小谷村国民健康保険
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

小谷村国民健康保険
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）外部有識者等の役割と連携
　3）被保険者の役割
5．保険者努力支援制度

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

1．保険者の特性
2．第 2 期計画に係る評価及び考察
　1）第 2 期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 3 期計画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)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・38

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

1. 保健事業の方向性
2. 個別保健事業の取組み
3. 個別保健事業シート
　1）糖尿病性腎症重症化予防
　2）虚血性心疾患重症化予防
　3）脳血管疾患重症化予防
　4）高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・56

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・・57

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村の課題等を踏まえ、小谷村では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

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

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

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

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

２．計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業実施計画（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、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）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)

小谷村では、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。

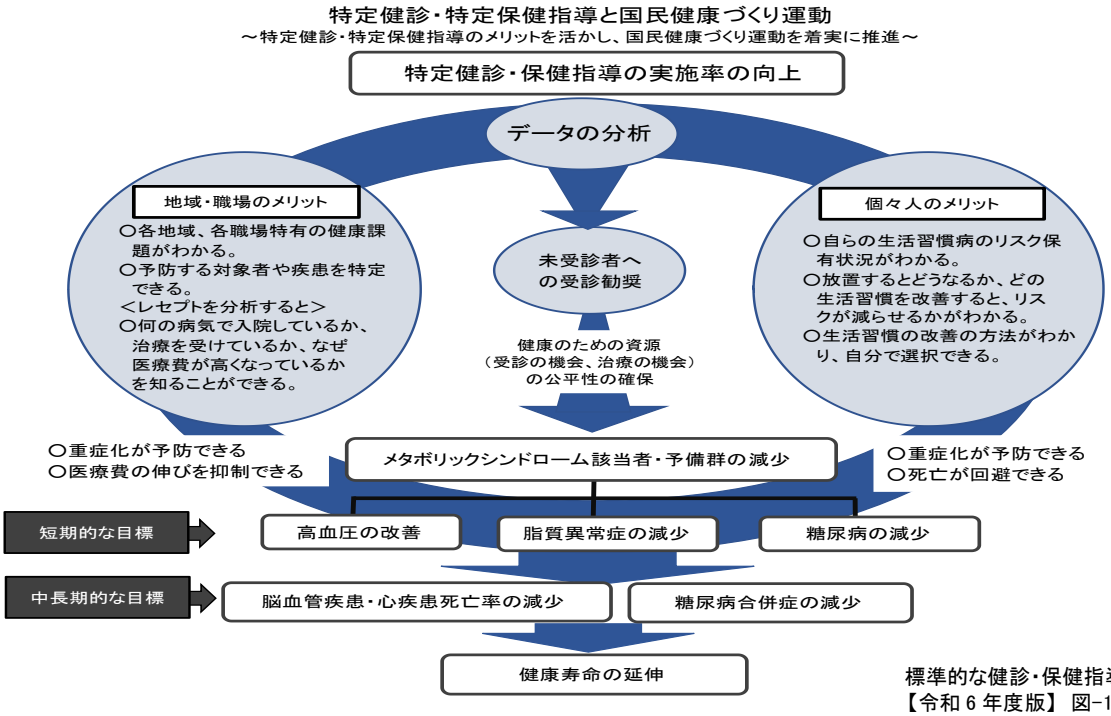
図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

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82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域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、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40～74 歳の被保険者	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 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 糖尿性病腎症 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＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等（地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等（在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化（介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会（事務局：県、国保連合会）を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

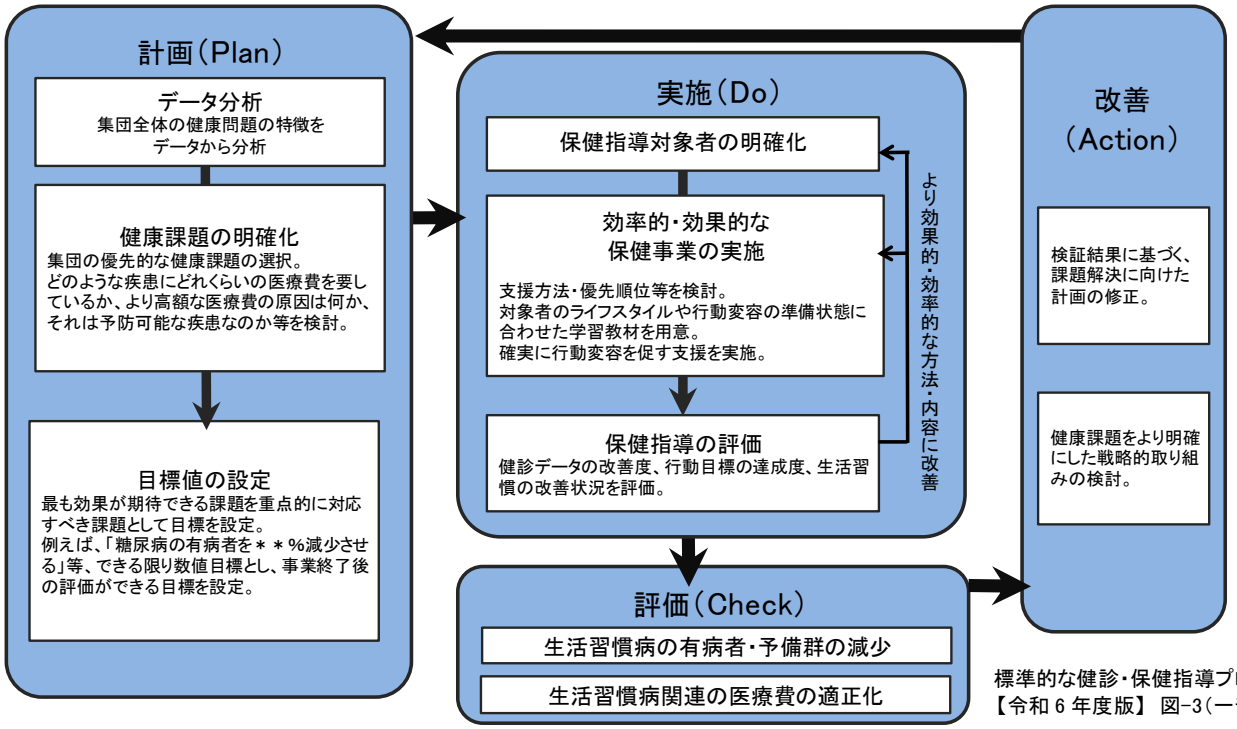
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的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ことにつながる。

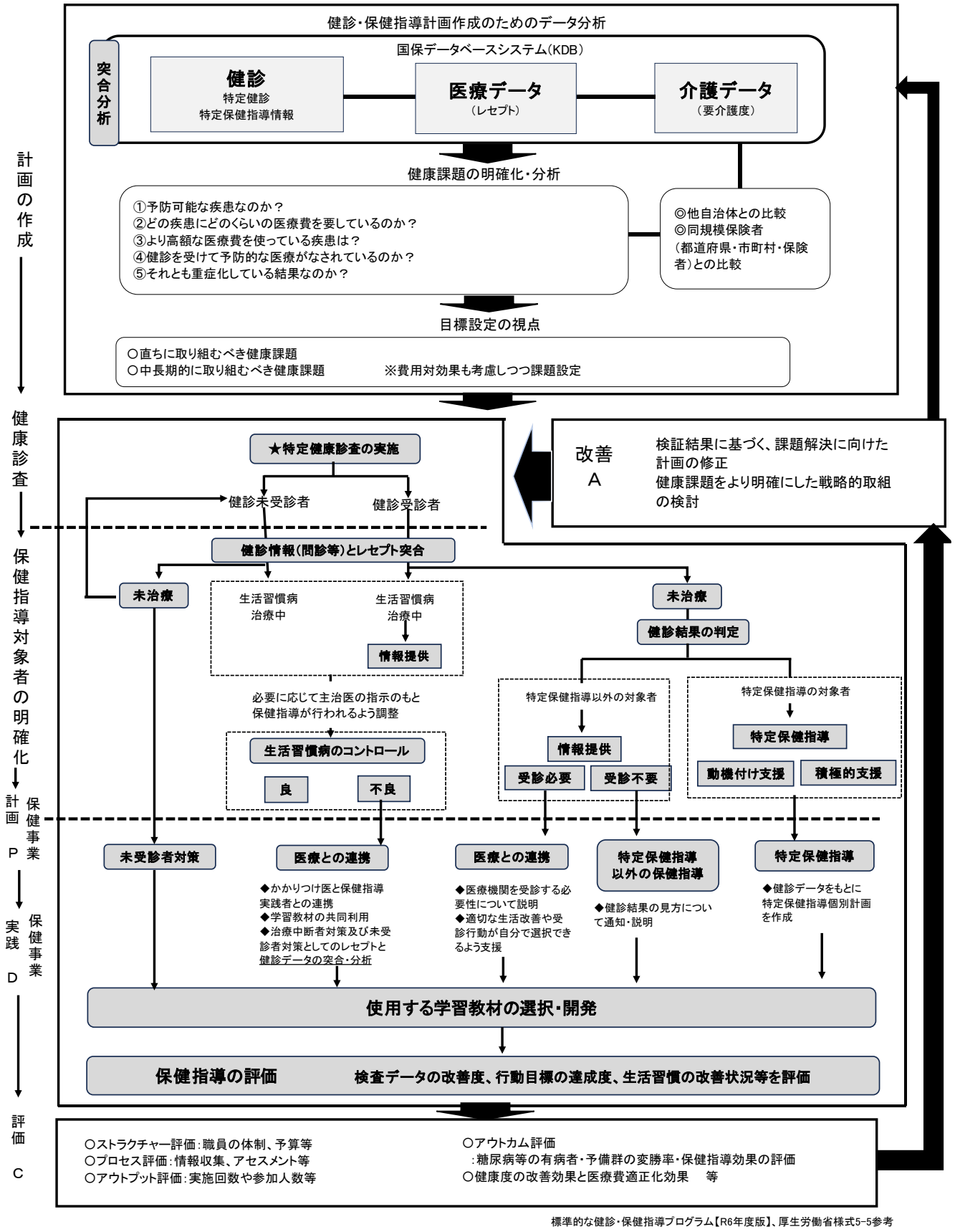
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

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

＜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

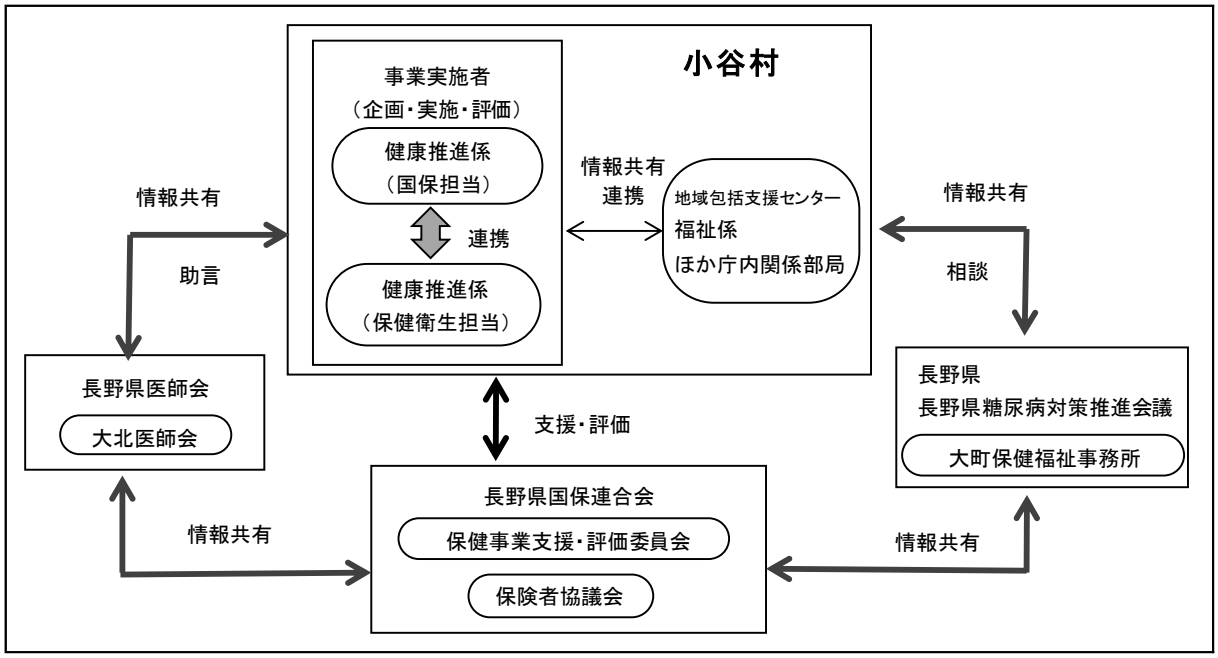
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健衛生部局（住民福祉課健康推進係）、高齢者医療・介護保険部局（地域包括支

援センター）、生活保護部局（住民福祉課福祉係）等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　小谷村の実施体制図



図表 7　保健事業体制と主な保健事業の分担＜例＞

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

	事 （係長）	保	保	保	管栄	事	事 （会計年度）
国保事務	○					◎	
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	○	◎	○
がん検診			◎				○
母子保健		○	○	◎	○		○
予防接種			◎				○
精神保健		○	◎	○			

2） 外部有識者等※7の役割と連携

計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

（1）国民健康保険団体連合会（長野県国民健康保険団体連合会）

国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが求められています。保険者は、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB（国保データベースシステム）の活用によるデータ分析や技術支援など、保険者の職員向け研修を積極的に活用することで、計画策定及び評価に役立てていきます。

（2）都道府県（長野県）

平成 30 年度から都道府県が共同保険者となっているため、市町村国保の保険者機能強化についても関与が求められています。

郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、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り、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から平素より両者が積極的に連携に努めることが求められています。

本計画について長野県関係課は、小谷村国保と連携し意見交換や助言を行うことが求められていることから、計画を実施するにあたり連携を図る必要があります。

（3）保険者協議会

転職や加齢等により被保険者の往来があるため、保険者等は他の保険者との連携・協力が必要です。そのため保険者協議会は、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等がスムーズに行われるよう支援することが求められています。

（4）国保運営協議会

保険者が策定するデータヘルス計画の諮問機関であり、保健事業の運営について助言等を行うことが求められます。

3） 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高めるうえで、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。

※7 外部有識者等：学識経験者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等をいう。これらの外部有識者等は、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と、専門的知見を有する第三者としての立場の両方の立場を有する。

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（取組評価分）。(図表 8)

令和 2 年度からは上記に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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・健康づくりの取組を後押ししています（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	
			小谷村	配点	小谷村	配点	小谷村	配点
交付額（円）			1,895,000		1,909,000		1,975,000	
全国順位(1,741市町村中)			600位		283位		392位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	90	70	85	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	70	40	72	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	110	120	80	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	55	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	105	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	40	100	40	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	3	40	12	50	26	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	61	95	53	100	71	100
合計点			609	1,000	670	960	639	940

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

1．保険者の特性

本村は、人口約 2,600 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 38.3%となっており、同規模町村と比較すると高齢者の割合は低くなっています。また、人口千人当たりの出生率は同規模町村より高くなっている一方で、死亡率は低くなっています。産業構成では第 3 次産業の割合が高くなっており、これはスキー場を中心とした観光産業の就労人口割合が高いためと考えられます。また、自営業者も多いため国保被保険者の加入率も 33.4%で同規模町村や県、国と比較すると高くなっており、その平均年齢も 48.2 歳と若くなっています。サービス業に従事される方は生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要となります。（図表 9）

国保の加入状況をみると、被保険者の数は年々減少傾向にありましたが、令和 4 年度は外国人の短期就業者の増加等の理由で 39 歳以下の被保険者数が増えました。また、被保険者のうち特定健康の対象となる 40 歳以上の者が 65%以上を占めており、多くの方に特定健診を受けてもらい健診実施後、その結果に応じた保健指導等を実施することが重要となってきます。（図表 10）

医療の状況をみてみると、医療資源は限られてはおり、外来患者数及び入院患者数は同規模町村や県と比較して少なくなっています。（図表 11）

図表 9　同規模・県・国と比較した小谷村の特性（令和 4 年度）

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
小谷村	2,647	38.3	883（33.4）	48.2	6.0	17.0	0.2	10.6	21.4	68.0
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
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に定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、人口5千人未満の町村（全国274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		1,016		1,032		866		845		883	
	65～74歳	343	33.8	337	32.7	342	39.5	328	38.8	308	34.9
	40～64歳	327	32.2	314	30.4	287	33.1	283	33.5	283	32.0
	39歳以下	346	34.1	381	36.9	237	27.4	234	27.7	292	33.1
加入率		35.0		35.6		29.9		29.1		33.4	

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）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	2	2.0	2	1.9	2	2.3	2	2.4	2	2.3	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	52.2
医師数	1	1.0	1	1.0	1	1.2	1	1.2	1	1.1	3.3	11.8
外来患者数	508.2		493.4		478.8		505.9		521.9		653.6	691.5
入院患者数	13.0		14.9		11.6		15.8		16.7		22.9	17.6

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1）第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費（医療費・介護費）の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全を設定しました。

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、高血圧症、糖尿病、脂質異常症を設定しました。（図表 2 参照）

（1）中長期的な目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全）の達成状況

① 死亡の状況

小谷村の死亡の状況をみてみると、早世予防からみた死亡（65 歳未満）の割合は男女ともに低い水準となっており、また標準化死亡比（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。全国を 100 とし、100 以上の場合は死亡率が高く、100 以下の場合には死亡率が低い）も低くなっています。

一方で死因別の状況をみてみると、脳疾患の割合が高くなっています。

■ 死亡の状況

項目			R4		R4						データ元（CSV）
			小谷村		同規模平均		県		国		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		18	5.0	—	—	—	7.0	—	9.2	厚労省HP（人口動態調査） 村：H26-R4の合計
		男性	12	6.3	—	—	—	9.2	—	11.9	
		女性	6	3.5	—	—	—	4.9	—	6.4	
死亡の状況	死因	がん	95	47.5	3,423	47.4	6,380	47.9	378,272	50.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握 村：H26-R4の合計
		心臓病	47	23.5	2,064	28.6	3,679	27.6	205,485	27.5	
		脳疾患	36	18.0	1,188	16.4	2,307	17.3	102,900	13.8	
		糖尿病	3	1.5	138	1.9	238	1.8	13,896	1.9	
		腎不全	6	3.0	267	3.7	375	2.8	26,946	3.6	
		自殺	13	6.5	146	2.0	352	2.6	20,171	2.7	
	標準化死亡比（SMR）	男性	86.7		101.6		90.5		100.0		
		女性	94.7		99.9		93.8		100.0		

※表の見方

：同規模町村等と比較して良い結果が表れているところ

：同規模町村等と比較し課題となるところ

② 介護の状況

小谷村の令和 4 年度の要介護認定者は、1 号（65 歳以上）被保険者で 151 人（認定率 14.9%）、2 号（40～64 歳）被保険者で 2 人（認定率 0.22%）と同規模町村・県・国と比較すると低く、平成 30 年度と比べても減少しています。また、より重度の要介護3～5の人数・割合とも低い数値になっています。（図表 12）

介護給付費の変化をみてみても、介護認定者の減少等に伴い総給付費は減少傾向にあり、65 歳以上の 1 人当たり給付費も同規模町村と比較して低くなっています。（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、全被保険者の約 5 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

	小谷村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,093人	37.7%	1,014人	38.3%	41.4%	32.2%	28.7%
1号認定者（65歳以上）	197人	18.0%	151人	14.9%	19.9%	17.7%	19.4%
要介護3～5	82人	41.6%	59人	39.1%	39.4%	40.4%	40.8%
2号認定者（40～64歳）	3人	0.31%	2人	0.22%	0.38%	0.28%	0.38%
新規認定者	1人		0人		--	--	--

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 13　介護給付費の変化

	小谷村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	3億3854万円	2億9400万円	--	--	--
65歳以上 1人あたり給付費（円）	309,735	289,937	323,222	288,366	290,668
1件あたり給付費（円）（全体）	70,309	74,980	80,543	62,434	59,662
居宅サービス	30,552	33,147	42,864	40,752	41,272
施設サービス	283,102	279,806	288,059	287,007	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（データヘルス計画の対象となる疾患）の視点でみた要介護者の有病状況（R04 年度）

受給者区分			2号		1号						合計	
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数（全体）			2		9		142		151		153	
再）国保・後期			1		7		120		127		128	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1 100.0%	脳卒中	4 57.1%	脳卒中	62 51.7%	脳卒中	66 52.0%	脳卒中	67 52.3%
		2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	2 28.6%	虚血性心疾患	31 25.8%	虚血性心疾患	33 26.0%	虚血性心疾患	33 25.8%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	1 14.3%	腎不全	17 14.2%	腎不全	18 14.2%	腎不全	18 14.1%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	1 14.3%	糖尿病合併症	7 5.8%	糖尿病合併症	8 6.3%	糖尿病合併症	8 6.3%
	基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			0 0.0%	基礎疾患	6 85.7%	基礎疾患	112 93.3%	基礎疾患	118 92.9%	基礎疾患	118 92.2%
	血管疾患合計			1 100.0%	合計	6 85.7%	合計	116 96.7%	合計	122 96.1%	合計	123 96.1%
認知症			認知症	1 100.0%	認知症	1 14.3%	認知症	66 55.0%	認知症	67 52.8%	認知症	68 53.1%
筋・骨格疾患			筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	7 100.0%	筋骨格系	113 94.2%	筋骨格系	120 94.5%	筋骨格系	121 94.5%

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

③ 国保医療費（全体）の状況

小谷村国保の医療費について、一人あたり医療費は同規模町村・県・国よりも低くなっており、また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の1を大きく下回っていて、医療費のかかっていない状況となっています。（図表 15・16）

一方で一人あたり医療費を伸び率でみると、令和 4 年度は平成 30 年度から約 50,000 円増えており、伸び率は同規模町村を上回っています。この背景の主要因として入院医療費の増加が考えられます。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り、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15　医療費の推移

	小谷村							同規模				県	国
	H30年度		R02年度		R04年度		増減（H30比）		H30年度	R04年度	増減（H30比）		R04年度	R04年度
							数値	伸び率			数値	伸び率		
被保険者数（人）	1,016人		866人		883人		−133人	−0.1%	--	--	--	--	--	--
前期高齢者割合	343人（33.8%）		328人（39.5%）		308人（34.9%）		−35人	−0.1%	--	--	--	--		
総医療費	2億0558万円		1億8827万円		2億2533万円		1975万円	0.1%	--	--	--	--	--	--
一人あたり医療費（円）	202,345	県内75位 同規模247位	217,400	県内72位 同規模249位	255,187	県内73位 同規模258位	52,842	20.7%	345,586	367,527	21,941	6.3%	339,076	339,680
入院 1件あたり費用額(円)	426,630		608,670		546,020		119,390	28.0%	528,060	588,220	60,160	11.4%	607,840	617,950
入院 費用の割合	32.0		38.8		41.4		9.4	29.4%	45.9	44.9	−1.0	−2.2%	38.9	39.6
入院 件数の割合	2.5		2.4		3.1		0.6	24.7%	3.6	3.4	−0.2	−6.0%	2.5	2.5
外来 1件あたり費用額	23,150		23,350		24,670		1,520	0.1%	23,120	25,290	2,170	0.1%	24,340	24,220
外来 費用の割合	68.0		61.2		58.6		−9.4	−13.8%	54.1	55.1	1.0	1.8%	61.1	60.4
外来 件数の割合	97.5		97.6		96.9		−0.6	−0.6%	96.4	96.6	0.2	0.2%	97.5	97.5
受診率	521.15		490443		538.537		17.39	3.3%	687.45	676.49	−10.96	−1.6%	709.111	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

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			後期高齢者医療保険		
	小谷村（県内77市町村中）		県（47県中）	小谷村（県内77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	0.709	0.724	0.959	0.848	0.831	0.895
	（75位）	（72位）	（38位）	（42位）	（51位）	（38位）
地域差指数・順位 入院	0.569	0.715	0.954	0.952	0.879	0.873
	（76位）	（67位）	（36位）	（13位）	（30位）	（33位）
地域差指数・順位 外来	0.818	0.743	0.968	0.747	0.798	0.924
	（63位）	（72位）	（38位）	（71位）	（65位）	（39位）

出典：地域差分析（厚労省）

④　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・慢性腎不全の医療費合計が総医療費全体に占める割合は令和 4 年度で 8.01%となっており、平成 30 年度と比較する増加しています。その原因として脳血管疾患・虚血性心疾患の増加があり、これらの治療に係る医療費の割合は同規模町村・県・国のいずれも上回っています。（図表 17）

脳血管疾患と虚血性心疾患にかかる医療費を詳しくみてみると、これらの疾患の入院医療費が増えていることがわかります。特に虚血性心疾患に関しては、ここ3年間多くの医療費がかかっており、千人当たりのレセプト件数も同規模町村を上回っている状況が続いています。（図表 17-2）

国保医療費全体をみた時に、令和 4 年度は一人あたり医療費の伸びが顕著であり、その要因に入院医療費の増大が大きな要因であると上で記しましたが、虚血性心疾患や脳血管疾患の入院医療費の増加がその原因の1つになっていると考えられます。

