

安平町

第3期 国民健康保険データヘルス計画

第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月

北海道安平町

目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の背景・趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	2
3 計画期間.....	3
4 実施体制・関係者連携.....	3
5 標準化の推進.....	4
第2章 前期計画等に係る考察.....	6
1 健康課題・目的・目標の再確認.....	6
2 評価指標による目標評価と要因の整理.....	7
(1) 中・長期目標の振り返り.....	7
(2) 中・長期目標を達成させるための短期的な目標.....	8
(3) 第2期データヘルス計画の総合評価.....	10
3 個別保健事業評価.....	11
第3章 安平町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出.....	13
1 基本情報.....	13
(1) 人口の変化及び高齢化率と経年推移.....	13
(2) 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移.....	14
2 死亡の状況.....	15
(1) 死因別死亡者数.....	15
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）.....	16
(3) （参考）5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率(国保).....	17
3 介護の状況.....	18
(1) 一件当たり介護給付費.....	18
(2) 要介護（要支援）認定者数・割合.....	18
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況.....	19
4 国保加入者の医療の状況.....	20
(1) 国保被保険者構成.....	20
(2) 総医療費及び一人当たり医療費.....	21
(3) 一人当たり医療費と医療費の3要素.....	22
(4) 疾病別医療費の構成.....	23
(5) その他.....	27
5 国保加入者の生活習慣病の状況.....	28
(1) 生活習慣病医療費.....	29
(2) 基礎疾患の有病状況.....	30
(3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり.....	30
(4) 人工透析患者数.....	31
6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況.....	32
(1) 特定健診受診率.....	33
(2) 健康状態不明者（健診なし治療なし）.....	34
(3) 特定健診受診者・未受診者の生活習慣病医療費の比較.....	34
(4) 有所見者の状況.....	35
(5) メタボリックシンドローム.....	37

(6) 特定保健指導実施率.....	40
(7) 受診勧奨対象者.....	41
(8) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況.....	44
(9) 質問票の回答.....	45
7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況.....	46
(1) 後期高齢者医療制度の被保険者構成.....	47
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況.....	47
(3) 後期高齢者医療制度の医療費.....	48
(4) 後期高齢者健診.....	49
(5) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	50
8 健康課題の整理.....	51
(1) 現状のまとめ.....	51
(2) 生活習慣病に関する健康課題の整理.....	52
(3) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理.....	53
(4) 医療費適正化に係る課題の整理.....	53
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	54
第5章 目的・目標を達成するための保健事業.....	55
(1) 重症化予防（がん以外）.....	55
(2) 重症化予防（がん）.....	59
(3) 生活習慣病発症予防・保健指導.....	62
(4) 早期発見・特定健康診査（以下：「特定健診」）.....	64
(5) 健康づくり・社会環境体制整備.....	66
(6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施.....	68
(4) 医療費適正化の取組.....	70
第6章 データヘルス計画の全体像の整理.....	72
第7章 計画の評価・見直し.....	73
1 評価の時期.....	73
(1) 個別事業計画の評価・見直し.....	73
(2) データヘルス計画の評価・見直し.....	73
2 評価方法・体制.....	73
第8章 計画の公表・周知.....	73
第9章 個人情報の取扱い.....	73
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	74
1 計画の背景・趣旨.....	74
(1) 背景・趣旨.....	74
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向.....	75
(3) 計画期間.....	75
2 第3期計画における目標達成状況.....	76
(1) 全国の状況.....	76
(2) 安平町の状況.....	77
(3) 国の示す目標.....	82
(4) 安平町の目標.....	82

3	特定健診・特定保健指導の実施方法.....	83
	(1) 特定健診.....	83
	(2) 特定保健指導.....	85
4	特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組.....	87
	(1) 特定健診.....	87
	(2) 特定保健指導.....	87
5	その他.....	88
	(1) 計画の公表・周知.....	88
	(2) 個人情報の保護.....	88
	(3) 実施計画の評価・見直し.....	88
	参考資料 用語集.....	89

第1章 基本的事項

1 計画の背景・趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」ことが示されました。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」とされました。

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。」と示されました。

こうした背景を踏まえ、安平町では、安平町国民健康保険被保険者（以下、「加入者」といいます。）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します。

2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、「加入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」と国のデータヘルス計画策定の手引きにおいて定義されています。（以下、特定健康診査を「特定健診」といいます。）。

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、北海道健康増進計画、北海道医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、後期高齢者保健事業の実施計画（以下、「後期高齢者データヘルス計画」といいます。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする」ことが求められており、その際に、「他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要」とされています。

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

年度	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和9	令和10	令和11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
安平町国保	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					
安平町	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						
北海道	北海道健康増進計画（第2次）						北海道健康増進計画（第3次）					
	北海道医療費適正化計画（第3期）						北海道医療費適正化計画（第4期）					
	道国民健康保険運営方針			道国民健康保険運営方針			道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 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年間です。

4 実施体制・関係者連携

安平町では、加入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、加入者の健康課題を分析し、計画を策定します。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ます。また、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護（福祉担当）部局と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者医療制度等の健康課題も踏まえて保健事業を展開していきます。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である北海道のほか、北海道国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」といいます。）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、協力していきます。

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

5 標準化の推進

データヘルス計画が北海道で標準化されることにより、共通の評価指標による北海道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、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ます。安平町では、北海道等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとします。

図表1：北海道のデータヘルス計画標準化に係る共通評価指標

目的	
道民が健康で豊かに過ごすことができる	

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

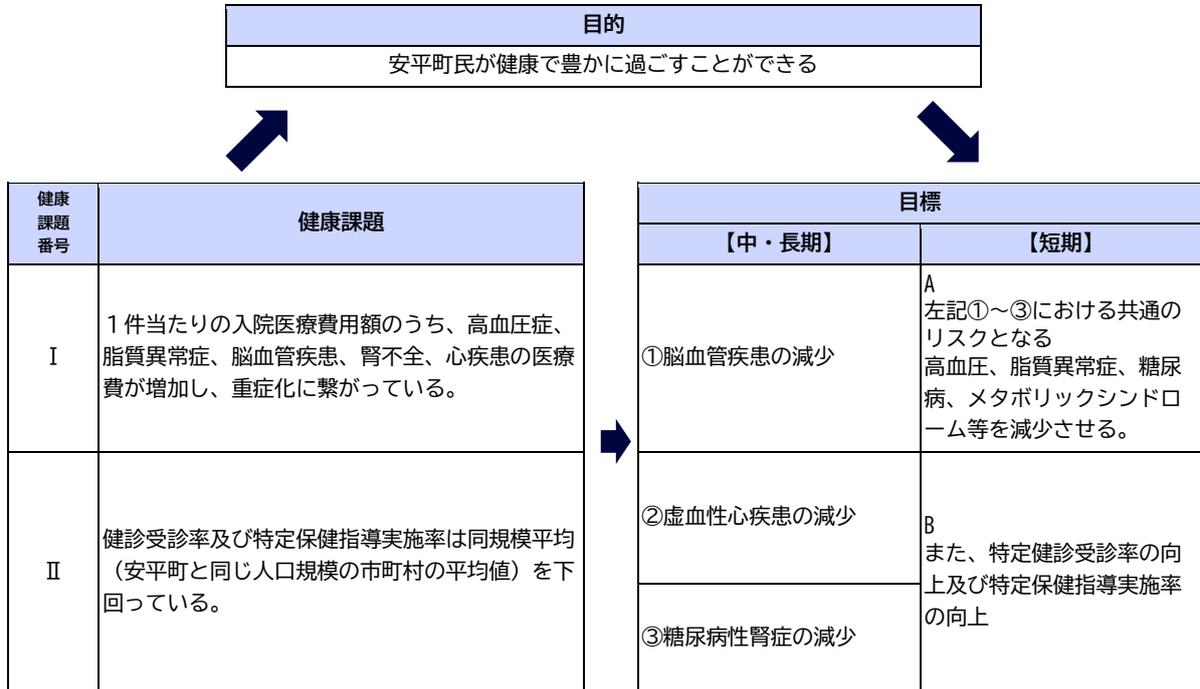
図表2：北海道の健康課題

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

第2章 前期計画等に係る考察

1 健康課題・目的・目標の再確認

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



2 評価指標による目標評価と要因の整理

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

①実績値の評価（ベースライン：平成28年度データとの比較）
 A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難
 ②評価指標の出典：KDB（国保データベースシステム：北海道国民健康保険団体連合会配信データ）

(1) 中・長期目標の振り返り

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
I	脳血管疾患の減少				脳血管疾患の占める割合 (厚労省様式3-6)			A
	目標値	ベースライン	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
	減少	4.2%	3.9%	4.1%	3.7%	3.6%	3.7%	3.4%

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価
I	虚血性心疾患の減少				虚血性心疾患の占める割合 (厚労省様式3-6)			A
	目標値	ベースライン	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
	減少	6.2%	5.8%	6.3%	5.9%	4.8%	4.2%	4.6%

健康課題番号	中・長期目標				評価指標			評価				
I	糖尿病性腎症の減少				人工透析患者の占める割合 (厚労省様式3-7)			C				
	目標値	ベースライン	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				
	減少	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%				
	前年比 (%)	-	前年比 (%)	200	前年比 (%)	100	前年比 (%)	100	前年比 (%)	100	前年比 (%)	150

(2) 中・長期目標を達成させるための短期的な目標

健康課題番号	短期目標	評価指標	評価					
I	高血圧該当者の減少	高血圧症の占める割合 (厚労省様式3-3)	A					
	目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み		評価理由					
	Ⅱ度高血圧以上(160/100以上)者の保健指導実施		目標値をほぼ達成					
短期目標番号	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	20.0%	22.8%	22.4%	23.5%	23.7%	20.4%	20.3%	20.1%
A	目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
	保健指導の継続実施				保健師のマンパワー不足			

健康課題番号	短期目標	評価指標	評価					
I	脂質異常症該当者の減少	脂質異常症の占める割合 (厚労省様式3-4)	A					
	目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み		評価理由					
	脂質異常症(LDLコレステロール180mg/dℓ以上、中性脂肪300mg/dℓ以上)者の保健指導実施		減少の目標達成					
短期目標番号	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	19.0%	19.8%	20.3%	20.6%	21.2%	19.0%	17.9%	18.8%
A	目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
	保健指導の継続実施				保健師のマンパワー不足			

健康課題番号	短期目標	評価指標	評価					
I	糖尿病該当者の減少	糖尿病の占める割合(厚労省様式3-2)	A					
	目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み		評価理由					
	HbA1C6.5%以上未治療者又は7以上治療中者		減少の目標達成					
短期目標番号	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	19.0%	19.8%	20.3%	20.6%	21.2%	19.0%	17.9%	18.8%
A	目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
	保健指導の継続実施				保健師のマンパワー不足			

健康課題番号	短期目標	評価指標	評価					
I	メタボリックシンドローム及び予備群の減少	メタボリックシンドローム及び予備群の割合 【地域の全体像の把握(年度累計)】	C					
	目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み		評価理由					
	メタボリックシンドローム該当及び予備群該当者の保健指導実施		目標達成できていない					
短期目標番号	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	平成28年比25%減少	26.6%	24.5%	25.2%	26.8%	28.4%	27.7%	29.8%
A	目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
	特定保健指導及び生活習慣病治療者でメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者の保健指導の実施				保健師の力量形成が足りなかったことと、保健指導に従事するマンパワーの不足。			

健康課題番号	短期目標			評価指標			評価	
II	特定健診受診率の向上			特定健診受診率 【地域の全体像の把握(年度累計)】			C	
	目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
	電話での特定健診受診勧奨及び前年度受診者の※「自動予約システム」の継続						目標達成できていない	
短期目標番号	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	60.0%	41.3%	40.5%	40.7%	40.9%	42.3%	39.0%	39.1%
B	目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
	予約申込み期限後の申込み受付対応（前日や当日の申込みも受）				未受診者対策に取り組む保健師のマンパワー不足。			

健康課題番号	短期目標			評価指標			評価	
II	特定保健指導の実施率の向上			メタボリックシンドローム 及び予備群の割合 【地域の全体像の把握(年度累計)】			C	
	目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み						評価理由	
	特定保健指導該当者の保健指導の実施						目標達成できていない	
短期目標番号	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	60.0%	23.0%	28.9%	10.8%	22.4%	10.1%	10.2%	45.9%
B	目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
	メールや手紙のやり取りなどの面談に拘らない利用者が継続しやすい保健指導方法を取り入れたこと				保健師の力量形成が足りなかったことと、マンパワー不足。			

※「自動予約システム」とは：前年度の特定健診受診者に対して、がん検診も含めて次年度に前年度の同じ日程、同じ健診機関、同じ検査項目（乳がん、子宮がんは2年に1回）を予め予約を入れておき、年度初めの4月上旬に対象者に「自動予約票」を送付して、申込みをしなくても既に予約が入っていることをお知らせしているシステムの事です。

(3) 第2期データヘルス計画の総合評価

<p>第2期計画の総合評価</p>	<p>国保保健事業実施の業務委任を受けている保健衛生部門では、新型コロナウイルス感染症への対応及びワクチン接種事業も担当しており、生活習慣病予防事業以外の発達障害、児童虐待、精神疾患・障がい、ひきこもりケースの対応が増加傾向であることや、地域保健・医療に関する事務や健診機関との調整事務も保健師が行わなければならない状態が続いていたことにより、保健指導に従事する稼働の確保が厳しい状態が続きました。令和3年度の保健師増員、令和4年度の事務職員増員により体制整備しつつあります。体制は整いつつあるも、1件当たりの入院医療費は、短期的目標疾患：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、中長期的疾患：脳血管疾患、腎不全で増加し重症化予防ができていません。</p> <p>保健指導実施率や健診受診率は一度改善傾向を示したものの、悪化傾向にあり、保健師・栄養士が生活習慣病重症化予防業務に従事できるよう更なる事務職との事務分掌の検討と保健師・栄養士の意識の向上を図ることが必要です。</p>
<p>残された課題 (第3期計画の継続課題)</p>	<p>メタボリックシンドローム該当及び予備群の割合が増加傾向で減少していません。糖尿病該当者の割合は目標達成できているものの、増加傾向です。人工透析患者の占める割合は減少していません。特定健診受診率・特定保健指導実施率は同規模保険者と比較して低い状態です。</p>
<p>第3期計画の重点課題と重点事業</p>	<p>①糖尿病が原因での新規人工透析導入者の減少（糖尿病性腎症重症化予防事業） ②生活習慣病重症化予防 ③特定健診受診率の低下（特定健診受診率向上事業） ④特定保健指導実施率の低下（特定保健指導利用率向上事業）</p>

3 個別保健事業評価

ここでは、健康課題、目標に紐付けた重点的な事業の評価をします。

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

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

短期 目標 番号	事業名	事業目標	事業全体の評価						
A	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症が原因による人工透析新規導入者数の減少	B						
	評価指標（アウトカム・アウトプット）				評価指標以外の実績				
	①糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の保健指導実施率（アウトプット） ②糖尿病性腎症が原因による人工透析新規導入者数の減少（アウトカム）				-				
	①目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価
	100%	90.0%	83.3%	83.3%	100%	100%	100%	100%	A
	②目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績評価
	0人	1人	1人	2人	0人	1人	1人	1人	B
事業の成功要因		事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）				
保健指導資料の作成及び保健師間での学習会の開催		保健師のマンパワー不足			KDB又はKDBExpanderでの対象者の把握、治療中断者の受診勧奨の継続、事業欠席者や方への個別支援の徹底。				

短期 目標 番号	事業名	事業目標	事業全体の評価						
A	生活習慣病重症化予防事業	脳血管疾患、虚血性心疾患発症及び重症化予防	C						
	評価指標（アウトカム・アウトプット）				評価指標以外の実績				
	①重症化予防対象者の保健指導実施率（アウトプット） ②重症者予防対象者の全体に占める割合（アウトカム）				糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の保健指導実施率は令和元年度～4年度は100%				
	①目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価
	80.0%	61.0%	74.2%	62.0%	71.1%	57.5%	54.1%	54.0	C
	②目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績評価
	37.6%	42.6%	34.0%	43.1%	40.9%	40.0%	31.3%	42.5%	C
事業の成功要因		事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）				
保健指導資料の作成及び保健師間での学習会の開催		保健師のマンパワー不足			事業欠席者や、要精検・要医療で未受診の方への個別支援の徹底。				

短期 目標 番号	事業名	事業目標	事業全体の評価						
B	生活習慣病発症予防事業	生活習慣病の早期発見、早期に保健指導を受けることによる発症予防	C						
	評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績			
	①特定健診受診率（アウトプット）P8のとおり ②特定保健指導実施率（アウトプット） ③若年者（20～39歳）健診（基本健診）の国保加入者の受診率					-			
	③目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価
	20.0%	12.8%	15.7%	16.7%	14.9%	15.7%	15.5%	17.4%	C
	事業の成功要因		事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）			
文書による個別受診勧奨の実施、普及啓発資料の工夫。		訪問、電話での個別受診勧奨未実施、電話や来所以外インターネット等の健診申込み方法の工夫が足りなかった。			インターネット環境での健診申込方法の構築と訪問・電話等での個別受診勧奨の実施。				

第3章 安平町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出

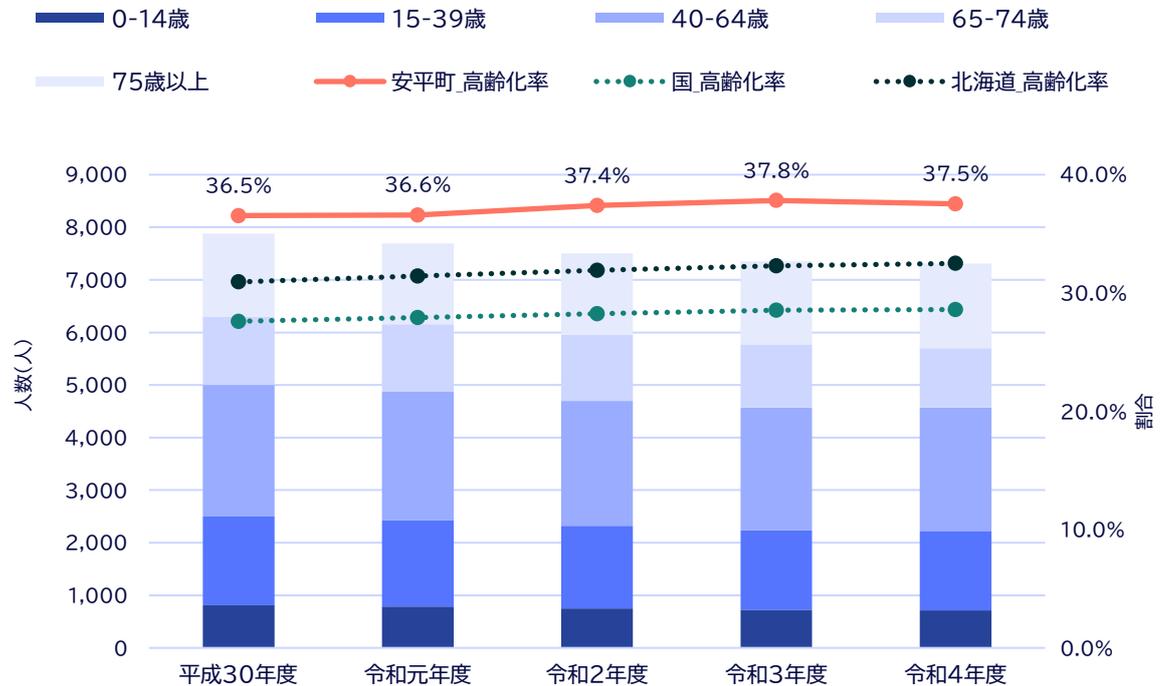
1 基本情報

(1) 人口の変化及び高齢化率と経年推移

令和4年度の人口は7,310人で、平成30年度以降571人減少しています。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は37.5%で、平成30年度と比較して、1.0ポイント上昇しています。国や北海道と比較すると、高齢化率は高いです。

図表3：人口の変化と高齢化率



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-14歳	811	10.3%	786	10.2%	752	10.0%	725	9.9%	713	9.8%
15-39歳	1,686	21.4%	1,639	21.3%	1,572	20.9%	1,512	20.6%	1,511	20.7%
40-64歳	2,504	31.8%	2,453	31.9%	2,374	31.6%	2,334	31.8%	2,343	32.1%
65-74歳	1,295	16.4%	1,279	16.6%	1,259	16.8%	1,203	16.4%	1,131	15.5%
75歳以上	1,585	20.1%	1,537	20.0%	1,547	20.6%	1,577	21.5%	1,612	22.1%
合計	7,881	-	7,694	-	7,504	-	7,351	-	7,310	-
安平町_高齢化率	36.5%		36.6%		37.4%		37.8%		37.5%	
国_高齢化率	27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
北海道_高齢化率	30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%	

※安平町に係る数値は、各年度の月31日の人口を使用し、国及び道に係る数値は、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降同様）。

