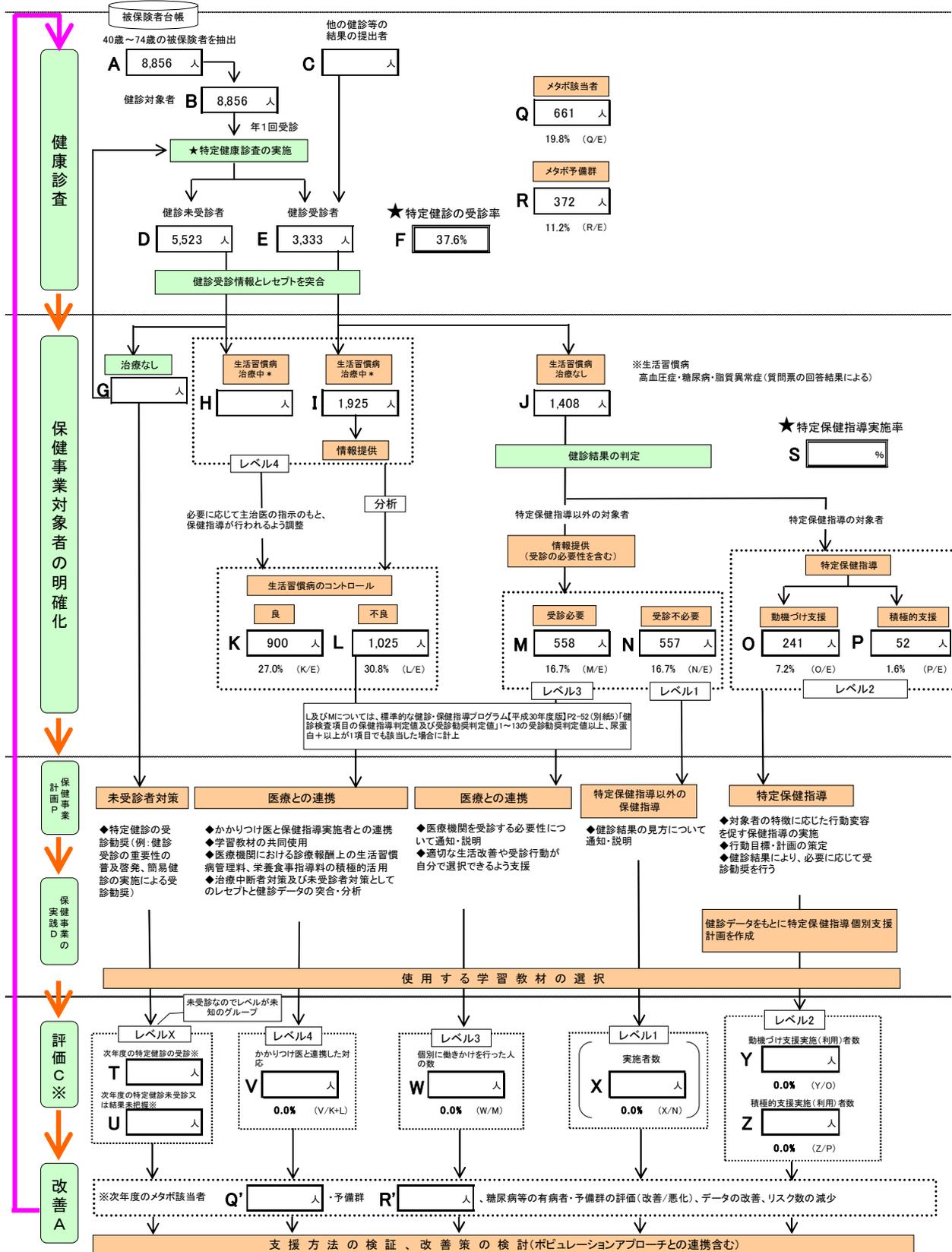
なお、特定保健指導対象者以外にも、高血圧、高血糖、高LDLコレステロール血症などの重症化予防が必要な人にも保健指導を実施します。

図表 58 健診から保健指導へのフローチャート（厚生労働省様式 5-5）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

令和4年度



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 59 特定保健指導の階層化

腹囲／BMI	追加リスク	喫煙歴（※1）	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※1 喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※2 追加リスクの基準値は以下の通りである。

①血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）が100mg/dl以上、またはHbA1c（NGSP値）5.6%以上
（空腹時血糖及びHbA1c（NGSP値）の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。）

②脂質：中性脂肪150mg/dl以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）、またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

※3 特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※4 65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

（3）実施方法・場所・時期

結果説明会または家庭訪問等で初回面接を実施し、3～6か月後に評価を行います。具体的な実施日時や場所は、対象者に個別にお知らせします。

目標に向かったの進捗状況管理とPDC Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。（図表 56）

（4）支援方法

標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）に示された方法や期間で実施します。

（5）保健指導対象者の見込み、優先順位・支援方法

図表 60 のとおりです。

6 個人情報の保護

（1）基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び北広島市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。また、特定健診を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行います。保存期間は、特定健康診査等基本指針の考え方に沿って行います。

図表 60 保健指導対象者の見込み（令和6年度受診見込数 3,585人）

優先順位	図表58	保健指導レベル	支援方法	対象者見込数 (受診数に対する割合)
1	OP	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	315人 (8.8%)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	602人 (16.8%)
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、簡易検査の実施による受診勧奨)	4,949人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	598人 (16.7%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,072人 (57.2%)

7 結果の報告

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

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、市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防、脳血管疾患重症化予防、虚血性心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働きかけを行う受診勧奨を中心に、治療中の方には、必要に応じて医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費等の実態や、健康寿命延伸に向けて市民の関心が高い健康情報を広く周知していきます。

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を行い、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努めます。その実施にあたっては、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に準ずるものとします。

2 重症化予防の取組

令和4年度の特定健診受診者から、各学会のガイドラインに基づき、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の重症化予防対象者を抽出すると1,170人（35.1%）いました。そのうち治療なしが318人、さらに臓器障害ありで直ちに取組むべき対象者が151人でした。

また、重症化予防と特定保健指導が重なる対象者が、318人中139人いるため、特定保健指導を徹底して行うことが重症化予防にもつながり効率的であると考えます。（図表61）

図表 61 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間重症化・死亡者の減少		虚血性心疾患 の年間重症化・死亡者の減少		糖尿病性腎症	
	脳卒中 ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳卒中 ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患 の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (虚血性心疾患の診療と予防に関するガイドライン(2011年度 虚血性心疾患研究会))	虚血性心疾患 の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (虚血性心疾患の診療と予防に関するガイドライン(2011年度 虚血性心疾患研究会))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓学会)
科学的根拠に基づき レセプトデータ 分析結果等 その他の統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	労作性 狭心症 安静 狭心症	高血圧 1,313	治療なし 2,020
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 脳塞栓・梗塞 (33.2%)	心筋梗塞	脂質異常 1,271	2,062
	脳動脈 瘤 (2014-3)	非心原性脳梗塞			糖尿病 368	2,946
					3疾患 以上 1,925	1,408
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)
科学的根拠に基づき 健康課題を 明確化し 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)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドローム の診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NOSP) 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	158 4.7%	25 0.8%	102 3.1%	661 19.8%	205 6.2%	347 10.4%
治療なし	102 5.0%	7 0.5%	87 4.2%	85 6.0%	82 2.8%	96 6.8%
(再発) 特定保健指導	35 22.2%	1 4.0%	20 19.6%	85 12.9%	20 9.8%	37 10.7%
治療中	56 4.3%	18 0.9%	15 1.2%	576 29.9%	123 33.4%	251 13.0%
臓器障害 あり	40 39.2%	7 100.0%	19 21.8%	33 33.8%	28 34.1%	96 100.0%
CKD(専門医対象者)	12	1	7	21	11	96
心電図所見あり	33	7	15	25	21	22
臓器障害 なし	62 60.8%	---	68 78.2%	52 61.2%	54 65.9%	---
治療中						
臓器障害 あり	26 46.4%	18 100.0%	4 26.7%	218 37.8%	49 38.8%	251 100.0%
CKD(専門医対象者)	14	5	1	109	29	251
心電図所見あり	14	18	3	135	27	69
臓器障害 なし	30 53.6%	---	11 73.3%	358 62.2%	74 60.2%	---

令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	3,333人	37.6%
-----------------------------	--------	-------

各疾患の治療状況	治療中	治療なし
高血圧	1,313	2,020
脂質異常	1,271	2,062
糖尿病	368	2,946
3疾患 以上 1,925	1,408	

※同診断結果による

重症化予防対象者 (実人数)	1,170	35.1%
	318	22.6%
	139	11.9%
	852	44.3%
	151	47.5%
	96	
	77	

臓器障害 あり	393	46.1%
CKD(専門医対象者)	251	
心電図所見あり	211	
臓器障害 なし	---	

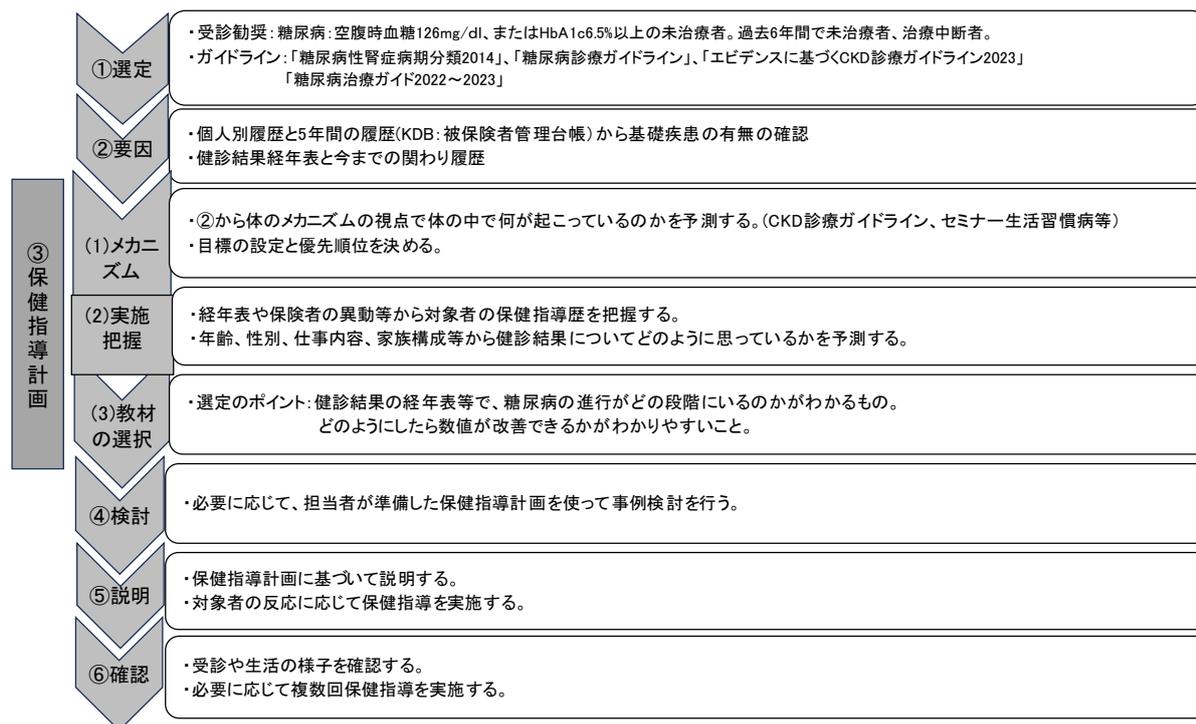
出典：ヘルスサポートラボツール

3 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、図表62に沿って取り組みます。

図表62 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とし、市の実施要領(北広島市糖尿病性腎症重症化予防プログラム)に基づいて決定します。

- ① 医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア 糖尿病または糖尿病性腎症で通院している人で、腎症第2期・第3期に相当する人

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者の抽出は、国保が保有するレセプト及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。

糖尿病性腎症病期分類（図表 63）では、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。北広島市においては、特定健診で血清クレアチニン、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては検査を実施していないため把握が困難です。CKD診療ガイド 2012 では、尿アルブミン定量 (mg/dl) に対する尿蛋白を、正常アルブミン尿は尿蛋白（-）、微量アルブミン尿は尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿は尿蛋白（+）以上としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

図表 63 糖尿病性腎症病期分類

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

出典：糖尿病性腎症合同委員会

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行いました。（図表 64）

令和4年度の特定健診受診者のうち、治療中断者を含む糖尿病未治療者は113人(23.4%・F)でした。また、糖尿病治療中者3,666人(H)のうち特定健診未受診者は3,297人(89.9%・I)でした。データが不明な糖尿病治療中者や健診未受診者の中から、新規人工透析患者が発生する事例も少なくないことから、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入の方法と優先順位

介入の優先順位は以下のとおりとし、個別面談、家庭訪問、電話、手紙等の方法で、必要に応じて医療機関と連携して行います。

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) ……113人

優先順位 2

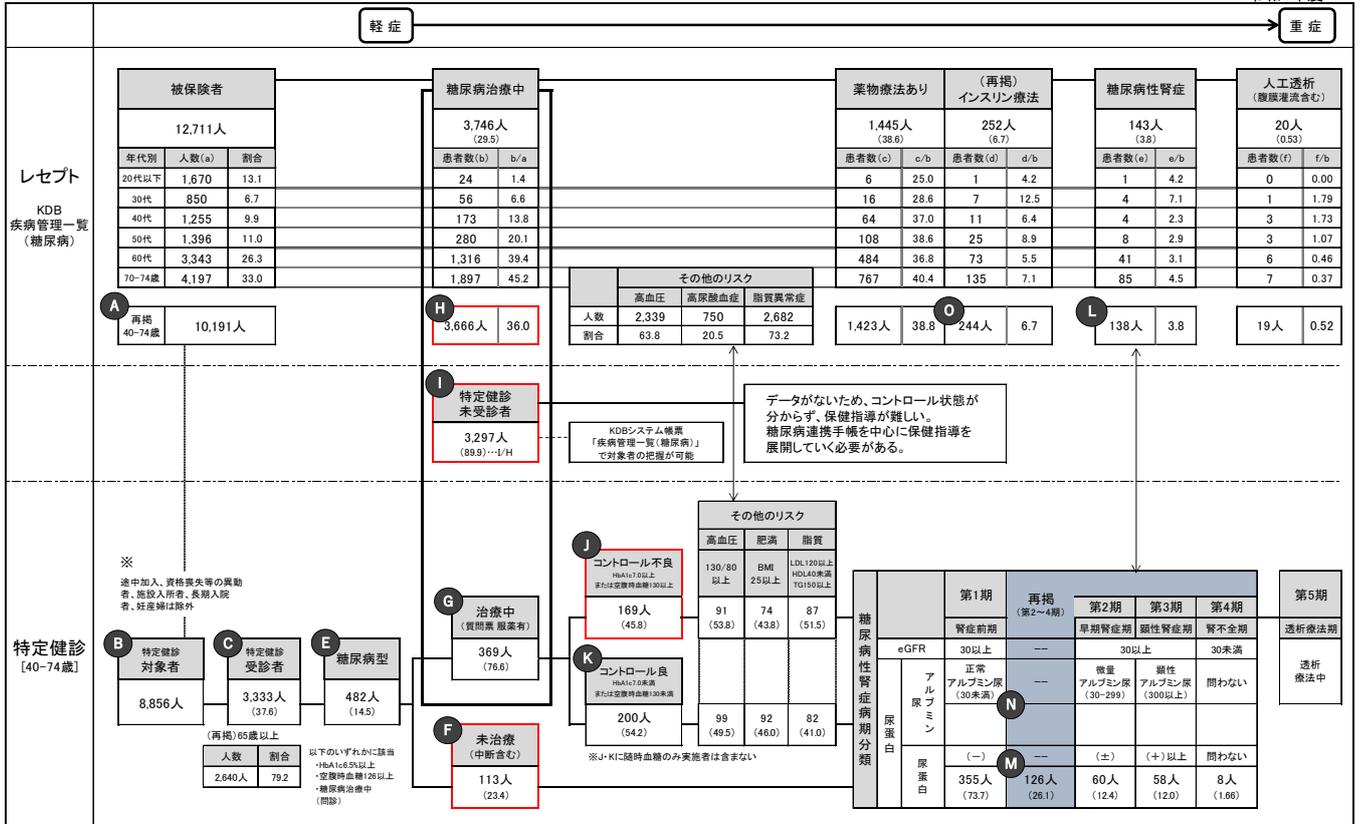
【受診勧奨】(I)の中から過去6年間に特定健診受診歴のあるHbA1c6.5%のうち未治療または治療中断者 ……約15人

優先順位 3

【保健指導】(J)のうち糖尿病性腎症第2期または第3期に相当し、かかりつけ医及び本人の同意のある治療中者 ……約20人

図表 64 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



※1 レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上。(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)

※2 レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB 帳票_介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計。

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。北広島市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施します。また、対象者への保健指導は、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使って行います。

(2) 対象者の管理

① 保健指導管理台帳の作成

毎月抽出される重症化予防対象者に対して、いつ、誰が、どのように支援しているか進捗管理を行います。

② 糖尿病管理台帳の作成

受診勧奨対象者が医療機関を受診しているかを把握し、糖尿病の治療を中断することなく、治療の継続と重症化予防が図られるように、過去6か年の特定健診でHbA1c6.5%以上であった者を収載した台帳を作成し、毎年 KDB で治療状況を確認し、支援の進捗管理を行います。

(3) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白（定性）検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。糖尿病性腎症への進展を抑制するため、尿蛋白（-）や（±）の人に対する、微量アルブミン尿検査の導入について検討します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診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ます。医療機関につなぐ場合は、受診に際して、健診結果経年表や必要に応じて生活歴等を一覧にした経過表等の持参を勧めます。

(2) 治療中の者への対応

治療中者の場合は糖尿病連携手帳等を活用し、対象者の検査データの収集や保健指導への助言をもらいながら、かかりつけ医と連携を図ります。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) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は、必要に応じて、福祉総合相談室や高齢者支援センター（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、短期的評価と中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年1回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。（図表 65）

短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア 受診勧奨対象者への介入率
 - イ 医療機関受診率
- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア 保健指導実施率
 - イ 介入前後の検査値の変化を比較
 - 体重または腹囲の変化
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化
 - 尿蛋白の変化

