

遠軽町国民健康保険  
第 3 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)  
令和 6 年度～令和 11 年度

遠軽町国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
  - 1) 実施主体部局の役割
  - 2) 関係機関との連携
  - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……9

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
  - 1) 第2期計画に係る評価
  - 2) 主な個別事業の評価と課題
  - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
  - 1) 基本的な考え方
  - 2) 健康課題の明確化
  - 3) 目標の設定

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

- 1. 糖尿病性腎症重症化予防
- 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
- 3. 虚血性心疾患重症化予防
- 4. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....70

- 1. 評価の時期
- 2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....71

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....72

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」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)で市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、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<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(平成25.6閣議決定)

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

遠軽町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

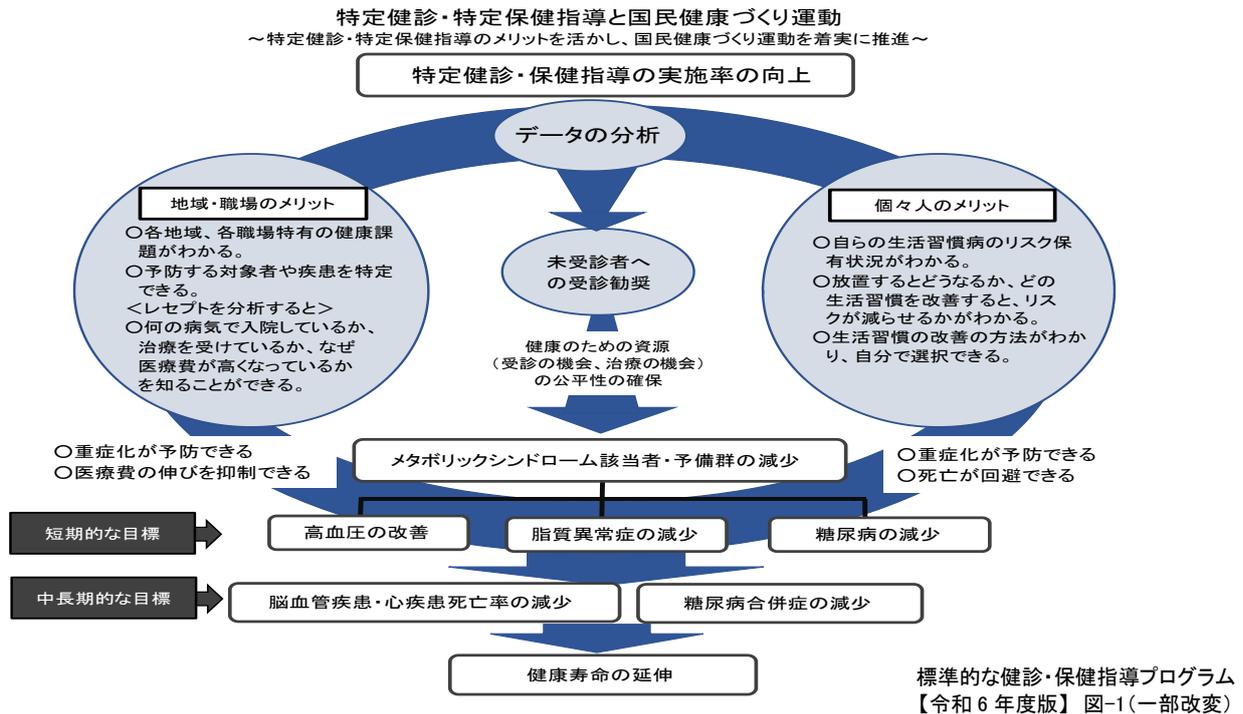
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

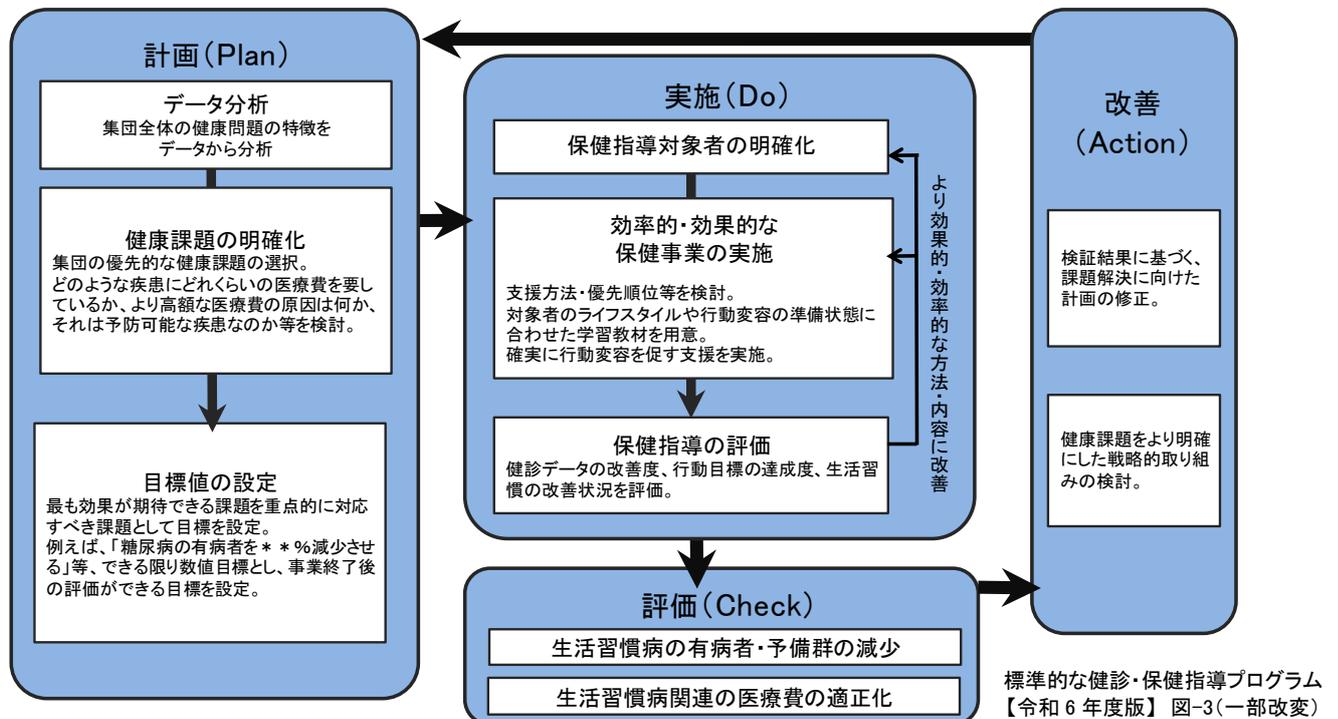
法定計画等の位置づけ						
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第10条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	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) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
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 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通して、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

