

阿武町国民健康保険
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
山口県阿武町

目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 標準化の推進	3
4 計画期間	3
5 実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理.....	4
1 阿武町特性	4
(1) 人口動態	4
(2) 平均余命・平均自立期間	5
(3) 産業構成	6
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）	6
(5) 被保険者構成	6
2 前期計画等に係る考察	7
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	7
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察	8
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.....	22
1 死亡の状況	23
(1) 死因別の死亡者数・割合	23
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）	24
2 介護の状況	26
(1) 要介護（要支援）認定者数・割合	26
(2) 介護給付費	26
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況	27
3 医療の状況	28
(1) 医療費の3要素	28
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率	30
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率	34
(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率	37
(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.....	39
(6) 高額なレセプトの状況	40
(7) 長期入院レセプトの状況	41
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	42
(1) 特定健診受診率	42
(2) 有所見者の状況	45
(3) メタボリックシンドロームの状況	47
(4) 特定保健指導実施率	50
(5) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【県の共通指標】	51
(6) 特定保健指導対象者の減少率【県の共通指標】	52
(7) 受診勧奨対象者の状況	53
(8) 質問票の状況	61
5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況	63

(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	63
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況	63
(3) 保険種別の医療費の状況	64
(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率	65
(5) 後期高齢者の健診受診状況	65
(6) 後期高齢者における質問票の回答状況	66
6 その他の状況	67
(1) 重複服薬の状況	67
(2) 多剤服薬の状況	67
(3) 後発医薬品の使用状況	68
(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	68
7 健康課題の整理	69
(1) 健康課題の全体像の整理	69
(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題	71
(3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題	72
第4章 データヘルス計画の目的・目標	73
第5章 保健事業の内容	74
1 保健事業の整理	74
(1) 重症化予防	74
(2) 生活習慣病発症予防・保健指導	78
(3) 早期発見・特定健診	81
(4) 健康づくり	83
(5) 介護予防・一体的実施	89
(6) 社会環境・体制整備	95
第6章 計画の評価・見直し	98
1 評価の時期	98
(1) 個別事業計画の評価・見直し	98
(2) データヘルス計画の評価・見直し	98
2 評価方法・体制	98
第7章 計画の公表・周知	98
第8章 個人情報の取扱い	98
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	99
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画	100
1 計画の背景・趣旨	100
(1) 計画策定の背景・趣旨	100
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向	101
(3) 計画期間	101
2 第3期計画における目標達成状況	102
(1) 全国の状況	102
(2) 阿武町の状況	103
(3) 国の示す目標	108

(4) 阿武町の目標	108
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	109
(1) 特定健診	109
(2) 特定保健指導	111
4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組	112
(1) 特定健診	112
(2) 特定保健指導	112
5 その他	113
(1) 計画の公表・周知	113
(2) 個人情報の保護	113
(3) 実施計画の評価・見直し	113
参考資料 用語集	114

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

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

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

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

2 計画の位置づけ

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

また、同手引きにおいて、「計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画（以下「後期高齢者データヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする」ことが求められている。

阿武町においても、下記の他の計画との整合を図り、各計画における関連事項及び関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進、強化する取組等について検討していく。

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
阿武町 国保	第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）						第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）					
	第3期特定健康診査等実施計画						第4期特定健康診査等実施計画					
阿武町	第2次 健康増進計画		第3次 健康増進計画									
	第3次 地域福祉計画						第4次 地域福祉計画					
	第7期 高齢者介護福祉計画			第8期 高齢者介護福祉計画			第9期 高齢者介護福祉計画			第10期 高齢者介護福祉計画		
県	健康やまぐち21計画（第2次）					健康やまぐち21計画（第3次）						
	県医療費適正化計画（第3期）						県医療費適正化計画（第4期）					
	県国民健康保険運営方針						第2期 県国民健康保険運営方針					
後期	第2期データヘルス計画						第3期データヘルス計画					

3 標準化の推進

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

4 計画期間

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

5 実施体制・関係者連携

本計画は、阿武町国民健康保険を実施主体とし、関係各課・関係機関との連携や調整を図り、策定を行う。また、計画策定にあたり、阿武町国民健康保険運営協議会において、有識者・被保険者を代表する委員より意見聴取を行い、本計画に対する支援・評価を受け、計画作成への意見反映に努める。

第2章 現状の整理

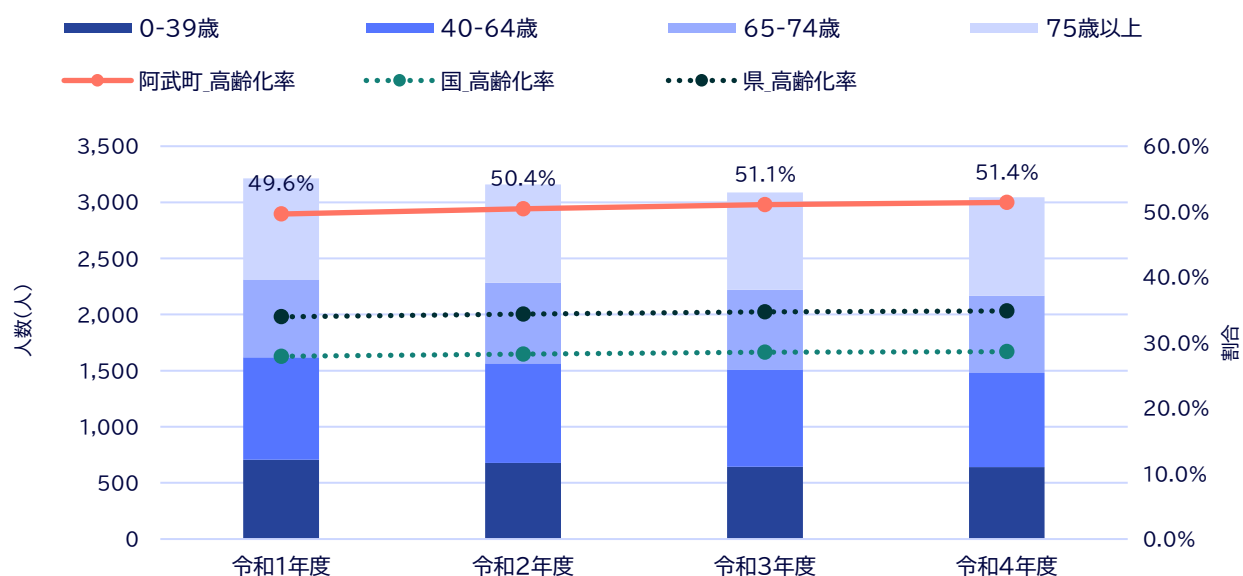
1 阿武町の特性

(1) 人口動態

阿武町の人口をみると（図表2-1-1-1）、令和4年度の人口は3,046人で、令和1年度（3,213人）以降167人減少している。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は51.4%で、令和1年度の割合（49.6%）と比較して、1.8ポイント上昇している。国や県と比較すると、高齢化率は高い。

図表2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
0-39歳	706	22.0%	678	21.5%	644	20.8%	641	21.0%
40-64歳	912	28.4%	888	28.1%	867	28.1%	839	27.5%
65-74歳	695	21.6%	719	22.8%	709	23.0%	686	22.5%
75歳以上	900	28.0%	874	27.7%	869	28.1%	880	28.9%
合計	3,213	-	3,159	-	3,089	-	3,046	-
阿武町_高齢化率	49.6%		50.4%		51.1%		51.4%	
国_高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
県_高齢化率	33.9%		34.3%		34.7%		34.8%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

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

(2) 平均余命・平均自立期間

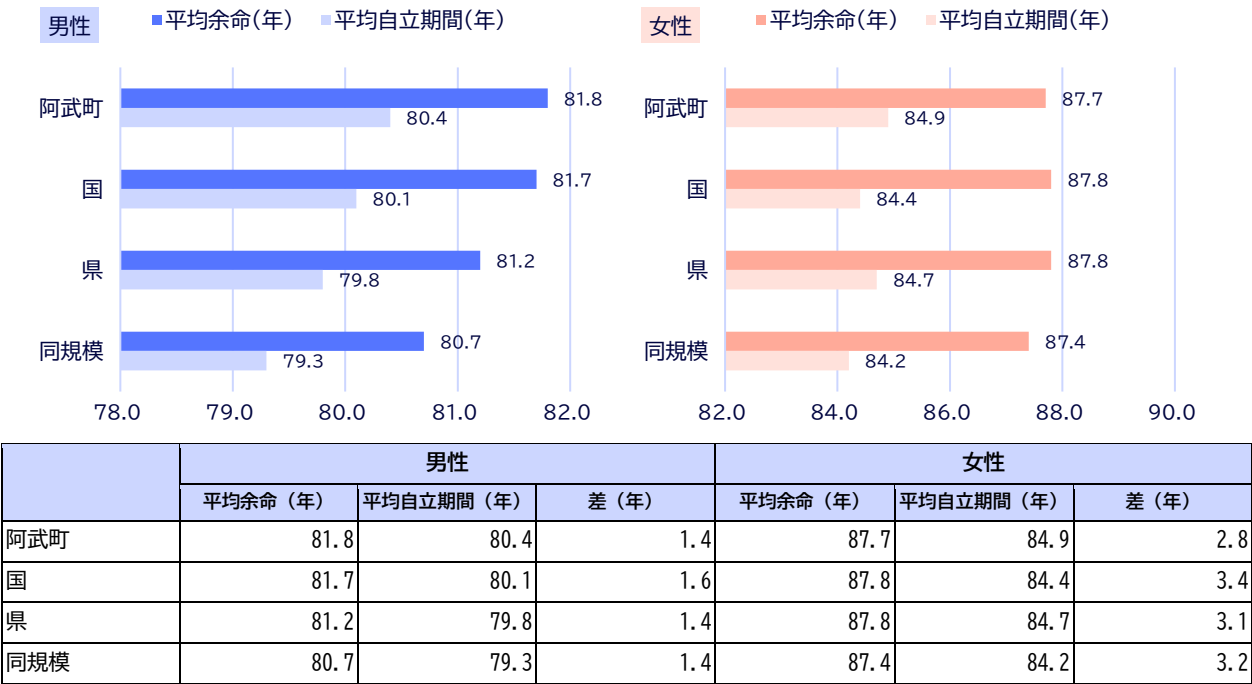
男女別に平均余命（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は81.8年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.1年である。女性の平均余命は87.7年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.1年である。

男女別に平均自立期間（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均自立期間は80.4年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.3年である。女性の平均自立期間は84.9年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.5年である。

令和4年度における平均余命と平均自立期間の推移（図表2-1-2-2）をみると、男性ではその差は1.4年で、令和1年度以降拡大している。女性ではその差は2.8年で、令和1年度以降ほぼ横ばいで推移している。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している
※平均自立期間：0歳の人が要介護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	77.0	76.2	0.8	83.8	80.9	2.9
令和2年度	78.8	77.8	1.0	83.3	80.5	2.8
令和3年度	78.8	77.7	1.1	86.3	83.9	2.4
令和4年度	81.8	80.4	1.4	87.7	84.9	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比率が高い。

図表2-1-3-1：産業構成

	阿武町	国	県	同規模
一次産業	26.6%	4.0%	4.9%	22.3%
二次産業	21.8%	25.0%	26.1%	20.6%
三次産業	51.5%	71.0%	69.0%	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、国や県と比較していずれも少ない。

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

（千人当たり）	阿武町	国	県	同規模
病院数	0.0	0.3	0.5	0.3
診療所数	3.3	4.0	4.7	3.5
病床数	0.0	59.4	93.4	21.4
医師数	3.3	13.4	13.9	3.2

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※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883人で、令和1年度の人数（998人）と比較して115人減少している。国保加入率は29.0%で、国・県より高い。

65歳以上の被保険者の割合は63.4%で、令和1年度の割合（57.7%）と比較して5.7ポイント増加している。

図表2-1-5-1：被保険者構成

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
0-39歳	127	12.7%	119	12.2%	118	12.3%	96	10.9%
40-64歳	295	29.6%	271	27.7%	256	26.7%	227	25.7%
65-74歳	576	57.7%	588	60.1%	585	61.0%	560	63.4%
国保加入者数	998	100.0%	978	100.0%	959	100.0%	883	100.0%
阿武町_総人口	3,213		3,159		3,089		3,046	
阿武町_国保加入率	31.1%		31.0%		31.0%		29.0%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	20.8%		20.7%		20.2%		19.4%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

KDB帳票 S21_006-被保険者構成 令和1年から令和4年 年次

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

2 前期計画等に係る考察

(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

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

【評価の凡例】							
○「指標評価」欄：5段階							
A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難							
	項目名	開始時 (29年度)	目標値	実績値			指標評価
				平成 30年度	令和 2年度	令和 4年度	
中長期目標	①健康寿命の延伸(歳)	男79.5 女85.0	増加	男78.8 女81.4	男77.8 女80.5	男80.4 女84.9	A
	②医療費の伸びの抑制(円)	348,689	減少	431,785	338,442	381,322	E
	③脳血管疾患の医療費の伸びを抑制(円)	11,461,730	減少	5,485,040	14,917,500	13,931,870	D
	④心疾患の医療費の伸びを抑制(円)	7,784,630	減少	6,257,220	5,325,070	4,064,770	A
	⑤健診での糖尿病の有所見者の増加抑制(人)	20	減少	25 (7.9%)	19 (7.2%)	32 (10.5%)	D
	⑥健診での高血圧の有所見者の増加抑制(人)	106	減少	90 (28.6%)	82 (31.1%)	91 (29.9%)	D
	⑦健診での脂質異常症の有所見者の増加抑制(人)	113	減少	116 (36.8%)	90 (34.1%)	109 (35.9%)	C
	⑧人工透析につながる糖尿病性腎症の減少(人)	7	減少	9	8	8	C
	⑩脳血管疾患患者の減少(人)	男27 女27	減少	男33 女26	男34 女25	男34 女17	D
	⑪虚血性心疾患患者の減少(人)	男33 女26	減少	男26 女28	男22 女22	男23 女21	A
	⑫人工透析新規患者の減少(人)	3	0	0	0	1	A
	⑬糖尿病の未医療者の減少(人)	5	減少	2(8%)	2 (10.5%)	7 (21.9%)	D
短期目標	⑭高血圧症の未医療者の減少(人)	58	減少	44 (48.9%)	43 (52.4%)	48 (52.7%)	C
	⑮脂質異常症者の未医療者の減少(人)	97	減少	93(80.2%)	78 (86.7%)	91 (83.5%)	C
	⑯特定健診受診率の増加	35.6%	60	37.9%	33.8%	42.0%	B
	⑰特定保健指導実施率の増加	30.8%	60	29.2%	31.3%	54.1%	B
	⑱メタボリックシンドローム該当者の減少(人)	34 (11.3%)	減少	39 (12.4%)	38 (14.4%)	53 (17.4%)	D
	⑲メタボリックシンドローム予備群の減少(人)	29 (9.6%)	減少	36 (11.4%)	32 (12.1%)	33 (10.9%)	C
	⑳生活習慣改善に取り組む者の割合増加	46.0%	増加	40.6%	47.1%	45.7%	C
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							
中長期目標の4項目については、目標達成ができた。また、短期目標の2項目については、目標達成はできていないが改善傾向であった。一方で、悪化傾向の項目が中長期目標で4項目、短期目標で3項目であった。とくに脳血管疾患等の発症につながる健診での有所見者の減少、未治療者の減少という目標を達成することができなかった。							
振り返り② 第2期計画全体を通して上手くできていた点							
特定健診や特定保健指導は、新型コロナウイルス感染症の予防対策を図りながら、対象者が安心して事業に参加できるような環境整備、事業運営ができた。							
振り返り③ 第2期計画全体を通して上手くできていなかった点							
新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、健康教室等の事業縮小により、対面で行う保健指導や健診有所見者への受診勧奨等の機会が減少した。							
振り返り④ 第3期計画への考察							
第2期計画では、新型コロナウイルス感染症拡大があり、保健事業を予定通りに実施することが困難な状況であった。第3期計画では、予定通りに保健事業を実施できるように環境を整えた上で、データヘルス計画の長期目標である健康寿命の延伸を目指して事業を運営していく必要がある。							
また、脳血管疾患の医療費の伸び、脳血管疾患の患者数の増加している現状、さらに、健診の有所見者や高血圧等の未治療者が減少していないことから、健診の有所見者への受診勧奨や生活習慣病の重症化予防に関する保健事業や環境整備を強化していく必要がある。							

(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価をした。

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

① 重症化予防（がん以外）

事業タイトル	事業目標			事業概要			事業評価
要医療者及び非肥満者保健指導	要医療者の早期受診 軽度リスク者の早期介入 健康行動を実践できる人を増やす			対象者：健診の結果から要医療域に該当する者、特定保健指導非該当で血圧や血糖値が保健指導判定値を超えた者 事業概要：健診結果返却会を開催し結果の正しい見方、健診結果に応じた生活習慣の振り返り、食事指導・運動指導の実施。個別性に応じた継続した指導の実施。必要に応じて受診勧奨を行う。			B
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、予算（指導資料・講師報酬）健診機関、元気広げ隊（自治会）				・ 集団健診会場にて健診結果返却会の案内、健診のしおりに掲載 ・ 健康課題に応じた健康教育の開催 ・ 栄養指導、運動指導を個別で実施			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成 30年度	令和 2年度	令和 4年度	指標 評価
健診結果返却率 （個別返却）	77.1%	90%	実績値	90.8%	83.2%	81.1%	C
個別相談件数(件)	172	増加	実績値	189	134	158	C
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成 30年度	令和 2年度	令和 4年度	指標 評価
血圧値 （収縮期140mmHg以上）	23.5%	減少	実績値	27.4%	21.9%	19.2%	A
LDLコレステロール値 （160mg/dl以上）	13.4%	減少	実績値	17.8%	16.5%	12.2%	A
血糖値 （HbA1c6.0%以上）	19.2%	減少	実績値	18.4%	18.7%	23.3%	D
糖尿病患者増加の抑制 （HbA1c6.5%以上）	6.7%	減少	実績値	2.8%	7.7%	10.5%	D

振り返り 成功・促進要因	振り返り 課題・阻害要因
健診結果返却会は、80%以上の参加があり軽度リスク者や特定保健指導の勧奨、個別相談や指導の機会として有効であった。また、受診勧奨パンフレットを用いて、受診につながるよう説明を行った。	個別指導は実施できているが、検査値の改善には至っていない。また、受診勧奨判定値にある対象者が医療受診していない。
第3期計画への考察及び補足事項	
集団健診受診者に対しては、個別の指導機会があることで生活習慣の振り返りや実践について具体的な指導が可能となっているため、今後も引き続き結果返却会の開催を行っていく。 受診勧奨判定値にある対象者への適切な医療受診に対して個別健診受診者の結果説明と併せて、医療機関と連携をはかり適切な治療や健康管理ができるように事業内容の見直しが必要である。	

事業タイトル	事業目標			事業概要			事業評価
血管若返り糖尿病発症・重症化予防事業	生活習慣を振り返り、血糖値上昇の原因を知ること で疾病の発症、重症化を予防			対象者：糖尿病治療者でコントロール不良の者または非肥満高血糖者で未治療の者 事業概要：個別相談、個別指導			C
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、予算、萩市医師会、医療機関、委託事業者、山口県国民健康保険団体連合会、山口県				【糖尿病重症化予防】 ◎未受診者・受診中断者：通知等による受診勧奨 ◎保健指導対象者： ・対象者を選定し、電話や訪問等による受診勧奨の実施 ・主治医へ「生活指導確認書」の記入を依頼する ・対象者へ保健指導の実施（電話、訪問等）			
アウトプット							
評価指標	開始時 (H30)	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
未受診者への受診勧奨割合 (実施者数/対象者数)	66.7% (2/3)	100%	実績値	66.7% (2/3)	0% (0/1)	100% (2/2)	A
受診中断者への受診勧奨割合	－ (0/0)	100%	実績値	－ (0/0)	－ (0/0)	－ (0/0)	A
保健指導実施者数(人)	0	5	実績値	0	5	3	A
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
人工透析新規患者数の減少 (人)	3	0	実績値	0	0	1	B
脳血管疾患医療費(円)	11,461,730	減少	実績値	5,485,040	14,917,500	13,931,870	D
脳血管疾患による要介護認定者割合	30.8%	減少	実績値	29.2%	26.4%	22.7%	B
心疾患の医療費(円)	7,784,630	減少	実績値	6,257,220	5,325,070	4,064,770	A
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の減少 (HbA1c8.4%以上の人)	0.6%	0%	実績値	0%	1.1%	1.2%	D
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
血糖コントロール不良者に対しては直接面談をしてアプローチをすることができた。				人工透析新規患者数や血糖コントロール不良者は、変化なく一定数の人がいる。			

第3期計画への考察及び補足事項
人工透析新規患者の減少には、高血圧・糖尿病等の生活習慣病の予防・改善が必要であり、今後も健診結果をもとに保健指導を充実していくことが必要である。また、血糖コントロール不良者、未治療者、受診勧奨対象者については、医療機関との連携も含めてハイリスクアプローチを実施することが必要である。

② 生活習慣病発症予防・保健指導

事業タイトル		事業目標		事業概要			事業評価
特定保健指導実施率の向上対策		メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣病を改善し、生活習慣病の有病者・予備群の減少を図る		対象者：特定健診受診者のうち、特定保健指導に該当した者 事業概要：初回面接後、6か月間の保健指導を実施 継続対象者への指導内容の充実			A
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、予算（委託料、報償費、指導資料、その他指導に必要な経費）の確保、指導者の増加、指導者へ研修会受講の実施				健診結果返却会を活用した初回面談の実施、個別指導と集団指導を組み合わせた教室の開催、電話やメールを活用した指導、令和5年度より一部委託して実施			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
特定保健指導実施率	28.6%	60%	実績値	29.2%	31.3%	54.1%	B
アウトカム							
評価指標	開始時 (H28)	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
メタボ予備群減少率	20.0%	25%	実績値	25.0%	12.0%	19.2%	B
メタボ該当者減少率	20.0%	25%	実績値	41.9%	17.9%	19.6%	B
特定保健指導対象者の減少率	12.8%	増加	実績値	19.4%	11.4%	8.0%	C
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	13.3%	増加	実績値	17.6%	13.0%	11.8%	C
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
初回面談を健診結果返却会に合わせて行うことで指導実施率が向上した。また、集団教室や個別教室を組み合わせ実施したことで集団の効果も得られた。令和5年度には直営と委託で指導を実施し、医師による指導が効果的であった。				メタボ該当者の割合は、増加傾向にあり予備群を含めると健診受診者の約28%を占めている。			
第3期計画への考察及び補足事項							
特定保健指導や個別指導、集団指導を組み合わせることで運動や食事指導等、専門職による幅広い指導を行うことができている。特定保健指導は継続して行い、該当者への利用勧奨は実施方法など事業内容の見直しが必要である。							

③ 早期発見・特定健診

事業タイトル	事業目標			事業概要			事業評価
健康診査受診率向上対策 (特定健診・ 日帰り人間ドック)	特定健診受診率の向上 メタボリックシンドロームに 着目した生活習慣病の予防を 図る			委託医療機関拡大 休日健診の実施 未受診者へ受診勧奨 普及啓発の実施			B
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、予算、萩市医師会、 医療機関、健診機関、萩市、山口県国民健康保険団体連 合会、若者健診の実施				健康のしおりの配布、広報あぶに記事掲載 利用したメディア数 受診勧奨ハガキの送付 LINEによる予約システム導入			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
普及啓発回数（広報・ポ スター・声かけ・ケーブ ルテレビ・ 動画配信）	ポスター・ 広報2回・ 登り旗・ 無線	—	実績値	ケーブル1回 広報4回 登り旗・無線	ケーブル1回 広報2回 登り旗・無線	ポスター 動画作成 広報2回 登り旗・無線	A
休日健診の継続実施	4日間	4日間	実績値	4日間	2日間	2日間	C
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
特定健診受診率	35.7%	60%	実績値	37.9%	33.8%	42.0%	A
受診勧奨実施者の受診率	30%	50%	実績値	27.4%	15.9%	17.3%	D
継続受診者率	74.1%	75%	実績値	89.5%	87.1%	85.3%	A
新規受診者率	26%	25%	実績値	10.5%	12.9%	14.7%	D
40～50歳代受診率	20.2%	30%	実績値	36.0%	21.9%	28.4%	B
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
受診率は、令和4年度には平成30年度より上昇した。特 に60～70歳代の受診率が増加している。未受診者に対し て受診勧奨としてハガキの送付や電話を実施した後は、 特定健診の受診や任意検査提出が増えており、受診者増 加に影響した。40～50歳代の受診者も令和2年度以降、 上昇している。また、自己負担の減額や人間ドックの償 還払い、委託機関の拡大が受診率の向上の要因につなが っている。萩市と協働で啓発事業を実施することができ た。				新型コロナウイルス感染症の流行により、令 和2年度は受診控えや医療機関の受け入れがで きない状態であった。 未受診者のうち医療管理中の方が41%いる。			

第3期計画への考察及び補足事項

医療受診している方で健診未受診者の割合が高いことから、受診勧奨方法の見直しやみなし健診のしくみづくりを行うことが必要である。また、継続した受診につながるような健診実施方法の検討も行っていく。

④ 健康づくり

事業タイトル	事業目標			事業概要			事業評価
地区組織による地域住民への健康づくりの情報の普及	地域の現状を把握し、特定健康診査及びがん検診の必要性を地域に広げる			対象者：保健推進協議会（婦人会）/宇田郷元気広げ隊/食生活改善推進員 事業概要：研修会を通じて地域の現状を把握し、課題に応じた活動を実施する			C
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、予算、保健推進協議会、宇田郷元気広げ隊、食生活改善推進協議会、老人クラブ、教育委員会、小中学校、健診結果返却会の実施				各組織に研修会を行い、健康づくりに必要な情報を知る、そして地域住民に健康に関する情報を普及することを行う。			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
研修会開催数・参加者数(人) (元気広げ隊を対象)	2回 68	2回	実績値	1回 21	0回	0回	D
健康講座数・参加者数 (保健推進協議会（婦人会）を 対象)(人)	5回 81	増加	実績値	3回 79	8回 175	6回 152	A
ふれあいキッチン研修会 (食生活改善推進員を対象)(人)	8回 101	増加	実績値	8回 118	4回 52	8回 95	C
訪問世帯数・声かけ数(人) (保健推進協議会（婦人会）による訪問活動)	1,327世帯 875	増加	実績値	1,235世帯 845	1,108世帯 424	1,040世帯 555	D
健康寿命延伸のための講演会参加数(人)	3回 228	増加	実績値	3回 250	3回 79	479視聴 (YouTube 配信)	D
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
特定健診受診率	35.7%	60%	実績値	37.9%	33.8%	42.0%	B
大腸がん検診受診率	男7.5% 女13.0%	50%	実績値	男 7.8% 女 14.0%	9.8% 13.1%	10.7% 14.7%	B
乳がん検診受診率	12.1%	40%	実績値	26.9%	19.8%	28.9%	B
子宮がん検診受診率	11.9%	40%	実績値	23.6%	17.9%	26.0%	B
生活習慣改善に取り組む者の割合増加	46.0%	増加	実績値	40.6%	47.1%	45.7%	C