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。
- 7月～前年度健診データから糖尿病管理台帳作成。未治療者・治療中断者を抽出し、対象者と担当者を確定後に受診勧奨。(12月まで実施。2月末 KDB 等で評価)
- 8月～特定健診結果が届き次第、重症化予防対象者を抽出し、保健指導管理台帳を作成。地区担当者が保健指導の実施状況を記録。(通年)
- 8月～前年度健診データ及びレセプトから、治療中の糖尿病性腎症第2期・第3期相当者を抽出リスト化し、医療機関から対象者に保健指導(栄養指導を含む)利用を勧奨。対象者から同意書が届き次第、保健指導を開始。(3月末まで)

図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

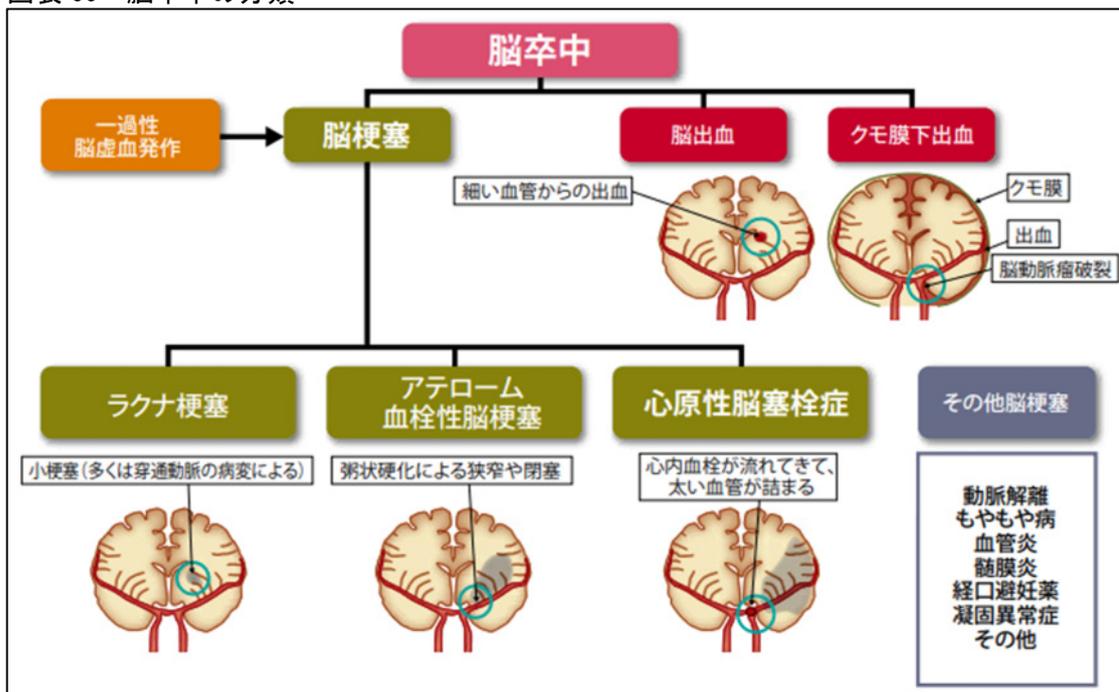
項目	突合表	北広島市										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	被保険者数	A	12,993人		12,440人		12,152人		12,061人		11,589人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳	10,679人		10,318人		10,165人		10,131人		9,746人				
2	特定健診	B	9,257人		9,047人		8,974人		8,682人		8,231人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
		C	3,527人		3,646人		3,130人		3,215人		3,152人				
		受診率	38.1%		40.3%		34.9%		37.0%		38.3%				
3	特定保健指導	D	287人		288人		291人		263人		271人				
		実施率	67.2%		65.6%		55.7%		62.0%		60.1%				
4	健診データ	E	468人	12.6%	516人	13.7%	482人	14.8%	507人	15.1%	475人	14.4%		特定健診結果	
		F	99人	21.2%	103人	20.0%	139人	28.8%	131人	25.8%	113人	23.8%			
		G	369人	78.8%	413人	80.0%	343人	71.2%	376人	74.2%	362人	76.2%			
		H	172人	46.6%	181人	43.8%	164人	47.8%	177人	47.1%	168人	46.4%			
		I	100人	58.1%	95人	52.5%	92人	56.1%	89人	50.3%	92人	54.8%			
		J	74人	43.0%	76人	42.0%	76人	46.3%	82人	46.3%	74人	44.0%			
		K	197人	53.4%	232人	56.2%	179人	52.2%	199人	52.9%	194人	53.6%			
		L	334人	71.4%	334人	64.7%	372人	77.2%	395人	77.9%	350人	73.7%			
		M	50人	10.7%	62人	12.0%	54人	11.2%	41人	8.1%	60人	12.6%			
		N	38人	8.1%	46人	8.9%	46人	9.5%	62人	12.2%	58人	12.2%			
		O	5人	1.1%	8人	1.6%	9人	1.9%	9人	1.8%	7人	1.5%			
5	レセプト	P	169.1人		165.0人		142.0人		155.0人		157.6人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		Q	202.1人		195.5人		167.2人		182.2人		184.9人				
		R	7,464件 (720.5)		7,378件 (725.2)		7,143件 (710.1)		7,381件 (753.9)		7,292件 (786.5)		2,480,774件 (911.6)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		S	37件 (3.6)		33件 (3.2)		44件 (4.4)		34件 (3.5)		47件 (5.1)		10,514件 (3.9)		
		T	2,197人	16.9%	2,052人	16.5%	1,726人	14.2%	1,869人	15.5%	1,826人	15.8%			
		U	2,158人	20.2%	2,017人	19.5%	1,700人	16.7%	1,846人	18.2%	1,802人	18.5%			
		V	1,789人	82.9%	1,648人	81.7%	1,357人	79.8%	1,470人	79.6%	1,440人	79.9%			
		W	137人	6.2%	139人	6.8%	116人	6.7%	124人	6.6%	126人	6.9%			
		X	134人	6.2%	136人	6.7%	109人	6.4%	122人	6.6%	123人	6.8%			
		Y	90人	4.1%	81人	3.9%	65人	3.8%	74人	4.0%	74人	4.1%			
		Z	90人	4.2%	79人	3.9%	65人	3.8%	73人	4.0%	71人	3.9%			
		AA	8人	0.4%	10人	0.5%	7人	0.4%	13人	0.7%	12人	0.7%			
		AB	7人	0.3%	10人	0.5%	7人	0.4%	13人	0.7%	12人	0.7%			
		AC	14人		3人		8人		6人		8人				
		AD	9人	75.0%	1人	25.0%	7人	66.7%	5人	50.0%	7人	50.0%			
		AE	49人	1.7%	53人	1.8%	52人	1.9%	60人	2.1%	58人	2.0%			
6	医療費	AF	49億6987万円		49億1652万円		47億3499万円		49億6209万円		49億3171万円		50億8753万円	KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
		AG	26億2594万円		26億5055万円		25億5513万円		26億9091万円		25億5317万円		27億0662万円		
		AH			52.8%		53.9%		54.0%		54.2%		51.8%		
		AI	7,691円		8,613円		8,342円		9,375円		8,991円		6,937円		
		AJ	44,101円		46,887円		47,690円		50,578円		49,422円		38,519円		
		AK	2億4576万円		2億4518万円		2億5329万円		2億5333万円		2億5141万円		2億9434万円		
		AL			9.4%		9.3%		9.9%		9.4%		9.8%		
		AM	8億8175万円		8億7252万円		8億5635万円		9億2767万円		8億9750万円				
		AN	32,771円		33,948円		35,421円		37,957円		37,866円				
		AO	5億9400万円		5億6404万円		6億3566万円		6億2755万円		5億9461万円				
		AP	619,392円		626,710円		672,654円		631,969円		685,825円				
		AQ	15日		15日		16日		15日		15日				
		AR	1億0853万円		1億0359万円		1億1210万円		1億0697万円		1億1126万円		2億2640万円		
		AS	9011万円		9451万円		9473万円		9607万円		1億0034万円		2億1152万円		
		AT	1843万円		907万円		1737万円		1090万円		1092万円		1487万円		
7	介護	AV	37億7153万円		40億3315万円		42億4919万円		42億1180万円		42億4081万円		56億7154万円		
		AW	7件	15.9%	5件	12.8%	7件	18.9%	6件	18.8%	4件	12.1%			
8	死亡	AX	4人	0.8%	6人	1.1%	7人	1.3%	9人	1.7%	7人	1.1%	3,958人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

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 66・67)

図表 66 脳卒中の分類



出典：脳卒中予防の提言

図表 67 脳血管疾患とリスク因子

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

参考：脳卒中治療ガイドライン

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患のリスク因子(図表 67)をもとに、特定健診結果から重症化予防対象者を明らかにすると、アテローム血栓性脳梗塞は、後述する 56 ページの「5 虚血性心疾患重症化予防」の対象者と同様であるため、この脳血管疾患重症化予防では、高血圧と心房細動の実態から対象者の明確化を行います。

(2) 高血圧

① II度高血圧以上の対象者

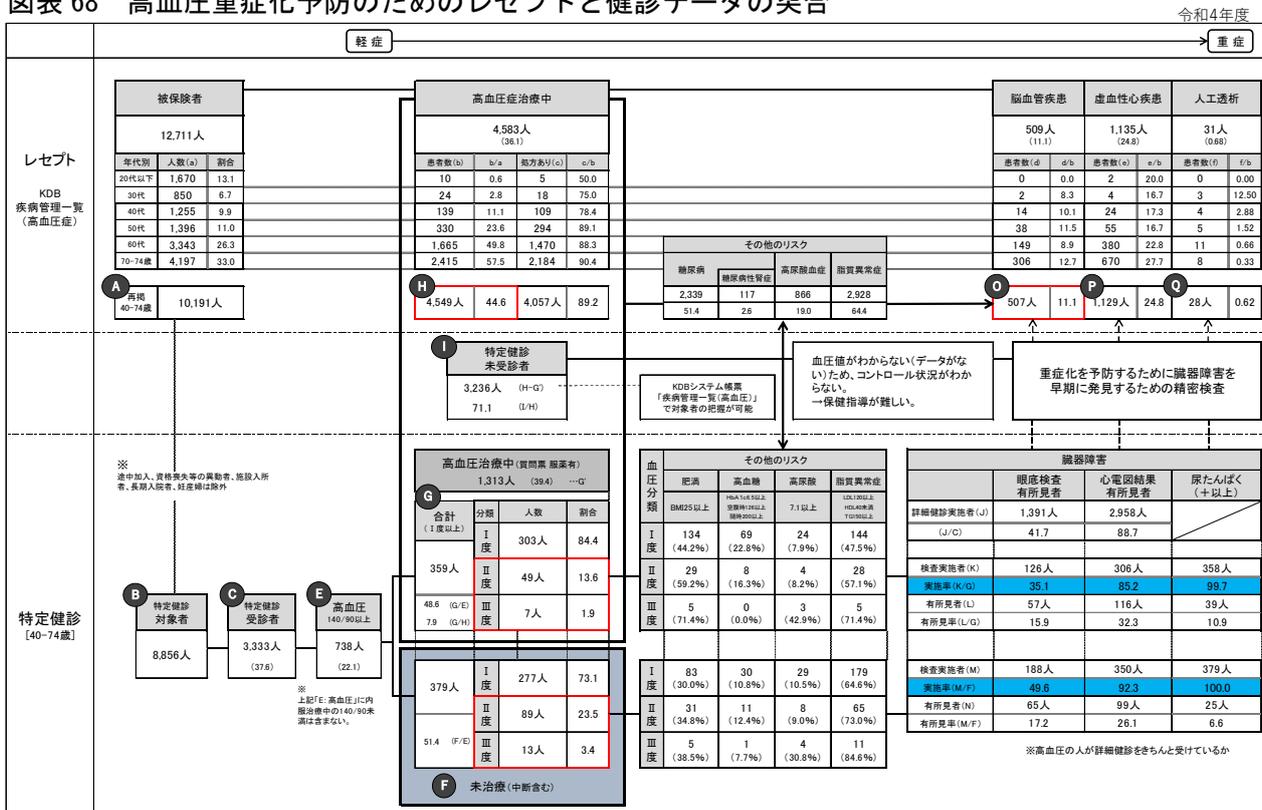
脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。令和4年度のレセプトでは、高血圧治療中者4,549人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が507人(11.1%)いました。健診結果をみるとII度高血圧以上が158人(4.7%)であり、そのうち102人(64.5%)は未治療者でした。未治療者の中には、メタボリックシンドローム該当者や高血糖等のリスクを有する人もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。(図表68)

また、重症化予防として臓器障害を早期に発見するための眼底検査は、I度高血圧以上の場合に推奨される検査ですが、北広島市は希望者に実施しているため、該当者738人のうち314人(42.5%)しか実施していない状況です。関係機関と実態を共有し、眼底検査の必要な人へ実施を働きかける等、実施率を高めていく必要があります。

② リスク層別化による対象者

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心臓、腎臓などへの臓器障害の進展が深く関与しています。そのため健診受診者においても、高血圧と他のリスク因子で層別化して対象者を明確にしていく必要があります。血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(図表69)の高リスクである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68 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



※1 レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上。(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)

※2 レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB 帳票_介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計。

出典：ヘルスサポートラボツール

(参考) 高血圧治療ガイドライン 2019 日本高血圧学会

p49 表 3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表 3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図 3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

図表 69 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

令和4年度

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
871		492 56.5%	277 31.8%	89 10.2%	13 1.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	33 3.8%	C 23 4.7%	B 8 2.9%	B 2 2.2%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	457 52.5%	C 276 56.1%	B 130 46.9%	A 47 52.8%	A 4 30.8%
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	381 43.7%	B 193 39.2%	A 139 50.2%	A 40 44.9%	A 9 69.2%

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	239 27.4%
B 概ね1か月後に再評価	333 38.2%
C 概ね3か月後に再評価	299 34.3%

※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

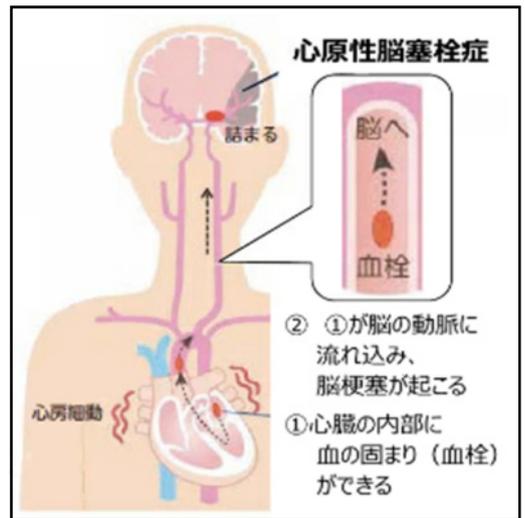
(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症は、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。心原性脳塞栓症の主な要因は心房細動であり、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。(図表 70)

令和4年度の特定健診の心電図検査の結果、25人に心房細動の所見があり、有所見率は年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者25人のうち21人は既に治療が開始されていましたが、4人はまだ治療につながっていません。(図表 71・72)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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。

図表 70 心房細動と心原性脳塞栓症



出典：保健指導用教材

図表 71 心房細動有所見状況

令和4年度

	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 (※)	
	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	1,438	1,891	1,235	85.9%	1,720	91.0%	19	1.5%	6	0.3%	--	--
40代	69	91	63	91.3%	88	96.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	114	135	104	91.2%	126	93.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	487	662	429	88.1%	601	90.8%	6	1.4%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	768	1,003	639	83.2%	905	90.2%	13	2.0%	5	0.6%	3.4%	1.1%

※ 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率。
(日本循環器学会疫学調査の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 72 心房細動有所見者の治療状況

令和4年度

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
25	4	16.0%	21	84.0%

北広島市調べ

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」によると、一次予防における動脈硬化の評価法は、非侵襲的評価法が中心であると記載されており、頸動脈エコー検査、足関節上腕血圧比 (ABI)、脈波伝搬速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、血管内皮機能 (FMD) の検査方法が用いられています。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するために、二次健診として実施すべきか検討します。

また、高血圧のリスクである塩分の過剰摂取が改善されることで、一定程度の降圧が期待できるため、1日の摂取塩分量を推定する尿中塩分測定検査の導入に向けて検討します。

(3) 対象者の管理

① 保健指導管理台帳の作成

毎月抽出される重症化予防対象者に対して、いつ、誰が、どのように支援しているか進捗管理を行います。

② 高血圧管理台帳の作成

受診勧奨対象者が医療機関受診となっているかを把握し、治療を中断することなく、治療の継続が図られるように、過去6か年の特定健診でⅡ度高血圧以上であった人を収載した台帳を作成し、毎年KDBで治療状況を確認し、支援の進捗管理を行います。

③ 心房細動台帳の作成

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、医療機関への受診勧奨を行い、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対象者が、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、治療中の人に対しては必要に応じて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) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は、必要に応じて、福祉総合相談室や高齢者支援センター（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、短期的評価と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・虚血性心疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

7月～前年度健診データから、高血圧管理台帳と心房細動台帳を作成。未治療者や治療中断者を抽出し、対象者と担当者を確定後に受診勧奨。（12月まで実施。2月末KDB等で評価）

