

紀宝町国民健康保険
第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画
令和6年度～令和11年度

令和6年3月

紀宝町国民健康保険

目次

第1章 計画の基本的事項

- 1. 計画の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 2. 計画の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 3. 計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 4. 実施体制・関係者連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第2章 紀宝町の現状と課題

- 1. 保険者の特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 2. 前期計画に係る考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

第3章 健康・医療情報による分析

- 1. 医療データの分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 2. 生活習慣病関連医療データの分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
- 3. 特定健康診査・特定保健指導データの分析・・・・・・・・・・・・・・ 17
- 4. 介護データの分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23

第4章 保健事業実施計画（データヘルス計画）

- 1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の目的、目標・・・・・・・・ 25
- 2. 計画の評価指標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
- 3. 取り組むべき対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
- 4. 個別の保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

- 1. 特定健康診査等実施計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 2. 達成しようとする目標値の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 3. 特定健康診査等対象者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 4. 特定健康診査等の実施方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34

第5章 その他

- 1. 計画の評価及び見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
- 2. 計画の公表、周知・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
- 3. 個人情報保護対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
- 4. 地域包括ケアに係る取組及び他制度との連携・・・・・・・・・・・・ 37
- 5. その他計画策定にあたっての留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨

国民健康保険の保険者は、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第82条第1項の規定により、特定健康診査等のほか、健康教育、健康相談、健康診査その他の保険者の健康の保持増進のために必要な事業(以下「保健事業」という。)を行うように努めなければならないとされています。

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、レセプト等のデータの分析、それに基づく被保険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、事業の実施が求められました。

厚生労働大臣が平成26年4月に発出した「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」(平成16年厚生労働省告示307号。以下「保健事業実施指針」という。)に基づく「紀宝町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」を2期にわたって策定し、生活習慣病をはじめとする健康増進および重症化予防に関する保健事業を実施してきました。

あわせて、「高齢者の医療の確保に関する法律」および国が定める「特定健康診査等基本指針」に基づく「紀宝町特定健康診査等実施計画」を3期にわたって策定し、40歳から74歳までの加入者を対象に、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための特定健康診査および特定保健指導を実施してきました。

本計画は、令和5(2023)年度末で目標年度を迎えることから、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」および「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的な計画として策定し、特定健康診査結果やレセプトデータ等の分析をし、健康課題を明らかにした上で、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けた取組手法、目標を設定することにより、被保険者の健康増進を図ります。

2. 計画の位置付け

本計画は、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。

計画策定にあたり、健康増進法に基づく基本方針を踏まえるとともに、「紀宝町総合計画」「紀宝町健康増進計画」「紀宝町高齢者保健福祉計画」等の関連計画と整合性を図り、連携して事業を実施します。

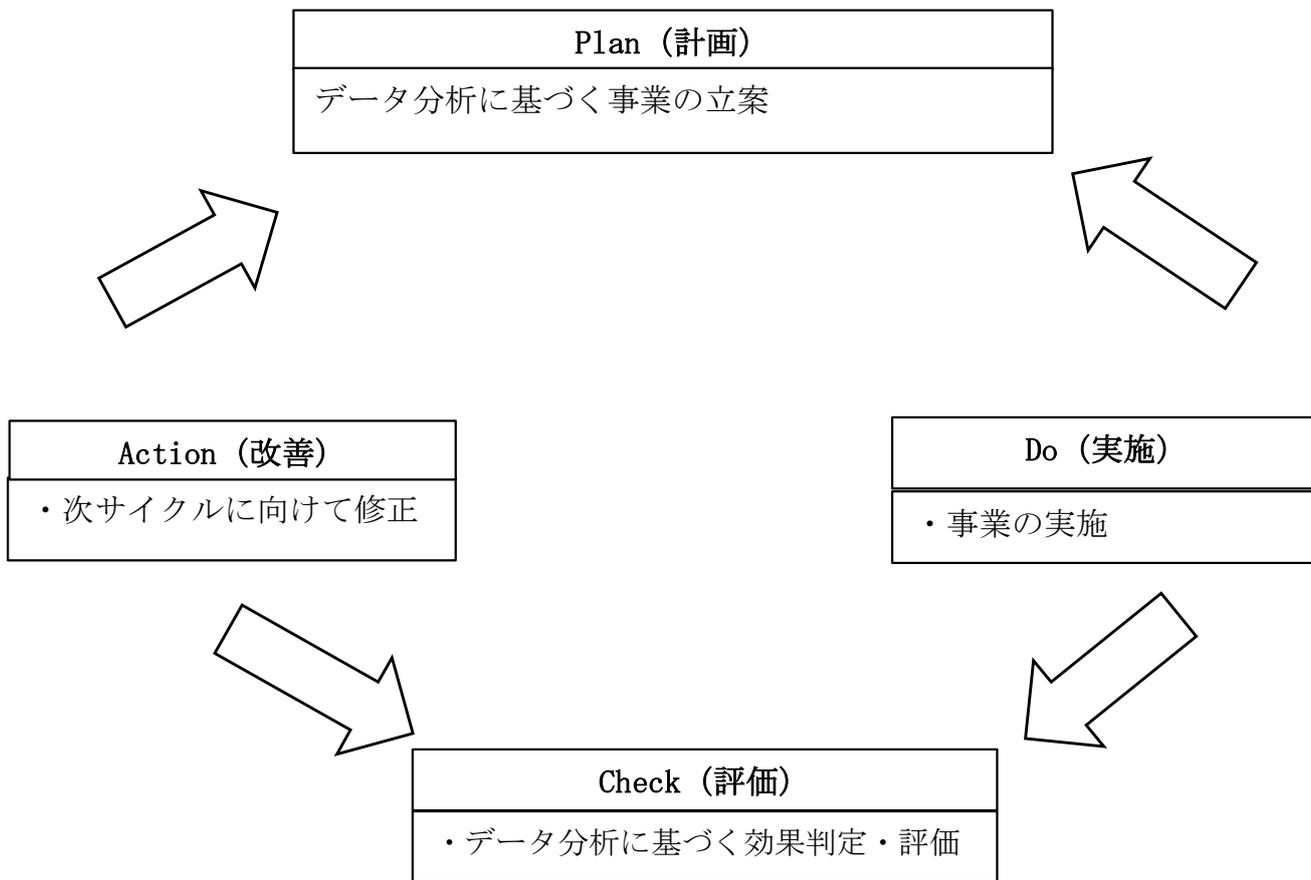
3. 計画の期間

第3期データヘルス計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間です。令和6年度から令和8年度まで前期、令和9年度から令和11年度までを後期に区分けし、前期終了時に中間評価を実施することとしています。

4. 実施体制・関係者連携

被保険者の生涯にわたる健康の保持・増進を見据え保健事業を推進するために、国民健康保険担当課である福祉課と、衛生部門であるみらい健康課の保健師・管理栄養士等が協働するとともに、計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて関係団体と連携し、第3期データヘルス計画を推進します。

図：PDCAサイクルによる計画の実施

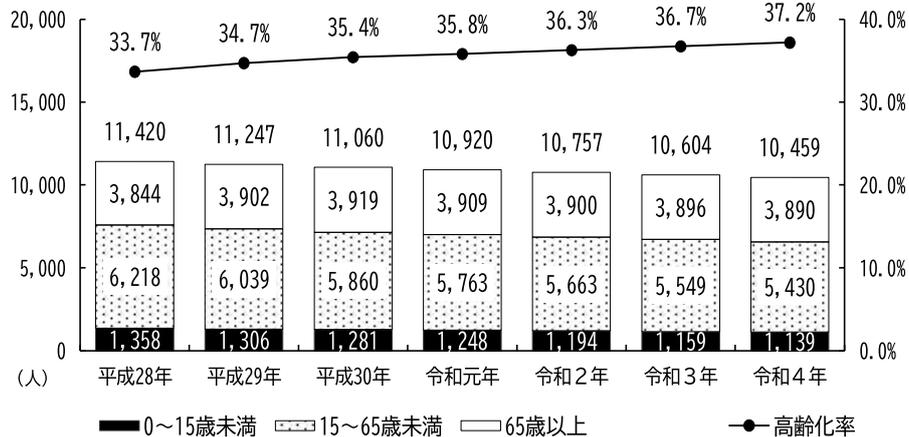


第2章 紀宝町の現状と課題

1、保険者の特性

(1) 人口の推移

総人口は減少傾向にあり、総人口に占める65歳以上の人口比率（高齢化率）は、三重県、全国より高い状況です。それに比べ0～14歳の年少人口と15～64歳までの生産年齢人口が年々減少していることから今後も高齢化が進むことが予想されます。