振り返り 成功・促進要因	振り返り 課題・阻害要因
コロナ禍でもできる形で継続実施してきたや保健推進協議会（婦人会）による訪問活動、ふれあいキッチンの研修会、健康寿命のための講演会はコロナ禍を乗り越え増加傾向にある。	コロナ禍で元気広げ隊の研修会が中断した。地域ぐるみの健康づくりは引き続き必要な内容であり、実施が必要である。 Youtubeのメリットデメリットを考え、配信を有効活用していく事が必要である。
第3期計画への考察及び補足事項	
住民の健康づくり活動への参加は、地域住民への波及効果も高く、地域の健康づくりの定着も促しやすい。今後も住民の声を聴きながら地域ぐるみの健康づくりを実施することが必要である。 住民の健康課題とニーズにそった講演会を実施し、今後も住民にとって必要な健康づくりの情報を住民が参加しやすい3地区で開催していくことが望ましい。	

事業タイトル		事業目標		事業概要				事業評価
運動普及啓発事業		運動習慣をはじめのきっかけを作り、楽しく健康づくりに取り組める仕組み、活動を広める		対象者：全町民 事業概要：1日10分運動の普及				D
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、予算、教育委員会、保健推進協議会、道の駅阿武町温水プール、自治会、老人クラブ、社会福祉協議会				各自にあった運動が継続できるように個別での運動促進、集団での運動の機会を設ける。				
アウトプット								
評価指標	開始時		令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
ラジオ体操(人)	11自治会 10事業所 総参加者人数 624		増加	実績値	集会262回 3,173	集会16回 93	集会47回 385 個人108 延11,082回	D
ストレッチ教室参加者(人)	奈古	187	増加	実績値	奈古	216	248	D
	宇田郷	346			宇田郷	326	296	
プール利用者(人)	24,399		増加	実績値	23,458	16,073	17,924	D
100歳体操の実践者数 実践団体数(人)	6団体 2,678		増加	実績値	6団体 2,018	5団体 1,038	5団体 1,017	D
アウトカム								
評価指標	開始時		令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
メタボリックシンドローム予備群の減少(人)	29 (9.6%)		減少	実績値	36 (11.4%)	32 (12.1%)	33 (10.9%)	C
生活習慣改善に取り組む者の割合増加	46.0%		増加	実績値	40.6%	47.1%	45.7%	C
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因				
ラジオ体操は集会のみの実施からコロナ禍の状況を踏まえて個別での実施も促進した。個別にすることにより、今までラジオ体操をしていなかった人も実施するきっかけづくりとなった。 100歳体操は、老人クラブや自治会で身近な場所で実施することができ、継続実施につながっている。				ストレッチ教室は参加者の減少により、全体の参加者数が減っている。プールの利用者は、コロナ禍を経て増加傾向にあるが、以前ほどの利用者数ではない。 100歳体操は、新規実施団体が増えないこと、効果が見えにくいことに課題がある。				
第3期計画への考察及び補足事項								
今後もラジオ体操は、多くの人が知っている、取り組みやすい体操であるため、継続実施も期待できることから実施を推進していくことが必要である。 参加しやすい運動教室やプールを活用した運動教室の検討が必要である。 100歳体操の内容や方法についての検討や新規実施団体を促していくのか今後の方向性についての検討が必要である。								

事業タイトル	事業目標			事業概要			事業評価
阿武町ハッピーマイレージ事業	健康習慣の実践、きっかけづくり			対象者：小学生以上の町民及び町内に通勤・通学する方 事業概要：インセンティブ事業。既存の受診者群に加え、未受診者群へのアプローチを強化するため、特定健診受診等の健康づくりへの取組を実施した者への特典を与える事業を実施			C
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、予算、教育委員会、支所 健診結果返却会、ストレッチ教室の実施				5月にスタートし、健診を受けたり、健康づくりに取り組むことによりポイントを貯める。一定のポイントまで到達し、申請すると町内で使用できる商品券がもらえる。Wチャンスにより、景品があたるチャンスもある。			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
参加者数(人)	312	330	実績値	538	273	320	C
ポイント達成者率	プレ実施のため 未把握	80%	実績値	52.6%	73.2%	59.6%	C
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
メタボリックシンドローム予備群の減少(人)	29 (9.6%)	減少	実績値	36 (11.4%)	32 (12.1%)	33 (10.9%)	C
生活習慣改善に取り組む者の割合増加	46.0%	増加	実績値	40.6%	47.1%	45.7%	C
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
事業所や健診結果返却会参加者、介護予防教室等様々な対象者や機会を捉えて参加者が増えるよう工夫をしてきた。				新規参加者を増やすことが難しかった。わかりやすさや継続支援が求められる。			
第3期計画への考察及び補足事項							
今後も様々な対象者や機会を捉えて健康づくりのきっかけや継続の励みとなるよう参加者を増やすことができるようにアプローチを行う。また参加しやすいようにわかりやすい説明や冊子が必要である。							

事業タイトル	事業目標			事業概要			事業評価
血管若返り高血圧予防事業	各自の運動習慣、食習慣や健康状態を振り返る場を作り実践できる人を増やす			対象者：全町民 事業概要：各種出前講座、個別指導、健康習慣普及啓発、推定1日塩分摂取量検査			D
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、予算、食生活改善推進協議会、小学校との連携				ふれあいキッチンや、うましお講座で減塩に関する知識を伝え、実践する人を増やすことで高血圧予防・改善を目指す。			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
ふれあいキッチン参加者数 （資料配付含む）（人）	71回 延671	増加	実績値	73回 707	39回 470	91回 1,054	A
うましお（減塩）講座（人）	3回 27	増加	実績値	5回 36	1回 7	1回 9	D
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
推定1日塩分摂取量男性 H30まで（8.0g/日以下） H31から（7.5g/日以下）	20.8%	30%	実績値	18.5%	19.6%	13.5%	D
推定1日塩分摂取量女性 H30まで（7.0g/日以下） H31から（6.5g/日以下）	10.3%	20%	実績値	16.9%	6.7%	11.6%	C
血圧安定者の増加 収縮期130mmHg以下	56.4%	70%	実績値	53.1%	51.9%	53.2%	D
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
ふれあいキッチンはコロナ禍でも対応できる形で継続実施してきた。うましお講座の参加者は少ないものの保護者に直接減塩を学んでもらう貴重な機会となった。食事を作る親世代が勉強することにより子どもへの影響も期待できる。				塩分摂取量が男女ともに適切な量より多く、健診受診者の半数以上が血圧が安定していない。			
第3期計画への考察及び補足事項							
うましお講座は、直接食べて学べるよい機会である。回数を増やし、多くの人が減塩について気づき、減塩について取り組めるきっかけとして回数を増やす。血圧は、半数以上が適切な値ではないことから多くの住民の健康課題である。血圧について重点的に取り組みを実施していくことが求められる。							

⑤ 社会環境・体制整備

事業タイトル		事業目標		事業概要			事業評価
医療費通知		被保険者自身に受診状況を確認してもらうことで適切な受診を促す		対象者：全非保険者 事業概要：年6回、全世帯に2か月診療分の医療機関や医療費等の記載のある通知を送付			A
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、予算、山口県国民健康保険団体連合会				・医療費通知の送付			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
実施回数	6回	6回	実績値	6回	6回	6回	A
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
医療費（円）	348,689	減少	実績値	431,785	338,442	381,322	D
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
毎年6回の送付を行うことができた。				目標通りに通知を送付することができたが、医療費は開始時と比べ増加している。			
第3期計画への考察及び補足事項							
全被保険者に受診状況を確認してもらい、適切な受診ができるよう続けていく。							

事業タイトル		事業目標		事業概要			事業評価
ジェネリック（後発）医薬品の推進		新薬と比較して安価なジェネリック（後発）医薬品へ切り替えを促進し、医療費の適正化を行う		対象者：ジェネリック医薬品切り替えによる差額発生見込被保険者 事業概要：年3回、パンフレット、希望カードの配布			A
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、予算、山口県国民健康保険団体連合会、萩市医師会、薬剤師会との連携				ジェネリック医薬品差額通知の送付			
アウトプット							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
通知回数	3回	3回	実績値	3回	3回	3回	A
アウトカム							
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価
利用率	66.5%	80.0%	実績値	76.8%	79.8%	81.2%	A
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因			
ジェネリック（後発）医薬品の差額通知やパンフレットを送付することで、利用率の増加に繋がった。				目標達成したが、さらに増加するためには、萩市医師会や薬剤師会との連携が必要。			
第3期計画への考察及び補足事項							
県の目標値80%を下回ることがないよう、差額通知の送付やパンフレットの送付を続けるとともに、萩市医師会や薬剤師会と連携し利用促進を行う。							

事業タイトル		事業目標			事業概要			事業評価
重複、頻回受診指導		レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者及び重複投薬者に対して指導を行い、適正受診の促進を図る			対象者：重複・頻回受診・重複投薬の該当者 事業概要：該当する対象者を抽出し、訪問等により指導や助言を行う			A
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					・KDBで条件該当者を抽出 ・該当者についてレセプト等により指導対象者を絞り込む ・訪問等により指導や助言を行う			
アウトプット								
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価	
レセプト点検割合 (レセプト点検数／該当者数)	100% (1/1)	100%	実績値	100% (3/3)	100% (2/2)	100% (6/6)	A	
アウトカム								
評価指標	開始時	令和5年度 目標値		平成30年度	令和2年度	令和4年度	指標 評価	
重複・頻回受診者数（人）	1	0	実績値	0	0	0	A	
重複投薬者（人）	1	0	実績値	0	0	0	A	
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因				
該当者についてレセプト点検を行う等、受診、投薬状況の確認を行ったが指導が必要な者はいなかった。				該当者及び指導に該当する者が少ないため、基準や実施方法の見直しを行う必要がある。				
第3期計画への考察及び補足事項								
指導対象者の選定基準を見直し、該当者のレセプト点検を行い、必要時に指導や助言を実施する。								

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

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

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

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

まず、第1節では死亡に関するデータを分析する。

第2節では介護に関するデータを分析する。

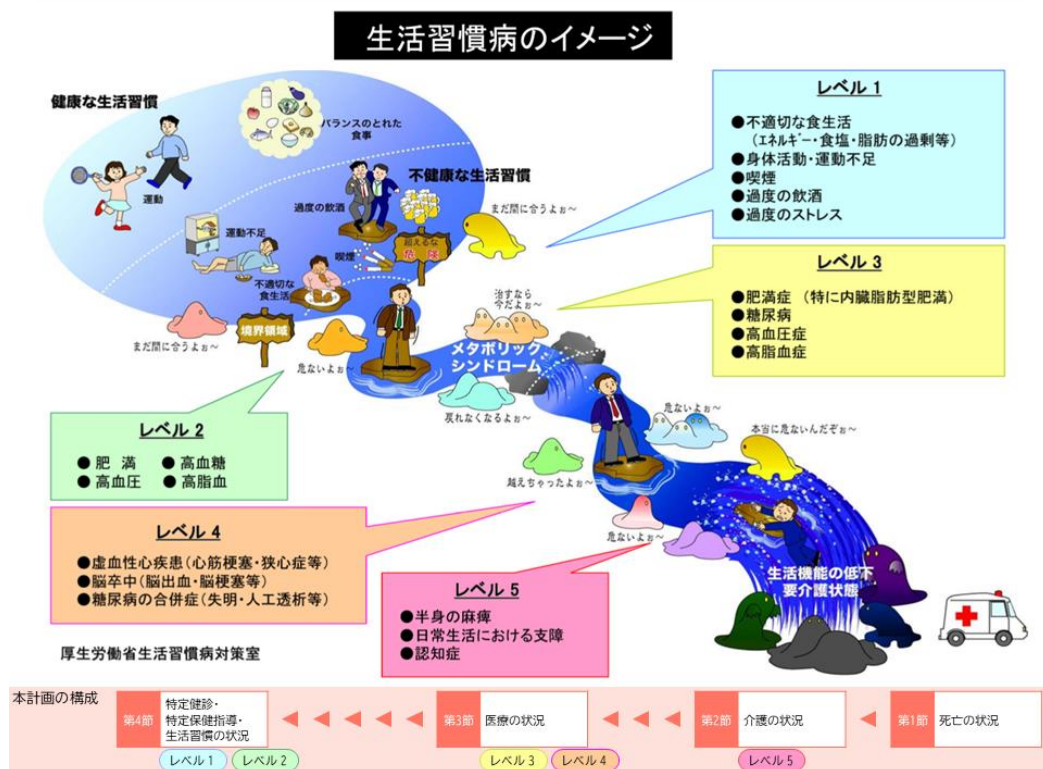
第3節では入院と外来に分けて医療費について医療費の3要素に分解して分析した後、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病に焦点をあて、前述の重篤な疾患と基礎疾患に分けてデータを分析する。

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

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

第6節では、重複服薬や多剤服薬、後発医薬品などの分析を行う。

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



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

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

1 死亡の状況

(1) 死因別の死亡者数・割合

まず、死亡の状況について概観する。令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数を死因順位別にみると（図表3-1-1-1）、死因第1位は「肺炎」で全死亡者の10.7%を占めている。次いで「心不全」（8.0%）、「脳血管疾患」（8.0%）となっている。死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「肺炎」「心不全」「大腸の悪性新生物」「不整脈及び伝導障害」「胃の悪性新生物」「高血圧症」「大動脈瘤及び解離」「慢性閉塞性肺疾患」「乳房の悪性新生物」の割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病の重篤な疾患に焦点をあてて死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第11位（1.3%）、「脳血管疾患」は第2位（8.0%）、「腎不全」は第11位（1.3%）と、いずれも死因の上位に位置している。

図表3-1-1-1：死因別の死亡者数・割合



【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）

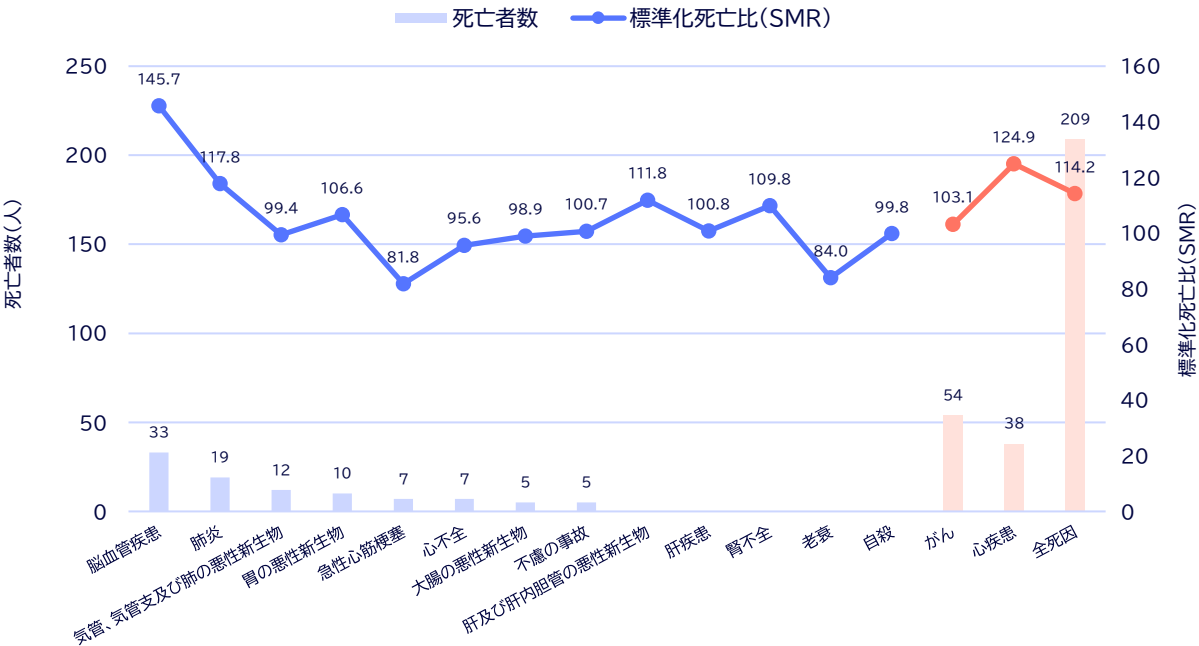
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2）をみると、男性の死因第1位は「脳血管疾患」、第2位は「肺炎」、第3位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」となっている。女性の死因第1位は「脳血管疾患」、第2位は「肺炎」、第3位は「心不全」となっている。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比（SMR）を求めると、男性では、「脳血管疾患」（145.7）「肺炎」（117.8）「肝及び肝内胆管の悪性新生物」（111.8）が高くなっている。女性では、「肺炎」（138.2）「脳血管疾患」（134.1）「腎不全」（109.6）が高くなっている。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、男性では「急性心筋梗塞」は81.8、「脳血管疾患」は145.7、「腎不全」は109.8となっており、女性では「急性心筋梗塞」は93.3、「脳血管疾患」は134.1、「腎不全」は109.6となっている。

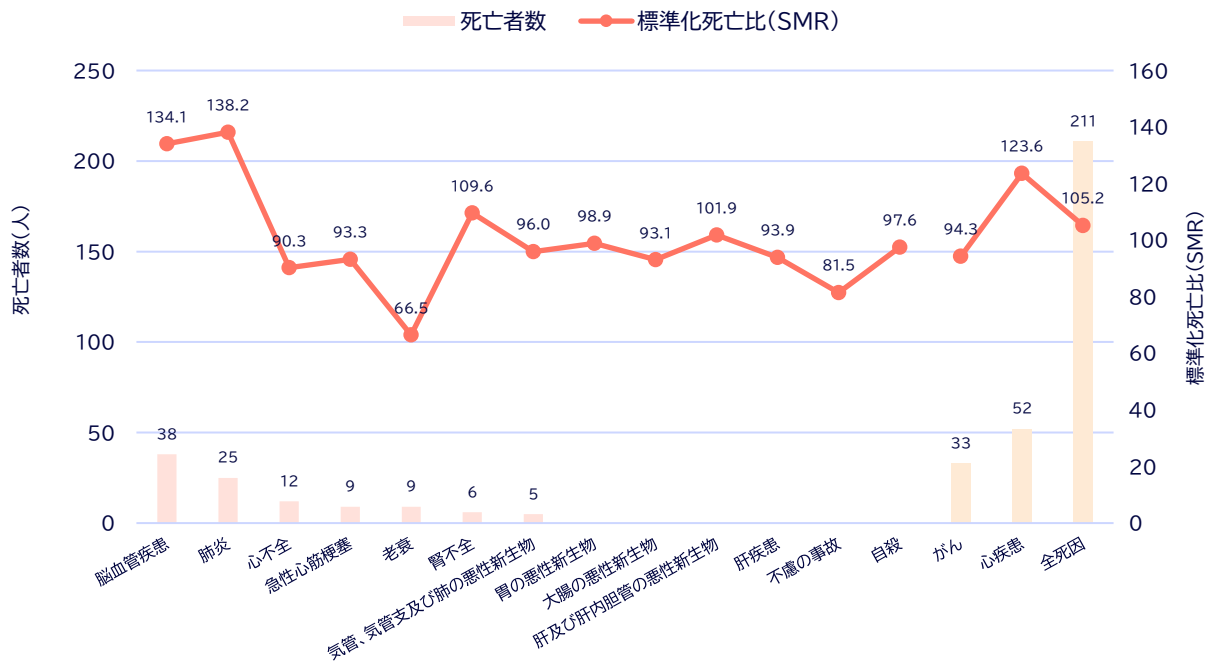
※標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

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



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比（SMR）		
			阿武町	県	国
1位	脳血管疾患	33	145.7	106.2	100
2位	肺炎	19	117.8	119.6	
3位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	12	99.4	99.4	
4位	胃の悪性新生物	10	106.6	102.0	
5位	急性心筋梗塞	7	81.8	73.3	
5位	心不全	7	95.6	94.8	
7位	大腸の悪性新生物	5	98.9	99.7	
7位	不慮の事故	5	100.7	100.6	
-	肝及び肝内胆管の悪性新生物	-	111.8	122.3	100
-	肝疾患	-	100.8	96.6	
-	腎不全	-	109.8	108.4	
-	老衰	-	84.0	88.2	
-	自殺	-	99.8	104.5	
参考	がん	54	103.1	102.5	
参考	心疾患	38	124.9	111.4	
参考	全死因	209	114.2	104.4	

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)		
			阿武町	県	国
1位	脳血管疾患	38	134.1	101.5	100
2位	肺炎	25	138.2	125.2	
3位	心不全	12	90.3	96.0	
4位	急性心筋梗塞	9	93.3	76.4	
4位	老衰	9	66.5	90.8	
6位	腎不全	6	109.6	106.9	
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	5	96.0	97.0	
-	胃の悪性新生物	-	98.9	101.1	

順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			阿武町	県	国
-	大腸の悪性新生物	-	93.1	94.6	100
-	肝及び肝内胆管の悪性新生物	-	101.9	109.7	
-	肝疾患	-	93.9	99.1	
-	不慮の事故	-	81.5	83.4	
-	自殺	-	97.6	90.0	
参考	がん	33	94.3	96.6	
参考	心疾患	52	123.6	108.1	
参考	全死因	211	105.2	100.6	

【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

※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

※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

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

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

2 介護の状況

(1) 要介護（要支援）認定者数・割合

次に介護の状況について概観する。要介護または要支援の認定を受けた人の数・割合（図表3-2-1-1）をみると、令和4年度の認定者数は348人（要支援1-2、要介護1-2、及び要介護3-5の合計）で、「要介護1-2」の人数が最も多くなっている。

第1号被保険者における要介護認定率は22.2%で、国・県より高い。第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者の要介護認定率は4.7%、75歳以上の後期高齢者では35.8%となっている。

第2号被保険者における要介護認定率は0.1%となっており、国・県より低い。

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

	被保険者数 (人)	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		阿武町	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	686	11	1.6%	12	1.7%	9	1.3%	4.7%	-	-
75歳以上	880	61	6.9%	138	15.7%	116	13.2%	35.8%	-	-
計	1,566	72	4.6%	150	9.6%	125	8.0%	22.2%	18.7%	19.2%
2号										
40-64歳	839	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	0.1%	0.4%	0.4%
総計	2,405	72	3.0%	150	6.2%	126	5.2%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

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

(2) 介護給付費

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

図表3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	阿武町	国	県	同規模
計_一件当たり給付費（円）	79,658	59,662	62,519	80,543
（居宅）一件当たり給付費（円）	49,510	41,272	41,738	42,864
（施設）一件当たり給付費（円）	293,604	296,364	290,571	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

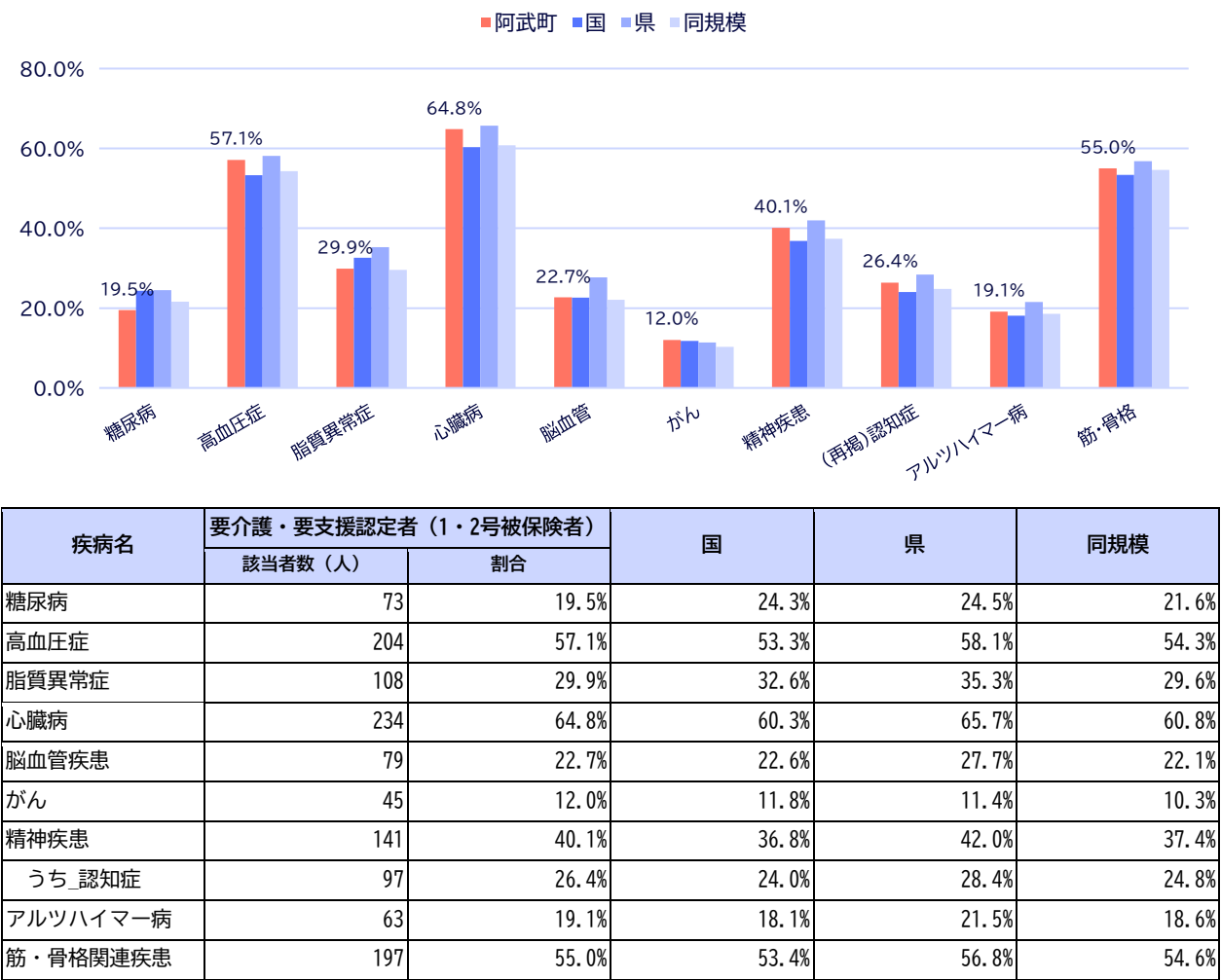
要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、「心臓病」（64.8%）が最も高く、次いで「高血圧症」（57.1%）、「筋・骨格関連疾患」（55.0%）となっている。

