

津奈木町国民健康保険

第3期 データヘルス計画

第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）



令和6年3月
熊本県津奈木町

目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	2
3 計画期間.....	8
4 実施体制・関係者連携.....	8
(1) 市町村国保の役割.....	8
(2) 関係機関との連携.....	9
(3) 被保険者の役割.....	9
第2章 現状の整理.....	10
1 津奈木町の特性.....	10
(1) 人口動態.....	10
(2) 平均余命・平均自立期間.....	11
(3) 産業構成.....	12
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）.....	12
(5) 被保険者構成.....	12
2 前期計画等に係る考察.....	13
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察.....	13
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察.....	15
3 保険者努力支援制度.....	18
(1) 保険者努力支援制度の得点状況.....	18
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出.....	19
1 死亡の状況.....	20
(1) 死因別の死亡者数・割合.....	20
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）.....	21
2 介護の状況.....	23
(1) 要介護（要支援）認定者数・割合.....	23
(2) 介護給付費.....	23
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況.....	24
3 医療の状況.....	25
(1) 医療費の3要素.....	25
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率.....	27
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率.....	30
(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率.....	32
(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況.....	34
(6) 高額なレセプトの状況.....	35
(7) 長期入院レセプトの状況.....	36
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況.....	37
(1) 特定健診受診率.....	37
(2) 有所見者の状況.....	39
(3) メタボリックシンドロームの状況.....	41
(4) 特定保健指導実施率.....	44
(5) 受診勧奨対象者の状況.....	45

(6) 質問票の状況.....	49
5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況.....	51
(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成.....	51
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況.....	51
(3) 保険種別の医療費の状況.....	52
(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率.....	53
(5) 後期高齢者の健診受診状況.....	53
(6) 後期高齢者における質問票の回答状況.....	54
6 その他の状況.....	55
(1) 重複服薬の状況.....	55
(2) 多剤服薬の状況.....	55
(3) 後発医薬品の使用状況.....	56
(4) 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率.....	56
7 健康課題の整理.....	57
(1) 健康課題の全体像の整理.....	57
(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題.....	59
(3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題.....	59
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	60
第5章 保健事業の内容.....	61
1 保健事業の整理.....	61
(1) 重症化予防.....	61
(2) 生活習慣病発症予防・保健指導.....	74
(3) 早期発見・特定健診.....	75
(4) その他保健事業.....	76
第6章 計画の評価・見直し.....	79
1 評価の時期.....	79
(1) 個別事業計画の評価・見直し.....	79
(2) データヘルス計画の評価・見直し.....	79
2 評価方法・体制.....	79
第7章 計画の公表・周知.....	79
第8章 個人情報の取扱い.....	79
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	80
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	81
1 計画の背景・趣旨.....	81
(1) 計画策定の背景・趣旨.....	81
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向.....	82
(3) 計画期間.....	82
2 第3期計画における目標達成状況.....	83
(1) 全国の状況.....	83
(2) 津奈木町の状況.....	84
(3) 国の示す目標.....	89

(4) 津奈木町の目標	89
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	90
(1) 特定健診	90
(2) 特定保健指導	93
4 その他	98
(1) 計画の公表・周知	98
(2) 個人情報の保護	98
参考資料 用語集.....	99

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、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・改善等を行うことが求められています。

またその後、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、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、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 改革行程表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正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本町の課題等を踏まえ、津奈木町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

2 計画の位置づけ

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

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

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。(図表1-2-1-1)

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表1-2-1-1・図表1-2-1-5)

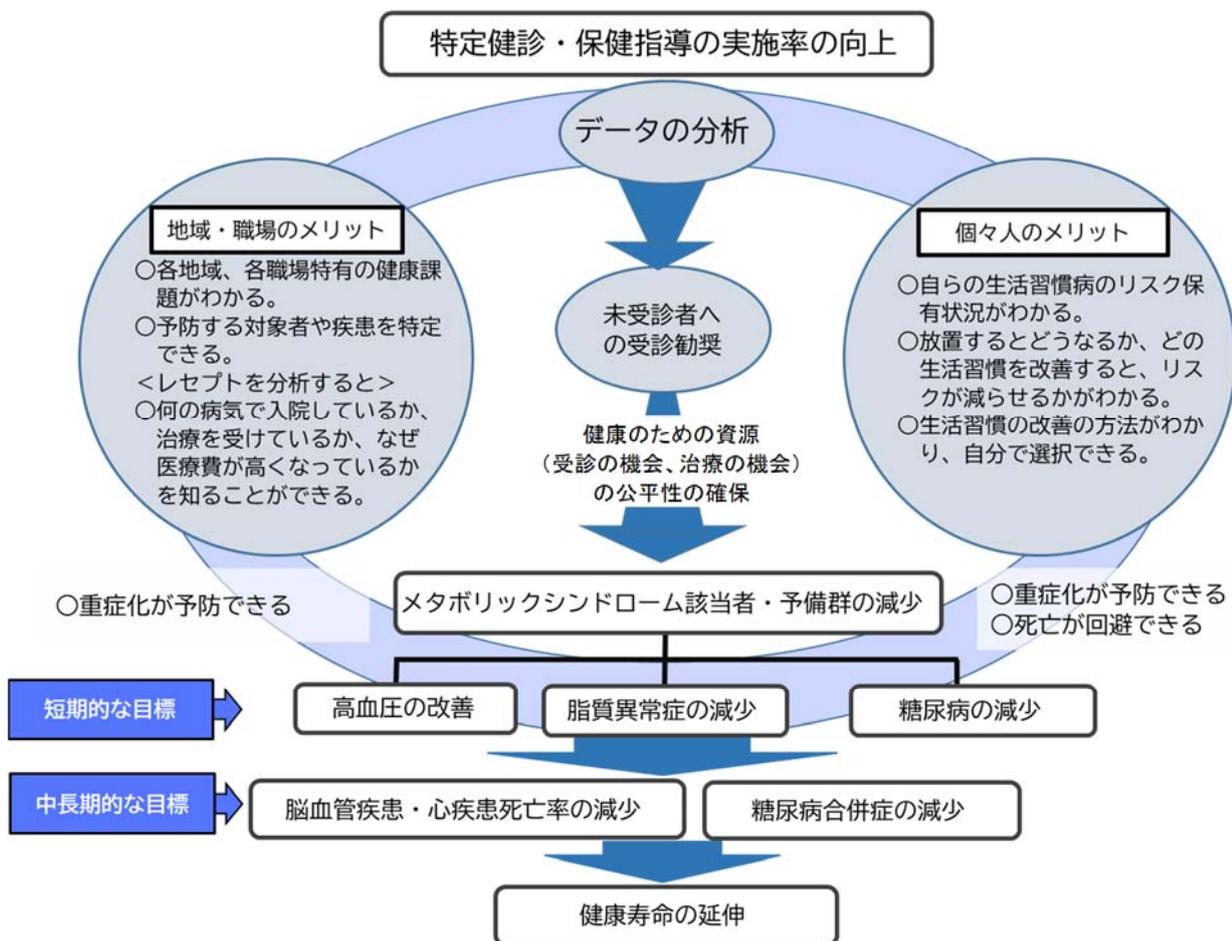
津奈木町では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

図表1-2-1-1：データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

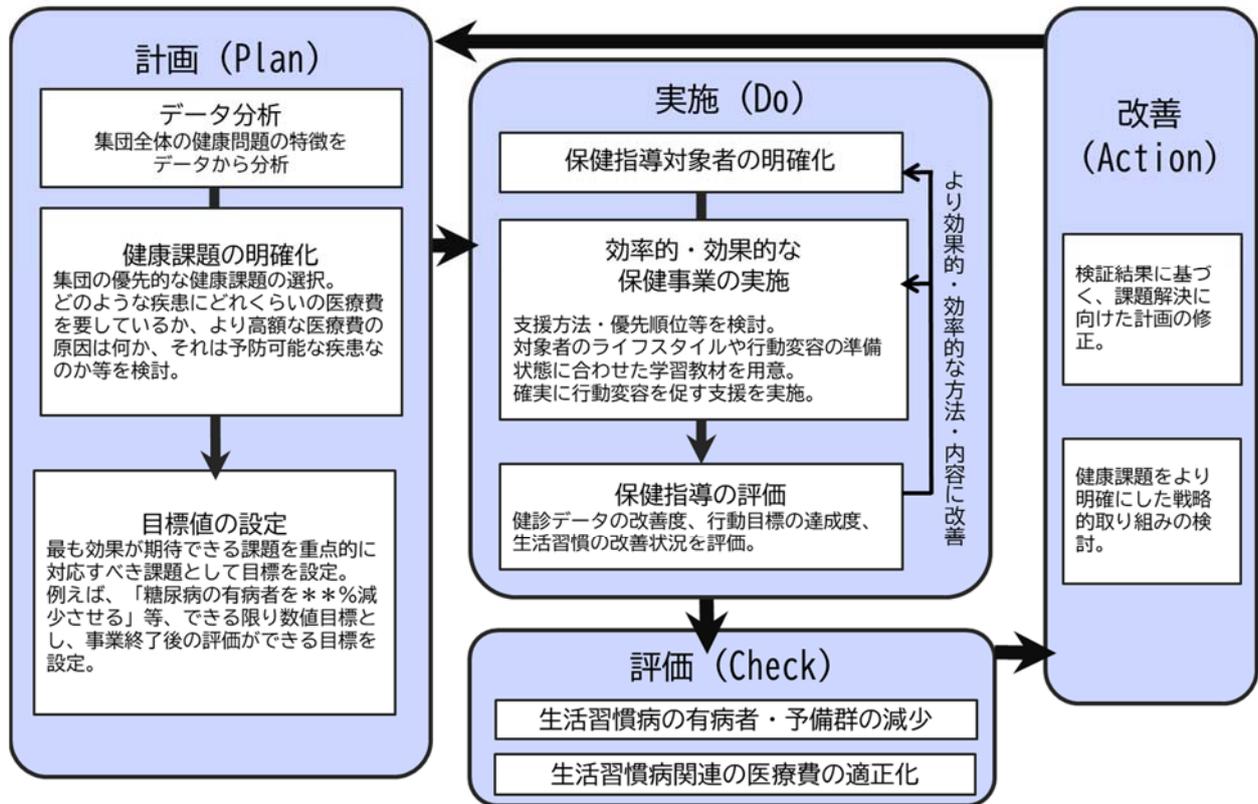
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業 の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適 切かつ有効な実施を図るための基本 的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円 滑な実施を確保するための基本的な 指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生 活できる持続可能な社会の実現に 向け、誰一人取り残さない健康づ くりの展開とより実効性を持つ取 組の推進を通じて、国民の健康の 増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDC Aサイクルに沿った効果的かつ 効率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保 健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域条件等の 実情を考慮し、特定健康診査の効率 的かつ効果的に実施するための計画 を作成。	持続可能な運営を確保するため、保 険者・医療関係者等の協力を得なが ら、住民の健康保持・医療の効率的 な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、 地域で切れ目のない医療の提供、良 質かつ適切な医療を効率的に提供す る体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サー ビス提供体制の確保及び地域支援事 業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老前期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質稀薄症、 パーキンソン病、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、 アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c 8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③入さし医療 ④産前産後医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等		保健事業支援、評価委員会(事務局：国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表1-2-1-2：特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

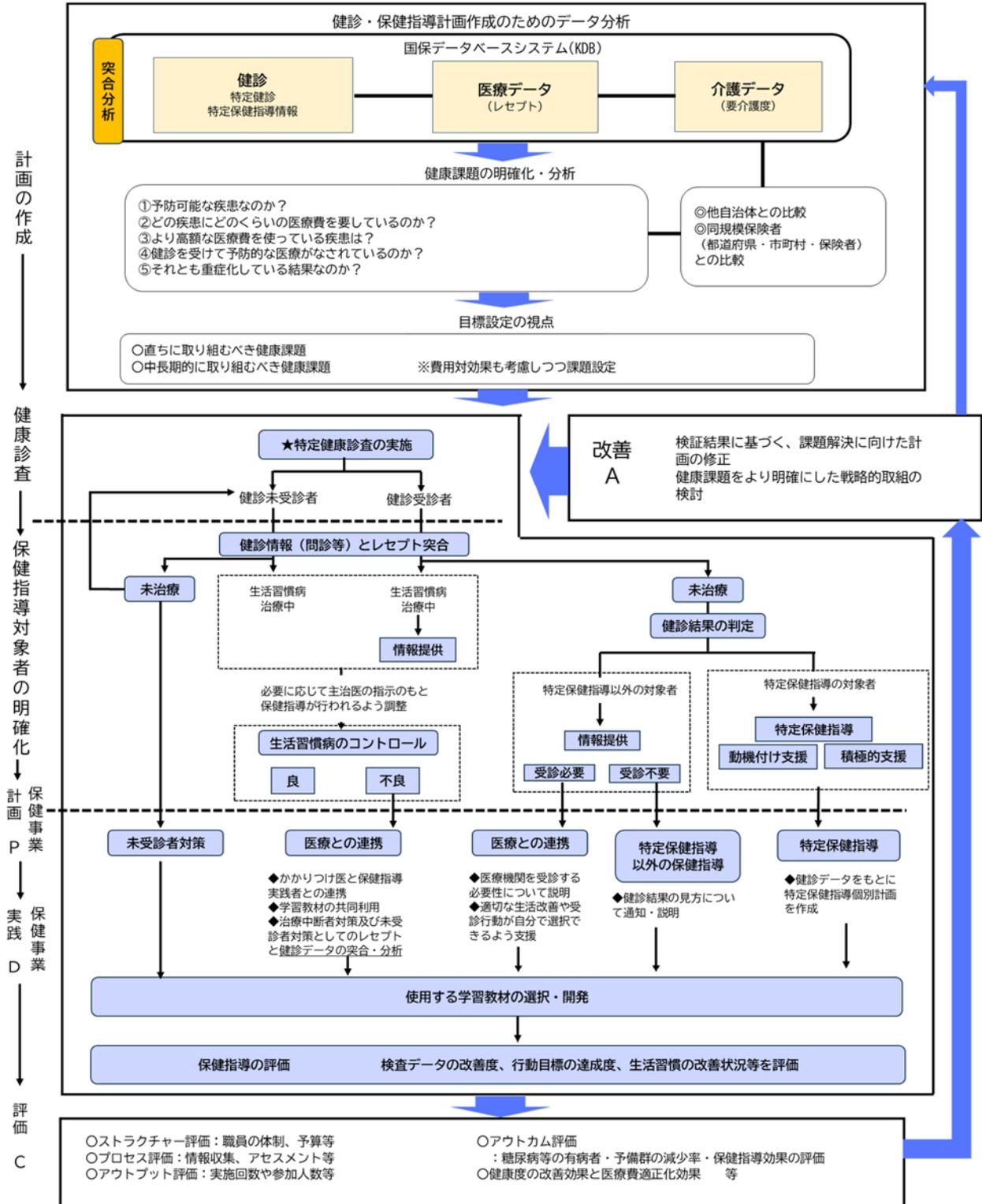
特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動
 ～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～



図表1-2-1-3：保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



図表1-2-1-4：生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ



【参考】標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5

図表1-2-1-5：標準的な健診・保健指導プログラム（H30年度版）における基本的な考え方（一部改変）

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量) 評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果) 評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

3 計画期間

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

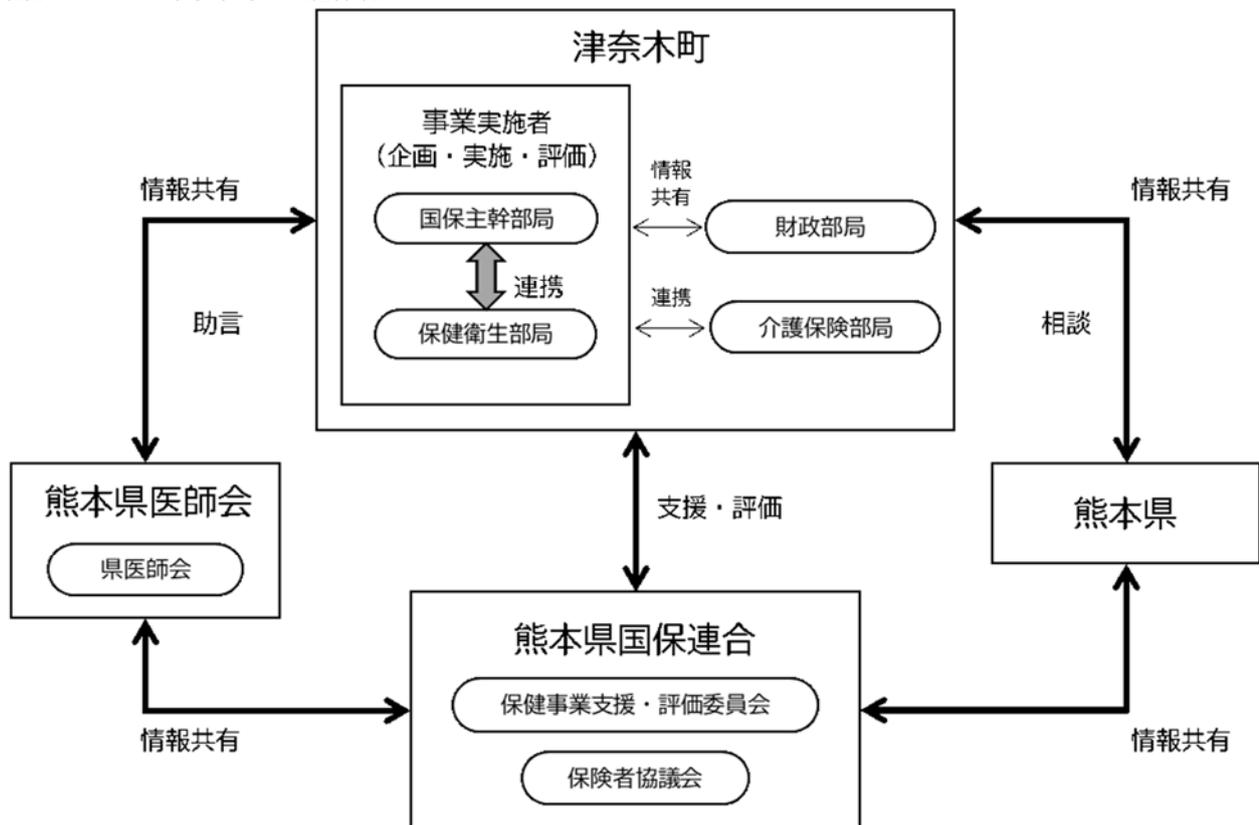
4 実施体制・関係者連携

(1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局・介護保険部局（ほけん福祉課保険班）、保健衛生部局・生活保護部局（ほけん福祉課福祉班）、財政部局（総務課）、とも十分連携を図ることとします。（図表1-4-1-1）

図表1-4-1-1：津奈木町の実施体制



さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携、協力します。

また、熊本県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、熊本県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、熊本県が熊本県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と熊本県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

(3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行いました。

第2章 現状の整理

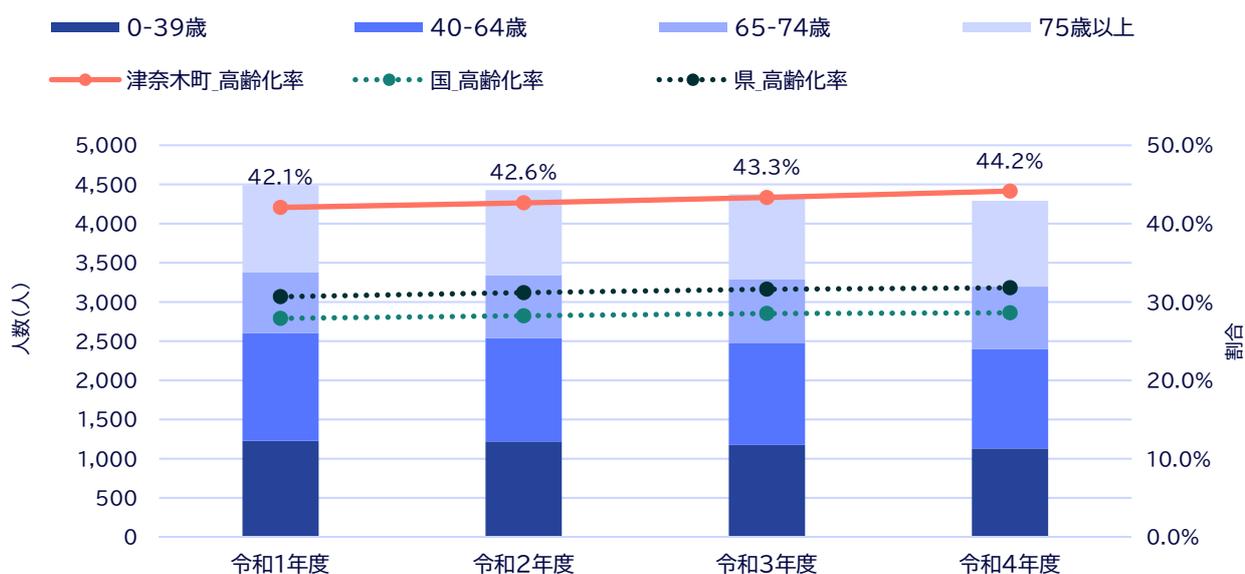
1 津奈木町の特性

(1) 人口動態

津奈木町の人口をみると（図表2-1-1-1）、令和4年度の人口は4,292人で、令和1年度（4,488人）以降196人減少しています。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は44.2%で、令和1年度の割合（42.1%）と比較して、2.1ポイント上昇しています。国や県と比較すると、高齢化率が高いです。

図表2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	1,228	27.4%	1,219	27.5%	1,174	26.8%	1,130	26.3%
40-64歳	1,372	30.6%	1,320	29.8%	1,305	29.8%	1,267	29.5%
65-74歳	780	17.4%	802	18.1%	811	18.5%	799	18.6%
75歳以上	1,108	24.7%	1,086	24.5%	1,085	24.8%	1,096	25.5%
合計	4,488	-	4,427	-	4,375	-	4,292	-
津奈木町_高齢化率	42.1%		42.6%		43.3%		44.2%	
国_高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
県_高齢化率	30.7%		31.2%		31.6%		31.8%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

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

(2) 平均余命・平均自立期間

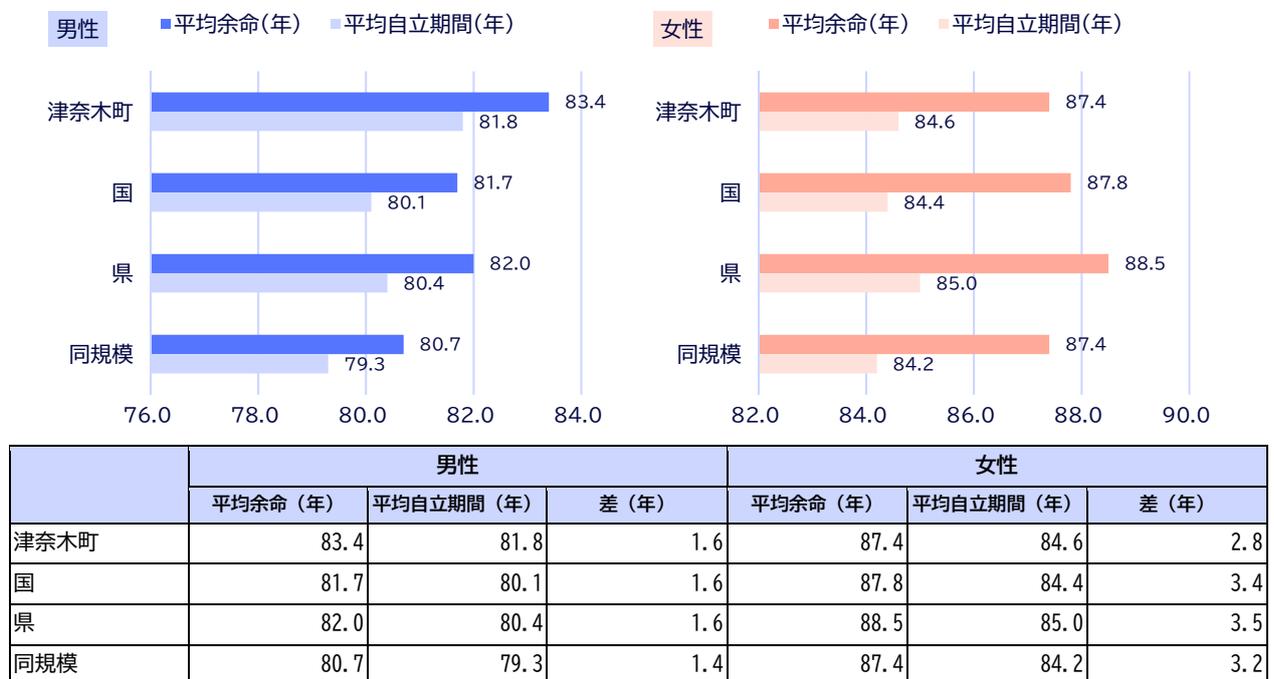
男女別に平均余命（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は83.4年で、国・県より長いです。国と比較すると、+1.7年です。女性の平均余命は87.4年で、国・県より短いです。国と比較すると、-0.4年です。

男女別に平均自立期間（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均自立期間は81.8年で、国・県より長です。国と比較すると、+1.7年です。女性の平均自立期間は84.6年で、県より短いですが、国より長いです。国と比較すると、+0.2年です。

令和4年度における平均余命と平均自立期間の推移（図表2-1-2-2）をみると、男性ではその差は1.6年で、令和1年度と比較して拡大しています。女性ではその差は2.8年で、令和1年度以降ほぼ一定で推移しています。

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

図表2-1-2-1：平均余命・平均自立期間



【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

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

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す

図表2-1-2-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
令和1年度	81.8	80.5	1.3	88.2	85.4	2.8
令和2年度	84.3	82.6	1.7	87.6	84.4	3.2
令和3年度	84.2	82.6	1.6	86.9	84.1	2.8
令和4年度	83.4	81.8	1.6	87.4	84.6	2.8

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

(3) 産業構成

産業構成の割合（図表2-1-3-1）をみると、国と比較して第一次産業比率が高く、県と比較して第一次産業及び第二次産業比率が高いです。

図表2-1-3-1：産業構成

	津奈木町	国	県	同規模
一次産業	18.3%	4.0%	9.8%	22.3%
二次産業	22.4%	25.0%	21.1%	20.6%
三次産業	59.3%	71.0%	69.1%	57.2%

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

※KDBシステムでは国勢調査をもとに集計している

(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）

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

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

（千人当たり）	津奈木町	国	県	同規模
病院数	0.0	0.3	0.5	0.3
診療所数	3.5	4.0	3.8	3.5
病床数	0.0	59.4	84.9	21.4
医師数	1.7	13.4	14.0	3.2