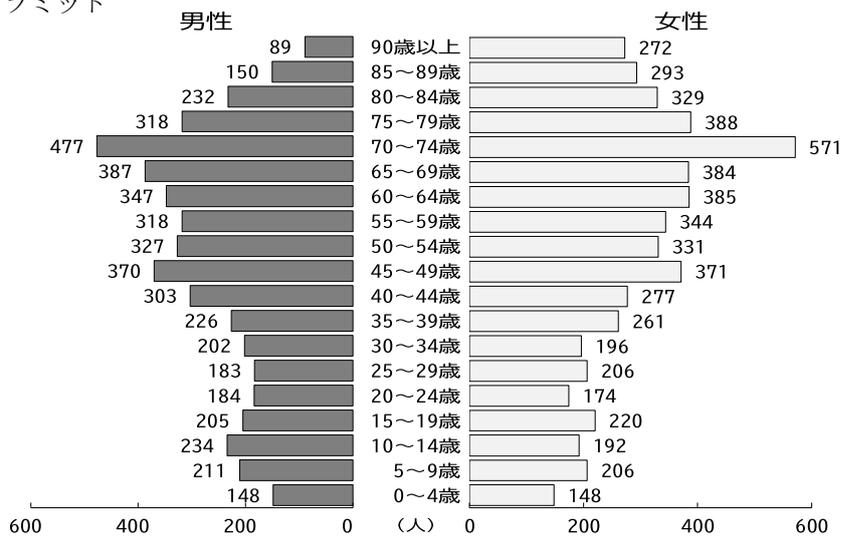


資料：住民基本台帳人口（各年10月1日現在）

(2) 人口構造の状況

本町の人口構造を5歳階級別の人口ピラミッドで見ると、男性、女性ともに70～74歳の層の人口が最も多く、この層の団塊の世代（1947～49年生まれ）が令和7年（2025年）には75歳以上の後期高齢者となることを見込まれます。

人口ピラミッド



資料：住民基本台帳人口（令和4年10月1日現在）

(3) 紀宝町国保における被保険者数の推移

平成30年～令和4年の被保険者数、前期高齢者数(65～74歳)及び前期高齢者割合は、図3の通りです。被保険者数は年々減少傾向にあるのに対し、前期高齢者割合は増加傾向にあります。



国保加入率のデータ (各年10月1日現在)

	H30	R元	R2	R3	R4
国保加入率	28.8%	27.7%	26.8%	26.2%	25.3%

国民健康保険被保険者年齢別の割合

年齢	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
0～9歳	31	2.54%	33	2.49%
10～19歳	55	4.51%	50	3.77%
20～29歳	49	4.02%	61	4.60%
30～39歳	70	5.74%	62	4.68%
40～49歳	128	10.50%	100	7.55%
50～59歳	160	13.13%	127	9.58%
60～64歳	118	9.68%	150	11.32%
65～69歳	234	19.20%	270	20.38%
70～74歳	374	30.68%	472	35.62%
合計	1,219	100%	1,325	100%

資料：KDBシステム 地域の全体像の把握 被保険者（令和4年度累計）
国民健康保険被保険者を年齢別で見ると、65歳以上が半数を占めています。

(4) 平均寿命と平均自立期間

(歳)

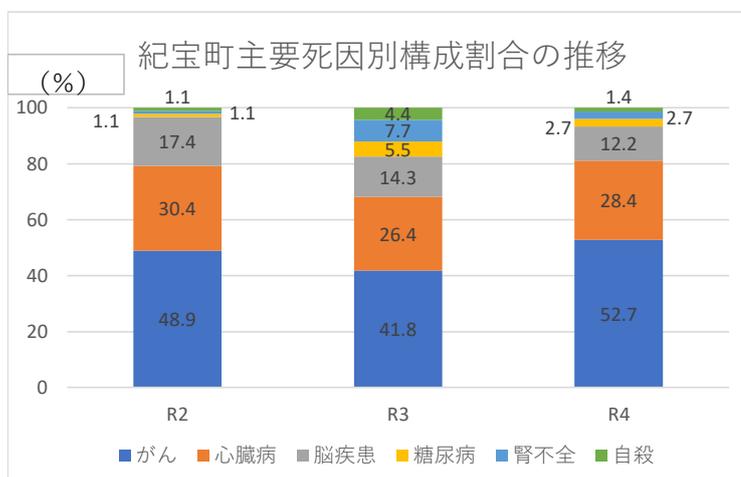
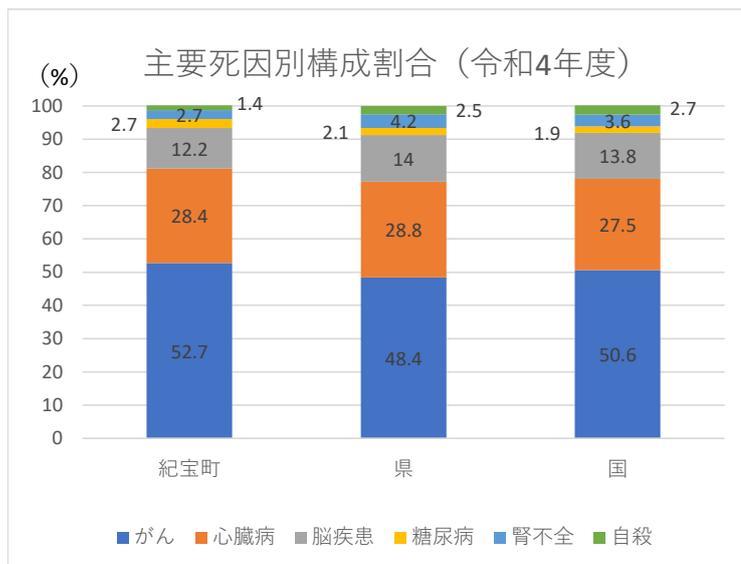
		紀宝町		県		国	
		H29	R4	H29	R4	H29	R4
平均寿命	男	79.8	80.4	79.7	80.9	79.6	80.8
	女	86.5	87.5	86.3	87.0	86.4	87.0
平均自立期間	男	76.6	79.5	79.3	80.4	79.3	80.1
	女	83.0	84.2	83.5	84.3	83.7	84.4

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

- ◆令和4年度の平均寿命は、男性が80.4歳で県（80.9歳）と比較してやや短い。女性は87.5歳で県（87.0歳）と比較してやや長い。男女ともH29年からやや伸びています。
- ◆平均自立期間は男性が79.5歳、女性が84.2歳で、男女とも県（男性80.4歳、女性84.3歳）と比較して短い。H29年からは男性が2.9歳、女性1.2歳伸びています。

(5) 主要死因別構成割合

がん、心臓病、脳疾患による死亡が多くなっており、令和4年度で全体の93.3%を占めている。経年変化で見ると令和2年度と比較し、令和4年度は脳疾患、心臓病の割合は減少している一方で、がんの割合は増加傾向となっています。



2. 前期計画に係る考察

(1) 特定健康診査等について

①特定健康診査

目的	生活習慣病発症予防のためのスクリーニングを行い、保健指導を必要とする人を抽出			
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者			
事業内容	地区の集会所等で受診する「集団健康診査」または県内受託医療機関で受診する「個別健康診査」を実施			
分類	仕組みや体制 ストラクチャー	過程 プロセス	結果 アウトプット	成果 アウトカム
指標	実施体制の構築	受診勧奨の実施	特定健診受診者数	特定健診受診率の向上

評価（実績値）

	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
特定健診受診率	30.2	39.6	39.0	42.4	45.0	60.0

健診料金の無料化、町内医療機関等関係機関との連携、ナッジ理論を活用した勧奨ハガキによる健診の受診勧奨、電話勧奨、健診を受診された方への商品券の交付事業を通じ、目標は達成できていないものの、令和2～4年度は受診率が向上した。

(2) メタボリックシンドローム減少に向けて

①特定保健指導

目的	メタボリックシンドロームの改善及び生活習慣病予防			
対象者	特定健康診査の結果、動機付け支援、積極的支援の対象で特定保健指導を利用いただいた方			
事業内容	個別又は集団にて保健指導を実施			
分類	仕組みや体制 ストラクチャー	過程 プロセス	結果 アウトプット	成果 アウトカム
指標	実施体制の構築	利用勧奨の実施	特定保健指導利用者数	特定保健指導実施率の向上

評価

	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
特定保健指導実施率	6.0	9.4	9.7	4.1	2.0	60.0

