

安八町国民健康保険
第3期 データヘルス計画
第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月
岐阜県安八町

目次

第1章 基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 標準化の推進	3
4 計画期間	3
5 実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理	5
1 安八町の特徴	5
2 前期計画等に係る考察	8
3 保険者努力支援制度	9
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出	11
1 死亡の状況	12
2 介護の状況	15
3 医療の状況	17
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	31
5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況	45
6 その他の状況	49
7 健康課題の整理	51
第4章 データヘルス計画全体	53
第5章 保健事業の内容	57
第6章 計画の評価・見直し	79
1 評価の時期	79
2 評価方法・体制	79
第7章 計画の公表・周知	79
第8章 個人情報の取扱い	79
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	81
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画	81
1 計画の背景・趣旨	81
2 第3期計画における目標達成状況	83
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	90
4 その他	93
参考資料 用語集	95

第 1 章



基本的事項

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

(1) 保健事業実施計画の背景

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等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。」とされた。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、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の計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3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2021」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検討するとともに、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（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

(2) 市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的

市町村国保及び国民健康保険組合（以下、「市町村国保」及び「国保組合」を併せて「保険者」という。）においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた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）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考える。

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、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」ことが求められている。

安八町においても、下記の他の計画との整合を図り、各計画における関連事項及び関連目標を踏まえ、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。

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
安八町国保	第 2 期データヘルス計画						第 3 期データヘルス計画					
	第 3 期特定健康診査等実施計画						第 4 期特定健康診査等実施計画					
安八町	第 2 次 健康増進計画						第 3 次 健康増進計画					
	第 7 期 介護保険事業計画			第 8 期 介護保険事業計画			第 9 期 介護保険事業計画					
県	県健康増進計画（第 2 次）						県健康増進計画（第 3 次）					
	県医療費適正化計画（第 3 期）						県医療費適正化計画（第 4 期）					
	県国民健康保険運営方針			第 2 期 県国民健康保険運営方針			第 3 期 県国民健康保険運営方針					
後期	第 2 期データヘルス計画						第 3 期データヘルス計画					

3 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。安八町では、岐阜県等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとする。

4 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。

5 実施体制・関係者連携

安八町では、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、生活保護部局（福祉事務所等）と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者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、国保連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。

第2章



現状の整理

第2章 現状の整理

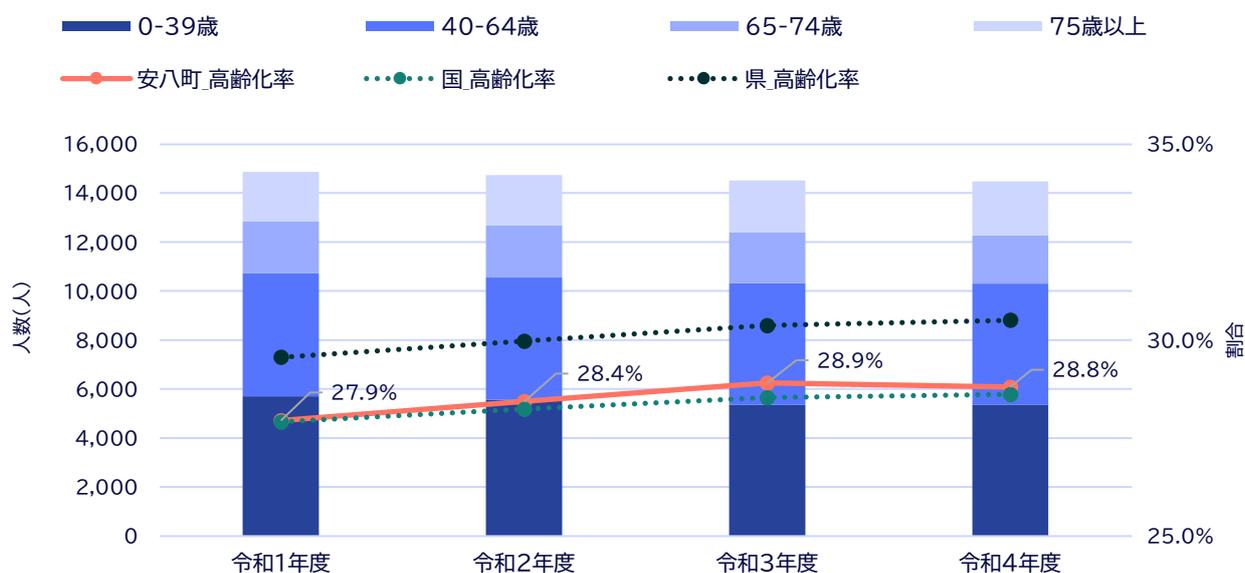
1 安八町の特性

(1) 人口動態

安八町の人口をみると（図表 2-1-1-1）、令和 4 年度の人口は 14,472 人で、令和 1 年度（14,871 人）以降 399 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 28.8%で、令和 1 年度の割合（27.9%）と比較して、0.9 ポイント上昇している。国や県と比較すると、高齢化率は県より低いが、国より高い。

図表 2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	人数 (人)	割合						
0-39 歳	5,700	38.3%	5,557	37.7%	5,353	36.9%	5,362	37.1%
40-64 歳	5,015	33.7%	4,990	33.9%	4,967	34.2%	4,942	34.1%
65-74 歳	2,122	14.3%	2,130	14.5%	2,078	14.3%	1,965	13.6%
75 歳以上	2,034	13.7%	2,060	14.0%	2,118	14.6%	2,203	15.2%
合計	14,871	-	14,737	-	14,516	-	14,472	-
安八町_高齢化率		27.9%		28.4%		28.9%		28.8%
国_高齢化率		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%
県_高齢化率		29.6%		30.0%		30.4%		30.5%

【出典】住民基本台帳 令和 1 年度から令和 4 年度

※安八町に係る数値は、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）

(2) 平均余命・平均自立期間

男女別に平均余命（図表 2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は 81.6 年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.1 年である。女性の平均余命は 87.8 年で、国・県と同程度である。

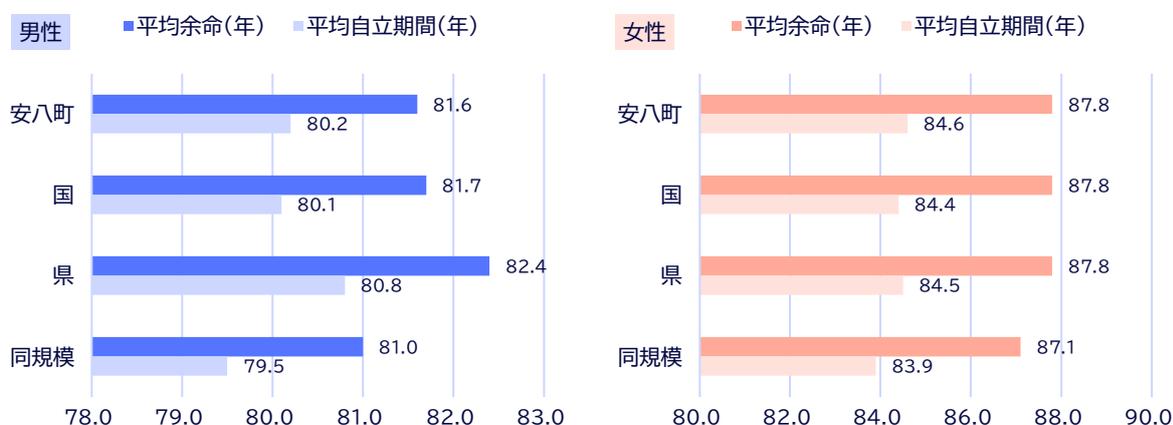
男女別に平均自立期間（図表 2-1-2-1）をみると、男性の平均自立期間は 80.2 年で、県より短い。国と比較すると、+0.1 年である。女性の平均自立期間は 84.6 年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.2 年である。

令和 4 年度における平均余命と平均自立期間の推移（図表 2-1-2-2）をみると、男性ではその差は 1.4 年で、令和 1 年度以降拡大している。女性ではその差は 3.2 年で、増減ありつつもほぼ横ばいである。

※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 2-1-2-1：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)
安八町	81.6	80.2	1.4	87.8	84.6	3.2
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
県	82.4	80.8	1.6	87.8	84.5	3.3
同規模	81.0	79.5	1.5	87.1	83.9	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

※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）

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す

図表 2-1-2-2：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)
令和 1 年度	81.1	79.9	1.2	86.7	83.6	3.1
令和 2 年度	80.8	79.5	1.3	86.5	83.7	2.8
令和 3 年度	81.2	79.8	1.4	87.7	84.3	3.4
令和 4 年度	81.6	80.2	1.4	87.8	84.6	3.2

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

(3) 産業構成

産業構成の割合（図表 2-1-3-1）をみると、国と比較して第二次産業比率が高く、県と比較して第二次産業比率が高い。

図表 2-1-3-1：産業構成

	安八町	国	県	同規模
一次産業	3.2%	4.0%	3.2%	13.4%
二次産業	35.8%	25.0%	33.1%	27.1%
三次産業	60.9%	71.0%	63.7%	59.5%

【出典】 KDB 帳票 S21_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和4年度 累計

※KDB システムでは国勢調査をもとに集計している

(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）

被保険者千人当たりの医療サービスの状況（図表 2-1-4-1）をみると、国と比較していずれも少なく、県と比較していずれも少ない。

図表 2-1-4-1：医療サービスの状況

（千人当たり）	安八町	国	県	同規模
病院数	0.0	0.3	0.2	0.3
診療所数	3.8	4.0	4.0	2.6
病床数	0.0	59.4	49.4	39.6
医師数	4.1	13.4	11.4	4.9

【出典】 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※病院数・診療所数・病床数・医師数を各月ごとの被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである

※KDB システムでは医療施設（動態）調査及び医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計している

(5) 被保険者構成

被保険者構成をみると（図表 2-1-5-1）、令和4年度における国保加入者数は2,817人で、令和1年度の人数（3,111人）と比較して294人減少している。国保加入率は19.5%で、国・県より低い。

65歳以上の被保険者の割合は49.8%で、令和1年度の割合（49.9%）と比較して0.1ポイント減少している。

図表 2-1-5-1：被保険者構成

	令和1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
0-39歳	637	20.5%	645	20.7%	581	19.5%	572	20.3%
40-64歳	922	29.6%	926	29.7%	875	29.3%	843	29.9%
65-74歳	1,552	49.9%	1,548	49.6%	1,528	51.2%	1,402	49.8%
国保加入者数	3,111	100.0%	3,119	100.0%	2,984	100.0%	2,817	100.0%
安八町_総人口	14,871		14,737		14,516		14,472	
安八町_国保加入率	20.9%		21.2%		20.6%		19.5%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	21.3%		21.1%		20.6%		19.6%	

【出典】 住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

KDB 帳票 S21_006-被保険者構成 令和1年から令和4年 年次

※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割って算出している

2 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画の中長期目標及び短期目標について、下表のとおり評価した。

【評価の凡例】
○「指標評価」欄：5段階
A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難

項目名	開始時	目標値	実績値						指標評価
			平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
特定健診受診率の向上	48.7%	60.0%		46.1%	51.1%	41.8%	44.9%	43.9%	C
特定保健指導の実施率の向上	59.0%	65.0%		66.7%	52.7%	58.5%	50.4%	60.4%	C
特定保健指導対象者の減少（割合）	18.4%	-	20.2%	17.9%	20.5%	17.5%	23.2%	22.0%	
HbA1c 有所見者の減少	51.2%	-	60.0%	59.6%	55.2%	56.6%	57.0%	59.0%	
メタボリックシンドローム有所見者の減少（予備群該当者）	10.7%	-	9.7%	10.1%	11.8%	14.8%	13.5%	11.8%	
メタボリックシンドローム有所見者の減少（該当者）	18.5%	-	21.1%	22.7%	20.3%	22.4%	23.6%	21.1%	
中長期目標 脳血管疾患の医療費	128,038,000	減少	108,952,620	108,697,530	97,107,650	111,175,650	82,286,030	74,628,120	
虚血性心疾患の医療費	179,977,970	減少	178,668,560	183,119,350	143,506,120	117,351,070	139,307,530	124,724,640	
人工透析	71,551,420	減少	70,249,870	47,311,970	46,557,010	33,496,930	32,649,450	32,356,160	

第2期データヘルス計画全体の目的（目標）の達成状況

<短期目標達成状況>

- ① 特定保健指導の実施率・特定保健指導の実施率の向上：いずれも減少し R3 年度目標達成していない。
- ② 特定保健指導対象者の減少：対象者は減少しているが受診率も低下している為評価ができない。
- ③ 特定健康診査の受診率の向上：減少し R3 年度目標達成していない。
- ④ HbA1c 有所見者の減少：5.6 以上有所見者はやや増加している。
- ⑤ メタボリックシンドローム有所見者の減少：該当者割合 R1 年 20.3%→R3 年 23.6% 予備群 R1 年 11.8%→R3 年 13.5%
④⑤いずれもやや増加しており達成できていない。

<中長期目標達成状況>

- ① 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を 10%軽減させる。：いずれも患者数は減っているが被保険者数も減少しており、割合はあまり変わっていない。
- ② 高齢化による医療費の伸び率を抑える。：医療費については減少しているがコロナ禍の受診控えの影響を受けていることが考えられ、一概に評価が難しい。

今後の方向性

1. 健診受診率、利用率、実施率向上の取り組み
・ 特定健診受診率、特定保健指導利用率、実施率が減少しているため、特に若年層の未受診、未利用者対策に尽力する必要がある。
2. 生活習慣病対策
・ 健診結果からメタボリック該当者の減少が見られておらず、県内でも高い割合であり、後期高齢者の健診結果においても肥満者が多い。
・ 生活習慣病受療状況から糖尿病患者数は減っているが割合に減少はない。
・ 医療費の中で最も多い割合を占める疾患は高血圧であり、虚血性心疾患や脳血管疾患などの重大疾患発症につながっていると考えられ、後の要介護状態を招く要因ともなっていると考えられる。背景には多くの住民に、糖質、脂質、塩分過剰摂取の食生活習慣の日常化している事や運動不足になっている事が考えられ、健診受診者やハイリスク者に限らず、食習慣、運動習慣を含めた生活習慣改善について広く啓発していく必要があると考えられる。

3 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度であり、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成がなされる。安八町においても、同制度を有効に活用しながら、より質の高い保健事業に取組めるように計画の策定をすすめる。

令和5年度の得点状況（図表2-3-1-1）をみると、合計点数は551で、達成割合は58.6%となっており、全国順位は第900位となっている。

項目別にみると、いずれの項目もプラスとなっている一方、国平均と比較して「特定健診・特定保健指導・メタボ」「がん検診・歯科健診」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「収納率」の得点が低く、県平均と比較して「特定健診・特定保健指導・メタボ」「がん検診・歯科健診」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「適正化かつ健全な事業運営」の得点が低い。

図表2-3-1-1：保険者努力支援制度の得点状況

		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和5年度		
						安八町	国平均	県平均
点数	総点数（満点）	880点	995点	1000点	960点	940点		
	合計点数	537	512	584	561	551	556	569
	達成割合	61.0%	51.5%	58.4%	58.4%	58.6%	59.1%	60.5%
	全国順位	705	1,108	711	905	900	-	-
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	90	10	75	75	45	54	55
	②がん検診・歯科健診	35	28	20	33	30	40	40
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	120	90	120	100	84	96
	④個人インセンティブ・情報提供	90	110	110	60	65	50	56
	⑤重複多剤	50	50	50	50	50	42	47
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	35	10	10	10	10	62	43
国保	①収納率	10	0	35	50	50	52	42
	②データヘルス計画	50	40	40	30	25	23	25
	③医療費通知	5	25	25	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	25	25	30	20	40	26	38
	⑤第三者求償	20	27	32	31	50	40	40
	⑥適正化かつ健全な事業運営	27	67	67	62	71	69	72

【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

第3章

健康・医療情報等の分析と 分析結果に基づく健康課題の抽出

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

第3章においては、死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。

社会全体の健康や病気の進行は、しばしば、川の流れに例えられる。厚生労働省は、生活習慣病の進行を川の上流から下流まで5段階に分け、レベルが進むごとに下流に流され、流された先には生活機能の低下や要介護状態が待っていることを図で示している。

第3章では、より多くの方が川の上流で健やかに生活できるよう課題を抽出し、施策の検討につなげるため、川のどの位置にどのくらいの方がいて、どのような疾病構造になっているか等について、死亡、介護、医療、健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析する。また、データ分析に際しては、保健事業における介入によって予防可能な疾患という観点から生活習慣病に着目し、川の下流に位置する重篤な疾患として主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もあげられている「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」に、川の上流に位置する基礎疾患として「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」に焦点をあてる。

まず、第1節では死亡に関するデータを分析する。

第2節では介護に関するデータを分析する。

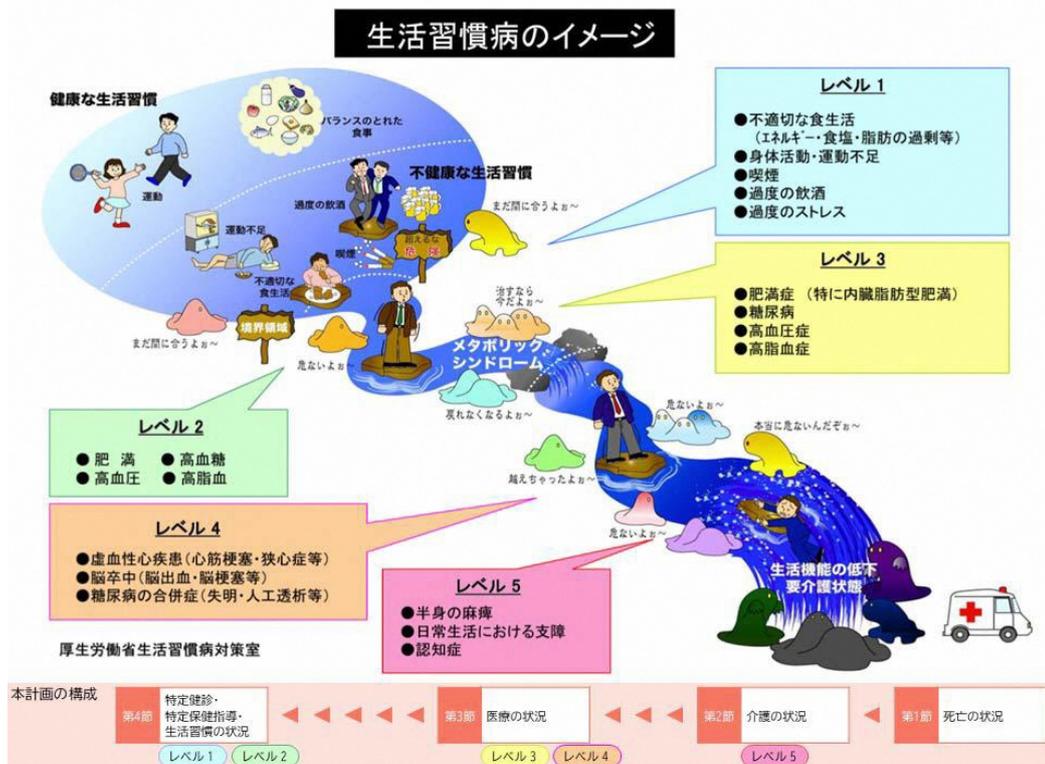
第3節では入院と外来に分けて医療費について医療費の3要素に分解して分析した後、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病に焦点をあて、前述の重篤な疾患と基礎疾患に分けてデータを分析する。

第4節では、さらに上流に遡り、特定健診や特定保健指導に関するデータと医療に関するデータを組み合わせて分析する。

第5節では、後期高齢者医療制度との接続を踏まえ、介護データと後期高齢者データを分析する。

第6節では、重複服薬や多剤服薬、後発医薬品などの分析を行う。

これを踏まえ、第7節において、地域における健康課題の全体像を整理した後、生活習慣病に関する健康課題とその他の健康課題について長期的評価指標及び短期的評価指標を設定する。



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

※生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指す

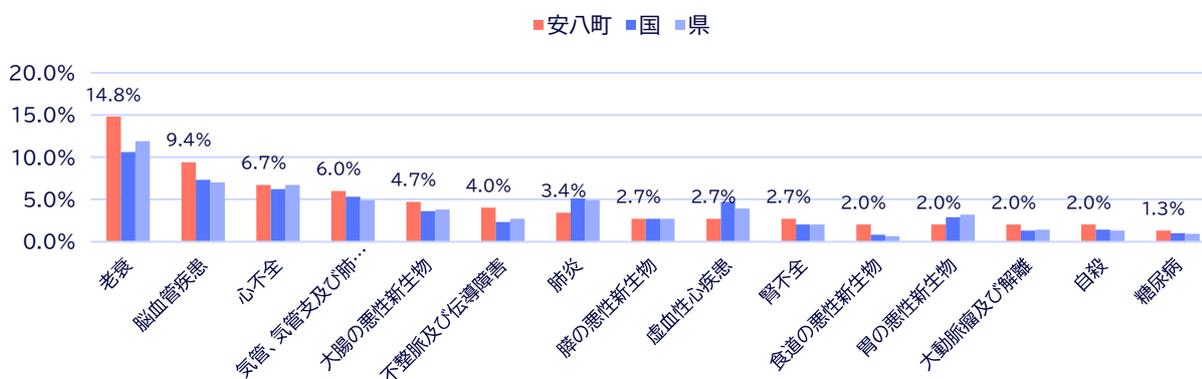
1 死亡の状況

(1) 死因別の死亡者数・割合

まず、死亡の状況について概観する。令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数を死因順位別にみると（図表3-1-1-1）、死因第1位は「老衰」で全死亡者の14.8%を占めている。次いで「脳血管疾患」（9.4%）、「心不全」（6.7%）となっている。死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「老衰」「脳血管疾患」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「大腸の悪性新生物」「不整脈及び伝導障害」「腎不全」「食道の悪性新生物」「大動脈瘤及び解離」「自殺」「糖尿病」の割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病の重篤な疾患に焦点をあてて死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第9位（2.7%）、「脳血管疾患」は第2位（9.4%）、「腎不全」は第8位（2.7%）と、いずれも死因の上位に位置している。

図表 3-1-1-1：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	安八町		国	県
		死亡者数(人)	割合		
1位	老衰	22	14.8%	10.6%	11.9%
2位	脳血管疾患	14	9.4%	7.3%	7.0%
3位	心不全	10	6.7%	6.2%	6.7%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	9	6.0%	5.3%	4.9%
5位	大腸の悪性新生物	7	4.7%	3.6%	3.8%
6位	不整脈及び伝導障害	6	4.0%	2.3%	2.7%
7位	肺炎	5	3.4%	5.1%	4.9%
8位	膵の悪性新生物	4	2.7%	2.7%	2.7%
8位	虚血性心疾患	4	2.7%	4.7%	3.9%
8位	腎不全	4	2.7%	2.0%	2.0%
10位	食道の悪性新生物	3	2.0%	0.8%	0.6%
10位	胃の悪性新生物	3	2.0%	2.9%	3.2%
10位	大動脈瘤及び解離	3	2.0%	1.3%	1.4%
10位	自殺	3	2.0%	1.4%	1.3%
15位	糖尿病	2	1.3%	1.0%	0.9%
-	その他	50	33.6%	42.8%	42.1%
-	死亡総数	149	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

(2) 死因別の標準化死亡比 (SMR)

