日之影町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
（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～令和 11 年度

日之影町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第 1 章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方　・・・・・・・・・1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
   1）市町村国保の役割
   2）関係機関との連携
   3）被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第 2 章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化　・・・・10

1. 保険者の特性
2. 第 2 期計画に係る評価及び考察
   1）第 2 期計画に係る評価
   2）主な個別事業の評価と課題
3. 第 3 期における健康課題の明確化
   1）基本的な考え方
   2）健康課題の明確化
   3)目標の設定

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

Ⅰ. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組
1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・70

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・71

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・・72

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略※1」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル※2 に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)※3」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画　改革行程表※4 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

※1　日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（H25.6 閣議決定）

※2　PDCA サイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し行うこと

※3　経済財政運営と改革の基本方針：政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4　新経済・財政再生計画　改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)※5」（以下「プログラム」という。）は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。（図表 2･3･4･5）

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB※6）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。（図表 2 参照）

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

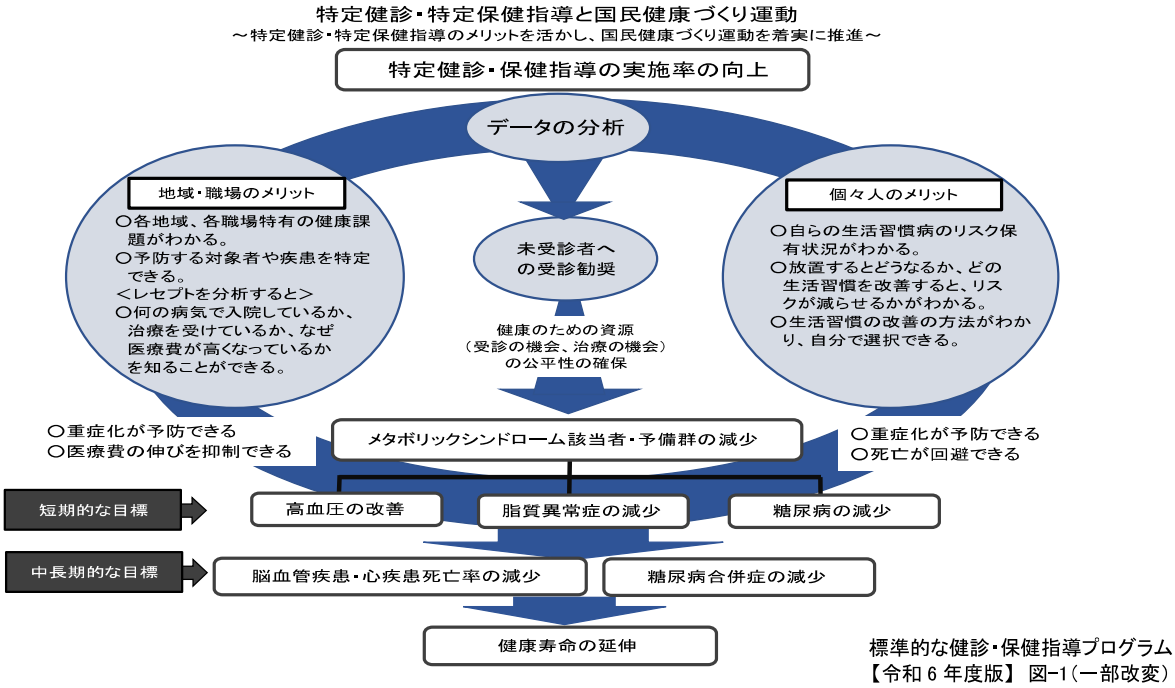
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
	※健康増進事業実施者とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用し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実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域の条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病性腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** 〇個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 〇社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 〇ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会（事務局：県、国保連合会）を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

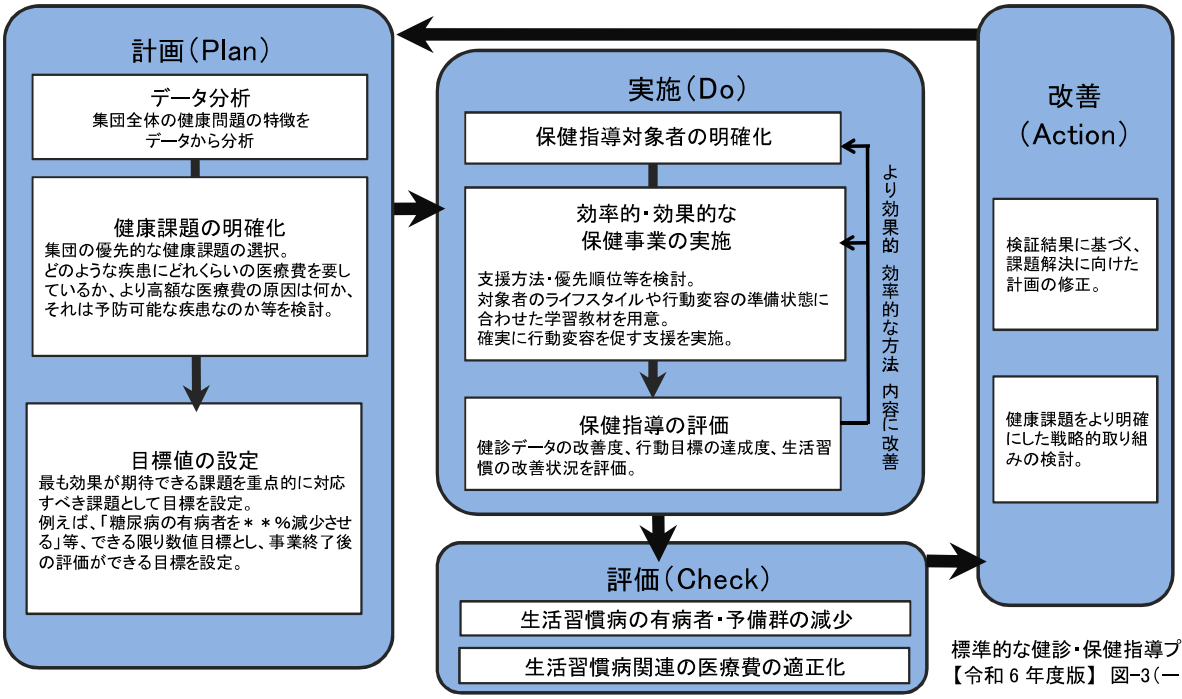
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

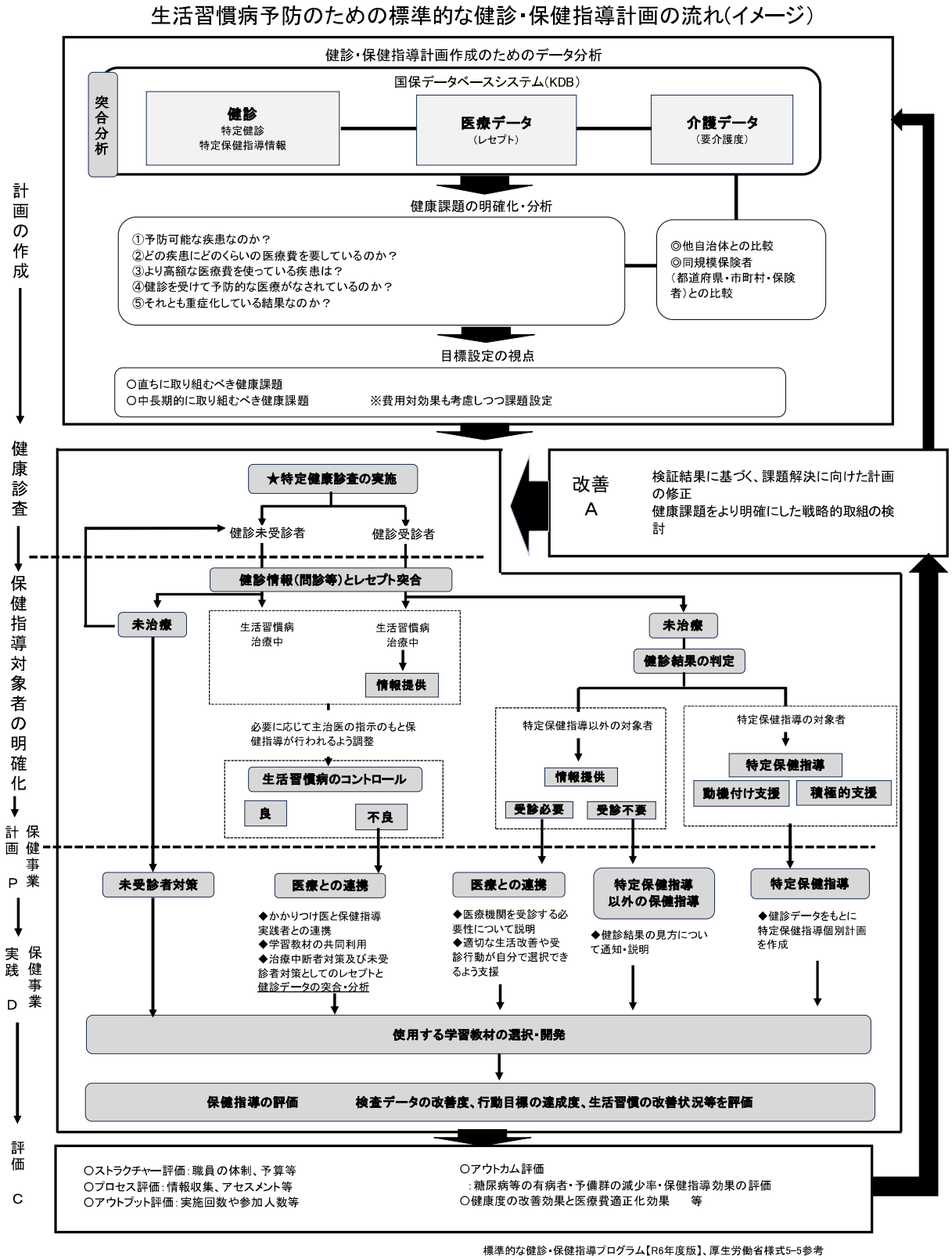
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

注）生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Actin））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注）生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

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

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

注）内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
（令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示）

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

データヘルス計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが 6 年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しました。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1）　市町村国保の役割

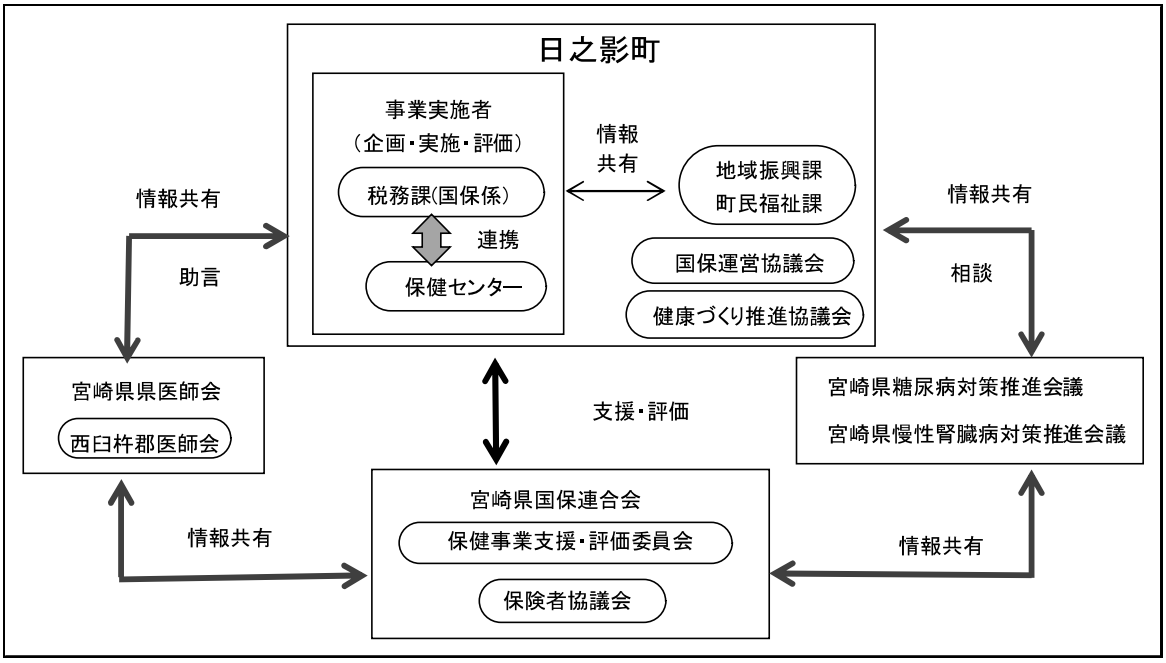
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療・保健衛生・介護保険部局（保健センター）、企画部局（地域振興課）、生

活保護部局（町民福祉課）とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 日之影町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担＜例＞

保・・・保健師　管栄・・・管理栄養士　事・・・事務(注：支払い事務、受診券送付等）　◎・・・主担当　○…副担当

		保	保	保	保	保	管栄	管栄	事	事	事
国保事務									◎	○	○
健康診断 保健指導		◎	○	◎	○	○	◎	○			
がん検診		○		◎							
新型コロナ ワクチン		◎	◎	○	○	○	○	○			
予防接種			◎					○			
母子保健		○	◎	○		○	○	◎			
精神保健			○			◎					
歯科保健	成人	◎									
	母子		◎								

2）　関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である宮崎県のほか、宮崎県国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会、宮崎県後期高齢者医療広域連合、宮崎県医師会・西臼杵郡医師会・歯科医師会、健康保険組合等の他の医療保険者、町内の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、日之影町国保運営協議会や健康づくり推進協議会をとおして、有識者からの参画を得ます。

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

3）　被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しています。また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用をおこないます。

図表 8　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			日之影町	配点	日之影町	配点	日之影町	配点
交付額(万円)			2,122,000		2,056,000		2,045,000	
全国順位(1,741市町村中)			207位		196位		196位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	120	**70**	140	**70**	175	**70**
		(2)特定保健指導実施率		**70**		**70**		**70**
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		**50**		**50**		**50**
	②	(1)がん検診受診率等	35	**40**	55	**40**	50	**40**
		(2)歯科健診受診率等		**30**		**30**		**35**
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	**120**	120	**120**	95	**100**
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	**90**	45	**90**	55	**45**
		(2)個人への分かりやすい情報提供		**20**		**20**		**20**
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	**50**	50	**50**	40	**50**
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	**130**	0	**130**	0	**130**
固有の指標	①	保険料(税）収納率	60	**100**	85	**100**	85	**100**
	②	データヘルス計画の実施状況	40	**40**	30	**30**	25	**25**
	③	医療費通知の取組	25	**25**	20	**20**	15	**15**
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	**30**	40	**30**	40	**40**
	⑤	第三者求償の取組	23	**40**	45	**50**	40	**50**
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	**95**	65	**100**	62	**100**
合計点			695	**1,000**	695	**960**	682	**940**

第2章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 3,500 人、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 45.6%となり、同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は 59.4 歳と同規模と比べて高く、財政指数は低い町です。
産業においては、第1次産業が 35.9%と同規模と比較しても高く、農業・林業を生業としている高齢の方が多いため農業・林業の担い手不足は深刻な課題です。また第3次産業が 46.3%と同規模と比べて低い割合となっていますが、年々増加傾向で昭和 60 年と比べると約 1.6 倍に増えています。サービス業の割合が多くなり、被保険者の生活習慣及び生活のリズムは不規則である可能性が高いことが考えられ、若い年代の健康課題を明確にすることが重要となっています。（図表 9）

国保加入率は 26.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 60%を占めています。（図表 10）
また医療の状況では、外来患者数及び入院患者数とも同規模と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

図表 9　同規模・県・国と比較した日之影町の特性　　R04 年度

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
日之影町	3,635	45.6	956（26.3）	59.4	6.1	23.1	0.2	35.9	17.8	46.3
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	32.7	23.1	54.0	7.3	13.4	0.4	11.0	21.1	67.9
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDB システムに定義されている「人口が同規模程度の保険者を指し、同規模保険者 274 市町村の平均を表す

出典：KDBデータシステム_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

図表 10　国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）
被保険者数（人）	1,122		1,060		1,026		994		956	
65～74歳	544	48.5	526	49.6	558	54.4	572	57.5	553	57.8
40～64歳	405	36.1	377	35.6	324	31.6	290	29.2	275	28.8
39歳以下	173	15.4	157	14.8	144	14.0	132	13.3	128	13.4
加入率（%）	28.4		26.9		26.0		25.2		26.3	

出典：KDBデータシステム_地域の全体像の把握

図表 11　医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考（R04）	
											同規模	県
	実数	割合（%）	実数	割合（%）	実数	割合（%）	実数	割合（%）	実数	割合（%）	割合（%）	割合（%）
病院数	1	0.9	1	0.9	1	1.0	1	1.0	1	1.0	0.3	0.6
診療所数	2	1.8	2	1.9	2	1.9	2	2.0	2	2.1	3.6	3.7
病床数	50	44.6	50	47.2	50	48.7	50	50.3	50	52.3	21.9	76.6
医師数	3	2.7	3	2.8	3	2.9	3	3.0	4	4.2	3.3	11.8
外来患者数（人）	729.5		757.9		744.2		791.0		799.1		653.6	720.5
入院患者数（人）	38.0		35.5		38.9		45.1		38.2		22.9	24.5

出典：KDBデータシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1）第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費（医療費・介護費）の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）に関する項目を設定しました。

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

（1）中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号（40～64 歳）被保険者が 2 人（認定率 0.18%）、1 号（65 歳以上）被保険者が 244 人（認定率 14.7%）と同規模・県・国と比較すると低く、平成 30 年度と比べて減少傾向にありますが（図表 12）、介護給費費は、約 5.9 億円から約 5.8 億円とほぼ横ばいです。（図表 13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第 2 号被保険者、第 1 号被保険者とも約 5 割の有病率となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであるといえます。（図表 14）

図表 12　要介護認定者（率）の状況

				日之影町				同規模	県	国
				H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率				1,684人	42.7%	1,657人	45.6%	41.4%	32.7%	28.7%
2号認定者				4人	0.31%	2人	0.18%	0.38%	0.33%	0.38%
		新規認定者		1人		0人		--	--	--
1号認定者				284人	16.9%	244人	14.7%	19.9%	16.8%	19.4%
		新規認定者		35人		23人		--	--	--
	再掲	65～74歳		20人	3.1%	17人	2.5%	--	--	--
			新規認定者	10人		1人		--	--	--
		75歳以上		264人	25.3%	227人	23.5%	--	--	--
			新規認定者	25人		22人		--	--	--

出典：KDBデータシステム_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

図表 13　介護給付費の変化

		日之影町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		5億8803万円	5億7575万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		349,184	347,467	323,222	292,336	290,668
1件あたり給付費（円）全体		100,810	119,302	80,543	70,156	59,662
	居宅サービス	52,273	59,895	42,864	50,961	41,272
	施設サービス	294,668	313,165	288,059	294,840	296,364

出典：KDBデータシステム_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

図表 14　血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況　　R04 年度

受給者区分				2号		1号						合計	
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数（全体）				2		17		227		244		246	
	再）国保・後期			2		15		206		221		223	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1 50.0%	脳卒中	7 46.7%	脳卒中	89 43.2%	脳卒中	96 43.4%	脳卒中	97 43.5%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	5 33.3%	虚血性心疾患	49 23.8%	虚血性心疾患	52 23.5%	虚血性心疾患	52 23.3%
			3	腎不全	0 0.0%	虚血性心疾患	3 20.0%	腎不全	35 17.0%	腎不全	40 18.1%	腎不全	40 17.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	2 13.3%	糖尿病合併症	13 6.3%	糖尿病合併症	15 6.8%	糖尿病合併症	15 6.7%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			2 100.0%	基礎疾患	12 80.0%	基礎疾患	197 95.6%	基礎疾患	209 94.6%	基礎疾患	211 94.6%
		血管疾患合計			2 100.0%	合計	14 93.3%	合計	198 96.1%	合計	212 95.9%	合計	214 96.0%
	認知症			認知症	1 50.0%	認知症	3 20.0%	認知症	120 58.3%	認知症	123 55.7%	認知症	124 55.6%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	15 100.0%	筋骨格系	198 96.1%	筋骨格系	213 96.4%	筋骨格系	215 96.4%

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

② 医療費の状況

本町の国保の総医療費は、加入者の減少とともに減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 10 万円も高く、平成 30 年度と比較すると約 2.5 万円増えています。

入院医療費は平成 30 年度は総医療費の 50%以上を占めていましたが、令和 4 年度は 50%以下となり、1件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して 2 万円少なくなりました。反対に、外来医療費が令和 4 年度は総医療費の 52.4%を占めています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数でみてみると、入院の地域差指数は平成 30 年度よりも減少しているものの全国平均の 1 を大きく超えています。入院となるのを抑制していくためには、予防可能な生活習慣病の重症化を予防することが重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

			日之影町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数			1,122人		956人		--	--	--
	前期高齢者割合		544人 (48.5%)		553人 (57.8%)		--		
総医療費			4億9393万円		4億4451万円		--	--	--
一人あたり医療費(円)			440,227	県内1位 同規模25位	464,971	県内3位 同規模24位	367,527	382,037	339,680
	入院	1件あたり費用額(円)	502,300		479,000		588,220	552,530	617,950
		費用の割合(%)	52.4		47.6		44.9	43.7	39.6
		件数の割合(%)	5.0		4.6		3.4	3.3	2.5
	外来	1件あたり費用額(円)	23,810		25,180		25,290	24,210	24,220
		費用の割合(%)	47.6		52.4		55.1	56.3	60.4
		件数の割合(%)	95.0		95.4		96.6	96.7	97.5
受診率(%)			767.52		837.32		676.49	744.99	705.44

※同規模順位は、日之影町と同規模保険者 274 市町村の平均を表す

出典:KDBデータシステム_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		日之影町 (県内市町村中)		県 (47県中)	日之影町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R03年度	R03年度	H30年度	R03年度	R03年度
地域差指数・順位	全体	1.218	1.251	1.043	0.912	0.982	0.961
		(1位)	(1位)	(18位)	(18位)	(8位)	(28位)
	入院	1.625	1.673	1.161	1.028	1.136	0.977
		(1位)	(1位)	(14位)	(8位)	(5位)	(27位)
	外来	0.982	1.018	0.974	0.807	0.835	0.955
		(10位)	(7位)	(33位)	(20位)	(19位)	(30位)

出典:厚労省「地域差分析」

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標で、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が総医療費に占める割合を平成 30 年度と比較すると、ともに減少しています。（図表 17）

次に中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、虚血性心疾患・腎不全の患者数は減少しているもののその割合は増加しています。また、再掲より 40～64 歳の虚血性心疾患・腎不全の割合が増加しており、若い世代へ重症化予防の対策が重要であると考えます。（図表 18）

虚血性心疾患や人工透析は患者本人はもちろんのこと家族にも長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧や糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			日之影町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費			4億9393万円	4億4451万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計			3732万円	2341万円	--	--	--
			7.56%	5.27%	7.24%	8.32%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.87%	0.44%	2.12%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.17%	0.32%	1.46%	1.43%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	5.06%	4.37%	3.29%	4.61%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.46%	0.13%	0.37%	0.24%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		13.13%	12.13%	17.57%	15.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.13%	10.35%	9.33%	8.73%	8.68%
	精神疾患		14.97%	11.95%	7.82%	9.23%	7.63%

出典：KDBデータシステム_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

最大医療資源傷病〔調剤含む）（※1）による分類結果

※1「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名

KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患						
					疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度（人）	R04年度（人）		H30年度（人）	R04年度（人）	H30年度（人）	R04年度（人）	H30年度（人）	R04年度（人）
治療者 0～74歳		A	1,122	956	a	67	68	65	58	8	7
					a/A	6.0%	7.1%	5.8%	6.1%	0.7%	0.7%
40歳以上		B	949	828	b	64	67	64	58	7	6
		B/A	84.6%	86.6%	b/B	6.7%	8.1%	6.7%	7.0%	0.7%	0.7%
再掲	40～64歳	D	405	275	d	15	10	9	7	3	3
		D/A	36.1%	28.8%	d/D	3.7%	3.6%	2.2%	2.5%	0.7%	1.1%
	65～74歳	C	544	553	c	49	57	55	51	4	3
		C/A	48.5%	57.8%	c/C	9.0%	10.3%	10.1%	9.2%	0.7%	0.5%

