

御宿町国民健康保険
第3期データヘルス計画・
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
御宿町

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	7
3. 実施体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成	10
3. 医療基礎情報	12
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	13
5. 平均余命と平均自立期間	17
6. 介護保険の状況	19
7. 死亡の状況	23
8. まとめ	25
第3章 過去の取り組みの考察	
1. 前期データヘルス計画全体の評価	26
2. 各事業の達成状況	27
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	39
2. 生活習慣病に関する分析	45
3. 健康診査データによる分析	49
4. 被保険者の階層化	53
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	55
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	57
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	62
2. 計画の公表・周知	62
3. 個人情報の取扱い	62
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	63
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1. 計画策定の趣旨	65
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	65
3. 計画期間	65
4. データ分析期間	66
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 取り組みの実施内容	67
2. 特定健康診査の受診状況	68
3. 特定保健指導の実施状況	69
4. メタボリックシンドローム該当状況	72
5. 第3期計画の評価と考察	74

第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	75
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	76
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	82
	2. 対象者数推計	82
	3. 実施方法	84
	4. 目標達成に向けての取り組み	88
	5. 実施スケジュール	89
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	90
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	90
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	90
	4. 他の健診との連携	91
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	91

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとあります。健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

御宿町国民健康保険においては、「データヘルス計画」及び「特定健康診査等実施計画」を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、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計画を定め、実施及び評価を行う。	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)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」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分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・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ための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。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、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス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切なKPI*の設定を推進するとの方針が示されました。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、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、前期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※KPI…KeyPerformanceIndicatorの略称。重要業績評価指標。

(2) 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、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。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

2. 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

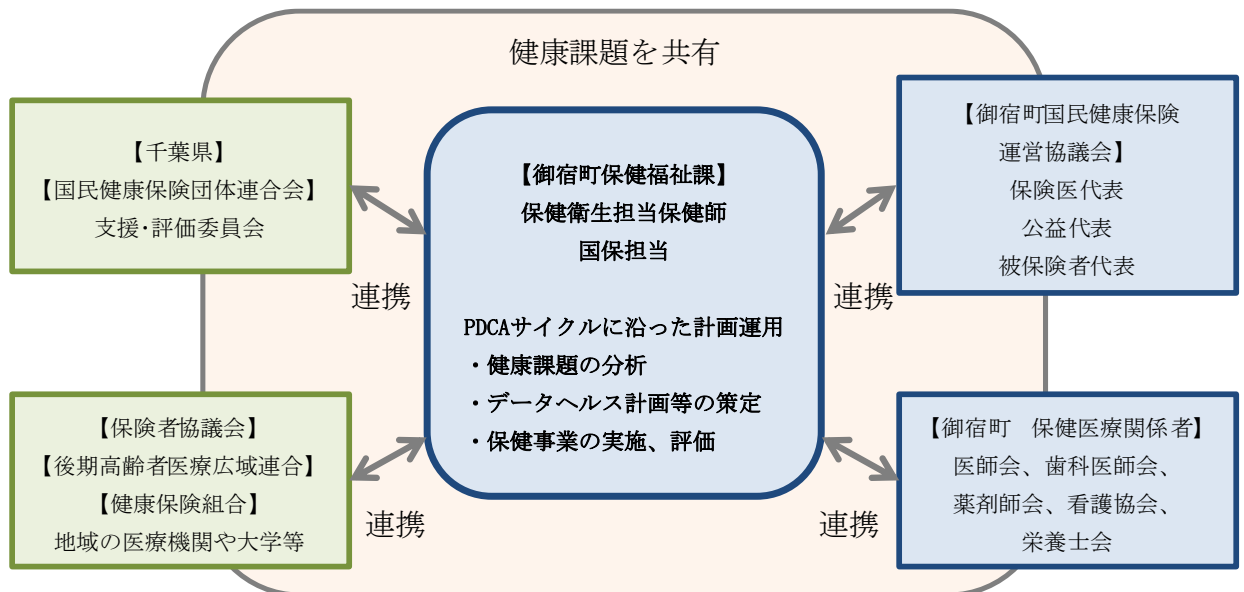
御宿町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得ながら、保健衛生担当の保健師が中心となって行うこととし、国保担当と連携して取り組んでいきます。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。外部有識者等の参画として、御宿町国民健康保険運営協議会（保険医代表、公益代表、被保険者代表により構成）はもとより、共同保険者である千葉県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、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、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

図 1-1-1 関係機関組織図



4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

令和2年度～令和4年度(3年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 社会的背景

本町の人口は令和5年4月1日現在で7,070人、高齢化率（65歳以上の人口の割合）は52.0%となっており、県内で最も高い状況です。（表 1-2-1）

年齢別人口構成を見ても、60歳以上のすべての階層において、国や県よりも割合が高く、高齢化が進行していることがわかります。反対に、60歳未満の年齢階層においては国や県の割合を下回る状況となっています。（図 1-2-1）

表 1-2-1 人口総数・高齢化率(令和5年度)

		人口総数（人）	65歳以上(人)	高齢化率(%)
御宿町		7,070	3,677	52.0
県		6,307,483	1737622	27.5
県内 同規模 自治体	A	8,274	3,608	43.6
	B	7,353	3,365	45.8
	C	6,958	3,450	49.6

出典:千葉県ホームページ(<https://www.pref.chiba.lg.jp/toukei/toukeidata/nenreibetsu/r05/r05-tyoutyouaza.html>)

「第3表町丁字別世帯数及び男女別、年齢(3区分)別人口(令和5年度)」を加工して作成

(県は各自治体の人口の和として算出)

※「県」は千葉県を指す。以下全ての図表において同様である。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本町の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

表 1-2-2 医療提供体制(令和4年度)

医療項目	御宿町	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.0	0.2	0.4	0.3
診療所数	1.9	3.1	2.7	4.2
病床数	0.0	48.5	37.4	61.1
医師数	2.4	10.9	4.2	13.8
外来患者数 ^{※1}	589.8	649.4	692.2	709.6
入院患者数 ^{※2}	21.0	16.1	22.7	18.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※1外来患者数…外来レセプト数÷被保険者数×1000

※2入院患者数…入院レセプト数÷被保険者数×1000

2. 人口構成

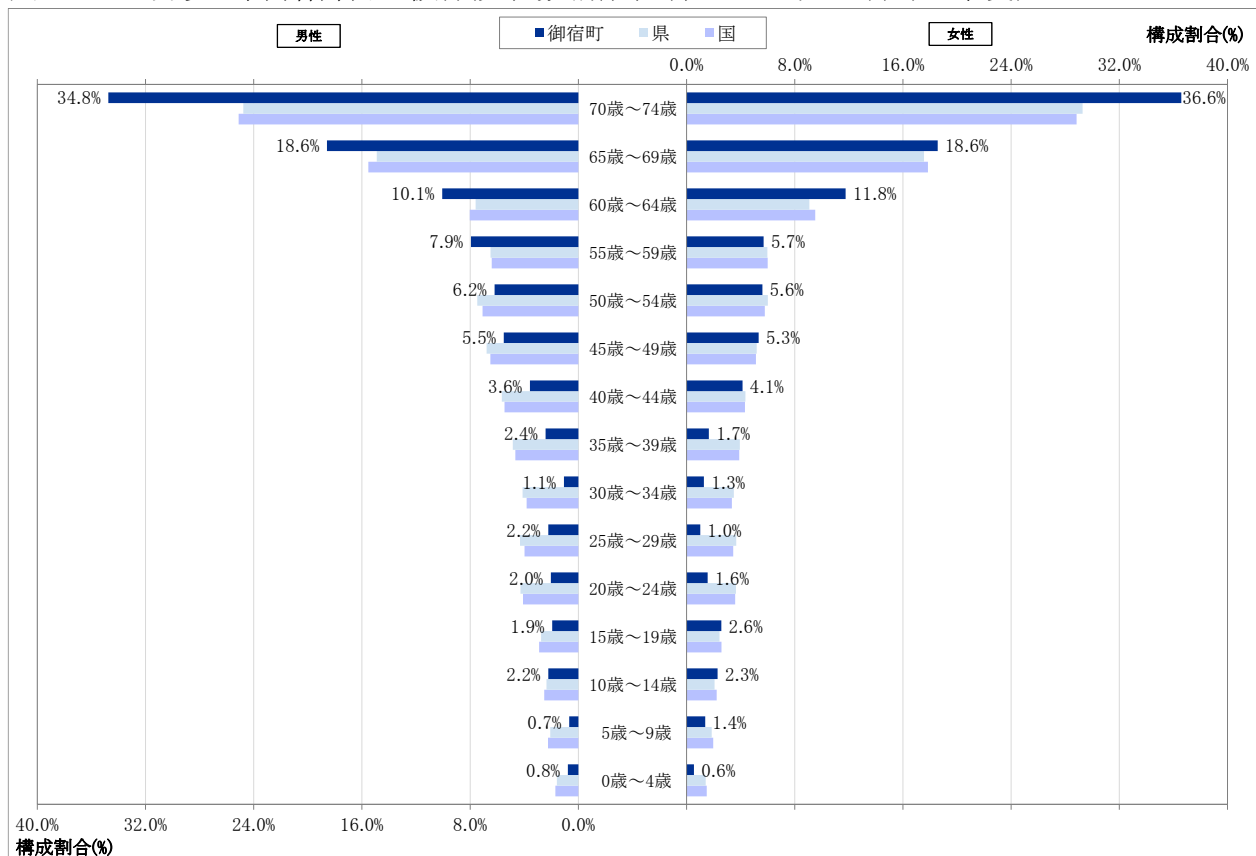
以下は、本町の令和2年度から令和4年度における人口構成概要を示したものです。本町の令和4年度の高齢化率(65歳以上)は52.1%であり、県との比較で1.9倍、同規模との比較で1.3倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は2,121人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は31.0%です。令和4年度の国民健康保険被保険者平均年齢58.9歳は令和2年度58.4歳より0.5歳上昇しています。令和6年度には団塊の世代にあたる65歳以上75歳未満の前期高齢者から75歳以上への後期高齢者へ移行するピークを迎えます。(表 1-2-3, 図 1-2-1)

表 1-2-3 年度別 人口構成概要

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
御宿町	令和2年度	7,312	47.6	2,406	32.9	58.4	4.2	19.1
	令和3年度	7,312	47.6	2,307	31.6	58.9	4.2	19.1
	令和4年度	6,852	52.1	2,121	31.0	58.9	2.6	22.5
県	令和2年度	6,126,343	25.9	1,342,610	21.9	53.5	7.7	9.2
	令和3年度	6,126,343	25.9	1,299,852	21.2	53.6	7.7	9.2
	令和4年度	6,150,178	27.6	1,233,735	20.1	53.3	6.5	10.1
同規模	令和2年度	7,108	35.6	1,881	25.8	55.2	6.1	16.1
	令和3年度	7,237	35.7	1,850	24.9	55.7	6.1	16.2
	令和4年度	6,774	39.4	1,780	25.6	55.7	4.9	17.2
国	令和2年度	125,640,987	26.6	26,647,825	21.2	53.4	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6	25,855,400	20.6	53.7	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7	24,660,500	20.0	53.4	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」

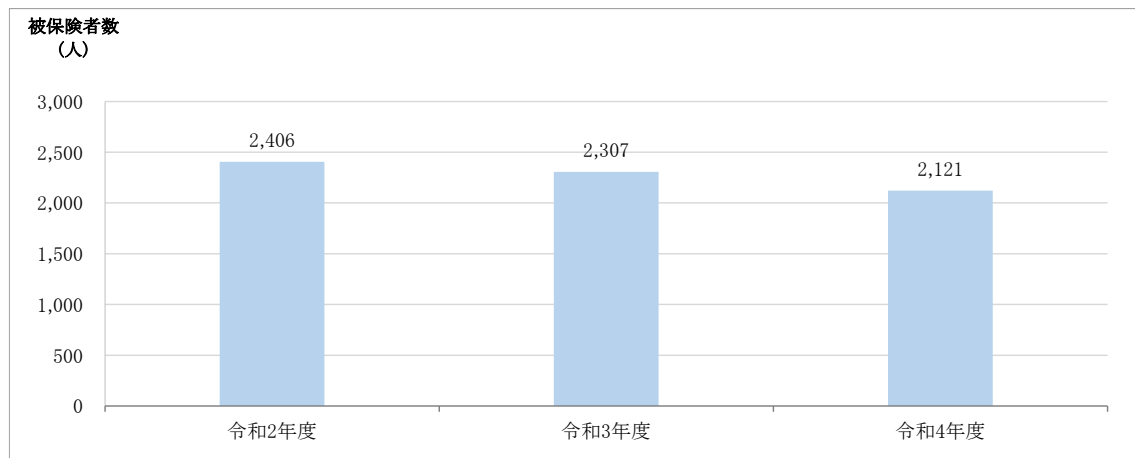
図 1-2-1 男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

以下は、本町の令和2年度から令和4年度における、被保険者数を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、国民健康保険被保険者数2,121人は令和2年度2,406人より285人減少しています。(図 1-2-2)

図 1-2-2 年度別 被保険者数



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」

3. 医療基礎情報

以下は、本町の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

本町の受診率は県と比較して低いものの、一件当たり医療費は高くなっています。外来受診率は県より低く、外来費用の割合が低い一方、入院率や一件当たり在院日数は高く、一件当たり医療費も高いため入院費用の割合が高くなっています。診療所数が少なく入院病床がない医療環境の中で(p.9表1-2-2)、医師数も少なく外来対応患者数も限られ低い受診率となっている反面、入院率が高く在院日数が高い状況が発生していると考えられます。

(表 1-2-4)

表 1-2-4 医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	御宿町	県	同規模	国
受診率(被保険者数1000人当たりレセプト数) ^{※1}	610.8	665.5	714.9	728.4
一件当たり医療費(円)	48,320	40,380	42,770	39,870
一般(円)	48,320	40,380	42,770	39,870
退職(円)	0	147,470	5,830	67,230
外来				
外来費用の割合(%)	52.0	61.8	56.3	59.9
外来受診率	589.8	649.4	692.2	709.6
一件当たり医療費(円)	26,020	25,580	24,870	24,520
一人当たり医療費(円) ^{※2}	15,350	16,610	17,220	17,400
一日当たり医療費(円)	17,580	17,300	17,520	16,500
一件当たり受診回数	1.5	1.5	1.4	1.5
入院				
入院費用の割合(%)	48.0	38.2	43.7	40.1
入院率	21.0	16.1	22.7	18.8
一件当たり医療費(円)	675,180	635,550	588,690	619,090
一人当たり医療費(円) ^{※2}	14,170	10,260	13,360	11,650
一日当たり医療費(円)	38,160	41,410	35,890	38,730
一件当たり在院日数	17.7	15.3	16.4	16.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※1受診率(外来受診率、入院率も同様)…計算式:受診率レセプト数÷被保険者数×1000

※2一人当たり医療費…1カ月分相当。

4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

以下は、本町の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を示したものです。特定健診受診率は同規模と比較すると低く、国や県よりは高くなっています。（表 1-2-5, 図 1-2-3） 令和4年度の40歳～44歳の男性受診率は9.1%、女性受診率は20.5%と低い一方、女性は55歳以降、男性は60歳以降は40%以上の受診率を維持しています。（図 1-2-4, 図 1-2-5）

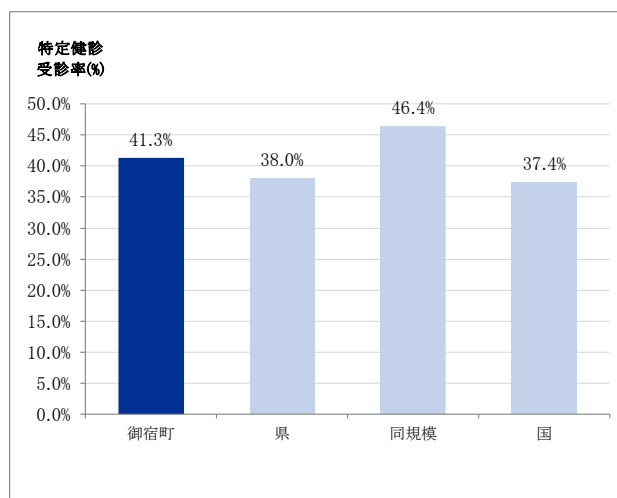
表 1-2-5 特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率(%)
御宿町	41.3
県	38.0
同規模	46.4
国	37.4

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

※御宿町の特定健診受診率は法定報告値

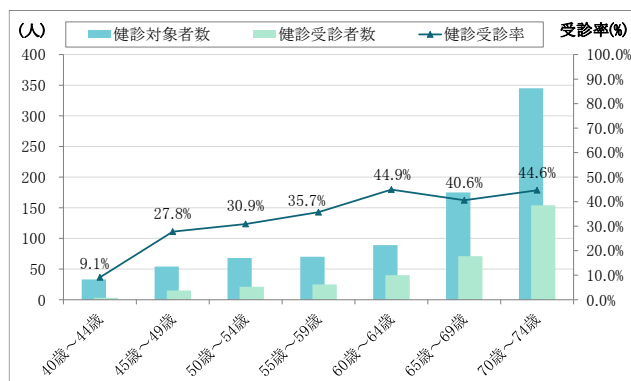
図 1-2-3 特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

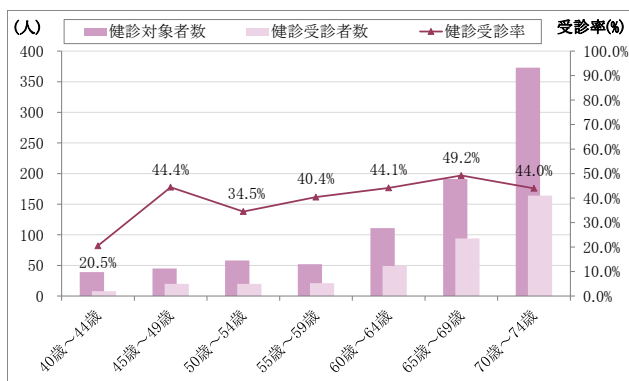
※御宿町の特定健診受診率は法定報告値

図 1-2-4 (男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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 1-2-5 (女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



以下は、本町の令和2年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率41.3%は令和2年度38.2%より3.1ポイント増加しています。(表 1-2-6, 図 1-2-6)

表 1-2-6 年度別 特定健康診査受診率

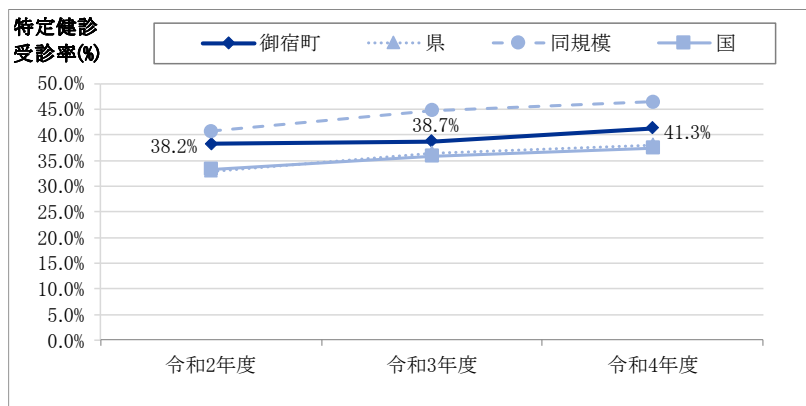
(%)

区分	特定健診受診率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度
御宿町	38.2	38.7	41.3
県	32.9	36.5	38.0
同規模	40.7	44.7	46.4
国	33.3	35.9	37.4

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※御宿町の特定健診受診率は法定報告値

図 1-2-6 年度別 特定健康診査受診率

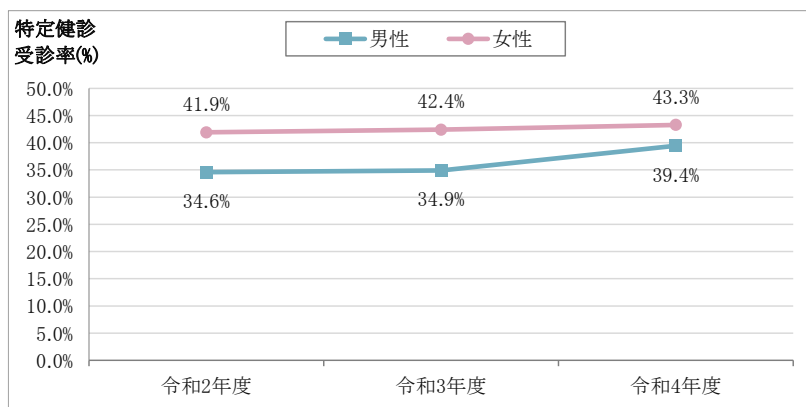


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※御宿町の特定健診受診率は法定報告値

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率39.4%は令和2年度34.6%より4.8ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率43.3%は令和2年度41.9%より1.4ポイント増加しています。(図 1-2-7)