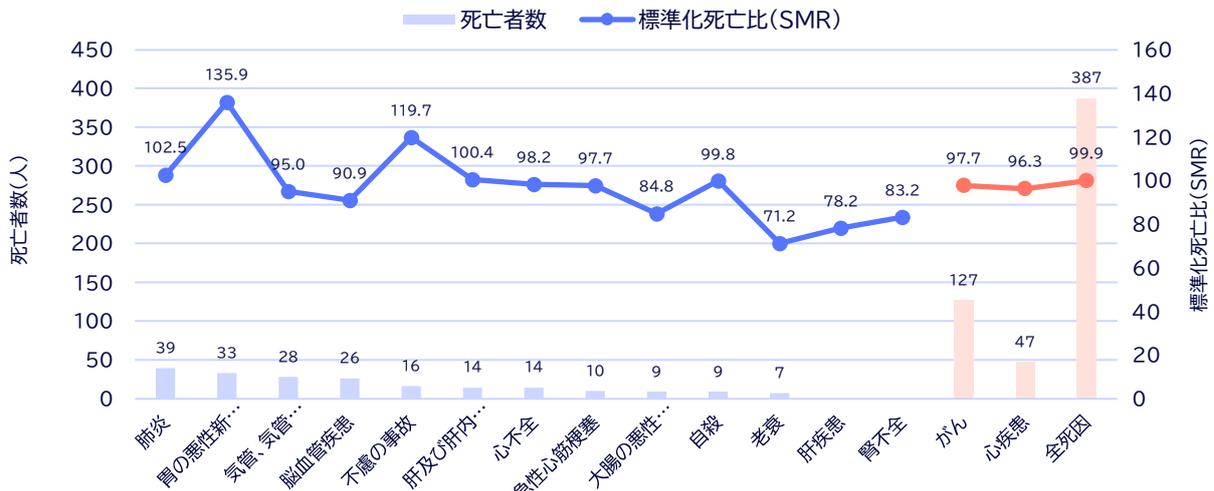
平成 25 年から平成 29 年までの累積疾病別死亡者数（図表 3-1-2-1・図表 3-1-2-2）をみると、男性の死因第 1 位は「肺炎」、第 2 位は「胃の悪性新生物」、第 3 位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」となっている。女性の死因第 1 位は「脳血管疾患」、第 2 位は「肺炎」、第 3 位は「老衰」となっている。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比 (SMR) を求めると、男性では、「胃の悪性新生物」(135.9)「不慮の事故」(119.7)「肺炎」(102.5)が高くなっている。女性では、「急性心筋梗塞」(174.7)「不慮の事故」(136.1)「胃の悪性新生物」(125.1)が高くなっている。

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、男性では「急性心筋梗塞」は 97.7、「脳血管疾患」は 90.9、「腎不全」は 83.2 となっており、女性では「急性心筋梗塞」は 174.7、「脳血管疾患」は 115.4、「腎不全」は 82.0 となっている。

※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である。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

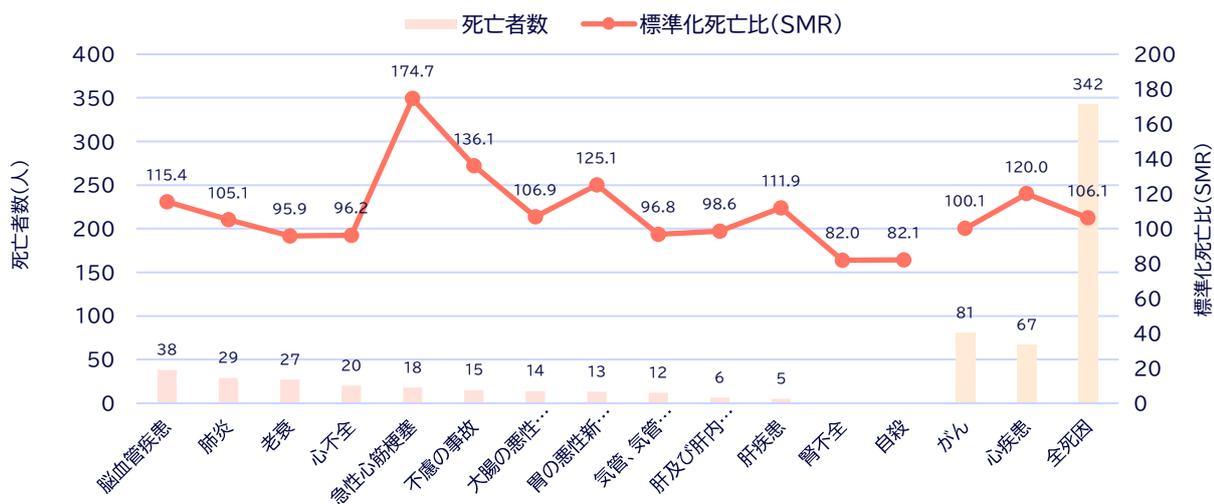
図表 3-1-2-1：平成 25 年から平成 29 年までの死因別の死亡者数と SMR_男性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			安八町	県	国
1位	肺炎	39	102.5	94.4	100
2位	胃の悪性新生物	33	135.9	108.6	
3位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	28	95.0	97.0	
4位	脳血管疾患	26	90.9	95.3	
5位	不慮の事故	16	119.7	118.1	
6位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	14	100.4	86.7	
6位	心不全	14	98.2	116.6	
8位	急性心筋梗塞	10	97.7	124.3	

順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			安八町	県	国
9位	大腸の悪性新生物	9	84.8	96.1	100
9位	自殺	9	99.8	100.7	
11位	老衰	7	71.2	127.0	
12位	肝疾患	-	78.2	82.7	
12位	腎不全	-	83.2	101.7	
参考	がん	127	97.7	95.6	
参考	心疾患	47	96.3	103.5	
参考	全死因	387	99.9	99.5	

図表 3-1-2-2：平成 25 年から平成 29 年までの死因別の死亡者数と SMR_女性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			安八町	県	国
1位	脳血管疾患	38	115.4	104.5	100
2位	肺炎	29	105.1	90.4	
3位	老衰	27	95.9	121.2	
4位	心不全	20	96.2	114.1	
5位	急性心筋梗塞	18	174.7	127.0	
6位	不慮の事故	15	136.1	125.4	
7位	大腸の悪性新生物	14	106.9	103.5	
8位	胃の悪性新生物	13	125.1	112.4	
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	12	96.8	90.9	100
10位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	6	98.6	91.2	
11位	肝疾患	5	111.9	90.0	
12位	腎不全	-	82.0	97.3	
13位	自殺	-	82.1	104.6	
参考	がん	81	100.1	98.9	
参考	心疾患	67	120.0	104.7	
参考	全死因	342	106.1	102.5	

【出典】厚生労働省 平成 25～29 年 人口動態保健所・市区町村別統計

※死亡者数が 5 人未満の場合、人数が公開されないため、空欄になる

※SMR の算出に際してはベイズ推定の手法が適用されている

※「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

※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」「心不全」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

2 介護の状況

(1) 要介護（要支援）認定者数・割合

次に介護の状況について概観する。要介護または要支援の認定を受けた人の数・割合（図表 3-2-1-1）をみると、令和 4 年度の認定者数は 626 人（要支援 1-2、要介護 1-2、及び要介護 3-5 の合計）で、「要介護 3-5」の人数が最も多くなっている。

第 1 号被保険者における要介護認定率は 14.6%で、国・県より低い。第 1 号被保険者のうち 65-74 歳の前期高齢者の要介護認定率は 3.4%、75 歳以上の後期高齢者では 24.6%となっている。

第 2 号被保険者における要介護認定率は 0.3%となっており、県と同程度で、国より低い。

図表 3-2-1-1：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		安八町	国	県
		認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1 号										
65-74 歳	1,965	14	0.7%	28	1.4%	25	1.3%	3.4%	-	-
75 歳以上	2,203	119	5.4%	193	8.8%	230	10.4%	24.6%	-	-
計	4,168	133	3.2%	221	5.3%	255	6.1%	14.6%	18.7%	17.7%
2 号										
40-64 歳	4,942	4	0.1%	3	0.1%	10	0.2%	0.3%	0.4%	0.3%
総計	9,110	137	1.5%	224	2.5%	265	2.9%	-	-	-

【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

※認定率は、KDB 帳票における年度毎の介護認定者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

(2) 介護給付費

介護レセプト一件当たりの介護給付費（図表 3-2-2-1）をみると、居宅サービスの給付費が国・県より多くなっている。

図表 3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	安八町	国	県	同規模
計_一件当たり給付費 (円)	65,876	59,662	59,511	72,528
(居宅) 一件当たり給付費 (円)	45,360	41,272	41,518	44,391
(施設) 一件当たり給付費 (円)	264,370	296,364	284,664	291,231

【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

(3) 要介護・要支援認定者の有病状況

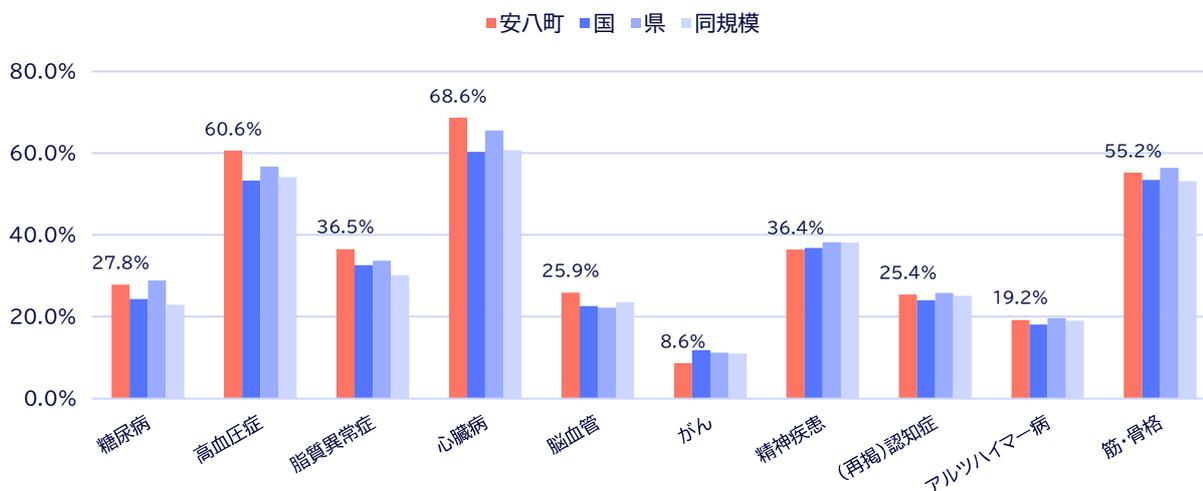
要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表 3-2-3-1）をみると、「心臓病」（68.6%）が最も高く、次いで「高血圧症」（60.6%）、「筋・骨格関連疾患」（55.2%）となっている。

国と比較すると、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「心臓病」「脳血管疾患」「認知症」「アルツハイマー病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高い。

県と比較すると、「高血圧症」「脂質異常症」「心臓病」「脳血管疾患」の有病割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は68.6%、「脳血管疾患」は25.9%となっている。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「糖尿病」は27.8%、「高血圧症」は60.6%、「脂質異常症」は36.5%となっている。

図表 3-2-3-1：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	県	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	177	27.8%	24.3%	28.8%	22.9%
高血圧症	380	60.6%	53.3%	56.7%	54.1%
脂質異常症	228	36.5%	32.6%	33.7%	30.2%
心臓病	432	68.6%	60.3%	65.5%	60.7%
脳血管疾患	158	25.9%	22.6%	22.2%	23.5%
がん	53	8.6%	11.8%	11.2%	11.0%
精神疾患	219	36.4%	36.8%	38.2%	38.1%
うち_認知症	156	25.4%	24.0%	25.8%	25.1%
アルツハイマー病	118	19.2%	18.1%	19.6%	19.0%
筋・骨格関連疾患	346	55.2%	53.4%	56.4%	53.1%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3 医療の状況

(1) 医療費の3要素

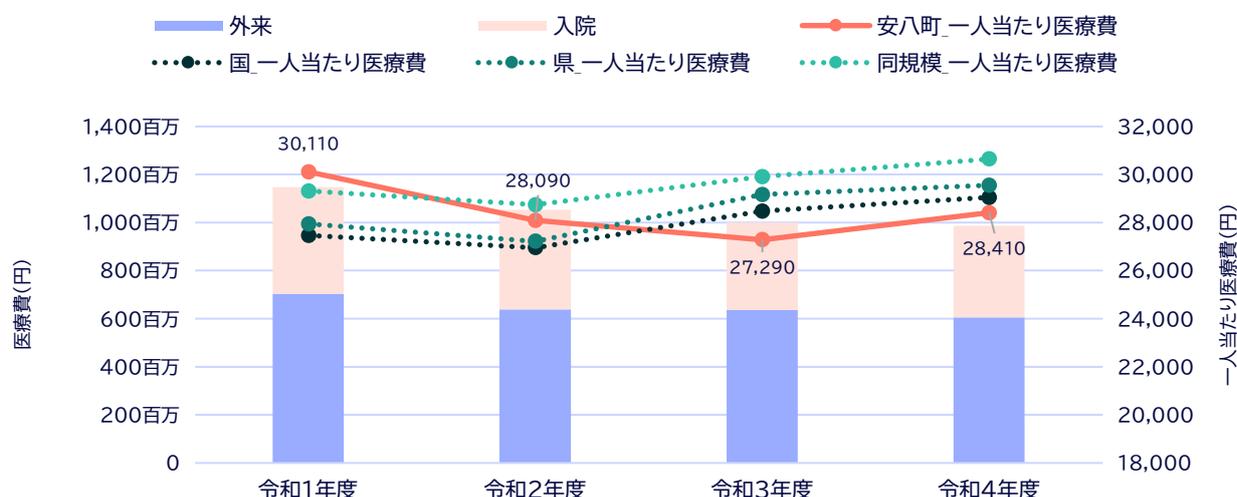
① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

ここからは、医療の状況について概観する。令和4年度の総医療費は9億8,700万円で（図表3-3-1-1）、令和1年度と比較して13.9%減少している。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は38.6%、外来医療費の割合は61.4%となっている。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は2万8,410円で、令和1年度と比較して5.6%減少している。国や県と比較すると一人当たり医療費は国・県より低い。

医療費を集団や経年で比較する際には、総医療費を加入者数で割った一人当たり医療費が用いられる。一人当たり医療費は、受診率、レセプト一件当たり日数、及び一日当たり医療費を乗じて算出できることから、次頁以降は、一人当たり医療費をこれらの3要素に分解して分析する。

図表 3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	令和1年度からの変化率(%)
医療費(円)	総額	1,146,759,220	1,052,767,800	999,209,390	986,840,090	-	-13.9
	入院	443,697,620	414,853,400	363,144,440	381,157,660	38.6%	-14.1
	外来	703,061,600	637,914,400	636,064,950	605,682,430	61.4%	-13.9
一人当たり月額医療費(円)	安八町	30,110	28,090	27,290	28,410	-	-5.6
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8
	県	27,950	27,220	29,160	29,550	-	5.7
	同規模	29,310	28,740	29,910	30,650	-	4.6

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

② 入院外来別医療費の3要素

前頁の一人当たり月額医療費を入院別及び外来別に国や県と比較する。

令和4年度の一人当たり月額医療費（図表3-3-1-2）は、入院が10,970円で、国の一人当たり月額医療費11,650円と比較すると680円少ない。これは受診率、一日当たり医療費が国の値を下回っているためである。県の一人当たり月額医療費11,110円と比較すると140円少ない。これは一日当たり医療費が県の値を下回っているためである。

外来の一人当たり月額医療費は17,440円で、国の一人当たり月額医療費17,400円と比較すると40円多い。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためである。県の一人当たり月額医療費18,440円と比較すると1,000円少なくなっており、これは受診率、一日当たり医療費が県の値を下回っているためである。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	安八町	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	10,970	11,650	11,110	13,170
受診率（件/千人）	18.7	18.8	18.0	22.2
一件当たり日数（日）	17.5	16.0	15.7	16.7
一日当たり医療費（円）	33,560	38,730	39,360	35,450

外来	安八町	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	17,440	17,400	18,440	17,480
受診率（件/千人）	759.8	709.6	762.1	708.1
一件当たり日数（日）	1.6	1.5	1.5	1.4
一日当たり医療費（円）	14,710	16,500	15,930	17,320

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数

※一件当たり日数：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

(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

① 疾病分類（大分類）別入院医療費

入院医療費について疾病19分類（大分類）別の構成をみる（図表3-3-2-1）。統計の制約上、医療費の3要素のうち、一日当たり医療費及び一件当たり日数が把握できないため、レセプト一件当たり医療費で代替する。なお、一枚のレセプトに複数の傷病名がある場合は、最も点数が高い疾病で集計している。

入院医療費が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は8,400万円、入院総医療費に占める割合は22.0%である。次いで高いのは「精神及び行動の障害」で5,800万円（15.3%）であり、これらの疾病で入院総医療費の37.3%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患についてみると、「循環器系の疾患」の受診率及びレセプト一件当たり医療費は、いずれも他の疾病と比較して高い傾向にあり、「循環器系の疾患」の入院医療費が高額な原因となっている。

図表3-3-2-1：疾病分類（大分類）別入院医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	一人当たり	割合	受診率	割合 （受診率）	レセプト 一件当たり 医療費（円）
			医療費（円）				
1位	新生物	83,633,120	28,899	22.0%	28.7	12.8%	1,007,628
2位	精神及び行動の障害	58,237,020	20,123	15.3%	51.5	23.0%	390,852
3位	循環器系の疾患	54,856,960	18,955	14.4%	22.5	10.0%	843,953
4位	神経系の疾患	35,155,940	12,148	9.2%	26.3	11.7%	462,578
5位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	28,855,490	9,971	7.6%	11.7	5.3%	848,691
6位	消化器系の疾患	26,305,340	9,090	6.9%	21.8	9.7%	417,545
7位	呼吸器系の疾患	23,264,920	8,039	6.1%	14.5	6.5%	553,927
8位	筋骨格系及び結合組織の疾患	17,215,580	5,949	4.5%	7.6	3.4%	782,526
9位	尿路器系の疾患	12,051,550	4,164	3.2%	7.9	3.6%	523,980
10位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	7,187,140	2,483	1.9%	2.8	1.2%	898,393
11位	眼及び付属器の疾患	6,898,600	2,384	1.8%	4.8	2.2%	492,757
12位	皮膚及び皮下組織の疾患	5,988,700	2,069	1.6%	6.9	3.1%	299,435
13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	4,202,380	1,452	1.1%	2.4	1.1%	600,340
14位	感染症及び寄生虫症	2,886,700	997	0.8%	2.4	1.1%	412,386
15位	内分泌、栄養及び代謝疾患	2,192,560	758	0.6%	1.4	0.6%	548,140
16位	耳及び乳様突起の疾患	443,860	153	0.1%	0.7	0.3%	221,930
17位	周産期に発生した病態	49,970	17	0.0%	0.7	0.3%	24,985
18位	妊娠、分娩及び産じょく	40,620	14	0.0%	0.3	0.2%	40,620
19位	先天奇形、変形及び染色体異常	0	0	0.0%	0.0	0.0%	0
-	その他	11,323,760	3,913	3.0%	8.6	3.9%	452,950
-	総計	380,790,210	-	-	-	-	-

【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

※図表3-3-1-1の入院医療費と総計が異なるのは、図表3-3-1-1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

※疾病分類別の一人当たり医療費は、該当疾病分類における年間の医療費を各年度の各月毎の被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである（以下同様）

※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

② 疾病分類（中分類）別入院医療費

入院医療費を疾病中分類別にみると（図表 3-3-2-2）、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の医療費が最も高く 3,900 万円で、10.2%を占めている。

循環器系疾患の入院医療費をみると、「虚血性心疾患」が 9 位（4.2%）、「脳梗塞」が 16 位（1.6%）となっている。

これらの上位 20 疾病で、入院総医療費の 77.4%を占めている。

図表 3-3-2-2：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	割合 (受診率)	レセプト 一件当たり 医療費（円）
1 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	38,924,900	13,450	10.2%	35.2	15.8%	381,617
2 位	その他の悪性新生物	32,200,660	11,127	8.5%	9.7	4.3%	1,150,024
3 位	その他の心疾患	24,274,560	8,388	6.4%	7.9	3.6%	1,055,416
4 位	その他の神経系の疾患	23,829,040	8,234	6.3%	18.3	8.2%	449,605
5 位	直腸 S 状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	20,524,370	7,092	5.4%	6.9	3.1%	1,026,219
6 位	骨折	20,363,270	7,036	5.3%	7.3	3.2%	969,680
7 位	その他の消化器系の疾患	17,869,490	6,175	4.7%	14.2	6.3%	435,841
8 位	その他の呼吸器系の疾患	17,184,290	5,938	4.5%	7.9	3.6%	747,143
9 位	虚血性心疾患	15,900,020	5,494	4.2%	6.9	3.1%	795,001
10 位	胃の悪性新生物	13,470,840	4,655	3.5%	5.2	2.3%	898,056
11 位	関節症	8,671,130	2,996	2.3%	3.1	1.4%	963,459
12 位	てんかん	8,658,090	2,992	2.3%	6.6	2.9%	455,689
13 位	その他の特殊目的用コード	8,531,750	2,948	2.2%	3.1	1.4%	947,972
14 位	その他損傷及びその他外因の影響	7,652,390	2,644	2.0%	4.1	1.9%	637,699
15 位	腎不全	7,246,480	2,504	1.9%	3.8	1.7%	658,771
16 位	脳梗塞	6,261,890	2,164	1.6%	3.1	1.4%	695,766
17 位	その他の精神及び行動の障害	5,994,720	2,071	1.6%	4.1	1.9%	499,560
18 位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	5,869,060	2,028	1.5%	2.4	1.1%	838,437
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	5,816,530	2,010	1.5%	1.7	0.8%	1,163,306
20 位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,436,510	1,879	1.4%	5.2	2.3%	362,434

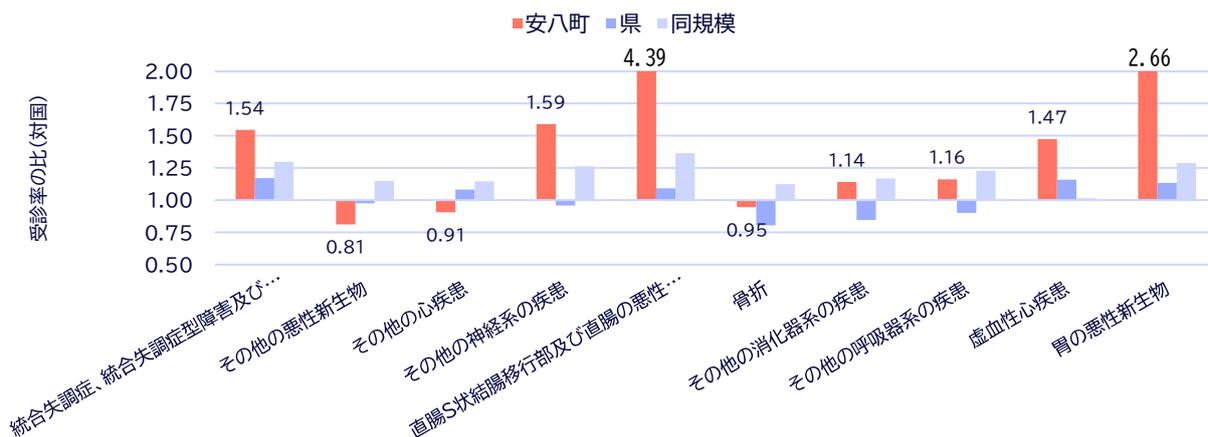
【出典】 KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和 4 年度 累計

③ 疾病分類（中分類）別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する（図表3-3-2-3）。国との比が1を超えているものは国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」「胃の悪性新生物」である。

