

大崎町国民健康保険 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

大崎町国民健康保険

令和6年3月

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期計画に係る考察及び第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期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る評価
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)31

1. 第4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38

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

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57

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58

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料59

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の計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※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和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、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

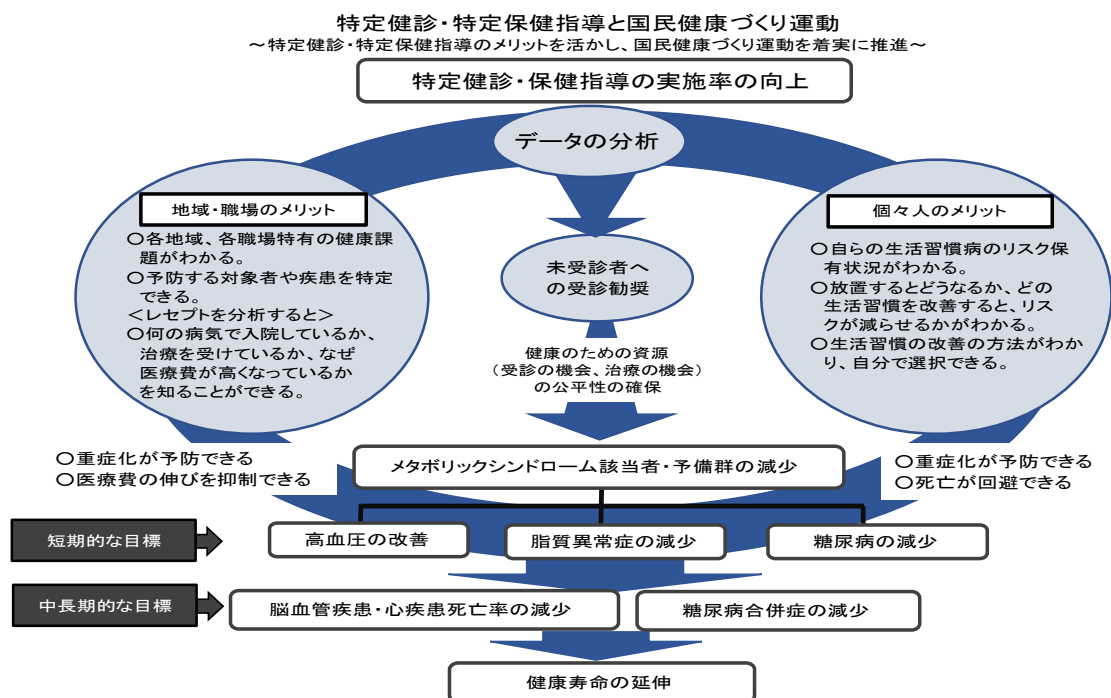
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

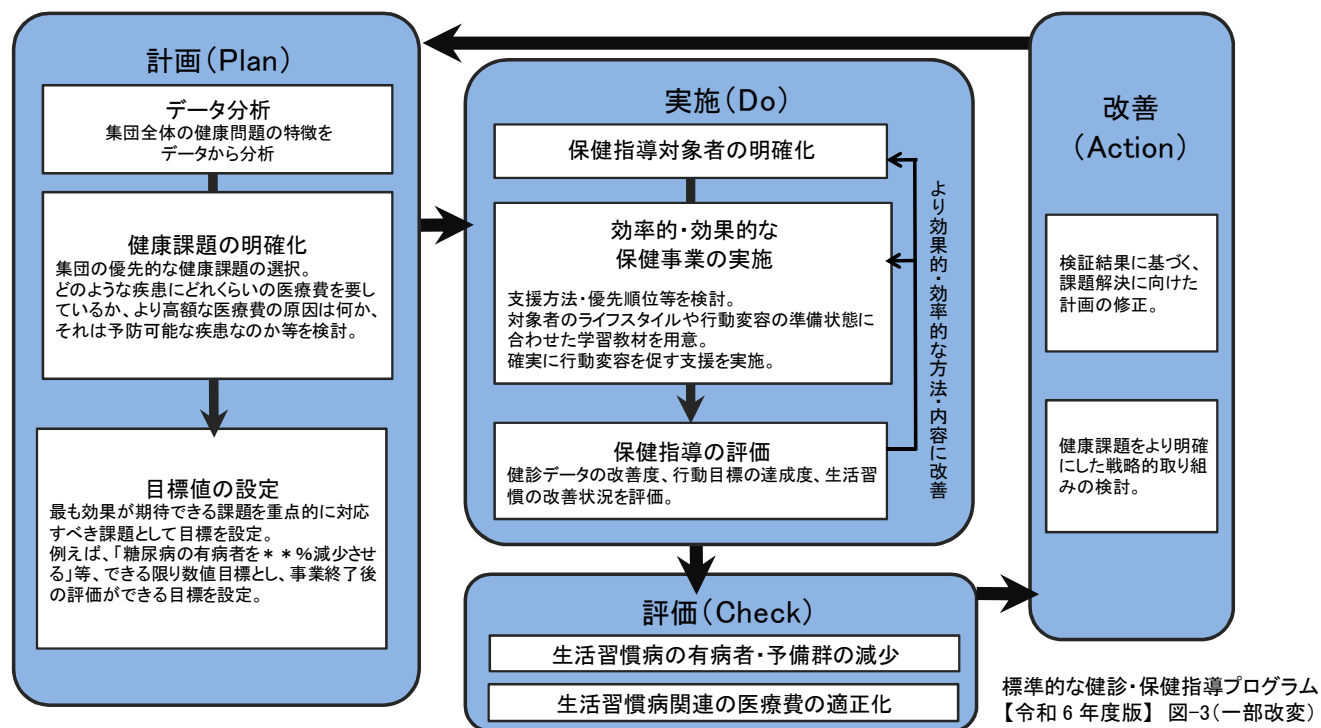
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、地域的条 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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、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(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・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 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健康診査実施率	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



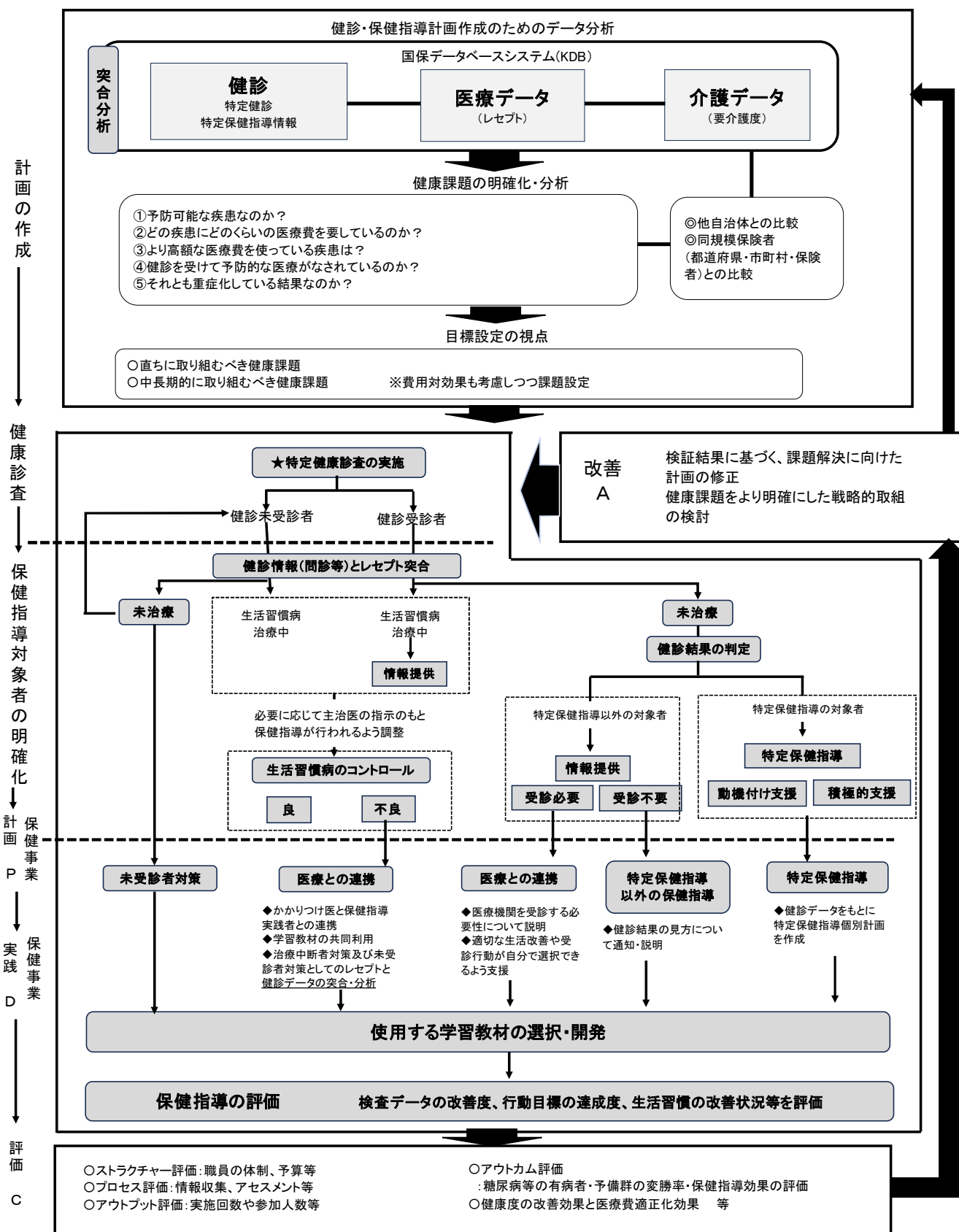
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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		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げる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的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選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、 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 個人の健康結果をわかりやすくも、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

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)

行動変容を促す手法

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。

<参考> 計画期間の根拠について

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ています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

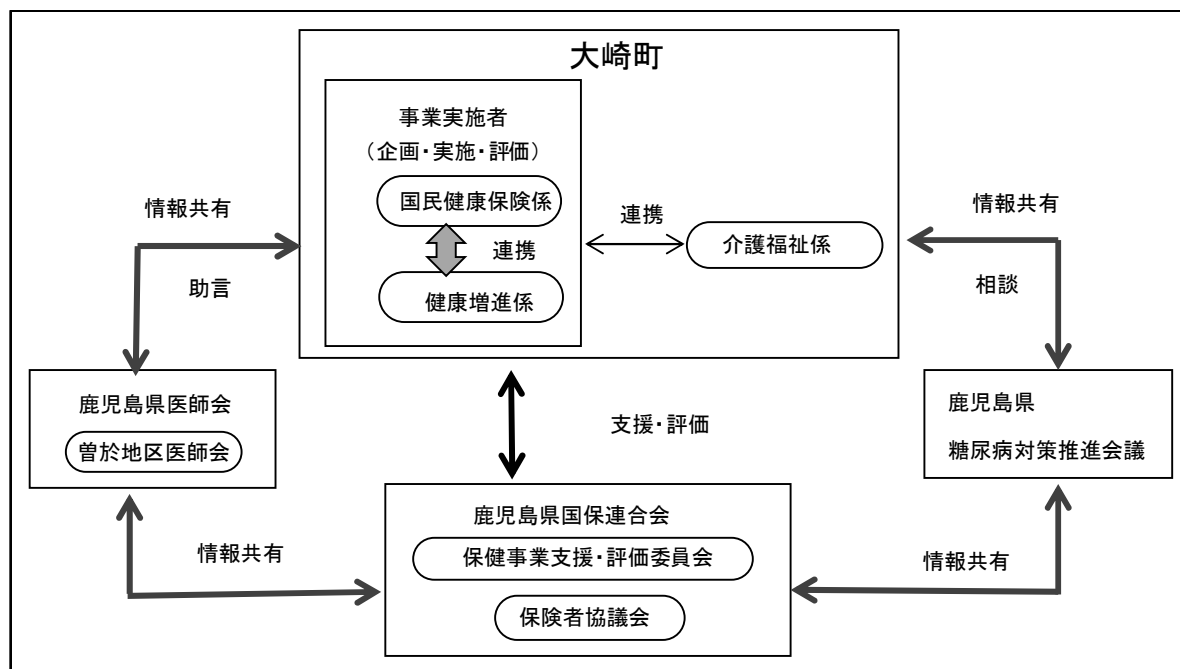
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、国民健康保険係、健康増進係、介護福祉係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 大崎町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	事 (係長)	事	保	保 (係長)	保	保	管栄	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							○	

2) 関係機関との連携

＜参考＞手引きより抜粋

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

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

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

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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

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(事業費分・事業費連動分)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おり、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・効率的な活用が期待されています。

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	
			大崎町	配点	大崎町	配点	大崎町	配点
交付額(万円)			676		634		575	
全国順位(1,741市町村中)			471位		624位		883位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	60	70	60	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	28	40	17	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	90	120	110	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	20	45	35	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	35	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	130	130	100	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	30	100	30	100	30	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	25	30	15	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	70	100	66	100
合計点			632	1,000	608	960	553	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第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1万2千人で、高齢化率は令和2年国勢調査で39.4%でした。財政指数は同規模自治体等と同水準となっていますが、高齢者の割合・被保険者数の平均年齢は57歳と高いにも関わらず、出生率は低い傾向にあります。産業においては、小売業・社会福祉施設・飲食店をはじめとする第3次産業が本町で1番割合が多く48.4%となっています。被保険者では働く環境や時間帯が様々であるため生活リズムからくる食習慣が課題となる可能性が高いため、健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は26.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約54%を占めています。(図表10)

また、本町内には3つのクリニックしかなく、同規模と比較しても少なく、医療資源が乏しい状態ですが、外来患者数及び入院患者数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・国と比較した大崎町の特性

	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
大崎町	12,368	39.4	3,243 (26.2)	57.3	4.9	16.6	0.4	28.0	23.6	48.4
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※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、大崎町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

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	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	3,756		3,696		3,580		3,431		3,243	
65～74歳	1,756	46.8	1,785	48.3	1,818	50.8	1,808	52.7	1,741	53.7
40～64歳	1,263	33.6	1,177	31.8	1,098	30.7	1,024	29.8	957	29.5
39歳以下	737	19.6	734	19.9	664	18.5	599	17.5	545	16.8
加入率	28.4		27.9		27.0		25.9		26.2	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.7
診療所数	5	1.3	5	1.4	6	1.7	6	1.7	6	1.9	2.7	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40.8	90.2
医師数	5	1.3	5	1.4	6	1.7	6	1.7	6	1.9	5.0	13.0
外来患者数	733.8		742.6		717.8		748.0		756.5		708.1	755.6
入院患者数	27.5		28.6		30.2		30.9		27.1		22.2	30.3

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

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)を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(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、9人(認定率0.24%)が2号(40～64歳)被保険者で、970人(認定率19.9%)が1号(65歳以上)被保険者となっており、同規模・県・国と比較すると同水準、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約16億円から約17億円に増加しています。(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、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で5割以上、第1号被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と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言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

		大崎町				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		4,761人	36.0%	4,869人	39.4%	36.9%	32.8%	28.7%
2号認定者		17人	0.39%	9人	0.24%	0.38%	0.37%	0.38%
	新規認定者	4人		0人		--	--	--
1号認定者		994人	20.9%	970人	19.9%	18.6%	20.1%	19.4%
	新規認定者	129人		130人		--	--	--
再掲	65～74歳	84人	4.0%	85人	3.6%	--	--	--
	新規認定者	18人		25人		--	--	--
	75歳以上	910人	34.1%	885人	34.9%	--	--	--
	新規認定者	111人		105人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	大崎町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	16億8280万円	17億0249万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	353,455	349,660	303,361	316,197	290,668
1件あたり給付費(円)全体	82,325	81,925	72,528	68,209	59,662
居宅サービス	48,748	45,565	44,391	44,980	41,272
施設サービス	307,260	319,930	291,231	298,436	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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)			9		85		886		971		980		
再)国保・後期			4		64		816		880		884		
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
	循環器疾患	1	脳卒中	2 50.0%	脳卒中	25 39.1%	脳卒中	388 47.5%	脳卒中	413 46.9%	脳卒中	415 46.9%	
		2	虚血性心疾患	2 50.0%	虚血性心疾患	25 39.1%	虚血性心疾患	374 45.8%	虚血性心疾患	399 45.3%	虚血性心疾患	401 45.4%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	8 12.5%	腎不全	179 21.9%	腎不全	187 21.3%	腎不全	187 21.2%	
	合併症	4	糖尿病合併症	1 25.0%	糖尿病合併症	8 12.5%	糖尿病合併症	89 10.9%	糖尿病合併症	97 11.0%	糖尿病合併症	98 11.1%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4 100.0%	基礎疾患	56 87.5%	基礎疾患	764 93.6%	基礎疾患	820 93.2%	基礎疾患	824 93.2%	
	血管疾患合計		4 100.0%	合計	59 92.2%	合計	783 96.0%	合計	842 95.7%	合計	846 95.7%		
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	23 35.9%	認知症	418 51.2%	認知症	441 50.1%	認知症	441 49.9%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	4 100.0%	筋骨格系	59 92.2%	筋骨格系	789 96.7%	筋骨格系	848 96.4%	筋骨格系	852 96.4%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで維持しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約4万円高く、H30年度と比較しても約5万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約44%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても4万円も高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の1を大きく超えており、全国2位の県平均よ