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

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

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

(5) 被保険者構成

被保険者構成をみると（図表2-1-5-1）、令和4年度における国保加入者数は1,113人で、令和1年度の人数（1,218人）と比較して105人減少しています。国保加入率は25.9%で、国・県より高いです。

65歳以上の被保険者の割合は54.2%で、令和1年度の割合（50.3%）と比較して3.9ポイント増加しています。

図表2-1-5-1：被保険者構成

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
0-39歳	191	15.7%	185	15.5%	171	14.6%	157	14.1%
40-64歳	414	34.0%	394	32.9%	379	32.3%	353	31.7%
65-74歳	613	50.3%	618	51.6%	625	53.2%	603	54.2%
国保加入者数	1,218	100.0%	1,197	100.0%	1,175	100.0%	1,113	100.0%
津奈木町_総人口	4,488		4,427		4,375		4,292	
津奈木町_国保加入率	27.1%		27.0%		26.9%		25.9%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	23.3%		23.1%		22.4%		21.6%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

KDB帳票 S21_006-被保険者構成 令和1年から令和4年 年次

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

2 前期計画等に係る考察

(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

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

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

	項目名	開始時	目標値	実績値						指標評価
				平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
成果目標	一人当たり医療費の減少（円）	39,671	30,000	46,244	40,995	36,476	40628	36,429		B
中長期目標	レセプトに占める入院の割合の減少（%）	45.7	40.0	49.0	43.3	38.6	42.7	40.1		B
	新規 脳血管疾患患者数（人）	7	5	30	25	16	19	20		D
	新規 虚血性心疾患患者数（人）	22	18	36	36	23	23	28		D
	新規 人工透析患者数（人）	0	0	1	0	0	1	2		C
	高額（80万円）以上のレセプト脳血管疾患患者数（人）	0	0	2	2	2	4	3		C
	高額（80万円）以上のレセプト虚血性心疾患患者数（人）	4	4	2	2	4	1	0		A
	人工透析患者数	7	7	11	12	10	9	9		C
短期目標	特定健診受診率（%）	39.6	60.0	48.0	56.6	57.1	54.1	52.5	集計中	
	特定保健指導実施率（%）	45.7	60.0	36.4	18.2	29.2	56.8	43.8		
	特定保健指導対象者の減少率（%）	11.4	25.0	10.4	10.0	11.3	12.8	20.5		
	メタボリックシンドローム・予備群の割合（%）	30.4	25.0	35.5	37.2	37.2	38.6	34.8		
	健診受診者の高血圧者（160/100以上）の割合（%）	8.7	3.0	9.0	6.0	7.9	8.4	7.9		
	健診受診者の脂質異常者（LDL180以上）の割合（%）	3.4	2.0	4.0	3.5	2.2	2.3	3.2		
	健診受診者の糖尿病患者（未治療HbA1c6.5以上）の割合（%）	4.5	2.0	4.7	3.6	5.2	3.3	4.3		
	健診受診者の糖尿病患者（治療中HbA1c7.0以上）の割合（%）	4.2	2.0	2.8	3.6	4.6	5.5	3.6		
	糖尿病の未治療者の割合（%）	36.0	10.0	34.9	26.7	27.5	24.2	28.6		
	糖尿病の保健指導実施率（%）	72.2	90.0	85.0	48.0	41.0	83.0	86.0		
	胃がん検診受診率（%）	6.1	30.0	12.3	13.2	12.6	14.2	13.1		
	肺がん検診受診率（%）	12.4	30.0	25.4	26.3	21.4	24.9	23.5		
	大腸がん検診受診率（%）	13.5	30.0	22.6	25.6	21.4	23.6	24.4		
	子宮頸がん検診受診率（%）	19.8	30.0	19.8	23.0	21.9	22.4	22.7		
乳がん検診受診率（%）	26.2	35.0	24.9	28.3	27.3	27.7	28.0			
後発薬品の使用割合（%）	64.7	70.0	68.3	71.0	76.1	76.2	77.7			

振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り

第2期計画において、目標設定を2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、最終年度までに目指す目標を設定し、具体的には医療費の伸びの抑制と入院伸び率の減少、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析（糖尿病性腎症）の患者数及び高額レセプトの患者数を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。

中長期的な目標

(1) 医療費の伸びと入院伸び率の抑制

本町の医療費は、被保険者数の減少に伴い総医療費が減少しており、一人当たり医療費（月平均）についてはさらに減少傾向にありますが、同規模市町村や国・県と比較しても高い状態にあり、目標達成には至っていないものの改善傾向にあります。

また、入院医療費は、全体レセプトの3%程度にも関わらず、全体医療費の約40%を占めていますが、同規模市町村や県と比較すると低くなっており、ほぼ目標達成に近い改善傾向にあります。

(2) 中長期的な目標疾患の変化

中長期目標である、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の新規患者数については、平成30年度に特に増加し、その後、年々減少傾向にありますが目標達成には至っていません。

次に、高額（80万円）以上のレセプトについては、全体的に横ばいですが、脳血管疾患がやや増加で目標未達成、虚血性心疾患がやや減少で達成、人工透析がやや増加で未達成となっています。

短期的な目標

(1) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

短期的な目標について、本町の特定健診受診率は、目標を達成できていませんが、平成30年度の39.6%から、令和2年の57.1%まで大きく伸びました。これは、本町の健診料の無償化や勧奨等の事業によるものと考えています。

特定保健指導については、増減はあるものの概ね横ばいとなっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症・重症化予防につながります。

(2) 基礎疾患の変化

基礎疾患の重症化予防として設定した、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合を見ると、全体的に横ばいで、目標達成には至っていません。

しかし、健診受診率の増加により、それまで、把握できていなかった目標疾患の対象者に働きかけることが可能となりました。

改善と発症予防・重症化予防のため、健診受診率の向上を図りつつ、治療が必要な人には、継続受診と医療受診勧奨を含めた保健指導の実施継続が重要と考えます。

振り返り② 第2期計画全体をとおしてうまくできていた点

特定健診の受診率については、ハガキの送付や電話、訪問による勧奨で、直接働きかけることが可能であることから、大きく受診率を伸ばすことができました。

費用の無償化、人間ドック費用助成（実施機関へ申込支援）、未受診者への勧奨（ハガキ送付や電話による）、かかりつけ医受診によるみなし健診等それに伴い、新たに基礎疾患の重症者予防対象者を把握することができました。

また、新規脳血管疾患・虚血性疾患患者数は目標値に届いていないものの、高額（80万円）以上のレセプトはほぼ増加しておらず、重症化を防ぐことができた結果と考えられます。

振り返り③ 第2期計画全体をとおしてうまくできていなかった点

特定保健指導の実施率、及び対象者の減少率も伸ばすことができず、また、中長期目標である、新規患者の発生数を減少させることができませんでした。

指導率を伸ばすことで新規患者の発生数を抑制できると考えますが、担当職員の不足や各種健診担当者間での情報の連携が不足しており、人員の確保や連携を図っていく必要があります。

振り返り④ 第3期計画への考察

・メタボの該当者・予備群該当者の減少・悪化予防、重症化予防事業へとつなげるため、特定健診受診率向上のための取組継続と、特定保健指導率・減少率の向上のため、対象者への働きかけ方の検討と、それを担う担当職員の確保が必要と考えます。

・健診を受診し、勧奨判定値を超えたものに対して、適切に医療機関の受診を促進し、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の患者が発生を未然に防ぐことが必要です。

・生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者の生活習慣の改善が必要です。

(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価をした。

○「事業評価」欄：5段階 A：うまくいっている B：まあうまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない
○「指標評価」欄：5段階 A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難

① 重症化予防

事業タイトル	事業目標		事業評価						
糖尿病性腎症重症化予防	生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制		B						
事業概要									
<p><事業内容> 熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下を次のことを行いました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康診査・レセプト等で抽出したハイリスク者に対する受診勧奨 ・保健指導・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導 ・糖尿病中断者や健診未受診者に対する対応 <p><対象者> ①健診を受診した者のうち、糖尿病（HbA1c6.5以上 または 空腹時血糖126以上）で医療機関未受診者 ②糖尿病治療中断者（通院中の患者で最終受診日から6ヶ月経過しても受診した記録がない者） ③重症化リスクの高い者 《健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できない者や尿アルブミン（30mg/L以上）、尿たんぱく（0.15g/gCr以上）、eGFR（30mL/分/1.73m²以下）等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。》</p>									
ストラクチャー		プロセス							
事業運営のための担当職員の配置		業務内容や実施方法の検討：年1回以上							
アウトプット									
評価指標	開始時		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	令和 5年度	指標 評価
プログラム対象者のうち、個別に働きかけた割合（%）	72.2	目標値	75.0	77.0	80.0	83.0	86.0	90.0	C
		実績値	85.0	48.0	41.0	47.0	83.3	集計中	
アウトカム									
評価指標	開始時		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	令和 5年度	指標 評価
新規人工透析導入患者数（人）	1	目標値	0	0	0	0	0	0	C
		実績値	1	0	0	1	2	集計中	

事業タイトル	事業目標		事業評価						
虚血性心疾患重症化予防	生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制		C						
事業概要									
<p><事業内容> 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改定版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて実施しました。</p> <p>対象者が症状を理解し、早期医療受診することが重症化予防につながるため、保健指導の実施は対象者に応じて、保険指導教材を活用し対象者がイメージしやすいよう心がけて行い、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診者である場合は受診勧奨を行いました。</p> <p><対象者> 脳血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づき次から判断。 ・心電図のST所見あり ・メタボリックシンドローム該当 ・LDLコレステロール180以上</p>									
ストラクチャー		プロセス							
事業運営のための担当職員の配置		業務内容や実施方法の検討：年1回以上							
アウトプット									
評価指標	開始時		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	令和 5年度	指標 評価
メタボリックシンドローム・予備群の割合 (%)	30.4	目標値	30.0	29.0	28.0	27.0	26.0	25.0	D
		実績値	35.5	37.2	37.2	38.6	34.8	集計中	
脂質異常者 (LDL180以上) の割合	3.4	目標値	4.0	4.0	3.0	3.0	2.0	2.0	C
		実績値	4.0	3.5	2.2	2.3	3.2	集計中	
アウトカム									
評価指標	開始時		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	令和 5年度	指標 評価
新規虚血性心疾患患者数 (人)	22	目標値	22	22	20	20	20	18	D
		実績値	36	36	23	23	28	集計中	

事業タイトル	事業目標		事業評価						
脳血管疾患重症化予防	生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制		C						
事業概要									
<p><事業内容> 脳卒中ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めました。</p> <p>保健指導の実施は対象者に応じて、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいよう心がけて行い、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診者である場合は受診勧奨を行いました。</p> <p><対象者> 健診・治療データにより、Ⅱ度高血圧者を対象に、血糖（HbA1c6.5以上）、eGFR（50未満、70歳以上は40未満）、尿蛋白（2+以上 or +かつ尿潜血+）、服薬状況の経過を確認し判断。</p>									
ストラクチャー					プロセス				
事業運営のための担当職員の配置					業務内容や実施方法の検討：年1回以上				
アウトプット									
評価指標	開始時		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	令和 5年度	指標 評価
高血圧者（160/100以上）の割合（%）	8.7	目標値	8.0	7.0	6.0	5.0	4.0	3.0	C
		実績値	9.0	6.0	7.9	8.4	7.9	集計中	
アウトカム									
評価指標	開始時		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	令和 5年度	指標 評価
新規脳血管疾患の患者数（人）	22	目標値	22	22	20	20	20	18	D
		実績値	36	36	23	23	28	集計中	

重症化予防 振り返り 成功・促進要因
<p>特定健診受診率が低かったH28年度を基準とした目標で高めに設定されていたため、達成はされていないものの概ね新規患者数は抑えられています。また、新規患者数は発生しているが高額レセプトの患者数は増加しておらず、重症化に至る前の受診につなぎ、重症化を予防することができたと思われまます。</p> <p>要因としては、特定健診の受診率が伸びたことで、生活習慣病の発症リスクが高い人や治療が必要な人を把握することができ、それにより、保健師等による面談・指導、医療機関受診への勧奨に繋がったと考えます。</p>
重症化予防 振り返り 課題・阻害要因
<p>課題としては、メタボリックシンドローム・予備群の割合や健診受診者の高血圧者・脂質異常者等の基礎疾患の重症化予防の評価項目について、概ね横ばいで改善には向かっていません。</p> <p>要因としては、受診率の増加により新規の該当者の掘り起こしが進んだことや、新型コロナウイルス感染症の流行、本町に大きな被害をもたらした令和2年7月豪雨災害等による影響が大きいと考えます。</p> <p>個人の運動機会の減少、保健指導を実施する環境面、専門職の減少による不足等で対応が難しく、従来の保健指導が思うようにできず、改善につなげることができませんでした。</p>
重症化予防 第3期計画への考察及び補足事項
<p>新型コロナウイルス感染症が「5類感染症」に移行されたことに伴い、電話による指導だけでなく、以前より面談による保健指導が実施しやすくなったことを踏まえ、事業を継続し、担当職員の確保に努めつつ、引き続き重症化予防に努める必要があります。</p>

3 保険者努力支援制度

(1) 保険者努力支援制度の得点状況

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

令和5年度の得点状況（図表2-3-1-1）をみると、合計点数は562で、達成割合は59.8%となっており、全国順位は第820位となっています。

項目別にみると、いずれの項目もプラスとなっている一方、国平均と比較して「個人インセンティブ・情報提供」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「地域包括ケア・一体的実施」「適正化かつ健全な事業運営」の得点が低く、県平均と比較して「特定健診・特定保健指導・メタボ」「個人インセンティブ・情報提供」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「地域包括ケア・一体的実施」「適正化かつ健全な事業運営」の得点が低いです。

図表2-3-1-1：保険者努力支援制度の得点状況

		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和5年度		
						津奈木町	国平均	県平均
点数	総点数（満点）	880点	995点	1000点	960点	940点		
	合計点数	444	530	512	569	562	556	667
	達成割合	50.5%	53.3%	51.2%	59.3%	59.8%	59.1%	71.0%
	全国順位	1,285	987	1,119	840	820	-	-
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	15	15	10	80	80	54	98
	②がん検診・歯科健診	10	25	55	35	50	40	50
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	120	90	120	100	84	94
	④個人インセンティブ・情報提供	20	65	55	30	35	50	52
	⑤重複多剤	50	50	40	45	50	42	48
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	35	10	10	30	10	62	88
国保	①収納率	75	65	65	65	65	52	46
	②データヘルス計画	50	40	40	30	25	23	25
	③医療費通知	25	15	25	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	10	25	30	20	20	26	34
	⑤第三者求償	24	29	24	31	50	40	46
	⑥適正化かつ健全な事業運営	30	71	68	63	62	69	71

【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

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

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

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

まず、第1節では死亡に関するデータを分析します。

第2節では介護に関するデータを分析します。

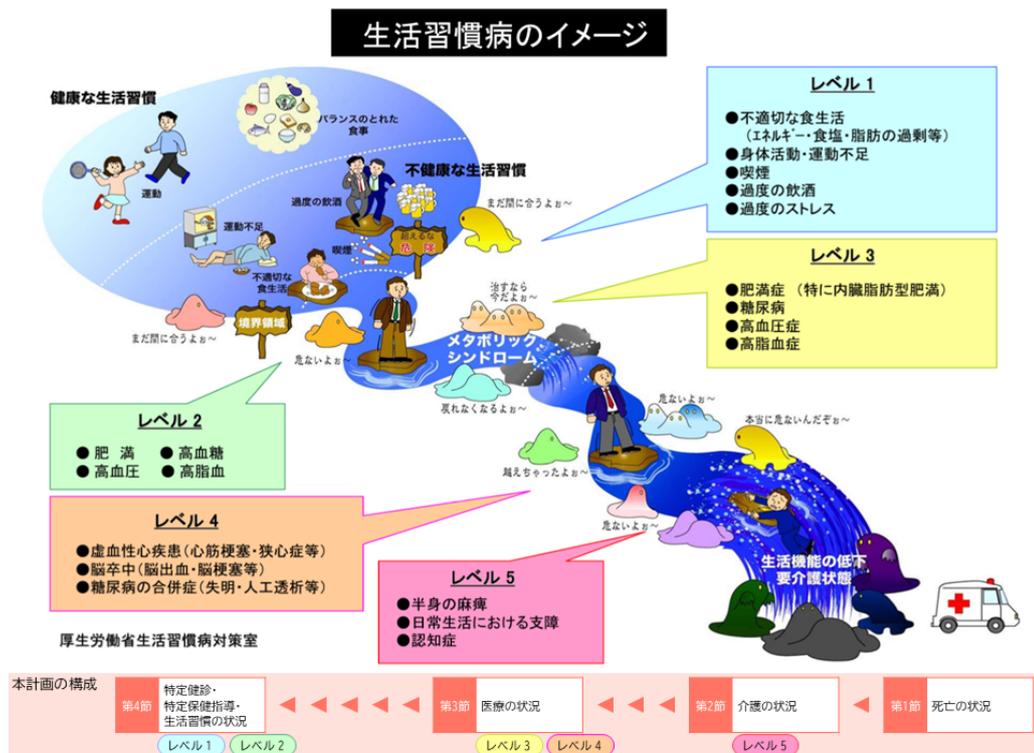
第3節では入院と外来に分けて医療費について医療費の3要素に分解して分析した後、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病に焦点をあて、前述の重篤な疾患と基礎疾患に分けてデータを分析します。

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

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

第6節では、重複服薬や多剤服薬、後発医薬品などの分析を行います。

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



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

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

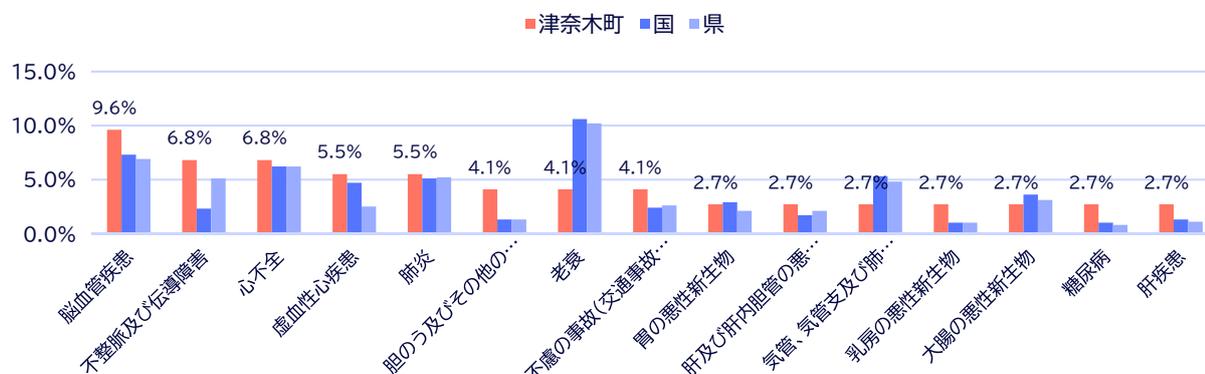
1 死亡の状況

(1) 死因別の死亡者数・割合

まず、死亡の状況について概観します。令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数を死因順位別にみると（図表3-1-1-1）、死因第1位は「脳血管疾患」で全死亡者の9.6%を占めています。次いで「不整脈及び伝導障害」（6.8%）、「心不全」（6.8%）となっています。死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「脳血管疾患」「不整脈及び伝導障害」「心不全」「虚血性心疾患」「肺炎」「胆のう及びその他の胆道の悪性新生物」「不慮の事故（交通事故除く）」「肝及び肝内胆管の悪性新生物」「乳房の悪性新生物」「糖尿病」「肝疾患」の割合が高いです。

保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病の重篤な疾患に焦点をあてて死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第4位（5.5%）、「脳血管疾患」は第1位（9.6%）といずれも死因の上位に位置しています。

図表3-1-1-1：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	津奈木町		国	県
		死亡者数(人)	割合		
1位	脳血管疾患	7	9.6%	7.3%	6.9%
2位	不整脈及び伝導障害	5	6.8%	2.3%	5.1%
2位	心不全	5	6.8%	6.2%	6.2%
4位	虚血性心疾患	4	5.5%	4.7%	2.5%
4位	肺炎	4	5.5%	5.1%	5.2%
6位	胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	3	4.1%	1.3%	1.3%
6位	老衰	3	4.1%	10.6%	10.2%
6位	不慮の事故(交通事故除く)	3	4.1%	2.4%	2.6%
9位	胃の悪性新生物	2	2.7%	2.9%	2.1%
9位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	2	2.7%	1.7%	2.1%
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	2	2.7%	5.3%	4.8%
9位	乳房の悪性新生物	2	2.7%	1.0%	1.0%
9位	大腸の悪性新生物	2	2.7%	3.6%	3.1%
9位	糖尿病	2	2.7%	1.0%	0.8%
9位	肝疾患	2	2.7%	1.3%	1.1%
-	その他	25	34.2%	43.4%	45.0%
-	死亡総数	73	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

(2) 死因別の標準化死亡比 (SMR)

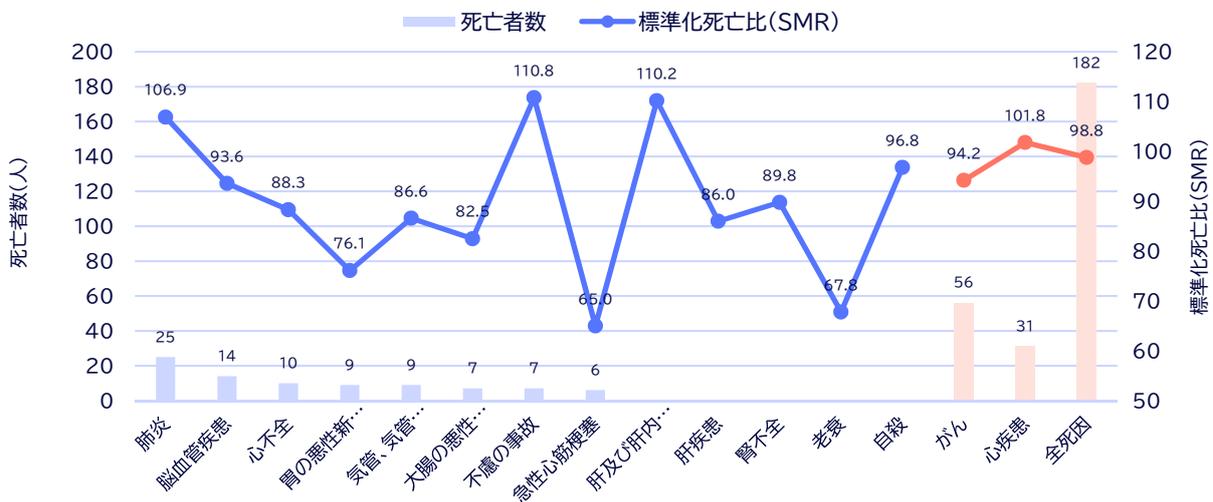
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2）をみると、男性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「心不全」となっています。女性の死因第1位は「心不全」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「肺炎」となっています。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比 (SMR) を求めると、男性では、「不慮の事故」(110.8)「肝及び肝内胆管の悪性新生物」(110.2)「肺炎」(106.9)が高くなっています。女性では、「心不全」(139.2)「不慮の事故」(105.9)「肝及び肝内胆管の悪性新生物」(103.6)が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、男性では「急性心筋梗塞」は65.0、「脳血管疾患」は93.6、「腎不全」は89.8となっており、女性では「急性心筋梗塞」は39.1、「脳血管疾患」は100.7、「腎不全」は96.1となっています。

※標準化死亡比 (SMR)：基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

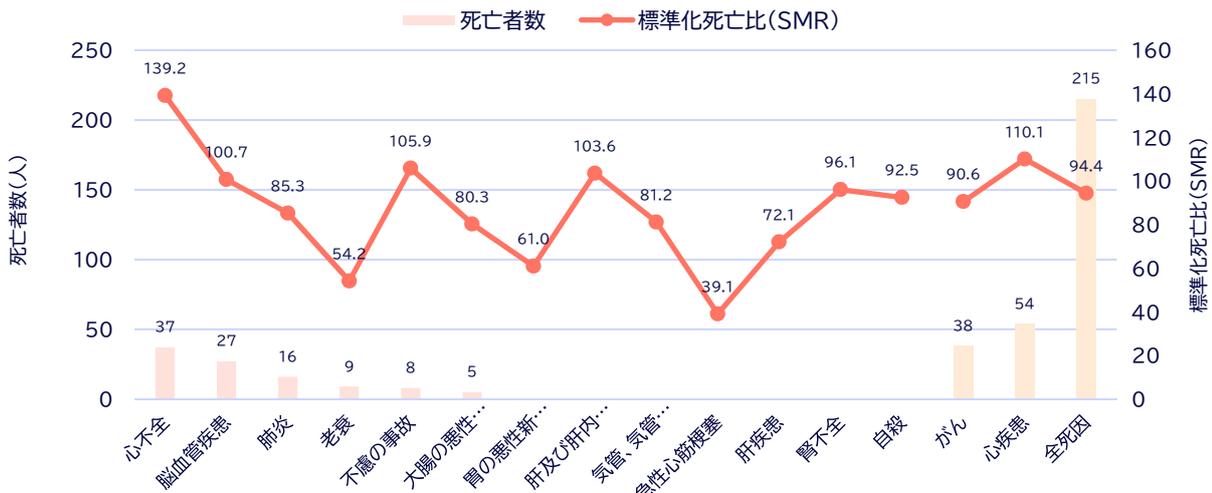
図表3-1-2-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_男性



順位	死因	死亡者数(人)	標準化死亡比 (SMR)		
			津奈木町	県	国
1位	肺炎	25	106.9	91.2	100
2位	脳血管疾患	14	93.6	92.0	
3位	心不全	10	88.3	73.9	
4位	胃の悪性新生物	9	76.1	70.1	
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	9	86.6	92.5	
6位	大腸の悪性新生物	7	82.5	79.1	
6位	不慮の事故	7	110.8	104.7	
8位	急性心筋梗塞	6	65.0	53.6	

順位	死因	死亡者数(人)	標準化死亡比 (SMR)		
			津奈木町	県	国
9位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	-	110.2	117.2	100
9位	肝疾患	-	86.0	86.4	
9位	腎不全	-	89.8	98.1	
9位	老衰	-	67.8	81.2	
9位	自殺	-	96.8	106.5	
参考	がん	56	94.2	92.1	
参考	心疾患	31	101.8	91.6	
参考	全死因	182	98.8	94.9	