また、前述した循環器系疾患について受診率をみると、「虚血性心疾患」が国の1.5倍、「脳梗塞」が国の0.6倍となっている。

図表3-3-2-3：疾病分類（中分類）別入院受診率比較_上位の疾病（男女合計）



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		安八町	国	県	同規模	国との比		
						安八町	県	同規模
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	35.2	22.8	26.7	29.6	1.54	1.17	1.30
2位	その他の悪性新生物	9.7	11.9	11.6	13.7	0.81	0.97	1.15
3位	その他の心疾患	7.9	8.8	9.5	10.1	0.91	1.08	1.15
4位	その他の神経系の疾患	18.3	11.5	11.0	14.5	1.59	0.96	1.26
5位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	6.9	1.6	1.7	2.1	4.39	1.09	1.36
6位	骨折	7.3	7.7	6.2	8.6	0.95	0.80	1.12
7位	その他の消化器系の疾患	14.2	12.4	10.5	14.5	1.14	0.85	1.17
8位	その他の呼吸器系の疾患	7.9	6.8	6.2	8.4	1.16	0.90	1.23
9位	虚血性心疾患	6.9	4.7	5.4	4.8	1.47	1.16	1.02
10位	胃の悪性新生物	5.2	2.0	2.2	2.5	2.66	1.13	1.29
11位	関節症	3.1	3.9	2.8	5.2	0.79	0.72	1.33
12位	てんかん	6.6	4.9	4.0	5.9	1.33	0.81	1.20
13位	その他の特殊目的用コード	3.1	2.8	3.5	2.8	1.12	1.27	1.01
14位	その他損傷及びその他外因の影響	4.1	3.6	2.7	4.7	1.16	0.75	1.31
15位	腎不全	3.8	5.8	5.8	7.1	0.66	1.01	1.24
16位	脳梗塞	3.1	5.5	4.9	5.9	0.57	0.89	1.07
17位	その他の精神及び行動の障害	4.1	3.4	2.2	4.0	1.20	0.65	1.16
18位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.4	5.1	4.0	5.2	0.47	0.78	1.02
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	1.7	0.9	0.9	1.1	1.82	0.91	1.17
20位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5.2	1.9	2.7	2.6	2.78	1.46	1.41

【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

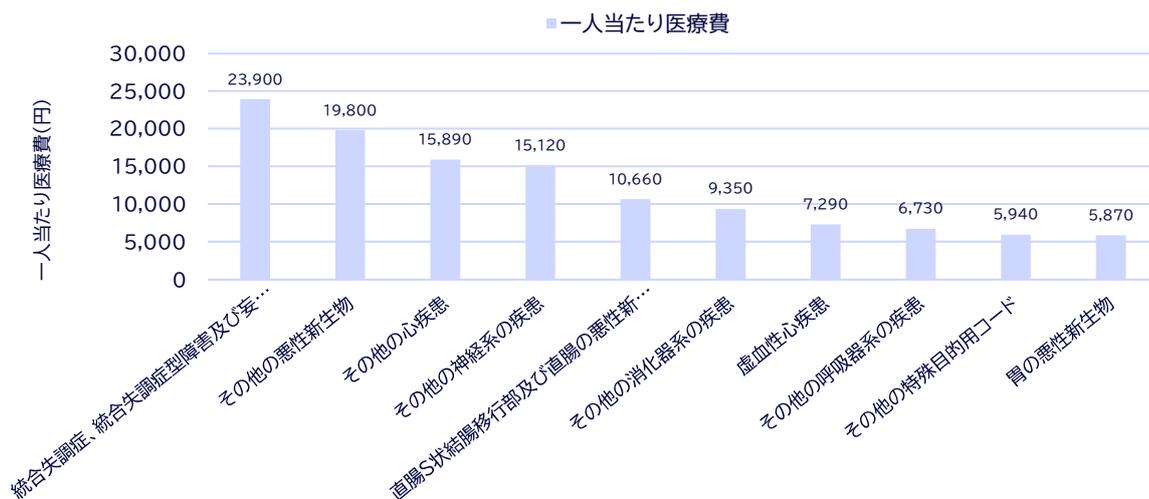
④ 疾病分類（中分類）別入院に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の入院医療費について、男女別に一人当たり入院医療費を概観する。

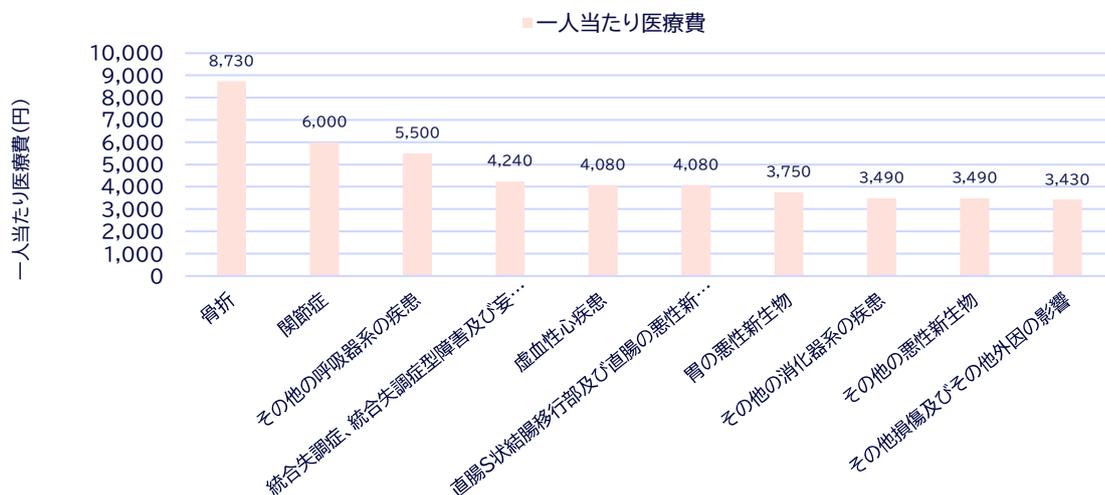
男性においては（図表 3-3-2-4）、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「その他の悪性新生物」「その他の心疾患」の順に高く、また、循環器系疾患についてみると、「虚血性心疾患」が第7位となっている。

女性においては（図表 3-3-2-5）「骨折」「関節症」「その他の呼吸器系の疾患」の順に高く、循環器系疾患についてみると、「虚血性心疾患」が第5位となっている。

図表 3-3-2-4：疾病分類（中分類）別_入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位 10 疾病_男性



図表 3-3-2-5：疾病分類（中分類）別_入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位 10 疾病_女性



【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

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

① 疾病分類（中分類）別外来医療費

入院医療費に続き外来医療費について、疾病別医療費、受診率、一人当たり医療費をみる。

疾病別の外来医療費をみると（図表 3-3-3-1）、「糖尿病」の医療費が最も高く 5,800 万円で、外来総医療費の 10.1%を占めている。受診率とレセプト一件当たり医療費をみると、受診率が他の疾病と比較して高く、「糖尿病」の外来医療費が高額な原因となっている。

次いで外来医療費が高いのは「腎不全」で 4,100 万円（7.2%）、「高血圧症」で 4,100 万円（7.2%）となっており、上位 20 疾病で外来総医療費の 67.4%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で重篤な疾患についてみると、「腎不全」「虚血性心疾患」が外来医療費の上位に入っている。

一方で、重篤な疾患に進行する可能性の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 3-3-3-1：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）	医療費（円）				レセプト一件当たり医療費（円）
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	
1位	糖尿病	57,741,600	19,952	10.1%	823.8	9.0%	24,220
2位	腎不全	41,295,250	14,269	7.2%	58.7	0.6%	242,913
3位	高血圧症	41,179,100	14,229	7.2%	1178.6	12.9%	12,072
4位	その他の心疾患	31,440,320	10,864	5.5%	271.3	3.0%	40,051
5位	その他の眼及び付属器の疾患	27,011,920	9,334	4.7%	594.0	6.5%	15,714
6位	脂質異常症	24,288,980	8,393	4.3%	686.2	7.5%	12,230
7位	その他の消化器系の疾患	19,601,770	6,773	3.4%	209.4	2.3%	32,346
8位	その他の悪性新生物	17,143,270	5,924	3.0%	76.4	0.8%	77,571
9位	その他の神経系の疾患	15,348,940	5,304	2.7%	198.0	2.2%	26,787
10位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	14,762,250	5,101	2.6%	21.1	0.2%	242,004
11位	炎症性多発性関節障害	14,257,150	4,926	2.5%	101.6	1.1%	48,494
12位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	12,388,350	4,281	2.2%	232.2	2.5%	18,435
13位	てんかん	9,805,390	3,388	1.7%	48.0	0.5%	70,542
14位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	9,766,360	3,375	1.7%	126.5	1.4%	26,684
15位	白内障	8,381,960	2,896	1.5%	142.4	1.6%	20,345
16位	関節症	8,176,870	2,825	1.4%	185.6	2.0%	15,227
17位	虚血性心疾患	8,114,090	2,804	1.4%	120.9	1.3%	23,183
18位	その他の特殊目的用コード	8,007,240	2,767	1.4%	105.4	1.2%	26,253
19位	胃の悪性新生物	7,900,510	2,730	1.4%	37.3	0.4%	73,153
20位	その他（上記以外のもの）	7,597,690	2,625	1.3%	322.0	3.5%	8,152

【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

② 疾病分類（中分類）別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する（図表 3-3-3-2）。国との比が1を超えているものは、国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「胃の悪性新生物」「白内障」「虚血性心疾患」である。

重篤な疾患について国との受診率の比をみると、「腎不全」（1.0）、「虚血性心疾患」（1.6）となっている。基礎疾患については「糖尿病」（1.3）、「高血圧症」（1.4）、「脂質異常症」（1.2）となっている。

図表 3-3-3-2：疾病分類（中分類）別_外来受診率比較_上位の疾病（男女合計）



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		安八町	国	県	同規模	国との比		
						安八町	県	同規模
1位	糖尿病	823.8	651.2	771.0	757.0	1.26	1.18	1.16
2位	腎不全	58.7	59.5	66.2	65.8	0.99	1.11	1.10
3位	高血圧症	1178.6	868.1	1017.8	1065.6	1.36	1.17	1.23
4位	その他の心疾患	271.3	236.5	268.0	262.0	1.15	1.13	1.11
5位	その他の眼及び付属器の疾患	594.0	522.7	614.0	482.3	1.14	1.17	0.92
6位	脂質異常症	686.2	570.5	669.3	593.4	1.20	1.17	1.04
7位	その他の消化器系の疾患	209.4	259.2	246.0	276.0	0.81	0.95	1.06
8位	その他の悪性新生物	76.4	85.0	81.1	94.0	0.90	0.95	1.11
9位	その他の神経系の疾患	198.0	288.9	283.3	282.7	0.69	0.98	0.98
10位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	21.1	20.4	22.9	21.4	1.04	1.13	1.05
11位	炎症性多発性関節障害	101.6	100.5	110.9	107.7	1.01	1.10	1.07
12位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	232.2	223.8	223.5	187.5	1.04	1.00	0.84
13位	てんかん	48.0	60.8	62.5	69.8	0.79	1.03	1.15
14位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	126.5	132.0	130.9	140.4	0.96	0.99	1.06
15位	白内障	142.4	86.9	127.5	100.6	1.64	1.47	1.16
16位	関節症	185.6	210.3	227.4	222.6	0.88	1.08	1.06
17位	虚血性心疾患	120.9	76.5	101.4	76.9	1.58	1.33	1.00
18位	その他の特殊目的用コード	105.4	81.1	101.2	73.0	1.30	1.25	0.90
19位	胃の悪性新生物	37.3	13.9	17.8	16.6	2.69	1.28	1.20
20位	その他（上記以外のもの）	322.0	255.3	277.8	228.9	1.26	1.09	0.90

【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

③ 疾病分類（中分類）別外来に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の一人当たり外来医療費について、国の一人当たり医療費を100とした標準化比を求め、人口構成による影響を取り除いた上で国と比較する。

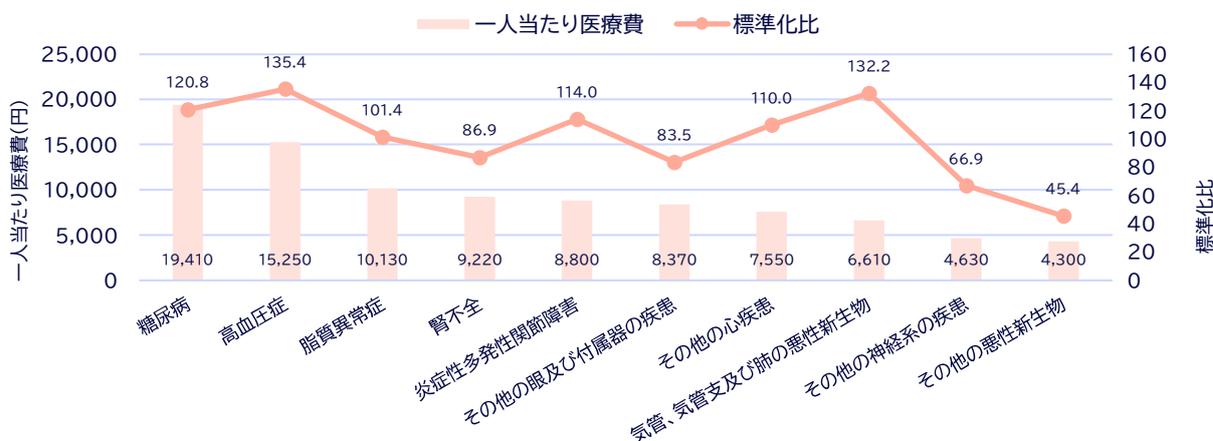
男性においては（図表3-3-3-3）、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「腎不全」「その他の心疾患」の順に高く、標準化比は「てんかん」「その他の眼及び付属器の疾患」「その他の心疾患」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は2位（標準化比82.2）、基礎疾患である「糖尿病」は1位（標準化比86.8）、「高血圧症」は4位（標準化比114.3）、「脂質異常症」は8位（標準化比112.0）となっている。

女性においては（図表3-3-3-4）、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の順に高く、標準化比は「高血圧症」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「糖尿病」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は4位（標準化比86.9）、基礎疾患である「糖尿病」は1位（標準化比120.8）、「高血圧症」は2位（標準化比135.4）、「脂質異常症」は3位（標準化比110.0）となっている。

図表 3-3-3-3：疾病分類（中分類）別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_男性



図表 3-3-3-4：疾病分類（中分類）別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_女性



【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

(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率

① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

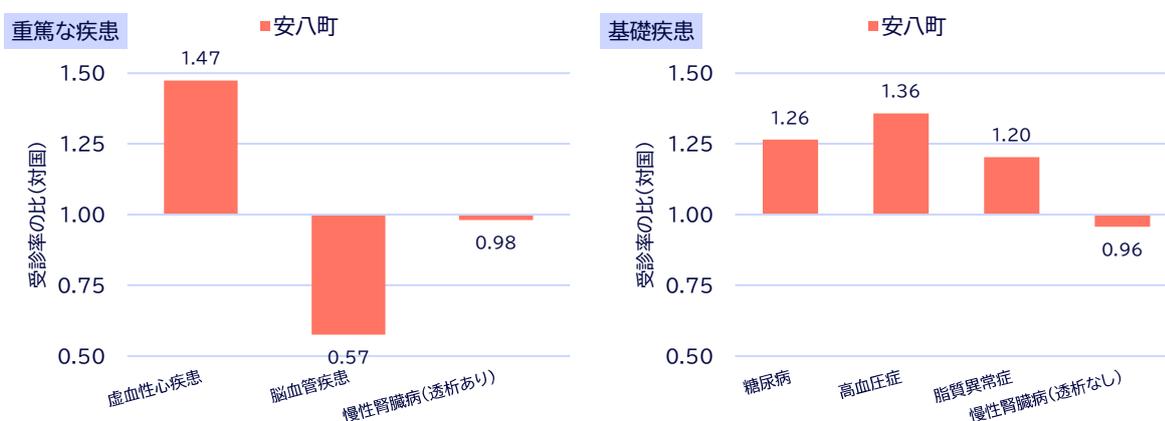
ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病（透析なし）」に絞り、受診率や有病状況の推移について概観する。

国との比が1を超えている場合、その疾患における受診率は国より高い、すなわちその疾患において医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味している。国との比が1を下回る場合には、該当する人が国平均よりも少ないことを意味する。

重篤な疾患の受診率をみると（図表 3-3-4-1）、「虚血性心疾患」が国より高い。

基礎疾患の受診率は、「慢性腎臓病（透析なし）」が国より低い。

図表 3-3-4-1：生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率



重篤な疾患	受診率						
	安八町	国	県	同規模	国との比		
					安八町	県	同規模
虚血性心疾患	6.9	4.7	5.4	4.8	1.47	1.16	1.02
脳血管疾患	5.9	10.2	9.5	10.9	0.57	0.92	1.07
慢性腎臓病（透析あり）	29.7	30.3	31.0	30.3	0.98	1.02	1.00

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	受診率						
	安八町	国	県	同規模	国との比		
					安八町	県	同規模
糖尿病	823.8	651.2	771.0	757.0	1.26	1.18	1.16
高血圧症	1178.6	868.1	1017.8	1065.6	1.36	1.17	1.23
脂質異常症	686.2	570.5	669.3	593.4	1.20	1.17	1.04
慢性腎臓病（透析なし）	13.8	14.4	15.2	17.0	0.96	1.05	1.17

【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
KDB 帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

※表内の脳血管疾患は、KDB システムにて設定されている疾病分類（中分類）区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化（症）」「その他の脳血管疾患」をまとめている
※表内の「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDB システムにて設定されている疾病分類（中分類）区分を集計している
※表内の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移（図表 3-3-4-2）をみると、令和 4 年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和 1 年度と比較して +27.8% で伸び率は

「脳血管疾患」の受診率は、令和 1 年度と比較して -14.5% で減少率は国・県より大きい。

「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、令和 1 年度と比較して -7.5% で、国・県が増加しているなか減少している。

図表 3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率

虚血性心疾患	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 1 年度と令和 4 年度の変化率 (%)
安八町	5.4	5.4	8.2	6.9	27.8
国	5.7	5.0	5.0	4.7	-17.5
県	6.0	5.7	6.1	5.4	-10.0
同規模	5.7	5.1	5.1	4.8	-15.8

脳血管疾患	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 1 年度と令和 4 年度の変化率 (%)
安八町	6.9	8.6	8.5	5.9	-14.5
国	10.6	10.4	10.6	10.2	-3.8
県	10.2	9.8	10.1	9.5	-6.9
同規模	12.1	11.3	11.1	10.9	-9.9

慢性腎臓病（透析あり）	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 1 年度と令和 4 年度の変化率 (%)
安八町	32.1	30.4	31.1	29.7	-7.5
国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9
県	29.9	30.6	31.2	31.0	3.7
同規模	28.6	28.2	29.7	30.3	5.9

【出典】KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和 1 年度から令和 4 年度 累計
KDB 帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

※表内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病（透析あり）」は外来を集計している

③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移（図表 3-3-4-3）をみると、令和 4 年度の患者数は 9 人で、令和 1 年度の 9 人と比較して同程度で推移している。

令和 4 年度における新規の人工透析患者数は令和 1 年度と比較して増加しており、令和 4 年度においては男性 5 人、女性 0 人となっている。

図表 3-3-4-3：人工透析患者数

		令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
人工透析患者数	男性（人）	6	5	6	6
	女性（人）	3	3	3	3
	合計（人）	9	8	9	9
	男性_新規（人）	1	0	3	5
	女性_新規（人）	0	1	0	0

【出典】KDB 帳票 S23_001-医療費分析（1）細小分類 令和 1 年から令和 5 年 各月

※表内の「男性」「女性」「合計」は、各月の患者数から平均患者数を集計している

※表内の「男性_新規」「女性_新規」は、各年度内の新規の人工透析患者数を集計している

(5) 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

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

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみる。

令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者122人のうち（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は42.6%、「高血圧症」は82.0%、「脂質異常症」は80.3%である。「脳血管疾患」の患者83人では、「糖尿病」は41.0%、「高血圧症」は88.0%、「脂質異常症」は72.3%となっている。人工透析の患者8人では、「糖尿病」は75.0%、「高血圧症」は87.5%、「脂質異常症」は62.5%となっている。

図表3-3-5-1：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

	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	76	-	46	-	122	-	
基礎疾患	糖尿病	31	40.8%	21	45.7%	52	42.6%
	高血圧症	62	81.6%	38	82.6%	100	82.0%
	脂質異常症	59	77.6%	39	84.8%	98	80.3%

	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	46	-	37	-	83	-	
基礎疾患	糖尿病	21	45.7%	13	35.1%	34	41.0%
	高血圧症	40	87.0%	33	89.2%	73	88.0%
	脂質異常症	33	71.7%	27	73.0%	60	72.3%

	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	6	-	2	-	8	-	
基礎疾患	糖尿病	5	83.3%	1	50.0%	6	75.0%
	高血圧症	5	83.3%	2	100.0%	7	87.5%
	脂質異常症	4	66.7%	1	50.0%	5	62.5%

【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

② 基礎疾患の有病状況

また、令和4年度3月時点での被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は（図表3-3-5-2）、「糖尿病」が368人（13.1%）、「高血圧症」が709人（25.2%）、「脂質異常症」が608人（21.6%）となっている。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

	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	1,372	-	1,445	-	2,817	-	
基礎疾患	糖尿病	191	13.9%	177	12.2%	368	13.1%
	高血圧症	346	25.2%	363	25.1%	709	25.2%
	脂質異常症	267	19.5%	341	23.6%	608	21.6%

【出典】KDB 帳票 S21_014-厚生労働省様式(様式3-1) 令和5年5月

(6) 高額なレセプトの状況

医療費のうち、1か月当たり80万円以上のレセプト（以下、高額なレセプトという。）についてみる（図表3-3-6-1）。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは2億3,200万円、141件で、総医療費の23.5%、総レセプト件数の0.5%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの58.8%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、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。

図表3-3-6-1：疾病分類（中分類）別_1か月当たり80万円以上のレセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に占める割合	レセプト件数（累計）（件）	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	986,840,090	-	27,037	-
高額なレセプトの合計	231,605,450	23.5%	141	0.5%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額なレセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	高額なレセプトのレセプト件数に占める割合
1位	その他の悪性新生物	26,248,590	11.3%	15	10.6%
2位	その他の心疾患	23,245,020	10.0%	13	9.2%
3位	骨折	16,976,490	7.3%	13	9.2%
4位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	14,651,590	6.3%	8	5.7%
5位	虚血性心疾患	12,353,120	5.3%	10	7.1%
6位	胃の悪性新生物	10,823,060	4.7%	6	4.3%
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	9,462,620	4.1%	5	3.5%
8位	その他の呼吸器系の疾患	9,399,210	4.1%	8	5.7%
9位	関節症	7,174,230	3.1%	4	2.8%
10位	その他の特殊目的用コード	5,986,650	2.6%	4	2.8%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
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

(7) 長期入院レセプトの状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプト（以下、長期入院レセプトという。）についてみる（図表 3-3-7-1）。

令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは9,100万円、223件で、総医療費の9.2%、総レセプト件数の0.8%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、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。

図表 3-3-7-1：疾病分類（中分類）別_6か月以上の入院レセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に占める割合	レセプト件数（累計）（件）	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	986,840,090	-	27,037	-
長期入院レセプトの合計	90,989,720	9.2%	223	0.8%

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レセプト件数に占める割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	32,420,260	35.6%	87	39.0%
2位	その他の神経系の疾患	20,909,150	23.0%	45	20.2%
3位	てんかん	7,081,510	7.8%	17	7.6%
4位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,436,510	6.0%	15	6.7%
5位	血管性及び詳細不明の認知症	4,526,950	5.0%	12	5.4%
6位	その他の消化器系の疾患	4,269,430	4.7%	12	5.4%
7位	その他の呼吸器系の疾患	3,881,220	4.3%	5	2.2%
8位	その他の精神及び行動の障害	3,844,100	4.2%	10	4.5%
9位	皮膚炎及び湿疹	2,702,860	3.0%	9	4.0%
10位	その他の特殊目的用コード	1,496,960	1.6%	2	0.9%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
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

