

# 第4期特定健康診査等実施計画

## 第5章

### 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

#### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

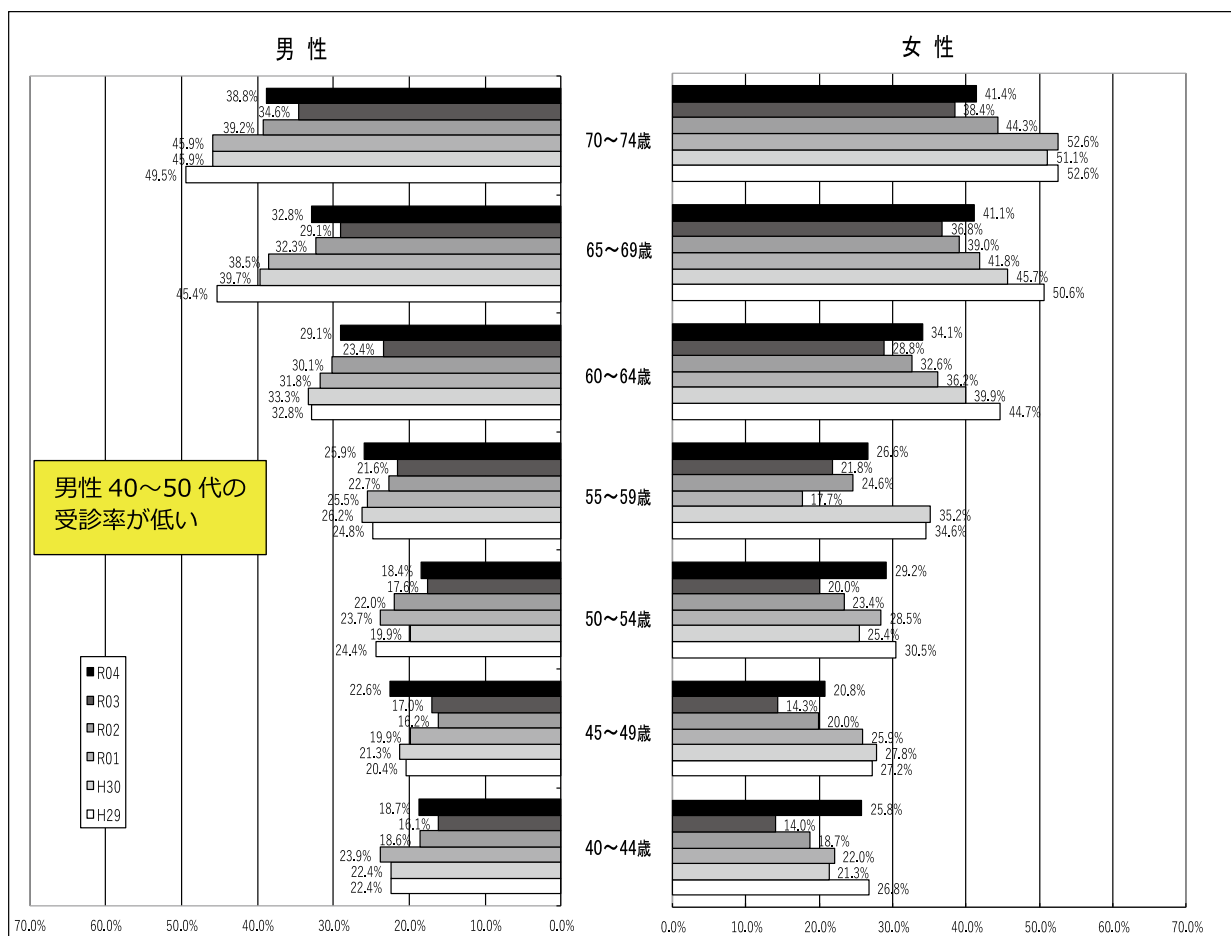
保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降からは実施計画も6年を一期として策定します。なお、特定健診・特定保健指導は保健事業の中心となるため、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定します。

#### 2. 第3期計画に係る評価

##### (1) 健診受診率の推移（図表114）

- ①特定健診受診率は、H30年度に35.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2年度以降は受診率が下がり、R4年度は31.9%で目標は未達成です。
- ②40～50代の受診率は低い状況です。

図表114 年代別特定健診受診率の推移



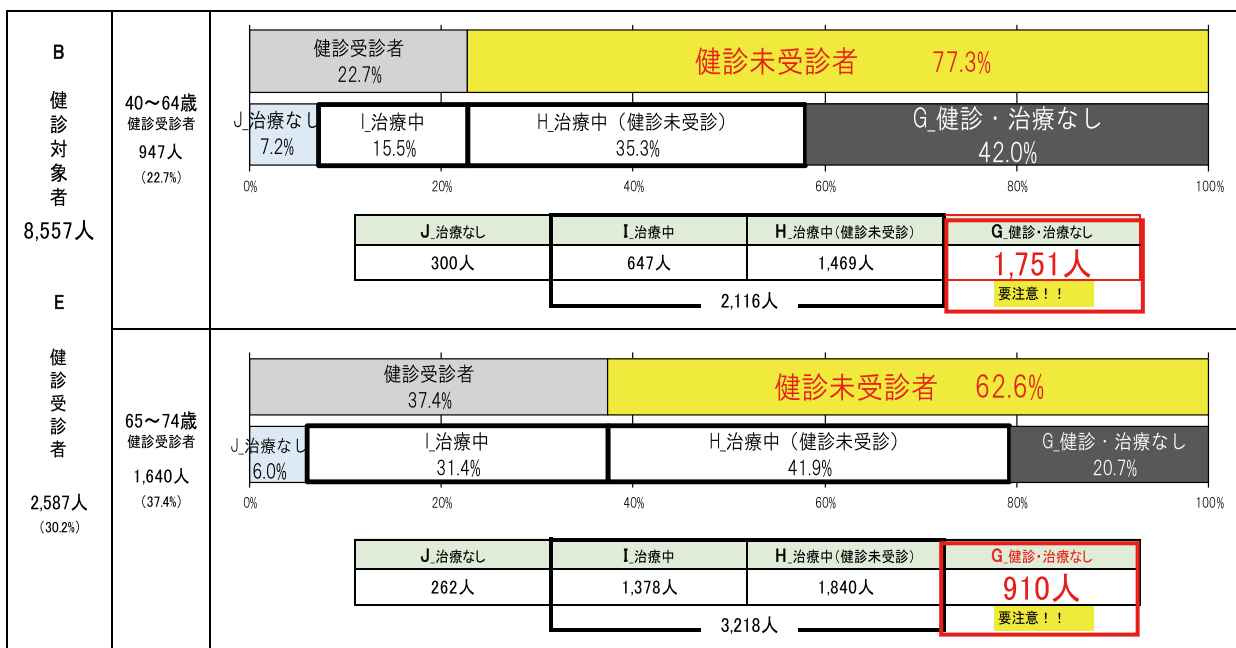
出典：特定健診等データ管理システム

(2) 未受診者対策について（図表 115、116）

下記の図表 115 では「G\_健診・治療なし」の方が 40～64 歳で 1,751 人（42%）、65～74 歳では 910 人（20.7%）となっており、健診も医療機関も受診していないため、疾病が発症しているのか、重症化しているかどうか、実態がわかりません。若い年齢層の健康状態の不明者が全体の 4 割いる結果となっています。

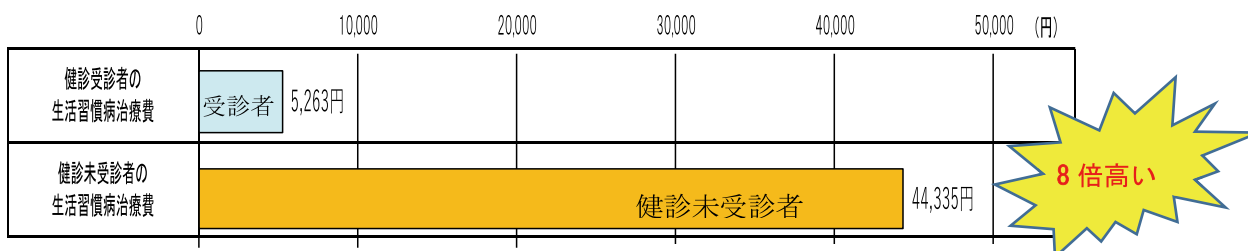
- ①本市は早世率が国の 2 倍も高いため、健診未受診者対策を強化し、健康状態不明者を減らす必要があります。
- ②特定健診の受診者の有無で生活習慣病の治療にかかる金額が変わります。健診受診者は 5,263 円に対し、未受診者は 44,335 円で健診受診者の 8 倍も金額が高い状態です。
- ③未受診者への受診勧奨通知にも健診受診者と未受診者の医療費の違いについて情報提供を図るとともに、被保険者へ受診への関心を呼び起こしていきます。
- ④保健指導においても、継続して健診を受診するよう、働きかけが必要です。
- ⑤健診受診者の未受診理由についてはアンケート調査結果を分析し、理由に対応したアプローチ方法の検討が必要です。

図表 115 未受診者対策を考える（厚生労働省様式 5-5）



出典：厚生労働省様式 5-5、データヘルス帳票（R5 年 11 月作成）

図表 116 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



出典：データヘルス評価支援ツール（R4 年度集計）

### 3. 目標値の設定

図表 117 特定健診受診率・特定保健指導実施率目標値の設定

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

### 4. 特定健診の実施

#### (1) 健診実施方法

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

- ① 集団健診（実施場所：豊見城市役所）
- ② 個別健診（実施場所：委託医療機関）

#### (2) 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) 健診実施機関

特定健診実施機関については、健康カレンダー（広報紙折り込み、本市のホームページ）に掲載します。

（参照）URL：<https://www.city.tomigusuku.lg.jp>

#### (4) 健診実施項目（図表 118）

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

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

図表 118 特定健診検査項目

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

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

参考：特定健康診査等に係る業務の手引き【改訂版】

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

特定健診に掛かる費用の請求・支払い代行は、沖縄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 (図表 119)

受診率を高めるためには対象者に認知してもらうことが重要です。受診の案内の送付に関わらず、保険者として被保険者に対して周知広報活動を年間通して行います。

図表 119 特定健診の案内・健診実施スケジュール (例示)

事業名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診		→										
個別健診	→											
日曜健診 (とよみ生協病院)								○				
受診勧奨個別通知	集団健診案内 ハガキ			9月~12月集団 健診案内ハガ キ			日曜健診案内 ハガキ	1月~3月集団 健診案内ハガ キ				
市広報紙掲載 (毎月掲載)	→											
自治会長連絡会へ周知 (隔月)	○		○		○		○		○		○	
受診案内チラシ送付									○ 作成			○ 保険証切り替 え時送付
国保だより掲載							○ 作成		○ 配布			



