

東庄町国民健康保険

第 2 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》



東庄町イメージキャラクター「コシュリンくん」

東 庄 町

目 次

第 1 章 保健事業実施計画の基本的事項

- 1. 計画策定について 1
- 2. 計画期間 1
- 3. 実施体制・関係者連携 2

第 2 章 地域の概況

- 1. 東庄町の特性 3
- 2. 被保険者の状況 4
- 3. 交通手段 5
- 4. 医療資源 5

第 3 章 過去の取り組みの考察

- 1. 中長期目標に対する評価 6
- 2. 短期目標に対する評価 7
- 3. 各事業の達成状況 9

第 4 章 健康医療情報等の分析と課題

- 1. 平均寿命・標準化死亡比 17
- 2. 医療費の分析 18
- 3. 特定健康診査・特定保健指導等のデータ(質問票を含む)の分析 22
- 4. レセプト・健診データ等を組み合わせた分析 32
- 5. 介護保険関係の分析 33

第 5 章 健康課題の抽出と保健事業の実施計画

- 1. 計画全体 34
- 2. 個別の保健事業 36

第6章 第4期 特定健康診査等実施計画

1. 計画の策定にあたって	45
2. 目標値	46
3. 対象者数・実施見込み数	47
4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法	48
5. 個人情報の保護	51
6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	51
7. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	51
8. その他	51

第7章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し	52
2. データヘルス計画の公表・周知	52
3. 個人情報の取り扱い	52

巻末資料

東庄町国民健康保険保健事業実施計画用語集	53
----------------------	----

第1章 保健事業実施計画の基本的事項

1. 計画策定について

(1) 背景

平成25年6月14日に政府により閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の策定・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保も同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

これまでも、保険者においてレセプトや統計資料等を活用し「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）の策定、見直しを行い保健事業を実施してまいりましたが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めていくため、保有しているデータを活用しながら、リスクを抱えていない被保険者への働きかけや病気の発症予防から重症化予防まで網羅的な保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえ、国は平成26年に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（以下「国指針」という。）の一部を改正し、「保険者は健康・医療情報を活用しPDCA【計画・実施・評価・改善】サイクル（以下「PDCAサイクル」という。）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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行う」とこととされました。

(2) 計画の趣旨

東庄町国民健康保険では平成20年から「東庄町特定健康診査等実施計画」を作成するとともに、平成31年3月に「東庄町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定しました。

令和6年3月をもって「第3期東庄町特定健康診査等実施計画」「東庄町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）2019年度～2023年度」が終了します。これに伴い、「東庄町国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。なお、東庄町国民健康保険被保険者の健康増進を目的に効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第1項に基づき策定する「第4期特定健康診査等実施計画」を本計画第6章に示します。

2. 計画期間

計画の期間は令和6年度から令和11年度までとします。

3. 実施体制・関係者連携

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当課が中心となって関係部署や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。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。

策定・実施にあたっては東庄町国民健康保険運営協議会での審議を受け適切に運営します。

なお、国民健康保険中央会が運営する国保データベース（KDB）システムを活用して医療データ・健康診査等データ・その他統計情報等を確認し、課題分析や数値目標に対する実績の確認などを毎年実施し、適切な管理に努めます。

計画の実施にあたっては医療機関や委託事業者等と健康課題を共有し、連携を強化していきます。

第2章 地域の概況

1. 東庄町の特徴

(1) 地理・気候

東庄町は、千葉県の北東部に位置し東京から約 80km 圏で東は銚子市、南は旭市、西は香取市に接しており、北は利根川を隔て茨城県神栖市と接しています。東庄町の範囲は東西約 9km・南北約 10.5km で総面積は 46.25km² です。東庄町の中央は、北総台地の一角をなしており、台地は斜面が森林で上部の平地は畑作に利用され、北部の利根川沿線と南部の干潟八万石の平野部は水田地帯となっています。

気候は、温暖で太平洋に近いいため黒潮海流の影響を受け、冬は暖かく、夏は涼しく年間平均気温は、約 16.0℃です。



(2) 人口構成

東庄町の人口は、昭和 40 年代後半の茨城県鹿島臨海工業地帯の開発に伴う住宅団地の造成等により昭和 60 年には 18,337 人と過去最高となりましたが、その後は年々減少しています。

令和 5 年 4 月 1 日現在 13,051 人、同年 5 月には 13,000 人を下回っています。

2. 被保険者の状況

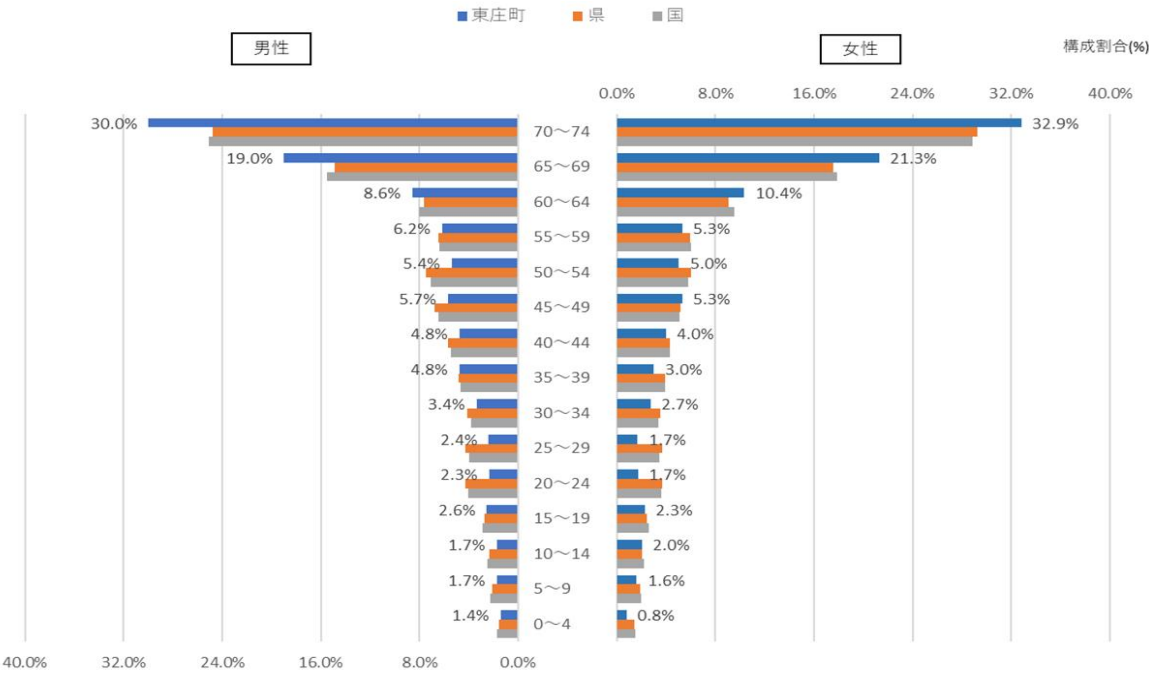
令和4年度の国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）数は3,453人で全人口に対する加入割合は、26.2%となっています。被保険者数、加入割合ともに年々減少傾向にあります。加入者の約半数は65歳以上で、国保加入者の平均年齢は56.7歳と、国・県・同規模市町村と比べても高い年齢となっています。

図表1 人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数 (人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (%)	死亡率 (%)
東庄町	13,189	39.3%	3,453	26.2%	56.7	2.8	16.9
県	6,150,178	27.6%	1,255,033	20.4%	53.1	6.5	10.1
同規模	11,448	36.9%	2,897	24.3%	55.8	5.3	15.7
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

出典：国保データベース(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」

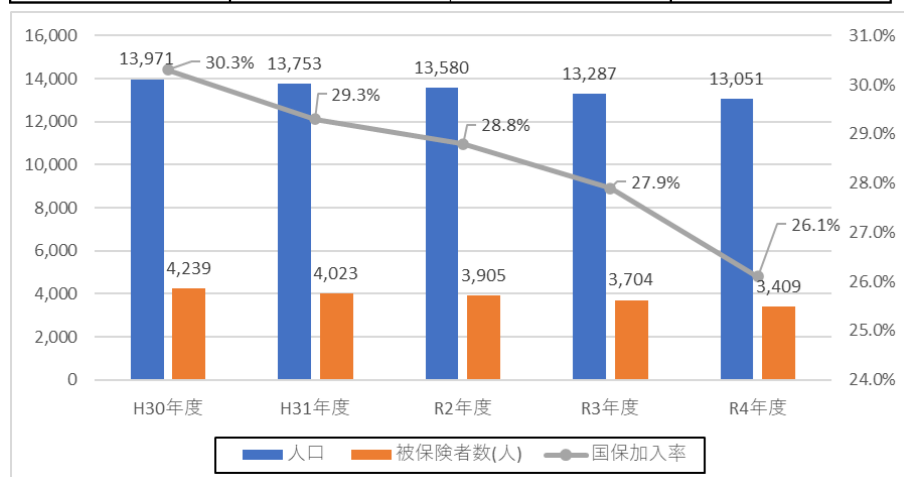
図表2 男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド



出典：国保データベース(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3 年度別 人口及び被保険者数 ※年度末現在の人口および被保険者数を使用

	人口	被保険者数(人)	国保加入率
H30年度	13,971	4,239	30.3%
H31年度	13,753	4,023	29.3%
R2年度	13,580	3,905	28.8%
R3年度	13,287	3,704	27.9%
R4年度	13,051	3,409	26.1%



出典：国民健康保険事業状況報告書(事業年報)A表 様式13、住民基本台帳人口

3. 交通手段

公共交通機関はJR、高速バス路線、タクシーがありますが、路線バスは営業していません。

また、交通手段の不足を補うため、町では、外出支援巡回バス（町内及び町外の医療機関に発着）を無料で運行しているほか、交通弱者の更なる利便性向上を図るため、デマンドタクシーの実証運行を実施しています。

4. 医療資源

町内医療機関の数は国保病院1、開業医2、歯科医院5、薬局3となっています。

人口千人当たりの病床数・医師数は県と比較し低い値となっています。このため、町外の医療機関を利用することが多い状況です。

図表4 千人当たりの医療資源の状況

	東庄町	千葉県
病 院	0.3ヶ所	0.2ヶ所
診療所	1.4ヶ所	3ヶ所
病床数	22.5床	46.8床
医師数	2人	10.5人

出典：KDB「地域の全体像の把握」

第3章 過去の取り組みの考察

東庄町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）2019年度～2023年度について、下表のとおり評価しました。

1. 中長期目標に対する評価

（1）高血圧の有病率の減少

計 画 中 の 記 載	・40歳から74歳の被保険者に占める高血圧の有病率が22%以下になることを目指す。 ・特定健診で収縮期血圧130mmHg以上の者の標準化比が全国並みに引き下げられると同時に、拡張期血圧が85mmHg以上の者の率が今よりも減少することを目指す。
比 較 対 象	平成29年度における高血圧症通院者の割合（24.1%）
令和5年度 末 の 状 況	・令和5年度までの経過でみると微増傾向にあり、令和5年5月診療分で見ると、40歳から74歳の被保険者の高血圧の有病率は25.2%であった。 ・標準化比（初年度平成26年）で収縮期血圧130mmHg以上は男性117.3、女性122.2、拡張期血圧85mmHg以上は男性140.0、女性122.2と多い
考 察	増加傾向にある。血圧のみの者より脂質や糖と一緒に値が高い人が多い。これまで受診を放置していたものが受診につながって通院者が増えた可能性もある。今後も対応を継続する。

（2）糖尿病の有病率の減少

計 画 中 の 記 載	特定健診でHbA1cが5.6以上の者が標準化比で男性130以下、女性140以下になることを目指す。
比 較 対 象	HbA1cが5.6以上の者（標準化比）
令和5年度 末 の 状 況	令和4年健診結果でみるとHbA1cが5.6以上の者は標準化比で男性151.1、女性158.5で増加している。血糖値が100以上の者は国・県より少ないが、増加の傾向にある。
考 察	糖尿病の指標ではわずかな変動はあるものの、全体には横ばいといえる。健診結果では極度に悪い結果の者は減少している印象であるが、要指導・要医療レベルの者は減っていない。今後も継続していく。

(3) 糖尿病を原疾患とする人工透析導入者が出ないことを目指す取組

計 画 中 の 記 載	糖尿病を原疾患とする人工透析導入者が出ないことを目指す取組
比 較 対 象	人工透析患者のレセプト集計(平成 29 年度)
令和 5 年度 末 の 状 況	KDB でみると令和 5 年 12 月時点で透析実施者は 8 人で、うち 4 人が原疾患は糖尿病であった。 令和 5 年 12 月時点の国保特定疾病療養受療証交付台帳でみると、受療証の新規交付者は令和 2 年度 1 人、令和 3 年度 3 人 (2 人は社会保険から)、令和 5 年度 2 人 (1 人は社会保険から) となっている。
考 察	令和元年以降の新規交付者は 6 人で、一時減少していたものの増加している。社会保険からの移行や健診結果では把握できない者が目立ち、健康診査以外の対応も必要になってきている。

2. 短期目標に対する評価

(1) 第 3 期 特定健康診査の受診率を特定健康診査等実施計画に基づいて達成する

具 体 的 数 値 目 標	受診率 令和元年(53%)・令和 2 年(54%)・令和 3 年(55%)・ 令和 4 年(57%)・令和 5 年(60%)
比 較 対 象	平成 29 年受診率 (54.1%) 平成 30 年受診率(57.8%)
実 施 状 況	受診率 令和元年(60.9%)・令和 2 年(52.3%)・令和 3 年(58.6%)・ 令和 4 年(59.3%)
考 察	健康診査の受診率は一時期コロナ禍で減少したが、その後回復している。第 3 期計画では令和 5 年で 60%と設定しているが、現在の推測としては 60%前後の受診率となる見込みである。今後も維持・向上を目指す。

(2) 40 歳代の特定健診受診率が前年度を超え、前年度からの継続受診率が 70%以上となる取組

具 体 的 数 値 目 標	40 歳代の受診率の比較
比 較 対 象	(平成 28 年受診率) 男性：40-44 歳 33.3% 45-49 歳 30.6% 女性：40-44 歳 37.6% 45-49 歳 41.6% (平成 30 年受診者の継続率) 40 歳-44 歳 81.7% 45 歳-49 歳 81.4%
実 施 状 況	(40 歳代継続受診率) 平成 30 年→令和元年：81.0% 令和元年→令和 2 年：57.0% 令和 2 年→令和 3 年：84.6% 令和 3 年→令和 4 年：87.3% 令和 4 年→令和 5 年：82.3%

	受診率	男性		女性	
		40-44歳	45-49歳	40-44歳	45-49歳
	R元	54.4%	44.5%	46.0%	48.0%
	R2	39.1%	30.5%	48.1%	38.0%
	R3	38.1%	42.4%	51.9%	43.3%
	R4	39.2%	44.9%	41.7%	48.1%
考 察	40 歳代の受診率は上昇している。また、一度受診すると翌年も受診する傾向が高く、80%以上が継続している。40 歳代の受診率・継続受診率の維持・向上を目指す。				

(3) 若年者健診の受診率が毎年 2%上昇し、前年度からの継続受診率が 65%以上となる取組

具 体 的 数 値 目 標	令和 5 年受診率 35%以上
比較対象	平成 30 年受診率 24.2% (継続受診率) 平成 30 年→令和元年：100%
実施状況	受診率 (令和 3 年から対象者を拡大した) 令和 3 年 43.7% (受診 94 人／対象 215 人) 令和 4 年 45.9% (受診 83 人／対象 181 人) 令和 5 年 43.1% (受診 77 人／対象 179 人) (継続受診率) 令和元年→令和 2 年：59.1% 令和 2 年→令和 3 年：88.0% 令和 3 年→令和 4 年：92.6% 令和 4 年→令和 5 年：84.5%
考 察	若年者健診の受診率は 45%前後となっており、受診者の継続率は 90%前後となっている。特定健診の受診にもつながっている。 今後も若年者の受診率・継続受診率の維持・向上を目指すとともに、事後指導を検討する。

(4) 特定保健指導修了者の次年度健診時での改善率が前年を超える取組

具 体 的 数 値 目 標	平成 29 年利用者の平成 30 年の再対象率を下回る
比較対象	平成 29 年利用者の平成 30 年の再対象率 58%
実施状況	令和 2 年利用者の令和 3 年特定保健指導再対象率：49.7% 令和 3 年利用者の令和 4 年特定保健指導再対象率：45.4%
考 察	翌年も特定保健指導対象となる者の率は減少傾向にある。 しかし、特定保健指導を利用しない人が増えており、健診事後指導の実施内容については検討が必要である。

