

苓北町国民健康保険  
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  
熊本県苓北町

# 目次

第1章 基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 計画の趣旨	1
3 標準化の推進	4
4 計画期間	4
5 実施体制・関係者連携	4
第2章 現状の整理	5
1 苓北町特性	5
(1) 人口動態	5
(2) 平均余命・平均自立期間	6
(3) 産業構成	7
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）	7
(5) 被保険者構成	7
2 前期計画等に係る考察	8
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	8
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察	10
3 保険者努力支援制度	15
(1) 保険者努力支援制度の得点状況	15
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	16
1 死亡の状況	17
(1) 死因別の死亡者数・割合	17
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）	18
2 介護の状況	20
(1) 要介護（要支援）認定者数・割合	20
(2) 介護給付費	20
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況	21
3 医療の状況	22
(1) 医療費の3要素	22
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率	23
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率	24
(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率	25
(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	27
(6) 高額なレセプトの状況	28
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	29
(1) 特定健診受診率	29
(2) 有所見者の状況	31
(3) メタボリックシンドロームの状況	33
(4) 特定保健指導実施率	35
(5) 受診勧奨対象者の状況	36
5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況	39
(1) 中長期目標疾患と介護認定の状況	39
(2) 短期目標疾患と合併症の状況	40

(3) 保健種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者数と健診受診状況.....	41
(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率.....	41
(5) 後期高齢者の健診受診状況.....	42
6 その他の状況 .....	43
(1) 後発医薬品の使用状況 .....	43
(2) 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.....	43
7 健康課題の整理 .....	45
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	47
第5章 保健事業の内容.....	48
1 保健事業の整理 .....	48
(1) 重症化予防 .....	48
(2) 生活習慣病発症予防・保健指導.....	55
(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施.....	56
2 データヘルス計画の目標管理一覧 .....	57
第6章 計画の評価・見直し.....	58
1 評価の時期 .....	58
(1) 個別事業計画の評価・見直し.....	58
(2) データヘルス計画の評価・見直し.....	58
2 評価方法・体制 .....	58
第7章 計画の公表・周知.....	58
第8章 個人情報の取扱い.....	58
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	58
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	59
1 計画の背景・趣旨 .....	59
(1) 計画策定の背景・趣旨 .....	59
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向.....	59
(3) 計画期間 .....	60
(4) 苓北町の目標 .....	61
2 特定健診・特定保健指導の実施方法 .....	62
(1) 特定健診 .....	62
(2) 特定保健指導 .....	63
3 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組 .....	64
(1) 特定健診 .....	64
4 その他 .....	65
(1) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール.....	65
(2) 計画の公表・周知 .....	66
(3) 個人情報の保護 .....	66
(4) 実施計画の評価・見直し .....	66
参考資料 用語集.....	67



## 第1章 基本的事項

### 1 背景・目的

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

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、「保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示された。

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

### 2 計画の趣旨

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1-2-1-1）

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

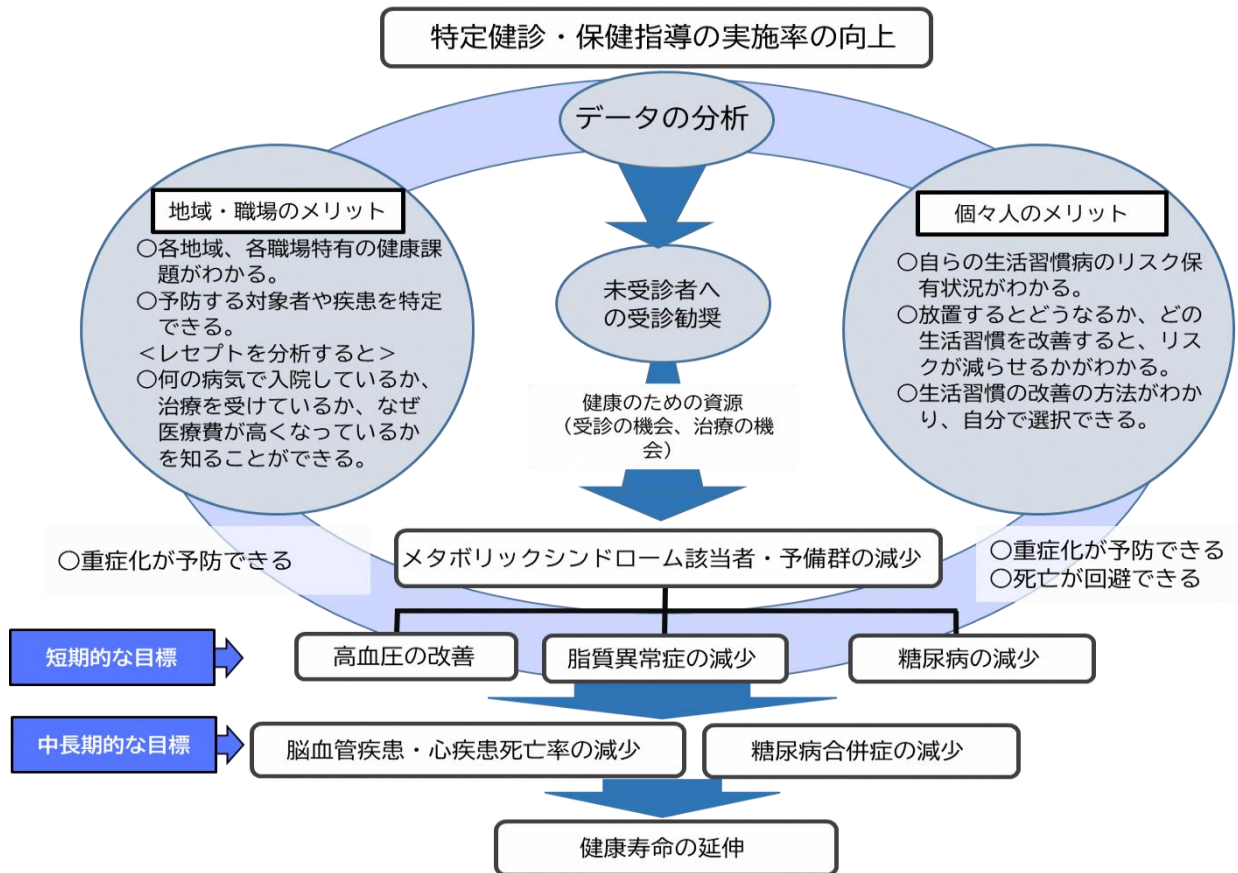
さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」（以下「プログラム」という。）は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められている。（図表1-2-1-2 図表1-2-1-3）

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

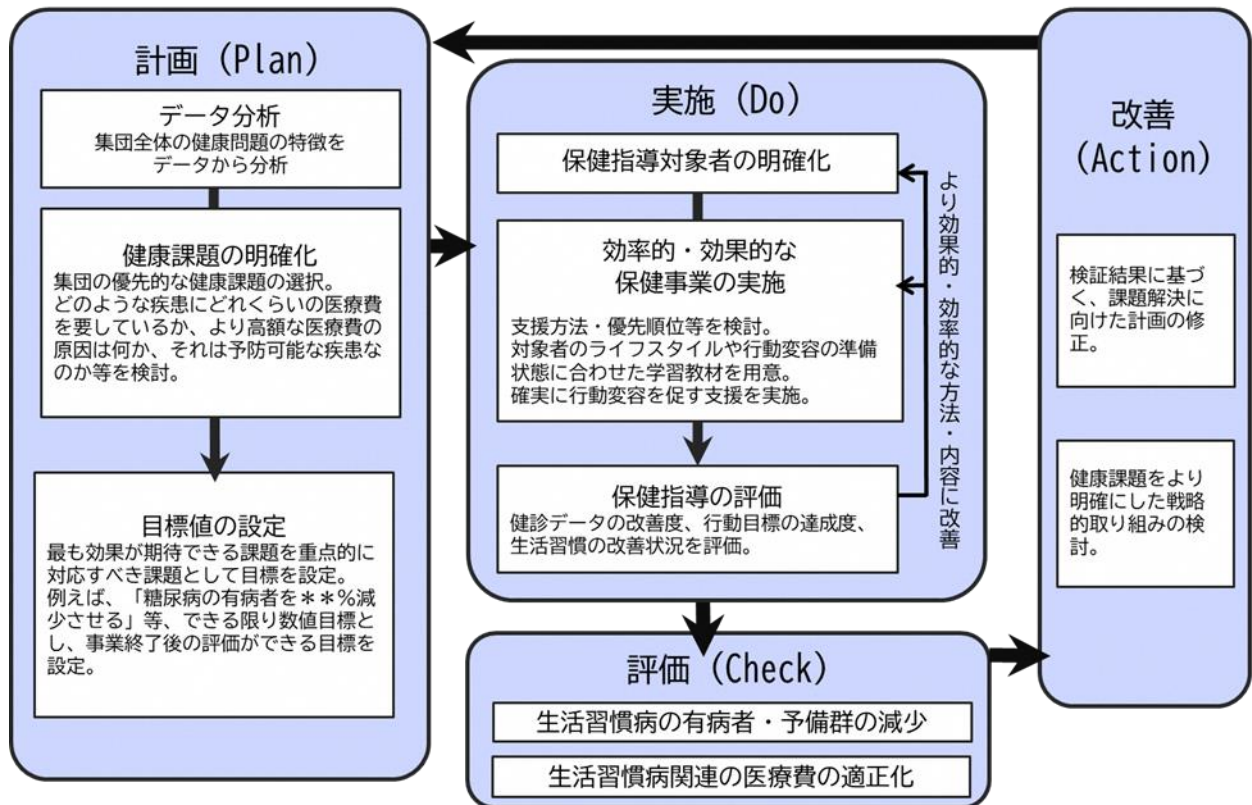
図表1-2-1-1：計画の位置づけ

	健康増進計画		医療費適正化計画		医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援) 計画
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業 の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適 切かつ有効な実施を図るための基本 的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円 滑な実施を確保するための基本的な 指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生 活できる持続可能な社会の実現に 向け、誰一人取り残さない健康づ くりの展開とより実効性を持つ取 組の推進を通じて、国民の健康の 増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDC Aサイクルに沿った効果的かつ 効率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保 健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等 の実情を考慮し、特定健康診査の効 率の向上を図るための計画 を作成。	持続可能な運営を確保するため、保 険者・医療関係者等の協力を得なが ら、住民の健康保持・医療の効率的 な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ 地域で切れ目のない医療の提供、良 質かつ適切な医療を効率的に提供す る体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サー ビス提供体制の確保及び地域支援事 業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質劣化症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、 アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c 8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病、6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局：国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表1-2-1-2：特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



図表1-2-1-3：保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



### 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。本町では、熊本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

本町では、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。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が主体的かつ積極的に健康増進に取り組むことが重要である。このため、パブリックコメントをとおして被保険者の意見を本計画に反映させる。



## 第2章 現状の整理

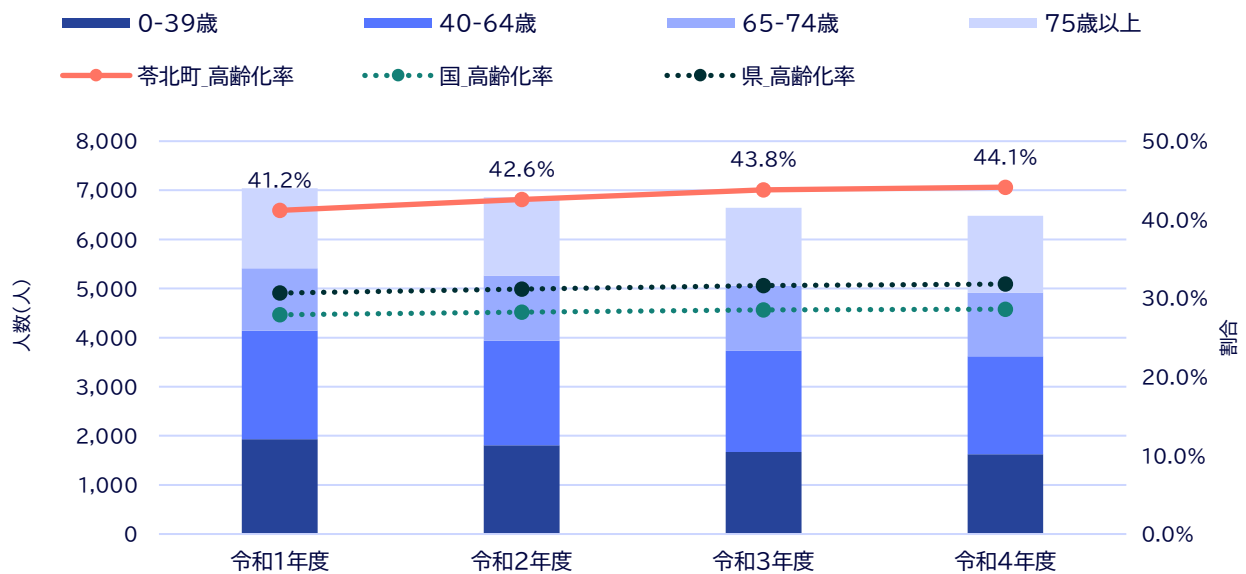
### 1 苓北町的特性

#### (1) 人口動態

苓北町の人口をみると（図表2-1-1-1）、令和4年度の人口は6,478人で、令和1年度（7,042人）以降564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44.1%で、令和1年度の割合（41.2%）と比較して、2.9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	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	1,928	27.4%	1,809	26.4%	1,671	25.2%	1,628	25.1%
40-64歳	2,213	31.4%	2,128	31.0%	2,061	31.0%	1,990	30.7%
65-74歳	1,273	18.1%	1,327	19.3%	1,323	19.9%	1,296	20.0%
75歳以上	1,628	23.1%	1,594	23.2%	1,587	23.9%	1,564	24.1%
合計	7,042	-	6,858	-	6,642	-	6,478	-
苓北町_高齢化率	41.2%		42.6%		43.8%		44.1%	
国_高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
県_高齢化率	30.7%		31.2%		31.6%		31.8%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

※苓北町に係る数値は、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

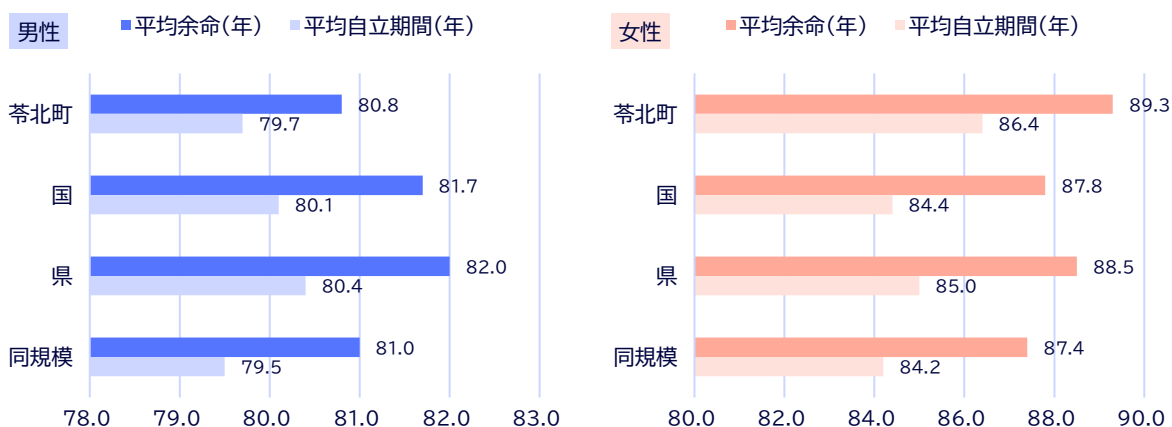
男女別に平均余命（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は80.8年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.9年である。女性の平均余命は89.3年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.5年である。

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79.7年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.4年である。女性の平均自立期間は86.4年で、国・県より長い。国と比較すると、+2.0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1.1年で、令和1年度以降ほぼ横ばいで推移している。女性ではその差は2.9年で、令和1年度以降拡大している。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している  
 ※平均自立期間：0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間