特定保健指導については、きめ細かな対応をし、利用勧奨、保健指導を行ってきたが、実施率としては非常に低い状態にある。国の目標値を大きく下回っており、大きな課題である。

(3) 糖尿病重症化対策

①糖尿病重症化対策

1) 啓発事業

- ・糖尿病予防週間（11月）に糖尿病予防に関する記事の掲載した。
- ・糖尿病予防週間（11月）にポスター等の掲示の実施した。
- ・糖尿病予防講演会の実施
糖尿病予防講演会時、歯科医師による「歯周病と糖尿病の関係について」講演を令和4年度・令和5年度計画のもと実施。
- ・イベント会場等にて糖尿病予防に関する周知や取組を実施

◆目標の達成状況

糖尿病の啓発事業として、毎年11月号広報には、専門職の協力を得て、糖尿病に関する記事の掲載を実施することができている。

◆達成できた要因・達成が困難であった要因

- ・令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため糖尿病予防講演会を実施することができなかった。そのため、広報等で啓発活動を実施している。

糖負荷検査結果による境界域者の健康教育

	糖尿病の早期発見、境界域者への指導により糖尿発症予防			
対象者	40歳～69歳 境界域指導については70歳未満			
事業内容	糖尿病糖負荷検査の実施、境界域者に保健指導を実施			
分類	仕組みや体制 ストラクチャー	過程 プロセス	結果 アウトプット	成果 アウトカム
指標	実施体制の構築	糖負荷検査後保健指導	境界域者の悪化予防	糖尿病患者の減少

2) 糖尿病糖負荷検査の実施

	糖尿病糖負荷検査 受診者数	境界型	糖尿病型
R元年度	31	6	4
R2年度	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止		
R3年度	26	9	1
R4年度	35	9	2

3) 糖尿病性腎症重症化予防

目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化の予防が必要と思われる被保険者に対し、受診勧奨や保健指導を実施することにより、糖尿病への進展予防及び糖尿病管理の徹底を行い、合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせること			
対象者	40～74歳			
事業内容	かかりつけ医等関係機関と十分な連携を図りながら受診勧奨や保健指導を実施			
分類	仕組みや体制 ストラクチャー	過程 プロセス	結果 アウトプット	成果 アウトカム
指標	実施体制の構築	受診勧奨や保健指導	人工透析への移行防止	新規透析者の減少

②運動習慣の獲得に向けた取り組み

平成28年度	令和4年度
1回30分以上の運動習慣なし 61.5%	1回30分以上の運動習慣なし 66.8%
1日1時間以上の運動習慣なし 53.1%	1日1時間以上の運動習慣なし 60.7%

1)運動習慣の獲得に向けた取り組み

目的	生活習慣病の発症を抑える			
対象者	40～74歳			
事業内容	健康増進事業、介護予防事業にて運動習慣獲得のための取組を行い、運動習慣の定着化を目指す			
分類	仕組みや体制 ストラクチャー	過程 プロセス	結果 アウトプット	成果 アウトカム
指標	実施体制の構築	運動習慣獲得に向けた事業の実施	運動習慣のある人の増加	生活習慣病の減少

◆目標の達成状況

運動に関する健康増進事業、介護予防事業を行ったが、

1回30分以上の運動習慣なしについて、5.4ポイント

1日1時間以上の運動習慣なしについて、7.6ポイント悪化した。

◆達成できた要因・達成が困難であった要因

健康増進事業・介護予防事業等があるが、一時的な参加で運動習慣の獲得に結びついていない可能性がある。

第3章 健康・医療情報による分析

1. 医療データの分析

(1) 医療費総額の推移

令和4年度の当町における医療費総額は、約10億4千6百万円で前年度比2.8%の増加となりました。経年変化においては、令和2年度は減少したものの、令和3年度以降は増加傾向にあります。

医療費総額の伸び率 (百万円)

	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
紀宝町	1,151	1,103	976	1,018	1,046
伸び率	-	-4.2%	-11.5%	4.3%	2.8%
三重県	150,056	147,580	140,221	145,433	142,758
伸び率	-	-1.7%	-5.0%	3.7%	-1.8%

資料：三重県における国民健康保険事業の実態

(2) 一人当たり医療費の推移

被保険者の一人当たり医療費は、紀宝町、三重県ともに令和2年度は減少したものの、概ね増加傾向にあります。

(円)

	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
紀宝町	360,927	362,737	334,902	366,064	395,586
伸び率	-	0.5%	-7.7%	9.3%	8.1%
三重県	389,329	399,542	390,052	413,677	395,586
伸び率	-	2.6%	-2.4%	6.1%	-4.4%

資料：三重県における国民健康保険事業の実態

◆一人当たり医療費は、令和3年度まで国、県と比較して低かったですが、令和4年度は29,121円と県、国と比較して高くなっています。

(3) 令和4年度医療費の特徴

		紀宝町	県	国
全体	受診率	735.412	791.433	705.439
	1件当たり点数	3,960	3,648	3,908
外来	費用の割合(%)	56.4	60.7	60.4
	受診率	712.832	772.666	687.776
	1件当たり点数	2,304	2,268	2,422
入院	費用の割合(%)	43.6	39.3	39.6
	入院率	22.580	18.767	17.663
	1件当たり点数	56,219	60,493	61,795
歯科	受診率	152.063	177.627	161.449
	1件当たり点数	1,220	1,215	1,335

出典：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
「地域の全体像の把握」

- ◆受診率は、県より低く、国より高くなっています。
- ◆1件当たり点数は、国、県より高くなっています。
- ◆医療費の割合は、外来56.4%、入院43.6%であり、県、国と比較すると入院の割合が高くなっています。

(4) 医療費分析 総額に占める割合

医療費総額に占める割合で傷病名を比較すると、精神が17.5%、高血圧が6.5%となっており、県、国より高くなっている。
一方で筋・骨格は14.9%、糖尿病は9.8%と県、国より低くなっています。

令和4年度医療費分析 総額に占める割合 (%)

	紀宝町	県	国
悪性新生物	32.2	30.8	32.2
精神	17.5	15.9	14.7
筋・骨格	14.9	15.8	16.7
糖尿病	9.8	11.0	10.4
慢性腎臓病(透析)	8.3	8.7	8.2
高血圧	6.5	6.3	5.9

出典：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(5) 疾病分類別医療費の状況

最小分類別医療費上位10疾患（入院）

	紀宝町	割合	県	割合	国	割合
統合失調症	4,973,192	32.7%	15,168,543	36.6%	12,664,040	28.1%
脳梗塞	1,635,545	10.8%	4,362,858	10.5%	5,594,251	12.4%
肺がん	1,326,206	8.7%	4,052,543	9.8%	4,722,854	10.5%
食道がん	1,157,821	7.6%	689,505	1.7%	1,388,907	3.1%
間質性肺炎	1,147,849	7.6%	638,238	1.5%	739,984	1.6%
不整脈	1,131,815	7.4%	4,940,746	11.9%	5,889,021	13.1%
骨折	1,072,428	7.1%	5,764,988	13.9%	7,421,003	16.5%
認知症	944,310	6.2%	1,162,182	2.8%	965,442	2.1%
狭心症	943,294	6.2%	3,042,266	7.3%	3,609,954	8.0%
胃がん	864,641	5.7%	1,605,952	3.9%	2,113,924	4.7%

出典：KDBシステム「医療費分析（1）最小分類」

最小分類別医療費上位10疾患（外来）

	紀宝町	割合	県	割合	国	割合
糖尿病	4,815,996	19.7%	21,297,636	23.0%	23,640,227	22.5%
慢性腎臓病（透析あり）	3,930,919	16.1%	15,249,688	16.4%	16,433,238	15.7%
関節疾患	3,763,322	15.4%	9,755,202	10.5%	11,441,139	10.9%
高血圧	3,485,391	14.2%	13,404,732	14.4%	14,673,994	14.0%
脂質異常症	2,088,552	8.5%	8,784,230	9.5%	10,259,451	9.8%
統合失調症	2,022,187	8.3%	4,438,285	4.8%	5,387,914	5.1%
不整脈	1,344,415	5.5%	5,139,445	5.5%	6,415,278	6.1%
骨粗しょう症	1,050,120	4.3%	3,631,788	3.9%	4,308,778	4.1%
肺がん	1,014,928	4.1%	7,321,249	7.9%	8,004,230	7.6%
緑内障	966,739	3.9%	3,765,458	4.1%	4,389,972	4.2%