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



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			津奈木町	県	国
1位	心不全	37	139.2	85.8	100
2位	脳血管疾患	27	100.7	87.2	
3位	肺炎	16	85.3	92.1	
4位	老衰	9	54.2	88.4	
5位	不慮の事故	8	105.9	91.8	
6位	大腸の悪性新生物	5	80.3	82.9	
7位	胃の悪性新生物	-	61.0	68.3	
7位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	-	103.6	115.8	
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	-	81.2	94.1	100
7位	急性心筋梗塞	-	39.1	59.5	
7位	肝疾患	-	72.1	84.4	
7位	腎不全	-	96.1	108.8	
7位	自殺	-	92.5	95.9	
参考	がん	38	90.6	93.7	
参考	心疾患	54	110.1	95.0	
参考	全死因	215	94.4	94.5	

【出典】厚生労働省 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計

※死亡者数が5人未満の場合、人数が公開されないため、空欄になる

※SMRの算出に際してはベイズ推定の手法が適用されている

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

※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」「心不全」を含むICD-10死因単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

2 介護の状況

(1) 要介護（要支援）認定者数・割合

次に介護の状況について概観します。要介護または要支援の認定を受けた人の数・割合（図表3-2-1-1）をみると、令和4年度の認定者数は435人（要支援1-2、要介護1-2、及び要介護3-5の合計）で、「要介護3-5」の人数が最も多くなっています。

第1号被保険者における要介護認定率は22.9%で、国・県より高いです。第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者の要介護認定率は3.4%、75歳以上の後期高齢者では37.1%となっています。

第2号被保険者における要介護認定率は0.1%となっており、国・県より低いです。

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

	被保険者数 (人)	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		津奈木町	国	県
		認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65-74歳	799	9	1.1%	13	1.6%	5	0.6%	3.4%	-	-
75歳以上	1,096	91	8.3%	148	13.5%	168	15.3%	37.1%	-	-
計	1,895	100	5.3%	161	8.5%	173	9.1%	22.9%	18.7%	19.5%
2号										
40-64歳	1,267	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0.1%	0.4%	0.3%
総計	3,162	100	3.2%	162	5.1%	173	5.5%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

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

(2) 介護給付費

介護レセプト一件当たりの介護給付費（図表3-2-2-1）をみると、居宅サービス・施設サービスいずれの給付費も国・県より多くなっています。

図表3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	津奈木町	国	県	同規模
計_一件当たり給付費(円)	82,334	59,662	62,823	80,543
(居宅) 一件当たり給付費(円)	44,543	41,272	42,088	42,864
(施設) 一件当たり給付費(円)	316,051	296,364	303,857	288,059

【出典】KDB帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

(3) 要介護・要支援認定者の有病状況

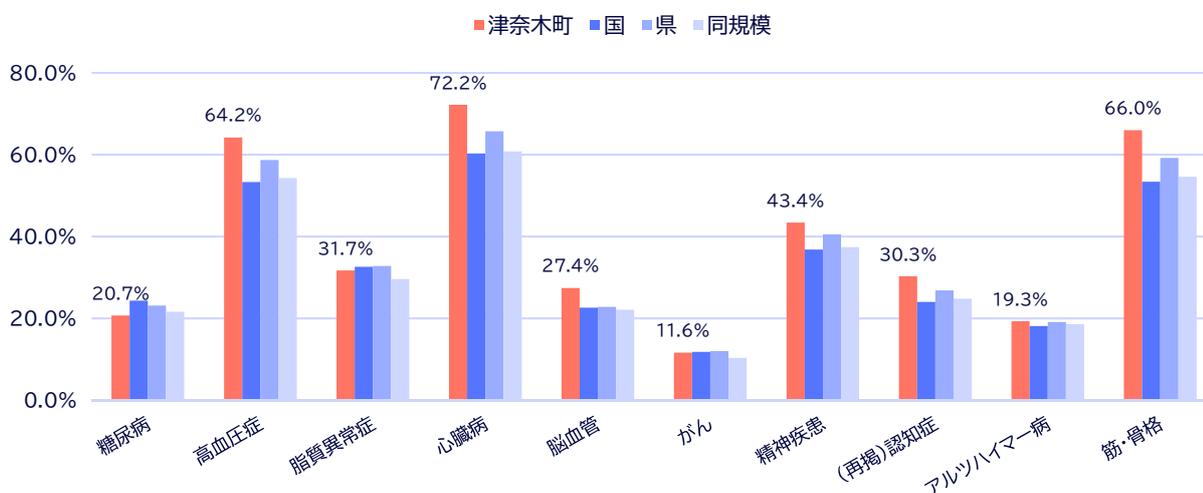
要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、「心臓病」（72.2%）が最も高く、次いで「筋・骨格関連疾患」（66.0%）、「高血圧症」（64.2%）となっています。

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

県と比較すると、「高血圧症」「心臓病」「脳血管疾患」「精神疾患」「認知症」「アルツハイマー病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高いです。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は72.2%、「脳血管疾患」は27.4%となっています。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「糖尿病」は20.7%、「高血圧症」は64.2%、「脂質異常症」は31.7%となっています。

図表3-2-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	県	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	90	20.7%	24.3%	23.1%	21.6%
高血圧症	282	64.2%	53.3%	58.7%	54.3%
脂質異常症	140	31.7%	32.6%	32.8%	29.6%
心臓病	318	72.2%	60.3%	65.7%	60.8%
脳血管疾患	129	27.4%	22.6%	22.8%	22.1%
がん	41	11.6%	11.8%	12.0%	10.3%
精神疾患	190	43.4%	36.8%	40.5%	37.4%
うち_認知症	130	30.3%	24.0%	26.8%	24.8%
アルツハイマー病	81	19.3%	18.1%	19.1%	18.6%
筋・骨格関連疾患	294	66.0%	53.4%	59.2%	54.6%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3 医療の状況

(1) 医療費の3要素

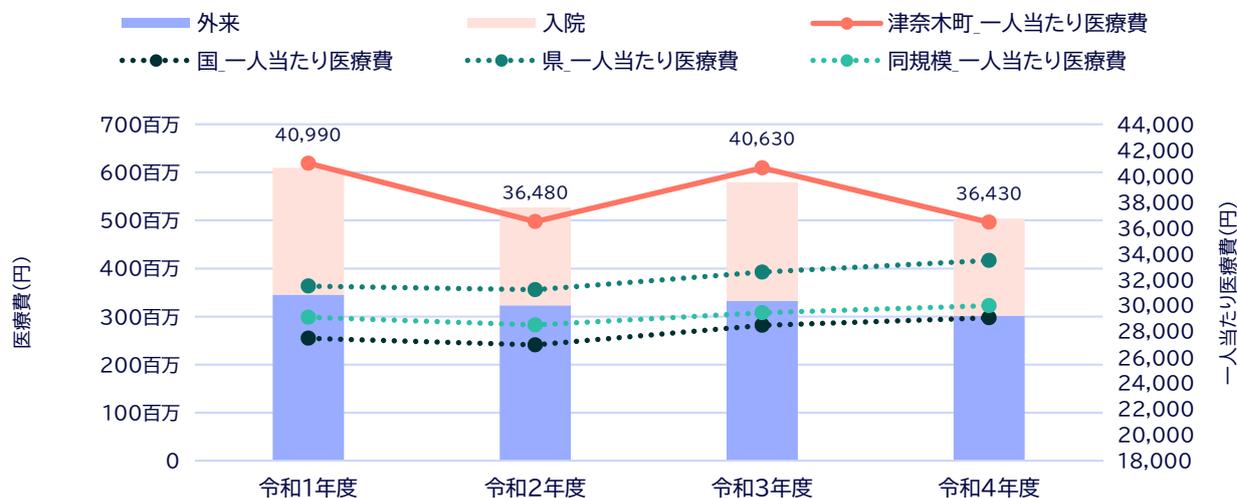
① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

ここからは、医療の状況について概観します。令和4年度の総医療費は5億400万円で（図表3-3-1-1）、令和1年度と比較して17.3%減少しています。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は40.1%、外来医療費の割合は59.9%となっています。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は3万6,430円で、令和1年度と比較して11.1%減少しています。国や県と比較すると一人当たり医療費は国・県より高いです。

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

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	令和1年度からの変化率 (%)
医療費 (円)	総額	609,511,890	527,002,020	579,635,370	503,817,990	-	-17.3
	入院	264,098,940	203,679,360	247,282,290	202,214,730	40.1%	-23.4
	外来	345,412,950	323,322,660	332,353,080	301,603,260	59.9%	-12.7
一人当たり月額医療費 (円)	津奈木町	40,990	36,480	40,630	36,430	-	-11.1
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8
	県	31,500	31,220	32,580	33,480	-	6.3
	同規模	29,090	28,500	29,440	29,990	-	3.1

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

※一人当たり医療費は、月平均を算出

② 入院外来別医療費の3要素

前頁の一人当たり月額医療費を入院別及び外来別に国や県と比較します。

令和4年度の一人当たり月額医療費（図表3-3-1-2）は、入院が14,620円で、国の一人当たり月額医療費11,650円と比較すると2,970円多いです。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためです。県の一人当たり月額医療費15,270円と比較すると650円少ないです。これは一日当たり医療費が県の値を下回っているためです。

外来の一人当たり月額医療費は21,810円で、国の一人当たり月額医療費17,400円と比較すると4,410円多いです。これは受診率が国の値を上回っているためです。県の一人当たり月額医療費18,210円と比較すると3,600円多くなっており、これは受診率が県の値を上回っているためです。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	津奈木町	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	14,620	11,650	15,270	13,460
受診率（件/千人）	29.7	18.8	26.6	22.9
一件当たり日数（日）	19.0	16.0	18.2	16.2
一日当たり医療費（円）	25,950	38,730	31,600	36,390

外来	津奈木町	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	21,810	17,400	18,210	16,530
受診率（件/千人）	990.5	709.6	775.9	653.6
一件当たり日数（日）	1.5	1.5	1.5	1.4
一日当たり医療費（円）	14,740	16,500	15,640	18,540

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数

※一件当たり日数：受診した日数/レセプト件数

※一日当たり医療費：総医療費/受診した日数

(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

① 疾病分類（大分類）別入院医療費

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

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

図表3-3-2-1：疾病分類（大分類）別入院医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	一人当たり	割合	受診率	割合 （受診率）	レセプト 一件当たり 医療費（円）
			医療費（円）				
1位	精神及び行動の障害	47,239,000	40,971	23.4%	103.2	29.0%	396,966
2位	新生物	33,503,180	29,057	16.6%	35.6	10.0%	817,151
3位	神経系の疾患	31,082,290	26,958	15.4%	52.0	14.6%	518,038
4位	尿路器系の疾患	21,287,460	18,463	10.5%	28.6	8.0%	645,075
5位	循環器系の疾患	18,111,040	15,708	9.0%	25.2	7.1%	624,519
6位	消化器系の疾患	16,592,240	14,390	8.2%	43.4	12.2%	331,845
7位	内分泌、栄養及び代謝疾患	7,127,020	6,181	3.5%	11.3	3.2%	548,232
8位	筋骨格系及び結合組織の疾患	6,791,540	5,890	3.4%	11.3	3.2%	522,426
9位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	6,156,670	5,340	3.0%	7.8	2.2%	684,074
10位	呼吸器系の疾患	5,922,450	5,137	2.9%	6.9	2.0%	740,306
11位	眼及び付属器の疾患	5,430,920	4,710	2.7%	17.3	4.9%	271,546
12位	感染症及び寄生虫症	981,460	851	0.5%	3.5	1.0%	245,365
13位	皮膚及び皮下組織の疾患	878,960	762	0.4%	2.6	0.7%	292,987
14位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	647,230	561	0.3%	2.6	0.7%	215,743
15位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0	0	0.0%	0.0	0.0%	0
16位	耳及び乳様突起の疾患	0	0	0.0%	0.0	0.0%	0
17位	妊娠、分娩及び産じょく	0	0	0.0%	0.0	0.0%	0
18位	周産期に発生した病態	0	0	0.0%	0.0	0.0%	0
19位	先天奇形、変形及び染色体異常	0	0	0.0%	0.0	0.0%	0
-	その他	352,870	306	0.2%	4.3	1.2%	70,574
-	総計	202,104,330	-	-	-	-	-

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

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

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

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

② 疾病分類（中分類）別入院医療費

入院医療費を疾病中分類別にみると（図表3-3-2-2）、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の医療費が最も高く3,300万円で、16.5%を占めています。

循環器系疾患の入院医療費をみると、「脳梗塞」が10位（3.2%）、「脳内出血」が14位（2.5%）となっています。

これらの上位20疾病で、入院総医療費の84.6%を占めています。

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

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）					
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	33,409,220	28,976	16.5%	75.5	21.2%	384,014
2位	腎不全	17,823,530	15,458	8.8%	20.8	5.9%	742,647
3位	その他の神経系の疾患	14,443,690	12,527	7.1%	28.6	8.0%	437,688
4位	その他の悪性新生物	13,090,300	11,353	6.5%	12.1	3.4%	935,021
5位	その他の消化器系の疾患	10,859,630	9,419	5.4%	33.0	9.3%	285,780
6位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	8,589,670	7,450	4.3%	7.8	2.2%	954,408
7位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	8,314,260	7,211	4.1%	11.3	3.2%	639,558
8位	パーキンソン病	6,912,790	5,995	3.4%	10.4	2.9%	576,066
9位	糖尿病	6,753,960	5,858	3.3%	9.5	2.7%	613,996
10位	脳梗塞	6,551,720	5,682	3.2%	8.7	2.4%	655,172
11位	脊椎障害（脊椎症を含む）	5,889,110	5,108	2.9%	7.8	2.2%	654,346
12位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,708,800	4,951	2.8%	12.1	3.4%	407,771
13位	その他の心疾患	5,572,940	4,833	2.8%	6.9	2.0%	696,618
14位	脳内出血	5,109,830	4,432	2.5%	6.1	1.7%	729,976
15位	知的障害（精神遅滞）	4,451,140	3,860	2.2%	9.5	2.7%	404,649
16位	結腸の悪性新生物	4,344,260	3,768	2.1%	4.3	1.2%	868,852
17位	その他の呼吸器系の疾患	3,438,060	2,982	1.7%	3.5	1.0%	859,515
18位	その他損傷及びその他外因の影響	3,380,470	2,932	1.7%	4.3	1.2%	676,094
19位	良性新生物及びその他の新生物	3,365,870	2,919	1.7%	4.3	1.2%	673,174
20位	その他の眼及び付属器の疾患	2,922,320	2,535	1.4%	7.8	2.2%	324,702

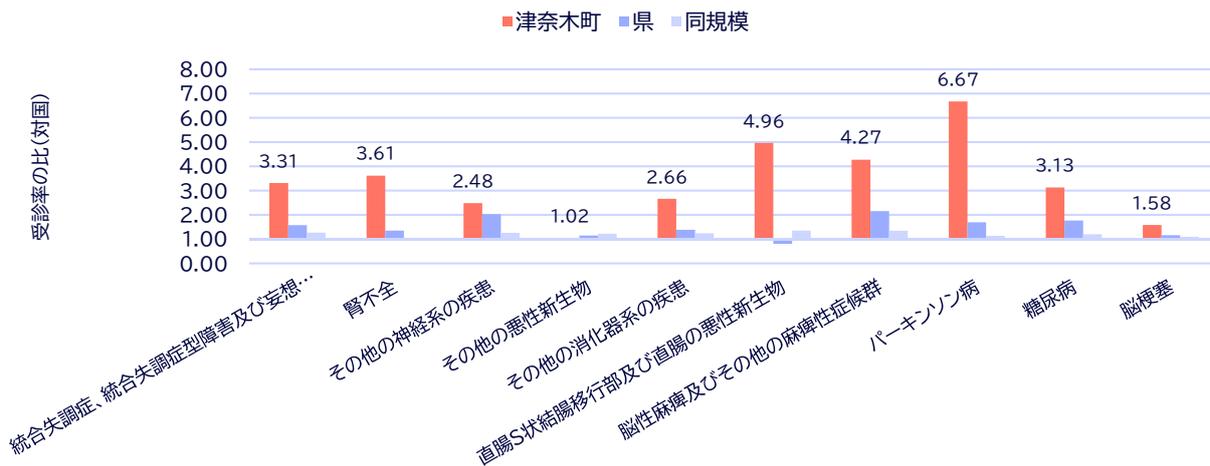
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

③ 疾病分類（中分類）別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較します（図表3-3-2-3）。国との比が1を超えているものは国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病です。国と比較して受診率が特に高い疾病は「知的障害（精神遅滞）」「パーキンソン病」「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」です。

また、前述した循環器系疾患について受診率をみると、「脳梗塞」が国の1.6倍、「脳内出血」が国の2.1倍となっています。

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



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		津奈木町	国	県	同規模	国との比		
						津奈木町	県	同規模
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	75.5	22.8	35.8	28.8	3.31	1.57	1.26
2位	腎不全	20.8	5.8	7.8	6.1	3.61	1.35	1.05
3位	その他の神経系の疾患	28.6	11.5	23.4	14.5	2.48	2.03	1.26
4位	その他の悪性新生物	12.1	11.9	13.7	14.5	1.02	1.15	1.22
5位	その他の消化器系の疾患	33.0	12.4	17.1	15.4	2.66	1.38	1.24
6位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	7.8	1.6	1.3	2.1	4.96	0.80	1.35
7位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	11.3	2.6	5.7	3.5	4.27	2.15	1.34
8位	パーキンソン病	10.4	1.6	2.6	1.8	6.67	1.69	1.14
9位	糖尿病	9.5	3.1	5.4	3.7	3.13	1.76	1.20
10位	脳梗塞	8.7	5.5	6.3	6.0	1.58	1.16	1.10
11位	脊椎障害（脊椎症を含む）	7.8	3.0	4.8	4.4	2.63	1.63	1.48
12位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	12.1	1.9	3.4	2.3	6.50	1.82	1.26
13位	その他の心疾患	6.9	8.8	9.8	10.4	0.79	1.12	1.19
14位	脳内出血	6.1	2.8	3.4	3.2	2.15	1.20	1.12
15位	知的障害（精神遅滞）	9.5	0.5	0.5	0.7	20.18	1.10	1.46
16位	結腸の悪性新生物	4.3	2.4	2.2	3.0	1.80	0.91	1.25
17位	その他の呼吸器系の疾患	3.5	6.8	10.4	8.6	0.51	1.52	1.26
18位	その他損傷及びその他外因の影響	4.3	3.6	6.0	5.4	1.21	1.68	1.50
19位	良性新生物及びその他の新生物	4.3	3.9	5.5	4.9	1.13	1.44	1.27
20位	その他の眼及び付属器の疾患	7.8	2.6	2.5	3.7	2.97	0.94	1.40

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

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

① 疾病分類（中分類）別外来医療費

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

疾病別の外来医療費をみると（図表3-3-3-1）、「腎不全」の医療費が最も高く3,800万円で、外来総医療費の12.5%を占めています。受診率とレセプト一件当たり医療費をみると、一件当たり医療費が他の疾病と比較して高く、「腎不全」の外来医療費が高額な原因となっています。

次いで外来医療費が高いのは「糖尿病」で3,500万円（11.7%）、「高血圧症」で1,700万円（5.8%）となっており、上位20疾病で外来総医療費の74.5%を占めています。

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

一方で、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っています。

図表3-3-3-1：疾病分類（中分類）別_外来医療費_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	割合				
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	腎不全	37,728,390	32,722	12.5%	104.9	0.9%	311,805
2位	糖尿病	35,183,460	30,515	11.7%	1049.4	8.8%	29,077
3位	高血圧症	17,434,620	15,121	5.8%	1315.7	11.1%	11,493
4位	その他の消化器系の疾患	17,080,080	14,814	5.7%	521.2	4.4%	28,419
5位	脂質異常症	12,875,990	11,167	4.3%	878.6	7.4%	12,711
6位	炎症性多発性関節障害	12,363,570	10,723	4.1%	157.0	1.3%	68,307
7位	その他の心疾患	11,437,350	9,920	3.8%	273.2	2.3%	36,309
8位	その他の神経系の疾患	10,079,980	8,742	3.3%	450.1	3.8%	19,422
9位	その他の眼及び付属器の疾患	9,046,020	7,846	3.0%	680.8	5.7%	11,524
10位	胃炎及び十二指腸炎	8,736,220	7,577	2.9%	582.0	4.9%	13,020
11位	関節症	6,644,840	5,763	2.2%	337.4	2.8%	17,082
12位	喘息	6,455,670	5,599	2.1%	244.6	2.1%	22,892
13位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	6,233,740	5,407	2.1%	276.7	2.3%	19,542
14位	その他の呼吸器系の疾患	5,268,310	4,569	1.7%	47.7	0.4%	95,787
15位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	4,847,740	4,204	1.6%	160.5	1.4%	26,204
16位	アレルギー性鼻炎	4,755,500	4,124	1.6%	290.5	2.4%	14,196
17位	脊椎障害（脊椎症を含む）	4,671,550	4,052	1.6%	249.8	2.1%	16,221
18位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4,554,710	3,950	1.5%	185.6	1.6%	21,284
19位	骨の密度及び構造の障害	4,412,180	3,827	1.5%	213.4	1.8%	17,936
20位	その他の腎尿路系の疾患	4,368,190	3,789	1.5%	245.4	2.1%	15,435

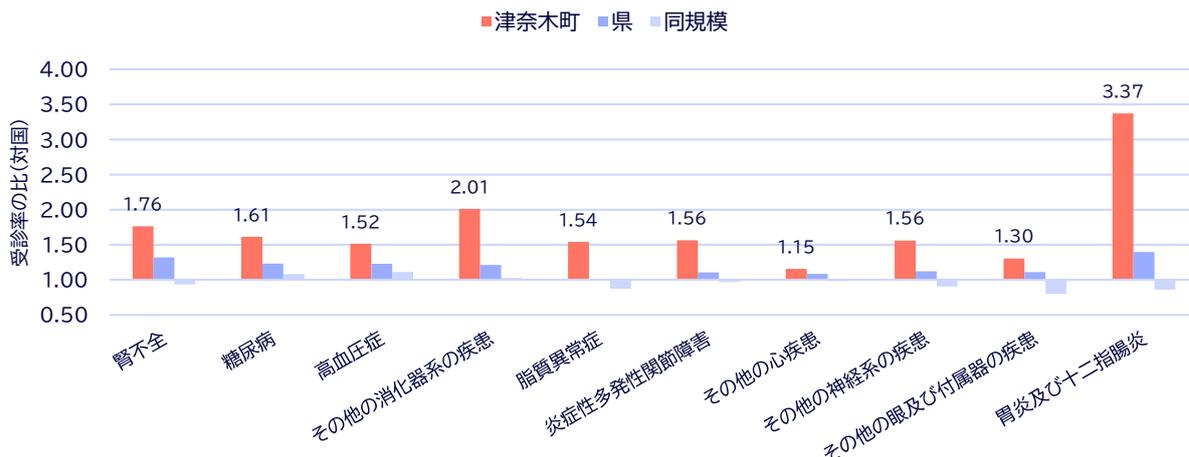
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

② 疾病分類（中分類）別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較します（図表3-3-3-2）。国との比が1を超えているものは、国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病です。国と比較して受診率が特に高い疾病は「胃炎及び十二指腸炎」「その他の腎尿路系の疾患」「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」です。

重篤な疾患について国との受診率の比をみると、「腎不全」（1.8）となっています。基礎疾患については「糖尿病」（1.6）、「高血圧症」（1.5）、「脂質異常症」（1.5）となっています。

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



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		津奈木町	国	県	同規模	国との比		
						津奈木町	県	同規模
1位	腎不全	104.9	59.5	78.5	55.6	1.76	1.32	0.93
2位	糖尿病	1049.4	651.2	801.7	705.8	1.61	1.23	1.08
3位	高血圧症	1315.7	868.1	1067.1	966.2	1.52	1.23	1.11
4位	その他の消化器系の疾患	521.2	259.2	314.4	266.4	2.01	1.21	1.03
5位	脂質異常症	878.6	570.5	566.1	498.9	1.54	0.99	0.87
6位	炎症性多発性関節障害	157.0	100.5	111.2	97.4	1.56	1.11	0.97
7位	その他の心疾患	273.2	236.5	256.5	232.2	1.15	1.08	0.98
8位	その他の神経系の疾患	450.1	288.9	324.3	261.6	1.56	1.12	0.91
9位	その他の眼及び付属器の疾患	680.8	522.7	579.8	417.5	1.30	1.11	0.80
10位	胃炎及び十二指腸炎	582.0	172.7	241.4	148.6	3.37	1.40	0.86
11位	関節症	337.4	210.3	223.8	229.8	1.60	1.06	1.09
12位	喘息	244.6	167.9	183.9	153.1	1.46	1.10	0.91
13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	276.7	136.9	146.5	134.1	2.02	1.07	0.98
14位	その他の呼吸器系の疾患	47.7	37.0	39.8	32.0	1.29	1.07	0.86
15位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	160.5	207.7	190.8	138.7	0.77	0.92	0.67
16位	アレルギー性鼻炎	290.5	187.7	225.5	144.8	1.55	1.20	0.77
17位	脊椎障害（脊椎症を含む）	249.8	153.3	164.4	123.4	1.63	1.07	0.81
18位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	185.6	104.7	120.0	93.9	1.77	1.15	0.90
19位	骨の密度及び構造の障害	213.4	171.3	153.9	123.6	1.25	0.90	0.72
20位	その他の腎尿路系の疾患	245.4	92.3	110.9	91.5	2.66	1.20	0.99

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

(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率

① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

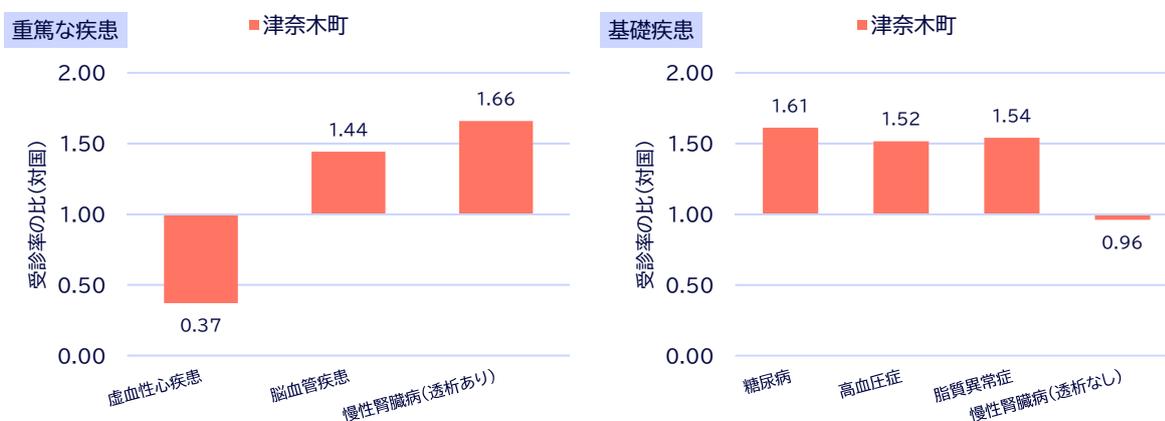
ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病（透析なし）」に絞り、受診率や有病状況の推移について概観します。

