

# 羅臼町

第3期 国民健康保険データヘルス計画

第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月

北海道羅臼町

## 目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の背景・趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	2
3 計画期間.....	4
4 実施体制・関係者連携.....	4
5 標準化の推進.....	5
第2章 前期計画等に係る考察.....	7
1 健康課題・目的・目標の再確認.....	7
2 評価指標による目標評価と要因の整理.....	8
(1) 中・長期目標の振り返り.....	8
(2) 中・長期目標を達成させるための短期的な目標.....	9
(3) 第2期データヘルス計画の総合評価.....	10
3 個別保健事業評価.....	11
第3章 羅臼町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出.....	15
1 基本情報.....	15
(1) 人口の変化及び高齢化率と経年推移.....	15
(2) 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移.....	16
2 死亡の状況.....	17
(1) 死因別死亡者数.....	17
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）.....	18
(3) （参考）5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率.....	19
3 介護の状況.....	20
(1) 一件当たり介護給付費.....	20
(2) 要介護（要支援）認定者数・割合.....	20
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況.....	21
4 国保加入者の医療の状況.....	22
(1) 国保被保険者構成.....	22
(2) 総医療費及び一人当たり医療費.....	23
(3) 一人当たり医療費と医療費の3要素.....	24
(4) 疾病別医療費の構成.....	25
(5) その他.....	29
5 国保加入者の生活習慣病の状況.....	30
(1) 生活習慣病医療費.....	31
(2) 基礎疾患の有病状況.....	32
(3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり.....	32
(4) 人工透析患者数.....	33
6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況.....	34
(1) 特定健診受診率.....	35
(2) 健康状態不明者（健診なし治療なし）.....	36
(3) 有所見者の状況.....	37
(4) メタボリックシンドローム.....	39
(5) 特定保健指導実施率.....	42
(6) 受診勧奨対象者.....	43

(7) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況	46
(8) 質問票の回答	47
7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況	48
(1) 後期高齢者医療制度の被保険者構成	49
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況	49
(3) 後期高齢者医療制度の医療費	50
(4) 後期高齢者健診	51
(5) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	52
8 健康課題の整理	53
(1) 現状のまとめ	53
(2) 生活習慣病に関する健康課題の整理	54
(3) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理	55
(4) 医療費適正化に係る課題の整理	55
第4章 データヘルス計画の目的・目標	56
第5章 目的・目標を達成するための保健事業	57
1 保健事業の整理	57
(1) 重症化予防	57
(2) 生活習慣病発症予防・保健指導	60
(3) 早期発見・特定健診	64
(4) 健康づくり・社会環境体制整備	68
(5) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	71
(6) 医療費適正化	75
2 個別保健事業計画・評価指標の整理	76
第6章 データヘルス計画の全体像の整理	78
第7章 計画の評価・見直し	79
1 評価の時期	79
(1) 個別事業計画の評価・見直し	79
(2) データヘルス計画の評価・見直し	79
2 評価方法・体制	79
第8章 計画の公表・周知	79
第9章 個人情報の取扱い	79
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画	80
1 計画の背景・趣旨	80
(1) 背景・趣旨	80
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向	81
(3) 計画期間	81
2 第3期計画における目標達成状況	82
(1) 全国の状況	82
(2) 羅臼町の状況	83
(3) 国の示す目標	88
(4) 羅臼町の目標	88
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	89

(1) 特定健診 .....	89
(2) 特定保健指導 .....	91
4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組 .....	93
(1) 特定健診 .....	93
(2) 特定保健指導 .....	93
5 その他.....	94
(1) 計画の公表・周知 .....	94
(2) 個人情報の保護 .....	94
(3) 実施計画の評価・見直し .....	94
参考資料 用語集.....	95

## 第1章 基本的事項

### 1 計画の背景・趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」ことが示された。これを踏まえ、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、保険者は「健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ものとされた。

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、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、「保険者のデータヘルス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・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示された。

こうした背景を踏まえ、羅臼町では、被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、データヘルス計画を策定し保健事業の実施、評価、改善等を行うこととする。

## 2 計画の位置づけ

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・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するもの」とデータヘルス計画策定の手引きにおいて定義されている。（以下、特定健康診査を「特定健診」という。）

また、同手引きにおいて、「計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、後期高齢者保健事業の実施計画（以下、「後期高齢者データヘルス計画」という。）、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」ことが求められており、その際に、「他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要」とされている。

羅臼町においても、他の計画における関連事項・関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進、強化する取組等について検討していく。

下表に、それぞれの計画の基本方針及び本計画における目標を併記する。

1. 健康増進計画				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
<b>【根拠法律】</b> 健康増進法 <b>【概要】</b> 「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」を「ビジョン」とし、そのために、 ①誰一人取り残さない健康づくりの展開、 ②より実効性をもつ取組の推進を行う。	<b>【期間】</b> 2024年～2035年 (12年間)	<b>【対象者】</b> 全ての国民 <b>【対象疾病・事業等】</b> ・がん ・循環器疾患 ・糖尿病 ・慢性閉塞性肺疾患 ・生活習慣病の発症予防、重症化予防、健康づくり ・ロコモティブシンドローム ・やせ ・メンタル面の不調等	①健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命の延伸
			②個人の行動と健康状態の改善	健康課題の解決
			③社会環境の質の向上	-
			④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	-
2. 医療費適正化計画				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
<b>【根拠法律】</b> 高齢者の医療の確保に関する法律 <b>【概要】</b> 国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	<b>【期間】</b> 2024年～2029年 (6年間)	<b>【対象者】</b> 全ての国民 <b>【対象疾病・事業等】</b> ・メタボリックシンドローム ・たばこ ・予防接種 ・生活習慣病 ・後発医薬品の使用 ・医薬品の適正利用 ・特定健康診査 ・特定保健指導	①住民の健康保持の推進 ・特定健診・保健指導の実施率 ・メタボの該当者・予備群 ・たばこ対策、予防接種、重症化予防など	特定健診受診率 特定保健指導実施率 メタボ該当者及び予備群の減少 生活習慣病重症化予防 生活習慣病発症予防
			②医療の効率的な提供の推進 ・後発医薬品の使用割合 ・医薬品の適正使用	-
			③目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行う	-

3. 後期高齢者保健事業の実施計画（後期高齢者データヘルス計画）				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
<p>【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>【概要】 生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やす。</p>	<p>【期間】 2024年～2029年 (6年間)</p>	<p>【対象者】 ・後期高齢者</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・生活習慣病 ・歯、口腔疾患 ・フレイル ・重複、多剤服薬 ・低栄養</p>	①健診受診率	-
			②歯科健診実施市町村数・割合	-
			③質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合	-
			④保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合	-
			⑤保健事業のハイリスク者割合	-
			⑥平均自立期間（要介護2以上）	平均自立期間の延伸
4. 国民健康保険運営方針				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
<p>【根拠法律】 国民健康保険法</p> <p>【概要】 保険財政の安定化や保険料の平準化を図る。</p>	<p>【期間】 2024年～2029年 (6年間)</p>	<p>【対象者】 国保被保険者</p>	①医療に要する費用及び財政の見通し	-
			②保険料の標準的な算定方法	-
			③保険料の徴収の適正な実施	-
			④保険給付の適正な実施	-
5. 特定健康診査等実施計画				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
<p>【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>【概要】 生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施する。</p>	<p>【期間】 2024年～2029年 (6年間)</p>	<p>【対象者】 ・40～74歳の国保被保険者</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・糖尿病 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・肥満症 ・メタボリックシンドローム ・虚血性心疾患 ・脳血管疾患</p>	①特定健診受診率	特定健診受診率
			②特定保健指導実施率	特定保健指導実施率

### 3 計画期間

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

### 4 実施体制・関係者連携

羅臼町では、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させる。また、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護（福祉事務所等）部局と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者医療制度等の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である都道府県のほか、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、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。



## 5 標準化の推進

データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されている。羅臼町では、北海道等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとする。

図表1-5-1-1：北海道のデータヘルス計画標準化に係る共通評価指標

目的	
道民が健康で豊かに過ごすことができる	

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

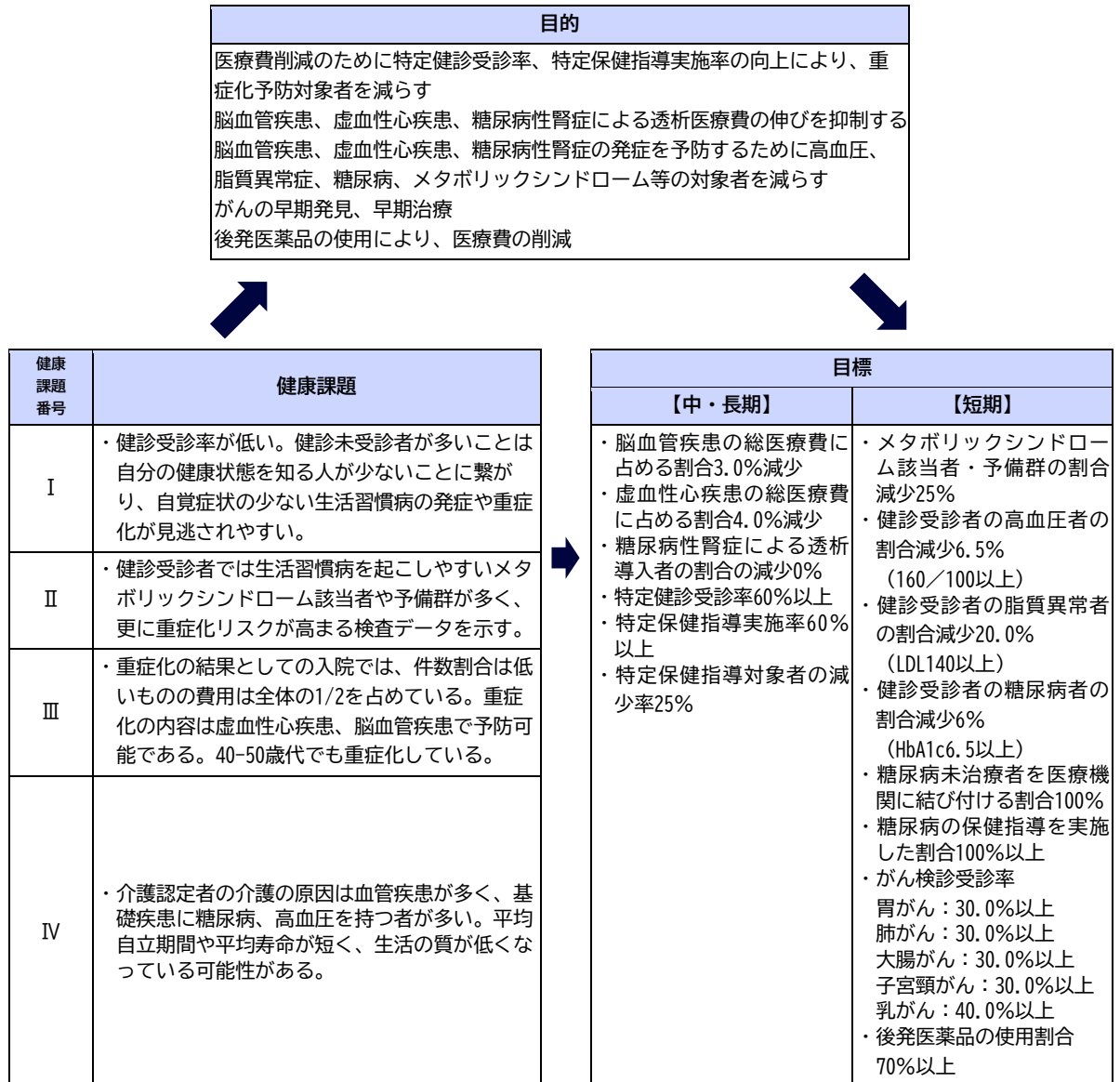
図表1-5-1-2：北海道の健康課題

健康・医療情報分析からの考察	健康課題
<p>(死亡・介護)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○平均自立期間が国と比較して男女とも短い。</li> <li>○高齢化率が国と比較して高く、高齢化のスピードも速い。</li> <li>○死因別死亡数では、悪性新生物や心疾患が国と比較して多く、標準化死亡比（SMR）では、悪性新生物や腎不全が国と比較して高い。</li> <li>○死因割合では、悪性新生物、心不全、腎不全等が国と比較して高い。</li> <li>○1件当たり介護給付費が、国と比較して高い。</li> <li>○1号被保険者に係る認定率が、国と比較して高い。</li> <li>○要介護認定者の有病状況では、糖尿病とがんの割合が高い。</li> <li>○要介護認定者の半数以上が高血圧症を有している。</li> </ul>	<p>(健康寿命・医療費の構造変化)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○平均自立期間が短い。</li> <li>○国保・後期ともに1人当たり医療費及び1人当たり年齢調整後医療費が高い。</li> <li>○国保・後期ともに外来受診率が低く入院受診率が高い。</li> <li>○国保・後期ともに外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。</li> </ul>
<p>(医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○1人当たり医療費（実数及び年齢調整後）は、国保・後期ともに国と比較して高い。</li> <li>○地域差指数は、国保・後期ともに国と比較して外来が低く、入院が高い。</li> <li>○医療機関受診率は、国保・後期ともに国と比較して外来受診率が低く、入院受診率が高い。</li> <li>○外来・入院費用の割合は、国保・後期ともに国と比較して外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。</li> <li>○入院医療費では、国保・後期ともに生活習慣病重症化疾患である脳梗塞、狭心症に係る医療費の割合が高い。</li> <li>○外来医療費では、生活習慣病基礎疾患（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）に係る医療費の割合が国保で高く、後期になると重症化疾患である慢性腎臓病（透析有り）に係る医療費の割合が高い。</li> <li>○国保及び後期（65～74歳）の新規人工透析導入者の割合が国と比較して高い。</li> <li>○国保・後期ともに新規人工透析導入者のうち、糖尿病患者の割合が国と比較して高い。</li> </ul>	<p>(重症化予防)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く(重度に)なるにしたがって順位が悪化し、重症化予防対象者が多い。</li> <li>○糖尿病、高血圧症、脂質異常症が重症化し、腎不全や心不全に繋がっている。</li> <li>○糖尿病に起因する新規人工透析導入者数が多い。</li> </ul>
<p>(特定健診・特定保健指導)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率が低く、保健指導が必要な人を十分に把握できていない。</li> <li>○特定保健指導実施率が国の目標値に至っておらず、更なる実施率向上が必要。</li> <li>○メタボ該当者が多い。</li> <li>○有所見者の割合をみると、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く(重度に)なるにしたがって国と比較して高くなり、重症化予防対象者が多いことから、更なる生活習慣病未治療者・中断者対策が必要。</li> <li>○喫煙率が男女ともに国と比較して高い。</li> <li>○飲酒（1日飲酒量3合以上）に該当する者の割合が男女ともに国と比較して高い。</li> <li>○運動習慣（1回30分以上）のない者の割合が男女ともに国と比較して高い。</li> </ul>	<p>(健康づくり)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○メタボ該当者が多い。</li> <li>○喫煙率が高い。</li> <li>○1日飲酒量が多い者の割合が高い。</li> <li>○運動習慣のない者の割合が高い。</li> </ul>

## 第2章 前期計画等に係る考察

### 1 健康課題・目的・目標の再確認

ここでは、第2期データヘルス計画に記載している健康課題、目的、目標について、それぞれのつながりを整理しながら記載する。



## 2 評価指標による目標評価と要因の整理

ここでは、第2期データヘルス計画における中・長期目標について、評価指標に係る実績値により達成状況の評価し、第2期データヘルス計画に基づき実施してきた保健事業が課題解決、目標達成にどう寄与したか振り返り、最終評価として目標達成状況や残された課題等について整理を行う。

実績値の評価（ベースラインとの比較）			
A：改善している	B：変わらない	C：悪化している	D：評価困難

### (1) 中・長期目標の振り返り

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
I	特定健診受診率60.0%以上				特定健診受診率60.0%以上			A
	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	60.0%以上	20.7	22.9	23.9	24.5	20.7	18.5	27.7

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
I	特定保健指導実施率60.0%以上				特定保健指導実施率60.0%以上			A
	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	60.0%以上	50.0	55.7	64.7	59.6	44.0	54.5	66.0

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
III	脳血管疾患の総医療費に占める割合				3.0%減少			A
	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	3.0%	4.5	2.3	1.4	2.1	1.0	4.2	1.1

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
III	虚血性心疾患の総医療費に占める割合				4.0%減少			C
	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	4.0%	6.4	2.7	2.2	2.0	3.3	3.3	6.0

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少				0.0%			B
	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	0.0	0.8	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
	特定保健指導対象者の減少率				25.0%			C
	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	25.0	5.9	20.5	8.1	8.6	6.7	25.8	10.0

(2) 中・長期目標を達成させるための短期的な目標

短期目標		評価指標				評価	
健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)		割合6.5% (160/100以上)				C	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
町内医療機関医師との情報交換、健診結果説明会、健康相談、 <b>家庭訪問</b> 二次健診（頸動脈エコー）、血圧計貸出、重症化予防事業						数値の悪化	
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
6.5%	8.5	9.0	7.6	8.4	7.7	10.8	15.0
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
-				健診の継続受診者割合が低く、次の健診での保健指導効果を評価できない。新規受診者にⅡ度高血圧以上が多い。未治療者の割合も高い。			

短期目標		評価指標				評価	
健診受診者の脂質異常者の割合減少20.0% (LDL140以上)		割合20.0% LDL140以上				A	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
健診結果説明会、健康相談、二次健診（頸動脈エコー）、重症化予防事業						目標値の達成に至らないが、改善傾向	
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
20.0	35.2	33.0	35.0	39.6	32.2	35.2	26.2
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
				受診勧奨判定値以上で精検票を発行。受診で内服開始される者が増えてきた。			

短期目標		評価指標				評価	
健診受診者の糖尿病患者の割合減少6.0% (Hb A1c6.5以上)		A1c6.5以上の割合 6.0%				B	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
町内医療機関医師との情報交換、訪問指導事業、糖尿病性腎症重症化予防対象者の通知、未治療者への二次健診(OGTT)						年度のばらつきが大きい、数値に改善は見られず目標値達成に至っていない	
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
6.0	9.6	13.0	9.3	6.3	5.1	8.4	8.5
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
6.5以上の健診受診者中7.0以上の割合は減少している。				継続受診者が少なく、保健指導が途絶えてしまいやすい。漁業者では繁忙期は保健指導の面接時間の確保が困難であり難しい。			

短期目標		評価指標				評価	
糖尿病未治療者を医療機関に結び付ける割合100.0%		未治療者の治療開始割合100.0%				単年度で見た治療開始者は不変だが、継続支援により翌年度以降に治療につながる者はほぼ100.0%	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
健診結果説明会、健康相談、家庭訪問、受診勧奨、糖尿病連携手帳発行						B	
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
100.0	88.9	90.0	91.0	100.0	71.4	75.0	85.7
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
単年度で見た治療開始者は不変だが、継続支援により翌年度以降に治療につながる者はほぼ100.0%				HbA1c 6.5以上の者に対する保健指導実施率は100%で、継続支援を行っているが、評価時期までに連絡がつかない者がいる。			

短期目標		評価指標				評価	
糖尿病保健指導を実施した割合100.0%以上		健診受診者のHbA1c 6.5%以上の者の保健指導率				B	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
健診結果説明会、健康相談、家庭訪問、受診勧奨、糖尿病連携手帳発行						保健指導率は変わらず維持できた。	
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
健診受診者全員に対し保健指導を実施している。				保健指導率は100%だが、面談ができない者もいる。			

短期目標		評価指標				評価	
メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25.0%		減少率 25.0%				A	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
特定保健指導、健診結果説明会、保健指導						年度によるばらつきが大きく評価が難しいが、数値は改善している。	
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
100.0	88.9	90.0	91.0	100.0	71.4	75.0	27.7
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
継続した保健指導の実施によると思われる。				-			

### (3) 第2期データヘルス計画の総合評価

第2期計画の総合評価	ベースラインを上回る数値もあり部分的に達成できた目標もあるが、多くの課題は目標達成できなかった。コロナ禍による保健事業の縮小や中止も大きく影響した。
残された課題 (第3期計画の継続課題)	様々な課題が残されているが、特定健康診査における受診率は目標に遠く及ばない。しかしコロナ禍以前の受診率より向上しており、健診を入りに自分の健康状態を知る住民は増えていると思われる。
第3期計画の重点課題と重点事業	特定健康診査受診率を向上させ、発症予防・重症化予防を推進する。

### 3 個別保健事業評価

ここでは、健康課題、目標に紐付けた重点的な事業の評価を行う。

事業目標の達成状況について、計画期間中の実績値や事業実施状況により評価し、質的情報も踏まえた要因の明確化や、次期計画に向けた事業の改善策の整理を行う。

実績値の評価（ベースラインとの比較）
A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難
事業全体の評価
A：うまくいった B：まあ、うまくいった C：あまりうまくいかなかった D：まったくうまくいかなかった E：わからない

事業名	事業目標	事業全体の評価						
特定健診	住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。対象者が自らの生活習慣を振り返り目標を立て、目標達成に向けた行動に取り組むことができる。	B						
評価指標（アウトカム・アウトプット）		評価指標以外の実績						
受診率		-						
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価
60.0%	20.7	22.9	23.9	24.6	20.7	18.5	27.7	A
事業の成功要因		事業の未達要因		今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）				
-		R2・3年度はコロナ感染症流行により保健事業を縮小、中止せざるを得ない状況となり健診ができなかった。		R4年度暫定の受診率は27%とコロナ禍以前の受診率以上となっており、コロナ禍で実施していた未受診者対策や次年度予約制などの対策が効果を発揮してきたと思われ、事業評価もできなかった。今後実践の中で事業評価を行い強化していく。				

事業名	事業目標	事業全体の評価						
特定保健指導	対象者が健診結果を理解し、体の変化に気がつき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標が設定・実践できる。自分の健康に関するセルフケアができるようになる。	B						
評価指標（アウトカム・アウトプット）		評価指標以外の実績						
保健指導実施率		-						
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価
60.0	50.0	54.1	64.7	59.6	44.0	54.5	-	B
事業の成功要因		事業の未達要因		今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）				
-		R2・3年度はコロナ感染症流行により保健事業を縮小、中止せざるを得ない状況となり面接ができず脱落者も多かった。		特に漁業者の生活リズムや繁忙期を避けた時期に面接を試み、指導終了率を目指す。				



事業名		事業目標				事業全体の評価			
いきいき健診		若年期から住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。				B			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
受診率					-				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
7.0以上	3.6	3.6	4.0	4.9	3.2	3.2	3.6	B	
事業の成功要因		事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）			
-		R2・3年度はコロナ感染症流行により保健事業を縮小、中止せざるを得ない状況となり健診ができなかった。				若年期から健康状態に関心を持ってもらうことは重要と思われ、健診は継続し、若年者への周知方法を強化する。			

事業名		事業目標				事業全体の評価			
健診結果説明会		住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。				A			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
結果説明会受相率					特定保健指導の場としても活用し、集団健診ではほぼ面接での保健指導ができています。				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
90.0%以上	92.9	90.7	92.0	91.3	95.6	95.1	94.6	B	
事業の成功要因		事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）			
健診結果を面接で返却することを周知し、連絡がつく時期や時間を対象の都合に合わせて実施。説明会会場以外でも、ご本人の希望により訪問などで対応。漁業部ごとに番屋などでの説明会も実施。		-				事業は継続し、保健指導力量形成へ向け専門職の継続学習を行う。			

事業名		事業目標				事業全体の評価			
二次健診（経口糖負荷試験）		自分の糖代謝の状態から発症リスクを知ることによって生活習慣病予防の動機づけを効果的に行い、住民の糖尿病発症及び人工透析への移行など重症化を予防することを目的とする。				B			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
受診率50.0%					リスクが高い者を抽出しており、境界型、糖尿病型が受診者の半数以上に見られる。				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
50.0	13.6	24.4	21.3	15.6	17.5	7.5	15.2	B	
事業の成功要因		事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）			
-		検査自体に時間がかかり、待ち時間の行動が制限されることは住民にとっては負担が大きいと思われる。				検査無料は継続する。無料で受けられる期間を10か月で設定しているが、受けやすい時期まで期間を延長する。継続した受診勧奨と事後指導の徹底。			



事業名		事業目標				事業全体の評価			
二次健診（頸部エコー検査）		血管内の変化を知り、自分の身体の状態が把握でき、生活改善への動機づけができる。治療に結びつき、医療を受けることができる。				B			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
受診率					リスクが高い者を抽出しており、ブランクや狭窄などの動脈硬化所見が受診者の半数以上に見られる。年度内受診率であり、検査を無料で受けられる期間内の受診数では2-4件増える。				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
50.0	40.7	25.5	28.3	46.0	32.8	33.3	23.6	B	
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）			
-			漁業者では漁期によって検査の時期の調整が困難。			検査を受けやすい時期まで無料で受けられる期間を延長する。動脈硬化所見を繰り返し保健指導し、リスクについて理解してもらう。			