図表2-1-2-1：平均余命・平均自立期間



【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	81.0	80.0	1.0	88.0	85.4	2.6
令和2年度	82.0	80.8	1.2	88.0	85.5	2.5
令和3年度	80.3	79.2	1.1	88.1	85.4	2.7
令和4年度	80.8	79.7	1.1	89.3	86.4	2.9

【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・県と比較して第一次産業比率が高い。

図表2-1-3-1：産業構成

	苓北町	国	県	同規模
一次産業	16.4%	4.0%	9.8%	17.0%
二次産業	18.3%	25.0%	21.1%	25.3%
三次産業	65.3%	71.0%	69.1%	57.7%

【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・県と比較して病床数が多く、入院サービスを利用しやすい状況にある。

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

（千人当たり）	苓北町	国	県	同規模
病院数	1.7	0.3	0.5	0.3
診療所数	3.3	4.0	3.8	2.6
病床数	188.9	59.4	84.9	36.4
医師数	12.2	13.4	14.0	4.1

【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1,733人で、令和1年度の人数（1,910人）と比較して177人減少している。国保加入率は26.8%で、国・県より高い。

65歳以上の被保険者の割合は54.8%で、令和1年度の割合（50.9%）と比較して3.9ポイント増加している。

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	302	15.8%	279	14.8%	282	15.5%	254	14.7%
40-64歳	636	33.3%	610	32.4%	566	31.0%	530	30.6%
65-74歳	972	50.9%	991	52.7%	977	53.5%	949	54.8%
国保加入者数	1,910	100.0%	1,880	100.0%	1,825	100.0%	1,733	100.0%
苓北町_総人口	7,042		6,858		6,642		6,478	
苓北町_国保加入率	27.1%		27.4%		27.5%		26.8%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	23.3%		23.1%		22.4%		21.6%	

【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

### (1) 第2期データヘルス計画の目標評価・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											

	評価項目	評価指標	H28	目標値	H29	H30	R1	R2	R3	R4	指標評価	
			開始時		実績	実績	実績	実績	実績			
成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費（一人当たり）	43万円	減少	45万円	44万円	47万円	44万円	45万円	50万円	D	
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合	47.5%	減少	49.3%	48.8%	52.9%	50.5%	51.6%	52.6%	D	
		新規 脳血管疾患患者数	33人	減少	21人	23人	22人	23人	34人	17人	A	
	重症化した結果の疾患の発生状況	虚血性心疾患患者数	29人	減少	24人	29人	19人	27人	18人	21人	A	
		人工透析患者数	1人	1人	1人	0人	0人	0人	0人	2人	C	
		高額（100万円）以上のレセプト 脳血管疾患患者数	1人	1人	1人	人	1人	2人	1人	1人	A	
		虚血性心疾患患者数	4人	2人	2人	2人	人	1人	1人	0人	A	
		人工透析者数	15人	10人	15人	9人	8人	6人	6人	7人	A	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	46.8%	60.0%	47.1%	48.8%	44.6%	42.0%	51.5%	47.4%	C	
		特定保健指導実施率	48.2%	60.0%	75.0%	79.5%	82.3%	78.6%	76.3%	51.9%	B	
		特定保健指導対象者の減少率	16.3%	20.0%	24.4%	14.4%	11.1%	16.2%	13.2%	13.9%	C	
		メタボリックシンドローム該当者割合	20.3%	15.0%	17.6%	20.1%	19.7%	24.7%	24.8%	24.7%	D	
		メタボリックシンドローム予備群割合	12.1%	10.0%	10.5%	11.4%	13.4%	12.3%	9.2%	9.5%	A	
	基礎疾患の重症化予防	健診受診者の高血圧者（160/100以上）の割合	5.1%	3.0%	3.9%	5.4%	3.7%	6.0%	4.1%	5.2%	C	
		健診受診者の脂質異常者（LDL160以上）の割合	10.4%	5.0%	10.8%	10.4%	9.1%	6.8%	6.8%	8.7%	B	
		健診受診者の糖尿病患者（未治療HbA1c6.5以上）の割合	3.9%	2.0%	4.2%	1.7%	1.8%	3.0%	3.3%	2.5%	B	
		健診受診者の糖尿病患者（治療中HbA1c7.0以上）の割合	3.2%	2.0%	1.9%	3.1%	2.5%	3.8%	3.1%	4.2%	D	
		健診受診者のHbA1c8.0以上の割合	1.4%	減少	0.9%	1.0%	0.5%	0.8%	0.9%	1.0%	C	
		糖尿病の保健指導実施率	41.0%	60.0%	79.1%	74.3%	89.7%	97.4%	93.6%	95.7%	A	
	がんの早期発見、早期治療 ※（）内は国保被保険者の受診率	がん検診受診率										
		胃がん検診	10.1%	40.0%	9.9%	12.9% (31.7%)	11.2% (27.5%)	8.4% (22.2%)	11.9% (31.9%)	11.5% (30.0%)		B
		肺がん検診	16.3%	40.0%	13.7%	16.5% (36.0%)	15.3% (32.5%)	9.9% (23.6%)	15.5% (36.0%)	14.7% (34.7%)		D
		大腸がん検診	16.6%	40.0%	13.4%	17.2% (34.1%)	15.7% (31.7%)	14.6% (31.0%)	15.5% (37.8%)	13.1% (30.0%)		D
子宮頸がん検診		14.4%	40.0%	12.1%	14.0% (28.0%)	13.8% (27.8%)	6.0% (15.3%)	13.2% (30.3%)	13.1% (29.2%)		D	
乳がん検診		16.4%	40.0%	13.5%	14.5% (20.5%)	12.8% (24.7%)	6.6% (15.3%)	12.0% (27.0%)	11.5% (24.3%)		D	
	5つのがん検診の平均受診率	14.6%	40.0%	12.4%	15.1% (31.6%)	13.9% (29.6%)	9.7% (23%)	13.6% (32.6%)	12.8% (29.3%)		D	
歯科健診（歯周病検診）	歯科健診（歯周病健診含む）の受診率 増加		10.0%	6.1%	7.2%	1.6%	6.5%	6.5%	5.4%	D		
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合		80%	77.3%	85.5%	87.0%	86.8%	87.4	88.3	A		

<b>振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り</b>
<p>第2期では、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチの双方から取り組んできました。特に重症化予防の取組では、糖尿病性腎症重症化予防、虚血性心疾患重症化予防、脳血管疾患重症化予防の3つに分けて保健指導を実施してきました。その効果が第2期の評価として表れています。</p>
<b>振り返り② 第2期計画全体をとおしてうまくできていた点</b>
<p>重症化予防の取組として、特定保健指導率の向上、ハイリスク指導の充実に取り組みました。具体的には、ハイリスク指導として、Ⅱ度高血圧以上者、HbA1c7.0以上（治療中）者、HbA1c6.5以上（未治療）者、LDL160以上者、LDL140～159（未治療）者へ訪問指導を行いました。その成果として、特定保健指導率の上昇、特定保健指導対象者の減少、LDL160以上者の減少、HbA1c6.5以上者の減少を図ることができました。</p>
<b>振り返り③ 第2期計画全体をとおしてうまくできていなかった点</b>
<p>特定健診の受診率、がん検診の受診率の目標未達成であり、今後の課題となります。H30年度から特定健診未受診者勧奨を業務委託により取り組んできましたが、新型コロナウイルスの影響等により、受診率は伸び悩んでおります。</p> <p>また、メタボ該当者が増加し、若年者の肥満や健診受診と、若年者へのポピュレーションアプローチが今後の課題だと考えられます。</p>
<b>振り返り④ 第3期計画への考察</b>
<p>第2期では健診受診者への取組を充実させてきたからこそ、健診受診者を増やすことが重要となってきます。特定健診とがん検診を同時受診する方を増やすための取組が必要です。</p> <p>また、メタボ該当者の増加や若年者の肥満者増加から、糖尿病予備群の増加が懸念されます。空腹時血糖値100以上者は県内1位（R4年度）であることから、若年者の肥満からくるメタボ該当者や糖尿病予備群者を減らすための取組が必要となってきます。</p>

## (2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価をした。

【評価の凡例】	
○「事業評価」欄：5段階	
A：うまくいっている B：まあうまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない	
○「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	

### ① 重症化予防

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病を起因とする新規人工透析患者の減少	特定健診受診のうち糖尿病重症化ハイリスク者・CKD重症化ハイリスク者に対する保健指導、医療との連携	A						
ストラクチャー		プロセス							
保健指導担当者の体制整備		① HbA1c6.5以上（未治療）者への保健指導・受診勧奨 ② HbA1c7.0以上（治療中）者への保健指導 ③ HbA1c6.5以上で糖尿病治療中断者への受診勧奨 ④ CKD専門医レベル該当者への保健指導・受診勧奨 ⑤ 糖尿病治療中かつ糖尿病性腎症のハイリスク者への保健指導と医師連絡 ⑥ 糖尿病管理台帳によるハイリスク者の管理 ⑦ 微量アルブミン尿検査の実施（R3年度～）							
アウトプット									
評価指標	開始時 (平成28年度)	目標値		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	指標 評価
① HbA1c6.5以上（未治療）者への保健指導率	48.1%	80%	実績値	84.6%	81.8%	94.7%	92.3%	94.1%	A
② HbA1c6.5以上（未治療）者の医療機関受診率	14.8%	80%	実績値	38.5%	66.9%	73.7%	91.7%	87.5%	A
③ HbA1c7.0以上（治療中）者への保健指導率	44.0%	80%	実績値	72.7%	93.3%	94.7%	90.9%	96.6%	A
④ CKD専門医レベル該当者への保健指導率	42.3%	80%	実績値	71.0%	61.0%	75.0%	90.2%	94.5%	A
⑤ 微量アルブミン尿検査実施件数		実施開始	実績値				0名	4名	A
アウトカム									
評価指標	開始時 (平成28年度)	目標値		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	指標 評価
① HbA1c6.5以上（未治療）者の割合	3.9%	2.0%	実績値	1.7%	1.8%	3.0%	3.3%	2.5%	B
② HbA1c7.0以上（治療中）者の割合	3.2%	2.0%	実績値	3.1%	2.5%	3.8%	3.1%	4.2%	D
③ HbA1c8.0以上者の割合	1.4%	減少	実績値	1.0%	0.5%	0.8%	0.9%	1.0%	C
④ 新規透析導入者数	1人	1人	実績値	0人	0人	0人	0人	2人	C
⑤ 人工透析患者数	15人	10人	実績値	9人	8人	6人	6人	7人	A
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因					
HbA1c6.5以上（未治療）者、HbA1c7.0以上（治療中）者への保健指導に関して力を入れて取り組んだため、医療機関受診率も上がっている。新規透析導入者の人数も平成30年度～令和3年度までは0名で推移しており、人工透析患者数も減少してきている。				HbA1c7.0以上（治療中）者率が悪化し、コントロール不良者の増加している。コントロール不良群は今後人工透析になる可能性があるため、コントロール不良群への保健指導、医療連携が必要である。					
第3期計画への考察及び補足事項									
糖尿病治療中のコントロール不良群への取組とともに、糖尿病境界型（HbA1c5.5～6.4）の割合が増加していることから、働き世代への糖尿病予防のための取組が必要だと考える。									

## ② 重症化予防

事業タイトル	事業目標	事業概要						事業評価
虚血性心疾患重症化予防	新規虚血性心疾患患者数の減少	特定健診受診のうち心電図異常者、脂質異常症ハイリスク者に対する保健指導、医療との連携						B
ストラクチャー			プロセス					
保健指導担当者の体制整備			① LDL160mg/dl以上者への保健指導 ② ハイリスク指導に該当し、心電図所見が出ている者への保健指導					
アウトプット								
評価指標	開始時 (平成30年度)	目標値		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	指標 評価
① LDL160以上者への保健指導率	91.3%	80%	実績値	83.5%	95.3%	87.0%	98.3%	A
② LDL180以上者への保健指導率	93.3%	80%	実績値	89.3%	95.0%	95.8%	100%	D
③ LDL180以上未治療者の医療機関受診率		80%	実績値	不明	64.7%	65.2%	54.5%	B
アウトカム								
評価指標	開始時 (平成30年度)	目標値		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	指標 評価
① LDL160以上者の割合	10.4%	10.0%	実績値	9.1%	6.8%	6.8%	8.7%	A
② 心電図所見（ST所見の割合）	1.6%	維持	実績値	1.8%	2.5%	2.2%	2.9%	D
③ 新規虚血性心疾患患者数	29人	減少	実績値	19人	27人	18人	21人	A
④ 高額レセプト（1か月80万円以上）に該当した虚血性心疾患件数	3件	維持	実績値	0件	2件	1件	1件	A
⑤ 高額レセプト費用額（1か月80万円以上）を占める虚血性心疾患の割合	1.2%	維持	実績値	0%	1.7%	1.2%	1.3%	A
⑥ 心疾患死亡率	19.7%	減少	実績値	11.8%	12.8%	21.0%	統計なし	C
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因				
LDL160以上者への保健指導に関して力を入れて取り組んだため、LDL160以上者の割合は減少した。新規虚血性心疾患患者数も減少したまま維持しており、虚血性心疾患で高額レセプトに該当する人数も維持している。				LDL180以上者へ医療機関の受診勧奨を実施し、医療機関受診率は平成30年度と比べると増加しているが、依然として目標未達成である。				
第3期計画への考察及び補足事項								
第2期の取組により虚血性心疾患重症化予防の成果が表れている。第3期でも継続していく。								

### ③ 重症化予防

事業タイトル	事業目標		事業概要						事業評価
脳血管疾患重症化予防	新規脳血管疾患患者数の減少		特定健診受診のうち心高血圧ハイリスク者、心房細動有所見者に対する保健指導、医療との連携						B
ストラクチャー			プロセス						
保健指導担当者の体制整備			① II度高血圧以上者への保健指導 ② 心房細動有所見者への保健指導						
アウトプット									
評価指標	開始時 (平成28年度)	目標値		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	指標 評価
① II度高血圧以上者への保健指導率	62.5%	80%	実績値	64.9%	76.0%	94.7%	96.9%	97.2%	A
② II度高血圧以上未治療者の医療機関受診率	12.0%	80%	実績値	43.8%	30.0%	46.2%	65.0%	57.9%	B
③ 心房細動有所見者への保健指導率	61.5%	80%	実績値	77.8%	83.3%	100%	90.0%	88.9%	A
アウトカム									
評価指標	開始時 (平成28年度)	目標値		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	指標 評価
④ II度高血圧以上者の割合	5.1%	3.0%	実績値	5.4%	3.7%	6.0%	4.1%	5.2%	C
⑤ II度高血圧以上未治療者の割合	3.2%	2.0%	実績値	2.1%	1.6%	4.1%	2.6%	2.7%	B
⑥ 心房細動有所見者の割合	1.8%	維持	実績値	1.2%	0.8%	1.1%	1.3%	1.3%	A
⑦ 新規脳血管疾患患者数	33人	減少	実績値	23人	22人	23人	34人	17人	A
⑧ 新規脳梗塞患者数	データなし	減少	実績値	18人	18人	19人	28人	16人	C
⑨ 高額レセプト（1か月80万円以上）に該当した脳血管疾患件数	データなし	維持	実績値	3件	8件	5件	5件	2件	A
⑩ 高額レセプト費用額（1か月80万円以上）を占める脳血管疾患の割合	データなし	維持	実績値	1.2%	5.5%	3.7%	4.7%	1.5%	A
⑪ 脳血管疾患死亡率	13.4%	減少	実績値	8.7%	7.4%	9.2%	4.0%	データなし	A
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因					
II度高血圧以上者への受診勧奨・保健指導に取り組んだため、II度高血圧以上未治療者の割合の改善傾向が見られる。新規の脳血管疾患患者数や高額レセプトを占める脳血管疾患の割合、死亡率も維持・改善傾向にある。				II度高血圧以上未治療者の医療機関受診率は増加しているものの、依然として低いこと、生活習慣による予防可能な脳梗塞患者数の改善が見られなかった。					
第3期計画への考察及び補足事項									
第2期の取組により脳血管疾患重症化予防の成果が表れている。第3期でも継続していく。									