りは低いですが、入院の地域差指数がH30 年度よりも伸びています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であることから、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 15 医療費の推移

		大崎町		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(人)		3,756人	3,243人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,756人 (46.8%)	1,741人 (53.7%)	--		
総医療費		13億9639万円	13億6763万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		371,777 県内23位 同規模42位	421,719 県内23位 同規模39位	378,542	444,085	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	508,130	549,270	592,330	573,470	617,950
	費用の割合	45.7	44.1	43.0	48.0	39.6
	件数の割合	3.6	3.5	3.0	3.8	2.5
外来	1件あたり費用額	22,580	24,880	24,690	24,840	24,220
	費用の割合	54.3	55.9	57.0	52.0	60.4
	件数の割合	96.4	96.5	97.0	96.2	97.5
受診率		761.288	783.613	730.302	785.808	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は大崎町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

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		
		大崎町 (県内市町村中)		県 (47県中)	大崎町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.059	1.157	1.212	0.973	1.039	1.168
		(31位)	(22位)	(2位)	(32位)	(27位)	(4位)
	入院	1.177	1.387	1.484	0.996	1.148	1.357
		(41位)	(26位)	(1位)	(39位)	(29位)	(2位)
	外来	0.971	1.023	1.048	0.959	0.923	0.991
		(24位)	(20位)	(7位)	(18位)	(21位)	(18位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・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は、H30 年度と比較すると増加しており、かつ脳血管疾患・腎疾患(透析有)については、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患の患者数が減少していますが、割合は増加しています。人工透析については横ばいでした。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に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、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			大崎町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			13億9639万円	13億6763万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億2520万円	1億3185万円	--	--	--
			8.97%	9.64%	8.01%	9.45%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.40%	1.65%	2.07%	2.38%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.36%	2.11%	1.38%	1.44%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.87%	5.71%	4.23%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.33%	0.17%	0.33%	0.33%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.53%	17.35%	17.23%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		9.99%	7.67%	8.66%	9.49%	8.68%
	精神疾患		7.76%	8.51%	8.13%	9.59%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)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、最も医療費を要した傷病名)

注)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	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	3,756	3,243	a	282	268	313	310	26	23	
				a/A	7.5%	8.3%	8.3%	9.6%	0.7%	0.7%	
40歳以上	B	3,019	2,698	b	280	268	311	309	25	23	
	B/A	80.4%	83.2%	b/B	9.3%	9.9%	10.3%	11.5%	0.8%	0.9%	
再掲	40～64歳	C	1,263	957	c	54	51	75	55	15	7
		C/A	33.6%	29.5%	c/C	4.3%	5.3%	5.9%	5.7%	1.2%	0.7%
	65～74歳	D	1,756	1,741	d	226	217	236	254	10	16
		D/A	46.8%	53.7%	d/D	12.9%	12.5%	13.4%	14.6%	0.6%	0.9%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握
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

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)である脳血管疾患の割合は減っていますが、虚血性心疾患・人工透析の割合が増加しています。(図表 19・20・21)

本町は、特定健診の結果から治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

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(人)		A	1,317	1,264	358	277	959	987
		A/被保数	43.6%	46.8%	28.3%	28.9%	54.6%	56.7%
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	174	142	24	22	150	120
		B/A	13.2%	11.2%	6.7%	7.9%	15.6%	12.2%
	虚血性心疾患	C	231	224	49	28	182	196
		C/A	17.5%	17.7%	13.7%	10.1%	19.0%	19.9%
	人工透析	D	24	23	14	7	10	16
		D/A	1.8%	1.8%	3.9%	2.5%	1.0%	1.6%

出典: KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握
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(人)		A	634	592	191	146	443	446
		A/被保数	21.0%	21.9%	15.1%	15.3%	25.2%	25.6%
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	79	70	16	12	63	58
		B/A	12.5%	11.8%	8.4%	8.2%	14.2%	13.0%
	虚血性心疾患	C	116	130	30	22	86	108
		C/A	18.3%	22.0%	15.7%	15.1%	19.4%	24.2%
	人工透析	D	12	15	8	6	4	9
		D/A	1.9%	2.5%	4.2%	4.1%	0.9%	2.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	86	90	23	18	63	72
		E/A	13.6%	15.2%	12.0%	12.3%	14.2%	16.1%
	糖尿病性網膜症	F	123	125	31	24	92	101
		F/A	19.4%	21.1%	16.2%	16.4%	20.8%	22.6%
	糖尿病性神経障害	G	30	15	13	3	17	12
		G/A	4.7%	2.5%	6.8%	2.1%	3.8%	2.7%

出典: KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握
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(人)		A	1,012	1,015	304	255	708	760
		A/被保数	33.5%	37.6%	24.1%	26.6%	40.3%	43.7%
（中長期合併症）	脳血管疾患	B	133	114	23	22	110	92
		B/A	13.1%	11.2%	7.6%	8.6%	15.5%	12.1%
	虚血性心疾患	C	199	211	47	34	152	177
		C/A	19.7%	20.8%	15.5%	13.3%	21.5%	23.3%
	人工透析	D	11	13	6	5	5	8
		D/A	1.1%	1.3%	2.0%	2.0%	0.7%	1.1%

出典: KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握
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H30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合がⅡ度高血圧は伸びてきており、HbA1c7.0以上は減少しています。また未治療者について健診後、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約21.1%、糖尿病で3.2%おり、その割合は他市町村と比較すると、高血圧・糖尿病ともに低くなっています。(図表22)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後とも要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
大崎町	1,260	46.3	1,079	42.5	64	5.1	29	45.3	57	5.3	24	42.1	12	21.1	2	3.5
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
大崎町	1,213	96.3	990	91.8	92	7.6	29	31.5	63	6.4	13	20.6	2	3.2	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典: ヘルスサポートラボツール

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軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、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、H30年度とR04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ポイントも伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも微増傾向にあるものの、LDL-Cは減少しています。翌年度の結果を見ると、全て改善率の上昇がみられます。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。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共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

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	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,260 (46.3%)	270 (21.4%)	83 (6.6%)	187 (14.8%)	144 (11.4%)
R04年度	1,007 (35.8%)	237 (23.5%)	80 (7.9%)	157 (15.6%)	121 (12.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	150 (12.4%)	49 (32.7%)	44 (29.3%)	20 (13.3%)	37 (24.7%)
R03→R04	128 (12.9%)	29 (22.7%)	52 (40.6%)	16 (12.5%)	31 (24.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	64 (5.1%)	35 (54.7%)	11 (17.2%)	0 (0.0%)	18 (28.1%)
R03→R04	57 (5.3%)	29 (50.9%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	26 (45.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	138 (11.0%)	59 (42.8%)	43 (31.2%)	6 (4.3%)	30 (21.7%)
R03→R04	110 (10.2%)	52 (47.3%)	24 (21.8%)	8 (7.3%)	26 (23.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 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、R01年度には46.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(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40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

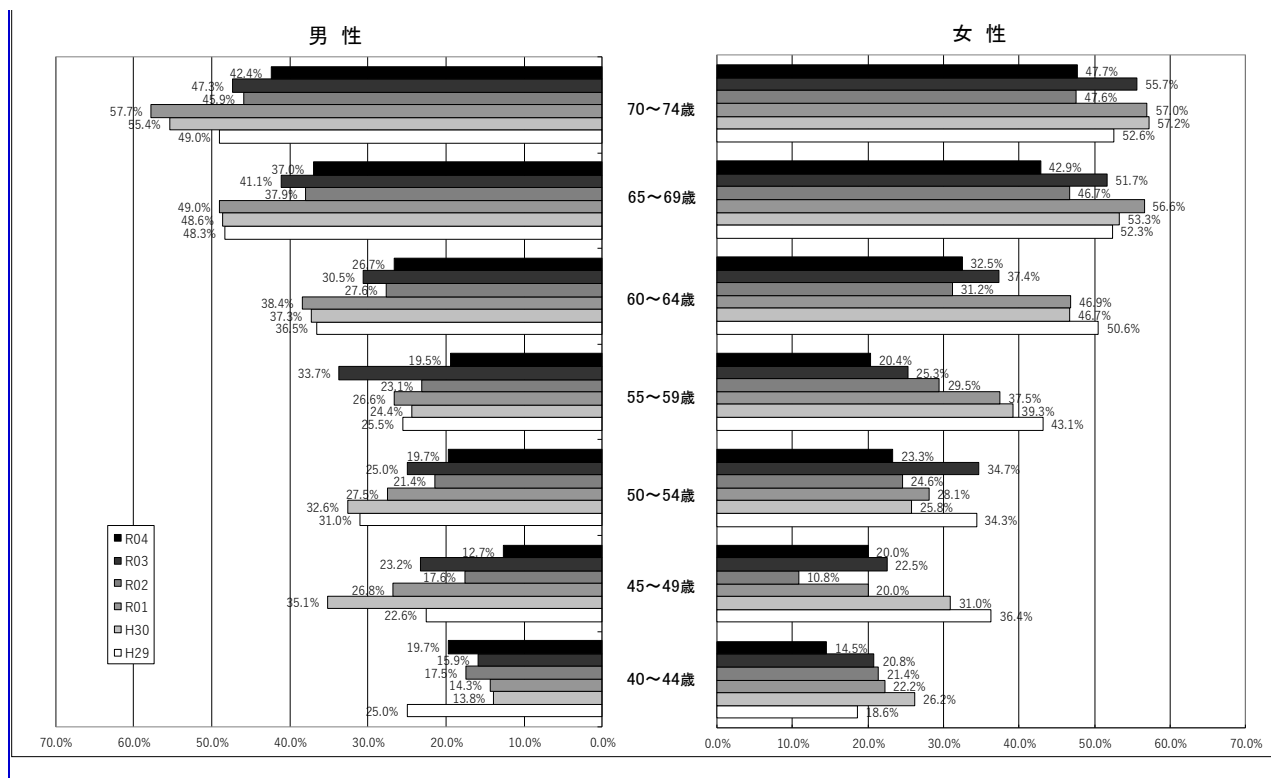
特定保健指導についても、R03年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	1,240	1,211	971	1,053	977	健診受診率 60%
	受診率	45.4%	46.2%	37.0%	41.6%	41.4%	
特定保健指導	該当者数	136	131	95	110	82	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.0%	10.8%	9.8%	10.4%	8.4%	
	実施者数	103	85	59	64	56	
	実施率	75.7%	64.9%	62.1%	58.2%	68.3%	

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



出典：ヘルスサポートラボツール

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

受診勧奨対象者を優先対象者として支援しています。対象者の約2割の方に受診勧奨のための保健指導を実施してきて、未受診者の割合は年々低下していますが、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

血糖値有所見者への保健指導実施の割合はやや低下しており、検査値が改善した人数もほぼ横ばい状態です。

さらに、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、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・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 治療・治療中断者の適切な受診

		R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,211	971	1,053	977
受診勧奨対象者 ※1	人(b)	7	9	25	6
ア. 受診勧奨実施者数	人(c)	2	2	5	1
	(c/b)	28.6%	22.2%	20.0%	16.7%
	イ. 受診勧奨した者のうち、 医療機関未受診者	人(d)	2	2	4
	(d/b)	28.6%	22.2%	16.0%	16.7%
	ウ. 医療機関未受診への再勧奨数	人(e)	1	1	0
	(e/b)	14.3%	11.1%	0.0%	16.7%
アウトカム評価	①現在の医療機関未受診者の数	人(f)	6	7	16
	(f/b)	85.7%	77.8%	64.0%	50.0%
	②検査値が改善した人数	人(g)	0	0	0
	(g/b)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※1 医療機関未受診者、6か月経過しても医療機関を受診した記録がない者

表2 保健指導対象者

		R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,211	971	1,053	977
保健指導対象者 ※1	人(b)	299	265	172	245
ア. 保健指導実施者数	人(c)	88	62	41	56
	(c/b)	29.4%	23.4%	23.8%	22.9%
	イ. 介入前後の検査値等の 変化を評価した人数	人(d)	4	2	4
	(d/b)	1.3%	0.8%	1.2%	1.6%
アウトカム評価	①検査値が改善した人数	人(e)	3	0	1
	(e/c)	3.4%	0.0%	2.4%	3.6%

※1 過去の健診において、HbA1c6.5以上の者

(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。

本町においては、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。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護給付費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健康教室を毎年行い、町民へ周知を行っています。

(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	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.4%	1.8%	1.7%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.4%	3.9%	2.1%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.9%	4.6%	5.7%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.7%	2.4%	2.4%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少		0.5%	0.5%	大崎町調べ
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	33.1%	34.5%	35.7%	KDBシステム
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.1%	6.7%	3.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.0%	8.9%	10.6%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.4%	13.3%	13.3%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.2%	0.50%	0.80%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		22.2%	50.0%	大崎町国民健康保険係
		糖尿病の保健指導を実施した割合		23.4%	22.9%	
		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	45.4	37.0	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	75.7	62.1	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.0	9.8	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	16.9	15.7	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	25.9	21.6	
			大腸がん検診受診者の増加	22.0	19.9	
			子宮がん検診受診者の増加	27.5	24.0	
			乳がん検診受診者の増加	32.6	28.7	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	25.0	22.0	
	その他	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	80.3%	85.6%	厚生労働省
			80%以上	86.2%		

3) 第2期データヘルス計画に係る評価

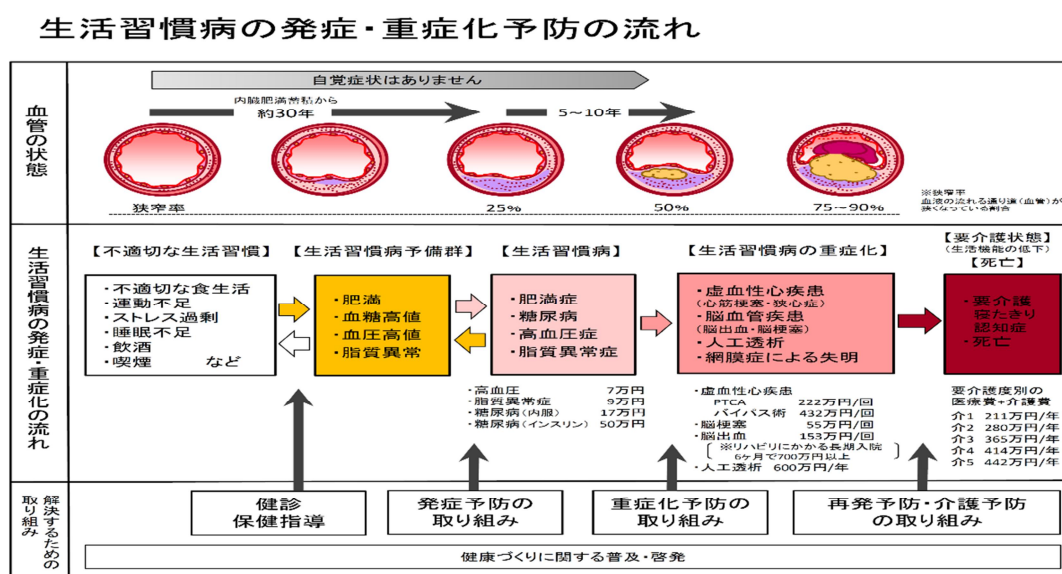
第2期 データヘルス計画 最終評価												
データヘルス計画の目標管理一覧表												
関連計画	目標	達成すべき目的	R5 最終評価時達成状況									
			A:改善 B:変わらない C:悪化している									
中期目標	課題を解決するための目標	達成につながる取組・要素	最終評価					今後の方向性	現状値の把握方法			
			初期値	中間評価値	R1	R2	R3	R4	R5			
データヘルス計画	アウトカム評価	達成すべき目的	H28	9.8%	6.0%	7.9%	-5.1%	-12.8%	A	KDBシステム		
		適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす										
		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、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、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										
	アウトカム評価	課題を解決するための目標								新医療費分析システム		
		入院医療費の伸び率を同規模並みの9.1%とする										
		必要な医療費削減を行い入院外医療費を伸ばす10.5%										
		脳血管疾患の総医療費に占める割合1.0%へ減少										
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合2.0%へ減少										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								法定報告値		
		糖尿病性腎症による新投薬導入者の割合の減少50%										
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%										
		特定保健指導対象者の割合(参考値)										
		特定保健指導による特定保健指導対象者の割合19.5%										
	アウトカム評価	課題を解決するための目標								KDBシステム		
		健診受診者の高血圧の割合減少25%(140/90以上)										
		健診受診者の脂質異常者の割合減少7.7%(LDL160以上)										
		健診受診者の糖尿病有病者の割合減少9.0%(HbA1c6.5以上)										
		健診受診者のHbA1c8.0以上で未治療者の割合の減少										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%										
		糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上										
		糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上										
		糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								法定報告値		
		特定健診受診率48%以上										
		特定保健指導実施率80%以上										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決するための目標								健康増進計画		
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
		がん検診受診率										
データヘルス計画	アウトカム評価	課題を解決										

