

えびの市国民健康保険

第3期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)



令和6年3月策定

令和9年3月 中間評価

令和12年3月 最終評価

えびの市

目次

第1章	基本的事項	1
	(1) 計画の趣旨	1
	(2) 計画期間	2
	(3) 実施体制・関係者連携	2
	(4) 基本情報	3
第2章	現状の整理	4
	(1) 保険者の特性	4
	(2) 前期計画等に係る考察	4
第3章	健康・医療情報等の分析と課題	7
	(1) 平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率	8
	(2) 医療費の分析	10
	(3) 特定健診・特定保健指導等の健診データの分析	15
	(4) レセプト・健診データ等組み合わせた分析	19
	(5) 介護費関係の分析	21
	(6) その他	22
第4章	特定健康診査等実施計画	23
	(1) 第4期特定健康診査等実施計画	23
	(2) 目標値の設定	23
	(3) 対象者数の見込み	23
	(4) 特定健康診査の実施	23
	(5) 特定保健指導の実施	24
	(6) 個人情報保護	25
	(7) 特定健康診査等実施計画の公表・周知	25
	(8) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	25
第5章	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戦略	26
	(1) 保険者の健康課題	26
	(2) データヘルス計画全体における目的・目標	26
	(3) 個別の保健事業	28
第6章	健康課題を解決するための個別の保健事業	29
	(1) 個別の保健事業	29
	(2) 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について	34
第7章	個別の保健事業及び個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体） の評価・見直し	35
第8章	計画の公表・周知	35
第9章	個人情報の取扱い	35
第10章	地域包括ケアに係る取組	35
参考資料		36

第1章 基本的事項

(1) 計画の趣旨

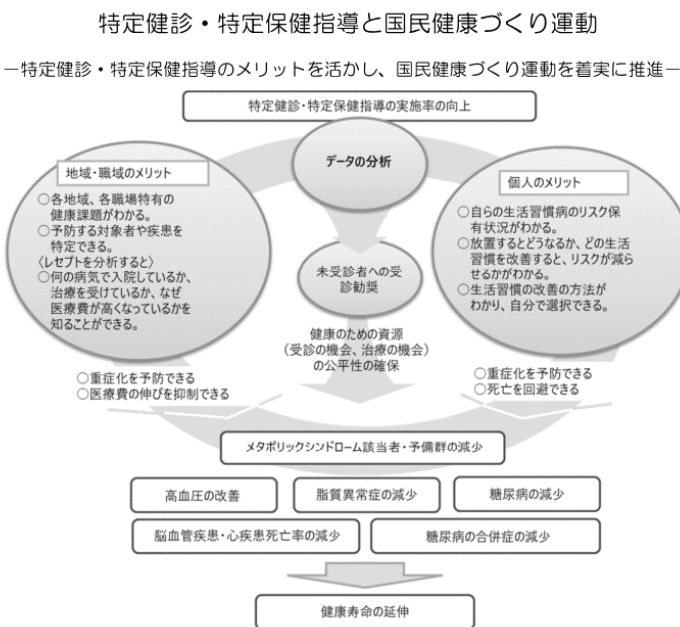
近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年6月 14 日閣議決定）において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。さらに、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」（以下「保健事業実施指針」という。）において、保険者は、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、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、保健事業の実施及び評価を行うものとされた。

えびの市においても、レセプトや統計資料等を活用することにより、「第3期保健事業実施計画」（以下「データヘルス計画」という）を策定し、また、より効果的に保健事業を推進するため、「第4期特定健康診査等実施計画」（高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して策定）をデータヘルス計画の一部と位置付けて一体的に策定している。

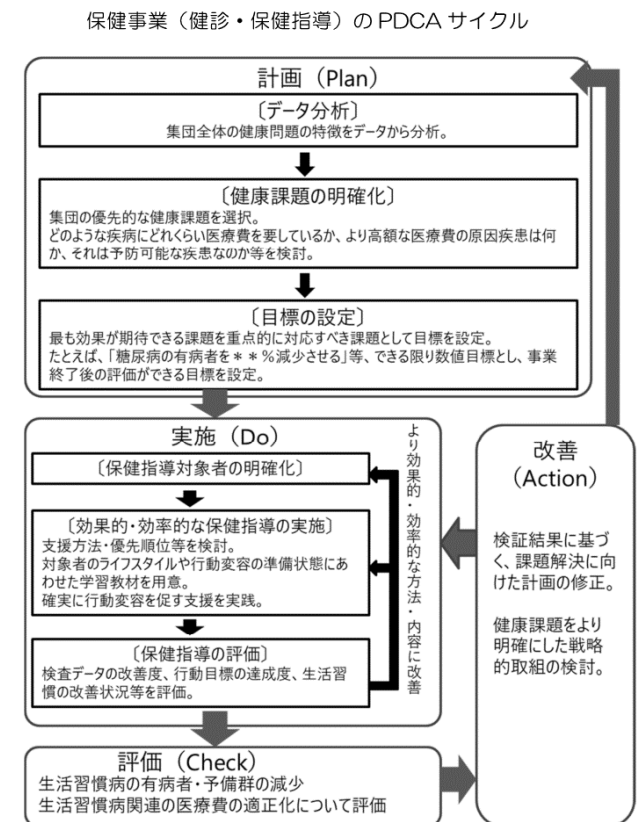
これらの計画に基づき、効果的・効率的に保健事業を実施し、被保険者の健康の保持増進や生活の質（QOL）の向上、医療費の適正化、保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

図1



標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】より抜粋

図2



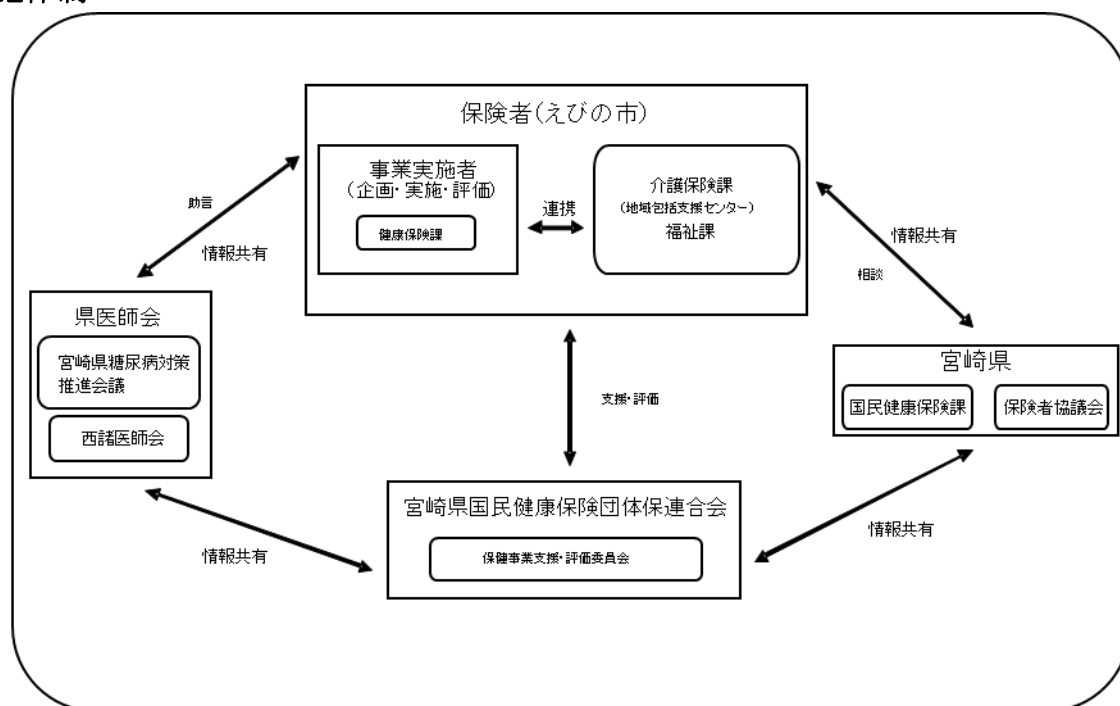
(2) 計画期間

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、また、計画実施期間にあたる令和8年度に中間評価見直し期間を設け、前期の振り返りと課題の把握、後期に向けた取り組みの修正等を図るよう計画を構成する。

令和6年度に向けての法定計画等						
	健康日本21 健康増進計画				医療費適正化計画	医療計画
		特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業（支援）計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118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
基本的な指針	厚生労働省 健康局 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 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 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 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	厚生労働省 老健局 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 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年（第3次）	法定 令和6～11年（第4期）	指針 令和6～11年（第3期）	法定 令和6～8年（第9期）	法定 令和6～11年（第4期）	法定 令和6～11年（第8次）
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	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。

(3) 実施体制・関係者連携

<実施体制>



<関係者連携>

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、健康保険課が主体となり、健康課題を分析し、計画を策定する。計画の策定等にあたっては、本市が実施する関係保健事業との連携を図り、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図る。

また、宮崎県国民健康保険課、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会と連携・協力する。

計画策定後は、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。

（４）基本情報

人口・被保険者（令和４年度）

	全体	男性		女性	
	人数	人数	割合	人数	割合
人口	17,583 人	8,305 人	47.2%	9,278 人	52.8%
国保被保険者数	4,955 人	2,545 人	51.4%	2,410 人	48.6%

(KDB システム_地域の全体像の把握)

第2章 現状の整理

(1) 保険者の特性

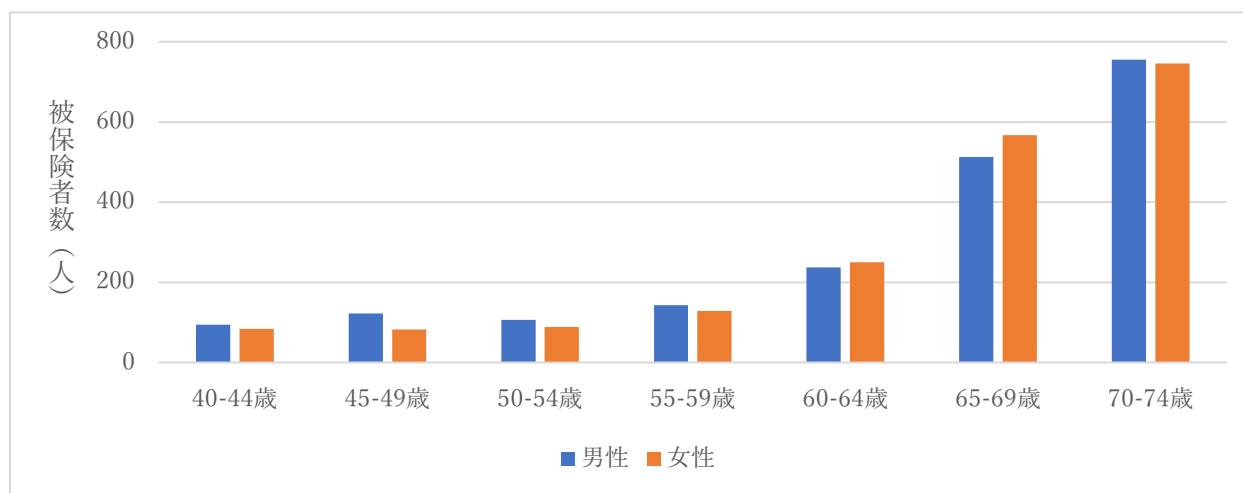
年齢層、性別 被保険者数（40歳以上）を令和2年度から令和4年度までを確認すると、男女ともに減少している。年齢層、性別 被保険者数（令和4年度）を確認すると、男女ともに65歳以上の人数が多く、70-74歳の人数が最も多い。今後これらの70-74歳（前期高齢者）が令和9年度にかけ75歳以上の後期高齢者医療の被保険者へ移行していくこととなる。

年齢層、性別 被保険者数

(単位：人)

		40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	合計
男性	令和2年度	109	110	124	153	320	646	675	2,137
	令和3年度	107	113	119	141	270	555	747	2,052
	令和4年度	94	122	106	143	237	513	755	1,970
女性	令和2年度	97	76	93	166	329	592	777	2,130
	令和3年度	89	79	90	152	282	573	789	2,054
	令和4年度	84	82	89	129	250	567	746	1,947

年齢層、性別 被保険者数（令和4年度）



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

(2) 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画における保健事業の実施状況と考察

第1期計画に引き続き、第2期計画においても脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による慢性腎不全等の中長期目標疾患の減少を目標に、発症予防、重症化予防のための取組を中心に進めてきた。

まずは、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という）に起因する生活習慣病のリスクを早期発見するため、特定健診実施率（＝受診率）向上を目的に、人工知能による分析を用いた受診勧奨・インセンティブ（特定健診等を受けた方への抽選会）を実施した。徐々に実施率は上昇し、一定の成果は得られているが、国保保険者の目標値60%には達しておらず、今後も引き続き積極的な受診勧奨と、継続受診への取組等を行っていく必要がある。

特定健診実施後は、特定保健指導対象者をはじめ、高血圧未治療者、糖尿病性腎症ハイリスク者、心房細動・左室肥大有所見者等に対し、受診勧奨、保健指導を実施し、毎年、対象者抽出や優先順位を検討及び工夫しながら取り組んできた。

特定健診保健指導を含む保健指導実施率は全体的に高めではあるが、成果指標とした脳血管疾患、虚血性心

疾患の総医療費に占める割合は、初期値（平成28年度）1.6%、1.9%、中間評価値（令和1年度）2.3%、1.9%、最終実績値（令和4年度）1.6%、1.8%と経年で増減しているものの、減少率は緩やかであり、成果が十分とは言いがたい。特に国・県と比較し、糖尿病・高血圧、狭心症・心筋梗塞などの虚血性心疾患による医療費割合が高い。

「第2期データヘルス計画の目標管理一覧表」および「第3章 健康・医療情報等の分析と課題」をふまえると、今後も引き続き特定健診実施率の向上、虚血性心疾患・脳血管疾患、糖尿病性腎症による慢性腎不全等の重症化予防への取組を中心に保健事業の継続、拡大や保健指導等の質の向上に努め、成果を上げていく必要がある。

令和4年度保健指導対象者数および実施率

令和4年度特定健診受診者1,650人

保健指導対象者	検査値・所見・判定基準	対象者数	実施者数 (訪問・面談・電話)	実施率	
特定保健指導	第3期特定健診・保健指導プログラムに基づき抽出	121	115	95.0%	※2
糖尿病性腎症 ハイリスク者	①空腹時血糖126以上又はHbA1c6.5以上未治療者	66	61	92.4%	※3
	②西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム【参考資料1】に沿った糖尿病治療中ハイリスク者のうち7.0以上を優先実施。また65～74歳の治療中の方はHbA1c7.5以上を優先。※1	41	34	82.9%	
腎機能低下者	CKD分類のオレンジ・赤≪70歳以上のオレンジ【参考資料2】：eGFR40以上かつ尿蛋白陰性、0.14以下は除く≫に該当し、血圧・糖・脂質のいずれも未内服の方	30	26	86.7%	
心房細動	心電図所見に心房細動があった方	28	27	96.4%	
左室肥大	心電図所見に左室肥大があった方のうち血圧未治療者	8	7	87.5%	
受診勧奨 ※血圧・糖・脂質のいずれも未内服	血圧：収縮期血圧160以上又は拡張期血圧100以上、もしくは脂質：LDL180以上、中性脂肪500以上	67	66	98.5%	

※1 参考：糖尿病治療ガイド2022-2023 P107【図18】高齢者糖尿病の血糖コントロール目標

※2 1回以上の訪問、面談による保健指導を実施した者を計上。特定保健指導実施率（終了率）とは一致しない。

※3 プログラム該当者のうち、HbA1c7.0以上の者を優先実施としたため、第2期データヘルス計画の目標管理一覧表実績値（プログラム該当者全数に対する実施率33.8%）と異なる。

R04年度 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

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

市町村名	総医療費 (円)	一人あたり医療費		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		
		金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
				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									
えびの市	2,175,447,500	35,825	55位	4位	4.59%	0.19%	1.56%	1.79%	6.06%	3.97%	1.62%	430,597,730	19.79%	12.42%	8.48%	11.43%
県	93,000,733,620	30,988	--	--	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	17,163,788,960	18.46%	15.01%	9.23%	8.73%
国	9,337,411,479,190	27,570	--	--	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「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

(ヘルスサポートラボツール：データヘルス計画作成・評価ツールにて作成)