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をみてみると、脳血管疾患と虚血性心疾患の治療者割合が平成 30 年度から比較すると微増していました。（図表 18）

年齢別でみてみると、脳血管疾患では 65 歳～74 歳の前期高齢者での増加がみられる一方で、虚血性心疾患では 40 歳～64 歳の比較的若い世代での増加がみられました。働き方や生活習慣が多様化するなか、若い世代からの生活習慣病予防対策がより重要になってきます。

また、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（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患）の医療費の推移

			小谷村			同規模		県	国
			H30年度	R02年度	R04年度	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費（円）			2億0558万円	1億8827万円	2億2533万円	--	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1181万円	1196万円	1804万円	--	--	--	--
			5.75%	6.35%	8.01%	7.77%	7.24%	7.88%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.05%	1.56%	3.11%	2.08%	2.12%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.30%	2.26%	2.76%	1.76%	1.46%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	2.33%	2.47%	2.00%	3.55%	3.29%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.06%	0.06%	0.14%	0.38%	0.37%	0.22%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		25.38%	20.10%	20.52%	15.56%	17.57%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		8.79%	9.29%	8.20%	9.55%	9.33%	9.18%	8.68%
	精神疾患		5.64%	2.96%	5.36%	8.94%	7.82%	8.45%	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 17-2　中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患）の医療費の推移 ②

疾患	脳血管疾患　（年度累計）							
	新規患者数（千人当たり）		入院　関係					
	脳梗塞		脳出血			脳梗塞		
	保険者	同規模	医療費(円)	レセプト件数（千人あたり）		医療費(円)	レセプト件数（千人あたり）	
			保険者	保険者	同規模	保険者	保険者	同規模
H30年度	1.520	2.181	3,868,480	0.336	0.236	0	0.000	0.488
R1年度	3.336	2.816	1,313,990	0.086	0.240	3,785,030	0.429	0.566
R2年度	2.543	2.633	0	0.000	0.243	2,154,100	0.388	0.525
R3年度	1.739	2.591	0	0.000	0.242	256,910	0.098	0.547
R4年度	3.125	2.527	1,064,740	0.098	0.265	5,482,530	0.683	0.501

出典：KDBシステム_医療費分析（１）細小分類

疾患	虚血性心疾患　（年度累計）							
	新規患者数（千人当たり）		入院　関係					
	狭心症		狭心症			心筋梗塞		
	保険者	同規模	医療費(円)	レセプト件数（千人あたり）		医療費(円)	レセプト件数（千人あたり）	
			保険者	保険者	同規模	保険者	保険者	同規模
H30年度	2.606	3.405	1,988,970	0.252	0.438	0	0.000	0.055
R1年度	1.112	3.354	843,850	0.086	0.401	0	0.000	0.047
R2年度	2.035	3.243	3,916,000	0.485	0.337	0	0.000	0.065
R3年度	1.739	3.080	3,734,540	0.590	0.293	0	0.000	0.059
R4年度	2.404	2.900	3,254,020	0.488	0.311	2,081,990	0.195	0.065

出典：KDBシステム_医療費分析（１）細小分類

疾患	糖尿病性腎症　（年度累計）						
	新規患者数（千人当たり）				入院　関係		
	糖尿病		糖尿病性腎症		糖尿病		
	保険者	同規模	保険者	同規模	医療費(円)	レセプト件数（千人あたり）	
					保険者	保険者	同規模
H30年度	10.209	16.506	1.955	0.794	576,780	0.336	0.355
R1年度	10.679	16.563	0.667	0.832	1,356,430	0.343	0.356
R2年度	11.699	16.455	0.763	0.878	812,990	0.291	0.343
R3年度	10.432	16.756	0.248	0.901	3,700,660	0.590	0.354
R4年度	9.615	16.636	0.721	0.845	1,250,760	0.195	0.287

出典：KDBシステム_医療費分析（１）細小分類

図表 18　中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患）の治療者の状況

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	1,016	883	a	40	42	33	30	1	1
					a/A	3.9%	4.8%	3.2%	3.4%	0.1%	0.1%
40歳以上		B	670	591	b	40	42	33	30	1	1
		B/A	65.9%	66.9%	b/B	6.0%	7.1%	4.9%	5.1%	0.1%	0.2%
再掲	40～64歳	C	327	283	c	12	5	6	9	0	0
		C/A	32.2%	32.0%	c/C	3.7%	1.8%	1.8%	3.2%	0.0%	0.0%
	65～74歳	D	343	308	d	28	37	27	21	1	1
		D/A	33.8%	34.9%	d/D	8.2%	12.0%	7.9%	6.8%	0.3%	0.3%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、3疾患とも治療者の割合は増えています。(図表 19・20・21) 治療者の増加は、生活習慣病の早期発見・早期治療という点で一概に悪い結果とは言えませんが、一方で、高血圧症と脂質異常症については脳血管疾患・虚血性心疾患の合併症(重症化)の割合が増加しています。特に脳血管疾患では 65 歳～74 歳の前期高齢者の割合の増加が顕著であり、虚血性心疾患では 40 歳～64 歳の増加が顕著です。この結果は、上記中長期目標疾患の治療状況と重なっています。

小谷村で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いますが、高血圧症や脂質異常症が重症化しないよう今後も適切な保健指導等を実施していく必要があります。

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	242	219	60	50	182	169
		A/被保数	36.1%	37.1%	18.3%	17.7%	53.1%	54.9%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	26	30	7	1	19	29
		B/A	10.7%	13.7%	11.7%	2.0%	10.4%	17.2%
	虚血性心疾患	C	22	21	3	3	19	18
		C/A	9.1%	9.6%	5.0%	6.0%	10.4%	10.7%
	人工透析	D	1	1	0	0	1	1
		D/A	0.4%	0.5%	0.0%	0.0%	0.5%	0.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

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	110	102	22	18	88	84
		A/被保数	16.4%	17.3%	6.7%	6.4%	25.7%	27.3%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	13	10	3	0	10	10
		B/A	11.8%	9.8%	13.6%	0.0%	11.4%	11.9%
	虚血性心疾患	C	12	9	2	1	10	8
		C/A	10.9%	8.8%	9.1%	5.6%	11.4%	9.5%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	18	14	6	2	12	12
		E/A	16.4%	13.7%	27.3%	11.1%	13.6%	14.3%
	糖尿病性網膜症	F	20	16	3	2	17	14
		F/A	18.2%	15.7%	13.6%	11.1%	19.3%	16.7%
	糖尿病性神経障害	G	4	4	1	0	3	4
		G/A	3.6%	3.9%	4.5%	0.0%	3.4%	4.8%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

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	233	226	72	56	161	170
		A/被保数	34.8%	38.2%	22.0%	19.8%	46.9%	55.2%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	21	22	5	0	16	22
		B/A	9.0%	9.7%	6.9%	0.0%	9.9%	12.9%
	虚血性心疾患	C	16	20	3	5	13	15
		C/A	6.9%	8.8%	4.2%	8.9%	8.1%	8.8%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（脂質異常症）
地域の全体像の把握

②特定健診　有所見者の状況

②-1　メタボリックシンドローム該当者・予備群

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（高血圧、高血糖など）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。小谷村の特定健診結果におけるメタボリックシンドロームの該当者は、平成 30 年度から令和 2 年度まで増加傾向にありましたが、その後減少に転じています。また、予備群については微増で推移しています。該当者・予備群ともに男性の割合が高くなっているほか、同規模町村と比較するとその割合は低くなっています。（図表 22）

図表 22　メタボリックシンドロームの経年変化

		小谷村					同規模	
		H30	R1	R2	R3	R4	H30	R4
メタボリックシンドローム該当者		15.2%	15.6%	18.2%	17.7%	15.6%	20.0%	22.3%
	男性	24.0%	21.0%	25.5%	22.5%	20.3%	29.3%	32.4%
	女性	6.3%	10.5%	11.0%	12.2%	10.3%	11.8%	12.8%
メタボリックシンドローム予備群		9.2%	8.8%	9.6%	11.0%	11.2%	12.2%	12.4%
	男性	9.7%	15.0%	13.1%	15.2%	18.9%	17.9%	18.3%
	女性	8.6%	2.9%	6.2%	6.1%	2.4%	7.0%	6.9%

出典：KDBシステム_地域全体の把握

②-2　糖尿病

過去 1～2 か月の平均的な血糖の状態を示す HbA1c の状況を経年でみてみると、受診勧奨判定値となる 6.5%以上の者の割合は大きな改善はみられず横ばいで推移しています。

令和 4 年度の健診受診者を治療の有無別でみてみると、治療なしの者のうち、糖尿病の可能性が否定できない HbA1c6.0%以上の者の割合は平成 30 年度よりどの判定値においても減少しています。一方で治療中の者のうち、最低限達成が望ましい目標である HbA1c7. 0～7.9%が令和 4 年度では 5 名（23.8%）となり、合併症の危険が更に大きくなる 8.0%以上は 1 名（4.8%）となっています。糖尿病は治療中であっても内服等だけではコントロールが難しいことを示唆しています。（図表 23）

図表 23　糖尿病（HbA1c）の推移

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H30	358	117	32.7%	127	35.5%	78	21.8%	25	7.0%	9	2.5%	2	0.6%	6	1.7%	2	0.6%
R01	345	109	31.6%	135	39.1%	68	19.7%	18	5.2%	12	3.5%	3	0.9%	7	2.0%	2	0.6%
R02	295	119	40.3%	113	38.3%	40	13.6%	14	4.7%	6	2.0%	3	1.0%	5	1.7%	1	0.3%
R03	303	152	50.2%	99	32.7%	29	9.6%	13	4.3%	9	3.0%	1	0.3%	3	1.0%	1	0.3%
R04	283	103	36.4%	121	42.8%	35	12.4%	15	5.3%	8	2.8%	1	0.4%	2	0.7%	1	0.4%

6.5%以上の割合は横ばい

		HbA1c測定		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		再掲			
																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
H30	治療中	18	5.0%	2	11.1%	1	5.6%	4	22.2%	5	27.8%	4	22.2%	2	11.1%	4	22.2%	2	11.1%
	治療なし	340	95.0%	115	33.8%	126	37.1%	74	21.8%	20	5.9%	5	1.5%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%
R04	治療中	21	7.4%	1	4.8%	1	4.8%	9	42.9%	4	19.0%	5	23.8%	1	4.8%	1	4.8%	1	4.8%
	治療なし	262	92.6%	102	38.9%	120	45.8%	26	9.9%	11	4.2%	3	1.1%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

②-3　血圧

特定健診における血圧の有所見状況を経年でみてみると、重症化しやすいⅡ度高血圧・Ⅲ度高血圧に該当する者の割合はほぼ横ばい推移しています。

令和 4 年度の結果を治療の有無別でみてみると、Ⅱ度高血圧以上の者（12 名）の 7 割近い者（8 名）が治療なしとなっています。（図表 24）

図表 24　血圧の推移

	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
H30	359	118	32.9%	74	20.6%	88	24.5%	62	17.3%	11	3.1%	6	1.7%
R01	346	126	36.4%	84	24.3%	79	22.8%	47	13.6%	8	2.3%	2	0.6%
R02	295	76	25.8%	36	12.2%	69	23.4%	87	29.5%	23	7.8%	4	1.4%
R03	303	105	34.7%	41	13.5%	85	28.1%	58	19.1%	11	3.6%	3	1.0%
R04	283	117	41.3%	50	17.7%	59	20.8%	45	15.9%	10	3.5%	2	0.7%

Ⅱ度とⅢ度の合計は4%台で横ばい

		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
H30	治療中	105	16	15.2%	27	25.7%	36	34.3%	19	18.1%	5	4.8%	2	1.9%
	治療なし	254	102	40.2%	47	18.5%	52	20.5%	43	16.9%	6	2.4%	4	1.6%
R04	治療中	91	22	24.2%	20	22.0%	25	27.5%	20	22.0%	3	3.3%	1	1.1%
	治療なし	192	95	49.5%	30	15.6%	34	17.7%	25	13.0%	7	3.6%	1	0.5%

12人中8人（約7割）が未治療

出典：ヘルスサポートラボツール

②-4　LDL コレステロール

LDL コレステロールの推移をみてみると、重症化しやすい 160 mg/dl 以上の者の割合は減少傾向にあります。男女別では女性に重度の方が多く、治療の有無別では未治療の方の割合が平成 30 年度と比較すると減少はしていますが、依然高い状況が続いています。（図表 25）

未治療者の割合が高いのは血圧と同様の特徴ですが、背景に「自覚症状がない」ことから同じ人が毎年該当してきていることがあげられます。対象者の健診結果に応じた適切な受診勧奨・保健指導等を今後も継続して実施していく必要があります。

図表 25　LDL コレステロールの推移

	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
H30	357	165	46.2%	98	27.5%	46	12.9%	32	9.0%	16	4.5%
R01	346	165	47.7%	89	25.7%	49	14.2%	25	7.2%	18	5.2%
R02	295	155	52.5%	66	22.4%	44	14.9%	17	5.8%	13	4.4%
R03	303	152	50.2%	75	24.8%	41	13.5%	19	6.3%	16	5.3%
R04	283	147	51.9%	77	27.2%	32	11.3%	17	6.0%	10	3.5%

160mg/dl以上は減少傾向

男性	150	82	54.7%	40	26.7%	20	13.3%	5	3.3%	3	2.0%
女性	133	65	48.9%	37	27.8%	12	9.0%	12	9.0%	7	5.3%

女性に多い

H30	治療中	71	39	54.9%	20	28.2%	6	8.5%	3	4.2%	3	4.2%
	治療なし	286	126	44.1%	78	27.3%	40	14.0%	29	10.1%	13	4.5%
R04	治療中	72	49	68.1%	15	20.8%	3	4.2%	3	4.2%	2	2.8%
	治療なし	211	98	46.4%	62	29.4%	29	13.7%	14	6.6%	8	3.8%

27人中22人（約8割）が未治療

出典：ヘルスサポートラボツール

③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、有所見者の割合は横ばいで推移しており、同条件でデータを集約できた全国 448 市町村の合計の数値よりもその割合は低くなっています。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高く、また治療を中断されている方の割合が高血圧・糖尿病の両方で高くなっています。（図表 26）

前述した通り、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、今後も医療が必要な方には個々人に応じた受診勧奨・保健指導を継続して実施し、重症化を防ぐことが重要になってきます。

図表 26　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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
小谷村	361	57.9	304	55.0	17	4.7	10	58.8	14	4.6	10	71.4	6	42.9	2	14.3
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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
小谷村	359	99.4	303	99.7	11	3.1	5	45.5	10	3.3	6	60.0	0	0.0	3	30.0
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

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者
②中断…高血圧（または糖尿病）のレセプトがある者のうち、直近（年度末の3月を基点として）3ヶ月以上レセプトがない者
※448市町村合計：同条件でデータ集約が可能であった全国448市町村の合計

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

小谷村の特定健診受診率は、令和元年度には 57.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、令和 2 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） また年代別に受診率をみてみると、40～50 代がやや低めであるほか、コロナ禍以降は 60 歳代後半から 70 歳代の受診率の減少が顕著です。（図表 28）

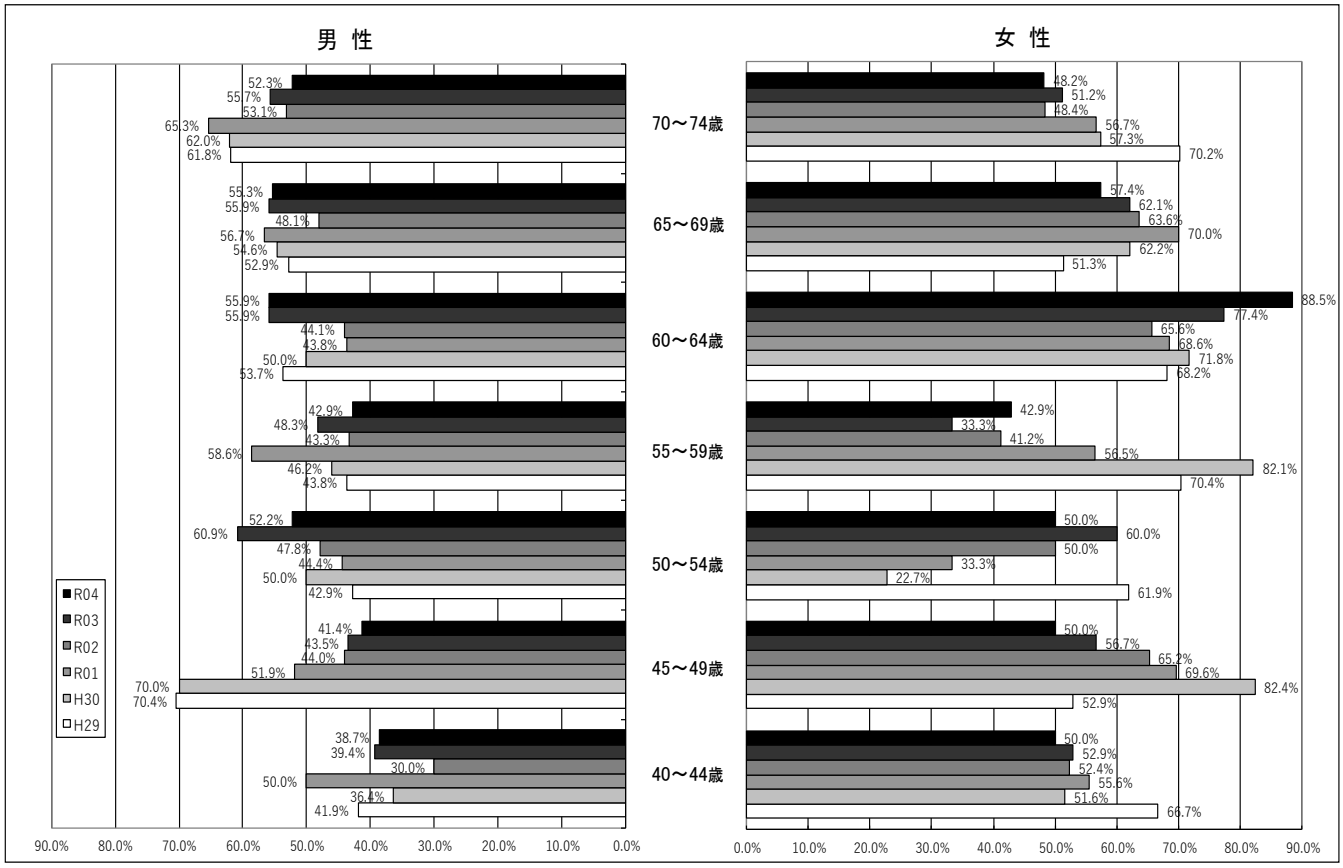
特定保健指導については、令和 3 年度に大きく実施率が伸びましたが、令和 4 年度ではやや下がり、目標値には至っていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	349	339	291	285	269	健診受診率 65%
	受診率	55.9%	57.0%	50.1%	51.5%	49.4%	
	県内順位	26位	24位	29位	32位	42位	
特定保健指導	該当者数	44	43	41	41	33	特定保健指導実施率 75%
	割合	12.6%	12.7%	14.1%	14.4%	12.7%	
	実施者数	31	29	28	34	24	
	実施率	70.5%	67.4%	68.3%	82.9%	72.7%	
	県内順位	25位	36位	36位	19位	31位	

出典：特定健診・特定保健指導法定報告データ

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）特定健康診査受診率向上に向けた取組み

<table>
<tr><td>目的</td><td>主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診により保健指導対象者を抽出。リスクに応じた個別保健指導を実施することで、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>受診率：65%（令和 5 年度）</td></tr>
<tr><td>評価（実績）
（アウトカム）</td><td>特定健診受診率（法定報告より）
H30：55.9%　R1：57.0%　R2：50.1%　R3：51.5%　R4：49.4%</td></tr>
<tr><td>実施内容
（アウトプット・プロセスなど）</td><td>
（１）特定健診とがん検診のセット型健診の実施（集団健診）
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td><td>R5.11 末</td></tr>
<tr><td>実施日数</td><td>9 回
（5.0 日）</td><td>9 回
（5.0 日）</td><td>9 回
（5.0 日）</td><td>9 回
（5.0 日）</td><td>7 回
（5.0 日）</td><td>7 回
（5.0 日）</td></tr>
<tr><td>受診者数</td><td>302 人</td><td>298 人</td><td>257 人</td><td>263 人</td><td>237 人</td><td>247 人</td></tr>
</table>
（２）個別の健診結果等提出
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td><td>R5.11 末</td></tr>
<tr><td>人間ドック</td><td>55 人</td><td>51 人</td><td>38 人</td><td>40 人</td><td>45 人</td><td>29 人</td></tr>
<tr><td>代行業務</td><td>6 人</td><td>2 人</td><td>1 人</td><td>2 人</td><td>1 人</td><td>17 人</td></tr>
</table>
（３）健康づくりチャレンジポイント事業の実施
・健康づくりに関する行動をとられた方へスタンプカードを配付（特定健診は必須項目）。規定個数のスタンプを集めたら村内協賛店舗で使用可能な商品券と交換。
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td>商品券交換率</td><td>12.0%</td><td>15.3%</td><td>6.8%</td><td>13.2%</td><td>20.1%</td></tr>
</table>
（４）健診未受診者に対する取組み（R5～）
・前年度特定健診未受診者のうち、当該年度も村の集団健診の申し込みをされなかった方や新たに特定健診の対象になられた方へ訪問等により受診勧奨を実施。
<table>
<tr><td></td><td>R5.11 末</td></tr>
<tr><td>対象者数</td><td>138 人</td></tr>
<tr><td>勧奨実施者数</td><td>138 人（100%）</td></tr>
<tr><td>受診に繋がった者</td><td>33 人（23.9%）</td></tr>
</table>
（５）その他受診率向上に向けた取組み
・保健補導員による健（検）診申込みの案内及び受診の勧奨
・広報おたり、CATV 文字放送、音声告知放送等による受診案内
・休日健診の実施　　など
</td></tr>
<tr><td>実施体制等
（ストラクチャー）</td><td>・集団健診については長野県健康づくり事業団と連携
・個別のデータ受領等については大北医師会及び医療機関と連携</td></tr>
<tr><td>課題等</td><td>・目標としている受診率 65%に到達していないため、令和 5 年度から取り組んでいる未受診者に対する訪問等による受診勧奨を今後も継続する。
・上記未受診者への対策の推進により個別の健診結果等提出者も増加した。治療している者も健診は有用なので、今後も向上を図る。
・当村の国保被保険者は 40～64 歳の働き盛り世代の割合が高い特徴があるので（図表 10 参照）、若い世代の受診率向上を図る健診方法等を検討する。</td></tr>
</table>

(2)糖尿病性腎症重症化予防

<table>
<tr><td>目的</td><td>糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、糖尿病が重症化するリスクのある者に対し、かかりつけ医等と連携のもと受診勧奨や保健指導を実施し、糖尿病性腎症及び透析にかかる医療費の抑制を図る。</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>①糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 0 人
②健診受診者の糖尿病者の減少（HbA1c6.5%以上の者の割合 8.0%以下）
③　　〃　　（HbA1c8.4%以上の者の割合 0.5%以下）
④健診受診者の HbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少</td></tr>
<tr><td>評価（実績）
（アウトカム）</td><td>①糖尿病性腎症による新規透析導入患者数　0 人（H30～R4）
②HbA1c6.5%以上の者の割合
H30：10.1%　R1：9.6%　R2：7.8%　R3：7.6%　R4：8.5%
③HbA1c8.4%以上の者の割合
H30：0.6%　R1：0.6%　R2：0.3%　R3：0.3%　R4：0.4%
④HbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少（中間評価時（R2）に追加）
H30：0.0%　R1：33.3%　R2：100%　R3：100%　R4：0.0%</td></tr>
<tr><td>実施内容
（アウトプット・プロセスなど）</td><td>（１）糖尿病管理台帳を活用した受診勧奨・保健指導等の取組み
過去 5 年間の健診結果から 1 度でも HbA1c が 6.5%を超えた者を抽出しリスト化（糖尿病管理台帳）。レセプト等により治療状況等確認のうえ必要な者に受診勧奨・保健指導等を実施。
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td>必要な者への介入率</td><td>50.0%</td><td>65.7%</td><td>59.4%</td><td>69.0%</td><td>73.1%</td></tr>
<tr><td>受診につながった者の割合</td><td>74.1%</td><td>65.2%</td><td>80.0%</td><td>82.4%</td><td>81.3%</td></tr>
</table>
（２）尿中アルブミン検査の導入（H30～）
糖尿病性腎症早期発見のため前年度の健診結果から HbA1c6.5%以上だった者に実施。結果は他の健診結果と一緒に担当保健師・管理栄養士が説明する。
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td>実施者数</td><td>18 人</td><td>18 人</td><td>17 人</td><td>15 人</td><td>13 人</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>実施体制等
（ストラクチャー）</td><td>・業務担当保健師が糖尿病管理台帳を作成し、担当（保健師・管理栄養士）を割振りした後、それぞれの担当者が個別に受診勧奨・保健指導等を実施する。
・受診勧奨・保健指導等の実施が担当者任せにならないように、毎月の保健師と管理栄養士との打合せで台帳に基づき介入状況の進捗管理を行う。</td></tr>
<tr><td>課題等</td><td>・平成 30 年度以降、糖尿病性腎症による新規透析導入者はなく、健診受診者の糖尿病有所見状況も横ばい状況にある。令和 3 年度保険者努力支援制度の評価指標に「HbA1c8.0%以上の者のうち未治療の割合減少」という指標が追加されたが、当村のような小規模村では、該当する者が少ないため評価が難しい。該当する者に対しては、スピード感のある適切な支援をしていく。
・糖尿病管理台帳を活用した受診勧奨・保健指導の体制は、毎月進捗管理する体制が整い必要な者への介入率は増加傾向にある。受診に繋がった者も 8 割を超えていることから今後も継続して実施する。</td></tr>
</table>

