

せたな町

第2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
北海道せたな町

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.....	7
(3) 個別事業評価.....	11
(4) 第 1 期データヘルス計画の総合評価.....	18
第 3 章 せたな町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出.....	19
1 基本情報.....	19
(1) 人口の変化及び高齢化率と経年推移.....	19
(2) 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移.....	20
2 死亡の状況.....	21
(1) 死因別死亡者数.....	21
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）.....	22
(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.....	23
3 介護の状況.....	24
(1) 一件当たり介護給付費.....	24
(2) 要介護（要支援）認定者数・割合.....	24
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況.....	25
4 国保加入者の医療の状況.....	26
(1) 国保被保険者構成.....	26
(2) 総医療費及び一人当たり医療費.....	27
(3) 一人当たり医療費と医療費の 3 要素.....	28
(4) 疾病別医療費の構成.....	29
(5) その他.....	33
5 国保加入者の生活習慣病の状況.....	34
(1) 生活習慣病医療費.....	35
(2) 基礎疾患の有病状況.....	36
(3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり.....	36

(4) 人工透析患者数.....	37
6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況.....	38
(1) 特定健診受診率.....	39
(2) 健康状態不明者（健診なし治療なし）.....	40
(3) 有所見者の状況.....	41
(4) メタボリックシンドローム.....	44
(5) 特定保健指導実施率.....	47
(6) 受診勧奨対象者.....	48
(7) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況.....	51
(8) 質問票の回答.....	52
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.....	54
(1) 後期高齢者医療制度の被保険者構成.....	55
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況.....	55
(3) 後期高齢者医療制度の医療費.....	56
(4) 後期高齢者健診.....	57
(5) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	58
8 健康課題の整理.....	59
(1) 現状のまとめ.....	59
(2) 生活習慣病に関する健康課題の整理.....	60
(3) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理.....	61
(4) 医療費適正化に係る課題の整理.....	61
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	62
第5章 目的・目標を達成するための保健事業.....	64
1 保健事業の整理.....	64
(1) 重症化予防（がん以外）.....	64
(2) 重症化予防（がん）.....	67
(3) 生活習慣病発症予防・保健指導.....	69
(4) 早期発見・特定健診.....	73
(5) 健康づくり・社会環境体制整備.....	75
(6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施.....	78
(7) 医療費適正化.....	80
第6章 計画の評価・見直し.....	81
1 評価の時期.....	81
(1) 個別事業計画の評価・見直し.....	81
(2) データヘルス計画の評価・見直し.....	81
2 評価方法・体制.....	81

第7章 計画の公表・周知.....	81
第8章 個人情報の取扱い.....	81
第9章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	82
1 計画の背景・趣旨.....	82
(1) 背景・趣旨.....	82
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向.....	83
(3) 計画期間.....	83
2 第3期計画における目標達成状況.....	84
(1) 全国の状況.....	84
(2) せたな町の状況.....	85
(3) 国の示す目標.....	90
(4) せたな町の目標.....	90
3 特定健診・特定保健指導の実施方法.....	91
(1) 特定健診.....	91
(2) 特定保健指導.....	92
4 その他.....	93
(1) 計画の公表・周知.....	93
(2) 個人情報の保護.....	93
(3) 実施計画の評価・見直し.....	93
(4) がん検診等との連携.....	93
(5) 後期高齢者への対応.....	93
参考資料 用語集.....	94

第1章 基本的事項

1 計画の背景・趣旨

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

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

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

2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、「被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するもの」とデータヘルス計画策定の手引きにおいて定義されている。（以下、特定健康診査を「特定健診」という。）

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

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

下表に、それぞれの計画の基本方針及び本計画における目標を併記する。

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
せたな町国保	第 1 期データヘルス計画						第 2 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					
せたな町		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					
道	道健康増進計画（第 2 次）						道健康増進計画（第 3 次）					
	道医療費適正化計画（第 3 期）						道医療費適正化計画（第 4 期）					
	道国民健康保険運営方針			第 2 期 道国民健康保険運営方針			第 3 期 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 年間である。

4 実施体制・関係者連携

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

計画の策定等に当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会と連携、協力する。

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

5 標準化の推進

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

図表1：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

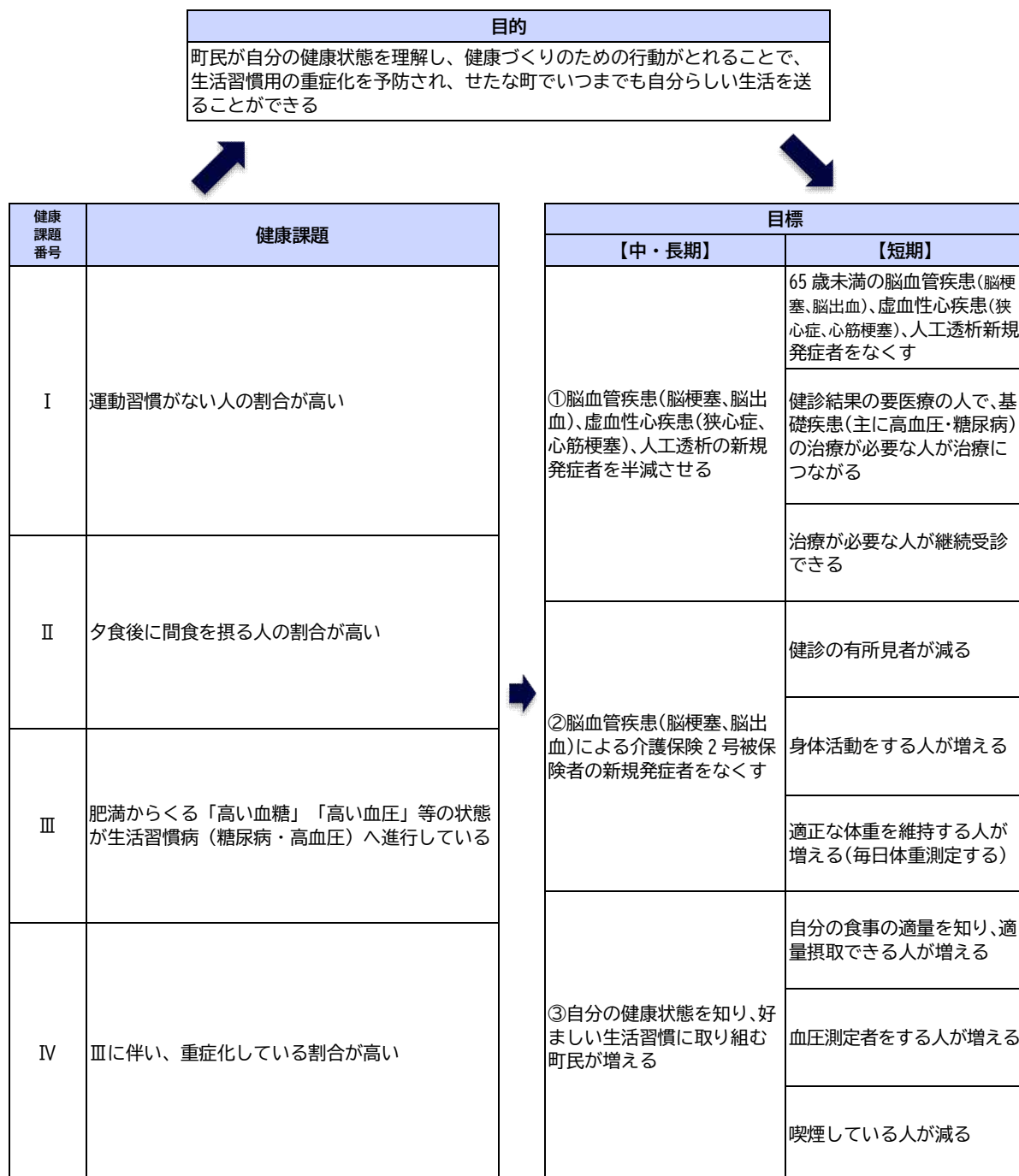
図表 2：北海道の健康課題

健康・医療情報分析からの考察	健康課題
(死亡・介護) ○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。	(健康寿命・医療費の構造変化) ○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。
(医療) ○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。	(重症化予防) ○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。
(特定健診・特定保健指導) ○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。	(健康づくり) ○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1期データヘルス計画に記載している健康課題、目的、目標について、それぞれのつながりを整理しながら記載する。



2 評価指標による目標評価と要因の整理

ここでは、第1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1期データヘルス計画に基づき実施してきた保健事業が課題解決、目標達成にどう寄与したか振り返り、最終評価として目標達成状況や残された課題等について整理を行う。

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

(1) 中・長期目標の振り返り

健康 課題 番号	中・長期目標	評価指標	目標値	実績値							評価
				(H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
I II III 共通	①脳血管疾患（脳梗塞、脳出血）、 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）、人工 透析の新規発症者を半減させる	脳血管疾患の 新規患者発生数	半減	—	—	30	26	25	23	25	D
		虚血性心疾患の 新規患者発生数	半減	—	—	33	38	25	33	24	D
		人工透析の 新規患者発生数	半減	—	—	1	2	4	1	1	D
	②脳血管疾患（脳梗塞、脳出血）による 介護保険2号被保険者の新規発 症者をなくす	新規認定者数	新規認定者 0人	—	—	—	—	—	—	—	D
	③自分の健康状態を知り、好ま しい生活習慣に取り組む町民が 増える	特定健診受診率	特定健診受 診率 60%	38.8%	38%	38.1%	37.5%	32.7%	38.0%	38.9%	B

計画作成時の評価指標の実績値からの算定方法が変更となったため、①・②を評価困難としている。

(2) 中・長期目標を達成させるための短期的な目標

短期目標			評価指標				評価	
健診結果の要医療の人で、基礎疾患（高血圧）の治療が必要な人が治療につながる			特定健診要医療者の医療受診状況経年表（高血圧Ⅱ度以上で要医療となった者の医療機関受診率）				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					
1. 健診結果説明会 2. 訪問・電話・紙面での受診勧奨 3. 未治療者対策（高血圧） 4. 特定保健指導			受診率としては目標 100%は未達成であり、受診率も低くなっているため悪化している【C】とした。しかし、治療につながった者が一定数おり、今後も生活習慣病重症化予防として対策が必要である。					
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	
受診率 100%	58.3%	45.5%	50%	50%	33.3%	33.3%	33.3%	
目標達成における推進/阻害要因								
【推進要因】 (1) 健診結果説明会・訪問等での保健指導により、医療機関受診につながった。 (2) 未受診者の再勧奨をしている。								
【阻害要因】 (1) 未受診である期間を決めて未受診者の再勧奨をしていない。 (2) 医療機関受診後に中断をしていないか・生活習慣の改善がされているかの確認が特定保健指導利用者のみになっている。 (3) 複数年、未受診で要医療となっている者がいる。 (4) 新型コロナウイルス感染症の影響で受診控えがあった可能性がある。								

短期目標			評価指標				評価	
健診結果の要医療の人で、基礎疾患（糖尿病）の治療が必要な人が治療につながる。			特定健診要医療者の医療受診状況経年表 (HbA1c6.5以上または空腹時血糖 126mg/dl 以上の要医療となった者の医療機関受診率)				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					
1. 健診結果説明会 2. 訪問・電話・紙面での受診勧奨 3. 未治療者対策（高血糖） 4. 特定保健指導			受診率としては年度でばらつきのある結果であるが、目標 100% は未達成であり、受診率も低くなっていることから悪化している【C】とした。しかし、治療につながった者が一定数おり、今後も生活習慣病重症化予防として対策が必要である。					
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	
受診率 100%	72.7%	50%	69.2%	77.3%	68.8%	70.3%	64.7%	
目標達成における推進/阻害要因								
【推進要因】 (1) 健診結果説明会・訪問等での保健指導により、医療機関受診につながった。 (2) 未受診者の再勧奨をしている。								
【阻害要因】 (1) 未受診である期間を決めて未受診者の再勧奨をしていない。 (2) 医療機関受診後に中断をしていないか・生活習慣の改善がされているかの確認が特定保健指導利用者のみになっている。 (3) 複数年、未受診で要医療となっている者がいる。 (4) 新型コロナウイルス感染症の影響で受診控えがあった可能性がある。								

短期目標			評価指標			評価	
治療が必要な人が継続受診できる			特定健診結果で要医療となった者の医療受診状況経年表			D	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み			評価理由				
—			要医療となった者の継続受診を経年ではみていないため、評価困難【D】とした。要医療となった者が多く、全件の継続受診を把握していくことは難しいことから、健診項目や数値等で優先順位をつけて実施していく方法を検討するべきであった。				
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
継続受診 100%	－	－	－	－	－	－	－
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
－				－			

短期目標			評価指標			評価	
健診の有所見者が減る			健診結果有所見経年表 (特に 40・50 代有所見割合) 1. 血清クレアチニン 1.3mg/dl 以上 2. eGFR60ml/分/1.73 m ² 以下 3. 空腹時血糖 100mg/dl 以上			B	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み			評価理由				
1. 特定保健指導 2. 健診結果説明会 3. 元援 Project 4. 尿中塩分摂取推定量検査事業 5. 広報等での普及啓発			血清クレアチニン・eGFR・空腹時血糖の健診有所見割合は、減少と増加を繰り返しているが、国・道と比較すると高いままで経過しているため、変わらない【B】とした。				
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
健診結果 有所見割合が減る ①血清クレアチニン ②eGFR ③空腹時血糖 ()内は 40・50 代有所見率	①1.0% (0.7%) ②- ③36.3% (23.4%)	①1.0% (0.8%) ②- ③31.1% (19.6%)	①1.1% (0%) ②28.9% (10.0%) ③34.7% (21.1%)	①2.0% (0%) ②31.1% (6.6%) ③31.2% (17.9%)	①3.0% (1.1%) ②29.0% (11.2%) ③33.1% (24.7%)	①1.6% (0%) ②28.8% (8.9%) ③35.4% (26.8%)	①2.5% (0.9%) ②30.8% (14.0%) ③33.7% (17.7%)
目標達成における推進/阻害要因							
【推進要因】 (1) 保健指導や健康教育により、糖尿病・慢性腎臓病（CKD）について指導や普及啓発を実施 【阻害要因】 (1) 糖尿病については、健康教育等で重点的に取り組み、改善が見られたが、CKD については、実施内容や回数が不十分だった。							

短期目標			評価指標					評価
身体活動をする人が増える			1. 特定健診質問票回答経年表（身体活動） 2. 運動教室の参加者数					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					
1. 運動教室ほそみどり 2. 結果説明会での健康教育、保健指導			新型コロナウイルス感染症の影響で運動教室の回数・人数は減少したが、新規参加者数は増加している。特定健診質問票の【1回30分以上の運動習慣なし】の割合は男女ともに改善されているため、改善している【A】としたが、国・道と比較すると割合は高いため、町の健康課題として、継続した保健事業を展開していく必要がある。					
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	
①身体活動なしが減る(%) (男女別)	①77.3% /59.5%	①75.6% /77.3%	①76.8 /54.9%	①77.7% /57.7	①74.9% /56.0%	①73.6% /52.1%	①74.1% /54.7%	
②運動教室の参加者が増える (延人数/実人数)	②175人 /37人	②126人 /37人	②147人 /35人	②179人 /39人	②7人/7人 コロナで中止	②62人 /16人	②109人 /30人	
目標達成における推進/阻害要因								
【推進要因】 (1) 運動教室参加により、運動習慣の意識付けになっている。 【阻害要因】 (1) 運動の機会や場所が少ない。 (2) 高齢者が多く、働いている方も多い。 (3) 新型コロナウイルス感染症の影響で運動教室の回数が減った。								

短期目標			評価指標					評価
適正な体重を維持する人が増える (毎日体重測定する)			1. 健診結果有所見経年表（BMI 25kg/m ² 以上） 2. 健診時等での体重のアンケート経年表 ※実態把握をしていく					B
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み			評価理由					
1. 健診結果説明会での健康教育 2. 特定保健指導 3. 健診時等での体重に関するアンケート			BMIの健診結果有所見割合では男性は悪化しているが、女性はやや改善傾向が見られた。しかし、国・道と比較すると高いままで経過している。アンケートではおおそ半数の家庭が体重計を使っていることがわかった。しかし、体重計を持っていたとしても定期的に体重測定をしていない者も一定数いた。これらの結果から評価は、変わらない【B】とした。					
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	
①BMI 有所見割合が減る	①男 40.6%	①男 40.2%	①男 38.2%	①男 41.1%	①男 34.4%	①男 36.8%	①男 48.1%	
②体重計に乗る人が増える (週1回以上体重計に乗る)	女 34.6%	女 32.1%	女 33.9%	女 32.8%	女 33.0%	女 32.7%	女 31.6%	
	②なし	②46.8%	②43.1%	②40.9%	②59.9%	②58.4%	②57.0%	
目標達成における推進要因/阻害要因								
【推進要因】 (1) 保健指導により体重が減少した可能性がある。 【阻害要因】 (1) 新型コロナウイルス感染症の影響による運動不足								

短期目標			評価指標			評価	
自分の食事の適量を知り、適量摂取できる人が増える			健診結果有所見経年変化（血圧・尿酸） ※実態把握から実施する			血圧 A 尿酸 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				
1. 特定保健指導 2. 健診結果説明会 3. 元塩 Project 4. 尿中塩分摂取推定量検査事業 5. 広報等での普及啓発 6. 未治療者対策			血圧（収縮期・拡張期）は有所見者割合が減少し、国・道と比較して低くなっており、改善している【A】とした。尿酸は有所見者割合が上昇しており、国・道と比較しても高いため悪化している【C】とした。				
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
健診有所見者状況で割合減	①48%	①45.2%	①44.7%	①44.2%	①48.3%	①44.8%	①41.8%
①収縮期血圧	②13%	②12.8%	②12.4%	②8.6%	②10.1%	②8.1%	②12.5%
②拡張期血圧	③6.8%	③7.6%	③8.3%	③10.3%	③8.9%	③7.4%	③7.9%
③尿酸							
目標達成における推進/阻害要因							
【推進要因】 (1) 保健指導や受診勧奨の介入 (2) 高血圧に関する普及啓発・健康教育回数の増加 【阻害要因】 (1) 尿酸に関する保健事業がなかった							

短期目標			評価指標			評価	
血圧測定をする人が増える			血圧のアンケート経年表 ※実態把握から実施する			D	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み			評価理由				
1. 健診結果説明会での健康教育 2. 特定保健指導 3. 元塩 Project 4. 健診時等での血圧に関するアンケート			アンケート結果から平均年齢が高くなると血圧測定の割合が高くなっている、血圧計を持っていたも、定期的な血圧測定をしていない者が一定数いることが把握出来た。 実態把握はある程度出来たが、血圧測定をする人が増えたかは把握出来ていないため、評価困難【D】とした。				
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
アンケートから血圧測定する人が増える (週1回以上血圧を測定する)	なし	28.0%	11.5%	27.2%	40.8%	43.4%	28.0%
目標達成における推進/阻害要因							
【推進要因】 (1) 高血圧に関する健康教育等の機会を増やした。 【阻害要因】 (1) 実態把握はある程度出来たが、血圧測定をする人が増えたかまでは把握出来ていない。							

短期目標			評価指標			評価	
喫煙している人が減る			特定健診質問票回答経年表（喫煙） ※実態把握から実施する			B	
目標達成に向けて実施した保健事業・取り組み			評価理由				
1. 健診結果説明会での保健指導 2. 特定保健指導			喫煙者の割合は年度によってばらつきのある結果である。道と比較すると喫煙者の割合は低い、国比較では高い状況であり、大きな変化はないため、変わらない【B】とした。				
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
喫煙している人の割合が減る	13.5%	16.4%	14.4%	14.6%	13.3%	14.5%	14.3%
目標達成における推進/阻害要因							
【阻害要因】 (1) 喫煙者への具体的な対策がない。 (2) 町国保病院の禁煙外来休止。							