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

県と比較すると、「がん」の有病割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は64.8%、「脳血管疾患」は22.7%となっている。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「糖尿病」は19.5%、「高血圧症」は57.1%、「脂質異常症」は29.9%となっている。

図表3-2-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3 医療の状況

(1) 医療費の3要素

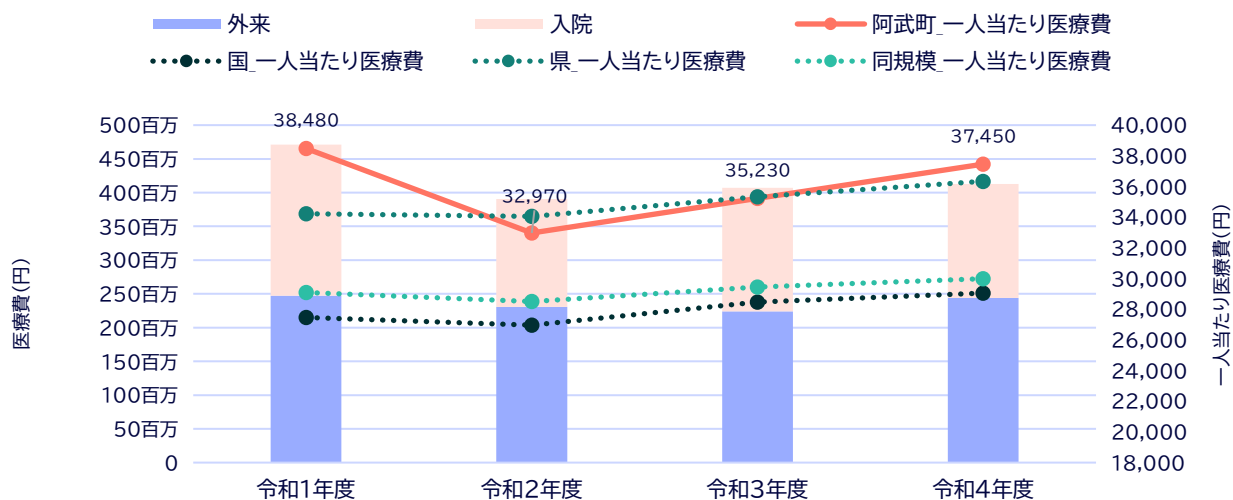
① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

ここからは、医療の状況について概観する。令和4年度の総医療費は4億1,300万円で（図表3-3-1-1）、令和1年度と比較して12.4%減少している。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は40.9%、外来医療費の割合は59.1%となっている。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は3万7,450円で、令和1年度と比較して2.7%減少している。国や県と比較すると一人当たり医療費は国・県より高い。

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

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	令和1年度からの変化率(%)
医療費 (円)	総額	471,242,270	390,490,590	406,967,540	412,857,060		
	入院	223,843,760	159,673,960	182,746,820	168,675,220	40.9%	-24.6
	外来	247,398,510	230,816,630	224,220,720	244,181,840	59.1%	-1.3
一人当たり 月額医療費 (円)	阿武町	38,480	32,970	35,230	37,450	-	-2.7
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8
	県	34,230	34,050	35,340	36,340	-	6.2
	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する。

令和4年度の一人当たり月額医療費（図表3-3-1-2）は、入院が15,300円で、国の一人当たり月額医療費11,650円と比較すると3,650円多い。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためである。県の一人当たり月額医療費16,650円と比較すると1,350円少ない。これは受診率、一件当たり日数が県の値を下回っているためである。

外来の一人当たり月額医療費は22,150円で、国の一人当たり月額医療費17,400円と比較すると4,750円多い。これは、3要素全てが国の値を上回っているためである。県の一人当たり月額医療費19,690円と比較すると2,460円多くなっており、これは、3要素全てが県の値を上回っているためである。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	阿武町	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	15,300	11,650	16,650	13,460
受診率（件/千人）	27.1	18.8	28.2	22.9
一件当たり日数（日）	16.9	16.0	18.8	16.2
一日当たり医療費（円）	33,400	38,730	31,400	36,390

外来	阿武町	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	22,150	17,400	19,690	16,530
受診率（件/千人）	833.9	709.6	827.2	653.6
一件当たり日数（日）	1.6	1.5	1.5	1.4
一日当たり医療費（円）	16,800	16,500	15,770	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（大分類）別の構成をみる（図表3-3-2-1）。統計の制約上、医療費の3要素のうち、一日当たり医療費及び一件当たり日数が把握できないため、レセプト一件当たり医療費で代替する。なお、一枚のレセプトに複数の傷病名がある場合は、最も点数が高い疾病で集計している。

入院医療費が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は3,700万円、入院総医療費に占める割合は21.8%である。次いで高いのは「循環器系の疾患」で2,800万円（16.9%）であり、これらの疾病で入院総医療費の38.7%を占めている。

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

図表3-3-2-1：疾病分類（大分類）別入院医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	一人当たり医療費（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	新生物	36,748,360	39,987	21.8%	44.6	13.7%	896,301
2位	循環器系の疾患	28,440,120	30,947	16.9%	37.0	11.4%	836,474
3位	精神及び行動の障害	24,860,790	27,052	14.7%	68.6	21.1%	394,616
4位	尿路性器系の疾患	16,028,990	17,442	9.5%	38.1	11.7%	457,971
5位	神経系の疾患	10,518,410	11,445	6.2%	12.0	3.7%	956,219
6位	呼吸器系の疾患	9,779,800	10,642	5.8%	16.3	5.0%	651,987
7位	消化器系の疾患	9,641,080	10,491	5.7%	31.6	9.7%	332,451
8位	筋骨格系及び結合組織の疾患	8,923,380	9,710	5.3%	12.0	3.7%	811,216
9位	皮膚及び皮下組織の疾患	4,030,410	4,386	2.4%	7.6	2.3%	575,773
10位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	3,852,270	4,192	2.3%	9.8	3.0%	428,030
11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	3,787,510	4,121	2.2%	9.8	3.0%	420,834
12位	周産期に発生した病態	1,504,810	1,637	0.9%	2.2	0.7%	752,405
13位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1,355,440	1,475	0.8%	3.3	1.0%	451,813
14位	眼及び付属器の疾患	1,344,610	1,463	0.8%	3.3	1.0%	448,203
15位	内分泌、栄養及び代謝疾患	1,286,990	1,400	0.8%	5.4	1.7%	257,398
16位	妊娠、分娩及び産じょく	1,081,570	1,177	0.6%	2.2	0.7%	540,785
-	その他	5,490,680	5,975	3.3%	21.8	6.7%	274,534
-	総計	168,675,220	-	-	-	-	-

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

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

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

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1,500万円で、8.9%を占めている。

循環器系疾患の入院医療費をみると、「脳内出血」が9位（3.6%）、「脳梗塞」が11位（3.5%）、「その他の循環器系の疾患」が20位（1.3%）となっている。

これらの上位20疾病で、入院総医療費の80.0%を占めている。

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

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）					
		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	15,040,350	16,366	8.9%	45.7	14.0%	358,104
2位	その他の悪性新生物	14,588,140	15,874	8.6%	19.6	6.0%	810,452
3位	腎不全	13,798,920	15,015	8.2%	29.4	9.0%	511,071
4位	その他の神経系の疾患	10,297,820	11,205	6.1%	9.8	3.0%	1,144,202
5位	その他の心疾患	9,919,990	10,794	5.9%	10.9	3.3%	991,999
6位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	8,694,360	9,461	5.2%	12.0	3.7%	790,396
7位	その他の呼吸器系の疾患	6,878,390	7,485	4.1%	8.7	2.7%	859,799
8位	その他の消化器系の疾患	6,474,460	7,045	3.8%	25.0	7.7%	281,498
9位	脳内出血	6,052,940	6,586	3.6%	5.4	1.7%	1,210,588
10位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	6,046,510	6,579	3.6%	12.0	3.7%	549,683
11位	脳梗塞	5,834,500	6,349	3.5%	10.9	3.3%	583,450
12位	関節症	4,834,260	5,260	2.9%	4.4	1.3%	1,208,565
13位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	4,155,810	4,522	2.5%	2.2	0.7%	2,077,905
14位	骨折	3,852,270	4,192	2.3%	9.8	3.0%	428,030
15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	3,787,510	4,121	2.2%	9.8	3.0%	420,834
16位	結腸の悪性新生物	3,408,390	3,709	2.0%	3.3	1.0%	1,136,130
17位	良性新生物及びその他の新生物	3,333,420	3,627	2.0%	2.2	0.7%	1,666,710
18位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	2,975,080	3,237	1.8%	8.7	2.7%	371,885
19位	その他（上記以外のもの）	2,803,020	3,050	1.7%	16.3	5.0%	186,868
20位	その他の循環器系の疾患	2,151,810	2,341	1.3%	1.1	0.3%	2,151,810

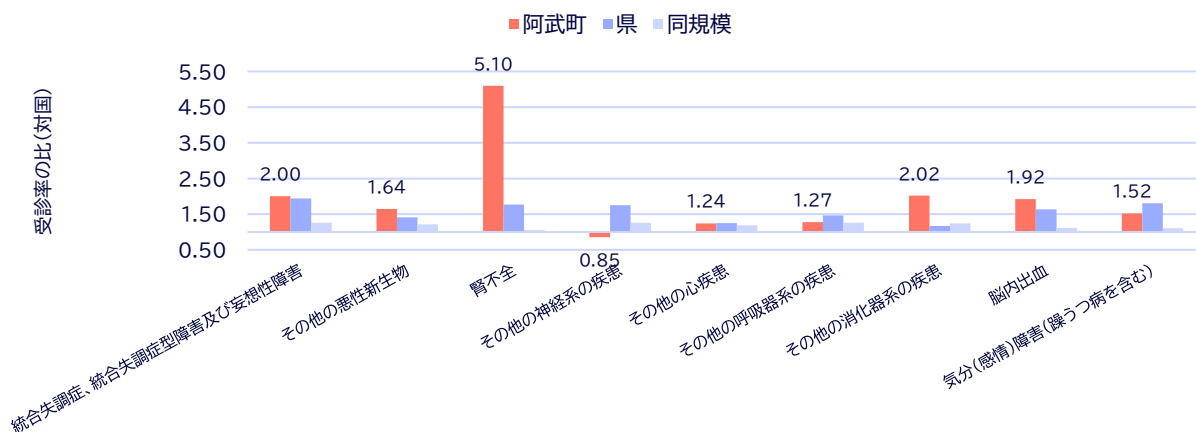
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

③ 疾病分類（中分類）別入院受診率の比較

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

また、前述した循環器系疾患について受診率をみると、「脳内出血」が国の1.9倍、「脳梗塞」が国の2.0倍、「その他の循環器系の疾患」が国の0.6倍となっている。

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



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		阿武町	国	県	同規模	国との比		
						阿武町	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	45.7	22.8	44.2	28.8	2.00	1.94	1.26
2位	その他の悪性新生物	19.6	11.9	16.8	14.5	1.64	1.41	1.22
3位	腎不全	29.4	5.8	10.2	6.1	5.10	1.77	1.05
4位	その他の神経系の疾患	9.8	11.5	20.1	14.5	0.85	1.75	1.26
5位	その他の心疾患	10.9	8.8	11.0	10.4	1.24	1.25	1.19
6位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	12.0	1.6	2.8	2.1	7.61	1.80	1.35
7位	その他の呼吸器系の疾患	8.7	6.8	10.0	8.6	1.27	1.47	1.26
8位	その他の消化器系の疾患	25.0	12.4	14.5	15.4	2.02	1.17	1.24
9位	脳内出血	5.4	2.8	4.6	3.2	1.92	1.63	1.12
10位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	12.0	7.9	14.2	8.7	1.52	1.80	1.10
11位	脳梗塞	10.9	5.5	8.4	6.0	1.98	1.53	1.10
12位	関節症	4.4	3.9	5.0	6.4	1.11	1.27	1.63
13位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	2.2	3.9	6.2	5.7	0.56	1.58	1.44
14位	骨折	9.8	7.7	10.6	8.5	1.28	1.38	1.11
15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	9.8	3.7	5.2	4.4	2.65	1.40	1.20
16位	結腸の悪性新生物	3.3	2.4	3.8	3.0	1.35	1.57	1.25
17位	良性新生物及びその他の新生物	2.2	3.9	4.1	4.9	0.56	1.08	1.27
18位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	8.7	1.9	4.0	2.3	4.66	2.16	1.26
19位	その他（上記以外のもの）	16.3	6.2	11.5	6.7	2.64	1.86	1.08
20位	その他の循環器系の疾患	1.1	1.9	2.4	2.2	0.58	1.31	1.20

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

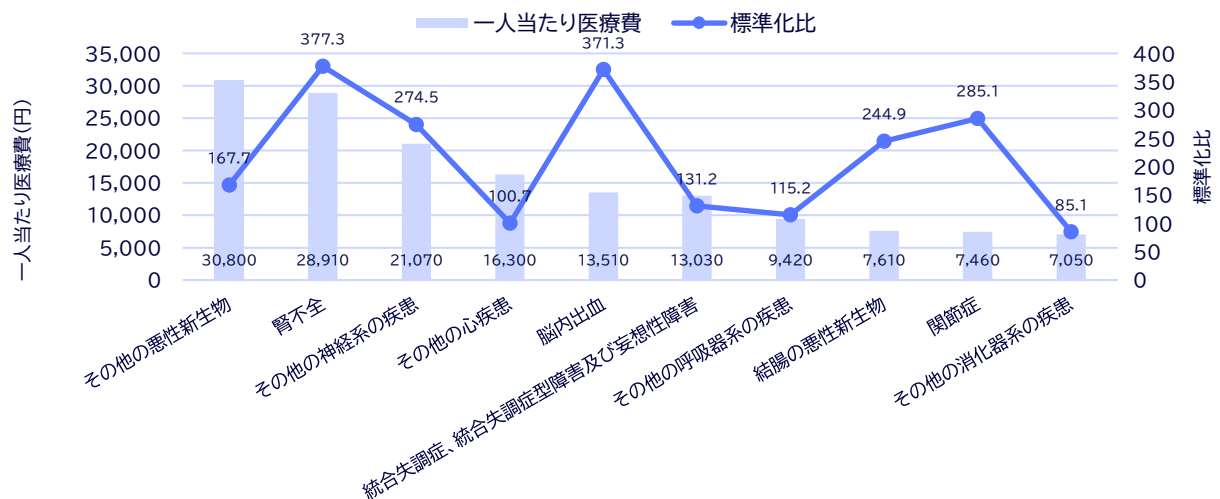
④ 疾病分類（中分類）別入院に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の入院医療費について、国の一人当たり医療費を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。医療費の地域差要因としては人口構成、医療提供体制、健康意識、受診行動、生活習慣、診療パターンなどが指摘されているが、標準化比を算出することで、これらの要因のうち人口構成による影響を取り除いた上で一人当たり医療費を比較することが可能となる。

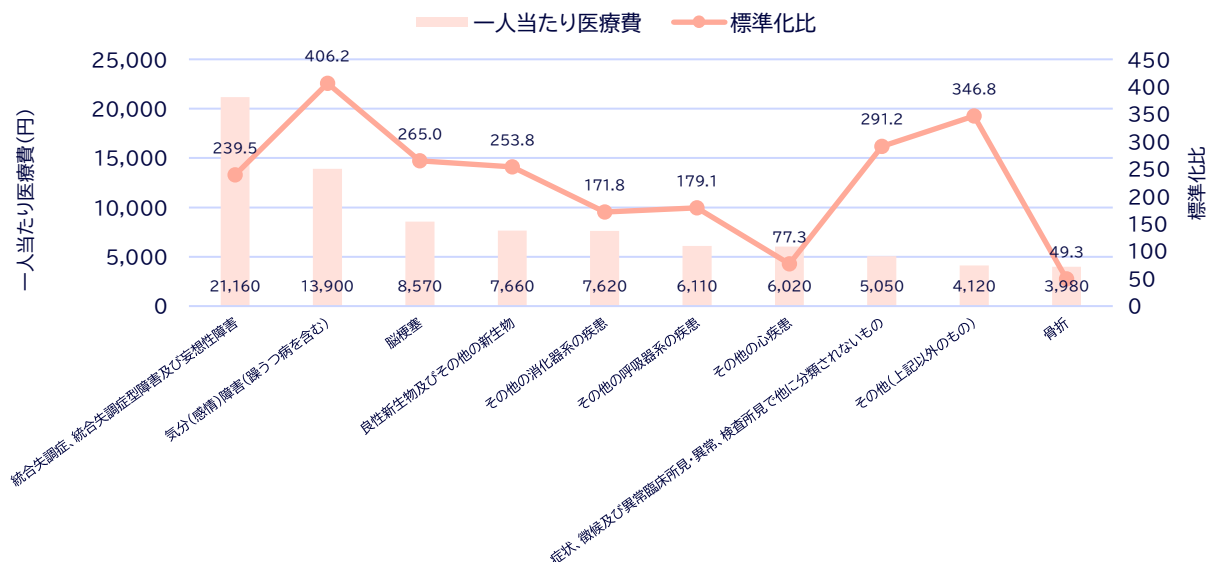
男性においては（図表3-3-2-4）、一人当たり入院医療費は「その他の悪性新生物」「腎不全」「その他の神経系の疾患」の順に高く、標準化比は「腎不全」「脳内出血」の順に高くなっている。また、循環器系疾患についてみると、「脳内出血」が第6位（標準化比371.3）となっている。

女性においては（図表3-3-2-5）、一人当たり入院医療費は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」「脳梗塞」の順に高く、標準化比は「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」「その他（上記以外のもの）」「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」の順に高くなっている。循環器系疾患についてみると、「脳梗塞」が第3位（標準化比265.0）となっている。

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



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



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

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

① 疾病分類（中分類）別外来医療費

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

疾病別の外来医療費をみると（図表3-3-3-1）、「腎不全」の医療費が最も高く2,700万円で、外来総医療費の11.1%を占めている。受診率とレセプト一件当たり医療費をみると、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る。

次いで外来医療費が高いのは「糖尿病」で2,100万円（8.7%）、「高血圧症」で1,800万円（7.4%）となっており、上位20疾病で外来総医療費の78.4%を占めている。

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

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

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

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	一人当たり 医療費（円）	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	26,901,970	29,273	11.1%	94.7	0.9%	309,218
2位	糖尿病	21,067,440	22,924	8.7%	857.5	8.6%	26,735
3位	高血圧症	17,940,510	19,522	7.4%	1359.1	13.6%	14,364
4位	その他の神経系の疾患	12,521,370	13,625	5.2%	341.7	3.4%	39,877
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	11,023,010	11,995	4.5%	22.9	0.2%	524,905
6位	その他の心疾患	10,788,580	11,739	4.4%	425.5	4.3%	27,592
7位	その他の悪性新生物	10,579,440	11,512	4.4%	117.5	1.2%	97,958
8位	脂質異常症	10,297,790	11,205	4.2%	583.2	5.8%	19,212
9位	炎症性多発性関節障害	10,290,930	11,198	4.2%	191.5	1.9%	58,471
10位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	9,095,040	9,897	3.7%	226.3	2.3%	43,726
11位	その他の消化器系の疾患	8,992,310	9,785	3.7%	413.5	4.1%	23,664
12位	その他の眼及び付属器の疾患	7,299,790	7,943	3.0%	557.1	5.6%	14,257
13位	胃の悪性新生物	5,608,870	6,103	2.3%	37.0	0.4%	164,967
14位	胃炎及び十二指腸炎	4,873,140	5,303	2.0%	323.2	3.2%	16,408
15位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4,581,940	4,986	1.9%	156.7	1.6%	31,819
16位	関節症	4,247,770	4,622	1.7%	331.9	3.3%	13,927
17位	その他の呼吸器系の疾患	3,792,760	4,127	1.6%	31.6	0.3%	130,785
18位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	3,758,620	4,090	1.5%	241.6	2.4%	16,931
19位	白内障	3,373,540	3,671	1.4%	116.4	1.2%	31,528
20位	脊椎障害（脊椎症を含む）	3,195,490	3,477	1.3%	131.7	1.3%	26,409

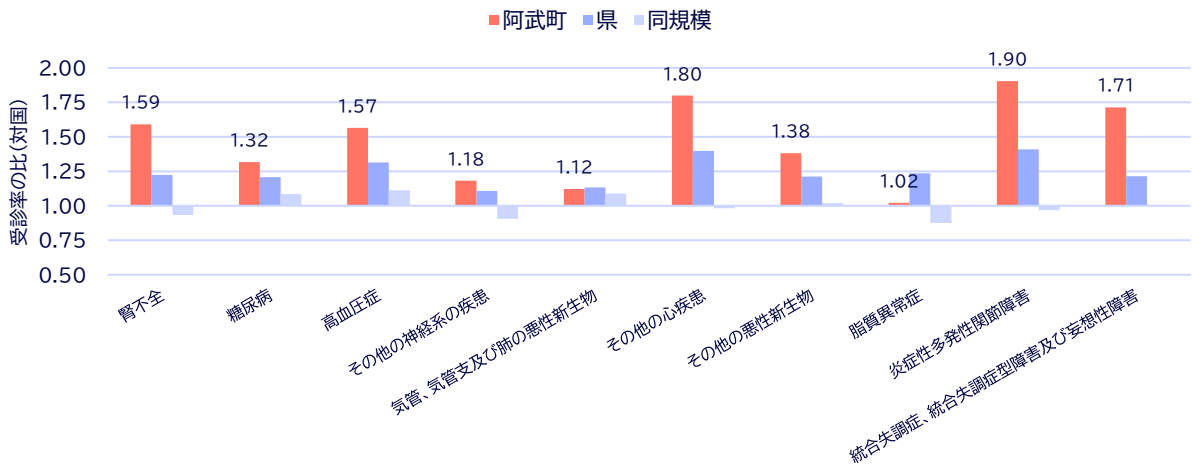
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

② 疾病分類（中分類）別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する（図表3-3-3-2）。国との比が1を超えているものは、国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「胃の悪性新生物」「炎症性多発性関節障害」「胃炎及び十二指腸炎」である。

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

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



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		阿武町	国	県	同規模	国との比		
						阿武町	県	同規模
1位	腎不全	94.7	59.5	72.8	55.6	1.59	1.22	0.93
2位	糖尿病	857.5	651.2	785.6	705.8	1.32	1.21	1.08
3位	高血圧症	1359.1	868.1	1141.6	966.2	1.57	1.32	1.11
4位	その他の神経系の疾患	341.7	288.9	320.0	261.6	1.18	1.11	0.91
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	22.9	20.4	23.0	22.2	1.12	1.13	1.09
6位	その他の心疾患	425.5	236.5	330.8	232.2	1.80	1.40	0.98
7位	その他の悪性新生物	117.5	85.0	103.2	86.6	1.38	1.21	1.02
8位	脂質異常症	583.2	570.5	704.3	498.9	1.02	1.23	0.87
9位	炎症性多発性関節障害	191.5	100.5	141.8	97.4	1.90	1.41	0.97
10位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	226.3	132.0	160.3	131.8	1.71	1.21	1.00
11位	その他の消化器系の疾患	413.5	259.2	292.2	266.4	1.60	1.13	1.03
12位	その他の眼及び付属器の疾患	557.1	522.7	613.6	417.5	1.07	1.17	0.80
13位	胃の悪性新生物	37.0	13.9	15.3	15.1	2.67	1.10	1.09
14位	胃炎及び十二指腸炎	323.2	172.7	185.1	148.6	1.87	1.07	0.86
15位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	156.7	104.7	117.7	93.9	1.50	1.12	0.90
16位	関節症	331.9	210.3	256.7	229.8	1.58	1.22	1.09
17位	その他の呼吸器系の疾患	31.6	37.0	30.6	32.0	0.85	0.83	0.86
18位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	241.6	223.8	246.4	152.5	1.08	1.10	0.68
19位	白内障	116.4	86.9	148.9	84.3	1.34	1.71	0.97
20位	脊椎障害（脊椎症を含む）	131.7	153.3	162.7	123.4	0.86	1.06	0.81

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

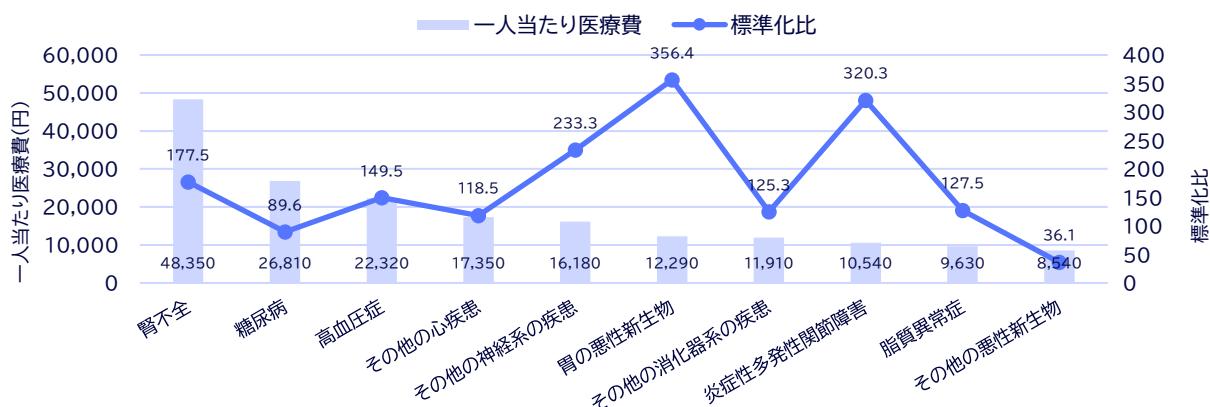
③ 疾病分類（中分類）別外来に係る一人当たり医療費と標準化比

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

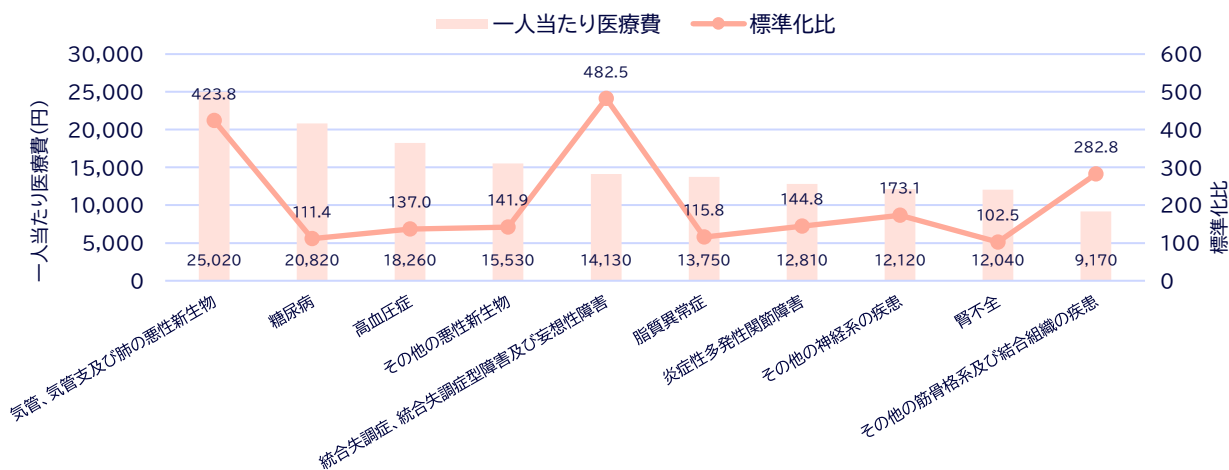
男性においては（図表3-3-3-3）、一人当たり外来医療費は「腎不全」「糖尿病」「高血圧症」の順に高く、標準化比は「胃の悪性新生物」「炎症性多発性関節障害」「その他の神経系の疾患」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は1位（標準化比177.5）、基礎疾患である「糖尿病」は2位（標準化比89.6）、「高血圧症」は3位（標準化比149.5）、「脂質異常症」は9位（標準化比127.5）となっている。