図 1-2-7 年度・男女別 特定健康診査受診率



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」

(2) 特定保健指導

以下は、本町の令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

表 1-2-7 特定保健指導実施状況(令和4年度)

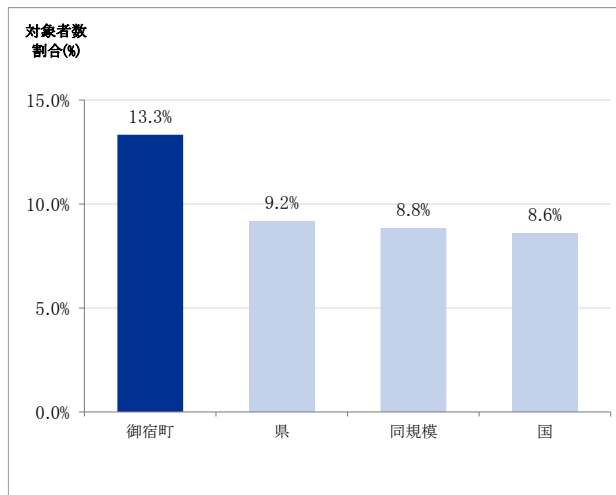
区分	動機付け支援対象者数割合(%)	積極的支援対象者数割合(%)	支援対象者数割合(%)	特定保健指導実施率(%)
御宿町	13.3	5.8	19.1	11.9
県	9.2	2.7	11.9	22.1
同規模	8.8	3.2	12.0	46.4
国	8.6	2.7	11.3	27.0

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

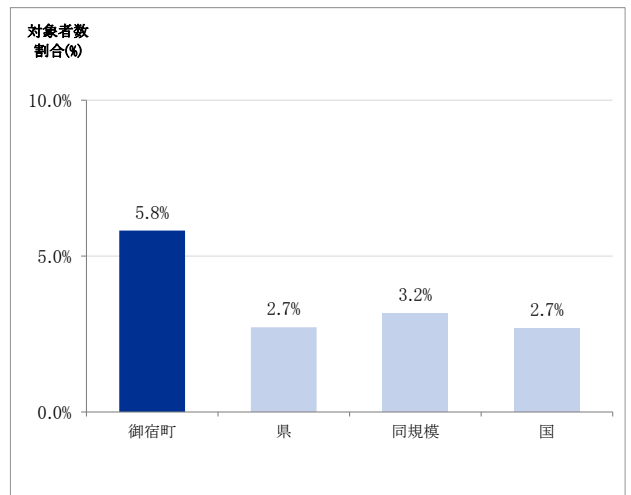
※御宿町の特定保健指導実施率は法定報告値

図 1-2-8 動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



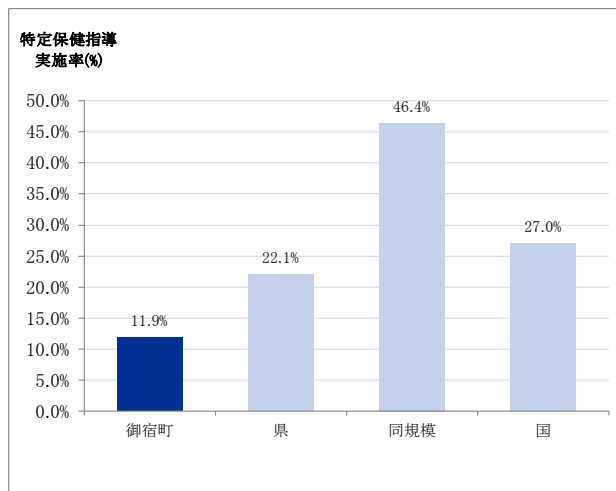
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-9 積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-10 特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※御宿町の特定保健指導実施率は法定報告値

以下は、本町の令和2年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率11.9%は令和2年度11.5%より0.4ポイント増加しています。（表 1-2-8, 図 1-2-13）

表 1-2-8 年度別 特定保健指導実施状況

(%)

区分	動機付け支援対象者数割合			積極的支援対象者数割合		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
御宿町	12.0	13.6	13.3	5.7	4.5	5.8
県	9.6	9.6	9.2	2.5	2.7	2.7
同規模	9.4	9.1	8.8	3.2	3.2	3.2
国	9.0	8.9	8.6	2.6	2.7	2.7

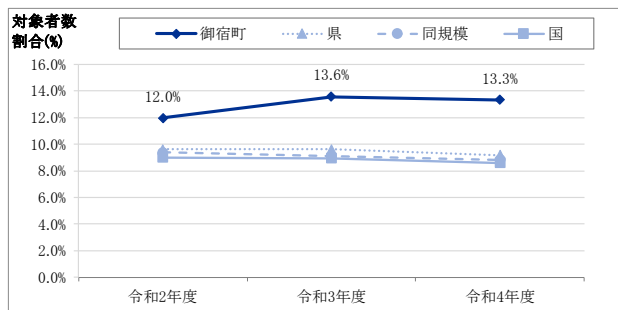
区分	支援対象者数割合			特定保健指導実施率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
御宿町	17.7	18.1	19.1	11.5	16.0	11.9
県	12.1	12.4	11.9	19.5	19.6	22.1
同規模	12.6	12.3	12.0	47.1	46.3	46.4
国	11.6	11.7	11.3	25.9	25.9	27.0

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

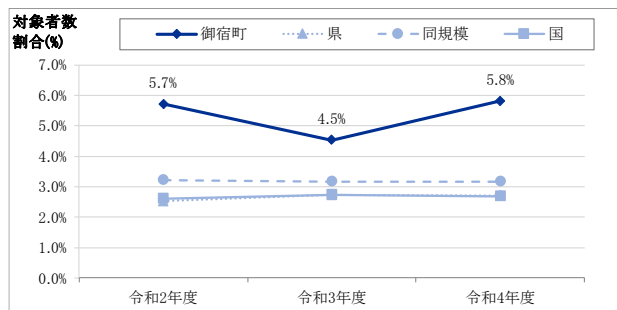
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※御宿町の特定保健指導実施率は法定報告値

図 1-2-11 年度別 動機付け支援対象者数割合 図 1-2-12 年度別 積極的支援対象者数割合

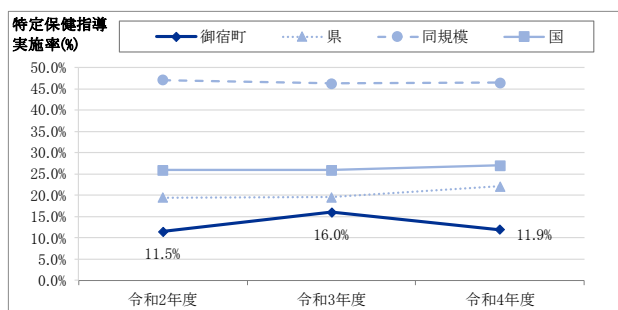


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-13 年度別 特定保健指導実施率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※御宿町の特定保健指導実施率は法定報告値

5. 平均余命と平均自立期間

以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。(図 1-2-16) 本町の男性の平均余命は81.5年、平均自立期間は80.3年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.2年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本町の女性の平均余命は86.4年、平均自立期間は83.2年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.2年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。男女ともに平均余命は国や県と比較すると短く、特に女性の平均余命は県と1.4年の開きがある一方、日常生活に制限がある期間は0.2年短く、介護を必要とする期間が短くなっています。(図 1-2-14, 図 1-2-15)

図 1-2-14 (男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)

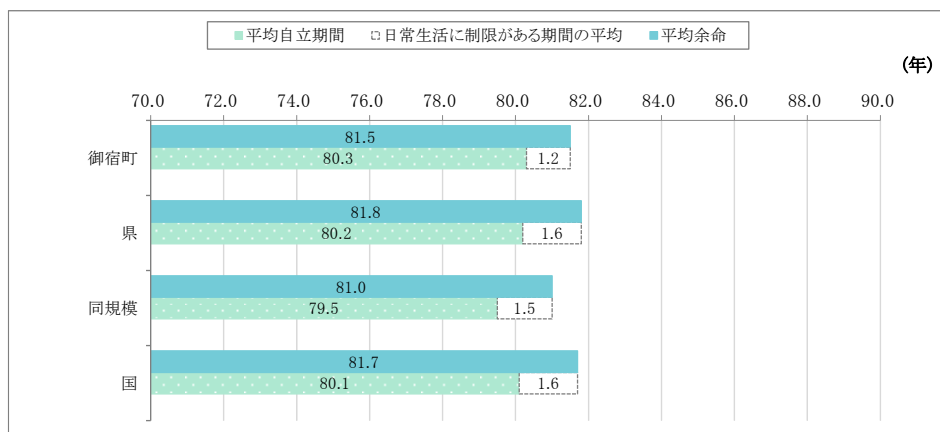
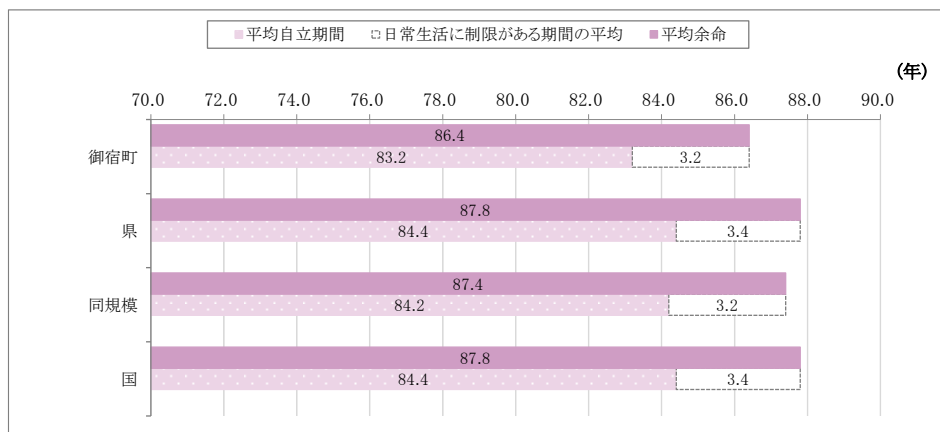
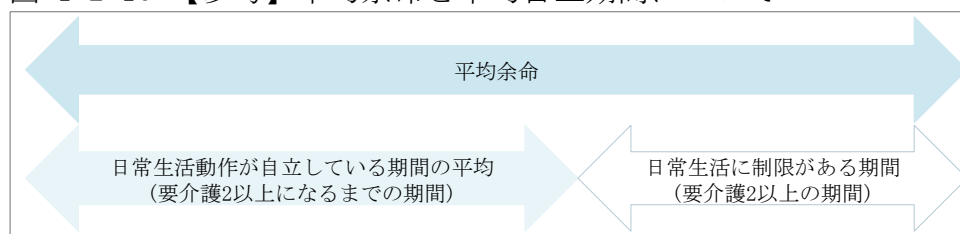


図 1-2-15 (女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-16 【参考】平均余命と平均自立期間について



以下は、本町の令和2年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間80.3年は令和2年度78.0年から2.3年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間83.2年は令和2年度83.7年から0.5年短縮しています。(表 1-2-9, 図 1-2-17, 図1-2-18)

表 1-2-9 年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
令和2年度	79.3	78.0	1.3	86.5	83.7	2.8
令和3年度	79.8	78.6	1.2	87.6	84.4	3.2
令和4年度	81.5	80.3	1.2	86.4	83.2	3.2

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-17 (男性)年度別 平均余命と平均自立期間

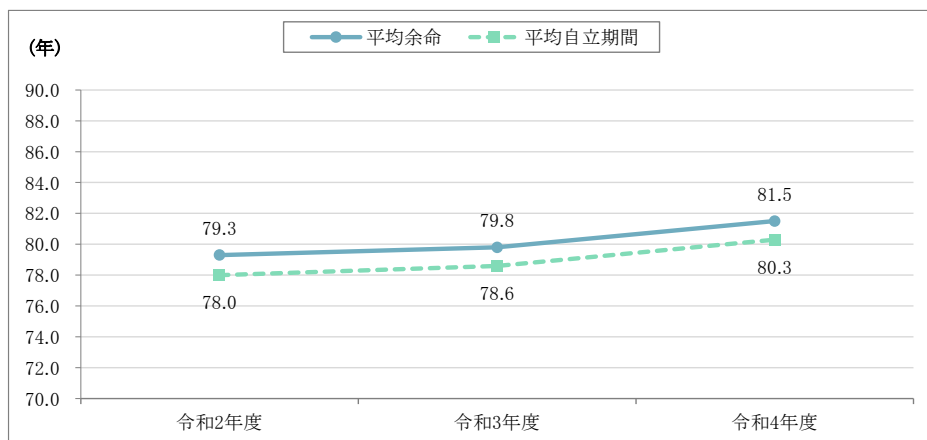
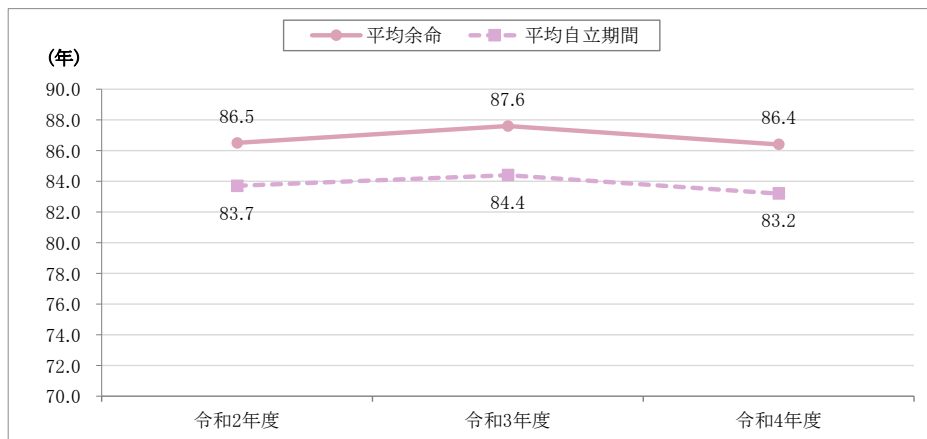


図 1-2-18 (女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

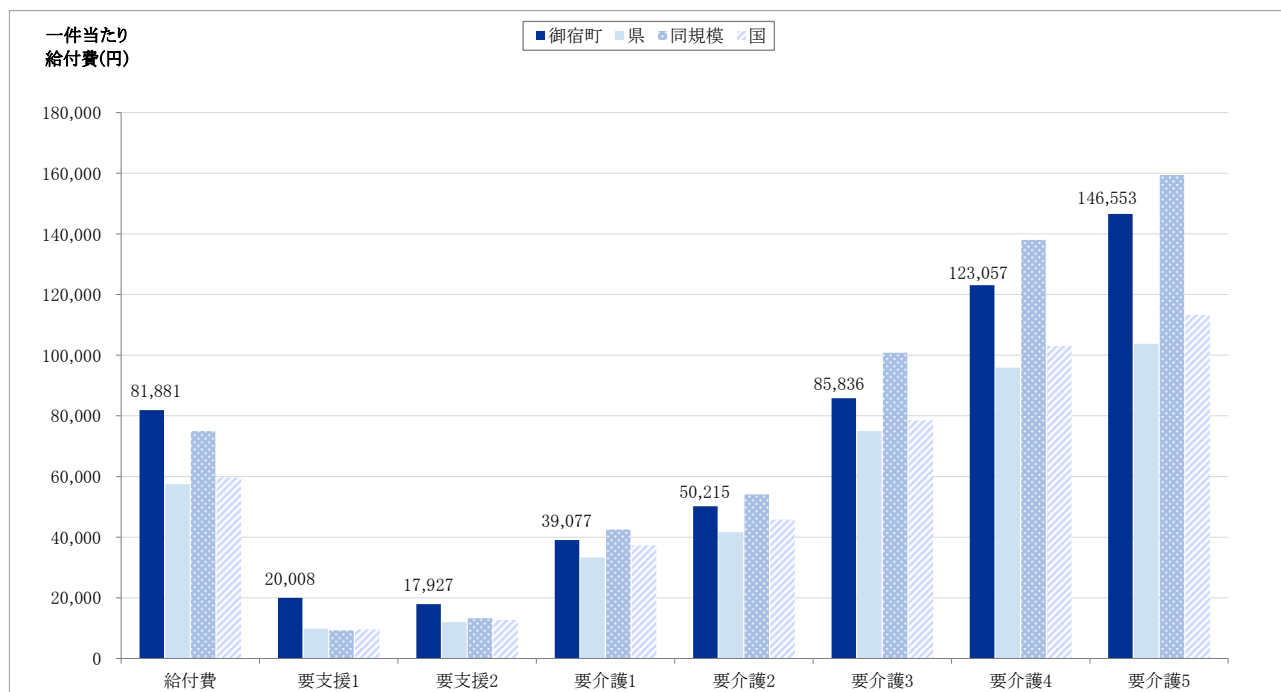
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

表 1-2-10 要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	御宿町	県	同規模	国
認定率(%)	14.1	17.9	19.4	19.4
認定者数(人)	498	313,868	129,234	6,880,137
第1号(65歳以上)	494	305,021	127,161	6,724,030
第2号(40～64歳)	4	8,847	2,073	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	81,881	57,498	74,986	59,662
要支援1	20,008	9,809	9,282	9,568
要支援2	17,927	11,999	13,272	12,723
要介護1	39,077	33,334	42,564	37,331
要介護2	50,215	41,648	54,114	45,837
要介護3	85,836	74,938	100,788	78,504
要介護4	123,057	95,894	137,990	103,025
要介護5	146,553	103,755	159,430	113,314

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-19 要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

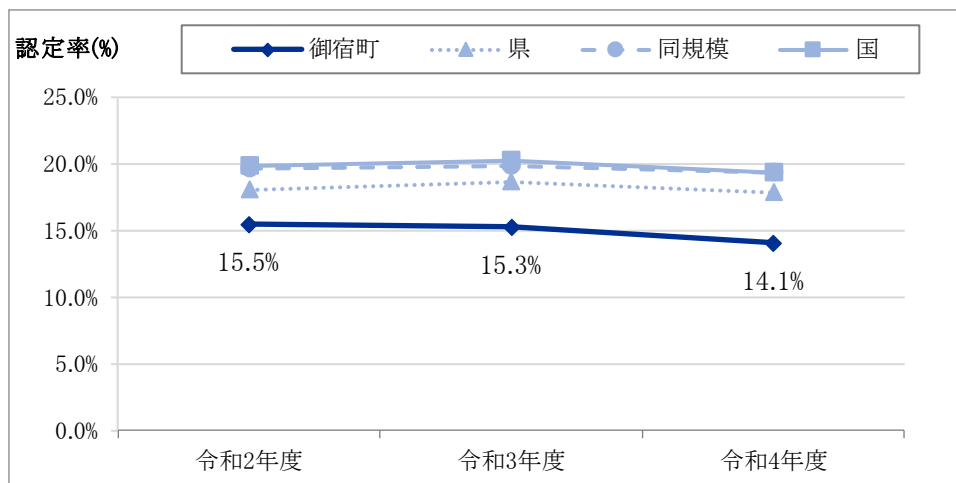
以下は、令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率14.1%は令和2年度15.5%より1.4ポイント減少しており、令和4年度の認定者数498人は令和2年度536人より38人減少しています。(表 1-2-11, 図 1-2-20)

表 1-2-11 年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率(%)	認定者数(人)		
				第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
御宿町	令和2年度	15.5	536	530	6
	令和3年度	15.3	524	520	4
	令和4年度	14.1	498	494	4
県	令和2年度	18.1	300,689	292,128	8,561
	令和3年度	18.7	308,363	299,625	8,738
	令和4年度	17.9	313,868	305,021	8,847
同規模	令和2年度	19.7	128,259	126,095	2,164
	令和3年度	19.9	130,384	128,241	2,143
	令和4年度	19.4	129,234	127,161	2,073
国	令和2年度	19.9	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-20 年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると1,299人となり、これを認定者数の実数で除すと2.6となることから、認定者は平均2.6疾病を有していることがわかります。(表 1-2-12、図 1-2-21)