(3) 個別事業評価

ここでは、健康課題、目標に紐付けた重点的な事業の評価を行う。

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

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

事業名			事業目標			事業全体の評価		
特定健診			受診率が向上することで自分の健康状態を知る人が増える			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
①全受診率 ②40～44 歳受診率 ③45～49 歳受診率 ④50～54 歳受診率 ⑤55～59 歳受診率			1. 休日・早朝実施 2. H30 年度から健診項目追加（尿中塩分摂取推定量） 3. 同時実施のがん検診等に肺ヘリカル CT 検査や内臓脂肪 CT 検査を追加					
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	実績値評価
①60% ②～⑤30%以上	①38.8% ②31.1% ③19.8% ④30.2% ⑤27.9%	①38.0% ②33.3% ③28.6% ④29.6% ⑤30.8%	①38.1% ②24.3% ③29.6% ④25.0% ⑤32.3%	①37.5% ②29.6% ③31.0% ④23.5% ⑤30.9%	①32.7% ②29.2% ③30.6% ④18.2% ⑤25.2%	①38.0% ②31.9% ③39.8% ④34.3% ⑤36.6%	①38.9% ②33.3% ③19.7% ④32.5% ⑤41.6%	A
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) 塩分摂取量を数値でみられるようにし、健診に付加価値がついた。 (2) 同時に受けられる検査項目が増えた。 (3) R2 年度からハガキでの未受診者受診勧奨を開始した。 (4) 受診勧奨回数を増やした。			(1) 定期通院あり健診未受診者が多いが、みなし健診が増えていない。 (2) 新型コロナウイルス感染症の影響で継続受診者の受診控えがあった。			(1) 受診勧奨方法の検討。 (2) みなし健診の受領を増やす方法の検討。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
特定保健指導			1. 生活習慣の改善を図る。 2. 特定保健指導によるメタボ減少。			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特定保健指導率 ②メタボ減少率			特定保健指導による特定保健指導者の減少率（％） H28:18.8%⇒R4：9.1% 指導後の腹囲・体重の変化⇒R4：腹囲- 1.1cm・体重- 1.47cm					
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	実績値評価
①60% ②25%	①39.0% ②25.0%	①53.8% ②22.0%	①52.8% ②15.4%	①57.0% ②19.1%	①60.4% ② 7.6%	①56.3% ②21.2%	①56.9% ②19.8%	①A ②C
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		
(1) 検診結果説明会での初回面接実施 (2) 休日・夜間での実施 (3) 未利用者への再勧奨の実施			(1) 特定保健指導の内容 (2) 特定保健指導事後のフォローが 不十分			(1) 特定保健指導の実施方法を再検討し、効果のある特定保健指導及び対象者自身が成果のみえやすい保健指導を目指していく。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
健診未受診者対策			生活習慣病の早期発見・早期治療のため、特定健診の受診率を向上させる。			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
特定健診受診率			1. 健康保険証切換時・国保新規加入者への健診勧奨リーフレットの配布(年1回以上) 2. 未受診者へのハガキ勧奨（R2年度から年2～3回実施） 3. 過去の健診受診者への保健師・管理栄養士による電話勧奨					
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	実績値評価
60%	38. 8%	38%	38. 1%	37. 5%	32. 7%	38%	38. 9%	A
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) リーフレットでの勧奨回数が増えた。 (2) 各種データを人工知能を用いて解析し、精度の高い優先順位づけを用いた未受診者勧奨ハガキの送付が出来た。			(1) 新型コロナウイルス感染症の影響で継続受診者の受診控えがあった。 (2) 新型コロナウイルス予防接種業務等によるマンパワー不足により架電数が減った。 (3) 新規受診者の健診リピート率が50%台と低く、受診行動の定着がされていない。			(1) 受診勧奨方法の再検討をし、健診未受診者対策を強化していく。 (2) 新規受診者の継続受診		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
健診結果説明会			生活習慣の改善の機会になる			B		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
結果説明会参加率			H29 年度から食品に含まれる塩分等の展示、ミニ講演会や健康ファイルを用いた指導を実施、事業内容の充実をはかった。					
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	実績値評価
参加率 60%以上	46. 5%	53. 7%	55. 5%	55. 2%	53. 4%	57. 7%	54. 7%	A
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) 夜間帯の実施時間も設け、参加率の上昇につながった。 (2) 健康こころポイントの対象事業であり、インセンティブ付与が参加のきっかけとなった方もいた。			(1) 新型コロナウイルス感染症の影響で、参加者が減少した地域があったり、事業を実施できないことがあった。			(1) 更なる事業内容に充実を図り、事業への参加を促していく。 (2) 事業参加することでのインセンティブの内容等も見直し、参加のきっかけとなるよう促していく。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
未治療者対策（高血圧）			治療が必要な人が治療につながる。			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
高血圧Ⅱ度以上の要医療者の医療機関受診率			要医療者への受診勧奨は対面・電話・紙面等で保健師・管理栄養士が100%実施している。					
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	実績値評価
受診率 100%	58.3%	45.5%	50%	50%	33.3%	33.3%	33.3%	C
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) 健診結果説明会・訪問等での対面の保健指導により、医療機関受診につながった。 (2) 未受診者への再勧奨をしている。			(1) 未受診である期間を決めて(健診〇ヶ月後)未受診者の再勧奨していない(再勧奨率 100%ではない) (2) 医療機関受診後に中断をしていないか・生活習慣の改善がされているかの確認が特定保健指導利用者のみになっている。			(1) 健診結果返却後に一定期間未受診の者に対する受診再勧奨の強化が必要である。再勧奨時期を明確にし、実施方法を検討していく必要がある。 (2) 通院を中断していないか等の確認が必要である。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
未治療者対策（高血糖）R2 年度から実施			治療が必要な人が治療につながる。			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
HbA1c6.5 以上または空腹時血糖 126mg/dl 以上の要医療者の医療機関受診率			要医療者への受診勧奨は対面・電話・紙面等で保健師・管理栄養士が 100%実施している。					
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	実績値評価
受診率 100%	72.7%	50%	69.2%	77.3%	68.8%	70.3%	64.7%	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		
(1) 健診結果説明会・訪問等での対面の保健指導により、医療機関受診につながった。 (2) 未受診者への再勧奨をしている。			(1) 未受診である期間を決めて(健診〇ヶ月後)未受診者の再勧奨をしていない(再勧奨率 100%ではない) (2) 医療機関受診後に中断をしていないか・生活習慣の改善がされているかの確認が特定保健指導利用者のみになっている。			(1) 健診結果返却後に一定期間未受診の者に対する受診再勧奨の強化が必要。 再勧奨時期を明確にし、実施方法を検討していく必要性である。 (2) 通院を中断していないか等の確認が必要である。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
データ受領（みなし健診）			特定健診受診率を向上を目指す			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					
データ受領件数			電話、訪問でのデータ受領勧奨					
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	実績値評価
データ受領件数 が増える	98 件	58 件	93 件	70 件	82 件	60 件	62 件	C
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) データ受領協力への電話勧奨 (2) 対象者への再勧奨			(1) 新型コロナウイルスの予防接種業務等によるマンパワー不足により積極的にデータ受領勧奨の電話を行えなかった。 (2) 新型コロナウイルス感染症の影響で受診控えがあった。			(1) 特定健診相当の検査データのある可能性が高い糖尿病での定期受診者を優先して勧奨する。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
中学生生活習慣病健診 (中学 2 年生対象)・健康教育			生活習慣病を思春期から予防し、子どもの健全な育成を促す			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					
健診受診率			1. 中学 1 年生～中学 3 年生へ健康教育の実施 2. 町立国保病院の発熱外来設置により、瀬棚診療所で実施 (北・瀬) 3. 要医療者には電話・面談等を実施。 4. 貧血等で治療開始になった者がいる。					
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	実績値評価
90%以上	82.1%	81.3%	90.7%	86.7%	77.0%	75.6%	84.6%	B
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) 要医療者は中学 3 年生時点で再受診可能である。			(1) 瀬棚区会場で実施のため、北檜山区対象者の受診が減少している。 (2) 要医療の再勧奨ができていない。 (3) 医療機関受診後の経過を追えていない。			(1) 健診結果返却後の未受診へ受診再勧奨の強化が必要である。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
運動教室ほそみどり			①肥満の解消や予防に身体活動や運動が必要であることを理解する。 ②肥満改善や予防のために、内臓脂肪の燃焼や筋肉量のアップする運動習慣を習得し継続できる。			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
1. 新規に運動を実践する人が増える。 2. 運動を通して地域の凝集性を高める。			R4 年度は、水泳教室を 1 回実施した。					
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	実績値評価
①参加者数が増える ②新規参加者が増える	①175 人	①126 人	①147 人	①179 人 ②10 人	①7 人 ②3 人	①62 人 ②2 人	①109 人 ②12 人	C
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) 事後アンケートから参加者の運動意識、継続したい思いがある。 (2) 教室参加後に生活習慣に気をつけている方がいる。			(1) エアロビ=女性のイメージが強い。 (2) 一人で続ける事が難しいという意見がある。 (3) 年齢層の幅が広く、内容の構成が難しい。 (4) 事業を知らない方がいる。 (5) 新型コロナウイルス感染症の影響で中止となり日数が減った。			(1) 自宅で継続できる内容の検討 (2) 周知方法の見直し (3) 満足度や行動変容があったかの実態把握。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
健康づくり講演会			病気への予防行動がとれる			D		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
1. 参加者数 2. 講演会の満足度			【講演会内容】 H28 年度：認知症・生活習慣改善 H29 年度：高血圧・がん予防 H30 年度：ウイルス性肺炎 R1 年度：中止 R2 年度：薬の正しい飲み方について R3 年度：歯の健康について R4 年度：薬（予防接種）について					
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	実績値評価
参加者数 20 人以上	113 人	61 人	19 人	中止	20 人	14 人	5 人	C
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) 事後アンケートより、講演内容についての理解度は理解できたが多く、参加者の満足度は高かった。			(1) 新型コロナウイルス感染症の影響で、参加者が減少した・講演会が中止となった。			(1) 住民が参加しやすい環境を作る。 (2) 元援プロジェクトと差別化するために今後内容の検討を行う。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
ヘルシー料理教室			生活習慣病と食習慣の関係を知り、生活習慣病を予防・改善するための食習慣の実践に取り組むことができる。			E		
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. 参加人数 2. 生活習慣病と食習慣の関係を理解できる。			【料理教室内容】 H28 年度：脂質異常症（3 会場で実施） H29 年度：高血圧と減塩(3 会場で実施) H30 年度：高血圧・食物繊維・カリウム（3 会場で実施） R1 年度：適正体重・カロリー（3 会場で実施） R2 年度：コレステロール（3 会場で実施） R3 年度：血糖値（2 会場で実施） ※新型コロナウイルス感染症の影響で 1 回中止					
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	実績値評価
①参加数 10 人以上 ②アンケートで理解度 80%（H30 年度から目標追加）	①21 人	①30 人	①21 人 ②100%	①27 人 ②100%	①22 人 ②100%	①13 人 ②100%	管理栄養士不在のため事業中止	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		
(1) 各区での開催、夜間開催			(1) 年度途中での管理栄養士の不在（マンパワー不足） (2) 新型コロナウイルス感染症の影響で参加を控える方がいた。			(1) 事業再開のための人材確保		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
広報・ちらし配布 （生活習慣病に関する啓発活動）			町民の健康への関心や知識が高められる。			B		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
1. 広報掲載回数 2. チラシ配布回数			1. 特定健診受診者へ健康管理ファイルの配布 2. 塩分・糖分展示の実施 3. せたな塩分あいうえお表の作成					
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	実績値評価
①広報掲載回数 5 回以上 ②他課にリーフ レット配布を依 頼した回数 1 回 以上	①7 回 ②1 回	①12 回 ② 1 回	①9 回 ②1 回	①9 回 ② 1 回	①6 回 ②1 回	①10 回 ② 1 回	①6 回 ②1 回	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		
(1) 係内で計画的に掲載内容について検討しており、主に高血圧・高血糖について掲載していた。 (2) 国民保険証切り替え時期に健診案内のチラシを配布している			(1) 感染症やメンタルヘルスなど、生活習慣病以外にも掲載すべき内容もあるため。 (2) 管理栄養士不在により、健康レシピの掲載が終了してしまったため。			(1) 計画的に掲載記事を決めている。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
元援 Project（高血糖対策） 【R3 年度より開始】			高血糖と生活習慣（食事・運動）の関係を 知り、高血糖を予防・改善するための 生活習慣の実践に取り組むことができ る。			B		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
1. 健康意識が変化した参加者の割合 2. 講演会の参加人数 3. 健康教室の参加人数			【R4 年度】 ・講演会のアンケートによる満足度 88%・健康教室による満足度 88% ・実施内容の打ち合わせ回数各 2 回					
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	実績値評価
①健康意識が変 化した参加者の 割合：70%以上 ②講演会の参加 人数：20 人以上 ③健康教室の参 加人数：10 人以 上	①100% ②なし ③15 人	—	—	—	—	①100% ②なし ③15 人	①94.1% ②21 人 ③20 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		
(1) 講師を身近な町立国保病院の医師 にしたこと (2) 健康こつこつポイントの対象事業 であり、インセンティブ付与が参 加のきっかけとなった方もいた。 (3) 健康教室を健診結果説明会の時間 内に設け、参加しやすくしたこと			(1) 講演会は新型コロナウイルス感 染症の影響で日程変更があっ た。			(1) 実際に講演会を聞いて何を取 り組もうと思うか・取り組ん でいることが有るか・聞きた い内容があるかなどをアンケ ート内容に追加する。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
元塩 Project（高血圧対策） 【R2 年度で終了。元援 Project へ変更】			高血圧と食生活の関係を知り、高血圧を 予防・改善するための食習慣の実践に取り 組むことができる。			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
1. 参加者数 2. 参加後クイズ正答率 3. 推定塩分摂取量			男性参加は少ない傾向になった。					
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	実績値評価
①参加人数 10 名 以上 ②クイズ正答率 80%以上 ③推定塩分量 男性 7.5g 未満 女性 6.5g 未満	①9 人 ②68.3% ③男性 9.65g 女性 9.55g	—	①9 人 ②68.3% ③男性 9.65g 女性 9.55g	①9 人 ②93.8% ③男性— 女性 7.48g	①6 人 ②58.3% ③男性— 女性 9.99g	—	—	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		
(1) 関心がある方が高血圧について勉 強する機会となった。			(1) 新型コロナウイルスの影響で調 理ができなかった。 (2) 年度途中での管理栄養士不在に よるマンパワー不足。					

事業名			事業目標			事業全体の評価		
尿中塩分摂取推定量検査事業 【H30 年度より事業開始】			塩分摂取量の減少			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					
尿中推定摂取塩分量（食生活の改善）			検査結果を見て減塩に気をつけようという意識付けになっている。					
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	実績値評価
平均推定塩分量が 減る	—	—	8.97g	8.97g	9.24g	9.1g	9.08g	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		
(1) 検査結果で塩分摂取量を気にする町民がいる。			(1) 継続して検査をしても食生活の改善が見られない町民があり、食生活の実態把握が不十分だった。			(1) 対象者にわかりやすい内容となるような返却方法を検討する。		

事業名			事業目標			事業全体の評価		
健康こつこつポイント事業 【R2 年度より事業開始】			特典を付与することにより、町民一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組むことで、健康の維持増進につながり、医療費の削減及び介護予防につながる。			C		
評価指標（アウトカム・アウトプット）			評価指標以外の実績					
1. ポイント達成申請数 2. 健診受診や健康づくり事業参加のきっかけとなったか								
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	実績値評価
①ポイント達成申請数が増加していく ②ポイント達成申請時のアンケートで健診や健康づくり事業への参加のきっかけとなったと答えた割合 80%以上	—	—	—	—	① 7P：29 人 10P：3 人 ②76.0%	① 7P：18 人 10P：4 人 ②68.4%	① 7P：22 人 10P：11 人 ②87.5%	A
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案		
(1) R4 年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響が徐々なくなる。 (2) 「きっとポイントがたまらないだろう」と参加意欲の低下を招かないよう、ポイント対象事業を増やした。			(1) 事業を開始した R2 年度から、新型コロナウイルスの影響によりポイント対象となる事業を中止することが多かったため。 (2) 事業の認知度がまだ十分に高くないと思われるため。			(1) ポイント対象事業を増やす。 (2) 運動教室など複数回ある事業のポイント付与方法の見直しを図る。 (3) 事業の認知度を確かめるために、各事業等で行うアンケート項目に追加する。		

(4) 第1期データヘルス計画の総合評価

第1期計画の総合評価	1. 新型コロナウイルス感染症の影響は大きな未達成要因となっているが、それを除いても特定健診受診率やメタボリックシンドローム該当者・予備軍減少率の当初目標は達成することは出来なかった。町民が自身の健康状態を知るためには、更なる特定健診受診率の向上を目指す必要がある。 特定保健指導に関しては当初目標には達していないが、目標値に近い数値まで向上している。しかし、特定保健指導の効果については、保健指導後の腹囲・体重の減少幅は小さく、特定保健指導による特定保健指導者の減少率も低いことから、今後も対策を講じていく必要がある。 2. 生活習慣病の前段階ともいえるメタボリックシンドローム該当者は、国・道と比較しても高く、メタボリックシンドロームにつながる肥満についても同様であるため、肥満にも着目して対策を講じる必要がある。 3. 特定健診結果で要医療の者で医療機関未受診の者は毎年一定数おり、早期治療につながっていない可能性があるため、生活習慣病重症化疾患予防・前段階の生活習慣病予防のための対策を強化していく必要がある。 4. 特定健診質問票で身体活動をしていない者の割合はH28年度のベースラインからは減っているものの、国・道と比較すると高い状況が継続している。また、特定健診結果では空腹時血糖やHbA1c、血清クレアチニン、eGFRの有所見割合は国・道と比較し高い状態であるため、引き続き高血糖対策は必要である。また、血圧やLDL-Cの有所見割合は国・道と比較すると低い、生活習慣病重症化疾患に密接に関係しているため、経過をみていく必要がある。 5. 定期的に血圧測定・体重測定をする人は、年齢が上がるに実施率は高くなるが、血圧計や体重計を持っていたりも使用していない層も一定数いることが分かった。健康管理をしていく上で重要であるため、保健指導等での勧奨が必要である。 6. 各事業をしっかり精査し、これまでの取組を継続していくもの、更なる工夫をした取組が必要になる者を見極め、第2期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画に繋げていく。
残された課題 (第2期計画の継続課題)	1. 特定健診未受診・定期通院なしといった自身の健康状態を知らない者が一定数いる。 2. メタボリックシンドローム該当者・メタボリックシンドローム予備軍該当者及び肥満・高血糖・腎機能等の改善が必要な者の割合が高い。 3. 運動習慣がない・正しい食習慣を送れていない(間食・早食い・就寝前夕食)・喫煙・1回の飲酒量が多い者の割合が高い。 4. 特定健康診査で要医療となった該当者において、医療機関未受診で未治療となっている者がおり、生活習慣病予防及び生活習慣病重症化疾患予防がされていない可能性がある。
第2期計画の重点課題と重点事業	1. 特定健診を受診することで自分の健康状態を知り、確実に要医療者を医療機関に受診することで適切な治療につながる。 2. 生活習慣病重症化疾患である脳血管疾患・虚血性疾患・糖尿病性腎症等の予防対策。 3. 町民が健康な生活が送れるよう、健康課題である「肥満」「高血糖」等に対する特定保健指導を含む保健事業と健康な生活習慣確立のための栄養指導・運動指導等の充実。 4. がん検診については、死亡原因の第1位である「悪性新生物(特に肺がん)」について、がん検診受診率の向上及び肺がんのリスク要因である喫煙に関して保健指導や普及啓発を実施していく。

第3章 せたな町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出

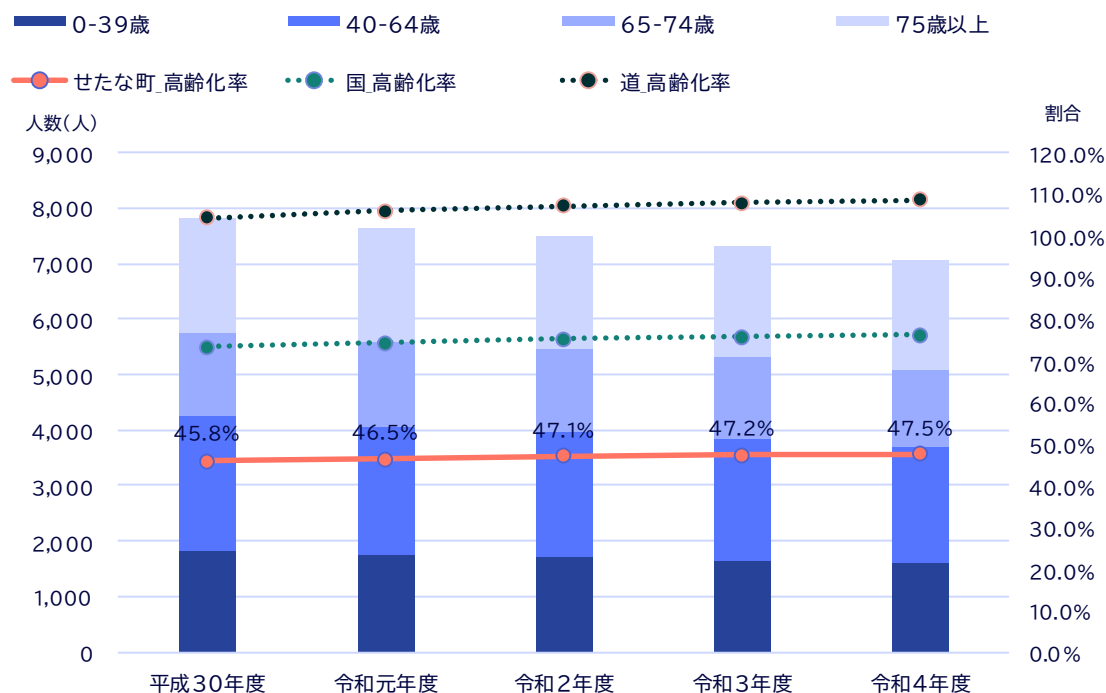
1 基本情報

(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7,060人で、平成30年度以降761人減少している。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は47.5%で、平成30年度と比較して、1.7ポイント上昇している。国や道と比較すると、高齢化率は高い。

図表3：人口の変化と高齢化率



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	1,831	23.4%	1,758	23.1%	1,724	23.0%	1,661	22.8%	1,590	22.5%
40-64歳	2,405	30.8%	2,319	30.4%	2,243	29.9%	2,189	30.0%	2,113	29.9%
65-74歳	1,523	19.5%	1,514	19.9%	1,517	20.2%	1,470	20.1%	1,380	19.5%
75歳以上	2,062	26.4%	2,033	26.7%	2,009	26.8%	1,978	27.1%	1,977	28.0%
合計	7,821	-	7,624	-	7,493	-	7,298	-	7,060	-
せたな町_高齢化率	45.8%		46.5%		47.1%		47.2%		47.5%	
国_高齢化率	27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
道_高齢化率	30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%	

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

【出典】住民基本台帳_平成30年度から令和4年度

ポイント

- ・ 高齢化率を国や道と比較すると、高い。

(2) 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移

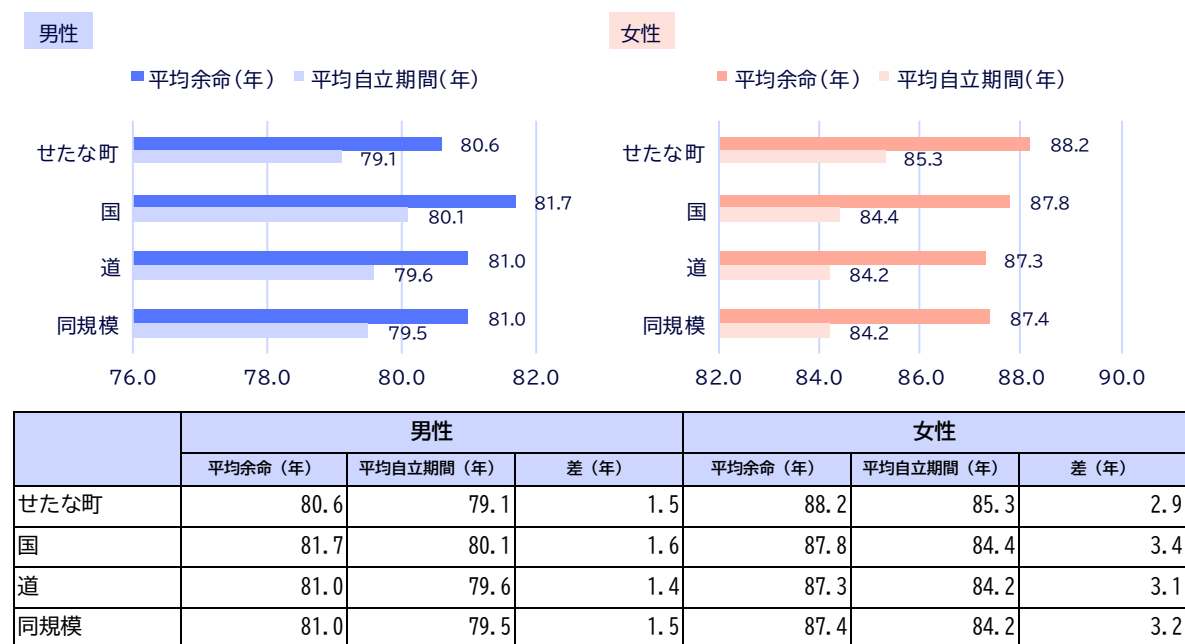
男性の平均余命は 80.6 年、平均自立期間は 79.1 年で、ともに国・道より短い。

女性の平均余命は 88.2 年、平均自立期間は 85.3 年で、ともに国・道より長い。

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は 1.5 年で、平成 30 年度以降拡大している。女性は 2.9 年で縮小している。

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

図表 4：平均余命・平均自立期間



※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	77.3	76.1	1.2	87.5	84.2	3.3
令和元年度	77.7	76.5	1.2	87.4	84.6	2.8
令和 2 年度	78.9	77.7	1.2	87.0	84.4	2.6
令和 3 年度	80.6	79.2	1.4	87.2	84.6	2.6
令和 4 年度	80.6	79.1	1.5	88.2	85.3	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

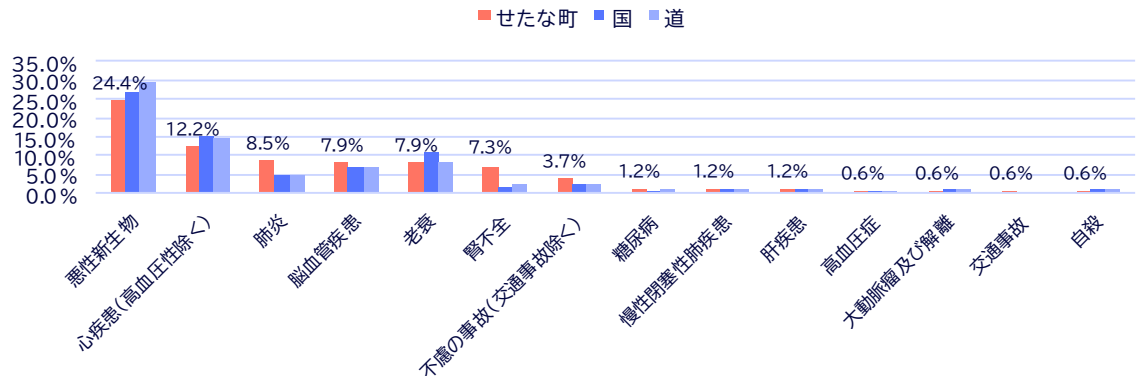
- ・男性の平均余命は 80.6 年、平均自立期間は 79.1 年で、ともに国・道より短い。
- ・女性の平均余命は 88.2 年、平均自立期間は 85.3 年で、ともに国・道より長い。