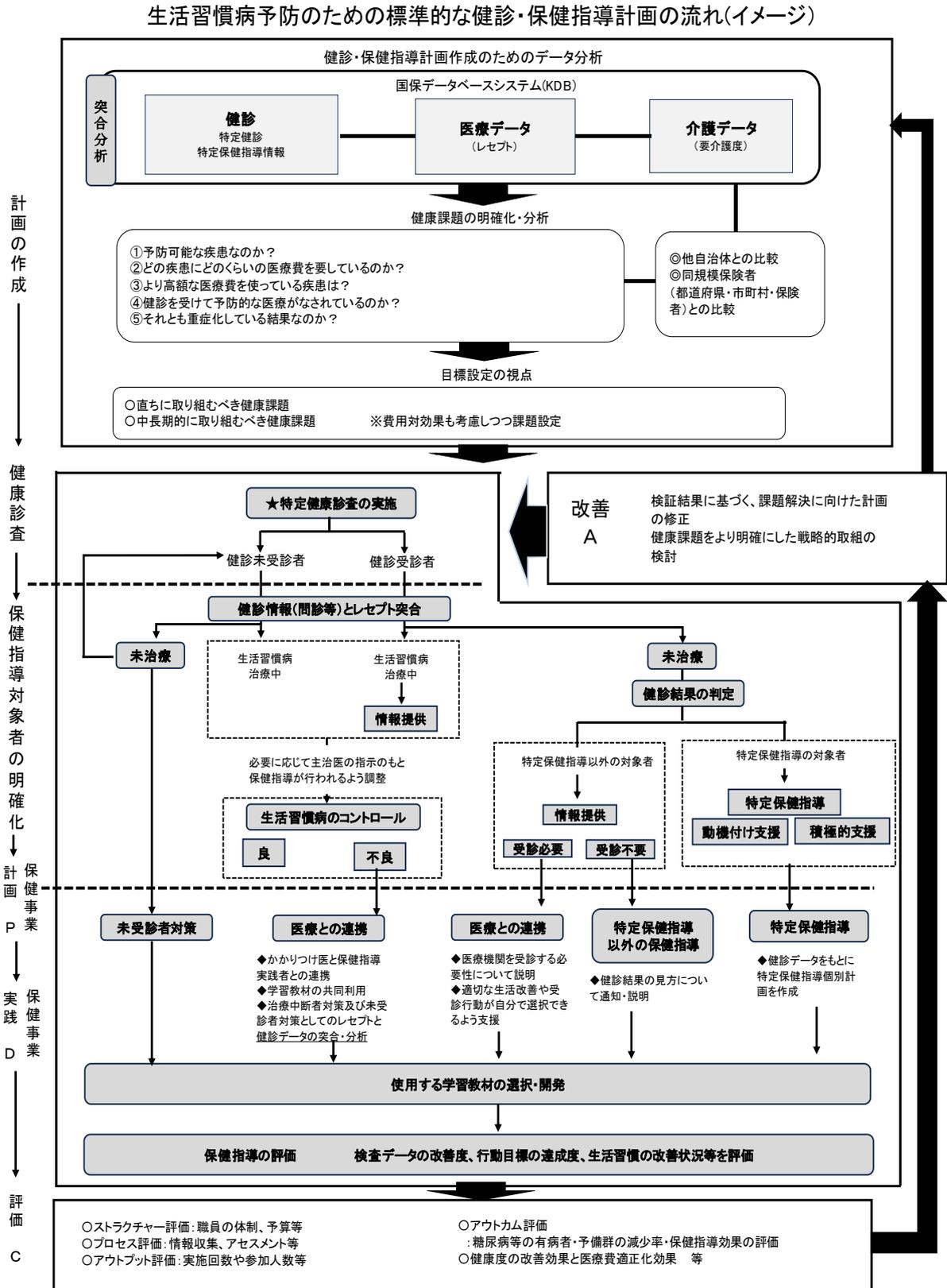


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析  
(生活習慣病に関するガイドライン)

➔

行動変容を促す手法

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

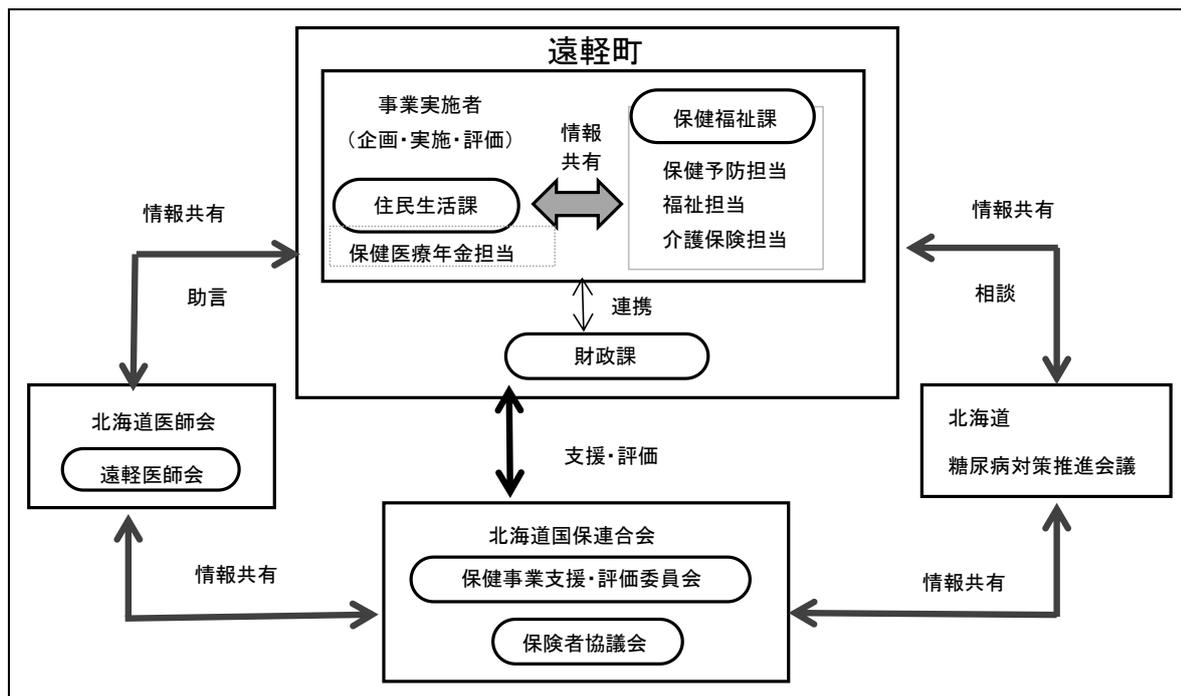
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、保健福祉課が主体となり、住民生活課(国保担当)とも連携しながら、町が一体となって策定等を進めます。

また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価を行い、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健福祉課(保健予防担当、福祉担当、介護保険担当)、住民生活課(国保担当)、財政課(財政担当)との連携を図ることとします。

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

図表 6 遠軽町の実施体制図



## 2) 関係機関との連携

計画の策定等を進めるにあたって、北海道や国保連、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、遠軽医師会、国保運営協議会と連携しながら取り組みます。

また、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、保健所が実施する保険者協議会を活用しながら、健康・医療情報の分析結果や健康課題等の状況を共有し連携を図っていきます。

## 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7)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しています。

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・効率的な活用が期待されています。

図表7 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			
		遠軽町	配点	遠軽町	配点	遠軽町	配点		
交付額(万円)		891		1122		1059			
全国順位(1,741市町村中)		755位		77位		92位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	155	70	135	70		
		(2)特定保健指導実施率	100		70		70		
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	55	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	95	100		
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	50	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	45	50	45	50	45	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	5	130	100	130	70	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	65	100	85	100
		②	データヘルス計画の実施状況	32	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	25	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	29	40	29	50	36	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	41	95	50	100	54	100	
合計点		577	1,000	744	960	720	940		

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

遠軽町は人口約1万8千人、高齢化率は令和2年度国勢調査で38.6%と、同規模、道、国と比較すると高いです。被保険者の平均年齢も57歳と同規模と比べて高く、出生率と財政指数は低いです。

産業においては、第3次産業が72.9%と同規模と比較しても高く、特にサービス業が大半を占め、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いことが推察されるため、若い年代からの健康課題を明確にすることが重要です。(図表8)

国保加入率は20.9%で、被保険者数の減少に伴い、加入率も低くなっています。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約54%を占めています。(図表9)

また遠軽町には3つの病院、14の診療所があり、いずれも同規模と比較すると多く、病床数も多いことから医療資源には恵まれています。外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して少ない傾向です。(図表10)

図表8 同規模・道・国と比較した遠軽町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
遠軽町	18,712	38.6	3,909 (20.9)	57.7	5.0	15.3	0.3	8.1	19.0	72.9
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
道	--	32.2	20.8	54.2	5.7	12.6	0.5	7.4	17.9	74.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、遠軽町と同規模保険者(111市町村)の平均値

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	4,565		4,406		4,326		4,122		3,909	
65～74歳	2,405	52.7	2,390	54.2	2,345	54.2	2,247	54.5	2,108	53.9
40～64歳	1,411	30.9	1,321	30.0	1,298	30.0	1,205	29.2	1,183	30.3
39歳以下	749	16.4	695	15.8	683	15.8	670	16.3	618	15.8
加入率	21.9		21.1		20.7		19.8		20.9	

