

第3期八百津町保健事業実施計画

(データヘルス計画)

八百津町国民健康保険

第4期特定健康診査等実施計画

令和7年度～令和11年度



令和7年3月

八百津町

目 次

第1章 データヘルス計画の基本事項.....	1
1. 計画の趣旨.....	1
2. 計画の期間.....	2
3. 計画の位置付け.....	3
4. 実施体制	4
第2章 現状の整理	5
1. 基本情報	5
(1) 人口と被保険者の推移	5
(2) 平均余命および平均自立期間	8
(3) 標準化死亡比	10
2. 前期計画の評価	12
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	15
1. 医療費の状況.....	15
(1) 総医療費の推移	15
(2) 被保険者1人当たり医療費	16
(3) 年齢階層別1人当たり医療費	17
(4) 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)	18
(5) 入院・外来別医療費の状況.....	19
(6) 生活習慣病の状況	21
(7) 重複・多剤の受診状況	24
(8) 後発医薬品普及率	25

2. 特定健康診査・特定保健指導の状況	26
(1) 特定健康診査受診率	26
(2) 特定保健指導実施率	28
(3) メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合	30
(4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	32
(5) 各種検査項目の有所見率	34
(6) 健康状態、生活習慣の状況	36
(7) 未治療者の状況	37
3. 個別の保健事業等の事業評価（レセプトと健診データからの考察）	39
(1) 特定健康診査受診勧奨の事業評価	39
(2) 特定保健指導の事業評価	39
(3) 糖尿病等重症化の事業評価	40
4. 介護の状況	42
(1) 介護給付費の状況	42
(2) 介護認定の状況	43
(3) 介護認定者と有病状況	43
5. 健康課題	45
第4章 データヘルス計画	48
1. 計画全体における目的	48
2. 健康課題を解決するための個別保健事業	49
(1) 特定健康診査受診勧奨事業	50
(2) 特定保健指導	51
(3) -1糖尿病重症化予防事業（受診勧奨）	52
(3) -2糖尿病重症化予防事業（保健指導）	53

(3) -3糖尿病重症化予防事業(75g糖負荷検査)	54
(4) 高血圧症の重症化予防事業(受診勧奨)	55
(5) 腎機能低下の重症化予防事業(受診勧奨)	56
(6) -1適正受診・適正服薬事業(重複投与者に対する取組)	57
(6) -2適正受診・適正服薬事業(多剤投与者に対する取組)	58
(6) -3適正受診・適正服薬事業(薬剤の適正使用の推進に対する取組)	59
(7) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	60
 第5章 第4期特定健康診査等実施計画	61
1. 計画作成の背景・趣旨	61
2. 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方	62
3. メタボリックシンドローム	62
4. 計画の位置付け	63
5. 計画策定にあたって重要となる視点	64
6. 特定健康診査・特定保健指導にかかる目標	64
7. 特定健康診査等の実施方法	66
8. 特定健康診査	67
(1) 対象者	67
(2) 実施場所および実施時期	67
(3) 外部委託	67
(4) 検査項目	67
(5) 特定健康診査検査項目の判定値	69
(6) 対象者への案内・周知方法	70
(7) 受診方法	70

(8) 未受診者への対応.....	70
(9) 結果の通知方法	70
(10) データの管理・保管	71
9. 特定保健指導の実施方法	71
(1) 実施場所および実施時期	71
(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化.....	71
(3) 実施内容	73
(4) 対象者への周知.....	75
(5) 被保険者負担額（自己負担額）	75
(6) 特定保健指導を受けない者や途中脱落者への対応	75
(7) データの管理・保管	76
10. 特定健康診査および特定保健指導実施率向上に向けた取組	77
(1) 特定健康診査の受診率向上に向けた取組.....	77
(2) 特定保健指導の利用率向上に向けた取組.....	78
(3) 重症化予防に向けた取組	78
11. ポピュレーションアプローチの推進.....	79
12. 個人情報の保護	79
13. 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール	80
14. 特定健康診査等実施計画の公表・周知および計画の評価・見直し	81
(1) 計画の公表と周知の方法	81
(2) 計画の進行管理	81
(3) 特定健康診査等のデータ管理システム	81
(4) 計画の評価の視点.....	81

第6章 個別の保健事業およびデータヘルス計画の評価・見直し	82
1. 個別の保健事業の評価・見直し	82
2. データヘルス計画全体の評価・見直し	82
(1) 評価の時期	82
(2) 評価方法・体制	82
第7章 計画の公表・周知	83
第8章 個人情報の取扱い	83
第9章 地域包括ケアに係る取組およびその他の留意事項	84

第1章 データヘルス計画の基本事項

1. 計画の趣旨

平成25年6月14日に閣議決定された「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^{※1}等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画^{※2}』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」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※3}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。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、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカム^{※4}ベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する」と示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

特定健康診査および特定保健指導については、保険者が高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という）第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に則して、特定健康診査等実施計画

※1 レセプト：診療報酬明細書の通称で、医療機関が「医療」という商品を買った対価としての費用請求書。診療の種類（入院・入院外）、診療月、医療機関コード、傷病名や診療行為等が書かれている。

※2 データヘルス計画：健康・医療情報等のデータを活用し、集団の特性や健康課題を把握し、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持および向上を図り、結果として医療費の適正化に資することを目指した保健事業を実施するための計画。

※3 PDCAサイクル：Plan（計画）、Do（実施）、Check（評価）、Act（改善）の頭文字をとったもので、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法のひとつ。ここでは、事業活動として保健事業（健診・保健指導）にこの手法を適用している。

※4 アウトカム：事業を実施したことによる成果を達成度で評価すること。

（以下「実施計画」という）を定め、実施することとされています。実施計画は保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に作成できることから、第4期特定健康診査等実施計画は、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定します。

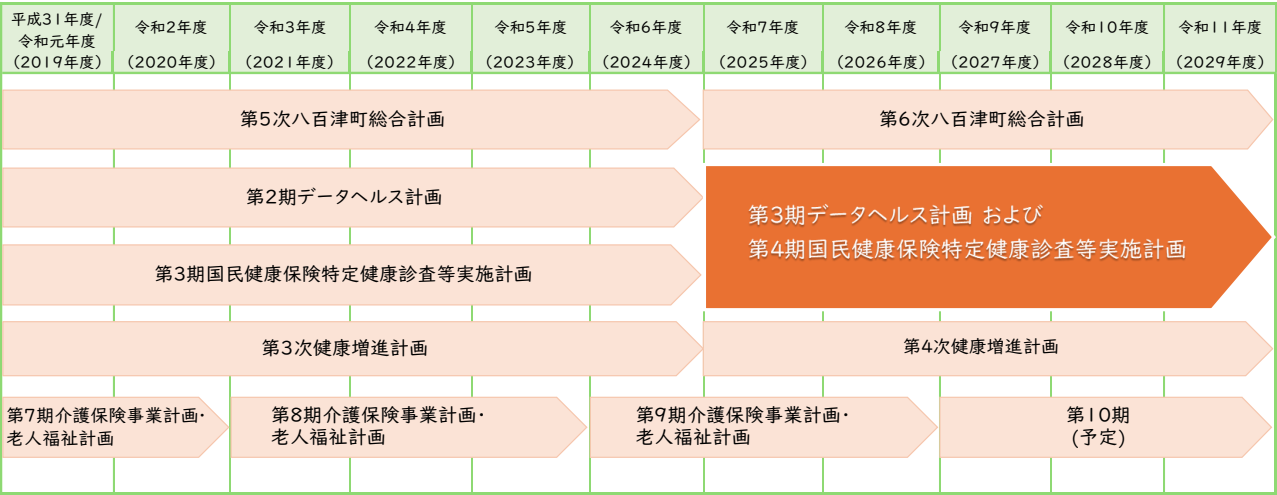
（市町村国保および国民健康保険組合の保健事業の目的）

市町村国保および国民健康保険組合（以下「市町村国保」および「国保組合」を併せて「保険者」という）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）の維持および向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資することを目的とします。

2. 計画の期間

令和7年度から令和11年度までとし、令和9年度に中間評価を行います。

図表 Ⅰ 計画の期間

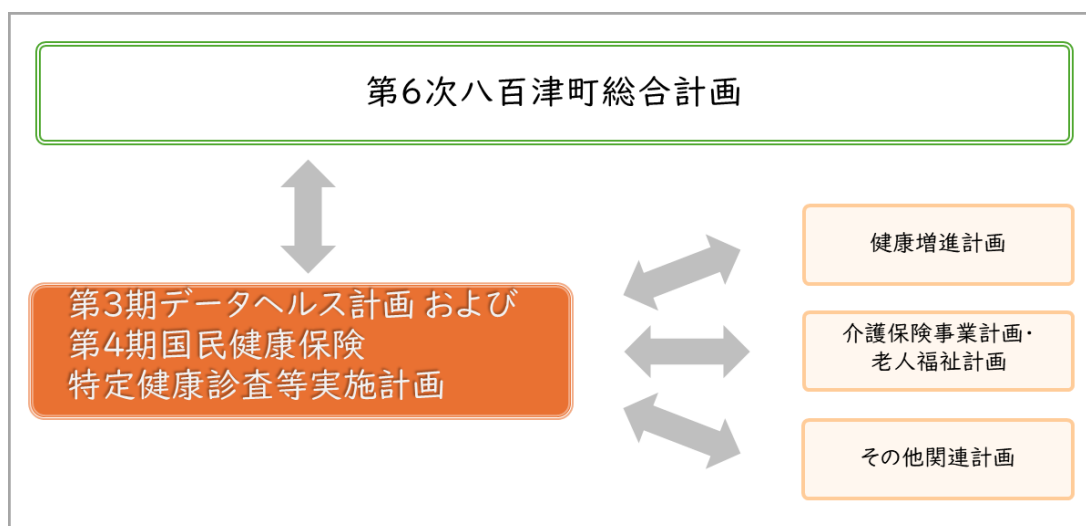


3. 計画の位置付け

データヘルス計画は、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実施計画です。計画の策定および計画に基づく事業の評価にあたって、特定健康診査の結果や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を行います。

また、本計画は、第6次八百津町総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画・老人福祉計画、その他関連計画と調和を図りながら推進します。

図表 2 データヘルス関連計画

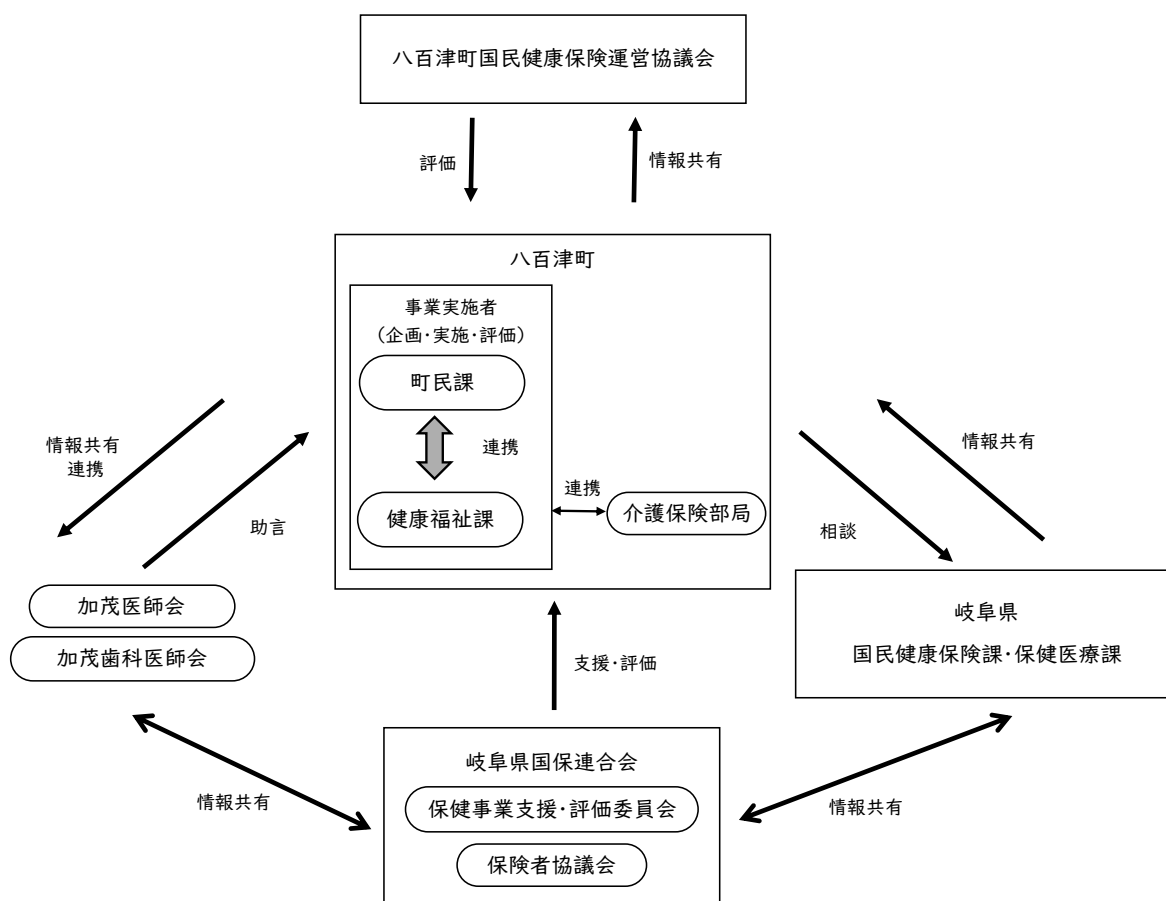


4. 実施体制

計画策定や保健事業の実施、評価等にあたっては、八百津町健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があることから、関係各課に協力を求め、本町が一体となって、計画の策定等を進める必要があります。

具体的には、後期高齢者医療制度（以下「後期」という）における保健事業を所管する町民課、市町村において保健事業および介護予防事業をはじめとする地域支援事業、生活保護等を担当する健康福祉課とが十分に連携し、計画策定等を進めます。

図表 3 実施体制



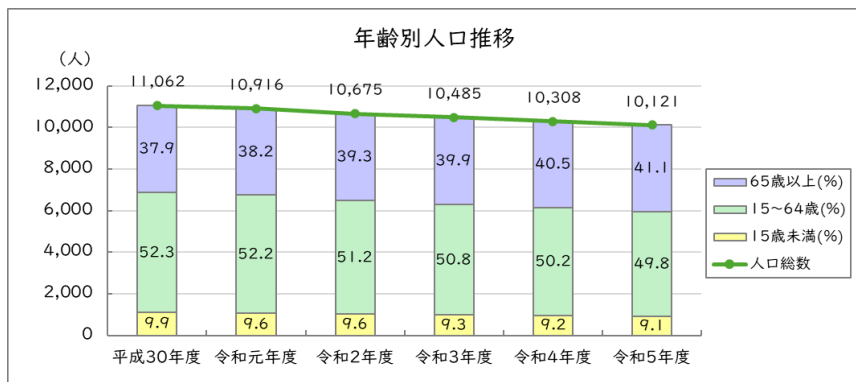
第2章 現状の整理

1. 基本情報

(1) 人口と被保険者の推移

- 令和5年10月1日現在の本町の総人口は10,121人で、減少が続いています。(図表4)
- 年齢階層別にみると、年少人口(0～14歳)、生産年齢人口(15～64歳)は年々減少し、老年人口(65歳以上)は増加しています。(図表4)
- 出生率(人口千対)^{※5}は年々低下しており、令和4年度は4.1で県・国よりも低いです。(図表5)
- 死亡率(人口千対)^{※6}は年々上昇しており、令和4年度は18.1で県・国よりも高いです。(図表6)
- 高齢化率^{※7}は年々増加し、令和4年度は41.4%で県・国よりも高く、およそ2人に1人が高齢者です。(図表7)
- 国民健康保険(以下「国保」という)の被保険者数は減少傾向にありますが、被保険者の半分以上を65歳以上が占めています。(図表8・9)これは、県と比べて第2次産業^{※8}が多く、定年退職後に国保の被保険者になる者が多いため、被保険者の平均年齢が高くなっています。(図表8・10)

図表 4 人口推移



資料:住民基本台帳(各年10月1日)

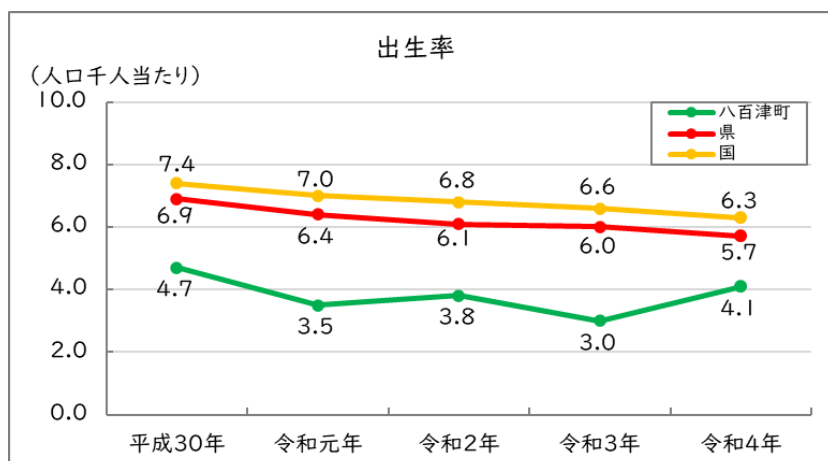
※5 出生率:一定期間の出生数の、人口に対する割合。一般に、人口千人当たりの、1年間の出生児数の割合で表す。

※6 死亡率:一定期間中に死亡した人の、総人口に対する割合。通常人口千人当たりの人数で表す。

※7 高齢化率:65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合を表す。

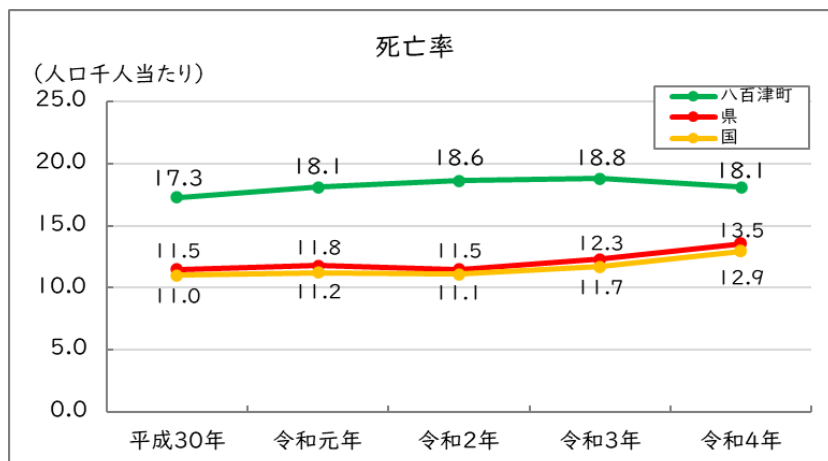
※8 第2次産業:産業別に、第1次産業〔農業、林業、漁業〕、第2次産業〔鉱業、建設業、製造業〕、第3次産業〔電気・ガス・熱供給・水道業、運輸・通信業、卸売・小売業、飲食店、金融・保険業、不動産業、サービス業、公務(他に分類されないもの)〕に区分される。

図表 5 出生率の推移



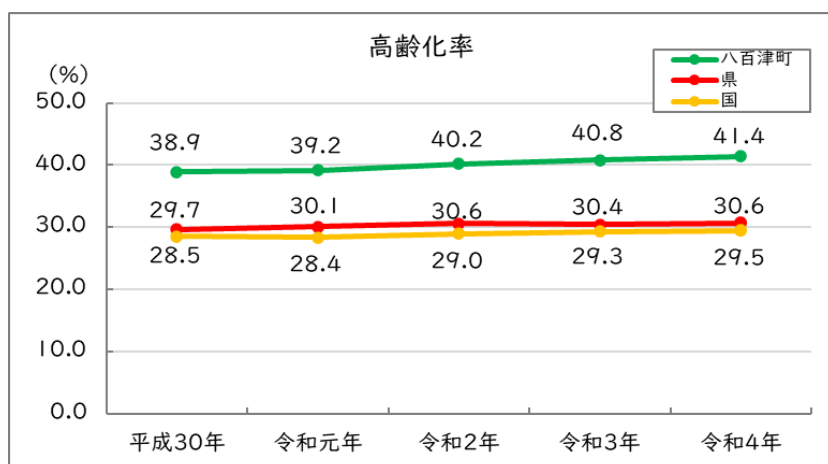
資料:可茂地区の公衆衛生

図表 6 死亡率の推移



資料:可茂地区の公衆衛生

図表 7 高齢化率の推移



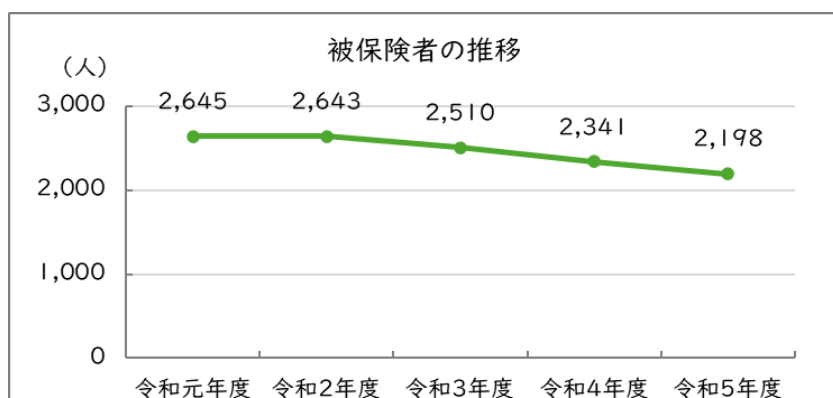
資料:可茂地区の公衆衛生

図表 8 国保被保険者の状況

	八百津町	県	国
39歳以下(%)	16.1	23.3	26.7
40～64歳(%)	28.8	31.9	33.6
65～74歳(%)	55.1	44.8	39.7
国保加入率(%)	21.6	20.0	21.4
被保険者平均年齢(歳)	57.9	53.6	51.7

資料：KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和5年度累計）、KDB人口及び被保険者の状況（令和5年度）

図表 9 国保被保険者の状況（経年）



資料：KDB人口及び被保険者の状況（令和元年度～令和5年度）

図表 10 産業構成

単位：%

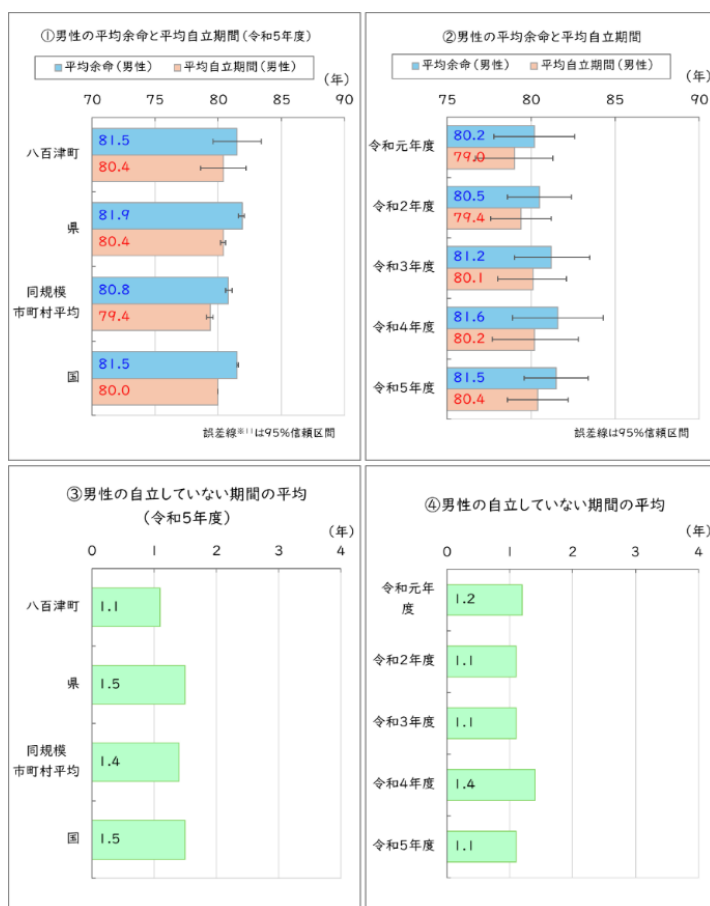
	第1次産業構成	第2次産業構成	第3次産業構成
八百津町	2.9	41.7	55.4
県	2.8	32.7	64.4
国	3.2	23.4	73.4