2 死亡の状況

(1) 死因別死亡者数

令和3年の人口動態調査から、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の24.4%を占めている。保健事業により予防可能な重篤な疾患である「心疾患（高血圧性除く）」は第2位（12.2%）、「脳血管疾患」は第4位（7.9%）、「腎不全」は第6位（7.3%）であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置している。

図表6：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	せたな町		国	道
		死亡者数(人)	割合		
1位	悪性新生物	40	24.4%	26.5%	29.2%
2位	心疾患(高血圧性除く)	20	12.2%	14.9%	14.3%
3位	肺炎	14	8.5%	5.1%	5.0%
4位	脳血管疾患	13	7.9%	7.3%	6.9%
4位	老衰	13	7.9%	10.6%	8.3%
6位	腎不全	12	7.3%	2.0%	2.5%
7位	不慮の事故(交通事故除く)	6	3.7%	2.4%	2.3%
8位	糖尿病	2	1.2%	1.0%	1.2%
8位	慢性閉塞性肺疾患	2	1.2%	1.1%	1.1%
8位	肝疾患	2	1.2%	1.3%	1.1%
11位	高血圧症	1	0.6%	0.7%	0.8%
11位	大動脈瘤及び解離	1	0.6%	1.3%	1.5%
11位	交通事故	1	0.6%	0.2%	0.2%
11位	自殺	1	0.6%	1.4%	1.3%
-	その他	36	22.1%	24.1%	24.2%
-	死亡総数	164	-	-	-

【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12.2%、「脳血管疾患」が7.9%、「腎不全」が7.3%であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置している。

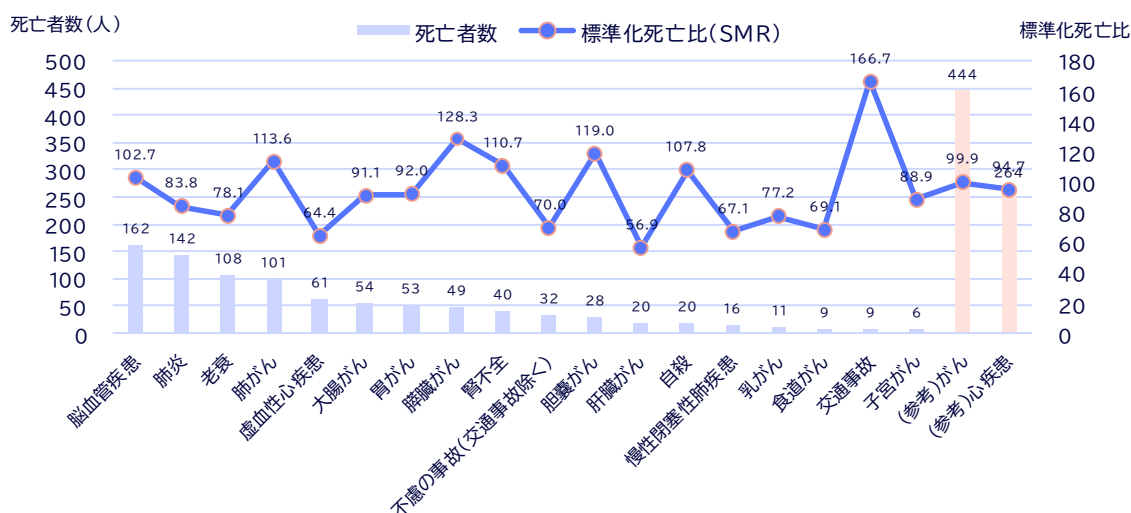
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）

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「交通事故」（166.7）である。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあてて SMR をみると、「虚血性心疾患」は 64.4、「脳血管疾患」は 102.7、「腎不全」は 110.7 となっている。

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

図表 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)		
			せたな町	道	国
1 位	脳血管疾患	162	102.7	92.0	100
2 位	肺炎	142	83.8	97.2	
3 位	老衰	108	78.1	72.6	
4 位	肺がん	101	113.6	119.7	
5 位	虚血性心疾患	61	64.4	82.4	
6 位	大腸がん	54	91.1	108.7	
7 位	胃がん	53	92.0	97.2	
8 位	膵臓がん	49	128.3	124.6	
9 位	腎不全	40	110.7	128.3	
10 位	不慮の事故(交通事故除く)	32	70.0	84.3	
11 位	胆嚢がん	28	119.0	113.0	100
12 位	肝臓がん	20	56.9	94.0	
12 位	自殺	20	107.8	103.8	
14 位	慢性閉塞性肺疾患	16	67.1	92.0	
15 位	乳がん	11	77.2	109.5	
16 位	食道がん	9	69.1	107.5	
16 位	交通事故	9	166.7	94.0	
18 位	子宮がん	6	88.9	101.5	
参考	がん	444	99.9	109.2	
参考	心疾患	264	94.7	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 64.4、「脳血管疾患」が 102.7、「腎不全」が 110.7 となっている。

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

国保被保険者における 5 がんの検診平均受診率は 22.2%で、国・道より高い。

図表 8 : がん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5 がん平均
せたな町	23.4%	23.4%	22.9%	18.4%	23.0%	22.2%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
道	10.6%	10.9%	11.7%	14.5%	14.6%	12.5%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告_令和 3 年度

3 介護の状況

(1) 一件当たり介護給付費

居宅サービスの給付費が国・道より多くなっている。

図表9：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	せたな町	国	道	同規模
計_一件当たり給付費（円）	70,746	59,662	60,965	74,986
（居宅）一件当たり給付費（円）	43,021	41,272	42,034	43,722
（施設）一件当たり給付費（円）	256,792	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21.7%で、国・道より高い。

図表10：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		せたな町	国	道
		認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65-74 歳	1,380	19	1.4%	26	1.9%	17	1.2%	4.5%	-	-
75 歳以上	1,977	211	10.7%	263	13.3%	194	9.8%	33.8%	-	-
計	3,357	230	6.9%	289	8.6%	211	6.3%	21.7%	18.7%	20.8%
2号										
40-64 歳	2,113	3	0.1%	4	0.2%	2	0.1%	0.4%	0.4%	0.4%
総計	5,470	233	4.3%	293	5.4%	213	3.9%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

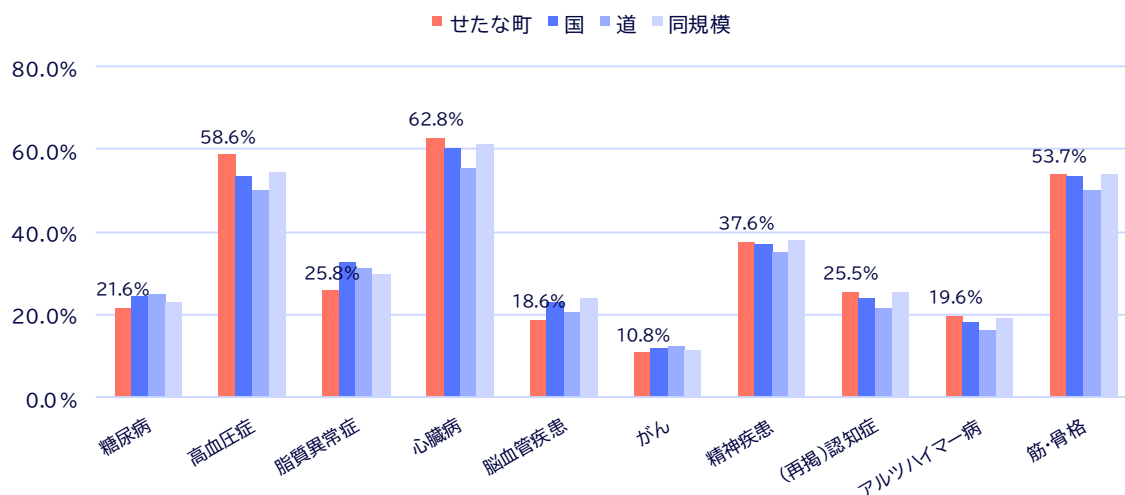
KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

(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 62.8%、「脳血管疾患」は 18.6%となっている。

また、重篤な疾患に発展する可能性のある基礎疾患の有病状況をみると、「糖尿病」は 21.6%、「高血圧症」は 58.6%、「脂質異常症」は 25.8%となっており、要介護者・要支援認定者の多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有している。

図表 11：要介護・要支援認定者の有病状況



疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	道	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	184	21.6%	24.3%	24.6%	22.6%
高血圧症	444	58.6%	53.3%	50.0%	54.3%
脂質異常症	198	25.8%	32.6%	31.1%	29.6%
心臓病	474	62.8%	60.3%	55.3%	60.9%
脳血管疾患	138	18.6%	22.6%	20.6%	23.8%
がん	80	10.8%	11.8%	12.3%	11.0%
精神疾患	272	37.6%	36.8%	35.0%	37.8%
うち_認知症	188	25.5%	24.0%	21.6%	25.1%
アルツハイマー病	149	19.6%	18.1%	15.9%	19.0%
筋・骨格関連疾患	403	53.7%	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1,816人で、平成30年度の人数と比較して447人減少している。国保加入率は25.7%で、国・道より高い。

65歳以上の被保険者の割合は50.7%で、平成30年度と比較して3.0ポイント増加している。

図表 12：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	410	18.1%	400	18.7%	376	18.3%	364	18.4%	314	17.3%
40-64歳	774	34.2%	690	32.3%	665	32.3%	631	31.9%	581	32.0%
65-74歳	1,079	47.7%	1,049	49.0%	1,019	49.5%	984	49.7%	921	50.7%
国保加入者数	2,263	100.0%	2,139	100.0%	2,060	100.0%	1,979	100.0%	1,816	100.0%
せたな町_総人口(人)	7,821		7,624		7,493		7,298		7,060	
せたな町_国保加入率	28.9%		28.1%		27.5%		27.1%		25.7%	
国_国保加入率	22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
道_国保加入率	21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%	

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

【出典】住民基本台帳 平成30年度から令和4年度

KDB 帳票 S21_006-被保険者構成 平成30年から令和4年 年次

ポイント

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

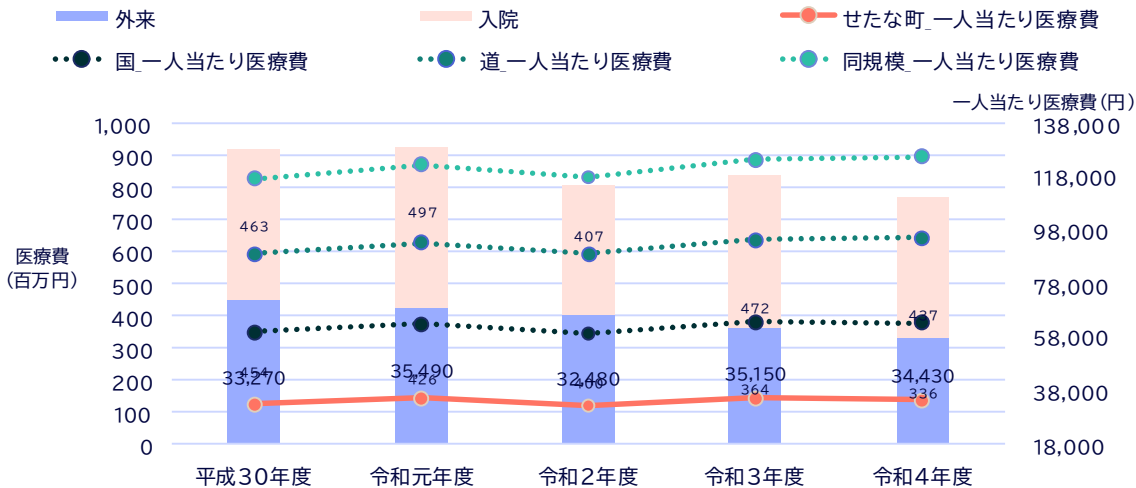
(2) 総医療費及び一人当たり医療費

令和4年度の総医療費は約7億7,200万円、平成30年度と比較して15.8%減少している。

令和4年度の一人当たり医療費は34,430円で、平成30年度と比較して3.5%増加している。一人当たり医療費は国・道より多い。

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

図表 13：総医療費・一人当たりの医療費



		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	割合	平成 30 年度からの 変化率 (%)
医療費 (円)	総額	917,091,870	923,204,220	806,745,030	836,130,300	772,088,200	-	-15.8
	入院	462,799,980	497,412,680	406,851,680	471,956,380	436,579,230	56.5%	-5.7
	外来	454,291,890	425,791,540	399,893,350	364,173,920	335,508,970	43.5%	-26.1
一人 当たり 医療費 (円)	せたな町	33,270	35,490	32,480	35,150	34,430	-	3.5
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	-	9.4
	道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	-	6.6
	同規模	27,990	29,020	28,570	29,970	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 14：医療サービスの状況

(千人当たり)	せたな町	国	道	同規模
病院数	1.1	0.3	0.5	0.3
診療所数	2.7	4.0	3.2	2.6
病床数	125.2	59.4	87.8	36.4
医師数	4.8	13.4	13.1	4.1

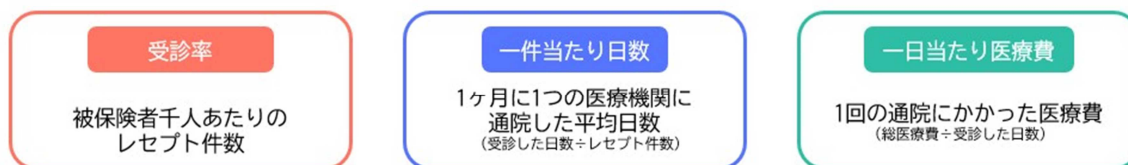
【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

ポイント

- ・令和4年度の一人当たり医療費は34,430円で、対平成30年度比で3.5%増加している。
- ・一人当たり医療費を国や道と比較すると国・道より多い。

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

また、入院の一人当たり医療費は19,470円で、国と比較すると7,820円多い。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためである。

外来の一人当たり医療費は14,960円で、国と比較すると2,440円少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。

図表 15：入院外来別医療費の3要素

入院	せたな町	国	道	同規模
一人当たり医療費（円）	19,470	11,650	13,820	13,360
受診率（件/千人）	32.9	18.8	22.0	22.7
一件当たり日数（日）	16.6	16.0	15.8	16.4
一日当たり医療費（円）	35,620	38,730	39,850	35,890

外来	せたな町	国	道	同規模
一人当たり医療費（円）	14,960	17,400	17,670	17,220
受診率（件/千人）	577.3	709.6	663.0	692.2
一件当たり日数（日）	1.2	1.5	1.4	1.4
一日当たり医療費（円）	21,000	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）の構成をみる。

総医療費に占める構成が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は約1億3,000万円（16.9%）となっており、次いで高いのは「循環器系の疾患」で約1億2,000万円（15.7%）である。

これら2疾病で総医療費の32.6%を占めている。

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

図表 16：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	129,568,300	69,325	16.9%	345.6	200,570
2位	循環器系の疾患	120,442,360	64,442	15.7%	1151.4	55,968
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	91,901,990	49,172	12.0%	829.9	59,253
4位	内分泌、栄養及び代謝疾患	59,013,790	31,575	7.7%	1118.2	28,236
5位	神経系の疾患	56,246,820	30,095	7.3%	384.7	78,229
6位	消化器系の疾患	49,051,610	26,245	6.4%	589.6	44,511
7位	精神及び行動の障害	47,832,780	25,593	6.2%	430.2	59,494
8位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	39,301,000	21,028	5.1%	181.4	115,932
9位	尿路性器系の疾患	37,888,510	20,272	4.9%	247.7	81,833
10位	眼及び付属器の疾患	32,600,430	17,443	4.2%	679.5	25,670
11位	呼吸器系の疾患	28,476,100	15,236	3.7%	433.4	35,156
12位	皮膚及び皮下組織の疾患	26,598,140	14,231	3.5%	334.4	42,557
13位	感染症及び寄生虫症	15,556,680	8,324	2.0%	186.2	44,703
14位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	9,758,140	5,221	1.3%	23.0	226,933
15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	5,868,940	3,140	0.8%	146.6	21,419
16位	耳及び乳様突起の疾患	1,966,190	1,052	0.3%	71.2	14,783
17位	妊娠、分娩及び産じょく	898,490	481	0.1%	9.1	52,852
18位	周産期に発生した病態	877,050	469	0.1%	3.7	125,293
19位	先天奇形、変形及び染色体異常	288,510	154	0.0%	4.3	36,064
-	その他	14,014,630	7,498	1.8%	151.4	49,522
-	総計	768,150,460	-	-	-	-

※図表 0-0-0-13 の医療費「総額」と値が異なるのは図表 0-0-0-13 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、「その他の悪性新生物」の医療費が最も多く約2,700万円で、6.3%を占めている。

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

図表 17：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	その他の悪性新生物	27,302,160	14,608	6.3%	19.8	737,896
2 位	関節症	24,056,640	12,871	5.5%	10.2	1,266,139
3 位	その他の神経系の疾患	23,673,410	12,666	5.4%	21.9	577,400
4 位	骨折	22,076,970	11,812	5.1%	18.7	630,771
5 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	21,647,030	11,582	5.0%	30.5	379,772
6 位	その他の心疾患	20,168,880	10,791	4.6%	16.1	672,296
7 位	虚血性心疾患	17,247,920	9,228	4.0%	9.6	958,218
8 位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	15,886,440	8,500	3.6%	15.0	567,373
9 位	腎不全	14,110,710	7,550	3.2%	8.0	940,714
10 位	その他の消化器系の疾患	13,147,080	7,034	3.0%	21.4	328,677
11 位	その他の循環器系の疾患	12,569,140	6,725	2.9%	2.1	3,142,285
12 位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	11,795,960	6,311	2.7%	9.6	655,331
13 位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	11,275,030	6,033	2.6%	5.4	1,127,503
14 位	悪性リンパ腫	10,146,030	5,429	2.3%	3.2	1,691,005
15 位	その他損傷及びその他外因の影響	9,845,460	5,268	2.3%	9.1	579,145
16 位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	9,191,720	4,918	2.1%	8.0	612,781
17 位	乳房の悪性新生物	9,040,130	4,837	2.1%	7.0	695,395
18 位	皮膚炎及び湿疹	8,704,290	4,657	2.0%	6.4	725,358
19 位	その他の眼及び付属器の疾患	8,439,300	4,515	1.9%	12.8	351,638
20 位	脳梗塞	7,778,920	4,162	1.8%	5.4	777,892

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

ポイント

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

③ 疾病分類（中分類）別 外来医療費

外来医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「糖尿病」の医療費が最も多く約 4,300 万円で、13.0%を占めている。重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っている。

図表 18：疾病分類（中分類）別_外来医療費_上位 20 疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費 （円）	一人当たり 医療費 （円）	割合	受診率	レセプト 一件当たり 医療費 （円）
1 位	糖尿病	43,212,050	23,120	13.0%	663.5	34,848
2 位	その他の悪性新生物	25,702,190	13,752	7.8%	107.5	127,872
3 位	高血圧症	21,738,300	11,631	6.6%	713.8	16,296
4 位	その他の心疾患	20,418,950	10,925	6.2%	249.3	43,817
5 位	その他の眼及び付属器の疾患	15,008,200	8,030	4.5%	477.8	16,806
6 位	腎不全	12,598,570	6,741	3.8%	35.3	190,887
7 位	その他の消化器系の疾患	11,988,280	6,414	3.6%	306.6	20,922
8 位	炎症性多発性関節障害	11,265,150	6,027	3.4%	108.1	55,768
9 位	脂質異常症	9,905,130	5,300	3.0%	344.0	15,405
10 位	その他の神経系の疾患	9,587,820	5,130	2.9%	238.1	21,546
11 位	乳房の悪性新生物	7,241,930	3,875	2.2%	39.1	99,205
12 位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	6,243,810	3,341	1.9%	163.7	20,405
13 位	喘息	6,160,650	3,296	1.9%	102.2	32,255
14 位	関節症	5,608,500	3,001	1.7%	246.7	12,166
15 位	脊椎障害（脊椎症を含む）	5,385,290	2,881	1.6%	112.4	25,644
16 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5,176,320	2,770	1.6%	130.6	21,214
17 位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	4,804,360	2,571	1.4%	144.5	17,794
18 位	皮膚炎及び湿疹	4,704,320	2,517	1.4%	170.1	14,793
19 位	骨の密度及び構造の障害	4,615,560	2,470	1.4%	84.0	29,398
20 位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	4,293,150	2,297	1.3%	27.8	82,561

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

ポイント

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

④ 医療費が高額な疾病の状況

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

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

図表 19：疾病分類（中分類）別_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	高額レセプトの全件数に占める割合
1位	その他の悪性新生物	39,935,190	8.9%	51	8.2%
2位	腎不全	24,394,560	5.4%	39	6.3%
3位	その他の神経系の疾患	23,640,630	5.2%	40	6.4%
4位	関節症	23,488,240	5.2%	14	2.3%
5位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	21,025,670	4.7%	53	8.5%
6位	骨折	20,446,720	4.5%	25	4.0%
7位	その他の心疾患	18,686,080	4.1%	20	3.2%
8位	虚血性心疾患	15,959,880	3.5%	11	1.8%
9位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	15,724,390	3.5%	25	4.0%
10位	乳房の悪性新生物	13,323,570	3.0%	17	2.7%

【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、「腎不全」が上位に入っている。

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

図表 20：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	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	20,661,290	17.9%	53	24.9%
2位	その他の神経系の疾患	16,673,050	14.5%	29	13.6%
3位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	11,795,960	10.2%	18	8.5%
4位	その他の心疾患	11,424,860	9.9%	13	6.1%
5位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	8,171,180	7.1%	12	5.6%
6位	皮膚炎及び湿疹	7,469,740	6.5%	10	4.7%
7位	腎不全	7,443,370	6.5%	10	4.7%
8位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4,063,760	3.5%	8	3.8%
9位	真菌症	4,042,900	3.5%	8	3.8%
10位	その他の精神及び行動の障害	3,784,840	3.3%	7	3.3%

【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 10 人である。

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

図表 21：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	29	10	2	0	0	0	0	0	0	0
	3 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

② 多剤服薬の状況

多剤処方該当者数は、10 人である。

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

図表 22：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	776	643	502	385	268	205	149	98	59	40	10	0
	15 日以上	647	576	480	376	263	203	149	98	59	40	10	0
	30 日以上	609	549	461	363	252	195	143	94	58	39	10	0
	60 日以上	483	442	380	301	210	163	121	82	49	33	8	0
	90 日以上	276	257	228	184	132	107	83	52	33	21	4	0
	120 日以上	142	135	125	106	82	65	51	31	20	14	2	0
	150 日以上	77	74	66	57	43	33	26	15	11	8	1	0
	180 日以上	66	63	56	47	35	25	20	10	6	6	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 83.3%で、道の 82.0%と比較して 1.3 ポイント高い。

図表 23：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
せたな町	72.6%	75.8%	75.3%	80.4%	81.8%	85.8%	83.0%	82.1%	83.3%
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

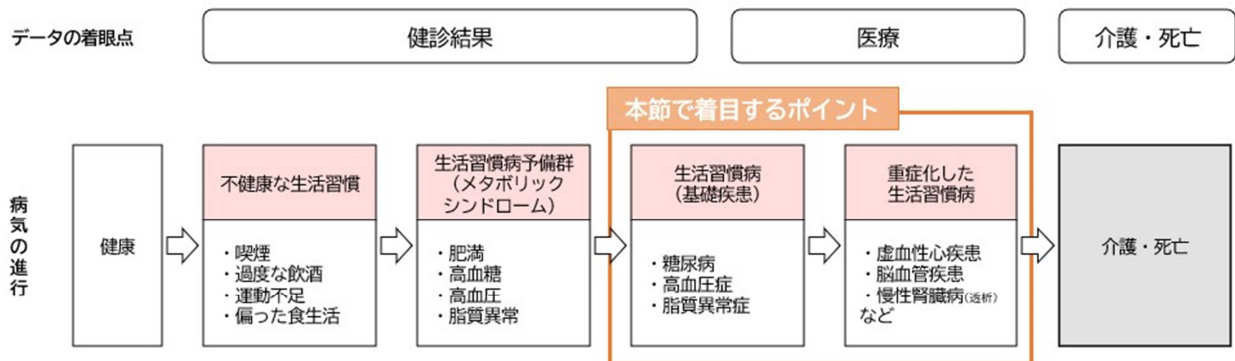
5 国保加入者の生活習慣病の状況

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

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

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

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



(1) 生活習慣病医療費

生活習慣病医療費を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると減少している。特に、疾病別に見た場合、「慢性腎臓病（透析あり）」「高血圧症」の医療費が減少している。