集団健診 (市役所) の様子

## 5. 特定健診・未受診者対策

### ●事業の考え方・目的

(考え方)

特定健康診査等実施計画に基づき、40歳～74歳の被保険者を対象に毎年度、計画的に特定健診を実施しています。この事業は高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療保険者が実施するものとなっています。特定健診は被保険者が健康状態を認識できる大切な機会です。しかし、本市においては健診受診率が30%と低迷していることから、特定健診の受診率向上に努める必要があります。被保険者が自らの健康状態を把握し、いつまでも住み慣れた地域で生き生きと暮らせるように、未受診者対策を強化してまいります。

(目的)

特定健診は、メタボリックシンドロームに着目した検査項目でメタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病を早期発見し、早期治療に結びつけることが目的です。

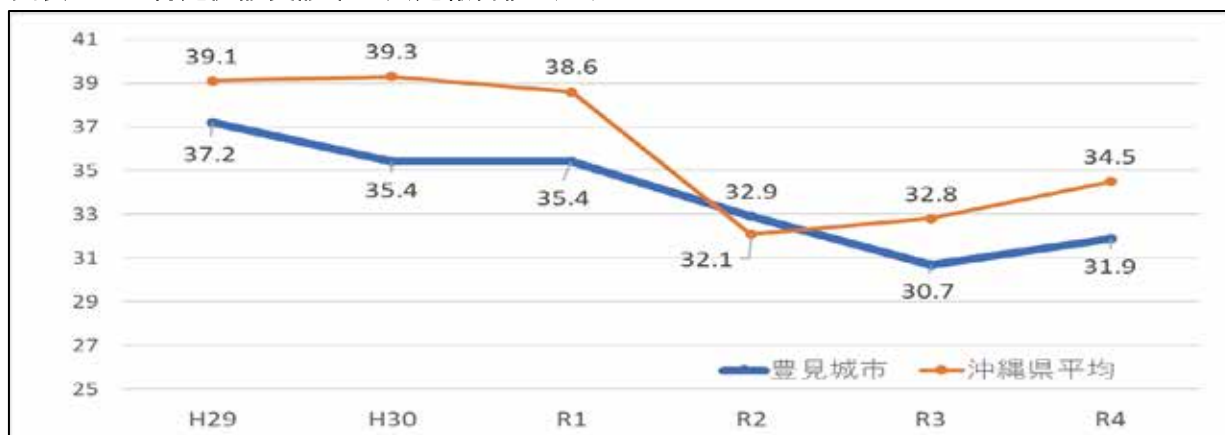
### ●対象者

特定健康診査の実施年度中に40歳～74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している（年度途中での加入・脱退等異動のない）方のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者が対象となります（「円滑な実施に向けた手引き」1-1参照）。

### ●現在までの事業結果

県内医療機関や市役所で年間を通して健診受診できる環境を整え、年度の初めに対象者全員に受診案内を送付しています。しかし、これまでの受診率は年々低下しており、受診率の低さが一番の課題となっています。特定健康診査の受診状況を年代別で見ると、特に40～50代が低くなっています。（図表114 年代別特定健診受診率の推移）

図表 120 特定健診受診率 法定報告値 (%)



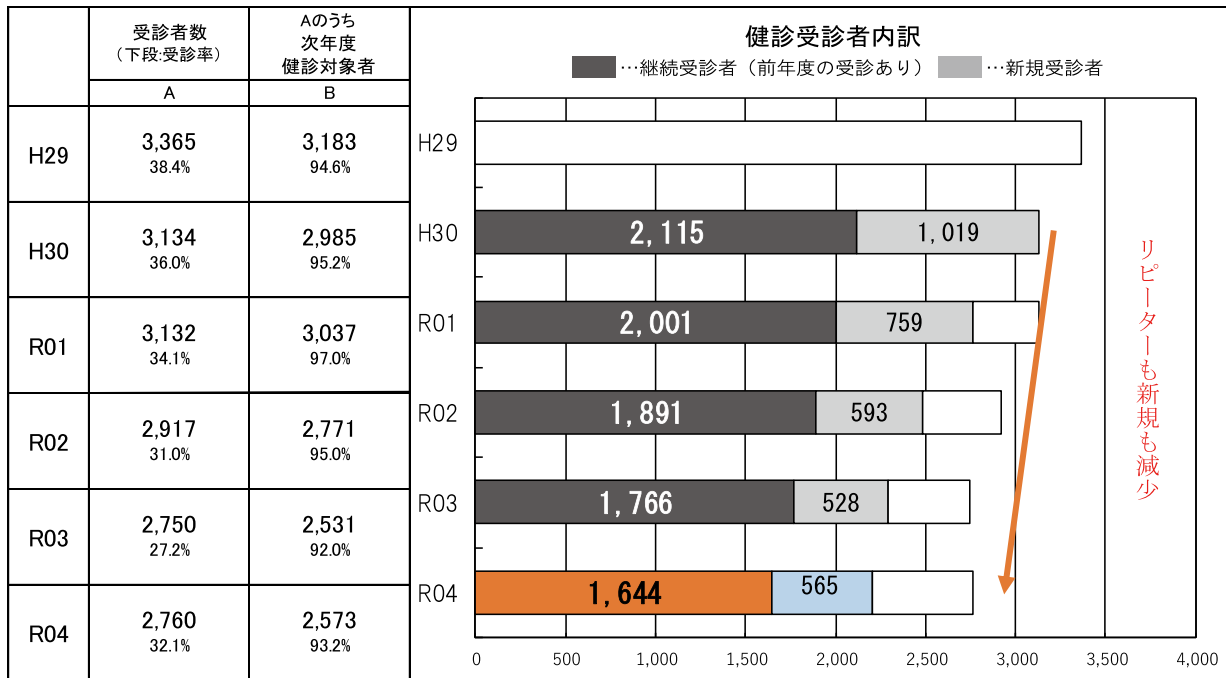
図表 121 特定健診受診率の推移 (H29~R4)

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	D	D/B(	C	C/B	D	D/B
H29	8,770	3,365	38.4%	--	--	--	--	--	--
H30	8,699	3,134	36.0%	2,115	62.9%	1,019	32.5%	--	--
R01	9,192	3,132	34.1%	2,001	63.8%	759	24.2%	372	11.9%
R02	9,408	2,917	31.0%	1,891	60.4%	593	20.3%	433	14.8%
R03	10,097	2,750	27.2%	1,766	60.5%	528	19.2%	456	16.6%
R04	8,586	2,760	32.1%	1,644	59.8%	565	20.5%	551	20.0%

※継続受診者  
前年度と比較して算出

※新規受診者  
過去に1回も受診したことがない方

※不定期受診者  
前年度には受診していないが、過去に健診を受診したことがある方



受診者総数	6年連続受診		5年受診		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
5,707	664	11.6%	518	9.1%	575	10.1%	776	13.6%	1,100	19.3%	2,074	36.3%

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

出典：R4年度データヘルス計画・評価支援ツール帳票（R5年11月作成）

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	特定健診受診率60%以上	31.9%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
アウトカム (成果指標)	40代の特定健診受診率	21.6%	22.2%	22.8%	23.5%	24.2%	24.9%	25.6%
アウトプット (実施量・率)	土日の健診開催回数	7回	8回	8回	8回	9回	9回	9回

## ●目標を達成するための主な戦略

- ①若い世代が利用しやすい健診日の設定
- ②受診勧奨はがきの送付
- ③ホームページやLINEを活用した受診勧奨
- ④インセンティブ事業の周知

## ●現在までの実施方法（プロセス）

- ①健診日を休日や夜間に設定
- ②とよみ生協病院の協力による日曜個別健診の実施
- ③集団健診一時託児サービスの実施
- ④20代、30代健診費用の助成
- ⑤医療機関との連携会議を実施
- ⑥アンケート調査の実施

## ●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

特に受診率が低い若い世代や一定期間健診未受診の方にターゲットを絞って受診勧奨はがきを通知し、受診率の向上を目指します。

- ①健診開始となる40歳への受診勧奨→節目の年に重要性を周知することで健診受診の習慣化を目指します。
- ②一定期間健診未受診の方に、受診勧奨はがきを送付し連続未受診者の解消を目指します。
- ③医療機関へ健診受診勧奨やトライアングル事業の協力依頼を行います。
- ④医療機関や市内商業施設等へ受診勧奨ポスターやインセンティブ事業のポスターを掲示し、受診者の増加を目指します。

## ●実施体制（ストラクチャー）など

十分な実施と保健事業の質の確保ができるよう、人員体制の確保に努めます。  
(参照 P55)

## ●評価計画

該当年度数値と目標値を年度毎に評価します。  
評価については、短期的目標及び中長期的評価の視点で行います。  
なお、短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ、年1回以上行うもの  
とします。

## ●評価計画

当該年度数値と目標値を年度毎に評価していきます。



## 6. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施や外部委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点		特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)
特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。	
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。	
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。	
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。	
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。	