出典：KDBデータシステム_疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）、介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況についてそれぞれを経年変化(図表 19～21)で見ると、3疾患とも治療者の割合は増加しています。しかし、40～64 歳では、その合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は増加していることから、若い世代へのアプローチが重要だといえます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症(疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者		A	471人	443人	142人	88人	329人	355人
		A/被保数	49.6%	53.5%	35.1%	32.0%	60.5%	64.2%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	43人	40人	9人	6人	34人	34人
		B/A	9.1%	9.0%	6.3%	6.8%	10.3%	9.6%
	虚血性心疾患	C	49人	41人	4人	4人	45人	37人
		C/A	10.4%	9.3%	2.8%	4.5%	13.7%	10.4%
	人工透析	D	6人	5人	3人	3人	3人	2人
		D/A	1.3%	1.1%	2.1%	3.4%	0.9%	0.6%

出典:KDBデータシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病(疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者		A	202人	195人	61人	46人	141人	149人
		A/被保数	21.3%	23.6%	15.1%	16.7%	25.9%	26.9%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	16人	21人	3人	4人	13人	17人
		B/A	7.9%	10.8%	4.9%	8.7%	9.2%	11.4%
	虚血性心疾患	C	30人	27人	0人	1人	30人	26人
		C/A	14.9%	13.8%	0.0%	2.2%	21.3%	17.4%
	人工透析	D	3人	3人	1人	1人	2人	2人
		D/A	1.5%	1.5%	1.6%	2.2%	1.4%	1.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	17人	14人	6人	3人	11人	11人
		E/A	8.4%	7.2%	9.8%	6.5%	7.8%	7.4%
	糖尿病性網膜症	F	29人	35人	10人	13人	19人	22人
		F/A	14.4%	17.9%	16.4%	28.3%	13.5%	14.8%
	糖尿病性神経障害	G	7人	5人	3人	1人	4人	4人
		G/A	3.5%	2.6%	4.9%	2.2%	2.8%	2.7%

出典:KDBデータシステム_疾病管理一覧(糖尿病)、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症(疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者		A	332人	294人	108人	67人	224人	227人
		A/被保数	35.0%	35.5%	26.7%	24.4%	41.2%	41.0%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	26人	25人	6人	3人	20人	22人
		B/A	7.8%	8.5%	5.6%	4.5%	8.9%	9.7%
	虚血性心疾患	C	43人	40人	5人	5人	38人	35人
		C/A	13.0%	13.6%	4.6%	7.5%	17.0%	15.4%
	人工透析	D	5人	5人	3人	3人	2人	2人
		D/A	1.5%	1.7%	2.8%	4.5%	0.9%	0.9%

出典:KDBデータシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びています。また未治療者について、健診後に医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧では約 26.3%いました。

しかし糖尿病では、未治療者への受診勧奨を重点的におこなった結果、その数・割合はともに減少しました。

高血圧未治療者への受診勧奨とⅡ度高血圧以上の者や HbA1c7.0 以上の者への適切な自己管理を支援することが重症化予防につながると考えます。（図表 22）

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療（内服なし）		R03年度		問診結果 未治療（内服なし）		レセプト情報（R03.4～R04.3） 未治療		治療中断	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
日之影町	508人	59.2%	555人	72.8%	15人	3.0%	6人	40.0%	38人	6.8%	16人	42.1%	10人	26.3%	1人	2.6%
448市町村合計	1,362,582人	39.0%	1,216,343人	36.9%	73,619人	5.4%	42,432人	57.6%	74,105人	6.1%	43,019人	58.1%	26,617人	35.9%	3,693人	5.0%

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療（内服なし）		R03年度		問診結果 未治療（内服なし）		レセプト情報（R03.4～R04.3） 未治療		治療中断	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/A	J	J/I	K	K/B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
日之影町	502人	98.8%	554人	99.8%	18人	3.6%	4人	22.2%	21人	3.8%	2人	9.5%	0人	0.0%	0人	0.0%
448市町村合計	1,344,224人	98.7%	1,207,146人	99.2%	63,812人	4.7%	17,755人	27.8%	61,826人	5.1%	16,349人	26.4%	4,064人	6.6%	1,905人	3.1%

出典：データヘルス計画ひな形作成ツール

※未治療…12 ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者
※中断…高血圧（または糖尿病）のレセプトがある者のうち、直近（年度末の 3 月を基点として）3 ヶ月以上レセプトがない者

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していることで、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は 2.5%伸びており、3 項目すべての危険因子が重なっている割合も増加しています。（図表 23）

また平成 30 年度と令和 3 年度の HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合はいずれも増加しましたが、重症化予防の観点から、それぞれの年度の 2 年間の経年変化として翌年度の結果を見ると、改善もできていました。ただし、翌年度健診を受診していない（継続受診していない）方はいずれも 2 割程度存在し、その 2 割については検査結果が把握できない状況です。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、重症化予防対象者へは継続受診勧奨を強化して行っていきます。

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	508人（59.2%）	81人（15.9%）	20人（3.9%）	61人（12.0%）	60人（11.8%）
R04年度	517人（69.8%）	95人（18.4%）	22人（4.3%）	73人（14.1%）	64人（12.4%）

図表 24　HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	39人（6.4%）	13人（33.3%）	16人（41.0%）	3人（7.7%）	7人（17.9%）
R03→R04	48人（8.7%）	19人（39.6%）	15人（31.3%）	4人（8.3%）	10人（20.8%）

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	21人（3.4%）	11人（52.4%）	3人（14.3%）	1人（4.8%）	6人（28.6%）
R03→R04	38人（6.8%）	22人（57.9%）	8人（21.1%）	1人（2.6%）	7人（18.4%）

図表 26　LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	42人（6.8%）	22人（52.4%）	12人（28.6%）	3人（7.1%）	5人（11.9%）
R03→R04	36人（6.5%）	21人（58.3%）	7人（19.4%）	2人（5.6%）	6人（16.7%）

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度とほぼ変わらず令和 4 年度は 67.8%と第 3 期特定健診等実施計画の目標を達成できませんでした。（図表 27）また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 20 歳～30 歳代を対象としたヤング健診を実施していますが、40 歳代の受診率は低い状況が続いています。（図表 28）

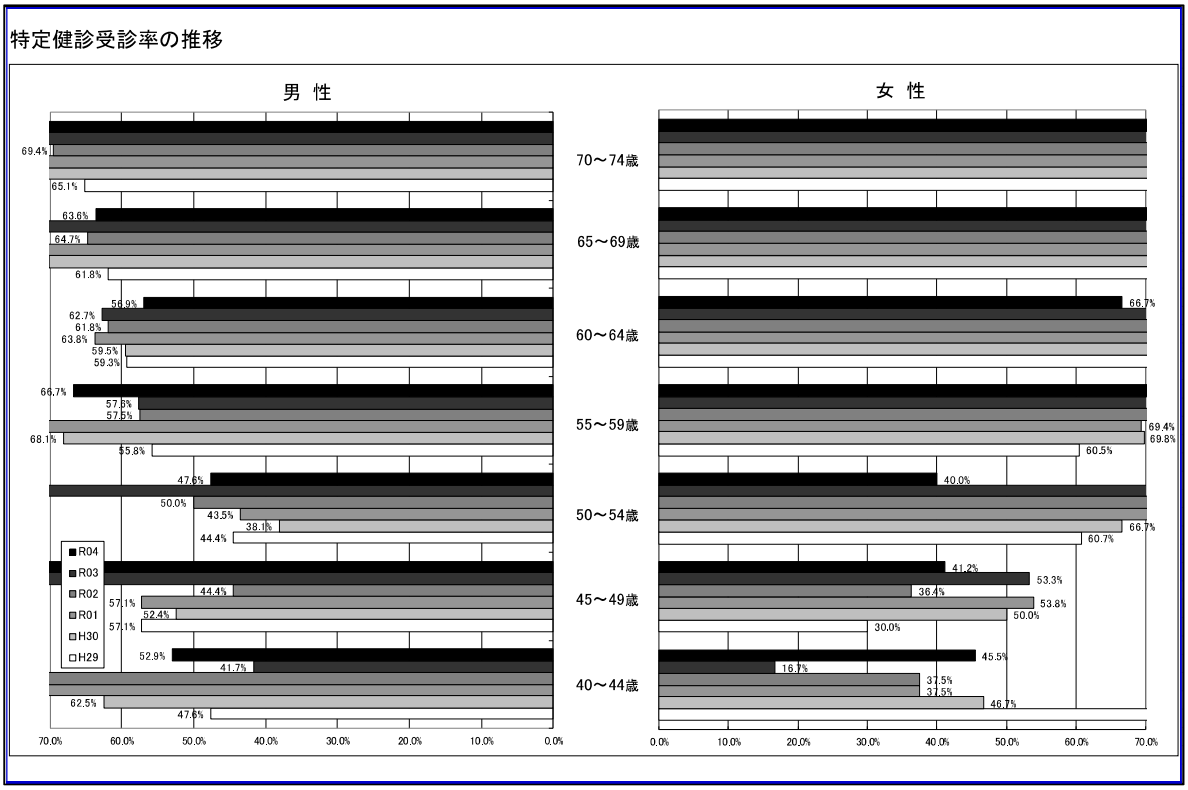
特定保健指導については、特定保健指導実施率 80%以上という目標を達成しました。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

図表 27　特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数（a）	583人	579人	543人	524人	502人	健診受診率 73%
	受診率 （a/対象者数）	67.8%	70.9%	67.9%	68.5%	67.9%	
特定保健指導	該当者数（b）	44人	48人	36人	36人	38人	特定保健指導実施率 85%
	割合（b/a）	7.5%	8.3%	6.6%	6.9%	7.6%	
	実施者数（c）	35人	40人	28人	28人	32人	
	実施率（b/c）	79.5%	83.3%	77.8%	77.8%	84.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移（H29 年度～R04 年度）



出典：保健指導実践ツール

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防対象者（HbA1c6.5 以上の者）の割合は、毎年受診者の 7.0～9.0%です。血糖値有所見者への保健指導を全員に実施していますが、有所見者割合や未治療・中断者の割合は令和 2 年度からほぼ横ばい状態が続いています。

平成 30 年度からは HbA1c8.0%以上の高血糖者から優先的に支援を実施しました。その結果、HbA1c8%以上の者は、平成 30 年度の 11 人から令和4年度の 4 人へと減らすことができました。特に未治療者には根気よく受診勧奨を行った結果、全員が治療開始となりました。今後も治療中断とならないように医療機関とも情報共有しながら受診継続の支援をおこないます。

肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、医療と連携し、専門職（保健師・管理栄養士）よる保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1「インスリン抵抗性」血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	a	583人	579人	543人	524人	502人
HbA1c6.5以上者	b	41人	40人	44人	49人	36人
	b/a	7.0%	6.9%	8.1%	9.4%	7.2%
保健指導実施者※1	c	41人	40人	44人	49人	36人
	c/b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※1 保健指導は訪問・来所などによる面談実施者を計上　　出典：日之影町調べ

表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
HbA1c6.5以上者	a	41人	40人	44人	49人	36人
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者※2	b	14人	7人	11人	11人	9人
	b/a	34.1%	17.5%	25.0%	22.4%	25.0%
受診した者	c	9人	6人	7人	7人	7人
	c/b	64.3%	85.7%	63.6%	63.6%	77.8%
治療開始した者	d	9人	6人	7人	7人	7人
	d /b	64.3%	85.7%	63.6%	63.6%	77.8%

※2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者　　出典：日之影町調べ

表 3　HbA1c8.0 以上の状況（アウトカム評価）

			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者		人(a)	583人	579人	543人	524人	502人
HbA1c8.0以上		人(b)	11人	9人	10人	5人	4人
		b/a	1.9%	1.6%	1.8%	1.0%	0.8%
	保健指導実施	人(c)	11人	9人	10人	5人	4人
		c/b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0以上の未治療者		人(d)	3人	1人	2人	0人	1人
		d/b	27.3%	11.1%	20.0%	0.0%	25.0%
HbA1c8.0以上の未治療者の翌年度までの治療状況	内服治療開始		0人	0人	2人	0人	1人
	治療中（内服無し）		2人	0人	0人	0人	0人
	未治療		1人	1人	0人	0人	0人

出典：日之影町調べ

※備考・・・H30 年度、R1 年度の未治療者２名については、R3 年度に内服開始となったため、H30 年度から R4 年度累計での HbA1c8.0 以上の未治療者はいない。

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患などの重症化を予防することを目的として健診時に心電図検査を実施し、受診者の 9 割以上に検査ができています。

ST 所見者や心房細動所見者に対しては、治療状況の確認や治療中断を防ぐとともに、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続しておこないます。

表 4　特定健診心電図検査の結果　有所見者の状況　（単位：人）

		H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者	a	622	292	330	601	295	306	559	276	283	555	274	281	517	258	259
心電図受診者	b	569	270	299	545	269	276	504	249	255	534	262	272	498	247	251
心電図実施率	b/a	91%	92%	91%	91%	91%	90%	90%	90%	90%	96%	96%	97%	96%	96%	97%
要医療者	c	7	6	1	4	1	3	5	2	3	1	1	0	1	0	1
有所見率	c/b	1.2%	2.2%	0.3%	0.7%	0.4%	1.1%	1.0%	0.8%	1.2%	0.2%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.4%
心房細動	d	6	5	1	6	6	0	5	5	0	7	7	0	4	4	0
心房細動有所見率	d/b	1.1%	1.9%	0.3%	1.1%	2.2%	0.0%	1.0%	2.0%	0.0%	1.3%	2.7%	0.0%	0.8%	1.6%	0.0%
うち、心房細動未治療		5	4	1	6	6	0	5	5	0	6	6	0	4	4	0

出典：日之影町調べ

表 5　心電図受診者のうち、ST 所見者の状況　（単位：人）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
心電図実施者	569		545		504		534		498	
ＳＴ異常所見者	47	8.3%	36	6.6%	48	9.5%	45	8.4%	40	8.0%
要医療	4	8.5%	1	2.8%	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診あり	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診なし	2	50.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典：日之影町調べ

表 6　心房細動有所見者のうち、未治療者の状況　（単位：人）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
心房細動所見者	6		6		5		7		4	
心房細動未治療者	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断（治療開始に至らず）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%
治療開始、又は治療中	5	83.3%	6	100.0%	5	100.0%	6	85.7%	4	100.0%

出典：日之影町調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、平成 30 年度から令和 3 年度までは増加傾向にありましたが、令和 4 年度には令和 3 年度から 0.7%減少しました。しかし、Ⅱ度高血圧以上の者の半数近くが治療無しの状況でした。特に、Ⅲ度高血圧以上の者においては、6 人のうち 3 人が未治療の状態でした。
令和 4 年度に高血圧Ⅱ度以上の者で未治療者 15 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、6 人(40.0%)です。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。
また、他の危険因子との組み合わせにより、脳疾患や心疾患、腎疾患などの臓器障害の程度に深く関与しています。例示表 8 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。
①高リスクの未治療者と②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援や適切な受診勧奨に取り組んでいきます。また、高値血圧の者においては、家庭血圧測定を勧めるとともに、血圧記録手帳の活用を促していきます。

高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 18 人(54.5%)いました。服薬状況の確認に加え、特にリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表 7　Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

				H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者			a	583人	579人	543人	524人	502人
Ⅱ度高血圧以上の者			b	23人	24人	23人	38人	33人
			b/a	3.9%	4.1%	4.2%	7.3%	6.6%
	治療あり		c	13人	15人	10人	22人	18人
			c/b	56.5%	62.5%	43.5%	57.9%	54.5%
	治療無し		d	10人	9人	13人	16人	15人
			d/b	43.5%	37.5%	56.5%	42.1%	45.5%
		治療開始	e	5人	6人	7人	8人	6人
			e/d	50.0%	66.7%	53.8%	50.0%	40.0%
(再掲)	Ⅲ度高血圧以上の者		f	3人	3人	1人	6人	6人
			f/a	0.5%	0.5%	0.2%	1.1%	1.2%
		治療あり 治療開始者も含む	g	3人	2人	1人	5人	3人
			g/f	100.0%	66.7%	100.0%	83.3%	50.0%
		治療無し	h	0人	1人	0人	1人	3人
			h/f	0.0%	33.3%	0.0%	16.7%	50.0%

出典:日之影町調べ

表8　血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
リスク層（血圧以外のリスク因子）	142	79	48	12	3
		55.6%	33.8%	8.5%	2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	6	C 4	B 2	B 0	A 0
	4.2%	5.1%	4.2%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	84	C 47	B 31	A 6	A 0
	59.2%	59.5%	64.6%	50.0%	0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	52	B 28	A 15	A 6	A 3
	36.6%	35.4%	31.3%	50.0%	100.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	30
		21.1%
B	概ね1ヵ月後に再評価	61
		43.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	51
		35.9%

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

出典：保健指導実践ツール

（2）ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導（令和 6 年度版）によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

日之影町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

生活習慣病の重症化は、食生活、生活リズムなどの生活背景と大きく関連していることや医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態について等、各種団体や公民館単位での集会等で周知を行いました。

また、高血圧予防を目的として健診会場での減塩食品の展示や提供、血圧計の貸し出し、血圧記録手帳の配布等の高血圧対策を集中的に実施してきました。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 H28	実績 中間評価 R1	実績 最終評価 R5 ※R4ﾃﾞｰﾀを活用	現状値の把握方法
特定健診等計画		・健診データから、HbA1c、空腹時血糖値の有所見者割合が高い。 ・メタボリックシンドローム該当者が、男性は増加、女性は横ばいとなっている。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が増加している。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率73%以上	66.3%	70.9%	67.9%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				特定保健指導実施率85%以上	74.6%	83.3%	84.2%	
				特定保健指導対象者の減少率20%	11.3%	19.5%	18.2%	
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.6%	2.0%	0.4%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.0%	0.5%	0.3%	
				新規透析導入者数	1人	0人	0人	
	短期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	内臓脂肪症候群該当者の割合減少25%（前年度比）	22.0%	18.8%	14.1%	健康増進計画
				健診受診者の高血圧者の減少（Ⅱ度高血圧以上）	21人	23人	33人	
				健診受診者の脂質異常者の減少（LDL140以上）	132人	124人	104人	
				健診受診者の糖尿病者の減少（HbA1c6.5以上）	42人	38人	34人	
保険者努力支援制度				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合55%	26.7%	50.0%	72.0%	
				糖尿病の保健指導を実施した割合95%以上	92.0%	80.4%	100.0%	
		・肺がんによる死亡率が高いが、受診率が少ない。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率　胃がん検診　35%以上	26.2%	35.7%	31.7%	地域保健事業報告（40～69）※H30より国保／国保で集計
				肺がん検診　30%以上	6.4%	27.7%	26.0%	
				大腸がん検診　35%以上	27.2%	31.0%	37.7%	
				子宮頸がん検診　35%以上	20.2%	41.1%	38.4%	
				乳がん検診　40%以上	18.2%	43.0%	44.7%	
			自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上	0.0%	15.5%	29.0%	保健センター
		・後発品数シェア50%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合65%以上		57.0%	63.7%	厚生労働省公表結果
			歯科健診（歯周病健診）	歯科健診（歯周病健診含む）の実施	－	0.9%	9.7%	
			高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	－	－	実施	

※　　最終評価時に目標達成しなかった項目

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

医療費の増大や本人の生活の質の低下につながる透析を予防するため、糖尿病性腎症重症化予防に優先的に取り組み、健診での過去 10 年間の高血糖者やCKD予防対象者の台帳作成、積極的な保健指導を実施してきました。また、KDBのレセプト情報からも、医療のかかり具合等のﾁｪｯｸをおこない、保健指導対象としてきました。その結果、健診結果では、HbA1c値の改善や治療中断者の減少、腎疾患の悪化を防ぐことができたと考えます。逆に、本町では以前から新規透析の原因には腎硬化症の割会が高いこと、平成 3 年度頃から、高血圧高値者の増加が目立ち、治療中、治療無し者にかかわらず高い値を継続している者の多いことが課題にあげられました。高血圧は様々な疾患への危険因子であり基礎疾患であることについての理解不足がみられ、高血圧を放置している大きな要因であると考えられます。このことから、平成 4 年度からの保健活動計画は、高血圧対策を最優先にかかげ、Ⅱ度高血圧以上の者への保健指導とともに減塩セミナー（健康教室）の開始、広く住民に対しポプュレーションアプローチとして、いろいろな場面での高血圧予防講話、積極的な減塩食品の活用の呼びかけ、健診受診者全員への血圧記録手帳の配布、血圧計の貸し出し事業の拡大等を行なっており、今後も事業の効果検証をしつつ事業を行っていきます。

健診受診率は 6～7 割程度であることや受診者への保健指導が十分でなかったため、生活習慣病重症化をまねき、心疾患や脳血管疾患にて緊急手術やリハビリ開始となる者が年間数人程度います。一人発症すると、一人あたりの医療費は一気に増大することから、総医療費の県内順位は常に上位であり、最終目標である医療費の削減につながっていません。

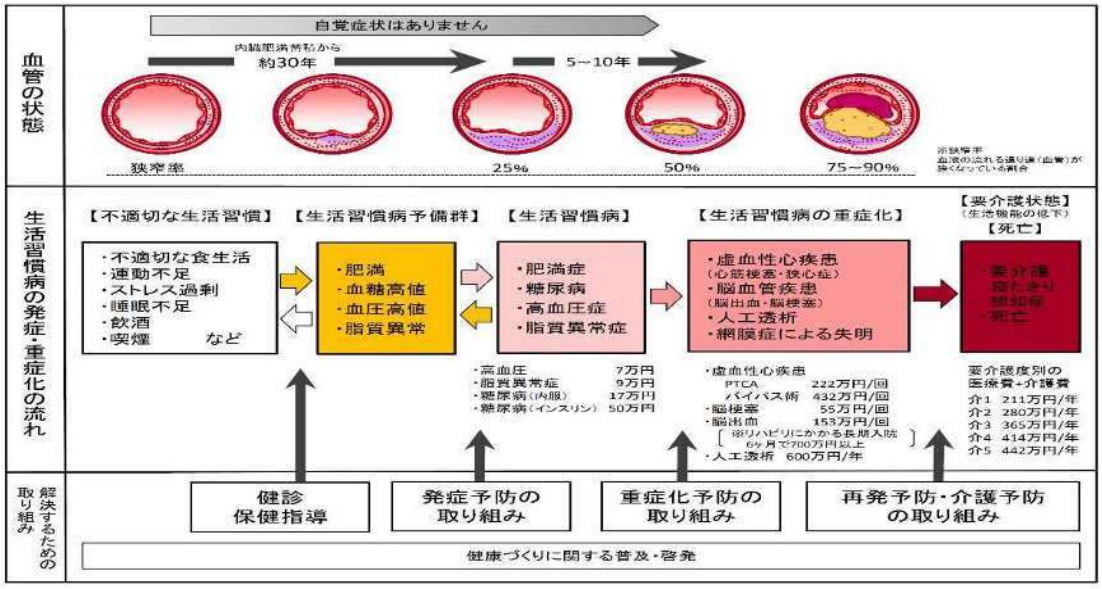
重症化を予防するために、第 3 期データヘルス計画作成時の課題に向き合い、PDCA サイクルを意識した保健事業の展開が重要と考えます。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第4編別紙1を改変