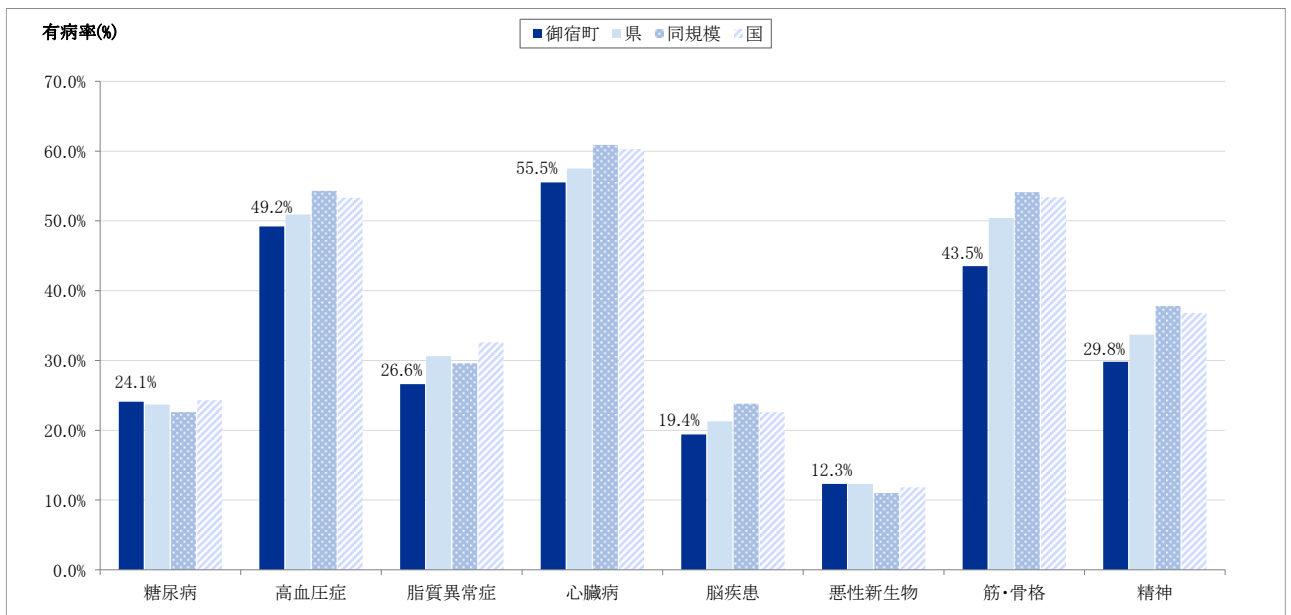
表 1-2-12 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	御宿町	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	498		313,868		129,234		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	116	76,084	6	30,162	7	1,712,613	6
	有病率	24.1%	23.7%		22.6%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	252	162,974	2	71,773	2	3,744,672	3
	有病率	49.2%	50.9%		54.3%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	133	98,834	5	39,654	5	2,308,216	5
	有病率	26.6%	30.6%		29.6%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	281	183,644	1	80,304	1	4,224,628	1
	有病率	55.5%	57.5%		60.9%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	94	67,100	7	30,910	6	1,568,292	7
	有病率	19.4%	21.3%		23.8%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	62	39,603	8	14,782	8	837,410	8
	有病率	12.3%	12.3%		11.0%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	210	161,565	3	71,540	3	3,748,372	2
	有病率	43.5%	50.4%		54.1%		53.4%	
精神	実人数(人)	151	107,379	4	49,589	4	2,569,149	4
	有病率	29.8%	33.7%		37.8%		36.8%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-21 要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

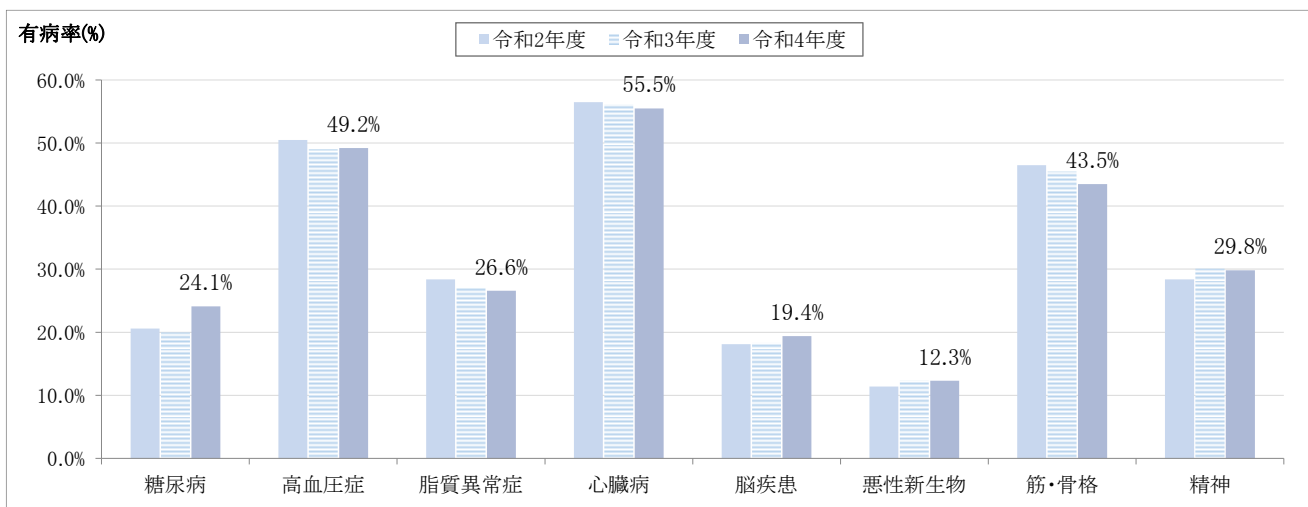
以下は、本町の令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数2.6疾病は令和2年度2.7疾病より減少しています。要介護(支援)認定者の疾病有病状況は県や国と同様に心臓病が1位となっています。有病率は低下傾向にあり国や県と比較すると低いものの、令和4年度の有病率は55.5%と認定者の半数以上の罹患が確認できます。心臓病の原因疾病である高血圧症の有病率は50%前後で推移し心臓病に次いで2位、6位糖尿病の有病率は令和3年度の20.0%から24.1%に上昇し、血管合併症のリスクを高めています。その結果として脳疾患の有病率も上昇傾向にあると考えられます。(表 1-2-13, 図 1-2-22)

表 1-2-13 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況 ※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	御宿町						県			同規模			国			
	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	536		524		498		300,689	308,363	313,868	128,259	130,384	129,234	6,750,178	6,837,233	6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	110	6	114	6	116	6	71,460	73,888	76,084	28,943	29,698	30,162	1,633,023	1,671,812	1,712,613
	有病率(%)	20.6%		20.0%		24.1%		23.0%	23.5%	23.7%	21.7%	22.2%	22.6%	23.3%	24.0%	24.3%
高血圧症	実人数(人)	284	2	249	2	252	2	154,716	159,002	162,974	71,017	71,816	71,773	3,642,081	3,690,454	3,744,672
	有病率(%)	50.5%		49.0%		49.2%		50.2%	50.9%	50.9%	53.9%	54.3%	54.3%	52.4%	53.2%	53.3%
脂質異常症	実人数(人)	153	5	137	5	133	5	90,856	94,895	98,834	37,215	38,803	39,654	2,170,776	2,236,475	2,308,216
	有病率(%)	28.4%		27.1%		26.6%		29.0%	30.0%	30.6%	27.9%	28.8%	29.6%	30.9%	32.0%	32.6%
心臓病	実人数(人)	317	1	283	1	281	1	174,983	179,300	183,644	79,957	80,726	80,304	4,126,341	4,172,696	4,224,628
	有病率(%)	56.5%		56.1%		55.5%		56.8%	57.5%	57.5%	60.9%	61.2%	60.9%	59.5%	60.3%	60.3%
脳疾患	実人数(人)	106	7	94	7	94	7	67,778	67,570	67,100	32,571	32,065	30,910	1,627,513	1,599,457	1,568,292
	有病率(%)	18.1%		18.3%		19.4%		22.2%	21.9%	21.3%	25.0%	24.5%	23.8%	23.6%	23.4%	22.6%
悪性新生物	実人数(人)	65	8	59	8	62	8	36,840	38,399	39,603	14,049	14,596	14,782	798,740	817,260	837,410
	有病率(%)	11.4%		12.3%		12.3%		11.7%	12.1%	12.3%	10.5%	10.9%	11.0%	11.3%	11.6%	11.8%
筋・骨格	実人数(人)	268	3	233	3	210	3	151,125	156,383	161,565	70,421	71,354	71,540	3,630,436	3,682,549	3,748,372
	有病率(%)	46.5%		45.5%		43.5%		49.0%	50.0%	50.4%	53.6%	54.0%	54.1%	52.3%	53.2%	53.4%
精神	実人数(人)	163	4	154	4	151	4	103,425	105,532	107,379	50,141	50,284	49,589	2,554,143	2,562,308	2,569,149
	有病率(%)	28.4%		30.1%		29.8%		33.7%	34.0%	33.7%	38.2%	38.3%	37.8%	36.9%	37.2%	36.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-22 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

7. 死亡の状況

以下は、本町の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。

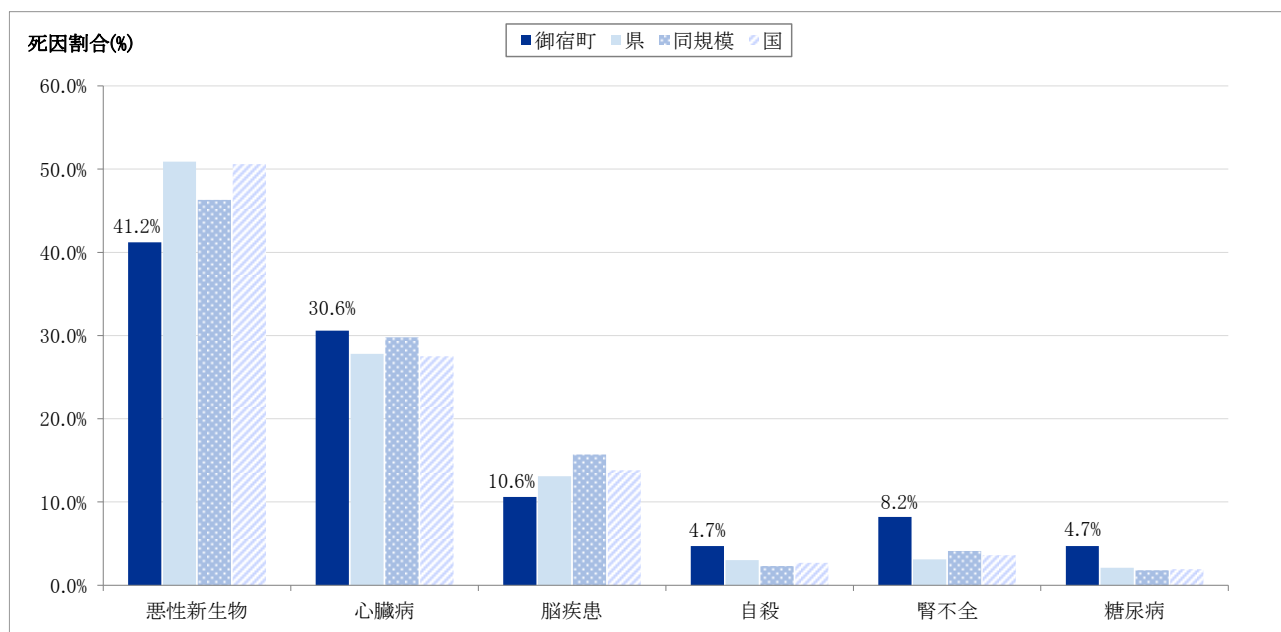
本町の標準化死亡比は男女ともに高くなっています。（表 1-2-14） 死因割合は県や国と同様に悪性新生物が1位となっているものの、その割合41.2%は県や国と比較すると低くなっています。2位の心臓病の割合は30.6%と県や国より高く死因としても上位に位置していて、死亡に至らなくても介護を必要とする注視すべき疾病であると考えられます。心臓病や脳疾患の背景にある基礎疾患の段階からの支援が求められます。（図 1-2-23）

表 1-2-14 男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	御宿町	県	同規模	国
男性	101.9	97.4	103.1	100.0
女性	105.6	100.9	101.3	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-23 主たる死因の割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の令和2年度から令和4年度における、死亡の状況を年度別に示したものです。

表 1-2-15 年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性			女性		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
御宿町	101.7	101.9	101.9	91.7	105.6	105.6
県	97.0	97.4	97.4	101.6	100.9	100.9
同規模	104.5	103.2	103.1	100.6	101.4	101.3
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

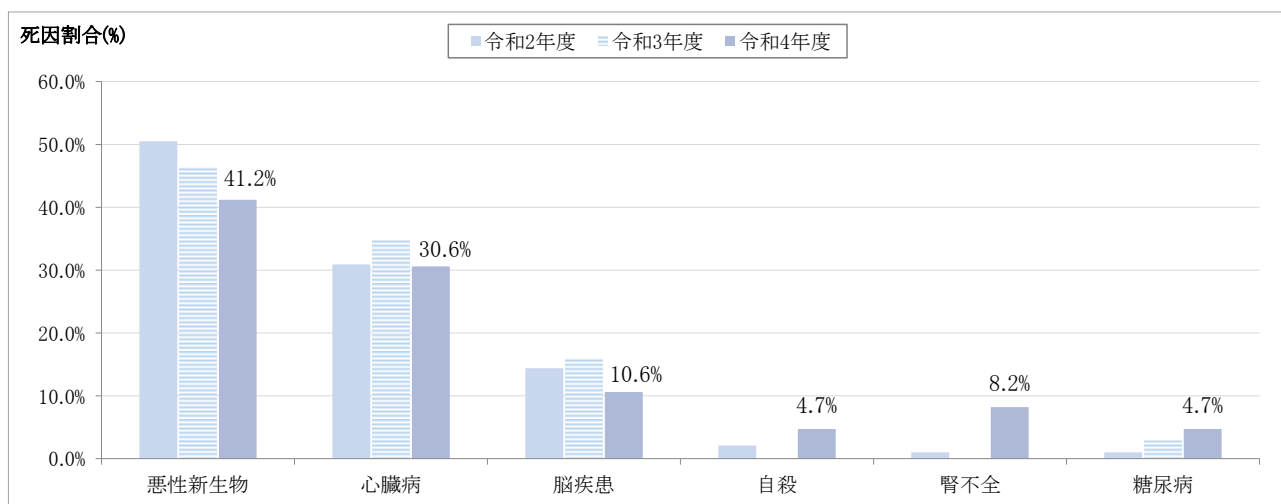
主たる死因の状況について、令和4年度を令和2年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数35人は令和2年度49人より14人減少しており、心臓病を死因とする人数26人は令和2年度30人より4人減少しています。また、脳疾患を死因とする人数9人は令和2年度14人より5人減少しています。(表 1-2-16, 図 1-2-24)

表 1-2-16 年度別 主たる死因の状況

疾病項目	御宿町						県			同規模			国		
	人数(人)			割合(%)			令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度									
悪性新生物	49	32	35	50.5%	46.4%	41.2%	50.5%	50.5%	50.9%	45.5%	45.1%	46.3%	49.8%	50.2%	50.6%
心臓病	30	24	26	30.9%	34.8%	30.6%	27.8%	28.3%	27.8%	29.9%	30.2%	29.8%	27.8%	27.7%	27.5%
脳疾患	14	11	9	14.4%	15.9%	10.6%	13.7%	13.2%	13.1%	16.6%	16.4%	15.7%	14.4%	14.2%	13.8%
自殺	2	0	4	2.1%	0.0%	4.7%	3.1%	2.8%	3.0%	2.4%	2.2%	2.3%	2.7%	2.6%	2.7%
腎不全	1	0	7	1.0%	0.0%	8.2%	2.8%	3.0%	3.1%	3.8%	4.3%	4.1%	3.5%	3.5%	3.6%
糖尿病	1	2	4	1.0%	2.9%	4.7%	2.1%	2.0%	2.1%	1.8%	1.8%	1.8%	1.9%	1.8%	1.9%
合計	97	69	85												

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図 1-2-24 年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

8. まとめ

人口は減少傾向にある中で60歳以上の人口構成割合は男女ともに高く、高齢化率は上昇しています。20歳～39歳の女性の人口構成割合が低く、出生率が低い一要因と考えられます。（表 1-2-3, 図 1-2-1）

令和3年度から令和4年度にかけて人口減少や高齢化率の急上昇、出生率の大幅な低下、死亡率の上昇、生産年齢や出産年齢層の人口流出が推測されます。診療所数が少なく入院病床がない医療環境の中で、医師数も少ないことにより患者の対応人数に制限があるため受診間隔の延長等が推測され、外来受診率が低い傾向にあり、反面入院率が高く在院日数が高い状況が発生していると考えられます。（表 1-2-4, 表 1-2-2）

男女ともに平均余命は短く、男性は経年で延長が認められる一方、女性の平均余命は短縮が認められます。日常生活に制限がある期間は男性は短縮している一方、女性は令和2年から4年を比較すると0.4年延長しています。（表 1-2-9, 図 1-2-17, 図 1-2-18）

介護認定者の有病状況では心臓病が経年で1位を維持し有病率は低下傾向にあるものの、55.5%と介護認定者の半数以上を占めています。原因疾患である高血圧の有病率も50%前後と高く、糖尿病の有病率は直近年20.0%から24.1%と上昇が認められます。（表 1-2-13, 図 1-2-22）

標準化死亡比も男女ともに高く、主たる死因の状況では心臓病は2位に位置しています。（表 1-2-14, 図 1-2-23）

心臓病は死因・介護の要因疾病であり、死亡には至らなくても介護を必要とする疾病であるといえます。また死因では腎不全や糖尿病の割合が上昇傾向にあります。

（表 1-2-16, 表 1-2-24）

以上の結果より、平均余命・自立期間に影響する介護認定疾患や死因では、高血圧を原因とする心臓病や、糖尿病が原疾患1位である腎不全が問題であると考えられます。重症化疾患の背景にある疾患に着目し基礎疾患である高血圧症や糖尿病の疾病コントロールの重要性が示唆される結果となっています。

第3章 過去の取り組みの考察

1. 前期データヘルス計画全体の評価

以下は、前期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	健康寿命の延伸、生活の質（QOL）の維持・向上及び医療費の適正化
------	----------------------------------

評価指標	計画策定時実績 平成26年度	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価時点 令和2年度	現状値 令和4年度	
40・50歳代の若年層の 特定健診受診率の向上	22.4%	40歳代：28.8% 50歳代：28.3%	40歳代：22.4% 50歳代：34.0%	令和2年度よりAIを活用した受診勧奨ハガキを送付していることで50歳代の受診率は増加しているが、40歳代の受診率は低下している。より若年層の受診率向上の難しさがある。
糖尿病有所見割合の改善	67.1%	78.5%	78.4%	国保平均被保険者年齢が高いこともあり、有所見割合は前回計画策定時より悪化しており、中間評価時点から横ばいで推移している。
血圧有所見割合の改善	収縮期血圧 57.2% 拡張期血圧 20.4%	収縮期血圧 61.8% 拡張期血圧 29.1%	収縮期血圧 49.8% 拡張期血圧 18.9%	収縮期血圧・拡張期血圧ともに有所見割合の改善がみられた。1つの要因としては、健康づくり教室の実施回数の増加により年間を通じて運動が継続できていること、年々教室参加者が増加していることが考えられる。