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

重篤な疾患の受診率をみると（図表3-3-4-1）、「脳血管疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」が国より高いです。

基礎疾患の受診率は、「慢性腎臓病（透析なし）」が国より低いです。

図表3-3-4-1：生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率



重篤な疾患	受診率						
	津奈木町	国	県	同規模	国との比		
					津奈木町	県	同規模
虚血性心疾患	1.7	4.7	3.8	5.3	0.37	0.80	1.14
脳血管疾患	14.7	10.2	11.5	11.3	1.44	1.13	1.10
慢性腎臓病（透析あり）	50.3	30.3	46.4	22.7	1.66	1.53	0.75

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	受診率						
	津奈木町	国	県	同規模	国との比		
					津奈木町	県	同規模
糖尿病	1049.4	651.2	801.7	705.8	1.61	1.23	1.08
高血圧症	1315.7	868.1	1067.1	966.2	1.52	1.23	1.11
脂質異常症	878.6	570.5	566.1	498.9	1.54	0.99	0.87
慢性腎臓病（透析なし）	13.9	14.4	15.3	16.4	0.96	1.06	1.13

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

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

※表内の脳血管疾患は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化（症）」「その他の脳血管疾患」をまとめている

※表内の「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分を集計している

※表内の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移（図表3-3-4-2）をみると、令和4年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和1年度と比較して-46.9%で減少率は国・県より大きいです。

「脳血管疾患」の受診率は、令和1年度と比較して+65.2%で、国・県が減少している中、増加しています。

「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、令和1年度と比較して-8.4%で、国・県が増加している中、減少しています。

図表3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率

虚血性心疾患	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
津奈木町	3.2	5.8	2.5	1.7	-46.9
国	5.7	5.0	5.0	4.7	-17.5
県	5.1	4.5	4.3	3.8	-25.5
同規模	6.2	5.6	4.9	5.3	-14.5

脳血管疾患	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
津奈木町	8.9	6.6	21.0	14.7	65.2
国	10.6	10.4	10.6	10.2	-3.8
県	11.9	12.3	11.8	11.5	-3.4
同規模	11.8	11.3	11.5	11.3	-4.2

慢性腎臓病（透析あり）	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
津奈木町	54.9	53.2	56.3	50.3	-8.4
国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9
県	42.6	42.8	44.4	46.4	8.9
同規模	22.6	22.9	23.0	22.7	0.4

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

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

③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移（図表3-3-4-3）をみると、令和4年度の患者数は9人で、令和1年度の10人と比較して1人減少しています。

令和4年度における新規の人工透析患者数は令和1年度と比較して増加しており、令和4年度においては男性3人、女性0人となっています。

図表3-3-4-3：人工透析患者数

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者数	男性（人）	8	7	7	7
	女性（人）	2	2	2	2
	合計（人）	10	9	9	9
	男性_新規（人）	0	0	2	3
	女性_新規（人）	0	0	0	0

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

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

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

(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

① 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみます。令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者108人のうち（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は38.9%、「高血圧症」は76.9%、「脂質異常症」は76.9%です。「脳血管疾患」の患者88人では、「糖尿病」は52.3%、「高血圧症」は77.3%、「脂質異常症」は70.5%となっています。人工透析の患者9人では、「糖尿病」は55.6%、「高血圧症」は88.9%、「脂質異常症」は44.4%となっています。

図表3-3-5-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

	男性		女性		合計		
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	
虚血性心疾患	59	-	49	-	108	-	
基礎疾患	糖尿病	28	47.5%	14	28.6%	42	38.9%
	高血圧症	48	81.4%	35	71.4%	83	76.9%
	脂質異常症	45	76.3%	38	77.6%	83	76.9%

	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	55	-	33	-	88	-	
基礎疾患	糖尿病	33	60.0%	13	39.4%	46	52.3%
	高血圧症	48	87.3%	20	60.6%	68	77.3%
	脂質異常症	36	65.5%	26	78.8%	62	70.5%

	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	7	-	2	-	9	-	
基礎疾患	糖尿病	5	71.4%	0	0.0%	5	55.6%
	高血圧症	7	100.0%	1	50.0%	8	88.9%
	脂質異常症	3	42.9%	1	50.0%	4	44.4%

【出典】 KDB帳票 S21_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年5月
 KDB帳票 S21_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年5月
 KDB帳票 S21_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年5月

② 基礎疾患の有病状況

また、令和4年度3月時点での被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は（図表3-3-5-2）、「糖尿病」が196人（17.6%）、「高血圧症」が426人（38.3%）、「脂質異常症」が360人（32.3%）となっています。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

	男性		女性		合計		
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	
被保険者数	603	-	510	-	1,113	-	
基礎疾患	糖尿病	129	21.4%	67	13.1%	196	17.6%
	高血圧症	248	41.1%	178	34.9%	426	38.3%
	脂質異常症	176	29.2%	184	36.1%	360	32.3%

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

(6) 高額なレセプトの状況

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

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは7,800万円、63件で、総医療費の15.4%、総レセプト件数の0.4%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの75.6%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」「脳内出血」「脳梗塞」が上位に入っています。

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

	医療費（円）	総医療費に占める割合	レセプト件数（累計）（件）	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	503,817,990	-	14,110	-
高額なレセプトの合計	77,748,240	15.4%	63	0.4%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額なレセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	高額なレセプトのレセプト件数に占める割合
1位	腎不全	13,917,310	17.9%	13	20.6%
2位	その他の悪性新生物	11,952,870	15.4%	8	12.7%
3位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	7,444,710	9.6%	4	6.3%
4位	脳内出血	4,373,640	5.6%	4	6.3%
5位	その他の心疾患	4,359,970	5.6%	3	4.8%
6位	脳梗塞	3,772,840	4.9%	3	4.8%
7位	その他の呼吸器系の疾患	3,572,280	4.6%	3	4.8%
8位	結腸の悪性新生物	3,464,380	4.5%	2	3.2%
9位	糖尿病	3,060,300	3.9%	3	4.8%
10位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2,764,170	3.6%	3	4.8%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

(7) 長期入院レセプトの状況

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

令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは6,200万円、150件で、総医療費の12.4%、総レセ
プト件数の1.1%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「脳内出血」が上位に
入っています。

図表3-3-7-1：疾病分類（中分類）別_6か月以上の入院レセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に 占める割合	レセプト件数 （累計）（件）	レセプト件数に 占める割合
令和4年度_総数	503,817,990	-	14,110	-
長期入院レセプトの合計	62,468,690	12.4%	150	1.1%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの 医療費に占める割合	件数（累計） （件）	長期入院レセプトの レセプト件数に占め る割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄 想性障害	27,785,040	44.5%	73	48.7%
2位	その他の神経系の疾患	9,022,240	14.4%	24	16.0%
3位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	7,056,370	11.3%	12	8.0%
4位	パーキンソン病	6,639,910	10.6%	11	7.3%
5位	知的障害（精神遅滞）	4,451,140	7.1%	11	7.3%
6位	神経症性障害、ストレス関連障害及び 身体表現性障害	3,377,450	5.4%	9	6.0%
7位	その他の消化器系の疾患	2,298,780	3.7%	6	4.0%
8位	肺炎	1,395,290	2.2%	2	1.3%
9位	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性 疾患	368,140	0.6%	1	0.7%
10位	脳内出血	74,330	0.1%	1	0.7%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_012-厚生労働省様式（様式2-1） 令和4年6月から令和5年5月

4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

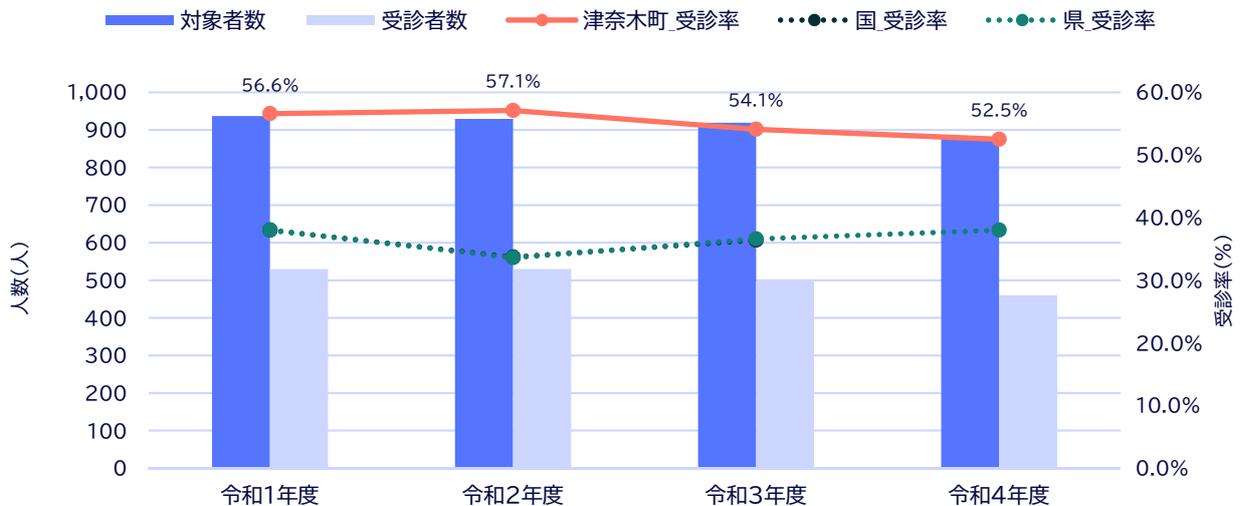
(1) 特定健診受診率

① 特定健診受診率の推移

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

まず、特定健診の実施状況をみると（図表3-4-1-1）、令和4年度の特定健診受診率は52.5%であり、県より高いです。また、経年の推移をみると、令和1年度と比較して4.1ポイント低下しています。年齢階層別にみると（図表3-4-1-2）、特に50-54歳の特定健診受診率が低下しています。

図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和3年度の差	
特定健診対象者数 (人)	937	929	919	877	-60	
特定健診受診者数 (人)	530	530	497	460	-70	
特定健診受診率	津奈木町	56.6%	57.1%	54.1%	52.5%	-4.1
	国	38.0%	33.7%	36.4%		-
	県	38.0%	33.6%	36.6%	38.0%	0.0

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

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である（以下同様）

図表3-4-1-2：年齢階層別_特定健診受診率

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和1年度	40.0%	41.5%	44.8%	55.6%	50.4%	60.6%	62.8%
令和2年度	32.1%	37.3%	43.9%	52.8%	52.6%	61.8%	63.5%
令和3年度	46.2%	29.8%	36.4%	63.5%	49.3%	57.1%	58.4%
令和4年度	40.9%	37.2%	31.7%	60.7%	49.2%	54.8%	57.0%

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

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

② 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

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

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は392人で、特定健診対象者の44.6%、特定健診受診者の85.2%を占めています。他方、特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は312人で、特定健診対象者の35.5%、特定健診未受診者の74.6%を占めています（図表3-4-1-3）。

特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は106人で、特定健診対象者の12.1%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にあります。

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

図表3-4-1-3：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

	40-64歳		65-74歳		合計		
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	318	-	560	-	878	-	-
特定健診受診者数	146	-	314	-	460	-	-
生活習慣病_治療なし	33	10.4%	35	6.3%	68	7.7%	14.8%
生活習慣病_治療中	113	35.5%	279	49.8%	392	44.6%	85.2%
特定健診未受診者数	172	-	246	-	418	-	-
生活習慣病_治療なし	67	21.1%	39	7.0%	106	12.1%	25.4%
生活習慣病_治療中	105	33.0%	207	37.0%	312	35.5%	74.6%

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

(2) 有所見者の状況

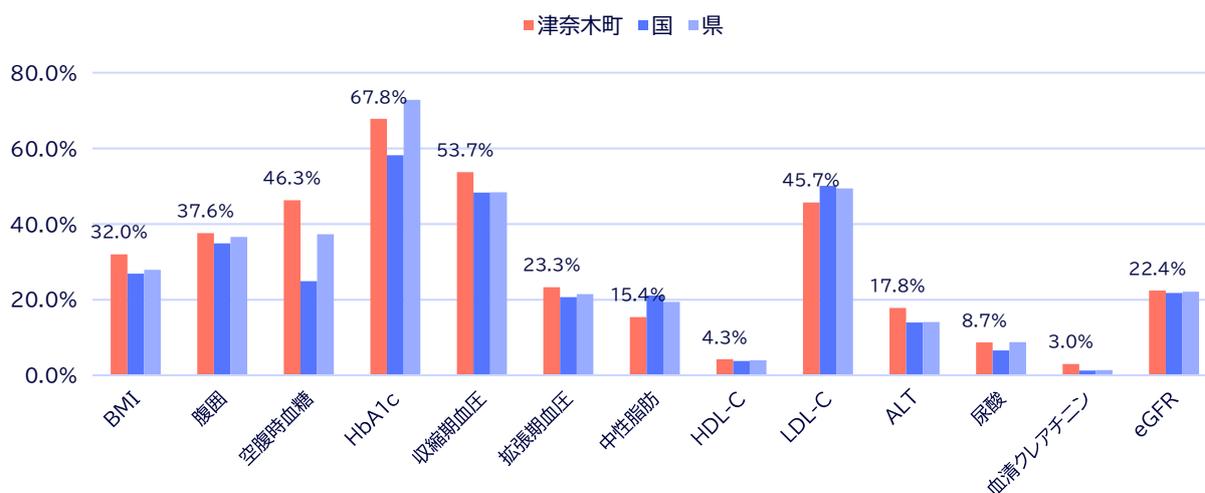
① 特定健診受診者における有所見者の割合

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

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-4-2-1）、国や県と比較して「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」「ALT」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高いです。

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

図表3-4-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	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
津奈木町	32.0%	37.6%	46.3%	67.8%	53.7%	23.3%	15.4%	4.3%	45.7%	17.8%	8.7%	3.0%	22.4%
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%
県	27.9%	36.6%	37.3%	72.8%	48.4%	21.5%	19.4%	4.0%	49.4%	14.1%	8.8%	1.4%	22.1%

【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

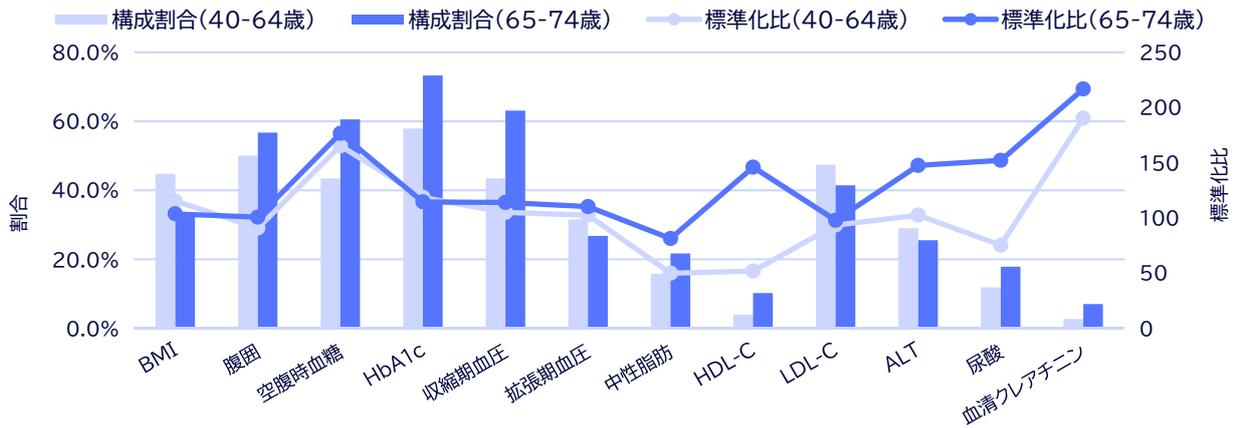
BMI	25kg/m ² 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100cm ² 以上)	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60ml/分/1.73m ² 未満

【出典】 KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

② 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

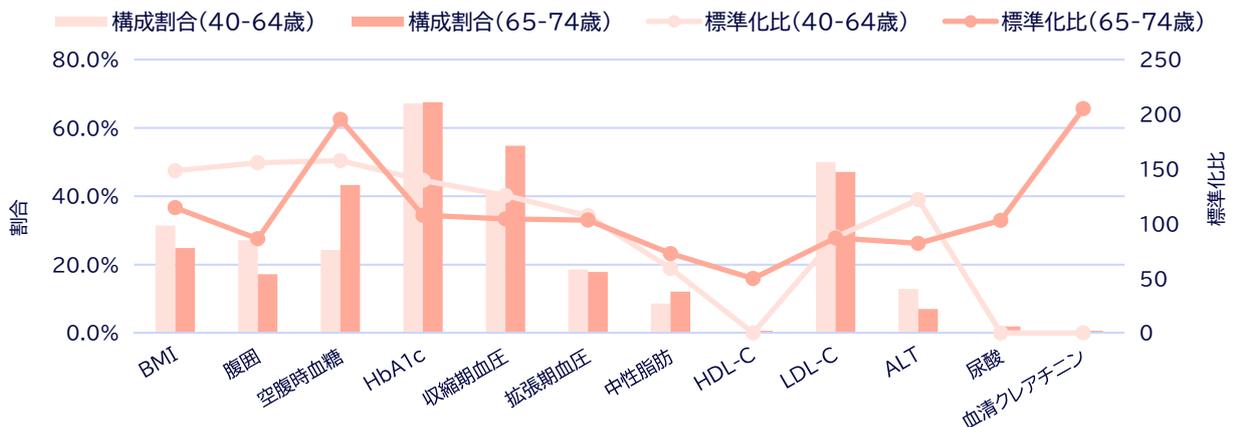
さらに、年代別の有所見者の割合について、国における有所見者の割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し国と比較すると（図表3-4-2-2・図表3-4-2-3）、男性では「BMI」「空腹時血糖」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「ALT」「血清クレアチニン」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。女性では「BMI」「空腹時血糖」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。

図表3-4-2-2：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比_男性



		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	44.7%	50.0%	43.4%	57.9%	43.4%	31.6%	15.8%	3.9%	47.4%	28.9%	11.8%	2.6%
	標準化比	115.2	90.8	165.2	118.5	104.9	102.4	49.9	51.8	93.4	102.4	75.2	190.2
65-74歳	構成割合	33.1%	56.7%	60.5%	73.2%	63.1%	26.8%	21.7%	10.2%	41.4%	25.5%	17.8%	7.0%
	標準化比	103.6	100.6	176.5	114.4	113.9	110.1	81.3	145.9	97.7	147.5	152.1	216.7

図表3-4-2-3：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比_女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	31.4%	27.1%	24.3%	67.1%	41.4%	18.6%	8.6%	0.0%	50.0%	12.9%	0.0%	0.0%
	標準化比	148.4	155.7	157.6	139.6	125.7	107.1	59.0	0.0	87.6	122.0	0.0	0.0
65-74歳	構成割合	24.8%	17.2%	43.3%	67.5%	54.8%	17.8%	12.1%	0.6%	47.1%	7.0%	1.9%	0.6%
	標準化比	114.6	86.1	195.4	107.6	104.3	103.2	72.6	49.8	86.9	81.9	102.9	205.1

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

(3) メタボリックシンドロームの状況

① 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

ここでは、特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者（以下、メタボ該当者という。）及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、メタボ予備群該当者という。）のデータを概観します。メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）を指しています。ここでは津奈木町のメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合及び高血圧、高血糖及び脂質代謝異常リスクの該当状況をみます。

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの状況をみると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者は106人で特定健診受診者（460人）における該当者割合は23.0%で、該当者割合は国・県より高いです。男女別にみると、男性では特定健診受診者の33.9%が、女性では11.9%がメタボ該当者となっています。

メタボ予備群該当者は54人で特定健診受診者における該当者割合は11.7%となっており、該当者割合は県より低いですが、国より高いです。男女別にみると、男性では特定健診受診者の16.7%が、女性では6.6%がメタボ予備群該当者となっています。

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

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

	津奈木町		国	県	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	106	23.0%	20.6%	20.9%	22.3%
男性	79	33.9%	32.9%	32.4%	32.5%
女性	27	11.9%	11.3%	11.5%	12.8%
メタボ予備群該当者	54	11.7%	11.1%	12.1%	12.4%
男性	39	16.7%	17.8%	18.5%	18.3%
女性	15	6.6%	6.0%	6.9%	6.9%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

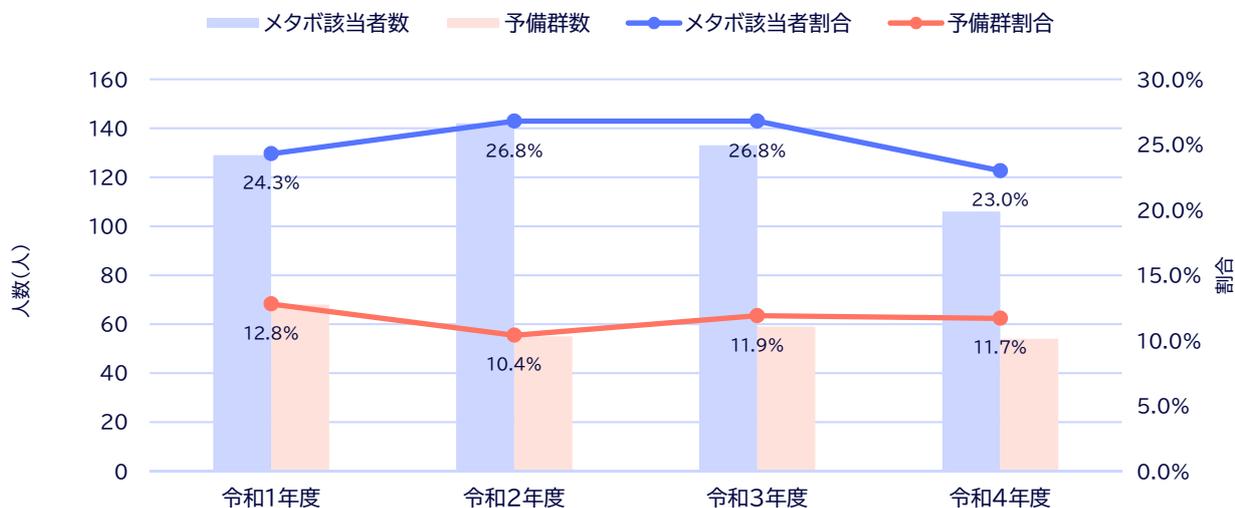
メタボ該当者	腹囲 85cm（男性）	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm（女性）以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

令和4年度と令和1年度の該当者割合を比較すると（図表3-4-3-2）、特定健診受診者のうちメタボ該当者の割合は1.3ポイント減少しており、メタボ予備群該当者の割合は1.1ポイント減少しています。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和1年度と令和4年度の割合の差
	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	
メタボ該当者	129	24.3%	142	26.8%	133	26.8%	106	23.0%	-1.3
メタボ予備群該当者	68	12.8%	55	10.4%	59	11.9%	54	11.7%	-1.1

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

③ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

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

メタボ該当者においては「高血圧・脂質異常該当者」が多く、106人中41人が該当しており、特定健診受診者数の8.9%を占めています。

メタボ予備群該当者では「高血圧該当者」が多く、54人中46人が該当しており、特定健診受診者数の10.0%を占めています。

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

	男性		女性		合計	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数	233	-	227	-	460	-
腹囲基準値以上	127	54.5%	46	20.3%	173	37.6%
メタボ該当者	79	33.9%	27	11.9%	106	23.0%
高血糖・高血圧該当者	21	9.0%	3	1.3%	24	5.2%
高血糖・脂質異常該当者	1	0.4%	0	0.0%	1	0.2%
高血圧・脂質異常該当者	27	11.6%	14	6.2%	41	8.9%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	30	12.9%	10	4.4%	40	8.7%
メタボ予備群該当者	39	16.7%	15	6.6%	54	11.7%
高血糖該当者	2	0.9%	0	0.0%	2	0.4%
高血圧該当者	36	15.5%	10	4.4%	46	10.0%
脂質異常該当者	1	0.4%	5	2.2%	6	1.3%
腹囲のみ該当者	9	3.9%	4	1.8%	13	2.8%

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

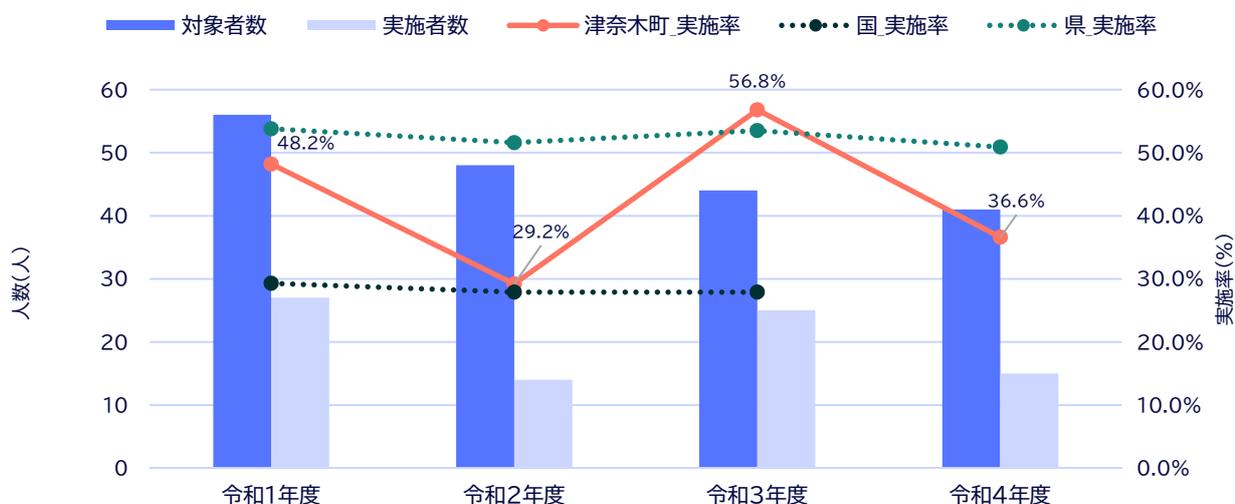
(4) 特定保健指導実施率

ここでは、特定保健指導の実施状況を概観します。特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）です。特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかがわかります。

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表3-4-4-1）、令和4年度では41人で、特定健診受診者460人中8.9%を占めます。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合、すなわち特定保健指導実施率は36.6%で、特定保健指導実施率は県より低いです。