資料：KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和5年度累計）

(2) 平均余命および平均自立期間

- 令和5年度の平均自立期間※⁹は同規模市町村平均、国と比べて長く、特に女性が長くなっています。
(図表11・12①)
- 男女ともに、令和5年度の平均余命※¹⁰、平均自立期間は令和元年度と比べて延伸しており、特に男性においては、平均余命は1.3歳、平均自立期間は1.4歳伸びています。(図表11・12②)
- 経年的に見ると、男性の平均余命と平均自立期間の伸びは同様のため、この差を示す自立していない期間は横ばいで推移しています。一方、女性は平均余命と平均自立期間の差が短縮し、自立して過ごせる期間が伸びています。男女別でみると、女性よりも男性の方が自立して過ごせる期間が長くなっています。(図表11・12②・④)

図表 11 平均余命と平均自立期間(男性)



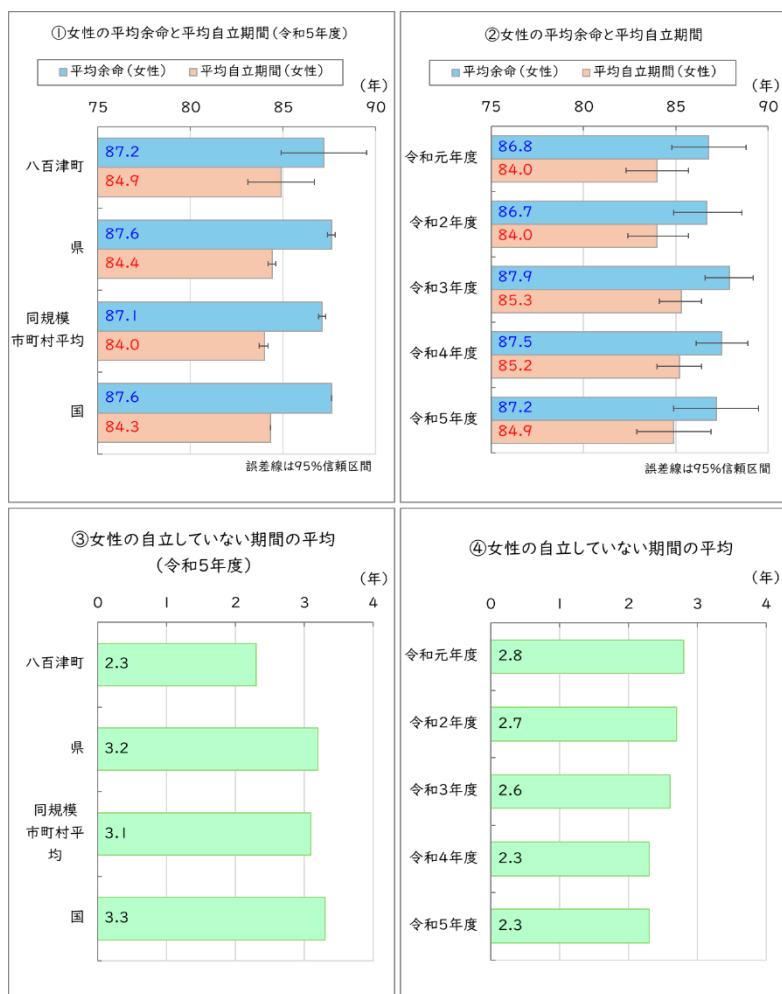
資料:KDB地域の全体像の把握(令和元年度~令和5年度累計)

※⁹ 平均自立期間:国保データベース(KDB)システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。

※¹⁰ 平均余命:各年齢の人が平均であと何年生きられるかという期待値を表す指標。

※¹¹ 誤差線:平均値からの隔たりの大きさを示したもの。

図表 12 平均余命と平均自立期間（女性）

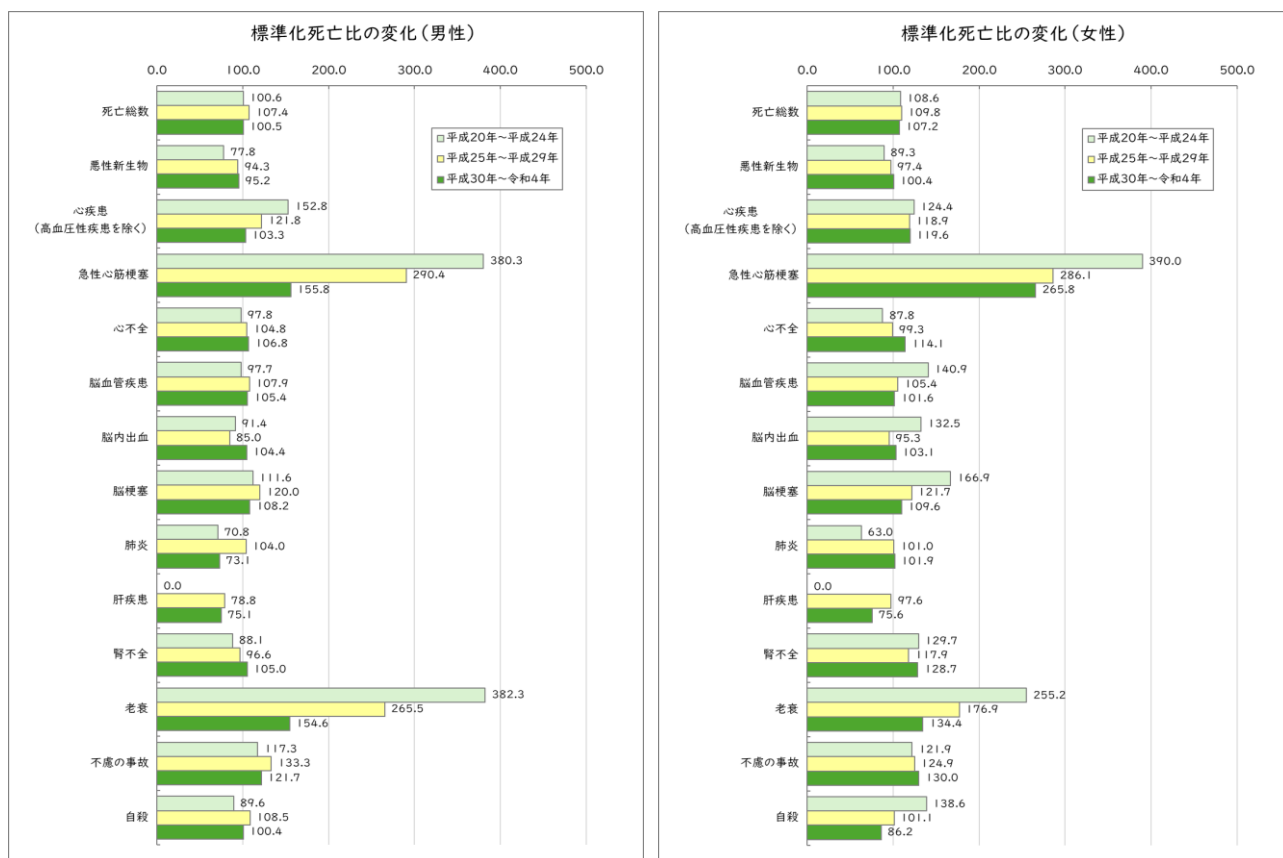


資料：KDB地域の全体像の把握（令和元年度～令和5年度累計）

(3) 標準化死亡比

- 標準化死亡比※12は、男性が100.5と国と同水準であり、女性が107.2と国より高いです。(図表13)
- 標準化死亡比を死因別にみると、男女ともに悪性新生物・心不全が増加しています。また、男性では脳内出血・腎不全、女性では肺炎が増加しています。(図表13)
- 男女ともに急性心筋梗塞が減少傾向にはあるものの、150を超え高い値です。(図表13)

図表 13 死因別標準化死亡比の変化

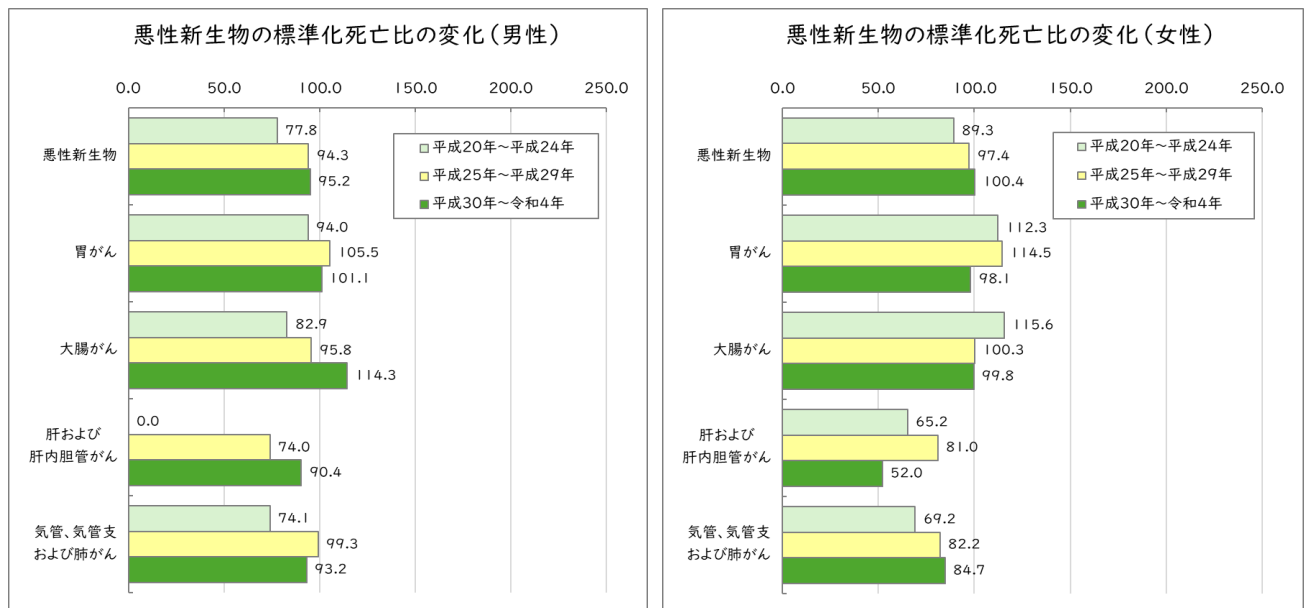


資料：人口動態保健所・市区町村別統計（平成20～24年度、平成25～29年度、平成30～令和4年度）

※12 標準化死亡比：全国の年齢別死亡率から町の年齢別人口だと何人死亡するかを計算し、実際の死亡数と比較した数値。
全国を100とするので、100以下であれば平均以下を表す。

- ❑ 悪性新生物の標準化死亡比は、男性が95.2と国より低い値であり、女性が100.4と国と同水準の値です。(図表14)
- ❑ 悪性新生物の分類別死亡比でみると、男性では、大腸がん、肝および肝内胆管がんが増加しており、女性では、気管、気管支および肺がんが増加しています。(図表14)

図表 14 悪性新生物 標準化死亡比の変化



資料：人口動態保健所・市区町村別統計（平成20～24年度、平成25～29年度、平成30～令和4年度）

2. 前期計画の評価

前期計画の評価の詳細は、39ページ以降に掲載しています。

【特定健康診査受診勧奨事業】

特定健康診査受診率^{※13}について、ベースライン（平成29年度）と比べると向上しているものの、目標値には至りませんでした。

受診勧奨数、受診勧奨率について、新型コロナウイルス感染症拡大のため、令和2年度は受診勧奨事業を実施できませんでしたが、令和4年度、令和5年度には、対象者全員に対して実施することができました。しかしながら、目標値が設定されていなかったことから、評価不可とし、今期計画では、事業評価をするための目標値を設定することとします。

【特定保健指導】

特定保健指導利用率について、平成30年度、令和2年度、令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度および令和5年度に低下しました。

特定保健指導実施率は、令和2年度と令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度および令和5年度は低下しました。

メタボリックシンドローム該当者の減少率およびメタボリックシンドローム予備群の減少率については、年度ごとで対象者数が異なることと該当者が少人数であることから、減少率は年度ごとで大きく変動しました。

これらのことから、特定保健指導に係る指標について、各年度の実績値を一定水準とした目標値には至りませんでした。よって、今期計画では、実現可能な範囲での目標値の設定することとします。

※13 特定健康診査受診率：資料によって表記は異なるが、特定健康診査受診率と特定健康診査実施率は同義である。

【糖尿病等重症化予防】

平成30年度から事業の取組を開始しており、前年度の評価をもとに事業内容の検討・見直しを行っています。

訪問実施率について、各年度の対象者全員に対して実施しているため、目標は達成しています。しかしながら、年度ごとで対象者が変わっていることから、経年で比較、評価することが難しく、今期計画では事業評価をするための目標値を設定することとします。

今回評価するにあたり、今期計画の評価に用いる指標を参考値として示します。（図表15の灰色箇所）

訪問した者のうち、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（+）の者、HbA1c6.5%以上かつeGFR30mL/min/1.73m²以上45mL/min/1.73m²未満の者、HbA1c6.5%以上かつeGFR30mL/min/1.73m²未満の者は減少していることから、介入したことで検査数値の改善がみられたと評価できます。しかしながら、目標値が設定されていなかったことから、評価不可とします。

また、健診結果で医療受診を勧めた者へ保健師が訪問、受診状況の聞き取り等について、各年度の対象者全員に対して実施していますが、目標値が設定されていなかったことから、評価不可とし、今期計画では、事業評価をするための目標値の設定することとします。

OGTTを勧めた者へ保健師が訪問、結果の読み方の説明や受診状況の確認、生活指導等について、平成30年度と令和元年度には対象者全員に実施していたものの、令和2年度より病院から町での保健指導を依頼された場合のみ実施したため、実施者数が減少しました。よって、経年で比較、評価することが困難であり、さらには目標値が設定されていなかったことから評価不可とし、今期計画では、事業評価をするための目標値の設定することとします。

図表 15 前期計画の評価指標一覧

前期計画の指標

●:アウトカム ■:アウトプット ◎:達成 ○:実績値から改善 △:悪化またはその他

□:今期計画の評価に用いるデータのため、参考値として掲載

中長期目標・評価指標				目標値	ベースライン (平成29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	評価
特定健康 診査受診 勧奨事業	●	特定健康診査受診率 (%)		60.0	42.4	43.2	43.4	43.6	46.1	51.7	51.6	○
	●	受診勧奨数		-	-	415	493	0※1	404	1,382	1,282	△
	●	受診勧奨率(%)		-	-	70.6	75.5	0.0※1	72.0	100.0	100.0	△
特定保健 指導	●	特定保健指導利用率の 向上(%)		各年度 2.0%の 増加	71.0	83.1	75.0	80.2	82.1	25.6	53.5	△
	●	特定保健指導実施率の 向上(%)		各年度 2.0%の 増加	19.4	37.1	35.7	84.6	87.4	25.6	26.7	△
	●	メタボリックシンドローム 該当者の減少率(%)		各年度 2.0%の 向上	14.7	19.5	27.0	30.4	23.8	17.3	25.3	△
	●	メタボリックシンドローム 予備群の減少率(%)		各年度 2.0%の 向上	10.5	18.7	23.2	17.9	22.7	26.7	15.3	△
糖尿病等 重症化 予防	●	訪問実施率の向上(%)		前年度 対比	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	◎
	●	特定健康 診査結果 より要フォ ロー者数の 減少(人)	HbA1c6.5 %以上かつ 尿蛋白(+)	前年度 対比	-	9	9	14	6	8	8	△
			HbA1c6.5 %以上かつ eGFR30mL /min/1.73 ㎡以上 45mL/min/ 1.73㎡未満		-	3	4	3	7	2	2	△
			HbA1c6.5 %以上かつ eGFR30mL /min/1.73 ㎡未満		-	2	1	3	0	0	0	△
	■	健診結果で医療受診を 勧めた者へ保健師が訪 問、受診状況の確認等 聞き取り(%)		-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	△
	■	OGTTを勧めた者へ保 健師が訪問、結果の読 み方の説明や受診状況 の確認、生活指導等 (人)		-	-	18※2	22※2	1	0	0	1	△

※1 令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大のため、受診勧奨事業は実施せず

※2 平成30年度、令和元年度は、受診者全員に訪問による個別指導を実施。令和2年度より病院から、町での保健指導を依頼された場合のみ実施

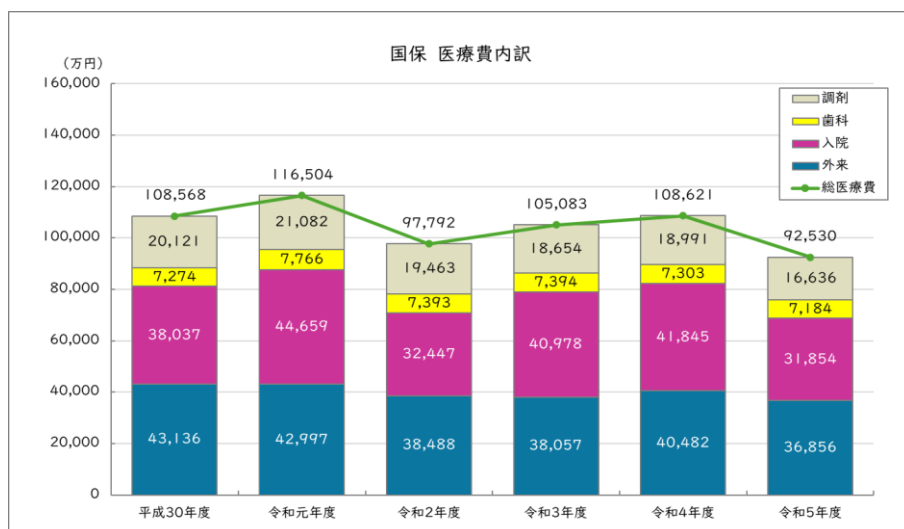
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 医療費の状況

(1) 総医療費の推移

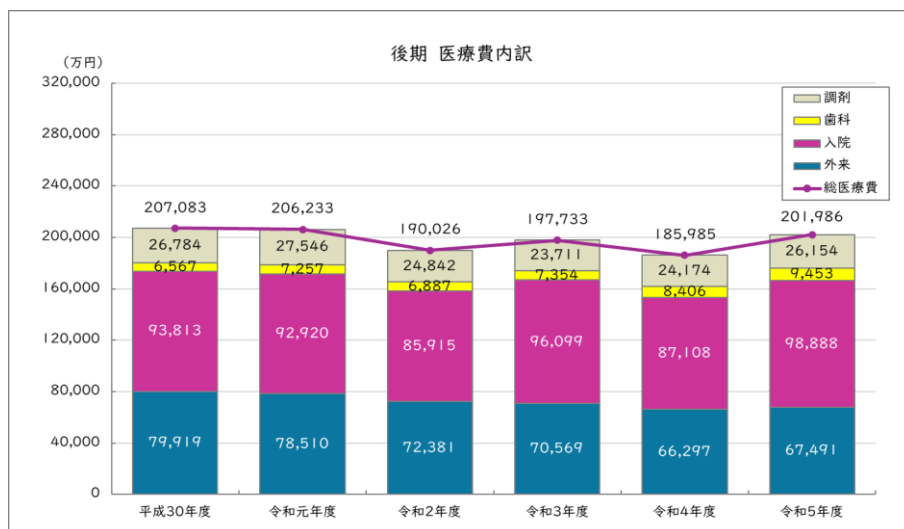
- 国保の総医療費は、減少傾向で、平成30年度と令和5年度を比べると、約1億6000万円減少しています。医療費内訳をみると、すべての医療費で減少しています。(図表16)
- 後期の総医療費は、横ばいで推移しています。医療費内訳をみると、調剤医療費および外来医療費は減少していますが、歯科医療費および入院医療費は増加しています。(図表17)

図表 16 国保 総医療費の推移



資料：KDB健康スコアリング(医療)_国保(平成30年度～令和5年度)

図表 17 後期 総医療費の推移

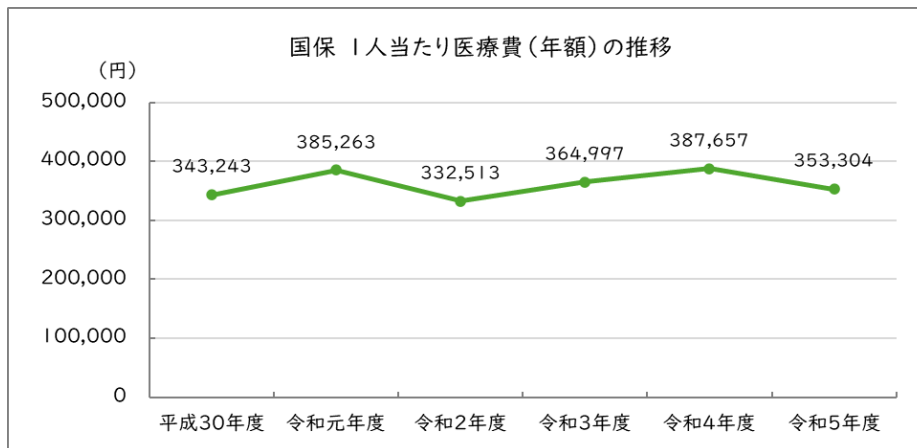


資料：KDB健康スコアリング(医療)_後期(平成30年度～令和5年度)

(2) 被保険者1人当たり医療費

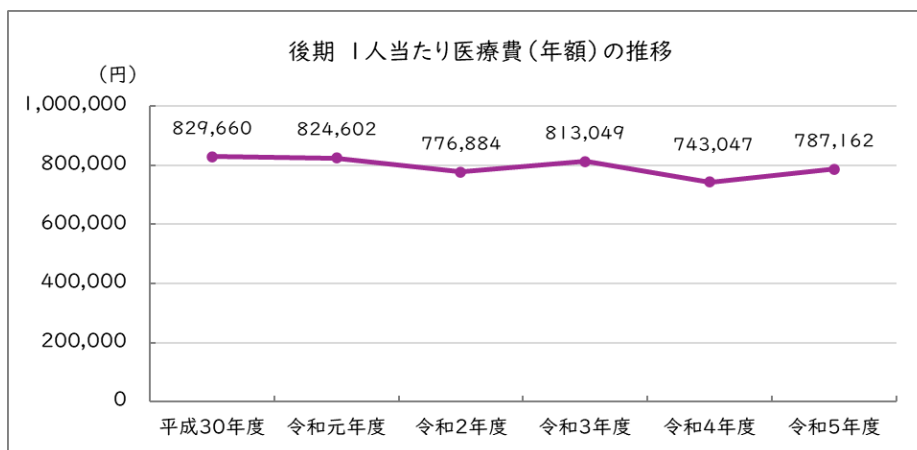
- 令和5年度の国保被保険者1人当たりの医療費は353,304円となっており、平成30年度と比べて微増傾向です。(図表18)
- 令和5年度の後期被保険者1人当たりの医療費は787,162円となっており、平成30年度と比べて減少しています。(図表19)