出典：特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

### (1) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

保健指導が必要な方の対象者数の見込みはR4年度実績で試算しています。

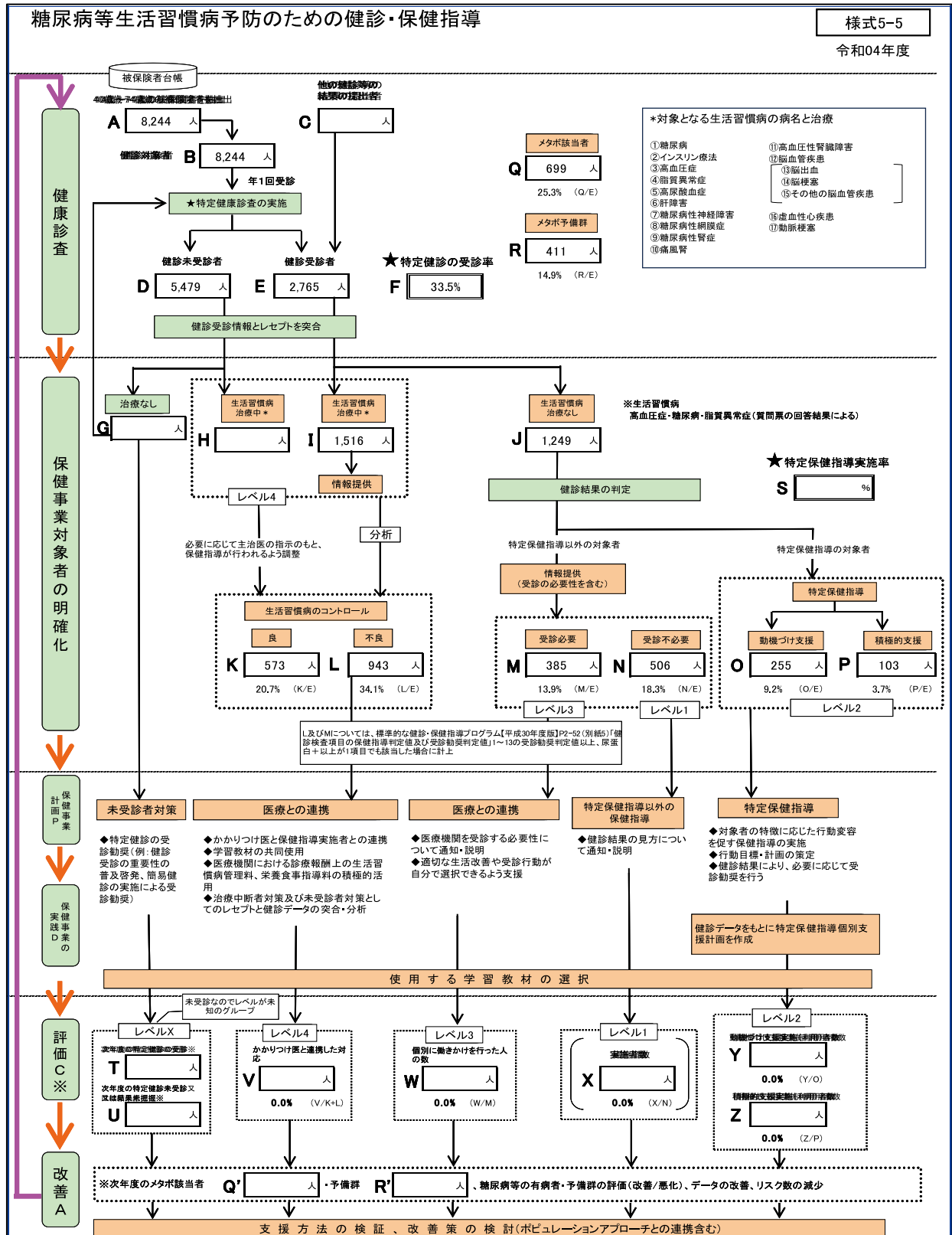
図表 122 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者に占める割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	358人 (12.9%)	4章の個別保健事業に事業ごとに目標数値の設定をしています
2	M	情報提供 (医療受診必要)	◆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	385人 (13.9%)	
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	5,479人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	506人 (18.3%)	
5	K・L	K: 生活習慣病コントロール良好 L: 生活習慣病コントロール不良	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における生活習慣病指導と栄養指導の積極的活用 ◆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	1,516人 (54.8%)	

出典：国保連合会ひな形(改変)

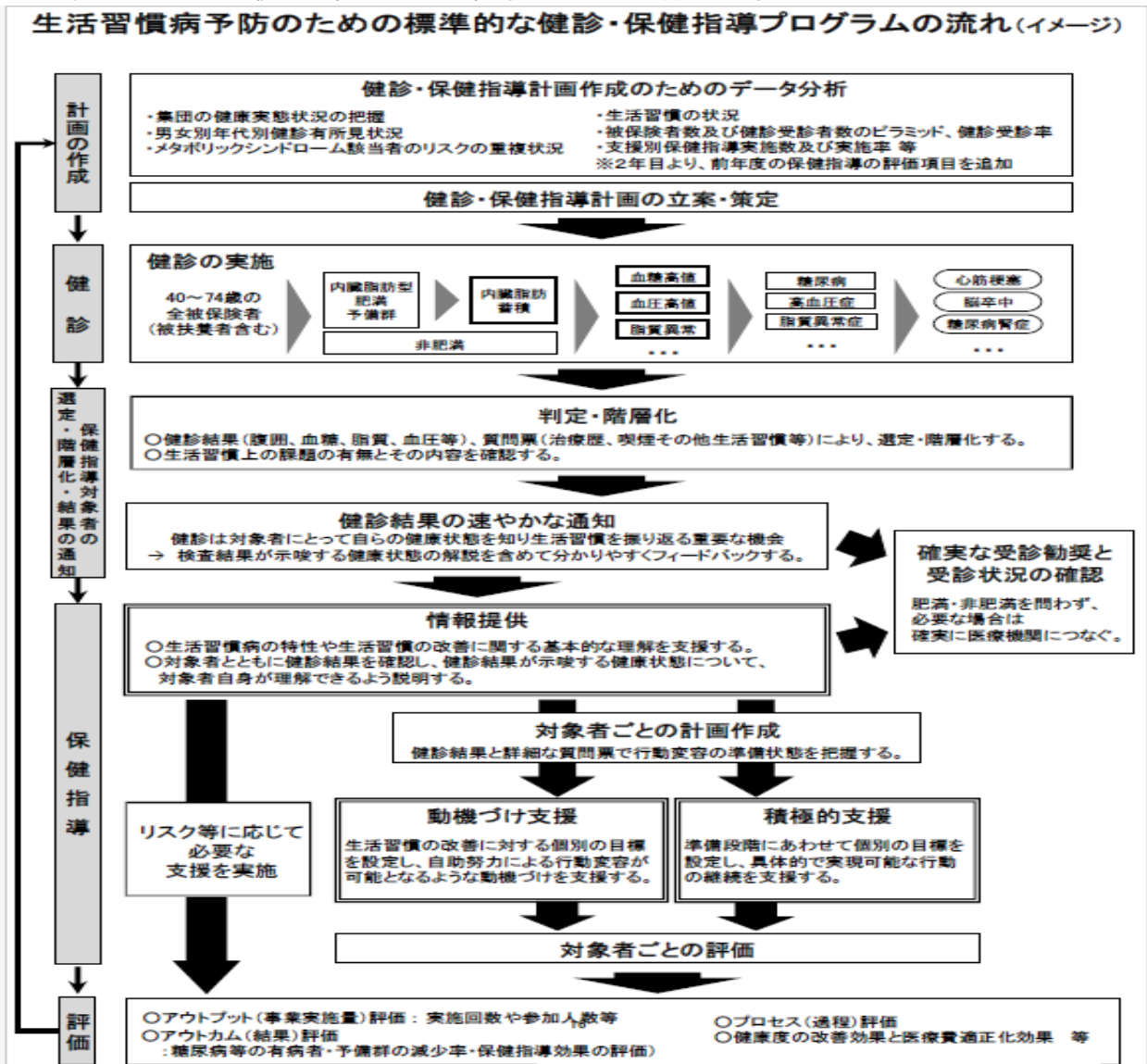
(2) 健診から保健指導実施の流れ  
 「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。（図表122、123）

図表123 健診から保健指導へのフローチャート（様式5-5）



出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表 124 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導の流れ



出典：「標準的な健診・保健指導プログラム」より抜粋

(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 (図表 125)

目標に向かっての進捗状況管理とP D C A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 125 健診・保健指導年間スケジュール (例示)

事業名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診会場での初回面接実施		→										
個別面接(来所・訪問)	→											
健診結果説明会	→											
法定報告						◎						
特定保健指導の周知(健康カレンダー)	○											○ 保険証切り替え時

## 7. 特定保健指導

### ●事業の考え方・目的

(考え方)

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、保険者は毎年度、計画的に特定保健指導を行うことが義務付けされています。

特定保健指導とは、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、看護師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをします。

「標準的な健診・保健指導プログラムにおける基本的な考え方」によると、生活習慣病予防のため、早期に介入し、生活習慣の改善につながる結果を出す保健指導が求められています。（図表 126）

(目的) 内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少(病気の予防)を目指します。

図表 126 標準的な健診・保健指導プログラム(H30年度版)における基本的な考え方 (一部改変)

	老人保健法	高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導	現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導	結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につな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選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

行動変容を促す手法

出典：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)

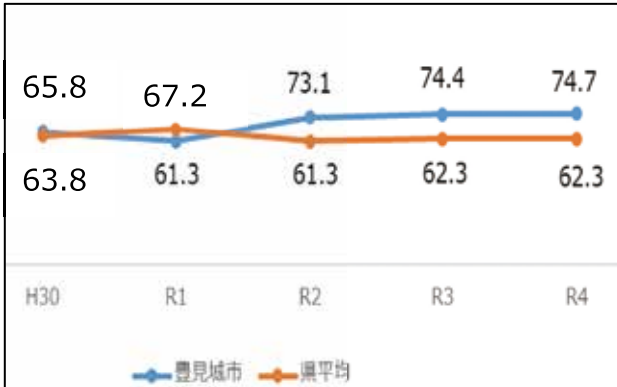
●状況・健康課題

本市の特定保健指導率は、国目標値 60%以上を超えており、H30 年度と R4 年度を比較すると 8.9%増加しています。特に、R2 年からは、県平均を上回っています。(図表 127-1)

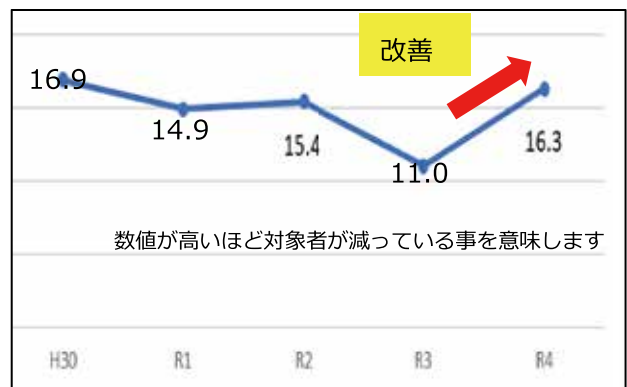
特定保健指導対象者減少率は、H30 年度が 16.9%ですが、その後は徐々に低下していましたが、R4 年度は、16.3%となっております。

R6 年度より、成果重視の保健指導が求められるため、腹囲 2 cm・体重 2kg 減を目指して保健指導を実施していきます。(図表 127-2)

図表 127-1 特定保健指導実施率 (%)



図表 127-2 特定保健指導対象者減少 (%)



出典：R4 年度特定健診受診率・特定保健指導実施率(報告値)

