

**第三期養老町保健事業実施計画
(データヘルス計画)
養老町国民健康保険
第四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

養老町国民健康保険

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. 実施体制	3
第2章 現状の整理	4
1. 基本情報	4
2. 養老町の特性	4
3. 前期計画の評価.....	5
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.....	6
1. 基本情報	6
(1) 人口と被保険者の推移.....	6
(2) 平均寿命及び健康寿命	8
(3) 標準化死亡比.....	9
2. 医療費の状況.....	11
(1) 総医療費の推移	11
(2) 被保険者1人当たり医療費	12
(3) 年齢階層別医療の受診率(千人当たり)	13
(4) 入院・外来別医療費(点数)の高い疾病:(中分類別疾病).....	14
(5) 重複・頻回の受診状況.....	15
3. 特定健康診査・特定保健指導の状況.....	16
(1) 特定健診受診率.....	16
(2) 特定保健指導実施率	17
(3) メタボ該当者とメタボ予備群の割合	18
(4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19
(5) 各種検査項目の有所見率.....	20
(6) 健康状態、生活習慣の状況.....	21
4. 個別の保健事業等の事業評価(レセプトと健診データの分析)	22
(1) 特定健診受診勧奨の事業評価.....	22
(2) 特定保健指導の事業評価.....	22
(3) 糖尿病重症化の事業評価.....	23
(4) 高血圧・腎機能の事業評価	24
5. 介護の状況	26
(1) 介護給付費の状況.....	26

(2) 介護認定の状況	27
(3) 介護認定者と有病状況	27
6. 健康課題	28
第4章 データヘルス計画	31
1. 計画全体における目的	31
2. 健康課題を解決するための個別保健事業	32
(1) 特定健康診査受診勧奨事業	33
(2) 特定保健指導	34
(3) ー1 糖尿病重症化予防事業(受診勧奨・保健指導)	35
(3) ー2 糖尿病重症化予防事業(75g 糖負荷検査)	36
(4) 高血圧症の重症化予防事業	37
(5) ー1 腎機能低下の重症化予防事業(受診勧奨)	38
(5) ー2 腎機能低下の重症化予防事業(保健指導)	39
(6) ー1 適正受診・適正服薬事業(重複投与者に対する取組)	40
(6) ー2 適正受診・適正服薬事業(多剤投与者に対する取組)	41
(6) ー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)	42
(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	43
第5章 第四期特定健康診査等実施計画	45
1. 計画作成の背景・趣旨	45
2. 特定健診・特定保健指導の定義と対象	46
3. 計画の位置付け	46
4. 達成しようとする目標	47
5. 特定健康診査等の対象者数	48
6. 特定健康診査等の実施方法	49
(1) 特定健診・特定保健指導及び事務の流れ	49
(2) 対象者	49
(3) 実施形態	49
(4) 実施項目	50
(5) 特定健診検査項目の判定値	51
7. 特定保健指導の実施方法	52
(1) 実施形態	52
(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化	54
(3) 対象者の重点化	54
8. 年間スケジュール	55

9. 個人情報の保護.....	55
10. 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	56
(1) 周知・案内の方法.....	56
(2) 受診券.....	56
11. 特定健診・特定保健指導のデータ管理.....	56
(1) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法.....	56
(2) 特定健診等のデータ管理システム.....	56
(3) 特定健診等の記録保存方法.....	57
12. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し.....	57
第6章 個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価・見直し.....	58
1. 個別の保健事業の評価・見直し.....	58
2. データヘルス計画全体の評価・見直し.....	58
(1) 評価の時期.....	58
(2) 評価方法・体制.....	58
第7章 計画の公表・周知.....	59
第8章 個人情報の取扱い.....	59
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	60

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の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。

特定健康診査と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第 19 条に基づき、特定健康診査等基本指針(以下「基本指針」)に即して、特定健康診査等実施計画(以下「実施計画」)を定めるとされています。この実施計画は、データヘルス計画と一体的に作成できることから、第四期特定健診等実施計画は、第三期保健事業計画(データヘルス計画)と一体的に策定します。

※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:健診・医療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)の維持及び向上を図り、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:成果、設定した目標に達することができたかを測るための項目

(市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的)

市町村国保及び国民健康保険組合(以下、「市町村国保」及び「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)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えます。

2. 計画の期間

令和6年度から11年度までとし、令和8年度に中間評価を実施予定とします。

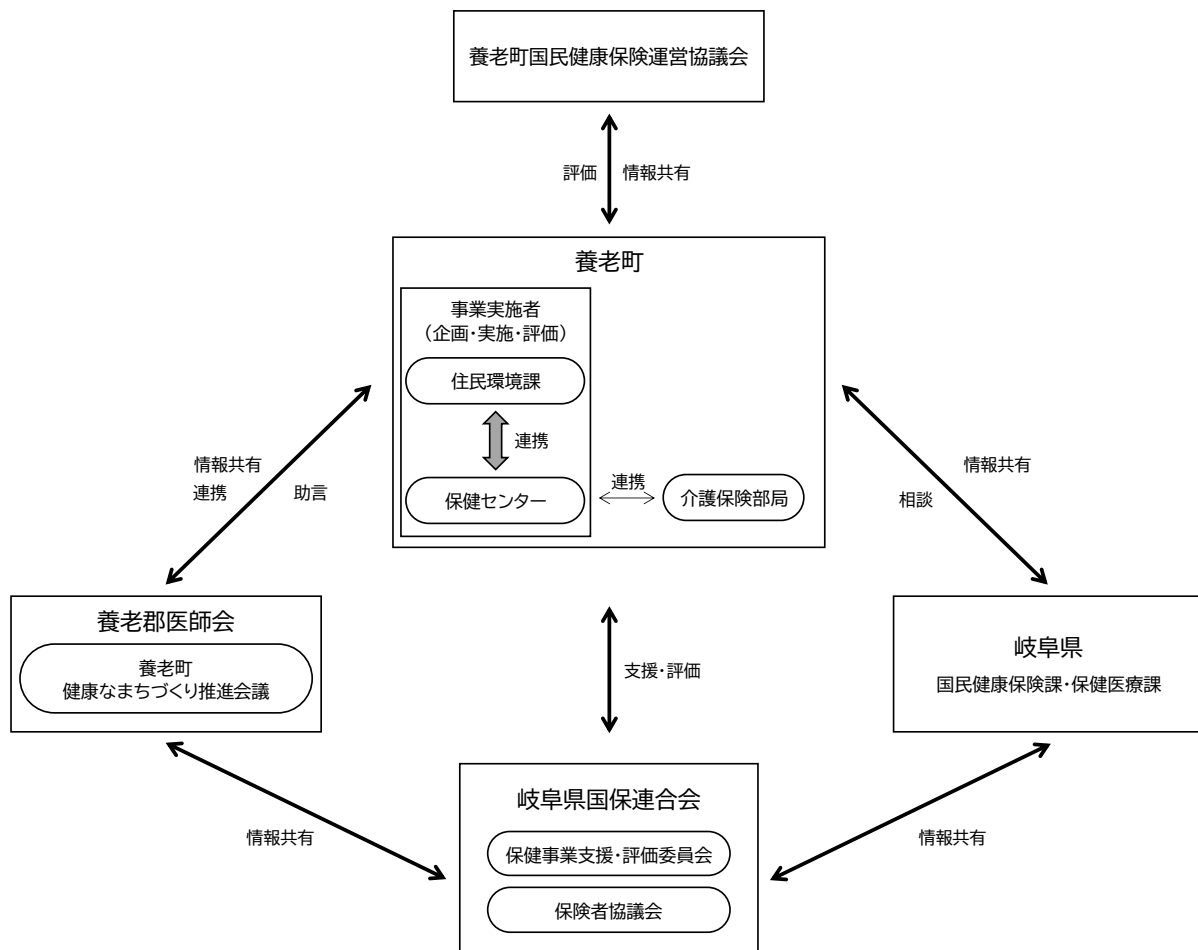
3. 実施体制

保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進めます。

具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、市町村において保健事業を主に所管する保健衛生部局、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護部局のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。

特に計画策定や保健事業の実施、評価等にあたっては、市町村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ので、保健衛生部局と連携をしていきます。

図表 1 実施体制



第2章 現状の整理

1. 基本情報

図表 2 被保険者の基本情報

	全体(人)	～39歳(%)	40～64歳(%)	65～74歳(%)	75歳～(%)
人口	26,407	30.8	33.3	17.5	18.4
国保被保険者数	5,509	16.5	28.2	55.3	-

資料:令和5年5月時点 KDB システム検索

2. 養老町の特性

養老町は、高齢化率が34.1%(令和2年)と県内順位は高い方から14位で、平成27年度と比較し、65歳以上の単独世帯は1.9%増加しています。

地域医師会の協力を得ながら健康づくりを進めています。医師会、歯科医師会、薬剤師会、区長会、スポーツ連盟等を中心とした「養老町健康なまちづくり推進会議」にて、解決すべき健康課題を挙げ、課題の分析や取組について検討しています。また、地域の健康づくり関係団体(医師会、歯科医師会、薬剤師会、区長会、スポーツ連盟、学校、PTA、社会福祉協議会、公民館、こども園、老人クラブ、健康づくり友の会、食生活改善推進協議会等)で構成する「養老町健康づくり推進協議会」において、健康づくりについて検討をしています。

それに加え、地域において自治町民会議が中心となって、住民主体の健康づくりが進められています。

3. 前期計画の評価

特定健診の受診率は上昇していますが、生活習慣病の患者や「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群):以下メタボという」メタボ予備群の割合は増えており、積極的な予防行動がとれているとは言い難く、健診の結果が役立てられていない現状があります。そのため、地域の健康課題や健康づくりの必要性を伝え、健診結果を役立てながら、住民主体の健康づくり支援が必要です。

特定保健指導の実施率が低いため、特定健診と特定保健指導はセットで受けるメリットを伝え、さらに、医師からも保健指導の必要性を伝えてもらう等、医療機関とも連携しています。

各保健事業内容の精査や見直しを行うことで、医療費適正化と健康寿命の延伸を目標として次期計画策定を目指していきます。

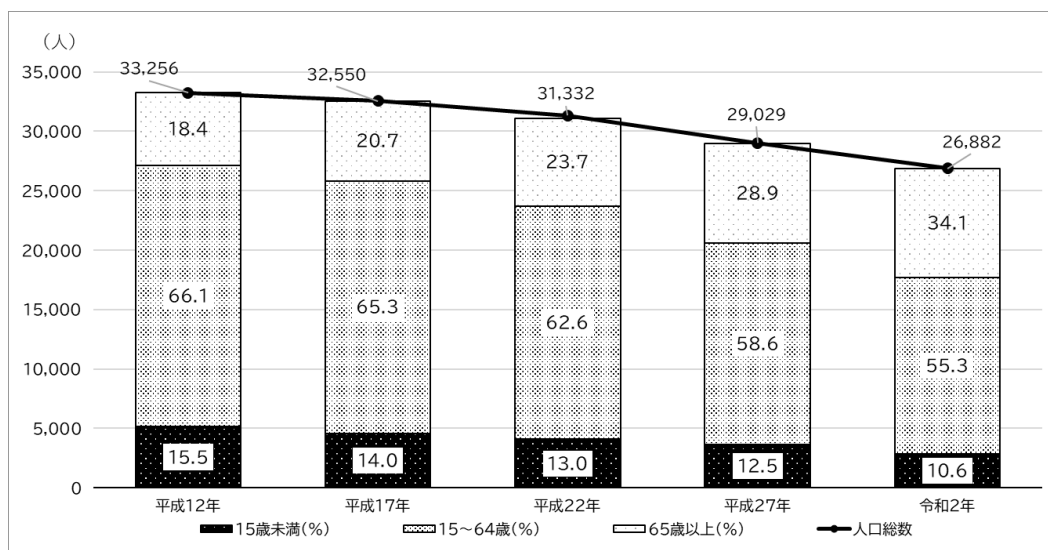
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 基本情報

(1) 人口と被保険者の推移

- 人口は、平成12年の33,256人から令和2年の26,882人と、減少が続いています。
- 岐阜県人口動態統計調査(令和4年)によると、職業上と結婚等を理由とした20～30歳代の転出超過が多く、出生率は年々低下しており、令和2年は3.5で県(6.1)よりも低いです。
- 65歳以上の高齢者の割合である高齢化率は年々増加し、県より高く令和2年は34.1%です。
- 平成28年から令和2年の当町の死亡率は横ばいですが、県(11.5)を大きく上回っています。

図表 3 養老町 人口推移

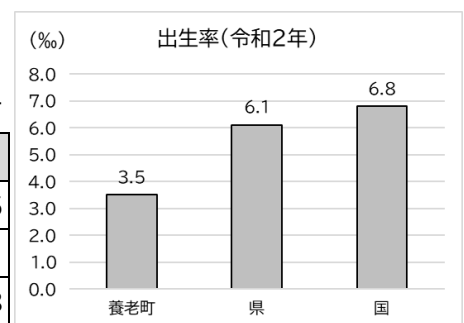


資料: 国勢調査

図表 4 出生率の推移

単位: 人口千対

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
養老町	5.0	4.6	5.0	4.4	3.5
岐阜県	7.3	7.0	6.9	6.9	6.1
国	7.8	7.8	7.4	7.4	6.8