8月～特定健診結果が届き次第、重症化予防対象者を抽出し、保健指導管理台帳を作成。地区担当者が保健指導の実施状況を記録。（通年）

5 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

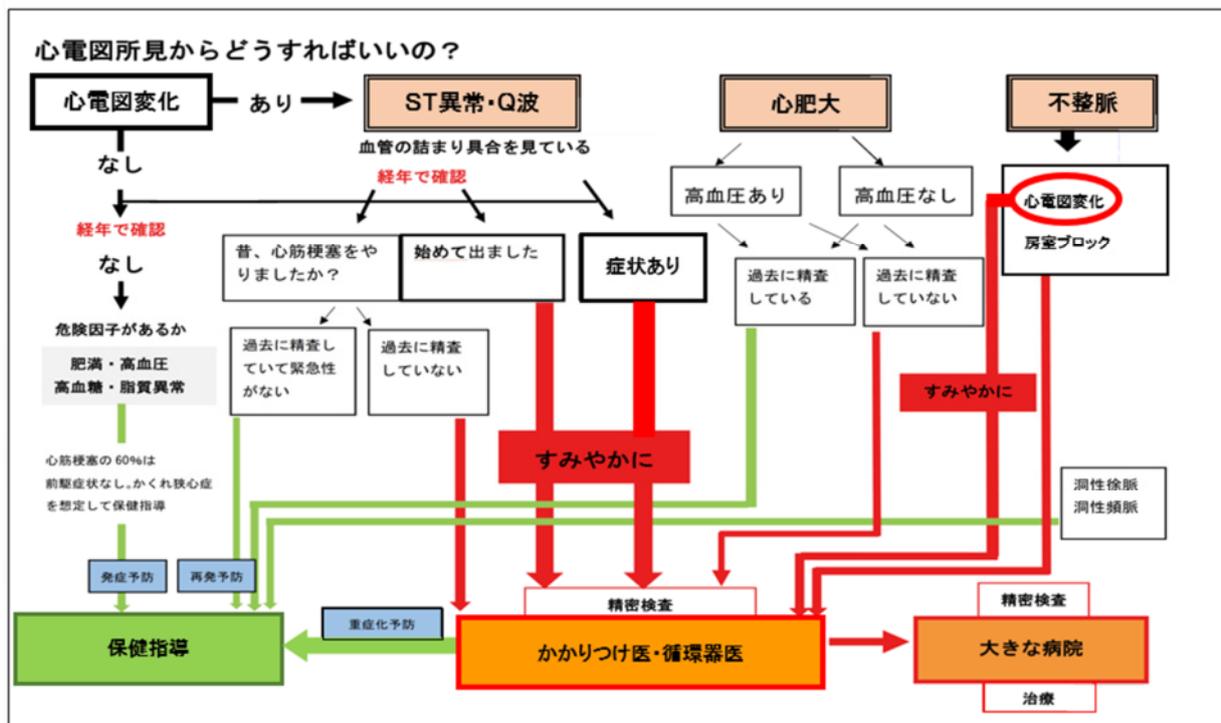
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、健診結果から図表73及び図表75に基づいて把握します。

図表73 心電図所見からのフロー図



島袋充生医師（福島県立医科大学教授）監修

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は、最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから、心電図検査においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見が

第4章 課題解決するための個別保健事業

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ため、受診勧奨を行う必要があります。

令和4年度の特定健診では、3,129人（88.8%）が心電図検査を実施し、そのうち有所見者は831人（26.6%）でした。所見の中で虚血変化を疑うST変化や異常Q波は、94人（11.3%）いました。（図表74）

図表74 心電図検査結果

令和4年度

性別 年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数		有所見者数 B (人)	有所見率 B/A (%)	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A (人)	実施率 (%)			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 (人)	割合C/B (%)	人数D (人)	割合D/B (%)	人数E (人)	割合E/B (%)	人数F (人)	割合F/B (%)	人数G (人)	割合G/B (%)	人数H (人)	割合H/B (%)	人数I (人)	割合I/B (%)	人数J (人)	割合J/B (%)			
40~74歳	3,129	88.8	831	26.6	16	1.9	78	9.4	33	4.0	42	5.1	41	4.9	174	20.9	28	3.4	111	13.4	
内訳	男性	1,315	86.1	436	33.2	12	2.8	31	7.1	20	4.6	22	5.0	36	8.3	109	25.0	22	5.0	54	12.4
	女性	1,814	90.9	395	21.8	4	1.0	47	11.9	13	3.3	20	5.1	5	1.3	65	16.5	6	1.5	57	14.4

※ 実施者数には、年度途中資格喪失者を含む。

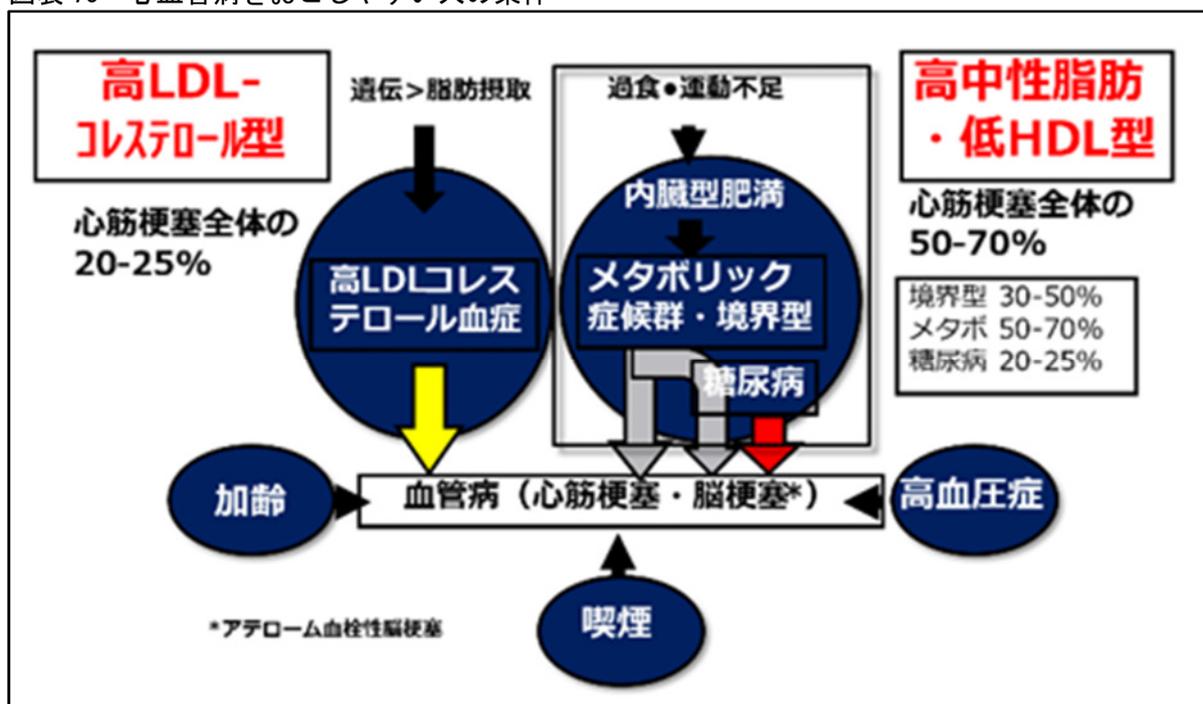
北広島市調べ

② 心電図以外からの把握

虚血性心疾患の発症には、高LDLコレステロール血症とメタボリックシンドロームが深く関連しています。（図表75）

また、慢性腎臓病（CKD）は、人工透析に至る腎不全だけでなく、高い割合で心血管疾患（心筋梗塞などの虚血性心疾患や脳血管疾患）の発症に影響する危険因子であることから、慢性腎臓病（CKD）の早期発見と重症化予防に努める必要があります。

図表75 心血管病をおこしやすい人の条件



出展：日本内科学会誌 2006（島袋充生医師作成）

ア 高LDL コレステロール血症者

高LDL コレステロール血症は、虚血性心疾患の発症因子です。令和4年度の健診結果をみると、LDL160mg/dl 以上は259人で、冠動脈疾患予防からみたLDL コレステロール管理目標の高リスク者は116人でした。そのうち50歳以上が98.3%を占めています。(図表76)

冠動脈疾患の発症率が高い対象者であるため、早期に医療機関につなぎ厳格な治療が必要です。

図表76 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

令和4年度

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
1,202			561	382	172	87	13	35	93	118	
			46.7%	31.8%	14.3%	7.2%	5.0%	13.5%	35.9%	45.6%	
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)	129	75	32	13	9	9	13	0	0
			10.7%	13.4%	8.4%	7.6%	10.3%	69.2%	37.1%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	505	204	184	74	43	2	16	53	46
			42.0%	36.4%	48.2%	43.0%	49.4%	15.4%	45.7%	57.0%	39.0%
高リスク	120未満 (150未満)		493	244	144	75	30	2	6	37	60
			41.0%	43.5%	37.7%	43.6%	34.5%	15.4%	17.1%	39.8%	50.8%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	37	15	11	9	2	0	0	6	5	
		3.1%	2.7%	2.9%	5.2%	2.3%	0.0%	0.0%	6.5%	4.2%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血性性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	75	38	22	10	5	0	0	3	12
			6.2%	6.8%	5.8%	5.8%	5.7%	0.0%	0.0%	3.2%	10.2%

※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 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。

※4 ①~③がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

イ メタボリックシンドローム該当者

女性は60代・70代で1割程度ですが、男性は40代で5人に1人、50代で4人に1人、60代以上では3人に1人がメタボリックシンドローム該当者であり、年代が上がるとともに、高血圧、高血糖、脂質異常の3つのリスクを併せ持つ割合が増えてます。

(図表77)

また、30代の男性も37.5%はBMI25以上の肥満です。(図表78)

さらに、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧や糖尿病を合併する割合が高くなる傾向がみられるため、肥満I度で、より若い年代を対象者とすることが効率的であると考えます。(図表79)

40歳以上の特定保健指導対象者への保健指導とともに、30代の特定保健指導に相当する対象者にも保健指導を行っていきます。

図表 77 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

令和4年度

		男性						女性						
		総数	30代	40代	50代	60代	70~74歳	総数	30代	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	1,465	24	70	115	487	769	1,933	41	91	136	662	1,003	
メタボ該当者	B	466	3	15	32	163	253	199	1	2	5	74	117	
	B/A	31.8%	12.5%	21.4%	27.8%	33.5%	32.9%	10.3%	2.4%	2.2%	3.7%	11.2%	11.7%	
再掲	① 3項目全て	C	161	1	1	8	63	88	67	0	1	2	20	44
		C/B	34.5%	33.3%	6.7%	25.0%	38.7%	34.8%	33.7%	0.0%	50.0%	40.0%	27.0%	37.6%
	② 血糖+血圧	D	62	0	2	3	20	37	15	0	0	3	6	6
		D/B	13.3%	0.0%	13.3%	9.4%	12.3%	14.6%	7.5%	0.0%	0.0%	60.0%	8.1%	5.1%
	③ 血圧+脂質	E	217	1	8	19	72	117	108	1	1	0	44	62
		E/B	46.6%	33.3%	53.3%	59.4%	44.2%	46.2%	54.3%	100.0%	50.0%	0.0%	59.5%	53.0%
	④ 血糖+脂質	F	26	1	4	2	8	11	9	0	0	0	4	5
		F/B	5.6%	33.3%	26.7%	6.3%	4.9%	4.3%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	5.4%	4.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 78 肥満度分類による実態

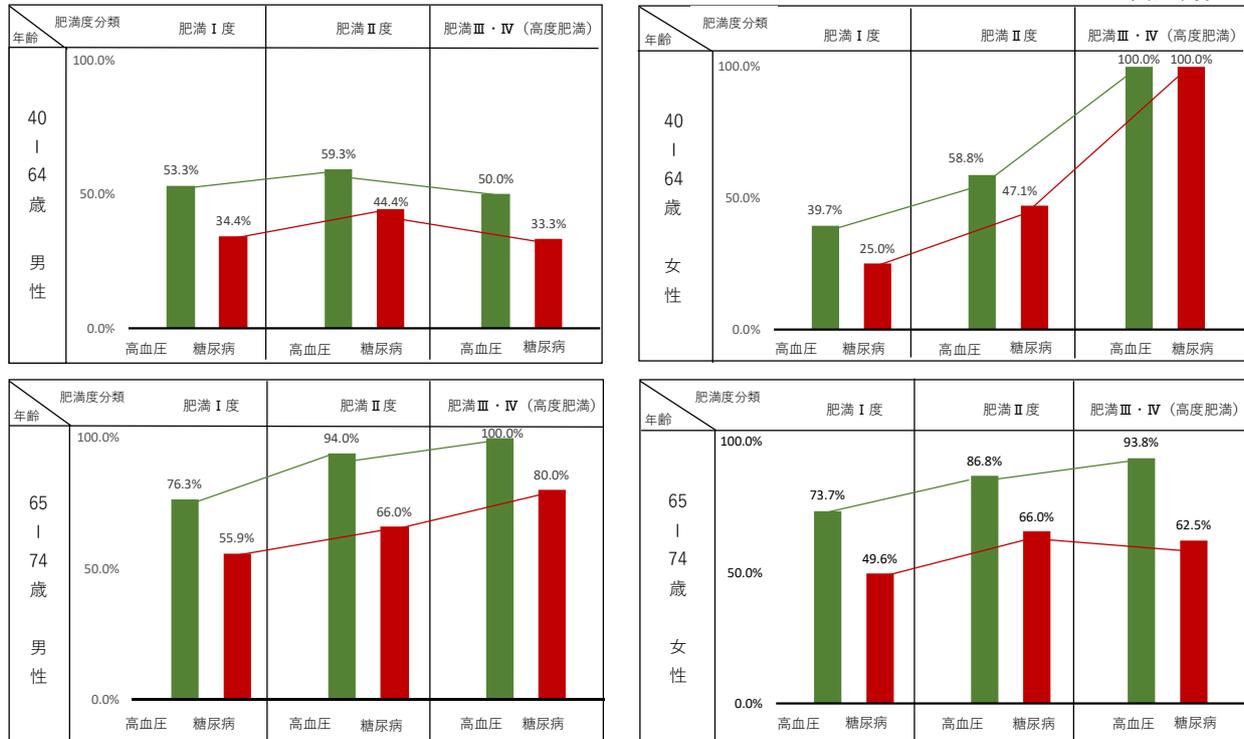
令和4年度

	受診者数	(再掲) 肥満度分類																	
		BMI25以上						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								
	30~39歳	40~64歳	65~74歳	30~39歳	40~64歳	65~74歳	30~39歳	40~64歳	65~74歳	30~39歳	40~64歳	65~74歳	30~39歳	40~64歳	65~74歳	30~39歳	40~64歳	65~74歳	
総数	65	690	2,639	18	210	734	14	158	608	2	44	105	2	5	17	0	3	4	
				27.7%	30.4%	27.8%	21.5%	22.9%	23.0%	3.1%	6.4%	4.0%	3.1%	0.7%	0.6%	0.0%	0.4%	0.2%	
再掲	男性	24	293	1,145	9	123	397	7	90	340	1	27	51	1	4	5	0	2	1
					37.5%	42.0%	34.7%	29.2%	30.7%	29.7%	4.2%	9.2%	4.5%	4.2%	1.4%	0.4%	0.0%	0.7%	0.1%
女性	41	397	1,494	9	87	337	7	68	268	1	17	54	1	1	12	0	1	3	
				22.0%	21.9%	22.6%	17.1%	17.1%	17.9%	2.4%	4.3%	3.6%	2.4%	0.3%	0.8%	0.0%	0.3%	0.2%	

北広島市調べ

図表 79 性年代別の肥満度と高血圧・糖尿病の発症割合

令和4年度



北広島市調べ

ウ 慢性腎臓病 (CKD)

CKD 重症度分類は、緑を基準に、黄色、オレンジ、赤の順にステージが上がるほど腎不全 (人工透析) のリスクが上昇し、心血管病発症のリスクとも相関していることを表しています。未治療の高リスク者 (赤) を最優先として、年齢や高血圧、高血糖等の健診結果によるリスクの重なりも考慮して対象者を抽出し、重症化予防のための受診勧奨や保健指導を行います。(図表 80・81)

図表 80 CKD 重症度分類 令和4年度

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2		A3
			尿検査・GFR 共に実施 3,302 人	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+)以上	
G1	正常 または高値	90以上		313 人	267 人	35 人	1 人	11 人
			9.5%	8.1%	1.1%	2.9%	0.3%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,285 人	1,950 人	224 人	32 人	111 人	
			69.2%	59.1%	6.8%	14.3%	3.4%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	623 人	515 人	61 人	5 人	47 人	
			18.9%	15.6%	1.8%	8.2%	1.4%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	69 人	42 人	10 人	1 人	17 人	
			2.1%	1.3%	0.3%	10.0%	0.5%	
G4	高度低下	15-30 未満	8 人	4 人	2 人	0 人	2 人	
			0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4 人	0 人	0 人	0 人	4 人	
			0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	

※ CKD の重症度は、死亡、末期腎不全、心血管病死亡発症リスクを、緑のステージを基準に、黄色、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

出典：CKD 診療ガイド 2012、ヘルスサポートラボツール

図表 81 CKD 該当者の年代別の 3 疾患治療状況 令和4年度

重症度分類		総数	年代			
			40代	50代	60代	70-74歳
治療なし 実施者数 1,397 人	①グループ 重症度分類:赤	11 人 0.8%	2 人 18.2%	1 人 9.1%	2 人 18.2%	6 人 54.5%
	②グループ 重症度分類:オレンジ	69 人 4.9%	6 人 8.7%	8 人 11.6%	25 人 36.2%	30 人 43.5%
	③グループ 重症度分類:黄色	290 人 20.8%	17 人 5.9%	25 人 8.6%	107 人 36.9%	141 人 48.6%
	④グループ 重症度分類:緑	1,027 人 73.5%	114 人 11.1%	129 人 12.6%	375 人 36.5%	409 人 39.8%
治療あり 実施者数 1,905 人	①グループ 重症度分類:赤	75 人 3.9%	1 人 1.3%	1 人 1.3%	25 人 33.3%	48 人 64.0%
	②グループ 重症度分類:オレンジ	156 人 8.2%	2 人 1.3%	5 人 3.2%	44 人 28.2%	105 人 67.3%
	③グループ 重症度分類:黄色	484 人 25.4%	2 人 0.4%	14 人 2.9%	157 人 32.4%	311 人 64.3%
	④グループ 重症度分類:緑	1,190 人 62.5%	17 人 1.4%	61 人 5.1%	401 人 33.7%	711 人 59.7%

※ 治療なしとは、高血圧・糖尿病・脂質異常のいずれも服薬をしていないこと。

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中でリスクがある場合は、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行います。

特に、肥満やメタボリックシンドローム該当者・予備群の方への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

虚血性心疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入するために、これまで実施してきた特定保健指導対象者への二次健診（頸動脈エコー検査、75g 糖負荷検査、微量アルブミン尿検査）を継続します。