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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



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移行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ですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、市町村国保及び後期高齢者広域連合は、図表 31 (または図表 37)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、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。

[illegible]

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

出典：ヘルスサポートラボツール

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	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								
① 国 保	大崎町	13億6763万円	33,691	5.71%	0.17%	1.65%	2.11%	5.86%	3.32%	1.62%	2億7945万円	20.4%	17.3%	8.51%	7.67%
	同規模	—	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	—	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	県	—	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	—	18.9%	14.4%	9.59%	9.49%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	大崎町	24億0178万円	75,350	3.92%	0.40%	3.76%	2.46%	3.67%	3.29%	0.93%	4億4237万円	18.4%	12.2%	2.89%	11.4%
	同規模	—	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	—	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	県	—	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	—	17.2%	9.3%	4.33%	14.9%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

※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：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	118人	117人	153人	134人	122人	328人
		B	223件	225件	288件	250件	470件	550件
	件数	B/総件数	0.64%	0.66%	0.89%	0.76%	1.48%	1.34%
		C	3億0485万円	3億0551万円	3億8977万円	3億3543万円	6億2628万円	7億7152万円
		C/総費用	21.8%	21.1%	26.0%	22.8%	45.8%	32.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	7人		5人		6人		7人		7人		25人		
		D/A	5.9%		4.3%		3.9%		5.2%		5.7%		7.6%		
	件数	E	7件		10件		10件		7件		32件		36件		
		E/B	3.1%		4.4%		3.5%		2.8%		6.8%		6.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	4	40.0%	0	0.0%	1	14.3%	2	6.3%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	14.3%	2	20.0%	0	0.0%	1	14.3%	8	25.0%	75-80歳	10	27.8%
		60代	3	42.9%	4	40.0%	2	20.0%	2	28.6%	2	6.3%	80代	9	25.0%
		70-74歳	3	42.9%	0	0.0%	8	80.0%	3	42.9%	20	62.5%	90歳以上	17	47.2%
	費用額	F	732万円		1310万円		1176万円		1105万円		3994万円		4219万円		
		F/C	2.4%		4.3%		3.0%		3.3%		6.4%		5.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

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：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	10人		18人		18人		7人		10人		21人		
		G/A	8.5%		15.4%		11.8%		5.2%		8.2%		6.4%		
	件数	H	12件		19件		18件		9件		22件		22件		
		H/B	5.4%		8.4%		6.3%		3.6%		4.7%		4.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	2	9.1%	70-74歳	2	9.1%
		50代	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	27.3%	75-80歳	8	36.4%
		60代	8	66.7%	9	47.4%	6	33.3%	4	44.4%	4	18.2%	80代	8	36.4%
		70-74歳	3	25.0%	10	52.6%	11	61.1%	5	55.6%	10	45.5%	90歳以上	4	18.2%
	費用額	I	1690万円		2383万円		3911万円		1612万円		2575万円		3419万円		
		I/C	5.5%		7.8%		10.0%		4.8%		4.1%		4.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析
E表:健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

[illegible]

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	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	31.7	1,183	1,603	2,780	29.3	48.5	13.1	4.9	4.8	8.0	32.3	32.9	23.7	
R04	30.6	972	1,806	2,758	22.7	42.4	14.9	4.1	5.1	6.3	36.2	29.4	27.6	

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	%	
H30	16	4.6	(5)	41	5.3	(13)	17	4.7	(3)	20	5.8	(2)	52	6.7	(3)	2	0.6	(0)	8	2.3	24	3.1	16	4.4	0	--	5	0.6	10	2.8
R04	7	3.2	(0)	26	3.4	(7)	23	5.6	(3)	15	6.8	(3)	55	7.2	(1)	3	0.7	(0)	4	1.8	23	3.0	6	1.5	0	--	8	1.0	10	2.4

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)			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-	40-64	65-74	75-
H30	82.8	93.0	96.6	35.3	63.3	82.1	73.0	79.8	84.3	38.3	36.2	27.5	23.4	26.7	22.7	39.3	53.0	71.0	43.8	58.0	75.1			
R04	79.3	90.9	94.2	35.4	64.6	82.0	72.7	82.9	85.1	37.8	37.7	29.5	23.5	29.4	24.6	38.0	52.5	70.6	47.7	58.6	74.3			

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

図表 41 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・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(被保険者割)												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	11.1	25.1	4.9	12.5	22.7	8.2	20.4	41.3	5.0	10.4	14.7	9.3	15.2	47.8	0.0	4.5	36.9	2.1	6.7	44.4	5.1	7.2	43.1
R04	4.5	11.4	22.8	4.9	14.1	22.1	10.0	20.4	41.9	4.1	10.9	16.3	2.3	11.7	46.7	2.1	5.9	35.1	1.0	5.4	44.3	5.0	4.6	42.5

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 (被保険割合)				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	57.7	80.8	58.3	78.3	4.9	18.5	1.5	17.6	10.3	53.0	54.2	78.3
R04	63.2	84.8	78.9	76.3	4.8	17.7	2.1	15.9	6.9	53.0	47.4	81.5

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減少していますが、一人あたり医療費は横ばいです。後期高齢者医療では一人あたり90万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表 32)

本町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べるとやや低く、腎不全の医療費に占める割合は、透析無は同規模等と比較しても低い状況ですが、透析有は同規模等と比較して高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約250件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.5倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で毎年6人程度ですが、費用額はR1年度から1,000万円台でしたが、R4年度では4,000万円近く増加がみられました。

しかし、後期高齢者医療においては、36件発生し、4,200万円余りの費用額がかかっています。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も力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38の①被保険者数は、40～64歳、75歳以上で減っており、65歳～74歳では200名増えています。高齢化率の高い状況です。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が4ポイントも高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、HbA1c7.0以上については、各年代で対象の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧・糖尿病においては、65歳～74歳・75歳以上の年代で高くなっています。

図表 41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、1ポイント以上上がっていたのが、虚血性心疾患の65歳～74歳で1.6ポイント、心不全の40～64歳で1.8ポイント、腎不全の75歳以上で1.6ポイント以上高くなっていました。高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(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を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

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)を設定し、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難しいことから、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行う。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行う。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

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

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						データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R5 (R4)	R6 (R5)	R7 (R6)	中間評価 R8 (R7)	R9 (R8)	R10 (R9)	最終評価 R11 (R10)
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	1.7%	1.4%					
			2.1%	1.8%					
			5.7%	6.5%					
			52.6%	55.6%					
			28.6%	25.0%					
	短期目標	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	13.5%	17.8%					
			3.4%	5.8%					
			10.6%	8.8%					
			13.3%	13.3%					
			2.6%	2.7%					
保健者努力制度	アウトプット	★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	50.0%	12.5%					
		★特定健診受診率60%以上	41.4%	43.2%					
		★特定保健指導実施率60%以上	68.3%	73.7%					
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.7%	24.6%					
		後発医薬品の使用割合 80%以上	86.2%	88.4%					

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4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、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を1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

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%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

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,694人	2,490人	2,288人	2,121人	1,954人	1,786人
	受診者数	1,212人	1,195人	1,166人	1,145人	1,113人	1,072人
特定保健指導	対象者数	133人	131人	128人	125人	122人	117人
	受診者数	79人	78人	77人	75人	73人	70人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(委託健診機関)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(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。

(4) 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)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に代えられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目(例示)

○大崎町特定健診検査項目

健診項目		大崎町	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	○	
	血清アルブミン	○	

(5) 実施時期

5 月から翌年 1 月末まで実施します。

(6) 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。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委

託します。

(8) 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を通して行います。

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、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月		(特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁	
7月		保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月		(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	
1月			
2月			
3月	契約準備		

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、事業所へ委託実施・保険者直接実施の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

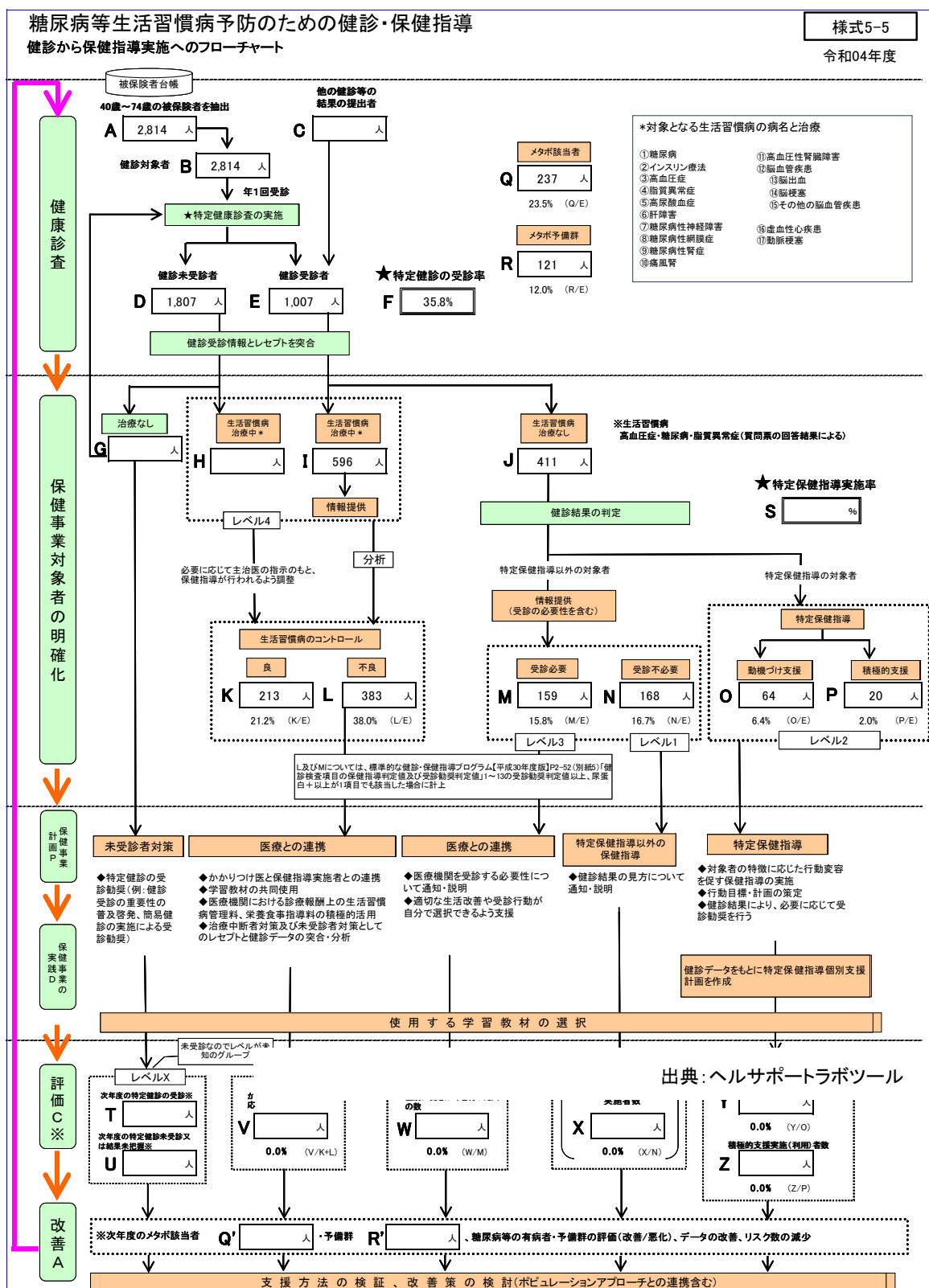
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)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。
	(3)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。
	(4)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。
	(5)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)



(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 (受診者の○%)	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	84人 (8.3%)	60%
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	159人 (15.8%)	HbA1c6.5以上 については 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)	1807人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	168人 (16.7%)	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	596人 (59.2%)	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 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎特定健診、長寿健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
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大崎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・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

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、大崎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る必要があります。

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。そのため、特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。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

本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対象者を抽出すると、369人(36.6%)です。そのうち治療なしが66人(16.1%)を占め、さらに臓器障害ありの直ちに取り組むべき対象者が32人です。

また、大崎町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、369人中29人で、特定保健指導の徹底も併せて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります(図表51)。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るためにー重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにするー

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規診断患者数の減少	＜参考＞ 健診受診者(受診率)	35.8%				
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	1,007人					
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.9%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データバンク 2013より 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	34	8	36	14	237	99	92	369	36.6%
治療なし	14	2	34	9	19	46	14	66	16.1%
(再掲) 特定保健指導	3	0	8	2	19	8	7	29	7.9%
治療中	20	6	2	5	218	53	78	303	50.8%
臓器障害 あり	5	2	8	2	12	17	14	32	48.5%
CKD(専門医対象者)	1	0	5	0	6	8	14	14	
心電図所見あり	5	2	5	2	8	13	6	24	
臓器障害 なし	9	--	26	7	7	29	--	--	

※各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	457	550
脂質異常症	315	691
糖尿病	125	839
3疾患 いずれも	596	411

※問診結果による

出典：ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

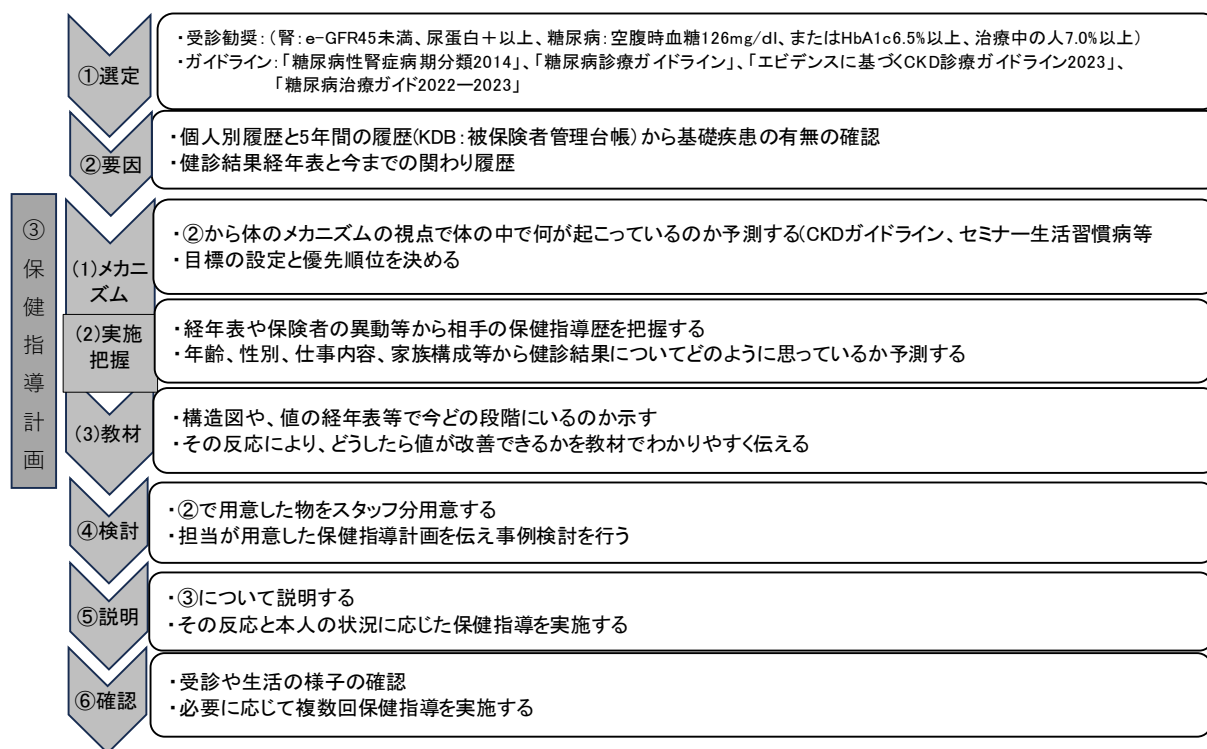
1) 基本的な考え方

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)及び大崎町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ ハイリスク者