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

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	道								
											割合	割合
病院数	4	0.9	3	0.7	3	0.7	3	0.7	3	0.8	0.3	0.5
診療所数	9	2.0	11	2.5	13	3.0	14	3.4	14	3.6	2.8	3.1
病床数	621	136.0	571	129.6	571	132.0	571	138.5	571	146.1	45.4	85.6
医師数	54	11.8	54	12.3	49	11.3	49	11.9	48	12.3	6.6	12.8
外来患者数	585.7		593.6		559.2		574.7		595.8		721.7	654.8
入院患者数	24.0		23.8		20.8		24.0		21.0		21.9	21.5

出典:KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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、脂質異常症の減少を設定しました。(図表 2 参照)

### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

#### ① 介護給付費の状況

遠軽町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で21人(認定率0.36%)、1号(65歳以上)被保険者で1,228人(認定率17.0%)と同規模・道・国と比較すると低いですが、平成30年度と比べると増加しています。(図表 11)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約16億円から約17億円に増えています。(図表 12)

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、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で4割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約8~9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	遠軽町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	7,334人	35.2%	7,230人	38.6%	36.0%	32.2%	28.7%
2号認定者	23人	0.35%	21人	0.36%	0.40%	0.42%	0.38%
新規認定者	1人		2人		--	--	--
1号認定者	1,172人	16.0%	1,228人	17.0%	18.8%	20.9%	19.4%
新規認定者	210人		215人		--	--	--
再掲 65～74歳	105人	3.1%	108人	3.4%	--	--	--
新規認定者	28人		26人		--	--	--
75歳以上	1,067人	26.7%	1,120人	27.9%	--	--	--
新規認定者	182人		189人		--	--	--

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	遠軽町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	15億9365万円	17億3776万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	217,297	240,355	297,567	269,507	290,668
1件あたり給付費(円) 畜体	71,003	73,410	70,292	60,965	59,662
居室サービス	43,379	43,389	43,991	42,034	41,272
施設サービス	286,137	292,131	291,264	296,260	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		21		108		1,120		1,228		1,249			
再)国保・後期		12		91		1,036		1,127		1,139			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	5 41.7%	脳卒中	50 54.9%	脳卒中	537 51.8%	脳卒中	587 52.1%	脳卒中	592 52.0%
			2	虚血性心疾患	3 25.0%	虚血性心疾患	24 26.4%	虚血性心疾患	467 45.1%	虚血性心疾患	491 43.6%	虚血性心疾患	494 43.4%
			3	腎不全	1 8.3%	腎不全	15 16.5%	腎不全	213 20.6%	腎不全	228 20.2%	腎不全	229 20.1%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	15 16.5%	糖尿病合併症	89 8.6%	糖尿病合併症	104 9.2%	糖尿病合併症	104 9.1%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			10 83.3%	基礎疾患	86 94.5%	基礎疾患	1,016 98.1%	基礎疾患	1,102 97.8%	基礎疾患	1,112 97.6%
		血管疾患合計			11 91.7%	合計	88 96.7%	合計	1,022 98.6%	合計	1,110 98.5%	合計	1,121 98.4%
		認知症			2 16.7%	認知症	25 27.5%	認知症	426 41.1%	認知症	451 40.0%	認知症	453 39.8%
		筋・骨格疾患			12 100.0%	筋骨格系	83 91.2%	筋骨格系	984 95.0%	筋骨格系	1,067 94.7%	筋骨格系	1,079 94.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

遠軽町の医療費は、国保加入者が年々減少しているため総医療費は減少傾向にあります。しかし、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて低いものの国と比べて約 1.6 万円高く、平成 30 年度と比較しても約1万円増加しています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 43%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 8 万円も高くなっています。(図表 14)

また年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均の 1 は超えていませんが、一人あたり医療費が増加した要因は入院療養費と考えられ、入院を抑制するためには予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 15)

図表 14 医療費の推移

		遠軽町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		4,565人	3,909人	--	--	--
前期高齢者割合		2,405人 (52.7%)	2,108人 (53.9%)	--	--	--
総医療費		15億8296万円	13億9303万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		346,760	356,365	382,035	376,962	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	528,700	611,250	601,790	628,200	617,950
	費用の割合	43.5	43.1	42.6	43.7	39.6
	件数の割合	3.9	3.4	2.9	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	28,180	28,390	24,640	26,530	24,220
	費用の割合	56.5	56.9	57.4	56.3	60.4
	件数の割合	96.1	96.6	97.1	96.8	97.5
受診率		609.754	616.795	743.593	676.241	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は遠軽町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

図表 15 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		遠軽町 (道内市町村中)		道 (47県中)	遠軽町 (道内市町村中)		道 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.983	0.940	1.064	0.897	0.866	1.118
		(133位)	(135位)	(16位)	(145位)	(153位)	(9位)
	入院	1.070	0.973	1.162	1.019	0.913	1.252
		(116位)	(133位)	(17位)	(117位)	(142位)	(8位)
	外来	0.942	0.934	0.997	0.782	0.837	0.985
		(124位)	(115位)	(26位)	(165位)	(144位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

総医療費に対し、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患)医療費合計が占める割合は、平成30年度と比較すると高くなっており、特に虚血性心疾患は、平成30年度より1.45%増加し、同規模、道よりもかなり高いです。脳血管疾患についても平成30年度より低くなってはいますが同規模、道よりも高いです。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全の全てで、患者数は減り、割合も低くなっています。(図表17)

虚血性心疾患の治療割合が最も高く、虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常

生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			遠軽町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			15億8296万円	13億9303万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億1140万円	1億1078万円	--	--	--
			7.04%	7.95%	7.88%	6.48%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.10%	2.83%	2.17%	2.18%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.47%	2.92%	1.42%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.23%	1.85%	4.00%	2.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.35%	0.29%	0.28%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		21.81%	22.84%	17.02%	19.14%	16.69%
	筋・骨疾患		8.41%	7.86%	8.86%	9.41%	8.68%
	精神疾患		7.85%	7.89%	8.15%	7.60%	7.63%

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	4,565	3,909	a	353	252	410	302	14	9	
				a/A	7.7%	6.4%	9.0%	7.7%	0.3%	0.2%	
40歳以上	B	3,816	3,291	b	347	252	405	301	14	9	
	B/A	83.6%	84.2%	b/B	9.1%	7.7%	10.6%	9.1%	0.4%	0.3%	
再掲	40~64歳	C	1,411	1,183	c	63	44	59	45	11	7
		C/A	30.9%	30.3%	c/C	4.5%	3.7%	4.2%	3.8%	0.8%	0.6%
	65~74歳	D	2,405	2,108	d	284	208	346	256	3	2
		D/A	52.7%	53.9%	d/D	11.8%	9.9%	14.4%	12.1%	0.1%	0.1%

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

## (2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期的な目標疾患の高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況では、高血圧症治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています(図表 18)。糖尿病治療者の割合は減り、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も減っていますが糖尿病合併症の割合は増えています(図表 19)。

遠軽町は特定健診の結果から治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。重症化に進む手前の早期の段階で適切な治療を受けるなどの自己管理ができることが、重症化を予防するうえで重要であると考えます。

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	1,727	1,537	387	324	1,340	1,213
		A/被保数	45.3%	↑ 46.7%	27.4%	27.4%	55.7%	57.5%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	182	137	34	22	148	115
		B/A	10.5%	↓ 8.9%	8.8%	6.8%	11.0%	9.5%
	虚血性心疾患	C	346	238	49	34	297	204
		C/A	20.0%	↓ 15.5%	12.7%	10.5%	22.2%	16.8%
	人工透析	D	13	8	11	7	2	1
		D/A	0.8%	↓ 0.5%	2.8%	2.2%	0.1%	0.1%