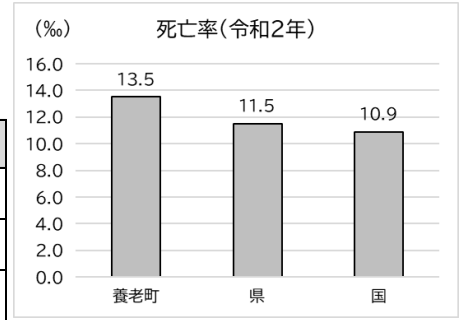


資料: 西濃地域の公衆衛生

図表 5 死亡率の推移

単位:人口千対

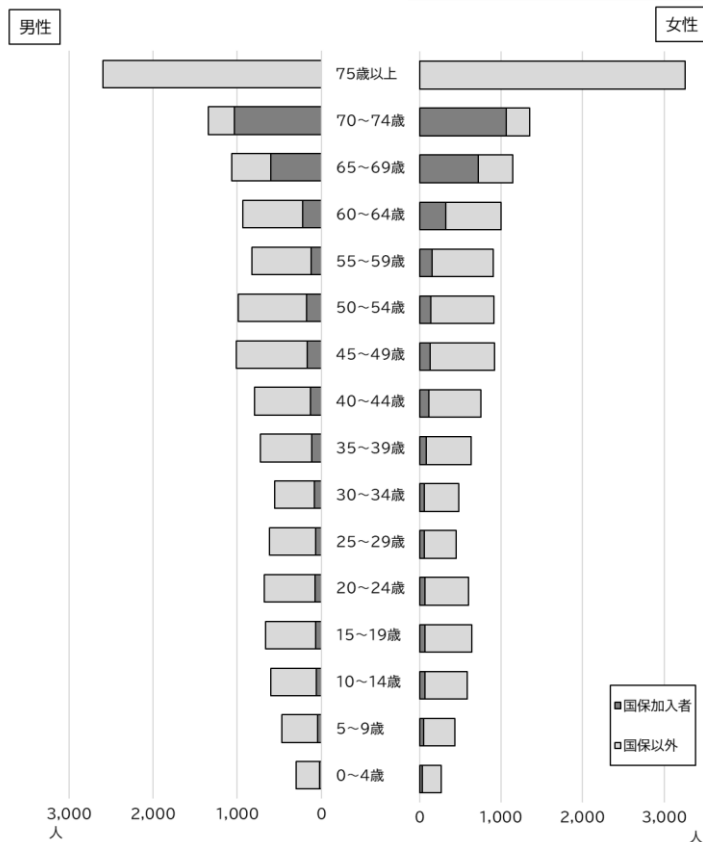
	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
養老町	13.2	14.9	12.4	13.7	13.5
岐阜県	11.1	11.4	11.5	11.8	11.5
国	10.5	10.8	11.0	10.9	10.9



資料:西濃地域の公衆衛生

- 当町の被保険者加入率は減少していますが令和4年度は 21.7%で、県と比べやや高いです。
- 当町の人口と国民健康保険(以下「国保」という)の加入率が減っているため、国保被保険者は、年々減っています。
- 前期高齢者は被保険者の 55.1%を占め、被保険者の平均年齢は 57.6 歳と県(53.9 歳)と比べてやや高いです。

図表 6 養老町人口と国民健康保険加入者状況(令和4年5月 31 日現在)

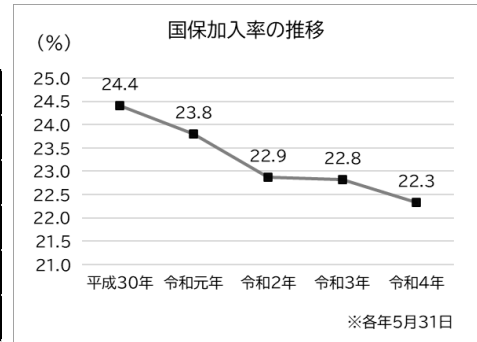


資料:養老町

図表 7 国保被保険者の状況

	養老町	岐阜県	国
65～74歳 (%)	55.1	47.7	43.8
40～64歳 (%)	27.8	30.5	32.1
39歳以下 (%)	17.1	21.8	24.2
国保加入率 (%)	21.7	20.0	20.0
被保険者平均年齢 (歳)	57.6	53.9	51.9

資料:KDB 地域の全体像の把握 令和4年度累計

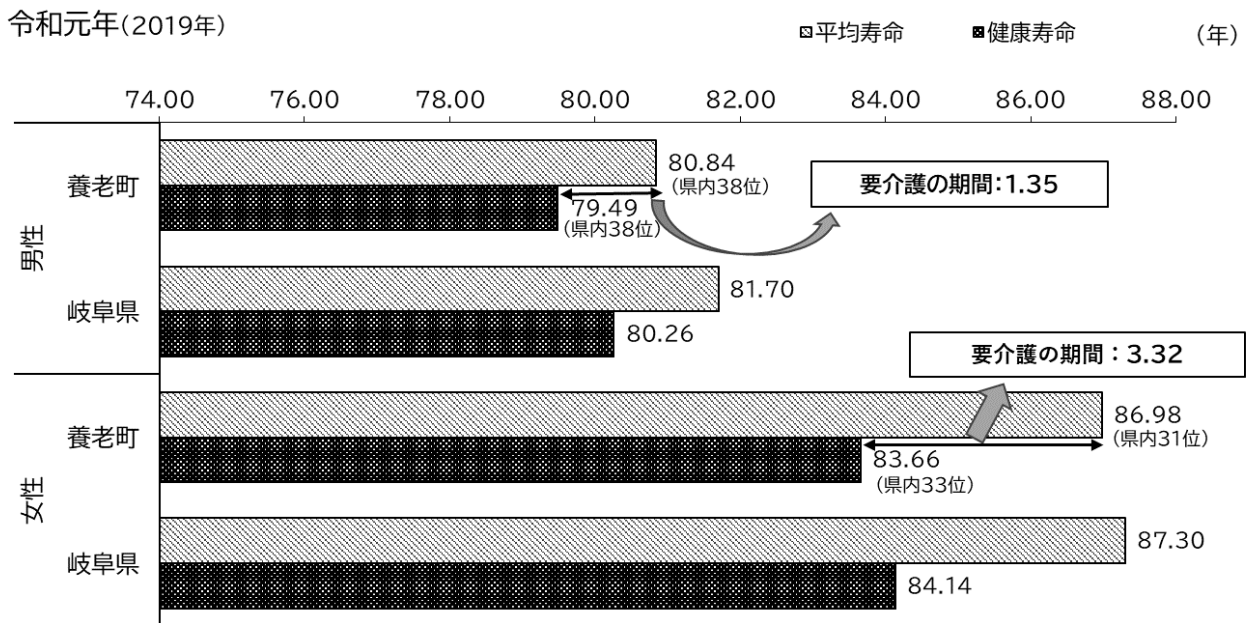


資料:養老町

(2) 平均寿命及び健康寿命

- 平均寿命、健康寿命ともに延伸していますが、県と比べ短いです。
- 不健康な期間(平均寿命と健康寿命の差)は県と比べて、男性は短く、女性は長いです。

図表 8 平均寿命と健康寿命

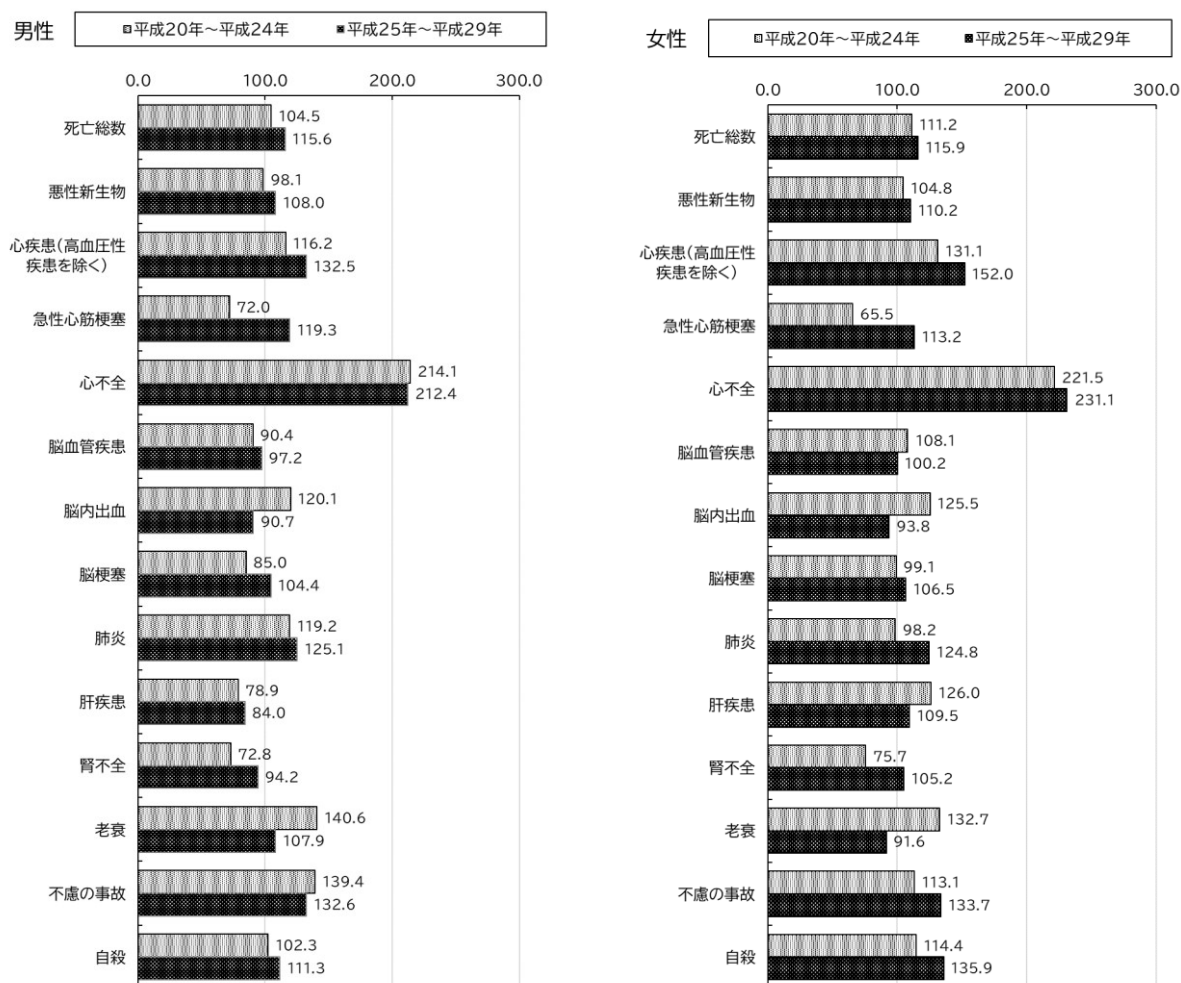


資料:岐阜県 岐阜県における平均寿命と健康寿命 平成26年(2014)－令和元年(2019)

(3) 標準化死亡比

- 全国の死亡を 100 とした指数である標準化死亡比は、男性の総死亡は 115.6、女性は 115.9 と全国よりも高い値です。
- 疾病別で男女ともに高いのは、心疾患(高血圧性疾患を除く)で平成 20～24 年と平成 25～29 年で比較すると増加し、特に、男女とも急性心筋梗塞の増加は大きく、男女とも心不全が 200 を超え高い値です。
- 男性は脳血管疾患が増加しており、平成 25～29 年は 97.2 となっています。女性は減少していますが、100.2 と全国と同水準です。
- 男女ともに腎不全の標準化死亡比は、増加しています。