4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

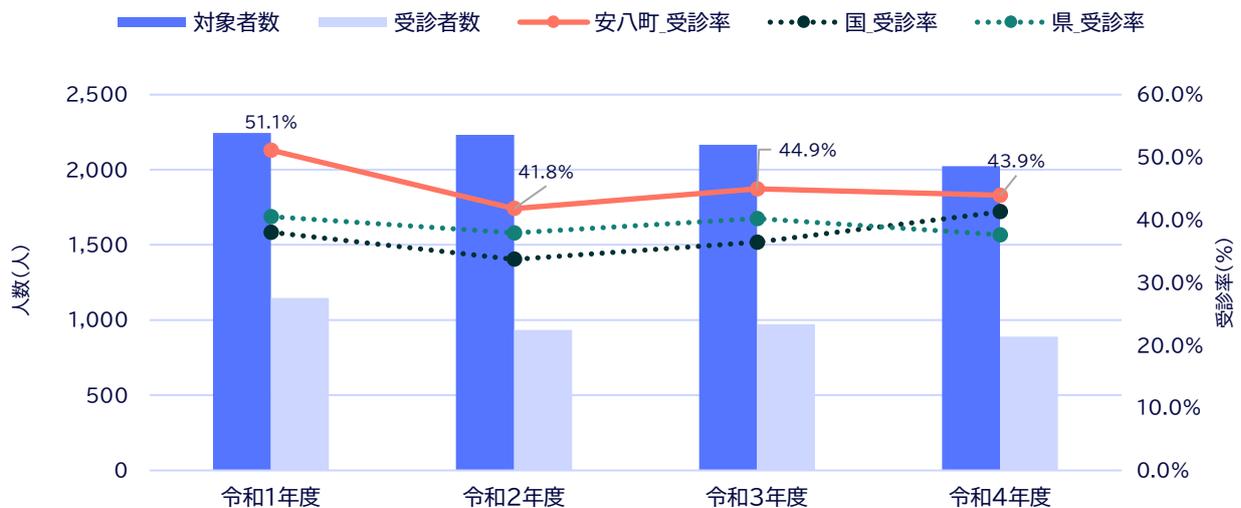
(1) 特定健診受診率

① 特定健診受診率の推移

以降では、生活習慣病の発症及び重症化予防を目的に実施している、特定健診、特定保健指導及び生活習慣病の治療状況に関連するデータを概観する。

まず、特定健診の実施状況をみると（図表 3-4-1-1）、令和 4 年度の特定健診受診率は 43.9%であり、国・県より高い。また、経年の推移をみると、令和 1 年度と比較して 7.2 ポイント低下している。年齢階層別にみると（図表 3-4-1-2）、特に 60-64 歳の特定健診受診率が低下している。

図表 3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 1 年度と令和 3 年度の差	
特定健診対象者数 (人)	2,244	2,230	2,165	2,022	-222	
特定健診受診者数 (人)	1,146	933	972	888	-258	
特定健診受診率	安八町	51.1%	41.8%	44.9%	43.9%	-7.2
	国	38.0%	33.7%	36.4%	41.3%	3.3
	県	40.5%	37.9%	40.2%	37.6%	-2.9

【出典】厚生労働省 2019 年度から 2021 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 令和元年度から令和 3 年度

※法定報告値に係る図表における令和 4 年度の数値は速報値である（以下同様）

図表 3-4-1-2：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
令和 1 年度	26.5%	32.0%	25.2%	43.0%	51.5%	52.8%	61.4%
令和 2 年度	12.0%	23.5%	24.3%	32.8%	39.3%	45.2%	50.9%
令和 3 年度	13.8%	22.9%	23.9%	31.3%	42.5%	51.5%	54.1%
令和 4 年度	13.4%	23.5%	26.1%	30.8%	37.9%	51.4%	53.2%

【出典】KDB 帳票 S21_008-健診の状況 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

※KDB 帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれる（以下同様）

② 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健診受診者と特定健診未受診者における生活習慣病のレセプト保有割合の差は、健康意識の差によるものとも考え得るし、健診受診が医療機関受診につながっている可能性もある。

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は666人で、特定健診対象者の32.9%、特定健診受診者の74.8%を占めている。他方、特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は681人で、特定健診対象者の33.6%、特定健診未受診者の60.1%を占めている（図表3-4-1-3）。

特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は453人で、特定健診対象者の22.4%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にある。

※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3-4-1-3：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	705	-	1,319	-	2,024	-	-
特定健診受診者数	196	-	694	-	890	-	-
生活習慣病_治療なし	76	10.8%	148	11.2%	224	11.1%	25.2%
生活習慣病_治療中	120	17.0%	546	41.4%	666	32.9%	74.8%
特定健診未受診者数	509	-	625	-	1,134	-	-
生活習慣病_治療なし	284	40.3%	169	12.8%	453	22.4%	39.9%
生活習慣病_治療中	225	31.9%	456	34.6%	681	33.6%	60.1%

【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

(2) 有所見者の状況

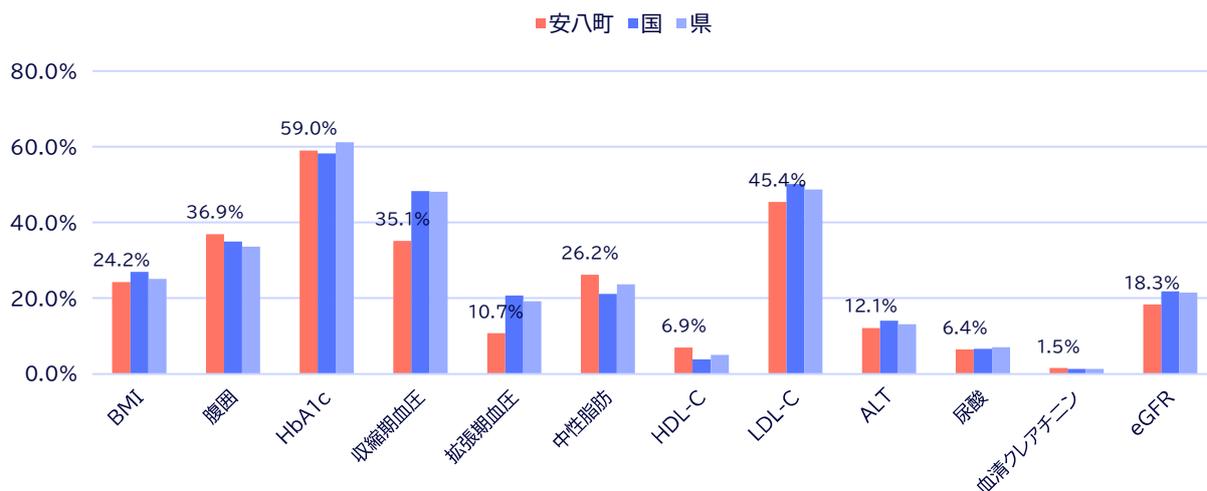
① 特定健診受診者における有所見者の割合

ここでは、特定健診受診者における検査項目ごとの有所見者の割合から、安八町の特定健診受診者において、どの検査項目で有所見者の割合が高いのか、その傾向を概観する。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-4-2-1）、国や県と比較して「腹囲」「中性脂肪」「HDL-C」「血清クレアチニン」の有所見率が高い。

※有所見とは、医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外のものを指す

図表3-4-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	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
安八町	24.2%	36.9%	59.0%	35.1%	10.7%	26.2%	6.9%	45.4%	12.1%	6.4%	1.5%	18.3%
国	26.9%	34.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
県	25.1%	33.6%	61.2%	48.1%	19.2%	23.6%	5.0%	48.7%	13.1%	7.0%	1.3%	21.4%

【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

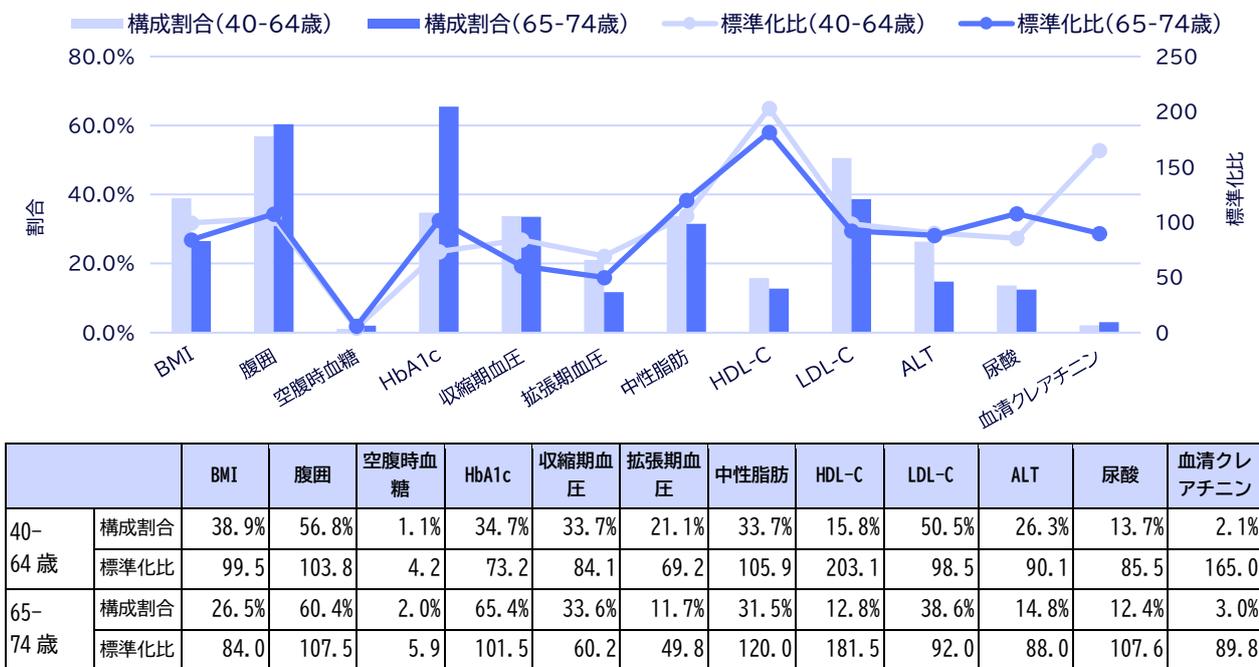
BMI	25kg/m ² 以上	中性脂肪	150mg/dL 以上
腹囲	男性：85 cm以上、女性：90 cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100 cm ² 以上)	HDL-C	40mg/dL 未満
		LDL-C	120mg/dL 以上
空腹時血糖	100mg/dL 以上	ALT	31U/L 以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL 超過
収縮期血圧	130mmHg 以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL 以上
拡張期血圧	85mmHg 以上	eGFR	60ml/分/1.73 m ² 未満

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

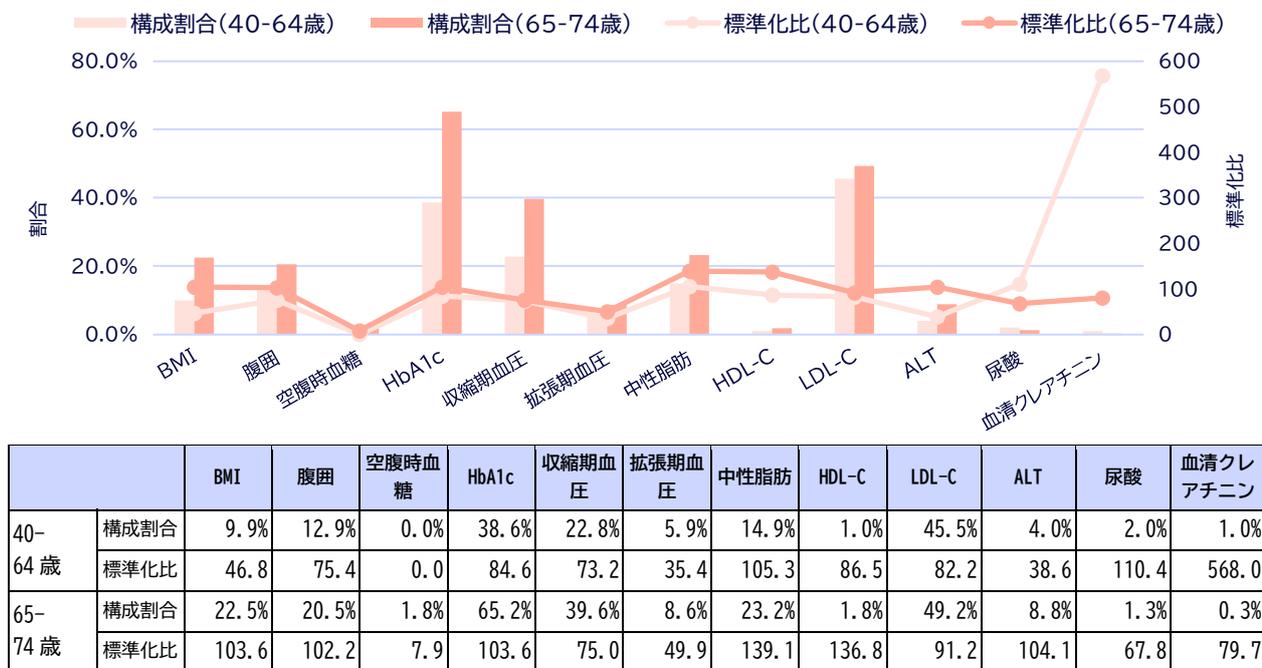
② 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

さらに、年代別の有所見者の割合について、国における有所見者の割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し国と比較すると（図表3-4-2-2・図表3-4-2-3）、男性では「腹囲」「中性脂肪」「HDL-C」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「中性脂肪」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3-4-2-2：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



図表3-4-2-3：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



【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

(3) メタボリックシンドロームの状況

① 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

ここでは、特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者（以下、メタボ該当者という。）及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、メタボ予備群該当者という。）のデータを概観する。メタボリックシンドロームとは、「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」（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。ここでは安八町のメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合及び高血圧、高血糖及び脂質代謝異常リスクの該当状況をみる。

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの状況をみると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者は187人で特定健診受診者（890人）における該当者割合は21.0%で、該当者割合は国・県より高い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の34.6%が、女性では10.3%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者は105人で特定健診受診者における該当者割合は11.8%となっており、該当者割合は国・県より高い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の17.8%が、女性では7.0%がメタボ予備群該当者となっている。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の定義は、下表（メタボリックシンドローム判定値の定義）のとおりである。

図表3-4-3-1：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

	安八町		国	県	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	187	21.0%	20.6%	20.2%	21.4%
男性	136	34.6%	32.9%	32.0%	32.1%
女性	51	10.3%	11.3%	11.2%	12.1%
メタボ予備群該当者	105	11.8%	11.1%	10.4%	11.3%
男性	70	17.8%	17.8%	16.7%	17.0%
女性	35	7.0%	6.0%	5.5%	6.2%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 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

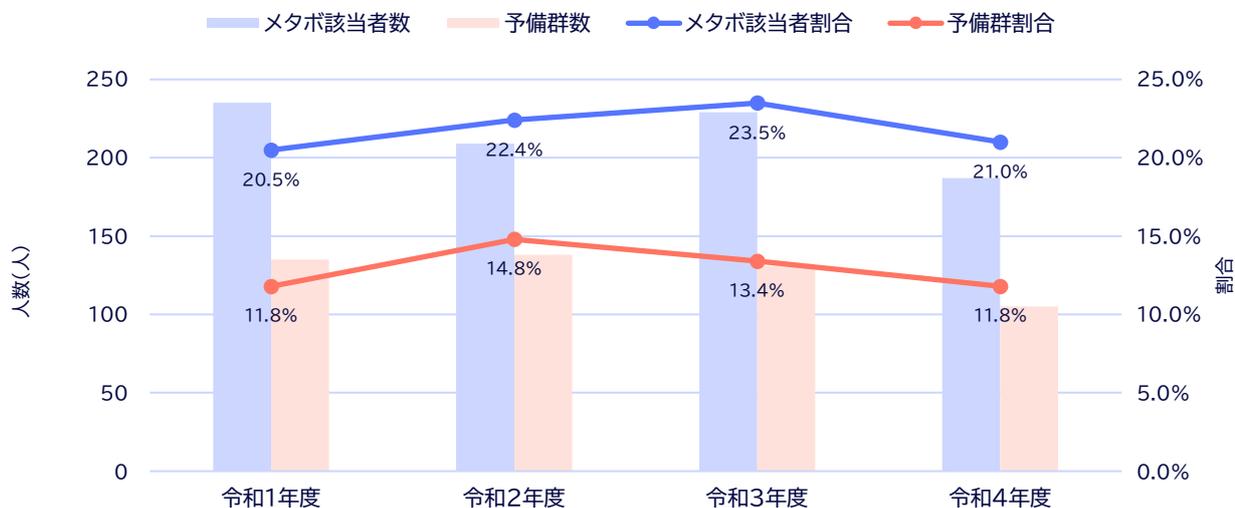
メタボ該当者	腹囲 85 cm（男性）	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90 cm（女性）以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖 110mg/dL 以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dL 以上、または HDL コレステロール 40mg/dL 未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

令和4年度と令和1年度の該当者割合を比較すると（図表3-4-3-2）、特定健診受診者のうちメタボ該当者の割合は0.5ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は同程度で推移している。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和1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	
メタボ該当者	235	20.5%	209	22.4%	229	23.5%	187	21.0%	0.5
メタボ予備群該当者	135	11.8%	138	14.8%	131	13.4%	105	11.8%	0.0

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

③ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況をみる（図表 3-4-3-3）。

メタボ該当者においては「高血圧・脂質異常該当者」が多く、187人中82人が該当しており、特定健診受診者数の9.2%を占めている。

メタボ予備群該当者では「高血圧該当者」が多く、105人中54人が該当しており、特定健診受診者数の6.1%を占めている。

図表 3-4-3-3：メタボ該当者・メタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

	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	393	-	497	-	890	-
腹囲基準値以上	234	59.5%	94	18.9%	328	36.9%
メタボ該当者	136	34.6%	51	10.3%	187	21.0%
高血糖・高血圧該当者	18	4.6%	6	1.2%	24	2.7%
高血糖・脂質異常該当者	8	2.0%	5	1.0%	13	1.5%
高血圧・脂質異常該当者	64	16.3%	18	3.6%	82	9.2%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	46	11.7%	22	4.4%	68	7.6%
メタボ予備群該当者	70	17.8%	35	7.0%	105	11.8%
高血糖該当者	8	2.0%	5	1.0%	13	1.5%
高血圧該当者	34	8.7%	20	4.0%	54	6.1%
脂質異常該当者	28	7.1%	10	2.0%	38	4.3%
腹囲のみ該当者	28	7.1%	8	1.6%	36	4.0%

【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

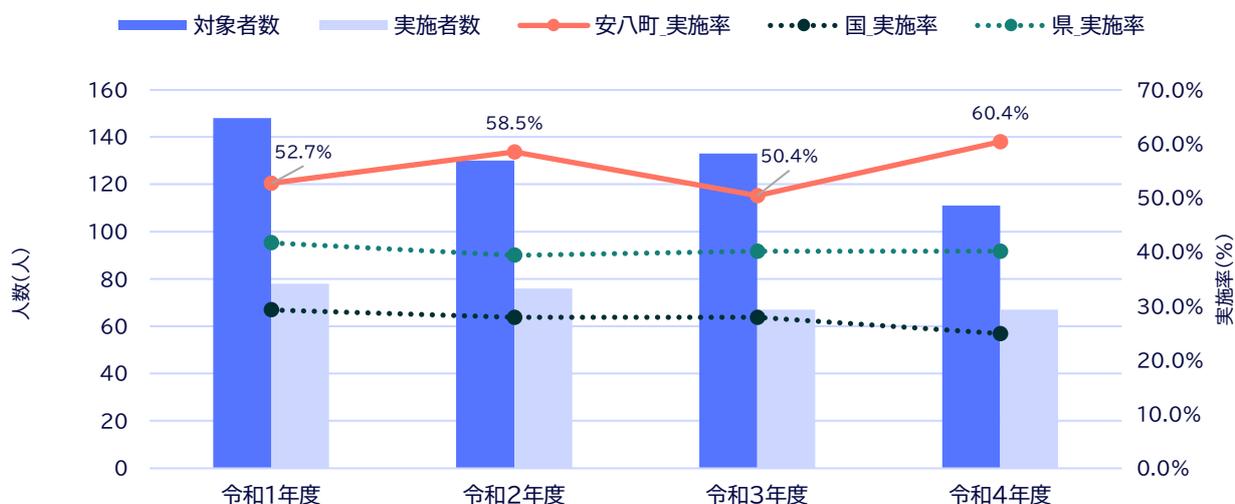
(4) 特定保健指導実施率

ここでは、特定保健指導の実施状況を概観する。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わかる。

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表 3-4-4-1）、令和 4 年度では 111 人で、特定健診受診者 888 人中 12.5% 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、すなわち特定保健指導実施率は 60.4% で、特定保健指導実施率は国・県より高い。

令和 4 年度の実施率は、令和 1 年度の実施率 52.7% と比較すると 7.7 ポイント上昇している。

図表 3-4-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



		令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 1 年度と令和 3 年度の差
特定健診受診者数 (人)		1,146	933	972	888	-258
特定保健指導対象者数 (人)		148	130	133	111	-37
特定保健指導該当者割合		12.9%	13.9%	13.7%	12.5%	-0.4
特定保健指導実施者数 (人)		78	76	67	67	-11
特定保健指導実施率	安八町	52.7%	58.5%	50.4%	60.4%	7.7
	国	29.3%	27.9%	27.9%	24.9%	-4.4
	県	41.7%	39.4%	40.1%	40.1%	-1.6

【出典】厚生労働省 2019 年度から 2021 年度 特定健診・特定保健指導実施状況（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 令和元年度から令和 3 年度

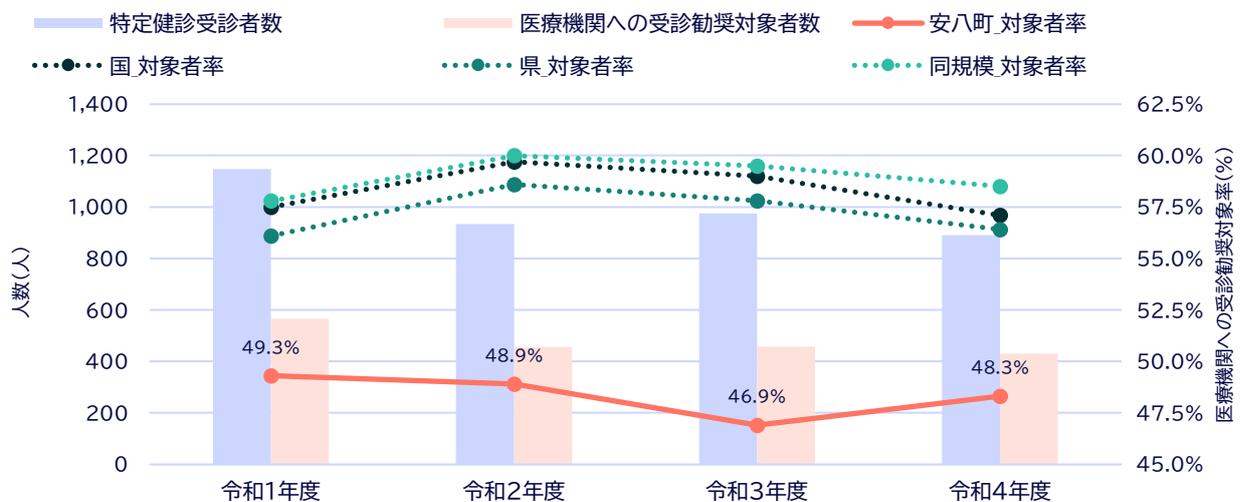
(5) 受診勧奨対象者の状況

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

ここでは、特定健診受診者において、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もの（受診勧奨対象者）の割合から、安八町の特定健診受診者において、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみる。

