

第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

令和6年3月作成(令和7年9月更改)

梶原町

## 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

### もくじ

<hr/>	
I 基本情報	
(1) 基本的事項	3
① 計画の趣旨	3
② 計画期間	4
③ 実施体制・関係者連携	5
(2) 現状の整理	7
① 保険者の特性	7
② 前期計画等に係る考察	8
<hr/>	
II 健康医療情報等の分析と課題	
(1) 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	12
① 健康・医療情報の分析	12
・死亡	12
・介護	14
・医療	17
・健診	25
② 健康課題の抽出・明確化	35
<hr/>	
III 計画全体	
(1) データヘルス計画の目的、目標を達成するための戦略	36
① データヘルス計画の目的の設定	37
② データヘルス計画の目標の設定	37
(2) 健康課題を解決するための個別の保健事業	39
(3) 薬剤の適正使用の推進	40
<hr/>	
IV 個別の保健事業	41
<hr/>	
V 高知県における共通指標と保険者努力支援制度（取組評価分）市町村分の状況	46
<hr/>	
VI その他	
(1) データヘルス計画の評価・見直し	47
① 評価の時期	47
② 評価方法・体制	47
(2) データヘルス計画の公表・周知	48
(3) 個人情報の取扱い	48
(4) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	48
<hr/>	
別添	
データヘルス計画概要図	
<hr/>	

## 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

### I 基本情報

#### (1) 基本的事項

##### ① 計画の趣旨

###### 【目的】

梶原町においては、被保険者の幅広い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ことを目的とする。

###### 【背景】

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」においては、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価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。」と示された。

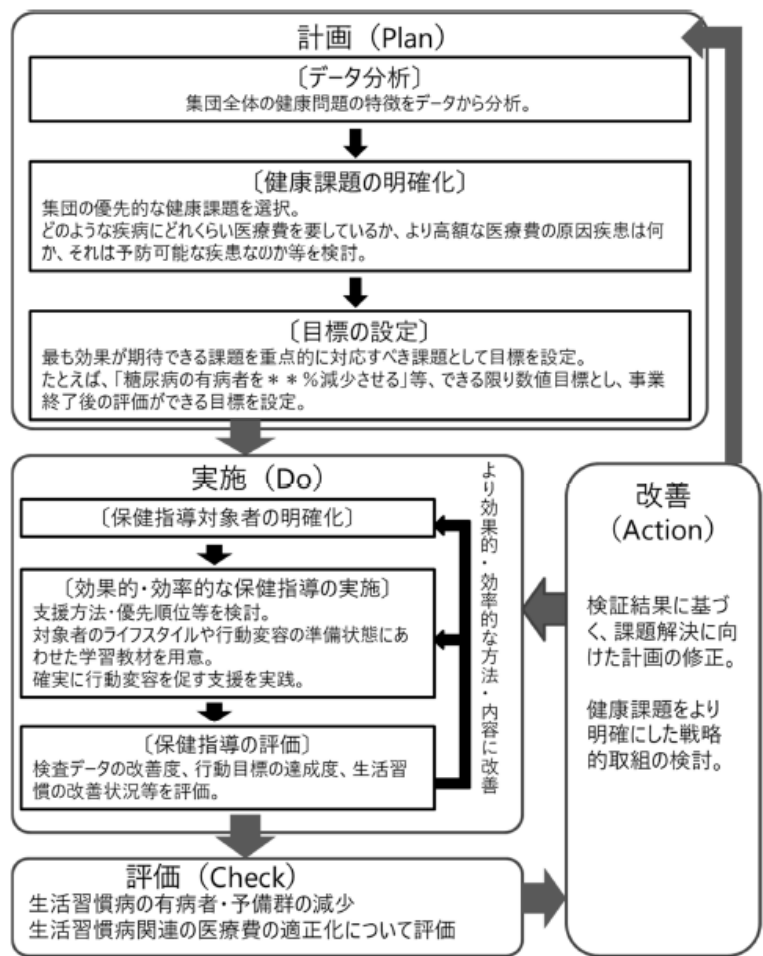
これを踏まえて、「保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）」の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされた。（図表1）

平成30年4月には都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となった。

その後、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4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2022」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行うとともに、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ベースでの適切なＫＰＩの設定を推進する。」とされた。

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る。

図表 1 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



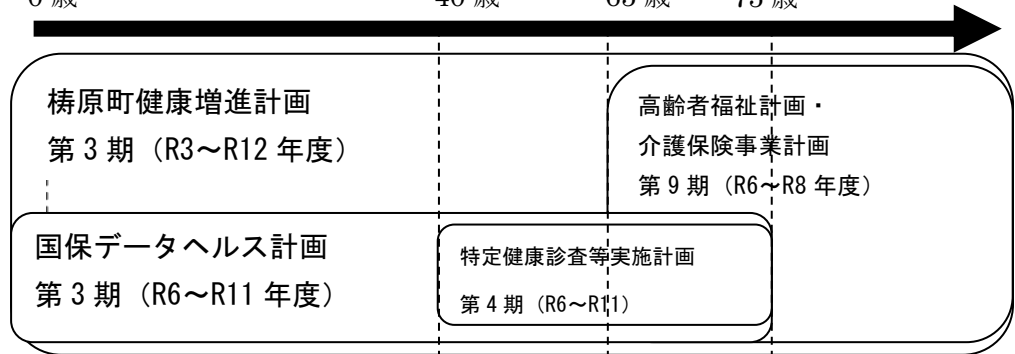
出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 計画期間

計画期間は、令和6年度～令和11年度の6年間とする。

計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、高知県健康増進計画や高知県医療費適正化計画、高知県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画、および本町における健康増進計画や国民健康保険事業計画、介護保険計画と調和のとれたものとする。

図表 2 0 歳 40 歳 65 歳 75 歳



### ③ 実施体制・関係者連携

#### ○市町村の役割

- ・ 市内の関係部局や関係機関と連携しながら保険者の健康課題を分析し、データヘルス計画に基づき保健事業の実施と評価を行う。
- ・ 都道府県との関与は栲原町の保険者機能の強化のため特に重要であるため連携に努める。
- ・ 国保連及び支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画策定等を進める。
- ・ 保険者協議会、保健医療関係者等の連携に努める。
- ・ 被保険者の立場からの意見を計画等に反映させる。

#### ○都道府県の役割

- ・ 人材不足の傾向のある小規模の市町村に保健所と協力して体制整備を支援する。
- ・ （国保部局）都道府県の健康課題や保健事業の実施状況等を把握・分析し、取組の方向性を保険者に提示する。保険者が都道府県や保険者ごとの健康課題に対応した保健事業を実施することができるよう、保険者に対して必要な助言や支援を積極的に行う。計画策定等や保健事業の業務に従事する者の人材育成をする。県内の関係部局、保健所、国保連や保健医療関係者と健康課題や解決に向けた方策等を共有したうえで連携し、保険者を支援する。
- ・ （保健衛生部局）国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。

#### ○保健所の役割

地域の実情に応じた保険者支援を行う。

#### ○国民健康保険団体連合会等の役割

計画策定等の一連の流れに対し、保険者を支援する。

#### ○後期高齢者医療広域連合の役割

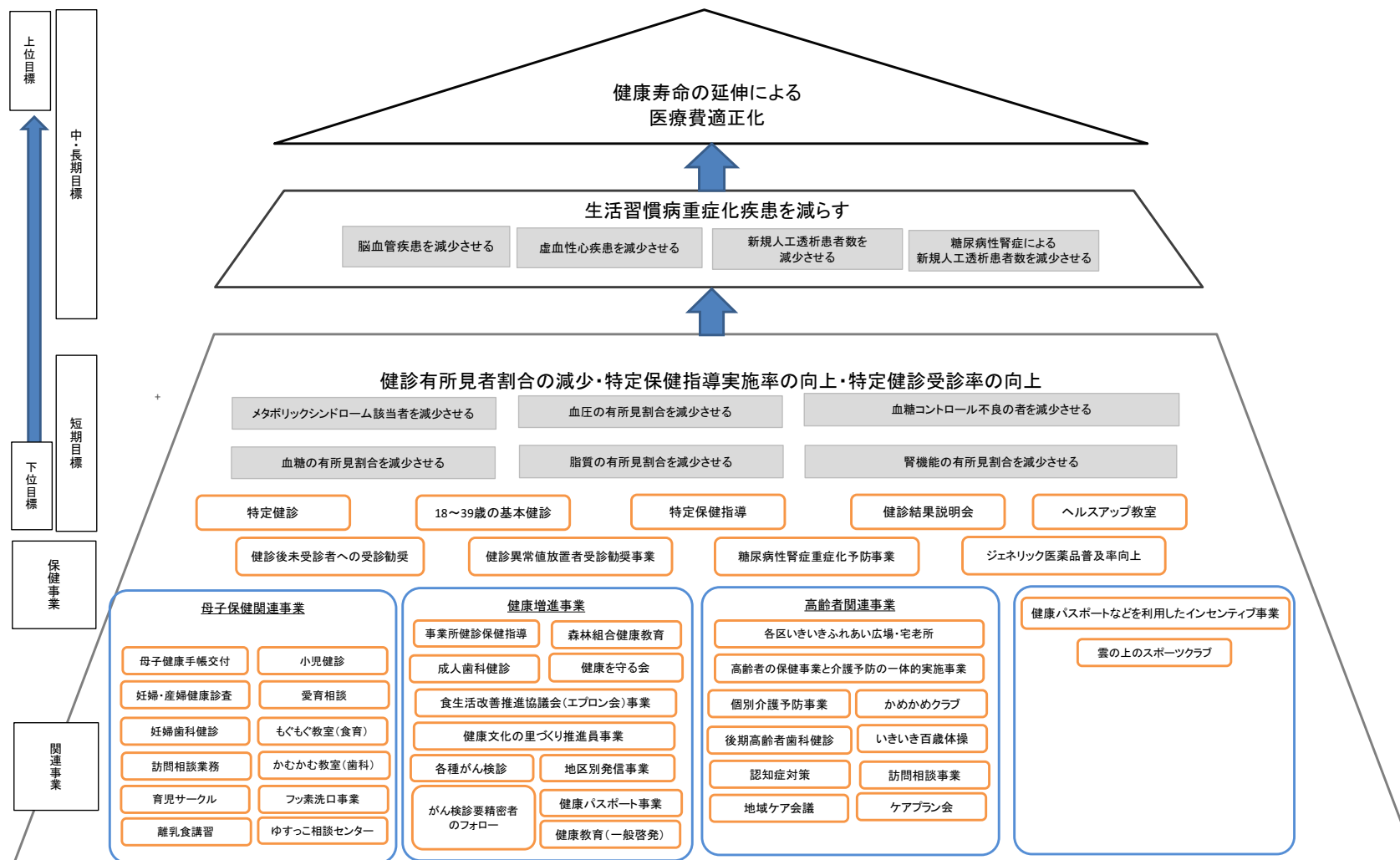
構成市町村の意見を聴き、後期高齢者データヘルス計画の策定を進める。

#### ○保健医療関係者の役割

保険者等の求めに応じ、保険者への支援等を積極的に行う。

図表 3 計画全体の関連図

データヘルス計画から上位目標を達成するために下位目標の確認



(2) 現状の整理

① 保険者の特性

梲原町は高知県内でも面積が広く、その約 91%を森林が占めており、国・同規模市町村と比べ農林水産業などの 1 次産業が多い。(図表 4)

人口の年齢構成を国・県と比較すると、梲原町では少子高齢化が進んでおり、30～40 歳代の働き世代も少ない傾向がある。(図表 5)

国民健康保険被保険者数は年々減少傾向にあるが、65 歳から 74 歳の年齢層の全体に占める割合は、男女ともに高い傾向を維持している。(図表 6)

地域の社会資源として、梲原町食生活改善推進協議会、健康文化の里づくり推進員、梲原町社会福祉協議会があり積極的な活動を展開している。

図表 4 産業構成割合(%)

	一次産業	二次産業	三次産業
梲原町	27.7	24.0	48.3
県	11.8	17.2	71.0
同規模	22.3	20.6	57.2
国	4.0	25.0	71.0

R2年市区町村別統計表より集計

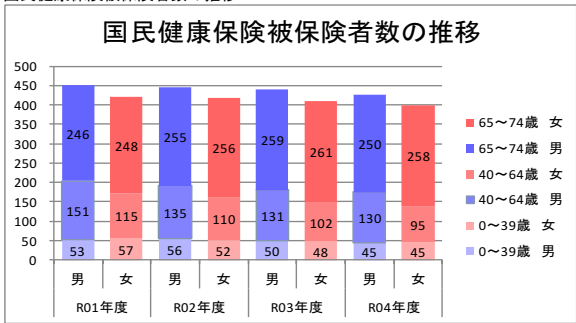
図表 5 人口及び被保険者の状況

R04年度

	梲原町				県				国			
	人口	割合	被保険者数	加入率	人口	割合	被保険者数	加入率	人口	割合	被保険者数	加入率
0～9歳	196	6.1%	16	8.2%	45,692	6.7%	5,557	12.2%	9,149,680	7.5%	934,448	10.2%
10～19歳	225	7.0%	29	12.9%	56,206	8.3%	7,769	13.8%	10,815,158	8.8%	1,275,160	11.8%
20～29歳	196	6.1%	19	9.7%	52,398	7.7%	7,518	14.3%	11,847,532	9.7%	1,831,668	15.5%
30～39歳	224	6.9%	25	11.2%	60,754	8.9%	10,254	16.9%	13,151,438	10.7%	1,981,228	15.1%
40～49歳	324	10.0%	60	18.5%	87,908	12.9%	16,210	18.4%	17,048,638	13.9%	2,703,316	15.9%
50～59歳	330	10.2%	81	24.5%	88,571	13.0%	19,132	21.6%	17,365,506	14.2%	3,145,336	18.1%
60～69歳	490	15.2%	304	62.0%	91,926	13.5%	44,377	48.3%	14,733,446	12.0%	6,583,052	44.7%
70～74歳	338	10.5%	290	85.8%	60,579	8.9%	45,432	75.0%	9,125,786	7.5%	6,913,996	75.8%
75歳以上	902	28.0%			135,735	20.0%			19,185,847	15.7%		
合計	3,225	100.0%	824	25.6%	679,769	100.0%	156,249	23.0%	122,423,031	100.0%	25,368,204	20.7%
再掲 65歳以上	1,538	47.7%	508	33.0%	243,877	35.9%	74,367	30.5%	35,685,383	29.1%	11,238,125	31.5%

※人口は令和5年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)(日本人住民)  
※被保険者数は集計年度内の1月平均を集計

図表 6 国民健康保険被保険者数の推移



## ② 前期計画等に係る考察

第2期評価結果より梶原町においてD判定となった項目を確認すると、短期目標である特定保健指導の終了率、女性のHbA1c 有所見者割合悪化、メタボ該当者割合については男女ともに悪化が見られた。また、HbA1c6.5～7.0%以上の実人数も全体的に増加の傾向にあった。健診有所見割合が増加した要因として、新型コロナウイルス感染症拡大による影響（外出控えによる運動不足や間食・飲酒量の増加）も考えられる。特定保健指導の実施率低下についてはマンパワー不足による影響に加え、以前から本町の課題となっている健診受診行動は定着している一方で保健指導につながらないことも要因と考える。その結果メタボ該当者が増加し特定保健指導対象者も増加していくという悪循環が生じている。今後住民の健康意識の向上につながるよう健診結果説明会の開催やポピュレーションアプローチに注力していく必要がある。糖尿病性腎症重症化予防については、プログラムⅡのハイリスク者に対し町立病院との連携を強化していく必要がある。

今回短期目標についてはほとんどの項目で改善が見られなかった。特定保健指導やヘルスアップ教室などで早期に介入し肥満や生活習慣病の発症・重症化を防ぐとともに、糖尿病だけでなく動脈硬化のリスクとなる高血圧や脂質異常症なども含め医療機関に適切につなぎ重症化を防いでいく必要がある。

### 梶原町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)第2期 評価→目的・目標・指標の確認、達成状況と判定

目的:健康寿命の延伸、健康格差の縮小

A(目標値に達した)  
B(目標値に達していないが、改善傾向にある)  
C(変わらない)  
D(悪化している)  
E(判定不能)

中・長期目標

	目標	対象者	評価経年モニタリング								判定
			指標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年 (中間評価時)	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
データヘルス 計画本文より	脳血管疾患の新規発症者数が 平成28年度より減少する	脳出血患者 (40～74歳)	新規患者数年度内合計 (被保険者千人あたり)	6.100人	1.032人	4.308人	4.595人	8.114人	8.231人	1.214人	A
			新規患者数年度内合計 (実人数)	6人	1人	4人	4人	7人	7人	1人	
		脳梗塞患者 (40～74歳)	新規患者数年度内合計 (被保険者千人あたり)	27.451人	15.476人	20.465人	19.527人	20.866人	16.463人	24.269人	A
			新規患者数年度内合計 (実人数)	27人	15人	19人	17人	18人	14人	20人	
	糖尿病性腎症による 新規透析導入患者数をゼロにする	糖尿病性腎症患者 (40～74歳)	糖尿病性腎症新規患者数 (実人数)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	A
			糖尿病性腎症新規患者数 (実人数)	6人	1人	2人	2人	2人	1人	2人	



短期目標（毎年評価する）

	目標	対象者	評価経年モニタリング								判定	
			指標	平成28年	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)		
データヘルス 計画本文より	特定保健指導終了率の向上 (60%以上)	特定保健指導実施者 (40～74歳)	特定保健指導終了者割合 (法定報告)	34.2%	38.9%	35.4%	37.5%	14.3%	16.0%	25.9%	D	
	糖尿病有所見者数の増加抑制 (平成28年度より減少する)	特定健診受診者 (40～74歳)	有所見者割合 (年齢調整あり) HbA1c5.6以上	男性	72.5%	71.8%	63.6%	71.6%	64.9%	74.6%	72.7%	C
				女性	72.7%	74.1%	63.6%	75.7%	63.9%	79.0%	78.8%	D
			有所見者割合 (年齢調整なし) HbA1c5.6以上	男性	71.7%	71.5%	63.6%	72.3%	64.5%	74.6%	73.0%	C
				女性	73.6%	74.5%	64.8%	78.4%	67.1%	79.5%	80.9%	D
			HbA1c6.5～6.9% 実人数	男性	－	11人	17人	22人	16人	18人	16人	D
				女性	－	21人	14人	13人	15人	20人	15人	C
			HbA1c7.0%以上 実人数	男性	－	8人	6人	7人	7人	14人	7人	C
				女性	－	4人	5人	10人	3人	6人	9人	D
	メタボ該当者数の増加抑制 (平成28年度より減少する)	特定健診受診者 (40～74歳)	該当者 有所見者割合	男性	30.2%	29.7%	30.7%	28.1%	32.5%	30.7%	33.0%	D
				女性	17.8%	13.1%	15.0%	21.6%	15.0%	18.0%	19.1%	D
	尿酸異常値者の増加抑制 (平成28年度より減少する)	特定健診受診者 (40～74歳)	有所見者割合 (年齢調整あり) 尿酸7.0以上	男性	18.9%	18.7%	13.4%	16.3%	19.3%	19.0%	18.7%	C
				女性	5.6%	4.9%	2.5%	2.7%	6.4%	6.1%	3.4%	B
			有所見者割合 (年齢調整なし) 尿酸7.0以上	男性	16.4%	18.0%	13.6%	16.6%	18.9%	19.3%	18.9%	D
				女性	3.7%	4.4%	2.6%	2.4%	5.4%	6.1%	3.6%	C

個別保健事業実施計画

事業名	目的	目標 (アウトカム)	対象者	評価経年モニタリング								判定
				指標	平成28年	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
特定保健指導	被保険者の生活習慣病予防	特定保健指導実施率45%以上	動機づけ支援・積極的支援対象者	特定保健指導実施率 動機づけ支援者数 積極的支援者数	34.2% 26/53人 0/23人	38.0% 26/53人 1/18人	33.3% 19/45人 2/18人	35.6% 23/54人 3/19人	14.3% 10/52人 0/18人	16.0% 12/56人 0/19人	25.9% 13/42人 2/16人	D
ヘルスアップ教室	対象者の生活習慣改善、重症化予防	※実施方法を変更しながら実施しており、指標が定まっていない	①特定保健指導対象者 ②HbA1c5.6～6.0%未満で保健指導対象外の方③BMI25以上で他の検査値の異常がみられない方④上肢以外で血圧が高い方(140/90～170/100mmHg) ※④はH28～29年度のみ ※H30以降は保健指導対象者以外は70歳以下に絞った	参加人数	12人	8人	10人	未実施	6人	未実施	8人	E
健診異常値放置者受診勧奨	健診異常値を放置している対象者を医療機関につなげる	医療受診放置者数20%減少	受診勧奨判定者で生活習慣病のレセプトがない方	通知人数/受診勧奨対象者数	22/59人	未実施	未実施	未実施	21/21人	22/22人	10/10人	B
				対象後医療機関レセプトのある方	3人 ※通知後1人				11人	11人	5人	
糖尿病性腎症重症化予防	被保険者の糖尿病重症化予防	未受診者の医療機関受診100%	プログラムⅠ・Ⅱの対象者	Ⅰ 未受診者の受診/未受診者数 Ⅰ 治療中断者の受診/未受診者数 Ⅱ 栄養指導等実施数/対象者数	- - 1/15人	- - 0/24人	1/3人 1/1人 0/24人	0/2人 0/1人 0/25人	0/0人 0/0人 0/23人	0/2人 0/1人 0/32人	2/7人 0/2人 0/26人	D
健診結果説明会	対象者の生活習慣改善、重症化予防	事業の実施	受療中で特定保健指導非該当のメタボ該当者	説明会実施回数・実施者数	-	-	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	E
若年期の健康教育、骨・関節疾患予防教育	若年期からの健康教育により健康意識を高め、将来の生活習慣病予防や骨・関節疾患の発症を予防する	事業の実施	中・高生	健康教育実施回数	-	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	E
18～39歳の基本健診	若年期から健診受診することで健康意識を高め生活習慣病予防を行う	健診受診率28.4%以上	18～39歳国保対象 (年度末時点の国保有資格者を分母とし、健診受診日時点で国保有資格者であった者を分子とする)	受診率 受診者/対象者数	25.2% 24/95人	25.2% 24/95人	33.3% 31/93人	41.4% 29/70人	33.9% 19/56人	42.0% 21/50人	17.0% 8/47人	D