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

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	1,376	964	308	218	1,068	746
		A/被保数	36.1%	29.3%	21.8%	18.4%	44.4%	35.4%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	145	81	23	10	122	71
		B/A	10.5%	↓ 8.4%	7.5%	4.6%	11.4%	9.5%
	虚血性心疾患	C	276	126	37	14	239	112
		C/A	20.1%	↓ 13.1%	12.0%	6.4%	22.4%	15.0%
	人工透析	D	12	5	10	5	2	0
		D/A	0.9%	↓ 0.5%	3.2%	2.3%	0.2%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	60	46	17	13	43	33
		E/A	4.4%	↑ 4.8%	5.5%	6.0%	4.0%	4.4%
	糖尿病性網膜症	F	61	54	20	12	41	42
		F/A	4.4%	↑ 5.6%	6.5%	5.5%	3.8%	5.6%
	糖尿病性神経障害	G	31	33	7	6	24	27
		G/A	2.3%	↑ 3.4%	2.3%	2.8%	2.2%	3.6%

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	1,530	1,265	325	269	1,205	996	
	A/被保数	40.1%	38.4%	23.0%	22.7%	50.1%	47.2%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	160	117	25	13	135	104
		B/A	10.5%	9.2%	7.7%	4.8%	11.2%	10.4%
	虚血性心疾患	C	282	200	34	24	248	176
		C/A	18.4%	15.8%	10.5%	8.9%	20.6%	17.7%
	人工透析	D	4	5	3	5	1	0
		D/A	0.3%	0.4%	0.9%	1.9%	0.1%	0.0%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脂質異常症)、地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成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。また未治療者の健診後の医療状況をレセプトと突合すると、未治療(放置)が高血圧で44%、糖尿病で11%と、その割合は同規模と比較しても高くなっています。(図表21)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが(糖尿病合併症については増加)、新型コロナウイルス感染症の影響で健診受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療者には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	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	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
遠軽町	1,844	56.9	1,367	46.6	115	6.2	67	58.3	98	7.2	49	50.0	43	43.9	3	3.1
同規模	102,084	42.4	88,959	38.8	6,357	6.2	4,013	63.1	6,269	7.0	3,976	63.4	2,492	39.8	309	4.9

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	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	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
遠軽町	1,803	97.8	1,344	98.3	136	7.5	14	10.3	108	8.0	19	17.6	12	11.1	1	0.9
同規模	102,084	42.4	88,959	38.8	100,303	4.8	1,222	25.5	4,387	5.0	1,061	24.2	287	6.5	150	3.4

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、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

遠軽町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、0.7%減少、3 項目すべての危険因子が重なっている割合も 1.3%減少しましたが、同規模・道と比較するとまだ高い状況です。(図表 22)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上について微増しているものの、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5 以上者で改善率が上がってきています。Ⅱ度高血圧以上・LDL-C160 以上の改善率は下がっており、課題となっています。

さらに翌年度健診を受診していない方がいずれも 3~4 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導の実施に努めると共に、年度当初に重症化予防対象者への継続受診の勧奨、未受診者への働きかけも併せて行っていきます(図表 23、24、25)。

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群	該当者	
			3項目	2項目		同規模	道
H30年度	1,844 (56.9%)	439 (23.8%)	189 (10.2%)	250 (13.6%)	197 (10.7%)		
R04年度	1,353 (49.2%)	313 (23.1%)	121 (8.9%)	192 (14.2%)	142 (10.5%)	27,097 (21.3%)	41,916 (20.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	255 (14.8%)	58 (22.7%)	94 (36.9%)	38 (14.9%)	65 (25.5%)
R03→R04	201 (15.0%)	48 (23.9%)	69 (34.3%)	19 (9.5%)	65 (32.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	112 (6.4%)	59 (52.7%)	22 (19.6%)	1 (0.9%)	30 (26.8%)
R03→R04	98 (7.2%)	40 (40.8%)	18 (18.4%)	5 (5.1%)	35 (35.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	187 (10.7%)	72 (38.5%)	56 (29.9%)	13 (7.0%)	46 (24.6%)
R03→R04	129 (9.4%)	49 (38.0%)	19 (14.7%)	8 (6.2%)	53 (41.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

遠軽町の特定健診受診率は、令和1年度には57.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷し、第3期特定健診等実施計画の目標には到達していない状況です。(図表26)

これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満(30代)の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表27)

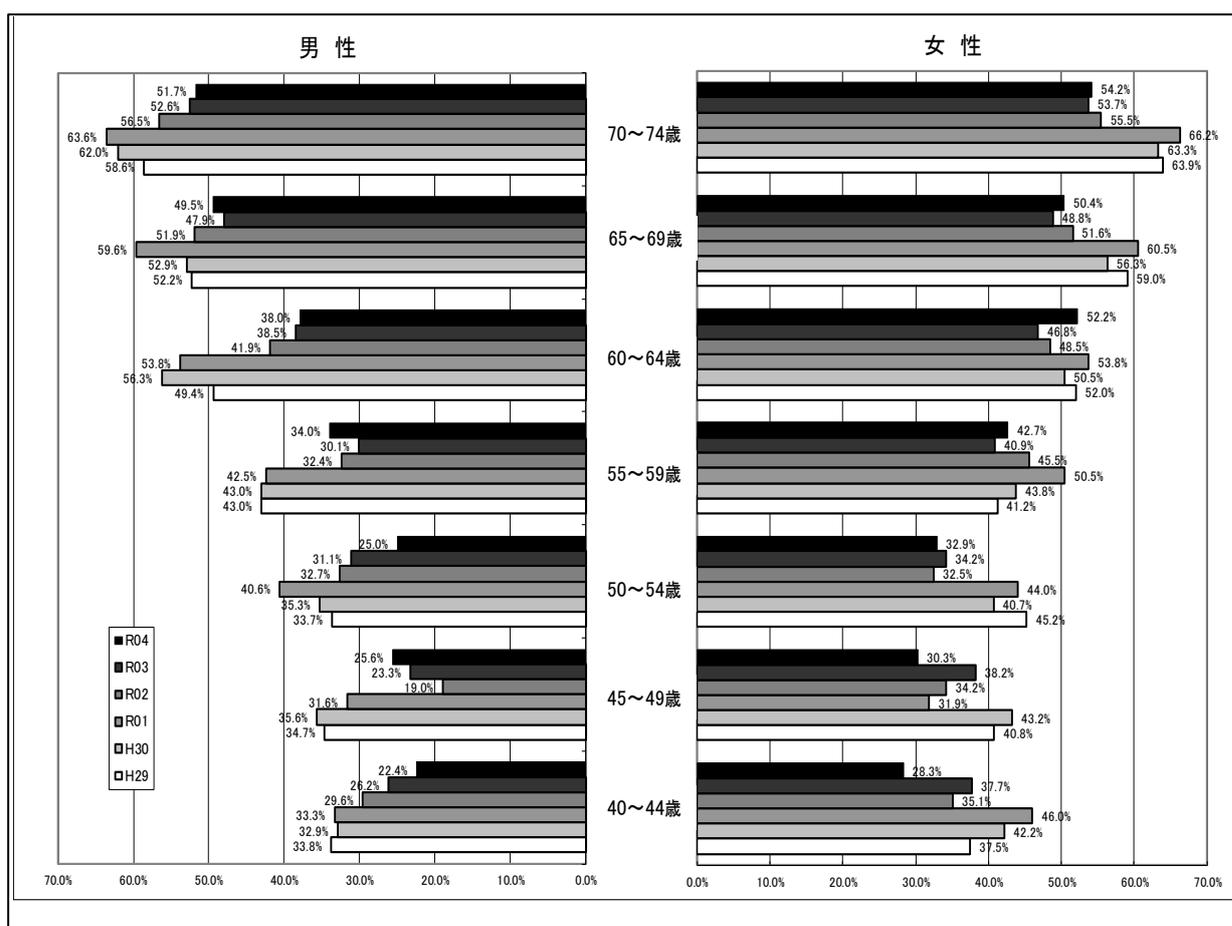
特定保健指導は、令和3年度から実施率が下がってはいますが、9割と高い指導率を維持しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,754	1,807	1,499	1,366	1,278	健診受診率 60%
	受診率	54.3%	57.2%	48.8%	46.7%	46.5%	
特定保健指導	該当者数	218	218	179	173	149	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.4%	12.1%	11.9%	12.7%	11.7%	
	実施者数	192	205	171	156	133	
	実施率	88.1%	94.0%	95.5%	90.2%	89.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和4年度 84.8%と増加しているものの、血糖値有所見者割合は減少していません(図表 28)。