(3)虚血性心疾患重症化予防

<table>
<tr><td>目的</td><td>特定健診の結果から、虚血性心疾患発症リスクであるメタボ、高血圧、脂質異常症、糖尿病のある者に対し、受診勧奨・保健指導等を実施し当該疾患の発症予防を図る。</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>①虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持（1.5%未満）
②健診受診者のメタボ該当者・予備群の割合減少（H20 比減少率 25%以上）
③　〃　　高血圧者の減少（Ⅱ度高血圧以上の者の割合 5.0%以下）
④　〃　　脂質異常症者の減少（LDL160 mg/dl 以上の者の割合 5.0%以下）
⑤　〃　　糖尿病者の減少（詳細は（2）糖尿病性腎症重症化予防を参照）</td></tr>
<tr><td>評価（実績）
（アウトカム）</td><td>①虚血性心疾患の総医療費に占める割合　2.76%（R4）
②メタボ該当者・予備群の割合減少率（H20 比）
H30：4.87%　R1：4.37%　R2：-8.72%　R3：-13.75%　R4：-4.55%
③Ⅱ度高血圧以上の者の割合
H30：4.7%　R1：2.6%　R2：9.2%　R3：4.6%　R4：4.2%
④LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 160 mg/dl 以上の者の割合
H30：13.4%　R1：12.2%　R2：10.2%　R3：11.6%　R4：9.5%
⑤糖尿病に係る有所見状況は（2）糖尿病性腎症重症化予防を参照</td></tr>
<tr><td>実施内容
（アウトプット・プロセスなど）</td><td>（１）保健指導台帳を活用した受診勧奨・保健指導等の取組み
健診受診者から特定保健指導該当者及び生活習慣病ハイリスク者を抽出しリスト化（保健指導台帳）。対象者へ保健師・管理栄養士が受診勧奨・保健指導等を実施。
<table>
<tr><td colspan="3"></td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td rowspan="3">高血圧対象者</td><td rowspan="2">受診勧奨</td><td>実施率</td><td>88.9%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>受診率</td><td>44.4%</td><td>40.0%</td><td>50.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">保健指導実施率</td><td>77.8%</td><td>100%</td><td>50.0</td></tr>
<tr><td rowspan="3">LDL対象者</td><td rowspan="2">受診勧奨</td><td>実施率</td><td>96.6%</td><td>90.6%</td><td>86.4%</td></tr>
<tr><td>受診率</td><td>55.2%</td><td>50.0%</td><td>40.9%</td></tr>
<tr><td colspan="2">保健指導実施率</td><td>100%</td><td>66.7%</td><td>100%</td></tr>
</table>
（※糖尿病に対する取組みは（2）糖尿病性腎症重症化予防のとおり）
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td>特定保健指導実施率</td><td>70.5%</td><td>66.7%</td><td>68.3%</td><td>82.9%</td><td>72.7%</td></tr>
<tr><td>メタボ率（該当者＋予備群）</td><td>24.4%</td><td>24.4%</td><td>27.8%</td><td>29.1%</td><td>26.8%</td></tr>
</table>
（２）その他重症化予防に向けた取組み
・広報おたり等の媒体を活用した健康情報（まめまめ知識）の発信
・集団健診における心電図検査の無料化（R2～）
・尿中塩分推定摂取量検査の実施（R5～）　など</td></tr>
<tr><td>実施体制等
（ストラクチャー）</td><td>・業務担当保健師が対象者の抽出及びリスト化をし、担当を割振りした後、それぞれの担当者が個別に受診勧奨・保健指導等を実施する。
・受診勧奨・保健指導等の実施が担当者任せにならないように、毎月の保健師と管理栄養士との打合せで台帳に基づき介入状況の進捗管理を行う。（R2～）</td></tr>
</table>

課題等	・虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞等）の総医療費に占める割合が増加傾向にあり、その背景に当該疾患にかかる入院治療費の増加がある。（図表 17-2） ・入院治療を受けられた方のなかには、健診も医療機関にもかかっておらず突然心筋梗塞を発症された方や、糖尿病等の治療は受けていたが健診は受けていなかった方、健診は受けその後保健師等による受診勧奨・保健指導を受けたが適切な医療に繋がらず発症された方などがいた。 特定健診は、生活習慣病の発症予防だけでなく重症化予防という目的も大きい。治療の有無に関わらず、健診受診のアプローチと主治医等との連携を図るとともに、保健指導等に従事する保健師や管理栄養士のスキル向上も図る必要がある。 ・特定健診における高血圧と LDL コレステロールの有所見率は減少傾向にある。 またこれらの疾患のハイリスク者への受診勧奨・保健指導の実施率はいずれも高い数値となっている。一方で、受診勧奨値となった方の約半数は適切な医療につながっていない。メタボ改善を目的とした特定保健指導実施率の向上も含め課題である。

(4)脳血管疾患重症化予防

<table>
<tr><td>目的</td><td>特定健診の結果から脳血管疾患発症リスクであるメタボ、高血圧、脂質異常症、糖尿病のある者に対し、受診勧奨・保健指導等を実施し当該疾患の発症予防を図る。また、重症化しやすい心原性脳塞栓症を予防する。</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>・脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持（1.5%未満）
・健診受診者の有所見率の改善（（３）虚血性心疾患重症化予防と同様）</td></tr>
<tr><td>評価（実績）
（アウトカム）</td><td>・脳血管疾患の総医療費に占める割合　3.11%（R4）
・健診の有所見状況については、（２）糖尿病性腎症重症化予防　及び　（３）虚血性心疾患重症化予防　を参照</td></tr>
<tr><td>実施内容
（アウトプット・プロセスなど）</td><td>（１）心原性脳塞栓症予防の取組み
・健診における心電図検査から心房細動の所見がみられた者について管理台帳を作成し、治療状況等を確認・管理する
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td>管理者数（国保・後期）</td><td>8 人</td><td>8 人</td><td>8 人</td><td>14 人</td><td>18 人</td></tr>
<tr><td>うち未受診・治療中断者数</td><td>0 人</td><td>0 人</td><td>0 人</td><td>1 人</td><td>2 人</td></tr>
</table>
・集団健診における心電図検査の無料化（R2～）
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td>健診受診者
（国保・後期）</td><td>597 人</td><td>568 人</td><td>491 人</td><td>506 人</td><td>513 人</td></tr>
<tr><td>うち心電図実施者（実施率）</td><td>243 人
（42.0%）</td><td>205 人
（36.1%）</td><td>479 人
（97.6%）</td><td>503 人
（99.4%）</td><td>509 人
（99.2%）</td></tr>
</table>
（２）その他重症化予防に向けた取組み
・健診受診者からハイリスク者をリスト化し担当の保健師・管理栄養士を決め、それぞれが受診勧奨・保健指導等を実施
・広報おたり等の媒体を活用した健康情報（まめまめ知識）の発信
・尿中塩分推定摂取量検査の実施（R5～）</td></tr>
<tr><td>実施体制等
（ストラクチャー）</td><td>・業務担当保健師が対象者の抽出及びリスト化をし、担当を割振りした後、それぞれの担当者が個別に受診勧奨・保健指導等を実施する。
・受診勧奨・保健指導等の実施が担当者任せにならないように、毎月の保健師と管理栄養士との打合せで台帳に基づき介入状況の進捗管理を行う。（R2～）</td></tr>
<tr><td>課題等</td><td>・脳血管疾患の総医療費に占める割合は、年度により増減があり、令和 4 年度は目標を達成できていない。（3.11%）
・令和 2 年度から集団健診時の心電図検査無料化により検査実施者が増え、心房細動管理台帳における管理者数が増えている。心房細動は重症化しやすい心原性脳塞栓症の発症リスクとなるため、継続的なフォローと未治療・治療中断者への対応を継続する。
・健診有所見者等への取組みに関する課題については、虚血性心疾患重症化予防と同様である。</td></tr>
</table>

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	目標	アウトカム指標	初期値		計画開始		中間評価			最終評価	把握方法
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5 目標値	
中長期目標	データヘルス計画	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の抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合	0.33%			2.67%			2.76%	1.5%未満	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	0.25%			0.58%			3.11%	1.5%未満	
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者	0人			0人			0人	0人	
短期目標		特定健診、特定保健指導実施率向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率	56.2%	55.0%	55.9%	57.0%	50.1%	51.5%	49.4%	65%	法定報告値
			特定保健指導実施率	70.6%	72.5%	70.5%	67.4%	68.3%	82.9%	72.7%	75%	
		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、メタボ、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の対象者を減らす	メタボ該当者・予備群の割合（H20比減少率）	1.83%	20.80%	4.87%	4.37%	-8.72%	-13.75%	-4.55%	25%	小谷村健康増進計画（まめってぇおたり２１）
			血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合	4.90%	7.70%	4.70%	2.60%	9.20%	4.60%	4.20%	5.00%	
			LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ160mg/dl以上の者の割合	9.60%	6.90%	13.40%	12.20%	10.20%	11.60%	9.50%	5.00%	
			HbA1c6.5%以上の者の割合	10.10%	7.20%	10.10%	9.60%	7.80%	7.60%	8.50%	8.00%	
			HbA1c8.4%以上の者の割合	0.20%	0.30%	0.60%	0.60%	0.30%	0.30%	0.40%	0.50%	
	保険者努力支援制度		HbA1c8.0%以上の未治療者の割合（R3追加） ※令和3年度に保険者努力支援制度の評価指標に追加されたが翌令和4年度以降評価項目から削除された					100.0% （数値は小谷村住民福祉課で算出）	100.0%	0.0%	同規模自治体上位3割	厚生労働省公表 ＮＤＢデータ
		がんの早期発見、早期治療	胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの平均受診率	19.60%	18.30%	18.50%	17.76%	16.90%	17.62%	今後公表	全自治体の上位3割	地域保健事業報告
		歯周病等の早期発見・早期治療	歯科健診（歯周病健診）の受診率（R3追加）					11.50%	19.80%	18.20%	全自治体の上位3割	
		後発医薬品の使用により、医療費の伸びを抑制	後発医薬品の使用割合	68.90%	69.40%	72.00%	75.80%	81.10%	84.00%	85.90%	80%以上	厚生労働省公表結果（9月診療分）

4） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期データヘルス計画では、被保険者が「特定健診を受診」して自身の「健康状態を把握」し、必要に応じて「生活習慣の見直しや医療機関の受診等を行う」ことで「生活習慣病の発症や重症化を予防する」ことを通じ、『健康寿命の延伸』と『医療費・介護費等の伸びの抑制』を図ることを目的に保健事業を展開してきました。

小谷村の医療費や介護費は依然として低い水準を保ってはいますが、医療費の伸び率が高くなっており、背景に中長期目標の疾患となっている虚血性心疾患や脳血管疾患の入院費用の増加がありました。また、これらの治療を受けている患者の数（患者割合）も増えている状況がみられ、その理由に、短期目標疾患である高血圧症と脂質異常症の重症化がありました。これらの疾患の発症予防・重症化予防をより図っていく必要があります。

保健事業の実施にあたっては、特定健診の結果から、ハイリスク者として抽出された方に対して受診勧奨・保健指導を実施するハイリスクアプローチを中心に事業を展開してきました。結果として高血圧症の有所見率は改善傾向にあり目標に達しましたが、脂質異常症（高 LDL コレステロール血症）とメタボリックシンドロームの改善率については目標に達していません。脂質異常症に関しては、健診後適切な医療に繋がらない人が多く、例年同じ人がハイリスク者として名前が上がってくることが課題となっています。これらの疾患が重症化しないよう、今後も特定健診の結果に基づき適切な保健指導・受診勧奨を実施していく必要があるとともに、これらにあたる専門職の保健指導スキルの向上も求められます。

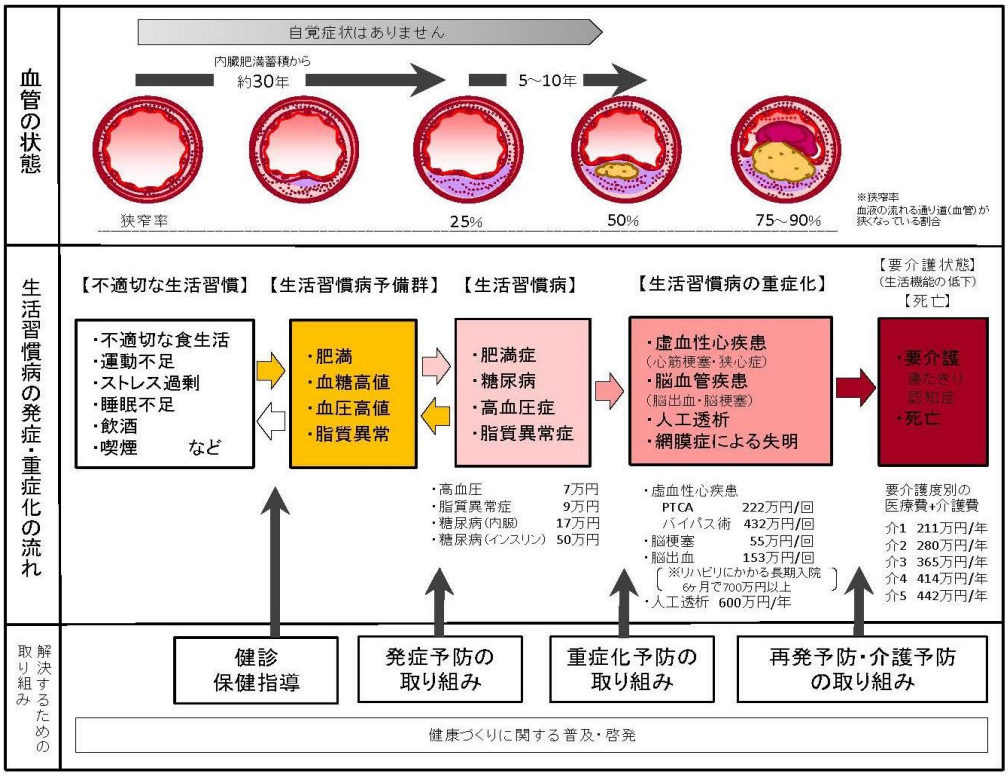
また、特定健診の受診率についても目標に到達しておらず課題として残っています。特に令和 4 年度における高額な入院治療を要した方（1 件あたり 80 万円以上の医療費を要した方）の状況をみてみると、脳血管疾患と虚血性心疾患で合計 6 件（5 人）の該当があり医療費の総額は約 750 万円で、この方たちは全員健診を受けられていませんでした。この方たちついては、健診を受けてもらったり医療機関等での検査データを提供してもらい、結果に応じた受診勧奨や保健指導等を行うことで、予防ができた可能性があります。受診率の向上は健康寿命の延伸と医療費適正化に大きく寄与すると考えられ、令和 5 年度から医療機関受診者を含めた「未受診者対策」を実施していますが、今後もこの取り組みを推進していく必要があります。

３．第 3 期計画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、生活習慣病から生活習慣病の予備群に、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

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。

また医療保険制度において、75 歳に到達し後期高齢者となるとそれまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになり、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。そんななか、令和 6 年度までに全ての市町村において、若年者から高齢者まで対応した切れ目のない支援（保健事業等）を行うことが求められています（高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施）。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健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努め、保健事業等を切れ目なく実施していく必要があります。

（1）医療費分析

小谷村国保の医療費の状況は、先に記載したとおり全国的にみても低い水準で推移しています。後期高齢者についても全国的にみると一人当たり医療費は低い水準となっていますが、その額は 70 万円を超えており、国保の 2.5 倍以上も高い状況です。（図表 31）

小谷村ではこれまで、健診結果に基づき生活習慣病等の発症予防・重症化予防に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、令和 4 年度のデータヘルス計画に関わる疾患の医療費割合は同規模町村・県・国よりも高い水準となっており、その原因として脳血管疾患や虚血性心疾患の治療費の増加があります。（図表 32、図表 34、図表 35） 前述したとおり、これらの疾患を発症された方の多くが健診を受けられておらず、健康状態を把握することが困難であった方であったため、健診受診率の向上は取組むべき大きな課題だと考えられます。あわせて、健診結果に基づく受診勧奨・保健指導も引き続き実施してく必要があります。

また後期高齢者については高額になったレセプトが、件数・費用額ともに国保の 2 倍以上の数値となっています。（図表 33） 特に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症等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 31　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		1,016人	1,032人	866人	845人	883人	603人
総件数及び総費用額	件数	6,197件	5,931件	5,055件	5,302件	5,520件	6,934件
	費用額	2億0558万円	2億2012万円	1億8827万円	2億2852万円	2億2533万円	4億2597万円
一人あたり医療費		20.2万円 （同規模247位）	21.3万円 （同規模235位）	21.7万円 （同規模249位）	27.0万円 （同規模241位）	25.5万円 （同規模258位）	70.6万円 （同規模209位）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32　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

市町村名			総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
					腎		脳	心								
					慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	小谷村	H30	2億0558万円	17,289	2.33%	0.06%	2.05%	1.30%	5.25%	4.34%	2.81%	3729万円	18.1%	25.4%	5.64%	8.79%
		R2	1億8827万円	18,266	2.47%	0.06%	1.56%	2.26%	5.80%	4.22%	2.51%	3555万円	18.9%	20.1%	2.96%	9.29%
		R4	2億2533万円	21,983	2.00%	0.14%	3.11%	2.76%	5.84%	3.07%	2.19%	4305万円	19.1%	20.5%	5.36%	8.20%
	同規模	R4	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県		—	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	—	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	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	小谷村	H30	4億7141万円	60,399	1.41%	0.33%	2.87%	1.22%	0.30%	4.18%	1.27%	5460万円	11.6%	16.6%	2.04%	9.4%
		R2	4億3759万円	58,644	1.70%	0.17%	3.09%	2.64%	3.14%	3.24%	1.15%	6618万円	15.1%	26.1%	1.29%	9.6%
		R4	4億2597万円	58,335	0.02%	0.26%	3.42%	0.59%	3.44%	3.00%	0.86%	4940万円	11.6%	23.8%	2.39%	12.4%
	同規模	R4	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県		—	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	—	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	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%

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

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

図表 33　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	20人	26人	18人	30人	30人	67人
	件数	B	36件	42件	36件	54件	50件	123件
		B/総件数	0.58%	0.71%	0.71%	1.02%	0.91%	1.77%
	費用額	C	4683万円	6134万円	5506万円	8483万円	7013万円	1億4253万円
		C/総費用	22.8%	27.9%	29.2%	37.1%	31.1%	33.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34　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	1人		2人		1人		0人		2人		3人		
		D/A	5.0%		7.7%		5.6%		0.0%		6.7%		4.5%		
	件数	E	3件		3件		1件		0件		3件		4件		
		E/B	8.3%		7.1%		2.8%		0.0%		6.0%		3.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	3	100.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	80代	1	25.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	--	3	100.0%	90歳以上	3	75.0%
	費用額	F	337万円		351万円		136万円		0万円		404万円		498万円		
		F/C	7.2%		5.7%		2.5%		0.0%		5.8%		3.5%		

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（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	1人		1人		1人		2人		3人		0人		
		G/A	5.0%		3.8%		5.6%		6.7%		10.0%		0.0%		
	件数	H	1件		1件		1件		2件		3件		0件		
		H/B	2.8%		2.4%		2.8%		3.7%		6.0%		0.0%		
	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	--
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	--
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	--
		60代	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	33.3%	80代	0	--
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	50.0%	2	66.7%	90歳以上	0	--
	費用額	I	102万円		84万円		321万円		271万円		354万円		0万円		
		I/C	2.2%		1.4%		5.8%		3.2%		5.0%		0.0%		

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

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（40-64歳、65-74歳、75歳以上）で一体的に分析すると、図表37の①被保険者数は各年代で減少しており、②の受診率も各年代とも減少しています。新型コロナウイルス感染症の影響等により令和 2 年度に減少した受診率が戻っていない現状があります。特に40-64歳、65-74歳の減少率が大きいです。

図表38の健診有所見の状況をみると、高血圧症についてはいずれの年代でも有所見率は減少しています。一方で心房細動については 75 歳以上で割合は増えていますが、これは集団健診における心電図検査無料化（令和2年度から開始）に伴うものと考えられます。

図表 39 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、高血圧症・糖尿病ともにほとんどの年代で割合が高くなっています。高血圧症や糖尿病があっても、これらが重症化しない（合併症を引き起こさない）ような取り組みを、どの年代に対しても実施していく必要があります。

図表 40 の中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）においては 40-64 歳と 65-74 歳で割合が増えているところがみられ、これは先に記載したとおりの結果になっています。一方で 75 歳以上の状況をみてみると、中長期疾患で治療を受けている者のうち、要介護認定を受けているものは平成30年度より低くなっています。

図表41の加齢による起こってくるその他の疾患の状況をみてみると、75歳以上の 14.3%の方に認知症の診断がついており、このうち7割を超える人が介護認定を受けています。また生活習慣病との重なりをみてみると、8 割を超える人が高血圧症や糖尿病の診断を受けていることから、これらの生活習慣病の予防が認知症の予防にもつながってくることがわかります。高齢者だけでなく、若い世代からの予防活動が重要となってきます。

図表 36　健診・医療・介護データの一体的な分析

小谷村

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

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

H30・R04比較

健　診

医　療

介　護

① 被保数

被保数	40-64	65-74	75～
H30	327	343	644
R04	283	308	603
差	▲ 44	▲ 35	▲ 41

② 健診受診率

健診受診率	40～64	65～74	75～
H30	53.1	58.4	33.5
R04	47.4	51.2	32.1
差	▲ 5.7	▲ 7.2	▲ 1.4

③ 医療機関受診

医療機関受診	40～64	65～74	75～
H30	83.3	91.7	95.7
R04	85.8	93.6	91.6
差	2.5	1.8	▲ 4.0

生活習慣病	40～64	65～74	75～
H30	23.2	58.9	82.9
R04	23.0	62.4	78.4
差	▲ 0.2	3.4	▲ 4.5

※生活習慣病対象者
以下、⑥-⑧に記載している疾病の診断がある者

④ 介護認定者

介護認定者	65～74	75～
H30	2.3	25.6
R04	1.9	20.3
差	▲ 0.4	▲ 5.3

小谷村の概況

1. 高齢化率

H30年度	37.6
R04年度	38.3
差	0.7

2. 一人当たり社会保障費

地域差指数	国保	後期
H30年度	0.709	0.848
R02年度	0.724	0.831
差	0.015	▲ 0.017

3.（参考）特定健診の状況

区分	健診	保健指導
H30年度	55.9	70.5
R04年度	49.4	72.7
差	▲ 6.5	2.2

生活習慣病

⑤ 健診有所見者

（R04年度実績）

高血圧	40～64	65～74	75～
	12.5	21.8	21.0
内訳 Ⅰ度	85.7	74.1	87.0
内訳 Ⅱ度	0.0	25.9	8.7
内訳 Ⅲ度	14.3	0.0	4.3

高血糖	40～64	65～74	75～
	5.4	0.8	1.8
内訳 7.0～7.9	83.3	100.0	100.0
内訳 8.0以上	16.7	0.0	0.0

尿蛋白	40～64	65～74	75～
	0.9	4.0	1.8
内訳 ＋	100.0	80.0	75.0
内訳 2＋以上	0.0	20.0	25.0

eGFR	40～64	65～74	75～
	0.9	5.6	11.9
内訳 30-45未満	100.0	85.7	84.6
内訳 30未満	0.0	14.3	15.4

心房細動	40～64	65～74	75～
	0.0	1.3	4.4
実施率	105.4	123.4	92.7

未治療・治療中断（受診勧奨）

- Ⅱ度高血圧以上：5人
- HbA1c 7.0以上(国保) 8.0以上(後期)：0人

臓器障害あり（治療者含む）

- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満：7人
- 心房細動：11人

A 健康状態不明者

	40～64	65～74	75～
H30	12.6	6.0	2.7
R04	9.9	4.2	7.6
差	▲ 2.7	▲ 1.8	4.9

B

実人数		40～64	65～74	75～
	H30	1.7	3.3	1.2
	R04	0.4	2.3	2.3
	差	▲ 1.4	▲ 1.1	1.1

⑥ 短期目標の疾患

高血圧	40～64	65～74	75～
H30	76.5	85.4	86.1
R04	70.8	81.4	90.3
差	▲ 5.7	▲ 3.9	4.2

糖尿病	40～64	65～74	75～
H30	26.5	42.7	27.7
R04	26.2	41.2	30.1
差	0.3	▲ 1.5	2.4

C'