## 第2期データヘルス計画まとめ・考察

### 個別保健事業まとめ

事業名	現状 (達成・未達要因)	見直し改善案、 次期計画の方向性	第3期DH計画事業内容
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施率は、目標値45%に到達せず。</li> <li>・対象者全員に文書以外の利用動奨ができるよう努めたが、折り返し等がなく、全くアポを取れない対象者がいた。</li> <li>・「忙しい」等の理由で断られることが多く、健診を受けた後の行動について、関心をもってもらう必要がある。</li> </ul>	マンパワー不足でも利用動奨や保健指導を実施しやすくなるように、年間スケジュールやツール等を見直していく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面談動奨率の維持・向上に努める。</li> <li>・健診実施後2か月以内に初回面談を実施できる人を増やし、年間を通して専門職が特定保健指導を実施できるようにする。</li> </ul>
ヘルスアップ教室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間10名程度の参加があり、参加者は筋肉量の増加・血糖値の改善がみられた。</li> <li>・普段接することが少ない人同士が交流・モチベーションを高め合いながら取り組める機会を提供できている。</li> <li>・対象者の条件が複数あり、講義で各々に適した内容を伝えることが難しい。</li> </ul>	教室の初回で、異なる状況の人が集まっていることを周知し、参加者が「自分に合った方法はどれか」考えながら講義を受けてもらえるようにしていく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回のオリエンテーションで、対象者の多様性・意識付けが必要な生活習慣が異なることを伝える。</li> <li>・専門職による講義を継続して実施していく。</li> </ul>
健診異常値放置者 受診動奨事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要医療者には必ず紹介状を送付しており、およそ半数が受診につながっている。</li> <li>・未受診者への受診動奨の時期が遅くなり、対象者への受診の動機づけが難しくなってしまうことがある。</li> </ul>	未受診者が受診につながるように、早期の受診動奨を行えるようにしていく必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介状送付後、2か月後にはレセプト確認を行う。</li> <li>・レセプト確認の後は、地区担当保健師による受診動奨がスムーズにできるよう、対象者管理を適切に行う。</li> </ul>
糖尿病性腎症 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診動奨を行っても、受診につながらない対象者がいたり、栄養指導の利用動奨を行っても、受診した医療機関で不必要と判断され、実績に挙がらないケースがあり、プログラム利用率が低い。</li> <li>・医療機関への周知が必要だが、市町村単位でできる範囲に限られている。</li> </ul>	受診動奨・栄養指導利用動奨率を上げられるよう、年間スケジュールや対象者管理方法を見直していく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間の対象者の整理を行う。</li> <li>・まずはプログラムⅠ対象者を医療機関受診につなげていく。</li> <li>・プログラムⅡ対象者に対しても、町内医療機関との連携を行い、利用率向上につなげていく。</li> </ul>
健診結果説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハイリスク者向けの健診結果説明会は実施できなかった。</li> <li>・令和5年度は、健康文化の里づくり推進員向けに健診結果の見方の説明を行い、「住民向けにもやってもらいたい」との意見をもらえた。</li> </ul>	町全体の健康状態の改善のためにも、ハイリスク者に限らず、健診結果の見方・活用方法を知っている住民を増やせるように、対象者を広げて実施を検討していく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診者を対象にした健診結果説明会を実施する。</li> </ul>
若年期の健康教育、 骨・関節疾患 予防教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業としての実施はできなかったが、様々な事業(ヘルスアップ教室事業、エプロン会事業等)の中で、啓発を行うことができた。</li> <li>・骨・関節疾患の予防だけでなく、若い頃から食事・運動に気をつけていくことが重要だと分かった。</li> </ul>	引き続き、各事業内で骨・関節疾患予防に関する啓発を行っていく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、各事業内で骨・関節疾患予防に関する啓発を行っていく。</li> </ul>
18～39歳の基本健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率は19.14%と低い。</li> <li>・減少の傾向として、これまで健診受診の習慣のあった方の転出・経年による基本健診から特定健診への移行により対象者から外れる・新規受診者の参入が少ないことが考えられる。</li> </ul>	動奨チラシを工夫し、受診しやすい環境づくりを進める。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診対象者に配布する健診案内のチラシにおいて、健診の流れや所要時間等を記載し、受診しやすい環境づくりを進める。</li> </ul>

(1) 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健康・医療情報の分析

・死亡

主要死因別標準化比(SMR)の2012年から2021年の推移において、2015年全国基準を100とした場合、男女ともに脳内出血、脳梗塞による死亡は県・全国と比較しても低く、減少傾向にある。虚血性心疾患は男女ともに県・全国と比較しても低い、女性はずかに増加傾向にある。腎不全による死亡は女性において県・全国と比較し高くなっており、増加傾向にある。

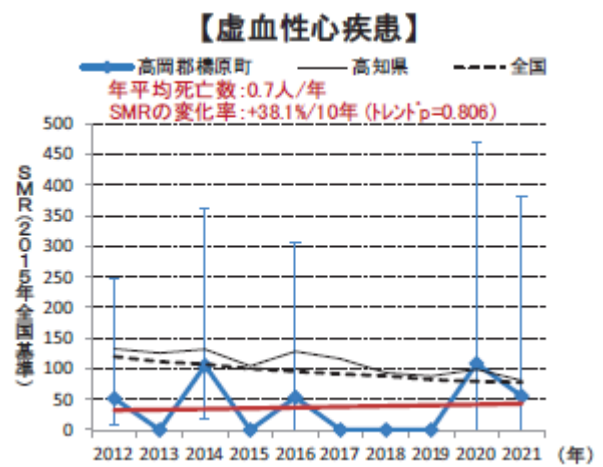
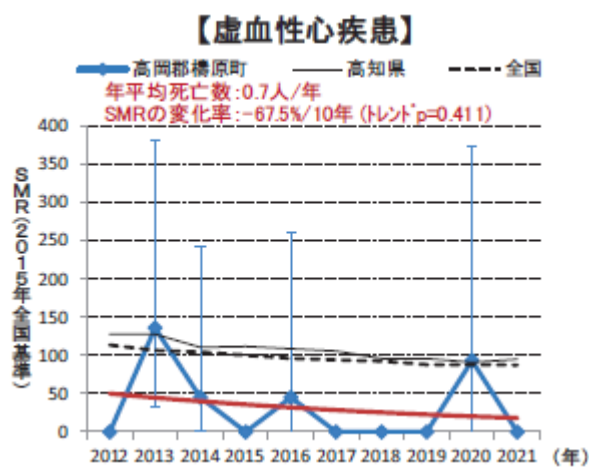
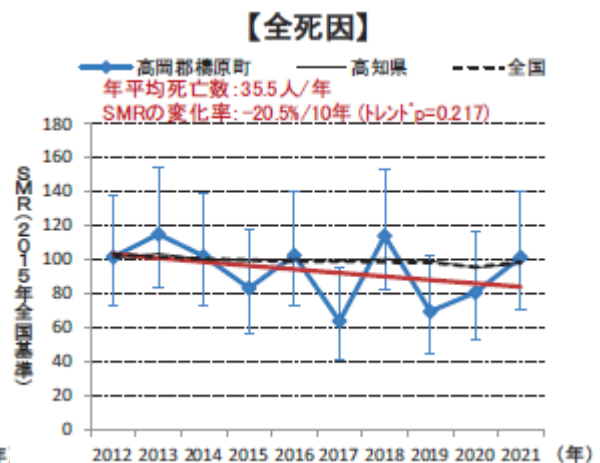
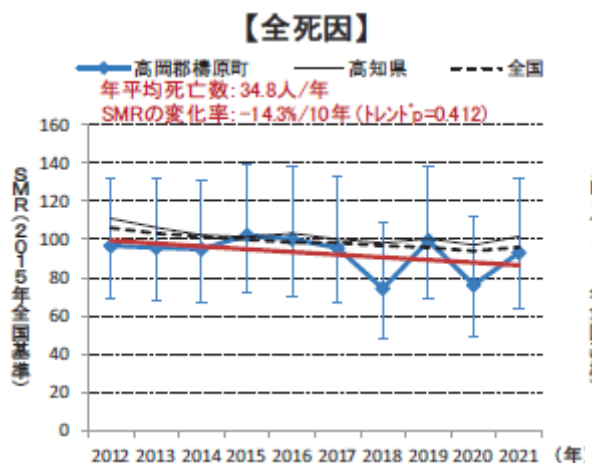
(図表7)

図表7 主要死因別標準化死亡比(SMR)の推移 2012～2021年

2015年全国基準 (=100)

【男性】

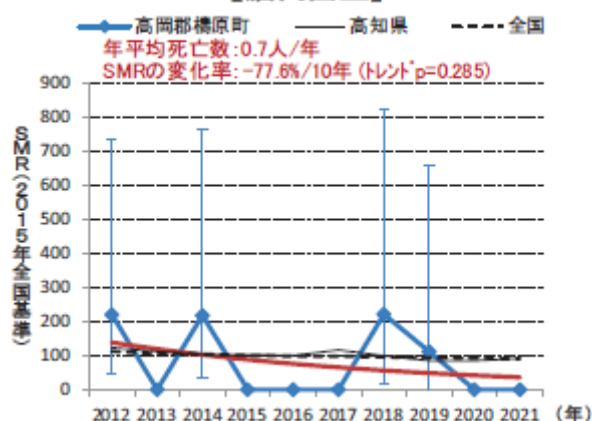
【女性】



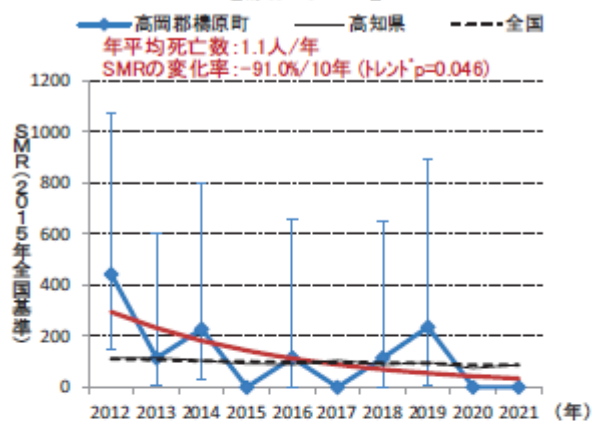
【男性】

【女性】

### 【脳内出血】



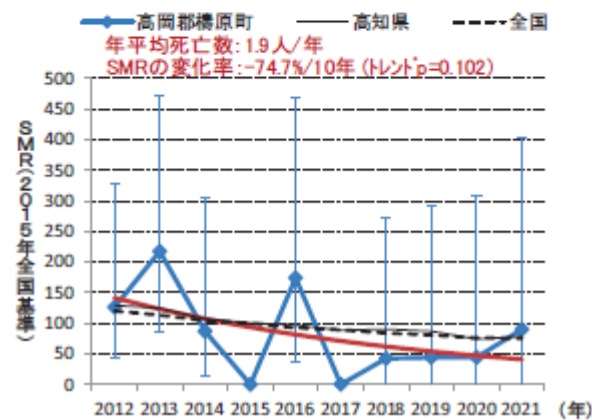
### 【脳内出血】



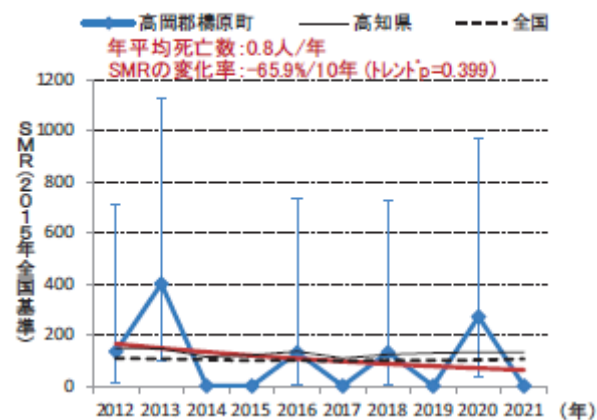
### 【脳梗塞】



### 【脳梗塞】



### 【腎不全】



### 【腎不全】



・介護

日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する平均寿命と健康寿命の差は、男女ともに国・県よりも短い。平均自立期間は国・県・同規模と比較し、男性は長いが女性は短い。

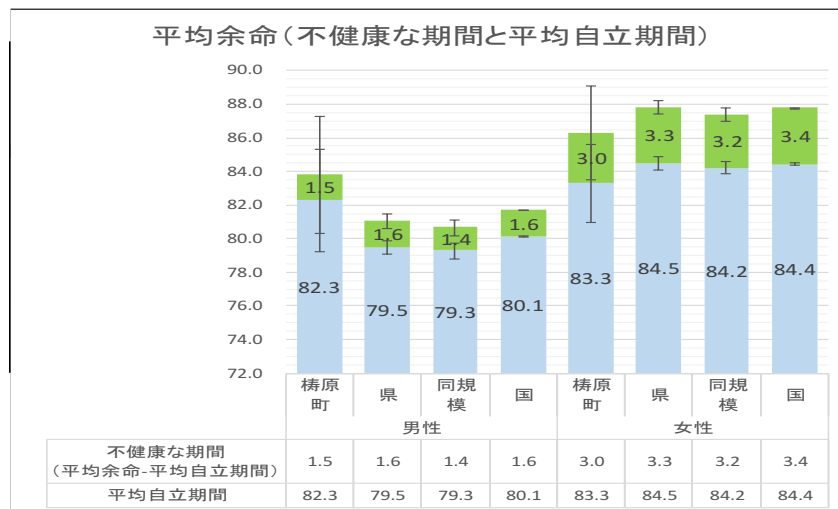
(図表 8) 介護認定状況では、梶原町の介護被保険者全 2,384 人のうち認定を受けているのは 232 人で 9.7%が認定を受けている。年齢構成では認定者の約 9 割が 75 歳以上である。(図表 9)

本町全体で脳血管疾患による死亡は減少したと前述したが、介護認定者の有病状況をみると、重症化した循環器疾患では脳血管疾患を有する人の割合が 54.8%と高く、その内訳は脳梗塞が 47.1%、脳出血が 15.9%となっている。特に 65～74 歳の 1 号保険者では脳血管疾患の割合が 8 割以上となっている。そのリスク因子となる基礎疾患では高血圧が 90.9%、脂質異常症が 65.9%、糖尿病が 40.9%であった。生活習慣病の基礎疾患である高血圧と糖尿病を予防することで発症を防ぐことができるため、早期発見・早期治療と重症化予防への取り組みが重要である。(図表 10)

要介護度別介護給付について、全年齢の 1 件当たり給付費を比較してみると、男女ともに要介護 3 から県・同規模・国よりも高くなり始める。(図表 11)

介護サービスの受給状況を居宅・施設サービスの件数・金額で割合を見ると、梶原町は居宅サービスより施設サービスを利用する方の割合が国・県・同規模より高く、金額も全体の 6 割以上を占めており、在宅での生活が維持できない状態の割合が高いことが考えられる。(図表 12)

図表 8



KDB\_地域の全体像の把握より集計

図表 9

要介護認定者の状況

R05 年 3 月時点

受給者区分		2号		1号						合計	
年齢	40～64歳	65～74歳		75歳以上		計					
被保険者数 ※1		846人		636人		902人		1,538人		2,384人	
認定率		0.0%		2.4%		24.1%		15.1%		9.7%	
認定者数		0人		15人		217人		232人		232人	
新規認定者数 ※2		0人		4人		34人		38人		38人	
介護度別人数・割合	介護度	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	要支援1	0	#DIV/0!	0	0.0%	15	6.9%	15	6.5%	15	6.5%
	要支援2	0	#DIV/0!	1	6.7%	14	6.5%	15	6.5%	15	6.5%
	要介護1	0	#DIV/0!	2	13.3%	44	20.3%	46	19.8%	46	19.8%
	要介護2	0	#DIV/0!	3	20.0%	38	17.5%	41	17.7%	41	17.7%
	要介護3	0	#DIV/0!	2	13.3%	55	25.3%	57	24.6%	57	24.6%
	要介護4	0	#DIV/0!	5	33.3%	30	13.8%	35	15.1%	35	15.1%
	要介護5	0	#DIV/0!	2	13.3%	21	9.7%	23	9.9%	23	9.9%

※1 被保険者数は令和5年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)(日本人住民)より集計

※2 新規認定者数は年度内に新規認定を受けた者の合計

図表 10

国保・後期被保険者における介護認定者の有病状況

R05 年 3 月時点

受給者区分				2号		1号				合計			
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上				計	
認定者数				0		11		197		208		208	
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	循環器疾患	再掲	脳血管疾患	0	#DIV/0!	9	81.8%	105	53.3%	114	54.8%	114	54.8%
			脳出血	0	#DIV/0!	6	54.5%	27	13.7%	33	15.9%	33	15.9%
			脳梗塞	0	#DIV/0!	8	72.7%	90	45.7%	98	47.1%	98	47.1%
		基礎疾患	虚血性心疾患	0	#DIV/0!	0	0.0%	53	26.9%	53	25.5%	53	25.5%
			腎不全	0	#DIV/0!	2	18.2%	77	39.1%	79	38.0%	79	38.0%
			人工透析	0	#DIV/0!	0	0.0%	4	2.0%	4	1.9%	4	1.9%
	血管疾患	再掲合併症	糖尿病	0	#DIV/0!	6	54.5%	79	40.1%	85	40.9%	85	40.9%
			腎症	0	#DIV/0!	1	9.1%	4	2.0%	5	2.4%	5	2.4%
			網膜症	0	#DIV/0!	2	18.2%	10	5.1%	12	5.8%	12	5.8%
			神経障害	0	#DIV/0!	0	0.0%	3	1.5%	3	1.4%	3	1.4%
			高血圧	0	#DIV/0!	10	90.9%	179	90.9%	189	90.9%	189	90.9%
			脂質異常症	0	#DIV/0!	9	81.8%	128	65.0%	137	65.9%	137	65.9%
			高尿酸血症	0	#DIV/0!	2	18.2%	52	26.4%	54	26.0%	54	26.0%
	血管疾患合計			0	#DIV/0!	11	100.0%	188	95.4%	199	95.7%	199	95.7%
	認知症			0	#DIV/0!	3	27.3%	111	56.3%	114	54.8%	114	54.8%
	筋・骨格疾患			0	#DIV/0!	10	90.9%	188	95.4%	198	95.2%	198	95.2%
	歯肉炎歯周病			0	#DIV/0!	7	63.6%	132	67.0%	139	66.8%	139	66.8%

※医療保険が橋原町の国保又は後期である介護認定者のみ集計

図表 11

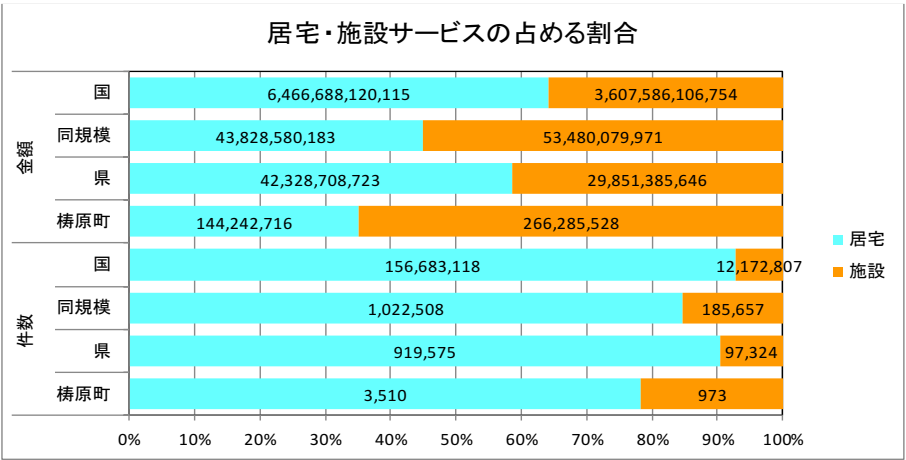
要介護度別介護給付費の比較(男女別)