2. 各事業の達成状況

以下は、前期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健診	平成30年度 ～ 令和5年度	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)等に該当し、保健指導が必要な人を抽出する。	<p>【実施期間】 5月～7月に7日間</p> <p>【実施内容】 <集団健診> 身体計測、血圧測定、尿検査、血液検査等</p> <p>【自己負担】 500円</p> <p>【周知方法】 受診票個別通知、お知らせ版、HP、ポスター、ツイッター、データ放送等</p> <p>新規</p> <ul style="list-style-type: none"> ○若年層向けのPR活動の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・こども園や児童館、学校の保護者向けにチラシを配布。 ・商工会、青年部を通しチラシを配布。 ○塩分摂取量の把握 <ul style="list-style-type: none"> ・健診項目に尿中推定塩分濃度を追加。
健診未受診者対策事業	令和2年度 ～ 令和5年度	若年層の受診率向上を図る。	<p>【実施期間】 6月</p> <p>【実施内容】 5月の前期特定健診の未受診者に対し、電話による受診勧奨を実施。</p>
生活習慣病予防教室	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病の発症・重症化を予防する。	<p>【実施時期】 通年</p> <p>【実施回数】 月1回</p> <p>【実施内容】 集団教室 運動実習、調理実習、講話等</p> <p>【周知方法】 対象者への個別通知、お知らせ版</p>

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

評価指標 (アウトプット、アウトカム)	計画策定時実績 平成28年度	目標値 令和5年度	達成状況 令和4年度	評価
特定健診受診率	34.3%	60.0%	41.3%	4
若年層（40・50歳代）の特定健診受診率	—	60.0%	AIを活用した受診勧奨ハガキの送付へ変更 40歳代：22.4% 50歳代：34.0%	4
教室実施回数、教室参加者数	<p>糖尿病予防教室実施</p> <p>実施時期： 10月～3月 (5回)</p> <p>内容： 集団教室 糖尿病に関する講話</p> <p>調理実習・運動講習 参加者： 延べ67名</p>	—	<p>介護予防事業と一体的に取り組む健康づくり教室へ変更。運動開始前に血圧測定を実施し、体調確認、高血圧の方に対する助言・受診勧奨を行っている。</p> <p>実施時期：通年</p> <p>内容： 集団運動教室 健康運動指導士による運動講習・体力測定、管理栄養士・歯科衛生士による啓発 ※運動開始前に血圧測定・健康チェックを実施</p> <p>参加者： 延べ2,993名</p>	5

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健診等結果説明会	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病等の重症化予防を図る。	<p>【実施日数】4日間 【実施内容】個別面接 (保健師、栄養士による健診結果説明、生活指導等)</p> <p>新規 ○生活習慣改善のための取り組み ・結果説明会の場を活用した、適正な塩分や飲酒量の展示、試食品の提供。 ○減塩に向けた取り組み ・尿中推定塩分濃度の高い者に対し、個別指導を実施。 ・家庭のみそ汁塩分測定を実施。</p>
健診後の情報提供事業	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病予防を図る。	特定健診結果返却時の情報提供パンフレットにおいて、血圧等ポイントをしばったリーフレットを同封し、知識の普及を行う。
特定保健指導	平成30年度 ～ 令和5年度	内臓脂肪型肥満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。	<p>毎年健診結果通知後 2カ月以内を目安に初回面接を行い、6カ月経過後に最終評価を実施。</p> <p>【支援方法】 ・医師の指示に基づく継続的な支援(個別支援、グループ支援等) 継続的な支援(個別支援、グループ支援等) ・文書・電話等による受診勧奨 ・個別結果説明、保健・栄養指導 ・文書等による情報提供</p>

評価指標 (アウトプット、アウトカム)	計画策定時実績 平成28年度	目標値 令和5年度	達成状況 令和4年度	評価
実施日数、面接人数	97名	—	26名 ※受診勧奨判定になる方の増加により、対象者は減少している。	3
配布数	全数 (768枚)	—	全数 (718枚) ※集団健診受診者のみ配布	5
特定保健指導実施率	19.3%	60.0%	11.9%	3
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群	—	25%減少	—	

特定健診

事業目的	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)等に該当し、保健指導が必要な人を抽出する。
対象者	40歳～74歳の被保険者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>【実施期間】 5月～7月に7日間 【実施内容】 <集団健診> 身体計測、血圧測定、尿検査、血液検査等 【自己負担】 500円 【周知方法】 受診票個別通知、お知らせ版、HP、ポスター、ツイッター、データ放送等</p> <p>新規 ○若年層向けのPR活動の充実 ・こども園や児童館、学校の保護者向けにチラシを配布。 ・商工会、青年部を通しチラシを配布。 ○塩分摂取量の把握 ・健診項目に尿中推定塩分濃度を追加。</p>

【アウトプット・アウトカム評価】

特定健診受診率

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	55.0%	33.6%	36.2%	40.1%	45.3%	51.8%	60.0%
達成状況	34.3%	34.9%	37.9%	38.2%	38.7%	41.3%	42.0% (見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

以前より需要のあった個別健診が、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和3年度より開始され、健診期間の拡大や健診方法の選択制が広がった。また、令和2年度よりAIを活用した受診勧奨ハガキの送付により未受診者への受診勧奨を実施している。

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	AIを活用した受診勧奨等、新たな取り組みにより受診率は微増している。また、集団健診だけでなく、個別健診の導入により健診方法の選択制が広がり、新たな受診者が獲得できている。
	4: 改善している		
	3: 横ばい	今後の方向性	AIによる分析結果等により、若年層を中心に受診勧奨を実施し、受診率向上を目指す。
	2: 悪化している		
	1: 評価できない		

健診未受診者対策事業

事業目的	若年層の受診率向上を図る。
対象者	5月の特定健診未受診の40、50歳代の者（約500名）
事業実施年度	令和2年度～令和5年度
実施内容	【実施期間】6月 【実施内容】5月の前期特定健診の未受診者に対し、電話による受診勧奨を実施。

【アウトプット・アウトカム評価】

40歳代受診率(評価指標)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	28.8%	24.7%	22.4%	23.0%

50歳代受診率(評価指標)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	28.3%	31.8%	34.0%	31.5%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

令和2年度よりAIを活用した受診勧奨ハガキの送付により未受診者への受診勧奨を実施している。未受診者のタイプに合わせた内容のハガキを送付し、効果的に受診意欲を促す取り組みを実施している。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) 令和2年度よりAIを活用した受診勧奨ハガキを送付していることで年度にもよるが40・50歳代ともに受診率は増加傾向にある。若年層は働き世代・子育て世代であり、受診率向上の難しさがあるため、受診しやすさや気軽に受診できる仕組みを考えていく必要がある。
	今後の方向性 AIによる分析結果から対象者の心理特性に合わせた受診勧奨通知の実施、医師会・医療機関と連携し、受診しやすい環境を整え、受診率向上を目指す。

生活習慣病予防教室

事業目的	生活習慣病の発症・重症化を予防する。
対象者	特定健診において、HbA1c値、血圧値等が保健指導判定値の者、特定保健指導を終了した者等
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	【実施時期】 通年 【実施回数】 月1回 【実施内容】 集団教室 運動実習、調理実習、講話等 【周知方法】 対象者への個別通知、お知らせ版

【アウトプット・アウトカム評価】

実施回数(評価指標)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	5回	12回	33回	22回	30回	40回	40回(見込)

参加者数(評価指標)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	67名	210名	1,981名	1,308名	2,173名	2,993名	3,089名 (見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

介護予防事業と一体的に取り組む健康づくり教室へ変更し、健康運動指導士による運動講習を中心に週1回実施している。

参加者は、高齢者が中心ではあるが年々増加している。

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	別々に実施していた生活習慣病対策と介護予防対策を一体的に取り組むことで、より効果的な事業となっており、参加者が増加している。
	4: 改善している		
	3: 横ばい	今後の方向性	教室は継続。参加者が増加し続けているため、一部自主グループ化などを検討している。
	2: 悪化している		
	1: 評価できない		

特定健診等結果説明会

事業目的	生活習慣病等の重症化予防を図る。
対象者	特定健診において、「保健指導」判定を受けた者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>【実施日数】4日間 【実施内容】個別面接 (保健師、栄養士による健診結果説明、生活指導等)</p> <p>新規 ○生活習慣改善のための取り組み ・結果説明会の場を活用した、適正な塩分や飲酒量の展示、試食品の提供。 ○減塩に向けた取り組み ・尿中推定塩分濃度の高い者に対し、個別指導を実施。 ・家庭のみそ汁塩分測定を実施。</p>

【アウトプット・アウトカム評価】

実施日数(評価指標)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	5日間	5日間	5日間	3日間	4日間	4日間	4日間

面接者数(評価指標)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	97名	59名	87名	29名	28名	26名	24名

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

保健師・栄養士による健診後のフォロー体制として結果説明会を設けているが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、面接人数は減少傾向となっている。

事業全体の評価	5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達 要因) 新型コロナウイルス感染症の影響から実施会場が減少したり、予約制にしたことで面接者は減少した。また、受診勧奨判定になる方の増加により、対象者数も減少している。若年層の利用はほぼない状況から実施方法の検討が必要である。
	今後の方向性	実施方法を検討。

健診後の情報提供事業

事業目的	生活習慣病予防を図る。
対象者	特定健診受診者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健診結果返却時の情報提供パンフレットにおいて、血圧等ポイントをしばったリーフレットを同封し、知識の普及を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

リーフレット配布数(評価指標) ※令和3年度より個別健診開始。リーフレット配布は集団健診のみ。

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	全数(768枚)	全数(733枚)	全数(738枚)	全数(741枚)	全数(619枚)	全数(604枚)	全数(579枚)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

健診結果の見方、生活習慣改善の方法など、健診結果の意味がわかり、日常生活につながる内容のリーフレットを選んで配布している。

事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因) 健診受診者全数にリーフレットの配布を行っている。配布枚数の減少は、令和3年度より個別健診が開始されたことでリーフレット配布は集団健診受診者のみに変更しているためである。受診した方が健診結果を生活習慣改善につなげる1つの情報となっている。
	今後の方向性 継続。

特定保健指導

事業目的	内臓脂肪型肥満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。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・動機付け支援 健診結果及び質問票から、生活習慣の改善が必要とされる方で、生活習慣を変えるにあたり、意思決定の支援が必要な方。 ・積極的支援 健診結果及び質問票から、生活習慣の改善が必要とされる方で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な方。
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>毎年健診結果通知後2カ月以内を目安に初回面接を行い、6カ月経過後に最終評価を実施。</p> <p>【支援方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示に基づく継続的な支援(個別支援、グループ支援等) ・文書・電話等による受診勧奨 ・個別結果説明、保健・栄養指導 ・文書等による情報提供

【アウトプット・アウトカム評価】

特定保健指導実施率

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	55.0%	21.9%	25.7%	31.4%	39.0%	48.5%	60.0%
達成状況	19.3%	14.8%	24.8%	11.5%	16.0%	11.9%	17.0% (見込)

アウトカム：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	—	—	—	—	25%減少
達成状況			該当者 男32.7% 女 8.4% 予備群 男12.2% 女 2.7%	該当者 男34.0% 女 9.8% 予備群 男12.3% 女 3.9%	該当者 男36.0% 女11.1% 予備群 男16.5% 女 4.7%	該当者 男41.9% 女10.6% 予備群 男13.4% 女 4.0%	該当者 男37.3% 女 6.6% 予備群 男10.8% 女 4.0%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

特定保健指導は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、実施率は低下している。毎年、特定保健指導に該当する方は、1度利用すると再利用する方は少なく、実施率も低下している。健診受診者の年齢層も高いことからメタボリックシンドローム該当者及び予備群は年々増加傾向であり、特に男性の割合が高い。

事業全体の評価	5: 目標達成
	4: 改善している
	3: 横ばい
	2: 悪化している
	1: 評価できない

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<p>特定保健指導実施率は伸び悩んでいる。メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合ともに悪化しているが、高齢化率が、年々高くなっていることも要因の1つと考えられる。特定保健指導の実施方法や勧奨方法の検討が必要である。</p>
--------------------------------	--

<p>今後の方向性</p>	<p>実施方法や勧奨方法の検討。特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の高い男性への勧奨方法を検討していく必要がある。</p>
----------------------	---

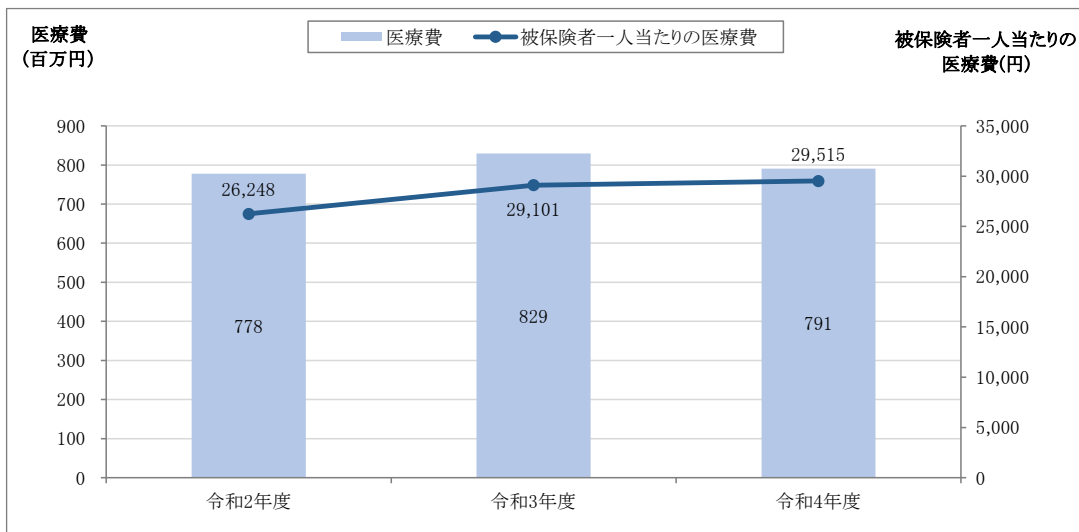
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

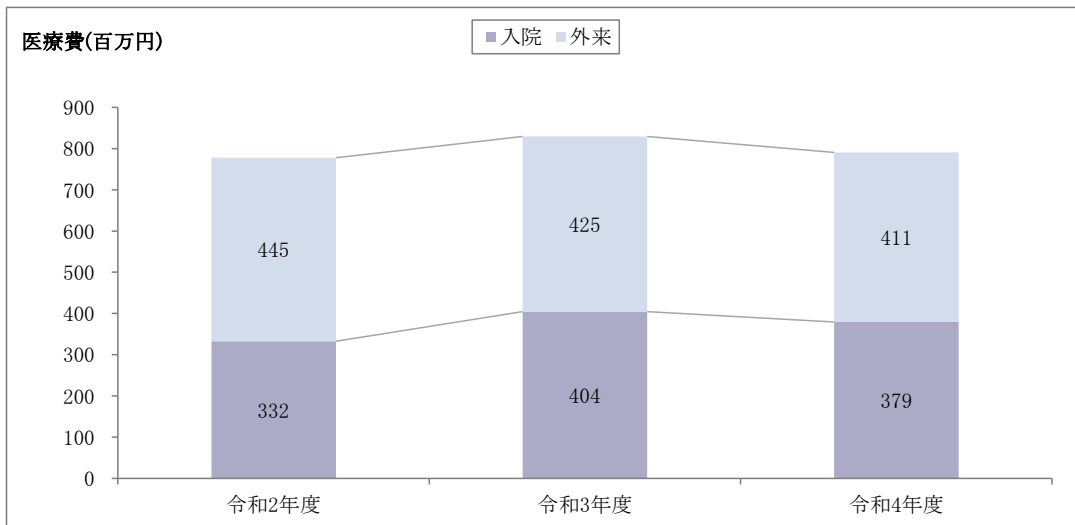
以下は、本町の医療費の状況を示したものです。令和3年度から令和4年度にかけて被保険者数減少が総医療費の減少要因と考えられますが、一人当たり医療費は経年で上昇し、医療費が減少しているとは言えない状況です。（図 1-4-1）入院・外来医療費では外来医療費割合の上昇が認められます。（図 1-4-2）

図 1-4-1 年度別 医療費の状況



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」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

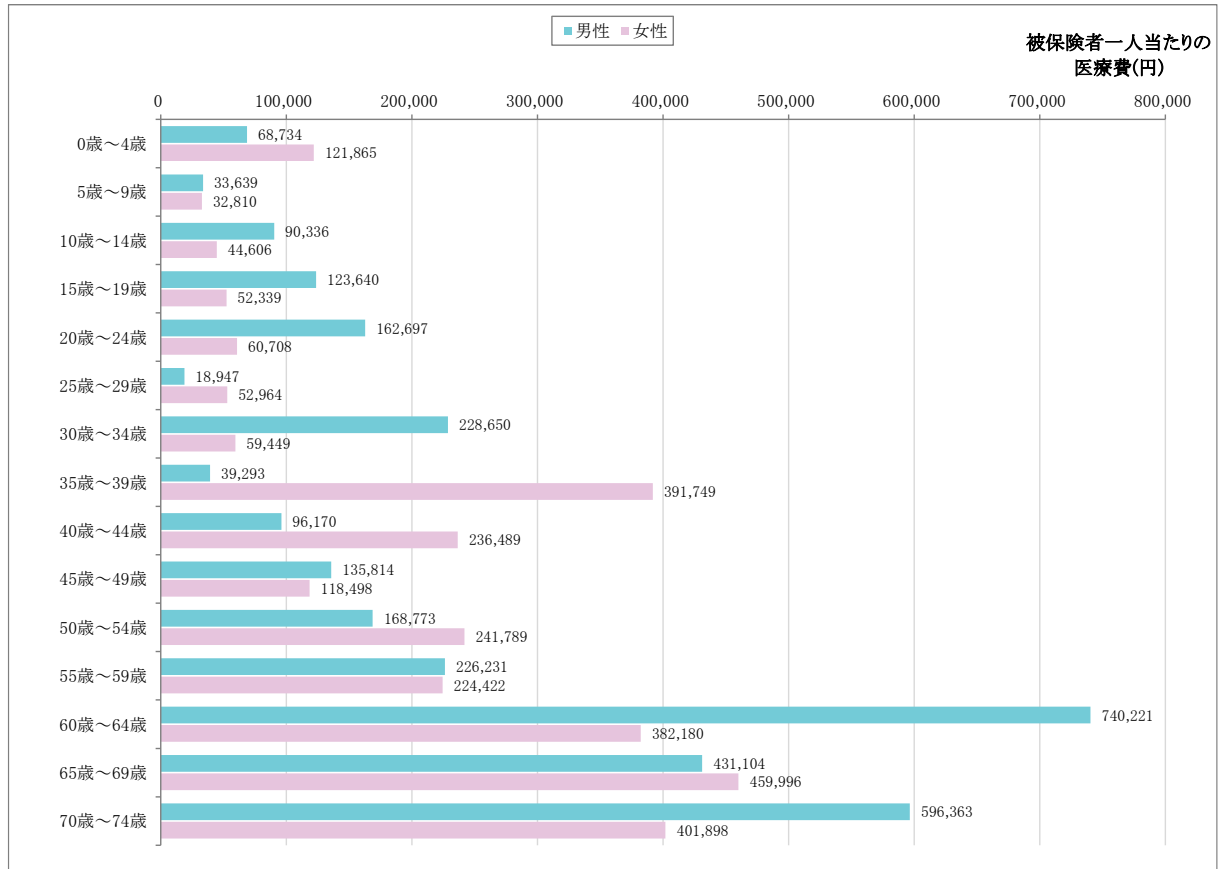
図 1-4-2 年度別 入院・外来別医療費



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度における、本町の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。医療費は25歳～29歳を底辺に加齢とともに上昇する傾向にありますが、35歳～39歳女性や60歳～64歳男性の様に突出した医療費においては、高額レセプトの疾病状況や医療費の状況を確認し背景を把握しておく必要があります。周産期の医療費発生年齢層での女性の医療費が多く発生していないことは人口割合が低く、出生率の低下に結び付いていると考えられます。（図 1-4-3）