平成29年度以降、HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきましたが、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合は減少していません(図表 30)。初受診で高血糖状態が発覚する場合がありますが、指導を受けても改善しないケースも多い状況です。

HbA1c6.5%以上の未治療者の精密検査受診状況は半数程度にとどまります。また受診しても内服治療につながらない、通院中断により値が悪化するなど改善につながらない状況があります。継続して保健指導を実施するように体制を強化し、医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行っていきます(図表 29)。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

図表 28 糖尿病性腎症重症化予防対象者(全健診受診者のうち HbA1c 検査実施者)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,837	1,862	1,541	1,442	1,375
血糖値有所見者 *1	人(b)	265	253	245	214	204
	(b/a)	14.4%	13.6%	15.9%	14.8%	14.8%
保健指導実施者 *2	人(c)	213	194	211	174	173
	(c/b)	80.4%	76.7%	86.1%	81.3%	84.8%

\*1 HbA1c6.5%以上のもの

\*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 29 治療が必要な者の適切な受診(全健診受診者のうち HbA1c 検査実施者)

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	265	253	245	214	204
血糖値有所見者の 未治療者等 *3 (通院者健診者を除く)	人(b)	39	34	26	36	39
	受診した者	人(c)	13	20	11	14
	(c/b)	33.3%	58.8%	42.3%	38.9%	56.4%

\*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 30 HbA1c8.0 以上の状況(全健診受診者のうち HbA1c 検査実施者)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,837	1,862	1,541	1,442	1,375
HbA1c8.0%以上	人(b)	36	44	37	33	31
	(b/a)	2.0%	2.4%	2.4%	2.3%	2.3%
保健指導実施	人(c)	28	40	34	31	27
	(c/b)	77.8%	90.9%	91.9%	93.9%	87.1%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(d)	3	5	7	5	8
	(d/b)	8.3%	11.4%	18.9%	15.2%	25.8%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の重症化予防を目的として、心電図検査は 82.2%実施できています。(図表 31)

虚血所見(ST 異常所見)や心房細動の有所見者のうち要精密検査・要治療になった者のほぼ全数が、受診行動につながっています。

虚血や心房細動を含む心電図検査で要精密検査となった者への受診勧奨だけでなく、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を行っています。

図表 31 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)	a	1,869	823	1,046	1,906	818	1,088	1,574	682	892	1,467	627	840	1,392	583	809
心電図受診者(人)	b	1,482	642	840	1,482	637	845	1,195	518	677	1,183	504	679	1,144	481	663
<b>心電図実施率</b>	<b>b/a</b>	<b>79.3%</b>	<b>78.0%</b>	<b>80.3%</b>	<b>77.8%</b>	<b>77.9%</b>	<b>77.7%</b>	<b>75.9%</b>	<b>76.0%</b>	<b>75.9%</b>	<b>80.6%</b>	<b>80.4%</b>	<b>80.8%</b>	<b>82.2%</b>	<b>82.5%</b>	<b>82.0%</b>
要医療者(人)	c	12	6	6	17	13	4	9	6	3	8	5	3	17	12	5
要医療者の割合	c/b	0.8%	0.9%	0.7%	1.1%	2.0%	0.5%	0.8%	1.2%	0.4%	0.7%	1.0%	0.4%	1.5%	2.5%	0.8%
有所見者(人)		111	69	42	130	78	52	120	66	54	147	77	70	129	65	64
治療中者(人)		50	26	24	65	30	35	39	17	22	41	21	20	53	27	26
心房細動(人)	e	12	10	2	20	13	7	12	8	4	11	9	2	18	13	5
心房細動有所見率	e/b	0.8%	1.6%	0.2%	1.3%	2.0%	0.8%	1.0%	1.5%	0.6%	0.9%	1.8%	0.3%	1.6%	2.7%	0.8%
うち、心房細動要医療者(人)		0			4			3			1			3		
うち、医療機関受診あり(人)					4			0			1			3		
虚血所見(人)	f	23	12	11	29	19	10	26	12	14	29	11	18	20	6	14
虚血所見有所見率	f/b	1.6%	1.9%	1.3%	2.0%	3.0%	1.2%	2.2%	2.3%	2.1%	2.5%	2.2%	2.7%	1.7%	1.2%	2.1%
うち、虚血所見要医療者(人)		3	2	1	6	6	0	3	2	1	0	0	0	2	2	0
うち、医療機関受診あり(人)		3			3			2						2		

### ③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は増加傾向で、そのうち 54.8%が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 51 人中通院者健診を除いた 37 人のうち、保健指導後受診につながった者は 23 人(62%)でした。血圧Ⅲ度においては、12 人のうち 7 人が受診していますが、5 人(42%)は未受診でした。(図表 32)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度とも深く関与しています。図表 33 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらいながら適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭での自己測定や血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者のうち高血圧の治療者が 45.2%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります。

図表 32 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,756	1,806	1,500	1,367	1,279	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	112	115	96	98	93	
	(b/a)	6.4%	6.4%	6.4%	7.2%	7.3%	
	治療あり	人(c)	47	58	48	49	42
		(c/b)	42.0%	50.4%	50.0%	50.0%	45.2%
	治療なし	人(d)	65	57	48	49	51
		(d/b)	58.0%	49.6%	50.0%	50.0%	54.8%
	うち通院者健診除く (要精密検査者)	人	54	41	31	26	37
医療機関受診あり		9	15	15	13	23	
医療機関受診なし		45	26	16	13	14	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	16	23	17	9	22
		(f/a)	0.9%	1.3%	1.1%	0.7%	1.7%
	治療あり	人(g)	5	14	7	5	5
		(g/f)	31.3%	60.9%	41.2%	55.6%	22.7%
	治療なし	人(h)	11	9	10	4	17
		(h/f)	68.8%	39.1%	58.8%	44.4%	77.3%
	うち通院者健診除く (要精密検査者)	人	7	8	4	2	12
		医療機関受診あり	2	4	2	1	7
		医療機関受診なし	5	4	2	1	5

図表 33 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	人数	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	429	25	198	179	35	17	A ただちに 薬物療法を開始	131
			46.2%	41.7%	8.2%	4.0%		
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	204	204	C 18	B 5	B 2	A 0	B 概ね1カ月後に 再評価	191
			5.8%	9.1%	2.8%	5.7%		
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	200	200	C 89	B 93	A 14	A 8	C 概ね3カ月後に 再評価	107
			47.6%	44.9%	52.0%	40.0%		
			B 91	A 81	A 19	A 9		
			46.6%	46.0%	45.3%	54.3%	52.9%	

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

遠軽町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、町民一人ひとりが、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている町や道の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健康づくり推進委員会の総会や地域別学習を毎年行い、町民への周知を行いました。