ア. 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

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、喫煙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/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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ニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミン定量検査については対象者を絞り、2次検診として実施しています。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(－)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(＋)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

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した。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、68人(34.9%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者603人のうち、特定健診受診者が127人(65.1%・G)

であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 465 人（78.5%・Ⅰ）については、治療中であるものの、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になってきます（図表 54）。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本町の介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・68 人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・72 人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Ⅰの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

[illegible]

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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て行っていきます。

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	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
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	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	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
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
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	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	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
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	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
1-13 眼(網膜症)	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
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	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
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	4 参考資料
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	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
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	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・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

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、健診機関が発行した紹介状等を使用します。

(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、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては大崎町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

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の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

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

○HbA1c の変化

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

○尿蛋白の変化

○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

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	大崎町										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	3,893人		3,751人		3,622人		3,591人		3,591人			
	②		(再掲) 40～74歳		3,127人		3,043人		2,984人		2,952人		2,848人			
2	①	特定健診	対象者数	B	2,729人		2,621人		2,625人		2,534人		2,360人			
	②		受診者数	C	1,260人		1,240人		993人		1,079人		977人			
	③		受診率		46.2%		47.3%		37.8%		42.6%		41.4%			
3	①	特定保健指導	対象者数		136人		131人		95人		110人		82人			
	②		実施率		75.7%		64.9%		62.1%		58.2%		68.3%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	224人	17.8%	223人	18.0%	196人	19.7%	184人	17.1%	195人	19.4%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	73人	32.6%	58人	26.0%	52人	26.5%	62人	33.7%	68人	34.9%		
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	151人	67.4%	165人	74.0%	144人	73.5%	122人	66.3%	127人	65.1%	
	④		コントロール不良 HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上		J	86人	57.0%	87人	52.7%	71人	49.3%	70人	57.4%	72人	56.7%	
	⑤		血圧 130/80以上	54人		62.8%	53人	60.9%	38人	53.5%	43人	61.4%	47人	65.3%		
	⑥		肥満 BMI25以上	51人		59.3%	48人	55.2%	34人	47.9%	38人	54.3%	33人	45.8%		
	⑦		コントロール良 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	65人	43.0%	78人	47.3%	73人	50.7%	52人	42.6%	55人	43.3%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	140人	62.5%	141人	63.2%	139人	70.9%	150人	81.5%	147人	75.4%		
	⑨				第2期 尿蛋白（±）	29人	12.9%	19人	8.5%	27人	13.8%	11人	6.0%	21人	10.8%	
	⑩				第3期 尿蛋白（＋）以上	24人	10.7%	24人	10.8%	24人	12.2%	20人	10.9%	23人	11.8%	
	⑪				第4期 eGFR30未満	2人	0.9%	6人	2.7%	6人	3.1%	3人	1.6%	4人	2.1%	
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		107.1人		111.4人		114.0人		113.6人		117.5人			
	②		(再掲) 40～74歳（被保険者千対）		131.4人		136.4人		137.1人		136.9人		146.8人			
	③		レセプト件数 （40～74歳）		2,964件（981.8）		3,065件（1034.8）		3,004件（1030.2）		3,013件（1063.9）		2,860件（1060.0）			
	④		入院外（件数） （1）内は被保険者千対		19件（6.3）		13件（4.4）		19件（6.5）		21件（7.4）		10件（3.7）			
	⑤		入院（件数）		1,709件（4.8）											
	⑥		糖尿病治療中	H	417人	10.7%	418人	11.1%	413人	11.4%	408人	11.4%	422人	11.8%		
	⑦		(再掲) 40～74歳		411人	13.1%	415人	13.6%	409人	13.7%	404人	13.7%	418人	14.7%		
	⑧		健診未受診者	I	260人	63.3%	264人	63.6%	265人	64.8%	282人	69.8%	291人	69.6%		
	⑨		インスリン治療	O	43人	10.3%	44人	10.5%	51人	12.3%	50人	12.3%	40人	9.5%		
	⑩		(再掲) 40～74歳		41人	10.0%	42人	10.1%	49人	12.0%	47人	11.6%	38人	9.1%		
	⑪		糖尿病性腎症	L	40人	9.6%	57人	13.6%	56人	13.6%	62人	15.2%	68人	16.1%		
	⑫		(再掲) 40～74歳		38人	9.2%	56人	13.5%	55人	13.4%	61人	15.1%	66人	15.8%		
	⑬		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		7人	1.7%	8人	1.9%	10人	2.4%	8人	2.0%	10人	2.4%		
	⑭		(再掲) 40～74歳		7人	1.7%	8人	1.9%	9人	2.2%	7人	1.7%	9人	2.2%		
	⑮		新規透析患者数		2人	0.5%	2人	0.5%	5人	1.2%	1人	0.2%	7人	1.7%		
	⑯		(再掲) 糖尿病性腎症				0人	0.0%	2人	0.5%	0人	0.0%	2人	0.5%		
⑰	【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）				13人	2.8%	8人	1.7%	7人	1.6%	9人	2.1%	10人	2.1%		
6	①	医療費	総医療費		13億9639万円		14億4795万円		15億0063万円		14億7325万円		13億6763万円		10億9648万円	
	②		生活習慣病総医療費		7億2829万円		7億6729万円		8億2053万円		8億1401万円		7億4093万円		5億9067万円	
	③		(総医療費に占める割合)		52.2%		53.0%		54.7%		55.3%		54.2%		53.9%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		10,708円		12,240円		7,736円		8,780円		10,824円		8,199円	
	⑤		健診未受診者		30,981円		33,712円		41,146円		38,991円		35,551円		37,038円	
	⑥		糖尿病医療費		8488万円		8298万円		8598万円		8823万円		8010万円		6602万円	
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.7%		10.8%		10.5%		10.8%		10.8%		11.2%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億9780万円		2億1201万円		2億0927万円		2億2900万円		2億2926万円			
	⑨		1件あたり		34,358円		35,794円		35,178円		37,990円		39,501円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億6026万円		1億5822万円		1億5168万円		1億7228万円		1億8766万円			
	⑪		1件あたり		574,426円		585,991円		594,836円		596,129円		644,876円			
	⑫		在院日数		16日		16日		16日		16日		16日			
	⑬		慢性腎不全医療費		7269万円		6946万円		7238万円		6571万円		8040万円		4999万円	
	⑭		透析有り		6805万円		6525万円		6908万円		6119万円		7808万円		4634万円	
	⑮		透析なし		464万円		421万円		330万円		452万円		232万円		364万円	
7	①	介護	介護給付費		16億8280万円		16億3797万円		16億0946万円		16億5689万円		17億0249万円		13億3151万円	
	②		(2号認定者) 糖尿病合併症		2件 22.2%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		1件 25.0%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		4人 1.8%		2人 0.9%		4人 1.8%		3人 1.4%		3人 1.5%		582人 1.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

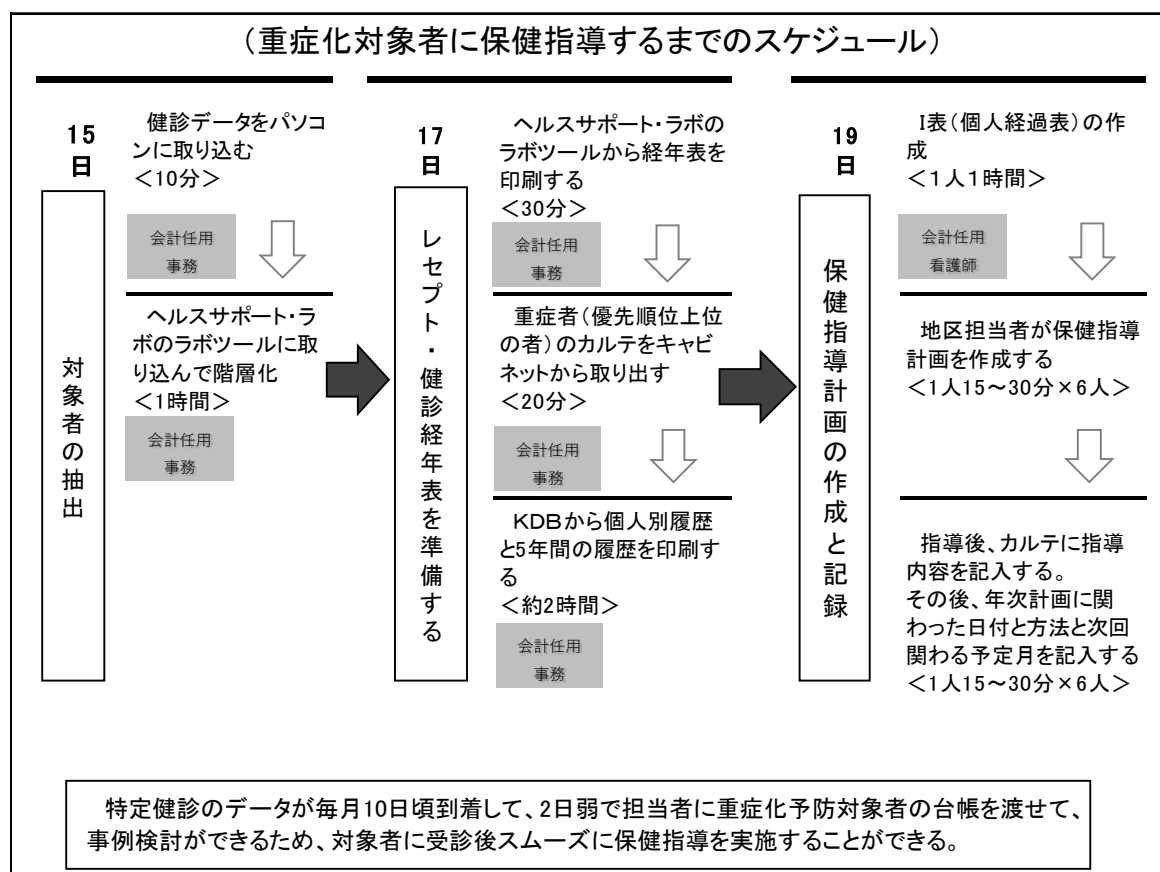
7) 実施期間及びスケジュール

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～特定健診結果が届き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

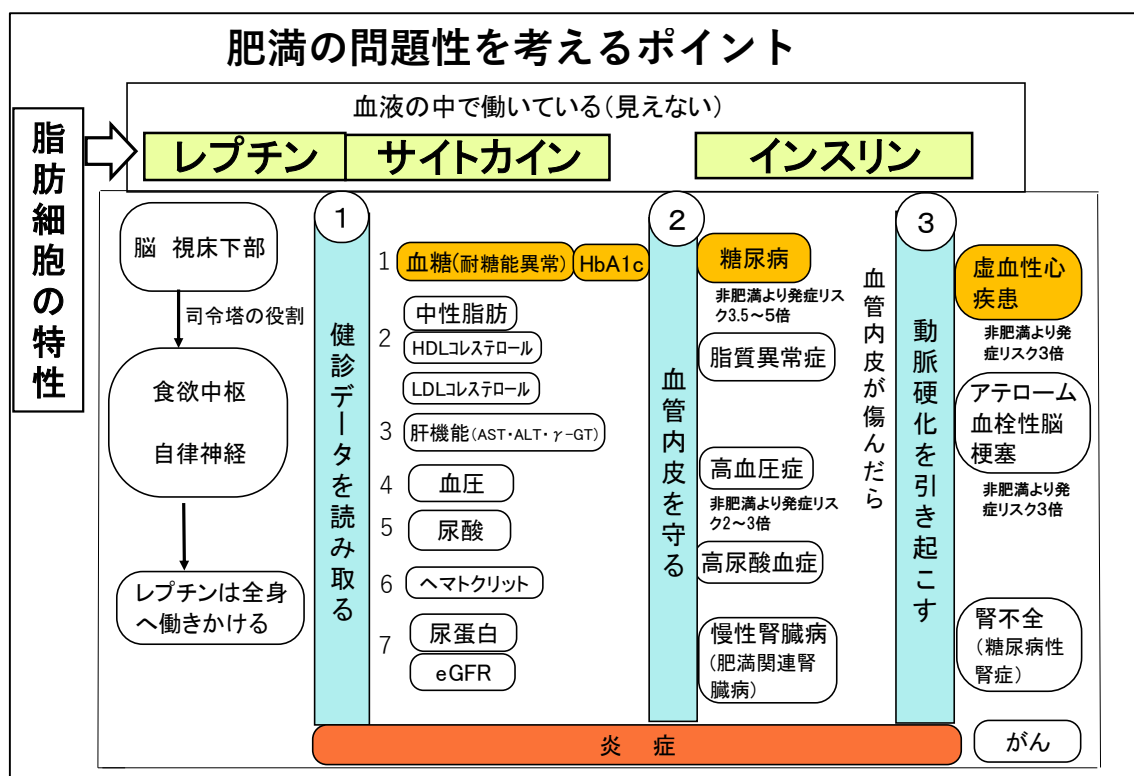
1) 基本的な考え方

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^{じゃっきせい}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あります。

「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)

なお、取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。

図表 59 肥満度分類による実態

		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
総数		231	776	81	225	64	195	13	27	3	2
				35.1%	29.0%	27.7%	25.1%	5.6%	3.5%	1.3%	0.3%
再掲	男性	114	349	49	123	39	108	7	14	2	1
				43.0%	35.2%	34.2%	30.9%	6.1%	4.0%	1.8%	0.3%
	女性	117	427	32	102	25	87	6	13	1	1
				27.4%	23.9%	21.4%	20.4%	5.1%	3.0%	0.9%	0.2%

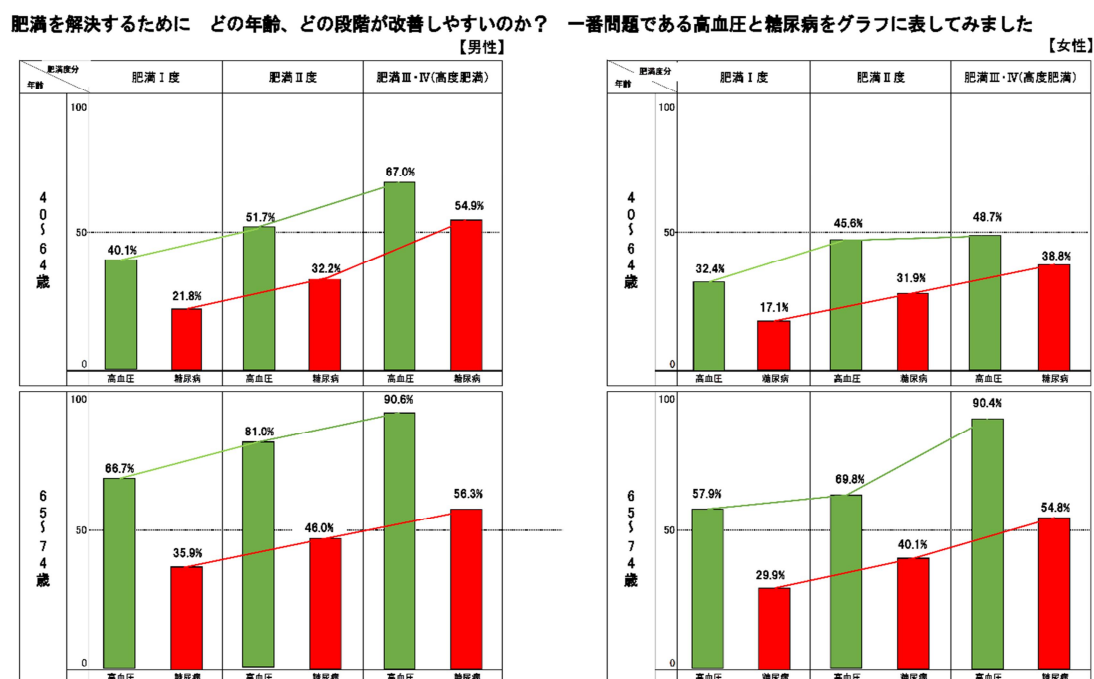
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位を付けます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、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、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