事業名		事業目標				事業全体の評価			
重症化予防事業(高血圧)		生活習慣病の発症リスクが高い者を明確化し保健指導を実施し重症化を予防する				C			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
Ⅱ度高血圧の減少					-				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
6.5%	9.1	9.2	8.1	8.9	6.6	11.0	11.3	C	
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）			
-			健診受診リピーターが少なく、継続した保健指導が行いにくい。受診につながっても内服が開始されず、生活習慣改善が難しい。新規健診受診者ほど高血圧の程度が強い。			健診の継続受診を促し、保健指導も継続する。肥満者やメタボ該当者などのハイリスク者への保健指導を徹底し、血圧測定や減塩等のポピュレーションアプローチも併用し啓蒙を図る。			

事業名		事業目標				事業全体の評価			
糖尿病性腎症重症化予防事業		糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図る。				B			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
対象者への保健指導実施率					-				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
100.0	100.0	100.0	83.3	100.0	66.7	50.0	71.4	C	
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）			
集団健診受診者で糖尿病未治療者のHbA1c 6.5以上には全て保健指導ができています。			過去の健診でHbA1c 6.5以上の者に対する保健指導、受診勧奨で連絡が取れない者がいるが、医療保険を異動したことにより事業の対象外になる者も多い。			レセプトも確認し、治療継続できているかを確認し、継続できていない場合の医療保険の異動や転出などの確認を徹底する。			

事業名		事業目標				事業全体の評価			
未受診者対策		受診率を向上させ、自分の体の状態を知る機会とし、必要な保健指導を実施し発症予防・重症化予防を推進する				D			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
新規健診受診者					-				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
60人	55人	-	55人	39人	31人	25人	45人	C	
事業の成功要因		事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）			
-		R1年度から外部委託による未受診者対策を実施したが、コロナ禍で保健事業が中止となり、新規受診のみならず全体の受診率が大きく低下した。				R4年度は新規受診者が増えたことで対策の効果があったと評価でき、継続実施する。			

事業名		事業目標				事業全体の評価			
治療者健診等データ受領事業		受診率を向上させ、自分の体の状態を知る機会とし、必要な保健指導を実施し発症予防・重症化予防を推進する				B			
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績				
データ受領件数					-				
目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
未設定	72件	75件	64件	41件	36件	51件	65件	C	
事業の成功要因		事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）			
-		コロナ禍での受診控えがあったが、事業開始時期が遅かったことで検査項目が不足し、追加検査ができなかった。				事業開始時期を早め、医療機関の協力を得て不足する検査項目を追加で検査できるよう期間を十分に設ける。			

## 第3章 羅臼町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出

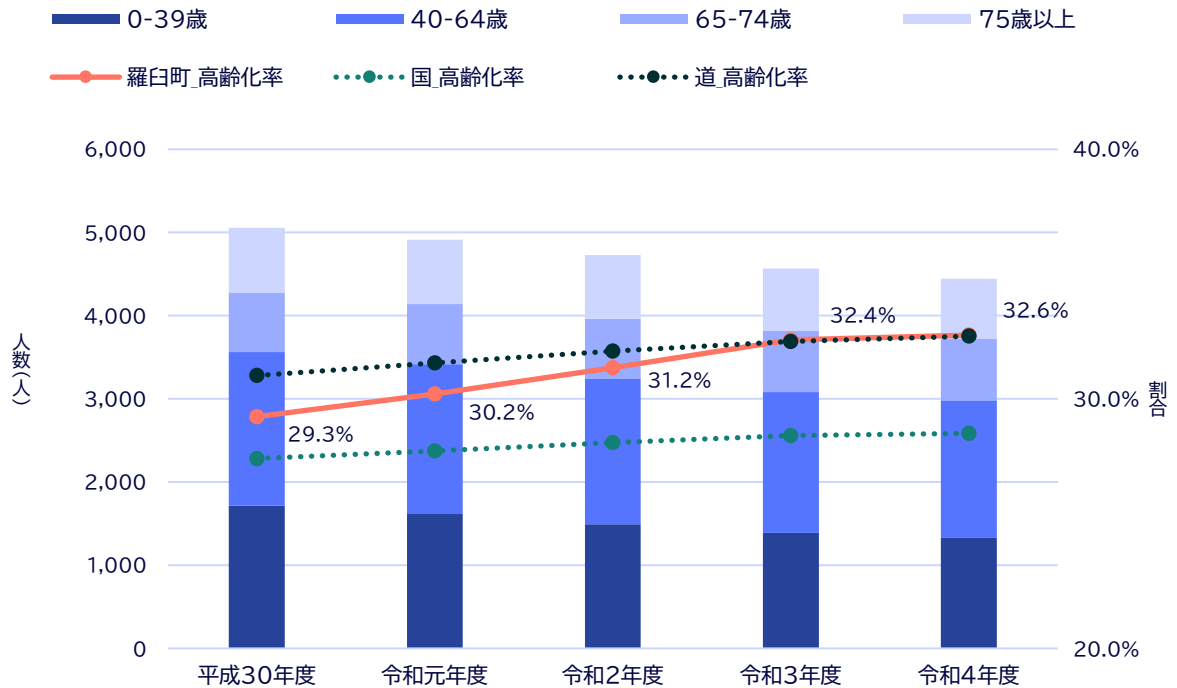
### 1 基本情報

#### (1) 人口の変化及び高齢化率と経年推移

令和4年度の人口は4,488人で、平成30年度以降603人減少している。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は32.6%で、平成30年度と比較して、3.3ポイント上昇している。国や道と比較すると、高齢化率は高い。

図表3-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	1,717	33.7%	1,617	32.6%	1,493	31.3%	1,387	30.2%	1,335	29.7%
40-64歳	1,847	36.3%	1,801	36.3%	1,745	36.6%	1,693	36.8%	1,647	36.7%
65-74歳	715	14.0%	723	14.6%	726	15.2%	737	16.0%	737	16.4%
75歳以上	776	15.2%	773	15.6%	763	16.0%	750	16.3%	724	16.1%
合計	5,091	-	4,955	-	4,766	-	4,595	-	4,488	-
羅臼町_高齢化率	29.3%		30.2%		31.2%		32.4%		32.6%	
国_高齢化率	27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
道_高齢化率	30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%	

※羅臼町に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用し、国及び県に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用している（住民基本台帳を用いた分析においては以下同様）

【出典】住民基本台帳\_平成30年度から令和4年度

#### ポイント

- ・ 高齢化率を国や道と比較すると、高い。

## (2) 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移

平均余命は、男性は78.6年、女性は85.4年で、いずれも国・道より短い。

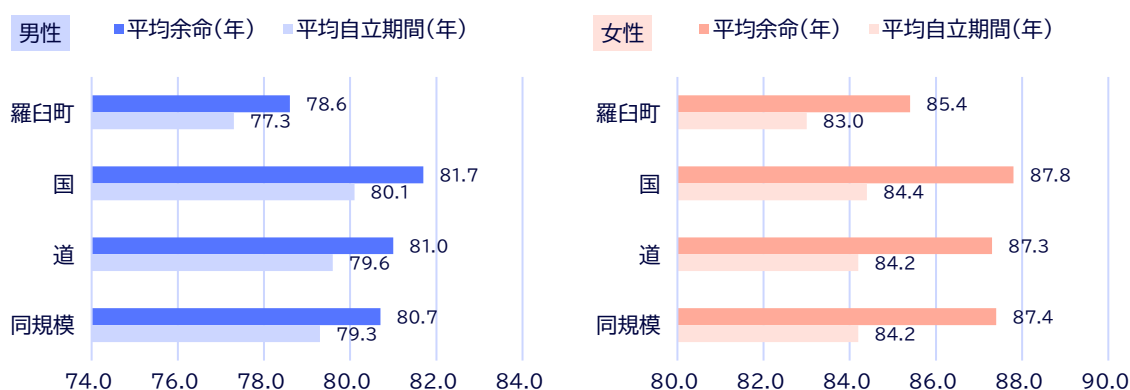
平均自立期間は、男性は77.3年、女性は83.0年で、いずれも国・道より短い。

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は1.3年で、平成30年度以降縮小している。女性は2.4年で縮小している。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している

※平均自立期間：0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間

図表3-1-2-1：平均余命・平均自立期間



	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
羅臼町	78.6	77.3	1.3	85.4	83.0	2.4
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
同規模	80.7	79.3	1.4	87.4	84.2	3.2

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

図表3-1-2-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
平成30年度	80.0	78.5	1.5	84.4	81.5	2.9
令和元年度	78.4	77.2	1.2	81.8	79.8	2.0
令和2年度	77.8	76.3	1.5	82.3	80.3	2.0
令和3年度	79.0	77.9	1.1	84.3	81.9	2.4
令和4年度	78.6	77.3	1.3	85.4	83.0	2.4

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

### ポイント

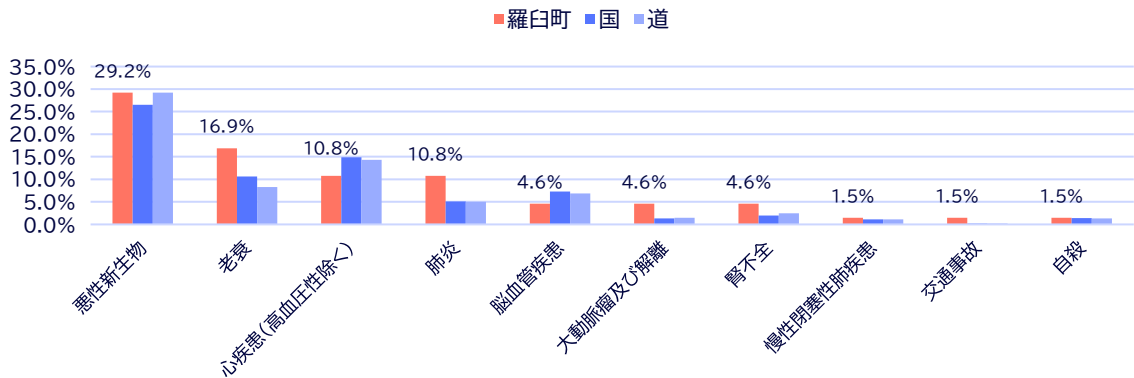
- ・平均余命は、男性、女性いずれも国・道より短い。
- ・平均自立期間も同様に、男性、女性いずれも国・道より短い。

## 2 死亡の状況

### (1) 死因別死亡者数

令和3年の人口動態調査から、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の29.2%を占めている。保健事業により予防可能な重篤な疾患である「心疾患（高血圧性除く）」は第3位（10.8%）、「脳血管疾患」は第5位（4.6%）、「腎不全」は同じく第5位（4.6%）であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置している。

図表3-2-1-1：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	羅臼町		国	道
		死亡者数(人)	割合		
1位	悪性新生物	19	29.2%	26.5%	29.2%
2位	老衰	11	16.9%	10.6%	8.3%
3位	心疾患(高血圧性除く)	7	10.8%	14.9%	14.3%
3位	肺炎	7	10.8%	5.1%	5.0%
5位	脳血管疾患	3	4.6%	7.3%	6.9%
5位	大動脈瘤及び解離	3	4.6%	1.3%	1.5%
5位	腎不全	3	4.6%	2.0%	2.5%
8位	慢性閉塞性肺疾患	1	1.5%	1.1%	1.1%
8位	交通事故	1	1.5%	0.2%	0.2%
8位	自殺	1	1.5%	1.4%	1.3%
-	その他	9	13.8%	29.5%	29.7%
-	死亡総数	65	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

#### ポイント

- ・平均余命に影響している死因のうち、予防可能な主な疾患については、「心疾患（高血圧性除く）」が10.8%、「脳血管疾患」、「腎不全」がいずれも4.6%であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置している。

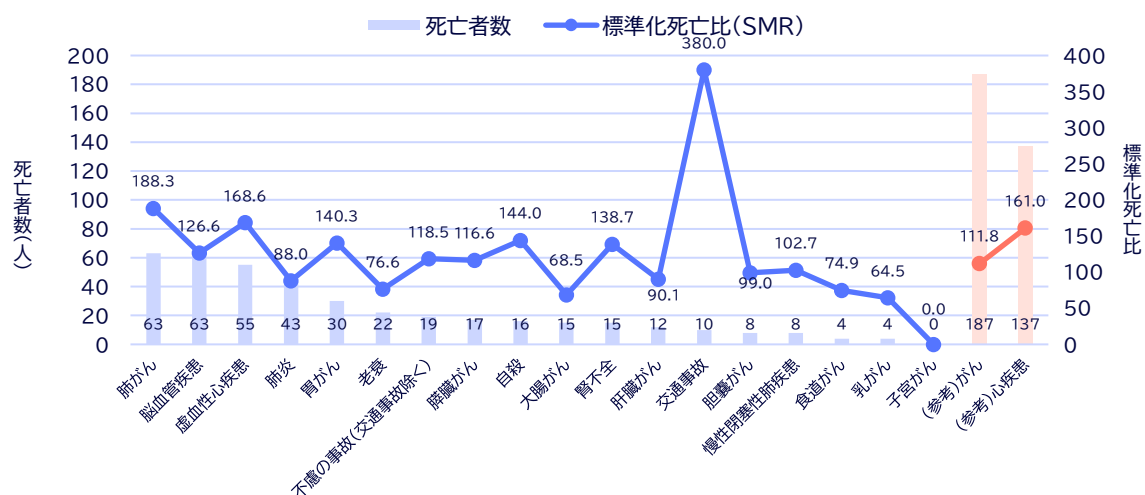
## (2) 死因別の標準化死亡比 (SMR)

平成22年から令和元年までの累積死因別死亡者数をみると、死亡者数の最も多い死因は「肺がん」であり、国と比べて標準化死亡比 (SMR) が最も高い死因は「交通事故」 (380.0) である。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、「虚血性心疾患」は168.6、「脳血管疾患」は126.6、「腎不全」は138.7となっている。

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

図表3-2-2-1: 平成22年から令和元年までの死因別の死亡者数とSMR



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			羅臼町	道	国
1位	肺がん	63	188.3	119.7	100
2位	脳血管疾患	63	126.6	92.0	
3位	虚血性心疾患	55	168.6	82.4	
4位	肺炎	43	88.0	97.2	
5位	胃がん	30	140.3	97.2	
6位	老衰	22	76.6	72.6	
7位	不慮の事故 (交通事故除く)	19	118.5	84.3	
8位	膵臓がん	17	116.6	124.6	
9位	自殺	16	144.0	103.8	
10位	大腸がん	15	68.5	108.7	
10位	腎不全	15	138.7	128.3	100
12位	肝臓がん	12	90.1	94.0	
13位	交通事故	10	380.0	94.0	
14位	胆嚢がん	8	99.0	113.0	
14位	慢性閉塞性肺疾患	8	102.7	92.0	
16位	食道がん	4	74.9	107.5	
17位	乳がん	4	64.5	109.5	
参考	がん	187	111.8	109.2	
参考	心疾患	137	161.0	100.0	

※ 「(参考) がん」は、表内の「がん」を含むICD-10死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計

※ 「(参考) 心疾患」は、表内の「虚血性心疾患」を含むICD-10死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ 平成22年から令和元年

### ポイント

- ・ 予防可能な主な疾患について国との標準化死亡比をみると、「虚血性心疾患」が168.6、「脳血管疾患」が126.6、「腎不全」が138.7となっている。

(3) (参考) 5がん(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん) 検診の受診率

国保被保険者における5がんの検診平均受診率は12.0%で、国・道より低い。

図表3-2-3-1：がん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
羅臼町	11.8%	11.4%	11.4%	12.3%	13.0%	12.0%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
道	10.6%	10.9%	11.7%	14.5%	14.6%	12.5%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告\_令和3年度

### 3 介護の状況

#### (1) 一件当たり介護給付費

居宅サービス・施設サービスいずれの給付費も国・道より多くなっている。

図表3-3-1-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	羅臼町	国	道	同規模
計_一件当たり給付費(円)	91,220	59,662	60,965	80,543
(居宅) 一件当たり給付費(円)	61,609	41,272	42,034	42,864
(施設) 一件当たり給付費(円)	318,708	296,364	296,260	288,059

【出典】KDB帳票 S25\_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

#### (2) 要介護（要支援）認定者数・割合

第1号被保険者（65歳以上）における要介護認定率は14.0%で、国・道より低い。

図表3-3-2-1：令和4年度における要介護（要支援）認定区分別の認定者数・割合

	被保険者数 (人)	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		羅臼町 認定率	国 認定率	道 認定率
		認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率			
1号										
65-74歳	737	12	1.6%	7	0.9%	5	0.7%	3.3%	-	-
75歳以上	724	33	4.6%	69	9.5%	79	10.9%	25.0%	-	-
計	1,461	45	3.1%	76	5.2%	84	5.7%	14.0%	18.7%	20.8%
2号										
40-64歳	1,647	3	0.2%	6	0.4%	2	0.1%	0.7%	0.4%	0.4%
総計	3,108	48	1.5%	82	2.6%	86	2.8%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S24\_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

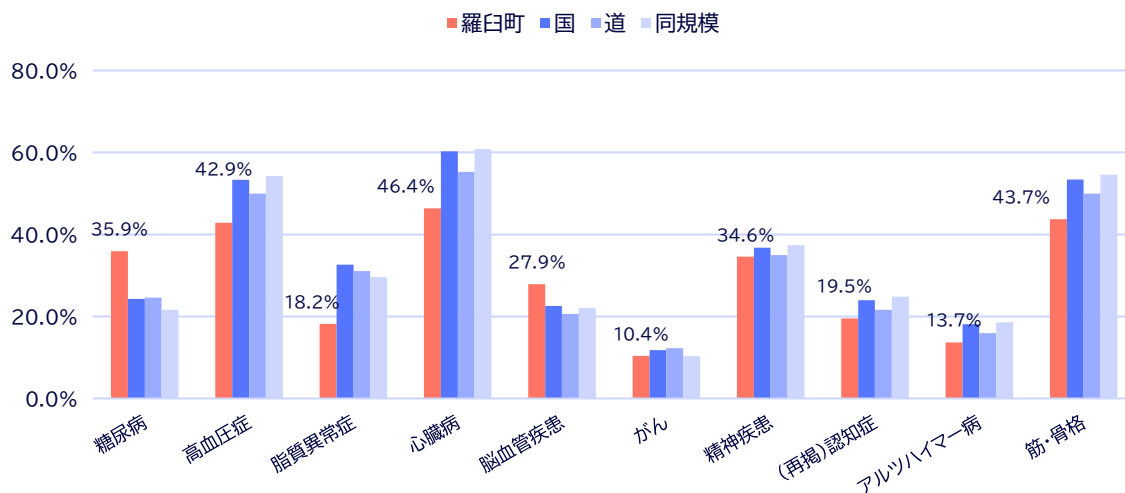


### (3) 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護または要支援の認定を受けた人のうち、特に予防すべき重篤な疾患の有病状況は「心臓病」は46.4%、「脳血管疾患」は27.9%となっている。

また、重篤な疾患に発展する可能性のある基礎疾患の有病状況をみると、「糖尿病」は35.9%、「高血圧症」は42.9%、「脂質異常症」は18.2%となっており、要介護者・要支援認定者の多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有している。

図表3-3-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	道	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	79	35.9%	24.3%	24.6%	21.6%
高血圧症	91	42.9%	53.3%	50.0%	54.3%
脂質異常症	41	18.2%	32.6%	31.1%	29.6%
心臓病	97	46.4%	60.3%	55.3%	60.8%
脳血管疾患	58	27.9%	22.6%	20.6%	22.1%
がん	25	10.4%	11.8%	12.3%	10.3%
精神疾患	74	34.6%	36.8%	35.0%	37.4%
うち_認知症	43	19.5%	24.0%	21.6%	24.8%
アルツハイマー病	28	13.7%	18.1%	15.9%	18.6%
筋・骨格関連疾患	92	43.7%	53.4%	50.0%	54.6%

【出典】 KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

#### ポイント

- ・平均自立期間に影響している介護の状況において、要介護（要支援）認定者は「心臓病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高く、また、その多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有している。

## 4 国保加入者の医療の状況

### (1) 国保被保険者構成

令和4年度における国保加入者数は1,816人で、平成30年度の数と比較して463人減少している。国保加入率は40.5%で、国・道より高い。

65歳以上の被保険者の割合は28.0%で、平成30年度と比較して6.1ポイント増加している。

図表3-4-1-1：被保険者構成

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	792	34.8%	720	33.4%	650	32.3%	570	30.0%	536	29.5%
40-64歳	987	43.3%	927	43.1%	865	43.0%	816	42.9%	772	42.5%
65-74歳	500	21.9%	506	23.5%	497	24.7%	515	27.1%	508	28.0%
国保加入者数	2,279	100.0%	2,153	100.0%	2,012	100.0%	1,901	100.0%	1,816	100.0%
羅臼町_総人口(人)	5,091		4,955		4,766		4,595		4,488	
羅臼町_国保加入率	44.8%		43.5%		42.2%		41.4%		40.5%	
国_国保加入率	22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
道_国保加入率	21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%	

※加入率は、KDB帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で除して算出している

【出典】住民基本台帳 平成30年度から令和4年度  
KDB帳票 S21\_006-被保険者構成 平成30年から令和4年 年次

#### ポイント

- ・国保加入者数は年々減少しているが、前期高齢者の割合が高く高齢化は進行している。

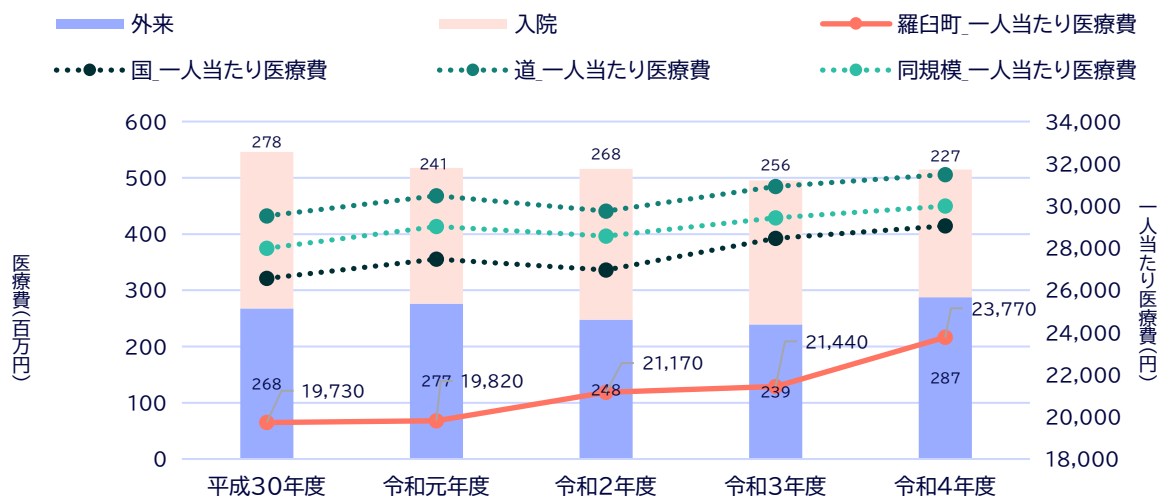
## (2) 総医療費及び一人当たり医療費

令和4年度の総医療費は約5億1,500万円、平成30年度と比較して5.7%減少している。

令和4年度の一人当たり医療費は23,770円で、平成30年度と比較して20.5%増加している。一人当たり医療費は国・道より少ない。

※一人当たり医療費：総医療費を国保加入者数で除したもので集団比較や経年比較に用いられる

図表3-4-2-1：総医療費・一人当たりの医療費



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	平成30年度からの変化率 (%)
医療費 (円)	総額	546,015,050	517,506,310	515,647,980	495,564,810	514,791,860	-	-5.7
	入院	278,472,770	240,944,060	267,724,780	256,367,250	227,347,760	44.2%	-18.4
	外来	267,542,280	276,562,250	247,923,200	239,197,560	287,444,100	55.8%	7.4
一人当たり医療費 (円)	羅臼町	19,730	19,820	21,170	21,440	23,770	-	20.5
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	-	9.4
	道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	-	6.6
	同規模	27,990	29,020	28,570	29,440	29,990	-	7.1

※一人当たり医療費は、月平均を算出

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

## 参考：医療サービスの状況

図表3-4-2-2：医療サービスの状況

(千人当たり)	羅臼町	国	道	同規模
病院数	0.0	0.3	0.5	0.3
診療所数	1.1	4.0	3.2	3.5
病床数	0.0	59.4	87.8	21.4
医師数	0.6	13.4	13.1	3.2

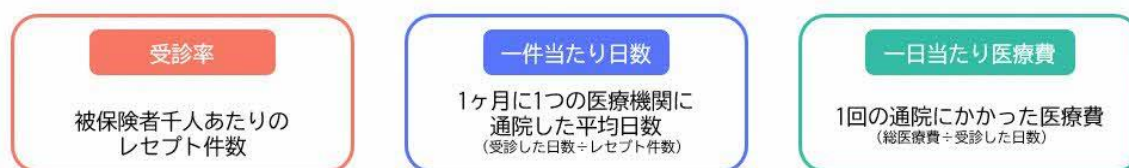
【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