令和4年度の実施率は、令和1年度の実施率48.2%と比較すると11.6ポイント減少しています。

図表3-4-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和3年度の差	
特定健診受診者数 (人)	530	530	497	460	-70	
特定保健指導対象者数 (人)	56	48	44	41	-15	
特定保健指導該当者割合	10.6%	9.1%	8.9%	8.9%	-1.7	
特定保健指導実施者数 (人)	27	14	25	15	-12	
特定保健指導実施率	津奈木町	48.2%	29.2%	56.8%	36.6%	-11.6
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	53.8%	51.6%	53.5%	50.9%	-2.9

【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

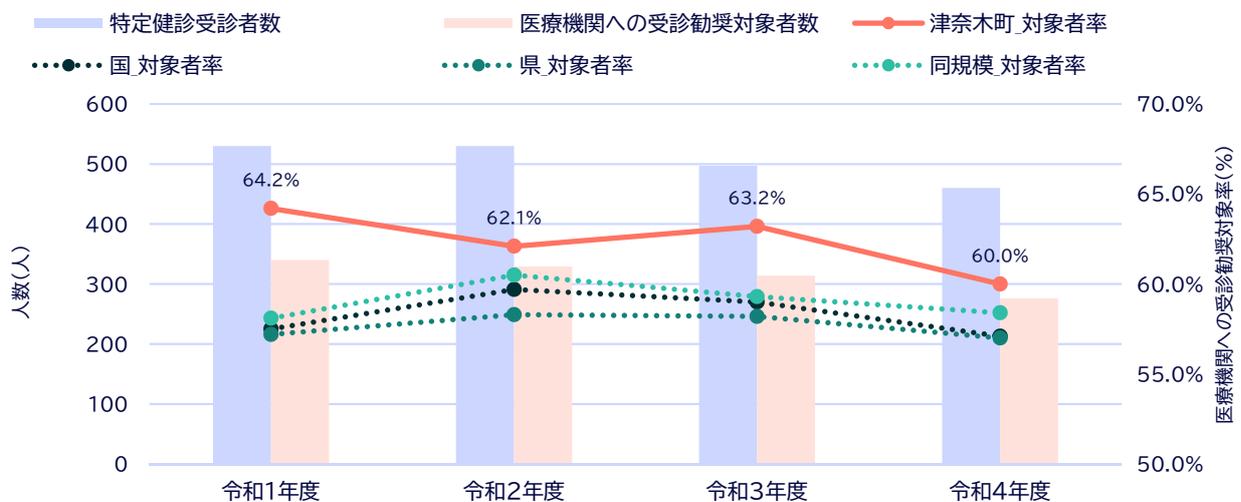
(5) 受診勧奨対象者の状況

① 特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合

ここでは、特定健診受診者において、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超えるもの（受診勧奨対象者）の割合から、津奈木町の特定健診受診者において、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみます。

受診勧奨対象者の割合をみると（図表3-4-5-1）、令和4年度における受診勧奨対象者数は276人で、特定健診受診者の60.0%を占めています。該当者割合は、国・県より高く、令和1年度と比較すると4.2ポイント減少しています。なお、図表3-4-5-1における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指しています。

図表3-4-5-1：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度の受診勧奨対象者率の差	
特定健診受診者数 (人)	530	530	497	460	-	
医療機関への受診勧奨対象者数 (人)	340	329	314	276	-	
受診勧奨対象者率	津奈木町	64.2%	62.1%	63.2%	60.0%	-4.2
	国	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	県	57.2%	58.3%	58.2%	57.0%	-0.2
	同規模	58.1%	60.5%	59.3%	58.4%	0.3

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

参考：各健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	中性脂肪	300mg/dL以上	AST	51U/L以上
HbA1c	6.5%以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下	ALT	51U/L以上
随時血糖	126mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上	γ-GTP	101U/L以上
収縮期血圧	140mmHg以上	Non-HDLコレステロール	170mg/dL以上	eGFR	45ml/分/1.73m ² 未満
拡張期血圧	90mmHg以上	ヘモグロビン	男性12.1g/dL未満、女性11.1g/dL未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

② 特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

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

令和4年度において、血糖ではHbA1c6.5%以上の人は56人で特定健診受診者の12.2%を占めており、令和1年度と比較すると割合は増加しています。

血圧では、Ⅰ度高血圧以上の人は159人で特定健診受診者の34.6%を占めており、令和1年度と比較すると割合は増加しています。

脂質ではLDL-C140mg/dL以上の人は92人で特定健診受診者の20.0%を占めており、令和1年度と比較すると割合は減少しています。

図表3-4-5-2：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		530	-	530	-	497	-	460	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	29	5.5%	37	7.0%	34	6.8%	34	7.4%
	7.0%以上8.0%未満	18	3.4%	19	3.6%	25	5.0%	19	4.1%
	8.0%以上	7	1.3%	12	2.3%	4	0.8%	3	0.7%
	合計	54	10.2%	68	12.8%	63	12.7%	56	12.2%

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		530	-	530	-	497	-	460	-
血圧	Ⅰ度高血圧	136	25.7%	155	29.2%	124	24.9%	122	26.5%
	Ⅱ度高血圧	27	5.1%	38	7.2%	32	6.4%	32	7.0%
	Ⅲ度高血圧	7	1.3%	3	0.6%	9	1.8%	5	1.1%
	合計	170	32.1%	196	37.0%	165	33.2%	159	34.6%

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		530	-	530	-	497	-	460	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上160mg/dL未満	76	14.3%	66	12.5%	75	15.1%	57	12.4%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	39	7.4%	24	4.5%	19	3.8%	21	4.6%
	180mg/dL以上	17	3.2%	12	2.3%	12	2.4%	14	3.0%
	合計	132	24.9%	102	19.2%	106	21.3%	92	20.0%

【出典】 KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計
KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和1年度から令和4年度 累計

参考：Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の定義

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

【出典】 KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

③ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

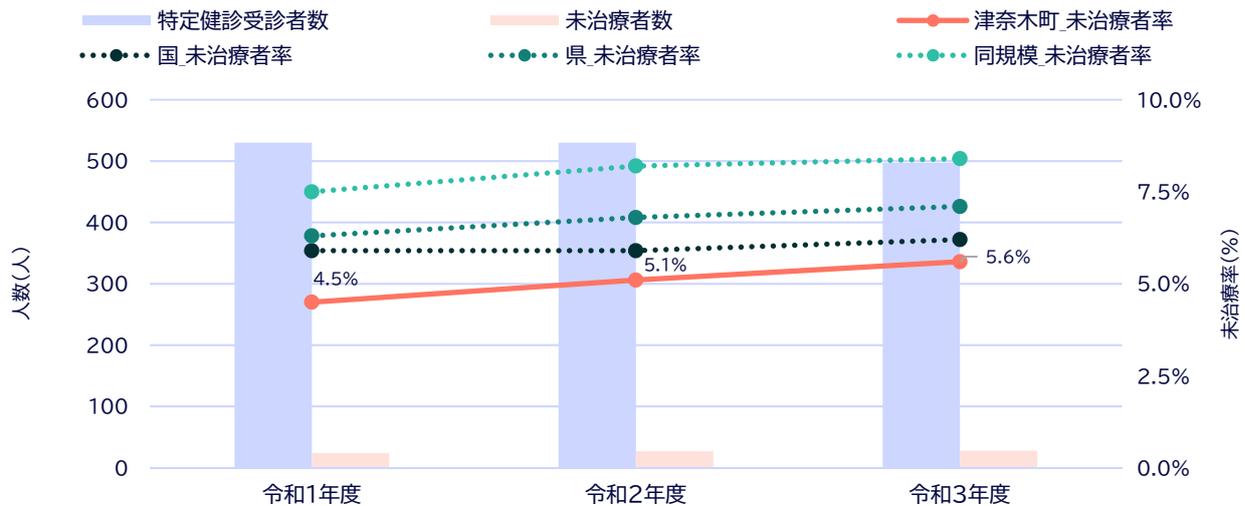
ここでは、受診勧奨対象者の医療機関受診状況について概観します。受診勧奨対象者のうち医療機関への受診が確認されない人（未治療者）の割合から、特定健診を受診し医療機関の受診が促されているにもかかわらず医療機関への受診が確認されない人がどの程度存在するのかを把握できます。

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況をみると（図表3-4-5-3）、令和3年度の特定健診受診者497人のうち、医療機関の受診が確認されていない未治療者の割合は5.6%であり、国・県より低いです。

未治療者率は、令和1年度と比較して1.1ポイント増加しています。

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

図表3-4-5-3：受診勧奨対象者における未治療者率



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和1年度と令和3年度の未治療者率の差	
特定健診受診者数（人）	530	530	497	-	
（参考）医療機関への受診勧奨対象者数（人）	340	329	314	-	
未治療者数（人）	24	27	28	-	
未治療者率	津奈木町	4.5%	5.1%	5.6%	1.1
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3
	県	6.3%	6.8%	7.1%	0.8
	同規模	7.5%	8.2%	8.4%	0.9

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

④ 受診勧奨対象者における服薬状況

次に、血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況をみます（図表3-4-5-4）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要があります。

令和4年度の健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった56人の23.2%が、血圧がⅠ度高血圧以上であった159人の33.3%が、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった92人の68.5%が服薬をしていません。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった15人の6.7%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていません。

図表3-4-5-4：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし人数（人）	服薬なし割合
6.5%以上7.0%未満	34	10	29.4%
7.0%以上8.0%未満	19	3	15.8%
8.0%以上	3	0	0.0%
合計	56	13	23.2%

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	122	44	36.1%
Ⅱ度高血圧	32	8	25.0%
Ⅲ度高血圧	5	1	20.0%
合計	159	53	33.3%

脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし人数（人）	服薬なし割合
140mg/dL以上160mg/dL未満	57	42	73.7%
160mg/dL以上180mg/dL未満	21	17	81.0%
180mg/dL以上	14	4	28.6%
合計	92	63	68.5%

腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし人数（人）	服薬なし割合	服薬なしのうち、透析なし人数（人）	該当者のうち、服薬なし透析なし割合
30ml/分/1.73m ² 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	11	1	9.1%	1	9.1%
15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	4	0	0.0%	0	0.0%
15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%	0	0.0%
合計	15	1	6.7%	1	6.7%

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

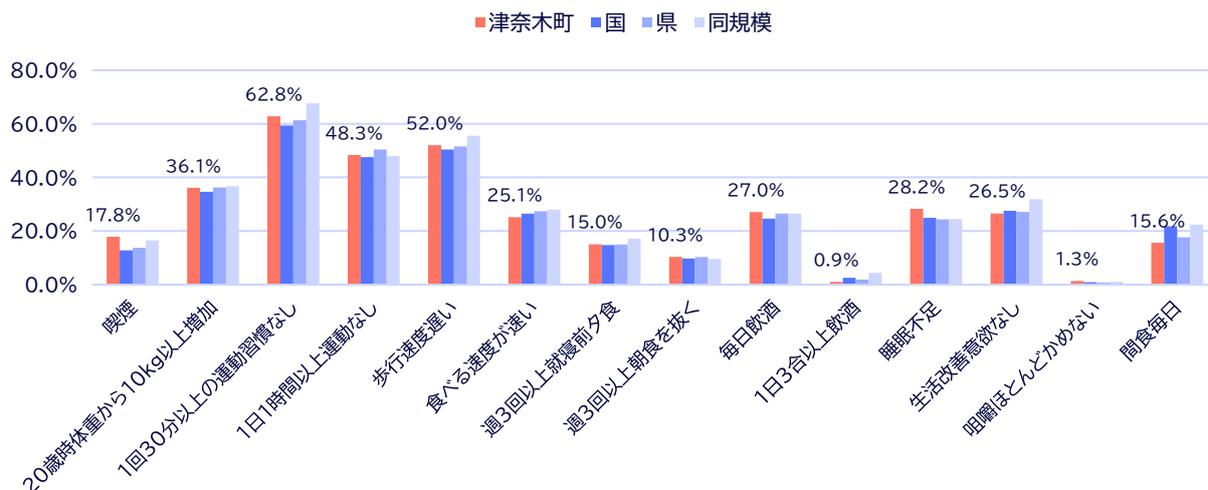
(6) 質問票の状況

① 特定健診受診者における質問票の回答状況

ここでは、特定健診での質問票の回答状況から、津奈木町の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向を概観します。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると（図表3-4-6-1）、国や県と比較して「喫煙」「1回30分以上の運動習慣なし」「歩行速度遅い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「睡眠不足」「咀嚼ほとんどかめない」の回答割合が高いです。

図表3-4-6-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



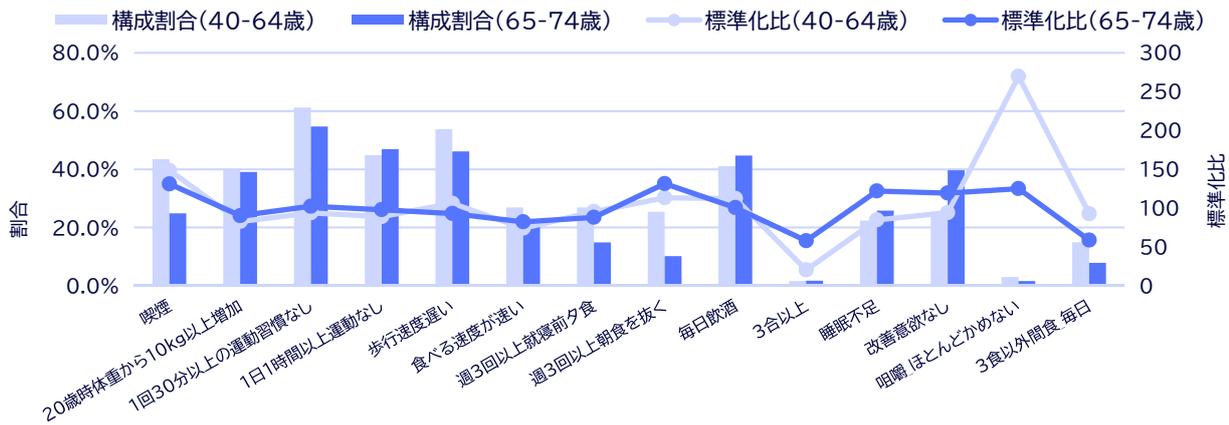
	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし	歩行速度遅い	食べる速度が遅い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
津奈木町	17.8%	36.1%	62.8%	48.3%	52.0%	25.1%	15.0%	10.3%	27.0%	0.9%	28.2%	26.5%	1.3%	15.6%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%
県	13.7%	36.2%	61.3%	50.4%	51.5%	27.3%	14.9%	10.2%	26.4%	1.8%	24.3%	27.1%	0.7%	17.6%
同規模	16.4%	36.7%	67.6%	47.9%	55.5%	27.9%	17.1%	9.5%	26.4%	4.3%	24.4%	31.8%	1.0%	22.3%

【出典】KDB帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

② 特定健診受診者における年代別質問票の回答状況と標準化比

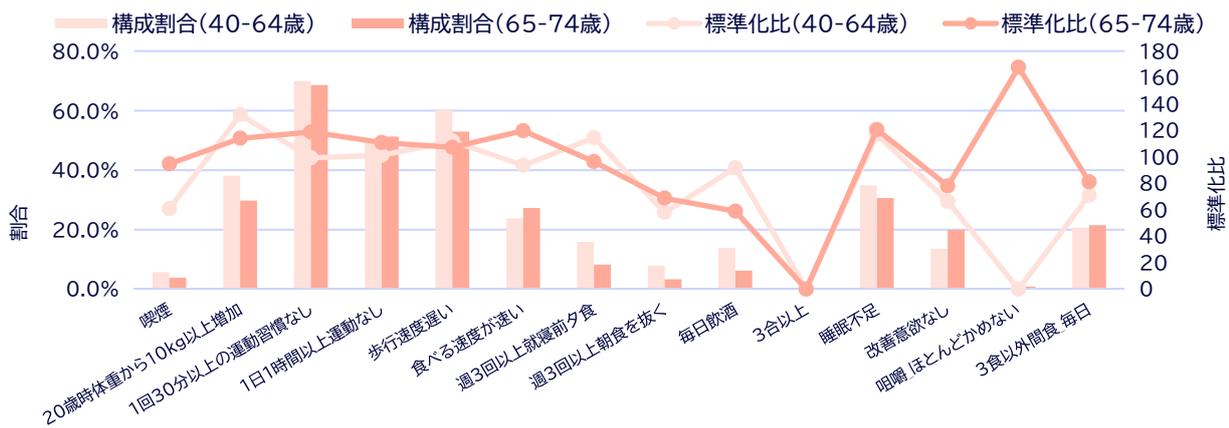
さらに、国における各設問への回答者割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、年代別の回答者割合を国と比較すると（図表3-4-6-2・図表3-4-6-3）、男性では「週3回以上朝食を抜く」「喫煙」「咀嚼_ほとんどかめない」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「睡眠不足」「20歳時体重から10kg以上増加」「1日1時間以上運動なし」の標準化比がいずれの年代においても高いです。

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



		喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の運 動習慣 なし	1日 1時間 以上 運動なし	歩行速 度遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとん どか めない	間食 毎日
		回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比
40- 64歳	回答割合	43.4%	40.3%	61.2%	44.8%	53.7%	26.9%	26.9%	25.4%	41.1%	1.6%	22.4%	25.4%	3.0%	14.9%
	標準化比	148.4	82.7	93.9	89.0	106.0	74.1	95.4	113.3	112.4	20.4	84.8	94.2	269.7	92.7
65- 74歳	回答割合	24.8%	39.1%	54.7%	46.9%	46.1%	22.7%	14.8%	10.2%	44.7%	1.7%	25.8%	39.7%	1.6%	7.8%
	標準化比	131.2	90.3	102.4	97.9	93.0	82.3	88.1	131.5	100.6	57.9	121.9	119.3	125.1	58.6

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



		喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の運 動習慣 なし	1日 1時間 以上 運動なし	歩行速 度遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとん どか めない	間食 毎日
		回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比	回答割合	標準化比
40- 64歳	回答割合	5.7%	38.1%	69.8%	49.2%	60.3%	23.8%	15.9%	7.9%	13.8%	0.0%	34.9%	13.6%	0.0%	20.6%
	標準化比	60.8	131.9	99.3	101.3	112.0	93.6	114.5	58.0	91.8	0.0	116.9	66.4	0.0	71.0
65- 74歳	回答割合	3.8%	29.8%	68.6%	51.2%	52.9%	27.3%	8.3%	3.3%	6.2%	0.0%	30.6%	20.0%	0.8%	21.5%
	標準化比	94.7	114.0	118.8	110.8	107.2	119.7	96.4	68.7	58.9	0.0	120.6	78.0	167.7	81.1

【出典】 KDB帳票 S21_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況

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

(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると（図表3-5-1-1）、国民健康保険（以下、国保という）の加入者数は1,113人、国保加入率は25.9%で、国・県より高いです。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1,100人、後期高齢者加入率は25.6%で、国・県より高いです。

図表3-5-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	津奈木町	国	県	津奈木町	国	県
総人口	4,292	-	-	4,292	-	-
保険加入者数（人）	1,113	-	-	1,100	-	-
保険加入率	25.9%	19.7%	21.6%	25.6%	15.4%	16.8%

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

(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

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

年代別の要介護（要支援）認定者における有病状況（図表3-5-2-1）をみると、前期高齢者である65-74歳の有病割合の国との差は、「心臓病」（19.1ポイント）、「脳血管疾患」（10.5ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（18.0ポイント）です。75歳以上の認定者の有病割合の国との差は、「心臓病」（9.5ポイント）、「脳血管疾患」（4.0ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（10.7ポイント）です。

図表3-5-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74歳			75歳以上		
	津奈木町	国	国との差	津奈木町	国	国との差
糖尿病	38.9%	21.6%	17.3	19.3%	24.9%	-5.6
高血圧症	49.8%	35.3%	14.5	65.2%	56.3%	8.9
脂質異常症	29.3%	24.2%	5.1	31.7%	34.1%	-2.4
心臓病	59.2%	40.1%	19.1	73.1%	63.6%	9.5
脳血管疾患	30.2%	19.7%	10.5	27.1%	23.1%	4.0
筋・骨格関連疾患	53.9%	35.9%	18.0	67.1%	56.4%	10.7
精神疾患	20.6%	25.5%	-4.9	45.0%	38.7%	6.3

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

(3) 保険種別の医療費の状況

① 保険種別の一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保及び後期高齢者の一人当たり月額医療費をみると（図表3-5-3-1）、国保の入院医療費は、国と比べて2,970円多く、外来医療費は4,410円多いです。後期高齢者の入院医療費は、国と比べて12,910円多く、外来医療費は1,190円多いです。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では同程度で、後期高齢者では6.6ポイント高いです。

図表3-5-3-1：保険種別の一人当たり月額医療費及び入院医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	津奈木町	国	国との差	津奈木町	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	14,620	11,650	2,970	49,730	36,820	12,910
外来_一人当たり医療費（円）	21,810	17,400	4,410	35,530	34,340	1,190
総医療費に占める入院医療費の割合	40.1%	40.1%	0.0	58.3%	51.7%	6.6

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

② 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると（図表3-5-3-2）、国保では「精神疾患」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の11.2%を占めており、国と比べて3.3ポイント高いです。後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の14.0%を占めており、国と比べて1.6ポイント高いです。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「狭心症」「心筋梗塞」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きいです。

図表3-5-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	津奈木町	国	国との差	津奈木町	国	国との差
糖尿病	8.1%	5.4%	2.7	4.0%	4.1%	-0.1
高血圧症	3.5%	3.1%	0.4	2.7%	3.0%	-0.3
脂質異常症	2.6%	2.1%	0.5	1.3%	1.4%	-0.1
高尿酸血症	0.1%	0.0%	0.1	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.0%	0.1%	-0.1	0.0%	0.2%	-0.2
がん	8.6%	16.8%	-8.2	7.6%	11.2%	-3.6
脳出血	1.0%	0.7%	0.3	0.5%	0.7%	-0.2
脳梗塞	1.5%	1.4%	0.1	0.9%	3.2%	-2.3
狭心症	0.5%	1.1%	-0.6	1.4%	1.3%	0.1
心筋梗塞	0.0%	0.3%	-0.3	0.7%	0.3%	0.4
慢性腎臓病（透析あり）	7.7%	4.4%	3.3	2.9%	4.6%	-1.7
慢性腎臓病（透析なし）	0.1%	0.3%	-0.2	1.0%	0.5%	0.5
精神疾患	11.2%	7.9%	3.3	4.2%	3.6%	0.6
筋・骨格関連疾患	8.9%	8.7%	0.2	14.0%	12.4%	1.6

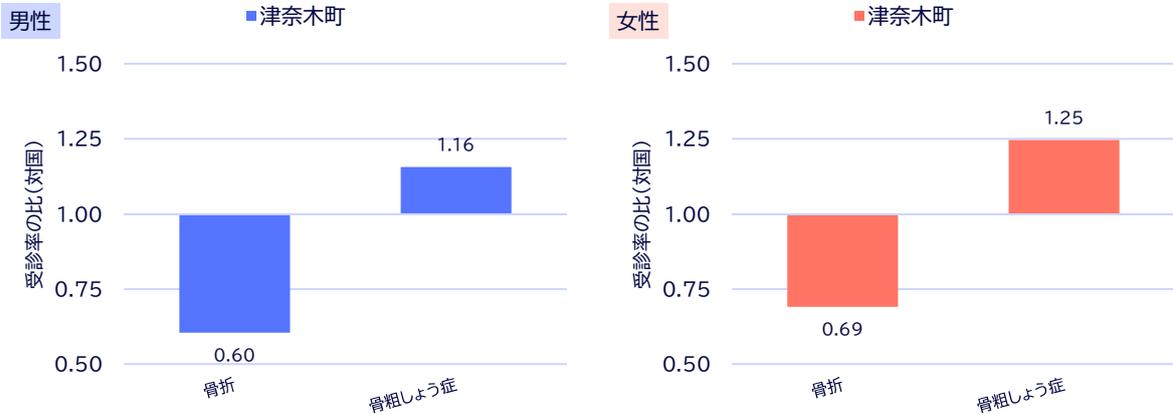
【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している

(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率

前期高齢者における「骨折」及び「骨粗しょう症」の受診率（図表3-5-4-1）をみると、国と比べて、男性女性ともに「骨折」の受診率は低く、「骨粗しょう症」の受診率は高いです。

図表3-5-4-1：前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較



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

※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している

(5) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況（図表3-5-5-1）をみると、後期高齢者の健診受診率は13.8%で、国と比べて11.0ポイント低いです。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は65.8%で、国と比べて4.9ポイント高いです。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血圧」の該当割合が高いです。

図表3-5-5-1：後期高齢者の健診状況

		後期高齢者		
		津奈木町	国	国との差
健診受診率		13.8%	24.8%	-11.0
受診勧奨対象者率		65.8%	60.9%	4.9
有所見者の状況	血糖	3.3%	5.7%	-2.4
	血圧	44.1%	24.3%	19.8
	脂質	5.3%	10.8%	-5.5
	血糖・血圧	2.6%	3.1%	-0.5
	血糖・脂質	0.0%	1.3%	-1.3
	血圧・脂質	3.9%	6.9%	-3.0
	血糖・血圧・脂質	0.0%	0.8%	-0.8

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

参考：健診項目における受診勧奨判定値

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

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

(6) 後期高齢者における質問票の回答状況

後期高齢者における質問票の回答状況をみると（図表3-5-6-1）、国と比べて、「健康状態が「よくない」「毎日の生活に「不満」「半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」「お茶や汁物等で「むせることがある」「6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」「この1年間に「転倒したことがある」「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」「周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」「今日が何月何日かわからない日がある」「週に1回以上外出して「いない」の回答割合が高いです。

図表3-5-6-1：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		津奈木町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	5.9%	1.1%	4.8
心の健康	毎日の生活に「不満」	2.0%	1.1%	0.9
食習慣	1日3食「食べていない」	2.6%	5.4%	-2.8
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	29.6%	27.7%	1.9
	お茶や汁物等で「むせることがある」	22.4%	20.9%	1.5
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	20.4%	11.7%	8.7
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	69.7%	59.1%	10.6
	この1年間に「転倒したことがある」	26.3%	18.1%	8.2
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	44.1%	37.1%	7.0
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	16.4%	16.2%	0.2
	今日が何月何日かわからない日がある」	27.6%	24.8%	2.8
喫煙	たばこを「吸っている」	2.6%	4.8%	-2.2
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	11.8%	9.4%	2.4
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	4.6%	5.6%	-1.0
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	2.6%	4.9%	-2.3

【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）

6 その他の状況

(1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況を見ると（図表3-6-1-1）、重複処方該当者数は15人です。

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

図表3-6-1-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）										
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	
重複処方を 受けた人	2医療機関以上	50	12	5	2	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	3	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

(2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況を見ると（図表3-6-2-1）、多剤処方該当者数は9人です。