高血圧＋糖尿病	40～64	65～74	75～
H30	14.7	31.5	23.0
R04	12.3	29.9	26.9
差	▲ 2.4	▲ 1.6	4.0

重症化予防

合併症なし（R04年度実績）

- 286人　43.3%
- 92人　36.9%

⑦ 短期目標で対象とする合併症

（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症	40-64	65-74	75～
H30	21.2	40.1	60.7
R04	26.1	48.1	62.7
差	4.9	8.0	2.0

糖尿病＋合併症	40-64	65-74	75～
H30	38.9	44.7	70.6
R04	35.3	52.5	71.7
差	▲ 3.6	7.8	1.1

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患	40～64	65～74	75～
H30	2.4	6.6	25.5
R04	1.8	10.9	21.1
差	▲ 0.6	4.3	▲ 4.4

心不全	40～64	65～74	75～
H30	2.4	9.9	31.6
R04	3.5	14.1	28.9
差	1.2	4.2	▲ 2.8

虚血性心疾患	40～64	65～74	75～
H30	1.7	6.6	14.2
R04	2.8	6.4	10.9
差	1.1	▲ 0.2	▲ 3.4

腎不全	40～64	65～74	75～
H30	3.1	7.9	12.4
R04	2.5	11.3	14.6
差	▲ 0.6	3.3	2.2

介護予防（再発予防）

介護認定なし（R04年度実績）

- 122人　69.7%
- 172人　71.7%
- 82人　83.7%
- 112人　82.4%

⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患	40～64	65～74	75～
H30	0.0	15.0	41.2
R04	40.0	8.8	35.3
差	40.0	▲ 6.2	▲ 5.9

心不全	40～64	65～74	75～
H30	0.0	6.7	44.5
R04	0.0	6.8	34.9
差	0.0	0.2	▲ 9.6

虚血性心疾患	40～64	65～74	75～
H30	0.0	0.0	35.8
R04	0.0	5.0	21.4
差	0.0	5.0	▲ 14.4

腎不全	40～64	65～74	75～
H30	0.0	4.2	37.3
R04	0.0	0.0	25.5
差	0.0	▲ 4.2	▲ 11.8

C

実人数		40～64	65～74	75～
	H30	15.7	34.8	29.5
	R04	14.5	31.5	27.8
	差	▲ 1.2	▲ 3.3	▲ 1.7

D

実人数		40-64	65-74	75～
	H30	7.5	22.5	33.7
	R04	7.8	29.9	36.5
	差	0.3	7.4	2.8

加齢・その他

⑮ 体格（健診結果）

BMI	痩せ（18.5以下）			肥満（25以上）		
	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
H30	4.1	6.5	7.7	21.6	27.1	22.6
R04	4.5	7.3	11.0	23.2	21.8	26.0
差	0.4	0.8	3.3	1.6	▲ 5.3	3.5

⑭ 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

骨折	65～74	75～
H30	69.2	79.4
R04	77.8	87.0
差	8.5	7.6

認知症	65～74	75～
H30	60.0	81.3
R04	75.0	80.4
差	15.0	▲ 0.9

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折	65～74	75～
H30	4.3	10.2
R04	5.8	12.0
差	1.5	1.8

認知症	65～74	75～
H30	1.7	13.6
R04	1.3	14.3
差	▲ 0.4	0.6

⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折	65～74	75～
H30	0.0	58.8
R04	5.6	42.9
差	5.6	▲ 16.0

認知症	65～74	75～
H30	60.0	74.7
R04	50.0	72.8
差	▲ 10.0	▲ 1.9

図表 37　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			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	25.6	327	343	644	53.1	58.4	33.5	4.1	6.5	7.7	21.6	27.1	22.6
R04	20.3	283	308	603	47.4	51.2	32.1	4.5	7.3	11.0	23.2	21.8	26.0

図表 38　健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 （）：うち未治療・治療中断者の人数									HbA1c7.0以上 ※後期高齢者は8.0以上 （）：うち未治療・治療中断者の人数									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	7	4.7	(5)	8	4.7	(4)	19	8.1	(3)	1	0.7	(0)	9	5.3	(3)	1	0.4	(0)	0	--	2	1.2	3	1.3	0	--	2	1.2	2	0.9
R04	2	1.8	(1)	7	5.6	(3)	6	2.7	(1)	6	5.4	(0)	1	0.8	(0)	0	--	(0)	0	--	2	1.6	5	2.3	0	--	2	1.6	9	4.1

図表 39　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-
H30	83.3	91.7	95.7	23.2	58.9	82.9	76.5	85.4	86.1	26.5	42.7	27.7	14.7	31.5	23.0	21.2	40.1	60.7	38.9	44.7	70.6
R04	85.8	93.6	91.6	23.0	62.4	78.4	70.8	81.4	90.3	26.2	41.2	30.1	12.3	29.9	26.9	26.1	48.1	62.7	35.3	52.5	71.7

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 40　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(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	2.4	6.6	25.5	1.7	6.6	14.2	2.4	9.9	31.6	3.1	7.9	12.4	0.0	15.0	41.2	0.0	0.0	35.8	0.0	6.7	44.5	0.0	4.2	37.3
R04	1.8	10.9	21.1	2.8	6.4	10.9	3.5	14.1	28.9	2.5	11.3	14.6	40.0	8.8	35.3	0.0	5.0	21.4	0.0	6.8	34.9	0.0	0.0	25.5

図表 41　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢によるその他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	69.2	79.4	60.0	81.3	4.3	10.2	1.7	13.6	0.0	58.8	60.0	74.7
R04	77.8	87.0	75.0	80.4	5.8	12.0	1.3	14.3	5.6	42.9	50.0	72.8

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）健康課題の明確化と優先順位付け

これまでに整理した内容を踏まえると、中長期目標の疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全）をいかに予防するかということが重要になってきます。特に、今回これらの疾患を発症した国保の方の多くが、健診を受けられていなかったという状況がありました。このことを受け、特定健診の受診率向上・未受診者対策をより積極的に行っていく必要があります。受診率の向上により、多くの方に健診を受けてもらったうえで、その健診結果に基づき、質の高い保健指導や受診勧奨等を継続して実施していくことが脳血管疾患や虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにも繋がります。若い世代からの生活習慣病予防対策は、高齢期における生活の質の向上や医療費の適正化にも寄与してくるため、高齢期を見据えた保健事業の実施、また高齢期を迎えた後も切れ間なく保健事業を展開していくよう努めます。

具体的な取組み内容・方法等については、第 3 章及び第 4 章に記載します。

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います。計画立案から事業の実施、評価・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ておきます。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 42）を定め、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

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。

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。

目標を達成するために、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います。また、糖尿病やメタボリックシンドローム等について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、治療中の方についても必要に応じて医療機関と連携のうえ、栄養指導等の保健指導を実施します。具体的には、日本人食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた受診勧奨・保健指導等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となります。この目標値については、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載をします。

(2)管理目標の設定

図表 42　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		目標	アウトカム指標	初期値		計画開始		中間評価		最終評価	把握方法
				R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10 目標値	
データヘルス計画	中長期目標	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の抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.76%						1.5%未満	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	3.11%						1.5%未満	
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者	0人						0人	
	短期目標	特定健診、特定保健指導実施率向上により、重症化予防対象者を減らす	★特定健診受診率	49.4%						60%	法定報告値
			★特定保健指導実施率	72.7%						80%	
			★特定保健指導における特定保健指導対象者の減少率（※）	15.2%						20%	
		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、メタボ、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の対象者を減らす	メタボ該当者・予備群の割合（H20比減少率）	-4.55%						25%	小谷村健康増進計画（まめってぇおたり21）
			血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合	4.20%						5.00%	
			LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ160mg/dl以上の者の割合	9.50%						5.00%	
			HbA1c6.5%以上の者の割合	8.50%						8.00%	
			★HbA1c8.0%以上の者の割合	0.40%						0.50%	
保険者努力支援制度		後発医薬品の使用により、医療費の伸びを抑制	後発医薬品の使用割合	85.90%						80%以上	厚生労働省公表結果（9月診療分）

※：昨年度の特定保健指導の利用者のうち、今年度の特定保健指導の対象者ではなくなった者の割合

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策定することが求められています。

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を 1 期としていましたが、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 43　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	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	56 %	57 %	58 %	59 %	60 %	60 %
特定保健指導実施率	76 %	77 %	78 %	79 %	80 %	80 %

3．対象者の見込み

図表 44　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	530 人	510 人	490 人	470 人	450 人	430 人
	受診者数	297 人	291 人	285 人	278 人	270 人	258 人
特定保健指導	対象者数	40 人	40 人	40 人	40 人	40 人	40 人
	受診者数	30 人	31 人	31 人	32 人	32 人	32 人

４．特定健診の実施

１）実施方法

村の特定健診については、特定健診実施機関に委託し、集団実施を基本とします。その他、人間ドックを受けられた方には、結果の提供を随時お願いします。

また、特定健診結果提出代行業務について、大北医師会に委託します。

２）特定健診委託基準

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

３）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸）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かえられます。（実施基準第 1 条第 4 項）

４）実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

５）医療機関との適切な連携

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

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

６）特定健診未受診者への対策

前年度に特定健診を受けていない者や新たに特定健診の対象になった者等を対象に、保健師等が個別に訪問するなどして受診勧奨を行い、受診率向上を図ります。

７）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長野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通して行います。

図表 45　特定健診実施スケジュール

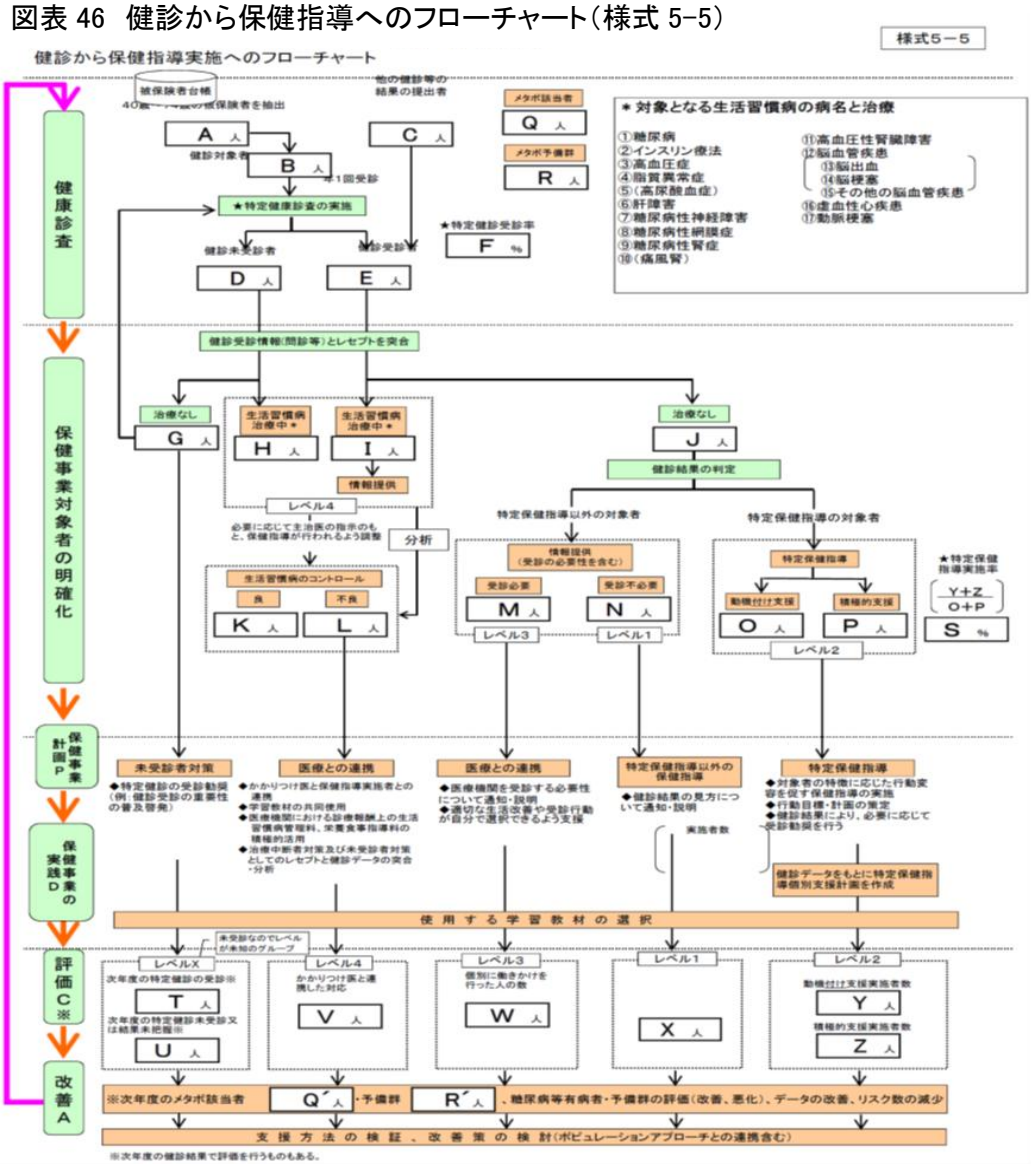
時期	特定健診 （〇実施内容・流れ◇委託事業者）	人間ドック 医療機関で受診	☆健康かるて　★マルチマーカー ◆特定健診データ管理システム
前年度 2月	〇全世帯に特定健診及びがん検診の申し込み書の配布・回収 （村で受ける・人間ドック・医療機関で受診の把握） 【申し込みについて周知】	・人間ドック・医療機関受診による健診結果の提出受付	☆申し込み書発行印刷
当該年度 4月	◇健康づくり事業団と契約 ◇大北医師会との代行提出契約 〇未回答・未提出者へ調査、勧奨 〇未受診者対策の対象者名簿（管理名簿）の作成 作成後、係内打合せの実施	・人間ドック補助金受付 ・医療機関で受ける方へ健診結果代行提出依頼を送付	☆申込入力データ受領 ◆タンキングツールによる契約マスタ登録 ◆受診券番号取得 ★有償サポート契約更新 ☆受診券発行 ◆除外対象者登録
5月	〇村で受けると希望した人に問診票・受診券を配布 【特定健診について周知】 〇未受診者対策対象者へ個別に受診勧奨を実施	【ドック申請受付広報】 【代行提出制度広報】	◆年度内加入者受診券取得
6月～7月	特定健診（集団） 〇結果返却説明会のお知らせ	≪随時≫★◆人間ドック・医療機関代行提出データを登録 （1か月に1回を目途に）	
	◇健診結果データの受領（健診から3～4週間後） 〇特定保健指導対象者の確認 〇特定保健指導以外の保健指導対象者の明確化		☆★◇健診データの取り込み・登録
8月	健診結果返却説明会 〇結果返却説明会へ参加できなかった方へは、役場で保健師・管理栄養士により個別返却・説明。 〇未受診者対策の進捗確認（係内打合せの実施）		
9月	〇健診結果未返却者へ結果郵送 （保健指導対象者へは担当保健師・管理栄養士が個別返却） 〇特定健診未受診者へ10月健診の案内送付		
	≪随時≫保健指導対象者への訪問・指導の実施		◆利用券番号取得 ◆特定保健指導データ登録
10月	特定健診（集団）（予備日）		☆★◇健診データの取り込み・登録
11月	〇健診結果の送付（保健指導対象者は個別返却） ◇来年度の特定健診申込		
12月	〇精密検査結果未提出者へ受診・提出勧奨		
2月	〇次年度特定健診作業開始 （上記2月以降と同作業）	・人間ドック未申請者へ申請勧奨 ・医療機関からの未提供者へ提出勧奨	

5. 特定保健指導の実施

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 46　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



○参考 「第 4 期（2024 年以降）における特定保健指導の変更点」

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をその他目標として設定した。
	（2）特定保健指導の初回面談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。

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

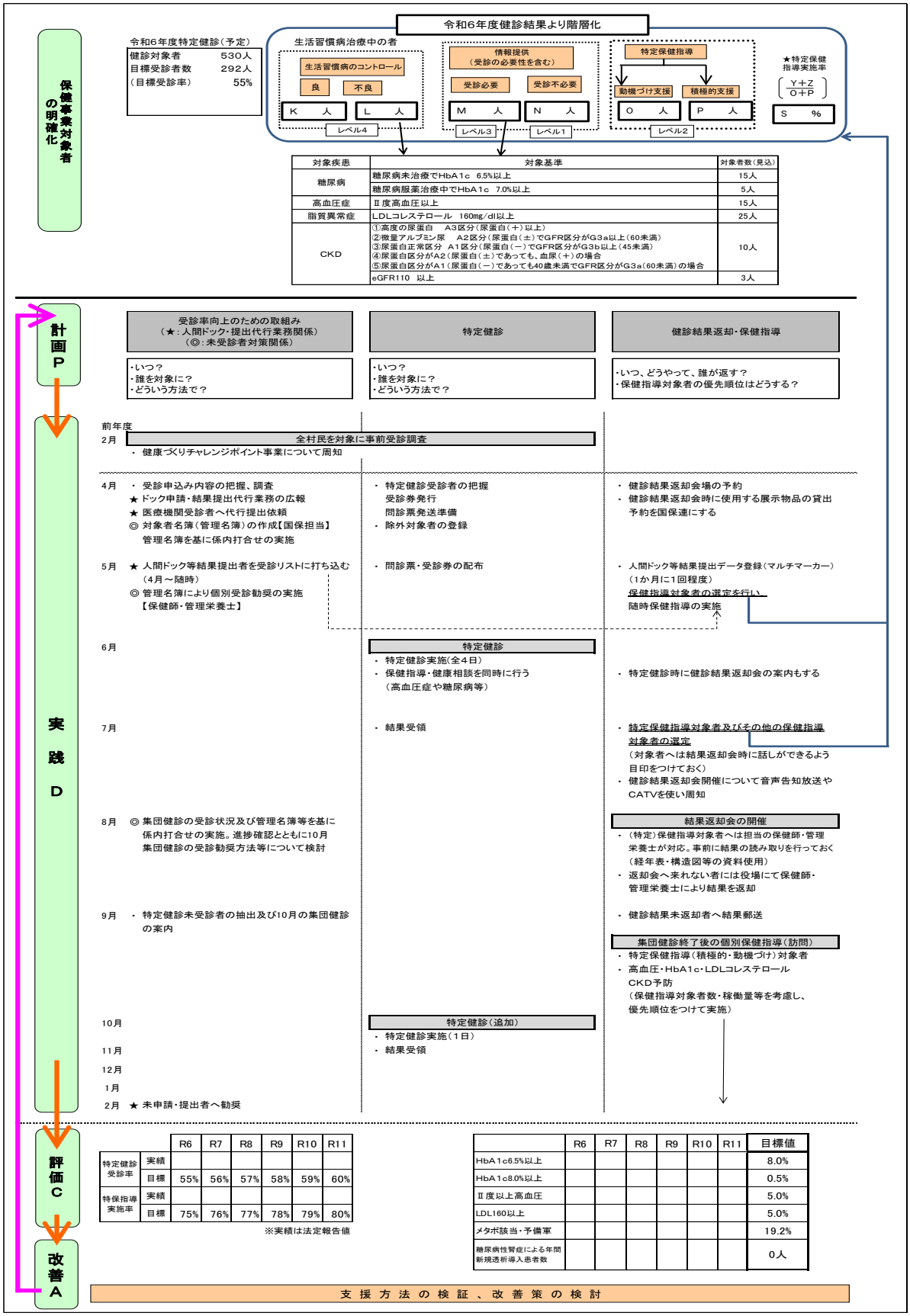
図表 47　要保健指導対象者の見込み

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	40人 （14.3%）	80%
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	45人 （16.1%）	・Ⅱ度高血圧以上 ・HbA1c6.5以上 ・LDL-C160以上 の者については 100%
3	L	情報提供 （医療との連携）	◆コントロール不良者に対して、必要に応じかかりつけ医等と連携のうえ保健指導の実施 ◆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	65人 （23.2%）	・Ⅱ度高血圧以上 ・HbA1c7.0以上 ・LDL-C160以上 の者については 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、人間ドック費用補助制度の説明など）	250人 ※受診率目標（60%） 達成までにあと38人	未受診者対策管理名簿にある者への勧奨実施率は 90%以上
4	N K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	130人 （46.4%）	

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 48　健診・保健指導年間スケジュール



対象疾患	対象基準	対象者数（見込）
糖尿病	糖尿病未治療でHbA1c　6.5%以上	15人
	糖尿病服薬治療中でHbA1c　7.0%以上	5人
高血圧症	Ⅱ度高血圧以上	15人
脂質異常症	LDLコレステロール　160mg/dl以上	25人
CKD	①高度の尿蛋白　A3区分（尿蛋白（＋）以上） ②微量アルブミン尿　A2区分（尿蛋白（±）でGFR区分がG3a以上（60未満） ③尿蛋白正常区分　A1区分（尿蛋白（－）でGFR区分がG3b以上（45未満） ④尿蛋白区分がA2（尿蛋白（±）であっても、血尿（＋）の場合 ⑤尿蛋白区分がA1（尿蛋白（－）であっても40歳未満でGFR区分がG3a（60未満）の場合	10人
	eGFR110　以上	3人

		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率	実績						
	目標	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特保指導実施率	実績						
	目標	75%	76%	77%	78%	79%	80%

※実績は法定報告値

	R6	R7	R8	R9	R10	R11	目標値
HbA1c6.5%以上							8.0%
HbA1c8.0%以上							0.5%
Ⅱ度以上高血圧							5.0%
LDL160以上							5.0%
メタボ該当・予備軍							19.2%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数							0人

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小谷村個人情報保護法施行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等について

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、小谷村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

1．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、高血圧症、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、重症化予防の取組を中心としながらポピュレーションアプローチも同時に実施いく必要があります。

内容としては、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く（ハイリスクアプローチ）ほか、それぞれの保健事業で生活習慣病予防に関して、様々な媒体を活用しながら小谷村の実態を幅広く住民に周知していくなどのポピュレーションアプローチも実施していきます。

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。

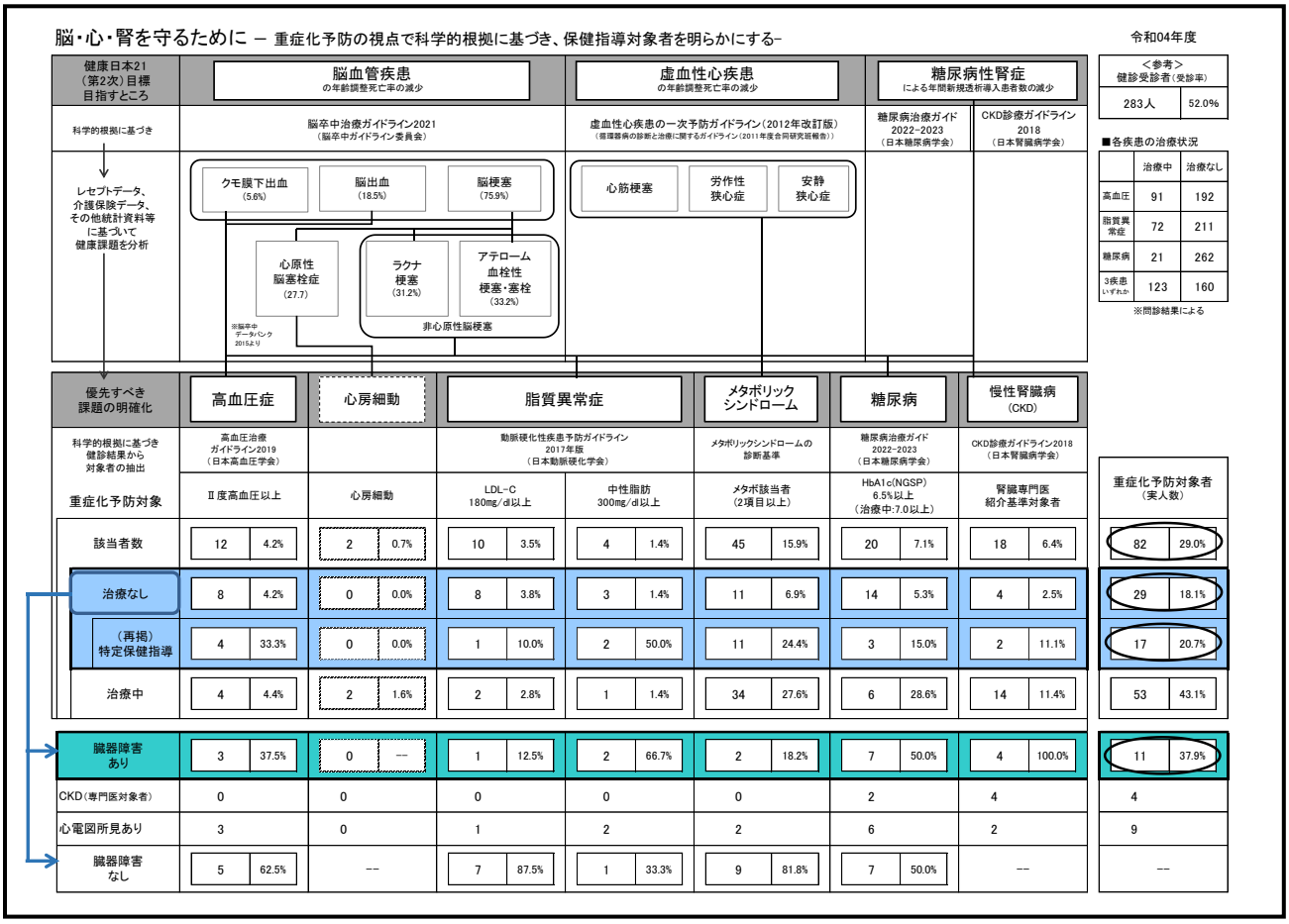
2．個別保健事業の取組み

小谷村の令和 4 年度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、82 人（29.0%）です。そのうち治療なしが 29 人（18.1%）を占め、さらに臓器障害があって直ちに取り組むべき対象者が 11 人いました。また、治療なしの者のうち重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が、29 人中 17 人と割合が高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表 49）