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

図表 24：生活習慣病医療費の平成 30 年度比較

疾病名		せたな町				国	道	同規模
		平成 30 年度		令和 4 年度				
		医療費（円）	割合	医療費（円）	割合			
生活習慣病医療費		205,104,760	22.4%	128,590,880	16.7%	18.7%	16.4%	19.1%
基礎疾患	糖尿病	47,458,270	12.8%	44,095,440	9.9%	10.7%	10.1%	11.7%
	高血圧症	45,712,760		22,584,180				
	脂質異常症	23,129,770		9,909,610				
	高尿酸血症	753,820		118,880				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	1,290,100	0.1%	1,352,720	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
	脳出血	6,393,250	0.7%	5,482,760	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%
	脳梗塞	11,090,580	1.2%	9,139,140	1.2%	1.4%	1.5%	1.4%
	狭心症	13,491,840	1.5%	20,123,230	2.6%	1.1%	1.4%	1.1%
	心筋梗塞	9,875,730	1.1%	0	0.0%	0.3%	0.3%	0.4%
	慢性腎臓病（透析あり）	45,908,640	5.0%	15,784,920	2.0%	4.4%	2.3%	3.8%
総額		917,091,870		772,088,200				

【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「狭心症」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 227 人（12.5%）、「高血圧症」が 372 人（20.5%）、「脂質異常症」が 338 人（18.6%）となっている。

図表 25：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		902	－	914	－	1,816	－
基礎疾患	糖尿病	119	13.2%	108	11.8%	227	12.5%
	高血圧症	178	19.7%	194	21.2%	372	20.5%
	脂質異常症	145	16.1%	193	21.1%	338	18.6%

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

(3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり

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

図表 26：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		49	－	31	－	80	－
基礎疾患	糖尿病	28	57.1%	11	35.5%	39	48.8%
	高血圧症	41	83.7%	23	74.2%	64	80.0%
	脂質異常症	37	75.5%	21	67.7%	58	72.5%

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		23	－	24	－	47	－
基礎疾患	糖尿病	10	43.5%	9	37.5%	19	40.4%
	高血圧症	21	91.3%	15	62.5%	36	76.6%
	脂質異常症	15	65.2%	16	66.7%	31	66.0%

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		4	－	1	－	5	－
基礎疾患	糖尿病	3	75.0%	1	100.0%	4	80.0%
	高血圧症	4	100.0%	1	100.0%	5	100.0%
	脂質異常症	2	50.0%	1	100.0%	3	60.0%

【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、人工透析になる。一般的に人工透析患者一人当たりの年間医療費は、約 600 万円になり、人工透析が導入されると身体的・精神的な負担だけではなく、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す。

そのため、予防的介入により人工透析を 1 年でも遅らせることが重要である。

せたな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 38 人で、平成 30 年度と比較して 2 人増加している。

令和 4 年度における新規の人工透析患者数は 4 人で平成 30 年度と比較して 1 人増加している。

図表 27：人工透析患者数

			平成 30 年度	令和 4 年度	令和 4 年度と 平成 30 年度の差
人工透析患者数（人）	国保	0-39 歳	0	0	0
		40-64 歳	11	5	-6
		65-74 歳	1	4	3
	後期高齢		8	11	3
		75 歳以上	16	18	2
	合計		36	38	2
【再掲】 新規人工透析患者数（人）	国保	0-39 歳	0	0	0
		40-64 歳	0	0	0
		65-74 歳	1	1	0
	後期高齢		0	0	0
		75 歳以上	2	3	1
	合計		3	4	1

【出典】KDB 帳票 Expander 作成

ポイント

- ・人工透析の患者数は平成 30 年度と比べて 2 人増加している。

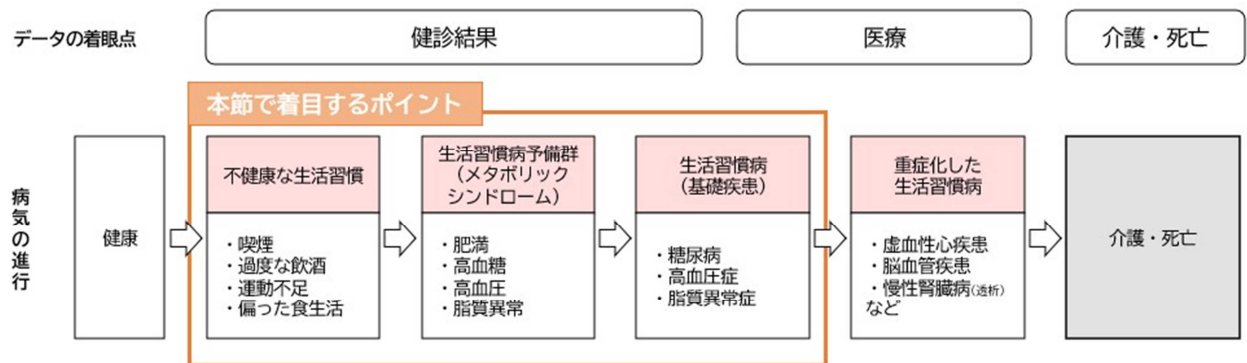
6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

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

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

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

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



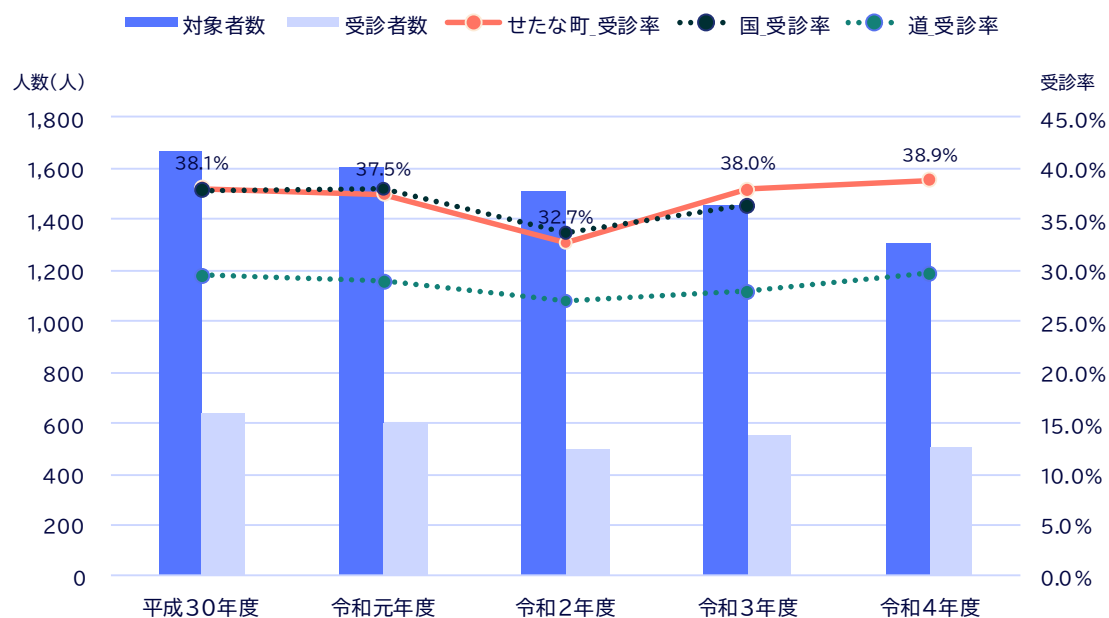
(1) 特定健診受診率

特定健診は、主に生活習慣病の早期発見を目的として行われる。

令和4年度の特定健診受診率は38.9%であり、道よりも高い。

また、経年の推移をみると、平成30年度と比較して0.8ポイント上昇している。

図表 28：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）		1,673	1,604	1,515	1,454	1,311	-362
特定健診受診者数（人）		637	602	496	553	510	-127
特定健診受診率	せたな町	38.1%	37.5%	32.7%	38.0%	38.9%	0.8
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	0.2

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

図表 29：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	24.3%	29.6%	25.0%	32.3%	40.0%	43.5%	39.2%
令和元年度	29.6%	31.0%	23.5%	30.9%	37.8%	42.4%	39.2%
令和2年度	29.2%	30.6%	18.1%	25.2%	28.5%	40.4%	32.9%
令和3年度	31.9%	39.8%	34.3%	36.6%	32.6%	41.9%	38.7%
令和4年度	33.3%	19.7%	32.5%	41.6%	35.5%	43.9%	40.9%

【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）

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38.9%で道よりも高い。また、平成30年度と比べて0.8ポイント上昇している。

(2) 健康状態不明者（健診なし治療なし）

せたな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 288 人で、特定健診対象者の 21.9%である。

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

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

図表 30：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	490	-	826	-	1,316	-	-
特定健診受診者数	167	-	347	-	514	-	-
生活習慣病_治療なし	65	13.3%	53	6.4%	118	9.0%	23.0%
生活習慣病_治療中	102	20.8%	294	35.6%	396	30.1%	77.0%
特定健診未受診者数	323	-	479	-	802	-	-
生活習慣病_治療なし	169	34.5%	119	14.4%	288	21.9%	35.9%
生活習慣病_治療中	154	31.4%	360	43.6%	514	39.1%	64.1%

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

※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

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 288 人（21.9%）存在する。

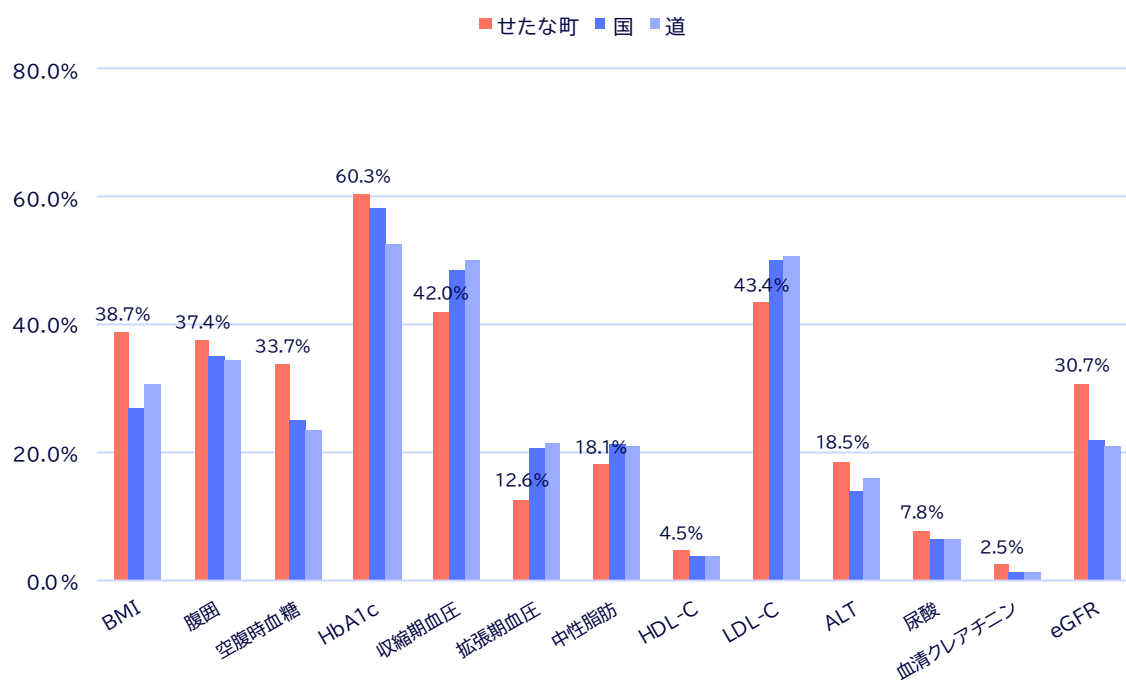
(3) 有所見者の状況

① 有所見者の割合

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

令和4年度の特健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」「空腹時血糖」「HbA1c」「HDL-C」「ALT」「尿酸」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。

図表 31：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
せたな町	38.7%	37.4%	33.7%	60.3%	42.0%	12.6%	18.1%	4.5%	43.4%	18.5%	7.8%	2.5%	30.7%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
道	30.7%	34.5%	23.4%	52.4%	50.0%	21.5%	21.0%	3.6%	50.6%	15.8%	6.6%	1.1%	20.8%

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

参考：検査項目ごとの有所見定義

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

【出典】各帳票等の項目にかかる集計要件

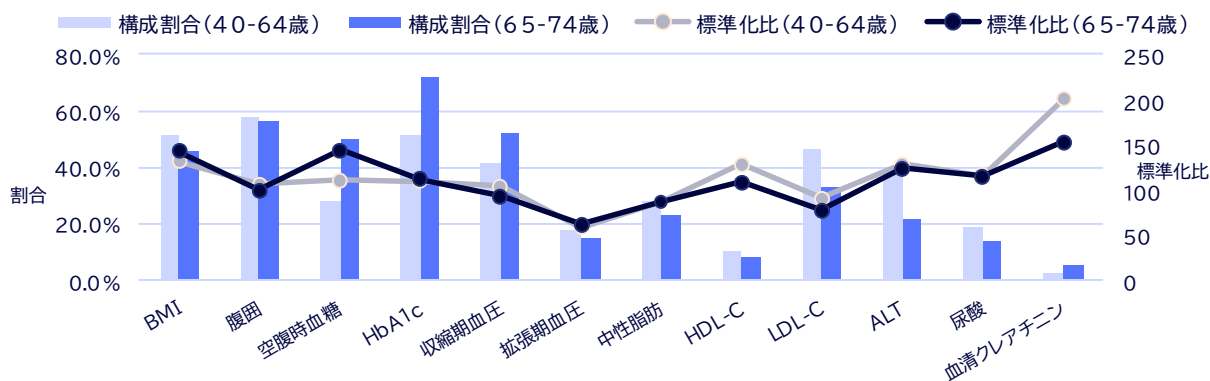
ポイント

- ・特定健診受診者は、国や道と比較して「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「HbA1c」「HDL-C」「ALT」「尿酸」「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

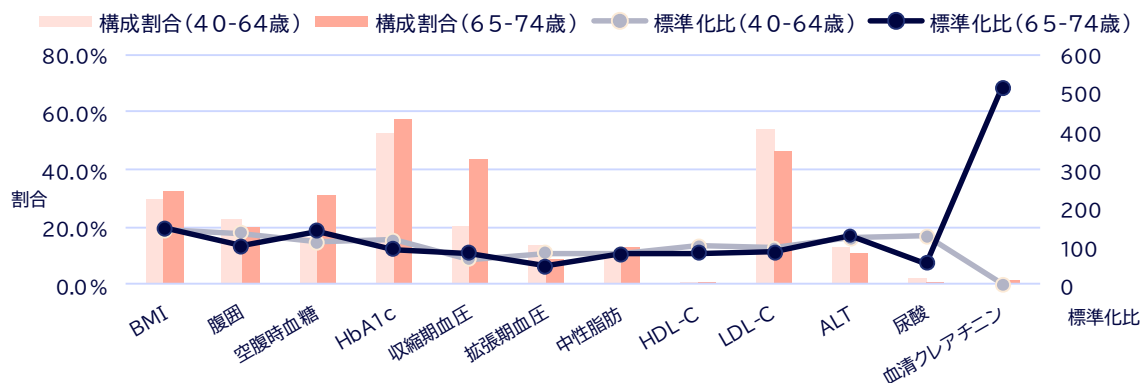
さらに、年代別の有所見者の割合について、年齢調整を行い、国を100とした標準化比で比較すると、男性では「BMI」「空腹時血糖」「HbA1c」「HDL-C」「ALT」「尿酸」「血清クレアチニン」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「ALT」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

図表 32：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%	57.5%	27.5%	51.3%	41.3%	17.5%	27.5%	10.0%	46.3%	37.5%	18.8%	2.5%
	標準化比	132.2	105.8	110.6	109.9	104.7	58.6	86.8	128.7	90.3	128.0	116.3	200.9
65-74歳	構成割合	45.2%	56.1%	49.7%	72.0%	52.2%	14.6%	22.9%	7.6%	32.5%	21.0%	13.4%	5.1%
	標準化比	143.0	99.7	144.7	111.8	93.7	61.8	87.1	108.9	77.3	124.7	115.7	152.4

図表 33：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	29.9%	23.0%	16.1%	52.9%	20.7%	13.8%	11.5%	1.1%	54.0%	12.6%	2.3%	0.0%
	標準化比	141.2	134.7	111.8	116.2	67.3	82.4	81.4	100.4	97.1	121.4	126.1	0.0
65-74歳	構成割合	32.1%	20.0%	31.1%	57.9%	43.7%	8.4%	13.2%	1.1%	46.3%	11.1%	1.1%	1.6%
	標準化比	148.1	100.3	140.3	92.4	83.5	48.6	79.0	82.7	85.3	128.8	56.8	513.0

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

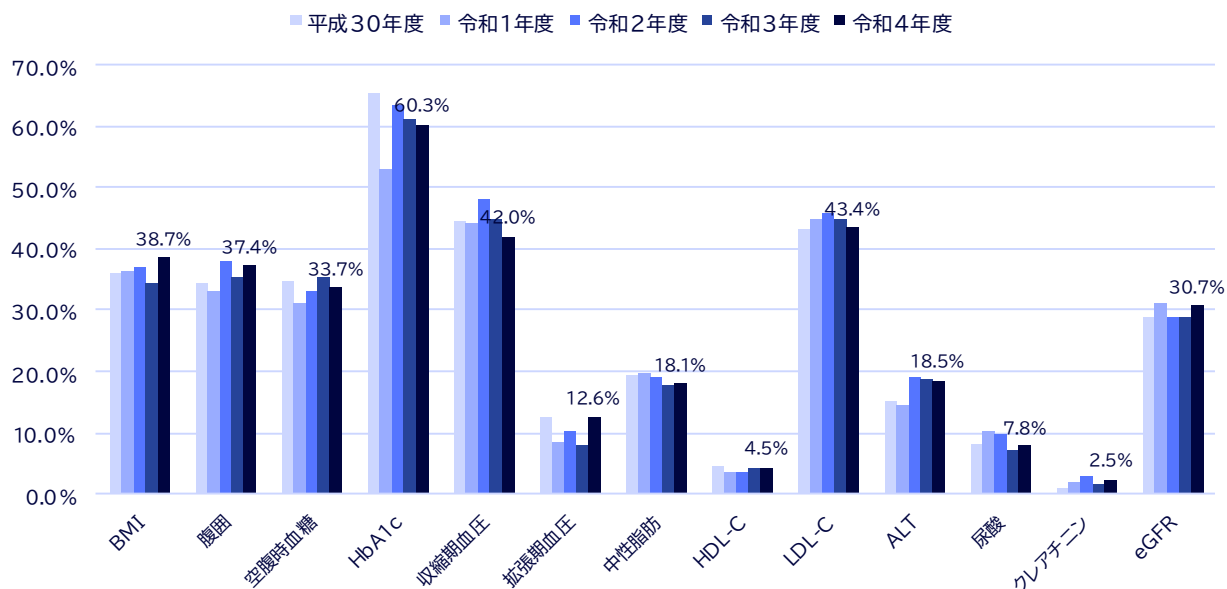
ポイント

- ・有所見者の性別年代別割合の国との標準化比は、男性では「BMI」「空腹時血糖」「HbA1c」「HDL-C」「ALT」「尿酸」「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」「腹囲」「空腹時血糖」「ALT」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

③ 有所見者の割合の経年推移

有所見者の割合を平成 30 年度と比較すると「BMI」「腹囲」「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」「クレアチニン」「eGFR」が令和 4 年度の方が高い。

図表 34：特定健診受診者における有所見者の割合・経年推移



	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	クレアチニン	eGFR
平成 30 年度	36.1%	34.5%	34.7%	65.5%	44.7%	12.4%	19.3%	4.7%	43.2%	15.1%	8.3%	1.1%	28.9%
令和 1 年度	36.5%	33.2%	31.2%	53.0%	44.2%	8.6%	19.6%	3.7%	45.0%	14.5%	10.3%	2.0%	31.1%
令和 2 年度	36.9%	37.9%	33.1%	63.5%	48.2%	10.1%	19.2%	3.6%	46.0%	19.0%	9.9%	3.0%	29.0%
令和 3 年度	34.5%	35.4%	35.4%	61.3%	44.8%	8.1%	17.7%	4.2%	44.8%	18.8%	7.4%	1.6%	28.8%
令和 4 年度	38.7%	37.4%	33.7%	60.3%	42.0%	12.6%	18.1%	4.5%	43.4%	18.5%	7.8%	2.5%	30.7%

【出典】S21_024-厚生労働省様式（様式 5-2）平成 30 年度から令和 4 年度 累計

ポイント

- ・有所見者の割合を平成 30 年度と比較すると「BMI」「腹囲」「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」「クレアチニン」「eGFR」が令和 4 年度の方が高い。

(4) メタボリックシンドローム

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

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

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

メタボリックシンドローム＝内臓肥満＋複数の生活習慣病リスクを有する状態



【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準より作成

① メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は113人である。特定健診受診者における割合は22.0%で、国・道より高い。男女別にみると、男性では33.3%、女性では12.3%がメタボ該当者となっている。

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11.9%となっており、該当者割合は国・道より高い。男女別にみると、男性では18.1%、女性では6.5%がメタボ予備群該当者となっている。

図表 35：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

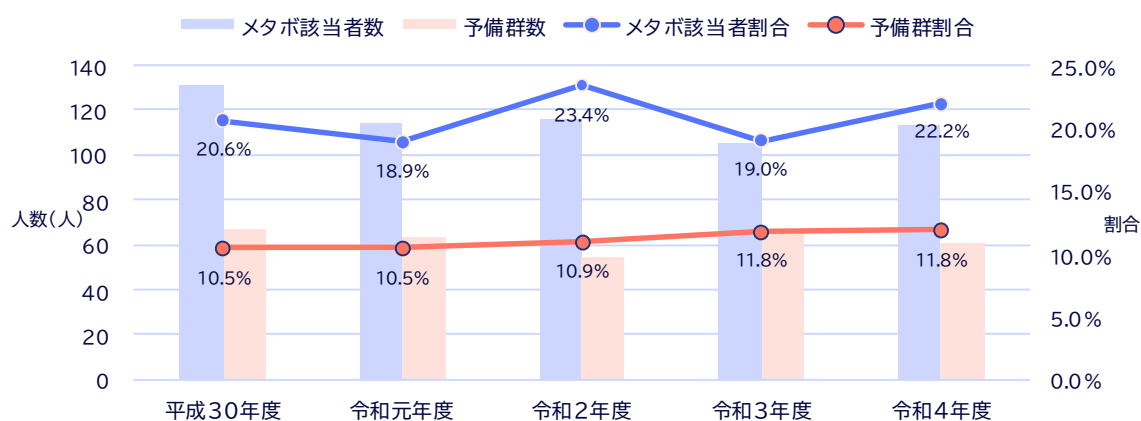
	せたな町		国	道	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	113	22.2%	20.6%	20.3%	21.7%
男性	79	33.3%	32.9%	33.0%	32.3%
女性	34	12.3%	11.3%	11.1%	12.2%
メタボ予備群該当者	60	11.8%	11.1%	11.0%	11.6%
男性	42	18.1%	17.8%	18.0%	17.3%
女性	18	6.5%	6.0%	5.9%	6.5%

【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1.6ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は1.3ポイント増加している。