2)健康課題の明確化

医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

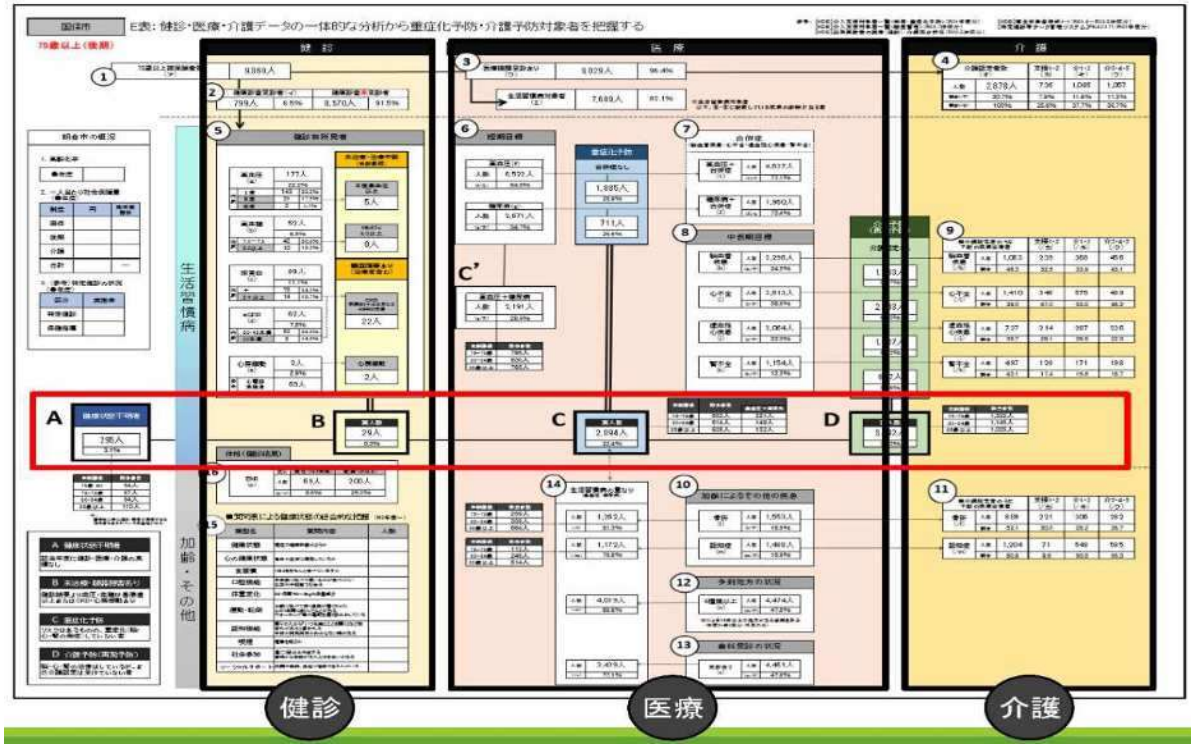
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいとされています。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導や啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析（作成例）



（1）医療費分析

国保の被保険者数は年々減ってますが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり医療費は 80 万円を超え、国保の一人あたり医療費の 2 倍になります。（図表 32）

日之影町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合 4.56%は、同規模と比べて 1.5%以上低くなったものの、高血圧の総医療費に占める割合は、国保・後期高齢とも同規模・県・国に比べて高い状況であり、慢性腎不全（透析有）も同規模より高い状況となっています。（図表 33）

高額レセプトについては、国保において約 70 件前後のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 1.5 倍に増えています。

脳血管疾患で高額になったレセプトをみてみると、国保では令和 1 年度に 4 件で 413 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 1 件となり、費用額も 118 万円でした。しかし、後期高齢においては、4 件のレセプトが発生し、367 万円の費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。

また、虚血性心疾患で高額になったレセプトでは、令和 3 年度に 3 件のレセプトが発生し、473 万円の費用がかかりました。早期からの健診での血液検査や心電図結果により、適切な保健指導と医療機関への受診勧奨をおこなっていく必要があります。（図表 34、35、36）

図表 32　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期高齢者 R04年度
被保険者数		1,122人	1,060人	1,026人	994人	956人	958人
総件数及び総費用額	件数	10,396件	10,184件	9,704件	10,034件	9,687件	14,342件
	費用額	4億9393万円	4億3481万円	4億6224万円	4億9054万円	4億4451万円	8億0126万円
一人あたり医療費		44.0万円	41.0万円	45.1万円	49.4万円	46.5万円	83.6万円

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合　　R04 年度

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	日之影町	4億4451万円	38,423円	4.37%	0.13%	0.44%	0.32%	4.56%	4.13%	1.04%	6668万円	15.00%	12.13%	11.95%	10.35%
	同規模	--	29,993円	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	県	--	30,988円	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	--	18.46%	15.01%	9.23%	8.73%
	国	--	27,570円	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
②後期	日之影町	8億0126万円	69,409円	3.87%	0.51%	2.10%	0.90%	2.56%	5.14%	0.68%	1億2629万円	15.76%	5.21%	3.77%	10.88%
	同規模	--	66,525円	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	--	69,078円	4.73%	0.53%	3.92%	1.59%	3.88%	3.22%	1.06%	--	18.93%	9.22%	4.73%	11.84%
	国	--	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

※1「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 34　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期高齢者 R04年度
高額レセプト（80万円以上／件）	人数	A	43人	32人	38人	32人	40人	82人
	件数	B	84件	53件	60件	67件	71件	103件
		B/総件数	0.81%	0.52%	0.62%	0.67%	0.73%	0.72%
	費用額	C	1億1793万円	6720万円	9208万円	9418万円	9537万円	1億1922万円
		C/総費用	23.9%	15.5%	19.9%	19.2%	21.5%	14.9%

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 35　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期高齢者 R04年度		
脳血管疾患	人数	D	0人		2人		0人		2人		1人		2人		
		D/A	0.0%		6.3%		0.0%		6.3%		2.5%		2.4%		
	件数	E	0件		4件		0件		2件		1件		4件		
		E/B	0.0%		7.5%		0.0%		3.0%		1.4%		3.9%		
	年代別	40歳未満	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	65-69歳	0件	0.0%
		40代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70-74歳	0件	0.0%
		50代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	75-80歳	0件	0.0%
		60代	0件	0.0%	1件	25.0%	0件	0.0%	1件	50.0%	1件	100.0%	80代	4件	100.0%
		70-74歳	0件	0.0%	3件	75.0%	0件	0.0%	1件	50.0%	0件	0.0%	90歳以上	0件	0.0%
	費用額	F	0万円		413万円		0万円		184万円		118万円		367万円		
		F/C	0.0%		6.1%		0.0%		1.9%		1.2%		3.1%		

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期高齢者 R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	2人		0人		2人		2人		0人		2人		
		G/A	4.7%		0.0%		5.3%		6.3%		0.0%		2.4%		
	件数	H	2件		0件		2件		3件		0件		2件		
		H/B	2.4%		0.0%		3.3%		4.5%		0.0%		1.9%		
	年代別	40歳未満	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	65-69歳	0件	0.0%
		40代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70-74歳	0件	0.0%
		50代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	75-80歳	0件	0.0%
		60代	0件	0.0%	0件	0.0%	1件	50.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	80代	1件	50.0%
		70-74歳	2件	100.0%	0件	0.0%	1件	50.0%	3件	100.0%	0件	0.0%	90歳以上	1件	50.0%
	費用額	I	420万円		0万円		243万円		473万円		0万円		231万円		
		I/C	3.6%		0.0%		2.6%		5.0%		0.0%		1.9%		

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析と健康課題の明確化

図表 37 は、平成 30 年度と令和 4 年度の結果について健診・医療・介護のデータを各年代別に一体的に分析したものです。

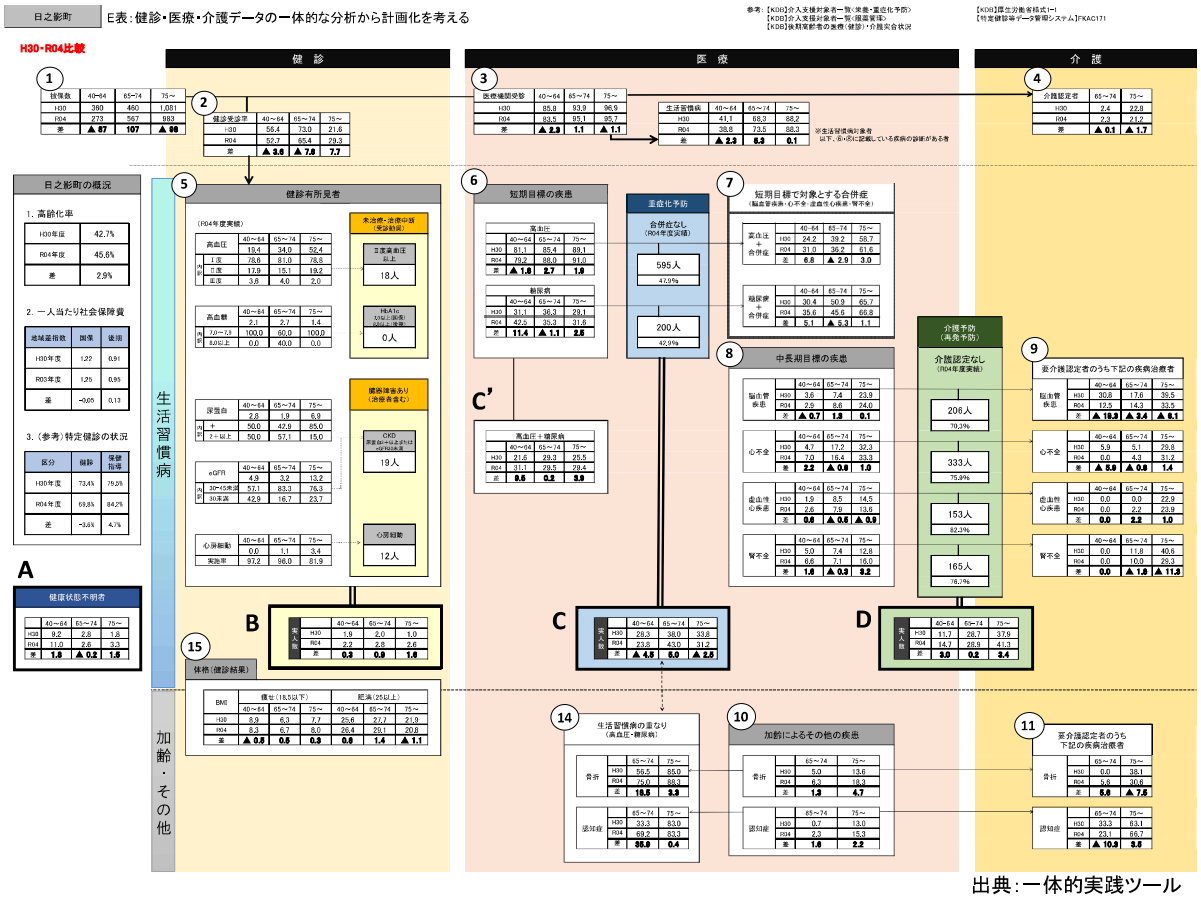
詳細をみると、図表 38②健診受診率（者）は、40～64 歳では減少しているものの、⑮体格では、BMI25 以上の者が増加しています。

図表 39 健診有所見状況では、令和 4 年度のⅡ度高血圧以上と CKD、心房細動所見者ともその割合はどの年代も平成 30 年度と比べて増加しており、受診勧奨や保健指導の徹底が課題となります。

図表 40⑦短期目標疾患（高血圧・糖尿病）を基礎とする合併症の発症状況では、高血圧・糖尿病とも 40～64 歳、75 歳以上で高くなっています。

図表 41 中長期目標疾患と介護認定の状況において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、⑧虚血性心疾患・心不全・腎不全とも 40～64 歳は増加しているが、脳血管疾患については 65 歳以上の割合が高くなっています。

図表 37　健診・医療・介護データの一体的な分析



出典：一体的実践ツール
参考資料2(P75)参照

図表 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数（人）			健診受診率（%）			体格（健診結果）					
					特定健診		後期高齢者健診	BMI18.5未満（%）			BMI25以上（%）		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	22.8	360	460	1,081	56.4	73.0	21.6	8.9	6.3	7.7	25.6	27.7	21.9
R04	21.2	273	567	983	52.7	65.4	29.3	8.3	6.7	8.0	26.4	29.1	20.8

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 39　健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上または eGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	8	3.9	(1)	12	3.6	(3)	12	5.2	(4)	8	3.9	(2)	13	3.9	(0)	0	0.0	(0)	3	1.5	4	1.2	7	3.0	1	0.5	2	0.6	0	0.0
R04	6	4.2	(3)	24	6.5	(6)	32	11.1	(9)	3	2.1	(0)	10	2.7	(0)	0	0.0	(0)	3	2.1	6	1.6	10	3.5	0	0.0	4	1.1	8	2.8

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診（%）			生活習慣病対象者［生活習慣病の医療機関受診者］（人）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧（%）			糖尿病（%）			C' 糖尿病+高血圧（%）			高血圧＋合併症（%）			糖尿病＋合併症（%）		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	85.8	93.9	96.9	41.1	68.3	88.2	81.1	85.4	89.1	31.1	36.3	29.1	21.6	29.3	25.5	24.2	39.2	58.7	30.4	50.9	65.7
R04	83.5	95.1	95.7	38.8	73.5	88.3	79.2	88.0	91.0	42.5	35.3	31.6	31.1	29.5	29.4	31.0	36.2	61.6	35.6	45.6	66.8

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 41　中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患（%）			虚血性心疾患（%）			心不全（%）			腎不全（%）			脳血管疾患（%）			虚血性心疾患（%）			心不全（%）			腎不全（%）		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.6	7.4	23.9	1.9	8.5	14.5	4.7	17.2	32.3	5.0	7.4	12.8	30.8	17.6	39.5	0.0	0.0	22.9	5.9	5.1	29.8	0.0	11.8	40.6
R04	2.9	8.6	24.0	2.6	7.9	13.6	7.0	16.4	33.3	6.6	7.1	16.0	12.5	14.3	33.5	0.0	2.2	23.9	0.0	4.3	31.2	0.0	10.0	29.3

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	56.5	85.0	33.3	83.0	5.0	13.6	0.7	13.0	0.0	38.1	33.3	63.1
R04	75.0	88.3	69.2	83.3	6.3	18.3	2.3	15.3	5.6	30.6	23.1	66.7

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果、中長期目標疾患への重症化を防ぐためには、早い段階から短期目標疾患を良好にコントロールすることが必要です。そのために、若い内からメタボリックシンドロームの解消や高血圧、糖尿病等の早期受診勧奨、治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことに努めます。

3） 目標の設定

（1）成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・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ことが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしています。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導をおこないます。 また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導をおこないます。具体的には、日本人食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

（2） 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績	目標		データの把握方法	No等
					初期値 R６ (R4)	中間評価 R８ (R7)	最終評価 R11 (R10)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.4%	0.4%	0.3%	ＫＤＢデータシステム	図表17
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.3%	0.3%	0.2%		
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.4%	4.3%	4.2%		
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	7.2%	7.1%	7.0%	日之影町保健センター	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%		
	短期目標		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	内臓脂肪症候群該当者（メタボリックシンドローム・予備群）の減少率	14.3%	16.0%	18.0%	法定報告値(TKCA012)	20
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	6.1%	6.0%	5.8%	日之影町保健センター	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	6.5%	6.3%	6.0%		
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	6.5%	6.3%	6.0%		
				★健診受診者のＨbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.2%	0.1%	0.1%		
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	72.7%	75.0%	80.0%		
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	67.8%	69.0%	70.0%	法定報告値(TKCA012)	3
				★特定保健指導実施率60%以上	84.2%	85.0%	86.0%		50
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.2%	20.0%	22.0%		29
	その他		後発医薬品の使用により医療費を削減	後発医薬品使用割合の増加	67%（R5.3月診療分）	73.5%	80.0%	厚生労働省	

★すべての都道府県で設定することが望ましいとされる指標

図表43－2　第3期データヘルス計画　宮崎県共通評価指標一覧（国保連合会版）

データヘルス計画全体における目的・目標

国保連合会 項目番号	データヘルス計画全体における目的	評価指標	対象者年齢	初期値 R6（R4）	目標値（%） R7（R6）	中間評価 R8（R7）	R9（R8）	R10（R9）	最終評価 R11（R10）	データの把握方法（活用データ）
1	医療費削減のために特定健診受診率・特定保健指導の向上により、受賞か予防対象者を減らす	特定健診実施(受診)率	40～74歳	67.9%	68.0%	69.0%	69.0%	70.0%	70.0%以上	法定報告値
5		特定健診実施(受診)率の年齢階層別指標	40～64歳	58.7%	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%	61.0%以上	
			65～74歳	72.4%	72.4%以上	72.4%以上	72.4%以上	72.4%以上	72.4%以上	
2		特定保健指導実施率	40～74歳	84.2%	84.5%	85.0%	85.0%	86.0%	86.0%以上	
6		特定保健指導実施率の年齢階層別指標	40～64歳	75.0%	76.0%	77.0%	77.0%	78.0%	78.0%以上	
			65～74歳	94.4%	94.4%以上	94.4%以上	94.4%以上	94.4%以上	94.4%以上	
3		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率）	40～74歳	18.2%	18.5%	19.0%	19.5%	21.0%	22.0%以上	
7		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の年齢階層別指標（特定保健指導対象者の減少率）	40～64歳	16.7%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%以上	
			65～74歳	19.0%	19.0%	20%	20%	21%	22.0%以上	
10	糖尿病性腎症の発症を予防するために、糖尿病対象者の未治療者を減らす	HbA1c6.5以上のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	40～74歳	8.8%	8.7%	8.6%	8.5%	8.4%	8.3%以下	DHパイロットシステム
9	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、糖尿病の対象者を減らす	高血糖者(HbA1c6.5以上)の割合	40～74歳	6.6%	6.5%	6.4%	6.3%	6.2%	6.1%以下	DHパイロットシステム
4		HbA1c8.0%以上の者の割合	40～74歳	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%以下	
8		HbA1c8.0%以上の者の割合の年齢階層別指標	40～64歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
			65～74歳	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%以下	
11		血圧が保健指導判定値以上(130/85)の者の割合	40～74歳	58.7%	57.0%	55.0%	53.0%	51.0%	50.0%以下	

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	68.0%	68.0%	69.0%	69.0%	70.0%	70.0%以上
特定保健指導実施率	84.5%	84.5%	85.0%	85.0%	86.0%	86.0%以上

3. 対象者の見込み

図表 45　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	600人	582人	564人	546人	528人	510人
	受診者数	420人	407人	395人	382人	370人	357人
特定保健指導	対象者数	31人	30人	29人	28人	27人	26人
	受診者数	26人	26人	25人	24人	24人	23人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

健診については、宮崎県健康づくり協会、日之影町国民健康保険病院に委託する。

① 集団健診（宮崎県健康づくり協会）

② 情報提供（日之影町国民健康保険病院）

（2）特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

（3）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図）を全受診者に実施し、眼底検査、貧血検査は医師の判断に基づき実施します。

図表 46　特定健診検査項目

○日之影町特定健診検査項目

健診項目		日之影町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	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)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 （貧血検査）	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

（4）実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

（5）医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

（6）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

（7）健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47　特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約、 健診対象者の抽出、受診などの印刷・送付（随時可）	（特定保健指導の実施）
5月		（春の健診特定健診の実施［総合ガン検診同時実施］）	健診データ抽出（前年度）
6月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出 （春の特定保健指導開始）	実施実績の分析、 実施方法検討 等
7月			前年度分の 保健指導終了
8月		費用決済（春）	
9月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時も可)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会）への報告 （ファイル作成・送付）
10月		（秋の特定健診の実施）　春の保健指導終了	
11月		健診データの受取 → 秋の保健指導対象者の抽出	
12月	契約に関わる 予算手続き	（冬の特定健診の実施）　（秋の特定保健指導開始） 健診データ受取 → 冬の保健指導対象者抽出	
1月		費用決済（秋）　（冬の特定保健指導開始）	
2月		費用決済（冬）	
3月	契約準備	秋・冬の保健指導終了 及び一部次年度継続	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健衛生部門への執行委任の形態で行います。

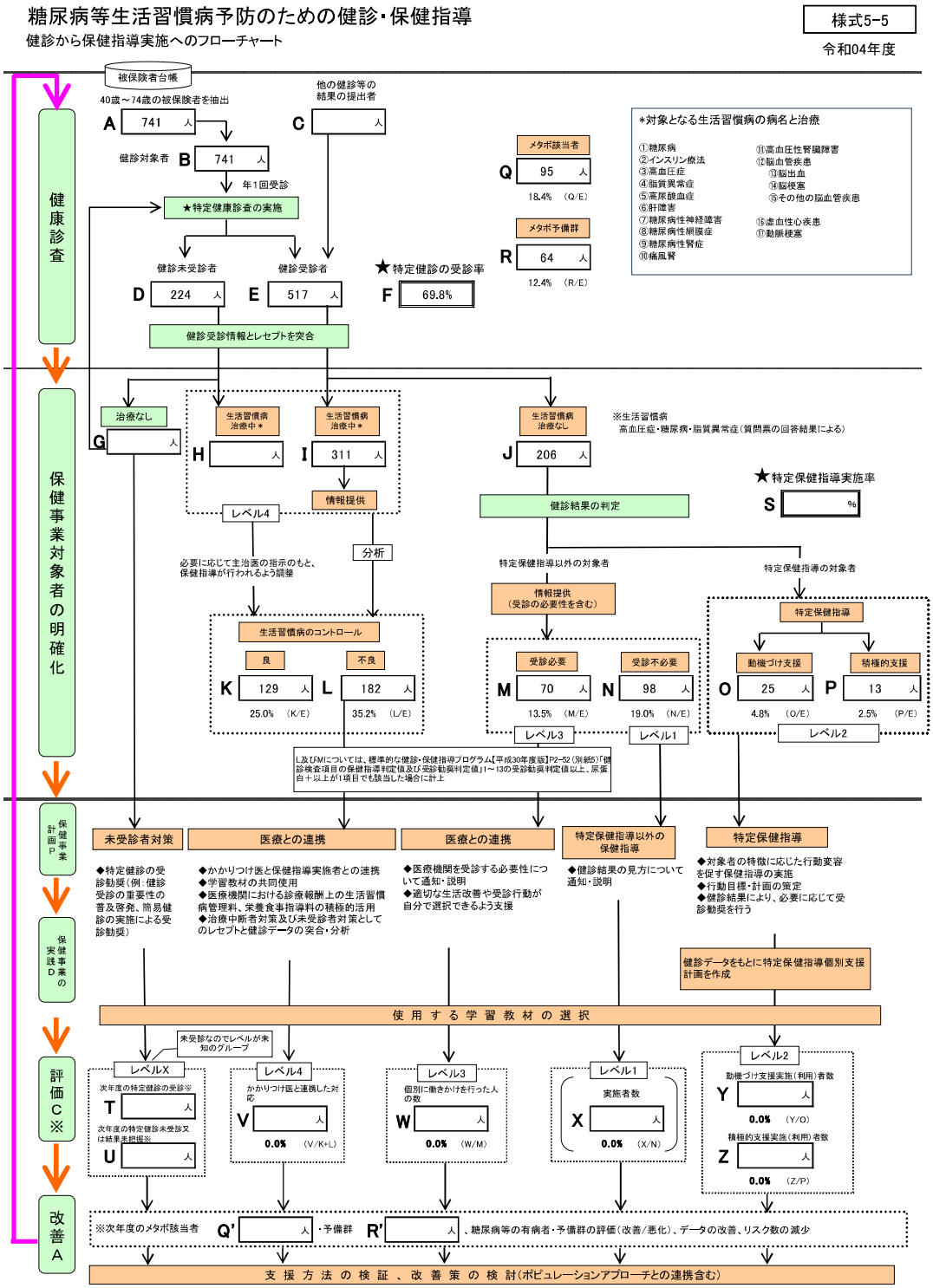
○第4期(2024年以降）における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版）

特定保健指導の見直し	(1）評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2㎝・体重2㎏減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1㎏減をその他目標として設定した。
	⑵特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	⑶糖尿病等の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 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	⑷糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する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って、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	⑸その他の運用の改善 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こととした。