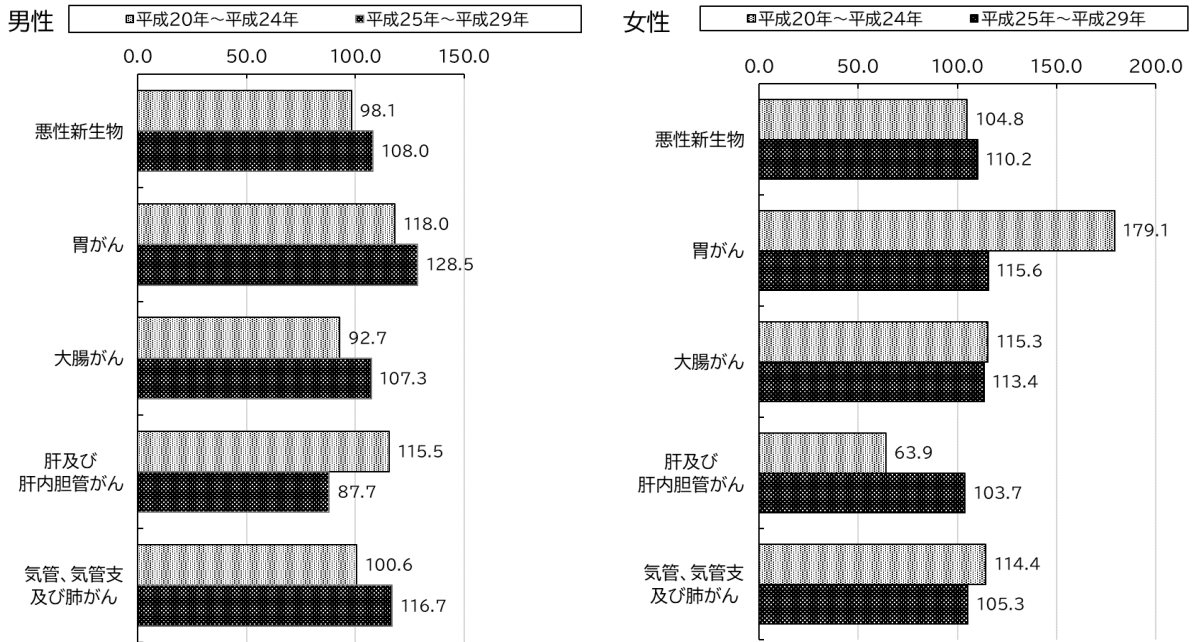
図表 9 標準化死亡比の変化



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

- 悪性新生物は全体では女性が110.2と高く、部位別にみると胃がん・大腸がん、気管、気管支及び肺がん、女性の肝及び肝内胆管がんが100を超えています。

図表 10 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、平成25～29年)

2. 医療費の状況

(1) 総医療費の推移

- 国保の総医療費は、令和2年度に減少して以降ほぼ変わっておらず、横ばいで推移しています。
- 後期高齢者医療制度(以下「後期」という)の総医療費は、平成30年度約36億円から令和4年度は2億円余り増加しています。

図表 11 総医療費の推移(国保と後期)

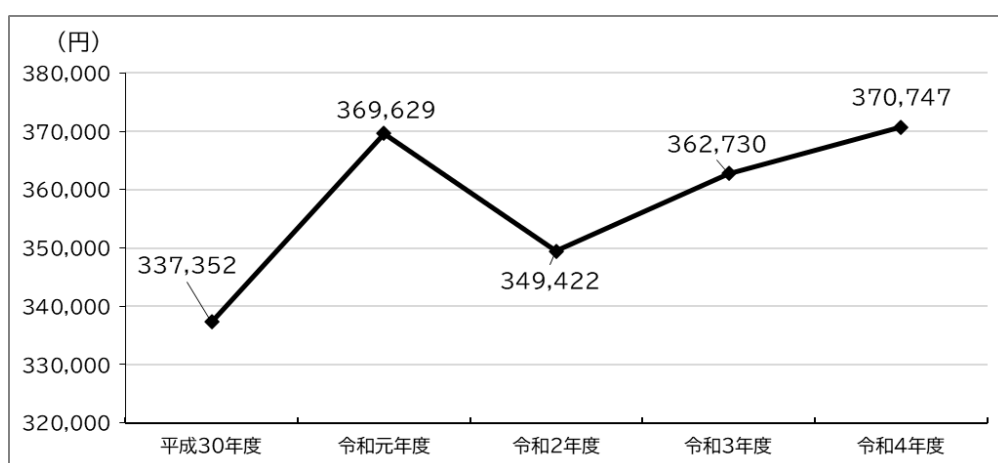
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
国保(億円)	26.8	28.0	25.2	25.7	25.2
後期(億円)	36.1	36.1	35.8	37.1	38.6

資料: 疾病別医療費分析 国保・後期 令和4年度

(2) 被保険者1人当たり医療費

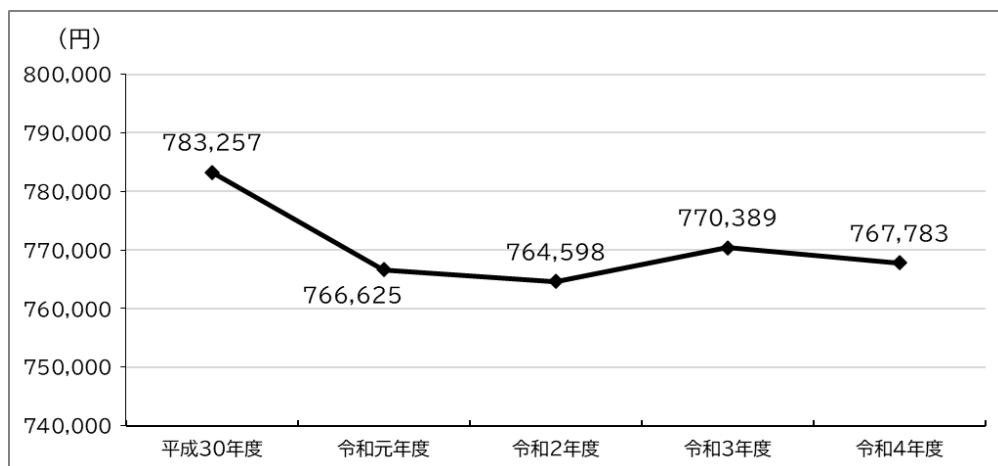
- 国保の被保険者1人当たりの医療費は、令和2年度に減少しましたが、令和4年度は 370,747 円と令和元年度の水準に戻っています。
- 後期においては平成 30 年度から令和元年度と令和2年度に減少し横ばいで推移し、令和4年度は 767,783 円となりました。

図表 12 国保 1人当たり医療費(年額)の推移



資料:疾病別医療費分析_国保・後期_令和4年度

図表 13 後期 1人当たり医療費(年額)の推移

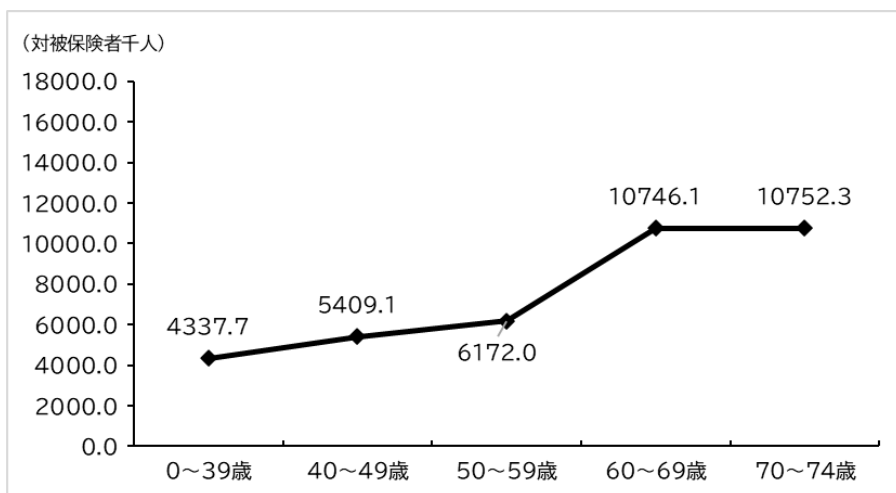


資料:疾病別医療費分析_国保・後期_令和4年度

(3) 年齢階層別医療の受診率(千人当たり)

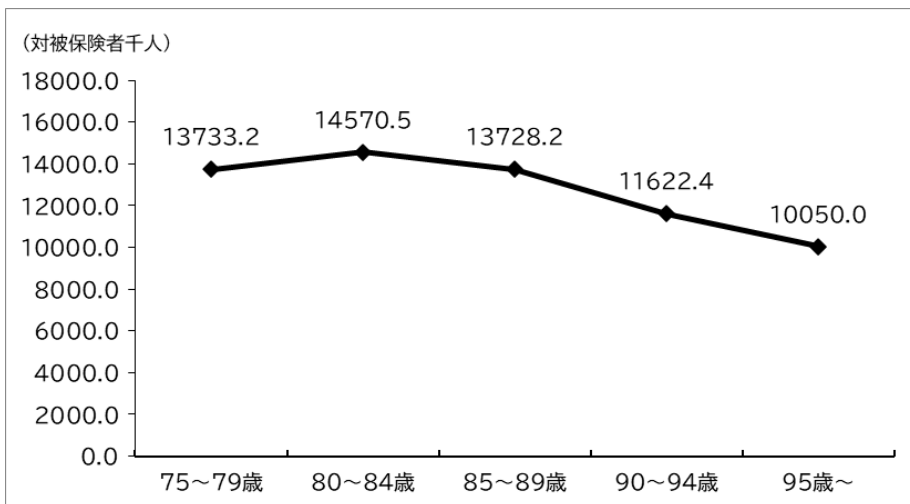
- 国保の医療受診率は、被保険者の年齢が上がるとともに高くなり、特に 60 歳代に急に高くなっています。
- 後期の医療の受診率は 75～79 歳から 80～84 歳までは増え、85 歳以上は減少しています。

図表 14 年齢階層別医療の受診率(国保)



資料: 疾病別医療費分析 国保・後期 令和4年度

図表 15 年齢階層別医療の受診率(後期)



資料: 疾病別医療費分析 国保・後期 令和4年度

(4) 入院・外来別医療費(点数)の高い疾病:(中分類別疾病)

- 入院医療費で疾病割合が高い生活習慣病は、国保、後期ともに上がっているのは、その他の心疾患で、国保は 8.8%、後期は 12.4%を占めています。
- 外来医療費では国保、後期ともに、腎不全、糖尿病、その他の心疾患が1位から3位で、腎不全と糖尿病はそれぞれ国保の外来医療費の約 10%を占めています。その他の心疾患は国保の 5.3%ですが、後期の 11.2%を占めています。
- 生活習慣病の費用は毎年大きな変化はなく県と同程度で、糖尿病、慢性腎臓病、心疾患の医療費が県と比較し高いです。
- 生活習慣病の患者割合は年々増加し、県内上位で県内市町村平均と比較し割合が高いです。

図表 16 入院と外来別医療費 点数の高い疾病名(国保)

国保	入院		外来	
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	9.3%	腎不全	10.3%
2位	その他の心疾患	8.8%	糖尿病	10.0%
3位	その他の悪性新生物(腫瘍)	7.4%	その他の心疾患	5.3%

資料:疾病別医療費分析 国保・後期 令和4年度

図表 17 入院と外来別医療費 点数の高い疾病(後期)

後期	入院		外来	
1位	その他の心疾患	12.4%	その他の心疾患	11.2%
2位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	9.9%	腎不全	8.1%
3位	その他の呼吸器系の疾患	9.4%	糖尿病	7.4%

資料:疾病別医療費分析 国保・後期 令和4年度

図表 18 生活習慣病の費用割合と患者割合(令和3年度)

令和3年度		
生活習慣病費用割合(%)	59.8	県内25位
生活習慣病患者割合(%)	57.3	県内7位

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】令和3年度

(5) 重複・頻回の受診状況

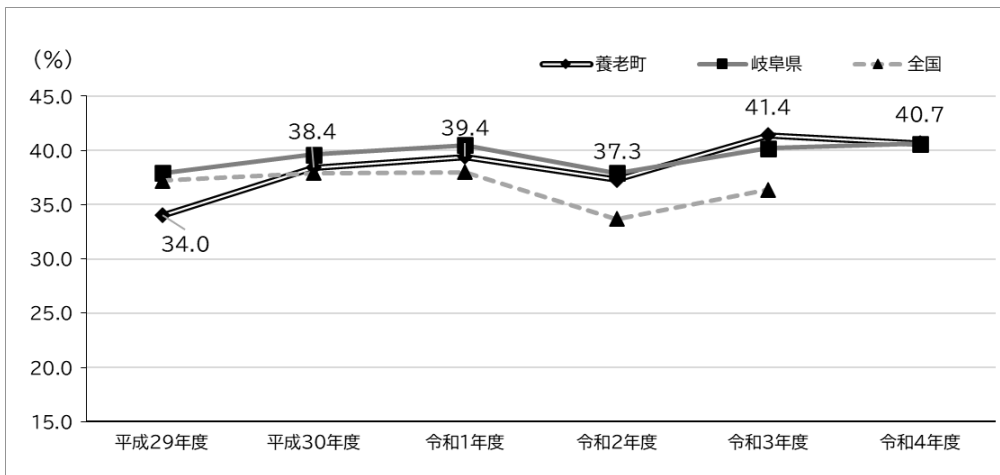
現在3か月中、2か月重複及び多剤があった対象者に対し、保健指導を実施しています。重複及び多剤両方に該当する対象者は、全期間を通して少ない状況です。医療費適正化のために、両方に該当する対象者だけではなく、重複のみ、多剤のみの対象者に注視していく必要があります。