【出典】住民基本台帳_平成30年度から令和4年度 各年1月1日時点

ポイント

- ・ 高齢化率は、国や北海道と比較すると高くなっており、40歳未満の若年層の人口割合は減少傾向。

(2)男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移

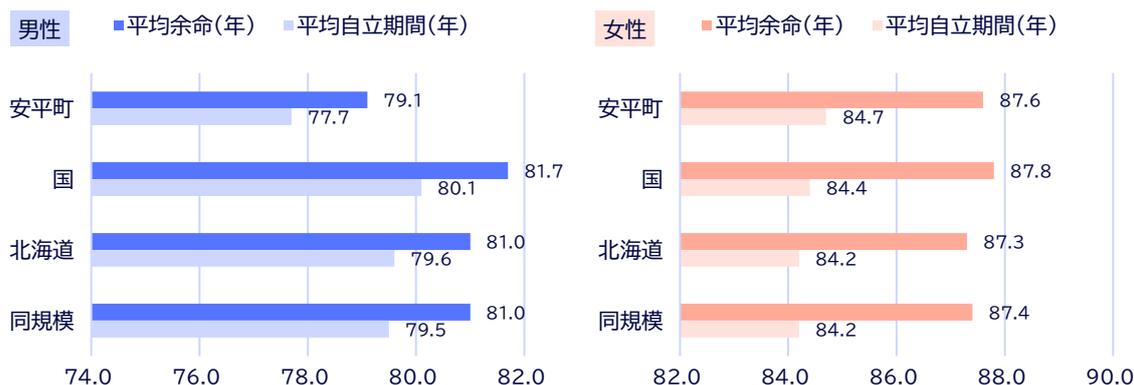
平均余命は、男性は79.1年で国・北海道より短いです。女性は87.6年で、国より短く、北海道より長いです。

平均自立期間は、男性の平均自立期間は77.7年で、国・北海道より短いです。女性の平均自立期間は84.7年で、国・北海道より長いです。（図表3-1-2-1）

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は1.4年で、平成30年度以降縮小しており、女性も2.9年で縮小しています。

※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歳の人が要介護2の状態になるまでの期間

図表4：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)
安平町	79.1	77.7	1.4	87.6	84.7	2.9
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
北海道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
同規模	81.0	79.5	1.5	87.4	84.2	3.2

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

図表5：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
平成30年度	80.0	78.2	1.8	88.5	85.2	3.3
令和元年度	81.0	79.2	1.8	87.0	84.0	3.0
令和2年度	80.6	78.8	1.8	87.7	84.1	3.6
令和3年度	79.7	78.1	1.6	86.8	83.7	3.1
令和4年度	79.1	77.7	1.4	87.6	84.7	2.9

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

ポイント

- ・平均余命は、男性では国・北海道より短い。女性では国より短い、北海道より長い。
- ・平均自立期間は、男性では国・北海道より短い。女性では国・北海道より長い。

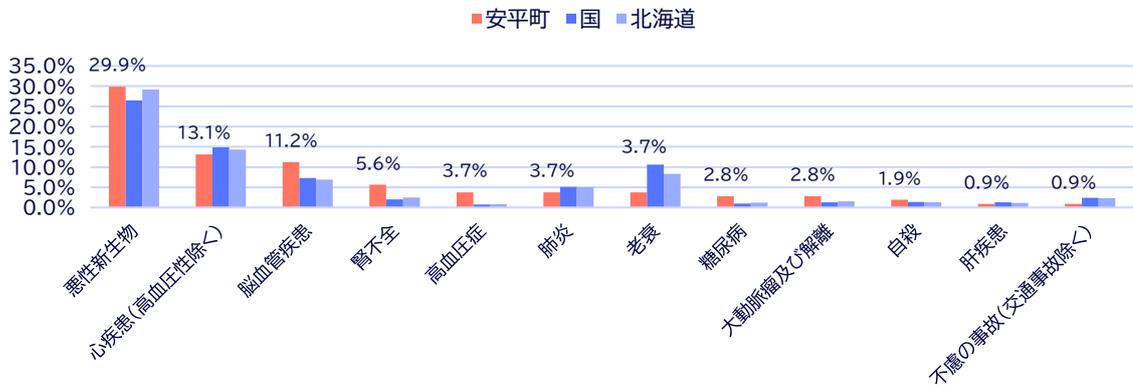
2 死亡の状況

(1) 死因別死亡者数

令和3年度の人口動態調査から、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の29.9%を占めています。（図表3-2-1-1）

保健事業により予防可能な重篤な疾患である「心疾患（高血圧性除く）」は第2位（13.1%）、「脳血管疾患」は第3位（11.2%）、「腎不全」は第4位（5.6%）であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置しています。

図表6：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	安平町		国	北海道
		死亡者数(人)	割合		
1位	悪性新生物	32	29.9%	26.5%	29.2%
2位	心疾患(高血圧性除く)	14	13.1%	14.9%	14.3%
3位	脳血管疾患	12	11.2%	7.3%	6.9%
4位	腎不全	6	5.6%	2.0%	2.5%
5位	高血圧症	4	3.7%	0.7%	0.8%
5位	肺炎	4	3.7%	5.1%	5.0%
5位	老衰	4	3.7%	10.6%	8.3%
8位	糖尿病	3	2.8%	1.0%	1.2%
8位	大動脈瘤及び解離	3	2.8%	1.3%	1.5%
10位	自殺	2	1.9%	1.4%	1.3%
11位	肝疾患	1	0.9%	1.3%	1.1%
11位	不慮の事故(交通事故除く)	1	0.9%	2.4%	2.3%
-	その他	21	19.6%	25.5%	25.7%
-	死亡総数	107	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

ポイント

- 平均余命に影響している死因のうち、予防可能な主な疾患については、「心疾患（高血圧性除く）」が13.1%、「脳血管疾患」が11.2%、「腎不全」が5.6%であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置している。

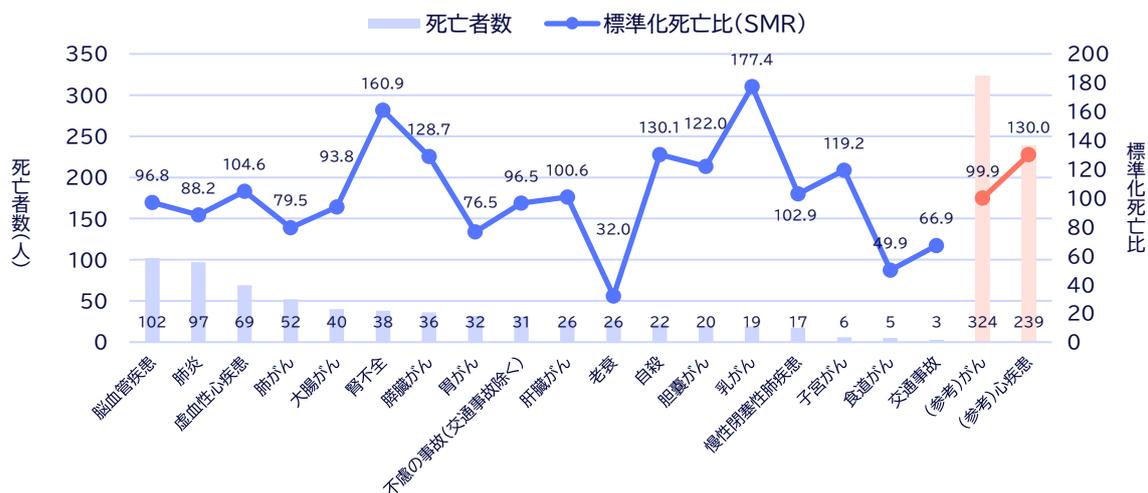
(2) 死因別の標準化死亡比 (SMR)

平成22年から令和元年までの累積死因別死亡者数をみると、死亡者数の最も多い死因は「脳血管疾患」であり、国と比べて※標準化死亡比 (SMR) が最も高い死因は「乳がん」 (177.4) です。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、「虚血性心疾患」は104.6、「脳血管疾患」は96.8、「腎不全」は160.9となっています。

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

図表7：平成22年から令和元年までの死因別の死亡者数とSMR



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			安平町	北海道	国
1位	脳血管疾患	102	96.8	92.0	100
2位	肺炎	97	88.2	97.2	
3位	虚血性心疾患	69	104.6	82.4	
4位	肺がん	52	79.5	119.7	
5位	大腸がん	40	93.8	108.7	
6位	腎不全	38	160.9	128.3	
7位	膵臓がん	36	128.7	124.6	
8位	胃がん	32	76.5	97.2	
9位	不慮の事故 (交通事故除く)	31	96.5	84.3	
10位	肝臓がん	26	100.6	94.0	
10位	老衰	26	32.0	72.6	100
12位	自殺	22	130.1	103.8	
13位	胆嚢がん	20	122.0	113.0	
14位	乳がん	19	177.4	109.5	
15位	慢性閉塞性肺疾患	17	102.9	92.0	
16位	子宮がん	6	119.2	101.5	
17位	食道がん	5	49.9	107.5	
18位	交通事故	3	66.9	94.0	
参考	がん	324	99.9	109.2	
参考	心疾患	239	130.0	100.0	

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

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

【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ 平成22年から令和元年

ポイント

- ・ 予防可能な主な疾患について国との標準化死亡比をみると、「虚血性心疾患」が104.6、「脳血管疾患」が96.8、「腎不全」が160.9となっている。

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

5がんの検診平均受診率は21.9%で、国・道より高いです。

図表8：がん検診の受診状況(安平町国民健康保険加入者)

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
安平町	23.0%	21.3%	22.1%	18.9%	24.4%	21.9%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
道	10.6%	10.9%	11.7%	14.5%	14.6%	12.5%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告_令和3年度

図表9：(参考資料)がん検診受診者における要精密検査の受診状況(安平町民全て)

検査項目	R4受診者数	精密検査者数	割合	精密検査受診者数	割合	がん発見	不明者・未受診者	未受診理由
胃	564人	16人	2.8%	16人	100%	0人	0人	—
肺	634人	3人	0.5%	3人	100%	1人	0人	—
大腸	787人	34人	4.3%	25人	74%	1人	9人	—
前立腺	235人	5人	2.1%	5人	100%	0人	0人	—
子宮	327人	5人	1.5%	4人	80%	0人	1人	—
乳	412人	8人	1.9%	7人	88%	0人	1人	不在、問診票に記載の電話番号で連絡つかず。

【出典】安平町 独自集計

3 介護保険の状況

(1) 一件当たり介護給付費

居宅サービスの給付費が国・道より多く、施設サービスの給付費が道より多くなっています。

図表10：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	安平町	国	北海道	同規模
計_一件当たり給付費(円)	77,576	59,662	60,965	74,986
(居宅)一件当たり給付費(円)	49,638	41,272	42,034	43,722
(施設)一件当たり給付費(円)	296,307	296,364	296,260	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

(2) 要介護（要支援）認定者数・割合

第1号被保険者（65歳以上）における要介護認定率は19.8%で、国より高いです。

図表11：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		安平町 認定率	国 認定率	北海道 認定率
		認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率			
1号										
65-74歳	1,131	13	1.1%	15	1.3%	16	1.4%	3.9%	-	-
75歳以上	1,612	173	10.7%	181	11.2%	146	9.1%	31.0%	-	-
計	2,743	186	6.8%	196	7.1%	162	5.9%	19.8%	18.7%	20.8%
2号										
40-64歳	2,343	6	0.3%	1	0.0%	3	0.1%	0.4%	0.4%	0.4%
総計	5,086	192	3.8%	197	3.9%	165	3.2%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

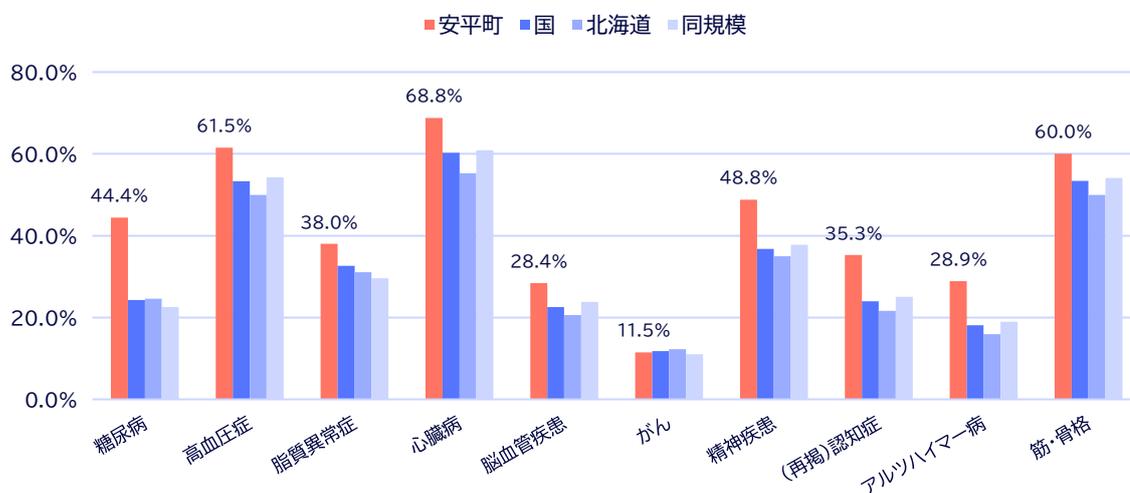
KDB帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

(3) 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護または要支援の認定を受けた人のうち、特に予防すべき重篤な疾患の有病状況は「心臓病」は68.8%、「脳血管疾患」は28.4%となっています。

また、重篤な疾患に発展する可能性のある基礎疾患の有病状況をみると、「糖尿病」は44.4%、「高血圧症」は61.5%、「脂質異常症」は38.0%となっており、要介護者・要支援認定者の多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有しています。

図表12：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	北海道	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	254	44.4%	24.3%	24.6%	22.6%
高血圧症	345	61.5%	53.3%	50.0%	54.3%
脂質異常症	218	38.0%	32.6%	31.1%	29.6%
心臓病	390	68.8%	60.3%	55.3%	60.9%
脳血管疾患	163	28.4%	22.6%	20.6%	23.8%
がん	68	11.5%	11.8%	12.3%	11.0%
精神疾患	275	48.8%	36.8%	35.0%	37.8%
うち_認知症	201	35.3%	24.0%	21.6%	25.1%
アルツハイマー病	158	28.9%	18.1%	15.9%	19.0%
筋・骨格関連疾患	343	60.0%	53.4%	50.0%	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

ポイント

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

4 国保加入者の医療の状況

(1) 国保被保険者構成

令和4年度における国保加入者数は1,683人で、平成30年度の人数と比較して343人減少しています。国保加入率は23.0%で、国・北海道より高いです。

65歳以上の加入者の割合は44.1%で、平成30年度と比較して2.3ポイント減少しています。

図表13：被保険者構成

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	404	19.9%	383	19.9%	374	20.1%	372	20.8%	350	20.8%
40-64歳	682	33.7%	642	33.4%	624	33.5%	610	34.1%	591	35.1%
65-74歳	940	46.4%	897	46.7%	864	46.4%	805	45.0%	742	44.1%
国保加入者数	2,026	100.0%	1,922	100.0%	1,862	100.0%	1,787	100.0%	1,683	100.0%
安平町_総人口(人)	7,881		7,694		7,504		7,351		7,310	
安平町_国保加入率	25.7%		25.0%		24.8%		24.3%		23.0%	
国_国保加入率	22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
北海道_国保加入率	21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%	

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

【出典】住民基本台帳 平成30年度から令和4年度

KDB帳票 S21_006-被保険者構成 平成30年から令和4年 年次

ポイント

- ・国保加入者数は年々減少している。

(2) 総医療費及び一人当たり医療費

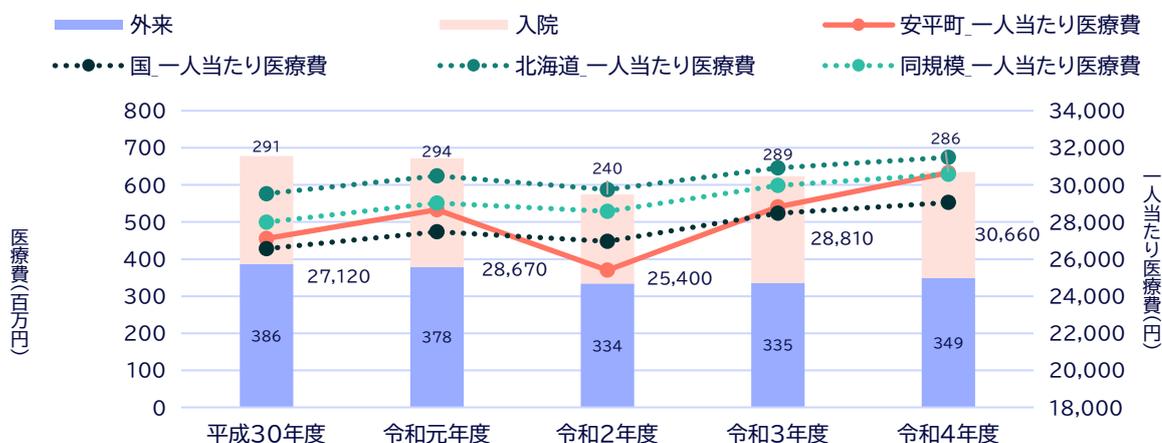
令和4年度の総医療費は約6億3,500万円、平成30年度と比較して6.3%減少しています。

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

令和4年度の一人当たり医療費は30,660円で、平成30年度と比較して13.1%増加しています。一人当たり医療費は道より少なく、国より多いです。

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

図表14：総医療費・一人当たりの医療費



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	平成30年度からの変化率 (%)
		医療費 (円)						
医療費 (円)	総額	677,738,480	671,633,070	574,468,610	623,970,860	634,961,720	-	-6.3
	入院	291,326,820	293,558,410	240,011,510	288,893,640	285,932,220	45.0%	-1.9
	外来	386,411,660	378,074,660	334,457,100	335,077,220	349,029,500	55.0%	-9.7
一人当たり医療費 (円)	安平町	27,120	28,670	25,400	28,810	30,660	-	13.1
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	-	9.4
	北海道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	-	6.6
	同規模	27,990	29,020	28,570	29,970	30,580	-	9.3

※一人当たり医療費は、月平均を算出

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

参考：医療サービスの状況

図表15：医療サービスの状況

(千人当たり)	安平町	国	北海道	同規模
病院数	0.6	0.3	0.5	0.3
診療所数	2.3	4.0	3.2	2.6
病床数	23.2	59.4	87.8	36.4
医師数	1.7	13.4	13.1	4.1

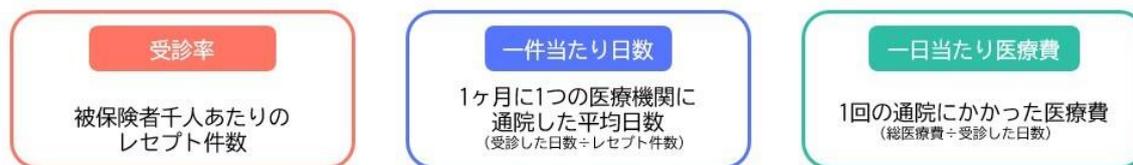
【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

ポイント

- ・令和4年度の一人当たり医療費は30,660円で、対平成30年度比で13.1%増加している。
- ・一人当たり医療費を国や北海道と比較すると北海道より少ないが、国より多い。

(3) 一人当たり医療費と医療費の3要素

一人当たり医療費の3要素



一人当たり医療費は、「受診率」「一件当たり日数」「一日当たり医療費」の3要素に分解されます。

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

また、入院の一人当たり医療費は13,810円で、国と比較すると2,160円多いです。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す。

外来の一人当たり医療費は16,850円で、国と比較すると550円少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためです。

図表16：入院外来別医療費の3要素

入院	安平町	国	北海道	同規模
一人当たり医療費 (円)	13,810	11,650	13,820	13,360
受診率 (件/千人)	21.3	18.8	22.0	22.7
一件当たり日数 (日)	16.7	16.0	15.8	16.4
一日当たり医療費 (円)	38,690	38,730	39,850	35,890

外来	安平町	国	北海道	同規模
一人当たり医療費 (円)	16,850	17,400	17,670	17,220
受診率 (件/千人)	639.1	709.6	663.0	692.2
一件当たり日数 (日)	1.3	1.5	1.4	1.4
一日当たり医療費 (円)	19,610	16,500	19,230	17,520

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

ポイント

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

(4) 疾病別医療費の構成

① 疾病分類（大分類）別医療費

続いて、総医療費に占める割合が高い疾病分類（大分類）の構成をみます。

総医療費に占める構成が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は約1億100万円（15.9%）となっており、次いで高いのは「循環器系の疾患」で約8,300万円（13.1%）です。

これら2疾病で総医療費の29.0%を占めています。

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

図表17：疾病分類（大分類）別 医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	医療費（円）			
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	新生物	100,831,410	58,419	15.9%	281.6	207,472
2位	循環器系の疾患	82,720,040	47,926	13.1%	1365.0	35,110
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	65,835,950	38,144	10.4%	696.4	54,772
4位	内分泌、栄養及び代謝疾患	59,074,420	34,226	9.3%	1388.2	24,655
5位	呼吸器系の疾患	55,855,350	32,361	8.8%	666.9	48,528
6位	精神及び行動の障害	47,277,970	27,392	7.5%	359.8	76,132
7位	神経系の疾患	47,137,200	27,310	7.4%	382.4	71,420
8位	尿路性器系の疾患	46,205,110	26,770	7.3%	410.2	65,261
9位	消化器系の疾患	34,075,590	19,743	5.4%	537.7	36,719
10位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	22,522,170	13,049	3.6%	159.3	81,899
11位	眼及び付属器の疾患	18,144,310	10,512	2.9%	515.1	20,410
12位	感染症及び寄生虫症	15,312,540	8,872	2.4%	223.6	39,670
13位	皮膚及び皮下組織の疾患	8,723,970	5,054	1.4%	468.7	10,784
14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	4,926,270	2,854	0.8%	107.2	26,628
15位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2,462,950	1,427	0.4%	22.6	63,153
16位	耳及び乳様突起の疾患	1,887,900	1,094	0.3%	90.4	12,102
17位	妊娠、分娩及び産じょく	532,670	309	0.1%	6.4	48,425
18位	先天奇形、変形及び染色体異常	120,050	70	0.0%	7.5	9,235
19位	周産期に発生した病態	0	0	0.0%	0.0	0
-	その他	19,254,890	11,156	3.0%	235.8	47,309
-	総計	632,900,760	-	-	-	-