図表 18 国保 1人当たり医療費(年額)の推移



資料:KDB健康スコアリング(医療)_国保(平成30年度~令和5年度)

図表 19 後期 1人当たり医療費(年額)の推移

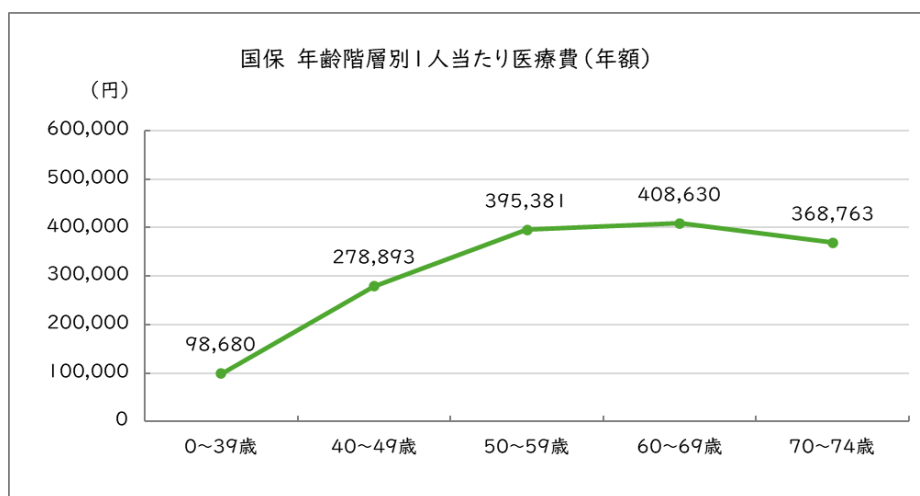


資料:KDB健康スコアリング(医療)_後期(平成30年度~令和5年度)

(3) 年齢階層別1人当たり医療費

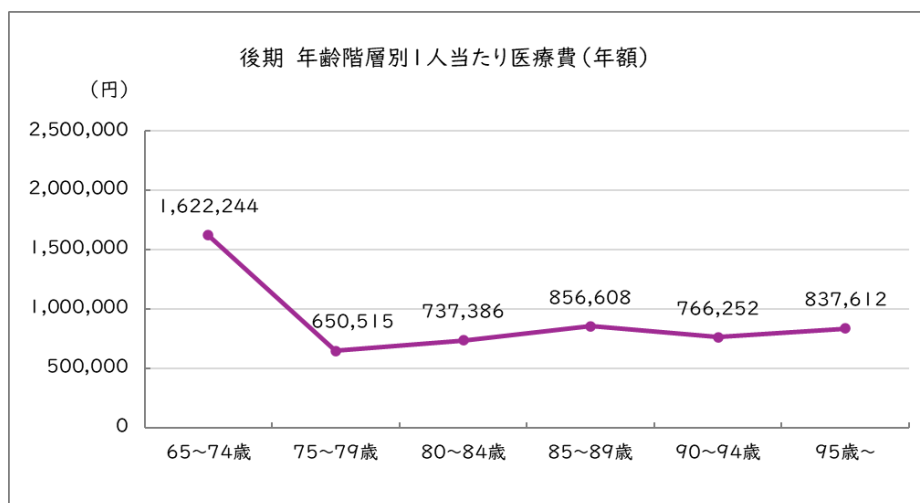
- ❑ 年齢階層に比例して医療費が増加しています。国保の被保険者のうち、60～69歳が最も高い医療費となっています。(図表20)
- ❑ 60歳以降、社会保険加入者が定年退職を迎え、国保の被保険者数が増えることから、1人当たり医療費も増加しています。(図表20)
- ❑ 後期では、75歳以上の後期高齢者に加え、65歳以上の一定の障害のある者が対象に含まれます。65～74歳は一定の障害のある者が被保険者であることから、医療費が最も高くなっています。(図表21)

図表 20 国保 年齢階層別1人当たり医療費(年額)の推移



資料:KDB健康スコアリング(医療)_国保(令和5年度)

図表 21 後期 年齢階層別1人当たり医療費(年額)の推移

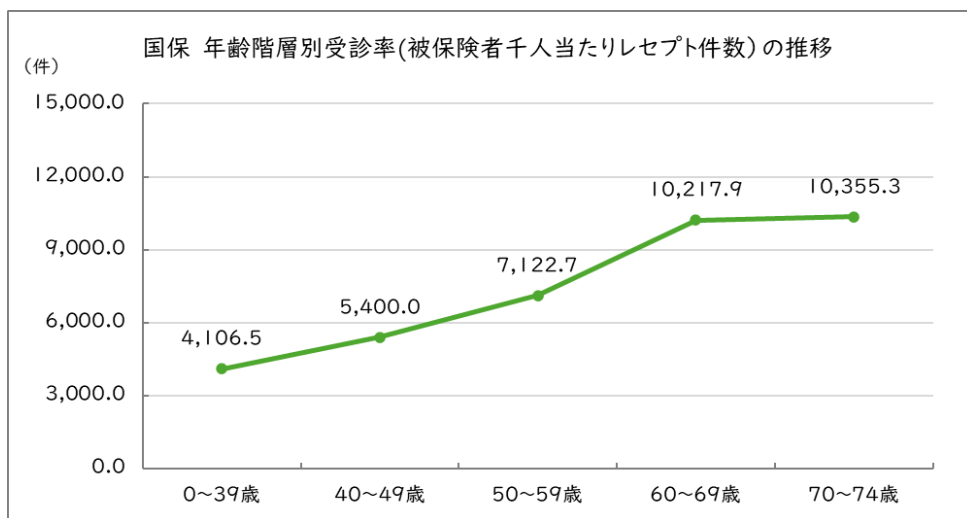


資料:KDB健康スコアリング(医療)_後期(令和5年度)

(4) 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)

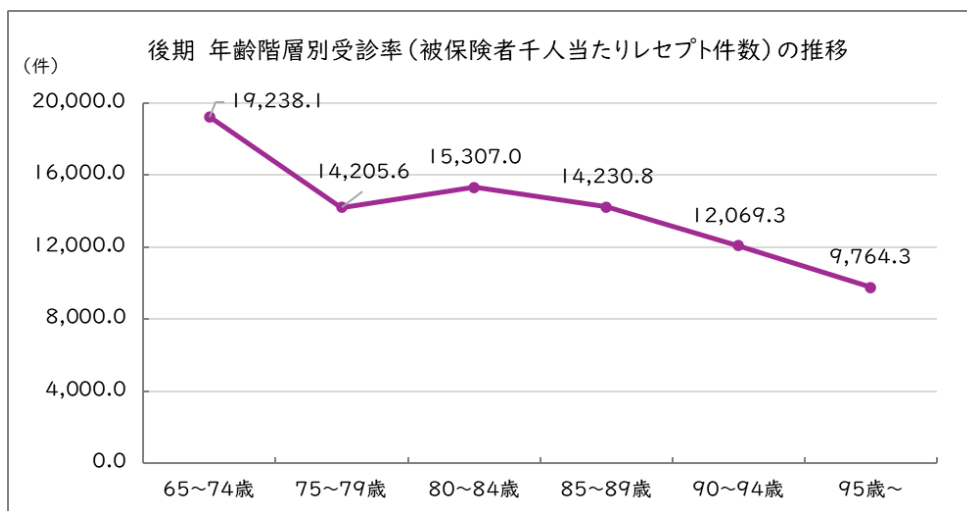
- ❑ 国保被保険者の医療受診率は、被保険者の年齢が上がるとともに高くなり、70～74歳が最も高いです。(図表22)
- ❑ 後期被保険者の医療受診率は、65～74歳が最も高いですが、これは一定の障害を持っている者の受診率が高くなっているためです。(図表23)
- ❑ 後期被保険者の医療受診率は、年齢とともに低下する傾向があり、95歳以上が最も低いです。(図表23)

図表 22 国保 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)



資料:KDB 健康スコアリング(医療)_国保(令和5年度)

図表 23 後期 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)

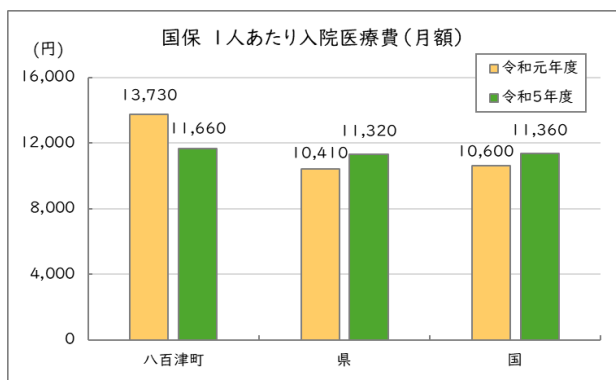


資料:KDB 健康スコアリング(医療)_後期(令和5年度)

(5) 入院・外来別医療費の状況

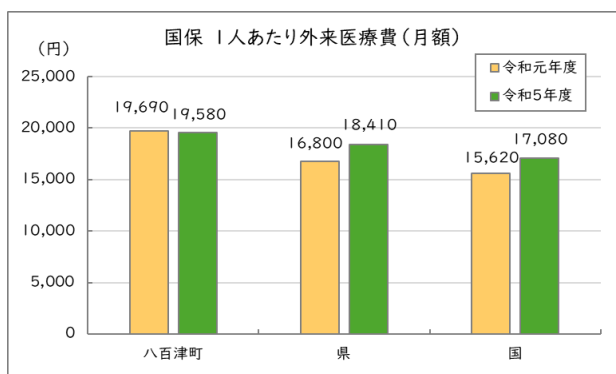
- ❑ 令和5年度の国保被保険者1人当たり入院医療費は、県・国と同水準ですが、外来医療費は県・国と比べて高いです。(図表24・25)
- ❑ 入院、外来ともに医療費で最も高いのは、国保が新生物(腫瘍)、後期が循環器系の疾患となっています。(図表26・27)
- ❑ 循環器系の疾患は、国保においても入院、外来とも上位に入っており、全体として多くの医療費がかかっています。(図表26)
- ❑ 後期では、入院、外来ともに筋骨格系および結合組織の疾患が2位となっています。(図表27)
- ❑ 外来医療費では、国保、後期ともに内分泌・栄養および代謝疾患が上位となっています。(図表26・27)
- ❑ 令和5年度の入院医療費は、0～9歳を除くすべての年齢で令和元年度と比べて減少しています。(図表28)
- ❑ 令和5年度の外来医療費は、30～39歳、70～74歳を除くすべての年齢で令和元年度と比べて増加しています。(図表29)

図表 24 国保 1人当たり入院医療費(月額)



資料:KDB 地域の全体像の把握(令和5年度累計)

図表 25 国保 1人当たり外来医療費(月額)



資料:KDB 地域の全体像の把握(令和5年度累計)

図表 26 国保 入院・外来別医療費 点数の高い疾病名

	入院	外来
1位	新生物(腫瘍)	新生物(腫瘍)
2位	精神および行動の障害	内分泌・栄養および代謝疾患
3位	循環器系の疾患	循環器系の疾患

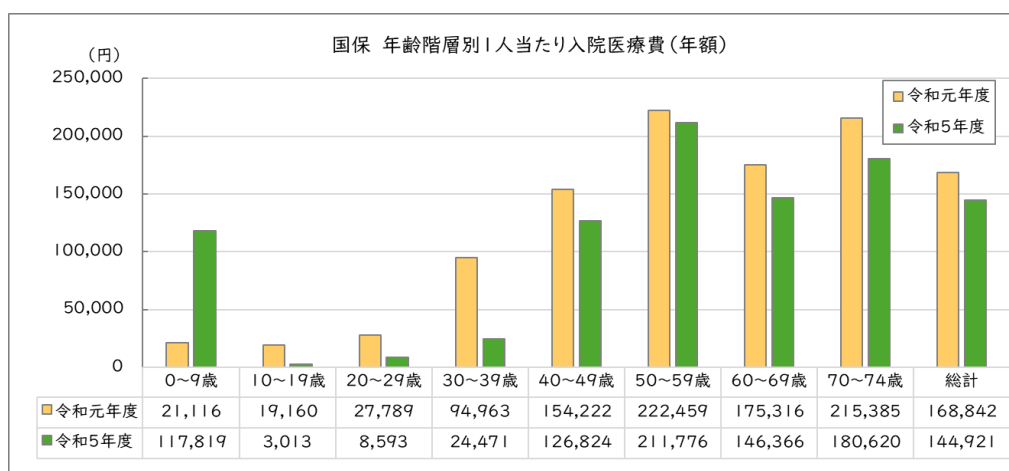
資料:KDB疾病別医療費分析(国保)(令和5年度累計)

図表 27 後期 入院と外来別医療費 点数の高い疾病名

	入院	外来
1位	循環器系の疾患	循環器系の疾患
2位	筋骨格系および結合組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患
3位	損傷、中毒およびその他の外因の影響	内分泌・栄養および代謝疾患

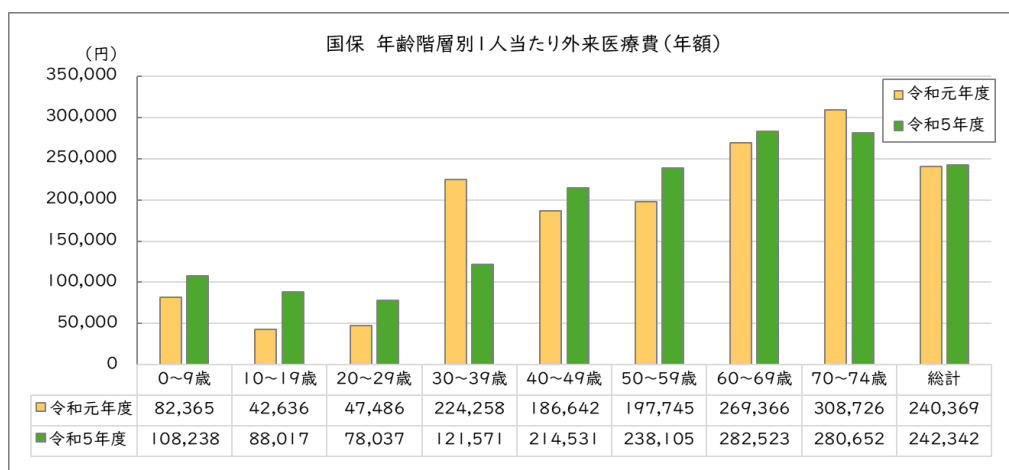
資料:KDB疾病別医療費分析(後期)(令和5年度累計)

図表 28 年齢階層別1人当たり入院医療費(年額)



資料:KDB疾病別医療費分析(国保)(令和元年度、令和5年度累計)

図表 29 年齢階層別1人当たり外来医療費(年額)



資料:KDB疾病別医療費分析(国保)(令和元年度、令和5年度累計)

(6) 生活習慣病の状況

- 生活習慣病患者割合は県の53.0%（令和5年度）よりも3.8ポイント高く、県内15位となっています。（図表30）
- 生活習慣病医療費割合は県の57.4%（令和5年度）よりも1.3ポイント低く、県内29位となっています。（図表30）
- 経年的にみると、生活習慣病患者割合は横ばいですが、生活習慣病医療費割合は減少しています。（図表30）
- 生活習慣病の医療費の中で多くを占めるのは、がん、次いで精神疾患となっています。（図表31）
- 令和5年度の生活習慣病別医療費割合は、令和元年度と比べてがん、精神疾患、糖尿病が増加しています。（図表31）
- 年齢階層別受診率をみると、高血圧症が最も高いですが、経年的に低下しており、重症化疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の受診率についても増加していません。（図表32・33）
- 令和5年度の年齢階層別受診率は、令和元年度と比べて脂質異常症がわずかに増加しています。特に40～64歳で増加しています。（図表32）
- 令和5年度の新規人工透析患者数は令和元年度と比較して横ばいであり、1人となっています。（図表34）

図表 30 生活習慣病費用割合と患者割合

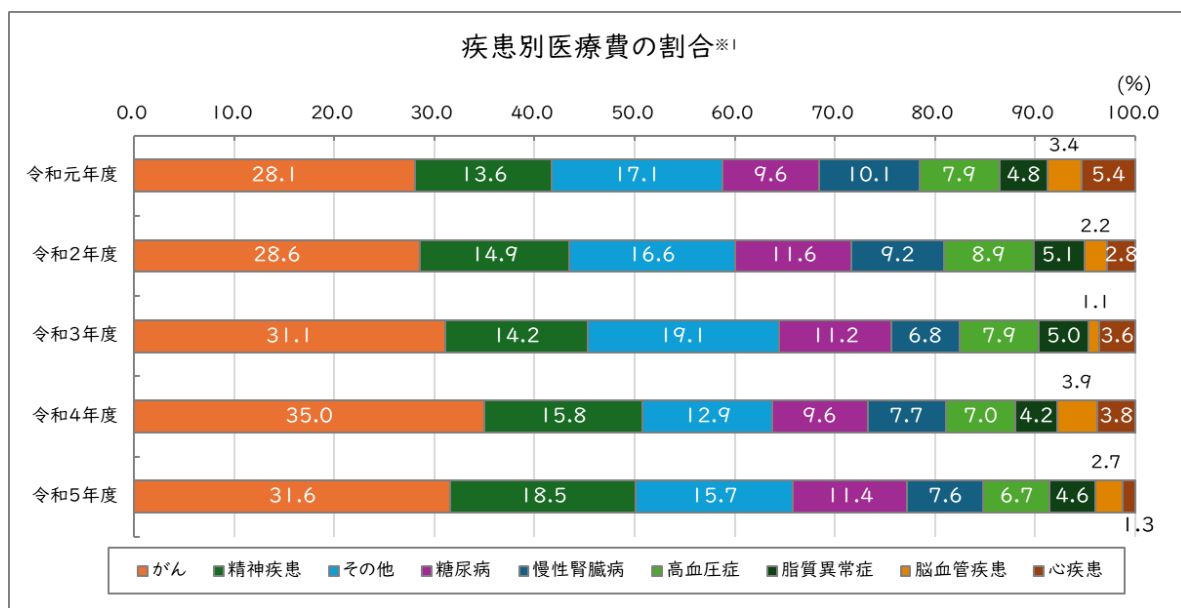
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活習慣病患者割合（%）	八百津町	56.1	54.6	57.2	58.0	56.8
	県	50.0	49.5	52.1	53.7	53.0
	県内順位※1	4位	7位	8位	14位	15位
生活習慣病医療費割合（%）	八百津町	60.6	58.5	58.8	55.6	56.1
	県	58.4	59.8	59.6	58.2	57.4
	県内順位※2	9位	28位	29位	38位	29位

※1 県内42市町村中の順位を表す。県内順位が下がるほど生活習慣病患者割合が減少していることを表す

※2 県内42市町村中の順位を表す。県内順位が下がるほど生活習慣病費用割合が減少していることを表す

資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】

図表 31 生活習慣病別医療費割合

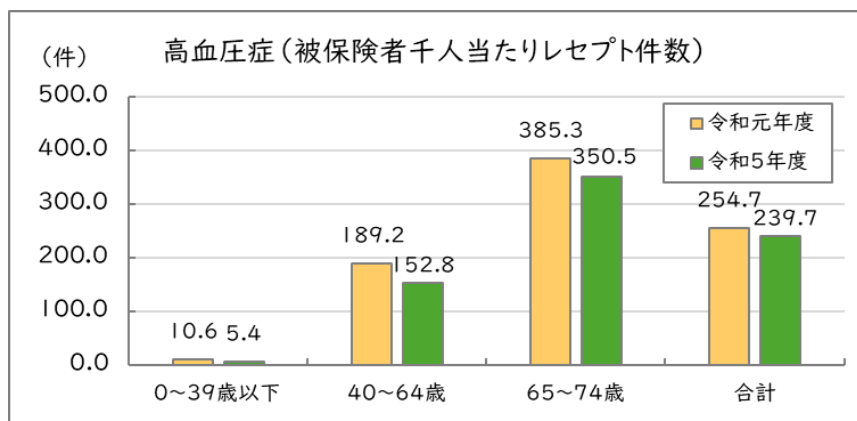


※1 その他には筋・骨格と高尿酸血症と脂肪肝と動脈硬化症、慢性腎臓病には慢性腎臓病（透有）と慢性腎臓病（透無）、脳血管疾患には脳出血と脳梗塞、心疾患には狭心症と心筋梗塞が含まれる

資料：KDB地域の全体像の把握（令和5年度累計）

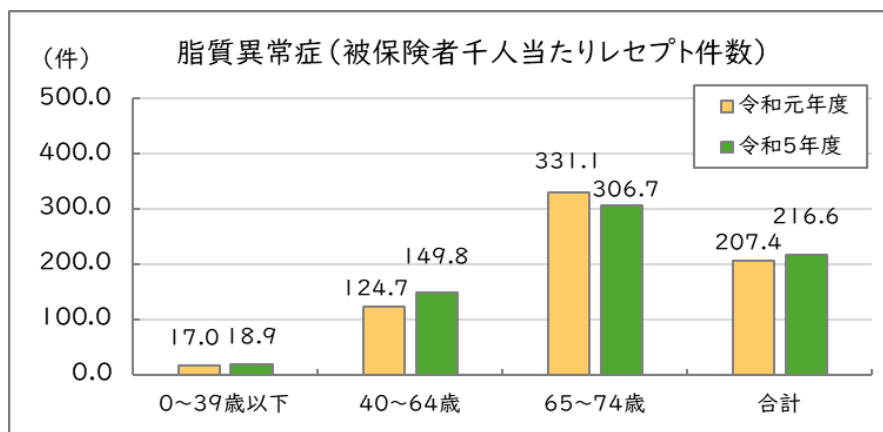
図表 32 年齢階層別受診率（基礎疾患）

【高血圧症】



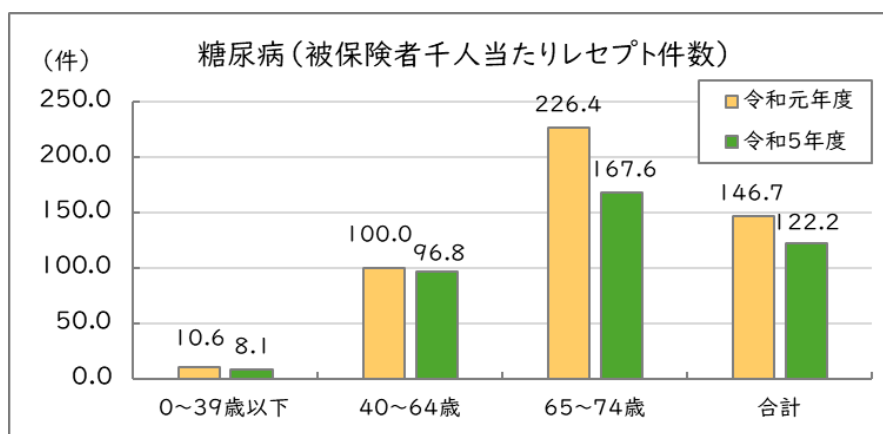
資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-3）（令和元年度、令和5年度）