また、高 LDL コレステロール血症の人に対しても、基準を定めて抽出し、二次健診の実施に向けて検討します。

(3) 対象者の管理

保健指導管理台帳を作成し、毎月抽出される重症化予防対象者に対して、いつ、誰が、どのように支援しているか進捗管理を行います。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防対象者が、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、治療中の人に対しては、必要に応じて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。

また、慢性腎臓病（CKD）の人には、北広島医師会が作成した「CKD連携フローチャート(図表 82)」に準じ、受診勧奨及び保健指導を行います。

5) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は、必要に応じて、福祉総合相談室や高齢者支援センター（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、短期的評価と中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年 1 回行います。その際は KDB

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

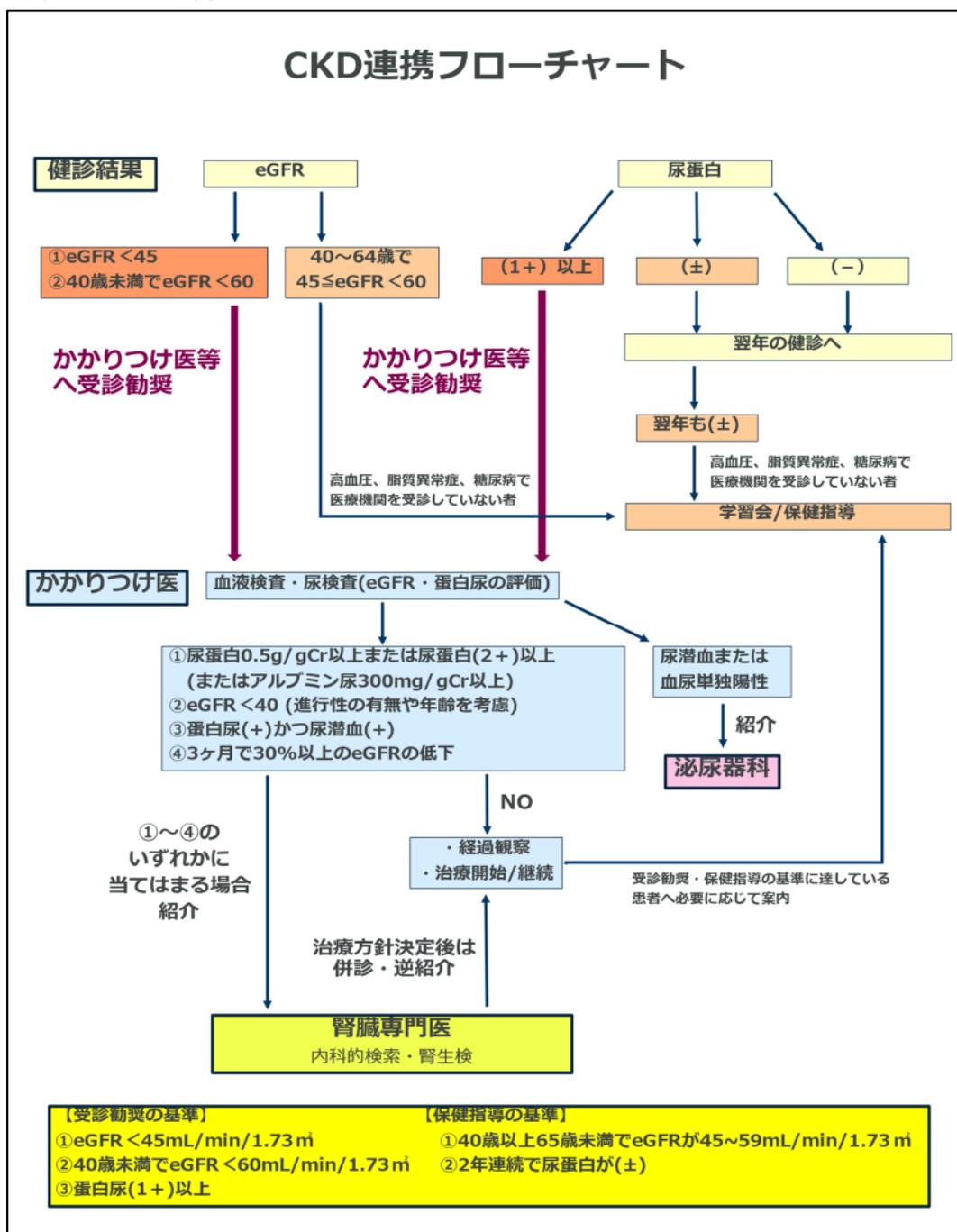
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定。

8月～特定健診結果が届き次第、重症化予防対象者を抽出し、保健指導管理台帳を作成。

地区担当者が保健指導の実施状況を記録。(通年)

図表 82 CKD連携フローチャート



作成：北広島医師会

6 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

北広島市は、令和3年度より北海道後期高齢者医療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」を行っており、令和6年度以降も引き続き事業を実施します。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB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 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの実施

地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療等の対象者や低アルブミン血症の対象者を抽出し、高齢者に対する個別支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための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)

7 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は健康上の大きな課題です。生活習慣は小児期に確立することから、小児における生活習慣病対策は重要です。特に小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、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も重要と考えます。

北広島市においては、健康増進法のもと、妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で関連づけながら保健事業を進めます。(図表83)

図表 83 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

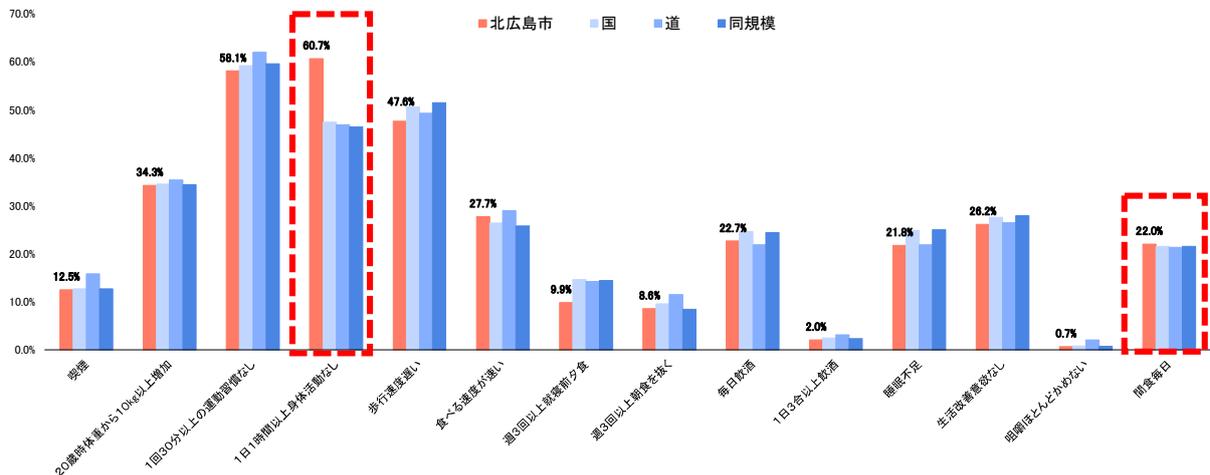
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える — 基本的考え方 — (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみえました)													
発症予防 重症化予防													
1 根拠法	健康増進法												
6条 健康増進事業実施者	母子保健法				児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>	高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>			
2 計画	健康増進計画(道)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】												
	データヘルズ計画(保健事業実施計画)(各保険者)												
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳	15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第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)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上					6.5%以上						
	50GCT	1時間値140mg/dl以上											
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの											
	身長 体重												
	BMI						25以上						
	肥満度			加齢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													

8 ポピュレーションアプローチ

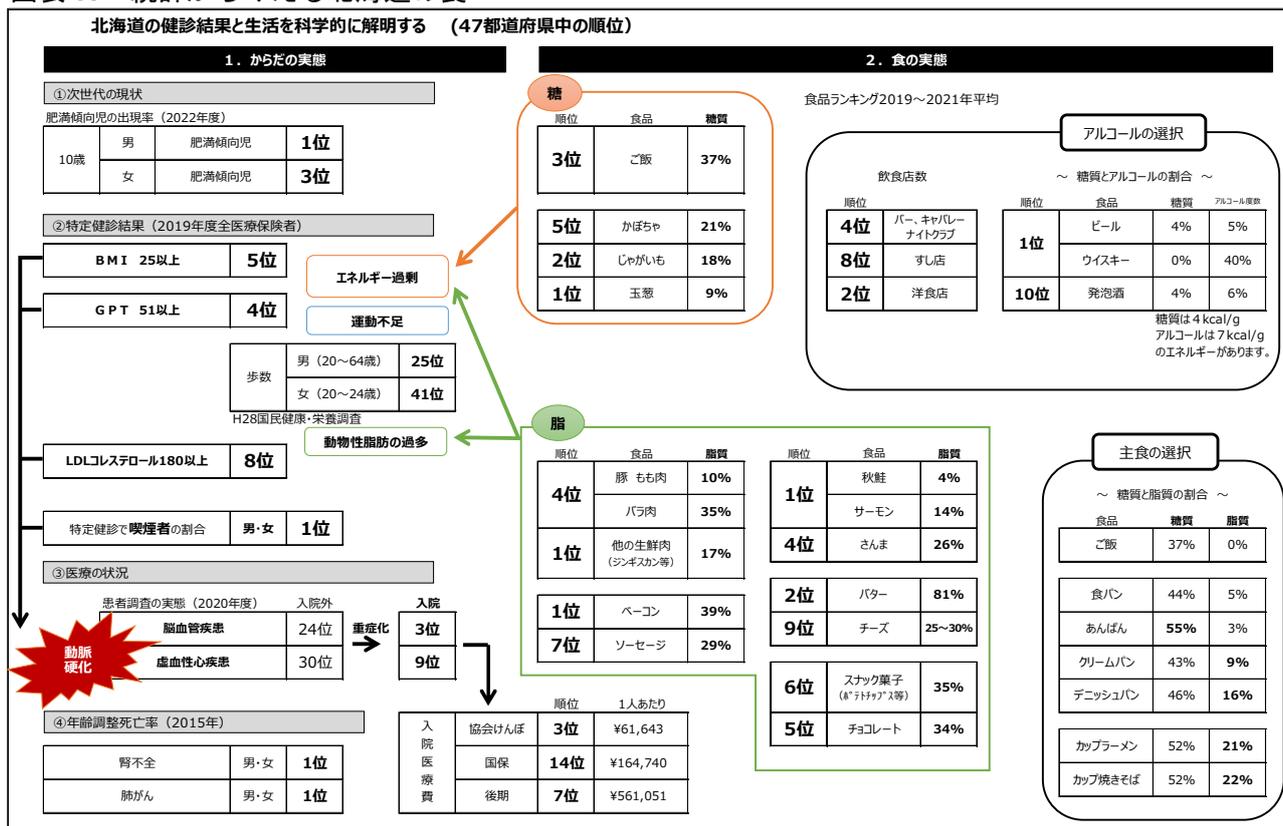
生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにして広く市民へ周知していきます。(図表 84・85・86)

図表 84 特定健診の質問票から地域の特性を捉える (令和4年度)

: 国・道より多い項目

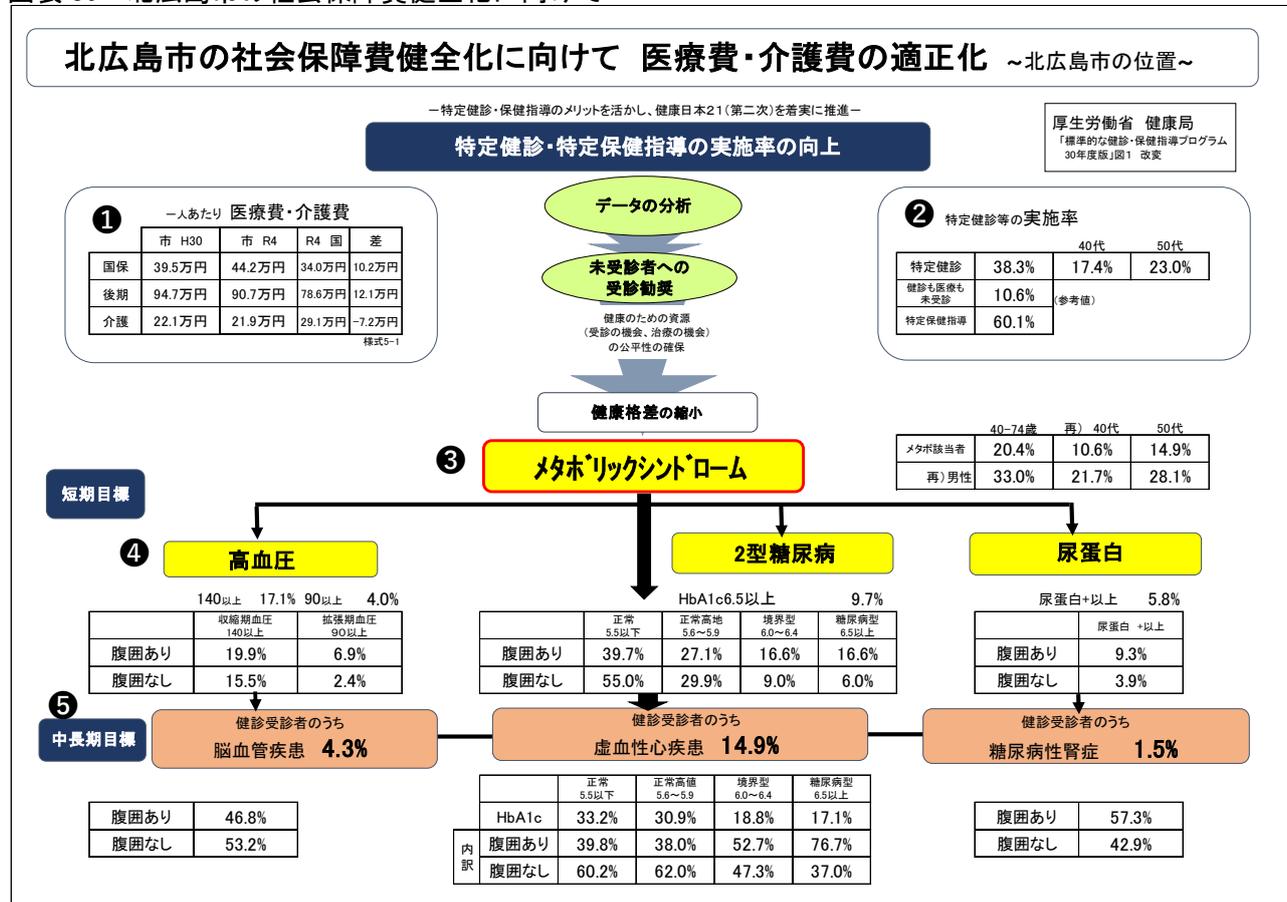


図表 85 統計からみえる北海道の食



図表 86 北広島市の社会保障費健全化に向けて

令和4年度



9 特定健診の受診率向上対策

特定健診受診率向上に向けて、広報や市ホームページ等の媒体を活用し、特定健診の必要性について周知を図ります。

また、未受診者勧奨として個別勧奨通知、職場健診や人間ドックの結果の写しの提供依頼、定期通院中の人に対するかかりつけ医情報提供書の送付等を行います。

図表 87 特定健診の受診率向上対策

	実施方法	内容
周知・啓発	広報	・特定健診等の開始時期に合わせて適宜掲載。
	ホームページ	・特定健診等の制度や実施について掲載。
	町内会回覧	・特定健診時期の周知や受診利点等の周知。
	特定健診ニュース	・被保険世帯に向けて、特定健診に関する記事や健診を活用した健康情報等を掲載。
	パンフレット等の配布	・国保窓口で、国保加入の際に「健診・健康ガイド」を配布。
	55ドック	・55歳到達者に特定健診とがん検診を無料で実施。
がん検診と同時実施	市内集団健診	・市内各地区会館等で実施。
	送迎バス健診	・バスに乗り合わせて健診機関で実施。
	案内チラシ	・受診券発送時にがん検診案内を同封。
個別勧奨	定期通院者へのデータ受領	・定期通院中の人へ「かかりつけ医情報提供書」の提出を依頼する。
		・医療機関への協力依頼。
	継続受診の勧奨	・保健指導をした人に、次年度受診を勧奨する。
関係機関との連携	職場健診(または人間ドック)の結果の提供	・職場健診(または人間ドック)の結果の写しの提供を依頼する。
		障がい者施設等へ協力を依頼
その他	きたひろ健康ポイントの付与	<ul style="list-style-type: none"> ・早期に特定健診を受診した65歳以上の人(年齢は受診日時点)に、きたひろ健康ポイントを付与する。 ・特定保健指導の初回面接を利用した65歳以上の人(年齢は面接日時点)に、きたひろ健康ポイントを付与する。

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

本計画は、34 ページに記載した目標（図表 52）の進捗状況を毎年度確認し、令和 8 年度に中間評価、令和 11 年度に最終評価を行います。評価の結果、必要に応じて見直しを行います。

2 評価方法・体制

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

【 評価における 4 つの指標 】

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置。 ・KDB 活用環境の確保。
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導実施率。 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など。
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか。 (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護認定率など)

具体的な評価方法は、KDB に毎月収載される健診・医療・介護のデータを活用して、業務担当者が定期的に受診率等を確認し、地区担当の被保険者分の受療動向等については、保健指導に従事する保健師・管理栄養士等が定期的に確認します。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるようにすることが重要であり、このため、国指針において公表するものとされています。

具体的には、市ホームページや広報を通じた周知のほか、市内医療機関を含む関係機関へ冊子を配布するなど周知に努めます。

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 厚生労働省様式 5-1 国・道・同規模と比べてみた北広島市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較
- 参考資料 10 ①高血圧・糖尿病管理台帳、②心房細動管理台帳、③保健指導管理台帳