### ポイント

- ・令和4年度の一人当たり医療費は23,770円で、対平成30年度比で20.5%増加している。
- ・一人当たり医療費を国や道と比較すると国・道より少ない。

### (3) 一人当たり医療費と医療費の3要素

#### 一人当たり医療費の3要素



一人当たり医療費は、「受診率」「一件当たり日数」「一日当たり医療費」の3要素に分解される。令和4年度の一人当たり医療費を、入院と外来のそれぞれで3要素に分解して比較すると、入院の受診率は外来と比較すると件数が少ない。その一方で、一日当たり医療費は外来と比較すると多くなっている。

また、入院の一人当たり医療費は10,500円で、国と比較すると1,150円少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。

外来の一人当たり医療費は13,270円で、国と比較すると4,130円少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。

図表3-4-3-1：入院外来別医療費の3要素

入院	羅臼町	国	道	同規模
一人当たり医療費（円）	10,500	11,650	13,820	13,460
受診率（件/千人）	16.6	18.8	22.0	22.9
一件当たり日数（日）	12.0	16.0	15.8	16.2
一日当たり医療費（円）	52,530	38,730	39,850	36,390

外来	羅臼町	国	道	同規模
一人当たり医療費（円）	13,270	17,400	17,670	16,530
受診率（件/千人）	411.3	709.6	663.0	653.6
一件当たり日数（日）	1.2	1.5	1.4	1.4
一日当たり医療費（円）	26,650	16,500	19,230	18,540

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

#### ポイント

- ・入院の受診率及び一日当たり医療費を外来と比較すると、入院の受診率の方が外来より件数が少ないにも関わらず、一日当たり医療費が多くなっている。
- ・入院の一人当たり医療費は国より少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。
- ・外来の一人当たり医療費は国より少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。

#### (4) 疾病別医療費の構成

##### ① 疾病分類（大分類）別医療費

続いて、総医療費に占める割合が高い疾病分類（大分類）の構成をみる。

総医療費に占める構成が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は約1億1,200万円（21.7%）となっており、次いで高いのは「循環器系の疾患」で約8,700万円（17.0%）である。これら2疾病で総医療費の38.7%を占めている。

特に、保健事業により予防可能である疾患を多く含む「循環器系の疾患」は受診率及びレセプト一件当たり医療費が、いずれも他の疾病よりも比較的多い傾向にあり、医療費が高額な原因となっている。

図表3-4-4-1：疾病分類（大分類）別\_医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	医療費（円）			
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	新生物	111,555,070	61,803	21.7%	243.2	254,112
2位	循環器系の疾患	86,997,320	48,198	17.0%	837.1	57,576
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	70,291,680	38,943	13.7%	633.2	61,498
4位	内分泌、栄養及び代謝疾患	35,840,040	19,856	7.0%	628.8	31,577
5位	消化器系の疾患	31,798,930	17,617	6.2%	388.9	45,298
6位	呼吸器系の疾患	25,177,100	13,949	4.9%	351.8	39,649
7位	神経系の疾患	24,289,110	13,457	4.7%	242.7	55,455
8位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	20,314,310	11,254	4.0%	17.2	655,300
9位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	19,268,190	10,675	3.8%	156.2	68,327
10位	皮膚及び皮下組織の疾患	18,741,530	10,383	3.7%	370.6	28,014
11位	尿路性器系の疾患	13,354,410	7,399	2.6%	211.1	35,051
12位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	12,777,380	7,079	2.5%	160.1	44,212
13位	眼及び付属器の疾患	12,576,090	6,967	2.5%	346.3	20,122
14位	感染症及び寄生虫症	9,552,700	5,292	1.9%	132.4	39,969
15位	精神及び行動の障害	8,283,850	4,589	1.6%	147.9	31,026
16位	先天奇形、変形及び染色体異常	1,798,180	996	0.4%	6.6	149,848
17位	妊娠、分娩及び産じょく	1,261,140	699	0.2%	11.6	60,054
18位	耳及び乳様突起の疾患	948,890	526	0.2%	40.4	12,998
19位	周産期に発生した病態	511,600	283	0.1%	1.7	170,533
-	その他	7,802,340	4,323	1.5%	205.5	21,031
-	総計	513,139,860	-	-	-	-

※図表3-4-2-1の医療費「総額」と値が異なるのは、図表3-4-2-1においては年齢に関係なく、国保のレセプトを集計しているのに対し、本表では被保険者の生年月日から算出した年齢によって集計対象のレセプトを絞り込んでいるためである

※KDBシステムにて設定されている疾病分類（大分類）区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他（上記以外のもの）を「その他」にまとめている

【出典】KDB帳票 S23\_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和4年度 累計

#### ポイント

- ・大分類で見た場合、医療費に占める割合が高い疾病は「新生物」と「循環器系の疾患」である。
- ・「循環器系の疾患」は保健事業により予防可能な疾患を多く含んでおり、対策が必要である。

## ② 疾病分類（中分類）別 入院医療費

入院医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「虚血性心疾患」の医療費が最も多く約2,600万円で、11.5%を占めている。

また、予防可能な疾患で入院医療費が高額なものは、「虚血性心疾患」「脳梗塞」である。

図表3-4-4-2：疾病分類（中分類）別\_入院医療費\_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）				
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	虚血性心疾患	26,253,290	14,545	11.5%	3.9	3,750,470
2位	関節症	22,429,570	12,426	9.9%	11.6	1,068,075
3位	その他の悪性新生物	19,780,990	10,959	8.7%	15.5	706,464
4位	脊椎障害（脊椎症を含む）	14,740,600	8,167	6.5%	6.6	1,228,383
5位	その他損傷及びその他外因の影響	11,964,710	6,629	5.3%	10.5	629,722
6位	その他の消化器系の疾患	10,722,210	5,940	4.7%	16.6	357,407
7位	その他の循環器系の疾患	9,901,640	5,486	4.4%	5.5	990,164
8位	その他の心疾患	9,292,740	5,148	4.1%	4.4	1,161,593
9位	その他の呼吸器系の疾患	7,219,580	4,000	3.2%	4.4	902,448
10位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	6,693,320	3,708	2.9%	8.9	418,333
11位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	6,158,410	3,412	2.7%	6.1	559,855
12位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	5,615,830	3,111	2.5%	2.8	1,123,166
13位	結腸の悪性新生物	5,289,480	2,930	2.3%	6.1	480,862
14位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	5,091,300	2,821	2.2%	3.9	727,329
15位	脳梗塞	3,762,860	2,085	1.7%	3.3	627,143
16位	良性新生物及びその他の新生物	3,604,790	1,997	1.6%	5.0	400,532
17位	悪性リンパ腫	3,504,190	1,941	1.5%	1.7	1,168,063
18位	骨折	3,142,610	1,741	1.4%	5.0	349,179
19位	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2,958,960	1,639	1.3%	1.7	986,320
20位	その他の神経系の疾患	2,931,280	1,624	1.3%	4.4	366,410

【出典】KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析（中分類）令和4年度 累計

### ポイント

・ 予防可能な疾患で入院医療費が高額なものは、「虚血性心疾患」「脳梗塞」である。

### ③ 疾病分類（中分類）別 外来医療費

外来医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「糖尿病」の医療費が最も多く約2,700万円で、9.4%を占めている。重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っている。

図表3-4-4-3：疾病分類（中分類）別\_外来医療費\_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）				
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	糖尿病	26,834,300	14,867	9.4%	374.5	39,696
2位	その他の悪性新生物	19,651,070	10,887	6.9%	53.2	204,699
3位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	17,108,170	9,478	6.0%	26.6	356,420
4位	貧血	16,968,480	9,401	5.9%	11.6	808,023
5位	高血圧症	15,085,310	8,358	5.3%	475.9	17,561
6位	その他の心疾患	11,732,670	6,500	4.1%	124.1	52,378
7位	炎症性多発性関節障害	10,531,780	5,835	3.7%	87.0	67,081
8位	悪性リンパ腫	9,607,020	5,322	3.4%	6.6	800,585
9位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	7,195,500	3,986	2.5%	127.4	31,285
10位	その他の消化器系の疾患	7,184,460	3,980	2.5%	141.3	28,174
11位	パーキンソン病	6,610,160	3,662	2.3%	6.6	550,847
12位	皮膚炎及び湿疹	6,552,500	3,630	2.3%	218.3	16,631
13位	乳房の悪性新生物	6,326,210	3,505	2.2%	38.2	91,684
14位	ウイルス性肝炎	6,134,940	3,399	2.1%	23.8	142,673
15位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	6,084,060	3,371	2.1%	151.2	22,286
16位	その他の神経系の疾患	6,011,600	3,331	2.1%	176.7	18,845
17位	白血病	5,021,680	2,782	1.8%	3.3	836,947
18位	喘息	4,965,620	2,751	1.7%	96.4	28,538
19位	腎不全	4,866,340	2,696	1.7%	23.8	113,171
20位	脂質異常症	4,771,370	2,643	1.7%	155.7	16,980

【出典】KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

#### ポイント

- ・ 外来医療費（中分類疾病別）をみると、重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っている。



#### ④ 医療費が高額な疾病の状況

医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプトのうち、予防可能な重篤な疾患についてみると、「虚血性心疾患」が上位に入っている。

医療費適正化の観点からもこれらの重篤な疾患の予防に取り組むことが重要である。

図表3-4-4-4：疾病分類（中分類）別\_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	高額レセプトの全件数に占める割合
1位	その他の悪性新生物	34,554,070	11.5%	42	13.2%
2位	虚血性心疾患	25,653,620	8.5%	4	1.3%
3位	関節症	21,879,580	7.3%	16	5.0%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	20,093,860	6.7%	24	7.6%
5位	貧血	16,718,120	5.6%	3	0.9%
6位	脊椎障害（脊椎症を含む）	14,305,680	4.8%	8	2.5%
7位	悪性リンパ腫	12,927,920	4.3%	11	3.5%
8位	その他損傷及びその他外因の影響	11,339,210	3.8%	13	4.1%
9位	その他の循環器系の疾患	9,363,780	3.1%	6	1.9%
10位	その他の心疾患	8,888,020	3.0%	4	1.3%

【出典】KDB帳票 S21\_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

#### ⑤ 入院が長期化する疾病の状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプトについてみる。予防可能な重篤な疾患についてみると、いずれの疾患も上位には入っていない。

長期入院が必要な疾患はリハビリテーションや介護が必要となる可能性があるため、平均自立期間に影響することが考えられる。

図表3-4-4-5：疾病分類（中分類）別\_6か月以上の入院レセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	長期入院レセプトの全件数に占める割合
1位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	6,160,650	17.5%	10	19.2%
2位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	6,158,410	17.5%	11	21.2%
3位	その他の呼吸器系の疾患	5,866,850	16.7%	5	9.6%
4位	結腸の悪性新生物	4,409,990	12.5%	9	17.3%
5位	その他の消化器系の疾患	4,219,770	12.0%	6	11.5%
6位	慢性閉塞性肺疾患	2,370,530	6.7%	2	3.8%
7位	皮膚炎及び湿疹	2,180,400	6.2%	3	5.8%
8位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	1,961,830	5.6%	3	5.8%
9位	その他の特殊目的用コード	1,232,770	3.5%	2	3.8%
10位	肺炎	638,870	1.8%	1	1.9%

【出典】KDB帳票 S21\_012-厚生労働省様式（様式2-1） 令和4年6月から令和5年5月

#### ポイント

- ・ 医療費が高額な疾病に、予防可能な疾患が入っている。



(5) その他

① 重複服薬の状況

重複処方該当者数は7人である。

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

図表3-4-5-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）										
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	
重複処方を 受けた人	2医療機関以上	27	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【出典】KDB帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

② 多剤服薬の状況

多剤処方該当者数は、0人である。

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

図表3-4-5-2：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬効数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日数	1日以上	579	437	322	241	164	110	73	46	30	15	0	0
	15日以上	427	367	295	226	157	107	71	46	30	15	0	0
	30日以上	403	347	277	213	149	103	68	44	29	15	0	0
	60日以上	319	278	225	175	129	90	61	37	23	12	0	0
	90日以上	255	221	179	136	99	72	49	32	20	11	0	0
	120日以上	90	83	73	59	44	33	23	16	11	6	0	0
	150日以上	65	59	51	43	32	24	16	11	10	6	0	0
	180日以上	55	50	43	36	27	21	14	9	8	4	0	0

【出典】KDB帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

③ 後発医薬品の使用状況

令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は82.4%で、道の82.0%と比較して0.4ポイント高い。

図表3-4-5-3：後発医薬品の使用状況

	平成30年9月	令和元年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
羅臼町	75.8%	78.4%	80.0%	82.0%	81.1%	81.1%	82.8%	81.9%	82.4%
道	75.2%	77.2%	77.7%	80.0%	80.8%	81.5%	81.6%	81.4%	82.0%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

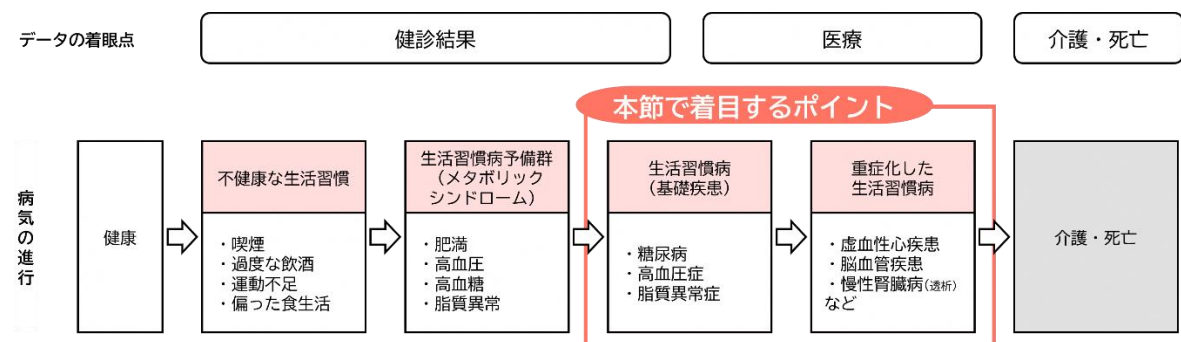
## 5 国保加入者の生活習慣病の状況

ここまでみてきたように、羅臼町の死亡・介護・医療のそれぞれにおいて、生活習慣病を中心とした予防可能な疾患の課題が大きいことがわかった。

一般的に、生活習慣病の重症化による生活機能の低下は、ある時突然発生するのではなく、「不健康な生活習慣」→「生活習慣病予備群」→「生活習慣病」→「重症化」→「介護（生活機能の低下）や死亡」と徐々に進行していくとされる（下図参照）。

生活習慣病は、各段階で適切な介入がなされることで、病気が進むことを食い止めることができ、また生活習慣病を発症しても、上手にコントロールできていれば重症化は防ぐことができる。一方で、コントロール不良だと心筋梗塞や脳梗塞などを引き起こし、生活機能の低下や要介護状態となる。

本節では、疾病の流れに沿って、羅臼町の課題である生活習慣病の状況や重症化した生活習慣病の状況を把握する。



## (1) 生活習慣病医療費

生活習慣病医療費を平成30年度と令和4年度で比較すると増加している。特に、疾病別に見た場合、「心筋梗塞」「糖尿病」の医療費が増加している。

また、令和4年度時点で総医療費に占める疾病別の割合を国、道と比較すると、「心筋梗塞」の割合が高い。

図表3-5-1-1：生活習慣病医療費の平成30年度比較

疾病名	羅臼町				国	道	同規模	
	平成30年度		令和4年度					
	医療費（円）	割合	医療費（円）	割合				
生活習慣病医療費	82,240,210	15.1%	86,662,260	16.8%	18.7%	16.4%	18.4%	
基礎疾患	糖尿病	25,072,280	9.5%	26,399,800	9.1%	10.7%	10.1%	11.4%
	高血圧症	18,946,640		15,085,310				
	脂質異常症	7,466,120		4,771,370				
	高尿酸血症	473,860		598,750				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	468,060	0.1%	1,256,180	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
	脳出血	135,340	0.0%	184,130	0.0%	0.7%	0.6%	0.7%
	脳梗塞	7,301,040	1.3%	5,326,520	1.0%	1.4%	1.5%	1.4%
	狭心症	11,213,160	2.1%	4,539,360	0.9%	1.1%	1.4%	1.1%
	心筋梗塞	49,720	0.0%	24,743,510	4.8%	0.3%	0.3%	0.3%
	慢性腎臓病（透析あり）	11,113,990	2.0%	3,757,330	0.7%	4.4%	2.3%	3.3%
総額	546,015,050		514,791,860					

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度・令和4年度 累計

### ポイント

- ・生活習慣病医療費を平成30年度と令和4年度で比較すると増加している。
- ・総医療費に占める疾病別の割合を国と比較すると「心筋梗塞」の医療費の割合が高い。

## (2) 基礎疾患の有病状況

被保険者全体における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が198人（10.9%）、  
「高血圧症」が240人（13.2%）、「脂質異常症」が165人（9.1%）となっている。

図表3-5-2-1：基礎疾患の有病状況

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
被保険者数		1,005	-	811	-	1,816	-
基礎疾患	糖尿病	97	9.7%	101	12.5%	198	10.9%
	高血圧症	123	12.2%	117	14.4%	240	13.2%
	脂質異常症	84	8.4%	81	10.0%	165	9.1%

【出典】KDB帳票 S21\_014-厚生労働省様式（様式3-1） 令和5年 5月

## (3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり

重症化した生活習慣病における基礎疾患の有病状況をみると、多くの人が複数の基礎疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）を有している。

図表3-5-3-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
虚血性心疾患		40	-	34	-	74	-
基礎疾患	糖尿病	31	77.5%	27	79.4%	58	78.4%
	高血圧症	36	90.0%	31	91.2%	67	90.5%
	脂質異常症	30	75.0%	21	61.8%	51	68.9%

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
脳血管疾患		33	-	25	-	58	-
基礎疾患	糖尿病	15	45.5%	13	52.0%	28	48.3%
	高血圧症	25	75.8%	17	68.0%	42	72.4%
	脂質異常症	18	54.5%	13	52.0%	31	53.4%

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
人工透析		0	-	0	-	0	-
基礎疾患	糖尿病	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	高血圧症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	脂質異常症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

【出典】KDB帳票 S21\_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年 5月

KDB帳票 S21\_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年 5月

KDB帳票 S21\_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年 5月

### ポイント

- ・重症化した生活習慣病を発症する人は、複数の基礎疾患を有している。特に「高血圧症」を基礎疾患として有している人が多い。

#### (4) 人工透析患者数

慢性腎臓病が悪化すると、人工透析になる。一般的に人工透析患者一人当たりの年間医療費は、約600万円になり、人工透析が導入されると身体的・精神的な負担だけでなく、週3回の通院が必要になるため患者自身のQOLにも大きな影響をもたらす。

そのため、予防的介入により人工透析を1年でも遅らせることが重要である。

羅臼町の人工透析患者数の推移をみると、令和4年度の患者数は8名で、平成30年度と比較して2人減少している。

令和4年度における新規の人工透析患者数は1名で平成30年度と比較して変わらない。

図表3-5-4-1：人工透析患者数

			平成30年度	令和4年度	令和4年度と 平成30年度の差
人工透析患者数（人）	国保	0-39歳	0	0	0
		40-64歳	1	1	0
		65-74歳	1	0	-1
	後期高齢	65-74歳	3	2	-1
		75歳以上	5	5	0
	合計			10	8
【再掲】 新規人工透析患者数（人）	国保	0-39歳	0	0	0
		40-64歳	0	0	0
		65-74歳	0	0	0
	後期高齢	65-74歳	1	1	0
		75歳以上	0	0	0
	合計			1	1

【出典】KDB帳票 Expander 作成

#### ポイント

- ・人工透析の患者数は平成30年度と比べて2名減少している。

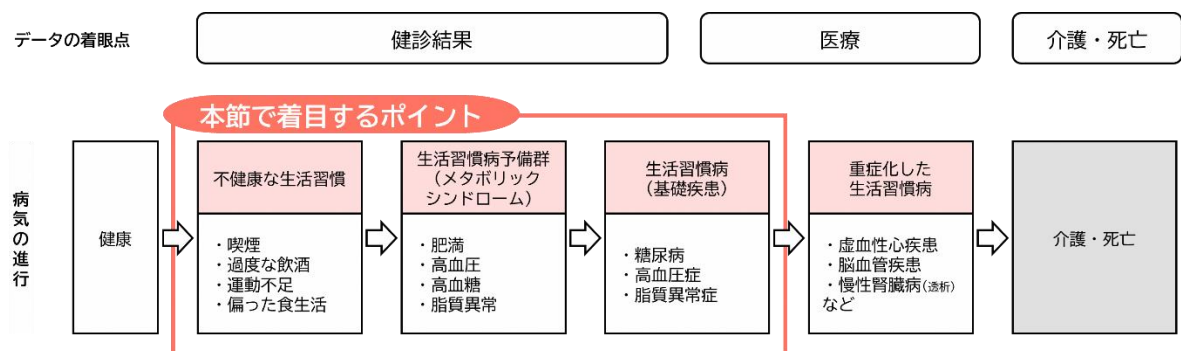
## 6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

前節でみたように、「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病」といった重症化した生活習慣病に至った人は、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」といった基礎疾患を保有していることがわかった。

「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」といった疾患は自覚症状がほとんどないまま進行するため、特定健診を通して自らの健康状態を理解し、定期的に生活習慣を振り返ることが重要である。

また、健診結果が基準値を超える場合は、生活習慣の改善や早期の医療機関への受診等の行動変容が重要であり、保健指導は、これらを支援するために健診結果で把握した生活習慣病のリスクに応じて行われている。

ここからは、特定健診受診者の健診結果をもとに生活習慣や生活習慣病予備群に関する情報も併せて把握し、保健指導による生活習慣病発症予防や重症化予防をはじめとした各種介入において、どのような課題があるか整理を行う。



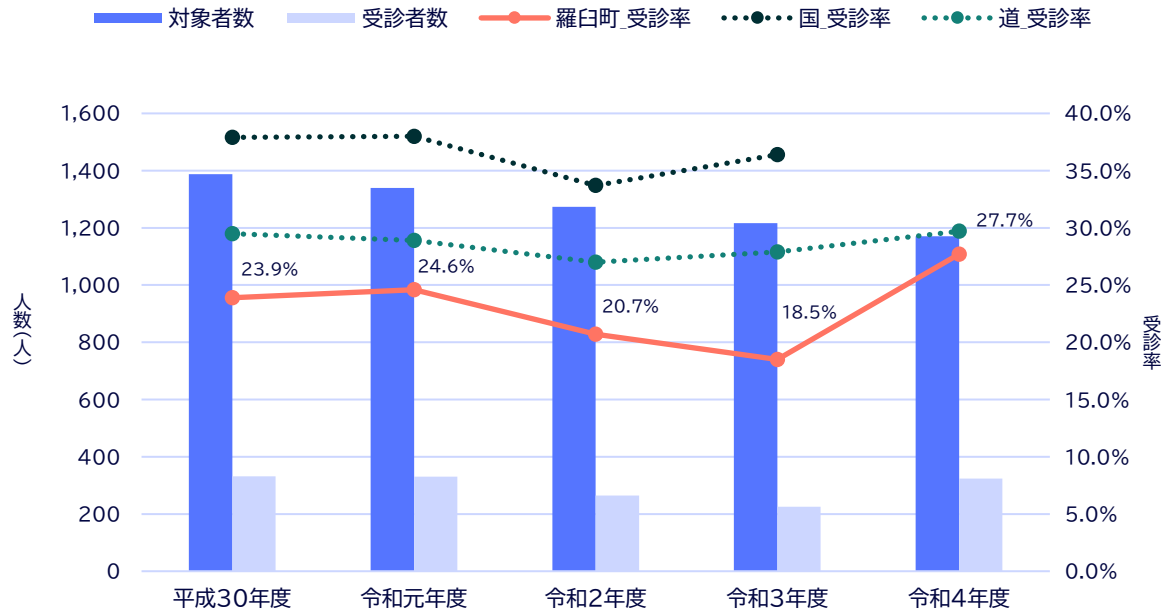
## (1) 特定健診受診率

特定健診は、主に生活習慣病の早期発見を目的として行われる。

令和4年度の特定健診受診率は27.7%であり、道とくらべて低い。

また、経年の推移をみると、平成30年度と比較して3.8ポイント上昇している。

図表3-6-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と令和4年度の差	
特定健診対象者数 (人)	1,388	1,339	1,274	1,216	1,170	-218	
特定健診受診者数 (人)	332	330	264	225	324	-8	
特定健診受診率	羅臼町	23.9%	24.6%	20.7%	18.5%	27.7%	3.8
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	0.2

【出典】厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）  
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成30年度から令和4年度