特定保健指導の実施については第 3 章に記載をした通りですが、そのほかに、生活習慣病の重症化予防のために、どのような個別保健事業をどのように実施するのかは 47 ページ以降の「個別保健事業シート」に記します。

なお、この「個別保健事業シート」を活用した事業の進捗管理については、前年度実績を記入し、数値目標の達成・未達成を確認のうえ、未達成の場合には事業内容の見直しや実施体制の見直しを図り、数値目標が達成されるよう努めていきます。

図表 49　脳・心・腎を守るために



出典：ヘルサポートラボツール

3. 個別保健事業シート

1）糖尿病性腎症重症化予防

〇保健事業の内容

事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業
目的	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、糖尿病が重症化するリスクのある者に対し、かかりつけ医等と連携のもと受診勧奨や保健指導を実施し、糖尿病性腎症及び透析にかかる医療費の抑制を図る。
実施内容 （プロセスなど）	〇糖尿病管理台帳を活用した受診勧奨・保健指導等の実施 過去5年間の健診結果から1度でもHbA1cが6.5%を超えた者を抽出しリスト化(糖尿病管理台帳)。長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、レセプト等により受診状況等も確認のうえ必要な者に受診勧奨・保健指導等を実施する。 〇尿中アルブミン検査の実施 糖尿病性腎症早期発見のために有効な当該検査を、前年度の健診結果からHbA1c6.5%以上だった者及び、当該年度の結果から HbA1c6.5%以上かつ糖尿病未治療者で尿たんぱく（-）だった者に実施する。検査結果については、他の健診結果と一緒に担当保健師・管理栄養士が説明する。
実施体制等 （ストラクチャー）	・実施主体：直営 業務担当保健師が糖尿病管理台帳を作成し、担当（保健師・管理栄養士）を割振りした後、それぞれの担当者が個別に受診勧奨・保健指導等を実施する。 受診勧奨・保健指導等の実施が担当者任せにならないように、毎月の保健師と管理栄養士との打合せで台帳に基づき介入状況の進捗管理を行う。 ・医療との連携：「糖尿病連携手帳」や「健康診査精密検査結果通知書」等を活用しながらかかりつけ医等と連携を図る。 ・高齢者福祉部門との連携：高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業を行っていくなかで、地域包括支援センターと連携する。

〇目標の設定

健康課題又は評価指標	目標区分等			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
	短期/中長期	ｱｳﾄｶﾑ/ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	目標値							
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	中長期	ｱｳﾄｶﾑ	0人	0人						
				達成						
HbA1c6.5%以上の者の割合	短期	ｱｳﾄｶﾑ	8.0%	8.5%						
				未達成						
HbA1c8.0%以上の者の割合	短期	ｱｳﾄｶﾑ	0.5%	0.4%						
				達成						
糖尿病管理台帳から必要な者への介入率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	80%以上	73.1%						
				未達成						
未治療者や治療中断者の受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	75%以上	81.3%						
				達成						

○事業内容の見直し

年度	事業内容の見直し	実施体制の見直し
R6		
R7		
R8		
R9		
R10		

2）虚血性心疾患重症化予防

○保健事業の内容

事業名	虚血性心疾患重症化予防
目的	特定健診の結果から虚血性心疾患発症リスクのある者に対し、受診勧奨・保健指導等を実施し、当該疾患の発症予防を図る。
実施内容 （プロセスなど）	○保健指導台帳を活用した受診勧奨・保健指導等の取組み 健診受診者から特定保健指導該当者及び生活習慣病ハイリスク者（Ⅱ度高血圧以上の者、LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者、<u>血圧に基づいた脳心血管リスク層別化におけるリスク 3 層の者のうち血圧未治療者（詳細図表 50。第 3 期から新たに対象者とする）</u>を抽出しリスト化（保健指導台帳）。対象者へ保健師・管理栄養士が受診勧奨・保健指導等を実施。 ○その他重症化予防に向けた取組み ・広報おたり等の媒体を活用した健康情報（まめまめ知識）の発信（ポピュレーションアプローチ） ・集団健診における心電図検査の無料実施 ・尿中塩分推定摂取量検査の実施　　など
実施体制等 （ストラクチャー）	・実施主体：直営 業務担当保健師が保健指導台帳を作成し、担当（保健師・管理栄養士）を割振りした後、それぞれの担当者が個別に受診勧奨・保健指導等を実施する。 受診勧奨・保健指導等の実施が担当者任せにならないように、毎月の保健師と管理栄養士との打合せで台帳に基づき介入状況の進捗管理を行う。 ・医療との連携：「血圧手帳」や「健康診査精密検査結果通知書」等を活用しながらかかりつけ医等と連携を図る。 ・高齢者福祉部門との連携：高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業を行っていくなかで、地域包括支援センターと連携する。

図表 50　血圧に基づいた脳心血管リスク層別化　（令和 4 年度　小谷村データ）

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
リスク層（血圧以外のリスク因子）	67	34	25	7	1
		50.7%	37.3%	10.4%	1.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	4	C 3	B 1	B 0	A 0
	6.0%	8.8%	4.0%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	40	C 20	B 16	A 3	A 1
	59.7%	58.8%	64.0%	42.9%	100.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	23	B 11	A 8	A 4	A 0
	34.3%	32.4%	32.0%	57.1%	0.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	16
		23.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	28
		41.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	23
		34.3%

新たに対象とする者

既に受診勧奨の対象としている者

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

○目標の設定

健康課題又は評価指標				目標区分等			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
				短期/中長期	ｱｳﾄｶﾑ/ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	目標値							
虚血性心疾患の総医療費に占める割合				中長期	ｱｳﾄｶﾑ	1.5%未満	2.76%						
							未達成						
メタボ該当者・予備群の割合の減少率（H20比）				短期	ｱｳﾄｶﾑ	20%以上	-4.55%						
							未達成						
Ⅱ度高血圧以上の者の割合				短期	ｱｳﾄｶﾑ	5.0%	4.2%						
							達成						
LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ160mg/dl以上の者の割合				短期	ｱｳﾄｶﾑ	5.0%	9.5%						
							未達成						
高血圧対象者	受診勧奨	Ⅱ度以上	実施率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	100.0%						
							達成						
			受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	60%以上	50.0%						
							未達成						
		Ⅰ度以下	実施率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	未実施						
			受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	60%以上	未実施						
	保健指導実施率			短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	50.0%						
							未達成						
LDL対象者	受診勧奨		実施率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	86.4%						
							未達成						
			受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	60%以上	40.9%						
							未達成						
	保健指導実施率			短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	100.0%						
							達成						

○事業内容の見直し

年度	事業内容の見直し	実施体制の見直し
R6		
R7		
R8		
R9		
R10		

3）脳血管疾患重症化予防

○保健事業の内容

事業名	脳血管疾患重症化予防
目的	特定健診の結果から脳血管疾患発症リスクのある者に対し、受診勧奨・保健指導等を実施し、当該疾患の発症予防を図る。
実施内容 （プロセスなど）	○保健指導台帳を活用した受診勧奨・保健指導等の取組み 健診受診者から特定保健指導該当者及び生活習慣病ハイリスク者（『虚血性心疾患重症化予防』対象者と同様）を抽出しリスト化（保健指導台帳）。対象者へ保健師・管理栄養士が受診勧奨・保健指導等を実施。 ○心原性脳塞栓症予防の取組み 健診における心電図検査から心房細動の所見がみられた者について、管理台帳を作成し、治療状況等を確認・管理する。必要な者へは受診勧奨を実施する。 ○その他重症化予防に向けた取組み ・広報おたり等の媒体を活用した健康情報（まめまめ知識）の発信（ポピュレーションアプローチ） ・集団健診における心電図検査の無料実施 ・尿中塩分推定摂取量検査の実施　　など
実施体制等 （ストラクチャー）	・実施主体：直営 業務担当保健師が保健指導台帳及び心房細動管理簿を作成し、担当（保健師・管理栄養士）を割振りした後、それぞれの担当者が個別に受診勧奨・保健指導等を実施する。 受診勧奨・保健指導等の実施が担当者任せにならないように、毎月の保健師と管理栄養士との打合せで台帳に基づき介入状況の進捗管理を行う。 ・医療との連携：「血圧手帳」や「健康診査精密検査結果通知書」等を活用しながらかかりつけ医等と連携を図る。 ・高齢者福祉部門との連携：高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業を行っていくなかで、地域包括支援センターと連携する。

○目標の設定

健康課題又は評価指標	目標区分等			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
	短期/中長期	ｱｳﾄｶﾑ/ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	目標値							
脳血管疾患の総医療費に占める割合	中長期	ｱｳﾄｶﾑ	1.5%未満	3.11%						
				達成						

※その他、健診の有所見状況等の評価指標は『２.虚血性心疾患重症化予防』と同様

○事業内容の見直し

年度	事業内容の見直し	実施体制の見直し
R6		
R7		
R8		
R9		
R10		

4）高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

〇保健事業の内容

事業名	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施
目的	高齢者の特性を前提に、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施することで、健康寿命の延伸と医療費や介護費の適正化を図る。
実施内容 （プロセスなど）	〇高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） ①重症化予防（高血圧症等の生活習慣病予防）の取組み 健康診査の結果を基に、高血圧者等に対し、保健師、管理栄養士又は理学療法士による保健指導を行う。 ②健康状態不明者に対する取組み KDB システム等により抽出した過去１年間のレセプト情報等を基に、健康状態が不明な高齢者（医療機関・健診とも未受診、かつ、介護サービス未利用の者）に対し、生活支援コーディネーターがアウトリーチ支援等を行い、健康状態や心身機能を把握し、相談・指導を実施する。必要に応じて保健師や管理栄養士、理学療法士が保健指導等を行う。 〇通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ） 介護予防事業として既に実施している「楽々サロン」などの通いの場等を活用し、高血圧症など村の健康課題に対応した健康教育・健康相談を実施する。
実施体制等 （ストラクチャー）	・実施主体：長野県後期高齢者医療広域連合から小谷村が事業を受託して実施する。 ・企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置する。 ・地域を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士・理学療法士等）を配置し、上記個別的支援（ハイリスクアプローチ）及びポピュレーションアプローチを実施する。 ・住民福祉課と地域包括支援センターとの打合せ会議を定期的に開催し（月１回）、当該事業の計画内容、進捗状況等情報の共有を図る。 ・医療等との連携：大北医師会・大北歯科医師会等の関係団体と健康課題や事業内容、実施結果等について情報共有し都度助言を受けるとともに、事業実施中もかかりつけ医やかかりつけ歯科医等と適宜連携を図る。

○目標の設定

健康課題又は評価指標			目標区分等			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
			短期/中長期	ｱｳﾄｶﾑ/ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	目標値							
健診受診率			短期	ｱｳﾄｶﾑ	30%以上	32.1%						
						達成						
Ⅱ度高血圧以上の者の割合			短期	ｱｳﾄｶﾑ	5.0%	3.50%						
						達成						
心房細動未治療者の割合			短期	ｱｳﾄｶﾑ	0.5%	0.43%						
						達成						
HbA1c8.0%以上の者のうち未治療者の割合			短期	ｱｳﾄｶﾑ	0.5%	0.0%						
						達成						
高血圧対象者	受診勧奨	実施率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	100.0%						
						達成						
		受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	60%以上	50.0%						
						未達成						
	保健指導実施率		短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	100.0%						
						達成						
心房細動対象者	受診勧奨	実施率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	100.0%						
						達成						
		受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	60%以上	0.0%						
						未達成						
糖尿病対象者	受診勧奨	実施率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	未実施						
		受診率	短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	60%以上	未実施						
健康状態不明者への介入率			短期	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ	90%以上	100.0%						
						達成						

※対象は全て75歳以上の後期高齢者

○事業内容の見直し

年度	事業内容の見直し	実施体制の見直し
R6		
R7		
R8		
R9		
R10		

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

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

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・管理栄養士等が随時行います。

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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌等を通じた周知を行います。

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小谷村の位置

参考資料２　特定健診・特定保健指導実施結果総括表

参考資料３　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料４　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料５　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６　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７　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８　HbA1c の年次比較

参考資料９　血圧の年次比較

参考資料 10　LDL-C の年次比較

参考資料 11　令和5年度　保険者努力支援制度（市町村分）分析資料

参考資料 12　様式 5－1　各指標の集計要件

参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた小谷村の位置

【国保版】 様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた小谷村の位置

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			2,647		727,328		2,008,244		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）		1,014	38.3	301,058	41.4	646,942	32.2	35,335,805	28.7	
				75歳以上		569	21.5	--	--	352,073	17.5	18,248,742	14.8	
				65～74歳		445	16.8	--	--	294,869	14.7	17,087,063	13.9	
				40～64歳		896	33.8	--	--	669,192	33.3	41,545,893	33.7	
				39歳以下		737	27.8	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業			10.6		22.3		9.3		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			21.4		20.6		29.2		25.0		
			第3次産業			68.0		57.2		61.6		71.0		
	③	平均寿命	男性			82.1		80.5		81.8		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性			87.6		87.0		87.7		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性			79.0		79.3		81.1		80.1		
			女性			87.3		84.2		85.2		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		男性	86.7		101.6		90.5		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
					女性	94.7		99.9		93.8		100		
			死因	がん		12	52.2	3,423	47.4	6,380	47.9	378,272	50.6	
				心臓病		3	13.0	2,064	28.6	3,679	27.6	205,485	27.5	
				脳疾患		5	21.7	1,188	16.4	2,307	17.3	102,900	13.8	
				糖尿病		1	4.3	138	1.9	238	1.8	13,896	1.9	
				腎不全		0	0.0	267	3.7	375	2.8	26,946	3.6	
				自殺		2	8.7	146	2.0	352	2.6	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計			0	0.0		—		7.0		9.2	厚労省HP 人口動態調査
				男性		0	0.0		—		9.2		11.9	
				女性		0	0.0		—		4.9		6.4	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）			151	16.0	59,331	19.9	113,468	17.7	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		1	0.2	933	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3	
				介護度別総件数	要支援1.2	342	8.7	162,745	13.5	412,294	13.8	21,785,044	12.9	
					要介護1.2	2,359	60.2	568,999	47.1	1,367,247	45.8	78,107,378	46.3	
					要介護3以上	1,220	31.1	476,421	39.4	1,208,489	40.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者			2	0.22	856	0.38	1,856	0.28	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病			23	14.0	13,461	21.6	26,401	22.3	1,712,613	24.3	
			高血圧症			67	43.8	33,454	54.3	65,433	55.6	3,744,672	53.3	
			脂質異常症			43	24.2	18,421	29.6	36,610	30.6	2,308,216	32.6	
			心臓病			78	50.7	37,325	60.8	74,350	63.3	4,224,628	60.3	
			脳疾患			28	19.0	13,424	22.1	29,320	25.4	1,568,292	22.6	
			がん			17	13.0	6,308	10.3	14,272	11.9	837,410	11.8	
			筋・骨格			63	44.7	33,542	54.6	65,213	55.5	3,748,372	53.4	
			精神			55	35.0	22,904	37.4	44,457	37.9	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費			289,937	293,996,102	323,222	97,308,660,154	288,366	186,555,887,417	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）			74,980		80,543		62,434		59,662		
				居宅サービス		33,147		42,864		40,752		41,272		
				施設サービス		279,806		288,059		287,007		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		認定あり	11,427		9,108		8,534		8,610		
					認定なし	4,453		4,544		3,975		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数			883		195,140		443,378		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		308	34.9			200,162	45.1	11,129,271	40.5	
				40～64歳		283	32.0			142,060	32.0	9,088,015	33.1	
				39歳以下		292	33.1			101,156	22.8	7,271,596	26.5	
			加入率			33.4		27.1		22.1		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数			0	0.0	54	0.3	126	0.3	8,237	0.3	
			診療所数			2	2.3	703	3.6	1,564	3.5	102,599	3.7	
			病床数			0	0.0	4,267	21.9	23,133	52.2	1,507,471	54.8	
			医師数			1	1.1	641	3.3	5,217	11.8	339,611	12.4	
			外来患者数			521.9		653.6		691.5		687.8		
			入院患者数			16.7		22.9		17.6		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費			255,187	県内73位 同規模258位	367,527		339,076		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			538.537		676.49		709.111		705.439		
			外来	費用の割合		58.6		55.1		61.1		60.4		
				件数の割合		96.9		96.6		97.5		97.5		
			入院	費用の割合		41.4		44.9		38.9		39.6		
				件数の割合		3.1		3.4		2.5		2.5		
			1件あたり在院日数			10.5日		16.2日		15.6日		15.7日		

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	
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		46,244,850	37.4	32.8		30.8		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）		4,511,280	3.6	6.1		8.1		8.2		
			糖尿病		13,150,080	10.6	11.2		10.7		10.4		
			高血圧症		6,913,710	5.6	6.5		6.1		5.9		
			脂質異常症		4,945,740	4.0	3.4		4.0		4.1		
			脳梗塞・脳出血		7,008,350	5.7	4.0		4.0		3.9		
			狭心症・心筋梗塞		6,212,750	5.0	2.8		2.3		2.8		
			精神		12,077,620	9.8	14.6		15.8		14.7		
			筋・骨格		18,476,660	14.9	17.4		17.2		16.7		
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	63	0.1	363	0.2	296	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析（中分類）
				糖尿病	1,416	1.3	1,389	0.8	1,102	0.8	1,144	0.9	
				脂質異常症	52	0.0	76	0.0	72	0.1	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	7,415	7.0	6,827	4.1	6,367	4.8	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	6,043	5.7	4,500	2.7	3,421	2.6	3,942	2.9	
				腎不全	240	0.2	4,305	2.6	3,574	2.7	4,051	3.0	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	7,767	5.2	12,436	6.1	10,819	5.2	10,143	4.9	
				糖尿病	13,730	9.2	21,206	10.5	18,772	9.1	17,720	8.6	
				脂質異常症	5,543	3.7	6,646	3.3	7,200	3.5	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	522	0.3	934	0.5	847	0.4	825	0.4	
				虚血性心疾患	1,050	0.7	1,857	0.9	1,629	0.8	1,722	0.8	
				腎不全	5,374	3.6	14,043	6.9	16,616	8.0	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	1,815		2,915		2,630		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
				健診未受診者	12,170		13,340		12,517		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	6,612		8,820		7,685		6,142		
				健診未受診者	44,328		40,357		36,574		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		133	49.4	38,184	58.4	78,681	54.3	3,907,895	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率		110	40.9	34,065	52.1	70,823	48.9	3,567,258	52.0	
			医療機関非受診率		23	8.6	4,119	6.3	7,858	5.4	340,637	5.0	
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 79市町村 同規模市区町村数 274市町村	健診受診者		269		65,430		144,872		6,860,354		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		受診率		49.4	県内42位 同規模144位	47.4		46.6	全国2位	37.5		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		0	0.0	2518	30.8	5,483	35.0	163,209	20.1	
	④		非肥満高血糖		23	8.6	6,283	9.6	12,846	8.9	619,558	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	42	15.6	14,564	22.3	27,349	18.9	1,391,901	20.3	
				男性	29	20.3	10,222	32.4	19,526	29.1	972,647	32.0	
				女性	13	10.3	4,342	12.8	7,823	10.1	419,254	11.0	
	⑥			予備群	30	11.2	8,098	12.4	15,339	10.6	771,076	11.2	
				男性	27	18.9	5,771	18.3	11,226	16.7	544,159	17.9	
				女性	3	2.4	2,327	6.9	4,113	5.3	226,917	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	83	30.9	25,050	38.3	47,678	32.9	2,397,978	35.0	
	⑧			腹囲 男性	60	42.0	17,624	55.9	34,373	51.2	1,679,742	55.3	
	⑨			腹囲 女性	23	18.3	7,426	21.9	13,305	17.1	718,236	18.8	
	⑩			BMI 総数	14	5.2	3,930	6.0	6,536	4.5	322,312	4.7	
	⑪			BMI 男性	3	2.1	741	2.4	1149	1.7	51,704	1.7	
	⑫			BMI 女性	11	8.7	3,189	9.4	5,387	6.9	270,608	7.1	
	⑬			血糖のみ	2	0.7	445	0.7	876	0.6	43,873	0.6	
	⑭			血圧のみ	19	7.1	5,927	9.1	10,181	7.0	543,403	7.9	
	⑮			脂質のみ	9	3.3	1,726	2.6	4,282	3.0	183,800	2.7	
	⑯			血糖・血圧	5	1.9	2,399	3.7	3,743	2.6	204,574	3.0	
	⑰			血糖・脂質	7	2.6	724	1.1	1,497	1.0	70,790	1.0	
	⑱			血圧・脂質	21	7.8	6,529	10.0	13,412	9.3	663,671	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質	9	3.3	4,912	7.5	8,697	6.0	452,866	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	87	32.3	25,734	39.4	50,553	34.9	2,442,287	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	21	7.8	7,082	10.8	12,605	8.7	593,480	8.7	
				脂質異常症	70	26.0	18,061	27.6	40,753	28.1	1,911,140	27.9	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	8	3.0	2,133	3.3	4,313	3.1	208,342	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	10	3.7	3,811	6.0	7,481	5.5	367,173	5.5	
				腎不全	1	0.4	607	0.9	1,001	0.7	54,164	0.8	
				貧血	32	11.9	5,626	8.8	12,731	9.3	705,668	10.7	
6	③	生活習慣の状況	喫煙		37	13.8	10,750	16.4	18,884	13.0	946,556	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く		21	7.8	5,809	9.5	10,465	8.1	647,897	10.4	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）		41	15.2	10,536	17.1	19,701	15.3	983,592	15.8	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		41	15.2	10,536	17.1	19,701	15.3	983,592	15.8	
	⑦		食べる速度が速い		61	22.7	17,173	27.9	32,060	24.9	1,669,600	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		85	31.6	22,646	36.7	41,406	32.0	2,188,158	35.0	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		175	65.1	41,987	67.6	83,863	64.9	3,771,643	60.4	
	⑩		1日1時間以上運動なし		97	36.1	29,604	47.8	58,436	45.2	3,000,422	48.0	
	⑪		睡眠不足		65	24.3	15,011	24.4	31,938	24.8	1,597,721	25.6	
	⑫		毎日飲酒		80	29.7	16,575	26.4	34,736	25.4	1,669,112	25.5	
	⑬		時々飲酒		71	26.4	14,416	23.0	32,582	23.8	1,473,066	22.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	85	53.8	22,403	54.9	41,105	54.5	2,993,843	64.1	
				1～2合	57	36.1	11,479	28.1	23,376	31.0	1,108,857	23.7	
				2～3合	15	9.5	5,164	12.7	8,545	11.3	437,744	9.4	
				3合以上	1	0.6	1,757	4.3	2,385	3.2	129,912	2.8	