図表 36：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		平成30年度と令和4年度の割合の差
	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	
メタボ該当者	131	20.6%	114	18.9%	116	23.4%	105	19.0%	113	22.2%	1.4
メタボ予備群該当者	67	10.5%	63	10.5%	54	10.9%	65	11.8%	60	11.8%	1.3

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

ポイント

- ・生活習慣病の前段階ともいえるメタボ該当者の割合は国・道より高い。
- ・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・脂質異常該当者」であり、58人が該当している。

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

令和4年度の健診受診者で、重症化リスクの高い3項目（高血糖・高血圧・脂質異常）該当者は30人いる。

図表 37：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	237	－	277	－	514	－
腹囲基準値以上	134	56.5%	58	20.9%	192	37.4%
メタボ該当者	79	33.3%	34	12.3%	113	22.0%
高血糖・高血圧該当者	15	6.3%	5	1.8%	20	3.9%
高血糖・脂質異常該当者	4	1.7%	1	0.4%	5	1.0%
高血圧・脂質異常該当者	34	14.3%	24	8.7%	58	11.3%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	26	11.0%	4	1.4%	30	5.8%
メタボ予備群該当者	43	18.1%	18	6.5%	61	11.9%
高血糖該当者	3	1.3%	3	1.1%	6	1.2%
高血圧該当者	31	13.1%	9	3.2%	40	7.8%
脂質異常該当者	9	3.8%	6	2.2%	15	2.9%
腹囲のみ該当者	12	5.1%	6	2.2%	18	3.5%

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

※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

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30人いる。

(5) 特定保健指導実施率

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

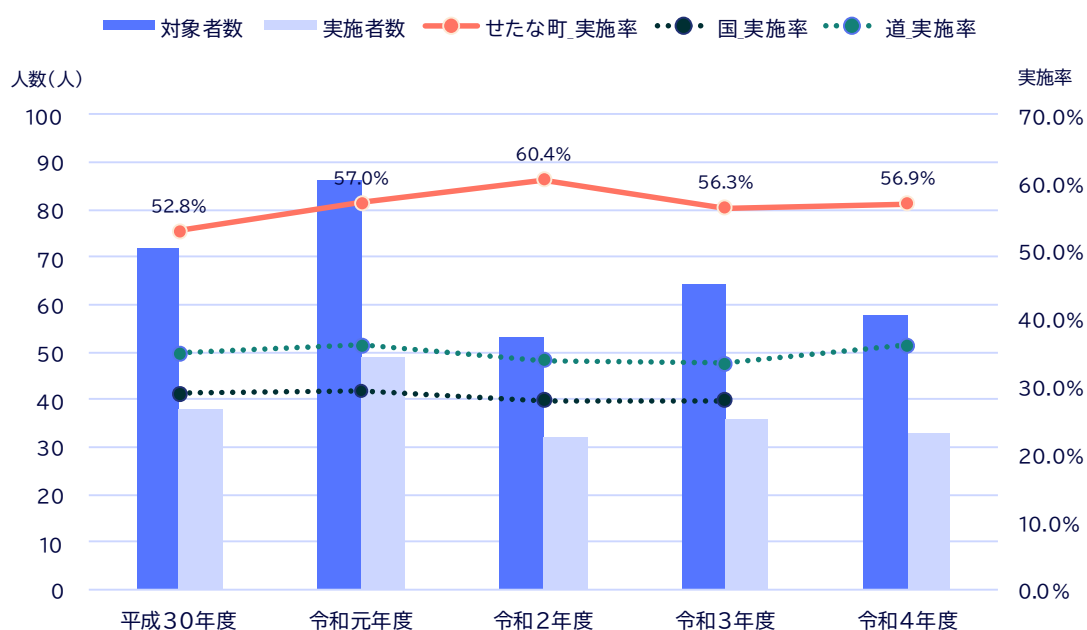
特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかが分かる。

令和4年度の特定保健指導の対象者は58人で、特定健診受診者の11.4%を占める。

特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合（特定保健指導実施率）は56.9%である。

令和4年度の実施率は、平成30年度の実施率と比較すると4.1ポイント上昇している。

図表 38：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）		637	602	496	553	510	-127
特定保健指導対象者数（人）		72	86	53	64	58	-14
特定保健指導該当者割合		11.3%	14.3%	10.7%	11.6%	11.4%	0.1
特定保健指導実施者数（人）		38	49	32	36	33	-5
特定保健指導実施率	せたな町	52.8%	57.0%	60.4%	56.3%	56.9%	4.1
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	1.2

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

ポイント

- ・主にメタボリックシンドローム該当者が対象となる特定保健指導の実施率は、令和4年度で56.9%で道よりも高い。また、平成30年度と比べて4.1ポイント上昇している。

(6) 受診勧奨対象者

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

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

参考：主な健診項目における受診勧奨判定値

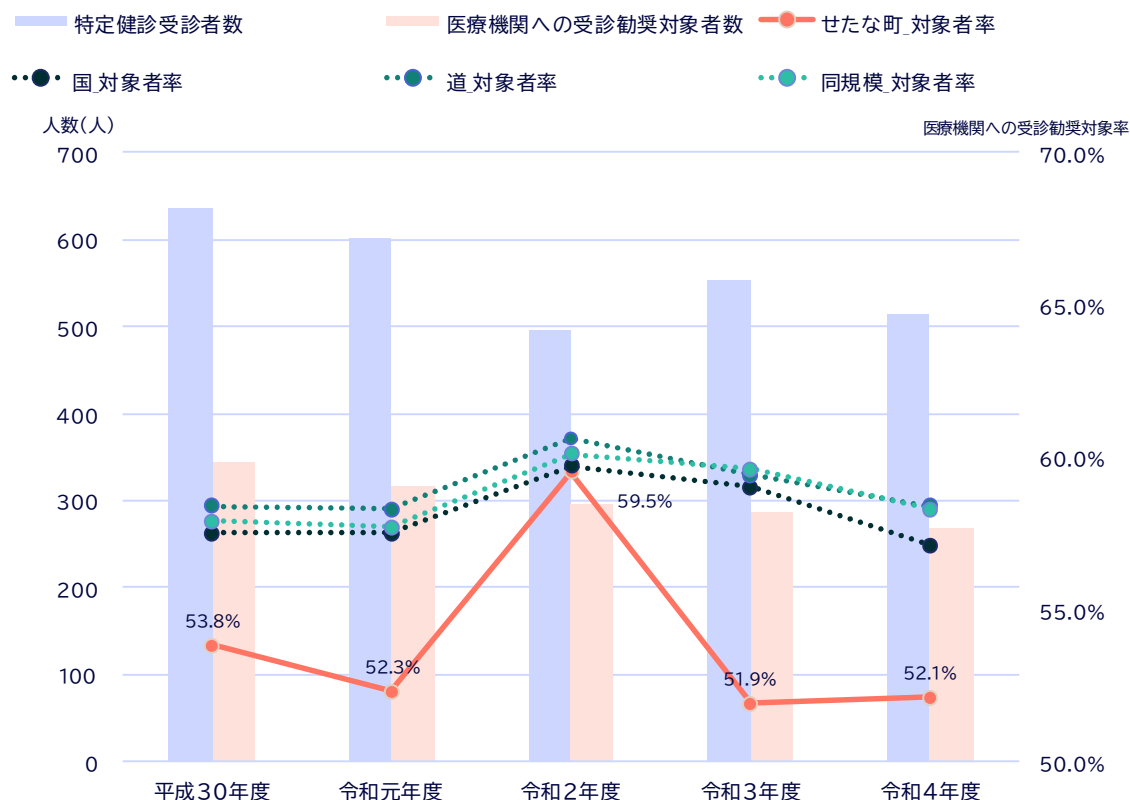
関連する生活習慣病	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
項目名（単位）	HbA1c（％）	血圧（mmHg）	LDLコレステロール（mg/dl）
正常	＜ 5.5	収縮期：＜129 拡張期：＜84	＜ 119
保健指導判定値	5.6 - 6.4	収縮期：130 - 139 拡張期：85 - 89	120 - 139
受診勧奨判定値	6.5 - 6.9	I度高血圧 収縮期：140 - 159 拡張期：90 - 99	140 - 159
	7.0 - 7.9	II度高血圧 収縮期：160 - 179 拡張期：100 - 109	160 - 179
	8.0 -	III度高血圧 収縮期：180 - 拡張期：110 -	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268人で、特定健診受診者の52.1%を占めている。受診勧奨対象者の割合は、国・道より低く、平成30年度と比較すると1.7ポイント減少している。

図表 39：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)		637	602	496	553	514	-
医療機関への受診勧奨対象者数 (人)		343	315	295	287	268	-
受診勧奨 対象者率	せたな町	53.8%	52.3%	59.5%	51.9%	52.1%	-1.7
	国	57.5%	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	道	58.4%	58.3%	60.6%	59.4%	58.4%	0.0
	同規模	57.9%	57.7%	60.1%	59.6%	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
※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

ポイント

- ・令和4年度の特定健診において生活習慣病の発症が疑われる者（受診勧奨判定者）の割合は、国・道より低く、平成30年度と比べて1.7ポイント減少している。

② 受診勧奨対象者の項目別経年推移

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

令和 4 年度の受診勧奨対象者において、
HbA1c7.0%以上の人は 21 人で、特定健診受診者の 4.1%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は増加している。

Ⅱ度高血圧以上の人は 22 人で特定健診受診者の 4.3%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は減少している。

LDL コレステロール 160mg/dL 以上の人は 47 人で特定健診受診者の 9.1%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は減少している。

図表 40：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		637	-	602	-	496	-	553	-	510	-
血糖 (HbA1c)	6.5 以上 7.0%未満	36	5.7%	26	4.3%	18	3.6%	35	6.3%	26	5.1%
	7.0 以上 8.0%未満	17	2.7%	16	2.7%	14	2.8%	17	3.1%	19	3.7%
	8.0%以上	2	0.3%	5	0.8%	6	1.2%	4	0.7%	2	0.4%
	合計	55	8.6%	47	7.8%	38	7.7%	56	10.1%	47	9.2%

		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		637	-	602	-	496	-	553	-	510	-
血圧	I 度高血圧	124	19.5%	114	18.9%	122	24.6%	93	16.8%	88	17.3%
	Ⅱ度高血圧	24	3.8%	24	4.0%	26	5.2%	16	2.9%	20	3.9%
	Ⅲ度高血圧	7	1.1%	1	0.2%	3	0.6%	3	0.5%	2	0.4%
	合計	155	24.3%	139	23.1%	151	30.4%	112	20.3%	110	21.6%

		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		637	-	602	-	496	-	553	-	510	-
脂質 (LDL-C)	140 以上 160mg/dL 未満	79	12.4%	83	13.8%	70	14.1%	77	13.9%	58	11.5%
	160 以上 180mg/dL 未満	34	5.3%	31	5.1%	26	5.2%	29	5.2%	30	5.8%
	180mg/dL 以上	27	4.2%	22	3.7%	18	3.6%	27	4.9%	17	3.3%
	合計	140	22.0%	136	22.6%	114	23.0%	133	24.1%	105	20.6%

【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 21 人、Ⅱ度高血圧以上の人が 22 人、LDL コレステロール 160mg/dL 以上の人が 47 人である。

(7) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況

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

令和4年度の健診において、

血糖がHbA1c7.0%以上であった21人のうち、1人が治療を行っていない。

血圧がⅡ度高血圧以上であった22人のうち、8人が治療を行っていない。

血中脂質がLDLコレステロール160mg/dL以上であった47人のうち、40人が治療を行っていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった17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ない。

図表 41：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	26	13	50.0%
7.0 以上 8.0%未満	19	1	5.3%
8.0%以上	2	0	0.0%
合計	47	14	29.8%

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	88	36	40.4%
Ⅱ 度高血圧	20	7	35.0%
Ⅲ 度高血圧	2	1	50.0%
合計	110	44	39.6%

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	58	50	84.7%
160 以上 180mg/dL 未満	30	26	86.7%
180mg/dL 以上	17	14	82.4%
合計	105	90	84.9%

腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
30 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	13	1	7.7%
15 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	4	0	0.0%
15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%
合計	17	1	5.9%

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

ポイント

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

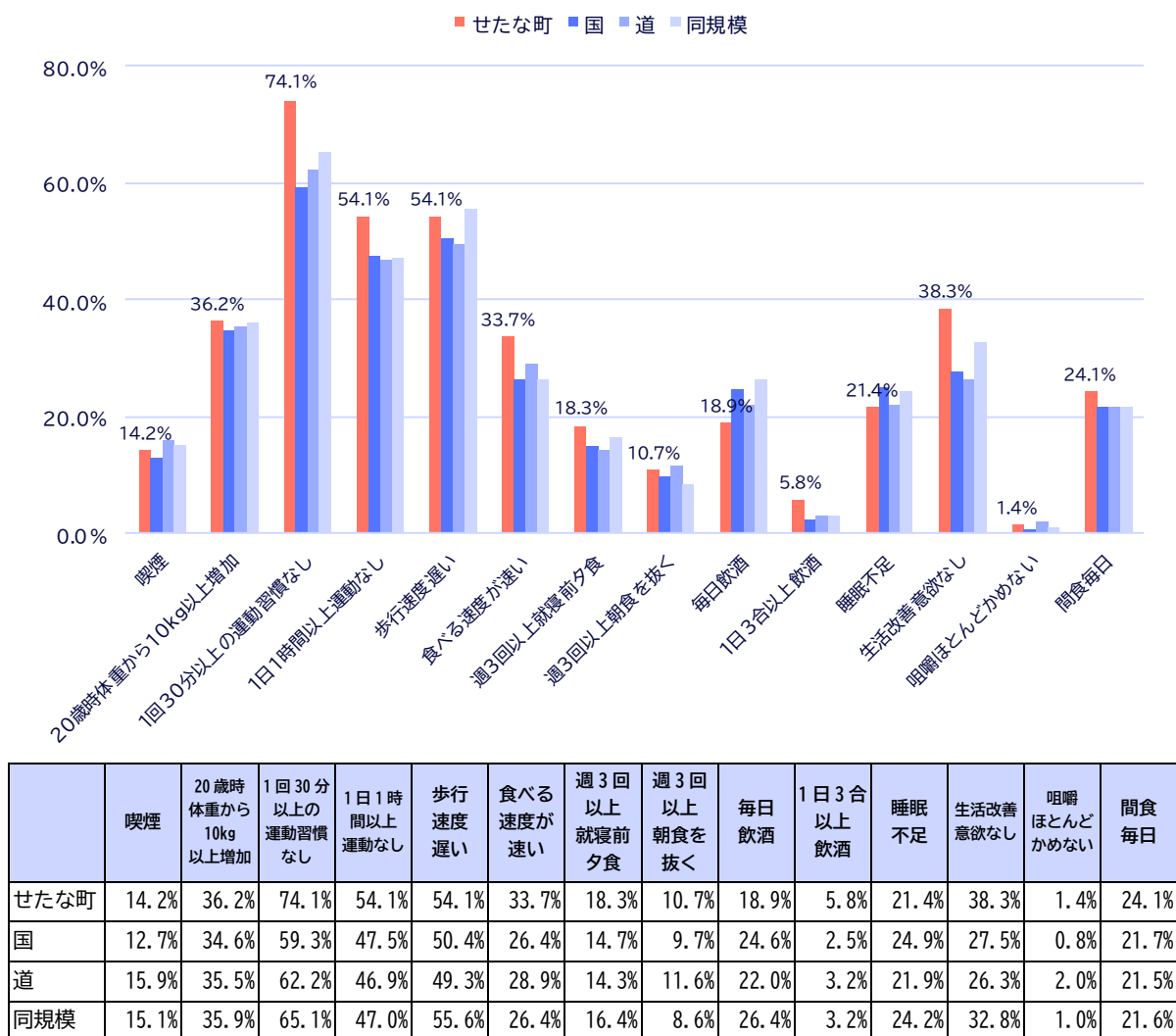
(8) 質問票の回答

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

① 質問表の回答の割合

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「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」「飲酒3合以上」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

図表 42：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



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

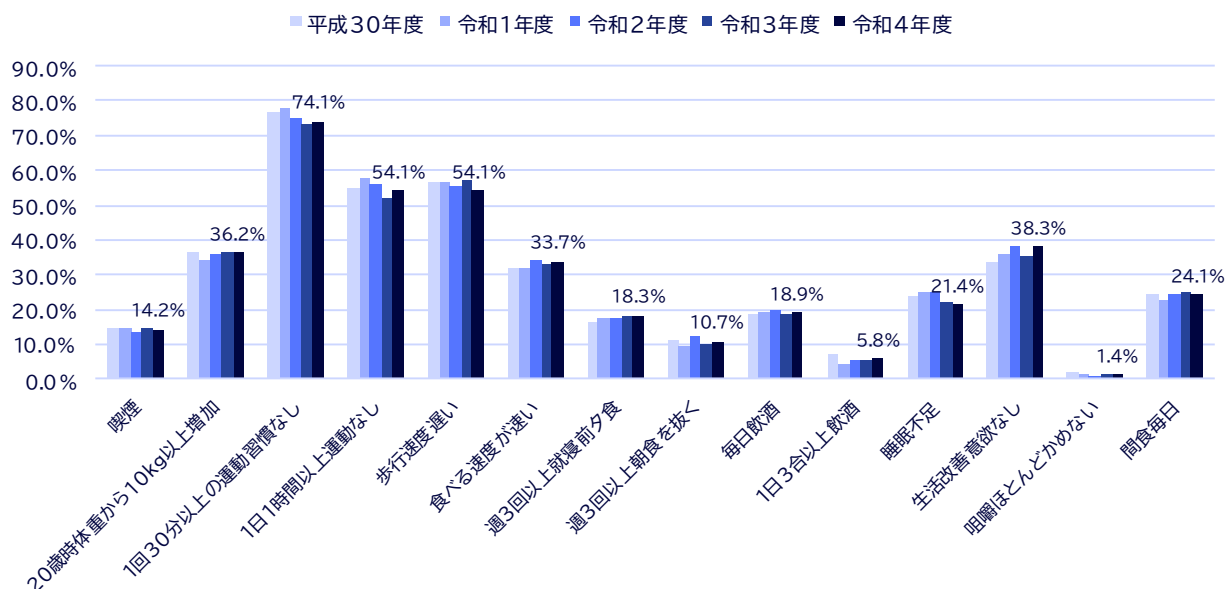
ポイント

- ・特定健診受診者の生活習慣の状況は、国や道と比較して「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」「3合以上」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

① 質問表の回答の割合の経年推移

令和4年度の特健健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、平成30年と比較して「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「毎日飲酒」「生活改善意欲なし」の回答割合が高い。

図表 43：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
平成30年度	14.4%	36.3%	76.8%	54.9%	56.4%	32.0%	16.5%	11.0%	18.7%	7.3%	23.9%	33.3%	1.7%	24.5%
令和1年度	14.6%	34.4%	77.7%	57.7%	56.8%	32.1%	17.6%	9.6%	19.1%	4.3%	24.9%	36.0%	1.2%	22.9%
令和2年度	13.3%	36.0%	74.9%	56.0%	55.2%	34.1%	17.2%	12.1%	19.6%	5.2%	24.8%	38.3%	1.0%	24.2%
令和3年度	14.5%	36.7%	73.6%	52.1%	57.3%	32.9%	18.1%	10.1%	18.4%	5.6%	22.3%	35.4%	1.4%	25.1%
令和4年度	14.2%	36.2%	74.1%	54.1%	54.1%	33.7%	18.3%	10.7%	18.9%	5.8%	21.4%	38.3%	1.4%	24.1%

【出典】KDB 帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 平成30年度から令和4年度 年次

ポイント

- ・令和4年度の特健健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、平成30年と比較して「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「毎日飲酒」「生活改善意欲なし」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実施」に係る、後期高齢者医療制度や介護保険のデータを分析する。

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

現在、高齢者の平均自立期間短縮に影響している要因として、

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

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

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

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



【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」という。）の加入者数は1,816人、国保加入率は25.7%で、国・道より高い。後期高齢者医療制度（以下「後期高齢者」という。）の加入者数は1,971人、後期高齢者加入率は27.9%で、国・道より高い。

図表 44：制度別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	せたな町	国	道	せたな町	国	道
総人口（人）	7,060	-	-	7,060	-	-
加入者数（人）	1,816	-	-	1,971	-	-
加入率	25.7%	19.7%	20.0%	27.9%	15.4%	17.1%

【出典】住民基本台帳 令和4年度

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

(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

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

前期高齢者（65-74歳）の認定者の主な疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（2.9ポイント）、「脳血管疾患」（-2.4ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（2.9ポイント）である。

75歳以上の認定者の国との差は「心臓病」（1.4ポイント）、「脳血管疾患」（-4.6ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-1.0ポイント）である。

図表 45：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		
	せたな町	国	国との差	せたな町	国	国との差
糖尿病	25.9%	21.6%	4.3	21.2%	24.9%	-3.7
高血圧症	38.9%	35.3%	3.6	60.8%	56.3%	4.5
脂質異常症	25.2%	24.2%	1.0	25.9%	34.1%	-8.2
心臓病	43.0%	40.1%	2.9	65.0%	63.6%	1.4
脳血管疾患	17.3%	19.7%	-2.4	18.5%	23.1%	-4.6
筋・骨格関連疾患	38.8%	35.9%	2.9	55.4%	56.4%	-1.0
精神疾患	26.8%	25.5%	1.3	38.9%	38.7%	0.2

【出典】KDB 帳票 S25_006-医療・介護の突合（有病状況）令和4年度 年次

ポイント

- ・75歳以上の認定者の介護に関連する疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（1.4ポイント）、「脳血管疾患」（-4.6ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-1.0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 7,820 円多く、外来は 2,440 円少ない。後期高齢者の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて 26,770 円多く、外来は 4,700 円少ない。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では 16.4 ポイント高く、後期高齢者では 16.5 ポイント高い。

図表 46：一人当たり医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	せたな町	国	国との差	せたな町	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	19,470	11,650	7,820	63,590	36,820	26,770
外来_一人当たり医療費（円）	14,960	17,400	-2,440	29,640	34,340	-4,700
総医療費に占める入院医療費の割合	56.5%	40.1%	16.4	68.2%	51.7%	16.5

【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 16.8%を占めており、国と比べて同程度である。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 17.6%を占めており、国と比べて 5.2 ポイント高い。

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

図表 47：制度別の医療費疾病別構成割合

疾病名	国保			後期高齢者		
	せたな町	国	国との差	せたな町	国	国との差
糖尿病	5.7%	5.4%	0.3	3.6%	4.1%	-0.5
高血圧症	2.9%	3.1%	-0.2	2.9%	3.0%	-0.1
脂質異常症	1.3%	2.1%	-0.8	0.5%	1.4%	-0.9
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.0%	0.1%	-0.1	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.2%	0.1%	0.1	0.1%	0.2%	-0.1
がん	16.8%	16.8%	0.0	8.0%	11.2%	-3.2
脳出血	0.7%	0.7%	0.0	0.9%	0.7%	0.2
脳梗塞	1.2%	1.4%	-0.2	3.7%	3.2%	0.5
狭心症	2.6%	1.1%	1.5	1.5%	1.3%	0.2
心筋梗塞	0.0%	0.3%	-0.3	0.1%	0.3%	-0.2
慢性腎臓病（透析あり）	2.0%	4.4%	-2.4	5.2%	4.6%	0.6
慢性腎臓病（透析なし）	0.3%	0.3%	0.0	0.6%	0.5%	0.1
精神疾患	6.2%	7.9%	-1.7	1.8%	3.6%	-1.8
筋・骨格関連疾患	11.9%	8.7%	3.2	17.6%	12.4%	5.2

※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

・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「脳梗塞」「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。