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

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

【出典】KDB帳票 S23_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和4年度 累計

ポイント

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

② 疾病分類（中分類）別 入院医療費

入院医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「その他の呼吸器系の疾患」の医療費が最も多く約3,200万円で、11.2%を占めています。

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

図表18：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）	医療費分析			
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	その他の呼吸器系の疾患	32,124,950	18,612	11.2%	23.2	803,124
2位	その他の神経系の疾患	26,147,830	15,149	9.1%	22.0	688,101
3位	その他の悪性新生物	20,037,840	11,609	7.0%	11.6	1,001,892
4位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	18,799,180	10,892	6.6%	13.9	783,299
5位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	16,549,780	9,589	5.8%	22.0	435,521
6位	その他の消化器系の疾患	12,758,890	7,392	4.5%	23.8	311,192
7位	その他の精神及び行動の障害	12,438,730	7,207	4.4%	7.0	1,036,561
8位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	12,228,610	7,085	4.3%	8.7	815,241
9位	脳梗塞	11,993,980	6,949	4.2%	9.8	705,528
10位	虚血性心疾患	11,230,310	6,507	3.9%	7.5	863,870
11位	関節症	10,087,670	5,845	3.5%	4.6	1,260,959
12位	骨折	9,065,090	5,252	3.2%	7.0	755,424
13位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	9,063,470	5,251	3.2%	9.3	566,467
14位	その他損傷及びその他外因の影響	8,294,130	4,805	2.9%	7.0	691,178
15位	その他の心疾患	7,287,620	4,222	2.5%	8.1	520,544
16位	その他の脳血管疾患	5,081,860	2,944	1.8%	2.9	1,016,372
17位	その他の感染症及び寄生虫症	5,049,130	2,925	1.8%	1.2	2,524,565
18位	その他の特殊目的用コード	4,811,890	2,788	1.7%	2.9	962,378
19位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	3,962,990	2,296	1.4%	2.3	990,748
20位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	3,176,400	1,840	1.1%	1.7	1,058,800

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

ポイント

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

③ 疾病分類（中分類）別 外来医療費

外来医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「糖尿病」の医療費が最も多く約4,100万円で、11.7%を占めています。重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っています。

図表19：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）		割合	受診率	割合 （受診率）	レセプト 一件当たり 医療費（円）
			一人当たり 医療費（円）				
1位	糖尿病	40,744,360	23,606	11.7%	830.8	10.8%	28,413
2位	腎不全	27,304,970	15,820	7.9%	53.3	0.7%	296,793
3位	高血圧症	22,297,840	12,919	6.4%	921.8	12.0%	14,015
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	19,210,250	11,130	5.5%	30.1	0.4%	369,428
5位	その他の心疾患	15,537,160	9,002	4.5%	228.3	3.0%	39,434
6位	脂質異常症	12,807,880	7,421	3.7%	436.8	5.7%	16,987
7位	喘息	10,826,680	6,273	3.1%	269.4	3.5%	23,283
8位	その他の悪性新生物	10,782,670	6,247	3.1%	66.6	0.9%	93,762
9位	その他の特殊目的用コード	10,438,870	6,048	3.0%	103.1	1.3%	58,645
10位	その他の消化器系の疾患	9,929,950	5,753	2.9%	219.6	2.9%	26,200
11位	乳房の悪性新生物	9,045,520	5,241	2.6%	35.9	0.5%	145,895
12位	その他の眼及び付属器の疾患	8,259,630	4,785	2.4%	292.0	3.8%	16,388
13位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	7,497,920	4,344	2.2%	68.4	0.9%	63,542
14位	その他の神経系の疾患	7,300,010	4,229	2.1%	209.2	2.7%	20,222
15位	炎症性多発性関節障害	6,801,910	3,941	2.0%	75.9	1.0%	51,923
16位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	6,299,490	3,650	1.8%	23.2	0.3%	157,487
17位	ウイルス性肝炎	5,504,450	3,189	1.6%	60.3	0.8%	52,927
18位	虚血性心疾患	5,072,960	2,939	1.5%	115.3	1.5%	25,492
19位	胃炎及び十二指腸炎	4,834,470	2,801	1.4%	149.5	1.9%	18,738
20位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	4,704,920	2,726	1.4%	172.7	2.3%	15,788

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

ポイント

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

④ 医療費が高額な疾病の状況

医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプトについてみます。高額レセプトの上位疾病をみると、「腎不全」「脳梗塞」「虚血性心疾患」が上位10位に入っています。

医療費適正化の観点からもこれらの重篤な疾患の予防に取り組むことが重要です。

図表20：疾病分類（中分類）別_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	高額レセプトの全件数に占める割合
1位	その他の呼吸器系の疾患	32,552,480	9.5%	39	8.2%
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	29,302,560	8.5%	32	6.7%
3位	腎不全	27,794,130	8.1%	66	13.9%
4位	その他の神経系の疾患	25,718,220	7.5%	35	7.4%
5位	その他の悪性新生物	24,565,270	7.1%	27	5.7%
6位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	23,311,220	6.8%	28	5.9%
7位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	15,885,960	4.6%	34	7.2%
8位	その他の精神及び行動の障害	12,288,080	3.6%	11	2.3%
9位	脳梗塞	11,408,840	3.3%	13	2.7%
10位	虚血性心疾患	10,868,180	3.2%	10	2.1%

【出典】KDB帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

⑤ 入院が長期化する疾病の状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプトについてみる。予防可能な重篤な疾患についてみると、いずれの疾患も上位9位には入っていません。

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

図表21：疾病分類（中分類）別_6か月以上の入院レセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	長期入院レセプトの全件数に占める割合
1位	その他の呼吸器系の疾患	22,019,410	32.9%	28	26.9%
2位	その他の神経系の疾患	16,934,590	25.3%	25	24.0%
3位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	14,634,320	21.8%	32	30.8%
4位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	5,874,260	8.8%	7	6.7%
5位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	4,160,170	6.2%	6	5.8%
6位	その他の理由による保健サービスの利用者	1,050,070	1.6%	2	1.9%
7位	アルツハイマー病	911,260	1.4%	2	1.9%
8位	その他の消化器系の疾患	766,460	1.1%	1	1.0%
9位	真菌症	640,100	1.0%	1	1.0%

【出典】KDB帳票 S21_012-厚生労働省様式（様式2-1） 令和4年6月から令和5年5月

ポイント

- ・医療費が高額な疾病と入院が長期化する疾病の両方に、予防可能な疾患が入っている。

(5) その他

① 重複服薬の状況

重複処方該当者数は6人存在します。

※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22：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	34	5	4	1	1	1	0	0	0	0
	3医療機関以上	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

② 多剤服薬の状況

多剤処方該当者数は、2人存在します。

※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23：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	786	642	497	374	270	182	111	71	46	25	2	0
	15日以上	648	572	456	347	255	177	108	69	45	25	2	0
	30日以上	586	516	413	317	230	159	96	64	41	23	1	0
	60日以上	325	293	249	193	141	103	61	42	28	14	1	0
	90日以上	149	133	111	89	66	55	34	25	13	8	1	0
	120日以上	59	52	48	40	34	28	15	12	8	4	0	0
	150日以上	30	26	25	20	17	13	7	6	5	2	0	0
	180日以上	20	16	16	13	11	8	4	3	3	1	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85.0%で、道の82.0%と比較して3.0ポイント高くなっています。

図表24：後発医薬品の使用状況

	平成30年9月	令和元年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
安平町	78.3%	81.5%	81.9%	80.9%	81.5%	84.4%	83.1%	82.8%	85.0%
道	75.2%	77.2%	77.7%	80.0%	80.8%	81.5%	81.6%	81.4%	82.0%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

5 国保加入者の生活習慣病の状況

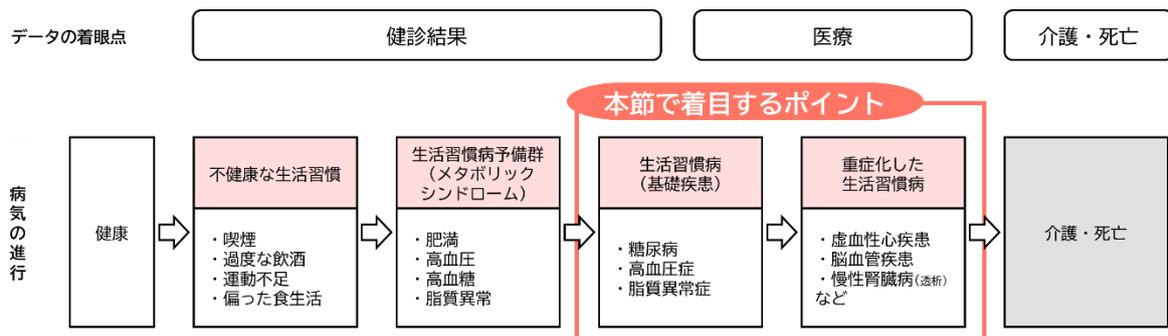
ここまでみてきたように、安平町の死亡・介護・医療のそれぞれにおいて、生活習慣病を中心とした予防可能な疾患の課題が大きいことがわかりました。

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

生活習慣病は、各段階で適切な介入がなされることで、病気が進むことを食い止めることができ、また生活習慣病を発症しても、上手にコントロールできていれば重症化は防ぐことができます。

一方で、コントロール不良だと心筋梗塞や脳梗塞などを引き起こし、生活機能の低下や要介護状態となります。

本節では、疾病の流れに沿って、安平町の課題である生活習慣病の状況を把握します。



(1) 生活習慣病医療費

生活習慣病医療費を平成30年度と令和4年度で比較すると減少しています。特に、疾病別に見た場合、「糖尿病」「高血圧症」の医療費が減少しています。

また、令和4年度時点で総額医療費に占める疾病別の割合を国、道と比較すると「基礎疾患」の割合が高いです。

図表26：生活習慣病医療費の平成30年度比較

疾病名	安平町				国	北海道	同規模	
	平成30年度		令和4年度					
	医療費(円)	割合	医療費(円)	割合				
生活習慣病医療費	147,930,310	21.8%	124,905,210	19.7%	18.7%	16.4%	19.1%	
基礎疾患	糖尿病	49,883,430	14.8%	41,489,880	12.1%	10.7%	10.1%	11.7%
	高血圧症	30,529,600		22,364,230				
	脂質異常症	19,482,960		12,807,880				
	高尿酸血症	252,410		218,590				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	1,103,520	0.2%	66,360	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
	脳出血	3,327,780	0.5%	714,620	0.1%	0.7%	0.6%	0.6%
	脳梗塞	12,578,160	1.9%	13,230,020	2.1%	1.4%	1.5%	1.4%
	狭心症	15,940,190	2.4%	11,440,450	1.8%	1.1%	1.4%	1.1%
	心筋梗塞	1,763,660	0.3%	3,762,780	0.6%	0.3%	0.3%	0.4%
	慢性腎臓病(透析あり)	13,068,600	1.9%	18,810,400	3.0%	4.4%	2.3%	3.8%
総額	677,738,480	-	634,961,720	-	-	-	-	

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度・令和4年度 累計

ポイント

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

(2) 基礎疾患の有病状況

被保険者全体における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が297人（17.6%）、
「高血圧症」が378人（22.5%）、「脂質異常症」が341人（20.3%）となっています。

図表27：基礎疾患の有病状況

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
被保険者数		841	-	842	-	1,683	-
基礎疾患	糖尿病	149	17.7%	148	17.6%	297	17.6%
	高血圧症	186	22.1%	192	22.8%	378	22.5%
	脂質異常症	153	18.2%	188	22.3%	341	20.3%

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

(3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり

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

図表28：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
虚血性心疾患		54	-	23	-	77	-
基礎疾患	糖尿病	35	64.8%	13	56.5%	48	62.3%
	高血圧症	48	88.9%	21	91.3%	69	89.6%
	脂質異常症	45	83.3%	15	65.2%	60	77.9%

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
脳血管疾患		35	-	25	-	60	-
基礎疾患	糖尿病	22	62.9%	17	68.0%	39	65.0%
	高血圧症	27	77.1%	20	80.0%	47	78.3%
	脂質異常症	25	71.4%	20	80.0%	45	75.0%

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
人工透析		5	-	1	-	6	-
基礎疾患	糖尿病	4	80.0%	0	0.0%	4	66.7%
	高血圧症	5	100.0%	1	100.0%	6	100.0%
	脂質異常症	3	60.0%	0	0.0%	3	50.0%

【出典】KDB帳票 S21_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年 5月

KDB帳票 S21_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年 5月

KDB帳票 S21_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年 5月

ポイント

- ・重症化した生活習慣病を発症する人は、複数の基礎疾患を有している。

(4) 人工透析患者数

慢性腎臓病が悪化すると、人工透析になります。人工透析が導入されると身体的・精神的な負担だけではなく、週3回の通院が必要になるため患者自身のQOLにも大きな影響をもたらします。そのため、予防的介入により人工透析にいたらないよう早期治療も重要です。

安平町の人工透析患者数の推移をみると、令和4年度の患者数は20人で、平成30年度と比較して1人減少しています。

令和4年度における新規の人工透析患者数は3人で平成30年度と比較して同数でした。

図表29：人工透析患者数 ()数字は糖尿病性腎症が原因(再掲)

			平成30年度	令和4年度	令和4年度と平成30年度の差
人工透析患者数(人)	国保	0-39歳	0	0	0
		40-64歳	4	5	1
		65-74歳	2	1	-1
	後期高齢	75歳以上	7	1	-6
			8	13	5
	合計		21	20	-1
【再掲】 新規人工透析患者数(人)	国保	0-39歳	0	0	0
		40-64歳	1(1)	1(1)	0
		65-74歳	0	0	0
	後期高齢	75歳以上	0	0	0
			2(1)	2(1)	0
	合計		3	3	0

【出典】KDB帳票 Expander 作成

ポイント

- ・人工透析の患者数は平成30年度と比べて1人減少している。

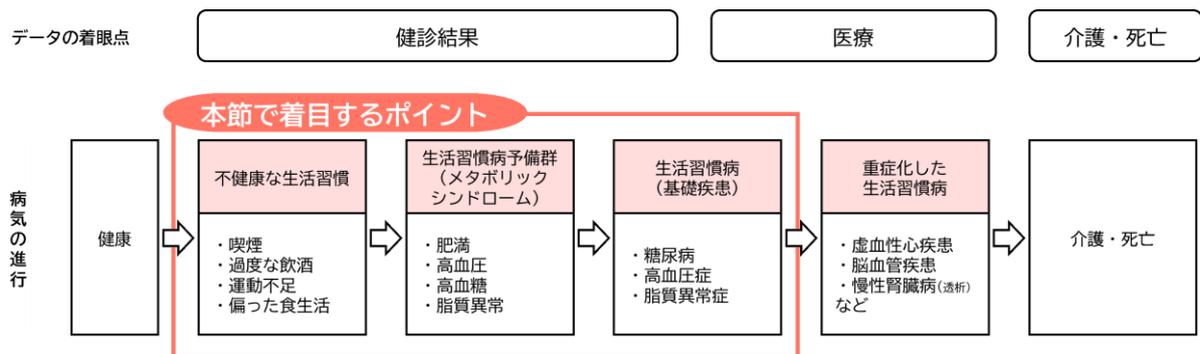
6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

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

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

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

ここからは、特定健診受診者の健診結果をもとに、保健指導による生活習慣病発症予防や重症化予防をはじめとした各種介入において、どのような課題があるか整理を行います。



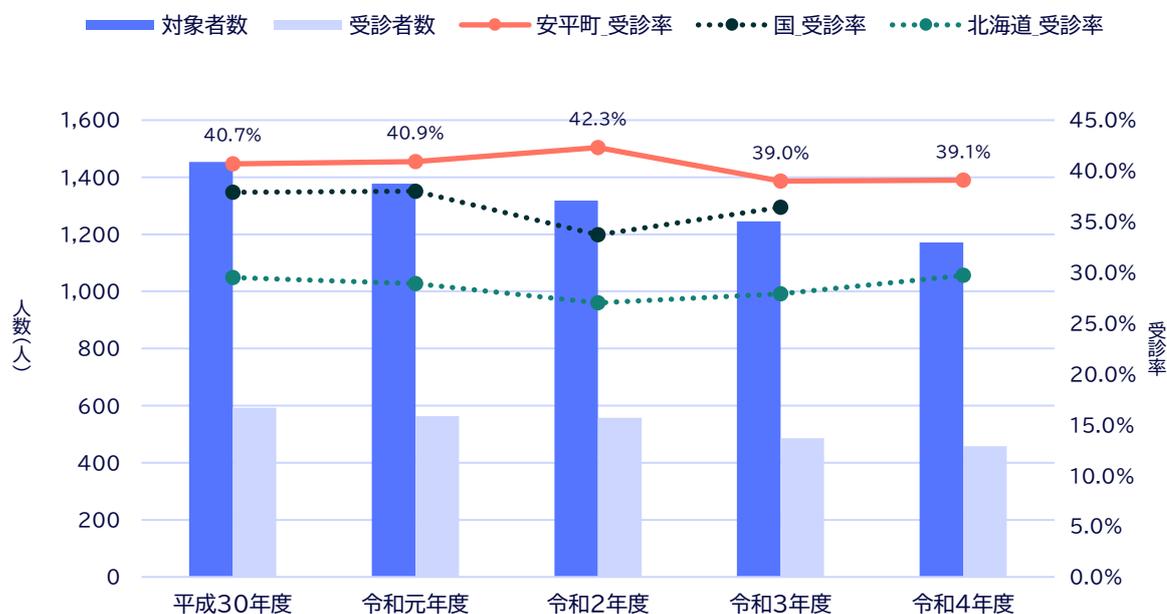
(1) 特定健診受診率

特定健診は、主に生活習慣病の早期発見を目的として行われています。

令和4年度の特定健診受診率は39.1%であり、道より高くなっています。

また、経年の推移をみると、平成30年度と比較して1.6ポイント低下しています。

図表30：特定健診受診率（法定報告値）



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と 令和4年度の差	
特定健診対象者数 (人)	1,454	1,378	1,318	1,246	1,172	-282	
特定健診受診者数 (人)	592	563	558	486	458	-134	
特定健診 受診率	安平町	40.7%	40.9%	42.3%	39.0%	39.1%	-1.6
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	北海道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	0.2

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

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成30年度から令和4年度

図表31：年齢階層別_特定健診受診率

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	31.1%	36.2%	34.8%	27.1%	34.5%	45.0%	45.9%
令和元年度	40.0%	29.5%	31.7%	36.4%	29.2%	46.3%	45.6%
令和2年度	44.3%	37.1%	30.1%	29.0%	33.5%	46.2%	48.7%
令和3年度	33.9%	34.5%	28.3%	31.1%	28.8%	39.5%	46.9%
令和4年度	39.4%	35.5%	31.1%	42.9%	30.0%	41.1%	43.2%

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

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計

ポイント

- 生活習慣病は自覚症状が乏しく早期発見のために特定健診は重要であるが、その受診率は令和4年度で道より高くなっている。また、平成30年度と比べて1.6ポイント低下している。

(2) 健康状態不明者（健診なし治療なし）

安平町の特定健診対象者において、特定健診未受診者、かつ生活習慣病のレセプトが出ていない人は260人で、特定健診対象者の22.1%です。

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

※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32：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	489	-	685	-	1,174	-	-
特定健診受診者数	169	-	291	-	460	-	-
生活習慣病_治療なし	80	16.4%	55	8.0%	135	11.5%	29.3%
生活習慣病_治療中	89	18.2%	236	34.5%	325	27.7%	70.7%
特定健診未受診者数	320	-	394	-	714	-	-
生活習慣病_治療なし	157	32.1%	103	15.0%	260	22.1%	36.4%
生活習慣病_治療中	163	33.3%	291	42.5%	454	38.7%	63.6%

【出典】KDB帳票 S21_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度

(3) 特定健診受診者・未受診者の生活習慣病医療費の比較

特定健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費を比較すると未受診者の医療費は健診受診者と比べ11.2倍となっており、国・道と比較すると高く、健診未受診者が健診受診者に比べ、重症化した疾患で医療にかかっている人が一定数いることが推測されます。

図表33：特定健診受診者状況と生活習慣病医療費の差

	1人当たり生活習慣病医療費（円）			
	安平町	国	北海道	同規模
①特定健診受診者	1,423	2,087	1,573	3,122
②特定健診未受診者	15,966	12,911	16,351	13,715
受診有無の比率(倍) ②/①	11.2	6.2	10.4	4.4

ポイント

- ・ 特定健診を通じて健康状態を把握すべき「健診なし治療なし」の者は260人(22.1%)存在する。
- ・ 特定健診未受診者の生活習慣病1人当たり医療費は健診受診者に比べ11.2倍高い。