女性においては（図表3-3-3-4）、一人当たり外来医療費は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「糖尿病」「高血圧症」の順に高く、標準化比は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「その他の筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は9位（標準化比102.5）、基礎疾患である「糖尿病」は2位（標準化比111.4）、「高血圧症」は3位（標準化比137.0）、「脂質異常症」は6位（標準化比115.8）となっている。

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



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



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

(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率

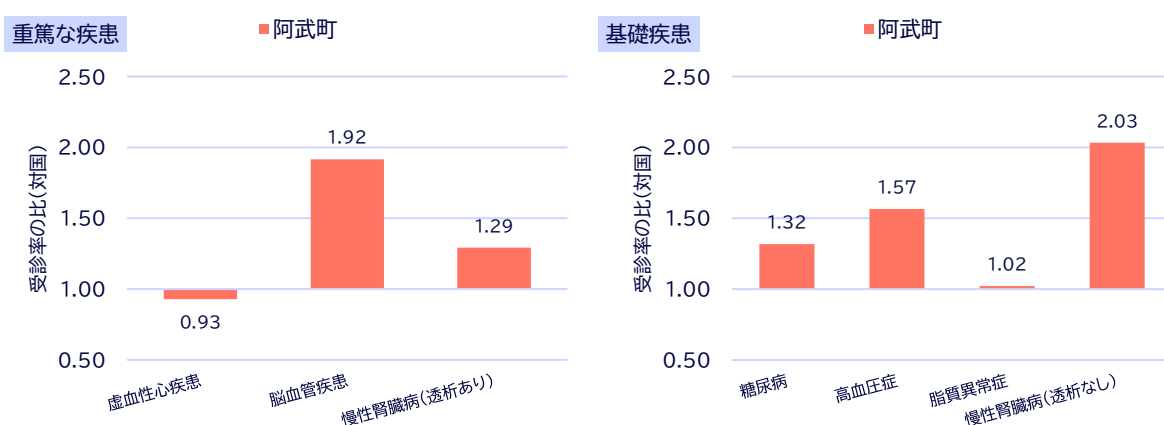
① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

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

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

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

図表3-3-4-1：生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率



重篤な疾患	受診率						
	阿武町	国	県	同規模	国との比		
					阿武町	県	同規模
虚血性心疾患	4.4	4.7	4.0	5.3	0.93	0.86	1.14
脳血管疾患	19.6	10.2	15.3	11.3	1.92	1.49	1.10
慢性腎臓病（透析あり）	39.2	30.3	31.8	22.7	1.29	1.05	0.75

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	受診率						
	阿武町	国	県	同規模	国との比		
					阿武町	県	同規模
糖尿病	857.5	651.2	785.6	705.8	1.32	1.21	1.08
高血圧症	1359.1	868.1	1141.6	966.2	1.57	1.32	1.11
脂質異常症	583.2	570.5	704.3	498.9	1.02	1.23	0.87
慢性腎臓病（透析なし）	29.4	14.4	18.5	16.4	2.03	1.28	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+12.8%で国・県が減少している中増加している。「脳血管疾患」の受診率は、令和1年度と比較して-12.9%で減少率は国・県より大きい。「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、令和1年度と比較して-20.0%で国・県が増加している中減少している。

図表3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率

虚血性心疾患	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
阿武町	3.9	4.1	6.2	4.4	12.8
国	5.7	5.0	5.0	4.7	-17.5
県	5.1	4.7	4.2	4.0	-21.6
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（%）
阿武町	22.5	17.2	32.2	19.6	-12.9
国	10.6	10.4	10.6	10.2	-3.8
県	17.1	16.6	17.0	15.3	-10.5
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（%）
阿武町	49.0	48.6	49.8	39.2	-20.0
国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9
県	28.3	29.8	31.3	31.8	12.4
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5人で、令和1年度の7人と比較して2人減少している。

令和4年度における新規の人工透析患者数は令和1年度は男女とも0人であったが、令和4年度においては男性0人、女性1人となっている。

図表3-3-4-3：人工透析患者数

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者数	男性（人）	6	6	6	5
	女性（人）	1	1	1	0
	合計（人）	7	7	7	5
	男性_新規（人）	0	0	0	0
	女性_新規（人）	0	0	1	1

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

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

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

(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

① 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみる。
令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者44人のうち（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は47.7%、「高血圧症」は77.3%、「脂質異常症」は77.3%である。「脳血管疾患」の患者51人では、「糖尿病」は37.3%、「高血圧症」は62.7%、「脂質異常症」は66.7%となっている。人工透析の患者5人では、「糖尿病」は80.0%、「高血圧症」は100.0%、「脂質異常症」は60.0%となっている。

図表3-3-5-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
虚血性心疾患		23	-	21	-	44	-
基礎疾患	糖尿病	14	60.9%	7	33.3%	21	47.7%
	高血圧症	19	82.6%	15	71.4%	34	77.3%
	脂質異常症	19	82.6%	15	71.4%	34	77.3%

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
脳血管疾患		34	-	17	-	51	-
基礎疾患	糖尿病	15	44.1%	4	23.5%	19	37.3%
	高血圧症	24	70.6%	8	47.1%	32	62.7%
	脂質異常症	20	58.8%	14	82.4%	34	66.7%

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

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

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142人（16.1%）、「高血圧症」が268人（30.4%）、「脂質異常症」が216人（24.5%）となっている。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
被保険者数		448	-	435	-	883	-
基礎疾患	糖尿病	83	18.5%	59	13.6%	142	16.1%
	高血圧症	153	34.2%	115	26.4%	268	30.4%
	脂質異常症	106	23.7%	110	25.3%	216	24.5%

【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30万円以上のレセプト（以下、高額なレセプトという。）についてみる（図表3-3-6-1）。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは2億800万円、321件で、総医療費の50.5%、総レセプト件数の3.4%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの65.7%を占めている。

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

図表3-3-6-1：疾病分類（中分類）別_1か月当たり30万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	412,857,060	-	9,490	-
高額なレセプトの合計	208,493,650	50.5%	321	3.4%

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	37,515,500	18.0%	88	27.4%
2位	その他の悪性新生物	20,261,540	9.7%	21	6.5%
3位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	15,000,870	7.2%	14	4.4%
4位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	14,811,560	7.1%	40	12.5%
5位	その他の神経系の疾患	11,949,860	5.7%	9	2.8%
6位	その他の心疾患	9,475,800	4.5%	6	1.9%
7位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	8,557,030	4.1%	10	3.1%
8位	その他の呼吸器系の疾患	7,303,960	3.5%	8	2.5%
9位	胃の悪性新生物	6,189,920	3.0%	8	2.5%
10位	脳内出血	6,052,940	2.9%	5	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
KDB帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

(7) 長期入院レセプトの状況

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

令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは3,100万円、79件で、総医療費の7.6%、総レセプト件数の0.8%を占めている。

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

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	412,857,060	-	9,490	-
長期入院レセプトの合計	31,201,870	7.6%	79	0.8%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	長期入院レセプトのレセプト件数に占める割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	12,322,660	39.5%	34	43.0%
2位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	5,477,570	17.6%	9	11.4%
3位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	2,975,080	9.5%	8	10.1%
4位	腎不全	2,560,970	8.2%	8	10.1%
5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	2,077,130	6.7%	6	7.6%
6位	その他の消化器系の疾患	2,051,430	6.6%	6	7.6%
7位	皮膚炎及び湿疹	1,944,650	6.2%	4	5.1%
8位	血管性及び詳細不明の認知症	798,850	2.6%	2	2.5%
9位	骨の密度及び構造の障害	648,970	2.1%	1	1.3%

【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

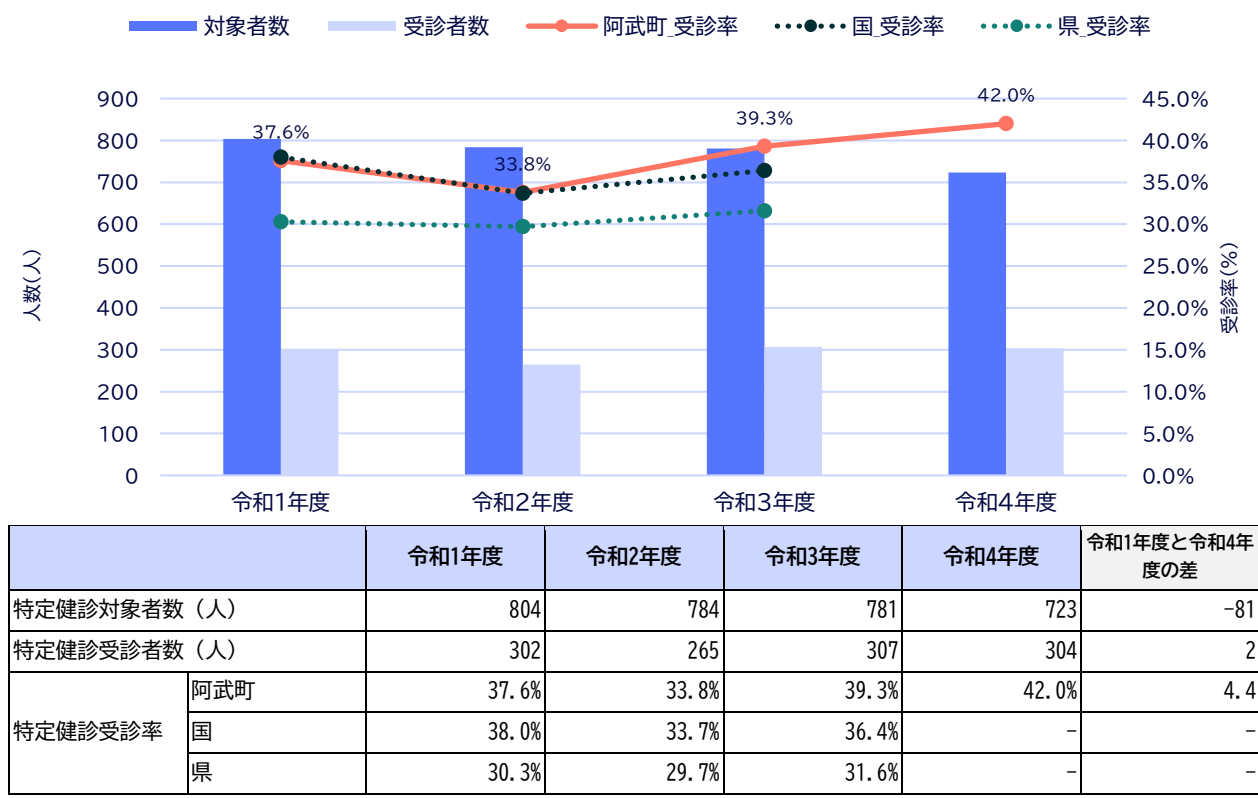
(1) 特定健診受診率

① 特定健診受診率の推移

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

まず、特定健診の実施状況をみると（図表3-4-1-1）、令和4年度の特定健診受診率（法定報告値）は42.0%であり、令和1年度と比較して4.4ポイント上昇している。令和3年度までの受診率でみると国・県より高い。年齢階層別にみると（図表3-4-1-3）、特に55-59歳の特定健診受診率が上昇している。地区別に令和1年度から令和4年度を比較すると（図表3-4-1-2）、特に奈古地区の特定健診受診率が上昇している。

図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和1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）
※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）
※令和4年度の国・県の法定報告値は令和6年1月時点で未公表のため、表は「-」と表記している

図表3-4-1-2：地区別(奈古・福賀・宇田郷)_特定健診受診率

	奈古	福賀	宇田郷
令和1年度	32.0%	49.7%	40.1%
令和2年度	28.3%	43.8%	38.3%
令和3年度	35.5%	47.0%	41.8%
令和4年度	38.8%	53.1%	41.4%
令和1年度と令和4年度の差	6.8	3.4	1.3

【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

図表3-4-1-3：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	6.5%	19.4%	38.1%	23.1%	32.5%	39.7%	45.4%
令和2年度	19.0%	13.3%	26.8%	30.0%	35.2%	33.3%	37.8%
令和3年度	23.1%	21.2%	26.5%	45.2%	41.8%	39.6%	42.1%
令和4年度	13.6%	25.0%	26.7%	43.2%	45.5%	41.7%	46.3%

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

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

② 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

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

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は233人で、特定健診対象者の32.1%、特定健診受診者の76.6%を占めている。他方、特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は298人で、特定健診対象者の41.0%、特定健診未受診者の70.6%を占めている（図表3-4-1-4）。

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124人で、特定健診対象者の17.1%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る。

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

図表3-4-1-4：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	198	-	528	-	726	-	-
特定健診受診者数	69	-	235	-	304	-	-
生活習慣病_治療なし	27	13.6%	44	8.3%	71	9.8%	23.4%
生活習慣病_治療中	42	21.2%	191	36.2%	233	32.1%	76.6%
特定健診未受診者数	129	-	293	-	422	-	-
生活習慣病_治療なし	60	30.3%	64	12.1%	124	17.1%	29.4%
生活習慣病_治療中	69	34.8%	229	43.4%	298	41.0%	70.6%

【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

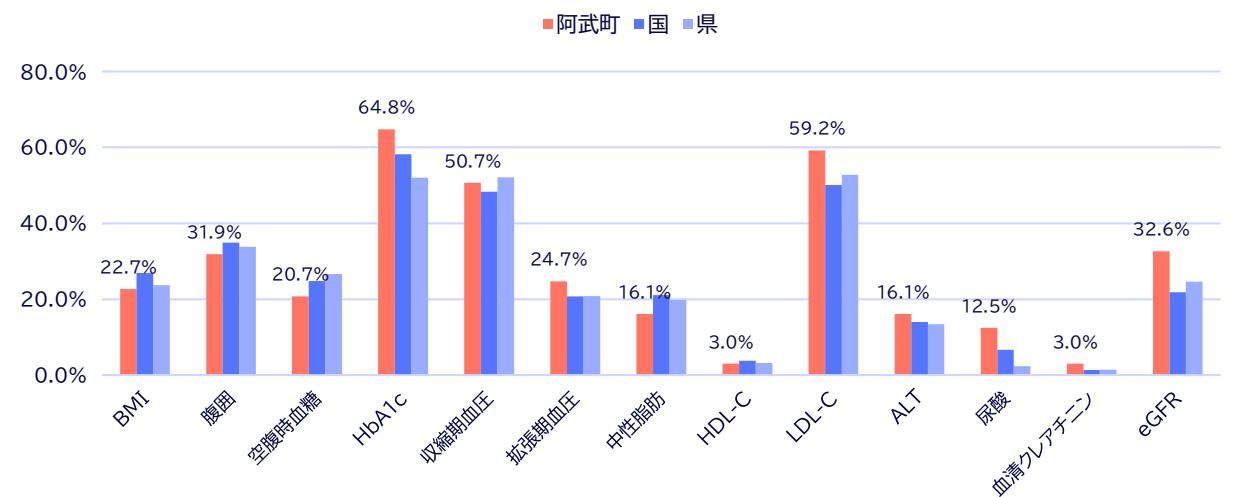
① 特定健診受診者における有所見者の割合

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、阿武町の特定健診受診者において、どの検査項目で有所見者の割合が高いのか、その傾向を概観する。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-4-2-1）、国や県と比較して「HbA1c」「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」「尿酸」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。

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

図表3-4-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	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
阿武町	22.7%	31.9%	20.7%	64.8%	50.7%	24.7%	16.1%	3.0%	59.2%	16.1%	12.5%	3.0%	32.6%
国	26.9%	34.9%	24.8%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
県	23.7%	33.8%	26.6%	52.0%	52.1%	20.8%	19.8%	3.2%	52.8%	13.4%	2.3%	1.4%	24.6%

【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

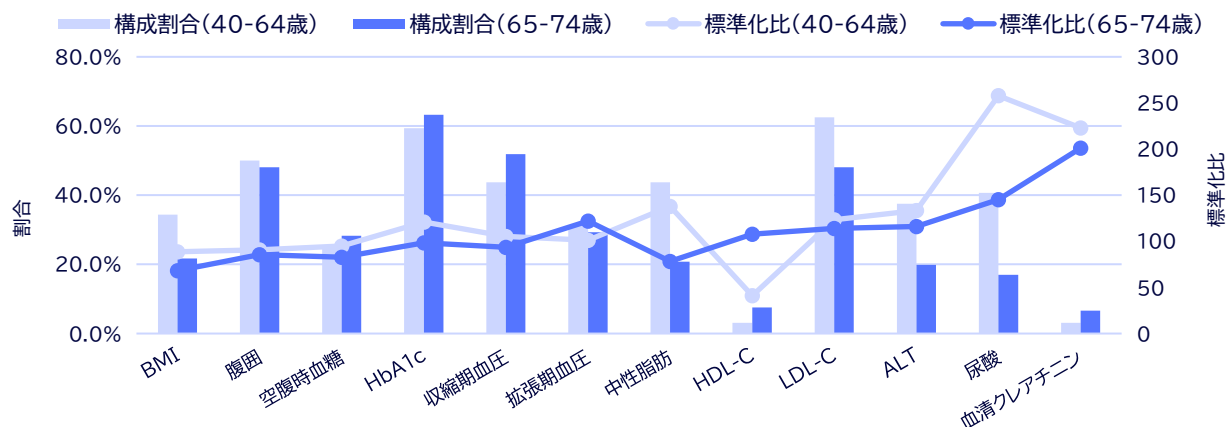
BMI	25kg/m ² 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 （内臓脂肪面積の場合：100cm ² 以上）	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60ml/分/1.73m ² 未満

【出典】 KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

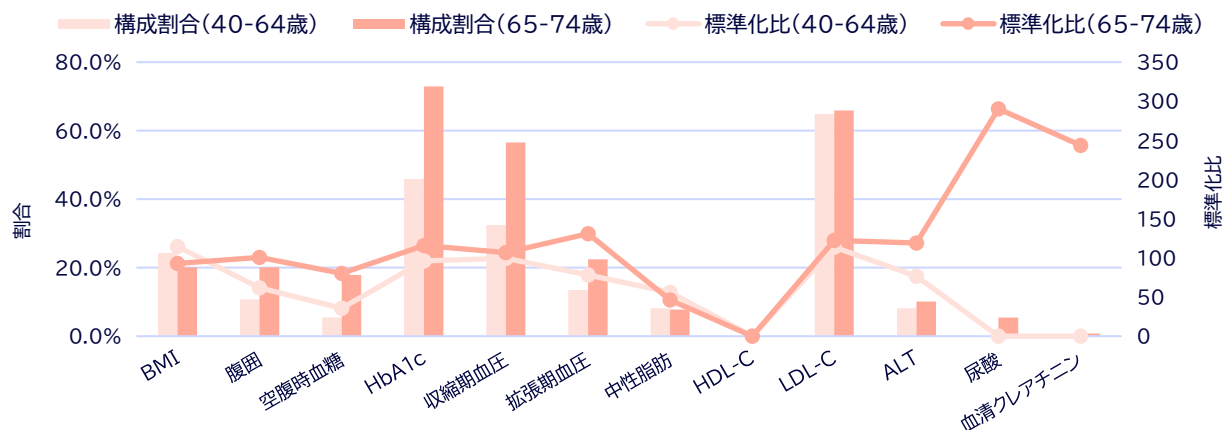
② 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

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「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」「尿酸」「血清クレアチニン」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「LDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

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



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



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

(3) メタボリックシンドロームの状況

① 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

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

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの状況をみると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者は53人で特定健診受診者（304人）における該当者割合は17.4%で、該当者割合は国・県より低い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の26.1%が、女性では10.2%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者は33人で特定健診受診者における該当者割合は10.9%となっており、該当者割合は国・県より低い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の16.7%が、女性では6.0%がメタボ予備群該当者となっている。

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

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

	阿武町		国	県	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	53	17.4%	20.6%	19.8%	22.2%
男性	36	26.1%	32.9%	32.7%	32.4%
女性	17	10.2%	11.3%	10.7%	12.8%
メタボ予備群該当者	33	10.9%	11.1%	11.1%	12.4%
男性	23	16.7%	17.8%	17.6%	18.3%
女性	10	6.0%	6.0%	6.4%	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

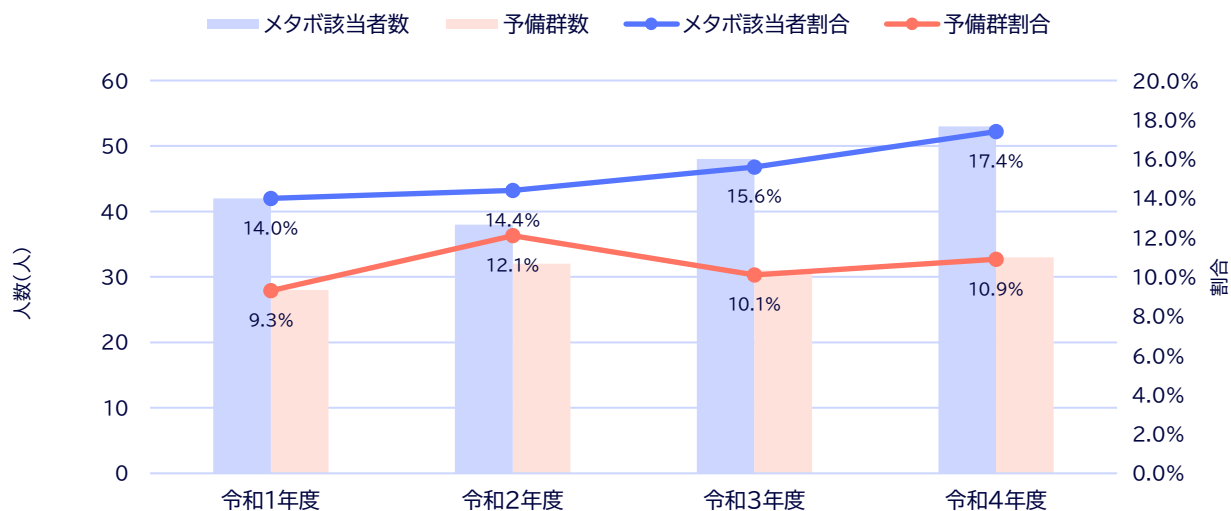
メタボ該当者	腹囲 85cm（男性）	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm（女性）以上	以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

② メタボ該当者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3.4ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は1.6ポイント増加している。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和1年度と令和4年度の割合の差
	対象者 (人)	割合	対象者 (人)	割合	対象者 (人)	割合	対象者 (人)	割合	
メタボ該当者	42	14.0%	38	14.4%	48	15.6%	53	17.4%	3.4
メタボ予備群該当者	28	9.3%	32	12.1%	31	10.1%	33	10.9%	1.6

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

③ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

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

メタボ該当者においては「高血圧・脂質異常該当者」が多く、53人中32人が該当しており、特定健診受診者数の10.5%を占めている。

メタボ予備群該当者では「高血圧該当者」が多く、33人中25人が該当しており、特定健診受診者数の8.2%を占めている。

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

	男性		女性		合計	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数	138	-	166	-	304	-
腹囲基準値以上	67	48.6%	30	18.1%	97	31.9%
メタボ該当者	36	26.1%	17	10.2%	53	17.4%
高血糖・高血圧該当者	4	2.9%	0	0.0%	4	1.3%
高血糖・脂質異常該当者	1	0.7%	1	0.6%	2	0.7%
高血圧・脂質異常該当者	21	15.2%	11	6.6%	32	10.5%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	10	7.2%	5	3.0%	15	4.9%
メタボ予備群該当者	23	16.7%	10	6.0%	33	10.9%
高血糖該当者	3	2.2%	0	0.0%	3	1.0%
高血圧該当者	18	13.0%	7	4.2%	25	8.2%
脂質異常該当者	2	1.4%	3	1.8%	5	1.6%
腹囲のみ該当者	8	5.8%	3	1.8%	11	3.6%

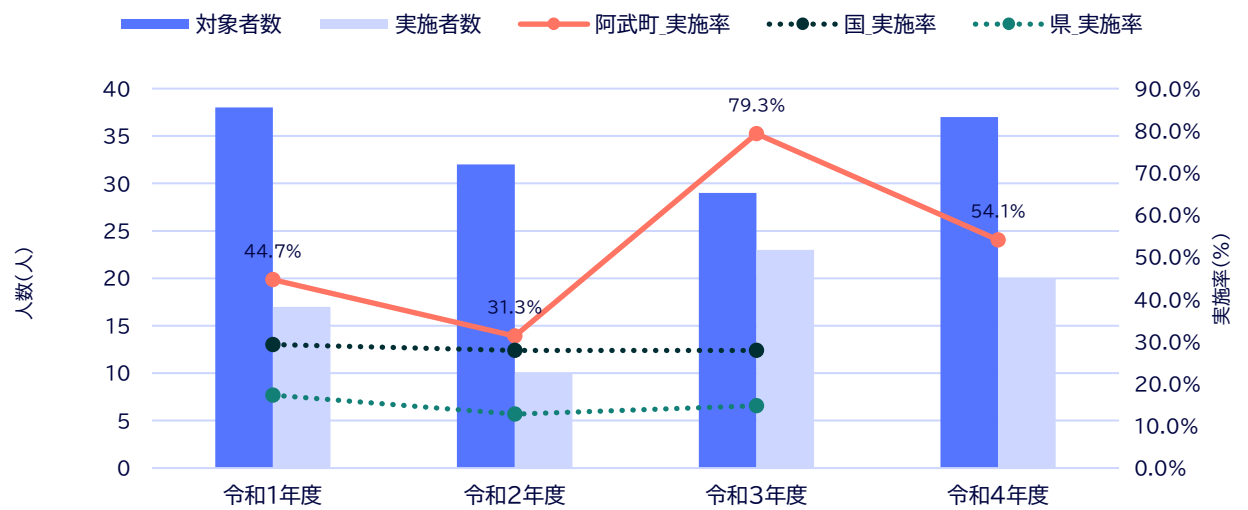
【出典】KDB帳票 S21_025-厚生労働省様式（様式5-3） 令和4年度 年次