(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必要とされている。

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

① 後期高齢者における有所見割合

後期高齢者の健診受診率は 10.3%で、国と比べて 14.5 ポイント低い。

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

図表 48：後期高齢者の健診受診状況

		後期高齢者		
		せたな町	国	国との差
健診受診率		10.3%	24.8%	-14.5
受診勧奨対象者率		45.7%	60.9%	-15.2
有所見者の状況	血糖	3.8%	5.7%	-1.9
	血圧	12.5%	24.3%	-11.8
	脂質	11.5%	10.8%	0.7
	血糖・血圧	1.9%	3.1%	-1.2
	血糖・脂質	1.4%	1.3%	0.1
	血圧・脂質	2.9%	6.9%	-4.0
	血糖・血圧・脂質	0.5%	0.8%	-0.3

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

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL 以上	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、「毎日の生活に「不満」」「お茶や汁物等で「むせることがある」」「6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」」「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」」「体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」」の回答割合が高い。

図表 49：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		
		せたな町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	0.5%	1.1%	-0.6
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.4%	1.1%	0.3
食習慣	1日3食「食べていない」	4.8%	5.4%	-0.6
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	18.8%	27.7%	-8.9
	お茶や汁物等で「むせることがある」	27.1%	20.9%	6.2
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	13.0%	11.7%	1.3
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	53.1%	59.1%	-6.0
	この1年間に「転倒したことがある」	22.2%	18.1%	4.1
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	50.2%	37.1%	13.1
認知	周囲の人から「物忘れがあると言われたことがある」	15.0%	16.2%	-1.2
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	18.4%	24.8%	-6.4
喫煙	たばこを「吸っている」	6.3%	4.8%	1.5
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	17.9%	9.4%	8.5
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	2.9%	5.6%	-2.7
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」	6.3%	4.9%	1.4

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

(5) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

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

8 健康課題の整理

(1) 現状のまとめ

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

【人口構成・平均余命】

- ・国や道と比較すると、高齢化率は高い。
- ・平均自立期間（健康寿命）は、男性では国・道より短い。女性では国・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64.4、「脳血管疾患」が102.7、「腎不全」が110.7となっている。
- ・平均自立期間に影響している介護の状況において、要介護（要支援）認定者は、「心臓病」を62.8%、「脳血管疾患」を18.6%保有している。

【医療】

- ・令和4年度の一人当たり医療費は34,430円で、国や道と比較すると国・道より高い。
- ・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」「虚血性心疾患」が上位に入っている。
- ・生活習慣病医療費を国・道と比較すると、国・道より低い。
- ・人工透析の患者数は平成30年度と比べて2人増加している。
- ・重症化した生活習慣病に至った人は、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった基礎疾患を保有していることが多い。

【健診】

- ・生活習慣病は自覚症状が乏しく早期発見のために特定健診は重要であるが、その受診率は令和4年度は38.9%となっており、「健診なし受診なし」の者は288人（21.9%）いる。
- ・特定健診受診者は、国や道と比較して「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「HbA1c」「HDL-C」「ALT」「尿酸」「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22.2%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56.9%で、平成30年度と比べて4.1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52.1%で、平成30年度と比べて1.7ポイント減少している。
- ・受診勧奨対象者のうち、重症化リスクが高い検査値の者は、HbA1c7.0%以上が21人、Ⅱ度高血圧以上が22人、LDLコレステロール160mg/dL以上が47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「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」「3合以上」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

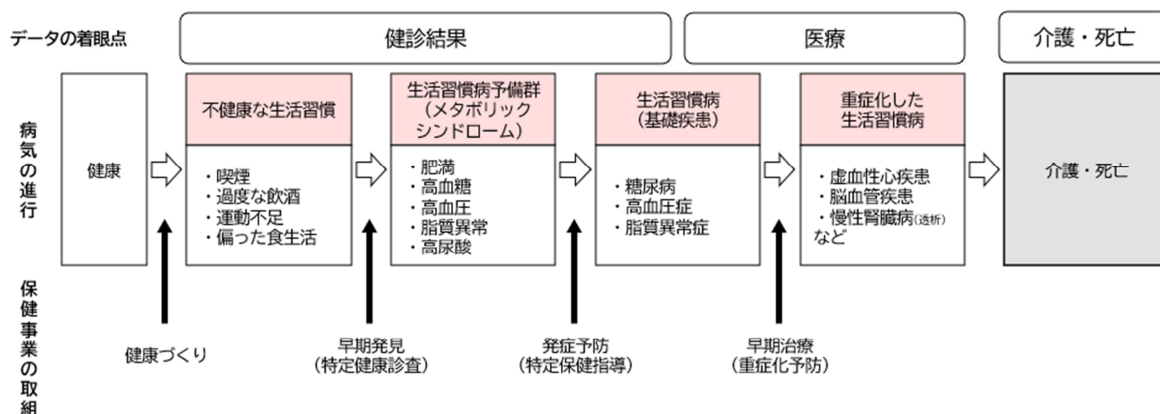
【後期高齢者及びその他の状況】

- ・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「脳梗塞」「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。
- ・重複処方該当者数は10人、多剤処方該当者数は10人である。
- ・令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は83.3%である。

(2) 生活習慣病に関する健康課題の整理

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

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



健康課題・考察	目標
◀重症化予防（がん以外） 【課題】 #1 「心不全」、「脳血管疾患」、「腎不全」による死因の割合が高く、死亡数も多い。 #2 「狭心症」、「脳梗塞」、「慢性腎臓病（透析あり）」といった生活習慣病重症化疾患による入院の割合が高い。 #3 1人当たり医療費・受診率では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い。 #4 特定健康診査で要医療となった該当者において医療機関未受診があり、未治療となっている者がいる。 【考察】 死亡や入院の要因として「心疾患」や「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。 これらの疾患を減らしていくためには、特定健診を受けて医療が必要と判断された者を早期に医療に繋げることが重要であるが、せたな町では、特に「血圧」「血糖」の未治療者が多く、疾患の早期発見・治療がされないことで重症化している可能性がある。また治療中ではある者のコントロール不良となっている者も一定数いると考えられるため、重症化予防事を強化・継続する必要がある。	【中長期目標】 ・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 【短期目標】 ・HbA1c6.5%以上の者の減少 ・Ⅱ度高血圧以上の者の減少 ・LDL180mg/dl以上の者の減少 【事業アウトカム】 ・血圧/血糖/脂質の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の上昇
◀重症化予防（がん） 【課題】 #5 「悪性新生物」の死亡者数が多い。悪性新生物の中でも特に肺がんが多い。 【考察】 がん検診受診率は国よりも高いものの、「肺がん」をはじめ、がんによる死亡者数は多く、引き続き、がん検診の受診率を向上させ、早期発見早期治療につなげることでがんによる死亡低下につなげる必要がある。	【事業アウトカム】 ・がん検診受診率の向上
◀生活習慣病発症予防・保健指導 【課題】 #6 メタボ該当者及び予備群が多い #7 血糖（HbA1c・空腹時血糖）の有所見者の割合が高い #8 eGFRの有所見者の割合が高い（男女） 【考察】 保健指導実施率は国よりも高いが、血糖/腎機能に関する有所見者の割合が国や道と比べても高く、これらによる心疾患や脳血管疾患、慢性腎臓病を発症させないためにも、メタボ（予備群含む）に該当した者に積極的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。	【短期目標】 ・HbA1c6.5%以上の者の減少 ・Ⅰ度高血圧以上の者の減少 ・LDL140mg/dl以上の者の減少 ・メタボ該当者の減少 ・メタボ予備群該当者の減少 ・塩分摂取推定量検査の平均塩分量の減少 ・BMI（25以上）の割合の減少 【事業アウトカム】 ・特定保健指導実施率の向上 ・保健指導対象者の減少

健康課題・考察	目標
◀早期発見・特定健康診査 【課題】 # 9 特定健康診査受診率が 38.9%で同規模市町村と比較し受診率が低く、自身の健康状態を知らない者がいる。（特に 45～49 歳代）（事業課題） 【考察】 特定健診受診率は 38.9%と国の掲げる目標に到達していない。特に若年層の受診率が低迷しており、対策の強化が必要である。また健康状態不明者（健診なし医療なし）の者も一定数存在していることから、自身の健康状態を早期に把握するために、特定健診のさらなる受診率の向上が必要である。	【短期目標】 ・健康状態不明者の減少 【事業アウトカム】 ・特定健診受診率の向上
◀健康づくり 【課題】 # 1 0 運動習慣のある人が少ない # 1 1 正しい食生活を送れていない人が多い（間食・早食い・就寝前夕食） # 1 2 喫煙者が多い # 1 3 飲酒量が多い 【考察】 特定健診受診者の質問票回答状況から、「運動習慣なし」「乱れた食生活」「飲酒」「喫煙」の人が多く傾向がうかがえる。生活習慣病を予防するため、正しい生活習慣の獲得のための取り組みの継続・強化が必要である。	【短期目標】 ・運動習慣のない者の減少 ・間食を毎日する者の減少 ・喫煙者の減少 ・1 日飲酒量が多い者の減少

(3) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理

健康課題・考察	目標
◀高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 【課題】 # 3 1 人当たり医療費・受診率では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い # 1 4 後期世代の外来での疾患は糖尿病・高血圧症が上位であり、入院は生活習慣重症化疾患である脳梗塞・慢性腎臓病・狭心症がある 【考察】 後期高齢者の入院の要因として国保同様に「心疾患」や「脳血管疾患」・「慢性腎臓病」が把握されるため、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

(4) 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 【課題】 # 3 1 人当たり医療費では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い 【考察】 高齢化が進展し一人当たりの医療費の高騰が今後も懸念されるため、予防可能な疾患の入院医療費の減少や、重複処方対象者への支援等の医療費適正化に資する取り組みにより、国保医療制度を維持していく必要がある。	【中長期目標】 ・総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合減少 ・総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合減少 ・総医療費に占める慢性腎臓病（透析あり）の医療費の割合減少

第4章 データヘルス計画の目的・目標

第2期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中・長期目標を整理した。

目的～健康課題を解決することで達成したい姿～					
町民が自分の健康状態を理解し、健康づくりのための行動がとれることで、生活習慣病の重症化を予防され、せたな町でいつまでも自分らしい生活を送ることができる					

共通指標	最上位目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
○	平均自立期間（要介護2以上）【延伸】	平均自立期間（要介護2以上）	男性 79.1 女性 85.3	ベースラインより延伸	ベースライン基準
○	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合【抑制】	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	7.6	ベースラインより抑制	ベースライン基準
○	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】	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	6.9	ベースラインより抑制	ベースライン基準
○	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】	総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合	3.4	ベースラインより抑制	ベースライン基準
共通指標	中・長期目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
○	新規脳血管疾患患者数【抑制】	新規脳血管疾患患者数	25	ベースラインより抑制	ベースライン基準
○	新規虚血性心疾患患者数【抑制】	新規虚血性心疾患患者数	24	ベースラインより抑制	ベースライン基準
○	新規人工透析導入者数【抑制】	新規人工透析導入者数(国保)	1	0	ベースライン基準
共通指標	短期目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
○	メタボ該当者割合【減少】	特定健診受診者のうち、メタボ該当者割合(%)	22.2	18.0	道目標値
○	メタボ予備群該当者割合【減少】	特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者割合(%)	11.8	10.0	道目標値
—	BMI(25以上)の割合【減少】	特定健診受診者のうち、BMI(25以上)の割合(%)	39.0	30.5	令和4年度道の数値
○	喫煙率【減少】	特定健診受診者のうち、標準的質問票「現在、たばこを習慣的に吸っていますか」の「はい」の回答割合(%)	14.3	12	健康日本21の第3次目標値
○	1日飲酒量が多い者の割合【減少】	特定健診受診者のうち、標準的質問票「飲酒日の1日当たりの飲酒量」の「3～5合未満」または「5合以上」の回答割合(%)	5.9 (3合以上)	3.2	令和4年度道の数値
○	運動習慣のない者の割合【減少】	特定健診受診者のうち、標準的質問票「1回30分以上の軽く汗をかく運動習慣を週2回以上、1年実施」の「いいえ」の回答割合(%)	74.1	60	健康日本21の第3次目標値(運動習慣のある者40%)
○	HbA1c6.5%以上の割合【減少】	特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の割合(%)	9.2	8.3	ベースラインから10%減少
○	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【減少】	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	9.1	19	令和4年度道の数値

共通指標	短期目標	評価指標	開始時	目標値	目標値基準
○	Ⅱ度高血圧（拡張期 160・収縮期 100）以上の割合【減少】	特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧（拡張期 160・収縮期 100）以上の割合（%）	4.3	3.8	ベースラインから 10%減少
○	Ⅰ度高血圧（拡張期 140・収縮期 90）以上の割合【減少】	特定健診受診者のうち、Ⅰ度高血圧（拡張期 140・収縮期 90）以上の割合（%）	21.6	19.4	ベースラインから 10%減少
○	LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合【減少】	特定健診受診者のうち、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合（%）	3.3	2.9	ベースラインから 10%減少
○	LDL コレステロール 140mg/dl 以上の割合【減少】	特定健診受診者のうち、LDL コレステロール 140mg/dl 以上の割合（%）	20.6	18.5	ベースラインから 10%減少
—	塩分摂取推定量検査の平均塩分摂取量【減少】	特定健診受診者の塩分摂取推定量検査の平均塩分摂取量(g)	9.08	8.5	ベースラインから約 0.5g 減少
—	健康状態不明者【減少】	生活習慣病治療なしかつ特定健診未受診の割合（%）	21.9	19.8	ベースラインから 10%減少
—	食生活が正しく送っていない者の割合（間食）【減少】	特定健診受診者のうち、特定健診受診者のうち、標準的質問票「間食を毎日する」の回答割合（%）	24.1	21.4	令和 4 年度道の数値
○	特定健診受診率【向上】	特定健診受診率（%） (40 歳代・50 歳代受診率)	38.9	60	市町村国保目標値
○	特定保健指導実施率【向上】	特定保健指導実施率（%）	56.9	60	市町村国保目標値
—	メタボ該当者・メタボ予備軍該当者の減少率【減少】	メタボ該当者・メタボ予備軍該当者の減少率（%）	19.8	25	市町村国保目標値
—	がん検診受診率【向上】	がん検診受診率（%）	胃 35.4 肺 24.5 大腸 23.7 乳 35.3 子宮 23.1	胃 37.0 肺 28.0 大腸 26.0 乳 36.0 子宮 25.0	ベースライン基準
○	高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率【増加】	高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率（%）	20.0	40.0	ベースライン基準
○	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率【増加】	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率（%）	50.0	75.0	ベースライン基準
○	脂質異常症重症化予防対象者のうち、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のうち、未治療者の医療機関受診率（%）	12.7	25.4	ベースライン基準

第5章 目的・目標を達成するための保健事業

1 保健事業の整理

第1期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第2期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理した。

(1) 重症化予防（がん以外）

第2期計画における重症化予防に関連する健康課題
#1. 「心不全」、「脳血管疾患」、「腎不全」による死因の割合が高く、死亡数も多い。 #2. 「狭心症」、「脳梗塞」、「慢性腎臓病（透析あり）」と生活習慣病重症化疾患による入院の割合が高い。 #3. 1人当たり医療費・受診率では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い。 #4. 特定健康診査で要医療となった該当者において、医療機関未受診があり、未治療となっているものがある。
第2期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
【中・長期目標】 1. 新規脳血管疾患患者数【抑制】 2. 新規虚血性心疾患患者数【抑制】 3. 新規人工透析導入者数【抑制】 【短期目標】 1. HbA1c 6.5%以上の割合【減少】 2. II度高血圧（拡張期 160・収縮期 100）以上の割合【減少】 3. LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合【減少】 4. 高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率【増加】 5. 糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率【増加】 6. 脂質異常症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率【増加】



第2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			
前計画に引き続き、新規人工透析患者・虚血性心疾患・脳血管疾患の発生の抑制を目標とし、血糖・血圧の他、血中脂質を追加し、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。また、健康課題である高血糖に関連して、糖尿病性腎症重症化予防を新規事業として実施していくことで、医療機関等の関係機関と連携し、新規人工透析患者の抑制を目指す。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1～ #4	新規	そらまめプロジェクト (糖尿病性腎症重症化 予防プログラム)	対象者： 1. 糖尿病未治療者であり、特定健診データ等で HbA1c 6.5%以上の者かつ、次の①～③のいずれかに該当する方 ①尿蛋白（1+）以上 ②eGFR 60ml/分/1.73㎡未満 ③BP 130/80mmHg 以上 2. 町が保健指導が必要と判断した者（糖尿病治療中断者を含む） 3. 糖尿病治療中であり、かかりつけ医が療養指導・生活状況の把握が必要と判断した者 方法： 1. かかりつけ医を受診してもらい「保健指導指示書」の記載を依頼。希望者に「糖尿病連携手帳」を配布し活用を促す。 2. 保健指導指示書の指導内容をもとに、訪問や来所等で保健指導を実施 3. 保健指導結果を「保健指導実施報告書」に記載し、かかりつけ医に報告する 4. 支援内容について、必要に応じて医療機関と適宜カンファレンスを行う。 5. 経年的な評価を行うため、かかりつけ医に毎年12月～2月に対象者の検査値等を照会する。
#1～ #4	継続(追加)	生活習慣病 重症化予防事業 ※旧 未治療者対策 (高血圧・高血糖)	対象者： 特定健診結果により血糖・血圧・血中脂質で受診勧奨判定超の者 方法： 1. 受診の必要性の説明及び生活習慣改善のための保健指導の実施 2. 通知による未受診者への医療機関受診勧奨 3. 継続受診の確認

① そらまめプロジェクト（糖尿病性腎症重症化予防プログラム）

実施計画							
事業目的・目標	糖尿病の重症化リスクが高い者に対して、医療機関と町保健師・管理栄養士等が連携して保健指導を行うことで、糖尿病性腎症をはじめとした糖尿病合併症の重症化を予防し、人工透析への移行を防止することによって、健康寿命の延伸と医療費の抑制を図ることを目的とする。						
事業内容	糖尿病療養者に対して、北部檜山地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、北部檜山地域内の医療機関と地域関係者で連携した保健指導を実施する。（以下、プログラム内容を抜粋） 1. かかりつけ医を受診してもらい「保健指導指示書」の記載を依頼。 希望者に「糖尿病連携手帳」を配布し活用を促す 2. 保健指導指示書の指導内容をもとに、訪問や来所等で保健指導を実施 3. 保健指導結果を「保健指導実施報告書」に記載し、かかりつけ医に報告する 4. 支援内容について、必要に応じて医療機関と適宜カンファレンスを行う 5. 経年的な評価を行うため、かかりつけ医に毎年12月～2月に対象者の検査値等を照会する 6. プログラム内容の評価・見直し等のため、関係機関で年1回程度の担当者会議や勉強会等を実施する						
対象者・対象人数	1. 糖尿病未治療者であり、特定健診データ等でHbA1c 6.5%以上の者かつ、次の①～③のいずれかに該当する方 ①尿蛋白（1＋）以上 ②eGFR60ml/分/1.73㎡未満 ③BP130/80mmHg 以上 2. 町が保健指導が必要と判断した者（糖尿病治療中断者を含む） 3. 糖尿病治療中であり、かかりつけ医が療養指導・生活状況の把握が必要と判断した者						
実施体制・関係機関	1. 医療機関等（せたな町立国保病院・道南ロイヤル病院・今金町立国保病院・北部檜山医師会） 2. 町保健師・管理栄養士 3. 八雲保健所						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	1. 関係機関内で担当者会議・勉強会等を実施（年1回以上） 2. KDB Expander の重症化予防対象者一覧を活用する						
プロセス	1. 医療機関未受診者のプログラム対象者への個別勧奨数（対象の5割以上） 2. 事業内容について、町広報で周知する（年1回以上） 3. プログラム参加者に対して、かかりつけ医と町担当者による保健指導を行う(それぞれ1回以上)						
事業アウトプット①	【項目名】受診勧奨対象者の医療機関の受診率（町独自集計）						
	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
	—	30%	40%	50%	50%	50%	50%
事業アウトカム①	【項目名】対象者の生活習慣（食事・運動・服薬・体重・喫煙等）が改善した者の割合（町独自集計）						
	開始時	令和11年度					
	—	80%					
事業アウトカム②	【項目名】保健指導後のHbA1c・eGFRが維持・改善した割合（町独自集計）						
	開始時	令和11年度					
	—	80%					
事業アウトカム③	【項目名】糖尿病性腎症が原因の（国保）新規透析導入（KDBExpander・障がい福祉係）						
	（開始時	令和11年度					
	R4:0人	0人					
事業アウトカム④	【項目名】透析患者数(町民)及び総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合（KDB・KDBExpander）						
	開始時	令和11年度					
	R4:38人 3.4%	34人 抑制					
評価時期	ストラクチャー・プロセス・アウトプット：年度末 アウトカム①～②：年度末 アウトカム③～④：令和10年						

② 生活習慣病重症化予防事業

実施計画										
事業目的・目標	特定健診で要医療となった者が適切な時期に治療を開始し、継続して医療を受けることで生活習慣病重症化の予防が出来る。									
事業内容	1. 受診の必要性の説明及び生活習慣改善のための保健指導の実施 ・結果説明会・電話・紙面等で受診の必要性の説明及び生活習慣改善のための保健指導を実施する。 2. 未受診者への受診勧奨 ・結果返却後、3か月経過しても未受診の者に対して、個別再勧奨案内通知による再勧奨を実施する。 必要に応じて架電での再勧奨を行う（高血糖・高血圧優先） 3. 未受診者介入後の受診状況の確認 未受診者及び治療中断者介入後に重症化予防対象者一覧で受診につながったかを確認していく。									
対象者・対象人数	健診受診者で血圧・脂質・血糖で要医療となった者・治療中断者									
実施体制・関係機関	町保健師・管理栄養士									
評価指標・目標値										
ストラクチャー	KDB Expander の重症化予防対象者一覧の活用（管理ツールでの管理）									
プロセス	未受診者への個別受診勧奨（1回以上） 100%									
事業アウトプット①	【項目名】未受診者へ介入後に医療機関に受診した者の割合（町独自集計） <table><tr><td>開始時</td><td>令和11年度</td></tr><tr><td>—</td><td>100%</td></tr></table>		開始時	令和11年度	—	100%				
開始時	令和11年度									
—	100%									
事業アウトプット②	【項目名】（1）高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率 （2）糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率 （3）脂質異常症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率 （KDB Expander） <table><tr><td>開始時</td><td>令和11年度</td></tr><tr><td>(1) 20.0%</td><td>40.0%</td></tr><tr><td>(2) 50.0%</td><td>75.0%</td></tr><tr><td>(3) 12.7%</td><td>25.4%</td></tr></table>		開始時	令和11年度	(1) 20.0%	40.0%	(2) 50.0%	75.0%	(3) 12.7%	25.4%
開始時	令和11年度									
(1) 20.0%	40.0%									
(2) 50.0%	75.0%									
(3) 12.7%	25.4%									
事業アウトカム①	【項目名】HbA1c6.5%以上の割合（KDB Expander） <table><tr><td>開始時</td><td>令和11年度</td></tr><tr><td>9.2%</td><td>8.3%</td></tr></table>		開始時	令和11年度	9.2%	8.3%				
開始時	令和11年度									
9.2%	8.3%									
事業アウトカム②	【項目名】Ⅱ度高血圧（拡張期160・収縮期100）以上の割合（KDB Expander） <table><tr><td>開始時</td><td>令和11年度</td></tr><tr><td>4.3%</td><td>3.8%</td></tr></table>		開始時	令和11年度	4.3%	3.8%				
開始時	令和11年度									
4.3%	3.8%									
事業アウトカム③	【項目名】LDL コレステロール180mg/dl 以上の割合（KDB Expander） <table><tr><td>開始時</td><td>令和11年度</td></tr><tr><td>3.3%</td><td>2.9%</td></tr></table>		開始時	令和11年度	3.3%	2.9%				
開始時	令和11年度									
3.3%	2.9%									
評価時期	ストラクチャー：年度末 プロセス：年度末（11月・1月健診は次年度に含める） アウトプット・アウトカム：次年度12月末頃									