【脂質異常症】



資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-4）（令和元年度、令和5年度）

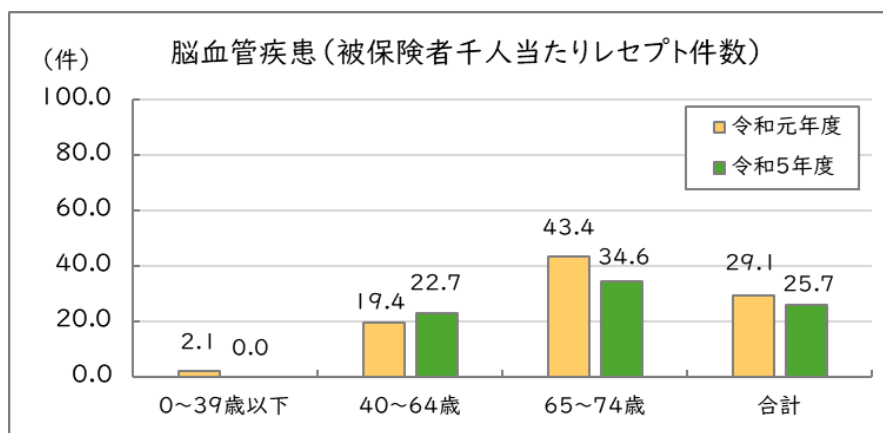
【糖尿病】



資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-2）（令和元年度、令和5年度）

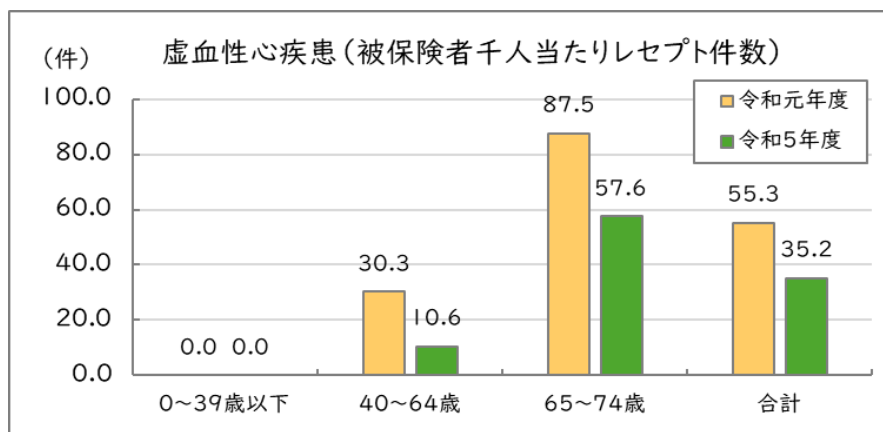
図表 33 年齢階層別受診率（重症化疾患）

【脳血管疾患】



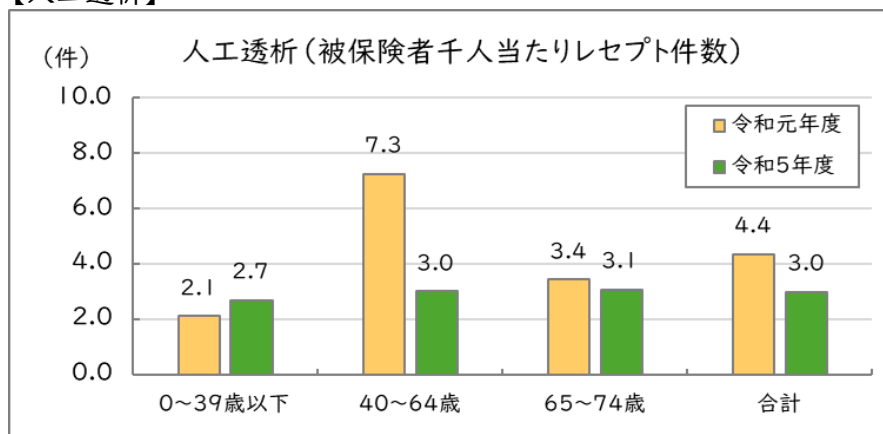
資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-6）（令和元年度、令和5年度）

【虚血性心疾患】



資料:KDBシステム厚生労働省(様式3-5)(令和元年度、令和5年度)

【人工透析】



資料:KDBシステム厚生労働省(様式3-7)(令和元年度、令和5年度)

図表 34 新規人工透析患者数

単位:人

	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
新規人工透析患者数	3	0	1	4	1

資料:KDB(令和元年度～令和5年度)

(7) 重複・多剤の受診状況

- 令和3年度から精神疾患や要介護者を除く、処方薬剤数(同一月内)が20錠、同一薬剤に関する処方日数が30日以上を対象に、保健指導を実施しています。(令和4年度実績:1人)
- 重複および多剤服薬両方に該当する対象者は、全期間を通して少ないため、個々の状況に合わせた介入を実施しています。

(8) 後発医薬品普及率

- ❑ 後発医薬品の差額通知は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、消化性潰瘍に関する薬剤を服薬している者が後発医薬品に変更した場合に生じる差額を通知するものとして、平成25年度から実施しています。
- ❑ 後発医薬品の数量シェア率は国が示す目標値である80.0%前後を維持しており、令和2年度、令和5年度には、80.0%を超えています。(図表35)

図表 35 後発医薬品の数量シェア率および差額通知数

	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
数量シェア率 (使用割合)(%)※1	79.5	81.3	77.7	78.2	80.1
差額通知数(通)※2	67	62	58	65	48

※1 数量シェア率は各年度の3月診療分の割合を表記

※2 差額通知の対象医薬品は、血圧降下剤、高脂血症用剤、消化性潰瘍用剤、糖尿病用剤である。40歳以上を対象に、1被保険者当たり200円以上の差額となる場合かつ投与期間(調剤数量)が28日以上の場合に実施

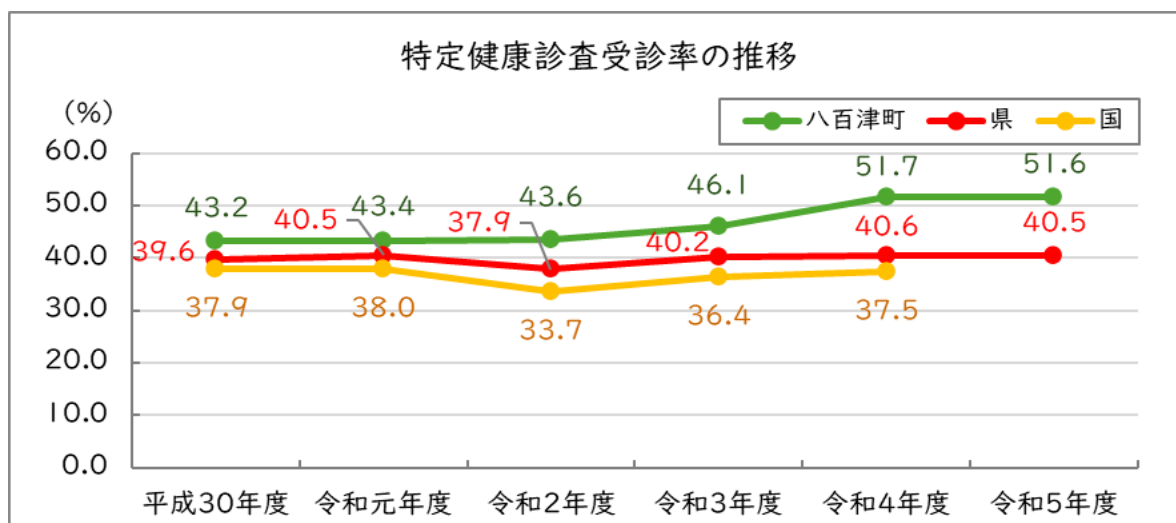
資料:厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)(令和元年度～令和5年度)

2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

(1) 特定健康診査受診率

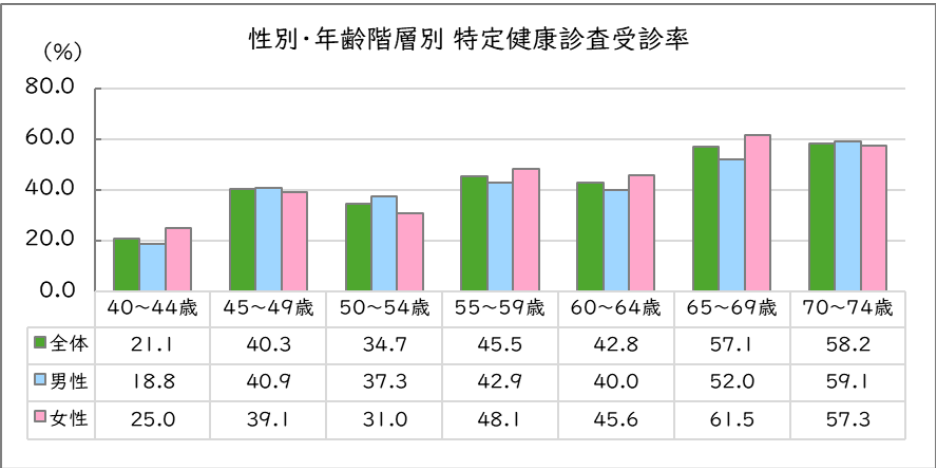
- 令和5年度特定健康診査受診率は51.6%（県内6位）で年々上昇しており、県・国よりも高いですが、国が掲げる市町村国保の目標である60.0%には届いていません。（図表36）
- 65歳以上になると半数以上が受診しており、特に70～74歳が58.2%で最も高くなっています。（図表37）
- 男女ともに年齢階層別では40～44歳の受診率が最も低く、男性は18.8%、女性は25.0%となっています。（図表37）
- 経年的にみると、令和元年度と比較して令和5年度に低下しているのは、男女ともに40～44歳であり、他の年齢階層では上昇しています。（図表38）

図表 36 特定健康診査受診率の推移



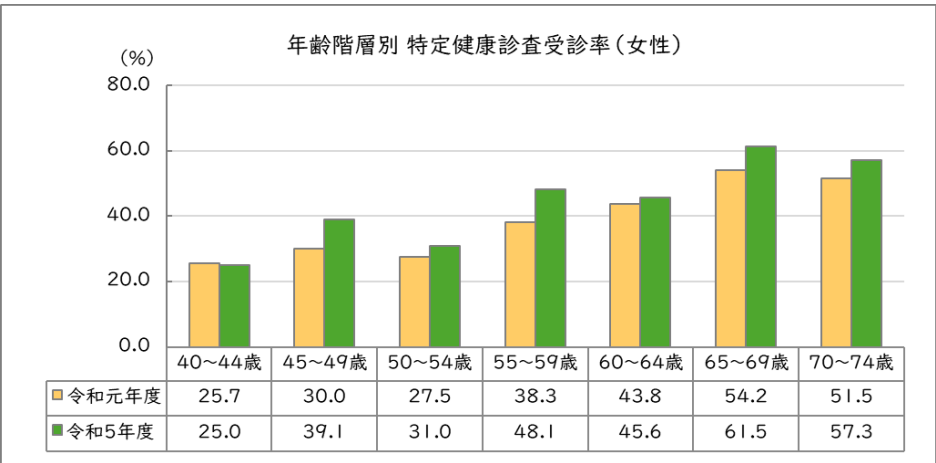
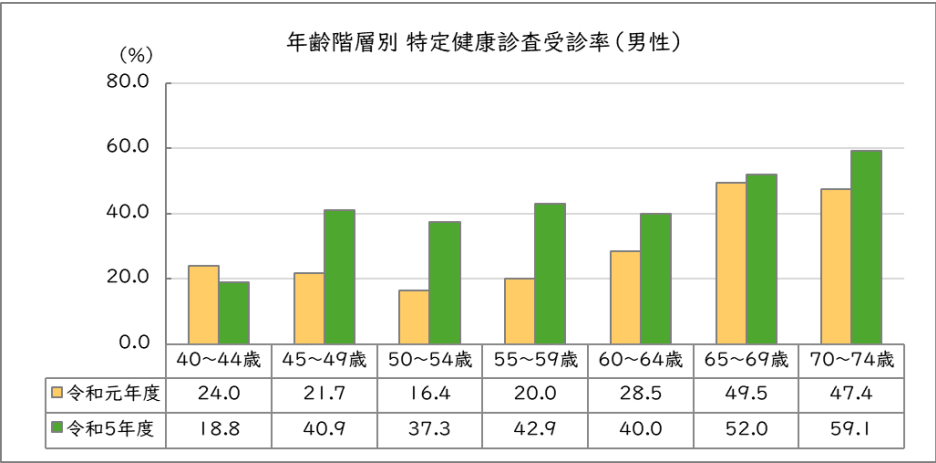
資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】
厚生労働省 特定健診・特定保健指導の実施状況（平成30年度～令和5年度）

図表 37 性別・年齢階層別受診状況（令和5年度）



資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】

図表 38 性別・年齢階層別受診状況（経年）

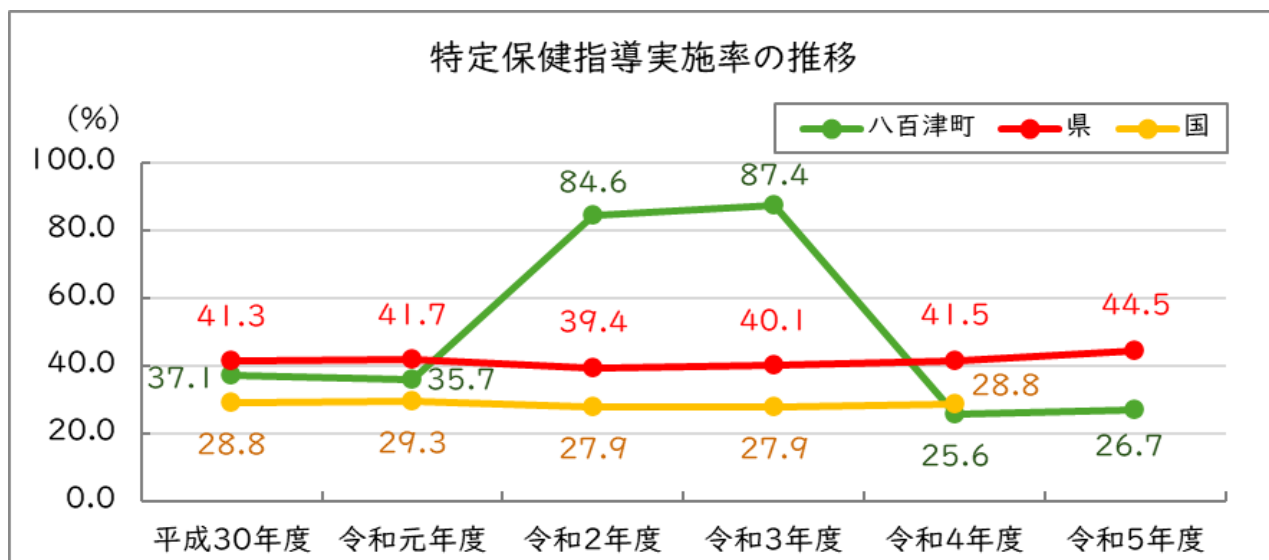


資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】

(2) 特定保健指導実施率

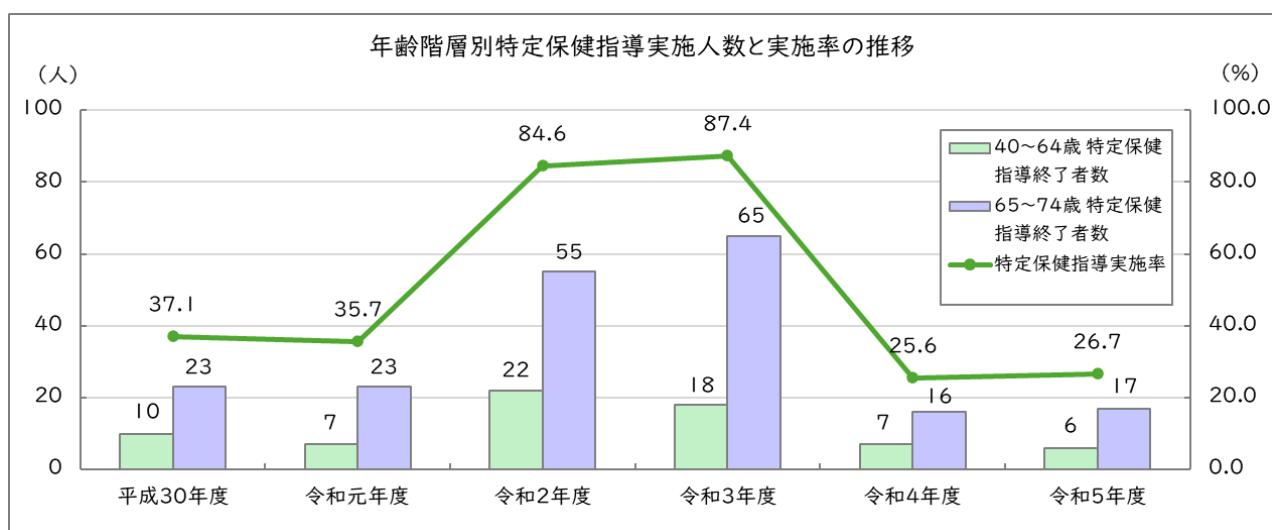
- 令和5年度特定保健指導実施率は26.7%であり、県の実施率44.5%と比べると低いです。(図表39)
- 特定保健指導実施率は、令和2年度と令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度と令和5年度には低下し、令和5年度には26.7%となっています。(図表40)
- 積極的支援の利用率について、令和2年度と令和3年度には58.3%でしたが、令和4年度と令和5年度には低下し、令和5年度には41.2%となっています。実施率も同じ傾向であり、令和5年度の実施率は17.6%です。(図表41)
- 動機付け支援の利用率について、令和2年度と令和3年度は80.0%を超えましたが、令和4年度以降は低下し、令和5年度は56.5%となっています。実施率も同じ傾向であり、令和5年度の実施率は29.0%です。(図表41)
- 令和2年度および令和3年度は、利用率向上を目標に対象者全員に特定保健指導の実施を行いました。加えて、特定保健指導の終了者数を増やす支援を行った結果、一時的に実施率が上昇したものの、事業の持続性に課題がありました。令和4年度以降は実施率向上を重点目標に変更し、特定保健指導は同様の支援を行いました。実施体制の影響等により実施率が低下しました。(図表40)

図表 39 特定保健指導実施率の推移 県・国との比較



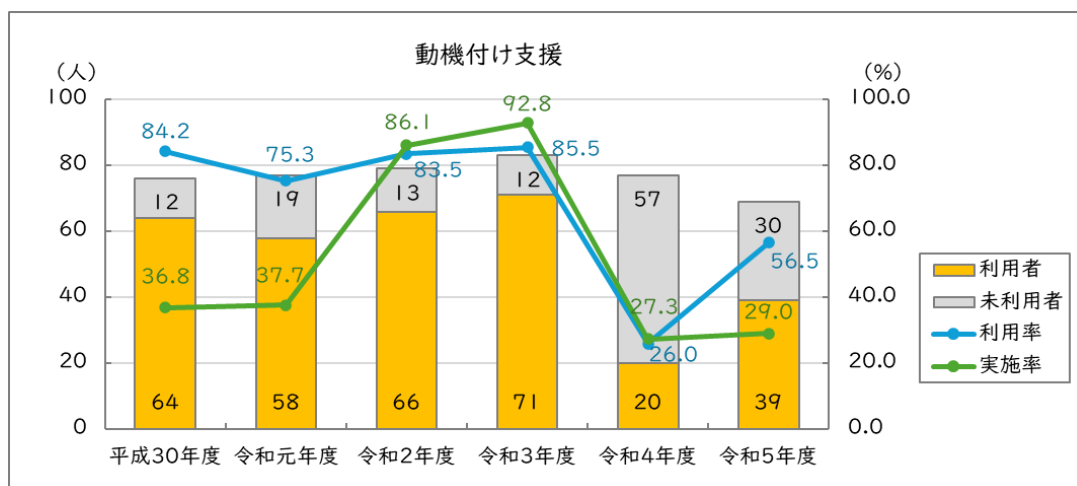
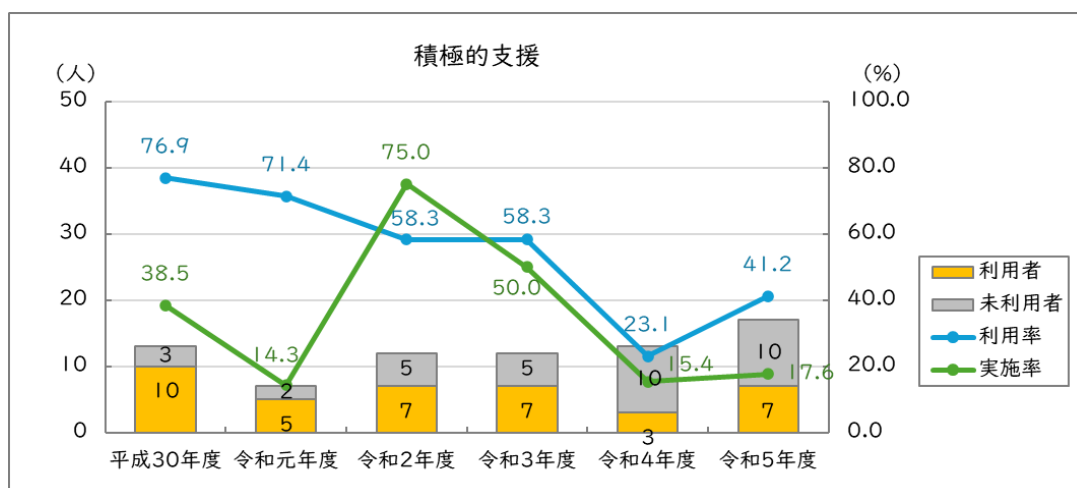
資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】
厚生労働省 特定健診・特定保健指導の実施状況（平成30年度～令和5年度）

図表 40 年齢階層別特定保健指導実施人数と実施率の推移



資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】
厚生労働省 特定健診・特定保健指導の実施状況(平成30年度~令和5年度)