第2期データヘルス計画の目標管理一覽表

【評価】初期値とR4実績値を比較し最終目標値への達成度により評価】

○：目標とした成果と考える
 △：50%以上の成果と考える
 ×：50%未満の成果と考える

関連計画	健康課題	達成すべき目的	* 中間評価において追加評価項目と目標値修正したもの										備考	
			課題を解決するための目標	初期値	実績値		中間評価値		実績値			最終評価 目標値		最終評価
					H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
データヘルス計画	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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合 0.2%減少	1.6%	1.4%	2.1%	2.3%	1.7%	1.7%	1.6%	1.4%	×		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.2%減少	1.9%	1.5%	2.0%	1.9%	1.8%	1.5%	1.8%	1.7%	1.4%	△	
データヘルス計画	アウトカム指標	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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	予防可能な医療費の総医療費に占める割合の 減少*	24.0%	22.7%	22.0%	20.9%	18.9%	19.7%	19.8%	減少	○		
			糖尿病性腎症(透析あり)による透析導入者の割合を増やさない*	20.0%	50.0%	50.0%	33.3%	33.3%	0.0%	40.0%	20.0%	×		
データヘルス計画	アウトカム指標	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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合 25%以下	32.8%	32.9%	36.5%	36.0%	38.3%	38.6%	38.7%	25.0%	×		
			健診受診者の高血圧者の割合 1.5%減少(160/100以上)*	3.4%	2.8%	1.9%	2.3%	3.4%	3.8%	3.0%	1.9%	×	参考資料3	
データヘルス計画	アウトカム指標	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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合 5.1%減少(LDL140以上)	25.1%	25.7%	25.7%	26.6%	24.5%	22.9%	23.7%	20.0%	×		
			健診受診者の糖尿病者の割合 1.9%減少(HbA1c6.5以上)	9.9%	10.5%	10.9%	9.6%	11.3%	10.3%	10.9%	8.0%	×	参考資料4 参考資料5	
特定健診等計画	短期目標	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	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 90%以上*	96.9%	96.9%	96.9%	96.4%	84.7%	86.8%	94.9%	90.0%	○		
			HbA1c8以上未治療者の割合*	0.2%	0.4%	0.2%	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%	維持	○		
特定健診等計画	短期目標	がんの早期発見、早期治療	特定 保健指導対象者の減少率25%	25.2%	23.4%	21.7%	19.0%	17.3%	15.4%	12.8%	25.0%	×		
			特定健診受診率 60%以上	29.7%	31.1%	34.1%	36.4%	42.9%	42.3%	41.9%	60.0%	△		
保険者努力支援制度	短期目標	がんの早期発見、早期治療	特定 保健指導実施率60%以上	79.7%	65.8%	66.2%	61.0%	53.3%	55.4%	76.3%	85.0%	×		
			糖尿病治療中の 保健指導を実施した割合70%以上*	69.5%	77.9%	77.9%	56.0%	60.0%	36.1%	33.8%	70.0%	×		
保険者努力支援制度	短期目標	がんの早期発見、早期治療	がん 検診受診率 胃がん検診 5.2%以上	3.6%	3.3%	3.2%	2.4%	2.4%	2.2%	2.0%	5.2%	×		
			肺がん検診 5.0%以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	4.6%	4.6%	5.0%	△		
保険者努力支援制度	短期目標	がんの早期発見、早期治療	大腸がん 検診 8.2%以上	5.9%	8.4%	8.2%	8.0%	9.2%	6.5%	6.9%	8.2%	×		
			子宮頸がん検診 17.7%以上	8.7%	10.4%	12.3%	12.2%	10.9%	12.8%	13.2%	17.7%	△		
保険者努力支援制度	短期目標	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 13.2%以上	5.1%	9.0%	8.7%	9.5%	9.7%	11.5%	12.4%	13.2%	△		
			5つのがん検診の平均受診率*	4.6%	6.2%	6.4%	6.4%	7.3%	7.5%	7.8%	9.8%	△		
保険者努力支援制度	短期目標	がんの早期発見、早期治療	歯科健診(歯周病検診)	76.0%	76.0%	76.0%	0.0%	0.0%	7.9%	7.9%	80.0%	○		
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	76.0%	76.0%	76.0%	79.2%	87.9%	83.70%	84.6%	80.0%	○		

(R6.2月最終作成)

第3章 健康・医療情報等の分析と課題

健康・医療情報等の大分類	分析結果（令和3年度までの結果で分析）	課題との対応
平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率等	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命…県平均と比較すると男性女性ともに0.4低い水準。 平均自立期間…宮崎県と比較すると男性は1.3低い水準。女性は0.7低い水準。 標準化死亡率…宮崎県と比較すると男性は2.9高く、女性は11.9高い水準。 えびの市の死因割合は宮崎県と比べて糖尿病、自殺が高い。また、過去と比較して、脳疾患の割合は減少傾向であるが、がんや糖尿病はわずかに増加してきている。 	B・C
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> 受療率…2型糖尿病・本態性高血圧症、脂質異常症の受療率は増加傾向にある。 医療費の負担額が大きい疾患…疾病大分類別に医療費を見ると、「循環器系」「内分泌他」が上位である。宮崎県と比較すると、内分泌他の医療費がかかっていることがわかる。また、医療費経年推移をみても疾病大分類別上位5分類のうち、「内分泌系」「筋骨格系」「損傷」については増加傾向にある。「循環器」「新生物」も経年的に増加傾向であったが、令和3年度は減少に転じている。 重複受診の状況…重複受診者は令和2年度に減少したが、令和3年度でやや増加している。受診者数を年代別にみると70歳以降から大きく増加している。 	A・B C
特定健診・特定保健指導等の健診データの分析	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診及び特定保健指導の実施状況…令和3年度の特定健診受診率は42.3%。保健指導実施率は、55.4%。どちらも宮崎県平均よりも高い水準。 性年齢階層別受診率…健診受診者の年齢階層別は65-69、70代が多い。男女に差は見られない。保健指導実施者は、40～64歳の実施率割合が低い。 各種検査項目の有所見率…健診データをもとに有所見状況について確認したところ、肥満の割合が3割を超え県平均より約4ポイント多い。また、メタボリックシンドローム該当者の割合は、男女ともに高く男性は39.5%、女性16.4%（R3）といずれも県でワースト1位、3位と高い（R3）。メタボ該当者・予備群を合わせると6割を超えている。その他の項目では血圧の正常群が半数以下の割合であることがわかる。 健康状態、生活習慣の状況…1回30分以上かつ週2日以上以上の運動を1年以上実施している者の割合は40.3%で、宮崎県（44.3%）よりやや低い。 	A
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診未受診者のうち、生活習慣病での治療がない対象者は年代全体的に存在するが、割合は40代が多い。健診受診者のうち、異常値があるにもかかわらずその後の医療機関受診確認ができない者がどの程度いるのか、治療放置者の保有リスクを、性年齢階層別みると、男女ともに65-74歳の治療放置者が多く、男性では脂質と血圧、女性では脂質の該当者が多い。 	B・C
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費の状況…宮崎県平均と比較して、要介護1以外すべての介護度で介護給付費が高い水準。経年で確認すると要支援は減少傾向にあり、要介護1及び2は横ばい、3と4は減少、5は増加傾向にある。 介護認定率の状況…認定率を宮崎県と比較すると、認定率は県より高く、H29年からの経年で見るとえびの市はやや減少傾向である。介護度別認定者数割合を確認すると、要支援2、要介護2・4が宮崎県より少なく、要介護1と5の認定者数の割合が宮崎県より多いことがわかる。 介護認定者の有病状況…糖尿病、脳疾患、がん、精神を除く疾患（高血圧症、脂質異常症、心臓病、筋・骨格）は宮崎県より高い。その中でも増加傾向にあるのは心臓病と筋・骨格である。 	B・C
その他	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年度末までに後発医薬品の数量シェア80%以上という目標に対しては達成している状況 	

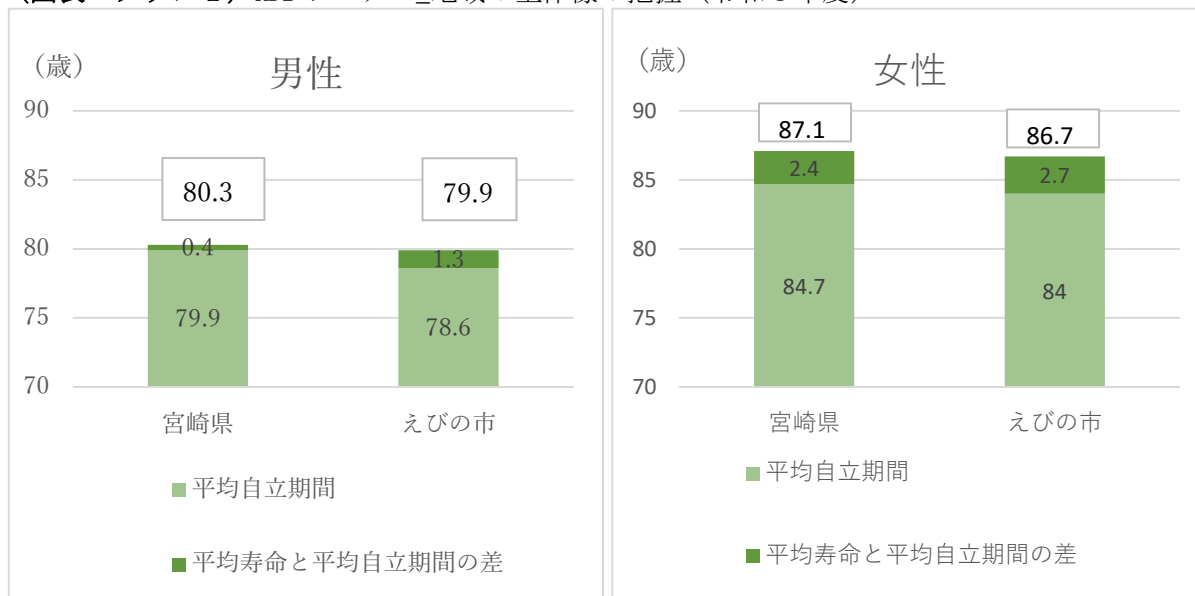
(1) 平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率

<平均自立期間>

えびの市の平均自立期間は、宮崎県と比較すると男性は1.3、女性は0.7低い。

えびの市の平均寿命と平均自立期間の差は、宮崎県と比較すると男性は0.9、女性は0.3高い状況である。

(図表・グラフ1) KDB システム_地域の全体像の把握 (令和3年度)



<標準化死亡比>

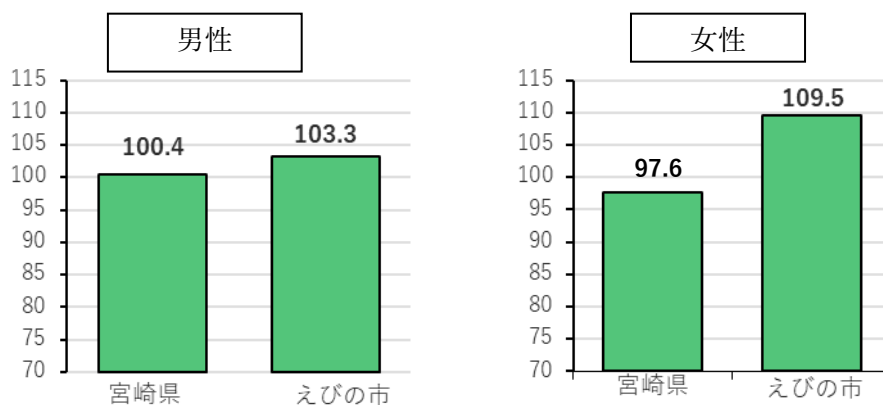
宮崎県と比較すると男性は2.9高く、女性は11.9高い水準

※標準化死亡比

人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。

標準化死亡比が100より大きい場合は全国平均より死亡率が高く、100より小さい場合は全国平均より死亡率が低いことを意味します。

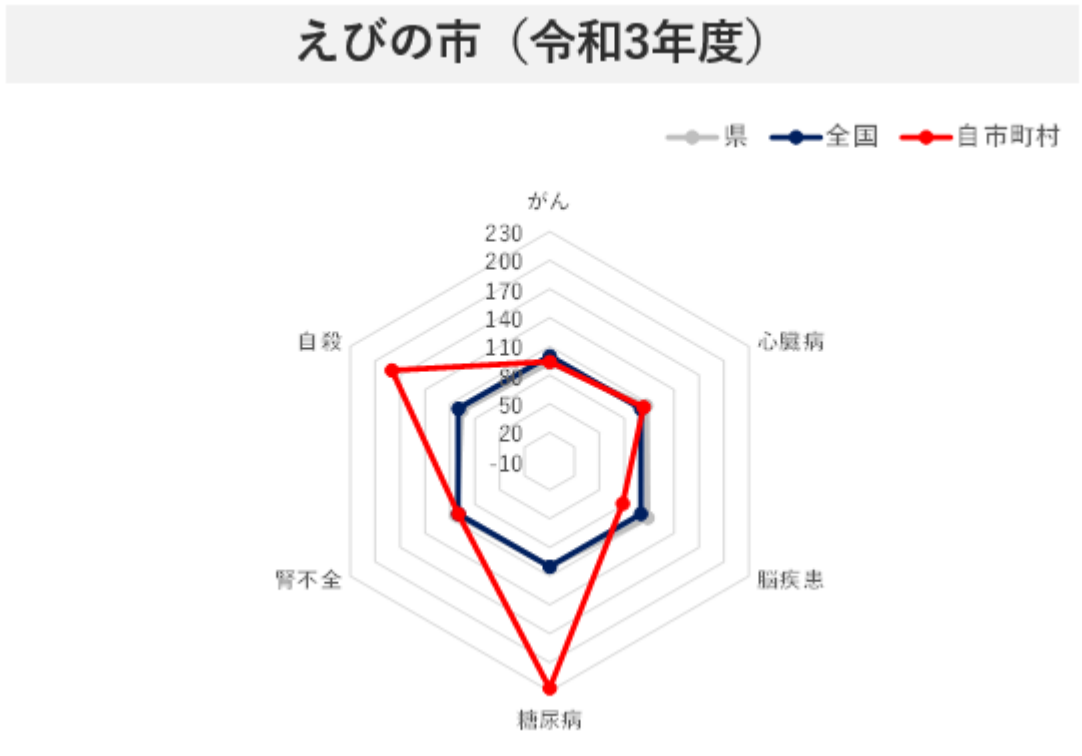
(図表・グラフ2) KDB システム_地域の全体像の把握 (令和3年度)



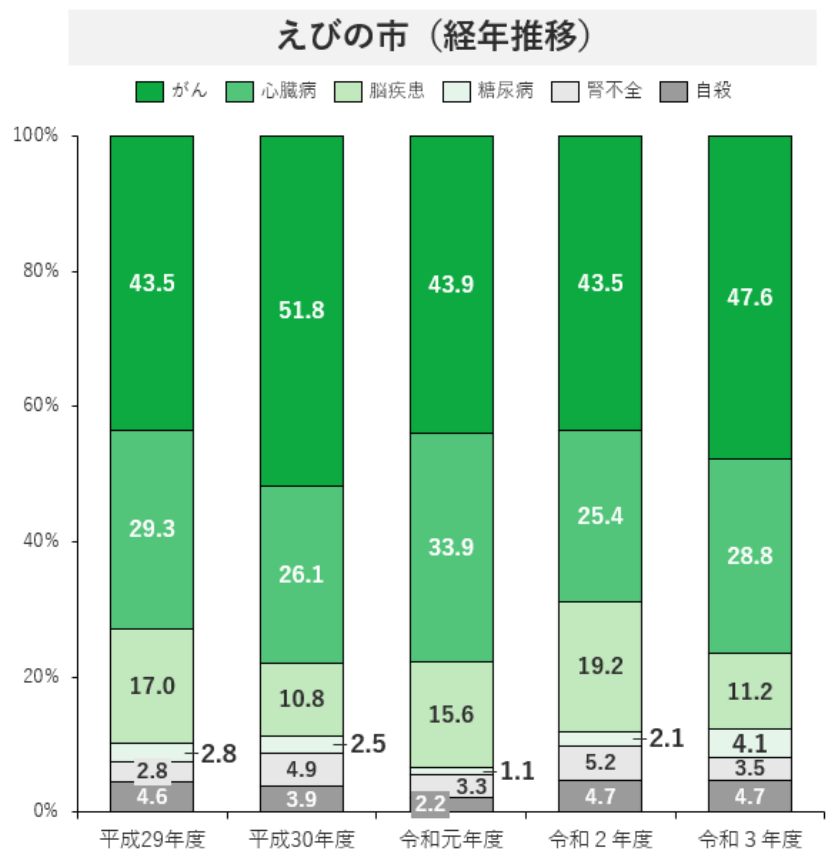
<死因割合>

えびの市の死因割合は宮崎県と比べて糖尿病、自殺が高い。また、過去と比較して、脳疾患の割合は減少傾向であるが、がんや糖尿病はわずかに増加してきている。

(図表・グラフ 3) KDB システム_地域の全体像の把握



(図表・グラフ 4) KDB システム_地域の全体像の把握



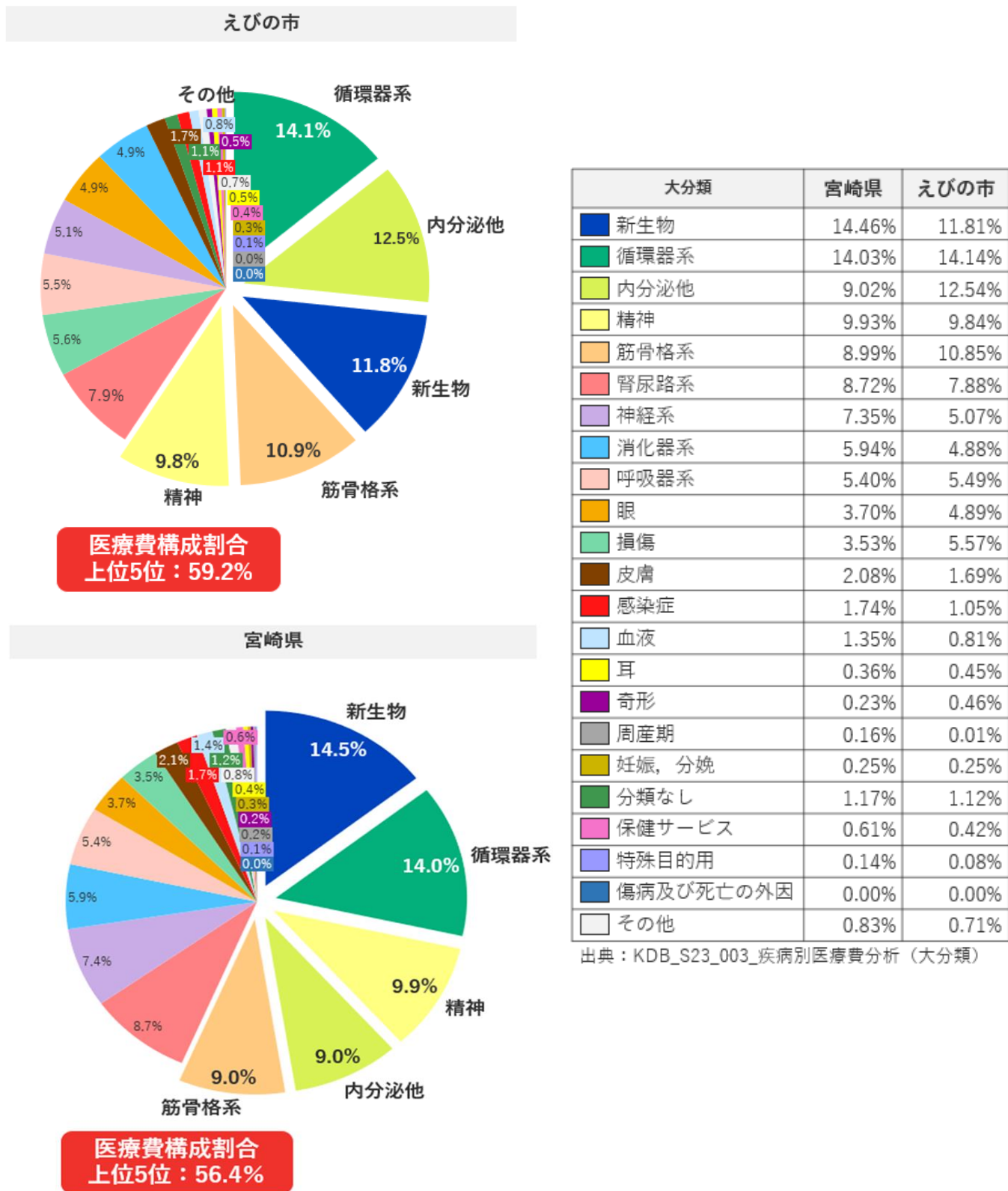
(2) 医療費の分析

<医療費構成割合>

令和3年度の疾病大分類別の医療費を見ると、上位5分類で全体の59.2%を占めており、循環器系、内分泌他が上位である。

宮崎県と比較すると、内分泌他の医療費の割合が高い状況にある。

(図表・グラフ5) KDB システム_疾病別医療費分析 (大分類) (令和3年度)