出典：KDBシステム「医療費分析（1）最小分類」

- ◆疾病別の医療費は、入院では、「統合失調症」が最も高くなっています。
- ◆外来では「糖尿病」が高く、次いで「慢性腎不全（透析あり）」が高くなっています。

2. 生活習慣病関連医療データの分析

(1) 年齢階層別生活習慣病対象者の割合（5月診療分）

(%)

	全体		男性		女性	
	R2	R4	R2	R4	R2	R4
20歳代以下	5.1	5.5	6.0	3.8	4.2	7.2
30歳代	8.7	14.7	8.8	12.7	8.5	17.2
40歳代	23.1	25.5	25.2	23.7	20.8	27.8
50歳代	32.1	31.3	32.6	29.3	31.6	33.6
60～64歳	41.5	45.4	40.1	49.2	42.5	42.5
65～69歳	52.6	53.6	52.4	52.0	52.7	55.0
70～74歳	60.5	64.3	56.7	64.9	63.4	63.7

出典：KDBシステム「生活習慣病全体のレセプト分析」（厚生労働省様式3-1）

◆全体では60代後半で50%を70代前半で60%を超えています。年齢が高くなるとともに増加。R2とR4を比較すると、やや増加傾向となっています。

◆男性と女性を比較すると、R4は20代～50代と60代後半で男性より女性が高く、60代前半、70代で女性より男性が高くなっています。

(2) 糖尿病患者の状況 年齢階層別糖尿病患者の割合（5月診療分）

(%)

	全体		男性		女性	
	R2	R4	R2	R4	R2	R4
20歳代以下	0.3	1.0	0.0	0.0	0.5	2.0
30歳代	0.0	2.1	0.0	0.0	0.0	4.7
40歳代	4.3	4.0	5.2	3.6	3.3	4.6
50歳代	9.5	9.4	14.6	11.3	3.8	7.0
60～64歳	8.8	12.8	11.2	19.2	7.0	8.0
65～69歳	15.3	14.7	14.6	13.0	16.0	16.2
70～74歳	17.2	19.8	19.0	24.6	15.8	15.9

出典：KDBシステム「糖尿病のレセプト分析」（厚生労働省様式3-2）

◆紀宝町の糖尿病患者の現状は、R2、R4年とともに高齢者になると高くなっています。40代以降に受診者の割合が増加しています。生活習慣病対策が必要です。

(3) 高血圧症患者の状況 年齢階層別高血圧症患者の割合 (5月診療分)

(%)

	全体		男性		女性	
	R2	R4	R2	R4	R2	R4
20歳代以下	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30歳代	0.0	0.7	0.0	1.3	0.0	0.0
40歳代	7.8	7.3	10.4	8.5	5.0	5.6
50歳代	13.4	14.0	16.3	14.0	10.1	14.1
60～64歳	21.0	23.4	26.3	30.0	17.0	18.4
65～69歳	30.6	31.7	33.3	34.9	28.2	28.8
70～74歳	38.8	39.9	36.3	43.9	40.7	36.7

出典：KDBシステム「高血圧症のレセプト分析」(厚生労働省様式3-3)

◆紀宝町の糖尿病患者の現状は、R2、R4年とともに高齢者になると高くなっています。40代以降に受診者の割合が増加しています。

(4) 脂質異常症患者の状況 年齢階層別脂質異常症患者の割合 (5月診療分)

(%)

	全体		男性		女性	
	R2	R4	R2	R4	R2	R4
20歳代以下	0.5	0.3	0.5	0.0	0.5	0.7
30歳代	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	3.1
40歳代	6.7	7.3	7.4	6.5	5.8	8.3
50歳代	15.5	14.4	18.0	12.0	12.7	17.2
60～64歳	19.9	23.0	17.8	25.4	21.5	21.3
65～69歳	27.4	28.7	21.7	23.0	32.5	33.7
70～74歳	33.0	34.5	30.2	33.6	35.1	35.3

出典：KDBシステム「脂質異常症のレセプト分析」(厚生労働省様式3-4)

◆紀宝町の脂質異常症患者の現状は、R2、R4年とともに高齢者になると高くなっています。40代以降に受診者の割合が増加しています。

(5) 人工透析患者及び新規透析導入患者の状況

(%)

	全体		男性		女性	
	R2	R4	R2	R4	R2	R4
20歳代以下	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
40歳代	0.8	0.4	0.7	0.0	0.8	0.9
50歳代	0.0	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0
60～64歳	0.9	0.7	1.3	0.8	0.5	0.6
65～69歳	0.2	0.2	0.0	0.4	0.3	0.0
70～74歳	0.4	0.5	0.3	0.3	0.4	0.4

出典：KDBシステム「人工透析のレセプト分析」（厚生労働省様式3-7）

人工透析患者の推移を見ると、比率で見るとほぼ横ばいとなっています。新規導入患者数は令和2年度は2名だったものの、3年度、4年度は0名でした。総透析者数は令和2年度11名、令和3年度12名、令和4年度9名であり、令和3年度は増加したものの、令和4年度は減少しています。

3. 特定健康診査・特定保健指導データの分析

(1) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の状況

令和2年度から令和4年度における当町の特定健康診査の実施状況（受診率）は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で県平均との差が大きかったものの、令和3年度、4年度と受診率は向上しています。それでも令和4年度は全国よりは高いものの、県より若干低い状況です。

一方、令和2年度から令和4年度における当町の特定保健指導の実施状況（実施率）は、令和2年度から令和4年度まで減少を続けており、国、県と比較しても非常に低い状況となっており大きな課題です。

	特定健診受診率 (%)			特定保健指導実施率 (%)		
	紀宝町	県	国	紀宝町	県	国
R2	39.2	42.6	33.5	9.7	13	24
R3	42.3	44.2	44.0	2.3	12.7	24.0
R4	44.8	45.7	37.6	2.0	12.0	24.6

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

(2) 男女別の年齢階層別特定健康診査の受診率の状況（令和4年度）

令和4年度における当町の男女別の年齢階層別特定健康診査受診率をみると、女性は年齢が高くなるにつれて高率になる傾向があるものの、男女の40歳～44歳、女性の45歳～49歳、男性の50歳から64歳までの層が概して低い受診率となっています。

(%)

	男性	女性
40～44歳	20.4	17.9
45～49歳	35.0	25.9
50～54歳	18.3	30.2
55～59歳	20.3	38.3
60～64歳	28.3	45.1
65～69歳	47.7	56.7
70～75歳	45.7	58.3

出典：KDBシステム「健診受診状況」（様式5-4）

(3) メタボリックシンドローム該当者

令和4年度の特定健診実施によるメタボリックシンドローム該当者の割合は、令和2年度と比較すると、男性では40歳代を除くすべての年代で割合が増加しています。一方で女性では、40歳代を除くすべての年代で割合が減少しています。

また、すべての年代で女性より男性の方が2倍以上高い割合になっています。

	令和4年				令和2年			
	男性		女性		男性		女性	
	割合 (%)	人数 (人)						
40歳代	32.3	10	5.0	1	40.9	9	5.0	1
50歳代	25.0	7	4.9	2	21.9	7	6.3	2
60歳代	37.8	51	9.9	20	27.3	39	10.8	26
70～74歳	39.3	66	10.8	29	31.3	47	12.0	28
合計	37.0	134	9.8	52	29.4	102	10.9	57

出典：KDBシステム「メタボリックシンドローム該当者・予備軍」（様式5-3）

(4) メタボリックシンドローム予備軍

当町の男女別のメタボリックシンドローム予備軍の割合については、男性では50歳代を除き、すべての年代で、女性はすべての年代で令和2年度と比較して減少しています。

	令和4年				令和2年			
	男性		女性		男性		女性	
	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数
40歳代	9.7	3	5.0	1	22.7	5	10.0	2
50歳代	32.1	9	7.7	3	18.8	6	12.5	4
60歳代	14.1	19	3.9	8	21.7	31	5.0	12
70～74歳	12.5	21	3.0	8	20.7	31	6.4	15
合計	14.4	52	3.8	20	21.0	73	6.3	33

出典：KDBシステム「メタボリックシンドローム該当者・予備軍」（様式5-3）

(5) 特定健診における有所見者の状況

①全体

(単位%)