図 1-4-3 男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。

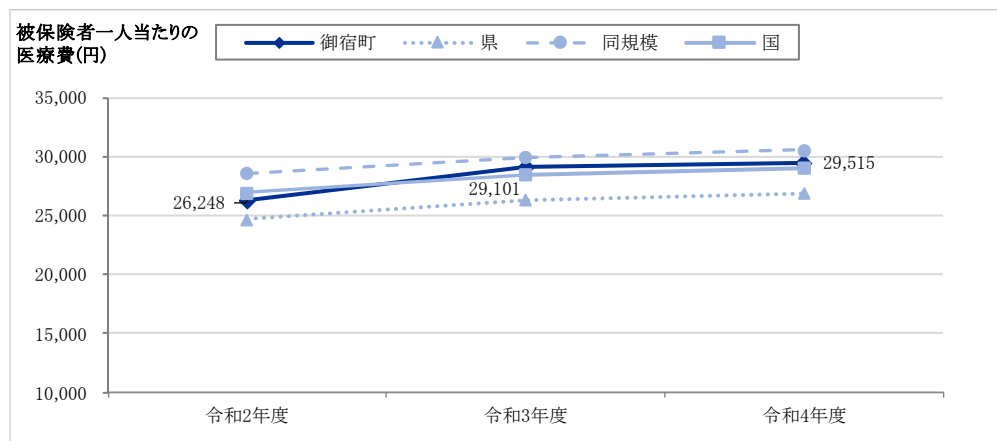
被保険者一人当たりの医療費上昇は県や国、同規模自治体でも同様の傾向が確認できますが、本町の一人当たりの医療費は県や国より高い状況となっています。（表 1-4-1, 図 1-4-4）

表1-4-1 年度別 被保険者一人当たりの医療費 単位：円

年度	御宿町	県	同規模	国
令和2年度	26,248	24,702	28,570	26,961
令和3年度	29,101	26,338	29,970	28,469
令和4年度	29,515	26,874	30,571	29,043

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」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

図 1-4-4 年度別 被保険者一人当たりの医療費



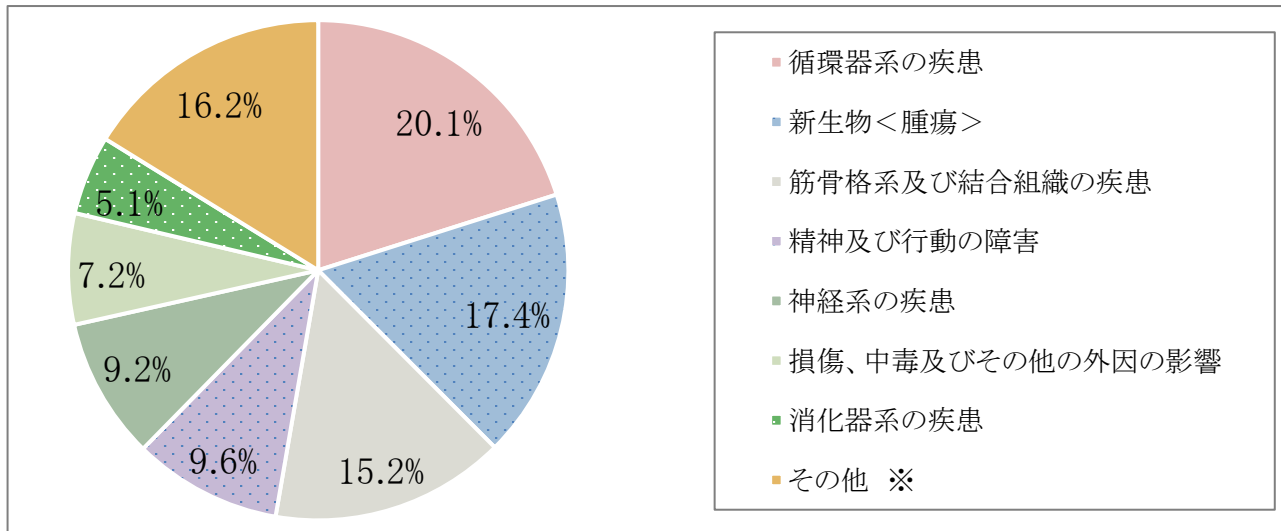
出典：国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「循環器系の疾患」が最も高く、20.1%を占めています。

(図 1-4-5, 表 1-4-2)

図 1-4-5 大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

表 1-4-2 大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

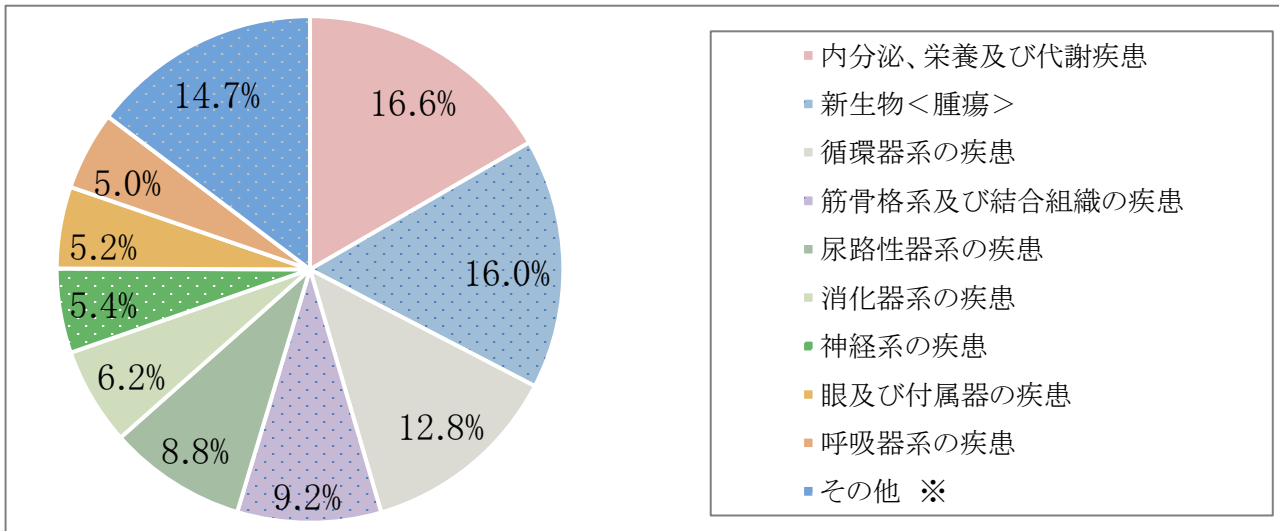
順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	循環器系の疾患	20.1%	その他の心疾患	9.2%	不整脈	5.4%
			脳梗塞	5.5%	心臓弁膜症	1.2%
			虚血性心疾患	2.8%	脳梗塞	5.5%
					狭心症	2.5%
2	新生物<腫瘍>	17.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.3%	膵臓がん	2.3%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.3%	食道がん	0.9%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	1.8%	前立腺がん	0.4%
					肺がん	4.3%
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	15.2%	関節症	6.7%	関節疾患	6.7%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	4.2%		
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.5%		
4	精神及び行動の障害	9.6%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5.4%	統合失調症	5.4%
			その他の精神及び行動の障害	1.4%		
			血管性及び詳細不明の認知症	1.2%	認知症	1.2%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大・中・細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の外来医療費では、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が最も高く、16.6%を占めています。（図 1-4-6、表 1-4-3）

図 1-4-6 大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

表 1-4-3 大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	内分泌、栄養及び代謝疾患	16.6%	糖尿病	12.3%	糖尿病	10.4%
					糖尿病網膜症	2.0%
			脂質異常症	3.1%	脂質異常症	3.1%
			甲状腺障害	0.7%	甲状腺機能亢進症	0.3%
2	新生物<腫瘍>	16.0%	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	5.5%	肺がん	5.5%
			その他の悪性新生物<腫瘍>	4.2%	前立腺がん	2.0%
			白血病	1.5%	白血病	1.5%
3	循環器系の疾患	12.8%	その他の心疾患	5.5%	不整脈	3.6%
			高血圧性疾患	5.5%	心臓弁膜症	0.0%
			虚血性心疾患	0.7%	高血圧症	5.5%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.2%	炎症性多発性関節障害	1.9%	関節疾患	1.8%
			骨の密度及び構造の障害	1.6%	痛風・高尿酸血症	0.1%
			関節症	1.6%	関節疾患	1.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、5.8%を占めています。（表 1-4-4）

表 1-4-4 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	45,429,720	5.8
2	関節疾患	44,251,150	5.6
3	肺がん	38,653,940	4.9
4	不整脈	35,086,610	4.4
5	慢性腎臓病(透析あり)	31,352,970	4.0
6	統合失調症	28,748,510	3.6
7	高血圧症	23,659,620	3.0
8	脳梗塞	23,275,650	2.9
9	骨折	21,778,950	2.8
10	パーキンソン病	16,780,550	2.1

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

表 1-4-5 生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C	
20歳代以下	223	66	18	8.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.1	0	0.0	
30歳代	67	26	16	23.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	
40歳代	220	69	36	16.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	30.6	—	—	
50歳代	283	121	80	28.3	6	7.5	3	3.8	0	0.0	28	35.0	6	7.5	
60歳～64歳	240	143	94	39.2	7	7.4	9	9.6	2	2.1	36	38.3	6	6.4	
65歳～69歳	444	296	202	45.5	14	6.9	24	11.9	3	1.5	80	39.6	7	3.5	
70歳～74歳	822	690	464	56.4	58	12.5	58	12.5	3	0.6	190	40.9	17	3.7	
全体	2,299	1,411	910	39.6	85	9.3	94	10.3	8	0.9	348	38.2	37	4.1	
再掲	40歳～74歳	2,009	1,319	876	43.6	85	9.7	94	10.7	8	0.9	345	39.4	37	4.2
再掲	65歳～74歳	1,266	986	666	52.6	72	10.8	82	12.3	6	0.9	270	40.5	24	3.6

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	27.8	
30歳代	0	0.0	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0	
40歳代	2	5.6	3	8.3	0	0.0	11	30.6	3	8.3	9	25.0	
50歳代	6	7.5	4	5.0	2	2.5	35	43.8	9	11.3	31	38.8	
60歳～64歳	2	2.1	3	3.2	0	0.0	52	55.3	17	18.1	47	50.0	
65歳～69歳	12	5.9	9	4.5	2	1.0	118	58.4	23	11.4	102	50.5	
70歳～74歳	29	6.3	32	6.9	3	0.6	309	66.6	46	9.9	283	61.0	
全体	51	5.6	52	5.7	7	0.8	526	57.8	98	10.8	477	52.4	
再掲	40歳～74歳	51	5.8	51	5.8	7	0.8	525	59.9	98	11.2	472	53.9
再掲	65歳～74歳	41	6.2	41	6.2	5	0.8	427	64.1	69	10.4	385	57.8

出典：国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

表 1-4-6 糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	223	66	2	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	67	26	—	—	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	
40歳代	220	69	11	5.0	—	—	2	18.2	3	27.3	0	0.0	
50歳代	283	121	28	9.9	6	21.4	6	21.4	4	14.3	2	7.1	
60歳～64歳	240	143	36	15.0	6	16.7	2	5.6	3	8.3	0	0.0	
65歳～69歳	444	296	80	18.0	7	8.8	12	15.0	9	11.3	2	2.5	
70歳～74歳	822	690	190	23.1	17	8.9	29	15.3	32	16.8	3	1.6	
全体	2,299	1,411	348	15.1	37	10.6	51	14.7	52	14.9	7	2.0	
再掲	40歳～74歳	2,009	1,319	345	17.2	37	10.7	51	14.8	51	14.8	7	2.0
再掲	65歳～74歳	1,266	986	270	21.3	24	8.9	41	15.2	41	15.2	5	1.9

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	54.5	3	27.3	5	45.5	
50歳代	5	17.9	2	7.1	0	0.0	19	67.9	4	14.3	18	64.3	
60歳～64歳	3	8.3	5	13.9	0	0.0	26	72.2	9	25.0	25	69.4	
65歳～69歳	6	7.5	15	18.8	—	—	61	76.3	16	20.0	61	76.3	
70歳～74歳	32	16.8	37	19.5	—	—	152	80.0	22	11.6	150	78.9	
全体	46	13.2	59	17.0	2	0.6	264	75.9	54	15.5	260	74.7	
再掲	40歳～74歳	46	13.3	59	17.1	2	0.6	264	76.5	54	15.7	259	75.1
再掲	65歳～74歳	38	14.1	52	19.3	2	0.7	213	78.9	38	14.1	211	78.1

出典：国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

表 1-4-7 脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	223	66	5	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	
30歳代	67	26	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	220	69	9	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	55.6	
50歳代	283	121	31	11.0	4	12.9	2	6.5	0	0.0	18	58.1	
60歳～64歳	240	143	47	19.6	7	14.9	7	14.9	—	—	25	53.2	
65歳～69歳	444	296	102	23.0	10	9.8	21	20.6	3	2.9	61	59.8	
70歳～74歳	822	690	283	34.4	49	17.3	49	17.3	—	—	150	53.0	
全体	2,299	1,411	477	20.7	70	14.7	79	16.6	5	1.0	260	54.5	
再掲	40歳～74歳	2,009	1,319	472	23.5	70	14.8	79	16.7	5	1.1	259	54.9
再掲	65歳～74歳	1,266	986	385	30.4	59	15.3	70	18.2	4	1.0	211	54.8

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	—	—	—	—	3	33.3	0	0.0	6	66.7	—	—	
50歳代	4	12.9	3	9.7	3	9.7	—	—	22	71.0	4	12.9	
60歳～64歳	5	10.6	—	—	2	4.3	0	0.0	31	66.0	9	19.1	
65歳～69歳	6	5.9	10	9.8	7	6.9	2	2.0	75	73.5	18	17.6	
70歳～74歳	11	3.9	24	8.5	23	8.1	2	0.7	222	78.4	36	12.7	
全体	27	5.7	39	8.2	38	8.0	5	1.0	356	74.6	68	14.3	
再掲	40歳～74歳	27	5.7	39	8.3	38	8.1	5	1.1	356	75.4	68	14.4
再掲	65歳～74歳	17	4.4	34	8.8	30	7.8	4	1.0	297	77.1	54	14.0

出典：国保データベース (KDB) システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

表 1-4-8 高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	223	66	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	67	26	—	—	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	220	69	11	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	54.5	
50歳代	283	121	35	12.4	5	14.3	—	—	0	0.0	19	54.3	
60歳～64歳	240	143	52	21.7	7	13.5	6	11.5	2	3.8	26	50.0	
65歳～69歳	444	296	118	26.6	9	7.6	20	16.9	3	2.5	61	51.7	
70歳～74歳	822	690	309	37.6	50	16.2	43	13.9	2	0.6	152	49.2	
全体	2,299	1,411	526	22.9	71	13.5	70	13.3	7	1.3	264	50.2	
再掲	40歳～74歳	2,009	1,319	525	26.1	71	13.5	70	13.3	7	1.3	264	50.3
再掲	65歳～74歳	1,266	986	427	33.7	59	13.8	63	14.8	5	1.2	213	49.9

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	—	—	—	—	3	27.3	0	0.0	2	18.2	6	54.5	
50歳代	4	11.4	5	14.3	3	8.6	2	5.7	5	14.3	22	62.9	
60歳～64歳	3	5.8	2	3.8	3	5.8	0	0.0	12	23.1	31	59.6	
65歳～69歳	7	5.9	11	9.3	7	5.9	2	1.7	21	17.8	75	63.6	
70歳～74歳	15	4.9	22	7.1	24	7.8	2	0.6	42	13.6	222	71.8	
全体	30	5.7	41	7.8	40	7.6	6	1.1	82	15.6	356	67.7	
再掲	40歳～74歳	30	5.7	41	7.8	40	7.6	6	1.1	82	15.6	356	67.8
再掲	65歳～74歳	22	5.2	33	7.7	31	7.3	4	0.9	63	14.8	297	69.6

出典：国保データベース (KDB) システム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。

表 1-4-9 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
御宿町	2,121	6	0.28
県	1,233,735	4,896	0.40
同規模	427,153	1,486	0.35
国	24,660,500	86,890	0.35

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本町の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。

表 1-4-10 年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
令和2年度	9	79,099,070	8,788,786
令和3年度	7	48,930,700	6,990,100
令和4年度	6	44,462,110	7,410,352

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

以下は、透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものです。

表 1-4-11 男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～4歳	11	0	0.00	5	0	0.00	6	0	0.00
5歳～9歳	29	0	0.00	11	0	0.00	18	0	0.00
10歳～14歳	48	0	0.00	25	0	0.00	23	0	0.00
15歳～19歳	58	0	0.00	26	0	0.00	32	0	0.00
20歳～24歳	38	0	0.00	18	0	0.00	20	0	0.00
25歳～29歳	39	0	0.00	27	0	0.00	12	0	0.00
30歳～34歳	25	0	0.00	10	0	0.00	15	0	0.00
35歳～39歳	42	0	0.00	25	0	0.00	17	0	0.00
40歳～44歳	94	0	0.00	46	0	0.00	48	0	0.00
45歳～49歳	126	0	0.00	65	0	0.00	61	0	0.00
50歳～54歳	134	0	0.00	74	0	0.00	60	0	0.00
55歳～59歳	149	0	0.00	78	0	0.00	71	0	0.00
60歳～64歳	240	2	0.83	110	2	1.82	130	0	0.00
65歳～69歳	444	3	0.68	218	1	0.46	226	2	0.88
70歳～74歳	822	3	0.36	386	2	0.52	436	1	0.23
全体	2,299	8	0.35	1,124	5	0.44	1,175	3	0.26

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

以下は、透析患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

表 1-4-12 透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	223	66	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	67	26	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	220	69	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
50歳代	283	121	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
60歳～64歳	240	143	2	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
65歳～69歳	444	296	3	0.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
70歳～74歳	822	690	3	0.4	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
全体	2,299	1,411	8	0.3	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
再掲	40歳～74歳	2,009	1,319	8	0.4	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳～74歳	1,266	986	6	0.5	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
50歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
60歳～64歳	0	0.0	2	100.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	
65歳～69歳	0	0.0	3	100.0	1	33.3	3	100.0	2	66.7	2	66.7	
70歳～74歳	0	0.0	2	66.7	0	0.0	1	33.3	1	33.3	2	66.7	
全体	0	0.0	7	87.5	1	12.5	5	62.5	3	37.5	4	50.0	
再掲	40歳～74歳	0	0.0	7	87.5	1	12.5	5	62.5	3	37.5	4	50.0
	65歳～74歳	0	0.0	5	83.3	1	16.7	4	66.7	3	50.0	4	66.7

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。本町と県や国の有所見者割合を比較すると、BMIや、内臓脂肪の指標である腹囲・中性脂肪の有所見者割合が高く、メタボリックシンドロームの判定基準該当者が多くなっています。40歳～74歳のHbA1c、特に65歳以上は83.4%と県や国と比較しても大幅に高い割合となっています。また65歳以上では保健指導対象者選定の追加リスクとなる収縮期血圧の該当者が多い傾向にあり、受診勧奨レベル該当者の把握と受診勧奨の介入が必要な状況です。尿酸値の有所見者割合も県や国と比べて高いことから、飲酒や食習慣を確認し課題の抽出と行動変容につながる情報提供や指導介入などが求められています。クレアチニン・眼底・eGFRの有所見者割合も県や国と比べて高く、未受診で血糖コントロール不良の状態が長期に及ぶと細小血管合併症のリスクが高くなるため、不適切な血糖コントロールの状況が長期に及んでいることも推測されます。（表 1-4-13）

表 1-4-13 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
御宿町	40歳～64歳	人数(人)	73	78	68	40	9	0	150	24
		割合(%)	32.9	35.1	30.6	18.0	4.1	0.0	67.6	10.8
	65歳～74歳	人数(人)	143	176	150	53	18	0	403	45
		割合(%)	29.6	36.4	31.1	11.0	3.7	0.0	83.4	9.3
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	216	254	218	93	27	0	553	69
		割合(%)	30.6	36.0	30.9	13.2	3.8	0.0	78.4	9.8
県	割合(%)	27.1	35.1	20.8	13.9	3.5	21.6	59.0	4.9	
国	割合(%)	26.9	34.9	21.1	14.0	3.8	24.8	58.2	6.6	

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
御宿町	40歳～64歳	人数(人)	78	57	125	1	23	79	0	47
		割合(%)	35.1	25.7	56.3	0.5	10.4	35.6	0.0	21.2
	65歳～74歳	人数(人)	273	76	247	18	89	198	0	206
		割合(%)	56.5	15.7	51.1	3.7	18.4	41.0	0.0	42.7
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	351	133	372	19	112	277	0	253
		割合(%)	49.8	18.9	52.8	2.7	15.9	39.3	0.0	35.9
県	割合(%)	47.9	20.1	51.4	1.2	14.8	11.9	9.8	20.2	
国	割合(%)	48.3	20.7	50.1	1.3	21.4	18.4	5.2	21.8	

出典: 国保データベース (KDB) システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は8.4%、該当者は25.2%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は11.2%です。（表 1-4-14）