【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

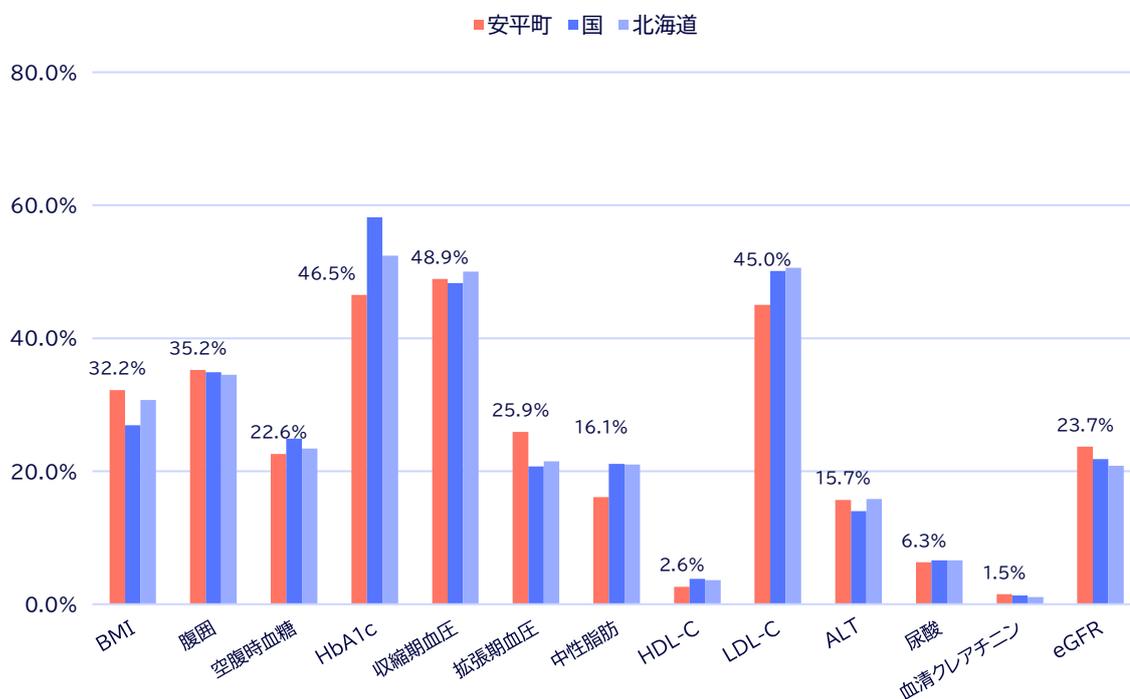
(4) 有所見者の状況

① 有所見者の割合

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

令和4年度の特健診受診者における有所見者の割合は国や道と比較して「BMI」「腹囲」「拡張期血圧」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高くなっています。

図表34：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
安平町	32.2%	35.2%	22.6%	46.5%	48.9%	25.9%	16.1%	2.6%	45.0%	15.7%	6.3%	1.5%	23.7%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
北海道	30.7%	34.5%	23.4%	52.4%	50.0%	21.5%	21.0%	3.6%	50.6%	15.8%	6.6%	1.1%	20.8%

【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度

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：85cm以上、女性：90cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100cm 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/1.73m ² 未満

【出典】各帳票等の項目にかかる集計要件

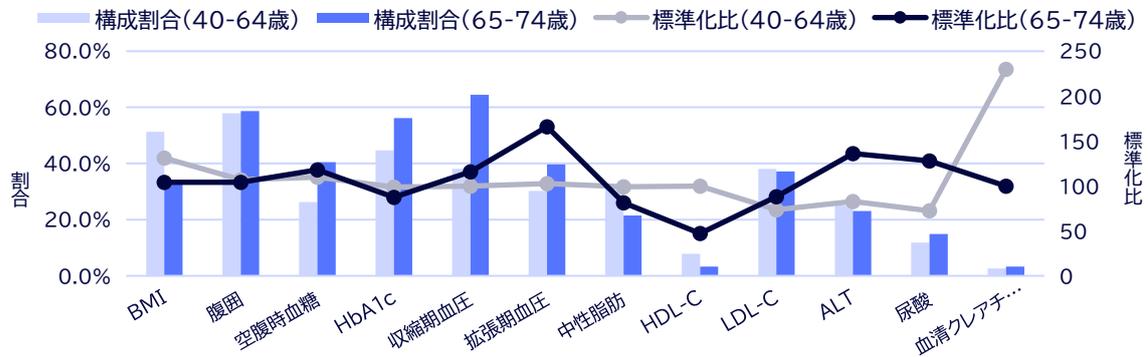
ポイント

- ・特定健診受診者は、国や北海道と比較して「BMI」「腹囲」「拡張期血圧」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。

② 有所見者の性別年代別割合の状況と標準化比

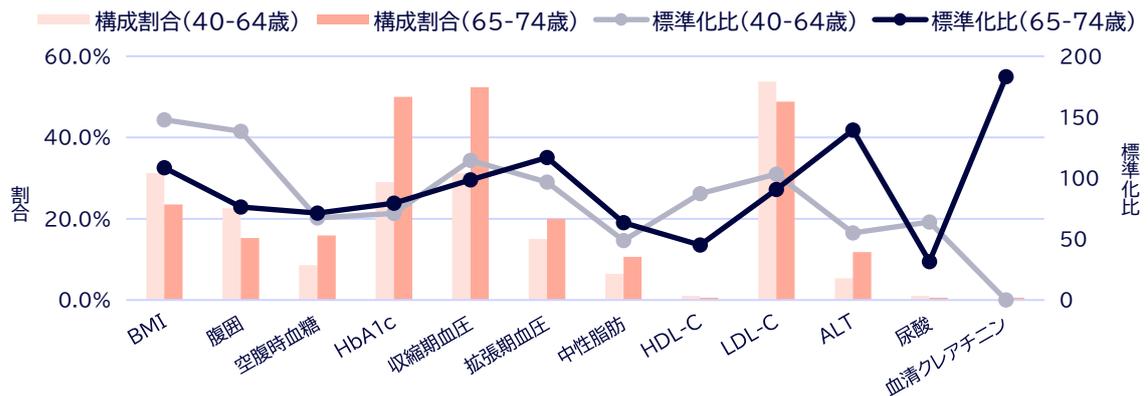
さらに、年代別の有所見者の割合について、年齢調整を行い、国を100とした標準化比で比較すると、男性では「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「血清クレアチニン」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。女性では「BMI」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。

図表35：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比_男性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	51.3%	57.9%	26.3%	44.7%	38.2%	30.3%	31.6%	7.9%	38.2%	25.0%	11.8%	2.6%
	標準化比	131.3	107.0	109.7	98.7	100.0	102.6	99.2	99.8	73.7	82.9	72.4	230.1
65-74歳	構成割合	33.1%	58.7%	40.5%	56.2%	64.5%	39.7%	21.5%	3.3%	37.2%	23.1%	14.9%	3.3%
	標準化比	104.1	104.3	118.0	87.4	116.0	166.0	81.3	47.2	88.3	136.1	128.1	100.0

図表36：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比_女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	31.2%	22.6%	8.6%	29.0%	31.2%	15.1%	6.5%	1.1%	53.8%	5.4%	1.1%	0.0%
	標準化比	147.9	138.3	67.4	71.1	114.6	96.7	48.7	87.3	103.2	55.0	64.0	0.0
65-74歳	構成割合	23.5%	15.3%	15.9%	50.0%	52.4%	20.0%	10.6%	0.6%	48.8%	11.8%	0.6%	0.6%
	標準化比	108.4	76.3	71.2	79.3	98.5	116.8	63.3	45.2	90.7	139.3	31.5	183.1

【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度

ポイント

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

(5) メタボリックシンドローム

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

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

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

メタボリックシンドローム＝内臓肥満＋複数の生活習慣病リスクを有する状態



【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準より作成

① メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は77人です。特定健診受診者における割合は16.7%で、国・道より低く、男女別にみると、男性では28.4%、女性では8.0%がメタボ該当者となっています。

メタボ予備群該当者は61人で特定健診受診者における該当者割合は13.3%となっており、該当者割合は国・道より高くなっています。男女別にみると、男性では23.4%、女性では5.7%がメタボ予備群該当者となっています。

図表37：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

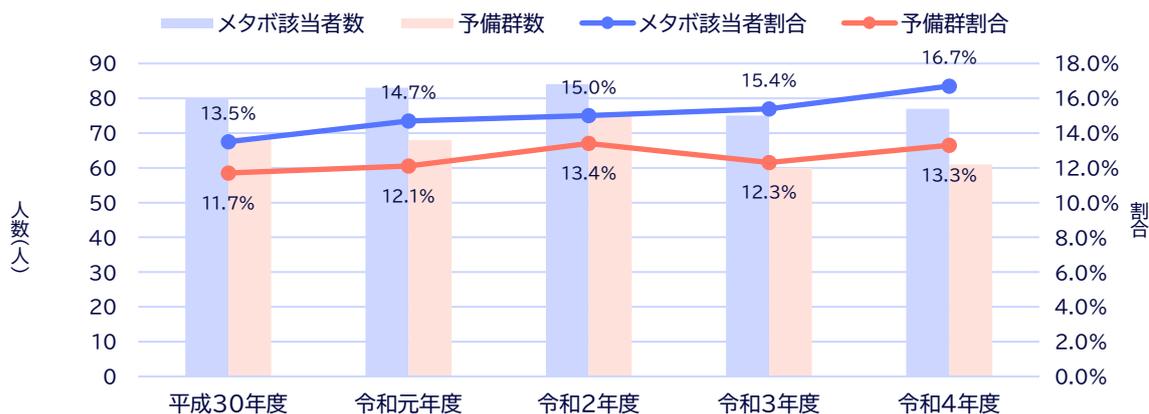
	安平町		国	北海道	同規模
	対象者数(人)	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	77	16.7%	20.6%	20.3%	21.7%
男性	56	28.4%	32.9%	33.0%	32.3%
女性	21	8.0%	11.3%	11.1%	12.2%
メタボ予備群該当者	61	13.3%	11.1%	11.0%	11.6%
男性	46	23.4%	17.8%	18.0%	17.3%
女性	15	5.7%	6.0%	5.9%	6.5%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の経年推移

令和4年度と平成30年度を比較すると、特定健診受診者におけるメタボ該当者の割合は3.2ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は1.6ポイント増加しています。

図表38：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		平成30年度と令和4年度の割合の差
	対象者(人)	割合									
メタボ該当者	80	13.5%	83	14.7%	84	15.0%	75	15.4%	77	16.7%	3.2
メタボ予備群該当者	69	11.7%	68	12.1%	75	13.4%	60	12.3%	61	13.3%	1.6

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

ポイント

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

③ メタボ該当者・予備群該当者におけるリスクの保有状況

メタボ該当者のリスク保有状況で最も多い組み合わせは「高血糖・高血圧・脂質異常該当者」であり、46人が該当しています。

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

令和4年度の健診受診者で、重症化リスクの高い3項目（高血糖・高血圧・脂質異常）該当者は19人います。

図表39：メタボ該当者・メタボ予備群該当者におけるリスクの保有状況

	男性		女性		合計	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数	197	-	263	-	460	-
腹囲基準値以上	115	58.4%	47	17.9%	162	35.2%
メタボ該当者	56	28.4%	21	8.0%	77	16.7%
高血糖・高血圧該当者	5	2.5%	5	1.9%	10	2.2%
高血糖・脂質異常該当者	2	1.0%	0	0.0%	2	0.4%
高血圧・脂質異常該当者	33	16.8%	13	4.9%	46	10.0%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	16	8.1%	3	1.1%	19	4.1%
メタボ予備群該当者	46	23.4%	15	5.7%	61	13.3%
高血糖該当者	2	1.0%	0	0.0%	2	0.4%
高血圧該当者	33	16.8%	14	5.3%	47	10.2%
脂質異常該当者	11	5.6%	1	0.4%	12	2.6%
腹囲のみ該当者	13	6.6%	11	4.2%	24	5.2%

【出典】KDB帳票 S21_025-厚生労働省様式(様式5-3) 令和4年度

ポイント

- 生活習慣病の発症や重症化リスクが高い、「高血糖・高血圧・脂質異常該当者」の3リスク該当者は19人いる。

(6) 特定保健指導実施率

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

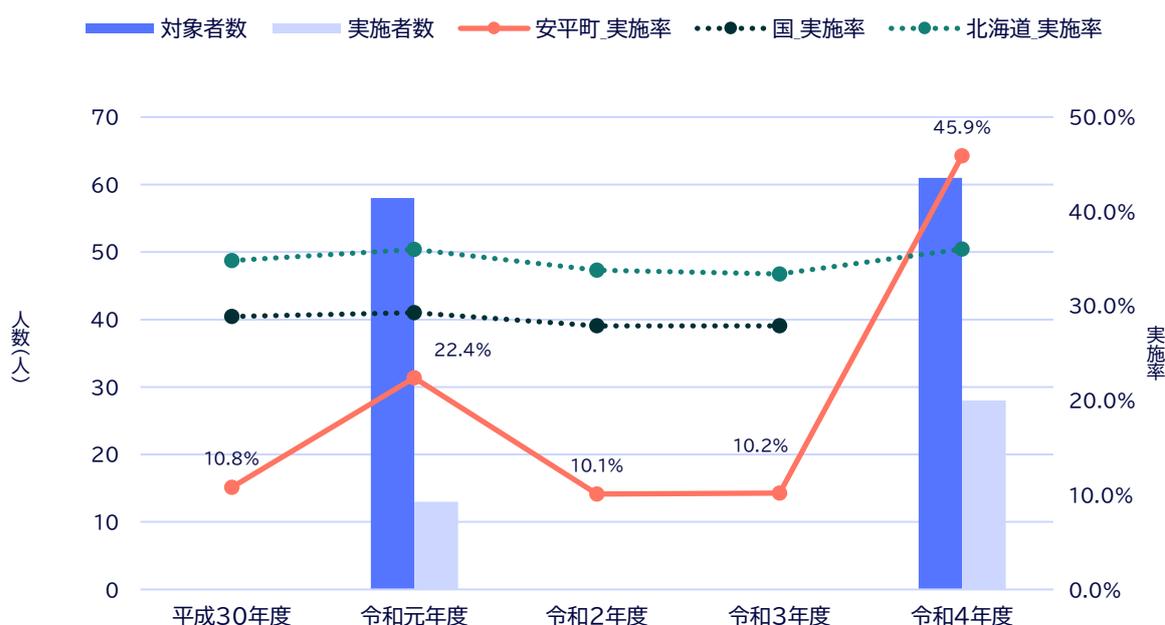
特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかが分かります。

令和4年度の特定保健指導の対象者は61人で、特定健診受診者の13.3%を占めます。

特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合（特定保健指導実施率）は45.9%です。

令和4年度の実施率は、平成30年度の実施率と比較すると35.1ポイント上昇しています。

図表40：特定保健指導実施率（法定報告値）



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と 令和4年度の差	
特定健診受診者数 (人)	592	563	558	486	458	-134	
特定保健指導対象者数 (人)	-	58	-	-	61	-	
特定保健指導該当者割合	-	10.3%	-	-	13.3%	-	
特定保健指導実施者数 (人)	-	13	-	-	28	-	
特定保健指導 実施率	安平町	10.8%	22.4%	10.1%	10.2%	45.9%	35.1
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	北海道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	1.2

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

ポイント

- ・主にメタボリックシンドローム該当者が対象となる特定保健指導の実施率は、令和4年度で道と比べて高くなっている。また、平成30年度と比べて35.1ポイント上昇している。

(7) 受診勧奨対象者

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

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

参考：主な健診項目における受診勧奨判定値

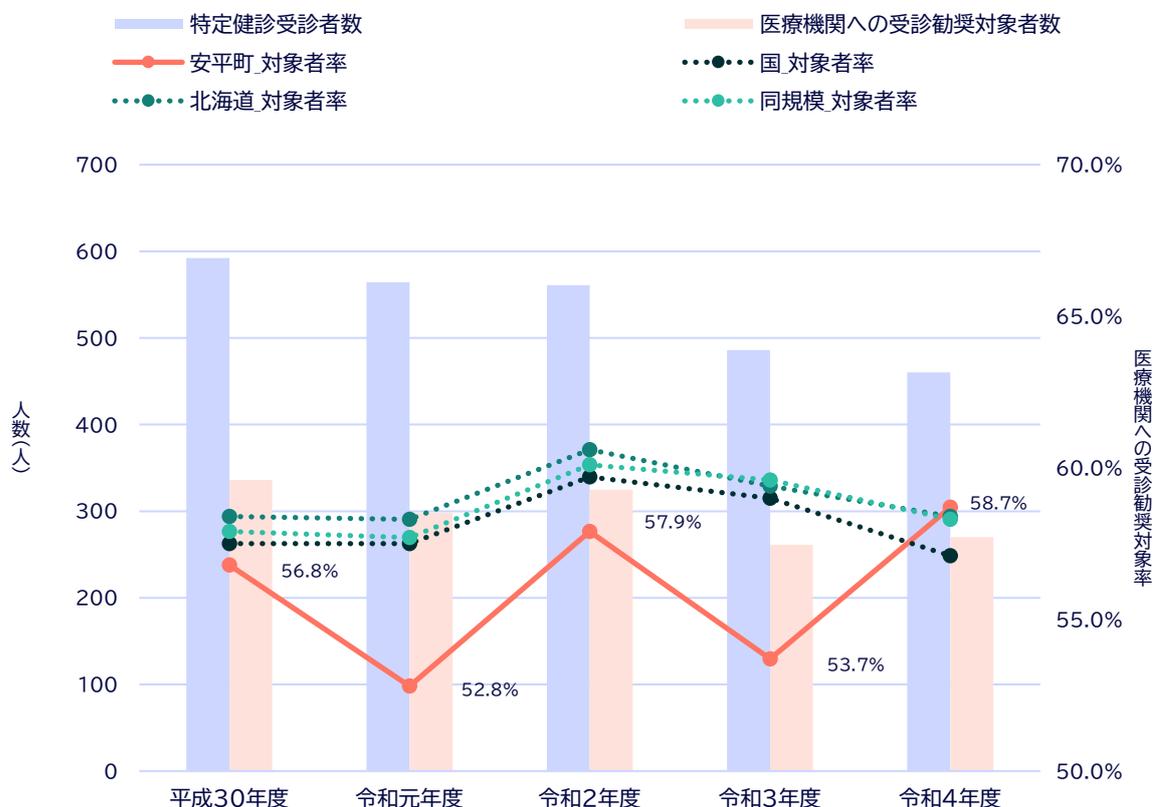
関連する生活習慣病	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
項目名 (単位)	HbA1c (%)	血圧 (mmHG)	LDLコレステロール(mg/dl)
正常	- 5.5	収縮期：-129 拡張期：-84	- 119
保健指導判定値	5.6 - 6.4	収縮期：130 - 139 拡張期：85 - 89	120 - 139
受診勧奨判定値	6.5 - 6.9	I度高血圧 収縮期：140 - 159 拡張期：90 - 99	140 - 159
	7.0 - 7.9	II度高血圧 収縮期：160 - 179 拡張期：100 - 109	160 - 179
	8.0 -	III度高血圧 収縮期：180 - 拡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

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

① 受診勧奨対象者割合の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

特定健診受診者における受診勧奨対象者（一項目以上の該当あり）の割合をみると、令和4年度は270人で、特定健診受診者の58.7%を占めています。受診勧奨対象者の割合は、国・道より高く、平成30年度と比較すると1.9ポイント増加しています。

図表41：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と令和4年度の受診勧奨対象者率の差
特定健診受診者数 (人)		592	564	561	486	460	-
医療機関への受診勧奨対象者数 (人)		336	298	325	261	270	-
受診勧奨対象者率	安平町	56.8%	52.8%	57.9%	53.7%	58.7%	1.9
	国	57.5%	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	北海道	58.4%	58.3%	60.6%	59.4%	58.4%	0.0
	同規模	57.9%	57.7%	60.1%	59.6%	58.3%	0.4

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

ポイント

- ・令和4年度の特定健診において生活習慣病の発症が疑われる者（受診勧奨判定者）の割合は、国・北海道より高く、平成30年度と比べて1.9ポイント増加している。

② 受診勧奨対象者の項目別経年推移

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

令和4年度の受診勧奨対象者において、
HbA1c7.0%以上の人は11人で、特定健診受診者の2.4%を占めており、平成30年度と比較すると割合は減少しています。

Ⅱ度高血圧以上の人は40人で、特定健診受診者の8.7%を占めており、平成30年度と比較すると割合は増加しています。

LDLコレステロール160mg/dL以上の人は39人で、特定健診受診者の8.5%を占めており、平成30年度と比較すると割合は減少しています。

図表42：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	592	-	564	-	561	-	486	-	460	-	
血糖 (HbA1c)	6.5以上7.0未満	25	4.2%	18	3.2%	13	2.3%	13	2.7%	17	3.7%
	7.0以上8.0未満	17	2.9%	10	1.8%	13	2.3%	9	1.9%	8	1.7%
	8.0%以上	5	0.8%	5	0.9%	4	0.7%	6	1.2%	3	0.7%
	合計	47	7.9%	33	5.9%	30	5.3%	28	5.8%	28	6.1%

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	592	-	564	-	561	-	486	-	460	-	
血圧	I度高血圧	110	18.6%	101	17.9%	119	21.2%	96	19.8%	116	25.2%
	Ⅱ度高血圧	25	4.2%	28	5.0%	34	6.1%	29	6.0%	35	7.6%
	Ⅲ度高血圧	8	1.4%	5	0.9%	4	0.7%	2	0.4%	5	1.1%
	合計	143	24.2%	134	23.8%	157	28.0%	127	26.1%	156	33.9%

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
特定健診受診者数	592	-	564	-	561	-	486	-	460	-	
脂質 (LDL-C)	140以上160mg/dL未満	103	17.4%	98	17.4%	100	17.8%	75	15.4%	62	13.5%
	160以上180mg/dL未満	48	8.1%	44	7.8%	39	7.0%	17	3.5%	28	6.1%
	180mg/dL以上	37	6.3%	24	4.3%	27	4.8%	18	3.7%	11	2.4%
	合計	188	31.8%	166	29.4%	166	29.6%	110	22.6%	101	22.0%

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計
KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 平成30年度から令和4年度 累計

ポイント

- ・令和4年度の受診勧奨対象者のうち、重症化リスクが高い検査値の人は、HbA1c7.0%以上の人が11人、Ⅱ度高血圧以上の人が40人、LDLコレステロール160mg/dL以上の人が39人である。

(8) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況

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

令和4年度の健診において、

血糖がHbA1c7.0%以上であった11人のうち、1人が治療を行っていません。

血圧がⅡ度高血圧以上であった40人のうち、19人が治療を行っていません。

血中脂質がLDLコレステロール160mg/dL以上であった39人のうち、32人が治療を行っていません。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった5人のうち、1人が糖尿病や高血圧症、脂質異常症の服薬治療をしていません。