3. 各事業の達成状況

重点課題： 【特定健診未受診者対策】に対する保健事業

事業名： 追加健診の勧奨

事業目標： 6月集団健診を未受診だった者追加健診の受診を促す。

事業概要： 特定健診の6月未受診者に、ハガキや電話勧奨、SMSを活用して追加健診を勧奨する。

事業評価： A

評価指標	経年変化			判定	評価
ハガキ 発送		実施数	受診者(率)	A	勧奨ハガキを送ること で、それまで3年間未受 診者の受診がみられ、受 診勧奨の効果があった。 電話勧奨は前年の受診者 に実施するため確率は高 く、また、未受診理由も 把握しやすい。 勧奨方法としてのSMS は関心の高い人が登録す るので受診率が高く、 「受け忘れ」を防ぐこと ができると思われる。 それぞれの勧奨方法は一 定の効果があるが、追加 日程の申込み・受診者 は、減少傾向にある。
	R元	1,336	81 (6.1%)		
	R2	実施なし			
	R3	1,168	66 (5.7%)		
	R4	1,173	67 (5.7%)		
	R5	1,070	76 (7.1%)		
	※ハガキ発送数は追加健診の対象者数と同じ				
電話勧奨		対象	申込	受診者(率)	A
	R元	142	26	19 (13.4%)	
	R2	実施なし			
	R3	82	10	9 (11.0%)	
	R4	58	11	11 (19.0%)	
	R5	75	9	6 (8.0%)	
	SMS 発信		新規登録	送信数	
R元		未実施			
R2		468 (登録のみ)			
R3		478	496	479 (90.2%)	
R4		372	705	(集計中)	
R5		106	762	(集計中)	

見直しと改善の案

継続する。

ただし、電話勧奨は申込みにつながる割合を見て継続を判断していく。

重点課題：【特定健診未受診者対策】に対する保健事業

事業名：みなし受診

事業目標：特定健診以外の検査データを収集し、みなし受診として受診率向上を図る。

事業概要：健診個別通知時に人間ドックや会社の健診の結果提供のチラシを同封、提供を受ける。

事業評価：A

評価指標	経年変化				判定	評価
周知数	特定健診対象者全員に送付				B	個人で実施した人間ドックや労働基準法での健診結果の提出数は目標値(10件)を満たした。 中には年度違いや内容の不足もあり数に反映できないこともあるが、今後も継続する。
情報提供数					A	
		本人提供 (うち利用不可)	人間ドック (東庄病院)	受診者 中割合		
	R2	7 (-)	37	0.4%		
	R3	21 (8)	30	0.8%		
	R4	14 (4)	30	0.6%		
	R5	17 (8)	13	-		
※令和5年は11月時点						
令和元年は医療機関からの情報提供を調整したが、調整が困難となり、実現しなかった。令和2年から、人間ドックデータの反映と本人からの情報提供を開始した。						

見直しと改善の案

提供されたデータが活かされるよう、不足の問診を補足するなど窓口対応を統一する。

重点課題： 【重症化予防】に対する保健事業

事業名： 糖尿病重症化防止

事業目標： 糖尿病の疑いで放置する者を減らすとともに合併症の発生を減らす。

事業概要： 基準を満たすものに対し受診勧奨・保健指導を行う。

事業評価： C

評価指標	経年変化						判定	評価
要医療者 受診勧奨		H30	R元	R2	R3	R4	C	受診勧奨対象が減少している。 受診につながる者も減少している。 未受診のまま経過している者が多くなっている。 保健指導対象となる者はすでに主治医がおり、同意が得にくくなっている。
	勧奨	8	31	34	17	16		
	受診	1	20	27	4	4		
	受診率	12.5%	64.5%	79.4%	23.5%	25.0%		
腎症 保健指導		H30	R元	R2	R3	R4	C	
	対象	9	16	8	9	4		
	実施	4	3	3	1	1		
治療中断 者への 受診勧奨		H30	R元	R2	R3	R4	C	
	対象	未実施	未実施	3	1	1		
	勧奨			1	1	1		
啓発	令和元年　パンフレットの配布、高血糖者の面接指導						C	

見直しと改善の案

受診勧奨は、原則本人面接で対応を継続する。

保健指導は、対象者の選定について検討する。

重点課題：【重症化予防】に対する保健事業

事業名：減塩普及

事業目標：塩分の摂取過剰に対して関心を高め、減塩行動を促す。

事業概要：健診での推算塩分摂取量測定と指導。減塩についての啓発

事業評価：B

評価指標	経年変化						判定	評価	
検査 実施数		R元	R2	R3	R4	R5	B	検査実施者全員に 実施結果を伝えて おり、女性では減 少傾向がみられて いる。 また、収縮期血圧 の高い者で減少傾 向がみられてい る。	
	特定	2,026	1,585	1,790	1,727	1,577			
	若年	60	38	94	83	74			
	※特定：特定健診対象者中の検査 若年：若年者健診対象者中の検査								
啓発の 実施	・ 健診結果を交付時全員にチラシを同封 ・ 広報への掲載 1 回						B		
平均値の 変化		H30	R元	R2	R3	R4	R5	B	
	特定	9.6	9.6	9.5	9.6	9.5	9.5		
	若年	－	－	8.2	8.5	8.3	8.3		
	特定 男性	9.8	9.8	9.9	9.8	9.8	9.8		
	特定 女性	9.3	9.4	9.2	9.3	9.3	9.2		
	収縮期 140/以上	9.9	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8		

見直しと改善の案

集団に対しての啓発が中心になっているので、ほかの検査データと合わせて特にハイリスクな者に個別支援を検討する。

重点課題：【重症化予防】に対する保健事業

事業名：（生活習慣対策） 健診時の指導

事業目標： 生活習慣を改善しメタボリックシンドローム等を防ぐ。

事業概要： 健康診査時に前年健診結果の結果・特定保健指導結果を参考に保健指導を行う。

事業評価： C

評価指標	経年変化						判定	評価
面接数のうち特定保健指導につながった数		対象	面接数	仮プラン作成数	前未参加(再)		C	健康診査時に面接することで、特定保健指導への参加を希望しない者や改善した者への継続支援ができた。
					対象	面接		
	H30	162	133	94	-	-		
	R元	260	185	91	59	40		
	R2	342	214	82	109	65		
	R3	314	265	35	142	119		
	R4	332	238	22	107	4		
	R5	273	229	14	231	195		

見直しと改善の案

特定保健に指導参加しない意向を示せるため、特定保健指導につなげにくい面がある。
健診時面接を含め事後指導の流れを整理する必要がある。

重点課題：【重症化予防】に対する保健事業

事業名：（生活習慣対策） 特定保健指導の実施

事業目標： 生活習慣を改善しメタボリックシンドローム等を防ぐ。

事業概要： 特定保健指導の実施

事業評価： C

評価指標	経年変化						判定	評価	
健診時特定保健指導の対象となった者(対象見込み者)	(年度)						C	特定保健指導を希望する者が減少している。 初回面接を分割実施にするなど工夫してみたが、改善はみられていない。 特定保健指導の会場で健診結果を交付せず、事前に交付するよう変えたこと・リピーターで指導の内容が想像できること・指導回数が多いことが要因としては大きいと思われる。 次年度特定保健指導対象になる割合でみると特定保健指導を利用した者のほうが再度対象となる率が低い。	
		H30	R元	R2	R3	R4			
	面接数	94	91	82	35	22			
面接者のうち特定保健指導の可能性が高く、かつ特定保健指導利用の意思が確認できた者									
特定保健指導実施数	(年度)						C		
		H30	R元	R2	R3	R4			
	対象	322	345	302	289	268			
	利用者	176	208	157	103	-			
	利用率	54.7	60.3	52.0	35.6	-			
	実施率	49.4	55.7	46.7	34.0	15.3			
令和4年については評価時点で判明しているもののみ計上									
次年度健診での保健指導レベルの変化	(年度)						A		
		H30 →R元	R元 →R2	R2 →R3	R3 →R4	R4 →R5			
	前年指導有	56.3%	50.0%	49.7%	45.4%	33.3%			
	前年指導無	62.5%	48.6%	59.9%	61.7%	54.5%			
	前年指導有：前年特定保健指導受けた者のうち次年度も対象となった者の率								
	前年指導無：前年特定保健指導対象だったが受けなかった者のうち次年度も対象となった者の率								

見直しと改善の案

保健指導レベルの変化で見ると特定保健指導は有効だが、利用する者が減少している。対象となった者が負担感少なく利用できる方法を検討する。

重点課題： 【重症化予防】に対する保健事業

事業名： （生活習慣対策） 運動指導

事業目標： 生活習慣を改善しメタボリックシンドローム等を防ぐ。

事業概要： 運動教室の実施とエアロバイクの一般開放

事業評価： A

評価指標	経年変化				判定	評価
教室実施		参加者	実施内容・会場	実施形態	A	令和元年開始だが、コロナ感染症対策として個別指導に変更。参加者を集めにくいため、国保以外の者も対象とした。令和3年以降は体重などの数値が改善する者が多く効果がある。個々の運動継続支援としてエアロバイクの開放も利用者が一定数ある。
	R元	12人	東庄町公民館	集団指導		
	R2	実施なし				
	R3	11人	東庄町役場 2コース実施 委託事業	個別指導		
	R4	17人		1～3人で実施		
運動指導 実施数	令和5年エアロバイクの開放を開始 →令和5年10月から12月 延62人利用				A	
運動指導 前後での 体重等測定値・意識の変化					A	
		教室による変化				
	R元	測定値による変化はほとんどなし 本人の自覚的な変化あり (ストレス解消・体力増強)				
	R3	参加者の測定値の平均値で改善有 (体重減0.8kg、体脂肪減0.8%、腹囲減1.3cm、 フィットネススコア0.6上昇、運動習慣定着)				
	R4	参加者の測定値の平均値で改善有 (体重減0.7kg、体脂肪減1.2%、腹囲減0.9cm、 フィットネススコア0.6上昇、運動習慣定着)				

見直しと改善の案

運動教室参加者が集まりにくくなっており、運動教室の企画は今後検討が必要。

重点課題：【若年者の健康づくり】に対する保健事業

事業名：若年者の受診率向上

事業目標：若年層から健康の意識付けを行い生活習慣病を予防する。

事業概要：若年者(30歳代)の健康診査の実施と保健指導実施

事業評価：A

評価指標	経年変化					判定	評価																																			
受診状況	<table><tr><td></td><td>対象</td><td>受診者</td><td colspan="2">受診率 (%)</td></tr><tr><td>H30</td><td>132</td><td>32</td><td colspan="2">24.2</td></tr><tr><td>R元</td><td>131</td><td>53</td><td colspan="2">40.5</td></tr><tr><td>R2</td><td>132</td><td>38</td><td colspan="2">28.8</td></tr><tr><td>R3</td><td>215</td><td>94</td><td colspan="2">43.7</td></tr><tr><td>R4</td><td>181</td><td>83</td><td colspan="2">45.9</td></tr><tr><td>R5</td><td>179</td><td>77</td><td colspan="2">43.0</td></tr></table>						対象	受診者	受診率 (%)		H30	132	32	24.2		R元	131	53	40.5		R2	132	38	28.8		R3	215	94	43.7		R4	181	83	45.9		R5	179	77	43.0		A	受診率は4割を維持。 若年健診から特定健診へと受診行動がつながっており、継続した流れとなっている。
	対象	受診者	受診率 (%)																																							
H30	132	32	24.2																																							
R元	131	53	40.5																																							
R2	132	38	28.8																																							
R3	215	94	43.7																																							
R4	181	83	45.9																																							
R5	179	77	43.0																																							
継続 受診率	<table><tr><td></td><td>受診者</td><td>内次度 国保 (%)</td><td>内健診 受診者 (%)</td><td>節目対象</td></tr><tr><td>H30</td><td>32</td><td>25 (78.1)</td><td>25 (100)</td><td>-</td></tr><tr><td>R元</td><td>53</td><td>44 (83.0)</td><td>26 (59.1)</td><td>-</td></tr><tr><td>R2</td><td>38</td><td>32 (84.2)</td><td>30 (93.8)</td><td>-</td></tr><tr><td>R3</td><td>94</td><td>69 (73.4)</td><td>52 (75.4)</td><td>11</td></tr><tr><td>R4</td><td>83</td><td>67 (80.7)</td><td>47 (70.1)</td><td>13</td></tr></table>						受診者	内次度 国保 (%)	内健診 受診者 (%)	節目対象	H30	32	25 (78.1)	25 (100)	-	R元	53	44 (83.0)	26 (59.1)	-	R2	38	32 (84.2)	30 (93.8)	-	R3	94	69 (73.4)	52 (75.4)	11	R4	83	67 (80.7)	47 (70.1)	13	A	保健指導がコロナ感染症をきっかけに受診勧奨中心になっている。 また、「まだ大丈夫」という反応もあり、改善には及ばない。					
	受診者	内次度 国保 (%)	内健診 受診者 (%)	節目対象																																						
H30	32	25 (78.1)	25 (100)	-																																						
R元	53	44 (83.0)	26 (59.1)	-																																						
R2	38	32 (84.2)	30 (93.8)	-																																						
R3	94	69 (73.4)	52 (75.4)	11																																						
R4	83	67 (80.7)	47 (70.1)	13																																						
保健指導	令和元年 ・保健指導実施5名 → (令和2年) 改善傾向 (2)、変わらず・悪化 (2) ・受診勧奨 令和2年以降は受診勧奨を実施					C																																				

見直しと改善の案

健康診査については継続して実施し、保健指導の機会を作る。

第4章 健康医療情報等の分析と課題

1. 平均寿命・標準化死亡比

(1) 平均寿命

平均寿命は男女ともに県平均よりわずかに低くなっています。

死亡率は県・国・同規模市町村と比べて高く、出生率は低い状況です。(P4. 図表1) 標準化死亡比でみると、男女ともに県平均より高くなっています。

図表5 平均寿命(令和4年度)

	東庄町	千葉県	同規模	国
男性	80.9歳	81.0歳	80.4歳	80.8歳
女性	86.8歳	86.9歳	86.9歳	87.0歳

出典：KDB「地域全体像の把握」

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	東庄町	県	同規模	国
男性	99.4	97.4	103.9	100.0
女性	101.4	100.9	101.5	100.0

出典：KDB「地域全体像の把握」

(2) 平均自立期間

平均自立期間は要介護2以上では男77.6歳(県80.2歳)女83.9歳(県84.4歳)と県と比較し短くなっています。

図表6 平均自立期間(令和4年度)

(要介護2以上)

	東庄町	千葉県	同規模	国
男性	77.6歳	80.2歳	79.5歳	80.1歳
女性	83.9歳	84.4歳	83.9歳	84.4歳

(要支援・要介護1以上)

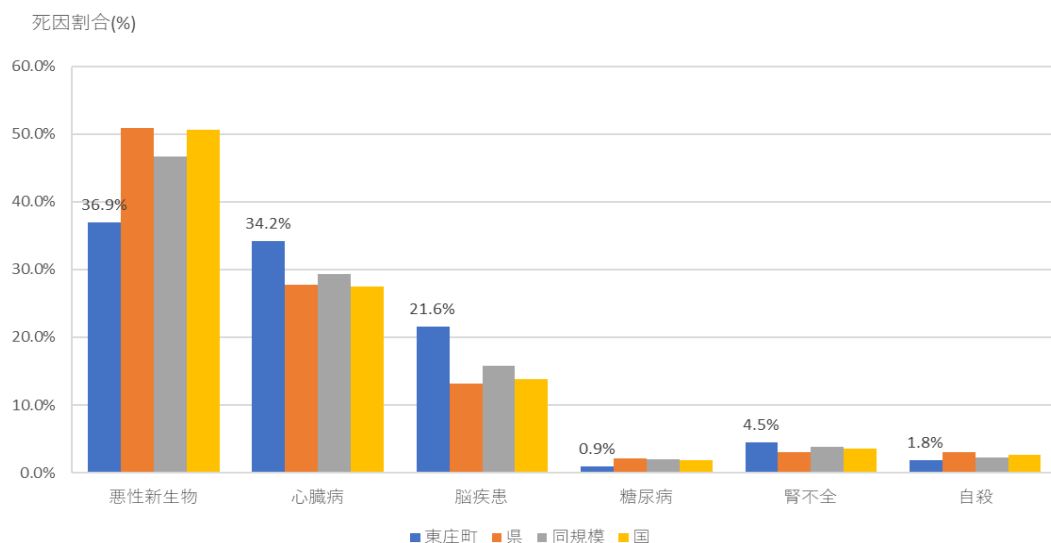
	東庄町	千葉県	同規模	国
男性	76.5歳	78.8歳	78.4歳	78.7歳
女性	82.2歳	81.6歳	81.6歳	81.4歳