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

図表3-6-2-1：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬効数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日数	1日以上	747	663	570	483	378	292	211	141	98	78	9	0
	15日以上	661	612	538	458	364	285	209	139	96	78	9	0
	30日以上	513	477	426	364	301	246	179	126	87	72	9	0
	60日以上	257	244	222	196	169	140	105	81	59	47	6	0
	90日以上	108	100	94	81	72	58	48	40	28	22	5	0
	120日以上	48	47	46	41	38	30	25	22	16	13	3	0
	150日以上	28	28	28	25	24	19	14	13	9	8	2	0
	180日以上	17	17	17	14	14	11	8	7	5	4	1	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77.7%で、県の82.7%と比較して5.0ポイント低いです（図表3-6-3-1）。

図表3-6-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和1年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
津奈木町	71.0%	75.5%	76.1%	78.5%	76.2%	78.7%	77.7%
県	78.0%	80.4%	81.1%	82.3%	82.2%	82.3%	82.7%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4) 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率

国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると（図表3-6-4-1）、下表の5つのがんの検診平均受診率は28.3%で、国・県より高いです。

図表3-6-4-1：国保被保険者におけるがん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
津奈木町	24.8%	27.4%	23.8%	28.0%	37.7%	28.3%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	14.9%	18.5%	18.4%	17.6%	21.7%	18.2%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

7 健康課題の整理

(1) 健康課題の全体像の整理

死亡・要介護状態	
平均余命 平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の平均余命は83.4年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.7年である。女性の平均余命は87.4年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.4年である。(図表2-1-2-1) ・男性の平均自立期間は81.8年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.7年である。女性の平均自立期間は84.6年で、県より短い、国より長い。国と比較すると、+0.2年である。(図表2-1-2-1)
死亡	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な重篤な疾患について、令和3年の死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第4位(5.5%)、「脳血管疾患」は第1位(9.6%)と、いずれも死因の上位に位置している。(図表3-1-1-1) ・平成25年から平成29年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、急性心筋梗塞65.0(男性)39.1(女性)、脳血管疾患93.6(男性)100.7(女性)、腎不全89.8(男性)96.1(女性)。(図表3-1-2-1・図表3-1-2-2)
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.6年、女性は2.8年となっている。(図表2-1-2-1) ・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は72.2%、「脳血管疾患」は27.4%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は「糖尿病」(20.7%)、「高血圧症」(64.2%)、「脂質異常症」(31.7%)である。(図表3-2-3-1)

生活習慣病重症化	
医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・入院 <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費の上位をみると、「脳梗塞」が10位(3.2%)となっている。これらの疾患の受診率をみると、「脳梗塞」が国の1.6倍となっており、「脳血管疾患」では1.44倍、「虚血性心疾患」では0.37倍となっている(図表3-3-2-2・図表3-3-2-3) ・重篤な疾患の患者は、基礎疾患(「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」)を有している人が多い。(図表3-3-5-1) ・外来(透析) <ul style="list-style-type: none"> ・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の12.5%を占めている。(図表3-3-3-1) ・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、国の1.66倍である。(図表3-3-4-1) ・「慢性腎臓病(透析あり)」患者のうち、「糖尿病」を有している人は55.6%、「高血圧症」は88.9%、「脂質異常症」は44.4%となっている。(図表3-3-5-1) ・入院・外来 <ul style="list-style-type: none"> ・重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「狭心症」「心筋梗塞」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。(図表3-5-3-2)



◀重症化予防

生活習慣病	
医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・外来 <ul style="list-style-type: none"> ・「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」及び「慢性腎臓病(透析なし)」の外来受診率は、「慢性腎臓病(透析なし)」が国より低い。(図表3-3-4-1) ・令和4年度3月時点の被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が196人(17.6%)、「高血圧症」が426人(38.3%)、「脂質異常症」が360人(32.3%)である。(図表3-3-5-2)
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者 <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者数は276人で、特定健診受診者の60.0%となっており、国より高い。(図表3-4-5-1) ・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった56人の23.2%、血圧ではI度高血圧以上であった159人の33.3%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった92人の68.5%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m²未満であった15人の6.7%である。(図表3-4-5-4)



◀生活習慣病発症予防・保健指導

生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム	
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボ該当者 <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度のメタボ該当者は106人(23.0%)で減少しており、メタボ予備群該当者は54人(11.7%)で減少しているが、いずれも国より高い水準となっている。(図表3-4-3-2) ・メタボ予備群該当者 <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の特定保健指導実施率は36.6%であり、県より低い。(図表3-4-4-1) ・特定健診有所見者 <ul style="list-style-type: none"> ・有所見該当者の割合について、国を100とした標準化比は、男性では「BMI」「空腹時血糖」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「ALT」「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」「空腹時血糖」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。(図表3-4-2-2・図表3-4-2-3)



◀早期発見・特定健診

不健康な生活習慣	
健康に関する意識	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の特定健診受診率は52.5%であり、県より高い。(図表3-4-1-1) ・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は106人で、特定健診対象者の12.1%となっている。(図表3-4-1-3)
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者の質問票の回答割合について、国を100とした標準化比は、男性では「週3回以上朝食を抜く」「喫煙」「咀嚼ほとんどかめない」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「睡眠不足」「20歳時体重から10kg以上増加」「1日1時間以上運動なし」の標準化比がいずれの年代においても高い。(図表3-4-6-2)



地域特性・背景	
津奈木町の特性	<ul style="list-style-type: none">・高齢化率は44.2%で、国や県と比較すると、高い。(図表2-1-1-1)・国保加入者数は1,113人で、65歳以上の被保険者の割合は54.2%となっている。(図表2-1-5-1)
健康維持増進のための社会環境・体制	<ul style="list-style-type: none">・一人当たり医療費は減少している。(図表3-3-1-1)・重複処方該当者数は15人であり、多剤処方該当者数は9人である。(図表3-6-1-1・図表3-6-2-1)・後発医薬品の使用割合は77.7%であり、県と比較して5.0ポイント低い。(図表3-6-3-1)
その他(がん)	<ul style="list-style-type: none">・悪性新生物(「胆のう及びその他の胆道」「胃」「肝及び肝内胆管」)は死因の上位にある。(図表3-1-1-1)・5がんの検診平均受診率は国・県より高い。(図表3-6-4-1)

(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題

考察	健康課題	評価指標
<p>◀重症化予防</p> <p>保健事業により予防可能な重篤疾患について、脳血管疾患と虚血性心疾患は死因の上位に位置している。</p> <p>脳血管疾患は、令和3年の死因の第1位に位置しており、入院受診率が国と比較して1.44倍である為、比較的発生頻度は高いことが考えられる。</p> <p>虚血性心疾患は、死因の第4位に位置している。また、不整脈及び伝導障害や、虚血性心疾患も原因として挙げられる心不全が同率で第2位に位置しており、心疾患全体の死亡割合は高いことから、高齢化率が44.2%と高い水準にあることの影響も含め、比較的多く患者が存在している可能性が考えられる。</p> <p>腎不全は、令和3年の死者数は0名であり、慢性腎臓病（透析あり）外来受診率は国の1.66倍と高い水準であることから、一定の治療がなされたことで死亡を抑制できている可能性が考えられる。</p> <p>これらの重篤疾患の原因となる動脈硬化を促進する糖尿病・高血圧・脂質異常症の外来受診率はいずれも国と同程度もしくは高い一方で、特定健診受診者の内、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨判定値を上回っているものの該当疾患に関する服薬が出ていないものが血糖では約2割、血圧では約3割、血中脂質では約7割存在している。</p> <p>これらの考察・事実から基礎疾患を有病しているものの外来治療につながっていない人が依然存在しているため、外来治療につながっていない有病者を適切に治療につなげることで、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全といった重篤な疾患の発症をさらに抑制できると考えられる。</p>	<p>#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切に医療機関の受診を促進することが必要。</p>	<p>【中長期指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規脳梗塞患者数 ・新規脳出血患者数 ・新規虚血性心疾患患者数 ・新規人工透析患者数 ・新規糖尿病性腎症による透析導入者 <p>【短期指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者の高血圧者（Ⅱ度：160/100以上）の割合 ・健診受診者の脂質異常者（LDL180以上）の割合 ・40代、50代の健診受診者の糖尿病患者（HbA1c6.5以上）の割合 ・健診受診者の糖尿病患者（HbA1c8.0%以上）の割合 ・糖尿病の未治療者の割合 ・糖尿病の治療中断者の割合
<p>◀生活習慣病発症予防・保健指導</p> <p>特定健診受診者の内、メタボ予備群該当者の割合、受診勧奨判定値を超えた人の割合は国よりも高い水準で推移しているが、メタボ該当者の割合は令和4年度で減少している。</p> <p>令和4年度の特定保健指導の実施率が36.6%と県と比べて低いため、メタボ該当者・予備群該当者に保健指導を実施することができれば、メタボ該当者・予備群該当者を減少させることができる可能性があると考えられる。</p>	<p>#2 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の維持・向上が必要。</p>	<p>【短期指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導率 ・メタボリックシンドローム該当者の割合 ・メタボリックシンドローム予備群の割合 ・特定保健指導対象者の減少率 ・メタボリックシンドロームの減少率
<p>◀早期発見・特定健診</p> <p>令和4年度の特定健診受診率は県と比べて高いが、特定健診対象者の内、12.1%の人が健診未受診かつ生活習慣病の治療を受けていない健康状態が不明の状態にあることから、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。</p>	<p>#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要。</p>	<p>【短期指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・40代、50代の健診受診率
<p>◀健康づくり</p> <p>特定健診受診者における質問票の回答割合を見ると、男女ともに生活習慣の改善が必要と思われる人の割合が多い。このような生活習慣が継続した結果、高血糖や高血圧、脂質異常の状態に至り、動脈硬化が進行した結果、最終的に虚血性心疾患などの重篤な疾患の発症に至る者が多い可能性が考えられる。</p>	<p>#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における生活習慣の改善が必要。</p>	<p>【短期指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者問診「喫煙」の回答割合 ・健診受診者問診「朝食を抜くことが週3回以上ある」40代、50代の割合

(3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題

考察	健康課題	評価指標
<p>◀介護予防・一体的実施</p> <p>介護認定者における有病割合を見ると、心臓病・脳血管疾患といった重篤な疾患は前期高齢者に比べ後期高齢者の方が多い。また、医療費の観点では、虚血性心疾患の医療費が総医療費に占める割合が国保被保険者よりも後期高齢者の方が多い。</p> <p>これらの事実から、国保被保険者への生活習慣病の重症化予防が、後期高齢者における重篤疾患発症の予防につながる可能性が考えられる。</p>	<p>#5 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。</p>	<p>※重症化予防に記載の指標と共通</p>
<p>◀その他（がん）</p> <p>悪性新生物は死因の上位にある。5がん検診の受診率は国よりも高い為、さらにはがん検診の受診率を向上し、早期発見・早期治療につなげることで、死者数・死亡率を抑制できる可能性がある。</p>	<p>#6 がん検診の受診率を向上させることが必要。</p>	<p>【短期指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5がん検診の受診率

第4章 データヘルス計画の目的・目標

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

6年後に目指したい姿～健康課題を解決することで達成したい姿～

医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い、脳血管疾患（脳梗塞、脳出血）及び虚血性疾患、糖尿病性腎症慢性腎症の新規患者数を減少させることで、一人当たりの医療費の伸びを抑えることを目標とする。（開始時：36,429円）

共通指標	中長期指標	開始時	目標値
○	新規 人工透析患者数（人）	2	0
○	新規 糖尿病性腎症による透析導入者数（人）	1	0
○	新規 脳梗塞患者数（人）	15	12
○	新規 脳出血患者数（人）	4	3
○	新規 虚血性心疾患患者数（人）	28	22
共通指標	短期指標	開始時	目標値
●	特定健診受診率（％）	52.5	60.0
○	40代、50代の特定健診健診受診率（％）	43.8	50.0
●	特定保健指導率（％）	36.6	60.0
●	特定保健指導対象者の減少率（％）	20.5	25.0
○	メタボリックシンドローム該当者の割合（％）	23.0	20.0
○	メタボリックシンドローム予備群の割合（％）	11.7	10.0
○	メタボリックシンドロームの減少率（％）	10.8	15.0
○	健診受診者の高血圧者（Ⅱ度：160/100以上）の割合（％）	7.9	6.0
○	健診受診者の脂質異常者（LDL180以上）の割合（％）	3.2	2.5
○	40代、50代の健診受診者の糖尿病患者（HbA1c6.5以上）の割合（％）	5.7	4.5
●	健診受診者の糖尿病患者（HbA1c8.0%以上）の割合（％）	0.7	0.5
○	健診受診者の糖尿病（HbA1c7.0以上）の未治療者の割合	4.5	3.0
○	健診受診者の糖尿病（HbA1c7.0以上）の治療中断者の割合	4.5	3.0
○	健診受診者の問診 朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合（％）	22.6	20.0
	健診受診者の問診 喫煙の回答割合（％）	17.8	13.0
	がん検診受診率 胃がん検診（％）	13.1	20.0
	がん検診受診率 肺がん検診（％）	23.5	25.0
	がん検診受診率 大腸がん検診（％）	24.4	30.0
	がん検診受診率 子宮頸がん検診（％）	22.7	25.0
	がん検診受診率 乳がん検診（％）	28.0	30.0

●国の共通指標 ○熊本県の共通指標

第5章 保健事業の内容

1 保健事業の整理

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

(1) 重症化予防

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関するデータヘルス計画の目標①	
中長期	C	人工透析の新規患者数の抑制（目標値：新規人工透析患者数0人）	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名①	事業の概要
B	新規患者数 目標：0人 結果：2人	糖尿病性腎症重症化予防	対象者：特定健診結果により糖尿病の未治療者、治療中段者、重症化リスクの高い者。 方法： ①医療機関への受診勧奨 ②経過観察および保健指導
目標分類	評価	重症化予防に関するデータヘルス計画の目標②	
中長期	D	虚血性心疾患の新規患者数の抑制（目標値：18人）	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名②	事業の概要
C	新規患者数 目標：18人 結果：28人	虚血性心疾患重症化予防	対象者：特定健診結果の心電図のST所見、メタボ該当、LDL180以上等により判断。 方法： ①医療機関への受診勧奨 ②経過観察および保健指導
目標分類	評価	重症化予防に関するデータヘルス計画の目標③	
中長期	D	脳血管疾患の新規患者数の抑制（目標値：脳血管疾患患者数5人）	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名③	事業の概要
C	新規患者数 目標：5人 結果：20人	脳血管疾患重症化予防	対象者：特定健診結果により高血圧かつ糖尿病等他の危険因子が疑われる者。 方法： ①医療機関への受診勧奨 ②経過観察および保健指導



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診受診者のうち、基準を超えた者に対して、医療機関の受診を促進する。	
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
新規 脳梗塞患者数の減少 新規 脳出血患者数の減少 新規 虚血性心疾患患者数の減少 新規 人工透析導入患者の減少 新規 糖尿病性腎症による人工透析導入患者の減少 健診受診者の高血圧者（Ⅱ度：160/100以上）の割合の減少 健診受診者の脂質異常者（LDL180以上）の割合の減少 40代、50代の健診受診者の糖尿病者（HbA1c6.5以上）の割合の減少 健診受診者の糖尿病者（HbA1c8.0以上）の割合の減少 健診受診者の糖尿病（HbA1c7.0以上）の未治療者の割合の減少 健診受診者の糖尿病（HbA1c7.0以上）の治療中断者の割合の減少 特定保健指導対象者の減少率の増加	

▼

第3期計画における重症化予防に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期計画期間で実施していた事業では新規患者数の抑制を目標に実施したが、目標達成には至っていません。
 第3期計画においても引き続きつ、より細分化して脳梗塞、脳出血、糖尿病性腎症による人工透析導入者の新規患者数の抑制を目標として、共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。具体的には、必要な方には適切な医療機関受診の受診勧奨を、治療中の方には重症化予防の保健指導を実施していきます。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	脳血管疾患重症化予防	対象者：特定健診結果により高血圧かつ糖尿病等他の危険因子が疑われる者。 方法： ①医療機関への受診勧奨 ②経過観察および保健指導
#1	継続	虚血性心疾患重症化予防	対象者：特定健診結果の心電図のST所見、メタボ該当、LDL180以上等により判断。 方法： ①医療機関への受診勧奨 ②経過観察および保健指導
#1	継続	糖尿病性腎症重症化予防	対象者：特定健診結果により高血圧かつ糖尿病等他の危険因子が疑われる者。 方法： ①医療機関への受診勧奨 ②経過観察および保健指導

① 糖尿病性腎症重症化予防

実施計画	
事業概要	<p>「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。</p> <p>なお、取組にあたっては図表5-1-1-1に沿って実施します。</p> <p>(1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導 (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導 (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応</p>
	<p>図表5-1-1-1：糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ</p> <p>The flowchart details the following steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 選定: <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨：（腎：e-GFR45未満、尿蛋白+以上、糖尿病：空腹時血糖126mg/dl、またはHbA1c6.5%以上、治療中の人7.0%以上） ガイドライン：「糖尿病性腎症病期分類2014」、「糖尿病診療ガイドライン」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」「糖尿病治療ガイド2022～2023」 ② 要因: <ul style="list-style-type: none"> 個人別履歴と5年間の履歴(KDB：被保険者管理台帳)から基礎疾患の有無の確認 健診結果経年表と今までの関わり履歴 ③ 保健指導計画 (Overall process): <ul style="list-style-type: none"> (1) メカニズム: <ul style="list-style-type: none"> ②から体のメカニズムの視点で体の中で何が起きているのか予測する(CKDガイドライン、セミナー生活習慣病等) 目標の設定と優先順位を決める (2) 実施把握: <ul style="list-style-type: none"> 経年表や保険者の異動等から相手の保健指導歴を把握する 年齢、性別、仕事内容、家族構成等から健診結果についてどのように思っているか予測する (3) 教材: <ul style="list-style-type: none"> 構造図や、値の経年表等で今どの段階にいるのか示す その反応により、どうしたら値が改善できるかを教材でわかりやすく伝える ④ 検討: <ul style="list-style-type: none"> ②で用意した物をスタッフ分用意する 担当が用意した保健指導計画を伝え事例検討を行う ⑤ 説明: <ul style="list-style-type: none"> ③について説明する その反応と本人の状況に応じた保健指導を実施する ⑥ 確認: <ul style="list-style-type: none"> 受診や生活の様子の確認 必要に応じて複数回保健指導を実施する

(1) 対象者の考え方

熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③糖尿病治療中者
 - ア.糖尿病性腎症で通院している者
 - イ.糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）図表5-1-1-2を基盤とします。

図表5-1-1-2：糖尿病性腎症病期分類(改訂)

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

対象者

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。津奈木町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能です。尿アルブミンについては一部健診では実施していないため把握が難しいですが、CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白±、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

(3) 介入方法

図表5-1-1-3により津奈木町においての介入方法を以下のとおりとします。

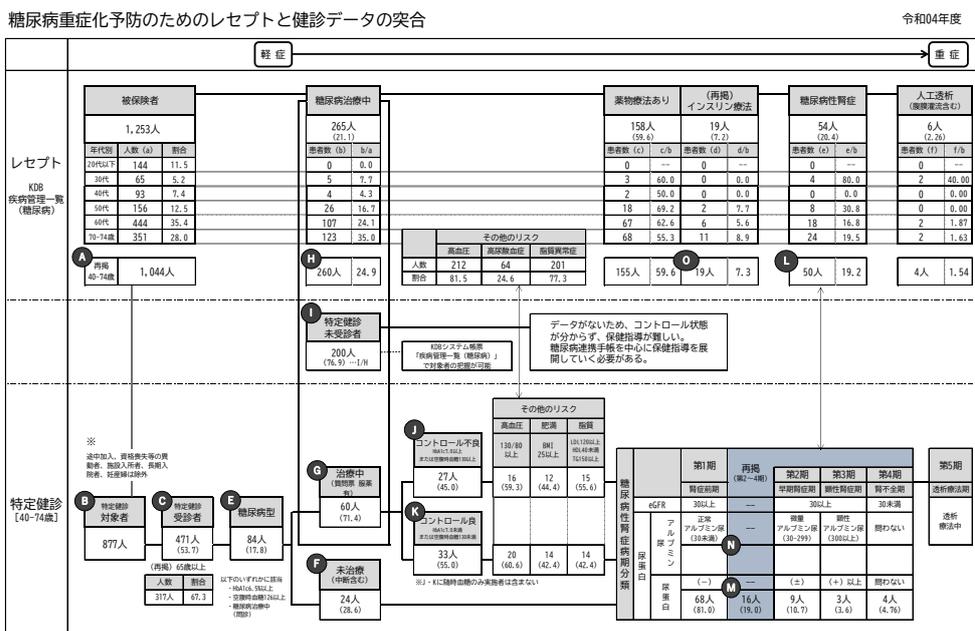
【優先1】受診勧奨

- ・糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者 (F)

【優先2】保健指導

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高いもの (J)
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導
- 【優先3】保健指導
- ・Iの中から、過去に特定健診履歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表5-1-1-3：糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



ストラクチャー <実施体制> ほけん福祉課：
 データ準備、事業対象者の抽出、事業の効果検証・評価、介入対象者の決定、電話・訪問による保健指導の
 <関係機関>
 熊本県国民健康保険団体連合会

プロセス 実施方法：電話・訪問による保健指導、受診勧奨
 対象者：上記対象者のとおり
 上記の事業実施方法や対象者について、関係部署と検討会を実施し適宜見直しを検討する

評価指標・目標値

ストラクチャー 事業運営のための担当職員の配置

プロセス 業務内容や実施方法の検討：年1回以上

事業アウトプット 糖尿病の保健指導実施率 (%)

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
83.3	85.0	86.0	87.0	88.0	89.0	90.0

事業アウトカム 医療機関受診率

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
71.4	72.0	72.5	73.0	73.5	74.0	74.5

評価時期 評価を行うにあたっては、短期的・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせて年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表5-1-1-4糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

図表5-1-1-4：糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	交 合 表	津京木町										同規模保険者(平均)	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	① 被保険者数	A	1,297人		1,258人		1,221人		1,217人		1,176人		
	② (再掲) 40-74歳		1,108人		1,074人		1,035人		1,027人		1,003人		
2	① 対象者数	B	964人		937人		929人		919人		877人		
	② 特定健診 受診者数	C	482人		550人		548人		513人		471人		
	③ 受診率		50.0%		58.7%		59.0%		55.8%		53.7%		
3	① 特定 対象者数		55人		56人		48人		44人		41人		
	② 保健指導 実施率		36.4%		48.2%		29.2%		56.8%		31.7%		
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	86人 17.8%	105人 19.1%	102人 18.6%	95人 18.5%	84人 17.8%					
		② 未治療・中断者 (糖尿病 服薬なし)	F	30人 34.9%	28人 26.7%	28人 27.5%	23人 24.2%	24人 28.6%					
		③ 治療中 (糖尿病 服薬あり)	G	56人 65.1%	77人 73.3%	74人 72.5%	72人 75.8%	60人 71.4%					
		④ コントロール不良 <small>(HbA1c 7.0以上または空腹血糖値150以上)</small>	J	34人 60.7%	38人 49.4%	35人 47.3%	39人 54.2%	27人 45.0%					
		⑤ 血圧 130/80以上		21人 61.8%	22人 57.9%	27人 77.1%	28人 71.8%	16人 59.3%					
		⑥ 肥満 BMI25以上		16人 47.1%	18人 47.4%	18人 51.4%	21人 53.8%	12人 44.4%					
		⑦ コントロール良 <small>(HbA1c 6.5未満かつ空腹血糖値110未満)</small>	K	22人 39.3%	39人 50.6%	39人 52.7%	33人 45.8%	33人 55.0%					
		⑧ 第1期 尿蛋白 (-)	M	68人 79.1%	85人 81.0%	75人 73.5%	78人 82.1%	68人 81.0%					
		⑨ 第2期 尿蛋白 (±)		9人 10.5%	9人 8.6%	12人 11.8%	9人 9.5%	9人 10.7%					
		⑩ 第3期 尿蛋白 (+) 以上		5人 5.8%	8人 7.6%	13人 12.7%	5人 5.3%	3人 3.6%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人 4.7%	3人 2.9%	2人 2.0%	3人 3.2%	4人 4.8%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率 (被保険者対)		174.2人	163.0人	154.0人	156.9人	166.7人					
		② (再掲) 40-74歳 (被保険者対)		202.2人	189.9人	180.7人	185.0人	190.4人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) <small>(1円未満は千円 計)</small>	入院外 (件数)	1,088件 (1020.6)	1,102件 (1073.0)	1,034件 (1021.7)	1,091件 (1086.7)	1,163件 (1216.5)	136,930件 (893.2)				
		④ 入院 (件数)	10件 (9.4)	5件 (4.9)	11件 (10.9)	10件 (10.0)	10件 (10.5)	658件 (4.3)					
		⑤ 糖尿病治療中	H	226人 17.4%	205人 16.3%	188人 15.4%	191人 15.7%	196人 16.7%					
		⑥ (再掲) 40-74歳		224人 20.2%	204人 19.0%	187人 18.1%	190人 18.5%	191人 19.0%					
		⑦ 健診未受診者	I	168人 75.0%	148人 72.5%	113人 60.4%	118人 62.1%	131人 68.6%					
		⑧ インスリン治療	O	24人 10.6%	19人 9.3%	19人 10.1%	24人 12.6%	20人 10.2%					
		(再掲) 40-74歳		24人 10.7%	19人 9.3%	19人 10.2%	24人 12.6%	20人 10.5%					
		⑨ 糖尿病性腎症	L	30人 13.3%	24人 11.7%	20人 10.6%	30人 15.7%	29人 14.8%					
		(再掲) 40-74歳		30人 13.4%	23人 11.3%	19人 10.2%	29人 15.3%	28人 14.7%					
		⑩ 慢性人工透析患者数 <small>(慢性人工透析患者に占める割合)</small>		1人 0.4%	2人 1.0%	2人 1.1%	3人 1.6%	4人 2.0%					
		⑪ (再掲) 40-74歳		1人 0.4%	2人 1.0%	2人 1.1%	3人 1.6%	3人 1.6%					
		⑫ 新規透析患者数		1 0.08%	0 0%	0 0%	1 0.08%	2 0.17%					
		⑬ (再掲) 糖尿病性腎症		0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 50%					
⑭ 【参考】 後期高齢者 慢性人工透析患者数 <small>(慢性人工透析患者に占める割合)</small>		3人 1.2%	2人 0.8%	2人 0.8%	2人 0.9%	2人 0.8%							
6	医療費	① 総医療費		7億1004万円	6億0951万円	5億2700万円	5億7964万円	5億0382万円	2億6175万円				
		② 生活習慣病総医療費		3億6623万円	3億1573万円	2億7896万円	3億0531万円	2億7180万円	1億4021万円				
		③ (総医療費に占める割合)		51.6%	51.8%	52.9%	52.7%	53.9%	53.6%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,340円	5,496円	5,686円	6,843円	4,054円	8,820円				
		健診未受診者	38,243円	32,012円	28,551円	34,506円	30,443円	40,357円					
		⑤ 糖尿病医療費		4041万円	3613万円	3664万円	3730万円	4078万円	1572万円				
		⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.0%	11.4%	13.1%	12.2%	15.0%	11.2%				
		⑦ 糖尿病入院外総医療費		9427万円	9367万円	9935万円	9844万円	9510万円					
		⑧ 1件あたり		33,194円	34,011円	38,125円	37,977円	37,135円					
		⑨ 糖尿病入院総医療費		5198万円	5712万円	4995万円	7006万円	5192万円					
		⑩ 1件あたり		472,568円	554,584円	554,947円	560,512円	576,926円					
		⑪ 在院日数		18日	19日	16日	17日	17日					
		⑫ 慢性腎不全医療費		3066万円	3152万円	2912万円	3104万円	3963万円	957万円				
⑬ 透析有り		3049万円	3057万円	2677万円	3035万円	3901万円	862万円						
⑭ 透析なし		17万円	95万円	235万円	70万円	62万円	96万円						
7	① 介護 介護給付費		6億4683万円	6億6621万円	6億9213万円	7億2614万円	7億3763万円	3億5514万円					
② (2号認定者) 糖尿病合併症		0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%						
8	① 死亡 糖尿病 (死因別死亡数)		0人 0.0%	0人 0.0%	1人 1.1%	2人 2.1%	1人 1.2%	267人 1.0%					