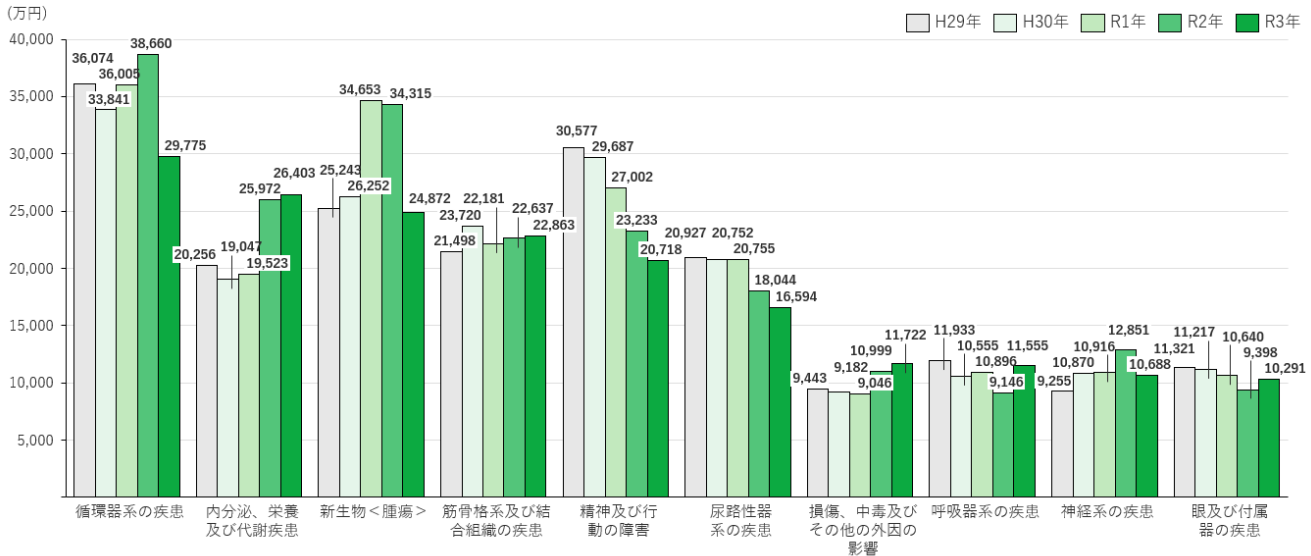
出典：KDB_S23_003_疾病別医療費分析 (大分類)

<主な疾病大分類別の医療費経年推移>

令和3年度の医療費が高い順番での経年推移を確認すると、「内分泌系」「筋骨格系」「損傷」については増加傾向にある。

「循環器」「新生物」は令和2年度まで増加傾向であるものの、令和3年度では減少している。「精神」で減少傾向にある。

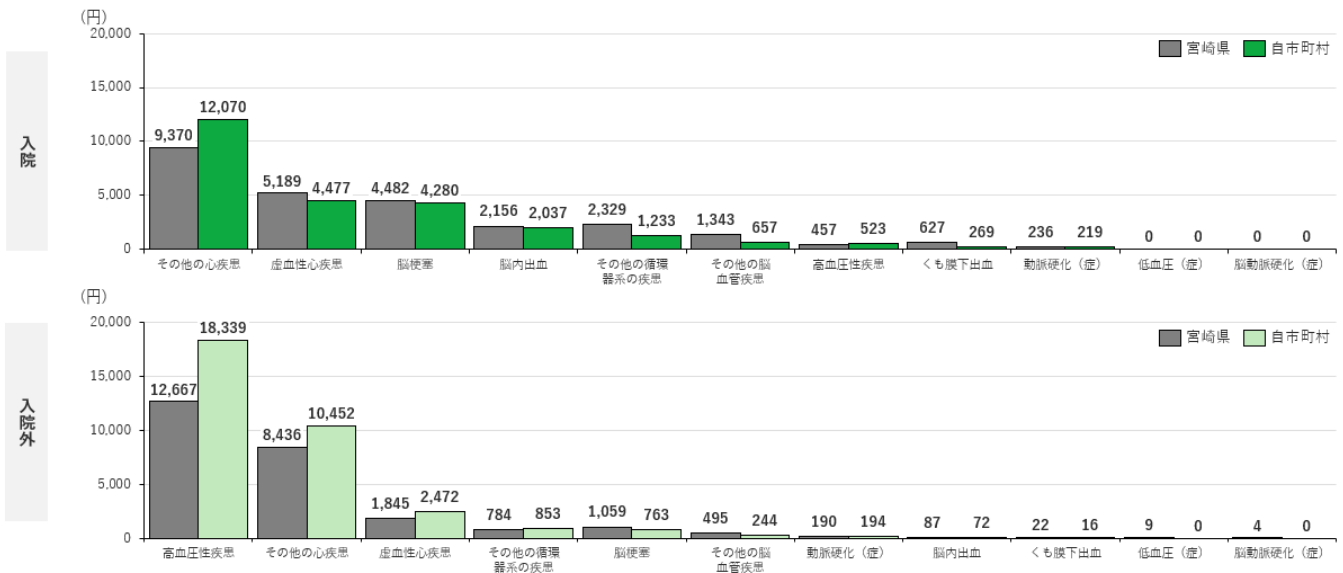
(図表・グラフ6) KDB_疾病別医療費分析(大分類)(令和3年度)



<疾病別1人当たりの医療費(中分類)_循環器系>

医療費構成割合の上位5位の大分類の「循環器系」について、中分類での具体的な疾患を宮崎県と比較すると、入院では「その他の心疾患」「高血圧症疾患」、入院外では「高血圧症疾患」「その他の心疾患」「虚血性心疾患」「その他の循環器系の疾患」「動脈硬化(症)」が県よりも高い。

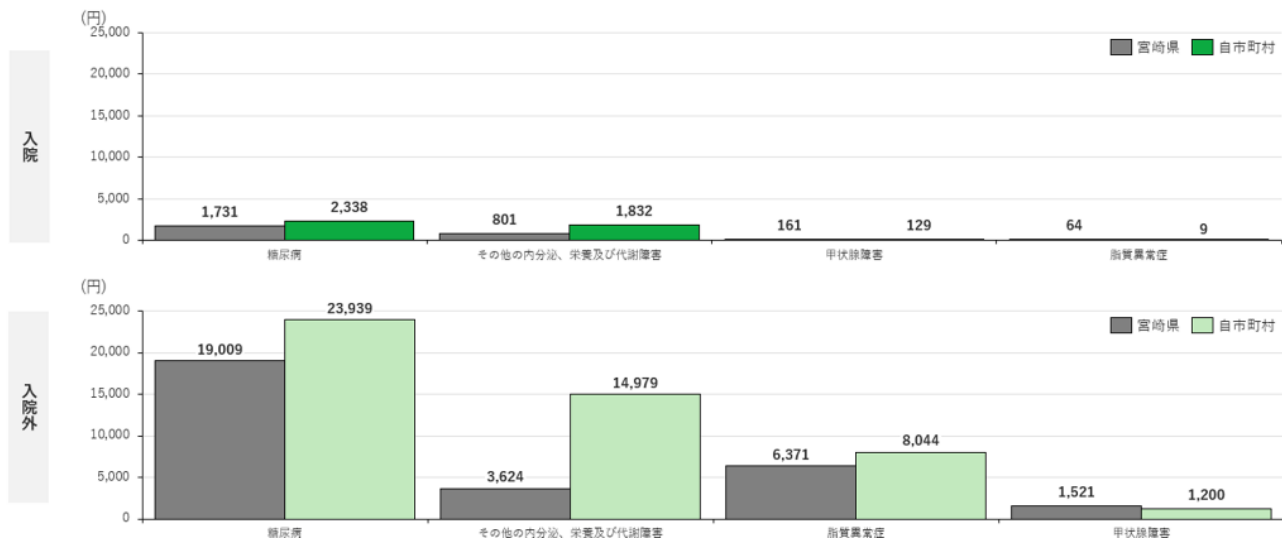
(図表・グラフ7) KDBシステム_疾病別医療費分析(中分類)(令和3年度)



<疾病別 1人当たりの医療費(中分類)_内分泌>

医療費構成割合の上位 5 位の大分類の「内分泌系」について、中分類での具体的な疾患を宮崎県と比較すると、入院では「糖尿病」「その他の内分泌」、入院外では「糖尿病」「その他の内分泌」「脂質異常症」が県よりも高い。

(図表・グラフ 8) KDB システム_疾病別医療費分析 (中分類) (令和 3 年度)



<疾病別医療費(生活習慣病)>

えびの市の生活習慣病関連の医療費を疾病別に確認すると、入院では令和 2 年度と比較すると脳梗塞、狭心症、糖尿病が増加している。

入院外では、糖尿病、狭心症を除き減少傾向である。

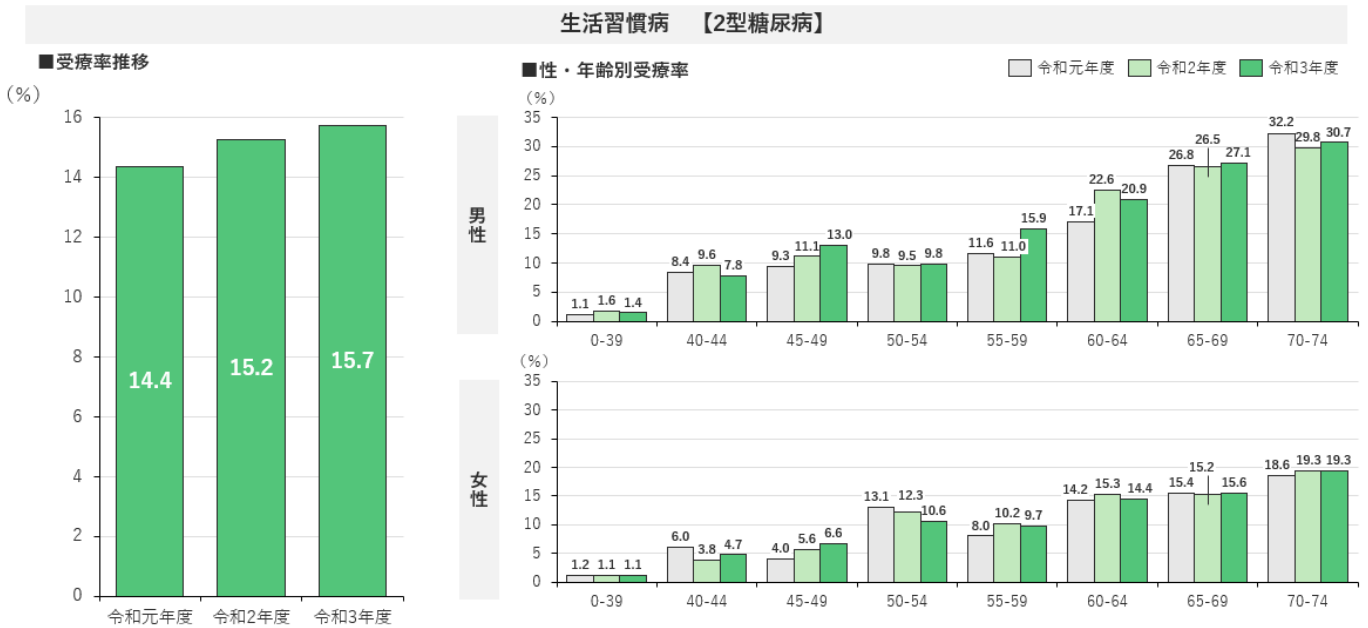
(図表・グラフ 9) KDB システム_疾病別医療費分析 (生活習慣病) (令和 3 年度)



<年齢階層別受療率>

2 型糖尿病の受療率は増加傾向にあり、年齢階層別にみると 60 歳以降で高くなり、男性女性の差も大きくなる。

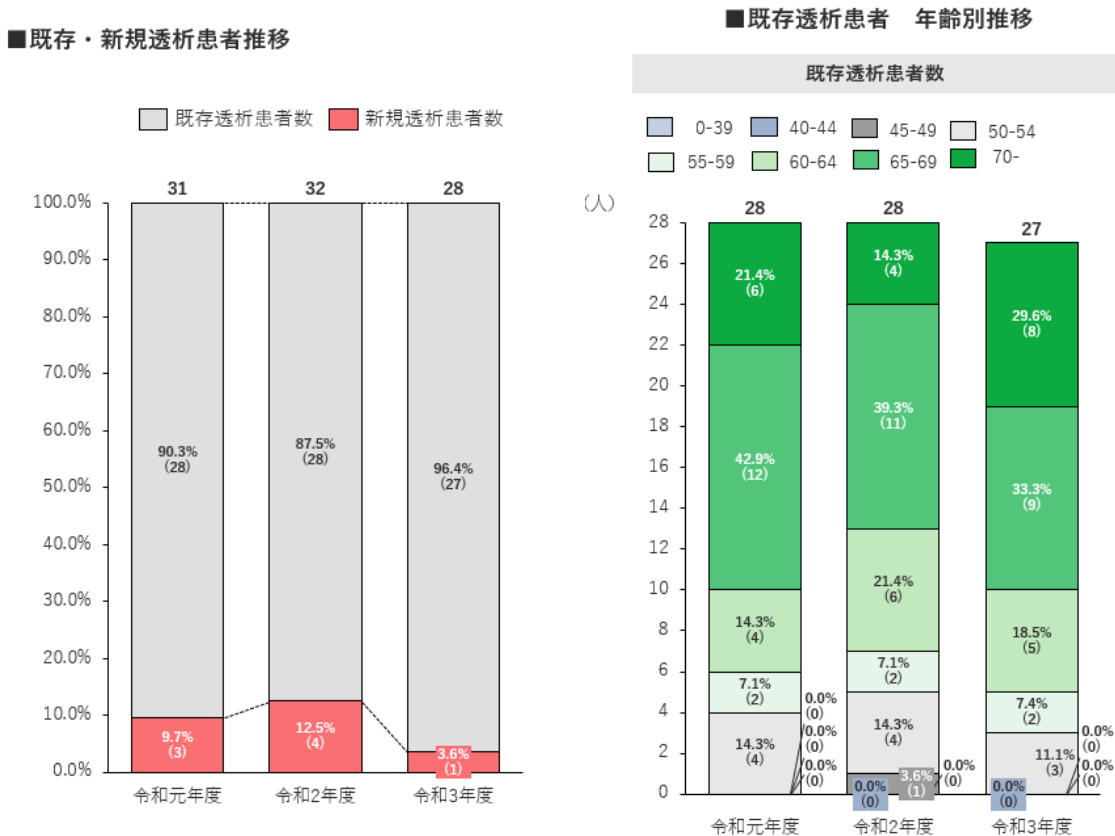
(図表・グラフ10) レセプト (医科)



<人工透析患者数>

既存・新規透析患者の推移をみると、新規透析患者数が令和2年度と3年度を比べると減少している。年齢別推移をみると、令和3年度は65歳以上で全体の62.9%となっている。

(図表・グラフ11) レセプト (医科・調剤) (令和元年度～令和3年度)

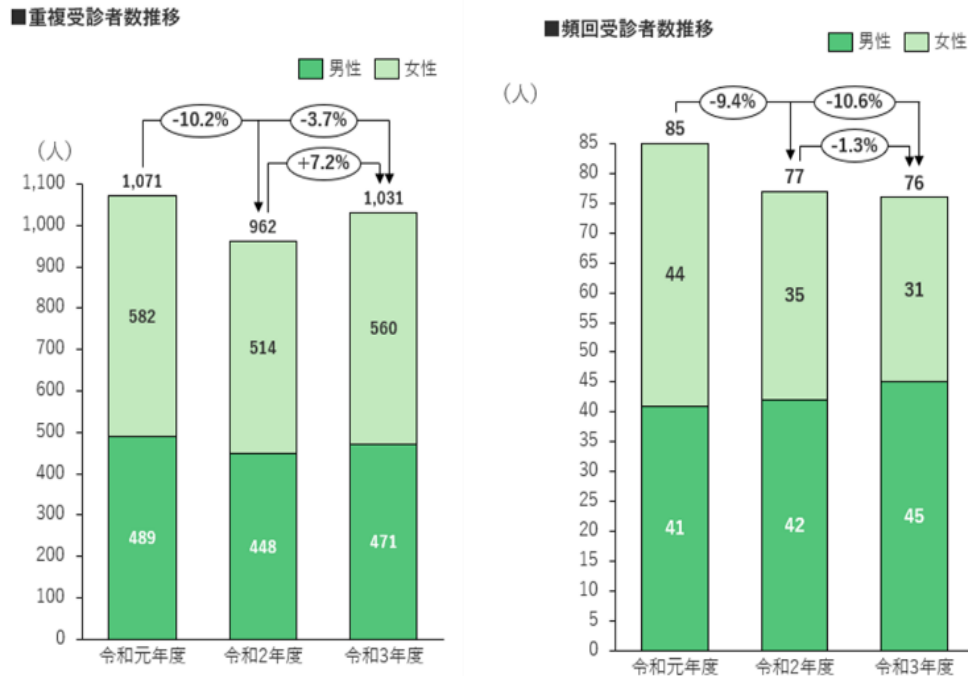


<重複・頻回受診>

同月内で同じ傷病名（標準病名）で2医療機関以上に受診している重複受診者は、令和2年度に減少したが、令和3年度でやや増加している。

同月内に同一医療機関に15回以上受診しているものを頻回受診とし確認した。経年でみると全体では減少傾向にあるが、男性は増加傾向にある。

(図表・グラフ12) レセプト (医科)