表 1-4-14 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	222	35.9	7	3.2	23	10.4	3	1.4	13	5.9	7	3.2
65歳～74歳	483	44.6	10	2.1	36	7.5	5	1.0	23	4.8	8	1.7
全体(40歳～74歳)	705	41.4	17	2.4	59	8.4	8	1.1	36	5.1	15	2.1

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	48	21.6	10	4.5	4	1.8	20	9.0	14	6.3
65歳～74歳	130	26.9	24	5.0	6	1.2	35	7.2	65	13.5
全体(40歳～74歳)	178	25.2	34	4.8	10	1.4	55	7.8	79	11.2

出典：国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

表 1-4-15 ※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②血圧 ③脂質)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③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

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。

本町の高血圧症・糖尿病・脂質異常症の服薬割合は、65歳～74歳の糖尿病の服薬割合を除き、県や国と比較して低くなっており、既往歴では脳卒中・65歳以上の心臓病や腎不全割合が高くなっています。喫煙は県や国の割合よりはいと答えた割合が高く、1日一時間以上の運動がないと回答した割合や歩く速度が遅いと答えた割合が高くなっています。40歳～64歳では毎日・時々飲酒すると答えた割合が県や国の割合より高く、飲酒習慣がある者の飲酒量は2合以上に多い傾向が伺えます。全体（40歳～74歳）で県や国と比べて生活習慣改善意欲がないと答えた割合が高く、保健指導を利用しないと答えた割合も高くなっています。（表 1-4-16）

表 1-4-16 質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		御宿町	県	同規模	国	御宿町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	17.6%	19.1%	22.7%	20.1%	35.8%	41.5%	46.7%	43.7%
	服薬_糖尿病	3.6%	5.0%	6.8%	5.3%	9.9%	9.6%	12.1%	10.4%
	服薬_脂質異常症	12.6%	16.0%	16.6%	16.5%	25.9%	33.5%	32.6%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.2%	2.0%	1.9%	2.0%	4.3%	3.6%	3.9%	3.8%
	既往歴_心臓病	2.3%	2.8%	3.4%	3.0%	8.3%	6.7%	7.4%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.0%	0.6%	0.6%	0.6%	1.4%	1.0%	1.1%	0.9%
	既往歴_貧血	12.6%	14.2%	11.8%	14.2%	6.6%	9.5%	7.8%	9.3%
喫煙	喫煙	22.5%	18.2%	22.4%	18.9%	11.4%	9.7%	12.0%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	36.5%	38.5%	40.3%	37.8%	35.2%	33.8%	34.0%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	60.4%	67.1%	72.0%	68.8%	53.8%	52.6%	62.2%	55.4%
	1日1時間以上運動なし	55.0%	46.6%	46.9%	49.3%	49.1%	43.5%	47.0%	46.7%
	歩行速度遅い	56.8%	50.5%	57.4%	53.0%	50.1%	45.7%	54.9%	49.4%
食事	食べる速度が速い	27.0%	29.1%	31.0%	30.7%	23.2%	23.8%	24.4%	24.6%
	食べる速度が普通	63.1%	62.9%	61.5%	61.1%	69.2%	68.8%	67.5%	67.6%
	食べる速度が遅い	9.9%	8.1%	7.4%	8.2%	7.7%	7.3%	8.1%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	18.0%	22.2%	20.5%	21.1%	9.1%	12.7%	14.6%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	16.7%	19.6%	16.0%	19.0%	6.0%	6.1%	5.4%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	29.3%	22.9%	26.8%	24.3%	27.7%	23.6%	26.3%	24.7%
	時々飲酒	28.8%	25.4%	24.3%	25.3%	20.1%	21.7%	19.7%	21.1%
	飲まない	41.9%	51.7%	49.0%	50.4%	52.2%	54.7%	54.1%	54.2%
	1日飲酒量(1合未満)	38.0%	64.6%	55.3%	60.9%	43.7%	70.0%	62.0%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	39.5%	21.6%	26.6%	23.0%	40.3%	21.7%	26.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	14.7%	9.7%	12.8%	11.2%	14.3%	7.0%	9.3%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	7.8%	4.2%	5.3%	4.8%	1.7%	1.3%	2.2%	1.5%
睡眠	睡眠不足	23.4%	27.4%	26.7%	28.4%	22.8%	22.1%	23.2%	23.4%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	26.6%	23.9%	29.9%	23.0%	33.3%	29.8%	34.2%	29.3%
	改善意欲あり	28.8%	31.8%	31.8%	32.9%	30.0%	25.1%	27.0%	26.0%
	改善意欲ありかつ始めている	11.7%	15.2%	14.1%	16.4%	8.1%	11.6%	11.2%	13.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	10.4%	10.4%	9.1%	10.0%	6.6%	9.4%	7.7%	8.6%
	取り組み済み6ヶ月以上	22.5%	18.7%	15.0%	17.8%	21.9%	24.1%	19.9%	23.1%
	保健指導利用しない	70.3%	61.1%	66.9%	62.4%	69.8%	61.2%	61.9%	62.9%
咀嚼	咀嚼_何でも	83.3%	83.5%	82.4%	83.8%	79.5%	77.8%	74.2%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	16.2%	15.8%	16.8%	15.4%	19.7%	21.4%	24.8%	22.1%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.7%	0.8%	0.7%	0.8%	0.7%	1.1%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	20.3%	23.2%	23.7%	23.8%	21.7%	20.3%	20.7%	20.8%
	3食以外間食_時々	53.2%	56.5%	55.9%	55.3%	55.9%	59.7%	58.4%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	26.6%	20.3%	20.4%	20.9%	22.4%	20.1%	20.9%	20.8%

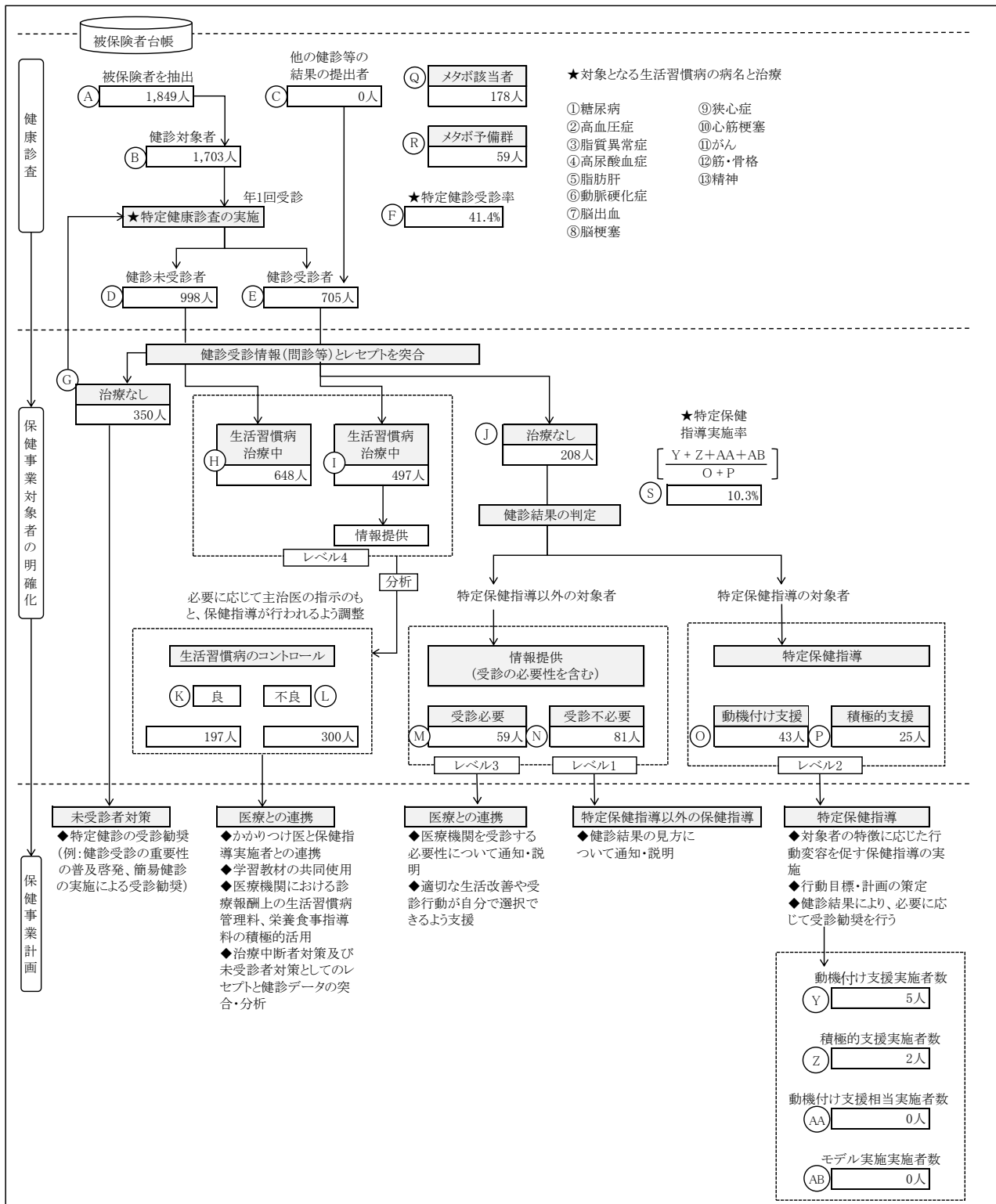
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		御宿町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	30.1%	35.1%	39.5%	36.8%
	服薬_糖尿病	7.9%	8.3%	10.5%	8.9%
	服薬_脂質異常症	21.7%	28.5%	27.8%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	4.0%	3.2%	3.3%	3.3%
	既往歴_心臓病	6.4%	5.6%	6.2%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.0%	0.9%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	8.5%	10.8%	9.0%	10.7%
喫煙	喫煙	14.9%	12.1%	15.1%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	35.6%	35.1%	35.9%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	55.9%	56.7%	65.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	50.9%	44.4%	47.0%	47.5%
	歩行速度遅い	52.2%	47.1%	55.6%	50.4%
食事	食べる速度が速い	24.4%	25.3%	26.4%	26.4%
	食べる速度が普通	67.2%	67.1%	65.7%	65.7%
	食べる速度が遅い	8.4%	7.6%	7.9%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	11.9%	15.4%	16.4%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	9.4%	10.0%	8.6%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	28.2%	23.4%	26.4%	24.6%
	時々飲酒	22.8%	22.7%	21.0%	22.3%
	飲まない	48.9%	53.8%	52.5%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	41.7%	68.4%	59.9%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	40.0%	21.7%	26.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	14.4%	7.8%	10.4%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	3.9%	2.1%	3.2%	2.5%
睡眠	睡眠不足	23.0%	23.6%	24.2%	24.9%
生活習慣 改善意欲	改善意欲なし	31.2%	28.1%	32.9%	27.5%
	改善意欲あり	29.6%	27.0%	28.5%	28.0%
	改善意欲ありか?始めている	9.2%	12.6%	12.1%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	7.8%	9.7%	8.1%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	22.1%	22.5%	18.4%	21.6%
	保健指導利用しない	69.9%	61.2%	63.4%	62.8%
咀嚼	咀嚼_何でも	80.7%	79.4%	76.6%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	18.6%	19.8%	22.4%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.7%	0.7%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	21.3%	21.1%	21.6%	21.7%
	3食以外間食_時々	55.0%	58.8%	57.7%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	23.7%	20.1%	20.7%	20.8%

出典: 国保データベース (KDB) システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

以下は、令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものです。

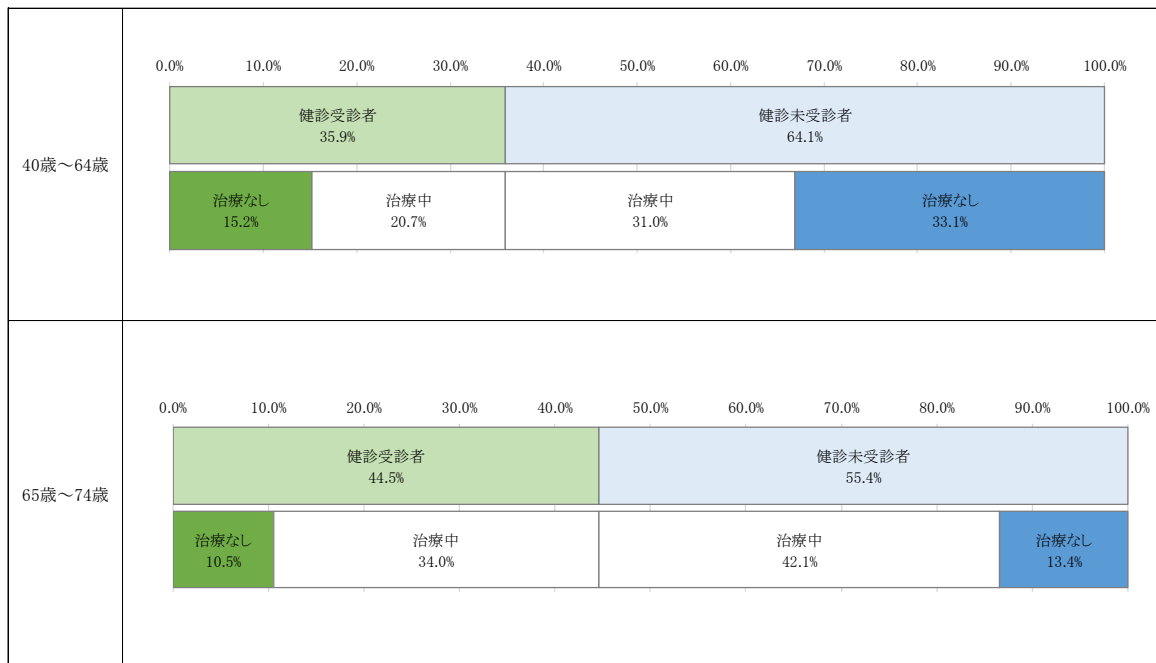
図 1-4-7 被保険者の階層化(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものです。

図 1-4-8 特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)




出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」
 ※「治療中」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

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	生活習慣病 ・健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が県よりも高い項目がある。特にHbA1cの有所見者割合が最も高く健診受診者の78.4%を占めている。 ・細小分類別医療費では糖尿病・高血圧症など生活習慣に關係する疾病が上位となっている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、健診未受診、適切な受診につながっていない者が存在する。	1	①②③④	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 レセプトデータ、健康診査データ等から糖尿病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、生活習慣病の重症化を予防する。
B	介護、高齢者支援 ・健康診査の質問票より、運動機能の低下が懸念される割合は高い。	2	④	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 医療・介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。
C	被保険者の健康意識 ・健康診査の質問票より、運動習慣がないと回答した割合が高い。生活習慣の改善意欲がないと回答した割合も高い。	3	④	被保険者の健康意識の向上 被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりサポートを行う。


 個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※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。

評価指標	計画策定 時実績 令和4年度	目標値					
		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
特定健康診査受診率	41.3%	42.0%	42.5%	43.0%	43.5%	44.0%	44.5%
特定保健指導実施率	11.9%	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%
受診勧奨対象者のうち 医療機関受診割合（糖尿病）	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
新規人工透析患者数	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群割合	メタボ25.3% 予備群8.4%	メタボ25.0% 予備群8.0%	メタボ24.0% 予備群8.0%	メタボ23.0% 予備群8.0%	メタボ22.0% 予備群8.0%	メタボ21.0% 予備群8.0%	メタボ20.0% 予備群8.0%
HbA1c6.5%以上の者の割合 （参考値）	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%	3.5%	3.4%
糖尿病の有病割合（参考値）	14.4%	14.3%	14.2%	14.1%	14.0%	13.9%	13.8%
高血圧症の有病割合 （参考値）	22.0%	21.9%	21.8%	21.7%	21.6%	21.5%	21.4%
教室延べ参加者数	2,993名	3,000名	3,100名	3,150名	3,200名	3,250名	3,300名
教室延べ参加者数	2,993名	3,000名	3,100名	3,150名	3,200名	3,250名	3,300名

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点
①	特定健康診査受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	✓
②	特定保健指導利用勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	
③	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病の治療中断者に対して、医療機関への受診を促す。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	
④	健康づくり事業	生活習慣病対策と介護予防対策を一体的に取り組む運動中心としたプログラムを実施する。	継続	✓

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号①：特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	令和2年度より健診受診勧奨を外部委託で実施し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※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

指標	評価指標	計画策定時実績	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	特定健康診査受診率	41.3%	42.0%	42.5%	43.0%	43.5%	44.0%	44.5%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨実施割合	76.6%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、対象者選定、勧奨業務全般、効果測定とする。 ・対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。 ・夷隅医師会と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・過年度における不定期受診者を主な対象者として、年2回程度（集団健診前と個別健診期間中）に勧奨通知文書を送付している。 ・過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨することで受診率の向上が見込まれる特定健康診査対象者すべてを対象者とする。 ・対象者の特性に合わせた内容の通知とする。 ・通知回数は年2回（集団健診前と個別健診期間中）とする。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は保健福祉課とし、医療保険係より職員1名（事務職員）、保健予防係より職員1名（保健師）が担当している。 ・医療保険係は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当し、保健予防係は実務支援を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は医療保険担当課とし、保健師等の専門職と連携する。 ・医療保険担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、保健師等の専門職は実務支援を担当する。 ・夷隅医師会への事業説明及び協力要請、千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。</p> <p>受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができるため、特定健康診査の効果が上がることを意味する。</p>

事業番号②：特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定保健指導対象者
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症の影響もあり、利用率が低下していたため、令和5年度より千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用し始めたが、利用率向上には至っていない。

今後の目標

※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

指標	評価指標	計画策定時実績	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	11.9%	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合	25.3% 8.4%	25.0% 8.0%	24.0% 8.0%	23.0% 8.0%	22.0% 8.0%	21.0% 8.0%	20.0% 8.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導対象者に対する利用勧奨実施割合		100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	・電話による利用勧奨は千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者に健診結果と一緒に特定保健指導（初回面接）通知文書を送付している。 ・千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用し、電話勧奨している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者への通知文書は、対象の特性に応じたものを検討し、作成する。 ・電話勧奨は全特定保健指導対象者を対象とし、特定保健指導（初回面接）前に行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は保健福祉課とし、医療保険係より職員1名（事務職員）、保健予防係より職員1名（保健師）が担当している。 ・医療保険係は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当し、保健予防係は実務支援を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は医療保険担当課とし、保健師等の専門職と連携する。 ・医療保険担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、保健師等の専門職は実務支援を担当する。 ・千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定保健指導実施率」は、法定報告における分子「特定保健指導利用者数」を分母「特定保健指導対象者数」で除して求める。</p> <p>利用率が高ければ、特定保健指導でメタボリックシンドローム該当者等の早期介入・重症化予防ができるため、特定保健指導の効果が上がることを意味する。</p>

事業番号③：糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の発症・重症化の予防
対象者	糖尿病治療歴がある者または過去3年程度の健診にてHbA1c6.5以上が確認されている者で最近1年間に健診を受診した記録やレセプトデータから糖尿病で受診した記録がない者
現在までの事業結果	受診勧奨を行うも受診につながる事例が少ない。

今後の目標

※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

指標	評価指標	計画策定時実績	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	受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合(糖尿病)	0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	新規人工透析患者数	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
	HbA1c6.5%以上の者の割合(参考値)	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%	3.5%	3.4%
	糖尿病の有病割合(参考値)	14.4%	14.3%	14.2%	14.1%	14.0%	13.9%	13.8%
	高血圧症の有病割合(参考値)	22.0%	21.9%	21.8%	21.7%	21.6%	21.5%	21.4%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師等の専門職と連携する。 ・必要に応じて、かかりつけ医と連携する。 ・千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会へ情報提供を行う。 ・夷隅医師会や専門医と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・KDBデータより対象者を抽出し、対象者へ糖尿病性腎症重症化に関するパンフレットを送付している。 ・保健師による電話や訪問による受診勧奨を行っている。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・KDBデータより対象者を抽出し、対象者へ糖尿病性腎症重症化に関するパンフレットを送付する。対象者が多い場合は、若年層を中心に受診勧奨実施率は80%程度とする。 ・医療機関受診状況を把握するために、レセプトデータも活用する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は保健福祉課とし、医療保険係より職員1名(事務職員)、保健予防係より職員1名(保健師)が担当している。 ・医療保険係は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当し、保健予防係は実務支援を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は医療保険担当課とし、保健師等の専門職と連携する。 ・医療保険担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、保健師等の専門職は実務支援を担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「医療機関受診割合」は、分子「医療機関受診者数(レセプト等)」を分母「KDBデータ対象者数」で除して求める。受診割合が高ければ、早期発見・早期介入・重症化予防ができるため、事業の効果が上がることを意味する。</p>