出典：KDB「地域全体像の把握」

(3) 死因

令和4年度の統計でみると、3大死因は悪性新生物・心臓病・脳疾患となっています。県・国・同規模市町村と比べ、悪性新生物の割合は低く、心臓病・脳疾患が高くなっています。

図表7 主たる死因の割合(令和4年度)

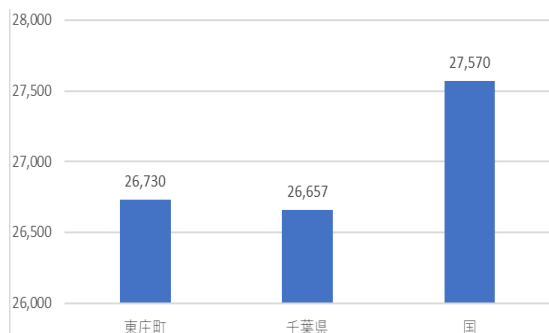


出典：KDB「地域全体像の把握」

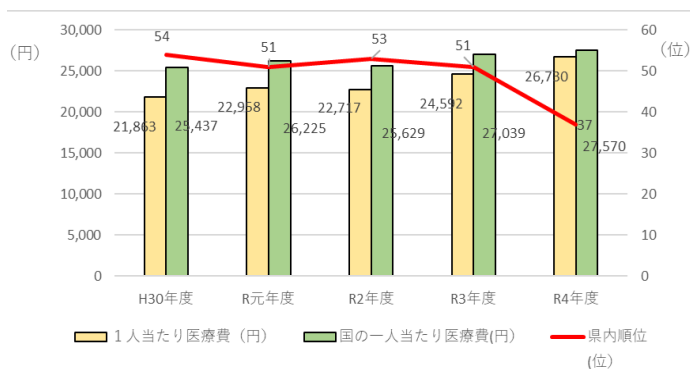
2. 医療費の分析

令和4年度の医療費でみると一人当たり医療費は国平均と比較して低いものの、県平均よりは高くなっています。医療費の県内順位をみると、徐々に順位が高くなっています。

図表8 一人当たり医療費（令和4年度） 単位：円



図表9 一人当たり医療費 県内順位

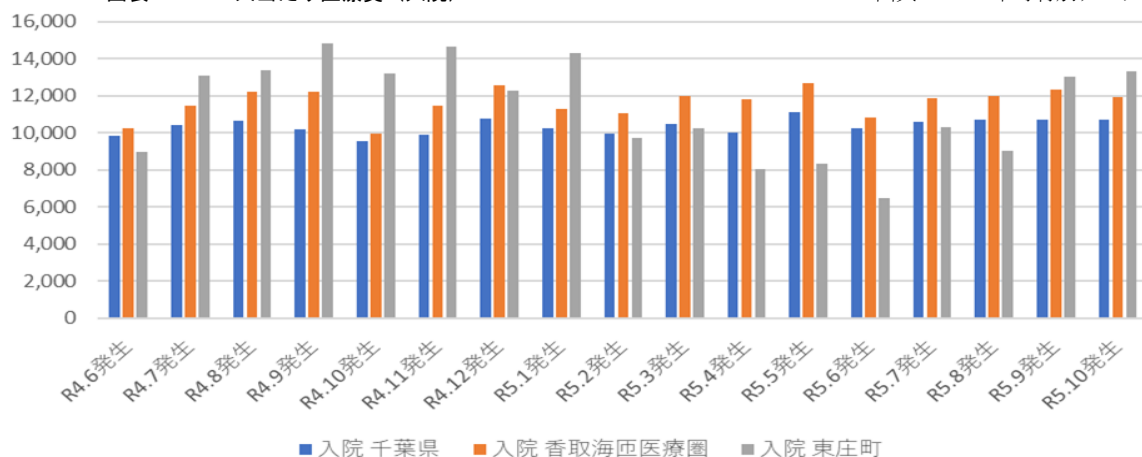


出典：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

入院・外来に分けてみると、外来は県平均よりも低額となっておりますが、入院は県平均と比較し高額な月が目立ちます。

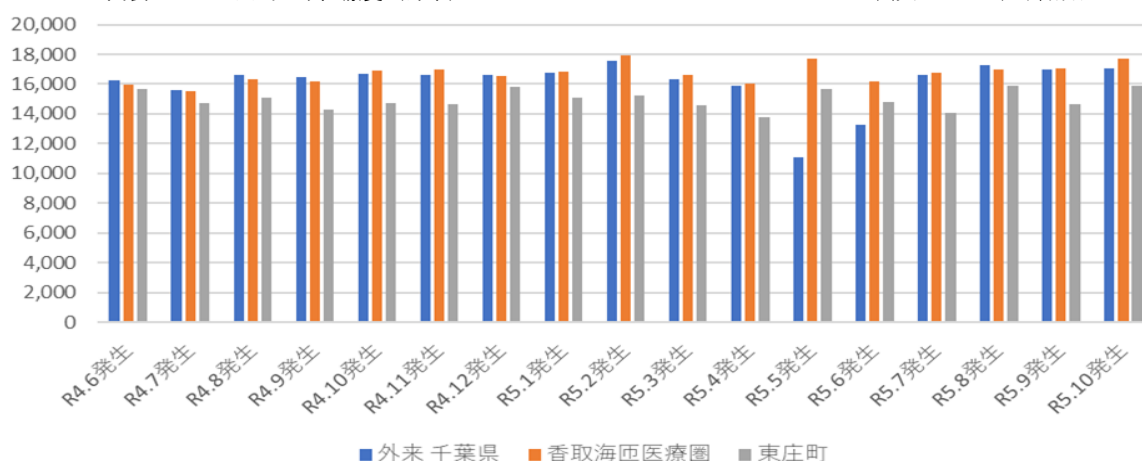
図表10 一人当たり医療費（入院）

出典：KDB「市町村別データ」



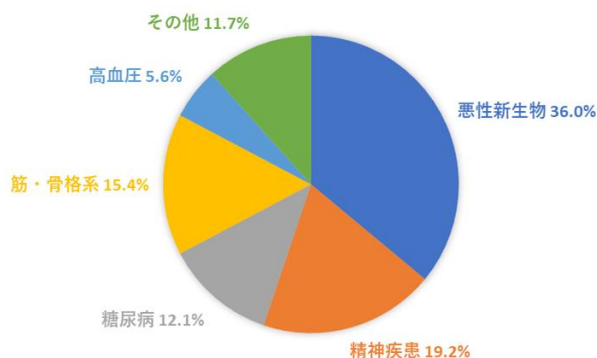
図表11 一人当たり医療費（外来）

出典：KDB「市町村別データ」

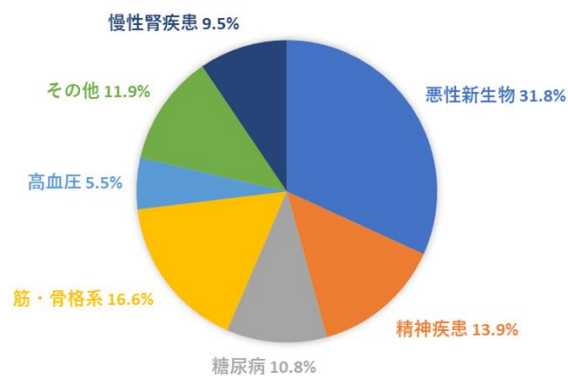


また、医療費の内訳でみると東庄町は悪性新生物にかかる費用は 36.0%で、県の 31.8%より高くなっています。特に入院外では県内で 8 番目に高くなっています。脳血管疾患は入院・外来ともに県内でも高額となっています。

図表 1 2 医療費の割合 東庄町（令和 4 年度）



図表 1 3 医療費の割合 千葉県（令和 4 年度）



出典：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表 1 4 令和 4 年度医療費・1 件当たり費用

	入院(円/件)	入院(順位)	入院外(円/件)	入院外(順位)
糖尿病	496, 289	57	39, 999	32
高血圧	761, 923	13	26, 357	56
脂質異常	698, 306	31	29, 961	31
脳血管疾患	881, 445	4	48, 220	13
心疾患	802, 021	31	38, 656	55
腎不全	650, 088	53	136, 535	34
精神疾患	570, 439	17	28, 183	45
新生物	763, 142	26	78, 178	8

出典：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

血圧や血糖の異常を持つものはその1割に虚血性心疾患があります。虚血性心疾患の者は5割が糖尿病、8割が高血圧・高脂血症に罹患しており、複数の疾患を基礎疾患として持っています。脳血管疾患も同様の傾向です。

図表 1 5 虚血性心疾患のレセプト分析

	被保険者数 (人)	虚血性心疾患 (人)	虚血性心疾患 割合 (%)	糖尿病あり (人)	糖尿病併発 割合 (%)	高血圧併発 割合 (%)	脂質異常併発 割合 (%)
R3.7作成	3,945	105	2.7	58	55.2	82.9	74.3
R4.7作成	3,741	110	2.9	57	51.8	77.3	76.4
R5.7作成	3,448	102	3.0	54	52.9	79.4	80.4

出典：KDB「厚生労働省様式3-3」

図表 1 6 脳血管疾患のレセプト分析

	被保険者数 (人)	脳血管疾患 (人)	脳血管疾患 割合 (%)	糖尿病あり (人)	糖尿病併発 割合 (%)	高血圧併発 割合 (%)	脂質異常併発 割合 (%)
R3.7作成	3,945	112	2.8	53	47.3	72.3	61.6
R4.7作成	3,741	114	3.0	54	47.4	78.9	55.3
R5.7作成	3,448	97	2.8	42	43.3	76.3	58.8

出典：KDB「厚生労働省様式3-3」

図表 1 7 糖尿病のレセプト分析

	被保険者数 (人)	糖尿病 (人)	糖尿病 割合 (%)	脳血管疾患 併発割合 (%)	虚血性心疾患 併発割合 (%)	高血圧併発 割合 (%)	脂質異常併発 割合 (%)
R3.7作成	3,945	516	13.1	10.3	11.2	70.9	64.3
R4.7作成	3,741	506	13.5	10.7	11.3	68.2	63.4
R5.7作成	3,448	462	13.4	9.1	11.7	70.1	65.2

出典：KDB「厚生労働省様式3-3」

図表 1 8 高血圧のレセプト分析

	被保険者数 (人)	高血圧 (人)	高血圧 割合 (%)	脳血管疾患 併発割合 (%)	虚血性心疾患 併発割合 (%)	高血圧併発 割合 (%)	脂質異常併発 割合 (%)
R3.7作成	3,945	801	20.3	10.1	10.9	45.7	53.6
R4.7作成	3,741	754	20.2	11.9	11.3	45.8	54.1
R5.7作成	3,448	714	20.7	10.4	11.3	45.4	54.6

出典：KDB「厚生労働省様式3-3」

人工透析の患者総数は令和4年で9人です。

そのうち糖尿病を持っている者は令和4年は4人、令和5年も4人です。

図表 1 9 人工透析の状況

単位：人

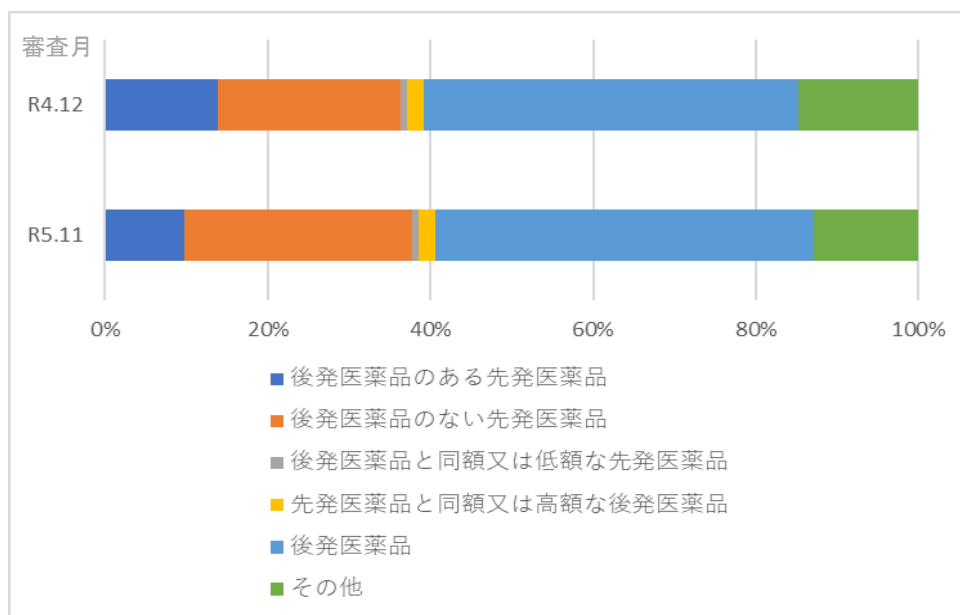
	R3	R4	R5
患者数（年間実人数）	9	9	8
年度内新規受療証発行	3	0	2
（うち導入時国保の者）	2	0	1
（再）糖尿病を患っている者	4	4	4

出典：KDB「人工透析患者一覧」・特定疾病療養受療証交付台帳

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の数量シェア率でみると、令和４年１２月で 77.0%、令和５年１１月では 82.6%となっており、シェア率は伸びています。

後発医薬品の利用がない中には、後発医薬品がない、先発医薬品と比べ費用が変わらないもしくは高いものがみられます。

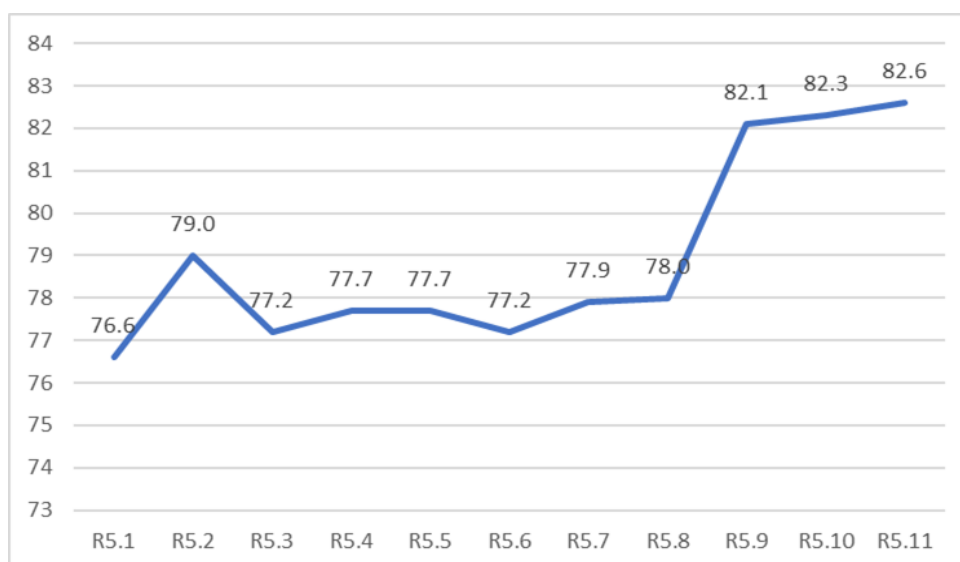
図表２０ 数量で見た後発医薬品の利用状況



出典：国保総合システム

図表２１ 後発医薬品シェア率の経過

単位：%



出典：国保総合システム

*後発医薬品シェア率＝後発医薬品の数量/（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）
 ここでいう後発医薬品は先発医薬品と比べ安価なものに限定して計算

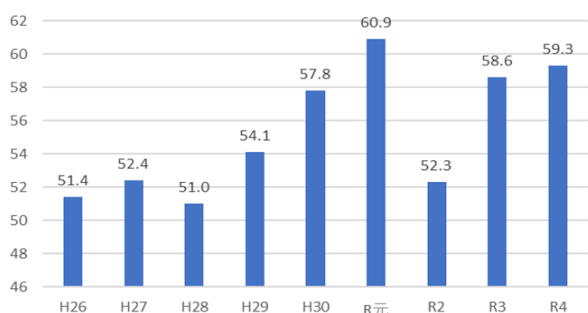
3. 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票を含む)の分析

(1) 特定健診

受診率は国が目標とする 60%には満たないものの千葉県内では最も高く、58%~60%の間です。性別でみると、男性のほうが徐々に受診率が伸びています。年齢層でみると、以前低かった若い層の受診率が少しずつ伸びており、一方 50 歳代の女性は少しずつ減少しています。地区別でみると以前受診率の高かった笹川・橘地区は減少し、以前低かった神代・東城地区は上昇しています。アンケートで希望の多かった、自地区会場の土曜日実施などの改善の結果と考察します。