	紀宝町		県		国	
	R4	R2	R4	R2	R4	R2
BMI ※25以上	25.0	23.2	26.7	26.9	27.1	27.7
腹囲 ※85以上	30.8	32.8	35.4	35.3	35.0	35.4
中性脂肪 ※150以上	28.3	24.7	24.4	24.9	21.1	22.0
ALT (GPT) ※31以上	13.9	14.1	14.8	15.3	14.5	15.6
HDLコレステロール ※40未満	4.4	5.6	4.4	4.3	3.8	4.0
血糖 ※100以上	23.7	13.6	20.6	19.9	24.8	25.1
HbA1c ※5.6以上	42.3	31.1	55.1	51.9	57.1	56.0
尿酸 ※7.0以上	9.2	10.7	7.3	7.9	6.5	6.7
収縮期血圧 ※130以上	61.9	62.2	49.2	50.7	47.5	49.6
拡張期血圧 ※85以上	29.3	33.8	19.6	19.3	21.1	21.2
LDLコレステロール ※120以上	55.9	56.4	48.8	51.6	50.3	53.3

出典：KDBシステム「健診有所見者状況（男女別・年代別）」（様式5-2）

②男性

(単位%)

	紀宝町		県		国	
	R4	R2	R4	R2	R4	R2
BMI ※25以上	34.5	28.5	33.6	33.3	34.2	34.4
腹囲 ※85以上	54.4	55.6	56.3	55.9	55.3	55.7
中性脂肪 ※150以上	35.9	30.0	31.1	31.5	28.1	29.0
ALT (GPT) ※31以上	18.8	21.3	21.5	22.6	21.4	23.1
HDLコレステロール ※40未満	8.8	10.7	8.3	8.0	7.1	7.5
血糖 ※100以上	28.5	18.4	27.7	26.9	31.4	31.7
HbA1c ※5.6以上	42.5	30.0	56.2	53.3	57.8	56.8
尿酸 ※7.0以上	18.5	22.8	13.9	14.9	12.4	12.8
収縮期血圧 ※130以上	68.2	63.4	50.4	51.9	50.2	52.6
拡張期血圧 ※85以上	37.6	42.7	23.9	23.7	26.4	26.6
LDLコレステロール ※120以上	50.3	53.3	43.2	45.9	45.6	48.3

③女性

(単位%)

	紀室町		県		国	
	R4	R2	R4	R2	R4	R2
BMI ※25以上	18.5	19.6	21.4	22.0	21.4	22.3
腹囲 ※85以上	14.7	17.7	19.3	19.8	18.8	19.5
中性脂肪 ※150以上	23.0	21.1	19.3	19.9	15.6	16.5
ALT (GPT) ※31以上	10.6	9.3	9.6	9.8	9.0	9.7
HDLコレステロール ※40未満	1.3	2.3	1.5	1.5	1.2	1.3
血糖 ※100以上	20.4	10.5	15.2	14.6	19.6	20.0
HbA1c ※5.6以上	42.1	31.8	54.3	50.9	56.5	55.4
尿酸 ※7.0以上	2.8	2.7	2.2	2.5	1.8	1.9
収縮期血圧 ※130以上	57.5	61.3	48.3	49.7	45.3	47.3
拡張期血圧 ※85以上	23.6	28.0	16.3	15.9	16.9	17.0
LDLコレステロール ※120以上	59.8	58.5	53.2	55.9	54.1	57.3

健診有所見者の割合は、全体としては中性脂肪、血糖、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧、LDLコレステロールの値が高く、男性ではHDLコレステロール、女性ではALT (GPT) の値が高い割合となっています。

(6) 生活習慣（令和4年度）

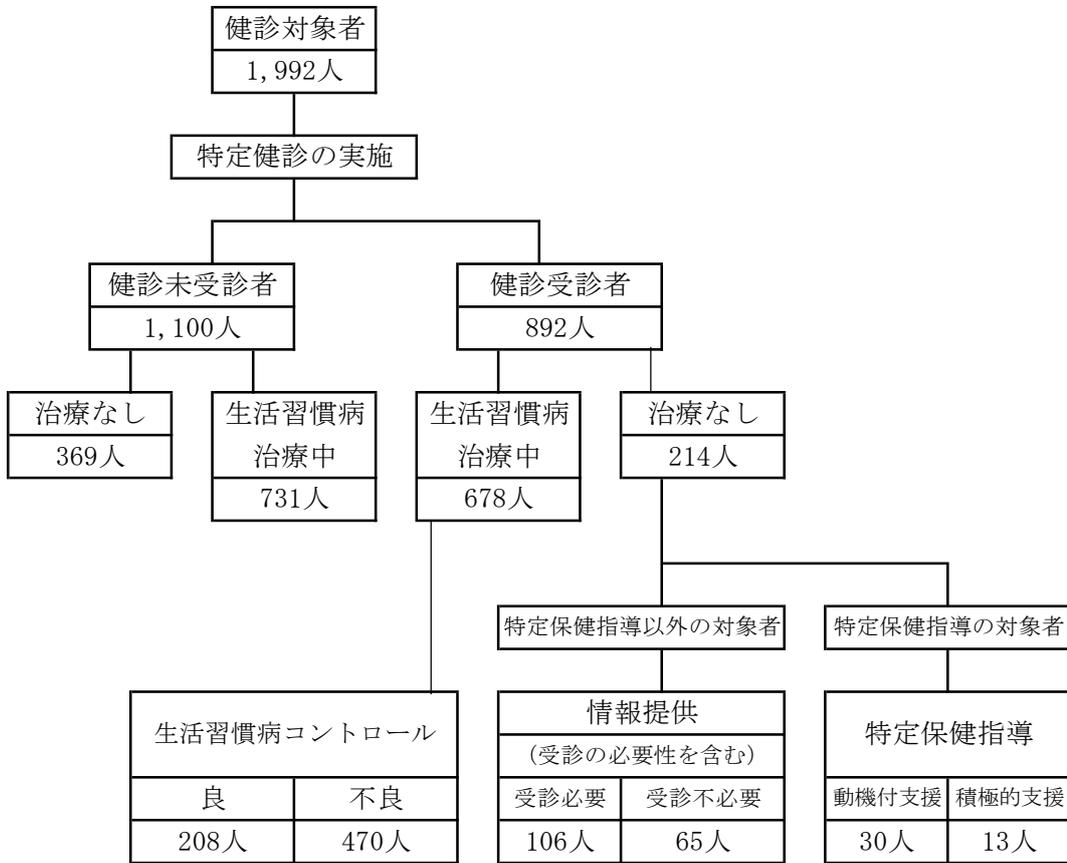
		紀宝町	県	国	
服薬	高血圧症	32.7	37.2	35.6	
	糖尿病	6.5	9.1	8.7	
	脂質異常症	24.7	30.4	27.9	
喫煙	たばこを習慣的に吸っている	10.2	13.1	13.8	
体重	20歳時体重から10Kg以上増加	31.8	34.3	35.0	
運動	1回30分以上の運動習慣なし	66.8	63.4	60.4	
	1日1時間以上運動なし	60.7	55.4	48.0	
	歩行速度遅い	62.6	57.9	50.8	
咀嚼	なんでもかんで食べることができる	67.5	76.5	79.3	
	かみにくいことがある	31.3	22.6	19.9	
	ほとんどかめない	1.3	0.9	0.8	
食事	食べる速度が速い	25.8	27.5	26.8	
	週3回以上、就寝前2時間以内に食事	11.6	12.7	15.8	
	朝昼夕3食以外の間食を毎日摂る	27.4	22.3	21.6	
	週3回以上、朝食を抜く	5.4	8.1	10.4	
飲酒	飲酒頻度 毎日	26.5	22.2	25.5	
	1日の量	1合未満	76.0	74.3	64.1
		1～2合	17.4	17.7	23.7
		2～3合	5.2	6.2	9.4
		3合以上	1.4	1.9	2.8
睡眠	睡眠不足	24.8	20.9	25.6	
生活習慣改善	改善意欲なし	33.6	29.8	27.6	
	改善意欲あり	29.7	28	28.6	
	取り組み始めている	13.9	14.7	13.9	
	取組済み6か月未満	8.1	7.8	9.0	
	取組済み6か月以上	14.7	19.7	20.9	

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

- ◆服薬割合は、いずれも県、国と比較し低くなっています。
- ◆運動習慣なし、1日1時間以上の運動なし、歩行速度遅い者の割合が、県、国と比較して割合が高くなっています。
- ◆咀嚼機能の噛みにくい、ほとんど噛めないの割合が高くなっています。
- ◆間食を毎日摂る者の割合が県、国と比較して高くなっています。
- ◆朝食を抜く者の割合が少なくなっています
- ◆毎日飲酒する者の割合が県・国と比較して高いが、1日の量は少なくなっています。

(7) 特定健康診査結果情報とレセプトとの突合

令和4年度の特定健康診査結果データとレセプトデータを組み合わせた結果、健診受診者のうち生活習慣病治療中であっても、生活習慣病コントロール不良の方が多くなっています。