単位：円

	男性	橋原町		1件当たり給付費				女性	橋原町		1件当たり給付費			
		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国
	要支援1	0	0	#DIV/0!	10,255	9,911	10,442	要支援1	724,605	92	7,876	8,510	8,435	9,229
全 体	要支援2	662,068	65	10,186	13,627	13,411	13,706	要支援2	2,896,062	196	14,776	11,481	12,203	12,356
	要介護1	7,703,119	254	30,327	35,653	39,292	33,609	要介護1	28,628,587	676	42,350	42,754	44,634	39,077
	要介護2	21,571,489	493	43,756	44,121	47,955	39,766	要介護2	31,864,459	593	53,734	56,235	60,762	49,079
	要介護3	42,480,177	330	128,728	72,484	91,283	65,693	要介護3	95,422,858	789	120,942	92,858	118,857	85,317
	要介護4	18,346,759	172	106,667	107,768	124,577	84,066	要介護4	84,192,677	451	186,680	148,074	166,704	111,758
	要介護5	19,907,316	83	239,847	142,509	144,432	89,675	要介護5	56,128,068	289	194,215	189,819	197,987	123,512
	合計	110,670,928	1,397	79,220	58,849	66,860	50,762	合計	299,857,316	3,086	97,167	76,277	86,587	63,898
4 0 5 6 4 歳	男性	橋原町		1件当たり給付費				女性	橋原町		1件当たり給付費			
		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国
	要支援1	0	0	#DIV/0!	10,941	10,865	11,181	要支援1	0	0	#DIV/0!	8,132	8,596	10,219
	要支援2	0	0	#DIV/0!	13,103	15,910	15,361	要支援2	0	0	#DIV/0!	14,587	13,000	14,088
	要介護1	0	0	#DIV/0!	29,459	33,886	30,929	要介護1	0	0	#DIV/0!	30,327	32,076	28,299
	要介護2	74,235	6	12,373	33,302	36,379	34,672	要介護2	891,923	30	29,731	32,645	34,490	31,785
	要介護3	0	0	#DIV/0!	54,027	62,612	54,261	要介護3	0	0	#DIV/0!	46,888	58,801	50,944
	要介護4	0	0	#DIV/0!	78,835	84,321	68,262	要介護4	234,417	8	29,302	72,898	83,004	65,793
6 5 5 7 4 歳	要介護5	0	0	#DIV/0!	88,626	120,119	72,294	要介護5	565,032	20	28,252	114,806	114,326	74,939
	合計	74,235	6	12,373	43,486	48,740	45,574	合計	1,691,372	58	29,162	42,973	49,506	44,205
	男性	橋原町		1件当たり給付費				女性	橋原町		1件当たり給付費			
		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国
	要支援1	0	0	#DIV/0!	9,757	10,136	10,706	要支援1	0	0	#DIV/0!	8,235	8,189	9,087
	要支援2	0	0	#DIV/0!	14,002	13,678	14,170	要支援2	110,160	24	4,590	11,832	12,511	12,454
	要介護1	1,117,261	41	27,250	32,798	42,114	33,454	要介護1	355,140	4	88,785	33,842	36,902	33,081
	要介護2	1,147,273	46	24,941	41,940	41,665	37,606	要介護2	200,240	6	33,373	41,493	40,328	37,466
7 5 歳 以上	要介護3	2,410,761	18	133,931	61,703	80,027	60,338	要介護3	1,907,818	61	31,276	68,925	85,307	63,226
	要介護4	7,810,881	43	181,648	86,775	99,997	75,243	要介護4	3,445,876	12	287,156	101,824	123,073	81,437
	要介護5	3,645,177	14	260,370	120,313	116,507	81,124	要介護5	8,755,988	86	101,814	135,028	158,813	93,592
	合計	16,131,353	162	99,576	51,756	59,420	48,665	合計	14,775,222	193	76,556	54,813	59,085	48,631
	男性	橋原町		1件当たり給付費				女性	橋原町		1件当たり給付費			
		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国		総給付費	総件数	橋原町	県	同規模	国
	要支援1	0	0	#DIV/0!	10,334	9,827	10,359	要支援1	724,605	92	7,876	8,538	8,452	9,230
	要支援2	662,068	65	10,186	13,564	13,204	13,460	要支援2	2,785,902	172	16,197	11,361	12,159	12,309
	要介護1	6,585,858	213	30,920	36,487	39,001	33,749	要介護1	28,273,447	672	42,074	43,421	45,092	39,615
	要介護2	20,349,981	441	46,145	45,027	49,683	40,583	要介護2	30,772,296	557	55,246	57,730	62,342	50,368
	要介護3	40,069,416	312	128,428	75,337	93,963	67,590	要介護3	93,515,040	728	128,455	94,923	120,912	87,596
	要介護4	10,535,878	129	81,673	113,286	130,319	87,181	要介護4	80,512,384	431	186,804	151,919	169,793	114,907
	要介護5	16,262,139	69	235,683	152,546	152,897	94,258	要介護5	46,807,048	183	255,776	195,397	201,261	127,963
	合計	94,465,340	1,229	76,864	61,088	68,925	51,553	合計	283,390,722	2,835	99,961	78,259	88,539	65,490

図表 12

単位：円・件





・医療

【医療の状況】

医療費の3要素について県・同規模・国と比較すると、入院・外来ともに1人あたり点数が高く、その要因として1日あたり点数が高いことが影響していると考えられる。(図表13) その背景には、糖尿病や脂質異常症、高血圧症といった生活習慣病の患者数が多く医療費全体を底上げしていることに加え、医療費が多くかかる脳梗塞や骨折、透析などが上乘せされていることが考えられる。

また入院・外来の状況について、件数・金額の割合をみると、梶原町の入院件数は件数全体の3.5%で国・県・同規模と同程度であるが、金額は全体の46.4%を占めており、県と同程度で国・同規模よりも多い。(図表14)

医療費のうち、生活習慣病の占める割合は全体の19%となっている。内訳を見ると、糖尿病、慢性腎臓病(透析有)、脳梗塞の順で高い割合となっている。(図表15) 脳梗塞、脂質異常症の割合は県・同規模・国と比較しても高い割合となっており、慢性腎臓病(透析有)は国と同程度だが、県・同規模と比較すると高い割合となっている

図表 13

医療費の3要素

R04 年度 (累計)

	入院	梶原町	県	同規模	国
A	1人当たり件数	0.30685	0.31681	0.28042	0.23225
B	1件当たり日数	13.92	18.00	16.16	15.98
C	1日当たり点数	4.601	3.257	3.639	3.873
ABC	1人当たり点数	19.654	18.571	16.495	14.378

※医療費には調剤費用を含む

※一人当たりは年度内平均1ヶ月による値

R04 年度 (累計)

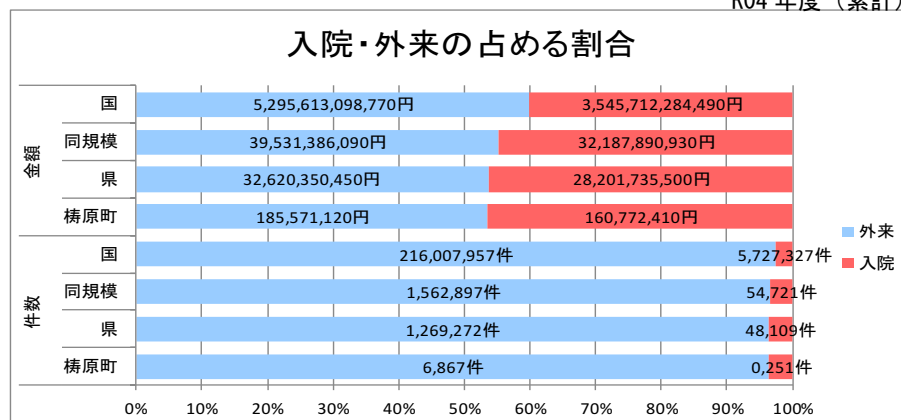
	外来	梶原町	県	同規模	国
A	1人当たり件数	8.39487	8.35839	8.00911	8.75927
B	1件当たり日数	1.44	1.48	1.36	1.49
C	1日当たり点数	1.877	1.731	1.854	1.650
ABC	1人当たり点数	22.686	21.481	20.258	21.474

※医療費には調剤費用を含む

※一人当たりは年度内平均1ヶ月による値

図表 14

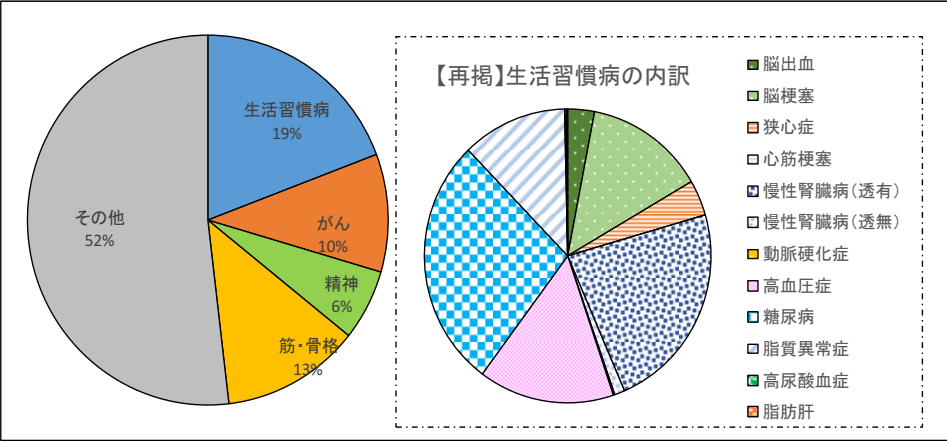
R04 年度 (累計)



図表 15

生活習慣病医療費の占める割合

R04 年度（累計）



【再掲】生活習慣病の内訳

(円)

	橋原町	割合	県	割合	同規模	割合	国	割合
脳出血	2,008,050	3.0%	574,860,520	5.2%	496,897,150	3.7%	59,430,793,930	3.5%
脳梗塞	9,021,130	13.5%	1,192,221,730	10.8%	1,026,500,350	7.6%	123,436,281,990	7.3%
狭心症	2,621,580	3.9%	490,176,710	4.4%	796,720,760	5.9%	98,879,590,420	5.9%
心筋梗塞	0	0.0%	184,442,380	1.7%	249,846,340	1.8%	30,465,528,380	1.8%
慢性腎臓病(透有)	15,322,780	23.0%	2,310,788,540	21.0%	2,360,683,410	17.5%	386,839,920,080	23.0%
慢性腎臓病(透無)	769,280	1.2%	172,258,390	1.6%	261,829,110	1.9%	25,873,023,820	1.5%
動脈硬化症	113,730	0.2%	67,490,580	0.6%	90,762,030	0.7%	9,347,142,790	0.6%
高血圧症	10,197,290	15.3%	1,997,596,350	18.1%	2,498,447,020	18.5%	270,811,770,500	16.1%
糖尿病	18,406,430	27.6%	2,976,419,860	27.0%	4,306,857,710	31.9%	481,727,988,440	28.6%
脂質異常症	7,894,290	11.9%	973,536,360	8.8%	1,311,883,580	9.7%	186,450,843,580	11.1%
高尿酸血症	121,340	0.2%	40,280,330	0.4%	43,221,790	0.3%	4,136,958,810	0.2%
脂肪肝	106,360	0.2%	38,858,940	0.4%	71,749,560	0.5%	8,029,281,770	0.5%
がん	35,722,920	-	9,459,787,140	-	12,598,897,020	-	1,482,311,853,950	-
精神	21,495,140	-	5,695,581,620	-	5,611,752,480	-	696,878,645,780	-
筋・骨格	42,915,570	-	6,238,929,890	-	6,691,383,930	-	770,412,844,790	-
その他	179,627,640	-	28,408,856,610	-	33,301,844,780	-	4,206,292,914,230	-

【重症化した生活習慣病（高額・6カ月以上入院・人工透析など）】

医療費の多くかかっている疾患について、KDBの最小（82分類）によれば、入院と外来上位10位までの傷病名に、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病と、それらの疾患が重症化した慢性腎臓病（透析有）と脳梗塞がみられた。また、関節疾患や骨折等、整形外科疾患もみられた。（図表16）

1件あたり30万円以上の高額レセプトでは、腎不全が該当し（図表17）、長期（6ヶ月以上）入院者では脳血管疾患が該当しており（図表18）、生活習慣病の重症化予防への対策が必要である。

また、1件当たり30万円以上のレセプト集計3位の骨折については、原因が不慮の事故的要因が多い中で60代以上の方が多い傾向であった。要因となる事故の発生は防ぎようがないが、骨折などの重症化はバランスの良い食事や運動習慣などで予防が可能ではないかと考える。

図表 16

医療費が多くかかっている疾病  
総計

※KDB\_疾病別医療費分析(細小(82)分類)より集計

順位	入院+外来				入院				外来			
	主傷病名	件数	点数	割合	主傷病名	件数	点数	割合	主傷病名	件数	点数	割合
1位	関節疾患	490	2,053,663	6.0%	関節疾患	9	1,209,258	7.5%	関節疾患	481	844,405	4.6%
2位	不整脈	193	1,537,344	4.5%	不整脈	8	935,348	5.8%	不整脈	185	601,996	3.3%
3位	慢性腎臓病(透析あり)	39	1,532,278	4.4%	慢性腎臓病(透析あり)	4	290,935	1.8%	慢性腎臓病(透析あり)	35	1,241,343	6.7%
4位	糖尿病	474	1,531,115	4.4%	糖尿病	3	76,416	0.5%	糖尿病	471	1,454,699	7.9%
5位	骨折	61	1,465,362	4.2%	骨折	18	1,376,764	8.6%	骨折	43	88,598	0.5%
6位	高血圧症	759	1,019,729	3.0%	高血圧症	1	33,134	0.2%	高血圧症	758	986,595	5.4%
7位	統合失調症	105	918,212	2.7%	統合失調症	15	798,656	5.0%	統合失調症	90	119,556	0.6%
8位	脳梗塞	55	902,113	2.6%	脳梗塞	8	815,056	5.1%	脳梗塞	47	87,057	0.5%
9位	認知症	18	851,568	2.5%	認知症	18	851,568	5.3%	認知症	0	0	0.0%
10位	脂質異常症	571	789,429	2.3%	脂質異常症	0	0	0.0%	脂質異常症	571	789,429	4.3%

図表 17

1件当たり医療費30万円以上のレセプト集計

順位	主傷病名	レセプト件数	人数	医療費合計
1位	腎不全	48 件	5 人	19,494,130 円
2位	血管性及び詳細不明の認知症	18 件	2 人	8,515,680 円
3位	骨折	15 件	9 人	13,481,230 円
4位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	12 件	3 人	7,520,170 円
5位	パーキンソン病	11 件	1 人	7,058,250 円

※レセプト件数順  
※最大医療資源傷病名による

図表 18

長期(6ヶ月以上)入院者のレセプト集計

順位	主傷病名	人数	レセプト件数	医療費合計 (直近レセプト)	【参考】総費用額合計 (直近レセプト費用×入院月数)
1位	血管性及び詳細不明の認知症	2 人	24 人	810,580 円	26,674,600 円
2位	てんかん	1 人	11 人	645,400 円	74,866,400 円
3位	その他の呼吸器系の疾患	1 人	5 人	135,020 円	2,700,400 円

図表 19

6ヶ月以上入院しているレセプトの血管病有病状況

血管病名	有病者数	割合
虚血性心疾患	0 人	0.0%
脳血管疾患	1 人	25.0%
動脈閉塞性疾患	0 人	0.0%

図表 20

人工透析を算定しているレセプト集計

件数	人工透析患者数	2型糖尿病 有病者数	合計金額	新規透析患者数	
				導入期加算の 算定がある者	2型糖尿病 有病者数
53	4 人	1 人	21,200,410 円	0 人	0 人

## 【生活習慣病】

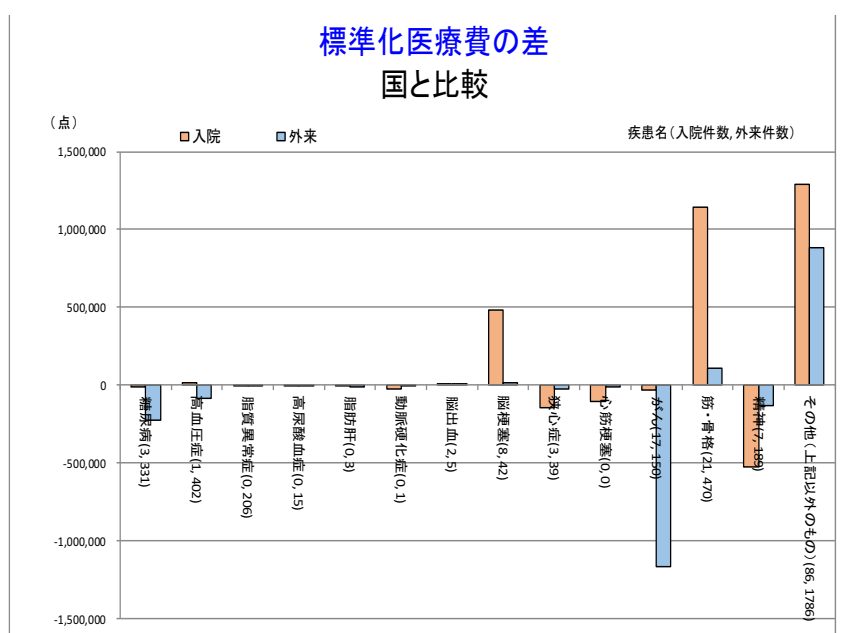
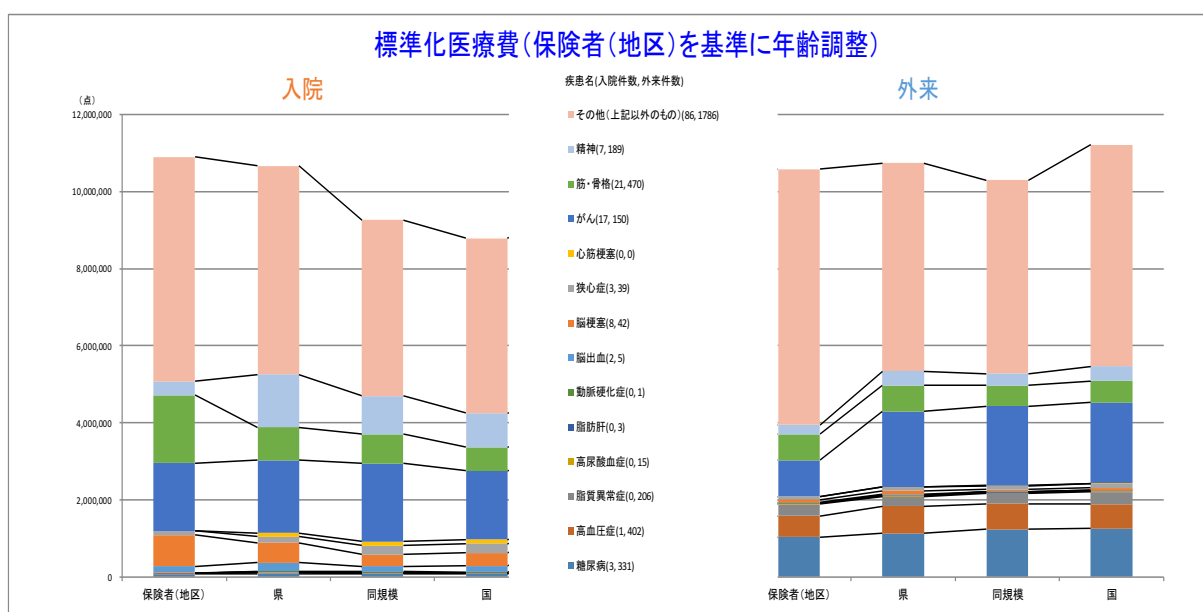
生活習慣病について標準化医療費の国との差を見ると、男性では入院・外来ともに脳梗塞、筋・骨格が高い。女性の外来では糖尿病、脂質異常症、脳出血、狭心症が高くなっており、入院では筋・骨格、精神が高い。

医療費全体を県・同規模・国と比較してみると、男性の入院医療費が高い。(図表 21)

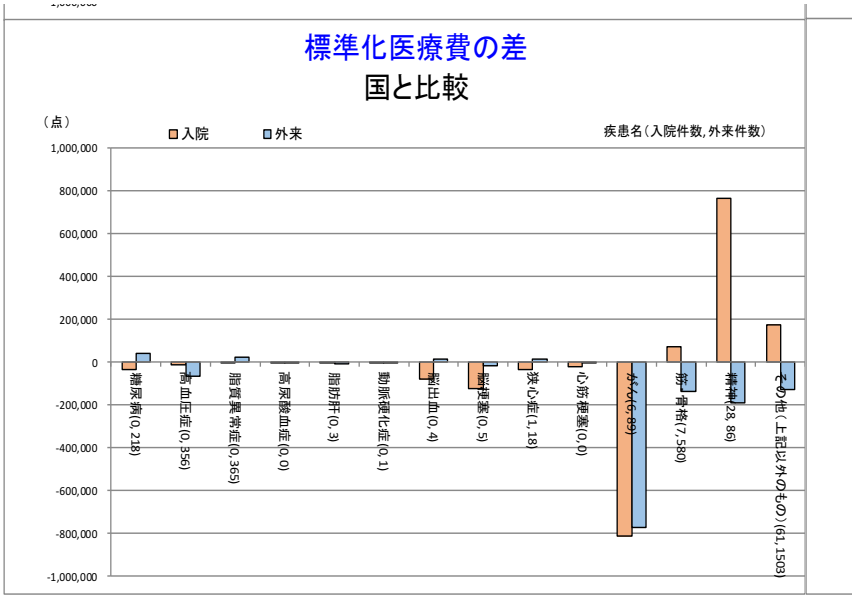
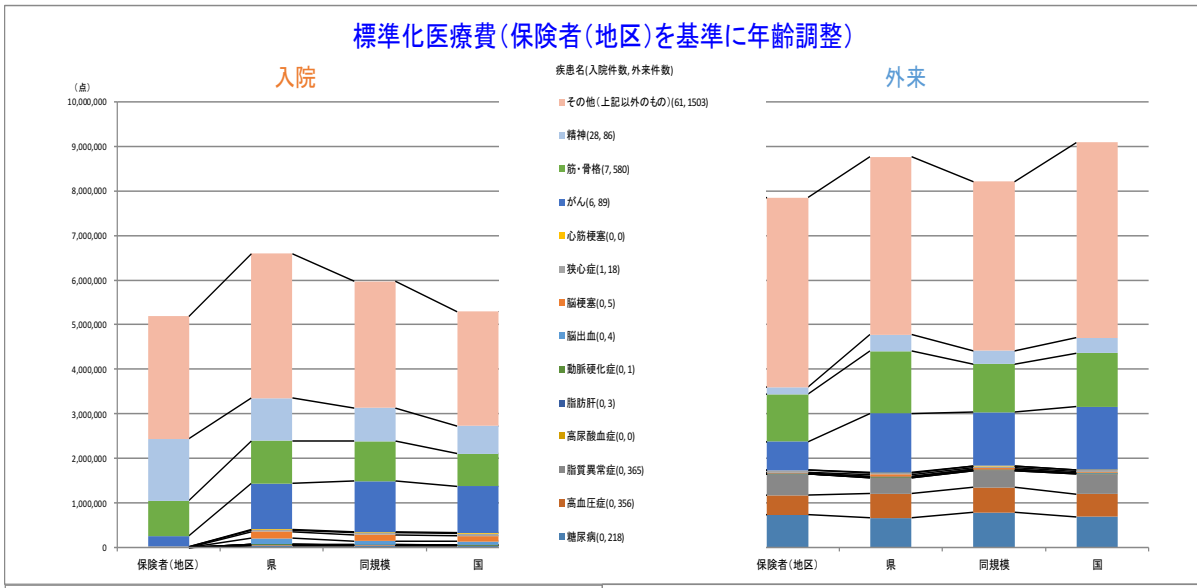
図表 21