図表3-6-1-2：年齢階層別\_特定健診受診率

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	25.4%	19.1%	26.4%	28.1%	27.9%	20.9%	20.4%
令和元年度	27.7%	26.4%	25.5%	26.2%	25.0%	23.1%	21.0%
令和2年度	32.1%	17.8%	17.7%	23.5%	21.2%	18.9%	18.6%
令和3年度	26.7%	14.8%	16.8%	20.0%	18.3%	19.9%	17.7%
令和4年度	24.1%	26.2%	26.4%	26.4%	32.0%	28.6%	27.8%

※法定報告値は厚生労働省発表によるものであり、KDBデータと登録時期が異なるため値に差がある

【出典】KDB帳票 S21\_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計

### ポイント

- 生活習慣病は自覚症状が乏しく早期発見のために特定健診は重要であるが、その受診率は令和4年度で道と比べて低い。また、平成30年度と比べて3.8ポイント上昇している。

## (2) 健康状態不明者（健診なし治療なし）

羅臼町の特定健診対象者において、特定健診未受診者、かつ生活習慣病のレセプトが出ていない人は312人で、特定健診対象者の26.6%である。

特定健診の受診もなく生活習慣病の治療もない人は、健康状態が未把握であり、特定健診を通じた健康状態の把握が求められる。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指す

図表3-6-2-1：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

	40-64歳		65-74歳		合計		
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	713	-	458	-	1,171	-	-
特定健診受診者数	197	-	129	-	326	-	-
生活習慣病_治療なし	66	9.3%	17	3.7%	83	7.1%	25.5%
生活習慣病_治療中	131	18.4%	112	24.5%	243	20.8%	74.5%
特定健診未受診者数	516	-	329	-	845	-	-
生活習慣病_治療なし	236	33.1%	76	16.6%	312	26.6%	36.9%
生活習慣病_治療中	280	39.3%	253	55.2%	533	45.5%	63.1%

【出典】KDB帳票 S21\_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度 年次

### ポイント

- ・特定健診を通じて健康状態を把握すべき「健診なし治療なし」の者は312人（26.6%）存在する。



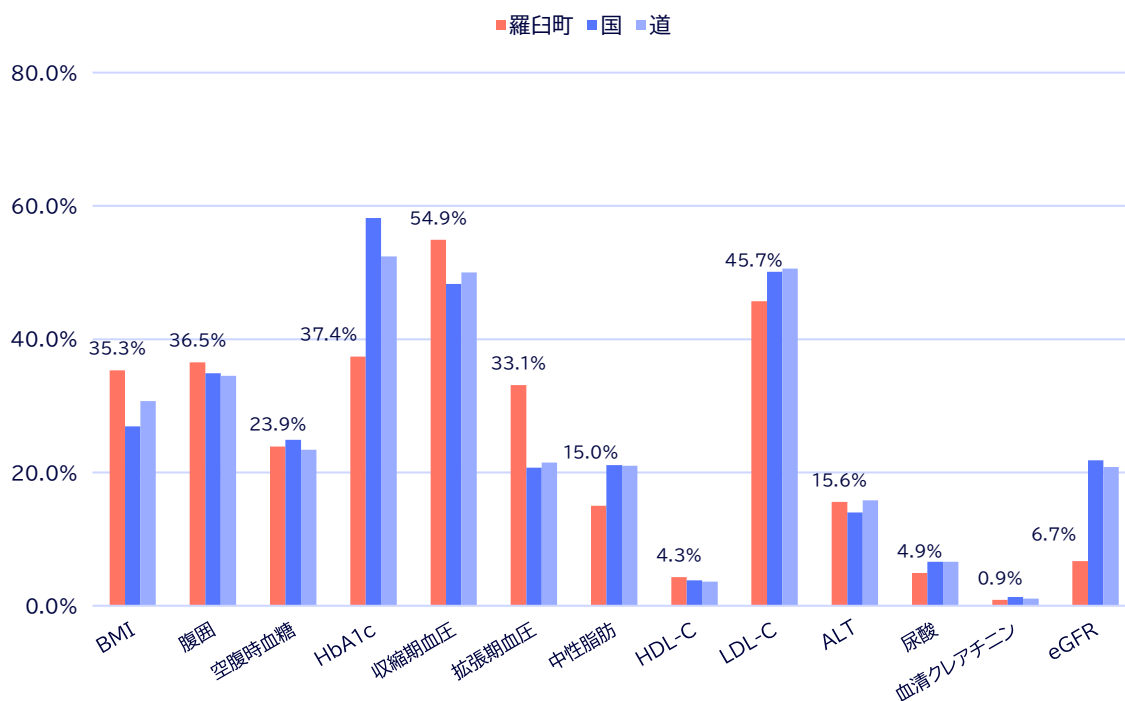
### (3) 有所見者の状況

#### ① 有所見者の割合

有所見とは、健診結果における医師の診断が「要精密検査」または「要治療等」の者を指し、その状況に応じて保健指導や受診勧奨といった介入がなされている。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合は国や道と比較して「BMI」「腹囲」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」の有所見率が高い。

図表3-6-3-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
羅臼町	35.3%	36.5%	23.9%	37.4%	54.9%	33.1%	15.0%	4.3%	45.7%	15.6%	4.9%	0.9%	6.7%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
道	30.7%	34.5%	23.4%	52.4%	50.0%	21.5%	21.0%	3.6%	50.6%	15.8%	6.6%	1.1%	20.8%

【出典】KDB帳票 S21\_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

参考：検査項目ごとの有所見定義

BMI	25kg/m <sup>2</sup> 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100cm <sup>2</sup> 以上)	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満

【出典】各帳票等の項目にかかる集計要件

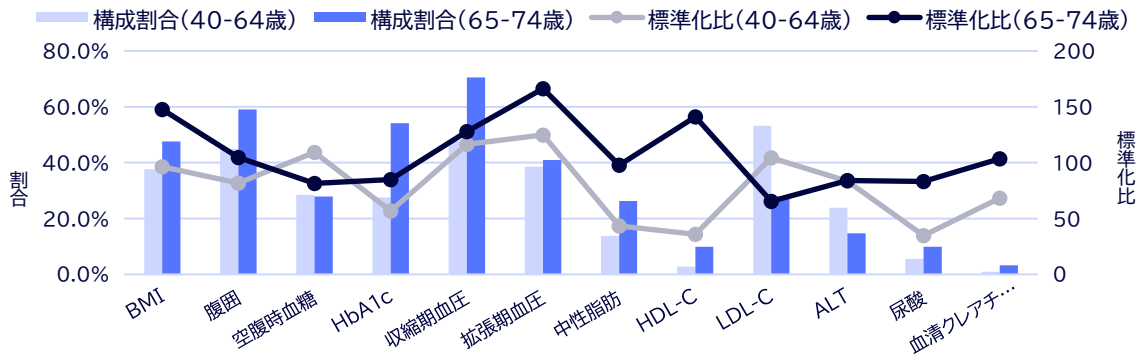
#### ポイント

- ・特定健診受診者は、国や道と比較して「BMI」「腹囲」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」の有所見率が高い。

## ② 有所見者の性別年代別割合の状況と標準化比

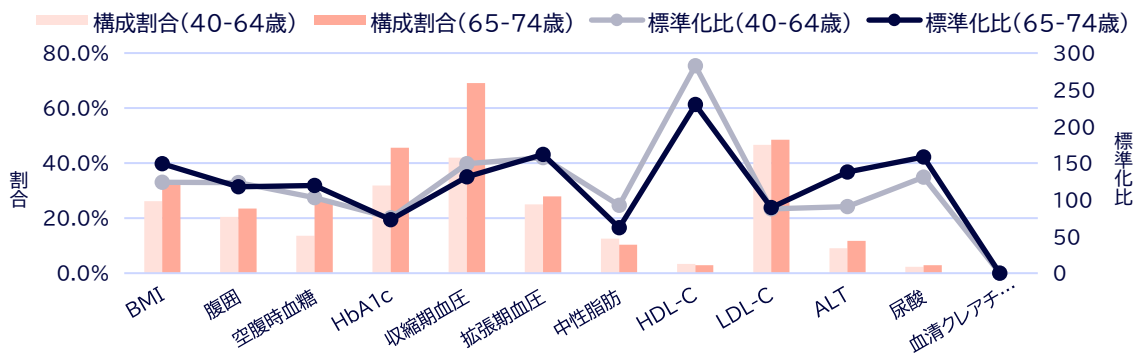
さらに、年代別の有所見者の割合について、年齢調整を行い、国を100とした標準化比で比較すると、男性では「収縮期血圧」「拡張期血圧」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」「尿酸」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

図表3-6-3-2：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比 男性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	37.6%	45.0%	28.4%	27.5%	47.7%	38.5%	13.8%	2.8%	53.2%	23.9%	5.5%	0.9%
	標準化比	96.4	81.6	109.3	56.8	116.4	124.8	43.3	35.9	104.5	83.6	34.7	68.1
65-74歳	構成割合	47.5%	59.0%	27.9%	54.1%	70.5%	41.0%	26.2%	9.8%	27.9%	14.8%	9.8%	3.3%
	標準化比	147.7	104.6	81.4	84.8	127.8	166.3	97.7	141.2	65.4	84.2	83.2	103.6

図表3-6-3-3：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比 女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	26.1%	20.5%	13.6%	31.8%	42.0%	25.0%	12.5%	3.4%	46.6%	9.1%	2.3%	0.0%
	標準化比	124.1	123.6	103.0	75.4	149.4	157.4	92.6	282.7	87.6	90.8	130.9	0.0
65-74歳	構成割合	32.4%	23.5%	26.5%	45.6%	69.1%	27.9%	10.3%	2.9%	48.5%	11.8%	2.9%	0.0%
	標準化比	149.2	117.8	119.3	72.6	131.5	161.9	61.8	229.7	89.6	137.7	158.4	0.0

【出典】KDB帳票 S21\_024-厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度 年次

### ポイント

- ・ 有所見者の性別年代別割合の国との標準化比は、男性では「収縮期血圧」「拡張期血圧」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」「尿酸」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

#### (4) メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血糖・高血圧・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）を指している。

メタボリックシンドロームは生活習慣病の前段階と呼ぶべき状態であり、生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子を改善し、生活習慣病の発症を予防する必要がある。

羅臼町は有所見者のうち、メタボリックシンドロームに該当する者、またその予備群の者に対し、保健指導等の事業を通じて生活習慣病を発症することで定期的な通院が必要とならないように支援を行っている。

メタボリックシンドローム = 内臓肥満 + 複数の生活習慣病リスクを有する状態



【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準より作成

### ① メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は55人である。特定健診受診者における割合は16.9%で、国・道より低い。男女別にみると、男性では21.2%、女性では12.2%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者は50人で特定健診受診者における該当者割合は15.3%となっており、該当者割合は国・道より高い。男女別にみると、男性では21.8%、女性では8.3%がメタボ予備群該当者となっている。

図表3-6-4-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

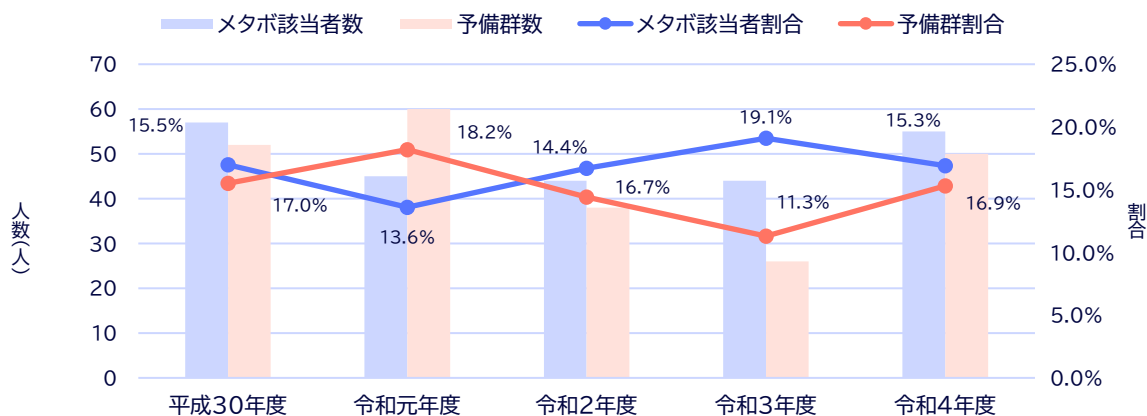
	羅臼町		国	道	同規模
	対象者数(人)	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	55	16.9%	20.6%	20.3%	22.3%
男性	36	21.2%	32.9%	33.0%	32.5%
女性	19	12.2%	11.3%	11.1%	12.8%
メタボ予備群該当者	50	15.3%	11.1%	11.0%	12.4%
男性	37	21.8%	17.8%	18.0%	18.3%
女性	13	8.3%	6.0%	5.9%	6.9%

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

### ② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の経年推移

令和4年度と平成30年度を比較すると、特定健診受診者におけるメタボ該当者の割合は0.1ポイント減少しており、メタボ予備群該当者の割合は0.2ポイント減少している。

図表3-6-4-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		平成30年度と令和4年度の割合の差
	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	
メタボ該当者	57	17.0%	45	13.6%	44	16.7%	44	19.1%	55	16.9%	-0.1
メタボ予備群該当者	52	15.5%	60	18.2%	38	14.4%	26	11.3%	50	15.3%	-0.2

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

#### ポイント

- ・生活習慣病の前段階ともいえるメタボ該当者の割合は国・道より低い。
- ・平成30年度と比べて、メタボ該当者の割合は減少しており、メタボ予備群該当者の割合は減少している。

### ③ メタボ該当者・予備群該当者におけるリスクの保有状況

メタボ該当者のリスク保有状況で最も多い組み合わせは「高血糖・高血圧・脂質異常該当者」であり、25人が該当している。

メタボ該当者は「内臓肥満に加えて生活習慣病の発症リスクを複数抱えている状態」であり、保有しているリスクの数が多いほど、生活習慣病の発症や、将来の重症化リスクが上昇する。

令和4年度の健診受診者で、重症化リスクの高い3項目（高血糖・高血圧・脂質異常）該当者は21人いる。

図表3-6-4-3：メタボ該当者・メタボ予備群該当者におけるリスクの保有状況

	男性		女性		合計	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数	170	-	156	-	326	-
腹囲基準値以上	85	50.0%	34	21.8%	119	36.5%
メタボ該当者	36	21.2%	19	12.2%	55	16.9%
高血糖・高血圧該当者	4	2.4%	3	1.9%	7	2.1%
高血糖・脂質異常該当者	2	1.2%	0	0.0%	2	0.6%
高血圧・脂質異常該当者	17	10.0%	8	5.1%	25	7.7%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	13	7.6%	8	5.1%	21	6.4%
メタボ予備群該当者	37	21.8%	13	8.3%	50	15.3%
高血糖該当者	3	1.8%	1	0.6%	4	1.2%
高血圧該当者	33	19.4%	12	7.7%	45	13.8%
脂質異常該当者	1	0.6%	0	0.0%	1	0.3%
腹囲のみ該当者	12	7.1%	2	1.3%	14	4.3%

【出典】KDB帳票 S21\_025-厚生労働省様式（様式5-3） 令和4年度 年次

#### ポイント

- 生活習慣病の発症や重症化リスクが高い、「高血糖・高血圧・脂質異常該当者」の3リスク該当者は21人いる。

## (5) 特定保健指導実施率

特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）である。

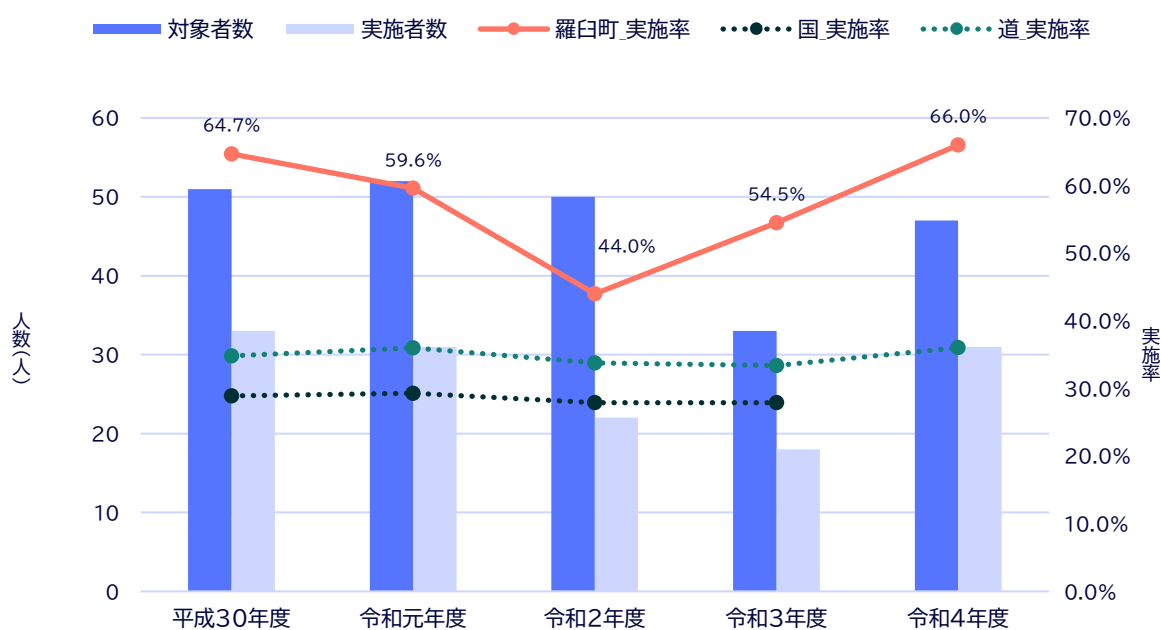
特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかが分かる。

令和4年度の特定保健指導の対象者は47人で、特定健診受診者の14.5%を占める。

特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合（特定保健指導実施率）は66.0%である。

令和4年度の実施率は、平成30年度の実施率と比較すると1.3ポイント上昇している。

図表3-6-5-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と令和4年度の差	
特定健診受診者数 (人)	332	330	264	225	324	-8	
特定保健指導対象者数 (人)	51	52	50	33	47	-4	
特定保健指導該当者割合	15.4%	15.8%	18.9%	14.7%	14.5%	-0.9	
特定保健指導実施者数 (人)	33	31	22	18	31	-2	
特定保健指導実施率	羅臼町	64.7%	59.6%	44.0%	54.5%	66.0%	1.3
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	1.2

【出典】厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）

### ポイント

- ・主にメタボリックシンドローム該当者が対象となる特定保健指導の実施率は、令和4年度で道より高い。また、平成30年度と比べて1.3ポイント上昇している。

## (6) 受診勧奨対象者

受診勧奨対象者とは、有所見者のうち、検査値が厚生労働省の定める基準（参考表）を超える者であり、検査値が特に悪いため、医療機関の受診を促すべきであるとされている。

受診勧奨対象者は生活習慣病の発症が疑われるため、早急に医療機関を受診し、医師の判断のもと治療の開始を検討する必要がある。

参考：主な健診項目における受診勧奨判定値

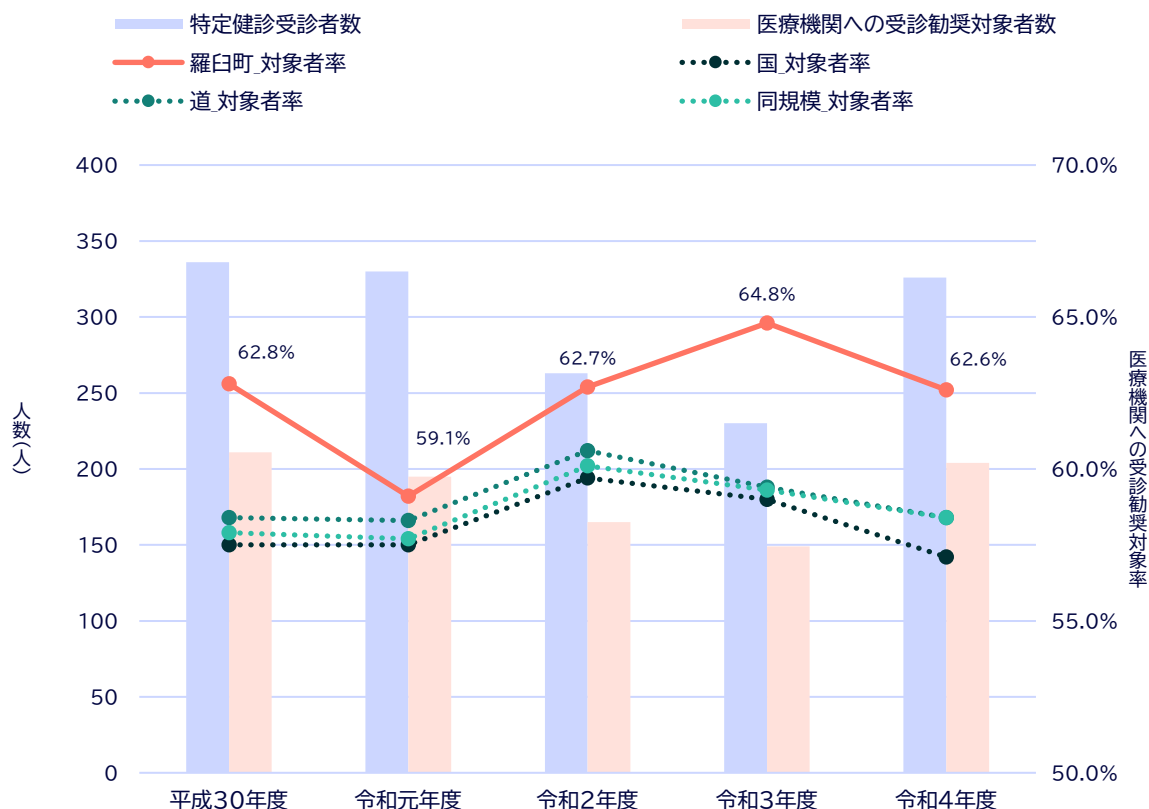
関連する生活習慣病	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
項目名 (単位)	HbA1c (%)	血圧 (mmHG)	LDLコレステロール(mg/dl)
正常	- 5.5	収縮期：-129 拡張期：-84	- 119
保健指導判定値	5.6 - 6.4	収縮期：130 - 139 拡張期：85 - 89	120 - 139
受診勧奨判定値	6.5 - 6.9	<b>I度高血圧</b> 収縮期：140 - 159 拡張期：90 - 99	140 - 159
	7.0 - 7.9	<b>II度高血圧</b> 収縮期：160 - 179 拡張期：100 - 109	160 - 179
	8.0 -	<b>III度高血圧</b> 収縮期：180 - 拡張期：110 -	180 -

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

### ① 受診勧奨対象者割合の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

特定健診受診者における受診勧奨対象者（一項目以上の該当あり）の割合をみると、令和4年度は204人で、特定健診受診者の62.6%を占めている。受診勧奨対象者の割合は、国・道より高く、平成30年度と比較すると0.2ポイント減少している。

図表3-6-6-1：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と令和4年度の受診勧奨対象者率の差
特定健診受診者数（人）		336	330	263	230	326	-
医療機関への受診勧奨対象者数（人）		211	195	165	149	204	-
受診勧奨対象者率	羅臼町	62.8%	59.1%	62.7%	64.8%	62.6%	-0.2
	国	57.5%	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	道	58.4%	58.3%	60.6%	59.4%	58.4%	0.0
	同規模	57.9%	57.7%	60.1%	59.3%	58.4%	0.5

【出典】 KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

#### ポイント

- ・令和4年度の特定健診において生活習慣病の発症が疑われる者（受診勧奨判定者）の割合は、国・道より高く、平成30年度と比べて0.2ポイント減少している。



## ② 受診勧奨対象者の項目別経年推移

受診勧奨対象者の中でも、血糖でHbA1c7.0%以上、血圧でⅡ度高血圧以上、血中脂質でLDLコレステロール160mg/dL以上の人は、特に生活習慣病の発症・重症化リスクが高い。

令和4年度の受診勧奨対象者において、  
HbA1c7.0%以上の人は11人で、特定健診受診者の3.4%を占めており、平成30年度と比較すると割合は減少している。

Ⅱ度高血圧以上の人は51人で、特定健診受診者の15.6%を占めており、平成30年度と比較すると割合は増加している。

LDLコレステロール160mg/dL以上の人は42人で、特定健診受診者の12.9%を占めており、平成30年度と比較すると割合は減少している。

図表3-6-6-2：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	336	-	330	-	263	-	230	-	326	-	
血糖 (HbA1c)	6.5以上7.0%未満	13	3.9%	11	3.3%	6	2.3%	9	3.9%	16	4.9%
	7.0以上8.0%未満	10	3.0%	4	1.2%	6	2.3%	3	1.3%	8	2.5%
	8.0%以上	10	3.0%	2	0.6%	1	0.4%	6	2.6%	3	0.9%
	合計	33	9.8%	17	5.2%	13	4.9%	18	7.8%	27	8.3%