受診勧奨対象者の割合をみると（図表3-4-5-1）、令和4年度における受診勧奨対象者数は430人で、特定健診受診者の48.3%を占めている。該当者割合は、国・県より低く、令和1年度と比較すると1.0ポイント減少している。なお、図表3-4-5-1における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指している。

図表3-4-5-1：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



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1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)	1,147	933	974	890	-	
医療機関への受診勧奨対象者数 (人)	565	456	457	430	-	
受診勧奨対象者率	安八町	49.3%	48.9%	46.9%	48.3%	-1.0
	国	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	県	56.1%	58.6%	57.8%	56.4%	0.3
	同規模	57.8%	60.0%	59.5%	58.5%	0.7

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

参考：各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	AST	51U/L 以上
HbA1c	6.5%以上	HDL コレステロール	34mg/dL 以下	ALT	51U/L 以上
随時血糖	126mg/dL 以上	LDL コレステロール	140mg/dL 以上	γ-GTP	101U/L 以上
収縮期血圧	140mmHg 以上	Non-HDL コレステロール	170mg/dL 以上	eGFR	45ml/分/1.73㎡未満
拡張期血圧	90mmHg 以上	ヘモグロビン	男性 12.1g/dL 未満、女性 11.1g/dL 未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

② 特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみる（図表 3-4-5-2）。

令和 4 年度において、血糖では HbA1c6.5%以上の人は 75 人で特定健診受診者の 8.4%を占めており、令和 1 年度と比較すると割合は増加している。

血圧では、Ⅰ度高血圧以上の人は 157 人で特定健診受診者の 17.6%を占めており、令和 1 年度と比較すると割合は減少している。

脂質では LDL-C140mg/dL 以上の人は 183 人で特定健診受診者の 20.6%を占めており、令和 1 年度と比較すると割合は減少している。

図表 3-4-5-2：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

		令和 1 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
特定健診受診者数		1,147	-	933	-	974	-	890	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上 7.0%未満	50	4.4%	40	4.3%	50	5.1%	44	4.9%
	7.0%以上 8.0%未満	34	3.0%	33	3.5%	21	2.2%	22	2.5%
	8.0%以上	12	1.0%	10	1.1%	12	1.2%	9	1.0%
	合計	96	8.4%	83	8.9%	83	8.5%	75	8.4%

		令和 1 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
特定健診受診者数		1,147	-	933	-	974	-	890	-
血圧	Ⅰ度高血圧	189	16.5%	146	15.6%	141	14.5%	129	14.5%
	Ⅱ度高血圧	25	2.2%	29	3.1%	30	3.1%	25	2.8%
	Ⅲ度高血圧	9	0.8%	5	0.5%	7	0.7%	3	0.3%
	合計	223	19.4%	180	19.3%	178	18.3%	157	17.6%

		令和 1 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
特定健診受診者数		1,147	-	933	-	974	-	890	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL 以上 160mg/dL 未満	158	13.8%	129	13.8%	121	12.4%	105	11.8%
	160mg/dL 以上 180mg/dL 未満	59	5.1%	59	6.3%	54	5.5%	47	5.3%
	180mg/dL 以上	25	2.2%	25	2.7%	21	2.2%	31	3.5%
	合計	242	21.1%	213	22.8%	196	20.1%	183	20.6%

【出典】KDB 帳票 S21_008-健診の状況 令和 1 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） 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

参考：Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の定義

Ⅰ度高血圧	収縮期血圧 140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧 90-99mmHg
Ⅱ度高血圧	収縮期血圧 160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧 100-109mmHg
Ⅲ度高血圧	収縮期血圧 180mmHg 以上 かつ/または 拡張期血圧 110mmHg 以上

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

③ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

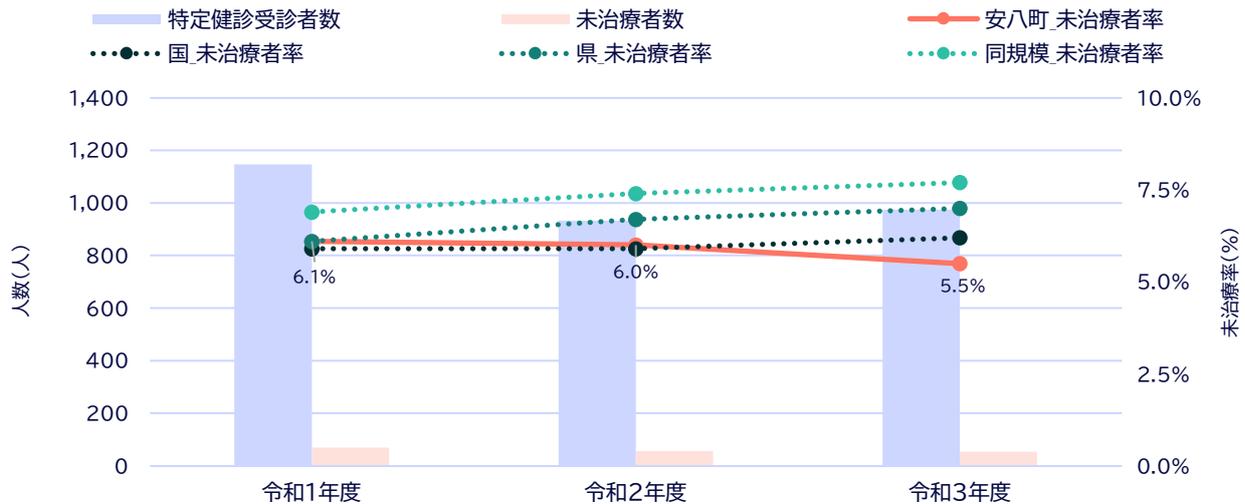
ここでは、受診勧奨対象者の医療機関受診状況について概観する。受診勧奨対象者のうち医療機関への受診が確認されない人（未治療者）の割合から、特定健診を受診し医療機関の受診が促されているにも関わらず医療機関への受診が確認されない人がどの程度存在するのかを把握できる。

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況をみると（図表 3-4-5-3）、令和3年度の特定健診受診者 974人のうち、医療機関の受診が確認されていない未治療者の割合は5.5%であり、国・県より低い。

未治療者率は、令和1年度と比較して0.6ポイント減少している。

※未治療者：特定健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ特定健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者

図表 3-4-5-3：受診勧奨対象者における未治療者率



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和1年度と令和3年度の未治療者率の差
特定健診受診者数 (人)		1,147	933	974	-
(参考) 医療機関への受診勧奨対象者数 (人)		565	456	457	-
未治療者数 (人)		70	56	54	-
未治療者率	安八町	6.1%	6.0%	5.5%	-0.6
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3
	県	6.1%	6.7%	7.0%	0.9
	同規模	6.9%	7.4%	7.7%	0.8

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和3年度 累計

④ 受診勧奨対象者における服薬状況

次に、血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況を見る（図表 3-4-5-4）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、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 HbA1c6.5%以上であった 75 人の 26.7%が、血圧が I 度高血圧以上であった 157 人の 46.5%が、脂質が LDL-C140mg/dL 以上であった 183 人の 83.1%が服薬をしていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった 12 人の 16.7%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていない。

図表 3-4-5-4：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	44	16	36.4%
7.0%以上 8.0%未満	22	3	13.6%
8.0%以上	9	1	11.1%
合計	75	20	26.7%

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	129	65	50.4%
II 度高血圧	25	8	32.0%
III 度高血圧	3	0	0.0%
合計	157	73	46.5%

脂質 (LDL-C)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
140mg/dL 以上 160mg/dL 未満	105	92	87.6%
160mg/dL 以上 180mg/dL 未満	47	37	78.7%
180mg/dL 以上	31	23	74.2%
合計	183	152	83.1%

腎機能 (eGFR)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合	服薬なしのうち、透析なし_人数 (人)	該当者のうち、服薬なし_透析なし_割合
30ml/分/1.73m ² 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	11	1	9.1%	1	9.1%
15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	1	1	100.0%	0	0.0%
15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%	0	0.0%
合計	12	2	16.7%	1	8.3%

【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

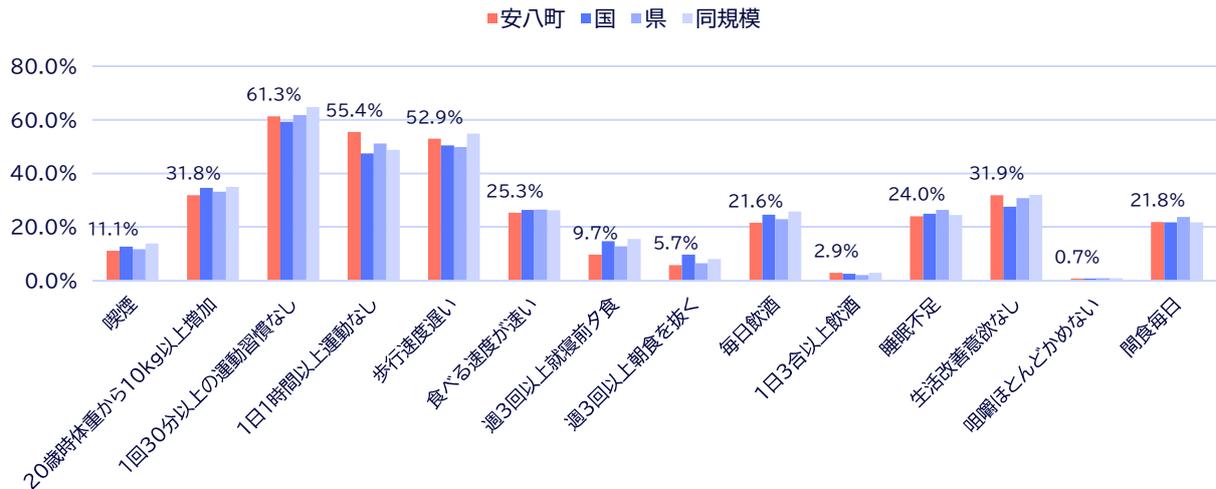
(6) 質問票の状況

① 特定健診受診者における質問票の回答状況

ここでは、特定健診での質問票の回答状況から、安八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における傾向を概観する。

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（図表3-4-6-1）、国や県と比較して「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「3合以上」「生活改善意欲なし」の回答割合が高い。

図表3-4-6-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



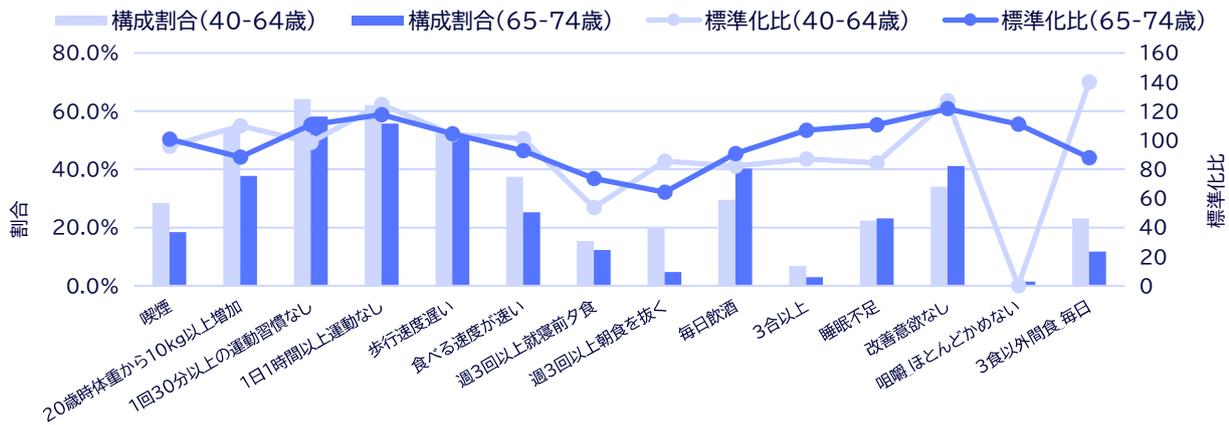
	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし	歩行速度遅い	食べる速度が遅い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
安八町	11.1%	31.8%	61.3%	55.4%	52.9%	25.3%	9.7%	5.7%	21.6%	2.9%	24.0%	31.9%	0.7%	21.8%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%
県	11.7%	33.2%	61.8%	51.1%	49.9%	26.5%	12.8%	6.5%	22.9%	2.0%	26.4%	30.8%	0.9%	23.8%
同規模	13.8%	34.9%	64.7%	48.8%	54.9%	26.2%	15.5%	8.0%	25.8%	2.9%	24.5%	32.0%	0.9%	21.7%

【出典】KDB 帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

② 特定健診受診者における年代別質問票の回答状況と標準化比

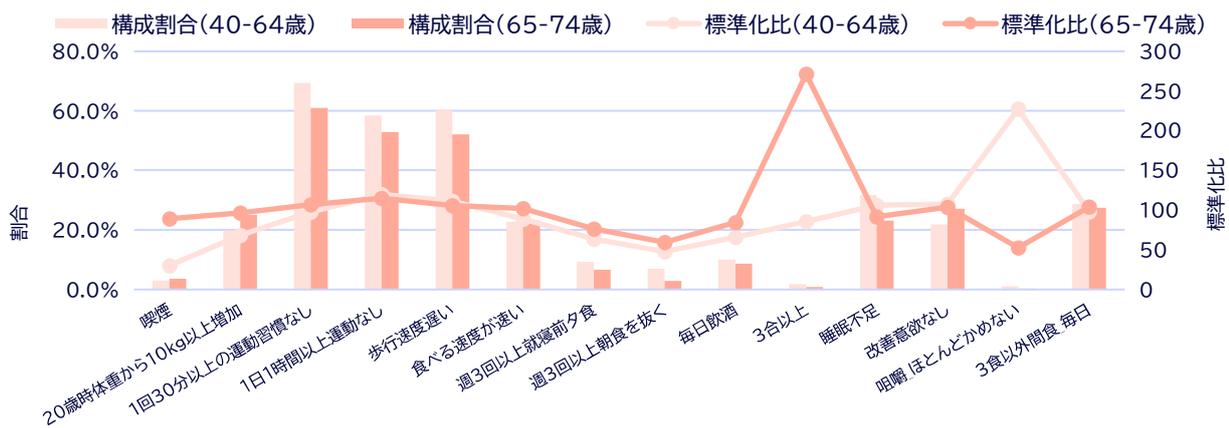
さらに、国における各設問への回答者割合を 100 とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、年代別の回答者割合を国と比較すると（図表 3-4-6-2・図表 3-4-6-3）、男性では「生活改善意欲なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「生活改善意欲なし」の標準化比がいずれの年代においても高い。

図表 3-4-6-2：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比_男性



		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
40- 64 歳	回答割合	28.4%	53.7%	64.2%	62.1%	52.7%	37.4%	15.4%	20.0%	29.5%	6.8%	22.3%	34.0%	0.0%	23.2%
	標準化比	95.9	109.8	98.4	124.6	103.9	101.0	53.7	85.6	82.2	87.0	84.5	127.3	0.0	140.0
65- 74 歳	回答割合	18.5%	37.7%	58.1%	55.7%	51.5%	25.2%	12.2%	4.7%	40.2%	2.9%	23.1%	41.2%	1.4%	11.8%
	標準化比	100.6	88.4	110.5	117.6	104.3	92.7	73.8	64.3	90.9	106.9	110.5	121.7	111.0	88.0

図表 3-4-6-3：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比_女性



		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
40- 64 歳	回答割合	3.0%	19.8%	69.3%	58.4%	60.4%	22.7%	9.3%	6.9%	10.0%	1.8%	31.7%	21.8%	1.0%	28.7%
	標準化比	29.9	68.2	97.6	119.7	111.1	88.5	63.4	47.6	65.7	85.5	106.0	107.6	227.3	98.0
65- 74 歳	回答割合	3.5%	25.1%	61.0%	52.8%	52.1%	23.1%	6.6%	2.8%	8.6%	0.8%	23.1%	27.0%	0.3%	27.3%
	標準化比	89.1	96.2	106.7	114.6	105.6	102.1	76.2	59.3	84.0	271.4	91.5	103.6	52.4	103.9

【出典】 KDB 帳票 S21_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況

本項では、後期高齢者医療制度や介護保険との一体的実施との接続を踏まえ、介護及び高齢者に係るデータを分析する。

(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると（図表 3-5-1-1）、国民健康保険（以下、国保という）の加入者数は 2,817 人、国保加入率は 19.5%で、国・県より低い。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 2,212 人、後期高齢者加入率は 15.3%で、国・県より低い。

図表 3-5-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	安八町	国	県	安八町	国	県
総人口	14,472	-	-	14,472	-	-
保険加入者数（人）	2,817	-	-	2,212	-	-
保険加入率	19.5%	19.7%	19.6%	15.3%	15.4%	16.6%

【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

生活習慣病における重篤な疾患である「心臓病」「脳血管疾患」やフレイル予防という観点で「筋・骨格関連疾患」に焦点をあて、概観する。

年代別の要介護（要支援）認定者における有病状況（図表 3-5-2-1）をみると、前期高齢者である 65-74 歳の有病割合の国との差は、「心臓病」（11.8 ポイント）、「脳血管疾患」（3.3 ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-0.1 ポイント）である。75 歳以上の認定者の有病割合の国との差は、「心臓病」（8.6 ポイント）、「脳血管疾患」（3.4 ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（2.4 ポイント）である。

図表 3-5-2-1：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		
	安八町	国	国との差	安八町	国	国との差
糖尿病	28.9%	21.6%	7.3	28.4%	24.9%	3.5
高血圧症	42.5%	35.3%	7.2	64.1%	56.3%	7.8
脂質異常症	35.4%	24.2%	11.2	37.6%	34.1%	3.5
心臓病	51.9%	40.1%	11.8	72.2%	63.6%	8.6
脳血管疾患	23.0%	19.7%	3.3	26.5%	23.1%	3.4
筋・骨格関連疾患	35.8%	35.9%	-0.1	58.8%	56.4%	2.4
精神疾患	33.7%	25.5%	8.2	37.6%	38.7%	-1.1

【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

(3) 保険種別の医療費の状況

① 保険種別の一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保及び後期高齢者の一人当たり月額医療費をみると（図表 3-5-3-1）、国保の入院医療費は、国と比べて 680 円少なく、外来医療費は 40 円多い。後期高齢者の入院医療費は、国と比べて 10,440 円少なく、外来医療費は 1,990 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 1.5 ポイント低く、後期高齢者では 6.8 ポイント低い。

図表 3-5-3-1：保険種別の一人当たり月額医療費及び入院医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	安八町	国	国との差	安八町	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	10,970	11,650	-680	26,380	36,820	-10,440
外来_一人当たり医療費（円）	17,440	17,400	40	32,350	34,340	-1,990
総医療費に占める入院医療費の割合	38.6%	40.1%	-1.5	44.9%	51.7%	-6.8

【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 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると（図表 3-5-3-2）、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 13.9%を占めており、国と比べて 2.9 ポイント低い。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 11.5%を占めており、国と比べて 0.9 ポイント低い。

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、「脳出血」「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。

図表 3-5-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	安八町	国	国との差	安八町	国	国との差
糖尿病	5.9%	5.4%	0.5	5.3%	4.1%	1.2
高血圧症	4.2%	3.1%	1.1	4.7%	3.0%	1.7
脂質異常症	2.5%	2.1%	0.4	2.0%	1.4%	0.6
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.0%	0.1%	-0.1	0.3%	0.2%	0.1
がん	13.9%	16.8%	-2.9	11.4%	11.2%	0.2
脳出血	0.2%	0.7%	-0.5	0.5%	0.7%	-0.2
脳梗塞	0.9%	1.4%	-0.5	2.4%	3.2%	-0.8
狭心症	1.8%	1.1%	0.7	2.9%	1.3%	1.6
心筋梗塞	0.4%	0.3%	0.1	0.4%	0.3%	0.1
慢性腎臓病（透析あり）	3.8%	4.4%	-0.6	3.4%	4.6%	-1.2
慢性腎臓病（透析なし）	0.2%	0.3%	-0.1	0.4%	0.5%	-0.1
精神疾患	8.4%	7.9%	0.5	2.0%	3.6%	-1.6
筋・骨格関連疾患	7.1%	8.7%	-1.6	11.5%	12.4%	-0.9

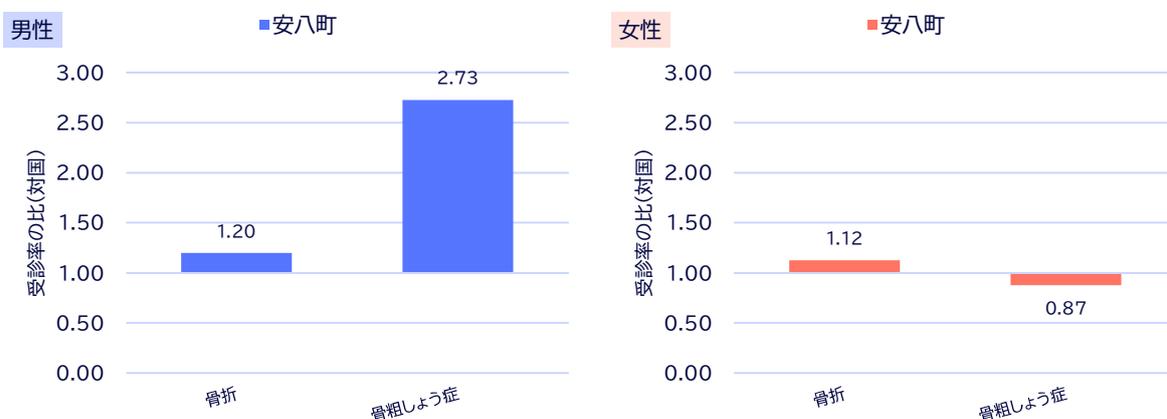
【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計（国保・後期）

※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している

(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率

前期高齢者における「骨折」及び「骨粗しょう症」の受診率（図表 3-5-4-1）をみると、国と比べて、男性では「骨折」と「骨粗しょう症」の受診率はともに高い。また、女性では「骨折」の受診率は高く、「骨粗しょう症」の受診率は低い。

図表 3-5-4-1：前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較



【出典】KDB 帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類）令和4年度 累計

※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している

(5) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況（図表 3-5-5-1）をみると、後期高齢者の健診受診率は 37.0%で、国と比べて 12.2 ポイント高い。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は 54.1%で、国と比べて 6.8 ポイント低い。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血糖」の該当割合が高い。

図表 3-5-5-1：後期高齢者の健診状況

	後期高齢者			
	安八町	国	国との差	
健診受診率	37.0%	24.8%	12.2	
受診勧奨対象者率	54.1%	60.9%	-6.8	
有所見者の状況	血糖	9.5%	5.7%	3.8
	血圧	15.5%	24.3%	-8.8
	脂質	8.5%	10.8%	-2.3
	血糖・血圧	2.3%	3.1%	-0.8
	血糖・脂質	1.0%	1.3%	-0.3
	血圧・脂質	4.1%	6.9%	-2.8
	血糖・血圧・脂質	0.5%	0.8%	-0.3

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

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

(6) 後期高齢者における質問票の回答状況

後期高齢者における質問票の回答状況をみると（図表 3-5-6-1）、国と比べて、「半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」「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」」の回答割合が高い。

図表 3-5-6-1：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		
		安八町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.1%	1.1%	0.0
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.1%	1.1%	0.0
食習慣	1日3食「食べていない」	3.2%	5.4%	-2.2
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	36.5%	27.7%	8.8
	お茶や汁物等で「むせることがある」	19.5%	20.9%	-1.4
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	11.4%	11.7%	-0.3
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	61.1%	59.1%	2.0
	この1年間に「転倒したことがある」	22.1%	18.1%	4.0
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	46.4%	37.1%	9.3
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	16.5%	16.2%	0.3
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	23.2%	24.8%	-1.6
喫煙	たばこを「吸っている」	4.8%	4.8%	0.0
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	9.0%	9.4%	-0.4
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	4.3%	5.6%	-1.3
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」	4.4%	4.9%	-0.5