事業番号④：健康づくり事業【継続】

事業の目的	生活習慣病・ロコモティブシンドローム・フレイル等の予防や改善・重症化予防
対象者	おおむね40歳以上の住民
現在までの事業結果	別々に実施していた生活習慣病予防事業と介護予防事業を一体的に実施し、年間を通じた事業に改めたことで参加者が増加している。

今後の目標

※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

指標	評価指標	計画策定時実績	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	体力計測結果の維持・改善率	83.1%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
アウトプット(実施量・率)指標	教室実施回数	40回	40回	40回	40回	40回	40回	40回

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 各種補助金を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 委託業務は、事業実施全般とする。 見学や体験は自由で、年間を通じて随時受付を行う。 参加者が運動を継続していけるように運動メニューの改善を行う。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 週1回の集団運動教室を実施している。 運動と共に栄養や口腔機能についての啓発も実施している。 年1回、体力計測・個別評価を実施し、運動の効果・改善点、運動メニューの変更を実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 教室参加者は年々増加しているため、新たに自主サークルも増やしていく。 参加者の特性に合わせた運動メニューの改善を行い、より効果がある事業にしていく。 実施回数はおおむね週1回とする。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は保健福祉課とし、地域包括支援センターより職員3名(保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員)、保健予防係より職員2名(保健師)が担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管は保健福祉課とし、保健師等の専門職が担当し、委託機関と連携する。
--

評価計画

<p>参加者数が多ければ、運動習慣、健康意識の向上が図れるため、生活習慣病やロコモティブシンドローム、フレイルの予防となり、健康寿命の延伸につながることを意味する。</p>
--

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、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適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

御宿町国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきました。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとします。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

令和2年度～令和4年度(3年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものです。

表 2-2-1 【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健診受診率向上対策事業	AIを活用した受診勧奨	令和2年度よりAIを活用した受診勧奨ハガキの送付により未受診者への受診勧奨を実施している。
	個別健診の導入	健診期間の拡大や健診方法の選択制を広げるため、令和3年度より医療機関での特定健診が開始された。

表 2-2-2 【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導実施率向上対策事業	電話勧奨	令和5年度より千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用し、電話勧奨している。

2. 特定健康診査の受診状況

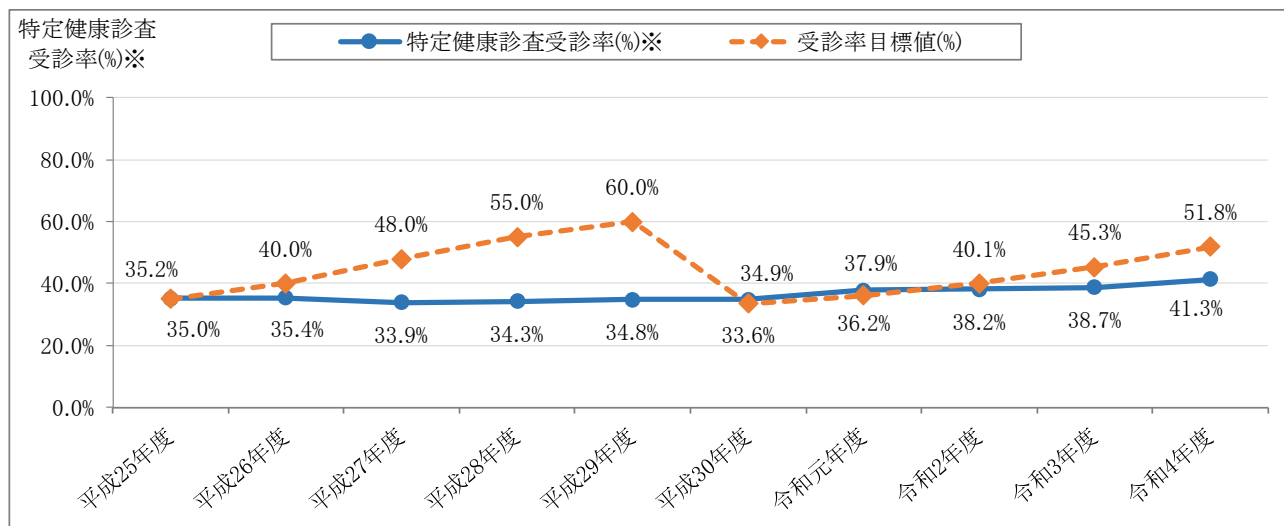
以下は、平成25年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

表 2-2-3 特定健康診査受診率及び目標値

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
特定健康診査対象者数(人)	2,416	2,352	2,305	2,185	2,092	2,043
特定健康診査受診者数(人)	851	833	781	750	729	712
特定健康診査受診率(%)※	35.2	35.4	33.9	34.3	34.8	34.9
受診率目標値(%)	35.0	40.0	48.0	55.0	60.0	33.6
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
特定健康診査対象者数(人)	1,976	1,917	1,880	1,702		
特定健康診査受診者数(人)	748	733	727	703		
特定健康診査受診率(%)※	37.9	38.2	38.7	41.3		
受診率目標値(%)	36.2	40.1	45.3	51.8		

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

図 2-2-1 特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成25年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

表 2-2-4 特定保健指導実施率及び目標値

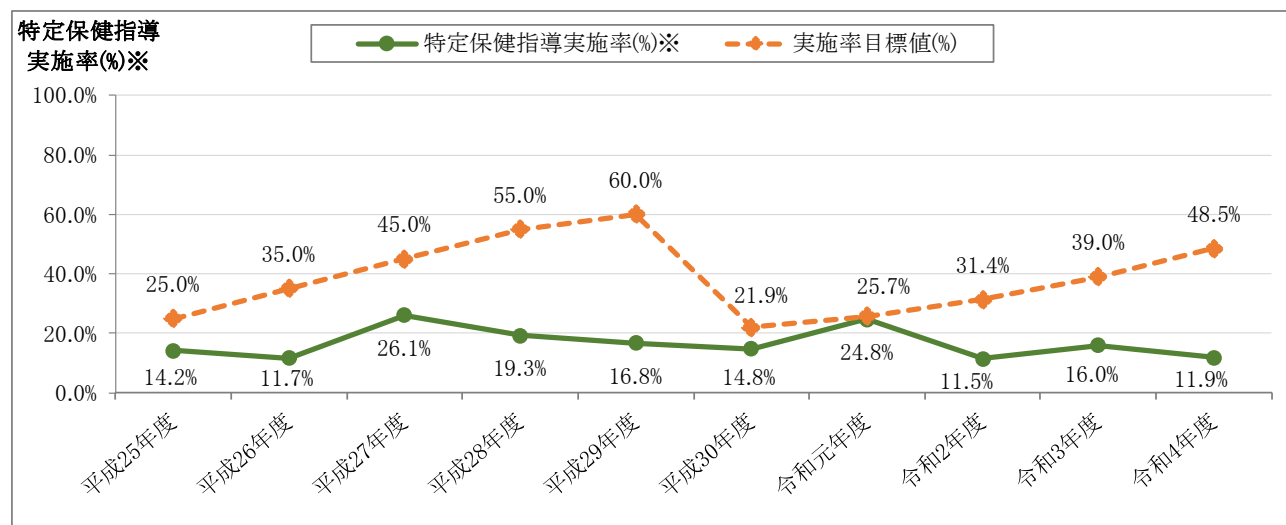
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
特定保健指導対象者数(人)	141	137	111	135	113	115
特定保健指導利用者数(人)	23	17	30	26	20	17
特定保健指導実施者数(人)※	20	16	29	26	19	17
特定保健指導実施率(%)※	14.2	11.7	26.1	19.3	16.8	14.8
実施率目標値(%)	25.0	35.0	45.0	55.0	60.0	21.9
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
特定保健指導対象者数(人)	125	130	131	134		
特定保健指導利用者数(人)	31	16	21	16		
特定保健指導実施者数(人)※	31	15	21	16		
特定保健指導実施率(%)※	24.8	11.5	16.0	11.9		
実施率目標値(%)	25.7	31.4	39.0	48.5		

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

図 2-2-2 特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

表 2-2-5 積極的支援実施状況

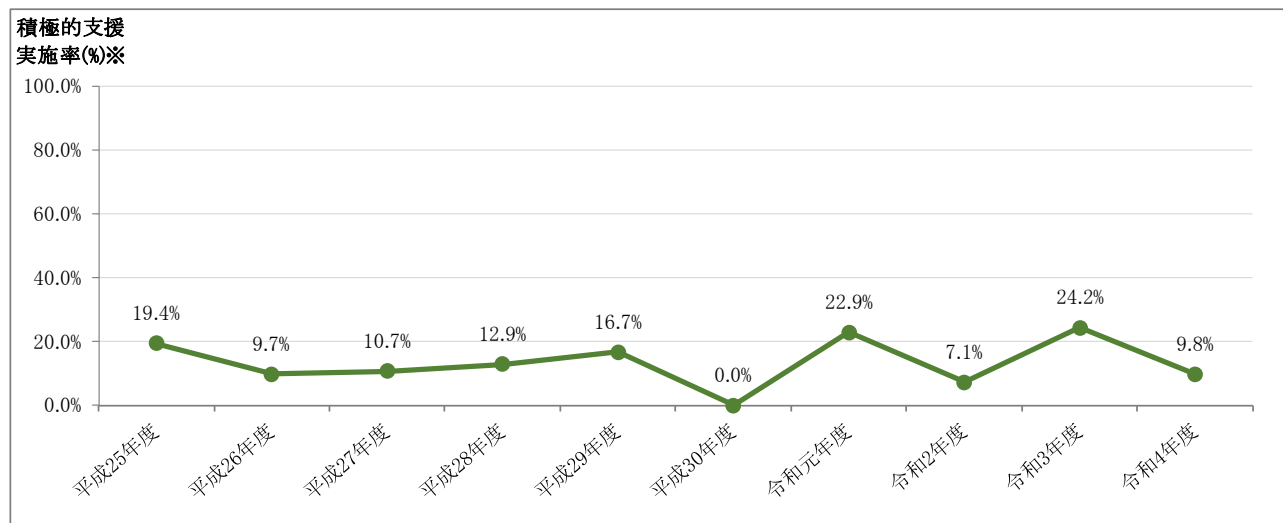
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
積極的支援対象者数(人)	36	31	28	31	30	24
積極的支援利用者数(人)	7	3	3	4	6	0
積極的支援実施者数(人)※	7	3	3	4	5	0
積極的支援実施率(%)※	19.4	9.7	10.7	12.9	16.7	0.0
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
積極的支援対象者数(人)	35	42	33	41		
積極的支援利用者数(人)	8	4	8	4		
積極的支援実施者数(人)※	8	3	8	4		
積極的支援実施率(%)※	22.9	7.1	24.2	9.8		

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

図 2-2-3 積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

表 2-2-6 動機付け支援実施状況

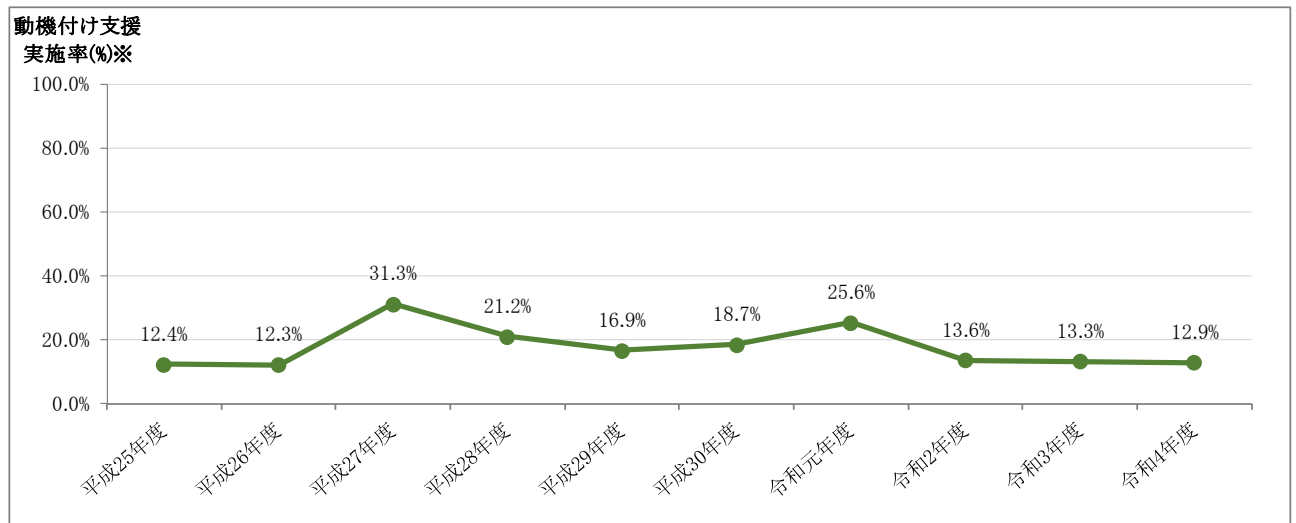
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
動機付け支援対象者数(人)	105	106	83	104	83	91
動機付け支援利用者数(人)	16	14	27	22	14	17
動機付け支援実施者数(人)※	13	13	26	22	14	17
動機付け支援実施率(%)※	12.4	12.3	31.3	21.2	16.9	18.7
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
動機付け支援対象者数(人)	90	88	98	93		
動機付け支援利用者数(人)	23	12	13	12		
動機付け支援実施者数(人)※	23	12	13	12		
動機付け支援実施率(%)※	25.6	13.6	13.3	12.9		

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

図 2-2-4 動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は25.9%、予備群該当は7.8%です。(表 2-2-7, 図 2-2-5)

表 2-2-7 メタボリックシンドローム該当状況

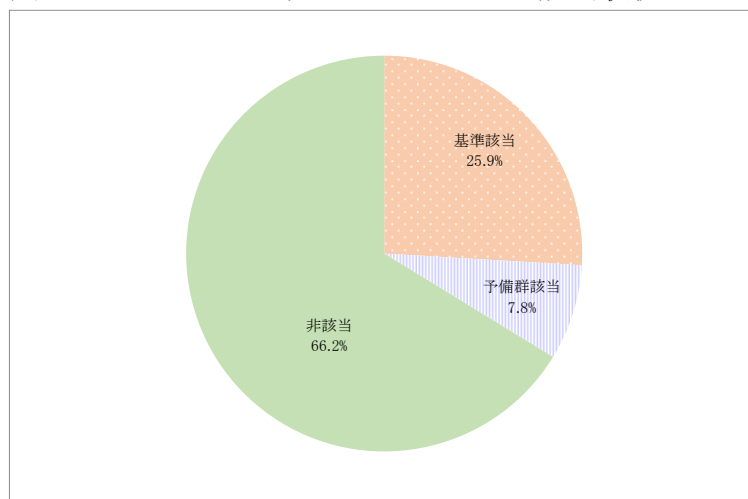
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	717	186	56	475	0
割合(%) ※	-	25.9	7.8	66.2	0.0

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

図 2-2-5 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

表 2-2-8 ※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、令和2年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、基準該当25.9%は令和2年度21.0%より4.9ポイント増加しており、予備群該当7.8%は令和2年度7.7%より0.1ポイント増加しています。（表 2-2-9, 図 2-2-6）

表 2-2-9 年度別 メタボリックシンドローム該当状況

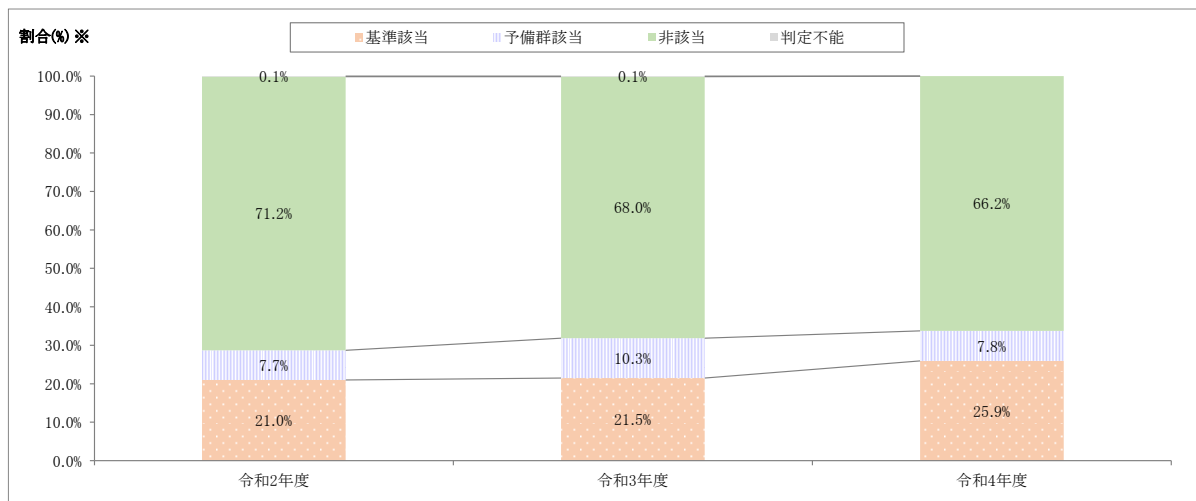
年度	健診受診者数(人)	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	711	149	21.0	55	7.7	506	71.2	1	0.1
令和3年度	707	152	21.5	73	10.3	481	68.0	1	0.1
令和4年度	717	186	25.9	56	7.8	475	66.2	0	0.0

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

図 2-2-6 年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健診受診率向上対策事業	特定健診受診率	AIを活用した受診勧奨や医療機関での健診（個別健診）の開始により受診率は年々増加している。
特定保健指導実施率向上対策事業	特定保健指導実施率	毎年対象となる方や以前に保健指導を受けたことがある方も多く、実施率は伸び悩んでいる。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	国保担当の保健師がいないため、健康づくり担当の保健師が兼務しており、マンパワー不足から限られた取り組みしかできなかった。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の43.9%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の47.1%です。（表 2-3-1, 図 2-3-1）

表 2-3-1 特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	717	39.4	357,242	22,650,818	23,008,060
健診未受診者	1,105	60.6	1,570,886	46,769,261	48,340,147
合計	1,822		1,928,128	69,420,079	71,348,207

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	18	2.5	315	43.9	315	43.9	19,847	71,907	73,041
健診未受診者	49	4.4	516	46.7	521	47.1	32,059	90,638	92,783
合計	67	3.7	831	45.6	836	45.9	28,778	83,538	85,345

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

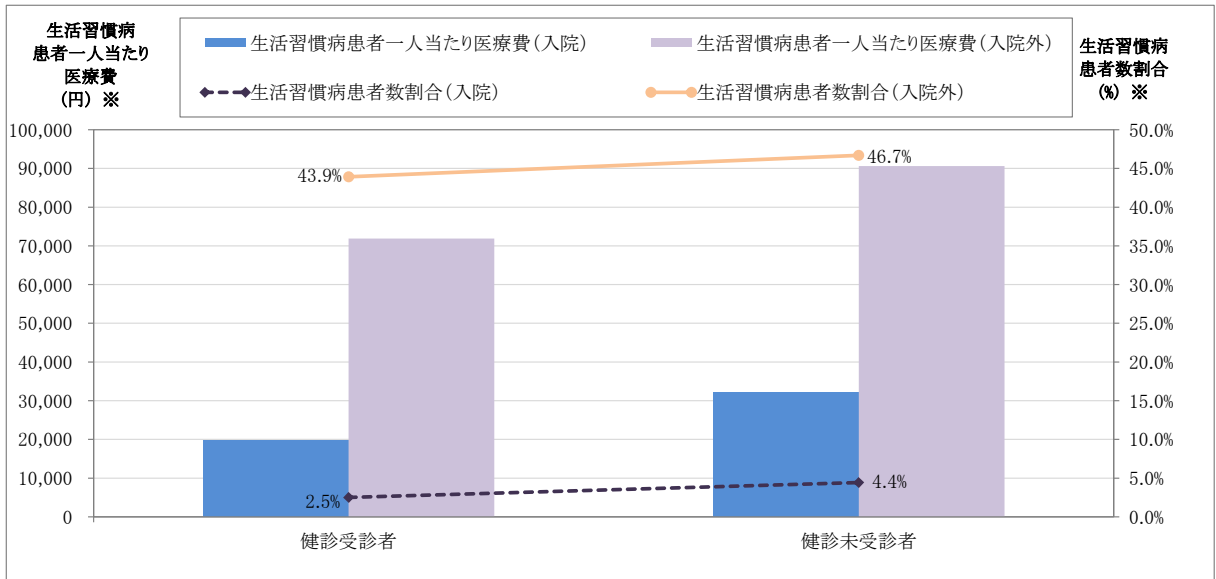
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