図表 2 2 特定健康診査受診率推移

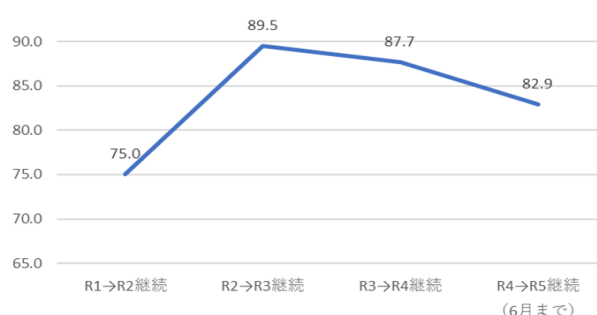
単位：％



出典：特定健診データ管理システム
「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

図表 2 3 特定健診継続受診率

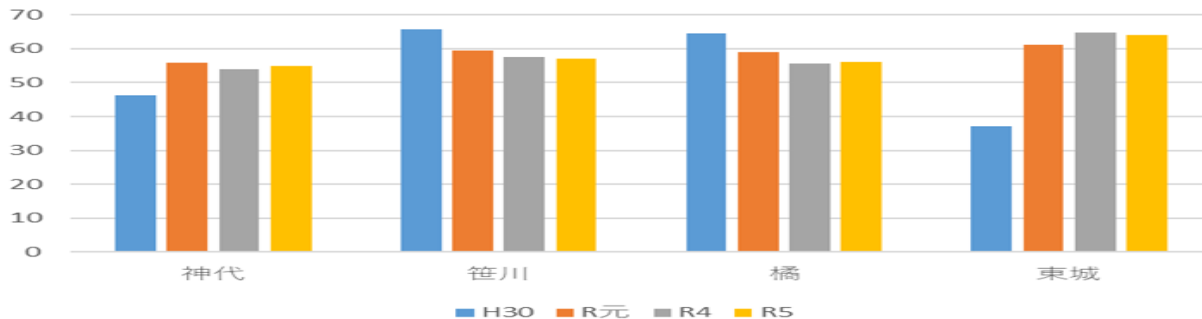
単位：％



出典：KDB「被保険者管理台帳」

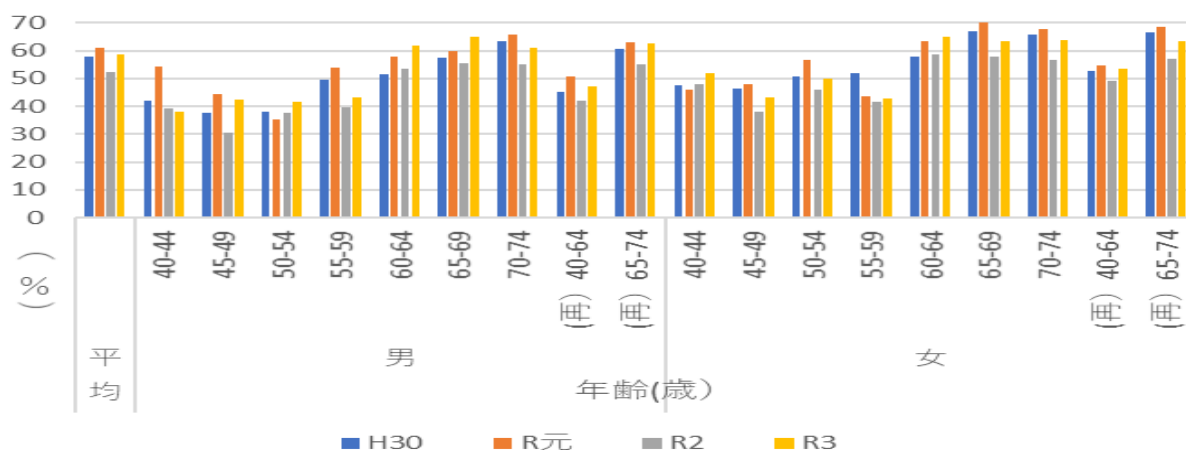
図表 2 4 特定健康診査 地区別受診率 (R5 は暫定値)

単位：％



出典：東庄町特定健診データ

図表 2 5 東庄町特定健診 年代別受診率

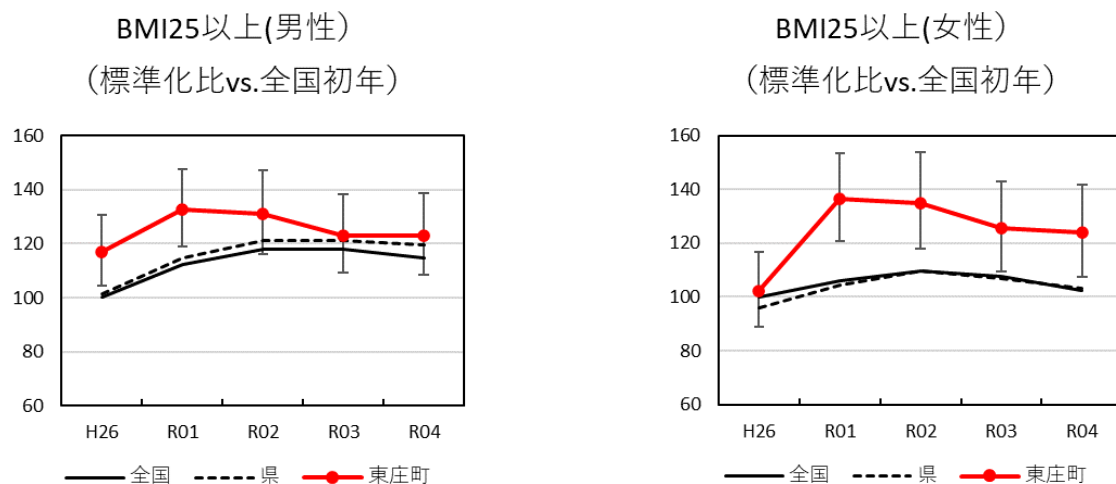


出典：国保連発行「特定健診・特定保健指導等実施状況表」

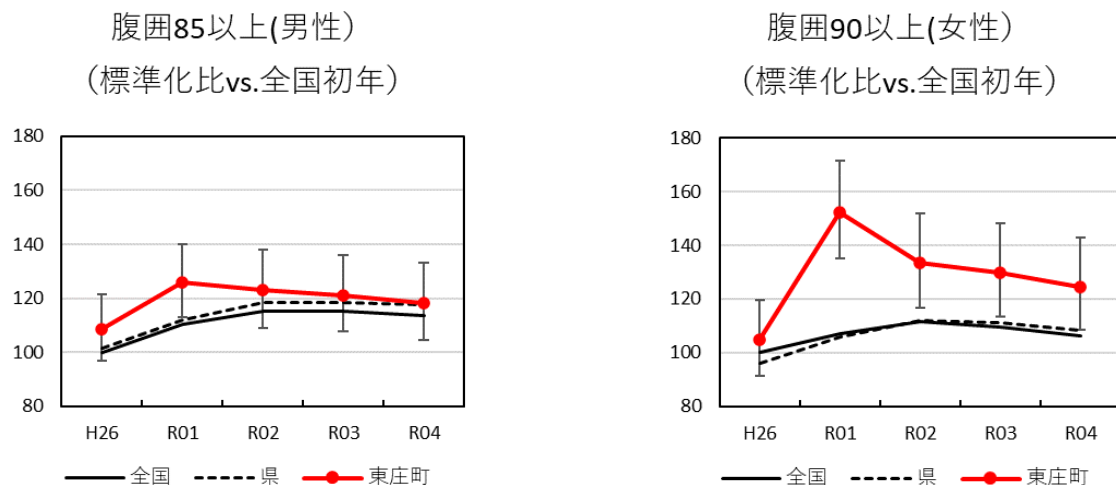
【検査の結果】標準化比（対国）でみると以下の傾向があります。

- ・中性脂肪は男女とも高い傾向にあります。
- ・HDL コレステロールの低い者の割合は減少傾向で、徐々に国の値に近づいています。
- ・血糖値が 100 以上の者は国と比べ少ないですが、徐々に増加の傾向にあります。
- ・HbA1c は国・県と比較して高い者の率が高いです。
- ・収縮期血圧・拡張期血圧ともに高い者の率は変動していますが、増加の傾向にあります。
- ・メタボリックシンドロームに該当する者はわずかながら減少傾向がみられます。
- ・塩分摂取は国が勧める基準を超えています。特に男性は多く令和 5 年で 9.5 g です。収縮期血圧が 140mmHg 以上の平均はさらに多くなっています。

図表 2 6

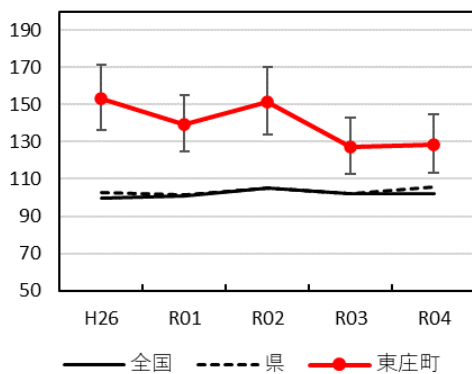


図表 2 7

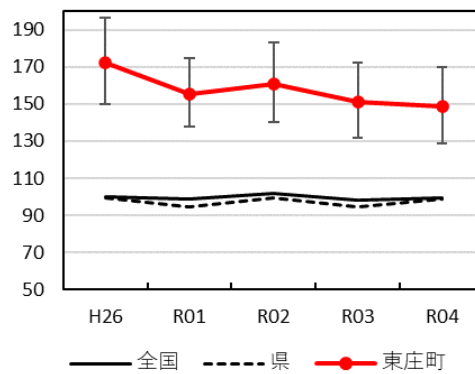


図表 2 8

中性脂肪150以上(男性)
(標準化比vs.全国初年)

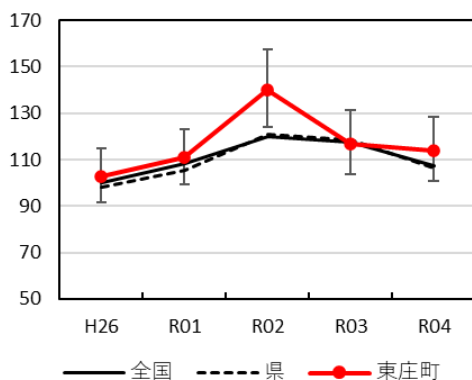


中性脂肪150以上(女性)
(標準化比vs.全国初年)

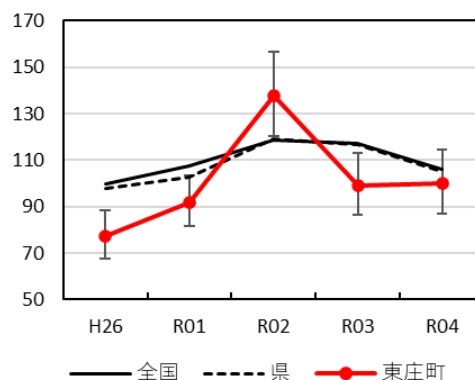


図表 2 9

ALT(GPT)31以上(男性)
(標準化比vs.全国初年)

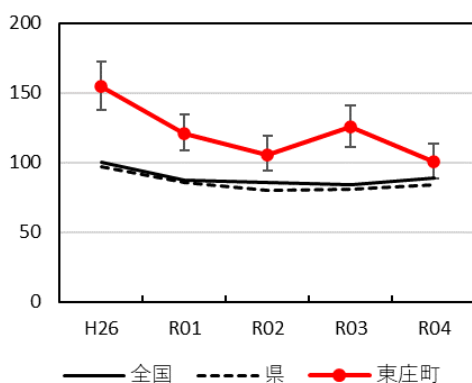


ALT(GPT)31以上(女性)
(標準化比vs.全国初年)

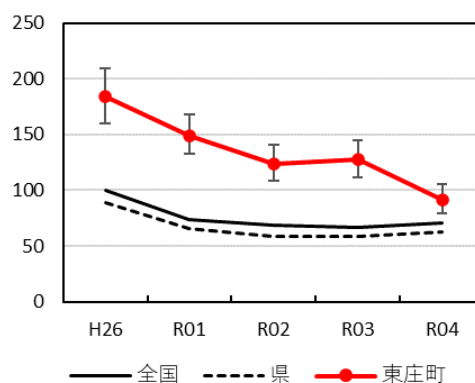


図表 3 0

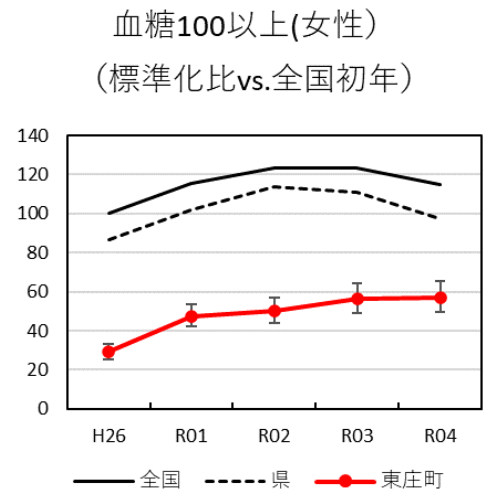
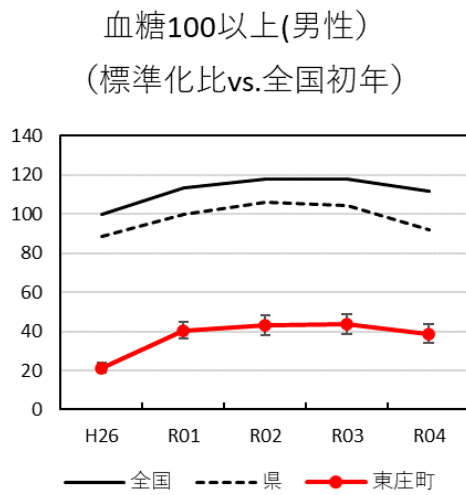
HDLコレステロール40未満 (男性)
(標準化比vs.全国初年)



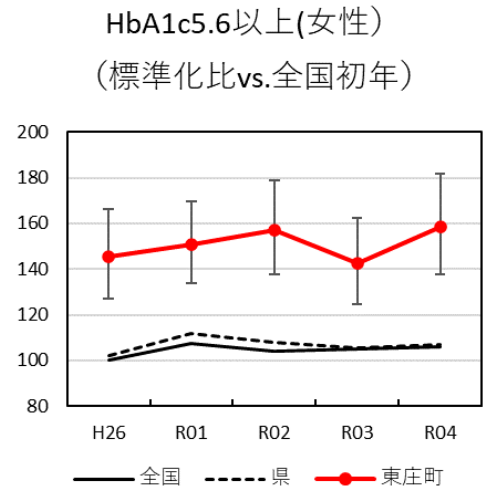
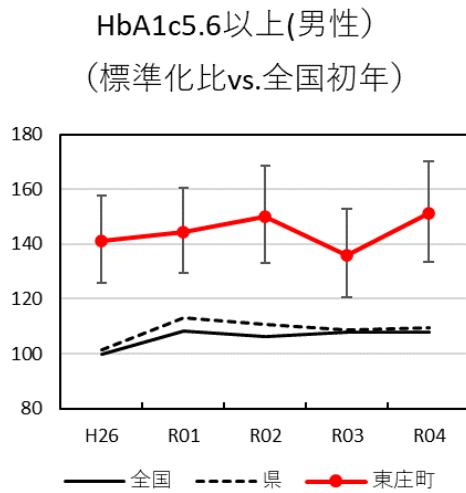
HDLコレステロール40未満(女性)
(標準化比vs.全国初年)