疾病別医療費分析（生活習慣病）高知県 R04 年度（累計）

男性 0～74 歳



女性 0～74 歳



図表 22 慢性腎不全の医療費分析

疾病別医療費分析(細小(82)分類)[数値表]																				
梶原町 R04年度(累計) 0~74歳																				
入院・外来	性別	疾患名	保険者(地区)			標準化医療費(期待総点数)			標準化医療費(期待総件数)			標準化医療費の差			標準化医療費の比(地域差指数)			標準化比(レセプト件数)		
			被保険者数	レセプト件数	総点数(A)	vs.県(B)	vs.同規模(C)	vs.国(D)	vs.県	vs.同規模	vs.国	vs.県(A-B)	vs.同規模(A-C)	vs.国(A-D)	vs.県(A/B)	vs.同規模(A/C)	vs.国(A/D)	vs.県	vs.同規模	vs.国
入院	男性	慢性腎臓病(透析なし)	422	0	0	27,111	22,814	18,000	1	1	1	-27,111	-22,814	-18,000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	男性	慢性腎臓病(透析あり)	422	0	0	296,352	197,880	260,421	4	3	3	-296,352	-197,880	-260,421	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外来	男性	慢性腎臓病(透析なし)	422	12	27,169	48,050	61,471	58,360	12	11	11	-20,881	-34,302	-31,191	0.57	0.44	0.47	0.96	1.09	1.10
外来	男性	慢性腎臓病(透析あり)	422	12	383,536	760,095	622,963	893,953	19	16	23	-376,559	-239,427	-510,417	0.50	0.62	0.43	0.62	0.74	0.53
入院・外来	性別	疾患名	保険者(地区)			標準化医療費(期待総点数)			標準化医療費(期待総件数)			標準化医療費の差			標準化医療費の比(地域差指数)			標準化比(レセプト件数)		
			被保険者数	レセプト件数	総点数(A)	vs.県(B)	vs.同規模(C)	vs.国(D)	vs.県	vs.同規模	vs.国	vs.県(A-B)	vs.同規模(A-C)	vs.国(A-D)	vs.県(A/B)	vs.同規模(A/C)	vs.国(A/D)	vs.県	vs.同規模	vs.国
入院	女性	慢性腎臓病(透析なし)	396	0	0	12,675	12,337	6,810	0	0	0	-12,675	-12,337	-6,810	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	女性	慢性腎臓病(透析あり)	396	4	290,935	123,536	84,855	90,859	2	1	1	167,399	206,080	200,076	2.36	3.43	3.20	2.51	3.57	3.50
外来	女性	慢性腎臓病(透析なし)	396	20	49,759	22,881	28,671	24,579	6	5	5	26,878	21,088	25,180	2.17	1.74	2.02	3.46	3.71	4.10
外来	女性	慢性腎臓病(透析あり)	396	23	857,807	271,128	182,099	321,035	7	5	8	586,679	675,708	536,772	3.16	4.71	2.67	3.30	4.81	2.81
国データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(細小(82)分類))より計算。																				
Ver. 1.1 (2016.9.21) 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(H25-循環器等(生習)-一般-014)(研究代表:横山徹爾)																				

図表 23 慢性閉塞性肺疾患（COPD）等の医療費分析

疾病別医療費分析(細小(82)分類)[数値表]

橋原町 R04年度(累計) 0～74歳

入院・外来	性別	疾患名	保険者(地区)			標準化医療費(期待総点数)			標準化医療費(期待総件数)			標準化医療費の差			標準化医療費の比(地域差指数)			標準化比(レセプト件数)		
			被保険者数	レセプト件数	総点数(A)	vs.県(B)	vs.同規模(C)	vs.国(D)	vs.県	vs.同規模	vs.国	vs.県(A-B)	vs.同規模(A-C)	vs.国(A-D)	vs.県(A/B)	vs.同規模(A/C)	vs.国(A/D)	vs.県	vs.同規模	vs.国
入院	男性	肺がん	422	3	363.878	263.949	361.058	284.336	3	4	3	99.929	2.820	79.542	1.38	1.01	1.28	1.08	0.69	0.90
入院	男性	気管支喘息	422	0	0	17.424	9.229	11.030	0	0	0	-17.424	-9.229	-11.030	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	男性	肺気腫	422	0	0	10.628	14.914	11.750	0	0	0	-10.628	-14.914	-11.750	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	男性	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	422	0	0	15.609	24.287	20.086	0	0	0	-15.609	-24.287	-20.086	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	男性	間質性肺炎	422	0	0	25.161	45.152	45.553	0	1	1	-25.161	-45.152	-45.553	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外来	男性	肺がん	422	18	347.371	342.477	413.729	425.756	13	14	15	4.894	-66.358	-78.385	1.01	0.84	0.82	1.41	1.28	1.20
外来	男性	気管支喘息	422	29	90.461	97.774	118.330	128.319	43	46	52	-7.313	-27.869	-37.858	0.93	0.76	0.70	0.67	0.63	0.56
外来	男性	肺気腫	422	10	102.167	30.174	26.560	22.740	9	9	8	71.993	75.607	79.427	3.39	3.85	4.49	1.09	1.14	1.27
外来	男性	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	422	0	0	38.948	47.620	38.734	13	15	12	-38.948	-47.620	-38.734	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外来	男性	間質性肺炎	422	2	5.140	56.864	66.886	78.483	4	4	5	-51.724	-61.746	-73.343	0.09	0.08	0.07	0.54	0.47	0.43
入院	女性	肺がん	396	0	0	109.236	150.524	110.873	1	2	1	-109.236	-150.524	-110.873	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	女性	気管支喘息	396	0	0	8.714	11.426	9.558	0	0	0	-8.714	-11.426	-9.558	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	女性	肺気腫	396	0	0	1.739	2.481	1.486	0	0	0	-1.739	-2.481	-1.486	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	女性	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	396	0	0	6.374	2.919	3.428	0	0	0	-6.374	-2.919	-3.428	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
入院	女性	間質性肺炎	396	0	0	17.071	16.697	15.832	0	0	0	-17.071	-16.697	-15.832	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外来	女性	肺がん	396	2	6.918	212.360	246.763	224.192	7	9	8	-205.442	-239.845	-217.274	0.03	0.03	0.03	0.29	0.22	0.25
外来	女性	気管支喘息	396	44	141.737	147.853	150.752	172.645	61	65	72	-6.116	-9.015	-30.908	0.96	0.94	0.82	0.72	0.68	0.61
外来	女性	肺気腫	396	0	0	4.590	3.912	3.758	1	1	1	-4.590	-3.912	-3.758	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外来	女性	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	396	4	4.953	8.439	11.312	8.712	3	3	3	-3.486	-6.359	-3.759	0.59	0.44	0.57	1.34	1.25	1.36
外来	女性	間質性肺炎	396	0	0	20.124	25.546	25.738	2	2	2	-20.124	-25.546	-25.738	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(細小(82)分類))より計算。

Ver. 1.1 (2016.9.21) 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(H25—循環器等(生習)—一般-014) (研究代表: 横山徹爾)



【特定健診・特定保健指導】

健診受診率は数年を通して男性より女性が高い。令和４年度の受診率を年代でみると、男性は４５～４９歳が６４．３％、５０～５４歳が６０％と低くなっている。女性は、４０～４４歳が３３．３％と低い、それ以外の年代では概ね７０％を超えている。受診率は、男女ともに５５歳代から延びる傾向にある。特定保健指導では利用率も低くまた終了率も低い状態にある。健診を受けて終わりではなく、健診結果を振り返り生活習慣の改善に結びつけられる人が増えていくような働きかけが必要である。（図表２４、図表２５、図表２６、図表２７）

図表 24

男	H30			R1			R2			R3			R4		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44歳	14	11	78.6%	13	11	84.6%	13	12	92.3%	11	10	90.9%	13	10	76.9%
45～49歳	18	9	50.0%	10	3	30.0%	13	6	46.2%	15	11	73.3%	14	9	64.3%
50～54歳	16	9	56.3%	20	13	65.0%	18	11	61.1%	18	13	72.2%	20	12	60.0%
55～59歳	26	15	57.7%	26	14	53.8%	24	13	54.2%	17	11	64.7%	20	14	70.0%
60～64歳	58	43	74.1%	40	27	67.5%	39	25	64.1%	43	28	65.1%	37	26	70.3%
65～69歳	113	88	77.9%	112	83	74.1%	112	79	70.5%	100	71	71.0%	98	71	72.4%
70～74歳	105	90	85.7%	109	86	78.9%	117	82	70.1%	128	100	78.1%	125	91	72.8%
合計	350	265	75.7%	330	237	71.8%	336	228	67.9%	332	244	73.5%	327	233	71.3%

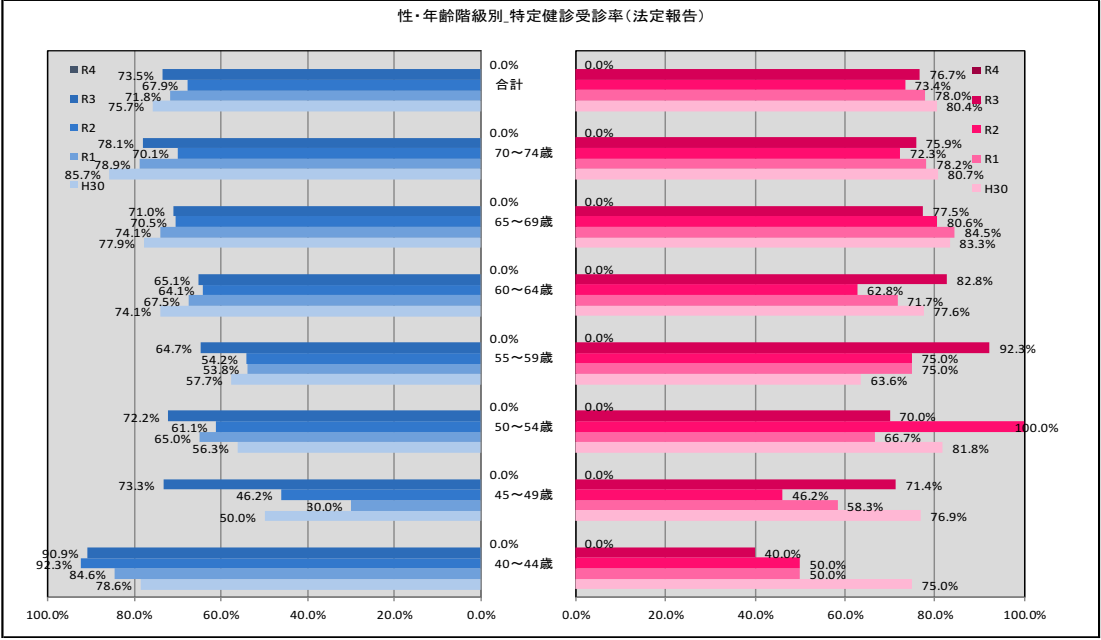
  

女	H30			R1			R2			R3			R4		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44歳	4	3	75.0%	2	1	50.0%	4	2	50.0%	5	2	40.0%	6	2	33.3%
45～49歳	13	10	76.9%	12	7	58.3%	13	6	46.2%	14	10	71.4%	10	7	70.0%
50～54歳	11	9	81.8%	9	6	66.7%	11	11	100.0%	10	7	70.0%	13	9	69.2%
55～59歳	11	7	63.6%	12	9	75.0%	12	9	75.0%	13	12	92.3%	16	13	81.3%
60～64歳	58	45	77.6%	53	38	71.7%	43	27	62.8%	29	24	82.8%	27	22	81.5%
65～69歳	126	105	83.3%	110	93	84.5%	103	83	80.6%	102	79	77.5%	90	70	77.8%
70～74歳	109	88	80.7%	124	97	78.2%	141	102	72.3%	145	110	75.9%	141	102	72.3%
合計	332	267	80.4%	322	251	78.0%	327	240	73.4%	318	244	76.7%	303	225	74.3%

男女合計	H30			R1			R2			R3			R4		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～74歳	682	532	78.0%	652	488	74.8%	663	468	70.6%	650	488	75.1%	630	458	72.7%
40～64歳	229	161	70.3%	197	129	65.5%	190	122	64.2%	175	128	73.1%	176	124	70.5%
65～74歳	453	371	81.9%	455	359	78.9%	473	346	73.2%	475	360	75.8%	454	334	73.6%

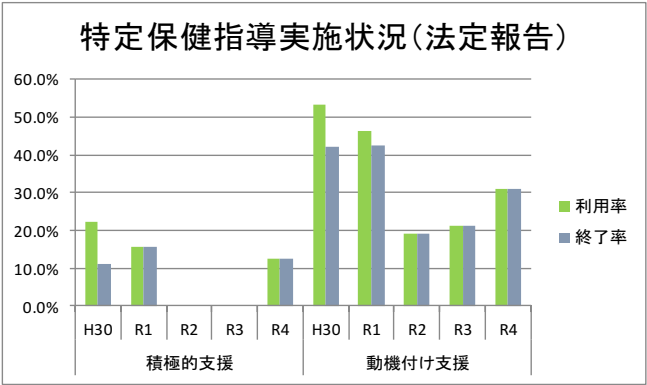
図表 25



図表 26 特定保健指導実施状況（法定報告）

		対象者	利用者	終了者	利用率	終了率
積極的支援	H30	18	4	2	22.2%	11.1%
	R1	19	3	3	15.8%	15.8%
	R2	18	0	0	0.0%	0.0%
	R3	19	0	0	0.0%	0.0%
	R4	16	2	2	12.5%	12.5%
動機付け支援	H30	45	24	19	53.3%	42.2%
	R1	54	25	23	46.3%	42.6%
	R2	52	10	10	19.2%	19.2%
	R3	56	12	12	21.4%	21.4%
	R4	42	13	13	31.0%	31.0%

図表 27



【生活習慣病予備群：メタボ・有所見項目】

健診受診者のうちメタボ該当者の割合を40～74歳でみると、男性33.3%、女性19.1%と男性のほうが多い（割合（%）※1の数値参照）。また年齢が高くなるにつれて該当率も高くなる。（図表28）特定健診の状況では、健診受診者の約75%が血糖有所見者となっており、血糖の服薬無の者のうち、約60%の者が保健指導判定値以上である。（図表29）

健診有所見者状況の標準化比（全国）について、男性では40～64歳のHbA1c、65～74歳の尿酸とクレアチニンが有意に高くなっている。女性では、65～74歳の腹囲とクレアチニン、HbA1cはどの年代においても有意に高くなっている。（図表30）

図表28  
メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

R4 年度分集計

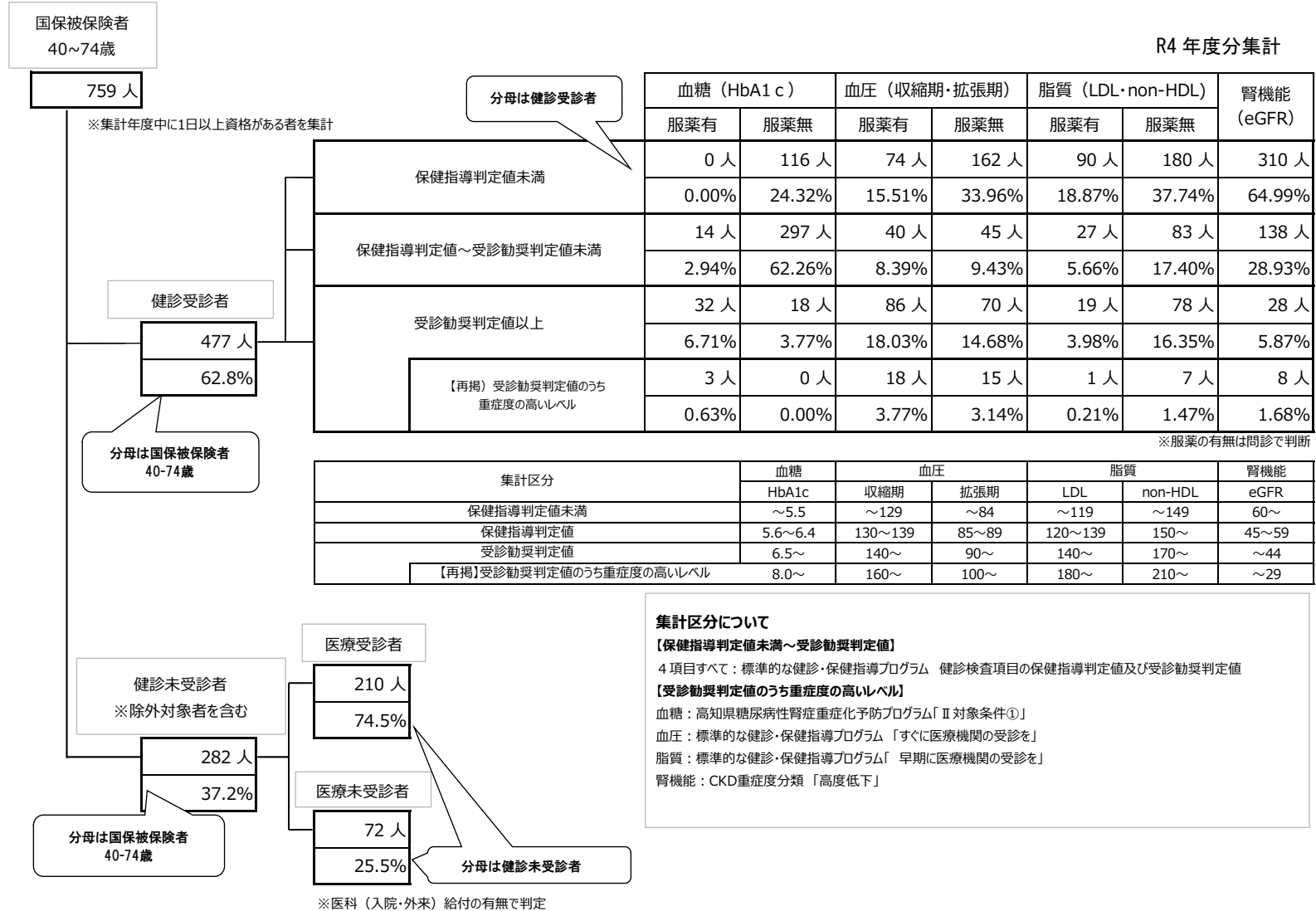
男性				40～74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70～74歳			(再)65～74歳																	
				人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2															
健診対象者数				334			27			41			136			130			229																	
健診受診者数				233	69.8		19	70.4		26	63.4		97	71.3		91	70.0		162	70.7																
腹囲(85cm以上)				127	54.5		12	63.2		13	50.0		53	54.6		49	53.8		89	54.9																
(再) 腹囲該当者の 有所見重複状況	予備群	腹囲のみ該当者			9	3.9		7.1		4	21.1		33.3		2	7.7		15.4		3	3.1		5.7		0	0.0		0.0		2	1.2		2.2			
		高血糖	高血圧	脂質異常	5	2.1		3.9		1	5.3		8.3		0	0.0		0.0		4	4.1		7.5		0	0.0		0.0		3	1.9		3.4			
					●			29	12.4		22.8		2	10.5		16.7		1	3.8		7.7		12	12.4		22.6		14	15.4		28.6		25	15.4		28.1
						●		7	3.0		5.5		1	5.3		8.3		2	7.7		15.4		2	2.1		3.8		2	2.2		4.1		3	1.9		3.4
		計			41	17.6		32.3		4	21.1		33.3		3	11.5		23.1		18	18.6		34.0		16	17.6		32.7		31	19.1		34.8			
		●	●		14	6.0		11.0		0	0.0		0.0		1	3.8		7.7		4	4.1		7.5		9	9.9		18.4		12	7.4		13.5			
		●		●	4	1.7		3.1		0	0.0		0.0		0	0.0		0.0		3	3.1		5.7		1	1.1		2.0		3	1.9		3.4			
		●	●	●	32	13.7		25.2		0	0.0		0.0		4	15.4		30.8		14	14.4		26.4		14	15.4		28.6		25	15.4		28.1			
		●	●	●	27	11.6		21.3		4	21.1		33.3		3	11.5		23.1		11	11.3		20.8		9	9.9		18.4		16	9.9		18.0			
		計			77	33.0		60.6		4	21.1		33.3		8	30.8		61.5		32	33.0		60.4		33	36.3		67.3		56	34.6		62.9			

女性				40～74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70～74歳			(再)65～74歳																	
				人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2	人数	割合(%) ※1	割合(%) ※2															
健診対象者数				305			16			30			117			142			232																	
健診受診者数				225	73.8		9	56.3		22	73.3		92	78.6		102	71.8		172	74.1																
腹囲(90cm以上)				65	28.9		2	22.2		7	31.8		26	28.3		30	29.4		51	29.7																
(再) 腹囲該当者の 有所見重複状況	予備群	腹囲のみ該当者			3	1.3		4.6		0	0.0		0.0		2	9.1		28.6		1	1.1		3.8		0	0.0		0.0		0	0.0		0.0			
		高血糖	高血圧	脂質異常	1	0.4		1.5		0	0.0		0.0		0	0.0		0.0		0	0.0		0.0		1	1.0		3.3		1	0.6		2.0			
					●			12	5.3		18.5		1	11.1		50.0		0	0.0		0.0		4	4.3		15.4		7	6.9		23.3		10	5.8		19.6
						●		6	2.7		9.2		1	11.1		50.0		1	4.5		14.3		2	2.2		7.7		2	2.0		6.7		4	2.3		7.8
		計			19	8.4		29.2		2	22.2		100.0		1	4.5		14.3		6	6.5		23.1		10	9.8		33.3		15	8.7		29.4			
		●	●		10	4.4		15.4		0	0.0		0.0		1	4.5		14.3		5	5.4		19.2		4	3.9		13.3		9	5.2		17.6			
		●		●	3	1.3		4.6		0	0.0		0.0		2	9.1		28.6		0	0.0		0.0		1	1.0		3.3		1	0.6		2.0			
		●	●	●	9	4.0		13.8		0	0.0		0.0		0	0.0		0.0		4	4.3		15.4		5	4.9		16.7		8	4.7		15.7			
		●	●	●	21	9.3		32.3		0	0.0		0.0		1	4.5		14.3		10	10.9		38.5		10	9.8		33.3		18	10.5		35.3			
		計			43	19.1		66.2		0	0.0		0.0		4	18.2		57.1		19	20.7		73.1		20	19.6		66.7		36	20.9		70.6			