（1）健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

出典：保健指導実践ツール

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者に対する割合）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	38人 （7.4%）	85%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	70人 （13.5%）	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	224	95%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	98人 （19.0%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	311人 （60.1%）	100%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 50　健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の実施		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎春の特定健康診査の実施		◎がん検診開始
6月	◎健診結果説明会	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会）を通じて費用決済の開始
7月		◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	
8月			
9月	◎健診対象者の抽出 及び受診券の送付		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎小児生活習慣病予防健診実施
10月	◎秋の特定健康診査の実施		◎ヤング健診実施 ◎後期高齢者健診実施
11月	◎健診結果説明会	◎対象者の抽出	
12月	◎冬の特定健康診査の実施	◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	
1月	◎健診結果説明会	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	
2月	◎健診の終了		
3月			

６．個人情報の保護

（1）基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および日之影町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

（2）特定健診・保健指導の記録の管理について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、日之影町健康管理システム及び特定健診等データ管理システム（国保連合会）で行います。

７．結果の報告

実績報告については、特定健診等データ管理システムから報告データを作成し、宮崎県国保連合会に健診実施年度の翌年 10 月上旬までに報告します。

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

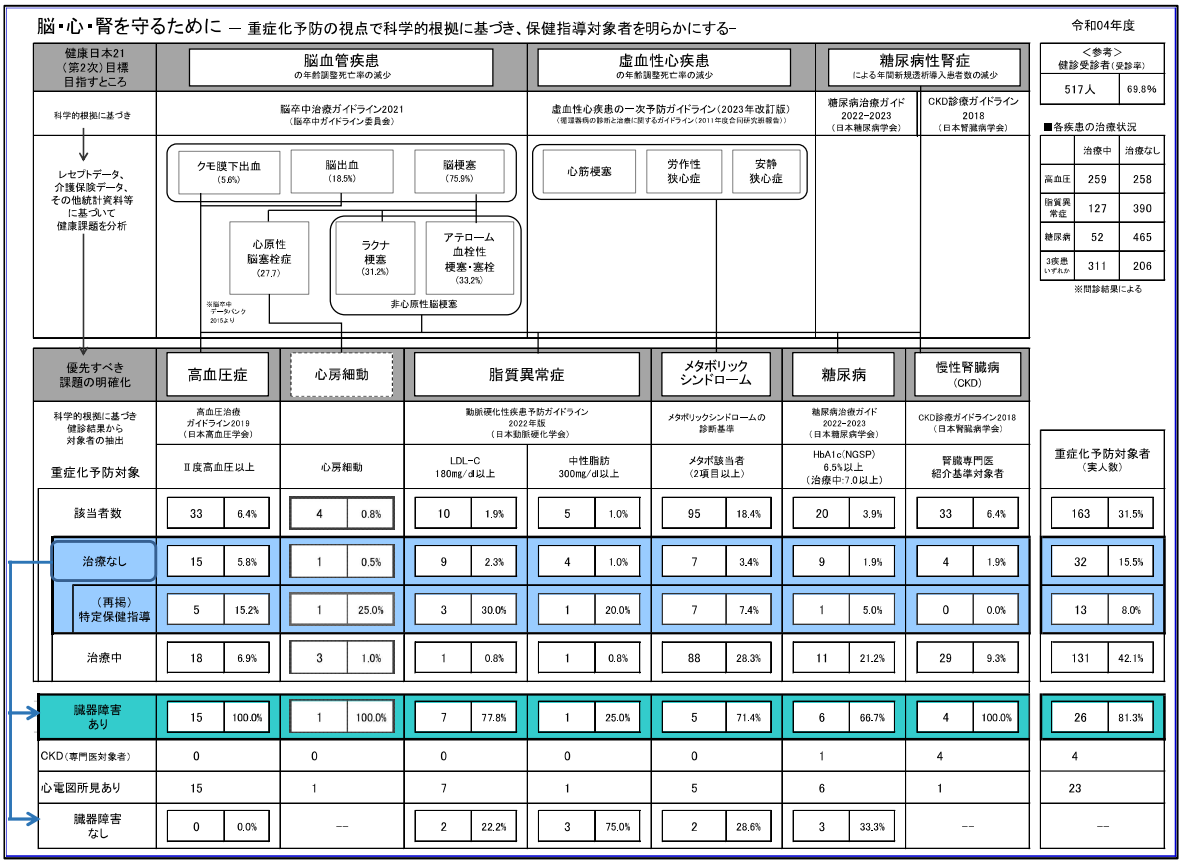
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。その実施にあたっては、第 3 章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ. 重症化予防の取組

日之影町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき抽出すると、163 人(31.5%)です。そのうち治療なしが 32 人(15.5%)を占め、さらに臓器障害がある者が 26 人います。

また、重症化予防対象者のうち特定保健指導対象者にも該当する者が 13 人いて、特定保健指導の徹底が重症化予防にもつながります。

図表 51 脳・心・腎を守るために



出典：保健指導実践ツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1） 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成 31 年 4 月 25 日改定　日本医師会　日本糖尿病推進会議　厚生労働省）及び宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

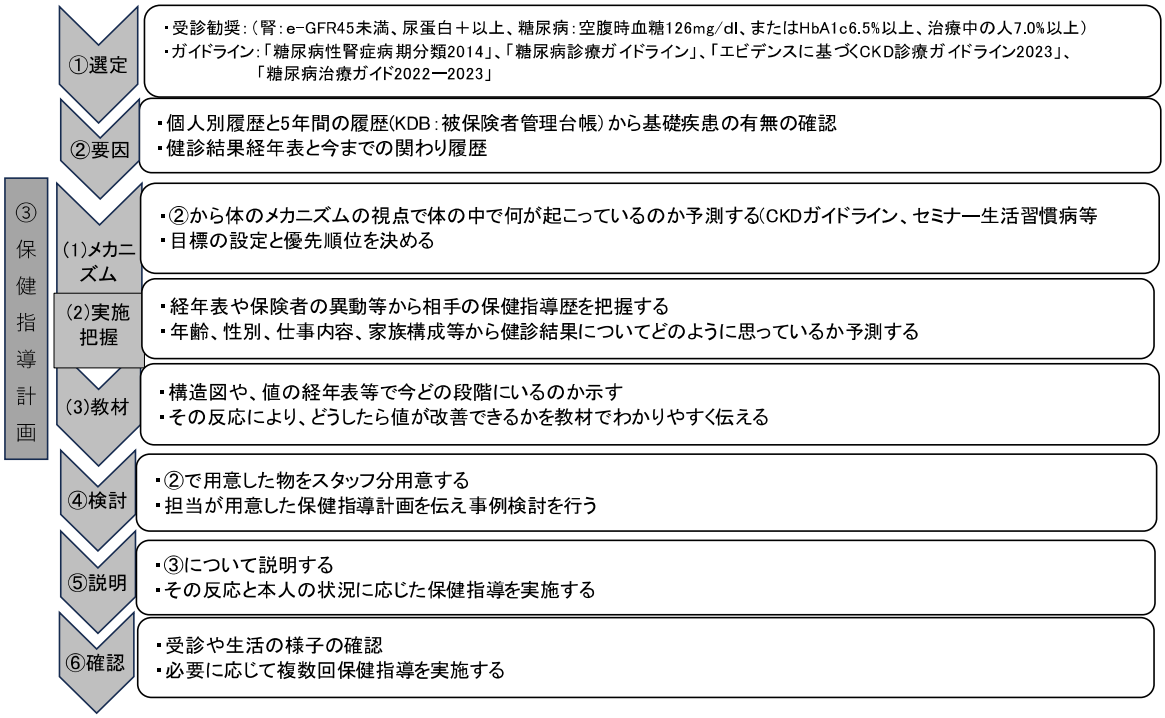
なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52　糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

（2）選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類（改訂）

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR（eGFR） （ml/分/1.73㎡）
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿（30～299）	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。
本町においては、特定健診にて血清クレアチンニン検査、尿蛋白（定量）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（ｅGFR）の把握は可能ですが、尿アルブミン値についての把握はできません。しかし、ＣＫＤ診療ガイド 2012 より尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白について、正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿と尿蛋白（＋～）としていることから、尿蛋白の結果で腎症病期の推測をしています。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行います。

また、糖尿病治療中で特定健診未受診者 164 人については、データが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。（図表 54）

③優先順位と介入方法

図表 54 より日之影町においての優先順位を以下のとおりとします。

優先順位１

対象者：特定健診受診者で糖尿病型と判断されて未治療である者（Ｆ）・・・16 人

介入方法：医療機関への受診勧奨

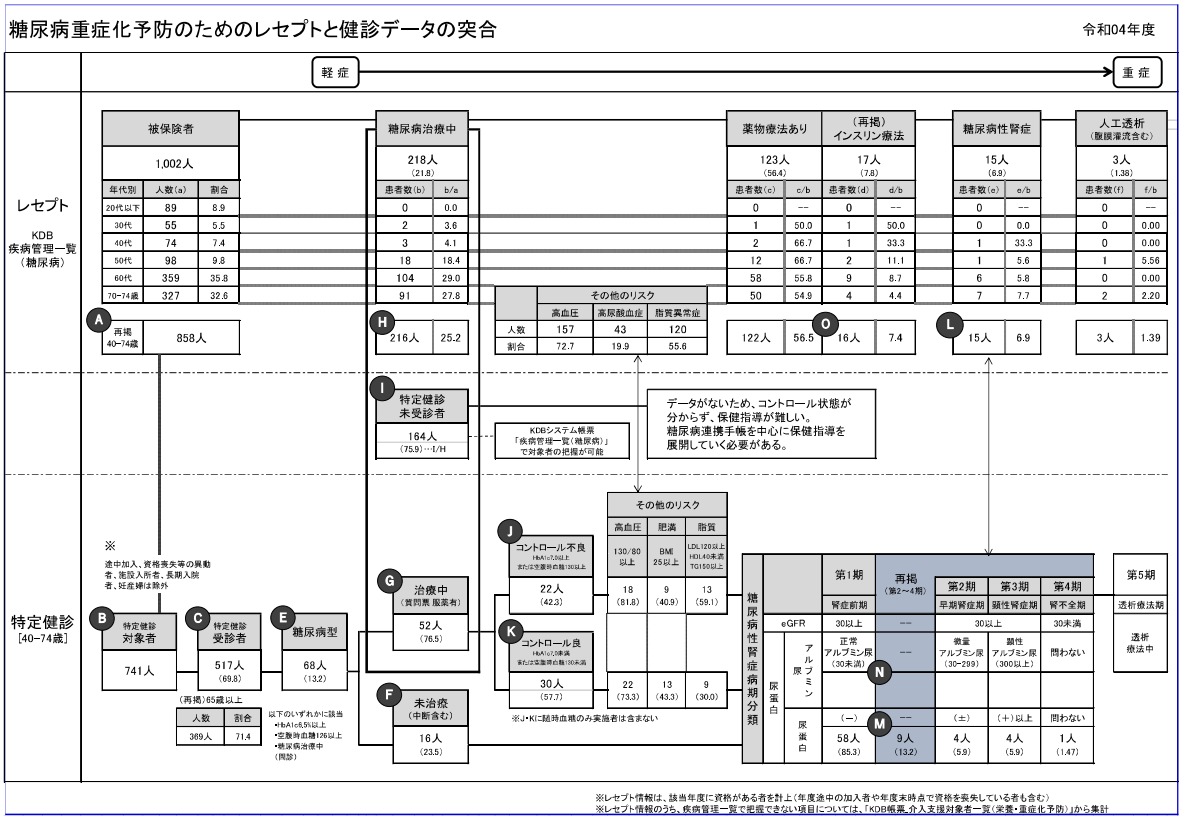
優先順位２

対象者：特定健診受診者で糖尿治療中のコントロール不良者（Ｊ）・・・22 人

介入方法：治療中断しない（継続受診）のための保健指導を個別訪問や面談、電話等で実施

※糖尿病性腎症病期分類で第 2～4 期の者を特に優先的に保健指導をおこなう。

図表 54　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：保健指導実践ツール

参考資料4(P81)参照

3） 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける

もくじ

1　健診結果から食の解決に意識が向かうための支援

1－1　健診経年結果一覧
1－2　糖尿病タイプ
1－3　私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
1－4　ヘモグロビンA1cは･･･
1－5　糖尿病とはどういう病気なのでしょうか
1－6　糖に関する健診結果に変化はありませんか？
1－7　75グラム糖負荷検査結果
1－8　私はどのパターン？
1－9　健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう
1－10　Zさん（男性）から教えていただきました
1－11　なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？
1－12　糖尿病による網膜症
1－13　眼（網膜症）
1－14　高血糖と肥満は　腎臓をどのように傷めるのでしょうか
1－15　64歳以下　HbA1cとeGFRの経年変化
1－16　64歳以上　HbA1cとeGFRの経年変化
1－17　　さんの腎臓の機能の結果をみていきます
1－18　腎臓の働きが落ちてきたが　動いて大丈夫なのか!！！
1－19　糖尿病性神経障害の症状とすすみ方
1－20　認知症予防には、糖尿病予防が大切です
1－21　糖尿病治療の進め方
1－22　高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です
1－23　HbA1cは、なんで7%以下が目標か
1－24　64歳以下　HbA1cと体重の推移
1－25　64歳以上　HbA1cと体重の推移
1－26　HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います
1－27　健診データの推移と生活・食の変化
1－28　食べ方を変えて良くなった人の事例

2　高血糖を解決するための食

1　健診結果と日常食べている食品
2　生活は住民の方しかわかりません　伺うことから始まります
3　今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
4　制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
5　自分の食べている食品をみてみます
6　糖尿病性腎症食事療法

3　薬物療法

3－1　住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
3－2　私の飲んでいる薬はどの薬ですか
3－3　薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
3－4　薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
3－5　その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
3－6　イメグリミンってどんな薬？
3－7　もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
3－8　ビグアナイド薬とは
3－9　チアゾリジン薬とは？
3－10　薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょう

4　参考資料

4－1　糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
4－2　日本人の食事摂取基準（2020年版）
4－3　日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
4－4　ライフステージごとの食品の目安量
4－5　さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
4－6　安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
4－7　都道府県別自家用乗用車数と歩数（男性・女性）

4） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳を活用し、また、専門医を紹介します。

（2） 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集や保健指導への助言をもらいます。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報や KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価を用いて行います。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1ｃの変化

〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 ㎡以上低下）

〇尿蛋白の変化

〇服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

		項目	突合表	日之影町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,138人		1,085人		1,049人		1,018人		979人			
	②	(再掲)40-74歳		971人		931人		898人		878人		850人			
2	①	特定健診 対象者数	B	858人		821人		780人		765人		741人			
	②	特定健診 受診者数	C	630人		601人		559人		555人		517人			
	③	特定健診 受診率		73.4%		73.2%		71.7%		72.5%		69.8%			
3	①	特定保健指導 対象者数		44人		48人		36人		42人		38人			
	②	特定保健指導 実施率		79.5%		83.3%		77.8%		78.6%		84.2%			
4	①	健診データ 糖尿病型	E	71人	11.3%	61人	10.1%	73人	13.1%	74人	13.3%	68人	13.2%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	28.2%	12人	19.7%	21人	28.8%	17人	23.0%	16人	23.5%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	51人	71.8%	49人	80.3%	52人	71.2%	57人	77.0%	52人	76.5%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	27人	52.9%	30人	61.2%	29人	55.8%	25人	43.9%	22人	42.3%		
	⑤	血圧 130/80以上	J	14人	51.9%	20人	66.7%	20人	69.0%	15人	60.0%	18人	81.8%		
	⑥	肥満 BMI25以上	J	15人	55.6%	14人	46.7%	12人	41.4%	10人	40.0%	9人	40.9%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	24人	47.1%	19人	38.8%	23人	44.2%	32人	56.1%	30人	57.7%		
	⑧	第1期 尿蛋白(−)	M	49人	69.0%	46人	75.4%	65人	89.0%	56人	75.7%	58人	85.3%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M	13人	18.3%	9人	14.8%	2人	2.7%	8人	10.8%	4人	5.9%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上	M	9人	12.7%	6人	9.8%	6人	8.2%	8人	10.8%	4人	5.9%		
	⑪	第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.4%	1人	1.5%		
5	①	レセプト 糖尿病受療率(被保険者千対)		134.4人		134.6人		143.9人		148.3人		155.3人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		156.5人		156.8人		167.0人		170.8人		178.8人			
	③	レセプト件数(40-74歳)()内は被保険者千対 入院外(件数)		680件	(716.5)	722件	(799.6)	706件	(800.5)	752件	(872.4)	776件	(937.2)	136,930件	(893.2)
	④	入院(件数)		3件	(3.2)	5件	(5.5)	4件	(4.5)	11件	(12.8)	3件	(3.6)	658件	(4.3)
	⑤	糖尿病治療中	H	153人	13.4%	146人	13.5%	151人	14.4%	151人	14.8%	152人	15.5%		
	⑥	(再掲)40-74歳	H	152人	15.7%	146人	15.7%	150人	16.7%	150人	17.1%	152人	17.9%		
	⑦	健診未受診者	I	101人	66.4%	95人	65.1%	98人	65.3%	93人	62.0%	100人	65.8%		
	⑧	インスリン治療	O	15人	9.8%	17人	11.6%	15人	9.9%	17人	11.3%	14人	9.2%		
	⑨	(再掲)40-74歳	O	14人	9.2%	17人	11.6%	14人	9.3%	16人	10.7%	14人	9.2%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	8人	5.2%	6人	4.1%	4人	2.6%	11人	7.3%	11人	7.2%		
	⑪	(再掲)40-74歳	L	7人	4.6%	6人	4.1%	4人	2.7%	11人	7.3%	11人	7.2%		
	⑫	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		3人	2.0%	3人	2.1%	2人	1.3%	2人	1.3%	3人	2.0%		
	⑬	(再掲)40-74歳		3人	2.0%	3人	2.1%	2人	1.3%	2人	1.3%	3人	2.0%		
	⑭	新規透析患者数		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	33.3%		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		5人	2.1%	7人	3.0%	9人	4.0%	8人	3.6%	6人	2.7%		
6	①	医療費 総医療費		4億9393万円		4億3481万円		4億6224万円		4億9054万円		4億4451万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		2億7614万円		2億0544万円		2億0326万円		2億2996万円		2億2063万円		1億4021万円	
	③	(総医療費に占める割合)		55.9%		47.2%		44.0%		46.9%		49.6%		53.6%	
	④	生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		13,081円		9,903円		7,618円		11,829円		12,284円		8,820円	
	⑤	生活習慣病対象者一人あたり 健診未受診者		28,408円		21,667円		24,141円		23,919円		20,412円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		2086万円		2212万円		2141万円		2276万円		2029万円		1572万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%		10.8%		10.5%		9.9%		9.2%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		7161万円		7141万円		6723万円		7190万円		7275万円			
	⑨	1件あたり		39,238円		36,435円		34,264円		36,168円		37,444円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		3736万円		4802万円		5639万円		6964万円		4174万円			
	⑪	1件あたり		424,553円		495,065円		466,014円		504,648円		549,209円			
	⑫	在院日数		20日		21日		21日		19日		20日			
	⑬	慢性腎不全医療費		2726万円		1956万円		1561万円		1854万円		2000万円		957万円	
	⑭	透析有り		2497万円		1835万円		1456万円		1698万円		1940万円		862万円	
	⑮	透析なし		228万円		121万円		106万円		156万円		60万円		96万円	
7	①	介護 介護給付費		5億8803万円		6億0899万円		6億1421万円		6億1616万円		5億7575万円		3億5514万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	25.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.0%	0人	0.0%	1人	1.0%	0人	0.0%	2人	2.4%	267人	1.0%

出典：データヘルス計画策定サポートツール

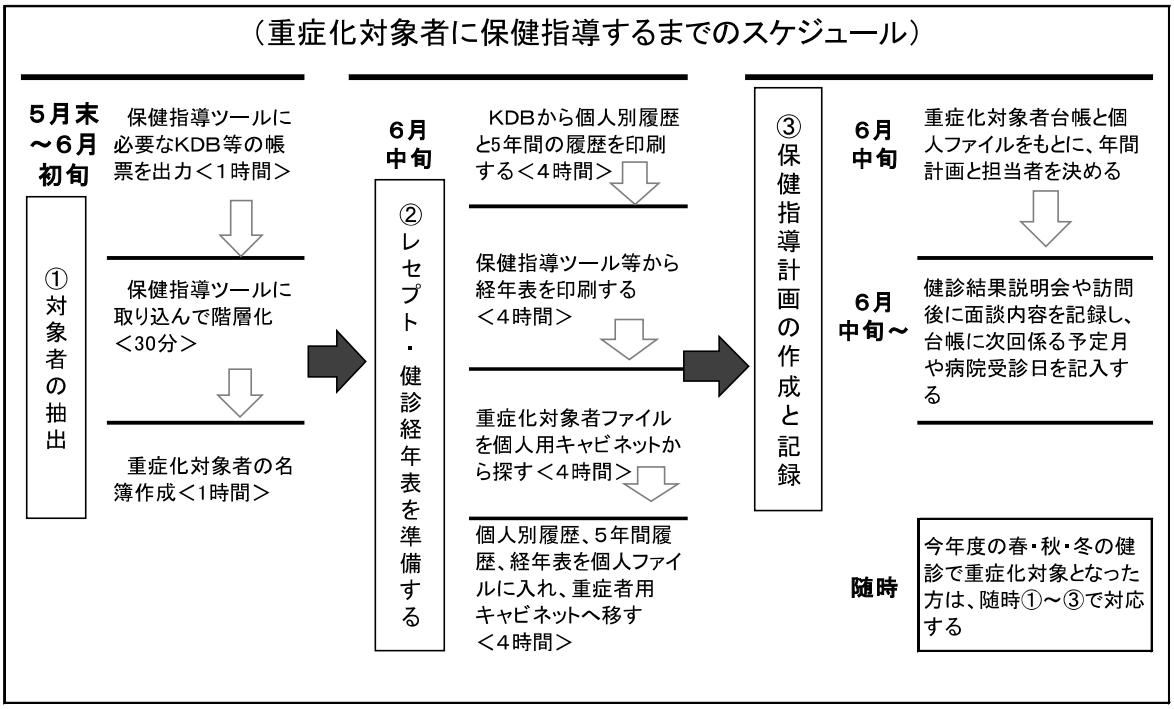
7） 対象者の選定及びスケジュール

・対象者の選定基準の決定

・対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

・特定健診結果により次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

図表 57　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

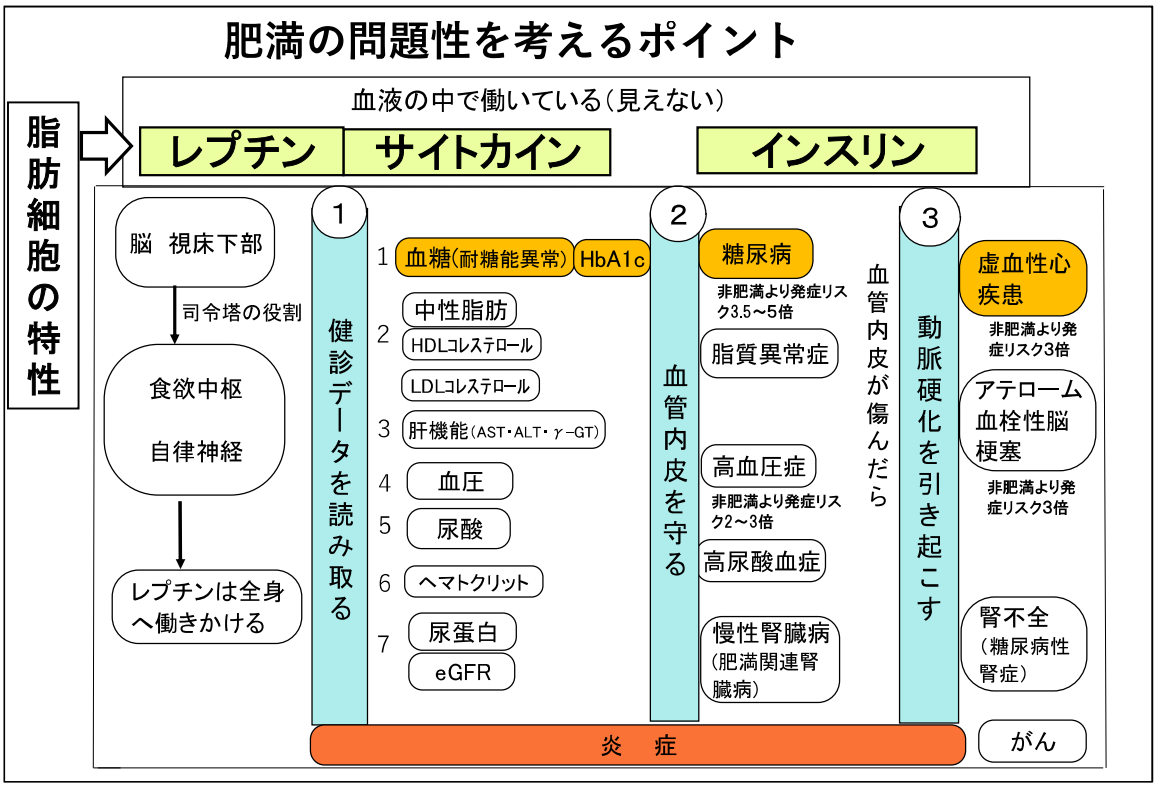
1）基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第 1 の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは 2 型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している 2 型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）と記載されています。