参考資料1 厚生労働省様式5-1 国・道・同規模と比べてみた北広島市の位置

【国保版】様式5-1 国・道・同規模平均と比べてみた北広島市の位置

R4年度

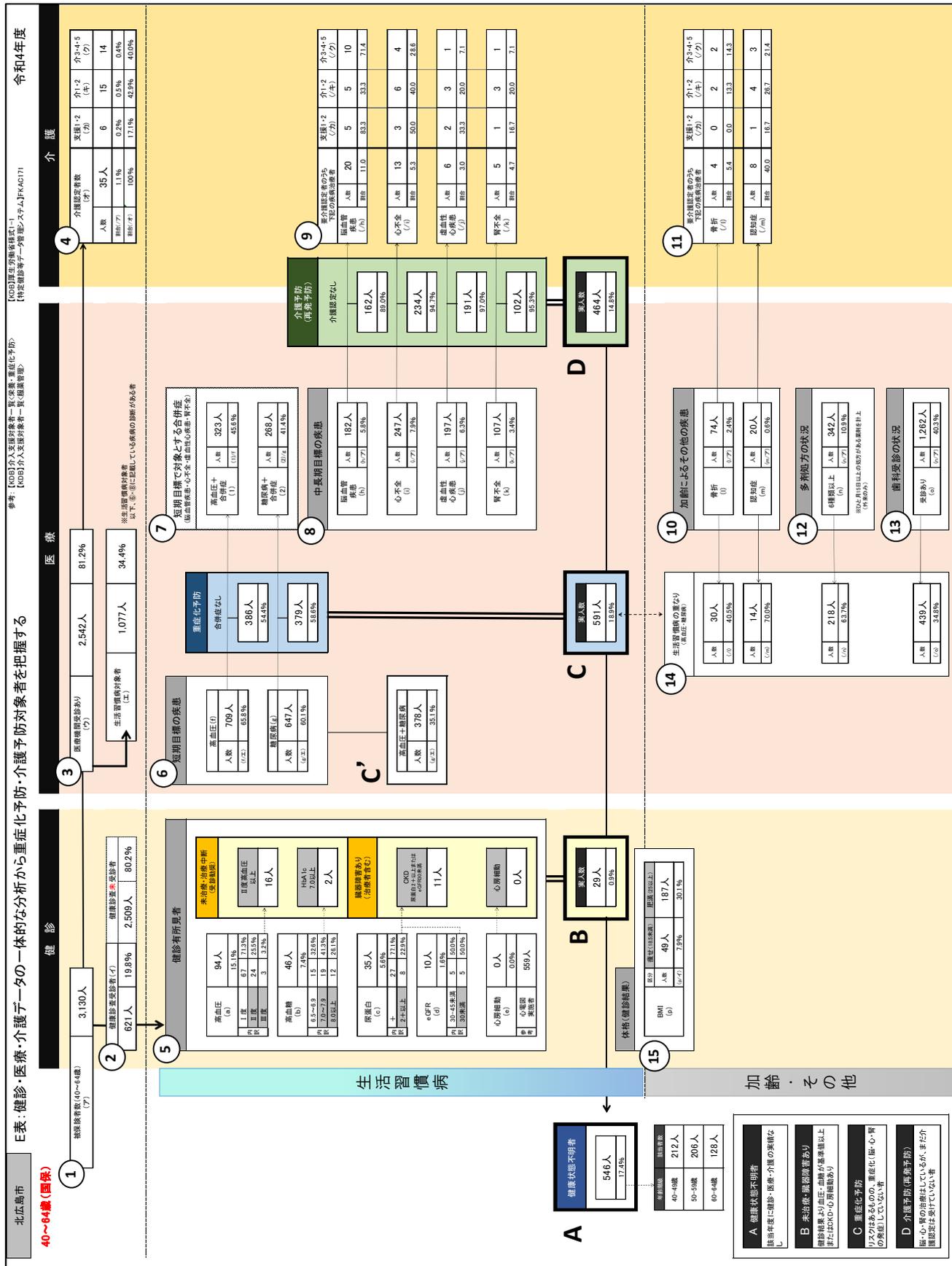
項目	北広島市		同規模平均		道		国		データ元 (CSV)				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口		57,915		16,969,503		5,165,554		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		19,380 33.5		5,164,670 30.4		1,664,023 32.2		35,335,805 28.7			
		75歳以上		9,376 16.2		---		848,273 16.4		18,248,742 14.8			
		65~74歳		10,004 17.3		---		815,750 15.8		17,087,063 13.9			
		40~64歳		19,830 34.2		---		1,745,342 33.8		41,545,893 33.7			
	39歳以下		18,705 32.3		---		1,756,189 34.0		46,332,563 37.6				
	② 産業構成	第1次産業		2.2		5.6		7.4		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		17.8		28.6		17.9		25.0			
		第3次産業		80.0		65.8		74.7		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.0		80.7		80.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		88.0		87.0		86.8		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.0		80.1		79.6		80.1				
	女性		85.6		84.4		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		88.8		100.3		102.0		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		死因	男性		83.9		101.2		98.9		100		
			がん		161 51.3		53,892 49.4		19,781 53.3		378,272 50.6		
			心臓病		80 25.5		30,362 27.8		9,373 25.2		205,485 27.5		
			脳疾患		50 15.9		16,001 14.7		4,667 12.6		102,900 13.8		
			糖尿病		7 2.2		2,063 1.9		756 2.0		13,896 1.9		
	腎不全		11 3.5		3,958 3.6		1,668 4.5		26,946 3.6				
	自殺		5 1.6		2,854 2.6		881 2.4		20,171 2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		57 7.5		---		6,122 8.2		129,016 8.2		厚生省HP 人口動態調査	
		男性		33 7.8		---		3,906 10.5		84,891 10.6			
女性		24 7.1		---		2,216 5.9		44,125 5.7					
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		3,581 18.6		932,725 18.1		347,930 20.9		6,724,030 19.4		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		59 0.3		15,476 0.3		5,353 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		13,003 16.9		2,980,586 13.3		1,013,763 13.8		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		38,314 49.8		10,399,684 46.4		3,922,342 53.3		78,107,378 46.3		
	要介護3以上		25,691 33.4		9,019,896 40.3		2,419,988 32.9		68,963,503 40.8				
	2号認定者		72 0.36		20,148 0.36		7,406 0.42		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		1,068 28.3		237,003 24.2		89,494 24.6		1,712,613 24.3			
		高血圧症		1,946 51.7		523,600 53.8		181,308 50.0		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		1,360 35.9		312,282 31.8		113,653 31.1		2,308,216 32.6			
		心臓病		2,147 57.1		590,733 60.8		200,129 55.3		4,224,628 60.3			
		脳疾患		827 22.1		221,742 23.1		73,784 20.6		1,568,292 22.6			
		がん		491 12.7		111,991 11.3		44,754 12.3		837,410 11.8			
		筋・骨格		1,924 50.3		516,731 53.1		181,637 50.0		3,748,372 53.4			
		精神		1,368 37.7		358,088 37.0		125,855 35.0		2,569,149 36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		218,824 4,240,811,307		274,536 1,417,885,870,317		269,507 448,465,434,990		290,668 1,007,427,228,869			
		1件当たり給付費(全体)		55,070		63,298		60,965		59,662			
居室サービス		39,501		41,822		42,034		41,272					
施設サービス		298,556		292,502		296,260		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 9,851 認定なし 5,035		8,654 4,013		9,582 4,930		8,610 4,020				
	加入率		19.2		20.5		20.8		22.3				
4	① 国保の状況	被保険者数		11,137		3,472,300		1,074,364		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳		6,121 55.0		---		491,264 45.7		11,129,271 40.5			
		40~64歳		3,151 28.3		---		341,793 31.8		9,088,015 33.1			
		39歳以下		1,865 16.7		---		241,307 22.5		7,271,596 26.5			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		5 0.4		1146 0.3		547 0.5		8,237 0.3			
		診療所数		36 3.2		12,471 3.6		3,351 3.1		102,599 3.7			
		病床数		544 48.8		206,222 59.4		92,014 85.6		1,507,471 54.8			
		医師数		58 5.2		34,837 10.0		13,731 12.8		339,611 12.4			
		外来患者数		707.4		719.9		654.8		687.8			
		入院患者数		24.1		19.6		21.5		17.7			
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		442,822 道内24位 同規模13位		366,294		376,962		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		731,488		739,503		676,241		705,439				
	外 来	費用の割合		54.9		59.5		56.3		60.4			
		件数の割合		96.7		97.3		96.8		97.5			
	入 院	費用の割合		45.1		40.5		43.7		39.6			
件数の割合		3.3		2.7		3.2		2.5					
1件あたり在院日数		15.4日		16.3日		15.7日		15.7日					

参考資料

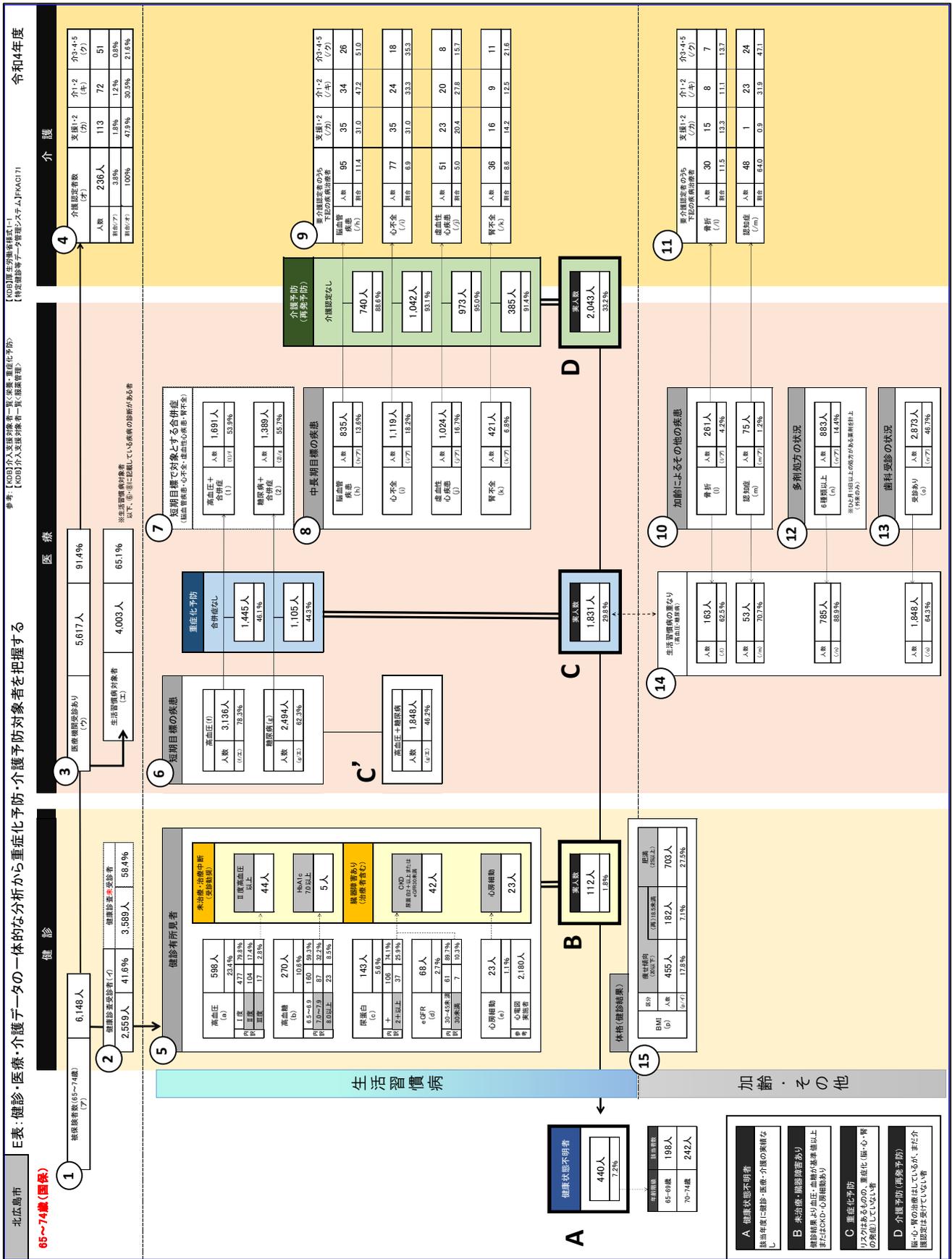
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (該当含む)	がん	951,247,130	37.3	32.0	36.2	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	100,342,980	3.9	7.8	4.3	8.2					
				糖尿病	251,410,140	9.8	10.9	10.1	10.4					
				高血圧症	149,762,560	5.9	6.2	5.6	5.9					
				脂質異常症	90,586,750	3.5	4.0	3.2	4.1					
				脳梗塞・脳出血	158,238,030	6.2	3.9	4.1	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	110,712,330	4.3	2.7	3.2	2.8					
				精神	323,488,350	12.7	15.1	14.4	14.7					
	筋・骨格	392,999,560	15.4	16.4	17.8	16.7								
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費 /入院医療費に 占める割合	入院	高血圧症	763	0.4	299	0.2	327	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病	1,893	0.9	1,297	0.9	1,159	0.7	1,144	0.9		
				脂質異常症	31	0.0	61	0.0	53	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	13,258	6.6	6,621	4.5	7,205	4.4	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	7,416	3.7	4,143	2.8	5,077	3.1	3,942	2.9		
腎不全				2,322	1.2	4,389	3.0	3,120	1.9	4,051	3.0			
医療費分析 一人当たり医療費 /外来医療費に 占める割合		外来	高血圧症	12,620	5.2	11,711	5.4	10,914	5.1	10,143	4.9			
			糖尿病	21,808	9.0	20,415	9.4	19,440	9.2	17,720	8.6			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,919		2,421		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	16,043		13,441		16,117		13,295				
⑦	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,991		6,937		5,006		6,142				
			健診未受診者	49,422		38,519		51,396		40,210				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	道内市町村数 183市町村 同規模市区町村数 250市町村	受診勧奨者	1,641	52.1	569,949	57.0	127,957	58.4	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率	1,522	48.3	516,819	51.7	116,396	53.1	3,543,116	52.0		
				医療機関非受診率	119	3.8	53,130	5.3	11,561	5.3	337,939	5.0		
				健診受診者		3,148		999,876		219,092		6,812,842		
				受診率		38.2		40.4		29.4		37.1		
				特定保健指導終了者(実施率)		163		23,464		3,041		107,925		
				非肥満高血糖		232		101,879		17,573		615,549		
				メタボ	該当者		624		208,506		44,047			1,382,506
					男性		436		143,867		30,399			965,486
					女性		188		64,639		13,648			417,020
				予備群	男性		352		110,453		24,255			765,405
					女性		245		76,776		16,870			539,738
				BMI	男性		107		33,677		6.0			7,385
					女性		107		33,677		6.0			7,385
					女性		107		33,677		6.0			7,385
				メタボ該当・予備群レベル	総数		1,087		34,973		35.0			75,519
					男性		767		24,852		55.0			52,233
					女性		320		10,121		19.3			23,286
					総数		183		48,317		4.8			13,984
男性		30			6,876		1.6		2,315					
女性		153			41,441		7.4		11,669					
血糖のみ		23			6,748		0.7		1,212					
血圧のみ		232			77,944		7.8		17,491					
脂質のみ		97			25,761		2.6		5,552					
血糖・血圧		71			31,312		3.1		5,999					
血糖・脂質		32			10,694		1.1		2,073					
血圧・脂質		305			97,002		9.7		21,786					
血糖・血圧・脂質		216			69,498		7.0		14,189					
①	問診の状況	服薬	高血圧		1,249	39.7	373,451	37.4	78,487	35.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病		353	11.2	92,769	9.3	19,144	8.7	589,470	8.7		
②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		119	4.5	31,261	3.2	7,038	3.3	207,385	3.1		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	192	7.2	57,805	6.0	11,796	5.6	365,407	5.5			
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	222	8.7	77,943	8.4	23,573	12.2	642,886	10.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				週3回以上食後間食(～H29)	—	—	—	—	—	—	—			
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	251	9.8	134,480	14.4	28,660	14.8	976,348	15.7		
				週3回以上就寝前夕食	251	9.8	134,480	14.4	28,660	14.8	976,348	15.7		
				食べる速度が速い	709	27.7	237,881	25.8	56,417	29.1	1,659,705	26.8		
				20歳時体重から10kg以上増加	879	34.3	319,150	34.5	69,158	35.7	2,175,065	35.0		
				1日30分以上運動習慣なし	1,488	58.1	553,811	59.7	122,888	62.6	3,749,069	60.4		
				1日1時間以上運動なし	1,552	60.7	433,638	46.5	92,250	47.1	2,982,100	48.0		
				睡眠不足	560	21.9	232,582	25.0	43,118	22.2	1,587,311	25.6		
				毎日飲酒	583	22.8	234,659	24.4	44,528	22.5	1,658,999	25.5		
				時々飲酒	657	25.6	205,292	21.3	52,340	26.5	1,463,468	22.5		
				一日飲酒量	1合未満	1,174	64.6	417,099	65.3	77,039	59.1	2,978,351		64.1
					1～2合	421	23.2	150,426	23.5	33,433	25.7	1,101,465		23.7
					2～3合	187	10.3	56,939	8.9	15,480	11.9	434,461		9.4
3合以上	36	2.0	14,735		2.3	4,372	3.4	128,716	2.8					

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析 (①～④)