※1 分母は健診受診者数で割合を表示（ただし、健診受診者数欄は分母を被保険者数で受診率を表示）

※2 分母は腹囲基準値以上者数で割合を表示

図表 29 特定健診の状況



図表 30

## 厚生労働省様式(様式5-2)【補足】

## 健診有所見者状況(男女別・年齢調整)

保険者番号: 390799  
保険者名: 栲原町

作成年月: R04年度

男性		受診者	摂取エネルギーの過剰																								
			BMI					腹囲					中性脂肪					ALT(GPT)					HDLコレステロール				
			25以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	150以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	31以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	40未満	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	810,960	315,715	38.9%	38.9%	100(基準)	—	442,358	54.5%	54.5%	100(基準)	—	257,345	31.7%	31.7%	100(基準)	—	237,166	29.2%	29.2%	100(基準)	—	63,085	7.8%	7.8%	100(基準)	—
	県	5,781	2,327	40.3%	40.4%	103.6	100(基準)	3,295	57.0%	57.1%	*104.6	100(基準)	2,106	36.4%	36.5%	*115.0	100(基準)	1,643	28.4%	28.5%	97.3	100(基準)	466	8.1%	8.1%	103.7	100(基準)
	地域(地区)	71	32	45.1%	46.1%	116.5	112.3	38	53.5%	54.0%	98.0	93.6	20	28.2%	29.4%	89.1	77.3	17	23.9%	25.3%	83.1	85.0	8	11.3%	11.2%	146.2	140.4
65～74歳	全国	1,890,707	600,334	31.8%	31.8%	100(基準)	—	1,063,897	56.3%	56.3%	100(基準)	—	500,307	26.5%	26.5%	100(基準)	—	321,494	17.0%	17.0%	100(基準)	—	132,626	7.0%	7.0%	100(基準)	—
	県	12,257	4,101	33.5%	33.4%	*105.2	100(基準)	7,206	58.8%	58.7%	*104.4	100(基準)	3,803	31.0%	31.0%	*117.0	100(基準)	2,142	17.5%	17.4%	102.3	100(基準)	950	7.8%	7.8%	*110.6	100(基準)
	地域(地区)	162	48	29.6%	29.6%	92.4	87.8	89	54.9%	54.7%	97.5	93.2	36	22.2%	22.2%	83.1	*71.0	24	14.8%	15.4%	85.3	83.0	8	4.9%	5.5%	70.7	64.0
総数	全国	2,701,667	916,049	33.9%	33.9%	100(基準)	—	1,506,255	55.8%	55.8%	100(基準)	—	757,652	28.0%	28.0%	100(基準)	—	558,660	20.7%	20.7%	100(基準)	—	195,711	7.2%	7.2%	100(基準)	—
	県	18,038	6,428	35.6%	35.5%	*104.6	100(基準)	10,501	58.2%	58.2%	*104.5	100(基準)	5,909	32.8%	32.6%	*116.3	100(基準)	3,785	21.0%	20.7%	100.1	100(基準)	1,416	7.9%	7.9%	*108.2	100(基準)
	地域(地区)	233	80	34.3%	34.6%	100.7	96.2	127	54.5%	54.5%	97.6	93.3	56	24.0%	24.3%	85.2	*73.1	41	17.6%	18.4%	84.4	83.8	16	6.9%	7.2%	95.3	87.9

男性		受診者	血管を傷つける																								
			血糖					HbA1c					尿酸					収縮期血圧					拡張期血圧				
			100以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	5.6以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	7.0以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	130以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	810,960	202,843	25.0%	25.0%	100(基準)	—	381,315	47.0%	47.0%	100(基準)	—	130,541	16.1%	16.1%	100(基準)	—	321,804	39.7%	39.7%	100(基準)	—	243,606	30.0%	30.0%	100(基準)	—
	県	5,781	21	0.4%	0.4%	*1.5	100(基準)	3,275	56.7%	56.7%	*120.5	100(基準)	1,176	20.3%	20.3%	*126.5	100(基準)	2,479	42.9%	42.8%	*108.0	100(基準)	1,766	30.5%	30.7%	102.0	100(基準)
	地域(地区)	71	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	51	71.8%	71.5%	*150.9	125.5	13	18.3%	17.4%	114.7	90.3	27	38.0%	39.4%	94.4	87.4	20	28.2%	30.2%	93.7	91.8
65～74歳	全国	1,890,707	646,790	34.2%	34.2%	100(基準)	—	1,214,402	64.2%	64.2%	100(基準)	—	220,276	11.7%	11.7%	100(基準)	—	1,050,916	55.6%	55.6%	100(基準)	—	451,895	23.9%	23.9%	100(基準)	—
	県	12,257	33	0.3%	0.3%	*0.8	100(基準)	8,512	69.4%	69.5%	*108.2	100(基準)	2,034	16.6%	16.5%	*142.1	100(基準)	6,933	56.6%	56.6%	101.9	100(基準)	2,807	22.9%	22.8%	*95.4	100(基準)
	地域(地区)	162	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	119	73.5%	73.3%	114.9	106.0	31	19.1%	19.3%	*162.2	114.1	95	58.6%	58.6%	106.1	104.2	34	21.0%	19.9%	86.0	89.8
総数	全国	2,701,667	849,633	31.4%	31.4%	100(基準)	—	1,595,717	59.1%	59.1%	100(基準)	—	350,817	13.0%	13.0%	100(基準)	—	1,372,720	50.8%	50.8%	100(基準)	—	695,501	25.7%	25.7%	100(基準)	—
	県	18,038	54	0.3%	0.3%	*1.0	100(基準)	11,787	65.3%	65.6%	*111.4	100(基準)	3,210	17.8%	17.7%	*135.9	100(基準)	9,412	52.2%	52.5%	*103.4	100(基準)	4,573	25.4%	25.1%	97.9	100(基準)
	地域(地区)	233	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	170	73.0%	72.7%	*123.8	111.2	44	18.9%	18.7%	*144.5	105.9	122	52.4%	52.8%	103.3	100.0	54	23.2%	23.0%	88.7	90.6

男性		受診者	内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因										臓器障害(※は詳細検査)									
			LDLコレステロール					クレアチニン					心電図※					眼底検査※				
			120以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	1.3以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	検査あり	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	検査あり	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	810,960	415,475	51.2%	51.2%	100(基準)	—	10,251	1.3%	1.3%	100(基準)	—	150,273	18.5%	18.5%	100(基準)	—	164,650	20.3%	20.3%	100(基準)	—
	県	5,781	2,692	46.6%	46.6%	*91.0	100(基準)	73	1.3%	1.3%	99.4	100(基準)	47	0.8%	0.8%	*4.4	100(基準)	12	0.2%	0.2%	*1.0	100(基準)
	地域(地区)	71	37	52.1%	53.1%	102.4	112.7	2	2.8%	2.7%	213.7	213.9	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0
65～74歳	全国	1,890,707	796,754	42.1%	42.1%	100(基準)	—	62,489	3.3%	3.3%	100(基準)	—	509,332	26.9%	26.9%	100(基準)	—	374,401	19.8%	19.8%	100(基準)	—
	県	12,257	4,579	37.4%	37.3%	*88.5	100(基準)	499	4.1%	4.1%	*123.9	100(基準)	85	0.7%	0.7%	*2.6	100(基準)	23	0.2%	0.2%	*0.9	100(基準)
	地域(地区)	162	60	37.0%	37.5%	87.2	98.5	13	8.0%	8.8%	*250.1	*201.5	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0
総数	全国	2,701,667	1,212,229	44.9%	44.9%	100(基準)	—	72,740	2.7%	2.7%	100(基準)	—	659,605	24.4%	24.4%	100(基準)	—	539,051	20.0%	20.0%	100(基準)	—
	県	18,038	7,271	40.3%	40.1%	*89.4	100(基準)	572	3.2%	3.2%	*120.1	100(基準)	132	0.7%	0.7%	*3.0	100(基準)	35	0.2%	0.2%	*1.0	100(基準)
	地域(地区)	233	97	41.6%	42.2%	92.4	103.5	15	6.4%	7.0%	*244.6	*203.0	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0

女性		受診者	摂取エネルギーの過剰																								
			BMI					腹囲					中性脂肪					ALT(GPT)					HDLコレステロール				
			25以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	90以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	150以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	31以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	40未満	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	1,019,607	215,458	21.1%	21.1%	100(基準)	—	171,794	16.8%	16.8%	100(基準)	—	141,315	13.9%	13.9%	100(基準)	—	103,757	10.2%	10.2%	100(基準)	—	11,954	1.2%	1.2%	100(基準)	—
	県	6,126	1,496	24.4%	24.4%	*115.7	100(基準)	1,252	20.4%	20.3%	*120.7	100(基準)	1,207	19.7%	19.6%	*141.1	100(基準)	642	10.5%	10.5%	102.8	100(基準)	86	1.4%	1.4%	121.0	100(基準)
	地域(地区)	53	15	28.3%	29.3%	133.0	116.0	14	26.4%	27.8%	153.5	127.4	10	18.9%	20.8%	132.6	93.7	6	11.3%	10.4%	108.0	105.6	1	1.9%	1.5%	165.7	138.5
65～74歳	全国	2,557,443	554,616	21.7%	21.7%	100(基準)	—	511,956	20.0%	20.0%	100(基準)	—	427,239	16.7%	16.7%	100(基準)	—	216,898	8.5%	8.5%	100(基準)	—	33,085	1.3%	1.3%	100(基準)	—
	県	16,010	3,745	23.4%	23.4%	*107.9	100(基準)	3,410	21.3%	21.3%	*106.5	100(基準)	3,682	23.0%	23.0%	*137.7	100(基準)	1,221	7.6%	7.6%	*89.8	100(基準)	283	1.8%	1.8%	*137.0	100(基準)
	地域(地区)	172	45	26.2%	26.0%	120.7	111.8	51	29.7%	29.6%	*148.4	*139.4	24	14.0%	13.7%	83.6	*60.7	15	8.7%	8.6%	102.2	113.7	4	2.3%	2.3%	181.3	132.4
総数	全国	3,577,050	770,074	21.5%	21.5%	100(基準)	—	683,750	19.1%	19.1%	100(基準)	—	568,554	15.9%	15.9%	100(基準)	—	320,655	9.0%	9.0%	100(基準)	—	45,039	1.3%	1.3%	100(基準)	—
	県	22,136	5,241	23.7%	23.7%	*110.0	100(基準)	4,662	21.1%	21.0%	*110.0	100(基準)	4,889	22.1%	22.0%	*138.6	100(基準)	1,863	8.4%	8.4%	*93.9	100(基準)	369	1.7%	1.7%	*132.9	100(基準)
	地域(地区)	225	60	26.7%	26.9%	123.5	112.8	65	28.9%	29.1%	*149.5	*136.6	34	15.1%	15.7%	93.8	*67.7	21	9.3%	9.1%	103.8	111.3	5	2.2%	2.1%	177.9	133.6

女性		受診者	血管を傷つける																								
			血糖					HbA1c					尿酸					収縮期血圧					拡張期血圧				
			100以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	5.6以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	7.0以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	130以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	1,019,607	141,907	13.9%	13.9%	100(基準)	—	450,111	44.1%	44.1%	100(基準)	—	18,093	1.8%	1.8%	100(基準)	—	304,007	29.8%	29.8%	100(基準)	—	167,168	16.4%	16.4%	100(基準)	—
	県	6,126	9	0.1%	0.1%	*1.0	100(基準)	3,413	55.7%	55.0%	*124.2	100(基準)	160	2.6%	2.6%	*146.6	100(基準)	1,839	30.0%	29.5%	98.7	100(基準)	907	14.8%	14.8%	*89.5	100(基準)
	地域(地区)	53	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	36	67.9%	62.5%	*148.1	119.1	3	5.7%	5.2%	307.6	217.7	16	30.2%	28.7%	97.0	98.3	6	11.3%	10.7%	66.8	74.4
65～74歳	全国	2,557,443	567,645	22.2%	22.2%	100(基準)	—	1,609,052	62.9%	62.9%	100(基準)	—	47,747	1.9%	1.9%	100(基準)	—	1,353,160	52.9%	52.9%	100(基準)	—	439,329	17.2%	17.2%	100(基準)	—
	県	16,010	20	0.1%	0.1%	*0.6	100(基準)	11,421	71.3%	71.4%	*113.5	100(基準)	401	2.5%	2.5%	*134.3	100(基準)	8,129	50.8%	50.9%	*96.1	100(基準)	2,396	15.0%	14.9%	*87.0	100(基準)
	地域(地区)	172	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	146	84.9%	85.3%	*135.2	*119.1	5	2.9%	2.7%	156.1	116.3	88	51.2%	51.6%	97.2	101.2	22	12.8%	12.6%	74.2	85.2
総数	全国	3,577,050	709,552	19.8%	19.8%	100(基準)	—	2,059,163	57.6%	57.6%	100(基準)	—	65,840	1.8%	1.8%	100(基準)	—	1,657,167	46.3%	46.3%	100(基準)	—	606,497	17.0%	17.0%	100(基準)	—
	県	22,136	29	0.1%	0.1%	*0.7	100(基準)	14,834	67.0%	66.7%	*115.8	100(基準)	561	2.5%	2.5%	*137.6	100(基準)	9,968	45.0%	44.8%	*96.6	100(基準)	3,303	14.9%	14.9%	*87.7	100(基準)
	地域(地区)	225	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	182	80.9%	78.8%	*137.6	*119.1	8	3.6%	3.4%	191.5	140.9	104	46.2%	45.1%	97.2	100.7	28	12.4%	12.0%	72.4	82.7

女性		受診者	内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因										臓器障害(※は詳細検査)									
			LDLコレステロール					クレアチニン					心電図※					眼底検査※				
			120以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	1.3以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	検査あり	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	検査あり	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	1,019,607	555,698	54.5%	54.5%	100(基準)	—	1,719	0.2%	0.2%	100(基準)	—	158,253	15.5%	15.5%	100(基準)	—	180,445	17.7%	17.7%	100(基準)	—
	県	6,126	3,174	51.8%	51.4%	*94.4	100(基準)	15	0.2%	0.2%	143.1	100(基準)	47	0.8%	0.8%	*4.9	100(基準)	6	0.1%	0.1%	*0.6	100(基準)
	地域(地区)	53	32	60.4%	55.7%	107.7	114.2	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	1	1.9%	1.5%	*12.0	243.8	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0
65～74歳	全国	2,557,443	1,380,627	54.0%	54.0%	100(基準)	—	8,105	0.3%	0.3%	100(基準)	—	527,579	20.6%	20.6%	100(基準)	—	434,225	17.0%	17.0%	100(基準)	—
	県	16,010	8,282	51.7%	51.7%	*95.7	100(基準)	67	0.4%	0.4%	*132.7	100(基準)	121	0.8%	0.8%	*3.7	100(基準)	17	0.1%	0.1%	*0.6	100(基準)
	地域(地区)	172	74	43.0%	42.4%	79.4	82.9	3	1.7%	1.7%	*559.1	*422.2	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0
総数	全国	3,577,050	1,936,325	54.1%	54.1%	100(基準)	—	9,824	0.3%	0.3%	100(基準)	—	685,832	19.2%	19.2%	100(基準)	—	614,670	17.2%	17.2%	100(基準)	—
	県	22,136	11,456	51.8%	51.6%	*95.4	100(基準)	82	0.4%	0.4%	*134.5	100(基準)	168	0.8%	0.8%	*3.9	100(基準)	23	0.1%	0.1%	*0.6	100(基準)
	地域(地区)	225	106	47.1%	46.2%	86.3	90.4	3	1.3%	1.2%	*476.2	358.7	1	0.4%	0.4%	*2.3	58.4	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0

【不適切な生活習慣：問診】

質問票調査の状況から全国と比べた標準化で有意に高いものについて、男性（40～74 歳）では喫煙 129.3、1 回 30 分以上の運動習慣なし 117.5、毎日飲酒 123.0、1 日飲酒量 3 合以上 265.2、改善意欲あり 153.4。ほとんどかめないは有意差はないが 179.3 と高い状態となっている。女性（40～74 歳）では、食べる速度が速い 131.8、改善意欲あり 133.0。喫煙、毎日飲酒、ほとんどかめないは有意差はないが高い状態となっている。（図表 31）

前述の、腹囲、HbA1c、クレアチニン、尿酸が高い傾向について、健診質問票の状況から分析すると、男女ともに飲酒頻度や量が多い、咀嚼に問題がある、運動習慣がないこと等の不適切な生活習慣が要因であると考えられる。男女ともに 65～74 歳の年代で有意差がある項目が多く、若い頃から摂取エネルギー過剰にならないことや運動習慣の定着に向けた取り組みが必要である。

図表 31

保険者番号： 390799		質問票調査の状況【補足】ver.3.6															作成年月： R04年度(累計)																								
保険者名： 構原町		(男女別・年齢調整)															ページ： 1/4																								
地区： 0		総人数は当該質問に回答した人数計																																							
生活習慣等	単位：%	40～64歳															65～74歳																								
		総人数					該当者割合					年齢調整割合					標準化比 vs.					総人数					該当者割合					年齢調整割合					標準化比 vs.				
		地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国	同規模	県	全国	同規模	県	全国	地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国	同規模	県	全国	同規模	県	全国										
男 性	服薬 高血圧症	71	25.4%	25.2%	25.2%	25.0%	25.1%	25.0%	25.1%	25.0%	97.3	96.8	97.3	162	52.5%	53.9%	50.8%	51.0%	54.3%	54.2%	50.9%	51.0%	98.0	104.4	103.9																
	服薬 糖尿病	71	7.0%	8.6%	8.5%	7.6%	7.3%	8.6%	8.5%	7.6%	79.4	79.8	89.6	162	9.9%	16.6%	14.9%	14.6%	9.2%	16.7%	14.9%	14.6%	*59.8	66.6	68.4																
	服薬 脂質異常症	71	12.7%	15.8%	11.9%	16.4%	12.2%	15.7%	11.8%	16.4%	78.6	103.6	74.9	162	27.2%	27.6%	19.3%	29.0%	27.0%	27.7%	19.3%	29.0%	98.6	*141.7	94.4																
	既往歴 脳卒中	71	2.8%	2.5%	1.9%	2.7%	2.9%	2.4%	1.9%	2.7%	110.3	143.0	100.0	162	3.7%	5.3%	4.3%	5.4%	3.6%	5.4%	4.4%	5.4%	71.0	87.9	69.5																
	既往歴 心臓病	71	9.9%	4.3%	3.2%	4.1%	9.8%	4.3%	3.2%	4.1%	220.7	*295.5	227.7	162	8.6%	10.3%	8.4%	10.2%	8.9%	10.4%	8.4%	10.2%	84.4	104.9	86.8																
	既往歴 慢性腎臓病・腎不全	71	1.4%	0.7%	0.7%	0.7%	1.4%	0.7%	0.7%	0.7%	182.4	190.9	187.8	162	2.5%	1.4%	1.2%	1.3%	2.6%	1.4%	1.2%	1.3%	178.2	217.3	193.7																
	既往歴 貧血	71	2.8%	2.8%	0.4%	3.7%	2.7%	2.8%	0.4%	3.7%	99.9	*709.2	74.2	162	0.6%	4.1%	0.6%	5.2%	0.7%	4.1%	0.6%	5.2%	*15.3	102.3	*19.0																
	喫煙	71	33.8%	36.6%	30.3%	29.7%	34.9%	36.6%	30.3%	29.7%	93.0	112.7	114.8	162	26.5%	21.7%	18.7%	18.6%	25.8%	21.4%	18.6%	18.6%	120.5	*139.0	*139.1																
	20歳時体重から10kg以上増加	71	53.5%	49.0%	51.0%	48.7%	54.7%	49.1%	51.0%	48.7%	109.6	105.1	110.2	162	35.2%	41.7%	44.6%	42.9%	34.5%	41.5%	44.5%	42.9%	84.1	78.2	81.3																
	1回30分以上の運動習慣なし	71	69.0%	68.5%	62.1%	65.3%	70.9%	68.5%	62.1%	65.3%	100.5	111.0	105.9	162	66.0%	62.6%	52.5%	52.9%	65.1%	62.5%	52.4%	52.9%	105.0	*124.9	*123.6																
	1日1時間以上運動なし	71	47.9%	45.9%	43.8%	49.7%	49.1%	45.8%	43.8%	49.7%	103.5	108.9	96.2	162	46.9%	48.4%	44.6%	47.6%	45.2%	48.3%	44.5%	47.6%	96.4	104.5	98.0																
	歩行速度遅い	71	60.6%	53.3%	51.2%	50.7%	61.6%	53.3%	51.1%	50.7%	113.2	117.9	119.3	162	53.1%	54.5%	51.1%	49.5%	52.8%	54.5%	51.1%	49.5%	97.3	103.5	107.1																
	1年間で体重増減3kg以上	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0																
	食べる速度が速い	71	40.8%	38.4%	38.7%	37.0%	40.2%	38.4%	38.7%	37.0%	107.3	106.5	111.4	162	27.2%	28.3%	30.5%	27.3%	27.2%	28.3%	30.5%	27.3%	95.5	88.8	98.6																
	食べる速度が普通	71	56.3%	56.2%	54.8%	56.4%	56.5%	56.1%	54.8%	56.4%	99.8	102.3	99.3	162	65.4%	63.2%	61.1%	64.3%	65.3%	63.3%	61.1%	64.3%	103.5	106.9	102.0																
	食べる速度が遅い	71	2.8%	5.4%	6.5%	6.6%	3.3%	5.4%	6.4%	6.6%	51.4	42.9	42.6	162	7.4%	8.4%	8.4%	8.4%	7.5%	8.5%	8.4%	8.4%	88.8	90.3	89.3																
	週3回以上就寝前夕食	71	21.1%	26.2%	28.8%	28.7%	20.5%	26.2%	28.9%	28.7%	81.1	73.8	74.7	162	16.7%	20.3%	20.5%	16.7%	16.4%	20.3%	20.5%	16.7%	81.7	80.8	98.9																
	週3回以上夕食後間食	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0																
	週3回以上朝食を抜く	71	15.5%	21.1%	21.4%	23.5%	16.5%	21.2%	21.5%	23.5%	74.6	74.1	67.4	162	6.2%	7.7%	7.6%	7.5%	5.6%	7.6%	7.5%	7.5%	78.5	79.1	79.9																
	女 性	毎日飲酒	71	42.3%	38.8%	44.1%	35.7%	42.8%	38.7%	44.0%	35.7%	108.0	95.0	117.0	162	55.6%	45.7%	52.8%	44.3%	55.7%	45.6%	52.7%	44.3%	121.5	105.0	*125.1															
時々飲酒		71	26.8%	28.1%	21.1%	25.3%	26.2%	28.1%	21.1%	25.3%	95.8	127.7	106.0	162	14.8%	22.0%	16.5%	22.1%	14.3%	21.9%	16.5%	22.1%	67.3	89.8	66.7																
飲まない		71	31.0%	33.1%	34.8%	39.0%	31.0%	33.2%	34.9%	39.0%	94.1	89.6	80.1	162	29.6%	32.4%	30.8%	33.6%	30.1%	32.5%	30.8%	33.6%	91.8	96.8	88.7																
1日飲酒量(1合未満)		71	46.5%	36.3%	43.2%	46.2%	47.3%	36.4%	43.3%	46.2%	128.7	108.0	101.1	162	39.5%	39.5%	43.0%	47.7%	40.2%	39.7%	43.1%	47.7%	100.6	92.4	83.6																
1日飲酒量(1～2合)		71	19.7%	32.6%	20.0%	28.7%	18.8%	32.7%	20.0%	28.7%	60.1	98.3	68.2	162	31.5%	38.2%	25.2%	35.5%	32.8%	38.3%	25.3%	35.5%	82.4	126.0	88.7																
1日飲酒量(2～3合)		71	16.9%	21.5%	20.1%	17.3%	15.7%	21.4%	20.0%	17.3%	78.1	83.2	97.2	162	19.8%	17.3%	20.9%	14.0%	18.7%	17.1%	20.9%	14.0%	113.1	93.0	137.8																
1日飲酒量(3合以上)		71	16.9%	9.6%	16.7%	7.8%	18.2%	9.5%	16.7%	7.8%	178.8	101.9	*219.0	162	9.3%	5.0%	10.8%	2.8%	8.3%	4.9%	10.7%	2.8%	*183.1	84.2	*318.9																
睡眠不足		71	31.0%	24.3%	27.3%	26.4%	30.7%	24.3%	27.3%	26.4%	127.4	113.6	117.8	162	23.5%	21.5%	24.0%	21.0%	23.4%	21.5%	24.0%	21.0%	108.5	97.5	110.9																
改善意欲なし		71	33.8%	32.9%	26.1%	26.7%	32.3%	32.8%	26.0%	26.7%	102.0	128.0	125.5	162	40.1%	39.7%	35.0%	33.6%	40.9%	39.8%	35.1%	33.6%	101.4	116.0	120.5																
改善意欲あり		71	47.9%	29.3%	45.8%	31.5%	50.1%	29.3%	45.8%	31.5%	*164.0	105.3	*153.1	162	37.7%	24.2%	35.7%	24.3%	36.9%	24.2%	35.7%	24.3%	*154.9	104.3	*153.5																
改善意欲あかつ始めている	71	7.0%	13.0%	7.3%	14.7%	7.7%	13.0%	7.3%	14.7%	54.6	96.5	48.3	162	3.7%	10.0%	6.0%	11.3%	3.8%	10.0%	6.0%	11.3%	*36.8	61.0	*32.4																	
取り組み済み6ヶ月未満	71	1.4%	7.8%	6.2%	9.0%	1.3%	7.8%	6.2%	9.0%	18.1	22.7	15.8	162	6.2%	6.6%	5.1%	7.5%	6.3%	6.6%	5.1%	7.5%	92.5	120.6	81.2																	
取り組み済み6ヶ月以上	71	9.9%	17.0%	14.6%	18.1%	8.6%	17.0%	14.6%	18.1%	58.1	67.5	54.0	162	12.3%	19.5%	18.2%	23.2%	12.1%	19.5%	18.2%	23.2%	63.7	68.2	*53.4																	
保健指導利用しない	71	64.8%	66.2%	64.4%	64.2%	63.2%	66.1%	64.4%	64.2%	98.1	100.8	100.9	162	65.4%	60.7%	61.6%	65.0%	64.9%	60.6%	61.6%	65.0%	107.7	106.2	100.6																	
咀嚼 何でも	71	77.5%	81.2%	78.5%	82.4%	78.4%	81.3%	78.5%	82.4%	95.9	99.3	94.4	162	76.5%	72.8%	69.8%	74.7%	77.9%	72.8%	69.7%	74.7%	105.2	109.7	102.2																	
咀嚼 かみにくい	71	21.1%	17.4%	20.3%	16.6%	20.2%	17.3%	20.3%	16.6%	118.6	101.8	125.1	162	21.0%	25.6%	28.3%	24.0%	19.4%	25.6%	28.3%	24.0%	82.1	74.4	87.9																	
咀嚼 ほとんどかめない	71	1.4%	1.4%	1.2%	1.1%	1.4%	1.4%	1.2%	1.1%	97.8	112.6	131.2	162	2.5%	1.7%	2.0%	1.3%	2.6%	1.7%	2.0%	1.3%	146.5	124.3	197.4																	
3食以外間食 毎日	71	15.5%	18.4%	18.4%	16.7%	15.7%	18.4%	18.4%	16.7%	84.9	85.0	94.1	162	4.9%	14.8%	13.2%	13.4%	5.5%	14.8%	13.2%	13.4%	*33.4	*37.4	*37.1																	
3食以外間食 時々	71	45.1%	56.2%	52.7%	54.8%	43.9%	56.2%	52.7%	54.8%	80.4	85.8	82.3	162	63.6%	57.5%	53.7%	57.1%	64.1%	57.6%	53.7%	57.1%	110.7	118.5	111.6																	
3食以外間食 ほとんど摂取しない	71	39.4%	25.4%	29.0%	28.5%	40.4%	25.4%	28.9%	28.5%	*153.4	134.8	137.0	162	31.5%	27.7%	33.1%	29.5%	30.5%	27.6%	33.0%	29.5%	113.3	95.0	106.0																	