#### ④ 早期発見・特定健診

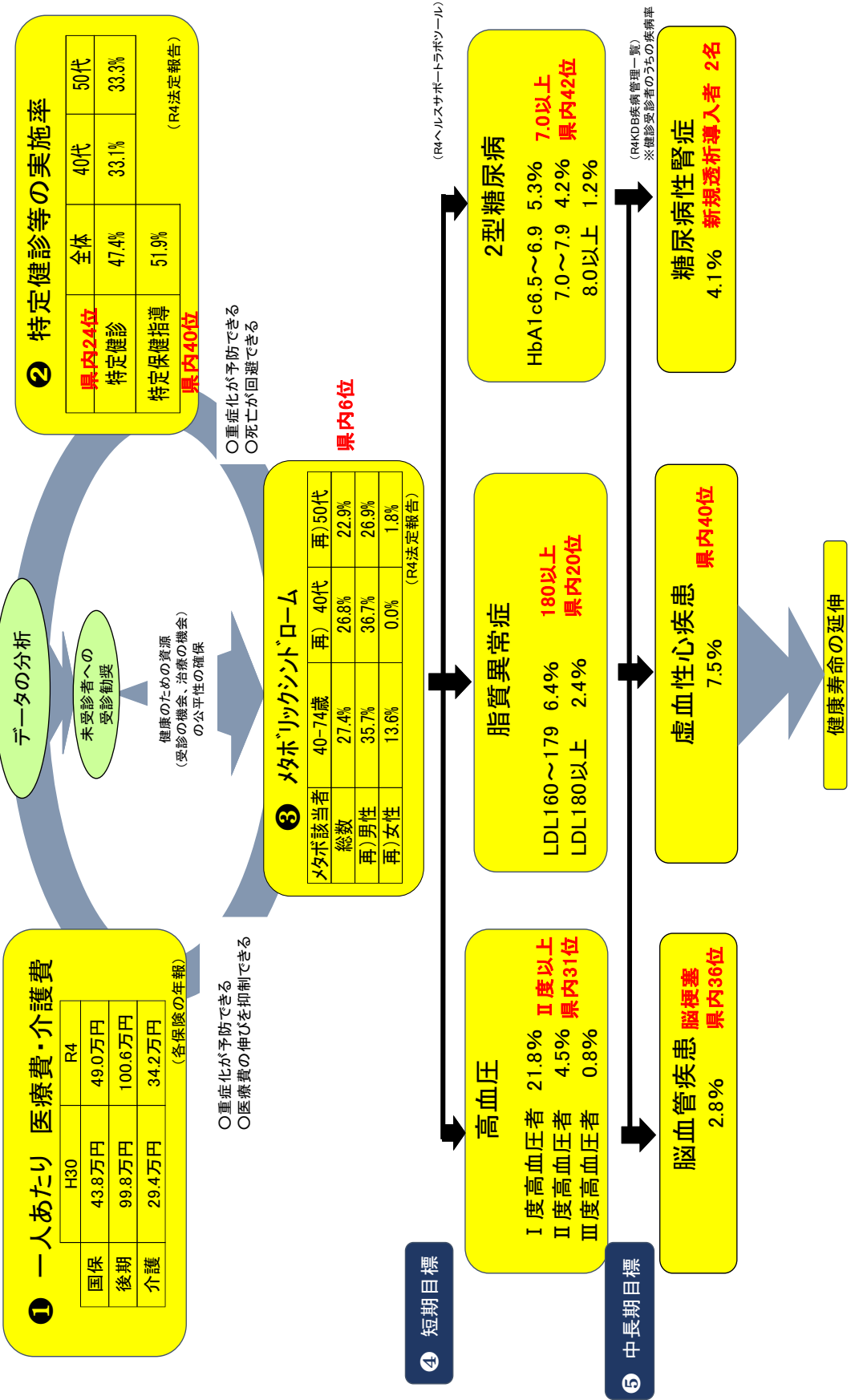
事業タイトル	事業目標	事業概要						事業評価
特定健診未受診者対策	特定健診受診率向上	特定健診未受診者へ健診受診の重要性を伝え、より多くの人に健診受診してもらう。ひいては生活習慣病の早期発見・早期治療・予防が可能となる						C
ストラクチャー			プロセス					
保健事業の体制整備			① 健診意向調査の実施 ② 広報誌による受診勧奨、ポスター掲示 ③ 医療機関へ依頼し保険証へ健診済みシールの貼付 ④ 未受診者対策事業（R1年度～） 業者委託し、未受診者への受診勧奨通知、分析を行う ⑤ 訪問による受診勧奨（H27, H28, H30, R2, R3, R5） ⑥ 情報提供事業（H30年度～） 契約医療機関に通院中の特定健診対象者について、特定健診と同等の検査項目を実施している場合、本人の同意のもと検査結果の情報提供及び特定健診の検査項目を満たすための追加健診を行い、特定健診の受診者として取り扱う。					
アウトプット								
評価指標	開始時 (R1とH30)	目標値		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	指標 評価
未受診者対策事業送付数	888人	増加	実績値		1,226人	2,020人	1,180人	A
情報提供数	36人	40人	実績値	9人	44人	11人	10人	D
アウトカム								
評価指標	開始時 (H28)	目標値		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	指標 評価
特定健診受診率	46.8%	60.0%	実績値	44.6%	42.0%	51.5%	47.4%	C
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因				
				R2年度からは、新型コロナウイルス感染症の影響で健診を控える住民がいたことで、未受診者対策の成果が思うように現れなかった。				
第3期計画への考察及び補足事項								
特定健診受診率の向上が今後も課題となる。新型コロナウイルスの影響の緩和も予測されるため、これまでの未受診者対策を継続する。集団健診の時期の検討やがん検診とのセット健診の推進を図ることで、受診率向上につなげる。 また、40歳未満の生活習慣病予防健診の受診者を増やすことで、切れ目のない健診受診を促すことも重要である。自己負担額の検討や電子申請の導入などで受診率向上につなげる。								

# 苓北町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～苓北町の位置～

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

## 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

厚生労働省 健康局  
「標準的な健診・保健指導プログラム  
30年度版」図1 改変



### 3 保険者努力支援制度

#### (1) 保険者努力支援制度の得点状況

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本町においても、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り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695で、達成割合は73.9%となっており、全国順位は第154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「適正化かつ健全な事業運営」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」「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		
						荅北町	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	588	718	691	679	695	556	667
	達成割合	66.8%	72.2%	69.1%	70.7%	73.9%	59.1%	71.0%
	全国順位	340	124	221	246	154	-	-
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	35	115	70	70	70	54	98
	②がん検診・歯科健診	35	35	55	58	60	40	50
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	120	120	120	95	84	94
	④個人インセンティブ・情報提供	75	20	20	60	65	50	52
	⑤重複多剤	50	50	40	50	50	42	48
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	75	130	130	95	100	62	88
国保	①収納率	50	60	60	60	60	52	46
	②データヘルス計画	50	40	40	30	25	23	25
	③医療費通知	25	25	25	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	25	25	30	20	40	26	34
	⑤第三者求償	32	30	30	36	50	40	46
	⑥適正化かつ健全な事業運営	36	68	71	60	65	69	71

【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、より多くの人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人がかいて、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。

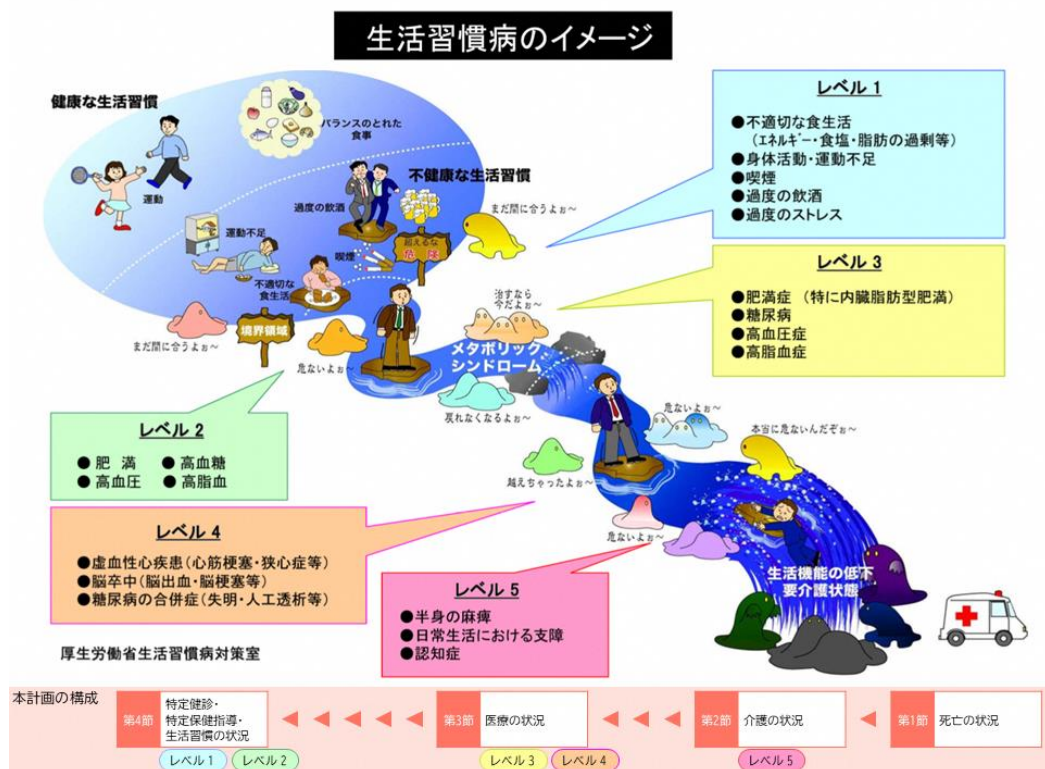
第3節では入院と外来に分けて医療費について医療費の3要素に分解して分析した後、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病に焦点をあて、前述の重篤な疾患と基礎疾患に分けてデータを分析する。

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、後発医薬品の使用状況やがん検診受診率を分析する。

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

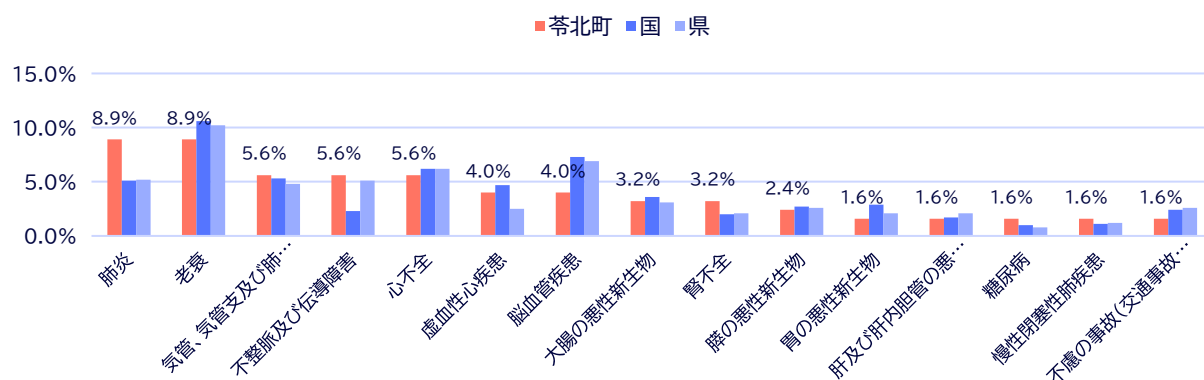
## 1 死亡の状況

### (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）、第1位は同率で「肺炎」「老衰」となっており、それぞれ全死亡者の8.9%を占めている。次いで、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「不整脈及び伝導障害」（5.6%）である。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、「肺炎」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「不整脈及び伝導障害」「腎不全」「糖尿病」「慢性閉塞性肺疾患」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6位（4.0%）、「脳血管疾患」は第6位（4.0%）、「腎不全」は第8位（3.2%）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	荅北町		国	県
		死亡者数(人)	割合		
1位	肺炎	11	8.9%	5.1%	5.2%
1位	老衰	11	8.9%	10.6%	10.2%
3位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	7	5.6%	5.3%	4.8%
3位	不整脈及び伝導障害	7	5.6%	2.3%	5.1%
3位	心不全	7	5.6%	6.2%	6.2%
6位	虚血性心疾患	5	4.0%	4.7%	2.5%
6位	脳血管疾患	5	4.0%	7.3%	6.9%
8位	大腸の悪性新生物	4	3.2%	3.6%	3.1%
8位	腎不全	4	3.2%	2.0%	2.1%
10位	膵の悪性新生物	3	2.4%	2.7%	2.6%
11位	胃の悪性新生物	2	1.6%	2.9%	2.1%
11位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	2	1.6%	1.7%	2.1%
11位	糖尿病	2	1.6%	1.0%	0.8%
11位	慢性閉塞性肺疾患	2	1.6%	1.1%	1.2%
11位	不慮の事故(交通事故除く)	2	1.6%	2.4%	2.6%
-	その他	50	40.3%	41.1%	42.6%
-	死亡総数	124	-	-	-

【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)

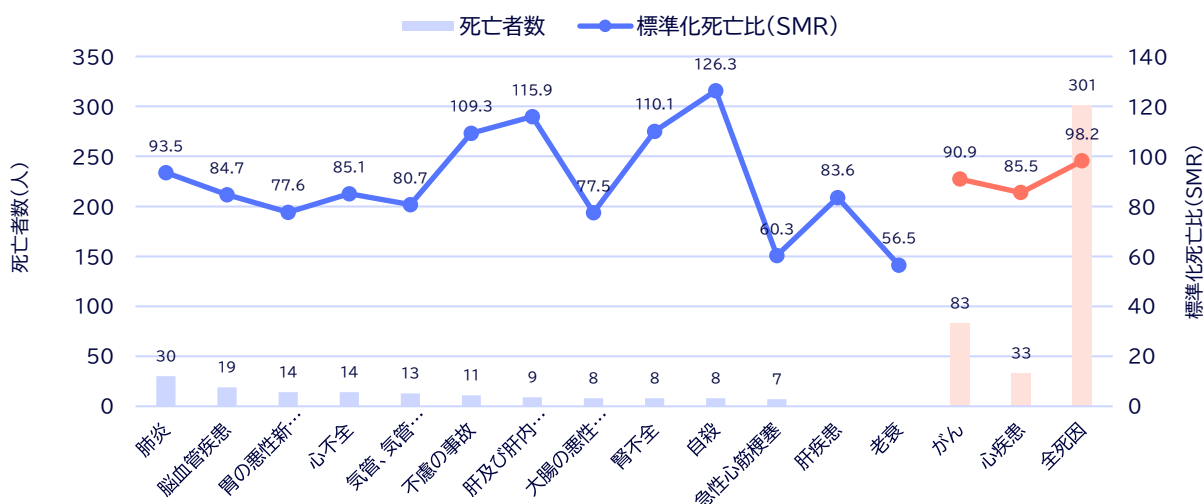
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2）をみると、男性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「胃の悪性新生物」となっている。女性の死因第1位は「脳血管疾患」、第2位は「肺炎」、第3位は「老衰」となっている。

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、「肝及び肝内胆管の悪性新生物」(115.9)「腎不全」(110.1)「不慮の事故」(109.3)が高くなっている。女性では、「肝疾患」(126.7)「急性心筋梗塞」(103.1)「脳血管疾患」(102.6)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60.3、「脳血管疾患」は84.7、「腎不全」は110.1となっており、女性では「急性心筋梗塞」は103.1、「脳血管疾患」は102.6、「腎不全」は86.1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