図表43：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	17	4	23.5%
7.0以上8.0%未満	8	1	12.5%
8.0%以上	3	0	0.0%
合計	28	5	17.9%

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	116	60	51.7%
Ⅱ度高血圧	35	16	45.7%
Ⅲ度高血圧	5	3	60.0%
合計	156	79	50.6%

脂質 (LDL-C)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
140以上160mg/dL未満	62	53	85.5%
160以上180mg/dL未満	28	24	85.7%
180mg/dL以上	11	8	72.7%
合計	101	85	84.2%

腎機能 (eGFR)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
30以上45ml/分/1.73m ² 未満	5	1	20.0%
15以上30ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%
15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%
合計	5	1	20.0%

【出典】KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

ポイント

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

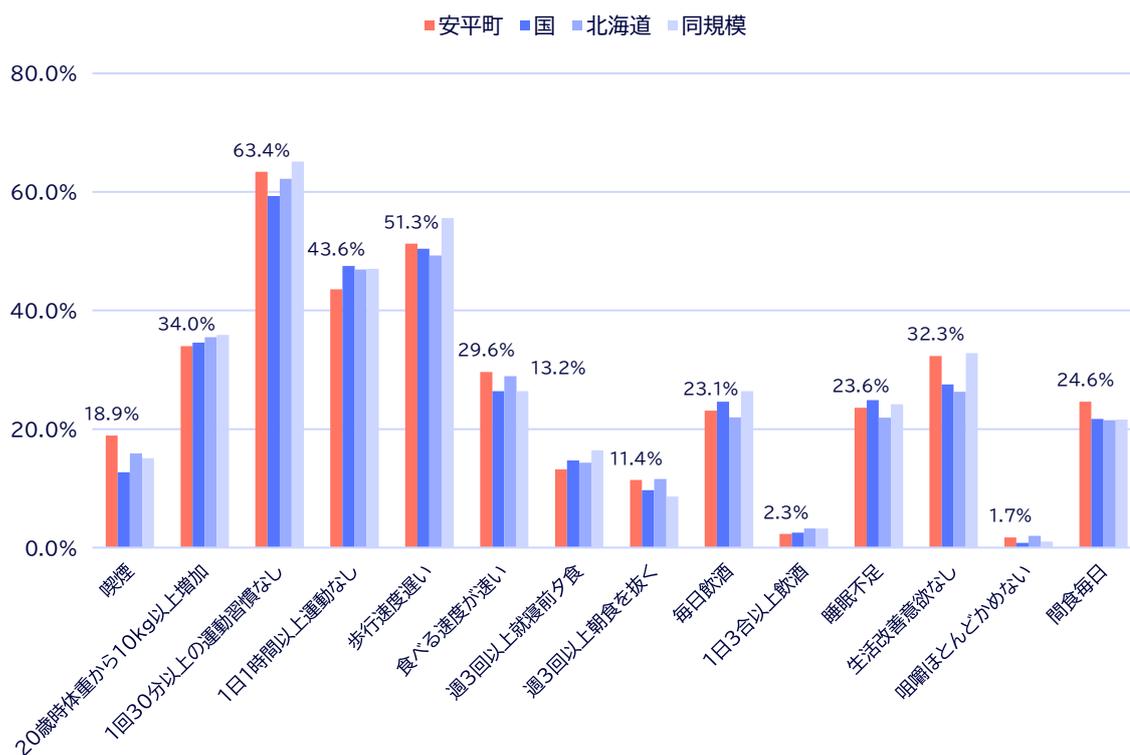
(9) 質問票の回答

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

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、国や道と比較して「喫煙」「1回30分以上の運動習慣なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高いです。

また、特定健診質問票を詳しく分析して、過度の飲酒に相当する量（純アルコール量に換算して男性40g/1日、女性20g/1日に該当すると推測される割合は、男性25.7%、女性11.7%でした。

図表44：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
安平町	18.9%	34.0%	63.4%	43.6%	51.3%	29.6%	13.2%	11.4%	23.1%	2.3%	23.6%	32.3%	1.7%	24.6%
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%
北海道	15.9%	35.5%	62.2%	46.9%	49.3%	28.9%	14.3%	11.6%	22.0%	3.2%	21.9%	26.3%	2.0%	21.5%
同規模	15.1%	35.9%	65.1%	47.0%	55.6%	26.4%	16.4%	8.6%	26.4%	3.2%	24.2%	32.8%	1.0%	21.6%

【出典】 KDB帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度

ポイント

- ・ 特定健診受診者の生活習慣の状況は、国や北海道と比較して「喫煙」「1回30分以上の運動習慣なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況

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

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

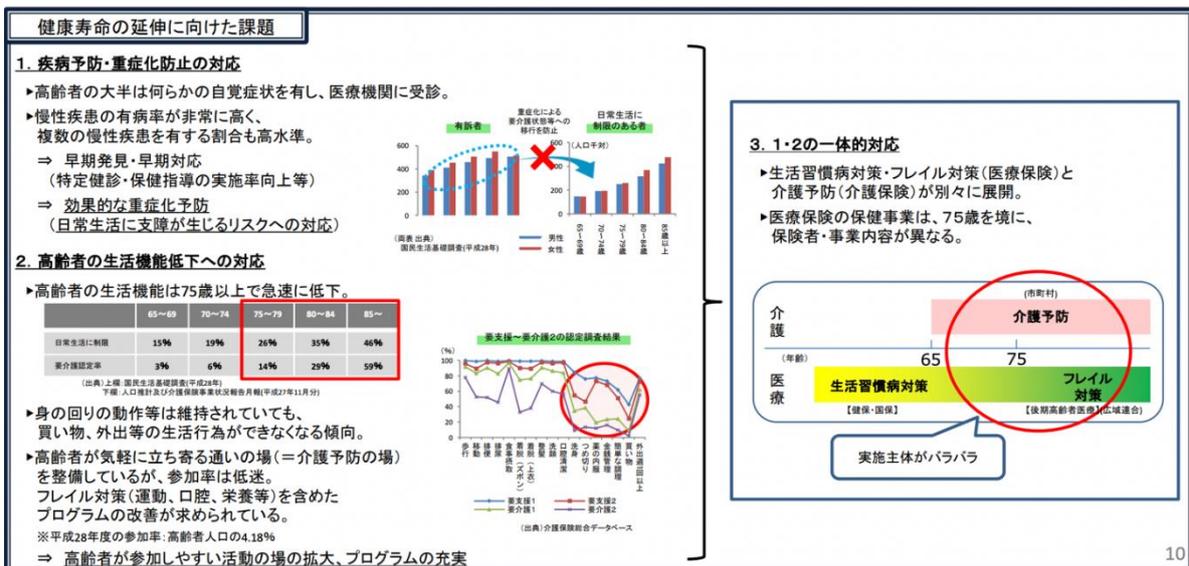
現在、高齢者の平均自立期間短縮に影響している要因として、

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

などがあり、国ではそれぞれの要因に対して、①生活習慣病対策、②フレイル対策、③介護予防の取り組みを推奨しています。

一方で、国は、①から③の取り組みは、これまで実施主体に統一性がなく、加入している健康保険が変更になることや、保健衛生部門と介護部門がそれぞれで事業を行ってきたことで、支援が途切れがちになることが問題であったことを指摘しました。したがって、今後はより一層、①から③の取り組みを切れ目なく実施（一体的に実施）していくことが求められています。

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



【出典】厚生労働省 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について

(1) 後期高齢者医療制度の被保険者構成

国民健康保険（以下、「国保」といいます。）の加入者数は1,683人、国保加入率は23.0%で、国・道より高い。後期高齢者医療制度（以下、「後期高齢者」といいます。）の加入者数は1,639人、後期高齢者加入率は22.4%で、国・北海道より高いです。

図表45：制度別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	安平町	国	北海道	安平町	国	北海道
総人口（人）	7,310	-	-	7,310	-	-
加入者数（人）	1,683	-	-	1,639	-	-
加入率	23.0%	19.7%	20.0%	22.4%	15.4%	17.1%

【出典】住民基本台帳 令和4年度

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

(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

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

前期高齢者（65-74歳）の認定者の主な疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（4.7ポイント）、「脳血管疾患」（12.0ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（6.5ポイント）です。

75歳以上の認定者の国との差は「心臓病」（8.1ポイント）、「脳血管疾患」（5.2ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（6.0ポイント）です。

図表46：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		
	安平町	国	国との差	安平町	国	国との差
糖尿病	35.7%	21.6%	14.1	45.4%	24.9%	20.5
高血圧症	39.6%	35.3%	4.3	64.1%	56.3%	7.8
脂質異常症	32.0%	24.2%	7.8	38.7%	34.1%	4.6
心臓病	44.8%	40.1%	4.7	71.7%	63.6%	8.1
脳血管疾患	31.7%	19.7%	12.0	28.3%	23.1%	5.2
筋・骨格関連疾患	42.4%	35.9%	6.5	62.4%	56.4%	6.0
精神疾患	35.6%	25.5%	10.1	50.6%	38.7%	11.9

【出典】KDB帳票 S25_006-医療・介護の突合（有病状況）令和4年度

ポイント

- ・75歳以上の認定者の介護に関連する疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（8.1ポイント）、「脳血管疾患」（5.2ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（6.0ポイント）である。

(3) 後期高齢者医療制度の医療費

① 一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて2,160円多く、外来は550円少ないです。後期高齢者の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて2,150円少なく、外来は600円少ないです。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では4.9ポイント高く、後期高齢者では1.0ポイント低いです。

図表47：一人当たり医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	安平町	国	国との差	安平町	国	国との差
入院_一人当たり医療費(円)	13,810	11,650	2,160	34,670	36,820	-2,150
外来_一人当たり医療費(円)	16,850	17,400	-550	33,740	34,340	-600
総医療費に占める入院医療費の割合	45.0%	40.1%	4.9	50.7%	51.7%	-1.0

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

② 医療費の疾病別構成割合

国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の15.9%を占めており、国と比べて0.9ポイント低いです。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14.3%を占めており、国と比べて1.9ポイント高いです。

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

図表48：制度別の医療費疾病別構成割合

疾病名	国保			後期高齢者		
	安平町	国	国との差	安平町	国	国との差
糖尿病	6.5%	5.4%	1.1	4.7%	4.1%	0.6
高血圧症	3.5%	3.1%	0.4	3.4%	3.0%	0.4
脂質異常症	2.0%	2.1%	-0.1	1.5%	1.4%	0.1
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	0.2%	0.2%	0.0
がん	15.9%	16.8%	-0.9	9.1%	11.2%	-2.1
脳出血	0.1%	0.7%	-0.6	0.4%	0.7%	-0.3
脳梗塞	2.1%	1.4%	0.7	2.7%	3.2%	-0.5
狭心症	1.8%	1.1%	0.7	1.8%	1.3%	0.5
心筋梗塞	0.6%	0.3%	0.3	0.1%	0.3%	-0.2
慢性腎臓病(透析あり)	3.0%	4.4%	-1.4	4.2%	4.6%	-0.4
慢性腎臓病(透析なし)	0.2%	0.3%	-0.1	0.9%	0.5%	0.4
精神疾患	7.4%	7.9%	-0.5	5.5%	3.6%	1.9
筋・骨格関連疾患	10.4%	8.7%	1.7	14.3%	12.4%	1.9

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

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

ポイント

- ・後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、国と比べて1.9ポイント高い。

(4) 後期高齢者健診

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

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

⑥ 後期高齢者における有所見割合

後期高齢者の健診受診率は18.2%で、国と比べて6.6ポイント低いです。

有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血圧」の該当割合が高いです。

図表49：後期高齢者の健診受診状況

		後期高齢者		
		安平町	国	国との差
健診受診率		18.2%	24.8%	-6.6
受診勧奨対象者率		58.9%	60.9%	-2.0
有所見者の状況	血糖	3.6%	5.7%	-2.1
	血圧	34.3%	24.3%	10.0
	脂質	7.4%	10.8%	-3.4
	血糖・血圧	2.6%	3.1%	-0.5
	血糖・脂質	0.6%	1.3%	-0.7
	血圧・脂質	6.8%	6.9%	-0.1
	血糖・血圧・脂質	0.6%	0.8%	-0.2

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

参考：健診項目における受診勧奨判定値

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

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

② 後期高齢者における質問票の回答

後期高齢者における質問票の回答状況は、国と比べて、「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」」「たばこを「吸っている」」「週に1回以上外出して「いない」」の回答割合が高いです。

図表50：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		
		安平町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	0.7%	1.1%	-0.4
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.0%	1.1%	-0.1
食習慣	1日3食「食べていない」	5.2%	5.4%	-0.2
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	19.9%	27.7%	-7.8
	お茶や汁物等で「むせることがある」	17.6%	20.9%	-3.3
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	6.9%	11.7%	-4.8
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	52.1%	59.1%	-7.0
	この1年間に「転倒したことがある」	18.2%	18.1%	0.1
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	43.0%	37.1%	5.9
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	11.7%	16.2%	-4.5
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	22.1%	24.8%	-2.7
喫煙	たばこを「吸っている」	5.9%	4.8%	1.1
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	13.0%	9.4%	3.6
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	3.9%	5.6%	-1.7
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」	3.9%	4.9%	-1.0

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

（5）地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

市町村国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。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します。

8 健康課題の整理

(1) 現状のまとめ

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

【人口構成・平均余命】

- ・国や北海道と比較すると、高齢化率は高い。
- ・平均自立期間（健康寿命）は、男性では国・北海道より短い。女性では国・北海道より長い。

【死亡・介護】

- ・平均余命に影響している死亡の要因のうち、予防可能な主な疾患の標準化比は、「虚血性心疾患」が104.6、「脳血管疾患」が96.8、「腎不全」が160.9となっている。
- ・平均自立期間に影響している介護の状況において、要介護（要支援）認定者は、「心臓病」を68.8%、「脳血管疾患」を28.4%保有している。

【医療】

- ・令和4年度の一人当たり医療費は30,660円で、国や北海道と比較すると北海道より低いが、国より高い。
- ・医療費が月30万円以上の高額になる疾病には、予防可能な重篤な生活習慣病である「腎不全」「脳梗塞」「虚血性心疾患」が上位に入っている。
- ・生活習慣病医療費を国・北海道と比較すると、国・北海道より低い。
- ・人工透析の患者数は平成30年度と比べて1名減少している。また、糖尿病が原因の人工透析の患者数は平成30年度3人（新規1人）、令和4年度3人（新規1人）で患者数に変わりはないが、新規導入者は減らない。
- ・重症化した生活習慣病に至った人は、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった基礎疾患を保有していることが多い。

【健診】

- ・生活習慣病は自覚症状が乏しく早期発見のために特定健診は重要であるが、その受診率は令和4年度は39.1%となっており、「健診なし受診なし」の者は260人（22.1%）いる。
- ・特定健診受診者は、国や北海道と比較して「BMI」「腹囲」「拡張期血圧」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。
- ・特定健診受診者において、肥満に加えて複数の有所見項目に該当したメタボ該当者は16.7%で、平成30年度と比べて増加しており、メタボ予備群該当者の割合は増加している。
- ・メタボ該当者が主対象の特定保健指導の終了率は45.9%で、平成30年度と比べて35.1ポイント上昇している。
- ・令和4年度の受診勧奨対象者の割合は58.7%で、平成30年度と比べて1.9ポイント増加している。
- ・受診勧奨対象者のうち、重症化リスクが高い検査値の者は、HbA1c7.0%以上が11人、Ⅱ度高血圧以上が40人、LDLコレステロール160mg/dL以上が39人であり、このうち、すでに生活習慣病を発症していると疑われ重症化のリスクが高い状態であるにも関わらず、治療が確認できない受診勧奨対象者も一定数いる。
- ・特定健診受診者の質問票の回答状況は、国や道と比較して「喫煙」「1回30分以上の運動習慣なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

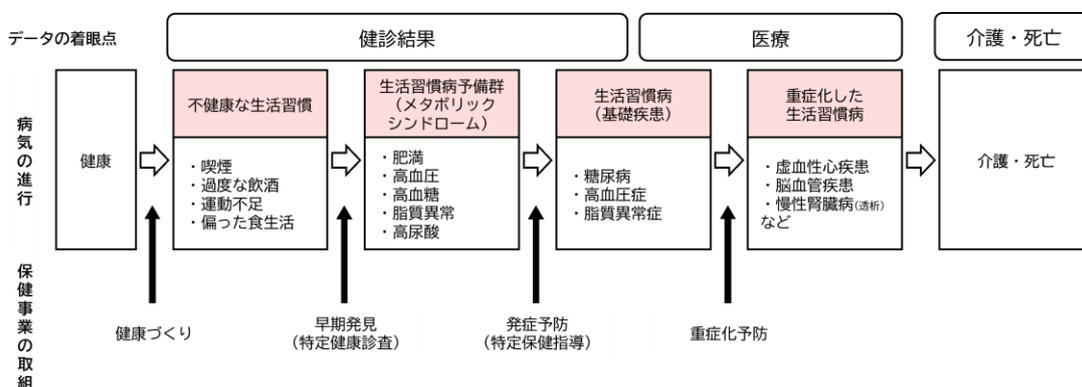
【後期高齢者及びその他の状況】

- ・国保と後期では入院医療費の占める割合が高くなり、特に後期では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高くなっている。
- ・重複処方該当者数は6人、多剤処方該当者数は2人である。
- ・令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は85.0%である。

(3) 生活習慣病に関する健康課題の整理

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

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



健康課題・考察	目標
<p>◀生活習慣病重症化予防（がん以外）</p> <p>#1 「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」による死亡や入院が多い。</p> <p>#2 「糖尿病」に関連した「慢性腎臓病（透析あり）」が多い</p> <p>#3 健診受診者の内「血圧」「血糖」「脂質」が受診勧奨の段階にある未治療者が多い</p> <p>#4 健診受診者のうち「血圧」が受診勧奨の段階にあるコントロール不良者が多い</p> <p>【考察】</p> <p>「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」の死亡者数が多く、介護、入院の要因としても「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」が把握され、これらは予防可能な疾患であることから、中長期的に減らしていきたい疾患である。</p> <p>要因と考えられる基礎疾患の中では、特定健診受診者のうち「血圧」の項目において受診勧奨判定値を超えているが治療歴が確認されていない者が多くなっており、「血糖」「脂質」については増加していないものの一定数いる。また、「血圧」の服薬歴があるにもかかわらず受診勧奨値に該当している者も多く、定期的な外来受診はしているものの数値改善に至っていない者が一定数いると推測される。</p> <p>これらの疾患を減らしていくためには、特定健診を受けて医療が必要と判断された者を適切医療に繋げ、併せて生活習慣の改善をはかることが重要であり、安平町では、「血圧」を始め「血糖」「脂質」の未治療者及びコントロール不良者が多いことを踏まえて重症化予防に取り組む必要があると推測される。</p>	<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 新規人工透析患者数の減少 新規脳血管疾患患者数の減少 新規虚血性心疾患患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> HbA1c8.0%以上の者の減少 HbA1c7.5%以上の者の減少 HbA1c6.5%以上の者の減少 Ⅲ度高血圧以上の者の減少 Ⅱ度高血圧以上の者の減少 I度高血圧以上の者の減少 LDL180mg/dl以上の者の減少 LDL160mg/dl以上の者の減少 LDL140mg/dl以上の者の減少 <p>【事業アウトカム】</p> <ul style="list-style-type: none"> 血糖/血圧/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇
<p>◀重症化予防（がん）</p> <p>#1 悪性新生物による死亡数が多く、SMRでは「乳がん」「子宮がん」が高い</p> <p>【考察】</p> <p>死亡に起因する疾患として「乳がん」「子宮がん」が把握される。それらを早期発見するためがん検診受診率は、「5がん」すべてにおいて国よりも高くなっている（国保加入者の受診率）ものの、引き続き早期発見早期治療により、SMRの低下につなげる必要があると推測される。</p>	<p>【事業アウトカム】</p> <ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率の向上 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

健康課題・考察	目標
◀生活習慣病発症予防・保健指導 #1 肥満に該当するものが多い #2 メタボ該当者が増加傾向である #3 特定保健指導実施率が低い（事業課題） 【考察】 令和4年度の保健指導実施率は、45.9%と北海道よりも高くなっている。生活習慣病（「糖尿病」「慢性腎臓病」等）を発症してしまうことで定期的な通院が必要にならないように、メタボ（予備群含む）に該当した者を中心に特定保健指導を利用していただき、生活習慣の改善に取り組んでもらうことが必要であると推測される。	【短期目標】 ・「BMI」「腹囲」有所見者割合の減少 ・メタボ該当者の減少 ・メタボ予備群該当者の減少 【事業アウトカム】 ・特定保健指導実施率の向上 ・重症化予防対象者の保健指導実施率の向上
◀早期発見・特定健康診査 #1 特定健康診査受診率が低い（健康状態不明者が多い） 【考察】 令和4年度の特定健康診査受診率は39.1%と北海道と比べて高くなっているが、健康状態不明者（健診なし医療なし）が260人存在している。引き続き特定健康診査を主に自身の健康状態を早期に把握することが必要であると推測される	【短期目標】 ・健康状態不明者の減少 【事業アウトカム】 ・特定健康診査受診率の向上
◀健康づくり #1 喫煙者が多い #2 過度に飲酒する人が多い（日常の保健師活動や健診問診票から） #3 運動習慣のない人が多い 【考察】 特定健康診査受診者の質問票回答状況から、「習慣的に喫煙をする」「過度に飲酒をする」「運動習慣がない」「生活習慣改善意欲がない」の人が多い傾向がうかがえる。将来の生活習慣病を予防するために、日頃から正しい生活習慣の獲得のための取り組みが必要であると推測される。	【短期目標】 ・喫煙者の減少 ・過度に飲酒をする者の減少