	生活習慣等	総数(40～74歳)											
		総人数	該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.		
		地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国 (基準)	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)
	単位: %												
男性	服薬 高血圧症	233	44.2%	43.6%	42.6%	43.2%	45.5%	45.4%	43.2%	43.2%	97.9	103.0	102.7
	服薬 糖尿病	233	9.0%	13.7%	12.9%	12.5%	8.7%	14.3%	13.0%	12.5%	*63.6	69.3	72.5
	服薬 脂質異常症	233	22.7%	23.4%	16.9%	25.2%	22.6%	24.1%	17.1%	25.2%	94.5	*133.4	90.4
	既往歴 脳卒中	233	3.4%	4.3%	3.5%	4.6%	3.4%	4.5%	3.6%	4.6%	77.9	97.3	75.3
	既往歴 心臓病	233	9.0%	8.2%	6.7%	8.4%	9.2%	8.6%	6.8%	8.4%	106.3	133.7	109.4
	既往歴 慢性腎臓病・腎不全	233	2.1%	1.2%	1.0%	1.1%	2.3%	1.2%	1.0%	1.1%	179.0	211.5	192.5
	既往歴 貧血	233	1.3%	3.6%	0.5%	4.8%	1.3%	3.7%	0.5%	4.8%	35.1	238.2	*27.2
	喫煙	233	28.8%	27.0%	22.4%	22.0%	28.6%	26.0%	22.1%	22.0%	109.0	*128.3	*129.3
	20歳時体重から10kg以上増加	233	40.8%	44.3%	46.6%	44.7%	40.6%	43.8%	46.4%	44.7%	92.7	87.1	90.8
	1回30分以上の運動習慣なし	233	67.0%	64.8%	55.6%	56.6%	66.9%	64.3%	55.3%	56.6%	103.5	*120.2	*117.5
	1日1時間以上運動なし	233	47.2%	47.5%	44.3%	48.2%	46.4%	47.5%	44.3%	48.2%	98.5	105.9	97.4
	歩行速度遅い	233	55.4%	54.1%	51.2%	49.9%	55.4%	54.1%	51.1%	49.9%	102.1	107.9	110.8
	1年間で体重増減3kg以上	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0
	食べる速度が速い	233	31.3%	31.9%	33.1%	30.2%	31.1%	31.3%	33.0%	30.2%	99.8	95.1	103.3
	食べる速度が普通	233	62.7%	60.7%	59.1%	61.9%	62.7%	61.1%	59.2%	61.9%	102.5	105.6	101.2
	食べる速度が遅い	233	6.0%	7.3%	7.8%	7.8%	6.2%	7.6%	7.8%	7.8%	80.4	78.0	77.2
	週3回以上就寝前夕食	233	18.0%	22.4%	23.2%	20.3%	17.7%	22.1%	23.0%	20.3%	81.5	78.2	88.6
	週3回以上夕食後間食	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0
	週3回以上朝食を抜く	233	9.0%	12.5%	12.0%	12.3%	8.9%	11.7%	11.7%	12.3%	76.4	76.4	72.8
	毎日飲酒	233	51.5%	43.2%	50.0%	41.7%	51.8%	43.5%	50.1%	41.7%	117.8	102.3	*123.0
	時々飲酒	233	18.5%	24.2%	18.0%	23.1%	17.8%	23.8%	17.9%	23.1%	77.5	103.3	79.8
	飲まない	233	30.0%	32.7%	32.1%	35.2%	30.3%	32.7%	32.0%	35.2%	92.5	94.4	85.8
	1日飲酒量(1合未満)	233	41.6%	38.4%	43.1%	47.3%	42.3%	38.7%	43.2%	47.3%	108.7	97.1	88.8
	1日飲酒量(1～2合)	233	27.9%	36.2%	23.6%	33.5%	28.7%	36.6%	23.7%	33.5%	*76.3	118.8	83.3
	1日飲酒量(2～3合)	233	18.9%	18.8%	20.7%	15.0%	17.8%	18.4%	20.6%	15.0%	100.8	90.1	123.7
	1日飲酒量(3合以上)	233	11.6%	6.6%	12.7%	4.3%	11.3%	6.3%	12.5%	4.3%	*181.1	91.2	*265.2
	睡眠不足	233	25.8%	22.5%	25.0%	22.6%	25.6%	22.3%	25.0%	22.6%	114.7	102.8	113.3
	改善意欲なし	233	38.2%	37.2%	32.2%	31.5%	38.3%	37.7%	32.4%	31.5%	101.6	119.0	121.8
	改善意欲あり	233	40.8%	26.1%	39.0%	26.5%	40.9%	25.7%	38.7%	26.5%	*158.1	104.7	*153.4
	改善意欲ありかつ始めている	233	4.7%	11.1%	6.4%	12.3%	5.0%	10.9%	6.4%	12.3%	*43.2	73.3	*38.1
	取り組み済み6ヶ月未満	233	4.7%	7.1%	5.4%	8.0%	4.8%	7.0%	5.4%	8.0%	67.3	86.6	58.9
	取り組み済み6ヶ月以上	233	11.6%	18.5%	17.0%	21.7%	11.0%	18.7%	17.1%	21.7%	*62.1	68.0	*53.5
保健指導利用しない	233	65.2%	62.6%	62.5%	64.8%	64.4%	62.2%	62.4%	64.8%	104.6	104.5	100.7	
咀嚼 何でも	233	76.8%	75.8%	72.6%	77.0%	78.1%	75.3%	72.4%	77.0%	102.2	106.3	99.7	
咀嚼 かみにくい	233	21.0%	22.6%	25.7%	21.8%	19.7%	23.1%	25.9%	21.8%	90.6	81.1	96.7	
咀嚼 ほとんどかめない	233	2.1%	1.6%	1.7%	1.2%	2.3%	1.6%	1.8%	1.2%	133.2	121.7	179.3	
3食以外間食 毎日	233	8.2%	16.1%	14.9%	14.3%	8.6%	15.9%	14.8%	14.3%	*51.5	*55.3	*57.1	
3食以外間食 時々	233	57.9%	57.0%	53.4%	56.4%	58.0%	57.2%	53.4%	56.4%	101.6	108.7	102.9	
3食以外間食 ほとんど摂取しない	233	33.9%	26.9%	31.7%	29.2%	33.4%	26.9%	31.8%	29.2%	124.9	106.1	115.2	



保険者番号： 390799  
保険者名： 構原町  
地区： 0

質問票調査の状況【補足】ver.3.6  
(男女別・年齢調整)

作成年月： R04年度(累計)

ページ： 2/4

総人数は当該質問に回答した人数計

生活習慣等	40～64歳												65～74歳													
	総人数		該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.			総人数		該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.		
	単位：%		地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国(基準)	同規模(=100)	県(=100)	全国(=100)	地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国(基準)	同規模(=100)	県(=100)	全国(=100)
女性	服薬 高血圧症	53	18.9%	18.8%	17.5%	16.3%	17.7%	19.0%	16.9%	16.3%	93.9	105.3	109.4	172	46.5%	43.1%	38.9%	38.2%	47.5%	43.3%	39.0%	38.2%	108.4	120.5	122.9	
	服薬 糖尿病	53	5.7%	4.7%	4.2%	3.5%	4.9%	4.7%	4.0%	3.5%	113.8	133.4	155.6	172	12.8%	9.6%	7.9%	7.3%	12.8%	9.7%	7.9%	7.3%	133.8	*162.6	*176.2	
	服薬 脂質異常症	53	7.5%	17.6%	13.6%	16.7%	7.0%	17.8%	13.0%	16.7%	40.0	54.4	42.7	172	44.8%	37.9%	31.1%	38.2%	45.4%	38.1%	31.2%	38.2%	118.4	*144.3	118.0	
	既往歴 脳卒中	53	1.9%	1.6%	0.8%	1.4%	1.8%	1.6%	0.8%	1.4%	111.5	219.6	125.1	171	2.3%	2.8%	2.2%	2.6%	2.5%	2.8%	2.2%	2.6%	83.4	106.1	91.9	
	既往歴 心臓病	53	0.0%	2.3%	1.6%	2.1%	0.0%	2.3%	1.6%	2.1%	0.0	0.0	0.0	171	3.5%	4.6%	3.6%	4.4%	3.7%	4.7%	3.7%	4.4%	76.0	97.3	80.8	
	既往歴 慢性腎臓病・腎不全	53	1.9%	0.6%	0.5%	0.5%	1.5%	0.6%	0.5%	0.5%	330.7	382.3	365.0	171	1.8%	0.8%	0.6%	0.7%	1.8%	0.8%	0.6%	0.7%	210.6	274.8	257.4	
	既往歴 貧血	53	0.0%	20.8%	1.9%	22.5%	0.0%	20.8%	2.0%	22.5%	*0.0	0.0	*0.0	171	0.6%	10.3%	0.7%	12.4%	0.6%	10.2%	0.7%	12.4%	*5.7	79.2	*4.7	
	喫煙	53	13.2%	11.4%	10.3%	10.3%	15.8%	11.4%	10.4%	10.3%	117.2	130.4	130.5	172	6.4%	4.3%	3.7%	4.0%	6.2%	4.2%	3.7%	4.0%	149.4	169.1	159.2	
	20歳時体重から10kg以上増加	53	30.2%	32.0%	31.0%	29.2%	31.1%	32.0%	31.2%	29.2%	93.9	97.0	103.0	171	31.0%	28.3%	27.7%	26.0%	31.3%	28.3%	27.7%	26.0%	109.3	111.9	118.9	
	1回30分以上の運動習慣なし	53	73.6%	76.2%	68.6%	71.6%	72.5%	76.2%	69.0%	71.6%	96.8	107.3	103.6	171	64.9%	67.4%	57.2%	57.2%	64.7%	67.3%	57.1%	57.2%	96.2	113.3	113.1	
	1日1時間以上運動なし	53	34.0%	47.8%	44.3%	49.0%	34.6%	47.8%	44.4%	49.0%	70.9	77.0	69.5	171	40.4%	48.1%	42.1%	46.0%	40.2%	48.0%	42.1%	46.0%	83.9	95.8	87.5	
	歩行速度遅い	53	58.5%	59.1%	55.0%	54.8%	58.1%	59.1%	55.1%	54.8%	99.8	107.4	107.6	171	50.9%	55.6%	49.5%	49.3%	51.0%	55.5%	49.5%	49.3%	91.5	102.7	103.2	
	1年間で体重増減3kg以上	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	
	食べる速度が速い	53	35.8%	26.2%	28.6%	25.7%	37.4%	26.2%	28.5%	25.7%	136.9	124.9	139.9	171	29.2%	23.3%	26.5%	22.6%	29.3%	23.3%	26.5%	22.6%	125.3	110.1	128.9	
	食べる速度が普通	53	58.5%	64.3%	62.1%	64.8%	57.4%	64.4%	62.0%	64.8%	90.5	94.3	89.8	171	62.6%	68.8%	65.5%	70.1%	62.8%	68.8%	65.5%	70.1%	91.0	95.5	89.3	
	食べる速度が遅い	53	5.7%	9.4%	9.4%	9.5%	5.2%	9.4%	9.5%	9.5%	61.7	61.0	61.0	171	8.2%	7.9%	8.0%	7.3%	7.9%	7.9%	8.0%	7.3%	103.8	103.0	112.3	
	週3回以上就寝前夕食	53	11.3%	14.8%	15.0%	15.1%	10.8%	14.7%	15.2%	15.1%	79.0	77.0	77.1	171	9.9%	10.9%	9.2%	8.6%	10.1%	10.9%	9.3%	8.6%	91.1	107.8	115.4	
	週3回以上夕食後間食	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	
	週3回以上朝食を抜く	53	18.9%	11.6%	13.0%	15.3%	21.1%	11.6%	13.3%	15.3%	170.1	147.7	128.2	171	2.9%	4.1%	4.0%	4.7%	3.0%	4.1%	3.9%	4.7%	70.8	73.6	61.8	
	毎日飲酒	53	20.8%	15.4%	19.1%	15.3%	19.6%	15.4%	19.1%	15.3%	135.2	108.0	135.3	171	13.5%	8.8%	13.8%	10.3%	13.6%	8.8%	13.8%	10.3%	152.3	96.8	130.0	
	時々飲酒	53	20.8%	25.8%	20.8%	25.2%	19.4%	25.7%	20.9%	25.2%	81.5	100.5	82.9	171	22.2%	20.1%	16.6%	20.3%	22.3%	20.0%	16.6%	20.3%	110.5	133.0	108.8	
	飲まない	53	58.5%	58.8%	60.1%	59.5%	61.1%	58.8%	60.0%	59.5%	98.8	97.3	98.1	171	64.3%	71.1%	69.5%	69.4%	64.2%	71.2%	69.6%	69.4%	90.5	92.7	92.9	
	1日飲酒量(1合未満)	53	79.2%	68.9%	75.9%	74.4%	80.7%	69.0%	75.5%	74.4%	114.3	104.3	105.9	171	89.5%	82.7%	87.0%	86.8%	89.4%	82.8%	87.0%	86.8%	108.1	103.0	103.2	
	1日飲酒量(1～2合)	53	15.1%	21.8%	14.2%	17.8%	13.7%	21.8%	14.3%	17.8%	69.6	105.5	84.9	171	9.9%	14.3%	9.7%	11.2%	10.1%	14.2%	9.7%	11.2%	69.9	101.6	88.4	
	1日飲酒量(2～3合)	53	1.9%	7.1%	6.1%	5.6%	1.8%	7.1%	6.3%	5.6%	26.9	30.8	34.5	171	0.0%	2.5%	2.6%	1.8%	0.0%	2.5%	2.6%	1.8%	0.0	0.0	0.0	
	1日飲酒量(3合以上)	53	3.8%	2.1%	3.7%	2.1%	3.8%	2.1%	3.9%	2.1%	189.7	105.1	194.9	171	0.6%	0.5%	0.7%	0.3%	0.5%	0.5%	0.7%	0.3%	107.5	85.4	204.0	
睡眠不足	53	32.1%	28.5%	30.5%	30.0%	33.0%	28.5%	30.6%	30.0%	111.7	105.2	106.3	171	28.1%	25.1%	26.6%	25.2%	28.2%	25.1%	26.6%	25.2%	111.6	105.4	111.0		
改善意欲なし	53	28.3%	24.2%	16.7%	20.0%	26.9%	24.2%	16.6%	20.0%	114.8	169.3	140.1	171	32.2%	28.1%	22.1%	26.1%	32.3%	28.2%	22.2%	26.1%	114.6	*146.0	124.1		
改善意欲あり	53	39.6%	31.9%	48.1%	34.0%	40.4%	31.9%	48.4%	34.0%	125.1	82.5	117.6	171	38.0%	28.1%	42.5%	27.3%	37.9%	28.0%	42.5%	27.3%	*134.9	89.3	*138.9		
改善意欲ありかつ始めている	53	9.4%	15.8%	10.1%	17.7%	8.6%	15.8%	10.2%	17.7%	60.5	94.8	53.9	171	7.0%	12.6%	7.7%	14.2%	7.2%	12.6%	7.7%	14.2%	55.7	90.6	*49.2		
取り組み済み6ヶ月未満	53	1.9%	10.4%	8.4%	10.7%	1.8%	10.4%	8.5%	10.7%	18.3	22.2	17.7	171	7.0%	8.9%	7.2%	9.3%	7.1%	8.8%	7.1%	9.3%	79.1	97.4	74.7		
取り組み済み6ヶ月以上	53	20.8%	17.6%	16.6%	17.5%	22.3%	17.7%	16.4%	17.5%	116.5	123.5	115.8	171	15.8%	22.3%	20.4%	23.1%	15.5%	22.4%	20.4%	23.1%	70.9	77.3	68.5		
保健指導利用しない	53	73.6%	63.3%	60.4%	61.0%	75.7%	63.3%	60.5%	61.0%	117.2	122.0	121.0	171	62.0%	57.2%	57.4%	61.3%	61.7%	57.2%	57.4%	61.3%	108.3	107.9	101.2		
咀嚼 何でも	53	86.8%	84.3%	82.2%	85.0%	87.8%	84.3%	82.4%	85.0%	103.7	106.1	102.6	171	84.8%	77.1%	74.6%	78.8%	84.8%	77.1%	74.6%	78.8%	109.9	113.6	107.5		
咀嚼 かみにくい	53	11.3%	15.3%	17.4%	14.6%	10.4%	15.3%	17.2%	14.6%	71.6	63.9	75.8	171	14.0%	22.3%	24.8%	20.7%	13.9%	22.3%	24.8%	20.7%	*63.1	*56.7	68.0		
咀嚼 ほとんどかめない	53	1.9%	0.4%	0.4%	0.5%	1.8%	0.4%	0.4%	0.5%	422.5	408.1	404.9	171	1.2%	0.6%	0.6%	0.5%	1.2%	0.6%	0.6%	0.5%	185.9	188.9	233.0		
3食以外間食 毎日	53	26.4%	31.1%	31.2%	29.5%	28.2%	31.1%	31.3%	29.5%	85.7	85.7	90.5	171	20.5%	26.9%	29.4%	26.3%	20.5%	26.8%	29.4%	26.3%	76.1	*69.4	77.6		
3食以外間食 時々	53	56.6%	56.1%	54.3%	55.7%	55.9%	56.1%	54.3%	55.7%	100.5	103.4	101.3	171	64.3%	59.7%	55.2%	59.4%	64.7%	59.7%	55.2%	59.4%	107.7	116.7	108.4		
3食以外間食 ほとんど摂取しない	53	17.0%	12.9%	14.5%	14.8%	15.9%	12.9%	14.4%	14.8%	132.0	117.7	113.9	171	15.2%	13.4%	15.4%	14.3%	14.8%	13.4%	15.4%	14.3%	113.6	99.0	106.4		