(4) 特定保健指導実施率

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

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表3-4-4-1）、令和4年度の法定報告値では37人で、特定健診受診者304人中12.2%を占める。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合、すなわち特定保健指導実施率は54.1%で、令和1年度の実施率44.7%と比較すると9.4ポイント上昇している。令和3年度までの実施率でみると国・県より高い。

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4年度の差
特定健診受診者数（人）		302	265	307	304	2
特定保健指導対象者数（人）		38	32	29	37	-1
特定保健指導該当者割合		12.6%	12.1%	9.4%	12.2%	-0.4
特定保健指導実施者数（人）		17	10	23	20	3
特定保健指導実施率	阿武町	44.7%	31.3%	79.3%	54.1%	9.4
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	17.3%	12.8%	14.8%	-	-

【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）

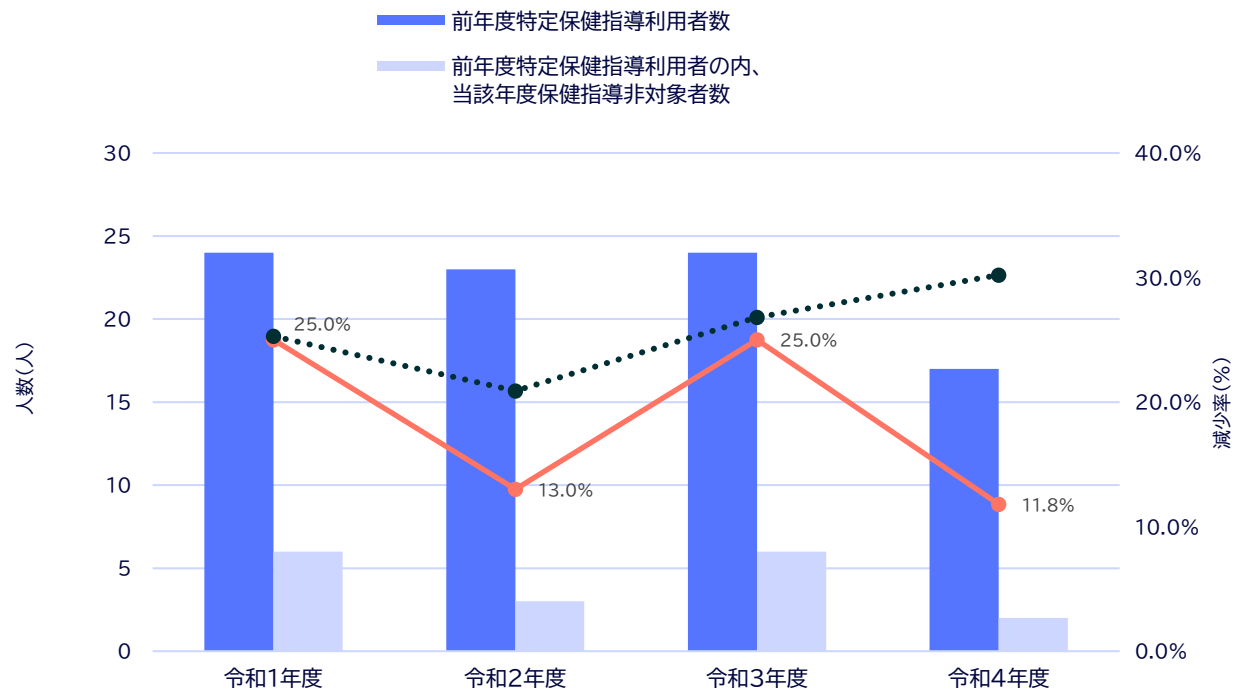
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和1年度から令和3年度
※令和4年度の国・県の法定報告値は令和5年12月時点で未公表のため、表は「-」と表記している

(5) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【県の共通指標】

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

令和4年度では前年度特定保健指導利用者（図表3-4-5-1）17人のうち当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の数は2人で、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は11.8%であり、県より低い。令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、令和1年度の25.0%と比較すると13.2ポイント減少している。

図表3-4-5-1：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



		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年度の差
前年度特定保健指導利用者数（人）		24	23	24	17	-
前年度特定保健指導利用者の内、当該年度保健指導非対象者数（人）		6	3	6	2	-
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	阿武町	25.0%	13.0%	25.0%	11.8%	-13.2
	県	25.3%	20.9%	26.8%	30.2%	4.9

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

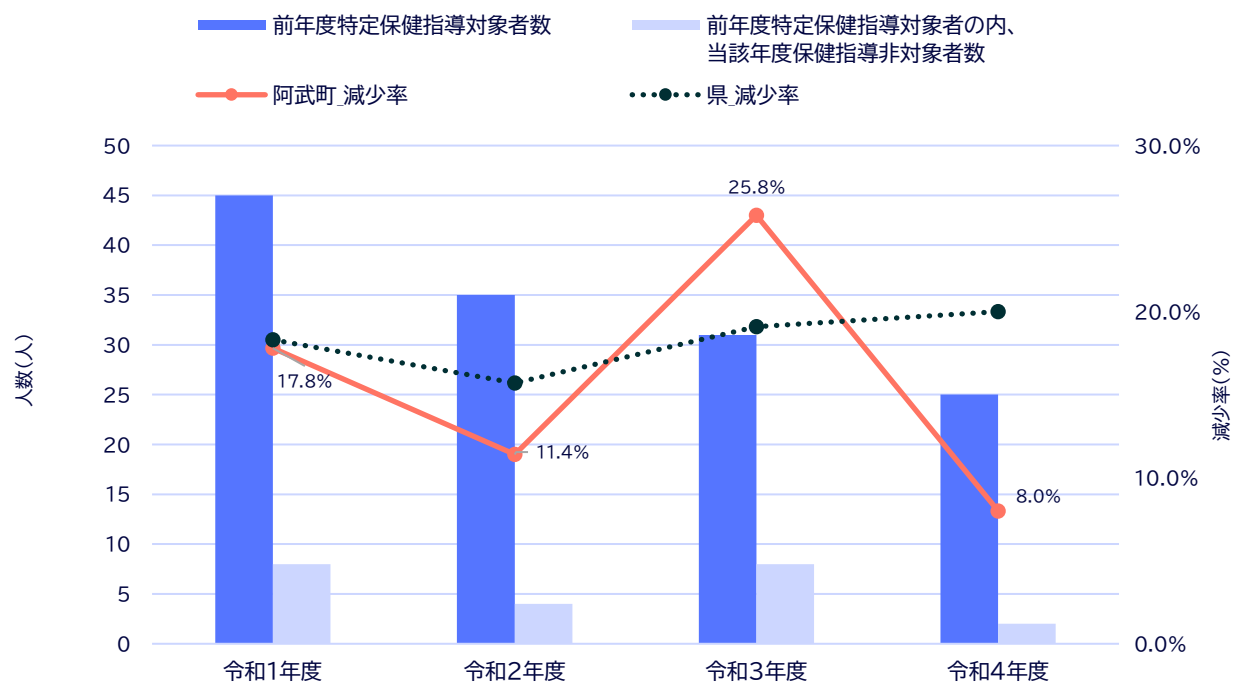
(6) 特定保健指導対象者の減少率【県の共通指標】

ここでは、前年度の特定保健指導対象者の内、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなったものの推移を概観することで、特定保健指導の効果が集団全体に波及しているかが分かる。

令和4年度では前年度特定保健指導対象者（図表3-4-6-1）25人のうち当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の数は2人で、特定保健指導対象者の減少率は8.0%であり、県より低い。

令和4年度の特定保健指導対象者の減少率は、令和1年度の17.8%と比較すると9.8ポイント減少している。

図表3-4-6-1：特定保健指導対象者の減少率



		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年度の差
前年度特定保健指導対象者数（人）		45	35	31	25	-
前年度特定保健指導対象者の内、当該年度保健指導非対象者数（人）		8	4	8	2	-
特定保健指導対象者の減少率	阿武町	17.8%	11.4%	25.8%	8.0%	-9.8
	県	18.3%	15.7%	19.1%	20.0%	1.7

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

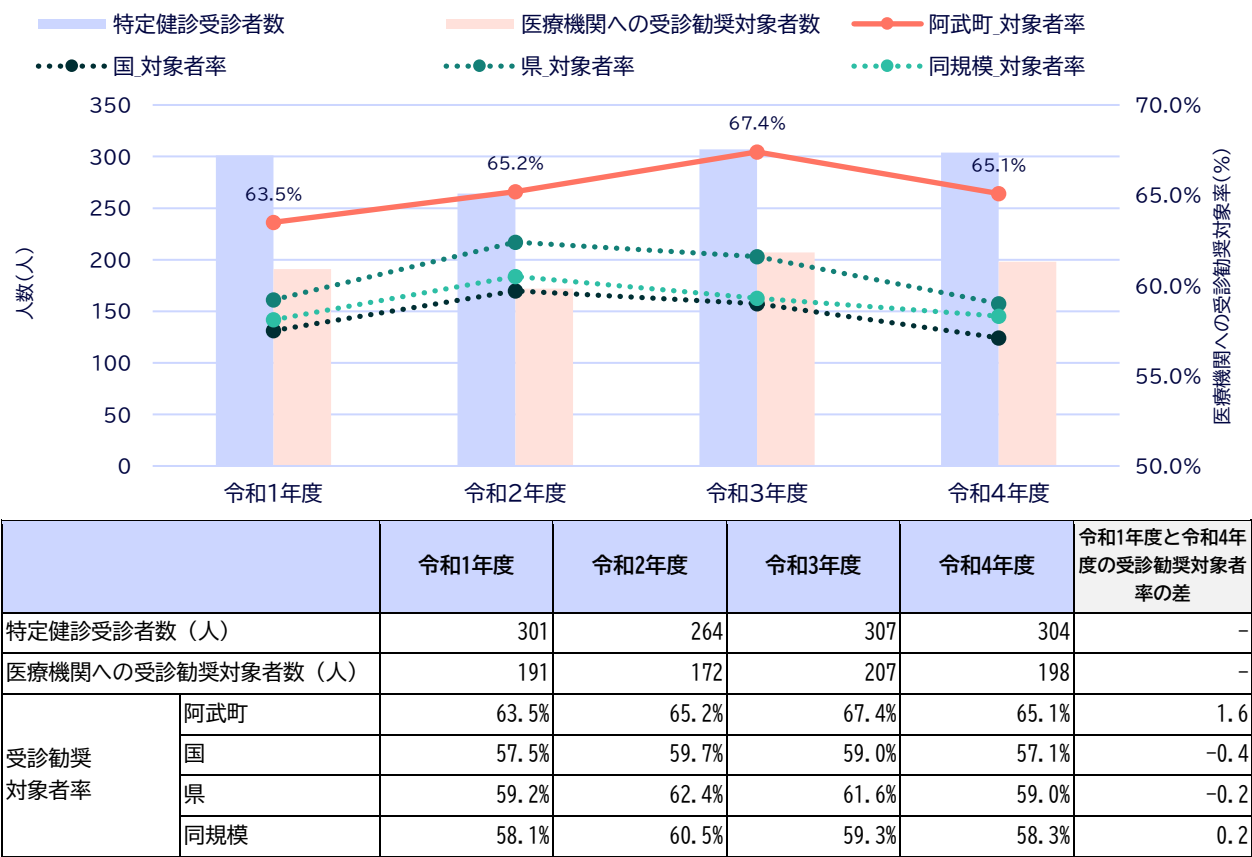
(7) 受診勧奨対象者の状況

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、阿武町の特定健診受診者において、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみる。

受診勧奨対象者の割合をみると（図表3-4-7-1）、令和4年度における受診勧奨対象者数は198人で、特定健診受診者の65.1%を占めている。該当者割合は、国・県より高く、令和1年度と比較すると1.6ポイント増加している。なお、図表3-4-7-1における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指している。

図表3-4-7-1：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



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

参考：各健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	中性脂肪	300mg/dL以上	AST	51U/L以上
HbA1c	6.5%以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下	ALT	51U/L以上
随時血糖	126mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上	γ-GTP	101U/L以上
収縮期血圧	140mmHg以上	Non-HDLコレステロール	170mg/dL以上	eGFR	45ml/分/1.73㎡未満
拡張期血圧	90mmHg以上	ヘモグロビン	男性12.1g/dL未満、女性11.1g/dL未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

② 特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみる（図表3-4-7-2）。

令和4年度において、血糖ではHbA1c6.5%以上の人は32人で特定健診受診者の10.5%を占めており、令和1年度と比較すると割合は増加している。

血圧では、Ⅰ度高血圧以上の人は91人で特定健診受診者の29.9%を占めており、令和1年度と比較すると割合は増加している。

脂質ではLDL-C140mg/dL以上の人は109人で特定健診受診者の35.9%を占めており、令和1年度と比較すると割合は増加している。

図表3-4-7-2：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		301	-	264	-	307	-	304	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	13	4.3%	9	3.4%	8	2.6%	16	5.3%
	7.0%以上8.0%未満	8	2.7%	8	3.0%	14	4.6%	10	3.3%
	8.0%以上	4	1.3%	2	0.8%	7	2.3%	6	2.0%
	合計	25	8.3%	19	7.2%	29	9.4%	32	10.5%

		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		301	-	264	-	307	-	304	-
血圧	Ⅰ度高血圧	67	22.3%	63	23.9%	83	27.0%	63	20.7%
	Ⅱ度高血圧	17	5.6%	16	6.1%	21	6.8%	23	7.6%
	Ⅲ度高血圧	1	0.3%	3	1.1%	3	1.0%	5	1.6%
	合計	85	28.2%	82	31.1%	107	34.9%	91	29.9%

		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		301	-	264	-	307	-	304	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上160mg/dL未満	54	17.9%	37	14.0%	59	19.2%	52	17.1%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	29	9.6%	35	13.3%	30	9.8%	35	11.5%
	180mg/dL以上	20	6.6%	18	6.8%	25	8.1%	22	7.2%
	合計	103	34.2%	90	34.1%	114	37.1%	109	35.9%

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計
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 高血糖者の割合【県の共通指標】

ここでは、特定健診受診者におけるHbA1cの値が6.5%以上の者の割合をみることで、糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する。

令和4年度の特定健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上の者（図表3-4-7-3）は32人で、HbA1cの検査結果がある者300人中10.7%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して2.3ポイント上昇している。

男女別にみると、男性のHbA1c 6.5%以上の者は17人で、HbA1cの検査結果がある者135人中12.6%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して0.8ポイント減少している。女性のHbA1c 6.5%以上の者は15人で、HbA1cの検査結果がある者165人中9.1%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して4.9ポイント上昇している。

図表3-4-7-3：高血糖者の割合

男女計	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高血糖者の割合	8.4%	7.4%	9.7%	10.7%
【分子】HbA1c6.5%以上の者の数（人）	25	19	29	32
【分母】特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数（人）	299	258	299	300

男性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高血糖者の割合	13.4%	12.7%	14.3%	12.6%
【分子】HbA1c6.5%以上の者の数（人）	18	15	20	17
【分母】特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数（人）	134	118	140	135

女性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高血糖者の割合	4.2%	2.9%	5.7%	9.1%
【分子】HbA1c6.5%以上の者の数（人）	7	4	9	15
【分母】特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数（人）	165	140	159	165

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和1年度から令和4年度 累計

④ HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合【県の共通指標】

ここでは、特定健診受診者におけるHbA1cの値が6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合をみることで、糖尿病が疑われるが治療を受けていない者の数を評価する。

令和4年度の特健健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上かつ糖尿病のレセプトがない者（図表3-4-7-4）は4人で、HbA1c 6.5%以上の者32人中12.5%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して4.5ポイント上昇している。

男女別にみると、男性の該当者は1人で、HbA1c6.5%以上の者17人中5.9%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して5.2ポイント減少している。女性の該当者は3人で、HbA1c6.5%以上の者15人中20.0%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して20.0ポイント上昇している。

図表3-4-7-4：HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合

男女計	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	8.0%	0.0%	6.9%	12.5%
【分子】HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の数（人）	2	0	2	4
【分母】HbA1c 6.5%以上の者の数（人）	25	19	29	32

男性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	11.1%	0.0%	5.0%	5.9%
【分子】HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の数（人）	2	0	1	1
【分母】HbA1c6.5%以上の者の数（人）	18	15	20	17

女性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	0.0%	0.0%	11.1%	20.0%
【分子】HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の数（人）	0	0	1	3
【分母】HbA1c 6.5%以上の者の数（人）	7	4	9	15

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和1年度から令和4年度 累計

⑤ HbA1c8.0%以上の者の割合【県の共通指標】

ここでは、血糖コントロール不良者数の状況を測るアウトカム指標として、特定健診受診者におけるHbA1cの値が8.0%以上の者の割合をみることで、糖尿病重症化予防の取り組みの影響や、必要性が分かる。

令和4年度の特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の者（図表3-4-7-5）は6人で、HbA1cの検査結果がある者300人中2.0%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して0.7ポイント上昇している。

男女別にみると、男性のHbA1c8.0%以上の者は4人で、HbA1cの検査結果がある者135人中3.0%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して1.5ポイント上昇している。女性のHbA1c8.0%以上の者は2人で、HbA1cの検査結果がある者165人中1.2%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して変わらない。

図表3-4-7-5：HbA1c8.0%以上の者の割合

男女計	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.3%	0.8%	2.3%	2.0%
【分子】HbA1c 8.0 %以上の者の数（人）	4	2	7	6
【分母】特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数（人）	299	258	299	300

男性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.5%	1.7%	3.6%	3.0%
【分子】HbA1c 8.0 %以上の者の数（人）	2	2	5	4
【分母】特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数（人）	134	118	140	135

女性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.2%	0.0%	1.3%	1.2%
【分子】HbA1c 8.0 %以上の者の数（人）	2	0	2	2
【分母】特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数（人）	165	140	159	165

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和1年度から令和4年度 累計

⑥ 血圧が保健指導判定値以上の者の割合【県の共通指標】

ここでは、特定健診受診者における血圧の値が保健指導判定値以上の者の割合をみることで、高血圧症に進む可能性のある人がどれくらいいるかをみる。

令和4年度の特定健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の者（図表3-4-7-6）は163人で、血圧の検査結果がある者304人中53.6%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して6.1ポイント上昇している。

男女別にみると、男性の血圧が保健指導判定値以上の者は77人で、血圧の検査結果がある者138人中55.8%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して5.4ポイント上昇している。女性の血圧が保健指導判定値以上の者86人で、血圧の検査結果がある者166人中51.8%を占めている。経年の推移をみると、令和1年度と比較して6.6ポイント上昇している。

図表3-4-7-6：血圧が保健指導判定値以上の者の割合

男女計	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	47.5%	52.7%	50.8%	53.6%
【分子】条件（※）を満たす者の数（人）	143	139	156	163
【分母】特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数（人）	301	264	307	304

男性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	50.4%	57.6%	55.9%	55.8%
【分子】条件（※）を満たす者の数（人）	68	68	80	77
【分母】特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数（人）	135	118	143	138

女性	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	45.2%	48.6%	46.3%	51.8%
【分子】条件（※）を満たす者の数（人）	75	71	76	86
【分母】特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数（人）	166	146	164	166

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和1年度から令和4年度 累計

※条件

収縮期血圧	130mmHg以上
拡張期血圧	85mmHg以上

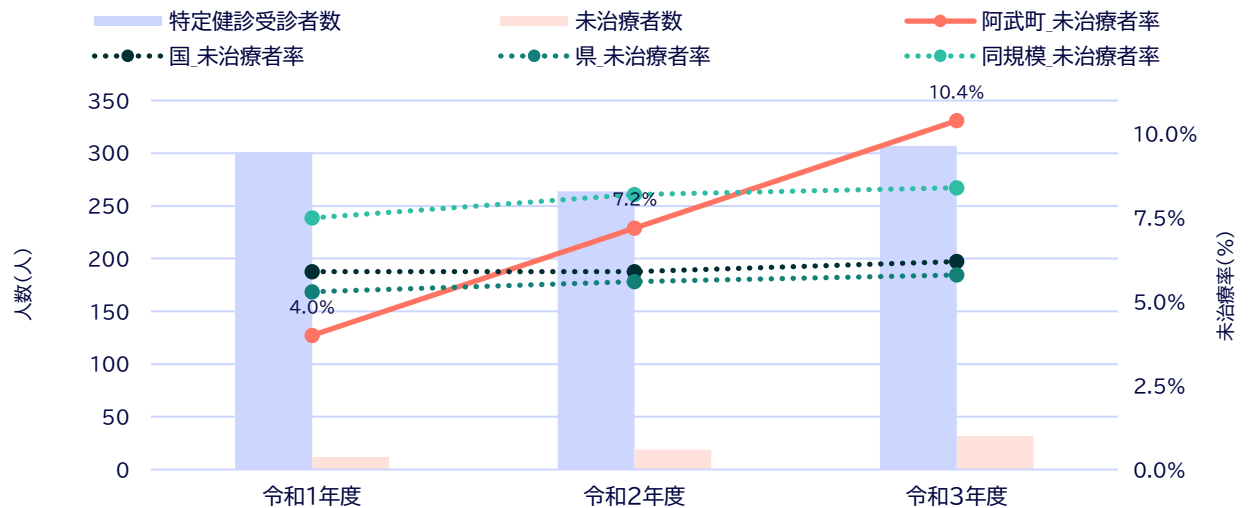
⑦ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

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

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況をみると（図表3-4-7-7）、令和3年度の特定健診受診者307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10.4%であり、国・県より高い。未治療者率は、令和1年度と比較して6.4ポイント増加している。

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

図表3-4-7-7：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）		301	264	307	-
（参考）医療機関への受診勧奨対象者数（人）		191	172	207	-
未治療者数（人）		12	19	32	-
未治療者率	阿武町	4.0%	7.2%	10.4%	6.4
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3
	県	5.3%	5.6%	5.8%	0.5
	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

⑧ 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る（図表3-4-7-8）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要がある。

令和4年度の健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった32人の21.9%が、血圧がⅠ度高血圧以上であった91人の52.7%が、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった109人の83.5%が服薬をしていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった10人の20.0%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていない。

図表3-4-7-8：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	16	5	31.3%
7.0%以上8.0%未満	10	2	20.0%
8.0%以上	6	0	0.0%
合計	32	7	21.9%

血圧	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
Ⅰ度高血圧	63	31	49.2%
Ⅱ度高血圧	23	14	60.9%
Ⅲ度高血圧	5	3	60.0%
合計	91	48	52.7%

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	52	41	78.8%
160mg/dL以上180mg/dL未満	35	31	88.6%
180mg/dL以上	22	19	86.4%
合計	109	91	83.5%

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	9	2	22.2%	2	22.2%
15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%	0	0.0%
15ml/分/1.73m ² 未満	1	0	0.0%	0	0.0%
合計	10	2	20.0%	2	20.0%

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

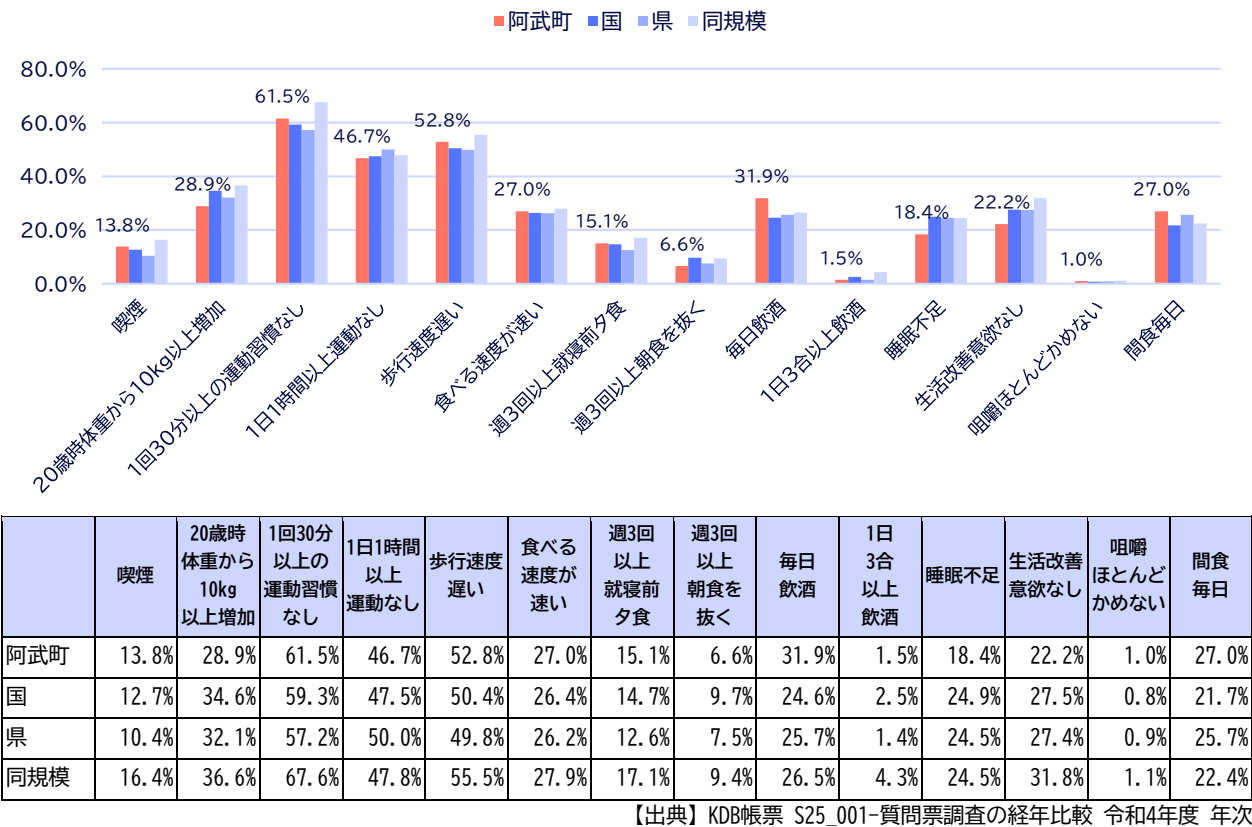
(8) 質問票の状況

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、阿武町の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向を概観する。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると（図表3-4-8-1）、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」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「毎日飲酒」「咀嚼ほとんどかめない」「間食毎日」の回答割合が高い。