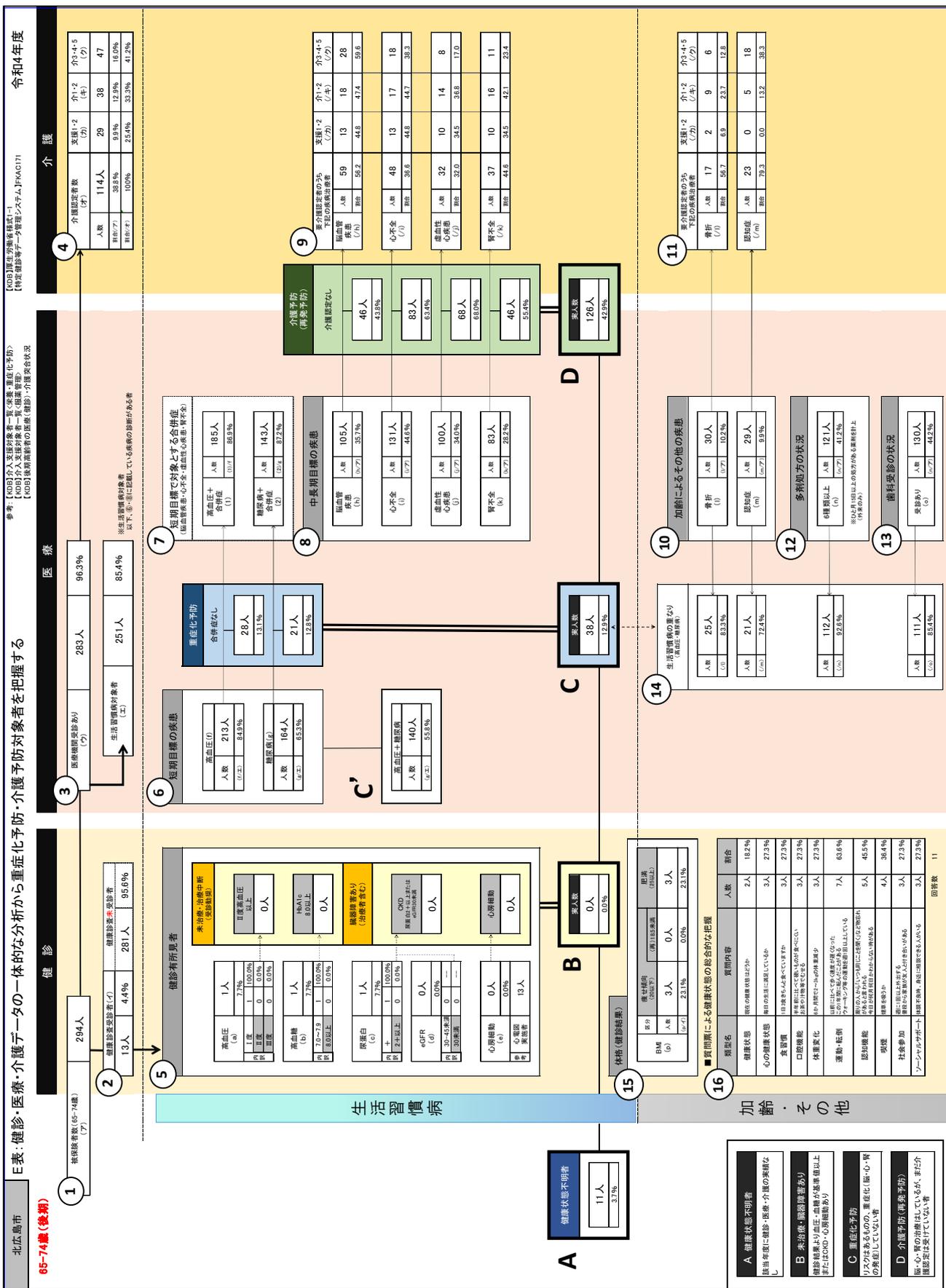
①40～64歳(国保)



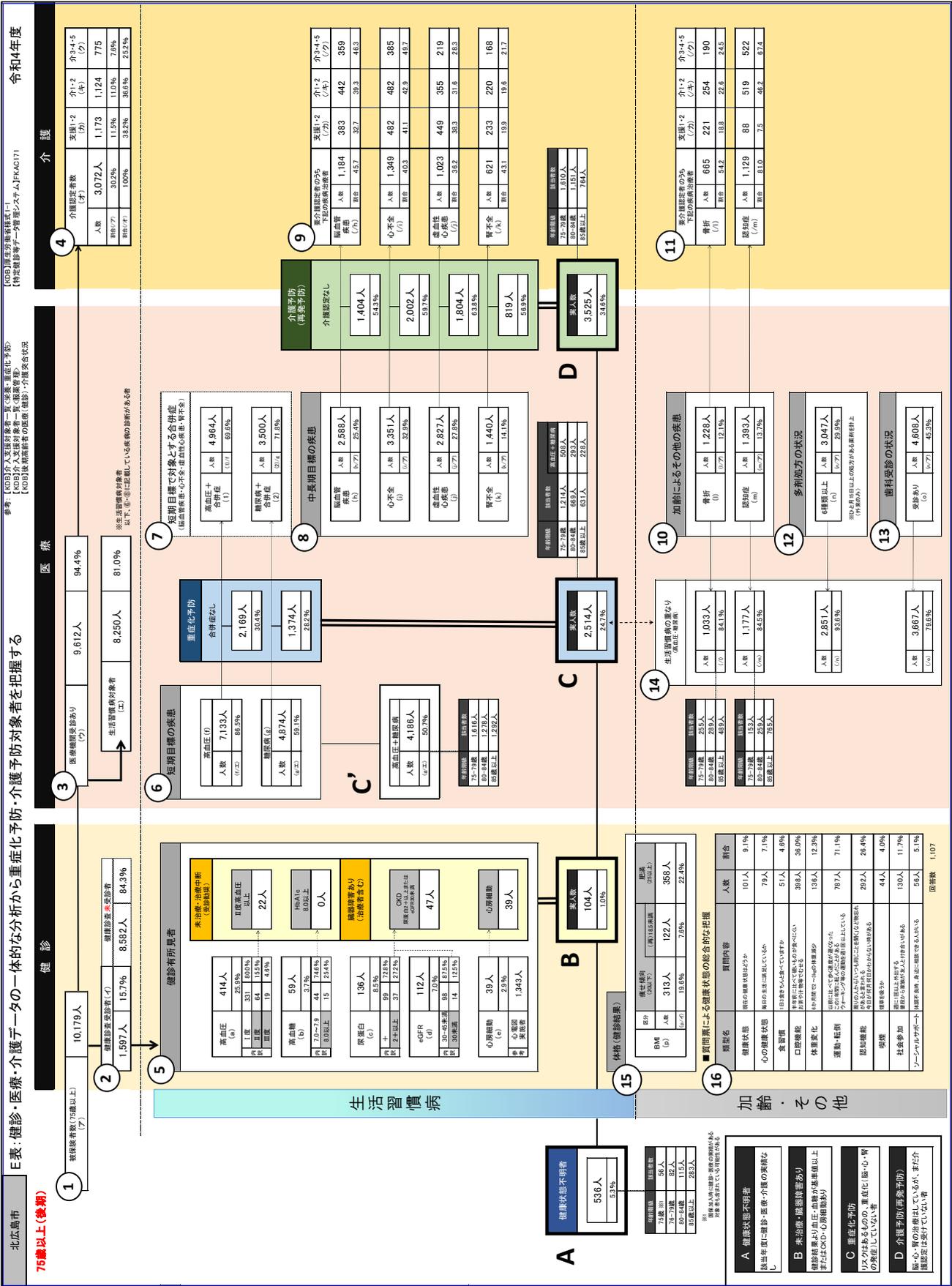
②65～74歳(国保)



③65～74歳(後期)



④75歳以上(後期)

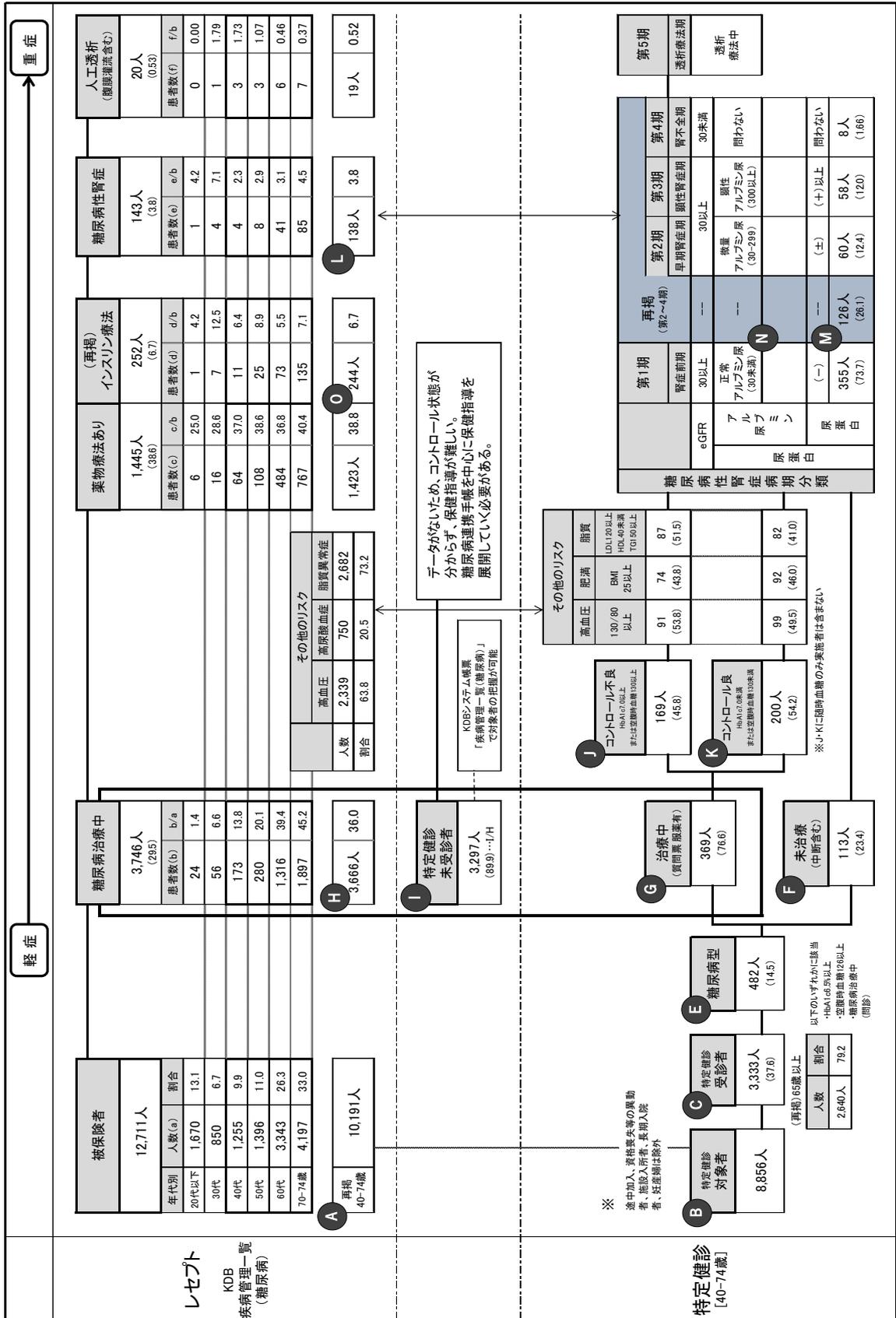


参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	北広島市										同規模保険者(平均)		データ基
			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	12,993人		12,440人		12,152人		12,061人		11,589人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		10,679人		10,318人		10,165人		10,131人		9,746人				
2	① 対象者数	B	9,257人		9,047人		8,974人		8,682人		8,231人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	3,527人		3,646人		3,130人		3,215人		3,152人				
	③ 受診率		38.1%		40.3%		34.9%		37.0%		38.3%				
3	① 特定 対象者数		287人		288人		291人		263人		271人				
	② 保健指導 実施率		67.2%		65.6%		55.7%		62.0%		60.1%				
4	①-⑪ 健診 データ	糖尿病型	E	468人 12.6%	516人 13.7%	482人 14.8%	507人 15.1%	475人 14.4%					特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	99人 21.2%	103人 20.0%	139人 28.8%	131人 25.8%	113人 23.8%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	369人 78.8%	413人 80.0%	343人 71.2%	376人 74.2%	362人 76.2%							
		④ コントロール不良 <small>HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130%以上</small>	J	172人 46.6%	181人 43.8%	164人 47.8%	177人 47.1%	168人 46.4%							
		⑤ 血圧 130/80以上		100人 58.1%	95人 52.5%	92人 56.1%	89人 50.3%	92人 54.8%							
		⑥ 肥満 BMI25以上		74人 43.0%	76人 42.0%	76人 46.3%	82人 46.3%	74人 44.0%							
		⑦ コントロール良 <small>HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満</small>		K	197人 53.4%	232人 56.2%	179人 52.2%	199人 52.9%	194人 53.6%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(ー)	M	334人 71.4%	334人 64.7%	372人 77.2%	395人 77.9%	350人 73.7%							
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		50人 10.7%	62人 12.0%	54人 11.2%	41人 8.1%	60人 12.6%							
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		38人 8.1%	46人 8.9%	46人 9.5%	62人 12.2%	58人 12.2%							
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人 1.1%	8人 1.6%	9人 1.9%	9人 1.8%	7人 1.5%							
5	①-⑮ レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		169.1人	165.0人	142.0人	155.0人	157.6人					KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		202.1人	195.5人	167.2人	182.2人	184.9人							
		③ レセプト件数 (40-74歳) <small>(1)内は被保険者千対</small>		7,464件 (720.5)	7,378件 (725.2)	7,143件 (710.1)	7,381件 (753.9)	7,292件 (786.5)	2,480,774件 (911.6)			KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
		④ 入院(件数)		37件 (3.6)	33件 (3.2)	44件 (4.4)	34件 (3.5)	47件 (5.1)	10,514件 (3.9)						
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,197人 16.9%	2,052人 16.5%	1,726人 14.2%	1,869人 15.5%	1,826人 15.8%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳		2,158人 20.2%	2,017人 19.5%	1,700人 16.7%	1,846人 18.2%	1,802人 18.5%							
		⑦ 健診未受診者	I	1,789人 82.9%	1,648人 81.7%	1,357人 79.8%	1,470人 79.6%	1,440人 79.9%							
		⑧ インスリン治療 (再掲)40-74歳	O	137人 6.2%	139人 6.8%	116人 6.7%	124人 6.6%	126人 6.9%							
		⑨ 糖尿病性腎症 (再掲)40-74歳	L	90人 4.1%	81人 3.9%	65人 3.8%	74人 4.0%	74人 4.1%							
		⑩ 慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病治療中に占める割合)</small>		8人 0.4%	10人 0.5%	7人 0.4%	13人 0.7%	12人 0.7%					北広島市調べ		
		⑪ (再掲)40-74歳		7人 0.3%	10人 0.5%	7人 0.4%	13人 0.7%	12人 0.7%							
		⑫ 新規透析患者数		14人	3人	8人	6人	8人							
		⑬ (再掲)糖尿病性腎症		9人 75.0%	1人 25.0%	7人 66.7%	5人 50.0%	7人 50.0%							
		⑭ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病治療中に占める割合)</small>		49人 1.7%	53人 1.8%	52人 1.9%	60人 2.1%	58人 2.0%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
		6	①-⑮ 医療費	総医療費		49億6987万円	49億1652万円	47億3499万円	49億6209万円	49億3171万円	50億8753万円				KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
				② 生活習慣病総医療費		26億2594万円	26億5055万円	25億5513万円	26億9091万円	25億5317万円	27億0662万円				
③ (総医療費に占める割合)				52.8%	53.9%	54.0%	54.2%	51.8%	53.2%						
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者				7,691円	8,613円	8,342円	9,375円	8,991円	6,937円						
⑤ 一人あたり 健診未受診者				44,101円	46,887円	47,690円	50,578円	49,422円	38,519円						
⑥ 糖尿病医療費				2億4576万円	2億4518万円	2億5329万円	2億5333万円	2億5141万円	2億9434万円						
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)				9.4%	9.3%	9.9%	9.4%	9.8%	10.9%						
⑧ 糖尿病入院外総医療費				8億8175万円	8億7252万円	8億5635万円	9億2767万円	8億9750万円							
⑨ 1件あたり				32,771円	33,948円	35,421円	37,957円	37,866円							
⑩ 糖尿病入院総医療費				5億9400万円	5億6404万円	6億3566万円	6億2755万円	5億9461万円							
⑪ 1件あたり				619,392円	626,710円	672,654円	631,969円	685,825円							
⑫ 在院日数				15日	15日	16日	15日	15日							
⑬ 慢性腎不全医療費				1億0853万円	1億0359万円	1億1210万円	1億0697万円	1億1126万円	2億2640万円						
⑭ 透析有り				9011万円	9451万円	9473万円	9607万円	1億0034万円	2億1152万円						
⑮ 透析なし				1843万円	907万円	1737万円	1090万円	1092万円	1487万円						
7	① 介護 介護給付費		37億7153万円	40億3315万円	42億4919万円	42億1180万円	42億4081万円	56億7154万円							
			② (2号認定者)糖尿病合併症	7件 15.9%	5件 12.8%	7件 18.9%	6件 18.8%	4件 12.1%							
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		4人 0.8%	6人 1.1%	7人 1.3%	9人 1.7%	7人 1.1%	3,958人 1.0%				KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題			

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

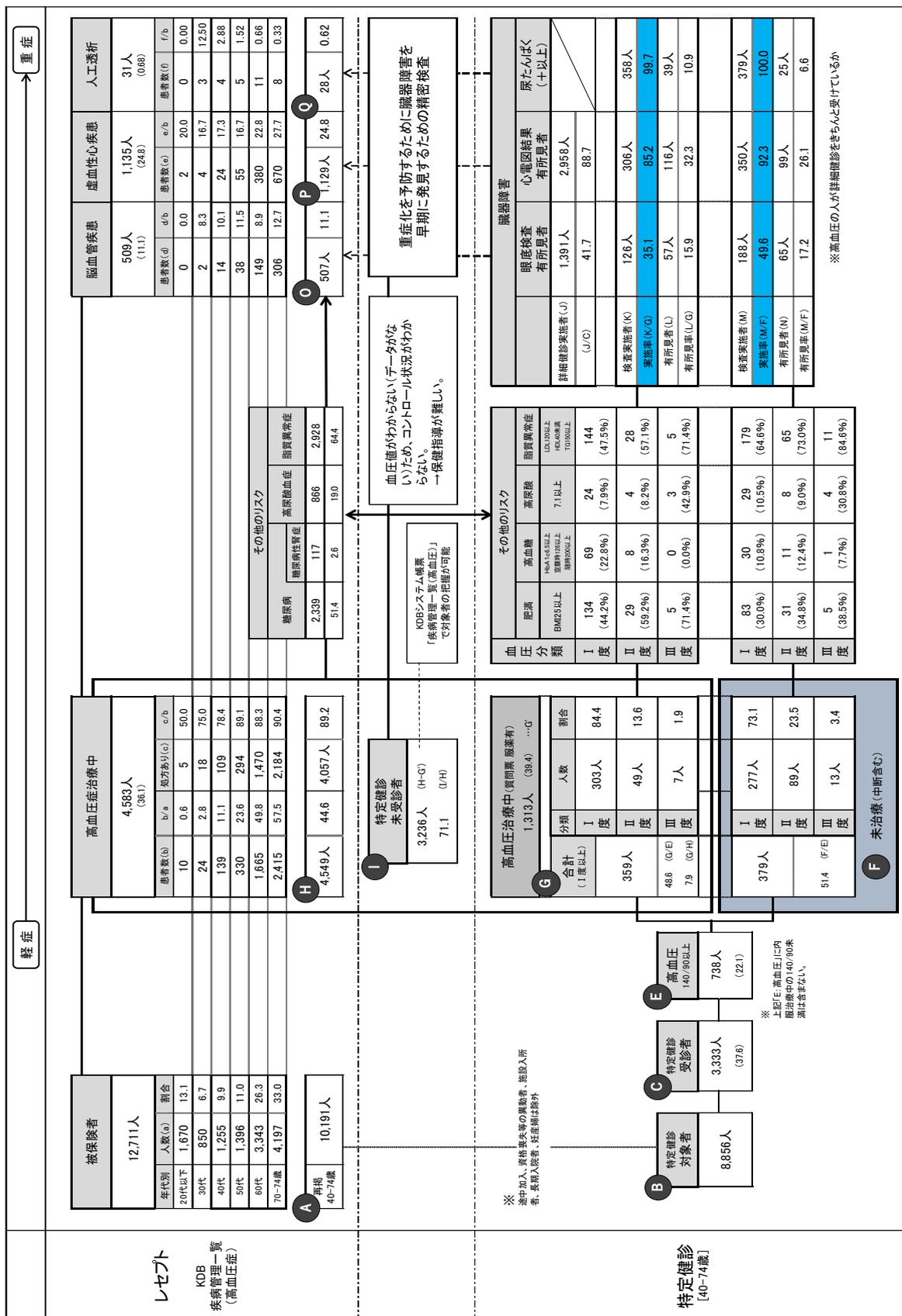
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度