資料：KDBシステム（厚生労働省書式（5-5））

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

4. 介護データの分析

(1) 要介護（要支援）者認定の状況

		介護認定率 (%)					
		紀宝町		県		国	
		R4	R2	R4	R2	R4	R2
介護 保険	1号認定率	21.9	21.6	19.6	19.9	19.4	19.9
	2号認定率	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
	新規認定率	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

介護認定率及びサービス利用率 (%)

	認定率 (分母：被保険者)			サービス利用率 (分母：認定者)		
	紀宝町	県	国	紀宝町	県	国
要支援 1	2.5	2.7	2.7	5.4	5.8	5.5
要支援 2	2.8	2.4	2.7	7.1	7	7.7
要介護 1	2.4	4.5	4.1	8.9	19	17.4
要介護 2	4.3	3.1	3.2	17.4	14.3	15.1
要介護 3	3.8	2.6	2.6	16.4	12.5	12.4
要介護 4	3.3	2.7	2.5	14.4	12.8	11.8
要介護 5	2.8	1.7	1.7	11.9	8.1	7.7
全体	21.9	19.7	19.5	81.5	79.5	77.6

出典：KDBシステム「健康スコアリング」

本町の介護保険の要支援・要介護認定率はおおむね横ばい傾向にあります。要介護2以上の介護認定率およびサービス利用率は国、県と比較して多くなっています。

(2) 要介護認定者の疾病別有病状況

		有病状況 (%)					
		紀宝町		県		国	
		R4	R2	R4	R2	R4	R2
有病状況	糖尿病	22.8	22.8	25.1	24.2	24.3	23.3
	高血圧症	55.6	52.9	55.8	55.6	53.3	52.4
	脂質異常症	28.5	28.6	33.1	31.5	32.6	30.9
	心臓病	61.3	60.3	62.5	62.5	60.3	59.5
	脳疾患	21.0	20.3	23.2	24.9	22.6	23.6
	がん	12.9	12.2	10.7	10.4	11.8	11.3
	筋・骨格	57.0	56.7	54	53.3	53.4	52.3
	精神	31.0	33.4	34.6	35.5	36.8	36.9
	認知症（再掲）	18.4	19.9	22.6	23.2	24.0	24
	アルツハイマー病	12.8	14.6	17.4	18.2	18.1	18.5

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

本町の要介護認定者の疾病別有病状況を比較すると、がん及び筋・骨格が国・県と比較して高い割合となっています。

第4章 保健事業実施計画（データヘルス計画）

1. データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標

（1）計画の目的・目標

本計画では「健康寿命の延伸」「医療の適正化」を目標とし、この実現に向けて「計画の目標」「計画の評価目標」を設定する。

計画における全体目的	評価指標	現状 令和4年度	中間目標 令和8年度	最終目標 令和11年度
健康寿命の延伸（男女別）	平均自立期間 （歳）	男:79.5	男:79.83	男:80.16
		女:84.2	女:84.75	女:85.3
医療費適正化の推進	一人当たり 医療費（円）	395,586	411,409	427,232

（2）計画の目標

健康・医療情報の分析結果に基づく健康課題や、前計画の評価から、計画を次の通りとし、目標を達成するための対策を推進していく。

①生活習慣病の予防及び重症化予防を図ることで、健康管理や適正な受診行動を促進し、被保険者の健康の保持増進及び、医療の適性化を図る。

②重複受診や重複投薬等受診行動の適正化を図るとともに、ジェネリック医薬品の普及啓発を行うことで、医療の適正化を図る。

③特定健診・がん検診を通じて疾病の早期発見、早期治療及び適切な治療に結びつけることにより疾病による死亡率の減少を図る。

また、高齢者の特性を踏まえた健康保持増進の取組を行いことにより、住み慣れた土地で自立した生活ができるように健康寿命の延伸のための取組を行う。

2、計画の評価指標

本計画の評価指標については次の表の通りとし、取り組む保健事業をまとめた評価指標一覧

事業名	新規/ 継続	事業の目標及び概要		評価指標	計画策定 時実績	目標値
特定健診	継続	【目的】 特定健康診査受診率向上 【概要】 集団健診・個別健診の実施 対象者全員に受診券を送付未受診者 受診勧奨の実施	アウトカム	特定健診受診率	45.0%	60% 以上
			アウトプット	健診無関心層の 減少	48.6%	38.6%
特定保健指導	継続	【目的】 メタボリックシンドローム該当者の 減少 【概要】 特定保健指導対象者に特定保健指導 の実施	アウトカム	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少	33.3%	43.3%
			アウトプット	特定保健指導実 施率の向上と終 了率	2.0%	60% 以上
糖尿病腎症重症化 予防対策	継続	【目的】 糖尿病腎症重症化予防 【概要】 腎症の段階により対象者への通知、 保健指導の実施	アウトカム	糖尿病腎症による 新規人工透析導入 者の減少	1人	0人
			アウトプット	HbA1c8.0以上の 者の割合	0.98%	1.0% 以下現状 維持
			アウトプット	受診勧奨後の医療 機関受診率	28.6%	60.0%
			アウトプット	保健指導実施率	12.5%	30.0%
重複・頻回受診/ 重複・多剤服者	新規	【目的】 医療費適正化 被保険者の健康維持 【概要】 対象者への通知、保健指導の実施	アウトカム	重複・多剤服者 の減少	62人	31人 以下
			アウトプット	対象者への保健指 導の実施率	0.0%	1.0% 以上
後発医薬品 使用促進	新規	【目的】 医療費適正化 【概要】 後発医薬品利用差額通知の送付	アウトカム	後発医薬品使用率	79.4%	80% 以上
			アウトプット	差額通知発症者の 減少	2.18%	1.18%
がん検診	継続	【目的】 がんの早期発見 【概要】 がん検診の実施	アウトカム	がんによる死亡割 合	52.7%	52.7% 以下
			アウトプット	胃がん受診率	6.8%	60.0%
				肺がん受診率	17.7%	60.0%
				大腸がん受診率	9.3%	60.0%
				乳がん受診率	6.7%	60.0%
子宮がん受診率	6.1%	60.0%				
地域包括ケア推 進・高齢者の保健 事業と介護予防の 一体的実施	新規	【目的】 国民健康保険から後期高齢者医療保 険制度に移行する際の切れ目のない 保健事業の継続 【概要】 ・KDBシステムなどを活用した対象者 の把握 ・対象者への個別的支援	アウトカム	75歳以上の糖尿病 性腎症重症化予防 対象者の減少		0人
			アウトカム	75歳以上の処方薬 剤20以上の者の減 少		10人
			アウトプット	対象者の保健事業 実施率		100%
自殺対策		【目的】 誰も自殺に追い込まれることのない紀宝 町の実現 【概要】 ゲートキーパー研修会 こころの健康づくり事業の実施	アウトカム	自殺自坊率 (人口10万人対)	19.62人	13.7人 以下
			アウトプット	自殺者の減少	1～7 人	1人 以下

3. 取り組むべき対策

計画の目標に基づき、取り組むべき対策を「生活習慣病対策」「適正受診対策」「健康寿命の延伸」とし、具体的な対策を8つに分け、それぞれの保健事業を展開します。

項目	取り組むべき対策	優先する課題	保健事業	評価指標
A 生活習慣病対策	メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクを早期に発見するため、特定健診の受診率の向上を図る。	1	A - ① 特定健診受診率の向上	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 特定健診無関心者の減少
	メタボリックシンドローム		A - ② 特定保健指導事業の向上	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導による特定保健指導者の減少 特定保健指導終了率
	新規人工透析者を抑制するために、糖尿病予防、悪化予防、糖尿病性腎症の重症化予防を図る		A - ③ 糖尿病性腎症重症化予防対策	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症の新規人工透析者の減少 HbA1c8.0以上の者の割合 受診勧奨後の医療機関受診率 保健指導実施率
B 健康寿命の延伸	主要死因別割合では「悪性新生物」が1位であることから疾病早期発見、その後続く診断、適正な医療に結び付けるため、がん検診受診率向上に努める。	2	B - ④ がん検診	<ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率 がんによる年齢調整死亡率
	後期高齢者については、健康状態や生活機能について個人差が大きく、健康上の不安が大きくなることから、不安を取り除き住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図る。		B - ⑤ 地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養指導対象者の減少 口腔指導対象者の減少 適正医療受診者として未受診者の減少
	当町での自殺者数は年によって変動があるものの、5年累計では全国平均を上回っている		B - ⑥ 自殺対策	<ul style="list-style-type: none"> 自殺死亡者数の減少
C 適正受診対策	受診行動の適正化が必要な重複受診、頻回受診、重複投薬に該当する被保険者に対し、医療日の適正化を図るためにも、適正な受診行動に向けた保健師指導を行う。	3	C - ⑦ 重複・頻回受診/重複・多剤服薬	<ul style="list-style-type: none"> 重複、多剤投与者の減少 対象者への保健指導率
	後発医薬品の使用割合を増加させることで、医療費の適正化を図る。そのために後発医薬品に関する啓発を行う。		C - ⑧ 後発医薬品使用促進	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品使用率 差額通知者発送対象者の減少