「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		II 度		III 度		IV 度	
		25～29.9		30～34.9		35～39.9		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蠕動もおこるよ		・逆流性食道炎になった。	
排泄	排便					・便秘になって大変		・便秘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 ・階段を下るとき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 ・窮屈さで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 ・身体が動かしくづい				・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・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年前から動機あり、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ツと		・動機がする ・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機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で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。 ・全身の湿疹がづらい ・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 を見ると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることから、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率的であるとわかります。

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事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	特定 健診	転 帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性 心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	高尿酸 血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

A市調べ

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

		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	463	25	38	185	215	544	19	35	234	256
メタボ該当者		B	161	5	13	74	69	76	2	4	28	42
		B/A	34.8%	20.0%	34.2%	40.0%	32.1%	14.0%	10.5%	11.4%	12.0%	16.4%
再掲	① 3項目全て	C	58	3	6	29	20	22	0	1	7	14
		C/B	36.0%	60.0%	46.2%	39.2%	29.0%	28.9%	0.0%	25.0%	25.0%	33.3%
	② 血糖＋血圧	D	39	1	0	14	24	11	0	1	5	5
		D/B	24.2%	20.0%	0.0%	18.9%	34.8%	14.5%	0.0%	25.0%	17.9%	11.9%
	③ 血圧＋脂質	E	61	1	5	31	24	42	2	2	16	22
		E/B	37.9%	20.0%	38.5%	41.9%	34.8%	55.3%	100.0%	50.0%	57.1%	52.4%
	④ 血糖＋脂質	F	3	0	2	0	1	1	0	0	0	1
		F/B	1.9%	0.0%	15.4%	0.0%	1.4%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	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	463	161	34.8%	149	92.5%	12	7.5%	544	76	14.0%	69	90.8%	7	9.2%
40代	25	5	20.0%	3	60.0%	2	40.0%	19	2	10.5%	2	100.0%	0	0.0%
50代	38	13	34.2%	11	84.6%	2	15.4%	35	4	11.4%	4	100.0%	0	0.0%
60代	185	74	40.0%	70	94.6%	4	5.4%	234	28	12.0%	22	78.6%	6	21.4%
70～74歳	215	69	32.1%	65	94.2%	4	5.8%	256	42	16.4%	41	97.6%	1	2.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 3 割を超えるが、女性では各年代で 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、男女ともほとんどの年代で 80%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、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、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、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習

慣病の薬物療法と併せて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(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)と治療中の者へは治療中断予防の指導を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(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重症化予防個別ファイルを作成し、国民健康保険係又は担当地区ごとに管理します。

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	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
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	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
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～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の萎縮を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	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
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	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
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
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	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
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	7-7 体重が増えたと、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
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)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
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！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
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	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといひの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
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	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(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。本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)

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視点からますます注目されています。

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見ていくことが必要です。

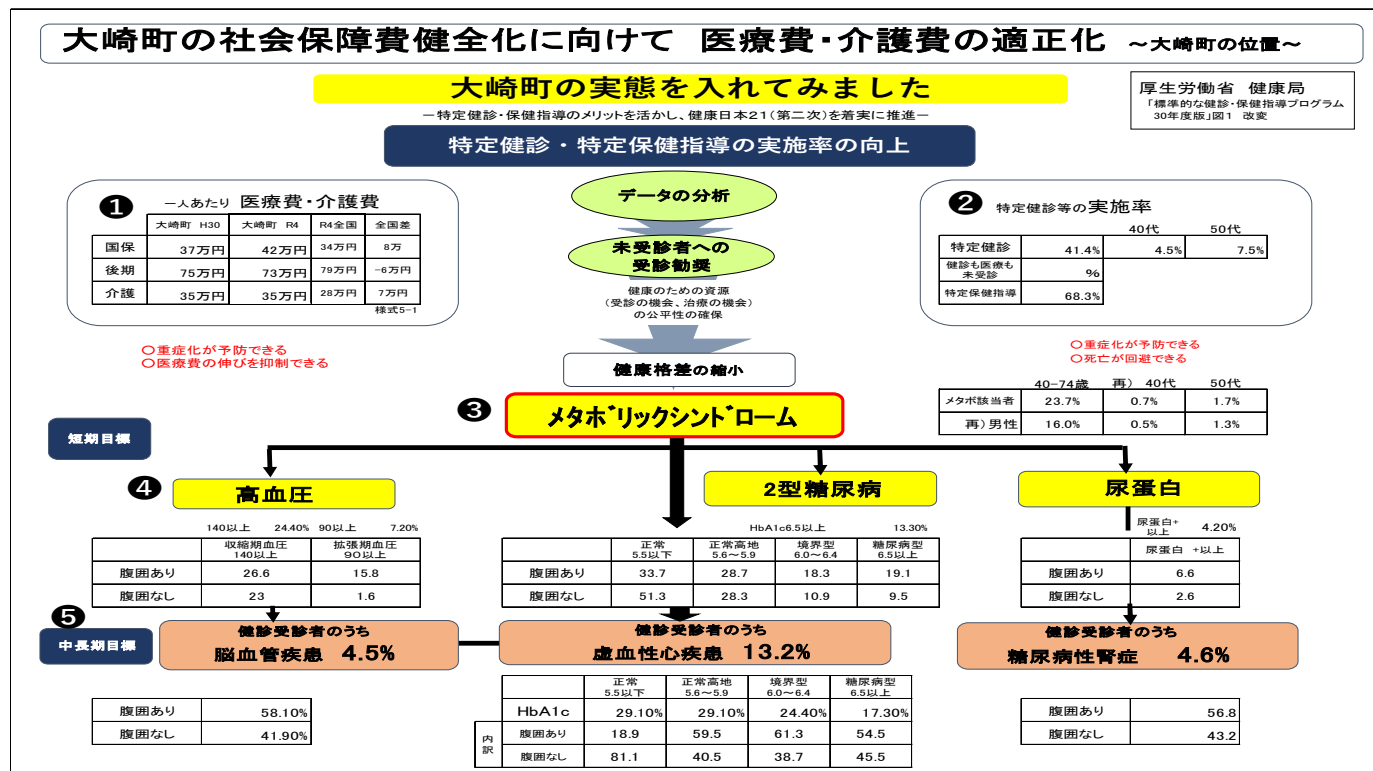
図表 67 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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　　―基本的考え方―　　（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）																
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・幼稚園健康診査	就学時健診 （11・12条）		児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （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	乳児	1.6歳児	3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															
		HbA1c	6.5%以上															
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上															
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上															
		(診断) 妊娠糖尿病	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															
		身長 体重																
		BMI																
		肥満度				かつ18以上												
		尿糖	(+) 以上															
		糖尿病 家族歴																

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めます。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 68, 69)

図表 68 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 69 統計からみえる鹿児島県の食(例示)

統計からみえる鹿児島県の食 ～ 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)
揚げかまぼこ	1位
干しいたけ	1位
キャベツ	1位
砂糖	1位
酢	1位
乳酸菌飲料	1位
焼酎	2位
まんじゅう	3位
緑茶	2位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
魚類	48位
葉野菜	21位
肉類	21位
乳卵類	39位
乾物・海藻	13位
豆腐	47位
果物	49位
油脂・料理	17位
調理商品	49位
菓子類	47位
酒類	47位

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、次期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮して、評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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)

具体的な評価方法は、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、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。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する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、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、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大崎町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

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

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

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

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料10 標準化死亡比

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大崎町の位置

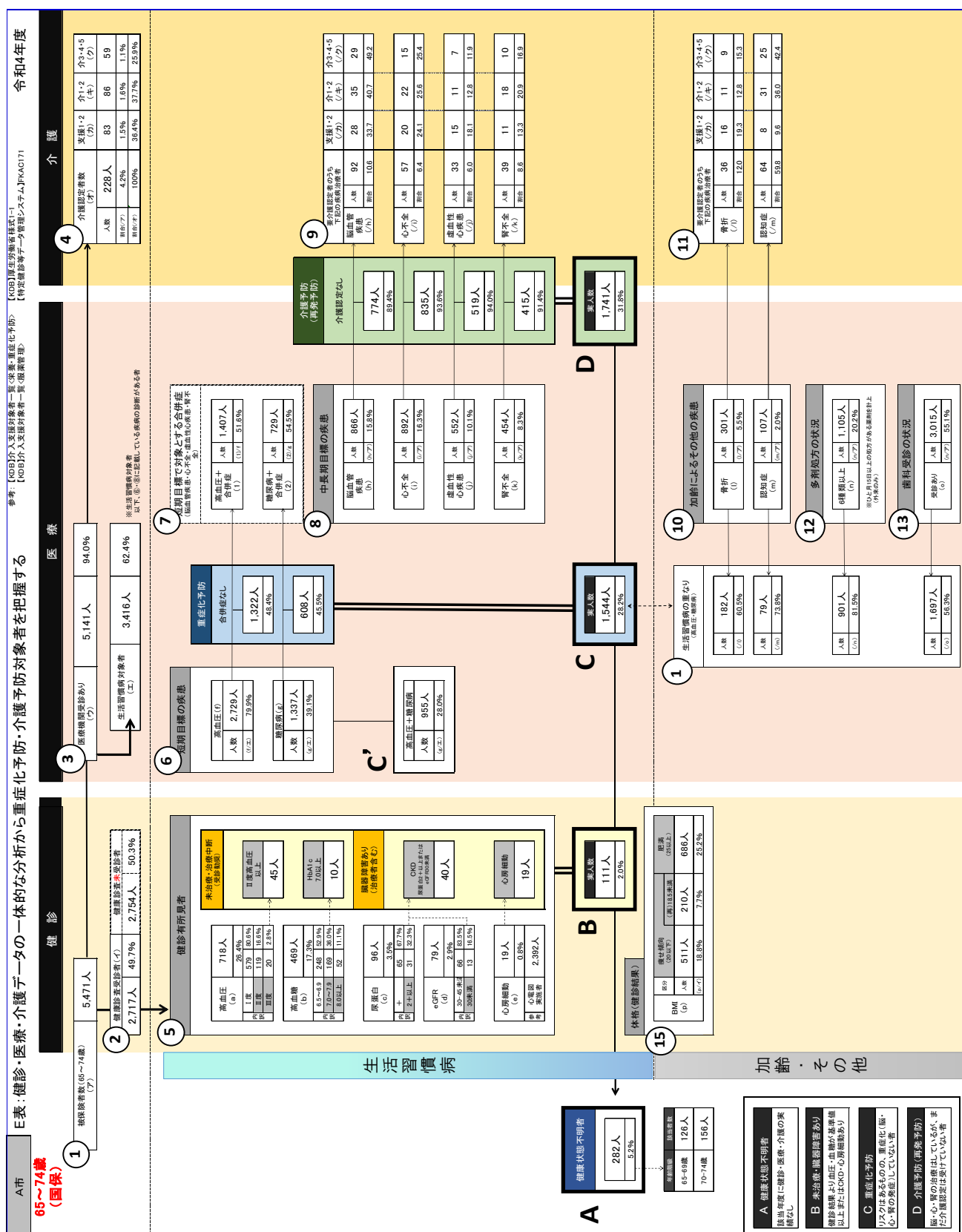
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大崎町の位置											R04年度						
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)					
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
1	①	人口構成	総人口		12,368		1,808,758		1,543,466		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
			65歳以上(高齢化率)		4,869	39.4	667,156	36.9	505,891	32.8	35,335,805	28.7					
			75歳以上		2,537	20.5	---	---	262,354	17.0	18,248,742	14.8					
			65～74歳		2,332	18.9	--	--	243,537	15.8	17,087,063	13.9					
			40～64歳		3,776	30.5	---	---	492,960	31.9	41,545,893	33.7					
	39歳以下		3,723	30.1	---	---	544,615	35.3	46,332,563	37.6							
	②	産業構成	第1次産業		28.0		13.4		9.5		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		23.6		27.1		19.4		25.0						
			第3次産業		48.4		59.5		71.1		71.0						
	③	平均寿命	男性		78.9		80.4		80.0		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
女性			86.5		86.9		86.8		87.0								
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.4		79.5		79.4		80.1							
		女性		83.9		83.9		84.3		84.4							
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	117.2		103.9		103.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
				女性	107.2		101.5		99.7		100						
			死因	がん	50	41.7	7,103	46.7	5,358	47.1	378,272	50.6					
				心臓病	44	36.7	4,457	29.3	3,295	29.0	205,485	27.5					
				脳疾患	13	10.8	2,405	15.8	1,726	15.2	102,900	13.8					
				糖尿病	3	2.5	309	2.0	244	2.1	13,896	1.9					
				腎不全	3	2.5	582	3.8	471	4.1	26,946	3.6					
				自殺	7	5.8	356	2.3	270	2.4	20,171	2.7					
				合計													
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性								厚労省HP 人口動態調査						
			女性														
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		970		20.1		123,092		18.6					
				新規認定者	15		0.3		2,019		0.3		110,289		0.3		
介護度別 総件数					要支援1.2	3,441	16.6	352,830	12.6	358,656	15.3	21,785,044	12.9				
					要介護1.2	9,372	45.1	1,291,061	46.3	1,063,368	45.3	78,107,378	46.3				
要介護3以上					7,968	38.3	1,146,606	41.1	923,149	39.4	68,963,503	40.8					
2号認定者				9		0.24		2,178		0.38		156,107			0.38		
②		有病状況	糖尿病		158		15.8		29,521		22.9		25,071		23.7		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			高血圧症		509		51.9		69,159		54.1		61,694		59.0		
			脂質異常症		271		27.3		39,076		30.2		34,712		32.8		
			心臓病		613		61.5		77,477		60.7		69,819		66.9		
			脳疾患		225		22.2		29,613		23.5		32,194		31.3		
			がん		121		11.4		14,238		11.0		12,898		12.3		
			筋・骨格		543		53.8		67,887		53.1		63,601		61.0		
			精神		338		34.6		48,712		38.1		44,293		42.7		
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		349,660		1,702,492,586		303,361		202,389,376,142		316,197		159,961,256,470		290,668 10074274228.868
			1件当たり給付費(全体)		81,925		72,528		68,209		59,662						
			居宅サービス		45,565		44,391		44,980		41,272						
			施設サービス		319,930		291,231		298,436		296,364						
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		8,765		8,988		10,143		8,610						
			認定あり 認定なし		4,506		4,226		4,611		4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数		3,243		440,282		356,708		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		1,741		53.7		172,817		48.4						
			40～64歳		957		29.5		107,061		30.0						
			39歳以下		545		16.8		76,830		21.5						
	加入率		26.2		24.3		23.1		22.3								
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		139		0.3		234		0.7		
			診療所数		6		1.9		1,177		2.7		1,368		3.8		
			病床数		0		0.0		17,962		40.8		32,164		90.2		
			医師数		6		1.9		2,218		5.0		4,653		13.0		
			外来患者数		756.5		708.1		755.6		687.8						
			入院患者数		27.1		22.2		30.3		17.7						
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		421,719		県内23位 同規模39位		378,542		444,085		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		783.613		730.302		785.808		705.439						
			外 来	費用の割合	55.9		57.0		52.0		60.4						
				件数の割合	96.5		97.0		96.2		97.5						
			入 院	費用の割合	44.1		43.0		48.0		39.6						
				件数の割合	3.5		3.0		3.8		2.5						
1件あたり在院日数			17.3日		16.7日		18.4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		237,266,450	32.0	32.0		27.4		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)		78,080,000	10.5	7.8		10.1		8.2						
			糖尿病		80,096,450	10.8	11.2		9.5		10.4						
			高血圧症		45,342,910	6.1	6.6		5.4		5.9						
			脂質異常症		22,161,010	3.0	3.8		3.0		4.1						
			脳梗塞・脳出血		22,583,500	3.1	3.9		4.6		3.9						
			狭心症・心筋梗塞		28,860,200	3.9	2.5		2.8		2.8						
			精神		116,339,820	15.7	15.1		18.2		14.7						
	筋・骨格		104,950,630	14.2	16.1		18.0		16.7								
	⑤	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		51	0.0	363		0.2	449		0.2	256		0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病		1,634	0.9	1,550		1.0	1,980		0.9	1,144		0.9	
				脂質異常症		195	0.1	73		0.0	81		0.0	53		0.0	
				脳梗塞・脳出血		5,673	3.0	6,817		4.2	8,934		4.2	5,993		4.5	
				虚血性心疾患		6,393	3.4	4,157		2.6	5,262		2.5	3,942		2.9	
腎不全				6,544	3.5	5,219		3.2	8,626		4.0	4,051		3.0			
高血圧症				13,927	5.9	13,015		6.0	12,272		5.3	10,143		4.9			
糖尿病				23,326	9.9	21,723		10.1	20,864		9.0	17,720		8.6			
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合		外来	脂質異常症		6,639	2.8	7,634		3.5	6,969		3.0	7,092		3.5		
			脳梗塞・脳出血		1,291	0.5	951		0.4	1,546		0.7	825		0.4		
			虚血性心疾患		2,980	1.3	1,821		0.8	2,274		1.0	1,722		0.8		
			腎不全		25,896	11.0	18,224		8.4	25,661		11.1	15,781		7.7		
			健診対象者一人当たり		4,016		2,885			3,342			2,031				
			健診未受診者		13,191		13,033			14,258			13,295				
			生活習慣病対象者一人当たり		10,824		8,199			9,072			6,142				
			健診未受診者		35,551		37,038			38,697			40,210				
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		576	58.6	82,799		58.4	59,555		55.9	3,698,441		56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率		525	53.4	74,226		52.4	55,033		51.6	3,375,719		51.9			
		医療機関非受診率		51	5.2	8,573		6.1	4,522		4.2	322,722		5.0			
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 45市町村 同規模市区町村数 152市町村	健診受診者		983		141,687		106,558		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				
	受診率		41.2	県内35位 同規模102位	43.8		42.2		全国12位		35.3						
	特定保健指導終了者(実施率)		40	47.6	2951		17.8	3,003		28.1	69,327			9.0			
	非肥満高血糖		106	10.8	15,497		10.9	10,004		9.4	588,083			9.0			
	⑤		メタボ	該当者	233	23.7	30,235		21.3	23,256		21.8		1,321,197		20.3	
				男性	157	34.7	21,095		32.0	15,707		33.2		923,222		32.0	
				女性	76	14.3	9,140		12.1	7,549		12.8		397,975		11.0	
				予備群	119	12.1	15,952		11.3	12,927		12.1		730,607		11.2	
				男性	86	19.0	11,241		17.0	8,642		18.2		515,813		17.9	
	⑥		メタボ該当・予備群レベル	BMI	女性	33	6.2	4,711		6.2	4,285			7.2	214,794		5.9
					総数	392	39.9	50,374		35.6	40,073			37.6	2,273,296		35.0
					男性	267	59.1	35,285		53.5	26,835			56.7	1,592,747		55.3
				BMI	女性	125	23.5	15,089		19.9	13,238			22.4	680,549		18.8
					総数	52	5.3	7,897		5.6	5,250			4.9	304,276		4.7
					男性	9	2.0	1,324		2.0	764			1.6	48,780		1.7
				血糖のみ	女性	43	8.1	6,573		8.7	4,486			7.6	255,496		7.1
					血糖のみ	6	0.6	955		0.7	788			0.7	41,541		0.6
					血圧のみ	88	9.0	11,657		8.2	9,545			9.0	514,593		7.9
					脂質のみ	25	2.5	3,340		2.4	2,594			2.4	174,473		2.7
血糖・血圧		50			5.1	5,059		3.6	4,031		3.8	193,722		3.0			
血糖・脂質		4			0.4	1,443		1.0	1,133		1.1	67,212		1.0			
血圧・脂質		101			10.3	13,553		9.6	10,450		9.8	630,648		9.7			
血糖・血圧・脂質		78			7.9	10,180		7.2	7,642		7.2	429,615		6.6			
①	服薬	高血圧	446		45.4	55,815		39.4	47,132		44.2	2,324,538		35.8			
		糖尿病	127		12.9	14,192		10.0	12,307		11.6	564,473		8.7			
②	既往歴	脂質異常症	308		31.4	39,744		28.1	30,413		28.5	1,817,350		28.0			
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	44	4.5	4,238		3.1	4,949		4.7	199,003		3.1				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	100	10.2	8,077		5.9	7,419		7.1	349,845		5.5				
6	生活習慣の状況	腎不全	14	1.4	1,245		0.9	1,880		1.8	51,680		0.8				
		貧血	65	6.7	12,089		8.9	8,234		7.8	669,737		10.6				
		喫煙	112	11.4	19,577		13.8	12,154		11.4	896,676		13.8				
		週3回以上朝食を抜く	68	7.0	10,726		8.0	9,484		9.0	609,166		10.3				
		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～)	188	19.3	20,886		15.5	18,414		17.6	932,218		15.7				
		週3回以上就寝前夕食	188	19.3	20,886		15.5	18,414		17.6	932,218		15.7				
		食べる速度が速い	231	23.7	35,250		26.1	26,948		25.7	1,590,713		26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	362	37.0	46,943		34.9	37,872		36.1	2,083,152		34.9				
		1回30分以上運動習慣なし	577	59.0	87,224		64.6	59,633		56.9	3,589,415		60.3				
		1日1時間以上運動なし	463	47.3	65,749		48.7	47,988		45.8	2,858,913		48.0				
		睡眠不足	205	21.0	33,002		24.5	23,137		22.1	1,521,685		25.6				
		毎日飲酒	238	24.4	35,225		25.7	26,824		25.6	1,585,206		25.5				
時々飲酒	199	20.4	28,823		21.1	22,580		21.5	1,393,154		22.4						
⑭	一日飲酒量	1合未満	337	62.6	52,589		60.4	40,060		62.9	2,851,798		64.2				
		1～2合	161	29.9	22,931		26.4	18,006		28.3	1,053,317		23.7				
		2～3合	36	6.7	8,971		10.3	4,817		7.6	414,658		9.3				
		3合以上	4	0.7	2,518		2.9	813		1.3	122,039		2.7				