出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括

●対象者の選定基準と考え方

対象者：40 歳～74 歳の豊見城市国民健康保険加入者であり、下記の 2 つに分かれます。

【積極的支援】

へその周りの腹囲が男性 85cm 以上・女性 90cm 以上あり、次の判定値のうち、2 つ以上該当

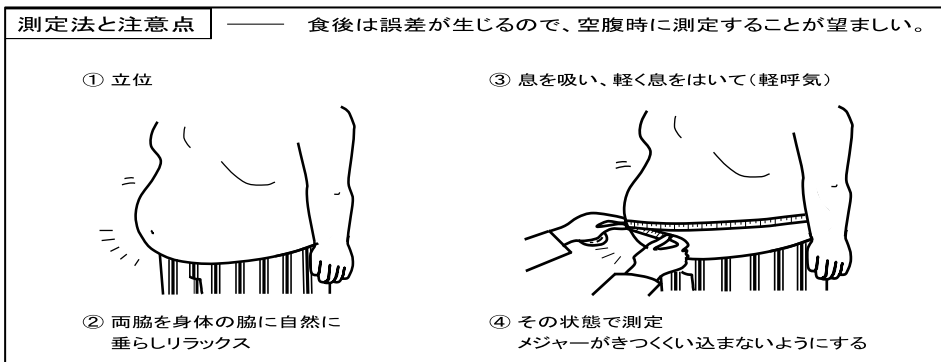
【動機付け支援】

へその周りの腹囲が男性 85 cm 以上・女性 90 cm 以上あり、次の判定値のうち、1 つ該当

【判定値】

- ・血糖(空腹時血糖値 100mg/dl 以上または HbA1c 5.6%以上)
- ・脂質(中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満)
- ・血圧(収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上)

図表 128 へその周りの腹囲を正しく測定する方法



参考  
メタボリックシンドローム  
診断基準検討委員会

●現在までの事業結果

・メタボ予備群・該当者は、65歳以上の改善が多く、特に40～64歳の働き盛り世代では改善が少なくなっています。(図表129、130)

(考察)若い世代からの健康意識づくり、重症化予防に努める必要があります。

図表129 メタボ該当者の改善数

年齢	40-44歳	40-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	計
令和3年度メタボ 該当者数(人) a	12	29	32	42	68	151	260	594
令和4年度もメタボ 該当者・予備群数(人) b	12	28	32	38	63	137	239	549
減少数(人)(a-b)	0	1	0	4	5	14	21	45

図表130 メタボ予備群の改善数

年齢	40-44歳	40-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	計
令和3年度メタボ 予備群数(人) c	11	24	32	31	33	90	128	349
令和4年度もメタボ 該当者・予備群数(人) d	9	19	28	26	28	78	117	305
減少数(人)(c-d)	2	5	4	5	5	12	11	44

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム(成果)指標	◎特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.3%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット(実施量・率)指標	◎特定保健指導率	74.7%	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

## ●目標を達成するための主な戦略

- ①特定保健指導の必要性の周知を行います。(広報・市のホームページ・LINE等を活用)
- ②働き盛り世代への介入方法を工夫します。(夕方以降の訪問や個別対応等)

## ●現在までの実施方法（プロセス）

- ①対象者の選定
- ②結果説明会の案内通知（はがき・電話・個別通知など）
- ③集団健診における初回面接の実施
- ④休日健診夕方以降を活用して特定保健指導実施
- ⑤市から健診機関への特定保健指導委託（3か所）
- ⑥他事業を活用した保健指導の実施（運動教室や二次健診）
- ⑦実績まとめ・評価・報告

## ●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①働き盛り世代からの健康づくりを促します。
- ②保健指導を受けやすい環境づくりを行います。(平日夜間や土日を活用した保健指導)
- ③委託先の積極的な保健指導の介入を行います。
- ④健康意識を高めるために、広報や市のホームページ、LINE等を活用して特定保健指導の必要性を周知していきます。
- ⑤腹囲 2cm 減、体重 2kg 減を目指し、生活習慣病予防につながる行動変容が出来るよう支援します。

## ●実施体制（ストラクチャー）など

支援対象者の増加や制度改正に伴い新たな取り組みが必要となる場合は、職員の増員やアウトソーシングの導入を検討し、十分な支援と保健指導の質の確保ができるよう、人員体制の強化に努めます。

## ●評価計画

該当年度数値と目標値を年度毎に評価します。  
評価については、短期的目標及び中長期的評価の視点で行います。  
なお、短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ、年1回以上行うもの  
とします。

## 8. 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「豊見城市個人情報の保護に関する法律施行条例」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、委託先の契約履行状況を管理します。

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

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

## 9. 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。

## 10. 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、豊見城市ホームページ等への掲載により公表、周知します。



健診結果説明会の様子



保健指導の様子



## 参 考 資 料

資料 1	豊見城市保健事業実施計画(データヘルス計画)推進会議実施要項	117
資料 2	データヘルス計画推進会議 記録(R6～R11 年度)	118
資料 3	様式 5-1 国・県・同規模平均と比べた豊見城市の位置	124
資料 4	E 表 ①40～64 歳	126
	②65～74 歳(国保)	127
	③65～74 歳(後期)	128
	④75 歳以上	129
資料 5	三課の関連図	130
資料 6	図表一覧	131

## 豊見城市保健事業実施計画（データヘルス計画）推進会議実施要項

平成 30 年 8 月 8 日 部長決済

令和 5 年 3 月 23 日 改正

（目的）

第 1 条 本市データヘルス計画により明確化された保健事業について、保健事業の実施主体である健康推進課（特定健診班）が国民健康保険課（国民健康保険主管課）へ事業報告を行い、課題解決に向けた体制及び実施方法等について協議することを目的とする。

2 生活習慣病等の疾病予防及び介護予防等の健康づくりに関して、被保険者の継続的な健康増進を図る為、後期高齢者医療保険担当課及び介護保険担当課等と連携し、包括的かつ横断的な取り組みを推進することを目的とする。

（所掌事務）

第 2 条 推進会議の所掌事務は、次に掲げる事項とする。

- （1） 国民健康保険に係る保健事業の分析及び進捗管理に関する事。
- （2） 庁内関係課との連携に関する事。
- （3） そのほか本市データヘルス計画に関する事。

（構成）

第 3 条 推進会議は、健康推進課、国民健康保険課、障がい長寿課をもって構成する。

2 そのほか会議に必要なメンバー、部署については健康推進課長の判断により決定する。

（会議）

第 4 条 推進会議は健康推進課長が招集する。

2 推進会議は年 1 回以上開催する。

（記録及び報告）

第 5 条 推進会議の結果を記録し、国民健康保険に係る保健事業の改善と本市の社会保障費の安定化に向けた円滑な庁内連携を図るとともに、必要な事項については豊見城市国民健康保険運営協議会等に報告する。

（庶務）

第 6 条 推進会議の庶務は健康推進課にて行う。

（その他）

第 7 条 この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要項は、平成 30 年 8 月 8 日から施行する。

この要項は、令和 5 年 3 月 23 日から施行する。

## 資料 2

データヘルス計画推進会議 議事録 記録者 ( )	
日時	令和 年 月 日 ( )
場所	
出席者	
内容	<p>【 議 題 】 (要旨) 話し合われた内容</p> <p>【 詳 細 内 容】 意見・決定事項など</p>
次回予定 引き継ぎ 事項	【次回会議までに必要な作業】

データヘルス計画推進会議 議事録 記録者 ( )	
日時	令和 年 月 日 ( )
場所	
出席者	
内容	<p>【 議 題 】(要旨) 話し合われた内容</p> <p>【 詳 細 内 容】意見・決定事項など</p>
次回予定 引き継ぎ 事項	【次回会議までに必要な作業】

データヘルス計画推進会議 議事録 記録者 ( )	
日時	令和 年 月 日 ( )
場所	
出席者	
内容	<p>【 議 題 】 (要旨) 話し合われた内容</p> <p>【 詳 細 内 容】 意見・決定事項など</p>
次回予定 引き継ぎ 事項	【次回会議までに必要な作業】

データヘルス計画推進会議 議事録 記録者 ( )	
日時	令和 年 月 日 ( )
場所	
出席者	
内容	<p>【 議 題 】 (要旨) 話し合われた内容</p> <p>【 詳 細 内 容】 意見・決定事項など</p>
次回予定 引き継ぎ 事項	【次回会議までに必要な作業】

データヘルス計画推進会議 議事録 記録者 ( )	
日時	令和 年 月 日 ( )
場所	
出席者	
内容	<p>【 議 題 】 (要旨) 話し合われた内容</p> <p>【 詳 細 内 容】 意見・決定事項など</p>
次回予定 引き継ぎ 事項	【次回会議までに必要な作業】

データヘルス計画推進会議 議事録 記録者 ( )	
日時	令和 年 月 日 ( )
場所	
出席者	
内容	<p>【 議 題 】 (要旨) 話し合われた内容</p> <p>【 詳 細 内 容】 意見・決定事項など</p>
次回予定 引き継ぎ 事項	【次回会議までに必要な作業】



# 資料 3

様式 5-1 国・県・同規模平均と比べた豊見城市の位置

(R5 年 11 月作成)