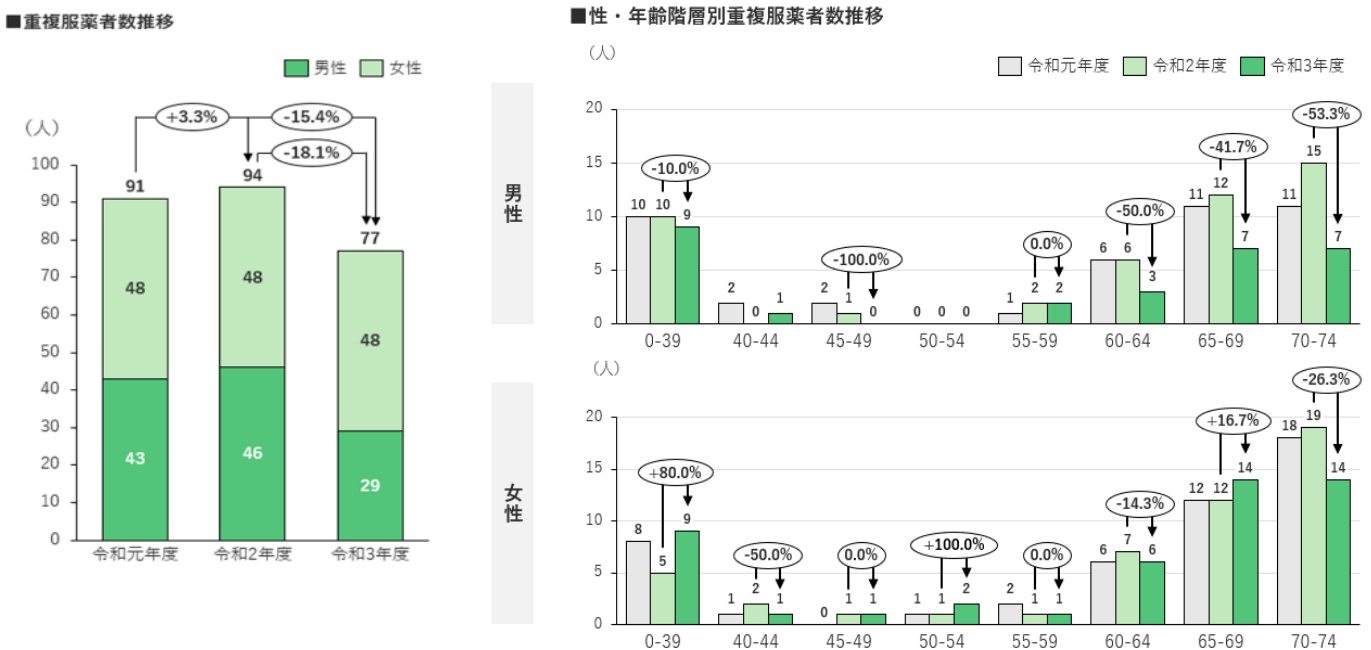


<重複服薬>

同月内に同一成分で2種類以上の投薬があるものを重複服薬者とし確認した。

経年でみると、令和2年度で増加したものの令和3年度で減少した。特に男性の60歳以降で大幅に減少している。

(図表・グラフ13) レセプト (医科)



(3) 特定健診・特定保健指導等の健診データの分析

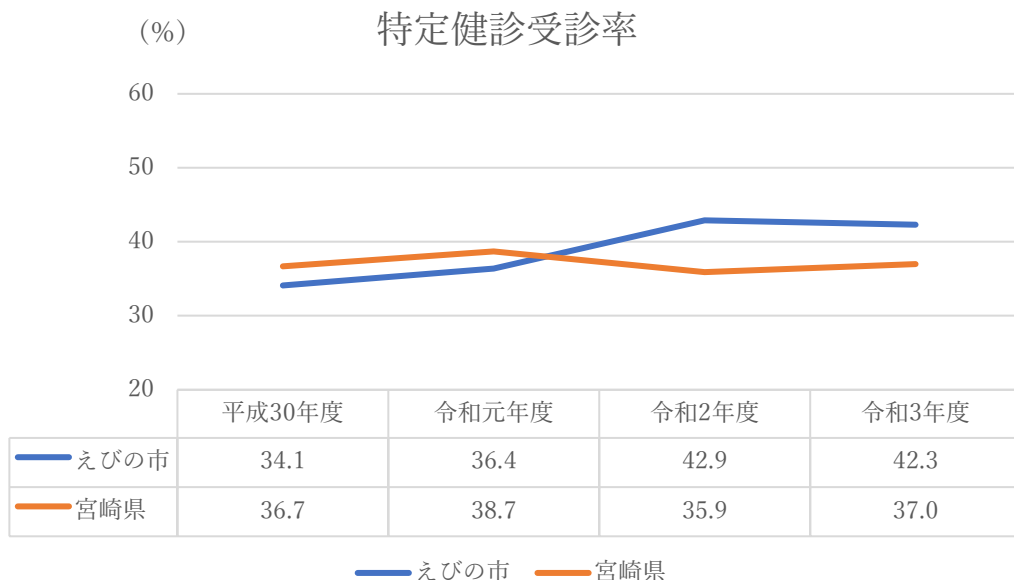
<特定健診受診率>

平成30年度から令和3年度の特定健診受診率を比較すると、宮崎県平均では0.3%の増加に対し、えびの市では8.2%の増加となっている。

令和2年度からの外部委託による勧奨通知が増加の要因として挙げられる。

(図表・グラフ14)

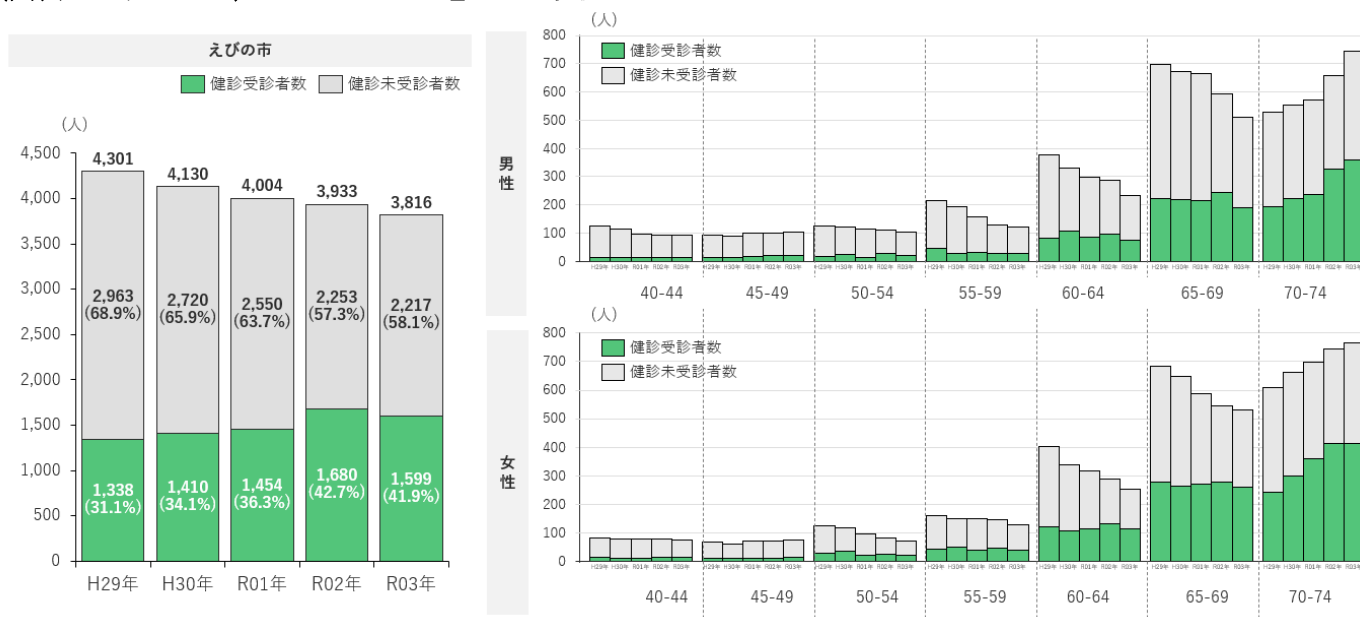
(宮崎県) 国保中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書(平成30年度～令和3年度)
(えびの市) 厚労省, 2018～2021年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(保険者別)



<健診受診者・未受診者割合>

特定健診受診者数・受診率ともに令和2年度から令和3年度は減少したが、全体での受診率は微増した。健診受診者、未受診者ともに65-69、70-74歳が多い。40～64歳以下の未受診者割合が多い。

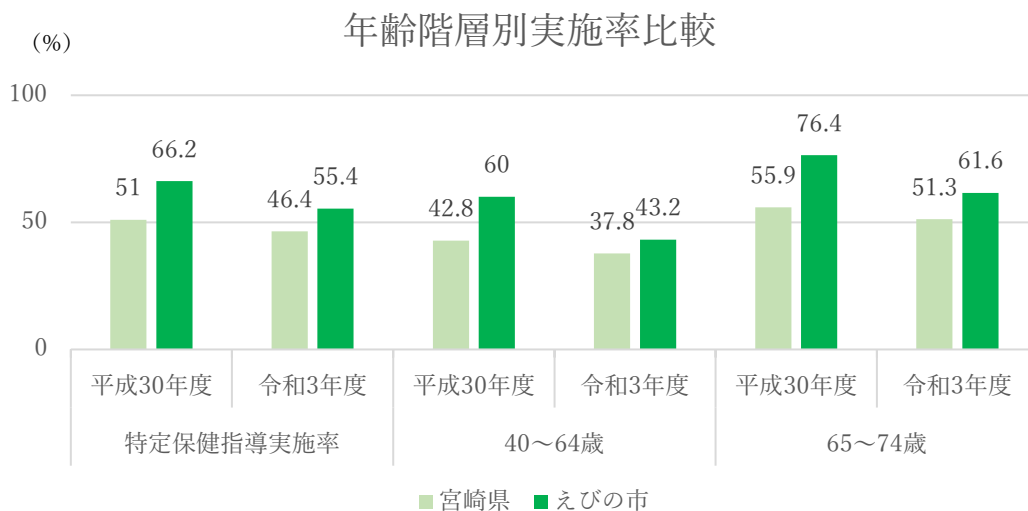
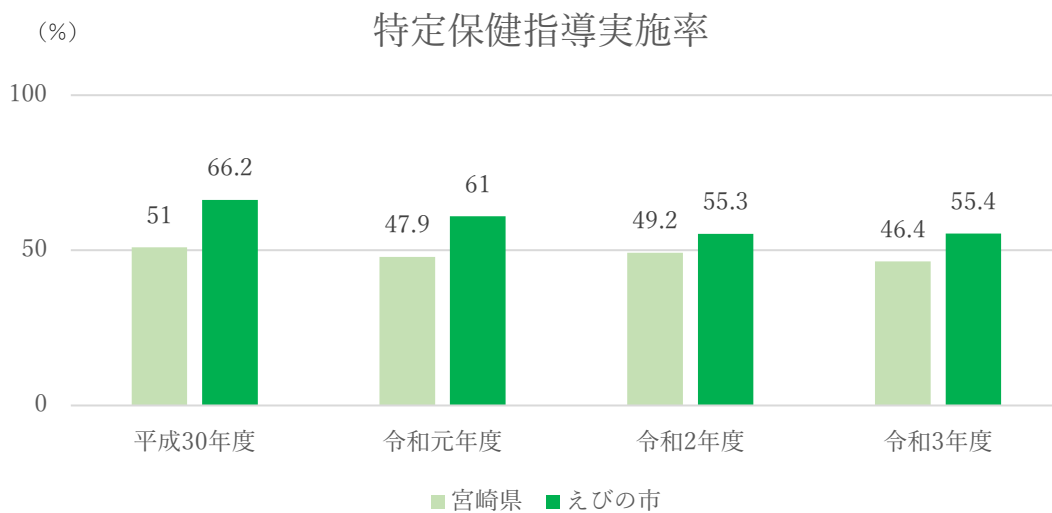
(図表・グラフ15) KDBシステム_健診の状況



<特定保健指導実施率、動機づけ支援・積極的支援者数>

実施率は平成30年をピークに減少しており、年齢階層別に見ると、64歳未満の実施率が低い。

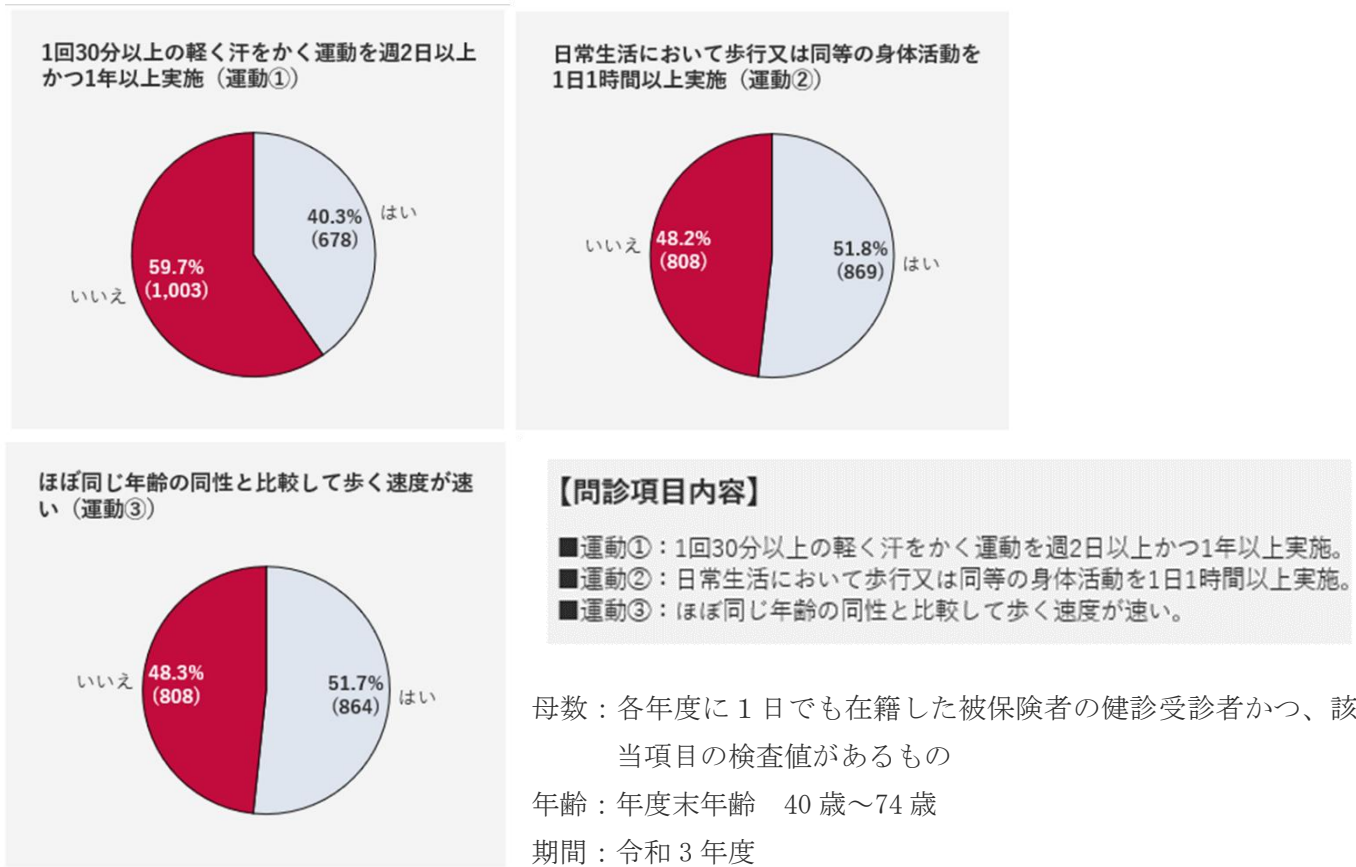
(図表・グラフ16) 特定健診等データ管理システム_特定健診・特定保健指導実施結果報告 (TKCA011)