参考資料2 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 （令和４年度）

特定健診・特定保健指導実施結果総括表 （令和4年度）

TKCA012

保険者番号	保険者名
00200873	小谷村

令和5年10月14日 作成

男性

No	項目		40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	40～ 64歳	65～ 74歳	計
1	全体的事項	特定健康診査対象者数（人）	31	29	23	28	34	47	109	145	156	301
2		特定健康診査受診者数（人）	12	12	11	12	16	23	57	63	80	143
3		健診受診率（%）	38.7	41.4	47.8	42.9	47.1	48.9	52.3	43.4	51.3	47.5
4		評価対象者数（人）	12	12	11	12	16	23	57	63	80	143
5	内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数（人）	1	2	0	1	4	5	16	8	21	29
6		内臓脂肪症候群該当者割合（%）	8.3	16.7	0.0	8.3	25.0	21.7	28.1	12.7	26.3	20.3
7		内臓脂肪症候群予備群者数（人）	3	0	3	3	2	7	9	11	16	27
8		内臓脂肪症候群予備群者割合（%）	25.0	0.0	27.3	25.0	12.5	30.4	15.8	17.5	20.0	18.9
9	服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	1	0	1	3	7	12	34	12	46	58
10		高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	8.3	0.0	9.1	25.0	43.8	52.2	59.6	19.0	57.5	40.6
11		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	1	0	1	0	5	6	21	7	27	34
12		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	8.3	0.0	9.1	0.0	31.3	26.1	36.8	11.1	33.8	23.8
13		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	0	0	0	0	1	0	11	1	11	12
14		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	0.0	19.3	1.6	13.8	8.4
15	内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数（人）	1	3	1	1	0	3	21	6	24	30
16		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数（人）	0	0	1	0	0	0	3	1	3	4
17		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合（%）	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	14.3	16.7	12.5	13.3
18		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数（人）	0	0	0	0	0	1	2	0	3	3
19		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	9.5	0.0	12.5	10.0
20		内臓脂肪症候群該当者の減少率（%）	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	33.3	23.8	16.7	25.0	23.3
21	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数（人）	3	0	2	1	3	8	5	9	13	22
22		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数（人）	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2
23		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	11.1	7.7	9.1
24	保健指導対象者の減少率に関する事項	昨年度の特定保健指導の対象者数（人）	4	3	3	2	1	5	5	13	10	23
25		24のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
26		特定保健指導対象者の減少率（%）	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	4.3
27		昨年度の特定保健指導の利用者数（人）	2	2	2	1	1	5	4	8	9	17
28		27のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
29		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	0.0	5.9
30	特定保健指導に関する事項	特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者数（人）	1	2	1	1	1	0	0	6	0	6
31		特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者の割合（%）	8.3	16.7	9.1	8.3	6.3	0.0	0.0	9.5	0.0	4.2
32		服薬中のため特定保健指導(積極的支援レベル)の対象者から除外した者の数（人）	1	0	1	1	4	0	0	7	0	7
33		特定保健指導（積極的支援）の利用者数（人）	0	1	1	0	1	0	0	3	0	3
34		特定保健指導（動機付け支援相当）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35		特定保健指導（モデル実施）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36		特定保健指導（積極的支援レベル）の利用者の割合（%）	0.0	50.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0
37		特定保健指導（積極的支援）の終了者数（人）	0	1	1	0	1	0	0	3	0	3
38		特定保健指導（動機付け支援相当）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39		特定保健指導（モデル実施）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40		特定保健指導（積極的支援レベル）の終了者の割合（%）	0.0	50.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0
41		特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者数（人）	2	0	1	1	0	6	5	4	11	15
42		特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者の割合（%）	16.7	0.0	9.1	8.3	0.0	26.1	8.8	6.3	13.8	10.5
43		服薬中のため特定保健指導(動機付け支援レベル）の対象者から除外した者の数（人）	0	0	0	1	1	7	23	2	30	32
44		特定保健指導（動機付け支援）の利用者数（人）	2	0	1	0	0	5	5	3	10	13
45		特定保健指導（動機付け支援レベル）の利用者の割合（%）	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	83.3	100.0	75.0	90.9	86.7
46		特定保健指導（動機付け支援）の終了者数（人）	2	0	1	0	0	5	5	3	10	13
47		特定保健指導（動機付け支援）の終了者の割合（%）	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	83.3	100.0	75.0	90.9	86.7
48		特定保健指導の対象者数（小計）（人）	3	2	2	2	1	6	5	10	11	21
49		特定保健指導の終了者数（小計）（人）	2	1	2	0	1	5	5	6	10	16
50		特定保健指導の終了者（小計）の割合（%）	66.7	50.0	100.0	0.0	100.0	83.3	100.0	60.0	90.9	76.2

特定健診・特定保健指導実施結果総括表 （令和4年度）

TKCA012

保険者番号	保険者名
00200873	小谷村

令和5年10月14日 作成

女性

No	項目		40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	40～ 64歳	65～ 74歳	計
1	全体的事項	特定健康診査対象者数（人）	14	32	18	14	26	54	85	104	139	243
2		特定健康診査受診者数（人）	5	15	9	5	21	30	41	55	71	126
3		健診受診率（%）	35.7	46.9	50.0	35.7	80.8	55.6	48.2	52.9	51.1	51.9
4		評価対象者数（人）	5	15	9	5	21	30	41	55	71	126
5	内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数（人）	0	0	0	1	5	4	3	6	7	13
6		内臓脂肪症候群該当者割合（%）	0.0	0.0	0.0	20.0	23.8	13.3	7.3	10.9	9.9	10.3
7		内臓脂肪症候群予備群者数（人）	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3
8		内臓脂肪症候群予備群者割合（%）	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	3.3	2.4	1.8	2.8	2.4
9	服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	0	3	0	0	5	9	12	8	21	29
10		高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	0.0	20.0	0.0	0.0	23.8	30.0	29.3	14.5	29.6	23.0
11		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	0	1	0	1	8	10	16	10	26	36
12		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	0.0	6.7	0.0	20.0	38.1	33.3	39.0	18.2	36.6	28.6
13		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	0	1	0	0	4	2	2	5	4	9
14		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	0.0	6.7	0.0	0.0	19.0	6.7	4.9	9.1	5.6	7.1
15	内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数（人）	0	0	0	0	4	4	5	4	9	13
16		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
18		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数（人）	0	0	0	0	1	1	2	1	3	4
19		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	40.0	25.0	33.3	30.8
20		内臓脂肪症候群該当者の減少率（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	40.0	25.0	33.3	30.8
21	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数（人）	0	2	1	1	0	1	3	4	4	8
22		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数（人）	0	1	1	1	0	0	1	3	1	4
23		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）	0.0	50.0	100.0	100.0	0.0	0.0	33.3	75.0	25.0	50.0
24	保健指導対象者の減少率に関する事項	昨年度の特定保健指導の対象者数（人）	0	3	1	1	2	3	6	7	9	16
25		24のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）	0	2	0	0	0	1	1	2	2	4
26		特定保健指導対象者の減少率（%）	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	33.3	16.7	28.6	22.2	25.0
27		昨年度の特定保健指導の利用者数（人）	0	3	1	1	2	3	6	7	9	16
28		27のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）	0	2	0	0	0	1	1	2	2	4
29		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	33.3	16.7	28.6	22.2	25.0
30	特定保健指導に関する事項	特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者数（人）	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
31		特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.8
32		服薬中のため特定保健指導(積極的支援レベル)の対象者から除外した者の数（人）	0	0	0	0	5	0	0	5	0	5
33		特定保健指導（積極的支援）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34		特定保健指導（動機付け支援相当）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35		特定保健指導（モデル実施）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36		特定保健指導（積極的支援レベル）の利用者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
37		特定保健指導（積極的支援）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38		特定保健指導（動機付け支援相当）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39		特定保健指導（モデル実施）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40		特定保健指導（積極的支援レベル）の終了者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
41		特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者数（人）	1	1	1	2	0	4	2	5	6	11
42		特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者の割合（%）	20.0	6.7	11.1	40.0	0.0	13.3	4.9	9.1	8.5	8.7
43		服薬中のため特定保健指導(動機付け支援レベル）の対象者から除外した者の数（人）	0	1	0	0	1	3	6	2	9	11
44		特定保健指導（動機付け支援）の利用者数（人）	0	1	1	0	0	4	2	2	6	8
45		特定保健指導（動機付け支援レベル）の利用者の割合（%）	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0	40.0	100.0	72.7
46		特定保健指導（動機付け支援）の終了者数（人）	0	1	1	0	0	4	2	2	6	8
47		特定保健指導（動機付け支援）の終了者の割合（%）	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0	40.0	100.0	72.7
48		特定保健指導の対象者数（小計）（人）	1	1	1	3	0	4	2	6	6	12
49		特定保健指導の終了者数（小計）（人）	0	1	1	0	0	4	2	2	6	8
50		特定保健指導の終了者（小計）の割合（%）	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0	33.3	100.0	66.7

特定健診・特定保健指導実施結果総括表 （令和4年度）

TKCA012

保険者番号	保険者名
00200873	小谷村

令和5年10月14日 作成

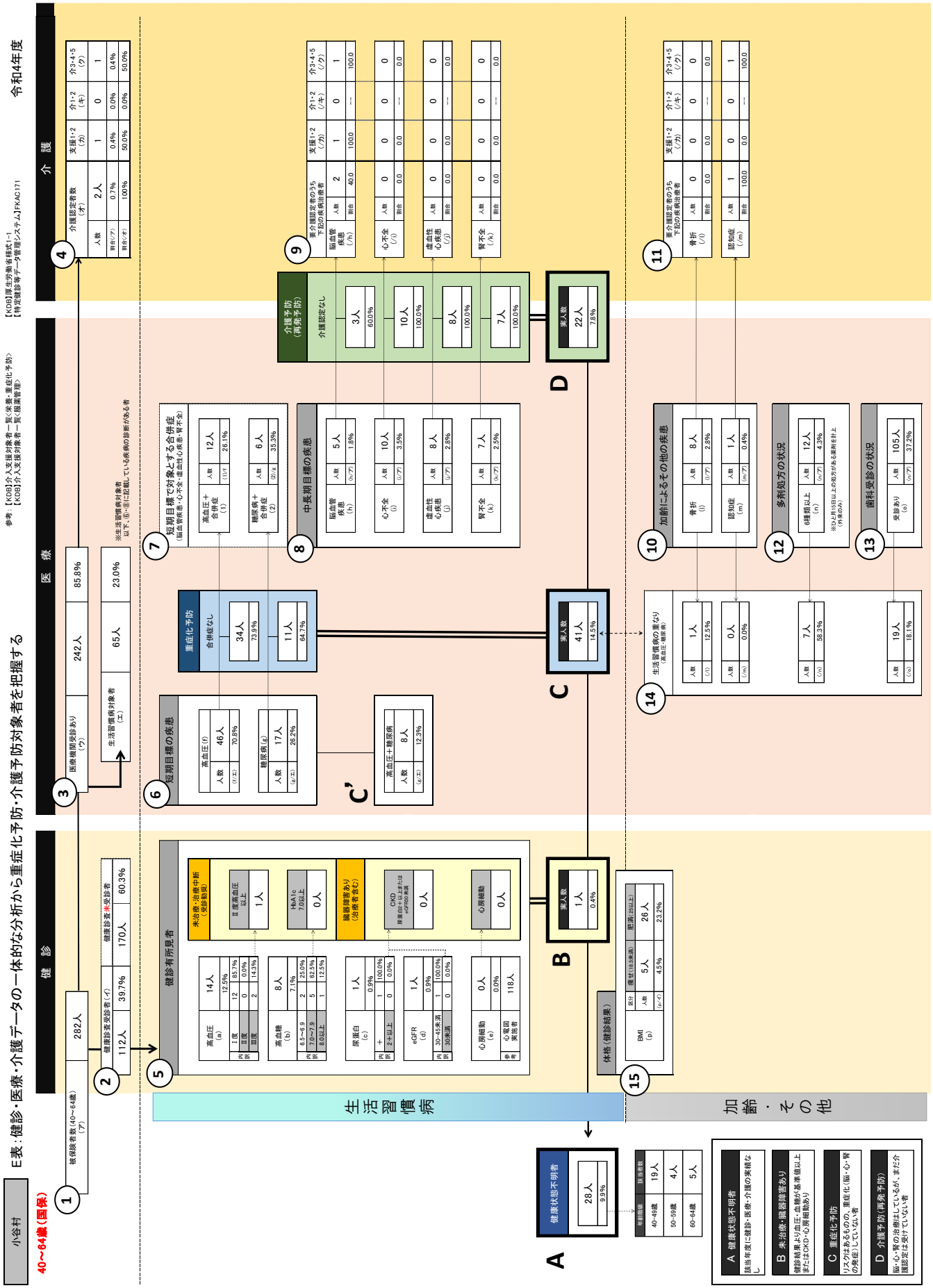
総計

No	項目		40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	40～ 64歳	65～ 74歳	計
1	全体的事項	特定健康診査対象者数（人）	45	61	41	42	60	101	194	249	295	544
2		特定健康診査受診者数（人）	17	27	20	17	37	53	98	118	151	269
3		健診受診率（%）	37.8	44.3	48.8	40.5	61.7	52.5	50.5	47.4	51.2	49.4
4		評価対象者数（人）	17	27	20	17	37	53	98	118	151	269
5	内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数（人）	1	2	0	2	9	9	19	14	28	42
6		内臓脂肪症候群該当者割合（%）	5.9	7.4	0.0	11.8	24.3	17.0	19.4	11.9	18.5	15.6
7		内臓脂肪症候群予備群者数（人）	3	1	3	3	2	8	10	12	18	30
8		内臓脂肪症候群予備群者割合（%）	17.6	3.7	15.0	17.6	5.4	15.1	10.2	10.2	11.9	11.2
9	服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	1	3	1	3	12	21	46	20	67	87
10		高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	5.9	11.1	5.0	17.6	32.4	39.6	46.9	16.9	44.4	32.3
11		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	1	1	1	1	13	16	37	17	53	70
12		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	5.9	3.7	5.0	5.9	35.1	30.2	37.8	14.4	35.1	26.0
13		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数（人）	0	1	0	0	5	2	13	6	15	21
14		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合（%）	0.0	3.7	0.0	0.0	13.5	3.8	13.3	5.1	9.9	7.8
15	内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数（人）	1	3	1	1	4	7	26	10	33	43
16		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数（人）	0	0	1	0	0	0	3	1	3	4
17		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合（%）	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	11.5	10.0	9.1	9.3
18		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数（人）	0	0	0	0	1	2	4	1	6	7
19		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	28.6	15.4	10.0	18.2	16.3
20		内臓脂肪症候群該当者の減少率（%）	0.0	0.0	100.0	0.0	25.0	28.6	26.9	20.0	27.3	25.6
21	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数（人）	3	2	3	2	3	9	8	13	17	30
22		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数（人）	1	1	1	1	0	0	2	4	2	6
23		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）	33.3	50.0	33.3	50.0	0.0	0.0	25.0	30.8	11.8	20.0
24	保健指導対象者の減少率に関する事項	昨年度の特定保健指導の対象者数（人）	4	6	4	3	3	8	11	20	19	39
25		24のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）	1	2	0	0	0	1	1	3	2	5
26		特定保健指導対象者の減少率（%）	25.0	33.3	0.0	0.0	0.0	12.5	9.1	15.0	10.5	12.8
27		昨年度の特定保健指導の利用者数（人）	2	5	3	2	3	8	10	15	18	33
28		27のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）	1	2	0	0	0	1	1	3	2	5
29		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）	50.0	40.0	0.0	0.0	0.0	12.5	10.0	20.0	11.1	15.2
30	特定保健指導に関する事項	特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者数（人）	1	2	1	2	1	0	0	7	0	7
31		特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者の割合（%）	5.9	7.4	5.0	11.8	2.7	0.0	0.0	5.9	0.0	2.6
32		服薬中のため特定保健指導(積極的支援レベル)の対象者から除外した者の数（人）	1	0	1	1	9	0	0	12	0	12
33		特定保健指導（積極的支援）の利用者数（人）	0	1	1	0	1	0	0	3	0	3
34		特定保健指導（動機付け支援相当）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35		特定保健指導（モデル実施）の利用者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36		特定保健指導（積極的支援レベル）の利用者の割合（%）	0.0	50.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	42.9	0.0	42.9
37		特定保健指導（積極的支援）の終了者数（人）	0	1	1	0	1	0	0	3	0	3
38		特定保健指導（動機付け支援相当）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39		特定保健指導（モデル実施）の終了者数（人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40		特定保健指導（積極的支援レベル）の終了者の割合（%）	0.0	50.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	42.9	0.0	42.9
41		特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者数（人）	3	1	2	3	0	10	7	9	17	26
42		特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者の割合（%）	17.6	3.7	10.0	17.6	0.0	18.9	7.1	7.6	11.3	9.7
43		服薬中のため特定保健指導(動機付け支援レベル）の対象者から除外した者の数（人）	0	1	0	1	2	10	29	4	39	43
44		特定保健指導（動機付け支援）の利用者数（人）	2	1	2	0	0	9	7	5	16	21
45		特定保健指導（動機付け支援レベル）の利用者の割合（%）	66.7	100.0	100.0	0.0	0.0	90.0	100.0	55.6	94.1	80.8
46		特定保健指導（動機付け支援）の終了者数（人）	2	1	2	0	0	9	7	5	16	21
47		特定保健指導（動機付け支援）の終了者の割合（%）	66.7	100.0	100.0	0.0	0.0	90.0	100.0	55.6	94.1	80.8
48		特定保健指導の対象者数（小計）（人）	4	3	3	5	1	10	7	16	17	33
49		特定保健指導の終了者数（小計）（人）	2	2	3	0	1	9	7	8	16	24
50		特定保健指導の終了者（小計）の割合（%）	50.0	66.7	100.0	0.0	100.0	90.0	100.0	50.0	94.1	72.7

法定報告 XML 作成時点における実績値を表示　特定健診等データ管理システム

参考資料3　健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳（国保）



小谷村

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

②65～74歳(国保)

65～74歳（国保）

健診

① 被保険者数（65～74歳）（ア）：310人

② 健康診査受診者（イ）：124人 40.0%　健康診査未受診者：186人 60.0%

⑤ 健診有所見者

高血圧（a）	27人	21.8%	
内訳 Ⅰ度	20	74.1%	
内訳 Ⅱ度	7	25.9%	
内訳 Ⅲ度	0	0.0%	
高血糖（b）	11人	8.9%	
内訳 6.5～6.9	10	90.9%	
内訳 7.0～7.9	1	9.1%	
内訳 8.0以上	0	0.0%	
尿蛋白（c）	5人	4.0%	
内訳 ＋	4	80.0%	
内訳 2＋以上	1	20.0%	
eGFR（d）	7人	5.6%	
内訳 30-45未満	6	85.7%	
内訳 30未満	1	14.3%	
心房細動（e）	2人	1.3%	
参考 心電図実施者	153人		

未治療・治療中断（受診勧奨）
- Ⅱ度高血圧以上：3人
- HbA1c 7.0以上：0人

臓器障害あり（治療者含む）
- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満：2人
- 心房細動：2人

B
実人数：7人 2.3%

A 健康状態不明者
13人 4.2%

年齢階級	該当者数
65-69歳	6人
70-74歳	7人

⑮ 体格（健診結果）

BMI（p）	区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
	人数	21人	9人	27人
	(p/イ)	16.9%	7.3%	21.8%

医療

③ 医療機関受診あり（ウ）：290人 93.5%

生活習慣病対象者（エ）：193人 62.3%
※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑦に記載している疾病の診断がある者

⑥ 短期目標の疾患

高血圧（f） 人数	157人
(f/エ)	81.3%
糖尿病（g） 人数	79人
(g/エ)	40.9%

C’

高血圧＋糖尿病 人数	57人
(g/エ)	29.5%

重症化予防
合併症なし
- 81人 51.6%
- 37人 46.8%

⑦ 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1）	人数	76人
	(1)/f	48.4%
糖尿病＋合併症（2）	人数	42人
	(2)/g	53.2%

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h） 人数	34人	
(h/ア)	11.0%	
心不全（i） 人数	44人	
(i/ア)	14.2%	
虚血性心疾患（j） 人数	20人	
(j/ア)	6.5%	
腎不全（k） 人数	35人	
(k/ア)	11.3%	

C
実人数：97人 31.3%

介護

④ 介護認定者数（オ）

		支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数	6人	0	3	3
割合(/ア)	1.9%	0.0%	1.0%	1.0%
割合(/オ)	100%	0.0%	50.0%	50.0%

介護予防（再発予防）
介護認定なし
- 31人 91.2%
- 41人 93.2%
- 19人 95.0%
- 35人 100.0%

D
実人数：93人 30.0%

⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h） 人数	3	0	2	1
割合	8.8	---	66.7	33.3
心不全（/i） 人数	3	0	2	1
割合	6.8	---	66.7	33.3
虚血性心疾患（/j） 人数	1	0	0	1
割合	5.0	---	0.0	33.3
腎不全（/k） 人数	0	0	0	0
割合	0.0	---	0.0	0.0

⑭ 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	14人
(/l)	77.8%
人数	3人
(/m)	75.0%
人数	39人
(/n)	83.0%
人数	89人
(/o)	56.0%

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折（l） 人数	18人	
(l/ア)	5.8%	
認知症（m） 人数	4人	
(m/ア)	1.3%	

⑫ 多剤処方の状況

6種類以上（n） 人数	47人	
(n/ア)	15.2%	

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）

⑬ 歯科受診の状況

受診あり（o） 人数	159人	
(n/ア)	51.3%	

⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l） 人数	1	0	1	0
割合	5.6	---	33.3	0.0
認知症（/m） 人数	2	0	2	0
割合	50.0	---	66.7	0.0

生活習慣病

加齢・その他

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

小谷村

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

③75歳以上（後期）

75歳以上（後期）

何も表示されません。
必要事項を入力してください。

小谷村の概況

1. 高齢化率

●年度	

2. 一人当たり社会保障費（●年度）

制度	円	地域差指数
国保		
後期		
介護		
合計		

3. （参考）特定健診の状況（●年度）

区分	実施率
特定健診	
保健指導	

健診

① 被保険者数（75歳以上）（ア）：644人

② 健診診査受診者（イ）：219人 34.0%
健診診査未受診者：425人 66.0%

⑤ 健診有所見者

高血圧（a）	46人	21.0%	
内訳	Ⅰ度	40	87.0%
	Ⅱ度	4	8.7%
	Ⅲ度	2	4.3%
高血糖（b）	4人	1.8%	
内訳	7.0～7.9	4	100.0%
	8.0以上	0	0.0%
尿蛋白（c）	4人	1.8%	
内訳	＋	3	75.0%
	2＋以上	1	25.0%
eGFR（d）	26人	11.9%	
内訳	30-45未満	22	84.6%
	30未満	4	15.4%
心房細動（e）	9人	4.4%	
参考	心電図実施者	203人	

未治療・治療中断（受診勧奨）
- Ⅱ度高血圧以上：1人
- HbA1c 8.0以上：0人

臓器障害あり（治療者含む）
- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満：5人
- 心房細動：9人

医療

③ 医療機関受診あり（ウ）：590人 91.6%

生活習慣病対象者（エ）：505人 78.4%
※生活習慣病対象者
以下、⑥×⑧に記載している疾病の診断がある者

⑥ 短期目標の疾患

高血圧（f）	人数	456人
	（f/エ）	90.3%
糖尿病（g）	人数	152人
	（g/エ）	30.1%

C’

高血圧＋糖尿病	人数	136人
	（g/エ）	26.9%

年齢階級	該当者数
75-79歳	40人
80-84歳	42人
85歳以上	54人

重症化予防

合併症なし：170人 37.3%
43人 28.3%

⑦ 短期目標で対象とする合併症
（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1）	人数	286人
	（1）/f	62.7%
糖尿病＋合併症（2）	人数	109人
	（2）/g	71.7%

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h）	人数	136人
	（h/ア）	21.1%
心不全（i）	人数	186人
	（i/ア）	28.9%
虚血性心疾患（j）	人数	70人
	（j/ア）	10.9%
腎不全（k）	人数	94人
	（k/ア）	14.6%

介護

④ 介護認定者数（オ）

		支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数	131人	21	71	39
割合（/ア）	20.3%	3.3%	11.0%	6.1%
割合（/オ）	100%	16.0%	54.2%	29.8%

⑨

要介護認定者のうち下記の疾病治療者			支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h）	人数	48	5	29	14
	割合	35.3	23.8	40.8	35.9
心不全（/i）	人数	65	10	32	23
	割合	34.9	47.6	45.1	59.0
虚血性心疾患（/j）	人数	15	2	8	5
	割合	21.4	9.5	11.3	12.8
腎不全（/k）	人数	24	4	14	6
	割合	25.5	19.0	19.7	15.4

介護予防（再発予防）

介護認定なし：88人 64.7%
121人 65.1%
55人 78.6%
70人 74.5%

生活習慣病

A 健康状態不明者：49人 7.6%

年齢階級	該当者数
75歳※1	3人
76-79歳	2人
80-84歳	6人
85歳以上	38人

※1 国保加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

B 実人数：15人 2.3%

C 実人数：179人 27.8%

年齢階級	該当者数	高血圧＋糖尿病
75-79歳	67人	18人
80-84歳	48人	6人
85歳以上	64人	10人

D 実人数：235人 36.5%

年齢階級	該当者数
75-79歳	59人
80-84歳	80人
85歳以上	96人

加齢・その他

⑮ 体格（健診結果）

BMI（p）	区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
	人数	54人	24人	57人
	（p/イ）	24.7%	11.0%	26.0%

⑯ ■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	19人	9.3%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	24人	11.7%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	4人	2.0%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる	74人	36.1%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	20人	9.8%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上している	167人	81.5%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	70人	34.1%
喫煙	煙草を吸うか	7人	3.4%
社会参加	週に1回以上外出する 普段から家族が友人と付き合いがある	43人	21.0%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	8人	3.9%

回答数 205

⑭ 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

年齢階級	該当者数
75-79歳	16人
80-84歳	17人
85歳以上	34人

人数	67人	
（/l）	87.0%	

年齢階級	該当者数
75-79歳	3人
80-84歳	13人
85歳以上	58人

人数	74人	
（/m）	80.4%	
人数	158人	
（/n）	92.9%	
人数	212人	
（/o）	77.4%	

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折（l）	人数	77人
	（l/ア）	12.0%
認知症（m）	人数	92人
	（m/ア）	14.3%