また、健康とふれあいのひろばにおいて野菜のフードモデルや減塩食品の展示などを実施してきました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 34 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	実績				最終評価 目標値	現状値の 把握方法		
				H28年度	H30年度	中間評価 R2年度	最終評価 R5年度 (R4年-9)	R5年度				
特定健診等計画	40、50歳代の受診率が特に低い	特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす  【未受診対策】	特定健診受診率60%以上	53.5	54.2	48.8	46.5	60%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
			40歳代の特定健診受診率 60%以上	34.4	38.2	28.9	26.8	50%				
			50歳代の特定健診受診率 60%以上	38.3	40.7	35.9	33.5	55%				
			特定保健指導実施率80%以上	91.2	88.1	95.5	89.3	80%				
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.4	12.4	12.0	11.6	10%				
データヘルス計画	男女ともに該当者の割合がやや増加。肥満者は男女とも全国(30.6%/20.6%)、北海道(36%/23.3%)と比較して高い。	肥満者(BMI25以上)の割合の減少	該当者	24.2	24.0	24.3	23.0	20%未滿	KDBシステム			
			男性	35.1	37.6	35.7	33.9	30%未滿				
			女性	16.1	13.4	15.7	15.0	15%未滿				
			予備軍	11.4	10.6	10.1	10.5	10%未滿				
			男性	18.5	17.0	15.6	15.6	15%未滿				
			女性	6.2	5.7	5.9	6.8	5%未滿				
			男性	35.9	37.8	42.5	38.9	30%未滿				
			女性	29.4	27.7	30.7	28.6	25%未滿				
			重症化予防対象者未治療者 HbA1c値6.5%以上 240人 II度高血圧以上 142人 LDLコレステロール 160mg/dl以上 191人	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  【重症化予防対策短期】	特定健診受診者のII度高血圧者以上の割合の減少(160/100mmHg以上)	7.5	6.4	6.4		7.3	6%未滿	管理台帳
					未治療	6.7	6.1	5.4		6.6	5%未滿	
	治療	8.6			6.8	7.9	8.4	8%未滿				
	特定健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160mg/dl以上)	10.1			10.6	11.3	7.3	10%未滿				
	未治療	14.2			14.5	14.8	10.1	14%未滿				
	治療	1.5			2.6	4.4	1.9	2%未滿				
	特定健診受診者の糖尿病型の割合減少(HbA1c6.5以上)	13.1			14.6	16.1	14.9	10%未滿				
	未治療	3.4			4.7	4.8	5.1	3%未滿				
	治療	71.8			68.4	76.4	76.1	70%未滿				
	(再掲 HbA1c7.0%以上)	7.7			7.5	8.8	7.6	5%未滿				
	未治療	1.1	0.9	1.3	1.6	1%未滿						
	治療	47.1	43.4	48.5	44.9	45%未滿						
(再掲 HbA1c8.0%以上)	2.5	1.9	2.4	2.3	2%未滿							
未治療	0.2	0.1	0.5	0.7	0.2%未滿							
治療	16.6	11.8	12.4	11.9	10%未滿							
糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合	13.7	31.8	37.0	54.3	50%							
糖尿病の保健指導を実施した割合	60.2	79.7	86.0	85.8	80%							
中長期目標	中長期目標疾患の新規発生や入院費の伸び率を減らす  【重症化予防対策長期】	糖尿病治療者に合併した虚血性心疾患治療者の割合	15.6	20.1		13.1	15%未滿	KDBシステム				
		糖尿病性腎症による新規透析導入者	1	1(1/4)	2(2/8)	4(4/6)	0人					
		総医療費に占める生活習慣病(中長期・短期)にかかる医療費の割合	24.1	19.91	19.32	20.29	20%未滿					
		総医療費に占める中長期目標疾患(脳)にかかる医療費の割合	7.3	3.10	1.67	2.83	2%未滿					
		総医療費に占める中長期目標疾患(心)にかかる医療費の割合	4.4	1.47	2.70	2.92	2%未滿					
		総医療費に占める中長期目標疾患(腎透析有)にかかる医療費の割合	6.6	2.23	2.03	1.85	2%未滿					
		総医療費に占める入院医療費の割合	45.7	43.5	42.8	43.1	40%未滿					
		総医療費に占める入院件数の割合	4.2	3.9	3.6	3.4	3%未滿					
		地域差指数(医療費の地域差を表す指標)	0.976	0.983	0.940		1未滿					
		厚生労働省										
努力者支援制度	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	-		実施	実施	実施	KDBシステム				
			介護保険認定率 1号認定者の割合	16.8	16.0	16.5	17.0	17.4	介護保険事業報告(年報) 介護保険計画			
			介護保険認定率 2号認定者の割合	0.31	0.4	0.4	0.4	21人				

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

遠軽町の国保加入者数は、年々減少し、国保の総医療費も減少していますが、一人当たりの医療費は、増えています。また遠軽町の高齢化により、高齢者の医療費や介護給付費も増加しています。

このような状況の中で予防可能な生活習慣病に主眼をおき、保健事業に取り組みました。

健診受診率60%を目指し取り組んだ内容が、未受診者へのダイレクトメールでの受診勧奨と40代や50歳以上の節目の方へのクーポン券の発行、通院患者のデータ受領などです。これらの取り組みにより、令和1年度の受診率は57.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け令和2年度は50%を切り、令和4年度の受診率は46.6%まで下がり、目標にはまだまだほど遠い状況となっています。

また、生活習慣病の予防は、40代50代からの取組が重要ですが、若い世代の健診受診率は依然として低い状況です。遠軽町においては、30歳から健診を受けられるように設定していますが、30代の受診者も少ない状況です。若い世代の健診受診率向上への課題が残っています。

遠軽町は、総医療費中の虚血性心疾患と脳血管疾患にかかる割合が高い傾向にあります。その背景には、肥満、高血圧、耐糖能異常等があり、健診の結果から優先順位をつけ特定保健指導対象者に限らず、保健指導を実施してきました。このことから、適切な医療につながることで重症化予防の効果が得られたと考えています。

ですが、要医療者が医療機関受診につながっていなかったり、翌年の健診が未受診のままで経過がわからないままになる人がいます。重症化予防台帳を作成していますが十分に活用できていないのが課題となっています。

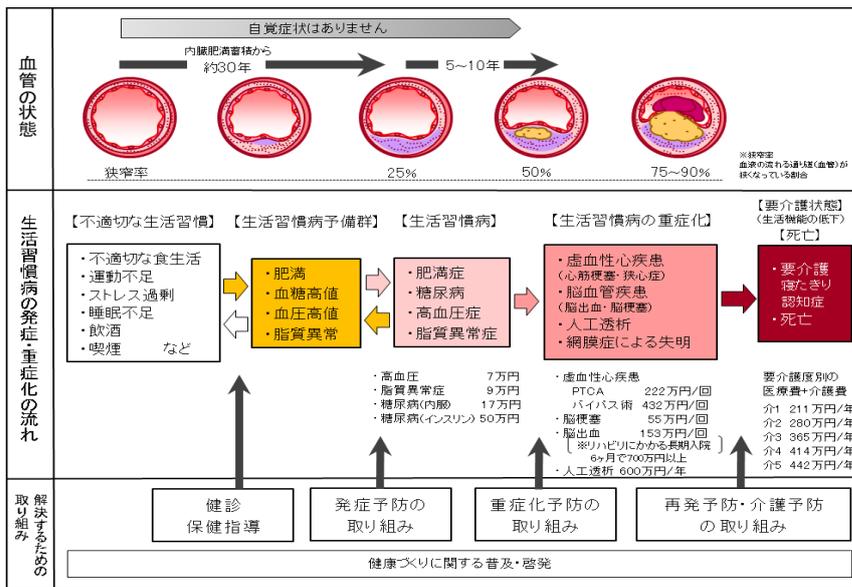
二次健診として糖負荷検査や、尿検査(Na、K、アルブミン)、FMD、AGEs(最終糖化産物)検査を取り入れています。糖負荷検査は実施数が少なく活用されていません。自身の身体の状態を知ること健康への関心につなげるために必要な人へ進めていく必要があります。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

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

図表 35 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

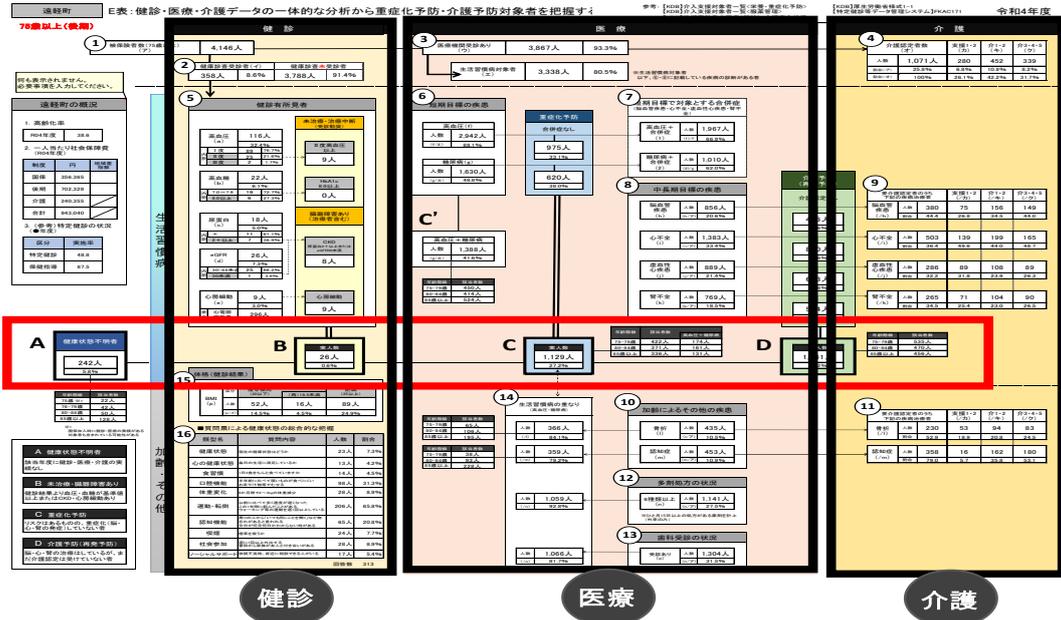
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 36 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)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が、令和2年度の一人あたり医療費は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は令和1年度と同様横ばいで推移しています。後期高齢者になると一人あたり75万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表37)