生活習慣等	単位: %	総数(40～74歳)											
		総人数			該当者割合			年齢調整割合			標準化比 vs.		
		地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国 (基準)	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)
服薬_高血圧症		225	40.0%	35.3%	33.0%	32.0%	39.0%	36.4%	32.7%	32.0%	106.6	118.6	121.3
服薬_糖尿病		225	11.1%	8.0%	6.9%	6.2%	10.5%	8.2%	6.8%	6.2%	131.1	*158.4	*173.4
服薬_脂質異常症		225	36.0%	31.4%	26.3%	32.0%	34.4%	32.3%	26.0%	32.0%	107.9	*133.4	108.5
既往歴_脳卒中		224	2.2%	2.4%	1.8%	2.2%	2.3%	2.5%	1.8%	2.2%	87.8	118.4	97.1
既往歴_心臓病		224	2.7%	3.9%	3.1%	3.7%	2.7%	4.0%	3.1%	3.7%	65.5	85.3	69.9
既往歴_慢性腎臓病・腎不全		224	1.8%	0.7%	0.6%	0.6%	1.7%	0.8%	0.6%	0.6%	231.6	295.6	277.9
既往歴_貧血		224	0.4%	13.7%	1.1%	15.3%	0.4%	13.3%	1.1%	15.3%	*3.5	42.9	*3.0
喫煙		225	8.0%	6.5%	5.5%	5.8%	9.0%	6.3%	5.6%	5.8%	134.9	151.6	146.7
20歳時体重から10kg以上増加		224	30.8%	29.5%	28.6%	26.9%	31.2%	29.4%	28.7%	26.9%	105.3	108.0	114.8
1回30分以上の運動習慣なし		224	67.0%	70.2%	60.3%	61.3%	67.0%	69.8%	60.5%	61.3%	96.4	111.7	110.4
1日1時間以上運動なし		224	38.8%	48.0%	42.7%	46.9%	38.6%	47.9%	42.7%	46.9%	80.8	91.2	83.1
歩行速度遅い		224	52.7%	56.7%	51.0%	50.9%	53.0%	56.5%	51.1%	50.9%	93.6	103.9	104.3
1年間で体重増減3kg以上		0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0
食べる速度が速い		224	30.8%	24.2%	27.1%	23.5%	31.6%	24.1%	27.1%	23.5%	*128.3	113.8	*131.8
食べる速度が普通		224	61.6%	67.4%	64.6%	68.6%	61.3%	67.5%	64.5%	68.6%	90.9	95.2	89.5
食べる速度が遅い		224	7.6%	8.4%	8.4%	7.9%	7.1%	8.3%	8.4%	7.9%	92.7	91.9	97.8
週3回以上就寝前夕食		224	10.3%	12.1%	10.8%	10.5%	10.3%	12.0%	11.0%	10.5%	87.6	97.6	102.2
週3回以上夕食後間食		0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0
週3回以上朝食を抜く		224	6.7%	6.5%	6.4%	7.7%	8.2%	6.2%	6.6%	7.7%	115.9	110.6	94.4
毎日飲酒		224	15.2%	10.9%	15.3%	11.7%	15.3%	10.7%	15.3%	11.7%	*146.3	100.2	131.7
時々飲酒		224	21.9%	21.9%	17.8%	21.7%	21.4%	21.6%	17.8%	21.7%	102.4	124.0	101.7
飲まない		224	62.9%	67.2%	66.9%	66.6%	63.3%	67.7%	66.9%	66.6%	92.2	93.7	94.0
1日飲酒量(1合未満)		224	87.1%	77.7%	84.0%	83.0%	86.7%	78.6%	83.5%	83.0%	109.4	103.3	103.8
1日飲酒量(1～2合)		224	11.2%	17.0%	11.0%	13.2%	11.2%	16.5%	11.1%	13.2%	69.8	102.8	87.3
1日飲酒量(2～3合)		224	0.4%	4.2%	3.6%	3.0%	0.5%	3.9%	3.7%	3.0%	*12.6	*12.9	16.7
1日飲酒量(3合以上)		224	1.3%	1.1%	1.5%	0.8%	1.5%	1.0%	1.7%	0.8%	151.2	97.6	197.9
睡眠不足		224	29.0%	26.2%	27.7%	26.6%	29.6%	26.1%	27.8%	26.6%	111.6	105.4	109.7
改善意欲なし		224	31.3%	26.8%	20.6%	24.4%	30.7%	27.0%	20.6%	24.4%	114.7	*150.4	127.2
改善意欲あり		224	38.4%	29.3%	44.1%	29.2%	38.6%	29.1%	44.2%	29.2%	*132.4	87.5	*133.0
改善意欲ありかつ始めている		224	7.6%	13.6%	8.4%	15.2%	7.6%	13.5%	8.4%	15.2%	*57.0	91.8	*50.5
取り組み済み6ヶ月未満		224	5.8%	9.4%	7.5%	9.7%	5.6%	9.3%	7.5%	9.7%	63.1	77.3	59.9
取り組み済み6ヶ月以上		224	17.0%	20.8%	19.4%	21.5%	17.5%	21.0%	19.3%	21.5%	79.9	86.7	77.7
保健指導利用しない		224	64.7%	59.2%	58.2%	61.2%	65.7%	58.9%	58.3%	61.2%	110.6	111.4	105.8
咀嚼_何でも		224	85.3%	79.4%	76.7%	80.5%	85.7%	79.1%	76.8%	80.5%	108.4	111.7	106.3
咀嚼_かみにくい		224	13.4%	20.0%	22.8%	19.0%	12.9%	20.3%	22.6%	19.0%	*64.6	*58.0	69.4
咀嚼_ほとんどかめない		224	1.3%	0.6%	0.6%	0.5%	1.4%	0.6%	0.6%	0.5%	228.5	230.1	271.5
3食以外間食_毎日		224	21.9%	28.2%	29.9%	27.2%	22.7%	28.0%	29.9%	27.2%	78.6	*73.4	80.9
3食以外間食_時々		224	62.5%	58.6%	54.9%	58.3%	62.2%	58.7%	54.9%	58.3%	106.1	113.5	106.8
3食以外間食_ほとんど摂取しない		224	15.6%	13.2%	15.1%	14.5%	15.1%	13.3%	15.1%	14.5%	117.8	103.2	108.3

国保データベース(KDB)のCSVファイル(質問票調査の状況)より計算。

年齢調整(%)は全国受診者数(男女別)を基準人口とした直接法による。従って、厳密な男女比較はできない。受診者が少ない地域では、年齢調整(%)がエラーまたは異常な値となることがあるため、標準化比で評価することが望ましい。

標準化比は同規模、県、または全国を基準とした間接法による。標準化比に\*が付記されたものは、基準に比べて有意な差(p<0.05)があることを意味する。

Ver. 2.0 (2015.2.18) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(H25-循環器等(生習)-一般-014)(研究代表:横山徹爾)

## ②.健康課題の抽出・明確化

梶原町の死因については主要死因別標準化比(SMR)の2012年から2021年の推移において男女ともに脳内出血・脳梗塞による死亡は県・全国と比較しても低く、減少傾向にあった。虚血性心疾患は男女ともに県・全国と比較しても低いが女性がわずかに増加傾向にあった。腎不全による死亡は女性において県・全国と比較し高く、増加傾向にあった。

入院・外来レセプトで医療費の多くかかる疾患については、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病と、その生活習慣病が重症化した慢性腎不全と脳梗塞があった。また、関節疾患や骨折等、整形外科疾患もみられた。

その生活習慣病予防のために、より多くの住民が特定健診を受診することでリスク因子の改善につなげることが必要となる。全体の健診受診率は令和4年度72.7%と数年に渡り70%以上を維持している。受診率は男性より女性が高く、年代別では男女とも55歳代から伸びる傾向にある。健診受診者のうちメタボ該当者は男性が多く、年齢とともに該当率も高くなる。特定健診状況をみると、血糖の服薬無の者のうち、約6割が保健指導判定値以上になっている。健診有所見者状況では、女性の腹囲、男性の尿酸、またHbA1c、クレアチニンは男女ともに有意に高い。

メタボやHbA1cが高くなる要因となる不適切な生活習慣にどのようなものがあるか、全国と比較して高いものを分析すると、男性では「喫煙」、「運動習慣なし」「毎日飲酒」「1日飲酒量3合以上」があり、女性では、「食べる速度が速い」が該当した。有意差はないが高いものとして男女ともに「ほとんどかめない」、女性の「喫煙」、「毎日飲酒」が該当している。

前述の腹囲、HbA1c、クレアチニン、尿酸が高い傾向について、①男女ともに飲酒量や頻度が多い、②咀嚼に問題がある、③運動習慣がないこと等の不適切な生活習慣が要因であると考えられる。

保険者の健康課題	
1	生活習慣病の重症化を予防する
2	生活習慣病の発症予防 メタボリックシンドローム該当者を減少させる
3	生活習慣病の早期発見・早期治療

### Ⅲ 計画全体

#### (1) データヘルス計画の目的、目標、目標を達成するための戦略

健康寿命の延伸による医療費適正化を目的とし、健診・医療・介護情報の分析により明らかとなった健康課題解決のために目標を中長期・短期に分けて設定する。中・長期目標は生活習慣病重症化疾患を減らす、短期目標は健診有所見割合の減少を目指す。(図表 32)

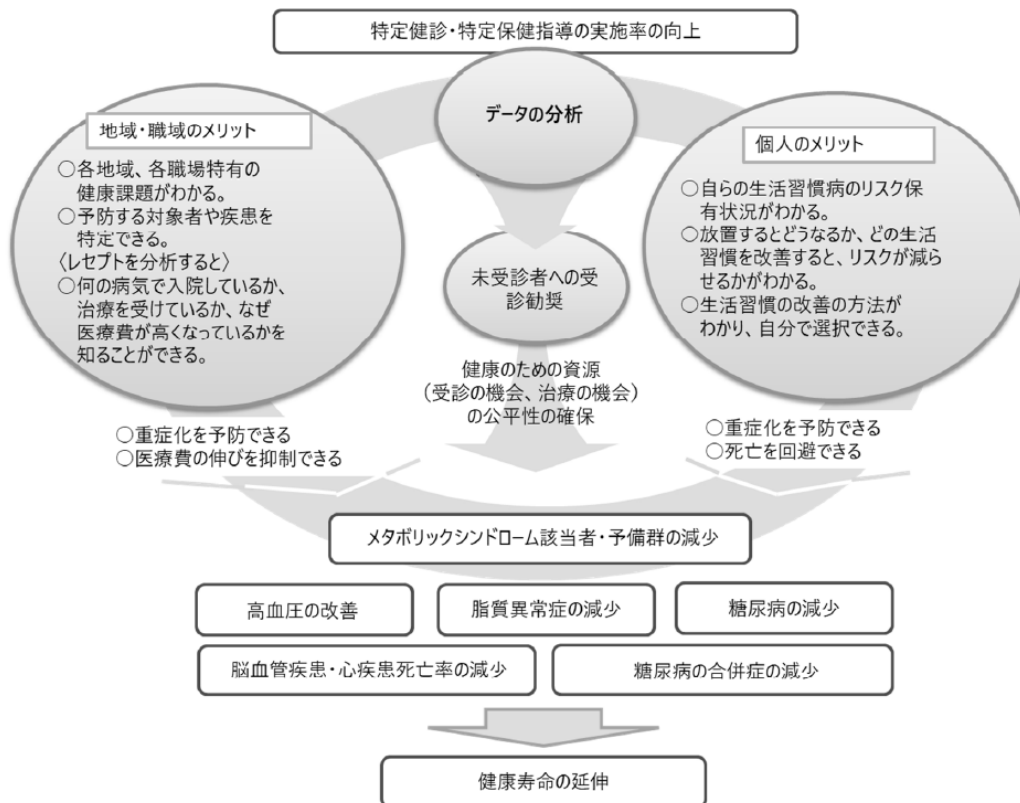
また、高知県で効果的・効率的な保健事業の実施に向けて設定する共通の取組みと指標を設定し、県全体や他市町村との比較を行う。

戦略として、保険者努力支援制度の点数獲得状況の確認、市町村国保ヘルスアップの活用などに取り組む。

図表 32

#### 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

ー特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進ー



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

## ①データヘルス計画の目的の設定

目的	健康寿命の延伸による医療費適正化	
	評価指標	目標値
平均自立期間の延伸（人口4.7万人以上の保険者）	平均自立期間（男／女）	延伸
要介護2以上の割合の減少	要介護2以上の割合	維持または減少
医療費の伸びを抑える	入院1人あたり点数	低下
(参考)※	被保険者数	

## ②データヘルス計画の目標の設定

中・長期目標			評価指標	目標値
1	生活習慣病重症化疾患を減らす	脳血管疾患を減少させる	脳梗塞患者数（費用額30万円以上を集計）	中間評価（R8年度）：4人以下 最終評価（R11年度）：4人以下
			脳出血患者数（費用額30万円以上を集計）	中間評価（R8年度）：1人以下 最終評価（R11年度）：1人以下
		虚血性心疾患を減少させる	虚血性心疾患患者数（費用額30万円以上を集計）	中間評価（R8年度）：1人以下 最終評価（R11年度）：1人以下
		新規人工透析患者数を減少させる	新規人工透析患者数 （導入期加算のあるものを集計）	中間評価（R8年度）：0人 最終評価（R11年度）：0人
		糖尿病性腎症による新規人工透析患者を減少させる	★糖尿病を有病している新規人工透析患者数	中間評価（R8年度）：0人 最終評価（R11年度）：0人
	(参考)生活習慣病の基礎疾患の患者数※		高血圧症 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合	
			糖尿病 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合	
			脂質異常症 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合	

短期目標			評価指標	目標値
1・2	健診有所見割合の減少※	メタボリックシンドローム該当者を減少させる	メタボの該当割合	25%未満
		血圧の有所見割合を減少させる	収縮期血圧130mmHg以上の割合	45%未満
			拡張期血圧85mmHg以上の割合	15%未満
		★血糖コントロール不良の者を減少させる	★特定健診受診者でHbA1c8.0%以上の割合	0.6%未満
		血糖の有所見割合を減少させる	HbA1c5.6%以上(保健指導判定値)の割合	72%未満
		脂質の有所見割合を減少させる	HDL-C40mg/dl未満の割合	40%未満
		腎機能の有所見割合を減少させる	eGFR45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の割合	5%未満
	特定保健指導実施率の向上		★特定保健指導実施率	60%以上
3	特定健診受診率の向上※		★特定健診受診率	60%以上

### ③目標を達成するための戦略

	戦略
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県版データヘルス計画との連携</li> <li>・ 保険者努力支援制度取組評価分の点数獲得と市町村国保ヘルスアップの活用</li> <li>・ 医師会との連携強化</li> <li>・ ナッジ理論を活用した受診勧奨</li> <li>・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業との連携</li> </ul>
2	
3	

(2) 健康課題を解決するための個別の保健事業

中・長期目標や短期目標で目指す状態を達成するために、個別の保健事業を計画し、取組み目標を設定する。

	個別の保健事業名称	評価項目	評価指標	目標値
1	高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム	プログラムⅠ ①医療機関未受診者を適切な医療につなげる	★プログラムⅠ 医療機関未受診者の医療機関受診割合	100%
		プログラムⅠ ②治療中断者を適切な医療につなげる	★プログラムⅠ 治療中断者の医療機関受診割合	100%
		プログラムⅡ 治療中ハイリスク者を保健指導等（病診連携・外来栄養食事指導・保健指導）につなげる	★プログラムⅡ 治療中ハイリスク者のプログラム利用割合	10%
		（再掲）プログラムⅡ 糖尿病性腎症透析予防強化事業による医療機関と保険者が連携した生活指導を実施	★糖尿病性腎症透析予防強化事業の介入割合	100%
1	3疾病発症ハイリスク者への介入	3疾病（脳梗塞・脳出血・虚血性心疾患）発症ハイリスク者への介入により適切な医療につなげる	★3疾病（脳梗塞・脳出血・虚血性心疾患）発症ハイリスク者への介入割合	100%
2	★特定保健指導実施率向上対策に関する事業	特定保健指導対象者が保健指導を利用する	初回面談実施率【初回面談利用者/保健指導対象者】	60%以上
3	★特定健診受診率向上対策に関する事業	受診勧奨対象者が健診を受診する	健診受診率【受診者/受診勧奨対象者】	74.8%
3	健診異常値放置者受診勧奨事業	特定健診の結果が要医療と判定された対象者が早期に医療機関を受診する	医療機関受診率	70%

### (3) 薬剤の適正使用の推進

被保険者の健康管理意識を高め、医療費の抑制・保険給付の適正化を図る。

	事業名称	評価項目	評価指標	目標値
	【共同事業】 薬剤の適正使用推進事業	後発医薬品使用割合を増加させる 【厚生労働省HP「医療費に関するデータの見える化について・ 保険者別の後発医薬品の使用割合3月診療分」より】	★後発医薬品使用割合	80%以上
		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 【保険者努力支援制度（取組評価分）市町村分より】	★重複投与者数（対被保険者1万人）	減少
		多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から 減少していること 【保険者努力支援制度（取組評価分）市町村分より】	★多剤投与者数（対被保険者1万人）	減少



IV 個別の保健事業

◆特定保健指導事業

個別保健事業実施計画 令和6年度

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定保健指導事業	動脈硬化のリスクが重複している特定保健指導対象者に対して、保健師や管理栄養士が早期に介入することで、生活習慣改善のための行動変容や健康寿命の延伸を図る。	特定保健指導実施率35%以上	特定保健指導対象者	個別面談による特定保健指導の実施	1. 対象者名簿の作成・管理を行う 2. 保健指導利用者名簿の作成・管理を行う 3. 対象者に対して、文書・電話等で利用勧奨を行う 4. 初回面談を実施する 5. 初回面談実施後も、継続支援を行い、介入後の評価を行う	・保健師(事業担当含む) ・管理栄養士	6月健診実施後以降	保健福祉支援センター、対象者自宅等	・特定保健指導実施率 ・初回面談実施率

個別保健事業評価計画 令和6年度

事業評価計画		個別保健事業名：特定保健指導事業（令和6年度）							
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策	
アウトカム	特定保健指導利用者の生活習慣・健診結果の改善	特定保健指導終了後に生活習慣・健診結果の改善がみられた者の割合 (3年間の健診結果に改善がみられた者/特定保健指導終了者数)	50%	利用者名簿を作成し、以下を記録する ・翌年度の健診結果(体重、腹囲)	法定報告後	事業担当		翌年の健診結果の変化でアウトカム評価するために、利用者の健診結果を整理し引き継げるようにしておく等、年度や担当が変わっても評価ができる体制づくりが必要。	
	初回面談勧誘率の向上	初回面談勧誘実施率 (初回面談勧誘者数/保健指導対象者数)	100%	対象者名簿を作成、以下を記録する ・電話勧奨状況(電話勧奨日、実施者、反応) ・初回面談実施の有無	6か月後評価終了後	事業担当	集団健診の対象者56名のうち、文書での勧奨を実施した人(昨年度の記録を参考に3名)、実施したが繋がらなかった人(4名)を除き、26名/41名に勧奨を実施した(63.4%)。	再勧奨が難しいと判断される人を除き、80%以上の対象者とは一度は健診結果について話ができるよう、対象者管理や実施者への声かけを行う。 個別医療機関での健診受診で対象にならなかった人(7名)に介入できていない。集団健診受診者で継続して対象になっている人が紹介が難しいものもあるため、個別の人にも利用勧奨を行い、特定保健指導実施率向上に努めていく必要がある。	
アウトプット	特定保健指導実施率の向上	保健指導実施率	35%	法定報告で以下を確認する ①積極的支援(実数) ②勧奨づけ支援(実数) ③全体(実数) 保健指導実施率	法定報告後	事業担当	※未確定だが、R7年5月末時点で35.7% (20名/56名)の見込み。		
	早期介入	健診受診後、2か月以内に初回面談が実施できた者の割合 (早期介入者/特定保健指導利用者)	50%	利用者名簿を作成し、以下を記録する ・初回面談実施日、中間評価・最終評価実施日	随時	事業担当	対象者一覧が出た時点で担当者を決めておいたことで、電話勧奨を早期から行うことができ、11名/20名に2か月以内に初回面談を実施できた(55.0%)。	担当者の割り振りは、早期介入に繋がるため、継続して事業担当が主体になる。事業計画に基づき集団健診受診者へのアプローチになっており、個別健診での対象者の把握・共有が実施できており、介入者数は0人。個別健診受診者は、健康推進担当で月ごとに評価が可能なことから、健康推進担当から情報把握を行うようにする。他の事業でも案内文書があった方が話しやすい印象を受けることから、個別の対象者へも案内の送付を行い、更に電話等で利用勧奨を行うようにする。把握した時期によっては、介入経過中に年度をまたぐため、保健師の地区担当の変更などをふまえ、臨機応変に対応していく必要がある。	
プロセス	2回目以降の勧奨方法	①再勧奨の時期 ②再勧奨の結果、初回面談を実施できた者の人数	案内送付後、申し込みが無い者に対して、11月健診実施後に再勧奨を行い、利用に繋げる。	対象者名簿を作成、以下を記録する ・電話勧奨状況(電話勧奨日、実施者、反応) ・初回面談実施の有無	随時	事業担当	期日までに申し込みがない人に対して、11月を待たず随時電話勧奨を実施したこと、利用に繋がった。		
	継続支援の体制づくり	継続者の割合 (特定保健指導終了者数/初回面談者数)	100%	利用者名簿を作成し、以下を記録する ・初回面談実施日、中間評価・最終評価実施日 ・脱落した場合は、理由を記載	法定報告後	事業担当	※未確定だが、評価の日程調整のため連絡してもつながらず、面談時の様子もふまえ、1名/20名継続不可と判断。		
ストラクチャー	人員の確保	①特定保健指導実施者の人数、職歴 ②実施者一人当たりの担当者数	特定保健指導を実施する専門職が確保できている。	利用者名簿を作成し、以下を記録する ・特定保健指導実施者	随時	事業担当	保健師3名、管理栄養士1名で実施。実施者一人当たりの担当人数は、平均5名だった。	R4年度58名、R5年度62名とここ数年は80名前後で推移しており、今後は被保険者数の減少も見込まれる。年間20名以上に介入できるようにする。	
	実施場所の選定	実施場所ごとの利用回数	利用勧奨の際に、対象者の都合に合わせて、会場を設定を行うことができる。	利用者名簿を作成し、以下を記録する ・実施場所	随時	事業担当	対象者の都合に合わせて支援センターまたは自宅で実施した。日付や会場を予め設定するよりも、柔軟に対応できたことがあった。	案内チラシでは日付や会場を設定せず周知し、柔軟に対応していた。	