(2) 重症化予防（がん）

第 2 期計画における重症化予防に関連する健康課題	
# 5. 「悪性新生物」の死亡者数が多い。悪性新生物の中でも特に肺がんが多い。	
#12 喫煙者が多い	
第 2 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	
1. がん検診受診率（胃・肺・大腸・乳・子宮）【向上】	
2. 喫煙率【減少】	



第 2 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			
悪性新生物による死因が第一位をしめていることより、がん検診の受診率向上と精密検査未受診者への受診勧奨を強化していく。また悪性新生物の中でも肺がんが多いことより、肺がんのリスクになる喫煙に関する展示やリーフレット、広報での周知を行い、知識の普及を強化していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 5	継続	がん検診事業	対象者：概ね 40 歳以上の町民 （子宮がん検診は 20 歳以上） 方法：1. 受診しやすいがん検診の実施 2. 様々な媒体での受診勧奨

① がん検診

実施計画							
事業目的・目標	1. 検診受診により、がんを早期発見し治療に結びつける。 2. 精密検査受診率 100%						
事業内容	胃がん検診：バリウム検査 肺がん検診：胸部レントゲン及び喀痰細胞診検査 大腸がん検診：便潜血検査 血中ピロリ菌検査：血液検査 乳がん検診：マンモグラフィ検査、超音波検査（30－40 歳代） 子宮がん検診：頸部がん検査、体部がん検査、超音波検査 ・特定健診、前立腺がん検診、肝炎ウイルス検査、エキノコックス症検査と同時実施。特定健診向 上支援共同事業時に一緒に受診勧奨を実施する。 ・電話（特定健診受診勧奨時）やハガキ等による個別勧奨（胃・肺・子宮）を行う。 ・精密検査対象者には訪問、電話にて受診勧奨を行う。精密検査未受診者に対し、訪問・電話によ る受診勧奨を行う。 ・検診の場で喫煙に関するリーフレットや展示を行う。 ・喫煙指数 600 以上の人に喀痰細胞診検査を勧める						
対象者・対象人数	概ね 40 歳以上の町民（子宮がん検診は 20 歳以上）						
実施体制・関係機関	町保健師・管理栄養士 健診機関：北海道対がん協会・J A 厚生連札幌厚生病院及び俱知安厚生病院						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	他機関との打ち合わせ回数 1 回以上						
プロセス	1. 町公式 LINE・町行政無線・健康づくり推進員による受診勧奨 健診日程毎 2. 保健師・管理栄養士による架電（1 回以上） 3. 3 年以上未受診の方へ受診勧奨ハガキ発送 4. 精密検査未受診者に受診勧奨						
事業アウトプット①	【項目名】胃がん検診受診率（地域保健・健康増進事業報告：国保）						
	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
	35.4%	—	—	37.0%	—	—	37.0%
事業アウトプット②	【項目名】肺がん検診受診率（地域保健・健康増進事業報告：国保）						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	24.5%	—	—	26.0%	—	—	28.0%
事業アウトプット③	【項目名】大腸がん検診受診率（地域保健・健康増進事業報告：国保）						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	23.7%	—	—	25.0%	—	—	26.0%
事業アウトプット④	【項目名】乳がん検診受診率（地域保健・健康増進事業報告：国保）						
	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
	35.3%	—	—	36.0%	—	—	36.0%
事業アウトプット⑤	【項目名】子宮がん検診受診率（地域保健・健康増進事業報告：国保）						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	23.1%	—	—	24.0%	—	—	25.0%
事業アウトプット⑥	【項目名】精密検査受診率向上（町独自集計）						
	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
	78.7%	—	—	80%	—	—	100%
評価時期	アウトプット：受診率については地域保健・健康増進事業報告保分 精密検査受診率については 1 月検診の精密検査を考慮して次年度の 10 月初め						

(3) 生活習慣病発症予防・保健指導

第2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
6. メタボ該当者及び予備群が多い # 7. 血糖（HbA1c・空腹時血糖）が高い # 8. eGFR の俣所見者の割合が高い（男女） #13 飲酒量が多い
第2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】 1. HbA1c6.5%以上の割合【減少】 2. I 度高血圧（拡張期 140・収縮期 90）以上の割合【減少】 3. LDL コレステロール 140mg/dl 以上の割合【減少】 4. メタボ該当者割合【減少】 5. メタボ予備群該当者割合【減少】 6. BMI（25 以上）の割合【減少】 7. 塩分摂取推定量検査での平均塩分摂取量【減少】 8. 特定保健指導実施率【向上】 9. 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【減少】 10. メタボ該当者・メタボ予備軍該当者の減少率【減少】 11. 1 日飲酒量が多い者の割合【減少】



第2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			
前計画に引き続き、生活習慣病発症の発生の抑制を目標とし、生活習慣指導が必要と判断された者に対して正しい生活習慣の実施を促していく。また、減塩や高血糖・肥満予防のための生活習慣を理解していただくために、引き続き健康教育等の事業を展開していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 6 # 7 # 8 # 13	継続	特定保健指導	対象者：特定健診受診者 （積極的支援及び動機付け支援を優先とする） 方法：積極的支援及び動機付け支援とともに保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定する。定期的に電話や訪問等で継続支援を実施する。体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。
# 6	継続	尿中塩分摂取推定量検査事業	対象者：町の集団健診を受診した者 方法：健診時に尿中塩分摂取推定量検査を実施し、健診結果返却時に減塩の必要性や減塩方法等の保健指導を実施する。
# 6 # 7	継続	元援 Project (元気応 Project)	対象者： 【ポピュレーションアプローチ事業】 20 歳以上のせたな町民 【ハイリスクアプローチ事業】 特定保健指導対象者・糖尿病性腎症重症化予防対象者等のハイリスク群を含むせたな町民 方法： 【ポピュレーションアプローチ事業】 肥満・高血糖等について、専門職による健康づくり講演会・料理教室等を実施する。 【ハイリスクアプローチ事業】 肥満・高血糖等について、生活改善に向けたより詳細に学べる機会として保健師・管理栄養士による健康講話等を実施する。

① 特定保健指導

実施計画		
事業目的・目標	自分の健診結果を理解し、生活習慣病発症予防に向け、生活習慣病改善に取り組むことができる。	
事業内容	【積極的支援対象者】 保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定する。原則年1回の初回面接後、3か月以上、定期的に電話や訪問で継続支援を実施する。初回面接からおおよそ1～2か月後に中間評価を実施し、3か月後以降に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う（中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する）	
	【動機付け支援対象者】 原則年1回の初回面接後、3か月後以降に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。	
	【情報提供対象者】 検診結果説明会や訪問・電話等で検診結果説明及び生活習慣改善のため保健指導を実施する。 ・ 共通の指導ツールを使用した保健指導を実施する。 ・ 必要時、積極的支援及び動機付け支援の特定保健指導者は終了後にも状況把握や適宜保健指導を実施する。	
対象者・対象人数	特定保健指導対象者 （積極的支援及び動機付け支援を優先とする）	
実施体制・関係機関	保健師と管理栄養士	
評価指標・目標値		
ストラクチャー	保健指導の内容・質向上のため研修会・勉強会への参加	
プロセス	1. 健診結果説明会の参加率 60% 2. 健診結果返却時の保健師・管理栄養士による保健指導 100%	
事業アウトプット	【項目名】 特定保健指導実施率（法定報告値）	
	開始時	令和11年度
	56.3%	60%
事業アウトカム①	【項目名】 保健指導改善率の向上（町独自集計）	
	開始時	令和11年度
	80.6%	85%
事業アウトカム②	【項目名】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（KDB Expander）	
	開始時	令和11年度
	9.1%	19%
評価時期	ストラクチャー・プロセス：年度末 アウトプット・アウトカム：次年度12月頃	

② 尿中塩分摂取推定量検査事業

実施計画																															
事業目的・目標	1. 減塩による高血圧等の生活習慣病の発症予防・重症化予防。 2. 町民の平均推定塩分量を下げる。 3. 塩分摂取量を視覚化し、町民の減塩意識を高める。																														
事業内容	1. 健診時に尿中塩分摂取推定量検査を実施し、健診結果返却時に減塩の必要性や減塩方法等の保健指導を実施する。 2. 町の塩分摂取量の現状や減塩についての知識の普及																														
対象者・対象人数	町の集団健診受診者 等																														
実施体制・関係機関	協力機関：北海道対がん協会、JA 北海道札幌厚生病院 検査機関：第一岸本臨床検査センター 保健指導：保健師・管理栄養士																														
評価指標・目標値																															
ストラクチャー	結果返却時の保健指導資材の作成																														
プロセス	1. 保健指導実施率 100% 2. 町の塩分摂取量の現状や減塩についての知識の普及 1 回以上																														
事業アウトプット	<table><tr><td colspan="2">【項目名】健診受診者実施率(町独自集計)</td></tr><tr><td>開始時</td><td>令和 11 年度</td></tr><tr><td>90%以上</td><td>100%</td></tr></table>							【項目名】健診受診者実施率(町独自集計)		開始時	令和 11 年度	90%以上	100%																		
【項目名】健診受診者実施率(町独自集計)																															
開始時	令和 11 年度																														
90%以上	100%																														
事業アウトカム	<table><tr><td colspan="8">【項目名】特定健診受診者の平均塩分摂取推定量（町独自集計）</td></tr><tr><td>開始時</td><td>令和 6 年度</td><td>令和 7 年度</td><td>令和 8 年度</td><td>令和 9 年度</td><td>令和 10 年度</td><td colspan="2">令和 11 年度</td></tr><tr><td>9.08 g</td><td>－</td><td>－</td><td>8.7 g</td><td>－</td><td>－</td><td colspan="2">8.5 g</td></tr></table>							【項目名】特定健診受診者の平均塩分摂取推定量（町独自集計）								開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度		9.08 g	－	－	8.7 g	－	－	8.5 g	
【項目名】特定健診受診者の平均塩分摂取推定量（町独自集計）																															
開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度																									
9.08 g	－	－	8.7 g	－	－	8.5 g																									
評価時期	年度末																														

③ 元援 Project

実施計画							
事業目的・目標	1. 健診時に・肥満・高血糖で有所見となる割合が減る。 2. 高血糖と生活習慣（食事・運動）の関係を知り、肥満からくる高血糖の予防・改善するための生活習慣の実践に取り組みことができる。						
事業内容	1. ポピュレーションアプローチ事業 ・主に肥満・高血糖等について、専門職による健康づくり講演会・料理教室等を実施する。 ・事後アンケートを実施し、事業評価を行う。 2. ハイリスクアプローチ事業 ・主に肥満・高血糖等について、生活改善に向けたより詳細に学べる機会として保健師・管理栄養士による健康講話等を実施する（健診結果説明会と同日実施など参加しやすい工夫を行う） ・町独自の高血糖等のリーフレットを作成・配布し、健診結果説明会等の参加者に説明する。 ・事後アンケートを実施し、事業評価を行う。						
対象者・対象人数	【ポピュレーションアプローチ事業】 20歳以上のせたな町民 【ハイリスクアプローチ事業】 特定保健指導対象者・糖尿病性腎症重症化予防対象者等のハイリスク群を含むせたな町民						
実施体制・関係機関	保健師、管理栄養士、国保医療係、外部医療機関等（講演会講師を依頼する場合）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	国保医療係、外部医療機関等との内容及び配布資料等の打ち合わせ 1回以上						
プロセス	1. ハイリスク群への個別周知 1回以上 2. 事後アンケート 事業満足度 100%						
事業アウトプット	【項目名】参加者数の増加（町独自集計） (1) ポピュレーションアプローチ事業 (2) ハイリスクアプローチ事業						
	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) 21名 (2) 20名	—	—	25名 25名	—	—	30名 30名
事業アウトカム①	【項目名】健康意識が変化した参加者の割合（事後アンケート集計） (1) ポピュレーションアプローチ事業 (2) ハイリスクアプローチ事業						
	開始時	令和11年度					
	(1) 94.1% (2) 100%	90%以上 90%以上					
事業アウトカム②	【項目名】HbA1c6.5%以上の割合（KDB Expander）						
	開始時	令和11年度					
	9.2%	8.3%					
事業アウトカム③	【項目名】BMI（25以上）の割合（KDB）						
	開始時	令和11年度					
	39.0 %	30.5%					
評価時期	ストラクチャー・プロセス:事業終了時 アウトプット・アウトカム:次年度12月頃						

(4) 早期発見・特定健診

第2期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題	
#9. 特定健康診査受診率が38.9%で同規模市町村と比較し受診率が低く、自身の健康状態を知らない者がいる。	
第2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】 1. 健康状態不明者【減少】 2. 特定健康診査受診率【向上】	



第2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			
前計画に引き続き、特定健診受診率の向上のため、新規受診者及び継続受診者を増やし、更なる受診勧奨の強化をしていく。健診未受診者として大きな割合を占める「通院あり健診なし」のみなし健診については、勧奨時期や優先順位等を決め、より効果的な勧奨を目指す。特定健診受診率が向上し、健康状態不明者が減ることで自身の健康状態を知る人を増やしていく。 要医療となった者が適切な時期に治療を開始し、継続して医療を受けることができるよう、再勧奨の強化をしていく（詳細は重症化予防（がん以外）の生活習慣病重症化予防事業を参照）			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#9	継続 (統合)	特定健康診査 ※健診未受診者対策・ みなし健診【データ 受領】を統合	対象者：40～74歳のせたな町国保加入者 方法：1. 受診しやすい特定健診の実施 2. 様々な媒体での受診勧奨 3. 町国保病院及び各診療所と連携したみなし健診の実施

① 特定健診

実施計画																					
事業目的・目標	特定健診受診率が向上し、継続して受診することで自身の健康状態を知ることができる。																				
事業内容	1. 受診しやすい特定健診の実施 ・休日健診の実施 ・自己負担額の軽減 ・がん検診との同時受診 ・個別健診の周知強化 2. 様々な媒体での受診勧奨 ・町公式 LINE・町防災行政無線 ・町広報誌・チラシ ・健康づくり推進員 ・保健師及び管理栄養士による架電 ・各データを用いた本人の特性にあった未受診勧奨ハガキ ・新規国民健康保険加入者等へのリーフレット配布 3. 町国保病院及び各診療所と連携したみなし健診の実施 ・定期的に生活習慣病で受診しているデータ受領同意を得られた特定健診対象者の検査データを医療機関から受領する。 ・対象者へみなし健診の個別案内送付 ・訪問・電話による勧奨（優先順位として糖尿病で定期通院されている者） ・健診データ提供依頼書・承諾書の提出先の調整																				
対象者・対象人数	40～74 歳のせたな町国保加入者																				
実施体制・関係機関	町保健師・管理栄養士、町民児童課国保医療係、国保連、（株）キャンサーキャン 健診機関：北海道対がん協会・JA 厚生連札幌厚生病院及び俱知安厚生病院 せたな町立国保病院及び各診療所																				
評価指標・目標値																					
ストラクチャー	1. 他機関との打ち合わせ回数 1 回以上																				
プロセス	1. 町公式 LINE・町行政無線・健康づくり推進員による受診勧奨 健診日程毎 2. 保健師・管理栄養士による架電（1 回以上） 前年度受診者：100％・未受診者：50 件以上 3. 受診勧奨ハガキ発送回数 3 回以上 4. 対象者へみなし健診の個別案内送付 2 回以上																				
事業アウトプット①	【項目名】 特定健診受診率（法定報告値） <table><tr><td>開始時</td><td>令和 6 年度</td><td>令和 7 年度</td><td>令和 8 年度</td><td>令和 9 年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr><tr><td>38.9%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>60%</td></tr></table>							開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度	38.9%	40%	45%	50%	55%	60%	60%
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															
38.9%	40%	45%	50%	55%	60%	60%															
事業アウトプット②	【項目名】 みなし健診データ受領数（町独自集計） <table><tr><td>開始時</td><td>令和 6 年度</td><td>令和 7 年度</td><td>令和 8 年度</td><td>令和 9 年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr><tr><td>62 件</td><td>65 件以上</td><td>〃</td><td>〃</td><td>70 件以上</td><td>〃</td><td>〃</td></tr></table>							開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度	62 件	65 件以上	〃	〃	70 件以上	〃	〃
開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度															
62 件	65 件以上	〃	〃	70 件以上	〃	〃															
事業アウトプット③	【項目名】 特定健診継続率 （特定健診受診率向上支援等共同事業期末報告） <table><tr><td>開始時</td><td>令和 6 年度</td><td>令和 7 年度</td><td>令和 8 年度</td><td>令和 9 年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr><tr><td>78.1%</td><td>80%以上</td><td>〃</td><td>82%以上</td><td>〃</td><td>84%以上</td><td>〃</td></tr></table>							開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度	78.1%	80%以上	〃	82%以上	〃	84%以上	〃
開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度															
78.1%	80%以上	〃	82%以上	〃	84%以上	〃															
事業アウトカム	【項目名】 健康状態不明者の割合 （KDB Expander） <table><tr><td>開始時</td><td>令和 6 年度</td><td>令和 7 年度</td><td>令和 8 年度</td><td>令和 9 年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr><tr><td>21.9%</td><td>21%</td><td>20%</td><td>19%</td><td>18%</td><td>17%</td><td>16.5%</td></tr></table>							開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度	21.9%	21%	20%	19%	18%	17%	16.5%
開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度															
21.9%	21%	20%	19%	18%	17%	16.5%															
評価時期	ストラクチャー及びプロセス：各年度末 アウトプット①：次年度 10 月頃（法定報告） アウトプット②③：次年度 6 月頃 アウトカム：次年度 12 月末（KDB Expander 提供）																				

(5) 健康づくり・社会環境体制整備

第2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	
# 6. メタボ該当者及び予備群が多い # 7. 血糖（HbA1c・空腹時血糖）が高い # 8. eGFR の俣所見者の割合が高い（男女） # 10 運動習慣のある人が少ない # 11 正しい食生活を送れていない人が多い（間食・早食い・就寝前夕食）	
第2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	
1. 運動習慣のない者の割合【減少】 2. 食生活が正しく送れていない者の割合（間食）【減少】（保健事業で展開しやすい間食を選択） 3. HbA1c6.5%以上の割合【減少】 4. I 度高血圧（拡張期 140・収縮期 90）以上の割合【減少】 5. LDL コレステロール 140mg/dl 以上の割合【減少】 6. メタボ該当者割合【減少】 7. メタボ予備群該当者割合【減少】 8. BMI（25 以上）の割合【減少】	



第2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			
前計画に引き続き、各種健康づくり事業を実施し、正しい生活習慣について普及啓発を行って行く。また、健診や健康づくり事業に参加することで特典を付与し、町民 1 人ひとりが主体的に健康づくりに取り組めるよう促していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 6 # 7 # 8 # 11	継続 (再開)	ヘルシー料理教室	対象者：特定保健指導対象者、生活習慣病の方、健康と食事に関心のある方 方法： 1. 改善させたい状態（高血糖等）の内容を決める。 2. 対象者へ個別及び回覧等で周知する。 3. 病態の講話及び調理実習を行う。
# 10	継続	運動教室ほそみどり	対象者：肥満予防・解消のため、運動できる方（特定保健指導対象者を含む） 方法：有酸素運動、筋トレ、ストレッチを実施する。
# 3 # 9 # 10	継続	健康こつこつポイント事業	対象者：健診や健康づくり事業等の参加者で、希望する者 方法： 1. ポイントカードを発行し、健診受診や健康づくりの事業に参加する毎にポイントを付与する。 2. 達成ポイントに応じて、せたな町商工会商品券と交換する。 3. ポイント交換申請の際には、事業の評価指標となるようなアンケートを実施する。

① ヘルシー教室

実施計画		
事業目的・目標	生活習慣病と食習慣の関係を知り、生活習慣病の予防・改善するための食習慣の実践に取り組むことができる。	
事業内容	1. 改善させたい病態・食習慣を決め、病態の講話及び生活に取り入れやすい身近な食材や簡単調理のメニューでの調理実習を実施する。 2. 各区で夜間開催。 3. 事後アンケートを実施し、事業評価を行う。	
対象者・対象人数	特定保健指導対象者、生活習慣病の方、健康と食事に関心のある方	
実施体制・関係機関	管理栄養士・保健師	
評価指標・目標値		
ストラクチャー	内容及び資料作成のため、係内打ち合わせ 1 回以上	
プロセス	1. 周知回数 1 回以上 2. 事後アンケート 事業満足度 100%	
事業アウトプット	【項目名】参加者数（町独自集計）	
	開始時（R3）	令和 11 年度
	13 人	30 人以上
事業アウトカム①	【項目名】食習慣と病態の関係の理解（事後アンケート集計）	
	開始時	令和 11 年度
	－	100%
事業アウトカム②	【項目名】食習慣の改善に取り組むきっかけとなった参加者の割合（事後アンケート集計）	
	開始時	令和 11 年度
	－	60%以上
評価時期	事業終了後	

② 運動教室ほそみどり

実施計画		
事業目的・目標	1. 肥満の解消や予防のために運動が必要であることを理解する。 2. 内蔵脂肪の燃焼や筋肉量をあげる運動習慣を習得し、継続できる。	
事業内容	1. 有酸素運動、筋トレ、ストレッチ等を複数回 1 クールとし継続した運動を実施する。 2. 初回時に個人目標を設定し 1 クール終了後、参加後の目標達成度を評価する。 3. 事後アンケートを実施し、事業評価を行う。	
対象者・対象人数	特定保健指導対象者を含むせたな町民	
実施体制・関係機関	保健師、依頼講師	
評価指標・目標値		
ストラクチャー	1. 依頼講師等との打ち合わせ 1 回以上 2. 提供資料の作成（継続できる運動・ストレッチ等）	
プロセス	1. 事業認知度を上げるため、ポスター・広報等での周知 1 回以上 2. 事後アンケート 家でも続けられそうな運動だと答えた割合 100%	
事業アウトプット	【項目名】参加者数（新規人数／実人数）（町独自集計）	
	開始時	令和 11 年度
	12 人/30 人	開始時より増加
事業アウトカム	【項目名】事後アンケートで家でも運動を継続して実施したと回答する割合 《町独自集計》	
	開始時	令和 11 年度
	-	70%
評価時期	事業終了後	

③ 健康こつこつポイント事業

実施計画		
事業目的・目標	特典を付与することにより、町民1人ひとりが主体的に健康づくりに取り組むことで、健康の維持増進につながり、医療費の削減及び介護予防につながることを目的とする。	
事業内容	1. 各種健診・健康づくり事業に参加者で希望する方にポイントカードを発行し、事業等に参加する毎にポイントを付与する 2. 達成ポイントに応じて、せたな町商工会商品券と交換する（7p t：500 円 10p t：1,000 円） 3. ポイント交換申請の際には、事業の評価指標となるようなアンケートを実施する	
対象者・対象人数	18 歳以上の町民	
実施体制・関係機関	管理栄養士・保健師	
評価指標・目標値		
ストラクチャー	1. ポイント交換申請の際に、事業の評価指標となるようなアンケートを実施 2. ポイント付与対象事業の拡大等の調整	
プロセス	事業の認知度を上げるため、事業内容について町広報などで周知する 1 回以上	
事業アウトプット①	【項目名】ポイントカード発行数（町独自集計）	
	開始時	令和 11 年度
	225 枚	250 枚以上
事業アウトプット②	【項目名】ポイント交換申請者数（町独自集計）	
	開始時	令和 11 年度
	22 名（7p） 11 名（10p）	27 名 14 名
事業アウトカム	【項目名】ポイント交換申請者の中で、健康こつこつポイント事業が健康づくり事業参加のきっかけとなった方の割合（ポイント交換申請時のアンケート結果）	
	開始時	令和 11 年度
	87.5%	維持
評価時期	年度末	

(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
#3. 1人当たり医療費・受診率では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い。 #14. 後期世代の外来での疾患は糖尿病・高血圧症が上位であり、入院は生活習慣重症化疾患である脳梗塞・慢性腎臓病・狭心症がある。
第2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
重症化予防と同様、新規人工透析患者・虚血性心疾患・脳血管疾患の発生の抑制を目標とし、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。