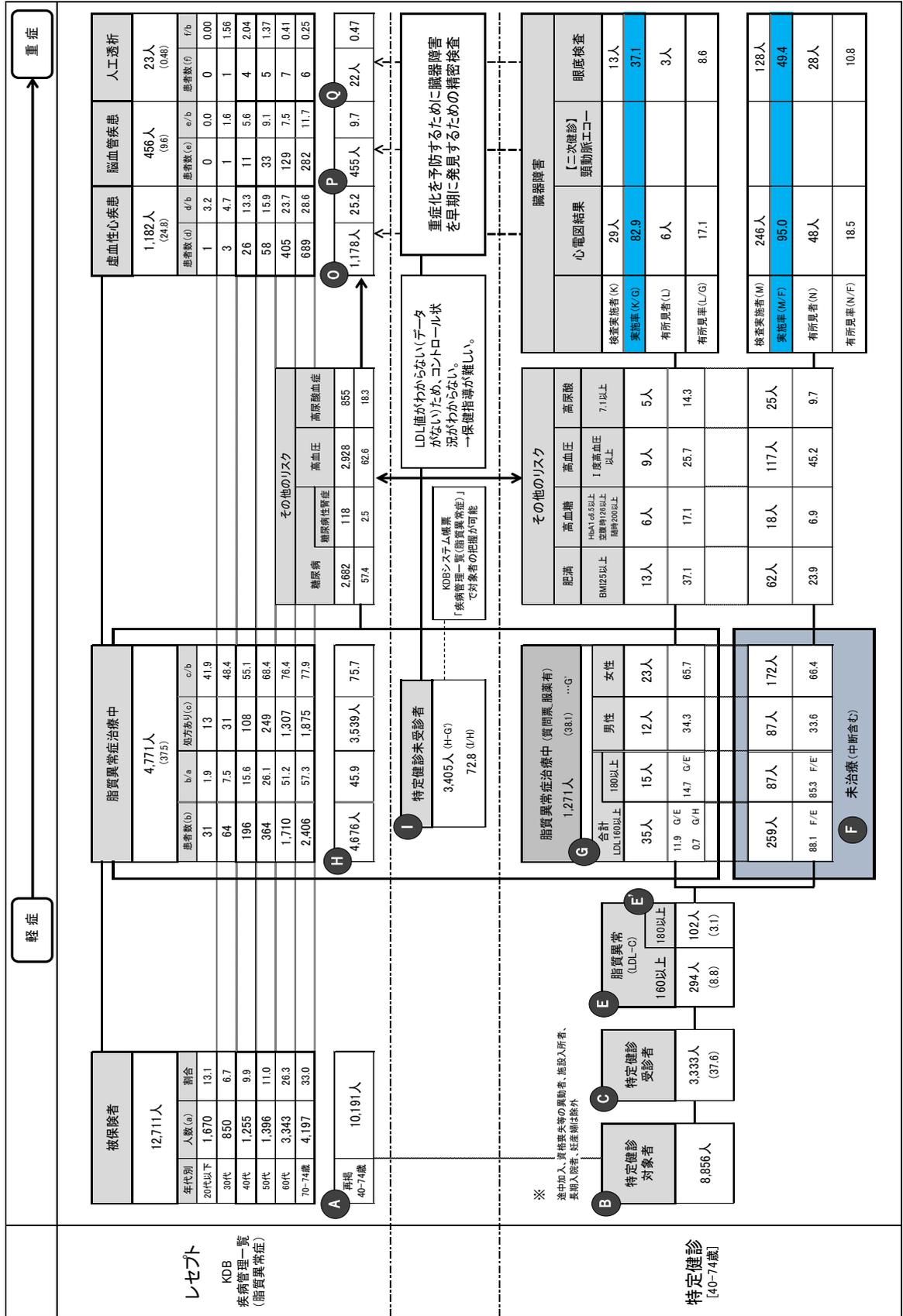
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※1 レセプト情報は、当該年度に資格がある人を計上。(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している人も含む)
 ※2 レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB 介入支援対象者一覧 (栄養・重症化予防)」から集計。

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料 7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		合併症予防の ための目標		糖尿病 最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	3,737	1,786	47.8%	1,173	31.4%	459	12.3%	170	4.5%	116	3.1%	33	0.9%	84	2.2%	21	0.6%
H30	3,688	1,950	52.9%	1,060	28.7%	381	10.3%	142	3.9%	114	3.1%	41	1.1%	92	2.5%	26	0.7%
R1	3,767	2,251	59.8%	852	22.6%	364	9.7%	147	3.9%	112	3.0%	41	1.1%	92	2.4%	26	0.7%
R2	3,266	1,512	46.3%	1,014	31.0%	394	12.1%	181	5.5%	119	3.6%	46	1.4%	98	3.0%	28	0.9%
R3	3,348	1,512	45.2%	1,029	30.7%	461	13.8%	178	5.3%	132	3.9%	36	1.1%	91	2.7%	27	0.8%
R4	3,311	1,647	49.7%	958	28.9%	385	11.6%	176	5.3%	109	3.3%	36	1.1%	83	2.5%	22	0.7%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲 割合		
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲 人数	割合			
H29	3,737	1,786 47.8%	1,173 31.4%	459 12.3%	319 8.5%	104 2.8%	215 5.7%	149 4.0%	37 1.0%	112 3.0%	4.0%	8.5%
H30	3,688	1,950 52.9%	1,060 28.7%	381 10.3%	297 8.1%	76 2.1%	221 6.0%	155 4.2%	29 0.8%	126 3.4%	4.2%	8.1%
R1	3,767	2,251 59.8%	852 22.6%	364 9.7%	300 8.0%	66 1.8%	234 6.2%	153 4.1%	24 0.6%	129 3.4%	4.1%	8.0%
R2	3,266	1,512 46.3%	1,014 31.0%	394 12.1%	346 10.6%	119 3.4%	227 6.6%	165 5.1%	36 1.1%	129 3.6%	5.1%	10.6%
R3	3,348	1,512 45.2%	1,029 30.7%	461 13.8%	346 10.3%	101 3.0%	245 7.0%	168 5.0%	33 1.0%	135 3.8%	5.0%	10.3%
R4	3,311	1,647 49.7%	958 28.9%	385 11.6%	321 9.7%	82 2.5%	239 7.2%	145 4.4%	22 0.7%	123 3.7%	4.4%	9.7%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		合併症予防の ための目標		糖尿病 最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	347	9.3%	8	2.3%	30	8.6%	94	27.1%	103	29.7%	91	26.2%	21	6.1%	63	18.2%	11	3.2%
	H30	367	10.0%	11	3.0%	31	8.4%	104	28.3%	95	25.9%	94	25.6%	32	8.7%	73	19.9%	19	5.2%
	R1	411	10.9%	23	5.6%	49	11.9%	105	25.5%	105	25.5%	97	23.6%	32	7.8%	75	18.2%	18	4.4%
	R2	348	10.7%	14	4.0%	29	8.3%	78	22.4%	98	28.2%	95	27.3%	34	9.8%	81	23.3%	20	5.7%
	R3	380	11.4%	7	1.8%	37	9.7%	91	23.9%	110	28.9%	103	27.1%	32	8.4%	82	21.6%	23	6.1%
	R4	368	11.1%	11	3.0%	30	8.2%	88	23.9%	116	31.5%	97	26.4%	26	7.1%	68	18.5%	13	3.5%
治療なし	H29	3,390	90.7%	1,778	52.4%	1,143	33.7%	365	10.8%	67	2.0%	25	0.7%	12	0.4%	21	0.6%	10	0.3%
	H30	3,321	90.0%	1,939	58.4%	1,029	31.0%	277	8.3%	47	1.4%	20	0.6%	9	0.3%	19	0.6%	7	0.2%
	R1	3,356	89.1%	2,228	66.4%	803	23.9%	259	7.7%	42	1.3%	15	0.4%	9	0.3%	17	0.5%	8	0.2%
	R2	2,918	89.3%	1,498	51.3%	985	33.8%	316	10.8%	83	2.8%	24	0.8%	12	0.4%	17	0.6%	8	0.3%
	R3	2,968	88.6%	1,505	50.7%	992	33.4%	370	12.5%	68	2.3%	29	1.0%	4	0.1%	9	0.3%	4	0.1%
	R4	2,943	88.9%	1,636	55.6%	928	31.5%	297	10.1%	60	2.0%	12	0.4%	10	0.3%	15	0.5%	9	0.3%

参考資料 8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	3,756	1,155	30.8%	874	23.3%	942	25.1%	648	17.3%	106	2.8%	31	0.8%
H30	3,705	1,199	32.4%	820	22.1%	946	25.5%	599	16.2%	123	3.3%	18	0.5%
R1	3,777	1,184	31.3%	867	23.0%	974	25.8%	619	16.4%	115	3.0%	18	0.5%
R2	3,280	915	27.9%	727	22.2%	866	26.4%	626	19.1%	129	3.9%	17	0.5%
R3	3,367	1,002	29.8%	746	22.2%	833	24.7%	630	18.7%	137	4.1%	19	0.6%
R4	3,330	952	28.6%	736	22.1%	905	27.2%	580	17.4%	137	4.1%	20	0.6%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		0.8%	3.6%	
					再)III度高血圧	再掲						
						未治療	治療					
H29	3,756	2,029 54.0%	942 25.1%	648 17.3%	137 3.6%	75 54.7%	62 45.3%	31 0.8%	23 74.2%	8 25.8%	0.8%	3.6%
H30	3,705	2,019 54.5%	946 25.5%	599 16.2%	141 3.8%	83 58.9%	58 41.1%	18 0.5%	15 83.3%	3 16.7%	0.5%	3.8%
R1	3,777	2,051 54.3%	974 25.8%	619 16.4%	133 3.5%	68 51.1%	65 48.9%	18 0.5%	9 50.0%	9 50.0%	0.5%	3.5%
R2	3,280	1,642 50.1%	866 26.4%	626 19.1%	146 4.5%	73 50.0%	73 50.0%	17 0.5%	10 58.8%	7 41.2%	0.5%	4.5%
R3	3,367	1,748 51.9%	833 24.7%	630 18.7%	156 4.6%	91 58.3%	65 41.7%	19 0.6%	11 57.9%	8 42.1%	0.6%	4.6%
R4	3,330	1,688 50.7%	905 27.2%	580 17.4%	157 4.7%	101 64.3%	56 35.7%	20 0.6%	13 65.0%	7 35.0%	0.6%	4.7%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,443	38.4%	247	17.1%	333	23.1%	454	31.5%	347	24.0%	54	3.7%	8	0.6%
	H30	1,398	37.7%	243	17.4%	304	21.7%	470	33.6%	323	23.1%	55	3.9%	3	0.2%
	R1	1,447	38.3%	266	18.4%	338	23.4%	445	30.8%	333	23.0%	56	3.9%	9	0.6%
	R2	1,316	40.1%	223	16.9%	246	18.7%	420	31.9%	354	26.9%	66	5.0%	7	0.5%
	R3	1,320	39.2%	247	18.7%	307	23.3%	382	28.9%	319	24.2%	57	4.3%	8	0.6%
	R4	1,312	39.4%	269	20.5%	271	20.7%	413	31.5%	303	23.1%	49	3.7%	7	0.5%
治療なし	H29	2,313	61.6%	908	39.3%	541	23.4%	488	21.1%	301	13.0%	52	2.2%	23	1.0%
	H30	2,307	62.3%	956	41.4%	516	22.4%	476	20.6%	276	12.0%	68	2.9%	15	0.7%
	R1	2,330	61.7%	918	39.4%	529	22.7%	529	22.7%	286	12.3%	59	2.5%	9	0.4%
	R2	1,964	59.9%	692	35.2%	481	24.5%	446	22.7%	272	13.8%	63	3.2%	10	0.5%
	R3	2,047	60.8%	755	36.9%	439	21.4%	451	22.0%	311	15.2%	80	3.9%	11	0.5%
	R4	2,018	60.6%	683	33.8%	465	23.0%	492	24.4%	277	13.7%	88	4.4%	13	0.6%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	3,756	1,844	49.1%	901	24.0%	588	15.7%	286	7.6%	137	3.6%
	H30	3,704	1,794	48.4%	856	23.1%	585	15.8%	294	7.9%	175	4.7%
	R1	3,775	1,848	49.0%	907	24.0%	583	15.4%	283	7.5%	154	4.1%
	R2	3,280	1,642	50.1%	770	23.5%	486	14.8%	244	7.4%	138	4.2%
	R3	3,367	1,798	53.4%	734	21.8%	502	14.9%	221	6.6%	112	3.3%
	R4	3,330	1,846	55.4%	738	22.2%	452	13.6%	192	5.8%	102	3.1%
男性	H29	1,639	918	56.0%	350	21.4%	225	13.7%	115	7.0%	31	1.9%
	H30	1,579	863	54.7%	342	21.7%	229	14.5%	91	5.8%	54	3.4%
	R1	1,615	894	55.4%	365	22.6%	219	13.6%	96	5.9%	41	2.5%
	R2	1,410	778	55.2%	298	21.1%	201	14.3%	85	6.0%	48	3.4%
	R3	1,422	826	58.1%	295	20.7%	186	13.1%	78	5.5%	37	2.6%
	R4	1,439	874	60.7%	283	19.7%	183	12.7%	67	4.7%	32	2.2%
女性	H29	2,117	926	43.7%	551	26.0%	363	17.1%	171	8.1%	106	5.0%
	H30	2,125	931	43.8%	514	24.2%	356	16.8%	203	9.6%	121	5.7%
	R1	2,160	954	44.2%	542	25.1%	364	16.9%	187	8.7%	113	5.2%
	R2	1,870	864	46.2%	472	25.2%	285	15.2%	159	8.5%	90	4.8%
	R3	1,945	972	50.0%	439	22.6%	316	16.2%	143	7.4%	75	3.9%
	R4	1,891	972	51.4%	455	24.1%	269	14.2%	125	6.6%	70	3.7%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲			
					再)180以上	未治療	治療				
									人数	割合	人数
H29	3,756	1,844 49.1%	901 24.0%	588 15.7%	423	11.3%	385	91.0%	38	9.0%	11.9%
					137	3.6%	119	86.9%	18	13.1%	
H30	3,704	1,794 48.4%	856 23.1%	585 15.8%	469	12.7%	430	91.7%	39	8.3%	12.7%
					175	4.7%	160	91.4%	15	8.6%	
R1	3,775	1,848 49.0%	907 24.0%	583 15.4%	437	11.6%	397	90.8%	40	9.2%	11.6%
					154	4.1%	144	93.5%	10	6.5%	
R2	3,280	1,642 50.1%	770 23.5%	486 14.8%	382	11.6%	348	91.1%	34	8.9%	11.6%
					138	4.2%	121	87.7%	17	12.3%	
R3	3,367	1,798 53.4%	734 21.8%	502 14.9%	333	9.9%	306	91.9%	27	8.1%	9.9%
					112	3.3%	104	92.9%	8	7.1%	
R4	3,330	1,846 55.4%	738 22.2%	452 13.6%	294	8.8%	259	88.1%	35	11.9%	8.8%
					102	3.1%	87	85.3%	15	14.7%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,140	30.4%	819	71.8%	207	18.2%	76	6.7%	20	1.8%	18	1.6%
	H30	1,221	33.0%	900	73.7%	201	16.5%	81	6.6%	24	2.0%	15	1.2%
	R1	1,292	34.2%	953	73.8%	214	16.6%	85	6.6%	30	2.3%	10	0.8%
	R2	1,175	35.8%	877	74.6%	191	16.3%	73	6.2%	17	1.4%	17	1.4%
	R3	1,242	36.9%	959	77.2%	188	15.1%	68	5.5%	19	1.5%	8	0.6%
	R4	1,269	38.1%	987	77.8%	177	13.9%	70	5.5%	20	1.6%	15	1.2%
治療なし	H29	2,616	69.6%	1,025	39.2%	694	26.5%	512	19.6%	266	10.2%	119	4.5%
	H30	2,483	67.0%	894	36.0%	655	26.4%	504	20.3%	270	10.9%	160	6.4%
	R1	2,483	65.8%	895	36.0%	693	27.9%	498	20.1%	253	10.2%	144	5.8%
	R2	2,105	64.2%	765	36.3%	579	27.5%	413	19.6%	227	10.8%	121	5.7%
	R3	2,125	63.1%	839	39.5%	546	25.7%	434	20.4%	202	9.5%	104	4.9%
	R4	2,061	61.9%	859	41.7%	561	27.2%	382	18.5%	172	8.3%	87	4.2%