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	336	-	330	-	263	-	230	-	326	-	
血圧	I度高血圧	67	19.9%	53	16.1%	68	25.9%	48	20.9%	77	23.6%
	Ⅱ度高血圧	25	7.4%	19	5.8%	16	6.1%	14	6.1%	39	12.0%
	Ⅲ度高血圧	2	0.6%	7	2.1%	4	1.5%	7	3.0%	12	3.7%
	合計	94	28.0%	79	23.9%	88	33.5%	69	30.0%	128	39.3%

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	336	-	330	-	263	-	230	-	326	-	
脂質 (LDL-C)	140以上160mg/dL未満	64	19.0%	64	19.4%	39	14.8%	43	18.7%	40	12.3%
	160以上180mg/dL未満	34	10.1%	39	11.8%	25	9.5%	25	10.9%	23	7.1%
	180mg/dL以上	21	6.3%	23	7.0%	19	7.2%	13	5.7%	19	5.8%
	合計	119	35.4%	126	38.2%	83	31.6%	81	35.2%	82	25.2%

【出典】KDB帳票 S21\_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計  
KDB帳票 S26\_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 平成30年度から令和4年度 累計

### ポイント

- ・令和4年度の受診勧奨対象者のうち、重症化リスクが高い検査値の人は、HbA1c7.0%以上の人が11人、Ⅱ度高血圧以上の人が51人、LDLコレステロール160mg/dL以上の人が42人である。

## (7) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況

受診勧奨対象者のうち、検査値が高く生活習慣病の発症・重症化リスクが高い者は、服薬による治療が必要な可能性があり、治療が確認されない者は医療機関の受診を促す必要がある。

令和4年度の健診において、

血糖がHbA1c7.0%以上であった11人のうち、全てが治療を行っていない。

血圧がⅡ度高血圧以上であった51人のうち、20人が治療を行っていない。

血中脂質がLDLコレステロール160mg/dL以上であった42人のうち、32人が治療を行っていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満であった5人のうち、0人が糖尿病や高血圧症、脂質異常症の服薬治療をしていない。

図表3-6-7-1：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況

血糖 (HbA1c)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
6.5以上7.0%未満	16	3	18.8%
7.0以上8.0%未満	8	0	0.0%
8.0%以上	3	0	0.0%
合計	27	3	11.1%

血圧	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
I度高血圧	77	33	42.9%
Ⅱ度高血圧	39	13	33.3%
Ⅲ度高血圧	12	7	58.3%
合計	128	53	41.4%

脂質 (LDL-C)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
140以上160mg/dL未満	40	36	90.0%
160以上180mg/dL未満	23	20	87.0%
180mg/dL以上	19	12	63.2%
合計	82	68	82.9%

腎機能 (eGFR)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
30以上45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	5	0	0.0%
15以上30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	0	0	0.0%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	0	0	0.0%
合計	5	0	0.0%

【出典】KDB帳票 S26\_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

### ポイント

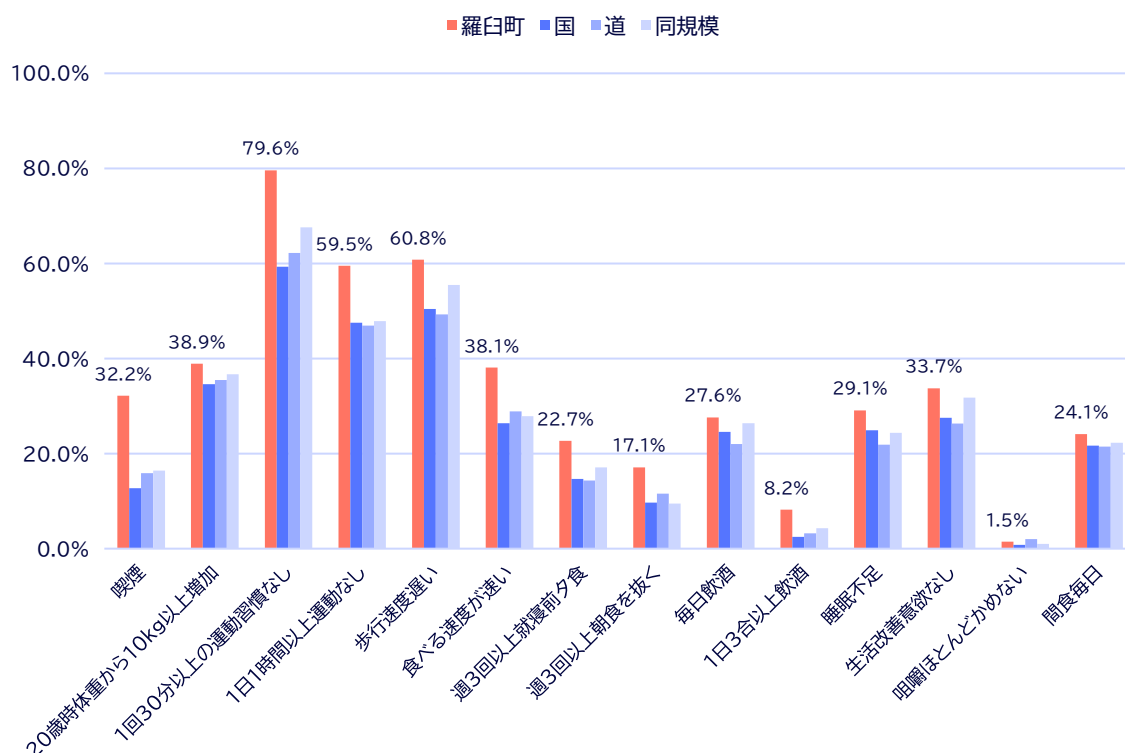
- ・すでに生活習慣病を発症していると疑われ重症化のリスクが高い状態であるにも関わらず、医療機関の受診が確認できない受診勧奨対象者が一定数いる。

## (8) 質問票の回答

特定健診での質問票の回答状況から、羅臼町の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣の傾向が把握できる。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、国や道と比較して「喫煙」「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「3合以上」「睡眠不足」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

図表3-6-8-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
羅臼町	32.2%	38.9%	79.6%	59.5%	60.8%	38.1%	22.7%	17.1%	27.6%	8.2%	29.1%	33.7%	1.5%	24.1%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%
道	15.9%	35.5%	62.2%	46.9%	49.3%	28.9%	14.3%	11.6%	22.0%	3.2%	21.9%	26.3%	2.0%	21.5%
同規模	16.4%	36.7%	67.6%	47.9%	55.5%	27.9%	17.1%	9.5%	26.4%	4.3%	24.4%	31.8%	1.0%	22.3%

【出典】KDB帳票 S25\_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

### ポイント

- ・特定健診受診者の生活習慣の状況は、国や道と比較して「喫煙」「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「3合以上」「睡眠不足」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

## 7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況

本節では、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に係る、後期高齢者医療制度や介護保険のデータを分析する。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」とは、人生100年時代に備え、平均自立期間（健康寿命）を延伸するために高齢者の疾病予防と健康づくりに焦点を置いた取り組みである。

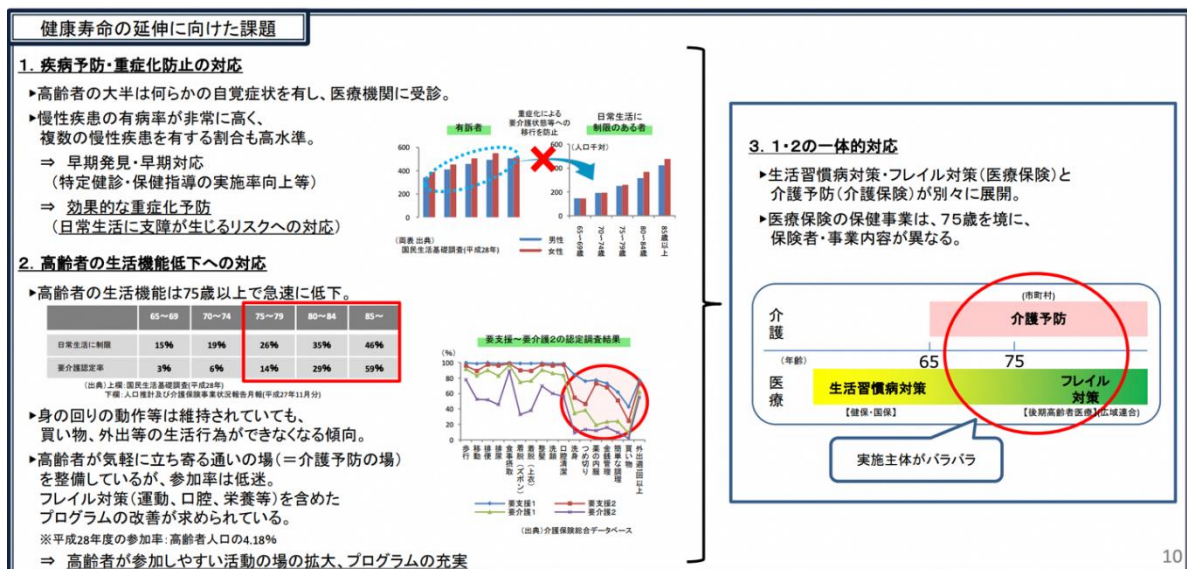
現在、高齢者の平均自立期間短縮に影響している要因として、

- ①生活習慣病の重症化
- ②口腔機能・運動機能・栄養状態が低下することによる虚弱（フレイル）
- ③社会参加の機会の減少

などがあり、それぞれの要因に対して、①生活習慣病対策、②フレイル対策、③介護予防の取り組みがなされている。

一方で、①から③の取り組みは、これまで実施主体に統一性がなく、保険者が変更になる度に支援が途切れがちになることが問題であった。したがって、今後はより一層、①から③の取り組みを切れ目なく実施（一体的に実施）していくことが求められている。

本計画においては、国保加入者の状況だけでなく後期高齢者の状況や要介護（要支援）認定者の状況を把握し①から③に関する取り組みが切れ目なく実施されるよう、国保世代から将来を見据えて取り組むことのできる課題の整理を行う。



## (1) 後期高齢者医療制度の被保険者構成

国民健康保険（以下、「国保」という。）の加入者数は1,816人、国保加入率は40.5%で、国・道より高い。後期高齢者医療制度（以下、「後期高齢者」という。）の加入者数は702人、後期高齢者加入率は15.6%で、道より低いが、国より高い。

図表3-7-1-1：制度別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	羅臼町	国	道	羅臼町	国	道
総人口（人）	4,488	-	-	4,488	-	-
加入者数（人）	1,816	-	-	702	-	-
加入率	40.5%	19.7%	20.0%	15.6%	15.4%	17.1%

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

## (2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

後期高齢者においては、生活習慣病重症化やフレイルによる介護を防ぐという観点で「心臓病」「脳血管疾患」や「筋・骨格関連疾患」が特に重要な疾患である。

前期高齢者（65-74歳）の認定者の主な疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（-14.7ポイント）、「脳血管疾患」（-9.3ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-7.8ポイント）である。

75歳以上の認定者の国との差は「心臓病」（-12.7ポイント）、「脳血管疾患」（7.8ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-8.7ポイント）である。

図表3-7-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74歳			75歳以上		
	羅臼町	国	国との差	羅臼町	国	国との差
糖尿病	21.2%	21.6%	-0.4	39.0%	24.9%	14.1
高血圧症	20.4%	35.3%	-14.9	47.4%	56.3%	-8.9
脂質異常症	11.2%	24.2%	-13.0	19.7%	34.1%	-14.4
心臓病	25.4%	40.1%	-14.7	50.9%	63.6%	-12.7
脳血管疾患	10.4%	19.7%	-9.3	30.9%	23.1%	7.8
筋・骨格関連疾患	28.1%	35.9%	-7.8	47.7%	56.4%	-8.7
精神疾患	19.2%	25.5%	-6.3	38.3%	38.7%	-0.4

【出典】KDB帳票 S25\_006-医療・介護の突合（有病状況） 令和4年度 年次

### ポイント

・75歳以上の認定者の介護に関連する疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（-12.7ポイント）、「脳血管疾患」（7.8ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-8.7ポイント）である。

### (3) 後期高齢者医療制度の医療費

#### ① 一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて1,150円少なく、外来は4,130円少ない。後期高齢者の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて12,240円少なく、外来は10,220円少ない。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では4.1ポイント高く、後期高齢者では1.2ポイント低い。

図表3-7-3-1：一人当たり医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	羅臼町	国	国との差	羅臼町	国	国との差
入院_一人当たり医療費(円)	10,500	11,650	-1,150	24,580	36,820	-12,240
外来_一人当たり医療費(円)	13,270	17,400	-4,130	24,120	34,340	-10,220
総医療費に占める入院医療費の割合	44.2%	40.1%	4.1	50.5%	51.7%	-1.2

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計(国保・後期)

#### ② 医療費の疾病別構成割合

国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の21.7%を占めており、国と比べて4.9ポイント高い。後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の13.4%を占めており、国と比べて1.0ポイント高い。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、後期の「脳出血」「脳梗塞」「狭心症」「慢性腎臓病(透析あり)」の医療費構成割合は、いずれも国保の同疾患と比べて大きい。

図表3-7-3-2：制度別の医療費疾病別構成割合

疾病名	国保			後期高齢者		
	羅臼町	国	国との差	羅臼町	国	国との差
糖尿病	5.1%	5.4%	-0.3	4.5%	4.1%	0.4
高血圧症	2.9%	3.1%	-0.2	4.4%	3.0%	1.4
脂質異常症	0.9%	2.1%	-1.2	0.4%	1.4%	-1.0
高尿酸血症	0.1%	0.0%	0.1	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.1%	0.0%	0.1
動脈硬化症	0.2%	0.1%	0.1	0.0%	0.2%	-0.2
がん	21.7%	16.8%	4.9	12.5%	11.2%	1.3
脳出血	0.0%	0.7%	-0.7	0.3%	0.7%	-0.4
脳梗塞	1.0%	1.4%	-0.4	2.0%	3.2%	-1.2
狭心症	0.9%	1.1%	-0.2	2.8%	1.3%	1.5
心筋梗塞	4.8%	0.3%	4.5	0.7%	0.3%	0.4
慢性腎臓病(透析あり)	0.7%	4.4%	-3.7	6.0%	4.6%	1.4
慢性腎臓病(透析なし)	0.2%	0.3%	-0.1	0.3%	0.5%	-0.2
精神疾患	1.6%	7.9%	-6.3	2.2%	3.6%	-1.4
筋・骨格関連疾患	13.7%	8.7%	5.0	13.4%	12.4%	1.0

※ここではKDBが定める生活習慣病分類に加えて「慢性腎臓病(透析あり)」「慢性腎臓病(透析なし)」を合わせた医療費を集計している

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計(国保・後期)

#### ポイント

- ・後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、国と比べて1.0ポイント高い。

#### (4) 後期高齢者健診

高齢者（65歳以上）への健診・保健指導は、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少、低栄養といったフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要とされている。

したがって、後期高齢者の健診結果では、生活習慣病等の重症化予防の対象者の状況に加え、心身機能の低下に関する質問票の状況を把握し、国保世代から取り組むことができる課題を整理する。

##### ① 後期高齢者における有所見割合

後期高齢者の健診受診率は7.7%で、国と比べて17.1ポイント低い。

有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血圧」「脂質」「血糖・血圧」「血圧・脂質」の該当割合が高い。

図表3-7-4-1：後期高齢者の健診受診状況

		後期高齢者		
		羅臼町	国	国との差
健診受診率		7.7%	24.8%	-17.1
受診勧奨対象者率		74.5%	60.9%	13.6
有所見者の状況	血糖	0.0%	5.7%	-5.7
	血圧	47.1%	24.3%	22.8
	脂質	11.8%	10.8%	1.0
	血糖・血圧	3.9%	3.1%	0.8
	血糖・脂質	0.0%	1.3%	-1.3
	血圧・脂質	11.8%	6.9%	4.9
	血糖・血圧・脂質	0.0%	0.8%	-0.8

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	中性脂肪	300mg/dL以上
HbA1c	6.5%以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下
収縮期血圧	140mmHg以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上
拡張期血圧	90mmHg以上		

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件



## ② 後期高齢者における質問票の回答

後期高齢者における質問票の回答状況は、国と比べて、「1日3食「食べていない」」「お茶や汁物等で「むせることがある」」「6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」」「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」」「この1年間に「転倒したことがある」」「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」」「周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」」「今日が何月何日かわからない日が「ある」」「たばこを「吸っている」」「週に1回以上外出して「いない」」の回答割合が高い。

図表3-7-4-2：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		羅臼町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	0.0%	1.1%	-1.1
心の健康	毎日の生活に「不満」	0.0%	1.1%	-1.1
食習慣	1日3食「食べていない」	14.3%	5.4%	8.9
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	26.5%	27.7%	-1.2
	お茶や汁物等で「むせることがある」	21.3%	20.9%	0.4
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	12.2%	11.7%	0.5
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	63.3%	59.1%	4.2
	この1年間に「転倒したことがある」	25.0%	18.1%	6.9
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	53.1%	37.1%	16.0
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	24.5%	16.2%	8.3
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	34.7%	24.8%	9.9
喫煙	たばこを「吸っている」	10.2%	4.8%	5.4
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	18.4%	9.4%	9.0
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	2.0%	5.6%	-3.6
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	2.0%	4.9%	-2.9

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

## (5) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

市町村国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行う。また、関係機関と連携を実施しながら、被保険者を支えるための地域づくりや人材育成を推進する。



## 8 健康課題の整理

### (1) 現状のまとめ

第2章から第3章までで分析した、羅臼町で暮らす人の健康に関する現状について下記のようにまとめた。

#### 【人口構成・平均余命】

- ・国や道と比較すると、高齢化率は高い。
- ・平均自立期間（健康寿命）は、男性、女性ともに国・道より短い。

#### 【死亡・介護】

- ・平均余命に影響している死亡の要因のうち、予防可能な主な疾患の標準化比は、「虚血性心疾患」が168.6、「脳血管疾患」が126.6、「腎不全」が138.7となっている。
- ・平均自立期間に影響している介護の状況において、要介護（要支援）認定者は、「心臓病」を46.4%、「脳血管疾患」を27.9%保有している。

#### 【医療】

- ・令和4年度の一人当たり医療費は23,770円で、国や道と比較すると国・道より低い。
- ・医療費が月30万円以上の高額になる疾病には、予防可能な重篤な生活習慣病である「虚血性心疾患」が上位に入っている。
- ・生活習慣病医療費を国・道と比較すると、国・道より低い。
- ・人工透析の患者数は平成30年度と比べて2人減少している。
- ・重症化した生活習慣病に至った人は、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった基礎疾患を保有していることが多い。

#### 【健診】

- ・生活習慣病は自覚症状が乏しく早期発見のために特定健診は重要であるが、その受診率は令和4年度は27.7%となっており、「健診なし受診なし」の者は312人（26.6%）いる。
- ・特定健診受診者は、国や道と比較して「BMI」「腹囲」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」の有所見率が高い。
- ・特定健診受診者において、肥満に加えて複数の有所見項目に該当したメタボ該当者は16.9%で、平成30年度と比べて減少しており、メタボ予備群該当者の割合は減少している。
- ・メタボ該当者が主対象の特定保健指導の終了率は66.0%で、平成30年度と比べて1.3ポイント上昇している。
- ・令和4年度の受診勧奨対象者の割合は62.6%で、平成30年度と比べて0.2ポイント減少している。
- ・受診勧奨対象者のうち、重症化リスクが高い検査値の者は、HbA1c7.0%以上が11人、Ⅱ度高血圧以上が51人、LDLコレステロール160mg/dL以上が42人であり、このうち、すでに生活習慣病を発症していると疑われ重症化のリスクが高い状態であるにも関わらず、治療が確認できない受診勧奨対象者も一定数いる。
- ・特定健診受診者の質問票の回答状況は、国や道と比較して「喫煙」「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「3合以上」「睡眠不足」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

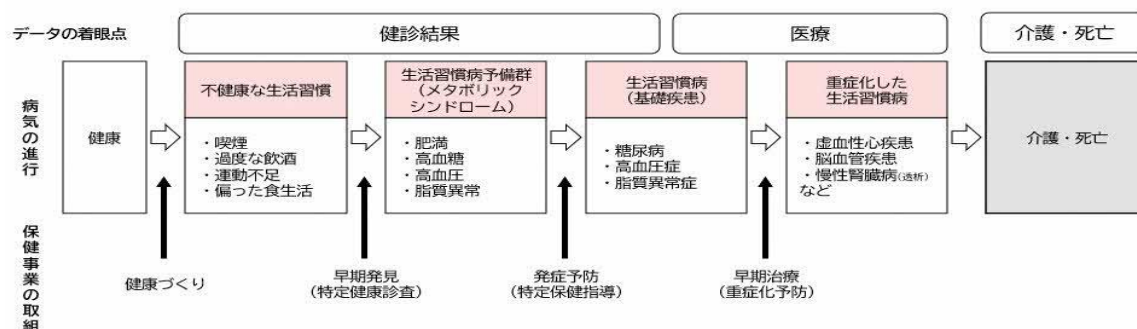
#### 【後期高齢者及びその他の状況】

- ・国保と後期では入院医療費の占める割合が高くなり、特に後期では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高くなっている。
- ・重複処方該当者数は7人、多剤処方該当者数は0人である。
- ・令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は82.4%である。

## (2) 生活習慣病に関する健康課題の整理

羅臼町に暮らす人が健康で長生きするためには、課題となる疾病とその段階を明確化し、保健指導等の事業を通じて、疾病の段階が進まないように取り組むことが重要である（下図参照）。

そのために、上記のまとめを踏まえ、各段階における健康課題と評価指標を以下のとおり整理した。



健康課題・考察	目標
<p><b>◀重症化予防</b> 【課題】</p> <p>#1 「心筋梗塞」、「脳梗塞」、「狭心症」と生活習慣病重症化疾患による入院の割合が高い</p> <p>#2 「心疾患」、「脳血管疾患」、「腎不全」の死亡数が多い</p> <p>#3 介護有病状態で、「糖尿病」、「脳疾患」を有している者の割合が高い</p> <p>#4 要介護認定者の4割以上が高血圧症を有している</p> <p>#5 健診受診者のうち「血圧」「脂質」が受診勧奨の状態にあるにもかかわらず未治療の者が複数人いる</p> <p>#6 治療歴が確認されているが「血糖」が数値改善に至っていない者が多い</p> <p>【考察】 死亡や介護、入院の要因として「心筋梗塞」「脳梗塞」「狭心症」が把握され、これらは予防可能な疾患であることから、中長期的に減らしていきたい疾患である。 これらの疾患を減らしていくためには、特定健診を受けて医療が必要と判断された者を早期に医療に繋げることが重要であり、羅臼町では、特に「血圧」「脂質」の未治療者が多いこと、治療歴が確認されているが「血糖」が数値改善に至っていない者が多いことを踏まえて重症化予防に取り組む必要があると推測される。</p>	<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新規人工透析患者数の減少</li> <li>新規脳血管疾患患者数の減少</li> <li>新規虚血性心疾患患者数の減少</li> </ul> <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HbA1c8.0%以上の者の減少</li> <li>HbA1c7.0%以上の割合の減少</li> <li>HbA1c6.5%以上の割合の減少</li> <li>Ⅲ度高血圧以上の割合の減少</li> <li>Ⅱ度高血圧以上の割合減少</li> <li>Ⅰ度高血圧以上の割合の減少</li> <li>LDLコレステロール180mg/dl以上の割合の減少</li> <li>LDLコレステロール160mg/dl以上の割合の減少</li> <li>LDLコレステロール140mg/dl以上の割合の減少</li> </ul> <p>【事業アウトカム】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>血圧/血糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇</li> </ul>
<p><b>◀重症化予防 (がん)</b></p> <p>#7 「悪性新生物」による死亡者数が多い</p> <p>【考察】 死亡に起因する疾患として「悪性新生物」が把握され、一方でそれらを早期発見するための検診受診率は、5がんいずれも国よりも低くなっている。したがって、早期発見早期治療により、SMRの低下につなげる必要があると推測される。</p>	<p>【事業アウトカム】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診受診率の向上</li> </ul>
<p><b>◀生活習慣病発症予防・保健指導</b></p> <p>#8 早期からの生活習慣改善がなされずに、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」を発症して定期的な通院が必要な人が多い（外来医療費が高い）</p> <p>#9 メタボ予備群が多い</p> <p>#10 BMI、ALT (GPT)、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者が多い（男女）</p> <p>【考察】 令和4年度の保健指導実施率は66.0%と道よりも高いが、生活習慣病（「高血圧症」「糖尿病」「慢性腎臓病」等）を発症してしまうことで定期的な通院が必要にならないように、メタボ（予備群含む）に該当した者を中心に特定保健指導を利用いただき、生活習慣の改善に取り組んでもらうことが必要であると推測される。</p>	<p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>メタボ該当者の減少</li> <li>メタボ予備群該当者の減少</li> </ul> <p>【事業アウトカム】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導実施率の向上</li> <li>保健指導対象者の減少</li> </ul>