項目		豊見城市		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		64,014		16,969,503		1,439,108		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)		12,729	19.9	5,164,670	30.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上		5,924	9.3	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8		
		65~74歳		6,805	10.6	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9		
		40~64歳		20,383	31.8	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		30,902	48.3	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		3.7		5.6		4.9		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		13.1		28.6		15.1		25.0			
		第3次産業		83.2		65.8		80.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.7		80.7		80.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		88.3		87.0		87.5		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.2		80.1		79.3		80.1				
	女性		84.7		84.4		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		92.8		100.3		99.3		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		男性		81.1		101.2		90.5		100			
		女性		92.8		100.3		99.3		100			
		死因	がん		124	56.4	53,892	49.4	3,274	49.7	378,272		50.6
			心臓病		47	21.4	30,362	27.8	1,669	25.3	205,485		27.5
			脳疾患		29	13.2	16,001	14.7	978	14.8	102,900		13.8
			糖尿病		4	1.8	2,063	1.9	193	2.9	13,896		1.9
	腎不全		9	4.1	3,958	3.6	272	4.1	26,946	3.6			
	自殺		7	3.2	2,854	2.6	205	3.1	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚生省HP 人口動態調査	
男性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,240 17.5		932,725 18.1		61,945 19.0		6,724,030 19.4		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		38 0.3		15,476 0.3		835 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		6,689 12.9		2,980,586 13.3		177,194 11.6		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		17,978 34.6		10,399,684 46.4		546,973 35.9		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		27,225 52.5		9,019,896 40.3		799,361 52.5		68,963,503 40.8		
	2号認定者		100 0.49		20,148 0.36		2,135 0.45		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		430 18.6		237,003 24.2		11,465 17.4		1,712,613 24.3		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		1,083 45.3		523,600 53.8		28,893 43.8		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		625 25.1		312,282 31.8		17,395 26.0		2,308,216 32.6			
		心臓病		1,190 50.0		590,733 60.8		31,994 48.6		4,224,628 60.3			
脳疾患		533 22.6		221,742 23.1		14,271 21.9		1,568,292 22.6					
がん		229 8.7		111,991 11.3		5,539 8.2		837,410 11.8					
筋・骨格 精神		1,034 42.3 695 28.7		516,731 53.1 358,088 37.0		29,667 44.9 20,229 31.0		3,748,372 53.4 2,569,149 36.8					
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		286,286 3,644,133,148		274,536 1,417,885,670,317		324,737 105,444,836,581		290,668 100,174,226,869		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)		70,225		63,298		69,211		59,662				
	居宅サービス		51,423		41,822		51,518		41,272				
施設サービス		294,557		292,502		301,929		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 10,527		8,654		11,002		8,610		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし		4,724		4,013		4,796		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		13,965		3,472,300		388,055		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		4,546 32.6				119,076 30.7		11,129,271 40.5			
		40~64歳		4,635 33.2				134,131 34.6		9,088,015 33.1			
		39歳以下		4,784 34.3				134,848 34.7		7,271,596 26.5			
	加入率		21.8		20.5		27.0		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		4 0.3		1,146 0.3		90 0.2		8,237 0.3			
		診療所数		38 2.7		12,471 3.6		890 2.3		102,599 3.7			
		病床数		828 59.3		206,222 59.4		18,602 47.9		1,507,471 54.8			
		医師数		255 18.3		34,837 10.0		3,887 10.0		339,611 12.4			
		外来患者数		587.3		719.9		541.1		687.8			
入院患者数		19.3		19.6		19.0		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		341,738 県内17位 同規模162位		366,294		318,310		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		606.652		739.503		560.174		705.439				
	外来	費用の割合		51.5		59.5		53.6		60.4			
		件数の割合		96.8		97.3		96.6		97.5			
	入院	費用の割合		48.5		40.5		46.4		39.6			
		件数の割合		3.2		2.7		3.4		2.5			
1件あたり在院日数		16.4日		16.3日		17.1日		15.7日					

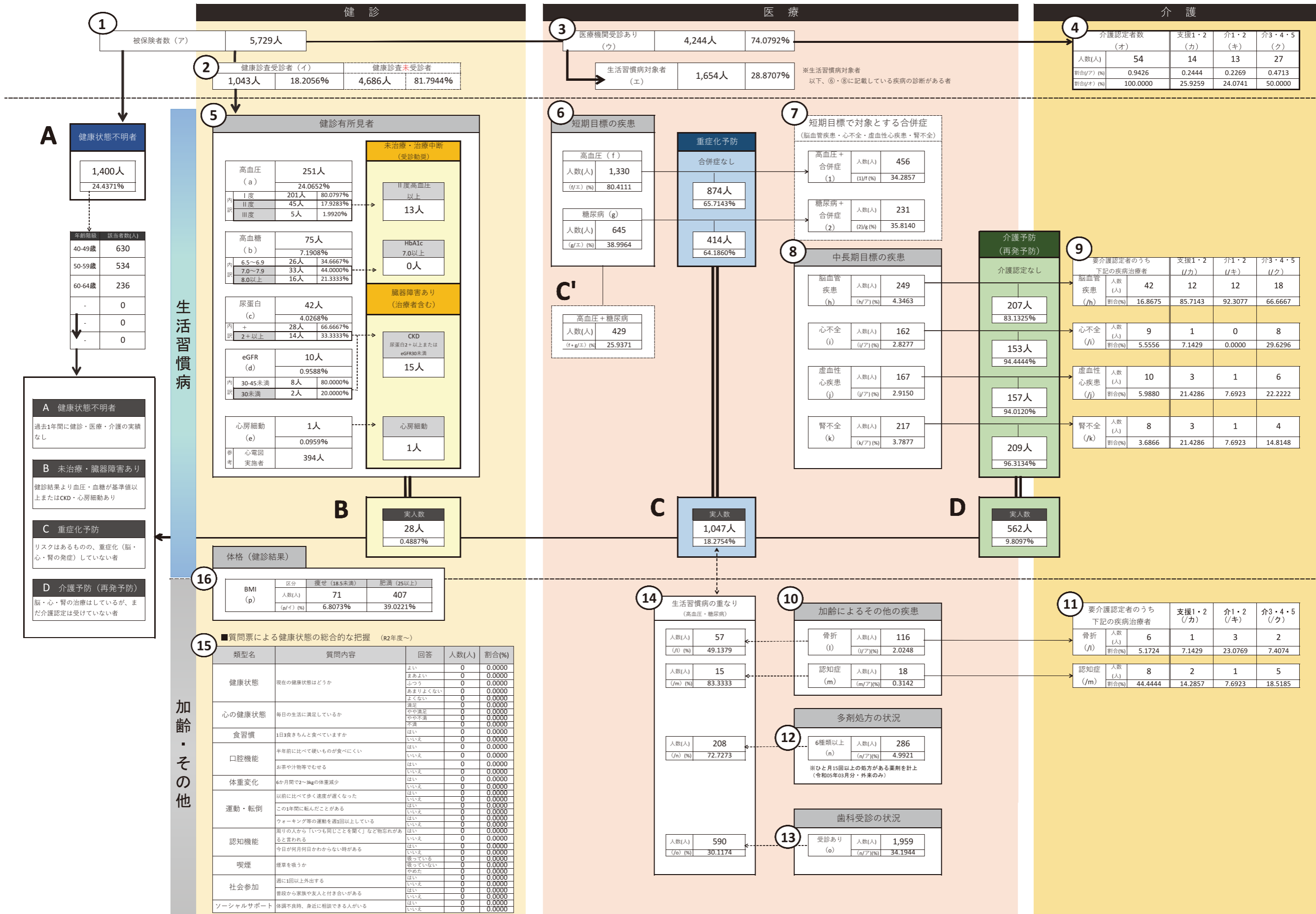
	項目	豊見城市		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源権病名 (調剤含む)	がん	587,657,620	27.4	32.0	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題						
		慢性腎不全(透析あり)	286,891,670	13.4	7.8	12.0	8.2							
		糖尿病	185,857,720	8.7	10.9	8.3	10.4							
		高血圧症	112,381,480	5.2	6.2	4.8	5.9							
		脂質異常症	67,719,730	3.2	4.0	2.8	4.1							
		脳梗塞・脳出血	86,210,160	4.0	3.9	4.9	3.9							
		狭心症・心筋梗塞	32,219,500	1.5	2.7	3.3	2.8							
		精神	424,985,640	19.8	15.1	20.9	14.7							
	筋・骨格	336,457,300	15.7	16.4	16.0	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	303	0.2	299	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)				
			糖尿病	808	0.5	1,297	0.9	896	0.6		1,144	0.9		
			脂質異常症	77	0.0	61	0.0	67	0.0		53	0.0		
			脳梗塞・脳出血	5,464	3.3	6,621	4.5	6,789	4.6		5,993	4.5		
			虚血性心疾患	2,378	1.4	4,143	2.8	4,321	2.9		3,942	2.9		
腎不全			8,714	5.3	4,389	3.0	5,764	3.9	4,051		3.0			
外来		高血圧症	7,744	4.4	11,711	5.4	7,107	4.2	10,143		4.9			
		糖尿病	13,113	7.4	20,415	9.4	12,437	7.3	17,720		8.6			
		脂質異常症	4,772	2.7	7,802	3.6	4,322	2.5	7,092		3.5			
		脳梗塞・脳出血	634	0.4	937	0.4	689	0.4	825		0.4			
腎不全	1,122	0.6	1,875	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8						
	22,509	12.8	17,220	7.9	20,295	11.9	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	1,307		2,421		1,408		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題				
		健診未受診者	11,011		13,441		11,533		13,295					
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,263		6,937		5,718		6,142					
		健診未受診者	44,335		38,519		46,845		40,210					
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,449	56.0	571,947	57.0	46,905	60.4	3,915,807	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	医療機関受診率	1,299	50.2	518,685	51.7	43,108	55.5	3,574,378	52.0					
	医療機関非受診率	150	5.8	53,262	5.3	3,797	4.9	341,429	5.0					
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 250市町村	健診受診者	2,587		1,003,256		77,685		6,874,715		KDB_NO.3 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		受診率	30.2	県内39位 同規模237位	40.6	33.9	全国39位	37.6						
		特定保健指導終了者(実施率)	246	72.4	41,795	36.3	6,584	58.1	200,147	24.6				
		非肥満高血糖	175	6.8	102,355	10.2	5,183	6.7	620,920	9.0				
		メタボ	該当者	659	25.5	209,353	20.9	20,093	25.9	1,394,679		20.3		
			男性	465	37.5	144,492	32.8	13,940	37.3	974,740		32.0		
			女性	194	14.4	64,861	11.5	6,153	15.3	419,939		11.0		
			予備群	383	14.8	110,777	11.0	11,440	14.7	772,552		11.2		
		メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	男性	268	21.6	77,015	17.5	7,770	20.8		545,269	17.9	
				女性	115	8.5	33,762	6.0	3,670	9.1		227,283	5.9	
			BMI	総数	1,153	44.6	351,240	35.0	35,105	45.2		2,402,739	35.0	
				男性	796	64.1	242,777	55.0	24,011	64.2		1,683,310	55.3	
				女性	357	26.5	108,463	19.3	11,094	27.5		719,429	18.8	
				総数	154	6.0	48,512	4.8	4,674	6.0		323,039	4.7	
		男性	30	2.4	6,912	1.6	718	1.9	51,832	1.7				
		女性	124	9.2	41,600	7.4	3,956	9.8	271,207	7.1				
		6	① 問診の状況	高血圧	1,096	42.4	374,976	37.4	31,753	40.9		2,447,012	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	309	11.9	93,288	9.3	8,166	10.5		594,898	8.7	
				脂質異常症	770	29.8	290,746	29.0	20,544	26.4		1,914,768	27.9	
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	97			4.4	31,338	3.2	2,473	3.4	208,631	3.1				
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	193			8.7	58,007	6.0	4,889	6.8	367,800	5.5				
腎不全	19			0.7	7,932	0.8	535	0.7	54,301	0.8				
貧血	215			9.6	102,350	10.6	5,775	7.9	706,690	10.7				
喫煙	327			12.6	127,356	12.7	11,132	14.3	948,511	13.8				
週3回以上朝食を抜く	315			16.1	77,946	8.4	10,659	18.1	648,921	10.4				
週3回以上食後間食(～H29)	0			0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
6	③ 生活習慣の 状況	週3回以上就寝前夕食(H30～)	454	23.2	134,498	14.4	13,686	23.2	985,237	15.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		週3回以上就寝前夕食	454	23.2	134,498	14.4	13,686	23.2	985,237	15.8				
		食べる速度が遅い	555	28.4	238,095	25.8	17,740	30.1	1,672,149	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	892	45.4	319,388	34.5	27,563	46.4	2,190,989	35.0				
		1回30分以上運動習慣なし	1,117	56.9	554,249	59.7	34,091	57.8	3,777,098	60.4				
		1日1時間以上運動なし	946	48.2	434,096	46.5	26,233	44.3	3,004,715	48.0				
		睡眠不足	446	27.2	232,723	25.0	16,448	28.9	1,599,845	25.6				
		毎日飲酒	402	19.7	234,906	24.4	11,817	19.7	1,671,390	25.5				
		時々飲酒	669	32.8	205,537	21.3	17,898	29.8	1,475,561	22.5				
		一 日 飲 酒 量	1合未満	983	58.3	417,647	65.3	20,360	50.2	2,997,474		64.1		
			1～2合	454	26.9	150,562	23.5	12,117	29.9	1,110,546		23.7		
			2～3合	196	11.6	56,979	8.9	5,825	14.4	438,404		9.4		
			3合以上	53	3.1	14,747	2.3	2,219	5.5	130,123		2.8		