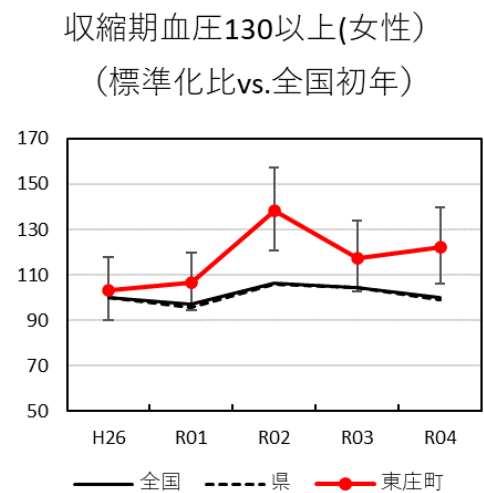
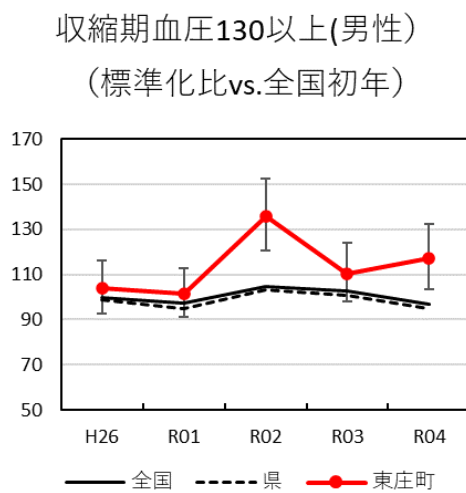
図表 3 1



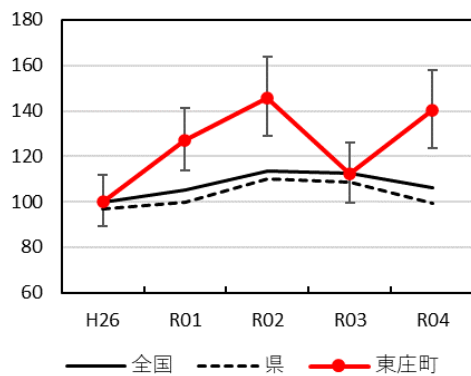
図表 3 2



図表 3 3

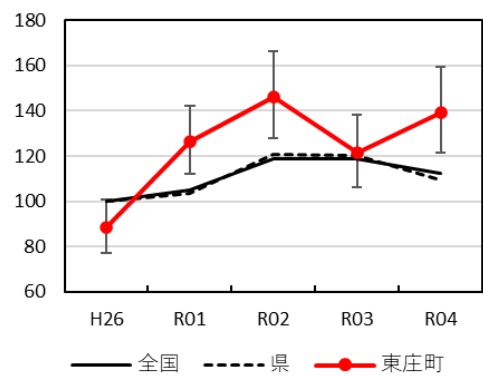


拡張期血圧85以上(男性)
(標準化比vs.全国初年)

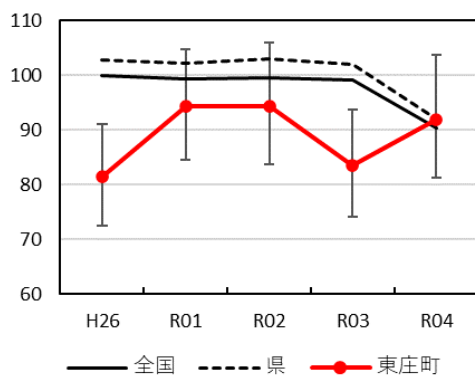


図表 3 4

拡張期血圧85以上(女性)
(標準化比vs.全国初年)

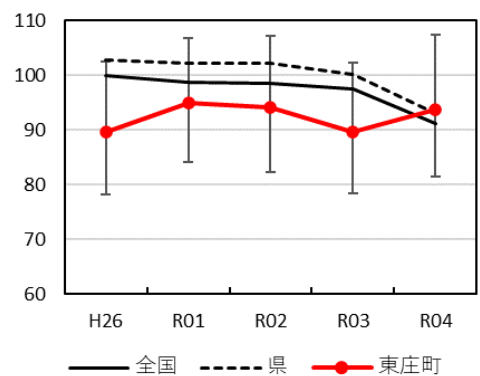


LDLコレステロール120以上(男性)
(標準化比vs.全国初年)



図表 3 5

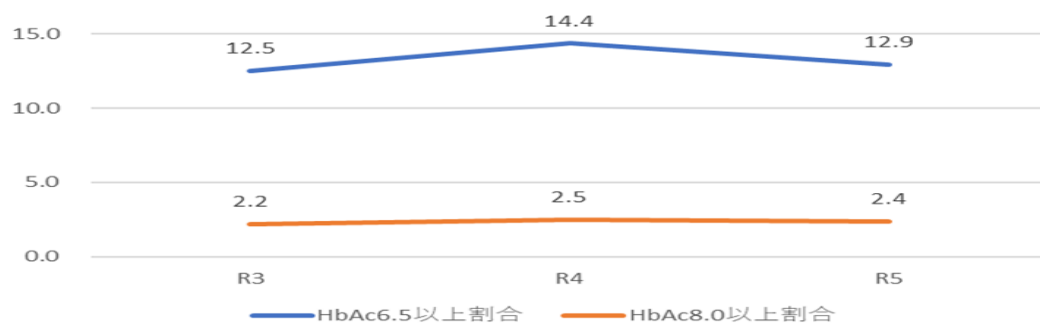
LDLコレステロール120以上 (女性)
(標準化比vs.全国初年)



図表 26 から図表 36 出典：KDB「厚生労働省様式 5-2」

図表 3 6 特定健診で HbA1c の値が要受診域である者の割合

単位：％



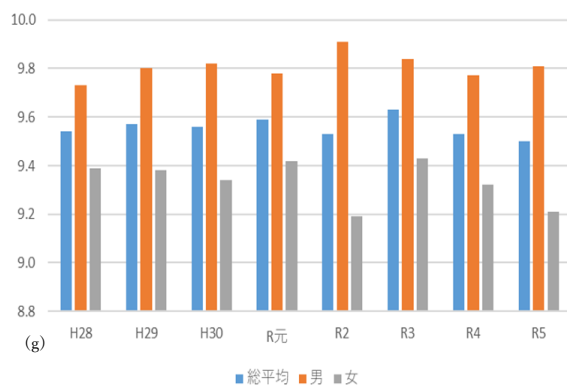
出典：KDB「健診ツリー図」

図表 3 7 特定健診有所見率

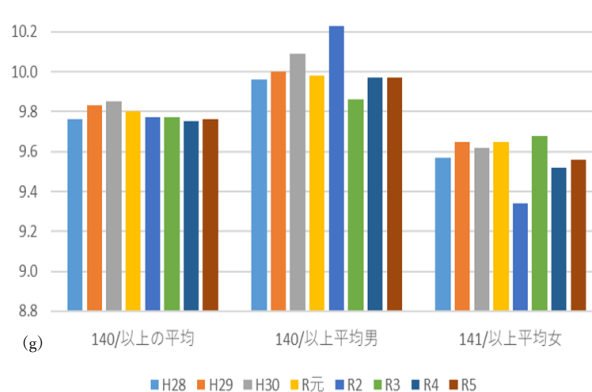
	東庄町 (%)	県 (%)	県内 順位
非肥満高血糖	16.4	9.2	13
血糖	1.3	0.6	6
血圧	8.1	7.9	22
脂質	2.1	2.7	43
血糖・血圧	4.1	2.9	7
血糖・脂質	2.5	1.1	2
血圧・脂質	7.7	9.6	42
血糖・血圧・脂質	10.1	6.6	6

出典：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表 3 8 特定健診受診者 塩分摂取の状況



図表 3 9 収縮期血圧 140 以上の者の塩分摂取の傾向



出典：東庄町町民課 健康診査結果

図表 4 0 若年者健診受診者の塩分摂取状況

単位：g

	総平均	男性	女性	140/以上の 平均
R2年度	8.2	8.1	8.5	7.7
R3年度	8.5	8.8	7.9	10.8
R4年度	8.3	8.7	7.7	9.9
R5年度	8.3	8.2	8.3	9.4

出典：東庄町町民課 健康診査結果

【問診から見た状況】

- ・ 1 日 1 時間以上の歩行もしくは同等の身体活動をしていない人は県より少なく、1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上していない人は県より多くなっています。改めて 1 日 30 分以上の運動をしていない人は特に女性で多くなっています。
- ・ 週 3 回以上就寝前 1～2 時間前に食べる者は男性に多くなっています。
- ・ 朝昼夕 3 食以外に間食や甘いものを毎日とる者は女性に多くなっています。
- ・ 噛みにくさは 50 歳代前半で男性 15%程度、女性で 10%弱にみられており、70 歳を超えると男性 25%程度、女性 20%程度が感じています。

図表 4 1 特定健診質問項目の状況

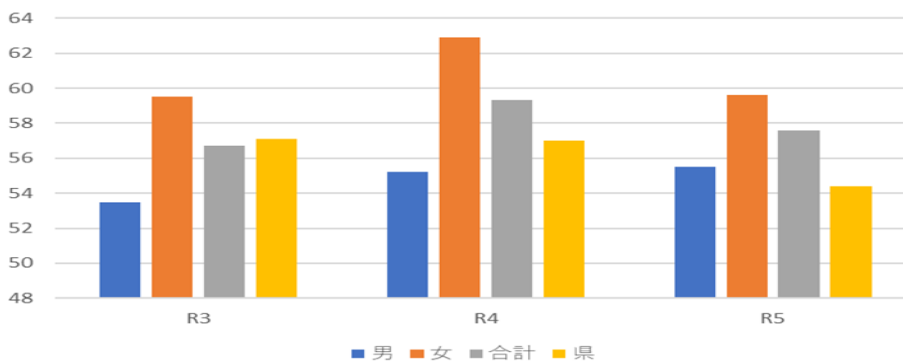
単位：％

質問項目	R3				R4				R5			
	男	女	合計	県	男	女	合計	県	男	女	合計	県
1日30分以上運動習慣なしの人	53.5	59.5	56.7	57.1	55.2	62.9	59.3	57.0	55.5	59.6	57.6	54.4
1日1時間以上の運動なしの人	34.0	32.3	33.1	45.0	33.5	31.1	32.4	44.7	22.7	17.2	19.8	42.6
週3回以上就寝前に夕食をとる人	26.1	14.3	20.0	15.5	25.8	13.0	19.0	15.6	25.4	14.6	19.3	16.4
朝昼夕3食以外に間食や甘いものを毎日とる人	16.0	27.1	21.8	21.2	16.8	28.8	23.1	21.3	12.5	28.0	20.6	20.4
週3回以上朝食を抜く人	11.9	8.0	9.9	9.6	12.7	10.1	11.3	10.1	12.7	7.4	9.9	10.0

出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

図表 4 2 1 日 30 分以上運動習慣なしの人の割合

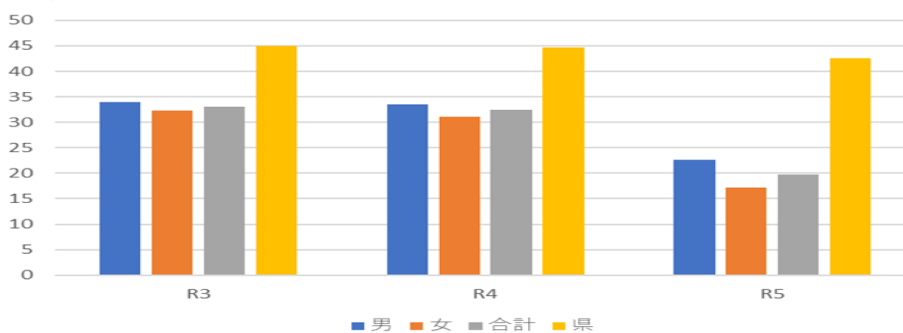
単位：％



出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

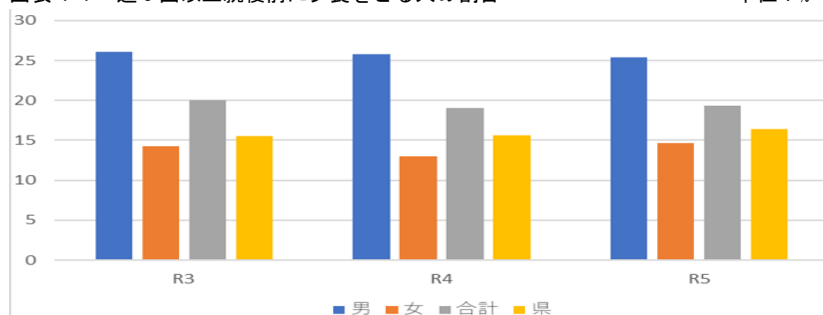
図表 4 3 1 日 1 時間以上の運動なしの人の割合

単位：％



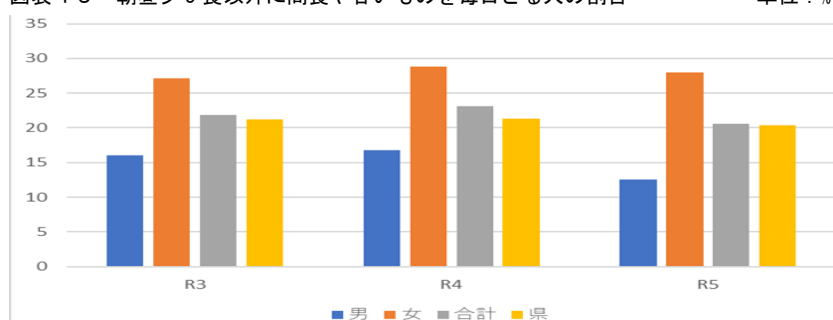
出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

図表 4 4 週 3 回以上就寝前に夕食をとる人の割合 単位：％



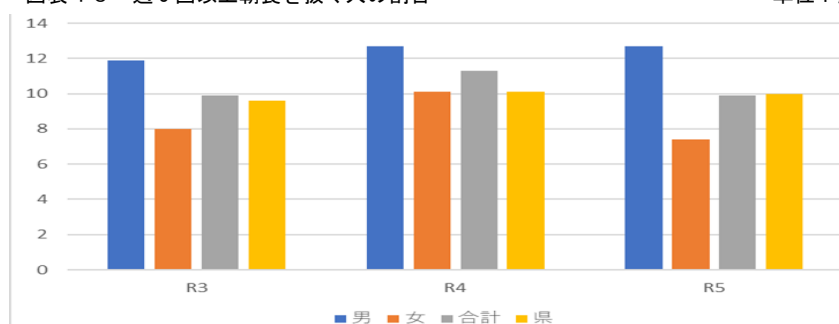
出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

図表 4 5 朝昼夕 3 食以外に間食や甘いものを毎日とる人の割合 単位：％



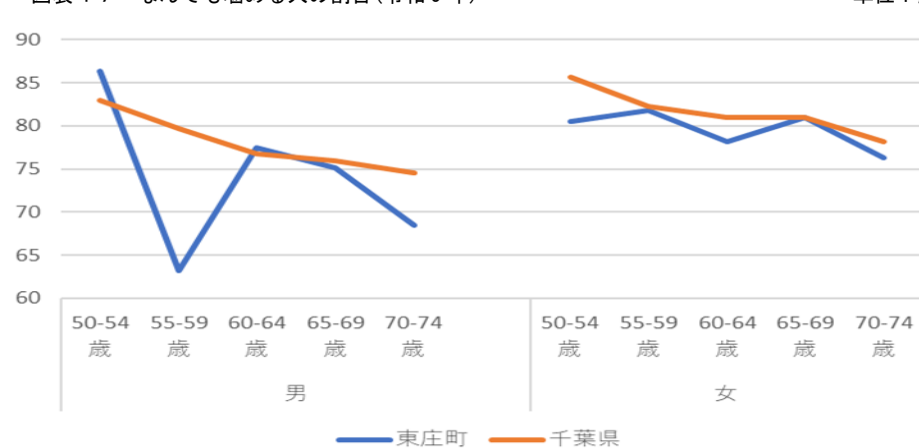
出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

図表 4 6 週 3 回以上朝食を抜く人の割合 単位：％



出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

図表 4 7 なんでも噛める人の割合 (令和 5 年) 単位：％



出典：KDB「地域の全体像の把握－質問票の状況」

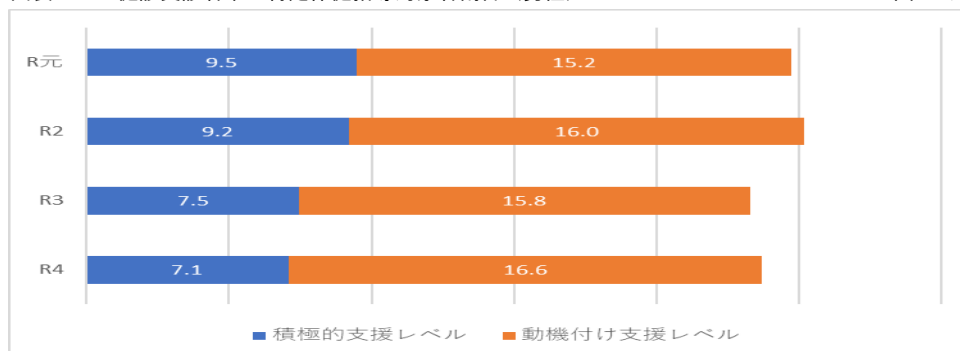
（２）特定保健指導

特定保健指導・積極的支援の対象は徐々に減少しています。女性では動機付け支援についても減少傾向があります。しかしながら参加を希望する者は年々減少し、令和４年は令和３年の半分以上となりました。