図表 41 特定保健指導利用率と実施率の推移

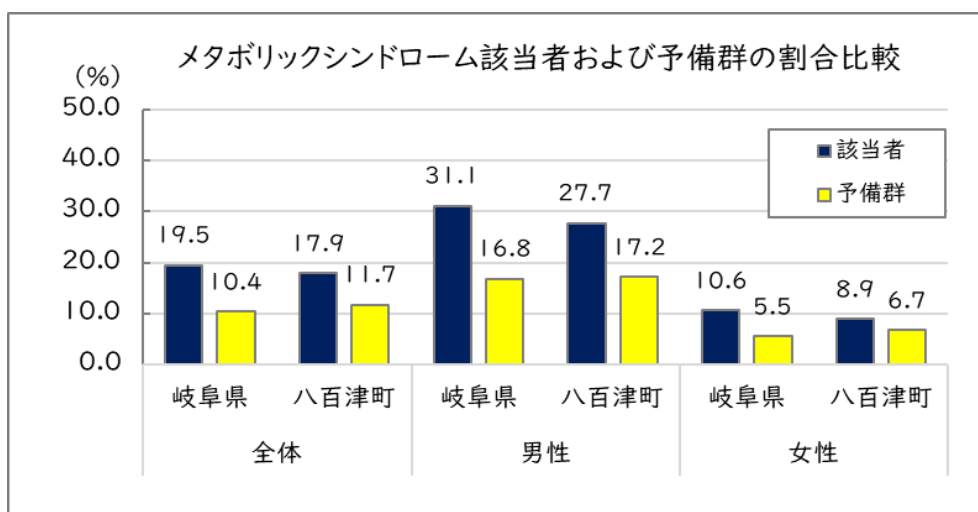


資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】

(3) メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合

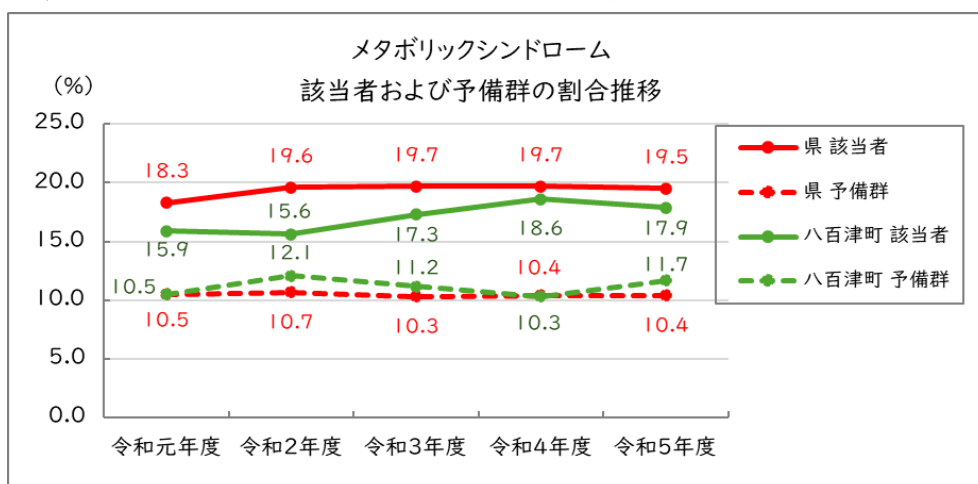
- メタボリックシンドローム※¹⁴該当者の割合は、県よりも低く、予備群の割合は、県よりも高いです。(図表42)
- 経年的にみると、令和5年度のメタボリックシンドローム該当者および予備群は増加しています。(図表43)
- 令和5年度のメタボリックシンドローム該当者の割合は、令和元年度と比べ、男性で増加しています。(図表44)
- 令和5年度のメタボリックシンドローム予備群の割合は、令和元年度と比べ、65～74歳の男性と女性で増加しています。(図表45)

図表 42 メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合比較



資料：KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

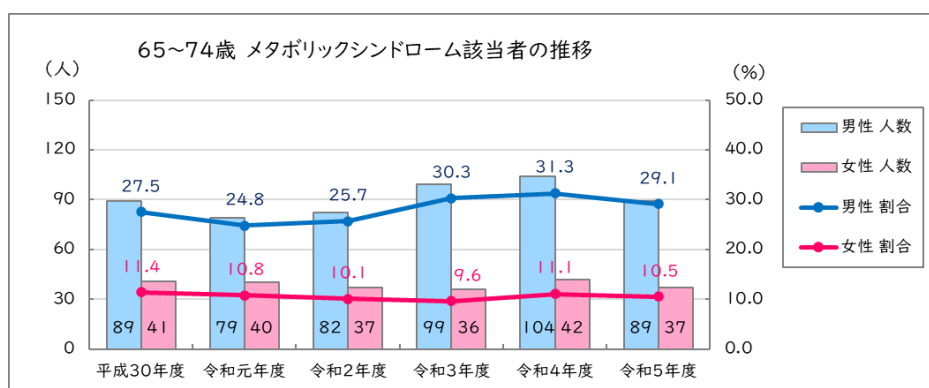
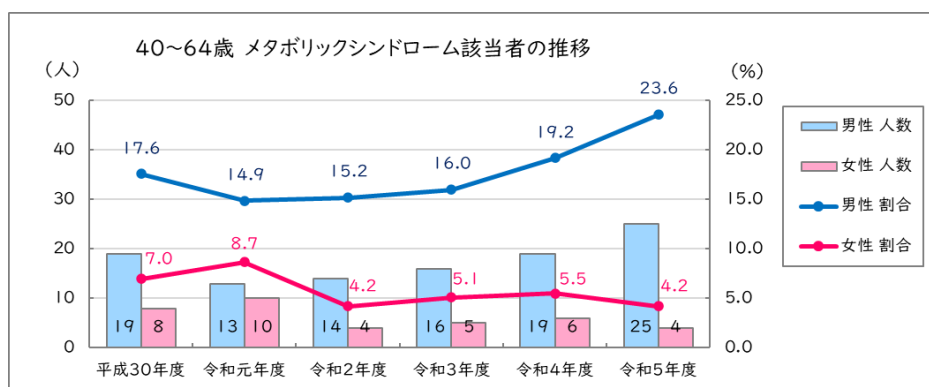
図表 43 メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合推移



資料：KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

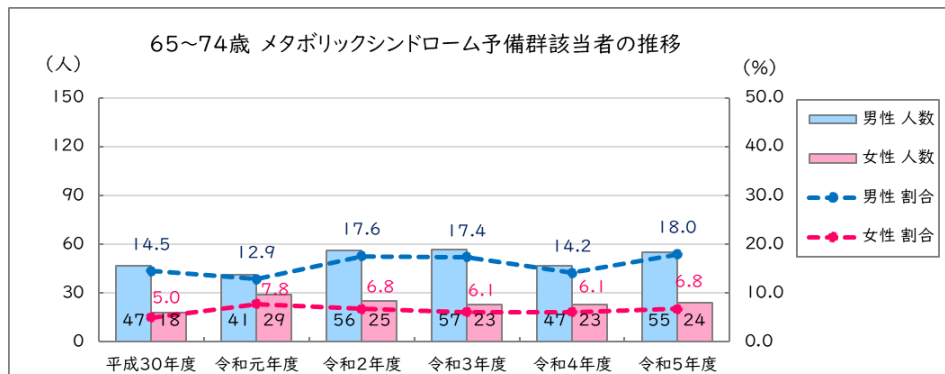
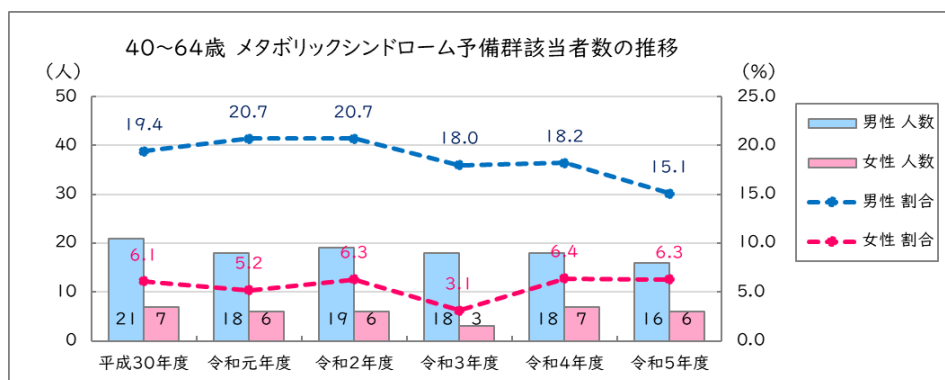
※14 メタボリックシンドローム：内臓のまわりに脂肪が蓄積している内臓脂肪型肥満に加え、脂質異常・高血圧・高血糖といった生活習慣病の危険因子を2つ以上持っている状態のこと。

図表 44 男女別・年齢階層別メタボリックシンドローム該当者の割合推移



資料：KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

図表 45 男女別・年齢階層別メタボリックシンドローム予備群の割合推移



資料：KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

(4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

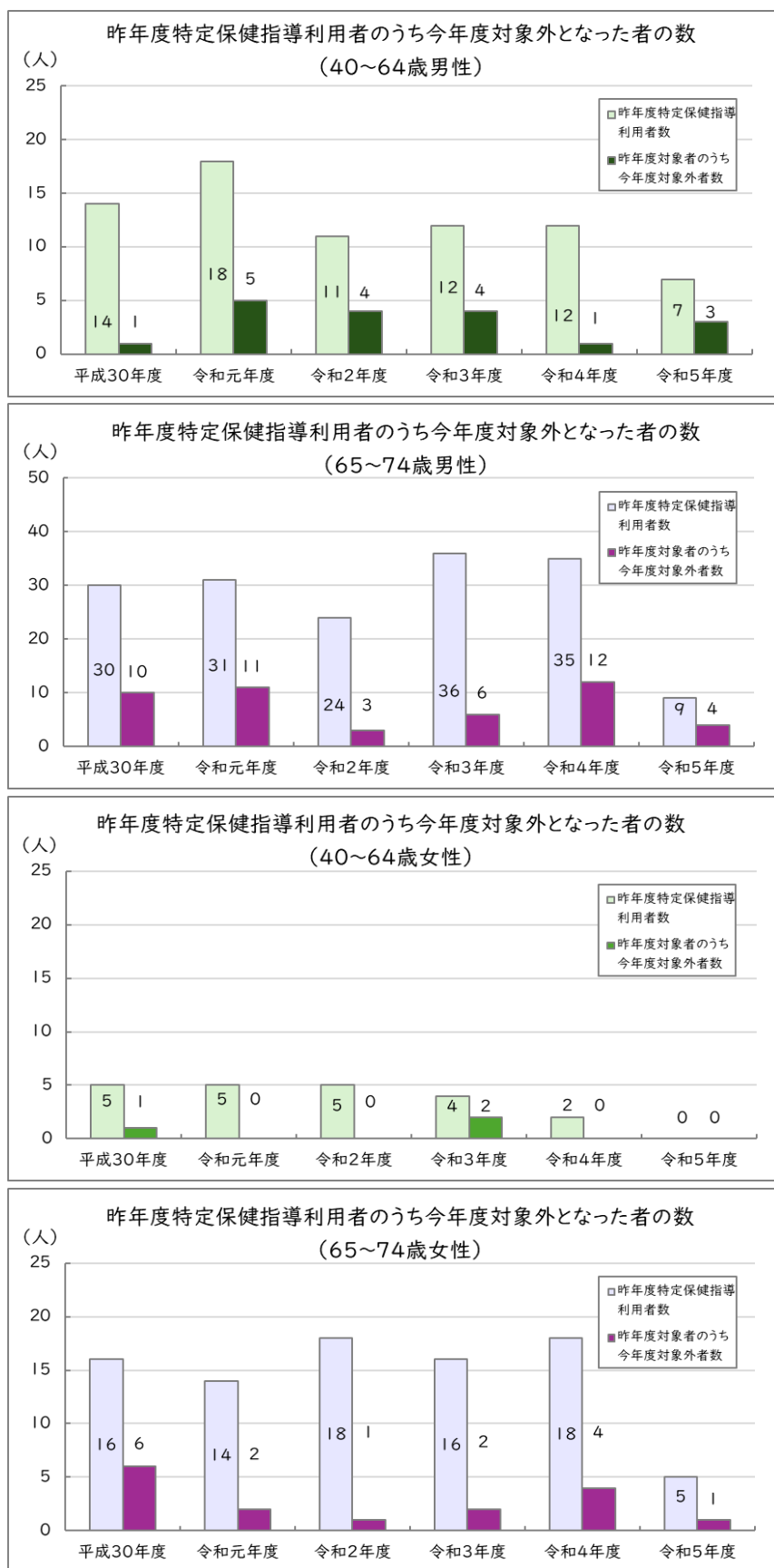
- 令和4年度の特定保健指導の実施により、翌年の特定保健指導対象者ではなくなった者の割合は、38.1%で、県(22.7%)より高いです。(図表46)
- 男女別・年齢階級別でみると、経年的に特定保健指導利用者数が少なく、女性よりも男性の方が多い傾向にあることから、今年度特定保健指導対象者ではなくなった者の割合についても同様の傾向がみられます。(図表47)

図表 46 特定保健指導による減少率の推移

			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
男性	40～64歳	昨年度特定保健指導利用者数(人)	14	18	11	12	12	7
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	1	5	4	4	1	3
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	7.1	27.8	36.4	33.3	8.3	42.9
	65～74歳	昨年度特定保健指導利用者数(人)	30	31	24	36	35	9
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	10	11	3	6	12	4
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	33.3	35.5	12.5	16.7	34.3	44.4
	合計	昨年度特定保健指導利用者数(人)	44	49	35	48	47	16
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	11	16	7	10	13	7
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	25.0	32.7	20.0	20.8	27.7	43.8
女性	40～64歳	昨年度特定保健指導利用者数(人)	5	5	5	4	2	0
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	1	0	0	2	0	0
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	20.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0
	65～74歳	昨年度特定保健指導利用者数(人)	16	14	18	16	18	5
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	6	2	1	2	4	1
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	37.5	14.3	5.6	12.5	22.2	20.0
	合計	昨年度特定保健指導利用者数(人)	21	19	23	20	20	5
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	7	2	1	4	4	1
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	33.3	10.5	4.3	20.0	20.0	20.0
全体	40～64歳	昨年度特定保健指導利用者数(人)	19	23	16	16	14	7
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	2	5	4	6	1	3
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	10.5	21.7	25.0	37.5	7.1	42.9
	65～74歳	昨年度特定保健指導利用者数(人)	46	45	42	52	53	14
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	16	13	4	8	16	5
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	34.8	28.9	9.5	15.4	30.2	35.7
	合計	昨年度特定保健指導利用者数(人)	65	68	58	68	67	21
		昨年度対象者のうち今年度対象外者数(人)	18	18	8	14	17	8
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	27.7	26.5	13.8	20.6	25.4	38.1

資料:特定健診・特定保健指導実施結果報告(平成30年度～令和5年度)

図表 47 男女別・年齢階層別昨年度特定保健指導利用者のうち今年度対象外となった者の数



資料:特定健診・特定保健指導実施結果報告(平成30年度～令和5年度)

(5) 各種検査項目の有所見率

- 令和5年度と令和元年度を比べて、男女ともに有所見率が増加しているのは、GPT※¹⁵、血糖、拡張期血圧、クレアチニンです。その他には、男性はBMI※¹⁶、腹囲、尿酸が増加しており、女性は中性脂肪、収縮期血圧が増加しています。(図表48・49)
- 本町と県・国を比べて、有所見率が高いのは、男女ともに血糖、尿酸、拡張期血圧、LDLコレステロール、クレアチニンです。その他には、女性では中性脂肪、GPT、収縮期血圧が高くなっています。(図表48・49)
- 年齢階層別にみると、男性では、65～74歳に比べ、40～64歳の方が多くの項目で有所見率が高いです。女性では、40～64歳に比べ、65～74歳の方が多くの項目で有所見率が高くなっています。(図表48・49)

図表 48 生活習慣病リスク保有者の割合比較と割合推移(男性)

			国および県と比較して高い				令和元年度よりも令和5年度が高い									
男性			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		血糖		HbA1c	
			25以上		85cm以上		150mg/dl以上		31U/l以上		40mg/dl未満		100mg/dl以上		5.6%以上	
			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 (%)	人数 (人)	割合 (%)
八百津町	40～64歳	令和元年度	23	26.4	38	43.7	25	28.7	22	25.3	4	4.6	14	16.1	42	48.3
		令和5年度	38	35.8	50	47.2	34	32.1	25	23.6	10	9.4	32	30.2	39	36.8
	65～74歳	令和元年度	72	22.6	137	42.9	81	25.4	38	11.9	26	8.2	88	27.6	228	71.5
		令和5年度	80	26.1	157	51.3	70	22.9	39	12.7	16	5.2	112	36.6	174	56.9
	合計	令和元年度	95	23.4	175	43.1	106	26.1	60	14.8	30	7.4	102	25.1	270	66.5
		令和5年度	118	28.6	207	50.2	104	25.2	64	15.5	26	6.3	144	35.0	213	51.7
県		令和5年度	15,193	31.7	25,401	53.0	14,197	29.6	9,555	19.9	4,086	8.5	14,671	30.6	29,260	61.0
国		令和5年度	34.2		55.2		27.8		21.5		7.0		34.3		58.6	

男性			尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン	
			7.0mg/dl以上		130mmHg以上		85mmHg以上		120mg/dl以上		1.3mg/dl以上	
			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 (%)
八百津町	40～64歳	令和元年度	15	17.2	25	28.7	20	23.0	48	55.2	0	0.0
		令和5年度	19	17.9	38	35.8	38	35.8	59	55.7	3	2.8
	65～74歳	令和元年度	53	16.6	155	48.6	74	23.2	159	49.8	12	3.8
		令和5年度	61	19.9	143	46.7	72	23.5	126	41.2	19	6.2
	合計	令和元年度	68	16.7	180	44.3	94	23.2	207	51.0	12	3.0
		令和5年度	80	19.4	181	43.9	110	26.7	185	44.9	22	5.3
県		令和5年度	6,282	13.1	23,077	48.1	11,693	24.4	20,870	43.5	1,319	2.7
国		令和5年度	12.6		48.8		26.5		45.0		2.6	

資料:KDBシステム厚生労働省(様式5-2)(令和元年度、令和5年度)

※15 GPT:肝臓に最も多く含まれる酵素。肝炎等で肝細胞が障害を受けたときに数値が上昇する。GPT(グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ)はALT(アラニンアミノトランスフェラーゼ)とも呼ばれている。

※16 BMI:肥満の判定に用いられる体格指数のこと。体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で求めることができる。18.5未満を「やせ」、25以上を「肥満」としており、日本肥満学会では、最も疾病の少ないBMI22を標準体重としている。

図表 49 生活習慣病リスク保有者の割合比較と割合推移（女性）

国および県と比較して高い										令和元年度よりも令和5年度が高い						
女性			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		血糖		HbA1c	
			25以上		85cm以上		150mg/dl以上		31U/l以上		40mg/dl未満		100mg/dl以上		5.6%以上	
			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 (%)	人数 (人)	割合 (%)
八百津町	40～64歳	令和元年度	23	20.0	20	17.4	15	13.0	8	7.0	1	0.9	13	11.3	64	55.7
		令和5年度	14	14.6	11	11.5	10	10.4	4	4.2	1	1.0	13	13.5	23	24.0
	65～74歳	令和元年度	67	18.0	73	19.6	66	17.7	29	7.8	8	2.2	63	16.9	270	72.6
		令和5年度	62	17.6	64	18.2	65	18.5	31	8.8	4	1.1	91	25.9	205	58.2
	合計	令和元年度	90	18.5	93	19.1	81	16.6	37	7.6	9	1.8	76	15.6	334	68.6
		令和5年度	76	17.0	75	16.7	75	16.7	35	7.8	5	1.1	104	23.2	228	50.9
県		令和5年度	12,181	19.6	11,050	17.8	11,324	18.2	5,335	8.6	889	1.4	11,853	19.1	37,316	60.0
国		令和5年度	21.1		18.7		15.5		9.1		1.2		21.4		57.7	

女性			尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン	
			7.0mg/dl以上		130mmHg以上		85mmHg以上		120mg/dl以上		1.3mg/dl以上	
			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 (%)
八百津町	40～64歳	令和元年度	5	4.3	25	21.7	16	13.9	72	62.6	0	0.0
		令和5年度	0	0.0	28	29.2	19	19.8	61	63.5	0	0.0
	65～74歳	令和元年度	11	3.0	154	41.4	69	18.5	210	56.5	0	0.0
		令和5年度	15	4.3	172	48.9	71	20.2	190	54.0	2	0.6
	合計	令和元年度	16	3.3	179	36.8	85	17.5	282	57.9	0	0.0
		令和5年度	15	3.3	200	44.6	90	20.1	251	56.0	2	0.4
県		令和5年度	1,091	1.8	28,100	45.2	10,006	16.1	32,821	52.8	174	0.3
国		令和5年度	1.8		44.0		16.8		53.8		0.3	

資料：KDBシステム厚生労働省（様式5-2）（令和元年度、令和5年度）

(6) 健康状態、生活習慣の状況

- 健診の問診から適正な生活習慣を有する者の割合をみると、運動習慣がない者と間食の習慣がある者、食べる速度が遅い者の割合が県・国よりも高くなっています。(図表50)
- 歩行速度が遅い者の割合は、微増傾向であり、県・国よりも高くなっています。(図表50)

図表 50 適正な生活習慣を有する者の割合比較と割合推移

単位：％

		八百津町				県	国
		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	
喫煙		12.2	12.1	12.1	11.4	13.0	14.0
20歳時体重から10kg以上増加		31.3	31.9	31.5	29.8	31.7	35.0
1回30分以上の運動習慣なし		65.1	65.7	64.5	66.6	63.7	60.5
1日1時間以上運動なし		56.2	55.9	54.5	55.6	53.4	47.9
歩行速度が遅い		55.4	54.1	54.9	56.1	56.5	50.8
食べる速度が遅い		8.5	8.0	8.0	7.5	8.3	7.9
週3回以上就寝前夕食		11.4	9.6	10.5	9.3	9.1	16.1
週3回以上朝食を抜く		4.1	3.3	2.9	3.9	4.9	10.7
毎日飲酒		25.1	24.2	25.1	25.7	24.8	25.3
時々飲酒		20.6	19.5	21.1	21.3	22.4	23.2
一日飲酒量	1合未満	75.4	74.5	73.1	69.8	70.0	63.5
	1～2合	19.4	21.0	21.3	24.2	21.5	23.8
	2～3合	4.6	3.8	4.8	5.3	7.2	9.6
	3合以上	0.6	0.6	0.8	0.7	1.2	2.9
睡眠不足		25.0	24.0	21.5	25.7	25.7	26.6
咀嚼_かみにくい		15.7	18.3	15.9	17.1	16.9	19.7
咀嚼_ほとんどかめない		0.2	0.1	0.4	0.5	0.5	0.8
3食以外間食_毎日		20.7	20.2	22.1	23.0	21.9	23.7
3食以外間食_時々		60.3	59.5	58.6	58.6	58.5	57.4
3食以外間食_ほとんど摂取しない		19.0	20.3	19.3	18.4	19.6	20.6