健康課題・考察	目標
<b>◀早期発見・特定健康診査</b> #11 特定健診受診率が低い【事業課題】 【考察】 令和4年度の特定健診受診率は27.7%と国よりも低くなっており、引き続き健康状態不明者（健診なし医療なし）の者が312人存在している。 自覚症状が乏しい生活習慣病において自身の健康状態を早期に把握するために、特定健診のさらなる受診率の向上が必要である。	【短期目標】 ・健康状態不明者の減少 【事業アウトカム】 ・特定健診受診率の向上
<b>◀健康づくり</b> #12 喫煙者が多い（男女） #13 1回30分以上の運動習慣なしの該当者が多い（男女） #14 歩行速度が遅い該当者が多い（男女） #15 食事速度（早い）該当者が多い（男女） #16 週3回以上就寝前夕食該当者が多い（男女） #17 週3回以上朝食を抜く該当者が多い（男女） #18 1日飲酒量（3合以上）該当者が多い（男女） #19 生活習慣改善（改善意欲なし）該当者が多い（男女） 【考察】 特定健診受診者の質問票回答状況から、「喫煙」「飲酒」「乱れた食生活」「運動不足」「生活習慣改善意欲無し」の人が多く傾向がうかがえる。将来の生活習慣病を予防するために、日頃から正しい生活習慣の獲得のための取り組みが必要であると推測される。	【短期目標】 ・喫煙者の減少 ・運動習慣のない者の減少 ・1日飲酒量が多いものの減少

### (3) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理

健康課題・考察	目標
<b>◀高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施</b> #20 後期世代での「虚血性心疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」が多い #21 後期世代で「運動機能」に問題を抱える人が多い 【考察】 後期高齢者の入院や介護の要因として「虚血性心疾患」や「慢性腎臓病（透析あり）」が把握され、これらは予防可能な疾患であることから、国保世代から重症化予防、生活習慣病発症予防、健康づくりに取り組んでいく必要があると推測される。 また、介護の手前である「フレイル（虚弱）」に関連する「口腔機能」「運動機能」が低下している高齢者が多くなっている。したがって、国保世代から適切な機能の維持により、低栄養への移行や将来の疾患を防止する必要があると推測される。	【中長期目標】 ・重症化予防と同様 【短期目標】 ・健康づくりと同様

### (4) 医療費適正化に係る課題の整理

健康課題・考察	目標
<b>◀医療費適正化</b> #22 外来・入院費用割合では、国保及び後期のいずれも外来が低く、入院が高い 【考察】 高齢化が進展し一人当たりの医療費の高騰が今後も懸念されるため、予防可能な疾患の入院医療費の減少や、重複処方対象者への支援等の医療費適正化に資する取り組みにより、国保医療制度を維持していく必要がある。	【中長期目標】 ・総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合減少 ・総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合減少 ・総医療費に占める慢性腎臓病（透析あり）の医療費の割合減少

## 第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中・長期目標を整理した。

<b>目的～健康課題を解決することで達成したい姿～</b>				
羅臼町民が生活習慣病を重症化することなく、元気にいきいきと自立して暮らせる				

共通指標	最上位目標	評価指標	開始時	目標値
○	平均自立期間の延伸	平均自立期間	男76.5 女83.9	延伸
共通指標	中・長期目標	評価指標	開始時	目標値
○	新規人工透析患者数の減少	血圧/血糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇	血圧25.6% 血糖0.0% 脂質：24.5%	減少
○	新規脳血管疾患患者数の減少	血圧/血糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇		減少
○	新規虚血性心疾患患者数の減少	血圧/血糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇		減少
共通指標	短期目標	評価指標	開始時	目標値
○	HbA1c8.0%以上の者の減少	HbA1c8.0%以上の者の減少	1.0%	減少
○	HbA1c7.0%以上の割合の減少	HbA1c7.0%以上の割合の減少	2.3%	減少
○	HbA1c6.5%以上の割合の減少	HbA1c6.5%以上の割合の減少	6.0%	減少
○	Ⅲ度高血圧（拡張期180・収縮期110）以上の割合の減少	Ⅲ度高血圧以上の割合の減少	3.7%	減少
○	Ⅱ度高血圧（拡張期160・収縮期100）以上の割合減少	Ⅱ度高血圧以上の割合減少	10.6%	減少
○	Ⅰ度高血圧（拡張期140・収縮期90）以上の割合の減少	Ⅰ度高血圧以上の割合の減少	22.6%	減少
○	LDLコレステロール180mg/dl以上の割合の減少	LDLコレステロール180mg/dl以上の割合の減少	6.0%	減少
○	LDLコレステロール160mg/dl以上の割合の減少	LDLコレステロール160mg/dl以上の割合の減少	13.3%	減少
○	LDLコレステロール140mg/dl以上の割合の減少	LDLコレステロール140mg/dl以上の割合の減少	25.6%	減少
○	メタボ該当者の減少	メタボ該当者の減少	15.6%	減少
○	メタボ予備群該当者の減少	メタボ予備群該当者の減少	15.6%	減少
○	健康状態不明者の減少	健康状態不明者の減少	26.7%	減少
○	喫煙者の減少	喫煙者の減少	31.9%	減少
○	運動習慣のない者の減少	運動習慣のない者の減少	59.7%	減少
○	1日飲酒量が多いものの減少	1日飲酒量が多いものの減少	8.4%	減少
○	特定健診受診率の向上	特定健診受診率の向上	27.7%	60.0%
○	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率の向上	61.1%	60.0%

## 第5章 目的・目標を達成するための保健事業

### 1 保健事業の整理

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理した。

#### (1) 重症化予防

第2期計画における取組と評価				
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標		
中長期	B	I. 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 0.0%		
中長期	A	II. 脳血管疾患の総医療費に占める割合3.0%に減少		
中長期	C	III. 虚血性心疾患の総医療費に占める割合3.0%に減少		
個別事業名	目標番号	事業評価	事業アウトカム	事業の概要
糖尿病性腎症重症化予防事業	I	C	対象者への保健指導実施率 目標：100% 結果：71.4%	対象者： 医療機関未受診者・糖尿病治療中断者 ハイリスク者 方法： ①医療機関への受診勧奨（面接、訪問、電話等） ②医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び多職種による介入
高血圧等重症化予防事業	I	C	健診受診者に占めるⅡ度高血圧以上の者の減少	対象者： Ⅱ度高血圧以上の者 方法： 健診時Ⅱ度高血圧以上の者をリスト化し、血圧測定をすすめる。必要な者に血圧計貸出。血圧の確認、健診結果説明会案内、継続保健指導実施
	II	A	医療費の3.0%以下 目標：3.0 結果：1.1%	Ⅱ：上記に加え塩分チェックシート、管理栄養士による栄養指導
	III	C	医療費の3.0%以下 目標：3.0% 結果：6.0%	対象者： LDL180以上の者、メタボ及びメタボ予備群 方法： 健診結果がLDL180以上の者、メタボ該当者等心血管疾患の発症や重症化リスクの高い者をリスト化し、健診結果説明会にて受診勧奨、保健指導を実施。精密検査票を発行し、受診状況を継続的に実施。
二次健診経口糖負荷試験	I	B	二次健診受診率 目標：50.0% 結果：15.2%	対象者： 血糖値、HbA1c、メタボ等が基準以上で、糖尿病未治療者 方法： 健診結果返却と共に対象者に文書で案内。希望の日程調整を行い、町内医療機関で検査を実施。結果は面接にて説明、保健指導、受診勧奨判定値以上の者には更なる受診勧奨を実施。未受診の者には一定期間後再度二次健診の受診勧奨。
歯科保健指導	I	なし	未設定	対象者： HbA1c5.6以上の者 方法： 対象者に健診結果説明会にて糖尿病とつなげて歯科指導を実施する
CKD重症化予防事業	I	なし	未設定	対象者： 特定健診結果により腎機能低下が疑われる者 方法： ①医療機関への受診勧奨（面接、訪問、電話等） ②医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び多職種による介入
健診結果説明会	I, II, III	A	出席率 目標：90.0% 結果：94.6%	対象者： 健診受診者全員 方法： 日時の希望アンケートを実施し案内。事業に応じた対象者に対し保健指導・受診勧奨を実施。
二次健診（頸部エコー検査・微量アルブミン尿検査）	III	B	二次健診受診率 50.0%以上 目標：50.0% 結果：23.6%	対象者： LDL、nonHDL、中性脂肪、糖などのデータが基準値以上の者 方法： 健診結果返却と共に対象者に文書で案内。希望の日程調整を行い、町内医療機関で検査を実施。結果は面接にて説明、保健指導、受診勧奨判定値以上の者には更なる受診勧奨を実施。未受診の者には一定期間後再度二次健診の受診勧奨。



**第3期計画における重症化予防に関連する健康課題**

- # 「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」の死亡数が多い
- # 治療歴は確認されているが「血糖」が数値改善に至っていない者が多い
- # 「心筋梗塞」「脳梗塞」「狭心症」と生活習慣病重症化疾患による入院の割合が高い
- # 介護有病状態で「糖尿病」「脳疾患」を有しているものの割合が高い
- # 要介護認定者の4割以上が高血圧を有している
- # 健診受診者のうち「血圧」「脂質」が受診勧奨状態にあるにもかかわらず未治療の者が複数人いる

**第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標**

- 【中長期目標】  
 新規人工透析導入者数の抑制  
 新規脳血管疾患患者数の抑制  
 新規虚血性心疾患患者数の抑制
- 【短期目標】  
 特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上の者の割合の減少  
 特定健診受診者の内、血圧がⅡ度高血圧以上の割合の減少  
 特定健診受診者の内、LDL-Cが160mg/dl以上の者の割合の減少



**第3期計画における重症化予防に関連する保健事業**

**保健事業の方向性**

糖尿病性腎症重症化予防については、第2期計画期間で実施していた事業で糖尿病性腎症による透析導入者0%を目標に実施したが、データに変化はなく目標達成できていない。  
 第3期計画においては新規人工透析患者の抑制を目標としつつも、虚血性心疾患・脳血管疾患の発生の抑制も目標とし、血糖・腎機能に加え、血圧・血中脂質に関しても事業を組み立て、保健指導の徹底、医療が必要と判断された者に対して適切な医療機関受診を勧奨していく。また、重症化予防対策の入り口となる特定健診等について、健診未受診者対策の強化を図り対象者に保健指導を実施する。

継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	糖尿病性腎症・CKD重症化予防事業	対象者： 特定健診結果により高血糖かつ腎機能もしくは腎機能の低下が強く疑われる者 方法： ①医療機関への受診勧奨(面接、訪問、電話等) ②医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び多職種による介入 ③歯科衛生士による歯科保健指導 ④管理栄養士による栄養指導
継続	高血圧等重症化予防事業	対象者： 特定健診結果により血糖・血圧・脂質・腎機能で保健指導判定値以上の者 方法： 血圧については健診当日から保健指導の実施、結果説明会で保健指導、受診勧奨の実施 管理栄養士による減塩指導
継続	二次健診経口糖負荷試験	対象者： 血糖値、HbA1c、メタボ等が基準以上で、糖尿病未治療者 方法： 健診結果返却と共に対象者に文書で案内。希望の日程調整を行い、町内医療機関で検査を実施。結果は面接にて説明、保健指導、受診勧奨判定値以上の者には更なる受診勧奨を実施。未受診の者には一定期間後再度二次健診の受診勧奨。
継続	健診結果説明会	対象者： 健診受診者全員 方法： 日時の希望アンケートを実施し案内。事業に応じた対象者に対し保健指導・受診勧奨を実施。

## ① 糖尿病性腎症・CKD重症化予防事業

実施計画							
事業目的・目標	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図る。						
事業内容	対象者に健診結果説明会で通知し、保健指導を実施。台帳により対象者に保健指導を実施。糖尿病連携手帳活用によるかかりつけ医療機関との連携。必要によって二次健診を <b>勸奨</b> 。						
対象者・対象人数	健診結果でHbA1c 6.5以上の未治療者、過去健診でHbA1c 6.5以上の者、治療中断のおそれがある者、腎機能障害の恐れがある者 約20名						
実施体制・関係機関	糖尿病管理台帳、CKD対象者名簿により地区担当保健師による受診状況確認、保健指導、管理栄養士・歯科衛生士による保健指導の <b>実施</b> 。 関係機関：対象者のかかりつけ医療機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	町内医療機関との情報交換会議開催 月1回程度						
プロセス	糖尿病台帳等対象者名簿作成						
事業アウトプット	【項目名】糖尿病台帳の対象者への保健指導実施率						
	開始時	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
	80.0%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
事業アウトカム	【項目名】新規透析導入者の抑制						
	開始時	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
	0人	0	0	0	0	0	0
評価時期	年度末						

## ② 高血圧等生活習慣病重症化予防事業

実施計画							
事業目的・目標	生活習慣病の発症リスクが高い者を明確化し保健指導を実施し重症化を予防する						
事業内容	健診結果説明会：健診結果が血圧、脂質、糖について基準値以上の者、過去の健診で基準値上の者 二次健診：必要な者への受診勸奨、結果説明、保健指導						
対象者・対象人数	Ⅱ度高血圧以上、LDL180以上、中性脂肪300以上						
実施体制・関係機関	当該年度健診結果が届き次第対象者名簿を作成し、地区担当保健師により受療状況等確認、保健指導、受診勸奨、管理栄養士・歯科衛生士による保健指導 関係機関：対象者にかかりつけ医療機関があれば連携						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	医療機関との連携						
プロセス	対象者の明確化						
事業アウトプット	【項目名】健診受診者でⅡ度高血圧以上者への保健指導率						
	開始時	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
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
事業アウトカム	【項目名】血圧/糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇						
	開始時	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
	血圧：25.6%	上昇	上昇	上昇	上昇	上昇	上昇
	糖：0.0%						
	脂質：24.5%						
評価時期	KDB Expanderデータ更新時						

## (2) 生活習慣病発症予防・保健指導

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	A	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	減少率25.0% 目標：25.0% 結果：31.1%	特定保健指導 健診結果説明会	対象者： メタボリックシンドローム及びメタボリックシンドローム予備群 方法： 健診結果説明会等から保健指導を開始。特定保健指導はプログラムに準じて実施

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題	
# メタボ予備群が多い # BMI、ALT、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者が男女ともに多い # 早期からの生活習慣改善がなされずに、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」を発症して定期的な通院が必要な人が多い。外来医療費が高い。	
第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
<b>【短期目標】</b> 特定健診受診率向上 特定保健指導実施率向上 メタボ該当者の割合の減少 メタボ予備群の割合減少 特定健診受診者の内、HbA1cが5.6-6.4%の者の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上の者の割合の減少	

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
第2期計画期間で実施していた事業ではメタボの減少率は目標を達成した。特定保健指導実施留津も目標達成できたが、メタボの下流にある血圧/糖/脂質の課題は残されており事業の継続が必要。また、保健指導力量形成が必要。		
継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	特定健康診査	対象、方法は標準的な健診・保健指導プログラムに準ずる
継続	健診結果説明会	対象者： 健診受診者全員 方法： 健診結果は原則面接で返却する。健診当日結果の返却方法の希望を取る。健診実施約1か月後に結果説明会を行い、個別に保健指導を実施。保健指導を行う専門職は保健師、管理栄養士、歯科衛生士
継続	特定保健指導	対象者： 国保に加入する40～74歳の特定健診受診者で、階層化により「動機づけ支援」「積極的支援」に該当した者 方法： 標準的な健診・保健指導プログラムに準じる。
継続	二次健診	対象者： ①血糖値、HbA1c、メタボ等が基準以上で、糖尿病未治療者 ②脂質・糖代謝異常を疑わせる者 方法： 健診結果返却と共に対象者に文書で案内。希望の日程調整を行い、町内医療機関で検査を実施。結果は面接にて説明、保健指導を実施。二次健診未受診の者には一定期間後再度受診勧奨する。
継続	高血圧対策	高血圧に関わる啓蒙やポピュレーションアプローチの実施
継続	広報誌等によるポピュレーションアプローチ	対象者： 全町民 方法： 年に数回健康に関する記事を掲載する。



① 健診結果説明会

実施計画							
事業目的・目標	住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。						
事業内容	集団健診当日特定健診受診者に結果説明会アンケートを実施し希望の日時を聞く。希望の集計、案内文発送。対象者リストの作成。集団健診1か月後に説明会を開催。地区担当保健師による面接、保健指導の実施、管理栄養士・歯科衛生士による保健指導						
対象者・対象人数	特定健診受診者全員						
実施体制・関係機関	KDBを活用し説明会前に情報収集等保健指導の準備を行う。地区担当保健師、管理栄養士、歯科衛生士による保健指導。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対面指導ができる職員体制の確保						
プロセス	健診結果説明会までの準備スケジュールの遵守						
事業アウトプット	【項目名】 結果説明会受相率						
	開始時	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
	94.6%	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0
事業アウトカム	【項目名】 前年度からのリスク弁償の評価悪化者の減少 経年比較ツール						
	開始時	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
	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	年度末						

② 特定保健指導

実施計画							
事業目的・目標	標準的な健診・保健指導プログラムによる						
事業内容	同上						
対象者・対象人数	階層化された動機づけ支援、積極的支援該当者						
実施体制・関係機関	町の保健師・管理栄養士等専門職による保健指導						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対面指導ができる職員体制の確保						
プロセス	健診結果説明会までの準備スケジュールの遵守						
事業アウトプット	【項目名】 特定保健指導終了者の割合の増加						
	開始時	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
	66.0	60以上	60以上	60以上	60以上	60以上	60以上
事業アウトカム	【項目名】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率						
	開始時	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
	6.3	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	法定報告						

### ③ 二次健診

実施計画							
事業目的・目標	自分の身体の状態が把握でき、生活習慣改善への動機づけができる。						
事業内容	①経口糖負荷試験・微量アルブミン尿検査 ②頸部エコー検査・微量アルブミン尿検査						
対象者・対象人数	①30人 ②50人						
実施体制・関係機関	検査希望者は保健福祉課に予約。町内医療機関と検査日程の調整。検査実施。検査結果の説明、必要児医療機関との連携						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	検査の委託ができる、町内医療機関との連携、対面で指導できる体制確保						
プロセス	対象者の明確化						
事業アウトプット	【項目名】二次健診受診率						
	開始時	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
	19.4%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
事業アウトカム	【項目名】二次健診受診者中のデータ改善及び不変の人数						
	開始時	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
	11人/13人	半数以上	半数以上	半数以上	半数以上	半数以上	半数以上
評価時期	次年度末						

### ④ 高血圧対策

実施計画							
事業目的・目標	高血圧に関する啓発による発症リスクの低減を図る						
事業内容	高血圧に関する情報発信、保健指導の実施。減塩、野菜摂取の推奨、健診時からの啓蒙（薬の飲み方など）特定健診受診者に対する塩分チェックリスト実施。減塩食品の試食、減塩食品の町内取扱店リスト更新、血圧計貸出、血圧手帳の作成・配布						
対象者・対象人数	特定健診受診者 約300人						
実施体制・関係機関	保健指導は保健師・管理栄養士 関係機関：健診委託機関、町内商店など						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	町内商店の把握ができる、予算確保						
プロセス	高血圧プロセス計画に沿った実施ができる						
事業アウトプット	【項目名】健診新規受診者の塩分チェックリストの実施						
	開始時	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
	未設定	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
事業アウトカム	【項目名】I度高血圧以上の者の割合の減少						
	開始時	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
	36.9	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	KDBデータ更新時						

⑤ ポピュレーションアプローチ

実施計画							
事業目的・目標	町民の健康意識の醸成						
事業内容	町広報誌を活用し、医療・健診・介護等データを可視化した記事を掲載する						
対象者・対象人数	全町民						
実施体制・関係機関	広報記事は専門職 広報担当課						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	広報掲載紙面の確保						
プロセス	記事担当者と適切な掲載時期の決定						
事業アウトプット	【項目名】特集記事掲載年2回掲載						
	開始時	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
	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
事業アウトカム	【項目名】 <b>広報配布数</b> 1,700世帯						
	開始時	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
	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
評価時期	年度末						

### (3) 早期発見・特定健診

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	C	特定健診受診率60.0%以上	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
C	特定健診受診率 目標60.0% 結果：27.7%	特定健診	プログラムに準ずる
B	特定保健指導 実施率 目標：60.0% 結果：66.0%	特定保健指導	プログラムに準ずる
A	説明会 出席率 目標：90.0% 結果：94.6%	健診結果説明会	対象者： 健診受診者全員 方法： 健診結果は原則面接で返却する。健診当日結果の返却方法の希望を取る。健診実施約1か月後に結果説明会を行い、個別に保健指導を実施。保健指導を行う専門職は保健師、管理栄養士、歯科衛生士

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題
# 特定健診受診率が低い（事業課題）
第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標
【短期目標】 特定健診受診率向上 特定保健指導実施率向上 健康状態不明者の減少

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
特定健診に関しては受診率が低く、自分の健康状態を知らない住民が多いと思われる。生活習慣病発症、進行は自覚に乏しく、自覚症状を頼りにしては早期発見につながらない。そのため効果的な未受診者対策を取り入れ強化し、受診率向上を目指す。		
継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	特定健診	対象者： 国保に加入する40～74歳 方法： 第4期特定健診等実施計画による
継続	特定保健指導	対象者： 国保に加入する40～74歳の特定健診受診者で、階層化により「積極的支援」に該当した者 方法： 標準的な健診・保健指導プログラムに準じる
継続	未受診者対策	対象者： 国保に加入する40～74歳 方法： 国保連合会との共同事業の活用 生活習慣病発症リスクの優先度の高い者への個別受診勧奨
継続	治療者健診等データ受領	対象者： 国保に加入する40～74歳 方法： 治療中の対象者に案内ハガキを送付し、町内医療機関に同意書を提出し検査データを提供してもらう。
継続	健診結果説明会	対象者： 健診受診者全員 方法： 健診結果は原則面接で返却する。健診当日結果の返却方法の希望を取る。健診実施約1か月後に結果説明会を行い、個別に保健指導を実施。保健指導を行う専門職は保健師、管理栄養士、歯科衛生士

## ① 特定健診

実施計画							
事業目的・目標	住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。対象者が自らの生活習慣を振り返り目標を立て、目標達成に向けた行動に取り組むことができる。						
事業内容	特定健診等実施計画による						
対象者・対象人数	当該年度の年齢が40歳から74歳の国民健康保険加入者						
実施体制・関係機関	健診委託事業者						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	健診委託事業者の確保						
プロセス	健診実施日程調整						
事業アウトプット	【項目名】 特定健診受診率						
	開始時	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
	27.7%	30.0	30.0	40.0	40.0	50.0	60.0
事業アウトカム	【項目名】 特定健診受診率						
	開始時	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
	27.7%	30.0	30.0	40.0	40.0	50.0	60.0
評価時期	法定報告						

## ② 特定保健指導

実施計画							
事業目的・目標	標準的な健診・保健指導プログラムによる						
事業内容	同上						
対象者・対象人数	階層化された動機づけ支援、積極的支援該当者						
実施体制・関係機関	町の保健師・管理栄養士等専門職による保健指導						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対面指導ができる職員体制の確保						
プロセス	健診結果説明会までの準備スケジュールの遵守						
事業アウトプット	【項目名】 特定保健指導終了者の割合						
	開始時	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
	66.0	60以上	60以上	60以上	60以上	60以上	60以上
事業アウトカム	【項目名】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率						
	開始時	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
	6.3	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	法定報告						

### ③ 未受診者対策

実施計画							
事業目的・目標	特定健診受診率の向上						
事業内容	国保連合会との共同事業を活用し、未受診者への勧奨ハガキを送付する。 過去健診で生活習慣病発症リスクが高い者への受診勧奨。						
対象者・対象人数	特定健診対象者 約1,000人						
実施体制・関係機関	国保連合会、事業受託機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	共同事業への参加、予算確保、補助金活用						
プロセス	対象者の明確化						
事業アウトプット	【項目名】受診勧奨事業のカバー率 共同事業報告						
	開始時	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
		増加	増加	増加	増加	増加	増加
事業アウトカム	【項目名】健康状態不明者の減少						
	開始時	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
	26.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	KDBデータ更新時期						

### ④ 治療者健診等データ受領

実施計画							
事業目的・目標	通院中のデータを活用し保健指導を実施することで、病気のコントロール状態や重症化のリスクを知り、生活習慣の改善ができる。						
事業内容	治療中の対象者に案内ハガキを送付し、町内医療機関に同意書を提出し検査データを提供してもらう。階層化、経年表を作成し、保健指導を実施する。						
対象者・対象人数	国保に加入している40～74歳の町内医療機関通院者 100人程度						
実施体制・関係機関	保健指導は保健師・管理栄養士、必要に応じて歯科衛生士 関係機関：町内医療機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	町内医療機関と事業調整ができる、町外医療機関と調整ができる						
プロセス	定期的な情報共有						
事業アウトプット	【項目名】データ受領件数の増加						
	開始時	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
	51件	増加	増加	増加	増加	増加	増加
事業アウトカム	【項目名】特定健診受診率向上						
	開始時	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
	27.7%	30.0	30.0	40.0	40.0	50.0	60.0
評価時期	年度末・法定報告						