次年度の健診で確認すると、腹囲が改善し対象外となる者も令和４年は４３人、令和５年で４２人程度見られますが、その後再度該当となって希望する者は少ない状態です。

図表４８ 健診受診者中の特定保健指導対象者割合（男性）

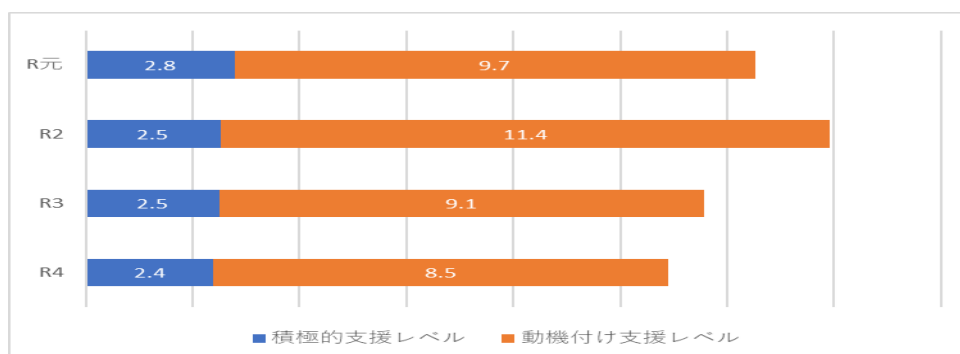
単位：％



出典：特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

図表４９ 健診受診者中の特定保健指導対象者割合（女性）

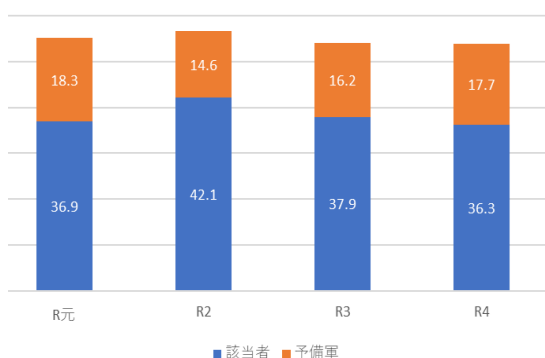
単位：％



出典：特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

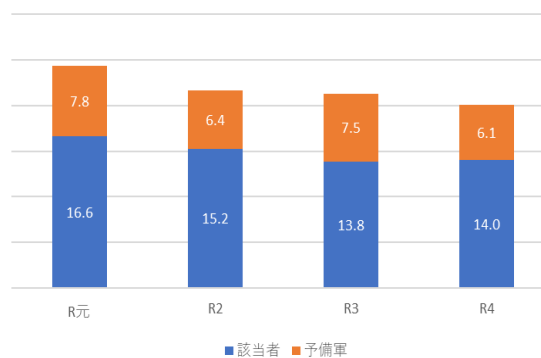
図表５０ メタボの割合（男性）

単位：％



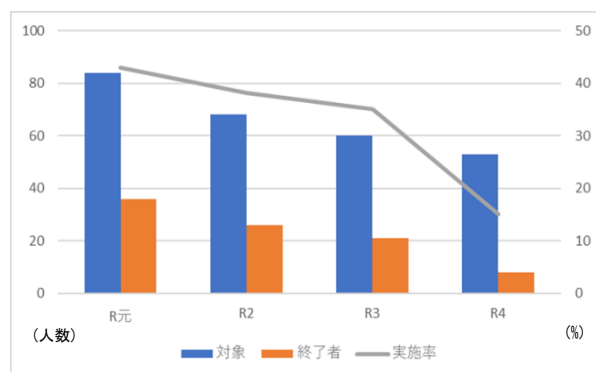
図表５１ メタボの割合（女性）

単位：％

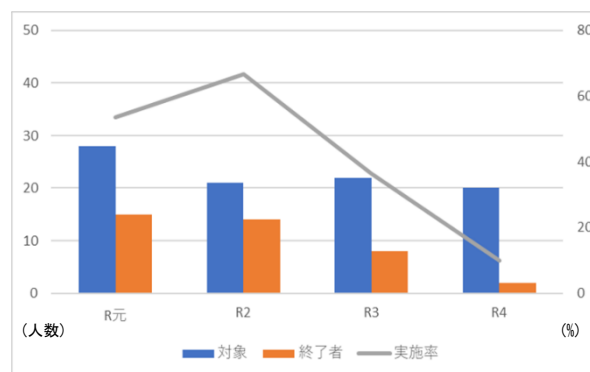


出典：特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

図表 5 2 積極的支援実施率（男性）

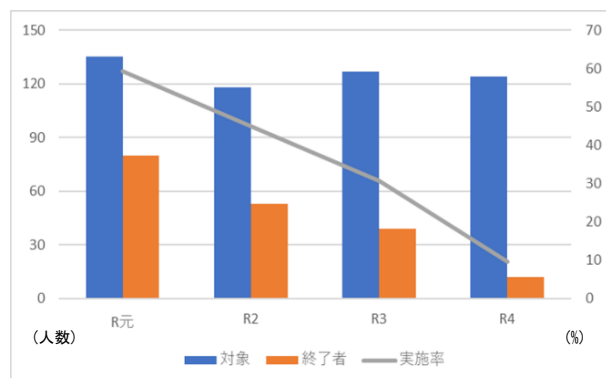


図表 5 3 積極的支援実施率（女性）

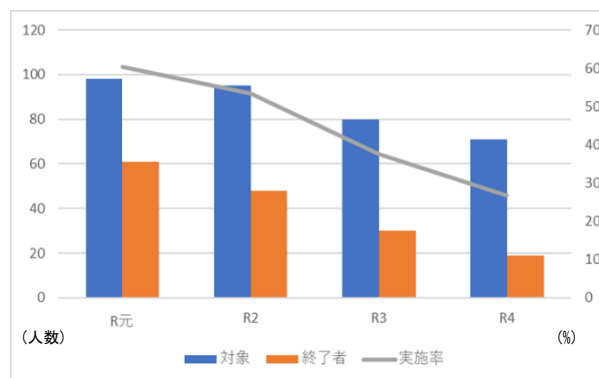


出典：特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

図表 5 4 動機付け支援実施率（男性）



図表 5 5 動機付け支援実施率（女性）



出典：特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

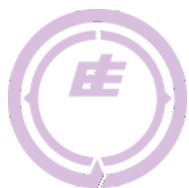
4. レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

悪性新生物は死因では国・県より割合が低いものの、医療費でみると高くなっていることから、早めに治療を開始している可能性があります。

入院費が高いことを考えると、心臓病や脳疾患を含めて重篤な疾病の治療が予測できます。

健康診査の結果でも血圧や血糖の値の高い者の割合が高くなっていることを考えると、血糖・高血圧の者が多いことを課題とし、重症化防止を図ることとします。

対象は健康診査受診者のうち一定の数値を示すものとし、対象者数やその割合の変化をみていきます。



5. 介護保険関係の分析

介護保険の認定率でみると1号被保険者(65歳以上)の認定率が県・国・同規模市町村と比較して低くなっています。

認定者の有病率でみると心臓病、筋・骨格系疾患、高血圧が多くなっています。県と比較し有病率が高いものは糖尿病、アルツハイマー病です。

介護給付費でみると1件当たりの給付費はすべての介護度において県より高くなっています。特に要介護5は突出しています。

図表5-6 介護保険認定率（令和4年）

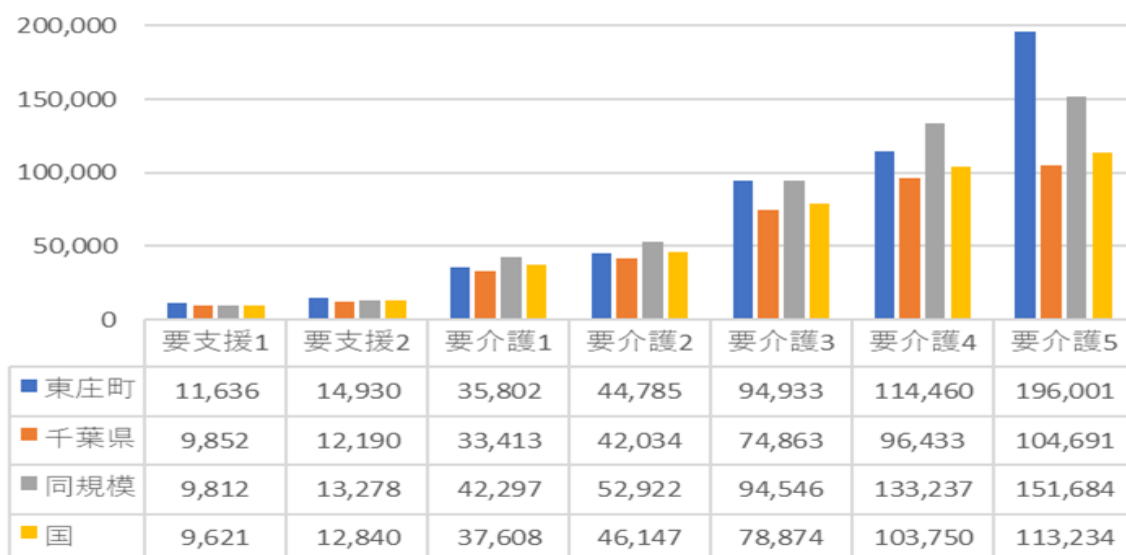
単位：％

	東庄町	千葉県	同規模	国
1号被保険者	15.6	18.2	18.6	19.6
2号被保険者	0.4	0.4	0.4	0.4

出典：KDB「地域の全体像の把握」

図表5-7 介護保険 一件当たり給付費（令和4年）

単位：円



出典：KDB「地域の全体像の把握」

図表5-8 介護保険有病状況（令和4年）

単位：％

	東庄町	千葉県	同規模	国
糖尿病	30.3	24.0	23.3	24.7
高血圧	46.6	51.4	54.6	53.9
脂質異常症	31.1	31.3	31.1	33.4
心臓病	52.6	57.9	61.2	60.9
脳疾患	18.8	21.0	23.1	22.3
がん	9.7	12.5	11.2	12.1
筋・骨格系	48.8	50.9	53.7	54.1
アルツハイマー	21.1	15.6	18.8	17.9

出典：KDB「地域の全体像の把握」

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施計画

1. 計画全体

東庄町の状況を分析した結果、東庄町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）において取り組むべき課題を以下の3点とします。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	高血圧・糖尿病などの生活習慣病の有病率が高い ・死因でみると悪性新生物・心臓病・脳疾患が多く、なかでも心臓病・脳疾患は国・県と比較しても多い。 ・レセプトや健診結果でみると高血圧や糖尿病が多く、高血圧・糖尿病・脂質異常を重複していることが多い。	1	1・3・4・5・6・7	特定健診の受診率の維持・向上および特定保健指導の利用率・実施率の向上を図り、高血圧・糖尿病の有病率の増加を防ぐ。
B	特定保健指導の利用率・実施率の低下 ・健診の受診率が高いが特定保健指導の利用率・実施率は低下している。	2	2・3	特定保健指導を含め事後指導を実施する。
C	一人当たり医療費の増加 ・入院医療費は県や国と比較しても多い傾向にある。	3	5・8	特に医療費の高い人工透析の新規発生を防ぐとともに、早期発見・早期対応が図りやすい環境を整える。

※太枠の 2026 年度は中間評価年度、2029 年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022 年度 (令和 4)	目標値					
		2024 年度 (令和 6)	2025 年度 (令和 7)	2026 年度 (令和 8)	2027 年度 (令和 9)	2028 年度 (令和 10)	2029 年度 (令和 11)
特定健診受診率	59.3	59.5	60.0	60.0	60.5	61.0	61.5
メタボリックシンドローム 該当者割合	男:36.3 女:14.0	男:36.0 女:13.8	男:35.8 女:13.6	男:35.6 女:13.4	男:35.4 女:13.2	男:35.2 女:13.1	男:35.0 女:13.0
メタボリックシンドローム 予備群割合	男:17.1 女:6.1	男:17.0 女:6.0	男:16.8 女:5.9	男:16.6 女:5.8	男:16.4 女:5.7	男:16.2 女:5.6	男:16.0 女:5.5
HbA1c6.5 以上の者の割合	14.4	14.3	14.2	14.1	14.0	13.9	13.8
糖尿病有病割合	13.5	減少	減少	減少	減少	減少	減少
高血圧症有病割合	20.2	減少	減少	減少	減少	減少	減少
糖尿・血圧について受診勧奨 対象者のうち医療機関受診割合	糖尿:25.0 血圧:6.7	糖尿:30.0 血圧:10.0	糖尿:35.0 血圧:13.0	糖尿:40.0 血圧:16.0	糖尿:45.0 血圧:19.0	糖尿:45.0 血圧:22.0	糖尿:50.0 血圧:25.0
特定保健指導実施率	15.3	20.0	23.0	26.0	29.0	32.0	35.0
特定保健指導利用率	15.7	22.0	25.0	28.0	31.0	34.0	37.0
新規人工透析患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
健診(検診)受診を助成する制度	－	－	－	－	－	－	開始

2. 個別の保健事業

課題の解決のため実施する事業を以下に示します。

(1) 保健事業一覧

事業 番号	事業名称	事業概要
1	特定健診受診率の維持 向上対策	特定健診受診を勧奨するため、ハガキ勧奨・SMS等を活用し効果的な働きかけを行う。
2	特定保健指導による 生活習慣病の予防	特定健診の結果、基準に該当する者に特定保健指導の利用を勧奨する。
3	健診結果を踏まえた 生活習慣の指導の実施	健康診査結果をもとに受診直後に面接を行い、特定保健指導利用勧奨及び前年と比べ改善のあった者に継続支援を行う。
4	若年層への健康意識 付けと生活習慣病予防	30歳代の被保険者に特定健診と同様の検査を行い、健康の意識付けを行うとともに必要者に保健指導を実施する。
5	生活習慣病重症化 予防事業	糖尿病・高血圧・腎機能について要医療レベルであったものに受診勧奨。保健指導を行う。
6	運動による生活習慣病 予防対策	メタボリックシンドロームの改善を目的に運動教室の実施。また、運動習慣の定着のため、セルフケアの機会を支援する。
7	減塩の推進	特定健診で推算塩分摂取量測定を実施。また、血圧や腎機能に変化がありハイリスクである者に保健指導を実施する。
8	がん早期発見対策	町その他部署で行うがん検診のPRをし、早期発見につなげる。また、人間ドックの活用促進を図る。