令和元年度から減少しているが国や県よりも高い

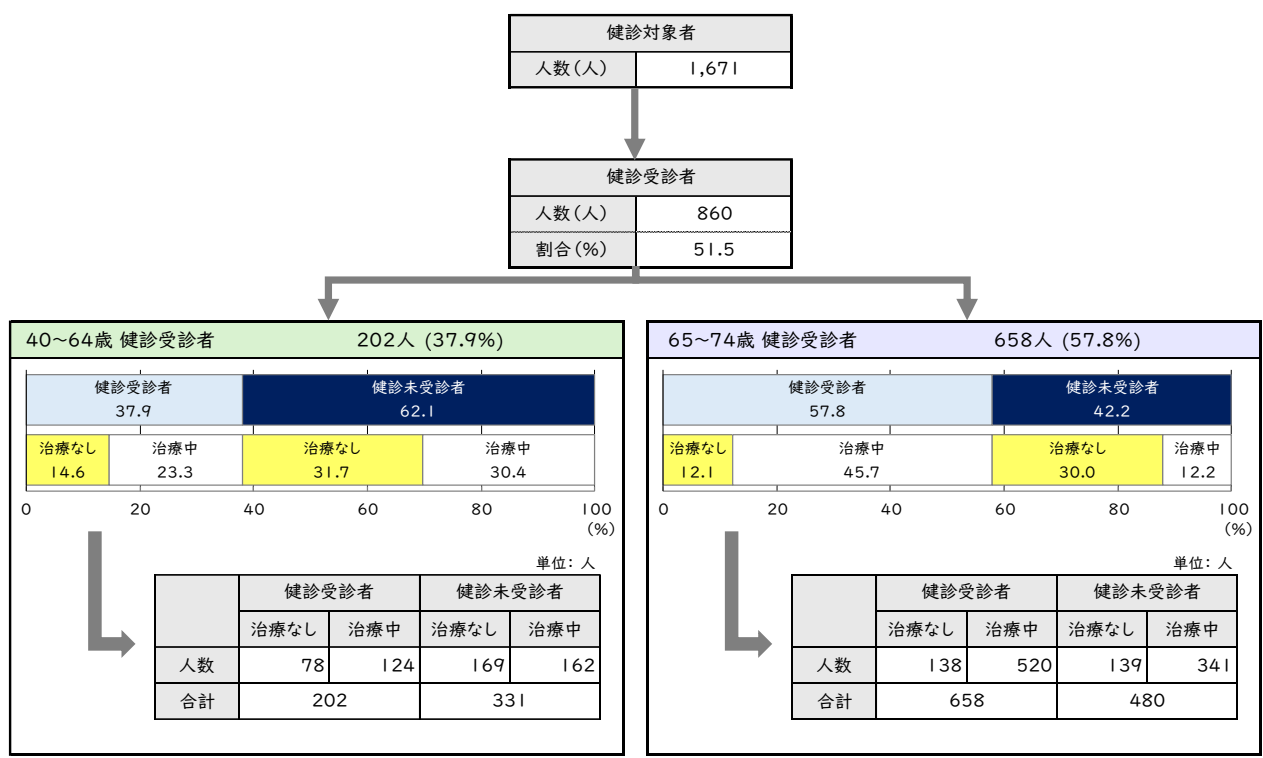
令和元年度から増加しており国や県よりも高い

資料：KDB地域の全体像の把握（令和元年度～5年度累計）

(7) 未治療者の状況

- ❑ 健診未受診かつ未治療者（治療なし）の割合は、40～64歳では31.7%、65～74歳では30.0%です。（図表51）
- ❑ 令和元年度と令和5年度を比べて、健診受診者のうち、高血圧症の未治療者は増加しており、40歳代、60歳代、70歳代で増加しています。（図表52）
- ❑ 令和元年度と令和5年度を比べて、健診受診者のうち、糖尿病および脂質異常症の未治療者は減少しています。（図表52）

図表 51 未治療者の状況



資料:KDBシステム厚生労働省(様式5-5)(令和5年度)

図表 52 生活習慣病未治療者の状況

【高血圧症の未治療者】

未治療（健診時の問診において、「服薬なし」と回答）×高血圧Ⅱ度以上を抽出

	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		
	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)
40～49歳	48	1	2.1	46	2	4.3	51	3	5.9	53	4	7.5	49	6	12.2
50～59歳	66	3	4.5	65	2	3.1	59	1	1.7	77	4	5.2	85	2	2.4
60～69歳	423	6	1.4	385	11	2.9	385	13	3.4	386	11	2.8	335	8	2.4
70～74歳	418	11	2.6	424	13	3.1	474	13	2.7	503	20	4.0	459	17	3.7
再掲)40歳～64歳	217	5	2.3	204	8	3.9	207	9	4.3	225	11	4.9	213	9	4.2
再掲)65歳～74歳	701	13	1.9	702	20	2.8	719	21	2.9	726	27	3.7	668	23	3.4
再掲)男性	434	9	2.1	426	11	2.6	458	15	3.3	474	21	4.4	442	15	3.4
再掲)女性	521	12	2.3	494	17	3.4	511	15	2.9	545	18	3.3	486	18	3.7
合計	955	21	2.2	920	28	3.0	969	30	3.1	1019	39	3.8	928	33	3.6

資料:FKAC171(令和元年度～令和5年度)

【糖尿病の未治療者】

未治療（健診時の問診において、「服薬なし」と回答）×HbA1c6.5%以上を抽出

	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		
	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)
40～49歳	48	2	4.2	46	2	4.3	51	0	0.0	53	0	0.0	49	0	0.0
50～59歳	66	0	0.0	65	2	3.1	59	0	0.0	77	0	0.0	85	1	1.2
60～69歳	423	15	3.5	385	11	2.9	385	7	1.8	386	4	1.0	335	11	3.3
70～74歳	418	21	5.0	424	9	2.1	474	13	2.7	503	15	3.0	459	13	2.8
再掲)40歳～64歳	217	5	2.3	204	7	3.4	207	2	1.0	225	0	0.0	213	2	0.9
再掲)65歳～74歳	701	30	4.3	702	17	2.4	719	17	2.4	726	17	2.3	668	21	3.1
再掲)男性	434	21	4.8	426	15	3.5	458	13	2.8	474	11	2.3	442	15	3.4
再掲)女性	521	17	3.3	494	9	1.8	511	7	1.4	545	8	1.5	486	10	2.1
合計	955	38	4.0	920	24	2.6	969	20	2.1	1019	19	1.9	928	25	2.7

資料:FKAC171(令和元年度～令和5年度)

【脂質異常症の未治療者】

未治療（健診時の問診において、「服薬なし」と回答）×LDLコレステロール180mg/dl以上を抽出

	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		
	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	健診 受診者数 (人)	人数 (人)	割合 (%)
40～49歳	48	3	6.3	46	2	4.3	51	2	3.9	53	4	7.5	49	1	2.0
50～59歳	66	8	12.1	65	5	7.7	59	4	6.8	77	3	3.9	85	2	2.4
60～69歳	423	27	6.4	385	13	3.4	385	17	4.4	386	14	3.6	335	19	5.7
70～74歳	418	14	3.3	424	12	2.8	474	10	2.1	503	15	3.0	459	15	3.3
再掲)40歳～64歳	217	19	8.8	204	14	6.9	207	10	4.8	225	9	4.0	213	7	3.3
再掲)65歳～74歳	701	31	4.4	702	18	2.6	719	23	3.2	726	26	3.6	668	30	4.5
再掲)男性	434	18	4.1	426	15	3.5	458	15	3.3	474	17	3.6	442	16	3.6
再掲)女性	521	34	6.5	494	17	3.4	511	18	3.5	545	19	3.5	486	21	4.3
合計	955	52	5.4	920	32	3.5	969	33	3.4	1019	36	3.5	928	37	4.0

資料:FKAC171(令和元年度～令和5年度)

3. 個別の保健事業等の事業評価（レセプトと健診データからの考察）

（1）特定健康診査受診勧奨の事業評価

- 健診票を対象者全員に送付しました。
- 集団健診の未受診者全員に対して受診勧奨ハガキを送付しました。
- これらの取組を行ったことで、健診対象者の51.6%（令和5年度）が受診しており、経年的にも受診率が上がっていることから、健診の受診率向上の効果があるため、事業は継続して行います。（図表15）
- 課題点は、若い世代の受診率が低いことです。現在、国保の30～39歳を対象に「ヤング健診」を実施しています。令和7年度からは20～39歳を対象に健診を実施する予定で、若い世代から健診を受ける習慣付けをし、受診率向上を目指します。

（2）特定保健指導の事業評価

- 特定保健指導利用率は、平成30年度、令和2年度、令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度と令和5年度には低下し、53.5%（令和5年度）となっています。（図表15）
- 特定保健指導実施率は、令和2年度と令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度と令和5年度には低下し、26.7%（令和5年度）となっています。（図表15）
- 令和2年度および令和3年度は、利用率向上を目標に対象者全員に特定保健指導の実施を行いました。加えて、特定保健指導の終了者数を増やす支援を行った結果、一時的に実施率が上昇したものの、事業の持続性に課題がありました。令和4年度以降は実施率向上を重点目標に変更し、特定保健指導は同様の支援を行いましたが、実施体制の影響等により実施率が低下しました。（図表40）
- 目標達成のために業務委託等新たな方法を導入して、効率的かつ持続可能な取組を推進することで、実施率の早期底上げを目指します。
- 「令和5年度市町村国保ヘルスアップ事業実績報告書」によると、令和4年度と令和5年度の特定保健指導利用者における健診データの変化として、全体で54.2%の者が健診データの維持・改善をしたため、特定保健指導の効果が高かったと考えられることから、引き続き効果を高めるための個々に応じた取組を強化していきます。

(3) 糖尿病等重症化の事業評価

【糖尿病】

- 平成30年度から事業の取組を開始しており、前年度の評価をもとに事業内容の検討・見直しを行っています。年度ごとで対象者が変わっていることから、経年で比較、評価することは難しいため、事業評価をするための目標値（アウトプット※17、アウトカム）の設定をすることとします。
- 訪問した者のうち、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(+)の者、HbA1c6.5%以上かつeGFR30mL/min/1.73m²以上45mL/min/1.73m²未満の者、HbA1c6.5%以上かつeGFR30mL/min/1.73m²未満の者は減少していることから、介入したことで検査数値の改善がみられたと評価できます。（図表53）
- 人工透析患者数および新規透析患者数は横ばいではあるものの、外来医療費では、国保、後期ともに内分泌・栄養および代謝疾患が高額となっていることから、引き続き糖尿病重症化予防への取組は重要です。
- 生活習慣の改善、医療管理により、HbA1c値維持・改善は見込むことができますが、蛋白尿を改善することは困難であると考えられることから、尿蛋白の有無に関わらず、eGFR※18の値に注目して受診勧奨、保健指導を実施していきます。

図表 53 糖尿病重症化事業の訪問対象者

特定健康診査結果より 要フォロー者数の減少 (人)		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
	HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白 (+)	9	9	14	6	8	8
	HbA1c6.5%以上かつ eGFR30mL/min/1.73m ² 以上 45mL/min/1.73m ² 未満	3	4	3	7	2	2
	HbA1c6.5%以上かつ eGFR30mL/min/1.73m ² 未満	2	1	3	0	0	0

資料：八百津町集計、KDB介入支援対象者の絞り込み（栄養・重症化予防）（平成30年度～令和5年度）

※17 アウトプット：実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価すること。

※18 eGFR：推定糸球体濾過量。老廃物を尿へ排泄する能力がどれくらい腎臓にあるかを示しており、この値が低いほど腎臓の機能が悪いことを表す。

- 令和5年度において、75g糖負荷検査（OGTT）を勧奨した者のうち、医療機関を受診し、検査した者は15人でした。（図表54）
- 検査を受ける者が少ないため、糖尿病は早期発見が重要であること、そのためには検査が必要であるという周知に力を入れていきます。

図表 54 糖尿病重症化予防事業の対象者 75g糖負荷検査（OGTT）

	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
OGTT勧奨対象者（人）※	128	132	85	109	101	114
OGTT受診者（人）	18	22	11	5	4	15
保健師による指導実施者（人）	18	22	1	0	0	1
備考	受診者全員に訪問による個別指導を実施		病院から、町での保健指導を依頼された場合のみ実施			

※HbA1c6.0～6.4%、空腹時血糖110mg/dl以上、随時血糖140mg/dl以上のいずれかに該当する者

資料：八百津町集計（平成30年度～令和5年度）

【高血圧・腎機能】

- 健診結果において、「高血圧要受診勧奨判定」かつ「eGFR45mL/min/1.73m²以上60mL/min/1.73m²未満」かつ「尿蛋白（+）以上」のうち未受診の者に対して、医療機関を受診するよう勧奨通知を送付しました。
- 受診勧奨後の医療機関受診率の上昇はみられず、受診行動につながるような働きかけの検討が必要です。また、高血圧を放置することで腎機能低下を招き、重症化することを自分事化できるような介入が必要です。
- 健診受診者のうち、高血圧症の未治療者は増加しており、介護認定者の有病状況で高血圧がある者についても増加傾向であることから、引き続き高血圧重症化予防が必要です。
- 医療につながるよう受診勧奨に力を入れ、さらに生活習慣の改善のための保健指導を丁寧に行っていきます。

4. 介護の状況

(1) 介護給付費の状況

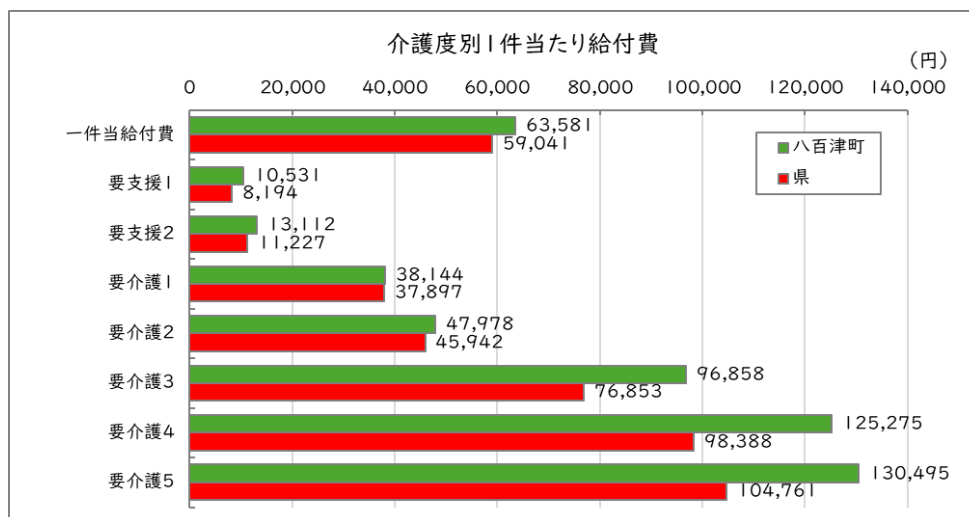
- 令和5年度の居宅1人当たり介護給付費は、前年比109.9%、施設1人当たり介護給付費は前年比106.7%となっており、どちらも増加しています。(図表55)
- すべての介護区分において、1件当たり給付費は県と比べて高くなっています。(図表56)
- 特に、県との差額が大きいのは、要介護3～5です。(図表56)

図表 55 令和5年度1人当たり介護給付費(前年比)

	1人当たり 介護給付費(円)	前年比(%)
居宅	11,794	109.9
施設	8,313	106.7

資料:KDB健康スコアリング(介護)(令和5年度)

図表 56 介護度別1件当たり給付費



資料:KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

(2) 介護認定の状況

- 令和5年度の介護保険第1号被保険者※19の介護認定率は、18.7%で令和元年度と比べるとわずかに低下しているものの、県より高くなっています。(図表57)
- 令和5年度の介護保険第2号被保険者※20の介護認定率は0.3%で令和元年度と比べるとわずかに減少しており、県より低くなっています。(図表57)
- 新規介護認定率は横ばいで、県や国と同水準です。(図表57)
- 介護度別総件数の割合をみると、要介護1・2が多いですが、経年的には低くなっています。(図表57)

図表 57 介護認定率の推移と比較

単位:%

			八百津町					県	国
			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		
第1号認定率			18.8	18.5	18.2	18.3	18.7	18.3	19.7
介護度別総件数の割合	新規認定率		0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
	介護度別総件数の割合	要支援1・2	15.3	14.8	15.1	16.0	15.5	13.6	13.2
		要介護1・2	47.3	48.9	48.8	48.4	46.6	43.1	46.2
		要介護3以上	37.4	36.3	36.2	35.6	37.9	43.3	40.7
第2号認定率			0.5	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4

資料:KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

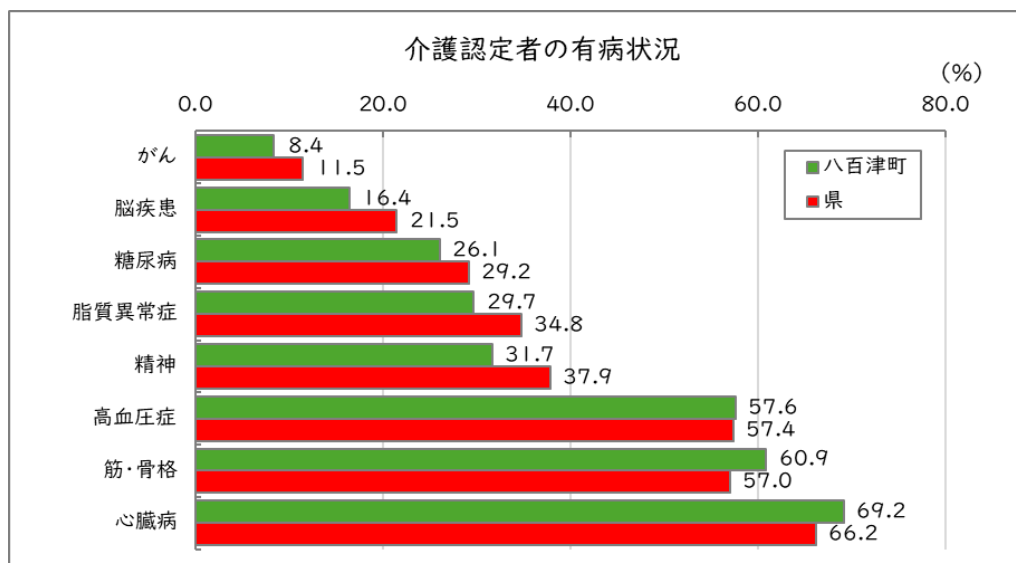
(3) 介護認定者と有病状況

- 介護認定者の有病状況は、県と比較して高血圧症、筋・骨格、心臓病の割合が高いです。(図表58)
- 経年的にみると、がん、糖尿病、脂質異常症、高血圧症、心臓病が増加しています。(図表59)

※19 介護保険第1号被保険者:65歳以上の者。

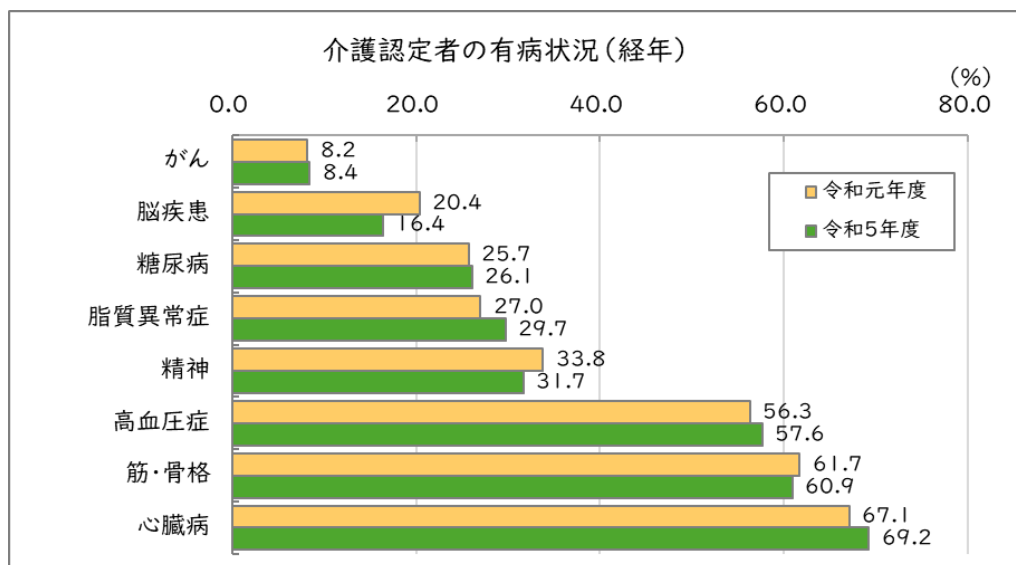
※20 介護保険第2号被保険者:40歳以上65歳未満の医療保険加入者。

図表 58 介護認定者の有病状況



資料:KDB地域の全体像の把握(令和5年度累計)

図表 59 介護認定者の有病状況(経年)



資料:KDB地域の全体像の把握(令和元年度、令和5年度累計)

5. 健康課題

健診・医療・介護等の分析から把握した現状をまとめます。

【人口構成・平均寿命と健康寿命】

- 人口は減少傾向にあり、出生率の低下による年少人口の減少と平均余命の延伸による老年人口の増加がみられ、少子高齢化が進行しています。
- 男女ともに平均余命、平均自立期間は延伸しています。男女別でみると、女性よりも男性の方が自立して過ごせる期間が長くなっています。

【死亡】

- 死亡率は年々上昇し、県や国より高いです。
- 標準化死亡比について、男性で増加しているのは、悪性新生物・心不全・脳内出血・腎不全で、女性で増加しているのは、悪性新生物・心不全・肺炎・不慮の事故です。

【介護】

- 令和5年度の居宅1人当たり介護給付費は、前年比109.9%、施設1人当たり介護給付費は前年比106.7%となっており、どちらも増加しています。
- 介護保険第1号被保険者の介護認定率は、18.7%で令和元年度と比べるとわずかに低下しているものの、県より高くなっています。
- 1件当たり給付費はすべての介護区分において県より高いです。
- 介護認定者においては、がん、糖尿病、脂質異常症、高血圧症、心臓病が増加しています。

【医療】

- 国保の被保険者の半数以上が65歳以上であり、総医療費は減少傾向ですが、国保と後期の医療費を比べると、後期で高くなっています。
- 国保の生活習慣病の医療費、患者数は全体の約60.0%を占め、患者数は県内でも上位です。
- 入院、外来ともに医療費で最も高いのは、国保が新生物（腫瘍）、後期が循環器系の疾患となっています。
- 循環器系の疾患は、国保においても入院、外来ともに上位に入っており、全体として多くの医療費がかかっています。
- 外来医療費では、国保、後期ともに内分泌・栄養および代謝疾患が高額となっています。

【健診】

- 特定健康診査の受診率は上昇していますが、若い世代の受診率が低いです。
- 特定保健指導利用率は53.5%、特定保健指導を最後まで受けて終了した実施率は26.7%と低い状態です。
- メタボリックシンドローム該当者の割合は、県よりも低いですが、予備群の割合は、県よりも高いです。
男性のメタボリックシンドローム該当者と、65～74歳の男性と女性のメタボリックシンドローム予備群が増加傾向です。
- 健診の問診結果から、運動習慣がない者と間食の習慣がある者、食べる速度が遅い者の割合が県や国よりも高いです。
- 県・国と比べて健診時の有所見率が高いのは、男女ともに、血糖、尿酸、拡張期血圧、LDLコレステロール、クレアチニンです。

糖尿病や高血圧症等生活習慣病の重症化から、心疾患や腎不全・脳血管疾患による死亡や介護につながっています。糖尿病や高血圧症、腎機能低下の重症化の予防のためには、メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防や、生活習慣の改善が必要です。そのためには被保険者自身が納得し、継続可能な生活習慣改善方法を考え、積極的に予防行動をとることができるように支援する保健事業が必要です。

項目	健康課題
A	特定健康診査の受診率は、51.6%ですが、男女ともに40～44歳の受診率が低いため、受診率の低い年齢階層に対する受診啓発に力を入れる必要があります。男性のメタボリックシンドローム該当者および65～74歳の男性と女性のメタボリックシンドローム予備群が増加傾向であることから、生活習慣病の疾病予防・重症化予防を進めていく必要があります。
B	特定保健指導の利用率および実施率は、一時的に上昇したものの、現在は低下しています。積極的支援、動機付け支援ともに、利用率および実施率を上げる必要があります。
C	国保、後期ともに外来における医療費の高い疾病が内分泌・栄養および代謝疾患となっています。介護認定者の有病状況で糖尿病のある者が微増していることから、人工透析への移行を遅らせるとともに、糖尿病重症化予防を図る必要があります。
D	国保・後期ともに医療費の高い疾病が循環器系の疾患です。また生活習慣病の患者数で最も多いのが高血圧症です。健診受診者のうち、高血圧症の未治療者は増加しており、介護認定者の有病状況で高血圧症がある者も増加傾向であることから、高血圧症重症化予防の対策が必要です。
E	腎不全は医療費において、がん、その他、精神疾患、糖尿病の次に多く罹患しており、標準化死亡比は、男性が微増傾向です。 人工透析は1件当たりの医療費が高く、いったん透析に移行すると離脱することができないことから、透析に移行させないことが最も重要です。
F	高齢者が被保険者の半分以上を占め、被保険者の高齢化に伴い、医療受診や投薬は増加することから、重複受診や多剤服用者が増加する可能性が高くなっています。
G	高齢化が進んでいることから、高齢者が住みなれた地域で自立した生活が送れる期間の延伸、QOLの維持向上を図るための取組が必要です。