3. 特定健康診査・特定保健指導の状況

(1) 特定健診受診率

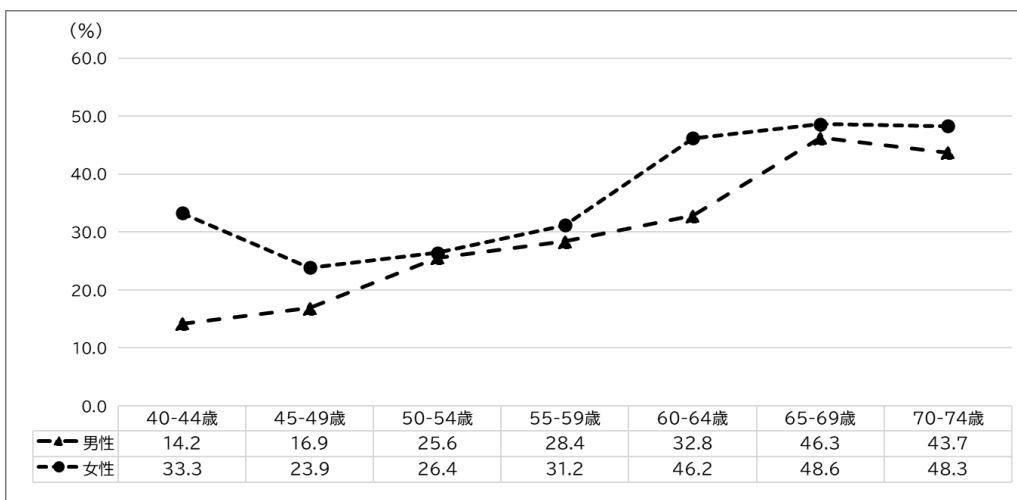
- 当町の令和3年度特定健診受診率は41.4%(県内22位)で年々上昇していましたが、令和4年度は、40.7%とわずかに低下しました。
- 性・年齢階層別では、年齢とともに特定健診受診率が上がる傾向があります。
- 男性は、全体的に受診率が低く、特に40歳代と50歳代の受診率は低いです。
- 女性は男性と比べて受診率は高いですが、50歳代の受診率は男性の受診率と同じ水準です。

図表 19 特定健康診査受診率 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】令和4年度

図表 20 性別・年齢階層別受診状況(令和3年度)

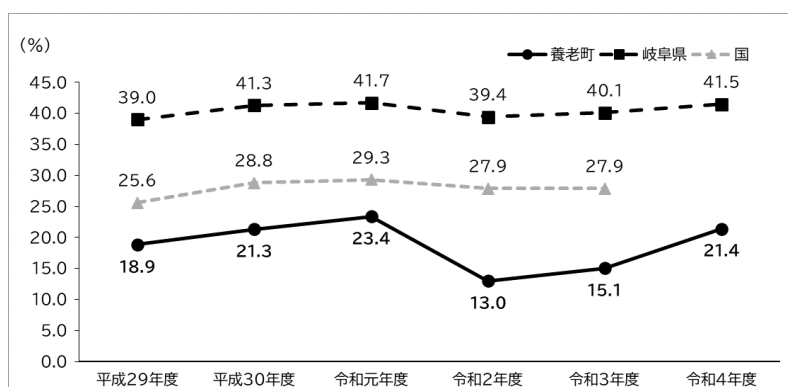


資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】令和3年度

(2) 特定保健指導実施率

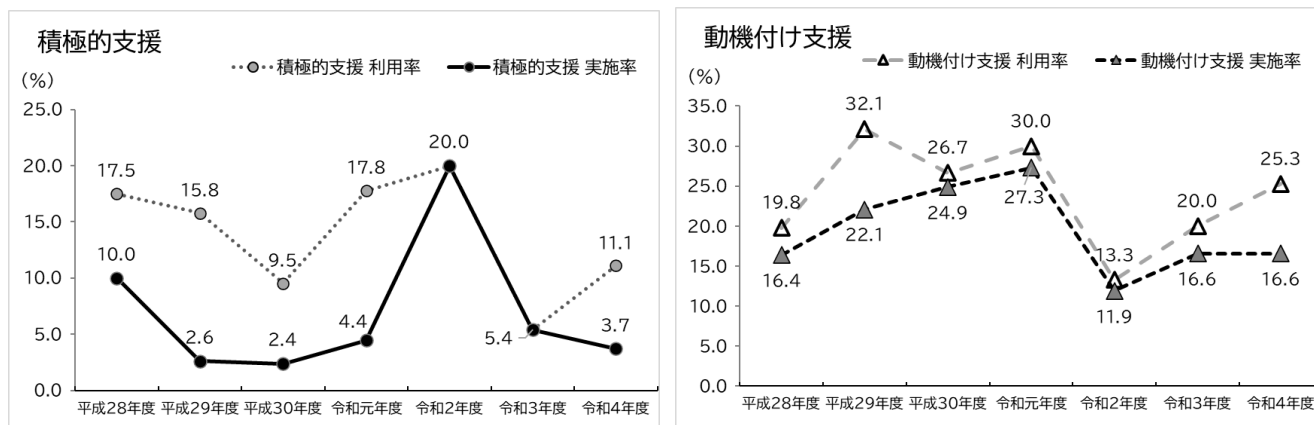
- 当町の令和3年度特定保健指導^{※5}実施率は15.1%(県内39位)で、令和4年度は21.4%と上昇しています。
- 積極的支援^{※6}の利用率は5.4%から20.0%とばらつきがあり平均は13.3%で、実施率の平均は約6.0%と半数程度です。動機付け支援^{※7}の利用率平均は24.6%で、実施率の平均は19.9%でした。県の実施率との差を考えると、そもそも利用率自体が低い状態です。

図表 21 特定保健指導実施率の推移



資料:法定報告

図表 22 特定保健指導利用率と実施率の推移



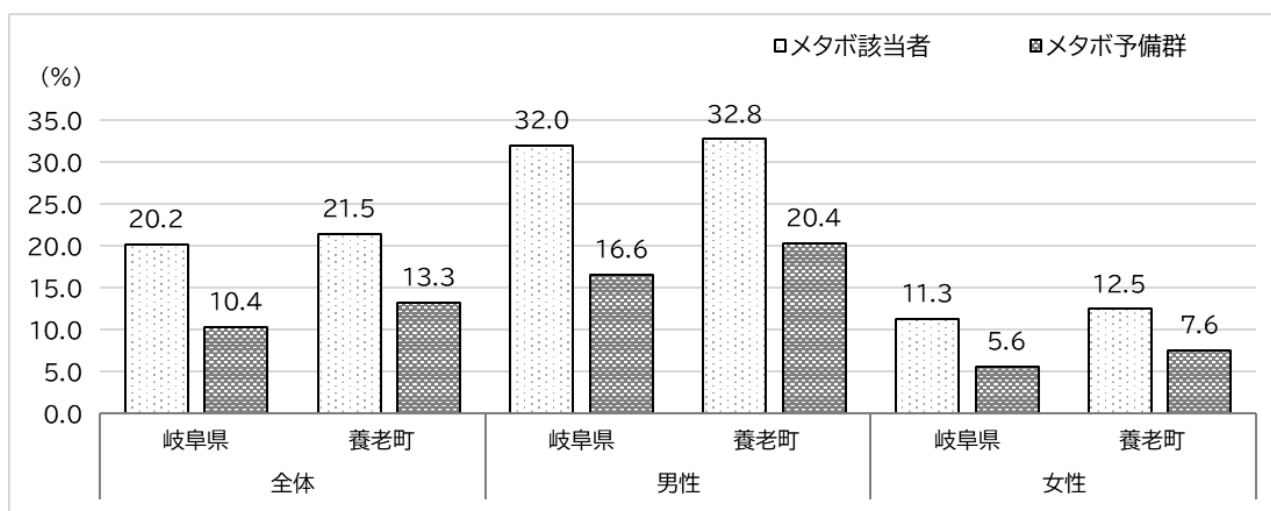
資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】令和4年度

※5 特定保健指導:P52~54参照
 ※6 積極的支援:P53・P54参照
 ※7 動機付け支援:P52・P54参照

(3) メタボ該当者とメタボ予備群の割合

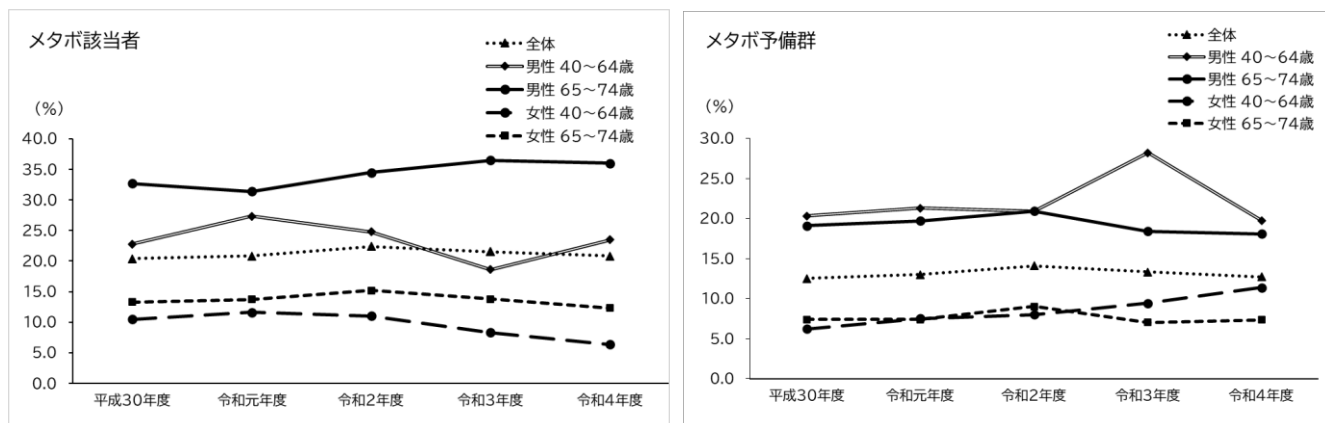
- 県と比較し、メタボ該当者とメタボ予備群の割合が高いです。
- 40～64歳の男性と女性はメタボ予備群の割合が増加し、65～74歳男性はメタボ該当者の割合が増えています。

図表 22 メタボ該当者とメタボ予備群の割合比較



資料:法定報告(令和3年度)

図表 23 メタボ該当者と予備群の割合推移

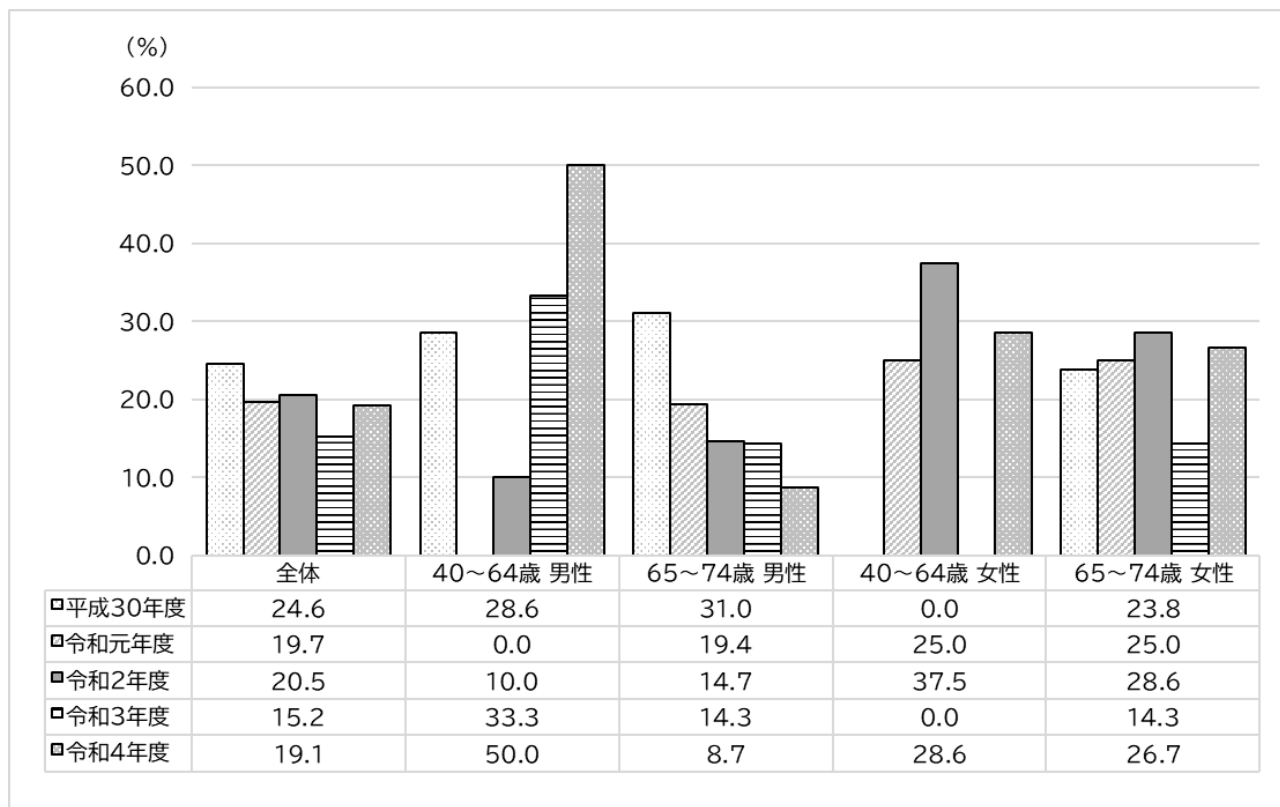


資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】令和4年度

(4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

- 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人の割合は令和3年度15.2%で、県(24.0%)より低いです。