重症化予防の取り組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58　肥満の問題性を考えるポイント



2)肥満の状況

（1） 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

40～64 歳の男女とも 4 人に 1 人が BMI25 以上となっていました。

また、年齢が高くなるにつれ、肥満が高度肥満に移行していることが分かります。年齢が高くなるにつれて基礎代謝量も減るため、肥満の改善が難しくなります。40～64 歳のうちに肥満を改善することが重要となります。

図表 59 肥満度分類による実態　　R04 年度

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		148人	369人	40人	106人	38人	88人	2人	16人	0人	2人	0人	0人
				27.0%	28.7%	25.7%	23.8%	1.4%	4.3%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%
再掲	男性	79人	179人	21人	51人	20人	43人	1人	7人	0人	1人	0人	0人
				26.6%	28.5%	25.3%	24.0%	1.3%	3.9%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%
	女性	69人	190人	19人	55人	18人	45人	1人	9人	0人	1人	0人	0人
				27.5%	28.9%	26.1%	23.7%	1.4%	4.7%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%

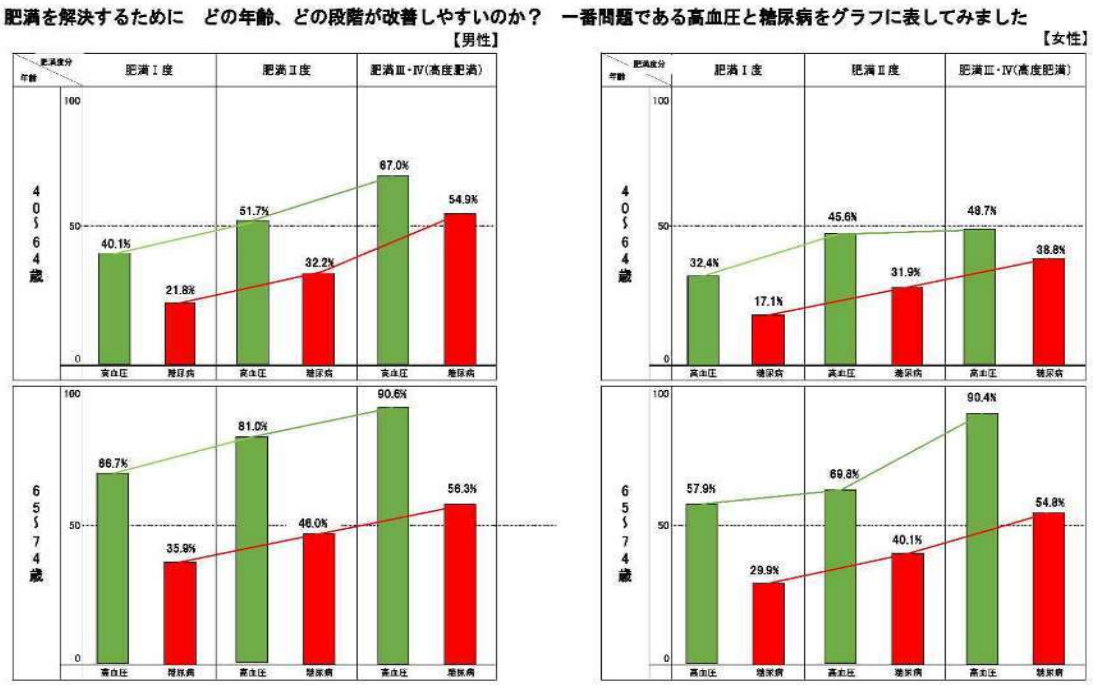
出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

（２）優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢やどの段階が改善しやすいのか、また効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年齢やどの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 （参考例）



② 保健指導を実施した時の住民の声（意識）から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61　肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	Ⅰ度 25～29.9	Ⅱ度 30～34.9	Ⅲ度 35～39.9	Ⅳ度 40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、「6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。」と記載があります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度や年齢が高くなるほど、高血圧や糖尿病を発症する割合が高くなることより、まだ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）を対象として予防事業を実施することが効率いいといえます。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62　心・脳血管疾患を発症した方の状況

番号		特定健診						医療											介護
								重症化・合併症			基礎疾患			年間医療費（円）					
		受診状況					メタボ・予備軍	脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	高血圧	糖尿病	脂質異常症						
		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度								H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	
1	70代	○		○	○		メタボ	○	○		○	○	○	157,720	200,540	280,050	6,296,080	1,323,370	○
2	70代	○	○	○		○	予備群		○		○			438,530	846,680	370,100	3,792,790	261,100	
3	70代	○	○	○			予備群		○		○	○		281,470	288,740	854,880	2,086,580	1,588,180	

3）対象者の明確化

図表 63　年代別メタボリック該当者の状況　　R04 年度

			男性					女性				
			総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者		A	258人	20人	30人	92人	116人	259人	12人	21人	113人	113人
メタボ該当者		B	67人	3人	2人	26人	36人	28人	0人	1人	12人	15人
		B/A	26.0%	15.0%	6.7%	28.3%	31.0%	10.8%	0.0%	4.8%	10.6%	13.3%
再掲	① 3項目全て	C	14人	0人	0人	6人	8人	8人	0人	0人	5人	3人
		C/B	20.9%	0.0%	0.0%	23.1%	22.2%	28.6%	0.0%	0.0%	41.7%	20.0%
	② 血糖＋血圧	D	22人	1人	0人	8人	13人	4人	0人	1人	1人	2人
		D/B	32.8%	33.3%	0.0%	30.8%	36.1%	14.3%	0.0%	100.0%	8.3%	13.3%
	③ 血圧＋脂質	E	29人	2人	1人	12人	14人	16人	0人	0人	6人	10人
		E/B	43.3%	66.7%	50.0%	46.2%	38.9%	57.1%	0.0%	0.0%	50.0%	66.7%
	④ 血糖＋脂質	F	2人	0人	1人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人
		F/B	3.0%	0.0%	50.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

図表 64　メタボリック該当者の治療状況　　R04 年度

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	258人	67人	26.0%	61人	91.0%	6人	9.0%	259人	28人	10.8%	27人	96.4%	1人	3.6%
40代	20人	3人	15.0%	1人	33.3%	2人	66.7%	12人	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
50代	30人	2人	6.7%	2人	100.0%	0人	0.0%	21人	1人	4.8%	1人	100.0%	0人	0.0%
60代	92人	26人	28.3%	22人	84.6%	4人	15.4%	113人	12人	10.6%	11人	91.7%	1人	8.3%
70～74歳	116人	36人	31.0%	36人	100.0%	0人	0.0%	113人	15人	13.3%	15人	100.0%	0人	0.0%

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性の 60 代・70 代で受診者の 2～3 割を超えていますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも 9 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。また、男性の 40 歳代のメタボ該当者 2 名はいずれの疾患でも治療を受けていない状況です。

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例から、メタボ該当や予備群であると、脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病を発症します。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も必要です。また、医療費も高額になります。

（1） 対象者の選定基準の考え方

① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

②治療中の者へは、治療を中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

③特定保健指導対象者には減量のための保健指導(食事指導)を行います。

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、管理します。

4）保健指導の実施

（1）最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて
（保健指導教材）

もくじ

1 国の施策
- 1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導
- 1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方
- 1-3 特定保健指導対象者
- 1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて
- 1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋
- 1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～

2 保健指導対象者の明確化
- 2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表
- 2-2 おたずね
- 2-3 健診結果みる肥満のリスク
- 2-4 肥満がもたらずもの

3 肥満の症状
- 3-1 肥満がもたらす症状
- 3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる
- 3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？
- 3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます
- 3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの
- 3-3-4 睡眠時無呼吸の治療（CPAP）
- 3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)
- 3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？
- 3-5-2 膝のどこが痛いですか？
- 3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング
- 3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！
- 3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)
- 3-7 新型コロナと肥満

4 高度肥満
- 4-1 外科手術という治療があります
- 4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧
- 4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合
- 4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん

5 保健指導教材で減量できた事例
- 5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例
- 5-2 住民の体重変化

6 脂肪細胞の特性
- 6-1 肥満の問題性を考えるポイント
- 6-2 脂肪細胞ってね①
- 6-3 脂肪細胞ってね②
- 6-4 脂肪細胞から分泌される物質
- 6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
- 6-6 食欲が抑えられない
- 6-7 脳の変調を起こす原因は？
- 6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています

7 健診データ・検査
- 7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
- 7-3 血管が傷むとは
- 7-4 体の中で起こっていることは？
- 7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
- 7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
- 7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
- 7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
- 7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
- 7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっているのでしょうか？
- 7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
- 7-12 労災保険二次健康診断給付制度
- 7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
- 7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。

8 食事療法
- 8-1 栄養指導の基本
- 8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
- 8-3-1 短鎖脂肪酸
- 8-3-7 肥満の推移とその背景と原因

9 運動療法
- 9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
- 9-2 体重測定

10 参考資料

（2） 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。日之影町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

①頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

②負荷心電図（心臓の状態を詳しく見る検査）

③微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）

④75ｇ糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることを把握した場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 66 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材

もくじ

心電図所見からどうすればいいの？　フロー図

資料A−1　休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A−2　私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A−3　心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B−1　心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B−2　心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C　　左室肥大って？
資料D−1　不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D−2　心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E　ST変化・異常Q波　所見がある方へ
資料F　精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G−1　狭心症になった人から学びました
資料G−2　健診データの色がついているところに〇をしてみましょう
資料G−3　心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G−4　肥満(BMI25以上）になると心臓はどうなるの？

（2） 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは二次健診を検討します。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられる。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（IMT））、冠動脈CT（冠動脈石灰化）
②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるように台帳を作成し経過を把握します。

4） 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向け医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、本人やかかりつけ医、KDB 等からデータを収集します。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていくなかで、地域包括支援センターと連携していきます。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症・脳血管疾患と合わせておこなっていきます。

7） 対象者の選定及びスケジュール

4 月　　対象者の選定基準の決定

5 月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～　特定健診結果により台帳を作成後、順次、対象者へ介入（通年）

3.　脳血管疾患重症化予防

1）　基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン」等に基づいて進めます。（図表 67,68）

図表 67　脳卒中の分類

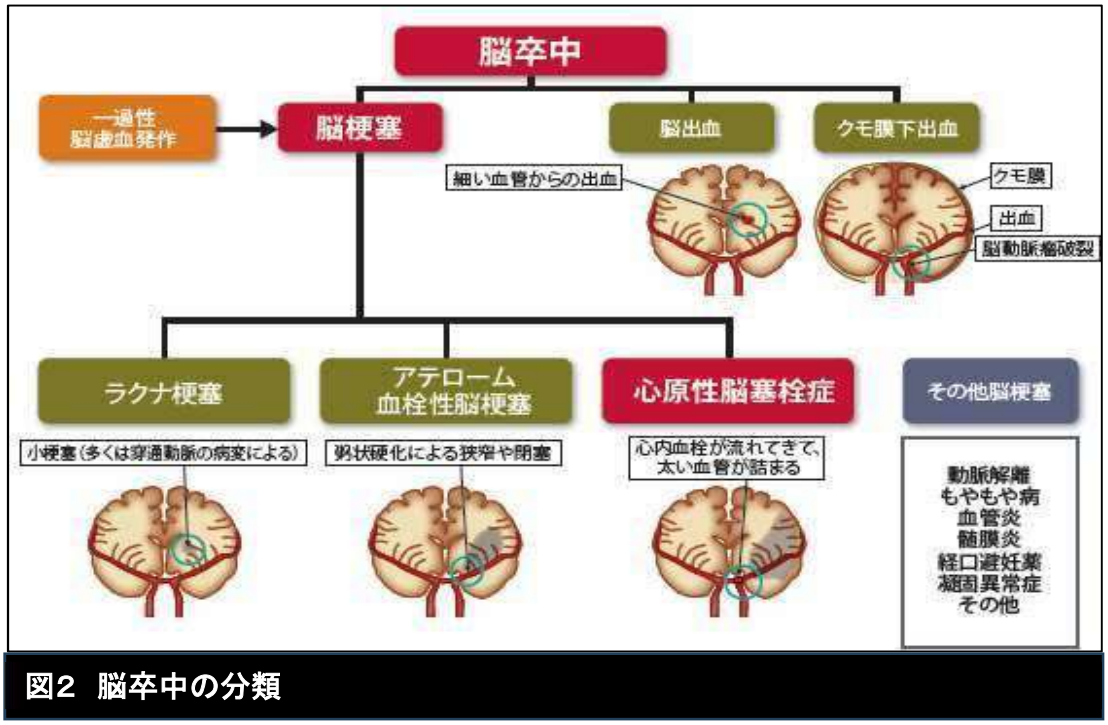


図2　脳卒中の分類

出典：脳卒中予防の提言

図表 68　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧	糖尿病	脂質異常（高LDL）	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病（CKD）
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 69 でみると、高血圧治療者 498 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 49 人(10.0%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 33 人（6.6%）であり、そのうち 15 人(45.5%)は未治療者です。

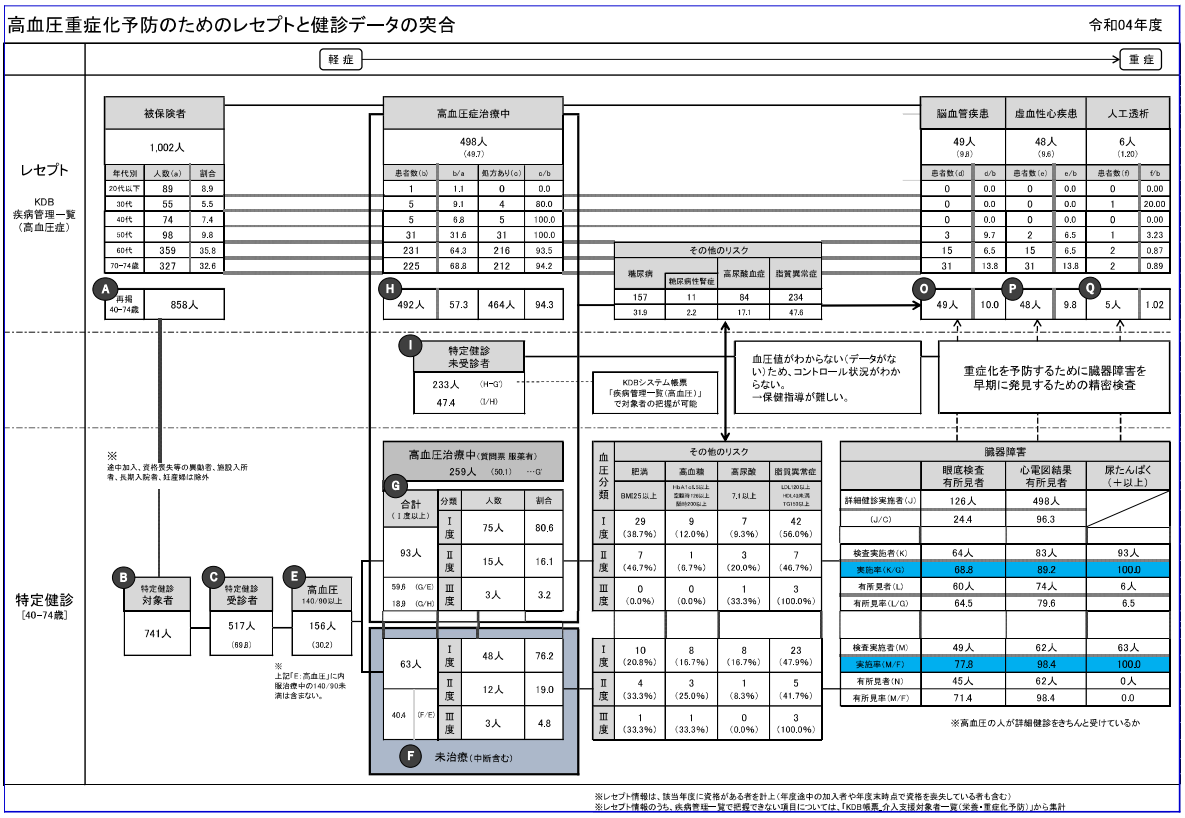
Ⅰ度高血圧以上の未治療者 63 人をみてみると、肥満者に該当する者が 15 人、高血糖に該当する者が 12 人などリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、健診受診者のうち高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 18 人（3.5%）いることがわかりました。治療中でも肥満や脂質異常症などのリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）は、126 人に実施しました。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合であり、156 人(30.2%・E)が眼底検査の対象となることから、30 人(19.9%)が検査をしていない状況でした。

眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施を確実におこなっていきます。

図表 69 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：保健指導実践ツール
参考資料 5(P82)参照

（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

また、保健指導の優先順位については、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（図表 70）を参照し、段階的にすすめていきます。

図表 70 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	142	79	48	12	3
		55.6%	33.8%	8.5%	2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	6	C 4	B 2	B 0	A 0
	4.2%	5.1%	4.2%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	84	C 47	B 31	A 6	A 0
	59.2%	59.5%	64.6%	50.0%	0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	52	B 28	A 15	A 6	A 3
	36.6%	35.4%	31.3%	50.0%	100.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	30
		21.1%
B	概ね1ヵ月後に再評価	61
		43.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	51
		35.9%

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

出典：保健指導実践ツール

（3）心電図検査における心房細動の実態

出典：脳卒中予防の提言

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

図表 71 は、特定健診受診者における心房細動有所見の状況です。

図表 71　心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	258人	259人	247人	95.7%	251人	96.9%	4人	1.6%	0人	0.0%	--	--
40代	20人	12人	20人	100.0%	12人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0.2%	0.04%
50代	30人	21人	28人	93.3%	20人	95.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	0.8%	0.1%
60代	92人	113人	89人	96.7%	110人	97.3%	2人	2.2%	0人	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	116人	113人	110人	94.8%	109人	96.5%	2人	1.8%	0人	0.0%	3.4%	1.1%

出典：データヘルス計画ひな形図表作成ツール

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

図表 72　心房細動有所見者の治療状況

R04年度				
心房細動有所見者				
	未治療者		治療中	
4人	0人	0.0%	4人	100.0%

出典：日之影町調べ

517 人の心電図検査において 4 人に心房細動の所見がありました。有所見率は 0.8%とわずかですが、年齢が高い方に多く見られています。また、有所見者 4 人は、既に治療を開始していました。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨や治療中断者には継続した受診を促す必要があり、早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全員実施を継続します。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることを把握した場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2） 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは二次健診を検討します。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられる。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（IMT）)、冠動脈CT（冠動脈石灰化）

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

（3） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。

4） 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報については本人やかかりつけ医、KDB 等により活用しデータを収集していきます。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症・虚血性心疾患と合わせておこなっていきます。

7） 対象者の選定及びスケジュール

4 月　　対象者の選定基準の決定

5 月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～　特定健診結果により台帳を作成後、順次、対象者へ介入（通年）

4. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

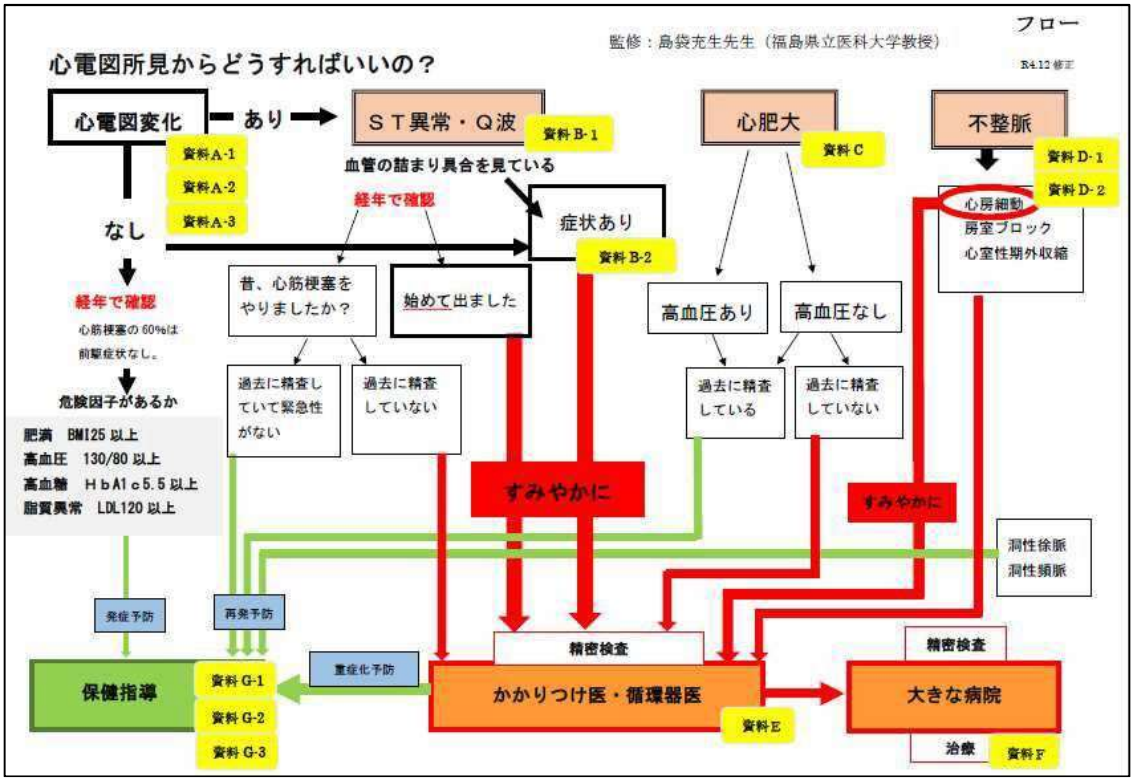
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 73 に基づいて考えます。

図表 73 心電図所見からのフロー図 （保健指導教材）



（2） 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

日之影町においては、心電図検査実を 498 人（96.3%）に実施し、そのうち有所見者が 265 人（53.2%）でした。所見の中でも心肥大（左室肥大・軸変位）の所見が一番高いことがわかります。（図表 74）

また、有所見者のうち要精査は1人(0.2%)で、医療機関受診がありました。（図表 74）。

図表 74　心電図検査結果　　R04 年度

性別・年齢 ＼ 所見		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		498	96.3%	265	53.2%	6	2.3%	40	15.1%	15	5.7%	45	17.0%	2	0.8%	41	15.5%	4	1.5%	14	5.3%
内訳	男性	247	95.7%	148	59.9%	4	2.7%	19	12.8%	8	5.4%	30	20.3%	1	0.7%	24	16.2%	4	2.7%	0	0.0%
内訳	女性	251	96.9%	117	46.6%	2	1.7%	21	17.9%	7	6.0%	15	12.8%	1	0.9%	17	14.5%	0	0.0%	14	12.0%