【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）

6 その他の状況

(1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると（図表 3-6-1-1）、重複処方該当者数は 38 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 3-6-1-1：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	91	30	11	4	4	1	0	0	0	0
	3 医療機関以上	8	6	4	4	4	1	0	0	0	
	4 医療機関以上	4	4	3	3	3	0	0	0	0	
	5 医療機関以上	2	2	2	2	2	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

多剤服薬の状況をみると（図表 3-6-2-1）、多剤処方該当者数は 6 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 3-6-2-1：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	1,422	1,184	952	701	514	375	248	164	114	72	6	0
	15 日以上	1,185	1,043	847	643	480	357	239	161	113	72	6	0
	30 日以上	889	788	658	526	416	314	213	152	106	67	6	0
	60 日以上	404	372	320	265	221	180	127	96	70	51	4	0
	90 日以上	165	159	134	112	94	79	53	36	28	20	1	0
	120 日以上	72	69	60	47	39	36	29	20	17	14	0	0
	150 日以上	37	34	30	23	19	18	14	8	6	6	0	0
	180 日以上	25	23	19	15	15	14	10	5	4	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68.2%で、県の77.9%と比較して9.7ポイント低い（図表3-6-3-1）。

図表 3-6-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和1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
安八町	64.5%	67.7%	68.2%	68.0%	70.4%	69.8%	68.2%
県	72.3%	75.1%	76.1%	77.4%	77.3%	77.6%	77.9%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4) 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がん検診の受診状況をみると（図表3-6-4-1）、下表の5つのがんの検診平均受診率は18.0%で、国・県より高い。

図表 3-6-4-1：国保被保険者における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
安八町	15.8%	20.9%	22.9%	5.4%	25.1%	18.0%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	11.6%	14.6%	15.3%	14.7%	20.2%	15.3%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

7 健康課題の整理

死亡・要介護状態	
平均余命 平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の平均余命は81.6年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.1年である。女性の平均余命は87.8年で、国・県と同程度である。(図表2-1-2-1) ・男性の平均自立期間は80.2年で、県より短い、国より長い。国と比較すると、+0.1年である。女性の平均自立期間は84.6年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.2年である。(図表2-1-2-1)
死亡	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な重篤な疾患について、令和3年度の死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第9位(2.7%)、「脳血管疾患」は第2位(9.4%)、「腎不全」は第10位(2.7%)と、いずれも死因の上位に位置している。(図表3-1-1-1) ・平成25年から平成29年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、急性心筋梗塞97.7(男性)174.7(女性)、脳血管疾患90.9(男性)115.4(女性)、腎不全83.2(男性)82.0(女性)。(図表3-1-2-1・図表3-1-2-2)
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.4年、女性は3.2年となっている。(図表2-1-2-1) ・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は68.6%、「脳血管疾患」は25.9%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は「糖尿病」(27.8%)、「高血圧症」(60.6%)、「脂質異常症」(36.5%)である。(図表3-2-3-1)

生活習慣病重症化		
医療費	・入院	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費の上位をみると、「虚血性心疾患」が9位(4.2%)となっている。これらの疾患の受診率をみると、「虚血性心疾患」が国の1.5倍となっている。(図表3-3-2-2・図表3-3-2-3) ・重篤な疾患の患者は、基礎疾患(「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」)を有している人が多い。(図表3-3-5-1)
	・外来(透析)	<ul style="list-style-type: none"> ・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の7.2%を占めている。(図表3-3-3-1) ・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、国より低い。(図表3-3-4-1) ・「慢性腎臓病(透析あり)」患者のうち、「糖尿病」を有している人は75.0%、「高血圧症」は87.5%、「脂質異常症」は62.5%となっている。(図表3-3-5-1)
	・入院・外来	<ul style="list-style-type: none"> ・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、「脳出血」「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。(図表3-5-3-2)



◀重症化予防

生活習慣病		
医療費	・外来	<ul style="list-style-type: none"> ・「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」及び「慢性腎臓病(透析なし)」の外来受診率は、「慢性腎臓病(透析なし)」が国より低い。(図表3-3-4-1) ・令和4年度3月時点の被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が368人(13.1%)、「高血圧症」が709人(25.2%)、「脂質異常症」が608人(21.6%)である。(図表3-3-5-2)
特定健診	・受診勧奨対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者数は430人で、特定健診受診者の48.3%となっており、1.0ポイント減少している。(図表3-4-5-1) ・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった75人の26.7%、血圧ではI度高血圧以上であった157人の46.5%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった183人の83.1%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73㎡未満であった12人の16.7%である。(図表3-4-5-4)



◀生活習慣病発症予防・保健指導

生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム		
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボ該当者 ・メタボ予備群該当者 ・特定健診有所見者 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度のメタボ該当者は187人(21.0%)で増加しており、メタボ予備群該当者は105人(11.8%)で同程度で推移している。(図表3-4-3-2) ・令和3年度特定保健指導実施率は50.4%であり、国・県より高い。(図表3-4-4-1) ・有所見該当者の割合について、国を100とした標準化比は、男性では「腹囲」「中性脂肪」「HDL-C」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「中性脂肪」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3-4-2-2・図表3-4-2-3)



◀早期発見・特定健診

不健康な生活習慣		
健康に関する意識	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度の特定健診受診率は44.9%であり、国・県より高い。(図表3-4-1-1) ・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は453人で、特定健診対象者の22.4%となっている。(図表3-4-1-3) 	
特定健診	・生活習慣	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者の質問票の回答割合について、国を100とした標準化比は、男性では「生活改善意欲なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「生活改善意欲なし」の標準化比がいずれの年代においても高い。(図表3-4-6-2)

地域特性・背景	
安八町の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率は28.8%で、国や県と比較すると、県より低いが、国より高い。(図表2-1-1-1) ・国保加入者数は2,817人で、65歳以上の被保険者の割合は49.8%となっている。(図表2-1-5-1)
健康維持増進のための社会環境・体制	<ul style="list-style-type: none"> ・一人当たり医療費は減少している。(図表3-3-1-1) ・重複処方該当者数は38人であり、多剤処方該当者数は6人である。(図表3-6-1-1・図表3-6-2-1) ・後発医薬品の使用割合は68.2%であり、県と比較して9.7ポイント低い。(図表3-6-3-1)
その他(がん)	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物(「気管、気管支及び肺」「大腸」「膵」)は死因の上位にある。(図表3-1-1-1) ・5がんの検診平均受診率は国・県より高い。(図表3-6-4-1)

第4章



データヘルス計画全体

第4章 データヘルス計画全体

安八町の健康課題をもとに、データヘルス計画全体の目的と対応する事業について整理した。

(1) 保険者の健康課題

①課題項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	<p>令和3年度の特定健診受診率は44.9%と国と比べて高いが、特定健診対象者の内、22.4%の人が健診未受診かつ生活習慣病の治療を受けていない健康状態が不明の状態にあることから、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。</p> <p>その為、適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要である。</p>	◎	1,2
B	<p>特定健診受診者の内、受診勧奨判定値を超えた人の割合は国や県よりも低い水準で横ばいに推移しており、メタボ該当者の割合は令和4年度で減少、メタボ予備群該当者の割合は令和2年度以降減少している。</p> <p>令和3年度の特定保健指導の実施率は50.4%と国と比べて高い水準にある為、メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要である。</p>	◎	1,2
C	<p>当町の外来医療費にかかる疾病名をみると国保、後期ともに糖尿病が上位に入っている。また健診の結果、血糖の有所見者は59%と半数以上にのぼっている。</p> <p>高血糖は動脈硬化を促進させ循環器疾患の発症原因となり、重症化して要介護状態や糖尿病性腎症へ移行することもある為、医療費の適正化および被保険者の生涯わたるQOL維持向上のため糖尿病予防と血糖コントロールが必要である。</p>	○	3
D	<p>当町の令和3年の死亡者数を死因順位別にみると「脳血管疾患」が2位、「心不全」3位がとなっており循環器疾患が上位に入っている。平成25年～平成29年の脳血管疾患のSMRは男性90.9、女性115.4であり、国と同水準以上である。また虚血性心疾患は男性のSMRは97.7女性のSMRは174.7と高い水準にある。このことから当町は循環器疾患による死亡が多い事がわかる。</p> <p>高血圧が重症化し、これに起因するとみられる脳卒中、心臓疾患、腎疾患などの病気が後期になって重症化、要介護状態を招いていることから早期に介入し必要な医療に結び付け、治療開始後も継続支援が行えるように体制を整備していくとともに、健診受診者やハイリスク者に限らず、食習慣、運動習慣を含めた生活習慣改善について広く啓発していくポピュレーションアプローチが必要である。</p>	○	4
E	<p>腎不全は外来医療費の第2位であり、SMRは男性83.2、女性82.0と低い水準にあるものの、近年増加傾向にあるため注視する必要がある。また、特定健診の結果をみるとステージ3～5の腎機能低下がみられる者は19.0%と県平均以下であるが、クレアチニン、尿蛋白の有所見率はやや高く、さらに糖尿病や高血圧などの基礎疾患を有している場合は重症化する可能性が高く、他の生活習慣病対策と包括的に取り組む必要があると考えられる。</p> <p>この事実より、早期介入による重症化予防が必要である。背景には多くの住民に塩分や脂肪の摂取過多など腎臓に負担をかける生活が日常化している事が考えられるため、ポピュレーションアプローチが必要である。</p>	○	5
F	<p>被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。</p>	○	6
G	<p>当町は高齢化率が28.8%（令和2年）労働人口（15～64歳）割合が58.3%と近年高齢化が進行している。また令和2年の65以上単独世帯は8.0%で平成27年に比べ2.0%増加しており県内10位となっており今後社会的支援が必要な高齢者の増加が予想されることから（令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年国勢調査による岐阜県の人口より」）</p> <p>国保の視点から地域包括ケアに資する取り組みを行う事で高齢者が住み慣れた地域で自立した生活できる期間の延伸、QOLの向上を図れるようにする。</p>	○	7

(2) データヘルス計画全体における目的

データヘルス計画全体における大目的								
健康寿命を延伸。医療費を適正化する								

⑤ 項目 (=①)	中目的	⑦評価指標	⑧計 画策 定 時 実 績	⑨目標値					
			R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
A・B	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率（法定報告）	44.9%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
		特定保健指導実施率（法定報告）	50.4%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%
C	糖尿病の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%
D	高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%
		拡張期血圧維持・改善者割合	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	-	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
F	重複多剤服用者の減少	保険者努力支援：共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 重複投与者数（对被保険者1万人）が前年度から減少	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
		保険者努力支援：共通指標⑤（2） 多剤投与者に対する取組 多剤投与者数（对被保険者1万人）が前年度から減少	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
G	地域包括ケア推進・ 一体的実施の取組の状況	保険者努力支援：国保固有の指標④（1）地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
		保険者努力支援：国保固有の指標④（1）地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

(3) 解決すべき健康課題に対応する保健事業

⑩事業 番号	⑪事業名称	⑫重点・ 優先度
1	特定健康診査受診勧奨事業	◎
2	特定保健指導	○
3	糖尿病重症化予防事業	○
4	高血圧の重症化予防事業	○
5	腎機能低下の重症化予防	○
6	適正受診・適正服薬	
7	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	

第5章



保健事業の内容

第5章 保健事業の内容

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 特定健診受診勧奨事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）	
目的	本事業はメタボリック症候群該当者の早期発見と重症化予防を目指し、健診未受診者および不定期受診者にはがきによる受診勧奨を行い、多くの方に受診していただくことで該当者を必要な保健指導や医療につなげる事を目的とする。
対象者	① 特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・1回目：不定期受診、未受診者。40歳初回受診者は新資料使用 ・2回目：当該年度未受診の全員 ② 広報 全町民広報誌と広報無線にて健診案内受診をよびかける。 ③ 医師への協力依頼 ④ 継続受診者対策 （ア）前年度初回受診者・2年連続受診者 （イ）初回受診者
時期	① 特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・1回目：健診案内発送してから10日前後（7月初旬） ・2回目：健診期間終了前約1ヵ月（9月下旬） ② 広報：広報無線を2回/年実施（8月・10月） 広報誌に1回/年掲載（6月） ③ 医師への協力依頼：健診開始前 6月 ④ 継続受診者対策 6月広報の健診案内掲載時に告知、結果返送時に順次行う。
方法	① 特定健診受診勧奨ハガキ送付 1回目は、不定期受診、未受診者に、年齢、性別、生活習慣病の問診等の分析を行い、対象者を分類し受診勧奨に効果的と考えられる資料の発送を行う。2回目は、当該年度未受診の全員に1種類の未受診はがきの送付を行う。40歳初回受診者については、より健診行動に結びつくよう新資料を導入する。 ② 広報：広報無線を2回/年実施（8月・10月） 広報誌に1回/年掲載（6月） ③ 医師への協力依頼：健診開始前 6月に各医療機関へ巡回して協力を依頼する。 ④ 継続受診者対策 （ア）連続受診者：6月広報に健診案内と連続受診者に対するインセンティブ付与の記事を掲載する。連続受診者には結果返送時に順次行う。（インセンティブの内容については年度毎に検討） （イ）初回受診者：対象者の結果発送時に案内文書を入れ次年度の受診勧奨を行う。
実施回数・量	① 特定健診受診勧奨ハガキ送付：年2回（健診開始時期：7月、健診期間中：9月） ② 広報：広報無線を2回/年実施（8月10月） 広報誌に1回/年掲載（6月） ③ 医師への協力依頼：健診開始前 6月に1回 ④ 継続受診対策：（ア）（イ）共に対象者全員1回。
連携体制・予算・人員	・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・事業実施前に国保と衛生の間と委託業者との打ち合わせを行い、事業実施内容を定める。 ・医療機関へ事業内容の説明を行い、事業の推進のため協力を得ている。 ・年度の終わりに国保運営協議会で事業報告と次年度の事業内容を助言いただく。 ・広報担当課に連絡、広報を依頼する。
事業していて気づいたこと（前期評価）	【現状と課題】 平成30年度は未受診者はがきを限定して送付したため、受診率が46.1%まで下がった。令和元年度は業者に委託をし、AIにて分析を行った。過去の健診結果をもとに対象者に応じたはがきを送付し受診率が51.0%まで上がったものの、 次年度以降はコロナ禍の影響もあり目標の60.0%まで到達は難しく、受診率は伸びていない。 受診者の分析を行ったところ、以下のことがわかった。 ・年齢が下がるにつれて受診率は下がり、40代では2割以下となっている。 ・不定期受診を中心に案内しているが受診率は20.8%にとどまっている。 ・未経験者、不定期受診者のうち「通院中未経験者」の割合が24.9%と一番多かった。

	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3年間の受診歴を分析すると過去2年連続受診者は、75.4%が受診し連続受診者に移行している。 ・健診終盤の受診者は、不定期受診になりやすい。 <p>以上より、早期介入の観点からも40代の受診率向上に向けた取り組みや、医療機関へ定期受診している人の受診率が低く、健診受診や情報提供につながっていないことから、通院中の方への受診勧奨などが課題としてあげられる。一方受診率が高い世代が後期高齢に移行、国保の加入者数も減少しているため継続受診者の新規開拓も今後の課題である。</p> <p>【今後の方向性】</p> <p>40歳到達者と2回目勧奨ハガキの内容をより受診行動を促すものにしていく事と、初回受診者および2年連続受診者に対する働きかけを行う事で継続受診者を増やし、受診率の改善をはかるとともに治療中の方の受診勧奨については医療機関の協力を求めていく。</p>														
評価指標・目標値															
アウトカム指標 (成果)	【項目名】特定健診実施率(実績値)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>計画策定時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44.9%</td> <td>45%</td> <td>46%</td> <td>47%</td> <td>48%</td> <td>49%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時	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	44.9%	45%	46%	47%	48%	49%	50%
計画策定時	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									
44.9%	45%	46%	47%	48%	49%	50%									
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】特定延伸受診勧奨ハガキ送付率														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%								
	【項目名】広報誌掲載														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年1回</td> <td>年1回</td> <td>年1回</td> <td>年1回</td> <td>年1回</td> <td>年1回</td> <td>年1回</td> </tr> </tbody> </table>	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	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回
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									
年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回									
【項目名】広報無線															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年2回</td> <td>年2回</td> <td>年2回</td> <td>年2回</td> <td>年2回</td> <td>年2回</td> <td>年2回</td> </tr> </tbody> </table>	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	年2回	年2回	年2回	年2回	年2回	年2回	年2回	
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									
年2回	年2回	年2回	年2回	年2回	年2回	年2回									
評価時期	毎年度末に評価し、2026年に中間評価を実施する。														

② 特定保健指導利用勧奨事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	特定保健指導対象者に連絡をし、健診結果の説明と特定保健指導の利用を勧奨する事で対象者を必要な支援に結び付け、メタボリック症候群に起因して発症する生活習慣病の重症化を予防する事を目的とする。						
対象者	・ 特定健康診査に基づき国の基準による特定保健指導該当者						
時期	・ 健診実施期間（7月～）結果返送次第順次。						
方法	① 健診結果が届き次第、保健指導対象者に電話で健診結果の説明と保健指導の利用勧奨を行う。 ② 健診受診時に昼間連絡が取れる連絡先を聞いていただくよう、委託医療機関に依頼する。 ③ 架電が成功しなかった事例に対し文書（手紙）による勧奨を行う。						
実施回数・量	・ 連絡が取れるまで（3回）にわたり電話を実施する。 ・ 電話概ね3回で架電が成功しなかった事例については文書による勧奨を1回行う。 ・ 40・50代の特定保健指導対象者には現在の保健指導に加え、ICTを活用した保健指導の提案を行う。						
連携体制・予算・人員	・ 住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・ 保健師（常勤1、非常勤1）、管理栄養士（常勤1、非常勤2）で実施。 ・ 現在の保健指導に加え、保健指導プログラムを導入している業者と連携し、ICTを導入。遠隔面談で時間や曜日の選択肢をふやす。						
事業について気づいたこと（前期評価）	<p>【現状と課題】 連絡を取るのには主に日中であるが自宅電話連絡では不在等で利用勧奨に至らないことが多く、健診結果を返送することも遅くなってしまった事案があった。このため令和5年度から可能な限り日中連絡が取れる連絡先を聞き取っていただくよう医療機関に協力を要請した。しかしこの方法でもやはり架電が成功せず、勧奨できなかったため利用につながらなかったケースも多くあった。</p> <p>【今後の方向性】 電話による利用勧奨に加えて文書などによる勧奨を試みる。また40～50代の若年層は就業等のため利用を断られるケースが多いことから、ICTを活用した保健指導を提案し、これまで保健指導が利用できなかった対象者にも、手法や時間帯を増やし、自ら生活改善に取り組めるアイテムや機会を提供、来所や訪問などの直接面談以外の手段の導入も検討し、より利用につながりやすくする。</p>						
評価指標・目標値							
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】 特定保健指導利用率						
	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
	52.6%	55.0%	57.0%	60.0%	63.0%	64.0%	65.0%
	【項目名】 特定保健指導実施率						
	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
	50.4%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
	【項目名】 特定保健指導の対象者の減少率						
	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
	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%
	【項目名】 次年度継続受診率						
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	
77.1%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	

③ 特定保健指導

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）	
目的	特定保健指導対象者に対して生活習慣改善のための保健指導（積極的支援及び動機付け支援）を行う事で生活習慣病の重症化を予防し、メタボリック症候群該当者・予備群および特定保健指導対象者を減少させることを目的とする。
対象者	・特定健康診査に基づき国の基準による特定保健指導該当者で特定保健指導を利用することに同意した者。
時期	・健診実施期間（7月～）結果返送次第順次。
方法	・健診結果が届き次第、保健指導対象者に電話で保健指導の勧奨を行う。保健センターに来所していただき、保健師・管理栄養士から保健指導実施後に結果を返却する。
実施回数・量	・初回面接後、必要な継続支援を行い、おおむね3か月後に最終評価を行う。 ・保健指導対象者に導入として血流観察（10回/年）を実施し、血流を観察しながら専用オペレーターから日常生活の改善点を伝え、その後保健師・管理栄養士から保健指導を実施する。
連携体制・予算・人員	・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 保健師（常勤1、非常勤1）、管理栄養士（常勤1、非常勤2） ・血流観察を行う業者と日にち等の打ち合わせを行う。 ・保健所職員と効果的な保健指導の内容を検討し、助言をいただき連携がとれる体制を継続。
事業について気づいたこと（前期評価）	<p>【現状と課題】</p> <p>うまくいった点としては</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に電話で利用勧奨を行っており、今すぐに来所したい人にも対応している。コロナ禍の影響もあり目標には届かなかったが、保健指導率は約50%程度で国や県と比較しても高い実施率となっている。 ・導入に血流観察を体験してもらっており、面談の機会をつくることができる。専用オペレーターから血流を見ながら説明があるためその後の保健指導が入りやすい。 ・保健指導の効果を見ると、個人差はあるものの利用群と未利用群では利用群の方が体重や腹囲の減少、保健指導レベルの改善に効果が見られている。 <p>一方うまくいかなかった点としては</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に若年層においては、就業のため平日に時間をとることが難しく、支援に結びつけることができない。 ・評価指標である体重2kg減、腹囲2センチ減については、R3からR4年の変化では19.3%が達成できているが、R2からR3では9.2%にとどまっております。年度によるばらつきがあるため効果ありとは言えない状況である。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の個別定期面談の方法は維持し、今後は改善者を増やしていけるように質の向上を図っていく。一方で保健指導未利用群においても次年度の健診結果に改善効果がみられている。これは、健診受診が機会となって生活習慣が改善されていることがうかがえるため、この点からも健診受診勧奨事業が有効と考えられ、引き続き受診勧奨を行っていく。 ・令和6年から開始される成果型評価の導入を見据え、文書やメール等、電話以外の利用勧奨の導入検討、結果通知の内容の工夫を行うとともに、ICTを導入し、これまで保健指導が利用できなかった40～50代の対象者にも、手法や時間帯を増やし、自ら生活改善に取り組めるアイテムや機会を提供、来所や訪問などの直接面談以外の手段の導入も検討していく。

評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】保健指導レベルの改善割合						
	計画策定時	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
	42.3%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%
	【項目名】利用者の腹囲2センチ、体重2kg減量した者の割合(同年度内)						
	計画策定時	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
	11.5%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%
	【項目名】利用者の腹囲2センチ、体重2kg減量した者の割合(次年度)						
	計画策定時	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
	19.3%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】特定保健指導利用率						
	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
	52.6%	53.0%	54.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
	【項目名】特定保健指導実施率						
	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
	50.4%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
	【項目名】特定保健指導の対象者の減少率						
	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
	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%
	【項目名】次年度継続受診率						
	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
	77.1%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%

④ 高血糖者医療機関未受診勧奨事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	高血糖未受診者に対して受診勧奨を行う事で必要な医療管理に結び付け、糖尿病の重症化を予防する。						
対象者	・ 特定健診を受診した者のうち、HbA1c が 6.5 以上であった者でかつ定期的な受診が認められない者。						
時期	・ 健診実施期間（7 月～）結果返送次第順次。						
方法	・ 健診結果が届き次第、健診結果と本人宛受診勧奨文書、医療機関宛て依頼文書、医療機関からの連絡票を健診結果とともに発送。可能な限り発送前に対象者に電話もしくは訪問で健診結果の内容を伝え、受診方法について説明を行う。						
実施回数・量	・ 初回通知を行ったのち、3 か月を目途に国保総合システムにて受診状況の確認を行い、未受診者に対しては文書で再勧奨を行う。						
連携体制・予算・人員	・ 住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・ 保健師（常勤 1）						
事業について気づいたこと（前期評価）	<p>【現状と課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 電話面談や訪問などの形で介入できた事例については、90%以上受診につながっていることから、健診後対象者とどうやってコンタクトを取っていくかが重要と考えられる。また未勧奨群についても 66.7%は受診につながっている事から、健診結果に同封するパンフレットもある程度は有効であると考えられる。 次年度以降の健診受診や健診結果を勧奨群未勧奨群と比較すると多少改善しているものの、あまり変化がなく、HbA1c 結果も開示改善については半数にとどまっており、受診勧奨が病状の改善に結びついていないとは一概には言えない状況である。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介入後受診が開始された後でも中断し、重大疾患を発症した例もあり、勧奨後の継続支援をいかに行っていかかが今後の課題である。また他疾患で医療機関に通院している場合、医師との連携も必要であるため、医師会にも本事業に対する理解と協力を求めていくことが必要である。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】 HbA1c 値維持・改善者割合						
	計画策定時	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
	56.3%	56.3%	56.3%	56.3%	56.3%	56.3%	56.3%
	【項目名】 HbA1c8.0 以上の者の割合						
	計画策定時	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
	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】 HbA1c6.5 以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合						
	計画策定時	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
	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%
	【項目名】 医療機関受診勧奨率 ※						
	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
	55.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】 医療機関受診率						
	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
	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	【項目名】 次年度健診受診率						
	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
	81.3%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%