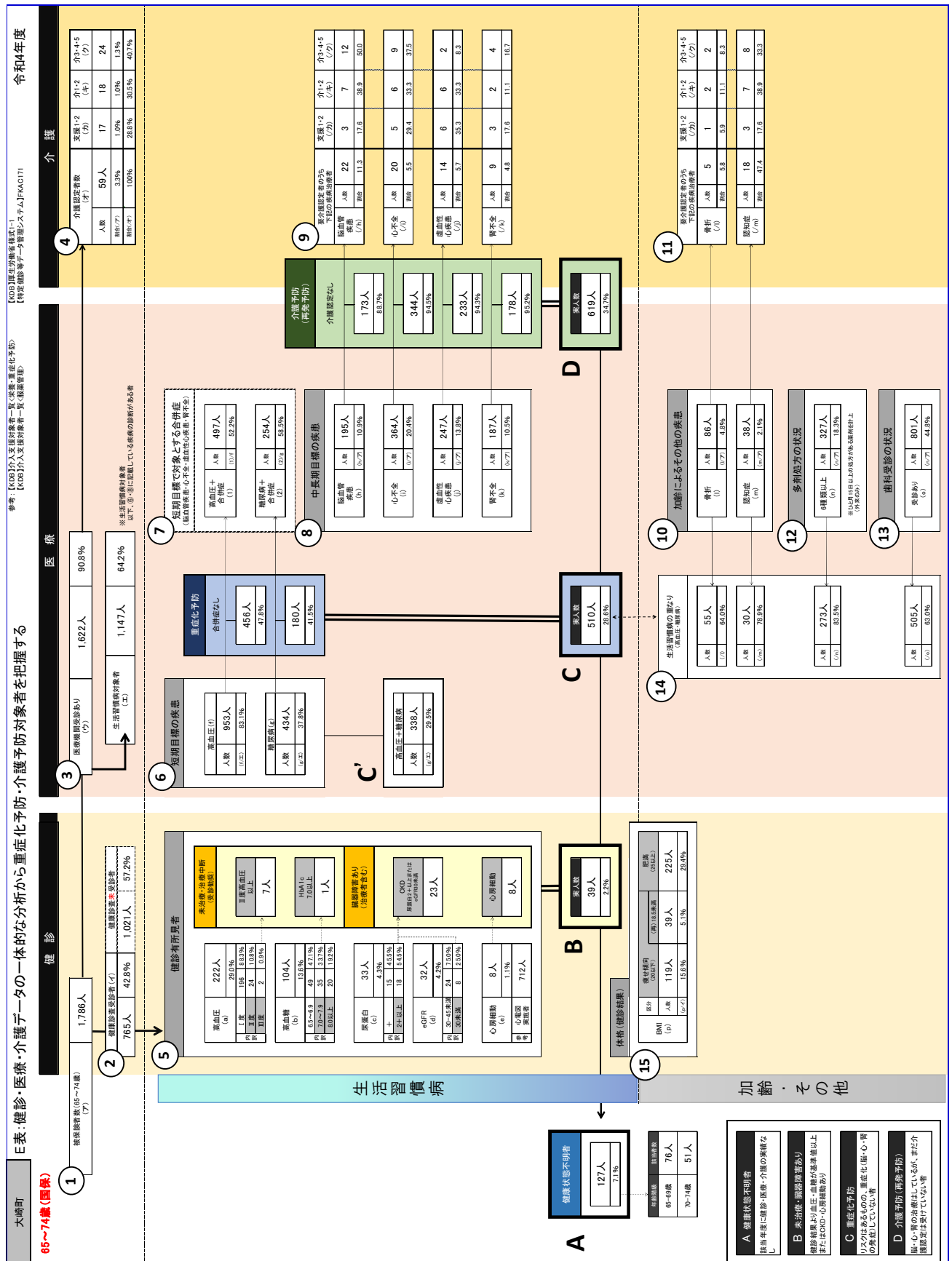
① 40～64歳(国保)



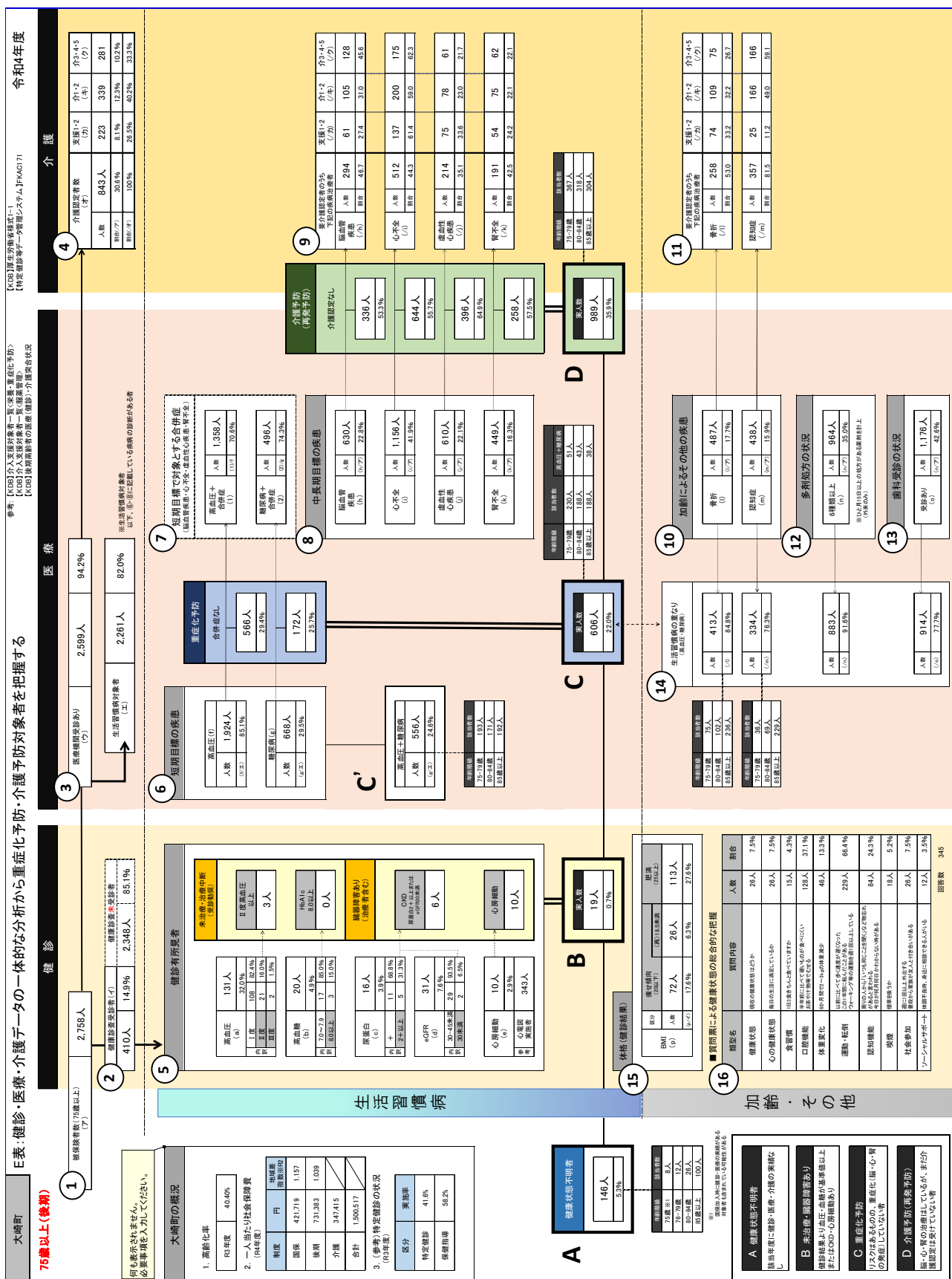
② 65～74歳(国保)



③ 65～74歳(後期)