(2) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理

健康課題・考察	目標
◀高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 #1 中年期からの運動習慣や生活習慣により、後期世代での「人工透析」「慢性腎臓病」「筋骨格」「認知症」の発症が多い 【考察】 後期高齢者の入院や介護の要因として「人工透析」「慢性腎臓病」「筋骨格」が把握され、これらは予防可能な疾患を多く含むことから、国保世代から重症化予防、生活習慣病発症予防、健康づくりに取り組んでいく必要があると推測される。	【中長期目標】 ・重症化予防と同様 【短期目標】 ・健診未受診・医療無受診・介護認定・介護サービス利用なしの「健康状態不明者」の減少

(3) 医療費適正化に係る課題の整理

健康課題・考察	目標
◀医療費適正化 #1 総医療費に占める入院医療費の割合が高い #2 医療費適正化に資する取り組みが必要 【考察】 高齢化が進展し一人当たりの医療費の高騰が今後も懸念されるため、予防可能な疾患の入院医療費の減少や、重複処方対象者への支援等の医療費適正化に資する取り組みにより、国保医療制度を維持していく必要がある。	【中長期目標】 ・総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合減少 ・総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合減少 ・総医療費に占める慢性腎臓病（透析あり）の医療費の割合減少 【短期目標】 ・ジェネリック普及率

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・長期目標を整理しました。

目的～健康課題を解決することで達成したい姿～
安平町民が健康で豊かに過ごすことができる

※道：北海道のこと

共通指標	最上位目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
アウトカム 成果 指標	健康寿命の延伸	平均自立期間（男性）	77.7年	79.6年	※道平均
	健康寿命の延伸	平均自立期間（女性）	84.7年	延伸	「延伸」を 目標に
	総医療費に占める脳血管疾患の入院 医療費の割合の抑制	総医療費に占める脳血管疾患の入院 医療費の割合	9.7%	7.4%	道平均
	総医療費に占める虚血性疾患の入院 医療費の割合の抑制	総医療費に占める虚血性疾患の入院 医療費の割合	4.7%	3.5%	24%減少
	総療費に占める慢性腎不全（透析あり） 医療費の割合の抑制	総療費に占める慢性腎不全（透析あり） 医療費の割合	4.7%	3.5%	道平均
共通指標	中・長期目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
アウトカム 成果 指標	糖尿病性腎症が原因での新規人工透析 導入者数の抑制	糖尿病が原因での新規人工透析導入 者の人数	1人	0人	道目標
	新規人工透析導入者数の抑制	新規人工透析導入者数	1人	0人	道目標
	新規脳血管疾患患者の抑制	新規脳血管疾患患者	11人	抑制	道目標
	新規虚血性心疾患患者の抑制	新規虚血性心疾患患者数	14人	抑制	道目標
共通指標	短期目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
アウトカム 成果 指標	HbA1c8.0%以上の者の割合の減少	HbA1c8.0以上の者の割合	0.7%	減少	国目標
	Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少	Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少	8.7%	減少	道目標
	LDL-コレステロール180mg/dℓ以上の 者の割合の減少	LDL-C180mg/dℓ以上の者の割合	2.4%	減少	道目標
	メタボ該当者の割合の減少	メタボ該当者の割合	16.6%	減少	道目標
	メタボ予備群該当者の割合の減少	メタボ予備群該当者の割合	13.3%	減少	道目標
	特定保健指導対象者の減少	特定保健指導対象者の減少率	22.2%	減少	道目標
	喫煙率の減少	喫煙率：男女別	男：29.6% 女：11.1%	減少	道目標
	1日飲酒量が多い者の減少	1日飲酒量「3～5合」「5合以上」 と回答した者の割合	2.3%	減少	道目標
運動習慣のない者の割合の減少	運動習慣のない者の割合	63.5%	減少	道目標	
アウト プット 事業量 指標	特定健康診査受診率の向上	特定健康診査受診率	39.1%	60%	国目標値
	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	45.9%	60%	国目標値
	糖尿病重症化予防対象者のうち、健 診受診時点において未治療の者の医 療機関受診率の増加	左記未治療者のうち、糖尿病で医療 機関を受診した者の割合	100%	現状維持	道目標
	高血圧重症化予防対象者のうち、健 診受診時点において未治療の者の 医療機関受診率の増加	左記未治療者のうち、高血圧症で医 療機関を受診した者の割合	21.3%	増加	道目標
	脂質異常症重症化予防対象者のう ち、健診受診時点において未治療の 者の医療機関受診率の増加	左記未治療者のうち、脂質異常症で 医療機関を受診した者の割合	17.2%	増加	道目標

【出典】KDBExpander令和4年度 令和4年度安平町特定健診質問票

第5章 目的・目標を達成するための保健事業

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ました。

(1) 重症化予防（がん以外）

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
長期	D	糖尿病腎症が原因での新規人工透析患者の抑制	
長期	C	生活習慣病重症化予防対象者の割合の減少	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
D	透析移行人数 目標：0人 結果：1人	糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者：①特定健診受診結果糖尿病要医療で未治療者②過年度特定健診受診で、糖尿病治療中だったが治療中断者③特定健診受診者で糖尿病性腎症あり病期が第2期～第3, 4期の者④糖尿病性腎症なし、高血圧症、メタボ、脂質異常症、高尿酸のリスクのある者⑤特定健診未受診者で治療中断の者 方法： ①医療機関への受診勧奨（来所、電話、訪問等） ②保健指導の実施（来所、電話、訪問等） ③栄養指導の実施（来所、電話、訪問等） ④医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び栄養士等の介入
C	重症化予防対象者の割合の減少 目標：減少 H28:42.6% R4:42.53%	生活習慣重症化予防事業	対象者：①HbA1c7.0%以上治療者②Ⅱ度高血圧以上者③心房細動有所見者④LDL-C180mg/dL以上、又は中性脂肪300mg/dL以上の者⑤メタボ該当者⑥メタボ予備群該当者⑦GFR50未満の者⑦その他「要医療」の結果の者 方法： ①医療機関への受診勧奨（来所、電話、訪問等） ②保健指導の実施（来所、電話、訪問等） ③栄養指導の実施（来所、電話、訪問等） ④医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び栄養士等の介入

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題

- #1 「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」による死亡や入院が多い。
- #2 「糖尿病」に関連した「慢性腎臓病（透析あり）」が多い
- #3 健診受診者の内「血圧」「血糖」「脂質」が受診勧奨の状態にある未治療者が多い
- #4 健診受診者のうち「血圧」が受診勧奨の状態にあるコントロール不良者が多い

第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標

【短期目標】

- 特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上の者の割合の減少
- 特定健診受診者の内 血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合の減少
- 特定健診受診者の内、LDL-C180mg/dL以上の者の割合の減少

第3期計画における重症化予防に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期計画期間で実施していた事業では透析移行患者の抑制を目標に実施し目標を達成できなかった。
 第3期計画においても引き続き新規人工透析患者の抑制、虚血性心疾患及び脳血管疾患の発生の抑制を目標とし、血糖・腎機能、血圧・血中脂質、脳血管疾患発症のリスクとなる心房細動を対象とした事業を継続して実施し、医療が必要と判断された者に対して適切な医療機関受診を促進していく。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 1, 2, 3, 4	継続	①糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者： ①特定健診受診結果糖尿病要医療で未治療者 ②過年度特定健診受診で糖尿病治療中だったが治療中断者 ③特定健診受診者で糖尿病性腎症あり病期が第2期～第3, 4期の者 ④糖尿病性腎症なし、高血圧症、メタボ、脂質異常症、高尿酸のリスクのある者 ⑤特定健診未受診者で治療中断の者 方法： ①医療機関への受診勧奨（来所、電話、訪問等） ②保健指導の実施（来所、電話、訪問等） ③栄養指導の実施（来所、電話、訪問等） ④医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び栄養士等の介入
# 1, 2, 3, 4	継続	②生活習慣重症化予防事業	対象者： ①HbA1c7.0%以上治療者 ②Ⅱ度高血圧以上者 ③心房細動有所見者 ④LDL-C180mg/dℓ以上、又は中性脂肪300mg/dℓ以上の者 ⑤メタボ該当者 ⑥メタボ予備群該当者 ⑦GFR50未満の者 ⑦その他「要医療」の結果の者 方法： ①医療機関への受診勧奨（来所、電話、訪問等） ②保健指導の実施（来所、電話、訪問等） ③栄養指導の実施（来所、電話、訪問等） ④医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び栄養士等の介入
# 1, 2, 3, 4	継続	③動脈硬化予防健診	対象者： 生活習慣病未治療者で、肥満+（高血糖、高血圧、脂質異常）またはメタボリックシンドローム基準該当、予備群該当者 方法： ①動脈硬化予防健診（①頸部エコー検査②PWV脈波検査③眼底検査④75g糖負荷）の実施 ②自己負担料金無料の実施 ③結果通知と結果に応じた保健指導の実施。
# 1, 2, 3, 4	継続	④脳ドック検診	対象者： 希望者及び高血圧等の脳血管疾患のリスクのある者を抽出して保健師が受診勧奨を実施する。

① 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施計画							
事業目的・目標	糖尿病性腎症が原因での新規人工透析患者の減少						
事業内容	①医療機関への受診勧奨（来所、電話、訪問等） ②保健指導の実施（来所、電話、訪問等） ③栄養指導の実施（来所、電話、訪問等） ④医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び栄養士等の介入						
対象者・対象人数	対象者：①特定健診受診結果糖尿病要医療で未治療者②過年度特定健診受診で、糖尿病治療中だったが治療中断者③特定健診受診者で糖尿病性腎症あり病期が第2期～第3，4期の者④特定健診未受診者で治療中断の者 対象人数：10人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士、町内医療機関（かかりつけ医）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・栄養士は保健指導に従事できるよう、事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にする。会計年度任用職員保健師・看護師の確保						
プロセス	糖尿病管理台帳・特定健診結果で対象者を把握し保健指導を実施し、評価する。						
事業アウトプット	【項目名】前年度HbA1c6.5以上未治療者及び治療中断者の保健指導の実施率						
	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
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
事業アウトカム	【項目名】糖尿病性腎症が原因での新規人工透析患者の人数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
評価時期	令和8年度						

② 生活習慣病重症化予防事業（重症化予防対象者の保健指導）

実施計画							
事業目的・目標	①新規人工透析患者数の減少②新規脳血管疾患患者数の減少③新規虚血性心疾患患者数の減少						
事業内容	①医療機関への受診勧奨（健診結果報告会、来所、電話、訪問等）未受診者の受診再勧 ②保健指導の実施（健診結果報告会、来所、電話、訪問等） ③栄養指導の実施（健診結果報告会、来所、電話、訪問等） ④医療機関との連携による受診勧奨後の経過観察及び栄養士等の介入						
対象者・対象人数	対象者：①HbA1c7.0%以上治療者②Ⅱ度高血圧以上者③心房細動有所見者④LDL-C180mg/dℓ以上、又は中性脂肪300mg/dℓ以上の者⑤メタボ該当者⑥メタボ予備群該当者⑦GFR50未満の者⑦その他「要医療」の結果の者 対象人数：222人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士、会計年度任用職員保健師・看護師 町内医療機関（かかりつけ医）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・栄養士は保健指導に従事できるよう、事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にする。会計年度任用職員保健師・看護師の確保。						
プロセス	保健指導対象者の明確化と抽出						
事業アウトプット	【項目名】重症化予防対象者の保健指導の実施率						
	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
	54.0%	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%
事業アウトカム	【項目名】重症化予防対象者の割合						
	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
	42.53%	40.0%	38.0%	36.0%	34.0%	32.0%	30.0%
評価時期	令和8年度						

③動脈硬化予防健診事業

実施計画							
事業目的・目標	生活習慣病重症化予防対象者の割合の減少						
事業内容	動脈硬化予防健診（①頸部エコー検査②PWV脈波検査③眼底検査④75g糖負荷）の実施（自己負担料金無料）の実施、結果通知と結果に応じた保健師・栄養士による保健指導の実施。						
対象者・対象人数	対象者：生活習慣病未治療者で、肥満+（高血糖、高血圧、脂質異常）又はメタボリックシンドローム基準該当、予備群該当者 対象人数：15人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士 町内医療機関（動脈硬化予防健診委託医療機関）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・栄養士は保健指導に従事できるよう、事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にする						
プロセス	特定健診結果から事業対象者を抽出して、事業利用勧奨を行う。						
事業アウトプット	【項目名】動脈硬化予防健診実施人数						
	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
	12人	15人	15人	15人	14人	14人	14人
事業アウトカム	【項目名】重症化予防対象者の割合						
	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
	42.53%	40.0%	38.0%	36.0%	34.0%	32.0%	30.0%
評価時期	令和8年度						

④脳ドック検診事業

実施計画							
事業目的・目標	脳血管疾患の早期発見						
事業内容	脳ドック検診（血圧測定、頭部X線、頸部X線、胸部X線、脳MRI（断層撮影）、MRA（脳・頸動脈の血管撮影）本人自己負担金9,000円 事後支援が必要な者への保健師・栄養士による保健指導の実施。						
対象者・対象人数	対象者：希望者 対象人数：40人						
実施体制・関係機関	健康福祉課国保・介護グループ 健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士 脳ドック検診業務委託医療機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	国保担当事務職との連携、保健師・栄養士は保健指導に従事できるよう、事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にする						
プロセス	希望者を募集している事業だが、高血圧を有する者等脳血管疾患のリスクのある者を抽出して、該当者に保健師が利用勧奨を行う。						
事業アウトプット	【項目名】脳ドック検診受診者数						
	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
	18人	22人	25人	27人	30人	35人	40人
事業アウトカム	【項目名】重症化予防対象者の割合						
	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
	42.53%	40.0%	38.0%	36.0%	34.0%	32.0%	30.0%
評価時期	令和8年度						

(2) 重症化予防（がん）

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
長期	D	健康寿命の延伸	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
D	がん検診受診率 目標値：30% 結果：25.3%	①がん検診事業	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診事業（胃・肺・大腸・前立腺・子宮・乳がん）の実施 ・国基準の検診対象年齢、頻度から拡大しての実施 ・がん検診自己負担料金の無料化
D	がん検診受診率 目標値：30% 結果：25.3%	②がん検診未受診者対策事業	30歳女性、50歳男性、60歳男女の未受診へ受診勧奨ハガキの送付を行った。
A	要精密検査受診率 目標値：100% 結果：84.5%	③がん検診要精検者受診勧奨事業	各種がん検診で要精密検査となった者への保健師による受診勧奨訪問の実施と精密検査未受診者に対する電話による受診勧奨の実施



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#1 悪性新生物による死亡数が多く、SMRでは「乳がん」「子宮がん」が高い	
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率の向上 ・75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
がん検診事業と継続しながら、がん検診未受診者対策を行って受診者数を増やし、がん疾患の早期発見、早期治療を図る。要精密検査者の受診勧奨及び精密検査未受診者の受診の再勧奨はこれまでどおり100%の実施を目指す。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	がん検診事業	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診事業（胃・肺・大腸・子宮・乳がん）の実施 ・対象者年齢の拡大実施の継続 ・子宮・乳がん検診は国基準の2年に1回から希望者は1年1回受診可能とすることの継続実施 ・がん検診自己負担料金の無料化の継続
#1	継続	がん検診未受診者対策事業	前年度キャンセル者へ電話での受診勧奨の実施及びWebでの各種健康診査・がん検診の予約方法の検討
#1	継続	がん検診要精検者受診勧奨事業	各種がん検診で要精密検査となった者への保健師による受診勧奨訪問の実施と精密検査未受診者に対する電話による受診勧奨の実施

①がん検診事業

実施計画							
事業目的・目標	がん疾患の早期発見、早期治療により、総医療費に占める悪性新生物（がん）の医療費の抑制と75歳未満のがんの年齢調整死亡率減少を図る。						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> がん検診事業（胃・肺・大腸・前立腺・子宮・乳がん）の実施 がん検診自己負担料金の無料化の継続 						
対象者・対象人数	対象者：20歳以上の女性（子宮がん）30歳以上女性（乳がん）、30歳以上男女（胃・肺・大腸がん）50歳以上男性（前立腺がん） 対象人数：1,000人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師 検診機関：北海道対がん協会札幌がん検診センター						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にし、協働して事業実施する。会計年度任用職員保健師の確保。						
プロセス	自動予約システムにより、前年度がん検診受診者には同じ日時、同じ会場、同じ検診項目（子宮がん・乳がん検診は2年に1回）の予約を自動的に入れ、年度初めの4月に「自動予約票」を送付して、申込みをしなくても予約が入っている通知をして、変更やキャンセルの場合は連絡をもらうよう準備する。						
事業アウトプット	【項目名】がん検診受診率（国保加入者、男女計、胃・肺・大腸・子宮・乳がん検診の平均値）						
	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
	25.3%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%
事業アウトカム	【項目名】がんの年齢訂正死亡率						
	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
	64.6%	64.0%	64.0%	64.0%	64.0%	64.0%	64.0%
評価時期	令和8年度						

②がん検診未受診者対策事業

実施計画							
事業目的・目標	がん疾患の早期発見、早期治療により、総医療費に占める悪性新生物（がん）の医療費の抑制と75歳未満のがんの年齢調整死亡率減少を図る。						
事業内容	前年度キャンセル者へ電話での受診勧奨の実施及びWebでの各種健康診査・がん検診の予約方法の検討。						
対象者・対象人数	対象者：前年度がん検診予約キャンセル者及びがん検診未受診者 対象人数：700人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師、会計年度任用職員看護師						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にし、協働して事業実施し、事業担当保健師が業務に従事しやすい環境を整える。会計年度任用職員保健師の確保。						
プロセス	前年度予約キャンセル者とがん検診未受診者を抽出して、事業対象者名簿を作成する。						
事業アウトプット	【項目名】がん検診受診率（国保加入者、男女計、胃・肺・大腸・子宮・乳がん検診の平均値）						
	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
	25.3%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%
事業アウトカム	【項目名】がんの年齢訂正死亡率						
	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
	64.6%	64.0%	64.0%	64.0%	64.0%	64.0%	64.0%
評価時期	令和8年度						

③ がん検診要精密検査受診勧奨事業

実施計画							
事業目的・目標	がん疾患の早期発見、早期治療により、総医療費に占める悪性新生物（がん）の医療費の抑制と75歳未満のがんの年齢調整死亡率減少を図る。						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各種がん検診で要精密検査となった者への保健師による受診勧奨訪問の実施 ・ 精密検未受診者に対する電話による受診勧奨の実施 ・ 精密検査未受診者に対する受診再勧奨の実施 						
対象者・対象人数	対象者：がん検診結果で要精密検査となった者 対象人数：40人（国保加入者）						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師 検診機関：北海道対がん協会札幌がん検診センター						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にし、協働して事業実施し、事業担当保健師が業務に従事しやすい環境を整える。会計年度任用職員保健師・看護師の確保。						
プロセス	要精密検査者及び精密検査未受診者の把握・管理を保健師が行い、事業対象者名簿を作成する。						
事業アウトプット	【項目名】 要精密検査者の受診勧奨実施率						
	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
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
事業アウトカム	【項目名】 精密検査受診率						
	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
	84.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
評価時期	令和8年度						

(3) 生活習慣病発症予防・保健指導

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	D	特定保健指導実施率の向上	
短期	D	若年者健診受診率の向上	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
D	特定保健指導実施率 目標：60% R4：45.9%	特定保健指導事業	特定保健指導の実施
D	若年者健診受診率 目標20% R4：17.4%	若年者健診（基本健診）事業	若年者健診の実施



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題
#5 肥満者が多い #6 メタボ該当者が増加傾向
第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標
【短期目標】 特定保健指導実施率の向上 若年者健診受診率の向上



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画期間ではメタボ減少を目的に特定保健指導実施率目標を達成できなかった。若年者健診実施率も目標値を達成できなかった。 第3期計画においても引き続き事業を実施し、特定保健指導は対象者が利用しやすい方法や負担にならない減量目標設定や実施内容を考えていく。若年者健診も継続して対象者の個別受診勧奨を実施していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1, 2, 3	継続	①特定保健指導事業	特定保健指導該当者の保健指導の実施
#1, 2, 3	継続	②若年者健診事業	若年者健診事業の実施と要医療者の受診勧奨の実施及び保健指導が必要な者の保健指導の実施

①特定保健指導事業

実施計画							
事業目的・目標	メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少						
事業内容	特定保健指導事業該当者への保健指導の実施						
対象者・対象人数	特定保健指導該当者 積極的支援：20人 動機づけ支援：55人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士 安平町スポーツセンター						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・栄養士は保健指導に従事できるよう、事務職員との事務分掌を作成することにより役割分担を明確にする						
プロセス	特定保健指導対象者の抽出 保健師・栄養士間で特定保健指導の重要性について理解を促す。						
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
	32.0%	35.0%	37.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
事業アウトカム	【項目名】 ①メタボリックシンドローム該当者②メタボリックシンドローム予備群該当者						
	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
	①16.6%	16.0%	15.0%	14.0%	13.0%	12.0%	10.6%
	②13.3%	13.0%	12.0%	11.0%	10.5%	10.0%	9.9%
評価時期	令和8年度						

②若年者健診事業

実施計画							
事業目的・目標	若年期から健診受診や保健指導を受けることに関心を持ち、特定健診受診率の向上と保健指導実施率の向上へ繋げる。						
事業内容	若年者健診の個別受診勧奨の実施及び特定健診と同様の事後支援（保健指導）の実施						
対象者・対象人数	若年者健診対象者：20～39歳の被保険者、200人						
実施体制・関係機関	北海道対がん協会（集団健診委託機関）・町内医療機関（個別健診委託機関） 健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師が保健指導事業に従事できるよう、事務職員との事務分掌を作成し、健診案内業務の協力を得る。						
プロセス	若年者健診対象者の抽出・案内名簿作成、個別受診勧奨チラシの作成。						
事業アウトプット	【項目名】 若年者健診受診率						
	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
	17.4%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	24.0%	25.0%
事業アウトカム	【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
	45.9%	47.0%	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%	60.0%
評価時期	令和8年度						