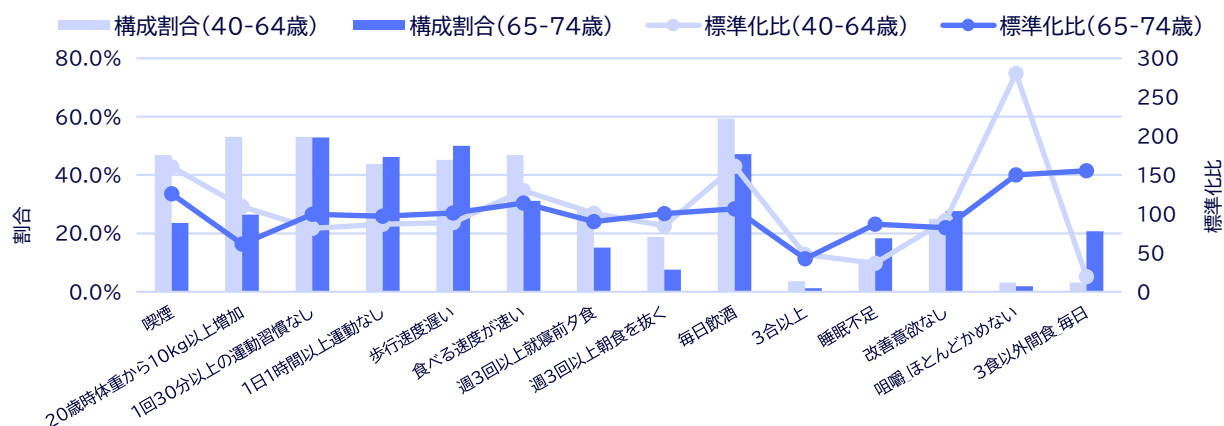
図表3-4-8-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



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

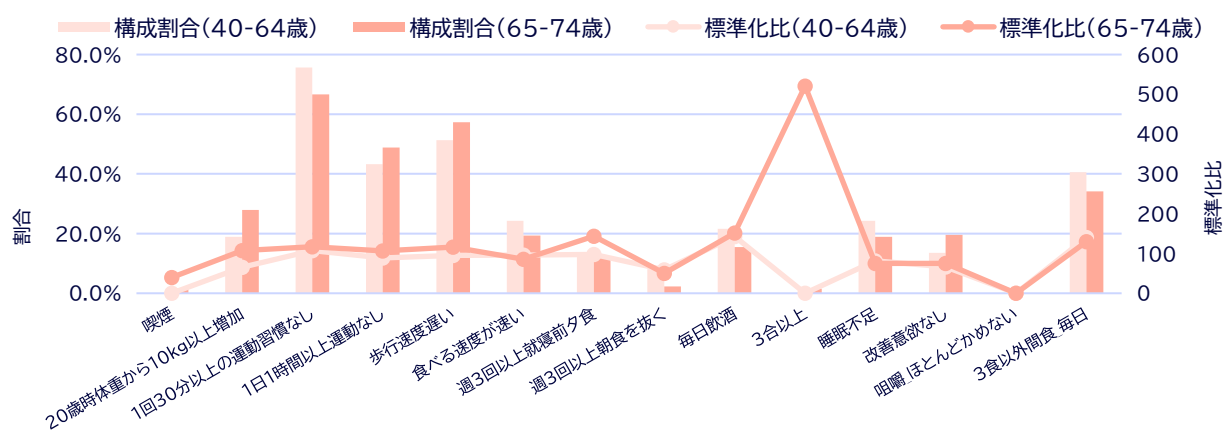
さらに、国における各設問への回答者割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、年代別の回答者割合を国と比較すると（図表3-4-8-2・図表3-4-8-3）、男性では「咀嚼_ほとんどかめない」「喫煙」「食べる速度が速い」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「毎日飲酒」「3食以外間食_毎日」「1回30分以上の運動習慣なし」の標準化比がいずれの年代においても高い。

図表3-4-8-2：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比_男性



		喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の運 動習慣 なし	1日 1時間 以上 運動なし	歩行速度 遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとんど かめない	間食 毎日
40- 64歳	回答割合	46.9%	53.1%	53.1%	43.8%	45.2%	46.9%	28.1%	18.8%	59.4%	3.6%	9.7%	25.0%	3.1%	3.1%
	標準化比	160.4	109.2	81.6	87.0	89.0	129.9	100.8	84.9	161.2	47.6	36.7	91.9	280.3	19.5
65- 74歳	回答割合	23.6%	26.4%	52.8%	46.2%	50.0%	31.1%	15.1%	7.5%	47.2%	1.2%	18.3%	27.6%	1.9%	20.8%
	標準化比	126.0	61.5	99.7	97.1	101.0	113.8	90.2	100.4	106.4	42.4	86.8	82.3	150.2	155.4

図表3-4-8-3：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比_女性



		喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の運 動習慣 なし	1日 1時間 以上 運動なし	歩行速度 遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとんど かめない	間食 毎日
40- 64歳	回答割合	0.0%	18.9%	75.7%	43.2%	51.4%	24.3%	13.5%	8.1%	21.6%	0.0%	24.3%	13.5%	0.0%	40.5%
	標準化比	0.0	65.2	107.6	89.0	95.4	95.7	97.2	59.2	142.8	0.0	81.1	66.1	0.0	139.8
65- 74歳	回答割合	1.6%	27.9%	66.7%	48.8%	57.4%	19.4%	12.4%	2.3%	15.5%	1.5%	18.9%	19.5%	0.0%	34.1%
	標準化比	39.3	107.2	116.7	106.1	116.4	85.8	143.5	49.8	151.6	521.0	74.9	74.7	0.0	129.8

【出典】KDB帳票 S21_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況

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

(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると（図表3-5-1-1）、国民健康保険（以下、国保という）の加入者数は883人、国保加入率は29.0%で、国・県より高い。後期高齢者医療制度（以下、後期高齢者という。）の加入者数は880人、後期高齢者加入率は28.9%で、国・県より高い。

図表3-5-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	阿武町	国	県	阿武町	国	県
総人口	3,046	-	-	3,046	-	-
保険加入者数（人）	883	-	-	880	-	-
保険加入率	29.0%	19.7%	19.4%	28.9%	15.4%	19.3%

【出典】住民基本台帳 令和4年度

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

(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

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

年代別の要介護（要支援）認定者における有病状況（図表3-5-2-1）をみると、前期高齢者である65-74歳の有病割合の国との差は、「心臓病」（13.2ポイント）、「脳血管疾患」（-3.0ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（6.2ポイント）である。75歳以上の認定者の有病割合の国との差は、「心臓病」（2.7ポイント）、「脳血管疾患」（0.3ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（0.1ポイント）である。

図表3-5-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74歳			75歳以上		
	阿武町	国	国との差	阿武町	国	国との差
糖尿病	19.7%	21.6%	-1.9	19.6%	24.9%	-5.3
高血圧症	41.3%	35.3%	6.0	59.0%	56.3%	2.7
脂質異常症	29.5%	24.2%	5.3	30.1%	34.1%	-4.0
心臓病	53.3%	40.1%	13.2	66.3%	63.6%	2.7
脳血管疾患	16.7%	19.7%	-3.0	23.4%	23.1%	0.3
筋・骨格関連疾患	42.1%	35.9%	6.2	56.5%	56.4%	0.1
精神疾患	46.2%	25.5%	20.7	39.6%	38.7%	0.9

【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3,650円多く、外来医療費は4,750円多い。後期高齢者の入院医療費は、国と比べて4,130円少なく、外来医療費は3,860円少ない。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では0.8ポイント高く、後期高齢者では同程度である。

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		
	阿武町	国	国との差	阿武町	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	15,300	11,650	3,650	32,690	36,820	-4,130
外来_一人当たり医療費（円）	22,150	17,400	4,750	30,480	34,340	-3,860
総医療費に占める入院医療費の割合	40.9%	40.1%	0.8	51.7%	51.7%	0.0

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

② 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると（図表3-5-3-2）、国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の16.2%を占めており、国と比べて0.6ポイント低い。後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の11.8%を占めており、国と比べて0.6ポイント低い。

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

図表3-5-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	阿武町	国	国との差	阿武町	国	国との差
糖尿病	5.2%	5.4%	-0.2	3.7%	4.1%	-0.4
高血圧症	4.3%	3.1%	1.2	5.5%	3.0%	2.5
脂質異常症	2.5%	2.1%	0.4	1.7%	1.4%	0.3
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.2%	0.1%	0.1	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.2%	-0.2
がん	16.2%	16.8%	-0.6	10.0%	11.2%	-1.2
脳出血	1.5%	0.7%	0.8	0.0%	0.7%	-0.7
脳梗塞	1.7%	1.4%	0.3	3.2%	3.2%	0.0
狭心症	0.4%	1.1%	-0.7	1.6%	1.3%	0.3
心筋梗塞	0.4%	0.3%	0.1	0.6%	0.3%	0.3
慢性腎臓病（透析あり）	3.7%	4.4%	-0.7	0.2%	4.6%	-4.4
慢性腎臓病（透析なし）	2.8%	0.3%	2.5	0.7%	0.5%	0.2
精神疾患	9.5%	7.9%	1.6	2.5%	3.6%	-1.1
筋・骨格関連疾患	8.6%	8.7%	-0.1	11.8%	12.4%	-0.6

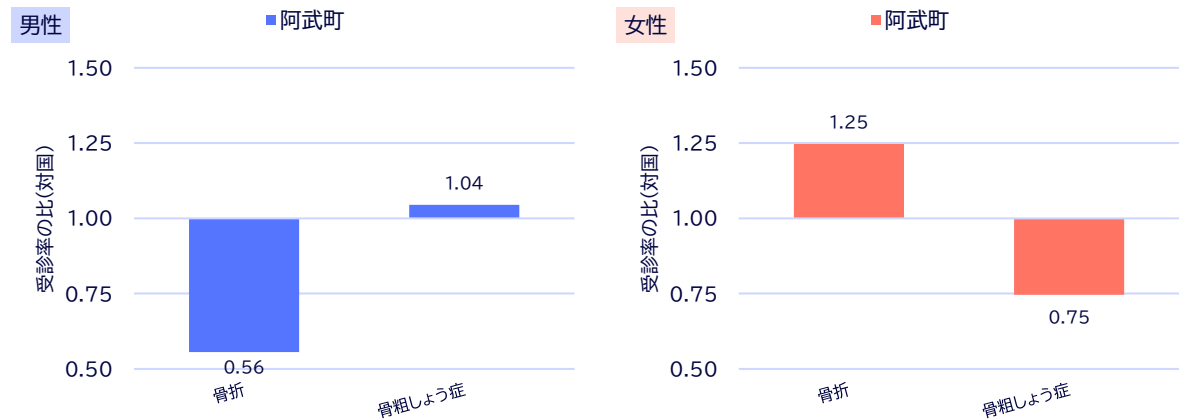
【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

※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、男性では「骨折」の受診率は低く、「骨粗しょう症」の受診率は高い。また、女性では「骨折」の受診率は高く、「骨粗しょう症」の受診率は低い。

図表3-5-4-1：前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較



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

※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している

(5) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況（図表3-5-5-1）をみると、後期高齢者の健診受診率は48.3%で、国と比べて23.6ポイント高い。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は65.6%で、国と比べて4.7ポイント高い。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血压」「脂質」「血糖・脂質」「血压・脂質」「血糖・血压・脂質」の該当割合が高い。

図表3-5-5-1：後期高齢者の健診状況

		後期高齢者		
		阿武町	国	国との差
健診受診率		48.3%	24.7%	23.6
受診勧奨対象者率		65.6%	60.9%	4.7
有所見者の状況	血糖	2.7%	5.7%	-3.0
	血压	27.3%	24.3%	3.0
	脂質	11.5%	10.8%	0.7
	血糖・血压	1.6%	3.1%	-1.5
	血糖・脂質	2.2%	1.3%	0.9
	血压・脂質	12.0%	6.9%	5.1
	血糖・血压・脂質	1.1%	0.8%	0.3

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

参考：健診項目における受診勧奨判定値

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

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

(6) 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」「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」「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。

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		
		阿武町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.6%	1.1%	0.5
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.6%	1.1%	0.5
食習慣	1日3食「食べていない」	1.6%	5.4%	-3.8
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	35.0%	27.8%	7.2
	お茶や汁物等で「むせることがある」	17.5%	20.9%	-3.4
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	12.0%	11.7%	0.3
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	61.5%	59.1%	2.4
	この1年間に「転倒したことがある」	21.3%	18.1%	3.2
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	42.3%	37.1%	5.2
認知	周囲の人から「物忘れがあると言われたことがある」	10.9%	16.2%	-5.3
	今日が何月何日かわからない日がある	25.8%	24.8%	1.0
喫煙	たばこを「吸っている」	4.4%	4.8%	-0.4
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	11.6%	9.4%	2.2
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	3.3%	5.6%	-2.3
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	3.8%	4.9%	-1.1

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

6 その他の状況

(1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると（図表3-6-1-1）、重複処方該当者数は7人である。

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

図表3-6-1-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を 受けた人	2医療機関以上	21	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

(2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況をみると（図表3-6-2-1）、多剤処方該当者数は3人である。

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

図表3-6-2-1：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬効数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日数	1日以上	467	393	314	238	190	126	87	57	35	20	3	0
	15日以上	406	358	297	233	186	122	85	56	34	20	3	0
	30日以上	299	269	225	182	149	98	70	45	28	18	3	0
	60日以上	140	129	114	93	76	48	36	21	15	8	1	0
	90日以上	61	56	48	41	36	21	19	14	8	5	0	0
	120日以上	28	27	23	20	18	12	11	10	6	4	0	0
	150日以上	16	16	13	11	11	8	8	7	3	3	0	0
	180日以上	7	7	5	5	5	4	4	4	1	1	0	0

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年5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79.4%で、県の81.5%と比較して2.1ポイント低い（図表3-6-3-1）。

図表3-6-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和1年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
阿武町	76.3%	78.1%	79.0%	79.8%	79.2%	78.3%	79.4%
県	76.8%	79.3%	80.5%	81.2%	81.1%	81.1%	81.5%

【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20.1%で、国・県より高い。

図表3-6-4-1：国保被保険者におけるがん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
阿武町	9.1%	18.4%	18.0%	26.0%	29.0%	20.1%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	8.2%	10.1%	10.1%	13.2%	14.3%	11.2%

【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	・男性の平均余命は81.8年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.1年である。女性の平均余命は87.7年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.1年である。（図表2-1-2-1） ・男性の平均自立期間は80.4年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.3年である。女性の平均自立期間は84.9年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.5年である。（図表2-1-2-1）	
死亡	・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11位（1.3%）、「脳血管疾患」は第2位（8.0%）、「腎不全」は第11位（1.3%）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81.8（男性）93.3（女性）、脳血管疾患145.7（男性）134.1（女性）、腎不全109.8（男性）109.6（女性）。（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2）	
介護	・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.4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64.8%、「脳血管疾患」は22.7%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」（19.5%）、「高血圧症」（57.1%）、「脂質異常症」（29.9%）である。（図表3-2-3-1）	
生活習慣病重症化		
医療費	・入院	・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、「脳内出血」が9位（3.6%）となっている。これらの疾患の受診率をみると、「脳内出血」が国の1.9倍となっている。（図表3-3-2-2・図表3-3-2-3） ・「虚血性心疾患」の入院受診率は国の0.93倍であり、「脳血管疾患」の入院受診率は国の1.92倍である。（図表3-3-4-1） ・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）	・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の11.1%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1.29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80.0%、「高血圧症」は100.0%、「脂質異常症」は60.0%となっている。（図表3-3-5-1）
	・入院・外来	・重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。（図表3-5-3-2）
▲		
◀重症化予防		
生活習慣病		
医療費	・外来	・「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、いずれも国より高い。（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142人（16.1%）、「高血圧症」が268人（30.4%）、「脂質異常症」が216人（24.5%）である。（図表3-3-5-2）
特定健診	・受診勧奨対象者	・受診勧奨対象者数は198人で、特定健診受診者の65.1%となっており、1.6ポイント増加している。（図表3-4-7-1） ・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32人の21.9%、血圧ではⅠ度高血圧以上であった91人の52.7%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった109人の83.5%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73㎡未満であった10人の20.0%である。（図表3-4-7-8）
▲		
◀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	・メタボ該当者 ・メタボ予備群該当者 ・特定健診有所見者	・令和4年度のメタボ該当者は53人（17.4%）で増加しており、メタボ予備群該当者は33人（10.9%）で増加している。（図表3-4-3-2） ・令和3年度の特定保健指導実施率は79.3%であり、国・県より高い。令和4年度の特定保健指導実施率（速報値）は、54.1%である。（図表3-4-4-1） ・有所見該当者の割合について、国を100とした標準化比は、男性では「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」「尿酸」「血清クレアチニン」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「LDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。（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		・令和3年度の特定健診受診率は39.3%であり、国・県より高い。令和4年度の特定健診受診率（法定報告値）は42.0%である。（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124人で、特定健診対象者の17.1%となっている。（図表3-4-1-4）
特定健診	・生活習慣	・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「咀嚼_ほとんどかめない」「喫煙」「食べる速度が速い」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「毎日飲酒」「3食以外間食_毎日」「1回30分以上の運動習慣なし」の標準化比がいずれの年代においても高い。（図表3-4-8-2）



◀健康づくり ▶社会環境・体制整備

地域特性・背景	
阿武町の特性	・高齢化率は51.4%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883人で、65歳以上の被保険者の割合は63.4%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	・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7人であり、多剤処方該当者数は3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79.4%であり、県と比較して2.1ポイント低い。（図表3-6-3-1）
その他（がん）	・悪性新生物（「気管、気管支及び肺」「大腸」「胃」）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
◀重症化予防 保健事業により予防可能な重篤疾患を見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全はいずれも死因の上位に位置している。阿武町ではこれらの疾患の内、脳血管疾患は令和3年の死因の第2位に位置しており、死亡者数の割合は国よりも高い。また、平成25～29年で見ても男女ともに死因の1位であり、かつSMRも男性145.7、女性134.1と高い。さらに令和4年度の入院受診率は国の1.92倍と高いことから、脳血管疾患の発生頻度は国と比較して高い可能性が考えられる。一方で、虚血性心疾患は令和3年の死亡者数の割合は国や県と比較して低く、急性心筋梗塞のSMRも男女ともに100を下回っており高いとは言えないが、令和4年度の入院受診率は国の0.93倍と同水準であることから国と同程度には発生している可能性が考えられる。腎不全は、死亡者数の割合は国・県よりも低い一方で、SMRは男女とも100をやや上回っているものの、慢性腎臓病の外来受診率は透析あり・なしともに国より高いことから、適切な治療がなされていることで腎不全での死亡を一定数防ぐことができていると考えられる。 これらの重篤な疾患に関連する基礎疾患の外来受診率については、糖尿病・高血圧症は国と比べて高い傾向にあり、脂質異常症は国と同程度であるものの、特定健診受診者においては、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5割、血中脂質では約8割存在しており、腎機能についてもeGFRが受診勧奨判定値に該当しているものの血糖や血圧の薬が出ていないものが約2割存在している。これらの事実から、阿武町では基礎疾患を有病しているものの服薬治療につながらない人が存在している。受診勧奨判定値を超えた方が医療受診し、適切な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生を抑制できると考えられる。	#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。	【長期指標】 虚血性心疾患の入院受診率 脳血管疾患の入院受診率 慢性腎臓病（透析あり）の外来受診率 【中期指標】 特定健診受診者の内、 HbA1cが6.5%以上の人の割合 血圧が保健指導判定値以上の人の割合 LDL-Cが140mg/dl以上の人の割合 eGFRが45 ml/分/1.73m²未満の人の割合 【短期指標】 特定健診受診者の内、 HbA1cが6.5%以上で糖尿病のレセプトがない人の割合 血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合 LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合 eGFRが45 ml/分/1.73m²未満の人で 血糖・血圧などの服薬なしの人の割合
◀生活習慣病発症予防・保健指導 特定健診受診者の内、メタボ該当者の割合は令和1年度から令和4年度にかけて増加傾向にある。令和3年度の特定健診受診率が令和1年度よりもやや高いことから新たなメタボ該当者を掘り起こすことが出来た可能性が考えられる。また、受診勧奨判定値を超えた人の割合は、令和1年度から令和3年度にかけて増加していたものの、令和4年度では令和2年度と同水準となっている。特定保健指導実施率は国や県と比較して高くなっていることから、保健指導を広く実施出来た結果、受診勧奨判定値を超えた人の割合の減少に繋がった可能性が考えられる。 これらの事実・考察から、特定保健指導実施率の向上に力を入れることにより、多くのメタボ該当者・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、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症予防につながる可能性が考えられる。	#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。	【中期指標】 特定健診受診者の内、 メタボ該当者の割合 メタボ予備群該当者の割合 【短期指標】 特定保健指導実施率
◀早期発見・特定健診 特定健診受診率は国と比べてやや高いものの、特定健診対象者の内、17.1%が健診未受診かつ生活習慣病の治療も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。	#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。	【短期指標】 特定健診受診率
◀健康づくり 特定健診受診者における質問票の回答割合を見ると、男女とも食習慣・運動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、最終的に脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全の発症に至る者が多い可能性が考えられる。	#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、被保険者における食習慣や運動習慣の改善が必要。	【短期指標】 特定健診受診者の内、 毎日飲酒の回答割合 間食毎日の回答割合 1回30分以上の運動習慣なしの回答割合

(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
◀介護予防・一体的実施 介護認定者における有病割合を見ると、高血圧症・脂質異常症といった基礎疾患、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、脳梗塞・狭心症・心筋梗塞の医療費の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高い。 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。	#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。	※重症化予防に記載の指標と共通
社会環境・体制整備 重複服薬者が7人、多剤服薬者が3人存在することから、医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべき人が一定数存在する可能性がある。	#6 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。	【短期指標】 重複服薬者の人数 多剤服薬者の人数

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～
阿武町民が生活習慣病を重症化することなく、元気にいきいきと自立して暮らせる

共通指標	長期指標	開始時	目標値	目標値基準
	虚血性心疾患の入院受診率	4.4	4.0	県・令和4年度
	脳血管疾患の入院受診率	19.6	15.3	県・令和4年度
	慢性腎臓病（透析あり）の外来受診率	39.2	31.8	県・令和4年度
共通指標	中期指標	開始時	目標値	目標値基準
●	特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上の人の割合	10.7%	10.3%	県・令和3年度
●	特定健診受診者の内、HbA1cが8.0%以上の人の割合	2.0%	1.4%	県・令和3年度
●	特定健診受診者の内、血圧が保健指導判定値以上の人の割合	53.6%	51.0%	国・令和3年度
	特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上の人の割合	35.9%	減少	－
	特定健診受診者の内、eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人の割合	3.0%	減少	－
	特定健診受診者の内、メタボ該当者の割合	17.4%	減少	－
	特定健診受診者の内、メタボ予備群該当者の割合	10.9%	減少	－
●	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	11.8%	30.2%	県・令和4年度
●	特定保健指導対象者の減少率	8.0%	20.0%	県・令和4年度
共通指標	短期指標	開始時	目標値	目標値基準
●	特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上で糖尿病のレセプトがない人の割合	12.5%	減少	－
	特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合	52.7%	減少	－
	特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合	83.5%	減少	－
	特定健診受診者の内、eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人で、血糖・血圧などの服薬なしの人の割合	20.0%	減少	－
●	特定保健指導実施率	54.1%	60.0%	国の目標値
●	特定健診受診率	42.0%	60.0%	国の目標値
	特定健診受診者の内、毎日飲酒の回答割合	31.9%	25.7%	県・令和4年度
	特定健診受診者の内、間食毎日の回答割合	27.0%	25.7%	県・令和4年度
	特定健診受診者の内、1回30分以上の運動習慣なしの回答割合	61.5%	59.3%	国・令和4年度
	重複服薬者の人数	7人	減少	－
	多剤服薬者の人数	3人	減少	－
●	後発医薬品の使用割合（数量ベース）	81.2%	81.5%	県・令和4年度
●	歯科健診受診率	49.7%	増加	－
●	50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	98.3%	増加	－
●	骨粗鬆症検診受診率	－	1.8%	県・令和2年度

※●は県の共通指標

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	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
中期	D	脳血管疾患の医療費の伸びを抑制	
中期	A	心疾患の医療費の伸びを抑制	
中期	C	人工透析につながる糖尿病性腎症の減少	
中期	D	脳血管疾患患者の減少	
中期	A	虚血性心疾患患者の減少	
中期	A	人工透析新規患者の減少	
短期	D	糖尿病の未医療者の減少	
短期	C	高血圧症の未医療者の減少	
短期	C	脂質異常症者の未医療者の減少	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	[血圧値（収縮期140mmHg以上）] 現状:23.5% 結果:19.2% [LDLコレステロール値（160mg/dl）以上] 現状:13.4% 結果:12.2% [血糖値（HbA1c6.0%以上）] 現状:19.2% 結果:23.3% [糖尿病患者増加の抑制] 現状:6.7% 結果:10.5%	要医療者及び非肥満者保健指導	対象者：健診の結果から要医療域に該当する者、特定保健指導非該当で、血圧や血糖値が保健指導判定値を超えた者 事業概要：健診結果返却会を開催し結果の正しい見方、健診結果に応じた生活習慣の振り返り、食事指導・運動指導の実施。個別性に応じた継続した指導の実施。必要に応じて受診勧奨を行う。
C	[人工透析新規患者の減少] 現状:3人 結果:1人 [脳血管疾患医療費] 結果:増加 [脳血管疾患による要介護認定者] 現状:30.8% 結果:22.7% [心疾患の医療費] 結果:減少 [血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の減少(HbA1c8.4%以上)] 現状:0.6% 結果:1.2%	血管若返り糖尿病発症・重症化予防事業	対象者：糖尿病治療者でコントロール不良の者または非肥満高血糖者で未治療の者 事業概要：個別相談、個別指導



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。	
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	
特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上で糖尿病のレセプトがない人の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合の減少 特定健診受診者の内、eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人で、血糖・血圧などの服薬なしの人の割合の減少	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画期間で実施していた事業では要医療者の早期受診の勧奨や生活習慣の見直しに向けたアプローチを行っているが、検査値の改善には至っていない。また、受診勧奨判定値にある対象者が医療受診していない状況である。第3期計画においても、健診結果返却会を開催し、要医療者へ医療受診を促すとともに、医療機関との連携を図り、ハイリスクアプローチを実施していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続 (統合)	要医療者の保健指導	対象者：健診の結果から要医療域に該当する者、特定保健指導非該当で、血圧や血糖値が保健指導判定値を超えた者 方法：健診結果返却会を開催し結果の正しい見方、健診結果に応じた生活習慣の振り返り、食事指導・運動指導の実施。個別性に応じた継続した指導の実施。 要医療者へ受診勧奨を行い、その後医療機関へ受診したか確認を行う。
#1	継続 (一部追加)	糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者：特定健診結果により高血糖や腎機能低下が疑われる者 方法： ①対象者へ受診勧奨（電話、訪問等） ②主治医へ「生活指導確認書」の記入を依頼する ②対象者へ保健指導の実施（電話、訪問等）