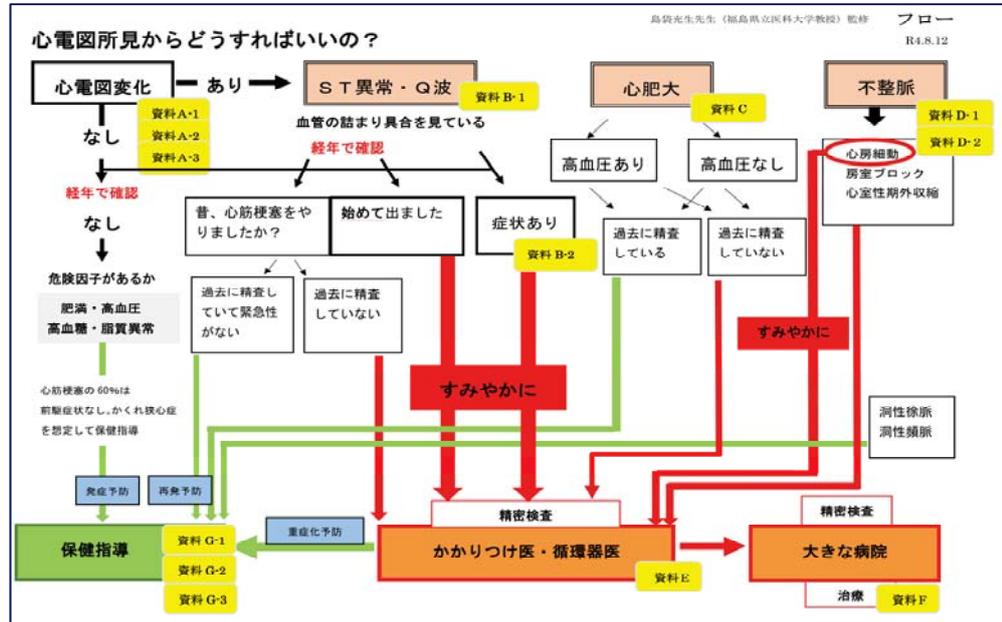
② 虚血性心疾患重症化予防

実施計画																																			
事業概要	<p>虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めます。</p> <p>(1) 受診勧奨および保健指導 対象者に応じた保健指導を行い、その際には保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。</p> <p>図表5-1-1-5：心電図所見からの保健指導教材（例示）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #d9e1f2;">心電図所見からの保健指導教材</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">もくじ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">心電図所見からどうすればいいの？ フロー図</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料C 左室肥大って？</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料G-1 狭心症になった人から学びました</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資料G-4 肥満(BMI25以上) になると心臓はどうなるの？</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>(2) 二次健診の実施 虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。 「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。</p> <p>①形態学的検査法…頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化) ②血管機能検査法…足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)</p>	心電図所見からの保健指導教材		もくじ		心電図所見からどうすればいいの？ フロー図		資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです		資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に		資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！		資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？		資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！		資料C 左室肥大って？		資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？		資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです		資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ		資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ		資料G-1 狭心症になった人から学びました		資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう		資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？		資料G-4 肥満(BMI25以上) になると心臓はどうなるの？	
心電図所見からの保健指導教材																																			
もくじ																																			
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図																																			
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです																																			
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に																																			
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！																																			
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？																																			
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！																																			
資料C 左室肥大って？																																			
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？																																			
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです																																			
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ																																			
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ																																			
資料G-1 狭心症になった人から学びました																																			
資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう																																			
資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？																																			
資料G-4 肥満(BMI25以上) になると心臓はどうなるの？																																			

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表5-1-1-6に基づいて考えます。

図表5-1-1-6：心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

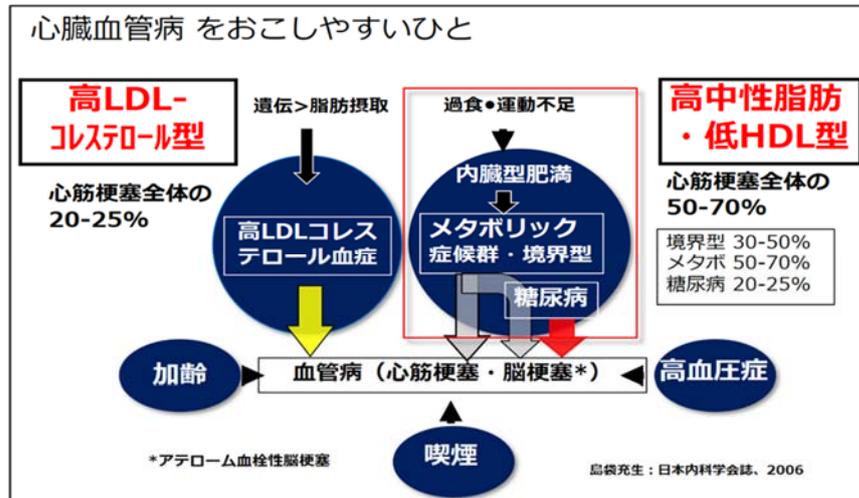
心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の60%は前駆症状ないため）積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することから図表5-1-1-7をもとにタイプ別に対象者を把握します。

図表5-1-1-7



対象者

A：メタボタイプ（図表5-1-1-8・図表5-1-1-9）

図表5-1-1-8：メタボリック該当者の状況（性・年代別）

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	239	17	35	95	92	232	10	25	105	92	
メタボ該当者	B	80	3	9	30	38	29	1	3	15	10	
	B/A	33.5%	17.6%	25.7%	31.6%	41.3%	12.5%	10.0%	12.0%	14.3%	10.9%	
再掲	①	C	30	0	5	14	11	10	1	1	6	2
	3項目全て	C/B	37.5%	0.0%	55.6%	46.7%	28.9%	34.5%	100.0%	33.3%	40.0%	20.0%
	②	D	21	0	2	8	11	3	0	0	2	1
	血糖＋血圧	D/B	26.3%	0.0%	22.2%	26.7%	28.9%	10.3%	0.0%	0.0%	13.3%	10.0%
	③	E	28	3	1	8	16	16	0	2	7	7
	血圧＋脂質	E/B	35.0%	100.0%	11.1%	26.7%	42.1%	55.2%	0.0%	66.7%	46.7%	70.0%
	④	F	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	血糖＋脂質	F/B	1.3%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表5-1-1-9：メタボリック該当者の治療状況（性・年代別）

	受診者	男性						女性							
		メタボ該当者		3疾患治療の有無		受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無		受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無	
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合
総数	239	80	33.5%	68	85.0%	12	15.0%	232	29	12.5%	27	93.1%	2	6.9%	
40代	17	3	17.6%	3	100.0%	0	0.0%	10	1	10.0%	1	100.0%	0	0.0%	
50代	35	9	25.7%	6	66.7%	3	33.3%	25	3	12.0%	3	100.0%	0	0.0%	
60代	95	30	31.6%	24	80.0%	6	20.0%	105	15	14.3%	15	100.0%	0	0.0%	
70～74歳	92	38	41.3%	35	92.1%	3	7.9%	92	10	10.9%	8	80.0%	2	20.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

B：LDLコレステロールタイプ（図表5-1-1-10）

図表5-1-1-10：

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL	人数	健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別					
		120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳		
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	19	11	7	0	1	1	0	0	
		53.4%	27.3%	11.8%	7.5%	12.9%	12.9%	38.7%	35.5%		
	中リスク	140未満 (170未満)	65	32	20	11	2	2	4	5	
		40.4%	37.2%	45.5%	57.9%	16.7%	50.0%	50.0%	33.3%	45.5%	
	高リスク	120未満 (150未満)	58	33	12	5	8	0	1	7	5
		36.0%	38.4%	27.3%	26.3%	66.7%	0.0%	25.0%	58.3%	45.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	3	2	0	0	1	0	1	0	
	1.9%	2.3%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%		
冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	19	10	5	3	1	1	1	1		
	11.8%	11.6%	11.4%	15.8%	8.3%	25.0%	25.0%	8.3%	9.1%		

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中（脳出血、脳梗塞等）または心臓病（狭心症、心筋梗塞等）の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

ストラクチャー

<実施体制>

ほけん福祉課：

データ準備、事業対象者の抽出、事業の効果検証・評価、介入対象者の決定、電話・訪問による保健指導の実施

<関係機関>

熊本県国民健康保険団体連合会

プロセス

実施方法：電話・訪問による保健指導、受診勧奨

対象者：上記対象者のとおり

上記の事業実施方法や対象者について、関係部署と検討会を実施し適宜見直しを検討する

評価指標・目標値							
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置						
プロセス	業務内容や実施方法の検討：年1回以上						
事業アウトプット	メタボリックシンドロームの割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0
	メタボリックシンドローム予備群の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	11.7	11.4	11.1	10.8	10.5	10.2	10.0
	脂質異常者（LDL180以上）の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.2	3.0	2.9	2.8	2.7	2.6	2.5
事業アウトカム	医療機関受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	11.4	13.0	14.6	16.2	17.8	19.4	21.0
評価時期	<p>評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。</p> <p>また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。</p>						

③ 脳血管疾患重症化予防

実施計画																																																										
事業概要	<p>脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表5-1-1-11・図表5-1-1-12）</p> <p>図表5-1-1-11：脳卒中中の分類</p> <p>脳卒中中の分類</p>																																																									
	<p>図表5-1-1-12：脳血管疾患とリスク因子</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">リスク因子 (○はハイリスク等)</th> <th>高血圧</th> <th>糖尿病</th> <th>脂質異常 (高LDL)</th> <th>心房細動</th> <th>喫煙</th> <th>飲酒</th> <th>メタボリック シンドローム</th> <th>慢性腎臓病 (CKD)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">脳 梗 塞</td> <td>ラクナ梗塞</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>アテローム血栓性脳梗塞</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td>●</td> <td>●</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>心原性脳梗塞</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">脳 出 血</td> <td>脳出血</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)	脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○	心原性脳梗塞	●			●			○	○	脳 出 血	脳出血	●								くも膜下出血	●							
	リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)																																																
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○																																																	
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○																																																	
	心原性脳梗塞	●			●			○	○																																																	
脳 出 血	脳出血	●																																																								
	くも膜下出血	●																																																								
<p>(1) 受診勧奨及び保健指導</p> <p>保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。</p> <p>(2) 二次健診の実施</p> <p>脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。</p> <p>「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。</p> <p>①形態学的検査法…頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)</p> <p>②血管機能検査法…足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)</p> <p>(3) 対象者の管理</p> <p>① 高血圧者の管理</p> <p>過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。</p> <p>② 心房細動者の管理</p> <p>健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。</p>																																																										
対象者	対象者の明確化																																																									

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。Ⅱ度高血圧以上で医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表5-1-1-13は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表5-1-1-13：血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	130	57 43.8%	54 41.5%	16 12.3%	3 2.3%	A ただちに薬物療法を開始	38 29.2%
	8	C 3 6.2%	B 3 5.3%	A 1 6.3%	A 1 33.3%		
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	66	C 28 50.8%	B 31 49.1%	A 6 37.5%	A 1 33.3%	B 概ね1ヵ月後に再評価	61 46.9%
	56	B 26 43.1%	A 20 45.6%	A 9 37.0%	A 1 33.3%		
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	56	B 26 43.1%	A 20 45.6%	A 9 37.0%	A 1 33.3%	C 概ね3ヵ月後に再評価	31 23.8%

■…高リスク
■…中等リスク
■…低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≧140、中性脂肪≧150(随時の場合は≧175)、non-HDL≧170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≧126、HbA1c≧6.5、随時血糖≧200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表5-1-1-14は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

心電図検査において6人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者6人は全員既に治療が開始されていました。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

図表5-1-1-14：特定健診における心房細動有所見者状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	239	232	201	84.1%	153	65.9%	6	3.0%	0	0.0%	--	--
40代	17	10	14	82.4%	10	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	35	25	32	91.4%	21	84.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	95	105	81	85.3%	72	68.6%	2	2.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	92	92	74	80.4%	50	54.3%	4	5.4%	0	0.0%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値は、70~79歳

出典：ヘルスサポートラボツール

	<p>図表5-1-1-15：心房細動有所見者の治療状況</p> <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">心房細動 有所見者</th> <th colspan="4">治療の有無</th> </tr> <tr> <th colspan="2">未治療者</th> <th colspan="2">治療中</th> </tr> <tr> <td>人数</td> <td>人数</td> <td>割合(%)</td> <td>人数</td> <td>割合(%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>0</td> <td>0.0</td> <td>6</td> <td>100.0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							心房細動 有所見者	治療の有無				未治療者		治療中		人数	人数	割合(%)	人数	割合(%)				6	0	0.0	6	100.0			
心房細動 有所見者	治療の有無																															
	未治療者		治療中																													
人数	人数	割合(%)	人数	割合(%)																												
6	0	0.0	6	100.0																												
ストラクチャー	<p><実施体制> ほけん福祉課： データ準備、事業対象者の抽出、事業の効果検証・評価、介入対象者の決定、電話・訪問による保健指導の実施 <関係機関> 熊本県国民健康保険団体連合会</p>																															
プロセス	<p>実施方法：電話・訪問による保健指導、受診勧奨 対象者：上記対象者のとおり 上記の事業実施方法や対象者について、関係部署と検討会を実施し適宜見直しを検討する</p>																															
評価指標・目標値																																
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置																															
プロセス	業務内容や実施方法の検討：年1回以上																															
事業アウトプット	<p>高血圧者（160/100以上）の割合（%）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7.9</td> <td>7.5</td> <td>7.2</td> <td>6.9</td> <td>6.6</td> <td>6.3</td> <td>6.0</td> </tr> </tbody> </table>							開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	7.9	7.5	7.2	6.9	6.6	6.3	6.0											
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																										
7.9	7.5	7.2	6.9	6.6	6.3	6.0																										
事業アウトカム	<p>医療機関受診率（%）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>55.2</td> <td>55.5</td> <td>55.8</td> <td>56.1</td> <td>56.4</td> <td>56.7</td> <td>57.0</td> </tr> </tbody> </table>							開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	55.2	55.5	55.8	56.1	56.4	56.7	57.0											
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																										
55.2	55.5	55.8	56.1	56.4	56.7	57.0																										
評価時期	<p>評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。 また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っています。</p>																															

(2) 生活習慣病発症予防・保健指導

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	C	メタボ該当者・メタボ予備群該当者の割合の減少 特定保健指導率の向上	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
C	メタボ・予備群該当者割合の減少 目標：25.0% 結果：34.8%	特定保健指導 保健指導	対象者：特定保健指導対象者 方法： ①町職員（専門職）による面接（保健指導） ②町職員のスキルアップ研修
C	特定保健指導実施率の向上 目標：60.0% 結果：36.6%	特定保健指導	対象者：特定保健指導対象者 方法： ①町の集団健診と、健診結果説明会の機会を利用した勧奨 ②健診実施機関委託による機会の増加

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題

#2 メタボ該当者・予備群該当者の割合減少させ、悪化を防ぐことを目的に、特定保健指導実施率の維持・向上が必要。

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標

メタボリックシンドローム該当者の割合の減少
メタボリックシンドローム予備群の割合の減少
特定保健指導率の向上（現状：36.6% 目標：60.0%）
特定保健指導対象者の減少率の増加
メタボリックシンドロームの減少率

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期計画期間で実施していた事業では保健指導利用率は実施年によって上下しており、概ね横ばいとなっていて、メタボ該当者・予備群該当者の同様で、未達成となっています。

第3期計画においては引き続き保健指導担当者のスキルアップをしながら適切な指導を実施し、メタボ該当者・予備群該当者の更なる減少を目指す。また、更なる利用率向上を達成するために、特定保健指導を受けやすい機会を増しつつ、通知や電話等による勧奨を行う。計画の実施については健康増進計画および第10章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#2	継続	特定保健指導 保健指導	対象者： 特定保健指導対象者 方法： ①町職員（専門職）による面接（保健指導） ②町職員のスキルアップ研修 ※特定保健指導の事業内容の詳細は第10章に記載 ※保健指導の事業内容は健康増進計画に記載
#2	継続	特定保健指導	対象者：特定保健指導対象者 方法： ①町の集団健診と、健診結果説明会の機会を利用した勧奨 ②健診実施機関委託による機会の増加 ※事業内容の詳細は第10章に記載

(3) 早期発見・特定健診

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	B	特定健診受診率の向上	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	特定健診受診率 目標：60.0% 結果：52.5%	特定健診未受診者対策事業	対象者： 特定健診未受診者 方法： ①通知による勧奨・再勧奨（対象者の特性に応じた送り分け） ②町職員からの電話勧奨
		国保人間ドック事業	対象者： 20～74歳の国保資格者 方法： ①特定健診費用の全額助成 ②人間ドック費用の一部助成

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題
#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要
第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標
特定健診受診率の向上（現状：52.5% 目標値：60.0%） 40代、50代の特定健診健診受診率

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>第2期計画期間で開始した対象者の特性に応じてメッセージを変えた通知勧奨・再勧奨、電話による受診勧奨により、第2期計画期間開始時から受診率が14.1ポイント向上したものの、目標値には至っていません。生活習慣病は自覚症状がないことから、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため、引き続き特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上のため、第2期で実施していた事業を継続しつつ、追加施策を検討していきます。なお、その実施にあたっては、第10章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#3	継続	特定健診未受診者対策事業	対象者： 特定健診未受診者 方法： ①通知による勧奨・再勧奨（対象者の特性に応じた送り分け） ②町内有線放送・町職員からの電話勧奨等
#3	継続	国保人間ドック事業	対象者： 特定健診未受診者 方法： ①特定健診費用の全額助成 ②人間ドック費用の一部助成

(4) その他保健事業

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
—	—	保健指導	対象者： 特定健診受診者の内、高血圧・糖尿病等の危険因子が疑われる者 方法： 専門職からの指導
—	—	がん検診	対象者： 国民健康保険被保険者を含む住民 方法： 集団健診において胃・肺・大腸・子宮頸・乳がん検診を実施
—	—	ポピュレーションアプローチ	対象者： 全町民 方法： パンフレット配布や町広報等に掲載

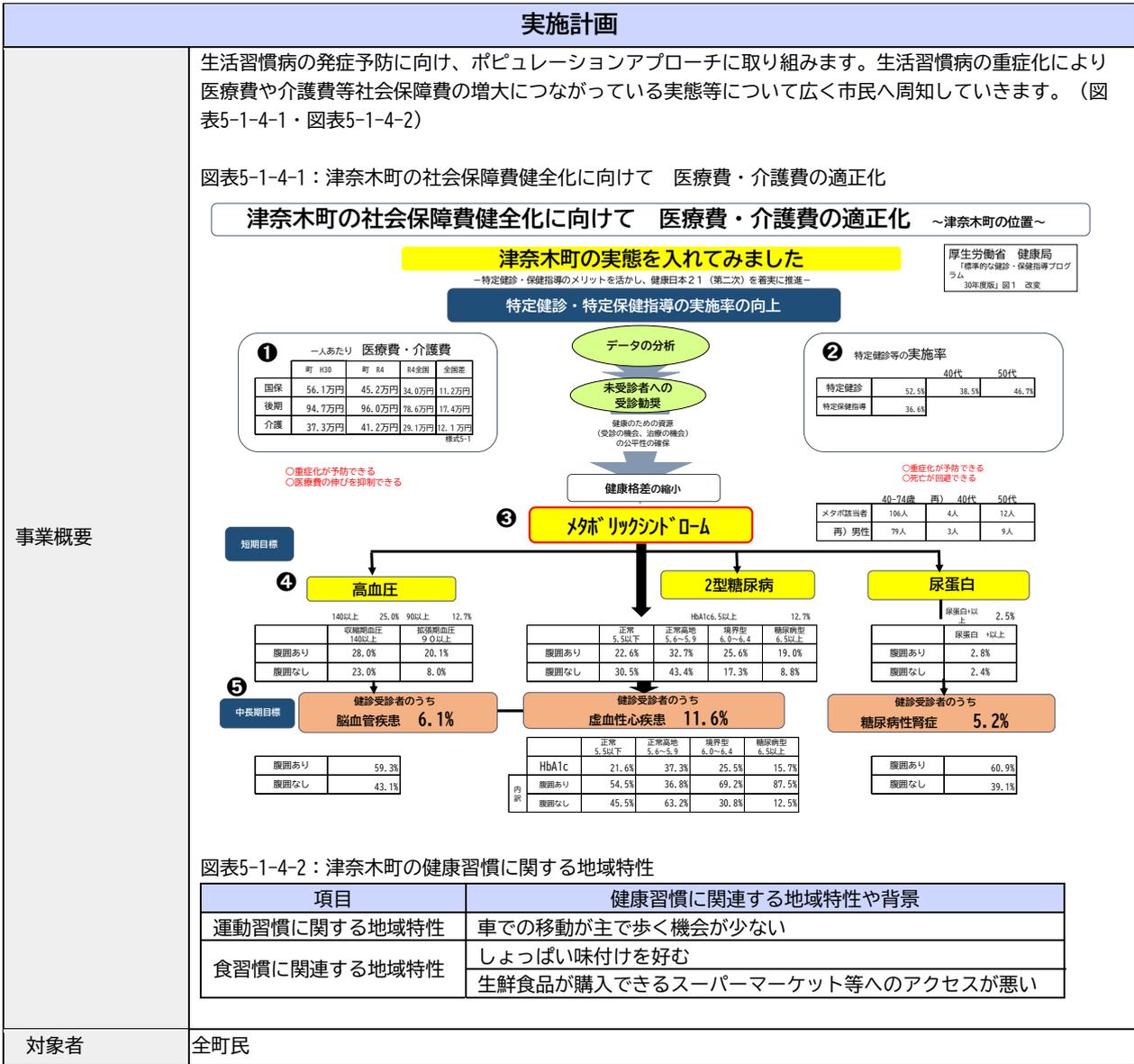
第3期計画における健康づくりに関連する健康課題
#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者の生活習慣の改善が必要。
#5 将来重篤な疾患の予防のため、国保世代の重症化予防が必要。
#6 死因の上位にあるがんの抑制のため、早期発見、早期治療につながる、がん検診の受診率を向上させることが必要。
第3期計画における健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標
特定健診受診者の内、喫煙ありと回答した対象者の割合の減少 特定健診受診者の内、朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合の減少 がん検診受診率（胃・肺・大腸・子宮頸・乳）の向上

第3期計画における健康づくりに関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導事業は対象者のうち、問診票に「喫煙あり」「朝食が抜くことが週3回以上ある（40代・50代）」と回答した者に追加で指導します。 ・介護予防・一体的実施は指標が共通となる、重症化予防事業と同様に実施します。 ・がん検診の対象者は国保被保険者のみではないため、本計画ではなく津奈木町健康増進計画により実施します。 ・生活習慣病の発症予防・重症化予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。 			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#4	継続 (一部追加)	保健指導	対象者： 特定健診受診者の内、高血圧・糖尿病等の危険因子が疑われるもののうち未治療の者等 方法： 専門職からの指導（指導内容の追加）
#5	新規	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	対象者： 65歳～74歳の高血圧・高血糖の未治療者等 方法： 重症化予防事業に準じたハイリスクアプローチ
—	継続	ポピュレーションアプローチ	対象者： 全町民 方法： パンフレット配布や町広報等に掲載

① 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

実施計画	
事業概要	<p>高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。</p> <p>津奈木町は、令和5年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。</p> <p>企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。</p> <p>地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別の支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知症予防体操や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)</p>
対象者	<p>次に該当する65歳～75歳の被保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧(Ⅱ度以上)、高血糖(HbA1c7.0以上)の未治療者・治療中断者 ・尿蛋白(2+)以上またはeGFR30未満 ・心房細動
ストラクチャー	<p><実施体制></p> <p>ほけん福祉課(国保)：データ準備・分析 ほけん福祉課(介護)：地域支援事業(フレイル・認知症予防運動等)委託実施 ほけん福祉課(後期)：事業対象者の抽出、通いの場等による健康相談・ポピュレーションアプローチ</p> <p><関係機関></p> <p>熊本県後期高齢者医療広域連合会、熊本県国民健康保険団体連合会</p>
プロセス	<p>実施方法：データ分析を行い、対象者を抽出、通いの場等で相談やポピュレーションアプローチを行う</p> <p>対象者：上記対象者のとおり</p> <p>上記の事業実施方法や対象者について、関係部署と検討会を実施し適宜見直しを検討する</p>

② ポピュレーションアプローチ



第6章 計画の評価・見直し

第6章から第9章はデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とします。以下、手引きより抜粋します。

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、津奈木町国保における保健事業の評価を国保連合会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ます。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定する等の工夫が必要です。

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します。

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

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

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

第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 計画策定の背景・趣旨

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

津奈木町においても、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ました。

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

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

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

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

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

「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）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められることとなりました。

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は図表10-1-2-1のとおりです。

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

図表10-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

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

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

(3) 計画期間

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

2 第3期計画における目標達成状況

(1) 全国の状況

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

第3期計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていましたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離して目標達成が困難な状況にあります（図表10-2-1-1）。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっています。

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

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

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

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていましたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にあります（図表10-2-1-2）。