(2) 各事業の実施内容と評価方法

事業番号 1		①事業名称		特定健診受診率の維持向上対策					
②事業の目的		特定健康診査受診率の維持向上を図り、メタボリックシンドロームを含む生活習慣病の発見・重症化防止を行う。							
③対象者		40歳以上の国保被保険者							
④現在までの事業結果		受診率は60%弱で推移している。継続受診率87.7%、若年者の受診率は43.7%、地区別に見た受診率は55～65%である。未受診者対策として追加日程の実施、受診勧奨のはがき・SMSでの勧奨を実施してきた。							
⑤今後の目標値									
指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値						
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率（%）	59.3%	59.5%	60.0%	60.0%	60.5%	61.0%	61.5%	
	年齢階層別特定健診受診率（40-49歳）	43.7%	増加	増加	増加	増加	増加	45.0%	
	年齢階層別特定健診受診率（50-59歳）	46.3%	増加	増加	増加	増加	増加	48.5%	
	年齢階層別特定健診受診率（60-69歳）	61.9%	増加	増加	増加	増加	増加	62.5%	
	年齢階層別特定健診受診率（70-74歳）	64.7%	増加	増加	増加	増加	増加	66.0%	
	地区別特定健診受診率（神代）	54.3%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	
	地区別特定健診受診率（東城）	64.9%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	
	地区別特定健診受診率（笹川）	57.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	
	地区別特定健診受診率（橘）	55.7%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	
	前年若年者健診受診でかつ国保被保険者の当該年特定健診受診率	100.0%	維持	維持	維持	維持	維持	維持	
	前年からの継続受診率	87.7%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	
アウトプット (実施量・率) 指標	実施方法・健診日数	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	
	情報提供数	33	40	40	45	45	50	50	
	対象者	3,001	2,850	2,707	2,572	2,443	2,321	2,205	
	受診者	1,730	1,695	1,624	1,543	1,478	1,416	1,356	
	健康診査勧奨ハガキ発送数	1,760	1,700	1,650	1,600	1,550	1,500	1,500	
	SMS発信数	705	750	800	850	900	950	1,000	
(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2) 太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。									
⑨目標を達成するための主な戦略		・対象者全員への通知・自己負担額無料化等を継続し、受診しやすい環境を整える。 ・集団健診での未受診者に追加日程を実施する。 ・受診を勧奨するはがきの送付や、登録者へのSMSでの勧奨を実施する。 ・以前受診率の高かった地区や年齢層の低下がみられるので人間ドック受診結果提供の依頼、未受診理由の把握等を通し、健診を受けない人の状況を把握する。 ・周知から結果の送付までを通し、受診者にとって有益と思える健診を心掛ける。 ・通院中の受診者の継続受診が可能となるよう、混雑の軽減・結果返却の工夫を図る。 ・人間ドック助成制度対象医療機関を拡大する。							
⑩現在までの実施方法（プロセス）									
・対象者全員への通知・自己負担額無料化等を実施している。 ・SMSによる受診勧奨を実施している。 ・健診通知の際、人間ドック受診結果提供の依頼等、健診未受診者の状況を把握し、みなし受診・対象外者を整理した。 ・健診結果を送付する際、治療中でない者を中心に結果へのコメントを添付した。									
⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標									
・同様の健診を受け、特定健診未受診者の把握を積極的に行う。 ・主治医のある者に結果を通知する際、生活のアドバイスを加えるようにする。									
⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）									
・担当課及び委託事業所で集団健診を中心に実施した。 ・みなし受診の結果の提供を任意で依頼している。 ・健診日程に土曜日を2日間設定した。 ・受診者に行政ポイントのインセンティブを付与した。									
⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標									
・集団健診は現状を維持する。 ・みなし受診の結果の提供を得やすいよう、人間ドックの助成制度対象医療機関を拡大する。									
⑭評価計画									
・特定健診受診率 ・はがきやSMSを用いた勧奨による特定健診受診率									

事業番号 2

①事業名称

特定保健指導による生活習慣病の予防

②事業の目的	メタボリックシンドロームを改善し、関係する生活習慣病の予防・悪化防止を図る。
③対象者	特定健診の結果、対象となった者
④現在までの事業結果	委託により実施。ここ数年参加を辞退する者が増え、利用率、実施率ともに低下している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導実施率	15.3%	20.0%	23.0%	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%
	特定保健指導利用率 (初回面接実施率)	15.7%	22.0%	25.0%	28.0%	31.0%	34.0%	37.0%
	前年利用者の改善率	24.2%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	特定保健指導対象者の減少率	-0.2%	0.0%	2.0%	4.0%	6.0%	8.0%	10.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	初回面接実施数	42	30	33	35	37	40	43
	初回分割面接実施数	0	30	33	35	37	40	43
	終了者数	41	56	62	67	72	75	79

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2) 太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	・前年対象者は初回面接を分割で行う。 ・利用率の向上を図る。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・健康診査会場にて初回面接を実施した。（前年対象者） ・健診結果に基づき個別通知にて実施した。（委託） ・健康診査会場で利用希望なしの者には、その場で健康相談を実施し指導を終了した。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・健康診査会場で、前年対象であり、腹囲と内服で対象外となる者以外には原則の初回面接（分割①）を実施し、分割②は委託とする。 ・健診結果に基づき個別通知にて実施する。（委託） ・積極的支援は3か月後の評価で要件を満たさず継続利用を希望しない者は途中終了する。 ・動機付け支援は継続を希望しない場合は途中終了する。 ・健康診査会場で利用希望なしの者には、その場で健康相談を実施し指導を終了する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・分割面接を直営（雇上げ）で、その他は委託で行っている。 ・初回面接の日程を複数設定しているが、参加者が減少した。原因として以前実施していた面接での結果返却をやめたことが挙げられる。 ・リモートでの面接を設定したが利用者はいなかった。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・分割実施についての打ち合わせを会議形式で行い、共通認識を図る。
--

⑭評価計画

・利用率・実施率 ・対象者のリピート率の低下 ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の割合の低下状況

事業番号 3	①事業名称	健診結果を踏まえた生活習慣の指導の実施
--------	-------	---------------------

②事業の目的	・ 特定保健指導の勧奨 ・ 健診結果の改善と維持
③対象者	前年度特定保健指導対象者
④現在までの事業結果	前年の健康診査で特定保健指導対象となった者に、当年の健診結果を含め結果説明、保健指導を行った。250名前後に実施し、腹囲等の改善で対象外となった者もいる。この時点で特定保健指導を辞退する者が多い。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	面接者中の前年からの改善者率 (腹囲2cmかつ体重2Kg減)	確認中	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	面接者中の特定保健指導 対象見込み者	55.2% 133/241	54.8% 119/217	54.6% 113/207	53.8% 106/197	53.4% 101/189	53.0% 96/181	52.0% 90/173
	見込者中の特定保健指導 同意者率	17.3% 23/133	25.2% 30/119	29.2% 33/113	33.0% 35/106	36.6% 37/101	41.7% 40/96	47.8% 43/90
アウトプット (実施量・率) 指標	実施数(面接者/対象者)	241/333	217/300	207/286	197/272	189/261	181/250	173/239

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2) 太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	・ 健康診査会場で面接することで被保険者の関心が高いタイミングでの改善指導や、すでに改善できた場合は継続支援を行い、モチベーションの維持を目指す。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・ 健康診査会場で前年の健康診査結果・過去の保健指導の記録、当年の健診結果(わかる範囲)をもとに面接を実施した。 ・ 健診の最後に面接を行った。 ・ 特定保健指導の同意があった者は、特定保健指導初回面接として引継ぎできるように委託事業所と共有できる様式に記載した。
--

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・ 対象者は一定の人数を超えないよう、優先順位をつけて実施する。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

・ 雇上げスタッフ、委託事業所とは個々で打ち合わせを実施した。 ・ 毎日2名の体制で実施した。
--

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・ 各時間帯の終盤に立てこむことが多く、待ち時間が発生している。 ・ 2名ずつの体制には町職員を充当せず、混む時間帯の補助として従事できるようにする。
--

⑭評価計画

・ 前年度からの改善状況 ・ 特定保健指導利用者の状況
--

事業番号 4

①事業名称

若年層への健康意識付けと生活習慣病予防

②事業の目的	若年層に健康の意識付けと予防を図ることで疾病の予防・重症化防止を図る。
③対象者	30歳から39歳の国保被保険者（ただし35歳は節目健診対象のため除く）
④現在までの事業結果	若年健診を実施し、医療が必要な者に受診勧奨を行った。生活習慣の支援は実施できていない。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	健診受診率	45.9%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%
	健診後支援率	3.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	健診実施方法・健診日数	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日	集団・13日
	健診対象者	181	180	180	180	180	180	180
	健診受診者	83	86	88	90	92	94	95

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。（注2）太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	・特定健診と同様の検査を実施し、結果についても同様に交付する。
-----------------	---------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

- ・集団健診で実施した。
- ・対象者全員に受診票を送付し、インセンティブも同様に付与した。
- ・保健指導は受診勧奨についてのみ実施した。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・結果を交付とあわせ、保健指導を実施する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・委託で実施した。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・保健指導の実施について、雇上げを含めて検討する。

⑭評価計画

- ・若年健診受診率
- ・継続受診率（特定健診を含む）

②事業の目的	生活習慣病の重症化リスクの高い者が、適切に医療受診及び生活習慣改善を図り重症化・合併症の発症を防ぐ。
③対象者	特定健診で高血圧、高血糖、腎機能低下が見られた者
④現在までの事業結果	高血圧・腎機能低下については受診勧奨を実施した。 高血糖については受診勧奨、腎機能低下もみられる者には保健指導を実施した。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨後の医療機関受診率	34.3%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	保健指導での生活習慣改善数	1	1	1	1	1	1	1
	人工透析新規患者 (国保継続者)	0	0	0	0	0	0	0
アウトプット (実施量・率) 指標	医療機関受診勧奨数	35	35	35	35	35	35	35
	保健指導実施数	1	1	1	1	1	1	1

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2) 太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	(受診勧奨) ・ 該当者は過去の記録を確認したうえで原則面接で勧奨する。 (保健指導) ・ 特定健診の結果を送付後早期にコンタクトをとる。 ・ 指導に関わるスタッフを確保し、必要な打ち合わせをする。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・ 事前に受診勧奨・保健指導の対象について町内医師に確認している。 ・ 特定健診の結果に基づき対象者を選定した。 ・ 受診勧奨の結果は医療機関からの返信と後日のレセプトチェックで確認している。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・ 対象者の基準については町内医師に説明し調整する。 ・ 受診勧奨後、レセプトチェックで受診の確認ができない者に、再度受診勧奨を実施する。 ・ 保健指導は対象者の基準を検討のうえ、早期にコンタクトをとる。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・ 国保担当課で実施している。 ・ 以前は健康福祉課で保健指導の協力を得たが、コロナ感染症以後困難となった。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・ 健康福祉課に協力を打診し、対応が困難な場合は委託を含めて検討する。

⑭評価計画

・ 医療機関受診数 ・ 保健指導実施指導数
--

事業番号 6

①事業名称

運動による生活習慣病予防対策

②事業の目的	メタボリックシンドロームの対応に運動教室を開催し、運動の継続を支援する場を提供する。
③対象者	町民（18歳以上）
④現在までの事業結果	集団指導を行っていたがコロナ感染症を機に原則個別での指導を開始した。現在は個別から3人までの小集団で実施。講師は委託。（対象：75歳以下）令和4年までは希望者が多く、体重等が改善した者も多かった。 教室の開催とは別に運動を継続したい者が自分のペースで利用できるよう、令和5年からエアロバイクの開放を開始した。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	教室利用者のうち 体重改善者	76.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	教室利用者のうち運動習慣の出来たもの (終了時週3日以上)	88.2%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	エアロバイク利用者 (実・延)	未実施	実20延800	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率) 指標	教室実施回数	2コース	2コース	2コース	2コース	2コース	2コース	2コース
	エアロバイク開放日数	未実施	160日	160日	170日	170日	180日	180日
	教室利用者（実・延）	実15延17	増加	増加	増加	増加	増加	増加

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。（注2）太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	・運動教室は参加者の動向を見て、他課と共同開催も検討する。 ・エアロバイクは利用者の拡大のため周知を行う。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・教室は特定保健指導利用者に個別通知を行った。 ・広報、ホームページで参加者を募集した。 ・夜間帯や土曜日にも日程を設けた。 ・エアロバイクは町公民館の予約のない日（平日・日中のみ）を1か月単位で借用し、事前予約制で実施している。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・教室は夜間帯や土曜日等参加しやすい日程を継続する。 ・エアロバイクは徐々に休日夜間の利用を検討する。 ・会場となる公民館との打ち合わせを年度初めに行う。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・教室は委託で実施している。 ・エアロバイクは委託事業所を講師にして事前に短時間の指導を受け安全を図っている。
--

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・現在までの実施体制を継続する。
--

⑭評価計画

・教室参加者の終了後の変化 ・次年度の健診結果や問診の変化（運動習慣）
--

事業番号 7	①事業名称	減塩の推進
--------	-------	-------

②事業の目的	・生活習慣病のリスクを減らし疾病の予防につなげる。 ・循環器疾患、糖尿病性腎症を含むＣＫＤの増加を防ぐ。
③対象者	若年健診・特定健診受診者
④現在までの事業結果	健診の項目で推算塩分測定を実施している。結果交付時にチラシを同封し啓発している。 微減の状況だが、血圧の高い者の減少等にはつながっていない。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	推算塩分摂取量平均値 (男性)	9.8g	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	推算塩分摂取量平均値 (女性)	9.3g	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	推算塩分摂取量平均値 (収縮期血圧140以上の者)	9.8g	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	収縮期血圧140以上の者の率	42.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット (実施量・率) 指標	推算塩分量測定件数	1,727	1,695	1,610	1,543	1,478	1,416	1,356
	減塩指導実施者	未実施	5	5	5	5	5	5

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2) 太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	・受診者へ検査結果の通知と減塩の啓発を実施する。 ・特に減塩の必要性が高いと思われる者への指導をする。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・健康診査で実施した結果の通知と減塩の啓発を実施した。 ・広報へ掲載し周知を図った。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・健康診査の結果、塩分摂取が多く、血圧や腎機能でハイリスクと思われる者に減塩指導を行う。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・担当課で実施し、検査は委託で行っている。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・健康福祉課栄養士の協力で減塩指導を実施する。

⑭評価計画

・減塩指導の利用者 ・推算塩分摂取量の変化

事業番号 8

①事業名称

がん早期発見対策

②事業の目的	町民が活用可能な制度を利用し、がんの早期発見を図ることで医療費の削減に寄与する。
③対象者	国民健康保険・後期高齢者医療被保険者
④現在までの事業結果	がん検診は他部署で実施している。国保資格取得時に健診と併せてがん検診の利用方法を紹介することで新規登録につなげている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果) 指標	がん検診新規登録数	集計なし	1件以上	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率) 指標	国民健康保険加入時の がん検診啓発数	集計なし	加入手続き のうち30歳 以上の所属 する世帯	加入手続き のうち30歳 以上の所属 する世帯	加入手続き のうち30歳 以上の所属 する世帯	加入手続き のうち30歳 以上の所属 する世帯	加入手続き のうち30歳 以上の所属 する世帯	加入手続き のうち30歳 以上の所属 する世帯

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2) 太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	・がん検診の受診方法の周知を図る。 ・人間ドック助成事業の拡大を図る。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・がん検診は登録制のため、保険手続きの際にチラシを渡し、登録を勧奨している。 ・人間ドックの助成制度を紹介している。 ・人間ドック助成制度対象医療機関については、予算化が難しい状況にある。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・人間ドックの助成を町立病院から増やし、より受診しやすい環境を整備する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・窓口で対応する職員は同様にチラシを活用し勧奨している。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・対象年齢層を再確認し、改めて職員間で共有する。

⑭評価計画

・がん検診登録者の増加 ・人間ドックの助成対象拡大の成否

第6章 第4期 特定健康診査等実施計画

1. 計画の策定にあたって

(1) 計画策定の趣旨

特定健康診査及び特定保健指導が、平成20年4月から40歳以上75歳未満の被保険者を対象として、各医療保険者に義務付けられたことから、本町においても実施に向け、国の基本指針に即し、事業の円滑な推進を図るため、特定健康診査等実施計画を策定しました。

第3期計画期間が令和6年3月31日で終了することに伴い、令和6年度から令和11年度を第4期計画期間として実施計画を策定します。

特定健康診査の基本的な考え方は国の基本指針を引用します。

1 特定健康診査の基本的な考え方

(1) 国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

(2) 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。

(3) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。

「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・第1」

(厚生労働省、令和6年4月1日改定) より引用

(2) 計画の期間

令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

また、3 年ごとに見直しを行います。

2. 目標値

厚生労働大臣が定めた特定健康診査等実施基本指針では、目標は以下のとおりとなっています。

特定健診受診率（市町村国保）	60%以上
特定保健指導実施率（市町村国保）	60%以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率（全国目標）	25%以上 （平成 20 年度比）

これらを踏まえ東庄町は、令和 11 年度までに特定健康診査実施率 60%以上とすることを目標とします。特定保健指導については、現状を踏まえ、35%以上を目標とします。

また、第 2 期はメタボリックシンドローム該当者・予備群（平成 20 年度該当者 440 人・予備群 232 人）の減少率 25%を目標と設定していましたが、第 3 期では国の指針に従い特定保健指導対象者数の減少 25%以上を目標としていました。現状において実現が困難であることを踏まえ、第 4 期では平成 20 年比で減少率 10%以上を目指します。

◇ 特定保健指導対象者

- ・平成 20 年 436 人
- ・令和 3 年 289 人

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健診 実施率	59.5% 以上	60.0% 以上	60.0% 以上	60.5% 以上	61.0% 以上	61.5% 以上
特定保健指導 実施率	20.0% 以上	23.0% 以上	26.0% 以上	29.0% 以上	32.0% 以上	35.0% 以上
特定保健指導 対象者の減少率	0%以上 減少	2%以上 減少	4%以上 減少	6%以上 減少	8%以上 減少	10%以上 減少