図表 24 特定保健指導による減少率の推移

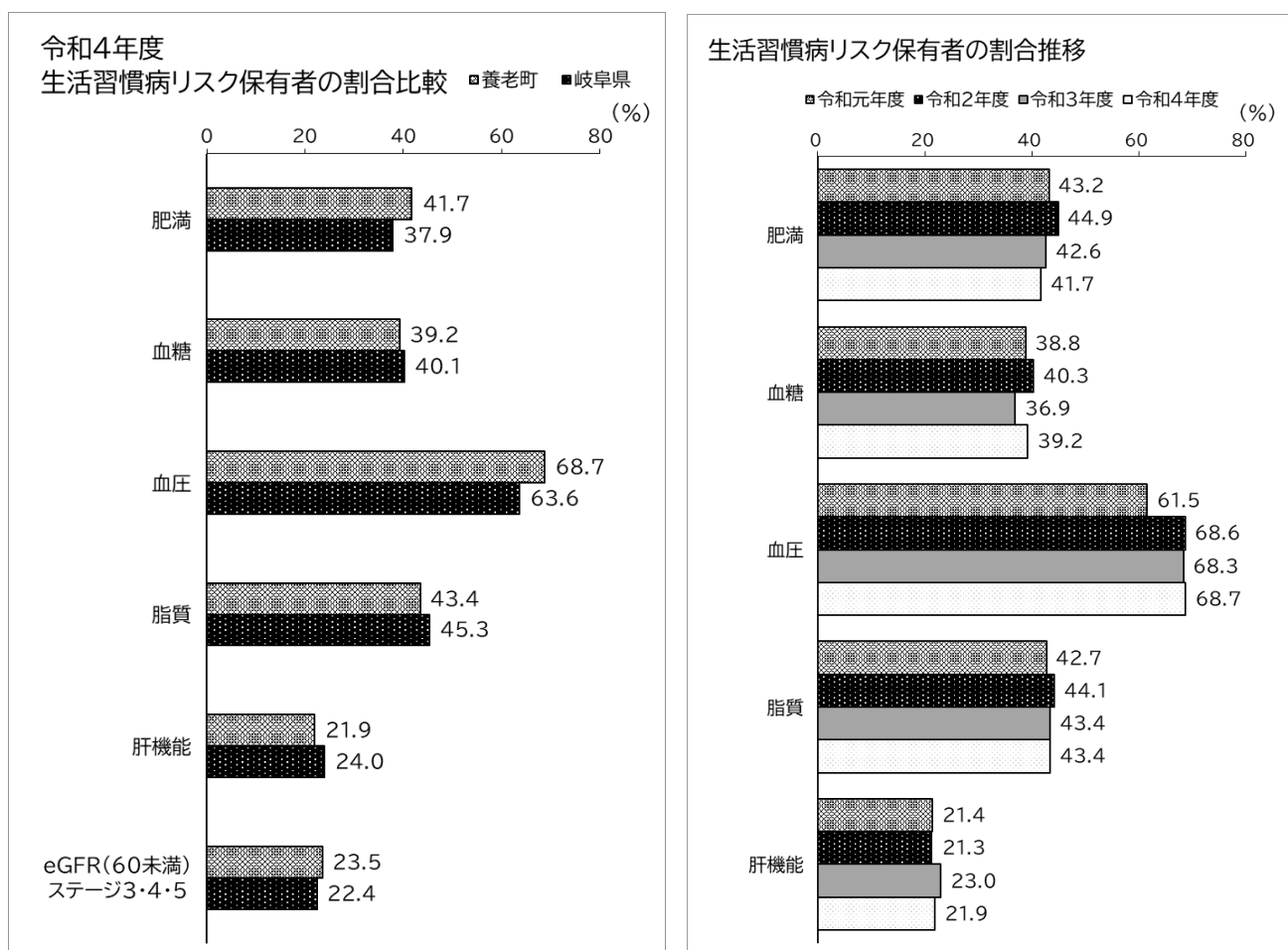


資料:法定報告

(5) 各種検査項目の有所見率

- 健診結果から生活習慣病リスクは、肥満リスク(県内 38 位)、血圧のリスク(県内 35 位)を保有している者の割合が県より多いです。
- 当町の eGFR^{※8}60 未満に該当する人の割合は、県(22.4%)よりも 1.1%高く、23.5%でした。
- 肥満リスクは令和元年度から令和4年度にかけて減少していますが、血圧リスクは増加しています。

図表 25 生活習慣病リスク保有者の割合比較と割合推移



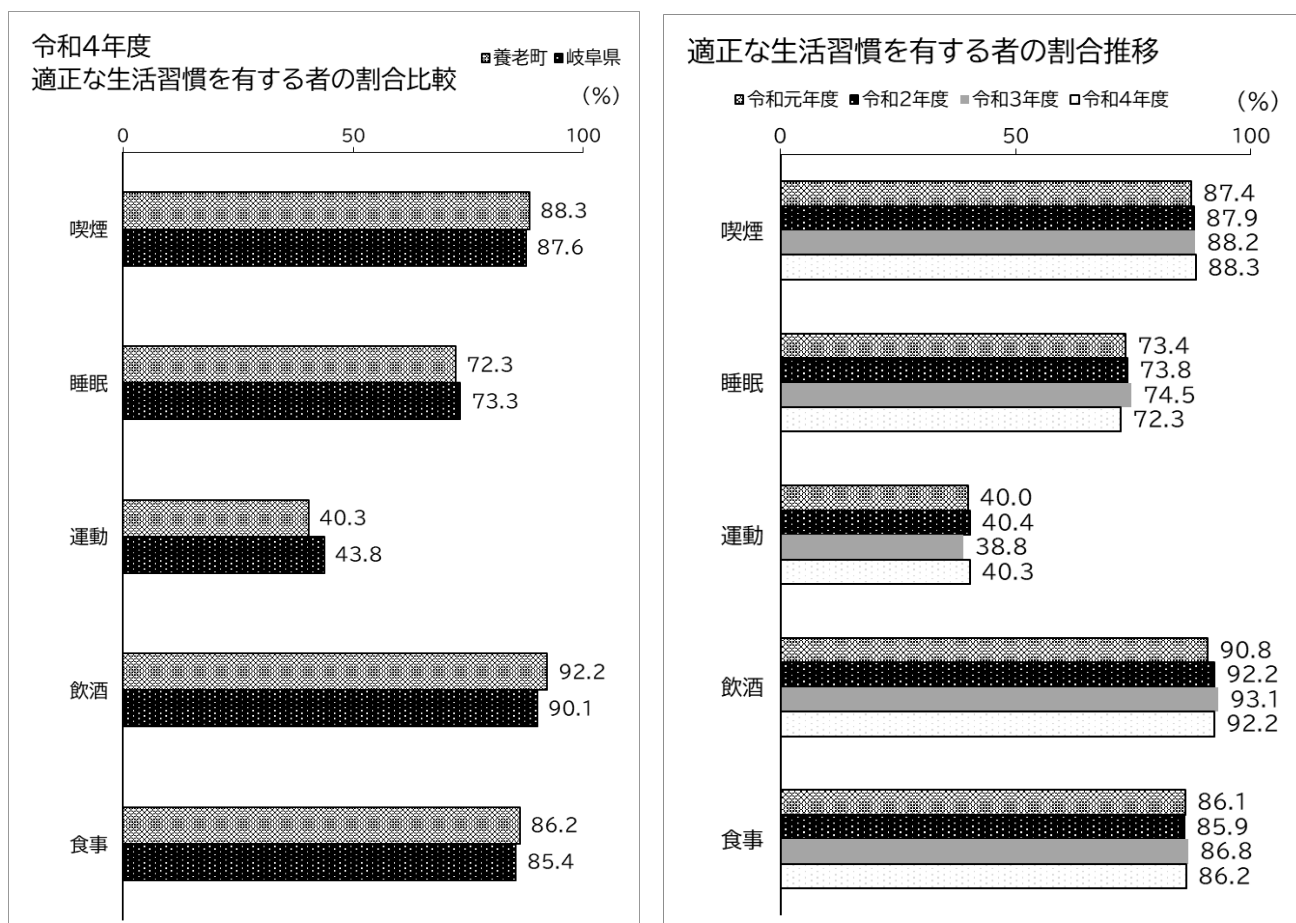
資料:健康スコアリング(健診)【健康状況】生活習慣病リスク保有者の割合(令和元年度~4年度)

※8 eGFR:推定糸球体濾過量。どれくらい腎臓に老廃物を尿へ排泄する能力が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ということになる。

(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、睡眠習慣と運動習慣の割合は県より少ないです。
- 当町の経年変化をみると、適正な生活習慣割合が減少しているのは睡眠習慣の項目です。

図表 26 適正な生活習慣を有する者の割合比較と割合推移



資料:健康スコアリング(健診)【健康状況】生活習慣病リスク保有者の割合(令和元年度~4年度)

4. 個別の保健事業等の事業評価(レセプトと健診データの分析)

(1) 特定健診受診勧奨の事業評価

勧奨ハガキ送付対象者の 39.2%が健診を受診していることから、健診受診率向上の効果があるため、事業は継続して行います。

問題点は、若い世代の受診率が低いことです。現在は勧奨ハガキ送付対象者の受診歴から事業評価をしていますが、今後若い世代をターゲットとして世代別の受診勧奨ハガキを送付し、若い世代の受診率向上を図ります。特定健診受診勧奨の事業評価のためには、目標値の設定をすることとします。

(2) 特定保健指導の事業評価

特定保健指導利用勧奨の評価や特定保健指導の事業評価をするための目標値:アウトプット(特定保健指導利用率・次年度継続受診率)とアウトカム(特定保健指導レベルの改善割合)の設定が必要です。

医師からの特定保健指導利用を勧めることで、特定保健指導を利用する人が増えています。そのため、医師へ特定保健指導利用の効果をフィードバックし、利用勧奨数の増加を図ります。

生活習慣改善意欲がある人(健康意識が高い人)や初めて特定保健指導の対象になった人と優先的に関わる等、優先順位付けも継続していきます。また、受診勧奨域で特定保健指導の対象となっている人には、重症化予防のため優先的に受診勧奨と特定保健指導をしていくとともに、特定保健指導の評価を正しく実施することへもつなげていきます。

指導による特定保健指導のレベル改善や体重・腹囲の維持改善の効果がみられていないことから、利用者自身が納得し、継続可能な生活習慣改善方法を一緒に考える等、より効果的な指導をしていく必要があります。

(3) 糖尿病重症化の事業評価

【高血糖で医療機関未受診者への受診勧奨】

医療機関へ受診勧奨したことにより、医療機関受診へつながり、血糖値の維持改善ができています。医療機関受診群の HbA1c^{※9}値は平均 6.9%、医療機関未受診群の HbA1c 値は平均 6.5%と、医療機関受診群は未受診群と比べ、HbA1c 値が高めでした。HbA1c 値が高いことは危機感を持ちやすく、医療機関受診へつながったと考えられます。ただし、医療機関を受診した人は、次年度の特定健診受診率が低くなっていました。地域医師会へ事業の結果をフィードバックする内容に、特定健診の受診継続についても取り入れ、継続受診につなげていきます。

受診勧奨を実施した人の半数以上が特定保健指導の該当者となっておりますが、保健指導をした受診勧奨群の BMI 値の変化は、受診未勧奨群と変わりませんでした。受診勧奨時に対象者と生活習慣の振り返りを実施する等、保健指導にも力をいれていきます。

【75g 糖負荷検査(OGTT)の勧奨】

75g糖負荷検査は通知または訪問により勧奨しています。75g 糖負荷検査を勧奨した人のうち、医療機関を受診し、検査した人は半数以下でしたが、血糖値の維持・改善した人は半数以上でした。75g 糖負荷検査勧奨者の中には特定保健指導対象者が含まれ、検査勧奨時に保健指導を実施することで、生活習慣改善へのきっかけになっていると推測されます。

検査を受ける人が少ないため、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の周知に力を入れていく必要があります。健診結果説明時に医師から勧める 75g 糖負荷検査について地域医師会へ依頼する等、地域医師会との連携のもと、事業を継続実施していきます。