⑪

要介護認定者のうち下記の疾病治療者			支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l）	人数	33	7	18	8
	割合	42.9	33.3	25.4	20.5
認知症（/m）	人数	67	1	39	27
	割合	72.8	4.8	54.9	69.2

⑫ 多剤処方の状況

6種類以上（n）	人数	170人
	（n/ア）	26.4%

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）

⑬ 歯科受診の状況

受診あり（o）	人数	274人
	（n/ア）	42.5%

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

参考資料4　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	突合表	小谷村										同規模保険者（平均）		データ基
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	980人		937人		875人		860人		844人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳		692人		666人		644人		633人		613人				
2	①	特定健診　対象者数	B	624人		595人		581人		553人		544人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②	特定健診　受診者数	C	357人		344人		293人		300人		279人				
	③	特定健診　受診率		57.2%		57.8%		50.4%		54.2%		51.3%				
3	①	特定保健指導　対象者数		44人		43人		41人		41人		33人				
	②	特定保健指導　実施率		70.5%		67.4%		68.3%		82.9%		72.7%				
4	①	健診データ　糖尿病型	E	42人	11.8%	37人	10.8%	31人	10.6%	35人	11.7%	37人	13.3%			特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	24人	57.1%	24人	64.9%	18人	58.1%	19人	54.3%	16人	43.2%			
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	18人	42.9%	13人	35.1%	13人	41.9%	16人	45.7%	21人	56.8%			
	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	9人	50.0%	8人	61.5%	7人	53.8%	6人	37.5%	8人	38.1%			
	⑤	血圧　130/80以上	J	7人	77.8%	5人	62.5%	5人	71.4%	5人	83.3%	3人	37.5%			
	⑥	肥満　BMI25以上	J	4人	44.4%	4人	50.0%	5人	71.4%	3人	50.0%	4人	50.0%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	9人	50.0%	5人	38.5%	6人	46.2%	10人	62.5%	13人	61.9%			
	⑧	第1期　尿蛋白（－）	M	32人	76.2%	34人	91.9%	26人	83.9%	30人	85.7%	29人	78.4%			
	⑨	第2期　尿蛋白（±）	M	6人	14.3%	1人	2.7%	3人	9.7%	2人	5.7%	3人	8.1%			
	⑩	第3期　尿蛋白（＋）以上	M	3人	7.1%	2人	5.4%	2人	6.5%	2人	5.7%	4人	10.8%			
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	2.9%	1人	2.7%			
5	①	レセプト　糖尿病受療率（被保険者千対）		71.4人		75.8人		74.3人		84.9人		67.5人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳（被保険者千対）		98.3人		106.6人		100.9人		115.3人		93.0人				
	③	レセプト件数（40-74歳）（）内は被保険者千対　入院外（件数）		341件	(509.0)	356件	(546.9)	361件	(573.9)	379件	(620.3)	355件	(600.7)	136,930件	(893.2)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	入院（件数）		4件	(6.0)	4件	(6.1)	3件	(4.8)	6件	(9.8)	2件	(3.4)	658件	(4.3)	
	⑤	糖尿病治療中	H	70人	7.1%	71人	7.6%	65人	7.4%	73人	8.5%	57人	6.8%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	（再掲）40-74歳	H	68人	9.8%	71人	10.7%	65人	10.1%	73人	11.5%	57人	9.3%			
	⑦	健診未受診者	I	50人	73.5%	53人	74.6%	52人	80.0%	57人	78.1%	36人	63.2%			
	⑧	インスリン治療	O	7人	10.0%	8人	11.3%	5人	7.7%	8人	11.0%	4人	7.0%			
	⑨	（再掲）40-74歳	O	7人	10.3%	8人	11.3%	5人	7.7%	8人	11.0%	4人	7.0%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	8人	11.4%	11人	15.5%	7人	10.8%	9人	12.3%	8人	14.0%			
	⑪	（再掲）40-74歳	L	8人	11.8%	11人	15.5%	7人	10.8%	9人	12.3%	8人	14.0%			
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑬	（再掲）40-74歳		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑭	新規透析患者数		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		1人	0.9%	1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.0%	0人	0.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費　総医療費		2億0558万円		2億2012万円		1億8827万円		2億2852万円		2億2533万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		1億1974万円		1億2219万円		9705万円		1億2419万円		1億2375万円		1億4021万円		
	③	（総医療費に占める割合）		58.2%		55.5%		51.5%		54.3%		54.9%		53.6%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		8,591円		12,395円		3,909円		13,312円		6,612円		8,820円		
	⑤	健診未受診者		35,839円		31,065円		37,832円		43,213円		44,328円		40,357円		
	⑥	糖尿病医療費		1079万円		1223万円		1092万円		1518万円		1315万円		1572万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		9.0%		10.0%		11.3%		12.2%		10.6%		11.2%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		2414万円		2343万円		2252万円		2991万円		2456万円				
	⑨	1件あたり		25,576円		25,033円		24,831円		32,828円		28,266円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		1537万円		2415万円		2106万円		3888万円		1575万円				
	⑪	1件あたり		548,914円		619,130円		877,555円		948,218円		715,803円				
	⑫	在院日数		12日		13日		12日		14日		13日				
	⑬	慢性腎不全医療費		493万円		510万円		477万円		531万円		482万円		957万円		
	⑭	透析有り		480万円		489万円		465万円		526万円		451万円		862万円		
	⑮	透析なし		13万円		20万円		12万円		5万円		31万円		96万円		
7	①	介護　介護給付費		3億3854万円		3億4921万円		3億3818万円		3億0712万円		2億9400万円		3億5514万円		
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		1件	100.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡　糖尿病（死因別死亡数）		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	2.7%	0人	0.0%	1人	2.2%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

令和04年度

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（糖尿病）

被保険者

1,008人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	252	25.0
30代	100	9.9
40代	147	14.6
50代	107	10.6
60代	193	19.1
70-74歳	209	20.7

A 再掲 40-74歳：656人

糖尿病治療中

101人（10.0）

患者数(b)	b/a
0	0.0
0	0.0
6	4.1
3	2.8
28	14.5
64	30.6

H：101人　15.4

薬物療法あり

55人（54.5）

患者数(c)	c/b
0	--
0	--
3	50.0
1	33.3
16	57.1
35	54.7

（再掲）インスリン療法

12人（11.9）

患者数(d)	d/b
0	--
0	--
0	0.0
0	0.0
4	14.3
8	12.5

O：55人　54.5　12人　11.9

糖尿病性腎症

14人（13.9）

患者数(e)	e/b
0	--
0	--
1	16.7
0	0.0
6	21.4
7	10.9

L：14人　13.9

人工透析（腹膜灌流含む）

0人（0.00）

患者数(f)	f/b
0	--
0	--
0	0.00
0	0.00
0	0.00
0	0.00

0人　0.00

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	68	23	82
割合	67.3	22.8	81.2

特定健診［40-74歳］

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者：544人

C 特定健診受診者：283人（52.0）

（再掲）65歳以上

人数	割合
155人	54.8

E 糖尿病型：38人（13.4）

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中（問診）

G 治療中（質問票 服薬有）：21人（55.3）

F 未治療（中断含む）：17人（44.7）

I 特定健診未受診者：80人（79.2）…I/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

J コントロール不良（HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上）：8人（38.1）

K コントロール良（HbA1c7.0未満または空腹時血糖130未満）：13人（61.9）

※J・Kに随時血糖のみ実施者は含まない

その他のリスク	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	3（37.5）	4（50.0）	4（50.0）
K	4（30.8）	3（23.1）	5（38.5）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿		正常アルブミン尿（30未満）	--	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白	（－）	30人（78.9）	--	（±） 3人（7.9）	（＋）以上 4人（10.5）	問わない 1人（2.63）	
			8人（21.1）				

N：アルブミン尿 -- 、M：尿蛋白 --

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

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

令和04年度

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（高血圧症）

被保険者: 1,008人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	252	25.0
30代	100	9.9
40代	147	14.6
50代	107	10.6
60代	193	19.1
70-74歳	209	20.7

A 再掲 40-74歳: 656人

高血圧症治療中: 220人 (21.8)

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
2	0.8	2	100.0
0	0.0	0	--
9	6.1	7	77.8
16	15.0	15	93.8
76	39.4	71	93.4
117	56.0	106	90.6

H: 218人 | 33.2 | 199人 | 91.3

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
68	9	52	146
31.2	4.1	23.9	67.0

脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
29人 (13.2)		20人 (9.1)		1人 (0.45)	
患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
0	0.0	0	0.0	0	0.00
0	--	0	--	0	--
0	0.0	1	11.1	0	0.00
1	6.3	0	0.0	0	0.00
5	6.6	5	6.6	0	0.00
23	19.7	14	12.0	1	0.85

O: 29人 | 13.3　P: 20人 | 9.2　Q: 1人 | 0.46

特定健診
[40-74歳]

I 特定健診未受診者: 127人 (H-G') / 58.3 (I/H)

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（高血圧）」で対象者の把握が可能

血圧値がわからない（データがない）ため、コントロール状況がわからない。
→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者: 544人

C 特定健診受診者: 283人 (52.0)

E 高血圧 140/90以上: 57人 (20.1)

※ 上記「E：高血圧」に内服治療中の140/90未満は含まない。

高血圧治療中（質問票 服薬有）: 91人 (32.2) …G'

G 合計（Ⅰ度以上）: 24人 (42.1 (G/E), 11.0 (G/H))

分類	人数	割合
Ⅰ度	20人	83.3
Ⅱ度	3人	12.5
Ⅲ度	1人	4.2

33人 (57.9 (F/E))

分類	人数	割合
Ⅰ度	25人	75.8
Ⅱ度	7人	21.2
Ⅲ度	1人	3.0

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

血圧分類	肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL120以上 HDL40未満 TGI50以上
Ⅰ度	8 (40.0%)	6 (30.0%)	3 (15.0%)	12 (60.0%)
Ⅱ度	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	3 (100.0%)
Ⅲ度	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Ⅰ度	9 (36.0%)	1 (4.0%)	4 (16.0%)	17 (68.0%)
Ⅱ度	3 (42.9%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)
Ⅲ度	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)

臓器障害

	眼底検査有所見者	心電図結果有所見者	尿たんぱく（＋以上）
詳細健診実施者(J)	97人	281人	
(J/C)	34.3	99.3	
検査実施者(K)	20人	24人	23人
実施率(K/G)	83.3	100.0	95.8
有所見者(L)	10人	14人	2人
有所見率(L/G)	41.7	58.3	8.3
検査実施者(M)	32人	33人	33人
実施率(M/F)	97.0	100.0	100.0
有所見者(N)	18人	12人	0人
有所見率(M/F)	54.5	36.4	0.0

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

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

令和04年度

軽 症 → 重 症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（脂質異常症）

被保険者

1,008人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	252	25.0
30代	100	9.9
40代	147	14.6
50代	107	10.6
60代	193	19.1
70-74歳	209	20.7

A 再掲 40-74歳　656人

脂質異常症治療中

229人
（22.7）

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
4	1.6	0	0.0
1	1.0	1	100.0
12	8.2	7	58.3
18	16.8	11	61.1
85	44.0	64	75.3
109	52.2	79	72.5

H　224人　34.1　161人　71.9

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症
82	11	146	55
36.6	4.9	65.2	24.6

虚血性心疾患

19人
（8.3）

患者数(d)	d/b
0	0.0
0	0.0
1	8.3
2	11.1
4	4.7
12	11.0

脳血管疾患

21人
（9.2）

患者数(e)	e/b
0	0.0
0	0.0
0	0.0
0	0.0
4	4.7
17	15.6

人工透析

0人
（0.00）

患者数(f)	f/b
0	0.00
0	0.00
0	0.00
0	0.00
0	0.00
0	0.00

O 19人　8.5　P 21人　9.4　Q 0人　0.00

特定健診未受診者

I　152人 (H-G')
67.9 (I/H)

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧（脂質異常症）」
で対象者の把握が可能

LDL値がわからない（データがない）ため、コントロール状況がわからない。
→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

特定健診
[40-74歳]

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者　544人

C 特定健診受診者　283人（52.0）

E 脂質異常（LDL-C）

160以上	180以上
27人（9.5）	10人（3.5）

E' 180以上

脂質異常症治療中（質問票_服薬有）

72人　（25.4）　…G'

G

合計 LDL160以上	180以上	男性	女性
5人	2人	2人	3人
18.5 G/E 2.2 G/H	20.0 G/E'	40.0	60.0
22人	8人	6人	16人
81.5 F/E	80.0 F/E'	27.3	72.7

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満	高血糖	高血圧	高尿酸
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	Ⅰ度高血圧以上	7.1以上
1人	1人	3人	0人
20.0	20.0	60.0	0.0
7人	3人	2人	1人
31.8	13.6	9.1	4.5

臓器障害

	心電図結果	【二次健診】頸動脈エコー	眼底検査
検査実施者(K)	5人		3人
実施率(K/G)	100.0		60.0
有所見者(L)	3人		2人
有所見率(L/G)	60.0		40.0
検査実施者(M)	21人		4人
実施率(M/F)	95.5		18.2
有所見者(N)	6人		0人
有所見率(N/F)	27.3		0.0

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料8　HbA1cの年次比較

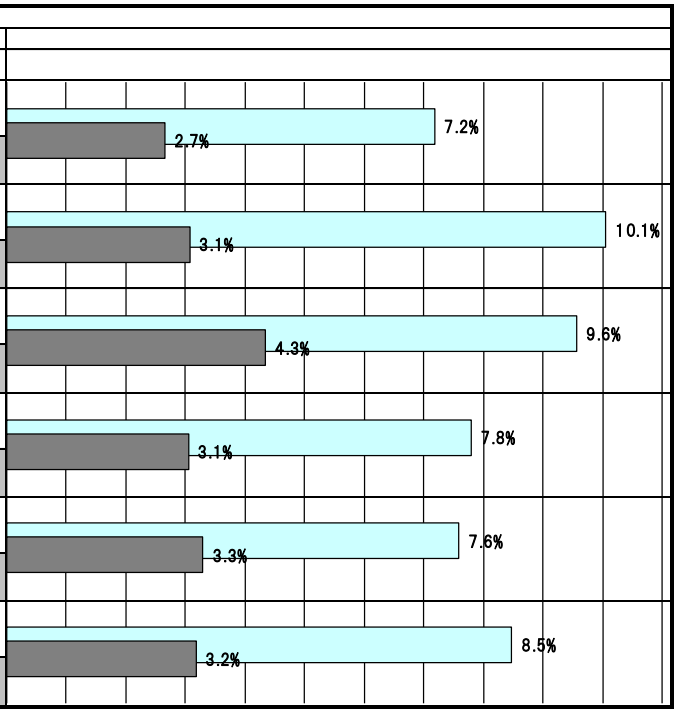
HbA1cの年次比較

	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	376	145	38.6%	143	38.0%	61	16.2%	17	4.5%	9	2.4%	1	0.3%	7	1.9%	1	0.3%
H30	358	117	32.7%	127	35.5%	78	21.8%	25	7.0%	9	2.5%	2	0.6%	6	1.7%	2	0.6%
R01	345	109	31.6%	135	39.1%	68	19.7%	18	5.2%	12	3.5%	3	0.9%	7	2.0%	2	0.6%
R02	295	119	40.3%	113	38.3%	40	13.6%	14	4.7%	6	2.0%	3	1.0%	5	1.7%	1	0.3%
R03	303	152	50.2%	99	32.7%	29	9.6%	13	4.3%	9	3.0%	1	0.3%	3	1.0%	1	0.3%
R04	283	103	36.4%	121	42.8%	35	12.4%	15	5.3%	8	2.8%	1	0.4%	2	0.7%	1	0.4%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H29	376	145 38.6%	143 38.0%	61 16.2%	27 7.2%	14 51.9%	13 48.1%
					10 2.7%	3 30.0%	7 70.0%
H30	358	117 32.7%	127 35.5%	78 21.8%	36 10.1%	25 69.4%	11 30.6%
					11 3.1%	5 45.5%	6 54.5%
R01	345	109 31.6%	135 39.1%	68 19.7%	33 9.6%	22 66.7%	11 33.3%
					15 4.3%	7 46.7%	8 53.3%
R02	295	119 40.3%	113 38.3%	40 13.6%	23 7.8%	16 69.6%	7 30.4%
					9 3.1%	5 55.6%	4 44.4%
R03	303	152 50.2%	99 32.7%	29 9.6%	23 7.6%	16 69.6%	7 30.4%
					10 3.3%	6 60.0%	4 40.0%
R04	283	103 36.4%	121 42.8%	35 12.4%	24 8.5%	14 58.3%	10 41.7%
					9 3.2%	3 33.3%	6 66.7%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	18	4.8%	0	0.0%	1	5.6%	4	22.2%	6	33.3%	6	33.3%	1	5.6%	5	27.8%	1	5.6%
	H30	18	5.0%	2	11.1%	1	5.6%	4	22.2%	5	27.8%	4	22.2%	2	11.1%	4	22.2%	2	11.1%
	R01	14	4.1%	0	0.0%	1	7.1%	2	14.3%	3	21.4%	6	42.9%	2	14.3%	4	28.6%	1	7.1%
	R02	14	4.7%	0	0.0%	2	14.3%	5	35.7%	3	21.4%	4	28.6%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%
	R03	16	5.3%	1	6.3%	2	12.5%	6	37.5%	3	18.8%	4	25.0%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%
	R04	21	7.4%	1	4.8%	1	4.8%	9	42.9%	4	19.0%	5	23.8%	1	4.8%	1	4.8%	1	4.8%
治療なし	H29	358	95.2%	145	40.5%	142	39.7%	57	15.9%	11	3.1%	3	0.8%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%
	H30	340	95.0%	115	33.8%	126	37.1%	74	21.8%	20	5.9%	5	1.5%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%
	R01	331	95.9%	109	32.9%	134	40.5%	66	19.9%	15	4.5%	6	1.8%	1	0.3%	3	0.9%	1	0.3%
	R02	281	95.3%	119	42.3%	111	39.5%	35	12.5%	11	3.9%	2	0.7%	3	1.1%	4	1.4%	1	0.4%
	R03	287	94.7%	151	52.6%	97	33.8%	23	8.0%	10	3.5%	5	1.7%	1	0.3%	2	0.7%	1	0.3%
	R04	262	92.6%	102	38.9%	120	45.8%	26	9.9%	11	4.2%	3	1.1%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%

参考資料9　血圧の年次比較

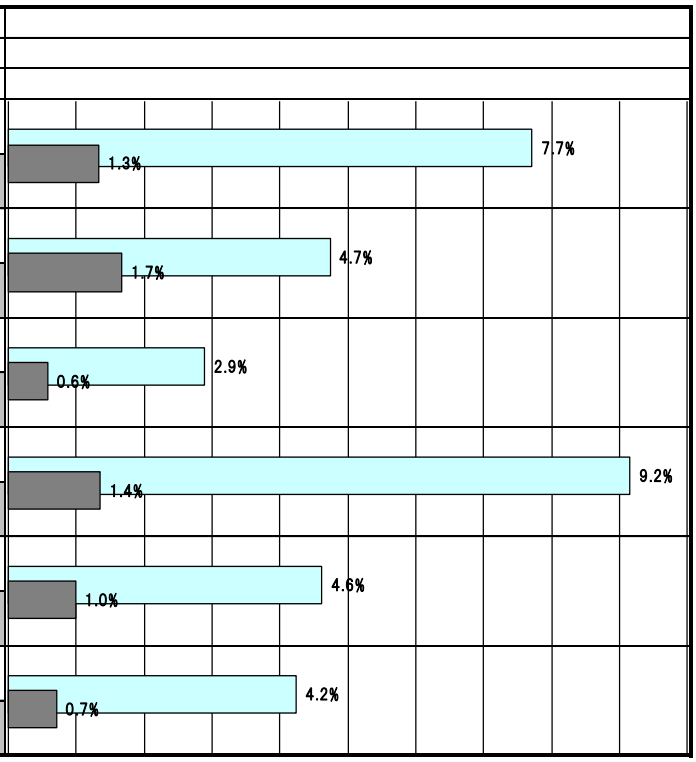
血圧の年次比較

	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	376	117	31.1%	60	16.0%	95	25.3%	75	19.9%	24	6.4%	5	1.3%
H30	359	118	32.9%	74	20.6%	88	24.5%	62	17.3%	11	3.1%	6	1.7%
R01	346	126	36.4%	84	24.3%	79	22.8%	47	13.6%	8	2.3%	2	0.6%
R02	295	76	25.8%	36	12.2%	69	23.4%	87	29.5%	23	7.8%	4	1.4%
R03	303	105	34.7%	41	13.5%	85	28.1%	58	19.1%	11	3.6%	3	1.0%
R04	283	117	41.3%	50	17.7%	59	20.8%	45	15.9%	10	3.5%	2	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	未治療	治療
H29	376	177 47.1%	95 25.3%	75 19.9%	29 7.7%	21 72.4%	8 27.6%
					5 1.3%	3 60.0%	2 40.0%
H30	359	192 53.5%	88 24.5%	62 17.3%	17 4.7%	10 58.8%	7 41.2%
					6 1.7%	4 66.7%	2 33.3%
R01	346	210 60.7%	79 22.8%	47 13.6%	10 2.9%	8 80.0%	2 20.0%
					2 0.6%	2 100.0%	0 0.0%
R02	295	112 38.0%	69 23.4%	87 29.5%	27 9.2%	18 66.7%	9 33.3%
					4 1.4%	4 100.0%	0 0.0%
R03	303	146 48.2%	85 28.1%	58 19.1%	14 4.6%	10 71.4%	4 28.6%
					3 1.0%	3 100.0%	0 0.0%
R04	283	167 59.0%	59 20.8%	45 15.9%	12 4.2%	8 66.7%	4 33.3%
					2 0.7%	1 50.0%	1 50.0%



治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	99	26.3%	18	18.2%	14	14.1%	31	31.3%	28	28.3%	6	6.1%	2	2.0%
	H30	105	29.2%	16	15.2%	27	25.7%	36	34.3%	19	18.1%	5	4.8%	2	1.9%
	R01	109	31.5%	19	17.4%	36	33.0%	37	33.9%	15	13.8%	2	1.8%	0	0.0%
	R02	91	30.8%	14	15.4%	13	14.3%	25	27.5%	30	33.0%	9	9.9%	0	0.0%
	R03	90	29.7%	19	21.1%	19	21.1%	29	32.2%	19	21.1%	4	4.4%	0	0.0%
	R04	91	32.2%	22	24.2%	20	22.0%	25	27.5%	20	22.0%	3	3.3%	1	1.1%
治療なし	H29	277	73.7%	99	35.7%	46	16.6%	64	23.1%	47	17.0%	18	6.5%	3	1.1%
	H30	254	70.8%	102	40.2%	47	18.5%	52	20.5%	43	16.9%	6	2.4%	4	1.6%
	R01	237	68.5%	107	45.1%	48	20.3%	42	17.7%	32	13.5%	6	2.5%	2	0.8%
	R02	204	69.2%	62	30.4%	23	11.3%	44	21.6%	57	27.9%	14	6.9%	4	2.0%
	R03	213	70.3%	86	40.4%	22	10.3%	56	26.3%	39	18.3%	7	3.3%	3	1.4%
	R04	192	67.8%	95	49.5%	30	15.6%	34	17.7%	25	13.0%	7	3.6%	1	0.5%

参考資料 10　LDL－Cの年次比較

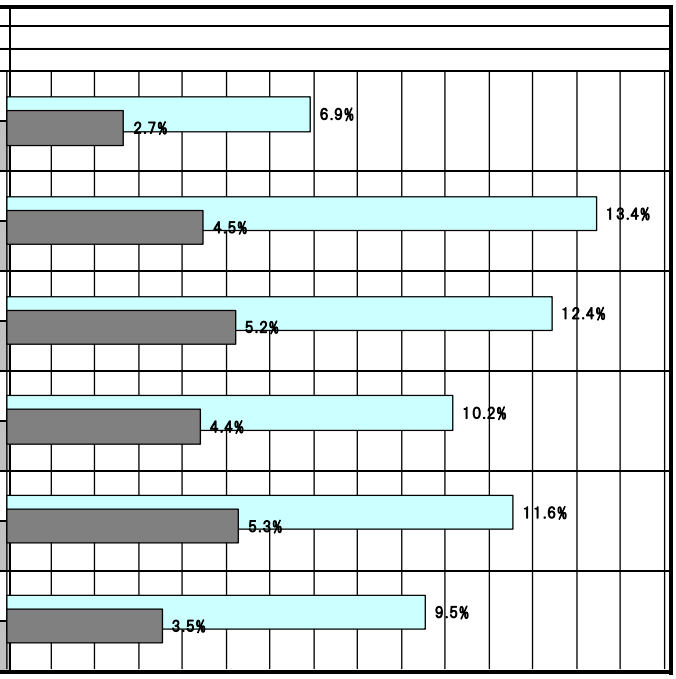
LDL-Cの年次比較

		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	376	192	51.1%	103	27.4%	55	14.6%	16	4.3%	10	2.7%
	H30	357	165	46.2%	98	27.5%	46	12.9%	32	9.0%	16	4.5%
	R01	346	165	47.7%	89	25.7%	49	14.2%	25	7.2%	18	5.2%
	R02	295	155	52.5%	66	22.4%	44	14.9%	17	5.8%	13	4.4%
	R03	303	152	50.2%	75	24.8%	41	13.5%	19	6.3%	16	5.3%
	R04	283	147	51.9%	77	27.2%	32	11.3%	17	6.0%	10	3.5%
男性	H29	182	96	52.7%	46	25.3%	30	16.5%	7	3.8%	3	1.6%
	H30	178	88	49.4%	52	29.2%	17	9.6%	14	7.9%	7	3.9%
	R01	173	89	51.4%	46	26.6%	20	11.6%	13	7.5%	5	2.9%
	R02	147	85	57.8%	33	22.4%	18	12.2%	7	4.8%	4	2.7%
	R03	162	86	53.1%	39	24.1%	18	11.1%	12	7.4%	7	4.3%
	R04	150	82	54.7%	40	26.7%	20	13.3%	5	3.3%	3	2.0%
女性	H29	194	96	49.5%	57	29.4%	25	12.9%	9	4.6%	7	3.6%
	H30	179	77	43.0%	46	25.7%	29	16.2%	18	10.1%	9	5.0%
	R01	173	76	43.9%	43	24.9%	29	16.8%	12	6.9%	13	7.5%
	R02	148	70	47.3%	33	22.3%	26	17.6%	10	6.8%	9	6.1%
	R03	141	66	46.8%	36	25.5%	23	16.3%	7	5.0%	9	6.4%
	R04	133	65	48.9%	37	27.8%	12	9.0%	12	9.0%	7	5.3%