図表 37 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度	
被保険者数	4,565人	4,406人	4,326人	4,122人	3,909人	4,073人	
総件数及び総費用額	件数	33,045件	32,115件	29,540件	29,513件	28,887件	47,093件
	費用額	15億8296万円	15億7828万円	14億2236万円	14億8066万円	13億9303万円	30億8323万円
一人あたり医療費	34.7万円	35.8万円	32.9万円	35.9万円	35.6万円	75.7万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

遠軽町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、①国保の短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模・道・国と比べて約1%以上高い状況です。

また、中長期目標疾患の脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、同規模・道・国に比べて高く、特に虚血性心疾患は約2倍ほど高くなっています。

後期高齢者の医療費に占める割合をみると、高血圧、糖尿病、脳血管疾患にかかる医療費割合は、同規模と比べて高い状況です。(図表38)

図表 38 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 遠軽町	13億9303万円	29,744	1.85%	0.35%	2.83%	2.92%	7.15%	3.54%	1.66%	2億8271万円	20.3%	22.8%	7.89%	7.86%
同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.3%	17.0%	8.15%	8.86%
県	--	30,847	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	--	16.5%	19.1%	7.60%	9.41%
国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 遠軽町	30億8323万円	63,477	3.37%	0.39%	4.09%	1.62%	4.31%	3.66%	0.92%	5億6599万円	18.4%	12.9%	6.26%	8.6%
同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.9%	11.0%	3.74%	12.3%
県	--	80,982	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	--	19.0%	11.1%	4.82%	12.2%
国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

高額レセプト(80万円以上)の状況では、件数は平成30年度から減少傾向となっているものの、レセプト件数中の割合は1.9%前後で横ばいとなっています。費用額については、減少しているものの総医療費に対する割合は若干増加しています。後期高齢になると、高額レセプトの費用額は15億円以上と国保の4倍以上になっています。(図表39)

高額における疾病を見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成30年度が高く、その後減少したものの、令和1年度から増加傾向にあります。また、年代別で見ると令和4年度は17件中40代1件、50代4件、と若い年代に増えています。後期高齢においては、約1億円余りの費用がかかっています。(図表40)

また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で平成30年度から件数、費用額ともに増えており、年代別で見ると、令和4年度は18件中40代1件、50代2件、と若い年代にも増えています。(図表41)

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	158人	161人	150人	143人	145人	379人
	件数	B	309件	295件	277件	261件	265件	1,250件
		B/総件数	0.94%	0.92%	0.94%	0.88%	0.92%	2.65%
	費用額	C	4億2872万円	4億2686万円	3億7471万円	3億8761万円	3億8161万円	15億3617万円
C/総費用		27.1%	27.0%	26.3%	26.2%	27.4%	49.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	14人		10人		10人		9人		10人		33人		
		D/A	8.9%		6.2%		6.7%		6.3%		6.9%		8.7%		
	件数	E	22件		11件		16件		16件		17件		112件		
		E/B	7.1%		3.7%		5.8%		6.1%		6.4%		9.0%		
	年代別	40歳未満	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	19	17.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.9%	70-74歳	2	1.8%
		50代	2	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	4	23.5%	75-80歳	16	14.3%
		60代	12	54.5%	4	36.4%	5	31.3%	10	62.5%	4	23.5%	80代	36	32.1%
		70-74歳	7	31.8%	6	54.5%	11	68.8%	6	37.5%	8	47.1%	90歳以上	39	34.8%
	費用額	F	3223万円		1319万円		1921万円		2317万円		2348万円		1億1690万円		
F/C		7.5%		3.1%		5.1%		6.0%		6.2%		7.6%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	10人		10人		14人		11人		12人		18人		
		G/A	6.3%		6.2%		9.3%		7.7%		8.3%		4.7%		
	件数	H	10件		10件		16件		12件		18件		40件		
		H/B	3.2%		3.4%		5.8%		4.6%		6.8%		3.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	10.0%	2	12.5%	1	8.3%	2	11.1%	75-80歳	10	25.0%
		60代	6	60.0%	6	60.0%	9	56.3%	3	25.0%	1	5.6%	80代	22	55.0%
		70-74歳	4	40.0%	3	30.0%	5	31.3%	8	66.7%	14	77.8%	90歳以上	8	20.0%
	費用額	I	1299万円		1522万円		2755万円		2576万円		3543万円		5185万円		
I/C		3.0%		3.6%		7.4%		6.6%		9.3%		3.4%			

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表43の①被保険者数は65歳～74歳が約200名増えており、前期高齢者が確実に増えていることがわかります。⑮の体格を見ると、BMI18.5未満の率が75歳以上で減っています。BMI25以上の率は、75歳以上で減っていますが、40歳～64歳、65歳～74歳の年齢層でやや増えています。(図表43)

健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上・CKDの項目では40歳～64歳の年代で人数・割合ともに減っていますが、各項目の75歳以上で対象人数が増えています。



図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	25.9	1,154	2,048	4,142	38.0	52.4	6.9	6.2	6.6	6.3	33.7	30.8	26.1
R04	25.8	1,182	2,238	4,146	28.0	43.7	8.6	6.0	6.5	4.5	34.1	32.8	24.9

図表 44 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	22	5.0	(11)	73	6.8	(27)	19	6.7	(4)	19	4.3	(0)	87	8.1	(4)	3	1.1	(0)	7	1.6	11	1.0	1	0.4	0	--	3	0.3	4	1.4
R04	16	4.8	(5)	80	8.2	(25)	27	7.5	(9)	14	4.2	(1)	84	8.6	(1)	6	1.7	(0)	1	0.3	25	2.6	8	2.2	1	0.3	15	1.5	9	2.5

図表 45 の⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症を見ると、高血圧・糖尿病ともに割合が減っています。

図表 46 の⑧中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患・虚血性心疾患はどの年代も低くなっていますが、令和 4 年度の心不全 40 歳～64 歳の割合が約 1%、腎不全 75 歳以上は約 2%上がっています。また、⑨中長期疾患のうち介護認定者では、令和 4 年度の脳血管疾患 65 歳～74 歳の割合が約 4%、虚血性心疾患 40 歳～64 歳は 5%と若い年代で増えており、高額レセプト分析において脳血管疾患や虚血性心疾患にかかる費用額が増えている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	80.8	90.4	94.9	34.6	64.9	82.9	67.7	77.6	85.9	59.9	65.3	63.0	34.3	46.9	53.2	44.4	54.9	71.4	40.2	51.0	70.6
R04	77.9	91.0	93.3	32.4	65.0	80.5	70.5	81.6	88.1	53.3	51.4	48.8	32.6	38.7	41.6	42.6	50.6	66.9	32.4	44.5	62.0

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.8	10.4	26.4	4.2	13.2	25.7	6.4	16.2	36.4	4.7	9.9	16.2	11.4	15.1	41.8	2.0	6.7	32.0	1.4	8.1	33.2	3.7	7.4	35.5
R04	3.0	9.8	20.6	3.6	11.3	21.4	7.4	16.5	33.4	4.7	10.5	18.5	11.1	19.2	44.4	7.0	5.9	32.2	3.4	6.8	36.4	0.0	9.0	34.5