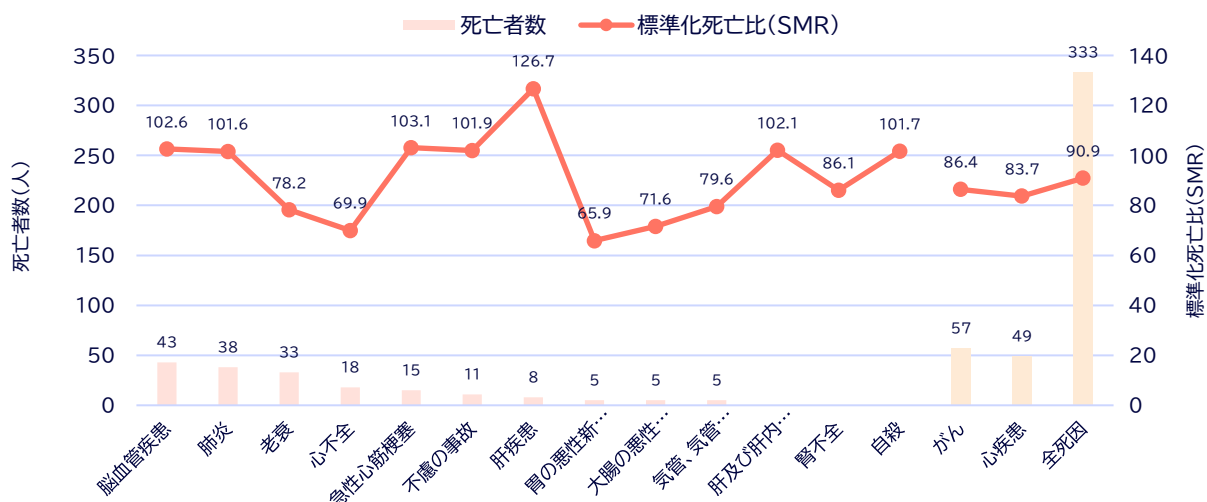
図表3-1-2-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR\_男性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			荅北町	県	国
1位	肺炎	30	93.5	91.2	100
2位	脳血管疾患	19	84.7	92.0	
3位	胃の悪性新生物	14	77.6	70.1	
3位	心不全	14	85.1	73.9	
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	13	80.7	92.5	
6位	不慮の事故	11	109.3	104.7	
7位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	9	115.9	117.2	
8位	大腸の悪性新生物	8	77.5	79.1	

順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			荅北町	県	国
8位	腎不全	8	110.1	98.1	100
8位	自殺	8	126.3	106.5	
11位	急性心筋梗塞	7	60.3	53.6	
12位	肝疾患	-	83.6	86.4	
12位	老衰	-	56.5	81.2	
参考	がん	83	90.9	92.1	
参考	心疾患	33	85.5	91.6	
参考	全死因	301	98.2	94.9	

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)		
			茶北町	県	国
1位	脳血管疾患	43	102.6	87.2	100
2位	肺炎	38	101.6	92.1	
3位	老衰	33	78.2	88.4	
4位	心不全	18	69.9	85.8	
5位	急性心筋梗塞	15	103.1	59.5	
6位	不慮の事故	11	101.9	91.8	
7位	肝疾患	8	126.7	84.4	
8位	胃の悪性新生物	5	65.9	68.3	

順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			茶北町	県	国
8位	大腸の悪性新生物	5	71.6	82.9	100
8位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	5	79.6	94.1	
11位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	-	102.1	115.8	
11位	腎不全	-	86.1	108.8	
11位	自殺	-	101.7	95.9	
参考	がん	57	86.4	93.7	
参考	心疾患	49	83.7	95.0	
参考	全死因	333	90.9	94.5	

【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477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1-2」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16.6%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2.4%、75歳以上の後期高齢者では28.4%となっている。

第2号被保険者における要介護認定率は0.1%となっており、国・県より低い。

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		苓北町	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	1,296	15	1.2%	4	0.3%	12	0.9%	2.4%	-	-
75歳以上	1,564	95	6.1%	191	12.2%	158	10.1%	28.4%	-	-
計	2,860	110	3.8%	195	6.8%	170	5.9%	16.6%	18.7%	19.5%
2号										
40-64歳	1,990	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	0.1%	0.4%	0.3%
総計	4,850	111	2.3%	195	4.0%	171	3.5%	-	-	-

【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

	苓北町	国	県	同規模
計_一件当たり給付費(円)	96,811	59,662	62,823	74,986
(居宅) 一件当たり給付費(円)	45,759	41,272	42,088	43,722
(施設) 一件当たり給付費(円)	290,450	296,364	303,857	289,312

【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

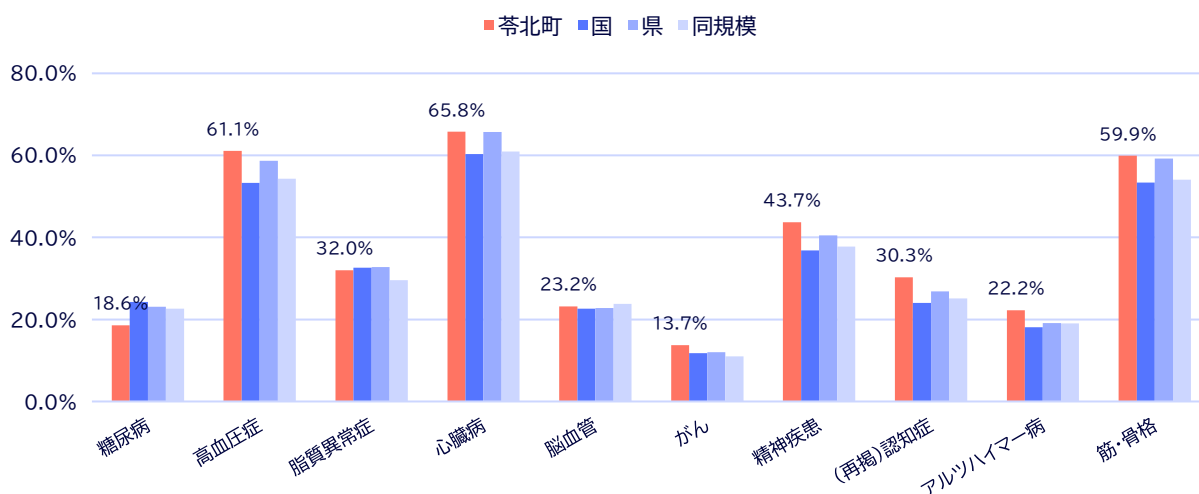
要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、「心臓病」（65.8%）が最も高く、次いで「高血圧症」（61.1%）、「筋・骨格関連疾患」（59.9%）となっている。

国と比較すると、「高血圧症」「心臓病」「脳血管疾患」「がん」「精神疾患」「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」「心臓病」「脳血管疾患」「がん」「精神疾患」「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。

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65.8%、「脳血管疾患」は23.2%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18.6%、「高血圧症」は61.1%、「脂質異常症」は32.0%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	94	18.6%	24.3%	23.1%	22.6%
高血圧症	308	61.1%	53.3%	58.7%	54.3%
脂質異常症	166	32.0%	32.6%	32.8%	29.6%
心臓病	329	65.8%	60.3%	65.7%	60.9%
脳血管疾患	117	23.2%	22.6%	22.8%	23.8%
がん	65	13.7%	11.8%	12.0%	11.0%
精神疾患	212	43.7%	36.8%	40.5%	37.8%
うち_認知症	149	30.3%	24.0%	26.8%	25.1%
アルツハイマー病	110	22.2%	18.1%	19.1%	19.0%
筋・骨格関連疾患	291	59.9%	53.4%	59.2%	54.1%

【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

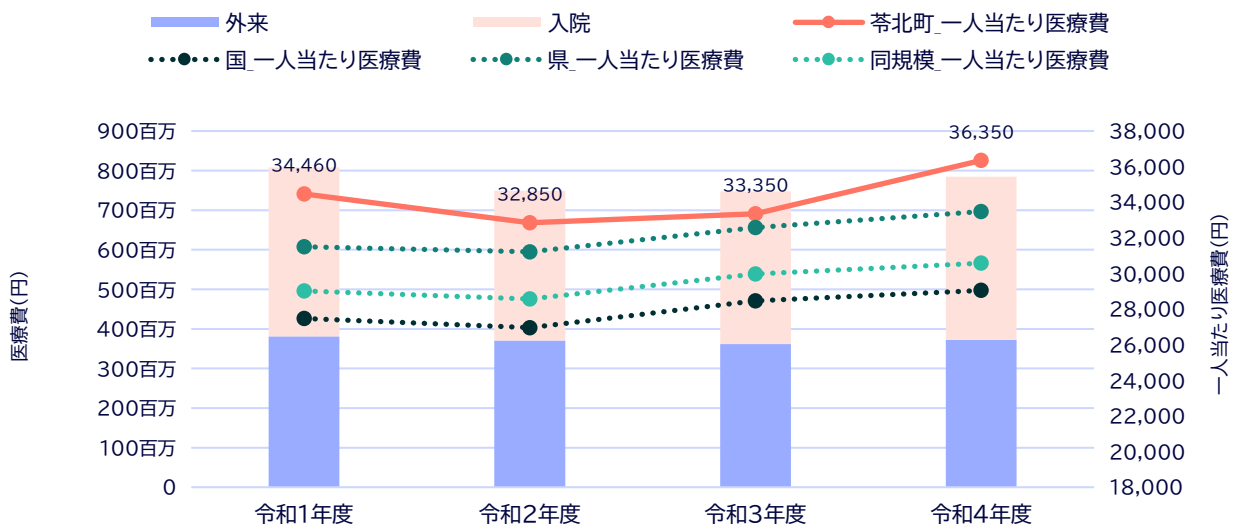
#### (1) 医療費の3要素

##### 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7億8,500万円で（図表3-3-1-1）、令和1年度と比較して2.8%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52.6%、外来医療費の割合は47.4%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36,350円で、令和1年度と比較して5.5%増加している。国や県と比較すると一人当たり医療費は国・県より高い。

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



【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 地域差指数（年齢調整後の医療費）の推移

高齢化率の影響を排除するために年齢調整をした地域差指数（図表3-3-1-2）で見ると、国保、後期ともに県内平均と同程度である。しかし、全体と入院は、全国平均の1よりも高く、H28年度とR2年度で大きな変化はない。

図表3-3-1-2：地域差指数

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	苓北町 (県内市町村中)		県(47県中)	苓北町 (県内市町村中)		県(47県中)	
	H28年度	R2年度	R2年度	H28年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.147	1.122	1.139	1.001	1.027	1.130
		(14位)	(22位)	(9位)	(32位)	(32位)	(7位)
	入院	1.368	1.392	1.309	1.213	1.254	1.277
		(11位)	(10位)	(8位)	(22位)	(16位)	(6位)
	外来	1.032	0.941	1.036	0.806	0.806	0.982
		(21位)	(38位)	(12位)	(44位)	(42位)	(22位)

【出典】 地域差分析(厚労省)

## (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。

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	精神及び行動の障害	74,181,380	41,212	18.0%	106.7	22.5%	386,361
2位	神経系の疾患	73,407,980	40,782	17.8%	91.7	19.3%	444,897
3位	新生物	70,897,210	39,387	17.2%	58.9	12.4%	668,842
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	45,901,850	25,501	11.1%	38.3	8.1%	665,244
5位	消化器系の疾患	30,153,350	16,752	7.3%	37.2	7.8%	450,050
6位	循環器系の疾患	25,807,940	14,338	6.2%	26.1	5.5%	549,105
7位	尿路性器系の疾患	17,699,080	9,833	4.3%	19.4	4.1%	505,688
8位	呼吸器系の疾患	16,030,660	8,906	3.9%	17.8	3.7%	500,958
9位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	12,851,670	7,140	3.1%	14.4	3.0%	494,295
10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	10,230,990	5,684	2.5%	13.9	2.9%	409,240
11位	内分泌、栄養及び代謝疾患	8,220,170	4,567	2.0%	8.3	1.8%	548,011
12位	眼及び付属器の疾患	7,141,150	3,967	1.7%	13.9	2.9%	285,646
13位	皮膚及び皮下組織の疾患	5,934,100	3,297	1.4%	10.0	2.1%	329,672
14位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1,835,330	1,020	0.4%	1.7	0.4%	611,777
15位	耳及び乳様突起の疾患	734,950	408	0.2%	1.7	0.4%	244,983
16位	感染症及び寄生虫症	412,780	229	0.1%	0.6	0.1%	412,780
17位	妊娠、分娩及び産じょく	183,280	102	0.0%	0.6	0.1%	183,280
-	その他	11,559,410	6,422	2.8%	13.3	2.8%	481,642
-	総計	413,183,280	-	-	-	-	-

【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

※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

### (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5,200万円で、外来総医療費の14.0%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「高血圧症」で2,800万円（7.5%）、「腎不全」で2,400万円（6.4%）となっており、上位20疾病で外来総医療費の72.9%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」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）	一人当たり医療費（円）				
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	糖尿病	51,672,470	28,707	14.0%	1041.7	10.9%	27,559
2位	高血圧症	27,609,700	15,339	7.5%	1258.3	13.2%	12,190
3位	腎不全	23,589,960	13,106	6.4%	71.7	0.8%	182,868
4位	その他の心疾患	23,425,860	13,014	6.4%	342.8	3.6%	37,967
5位	その他の悪性新生物	18,410,110	10,228	5.0%	114.4	1.2%	89,369
6位	その他の眼及び付属器の疾患	16,756,720	9,309	4.5%	689.4	7.2%	13,503
7位	その他の消化器系の疾患	14,369,270	7,983	3.9%	333.3	3.5%	23,949
8位	脂質異常症	13,097,150	7,276	3.6%	614.4	6.4%	11,842
9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	10,417,680	5,788	2.8%	9.4	0.1%	612,805
10位	その他の特殊目的用コード	9,203,810	5,113	2.5%	120.6	1.3%	42,414
11位	その他の神経系の疾患	8,407,760	4,671	2.3%	245.0	2.6%	19,065
12位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6,753,100	3,752	1.8%	193.9	2.0%	19,350
13位	喘息	6,127,870	3,404	1.7%	173.9	1.8%	19,578
14位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	5,719,830	3,178	1.6%	172.2	1.8%	18,451
15位	乳房の悪性新生物	5,665,700	3,148	1.5%	31.7	0.3%	99,398
16位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	5,539,180	3,077	1.5%	210.0	2.2%	14,654
17位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	5,513,950	3,063	1.5%	171.1	1.8%	17,902
18位	皮膚炎及び湿疹	5,494,980	3,053	1.5%	257.8	2.7%	11,843
19位	脊椎障害（脊椎症を含む）	5,356,400	2,976	1.5%	147.8	1.6%	20,137
20位	その他の腎尿路系の疾患	5,272,770	2,929	1.4%	172.2	1.8%	17,009

【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

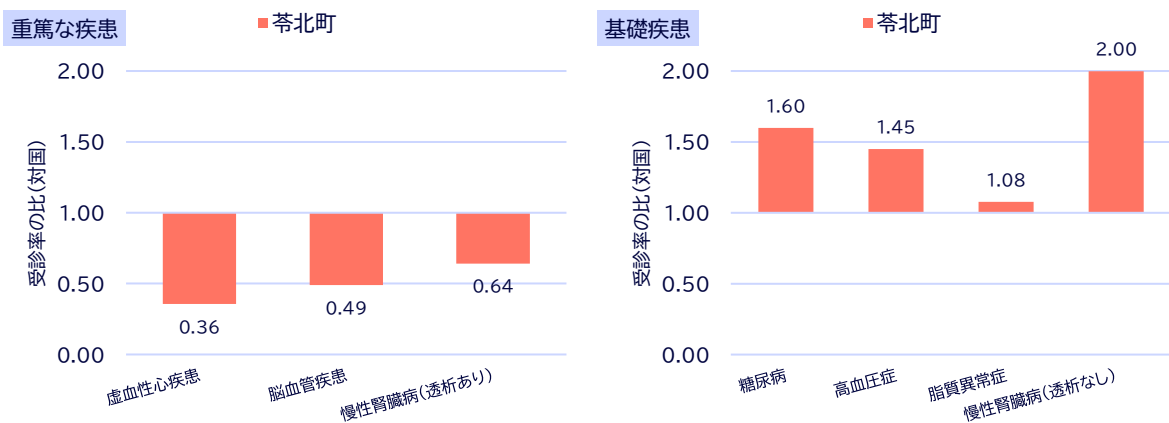
ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病（透析なし）」に絞り、受診率や有病状況の推移について概観する。