出典：日之影町調べ

図表 75　心電図有所見者の医療機関受診状況　　R04 年度

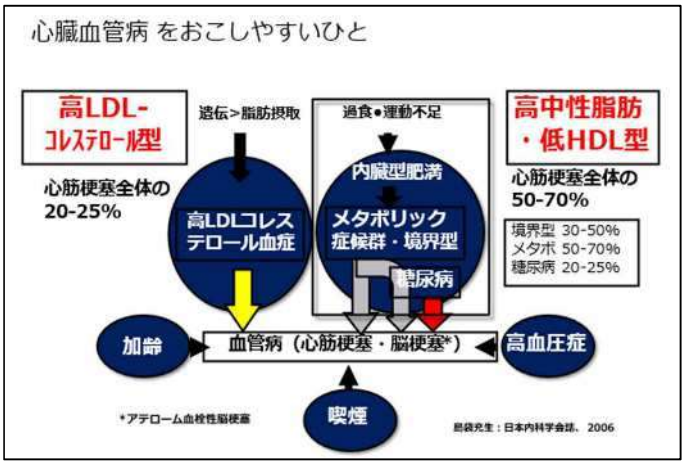
	有所見者（a）		要精査（b）		医療機関受診あり（c）		受診なし（d）	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	498		1	0.2%	1	100.0%	0	0.0%
男性	247	49.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
女性	251	50.4%	1	0.4%	1	100.0%	0	0.0%

出典：日之影町調べ

②心電図以外からの把握

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

図表 76　心血管病をおこしやすいひと



また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別対象者をに把握します。（図表 76）

メタボタイプについては、第４章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」（図表 63・64）を、LDL コレステロールタイプについては、冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標（図表 77）を参照します。

図表 77 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL				健診結果（LDL-C） 120-139	140-159	160-179	180以上	（再掲）LDL160以上の年代別 40代	50代	60代	70～74歳
			202	114	59	20	9	5	6	10	8
				56.4%	29.2%	9.9%	4.5%	17.2%	20.7%	34.5%	27.6%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満（190未満）	24	12	7	4	1	3	2	0	0
			11.9%	10.5%	11.9%	20.0%	11.1%	60.0%	33.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	87	50	27	7	3	1	3	4	2
			43.1%	43.9%	45.8%	35.0%	33.3%	20.0%	50.0%	40.0%	25.0%
	高リスク	120未満（150未満）	75	42	21	8	4	1	1	5	5
			37.1%	36.8%	35.6%	40.0%	44.4%	20.0%	16.7%	50.0%	62.5%
		再掲 100未満（130未満）※1	3	2	1	0	0	0	0	0	0
			1.5%	1.8%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満（130未満）	16	10	4	1	1	0	0	1	1
			7.9%	8.8%	6.8%	5.0%	11.1%	0.0%	0.0%	10.0%	12.5%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中（脳出血、脳梗塞等）または心臓病（狭心症、心筋梗塞等）の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

出典：保健指導実践ツール

Ⅲ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2）事業の実施

本町は、令和 2 年度より宮崎県後期高齢者医療広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」をおこなっています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

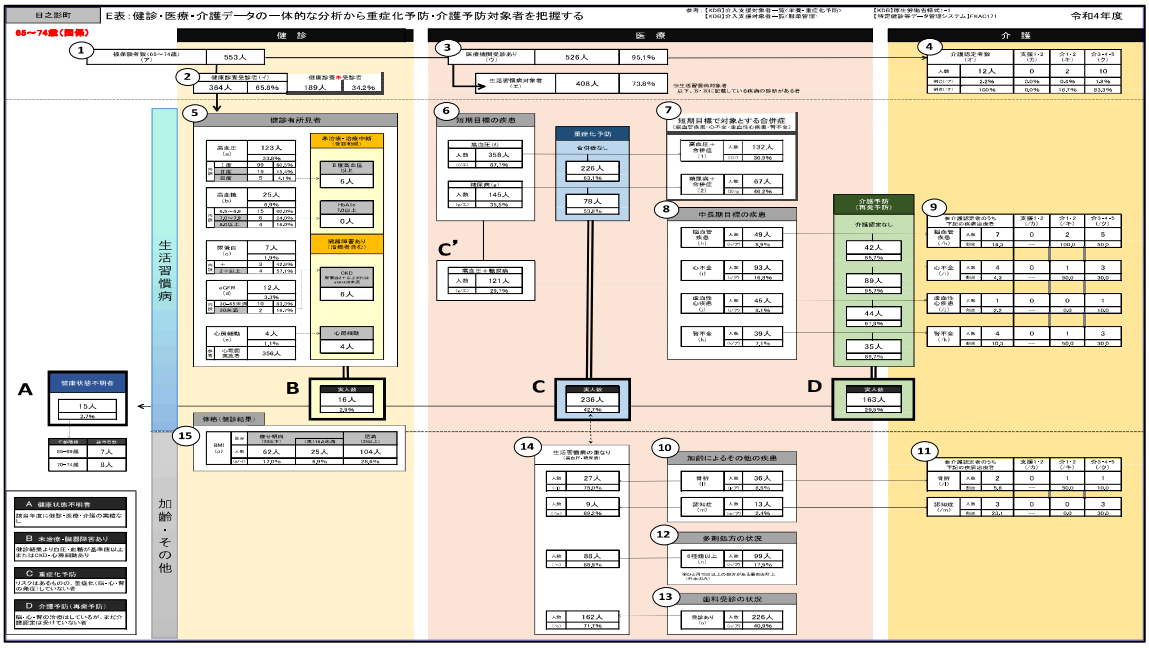
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士）を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル予防や認知症予防のための健康教育、健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典：データヘルス計画支援ツール

Ⅳ.　発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防のためにも重要な視点といえます。

本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で考え、生活習慣病の予防をおこなう必要があります。

図表 79　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

図表79　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）

発症予防 → 重症化予防

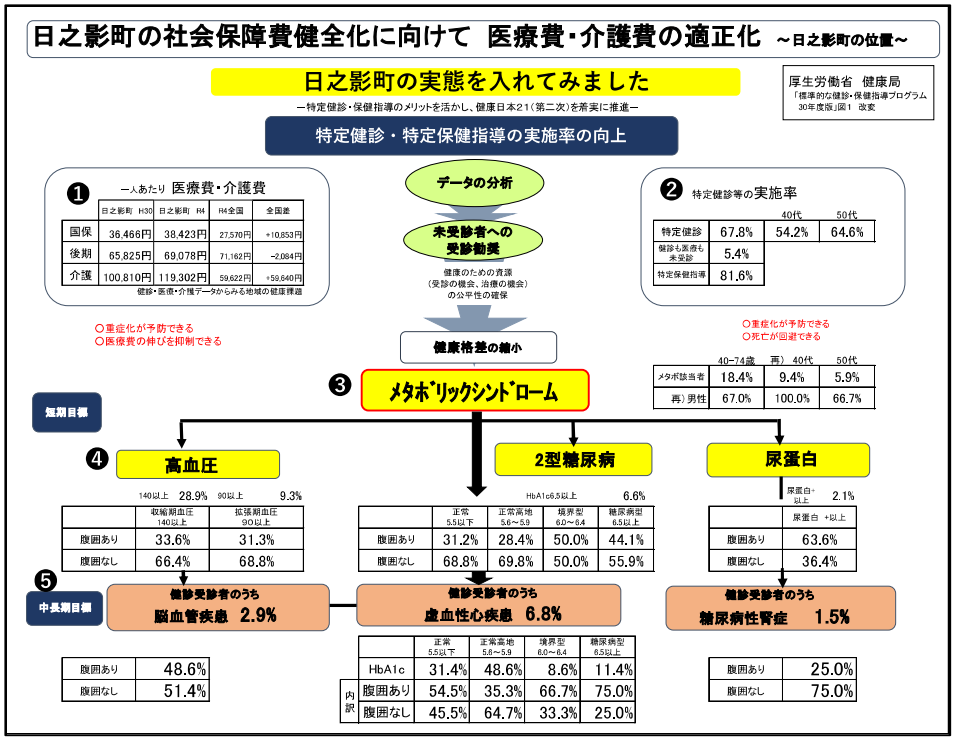
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法																				
	母子保健法												児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）	高齢者の医療の確保に関する法律			（介護保険）
2　計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																				
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																	特定健診・保健指導実施計画（各保険者）			
3　年　代	妊婦（胎児期）			産婦	0歳～5歳									6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4　健康診査 （根拠法）	妊婦健康診査 （13条）			産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）								保育所・幼稚園健康診断	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 小児生活習慣病予防健診［小４・中１］ （第1・13・14条）			定期健康診断 ヤング健診 （第66条）	特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）
	妊娠前	妊娠中		産後1年以内	新生児	3か月	6か月	9か月	12か月	1.6歳児	3.6歳児	5歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校		中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
5 対象者　健診内容　血糖		95mg/dl以上												空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
HbA1c		6.5%以上												6.5%以上							
50GCT		1時間値140mg/dl以上																			
75gOGTT（診断）妊娠糖尿病		①空腹時92mg/dl以上 ②１時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上 空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の１点以上満たすもの												空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
身長 体重																					
BMI																	25以上				
肥満度					カウプ18以上					肥満度15%以上				肥満度20%以上							
尿糖	（+）以上												（+）以上								
糖尿病家族歴																					

出典：日之影町

Ⅴ．　ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。（図表 80、81）

図表 80　社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化　　R04 年度



出典：短期目標_肥満とリスク集計ツール、中長期目標_合併症・HbA1c 区分集計ツール

図表 81　統計からみえる宮崎の食

統計からみえる宮崎の食　～　総務省統計局　家計調査　2020～2022年平均　～

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
生鮮肉（全体）	4位
鶏肉	3位
えのき	3位
みそ	6位
砂糖	8位
ぎょうざ	1位
乳酸飲料	8位
焼酎	1位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
牛乳	41位
卵	39位
魚介類全体	49位
豆腐	48位
生鮮野菜（全体）	45位
葉茎菜	43位
果物（全体）	33位
乾物・海藻（全体）	49位

店舗・種別(2019-2021年平均)	店舗数（人口10万対）
酒場・ビヤホール	4位
バー・キャバレー・酒場	2位

出典：総務省統計局_家計調査 2022～2022 年平均より日之影町作成

第5章　計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3 年後の令和 8 年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

健診・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、4 つの指標での評価を実施します。

※評価における 4 つの指標（保険者努力支援制度）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等を定期的に確認します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

本町では、ホームページや広報誌を通じて周知をおこないます。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律・日之影町個人情報保護条例を踏まえた対応をおこないます。

参考資料

参考資料 1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた日之影町の位置

参考資料 2　健診・医療・介護の一体的な分析
- H30 年度と R04 年度の比較
- R04 年度 40～64 歳（国保）
- R04 年度 65～74 歳（国保）
- R04 年度 65～74 歳（後期）
- R04 年度 75 歳以上（後期）

参考資料 3　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 4　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R04 年度）

参考資料 5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R04 年度）

参考資料 6　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R04 年度）

参考資料 7　HbA1c の年次比較（H29 年度～R04 年度）

参考資料 8　血圧の年次比較（H29 年度～R04 年度）

参考資料 9　LDL-C の年次比較（H29 年度～R04 年度）

参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた日之影町の位置

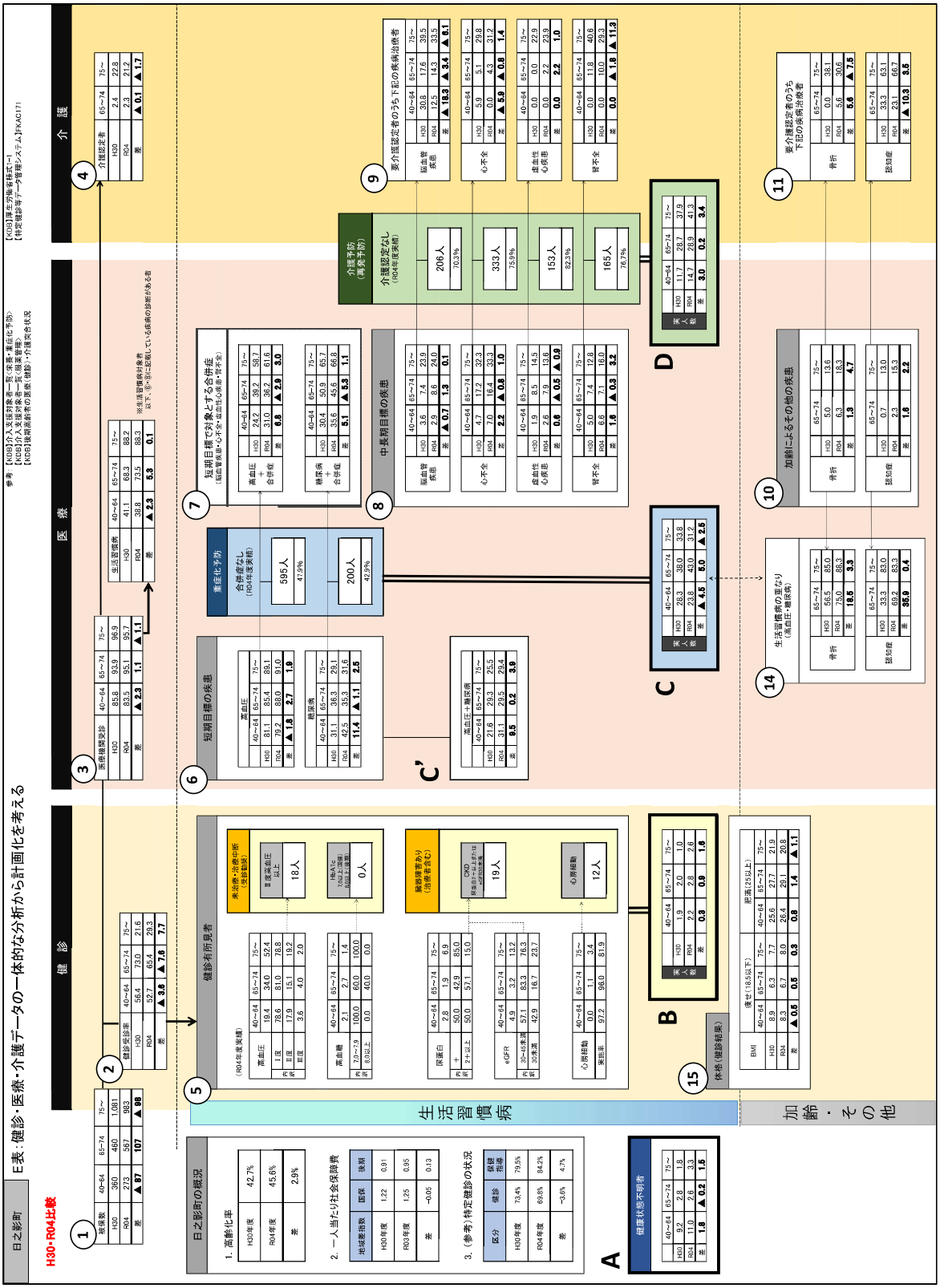
様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた日之影町の位置　R04年度

項目					保険者		同規模平均		県		国		データ元（CSV）
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口		3,635		727,328		1,052,571		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）	1,657	45.6	301,058	41.4	344,543	32.7	35,335,805	28.7	
				75歳以上	965	26.5	--	--	177,484	16.9	18,248,742	14.8	
				65～74歳	692	19.0	--	--	167,059	15.9	17,087,063	13.9	
				40～64歳	1,116	30.7	--	--	336,003	31.9	41,545,893	33.7	
				39歳以下	862	23.7	--	--	372,025	35.3	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業		35.9		22.3		11.0		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業		17.8		20.6		21.1		25.0		
			第3次産業		46.3		57.2		67.9		71.0		
	③	平均寿命	男性		79.9		80.5		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		86.7		87.0		87.1		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		79.4		79.3		79.7		80.1		
			女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.2		84.2		84.4		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	105.3		101.6		100.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	103.6		99.9		97.6		100		
			死因	がん	8	23.5	3,423	47.4	3,564	46.1	378,272	50.6	
				心臓病	17	50.0	2,064	28.6	2,325	30.1	205,485	27.5	
				脳疾患	4	11.8	1,188	16.4	1,161	15.0	102,900	13.8	
				糖尿病	2	5.9	138	1.9	156	2.0	13,896	1.9	
				腎不全	3	8.8	267	3.7	305	3.9	26,946	3.6	
				自殺	0	0.0	146	2.0	217	2.8	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計										厚労省HP 人口動態調査
				男性									
				女性									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		244	14.9	59,331	19.9	57,611	16.8	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		6	0.1	933	0.3	1,057	0.3	110,289	0.3	
			介護度別総件数	要支援1.2	112	2.3	162,745	13.5	154,815	10.8	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	2,019	41.8	568,999	47.1	658,018	45.8	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	2,695	55.8	476,421	39.4	622,868	43.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者		2	0.18	856	0.38	1,124	0.33	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病		40	17.0	13,461	21.6	13,365	22.2	1,712,613	24.3	
			高血圧症		146	58.6	33,454	54.3	33,890	57.0	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		64	27.1	18,421	29.6	17,626	29.0	2,308,216	32.6	
			心臓病		155	63.7	37,325	60.8	38,154	64.3	4,224,628	60.3	
			脳疾患		70	29.4	13,424	22.1	16,008	27.1	1,568,292	22.6	
			がん		11	5.3	6,308	10.3	6,328	10.5	837,410	11.8	
			筋・骨格		146	57.7	33,542	54.6	33,310	55.9	3,748,372	53.4	
			精神		121	45.8	22,904	37.4	24,991	42.2	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		347,467	575,753,452	323,222	97,308,660,154	292,336	100,722,414,805	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）		119,302		80,543		70,156		59,662		
				居宅サービス	59,895		42,864		50,961		41,272		
				施設サービス	313,165		288,059		294,840		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	10,313		9,108		8,010		8,610		
				認定なし	4,507		4,544		4,230		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		956		195,140		243,434		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	553	57.8			113,577	46.7	11,129,271	40.5	
				40～64歳	275	28.8			74,851	30.7	9,088,015	33.1	
				39歳以下	128	13.4			55,006	22.6	7,271,596	26.5	
			加入率		26.3		27.1		23.1		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	1.0	54	0.3	137	0.6	8,237	0.3	
			診療所数		2	2.1	703	3.6	894	3.7	102,599	3.7	
			病床数		50	52.3	4,267	21.9	18,636	76.6	1,507,471	54.8	
			医師数		4	4.2	641	3.3	2,879	11.8	339,611	12.4	
			外来患者数		799.1		653.6		720.5		687.8		
			入院患者数		38.2		22.9		24.5		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		464,971	県内3位 同規模24位	367,527		382,037		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		837.324		676.49		744.987		705.439		
			外来	費用の割合	52.4		55.1		56.3		60.4		
				件数の割合	95.4		96.6		96.7		97.5		
			入院	費用の割合	47.6		44.9		43.7		39.6		
				件数の割合	4.6		3.4		3.3		2.5		
			1件あたり在院日数		21.8日		16.2日		17.7日		15.7日		

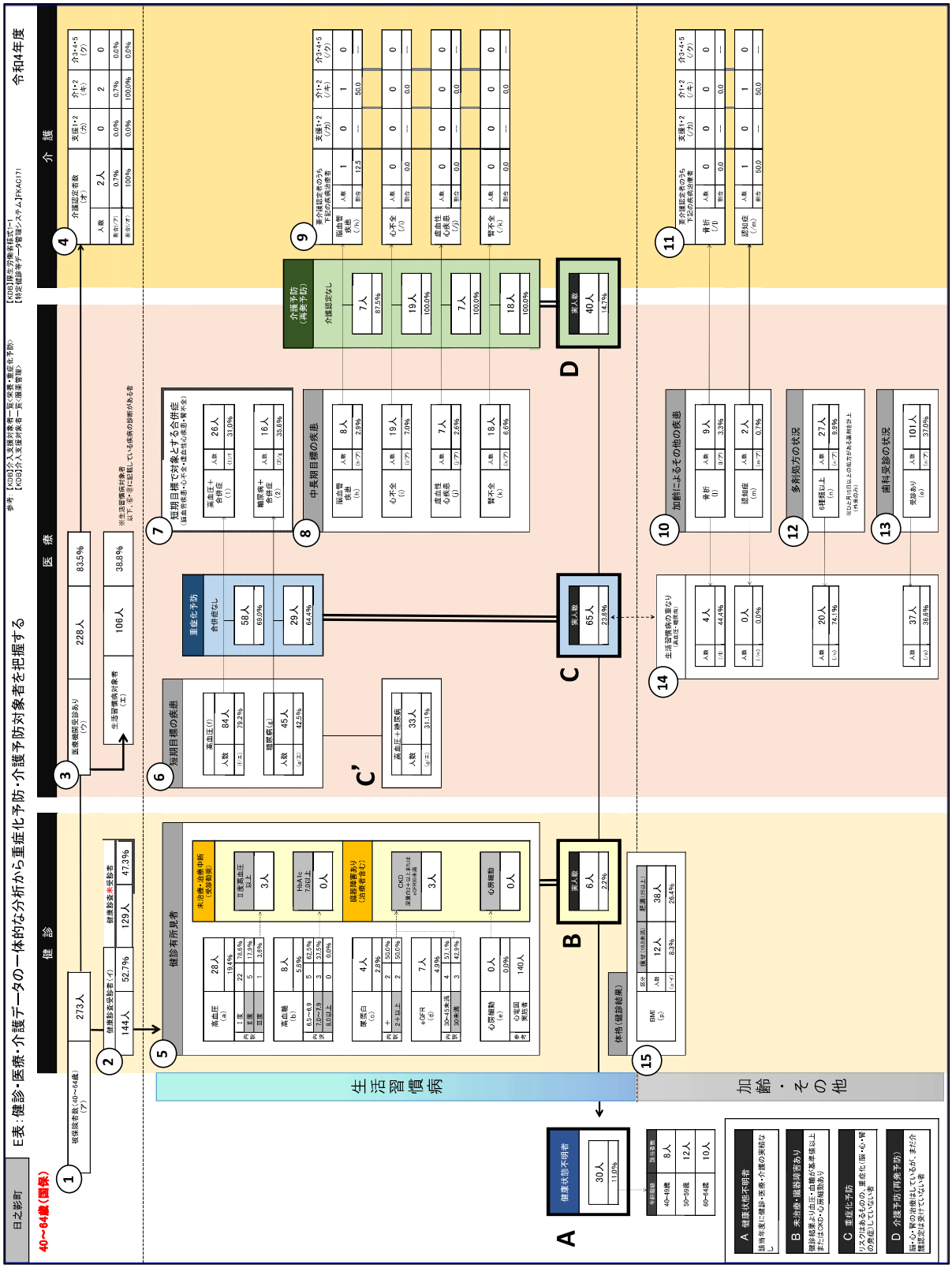
4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）			がん	53,910,300	24.4	32.8		29.0		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
					慢性腎不全（透析あり）	19,404,030	8.8	6.1		8.9		8.2		
					糖尿病	20,290,640	9.2	11.2		10.2		10.4		
					高血圧症	18,371,170	8.3	6.5		6.4		5.9		
					脂質異常症	4,605,600	2.1	3.4		3.0		4.1		
					脳梗塞・脳出血	1,977,200	0.9	4.0		3.9		3.9		
					狭心症・心筋梗塞	1,434,050	0.7	2.8		2.8		2.8		
					精神	53,122,060	24.1	14.6		17.8		14.7		
					筋・骨格	46,006,650	20.9	17.4		16.9		16.7		
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費／入院医療費に占める割合	入院		高血圧症	33	0.0	363	0.2	428	0.3	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析（中分類）
					糖尿病	1,254	0.6	1,389	0.8	1,780	1.1	1,144	0.9	
					脂質異常症	--	--	76	0.0	58	0.0	53	0.0	
					脳梗塞・脳出血	1,233	0.6	6,827	4.1	6,583	3.9	5,993	4.5	
					虚血性心疾患	372	0.2	4,500	2.7	4,627	2.8	3,942	2.9	
					腎不全	1,571	0.7	4,305	2.6	4,620	2.8	4,051	3.0	
		医療費分析 一人当たり医療費／外来医療費に占める割合	外来		高血圧症	19,184	7.9	12,436	6.1	12,284	5.7	10,143	4.9	
					糖尿病	20,226	8.3	21,206	10.5	19,018	8.8	17,720	8.6	
					脂質異常症	4,818	2.0	6,646	3.3	5,807	2.7	7,092	3.5	
					脳梗塞・脳出血	835	0.3	934	0.5	1,105	0.5	825	0.4	
					虚血性心疾患	1,480	0.6	1,857	0.9	1,816	0.8	1,722	0.8	
					腎不全	35,988	14.8	14,043	6.9	20,692	9.6	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者		5,495		2,915		2,110		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				健診未受診者		9,130		13,340		14,044		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者		12,284		8,820		5,929		6,142		
				健診未受診者		20,412		40,357		39,471		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			279	55.1	36,450	58.3	35,630	56.3	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率		255	50.4	32,495	52.0	33,191	52.5	3,375,719	51.9	
				医療機関非受診率		24	4.7	3,955	6.3	2,439	3.9	322,722	5.0	
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 28市町村 同規模市区町村数 274市町村	健診受診者			506		62,519		63,258		6,503,152		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②			受診率		68.3	県内3位 同規模14位	45.2		36.7	全国24位	35.3		
	③		特定保健指導終了者（実施率）			18	47.4	1158	14.8	1,371	20.5	69,327	9.0	
	④		非肥満高血糖			44	8.7	5,946	9.5	5,026	7.9	588,083	9.0	
	⑤		メタボ		該当者	94	18.6	13,887	22.2	13,297	21.0	1,321,197	20.3	
					男性	66	26.1	9,720	32.3	8,885	32.3	923,222	32.0	
					女性	28	11.1	4,167	12.8	4,412	12.3	397,975	11.0	
	⑥				予備群	62	12.3	7,780	12.4	7,995	12.6	730,607	11.2	
					男性	42	16.6	5,523	18.4	5,206	18.9	515,813	17.9	
					女性	20	7.9	2,257	7.0	2,789	7.8	214,794	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	170	33.6	23,952	38.3	23,634	37.4	2,273,296	35.0	
	⑧				男性	119	47.0	16,801	55.8	15,544	56.6	1,592,747	55.3	
	⑨				女性	51	20.2	7,151	22.1	8,090	22.6	680,549	18.8	
	⑩			BMI	総数	24	4.7	3,692	5.9	2,891	4.6	304,276	4.7	
	⑪				男性	3	1.2	695	2.3	422	1.5	48,780	1.7	
	⑫				女性	21	8.3	2,997	9.2	2,469	6.9	255,496	7.1	
	⑬			血糖のみ		2	0.4	427	0.7	373	0.6	41,541	0.6	
	⑭			血圧のみ		52	10.3	5,692	9.1	6,073	9.6	514,593	7.9	
	⑮			脂質のみ		8	1.6	1,661	2.7	1,549	2.4	174,473	2.7	
	⑯			血糖・血圧		25	4.9	2,311	3.7	2,305	3.6	193,722	3.0	
	⑰			血糖・脂質		2	0.4	697	1.1	558	0.9	67,212	1.0	
	⑱			血圧・脂質		45	8.9	6,233	10.0	6,460	10.2	630,648	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質		22	4.3	4,646	7.4	3,974	6.3	429,615	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧		254	50.2	24,538	39.3	26,669	42.2	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		50	9.9	6,716	10.8	6,523	10.3	564,473	8.7	
				脂質異常症		124	24.6	17,112	27.4	16,442	26.0	1,817,350	28.0	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		15	3.0	2,034	3.3	2,544	4.0	199,003	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		37	7.3	3,656	5.9	4,132	6.6	349,845	5.5	
				腎不全		8	1.6	566	0.9	595	0.9	51,680	0.8	
				貧血		37	7.3	5,363	8.8	6,457	10.3	669,737	10.6	
6	③	生活習慣の状況	喫煙			74	14.6	10,267	16.4	7,720	12.2	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く			42	8.3	5,550	9.4	5,886	9.5	609,166	10.3	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）			91	18.1	10,136	17.1	9,603	15.5	932,218	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食			91	18.1	10,136	17.1	9,603	15.5	932,218	15.7	
	⑦		食べる速度が速い			128	25.3	16,521	28.0	16,630	26.8	1,590,713	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			155	30.6	21,716	36.6	22,249	35.9	2,083,152	34.9	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			331	65.4	40,253	67.5	34,213	55.2	3,589,415	60.3	
	⑩		1日1時間以上運動なし			186	36.8	28,321	47.6	27,513	44.5	2,858,913	48.0	
	⑪		睡眠不足			141	28.0	14,480	24.5	13,607	22.0	1,521,685	25.6	
	⑫		毎日飲酒			167	33.0	15,957	26.5	17,001	27.3	1,585,206	25.5	
	⑬		時々飲酒			100	19.8	13,842	23.0	14,088	22.6	1,393,154	22.4	
	⑭		一日飲酒量	1合未満		119	44.2	21,335	54.7	19,764	56.0	2,851,798	64.2	
				1～2合		111	41.3	10,999	28.2	11,438	32.4	1,053,317	23.7	
				2～3合		36	13.4	4,986	12.8	3,362	9.5	414,658	9.3	
				3合以上		3	1.1	1,688	4.3	700	2.0	122,039	2.7	