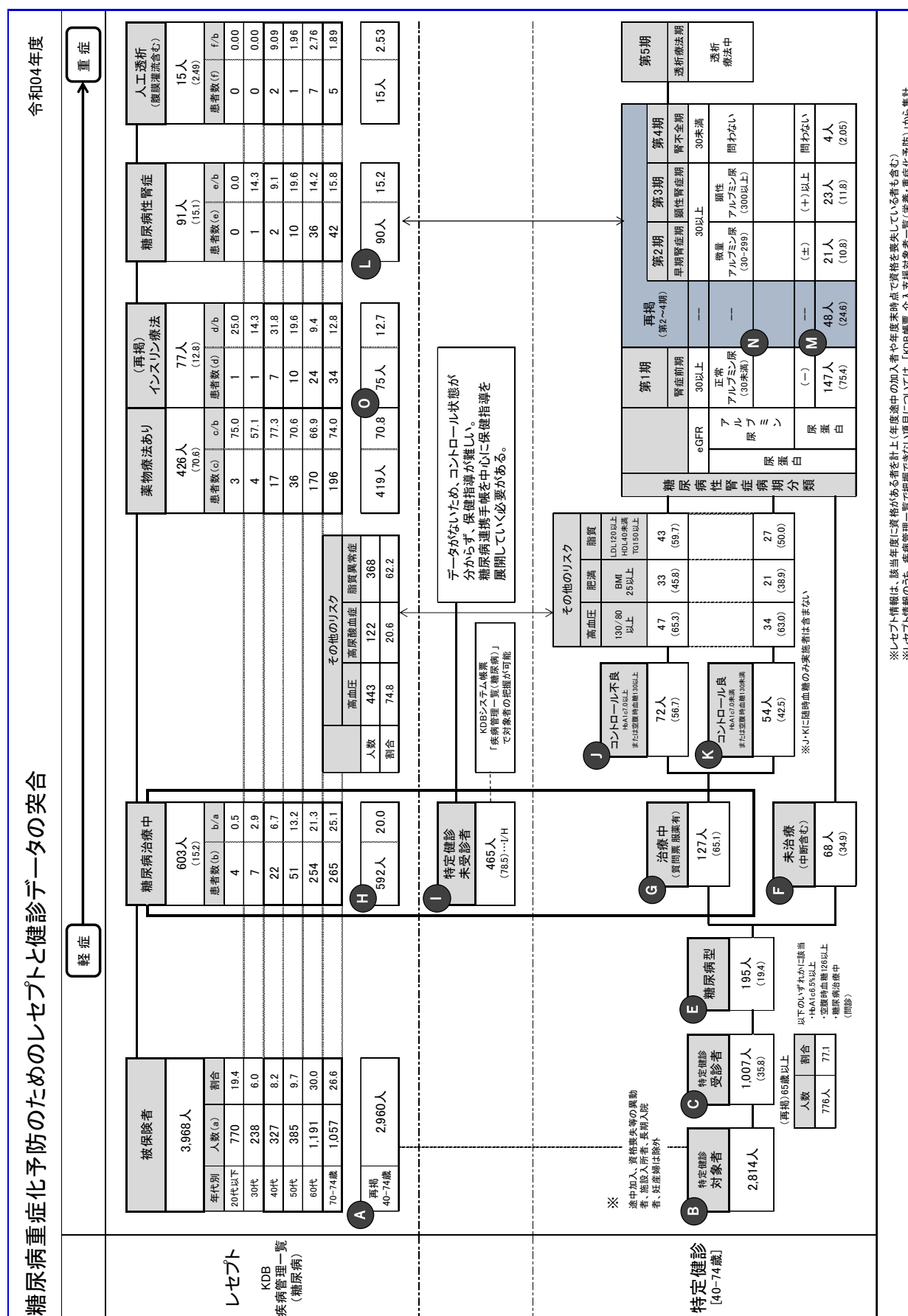
④ 75歳以上(後期)

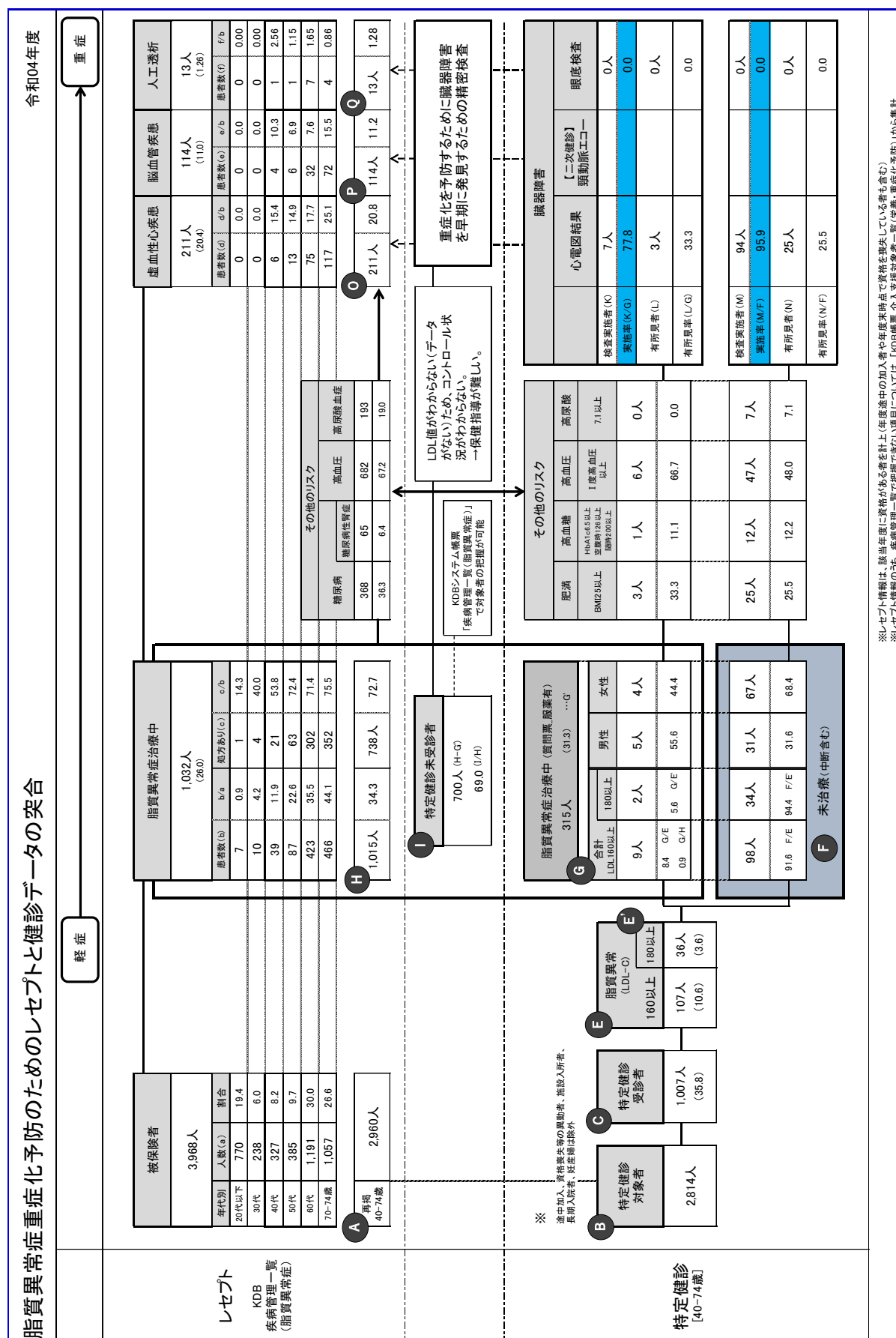


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	大崎町										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	3,893人		3,751人		3,622人		3,591人		3,591人			
	②	(再掲)40-74歳		3,127人		3,043人		2,984人		2,952人		2,848人			
2	①	対象者数	B	2,729人		2,621人		2,625人		2,534人		2,360人			
	②	特定健診 受診者数	C	1,260人		1,240人		993人		1,079人		977人			
	③	受診率		46.2%		47.3%		37.8%		42.6%		41.4%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		136人		131人		95人		110人		82人			
	②	実施率		75.7%		64.9%		62.1%		58.2%		68.3%			
4	①	糖尿病型	E	224人	17.8%	223人	18.0%	196人	19.7%	184人	17.1%	195人	19.4%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	73人	32.6%	58人	26.0%	52人	26.5%	62人	33.7%	68人	34.9%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	151人	67.4%	165人	74.0%	144人	73.5%	122人	66.3%	127人	65.1%		
	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	86人	57.0%	87人	52.7%	71人	49.3%	70人	57.4%	72人	56.7%		
	⑤	血圧 130/80以上		54人	62.8%	53人	60.9%	38人	53.5%	43人	61.4%	47人	65.3%		
	⑥	肥満 BMI25以上	K	51人	59.3%	48人	55.2%	34人	47.9%	38人	54.3%	33人	45.8%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		65人	43.0%	78人	47.3%	73人	50.7%	52人	42.6%	55人	43.3%		
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	140人	62.5%	141人	63.2%	139人	70.9%	150人	81.5%	147人	75.4%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		29人	12.9%	19人	8.5%	27人	13.8%	11人	6.0%	21人	10.8%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		24人	10.7%	24人	10.8%	24人	12.2%	20人	10.9%	23人	11.8%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	0.9%	6人	2.7%	6人	3.1%	3人	1.6%	4人	2.1%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		107.1人		111.4人		114.0人		113.6人		117.5人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		131.4人		136.4人		137.1人		136.9人		146.8人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)		2,964件	(981.8)	3,065件	(1034.8)	3,004件	(1030.2)	3,013件	(1063.9)	2,860件	(1060.0)	334,283件	(942.0)
	④	入院外(件数)		19件	(6.3)	13件	(4.4)	19件	(6.5)	21件	(7.4)	10件	(3.7)	1,709件	(4.8)
	⑤	入院(件数)	H	417人	10.7%	418人	11.1%	413人	11.4%	408人	11.4%	422人	11.8%		
	⑥	糖尿病治療中		411人	13.1%	415人	13.6%	409人	13.7%	404人	13.7%	418人	14.7%		
	⑦	(再掲)40-74歳	I	260人	63.3%	264人	63.6%	265人	64.8%	282人	69.8%	291人	69.6%		
	⑧	健診未受診者	O	43人	10.3%	44人	10.5%	51人	12.3%	50人	12.3%	40人	9.5%		
	⑨	インスリン治療		41人	10.0%	42人	10.1%	49人	12.0%	47人	11.6%	38人	9.1%		
	⑩	(再掲)40-74歳	L	40人	9.6%	57人	13.6%	56人	13.6%	62人	15.2%	68人	16.1%		
	⑪	糖尿病性腎症		38人	9.2%	56人	13.5%	55人	13.4%	61人	15.1%	66人	15.8%		
	⑫	(再掲)40-74歳		7人	1.7%	8人	1.9%	10人	2.4%	8人	2.0%	10人	2.4%		
	⑬	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.7%	8人	1.9%	9人	2.2%	7人	1.7%	9人	2.2%		
	⑭	(再掲)40-74歳		2人	0.5%	2人	0.5%	5人	1.2%	1人	0.2%	7人	1.7%		
	⑮	新規透析患者数				0人	0.0%	2人	0.5%	0人	0.0%	2人	0.5%		
	⑯	(再掲)糖尿病性腎症													
	⑰	【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)		13人	2.8%	8人	1.7%	7人	1.6%	9人	2.1%	10人	2.1%		
6	①	総医療費		13億9639万円		14億4795万円		15億0063万円		14億7325万円		13億6763万円		10億9648万円	
	②	生活習慣病総医療費		7億2829万円		7億6729万円		8億2053万円		8億1401万円		7億4093万円		5億9067万円	
	③	(総医療費に占める割合)		52.2%		53.0%		54.7%		55.3%		54.2%		53.9%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		10,708円		12,240円		7,736円		8,780円		10,824円		8,199円	
	⑤	健診受診者		30,981円		33,712円		41,146円		38,991円		35,551円		37,038円	
	⑥	健診未受診者		8488万円		8298万円		8598万円		8823万円		8010万円		6602万円	
	⑦	糖尿病医療費		11.7%		10.8%		10.5%		10.8%		10.8%		11.2%	
	⑧	(生活習慣病総医療費に占める割合)		1億9780万円		2億1201万円		2億0927万円		2億2900万円		2億2926万円			
	⑨	糖尿病入院外総医療費		34,358円		35,794円		35,178円		37,990円		39,501円			
	⑩	1件あたり		1億6026万円		1億5822万円		1億5168万円		1億7228万円		1億8766万円			
	⑪	糖尿病入院総医療費		574,426円		585,991円		594,836円		596,129円		644,876円			
	⑫	1件あたり		16日		16日		16日		16日		16日			
	⑬	在院日数		7269万円		6946万円		7238万円		6571万円		8040万円		4999万円	
	⑭	慢性腎不全医療費		6805万円		6525万円		6908万円		6119万円		7808万円		4634万円	
	⑮	透析有り		464万円		421万円		330万円		452万円		232万円		364万円	
	⑯	透析なし													
7	①	介護給付費		16億8280万円		16億3797万円		16億0946万円		16億5689万円		17億0249万円		13億3151万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		2件	22.2%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	1件	25.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		4人	1.8%	2人	0.9%	4人	1.8%	3人	1.4%	3人	1.5%	582人	1.1%





参考資料7 HbA1c の年次比較

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		最低限度達成が 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	1,215	628	51.7%	334	27.5%	129	10.6%	62	5.1%	45	3.7%	17	1.4%	39	3.2%	10	0.8%
H30	1,213	482	39.7%	389	32.1%	192	15.8%	58	4.8%	62	5.1%	30	2.5%	58	4.8%	20	1.6%
R01	1,186	522	44.0%	368	31.0%	158	13.3%	62	5.2%	48	4.0%	28	2.4%	51	4.3%	16	1.3%
R02	912	382	41.9%	284	31.1%	125	13.7%	59	6.5%	41	4.5%	21	2.3%	38	4.2%	14	1.5%
R03	990	386	39.0%	334	33.7%	142	14.3%	65	6.6%	48	4.8%	15	1.5%	39	3.9%	9	0.9%
R04	964	428	44.4%	275	28.5%	133	13.8%	58	6.0%	45	4.7%	25	2.6%	48	5.0%	15	1.6%

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)7.0以上	未治療	治療										
H29	1,215	628	334	129	124	36	88										
					10.2%	29.0%	71.0%										
					62	9	53										
H30	1,213	482	389	192	150	57	93										
					12.4%	38.0%	62.0%										
					92	29	63										
R01	1,186	522	368	158	138	37	101										
					11.6%	26.8%	73.2%										
					76	12	64										
R02	912	382	284	125	121	37	84										
					13.3%	30.6%	69.4%										
					62	15	47										
R03	990	386	334	142	128	49	79										
					12.9%	38.3%	61.7%										
					63	13	50										
R04	964	428	275	133	128	46	82										
					13.3%	35.9%	64.1%										
					70	17	53										

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											
				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													
				A		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
		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	11.7%	4	2.8%	13	9.2%	37	26.1%	35	24.6%	39	27.5%	14	9.9%	34	23.9%	7	4.9%		
	H30	149	12.3%	6	4.0%	14	9.4%	36	24.2%	30	20.1%	46	30.9%	17	11.4%	38	25.5%	11	7.4%		
	R01	157	13.2%	4	2.5%	11	7.0%	41	26.1%	37	23.6%	41	26.1%	23	14.6%	43	27.4%	14	8.9%		
	R02	138	15.1%	6	4.3%	17	12.3%	31	22.5%	37	26.8%	30	21.7%	17	12.3%	31	22.5%	12	8.7%		
	R03	116	11.7%	4	3.4%	5	4.3%	28	24.1%	29	25.0%	37	31.9%	13	11.2%	32	27.6%	8	6.9%		
	R04	125	13.0%	6	4.8%	5	4.0%	32	25.6%	29	23.2%	35	28.0%	18	14.4%	38	30.4%	11	8.8%		
治療なし	H29	1,073	88.3%	624	58.2%	321	29.9%	92	8.6%	27	2.5%	6	0.6%	3	0.3%	5	0.5%	3	0.3%		
	H30	1,064	87.7%	476	44.7%	375	35.2%	156	14.7%	28	2.6%	16	1.5%	13	1.2%	20	1.9%	9	0.8%		
	R01	1,029	86.8%	518	50.3%	357	34.7%	117	11.4%	25	2.4%	7	0.7%	5	0.5%	8	0.8%	2	0.2%		
	R02	774	84.9%	376	48.6%	267	34.5%	94	12.1%	22	2.8%	11	1.4%	4	0.5%	7	0.9%	2	0.3%		
	R03	874	88.3%	382	43.7%	329	37.6%	114	13.0%	36	4.1%	11	1.3%	2	0.2%	7	0.8%	1	0.1%		
	R04	839	87.0%	422	50.3%	270	32.2%	101	12.0%	29	3.5%	10	1.2%	7	0.8%	10	1.2%	4	0.5%		

参考資料8 血圧の年次比較

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	1,251	364	29.1%	186	14.9%	366	29.3%	281	22.5%	52	4.2%	2	0.2%
H30	1,260	345	27.4%	217	17.2%	375	29.8%	259	20.6%	53	4.2%	11	0.9%
R01	1,236	326	26.4%	237	19.2%	349	28.2%	257	20.8%	61	4.9%	6	0.5%
R02	993	209	21.0%	186	18.7%	309	31.1%	222	22.4%	60	6.0%	7	0.7%
R03	1,079	274	25.4%	179	16.6%	335	31.0%	234	21.7%	50	4.6%	7	0.6%
R04	1,007	249	24.7%	175	17.4%	313	31.1%	236	23.4%	31	3.1%	3	0.3%