※受診勧奨率は、開始時は電話・訪問件数のみ、R6 年度から文書による勧奨も加えた。

⑤ 糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者受診勧奨事業

個別保健事業評価計画 (今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標)							
目的	糖尿病の治療を中断している者に対し、受診勧奨を行い、必要な医療管理に結びつけることで糖尿病の重症化を予防する。						
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・通院中の患者で最終受診日から1年経過しても受診した記録がない者。 ・対象除外者：下記の該当者は対象から除外 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診を受診しており前年度の健診結果がHbA1c6.5%未満の者（コントロール良好と判断） ・がん、うつ、統合失調症、認知症で医療機関を受診している者 						
時期	・毎年7月10日（前年度データがKDBに反映される時期）						
方法	・保健事業介入支援管理の介入対象者しほりこみ（栄養重症化予防）から中断者（中断者フラグが立っている者）を抽出し、国保総合システムで最新の受診状況を確認後、対象者を選定、文書もしくは電話で受診勧奨を行う。						
実施回数・量	・初回通知を行ったのち、3か月を目途に国保総合システムにて受診状況の確認を行い、未受診者に対しては文書で再勧奨を行う。						
連携体制・予算・人員	<ul style="list-style-type: none"> ・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・保健師（常勤1） 						
事業について気づいたこと（前期評価）	<p>【現状と課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抽出された中断者の受診状況を確認すると、検査、処置のため一時的に糖尿病レセプトが提出された例がほとんどであり対象者の選定が難しく、選定基準をどこに定めるかが課題である。 ・本事業対象者は健診未受診者であることが多く保健センターと接点がないため介入が難しい。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安八郡内で抽出時期、と基準を統一し課題があればその都度協議する。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】HbA1c 値維持・改善者割合						
	計画策定時	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
	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】医療機関受診勧奨率						
	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%
	【項目名】医療機関受診率						
	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
	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	【項目名】次年度健診受診率						
	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
	-	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

⑥ 糖尿病重症化予防 保健指導

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	安八町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、糖尿病治療中である者のうち、糖尿病性腎臓病への進行、もしくは悪化する可能性が高い者に対して医療機関との連携のもと、治療継続の確認や保健指導を行う事で重症化を予防することを目的とする。						
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診者のうち、糖尿病治療中で HbA1c6.5 以上かつ以下のいずれかに該当するもの <ul style="list-style-type: none"> ① 尿蛋白 (+) 以上でかつ eGFR60ml/min/1.73 m²未満 ② 収縮期血圧 160mmHg または拡張期血圧 100mmHg 以上 						
時期	・健診実施期間（7月～）結果返送次第順次。						
方法	・健診結果が届き次第、健診結果と本人宛受診勧奨文書、医療機関宛て依頼文書、医療機関からの連絡票を健診結果とともに発送。可能な限り発送前に対象者に電話もしくは訪問で健診結果の内容を伝え、受診方法について説明を行う。連絡票が返ってきたものから必要に応じ個別面談での支援を行う。結果は主治医に随時連絡する。						
実施回数・量	・保健指導の指示があった者、初回面接後3か月、6か月、12か月後に面談を行い、最終面談で次年度受診勧奨を行う。						
連携体制・予算・人員	<ul style="list-style-type: none"> ・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・保健師（常勤1）、管理栄養士（常勤1、非常勤1） 						
事業について気づいたこと（前期評価）	<p>【現状と課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・町で把握し医療機関につなぐケースは抽出基準が統一されておらず、主治医との連携もとれていなかった ・また主治医からの紹介も件数が少なかった。結果必要な人に支援ができていなかった。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安八郡内で抽出基準や依頼書式を統一し、医師からの協力を得やすくするとともに、支援開始後も方針の意思統一し、医療機関との連携を密にとっていく。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】HbA1c 値維持・改善者割合						
	計画策定時	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
	-	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%
	【項目名】eGFR 値維持・改善者割合						
計画策定時	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	
-	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】次年度健診受診率						
	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
	-	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	【項目名】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	
-	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	

⑦ 糖尿病重症化予防 OGTT 検査受検勧奨事業

個別保健事業評価計画 (今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標)							
目的	糖尿病が疑われるものに対し、精密検査(経口ブドウ糖負荷試験:OGTT)の受検を勧める事により、早期に糖尿病を発見し、必要な医療、保健指導に結び付け糖尿病の重症化を予防することを目的とする。						
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の結果HbA1cが6.0~6.4%である者 除外者:過去5年以内に受検したことがある者。すでに診断されており治療を開始している者 						
時期	健診実施期間(7月~)結果返送次第順次。						
方法	健診結果が届き次第、健診結果と精密検査受診票を健診結果とともに発送。可能な限り発送前に対象者に電話もしくは訪問で健診結果の内容を伝え、受診方法について説明を行う。						
実施回数・量	健診通知時に1回						
連携体制・予算・人員	<ul style="list-style-type: none"> 住民環境課(国保部局)と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 保健師(常勤1) 						
事業について気づいたこと(前期評価)	<p>【現状および課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> OGTT受診率は18.0%、結果返送率は24.7%にとどまっているが、診療情報を分析したところ、勧奨後に受診につながった者は53.9%と半数以上であることがわかった。翌年の健診結果をみると受診群と未受診群では大きな差はなかった為、受診する事で生活改善がされているとは言えない結果である。また、翌年の健診受診率では受診群の方が高く、健診結果返送後、翌年への継続管理につながっている。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> 未受診群においても次年度の検査データに改善が見られることから、受診勧奨の際、検査結果を説明する事で、その後、受診や検査の実施につながらなかったとしても、生活習慣の改善のきっかけとなりえる事、また受診者においては翌年の健診受診率が高いことから今後も受診勧奨は継続して行う。データ分析により、受診が約半数である事、受診行動の有無が必ずしも検査データの改善に結びついていない事から、評価指標の改善率の母数はOGTT対象者全員とし、維持改善を目指す。受診勧奨の際には検査の説明案内に合わせて生活習慣を振り返っていただくよう助言をあわせて行うものとする。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標(成果)	【項目名】HbA1c値維持・改善者割合(※母数:OGTT対象者)						
	計画策定時	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
	61.8%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%
アウトプット指標(実施量・率)	【項目名】医療機関受診勧奨率						
	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%
	【項目名】OGTT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
	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%
	【項目名】次年度健診受診率						
	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
	84.7%	84.7%	84.7%	84.7%	84.7%	84.7%	84.7%
	【項目名】連絡票簿返納割合						
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	
24.7%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	

⑧ 糖尿病重症化予防 OGTT 検査後保健指導

個別保健事業評価計画 (今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標)							
目的	経口ブドウ糖負荷試験を受検した者のうち糖尿病と診断された者に対して保健指導を行い、糖尿病の重症化を予防する。						
対象者	・ 経口ブドウ糖負荷試験を受検した者のうち糖尿病と診断された者						
時期	・ 健診実施期間(7月～)結果返送次第順次精密検査の案内を行い、結果が返送された者に対し順次行う。						
方法	・ 結果が返送された者に対し、電話にて個別に来所面談の案内を行い、センターで面談を実施する。						
実施回数・量	・ 対象者に対し、原則1回。(必要により支援回数は増やす。)						
連携体制・予算・人員	・ 住民環境課(国保部局)と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・ 管理栄養士(常勤1)						
事業について気づいたこと(前期評価)	<p>【現状および課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診者のうち、保健指導利用者と未利用者を比較すると介入群の方がHbA1c維持改善割合がやや多いが、検査値の差の平均の比較は大きな差はみられない。OGTT対象者は初めて糖尿病を指摘される方が多く、指導内容が本人にとっては新鮮である反面、糖尿病の知識や情報に浅くまた軽症であることが多いため、軽視され放置される例が多いように感じられる。 ・ 結果説明まで利用していただいても支援が一度で終了することが多く生活習慣の改善につながらない現状がある。結果説明終了後も健康相談などの利用をすすめ糖尿病に移行しないように継続支援をしていくことが課題である。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導の利用が検査データの顕著な改善に結びついていないため、今後必要に応じて支援回数を増やすものとする。また継続管理を促す必要があるため、次年度の受診率の母数を結果返送者とし、次年度の受診勧奨も併せて行うものとする。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標(成果)	【項目名】HbA1c値維持・改善者割合(母数:結果返送者)						
	計画策定時	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
	78.7%	79.0%	79.0%	79.0%	79.0%	79.0%	79.0%
アウトプット指標(実施量・率)	【項目名】OGTT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
	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%
	【項目名】医療機関継続受診率						
	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
	44.4%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%
	【項目名】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
	77.3%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%
	【項目名】次年度健診受診率(母数:結果返送者)						
	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
	83.3%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
	【項目名】連絡票簿返納割合						
	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
24.7%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	

⑨ 高血圧医療機関受診勧奨事業

個別保健事業評価計画 (今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標)							
目的	高血圧者に対して受診勧奨を行う事で必要な医療管理に結び付け、高血圧の重症化を予防する。						
対象者	・ 特定健診の結果、収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上で定期的な受診が認められないもの。						
時期	・ 健診実施期間(7月～)結果返送次第順次。						
方法	・ 健診結果が届き次第、健診結果と本人宛受診勧奨文書、医療機関宛て依頼文書、医療機関からの連絡票を健診結果とともに発送。可能な限り発送前に対象者に電話もしくは訪問で健診結果の内容を伝え、受診方法について説明を行う。受診結果が返送された者のうち、継続支援が必要な者については、保健指導の利用を勧奨、継続支援に繋げる。						
実施回数・量	・ 初回通知を行ったのち、3か月を目途に国保総合システムにて受診状況の確認を行い、未受診者に対しては文書で再勧奨を行う。						
連携体制・予算・人員	・ 住民環境課(国保部局)と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・ 保健師(常勤1)						
事業について気づいたこと(前期評価)	<p>【現状と課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者と抽出基準と階層化が明確化されていないため、介入による効果や課題がわかりづらく、また勧奨後の受診状況の確認や継続支援ができていなかった。 <p>【今後の方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> 従来Ⅱ度以上高血圧者を中心に健診後、電話や訪問で受診勧奨を行っているが予防の観点からⅠ度以上の未治療者を本事業の対象者にすることとした。また、電話・訪問で介入できないケースも多いことから文書による受診勧奨を行い、介入率を上げることを狙うとともに、医療機関あての文書も結果案内に同封し、受診後必要な場合は継続支援に繋げる。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】収縮期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	【項目名】拡張期血圧 維持・改善者割合						
計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】医療機関受診勧奨率						
	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%
	【項目名】医療機関受診率						
	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
	※-	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	【項目名】次年度健診受診率						
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	
※-	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	
※R3については治療の有無を問わず介入したためデータなし							

⑩ 腎臓機能低下医療機関受診勧奨事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	腎機能低下が認められる者に対して受診勧奨を行う事で必要な医療管理に結び付け、腎臓病の重症化を予防する。						
対象者	特定健診の結果次のいずれかに該当する者でかつ定期的な医療受診が認められないもの ①尿蛋白 2+以上 ②eGFR45ml/min/1.73 m ² 未満 ③eGFR45～60ml/min/1.73 m ² 未満かつ尿蛋白+						
時期	・健診実施期間（7月～）結果返送次第順次。						
方法	健診結果が届き次第、健診結果と本人宛受診勧奨文書、医療機関宛て依頼文書、医療機関からの連絡票を診結果とともに発送。可能な限り発送前に対象者に電話もしくは訪問で健診結果の内容を伝え、受診方について説明を行う。受診結果が返送された者のうち、継続支援が必要な者については、保健指導の利用勧奨、継続支援に繋げる。						
実施回数・量	・初回通知を行ったのち、3か月を目途に国保総合システムにて受診状況の確認を行い、未受診者に対して文書で再勧奨を行う。						
連携体制・予算・人員	・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・保健師（常勤1）						
事業について気づいたこと（前期評価）	【現状と課題】 ・対象者と抽出基準と階層化が明確化されていないため、介入による効果や課題がわかりづらく、また勧奨後の受診状況の確認や継続支援ができていなかった。 【今後の方針】 ・電話、訪問で介入できないケースも多いことから文書による受診勧奨を行い、介入率を上げることを狙うとともに、医療機関あての文書も結果案内に同封し、受診後必要なケースは継続支援に繋げる。						
評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】収縮期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	【項目名】拡張期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】CKD重症分類の変化 維持・改善割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	【項目名】医療機関受診勧奨率						
	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%
	【項目名】医療機関受診率						
	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
	-	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	【項目名】次年度健診受診率						
	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
	-	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%

⑪ 高血圧重症化予防保健指導

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）	
目的	高血圧者に対し、受診勧奨、保健指導を行う事で重症化を予防し、高血圧が原因で引き起こされる重要臓器（脳・心・腎）障害の発症を予防する。
対象者	①個別アプローチ 特定健診にて高血圧受診勧奨対象者となった者。（I度以上未治療者）かつ保健指導を利用することに同意した者。 ②集団アプローチ ア）特定健診にて収縮期血圧 130mmHg もしくは拡張期血圧 85mmHg イ）全町民 高血圧重点対策として「へるしおあんぱち」（詳細別記）を展開する。
時期	①個別アプローチ 健診実施期間（7月～）結果返送次第順次。 ②集団アプローチ （11月～1月をキャンペーン強化期間とする） ア）教室開催（へるしお昼食会） 10月下旬 イ）・広報誌掲載 12～1月 ・減塩啓発チラシの配布 母子手帳発行時、乳幼児健診、相談 各種検診、健診 健康相談、サロン ・へるしお啓発講座（出前講座・健診、検診実施時）
方法	①個別アプローチ 生活習慣病重症化予防相談会を開催し、保健指導連絡票が医師から返送されたものについては個別面談を行う。 ※現在開催されている糖尿病食事相談会の名称はそのままとする。 ②集団アプローチ ア）対象者に高血圧重症化予防に関する教室を開催 イ）・広報誌に高血圧に関する記事を掲載 ・減塩に関する啓発チラシを配布する。 ・減塩に関する講座を実施する。
実施回数・量	①個別アプローチ 生活習慣病重症化相談を月1回開催。利用回数は個別に設定 ②集団アプローチ ア）教室 年1回 イ）・広報 11～1月に1回 ・チラシ配布、講座実施（随時・応状況）
連携体制・予算・人員	・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・保健師（常勤1）、管理栄養士（常勤1非常勤2） ・食生活改善推進協議会
事業していて気づいたこと（前期評価）	【現状と課題】 ・次年度の健診受診率、収縮期血圧・拡張期血圧の差の平均をみると未介入群にくらべ介入群の方が改善している。保健指導当時の治療状況が不明であるが、受診勧奨により服薬治療が開始され、治療の効果が出たものと考えられる。一方、腹囲や体重に変化はあまりなかったため、服薬は始まったものの、生活習慣全般の改善には至らなかったことがうかがえる。もともと、運動不足、肥満や塩分、糖質の過剰摂取が生活背景にある事例が多く、治療開始後も生活習慣改善に関する支援を継続する必要がある。介入数が少なく、介入時の治療状況が不明であるため、今後は有所見者を階層化し、対象者の抽出基準を明確にして評価することが必要であると考えられる。 【今後の方向性】 ・高血圧が重症化し、これに起因するとみられる脳卒中、心臓疾患、腎疾患などの病気が後期高齢者になって重症化、要介護状態を招いていることから早期に介入し必要な医療に結び付け、治療開始後も継続支援が行えるように体制を整備していくとともに、健診受診者やハイリスク者に限らず、食習慣、運動習慣を含めた生活習慣改善について広く啓発していくポピュレーションアプローチが必要であると考えられる。33期データヘルス計画では減塩を中心とした「へるしおあんぱち」を展開し、すべての町民を対象とした啓発活動を行う。

評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】収縮期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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
	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%	93.5%
	【項目名】拡張期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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
	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%	79.2%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】保健指導実施率						
	計画策定時	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
	13.5%	20.0%	30.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	【項目名】次年度健診受診率						
	計画策定時	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
	88.9%	89.0%	89.0%	89.0%	89.0%	89.0%	89.0%

⑫ 腎機能低下重症化予防保健指導

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	腎機能低下が認められる者に対して保健指導、必要に応じて受診勧奨を実施し、腎臓病の重症化を予防する。						
対象者	・腎機能低下医療機関受診勧奨となった者で保健指導を受けることに同意をした者。						
時期	・健診実施期間（7月～）結果返送次第順次。						
方法	・対象者に受診勧奨を行うと同時に、保健指導を利用することを勧める。						
実施回数・量	・生活習慣病重症化相談を月1回開催。利用回数は個別に設定						
連携体制・予算・人員	<ul style="list-style-type: none"> ・住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行う。 ・常勤保健師1 ・管理栄養士（常勤1非常勤2） 						
事業について気づいたこと（前期評価）	<p>【現状と課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に紹介するが、「治療の必要性なし」、もしくは「年1回の健康診断でフォロー」との結果で返送される例が多く、生活習慣の改善に至らない。 <p>【今後の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病や高血圧などの基礎疾患を有している場合は重症化する可能性が高く、腎機能については不可逆であるため他の生活習慣病対策と包括的に取り組む必要があると考えられる。人工透析患者数は国保後期とも横ばいもしくは減少傾向であるが、同じ年度で国保・後期の患者数を比較すると後期の患者数が多い。この事実から早期に介入して重症化予防をする必要性があると共に、背景には多くの住民に塩分や脂肪の摂取過多など腎臓に負担をかける生活が日常化している事が考えられるため、他疾患重症化予防と包括的に取り組みながらポピュレーションとしての事業展開をしていく。 						
評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】収縮期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	【項目名】拡張期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】CKD重症分類の変化 維持・改善割合						
	計画策定時	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%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	【項目名】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
	-	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】次年度健診受診率						
	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
	-	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

⑬ 重複投与者に対する取組

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。						
対象者	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ① a. 抽出基準 （3か月連続して）同一診療月内で、3医療機関以上から重複処方が発生した薬効数が1以上の者。ただし、がん、うつ、認知症、統合失調症、資格喪失者、処方状況を提示し医療機関・薬局に情報提供している方を除く。						
時期	・対象者の確認：3か月に1回（KDBで確認。）						
方法	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ① b. 通知又は個別訪問指導 c. 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d. 実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認						
実施回数・量	介入が必要と判断した対象者に、上記の方法で1回以上。						
連携体制・予算・人員	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ・安八郡医師会との連携						
事業していて気づいたこと（前期評価）							
評価指標・目標値							
アウトカム指標（成果）	【項目名】共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組③重複投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること						
	計画策定時	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
	97人	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
アウトプット指標（実施量・率）	【項目名】対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）						
	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回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	【項目名】取組実施前後の評価						
	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回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	【項目名】医師会・薬剤師会への相談						
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回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	

⑭ 多剤投与者に対する取組

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。						
対象者	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ① a 抽出基準 （3か月連続して）同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者。ただし、がん、うつ、認知症、統合失調症、資格喪失者、処方状況を提示し医療機関・薬局に情報提供している方を除く。						
時期	・対象者の確認：3か月に1回（KDBで確認。）						
方法	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ① b. 通知又は個別訪問指導 c. 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d. 実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認						
実施回数・量	介入が必要と判断した対象者に、上記の方法で1回以上。						
連携体制・予算・人員	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ・安八郡医師会との連携						
事業していて気づいたこと（前期評価）							
評価指標・目標値							
アウトカム指標（成果）	【項目名】共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組③多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること						
	計画策定時	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
	14人	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
アウトプット指標（実施量・率）	【項目名】対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）						
	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回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	【項目名】取組実施前後の評価						
	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回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	【項目名】医師会・薬剤師会への相談						
	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回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上

⑮ 薬剤の適正使用の推進に対する取組

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。						
対象者	共通指標⑤（3） 薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発 対象者：被保険者を含む住民 ②セルフメディケーションの推進のための周知・啓発 対象者：被保険者を含む住民						
時期	①、②ともに共通指標⑤と整合性をとりながら、7月を目安にホームページの内容を確認し、更新する。（年1回）						
方法	共通指標⑤（3） 薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①方法：ホームページ ②方法：ホームページ						
実施回数・量	①、②ともに共通指標⑤と整合性をとりながら、7月を目安にホームページの内容を確認し、更新する。（年1回）						
連携体制・予算・人員	・住民環境課（国保部局）						
事業していて気づいたこと（前期評価）							
評価指標・目標値							
アウトカム指標（成果）	【項目名】						
	計画策定時	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
アウトプット指標（実施量・率）	【項目名】 お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発						
	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回以上	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	【項目名】 セルフメディケーションの推進のための周知・啓発						
	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回以上	1回	1回	1回	1回	1回	1回

⑩ 地域包括ケアに対する取組

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）	
目的	<p>当町は高齢化率が28.8%（令和2年）労働人口（15～64歳）割合が58.3%と近年高齢化が進行している。また令和2年の65以上単独世帯は8.0%で平成27年に比べ2.0%増加しており県内10位となっており今後社会的支援が必要な高齢者の増加が予想されることから（令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年国勢調査による岐阜県の人口より」）</p> <p>国保の視点から地域包括ケアに資する取り組みを行う事で高齢者が住み慣れた地域で自立した生活できる期間の延伸、QOLの向上を図れるようにする</p>
対象者・時期・方法 実施回数・量	<p>①地域支援事業に国保部局として参画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県が都道府県ヘルスアップ事業で行っている「医療費水準地域差要因分析等事業」において作成した「Re：ヘルス」を活用し、そこから分析された「データを活用した医療・介護における地域の特徴と課題」（仮）を県から提供していただき、その結果を国保運営協議会や多職種連携会議にて提供、継続的に対応が必要な課題の検討と意見の集約を行う予定。 ・提供を予定される分析内容は、「Re：ヘルス」を活用し居宅介護を進めるための在宅医療の状況や介護につながる疾患の状況など、KDBシステムの「健康スコアリング・介護」等も活用し、介護と医療のクロス分析や要介護区分別人数前年比などから地域の特徴や課題について分析予定と県から説明されている。 <p>②ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安八町の要介護（支援）者の有病状況では、心臓病・高血圧症などが高い傾向であり、生活習慣病予防に取り組むことが重要と考えている。特定健診の結果から生活習慣病に結びつくメタボリックシンドローム該当者・予備群の人を対象に運動教室を実施している。 <p>③医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保運営協議会の委員でもある医師に安八町の現状や健康課題について報告し、助言を求めている。循環器疾患、糖尿病の重症化により、介護を受ける割合が高くなるので、介護申請につながらないようにするため、当町では循環器疾患、糖尿病腎症重症化予防について重点的に取組を行っている。（令和5年度は令和6年2月実施予定）
連携体制・予算・人員	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、福祉課、地域包括支援センター、安八郡広域連合と連携、情報の共有をしている。
事業していて気づいたこと（前期評価）	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳代以降に発症した生活習慣病が重症化し、後の要介護状態の原因となっていることから今後も必要に応じて連携、国保部門として参画していく。

評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	【項目名】②KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	【項目名】③国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