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）、いずれも国より低い。

基礎疾患の受診率は、いずれも国より高い。

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						
	苓北町	国	県	同規模	国との比		
					苓北町	県	同規模
虚血性心疾患	1.7	4.7	3.8	5.2	0.36	0.80	1.10
脳血管疾患	5.0	10.2	11.5	11.5	0.49	1.13	1.12
慢性腎臓病（透析あり）	19.4	30.3	46.4	27.6	0.64	1.53	0.91

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	受診率						
	苓北町	国	県	同規模	国との比		
					苓北町	県	同規模
糖尿病	1041.7	651.2	801.7	748.2	1.60	1.23	1.15
高血圧症	1258.3	868.1	1067.1	1018.8	1.45	1.23	1.17
脂質異常症	614.4	570.5	566.1	571.7	1.08	0.99	1.00
慢性腎臓病（透析なし）	28.9	14.4	15.3	16.6	2.00	1.06	1.15

【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 脳血管疾患の実態

脳血管疾患の種類別割合と県内順位（図表3-3-4-2）をみると、国保、後期ともに、くも膜下出血が県内上位となっている。また、脳梗塞の種類別割合と県内順位（図表3-3-4-3）をみると、国保、後期ともに、アテローム血栓性脳梗塞が県内上位となっている。アテローム血栓性脳梗塞は血管にコレステロールが溜まり血管に血栓ができたり、血栓が血管壁からはがれ脳内深部の血管を詰まらせてしまうことによって生じる脳梗塞であるため、脂質異常症の予防・対策が重要となる。

図表3-3-4-2：脳血管疾患の種類別割合と県内順位

保険種別	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	%	県内順位 (45位中)	%	県内順位 (45位中)	%	県内順位 (45位中)
国保	2.4	30位	0.5	27位	0.4	2位
後期	9.0	44位	0.9	39位	0.4	12位

【出典】国保連合会提供資料（令和3年度）

図表3-3-4-3：脳梗塞の種類別割合と県内順位

保険種別	ラクナ梗塞		アテローム 血栓性脳塞栓		心原性 脳梗塞	
	%	県内順位 (45位中)	%	県内順位 (45位中)	%	県内順位 (45位中)
国保	19.1	39位	23.4	2位	6.4	22位
後期	24.3	32位	11.1	10位	6.9	32位
介護認定者	26.6	29位	9.6	23位	7.4	39位

【出典】国保連合会提供資料（令和3年度）

## ③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移（図表3-3-4-4）をみると、令和4年度の患者数は6人で、令和1年度の6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男性0人、女性2人となっている。

図表3-3-4-4：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）	4	4	4	2
	女性（人）	2	2	2	4
	合計（人）	6	6	6	6
	男性_新規（人）	0	0	0	0
	女性_新規（人）	0	0	0	2

【出典】KDB帳票 S23\_001-医療費分析（1）細かい分類 令和1年から令和5年 毎月  
更生医療申請時の医師意見書

※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61人のうち（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は44.3%、「高血圧症」は93.4%、「脂質異常症」は75.4%である。「脳血管疾患」の患者78人では、「糖尿病」は42.3%、「高血圧症」は75.6%、「脂質異常症」は65.4%となっている。人工透析の患者7人では、「糖尿病」は28.6%、「高血圧症」は100.0%、「脂質異常症」は28.6%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		39	-	22	-	61	-
基礎疾患	糖尿病	18	46.2%	9	40.9%	27	44.3%
	高血圧症	37	94.9%	20	90.9%	57	93.4%
	脂質異常症	28	71.8%	18	81.8%	46	75.4%

		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		40	-	38	-	78	-
基礎疾患	糖尿病	18	45.0%	15	39.5%	33	42.3%
	高血圧症	34	85.0%	25	65.8%	59	75.6%
	脂質異常症	26	65.0%	25	65.8%	51	65.4%

		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		3	-	4	-	7	-
基礎疾患	糖尿病	2	66.7%	0	0.0%	2	28.6%
	高血圧症	3	100.0%	4	100.0%	7	100.0%
	脂質異常症	1	33.3%	1	25.0%	2	28.6%

【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273人（15.8%）、「高血圧症」が567人（32.7%）、「脂質異常症」が455人（26.3%）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		910	-	823	-	1,733	-
基礎疾患	糖尿病	162	17.8%	111	13.5%	273	15.8%
	高血圧症	329	36.2%	238	28.9%	567	32.7%
	脂質異常症	225	24.7%	230	27.9%	455	26.3%

【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件当たり80万円以上のレセプトについてみる(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17.4%を占めている。保健事業により予防可能な疾病という観点で、脳血管疾患、虚血性心疾患についてみる(図表3-3-6-2・図表3-3-6-3)と、その割合は高くないものの、40代、50代で高額治療される方もいる。

図表3-3-6-1：高額レセプト（80万円／件）以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト	人数	A	102人	61人	58人	54人	73人	264人
	件数	B	185件	112件	96件	91件	118件	402件
		B/総件数	1.0%	0.6%	0.6%	0.5%	0.7%	2.2%
	費用額	C	2億4,216万円	1億4,323万円	1億2,766万円	1億1,440万円	1億3,697万円	4億5,628万円
		C/総費用	30.7%	17.7%	17.0%	15.3%	17.4%	58.1%

【出典】ヘルスラボツール

図表3-3-6-2：高額レセプト（80万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	2人		5人		2人		4人		1人		13人		
		D/A	2.0%		8.2%		3.4%		7.4%		1.4%		4.9%		
	件数	E	3件		8件		5件		5件		2件		20件		
		E/B	1.6%		7.1%		5.2%		5.5%		1.7%		5.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	10.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	3	15.0%
		60代	2	66.7%	5	62.5%	0	0.0%	3	60.0%	2	100.0%	80代	11	55.0%
		70-74歳	1	33.3%	3	37.5%	5	100.0%	1	20.0%	0	0.0%	90歳以上	4	20.0%
	費用額	F	292万円		794万円		470万円		535万円		202万円		2,112万円		
F/C		1.2%		5.5%		3.7%		4.7%		1.5%		4.6%			

【出典】ヘルスラボツール

図表3-3-6-3：高額レセプト（80万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	3人		0人		2人		1人		1人		4人		
		G/A	2.9%		0.0%		3.4%		1.9%		1.4%		1.5%		
	件数	H	3件		0件		2件		1件		1件		4件		
		H/B	1.6%		0.0%		2.1%		1.1%		0.8%		1.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	25.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	33.3%	0	0.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	80代	3	75.0%
		70-74歳	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	280万円		0円		220万円		134万円		93万円		576万円		
I/C		1.2%		0.0%		1.7%		1.2%		0.7%		1.3%			

【出典】ヘルスラボツール



## 4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

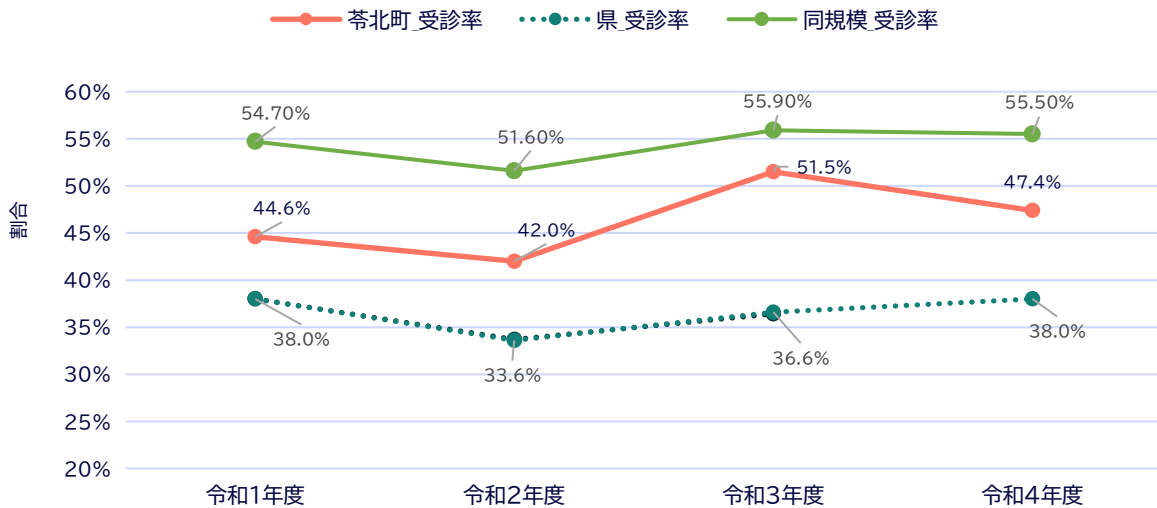
### (1) 特定健診受診率

#### 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見ると（図表3-4-1-1）、令和4年度の特定健診受診率は47.4%であり、県より高いが、同規模よりも低い。また、経年の推移をみると、令和1年度と比較して2.8ポイント上昇している。年齢階層別にみると（図表3-4-1-2）、特に50-54歳の特定健診受診率が上昇しているが、65～74歳の受診率と比較すると、まだまだ低いことが分かる。

図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



【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

図表3-4-1-2：年齢階層別\_特定健診受診率（法定報告値）

	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	35.3%	27.6%	23.0%	36.2%	41.0%	46.2%	52.3%
令和2年度	19.4%	30.8%	15.6%	33.3%	37.1%	49.3%	46.4%
令和3年度	36.6%	38.1%	45.3%	42.3%	49.2%	54.2%	55.6%
令和4年度	27.4%	38.7%	38.7%	29.4%	48.2%	54.9%	51.0%

【出典】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

## 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517人で、特定健診対象者の39.2%、特定健診受診者の81.5%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456人で、特定健診対象者の34.6%、特定健診未受診者の66.7%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228人で、特定健診対象者の17.3%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	439	-	879	-	1,318	-	-
特定健診受診者数	171	-	463	-	634	-	-
生活習慣病_治療なし	51	11.6%	66	7.5%	117	8.9%	18.5%
生活習慣病_治療中	120	27.3%	397	45.2%	517	39.2%	81.5%
特定健診未受診者数	268	-	416	-	684	-	-
生活習慣病_治療なし	140	31.9%	88	10.0%	228	17.3%	33.3%
生活習慣病_治療中	128	29.2%	328	37.3%	456	34.6%	66.7%

【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

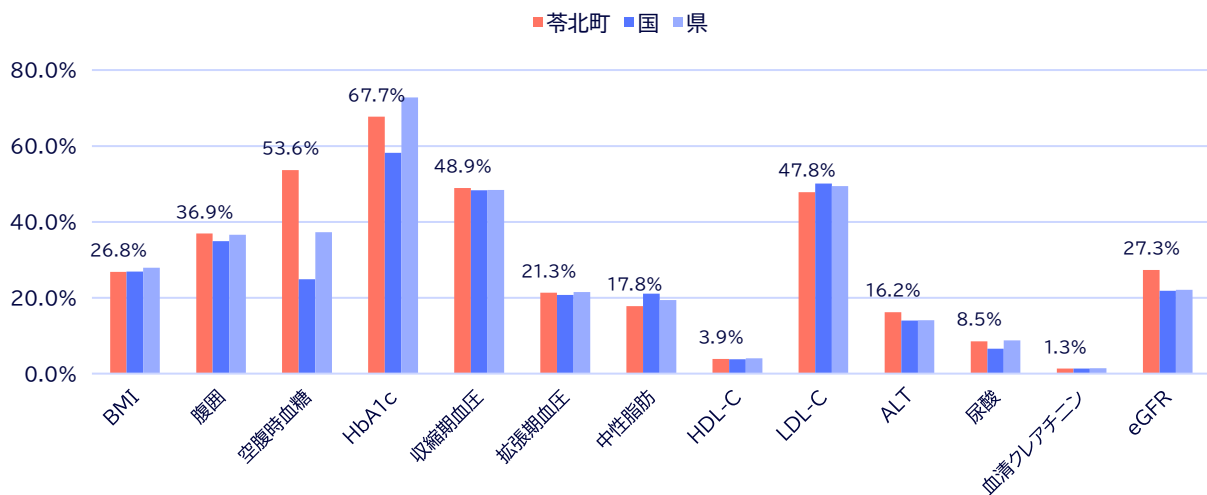
### ① 特定健診受診者における有所見者の割合

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、苓北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」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「ALT」「eGFR」の有所見率が高い。空腹時血糖値100以上者の割合は令和4年度県内1位である。

※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



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

### 参考：検査項目ごとの有所見定義

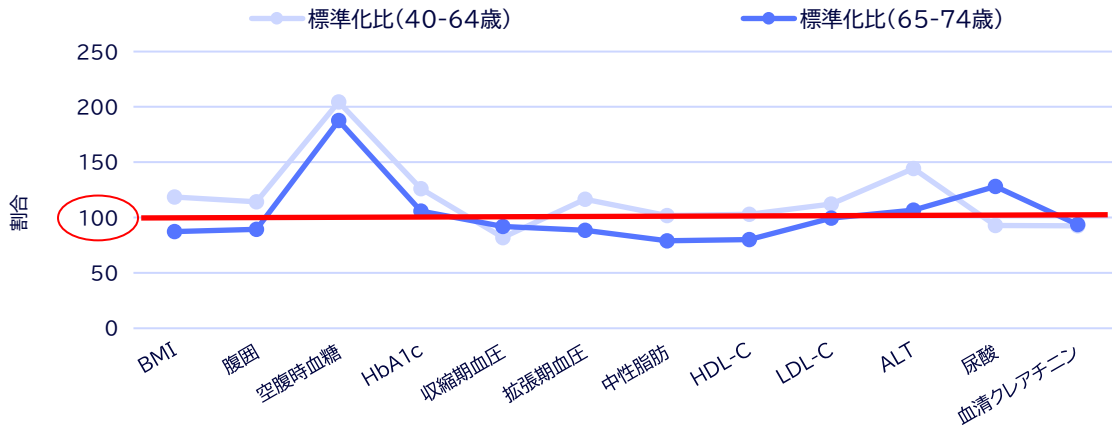
BMI	25kg/m <sup>2</sup> 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100cm <sup>2</sup> 以上)	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

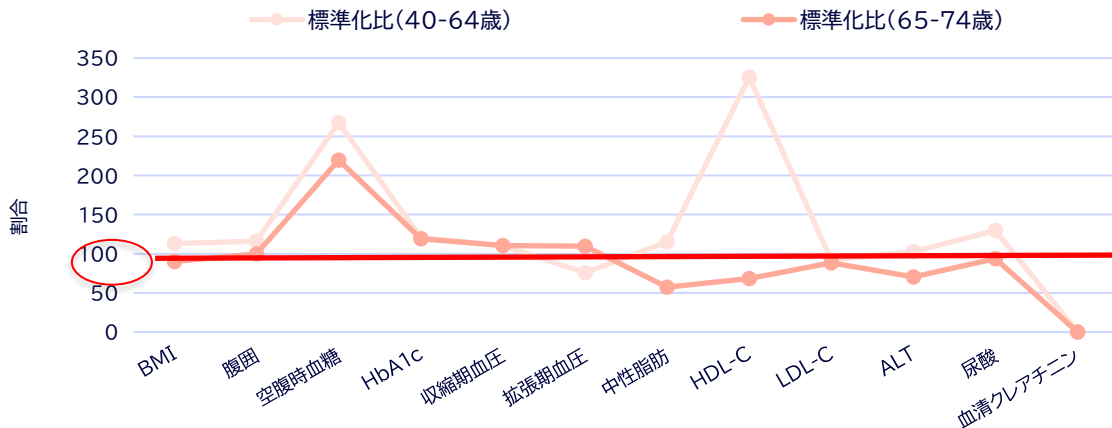
② 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