<問診の状況>

健診データをもとに運動に関する問診について経年で確認したところ、運動②、③では半数以上がはいと回答しているが、運動①では半数を下回っている。

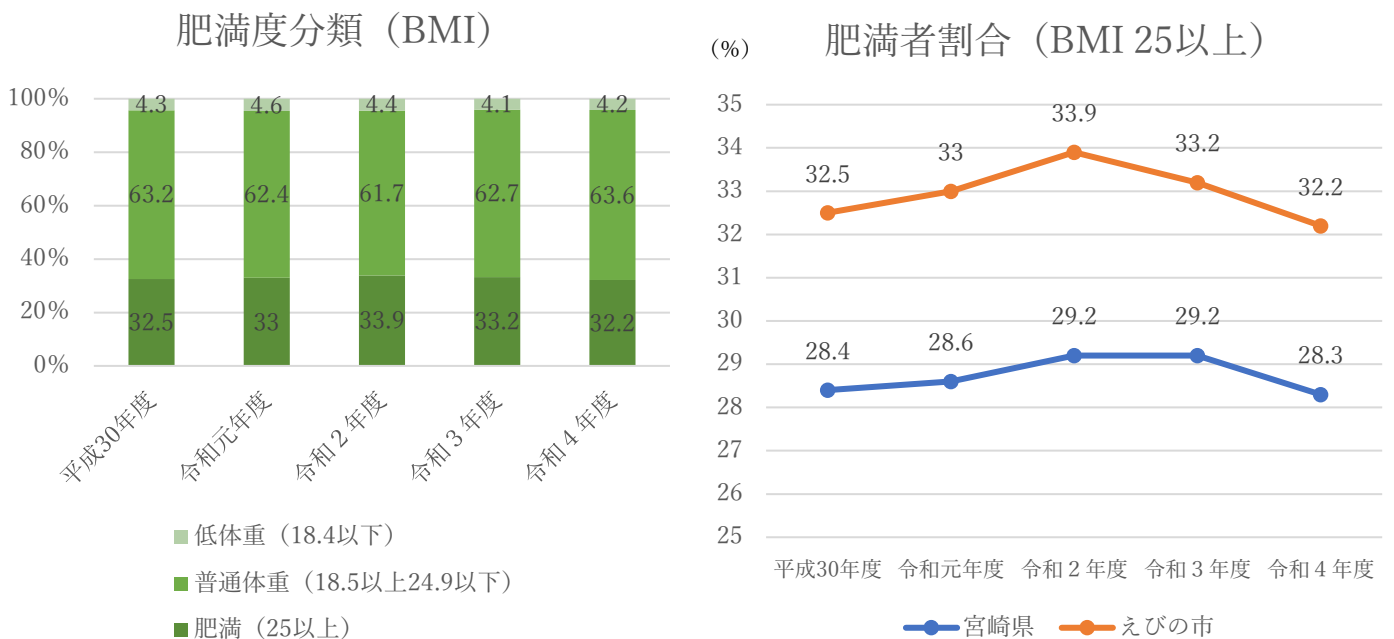
(図表・グラフ17) 健診データ



<平成30年度～令和4年度 特定健診結果 肥満度分類 (経年推移)>

えびの市の肥満者の割合は平成30年以降 32-33%程で経過しており、宮崎県と比較すると、3～4%程高い状況である。

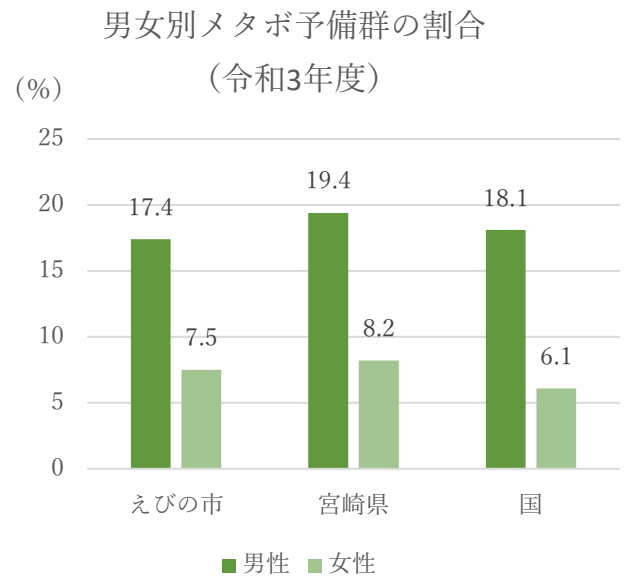
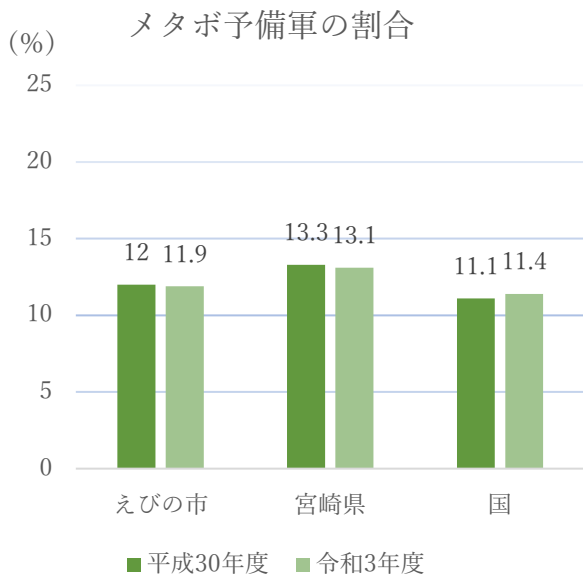
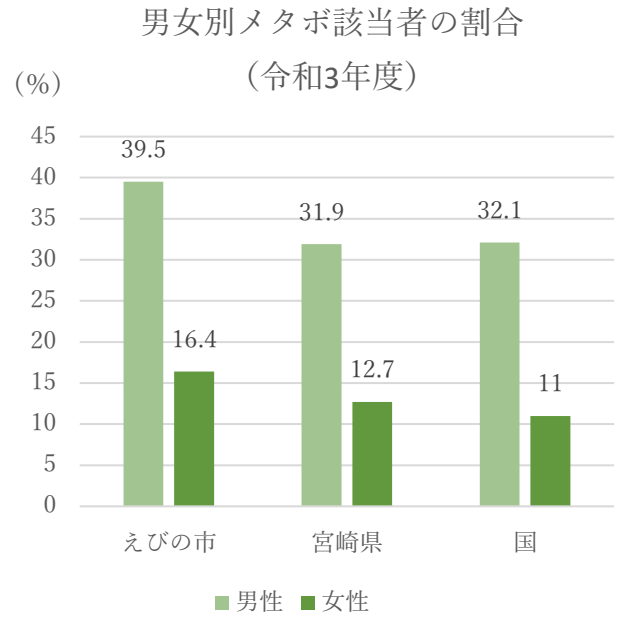
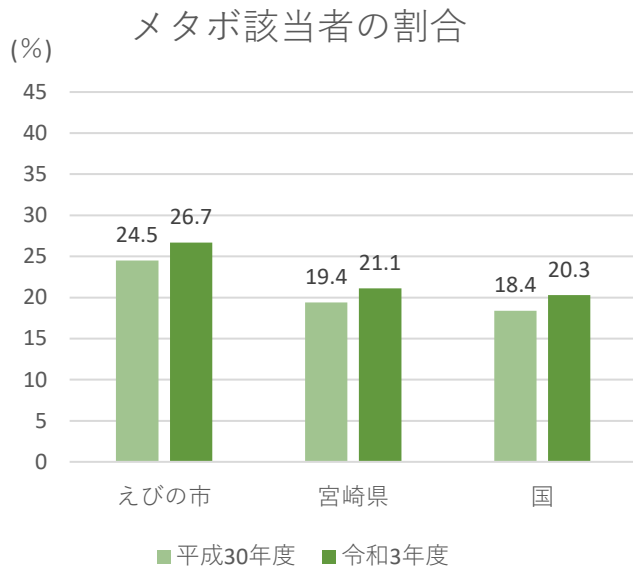
(図表・グラフ18) DHPより



<メタボ該当率・メタボ予備群該当割合>

メタボ該当者の割合は男女ともに国・県と比較しても高く、特に男性は約4割がメタボ該当者である。
メタボ予備群該当者は国・県と割合とほぼ変わらず、該当者同様男性の割合が高い。

(図表・グラフ19) KDBシステム_地域の全体像の把握

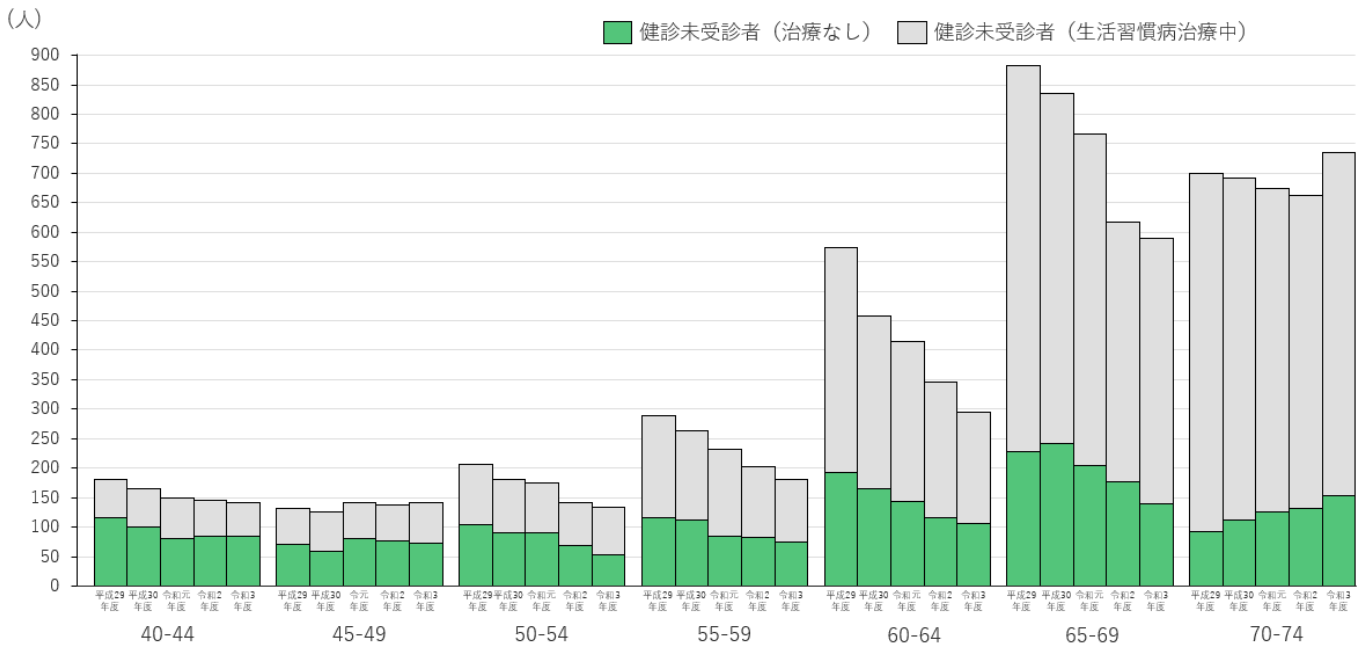
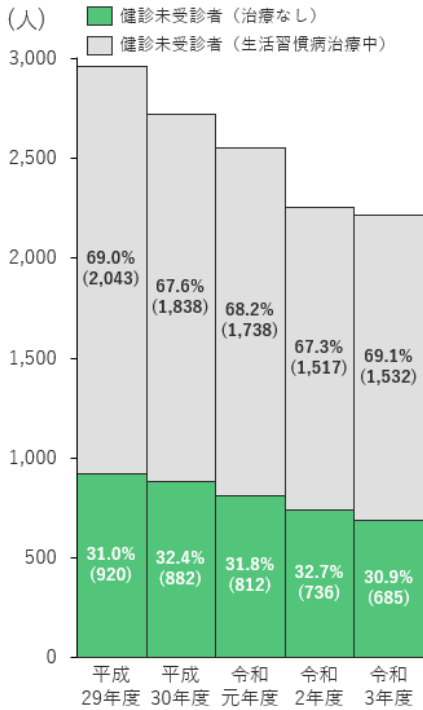


(4) レセプト・健診データ等組み合わせた分析

<健診未受診者の受診状況>

健診未受診者のうち、生活習慣病での治療がない対象者がいるか確認すると、対象者数としては年代全体的に存在するが、割合は40代が多いことがわかる。

(図表・グラフ20) KDBシステム_厚生労働省様式(様式5-5)

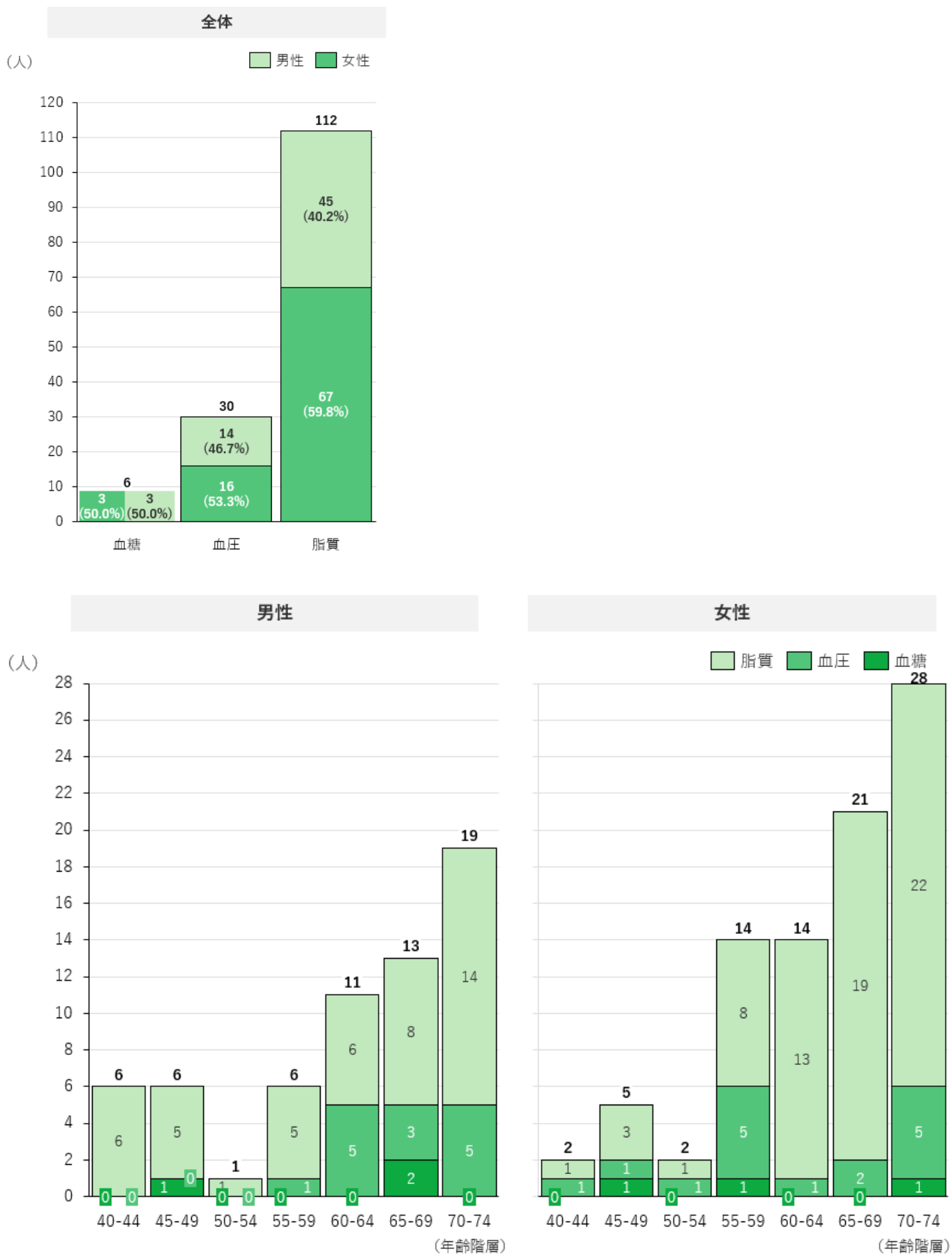


<治療放置者分析>

健診受診者のうち、血糖・血圧・脂質に異常値があるにもかかわらずその後の医療機関受診確認ができない者がどの程度いるのか、治療放置者の保有リスクを、性年齢階層別に確認した。

男女ともに65-74歳の治療放置者が多く、男性では脂質と血圧、女性では脂質の該当者が多い。

(図表・グラフ 2 1) 健診結果・レセプト (平成 29 年度～令和 3 年度)



(5) 介護費関係の分析

<介護認定率>

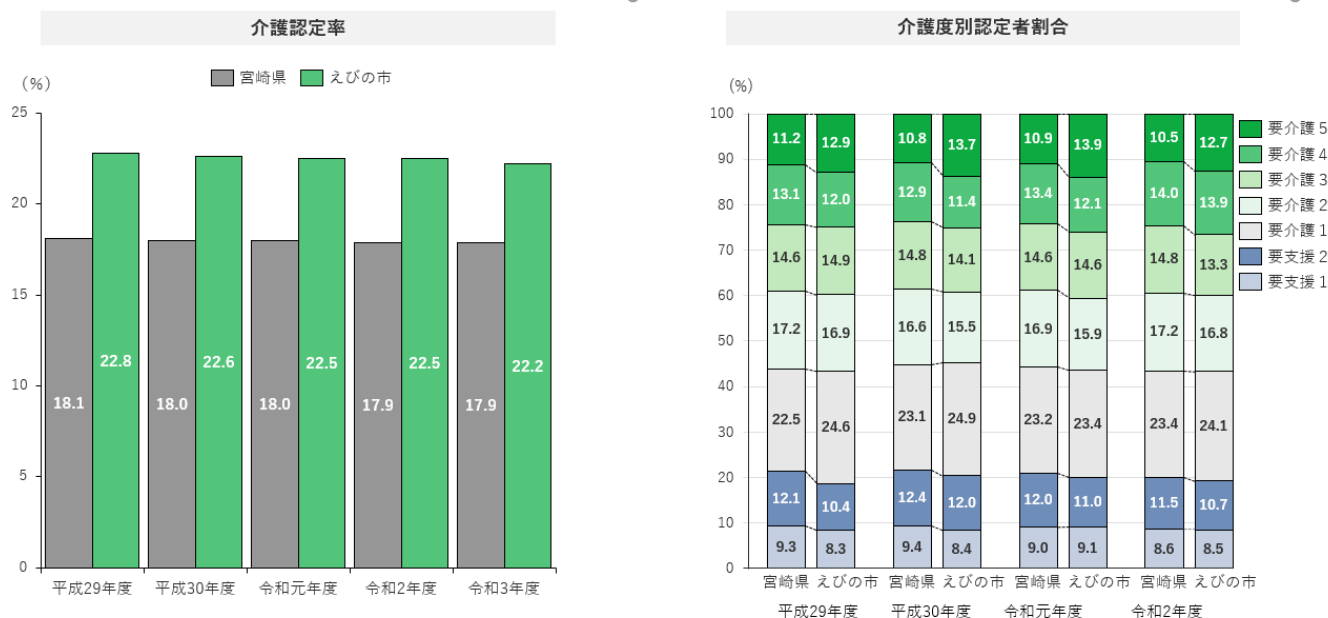
介護認定率は県より高く、平成29年度からの経年で見るとやや減少傾向である。

介護度別認定者数割合をH29～R2まで確認すると、要支援2、要介護2・4が宮崎県より少なく、要介護1と5の認定者数の割合が宮崎県より多いことがわかる。

(図表・グラフ22)

・KDBシステム_地域の全体像の把握

・政府統計 e-Stat, 介護保険事業状況報告 (2017～2020年度)