参考資料

参考資料 10 高血圧・糖尿病管理台帳、心房細動管理台帳、保健指導管理台帳

① 高血圧・糖尿病管理台帳

※高血圧・糖尿病の服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

番号	追加年度		氏名	性別	R04年度末年齢	合併症の有無		項目	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R04年度 KDBレセプト情報													住所	備考 (転出・死亡)
	高血圧	糖尿病				病名	R04								初診年月日	高血圧 診断	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1						高血圧		血圧							高血圧 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	住所	
						糖尿病		血糖							糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	住所	
						インスリン		HbA1c																			住所		
						腎症		尿糖																			住所		
						網膜症		尿蛋白																			住所		
						神経障害		その他																			住所		
						脂質異常症		尿酸																			住所		
						高尿酸血症		LDL-C																			住所		
						脳血管疾患		詳細							備考欄	1											住所		
						虚血性心疾患		心電図							備考欄	2											住所		
						腎不全		GFR							備考欄	3											住所		
						人工透析		尿蛋白							備考欄	4											住所		

② 心房細動台帳

No	個人番号	健康保険種別	指通し(保険種別)	年齢	地区	氏名	生年月日	性別	R 年度			R 年度			R 年度			その他心疾患		備考	締結
									他のECG所見	診察開始	脳梗塞	他のECG所見	診察開始	脳梗塞	他のECG所見	診察開始	脳梗塞	心不全	心房細動		
1									有	無		有	無		有	無					
									H 年 月			H 年 月			H 年 月						
									薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始(月~) 3. 中断(月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無	薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始(月~) 3. 中断(月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無	薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始(月~) 3. 中断(月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無				

③ 保健指導管理台帳

日付	名前カナ (全角カタカナ) ※姓と名の間は全角あける	生年月日	年齢	健康保険	健診	最終健診受診年度	データ未着	保健指導分類	対応	血圧手帳	担当者	備考
例 4/1	キタヒロ タロウ	S25.4.5	73	国保	特定健診	R5	○	動機づけ支援(初回)	訪問	西の里	1	
例 4/2	キタヒロ ハナコ	S19.2.3	79	後期	後期高齢者健診	R4		重症化予防	電話			

主な用語の解説

【あ行】

■アウトカム評価

施策・事業の実施により発生する効果・成果。

■異常Q波

心電図所見の一つで、心筋の壊死（心筋梗塞）を起こした後に特徴的にみられることがある。

■Ⅰ度高血圧・Ⅱ度高血圧・Ⅲ度高血圧

Ⅰ度高血圧は、収縮期血圧が140～159mmHg または拡張期血圧が90～99mmHgをいう。Ⅱ度高血圧は、収縮期血圧160～179mmHg または拡張期血圧100～109mmHgをいう。Ⅲ度高血圧は収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上をいう。

■医療費適正化計画

国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国は医療費適正化基本方針を策定するとともに、6年を一期として医療費適正化計画の策定を定めている。都道府県も医療費適正化基本方針に即して、医療費適正化計画を定めることになっている。

■インセンティブ制度

やる気を起こさせるような刺激。業務の成果や実績に応じて奨励金などを変化させる制度。

■えいちでいえる HDL コレステロール

高比重リポ蛋白。

不要なコレステロールや中性脂肪を肝臓へ運ぶ役目を果たすことから善玉コレステロー

ルとも呼ばれている。

■ええすてい じーおーてい AST (GOT)

アミノ酸の合成に必要な酵素で、心筋、肝臓、骨格筋、腎臓などに多く含まれている。これらの臓器の細胞に障がいがあると、数値が高くなる。

■ええるてい じーびーてい ALT (GPT)

肝機能検査の項目の一つアミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれている。肝臓の細胞に障がいがあると、数値が高くなる。

■ST 所見・ST 変化・ST-T 異常

心電図所見の一つで、心臓に栄養を送る血流が十分でない状態の時に起こることがある。心筋虚血の特徴的な所見。

■えるでいえる LDL コレステロール

低比重リポ蛋白。

人の細胞膜やホルモン生成の材料。食事由来のコレステロールは1/3で、残りは体内（肝臓）で合成されている。血液中の量が増えると、血管内皮に入り込み動脈硬化を促進する。

【か行】

■介護保険事業計画

介護保険の保険者である市町村は、国の基本方針にそって地域の被保険者の数や要介護者等の数を把握し、提供しなければならないサービスの種類と量を予測して確保するため、3年ごとに「介護保険事業計画」を策定する。

■拡張期血圧

心臓が収縮して血液を送り出した後に、広が

主な用語の解説

っている時の血管への圧。下の血圧、最小血圧ともいわれる。

■家庭血圧測定

家庭で血圧測定をする時の測定方法や条件を定め、高血圧の診断上、重要視されている。家庭血圧の診断基準は、収縮期血圧 135mmHg 以上、拡張期血圧 85mmHg 以上。

■冠動脈疾患

心臓に血液を供給する冠動脈で血液の流れが悪くなり心臓に障害がおこる病気の総称。狭心症や心筋梗塞など。

■眼底検査

眼底検査は、眼の奥の毛細血管を直接見ることができる唯一の検査で、脳の血管の状態を推測でき、網膜や血管・視神経の出入り口を観察し、その状態から網膜剥離、視神経疾患、糖尿病性網膜症、動脈硬化、高血圧症なども発見できる。

■ γ -G T (γ -G T P)

肝臓、腎臓、すい臓などに含まれているアミノ酸の代謝に関わる酵素のこと。お酒の飲み過ぎや肥満などにより数値が高くなる。

■虚血性心疾患

心臓の筋肉（心筋）には、心臓を取り巻く冠動脈によって、血液が送られ酸素と栄養が供給されている。動脈硬化や血栓などによって冠動脈の内腔が狭くなったり塞がったりして、心筋が血液不足（虚血）になり引き起こされる疾患のこと。一時的に血液不足になる「狭心症」、血栓（血液の塊）などが詰まって血管が塞がり、血流が途絶える「心筋梗塞」などがある。

■空腹時血糖

10時間以上空腹の時の血液中のブドウ糖の量。空腹時血糖が126mg/dl以上になると、糖尿病型と判断される。

■クレアチニン（血清クレアチニン）

筋肉で作られ、腎臓から尿中に排泄される物質。腎機能障害がおきると、クレアチニンの尿中排泄が悪くなるため、血清クレアチニンが高くなる。

■頸動脈エコー検査

頸（首）動脈を超音波で映し出し、血管壁の厚さ、狭窄、プラークの状態から、動脈硬化の程度を調べる検査。心臓の冠動脈や脳動脈で動脈硬化がどのくらい進んでいるのか推測できる。

■血管内皮機能検査（FMD）

血管内皮機能の状態を評価する検査。腕を圧迫し血管内皮細胞から生成される NO（一酸化窒素）によって、解放後どれだけ動脈が広がるかを超音波でみる検査。

■血栓

血管内の血小板や血液の塊。血栓により血管が閉塞・狭窄されて生じる病気に心筋梗塞や脳梗塞がある。

■健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

■健康増進法

国民の健康維持と疾病予防・栄養改善等を目的としてつくられた法律。

■高血圧

血圧が高い状態。日本高血圧学会では収縮期血圧が 140mmHg 以上、拡張期血圧が 90mmHg 以上の両方、またはどちらか一方を満たすときを高血圧と定義している。

■後発医薬品（ジェネリック医薬品）

新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。

■高齢者の医療の確保に関する法律

かつては老人保健法として 1982 年に制定されていたが、平成 20 年（2008 年）4 月 1 日に「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正された。第一条（目的）「この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。」第二節「特定健康診査等基本指針等」の第 19 条には「特定健康診査等実施計画」がある。

■国保連に設置される

保健事業支援・評価委員会

平成 26 年度より公益社団法人国民健康保険中央会において、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会」を設置するとともに、都道府県国民健康保険団体連合会には、「保健事業支援・評価委員会」を設置し、国民健康保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施、評価等の支援を行う「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」を実施している。

■国民健康保険団体連合会

国民健康保険法第 83 条に基づき、会員である保険者（市町村及び国民健康保険組合）が共同でその目的を達成するため必要な事業を行うことを目的に設立された公法人で、全国 47 都道府県にそれぞれ設置されている。

【さ行】

■財政（力）指数

地方公共団体の財政力の豊かさを判断する指標で、標準的な行政活動を行うのに必要な財源をどのくらい自力で調達できるかを表している。

■脂質異常症

血液中の脂質（中性脂肪、コレステロール等）量が正常範囲を超えた状態及び HDL コレステロールの量が正常より少ない状態。

■歯周病

歯と歯肉の境目に多くの細菌が停滞し（歯垢の蓄積）、歯肉の辺縁が炎症して赤くなったり、腫れたりする。進行すると歯と歯肉の境目が深くなり、歯を支える土台である骨が溶けて歯が動くようになり、最後は抜歯をしなければならない。

■社会保障費

医療・介護の自己負担分以外の給付額や年金の受給額など、社会保障制度によって国や地方公共団体から国民に給付される金額・サービスの年間合計額。

■収縮期血圧

心臓が縮んで全身に血液を送り出した時の血管への圧。最高血圧、最大血圧、上の血圧ともいわれる。

■腎機能 (e G F R)^{いーじーえふあーる}

腎臓にある糸球体がどのくらい老廃物を尿に排泄する能力があるかを示し、クレアチニン値をもとに年齢、性別から算出する。慢性腎臓病 (CKD) の早期発見・早期治療のための指標。

■心筋虚血

心臓の冠動脈が詰まったり、狭くなったりして、心臓の筋肉 (心筋) に血液が行き届かなくなること。

■心血管疾患

心臓や血管などの循環器の病気のこと。

■心血管死亡

脳血管疾患や心疾患による死亡。

■心原性脳梗塞 (心原性脳塞栓症)

心臓でできた血の塊 (血栓) が血流に乗って脳に運ばれ、脳の血管を詰まらせる病気。

■人工透析・透析

腎不全の末期症状において、腎臓に代わって役割を果たす治療法で、血液透析と腹膜透析がある。

■心臓足首血管指数 (CAVI)

血圧に依存しない動脈の硬さを簡便にかつ正確に測定できる非観血的 (生体を切開せずに行う) 動脈硬化指標。

■腎不全

腎臓が尿の生成、細胞外液中の水や電解質等の濃度を調節する機能が正常に働かなくなった状態。腎機能が 10% 以下になった場合、人工透析が必要になる。慢性 (数か月～数年かけて) に進行する腎臓の病気によって、徐々に腎機能の低下が進行する病態 (状態) を慢性腎不全という。

■心房細動

心房が痙攣したようになり、血液をうまく心臓から全身に送れなくなる病気。そのため、拡張・収縮する力が低下した心臓の中で血液がよどみ、血の塊 (血栓) ができやすくなる。できた血の塊が心臓のポンプ作用で血流に乗って運ばれ、体のあちこちで血管を詰まらせることが問題となっている。

■診療ガイドライン

医療現場において適切な診断と治療を補助することを目的として、病気の予防・診断・治療・予後予測など診療の科学的根拠や手順についての最新の情報を専門家 (医師) の手で分かりやすくまとめた指針。

■生活習慣病

心臓病、高血圧症、高脂血症、糖尿病、がんなど、不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣に起因すると考えられる病気。以前は成人病と呼ばれていたが、平成 8 年に厚生省がこの名称を導入した。

■臓器障害

高血圧や高血糖等の持続によって脳、心臓、腎臓に起こる病気で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、狭心症、心筋梗塞、心肥大、心不全、腎不全など。

■足関節上腕血圧比 (ABI)

足首と上腕の血圧を測定し、その比率を計算したもの。動脈に狭窄や閉塞があるとその部分の血圧は低下し、主に下肢の動脈に起こりやすいことから閉塞性動脈硬化症の早期発見に有効。

【た行】

■第 1 号被保険者

介護保険制度における被保険者のうち、市町村内に住所を有する 65 歳以上の住民のことをいう。

■大血管障害

糖尿病等の生活習慣病が起因となる慢性合併症の一つで、代表的なものとして心臓の血管や脳の血管、足の血管の障害がある。

■第 2 号被保険者

介護保険制度における被保険者のうち、市町村内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者のことをいう。

■地域差指数

医療費の地域差を表す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を 1 として指数化したもの。

■中性脂肪

人間の活動エネルギー源の一つで、食事から摂取したものと、体内（肝臓）で合成されたものがある。余った中性脂肪やブドウ糖は肝臓や皮下等の脂肪細胞に蓄えられる。

■重複服薬

複数の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している状態。

■低アルブミン血症

血液中のたんぱく質であるアルブミンが正常よりも低くなっている状態。

■同規模区分

KDB において、郡市区分・人口等により 13 区分に分けられたもの。

■糖尿病性腎症

糖尿病で血糖値の高い状態が長期間続くこ

とにより腎臓の細かな血管（糸球体など）が壊れて老廃物をろ過することができなくなった状態。尿たんぱく、尿中アルブミン、クレアチニンなどにより診断される。病期は重症度により、1 期から 5 期まで分類される。

■糖尿病性腎症重症化予防プログラム

北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム

日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定に基づき、国レベルで取組を推進する観点から厚生労働省が策定したものであり、対象者の抽出、関係機関との連携や評価等、PDCA サイクルに沿って事業を進めるための基本的事項をまとめたもの。北海道で策定した北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムもある。

■糖尿病連携手帳

検査値や治療内容、合併症の検査所見などを記録し、糖尿病の自己管理に活用する。また、かかりつけ医やかかりつけ眼科医、かかりつけ歯科医、病院、薬局、管理栄養士、保健師の保健指導等の病診連携、地域連携を推進する役割を担う手帳。

【な行】

■内臓脂肪

腹腔内の腸間膜に蓄積する脂肪のこと。

■内臓脂肪型肥満

腹腔内の腸のまわりなどに脂肪が過剰に蓄積しているタイプの肥満のこと。内臓脂肪の脂肪細胞からは、「アディポサイトカイン（生理活性物質）」という体に作用するホルモンに似た物質がたくさん分泌されている。アディポサイトカインには、体にプラスに働く善玉物質とマイナスに働く悪玉物質があり、内臓脂肪が増えすぎてしまうと、悪玉物質の分泌が増えてしま

主な用語の解説

うため、糖尿病、高血圧、脂質異常症、動脈硬化を招きやすくなる。

75グラムとうふ かけんさ ■75g糖負荷検査

75gのブドウ糖液（砂糖水）を飲んで、インスリンの分泌や血糖値の変化を調べる検査。空腹時に採血した後、ブドウ糖液を飲み、30分後、1時間後、2時間後に採血する。

■日本人の食事摂取基準

厚生労働省が、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持、増進、エネルギー、栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示すもの。

■尿アルブミン・尿中アルブミン

尿蛋白の主成分。健常人でもごくわずかに見られるが、腎臓の糸球体の障害や機能低下に伴って増加する。主に糖尿病性腎症の早期発見のために測定する。

■尿酸

プリン体代謝の最終産物で、細胞の核に含まれるプリン体は、細胞が死ぬと尿酸に分解される。高尿酸血症とは血液中の尿酸値が異常に高くなった状態で、血液中に溶けきれない尿酸がからだの色々なところに結晶化して蓄積し、痛風を初めとする多くの障害を引き起こす。

■尿潜血

尿に血液が混じっているかどうかを調べる検査。腎臓、尿管、膀胱などの異常を発見するために使用される。

■尿蛋白

尿中に漏れ出ているたんぱく質のこと。腎

機能の測定のために使用される。

■尿糖

血液中の糖が尿中に排泄されているか調べる検査。血液中の糖は、腎臓で血液からろ過される過程で水分とともに体に再吸収されるが、血糖値が160~180mg/dlを超えると、尿に糖が出てくるといわれている。

■脳血管疾患

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に代表される脳の血管の病気の総称。

【は行】

■ハイリスクアプローチ

健康リスクを抱えた人をスクリーニングし、該当者に行動変容を促すこと。

■ハイリスク者

疾病を発生しやすい高い危険因子（要因）を持った人。

びーえむあい ■BMI

Body Mass Index（ボディ マス インデックス）の略称。体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）で算出される体格指数。肥満度を測るための指標。

■非侵襲的評価

生体に傷をつけない、身体に負担を与えない検査。

びりょう ■微量アルブミン尿

腎機能が低下すると、本来は尿中に排泄されないアルブミンというたんぱく質がわずかに漏れ出してくる。これを微量アルブミン尿とい

う。

■腹囲

臍の位置から水平にメジャーをまわして測った値。内臓脂肪の蓄積を推測する検査。

■フレイル

病気ではないけれども年齢とともに、筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態のこと。

■HbA1c

血液中のブドウ糖と赤血球中のHb（ヘモグロビン）が結合したもので、1日の血糖値の平均が高いほど増えることから、検査前1～2か月の血糖コントロールの状態を知る指標として使われる。

■保険者協議会

高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連携調整、保険者に対する必要な助言または援助、医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。

■ポピュレーションアプローチ

リスクの有無にかかわらず、集団に対して同一の環境整備などを指導すること。

【ま行】

■脈波伝播速度（PWV）

心臓の拍動（脈波）が動脈を通じて手や足にまで届く速度。動脈壁が厚くなったり、硬くなったりすると、動脈壁の弾力性がなくなり、脈波に伝わる速度が速くなる。

■慢性腎臓病（CKD）

慢性に経過する腎不全について、その未病状態から末期までを包括する概念。

■メタボリックシンドローム

内臓脂肪の蓄積による肥満の人が、糖尿病、高血圧、脂質異常といった動脈硬化の危険因子（要因）を複数併せもった状態をいう。

【ら行】

■レセプト（診療報酬明細書）

患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者に請求する月ごとの医療報酬の明細書のこと。「診療報酬」とは、診察・治療・処方などの医療行為の対価として医療機関に支払われる費用のことで、個々の技術・サービスを点数化した診療報酬点数表をもとに算出される。

北広島市国民健康保険
第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画
令和6年度～令和11年度

発行：北広島市

(担当：北広島市保健福祉部保険年金課・健康推進課)

北海道北広島市中央4丁目2番地1

電話：011-372-3311（代表）