① 要医療者の保健指導

実施計画	
事業の目的	適切な医療機関受診勧奨や保健指導を実施することにより、生活習慣病の重症化を予防し、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全といった重篤な疾患の発生を抑制する。
事業の内容	健診結果返却会を開催し結果の正しい見方、健診結果に応じた生活習慣の振り返り、食事指導・運動指導の実施。個別性に応じた継続した指導の実施。要医療者へ受診勧奨を行い、その後医療機関へ受診したか確認を行う。
対象者	健診の結果から受診勧奨判定値や保健指導判定値に該当する者
ストラクチャー	＜関係機関＞ ・事業運営のための担当職員の配置、予算（指導資料・講師報酬）健診機関、医療機関
プロセス	＜実施方法＞ ・集団健診会場にて健診結果返却会の案内、健診のしおりに掲載 ・健診結果について生活習慣の振り返り、栄養指導・運動指導を個別で実施 ・健康課題に応じた健康教育の開催 ・受診勧奨判定値の者へ受診勧奨を行い、その後医療機関へ受診したか確認を行う。
評価指標・目標値	
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上
プロセス	・業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上実施
事業アウトプット	[健診結果事後指導割合] 現状（R4）81.1% 目標（R11）90%
事業アウトカム	[血糖値（HbA1c6.5%以上）] 現状（R4）10.7% 目標（R11）10.3%（県・R3） [血圧値（Ⅰ度高血圧以上）] 現状（R4）29.9% 目標（R11）減少 [LDLコレステロール値（140mg/dl以上）] 現状（R4）35.9% 目標（R11）減少 [eGFR（45ml/分/1.73m ² 未満）] 現状（R4）3.0% 目標（R11）減少 [特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上で糖尿病のレセプトがない人の割合] 現状（R4）12.5% 目標（R11）減少 [特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合] 現状（R4）52.7% 目標（R11）減少 [特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合] 現状（R4）83.5% 目標（R11）減少 [特定健診受診者の内、eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人で、血糖・血圧などの服薬なしの人の割合] 現状（R4）20.0% 目標（R11）減少
評価時期	毎年度末

② 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施計画	
事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、人工透析への移行を防止すること。
事業の内容	特定健診結果やレセプト等より対象者を抽出し、未受診者・受診中断者へ通知等による受診勧奨を実施する。保健指導対象者へは医師や保健師等により6か月間の保健指導を実施する。
対象者	<未受診者> - 空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 かつ 糖尿病による医療機関の受診がない者 <受診中断者> - 糖尿病治療歴があること かつ 前年度に糖尿病による医療機関の受診がない者 <保健指導対象者> - 特定健診結果により高血糖や腎機能低下が疑われる者
ストラクチャー	<関係機関> 事業運営のための担当職員の配置、予算、萩市医師会、医療機関、委託事業者、山口県国民健康保険団体連合会、山口県
プロセス	<実施方法> ◎未受診者・受診中断者：通知等による受診勧奨 ◎保健指導対象者： - 対象者を選定し、電話や訪問等による受診勧奨の実施 - 主治医へ「生活指導確認書」の記入を依頼する - 対象者へ保健指導の実施（電話、訪問等）
評価指標・目標値	
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上
プロセス	- 業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上実施 - 委託事業所と事業実施に関する会議の開催：年1回以上
事業アウトプット	[未受診者へ受診勧奨] 現状（R4）100% 目標（R11）100% [受診中断者への受診勧奨] 現状（R4）100% 目標（R11）100% [保健指導実施者数] 現状（R4）3人 目標（R11）5人
事業アウトカム	[新規人工透析患者数] 現状（R4）1人 目標（R11）0人 [血糖値（HbA1c8.0%以上）] 現状（R4）2.0% 目標（R11）1.4%（県・R3） [特定健診受診者の内、HbA1cが6.5%以上で糖尿病のレセプトがない人の割合] 現状（R4）12.5% 目標（R11）減少
評価時期	毎年度末

(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	生活習慣病予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	D	メタボリックシンドローム該当者の減少	
	C	メタボリックシンドローム予備群の減少	
	C	生活習慣改善に取り組む者の増加	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	[メタボ予備群減少率] 現状:20% 結果:19.2% [メタボ該当者減少率] 現状:20% 結果:19.6% [特定保健指導対象者の減少率] 現状:12.8% 結果:8.0% [特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率] 現状:13.3% 結果:11.8%	特定保健指導 実施率の向上 対策	対象者：特定健診受診者のうち、特定 保健指導に該当した者 事業概要：初回面接後、6か月間の保 健指導を実施 継続対象者への指導内容の充実



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#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。
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	
特定保健指導実施率の向上（現状：54.1%、目標値：60.0%）	



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初回面接を健診結果返却会に合わせて行うことで指導実施率が向上した。 第3期計画においては引き続き健診結果返却会にて初回面接を実施したり、業者へ一部委託して積極的支援該当者や 継続対象者への指導内容の充実を目指す。また、更なる利用率向上のために、かかりつけ医師を通じた特定保健指 導の利用勧奨など医療機関との連携を図る。			
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	対象者：特定保健指導対象者 方法：初回面接後、3～6ヶ月間の保健指導を実施 積極的支援や継続対象者を中心に一部業者へ委託 かかりつけ医による特定保健指導の勧奨の実施
#2	継続 (統合)	集団健康教育	対象者：健診受診者 方法：特定保健指導対象者や、特定健診等を受診し、血 圧、血糖、脂質などが基準値を超えている方を対 象に、集団健康教室参加の声掛けを行い、継続的 支援を実施していく。

① 特定保健指導

実施計画							
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣病を改善し、生活習慣病の有病者・予備群の減少を図る。						
事業の内容	初回面接後、3～6ヶ月間の保健指導を実施						
対象者	特定健診受診者のうち、特定保健指導に該当した者						
ストラクチャー	・ 直営と一部委託で実施 ・ 事業運営のための担当職員の配置 ・ 予算の確保（委託料、報償費、指導資料、その他指導に必要な経費） ・ 指導者へ研修会受講の実施 ・ 萩市医師会、医療機関、萩市、委託事業者と連携						
プロセス	・ 健診結果返却会や訪問等にて初回面接の実施 ・ かかりつけ医による特定保健指導の利用勧奨の実施 ・ 積極的支援や継続対象者を中心に一部業者へ委託						
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：1名以上 ・ 委託業者による指導の実施体制確保：1回以上						
プロセス	・ 国保運営協議会の開催：年2回 ・ 受診率向上会議への出席：年1回以上 ・ 委託事業所と事業実施に関する会議の開催：年1回以上						
事業アウトプット	[特定保健指導実施率]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	54.1%	55%	56%	57%	58%	59%	60%
	[特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率] 現状（R4）11.8% 目標（R11）30.2%（R4・県）						
事業アウトカム	[メタボ予備群減少率] 現状（R4）19.2% 目標（R11）25%						
	[メタボ該当者減少率] 現状（R4）19.6% 目標（R11）25%						
評価時期	毎年度末						

② 集団健康教育

実施計画	
事業の目的	特定健診結果で基準値を超えていた方へ集団健康教室参加を促し、食生活、運動などの生活習慣改善の必要性を知り、健康習慣の実践ができる人を増やすこと。
事業の内容	特定保健指導対象者や、特定健診等を受診し、血圧、血糖、脂質などが基準値を超えている方へ、健康寿命講演会などの各種集団健康教室参加の声掛けを行い、継続的な支援を実施する。
対象者	特定健診受診者
ストラクチャー	・事業運営のための担当職員の配置 ・予算の確保（委託料、消耗品等） ・医療機関、健診機関、保健推進協議会（婦人会）や自治会との連携
プロセス	・健康課題に応じた講演会を企画し開催 ・特定健診結果で基準値を超えていた方へ集団健康教室の参加案内を送付する
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：1名以上 ・協力団体との連携会議の開催：年1回以上
プロセス	・国保運営協議会の開催：年2回 ・事業運営に関する会議の開催：年1回以上
事業アウトプット	[参加率] 現状（R4）－ 目標（R11）100%
事業アウトカム	[特定保健指導対象者の減少率] 現状（R4）8.0% 目標（R11）20.0%（県・R4）
評価時期	毎年度末

(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	特定健診受診者の増加	
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] 現状:35.7% 結果:42.0% [受診勧奨実施者の受診率] 現状:30% 結果:17.3% [継続受診者率] 現状:74.1% 結果:85.3% [新規受診者率] 現状:26.0% 結果:14.7% [40～50歳代受診率] 現状:20.2% 結果:28.4%	健康診査受診率向上対策 (特定健診・日帰り人間ドック)	委託医療機関拡大、休日健診の実施、未受診者へ受診勧奨、普及啓発の実施



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#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期計画における重症化予防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：42.0%、目標値：60.0%）	



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、ハガキの送付や電話による受診勧奨や自己負担額の減額、人間ドックの償還払い、委託医療機関の拡大などにより、第2期計画期間開始時から受診率が6.3ポイント上昇したものの、目標値の60%には至っていない。 第3期計画においては引き続き第2期で実施していた事業を継続しつつ、医療受診している方で健診未受診者へ受診勧奨方法の見直しや、みなし健診のしくみづくりを行うなどし、さらなる受診率の向上を目指す。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#3	継続 (一部追加)	特定健診受診率向上事業	対象者：特定健診対象者（40～74歳の被保険者） 方法：委託医療機関拡大、みなし健診の実施、休日健診の実施、未受診者へ受診勧奨（受診勧奨ハガキの送付、電話勧奨など）、普及啓発の実施

① 特定健診受診率向上事業

実施計画							
事業の目的	特定健診受診率の向上 メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の予防を図る。						
事業の内容	特定健診未受診者へ受診勧奨ハガキの送付や電話勧奨などの受診勧奨を行う。 生活習慣病の治療中の方は医療機関を通じて特定健診の勧奨またはみなし健診を実施する。						
対象者	特定健診対象者（40～74歳の被保険者）						
ストラクチャー	・事業運営のための担当職員の配置 ・必要な予算の確保（委託料、消耗品、受診勧奨費用） ・萩市医師会、医療機関、健診機関、萩市、山口県国民健康保険団体連合会との連携						
プロセス	・保健推進協議会（婦人会）、自治会、町内企業、町内店舗等協力団体へ健診啓発のための説明 ・受診勧奨の実施（ハガキ・電話・訪問・保健推進協議会（婦人会）による声かけ） ・休日健診の継続実施 ・みなし健診の実施 ・普及啓発の実施（広報、健診のしおり、ポスター、チラシ） ・保健推進協議会（婦人会）による受診の声かけ活動 ・健診未受診者の健康状態や医療受診状況の把握						
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：必要人数の確保						
プロセス	・国保運営協議会の開催：年2回 ・受診率向上会議の出席：年1回以上						
事業アウトプット	[受診勧奨ハガキ送付回数] 現状（R4）3回/年 目標（R11）3回/年 [休日健診の継続実施] 現状（R4）2日間 目標（R11）2日間						
事業アウトカム	[特定健診受診率]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	42.0%	47.0%	50.0%	53.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	[受診勧奨実施者の受診率] 現状（R4）17.3% 目標（R11）50%						
	[継続受診者率] 現状（R4）85.3% 目標（R11）90%						
	[新規受診率] 現状（R4）14.7% 目標（R11）25%						
	[40～50歳代受診率] 現状（R4）28.4% 目標（R11）30%						
評価時期	毎年度末						

(4) 健康づくり

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標	
長期	A	健康寿命の延伸	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
C	[特定健診受診率] 現状:35.7% 結果:42.0% [大腸がん検診受診率] 現状:7.5% 結果:男性10.7% 現状:13.0% 結果:女性14.7% [乳がん検診受診率] 現状:12.1% 結果:28.9% [子宮がん検診受診率] 現状:11.9% 結果:26.0% [生活習慣改善に取り組む者の割合増加] 現状:46% 結果:45.7%	地区組織による地域住民への健康づくりの情報の普及	対象者:保健推進協議会(婦人会)/宇田郷元気広げ隊/食生活改善推進員 事業概要:研修会を通じて地域の現状を把握し、課題に応じた活動を実施する
D	[メタボリックシンドローム予備群の減少] 現状:9.6% 結果:10.9% [生活習慣改善に取り組む者の割合増加] 現状:46% 結果:45.7%	運動普及啓発事業	対象者:全町民 事業概要:1日10分運動の普及
C	[メタボリックシンドローム予備群の減少] 現状:9.6% 結果:10.9% [生活習慣改善に取り組む者の割合増加] 現状:46% 結果:45.7%	阿武町ハッピーマイレージ事業	対象者:小学生以上の町民及び町内に通勤・通学する方 事業概要:インセンティブ事業。既存の受診者群に加え、未受診者群へのアプローチを強化するため、特定健診受診等の健康づくりへの取組を実施した者への特典を与える事業を実施
D	[推定1日塩分摂取量男性] (※H30まで8.0g/日以下、H31から7.5g/日以下) 現状:20.8% 結果:13.5% [推定1日塩分摂取量女性] (※H30まで7.0g/日以下、H31から6.5g/日以下) 現状:10.3% 結果:11.6% [血圧安定者の増加(収縮期130mmHg以下)] 現状:56.4% 結果:53.2%	血管若返り高血圧予防事業	対象者:全町民 事業概要:各種出前講座、個別指導、健康習慣普及啓発、推定1日塩分摂取量検査



第3期計画における重症化予防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、非保険者における食習慣や運動習慣の改善が必要。	
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	
特定健診受診者の内、 毎日飲酒の回答割合の減少 間食毎日の回答割合の減少 1回30分以上の運動習慣なしの回答割合の減少	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期計画期間で実施では、コロナ禍でもできる形で健康づくり事業を実施したが、コロナ禍前と比較して実績が下がった事業もある。

第3期計画においては対面で行う事業を再開しつつ、新たな運動教室の実施や、血圧測定や健康づくりの情報が得られるコーナーの設置などの環境整備を行う。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#4	継続	地域ぐるみの健康づくり	対象者：保健推進協議会（婦人会）、地域ぐるみの健康づくり研修会参加者、食生活改善推進員、老人クラブ 方法：研修会を通じて地域の現状を把握し、課題に応じた活動を実施する
#4	継続	運動習慣定着応援事業	対象者：全町民 方法：ラジオ体操のすすめ（おうちでラジオ体操応援事業）、運動教室の開催（からだ測定会、個人に合わせた運動処方）、100歳体操の継続実施に向けた支援 など
#4	継続	阿武町ハッピーマイレージ事業	対象者：小学生以上の町民及び町内に通勤・通学する方 方法：健康診断の受診や自分で決めた健康習慣を実践、健康づくり教室等に参加すること等でポイントを貯め、100ポイント以上達成した方へ阿武町内各店舗商品券をプレゼントする。
#4	継続 （一部追加）	高血圧ゼロで脳血管疾患予防プロジェクト	対象者：全町民 方法：血圧計や健康コーナー設置などの環境整備、血圧に関する講演会の実施、おいしい減塩食の試食会やうましお講座の実施、今より10分運動の普及啓発の実施など

① 地域ぐるみの健康づくり

実施計画							
事業の目的	地域の現状を把握し、特定健診およびがん検診の必要性を地域に広げる。						
事業の内容	研修会を通じて地域の現状を把握し、課題に応じた活動を実施する。						
対象者	保健推進協議会（婦人会）、地域ぐるみの健康づくり研修会参加者、食生活改善推進協議会、老人クラブ						
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、予算、教育委員会、小中学校、健診結果返却会の実施						
プロセス	<実施方法> ・各組織に研修会を行い、健康づくりに必要な情報を知る、そして地域住民に健康に関する情報の普及を行う。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上						
プロセス	・業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上実施						
事業アウトプット	[地域ぐるみの健康づくり研修会開催数] 現状（R5）4回 目標（R11）各地区1回以上 [健康講座数・参加者数] 現状（R5）14回 373人 目標（R11）各地区1回以上 [食生活改善推進員活動状況] 現状（R4）1,132回 延16,384人 目標（R11）現状維持 [訪問世帯数・声かけ数(保健推進協議会（婦人会）による訪問活動)] 現状（R4）1,040世帯 68.1%（555人） 目標（R11）70%						
事業アウトカム	[特定健診受診率]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	42.0%	47.0%	50.0%	53.0%	56.0%	58.0%	60.0%
事業アウトカム	[大腸がん検診受診率] 現状（R4）男性:10.7%、女性14.7% 目標（R11）50% [乳がん検診受診率] 現状（R4）28.9% 目標（R11）40% [子宮がん検診受診率] 現状（R4）26.0% 目標（R11）40% [生活習慣改善に取り組む者の割合増加] 現状（R4）45.7% 目標（R11）増加						
評価時期	毎年度末						

② 運動習慣定着応援事業

実施計画	
事業の目的	運動習慣をはじめめるきっかけを作り、楽しく健康づくりに取り組める仕組み、活動を広める。
事業の内容	運動習慣をはじめめるきっかけづくりや運動習慣定着に向けた仕組みづくりを行う。
対象者	全町民
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、予算、教育委員会、保健推進協議会、道の駅阿武町温水プール、自治会、老人クラブ、社会福祉協議会
プロセス	<実施方法> - 各自にあった運動が継続できるように個別での運動促進、集団での運動の機会を設ける。 <実施内容> - ラジオ体操のすすめ(おうちでラジオ体操応援事業)、運動教室の開催(からだ測定会、個人に合わせた運動処方)、100歳体操の継続実施に向けた支援 など
評価指標・目標値	
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上
プロセス	・業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上実施
事業アウトプット	[ラ ジ オ 体 操] 現状 (R4) 集会47回385人 個人108人 延11,082回 目標 (R11) 現状維持 [運動教室開催数(集団)] 現状 (R5) 43回 413人 目標 (R11) 増加 [個別運動指導実施者数] 現状 (R5) 161人 目標 (R11) 増加
事業アウトカム	[1日10分の運動を毎日している人の回答割合] 現状 (R4) 30.8% 目標 (R11) 増加 [1回30分以上の運動習慣なしの回答割合] 現状 (R4) 61.5% 目標 (R11) 59.3%(国・R4) [メタボリックシンドローム該当者の減少] 現状 (R4) 17.4% 目標 (R11) 減少 [メタボリックシンドローム予備群の減少] 現状 (R4) 10.9% 目標 (R11) 減少 [生活習慣改善に取り組む者の割合増加] 現状 (R4) 45.7% 目標 (R11) 増加
評価時期	毎年度末

③ 阿武町ハッピーマイレージ事業

実施計画	
事業の目的	健康づくりの推進のため、動機づけ及び継続的な運動習慣の定着を促し、町民の健康意識の向上並びに生活習慣の改善により、健康寿命の延伸を目的として実施する。
事業の内容	インセンティブ事業。健康診断の受診や自分で決めた健康習慣を实践、健康づくり教室等に参加すること等でポイントを貯め、100ポイント以上ポイントが到達した方へ阿武町内各店舗商品券をプレゼントする。
対象者	小学生以上の町民及び町内に通勤・通学する方
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、予算、教育委員会、支所、健診結果返却会、ストレッチ教室の実施
プロセス	<実施方法> ・広報や健診のしおりに事業について記事を掲載するほか、健診結果返却会等にて参加の勧奨を行う。 <実施内容> ・健康福祉課・両支所・教育委員会に申込書を提出し、6か月間健康づくりの取り組みを行う。100ポイント以上到達した人は、申請書を提出し、商品券を受け取る。
評価指標・目標値	
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上
プロセス	・業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上実施
事業アウトプット	[参加者数] 現状（R4）320人 目標（R11）330人 [ポイント達成者率] 現状（R4）59.6% 目標（R11）80%
事業アウトカム	[1日10分の運動を毎日している人の回答割合] 現状（R4）30.8% 目標（R11）増加 [1回30分以上の運動習慣なしの回答割合] 現状（R4）61.5% 目標（R11）59.3%(国・R4) [メタボリックシンドローム該当者の減少] 現状（R4）17.4% 目標（R11）減少 [メタボリックシンドローム予備群の減少] 現状（R4）10.9% 目標（R11）減少 [生活習慣改善に取り組む者の割合増加] 現状（R4）45.7% 目標（R11）増加
評価時期	毎年度末

④ 高血圧ゼロで脳血管疾患予防プロジェクト

実施計画	
事業の目的	脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全などの重篤疾患の発症の予防のために、運動習慣、食生活や健康状態を振り返る場を作り、実践できる人を増やす。
事業の内容	各種出前講座などで血糖、血圧、脂質についての講座の開催や、環境整備を行う。
対象者	全町民
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、予算、食生活改善推進協議会、小学校、小学生保護者
プロセス	<実施方法> ・血圧計や健康コーナー設置などの環境整備、血圧に関する講演会の実施 ・おいしい減塩食の試食会やうましお講座の実施 ・今より10分運動の普及啓発の実施
評価指標・目標値	
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上
プロセス	・業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上実施
事業アウトプット	[ふれあいキッチン参加者数] 現状（R4）91回1,054人 目標（R11）現状維持 [うましお（減塩）講座] 現状（R4）1回9人 目標（R11）増加 [血圧計設置数] 現状（R4）2台 目標（R11）増加
事業アウトカム	[推定1日塩分摂取量男性（7.5g以下）] 現状（R4）13.5% 目標（R11）30% [推定1日塩分摂取量女性（6.5g以下）] 現状（R4）11.6% 目標（R11）20% [特定健診受診者の内、血圧が保健指導判定値以上の人の割合] 現状（R4）53.6% 目標（R11）51.0%（国・R3） [特定健診受診者の内、毎日飲酒の回答割合] 現状（R4）31.9% 目標（R11）25.7%（国・R4） [特定健診受診者の内、間食毎日の回答割合] 現状（R4）27.0% 目標（R11）25.7%（国・R4）
評価時期	毎年度末

(5) 介護予防・一体的実施

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	介護予防・一体的実施に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	B B	・健康状態不明者の減少 ・フレイル予防に取り組む者の増加	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	健康状態不明者の減少 R4：10人⇒R5：9人	健康状態不明者把握事業	健診・医療ともに未受診で、要介護の認定も受けていない被保険者に対し、健康状態を把握するとともに必要なサービスに接続する。
B	指導による服薬に関する課題改善者の増加 R4：3人⇒R5：2人	服薬相談事業	服薬に課題のある75歳以上の方を対象に、薬剤師等の医療専門職による訪問指導を実施。
B	フレイル予防教室等の参加者 R5：106人	フレイル予防事業 (ごきげん(得)塾)	65歳以上の高齢者を対象に、質問票等による健康状態の確認、生活習慣病予防等フレイル予防(運動・低栄養・口腔・認知症予防、フットケア等)の実践を支援するための教室を実施。
B	フレイル予防実践を支援する場の増加 R5：4か所	フレイル予防出前講座	サロン、体操教室等通いの場の参加者を対象に、健康状態を把握するとともにフレイル講話、フレイル予防体操等を実施。



第3期計画における介護予防・一体的実施に関連する健康課題	
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。	
第3期計画における介護予防・一体的実施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、HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合の減少 特定健診受診者の内、eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人で、血糖・血圧などの服薬なしの人の割合の減少	



第3期計画における介護予防・一体的実施に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
○健康状態不明者は社会的にも孤立している場合や医療ニーズが高い場合もあるため、早期に把握することで必要なサービス等に接続することが必要。 ○高齢者には外出困難な方も多く、心身機能の低下が起こりやすい環境にある。高齢者が外出する機会や場所を増やす等、フレイル予防等に取り組みやすい環境整備を行う。 ○生活習慣病のコントロール不良者、服薬管理が不適切な高齢者が増加しており、要介護者の増加する可能性が高く、若い世代から生活習慣病予防、重症化予防、適切な服薬管理等について、萩市医師会や薬剤師会等関係機関と連携した取り組みを行う。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#5	継続	健康状態不明者把握事業 (ハイリスクアプローチ)	対象者：健診・医療の未受診者かつ要介護認定を受けていない方 方法：訪問等を行い、健康状態を把握するとともに、必要なサービスに接続する
#5	継続	服薬相談事業 (ハイリスクアプローチ)	対象者：服薬に課題のある75歳以上の方 方法：薬剤師等の医療専門職による訪問相談・指導を実施

#5	新規	生活習慣病重症化予防事業 (ハイリスクアプローチ) (ポピュレーションアプローチ)	対象者：生活習慣病コントロール不良者等 方法：保健師等による健康相談、健康教育、訪問指導の実施。必要な支援、関係機関等に接続する
#5	継続	ごきげん ^得 塾 (ポピュレーションアプローチ)	対象者：65歳以上の方のフレイル予防に必要な方 各地区教室、サロン、体操教室、老人クラブ、保健推進協議会（婦人会）等 方法：3地区週1回、運動や栄養・口腔指導等、フレイル予防に関する健康相談、健康教室を実施、年2回体力測定等のフレイルチェック（アセスメント）

① 健康状態不明者把握事業

実施計画							
事業の目的	医療や介護サービスなどにつながっていない健康状態が不明な者に対し、訪問等により状態を把握し、必要な支援につなげる。						
事業の内容	対象者に家庭訪問等で健康状態を把握し、必要な支援に接続する。						
対象者	前年度未受診者及び要介護認定を受けていない等、状態未把握の方						
ストラクチャー	・阿武町総合相談センターや民生委員等と情報共有（民生委員地区協議会等） ・事業実施のための職員を配置（地区担当保健師等）						
プロセス	<実施方法> ・KDBシステムで対象者を抽出 ・阿武町総合相談センター等関係機関と情報共有を行い、訪問対象者を絞り込む ・家庭訪問等を行い、健康状態を把握し、必要な医療や介護サービス等に接続する						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・事業実施のための職員を配置：1名以上						
プロセス	・介護予防検討会議を開催：年2回以上、広域連合ブロック会議へ出席：年1回以上						
事業アウトプット	[民生委員地区協議会出席回数（回）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	15	15	15	15	15	15	15
	[家庭訪問の実施回数（回）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	20	30	27	24	21	18	15
事業アウトカム	[健康状態不明者数・割合（人）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	9（1%）	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	[健康状態把握の実施割合 健康状態不明者数／事業対象者数]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	78%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
評価時期	年度末						