健康課題 項目	中目的
A	メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防
B	
C	糖尿病の重症化予防
D	高血圧症の重症化予防
E	腎機能低下の重症化予防
F	重複多剤服用者の減少
G	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の取組の状況

第4章 データヘルス計画

1. 計画全体における目的

計画の大目的である「健康寿命の延伸」と、「医療費の適正化」の達成のために、6つの中目的と評価指標を設定し保健事業を実施します。

中目的	評価指標	計画策定時		目標値
		令和4年度	令和5年度	
メタボリック シンドローム等 の生活習慣病 の予防	特定健康診査受診率(%)	51.7	51.6	60.0
	特定保健指導実施率(%)	25.6	26.7	60.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	25.4	38.1	32.0
糖 尿 病 の 重症化予防	HbA1c8.0%以上の者の割合(%)	0.24	0.26	1.0
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病の レセプトがない者の割合(%)	9.0	16.7	8.0
高血圧症の 重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	29.4	-	30.0
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	41.2	-	45.0
腎機能低下の 重症化予防	CKD重症度分類の変化(%)	88.2	-	90.0
重複多剤服用者 の減少	重複投与者数(対被保険者1万人)	0	0	前年度から 減少
	多剤投与者数(対被保険者1万人)	99	49	前年度から 減少
地域包括ケア 推進・一体的 実施の取組の 状況	KDB等を活用したデータ提供等により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	-	参画	参画
	KDB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、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	-	実施有	実施有

2. 健康課題を解決するための個別保健事業

事業名称	
1	特定健康診査受診勧奨事業
2	特定保健指導
3	糖尿病重症化予防事業
4	高血圧症の重症化予防事業
5	腎機能低下の重症化予防事業
6	適正受診・適正服薬事業
7	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 特定健康診査受診勧奨事業

目的		生活習慣病および生活習慣病に起因する疾病にかかる医療費適正化を目指し、特定健康診査未受診者へ受診勧奨を行うことで、高齢期に向けた生活習慣病の発症および重症化を予防する							
対象者		特定健康診査未受診者							
事業内容		・ 受診履歴や問診票の回答結果等のデータについて人工知能を用いて解析し、優先順位付けを行った上で受診勧奨ハガキを送付（年2回） ・ 町民かつ40～74歳で、生活習慣病（糖尿病等）で加茂医師会の医療機関通院中の者を対象に、検査結果の情報提供を依頼し、加茂医師会と連携を図る							
		計画策定時		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 4年度	令和 5年度						
アウトカム	特定健康診査実施率（%）	51.7	51.6	53.0	54.4	55.8	57.2	58.6	60.0
アウトプット	特定健康診査受診勧奨ハガキ送付率（%）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	情報提供票の回収率（%）	17.0	11.4	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0
プロセス※21		・ 各医療機関への事業説明 ・ 情報提供事業の依頼 ・ 特定健康診査受診勧奨ハガキ送付							
ストラクチャー※22		・ 健診委託医療機関の医師へ事業の説明と依頼をし、協力を得る ・ 受診勧奨事業の委託料 ・ 医療機関との連携							

※21 プロセス：作業を進める手順や方法、過程等を意味する言葉。保健事業の評価では、実施過程において必要なデータを入手しているか、人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか等を評価すること。

※22 ストラクチャー：物事の構成や構造を意味する言葉。保健事業においては、事業に従事する職員の体制（職種、人数、職員の資質等）、予算、施設、設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況のことを意味する。

(2) 特定保健指導

目的		特定保健指導該当者に対して、メタボリックシンドロームに着目した保健指導を行うことにより、特定保健指導該当者が自らの生活習慣の課題を認識し、健診の継続受診および生活習慣の改善に自ら取り組むことを通じて、生活習慣病の発症・重症化を予防するとともに、医療費適正化を図る							
対象者		特定保健指導該当者、特定保健指導未利用者							
事業内容		・ 特定保健指導対象者に対して、特定保健指導を実施 ・ 若年層の利便性向上のため、ICTを活用した保健指導を実施 ・ 初回面接で体重と腹囲減少のための食事と運動の目標を設定し、3か月間の支援を実施 ・ 通知発送後に返信のない場合は電話もしくは郵便等の方法を用いて、利用勧奨を行う							
		計画策定時							
		令和 4年度	令和 5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	特定保健指導実施率(%)	25.6	26.7	32.3	37.8	43.4	48.9	54.5	60.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	25.4	38.1	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0
	利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合(%)	0.0	0.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
	保健指導レベルの改善割合(%)	31.0	-	40.0	40.0	40.0	40.5	41.0	42.0
アウトプット	特定保健指導利用率(%)	26.0	56.5	57.9	62.3	66.7	71.1	75.5	80.0
	次年度継続受診率(%)	93.1	-	85.0	85.0	85.0	85.5	86.0	87.0
プロセス		・ 特定保健指導については、町の保健師または保健指導機関に委託 ・ 特定保健指導の対象者に案内通知を送付 ・ 通知発送後に返信のない場合は、電話もしくは郵便等の方法を用いて利用勧奨を実施 ・ 初回面接は、オンラインまたは健康福祉課において、健診受診日より概ね2か月以内に実施							
ストラクチャー		・ ICTを活用した特定保健指導業務に係る委託料 ・ 保健師、管理栄養士による特定保健指導を実施							

(3)-1 糖尿病重症化予防事業(受診勧奨)

目的		健診結果から糖尿病の重症化リスクが高い者に対し、受診勧奨を行うことによって、医療受診につなげ、糖尿病の重症化を予防し人工透析への移行を防止する							
対象者		健診結果でHbA1c値 6.5%以上の判定で、かつ糖尿病未治療者 また、受診勧奨した者のうち、レセプトを確認できなかった者							
事業内容		・ 健診結果返却時に受診勧奨文書を同封し受診勧奨 ・ 健診受診翌年度4月頃に医療受診勧奨した者のレセプト確認 ・ 健診受診翌年度5月頃に連絡票の郵送または連絡票を用いて面談 ・ 健診受診翌年度8月頃に再度のレセプト確認 ・ 健診受診翌年度8月頃に電話で再勧奨							
		計画策定時		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 4年度	令和 5年度						
アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合(%)	66.7	-	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率(%)	100.0	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率(%)	66.7	-	90.0	90.0	90.0	90.5	91.0	92.0
	継続医療機関受診率(%)	100.0	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	次年度健診受診率(%)	100.0	-	85.0	85.0	85.0	85.0	86.0	87.0
プロセス		・ 医療機関からの連絡票の返信により状況を把握し、必要に応じて保健指導等を実施する ・ 1回はコンタクトをとり、必要な場合は複数回での電話、または健康相談として面談に誘導を試みる							
ストラクチャー		・ 連絡票による、医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(3)-2糖尿病重症化予防事業(保健指導)

目的		糖尿病性腎症のリスクが高い者に対し、糖尿病重症化予防に関する保健指導を行うことによって、心血管疾患や透析導入に至ることを予防する							
対象者		健診結果でHbA1c値6.5%以上かつ、糖尿病未治療者のうち、尿蛋白（2+）以上かつeGFR45mL/min/1.73m ² 未満で受診勧奨した者 このうち、4か月後にレセプトを確認できなかった者							
事業内容		- 健診受診翌年度4月頃に当該年度健診受診結果送付時に医療機関受診勧奨をした者のレセプト確認 - 健診受診翌年度5月～6月頃に保健指導と連絡票による再度の受診勧奨							
		計画策定時							
		令和 4年度	令和 5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	HbA1c値の維持・改善者割合（%）	-	-	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
	尿蛋白維持・改善者割合（%）	-	-	15.0	15.0	15.0	17.0	19.0	20.0
	eGFR維持・改善者割合（%）	-	-	45.0	45.0	45.0	47.0	49.0	50.0
アウトプット	保健指導実施率（%）	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	次年度健診受診率（%）	-	-	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0
プロセス		- 医療機関からの連絡票の返信により状況を把握し、必要に応じて保健指導等を実施する 1回はコンタクトをとり、必要な場合は、複数回による電話または健康相談として面談に誘導を試みる							
ストラクチャー		- 連絡票による、医療機関との連携を図る - 保健師、管理栄養士							

(3)-3糖尿病重症化予防事業(75g糖負荷検査)

目的		糖尿病の早期発見・早期治療を促すため、健診結果から糖尿病予備群またはリスクが高い者に対して、75g糖負荷検査（OGTT）の勧奨を行うことによって、早期に医療受診につなげるとともに、糖尿病への進行または重症化を予防する							
対象者		HbA1c値6.0～6.4%、空腹時血糖110mg/dl以上、随時血糖140mg/dl以上のいずれかに該当する者のうち、特定健康診査の問診票において「糖尿病薬を内服している」と回答した者を除く							
事業内容		・ 健診結果返却時に、受診勧奨リーフレットを同封する ・ OGTT 勧奨文書および返信用封筒を同封する ・ 健診受診翌年度4月にOGTT勧奨した者のうち検査結果が返却されていない者を確認し、5月に再度の受診勧奨通知を送付する							
		計画策定時		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4年度	令和5年度						
アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合（%）	37.9	-	70.0	70.0	70.0	72.0	74.0	75.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率（%）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率（%）	38.8	13.0	70.0	70.0	70.0	70.5	71.0	72.0
	継続健診受診率（%）	69.0	-	85.0	85.0	85.0	87.0	89.0	90.0
プロセス		・ 対象者へ案内通知を送付							
ストラクチャー		・ 医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(4) 高血圧症の重症化予防事業(受診勧奨)

目的		健診で高血圧と判定された医療機関未受診者への受診勧奨を行い、受診へつなげることで、高血圧から起因する心臓病や脳卒中等の疾病を予防する							
対象者		健診結果でⅡ度高血圧以上の判定で、かつ高血圧未受診者 また、受診勧奨した者のうち、レセプトを確認できなかった者							
事業内容		・ 健診結果返却時に受診勧奨文書を同封し受診勧奨 ・ 健診翌年度4月頃に医療受診勧奨した者のレセプト確認 ・ 翌年度5月頃に連絡票の郵送または連絡票を用いて面談 ・ 健診翌年度8月頃に再度のレセプト確認 ・ 健診翌年度8月頃に電話で再勧奨							
		計画策定時		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 4年度	令和 5年度						
アウトカム	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	35.0	35.0	35.0	37.0	39.0	40.0
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	45.0	45.0	45.0	50.0	50.0	50.0
	CKD重症度分類維持・改善者割合(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	再勧奨率(%)	-	-	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
	医療機関受診率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	次年度健診受診率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
プロセス		・ 医療機関からの連絡票の返信により状況を把握し、必要に応じて保健指導等を実施する ・ 1回はコンタクトをとり、必要な場合は複数回での電話、または健康相談として面談に誘導を試みる							
ストラクチャー		・ 連絡票による、医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(5) 腎機能低下の重症化予防事業(受診勧奨)

目的		健診でⅡ度高血圧以上の判定かつ腎機能低下の者が心血管疾患や透析導入に至ることを予防する							
対象者		健診結果でⅡ度高血圧以上の判定かつ高血圧未受診者のうち、尿蛋白(2+)以上かつeGFR45mL/min/1.73m ² 未満の者 高血圧症受診勧奨した者のうち、レセプトを確認できなかった者							
事業内容		・ 健診結果返却時に受診勧奨文書を同封し受診勧奨 ・ 健診受診翌年度4月頃に医療受診勧奨した者のレセプト確認 ・ 健診受診翌年度5月頃に連絡票の郵送または連絡票を用いて面談 ・ 健診受診翌年度8月頃に再度のレセプト確認 ・ 健診受診翌年度8月頃に電話で再勧奨							
		計画策定時		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4年度	令和5年度						
アウトカム	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	CKD重症度分類維持・改善者割合(%)	-	-	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	再勧奨率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	次年度健診受診率(%)	-	-	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
プロセス		・ 医療機関からの連絡票の返信により状況を把握し、必要に応じて保健指導等を実施する ・ 1回はコンタクトをとり、必要な場合は複数回での電話、または健康相談として面談に誘導を試みる							
ストラクチャー		・ 連絡票による、医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(6)-1 適正受診・適正服薬事業(重複投与者に対する取組)

目的		被保険者の平均年齢は年々上昇していることから、今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する							
対象者		3か月連続して同一疾患で受診医療機関が3か所以上の者かつ同一薬効1以上ただし、うつ、がん、認知症、統合失調症は除く							
事業内容		- 電話または個別に訪問・指導を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後を評価 - 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認							
		計画策定時		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4年度	令和5年度						
アウトカム	共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組③重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること	0	0	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
アウトプット	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	取組実施前後の評価	-	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	医師会・薬剤師会への相談	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		- データ読み取り等の勉強会、医療関係課との連携会議(年2回) - KDBシステム等からの対象者抽出(年4回) - 対象者への電話または訪問実施(年1回)							
ストラクチャー		- 八百津町国民健康保険運営協議会 - 保健師、管理栄養士							

(6)-2適正受診・適正服薬事業(多剤投与者に対する取組)

目的		被保険者の平均年齢は年々上昇していることから、今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する							
対象者		処方薬剤数(同一月内)が20錠、同一薬剤に関する処方日数が30日以上の方 ただし、うつ、がん、認知症、統合失調症は除く							
事業内容		- 電話または個別に訪問・指導を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後を評価 - 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認							
		計画策定時							
		令和 4年度	令和 5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	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数(対象被保険者1万人)が前年度から減少していること	99	49	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少
アウトプット	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	取組実施前後の評価	-	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	医師会・薬剤師会への相談	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		- データ読み取り等の勉強会、医療関係課との連携会議(年2回) - KDBシステム等からの対象者抽出(年4回) - 対象者への電話または訪問実施(年1回)							
ストラクチャー		- 八百津町国民健康保険運営協議会 - 保健師、管理栄養士							

(6)-3適正受診・適正服薬事業(薬剤の適正使用の推進に対する取組)

目的		被保険者の平均年齢は年々上昇していることから、今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。							
対象者		国保被保険者および全町民							
事業内容		・ 資格確認書更新時に同封するパンフレットにて周知 ・ 国保加入時に渡すパンフレットにて周知 ・ 広報紙に保険情報コラムとして掲載							
		計画策定時		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 4年度	令和 5年度						
アウトカム	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アウトプット	お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		・ 資格確認書更新時にパンフレットを配布							
ストラクチャー		・ 健康福祉課との連携							

(7) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

目的		高齢化率が年々上昇していることから、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする							
対象者		【ハイリスクアプローチ】 糖尿病重症化予防対象者、転倒による骨折リスクのある者 【ポピュレーションアプローチ】 全町民							
事業内容		【ハイリスクアプローチ】 - 一体的実施支援ツールから対象者を抽出し、保健師・管理栄養士等による訪問や電話による受診勧奨、保健指導、受診確認、体調確認 - 相談窓口の整備 【ポピュレーションアプローチ】 - フレイル予防に関する普及啓発等を行う - フレイル予防に関する運動および食事に関する指導・教育を行う 【データ分析】 - KDBデータを活用し、現状把握のための実態分析を行う							
		計画策定時		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	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組を実施	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
アウトプット	議論の場に参画 KDB等の活用により地域の課題を共有し、対応策を検討	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	前期高齢者等のハイリスク群・予備群等の抽出と支援の実施	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
プロセス		- 保健福祉医療協議会や八百津町国民健康保険運営協議会を通じて、町内の医療機関に情報共有を図る - データヘルス計画等の評価・分析値を提供することで連携を図る							
ストラクチャー		- 町民課と健康福祉課、地域包括支援センターの連携 - 保健師、管理栄養士							

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 計画作成の背景・趣旨

我が国は国民皆保険のもとで世界でも最長の平均寿命や高い保険医療水準を達成してきました。

しかし、急速な高齢化により疾病構造が変化し、国は国民の健康づくり運動において一次予防を重視するようになりました。

生活習慣病有病者や予備群を減少させ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るために、平成20年4月から、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「高確法」という）により、保険者は内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健康診査」という）および特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下「特定保健指導」という）を実施しています。

特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、高血圧の改善、脂質異常症や糖尿病の減少、更に脳血管疾患・心疾患の死亡率の減少、糖尿病の合併症の減少等、健康状態の改善につながり、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながっていきます。

本町では、平成20年度から平成24年度までを第1期、平成25年度から平成29年度までを第2期、平成30年度から令和6年度までを第3期とした「特定健康診査等実施計画」を策定し、糖尿病等の生活習慣病に着目した取組を進めてきました。この実施計画は、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に作成できることから、第4期特定健康診査等実施計画は、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定し、引き続き特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に努め、目標達成をめざしていきます。

2. 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導は、「メタボリックシンドローム」に着目し、40～74歳の国保被保険者を対象としています。特定健康診査で階層化を行い、階層別に適切な保健指導を行うことで、対象者の生活習慣の改善を促し、状態の改善を図ることを目的とするものです。

この背景として、医療費適正化に関する施策についての基本方針^{※23}があります。高齢期に向けて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満等の生活習慣病の外来受療率が徐々に上昇し、75歳頃を境にして虚血性心疾患や脳卒中等の重篤な生活習慣病を中心とした入院受診率が上昇する状況があります。これらの状況は内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因する場合が多いことから、不適切な食生活や運動不足等不健康な生活習慣の改善により、若い頃からの生活習慣病予防対策を進め、糖尿病等の生活習慣病を発症する前の境界領域で食い止めることができれば、国民の生活の質の維持・向上を図りながら医療の受診率を抑制することができるという考えがあります。

なお、生活習慣病対策による医療費適正化効果の直接的な恩恵を享受できるのが医療保険者であること、また対象者の把握が比較的容易であり、特定健康診査や保健指導の確実な実施が期待できること等の理由から、特定健康診査・特定保健指導は、医療保険者が担うこととされています。

3. メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）によって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等のさまざまな生活習慣病が引き起こされやすくなった状態のことです。

日本内科学会等8学会^{※24}の委員で構成されたメタボリックシンドローム診断基準検討委員会が、平成17年4月に発表した「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」によって診断されます。

※23 医療費適正化に関する施策についての基本方針：高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として国が定める医療費適正化の基本方針。

※24 8学会：日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本循環器学会、日本肥満学会、日本腎臓学会、日本血栓止血学会、日本内科学会。

図表 60 メタボリックシンドロームの診断基準

診断項目	診断基準	判 定
腹 囲	男性85cm以上 女性90cm以上（※内臓脂肪面積が100cm ² 以上の状態）	必須条件
血 圧	最高（収縮期）血圧130mmHg以上 最低（拡張期）血圧85mmHg以上	<選択条件> 必須条件を満たした上で 2項目以上該当は「該当者」 1項目該当で「予備群」
血 糖	空腹時の血糖値110mg/dl以上	
脂 質	中性脂肪150mg/dl以上 HDLコレステロール40mg/dl未満	

資料：メタボリックシンドロームの定義と診断基準

4. 計画の位置付け

本計画は、高確法第19条に基づく「特定健康診査等実施計画」であり、実施計画に記載する内容は、基本指針第三に掲げる項目です。

- ①特定健康診査・特定保健指導の実施方法
- ②特定健康診査等の実施およびその成果に関する具体的な目標
- ③実施計画に記載すべき事項（特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項）

5. 計画策定にあたって重要となる視点

特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、その該当者および予備群の抽出を特定健康診査で行い、特定保健指導により状態の改善を図るといういわゆる「ハイリスクアプローチ※25」の考え方に立つものといえます。しかし、メタボリックシンドロームの予防、ひいては生活習慣病予防に関しては、健康な状態、あるいは子どもの頃からの生涯を通じた健康づくりを通じて全体のリスクを低減する、すなわち「ポピュレーションアプローチ※26」の視点も非常に重要であると考えられることから、計画の策定にあたっては、「ポピュレーションアプローチ」の視点も必要に応じて盛り込んでいくこととします。

6. 特定健康診査・特定保健指導にかかる目標

国が定める「特定健康診査等基本指針」に掲げる目標のもとに、八百津町国保における目標値を以下のとおり設定します。

図表 61 全国目標

項目		第1期 平成24年度 目標	第2期 平成29年度 までの保険者 全体の目標	第3期 令和5年度 までの保険者 全体の目標	第4期 令和11年度 までの保険者 全体の目標
実施に関する 目標	特定健康診査 実施率(%)	70.0以上	70.0以上	70.0以上	70.0以上
	特定保健指導 実施率(%)	45.0以上	45.0以上	45.0以上	45.0以上
成果に関する 目標	メタボリックシンドローム の該当者および 予備群等の減少率(%)	10.0以上 (平成20年度比 で平成27年度に 25.0に減少)	25.0減少 (平成20年度比)	25.0減少 (平成20年度比)	25.0減少 (平成20年度比)

資料:特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

※25 ハイリスクアプローチ:高リスク者を対象とした保健事業。

※26 ポピュレーションアプローチ:集団全体に対して働きかけることにより、集団全体の健康リスクを軽減させ、良い方向にシフトさせること。

図表 62 各医療保険者種別の目標（全国）

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保・ 私学共済	共済組合 （私学共済を 除く）
特定健康診査 実施率（％）	70.0以上	60.0以上	70.0以上	70.0以上	90.0以上	85.0以上	90.0以上
特定保健指導 実施率（％）	45.0以上	60.0以上	30.0以上	35.0以上	60.0以上	30.0以上	60.0以上

資料：特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）

図表 63 第4期計画の目標値

区分	計画策定時実績		目標					
	令和 4年度	令和 5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
特定健康診査 実施率（％）	51.7	51.6	53.0	54.4	55.8	57.2	58.6	60.0
特定保健指導 利用率（％）	25.6	26.7	57.9	62.3	66.7	71.1	75.5	80.0

資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告（令和4年度、令和5年度）

図表 64 特定健康診査の対象者および受診者数の見込み

区分	計画策定時実績		目標					
	令和 4年度	令和 5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
特定健康診査 対象者数（人）	1,772	1,661	1,604	1,554	1,504	1,454	1,404	1,354
特定健康診査 受診者数（人）	916	857	850	845	839	832	823	812
特定健康診査 実施率（％）	51.7	51.6	53.0	54.4	55.8	57.2	58.6	60.0