※9 HbA1c:過去1～2か月の血糖値を反映する数値。

(4) 高血圧・腎機能の事業評価

【高血圧で医療機関未受診者への受診勧奨】

医療機関受診を勧奨したことにより、受診へつながった人は1割でした。受診につながった人の収縮期血圧値は平均 173mmHg、受診へつながらなかった人の収縮期血圧値は平均 166mmHg と、受診につながった人は受診につながらなかった人と比べ、血圧値が高めでした。血圧が高いことは分かりやすく、医療機関受診へつながりやすいと考えられます。受診勧奨を実施した人の次年度の特定健診受診は 100%となっており、血圧の値を経過観察していくことの重要性は住民に伝わったと評価できます。

医療機関受診を勧奨しても受診へつながらない人は多く、CKD^{※10}重症度分類の維持・改善も低いです。地域医師会へ事業の結果をフィードバックし、早期に医療機関受診へつなげるよう協力を得ていきます。

【腎機能低下で医療機関未受診者への受診勧奨】

受診勧奨群は、血圧の維持・改善割合が高い一方で、受診につながった人は半数でした。医療機関受診へつながらない人も多くありました。CKD重症度分類の変化をみると、約2割の人は悪化していました。早期に医療機関受診へつなげるよう、健診結果説明を実施する健診委託医療機関と連携のもと、事業を実施していきます。医療機関未受診の人の中には、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の他の疾患を併せ持つ腎機能低下リスクを伴う人が多くいました。そのような場合、健診数値を全体的に意識した保健指導をしていく必要があります。

※10 CKD:慢性腎臓病。「腎臓の障害」もしくは「腎機能低下」が3か月以上持続している状態の総称。

【腎機能低下している者への保健指導】

慢性腎臓病予防教室(CKD 予防教室)利用者は、血圧の維持改善割合は高いですが、CKD 重症度分類の変化において維持・改善割合は低い結果でした。利用者の健診継続受診率は高く、健診結果活用の重要性が伝わっていると評価できます。利用者のほとんどは 60 歳以上ですが、60 歳未満の腎機能低下者への介入も積極的に実施していきます。

5. 介護の状況

(1) 介護給付費の状況

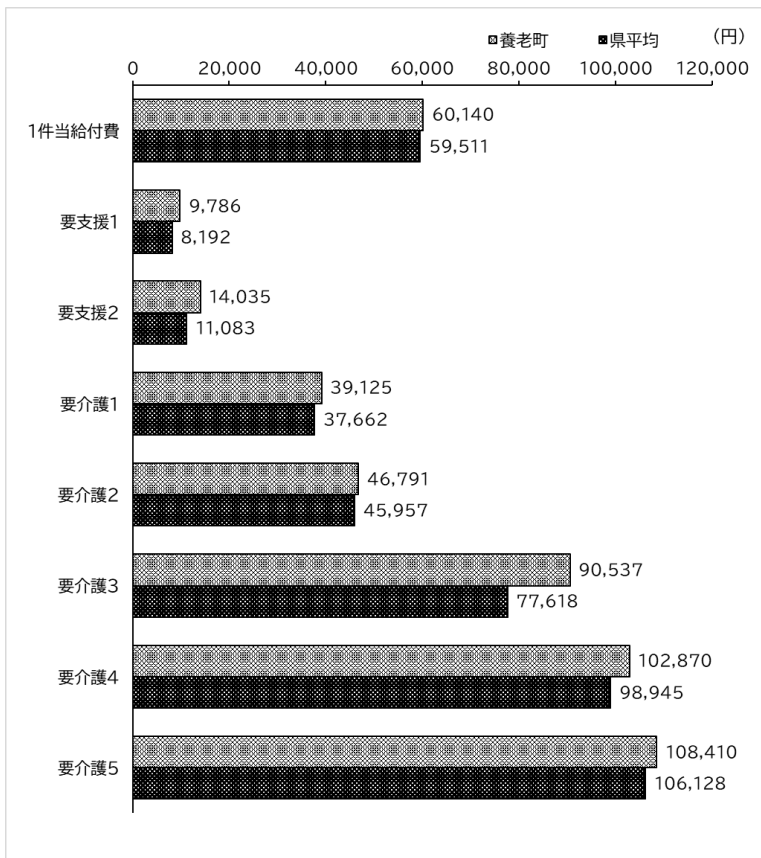
- 令和4年度の施設1人当たり介護給付費は、前年比で 86.2 と減少し、居宅1人当たり介護給付費も減少しています。
- 介護認定者で多くの介護を要する人は、増加していないと考えられます。しかし、すべての介護区分において、1件当たり給付費は県と比較して高い状況です。

図表 27 令和4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(前年比)	
居宅	95.5
施設	86.2

資料:KDB「地域の全体像の把握」令和4年度累計

図表 28 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4年度累計

(2) 介護認定の状況

- 第1号被保険者の介護認定率は減少しており、県より低い水準で、第2号被保険者の介護認定率は県と同等です。
- 第1号被保険者の介護認定率は令和3年度と比較し、1.5%減少しています。

図表 29 介護認定率の推移と比較

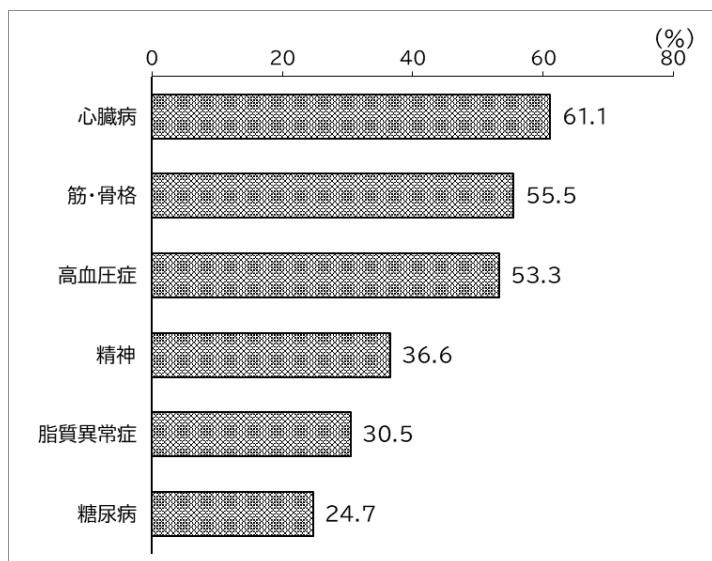
	養老町				県	国
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
1号認定者数(認定率)(%)	18.9	19.3	19.2	17.7	18.1	19.4
新規認定者(%)	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
介護度別 総件数の割合 (%)	要支援1・2	16.2	16.4	16.9	17.0	12.9
	要介護1・2	42.8	43.6	42.8	43.6	46.3
	要介護3以上	41.0	40.1	40.3	39.4	40.8
2号認定者数(認定率)(%)	0.44	0.48	0.44	0.40	0.35	0.38

資料:KDB「地域の全体像の把握」令和4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をみると、心臓病、高血圧症、脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病が上位疾患となっており、生活習慣病が介護認定の原因となる人が多いと考えられます。

図表 30 介護認定者の有病状況



資料:KDB「地域の全体像の把握」令和4年度累計

6. 健康課題

健診・医療・介護等の分析から把握された現状をまとめます。

【人口構成・平均寿命と健康寿命】

- ・ 職業上と結婚等を理由とした 20～30 歳代の転出超過が多く、出生率は年々低下しており、人口減少と少子高齢化が進んでいます。
- ・ 当町の高齢化率は年々増加し県より高く、後期高齢者医療の医療費は年々増加傾向にあります。
- ・ 当町は高齢化率が 34.1%(令和2年)で、平成 27 年と比較し、65 歳以上の単独世帯は 1.9%増加しています。

【死亡】

- ・ 標準化死亡比(SMR)は、男女とも腎不全と心疾患(高血圧性疾患を除く)が増加しています。女性は脳血管疾患がわずかに減少していますが全国より高く、男性は増加しています。

【介護】

- ・ 第1号被保険者の介護認定率は減少しており、県より低い水準です。
- ・ 1人当たり介護給付費は減少していますが、すべての介護区分において、1件当たり給付費は県と比較して高い状況です。
- ・ 介護認定者においては心臓病と高血圧症が多く糖尿病と高血圧症の有病割合は増加しています。

【医療】

- ・ 被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向です。
- ・ 国保の生活習慣病の医療費、患者数は全体の約 60%を占め、患者数は県内でも上位です。
- ・ 入院における生活習慣病には、医療費の上位に「その他の心疾患」が国保(8.8%)、後期(12.4%)を占めています。外来では「腎不全」が国保(10.3%)、後期(8.1%)、糖尿病は国保(10.0%)、後期(7.4%)が占めています。

【健診】

- ・ 健診の受診率は上昇していますが、若い世代の受診率が特に低いです。
- ・ 75g 糖負荷検査(OGTT)を受けた人の次年度の特定健診の継続受診割合は、低くなっています。
- ・ 令和3年度の特定保健指導利用率は 18.0%、特定保健指導を最後まで受けて終了した実施率は 15.1%と低い状態です。
- ・ メタボ該当者が約5人に1人、予備群が約 7.5 人に1人の状態で、県内市町村平均よりも高い状態です。
- ・ 健診の問診結果から、適正な運動習慣を有する者の割合が県より少ないです。
- ・ 健診結果から、肥満・血圧リスクを保有している者や eGFR60 未満の者の割合が県より高い状態です。

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ことを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約 40%と目標に達成しておらず、特に若い世代が低い。
B	特定保健指導の利用率・保健指導実施率が低い。
C	糖尿病の医療費割合が高く、介護認定者の有病割合が増加している。
D	死亡・介護・医療において心臓病、高血圧症が多く、特定健診の所見では県と比べて血圧リスク保有者の割合が高い。
E	人工透析は1件当たりの医療費が高く、介護につながりやすい。標準化死亡比において腎不全は増加している。特定健診の所見においては、県と比べて eGFR60 未満の割合が多い。
F	1人当たり医療費は増加傾向である。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い。
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できる期間の延伸、QOL の維持向上を図るための取組が必要。



健康課題項目	中目的
A	メタボ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
メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(%)	41.4	55.0
	特定保健指導実施率(%)	15.1	40.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	15.2	25.0
糖尿病の重症化予防	HbA1c8.0%以上の者の割合(%)	1.2	減少
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合(%)	7.1	減少
高血圧症の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	71.8	75.0
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	76.1	80.0
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)	28	前年度から減少
	多剤投与者数(対被保険者1万人)	107	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	メタボ等の生活習慣病の予防を目指し、特定健康診査受診勧奨を行うことで、特定健康診査の受診率向上を図る			
対象者	特定健診未受診者			
方法	特定健診受診勧奨ハガキ送付:過去の受診履歴・年代別にハガキを作成 未受診者全体に2回送付、若年層への勧奨は3回送付する 情報提供事業(年1回)			
評価指標	指標		計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム※11	特定健診実施率	37.4%	55.0%
	アウトプット※12	勧奨ハガキ送付率	100.0%	100.0%
		情報提供票回収率	58.5%	70.0%
	プロセス※13	各医療機関への事業説明 情報提供事業の依頼 特定健診受診勧奨ハガキ送付		
	ストラクチャー※14	健診委託医療機関医師へ事業の説明と依頼をし、協力を得る		

※11 アウトカム:成果。設定した目標に達することができたかを測るための項目

※12 アウトプット:保健事業の実施状況・実施量。立案した計画の実施率や開催回数で評価する項目

※13 プロセス:保健事業の実施過程

※14 ストラクチャー:計画立案体制・実施構成・評価体制。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	特定保健指導の利用促進と特定保健指導(積極的支援及び動機付け支援)を行うことで、特定保健指導利用の増加、メタボ改善、メタボ該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させる			
対象者	特定保健指導該当者、特定保健指導未利用者			
方法	健診委託医療機関へ事業説明と依頼 健診結果説明時、保健指導対象者に利用勧奨し、その場で申込完了する案内通知、通知送付後の勧奨(電話、訪問)			
評価指標		指 標	計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム	保健指導レベルの改善割合	37.5%	40.0%
		利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	16.7%	20.0%
	アウトプット	特定保健指導利用率	18.0%	45.0%
		次年度継続受診率	81.1%	90.0%
	プロセス	<p>①健診結果説明時、医師より保健指導対象者に利用勧奨し、その場で申し込みを受けつける</p> <p>②申込者へは、町が案内通知、さらに保健指導直前に電話にて勧奨する</p> <p>③対象者へ保健指導のハガキ案内通知後、保健指導や生活改善への意欲等を確認し、優先順位付けをし、随時、2人体制の訪問や電話等により保健指導を実施する</p> <p>保健指導を断られる方に対しても、対話の中で生活状況等を把握し、ご自身で実践できる方法を模索する関わりをする</p>		
	ストラクチャー	健診委託医療機関医師へ保健指導利用勧奨の協力を得る		

(3)―1 糖尿病重症化予防事業(受診勧奨・保健指導)