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 未治療	再掲 治療
H29	376	192 51.1%	103 27.4%	55 14.6%	26 6.9%	24 92.3%	2 7.7%
					再)180以上 10 2.7%	8 80.0%	2 20.0%
H30	357	165 46.2%	98 27.5%	46 12.9%	48 13.4%	42 87.5%	6 12.5%
					16 4.5%	13 81.3%	3 18.8%
R01	346	165 47.7%	89 25.7%	49 14.2%	43 12.4%	40 93.0%	3 7.0%
					18 5.2%	16 88.9%	2 11.1%
R02	295	155 52.5%	66 22.4%	44 14.9%	30 10.2%	29 96.7%	1 3.3%
					13 4.4%	13 100.0%	0 0.0%
R03	303	152 50.2%	75 24.8%	41 13.5%	35 11.6%	32 91.4%	3 8.6%
					16 5.3%	15 93.8%	1 6.3%
R04	283	147 51.9%	77 27.2%	32 11.3%	27 9.5%	22 81.5%	5 18.5%
					10 3.5%	8 80.0%	2 20.0%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	61	16.2%	40	65.6%	13	21.3%	6	9.8%	0	0.0%	2	3.3%
	H30	71	19.9%	39	54.9%	20	28.2%	6	8.5%	3	4.2%	3	4.2%
	R01	72	20.8%	48	66.7%	19	26.4%	2	2.8%	1	1.4%	2	2.8%
	R02	66	22.4%	48	72.7%	13	19.7%	4	6.1%	1	1.5%	0	0.0%
	R03	63	20.8%	46	73.0%	10	15.9%	4	6.3%	2	3.2%	1	1.6%
	R04	72	25.4%	49	68.1%	15	20.8%	3	4.2%	3	4.2%	2	2.8%
治療なし	H29	315	83.8%	152	48.3%	90	28.6%	49	15.6%	16	5.1%	8	2.5%
	H30	286	80.1%	126	44.1%	78	27.3%	40	14.0%	29	10.1%	13	4.5%
	R01	274	79.2%	117	42.7%	70	25.5%	47	17.2%	24	8.8%	16	5.8%
	R02	229	77.6%	107	46.7%	53	23.1%	40	17.5%	16	7.0%	13	5.7%
	R03	240	79.2%	106	44.2%	65	27.1%	37	15.4%	17	7.1%	15	6.3%
	R04	211	74.6%	98	46.4%	62	29.4%	29	13.7%	14	6.6%	8	3.8%

参考資料 11　令和5年度　保険者努力支援制度（市町村分）分析資料

令和５年度　保険者努力支援制度（取組評価分）の市町村分　分析資料

都道府県名	長野県
市町村名	小谷村
被保険者数（R03.6.1現在）	833　人

１．総合実績

	満点	小谷村	（得点率）	長野県	（得点率）	全国	（得点率）
合計得点	940　点	639　点	68.0%	608.86　点	64.8%	556.06　点	59.2%
順位（都道府県内・全国）	（都道府県内）　28	／　77　位		（全国）　392	／　1,741　位		

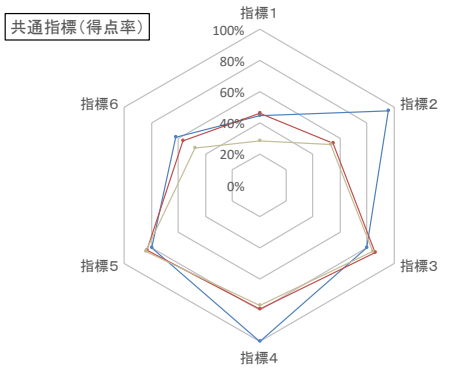
２．共通指標の実績

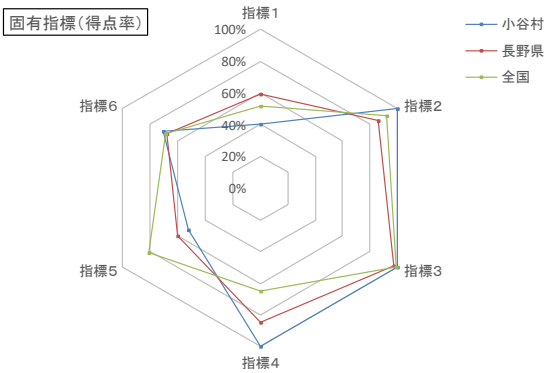
			満点	小谷村	（得点率）	長野県	（得点率）	全国	（得点率）
共通	指標１	特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボ該当者及び予備群の減少率	190	85　点	44.7%	88.05　点	46.3%	53.67　点	28.2%
	指標２	がん検診受診率・歯科検診受診率	75	72　点	96.0%	41.18　点	54.9%	39.51　点	52.7%
	指標３	生活習慣病の発症予防・糖尿病等の重症化予防・特定健診受診率向上の取組の実施状況	100	80　点	80.0%	85.58　点	85.6%	84.04　点	84.0%
	指標４	個人インセンティブ・分かりやすい情報提供	65	65　点	100.0%	51.56　点	79.3%	50.30　点	77.4%
	指標５	重複・多剤投与者に対する取組の実施状況	50	40　点	80.0%	41.56　点	83.1%	41.98　点	84.0%
	指標６	後発医薬品の促進の取組・使用割合	130	80　点	61.5%	73.64　点	56.6%	61.83　点	47.6%
	合計		610	422　点	69.2%	381.57　点	62.6%	331.32　点	54.3%

３．固有指標の実績

			満点	小谷村	（得点率）	長野県	（得点率）	全国	（得点率）
固有	指標１	保険料（税）収納率	100	40　点	40.0%	59.29　点	59.3%	51.51　点	51.5%
	指標２	データヘルス計画の実施状況	25	25　点	100.0%	21.43　点	85.7%	22.92　点	91.7%
	指標３	医療費通知の取組の実施状況	15	15　点	100.0%	14.61　点	97.4%	14.80　点	98.7%
	指標４	地域包括ケア推進・一体的実施の取組状況	40	40　点	100.0%	33.96　点	84.9%	25.88　点	64.7%
	指標５	第三者求償の取組の実施状況	50	26　点	52.0%	30.13　点	60.3%	40.36　点	80.7%
	指標6	適正かつ健全な事業運営の実施状況	100	71　点	71.0%	67.87　点	67.9%	69.26　点	69.3%
	合計		330	217　点	65.8%	227.29　点	68.9%	224.73　点	68.1%

※得点率とは、各指標の満点に対して占める割合である。





今後の課題

・40歳未満を対象とした健診の実施、健康意識向上と実施率向上のための周知・啓発等に努めてください。
・滞納繰越分の保険料（税）の収納率について、更なる向上に努めてください。
・複数の関係機関から救急搬送記録等の情報提供を受ける体制を構築する等、第三者行為による傷病の発見に努めてください。

【参考】国で算定に用いた数値

項目	小谷村	全国	項目	小谷村	全国
特定健診受診率(R1補正(実績)又はR2実績)	57.16%	38.03%	がん検診平均受診率(R1補正(実績)又はR2実績)	26.22%	16.59%
特定健診受診率の向上(H30→R1補正(実績)又はR2実績)	1.23%	0.14%	がん検診平均受診率の向上(H30→R1補正(実績)又はR2実	3.44%	0.68%
特定保健指導受診率(R1補正(実績)又はR2実績)	68.29%	29.31%	がん検診受診率(胃がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	23.50%	13.93%
特定保健指導受診率の向上(H30→R1補正(実績)又はR2実績)	-2.16%	0.46%	がん検診受診率(肺がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	21.60%	16.12%
メタボリック減少率(R2)	-3.81%	-10.90%	がん検診受診率(大腸がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	30.40%	16.79%
メタボリック減少率の向上(R1→R2)	-11.34%	-5.57%	がん検診受診率(子宮頸がん)(R1補正(実績)又はR2実績	25.10%	16.63%
後発医薬品使用割合(R3)	80.45%	81.99%	がん検診受診率(乳がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	30.50%	19.47%
後発医薬品使用割合の向上(R2→R3)	-1.75%	-0.23%			

※特定健診受診率、特定保健指導受診率、がん検診受診率の全国値はR1実績。

参考資料 12　様式 5－1 各指標の集計要件　（保険者は参考値）

項目					保険者 実数	保険者 割合	説明	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口		9,456		年齢階級別の人口÷人口総数×100 1)作成年月が令和3年度以前（平成27年国勢調査の値を使用） 国勢調査人口等基本集計：http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL0802103_&tclassID=000001077438&cycleCode=0&requestSender=search 平成27年国勢調査＞人口等基本集計（男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態など） ＞全国結果＞男女・年齢・配偶関係＞3-2＞「0101 総数（男女別）総数（国籍）」 ※外国人を含む総人口 2)作成年月が令和4年度以降（令和2年国勢調査の値を使用） 国勢調査人口等基本集計	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）	3,987	43.1		
				75歳以上	2,246	24.3		
				65～74歳	1,741	18.8		
				40～64歳	2,961	32.0		
				39歳以下	2,308	24.9		
	②	産業構成	第1次産業		16.5		市区町村の1次～3次産業構成率 総務省HP：市町村別決算概況：http://www.soumu.go.jp/iken/kessan_jokyo_2.html 元号〇年度市町村別決算状況調＞2 市町村別決算概況	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		25.4			
			第3次産業		58.2			
	③	平均寿命	男性		79.6		厚生労働省HP 市区町村別生命表：http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/seimei/list54-57-02.html 元号〇年市区町村別生命表の概要＞統計表 ※R4年度以前はH27年度データ、R5年度以降はR2年度データを利用	
			女性		86.6			
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性		76.1		男女別に平均自立期間(要介護2以上)を出力。 算出については、「健康寿命の算定方法の指針（2012年9月）」（厚労省科研費補助金の研究） （ http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou_shishin.pdf ）の「日常生活動作が自立している期間の平均」の指標にもとづいて、“0歳のからの平均自立期間”を算出する。 ※人口4.7万人を下回る小規模市町村については、市町村単位の算出結果は非表示。その場合は、二次医療圏の結果を表示。	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		83.6			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	107.4		厚生労働省HP 元号〇年～〇年人口動態保健所 市区町村別統計の概況：http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/137-19.html 元号〇年～元号〇年＞全市区町村 ※R1年度以降はH25～29年度データを利用	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	102.8			
			死因	がん	61	51.3	厚生労働省HP 人口動態統計_死因：http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001028897&requestSender=dsearch 元号〇年人口動態統計＞確定数＞保管統計表 都道府県編（報告書非掲載表）＞死因＞年次＞20〇〇年＞6-0～6-47 ※以下の計算式により死亡者数（死因別合計）を集計 新生物_総数＋心疾患_総数＋脳血管疾患_総数＋糖尿病_総数＋腎不全_総数＋自殺_総数 ※分母については、上記6つの死因による死亡者数の合計 ※H26年度以前はH24年度実績データ、H27年度以降は各年度の2年前の実績データを利用	
				心臓病	36	30.3		
				脳疾患	17	14.3		
				糖尿病	1	0.8		
				腎不全	3	2.5		
				自殺	1	0.8		
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計				※何も表示されません。 厚生労働省のHPをご確認ください。	厚労省HP 人口動態調査
				男性				
				女性				
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		775	19.0	1号認定率：65歳以上の介護認定者を集計÷65歳以上の人口×100 新規認定者：65歳以上で新規に介護認定を受けた者を集計÷65歳以上の介護被保険者数×100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	14	0.3		
			介護度別総件数	要支援1.2	2,593	16.1	（各階級ごとの）年度内総件数 各階級ごとの総件数÷総件数×100	
				要介護1.2	5,769	35.9		
				要介護3以上	7,722	48.0		
			2号認定者		10	0.4	40～64歳の介護認定者を集計÷40～64歳の人口×100	
	②	有病状況	糖尿病		163	22.4	介護認定者かつ次の条件を満たすレセプトを持つ介護認定者を集計÷介護認定者数×100 （以下の疾病も同様） E10（1型糖尿病）～E14（詳細不明の糖尿病）	
			高血圧症		431	54.9	I10（本態性高血圧）～I13（高血圧性心腎疾患）・I15（二次性高血圧）	
			脂質異常症		211	26.8	E78（リポタンパク代謝障害及びその他の脂血症）	
			心臓病		485	62.6	I01（心臓併発症を伴うリウマチ熱）～I020（心臓併発症を伴うリウマチ性舞踏病） I05（リウマチ性僧房弁疾患）～I15（二次性高血圧） I20（狭心症）～I25（慢性虚血性心疾患） I27（その他の肺性心疾患） I30（急性心嚢炎）～I52（他に分類される疾患におけるその他の心臓障害）	
			脳疾患		187	23.9	I60（くも膜下出血）～I69（脳血管疾患の続発・後遺症）	
			がん		68	8.0	C00（口唇の悪性新生物(腫瘍)）～D48（その他及び部位不明の性状不詳又は不明の新生物(腫瘍)）	
			筋・骨格		432	56.2	M00（化膿性関節炎）～M99（生体力学的障害(損傷)、他に分類されないもの）	
			精神		316	40.9	F00（アルツハイマー(Alzheimer)病の認知症）～F99（詳細不明の精神障害）	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		30,098	120,000,000	介護給付費の合算÷1号被保険者数	
			1件当たり給付費（全体）		72,551		介護給付費の合算÷介護レセプトの件数	
				居宅サービス	42,134		居宅サービスの介護給付費の合算÷居宅サービスの介護レセプトの件数	
				施設サービス	273,569		施設サービスの介護給付費の合算÷施設サービスの介護レセプトの件数	
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	8,567		介護受給者台帳と紐づいた医科レセプトの総点数÷介護受給者台帳と紐づいた医科レセプト数	
				認定なし	4,365		介護受給者台帳と紐づかなかった医科レセプトの総点数÷介護受給者台帳と紐づかなかった医科レセプト数	

項目					保険者 実数	保険者 割合	説明	データ元（CSV）
4	①	国保の状況	被保険者数		2,807		年齢階級別の被保険者数÷総被保険者数×100 ※年齢は「KDB処理年月－2ヶ月の1日」で算出	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	1,274	48.8		
				40～64歳	839	32.2		
				39歳以下	496	19.0		
			加入率		28.7		被保険者数÷74歳以下人口×100	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	0.4	該当地域の病院数÷被保険者数×1,000 厚生労働省HP 医療施設数－病床数：http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=00000111255 医療施設調査＞元号〇年医療施設（動態）調査＞閲覧＞年次＞xxxx年 E1病院数：病床数、病院-病床の種類・二次医療圏・市区町村別 ※H27年度以降は各年度の2年前の実績データを利用	
			診療所数		6	2.3	該当地域の診療所数÷被保険者数×1000	
			病床数		45	17.2	該当地域の病床数÷被保険者数×1000	
			医師数		11	4.2	該当地域の医師数÷被保険者数×1000 厚生労働省HP 医療従事者数：http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001116353 医師・歯科医師・薬剤師調査＞元号〇年医師・歯科医師・薬剤師調査＞閲覧＞年次＞xxxx年 4 各都道府県別医師数、業務の種別・従業地による二次医療圏・市区町村別 ※H27年度以降は奇数年度の3年前の実績データ（2年に1回データが更新される）を利用	
			外来患者数		709.8		外来レセプト件数÷被保険者数×1000	
			入院患者数		30.4		入院レセプト件数÷被保険者数×1000	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		309,352	県内17位 同規模252位	レセプト総点数×10÷被保険者数 （累計帳票における被保険者数は、年度内を合計したもので算出）	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		740.229		レセプト件数÷被保険者数 （累計帳票における被保険者数は、年度内を合計したもので算出）	
			外来	費用の割合	53.9		外来レセプトの総点数÷医科レセプトの総点数×100 （調剤レセプト含む）	
				件数の割合	95.9		外来レセプトの総件数÷医科レセプトの総件数×100	
			入院	費用の割合	46.1		入院レセプトの総点数÷医科レセプトの総点数×100	
				件数の割合	4.1		入院レセプトの総件数÷医科レセプトの総件数×100	
			1件あたり在院日数		19.4日		入院レセプトの診療実日数の合計÷入院レセプトの総件数	
	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		173,848,030	30.2	レセプトに記載されている傷病名と摘要から金額の最も高いと算出した傷病名が先疾患に該当した場合、その額を合計した費用額と全体に占める割合を表示（以下、同様） C00（口唇の悪性新生物(腫瘍)）～D48（その他及び部位不明の性状不詳または不明の新生物(腫瘍)）	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）		14,955,740	2.6	細小分類が慢性腎臓病＜N18＞に該当し、透析あり	
			糖尿病		50,240,350	8.7	E11（2型糖尿病）～E14（詳細不明の糖尿病）	
			高血圧症		43,125,600	7.5	I10（本態性高血圧）～I13（高血圧性心腎疾患）・I15（二次性高血圧）	
			脂質異常症		21,992,030	3.3	E78（リポタンパク代謝障害及びその他の脂血症）	
			脳梗塞・脳出血		45,323,483	6.7	I61（脳内出血）・I691（半球の脳内出血・皮質）I64（脳卒中）・I694（脳卒中の続発・後遺症）、I63（脳梗塞）・I693（脳梗塞の続発・後遺症）	
			狭心症・心筋梗塞		14,286,170	2.1	I20（狭心症）・I21（急性心筋梗塞）・I22（再発性心筋梗塞）	
			精神		127,359,660	22.1	F（アルツハイマー(Alzheimer)病の認知症）～F99（精神障害、詳細不明）	
			筋・骨格		80,953,840	14.1	M00（化膿性関節炎）～M99（生体力学的傷害(損傷)、他に分類されないもの）	
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	8,312	8.3	一人当たり：　最大医療資源傷病名の入院レセプト点数×10÷被保険者数 入院に占める割合：最大医療資源傷病名の入院レセプト点数÷入院レセプト総点数×100 I10（本態性高血圧）～I13（高血圧性心腎疾患）・I15（二次性高血圧）	KDB_NO.43 疾病別医療費分析（中分類）
				糖尿病	12,467	12.8	E11（2型糖尿病）～E14（詳細不明の糖尿病）	
				脂質異常症	5,302	5.2	E78（リポタンパク代謝障害及びその他の脂血症）	
				脳梗塞・脳出血	615	0.7	I61（脳内出血）・I691（半球の脳内出血・皮質）、I63（脳梗塞）・I693（脳梗塞の続発・後遺症）	
				虚血性心疾患	1,190	1.2	I20～I25（虚血性心疾患）	
				腎不全	22,139	11.0	慢性腎臓病＜N18＞に該当	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	1,081	0.2	一人当たり：　最大医療資源傷病名の入院外レセプト点数×10÷被保険者数 入院外に占める割合：最大医療資源傷病名の入院外レセプト点数÷入院外レセプト総点数×100	
				糖尿病	540	1.0		
				脂質異常症	70	0.1		
				脳梗塞・脳出血	10,311	4.4		
				虚血性心疾患	2,850	2.8		
				腎不全	7,719	3.0		
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	3,888		健診受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷健診対象者数	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				健診未受診者	11,250		健診未受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷健診対象者数	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	10,130		健診受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷健診対象者数かつ生活習慣病対象者数	
				健診未受診者	29,310		健診未受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷健診対象者数かつ生活習慣病対象者数	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		705	59.8	受診勧奨判定値÷健診受診者×100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	657	55.7	受診勧奨者かつ医療機関を受診した（レセプトが存在する）者÷健診受診者×100 ※健診受診と同年度内のレセプトが対象	
				医療機関非受診率	48	4.1	受診勧奨者かつ医療機関を受診していない（レセプトが存在しない）者÷健診受診者×100 ※健診受診と同年度内のレセプトが対象	

項目						保険者 実数	保険者 割合	説明	データ元（CSV）
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 274市町村	健診受診者			1,179		健診受診者数	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
	②		受診率			62.9	県内10位 同規模82位	健診受診者÷健診対象者×100	
	③		特定保健指導終了者（実施率）			109	99.1	特定保健指導終了者÷（動機づけ支援対象者＋積極的支援対象者）×100	
	④		非肥満高血糖			115	9.8	非肥満高血糖該当者÷健診受診者×100 ※非肥満高血糖該当者とは以下の1）2）を両方満たす者 1）内臓脂肪面積＜100かつ腹囲非該当（男性＜85、女性＜90） 2）空腹時血糖≧110またはHbA1c≧6.0	
	⑤		メタボ		該当者	231	19.6	メタボ該当者÷健診受診者数×100	
					男性	158	27.9		
					女性	73	11.9		
	⑥				予備群	127	10.8	メタボ予備群÷健診受診者数×100	
					男性	89	15.7		
					女性	38	6.2		
	⑦		該当・予備群レベル	腹囲	総数	404	34.3	腹囲の基準を超えた受診者数÷健診受診者数×100 ※腹囲の基準を超えた受診者とは以下1）2）をいずれか満たす者 1）内臓脂肪面積≧100 2）男性腹囲≧85、女性腹囲≧90	
	⑧				男性	275	48.6		
	⑨				女性	129	21.0		
	⑩			BMI	総数	60	5.1	腹囲の基準を超えていないかつBMI≧25に該当する受診者数÷健診受診者数×100	
	⑪				男性	10	1.8		
	⑫				女性	50	8.2		
								メタボ該当者（予備群）のうち血糖リスクのみの該当者数÷健診受診者数×100 血糖リスクは以下のいずれかを満たす場合 （但し、HbA1cは空腹時血糖が未実施の場合）	
	⑭			血圧のみ		96	8.1	メタボ該当者（予備群）のうち血圧リスクのみの該当者数÷健診受診者数×100 血圧リスクは以下のいずれかを満たす場合 1）収縮期血圧≧130 2）拡張期血圧≧85 3）高血圧の服薬あり（問診結果）	
	⑮			脂質のみ		23	2.0	メタボ該当者（予備群）のうち脂質リスクのみの該当者数÷健診受診者数×100 脂質リスクは以下のいずれかを満たす場合 1）中性脂肪≧150 2）HDL＜40 3）脂質異常症の服薬あり（問診結果）	
	⑯			血糖・血圧		35	3.0	メタボ該当者のうち血糖・血圧リスクありかつ脂質リスクなしの受診者数÷健診受診者数×100	
	⑰			血糖・脂質		9	0.8	メタボ該当者のうち血糖・脂質リスクありかつ血圧リスクなしの受診者数÷健診受診者数×100	
	⑱			血圧・脂質		110	9.3	メタボ該当者のうち血圧・脂質リスクありかつ血糖リスクなしの受診者数÷健診受診者数×100	
	⑲			血糖・血圧・脂質		77	6.5	メタボ該当者のうち血糖・血圧・脂質リスクが全てある受診者数÷健診受診者数×100	
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧		463	39.3	質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目回答件数×100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		133	11.3		
				脂質異常症		321	27.2		
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		42	3.8		
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		60	5.4		
				腎不全		9	0.8		
				貧血		129	12.1		
	③		喫煙			138	11.7		
	④		週3回以上朝食を抜く			82	7.9		
	⑤		週3回以上食後間食（～H29）			0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食（H30～）			176	17.0		
	⑥		週3回以上就寝前夕食			176	17.0		
	⑦		食べる速度が速い			349	33.3		
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			342	32.6		
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			651	62.1		
	⑩		1日1時間以上運動なし			547	52.1		
	⑪		睡眠不足			275	26.4		
	⑫		毎日飲酒			320	27.2		
	⑬		時々飲酒			184	15.6		
	⑭		一日飲酒量	1合未満		386	59.7		
				1～2合		165	25.5		
				2～3合		69	10.7		
				3合以上		27	4.2		