資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告（令和4年度、令和5年度）

図表 65 特定保健指導の対象者数および終了者数の見込み

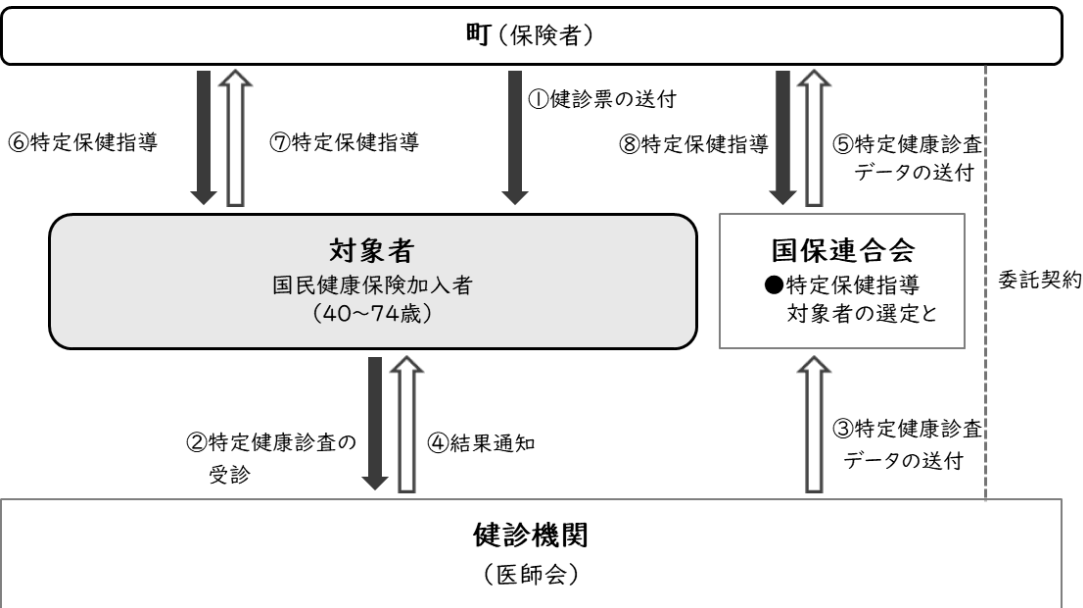
区分	計画策定時実績		目標					
	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
特定保健指導 対象者数(人)	90	86	89	89	89	89	89	89
特定保健指導 終了者数(人)	23	23	29	34	39	44	49	54
特定保健指導 利用率(%)	25.6	53.5	57.9	62.3	66.7	71.1	75.5	80.0
特定保健指導 実施率(%)	25.6	26.7	32.3	37.8	43.4	48.9	54.5	60.0

資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告（令和4年度、令和5年度）

7. 特定健康診査等の実施方法

特定健康診査および特定保健指導の実施、ならびにそれに伴う事務の全体的な流れは、概ね次のようになります。

図表 66 特定健康診査および特定保健指導の流れ



8. 特定健康診査

(1) 対象者

特定健康診査の対象者は、40歳から74歳の国保被保険者で、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除きます。

(2) 実施場所および実施時期

特定健康診査では、集団健診と個別健診を実施します。

【集団健診】

ファミリーセンターおよび各出張所において実施します。

【個別健診】

指定医療機関において実施します。

(3) 外部委託

集団健診、個別健診ともに加茂医師会に委託します。

今後、他の健診実施機関への委託が必要になった場合は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年12月厚生労働省令第157号）に基づき、厚生労働大臣が定める委託基準に則して行います。

(4) 検査項目

特定健康診査の実施項目は、次のとおりとします。「基本的な検査項目」は、対象者全員が受けるものであり、「詳細な検査項目」は、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する検査です。

また、町独自の検査項目として実施する「追加検査項目」があり、尿潜血、尿酸、クレアチニン（eGFR）、尿中食塩濃度を全対象者に実施します。

図表 67 特定健康診査の実施項目

項目			区分	備考
診察	質問（問診）		○	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
	計測	身長	○	
		体重	○	
		肥満度・標準体重	○	BMI＝体重(kg)÷身長(m) ²
		腹囲	○	立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する
	理学的所見（身体診察）		○	
	血圧		○	原則2回とし、その2回の測定値の平均値とする
脂質	中性脂肪		○	やむを得ず空腹時(食後10時間以上)以外に採血を行う場合には、随時中性脂肪(食後10時間未満)による血中脂質検査を行うことも可
	HDL－コレステロール		○	
	LDL－コレステロール		○	
肝機能	AST（GOT）		○	
	ALT（GPT）		○	
	γ－GT（γ－GTP）		○	
代謝系	血糖(空腹または随時)		○	やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことも可
	HbA1c		○	
血液一般	ヘマトクリット値		□	貧血の既往歴を有する者、または指針等で貧血が疑われる者
	血色素測定		□	
	赤血球数		□	
尿・腎機能	尿糖		○	
	尿蛋白		○	
	尿潜血		◎	全年齢に実施
	尿酸		◎	全年齢に実施
	クレアチニン（eGFR）		◎	全年齢に実施
	尿中食塩濃度		◎	全年齢に実施
心電図(12誘導心電図)			□	当該年度の特Ⓐ健康診査の結果等において、 収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上の者 または問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査			□	当該年度の特Ⓐ健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者 血圧……収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上 血糖……空腹時血糖値が126mg/dl以上、 HbA1c 6.5%以上、 または随時血糖値が126mg/dl以上 ただし、当該年度の特Ⓐ健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特Ⓐ健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。

○: 必須項目

◎: 八百津町の追加項目

□: 医師の判断による実施項目

(5) 特定健康診査検査項目の判定値

特定健康診査検査項目の判定値は次のとおりとします。

図表 68 特定健康診査検査項目の判定値

番号	項目名	データ基準		単位
		保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	
1	血圧(収縮期)	≥ 130	≥ 140	mmHg
2	血圧(拡張期)	≥ 85	≥ 90	mmHg
3	中性脂肪(空腹時) (随時)	≥ 150 ≥ 175	≥ 300	mg/dl
4	HDLコレステロール	<40	—	mg/dl
5	LDLコレステロール	≥ 120	≥ 140	mg/dl
6	空腹時血糖	≥ 100	≥ 126	mg/dl
7	HbA1c (ヘモグロビンA1c※1)	≥ 5.6※1	≥ 6.5※1	%
8	AST(GOT)	≥ 31	≥ 51	U/l
9	ALT(GPT)	≥ 31	≥ 51	U/l
10	γ-GT(γ-GTP)	≥ 51	≥ 101	U/l
11	eGFR※2	<60	<45	mL/min/1.73m ²
12	血色素量 [ヘモグロビン値]	≤ 13.0(男性) ≤ 12.0(女性)	≤ 12.0(男性) ≤ 11.0(女性)	g/dl

※1 HbA1c:国際標準化により、NGSP値を表記

※2 eGFR(推定糸球体濾過量):血清クレアチニンと年齢および性別から計算します。この数値が低くなると腎臓の働きが低下していることを表す

$$eGFR(mL/min/1.73m^2) = 194 \times Cr - 1.094 \times \text{年齢(歳)} - 0.287 \text{ (女性に} \times 0.739 \text{)}$$

資料:令和6年版標準的な健診・保健指導プログラム確定版

(6) 対象者への案内・周知方法

特定健康診査の対象者に対して、健診票を郵送し、受診を勧奨します。

広報紙やホームページ、やおつーしん（防災無線タブレット）、ケーブルテレビ、ヘルスアップフェスタでも随時情報を提供し、周知を図ります。

(7) 受診方法

受診者は、健診票とマイナ保険証または資格確認書を持参して受診します。受診者の自己負担額は、集団健診、個別健診ともに500円とします。

(8) 未受診者への対応

ファミリーセンターでは、土曜日や日曜日においても特定健康診査を実施し、未受診者の受診を促します。また、これらのスケジュールに合わせて、やおつーしんやケーブルテレビ等を通じて改めて受診を呼びかけます。

不定期受診者（過去3年連続で受診している者以外）または当該年度健診未受診者に対し、受診勧奨を行います。

未受診者の中で、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した被保険者については、健診データの提供の依頼をします。

通院中未受診者（生活習慣病を治療中の過去3年間健診未受診者）に対し、かかりつけ医療機関での検査結果の情報提供を依頼します。

(9) 結果の通知方法

受診者の検査結果は、加茂医師会で作成します。受診者全員に対し、検査結果の説明や生活習慣改善に必要な情報提供等を行います。

(10) データの管理・保管

特定健康診査にかかるデータは、原則として加茂医師会から岐阜県国民健康保険団体連合会に提出し、管理・保管は、岐阜県国民健康保険団体連合会に委託します。また、事業主健診等他の健診を受診した者から特定健康診査の結果が提出された場合は、町から岐阜県国民健康保険団体連合会にデータを提出します。

特定健康診査に関するデータは、原則として5年間保存します。

9. 特定保健指導の実施方法

(1) 実施場所および実施時期

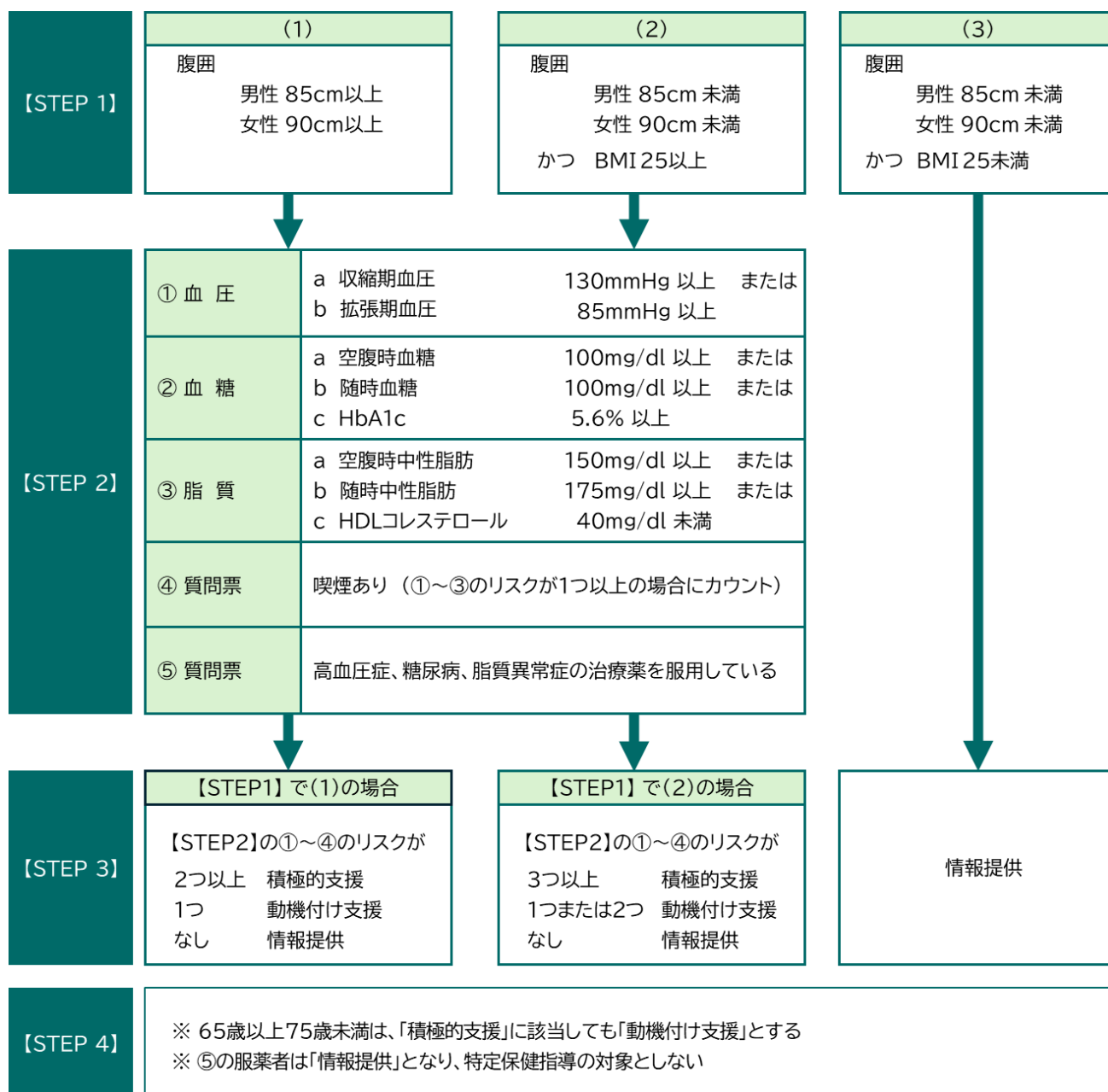
オンラインまたは健康福祉課で実施します。

特定保健指導については、町の保健師または「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年12月厚生労働省令第157号）に基づき、厚生労働大臣が定める委託基準に則して、保健指導機関に委託します。

(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導対象者を明確にするため、特定健康診査結果から対象者をグループに分類（階層化判定）して保健指導を実施します。

図表 69 特定保健指導の階層化判定



(3) 実施内容

① 動機付け支援

保健師または管理栄養士の面接による指導のもと、生活習慣の改善に向けた行動目標や行動計画を対象者とともに作成し、生活習慣改善の取組に係る動機付けに関する支援を行います。

原則1回の支援とし、3か月経過後に行動目標や行動計画の達成度、身体状況や生活習慣の変化について電話支援等による実績評価を行います。

図表 70 動機付け支援の内容

区分	内容
周知方法	該当者へ個別通知
実施場所	オンラインまたは健康福祉課
実施内容	● 保健師または管理栄養士の面接による支援（原則1回） ・ 健康診査の結果や生活習慣についての振り返り ・ メタボリックシンドロームについての説明 ・ 食事・運動・喫煙等の生活習慣の改善に関する指導 ・ 行動目標および行動計画の作成等
	● 面接から3か月経過後に実績評価の実施 ・ 3か月間の取組の聞き取りと振り返り ・ 行動目標や行動計画の達成状況の確認 ・ 身体状況や生活習慣の変化等の確認

② 積極的支援

保健師または管理栄養士の面接による指導のもと、生活習慣の改善に向けた行動目標や行動計画を対象者とともに作成し、生活習慣改善の取組に対する働きかけを、個別支援および電話支援等を組み合わせ、3か月以上にわたり継続的に行います。

3か月経過後には面接、電話等による実績評価を行います。その際、アウトカム評価とプロセス評価の合計が180ポイント(p)以上の支援となることを条件とします。

図表 71 積極的支援の内容

区分	内容
周知方法	該当者へ個別通知
実施場所	オンラインまたは健康福祉課
実施内容	●保健師または管理栄養士の面接による支援 ・健康診査の結果や生活習慣についての振り返り ・メタボリックシンドロームについての説明 ・食事・運動・喫煙等の生活習慣の改善に関する指導 ・行動目標および行動計画の作成等 ●面接後、電話等による定期的・継続的な支援 ・期間中の取組の聞き取りと振り返り ・行動目標や行動計画の達成状況の確認 ・身体状況や生活習慣の変化等の確認
	●面接から3か月経過後、実績評価の実施 ・3か月間の取組の聞き取りと振り返り ・行動目標や行動計画の達成状況の確認 ・アウトカム評価とプロセス評価の合計180ポイント以上で実績評価を実施 ポイントが未達の場合は、フォローアップで継続的な支援を行い再評価する

(注)2年連続積極的支援者には、動機付け支援相当の支援を実施

2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当（初回面接と実績評価は必須だが、その間の必要に応じた支援は180ポイント未満でもよい）の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととする

対象者は、1年目に積極的支援の対象者に該当し、かつ、積極的支援（3か月以上の継続的な支援の実施を含む）を終了した者で、2年目も積極的支援対象者に該当し、1年目に比べ2年目の状態が改善している者に限る。また、状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、1年目と比べて2年目の腹囲および体重の値が次のとおり一定程度減少していると認められる者とする

BMI<30 腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少している者

BMI≧30 腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している者

図表 72 実績評価における各項目のポイント

アウトカム評価	腹囲2cm・体重2kg減	180p
	腹囲1cm・体重1kg減	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低10分間以上
	グループ支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低40分間以上
	電話	支援1回当たり30p 支援1回当たり最低5分間以上
	電子メール等	支援1往復当たり30p
	特定健康診査の初回面接	20p
	特定健康診査後1週間以内の初回面接	10p

③ 情報提供

特定健康診査受診者全員に対して、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供します。なお、情報提供については、実施医療機関が行うこととします。

(4) 対象者への周知

特定保健指導の対象者への案内は、階層化された後に通知します。さらに、通知発送後に返信のない場合は電話もしくは郵便等の方法を用いて、利用勧奨を行います。

(5) 被保険者負担額（自己負担額）

特定保健指導の対象者には積極的な利用勧奨を行う必要があるため、自己負担はなしとします。

(6) 特定保健指導を受けない者や途中脱落者への対応

電話、電子メール等により、継続的に保健指導を受けるように勧奨します。

(7) データの管理・保管

特定保健指導に係るデータの管理・保管は、健康福祉課で行います。

町は、岐阜県国民健康保険団体連合会にデータを提出します。

特定保健指導に関するデータは、原則として5年間保存します。

10. 特定健康診査および特定保健指導実施率向上に向けた取組

(1) 特定健康診査の受診率向上に向けた取組

① 特定健康診査の周知・啓発

- ・ 広報紙、ホームページへの掲載、やおつーしん、ケーブルテレビ
- ・ 公共施設、医療機関等でのポスター掲示
- ・ 役場窓口等でのパンフレット・チラシの配布
- ・ 関係機関との連携により周知・啓発の協力を要請

② 未受診者への対策

特定健康診査の未受診者に対し、適切な受診行動に繋げるため、未受診者の分析を行い、属性分類をした上で、通知による受診勧奨を実施していますが、本計画の目標の達成に向け、今後更なる受診率の向上を図る必要があります。本計画では、未受診者への訴求性を高めるため、勧奨方法の見直しや、オンラインを活用した申し込み方法等、多様化する生活様式に合わせ、個別性を重視した取組を推進します。

③ 受診体制の充実

- ・ 土曜日・日曜日健診の実施
- ・ 個別健診と集団健診の併用
- ・ がん検診との同時実施
- ・ 地域への巡回
- ・ 未受診者に対して受け皿となるよう受診期間への配慮を行う等の体制を整備する

④ 受診勧奨の充実

- ・ 治療中の者に対する特定健康診査の受診勧奨
- ・ 老人クラブ、自治会、商工会等の地域組織を活用した健診受診の呼びかけ

(2) 特定保健指導の利用率向上に向けた取組

- ・ 初回面接の際、特定保健指導の主旨についての説明や経年的なデータの提示による継続受診の促進を実施
- ・ 連絡の取れない対象者に対して、時間帯・方法を変えながら複数回の連絡に努める
- ・ 行動目標や行動計画の見直しを適宜行い、利用者の意欲を維持するとともに、最終評価までの3～6か月間だけでなく、その後の健康管理も可能となるよう、健康教室や健康相談等の健康増進事業の利用促進を図り、特定保健指導の効果を高める
- ・ 特定保健指導実施者の質の向上
- ・ 民間事業者に委託し、ICTを活用した遠隔支援を取り入れることで、利便性の向上を図る

(3) 重症化予防に向けた取組

- ・ 健診結果を活用した、健康教育事業の検討
- ・ 健診結果から糖尿病、高血圧症等の重症化リスクの高い者に対し、適切な医療機関の受診を促すとともに、必要に応じて保健指導を行う
- ・ 特定保健指導の対象者のうち、リスクの高い者に対し、医療機関への適切な受診について確実に説明する

11. ポピュレーションアプローチの推進

特定健康診査によるメタボリックシンドロームの階層化と、それに基づく保健指導の実施という「ハイリスクアプローチ」とともに、より健康な状態、あるいは、より若い世代からメタボリックシンドロームにならないための主体的な健康づくりを町民一人ひとりが理解し、実践できるよう「ポピュレーションアプローチ」の視点に立った施策を推進します。

町民課と健康福祉課は、同じ目的をもったパートナーであることから、ともに「ポピュレーションアプローチ」の視点に立った施策を推進します。また、教育課等庁内関連各課との連携を図ります。

健康福祉課では、栄養や運動に関する各種健康教室や健康相談等を開催し、これらへの参加促進を図ります。また、広報紙、やおつーしん等の媒体により、保健事業に関する情報提供や町民の主体的な健康づくりに向けた意識啓発に努めます。

教育課では総合型地域スポーツクラブ「チャレンジクラブ802」の一層の推進、町民課・健康福祉課では、「ヘルスアップフェスタ」の開催、参加者の一層の拡大に努めます。

12. 個人情報の保護

特定健康診査および特定保健指導で得られる健康情報等の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」を踏まえた対応を行うとともに、「八百津町個人情報保護法施行条例」を遵守します。

また、特定健康診査および特定保健指導に関する各種業務を受託した事業者についても、同様の取扱いとするとともに、業務によって知り得た情報については、業務委託契約終了後も含めて守秘義務を徹底します。

書類の紛失や盗難等個人レベルでの情報の管理にも十分留意することとし、これらを取扱う者に対して、その内容の周知を図ります。

13. 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

図表 73 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

	対象者の抽出	健診票の送付	集団健診	個別健診	特定保健指導	実施実績等の評価 (前年度)
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						

14. 特定健康診査等実施計画の公表・周知および計画の評価・見直し

(1) 計画の公表と周知の方法

本計画は、広報紙およびホームページで公表します。また、関係機関に冊子を配備して、自由に閲覧できる体制を整えます。

(2) 計画の進行管理

本計画の進行管理および評価・見直しは、「八百津町国民健康保険運営協議会」で行います。

(3) 特定健康診査等のデータ管理システム

健診データの管理、保健指導対象者の選定と階層化等の業務および費用決済業務については、国保連合会の「特定健康診査等データ管理システム」を利用することとします。

(4) 計画の評価の視点

特定健康診査・特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病有病者およびその予備群の減少を目的として、特定健康診査受診率・特定保健指導利用率に係る目標を掲げ計画的に実施するものですが、この目的に資する事業とするためには、具体的な評価内容を設定し、毎年度、事業の実施状況および成果に関する評価、経年的変化からの評価を行うとともに、各事業の実施評価から、翌年度の実施方針を検討します。

また、健診データから対象者を継続的にフォローし、下記の内容で健診結果等の変動を見ます。

- ① 健診受診状況・メタボリックシンドロームの該当状況
- ② 健診有所見者状況
- ③ 特定保健指導利用状況
- ④ 特定保健指導実績評価の結果
- ⑤ 有病者状況等および各事業の実施評価等

第6章 個別の保健事業およびデータヘルス計画の評価・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ごとに行い、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を確認します。そのためにも対象者、事業実施者等の名簿を保管し、KDB^{※27}を活用して評価していきます。

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮します。

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、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

設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。

(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。評価にあたっては、地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の観点から、八百津町国保における保健事業の評価を岐阜県後期高齢者医療広域連合と共有しながら、岐阜県国民健康保険課、岐阜県国民健康保険団体連合会とともに令和9年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

※27 KDB：国保データベースを示す略語。国民健康保険保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

第7章 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、岐阜県国民健康保険課、岐阜県国民健康保険団体連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。

これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載します。

第8章 個人情報の取扱い

計画の策定にあたっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在しますが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取扱います。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが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、確保されるよう措置を講じます。

なお、個人情報の取扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたります。

※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」（令和4年1月（令和4年9月一部改正）個人情報保護委員会）

第9章 地域包括ケアに係る取組およびその他の留意事項

地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援等部局横断的な議論の場に町民課として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討します。

また、KDB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、町民課として当該ターゲット層に対する支援（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）を実施するとともに、地域支援事業に町民課として参画します。

医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組を実施します。

第3期 八百津町保健事業実施計画(データヘルス計画)

八百津町国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画

発行日 令和7年3月

発 行 八百津町

住 所 〒505-0392

岐阜県加茂郡八百津町3903番地2

TEL (0574) 43-2111

FAX (0574) 43-0969