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「空腹時血糖」「HbA1c」「ALT」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「空腹時血糖」「HbA1c」「収縮期血圧」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。40～64歳の「BMI」「腹囲」が多く、「空腹時血糖」「HbA1c」の有所見者が全年代で多いことから、今後の糖尿病患者、コントロール不良者の増加が懸念される。

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。ここでは茶北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見る。

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見ると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者割合は24.7%で国・県より高い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の35.4%が、女性では13.7%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者割合は9.3%となっており国・県より低い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の13.8%が、女性では4.8%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

	茶北町		国	県	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	153	24.7%	20.6%	20.9%	21.7%
男性	113	35.4%	32.9%	32.4%	32.2%
女性	43	13.7%	11.3%	11.5%	12.2%
メタボ予備群該当者	59	9.3%	11.1%	12.1%	11.6%
男性	44	13.8%	17.8%	18.5%	17.3%
女性	15	4.8%	6.0%	6.9%	6.5%

【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

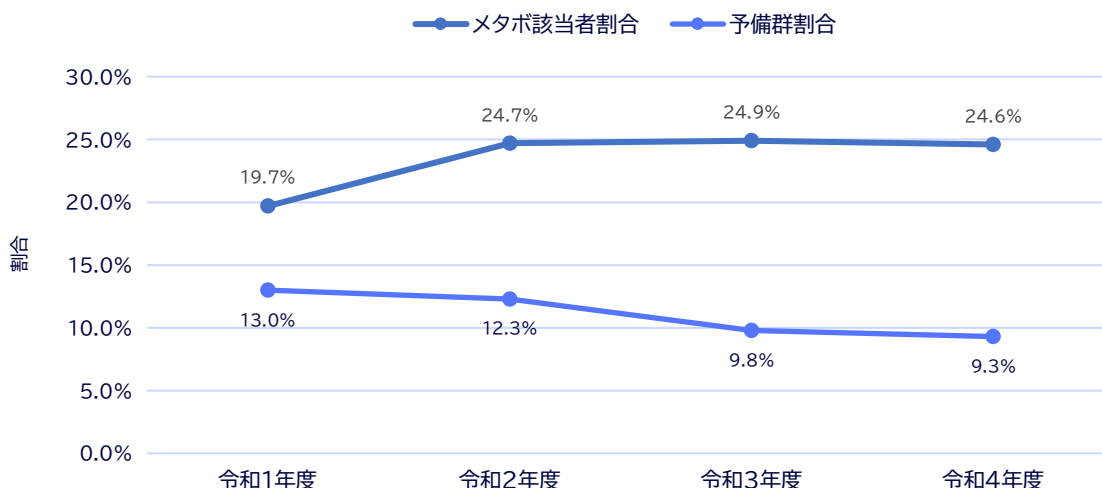
メタボ該当者	腹囲 85cm（男性） 90cm（女性）以上	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者		以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【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 メタボ該当者とメタボ予備群該当者割合の推移

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4.9ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は3.7ポイント減少している。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者割合の推移



【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「高血糖・高血圧・脂質異常該当者」が多く、特定健診受診者数の9.9%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、特定健診受診者数の6.8%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	319	-	315	-	634	-
腹囲基準値以上	171	53.6%	63	20.0%	234	36.9%
メタボ該当者	113	35.4%	43	13.7%	156	24.6%
高血糖・高血圧該当者	26	8.2%	6	1.9%	32	5.0%
高血糖・脂質異常該当者	2	0.6%	2	0.6%	4	0.6%
高血圧・脂質異常該当者	40	12.5%	17	5.4%	57	9.0%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	45	14.1%	18	5.7%	63	9.9%
メタボ予備群該当者	44	13.8%	15	4.8%	59	9.3%
高血糖該当者	1	0.3%	0	0.0%	1	0.2%
高血圧該当者	34	10.7%	9	2.9%	43	6.8%
脂質異常該当者	9	2.8%	6	1.9%	15	2.4%
腹囲のみ該当者	14	4.4%	5	1.6%	19	3.0%

【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

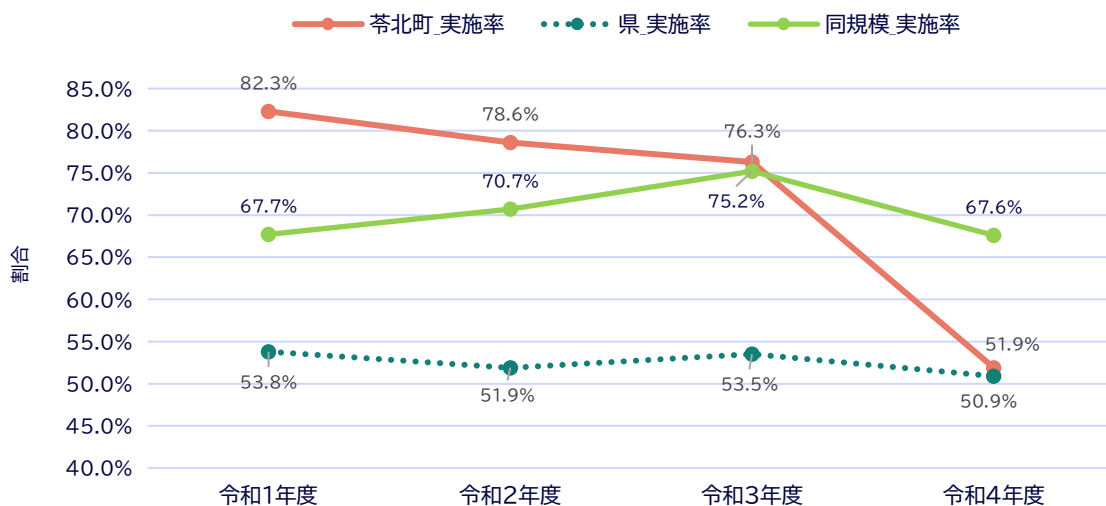
## (4) 特定保健指導実施率

### ① 特定保健指導実施率の推移

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がわかる。

特定健診受診者のうち特定保健指導実施率は（図表3-4-4-1）、令和4年度の保健事業に従事する専門職の不足により51.9%と、令和3年度と比較して24.4ポイント低下している。令和3年度までは同規模、県と比較して高い実施率となっている。

図表3-4-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



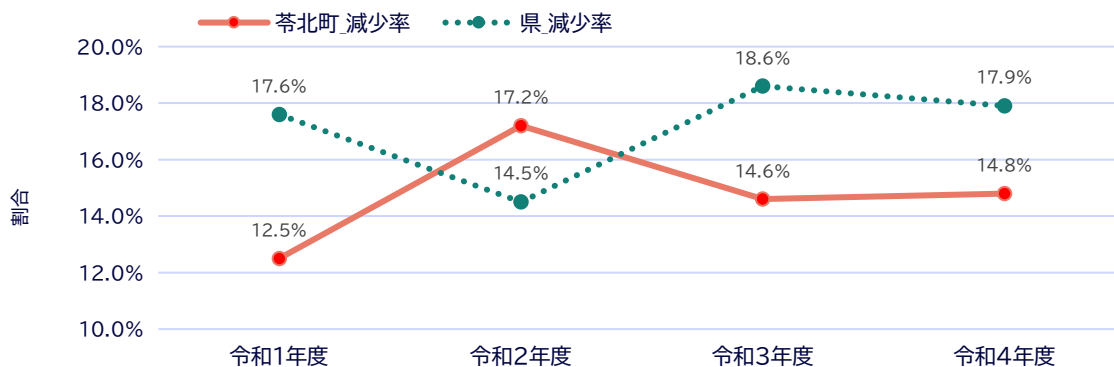
【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）  
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

### ② 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

ここでは、前年度の特定保健指導利用者の内、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなったものを概観することで、特定保健指導が適切に実施できているかどうか分かる。

令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（図表3-4-4-2）は、14.8%であり、県より低い。令和4年度の減少率は、令和1年度の12.5%と比較すると2.3ポイント向上している。

図表3-4-4-2：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（法定報告値）



【出典】特定健診等データ管理システム TKCA014 令和1年度から令和4年度

## (5) 受診勧奨対象者の状況

ここでは、特定健診受診者において、医療機関への受診勧奨の割合、医療機関受診率から、適切に医療機関につなげているかを評価する。

### ① 特定健診受診者における糖尿病の受診勧奨対象者の割合

糖尿病治療ガイドラインに示される糖尿病治療基準値のHbA1c6.5以上のうち未治療者に対して、医療機関への受診勧奨を実施している。図表3-4-5-1をみると、受診勧奨率は平成30年度から8割を超え、医療機関受診率は年々増加しており、8割以上の方が受診につながっている。

図表3-4-5-1：糖尿病受診勧奨対象者（HbA1c6.5以上未治療者）

	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
(A) 対象者数（人）	13	12	19	26	17
(B) 受診勧奨者数（人）	10	10	18	23	16
(C) 医療機関受診者数（人）	5	8	14	21	14
(B÷A) 受診勧奨率（%）	76.9%	83.3%	94.7%	88.5%	94.1%
(C÷B) 医療機関受診率（%）	50.0%	80.0%	77.8%	91.3%	87.5%

【出典】 苓北町 健診結果 平成30年度から令和4年度

### ② 特定健診受診者におけるCKD専門医の受診勧奨対象者の割合

特定健診受診者のうち心房細動有所見者への保健指導とともに、糖尿病、高血圧、脂質異常症の未治療者に対しては受診勧奨を実施している。図表3-4-5-2をみると年度によって受診勧奨率、医療機関受診率に大きな変動が生じている。

図表3-4-5-2：CKD専門医受診勧奨対象者（CKD専門医受診勧奨レベル者のうち3疾患治療なしの者）

	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
(A) 対象者数（人）	23	9	15	15	16
(B) 受診勧奨者数（人）	17	7	13	2	15
(C) 医療機関受診者数（人）	4	4	9	2	8
(B÷A) 受診勧奨率（%）	73.9%	77.8%	86.7%	13.3%	93.8%
(C÷B) 医療機関受診率（%）	23.5%	57.1%	69.2%	100.0%	53.3%

【出典】 苓北町 健診結果 平成30年度から令和4年度

図表3-4-5-3：CKD重症度分類（CKD診療ガイドライン2018）

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3	腎臓専門医への紹介基準
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常 30未満	微量アルブミン尿 30~299	顕性アルブミン尿 300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 0.15未満	軽度蛋白尿 0.15~0.49	高度蛋白尿 0.50以上	
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1 正常または高値	≥90			
	G2 正常または軽度低下	60~89			
	G3a 軽度~中等度低下	45~59			
	G3b 中等度~高度低下	30~44			
	G4 高度低下	15~29			
G5 末期腎不全 (ESKD)	<15				

【出典】 CKD 診療ガイドライン2018



### ③ 特定健診受診者における脂質異常症の受診勧奨対象者の割合

日本動脈硬化学会に示されるLDL単独であって服薬による治療が検討されるLDL180以上者の未治療者に対して、医療機関への受診勧奨を実施している。図表3-4-5-4をみると、受診勧奨率はH30年度からR3年度までは8割を超えており、R4年度は6割まで低下している。医療機関受診率は年々増加しており、6割以上の方が受診につながっている。

図表3-4-5-4：脂質異常症受診勧奨対象者（LDL180以上未治療者）

	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
(A) 対象者数（人）	26	27	17	23	11
(B) 受診勧奨者数（人）	24	24	16	22	11
(C) 医療機関受診者数（人）	6	8	11	15	6
(B÷A) 受診勧奨率（％）	92.3%	88.9%	94.1%	95.7%	100.0%
(C÷B) 医療機関受診率（％）	25.0%	33.3%	68.8%	68.2%	54.5%

【出典】 苓北町 健診結果 平成30年度から令和4年度

### ④ 特定健診受診者における高血圧の受診勧奨対象者の割合

高血圧治療ガイドラインに示されるⅡ度高血圧以上の未治療者に対して、医療機関への受診勧奨を実施している。図表3-4-5-5をみると、受診勧奨率はR2年度から8割を超えている。医療機関受診率が低いのは、血圧手帳を使用した家庭血圧の把握を促し、家庭血圧をもとに医療機関受診をしているためである。

図表3-4-5-5：高血圧受診勧奨対象者（160/100以上未治療者）

	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
(A) 対象者数（人）	20	11	26	20	19
(B) 受診勧奨者数（人）	14	10	25	20	19
(C) 医療機関受診者数（人）	9	4	12	13	11
(B÷A) 受診勧奨率（％）	70.0%	90.9%	96.2%	100.0%	100.0%
(C÷B) 医療機関受診率（％）	64.3%	40.0%	48.0%	65.0%	57.9%

【出典】 苓北町 健診結果 平成30年度から令和4年度

### ⑤ 特定健診受診者における心房細動の受診勧奨対象者の割合

特定健診受診者のうち心房細動有所見者への保健指導とともに、糖尿病、高血圧、脂質異常症の未治療者に対しては受診勧奨を実施している。心房細動診勧奨対象者（図表3-4-5-6）をみると対象なしがほとんどであり、該当者がいる場合は医療機関につながっている。心電図検査結果（図表3-4-5-7）みると、心電図検査を実施した者のうち、有所見者が26.3%であり、男性の有所見者が多い。男性は不整脈の割合が高く、女性はST変化が多いこと分かる。

図表3-4-5-6：心房細動診勧奨対象者（心房細動有所見者のうち3疾患治療なしの者）

	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
(A) 対象者数（人）	対象なし	1	対象なし	対象なし	対象なし
(B) 受診勧奨者数（人）	-	1	-	-	-
(C) 医療機関受診者数（人）	-	1	-	-	-
(B÷A) 受診勧奨率（％）	-	100.0%	-	-	-
(C÷B) 医療機関受診率（％）	-	100.0%	-	-	-

【出典】 苓北町 健診結果 平成30年度から令和4年度

図表3-4-5-7：心電図検査結果（令和4年度）

所見 年齢 性別	心電図検査				所見内訳																
	実施者数 A		有所見者 数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施率	異常Q波			ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロッ ク		脚ブロッ ク		心房細動		期外収縮				
		人数C	割合 C/B	人数D	割合 D/B	人数E	割合 E/B	人数F	割合 F/B	人数G	割合 G/B	人数H	割合 H/B	人数I	割合 I/B	人数J	割合 J/B				
40～74歳	692	100%	182	26.3	5	2.7	40	22.0	6	3.3	19	10.4	13	7.1	39	21.4	10	5.5	19	10.4	
内訳	男性	349	100%	128	36.7	3	2.3	16	12.5	3	2.3	11	8.6	9	7.0	32	25.0	8	6.3	15	11.7
	女性	343	100%	54	15.7	2	1.6	24	18.8	3	2.3	8	6.3	4	3.1	7	5.5	2	1.6	4	3.1

【出典】 荅北町 健診結果

## 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) 中長期目標疾患と介護認定の状況

生活習慣病における重篤な疾患である「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「心不全」「腎不全」やフレイル予防という観点で「骨折」に焦点をあて、概観する。

中長期目標の疾患ではH30年度とR4年度を比較（図表3-5-1-1）したとき、4つの疾患すべて割合が増加しており、そのうち介護認定者における有病状況をみると、すべての疾患で割合が増加している。

また、骨折、認知症の割合（図表3-5-1-2）をみると、75歳以上の骨折者の割合が著著に増加しており、そのうち8割以上の者が高血圧または糖尿病に罹患している。認知症に関しては要介護認定される者が8割を超えていることから、生活習慣病重症化予防が骨折、認知症罹患予防となり、ひいては要介護予防となる。

図表3-5-1-1：中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）と介護認定の状況

		中期目標の疾患											
		疾患患者数／被保険者数 (%)											
年度	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	
平成30年度	3.8	3.5	0.0	3.8	3.4	0.0	6.1	7.9	26.1	5.9	7.2	11.1	
令和4年度	3.6	8.4	18.1	3.2	7.5	20.2	7.0	18.4	39.7	6.4	11.5	17.2	

		中長期疾患のうち介護認定者											
		介護認定者数／疾患患者数 (%)											
年度	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	
平成30年度	0.0	15.6	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0	4.2	23.0	0.0	4.5	27.0	
令和4年度	0.0	17.3	48.6	0.0	6.8	34.7	0.0	5.1	35.3	0.0	8.9	38.5	