ログイン  
 保険者番号: 00470294  
 豊見城市(国保)

分析条件  
 保険者名 地区: 豊見城市  
 対象年度: 令和04年

資料4① 40~64歳 国保

個別条件  
 年齢層: 40歳~64歳

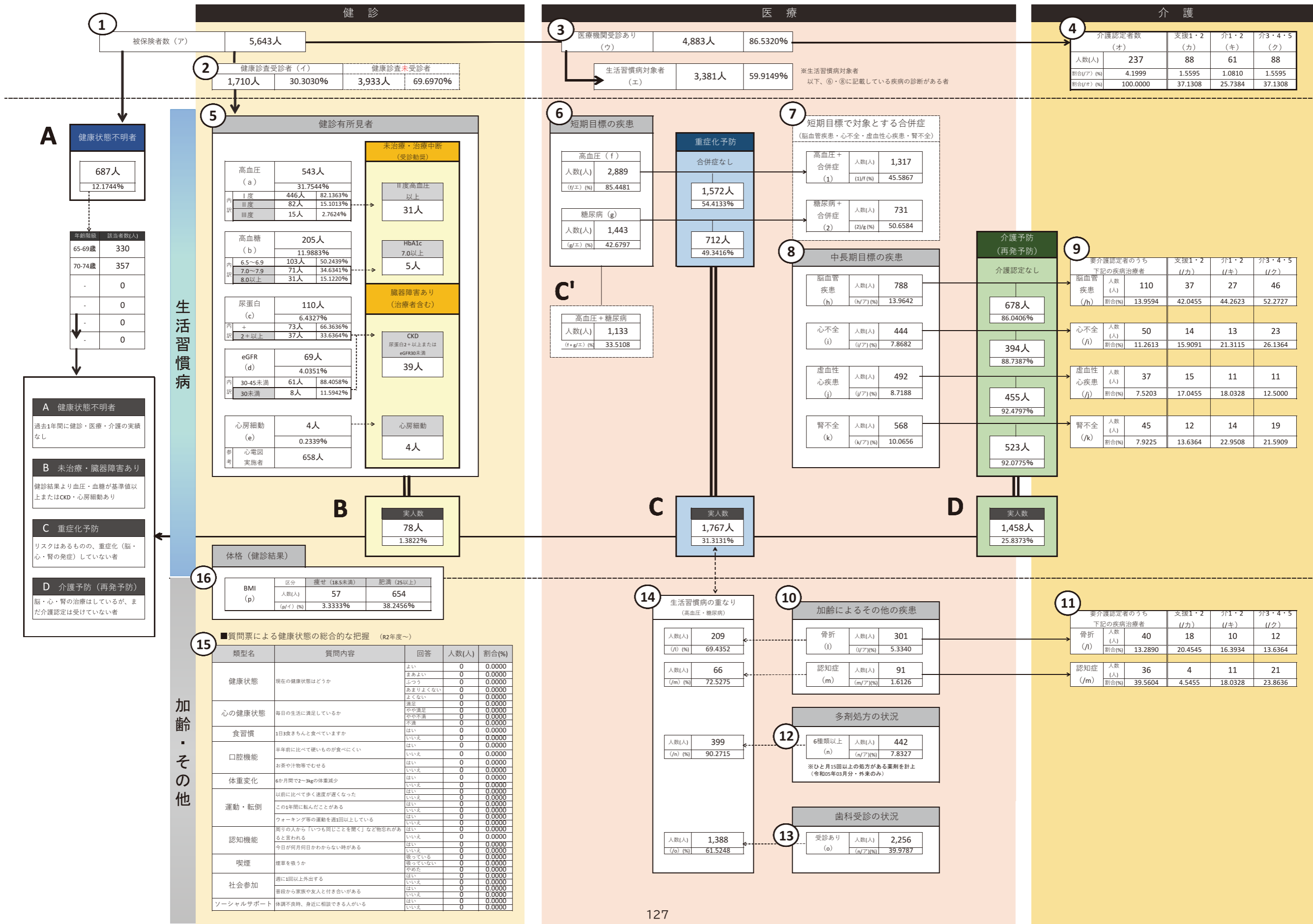


ログイン  
 保険者番号: 00470294  
 豊見城市(国保)

分析条件  
 保険者名地区: 豊見城市  
 対象年度: 令和04年

資料4② 65~74歳 国保

個別条件  
 年齢層: 65歳~74歳(国保)

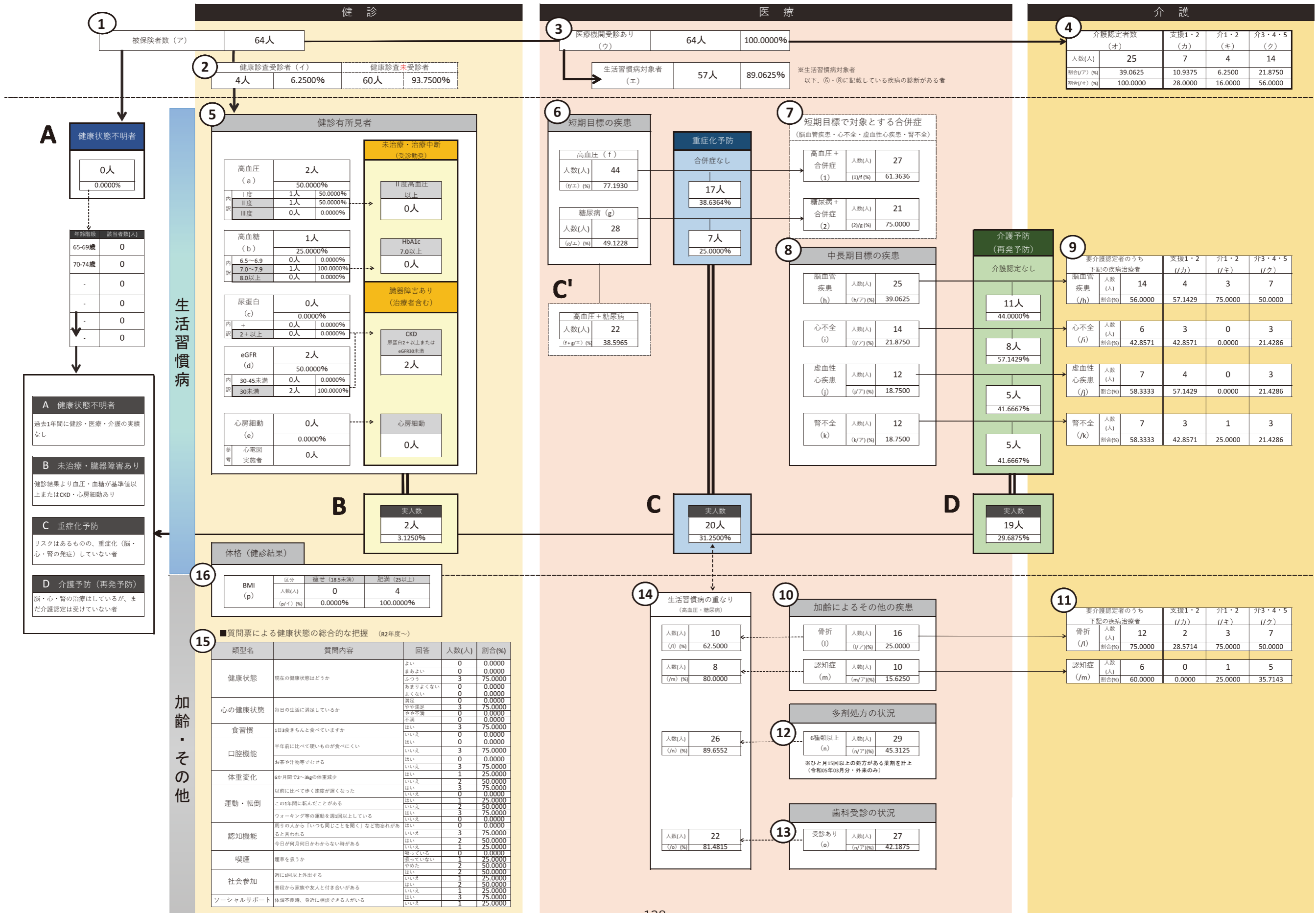


ログイン  
 保険者番号: 00470294  
 豊見城市(国保)

分析条件  
 保険者名地区: 豊見城市  
 対象年度: 令和04年

個別条件  
 年齢層: 65歳~74歳(後期)

資料4③ 65~74歳後期



ログイン

保険者番号:

分析条件

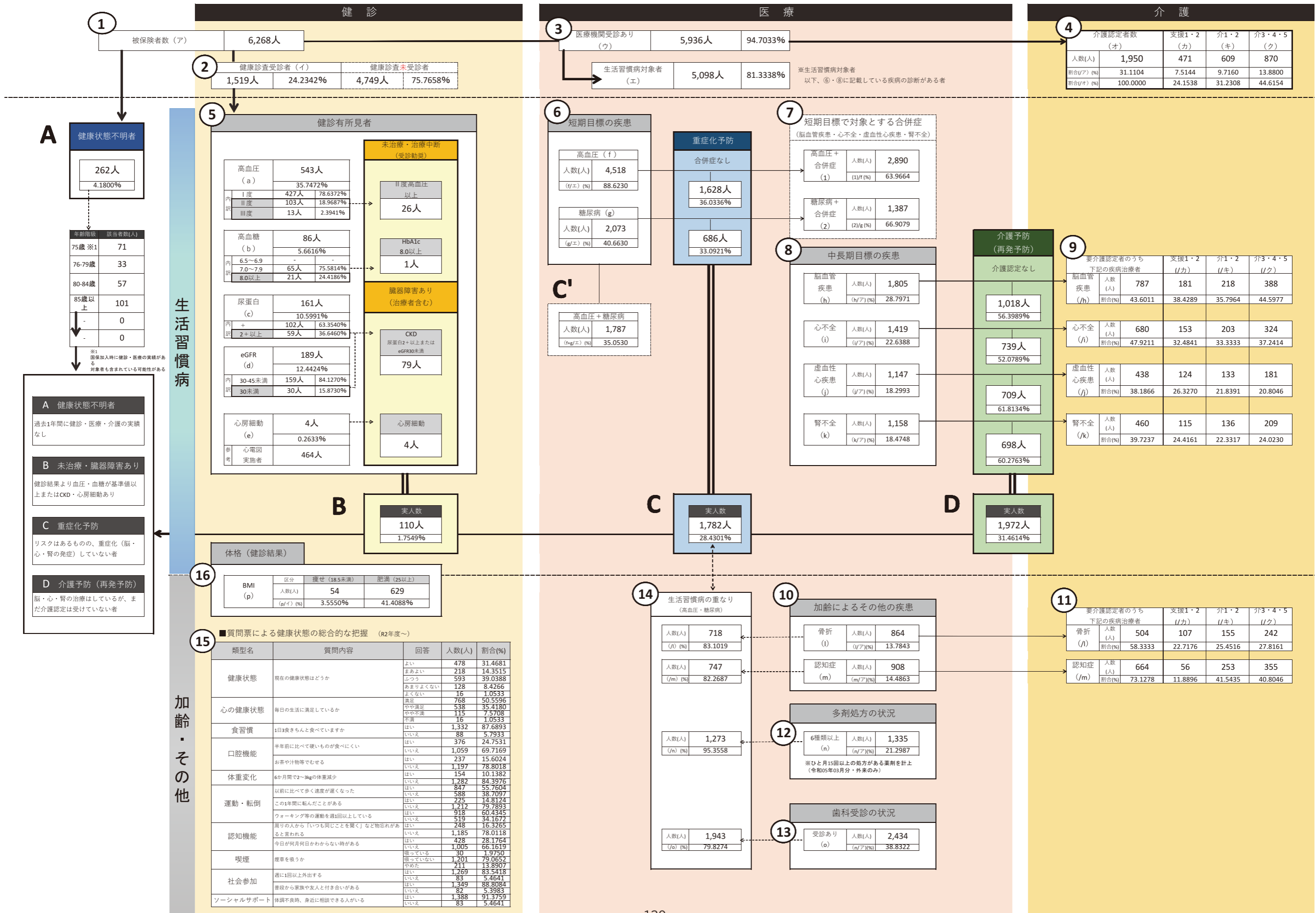
保険者名地区:

対象年度:

個別条件

年齢層:

資料4④ 75歳以上 後 期



<b>短期目標</b>	特定健診受診率向上、メタボ該当者・予備群の割合減少、健診結果の高血圧、血糖異常、脂質異常、尿蛋白異常の割合減少等	<b>中長期目標</b>	総医療費に占める脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析有)に占める医療費の割合の減少・維持、透析導入者の割合の減少
-------------	--	--------------	---



**健康寿命の延伸・医療費の適正化に向けた具体的な取り組み**

**健康推進課**

**未受診者対策**

- ◆20代・30代健診 ◆特定健診受診者へのインセンティブ付与事業
- ◆受診勧奨個別通知 ◆特定健診情報提供(トライアングル)推進事業
- ◆受診しやすい集団健診の実施(土日健診、レディース総合健診等)

**保健事業取り組み内容**

- ◆特定健診 ◆特定保健指導 ◆肥満・メタボの重症化予防
- ◆受診勧奨値を超えている者への対応(高血圧・高血糖・脂質異常) ◆心電図事後フォロー
- ◆生活習慣病予防二次検診事業 ◆糖尿病腎症重症化予防事業 ◆(CKD)慢性腎臓病重症化予防事業
- ◆運動教室事業 ◆重複・多剤投与者訪問等指導事業◆がん検診・がん検診精密検査者への保健指導 ◆歯周病検診
- ◆健康づくり教室 ◆ポピュレーション(健康教育など)

**R3～高齢者の保健事業と介護予防の一体化の実施**

**国民健康保険課(後期高齢者医療保険含む)**

- ◆特定健診受診勧奨(国保だより、保険証送付時資料)
- ◆後発医薬品利用促進
- ◆血圧測定ブースの設置

**【後期高齢者医療広域連合】**

- ◆長寿健康診査 ◆健康長寿教室
- ◆健康長寿訪問指導事業 ◆医療費通知

広域: 保健事業実施計画(データヘルス計画)

**障がい長寿課**

社会保障費は増大!  
市民の健康寿命の延伸、社会保障制度の基盤安定化を図るため、**生活習慣病の重症化予防、フレイル予防、介護予防の連携した取り組みが重要**

- 介護予防・日常生活支援サービス事業
  - ◆高齢者筋力向上トレーニング教室
  - ◆訪問家事支援事業
  - ◆「食」の自立支援事業(栄養改善分)
- 一般介護予防事業
  - ◆脳がんじゅう教室
  - ◆地域ミニデューサーサービス
  - ◆健康料理教室
  - ◆筋力向上トレーニング
  - ◆骨コツ貯筋運動教室
- 認知症総合支援事業
  - ◆認知症カフェの開催
  - ◆認知症サポーター養成講座の開催
  - ◆認知症初期集中支援の実施
  - ◆認知症地域支援推進員の配置

**① 国保医療費 + ② 後期医療費 + ③ 介護給付費の合計**

図表一覧

資料 6

章	ページ	図表番号	名称	出典・参考データ
1	3	1	データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ	国保連合会ひな形
1	5	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
1	5	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
1	6	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	標準的な健診・保健指導プログラム
1	9	5-1	豊見城市の実施体制図	ひな形参考に独自作成
1	10	5-2	関係者が果たすべき役割	独自作成
1	12	6	保険者努力支援制度評価指標（市町村分）	ひな形参考に独自作成
1	14	7	データヘルス計画の管理目標一覧表	ひな形参考に独自作成
2	17	8	年齢3区分ごとの人口割合	豊見城市統計情報（豊見城市ホームページ）
2	17	9	高齢化率	KDB地区全体像の把握、豊見城市統計資料
2	17	10	同規模・県・国と比較した豊見城市の特性	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	17	11	豊見城市の産業別割合（%）	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	18	12	人口と国保被保険者数の推移	豊見城市統計情報
2	18	13	国保の加入状況	KDB改変 地域全体像の把握
2	18	14	本市人口ピラミッドと国保被保険者の人口ピラミッドを比較	豊見城市統計情報（豊見城市ホームページ）
2	19	15	医療の状況（被保険者千人あたり）	KDB改変 地域全体像の把握
2	19	16	平均寿命の市・県・国の比較	KDB改変 地域全体像の把握
2	20	17	平均寿命と健康寿命（R2年）	沖縄県市町村別健康指標（R5年6月）改変
2	20	18	平均寿命と健康寿命、不健康な期間の状況（豊見城市・男性）	沖縄県市町村別健康指標（R5年6月）改変
2	20	19	平均寿命と健康寿命、不健康な期間の状況（豊見城市・女性）	沖縄県市町村別健康指標（R5年6月）改変
2	21	20	標準化死亡率（SMR）2017～2021年	沖縄県市町村別健康指標（R5年6月）
2	21	21	豊見城市 死亡数・死因別標準化死亡率（SMR）の状況（H29～R3年）	沖縄県市町村別健康指標（R5年6月）
2	22	22	早世率（男性）	厚生労働省_人口動態(国保連合会サイボウズ文書管理「(早世)65歳未満死亡数と割合」のデータを改変)
2	22	23	早世率（女性）	厚生労働省_人口動態(国保連合会サイボウズ文書管理「(早世)65歳未満死亡数と割合」のデータを改変)
2	22	24	豊見城市20歳～64歳の選択別死亡数	沖縄県市町村別健康指標（R5年6月）
2	23	25	要介護認定者（率）の状況	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	23	26	1号認定者の割合の比較（R4）	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	23	27	2号認定者の割合の比較（R4）	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	24	28	介護給付費の変化	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	24	29	1人あたり給付費（円）（R4）	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	24	30	血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R4 年度）	KDB改変（データヘルス計画作成・評価支援ツール）
2	25	31	医療費の推移	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	25	32	1人あたり医療費の比較と外来費、入院費の割合	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	26	33	一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移	厚生労働省 「地域差分析」
2	26	34	中長期目標疾患の医療費の推移	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	27	35-1	脳血管疾患の医療費に占める割合	KDBシステム 健診・医療介護データから見る地域の健康課題
2	27	35-2	虚心性心疾患の医療費に占める割合	KDBシステム 健診・医療介護データから見る地域の健康課題
2	27	35-3	慢性腎不全（透析有）の医療費に占める割合	KDBシステム 健診・医療介護データから見る地域の健康課題
2	28	36-1	中長期目標疾患の治療状況	KDB 疾病管理一覧表
2	28	36-2	中長期目標疾患の治療状況（グラフ）	KDB 疾病管理一覧表
2	29	37	高血圧症治療者の経年変化	KDB 疾病管理一覧表（高血圧症）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）
2	29	38	高血圧症治療者の合併症割合	KDB 疾病管理一覧表（糖尿病）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）
2	30	39	糖尿病治療者の経年変化	KDB 疾病管理一覧表（糖尿病）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）
2	30	40	糖尿病治療者の合併症	KDB 疾病管理一覧表（糖尿病）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）
2	31	41-1	脂質異常症治療者の経年変化	KDB 疾病管理一覧表（糖尿病）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）
2	31	41-2	脂質異常症治療者の合併症	KDB 疾病管理一覧表（糖尿病）介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）
2	31	42	危険因子の数が多いほど心疾患の発症危険度は増大します	労働省作業関連疾患総合対策研究班の調査資料
2	32	43	健診結果と医療のかかり方（高血圧）	KDB改変、特定健診等データ管理システム
2	32	44	健診結果と医療のかかり方（糖尿病）	KDB改変、特定健診等データ管理システム
2	33	45	メタボリックシンドロームの経年変化	特定健診等データ管理システム
2	33	46	HbA1c6.5以上者の前年度からの変化（継続受診者）	特定健診等データ管理システム