4. 個別の保健事業

事業番号A-① 事業名称：特定健康診査受診率の向上

事業の目的	糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化予防及び、医療費の適正化を図るため、紀宝町国民健康保険被保険者のうち40歳以上75歳未満の人に特定健康診査を実施することにより、健康寿命の延伸を目指す。
対象者	40歳以上の国民健康保険被保険者
現 状	・受診率は県平均を超えているが、若年層(40歳代～50歳代)の受診率向上が課題。

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R6)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	特定健診受診率の向上	45.0%	48.0%	52.0%	60%以上
アウトプット	健診無関心者の減少	48.6%	45.0%	40.0%	38.6%

実施方法 (プロセス)	<p>《環境整備》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診券紛失等に対し再発行により対応 ・年度途中加入者への受診券発送（法定報告の算定除外対象者への受診機会の整備） ・がん検診との同時実施の周知 <p>《受診率向上の取組》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨 ・ハガキによる勧奨 ・戸別訪問による受診勧奨 ・医師会との連携による未受診者受診勧奨及びデータ提供 ・令和4年度より特定健康診査受診者にインセンティブ報酬の実施
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への推奨通知の送付 ・健診委託業者との連携 ・医師会・医療機関との連携 ・保健活動推進員との連携(住民における地域での受診勧奨)

事業番号A-② 事業名称：特定保健指導事業の向上

事業の目的	・特定健診の結果から、生活習慣病リスクのある被保険者に保健師・管理栄養士・歯科衛生士による個別指導を実施する。そのことにより生活習慣の改善を促し、生活習慣改善を促進し、健康維持を図る。
対象者	特定保健指導の対象者となった国保被保険者
現 状	・特定保健指導率が県・国と比較し低い

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R6)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	33.3%	35.3%	39.3%	43.3%
アウトプット	特定保健指導率	48.6%	50.0%	55.0%	60%以上

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診日における保健指導(初回面接)の実施 ・個別訪問による保健指導(初回面接)の実施
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・みらい健康課との連携 ・医師会・医療機関との連携

事業番号A-③ 事業名称：糖尿病性腎症重症化予防対策

事業の目的	糖尿病への進展予防及び糖尿病治療継続の促進を図り、腎不全などの合併症の発症を予防、または遅らせることを目的とする。
対象者	【受診勧奨】 特定健診において空腹時血糖126mg/dℓ、HbA1c6.5以上を抽出基準に糖尿病の治療を確認した者 【保健指導】 腎症期4期の者、または腎症3期で尿蛋白1+以上の者 ※紀南糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく
現 状	令和4年度実施者が1名いたが、初回面接のみで、保健指導の継続ができなかった、

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R6)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	糖尿病性腎症新規導入者の減少	1人	0人	0人	0人
アウトプット	HbA1c8.0以上の者の割合	0.98%	現状維持		
アウトプット	受診勧奨後の医療機関受診率	28.6%	30.0%	50.0%	60.0%
アウトプット	保健指導実施率	12.5%	15.0%	20.0%	30.0%

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果にて受診勧奨判定値以上であり、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、受診中断者を対象に受診勧奨の訪問・電話連絡を行う継続した支援が必要な被保険者に対しては、主治医と連携を図りながら支援を行う。 保健指導の対象者を抽出し、主治医が保健指導に必要性を認めたものに対し、紀南糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく主治医と連携を行い保健指導を実施する。
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> みらい健康課（保健師・管理栄養士・歯科衛生士）との連携 医師会、医療機関との連携

事業番号B-④ 事業名称：がん検診

事業の目的	疾病の早期発見、早期治療を行うことによりがんにより死亡率の低下を図る。
対象者	紀宝町住民
現 状	新型コロナウイルス感染拡大の影響により、受診率が低下している。

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R6)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	がんによる死亡率の減少	52.7%			
アウトプット	胃がん検診受診率	6.8%	10.0%	30.0%	60.0%
アウトプット	肺がん検診受診率	17.7%	20.0%	30.0%	60.0%
アウトプット	大腸がん検診受診率	9.3%	12.0%	30.0%	60.0%
アウトプット	子宮頸がん検診受診率	6.7%	10.0%	30.0%	60.0%
アウトプット	乳がん検診受診率	6.1%	10.0%	30.0%	60.0%

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 町内巡回によるがん検診の実施 がん検診の周知 乳児健診等で乳がん・子宮頸がんの周知 若い世代が受診できるように、休日託児のあるがん検診など検診の実施、受診勧奨を行う。 特定健診とがん検診の同時実施
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 健診担当課であるみらい健康課との連携 医師会との連携 健診機関との連携

事業番号B-⑤ 事業名称：地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と
介護予防の一体的実施

事業の目的	国民健康保険で実施している保健事業を後期高齢者医療保険制度に移行しても、切れ目なく継続して事業を実施できるよう取り組みを行う。
対象者	糖尿病性腎症重症化予防や重複・頻回受診、重複・多剤服薬者など、国民健康保険の保健事業の対象者であり、後期高齢者医療保険へ移行する者
現 状	令和4年度より庁内関係部署と協議を重ね、令和5年度から国民健康保険の保健事業と後期高齢者の保健事業が切れ目なく継続して実施できるよう、高齢者の健康状態の把握や重症化予防への取り組みを開始した。

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R6)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	75歳以上の糖尿病性腎症重症化予防対象者の減少		3人	1人	0人
アウトカム	75歳以上の処方薬剤数20以上の者の減少		15人	13人	10人
アウトプット	対象者の保健事業実施率		75%	85%	100%

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・国保担当課である福祉課と保健事業担当課であるみらい健康課が連携し、KDBシステム等を活用し、対象者を把握する。 ・糖尿病性腎症重症化予防や重複・頻回受診、重複・多剤服薬者等の個別的支援が必要な対象者に、訪問などによるきめ細やかな指導を実施する。
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・みらい健康課保健師、管理栄養士、歯科衛生士との連携 ・医師会、医療機関との連携

事業番号B-⑥ 事業名称：自殺対策

事業の目的	自殺者の減少
対象者	全住民
現 状	令和4年度より庁内関係部署と協議を重ね、令和5年度から国民健康保険の保健事業と後期高齢者の保健事業が切れ目なく継続して実施できるよう、高齢者の健康状態の把握や重症化予防への取り組みを開始しました。

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R6)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	75歳以上の糖尿病性腎症重症化予防対象者の減少		3人	1人	0人
アウトカム	75歳以上の処方薬剤数20以上の者の減少		15人	13人	10人
アウトプット	対象者の保健事業実施率		75%	85%	100%

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・国保担当課である福祉課と保健事業担当課であるみらい健康課が連携し、KDBシステム等を活用し、対象者を把握します。 ・糖尿病性腎症重症化予防や重複・頻回受診、重複・多剤服用者等の個別的支援が必要な対象者に、訪問などによるきめ細やかな指導を実施します。
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・みらい健康課保健師、管理栄養士、歯科衛生士との連携 ・医師会、医療機関との連携

事業番号C-⑦ 事業名称：重複・頻回受診/重複・多剤服薬

事業の目的	重複・頻回受診、重複・多剤服薬は、医療費が高額になるだけでなく、服薬が重なることは、体調に影響が出る要因になります。このような受診状況があった場合、レセプト等で詳細を把握し、正しい受診行動に結びつけるために保健指導を行います。
対象者	重複・頻回受診、重複・多剤服薬者
現 状	令和4年度未実施

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R16)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	重複・多剤投与者の減少	62人	50人	40人	31人以下
アウトプット	対象者の指導率	0.0%	0.5%以上	0.7%以上	1.0%以上

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 国保担当課においてレセプトデータより、複数月にわたる、同科受診者に対して、訪問、電話指導を実施し適切な受診行動や内服を促します
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> みらい健康課との連携 保健指導実施者と薬剤師会との連携 医師会・医療機関との連携