目的	糖尿病重症化予防事業を行うことで、糖尿病の受診勧奨と疾病管理を促進する			
対象者	①特定健診の結果において、空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上で、レセプトにより糖尿病で診療を受けていることが確認できない者 ②通院中の患者のうち、腎症重症化リスクが高く、保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者			
方法	【受診勧奨】 ①対象者の把握(概数ツール) ②受診勧奨通知とともに、電話、個別相談、家庭訪問を実施する ※尿蛋白(+)以上または、eGFR60 未満の者は早期に介入 ※保健指導の対象者には保健指導も実施 ③医療機関受診結果を把握(連絡票)。必要時、保健指導や栄養指導実施 ④初回受診勧奨2～3か月後までに連絡票等で受診状況が確認できない場合は、レセプトにて受診確認。必要時、電話等で再度受診勧奨 【保健指導】 ①特定健診結果より保健指導候補者を抽出する ②医療機関へ情報提供し、医療機関より保健指導勧奨を実施。希望者には保健指導を実施 ③医師会へ事業の結果をフィードバックする ④健診受診後の約3か月時に1回勧奨 ⑤その後レセプト確認できない場合は、再度勧奨			
評価指標		指 標	計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム	HbA1c 値維持・改善者割合	72.2%	75.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率(訪問・電話等)	20.3%	30.0%
		医療機関受診率	74.7%	80.0%
		次年度継続受診率	79.7%	100.0%
	プロセス	健診委託医療機関医師と医師会へ事業の説明 事業結果のまとめ(フィードバック用資料作成)		
ストラクチャー	健診委託医療機関医師、医師会へ事業の説明と依頼をし、協力を得る			

(3)―2 糖尿病重症化予防事業(75g 糖負荷検査)

目 的	糖尿病等の生活習慣病の早期発見をすることを目指し、75g 糖負荷検査勸奨事業を行うことで、糖尿病検査の勧奨と疾病管理の促進する			
対 象 者	特定健診においてHbA1c6.0～6.4%の者(糖尿病治療者、過去5年以内に検査を実施した人を除く)			
方 法	対象者へ75g 糖負荷検査(OGTT)勸奨案内を通知する 特定保健指導の対象にもなっている方は、保健指導も実施しながら、検査の必要性も周知する			
評 価 指 標		指 標	計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム	HbA1c 値維持・改善者割合	58.5%	60.0%
	アウトプット	医療機関受診勸奨率 (訪問・電話等)	100.0%	100.0%
		医療機関受診率	42.0%	50.0%
		次年度継続受診率	78.8%	100.0%
	プロセス	特定健診受診後の約2か月後に対象者抽出 対象者へ1回案内通知する 特定保健指導の対象にもなっている方は、保健指導も実施しながら、検査の必要性も周知する		
ストラクチャー	健診委託医療機関医師、医師会へ事業の説明と依頼をし、協力を得る			

(4)高血圧症の重症化予防事業

目的	健診で高血圧と判定された医療機関未受診者へ受診勧奨を行い、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	特定健診の結果において、Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上)で医療機関未受診者			
方法	①特定健診受診2～3か月後に保健師が電話、個別相談、家庭訪問する ②介入1か月後に保健師が電話にて受診状況を確認する ③初回受診勧奨2～3か月後までに、レセプトにて受診確認する ④地域医師会へ事業の結果をフィードバックする			
評価指標		指標	計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合	71.8%	75.0%
		拡張期血圧 維持・改善者割合	76.1%	78.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	10.9%	30.0%
		医療機関受診率	12.0%	30.0%
		次年度健診受診率	84.8%	100.0%
	プロセス	健診受診後の約3か月時に1回勧奨する その後レセプト確認できない場合は、再度電話等で勧奨する		
	ストラクチャー	健診委託医療機関医師、医師会へ事業の説明と依頼をし、協力を得る		

(5)―1 腎機能低下の重症化予防事業(受診勧奨)

目 的	健診で腎機能低下がみられた医療機関未受診者へ受診勧奨を行い、受診へつなげることで、腎不全・人工透析等への進行を防ぐ			
対 象 者	特定健診の結果において、eGFR45 未満または尿蛋白(+)以上で医療機関未受診者			
方 法	特定健診受診2～3か月後に保健師が電話、個別相談、家庭訪問する さらに、1か月後に保健師が電話にて受診状況の確認 初回受診勧奨2～3か月後までにレセプトにて受診確認する 地域医師会へ事業の結果をフィードバックする			
評 価 指 標		指 標	計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合	44.1%	45.0%
		拡張期血圧 維持・改善者割合	52.8%	55.0%
		CKD 重症度分類の変化	88.2%	90.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	4.9%	30.0%
		次年度健診受診率	87.7%	100.0%
	プロセス	医師会への事業説明 健診受診後約3か月時に、受診勧奨を行う 勧奨後2～3か月後に、レセプトで受診確認ができない場合は再度勧奨 事業結果のまとめ(フィードバック用資料作成)		
ストラクチャー	健診委託医療機関医師、医師会へ事業の説明と依頼をし、協力を得る			

(5)―2 腎機能低下の重症化予防事業(保健指導)

目的	健診で腎機能低下がみられた保健指導をすることで腎機能低下の重症化予防を行う			
対象者	特定健診の結果において、eGFR60 未満の者			
方法	<p>特定健診実施期間終了後、対象者へ CKD(慢性腎臓病)予防教室(年1回)の案内を通知する</p> <p>医師、管理栄養士による講義を行い、腎臓病予防のための生活習慣に関する正しい知識の習得や健診の継続受診の重要性について伝える</p> <p>60 歳未満の腎機能低下者への介入方法について、地域医師会と連携し、検討していく</p>			
評価指標		指 標	計画策定時 令和3年	目標値
	アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合	48.7%	55.0%
		拡張期血圧 維持・改善者割合	56.3%	60.0%
		CKD 重症度分類の変化	94.2%	95.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	15.5%	20.0%
		次年度健診受診率	83.6%	100.0%
	プロセス	<p>医師会へ事業説明</p> <p>CKD(慢性腎臓病)予防教室の案内通知の送付、教室開催(年1回開催)</p> <p>CKD(慢性腎臓病)予防教室の講義準備(教材等)</p> <p>事業結果のまとめ(フィードバック用資料作成)</p>		
	ストラクチャー	<p>医師会へ事業の説明と依頼をし、協力を得る</p> <p>地域医師会と連携・検討(60 歳未満の腎機能低下者への介入方法)</p>		

(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	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	同一月内に2箇所以上受診、同一薬の処方直近3か月中2か月受けた者			
方 法	2か月に1度 KDB システムにて対象者を抽出 電話で体調確認を行ったうえ、訪問による啓発及び指導を行う 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 実施前後で評価:本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認			
評 価 指 標	指 標		計画策定時 令和5年	目標値
	アウトカム	重複投与者数(対被保険者 1万人)	107	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
		取組実施前後の評価	1回	1回
		医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上
	プロセス	KDB システムにて対象者を抽出(2か月に1度) 通知または個別訪問指導		
	ストラクチャー	地域医師会・薬剤師会との連携		

(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	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、同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者			
方 法	2か月に1度 KDB システムにて対象者を抽出 通知または個別訪問指導 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 実施前後で評価を行う 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認			
評 価 指 標		指 標	計画策定時 令和5年	目標値
	アウトカム	多剤投与者数(対被保険者1万人)	28	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
		取組実施前後の評価	1回	1回
		医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上
	プロセス	KDB システムにて対象者を抽出(2か月に1度) 通知または個別訪問指導		
	ストラクチャー	地域医師会・薬剤師会との連携		

(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			
方 法	周知啓発のためのリーフレットを配布			
評 価 指 標	指 標	計画策定時 令和5年	目標値	
	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
		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
	プロセス	国保加入手続き時にリーフレットを配布		
	ストラクチャー	保健部門と連携		

(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

<p>目 的</p>	<p>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 の維持向上を図る</p>
<p>対 象 者</p>	<p>【ハイリスクアプローチ※15】 ①高値血圧(収縮期 130mmHg／拡張期 85mmHg 以上)の人 ②糖尿病性腎症重症化予防対象者</p> <p>【ポピュレーションアプローチ※16】 全町民対象のイベント、通いの場参加者</p>
<p>方 法</p>	<p>【ハイリスクアプローチ】 ①医療機関への受診勧奨と生活習慣改善のための保健指導 全町民を対象にした健康相談や結果説明会、健康増進を目的としたイベント(地区ごとのミニ健康展等)において実施 ②糖尿病性腎症重症化予防のための受診勧奨、保健指導</p> <p>【ポピュレーションアプローチ】 ①全町民を対象とした介護予防にも配慮した健康イベント(地区ごとのミニ健康展等) ②通いの場において、後期高齢者の質問票を活用したフレイル予防の普及啓発活動や運動についての健康教育を実施</p> <p>【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</p>

※15 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

※16 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、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

	指 標		計画策定時 令和5年
	評 価 指 標	アウトカム	後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施
事業の実施にあたり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施			実施有
アウトプット		①-1 後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ハイリスクアプローチ)	実施有
		①-2 介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ポピュレーションアプローチ)	実施有
		②事業の実施にあたり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	実施有
プロセス		衛生(保健センター)を中心に打合せ(イベント等の事業企画・準備)	
ストラクチャー		介護部門との連携	

第5章 第四期特定健康診査等実施計画

1. 計画作成の背景・趣旨

国は国民の健康づくり運動において一次予防を重視し、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「特定健診」という。)及び特定健診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。

特定健診・特定保健指導の実施率は、上昇傾向にはありますが、国の目標(市町村 国保:特定健診実施率 60%、特定保健指導実施率 60%)に届いていません。

特定健診・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、脂質異常症の減少や糖尿病の減少、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。

養老町国民健康保険の保険者である養老町は、平成 20 年3月に「養老町国民健康保険特定健康診査等実施計画(第一期計画)」、平成 24 年度には第二期計画(平成 25 年度～平成 29 年度)」、平成 29 年度に「第三期養老町特定健康診査等実施計画(平成 30 年度～令和5年度)」を策定し、取組みをすすめてきました。この実施計画は、データヘルス計画と一体的に作成できることから、第四期特定健診等実施計画は、第三期保健事業計画(データヘルス計画)と一体的に策定し、引き続き特定健診・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. 特定健診・特定保健指導の定義と対象

特定健康診査については、実施年度中に40～74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者のうち、妊産婦等除外規定の該当者を除いた者が対象者となります。

特定健康診査の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が、特定保健指導の対象者となります。追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援か積極的支援の対象者となります。

3. 計画の位置付け

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」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特定健診・特定保健指導の実施方法
- ②特定健診等の実施及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)

4. 達成しようとする目標

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%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	特定保健指導実施率	45%以上	45%以上	45%以上	45%以上
成果に関する 目標	メタボの該当者及び予備 群等の減少率	10%以上 (平成 20 年度比 で平成27年度に 25%に減少)	25%減少 (平成 20 年度比)	25%減少 (平成 20 年度比)	25%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)

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	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健 指導実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上	60%以上	30%以上	60%以上

資料：特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

特定健康診査等の目標

	令和3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*1	37.4%	43.0%	45.0%	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%
特定保健指導利用率*2	18.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%

*1 特定健康診査実施率(令和3年度):除外者(年度内資格喪失者、年度内国保加入者等)を含まない実績値より

*2 特定保健指導利用率(令和3年度):法定報告値より

5. 特定健康診査等の対象者数

	令和3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
特定健康対象者数(人)	4,712	4,239	4,073	3,913	3,760	3,613	3,472
特定健診受診率*3(%)	41.4	43.0	45.0	48.0	50.0	52.0	55.0
特定健診受診者数(人)	1,951	1,823	1,833	1,878	1,880	1,879	1,909