図表一覧

資料 6

章	ページ	図表番号	名称	出典・参考データ
2	33	47	Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）	特定健診等データ管理システム
2	33	48	LDL160以上者の前年度からの変化（継続受診者）	特定健診等データ管理システム
2	34	49	糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導実績	市独自
2	36	50	健診受診者の血圧・血糖・LDLの受診勧奨判定値の割合の推移	保健指導実践ツール 6年データ突合ツールの年次比較
2	36	51	重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の状況	保健指導評価ツール
2	37	52	高血圧治療と未治療の状況	保健指導評価ツール
2	38	53	第2期データヘルス計画目標管理一覧（最終評価）	市独自
2	39	54	指標の評価	市独自
2	41	55	生活習慣病予防の発症・重症化予防の流れ	標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）
2	42	56	朝食の欠食が週に3回以上の割合	KDB改変 地域全体像の把握（特定健診問診票）
2	42	57	夕食を寝る2時間以内に週3回以上ある人の割合	KDB改変 地域全体像の把握（特定健診問診票）
2	43	58	1回30分以上の運動習慣なしの割合	KDB改変 地域全体像の把握（特定健診問診票）
2	43	59	毎日飲酒する方の割合	KDB改変 地域全体像の把握（特定健診問診票）
2	44	60	被保険者及びレセプトの推移	KDB改変（国保連合会より提供）
2	44	61	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	KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
2	45	62	最大医療資源傷病名による生活習慣病の構成比率	KDB改変 地域全体像の把握（R3年度）
2	46	63	高額レセプト（80万円/件）以上の推移	KDB改変（国保連合会より提供）
2	46	64	（脳血管疾患）高額レセプト（80万円/件）以上の推移	KDB改変（国保連合会より提供）
2	46	65	（虚血性心疾患）高額レセプト（80万円/件）以上の推移	KDB改変（国保連合会より提供）
2	48	66	健診・医療・介護データの一体的な分析（A3）	保険者支援ツール高齢者コックピットでE表を作成
2	49	67	被保険者数と健診受診状況	保険者データヘルス支援システム（高齢者コックピット）でE表を作成
2	49	68	健診有所見状況	保険者データヘルス支援システム（高齢者コックピット）でE表を作成
2	49	69	短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況	保険者データヘルス支援システム（高齢者コックピット）でE表を作成
2	49	70	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	保険者データヘルス支援システム（高齢者コックピット）でE表を作成
2	49	71	骨折・認知症の状況	保険者データヘルス支援システム（高齢者コックピット）でE表を作成
2	51	7	データヘルス計画の管理目標一覧 ※同じもの	市独自作成
3	52	72	生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える	国保連合会ひな形
3	54	73	支援が必要な対象者数（脳・心・腎を守るために）	特定健診データ管理システム（国保連合会ひな形）
3	56	74	メタボリックシンドロームとは	市独自
3	57	75	肥満度分類別の該当者数（性・年齢別）	特定健診データ管理システム（国保連合会ひな形）
3	57	76	肥満該当者（BMI 25以上）	KDB厚生労働省様式5-2
3	58	77	肥満症を解決するためのどの年齢、どの段階が改善しやすいのか？	国保連合会ひな形
3	58	78	メタボリックシンドローム該当者の割合	特定健診データ管理システム
3	58	79	メタボリックシンドローム予備群の割合	特定健診データ管理システム
3	59	80-1	メタボ該当者の状況（性・年代別）	特定健診データ管理システム
3	59	80-2	メタボ該当者の状況（性・年代別）グラフ	特定健診データ管理システム
3	60	81	メタボ該当者の治療状況（性・年代別）	特定健診データ管理システム
3	62	82	豊見城市国保加入者 人工透析の状況と糖尿病性腎症合併の推移	厚生労働省様式3-1、人工透析のレセプト分析（KDB）新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）
3	63	83	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	保険者データヘルス支援システム
3	64	84	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以上の減少は	保健指導実践ツール（6年データ突合ツール）
3	65	85	新規透析患者の基礎疾患の状況	新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）改変
3	65	86	HbA1cの年次比較（治療と未治療の状況）	保健指導実践ツール（6年データ突合ツール）改変
3	68	87	糖尿病性腎症重症化予防の取組評価	KDBシステム改変
3	69	88	豊見城市国保加入者 人工透析の状況	厚生労働省様式3-7、人工透析のレセプト分析（KDB）新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）
3	70	89	新規透析導入者の基礎疾患の状況	新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）改変
3	70	90	総医療費に占める透析の割合	KDB改変健診・医療・介護データからみる健康課題
3	70	91	透析医療費（億円）	KDB改変健診・医療・介護データからみる健康課題
3	72	92	医療との連携、仕組みづくりについて（イメージ）	市独自
3	73	93	健診受診者の血圧・脂質・血糖の受診勧奨判定値割合の推移	保健指導実践ツール（6年データ突合ツール）改変
3	76、77	94	豊見城市 死因別死亡数	沖縄県市町村別健康指標（R4年3月）

図表一覧

資料6

章	ページ	図表番号	名称	出典・参考データ
3	77	95	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	KDBシステム健診・医療介護データから見る地域の健康課題
3	77	96	脳血管疾患の総医療費に占める割合	KDBシステム健診・医療介護データから見る地域の健康課題
3	78	97	脳梗塞の新規患者発生（入院+外来）の推移	保険者支援ツール新規患者発生リスト
3	78	98	虚血性心疾患の新規患者発生（入院+外来）の推移	保険者支援ツール新規患者発生リスト
3	78	99	脳出血の新規患者発生（入院+外来）の推移	保険者支援ツール新規患者発生リスト
3	79	100	CHADS2スコア	脳心血管病予防に関する包括的管理リスクチャート2019年版
3	79	101	心房細動と心房性脳梗塞	脳卒中予防の提言
3	80	102	R4年度40～74歳特定健診受診者の心電図検査実施状況	R4年度心電図台帳
3	80	103	心電図事後フォロー対象者、D2（要精査）のST変化、心房細動を占める割合	R4年度心電図台帳
3	80	104	令和4年度 心電図事後フォロー対象者の保健指導実施率と医療受療率	R4年度心電図台帳
3	83	105	20～30代健診受診者165人の有所見率と生活習慣の状況（R4）	健康管理台帳より算出
3	83	106	20～30代健診受診者肝機能異常の方（61人）の有所見率と生活習慣の状況（R4）	健康管理台帳より算出
3	86	107	R4年度 適正受診システム抽出結果及び指導結果	R4年度重複・多剤服薬者訪問等指導事業実績
3	86	108	薬剤費変化と行動変容結果	R4年5年度重複・多剤服薬者訪問等指導事業実績
3	88	109	後発医薬品使用割合	保険者別の後発医薬品の使用割合
3	90	110	豊見城市の高齢者人口	豊見城市統計データ年齢（5歳階級）別人口
3	94	111	各種がん検診受診率	地域保健報告より算出
3	97	112	社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化	保険者データヘルス支援システムで作成
3	98	113	糖尿病・・・経済的な影響をみてみました	「糖尿病ノート」（保健活動を考える自主的研究会）
5	101	114	年代別特定健診受診率の推移	特定健診等データ管理システム
5	102	115	未受診者対策を考える（厚生労働省様式5-3）	厚生労働省様式5-5、データヘルス帳票
5	102	116	費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金	データヘルス評価支援ツール（R4年度集計）
5	103	117	特定健診受診率・特定保健指導実施率目標の設定	市独自
5	104	118	特定健診検査項目	特定健康診査等に係る業務の手引き【改訂版】
5	105	119	特定健診の案内・特定健診実施スケジュール（例示）	市独自
5	106	120	特定健診受診率 法定報告値（%）	法定報告
5	107	121	特定健診受診率の推移（H29～R4）	R4年度データヘルス計画・評価支援ツール帳票
5	109	122	要保健指導対象者の見込み	国保連合会ひな形（改変）
5	110	123	健診から保健指導へのフローチャート（様式5-5）	特定健診データ管理システム
5	111	124	生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導の流れ	厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」抜粋
5	111	125	健診・保健指導年間スケジュール（例示）	市独自
5	112	126	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）	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）国保連合会ひな形
5	113	127-1	特定保健指導実施率（%）	特定健診・特定保健指導実施率（R4年報告値）
5	113	127-2	特定保健指導対象者減少率	特定健診・特定保健指導実施結果総括表
5	113	128	へその周りの腹囲を正しく測定する方法	メタボリックシンドローム診断基準検討委員会
5	114	129	メタボ該当者の改善数	特定健診データ管理システム
5	114	130	メタボ予備群の改善数	特定健診データ管理システム
資料	117	資料1	豊見城市保健事業実施計画（データヘルス計画）推進会議実施要項	実施要項
資料	118	資料2	データヘルス計画推進会議 記録（R6～R11年度）	市独自
資料	124	資料3	様式5-1 国・県・同規模平均と比べた豊見城市の位置	データヘルス評価支援ツールデータ帳票
資料	126	資料4①	E表 40～64歳	保険者データヘルス支援システムで作成
資料	127	資料4②	E表 65～74歳（国保）	保険者データヘルス支援システムで作成
資料	128	資料4③	E表 65～74歳（後期）	保険者データヘルス支援システムで作成
資料	129	資料4④	E表 40～64歳（75歳以上）	保険者データヘルス支援システムで作成
資料	130	資料5	三課の関連図	関連課に依頼し、とりまとめ作成
資料	131	資料6	第3期データヘルス計画 図表一覧	市独自

（データ作成時期について）  
 主にR5年7月作成データを使用。（国保連合会ひな形データが7月作成）  
 R5年11月の法定報告によりデータが確定した11月にKDBより新たにデータを抽出し、ツールでR4年度11月データを作成。7月データと11月データの数値と比較し、殆ど変化がないため、7月データを根拠資料としています。  
 （一部11月データを使用している図表もあります）

**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3月

発行 豊見城市役所 福祉健康部 健康推進課

所在地 〒901-0292 沖縄県豊見城市宜保一丁目1番地1

電話 (098) 850-0215 FAX (098) 856-7046