図 2-3-1 特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は6.1%、動機付け支援対象者割合は13.2%です。

(表 2-3-2, 図 2-3-2)

表 2-3-2 保健指導レベル該当状況

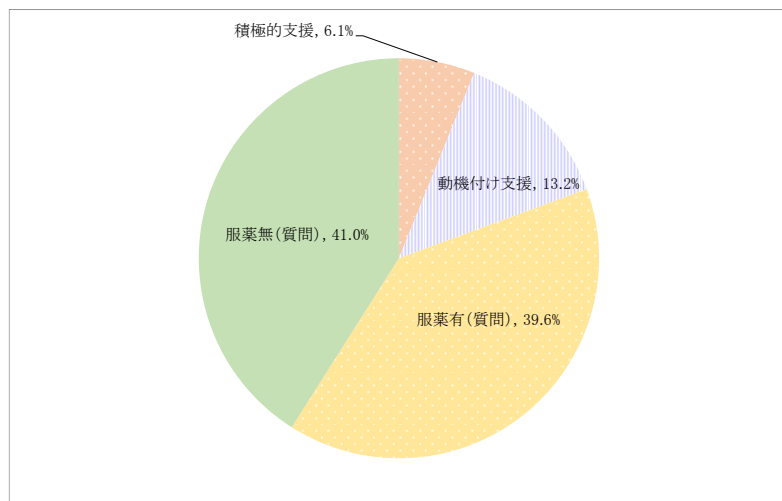
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	717	139	44	95	284	294	0
割合(%) ※	-	19.4	6.1	13.2	39.6	41.0	0.0

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

図 2-3-2 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

表 2-3-3 ※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血压		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当	なし		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②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

③血压：収縮期血压130mmHg以上 または 拡張期血压85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援対象者とする65歳以上を除くと、45歳～64歳までの年齢層では積極的支援対象者が動機付け支援対象者割合より高くなっています。服薬していない年齢層40歳～44歳の健診受診者においては、経年で支援対象者とならないよう介入していく必要があり、積極的支援対象者が多く内服中の健診受診者も発生している45歳以降は生活習慣病発症予防を目的に支援していく必要があるため、年齢層に応じて情報提供や勧奨の工夫を行うことが求められます。（表 2-3-4, 図 2-3-3）

表 2-3-4 年齢階層別 保健指導レベル該当状況

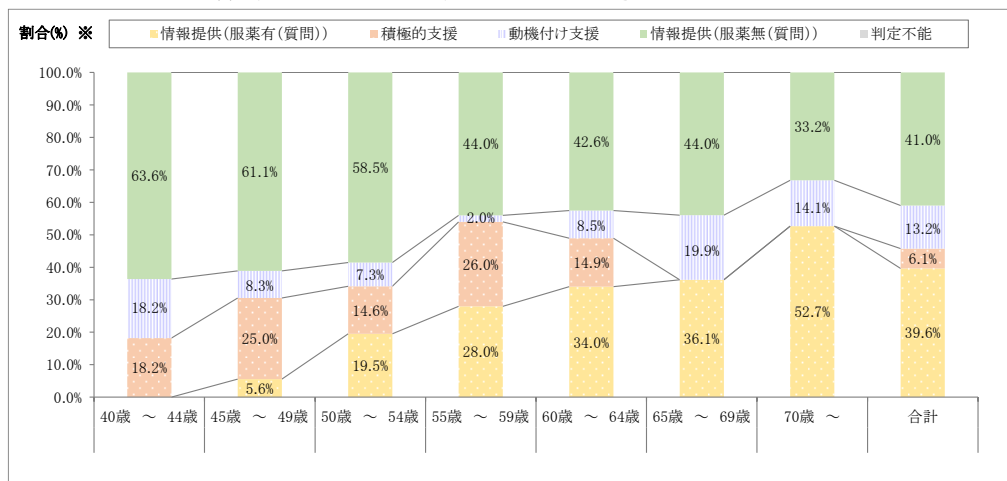
年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)						情報提供				判定不能	
		積極的支援		動機付け支援		服薬有(質問)		服薬無(質問)					
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※		
40歳～44歳	11	4	2	18.2	2	18.2	0	0.0	7	63.6	0	0.0	
45歳～49歳	36	12	9	25.0	3	8.3	2	5.6	22	61.1	0	0.0	
50歳～54歳	41	9	6	14.6	3	7.3	8	19.5	24	58.5	0	0.0	
55歳～59歳	50	14	13	26.0	1	2.0	14	28.0	22	44.0	0	0.0	
60歳～64歳	94	22	14	14.9	8	8.5	32	34.0	40	42.6	0	0.0	
65歳～69歳	166	33	0	0.0	33	19.9	60	36.1	73	44.0	0	0.0	
70歳～	319	45	0	0.0	45	14.1	168	52.7	106	33.2	0	0.0	
合計	717	139	44	6.1	95	13.2	284	39.6	294	41.0	0	0.0	

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

図 2-3-3 年齢階層別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

以下は、令和2年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、積極的支援対象者割合6.1%は令和2年度6.2%から0.1ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合13.2%は令和2年度12.7%から0.5ポイント増加しています。（表 2-3-5, 図 2-3-4）

表 2-3-5 年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
令和2年度	711	134	44	6.2	90	12.7
令和3年度	707	130	33	4.7	97	13.7
令和4年度	717	139	44	6.1	95	13.2

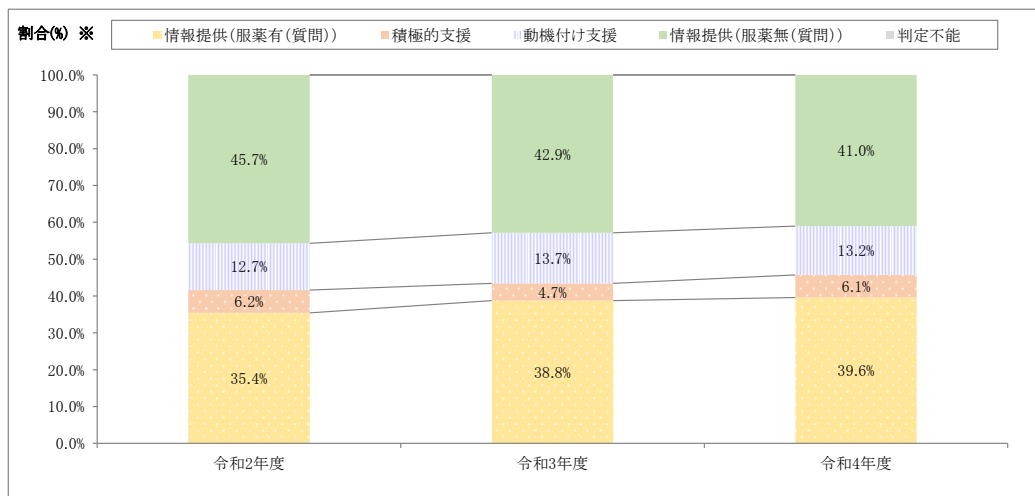
年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	711	252	35.4	325	45.7	0	0.0
令和3年度	707	274	38.8	303	42.9	0	0.0
令和4年度	717	284	39.6	294	41.0	0	0.0

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

図 2-3-4 年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものです。

表 2-3-6 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			139人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	6人	44人 32%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	11人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	5人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	2人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	3人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	6人	
	●		●			血糖＋脂質	5人	
	●	●	●			血圧＋脂質	1人	
	●			●		血糖＋喫煙	3人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	1人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
	●					血糖	0人	
		●				血圧	0人	
			●		因子数0	脂質	1人	
			●	喫煙		0人		
				なし	0人			
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	5人	95人 68%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	14人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	2人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	0人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	21人	
	●		●			血糖＋脂質	9人	
	●	●	●			血圧＋脂質	5人	
	●			●		血糖＋喫煙	2人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	3人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
	●					血糖	21人	
		●				血圧	9人	
			●		因子数0	脂質	3人	
			●	喫煙		0人		
				なし	0人			

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

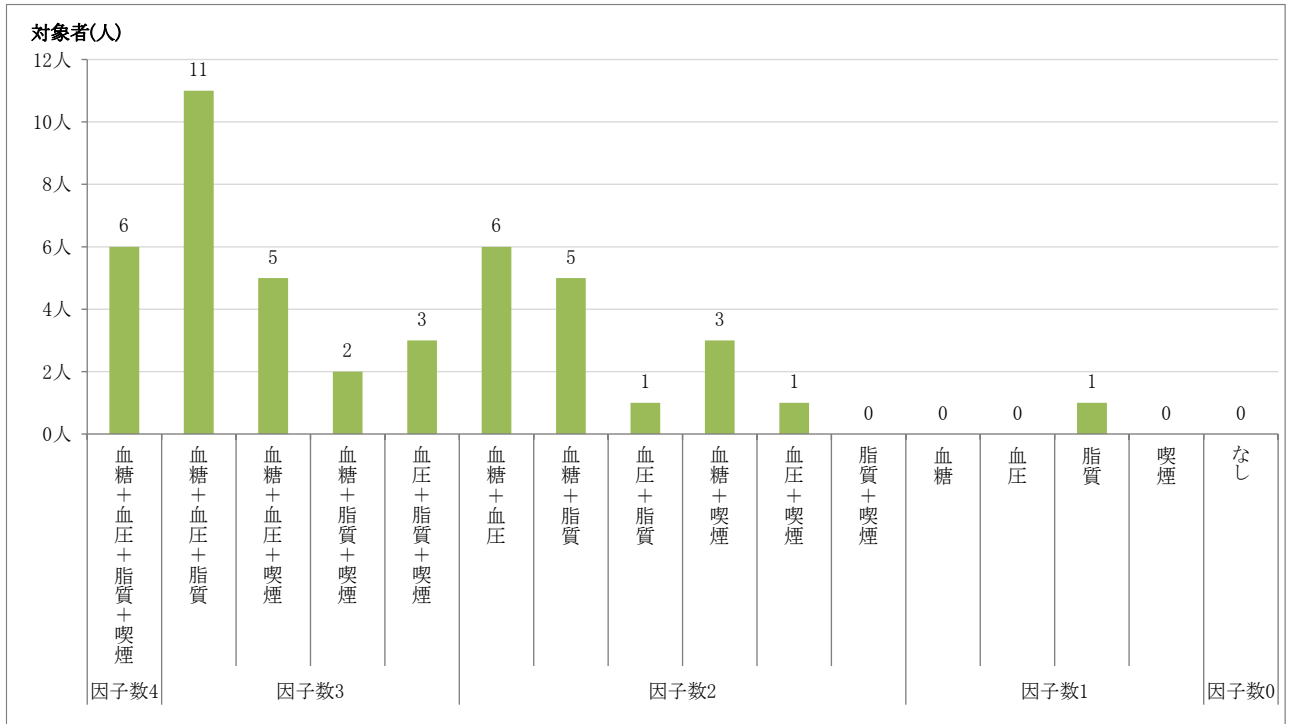
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合があります。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合があります。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

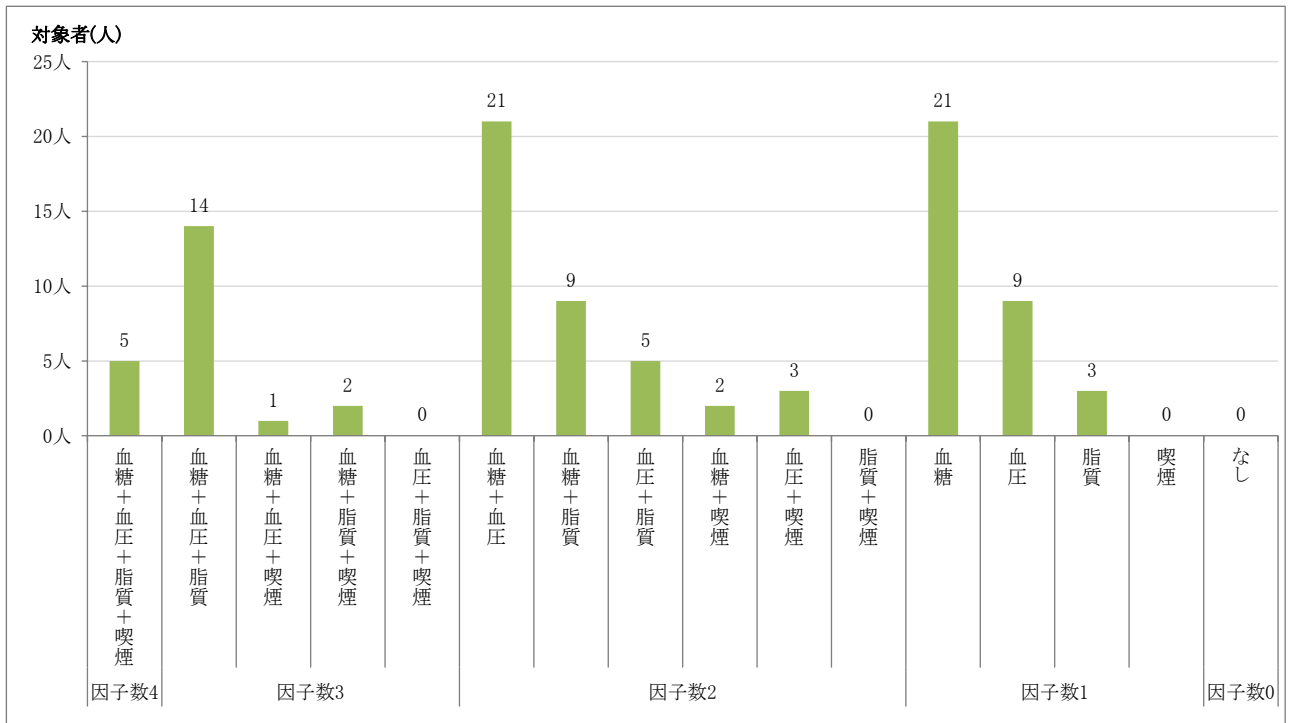
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

図 2-3-5 積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

図 2-3-6 動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものです。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要です。

表 2-3-7 特定保健指導対象者・非対象者別生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	139	22,915	396,042	418,957	2	14	14
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	294	0	532,042	532,042	0	18	18
	情報提供 (服薬有(質問))	284	334,327	21,722,734	22,057,061	16	283	283

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	139	11,458	28,289	29,926
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	294	0	29,558	29,558
	情報提供 (服薬有(質問))	284	20,895	76,759	77,940

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

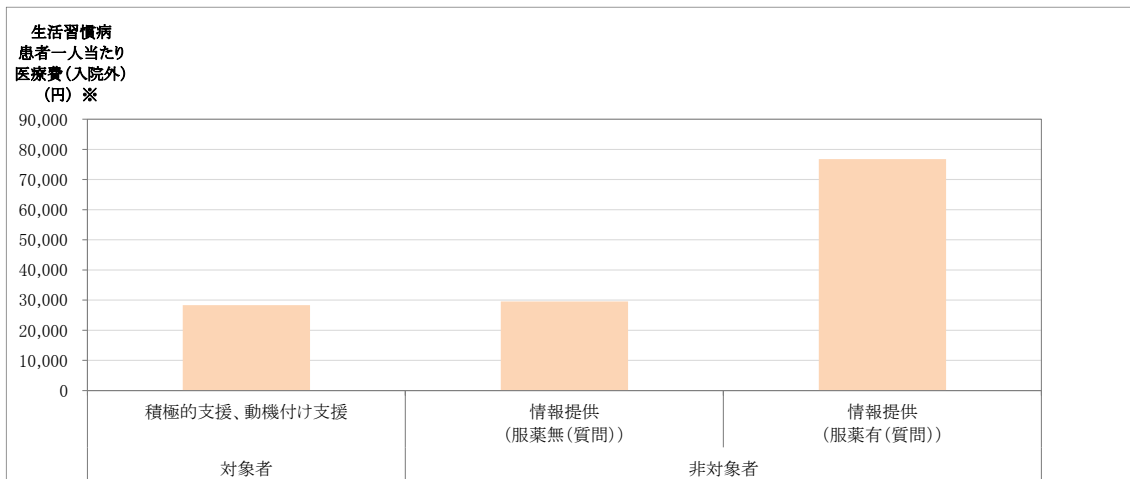
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

図 2-3-7 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしています。本町においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

表 2-4-1 目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	42.0	42.5	43.0	43.5	44.0	44.5	60.0
特定保健指導実施率(%)	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	60.0
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0	25.0

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

表 2-4-2 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	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
特定健康診査対象者数(人)	1,454	1,351	1,309	1,261	1,224	1,201
特定健康診査受診率(%) (目標値)	42.0	42.5	43.0	43.5	44.0	44.5
特定健康診査受診者数(人)	611	574	563	549	539	534

表 2-4-3 年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		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
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	580	548	556	568	580	575
	65歳～74歳	874	803	753	693	644	626
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	219	210	215	222	229	231
	65歳～74歳	392	364	348	327	310	303

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

表 2-4-4 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	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
特定保健指導対象者数(人)	120	114	111	110	108	106
特定保健指導実施率(% (目標値))	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5
特定保健指導実施者数(人)	14	14	14	15	15	15

表 2-4-5 支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			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
積極的支援	対象者数 (人)	40歳～64歳	41	40	37	38	36	34
	実施者数 (人)	40歳～64歳	5	5	5	5	4	4
動機付け 支援	対象者数 (人)	40歳～64歳	14	14	16	18	21	22
		65歳～74歳	65	60	58	54	51	50
	実施者数 (人)	40歳～64歳	2	2	2	2	3	3
		65歳～74歳	7	7	7	8	8	8

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

②実施方法

ア. 実施場所

町保健センターや委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

表 2-4-6 ■ 基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白

表 2-4-7 ■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	不整脈・心臓疾患の発見
眼底検査	動脈硬化・高血圧・糖尿病などによる血管の変化を調べる
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

ウ. 実施時期

5月から10月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診票と受診案内を個別に発送します。また、広報やホームページ等で周知を図ります。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

表 2-4-8 特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c (NGSP値)5.6%以上(空腹時血糖及びHbA1c (NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

② 実施方法

ア. 実施場所

町内施設等で実施します。

イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとしします。

表 2-4-9 動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

表 2-4-10 積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価) を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価) も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 						

ウ. 実施時期

7月から3月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導案内通知を発送します。

4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

表 2-4-11 【特定健康診査】

事業分類	取り組み
特定健診受診率向上対策事業	<ul style="list-style-type: none">・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。・夷隅医師会と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源を活用する。

表 2-4-12 【特定保健指導】

事業分類	取り組み
特定保健指導実施率向上対策事業	<ul style="list-style-type: none">・千葉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用し、電話による利用勧奨を実施する。

5. 実施スケジュール

以下は、第4期計画における特定健康診査及び特定保健指導の実実施スケジュールを示したものです。

特定健康診査は5月から開始し10月まで実施します。特定保健指導は7月から開始し3月まで実施します。（図 2-4-1）

図 2-4-1 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度				
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
特定健康診査	対象者抽出	↔																
	受診票送付	↔																
	特定健康診査実施		←															
	未受診者受診勧奨	←																
特定保健指導	対象者抽出				←													
	利用券送付				←													
	特定保健指導実施				←													
	未利用者利用勧奨				←													
	前年度の評価							↔										
	次年度の計画									↔								

1. 個人情報保護の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「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、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとします。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

②ICTを活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とします。ICT活用の推進に当たっては、「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」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとします。

御宿町国民健康保険
第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月発行

発行
企画・編集

御宿町
御宿町保健福祉課
〒299-5192
千葉県夷隅郡御宿町須賀1522
電話 0470-68-2511 (代)
F A X 0470-68-7183