⑤ 健診結果説明会

実施計画							
事業目的・目標	住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。						
事業内容	集団健診当日特定健診受診者に結果説明会アンケートを実施し希望の日時を聞く。希望の集計、案内文発送。対象者リストの作成。集団健診1か月後に説明会を開催。地区担当保健師による面接、保健指導の実施、管理栄養士・歯科衛生士による保健指導						
対象者・対象人数	特定健診受診者全員						
実施体制・関係機関	KDBを活用し説明会前に情報収集等保健指導の準備を行う。地区担当保健師、管理栄養士、歯科衛生士による保健指導。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対面指導ができる職員体制の確保						
プロセス	健診結果説明会までの準備スケジュールの遵守						
事業アウトプット	【項目名】結果説明会受相率						
	開始時	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
	94.6	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0
事業アウトカム	【項目名】前年度からのリスク減少の評価悪化者の減少 経年比較ツール						
	開始時	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
	血圧：7.8% 糖：19.0% 脂質：12.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	年度末						

#### (4) 健康づくり・社会環境体制整備

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
-	未設定	たばこ対策	健診受診者への禁煙指導 禁煙外来での禁煙成功者に対する医療費助成 広報誌を活用したポピュレーションアプローチ
A	出席率	健診結果説明会	階層化の結果「情報提供」者に健康状態の維持・向上、生活習慣病発症予防の情報提供を行う。
-	未設定	健康に関するポピュレーションアプローチ	町広報誌に健康に関する記事の掲載 ①特集記事②ヘルスチェック（季節の健康情報）



第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する健康課題
# 喫煙者が多い # 1日30分以上の運動習慣なしの該当者が多い # 歩行速度が遅い該当者が多い # 食事速度が速い者が多い # 週3回以上就寝前夕食該当者が多い # 1日飲酒量3合以上該当者が多い
第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連するデータヘルス計画の目標
喫煙率の減少 1日飲酒量が多い者の割合の減少 運動習慣のない者の割合の減少



第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
喫煙率は徐々にではあるが低下傾向にあり、現在行っているたばこ対策は継続実施する。飲酒についてはメンタルヘルスとも関連させ結果説明会や健康相談等での保健指導を実施する。食のリズムは漁期や魚種等に大きく影響を受ける。ポピュレーションで集団全体の健康意識の醸成を図り、ハイリスクアプローチにより個人の選択力がつけられる保健指導を実施する。		
継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	たばこ対策	健診受診者への禁煙指導 禁煙外来での禁煙成功者に対する医療費助成 広報誌を活用したポピュレーションアプローチ
継続	健診結果説明会	階層化の結果「情報提供」者に健康状態の維持・向上、生活習慣病発症予防の情報提供を行う。個別に保健指導を実施。保健指導を行う専門職は保健師、管理栄養士、歯科衛生士
継続	特定保健指導	対象者： 国保に加入する40～74歳の特定健診受診者で、階層化により「動機づけ支援」「積極的支援」に該当した者 方法： 標準的な健診・保健指導プログラムに準じる
継続	ポピュレーションアプローチ	町広報誌に健康に関する記事の掲載 ①特集記事②ヘルスチェック（季節の健康情報）



## ① たばこ対策

実施計画							
事業目的・目標	禁煙したい人が喫煙をやめることができる						
事業内容	①結果説明会等での禁煙指導 ②禁煙外来にかかる費用の助成 ③広報誌を活用したポピュレーションアプローチ						
対象者・対象人数	①喫煙者で禁煙に関心がある者 10名程度 ②禁煙外来を受診し、禁煙に成功した者 1-2名 ③全町民 1,700世帯						
実施体制・関係機関	地区担当保健師による禁煙指導 関係機関：町内医療機関、広報担当課						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	治療費助成の予算確保ができる、医療機関との連携						
プロセス	事業周知ができる						
事業アウトプット	【項目名】禁煙希望者への保健指導実施率						
	開始時	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
	未設定	100	100	100	100	100	100
事業アウトカム	【項目名】喫煙率の減少						
	開始時	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
	31.9	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	法定報告時						

## ② 結果説明会

実施計画							
事業目的・目標	住民が自分の健康状態を知るとともに、生活習慣病予防のためのライフスタイルの改善及び治療開始の動機付けができる。						
事業内容	集団健診当日特定健診受診者に結果説明会アンケートを実施し希望の日時を聞く。希望の集計、案内文発送。対象者リストの作成。集団健診1か月後に説明会を開催。地区担当保健師による面接、保健指導の実施、管理栄養士・歯科衛生士による保健指導						
対象者・対象人数	特定健診受診者全員						
実施体制・関係機関	KDBを活用し説明会前に情報収集等保健指導の準備を行う。地区担当保健師、管理栄養士、歯科衛生士による保健指導。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対面指導ができる職員体制の確保						
プロセス	健診結果説明会までの準備スケジュールの遵守						
事業アウトプット	【項目名】結果説明会受相率						
	開始時	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
	94.6	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0
事業アウトカム	【項目名】質問票の変化 減少						
	開始時	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
	喫煙率：31.9 飲酒量：8.4 運動：59.7	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	法定報告						

### ③ 特定保健指導

実施計画							
事業目的・目標	標準的な健診・保健指導プログラムによる						
事業内容	同上						
対象者・対象人数	同上						
実施体制・関係機関	町の保健師・管理栄養士等専門職による保健指導						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対面指導ができる職員体制の確保						
プロセス	健診結果説明会までの準備スケジュールの遵守						
事業アウトプット	【項目名】特定保健指導終了者の割合						
	開始時	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
	66.0	60以上	60以上	60以上	60以上	60以上	60以上
事業アウトカム	【項目名】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率						
	開始時	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
	6.3	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	法定報告						

### ④ ポピュレーションアプローチ

実施計画							
事業目的・目標	町民の健康意識の醸成						
事業内容	町広報誌を活用し、医療・健診・介護等データを可視化した記事を掲載する						
対象者・対象人数	全町民						
実施体制・関係機関	広報記事は専門職 広報担当課						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	広報掲載紙面の確保						
プロセス	記事担当者と適切な掲載時期の決定						
事業アウトプット	【項目名】特集記事掲載年2回掲載						
	開始時	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
	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
事業アウトカム	【項目名】1,700世帯						
	開始時	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
	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
評価時期	年度末						

(5) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
-	未設定	口腔機能低下予防事業	健診結果や質問票で基準以上の者に対するハイリスクアプローチ
-	未設定	生活習慣病重症化予防事業	健診結果で血圧や心電図等基準以上の者に対する重症化予防の保健指導の実施
-	未設定	糖尿病性腎症重症化予防事業	健診結果で糖や尿検査の基準以上の者に対する重症化予防の保健指導の実施



第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する健康課題
# 後期世代で「虚血性心疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」が多い # 後期世代で「運動機能」に問題を抱える人が多い
第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関するデータヘルス計画の目標
重症化予防と同じ



第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する保健事業		
保健事業の方向性		
R2年度から後期高齢者医療広域連合より受託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を開始し、毎年度の評価を行ってきた。後期高齢者医療費の1人当たり医療費、受診率は全道から見て低いものの、重症化した結果としての疾病が多いことから、後期高齢者健診を入り口に保健指導すべき対象者を掘り起こし、ハイリスクアプローチや介護予防事業へつなぐ。		
継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	お達者健診	後期高齢者医療被保険者証が交付されている者に対する健康診査事業
継続	口腔機能低下予防事業	歯科健診、歯科衛生士の指導実施。結果説明会での歯科指導、受診勧奨。高齢者の状況に応じて必要と思われるサービスへつなぐ。
継続	生活習慣病重症化予防事業	血圧・CKDなど基準以上に保健指導、受診勧奨の実施。必要に応じて医療機関と連携する。
継続	糖尿病性腎症重症化予防事業	等の基準以上の者に対し保健指導、受診勧奨を実施。医療機関との連携は糖尿病連携手帳を用いて行う。必要に応じて医療機関と連携する。
継続	ポピュレーションアプローチ	通いの場での健康相談・健康教育の実施。健康状態の把握、健診受診勧奨、必要な者に医療機関や他サービス、福祉・介護機関へのつなぎ等を行う。フレイル予防の啓発・予防のための健康相談・健康教育を実施する。継続支援の必要があれば地区担当保健師へ情報提供する。医療受療者には検査データの持参を促し、データをもとに保健指導を行う。事業委託機関から情報提供を受ける。

## ① 口腔機能低下予防事業

実施計画							
事業目的・目標	口腔機能を維持し、心身の機能低下を防ぐ						
事業内容	健診当日の歯科健診結果によって歯科衛生士から個別に保健指導を行う。健診後1か月、結果説明会にて再度保健指導を実施し、受診等の有無を確認する。						
対象者・対象人数	当該年度健診受診者のうち①歯科健診で要指導、要精密検査となった者 ②健診結果でHbA1c7.0以上の者 ③歯科健診や通いの場など質問票等から口腔機能の低下が疑われる者（見込み30人、事業実施予定者30人）						
実施体制・関係機関	歯科衛生士による保健指導 町内歯科診療所						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	専門職の確保						
プロセス	事業計画の立案ができる						
事業アウトプット	【項目名】支援対象者のうち支援できた者の人数の割合						
	開始時	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
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
事業アウトカム	【項目名】歯科医療機関の受診状況						
	開始時	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
	87.6	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
評価時期	年度末						

## ② 生活習慣病重症化予防事業

実施計画							
事業目的・目標	保健指導や必要なサービスの利用により、生活習慣病が重症化せず健康状態が維持できる						
事業内容	健診の結果、血圧・CKDなど一定の基準以上の者に対する保健指導、受診勧奨の実施。継続支援の場として通いの場も活用する。必要に応じて医療機関と連携する。						
対象者・対象人数	当該年度健診結果から ①Ⅱ度高血圧以上 ②eGFR50未満または尿蛋白(+)以上（特にeGFR40未満を優先する） ③心房細動のある者 ④町内医療機関から医師の判断で保健指導の依頼があった者（見込み 20人、事業実施予定者 20人）						
実施体制・関係機関	保健指導は保健師・管理栄養士 関係機関：通いの場委託事業者、町内医療機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	専門職の確保						
プロセス	事業計画の立案ができる						
事業アウトプット	【項目名】対象者のうち支援できた者の割合						
	開始時	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
	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
事業アウトカム	【項目名】重症化疾患の医療費に占める割合の減少						
	開始時	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
	狭心症：2.8 透析6.0	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	KDB更新時						

### ③ 糖尿病性腎症重症化予防

実施計画							
事業目的・目標	保健指導や医療の提供により透析への移行を防ぐことができる						
事業内容	健診結果や医療機関からの紹介により把握された対象に対し保健指導、受診勧奨を実施、重症化リスクを明らかにし伝える。必要に応じて訪問、通いの場等で継続支援を行う。糖尿病連携手帳の発行・活用。						
対象者・対象人数	当該年度健診受診者のうち、①当該年度健診結果から、HbA1c7.0%以上の者 ②町内医療機関から医師の判断で保健指導の依頼があった者（見込み 10人、事業実施予定者 10人）						
実施体制・関係機関	保健指導は保健師・管理栄養士・歯科衛生士 関係機関：通いの場委託事業者、町内医療機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	専門職の確保、町内医療機関との連携ができる						
プロセス	事業計画の立案ができる						
事業アウトプット	【項目名】対象者のうち支援できた者						
	開始時	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
	66.7	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
事業アウトカム	【項目名】重症化疾患の医療費に占める割合の減少						
	開始時	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
	狭心症2.8% CKD透析6.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	KDBデータ更新時						

### ④ ポピュレーションアプローチ

実施計画							
事業目的・目標	通いの場等において健康教育・健康相談を実施し、フレイル予防や健康意識の醸成を図る。						
事業内容	通いの場等において、フレイル予防の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。健康状態の把握、健診受診勧奨、必要な者に医療機関や他サービス、福祉・介護機関へのつなぎ等を行う。フレイル予防の啓発・予防のための健康相談・健康教育を実施する。継続支援の必要があれば地区担当保健師へ情報提供する。医療受療者には検査データの持参を促し、データをもとに保健指導を行う。事業委託機関から情報提供を受ける。						
対象者・対象人数	通いの場への参加者①高齢者サロン ②ぴんぴんきらり教室 ③ふまねっと 80人延200件						
実施体制・関係機関	通いの場は委託実施、健康相談・健康教育は栄養士・歯科衛生士・リハビリ職						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	通いの場の確保						
プロセス	事業報告書の提出を受け、事業の進捗管理ができる						
事業アウトプット	【項目名】通いの場での健康相談実施回数						
	開始時	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
	32回	30回以上	30回以上	30回以上	30回以上	30回以上	30回以上
事業アウトカム	【項目名】通いの場で運動習慣が定着した者の割合ぴんぴんキラリ教室						
	開始時	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
	70.0	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上
評価時期	年度末						

## ⑤ お達者健診

実施計画							
事業目的・目標	住民が自らの健康状態を知る機会とし、生活習慣の見直しや適切な治療に結びつけることによって生活習慣病の発症及び重症化を予防する。						
事業内容	特定健診必須項目に心電図、眼底検査（希望者）、クレアチニン、貧血検査、尿中塩分測定を加えて実施。歯科健診を希望者に実施。年度初めに対象者に受診券を発行。毎月75歳到達者に対し受診券を発行。						
対象者・対象人数	後期高齢者被保険者証受給者 700人						
実施体制・関係機関	総合健診として集団健診を3回5日実施、個別健診は通年で実施 関係機関：健診実施機関、後期高齢者医療担当係						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	後期高齢者保健事業の補助金の活用						
プロセス	定期的な受診券の発行、再勧奨						
事業アウトプット	【項目名】健診受診率 北海道後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画の目標に準じる						
	開始時	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
	7.7%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
事業アウトカム	【項目名】重症化疾患の医療費に占める割合の減少						
	開始時	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
	狭心症2.8% CKD透析6.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	KDBデータ更新時						

(6) 医療費適正化

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
-	未設定	重症化予防事業	重症化予防事業と同じ



第3期計画における医療費適正化に関連する健康課題
# 外来・入院費用割合では国保及び後期のいずれも外来が低く入院が高い
第3期計画における医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標
# 総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合の抑制
# 総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合の抑制
# 総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合の抑制



第3期計画における医療費適正化に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
重症化の結果としての入院医療費の増大と思われ、前述してきた発症・重症化予防に位置付けた保健事業を展開する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
外来・入院費用割合では国保及び後期のいずれも外来が低く入院が高い。	継続	重症化予防事業	前述した重症化予防事業の内容とする。

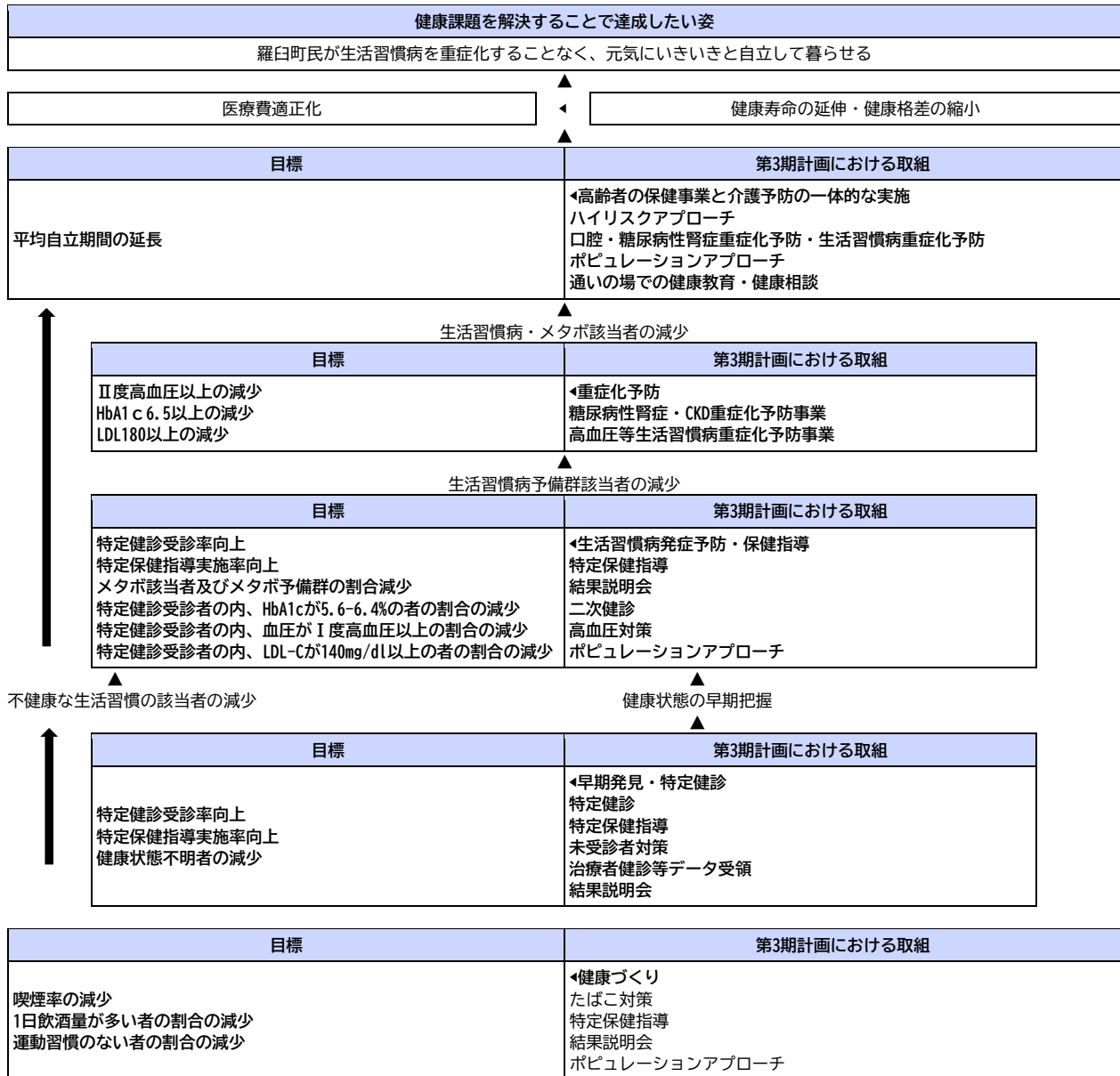
## 2 個別保健事業計画・評価指標の整理

事業名・担当部署	事業概要	アウトプット指標	アウトカム指標	関連する短期目標
糖尿病性腎症・CKD重症化予防事業	対象者： 特定健診結果により血糖・血圧・脂質で受診勧奨判定値以上の者及びメタボリックシンドローム予備群以上 方法： 健診結果説明会での保健指導、受診勧奨の実施。精密検査票を発行し、受診状況を継続的に実施。	【項目名・目標値】 糖尿病台帳の対象者への保健指導実施率	【項目名・目標値】 新規透析導入者の抑制	特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上の者の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅡ度高血圧以上の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが160mg/dl以上の者の割合の減少
高血圧等生活習慣病重症化予防事業	対象者： 特定健診結果により血糖・血圧・脂質で受診勧奨判定値以上の者及びメタボリックシンドローム予備群以上 方法： 健診結果説明会での保健指導、受診勧奨の実施。精密検査票を発行し、受診状況を継続的に実施	【項目名・目標値】 健診受診者でⅡ度高血圧以上者への保健指導率	【項目名・目標値】 血圧/糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇	特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上の者の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅡ度高血圧以上の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが160mg/dl以上の者の割合の減少
特定健診	対象者： 国保に加入する40～74歳 方法： 第4期特定健診等実施計画による	【項目名・目標値】 特定健診受診率	【項目名・目標値】 特定健診受診率	特定健診受診率向上
未受診者対策	対象者： 国保に加入する40～74歳 方法： 国保連合会との共同事業の活用 生活習慣病発症リスクの優先度の高い者への個別受診勧奨	【項目名・目標値】 受診勧奨ハガキの送付数	【項目名・目標値】 健康状態不明者の減少	特定健診受診率向上 健康状態不明者の減少
治療者健診等データ受領	対象者： 国保に加入する40～74歳 方法： 治療中の対象者に案内ハガキを送付し、町内医療機関に同意書を提出し検査データを提供してもらう。	【項目名・目標値】 データ受領件数の増加	【項目名・目標値】 特定健診受診率向上	特定健診受診率向上
特定保健指導	対象者： 国保に加入する40～74歳の特定健診受診者で、階層化により「動機づけ支援」「積極的支援」に該当した者 方法： 標準的な健診・保健指導プログラムに準じる	【項目名・目標値】 特定保健指導終了者の割合の増加	【項目名・目標値】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定健診受診率向上 特定保健指導実施率向上 メタボ該当者及びメタボ予備群の割合減少 特定健診受診者の内、HbA1cが5.6～6.4%の者の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上の者の割合の減少
健診結果説明会	対象者： 健診受診者全員 方法： 健診結果は原則面接で返却する。健診当日結果の返却方法の希望を取る。健診実施約1か月後に結果説明会を行い、個別に保健指導を実施。保健指導を行う専門職は保健師、管理栄養士、歯科衛生士	【項目名・目標値】 結果説明会受診率	【項目名・目標値】 前年度からのリスク減少の評価悪化者の減少 経年比較ツール	特定健診受診率向上 特定保健指導実施率向上 メタボ該当者及びメタボ予備群の割合減少 特定健診受診者の内、HbA1cが5.6～6.4%の者の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上の者の割合の減少



事業名・担当部署	事業概要	アウトプット 指標	アウトカム 指標	関連する 短期目標
二次健診	対象者： ①血糖値、HbA1c、メタボ等が基準以上 で、糖尿病未治療者 ②脂質・糖代謝異常を疑わせる者 方法： 健診結果返却と共に対象者に文書で案 内。希望の日程調整を行い、町内医療機 関で検査を実施。結果は面接にて説明、 保健指導を実施。二次健診未受診の者 には一定期間後再度受診勧奨。	【項目名・目標値】 二次健診受診率	【項目名・目標値】 二次健診受診率	特定健診受診者の内、H bA1cが6.5%以上の者の 割合の減少 特定健診受診者の内、 血圧がⅡ度高血圧以上 の割合の減少 特定健診受診者の内、L DL-Cが160mg/dl以上の 者の割合の減少
高血圧対策	高血圧に関わる啓蒙やポピュレーション アプローチの実施	【項目名・目標値】 健診新規受診者の塩 分チェックリストの 実施	【項目名・目標値】 Ⅰ度高血圧以上の者 の割合の減少	特定健診受診者の内、 血圧がⅠ度高血圧以上 の割合の減少
たばこ対策	健診受診者への禁煙指導 禁煙外来での禁煙成功者に対する医療費 助成 広報誌を活用したポピュレーションアプ ローチ	【項目名・目標値】 禁煙希望者への保健 指導実施率	【項目名・目標値】 喫煙率の減少	喫煙率の減少
ポピュレーションアプローチ	対象者： 広報誌：町内会に所属する町民 方法： 年に数回健康に関する記事を掲載する。	【項目名・目標値】 特集記事掲載年2回掲 載	【項目名・目標値】 1,700世帯	特定健診受診率向上 特定保健指導実施率向 上 メタボ該当者の割合の 減少 メタボ予備群の割合 減少 特定健診受診者の内、H bA1cが5.6-6.4%の者の 割合の減少 特定健診受診者の内、 血圧がⅠ度高血圧以上 の割合の減少 特定健診受診者の内、L DL-Cが140mg/dl以上の 者の割合の減少

## 第6章 データヘルス計画の全体像の整理



## 第7章 計画の評価・見直し

第7章からはデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とする。以下、手引きより抜粋する。

### 1 評価の時期

#### (1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

#### (2) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。

### 2 評価方法・体制

計画は、中・長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備する。

## 第8章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定し併せて公表する。

## 第9章 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下、「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。羅臼町では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

## 第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

### 1 計画の背景・趣旨

#### (1) 背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられてきた。

羅臼町においても、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところである。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められている。令和5年3月に公表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。

本計画は、第3期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、羅臼町の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。

## (2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

### ① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

わが国においては、厳しい財政状況の中、より効率的かつ効果的な財政運営が必要とされており、国を挙げてエビデンスに基づく政策運営が進められている。

特定健診及び特定保健指導に関しても、第3期中に、大規模実証事業や特定保健指導のモデル実施の効果検証を通じたエビデンスの構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健診及び特定保健指導が推進されてきたところである。

「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められることとなった。

### ② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は下表のとおりである。

羅臼町においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していく。

図表10-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

区分	変更点の概要	
特定健診	基本的な健診の項目	・ 血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
	標準的な質問票	・ 喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・ 特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健指導	評価体系	・ 実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減と設定。 ・ プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入1回ごとの評価とし、支援Aと支援Bの区別は廃止。ICTを活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・ モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・ 初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施と取り扱う。 ②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 ・ 特定健診または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とする。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、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り、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能とする。 ④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。

【出典】特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版） 改変

## (3) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和11年度（2029年）までの6年間とする。

## 2 第3期計画における目標達成状況

### (1) 全国の状況

特定健診及び特定保健指導の目標としては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上、並びにメタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、それぞれ「メタボ該当者」及び「メタボ予備群該当者」という。）の減少が掲げられている。