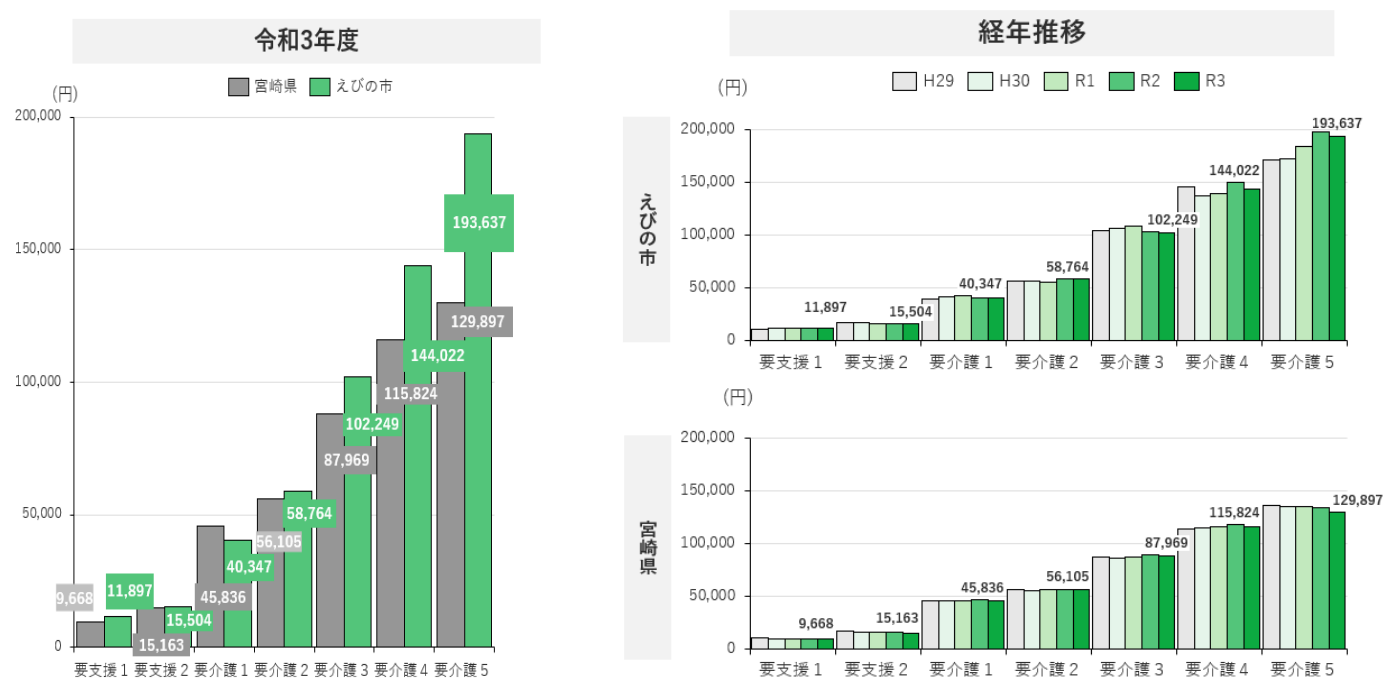


<介護度別1件あたりの介護給付費>

宮崎県と比較して、要介護1以外全ての介護度で介護給付費が高い。

経年で確認すると要支援は減少傾向にあり、要介護1及び2は横ばい、3と4は減少、5は増加傾向にある。

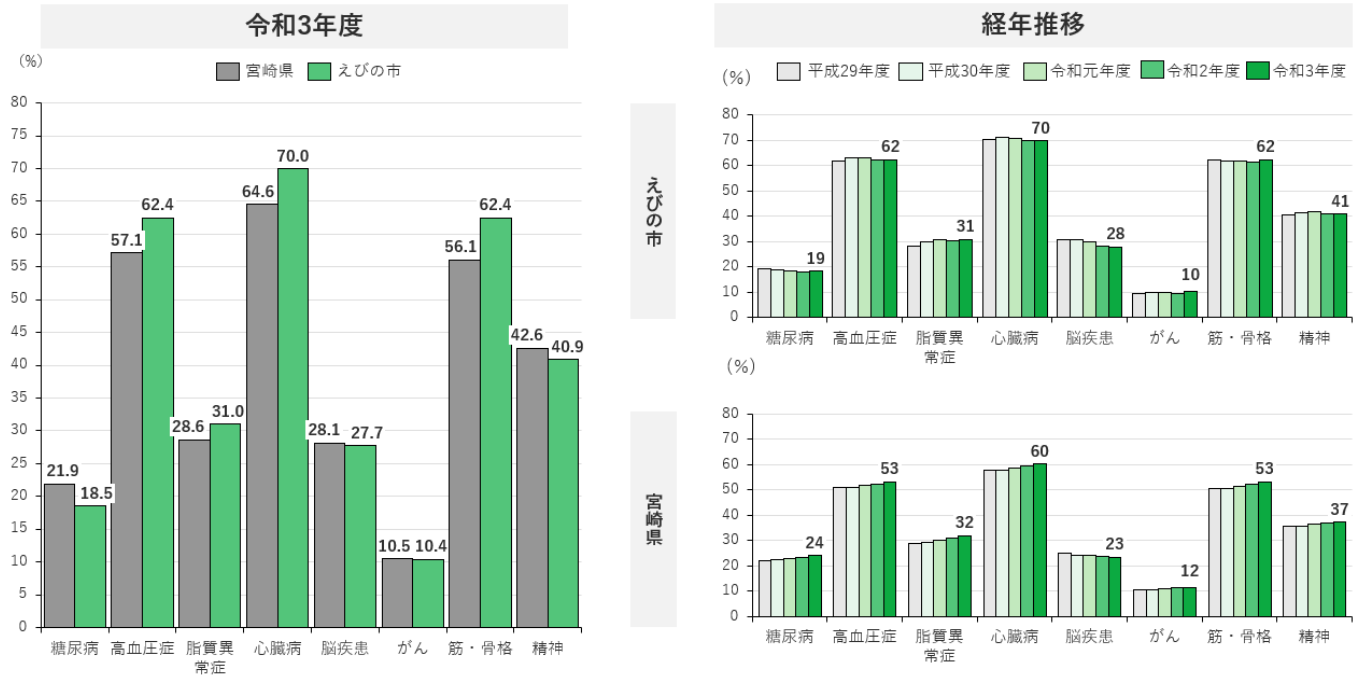
(図表・グラフ23) KDBシステム_地域の全体像の把握



<介護認定者の有病状況>

介護認定者の有病状況を確認すると、糖尿病、脳疾患、がん、精神を除く疾患（高血圧症、脂質異常症、心臓病、筋・骨格）で宮崎県より高い。経年推移を確認すると、おおむね横ばいの状況である。

(図表・グラフ24) KDBシステム_地域の全体像の把握



(6) その他

<後発医薬品の使用状況>

令和5年度末までに後発医薬品の数量シェア80%以上という目標に対しては達成している状況にある。

(図表・グラフ25) レセプト (医科、歯科、調剤、DPC)

	R3.4	R3.5	R3.6	R3.7	R3.8	R3.9	R3.10	R3.11	R3.12	R4.1	R4.2	R4.3
令和3年度												
DPC	90.32%	90.26%	94.60%	92.87%	91.78%	88.05%	96.25%	93.45%	81.60%	89.32%	93.33%	91.40%
医科入院	74.64%	75.39%	78.68%	75.74%	77.27%	78.78%	78.45%	73.80%	73.52%	75.81%	73.63%	72.73%
医科入院外	55.34%	57.25%	57.15%	57.43%	58.15%	59.28%	59.43%	58.38%	59.78%	57.26%	62.92%	57.92%
歯科入院	97.16%	100.00%	57.23%	76.22%	99.02%	80.00%	54.17%	98.85%		84.45%		88.33%
歯科入院外	60.49%	64.48%	69.28%	61.68%	64.89%	63.49%	63.58%	64.44%	78.68%	72.95%	71.41%	81.58%
調剤	89.05%	88.77%	88.77%	88.14%	88.42%	87.95%	88.32%	88.65%	88.15%	88.33%	88.83%	88.28%
総計	84.48%	84.20%	84.38%	83.68%	84.17%	83.79%	84.25%	84.04%	83.79%	84.05%	84.99%	83.96%

第4章 特定健康診査等実施計画

(1) 第4期特定健康診査等実施計画

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、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定める。

第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画が6年1期に改正されたことをふまえ、第3期以降は6年を1期として策定している。

(2) 目標値の設定

	目標値 (%)					
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診実施率	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
特定保健指導実施率	76.8	77.3	77.8	78.3	78.8	79.3

(3) 対象者数の見込み（各年度4月1日時点の推計値）

		推計 (人)					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数※1	3,395	3,245	3,065	2,885	2,705	2,525
	受診者数	1,528	1,558	1,563	1,558	1,542	1,515
特定保健指導	対象者数※2	133	136	136	136	134	132
	実施者数 (終了者数)	102	105	106	106	106	105

※1 平成30年度から令和4年度の法定報告における対象者の減少数（約150人/年）を基に算出

※2 平成30年度から令和4年度の法定報告における特定保健指導対象者の割合平均（8.7%）を基に算出

(4) 特定健康診査の実施

1. 実施場所

- ① 集団健診：えびの市保健センター他
- ② 個別健診：委託医療機関

2. 実施項目

法定の実施項目（基本的な健診項目と、医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目）を実施し、階層化を行う（「円滑な実施に向けた手引き（第4版）」参照）。また、心電図検査は詳細健診の該当の有無に関わらず全員に実施する。

3. 実施時期

6月から翌年1月

4. 外部委託の方法

①集団健診：宮崎県健康づくり協会へ個別契約により委託。

※特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

②個別健診：西諸医師会へ委託し、西諸医師会が実施医療機関の取りまとめを行う。

5. 周知や案内の方法

広報紙、ホームページへの記載。また個別通知による案内を行う。

6. 医療機関との連携

治療中であっても特定健診の対象となるため、かかりつけ医から対象者への受診勧奨について、医療機関と連携を図る。

(5) 特定保健指導の実施

1. 実施場所

①集団健診：えびの市保健センター他

②個別健診：えびの市保健センター及び訪問にて実施。

2. 実施項目

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に定められた要件に沿って実施する。指導の成果等については見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

3. 実施時期

9月～翌年8月頃

4. 実施方法

保険者が実施

5. 周知や案内の方法

対象者への電話連絡もしくは直接訪問により案内を行う。

6. 特定保健指導対象者の重点化の方法

特定保健指導は、階層化によって対象者になった全員に実施することを基本とする。方法については、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参考とする。

<年間スケジュール>

特定健診・ 特定保健指導	年度当初	5月：特定健診受診券の発券、案内の発送 特定保健指導については年間を通じ実施
	年度の前半	9月：前年度の実施結果の検証や評価、翌年度の事業計画
	年度の後半	10月：予算組み 前年度の実績報告

(6) 個人情報の保護

1. 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行う。

また、外部委託する際には、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、委託先の契約遵守状況を管理する。

2. 記録の管理・保存方法

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」に準じて、個人の健康情報を漏洩しないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

(7) 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 項に基づき、実施計画を作成・変更時は、遅延無くホームページ等への掲載により公表する。

特定健診等の普及啓発のため、パンフレット等の配布、ホームページへの掲載を行う。また、県によるテレビや YouTube などの広報活動を推進する。

(8) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導の対象者）の減少率については、毎年度達成状況を評価する。

実施計画の見直しについては、目標達成状況の評価結果を活用し、必要に応じてあるいは令和 8 年度に中間評価を行う。

第5章 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戦略

（1）保険者の健康課題

項目	健康課題	優先度	保健事業との対応
A	メタボ該当者率が高く、メタボに起因する生活習慣病の悪化による虚血性心疾患・脳血管疾患等の潜在的リスクが高い。特定健診、特定保健指導の実施率向上により、メタボ改善の機会を得るものを増加させ、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症、重症化を予防につなぐ必要がある。	1	1、2、3
B	循環器・内分泌系の疾患に関連した医療費・介護費増大の抑制	2	1、2、3
C	糖尿病性腎症等による医療費増大の抑制	3	3

（2）データヘルス計画全体における目的・目標

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標 ※宮崎県共通指標	策定時 (%)	目標値 (%)					
			令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
A	特定健診実施率、特定保健指導の実施率向上により、メタボ改善の機会を得るものが増加することで、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症予防、重症化予防につなげる。	特定健診実施率※ (目標値：保険者目標)	41.9	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
		特定保健指導実施率※ (目標値：年0.5%増)	76.3	76.8	77.3	77.8	78.3	78.8	79.3
		メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）の減少率※	12.7	13.2	13.8	14.3	14.8	15.4	15.9
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ① 収縮期血圧 ≥ 130 mmHg もしくは ② 拡張期血圧 ≥ 85 mmHg ※	53.8	51.6	49.3	47.1	44.9	42.7	40.4
B	虚血性心疾患、脳血管疾患ハイリスク者を減らし重症化による医療費を抑制する	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	1.8	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.4
		脳血管疾患の総医療費に占める割合	1.6	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3	1.2
		健診受診者のⅡ度高血圧以上割合	3.0	2.8	2.7	2.6	2.5	2.4	2.3
		健診受診者の脂質異常者（LDL160以上者の割合）	9.8	9.4	9.0	8.6	8.2	7.8	7.4

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標 ※宮崎県共通指標	策定時 (%)	目標値 (%)					
			令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
C	糖尿病の未治療者・コントロール不良者を減らし、糖尿病悪化による合併症を予防する。	HbA1c8.0%以上の者の割合※	1.0	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8
		HbA1c8.0%以上の者の割合の年齢階層化別指標（40歳～64歳）※	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.45
		HbA1c8.0%以上の者の割合の年齢階層化別指標（65歳～74歳）※	1.2	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	9.0
		HbA1c6.5%以上のうち、糖尿病レセプトがない者の割合※	9.4	9.0	8.6	8.2	7.8	7.5	7.1
		高血糖者（HbA1c6.5%以上）の割合※	10.8	10.4	9.9	9.5	9.0	8.6	8.1

(3) 個別の保健事業

番号	事業分類	事業名称	事業概要	優先度
1	特定健診未受診者対策	特定健診受診勧奨事業	データ分析により受診勧奨すべき対象者の特定を行い、人工知能を用いた分析をもとに対象者を特徴別に分類し、対象者への通知発送により受診率向上を図る。また継続受診を促すための電話勧奨を行う。健診後は必要な保健指導へつなぎ、特定健診がメタボ改善、生活習慣病の早期発見、早期治療につながる機会となるようにする。	1
2	生活習慣病等重症化予防対策	虚血性心疾患・脳血管疾患発症・重症化予防事業	特定保健指導対象者及び健診結果で血圧、脂質が一定値以上の者に対し、受診勧奨、生活習慣病改善のための保健指導を行う。また、心電図所見において虚血性心疾患や脳血管疾患のリスク所見のあるものに対し、受診勧奨や保健指導等を行い、これらの疾患の発症、重症化予防に努める。	2
3	生活習慣病等重症化予防対策	糖尿病性腎症重症化予防事業	「西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、特定健診受診者の糖尿病性腎症治療中および未治療者等への保健指導、必要な受診勧奨を実施する。また、未治療者のうち早期腎症が疑われるものは二次検査として尿中アルブミン検査を医療機関と連携して実施する。「西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、県、管内市町、関係機関が連携して、治療中および未治療者への腎症重症化予防への取組を連携して行う。	3

第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 個別の保健事業

事業1：特定健診受診勧奨事業

事業の目的	特定健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案・実施することで特定健診実施率の向上を図り、メタボ、生活習慣病の早期発見・重症化予防等につなげる。
事業の概要	データ分析により受診勧奨すべき対象者を特定し、人工知能を用いた分析をもとに対象者を特徴別に分類し、対象者へ通知を送付する。また、継続受診を促すための電話勧奨等も実施する。
対象者	特定健診未受診者、過去の健診結果や受診状況により継続受診の必要性が高い者

目標を達成するための主な戦略	他自治体において通知事業の実績のある民間業者へ委託し、未受診者の受診意欲向上するような効果的な通知を行う。また、過去の健診結果より保健指導対象者であった者へ電話等による受診勧奨を行う。
----------------	--

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 委託業者との協議を年2回以上開催することができたか 2) 電話による受診勧奨を行う職員等を確保できたか 3) 受診勧奨が必要な対象者の抽出方法、電話番号等の情報は整理され利用可能か
---------	---------	---

プロセス	事業の実施方法	1) 通知内容は適切であったか 2) 電話勧奨を行う対象者の抽出を行うことができたか 3) 勧奨の時期は適切であったか
------	---------	---

アウトプット (実施量・率) 評価指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
受診勧奨通知送付回数	通知事業年間実施回数	通知事業年間実施回数	通知事業年間実施回数	3回	2	2	2	2	2	2
受診勧奨実施率	通知による受診勧奨実施率	対象者のうち受診勧奨通知を送付した者の割合	対象者のうち受診勧奨通知を送付した者の割合	100%	100	100	100	100	100	100
受診勧奨実施率	電話等による受診勧奨数	抽出した電話勧奨者への実施数	抽出した電話勧奨者への実施数	- (人)	80	80	80	80	80	80

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標	健診受診者の増加	特定健診実施率	法定報告	41.9%	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0

アウトカム (成果) 評価指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
継続受診者割合	前年度、今年度と継続して受診した者の割合	ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール、帳票「受診率」継続受診者割合 【参考資料6】	69.4%	71.2	71.9	74.7	76.4	78.2	80.0	

事業2：虚血性心疾患、脳血管疾患発症重症化予防事業

事業の目的	虚血性心疾患、脳血管疾患発症のリスクの高い健診結果有所見者における未治療者を対象に、受診勧奨および保健指導を行い、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症予防に努める。
事業の概要	特定保健指導の実施及び健診結果で血圧、脂質が一定値以上のものに対し、受診勧奨、および生活習慣改善のための保健指導等を行う。また、心電図所見において、心房細動、左室肥大、ST変化等のリスク所見のある未治療者に対し受診勧奨及び保健指導等を行う。
対象者	特定保健指導対象者及び健診結果受診者のうち、血圧・脂質異常の一定値以上の未治療者、心電図リスク所見者

目標を達成するための主な戦略	医療機関における早期の受診勧奨の実施および市による再度の受診勧奨及び保健指導を行い、必要な医療に速やかに繋がるようにする。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 保健指導に従事する専門職の数（保健師、管理栄養士、栄養士、看護師）は十分確保できているか 2) 健診後3か月以内に対象者の抽出はできたか 3) 対象者基準の設定は適切であったか
---------	---------	---