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

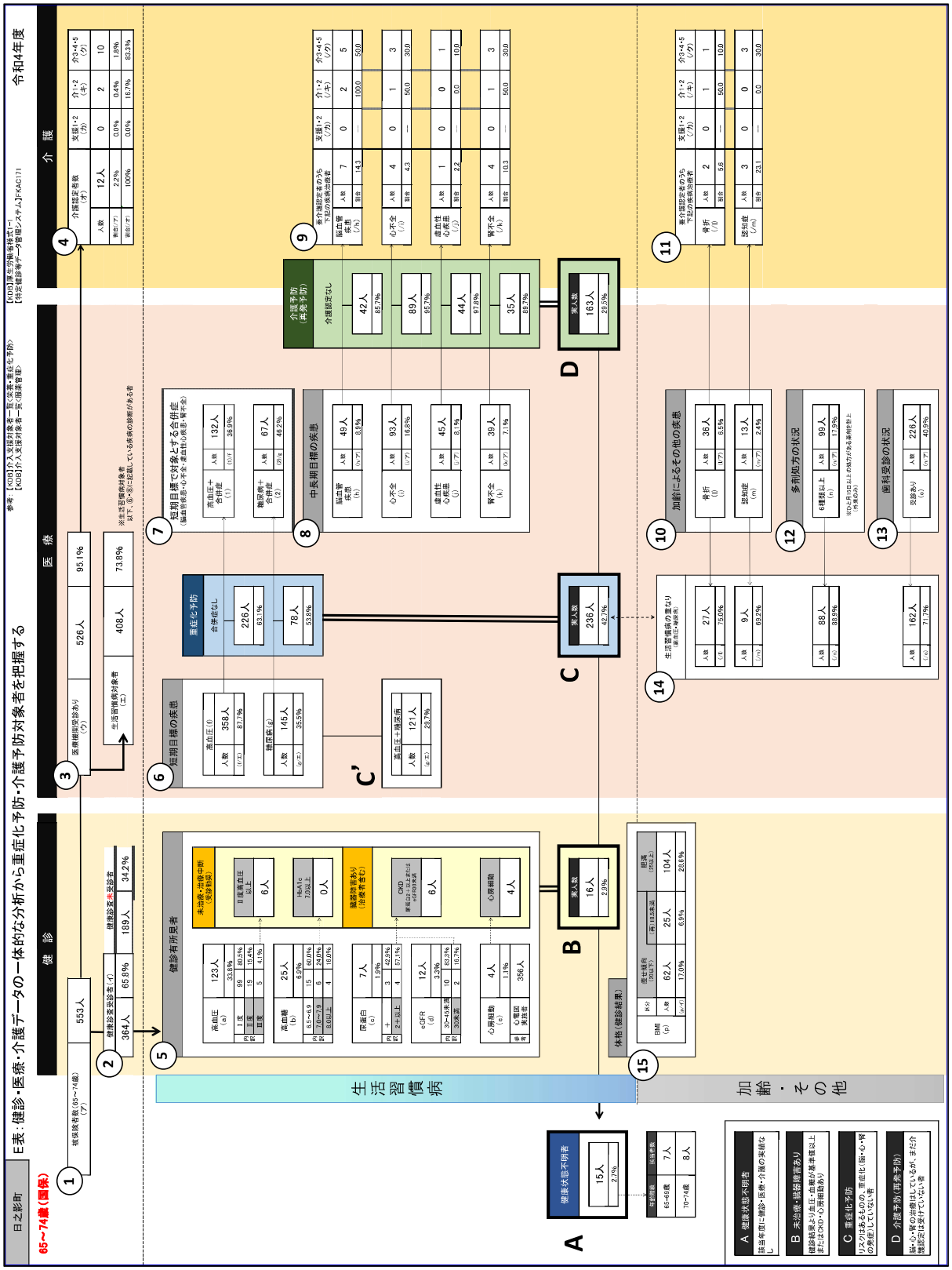
①H30 年度と R4 年度の比較



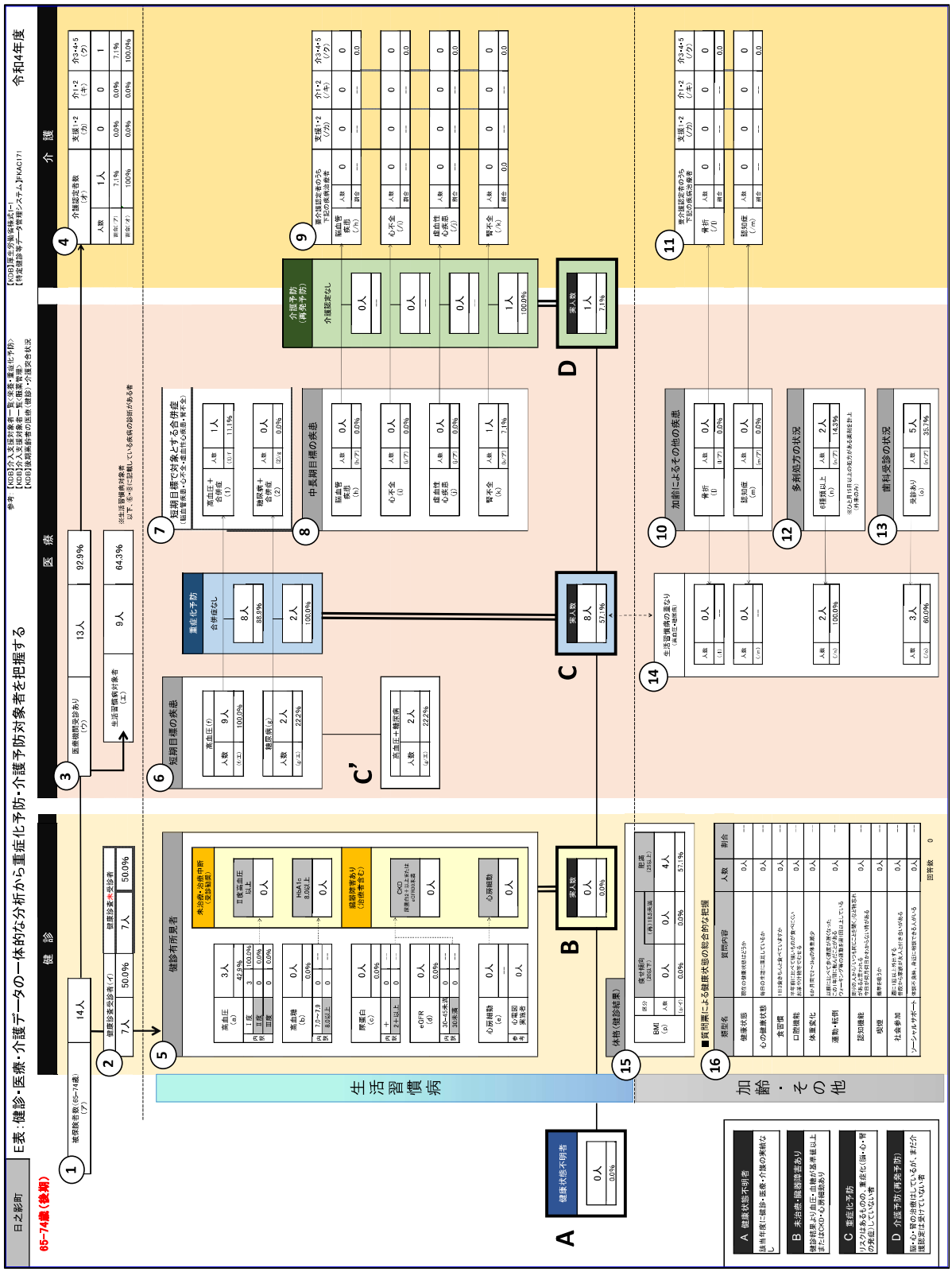
②R04 年度 40～64 歳(国保)



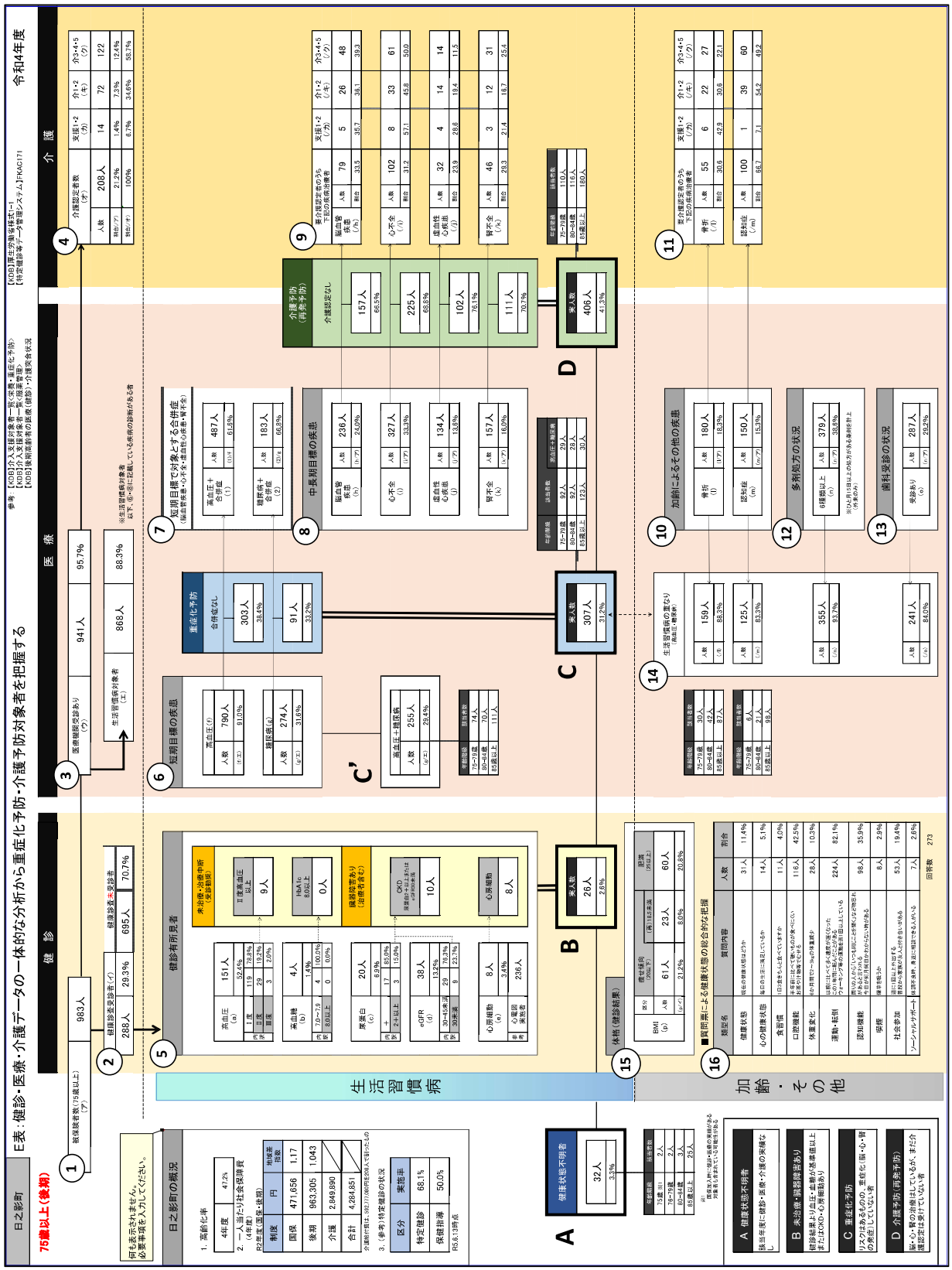
③R04 年度 65～74 歳(国保)



④R04 年度 65～74 歳(後期)



⑤R04 年度 75 歳以上(後期)