事業番号C-⑧ 事業名称：ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進

事業の目的	ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、被保険者負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図ります。
対象者	現在使っている先発薬品から後発薬品へ切り替えることで、一定以上の自己負担額の軽減が見込まれる者
現 状	対象者へ差額通知を年1回送付している。 保険証更新時や国保加入時に使用促進シールを配布している。

指標	評価指標	現状	目標値		
		計画策定時実績	2024年(R16)	2026年(R8)	2029年(R11)
アウトカム	後発医薬品使用率の上昇	79.4%	79.6%	79.9%	80%以上
アウトプット	差額通知発送対象者率の減少	2.18%	1.80%	1.40%	1.18%

実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 差額通知を年一回通知。 保険証発送時、ジェネリック使用促進シールを同封し啓発を図る。
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> みらい健康課との連携 保健指導実施者と薬剤師会との連携 医師会・医療機関との連携

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査等実施計画

特定健康診査は、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、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するために実施します。

また、被保険者のニーズを踏まえた受診しやすい健診体制を構築します。

2. 達成しようとする目標値の設定

(1) 国の基本指針

高齢者医療確保法第19条第2項第2号及び国の特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査実施率（受診率）、特定保健指導実施率並びにメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率に係る計画最終年度の目標数値を設定することとされており、その達成のための各年度の目標数値を設定します。

なお、第4期の最終年度である令和11年度までに達成すべき目標値は、国の基本指針によると次の通り定められています。

特定健康診査及び特定保健指導の実施目標値

項目	目標値	備考
特定健康診査実施率	60%	全国目標70%
特定保健指導実施率	60%	全国目標45%

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（指標）

項目	目標値	備考
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少率	25%	平成20年度比

(2) 町の目標値

特定健康診査等基本方針における全国目標値及び当町における実施率の実績値から、当町における特定健康診査及び特定保健指導の目標値は下記の通りとします。

区分	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査の実施率	48%	50%	52%	55%	58%	60%
特定保健指導の実施率	10%	20%	30%	40%	50%	60%

3. 特定健康診査等対象者

(1) 対象者数等の推計

本計画期間中の特定健康診査及び特定保健指導の対象者数及び実施者数については、下記の通り推計します。

単位：人

区分	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康 診査	対象者数	1,834	1,764	1,697	1,629	1,562
	実施者数	881	882	883	896	906
特定保健 指導	対象者数	96	96	97	98	99
	実施者数	10	20	30	40	50

(2) 対象者

国民健康保険被保険者で実施年度中に40歳から74歳の方

(実施年度中に75歳になられる方のうち、誕生日が9月1日以前の方も含む)

※ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は除く

4. 特定健康診査等の実施方法

(1) 特定健康診査の実施

①実施場所

特定健康診査は、健康診査受診者の利便性を考慮し、三重県医師会を通じ、県内の特定健診受託医療機関で行う個別健診又は各地区集会所等で実施する集団健診で実施します。

②実施項目

特定健康診査の実施項目は、国の指針で示されている、「健康診査対象者の全員が受ける基本的な健診項目（基本項目）」及び「医師が必要と判断した場合に受ける詳細な健診項目（詳細項目）」と「追加項目」とします。

基本項目	<input type="checkbox"/> 質問票（服薬歴、喫煙歴等） <input type="checkbox"/> 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） <input type="checkbox"/> 血圧測定 <input type="checkbox"/> 脂質検査（空腹時中性脂肪または随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNonHDLコレステロール） <input type="checkbox"/> 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）） <input type="checkbox"/> 血糖検査（空腹時血糖または随時血糖、HbA1c） <input type="checkbox"/> 尿検査（尿糖、尿蛋白）
追加項目	<input type="checkbox"/> 腎機能検査（BUN（尿素窒素）） <input type="checkbox"/> 肝機能検査（アルブミン） <input type="checkbox"/> 尿酸代謝検査（尿酸） <input type="checkbox"/> 尿検査（尿潜血）
詳細項目又は追加項目	<input type="checkbox"/> 貧血検査（赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値） <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 腎機能検査（血清クレアチニン、eGFR）
医師の判断	<input type="checkbox"/> 医師の診断（判定）
一定の基準のもと医師が必要と認めた場合実施	<input type="checkbox"/> 眼底検査

③実施期間

特定健康診査は受診期間を指定して実施します。

※参考 令和5年度は7月～11月に実施

④案内及び受診方法

対象者には特定健康診査受診券を送付し、健康診査の受診を促します。

また、広報誌、防災行政無線等を利用し、対象者への周知徹底を図ります。

対象者は指定された期間内に受診券を持参し、受診するものとします。

受診に係る本人負担については、平成19年度から無料になっています。

(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により、次の階層化の手順で選定します。

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74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			/		

※特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）厚生労働省

追加リスクの保健指導判定値

血糖:空腹時血糖（随時血糖）100mg/dl ≥ またはHbA1c5.6% ≥

脂質異常:中性脂肪 150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満

血圧:収縮期血圧 130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

質問票:喫煙歴あり（上記のリスクが1つ以上の場合のみカウント）

※糖尿病、脂質異常症、高血圧で薬剤治療中の人は特定保健指導対象者から除外

②特定保健指導対象者の選定の方法

階層化の結果、動機付け支援・積極的支援に該当する人には、個別に特定保健指導利用に向けた案内を送付します。

特定保健指導は、原則、すべての対象者に実施します。ただし、予防効果が多く期待できる層を優先的に実施するという観点から、以下の基準に基づいた対象者を優先するものとします。

- 年齢が比較的若い方
- 健康診査結果が前年度よりも悪化し、保健指導レベルが前年度より高くなり、より緻密な保健指導を必要とする方
- 標準的な質問票等の回答から、生活習慣改善の必要性が高いと判断される方
- 前年度、積極的支援または動機付け支援の対象者でありながら、保健指導を利用しなかった方

③特定健康診査等の年間スケジュール

	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	8月	9月	10月	
特定健康診査		●																		
対象者抽出			●																	
受診券送付				●																
健診実施					●	●	●	●	●											
未受診者勧奨等					●		●													
特定保健指導								●	●	●	●	●	●	●						
対象者抽出・保健指導利用勧奨								●	●	●	●	●	●	●						
保健指導実施								●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		

第5章 その他

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毎年度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ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況の確認をします。目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施方法（プロセス）や実施体制（ストラクチャー）が適切であったか等確認のうえ、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、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、本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、必要に応じ町内各課・関係団体との連携・協力体制を整備していきます。

2. 計画の公表・周知

保健事業の目的や内容が加入者、事業主等の関係者に理解され、事業の有効性が高まるように、データヘルス計画はホームページなどで公表するとともに、関係者に周知を図ります。

3. 個人情報保護対策

がん検診、特定健診や保健指導の記録の取り扱いにあたり、個人情報保護の観点から適切な対応を行います。

(1) ガイドラインの遵守

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「国民健康保険等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び紀宝町個人情報保護条例（条例第9号）に基づいて行います。

ガイドラインにおける役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知を図ります。

特定健診・特定保健指導を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

4. 地域包括ケアに係る取組及び他制度との連携

(1) 地域で本町国保加入者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについて議論する会議等に参加します。

(2) 国保加入者層の分析

KDBデータなどを活用し、国保加入率が高い高齢者の中からハイリスク群・予備軍等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、医師会等関係機関と情報を共有していきます。また、上記により抽出されたターゲット層に高齢者の支援・サービス提供等のお知らせなどにより、保険事業の働きかけを実施します。

(3) 地域包括ケアに係る事業との連携

国保加入者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の支援を実施します。

(4) 他制度との連携

令和5年度より後期高齢者医療広域連合から委託を受け、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を開始し、後期高齢者保健事業と国民健康保険事業、介護予防事業の切れ目のない支援に取り組んでいるところです。この事業を進めるために、庁内関係課や関係機関等と協議する体制を構築し地域包括ケアの取り組みをともに推進していきます。

5. その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を作成するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修へ事業運営にかかわる担当者が積極的に参加するとともに、町の担当者が事業推進に向けて協議する場を設けます。

計画の推進に当たっては、庁内の関係課と連携を強化し、事業が着実に実施されるよう体制の整備を図っていきます。また、計画を円滑に推進するためには、医療機関や国保連合会等との連携・協力が必要不可欠であるので、各関係機関等と連携を密にしながら計画の推進を図っていきます。

紀宝町国民健康保険

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

発行：紀宝町

発行年月：令和6年3月

企画編集：紀宝町福祉課・みらい健康課

〒519-5701 三重県南牟婁郡紀宝町鶴殿324番地