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)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	1,251	550 44.0%	366 29.3%	281 22.5%	54 4.3%	24 44.4%	30 55.6%						
					2 0.2%	1 50.0%	1 50.0%	0.2%					
H30	1,260	562 44.6%	375 29.8%	259 20.6%	64 5.1%	29 45.3%	35 54.7%						
					11 0.9%	5 45.5%	6 54.5%	0.9%					
R01	1,236	563 45.6%	349 28.2%	257 20.8%	67 5.4%	32 47.8%	35 52.2%						
					6 0.5%	5 83.3%	1 16.7%	0.5%					
R02	993	395 39.8%	309 31.1%	222 22.4%	67 6.7%	27 40.3%	40 59.7%						
					7 0.7%	2 28.6%	5 71.4%	0.7%					
R03	1,079	453 42.0%	335 31.0%	234 21.7%	57 5.3%	24 42.1%	33 57.9%						
					7 0.6%	3 42.9%	4 57.1%	0.6%					
R04	1,007	424 42.1%	313 31.1%	236 23.4%	34 3.4%	14 41.2%	20 58.8%						
					3 0.3%	2 66.7%	1 33.3%	0.3%					

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	462	36.9%	65	14.1%	65	14.1%	135	29.2%	167	36.1%	29	6.3%
	H30	519	41.2%	69	13.3%	84	16.2%	169	32.6%	162	31.2%	29	5.6%
	R01	526	42.6%	78	14.8%	85	16.2%	169	32.1%	159	30.2%	34	6.5%
	R02	434	43.7%	37	8.5%	75	17.3%	147	33.9%	135	31.1%	35	8.1%
	R03	462	42.8%	55	11.9%	69	14.9%	151	32.7%	154	33.3%	29	6.3%
	R04	457	45.4%	61	13.3%	66	14.4%	156	34.1%	154	33.7%	19	4.2%
治療なし	H29	789	63.1%	299	37.9%	121	15.3%	231	29.3%	114	14.4%	23	2.9%
	H30	741	58.8%	276	37.2%	133	17.9%	206	27.8%	97	13.1%	24	3.2%
	R01	710	57.4%	248	34.9%	152	21.4%	180	25.4%	98	13.8%	27	3.8%
	R02	559	56.3%	172	30.8%	111	19.9%	162	29.0%	87	15.6%	25	4.5%
	R03	617	57.2%	219	35.5%	110	17.8%	184	29.8%	80	13.0%	21	3.4%
	R04	550	54.6%	188	34.2%	109	19.8%	157	28.5%	82	14.9%	12	2.2%

参考資料9 LDL-Cコレステロールの年次比較

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	1,251	624	49.9%	303	24.2%	207	16.5%	77	6.2%	40	3.2%
	H30	1,259	610	48.5%	323	25.7%	188	14.9%	94	7.5%	44	3.5%
	R01	1,235	602	48.7%	297	24.0%	199	16.1%	87	7.0%	50	4.0%
	R02	992	507	51.1%	248	25.0%	149	15.0%	65	6.6%	23	2.3%
	R03	1,077	517	48.0%	272	25.3%	178	16.5%	72	6.7%	38	3.5%
	R04	1,006	499	49.6%	252	25.0%	148	14.7%	71	7.1%	36	3.6%
男性	H29	577	311	53.9%	140	24.3%	83	14.4%	26	4.5%	17	2.9%
	H30	593	300	50.6%	155	26.1%	83	14.0%	41	6.9%	14	2.4%
	R01	581	308	53.0%	132	22.7%	81	13.9%	44	7.6%	16	2.8%
	R02	462	258	55.8%	120	26.0%	59	12.8%	17	3.7%	8	1.7%
	R03	488	266	54.5%	117	24.0%	59	12.1%	29	5.9%	17	3.5%
	R04	462	249	53.9%	114	24.7%	63	13.6%	25	5.4%	11	2.4%
女性	H29	674	313	46.4%	163	24.2%	124	18.4%	51	7.6%	23	3.4%
	H30	666	310	46.5%	168	25.2%	105	15.8%	53	8.0%	30	4.5%
	R01	654	294	45.0%	165	25.2%	118	18.0%	43	6.6%	34	5.2%
	R02	530	249	47.0%	128	24.2%	90	17.0%	48	9.1%	15	2.8%
	R03	589	251	42.6%	155	26.3%	119	20.2%	43	7.3%	21	3.6%
	R04	544	250	46.0%	138	25.4%	85	15.6%	46	8.5%	25	4.6%

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)180以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,251 49.9%	624 24.2%	303 16.5%		117 9.4%	107 91.5%	10 8.5%										
					40 3.2%	36 90.0%	4 10.0%										
					3.2% 9.4%												
H30	1,259 48.5%	610 25.7%	323 14.9%		138 11.0%	121 87.7%	17 12.3%										
					44 3.5%	38 86.4%	6 13.6%										
					3.5% 11.0%												
R01	1,235 48.7%	602 24.0%	297 16.1%		137 11.1%	111 81.0%	26 19.0%										
					50 4.0%	40 80.0%	10 20.0%										
					4.0% 11.1%												
R02	992 51.1%	507 25.0%	248 15.0%		88 8.9%	74 84.1%	14 15.9%										
					23 2.3%	20 87.0%	3 13.0%										
					2.3% 8.9%												
R03	1,077 48.0%	517 25.3%	272 16.5%		110 10.2%	93 84.5%	17 15.5%										
					38 3.5%	34 89.5%	4 10.5%										
					3.5% 10.2%												
R04	1,006 49.6%	499 25.0%	252 14.7%		107 10.6%	98 91.6%	9 8.4%										
					36 3.6%	34 94.4%	2 5.6%										
					3.6% 10.6%												

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
治療中	H29	281	22.5%	181	64.4%	59	21.0%	31	11.0%	6	2.1%	4	1.4%
	H30	313	24.9%	204	65.2%	61	19.5%	31	9.9%	11	3.5%	6	1.9%
	R01	324	26.2%	202	62.3%	66	20.4%	30	9.3%	16	4.9%	10	3.1%
	R02	273	27.5%	189	69.2%	48	17.6%	22	8.1%	11	4.0%	3	1.1%
	R03	281	26.1%	188	66.9%	52	18.5%	24	8.5%	13	4.6%	4	1.4%
	R04	315	31.3%	210	66.7%	76	24.1%	20	6.3%	7	2.2%	2	0.6%
治療なし	H29	970	77.5%	443	45.7%	244	25.2%	176	18.1%	71	7.3%	36	3.7%
	H30	946	75.1%	406	42.9%	262	27.7%	157	16.6%	83	8.8%	38	4.0%
	R01	911	73.8%	400	43.9%	231	25.4%	169	18.6%	71	7.8%	40	4.4%
	R02	719	72.5%	318	44.2%	200	27.8%	127	17.7%	54	7.5%	20	2.8%
	R03	796	73.9%	329	41.3%	220	27.6%	154	19.3%	59	7.4%	34	4.3%
	R04	691	68.7%	289	41.8%	176	25.5%	128	18.5%	64	9.3%	34	4.9%

標準化死亡比

參考資料 10 標準化死亡比

		男性										女性									
全死因	脳内出血	脳梗塞	急性心筋梗塞	心不全	腎不全	全死因	脳内出血	脳梗塞	急性心筋梗塞	心不全	腎不全	全死因	脳内出血	脳梗塞	急性心筋梗塞	心不全	腎不全				
平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年				
1 青森	119.1	岩手	152.0	青森	154.4	青森	151.9	青森	110.8	岩手	150.2	山形	144.7	福島	203.0	青森	136.8				
2 大崎町	117.2	秋田	137.4	岩手	153.7	北海道	130.5	北海道	108.1	橋本	141.6	岩手	139.7	高知	170.1	和歌山	136.4				
3 秋田	108.7	青森	129.6	秋田	142.3	大崎町	123.4	大崎町	107.5	秋田	130.4	福島	138.1	岡山	162.1	秋田	132.4				
4 和歌山	107.7	橋本	128.5	高知	141.3	徳島	121.6	徳島	107.2	宮城	129.7	青森	135.3	山形	152.0	青森	125.5				
5 大坂	105.9	宮城	126.5	新潟	126.9	高知	120.9	茨城	106.3	秋田	124.0	橋本	131.6	茨城	149.9	大崎町	125.0				
6 岩手	105.9	茨城	125.7	山形	147.3	青森	121.5	愛媛	115.2	福島	120.9	秋田	129.8	鳥取	143.9	高知	121.7				
7 橋本	105.7	静岡	125.0	長崎	139.4	和歌山	120.2	和歌山	113.8	埼玉	118.2	新潟	125.4	滋賀	138.6	北海道	118.8				
8 福島	105.4	新潟	119.3	富山	120.1	大崎町	113.3	埼玉	104.2	大坂	116.5	三重	125.0	橋本	135.8	北海道	116.3				
9 徳島	105.1	沖縄	117.9	大崎町	117.4	橋本	116.6	三重	103.6	大坂	116.5	三重	124.5	鹿児島	135.0	千葉	110.9				
10 山口	104.4	鹿児島	115.6	大崎町	116.9	滋賀	113.0	鹿児島	103.3	三重	103.4	宮城	122.4	長崎	130.4	岐阜	110.4				
11 茨城	103.9	群馬	107.2	鳥取	116.2	鳥取	111.3	群馬	102.9	三重	103.4	宮城	122.4	長崎	130.4	岐阜	110.4				
12 大崎町	103.6	大崎町	107.2	長崎	113.7	三重	110.6	山形	102.9	三重	103.4	宮城	122.4	長崎	130.4	岐阜	110.4				
13 長崎	103.3	宮崎	106.6	群馬	126.5	群馬	111.6	群馬	102.9	三重	103.4	宮城	122.4	長崎	130.4	岐阜	110.4				
14 鳥取	103.2	高知	106.5	鹿児島	124.3	山形	108.9	山形	102.6	岩手	107.2	群馬	111.7	三重	124.7	茨城	108.5				
15 鹿児島	103.1	福島	105.8	石川	112.9	大分	105.9	大分	102.5	山形	108.4	山形	102.6	岩手	107.2	群馬	108.5				
16 群馬	102.2	鳥取	105.6	山口	111.8	鹿児島	105.6	山口	102.5	岐阜	106.6	三重	107.8	埼玉	120.6	大坂	109.3				
17 高知	102.0	長崎	104.9	鳥取	111.7	兵庫	116.9	茨城	104.3	茨城	104.3	茨城	104.8	福島	117.8	神奈川	106.9				
18 佐賀	102.0	山形	104.2	宮崎	111.3	富山	115.7	鹿児島	104.0	岩手	105.3	鳥取	104.8	福島	117.8	神奈川	106.9				
19 北海道	102.0	東京	102.3	宮城	108.9	和歌山	115.4	新潟	103.6	宮崎	103.1	山口	100.6	高知	100.6	鳥取	104.8				
20 山形	101.4	神奈川	101.8	佐賀	108.8	沖縄	101.8	山形	102.5	秋田	102.5	兵庫	100.3	神奈川	100.2	鳥取	104.5				
21 富山	101.5	山形	101.3	高知	107.2	埼玉	109.1	大坂	102.0	大分	102.3	長崎	100.1	全	100.0	岐阜	103.8				
22 福岡	101.2	全	100.0	愛媛	106.1	山形	105.2	静岡	101.1	大分	102.0	大分	102.3	全	100.0	全	100.0				
23 新潟	100.9	岡山	99.6	静岡	103.8	長崎	103.0	福岡	100.5	香川	101.7	鹿児島	99.7	東京	99.6	千葉	101.7				
24 三重	100.4	岡山	99.3	徳島	102.3	広島	103.0	石川	100.3	岐阜	101.7	静岡	99.6	岡山	101.4	石川	101.5				
25 宮崎	100.4	三重	97.8	福岡	102.1	新潟	101.8	全	100.0	埼玉	101.4	佐賀	99.1	京都	99.2	愛媛	100.9				
26 全	100.0	広島	97.4	山形	102.0	石川	101.6	富山	99.1	鳥取	101.3	宮城	99.0	愛知	99.1	高知	100.3				
27 埼玉	99.8	福岡	96.9	全	100.0	千葉	101.5	宮崎	97.1	福岡	101.2	奈良	98.9	岡山	98.5	全	100.0				
28 岐阜	99.5	愛媛	96.1	長崎	99.8	全	99.8	全	100.0	北海道	98.9	佐賀	97.3	静岡	97.3	鹿児島	99.1				
29 沖縄	99.3	熊本	95.3	埼玉	98.6	岩手	99.1	奈良	94.1	山形	99.8	高知	98.8	山形	96.9	佐賀	98.9				
30 鳥取	99.0	北海道	94.5	和歌山	98.1	神奈川	98.2	長崎	92.8	岡山	99.0	香川	98.7	沖縄	96.3	北海道	98.1				
31 兵庫	98.9	京都	94.4	三重	98.0	静岡	96.5	長崎	92.2	滋賀	98.8	石川	98.2	埼玉	95.5	徳島	97.7				
32 愛知	98.8	岐阜	94.1	千葉	97.5	宮崎	95.9	埼玉	91.9	福岡	98.4	新潟	98.2	大分	94.3	福岡	97.3				
33 静岡	98.7	愛知	93.9	大分	97.0	北海道	88.5	香川	91.6	熊本	98.1	福岡	97.8	千葉	93.8	香川	96.3				
34 山形	98.6	鳥取	93.8	岐阜	95.6	愛媛	84.8	徳島	90.7	群馬	98.0	宮崎	97.6	石川	93.4	大分	95.8				
35 東京	97.9	香川	93.8	北海道	94.5	徳島	82.5	宮城	90.3	京都	96.2	東京	97.4	大崎町	92.7	愛知	94.9				
36 岡山	97.8	大分	93.6	香川	94.2	大坂	82.1	群馬	90.0	愛知	94.9	山形	97.4	愛媛	92.6	奈良	94.1				
37 千葉	97.4	山口	93.5	福岡	93.9	愛媛	77.7	鳥取	88.0	佐賀	94.3	京都	97.1	兵庫	91.9	長崎	94.1				
38 香川	97.3	佐賀	93.2	岡山	93.4	群馬	77.1	山形	86.9	福岡	92.8	神奈川	97.0	北海道	88.0	兵庫	93.2				
39 広島	97.2	埼玉	92.6	兵庫	92.2	香川	76.1	鳥取	86.9	福岡	92.8	神奈川	97.0	北海道	88.0	兵庫	93.2				
40 大分	97.1	兵庫	92.0	大坂	91.7	香川	75.5	三重	86.0	鳥取	91.9	福岡	96.7	熊本	87.6	宮城	87.4				
41 山形	96.4	石川	91.5	熊本	90.4	福岡	73.3	岩手	85.8	宮城	91.8	広島	96.7	徳島	87.5	京都	86.6				
42 宮城	96.4	千葉	90.7	東京	90.1	山口	73.3	佐賀	80.7	奈良	89.8	岡山	96.5	大坂	85.6	神奈川	86.3				
43 福岡	96.2	長崎	90.0	神奈川	88.8	東京	72.4	愛媛	80.7	千葉	89.4	滋賀	96.5	長崎	85.4	大分	85.5				
44 京都	95.3	徳島	89.6	広島	88.7	京都	70.2	橋本	78.9	東京	87.8	岡山	95.9	滋賀	85.3	大分	84.2				
45 神奈川	95.2	福岡	87.1	愛知	87.2	佐賀	68.3	大分	77.7	岡山	82.5	鳥取	95.3	和歌山	83.9	福岡	84.0				
46 奈良	95.1	和歌山	83.5	奈良	85.0	鳥取	62.8	熊本	73.9	新潟	81.8	熊本	94.5	香川	83.6	福岡	83.1				
47 熊本	94.9	大坂	78.9	京都	84.7	奈良	58.6	福岡	71.3	神奈川	78.7	鳥取	94.3	福岡	81.9	東京	82.2				
48 滋賀	93.5	奈良	78.1	沖縄	80.3	秋田	57.1	東京	69.9	石川	77.4	長崎	93.8	大坂	76.1	熊本	77.4				
49 鳥取	90.5	滋賀	77.7	福岡	77.0	熊本	53.6	沖縄	59.5	鳥取	74.9	沖縄	90.5	奈良	75.0	熊本	70.3				

出典元：厚生労働省人口動態統計特報報告「人口動態保障所・市町村別統計（平成28年～平成29年）」