◇ 目標達成に向けた推進方針

- ・ 健診を受けやすくするため、これまで実施してきた体制を踏襲して行います。
- ・ 健診対象者に、わかりやすい資料等を用いて、その啓発や情報提供に努めます。
- ・ 健診未受診者に、はがきや電話等により受診の勧奨を行います。
- ・ 特定保健指導は、一部は健診当日に初回面接を開始します。
- ・ 個々の対象者の特徴に合わせた特定保健指導を実施することで糖尿病等の生活習慣病を予防し、医療費適正化を図ります。
- ・ 特定保健指導対象者数を減少させるために必要な特定健康診査内容の充実に努めるとともに、保健指導対象者の選定方法、有効な保健指導の方法及び学習教材の開発などに努めます。

3. 対象者数・実施見込み数

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査等の対象者については、次の推計方法により算出します。

(1) 国民健康保険の特定健康診査対象者数の推定

令和元年度から令和5年度までの平均伸び率で推計

単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
40～74歳	2,850	2,707	2,572	2,443	2,321	2,205

(2) 特定健康診査受診者見込み数

国民健康保険特定健康診査対象者数×実施率

単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
40～74歳	1,695	1,624	1,543	1,478	1,416	1,356
率(%)	59.5	60.0	60.0	60.5	61.0	61.5

(3) 特定保健指導対象者の見込み

保健指導実施対象者・終了者見込数（実績により対象者数を算出）

単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者 動機	208	198	190	182	174	167
積極	78	74	71	68	65	62
計	286	272	261	250	239	229
終了者 動機	41	45	49	52	55	58
積極	15	17	18	20	20	21
計	56	62	67	72	75	79
実施率(%)	20.0%以上	23.0%以上	26.0%以上	29.0%以上	32.0%以上	35.0%以上

4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査

① 実施場所

- ・毎年6月に、下記のとおり集団健診により実施します。

地 区	会 場	日数
神代地区	神 代 体 育 館	1 日
笹川地区	東 庄 町 公 民 館	4 日
橘 地 区	橘 体 育 館	3 日
	石 出 体 育 館	2 日
東城地区	東庄ふれあいセンター	2 日

※左記実施日数は目安であり、各年の対象者数等を勘案のうえ決定し、日程とともに対象者に案内するものとします。

- ・また、毎年10月に未受診者を対象に追加集団健診を実施します。

地 区	会 場	日数
全 地 区	東 庄 町 公 民 館	1 日

② 実施項目

健診項目は、全ての対象者が受診する「基本的な健診の項目」と、対象者のうち医師の判断により実施する「詳細な健診の項目」に分けて、次のとおり設定します。

ア 基本的な健診の項目

国で示された項目に本来は詳細な健診の項目である腎機能検査（クレアチニン）を追加するものとします。

項 目	備 考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が 20 未満の者、もしくは BMI が 22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定しその申告をした者）に基づき医師が必要でないと認めるときは省略可
BMI の測定	BMI＝体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	血圧が要指導レベルであった場合は2回測定
肝機能検査	血清グルタミックオキサロアチクトランスアミナーゼ(GOT)・血清グルタミックピルビクトランスアミナーゼ(GPT)・ガンマ - グルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)

血中脂質検査	血清トリグリセライド（中性脂肪）の量(TG) 高比重リポ蛋白コレステロール(HDL-C)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDL-C)の量
血糖検査	HbA1c
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無
腎機能検査	CRE・e-GFR
その他町独自検査	推算塩分摂取量・尿酸

イ 詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血 圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血 糖</td><td>空腹時血糖値が 120mg/dl 以上又は HbA1c (NCSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ、血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血 圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血 糖	空腹時血糖値が 120mg/dl 以上又は HbA1c (NCSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血 圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血 糖	空腹時血糖値が 120mg/dl 以上又は HbA1c (NCSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血 圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血 糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr> </table>	血 圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血 糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
血 圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血 糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上				

③ 健診受診に係る被保険者の自己負担

健診受診に係る自己負担額は無料とします。

④ 実施方法

特定健診は、個別契約の委託により実施します。

健診種別	集団健診
実施機関	公益財団法人 ちば県民保健予防財団

また、集団健診を補完するものとして、東庄町短期人間ドック助成事業にかかる国民健康保険被保険者の受診データを活用します。

⑤ 周知の方法

毎年 4 月 1 日現在の被保険者で特定健康診査対象者に対して、受診票を同封して個別通知するとともに、町広報紙及び町ホームページに掲載して周知します。

⑥ 事業主健診等の健診受診者の健診データの受領方法

特定健康診査と重複した健診を事業主健診等で受診した場合、事業主又は受診者から結果を送付してもらうこととし、広報掲載、受診案内や未受診者への受診勧奨の際などに協力を依頼します。

(2) 特定保健指導

保健指導対象者の選定と階層化の方法は、厚生労働省健康局指示の「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」第 2 編「健診」、第 3 章「保健指導対象者の選定と階層化の方法」のとおり行い、特定保健指導対象者は、積極的支援レベルの者を重点的に実施する。

区 分	対 象 者
情報の提供	特定健康診査の受診者全員
動機付け支援	① 腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、血糖、脂質、血圧のうち 1 つが基準値を超え、喫煙歴なしの者 ② 腹囲が基準値に満たない場合でも肥満度が 25 以上で、血糖、脂質、血圧のうち 1 つが基準値を超えている者又は 2 つが基準値を超え、喫煙歴なしの者
積極的支援	① 腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、血糖、脂質、血圧のうち 1 つが基準値を超え、喫煙歴ありの者 ② 腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、血糖、脂質、血圧のうち 2 つ以上が基準値を超えている者 ③ 腹囲が基準値に満たない場合でも肥満度が 25 以上で、血糖、脂質、血圧の 3 つ全てが基準値を超えている者

① 実施方法

動機付け支援及び積極的支援は、ともに個別契約による委託で実施します。

② 周知の方法

対象者に個別通知するとともに、町広報紙及び町ホームページに掲載して周知します。

③ 特定保健指導の利用に係る被保険者の自己負担

国民健康保険の財政状況を勘案し、毎年度定めます。

5. 個人情報の保護

特定健康診査等の実施にあたっては、東庄町個人情報保護条例、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に定める職員の義務（データの正確性の確保、情報漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知徹底し、個人情報の管理に細心の注意を払います。

また、特定健診等の委託先については、その業務遂行上個人情報を取り扱うことから、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ます。

6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

東庄町ホームページに掲載し公表します。

7. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

毎年計画の評価を行い、見直しが必要な場合は速やかに行います。

8. その他

令和 11 年度の特定健康診査等の実施率目標数値を達成するためには、国民健康保険被保険者に本制度の理解を深めることが必要です。そのため、広報紙等を活用し本制度を周知する取り組みを実施します。

その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認めた事項については、随時検討し実施することとします。

第7章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

評価は毎年、中間（3年）、期末（6年）を目安に行います。毎年の評価は各事業で設定した評価指標をもとに行い、評価結果によっては事業計画を修正します。中間評価は健康課題や保健事業全体の目的目標を振り返り、必要に応じて後半の事業計画の見直しを行います。期末評価は保健事業の進捗、目標達成度を評価し、それらを踏まえ次期計画に向けた視点を整理します。

2. データヘルス計画の公表・周知

データヘルス計画はホームページで公開します。また、関係機関等には紙面で公表、周知します。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理・対応します。また業務を外部に委託する場合も適切に取り扱われるよう、万全の対策を講じるものとします。

【巻末資料】

東庄町国民健康保険 保健事業実施計画・特定健康診査等実施計画 用語集

NO・・・出自順番号

頁・・・初見となる該当ページ

用語・・・計画内で書かれている用語・単語・名称等

解説・・・上記「用語」の内容説明、解説等

N o	頁	用 語	解 説
1	1	日本再興戦略	平成25年6月14日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略。安倍政権の経済政策であるアベノミクスの3本の矢（第1の矢：「大胆な金融政策」、第2の矢：「機動的な財政政策」）のうちの第3の矢といわれ、健康長寿社会の実現目指している。
2	1	レセプト (診療報酬明細書) (調剤報酬明細書)	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療費の明細書。患者の氏名、保険者番号や病名等の個人情報と診療報酬点数、療養の給付、食事・生活療養の情報で構成されている。医科、歯科の場合が診療報酬明細書、薬局が調剤した場合を調剤報酬明細書という。
3	1	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健診の結果やレセプト等の医療データ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。
4	1	PDCAサイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Action（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。
5	2	国民健康保険運営協議会	国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために設置されている機関。国民健康保険法11条で市町村に設置することと規定されている。
6	2	国民健康保険中央会	47都道府県の国民健康保険団体連合会を会員とした公益社団法人。健康保険・介護保険・障害者総合支援事業の普及、健全な運営及び発展を図る目的で設立した。
7	2	国保データベース（KDB）システム	国保中央会が開発したデータ分析システム。国保被保険者の医療費だけではなく健診情報や介護保険情報も併せて分析できる。
8	4	同規模	人口規模が近い自治体のことを同規模市町村（同規模）という。人口規模によって5段階に分かれ、東庄町の同規模市町村は人口10,000人～15,000人未満の自治体を指し、全国で159町村が該当。
9	6	有病率	ある一時点において病気を有している人の割合。集団での特定の時点での健康問題の大きさを測り、その対策を立てるなど、行政面で有用な指標。
10	6	特定健康診査 (特定健診)	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳までを対象とする健康診査。
11	6	収縮期血圧	心臓が収縮して全身に血液を送り出すときに、血管にかかる圧のこと。一般にいう「上の血圧」のこと。
12	6	標準化（指数）	有病率等の数値を比較する際、人口規模や年齢構成等の違いが影響することがある。標準化はそれらの影響を少なくして比較する方法。本計画においては基本となる年の国の値を100としたときの数値で表す。
13	6	拡張期血圧	心臓が拡張して全身から血液が心臓に戻ってくるときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる「下の血圧」のこと。
14	6	HbA1c	「ヘモグロビンエーワンシー」と読む。赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。計測値基準としてJDS値とNGSP値があり、日本ではJDS値が使用されてきたが、平成25年に厚生労働省が国際標準値であるNGSP値に統一した。
15	7	人工透析	腎不全や尿毒症などで腎臓の機能が障害され、体内の老廃物を除去できなくなった場合などに、人工的に血液を浄化する方法。正式には「血液透析療法」という。

16	7	受診率	一般に①医療機関受診率、②健診受診率を共に「受診率」というが本計画では②の意味で使用している。①は国保被保険者がどのくらいの頻度で医療機関にかかったかを示す指標。レセプト件数÷被保険者数×100で算出。②は健診受診者数÷健診対象者数×100で算出。
17	8	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。
18	9	SMS	携帯電話やスマートフォン同士で短いメッセージを送受信するサービス。
19	10	みなし受診	特定健診を受診する代わりに、勤務先の健康診査や人間ドック等の結果を提供することで、特定健診を受けたものとみなすことができる。
20	13	メタボリックシンドローム	日本語に訳すと代謝症候群、省略し単に「メタボ」ともいう。内臓脂肪型肥満に高血糖・高血圧・脂質異常症のいずれかが合併した状態。
21	14	初回面接	特定保健指導は最初に面接を行い（初回面接という）生活生活習慣の見直しの計画を立てる。健診の結果がすべて揃ってから初回面接を実施する方法と、2回に分けて実施する方法（分割実施）がある。分割実施は、結果が揃う前に面接を行い（初回①）結果が揃ったのちに計画の修正を行う（初回②）。
22	14	特定保健指導実施率	特定健診の結果、特定保健指導対象となった者のうち、継続した指導を終了した者の割合を指す。
23	14	特定保健指導利用率	特定健診の結果、特定保健指導対象となった者のうち、初回面接を受けた者の割合を指す。
24	15	フィットネススコア	体重、徐脂肪量、脂肪量の測定値と標準値を総合的に見て点数化したもの。
25	16	節目・節目健診	一定年齢者を対象に実施する個別健診。
26	17	平均寿命	0歳の乳児が生存するだろうと考えられる平均の年数。
27	17	平均自立期間	自立した生活が何年期待できるか、の平均値。
28	17	悪性新生物（がん）	遺伝子変異によって自律的で制御されない増殖を行うようになった細胞集団（腫瘍）のなかで周囲の組織に浸潤し、または転移を起こす腫瘍。そのほとんどは無治療のままだと全身に転移して患者を死に至らしめるとされ、悪性新生物、悪性腫瘍とも呼ばれる。なお、漢字の「癌」は悪性新生物のなかでも特に上皮由来の「脳腫（上皮腫）」のことを指し、平仮名の「がん」は、「癌」や「肉腫」、白血病などの血液悪性腫瘍も含めた広義的な意味で悪性新生物を表す言葉として使われている。
29	18	一人当たり医療費	ある特定の集団における医療費水準を考える場合の代表的な指標の1つ。本計画では年間医療費をもとに算定している。 一人当たり医療費＝医療費総計（または対象となる疾病にかかる総医療費）÷国保被保険者数
30	19	脂質異常	血液中に含まれる脂質が過剰、もしくは不足している状態を指し、平成19年7月に高脂血症から脂質異常症に改名された。診断基準による分類は、高コレステロール血症、高LDLコレステロール血症、低HDLコレステロール血症、高トリグリセリド血症といった種類がある。

31	19	脳血管疾患	頭蓋内の血管（血流）に異常が発生し、出血による炎症・圧排または虚血による脳組織の障害により発症する病気の総称。脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下に出血するクモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別され、もやもや病や慢性硬膜下血腫などもこれに分類される。
32	20	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋への血液の流れが低下、または遮断され心臓に障害が起こる疾患の総称。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが、原因といわれている。
33	21	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。一般的に新薬と比較すると安価である。
34	23	中性脂肪	肝臓で作られたり、食物から吸収されたりする脂質の一種で、体を動かしたり、体温を保持したりするエネルギー源となる。中性脂肪の値が高くなり、皮下脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、脂質異常症やメタボリックシンドローム、脂肪肝、肥満、動脈硬化などへとつながっていく。
35	23	HDL-コレステロール （HDL-C）	高比重リポ蛋白（HDL）として血中に存在するコレステロール。LDLコレステロールが悪玉コレステロールと呼ばれるのに対し、善玉コレステロールと呼ばれ、主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶ時の形体のことをいう。
36	24	GPT	肝臓の機能を調べる検査項目の一つ。血清グルタミンピルビクトランアミナーゼの略。心筋梗塞・肝炎（特に急性のもの）などで上昇する。
37	30	積極的支援	特定健診の結果、腹囲が基準を超えたもののうち、血糖、脂質、血圧のうち2つ以上が基準値を超える等の者が生活習慣改善のために受ける保健指導を指す。
38	30	動機付け支援	特定健診の結果、腹囲が基準を超えたもののうち喫煙歴がなく、血糖、脂質、血圧のうち1つが基準値を超える者等が生活習慣改善のために受ける保健指導を指す。
39	33	介護保険	高齢者の介護サービスや介護支援を保障するための社会保険制度の一種。平成12年に施行された介護保険法に基づいて実施されるもので、市町村が運営し、被保険者はその住民で65歳以上の者（第1号被保険者）と、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者（第2号被保険者）とに分類される。
40	33	介護保険の認定	介護保険被保険者のうち「介護の手間」を基準に介護の必要があると認定された者で、非該当を除き、要支援1から要介護5まで7段階に分かれる。利用可能なサービス量や費用に反映するため、この認定を受けないと介護給付・サービスを利用することができない。
41	35	メタボ予備群	メタボリックシンドロームの診断基準には達しないが、ダイエットによってリスクが改善されるであろう肥満を指す。
42	43	慢性腎臓病 （CKD）	CKDはChronic Kidney Diseaseの略。一疾患名を示すものではなく、慢性に経過すべての腎臓病を指す。メタボリックシンドロームとの関連が深く、また初期には症状がほとんどない。尿たんぱくや血清クレアチニンといった検査で早期発見することが大切になる。
43	43	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、糖尿病によって腎臓の組織が硬化していく病気。インスリンによる血糖制御ができず生体が高濃度のグルコースにさらされると糖毒性が生じ、これが長く続くと微小血管障害によって生じる糖尿病性腎症を発症する。
44	49	尿酸	ここでは「尿酸値」を指し、物質代謝の最終生産物（プリン体等）の血中濃度のこと。尿酸は通常、老廃物として尿と一緒に排泄される。血中濃度がある一定量を超えると高尿酸血症と診断され、高尿酸血症の状態が長く続くと、血液に溶けきらなかった尿酸は結晶になって関節に沈着し、急性関節炎（痛風）を引き起こす。

東庄町国民健康保険
第 2 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》

発行：令和 6 年 3 月

編集：東庄町 町民課 国保年金係

住所：千葉県香取郡東庄町笹川い 4713-131

電話：0478-86-6071