図表 47 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	70.1	84.9	77.4	84.3	3.8	10.1	1.5	13.5	13.0	53.2	58.1	78.0
R04	61.1	84.1	85.7	79.2	4.0	10.5	1.6	10.9	12.2	52.9	62.9	79.0

出典：ヘルスサポートラボツール

(2)健康課題の明確化

遠軽町は、脳血管疾患と虚血性心疾患の総医療費に占める割合が同規模や国・道と比べて高い状況でした。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、長期に渡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力を入れる必要があります。遠軽町の健診結果からⅡ度以上の高血圧で未治療者の割合は前期高齢者で増えていることから、治療につなげ血圧のコントロールを図ることが必要です。

また、虚血性心疾患は1件当たりの医療費が高額であり、リスクとなる肥満や高血圧・糖尿病等の重症化予防についてもさらに力を入れる必要があります。遠軽町の健診結果を見ると、BMI25以上の人の割合が40歳から64歳、65歳からの前期高齢者に増えています。このことから内臓肥満による高血圧、耐糖能異常が見られると考えられ、若い世代からの肥満対策が必要と思われます。

(3)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。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と地域の実情に応じて設定する指標(図表 48)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

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

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

(2)管理目標の設定

図表 48 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.83			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.92			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	1.85			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.35			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	11.3			
	アウトカム指標	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該当者・予備群の割合の減少	33.6			遠軽町保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	7.3			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	7.3			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	14.9			
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	2.3			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	54.3			
	アウトプット	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	46.5			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	89.3			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	11.6			

## 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るものとされています。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が6年1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1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 50 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

\*実施率 11% 指導率 80%で計算

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2782人	2638人	2463人	2353人	2210人	2076人
	受診者数	1669人	1583人	1478人	1412人	1326人	1246人
特定保健指導	対象者数	184人	174人	163人	155人	146人	137人
	受診者数	147人	139人	130人	124人	117人	110人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診(遠軽町保健福祉総合センターほか各総合支所地域)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、集団健診は2か所(旭川がん検診センター、遠軽厚生病院健診

センター)に委託し、個別健診は町内9か所の医療機関(遠軽厚生病院、みずしま内科クリニック、はやかわクリニック、コスモクリニック、生田原診療所、遠軽厚生病院まるせつクリニック、丸瀬布ひらやま医院、白滝診療所、共立医院)と委託します。

#### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図・眼底検査)を実施します。眼底検査については、実施できる医療機関のみとしています。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定での代替も可能とします。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 51 遠軽町特定健診検査項目

健診項目		遠軽町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	○	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

#### (5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

#### (6) 医療機関との適切な連携

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

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

#### (7) 代行機関

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

### (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 52 健診案内・実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
春の検診	実施	実施										自治 回覧
通院者データ提供			案内 送付						勸奨 依頼			
通院者訪問				案内 送付	訪問							
個別健診（病院等）		実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
秋の検診				自治 回覧		実施	実施	実施				
その他	クーポン 発送				アンケート はがき送付	クーポン 勸奨						

## 5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

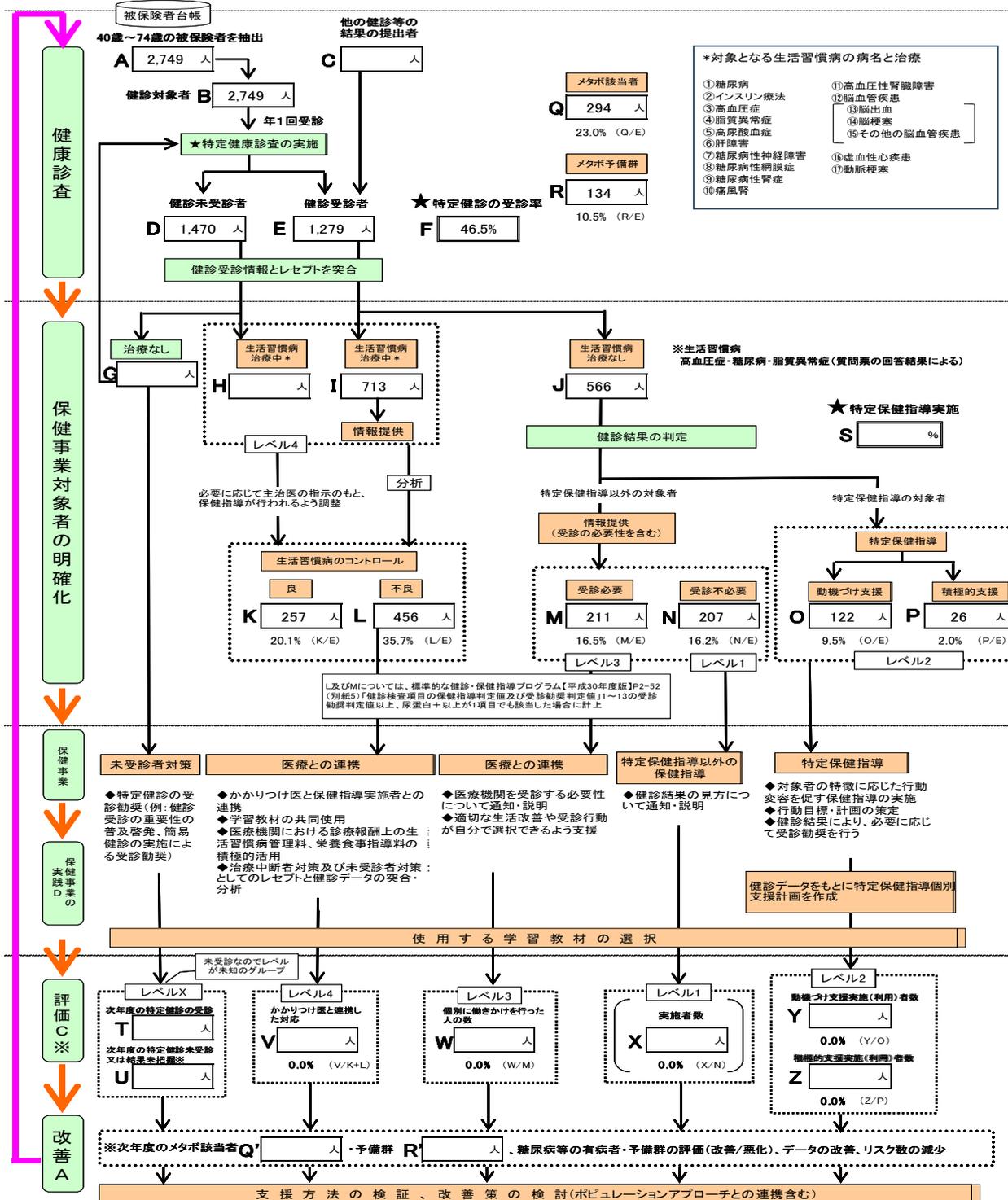
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 53 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5  
令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 54 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	148 人 (11.6%)	80%
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	211 人 (16.5%)	HbA1c6.5 以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,470 人 ※受診率目標達成までにあと370人	65%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	207 人 (16.2%)	20%
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	713 人 (55.7%)	60%

### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 55 健診・保健指導年間スケジュール

月	未受診者対策	特定健康診査		特定保健指導		その他
4月	クーポン券発送	集団健診		(一般の保健指導随時)		健診・保健指導率概算算出 各種検診の周知・案内
5月		集団健診	個別健診	対象者抽出		
6月	データ提供発送開始			保健指導開始		保健計画完成
7月	通院者提供発送開始					国保保健指導事業申請
8月	未受診者はがき発送		厚生個別			
9月	クーポン未利用者への	集団健診	センター検診			報告用指導まとめ
10月	勧奨	集団健診				
11月		集団健診	厚生個別			
12月	未提供者再依頼					国保保健指導事業報告
1月						
2月						
3月			↓	↓	↓	保健計画作成開始

※ 未受診者勧奨、保健指導(一般・特定)は各地区担当が実施

※ 周知・案内・報告について

- ・通年で、広報、ホームページ、フェイスブック、チラシ、健康カレンダーで周知
- ・国保運営協議会での事業報告

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

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

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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