(3) 早期発見・特定健康診査（以下：「特定健診」）

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	D	特定健診受診率の向上	
短期	D	受診率向上対策事業	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
D	特定健診受診率 目標：60% R4実績：39.1%	特定健診事業	特定健診事業の実施
D	特定健診受診率 目標：60% R4実績：39.1%	特定健診受診率向上事業	特定健診未受診者に対する電話による受診勧奨の実施



第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題
生活習慣病医療費は、特定健診未受診者は特定健診受診者の11.2倍となっている。
第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標
【短期目標】 特定健診受診率の向上



第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
一人当たりの生活習慣病医療費は、特定健診未受診者は特定健診受診者の11.2倍となっている実態があることから、健診を受診してもらい、保健指導を受け、生活習慣を改善する人を増やす必要があるため、特定健診受診率の向上の取組を第3期も継続して実施する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 1	継続	①特定健診事業	特定健診事業の実施
# 1	継続	②特定健診受診率向上事業	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診未受診者に対する電話や訪問による受診勧奨の実施 インターネット環境での健診受診申込方法の検討 特定健診相当検査データ受領（健診未受診者で生活習慣病等治療中特定健診と同じ検査項目を実施している方から検査データを提供していただく体制構築の検討）

①特定健診事業

実施計画							
事業目的・目標	生活習慣病の早期発見を図り、医療費の適正化を目指す。						
事業内容	特定健康診査事業の実施						
対象者・対象人数	40歳以上の被保険者 1200人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ 北海道対がん協会（集団健診委託機関）・町内医療機関（個別健診委託機関）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	がん検診と同時に受診できる集団健診は地元で受診できるものと送迎バス付きのもの、自分で都合のよい日程を選んで自家用車で札幌がん検診センターで受診でき、土日可能な健診機関と地元の医療機関で受診でき、土曜日の受診が可能な個別健診があり、対象者の選択肢の幅を広く設定している。						
プロセス	継続受診できるよう、毎年の申込が不要な「自動予約システム」を継続して実施する。						
事業アウトプット	【項目名】特定健診受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	39.1%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
事業アウトカム	【項目名】健診受診者と健診未受診者の一人当たりの生活習慣病医療費の差						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	11.2倍	10倍	9倍	8倍	7倍	6倍	5倍
評価時期	令和8年度						

②特定健診受診率向上事業

実施計画							
事業目的・目標	特定健診受診者を増やし、保健指導を受ける者が増え、生活習慣改善ができる者を増やすことで生活習慣病に係る医療費の適正化を目指す。						
事業内容	①看護師による電話での受診勧奨の実施及び保健師による訪問での受診勧奨の実施 ②生活習慣病治療中の特定健診未受診者で町内医療機関の通院者を抽出して町内かかりつけ医での個別健診勧奨を実施 ③特定健診相当データ受領システム構築の検討（東胆振管内市町の連携）						
対象者・対象人数	特定健診未受診者、700人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師、会計年度任用職員看護師 町内医療機関（個別健診委託医療機関）、郡部医師会						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師が特定健診受診勧奨に従事できる稼働を確保するため、事務職員と他業務を分担するため、事務分掌を明確にする。会計年度任用職員看護師・看護師の人材確保。						
プロセス	特定健診未受診者の抽出、名簿の作成						
事業アウトプット	【項目名】電話や訪問による特定健診受診勧奨実施人数						
	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
	31人	45人	55人	65人	75人	80人	100人
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
	39.1%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
評価時期	令和8年度						

(5) 健康づくり・社会環境体制整備

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	健康づくり・社会環境体制整備に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	C	運動・食生活習慣改善による健康づくりの推進	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
D	メタボの割合 メタボ該当 H28:14.6% R4:16.6% メタボ予備群 H28:11.9% R4:13.3%	健康寿命延伸事業	体成分分析装置（インボディ）を活用した栄養・運動指導の実施と冬期間の運動教室の実施。
D	喫煙率 H28:16.3% R4:18.8% 過度飲酒者の割合 H28:男21.9% 女9.8% R4:男25.7% 女11.7%	健診結果報告会事業	健診結果報告会での生活指導（禁煙・節酒指導も含む）
D	メタボの割合 メタボ該当 H28:14.6% R4:16.6% メタボ予備群 H28:11.9% R4:13.3%	生活習慣病予防知識の普及啓発事業	①町広報誌での生活習慣病予防の知識の普及啓発（生活習慣病予防、喫煙、飲酒、食生活に関する記事の掲載） ②地区住民会での健康教育、健康相談の実施



第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する健康課題
1 喫煙者が多い # 2 過度の飲酒者が多い # 3 運動習慣のない者が多い
第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連するデータヘルス計画の目標
【短期目標】 喫煙者の減少 過度飲酒者の減少 運動習慣のない者の減少



第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期から継続して実施している健康寿命延伸事業の継続により、インボディ測定を継続して行い、脂肪量や筋肉量に興味を持って数字の変化を見ていく人の数を増やすとともに、健診結果報告会に来所した喫煙、過度飲酒者の保健指導を継続して実施する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 3	継続	①健康寿命延伸事業	インボディ測定開放日の実施
# 1, 2, 3,	継続	②健診結果報告会事業	健診結果報告会での生活改善指導の実施
# 1, 2, 3,	継続	③生活習慣病予防知識の普及啓発事業	①町広報誌での生活習慣病予防の知識の普及啓発 ②地区住民会での健康教育、健康相談の実施

①健康寿命延伸事業

実施計画							
事業目的・目標	肥満者の減少を図ることで肥満に起因する生活習慣病の発症及び重症化予防						
事業内容	①体成分測定装置（インボディ）の測定開放日の実施 ②インボディ測定会参加者に対して、年2回の血液・尿検査の実施（血中脂質・血糖値・肝機能検査・貧血検査・尿酸・クレアチニン検査、尿潜血・蛋白・糖検査） ③冬期間の運動教室の実施（参加料金自己負担無料）						
対象者・対象人数	20歳以上の安平町民						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士、会計年度任用職員栄養士・看護師 安平町スポーツセンター						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	会計年度任用職員栄養士・看護師の確保、安平町スポーツセンターへの一部業務委託。						
プロセス	インボディ測定開放日の周知、継続して測定している方に対し、年2回の血液検査の無料実施をして、インボディ測定結果と血液検査との関連を見ることで健康に関心をもつ人の増加を図っている。また、スポーツセンターで無料の運動教室を実施することで、運動習慣の獲得を目指し、スポーツセンター利用のきっかけづくりとする。						
事業アウトプット	【項目名】健康寿命の延伸（平均自立期間の延伸）						
	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男：77.7歳 ②女：84.7歳	延伸	延伸	延伸	延伸	延伸	①79.6歳 ②84.2歳
事業アウトカム	【項目名】インボディ測定開放日の利用人数						
	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
	485人	550人	600人	650人	700人	750人	800人
評価時期	令和8年度						

②健診結果報告会での禁煙・節酒の保健指導の実施

実施計画							
事業目的・目標	健診結果報告会出席者で喫煙者、2号以上の過度飲酒者に対して保健指導の実施をすることで、生活習慣病発症リスクを減らす。						
事業内容	健診結果報告会での保健指導						
対象者・対象人数	健診結果報告会対象者、35人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	会計年度任用職員栄養士の確保						
プロセス	禁煙、節酒を動機づける保健指導資料の作成、保健師・栄養士間で資料の使い方を学習する。						
事業アウトプット	【項目名】①喫煙者の減少②過度の飲酒者の減少						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	①18.8% ②13.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
事業アウトカム	【項目名】①喫煙者の保健指導実施率②過度飲酒者の保健指導実施率						
	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
	①24.5% ②38.5%	①26.0% ②40.0%	①28.0% ②42.0%	①30.0% ②44.0%	①32.0% ②46.0%	①34.0% ②48.0%	①36.0% ②50.0%
評価時期	令和8年度						

(6) 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			
目標分類	評価	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連するデータヘルス計画の目標	
長期	B	健康寿命の延伸	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
男性：D 女性：B	健康寿命 目標：延伸 <男性> H28:78.9歳 R4:77.7歳 <女性> H28:83.0歳 R4:84.7歳	健康状態不明者把握事業	健診未受診者・医療無受診・介護認定なしの者の訪問実施、状況に応じて健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、要介護認定の勧奨を行う。
男性：D 女性：B	健康寿命 目標：延伸 <男性> H28:78.9歳 R4:77.7歳 <女性> H28:83.0歳 R4:84.7歳	通いの場でのフレイル・認知症予防事業	通いの場でのフレイル、認知症予防健康教育の実施



第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連する健康課題
中年期からの運動や食事などの生活習慣により、後期世代での人工透析、慢性腎臓病、筋骨格系疾患、認知症の発症が多い。
第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連するデータヘルス計画の目標
健康寿命の延伸



第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
安平町の後期高齢者健診の受診率は決して低くはないが、健診未受診者・医療無受診・介護認定なしの者が一定数おり、これらの健康状態不明者から重症化することが考えられることから、健康状態不明者の把握が必要である。また、筋骨格系疾患や認知症が増加していることから、通いの場の介フレイル・認知症予防事業の継続実施が必要である。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 1	継続	①健康状態不明者把握事業	健診未受診者・医療無受診・介護認定なしの者の訪問の実施
# 1	継続	②通いの場でのフレイル・認知症予防事業	通いの場でのフレイル、認知症予防健康教育の実施

①健康状態不明者の把握

実施計画						
事業目的・目標	健康状態不明者の把握を行い、健診受診や必要時、医療、介護サービスに繋げることで、生活習慣病の重症化予防と介護度重症化を予防する。					
事業内容	健診未受診者・医療無受診・介護認定なしの者の訪問実施、状況に応じて健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、要介護認定の勧奨を行う。					
対象者・対象人数	対象者：健康状態不明者 対象人数：53人					
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士 健康福祉課健康国保・介護グループ保健師					
評価指標・目標値						
ストラクチャー	保健師・栄養士が訪問に従事できるよう、事務職員との適切な業務分担が行えるよう、事務分掌の整理及び、地域包括担当（国保・介護グループ）保健師に協力して健康推進グループ保健師も地域老人クラブやサロン等の通いの場の健康相談に従事できるよう、協力体制と会計年度任用保健師を確保して体制整備も行う。					
プロセス	保健師、栄養士間での訪問内容の検討・学習及び訪問結果の共有の実施。					
事業アウトプット	【項目名】健康状態不明者の訪問数					
	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
事業アウトカム	【項目名】①後期高齢者健診受診率②75歳以上の要介護度3～5の者割合					
	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
評価時期	令和8年度					

②通いの場での認知症及びフレイル予防事業

実施計画						
事業目的・目標	認知症及びフレイルの発症及び重症化予防					
事業内容	地域老人クラブ、サロン、介護予防教室、地域リハビリテーション活動事業の通いの場での健康相談・健康教育の実施					
対象者・対象人数	対象者：地域老人クラブ、サロン、介護予防教室、地域リハビリテーション活動事業の参加者 対象人数：延べ2158人					
実施体制・関係機関	健康福祉課健康国保・介護グループ保健師、健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士 安平町社会福祉協議会、					
評価指標・目標値						
ストラクチャー	地域包括担当（国保・介護グループ）保健師に協力して健康推進グループ保健師も地域老人クラブやサロン等の通いの場の健康相談に従事できるよう、協力体制と会計年度任用保健師を確保して体制整備も行う。					
プロセス	保健師、栄養士間での健康教育内容の検討・学習会の実施。					
事業アウトプット	【項目名】通いの場での健康教育延べ人数					
	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
事業アウトカム	【項目名】75歳以上の要介護認定率					
	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
評価時期	令和8年度					

(7) 医療費適正化の取組

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標	
長期	C	特定健診・保健指導の推進のほか、糖尿病及びその他の生活習慣病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用などにより、医療費の適正化を図る	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
D	特定健診受診率 目標：60% R4実績：39.1%	特定健診事業	特定健康診査事業の実施
D	特定保健指導実施率 目標：60% R4：45.9%	特定保健指導事業	特定保健指導の実施
D	透析移行人数 目標：0人 結果：1人	糖尿病性腎症重症化予防事業	P55参照
D	重症化予防対象者の割合の減少 目標：減少 H28:42.6% R4:42.53%	生活習慣病重症化予防事業	P55参照
D	対象者の人数 目標：0人 H28:1人 R4:1人	重複・頻回受診、重複・多剤投与者の訪問指導事業	重複・頻回受診、重複・多剤投与者の訪問指導の実施
A	後発医薬品普及率 目標：向上 H30:78.3% R4 85.0%	後発医薬品差額通知事業	差額通知の実施



第3期計画における医療費適正化に関連する健康課題	
◀重症化予防（がん以外）の健康課題 #1～4 ▶医療費適正化 #1, 2	
第3期計画における医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標	
【短期目標】 特定健診受診者の内、Hb+A1cが6.5%以上の者の割合の減少 特定健診受診者の内 血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-C180mg/dℓ以上の者の割合の減少 後発医薬品普及率の向上	



第3期計画における医療費適正化に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
特定健診・保健指導の推進のほか、糖尿病及びその他の生活習慣病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用などにより、医療費の適正化を図る。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
◀医療費適正化#2	継続	①重複・頻回受診、重複・多剤投与者の訪問指導事業	重複・頻回受診、重複・多剤投与者の訪問指導の実施
◀医療費適正化#2	継続	②後発医薬品差額通知事業	差額通知の実施
▶重症化予防（がん以外）の健康課題 #1～4 に関する個別事業については、P55～58, P62～65と同じ内容です。			

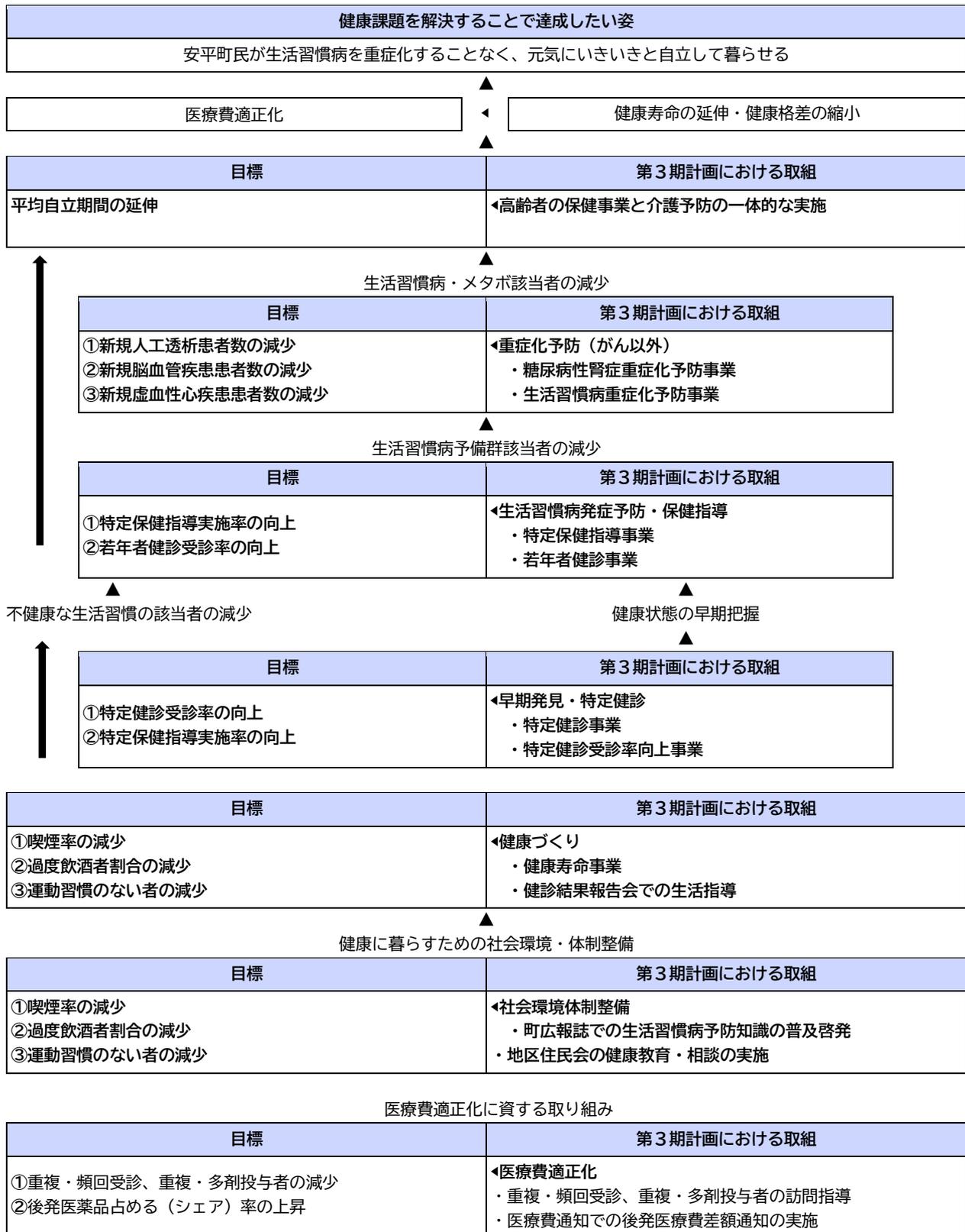
②重複・頻回受診・重複服薬者の訪問指導

実施計画							
事業目的・目標	重複・頻回受診、重複・多剤投与者に対し、当該者及びその家族に対し、服薬管理・指導等を支援するとともに、国民健康保険加入者の医薬品適正使用に対する意識の向上を図ることで、加入者の健康維持・増進及び医療費の適正化を推進する。						
事業内容	①国保総合システム及び国保データベースシステム（KDB）から抽出した対象者の直近6カ月間のレセプトを確認した上で、訪問指導対象者を明確にする。 ②訪問対象者に疾病及び医療機関の利用状況、生活指導、医師の上手なかかり方重複・多剤投薬による弊害、お薬手帳を一冊にまとめて受診時医師や薬剤師に見せる等の指導を行う。						
対象者・対象人数	対象者：重複・頻回受診、重複・多剤投与者（但し、がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析の傷病名のある方は疑いも含めて除外する） 対象人数：1人（令和4年度実績）						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師 町内医療機関（かかりつけ医）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師が保健指導事業に従事できるよう、事務職員との事務分掌を明確にし、対象者の抽出作業の稼働時間の確保を図る。						
プロセス	事業担当保健師が、対象者の抽出を行い、保健師間で協議した上で、専門的立場から疾病と投薬内容を勘案して行う。						
事業アウトプット	【項目名】 重複・頻回受診、重複・多剤投与者訪問対象者の家庭訪問数						
	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件	1件	1件	1件	1件	1件	1件
事業アウトカム	【項目名】 重複・頻回受診、重複・多剤投与者の訪問対象者数						
	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件	0件	0件	0件	0件	0件	0件
評価時期							

②後発医薬品差額通知

実施計画							
事業目的・目標	医療費の適正化						
事業内容	医療費通知と併せて差額通知を継続して実施。						
対象者・対象人数	対象者：国保加入者で医療機関受診者 対象人数：103人						
実施体制・関係機関	健康福祉課国保・介護グループ 北海道国民健康保険団体連合会						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	事業に必要な予算、人員及び体制の確保						
プロセス	抽出条件を設定し国保連合会へ委託、ジェネリックシールの配布、差額通知の送付						
事業アウトプット	【項目名】 後発医療費差額通知の実施						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
事業アウトカム	【項目名】 後発医薬品占める（シェア）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
	85.0%	86.0%	86.0%	86.0%	86.0%	86.0%	86.0%
評価時期	令和8年度						

第6章 データヘルス計画の全体像の整理



第7章 計画の評価・見直し

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

3 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します。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ます。

(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します。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います。

4 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います。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・協力体制を整備します。

第8章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。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、配布します。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します。

第9章 個人情報の取扱い

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

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、慎重に取扱います。安平町では、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ます。

第9章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 背景・趣旨

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

安平町においても、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す。

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ます。令和5年3月に公表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなりました。

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、安平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す。

(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ます。

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す。

「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りました。

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

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

安平町においても、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きます。

図表51：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年間です。

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ます。

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ましたが、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ります（下表）。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっています。