【出典】ヘルスサポートラボツール

図表3-5-1-2：骨折・認知症の状況

		骨折・認知症の割合				生活習慣病との重なり				骨折・認知症者のうち要介護認定者			
		疾患患者数／被保険者数 (%)				高血圧・糖尿病を併せ持つ者の数／疾患患者数 (%)				要介護認定者数／疾患患者数 (%)			
年度	骨折		認知症		骨折		認知		骨折		認知症		
	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	
平成30年度	2.7	0.0	0.5	12.2	72.0	0.0	80.0	81.9	8.0	0.0	0.0	71.6	
令和4年度	5.2	23.0	1.2	16.9	70.0	85.8	50.0	86.0	12.0	47.0	33.3	80.9	

【出典】ヘルスサポートラボツール

## (2) 短期目標疾患と合併症の状況

保健指導対象となる生活習慣病の有病状況（図表3-5-2-1）をみると、医療機関を受診している者のうち生活習慣病受診している者は65歳以上で6割を超え、そのうち高血圧の者が全年代で7割を超えている。糖尿病は3割程度であり、「高血圧+糖尿病」の割合と大きな差はないことから、糖尿病の者は高血圧と併せて医療機関受診していることがわかる。また、65～74歳、75歳以上で高血圧+合併症、糖尿病+合併症の割合が増加していることがわかる。

図表3-5-2-1：短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

年度	生活習慣病受診者					
	医療機関受診者数／被保険者数 (%)			生活習慣病受診者／医療機関受診者数 (%)		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
平成30年度	84.1	93.6	95.7	36.5	61.0	81.1
令和4年度	82.5	91.6	94.9	36.1	66.2	84.0

年度	生活習慣病受診者のうち高血圧・糖尿病者								
	疾患者数／生活習慣病受診者 (%)								
	高血圧			糖尿病			高血圧+糖尿病		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
平成30年度	75.8	86.0	92.0	39.3	35.8	31.5	24.6	25.9	27.4
令和4年度	79.2	86.3	90.6	39.6	42.1	31.8	27.6	33.0	28.1

年度	合併症					
	合併症のある者の数／疾患者数 (%)					
	高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
平成30年度	39.4	25.1	38.8	42.2	27.1	46.4
令和4年度	41.4	45.5	67.2	46.1	45.6	67.3

【出典】ヘルスサポートラボツール

### (3) 保健種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者数と健診受診状況

健診受診率（図表3-5-3-1）は全年代で受診率低下しており、75歳以上でBMI18.5未満の痩せの人が増加している。BMI25以上の肥満者は40～64歳で3割以上いる。

図表3-5-3-1：被保険者数と健診受診状況

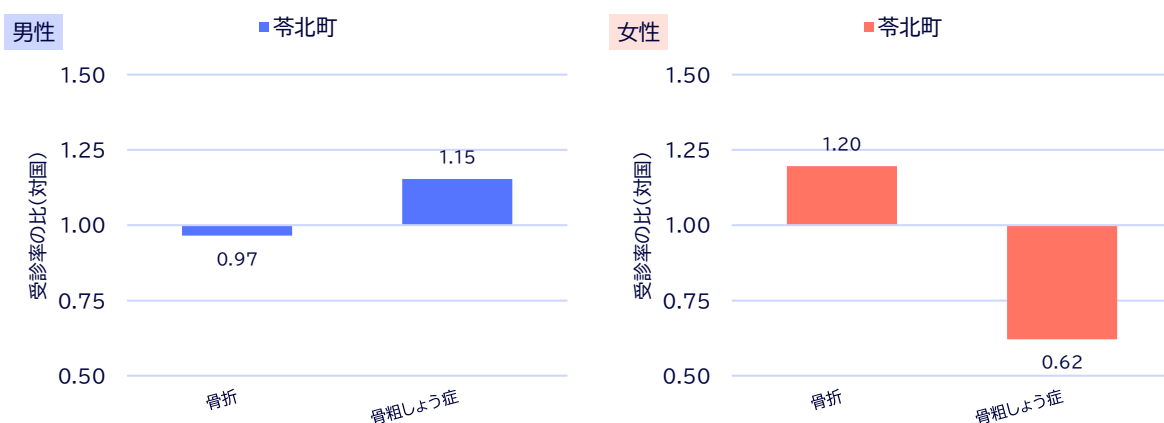
年度	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
	被保険者数（人）			健診受診者数／被保険者数（％）			体格対象者数／健診受診者数（％）					
				特定健診	後期健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
平成30年度	578	911	1,266	38.1	52.1	20.5	7.7	7.6	8.1	31.8	25.5	19.6
令和4年度	532	970	1,614	33.1	48.2	16.6	5.1	7.3	11.2	34.1	23.7	20.1

【出典ヘルスサポートラボツール】

### (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」の受診率は低く、「骨粗しょう症」の受診率は高い。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14.9%で、国と比べて9.9ポイント低い。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54.8%で、国と比べて6.1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「血压」「血糖・血压・脂質」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		
		苓北町	国	国との差
健診受診率		14.9%	24.8%	-9.9
受診勧奨対象者率		54.8%	60.9%	-6.1
有所見者の状況	血糖	5.0%	5.7%	-0.7
	血压	25.1%	24.3%	0.8
	脂質	9.6%	10.8%	-1.2
	血糖・血压	2.5%	3.1%	-0.6
	血糖・脂質	0.8%	1.3%	-0.5
	血压・脂質	3.3%	6.9%	-3.6
	血糖・血压・脂質	1.7%	0.8%	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（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	収縮期血压	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	拡張期血压	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 その他の状況

### (1) 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87.6%で、県の82.7%と比較して4.9ポイント高い（図表3-6-1-1）。

図表3-6-1-1：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
茶北町	85.9%	87.9%	87.3%	87.5%	87.4%	86.9%	87.6%
県	78.0%	80.4%	81.1%	82.3%	82.2%	82.3%	82.7%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

### (2) 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3-6-2-1）、下表の5つのがんの検診平均受診率は35.6%で、国・県より高い。

図表3-6-2-1：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
茶北町	37.8%	37.0%	35.8%	35.2%	32.3%	35.6%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	14.9%	18.5%	18.4%	17.6%	21.7%	18.2%

【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・医療費		
① 死亡	p. 17 ~19	標準化死亡比（平成25～29年度）で見ると、男性は「腎不全」110.1、女性は「脳血管疾患」102.6、「急性心筋梗塞」103.1と高い。
② 介護	P. 21	要介護・要支援認定者の有病状況では、国・県と比較して「心臓病」「筋・骨格関連疾患」の割合が高い。重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病率では、高血圧が国・県と比較して高い。
③ 医療費	p. 22	一人あたり医療費は増加しており、地域差指数で見ても全国平均1より高い。
生活習慣病重症化		
④ 病院受診率	P. 25	脳血管疾患、虚血性心疾患、透析の病院受診率は国・県と比較して低く、糖尿病・高血圧症・脂質異常症・慢性腎臓病（透析なし）の病院受診率は高いことから、重症化する前に病院にかかっていることが分かる。
⑤ 脳血管疾患	p. 26 ~28	脳血管疾患で高額レセプトに該当する割合は令和4年度で1.5%と低いが、そのほとんどが健診未受診者であることから、健診受診率の向上により早期に重症化予防に取り組む必要がある。 脳血管疾患患者の基礎疾患では、高血圧症75.6%、次いで脂質異常症65.4%と、高血圧症および脂質異常症重症化予防が重要となる。
⑥ 虚血性心疾患	p. 27 ~28	虚血性心疾患で高額レセプトに該当する割合は令和4年度で0.7%と低いが、そのほとんどが健診未受診者であることから、健診受診率の向上により早期に重症化予防に取り組む必要がある。 虚血性心疾患患者の基礎疾患では、高血圧症93.4%、次いで脂質異常症75.4%と、高血圧症および脂質異常症重症化予防が重要となる。
⑦ 人工透析	p. 26 ~27	令和1～3年度の新規透析導入者は0名を推移していたが、令和4年度には2名の新規透析導入者となった。人工透析患者の基礎疾患として高血圧症を持つ者が多く、高血圧重症化予防が重要課題となる。



### ◀重症化予防

生活習慣病		
⑧ 糖尿病	p. 36 p. 40	生活習慣病受診者のうち糖尿病で受診している者の割合は平成30年度から令和4年度で増加しており、高血圧症とあわせてかかっている者がほとんどである。合併症を発症している割合は特に65歳以上で増加しており、糖尿病治療中者の血糖コントロールが必要となる。 糖尿病受診勧奨対象者への受診勧奨率、医療機関受診率はともに80%を超えており、健診受診率が上昇することで糖尿病の早期発見・重症化予防につなげることができる。
⑨ 高血圧症	p. 37 p. 40	生活習慣病受診者のうち高血圧で受診している者の割合（令和4年度）は、40歳以上の全年代で70%以上と高く、合併症を発症している者は平成30年度から令和4年度で増加しているため、高血圧重症化予防が重要である。 高血圧受診勧奨対象者への受診勧奨率は令和4年度100%となっている。血圧手帳を使用した家庭血圧の把握を促し、血圧管理を行っていくことが重要である。
⑩ 脂質異常症	p. 37	脂質異常症受診勧奨対象者への受診勧奨率は令和4年度100%、医療機関受診率は平成30年度と比較して増加している。



### ◀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		
⑪ メタボ	p. 34 p. 41	令和4年度のメタボ該当者割合は令和1年度と比べて増加し、メタボ予備群該当者は減少している。これは、腹囲基準値以上の追加リスクが重複する者の増加によるものだと考えられ、特に高血糖・高血圧・脂質異常の全リスク該当する者が多い。 BMI25以上者では令和4年度40～64歳で34.1%と65歳以上より高く、平成30年度と比較しても増加している。
⑫ 有所見者	p. 31 ～32	特定健診受診者における有所見者の標準化比は、40～64歳で「BMI」「腹囲」が高く、全年代で「空腹時血糖」「HbA1c」が高いことから、今後糖尿病患者、コントロール不良者の増加が懸念される。
⑬ 特定保健指導	p. 35	令和4年度は専門職の不足により特定保健指導率は減少したものの、令和3年度までは同規模市町村・県と比較して高い指導率にある。 また、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は県と比較して低く、保健指導の力量形成が必要である。



◀早期発見・特定健診

特定健診		
⑭特定健診	p. 29 ～30	令和4年度の特定健診受診率は47.4%であり、同規模市町村と比べて低く、目標値に達していない。年齢階層別にみると、40～50代の健診受診率は60代以上と比べて低く、年度により増減があり、健診受診率の向上とともに健診受診の定着化が必要である。 令和4年度の生活習慣病のレセプトがない者のうち、健診未受診者は17.3%と多く、健診状態不明者（特に40～50代の若い世代）の健診受診が必要である。



◀健康づくり ▶社会環境・体制整備

地域特性・背景		
⑮高齢化	p. 5	高齢化率は44.1%で、国や県と比較すると、高い。
⑯産業構成	p. 7	産業構成の割合は、国・県と比較して第一次産業率が高い。

## 第4章 データヘルス計画の目的・目標

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

### ①成果目標

本町では、1人当たり医療費が増加していることから、成果目標として一人あたり医療費の減少を設定する。

### ②中長期目標

医療費が高額となる脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析患者数の減少を設定した。本町では、地域差指数で女性の脳血管疾患、虚血性心疾患は増加している。また、糖尿病の医療費や40、50代の糖尿病ハイリスク者が増加していることから、今後人工透析患者の増加が懸念される。そのため、糖尿病を基礎疾患に持つ新規透析導入者の人数を目標に設定した。

### ③短期目標

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病患者の減少を目標として設定した。また、高額レセプトに該当した脳血管疾患、虚血性心疾患、新規透析導入者において健診未受診者が多いことから、健診受診率（特に40～50代の受診率）を向上させることが急務である。あわせて、メタボリックシンドローム重症化予防のための特定保健指導率の充実を図る。

### 目標管理一覧

	評価項目	評価指標	開始時 (R4)	目標値	データの把握方法
成果目標	医療費の伸びの抑制	一人あたり医療費（1年あたり）	50万	減少	国保年報
中長期目標	重症化した結果の疾患の発生状況	新規 脳血管疾患患者数	17人	減少	データヘルス支援システム
		虚血性心疾患患者数	21人	減少	
		人工透析患者数	2人	減少・発症させない	
		高額（80万円）以上のレセプト 脳血管疾患患者数	1人	減少	
		虚血性心疾患患者数	0人	減少	
		新規透析導入患者のうち糖尿病を基礎疾患に持つ者の人数	0人	0人	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	★特定健診受診率	47.4%	60.0%	法定報告
		40～64歳の健診受診率	38.7%	上昇	
		★特定保健指導実施率	51.9%	80.0%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	14.8%	上昇	
		メタボリックシンドローム該当者割合	24.7%	減少	
		メタボリックシンドローム予備群割合	9.5%	減少	
	基礎疾患の重症化予防	血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	5.2%	減少	ヘルスサポートラボツール（名簿ツール）
		LDL180以上者の割合	8.7%	減少	
		HbA1c6.5以上（未治療者）の割合	2.5%	減少	
		HbA1c7.0以上（治療中者）の割合	4.2%	減少	
		★健診受診者のHbA1c8.0以上の割合	1.0%	減少	

※★：すべての都道府県で設定することが望ましい指標。その他の指標は、地域の実態に応じた指標

## 第5章 保健事業の内容

### 1 保健事業の整理

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

#### (1) 重症化予防

第2期計画における取組と評価			
重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標			
中長期的な目標として、糖尿病性腎症による人工透析・虚血性心疾患・脳血管疾患を減少させる。 短期的な目標として、上記疾患の共通のリスクとなる糖尿病・脂質異常症・高血圧・メタボ等を減少させる。			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	C	糖尿病性腎症重症化予防事業	高血糖者・コントロール不良者への受診勧奨・保健指導
B	B	虚血性心疾患重症化予防事業	心電図異常・脂質異常の者への受診勧奨・保健指導
B	B	脳血管疾患重症化予防事業	高血圧者・心房細動有所見者への受診勧奨・保健指導

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
予防可能な重篤疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の発症を防ぐことを目的に、特定健診における血糖、血圧、脂質等の結果に基づき、受診勧奨・保健指導の継続が必要。また、脳・心疾患の発症に関連するメタボ該当者の増加を抑制するため、肥満やメタボの重症化予防の取組が必要である。

第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボ等の減少を目指すため、特定健診における血糖・血圧・脂質の検査結果の改善を目指す。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
⑪	新規	肥満・メタボ重症化予防事業	メタボ該当者の脳・心血管疾患発症予防に向けた二次健診の実施および受診勧奨・保健指導
⑦⑧	継続	糖尿病性腎症重症化予防事業	高血糖者・コントロール不良者への受診勧奨・保健指導
⑤⑨	継続	脳血管疾患重症化予防事業	高血圧者・心房細動有所見者への受診勧奨・保健指導
⑥⑩	継続	虚血性心疾患重症化予防事業	心電図異常・脂質異常の者への受診勧奨・保健指導

① 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

実施計画							
事業概要	メタボによる脳・心血管疾患の発症を予防するための受診勧奨・保健指導。 「肥満を解決するために、科学的根拠（EBM）「肥満症診療ガイドライン2022」に基づき実施する。						
対象者	① 特定保健指導対象者 ② 肥満症該当者＋高中性脂肪、高non-HDL-C、低HDL-C、高血糖、高血圧、非アルコール性脂肪肝、高尿酸血症の者（治療中者も含む）						
ストラクチャー	保健師（3名兼務）・管理栄養士（1名兼務）・管理栄養士（会計年度任用職員1名専任）で実施						
プロセス	(1) 実施スケジュール 5月：対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定する。 6月～：特定健診結果に基づき、①～②の対象者に対し受診勧奨・保健指導を行う。 (2) 二次検査を活用した重症化予防 メタボ該当者においては脳・心血管のリスクが高くなるため、血管の動脈硬化の有無や進行の程度をみるための二次検査の実施を検討する。 ・頸動脈エコー検査 ・75gOGTT検査						
評価指標・目標値							
事業アウトプット	【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
	51.9%						
事業アウトカム	【項目名】 メタボ該当者割合						
	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%						
	【項目名】 メタボ予備群割合						
	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
	9.5%						
評価時期	毎年度11月（法定報告値）						