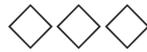
⑰ 高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）	
目的	<p>国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。</p>
対象者・時期・方法 実施回数・量	<p>①ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病重症化予防：健診結果 HbA1c6.5 以上未治療者、中断者 ・高血圧重症化予防：健診結果 I 度以上高血圧未治療者 ・低栄養重症化予防：健診結果血中アルブミン値 3.8 未満かつ BMI18.5 未満 ・健診結果血中アルブミン値 3.8 未満かつ問診で 6 か月以内に 2~3 キロ以上体重減少ありと答えた者 ・数ヶ月間の間隔で個別面談、生活指導を行い各指標に基づいて身体状況、生活状況の評価を行う。 <p>②ポピュレーションアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いきいきサロン：フレイル状態にある高齢者に健康チェックや医療専門職による保健指導を行う。 ・元気百梅クラブ：一般高齢者を対象とした運動教室 ・すこやか健康教室・地区サロン：高齢者を対象に健康チェック（血圧測定）運動、栄養、歯科保健など生活習慣改善の啓発を行う。 ・シルバーリハビリ体操指導士養成：通いの場に関与する高齢者の中から介護予防体操を地域に普及する人材を育てる事を目的とした講座を実施する。 <p>③事業の実施根拠になるデータの分析</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保・後期：KDB 健診・医療・介護データからみる健康課題 地域の全体像の把握 健康スコアリングより健診結果、医療費の動向を把握した。令和 3、4 年度の特定健診、後期高齢者健診データの分析を行うと共に介護データとレセプトデータの突合を行い、健康課題の抽出を行った。結果、要介護認定者の抱える疾患名から前期高齢からの循環器疾患や糖尿病の重症化が、後に脳卒中や心疾患などの重大疾患の原因となり引き起こしている事、食生活、身体、生活状況の変化が低栄養、フレイルを招き骨折等の要介護状態に移行する例が多い事がわかり、生活習慣病重症化予防（糖尿病、高血圧）低栄養重症化予防をハイリスクアプローチとして行う事とした。また適正塩分摂取や運動の習慣化をはじめとする生活習慣改善に関する啓発、フレイル予防に関する啓発をポピュレーションアプローチとして行う事とした。
連携体制・予算・人員	<ul style="list-style-type: none"> ・令和 5 年度より保健事業と介護予防事業の一体的実施開始に伴い、専任保健師が介護予防部門である地域包括支援センターと保健事業担当部門である保健センターとの連携を担う事になった。
事業していて気づいたこと（前期評価）	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク、ポピュレーションアプローチを実施する中、特に検討が必要と思われる個別ケースや事業内容については、ケア会議、フレイル予防会議を開催、チームで検討をすることで情報共有し、PDCA を見据えた事業展開につながるよう努めている。今後は個々の事案から地域の課題を見出し事業に結びつけることが課題と考えられる。

評価指標・目標値							
アウトカム指標 (成果)	【項目名】後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	【項目名】事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
アウトプット指標 (実施量・率)	【項目名】①後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	【項目名】②介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ポピュレーションアプローチ）						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	【項目名】③事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施						
	計画策定時	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
	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

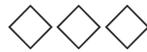
第6章

計画の評価・見直し



第7章

計画の公表・周知



第8章

個人情報の取扱い

第6章 計画の評価・見直し

第6章から第9章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7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8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。安八町では、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9章

地域包括ケアに係る取組及び その他の留意事項



第10章

第4期 特定健康診査等実施計画

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

地域には老人クラブ、フレイルサポーター、元気サポーターなどの団体があり、地域の通いの場（地区サロン、体操クラブ、認知症カフェ NPO 主催教室）において介護予防事業への参画、サポートを行っている。高齢者の介護予防事業については地域包括支援センターを中心に企画、運営が展開されているが令和5年度より保健事業と介護予防事業の一体的実施開始に伴い専任保健師が保健事業との連携を担う事になった。この事により、ハイリスク、ポピュレーションの両面から町民一人一人に対して生涯を通して切れ目ない健康と暮らしの支援ができる地域包括ケアの構築を目指している。

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) 計画策定の背景・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。

安八町においても、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月に発表された「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、安八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）」での主な変更点は図表10-1-2-1のとおりである。

安八町においても、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年間である。

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（図表10-2-1-1）。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（図表10-2-1-2）。

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%

【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

※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

(2) 安八町の状況

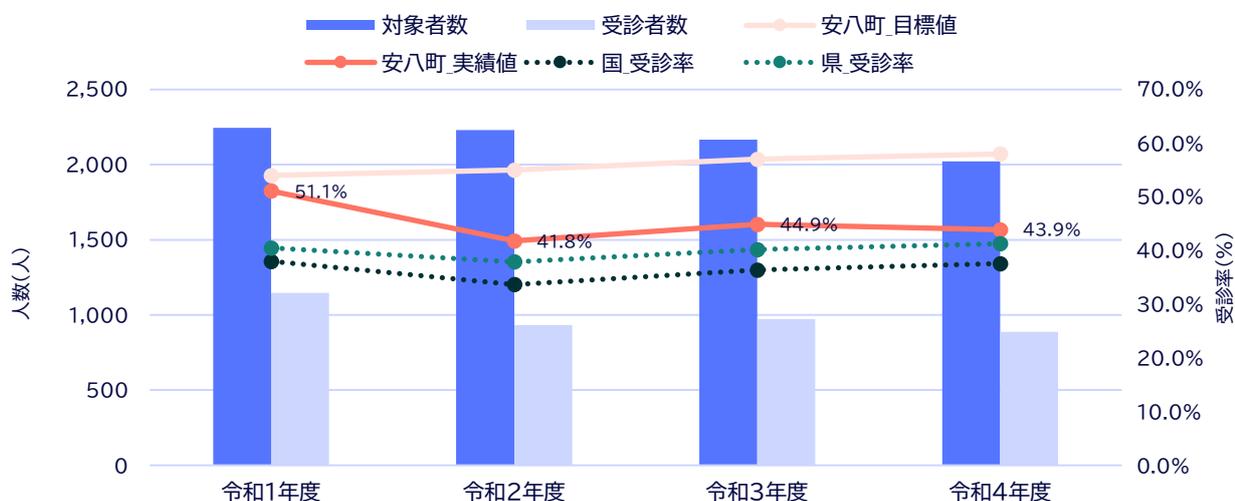
① 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると（図表 10-2-2-1）、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43.9%となっている。この値は、国・県より高い。

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43.9%であり、令和1年度の特定健診受診率51.1%と比較すると7.2ポイント低下している。国や県の推移をみると、令和1年度と比較して令和4年度の特定健診受診率は、国は低下し、県は上昇している。

男女別及び年代別における令和1年度と令和4年度の特定健診受診率をみると（図表 10-2-2-2・図表 10-2-2-3）、男性では50-54歳で最も伸びており、55-59歳で最も低下している。女性では65-69歳で最も伸びており、45-49歳で最も低下している。

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）



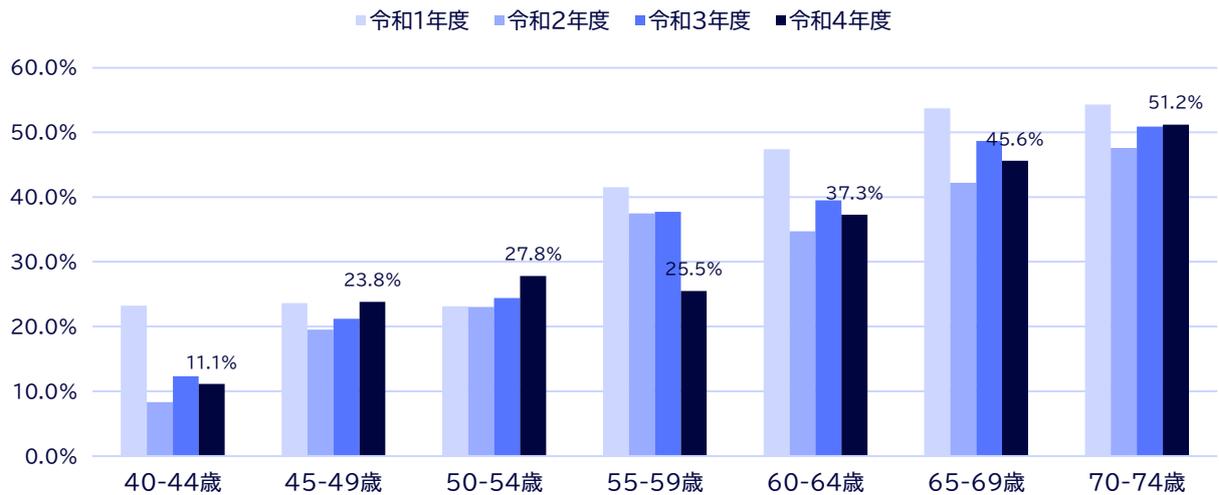
		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診受診率	安八町_目標値	54.0%	55.0%	57.0%	58.0%
	安八町_実績値	51.1%	41.8%	44.9%	43.9%
	国	38.0%	33.7%	36.4%	37.6%
	県	40.5%	37.9%	40.2%	41.3%
特定健診対象者数（人）		2,244	2,230	2,165	2,022
特定健診受診者数（人）		1,146	933	972	888

【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

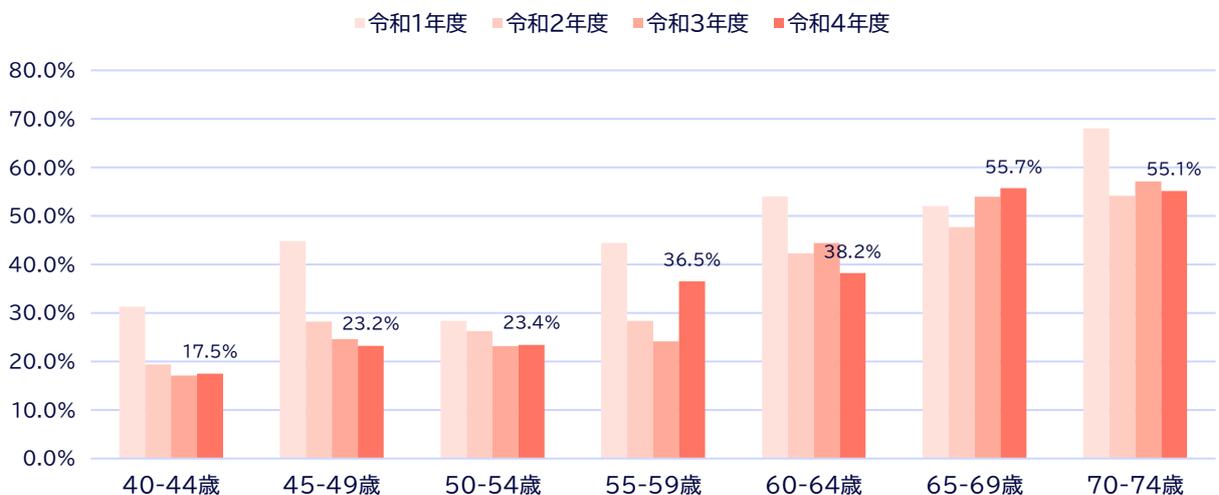
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度
※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（以下同様）

図表 10-2-2-2：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
令和1年度	23.2%	23.6%	23.1%	41.5%	47.4%	53.7%	54.3%
令和2年度	8.3%	19.5%	23.0%	37.5%	34.7%	42.2%	47.6%
令和3年度	12.3%	21.2%	24.4%	37.7%	39.5%	48.7%	50.9%
令和4年度	11.1%	23.8%	27.8%	25.5%	37.3%	45.6%	51.2%
令和1年度と令和4年度の差	-12.1	0.2	4.7	-16.0	-10.1	-8.1	-3.1

図表 10-2-2-3：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
令和1年度	31.3%	44.8%	28.3%	44.4%	54.0%	52.0%	68.0%
令和2年度	19.4%	28.2%	26.2%	28.3%	42.3%	47.7%	54.1%
令和3年度	17.1%	24.6%	23.1%	24.1%	44.4%	53.9%	57.1%
令和4年度	17.5%	23.2%	23.4%	36.5%	38.2%	55.7%	55.1%
令和1年度と令和4年度の差	-13.8	-21.6	-4.9	-7.9	-15.8	3.7	-12.9

【出典】 KDB 帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

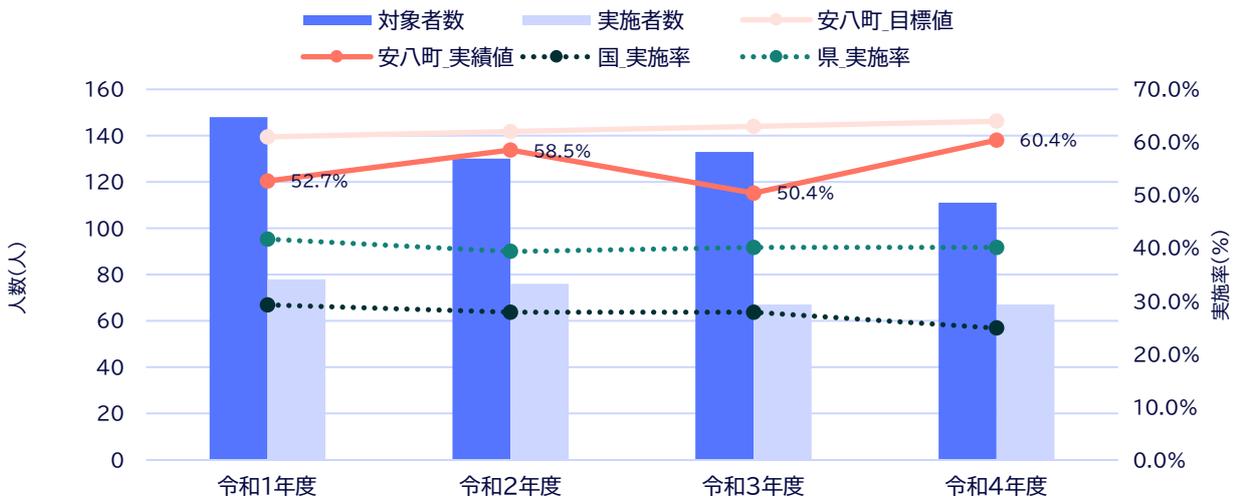
② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると（図表 10-2-2-4）、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65.0%としていたが、令和4年度時点で60.4%となっている。この値は、国・県より高い。

前期計画中の推移をみると、令和4年度の実施率は、令和1年度の実施率52.7%と比較すると7.7ポイント上昇している。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移をみると（図表 10-2-2-5）、積極的支援では令和4年度は54.5%で、令和1年度の実施率29.6%と比較して24.9ポイント上昇している。動機付け支援では令和4年度は61.5%で、令和1年度の実施率61.2%と比較して0.3ポイント上昇している。

図表 10-2-2-4：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）



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導 実施率	安八町_目標値	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%
	安八町_実績値	52.7%	58.5%	50.4%	60.4%
	国	29.3%	27.9%	27.9%	24.9%
	県	41.7%	39.4%	40.1%	40.1%
特定保健指導対象者数（人）		148	130	133	111
特定保健指導実施者数（人）		78	76	67	67

【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021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 令和元年度から令和3年度

図表 10-2-2-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和1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	29.6%	42.9%	33.3%	54.5%
	対象者数（人）	27	21	30	22
	実施者数（人）	8	9	10	12
動機付け支援	実施率	61.2%	58.6%	50.9%	61.5%
	対象者数（人）	121	111	112	91
	実施者数（人）	74	65	57	56

【出典】KDB 帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

※図表 10-2-2-4 と図表 10-2-2-5 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

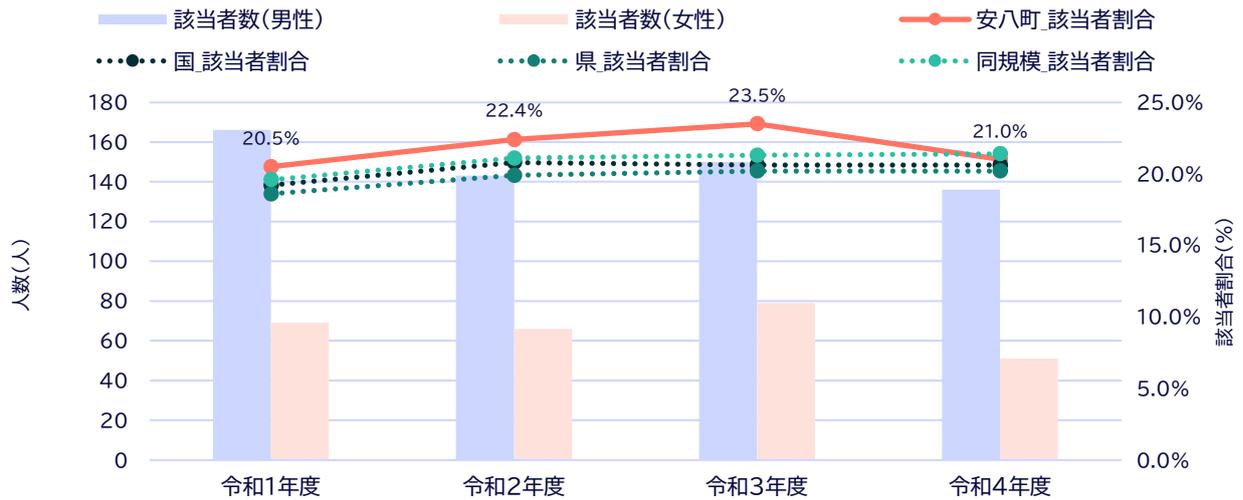
③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると（図表 10-2-2-6）、令和 4 年度におけるメタボ該当者数は 187 人で、特定健診受診者の 21.0%であり、国・県より高い。

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上昇している。

男女別にみると、メタボ該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者に占める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 10-2-2-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	該当者数 (人)	割合						
安八町	235	20.5%	209	22.4%	229	23.5%	187	21.0%
男性	166	32.9%	143	34.7%	150	34.0%	136	34.6%
女性	69	10.7%	66	12.7%	79	14.8%	51	10.3%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	18.6%	-	19.9%	-	20.2%	-	20.2%
同規模	-	19.6%	-	21.1%	-	21.3%	-	21.4%

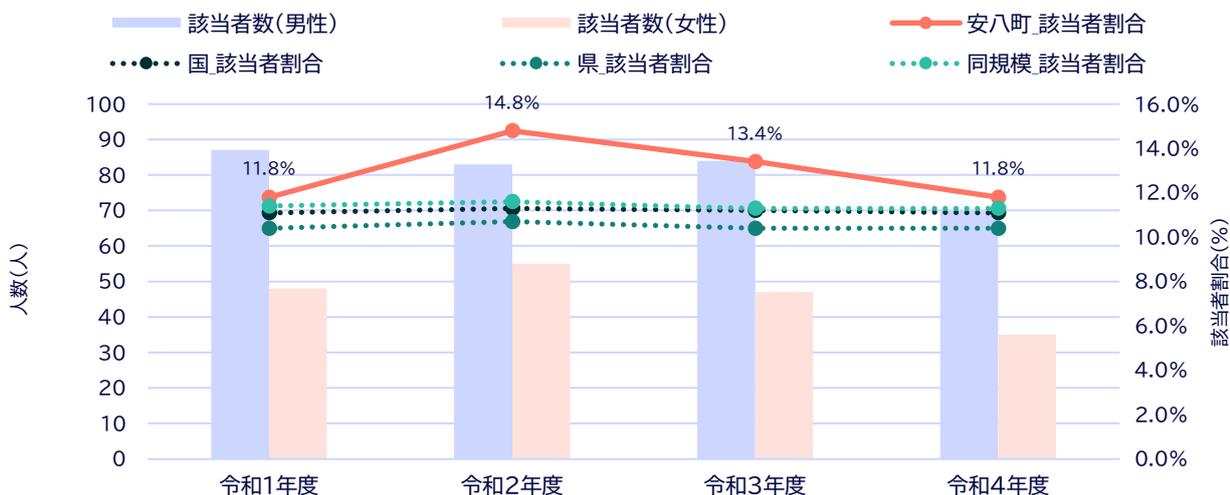
【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると（図表 10-2-2-7）、令和 4 年度におけるメタボ予備群該当者数は 105 人で、特定健診受診者における該当割合は 11.8%で、国・県より高い。

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、特定健診受診者における該当割合は同程度である。

男女別にみると、メタボ予備群該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者における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 10-2-2-7：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	該当者数 (人)	割合						
安八町	135	11.8%	138	14.8%	131	13.4%	105	11.8%
男性	87	17.3%	83	20.1%	84	19.0%	70	17.8%
女性	48	7.5%	55	10.6%	47	8.8%	35	7.0%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	10.4%	-	10.7%	-	10.4%	-	10.4%
同規模	-	11.4%	-	11.6%	-	11.3%	-	11.3%

【出典】 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 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 85 cm (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	90 cm (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

(3) 国の示す目標

第4期計画においては図表10-2-3-1のとおりであり、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) 安八町の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は図表10-2-4-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診受診率を50.0%、特定保健指導実施率を60.0%まで引き上げるように設定する。

特定健診対象者及び特定保健指導実施者の見込み数については、図表10-2-4-2のとおりである。

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	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
特定保健指導実施率	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%

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）	2,001	1,963	1,926	1,889	1,851	1,814	
	受診者数（人）	900	903	905	907	907	907	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	114	115	115	115	115	115
		積極的支援	22	22	22	22	22	22
		動機付け支援	92	93	93	93	93	93
	実施者数（人）	合計	63	64	66	67	68	69
		積極的支援	12	12	13	13	13	13
		動機付け支援	51	52	53	54	55	56

※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は、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）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、安八町国民健康保険加入者で、当該年度に 40 歳から 74 歳となる人に実施する。

② 実施期間・実施場所

個別健診は、7 月から 8 月にかけて安八郡内各医療機関、大垣市墨俣町内の医療機関にて実施する。また、当年度未受診者を対象に 10 月も実施する。

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に図表 10-3-1-1 の「基本的な健診項目」を実施する。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施する。

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"> ・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状） ・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI） ・血圧 ・血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDL コレステロール、LDL コレステロール（Non-HDL コレステロール）） ・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） ・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖） ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
安八郡独自の健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査（※1 以外全員に実施） ・貧血検査（赤血球、色素量、ヘマトクリット値、白血球、血小板）（※2 以外全員に実施） ・血清クレアチニン検査（※3 以外全員に実施） ・尿酸 ・尿潜血
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査※1 ・眼底検査（現時点で実施なし。今後安八郡医師会と協議する。） ・貧血検査（赤血球、色素量、ヘマトクリット値）※2 ・血清クレアチニン検査※3

【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）

※1 当該年度の健診結果において収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 以上の者。又は、自覚症状及び他覚症状の検査で不整脈が疑われる者に実施

※2 国の貧血検査対象者に実施

※3 当該年度の健診結果等において、収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上の者。又は、空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c 5.6%（NGSP 値）以上又は随時血糖 100mg/dl 以上の者に実施

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

個別の特定健診受診者については、対象者に結果通知表を郵送する。

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

安八町国民健康保険被保険者が「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。

(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、既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-74 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 ²		1 つ該当	なし	
	なし/あり		積極的支援	
	2 つ該当	あり		
		なし	動機付け支援	
	1 つ該当	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 HbA1c 5.6%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 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か月間後に体重、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。

③ 実施体制

特定保健指導は、直営で指導を実施する。

4 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、安八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、安八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。

參考資料



用語集

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、医療費総額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つ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 ² ）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	ハ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 歳の人が必要介護 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。単に腹囲が大きいただけでは、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。

安八町国民健康保険
第3期データヘルス計画 第4期特定健康診査等実施計画
令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

発行 令和6年3月
発行者 安八町
編集 住民環境課
保健センター
住所 〒503-0198
岐阜県安八郡安八町氷取161番地
安八町役場 TEL(0584)64-3111(代表)
FAX(0584)64-5014