*3 特定健診受診率(令和3年度):法定報告値より

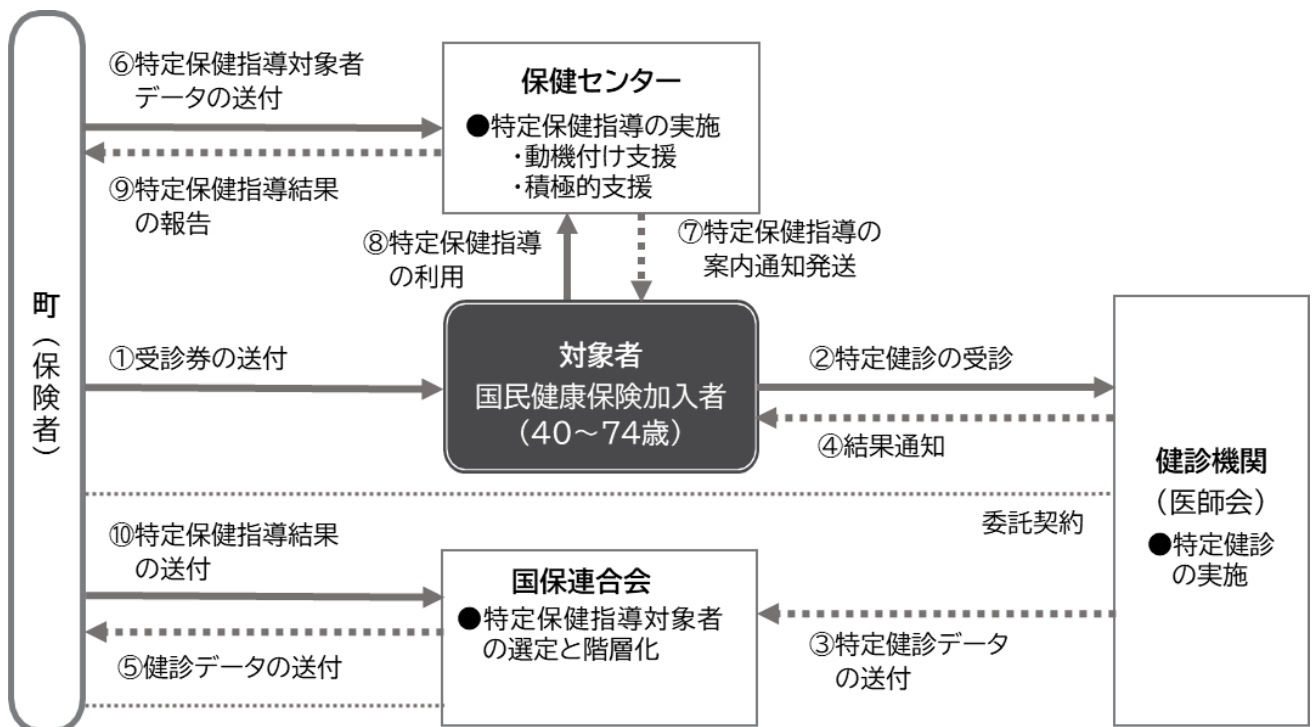
	令和3年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	272	259	265	264	264	265	263
特定保健指導利用率(%)	18.0	20.0	25.0	30.0	35.0	40.0	45.0
特定保健指導実施率*4(%)	15.1	17.0	20.0	25.0	30.0	35.0	40.0
特定保健指導終了者数(人)	41	52	66	92	106	119	132

*4 特定保健指導実施率(令和3年度):法定報告値より

6. 特定健康診査等の実施方法

(1) 特定健診・特定保健指導及び事務の流れ

特定健診及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。



(2) 対象者

特定健診の対象者は、40歳から74歳の国民健康保険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いた方が対象となります。

(3) 実施形態

特定健診は、これまでと同様に、養老郡医師会に委託し、医療機関における個別健診及び集団健診の方法で実施します。

(4) 実施項目

特定健診の実施項目は、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。養老町では、慢性腎臓病の指標となる「血清クレアチニン」は、全対象者に実施しています。さらに、国の実施基準には定められていませんが、尿酸、尿潜血を町独自の検査項目として加えます。

なお、検査項目については、必要に応じて見直しを行います。

区分	項目	内容
基本的な検査項目	質問票	服薬歴・喫煙習慣等
	身体計測	身長・体重・BMI・腹囲(内臓脂肪面積)
	理学的検査	身体診察
	血圧測定	
	血中脂質検査	中性脂肪(空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪(空腹時(絶食10時間以上)以外に採血を行う)・HDLコレステロール・LDLコレステロール
	肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ -GT(γ -GTP)
	血糖検査	ヘモグロビンA1c検査・空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖
	尿検査	尿糖・尿蛋白
詳細な検査項目	心電図検査	
	眼底検査	
	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
	血清クレアチニン ^{※1}	
その他		尿酸 ^{※2} ・尿潜血

※1 血清クレアチニン値：慢性腎臓病(CKD)等の指標となります。CKDは重症化するまで、ほとんど自覚症状がなく、早期発見・治療が、人工透析の導入や心筋梗塞等の心血管イベントの予防にもなると言われています。

※2 尿酸値：血液中の尿酸の濃度であり、痛風の検査とも言われていましたが、最近では、尿酸値が高いことは動脈硬化が進みやすい状態であることを示す指標の一つになっています。

(5) 特定健診検査項目の判定値

健診検査項目の判定値は次のとおりとします。

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/分/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値を表記しています。

※2 eGFR(推定糸球体濾過量):血清クレアチニンと年齢及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になります。

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

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」

7. 特定保健指導の実施方法

特定保健指導では対象者が自らの生活習慣の課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出すことを目的としています。そのため、行動変容に関する必要な情報を提示し、自ら決定できることが重要で、健康的な生活を維持できるようその人の生活基盤を尊重しながら支援していきます。

(1) 実施形態

特定保健指導について、「標準的な健診・保健指導プログラム」では積極的なアウトソーシングの活用のお考えが示されましたが、保険者である町が保健指導全体を統括し責任を持って行うという観点から、保健センターにおいて実施することとします。

① 情報提供

特定健診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、健診結果等の情報提供については、実施医療機関が行うこととします。

② 動機付け支援

保健師等が、対象者とともに行動目標や行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を訪問による個別支援またはグループ支援により行います。原則1回の支援とし、3か月後に実績評価を行います。

区分	内容
周知方法	該当者へ個別通知
実施場所	保健センター
実施内容	●保健師または管理栄養士の面接による支援をします。(原則1回) ・健診結果や生活習慣についての振り返り ・メタボについての説明 ・食事・運動・喫煙等の生活習慣の改善に関する指導 ・行動目標及び行動計画の作成等
	●面接から3か月経過後に実績評価を行います。

③ 積極的支援

保健師等の面接による指導のもとに行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取組に対する働きかけを、訪問による個別支援またはグループ支援、電話支援等を組み合わせて、3か月以上にわたり継続的に行っていきます。

区分	内容
周知方法	該当者へ個別通知
実施場所	保健センター
実施内容	●1回目:保健師による結果の見方、メタボの説明、管理栄養士による食生活の説明、保健師等による個別支援 (生活習慣等の振り返りと行動目標・支援計画の作成)
	●2回目:保健師等による個別支援 (行動計画の実施状況の確認と中間評価)
	----- 1回目、2回目の後に電話等による支援を行います。
	●3か月後以降:実績評価を行います。

(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行います。

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)を終了した者であって、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のみである。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年目の腹囲及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

(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者を明確にするために国の基準に基づき階層化を実施します。そして、受診者を分類し、受診者のリスクレベルにより、特定保健指導の内容を検討します。

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
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (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 $\text{BMI} \geq 25$	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	

(3) 対象者の重点化

保健指導の対象者については、効果的・効率的な保健指導を実施するため、低年齢層を優先的に選定していきます。

8. 年間スケジュール

実施時期

特定健診の実施時期は、概ね次のとおりとします。早期に積極的支援の対象者を把握する観点から、低年齢層から実施することとします。

未受診者への対応

未受診の被保険者に対しては、ハガキにより受診勧奨を行います。

区分	特定健診				特定保健指導		
	案内通知・受診券の送付		特定健診	健診結果の通知	保健指導対象者の選定・階層化開始	特定保健指導の開始	最終評価
	40～65歳	66～74歳					
5月	●		●				
6月		●	↓	●	●		
7月			↓	↓	↓		
8月			↓	↓	↓		
9月			↓	↓	↓	●	
10月			↓	↓	↓	↓	
11月			↓	↓	↓	↓	
12月			↓	↓	↓	↓	
1月			↓	↓	↓	↓	
2月			↓	↓	↓	↓	
3月			↓	↓	↓	↓	●
4月～			↓	↓	↓	↓	↓

9. 個人情報の保護

特定健診等の記録の取扱いにあたっては、個人情報の保護の観点から、厳正な管理を行います。

個人情報の保護に関する法律、医療・介護関係事業者における「個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「国民健康保険組合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」等に定める、データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督等の義務について周知徹底を図ります。

10. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

(1) 周知・案内の方法

町の広報紙やホームページ、ケーブルテレビを活用して、周知を図るとともに、手続き・日程等について掲載していきます。さらに、健康づくり推進協議会、各種団体、地域への出前講座等を通じて情報提供に努めます。

(2) 受診券

特定健診は、町内の医療機関に委託して実施するため、医療機関が、受診資格、健診項目、徴収する窓口負担額等の確認ができるよう、事務処理上必要となる情報を記載した受診券を作成し、特定健診の対象者に対して、5月と6月に受診案内とともに送付します。

11. 特定健診・特定保健指導のデータ管理

(1) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

国民健康保険加入者であってパート等で勤務しており、職場で健診を受ける機会がある人及び人間ドックを受診した人については、健診結果を本人からできるだけ早く受領し、必要に応じて保健指導へつなげていきます。

また、すでに糖尿病等を治療中の人については、国保連による情報提供事業により、医療機関から必要な情報を提供してもらいます。

(2) 特定健診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及び費用決済業務については、国保連合会の「特定健診等データ管理システム」を利用することとします。

(3) 特定健診等の記録保存方法

特定健診等の記録は、健診機関においてデータ入力した後、国保連合会に送られ、「特定健診等データ管理システム」により管理を行います。保健センターにおいては、これまでの健康管理システムを一部変更し、特定健診等に対応し、経年的なデータ比較やその他の健康診査と連動できるようにします。

データの保存期間は、特定健診等データ管理システムについては5年間とし、町の健康管理システムについては加入者となっている限りは保存することを原則とします。

12. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

計画の評価・見直しについては、内部によるそれぞれの評価に加えて、随時、開催される養老町国民健康保険運営協議会において年1回実施し、計画及び事業の進捗を把握します。

第6章 個別の保健事業及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^{※17}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、市町村国保における保健事業の評価を後期広域連合と共有しながら、県国保課、国保連合会とともに令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

※17 KDB:国保データベースを示す略語 国保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、国保連合会が「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誌を通じた周知のほか、県、国保連合会、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。

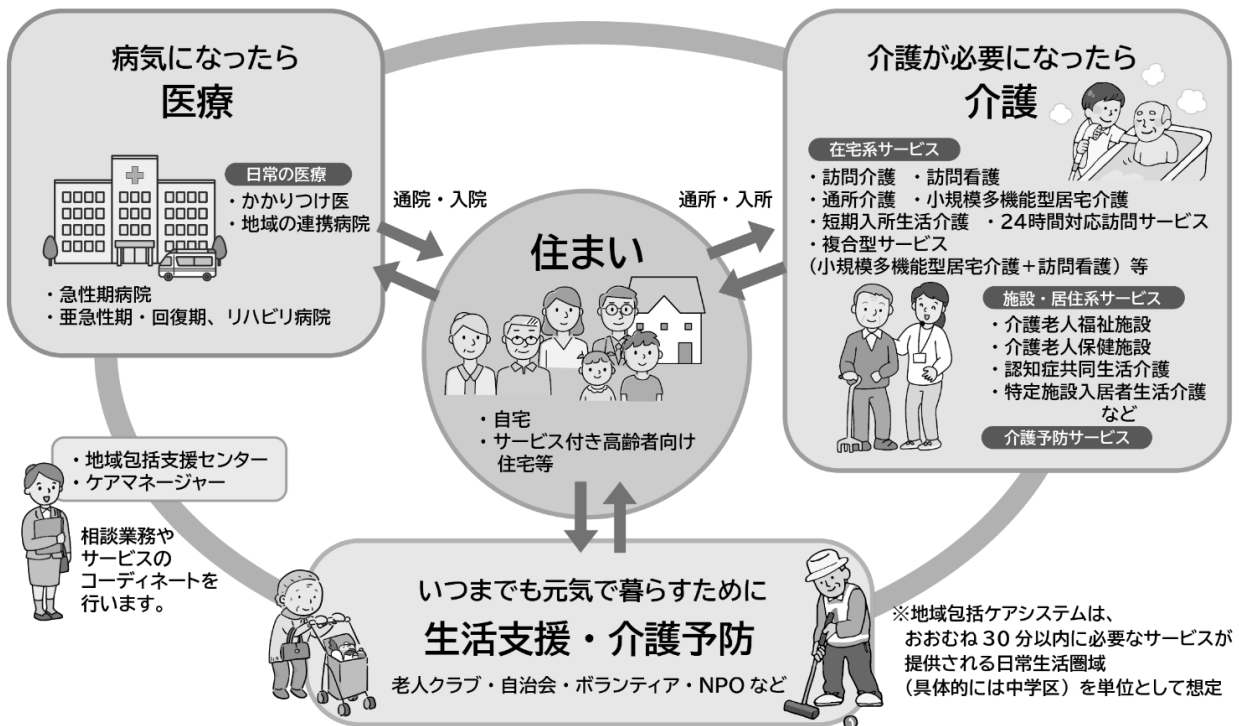
なお、個人情報の取扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたります。

※「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及びその他の留意事項

保険者努力支援制度^{※18}に沿った内容で、今後も実施継続します。(個別保健事業参照)。

地域包括ケアシステムの姿



※18 保険者努力支援制度:保険者の取組状況に応じて交付金を交付し、保険者(都道府県・市町村)における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行う制度として平成 27 年国民健康保険法等の改正により創設された制度。

第三期養老町保健事業実施計画(データヘルス計画)

養老町国民健康保険第四期特定健康診査等実施計画

発 行 :令和6年3月

養老町 住民福祉部 住民環境課

住民福祉部 保健センター

住 所 :岐阜県養老郡養老町高田 798 番地

TEL/FAX:0584-32-1104/0584-33-0025