第2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			
支援が必要な者が適切な支援が受けられるよう、健康状態不明者の把握をしていく。また、フレイル予防の健康教育を実施し、介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#3 #14	継続	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施推進事業	対象者：75歳以上のせたな町住民 方法： 1. 健康状態不明者の把握 2. 通いの場等でのフレイル予防

① 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施推進事業

実施計画		
事業目的・目標	1. 地域の現状を把握し、高齢者フレイル予防を行う。 2. 健康状態不明者に訪問をして必要時健診・医療・介護サービスに繋げる。	
事業内容	【健康状態不明者の把握】 1. KDB で抽出した医療及び、健診未受診者への訪問実施。 2. 質問票を実施し、必要時医療への受診・介護サービス及び健診勧奨を行う。 【通いの場等でのフレイル予防】 1. 老人クラブ等に出向き、質問票を実施。 2. 質問票からフレイルに該当する方へはフレイル予防に関する健康相談を実施する。 3. 健康相談実施後、参加者全員にフレイル予防についての健康教育を実施する。	
対象者・対象人数	【健康状態不明者訪問事業】 前年度医療及び健診未受診の健康状態不明者 【通いの場等でのフレイル予防】 老人クラブ参加者等の通いの場利用者	
実施体制・関係機関	保健師及び管理栄養士、地域包括支援センター	
評価指標・目標値		
ストラクチャー	1. 健康状態不明者の選定 2. フレイル予防の内容の選定	
プロセス	1. 健康状態不明者への介入率 60%以上 2. フレイル予防の健康教育 老人クラブでの実施 1回以上	
事業アウトプット	【項目名】必要な方が介入後に医療・各種サービス・健診等につながった割合（町独自集計）	
	開始時	令和 11 年度
	8%	50%以上
評価時期	年度末	

(7) 医療費適正化

第2期計画における医療費適正化に関連する健康課題
#3. 1人当たり医療費では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い
第2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
【中・長期目標】 1. 総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合減少 2. 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 3. 総医療費に占める慢性腎臓病（透析あり）の医療費の割合減少
▼
第2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
各保健事業等の実施により生活習慣病予防・重症化予防をし、随時、重複服薬や多剤服薬等の指導により医療費適正化を目指す。

第6章 計画の評価・見直し

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

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

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

(2) データヘルス計画の評価・見直し

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

2 評価方法・体制

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

第7章 計画の公表・周知

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

第8章 個人情報の取扱い

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

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

第9章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 背景・趣旨

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

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

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

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

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

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

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

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

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

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

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

図表 50：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

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

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

(3) 計画期間

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

2 第3期計画における目標達成状況

(1) 全国の状況

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

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

図表 51：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

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

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

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

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

図表 52：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

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

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

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

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

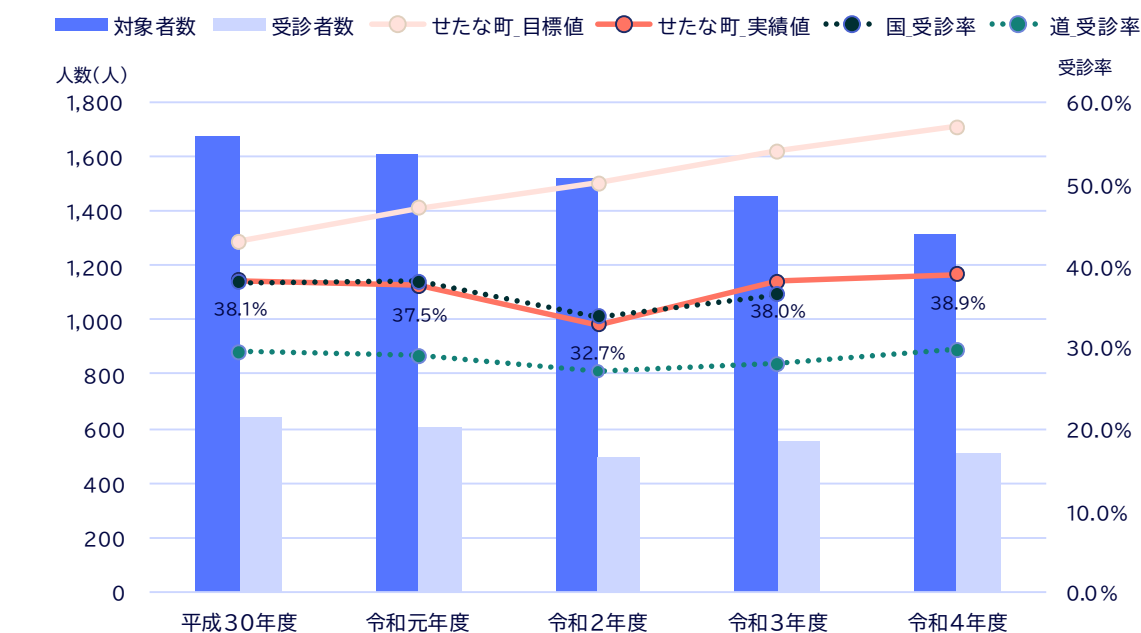
(2) せたな町の状況

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 38.9%となっており、道よりも高い。

前期計画中の推移をみると令和 4 年度の特定健診受診率は 38.9%で、平成 30 年度の特定健診受診率 38.1%と比較すると 0.8 ポイント上昇している。国や道の推移をみると、平成 30 年度と比較して令和 3 年度の特定健診受診率は低下している。

図表 53：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	せたな町_目標値	43.0%	47.0%	50.0%	54.0%	57.0%	60.0%
	せたな町_実績値	38.1%	37.5%	32.7%	38.0%	38.9%	-
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	-
特定健診対象者数（人）		1,673	1,604	1,515	1,454	1,311	-
特定健診受診者数（人）		637	602	496	553	510	-

※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）

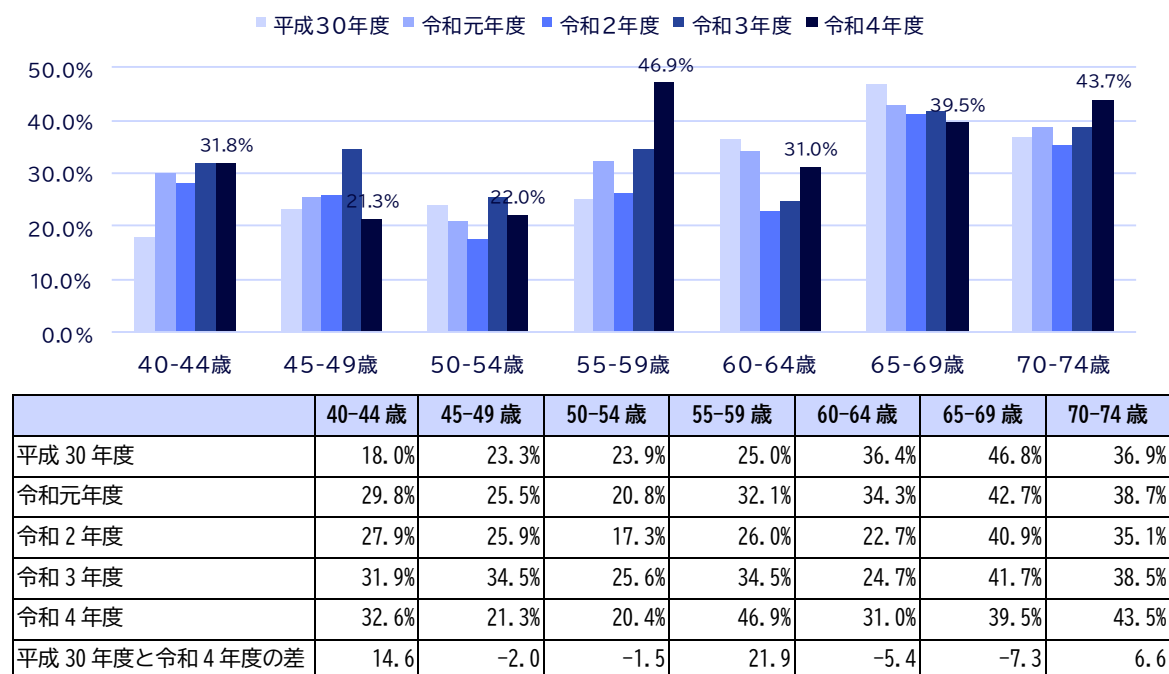
【出典】目標値：前期計画

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）

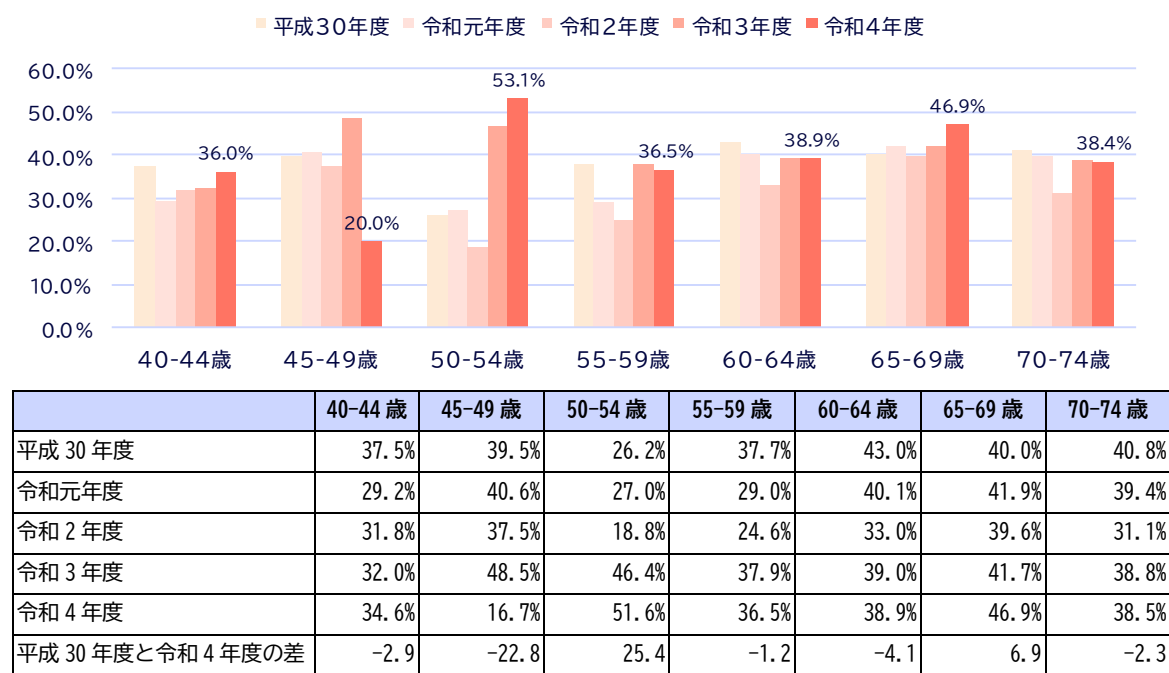
② 性別年代別 特定健診受診率

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、65-69 歳で最も低下している。女性では 50-54 歳で最も伸びており、45-49 歳で最も低下している。

図表 54：年齢階層別_特定健診受診率_男性



図表 55：年齢階層別_特定健診受診率_女性



【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

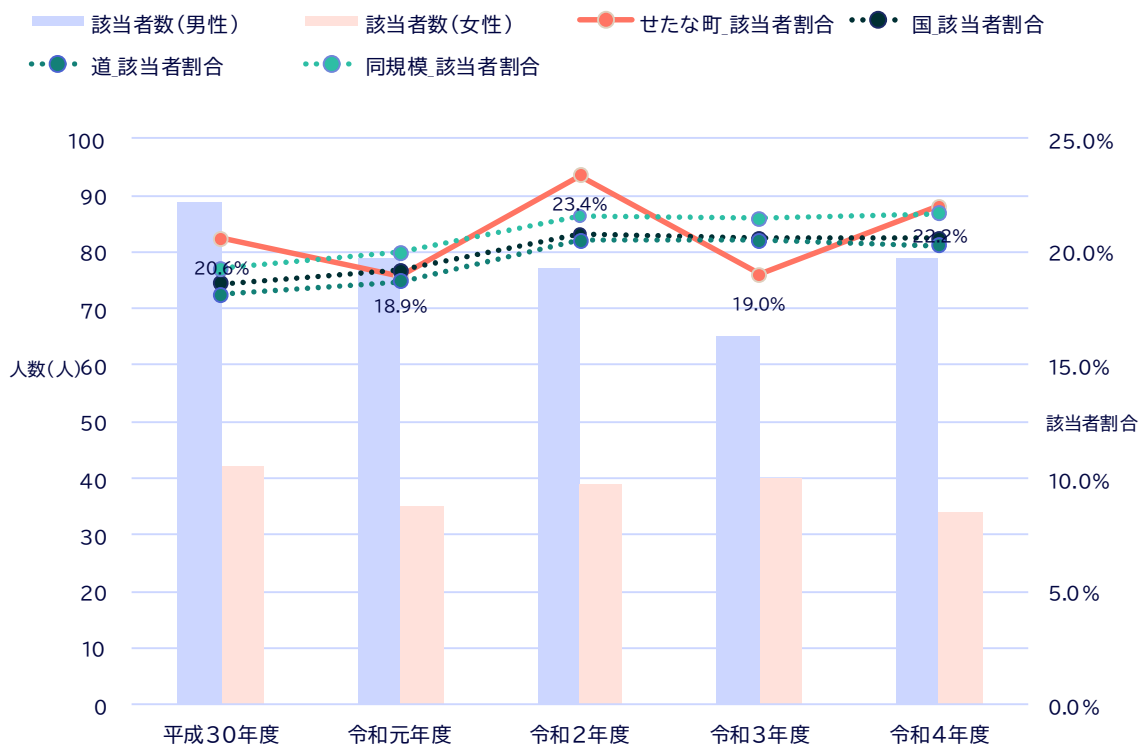
③ メタボ該当者数の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

令和4年度におけるメタボ該当者数は113人で、特定健診受診者の22.2%であり、国・道より高い。

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

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

図表 56：特定健診受診者におけるメタボ該当者数



メタボ該当者	平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合
せたな町	131	20.6%	114	18.9%	116	23.4%	105	19.0%	113	22.2%
男性	89	32.1%	79	29.3%	77	33.6%	65	26.3%	79	33.6%
女性	42	11.7%	35	10.5%	39	14.6%	40	13.1%	34	12.4%
国	-	18.6%	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
道	-	18.1%	-	18.7%	-	20.5%	-	20.5%	-	20.3%
同規模	-	19.3%	-	20.0%	-	21.6%	-	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

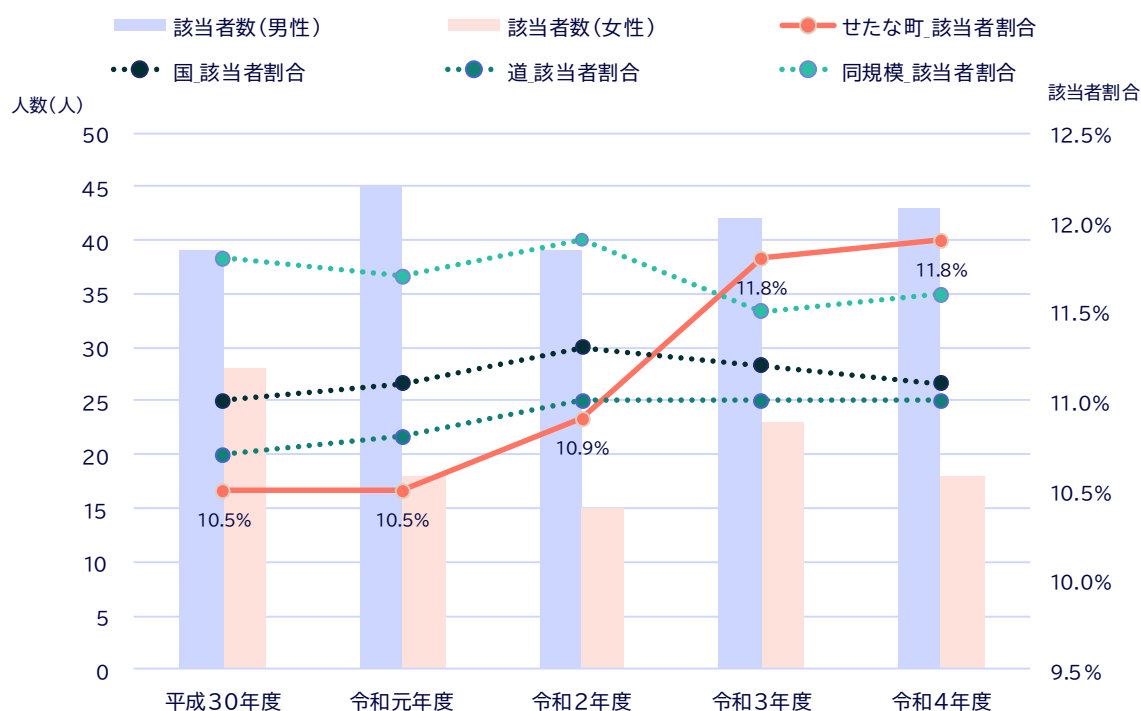
④ メタボ予備群該当者数の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は60人で、特定健診受診者における該当者割合は11.8%で、国・道より高い。

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

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

図表 57：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数



メタボ予備群 該当者	平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合
せたな町	67	10.5%	63	10.5%	54	10.9%	65	11.8%	60	11.8%
男性	39	14.1%	45	16.7%	39	17.0%	42	17.0%	42	17.9%
女性	28	7.8%	18	5.4%	15	5.6%	23	7.5%	18	6.5%
国	-	11.0%	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
道	-	10.7%	-	10.8%	-	11.0%	-	11.0%	-	11.0%
同規模	-	11.8%	-	11.7%	-	11.9%	-	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	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	85 cm (男性)	以下の追加リスクのうち 1 つ該当
	90 cm (女性) 以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖 110mg/dL 以上 (空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上)
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dL 以上、または HDL コレステロール 40mg/dL 未満

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

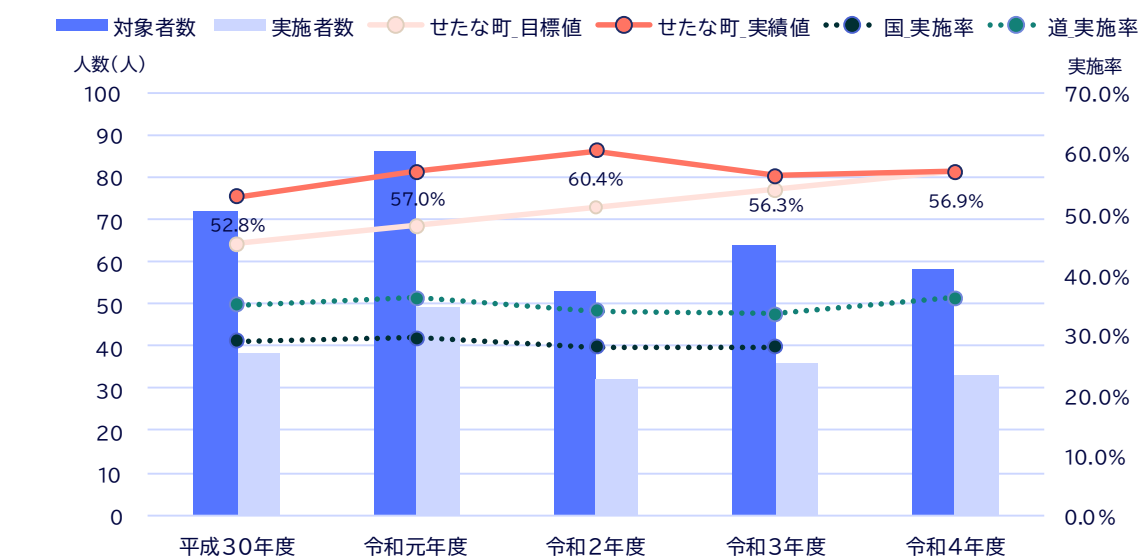
⑤ 特定保健指導実施率の経年推移及び国・北海道との比較

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 56.9%となっており、道よりも高い。

前期計画中の推移をみると、令和 4 年度の実施率は、平成 30 年度の実施率 52.8%と比較すると 4.1 ポイント上昇している。

積極的支援では令和 4 年度は 52.4%で、平成 30 年度の実施率 40.9%と比較して 11.5 ポイント上昇し、動機付け支援では令和 4 年度は 62.2%で、平成 30 年度の実施率 60.0%と比較して 2.2 ポイント上昇している。

図表 58：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	せたな町_目標値	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
	せたな町_実績値	52.8%	57.0%	60.4%	56.3%	56.9%	-
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	-
特定保健指導対象者数 (人)		72	86	53	64	58	-
特定保健指導実施者数 (人)		38	49	32	36	33	-

【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 59：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
積極的支援	実施率	40.9%	47.1%	45.5%	45.5%	47.6%
	対象者数 (人)	22	17	11	11	21
	実施者数 (人)	9	8	5	5	10
動機付け支援	実施率	60.0%	59.4%	66.7%	58.5%	62.2%
	対象者数 (人)	50	69	42	53	37
	実施者数 (人)	30	41	28	31	23

※対象者数・実施者数のずれは法定報告値と KDB 帳票の差によるもの

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

(3) 国の示す目標

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

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

図表 60：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) せたな町の目標

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する。

図表 61：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	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

図表 62：その他の目標値

	令和11年度
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.0%
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率	25.0%

3 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

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

対象者は世帯な町国保加入者で、当該年度に 40 歳から 74 歳となる人である。

② 実施期間・実施場所

集団健診は、おおそ 4 月から 1 月にかけて実施する。実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し、選定する。

個別健診は、4 月から 3 月にかけて実施する。

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

③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、「基本的な健診項目」を基本としますが、今までの健診結果や未受診者アンケート結果等から、「詳細な健診項目」「保険者が必要とする項目」についても全員実施とする。

図表 63：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自他覚症状） ・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	・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
保険者が必要とする項目	・尿酸検査 ・尿検査（塩分摂取量）

【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）に保険者が必要とする項目を追加

④ 実施体制

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

⑤ 健診結果の通知方法

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

個別の特定健診受診者については、実施医療機関が対象者に結果通知表を郵送する。

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

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

また、定期的に医療機関で検査をしている者などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映する。

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

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

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

図表 64：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	動機付け支援	
上記以外で BMI≧25kg/m ²	3 つ該当	なし/あり	積極的支援	
	2 つ該当	あり	積極的支援	
	2 つ該当	なし	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 HbA1c 5.6% 以上
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	空腹時中性脂肪 150mg/dL 以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪 175mg/dL 以上）、 または HDL コレステロール 40mg/dL 未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）

② 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施するが、効率的、効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行う。具体的には、積極的支援及び動機付け支援対象者を重点対象とする。

③ 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施する。

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

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

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

④ 実施体制

特定保健指導については、当面、外部委託は行わない。ただし、必要に応じて評価及び集計などの一部を外部委託する場合がある。

4 その他

(1) 計画の公表・周知

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

また、特定健診及び特定保健指導については、せたな町のホームページ等への掲載などにより、普及啓発に努める。

(2) 個人情報の保護

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

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

(3) 実施計画の評価・見直し

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

実施中は、設定した目標値の達成状況を1年ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。また、その結果はせたな町国民健康保険運営協議会に報告する。

(4) がん検診等との連携

町が実施する「各種がん検診等」は町民の利便性を考慮しながら、特定健康診査と同時に実施します。

(5) 後期高齢者への対応

75歳以上の特定健康診査は、医療保険者である北海道後期高齢者医療広域連合からの委託を受け、同時に実施します。

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、食前後で変動する。空腹時血糖は食後 10 時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDB システム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の 1 つで、75 歳以上の人、そして 65 歳から 74 歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める 65 歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。

行	No.	用語	解説
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するとき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つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、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者数と実際に観察された死者数を比較するもの。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護 2 以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0 歳の人が必要介護 2 の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では 0 歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビン A (HbA) にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。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。