② 服薬相談事業

実施計画							
事業の目的	服薬に対する保健指導を行うことで適正な服薬を促し、転倒等の薬物有害事象を防止する。						
事業の内容	対象者へ服薬相談・保健指導を行う。						
対象者	・服薬に課題がある者（重複薬、重複薬効等：特に睡眠薬、鎮痛剤、精神神経用薬等）						
ストラクチャー	・萩市、萩薬剤師会、萩市医師会と事業評価会議等を開催 ・事業実施について萩薬剤師会へ委託						
プロセス	<実施方法> ・服薬に課題がある対象者の抽出 ・薬剤師等医療専門職により家庭訪問等による相談・保健指導を実施 ・必要に応じて薬局や医療機関等と連携し、必要な支援、サービスに接続する						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・事業実施担当薬剤師の確保：1名以上						
プロセス	・評価会議の開催（萩市医師会、薬剤師会）：1回以上						
事業アウトプット	[服薬相談実施人数（人）]						
	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	5	5	5	5	5	5
	[相談・保健指導実施者数／事業対象者数（人）]						
事業アウトプット	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
	3/5（60%）	4/5（80%）	5/5（100%）	5/5（100%）	5/5（100%）	5/5（100%）	5/5（100%）
	[複数医療機関での重複薬効あり（1薬効以上）]						
事業アウトカム	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
	6.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	年度末						

③ 生活習慣病重症化予防事業

実施計画							
事業の目的	生活習慣病等に対する保健指導や健康教室、訪問指導を行うことで、脳血管疾患等の重症化を予防する。						
事業の内容	健康相談や健康教育で把握した重症化リスクのある対象者に、受診勧奨、保健指導等の実施						
対象者	・健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている未受診者 ・健康相談時、血圧コントロール不良者等						
ストラクチャー	・直営で実施（状況により委託の可能性あり） ・萩市医師会（健診実施医療機関、かかりつけ医）、萩市と連携して実施						
プロセス	<実施方法> ・健康相談の実施 ・健康教室・講演会等の実施 ・重症化の可能性のある対象者に対し、家庭訪問等による保健指導の実施						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・事業実施のための担当職員の配置：1名以上						
プロセス	・介護予防検討会議を開催：年2回以上、広域連合ブロック会議へ出席：年1回以上						
事業アウトプット	[健康相談・健康教室等参加者数（実人数） ※ポピュレーションアプローチ]						
	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
	205	250	250	300	300	350	350
事業アウトカム	[健診時の血圧が受診勧奨判定値以上の者の割合（未治療者・コントロール不良者）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	42.6%	40%	38%	36%	34%	32%	30%
	[健診時の血糖値が受診勧奨判定値以上の者の割合（未治療者・コントロール不良者）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	13.4%	13.0%	12.6%	12.0%	11.0%	11.0%	10.0%
評価時期	年度末						

④ ごきげん塾（フレイル予防教室・出前講座）

実施計画							
事業の目的	低栄養防止、運動機能低下、口腔機能低下等に対する健康教室や保健指導等を行うことで、要介護状態への移行を防止する。						
事業の内容	健康相談等によりアセスメントを実施し、課題に応じて健康教室（栄養・運動・口腔）実施する						
対象者	・低栄養リスク、運動機能低下リスク、口腔機能低下リスクのある者等						
ストラクチャー	・直営で実施 ・事業実施のための職員を配置し、管理栄養士、健康運動指導士、歯科衛生士による指導機会を設定 ・介護予防ボランティアの参加						
プロセス	<実施方法> ・教室、またはサロン等の通いの場で、医療専門職等による健康相談、健康教室の実施 ・年2回、質問票、体重・体力測定、栄養アセスメント、口腔アセスメント等により評価を行う ・健康課題に応じた指導等を実施						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：2名以上（うち医療専門職1名以上）						
プロセス	・介護予防検討会議の開催：年2回以上						
事業アウトプット	[参加者数（人）]						
	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
	106	150	150	200	200	250	250
	[実施回数（回）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	136	145	150	150	150	150	150
事業アウトカム	[ハイリスク者の割合]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	口 腔：21.8%	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%
	身体的：19.3%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	15.0%
	低栄養： 3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	2.0%
評価時期	年度末						

(6) 社会環境・体制整備

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	社会環境・体制整備に関連するデータヘルス計画の目標	
長期	A	医療費の伸びの抑制	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	[実施回数] 目標:6回/年 結果:6回/年	医療費通知	対象者:全非保険者 事業概要:年6回、全世帯に2か月診療分の医療機関や医療費等の記載のある通知を送付
A	[利用率] 目標:60%以上 結果:81.2%	ジェネリック(後発)医薬品の推進	対象者:ジェネリック医薬品切り替えによる差額発生見込被保険者 事業概要:年3回、パンフレット、希望カードの配布
A	[対象者数] 目標:0人 結果:0人	重複、頻回受診指導	対象者:重複受診・頻回受診・重複投薬の該当者 事業概要:国民健康保険団体連合会の抽出する多受診被保険者一覧表から対象者を抽出し、指導及び助言を行う



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#6 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。	
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	
重複服薬者の人数の減少 多剤服薬者の人数の減少	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画期間で実施していた事業では全事業目標を達成している。第3期においては目標値を現状維持か増加し、適切な医療機関の受診につながるよう取り組んでいく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
—	継続	医療費通知	年6回、全世帯に2ヶ月診療分の医療機関や医療費等の記載のある通知を送付
—	継続	ジェネリック(後発)医薬品の推進	年3回、パンフレット、希望カードの配布
#6	継続	重複、頻回受診指導	国民健康保険団体連合会の抽出する多受診被保険者一覧表から対象者を抽出し、指導及び助言を行う。

① 医療費通知の送付

実施計画	
事業の目的	被保険者自身に受診状況を確認してもらうことで適切な受診を促す。
事業の内容	年6回、全世帯に2ヶ月診療分の医療機関や医療費等の記載のある通知を送付
対象者	全被保険者
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、予算、山口県国民健康保険団体連合会
プロセス	医療費通知の送付
評価指標・目標値	
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上
プロセス	・国保運営協議会の開催：年2回
事業アウトプット	[医療費通知送付回数] 現状（R4）6回/年 目標（R11）6回/年
事業アウトカム	[医療費] 現状（R4）381,322円 目標（R11）減少
評価時期	毎年度末

② ジェネリック（後発）医薬品の推進事業

実施計画							
事業の目的	新薬と比較して安価なジェネリック（後発）医薬品へ切り替えを促進し、医療費の適正化を行う。						
事業の内容	年3回、パンフレット、希望カードの配布						
対象者	ジェネリック（後発）医薬品切り替えによる差額発生見込被保険者						
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、予算、山口県国民健康保険団体連合会						
プロセス	ジェネリック（後発）医薬品差額通知の送付						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・事業実施のための職員の配置：1名以上						
プロセス	・国保運営協議会の開催：年2回						
事業アウトプット	[ジェネリック（後発）医薬品差額通知発送] 現状（R4）3回/年 目標（R11）3回/年						
事業アウトカム	[ジェネリック（後発）医薬品使用割合]						
	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
	81.2%	82.0%	82.5%	83.0%	83.5%	84.0%	85.0%
評価時期	毎年度末						

③ 重複・頻回受診指導

実施計画							
事業の目的	レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者及び重複投薬者等に対して指導を行い、適正受診の促進を図る。						
事業の内容	KDBから国の選定基準により対象者を抽出し、レセプト点検等行い指導や助言を行う。						
対象者	重複受診・頻回受診・重複投薬の該当者						
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置、かかりつけ薬剤師との連携						
プロセス	<実施方法> ・ KDBで対象者の抽出（国選定基準該当者） ・ 該当者のレセプト点検 ・ 訪問等により相談、指導、助言を行う						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・ 事業運営担当者の配置：1名以上						
プロセス	・ 業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上						
事業アウトプット	[レセプト点検割合（点検数／該当者数）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100% (7/7)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	[指導助言指導・助言数（人）／対象者数（人）]						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0/0	100%	100%	100%	100%	100%	100%
事業アウトカム	[重複服薬者数（人）]						
	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	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	[多剤処方該当者数（処方薬効数15以上）（人）]						
	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	減少	減少	減少	減少	減少	減少
評価時期	年度末						

第6章 計画の評価・見直し

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

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

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

(2) データヘルス計画の評価・見直し

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

2 評価方法・体制

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

第7章 計画の公表・周知

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

第8章 個人情報の取扱い

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

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

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

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

第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 計画策定の背景・趣旨

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

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

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

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

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

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

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

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

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

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

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

図表10-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

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

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

(3) 計画期間

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

2 第3期計画における目標達成状況

(1) 全国の状況

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

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

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

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

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）

厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

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

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

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

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

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）

厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

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

(2) 阿武町の状況

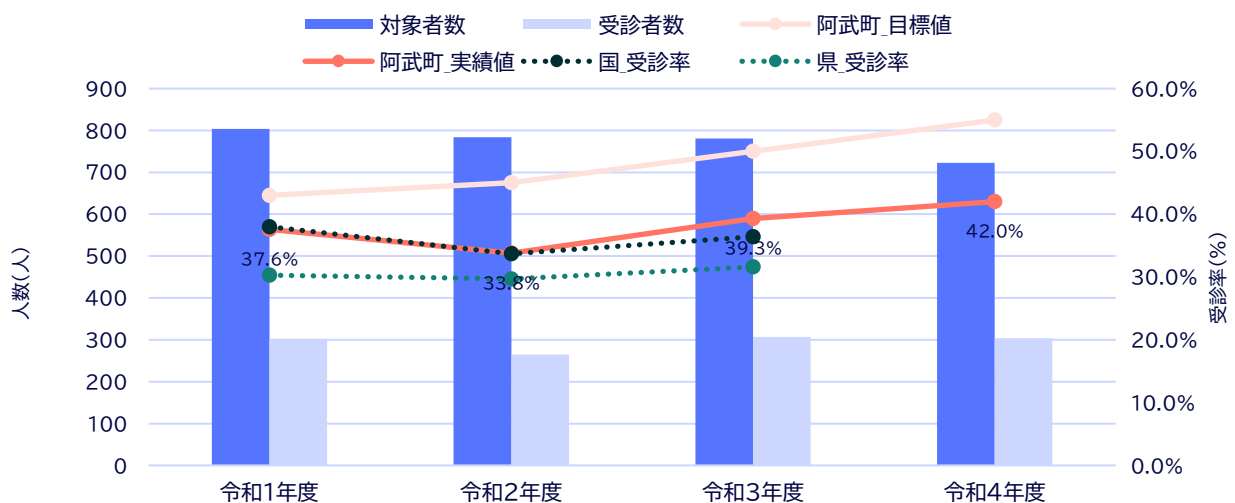
① 特定健診受診率

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年度の速報値では42.0%となっており、令和1年度の特定健診受診率37.6%と比較すると4.4ポイント上昇している。

令和3年度までで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、国は低下している一方で、県は増加している。

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

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診受診率	阿武町_目標値	43.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	阿武町_実績値	37.6%	33.8%	39.3%	42.0%	-
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	県	30.3%	29.7%	31.6%	-	-
特定健診対象者数（人）		804	784	781	723	-
特定健診受診者数（人）		302	265	307	304	-

【出典】目標値：前期計画

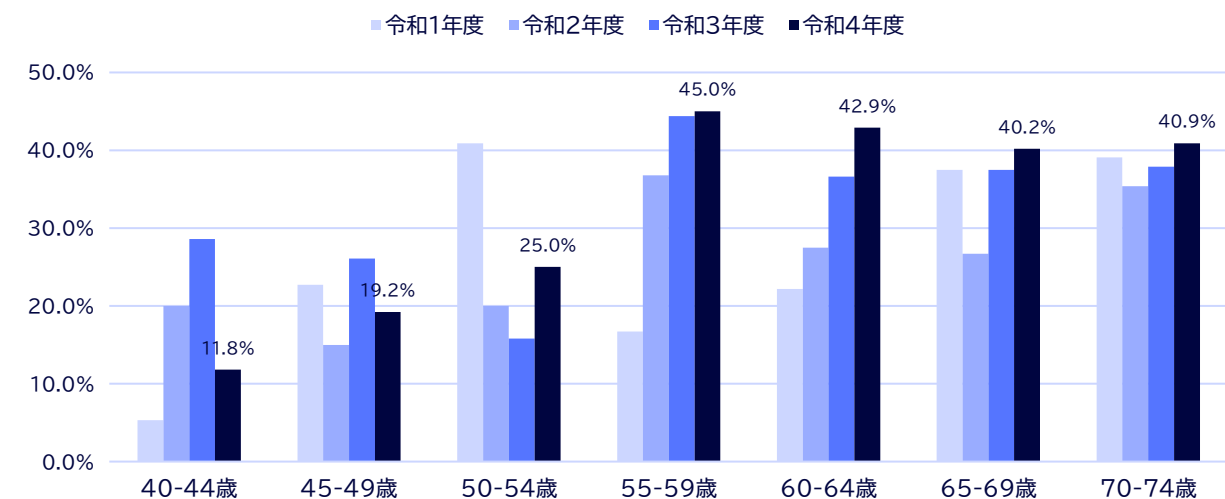
実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

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1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）

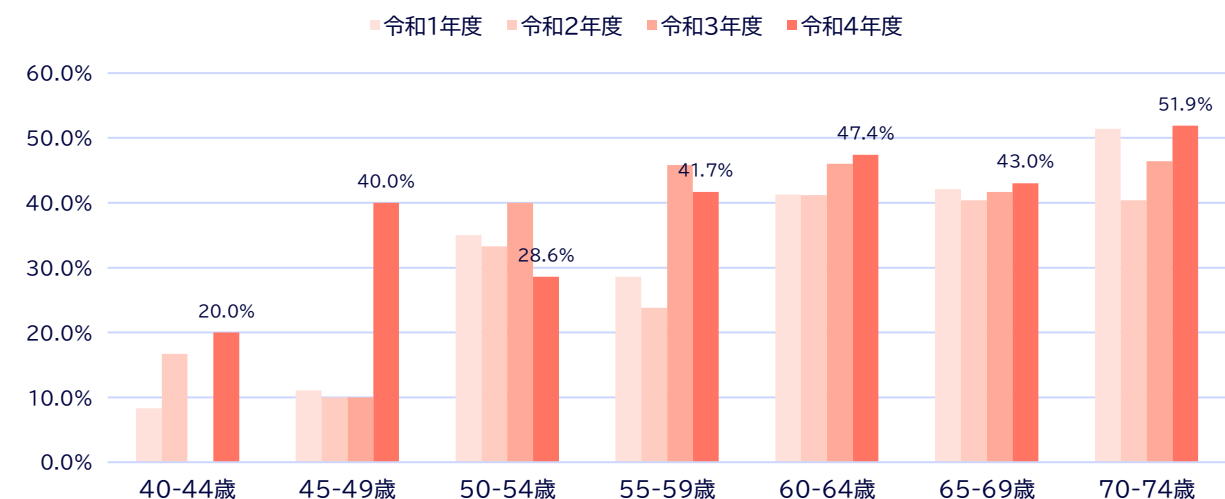
※令和4年度の国・県の法定報告値及び令和5年度法定報告値は令和6年1月時点で未公表のため、表は「-」と表記している

図表10-2-2：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	5.3%	22.7%	40.9%	16.7%	22.2%	37.5%	39.1%
令和2年度	20.0%	15.0%	20.0%	36.8%	27.5%	26.7%	35.4%
令和3年度	28.6%	26.1%	15.8%	44.4%	36.6%	37.5%	37.9%
令和4年度	11.8%	19.2%	25.0%	45.0%	42.9%	40.2%	40.9%
令和1年度と令和4年度の差	6.5	-3.5	-15.9	28.3	20.7	2.7	1.8

図表10-2-3：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	8.3%	11.1%	35.0%	28.6%	41.3%	42.1%	51.4%
令和2年度	16.7%	10.0%	33.3%	23.8%	41.2%	40.4%	40.4%
令和3年度	0.0%	10.0%	40.0%	45.8%	46.0%	41.7%	46.4%
令和4年度	20.0%	40.0%	28.6%	41.7%	47.4%	43.0%	51.9%
令和1年度と令和4年度の差	11.7	28.9	-6.4	13.1	6.1	0.9	0.5

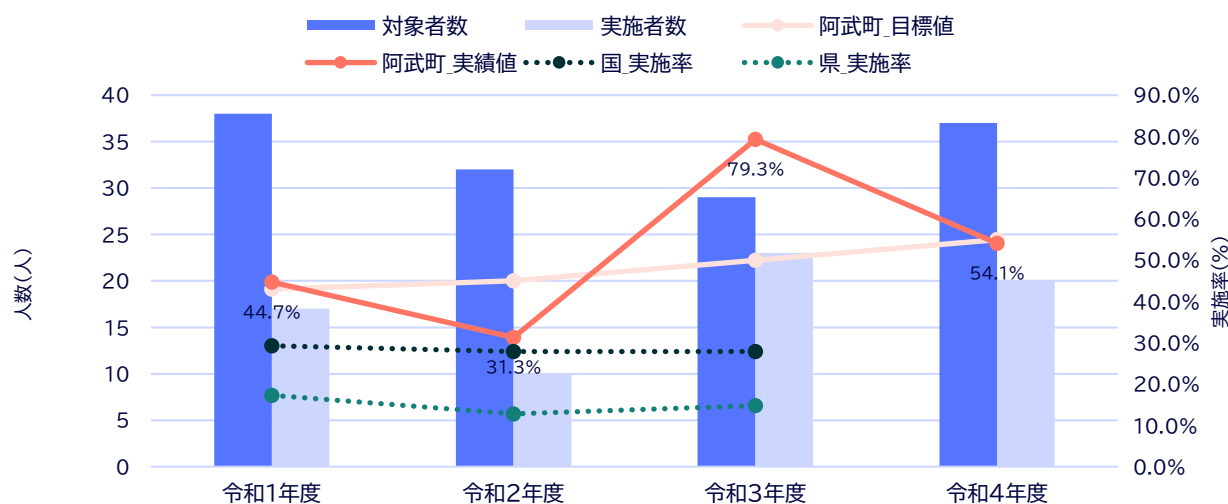
【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると（図表10-2-2-4）、特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度の速報値では54.1%となっており、令和1年度の実施率44.7%と比較すると9.4ポイント上昇している。令和3年度までの実施率でみると国・県より高い。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移をみると（図表10-2-2-5）、積極的支援では令和4年度は20.0%で、令和1年度の実施率28.6%と比較して8.6ポイント低下している。動機付け支援では令和4年度は46.9%で、令和1年度の実施率45.2%と比較して1.7ポイント上昇している。

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



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導実施率	阿武町_目標値	43.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	阿武町_実績値	44.7%	31.3%	79.3%	54.1%	-
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	17.3%	12.8%	14.8%	-	-
特定保健指導対象者数（人）		38	32	29	37	-
特定保健指導実施者数（人）		17	10	23	20	-

【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1年度から令和3年度

※令和4年度の国・県の法定報告値及び令和5年度法定報告値は令和6年1月時点で未公表のため、表は「-」と表記している

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	28.6%	55.6%	60.0%	20.0%
	対象者数（人）	7	9	5	5
	実施者数（人）	2	5	3	1
動機付け支援	実施率	45.2%	60.9%	54.2%	46.9%
	対象者数（人）	31	23	24	32
	実施者数（人）	14	14	13	15

【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

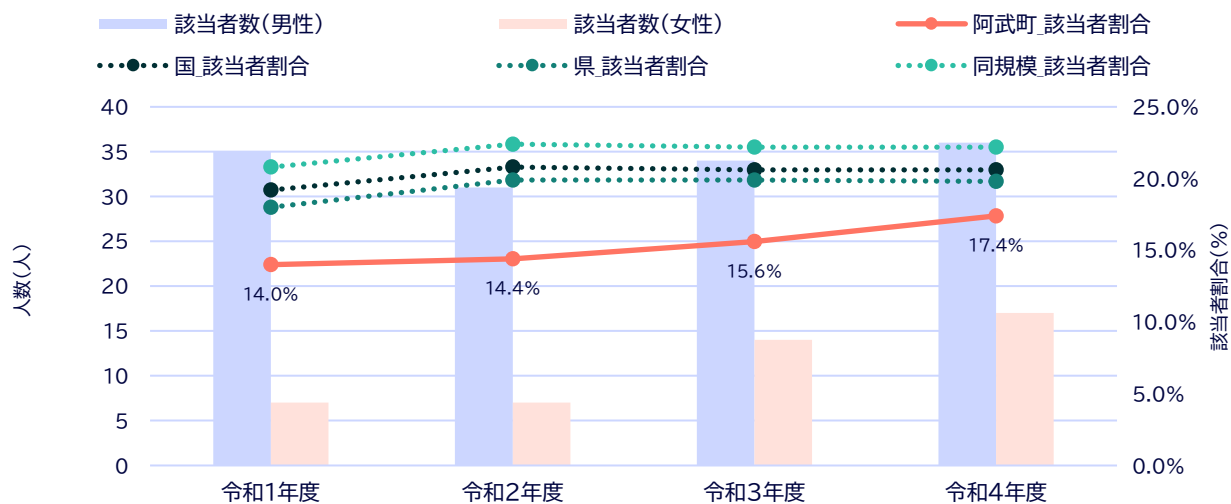
③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

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53人で、特定健診受診者の17.4%であり、国・県より低い。

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

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

図表10-2-2-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合
阿武町	42	14.0%	38	14.4%	48	15.6%	53	17.4%
男性	35	25.9%	31	26.3%	34	23.8%	36	26.1%
女性	7	4.2%	7	4.8%	14	8.5%	17	10.2%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	18.0%	-	19.9%	-	19.9%	-	19.8%
同規模	-	20.8%	-	22.4%	-	22.2%	-	22.2%

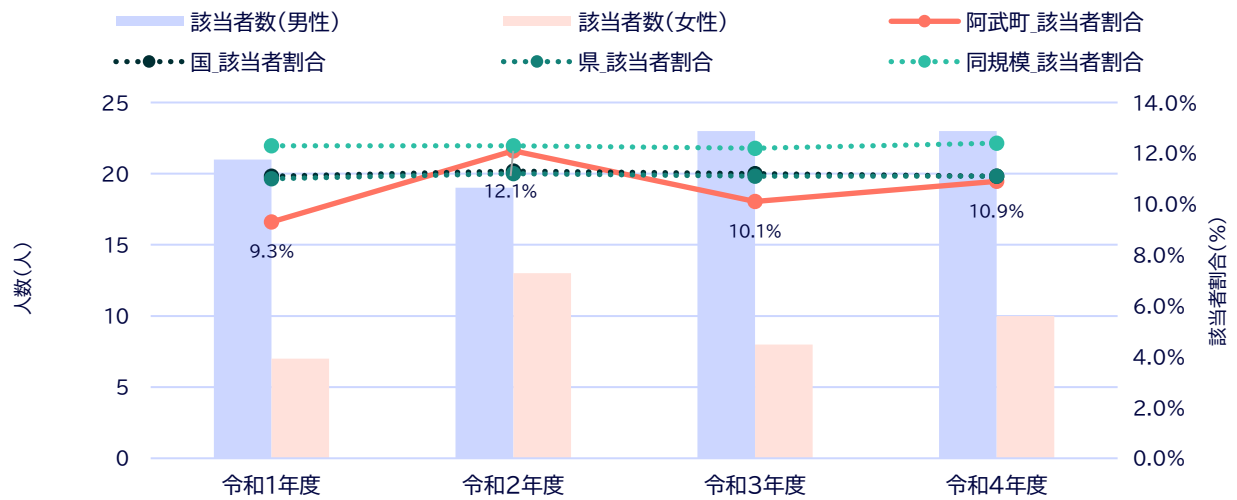
【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

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33人で、特定健診受診者における該当割合は10.9%で、国・県より低い。

前期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は増加しており、特定健診受診者における該当割合は上昇している。

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

図表10-2-2-7：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合
阿武町	28	9.3%	32	12.1%	31	10.1%	33	10.9%
男性	21	15.6%	19	16.1%	23	16.1%	23	16.7%
女性	7	4.2%	13	8.9%	8	4.9%	10	6.0%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	11.0%	-	11.2%	-	11.1%	-	11.1%
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	以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

(3) 国の示す目標

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

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

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

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

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

(4) 阿武町の目標

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する。

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

図表10-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	47.0%	50.0%	53.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%

図表10-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数（人）		686	656	626	597	566	536
	受診者数（人）		322	328	332	334	328	322
特定保健指導	対象者数（人）	合計	39	40	40	41	40	39
		積極的支援	5	5	5	6	5	5
		動機付け支援	34	35	35	35	35	34
	実施者数（人）	合計	22	23	23	23	24	23
		積極的支援	3	3	3	3	3	3
		動機付け支援	19	20	20	20	21	20

※各見込み数の算出方法

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

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

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

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

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

3 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

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

対象者は、阿武町国民健康保険加入者で、当該年度に40歳から74歳となる人に実施する。

② 実施期間・実施場所

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

個別健診は、5月から2月にかけて実施する。

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

③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員に図表10-3-1-1の「基本的な健診項目」を実施する。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施する。

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	・ 診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状） ・ 身体計測（身長、体重、腹囲、BMI） ・ 血圧 ・ 血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール）） ・ 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） ・ 血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖） ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診項目	・ 心電図検査 ・ 眼底検査 ・ 貧血検査 ・ 血清クレアチニン検査

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

④ 実施体制

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

⑤ 健診結果の通知方法

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

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

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

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

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

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

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

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

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

腹囲	追加リスク	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		なし	動機付け支援	
	3つ該当	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 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施するが、効率的、効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行う。具体的には、65歳以下の者を重点対象とする。

③ 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施する。

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

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、3か月間、定期的に電話や訪問で継続支援を実施する。初回面接から3か月後に中間評価を実施し、6か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。

動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、3か月または6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う。

④ 実施体制

特定保健指導の委託に際しては、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。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る。

また、特定保健指導実施機関が少ない地域や一部の対象者については、直営で指導を実施する。

4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(1) 特定健診

① 体制整備

- ・ 休日健診の実施
- ・ みなし健診の実施

② 受診勧奨

- ・ 受診勧奨ハガキの送付
- ・ 電話勧奨の実施

③ 普及啓発

- ・ 健診のしおりを全世帯に配布
- ・ 広報あぶに健診に関する記事掲載
- ・ 保健推進協議会（婦人会）による受診の声かけ活動
- ・ 特定健診啓発ポスターの作成・掲示

(2) 特定保健指導

① 利用勧奨

- ・ 電話や健診結果返却時に利用勧奨の実施
- ・ かかりつけ医による特定保健指導の利用勧奨の実施

② 早期介入

- ・ 健診結果返却会にて初回面接の実施

③ 業務委託

- ・ 積極的支援や継続対象者を中心に一部業者へ委託し、医師等による保健指導の実施

5 その他

(1) 計画の公表・周知

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

また、特定健診及び特定保健指導については、阿武町のホームページ等への掲載、啓発用ポスターの掲示などにより、普及啓発に努める。

(2) 個人情報の保護

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

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

(3) 実施計画の評価・見直し

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

実施中は、設定した目標値の達成状況を1年ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

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）の濃度のことで、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	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、腎臓の機能がおち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m ² ）で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死者数と実際に観察された死者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	ハその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA（HbA）にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したものである。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。単に腹囲が大きいただけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。