図表52：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ります（下表）。

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

図表53：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

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

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

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

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

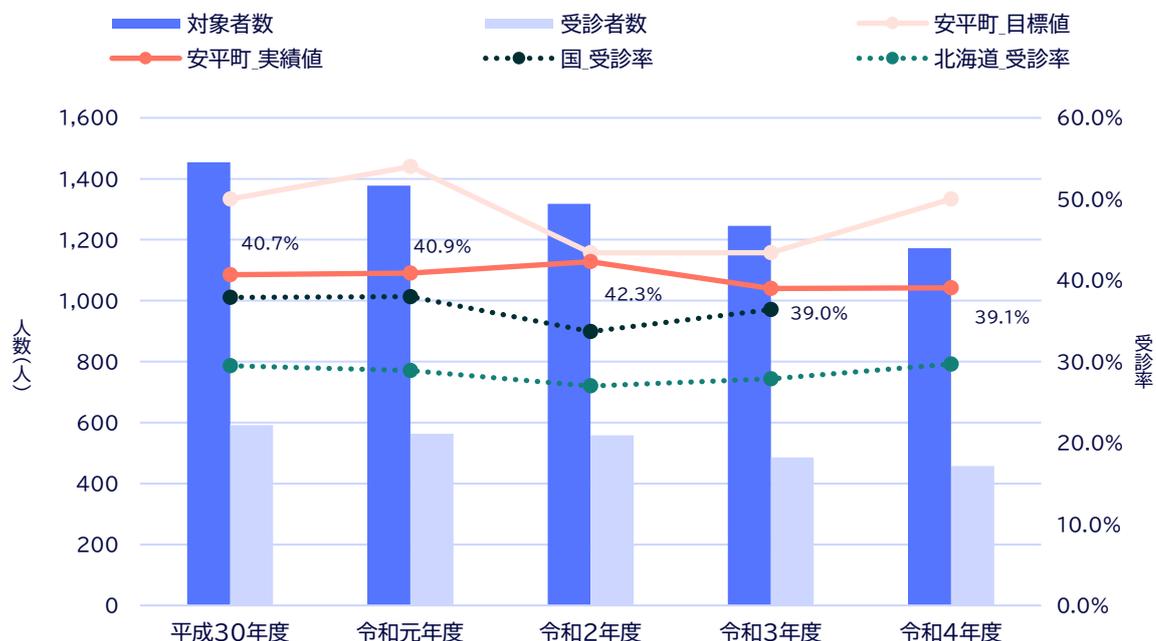
(3) 安平町の状況

① 特定健診受診率の経年推移及び国・北海道との比較

特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度時点で39.1%となっています。この値は、道より高いです。

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39.1%で、平成30年度の特定健診受診率40.7%と比較すると1.6ポイント低下しています。国や道の推移をみると、平成30年度と比較して令和3年度の特定健診受診率は低下しています。

図表54：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診 受診率	安平町_目標値	50.0%	54.0%	43.4%	43.4%	50.0%	60.0%
	安平町_実績値	40.7%	40.9%	42.3%	39.0%	39.1%	-
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	北海道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	-
特定健診対象者数(人)		1,454	1,378	1,318	1,246	1,172	-
特定健診受診者数(人)		592	563	558	486	458	-

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

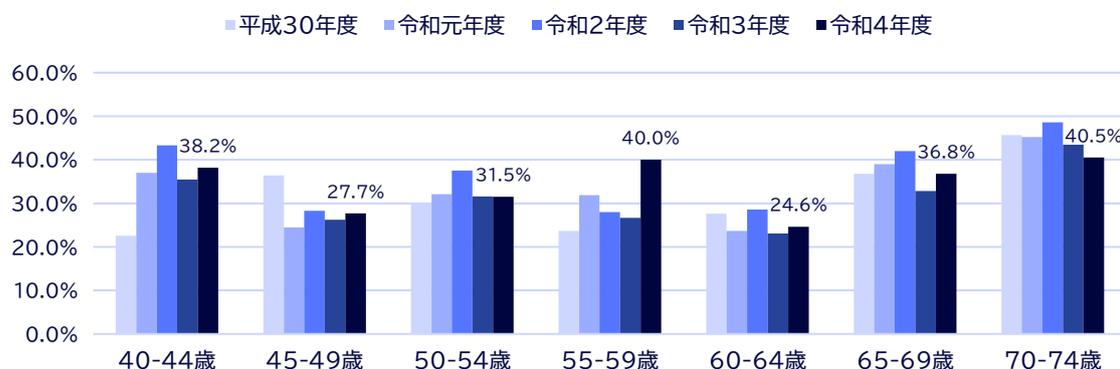
【出典】目標値：前期計画

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

② 性別年代別 特定健診受診率

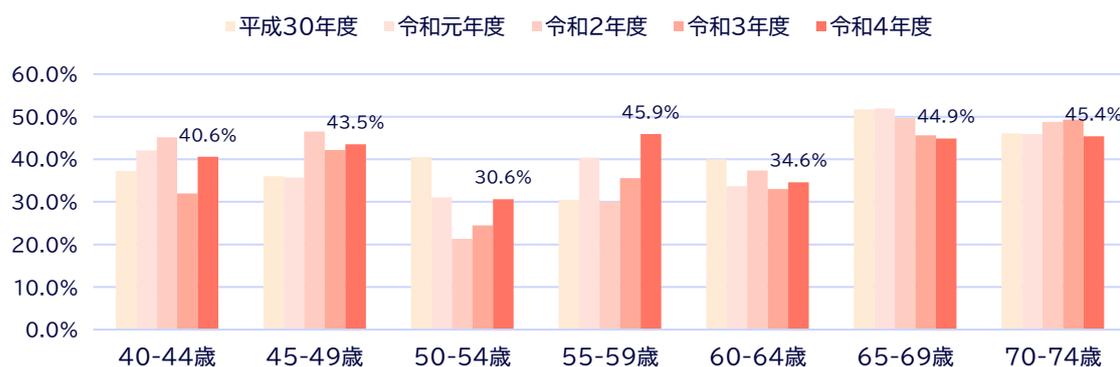
男女別及び年代別における平成30年度と令和4年度の特定健診受診率は、男性では55-59歳で最も伸びており、45-49歳で最も低下しています。女性では55-59歳で最も伸びており、50-54歳で最も低下しています。

図表55：年齢階層別_特定健診受診率_男性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	22.6%	36.4%	30.0%	23.7%	27.6%	36.8%	45.7%
令和元年度	37.0%	24.5%	32.1%	31.9%	23.7%	39.0%	45.2%
令和2年度	43.3%	28.3%	37.5%	28.0%	28.6%	42.0%	48.6%
令和3年度	35.5%	26.2%	31.6%	26.7%	23.1%	32.8%	43.5%
令和4年度	38.2%	27.7%	31.5%	40.0%	24.6%	36.8%	40.5%
平成30年度と令和4年度の差	15.6	-8.7	1.5	16.3	-3.0	0.0	-5.2

図表56：年齢階層別_特定健診受診率_女性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成30年度	37.2%	36.0%	40.5%	30.5%	40.0%	51.7%	46.1%
令和元年度	42.1%	35.7%	31.1%	40.4%	33.7%	51.9%	45.9%
令和2年度	45.2%	46.5%	21.3%	30.0%	37.4%	49.7%	48.8%
令和3年度	32.0%	42.2%	24.5%	35.6%	33.0%	45.6%	49.3%
令和4年度	40.6%	43.5%	30.6%	45.9%	34.6%	44.9%	45.4%
平成30年度と令和4年度の差	3.4	7.5	-9.9	15.4	-5.4	-6.8	-0.7

【出典】 KDB帳票 S21_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計

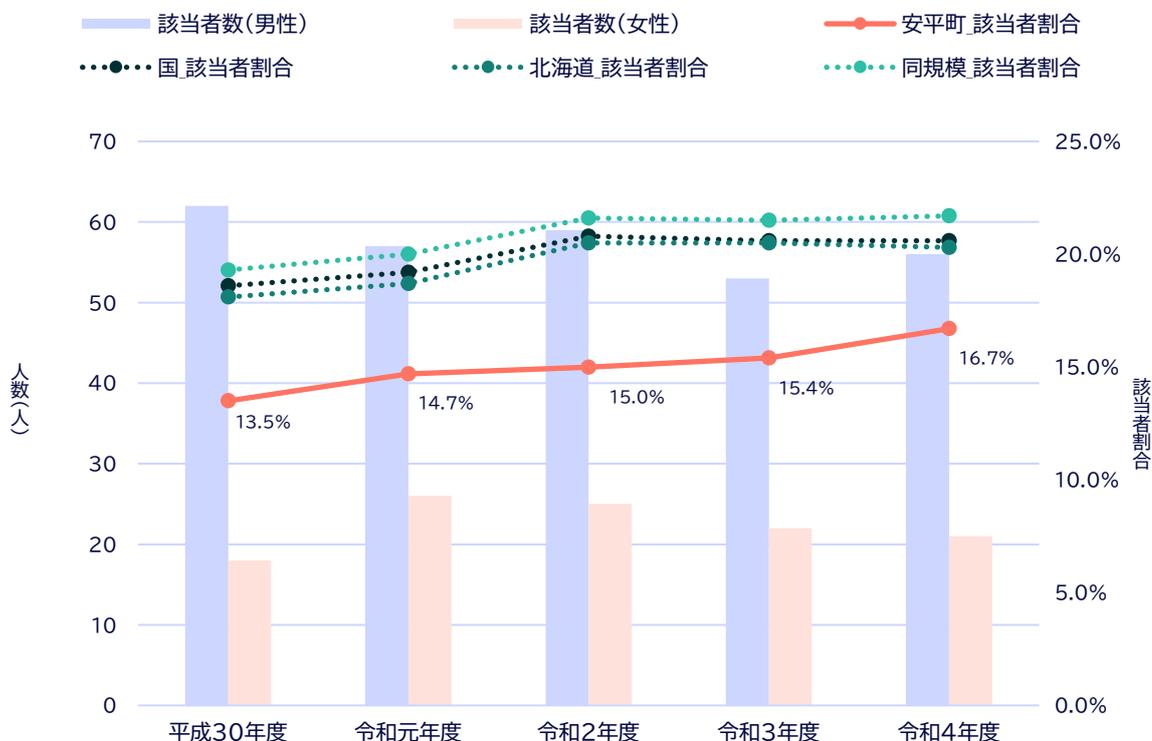
③ メタボ該当者数の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

令和4年度におけるメタボ該当者数は77人で、特定健診受診者の16.7%であり、国・道より低くなっています。

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ます。

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

図表57：特定健診受診者におけるメタボ該当者数



メタボ該当者	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合								
安平町	80	13.5%	83	14.7%	84	15.0%	75	15.4%	77	16.7%
男性	62	25.7%	57	24.8%	59	24.2%	53	26.9%	56	28.4%
女性	18	5.1%	26	7.8%	25	7.9%	22	7.6%	21	8.0%
国	-	18.6%	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
北海道	-	18.1%	-	18.7%	-	20.5%	-	20.5%	-	20.3%
同規模	-	19.3%	-	20.0%	-	21.6%	-	21.5%	-	21.7%

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

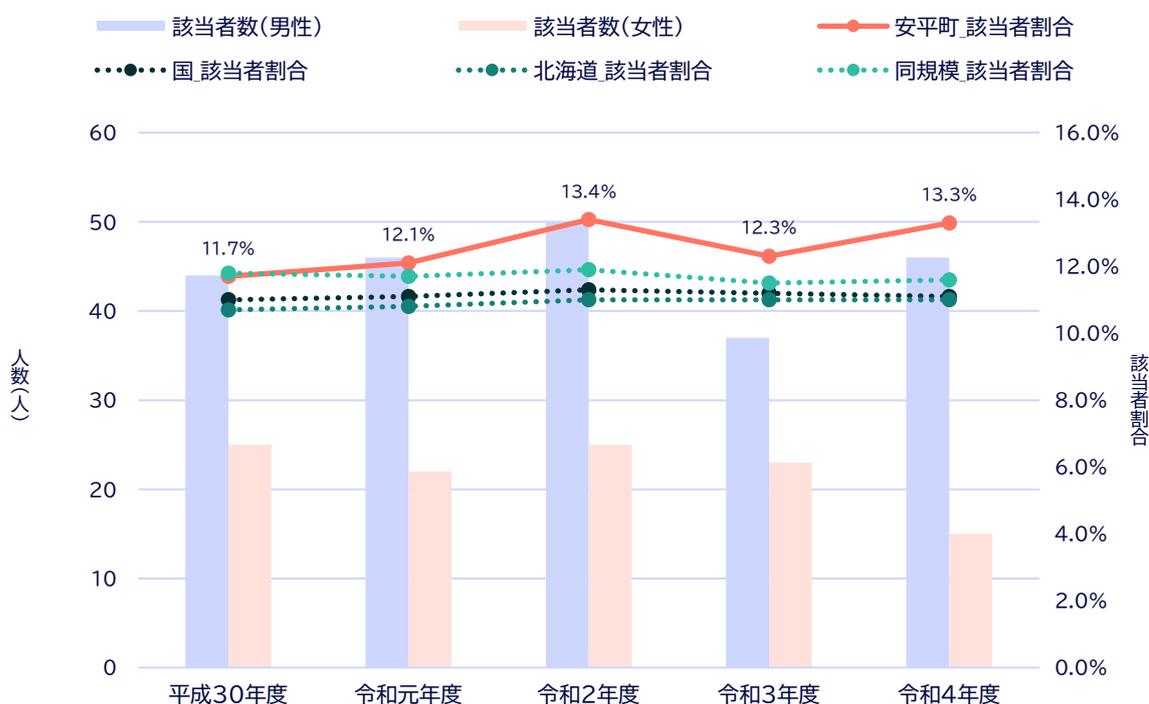
④ メタボ予備群該当者数の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は61人で、特定健診受診者における該当者割合は13.3%で、国や北海道より高くなっています。

前期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、割合は上昇しています。

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

図表58：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数



メタボ予備群 該当者	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合								
安平町	69	11.7%	68	12.1%	75	13.4%	60	12.3%	61	13.3%
男性	44	18.3%	46	20.0%	50	20.5%	37	18.8%	46	23.4%
女性	25	7.1%	22	6.6%	25	7.9%	23	8.0%	15	5.7%
国	-	11.0%	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
北海道	-	10.7%	-	10.8%	-	11.0%	-	11.0%	-	11.0%
同規模	-	11.8%	-	11.7%	-	11.9%	-	11.5%	-	11.6%

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

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

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

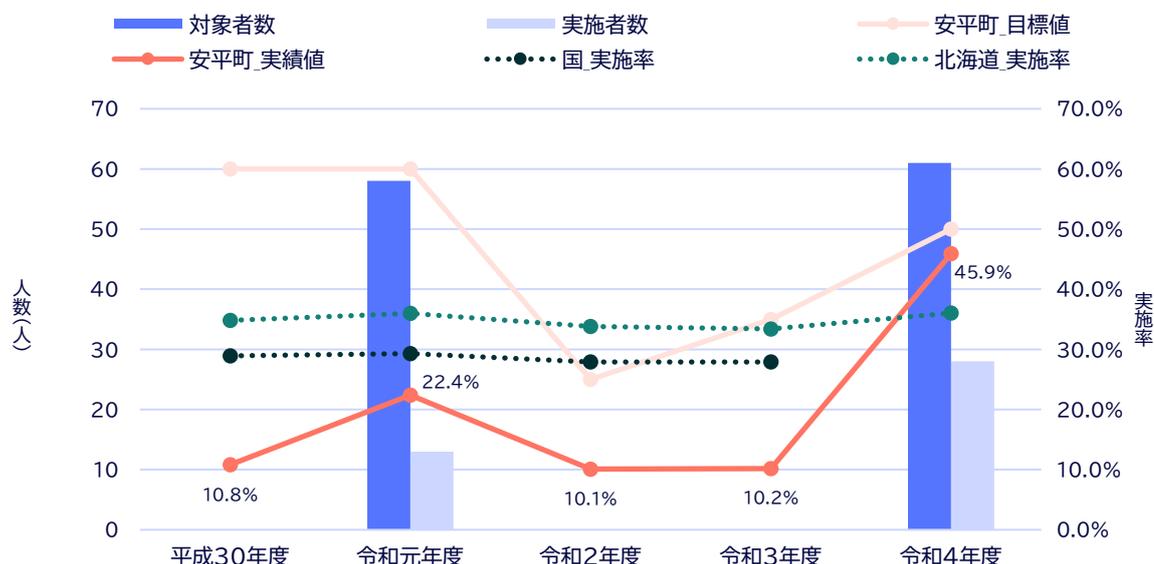
⑤ 特定保健指導実施率の経年推移及び国・北海道との比較

特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度時点で45.9%となっています。この値は、道より高いです。

前期計画中の推移をみると、令和4年度の実施率は、平成30年度の実施率10.8%と比較すると35.1ポイント上昇しています。

積極的支援では令和4年度は7.7%で、平成30年度の実施率0.0%と比較して7.7ポイント上昇し、動機付け支援では令和4年度は57.1%で、平成30年度の実施率18.2%と比較して38.9ポイント上昇しています。

図表59：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導 実施率	安平町_目標値	60.0%	60.0%	25.0%	35.0%	50.0%	60.0%
	安平町_実績値	10.8%	22.4%	10.1%	10.2%	45.9%	-
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	北海道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	-
特定保健指導対象者数 (人)		-	58	-	-	61	-
特定保健指導実施者数 (人)		-	13	-	-	28	-

【出典】目標値：前期計画

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

図表60：支援区別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	7.7%
	対象者数 (人)	21	18	20	12	13
	実施者数 (人)	0	0	0	1	1
動機付け支援	実施率	18.2%	32.5%	14.0%	10.6%	57.1%
	対象者数 (人)	44	40	50	47	49
	実施者数 (人)	8	13	7	5	28

※図表5と図表6における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 平成30年度から令和4年度 累計

(3) 国の示す目標

第4期計画においては、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されています。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていません。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ます。

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ます。

図表61：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) 安平町の目標

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

図表62：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	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	35.0%	37.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%

図表63：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）	1,265	1,236	1,207	1,177	1,148	1,119	
	受診者数（人）	531	556	604	647	689	671	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	72	75	81	87	93	90
		積極的支援	15	16	17	18	20	19
		動機付け支援	57	59	64	69	73	71
	実施者数（人）	合計	25	28	33	39	47	54
		積極的支援	5	6	7	8	10	11
		動機付け支援	20	22	26	31	37	43

※各見込み数の算出方法

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

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

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

支援区分別対象者数：合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

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

3 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下基本指針）といます。）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います。

対象者は安平町国保加入者で、当該年度に40歳から74歳となる方です。

② 実施期間・実施場所

集団健診は、6月から11月にかけてします。実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し、選定します。

個別健診は、6月から翌年2月にかけて実施します。

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します。

③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員の「基本的な健診項目」と眼底検査を除いた「詳細な健診項目」を特定健診受診者全員に実施します。眼底検査は一定の基準のもと医師が必要と判断した場合に実施します。

図表64：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（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、または随時血糖）・尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none">・心電図・眼底検査・血液学検査（貧血検査）・血清クレアチニン検査

【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します。詳細は契約書及び仕様書で定めます。

⑤ 健診結果の通知方法

特定健診結果は結果通知表を郵送します。保健指導が必要な方については、健診結果報告会に案内し、結果の説明と保健指導を実施します。

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

安平町国保加入者が「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します。

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る体制の構築を検討していきます。

(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す。

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します。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、すでに主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とします。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した場合は、動機付け支援対象者としてします。

図表65：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 ²	3つ該当	なし	積極的支援	
		あり	積極的支援	
	2つ該当	なし	動機付け支援	
		あり	動機付け支援	
	1つ該当	なし/あり	動機付け支援	

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います。

具体的には、高血圧・高血糖を有する方を重点対象とします。

③実施期間・内容

特定保健指導は通年実施します。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、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します。

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します。初回面接から1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います。

また、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べて2年目の状態が改善している方については、2年目の特定保健指導は、動機づ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になります。（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）より）

※ただし、以下の要件を満たしている場合に限りです。

- ①BMI30以上：腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少していること
- ②BMI30未満：腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少していること

さらに、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できます。

動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、3か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況で実績評価を行います。

④ 実施体制

特定保健指導については、直営でします。利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の0質を確保するなど適正な事業実施に努めます。

4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(1) 特定健診

取組項目	取組内容	取組概要
受診勧奨	架電、訪問による受診勧奨	保健師による家庭訪問や看護師による電話での受診勧奨の実施
利便性の向上	休日健診の実施/自己負担額無料/がん検診との同時受診/自動予約システムの継続	取組の継続実施とインターネット環境による受診申込体制の構築
関係機関との連携	かかりつけ医と連携した受診勧奨の継続	かかりつけ医で実施している個別健診の受診勧奨
健診データ収集	北海道国保連合会の健診未受診者医療情報収集事業を活用/特定健診以外の検査データの活用	北海道国保連合会配信データKDBなどの活用により健診未受診者の医療情報の収集や訪問等により得た個別の検査情報の活用
早期啓発	39歳向け受診勧奨/40歳未満向け健診の実施	20～39歳の若年者健診（基本健診）の受診勧奨と受診者の保健指導の実施
インセンティブの付与	あびらポイントの付与	健診受診者には1万円5千円の買い物で付与される50ポイントを付与

(2) 特定保健指導

取組項目	取組内容	取組概要
利用勧奨	架電や訪問による利用勧奨の継続	わかりやすい資料の使用と対面や電話による利用勧奨の実施
利便性の向上	メールや電話、保健事業での面接の実施の継続	面談にこだわらず、電話やメール、インボディ測定会などの保健事業利用の機会を活用しての保健指導の継続
内容・質の向上	研修会の実施/効果的な期間の設定	保健師・栄養士の学習会の設定と利用者がわかりやすい資料の作成・検討、北海道国保連合会等主催の研修会の参加
業務の効率化	保健師・栄養士の事務量の軽減	事務分掌を明確にして事務職との業務分担を行い、保健師・栄養士の事務の業務量を軽減していく
早期介入	健診結果報告会と初回面接の同時開催の継続	健診結果報告会での初回面接の実施と報告会欠席者へは訪問や電話での面談実施
関係機関との連携	安平町スポーツセンターと連携した運動機会の提供の継続	インボディ測定会業務の一部と運動教室を委託している安平町スポーツセンター事業の紹介や利用勧奨の実施
インセンティブの付与	あびらポイント付与	3カ月以上の継続支援を終了した方へ100ポイント付与
新たな保健指導方法の検討	先行研究結果が出ているICTツールの導入/経年データを活用した保健指導	経年データを活用した保健指導の継続とICTツール導入の検討をしていく

5 その他

(1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、作成及び変更時は、安平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います。

また、特定健診及び特定保健指導については、安平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、普及啓発に努めます。

(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します。

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します。

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します。

(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）に評価を行います。

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います。

参考資料 用語集

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

行	No.	用語	解説
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m 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	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA (HbA) にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。