第3期計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離して目標達成が困難な状況にある（下表）。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっている。

図表10-2-1-1：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

	全保険者		市町村国保				
	令和5年度 目標値	令和3年度 実績	令和5年度 目標値	令和3年度 実績			
				全体	特定健診対象者数		
			10万人以上		5千人以上 10万人未満	5千人未満	
特定健診平均受診率	70.0%	56.5%	60.0%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%
特定保健指導平均実施率	45.0%	24.6%	60.0%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）  
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にある（下表）。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、保険者ごとに目標設定されているものではなく、特定保健指導の効果を検証するための指標として保険者が活用することを推奨されているものである。

図表10-2-1-2：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

	令和5年度 目標値 全保険者	令和3年度 実績 全保険者
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率 (平成20年度比)	25.0%	13.8%

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

※推定数は、特定健診の実施率及び年齢構成比の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別に各年度の特定健診受診者に占める出現割合に各年度の住民基本台帳の人口を乗じて算出

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）  
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

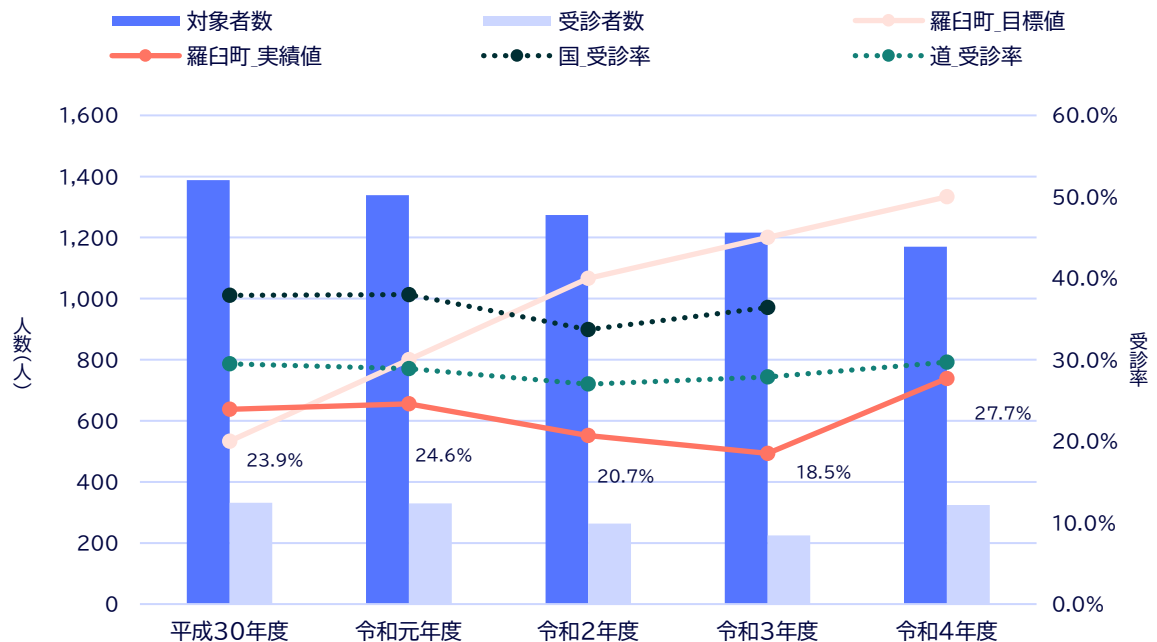
## (2) 羅臼町の状況

### ① 特定健診受診率の経年推移及び国・北海道との比較

特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度時点で27.7%となっている。この値は、道より低い。

前期計画中の推移をみると令和4年度の特定健診受診率は27.7%で、平成30年度の特定健診受診率23.9%と比較すると3.8ポイント上昇している。国や道の推移をみると、平成30年度と比較して令和3年度の特定健診受診率は低下している。

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診 受診率	羅臼町_目標値	20.0%	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
	羅臼町_実績値	23.9%	24.6%	20.7%	18.5%	27.7%	-
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	-
特定健診対象者数 (人)		1,388	1,339	1,274	1,216	1,170	-
特定健診受診者数 (人)		332	330	264	225	324	-

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（KDB帳票を用いた分析においては以下同様）

【出典】目標値：前期計画

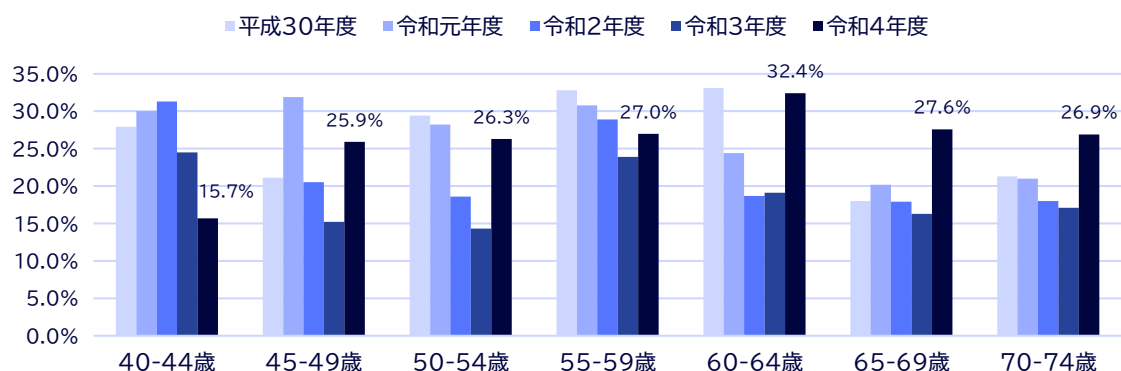
実績値：厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）



## ② 性別年代別 特定健診受診率

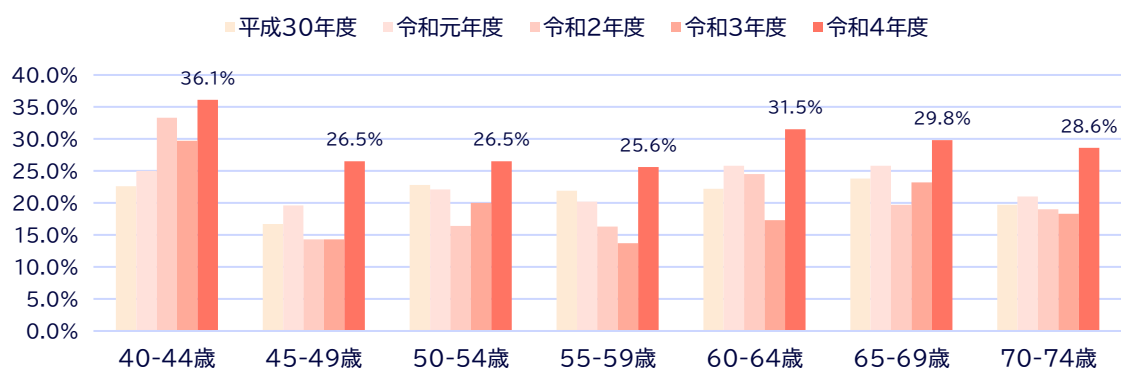
男女別及び年代別における平成30年度と令和4年度の特定健診受診率は、男性では65-69歳で最も伸びており、40-44歳で最も低下している。女性では40-44歳で最も伸びており、いずれの年齢階層でも低下していない。

図表10-2-2：年齢階層別\_特定健診受診率\_男性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	27.9%	21.1%	29.4%	32.8%	33.1%	18.0%	21.3%
令和元年度	30.0%	31.9%	28.2%	30.8%	24.4%	20.2%	21.0%
令和2年度	31.3%	20.5%	18.6%	28.9%	18.7%	17.9%	18.0%
令和3年度	24.5%	15.2%	14.3%	23.9%	19.1%	16.3%	17.1%
令和4年度	15.7%	25.9%	26.3%	27.0%	32.4%	27.6%	26.9%
平成30年度と令和4年度の差	-12.2	4.8	-3.1	-5.8	-0.7	9.6	5.6

図表10-2-3：年齢階層別\_特定健診受診率\_女性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	22.6%	16.7%	22.8%	21.9%	22.2%	23.8%	19.7%
令和元年度	25.0%	19.6%	22.1%	20.2%	25.8%	25.8%	21.0%
令和2年度	33.3%	14.3%	16.4%	16.3%	24.5%	19.7%	19.0%
令和3年度	29.7%	14.3%	20.0%	13.7%	17.3%	23.2%	18.3%
令和4年度	36.1%	26.5%	26.5%	25.6%	31.5%	29.8%	28.6%
平成30年度と令和4年度の差	13.5	9.8	3.7	3.7	9.3	6.0	8.9

【出典】 KDB帳票 S21\_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計



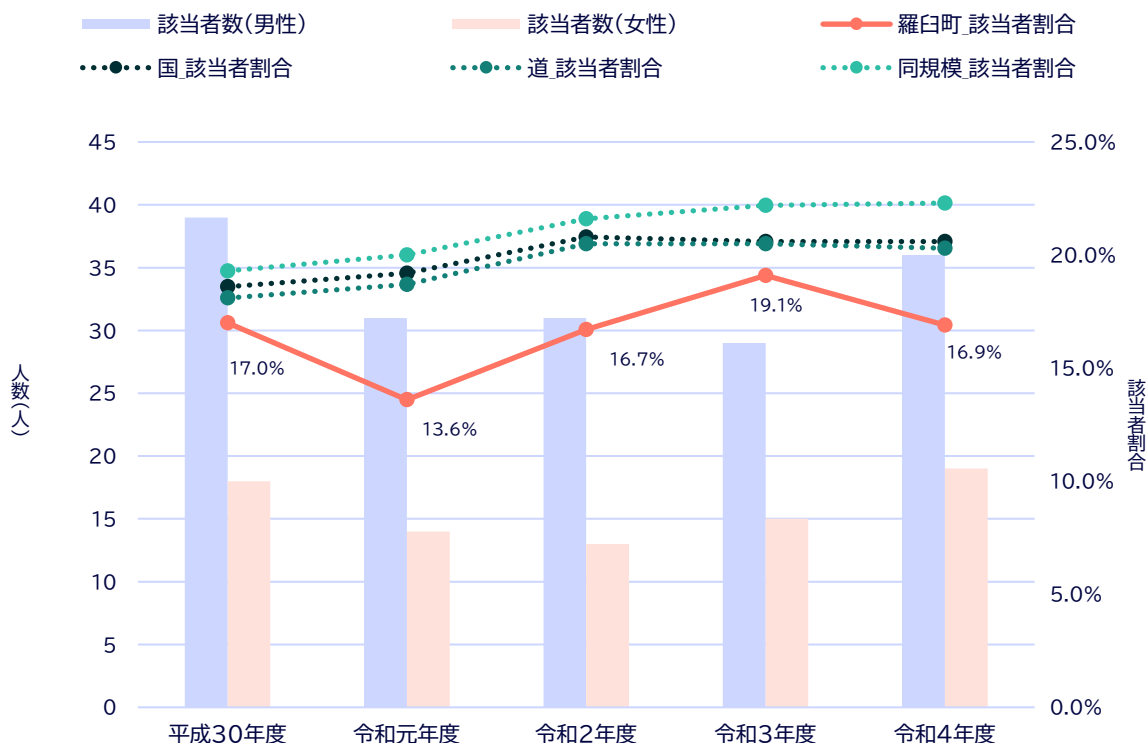
### ③ メタボ該当者数の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

令和4年度におけるメタボ該当者数は55人で、特定健診受診者の16.9%であり、国・道より低い。

前期計画中の推移をみると、メタボ該当者数は減少しており、特定健診受診者に占める該当割合は低下している。

男女別にみると、特定健診受診者に占めるメタボ該当割合はいずれの年度においても男性の方が高い。

図表10-2-2-4：特定健診受診者におけるメタボ該当者数



メタボ該当者	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
羅臼町	57	17.0%	45	13.6%	44	16.7%	44	19.1%	55	16.9%
男性	39	20.4%	31	16.9%	31	21.4%	29	23.8%	36	21.2%
女性	18	12.4%	14	9.5%	13	11.0%	15	13.9%	19	12.2%
国	-	18.6%	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
道	-	18.1%	-	18.7%	-	20.5%	-	20.5%	-	20.3%
同規模	-	19.3%	-	20.0%	-	21.6%	-	22.2%	-	22.3%

【出典】 KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

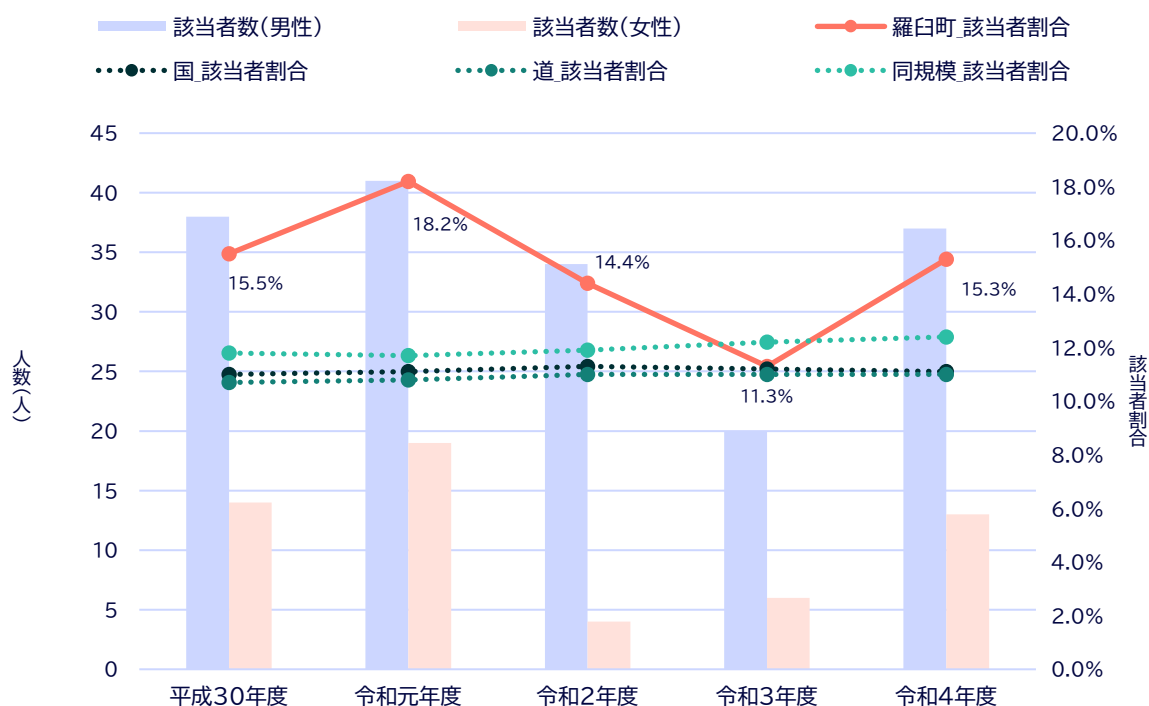
#### ④ メタボ予備群該当者数の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は50人で、特定健診受診者における該当者割合は15.3%で、国・道より高い。

前期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、割合は低下している。

男女別にみると、特定健診受診者に占めるメタボ予備群該当割合はいずれの年度においても男性の方が高い。

図表10-2-2-5：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数



メタボ予備群 該当者	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
羅臼町	52	15.5%	60	18.2%	38	14.4%	26	11.3%	50	15.3%
男性	38	19.9%	41	22.4%	34	23.4%	20	16.4%	37	21.8%
女性	14	9.7%	19	12.9%	4	3.4%	6	5.6%	13	8.3%
国	-	11.0%	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
道	-	10.7%	-	10.8%	-	11.0%	-	11.0%	-	11.0%
同規模	-	11.8%	-	11.7%	-	11.9%	-	12.2%	-	12.4%

【出典】 KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

メタボ該当者	腹囲 85cm(男性)	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm(女性)以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上(空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上)
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

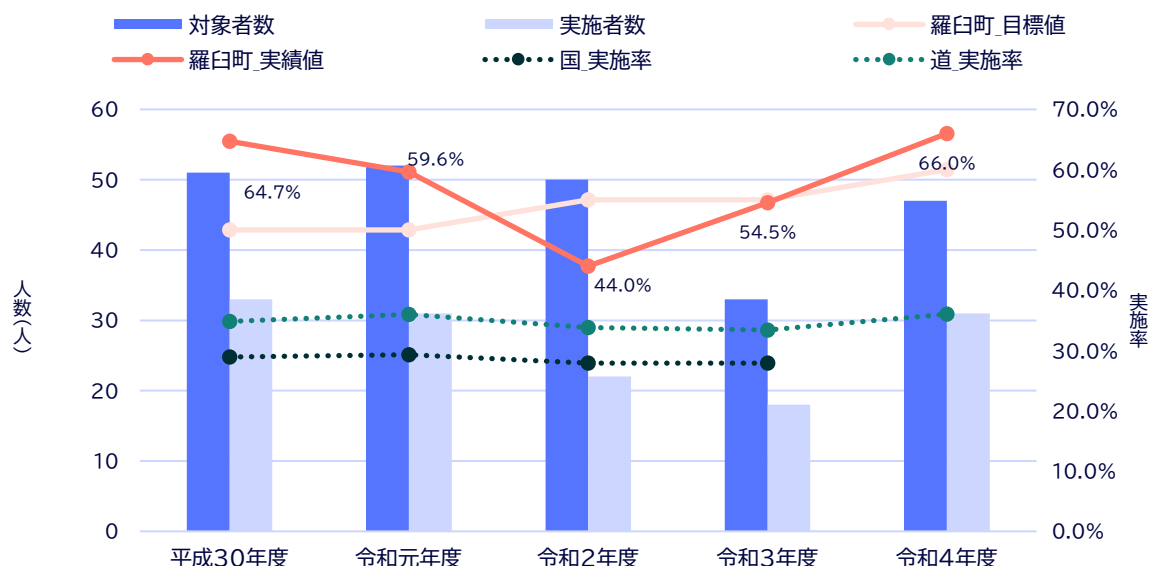
### ⑤ 特定保健指導実施率の経年推移及び国・北海道との比較

特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度時点で66.0%となっている。この値は、道より高い。

前期計画中の推移をみると、令和4年度の実施率は、平成30年度の実施率64.7%と比較すると1.3ポイント上昇している。

積極的支援では令和4年度は31.6%で、平成30年度の実施率57.1%と比較して25.5ポイント低下し、動機付け支援では令和4年度は71.4%で、平成30年度の実施率63.3%と比較して8.1ポイント上昇している。

図表10-2-2-6：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導 実施率	羅臼町_目標値	50.0%	50.0%	55.0%	55.0%	60.0%	60.0%
	羅臼町_実績値	64.7%	59.6%	44.0%	54.5%	66.0%	-
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	-
特定保健指導対象者数（人）		51	52	50	33	47	-
特定保健指導実施者数（人）		33	31	22	18	31	-

【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

図表10-2-2-7：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	57.1%	32.1%	33.3%	35.7%	31.6%
	対象者数（人）	21	28	24	14	19
	実施者数（人）	12	9	8	5	6
動機付け支援	実施率	63.3%	70.8%	64.0%	45.0%	71.4%
	対象者数（人）	30	24	25	20	28
	実施者数（人）	19	17	16	9	20

※図表10-2-2-6と図表10-2-2-7における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの

【出典】KDB帳票 S21\_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計

### (3) 国の示す目標

第4期計画においては、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されている。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていない。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されている。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されている。

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

	全国（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

### (4) 羅臼町の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を45.0%に引き上げるように設定する。

図表10-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	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
特定健診受診率	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	40.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%

図表10-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		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	対象者数（人）	1,252	1,222	1,192	1,163	1,133	1,103	
	受診者数（人）	376	428	477	523	567	662	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	54	62	69	76	82	96
		積極的支援	22	25	28	31	33	39
		動機付け支援	32	37	41	45	49	57
	実施者数（人）	合計	22	25	31	34	37	43
		積極的支援	9	10	13	14	15	17
		動機付け支援	13	15	19	20	22	26

※各見込み数の算出方法

特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出

支援区分別対象者数：合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

### 3 特定健診・特定保健指導の実施方法

#### (1) 特定健診

##### ① 実施目的・対象者

「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」（以下、「基本指針」という。）にあるとおり、特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。

対象者は羅臼町国保加入者で、当該年度に40歳から74歳となる人である。

##### ② 実施期間・実施場所

集団健診は、4月から10月にかけて実施する。実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し、選定する。

個別健診は、4月から3月にかけて実施する。

集団健診、個別健診ともに具体的な会場については、特定健診実施時期にあわせて周知する。

##### ③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員の「基本的な健診項目」を実施するが、**健康課題に応じて健診項目を追加し臓器障害の程度が早期に予測できるようにする。**

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状）</li><li>・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）</li><li>・血圧</li><li>・血中脂質検査（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））</li><li>・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GT（<math>\gamma</math>-GTP））</li><li>・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、または随時血糖）</li><li>・尿検査（尿糖、尿蛋白）</li></ul>
健康課題により追加する健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・心電図</li><li>・眼底検査</li><li>・血液学検査（貧血検査）</li><li>・血清クレアチニン検査</li></ul>

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

##### ④ 実施体制

健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」）を満たす健診機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。

##### ⑤ 健診結果の通知方法

集団の特定健診受診者については、健診結果説明会を開催し、対象者に結果通知表を手渡しする。健診結果説明会に出席が困難な対象者については、**できるだけ面談ができる方法により結果通知表を返却する。**

個別の特定健診受診者については、実施医療機関**または町から対象者に結果通知表を返却する。**

#### ⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

羅臼町国保被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映する。

また、定期的に医療機関で検査をしている者などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映する。どのような場合も健診結果経年表を作成し、本人に結果を返却する。

## (2) 特定保健指導

### ① 実施目的・対象者階層化の基準

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

特定保健指導は、特定健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施する。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、すでに主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とする。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している場合、2年目は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなる。

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

腹囲	追加リスク (血糖・血圧・脂質)	喫煙歴	対象年齢	
			40-64歳	65歳-
男性≧85cm 女性≧90cm	2つ以上該当	なし/あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI≧25kg/m <sup>2</sup>			なし	
	3つ該当	なし/あり	積極的支援	
	2つ該当	あり	動機付け支援	
	1つ該当	なし		
	なし/あり			

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

### ② 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施するが、効率的、効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行う。

### ③ 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施する。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、医師、保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定する。

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、3-6か月間、定期的に電話や訪問で継続支援を実施する。初回面接から3か月後に中間評価を実施し、3-6か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。

動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、3-6か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。

#### ④実施体制

特定保健指導は直営で実施する。委託する場合は、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の質を確保するなど適正な事業実施に努める。



## 4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

### (1) 特定健診

取組項目	取組内容	取組概要
新たなツールを活用した受診勧奨	架電/SMS/LINEによる受診勧奨	取組の検討中
利便性の向上	休日健診の実施/予約サイト・専用ダイヤルの開設/自己負担額の軽減/がん検診・歯科検診との同時受診	実施済みだが、予約サイトの活用については検討中。
関係機関との連携	薬局/職域/かかりつけ医と連携した受診勧奨	町内医療機関と連携した受診勧奨は取組み済み。薬局は北海道の調整を注視している。
健診データ収集	連合会の未受診者医療情報収集事業を活用/特定健診以外の検査データの活用	広域の取組みとして保健所と検討したい。
早期啓発	39歳向け受診勧奨/40歳未満向け健診の実施	取組み済み
インセンティブの付与	健康マイレージなどの付与	取組み済みだが、周知方法や実施方法に課題が残っている。

### (2) 特定保健指導

取組項目	取組内容	取組概要
利便性の向上	休日の保健指導の実施/遠隔面接の実施	遠隔面接等ICT活用は検討を要する。
内容・質の向上	研修会の実施/効果的な期間の設定	取組み済み
早期介入	健診結果説明会と初回面接の同時開催/健診会場での初回面接の実施	健診会場での初回面接は高血圧対策として試行中。
インセンティブの付与	ポイント付与/運動施設の無料利用	要検討
新たな保健指導方法の検討	先行研究結果が出ているICTツールの導入/経年データを活用した保健指導	ICTツールの活用は検討を要する。

## 5 その他

### (1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、作成及び変更時は、羅臼町のホームページ等により公表し、広く内容等の周知を行う。

また、特定健診及び特定保健指導については、羅臼町のホームページ等への掲載、啓発用ポスターの掲示などにより、普及啓発に努める。

### (2) 個人情報の保護

特定健診及び特定保健指導の記録の保存に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等）を遵守し、情報の保存及び管理体制を確保する。外部への委託に際しては、委託先との契約書に個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理する。

### (3) 実施計画の評価・見直し

特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率、並びにメタボ該当者及びメタボ予備群の減少率については、本計画の最終年度（令和11年度）に評価を行う。

実施中は、設定した目標値の達成状況を1年ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

## 参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、総医療費を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一の基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。

行	No.	用語	解説
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m <sup>2</sup> ）で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比 (SMR)	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA (HbA) にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。