プロセス	事業の実施方法	1) 事業対象者の抽出の時期・数は適切であったか 2) 事業対象者に対し保健指導を実施できているか 3) 事業はスケジュールどおりに行われているか
------	---------	---

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値						
					実績値						
					R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率) 評価指標	受診勧奨・保健指導実施者率	高血圧・脂質異常未治療者への保健指導実施率	訪問、面談、電話による保健指導実施者数/抽出した血圧・脂質受診勧奨対象者数	98.5%	99.0	99.0	99.0	100	100	100	
		心電図リスク有所見者への受診勧奨実施数	訪問・面談・電話等による受診勧奨実施者数/抽出した心電図有所見者	94.4%	95.0	96.0	97.0	98.0	99.0	100	
		特定保健指導実施率	法定報告	76.3%	76.8	77.3	77.8	78.3	78.8	79.3	

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値						
					実績値						
					R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標	虚血性心疾患医療費割合	虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の総医療費に占める割合	ヘルスサポートラボ：データヘルス評価支援ツール、帳票「医療費に占める割合」(心)	1.8%	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.4

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値					
				R4	実績値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
指標	脳血管疾患医療費割合	脳血管疾患（脳梗塞、脳出血）の総医療費に占める割合	ヘルスサポートラボ：データヘルス評価支援ツール、帳票「医療費に占める割合」（脳）	1.6%	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3	1.2
	健診結果改善率	健診受診者のⅡ度高血圧以上割合	ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール、帳票「血圧の年次比較」Ⅱ度高血圧以上割合	3.0%	2.8	2.7	2.6	2.5	2.4	2.3
	健診結果改善率	健診受診者の脂質異常者割合	ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール、帳票「LDLの年次比較」160以上割合	9.8%	9.4	9.0	8.6	8.2	7.8	7.4

事業3：糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	医療機関未受診者・治療中断者への適切な受診勧奨により糖尿病治療に結びつける。また、糖尿病治療中の者で腎症重症化リスクの高い者に対して、医療機関と連携して保健指導等を行い、腎不全、人工透析への移行を防止する。
事業の概要	「西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、特定健診受診者の糖尿病性腎症治療中及び未治療者等への保健指導、必要な受診勧奨を実施する。また、未治療者のうち早期腎症が疑われるものは二次検査として尿中アルブミン検査を医療機関と連携して実施する。
対象者	特定健診受診者のうち糖尿病性腎症等ハイリスク者

目標を達成するための主な戦略	西諸管内での実施が円滑・効果的に進められるよう実施医療機関、保健所、管内市町協働で体制の整備に努める。また、個別保健指導の実施体制も必要に応じ重症化リスクの高い者から優先的に実施できるよう実施体制の調整を適宜行う。糖尿病管理台帳を活用し対象者の継続管理に努める。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 西諸医療圏糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防に係る連絡会や西諸地域担当者会議は十分実施できたか 2) 保健指導に従事する専門職の数（保健師、管理栄養士、栄養士、看護師）は十分確保できているか 3) 二次検査（尿中アルブミン検査）実施に伴う予算確保はできているか
---------	---------	--

プロセス	事業の実施方法	1) 毎月予定どおり対象者を抽出できたか 2) 抽出された未治療者に対し、どれだけ受診勧奨できたか 3) プログラム該当者に対し、どれだけ保健指導を実施できたか
------	---------	--

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値					
					実績値					
					R4	R6	R7	R8	R9	R10
アウトプット (実施量・率) 評価指標	二次検査受診勧奨率	二次検査（尿中アルブミン検査）受診勧奨率	受診勧奨数/二次検査対象者	100%	100	100	100	100	100	100
	未治療者保健指導実施者率	糖尿病未治療者への保健指導実施率	保健指導実施者数/抽出した糖尿病未治療者数	92.4%	93.7	94.9	96.2	97.4	98.7	100
	保健指導実施率	治療中の腎症ハイリスク者への保健指導実施率	保健指導実施者数/HbA1c7.0以上の治療中のプログラム該当者数	82.9%	85.7	88.6	91.5	94.3	97.1	100

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 (年度)	目標値					
					実績値					
					R4	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム (成果) 評価指標	医療機関受診率	HbA1c7.0以上の者の割合	ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール、帳票「HbA1cの年次比較」7.0以上割合	4.8%	4.6	4.4	4.2	4.0	3.8	3.6
	新規透析導入者数	糖尿病性腎症新規透析導入者割合の減少	糖尿病性腎症による新規透析導入者数/年間新規透析導入者数	40.0% (2人)	35.0	35.0	30.0	30.0	25.0	20.0

(2) 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について

1. 基本的な考え方

高齢者である被保険者への保健事業の実施においては、高齢者の特性をふまえた上で事業を実施する必要がある。

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、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の一体的な実施を進める必要がある。

2. 事業の実施

えびの市は令和5年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っており、令和6年度以降も引き続き事業を実施する。

企画調整を担当する医療専門職を配置し、KDBシステムを活用して、健診・医療・介護データの一体的な分析から、健康課題等の把握や地域の医療・介護関係機関や団体等との連携を進めるとともに、地域の社会資源や行政資源をふまえ、事業全体の企画・調整等を行う。

地域を担当する医療専門職を配置し、国民健康保険から後期高齢者医療保険に移行した後も、後期高齢者健康診査結果に基づき、高血圧、糖尿病等の未治療者への受診勧奨を行う。

また、健診・医療・介護レセプトのない健康状態不明者へ訪問による健康相談などの個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行う。

百歳体操会場等の通いの場を活用し、フレイル予防の健康教育や健康相談を実施する。（ポピュレーションアプローチ）

第7章 個別の保健事業及び個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、評価指標に基づき、事業効果や目標の達成状況を確認する。

データヘルス計画全体の間接評価を令和8年度に行い、最終年度（令和11年度）の目標に向けての取組を検討する。

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることをふまえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。

第8章 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得るべきものとするのが重要であり、このため、国の保健事業実施指針において、公表するものとされている。具体的には、ホームページや広報紙を通じた周知を行う。

第9章 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

第10章 地域包括ケアに係る取組

医療、介護、予防、住まい、生活支援など、地域での被保険者の暮らし全般を支える上で、直面する課題などについて地域包括支援センター等とも連携を図り課題解決に向け取り組んでいく。

KDBシステムによるデータ等を活用し、課題を抱える被保険者層の分析を行い、保健師等の専門職による訪問活動や健康教室等の開催を実施し、評価する。

《参考資料》

参考資料1 西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム

参考資料2 CKDの重症度分類（CKD診療ガイド2012）

参考資料3 血圧の年次比較（ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール帳票）

参考資料4 LDL-Cの年次比較（ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール帳票）

参考資料5 HbA1cの年次比較（ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール帳票）

参考資料6 特定健診受診率の推移（ヘルスサポートラボ：保健指導評価ツール帳票）

3 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

(1) 医療機関未受診者（糖尿病未治療者）

過去の健診において HbA1c6.5%以上の者（未実施の場合は、空腹時血糖 126 mg/dl または、随時血糖 200 mg/dl 以上の者）で、糖尿病を治療していない者に受診勧奨を行う。

ただし、上記該当者で、尿蛋白/Cr 比 0.15 g/gCr 以上または eGFR60 未満の者については、糖尿病の重症度が高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。

※) 慢性腎臓病 (CKD) 対策としては、HbA1c や空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR(CKD の重症度分類) により、受診勧奨を行うことも考えられる。

(2) 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴があり HbA1c6.5%以上の者（未実施の場合は、空腹時血糖 126 mg/dl または、随時血糖 200 mg/dl 以上の者）のうち、直近 1 年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病治療歴がない者は、必要な治療が中断され糖尿病が重症化している可能性が高いと考えられるため、確実に受療に結びつくよう受診勧奨を行う。

(3) 受診勧奨の方法

以下のいずれかの方法により受診勧奨を行う。

- ① 特定健康診査結果等の文書による通知
(必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加する)
- ② 訪問
- ③ 個別面談
- ④ 電話

※) 糖尿病治療中断者については、レセプト情報により継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していないこともある。そのため、電話、個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

4 ハイリスク者に対する保健指導 注1)

ハイリスク者は、糖尿病性腎症を発症している者だけではなく、そのリスクが高い者についても、保険者において下記のとおり優先順位をつけて保健指導を実施する。

ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきでないとの考え方もあるため、年齢を考慮して対象者の抽出を行うことが重要である。

(1) ハイリスク者の選定基準

1) 糖尿病治療中であり、以下のいずれかに該当する者

・ハイリスク①

糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者で、以下のいずれかに該当する者。

ア) 尿蛋白/Cr比 0.15 g/gCr 以上

イ) eGFR60ml/分/1.73 m²未満の者

(腎機能の安定した70歳以上ではeGFR40未満)

対象者には保健指導を実施し、かかりつけ医への受診を勧め、必要に応じてかかりつけ医から腎専門医を紹介してもらう。また、必要に応じてCKD連携パスを活用するなど、今後協議していくこととする。

・ハイリスク②

糖尿病性腎症第1期のうちeGFR60 ml/分/1.73 m²以上で、以下のいずれかに該当する者。

ア) 尿蛋白/Cr比 0.15g/gCr 未満でかつⅡ度高血圧以上 またはメタボ該当者

イ) その他、保険者が認めた者

2) 糖尿病未治療者であり、以下に該当する者 (ハイリスク③)

尿中アルブミン定量検査から、糖尿病性腎症第2期が疑われる者。

特定健康診査受診者のうち、以下の全てに該当する者に、特定健康診査二次検査として尿中アルブミン定量検査を実施する。

ア) HbA1c6.5%以上の者又は、

空腹時血糖 126mg/dl 以上 (随時血糖 200 mg/dl 以上)

イ) 尿蛋白/Cr比 0.15 g/gCr 未満

注) 微量アルブミン尿が出現すると第2期と分類され、GFRは正常あるいは軽度高値(過剰ろ過)で、可逆的で治療効果が高い段階であることを踏まえて、積極的に検査を行う。なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

① がん等で終末期にある者

② 認知機能障害のある者

③ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者 (ただし、かかりつけ医が必要と認めた者については、対応可能な範囲において対象とする。)

④ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(2) 保健指導におけるかかりつけ医との連携

市町が、本取組の目的、保健指導の対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について、西諸管内医療機関に説明する。保険者は、保健指導を実施し、保健指導の内容等について、糖尿病連携手帳を活用して、かかりつけ医に情報提供する。特に、コントロール不良で介入が必要な者はかかりつけ医の助言・指示にもとづき保健指導を実施する。

(3) 保健指導の内容

「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」「日本人のための食事摂取基準 2016」等の科学的根拠に基づいて保健指導を実施する。

対象者個々人の生活習慣や服薬状況等に応じて画一的な保健指導にならないよう配慮するとともに、対象者自らの生活習慣が、代謝の変化につながり血管の変性に影響するという糖尿病の重症化のメカニズムをわかりやすくイメージし、対象者が納得できるよう保健師・栄養士が連携して保健指導を進めていく。

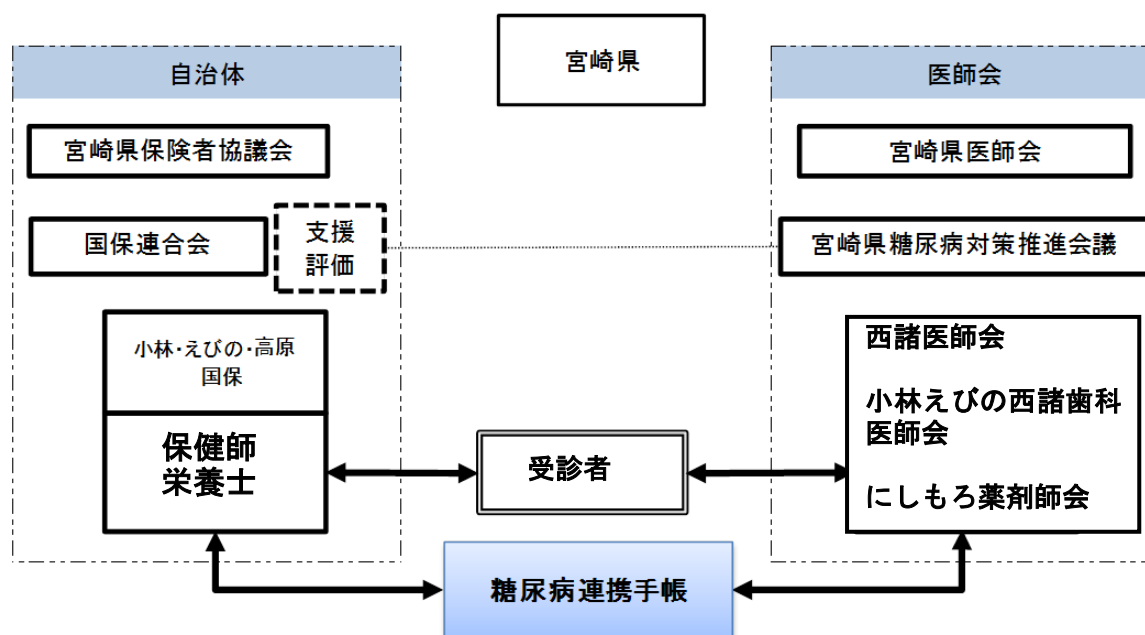
また、糖尿病性腎症第4期、もしくはCKD重症度分類G3b、G4の者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながら保健指導を実施する。

5 西諸医師会及びかかりつけ医、専門医等との連携

保険者と西諸管内の医療機関（西諸医師会）及び小林えびの西諸歯科医師会、にしもろ薬剤師会との連携体制を構築し、糖尿病連携手帳を活用しながら医療機関、受診者、保険者との情報共有を図っていく。

西諸医師会との連携体制

イメージ図



治療にあたっては、糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会）、エビデンスに基づく CKD ガイドライン（日本腎臓学会）等を参考に実施することが求められる。

かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により、対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等含む）の状況を把握し、適切な治療と本人への指導を行うことが必要である。

また、治療の経過中、必要に応じて各専門医等との連携が求められる。その際の、各専門医への紹介基準は以下の通りとする。

※かかりつけ医から専門医への紹介に当たっては、参考様式 2 の診療情報提供書（宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針（第 1 期）より）を参考。

●糖尿病専門医への紹介基準（宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針（第 1 期）より）
HbA1c 8.0%以上が 3 カ月以上継続する場合等

※本プログラムに記載されていない専門医への紹介基準については、糖尿病ガイド（日本糖尿病学会）を確認する。

●腎専門医への紹介基準（エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018 より）

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン/Cr 比 (g/gCr)		30 未満	30~299	300 以上
高血圧 腎炎 多発性腎嚢胞 その他		尿蛋白定量 (g/日)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
		尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		0.15 未満	0.15~0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分 /1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介、尿蛋白のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89		血尿+なら紹介、尿蛋白のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40 歳未満は紹介、40 歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	紹介	紹介	紹介

※上記以外に、3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

6 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組みについて示した。実施に当たっては、今後、小林市・えびの市・高原町と、西諸医師会・医療機関等関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、事業の取組成果を検証し、より効果的な取組みにつなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、地域の糖尿病専門医や腎専門医等の助言を受けることも重要である。注3)

なお、本プログラムに記載のない事項については、厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議での連携協定後、平成28年4月20日に公表された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び平成29年8月16日に策定された宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考とする。

注1) 糖尿病性腎症は、糖尿病になって10数年たって発病することが多く、同時に糖尿病性網膜症の合併も多くみられ、尿検査では初期に微量アルブミン尿、その後顕性蛋白尿が出現し、血尿は原則陰性である。肥満、高血圧を合併することが多く、これらの腎症と鑑別が難しい。糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満などの生活習慣病は一人の患者が同時に持っていることが多く、その経過でCKDを発症した場合には原因を特定するのが困難な場合も少なくなく、糖尿病は高血圧合併が多く、高血圧は腎硬化症のほか、糖尿病性腎症や慢性糸球体腎炎にも合併する。糖尿病の方は尿蛋白定性検査の結果で重症度を判定していると、持続的な蛋白尿の出る顕性腎症まで発見されずに、予防可能な時期を逃してしまう危険性があることも留意する。

「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言(P14) より：日本腎臓学会」

注2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（日本医師会、日本糖尿病学会、厚生労働省）より「かかりつけ医や専門医等との連携」について一部抜粋。

・地域におけるかかりつけ医と専門医が連携できる体制を整えることが望ましい。地域連携パス等を作成し、地域で運用する事も考えられる。

・糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、医科歯科連携の仕組みを構築する事が望ましい。

注3) 「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」 p16 参照

参考様式2

糖尿病治療も行っているかかりつけ医から専門医療機関へ紹介する際に使用

診療情報提供書（かかりつけ医→専門医療機関）
 依頼先 病院 科 先生 御侍史

住所
 医療機関名
 医師名 ㊦
 電話

※以下について、わかる範囲でご記入下さい。

ふりがな 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	職業	
住所	電話： — —		
病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> その他の糖尿病 ()		
既往歴・家族 歴			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 初期治療及び教育 <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 合併症精査 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 急性合併 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
経過概要 (症状・治療)	<input type="checkbox"/> 初診日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発症時期（推定/確定）： 年 月 <input type="checkbox"/> 経口薬開始： 年 月 日 <input type="checkbox"/> インスリン開始： 年 月 <input type="checkbox"/> 腎機能低下：無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症：無 ・ 有 → (ステージ) <input type="checkbox"/> 末梢神経障害：無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 網膜症：無 ・ 有 → (単純・前増殖・増殖) <input type="checkbox"/> 他科最終受診：無 ・ 有 → <input type="checkbox"/> 腎専門医： 年 月 <input type="checkbox"/> 眼 科： 年 月 <input type="checkbox"/> そ の 他： 年 月		
現治療状況			
検査結果 (添付可)			
特記事項	<input type="checkbox"/> 逆紹介希望（有・無）		

CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2012)^a

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			30未満	30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分 /1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