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

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

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

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

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

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

(2) 津奈木町の状況

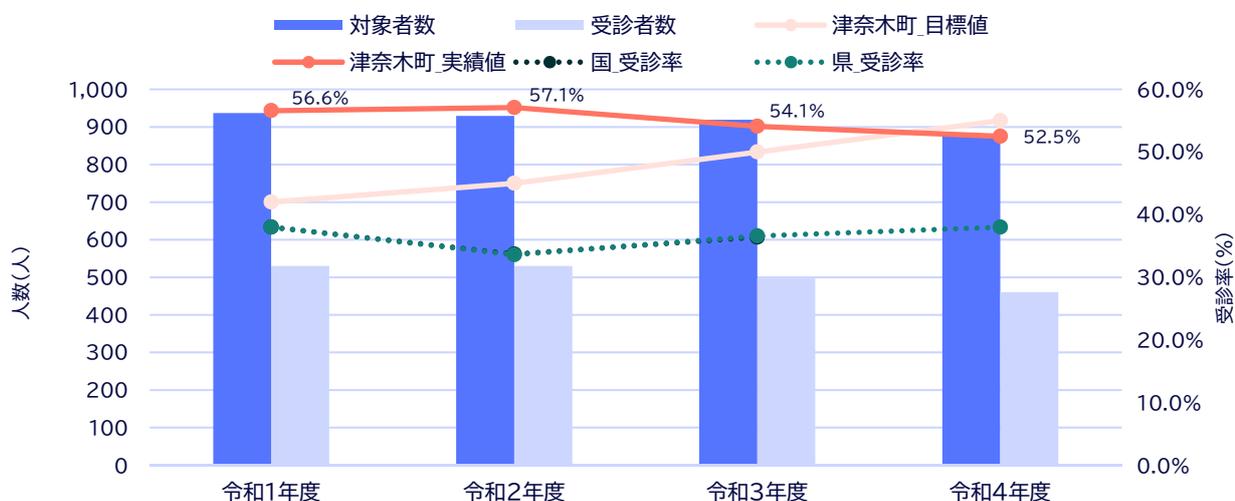
① 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると（図表10-2-2-1）、特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度時点で52.5%となっています。この値は、県より高くなっています。

前期計画中の推移をみると令和4年度の特定健診受診率は52.5%であり、令和1年度の特定健診受診率56.6%と比較する4.1ポイント低下しています。国や県の推移をみると、令和1年度と比較して令和3年度の特定健診受診率は低下しています。

男女別及び年代別における令和1年度と令和4年度の特定健診受診率をみると（図表10-2-2-2・図表10-2-2-3）、男性では55-59歳で最も伸びており、50-54歳で最も低下しています。女性では40-44歳で最も伸びており、50-54歳で最も低下しています。

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診受診率	津奈木町_目標値	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%
	津奈木町_実績値	56.6%	57.1%	54.1%	52.5%
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-
	県	38.0%	33.6%	36.6%	38.0%
特定健診対象者数 (人)		937	929	919	877
特定健診受診者数 (人)		530	530	497	460

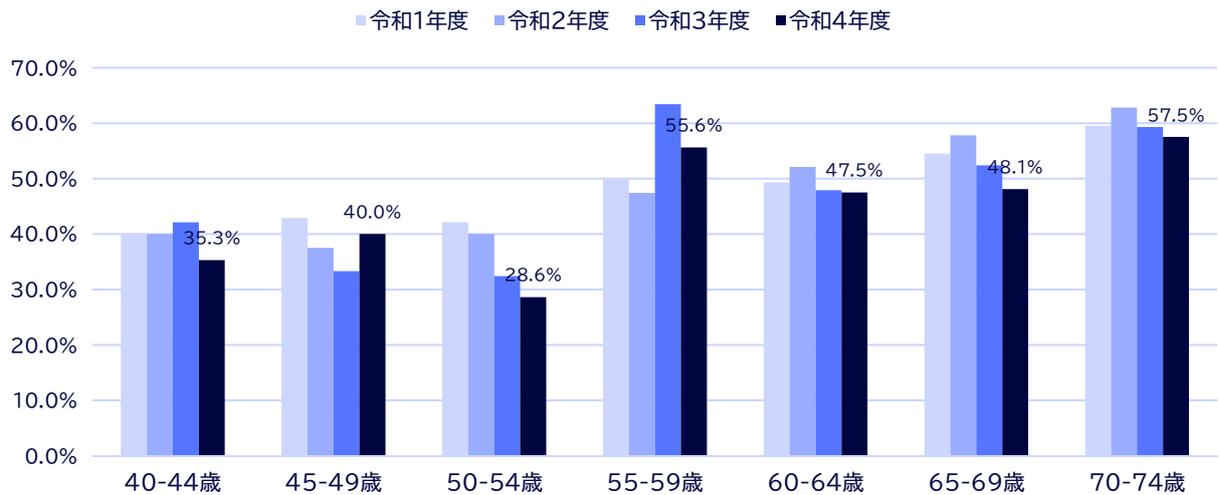
【出典】目標値：前期計画

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

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

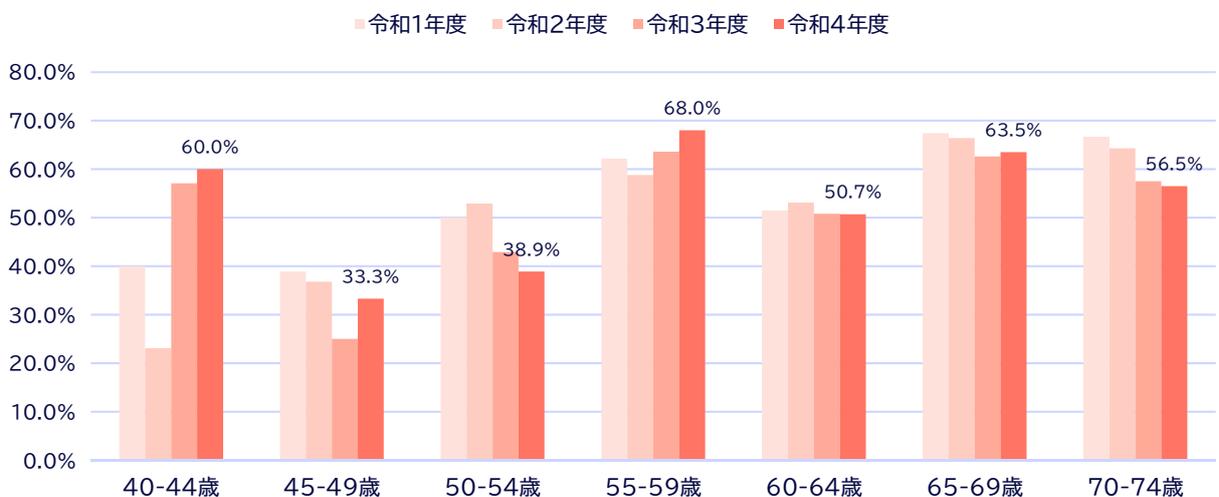
※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（以下同様）

図表10-2-2-2：年齢階層別_特定健診受診率_男性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和1年度	40.0%	42.9%	42.1%	50.0%	49.3%	54.5%	59.5%
令和2年度	40.0%	37.5%	40.0%	47.4%	52.1%	57.8%	62.8%
令和3年度	42.1%	33.3%	32.4%	63.4%	47.9%	52.4%	59.3%
令和4年度	35.3%	40.0%	28.6%	55.6%	47.5%	48.1%	57.5%
令和1年度と令和4年度の差	-4.7	-2.9	-13.5	5.6	-1.8	-6.4	-2.0

図表10-2-2-3：年齢階層別_特定健診受診率_女性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和1年度	40.0%	38.9%	50.0%	62.2%	51.5%	67.4%	66.7%
令和2年度	23.1%	36.8%	52.9%	58.8%	53.1%	66.4%	64.3%
令和3年度	57.1%	25.0%	42.9%	63.6%	50.8%	62.6%	57.5%
令和4年度	60.0%	33.3%	38.9%	68.0%	50.7%	63.5%	56.5%
令和1年度と令和4年度の差	20.0	-5.6	-11.1	5.8	-0.8	-3.9	-10.2

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

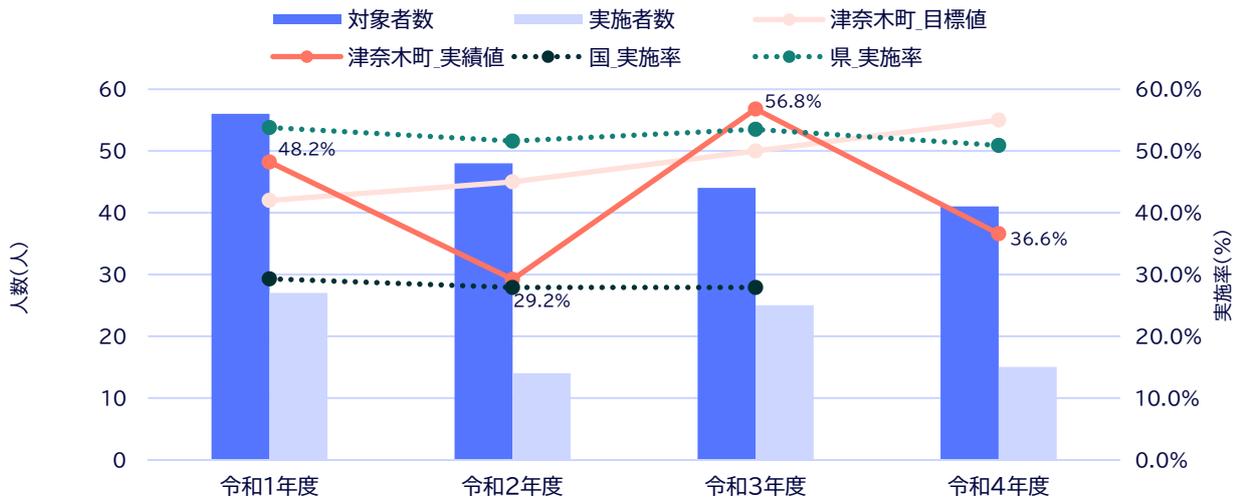
② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況を見ると（図表10-2-2-4）、特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていましたが、令和4年度時点で36.6%となっています。この値は、県より低くなっています。

前期計画中の推移を見ると、令和4年度の実施率は、令和1年度の実施率48.2%と比較すると11.6ポイント減少しています。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移を見ると（図表10-2-2-5）、積極的支援では令和4年度は27.3%で、令和1年度の実施率33.3%と比較して6.0ポイント減少しています。動機付け支援では令和4年度は40.0%で、令和1年度の実施率57.1%と比較して17.1ポイント減少しています。

図表10-2-2-4：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導 実施率	津奈木町_目標値	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%
	津奈木町_実績値	48.2%	29.2%	56.8%	36.6%
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-
	県	53.8%	51.6%	53.5%	50.9%
特定保健指導対象者数（人）		56	48	44	41
特定保健指導実施者数（人）		27	14	25	15

【出典】目標値：前期計画

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

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

図表10-2-2-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	33.3%	12.5%	50.0%	27.3%
	対象者数（人）	21	16	14	11
	実施者数（人）	7	2	7	3
動機付け支援	実施率	57.1%	37.5%	63.3%	40.0%
	対象者数（人）	35	32	30	30
	実施者数（人）	20	12	19	12

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

※図表10-2-2-4と図表10-2-2-5における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの

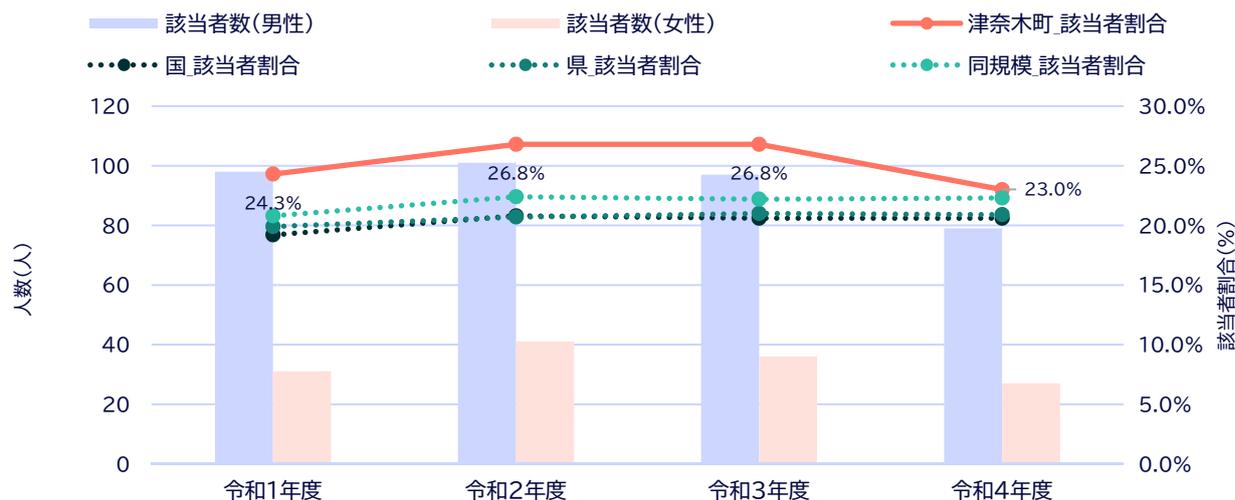
③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると（図表10-2-2-6）、令和4年度におけるメタボ該当者数は106人で、特定健診受診者の23.0%であり、国・県より高くなっています。

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

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

図表10-2-2-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
津奈木町	129	24.3%	142	26.8%	133	26.8%	106	23.0%
男性	98	36.3%	101	36.6%	97	37.3%	79	33.9%
女性	31	11.9%	41	16.1%	36	15.2%	27	11.9%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	19.9%	-	20.7%	-	21.0%	-	20.9%
同規模	-	20.8%	-	22.4%	-	22.2%	-	22.3%

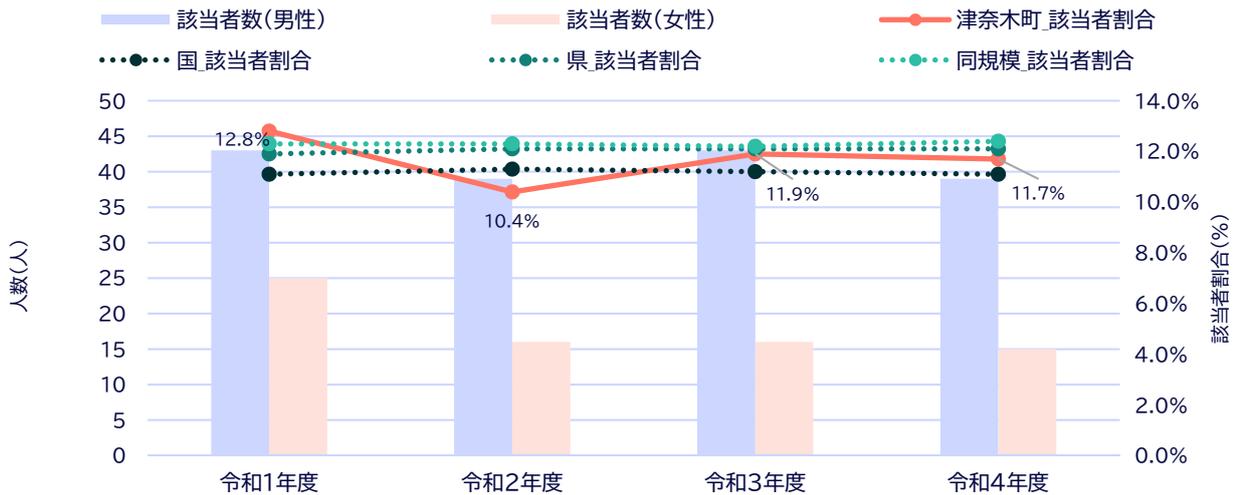
【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると（図表10-2-2-7）、令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は54人で、特定健診受診者における該当割合は11.7%で、県より低いですが、国より高くなっています。

前期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、特定健診受診者における該当割合は低下しています。

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

図表10-2-2-7：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
津奈木町	68	12.8%	55	10.4%	59	11.9%	54	11.7%
男性	43	15.9%	39	14.1%	43	16.5%	39	16.7%
女性	25	9.6%	16	6.3%	16	6.8%	15	6.6%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	11.9%	-	12.1%	-	12.1%	-	12.1%
同規模	-	12.3%	-	12.3%	-	12.2%	-	12.4%

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

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

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

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

(3) 国の示す目標

第4期計画においては図表10-2-3-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されています。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていません。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されています。

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

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

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

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

(4) 津奈木町の目標

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

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

図表10-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

図表10-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
特定健診	対象者数（人）	915	889	862	836	811	784	
	受診者数（人）	503	498	491	485	478	470	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	45	44	44	43	43	42
		積極的支援	12	12	12	12	12	11
		動機付け支援	33	32	32	31	31	31
	実施者数（人）	合計	18	19	21	22	24	26
		積極的支援	5	5	6	6	7	7
		動機付け支援	13	14	15	16	17	19

※各見込み数の算出方法

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

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

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

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

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

3 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

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

集団健診・個別健診・情報提供の対象者は、津奈木町国民健康保険加入者（当該年度に40歳から74歳となる人）です。

国保人間ドックは、国保税の滞納がない津奈木町国民健康保険加入者で、当該年度に20歳から74歳となる人です（定数制限あり）。

なお、対象者については、受診者数等状況を見ながら毎年検討を重ねます。

② 実施期間・実施場所

集団健診は、11月に実施します。実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し、巡回を基本に町内3か所（平国コミュニティセンター・改善センター・文化センター）で実施します。

個別健診は、10月から翌2月にかけて実施します。実施機関は、町と県医師会との集合契約及び対象医療機関との個別契約を締結した医療機関で実施します。

情報提供は、県医師会が、実施機関の取りまとめを行い、県医師会と津奈木町国保側の取りまとめ機関である熊本県国民健康保険団体連合会との集合契約にて実施します。

国保人間ドックは、6月から翌3月にかけて実施します。実施機関は、4つの指定健診機関（令和5年度現在）で実施します。

図表10-3-1-1：国保人間ドック実施機関（令和5年度現在）

名 称	住 所
国保水俣市立総合医療センター	水俣市天神町1丁目2番1号
公益財団法人熊本県総合保健センター	熊本市東区東町4丁目11番1号
社会医療法人社団高野会大腸肛門病センター高野病院	熊本市中央区大江3丁目2番55号
熊本県厚生農業協同組合連合会	熊本市中央区南千反畑町2番3号

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加え、追加の検査（HbA1c・血清尿酸・血清クレアチニン・尿潜血）を実施します。

なお、本町が行う国保人間ドックにおいても、特定健診の実施項目を含有して実施します。

図表10-3-1-2：津奈木町特定健診検査項目

区分	健診項目	集団健診	個別健診	情報提供	
特定健診	既往歴の調査（服薬及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）	○	○	○	
	自覚症状及び他覚症状の検査	○	○	○	
	身体測定	身長	○	○	○
		体重	○	○	○
		BMI	○	○	○
		腹囲	○	○	○
	血圧	収縮期血圧	○	○	○
		拡張期血圧	○	○	○
	肝機能検査	AST(GOT)	○	○	○
		ALT(GPT)	○	○	○
		γ-GT(γ-GTP)	○	○	○
	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	○	○	○
	血糖検査	空腹時血糖	●	●	●
		随時血糖	●	●	
		ヘモグロビンA1c			●
	尿検査	尿糖	○	○	○
		尿蛋白	○	○	○
	詳細な健診項目 (医師の判断による追加項目)	貧血検査	ハマトクリット値	□	□
血色素量			□	□	
赤血球数			□	□	
心電図		□	□		
眼底検査		□	□		
血清クレアチニン(eGFR)		□	□		
追加健診項目 (津奈木町独自項目)	血糖検査	ヘモグロビンA1c	○	○	
	代謝系検査	血清尿酸	○	○	
	腎機能検査	血清クレアチニン※	○	○	
	尿検査	尿潜血	○	○	

※医師が認めた場合は、詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）とする。

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

④ 実施体制

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

また、特定健診受診率向上を目的に、特定健診未受診者に特定健診未受診者対策事業を実施します。この事業では、対象者の特性に応じた通知による勧奨と町内有線放送・町職員からの電話勧奨等を実施し、特定健診受診率向上につなげていきます。

⑤ 代行機関

特定健診の費用決済や受診データの管理に関する事務は、熊本県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管および管理を行います。なお、特定健康診査結果は、健診実施医療機関が国の定める電子標準様式で熊本県国民健康保険団体連合会へ提出します。

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

津奈木町国民健康保険被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。

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

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

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

特定保健指導は、特定健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施します。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とします。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ります。

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

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

参考：追加リスクの判定基準

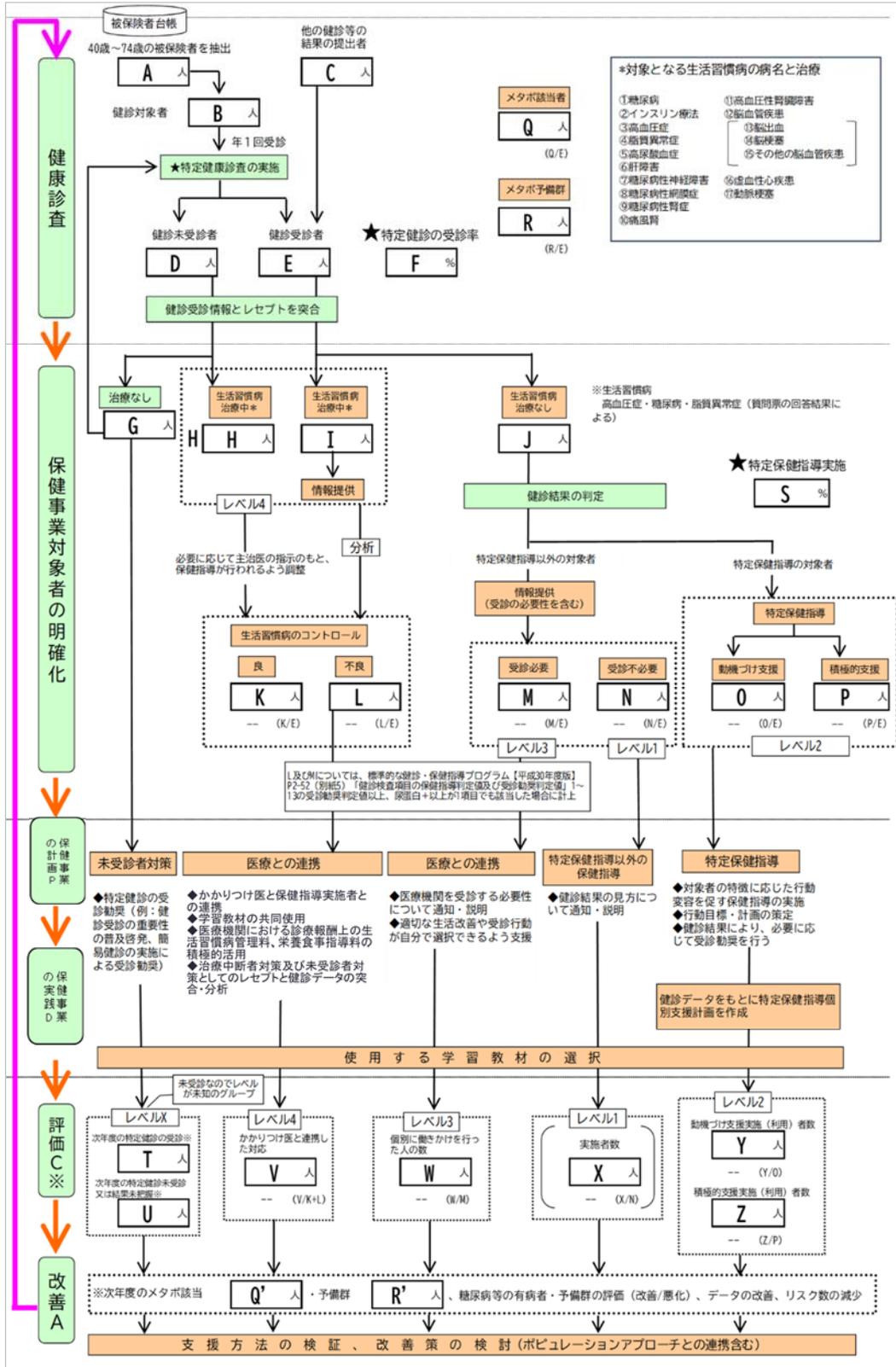
追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表10-3-2-2：「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5



③ 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表10-3-2-3：要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (R4受診者の割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	42人	60%
				(8.9%)	
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	61人	HbA1c6.5以上については
				(13%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	406人	60%
				※受診率目標達成まであと56人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	78人	10%
				(16.6%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの実合・分析	290人	30%
				(61.6%)	

④ 実施期間・内容

- ・実施場所

国保人間ドック実施機関及び町が指定する場所または対象者宅で実施します。

- ・実施期間

国保人間ドック開始時期の6月から翌3月にかけて実施します。ただし、年度内に指導が終了せず年度末を越えて実施する場合は、翌9月までとします。

- ・実施内容

積極的支援及び動機付け支援と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、生活習慣改善の為の行動計画を設定します。

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、3か月以上、定期的に電話や訪問で継続支援を実施します。3か月の継続支援終了後、身体状況や生活習慣の改善状況に変化が見られたかについて電話や面接で実績評価を行います。

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

⑤ 実施体制

特定保健指導の実施に際しては、集団健診実施機関及び国保人間ドック実施機関への委託により実施します。委託に際しては、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定します。詳細は契約書で定めます。利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の質を確保するなど適正な事業実施に努めます。

また、個別健診・情報提供の特定保健指導対象者や都合により健診実施機関での実施が出来なかった対象者については、町保健師が直接実施します。

⑥ 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

図表10-3-2-4：健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	◎健診機関との協議（集団健診） ◎健診機関との契約・対象者抽出・周知 ◎申込受付（国保人間ドック事業）	◎前年度健診実施分特定保健指導の実施 ◎国保人間ドック健診機関との契約
5月	◎申込者の通知書作成（国保人間ドック事業）	
6月	◎国保人間ドック事業の開始	◎特定保健指導開始
7月	◎対象者抽出・申込書発送（集団健診）	
8月		◎健診機関と契約（集団健診）
9月	◎健診機関との契約・対象者抽出・周知 ◎申込受付（個別健診）	◎前年度の特定保健指導終了
10月	◎個別健診の開始	
11月	◎集団健診の実施	
12月		◎集団健診受診者の特定保健指導実施
1月		
2月		
3月	◎来年度の契約準備	

●法定報告（前年度の受診率・実施率の確定）
法定報告までに、前年度の対象者や受診者等データの精査を実施

●今年度の請求漏れがないか各受託機関へ確認
●前年度の年間スケジュールを作成

4 その他

(1) 計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、津奈木町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

(2) 個人情報の保護

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び津奈木町において定める個人情報の取り扱いに係わる条例等を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。また、特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。

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

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比 (SMR)	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA (HbA) にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したものである。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。