## ② 糖尿病性腎症重症化予防

実施計画							
事業概要	糖尿病性腎症の発症・進展抑制のための受診勧奨・保健指導。 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき実施する。						
対象者	① 糖尿病未治療者（HbA1c6.5%以上） ② 糖尿病治療中者（HbA1c7.0%以上） ③ CKD専門医受診レベルの者 ④ 糖尿病治療中断者（最終受診日から6カ月以上経過している者）						
ストラクチャー	保健師（3名兼務）・管理栄養士（1名兼務）・管理栄養士（会計年度任用職員1名専任）で実施						
プロセス	<p>(1) 実施スケジュール</p> <p>5月：対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定する。 6月～：特定健診結果に基づき、①～④の対象者に対し受診勧奨・保健指導を行う。 12月：保険者データヘルス支援システムの「治療中断者リスト（糖尿病）」において、④の対象者を抽出し、治療状況の確認を行う。</p> <p>(2) 糖尿病管理台帳</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去6年間で1回以上HbA1c7.0以上に該当した対象者を糖尿病管理台帳にまとめ、治療中断者の把握と健診受診の受診勧奨を実施する。</li> </ul> <p>(3) 二次検査等を活用した重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>微量アルブミン尿検査による早期の腎症ハイリスク者へ介入する。</li> <li>75gOGTT検査による糖尿病早期発見・重症化予防を検討する。 (空腹時血糖100以上かつ/またはHbA1c5.5～6.4の未治療者)</li> </ul> <p>(4) 医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師連絡票および糖尿病連携手帳を用い、血糖コントロール不良者の腎症進行を抑制する。</li> </ul>						
評価指標・目標値							
事業アウトプット	【項目名】糖尿病の保健指導実施率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	95.7%						
事業アウトカム	【項目名】新規人工透析患者数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	4人						
	【項目名】新規人工透析患者のうち糖尿病を基礎疾患に持つ人数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0人						
	【項目名】健診受診者の糖尿病患者（未治療HbA1c6.5%以上）の割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2.4%						
	【項目名】健診受診者の糖尿病患者（治療中HbA1c7.0%以上）の割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	4.2%						
【項目名】健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合							
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
1.0%							
評価時期	毎年度6月頃（各年度の健診結果、保健指導実施状況を確認）						

### ③ 脳血管疾患重症化予防

実施計画							
事業概要	脳血管疾患のリスク因子となる高血圧・心房細動有所見者への受診勧奨・保健指導。 脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づき実施する。						
対象者	① 血圧160/100mmHg（Ⅱ度）以上の者 ② 心房細動有所見者						
ストラクチャー	保健師（3名兼務）・管理栄養士（1名兼務）・管理栄養士（会計年度任用職員1名専任）で実施						
プロセス	(1) 実施スケジュール 5月：対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定する。 6月～：特定健診結果に基づき、①～②の対象者に対し受診勧奨・保健指導を行う。 (2) 高血圧管理台帳 ・過去6年間で1回以上高血圧Ⅱ度以上に該当した対象者を糖尿病管理台帳にまとめ、治療中断者の把握と健診受診の受診勧奨を実施する。						
評価指標・目標値							
事業アウトプット	【項目名】健診受診者のⅡ度高血圧以上者（160/100mmHg以上）への保健指導実施率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	97.2%						
	【項目名】心房細動有所見者への保健指導実施率						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
88.9%							
事業アウトカム	【項目名】新規脳血管疾患患者数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	17人						
	【項目名】高額（80万円/件以上）レセプトの脳血管疾患患者数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2人						
	【項目名】健診受診者の高血圧者（160/100mmHg以上）の割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	5.2%						
	【項目名】心房細動有所見者の割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1.3%						
評価時期	毎年度6月頃（各年度の健診結果、保健指導実施状況を確認）						

#### ④ 虚血性心疾患重症化予防

実施計画							
事業概要	虚血性心疾患のリスク因子となる脂質異常・心電図異常所見のある者への受診勧奨・保健指導。 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化症疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づき実施する。						
対象者	① 脂質異常者（LDL-C180mg/dl以上） ② 心電図異常（ST異常）所見者+LDL-C140mg/dl以上の者 ③ メタボリックシンドロームに関連する対象者（①で記載）						
ストラクチャー	保健師（3名兼務）・管理栄養士（1名兼務）・管理栄養士（会計年度任用職員1名専任）で実施						
プロセス	(1) 実施スケジュール 5月：対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定する。 6月～：特定健診結果に基づき、①～③の対象者に対し受診勧奨・保健指導を行う。						
評価指標・目標値							
事業アウトプット	【項目名】健診受診者の脂質異常者（LDL-C180mg/dl以上）への保健指導実施率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	98.3%						
事業アウトカム	【項目名】新規虚血性心疾患患者数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	21人						
	【項目名】高額（80万円/件以上）レセプトの虚血性心疾患患者数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1人						
	【項目名】健診受診者の脂質異常者（LDL-C180mg/dl）の割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	8.7%						
評価時期	毎年度6月頃（各年度の健診結果、保健指導実施状況を確認）						



### ⑤ 特定健診未受診者対策

第2期計画における取組と評価			
データヘルス計画の目標			
特定健診受診者率の向上			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
C	C	特定健診未受診者対策事業	国保ヘルスアップ事業を活用した委託による未受診者対策
		情報提供事業	特定健診と同等の検査を実施している者への情報提供事業
		広報周知	広報による健診受診勧奨
		訪問	訪問による健診受診勧奨

第3期計画における課題
第2期では新型コロナウイルス感染症の拡大により特定健診受診率が伸び悩んだ。県内同規模市町村の受診率平均と比べても本町は低い現状にある。特に40, 50代の受診率が低く年度により増減があり、健診受診の定着化、受診率向上のための取組が必要である。

第3期計画における保健事業			
保健事業の方向性			
特定健診未受診者対策事業により、健診受診率の向上を図る。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
⑭	継続	特定健診未受診者対策事業	委託による未受診者対策
	継続	情報提供事業	特定健診と同等の検査を実施している者への情報提供事業
	継続	広報周知	広報による健診受診勧奨
	継続	訪問	訪問による健診受診勧奨

### ⑥ 特定健診未受診者対策

実施計画							
事業概要	国保ヘルスアップ事業を活用した委託による未受診者対策						
対象者	国保加入者						
ストラクチャー	委託事業者の選定、契約						
プロセス	受診履歴や問診票の回答結果等のデータを人工知能を用いて解析し、受診パターンに応じた個別勧奨を行う。						
評価指標・目標値							
事業アウトプット	【項目名】通知物のカバー率（対象者の何%に通知物を送付したか）						
	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%						
事業アウトカム	【項目名】特定健診受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	47.4%						
評価時期	毎年度11月（法廷報告値）						

### ⑦ 広報周知

実施計画	
事業概要	広報による健診受診勧奨
対象者	国保加入者
ストラクチャー	健診担当者と専門職との連携
プロセス	健診が始まる時期（4月）と秋時期に広報を用いて国保加入者に向けて特定健診の受診勧奨する。

### ⑧ 訪問

実施計画	
事業概要	訪問による健診受診勧奨
対象者	国保加入者
ストラクチャー	管理栄養士（会計任用職員専任）で実施
プロセス	前年度の健診受診者の特徴を分析し、各年度に合わせた対象者に対して、個別訪問による受診勧奨を行う。特に、不定期受診者（2年以上）や40, 50代への受診勧奨を重点的に実施する。

## (2) 生活習慣病発症予防・保健指導

第2期計画における取組と評価			
重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標			
若年世代の生活習慣病予防・重症化予防を図り、医療費適正化を図る。			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
		生活習慣病予防事業	生活習慣病予防健診の実施及び保健指導



第3期計画における健康課題
生活習慣病予防健診の受診者数の伸び悩みが課題である。また、40～64歳のBMI25以上、腹囲基準値以上者が多いことから、40歳未満の健康意識の向上が必要である。



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
若年世代からの健診受診の習慣化を図ることで、全世代で生活習慣病予防、重症化予防に取り組む。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
①②	継続	生活習慣病予防事業	生活習慣病予防健診の実施及び保健指導

### ① 生活習慣病予防健診

実施計画							
事業概要	生活習慣病予防健診の実施及び保健指導						
対象者	20～39歳の普段健診を受ける機会のない者						
ストラクチャー	地域健診における健診の実施						
プロセス	町民を対象とした健診意向調査を実施し、生活習慣病予防健診を受診する。受診後、特定保健指導レベル、受診勧奨値の対象者へ保健指導する。						
評価指標・目標値							
事業アウトプット	【項目名】生活習慣病予防健診の受診者数（消防団を含む）						
	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
	24人						
	【項目名】特定保健指導レベル、受診勧奨値の対象者の保健指導率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
評価時期	年度末						

### (3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

第2期計画における取組と評価			
重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標			
中期的な目標として、介護の要因となる後期高齢者の糖尿病腎症、脳血管疾患を減少させ、要介護認定率の低下を図る。 短期的な目標として、上記疾患の共通のリスクとなる糖尿病・高血圧等を減少させる。			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
		健康状態不明者対策	健康状態が不明な高齢者の状態把握
		糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病未治療者、糖尿病治療者への受診勧奨・保健指導
		脳血管疾患重症化予防	高血圧者への受診勧奨・保健指導
		フレイル予防	訪問や通いの場での体力測定の実施、運動指導

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
本町の1号認定率は国や県、同規模市町村と比較しても低いものの、認定者数、介護費については年々増加傾向である。要介護認定の要因として、関節症や骨折、心不全があげられる。介護費・医療費の抑制のために生活習慣病の重症化予防への取り組みが重要である。しかし、後期高齢者の健診受診率が低迷しているため、高齢者の健康状態を把握するための健診受診率の向上が課題である。

第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
高齢者の健康状態を明らかにするとともに、糖尿病性腎症、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧の改善、治療コントロールを良好に保てるよう保健指導を行う。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
	継続	健康状態不明者対策	健康状態が不明な高齢者の状態把握
⑦	継続	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病未治療者、糖尿病治療者への受診勧奨・保健指導
⑤	継続	脳血管疾患重症化予防	高血圧者への受診勧奨・保健指導
②	継続	フレイル予防	訪問や通いの場での体力測定の実施、運動指導

## 2 データヘルス計画の目標管理一覧

	評価項目	評価指標	中間評価					最終評価			目標値
			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10		
			現状	実績	実績	実績	実績	実績	実績		
成果目標	医療費の伸びの抑制	一人あたり医療費（1年あたり）	50万							減少	
中長期目標	重症化した結果の疾患の発生状況	新規 脳血管疾患患者数	17人							減少	
		新規 虚血性心疾患患者数	21人							減少	
		新規 人工透析患者数	2人							減少・発症させない	
		高額（80万円）以上のレセプト脳血管疾患患者数	1人							減少	
		高額（80万円）以上のレセプト虚血性心疾患患者数	0人							減少	
		新規透析導入患者のうち糖尿病を基礎疾患に持つ者の人数	0人							0人	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	★特定健診受診率	47.4%							60.0%	
		40～64歳の健診受診率	38.7%							上昇	
		★特定保健指導実施率	51.9%							80.0%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	14.8%							上昇	
		メタボリックシンドローム該当者割合	24.7%							減少	
		メタボリックシンドローム予備群割合	9.5%							減少	
	基礎疾患の重症化予防	血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	5.2%							減少	
		LDL180以上者の割合	8.7%							減少	
		HbA1c6.5以上（未治療者）の割合	2.5%							減少	
		HbA1c 7.0以上（治療中者）の割合	4.2%							減少	
	★健診受診者のHbA1c8.0以上の割合	1.0%							減少		

## 第6章 計画の評価・見直し

### 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、3年後の令和8年度に進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度（令和11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、計画の要旨等をまとめた概要版を策定し、町の健康づくりに係る会議等で説明する。

## 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。本町では、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

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

## 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。

本町においても、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、本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。

本町においても、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。



#### (4) 苓北町の目標

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10-1-4-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を80.0%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10-1-4-2のとおりである。

図表10-1-4-1：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	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

図表10-1-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
特定健診	対象者数(人)	1,447	1,396	1,346	1,295	1,245	1,194	
	受診者数(人)	724	726	727	725	722	716	
特定保健指導	対象者数(人)	合計	67	68	68	67	67	67
		積極的支援	22	22	22	22	22	22
		動機付け支援	45	46	46	45	45	45
	実施者数(人)	合計	54	55	55	54	54	54
		積極的支援	18	18	18	18	18	18
		動機付け支援	36	37	37	36	36	36

※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

## 2 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、苓北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

集団健診は、6月と11月に実施する。実施場所は、苓北町役場大会議室を予定。

個別健診は、4月から3月にかけて実施する。

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

#### ③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員に図表10-2-1-1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10-2-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状）</li><li>・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）</li><li>・血圧</li><li>・血中脂質検査（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））</li><li>・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GT（<math>\gamma</math>-GTP））</li><li>・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖）</li><li>・尿検査（尿糖、尿蛋白）</li></ul>
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・心電図検査</li><li>・眼底検査</li><li>・貧血検査</li><li>・血清クレアチニン検査</li></ul>

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

#### ④ 実施体制

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

#### ⑤ 健診結果の通知方法

集団の特定健診受診者については、健診結果説明会を開催し、対象者に結果通知表を手渡しする。健診結果説明会に出席が困難な対象者については、結果通知表を郵送する。

個別の特定健診受診者については、実施医療機関が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

苓北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10-2-2-1：特定保健指導階層化の基準

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

参考：追加リスクの判定基準

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

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

### ② 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施するが、効率的、効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行う。具体的には、40代、50代の若い世代を重点対象とする。

### ③ 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施する。

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

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、3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2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。

ただし、特定保健指導のポイント（回数）にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

### 3 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

#### (1) 特定健診

##### ① 受診勧奨

業者委託による健診未受診者勧奨事業を継続し、受診勧奨通知による受診率向上につなげる。

##### ② 集団健診の実施

現在6月に実施している集団健診を、令和6年度から6月と10月に実施することで、受診率向上につなげる。

##### ③ 電子申請による申込の簡素化

電子申請による申込の仕組みを増やすことで、40代、50代の受診率を向上させる。

##### ④ 健康ポイント付与

令和6年度から健康ポイント制度による特定健診、がん検診の受診率向上につなげる。

##### ⑤ ⑤早期啓発

20～39歳の日頃健診を受ける機会のない方を対象とした生活習慣病予防健診の実施により、健診受診の習慣化を図る。

##### ⑥ 特定保健指導

###### 早期介入

集団健診会場での初回面接の実施、健診結果説明会の個別実施による一人ひとりに合わせた指導を実施する。

###### 内容・質の向上

国保連合会の研修会やその他自主的研修会に参加し、保健指導の力量形成を図る。また、専門職学習会により、質の高い指導につなげる。

## 4 その他

### (1) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを図表10-4-1-1のとおり作成する。

図表10-4-1-1：健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健康診査、がん検診の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎後期高齢者健診の開始		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始 ◎前年度保健指導対象者(特定保健指導・重症化予防)のまとめ
6月	◎地域健診の実施	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	◎糖尿病管理台帳、高血圧管理台帳の抽出・訪問(前年度)
7月			
8月	◎特定健診未受診者対策		
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎地域健診の実施 ◎特定健診未受診者対策		
12月			糖尿病管理台帳、高血圧管理台帳の抽出・訪問
1月	◎情報提供事業		◎来年度健診意向調査の実施
2月			
3月	◎健診の終了		

## (2) 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、苓北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、苓北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。

## (3) 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。

## (4) 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毎年点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

## 参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、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、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、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。
	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。

行	No.	用語	解説
	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 <sup>2</sup> ）で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返すことにより、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。



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