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	1,382	329	23.8%	265	19.2%	515	37.3%	234	16.9%	30	2.2%	9	0.7%
H30	1,456	345	23.7%	267	18.3%	595	40.9%	221	15.2%	23	1.6%	5	0.3%
R01	1,498	355	23.7%	298	19.9%	578	38.6%	232	15.5%	30	2.0%	5	0.3%
R02	1,701	356	20.9%	354	20.8%	651	38.3%	283	16.6%	54	3.2%	3	0.2%
R03	1,638	367	22.4%	313	19.1%	634	38.7%	262	16.0%	58	3.5%	4	0.2%
R04	1,549	365	23.6%	303	19.6%	590	38.1%	244	15.8%	41	2.6%	6	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	再Ⅲ度高血圧			
					再Ⅱ度高血圧	再掲						
						未治療	治療					
H29	1,382	594 43.0%	515 37.3%	234 16.9%	39 2.8%	18 46.2%	21 53.8%	9 0.7%	6 66.7%	3 33.3%	0.7%	2.8%
H30	1,456	612 42.0%	595 40.9%	221 15.2%	28 1.9%	11 39.3%	17 60.7%	5 0.3%	4 80.0%	1 20.0%	0.3%	1.9%
R01	1,498	653 43.6%	578 38.6%	232 15.5%	35 2.3%	20 57.1%	15 42.9%	5 0.3%	4 80.0%	1 20.0%	0.3%	2.3%
R02	1,701	710 41.7%	651 38.3%	283 16.6%	57 3.4%	31 54.4%	26 45.6%	3 0.2%	1 33.3%	2 66.7%	0.2%	3.4%
R03	1,638	680 41.5%	634 38.7%	262 16.0%	62 3.8%	32 51.6%	30 48.4%	4 0.2%	3 75.0%	1 25.0%	0.2%	3.8%
R04	1,549	668 43.1%	590 38.1%	244 15.8%	47 3.0%	29 61.7%	18 38.3%	6 0.4%	4 66.7%	2 33.3%	0.4%	3.0%

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	692	50.1%	116	16.8%	126	18.2%	292	42.2%	137	19.8%	18	2.6%	3	0.4%
	H30	760	52.2%	113	14.9%	127	16.7%	360	47.4%	143	18.8%	16	2.1%	1	0.1%
	R01	760	50.7%	127	16.7%	143	18.8%	337	44.3%	138	18.2%	14	1.8%	1	0.1%
	R02	910	53.5%	135	14.8%	181	19.9%	394	43.3%	174	19.1%	24	2.6%	2	0.2%
	R03	886	54.1%	150	16.9%	159	17.9%	394	44.5%	153	17.3%	29	3.3%	1	0.1%
	R04	848	54.7%	155	18.3%	164	19.3%	364	42.9%	147	17.3%	16	1.9%	2	0.2%
治療なし	H29	690	49.9%	213	30.9%	139	20.1%	223	32.3%	97	14.1%	12	1.7%	6	0.9%
	H30	696	47.8%	232	33.3%	140	20.1%	235	33.8%	78	11.2%	7	1.0%	4	0.6%
	R01	738	49.3%	228	30.9%	155	21.0%	241	32.7%	94	12.7%	16	2.2%	4	0.5%
	R02	791	46.5%	221	27.9%	173	21.9%	257	32.5%	109	13.8%	30	3.8%	1	0.1%
	R03	752	45.9%	217	28.9%	154	20.5%	240	31.9%	109	14.5%	29	3.9%	3	0.4%
	R04	701	45.3%	210	30.0%	139	19.8%	226	32.2%	97	13.8%	25	3.6%	4	0.6%

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	1,382	665	48.1%	362	26.2%	213	15.4%	94	6.8%	48	3.5%
	H30	1,456	689	47.3%	392	26.9%	226	15.5%	101	6.9%	48	3.3%
	R01	1,498	707	47.2%	393	26.2%	239	16.0%	104	6.9%	55	3.7%
	R02	1,701	863	50.7%	422	24.8%	262	15.4%	107	6.3%	47	2.8%
	R03	1,638	826	50.4%	437	26.7%	230	14.0%	102	6.2%	43	2.6%
男性	H29	1,549	807	52.1%	375	24.2%	215	13.9%	85	5.5%	67	4.3%
	H30	618	344	55.7%	147	23.8%	77	12.5%	30	4.9%	20	3.2%
	H30	652	356	54.6%	159	24.4%	79	12.1%	41	6.3%	17	2.6%
	R01	644	346	53.7%	152	23.6%	89	13.8%	37	5.7%	20	3.1%
	R02	772	445	57.6%	172	22.3%	103	13.3%	37	4.8%	15	1.9%
女性	R03	736	416	56.5%	184	25.0%	87	11.8%	34	4.6%	15	2.0%
	R04	686	403	58.7%	155	22.6%	77	11.2%	20	2.9%	31	4.5%
	H29	764	321	42.0%	215	28.1%	136	17.8%	64	8.4%	28	3.7%
	H30	804	333	41.4%	233	29.0%	147	18.3%	60	7.5%	31	3.9%
	R01	854	361	42.3%	241	28.2%	150	17.6%	67	7.8%	35	4.1%
R02	929	418	45.0%	250	26.9%	159	17.1%	70	7.5%	32	3.4%	
R03	902	410	45.5%	253	28.0%	143	15.9%	68	7.5%	28	3.1%	
R04	863	404	46.8%	220	25.5%	138	16.0%	65	7.5%	36	4.2%	

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		割合	
					再)180以上	未治療	治療	再掲	割合		
H29	1,382	665 48.1%	362 26.2%	213 15.4%	142 10.3%	125 88.0%	17 12.0%	48 3.5%	43 89.6%	5 10.4%	10.3%
H30	1,456	689 47.3%	392 26.9%	226 15.5%	149 10.2%	136 91.3%	13 8.7%	48 3.3%	43 89.6%	5 10.4%	10.2%
R01	1,498	707 47.2%	393 26.2%	239 16.0%	159 10.6%	147 92.5%	12 7.5%	55 3.7%	50 90.9%	5 9.1%	10.6%
R02	1,701	863 50.7%	422 24.8%	262 15.4%	154 9.1%	147 95.5%	7 4.5%	47 2.8%	45 95.7%	2 4.3%	9.1%
R03	1,638	826 50.4%	437 26.7%	230 14.0%	145 8.9%	132 91.0%	13 9.0%	43 2.6%	41 95.3%	2 4.7%	8.9%
R04	1,549	807 52.1%	375 24.2%	215 13.9%	152 9.8%	133 87.5%	19 12.5%	67 4.3%	59 88.1%	8 11.9%	9.8%

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	366	26.5%	219	59.8%	95	26.0%	35	9.6%	12	3.3%	5	1.4%
	H30	424	29.1%	241	56.8%	123	29.0%	47	11.1%	8	1.9%	5	1.2%
	R01	432	28.8%	275	63.7%	102	23.6%	43	10.0%	7	1.6%	5	1.2%
	R02	535	31.5%	376	70.3%	111	20.7%	41	7.7%	5	0.9%	2	0.4%
	R03	532	32.5%	346	65.0%	141	26.5%	32	6.0%	11	2.1%	2	0.4%
R04	539	34.8%	358	66.4%	114	21.2%	48	8.9%	11	2.0%	8	1.5%	
治療なし	H29	1,016	73.5%	446	43.9%	267	26.3%	178	17.5%	82	8.1%	43	4.2%
	H30	1,032	70.9%	448	43.4%	269	26.1%	179	17.3%	93	9.0%	43	4.2%
	R01	1,066	71.2%	432	40.5%	291	27.3%	196	18.4%	97	9.1%	50	4.7%
	R02	1,166	68.5%	487	41.8%	311	26.7%	221	19.0%	102	8.7%	45	3.9%
	R03	1,106	67.5%	480	43.4%	296	26.8%	198	17.9%	91	8.2%	41	3.7%
R04	1,010	65.2%	449	44.5%	261	25.8%	167	16.5%	74	7.3%	59	5.8%	

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	1,380	440	31.9%	528	38.3%	267	19.3%	82	5.9%	48	3.5%	15	1.1%	33	2.4%	10	0.7%	
H30	1,455	514	35.3%	524	36.0%	259	17.8%	94	6.5%	47	3.2%	17	1.2%	37	2.5%	10	0.7%	
R01	1,498	591	39.5%	501	33.4%	262	17.5%	91	6.1%	40	2.7%	13	0.9%	32	2.1%	10	0.7%	
R02	1,696	690	40.7%	570	33.6%	245	14.4%	118	7.0%	53	3.1%	20	1.2%	42	2.5%	15	0.9%	
R03	1,637	686	41.9%	530	32.4%	252	15.4%	95	5.8%	53	3.2%	21	1.3%	42	2.6%	15	0.9%	
R04	1,548	589	38.0%	539	34.8%	252	16.3%	94	6.1%	57	3.7%	17	1.1%	43	2.8%	11	0.7%	

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		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	治療	
H29	1,380	440 31.9%	528 38.3%	267 19.3%	145	46	99	10.5%	68.3%	10.5%
					63 4.6%	18 28.6%	45 71.4%	4.6%		
H30	1,455	514 35.3%	524 36.0%	259 17.8%	158	54	104	10.9%	65.8%	10.9%
					64 4.4%	15 23.4%	49 76.6%	4.4%		
R01	1,498	591 39.5%	501 33.4%	262 17.5%	144	53	91	9.6%	63.2%	9.6%
					53 3.5%	13 24.5%	40 75.5%	3.5%		
R02	1,696	690 40.7%	570 33.6%	245 14.4%	191	67	124	11.3%	64.9%	11.3%
					73 4.3%	14 19.2%	59 80.8%	4.3%		
R03	1,637	686 41.9%	530 32.4%	252 15.4%	169	55	114	10.3%	67.5%	10.3%
					74 4.5%	23 31.1%	51 68.9%	4.5%		
R04	1,548	589 38.0%	539 34.8%	252 16.3%	168	48	120	10.9%	71.4%	10.9%
					74 4.8%	17 23.0%	57 77.0%	4.8%		

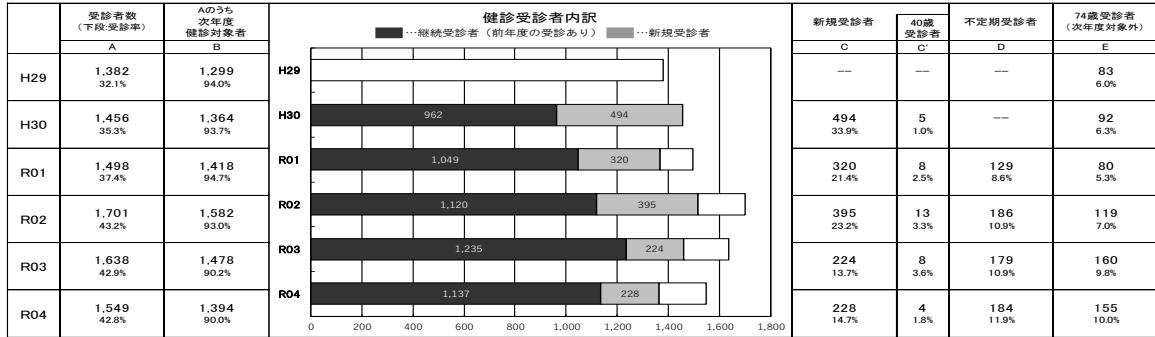
治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	142	10.3%	5	3.5%	5	3.5%	33	23.2%	54	38.0%	35	24.6%	10	7.0%	22	15.5%	6	4.2%
	H30	158	10.9%	2	1.3%	13	8.2%	39	24.7%	55	34.8%	35	22.2%	14	8.9%	28	17.7%	7	4.4%
	R01	154	10.3%	7	4.5%	14	9.1%	42	27.3%	51	33.1%	30	19.5%	10	6.5%	25	16.2%	7	4.5%
	R02	197	11.6%	7	3.6%	17	8.6%	49	24.9%	65	33.0%	44	22.3%	15	7.6%	32	16.2%	11	5.6%
	R03	181	11.1%	5	2.8%	16	8.8%	46	25.4%	63	34.8%	37	20.4%	14	7.7%	30	16.6%	10	5.5%
治療なし	H29	1,238	89.7%	435	35.1%	523	42.2%	234	18.9%	28	2.3%	13	1.1%	5	0.4%	11	0.9%	4	0.3%
	H30	1,297	89.1%	512	39.5%	511	39.4%	220	17.0%	39	3.0%	12	0.9%	3	0.2%	9	0.7%	3	0.2%
	R01	1,344	89.7%	584	43.5%	487	36.2%	220	16.4%	40	3.0%	10	0.7%	3	0.2%	7	0.5%	3	0.2%
	R02	1,499	88.4%	683	45.6%	553	36.9%	196	13.1%	53	3.5%	9	0.6%	5	0.3%	10	0.7%	4	0.3%
	R03	1,456	88.9%	681	46.8%	514	35.3%	206	14.1%	32	2.2%	16	1.1%	7	0.5%	12	0.8%	5	0.3%
R04	1,352	87.3%	587	43.4%	521	38.5%	196	14.5%	31	2.3%	14	1.0%	3	0.2%	7	0.5%	3	0.2%	

特定健診受診率の推移

	対象者数		受診者数		受診率		継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
	A	B	C	D	B/A	D/C	D/B(前年)	E	F	G	H	I
H29	4,301	1,382	32.1%	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H30	4,130	1,456	35.3%	962	69.6%	494	33.9%	—	—	—	—	—
R01	4,004	1,498	37.4%	1,049	72.0%	320	21.4%	129	8.6%	—	—	—
R02	3,933	1,701	43.2%	1,120	74.8%	395	23.2%	186	10.9%	—	—	—
R03	3,820	1,638	42.9%	1,235	72.6%	224	13.7%	179	10.9%	—	—	—
R04	3,615	1,549	42.8%	1,137	69.4%	228	14.7%	184	11.9%	—	—	—

※継続受診者は前年度と比較して算出
 ※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者
 ※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者



受診者総数	6年連続受診	5年受診	4回受診	3回受診	2回受診	1回のみ受診
A	B	C	D	E	F	G
2,385	429 (18.0%)	321 (13.5%)	253 (10.6%)	340 (14.3%)	385 (16.1%)	657 (27.5%)

*上記受診者は、6年間一度でも健診を受診した者かつ最終年度の年度末年齢40～74歳で計上

性・年齢階級別で受診率をみる

	40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳			
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	H29	211	35	16.6%	161	32	19.9%	253	52	20.6%	377	91	24.1%	781	217	27.8%	1,381	512	37.1%	1,137	443	39.0%
	H30	191	29	15.2%	150	27	18.0%	240	63	26.3%	344	86	25.0%	671	222	33.1%	1,319	500	37.9%	1,215	529	43.5%
	R01	176	31	17.6%	170	32	18.8%	211	40	19.0%	306	76	24.8%	617	213	34.5%	1,254	500	39.9%	1,270	606	47.7%
	R02	173	32	18.5%	172	36	20.9%	194	52	26.8%	278	75	27.0%	575	240	41.7%	1,140	521	45.7%	1,401	745	53.2%
	R03	169	30	17.8%	180	40	22.2%	179	47	26.3%	255	74	29.0%	486	197	40.5%	1,042	466	44.7%	1,509	784	52.0%
男性	H29	127	17	13.4%	93	17	18.3%	127	22	17.3%	214	46	21.5%	378	88	23.3%	699	231	33.0%	529	197	37.2%
	H30	113	17	15.0%	88	16	18.2%	122	24	19.7%	193	32	16.6%	331	108	32.6%	671	231	34.4%	552	224	40.6%
	R01	98	17	17.3%	99	20	20.2%	115	15	13.0%	157	32	20.4%	299	91	30.4%	666	223	33.5%	573	246	42.9%
	R02	94	16	17.0%	100	23	23.0%	112	26	23.2%	130	29	22.3%	286	104	36.4%	595	247	41.5%	659	327	49.6%
	R03	92	15	16.3%	105	21	20.0%	106	24	22.6%	124	32	25.8%	233	79	33.9%	512	199	38.9%	745	366	49.1%
女性	H29	84	10	11.9%	68	15	22.1%	126	30	23.8%	163	45	27.6%	403	129	32.0%	682	281	41.2%	608	246	40.5%
	H30	78	12	15.4%	62	11	17.7%	118	39	33.1%	151	54	35.8%	340	114	33.5%	648	269	41.5%	663	305	46.0%
	R01	78	14	17.9%	71	12	16.9%	96	25	26.0%	149	44	29.5%	318	122	38.4%	588	274	47.1%	697	360	51.6%
	R02	79	16	20.3%	72	13	18.1%	82	26	31.7%	148	46	31.1%	289	136	47.1%	545	274	50.3%	742	418	56.3%
	R03	77	15	19.5%	75	19	25.3%	73	23	31.5%	131	42	32.1%	253	118	46.6%	530	267	50.4%	764	418	54.7%

6年間の受診率の伸びをみる

	総数						男性						女性								
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	伸び率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	伸び率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	伸び率		
総数	4,301	1,382	32.1%	3,615	1,549	42.8%	2,167	618	28.5%	1,831	686	37.5%	8.9%	2,134	764	35.8%	1,784	863	48.4%	12.6%	
40代	372	67	18.0%	338	54	16.0%	-2.0%	220	34	15.5%	198	31	15.7%	0.2%	152	33	21.7%	140	23	16.4%	-5.3%
50代	630	143	22.7%	399	110	27.6%	4.9%	341	68	19.9%	215	45	20.9%	1.0%	289	75	26.0%	184	65	35.3%	9.4%
60代	2,162	729	33.7%	1,427	650	45.6%	11.8%	1,077	319	29.6%	682	261	38.3%	8.7%	1,085	410	37.8%	745	389	52.2%	14.4%
70代	1,137	443	39.0%	1,451	735	50.7%	11.7%	529	197	37.2%	736	349	47.4%	10.2%	608	246	40.5%	715	386	54.0%	13.5%
再40～64歳	1,783	427	23.9%	1,164	354	30.4%	6.5%	939	190	20.2%	623	159	25.5%	5.3%	844	237	28.1%	541	195	36.0%	8.0%
再65～74歳	2,518	955	37.9%	2,451	1,195	48.8%	10.8%	1,228	428	34.9%	1,208	527	43.6%	8.8%	1,290	527	40.9%	1,243	668	53.7%	12.9%

特定健診受診率の推移