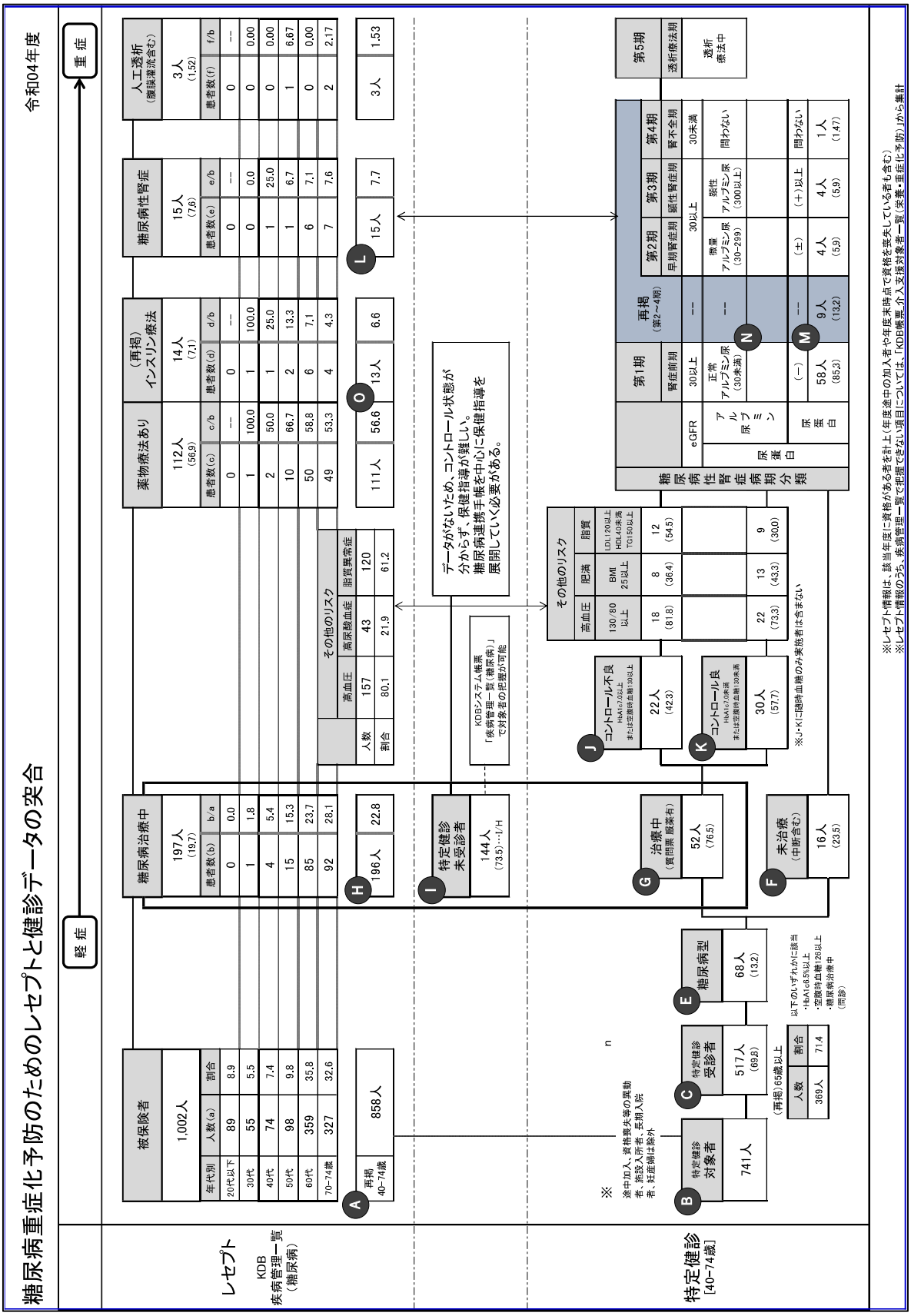


参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

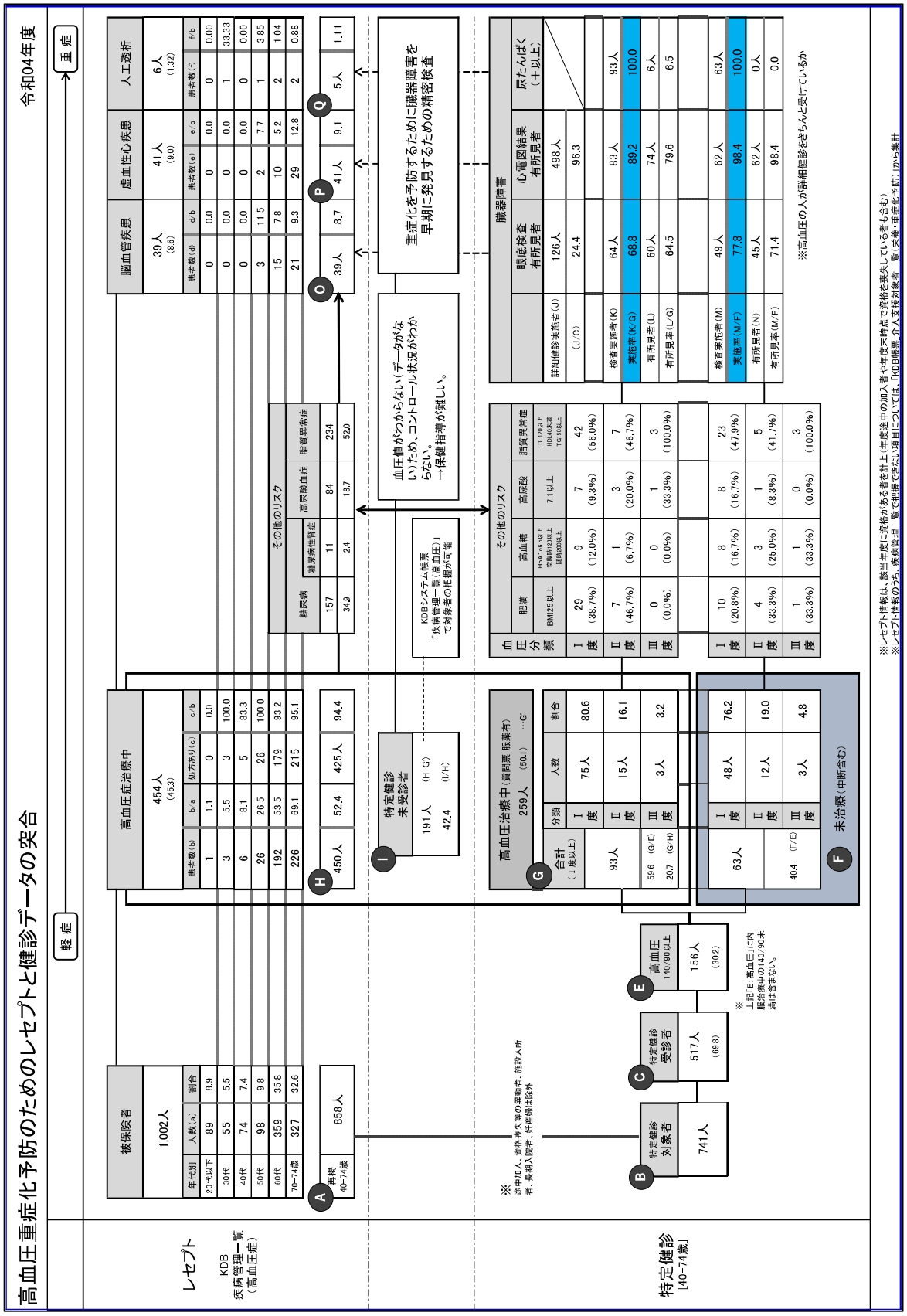
様式5-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突合表	日之影町										同規模保険者（平均）		データ基
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数		A	1,138人		1,085人		1,049人		1,018人		979人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳		971人		931人		898人		878人		850人				
2	①	特定健診	対象者数	B	858人		821人		780人		765人		741人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②		受診者数	C	630人		601人		559人		555人		517人				
	③		受診率		73.4%		73.2%		71.7%		72.5%		69.8%				
3	①	特定保健指導	対象者数		44人		48人		36人		42人		38人				
	②		実施率		79.5%		83.3%		77.8%		78.6%		84.2%				
4	①	健診データ	糖尿病型	E	71人	11.3%	61人	10.1%	73人	13.1%	74人	13.3%	68人	13.2%			特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	20人	28.2%	12人	19.7%	21人	28.8%	17人	23.0%	16人	23.5%			
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	51人	71.8%	49人	80.3%	52人	71.2%	57人	77.0%	52人	76.5%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	27人	52.9%	30人	61.2%	29人	55.8%	25人	43.9%	22人	42.3%			
	⑤		血圧　130/80以上		14人	51.9%	20人	66.7%	20人	69.0%	15人	60.0%	18人	81.8%			
	⑥		肥満　BMI25以上		15人	55.6%	14人	46.7%	12人	41.4%	10人	40.0%	9人	40.9%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	24人	47.1%	19人	38.8%	23人	44.2%	32人	56.1%	30人	57.7%			
	⑧		第1期　尿蛋白（－）	M	49人	69.0%	46人	75.4%	65人	89.0%	56人	75.7%	58人	85.3%			
	⑨		第2期　尿蛋白（±）		13人	18.3%	9人	14.8%	2人	2.7%	8人	10.8%	4人	5.9%			
	⑩		第3期　尿蛋白（＋）以上		9人	12.7%	6人	9.8%	6人	8.2%	8人	10.8%	4人	5.9%			
	⑪		第4期　eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.4%	1人	1.5%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険千対）		134.4人		134.6人		143.9人		148.3人		155.3人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳（被保険千対）		156.5人		156.8人		167.0人		170.8人		178.8人				
	③		レセプト件数（40-74歳）（）内は被保険千対　入院外（件数）		680件	(716.5)	722件	(799.6)	706件	(800.5)	752件	(872.4)	776件	(937.2)	136,930件	(893.2)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④		入院（件数）		3件	(3.2)	5件	(5.5)	4件	(4.5)	11件	(12.8)	3件	(3.6)	658件	(4.3)	
	⑤		糖尿病治療中	H	153人	13.4%	146人	13.5%	151人	14.4%	151人	14.8%	152人	15.5%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳		152人	15.7%	146人	15.7%	150人	16.7%	150人	17.1%	152人	17.9%			
	⑦		健診未受診者	I	101人	66.4%	95人	65.1%	98人	65.3%	93人	62.0%	100人	65.8%			
	⑧		インスリン治療	O	15人	9.8%	17人	11.6%	15人	9.9%	17人	11.3%	14人	9.2%			
	⑨		（再掲）40-74歳		14人	9.2%	17人	11.6%	14人	9.3%	16人	10.7%	14人	9.2%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	8人	5.2%	6人	4.1%	4人	2.6%	11人	7.3%	11人	7.2%			
	⑪		（再掲）40-74歳		7人	4.6%	6人	4.1%	4人	2.7%	11人	7.3%	11人	7.2%			
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		3人	2.0%	3人	2.1%	2人	1.3%	2人	1.3%	3人	2.0%			
	⑬		（再掲）40-74歳		3人	2.0%	3人	2.1%	2人	1.3%	2人	1.3%	3人	2.0%			
	⑭		新規透析患者数		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	33.3%			
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		5人	2.1%	7人	3.0%	9人	4.0%	8人	3.6%	6人	2.7%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費		4億9393万円		4億3481万円		4億6224万円		4億9054万円		4億4451万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		2億7614万円		2億0544万円		2億0326万円		2億2996万円		2億2063万円		1億4021万円		
	③		（総医療費に占める割合）		55.9%		47.2%		44.0%		46.9%		49.6%		53.6%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		13,081円		9,903円		7,618円		11,829円		12,284円		8,820円		
	⑤		健診未受診者		28,408円		21,667円		24,141円		23,919円		20,412円		40,357円		
	⑥		糖尿病医療費		2086万円		2212万円		2141万円		2276万円		2029万円		1572万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		7.6%		10.8%		10.5%		9.9%		9.2%		11.2%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		7161万円		7141万円		6723万円		7190万円		7275万円				
	⑨		1件あたり		39,238円		36,435円		34,264円		36,168円		37,444円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		3736万円		4802万円		5639万円		6964万円		4174万円				
	⑪		1件あたり		424,553円		495,065円		466,014円		504,648円		549,209円				
	⑫		在院日数		20日		21日		21日		19日		20日				
	⑬		慢性腎不全医療費		2726万円		1956万円		1561万円		1854万円		2000万円		957万円		
	⑭		透析有り		2497万円		1835万円		1456万円		1698万円		1940万円		862万円		
	⑮		透析なし		228万円		121万円		106万円		156万円		60万円		96万円		
7	①	介護	介護給付費		5億8803万円		6億0899万円		6億1421万円		6億1616万円		5億7575万円		3億5514万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		1件	25.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		1人	1.0%	0人	0.0%	1人	1.0%	0人	0.0%	2人	2.4%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

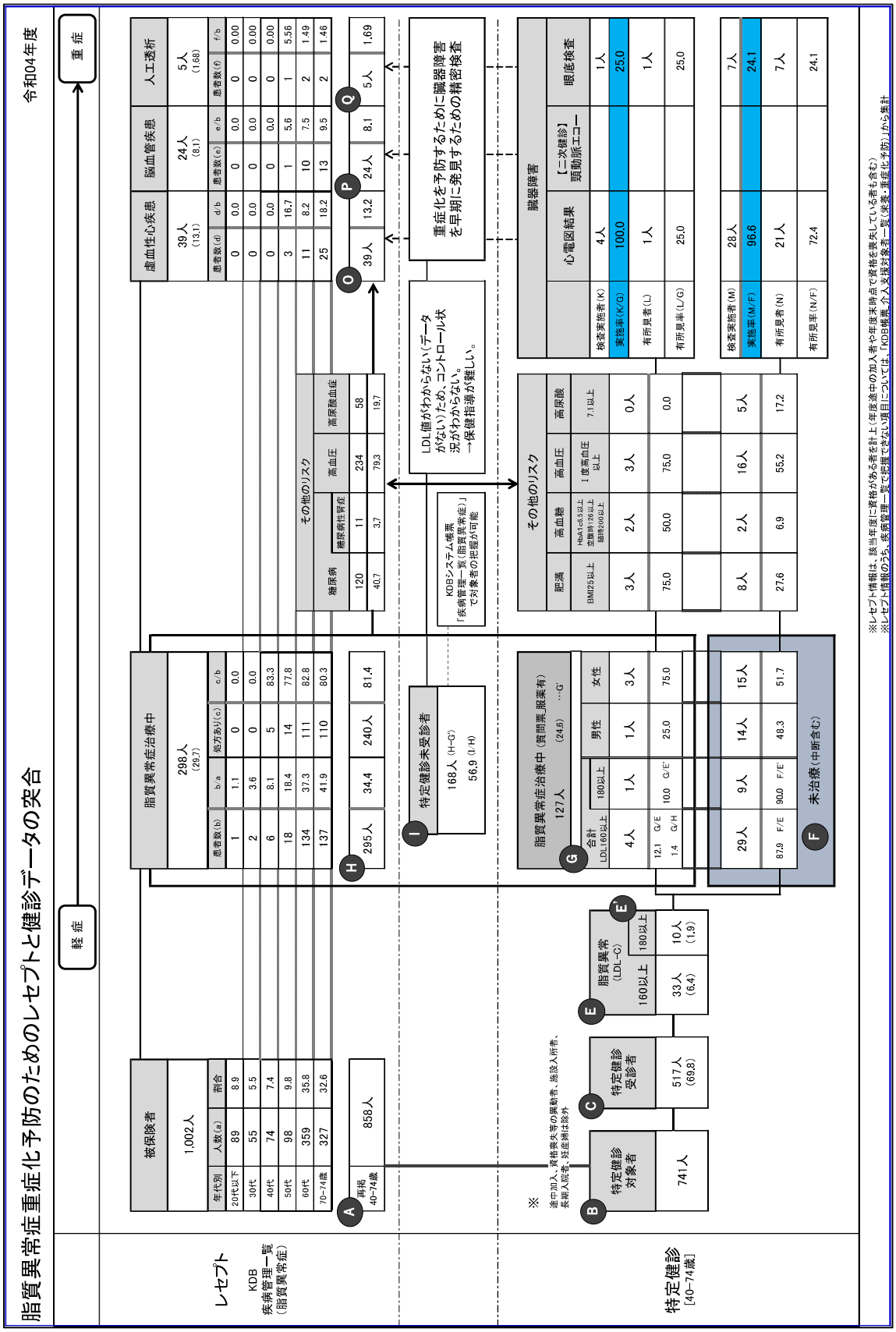
参考資料4　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R04 年度）



参考資料5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R04 年度）



参考資料6　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R04 年度）



参考資料7　HbA1C の年次比較（H29 年度～R04 年度）

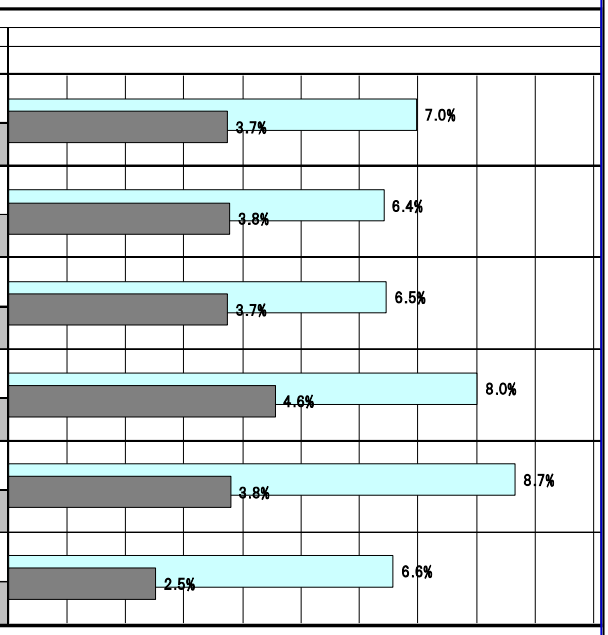
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	588	207	35.2%	255	43.4%	85	14.5%	19	3.2%	15	2.6%	7	1.2%	12	2.0%	5	0.9%
H30	608	288	47.4%	218	35.9%	63	10.4%	16	2.6%	13	2.1%	10	1.6%	16	2.6%	7	1.2%
R01	588	294	50.0%	196	33.3%	60	10.2%	16	2.7%	14	2.4%	8	1.4%	14	2.4%	7	1.2%
R02	549	312	56.8%	147	26.8%	46	8.4%	19	3.5%	15	2.7%	10	1.8%	17	3.1%	7	1.3%
R03	554	274	49.5%	192	34.7%	40	7.2%	27	4.9%	16	2.9%	5	0.9%	15	2.7%	4	0.7%
R04	517	247	47.8%	180	34.8%	56	10.8%	21	4.1%	9	1.7%	4	0.8%	8	1.5%	2	0.4%

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
						未治療	治療
H29	588	207 35.2%	255 43.4%	85 14.5%	41 7.0%	16 39.0%	25 61.0%
					再）7.0以上 22 3.7%	6 27.3%	16 72.7%
H30	608	288 47.4%	218 35.9%	63 10.4%	39 6.4%	13 33.3%	26 66.7%
					23 3.8%	5 21.7%	18 78.3%
R01	588	294 50.0%	196 33.3%	60 10.2%	38 6.5%	6 15.8%	32 84.2%
					22 3.7%	1 4.5%	21 95.5%
R02	549	312 56.8%	147 26.8%	46 8.4%	44 8.0%	11 25.0%	33 75.0%
					25 4.6%	4 16.0%	21 84.0%
R03	554	274 49.5%	192 34.7%	40 7.2%	48 8.7%	11 22.9%	37 77.1%
					21 3.8%	2 9.5%	19 90.5%
R04	517	247 47.8%	180 34.8%	56 10.8%	34 6.6%	9 26.5%	25 73.5%
					13 2.5%	2 15.4%	11 84.6%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	44	7.5%	0	0.0%	2	4.5%	17	38.6%	9	20.5%	11	25.0%	5	11.4%	9	20.5%	4	9.1%
	H30	49	8.1%	3	6.1%	4	8.2%	16	32.7%	8	16.3%	11	22.4%	7	14.3%	11	22.4%	4	8.2%
	R01	49	8.3%	0	0.0%	4	8.2%	13	26.5%	11	22.4%	14	28.6%	7	14.3%	13	26.5%	7	14.3%
	R02	51	9.3%	2	3.9%	4	7.8%	12	23.5%	12	23.5%	13	25.5%	8	15.7%	14	27.5%	7	13.7%
	R03	57	10.3%	2	3.5%	7	12.3%	11	19.3%	18	31.6%	14	24.6%	5	8.8%	14	24.6%	4	7.0%
	R04	52	10.1%	1	1.9%	8	15.4%	18	34.6%	14	26.9%	8	15.4%	3	5.8%	7	13.5%	1	1.9%
治療なし	H29	544	92.5%	207	38.1%	253	46.5%	68	12.5%	10	1.8%	4	0.7%	2	0.4%	3	0.6%	1	0.2%
	H30	559	91.9%	285	51.0%	214	38.3%	47	8.4%	8	1.4%	2	0.4%	3	0.5%	5	0.9%	3	0.5%
	R01	539	91.7%	294	54.5%	192	35.6%	47	8.7%	5	0.9%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%
	R02	498	90.7%	310	62.2%	143	28.7%	34	6.8%	7	1.4%	2	0.4%	2	0.4%	3	0.6%	0	0.0%
	R03	497	89.7%	272	54.7%	185	37.2%	29	5.8%	9	1.8%	2	0.4%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%
	R04	465	89.9%	246	52.9%	172	37.0%	38	8.2%	7	1.5%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%

参考資料8　血圧の年次比較（H29 年度～R04 年度）

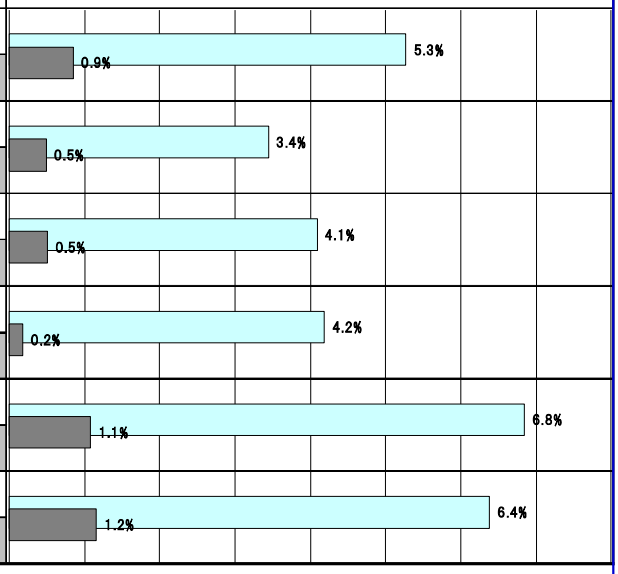
血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	588	148	25.2%	90	15.3%	180	30.6%	139	23.6%	26	4.4%	5	0.9%
H30	610	179	29.3%	129	21.1%	176	28.9%	105	17.2%	18	3.0%	3	0.5%
R01	587	168	28.6%	104	17.7%	165	28.1%	126	21.5%	21	3.6%	3	0.5%
R02	549	115	20.9%	96	17.5%	166	30.2%	149	27.1%	22	4.0%	1	0.2%
R03	555	117	21.1%	102	18.4%	173	31.2%	125	22.5%	32	5.8%	6	1.1%
R04	517	96	18.6%	89	17.2%	176	34.0%	123	23.8%	27	5.2%	6	1.2%

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲	
						未治療	治療
H29	588	238 40.5%	180 30.6%	139 23.6%	31 5.3%	16 51.6%	15 48.4%
					5 0.9%	2 40.0%	3 60.0%
H30	610	308 50.5%	176 28.9%	105 17.2%	21 3.4%	9 42.9%	12 57.1%
					3 0.5%	0 0.0%	3 100.0%
R01	587	272 46.3%	165 28.1%	126 21.5%	24 4.1%	9 37.5%	15 62.5%
					3 0.5%	3 100.0%	0 0.0%
R02	549	211 38.4%	166 30.2%	149 27.1%	23 4.2%	13 56.5%	10 43.5%
					1 0.2%	1 100.0%	0 0.0%
R03	555	219 39.5%	173 31.2%	125 22.5%	38 6.8%	16 42.1%	22 57.9%
					6 1.1%	2 33.3%	4 66.7%
R04	517	185 35.8%	176 34.0%	123 23.8%	33 6.4%	15 45.5%	18 54.5%
					6 1.2%	3 50.0%	3 50.0%



治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	237	40.3%	36	15.2%	37	15.6%	79	33.3%	70	29.5%	12	5.1%	3	1.3%
	H30	263	43.1%	52	19.8%	56	21.3%	91	34.6%	52	19.8%	9	3.4%	3	1.1%
	R01	266	45.3%	42	15.8%	50	18.8%	88	33.1%	71	26.7%	15	5.6%	0	0.0%
	R02	257	46.8%	29	11.3%	43	16.7%	90	35.0%	85	33.1%	10	3.9%	0	0.0%
	R03	267	48.1%	26	9.7%	58	21.7%	84	31.5%	77	28.8%	18	6.7%	4	1.5%
	R04	259	50.1%	30	11.6%	39	15.1%	97	37.5%	75	29.0%	15	5.8%	3	1.2%
治療なし	H29	351	59.7%	112	31.9%	53	15.1%	101	28.8%	69	19.7%	14	4.0%	2	0.6%
	H30	347	56.9%	127	36.6%	73	21.0%	85	24.5%	53	15.3%	9	2.6%	0	0.0%
	R01	321	54.7%	126	39.3%	54	16.8%	77	24.0%	55	17.1%	6	1.9%	3	0.9%
	R02	292	53.2%	86	29.5%	53	18.2%	76	26.0%	64	21.9%	12	4.1%	1	0.3%
	R03	288	51.9%	91	31.6%	44	15.3%	89	30.9%	48	16.7%	14	4.9%	2	0.7%
	R04	258	49.9%	66	25.6%	50	19.4%	79	30.6%	48	18.6%	12	4.7%	3	1.2%

参考資料9　LDL－Cの年次比較（H29 年度～R04 年度）

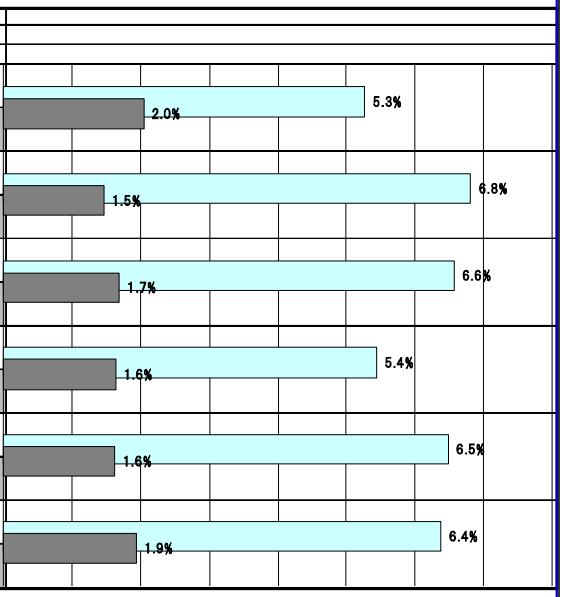
LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	588	331	56.3%	155	26.4%	71	12.1%	19	3.2%	12	2.0%
	H30	616	338	54.9%	158	25.6%	78	12.7%	33	5.4%	9	1.5%
	R01	593	324	54.6%	145	24.5%	85	14.3%	29	4.9%	10	1.7%
	R02	551	296	53.7%	135	24.5%	90	16.3%	21	3.8%	9	1.6%
	R03	555	297	53.5%	147	26.5%	75	13.5%	27	4.9%	9	1.6%
	R04	517	267	51.6%	146	28.2%	71	13.7%	23	4.4%	10	1.9%
男性	H29	276	169	61.2%	69	25.0%	29	10.5%	5	1.8%	4	1.4%
	H30	293	170	58.0%	73	24.9%	36	12.3%	12	4.1%	2	0.7%
	R01	290	167	57.6%	72	24.8%	37	12.8%	9	3.1%	5	1.7%
	R02	272	154	56.6%	64	23.5%	42	15.4%	9	3.3%	3	1.1%
	R03	274	153	55.8%	66	24.1%	41	15.0%	12	4.4%	2	0.7%
	R04	258	145	56.2%	59	22.9%	39	15.1%	12	4.7%	3	1.2%
女性	H29	312	162	51.9%	86	27.6%	42	13.5%	14	4.5%	8	2.6%
	H30	323	168	52.0%	85	26.3%	42	13.0%	21	6.5%	7	2.2%
	R01	303	157	51.8%	73	24.1%	48	15.8%	20	6.6%	5	1.7%
	R02	279	142	50.9%	71	25.4%	48	17.2%	12	4.3%	6	2.2%
	R03	281	144	51.2%	81	28.8%	34	12.1%	15	5.3%	7	2.5%
	R04	259	122	47.1%	87	33.6%	32	12.4%	11	4.2%	7	2.7%

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲	
					再)180以上	未治療	治療
H29	588	331 56.3%	155 26.4%	71 12.1%	31 5.3%	27 87.1%	4 12.9%
					12 2.0%	11 91.7%	1 8.3%
H30	616	338 54.9%	158 25.6%	78 12.7%	42 6.8%	36 85.7%	6 14.3%
					9 1.5%	9 100.0%	0 0.0%
R01	593	324 54.6%	145 24.5%	85 14.3%	39 6.6%	33 84.6%	6 15.4%
					10 1.7%	6 60.0%	4 40.0%
R02	551	296 53.7%	135 24.5%	90 16.3%	30 5.4%	28 93.3%	2 6.7%
					9 1.6%	9 100.0%	0 0.0%
R03	555	297 53.5%	147 26.5%	75 13.5%	36 6.5%	33 91.7%	3 8.3%
					9 1.6%	9 100.0%	0 0.0%
R04	517	267 51.6%	146 28.2%	71 13.7%	33 6.4%	29 87.9%	4 12.1%
					10 1.9%	9 90.0%	1 10.0%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	141	24.0%	94	66.7%	36	25.5%	7	5.0%	3	2.1%	1	0.7%
	H30	131	21.3%	81	61.8%	35	26.7%	9	6.9%	6	4.6%	0	0.0%
	R01	139	23.4%	85	61.2%	37	26.6%	11	7.9%	2	1.4%	4	2.9%
	R02	126	22.9%	77	61.1%	30	23.8%	17	13.5%	2	1.6%	0	0.0%
	R03	129	23.2%	87	67.4%	32	24.8%	7	5.4%	3	2.3%	0	0.0%
	R04	127	24.6%	79	62.2%	32	25.2%	12	9.4%	3	2.4%	1	0.8%
治療なし	H29	447	76.0%	237	53.0%	119	26.6%	64	14.3%	16	3.6%	11	2.5%
	H30	485	78.7%	257	53.0%	123	25.4%	69	14.2%	27	5.6%	9	1.9%
	R01	454	76.6%	239	52.6%	108	23.8%	74	16.3%	27	5.9%	6	1.3%
	R02	425	77.1%	219	51.5%	105	24.7%	73	17.2%	19	4.5%	9	2.1%
	R03	426	76.8%	210	49.3%	115	27.0%	68	16.0%	24	5.6%	9	2.1%
	R04	390	75.4%	188	48.2%	114	29.2%	59	15.1%	20	5.1%	9	2.3%