個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容										
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価	
R 7 特定保健指導事業				0. 事業準備	1. 前年度の評価の確認 2. 起案 前年度末時点で作成した実施計画を参考に、起案書を作成する。 6月健診実施後、健診結果と一緒に総合保健協会から送られてくる特定保健指導対象者の一覧表と、案内文書の案を、起案書に添えて起案する。	事業担当	起案書準備は年度当初から、起案は対象者一覧が届き次第実施。	保健福祉課	特定保健指導実施率(法定報告)	
	動脈硬化のリスクが重層している特定保健指導対象者に対して、保健師や管理栄養士が定期的に介入することで、生活習慣改善のための行動変容や健康寿命の延伸を図る。	令和7年度特定保健指導実施率:40.0%	特定保健指導対象者	1. 対象者管理 1. 対象者と除外者の確認 総合保健協会から送られてきた名簿にある対象者について、レセプトをKDBシステムで確認する。生活習慣病(高血圧症、糖尿病、脂質異常症)の服薬中ではないか確認する。 ※内服薬を認識しておらず、「服薬なし」と回答してしまう人が数人いる。 「服薬中だった者」については、その旨を総合保健協会から送られてきた名簿に記録し、除外対象と分るようにしておく。 起案書には、総合保健協会から送られてきた名簿(除外者が分かる状態)を添付する。 2. 対象者名簿の作成・管理 ※集団健診受診者:LDHやALHのデータより集計(総合保健協会から送られてきた名簿と同じ) ※各集団健診終了後随時追加していく。 「個別健診受診者」 特定健診データ管理システムで、毎月1日に、過去1か月間(前月1日～31日)に個別医療機関で健診を受けた人がないか確認する。受診者がいた場合は、一覧表と、個人の健診結果を印刷する。受診者の中に保健指導対象者がいた場合は、健診結果を照合する際に、対象者がいること、案内文書の送付を行うことを記録し、決裁をもらう。 対象者名簿に、介入状況(電話・訪問等)での利用動向状況、初回面談日、最終評価日)を記録する。 3. 保健指導利用者名簿の管理 初回面談の約束手続きで対象者について、事業担当が手書きで名簿に対象者情報を記入していく。 ※中間評価、最終評価の実施状況について、対象者名簿や担当への確認を行い、追記していく。	事業担当	町に健診結果返却後～法定報告まで	保健福祉課			
				2. 利用動向	1. 案内文書の作成・送付 申し込み期日を設け、案内文書に記録する。(目安:健診実施月の翌月末か翌々月頃) 日時や会場は設定せず、対象者の都合に合わせて対応していく旨を記載する。 起案書に案内文書を添えて、起案する。 起案の決裁がおりたら、名簿作成の際に除外した者以外に対して、案内文書を送付する。 目に留まりやすくなるように、健診結果とは別に、3～7日後に届くように発送する。 2. 申し込みが無い者への電話による利用動向 保健師は主に担当地区の対象者を、実業面での指導が効果的と思われる者は管理栄養士による利用動向を行う。 利用希望が無い者についても、生活状況や利用したくない理由について、可能な限り聞き取りを行い、対象者名簿に記録する。	健診結果送付後～令和7年度末まで	保健福祉課			
				3. 個別面談の実施	1. 初回面談の実施 一人ひとりの程度の個別面談を実施する。 ・体格計、メジャー、血圧計を用いて、体重、腹囲、血圧の測定を行う。 ・健診の経年結果表を用いて、これまでの健診結果を振り返ってもらう。 ・行動変容ステージチェック表を用いて、生活習慣及び行動変容状況を把握する。 ・減量目標・行動目標設定シートを用いて、体重または腹囲の減量目標を立ててもらふ。 2. 中間評価の実施 ※積極的支援対象者のみ ・体格計、メジャー、血圧計を用いて、体重、腹囲、血圧の測定を行う。 ・測定結果と、行動目標の取り組み状況をともに、必要に応じて減量目標、行動目標の再設定の必要性を利用者と検討する。 3. 最終評価の実施 一人ひとりの程度の個別面談を実施する。 ・体格計、メジャー、血圧計を用いて、体重、腹囲、血圧の測定を行う。 ・測定結果と、行動目標の取り組み状況をともに、初回面談時に立てた目標の達成状況を確認する。 ・行動変容ステージチェック表を用いて、生活習慣及び行動変容状況の初回面談からの変化を確認する。 ・健診結果が「受診結果報告」だった者については、受診結果開示を行う。 4. その他の支援 初回面談・中間評価から1か月後に、取り組み状況の確認も兼ねて、電話での励ましを行う。 保健指導終了後も継続して取り組めるように、健康増進チャレンジ事業や健康ハポート等の情報提供を行う。 保健指導の際に使用する教材等を実業面間で共有し、実施内容の均一化を図る。	初回面談実施日～法定報告まで	保健福祉課			
				4. 実施状況の記録・入力	1. 実施状況の記録 保健指導を担当した者は、担当ケースごとに初回面談、中間評価(積極的支援対象者のみ)、最終評価の介入状況を記録する。 記録用紙は、「特定保健指導支援計画表及び実施報告書」を使用する。 当該年度の健診結果を添えておく。 2. 案内内容の入力 次年度の法定報告の締切までに、特定保健指導支援計画表及び実施報告書の内容に沿って、健診結果管理システムに実施内容を入力する。	初回面談実施日～法定報告まで	保健福祉支援センター、各区交流センター、対象者の自宅 等			

個別保健事業評価計画 令和7年度

事業評価計画				個別保健事業名：R7特定保健指導事業			
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果
アウトカム	特定保健指導終了者の翌年度の健診結果の改善	翌年度の健診結果(体重・腹囲)の改善がみられた保健指導利用者の割合 (翌年の健診結果に改善がみられた者/特定保健指導終了者数)	50%	・R7年度の利用者名簿に、「体重(腹囲)の変化」の欄を作成する。 ・地区担当保健師が、健診結果にコメントを重く際に経年変化を見て、利用者名簿に変化内容(改善・悪化)を記入する。 ・対象者の健診結果が全て分かった後に、事業担当が変化した割合を評価する。	R8年度健診結果返却時	地区担当保健師が変化を、事業担当が割合を評価する。 ※年度をまたためたため、次年度への引継ぎが必要	
アウトプット	①利用動向の実施 ②特定保健指導の実施 ③早期介入	①利用動向者割合 (電話・来所等で話せた人数/特定保健指導対象者数※) ※レセプトで除外対象と判明した者・積極的な介入が困難と判断した者を除く。 ②特定保健指導実施率(法定報告) ③早期介入者割合 (健診受診後2か月以内に初回面談が実施できた者/初回面談実施者数)	①年度末までに90% ②40%以上 ③50%以上	①特定保健指導対象者一覧を作成し、利用動向の結果(いつ、どのような話をしたか)を記録する。 ②法定報告で確定した数値で評価 ③特定保健指導利用者一覧表に面談実施日を記録する。	①年度末 (増進計画策定会まで) ②③法定報告後	介入経過は事業に携わった職員で担当ごとに記録。事業担当が記録内容の評価を行う。	
プロセス	①集団健診受診者への利用動向 ②個別健診受診者の把握 ③個別健診受診者への利用動向 ④保健指導の実施内容	①集団健診受診者のうち、事業対象になった者に対して、適切な時期・方法で利用動向ができたか ②個別健診受診者のうち、事業対象になった者について、介入しやすい時期までに把握ができたか ③個別健診受診者のうち、事業対象になった者に対して、文書・電話等で利用動向ができたか ④保健指導の実施において、実現可能な目標を立て、継続できるように支援できたか	①適切にできる ②把握ができた ③適切にできる ④保健指導への満足度が「6」以上の利用者が全体の	①②③ 事業に携わった職員に聞き取り、利用動向の結果、初回面談に繋がった人数や継続率で評価。 ④ 初回面談の際に「保健指導への期待度アンケート」を、最終評価の際に「保健指導の満足度アンケート」を実施する。アンケートは1～10の10段階評価で、数字が高いほど期待度・満足度が高いものとする。回答内容について、担当職員が聞き取りを行う。	①②③ 年度末 ④ 初回面談、最終評価の際にアンケートを実施。 年度末時点で内容の評価を事業担当が行う。	事業担当と事業に関わった職員	
ストラクチャー	①事業担当の対象者管理体制 ②個別健診受診者の把握 ③マンパワーの確保 ④案内文書の準備 ⑤担当スタッフ間の連携 ⑥スキルアップ	①対象者名簿は、事業対象者を適切に管理できるものだったか ②個別健診での対象者を適切に把握できたか ③特定保健指導の利用動向・面接を行う人員は不足していなかったか ④案内文書は、分かりやすく、利用に繋がる内容だったか ⑤担当スタッフ間で情報や資料を共有し、スキルアップや質の確保に努められたか	①適切に管理できる ②適切に把握できる ③適切にできる ④分かりやすく、利用に繋がる ⑤共有できる	①③⑤事業に携わった職員に聞き取り ②毎月対象者の把握ができたか、スムーズに利用動向に繋がったかで評価 ④事業に携わった職員と、利用者案内文書に受けた印象を聞き取り	年度末		

## ◆健診異常値放置者受診勧奨事業

### 個別保健事業実施計画 令和6年度

#### 保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
健診異常値放置者受診勧奨事業	健診異常値を放置している対象者を医療機関に繋げる	医療受診放置者数20%減少	受診勧奨対象者で生活主観病のレセプトがない方	医療機関への受診勧奨	1. 要医療者への紹介状送付  2. レセプトの確認 ・10月末…6月健診受診者 ・12月末…6月健診受診者、8月健診受診者 ・2月末…6月健診受診者、8月健診受診者、11月健診受診者  3. 電話による受診勧奨 ・2でレセプトが確認できない者に対して、電話による受診勧奨を行う。 ・受診しない理由や現在改善に向けて取り組んでいることがあれば聞いておく。	事業担当  事業担当  事業担当	健診実施後1か月以内  令和6年10月末、12月末、令和7年2月末  レセプト確認後～年度末まで	保健福祉課  保健福祉課  保健福祉課 訪問の場合は対象者の自宅等	受診勧奨対象者のうち、紹介状送付人数   紹介状、電話による受診勧奨後に生活習慣病のレセプトがある者の人数

### 個別保健事業評価計画 令和6年度

事業評価計画				個別保健事業名：R6健診異常値放置者受診勧奨事業			
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果
アウトカム	医療受診放置者数の減少	医療機関受診率 (生活習慣病のレセプトがある者/受診勧奨対象者)	55.8%以上	定期的なレセプトの確認  受診対象者名簿を作成し、以下を記録する ・送付状況(送付日、送付の有無) ・電話勧奨状況(電話勧奨日、実施者、反応) ・受診状況(レセプト確認日、レセプトの有無)	年度末	事業担当	紹介状を発行した要医療者の返信率:30.4%(7人/23人)。 23人うち2人は本人から受診済みとの申し出あり、1人は家族等を通して受診中であると判明するも、いずれも医療機関からの返信はなし。 未受診と思われる人が半数以上おり、目標は未達成である。
	受診勧奨実施状況	①紹介状送付率(紹介状送付数/受診勧奨対象者)  ②電話勧奨実施率(電話勧奨者数/受診勧奨対象者)	100%  100%	受診対象者名簿を作成し、以下を記録する ・送付状況(送付日、送付の有無) ・電話勧奨状況(電話勧奨日、実施者、反応) ・受診状況(レセプト確認日、レセプトの有無)			①100%(23人/23人)。 ②電話等での2回目の受診勧奨は、20%(4人/未受診者15人)に実施した。  受診状況の確認は、主に医療機関からの返信や対象者からの聞き取りから行ったが、要医療者が増加傾向にあり、個別に対象者への確認を行うのは時間を要する。レセプトでの確認では、受診状況を把握するまでにタイムラグがある。紹介状の返信だけでは、受診していても医療機関で紹介状が留まっている可能性があり、正確な状況把握が難しい。  対象者の受診予定日や医療機関が分かれれば、対象者の受診行動(予定)が把握できるだけでなく、紹介状の返信が無い場合に本人からの情報をもって医療機関への問い合わせができると思われる。がん検診の要精密検査対象者と同様、受診予定調査票を結果と一緒に送付することで、対象者発信で受診状況(予定)を一定数把握でき、返信が無い人や連続して要医療判定になっている人等、より積極的に受診勧奨をすすめる人へのアプローチ(受診予定調査票で分かる受診予定日から、1か月経っても紹介状の返信が無い場合は、医療機関に問い合わせを行う等)が可能と考える。
プロセス	文書での受診勧奨のプロセス	①紹介状送付の時期	健診結果送付と同時に行う	定期的なレセプトの確認			①紹介状は健診結果と同時に、結果表にも早期の受診を促すコメントを記入し、受診勧奨ができた。 ②③紹介状の返信をもって受診状況の確認を行った。2回目の受診勧奨は、対象者に合った時など随時行った。
	受診状況確認のプロセス	②レセプト確認の時期	健診結果を送付した月の2か月後の月末以降	受診対象者名簿を作成し、以下を記録する ・送付状況(送付日、送付の有無) ・電話勧奨状況(電話勧奨日、実施者、反応) ・受診状況(レセプト確認日、レセプトの有無)			
	電話での受診勧奨のプロセス	③電話による受診勧奨の時期	レセプト確認後実施する				
ストラクチャー	受診状況確認を行う者	レセプト確認を実施した者	事業担当保健師が実施	受診対象者名簿を作成し、以下を記録する ・送付状況(送付日、送付の有無) ・電話勧奨状況(電話勧奨日、実施者、反応) ・受診状況(レセプト確認日、レセプトの有無)			病内で話し合い、レセプト確認は行わず、紹介状の返信数を評価した。 医療機関に対する受診状況の確認は未実施。
	医療機関との連携	医療機関への受診状況確認実施回数	必要に応じて実施				受診勧奨を行うタイミング/対象者について事業担当から地区担当に再共有したり、担当が話した内容を事業担当に共有する体制づくりが必要。 2回目の受診勧奨をした際に、「先日受診した」と言われたが紹介状の返信がないことがあった。受診した人の結果が確実に把握できるように、まずは病院内に働きかけていく必要がある。

個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容									
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
R7 健診異常値 放置者受診 勧奨事業	健診異常値を放 置している対象 者を医療機関に 繋げる	対象者のうち、 58.7%が次の健 診までに医療機 関を受診する。	特定健診の結果 が要医療と判定 された者	・「要医療」判定 者に対して、紹 介状を送付し、 医療機関の早期 受診に繋げる。  ・紹介状を送付 した後の受診状 況を把握し、異 常値放置に繋が らないようにす る。	①対象者の把握・台帳作成 ・総合保健協会から送られてきた健診結果一覧表をもとに、「要 医療」判定者を把握する。 ・要医療判定者を「健診要医療者受診確認表」に追記する。 ・前年度の対象者と比較し、連続で対象者になっている人がい ないか確認する。該当者がいた場合は、地区担当保健師に共 有し、コメントの内容等に反映してもらう。  ②紹介状・受診予定調査票の作成 ・健診データが入ったCD-ROMを取り込んだ健康管理システム から、紹介状の様式を作成する。 ・紹介状には1か月以内に返信がほしい旨を記載する。返信様 式は、色用紙に印刷し、目立つようにする。 ・紹介状・返信様式・健診結果(A5サイズの紙)・返信用封筒を 一つの封筒(主治医宛て)に入れ、健診結果に同封する。 ・健診結果通知書・受診予定調査票・返信用封筒を健診結果 に同封する。 ・健診結果通知書には、10～14日以内に受診予定調査票を 返信してほしいこと、調査票の内容をもとに医療機関に問い合わ せを行なう可能性があることを記載しておく。 ・受診予定調査票には、「受診しない」場合の理由を尋ねる設 問を入れる。  ③受診予定調査票の返信が無い者への連絡 ・健診結果通知書に記載した期日までに、受診予定調査票の 返信が無い者に対して、地区担当保健師から電話等で連絡を 取る。 ・本人と話せたら、調査票と同様の内容を聞き取る。 ・受診に消極的な場合は、理由を聞いた上で受診勧奨を行う。  ④医療機関からの返信内容の記録 ・医療機関から紹介状の返事(返信様式)が返ってきたら、「健 診要医療者受診確認表」に追記し、地区担当保健師に内容を 共有する。  ⑤医療機関から返信が無い場合の問い合わせ ・事業対象者から受診予定調査票の返信があったにも関わら ず、受診予定日から1か月以上経っても医療機関から紹介状の 返事(返信様式)が返ってこない場合は、医療機関へ問い合わ せを行う。 ・紹介状が医療機関で留まっていた場合は、町に返信してもら う。 ・予定日に対象者が受診をしていない場合は、対象者に状況を 確認し、受診勧奨を行う。	①②④ 事業担当  ③⑤ 事業担当から 地区担当保 健師に状況 を共有し、地 区担当保健 師が実施	令和7年 6月末～ 令和8年 3月末  ①②7月上 旬、9月上 旬、11月末 ごろ ③7月末、9 月末、12月 中旬ごろ ④随時 ⑤受診予定 日から1か月 後に随時	保健福祉支 援センター  電話または 訪問等	「要医療」判定者 の医療機関受診率 (医療機関からの 返信があった人数 /「要医療」判定者 数)

個別保健事業評価計画 令和7年度

事業評価計画				個別保健事業名：R7健診異常値放置者受診勧奨事業					
評価の 枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価 時期	評価 体制	評価結果	今後の対策	
アウト カム	医療受診放置者数の減	「要医療」判定者の医療機関受診率 (医療機関からの返信があった人数 /「要医療」判定者数)	58.7%	医療機関からの返信数	年度末	事業 担当			
アウト プット	①紹介状の送付 ②調査票または電話等 による受診予定の把握 ③放置に繋がると思わ れる対象者への受診勧 奨	①紹介状を送付した割合 (送付人数/「要医療」判定者数) ②受診予定の把握ができた割合 (受診予定※が把握できた人数 /紹介状送付人数) ※受診しない意向も含む ③受診勧奨をした人数 (受診勧奨をした人数/受診予定調査票 の返信が無い人や受診しない意向のある 人、連続で対象になっている人の実数)	①100% ②100% ③100% ④70%	①「健診要医療者受診確認 表」で確認 ②受診予定調査票の返信状 況、地区担当保健師からの情 報で把握 ③期日までに、受診予定調査 票の返信が無い者に対して、 地区担当保健師が電話等で 連絡を取った人数。その他、 必要と判断して受診勧奨を 行った人数	年度末				
プロ セス	①対象者台帳管理 ②受診予定調査票の返 信が無い者への連絡 ③医療機関から返信が 無い場合の問い合わせ	①適切に台帳の作成・更新ができたか ②対象者へ連絡するタイミングや流れは 適切だったか ③医療機関への問い合わせのタイミング や流れは適切だったか	①できる ②適切である ③適切である	①②③ 対象者台帳に対応した日時・ 内容を記録し、事業に携わっ た職員で評価	地区担当保 健師の対応 後、年度末		受主 診に 勧奨 事業 を担 当う ・地 区 担 当 保 健 師		
スト ラク チャ ー	①事業担当の対象者管 理体制 ②紹介状・受診予定調 査票の作成 ③マンパワーの確保 ④地区担当保健師との 連携	①対象者台帳は事業対象者を適切に管 理できるものだったか ②受診予定調査票の効果 ③受診予定の把握を行う人員は不足して いなかったか。医療機関への問い合わせ を行う人員は不足していなかったか。 ④地区担当保健師に対象者の状況や受 診勧奨の必要性について共有できたか	①適切に管理できる ②受診予定の把握・効 率化に繋がる ③足りている ④共有できる	① 対象者台帳に対応した日時・ 内容を記録し、事業に携わっ た職員で評価 ②③④ 地区担当保健師への聞き取 り	地区担当保 健師の対応 後、年度末				

◆糖尿病性腎症重症化予防事業（プログラムⅠ）

個別保健事業実施計画 令和6年度

保健事業の実施内容									
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
R6 糖尿病性腎症重症化予防事業 （プログラムⅠ）	糖尿病が疑われる医療機関未受診・治療中断中の本町国保被保険者に対して受診勧奨を行い、適切な検査・治療につなげることで、糖尿病重症化を予防する。	未治療者・中断者ともに受診率100%	プログラムⅠ ①医療機関未受診者 ②糖尿病治療中断者 ※対象者の基準はプログラムⅡに準ずる	個別訪問または面談による受診勧奨	①対象者の確認・台帳を作成する（連合会から配信されるリストを確認・課内で共有する） ②レセプトを確認し、受診歴を確認する ③介入担当者を決める。新規対象者が出る度に、どのような働きかけが効果的か検討を行い共有。 ④対象者に訪問や声掛けを行い、状況確認したうえで受診を促す ⑤受診状況の確認（連合会から配信されるリスト、レセプト情報等） ⑥年度末に担当者で振り返りを行う。	①②⑤事業担当 ③④保健師・管理栄養士	令和6年4月～令和7年3月	対象者自宅または保健福祉支援センター	医療機関受診率

個別保健事業評価計画 令和6年度

事業評価計画			個別保健事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業（プログラムⅠ）【令和6年度】					
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	医療機関受診状況	①未受診者の医療機関受診割合（受診者数/受診勧奨者数）	①100%	①連合会から配信される名簿・対象者数集計表を確認	訪問・面談実施後毎月、翌年5月末	事業担当	①33%（1人/3人）	未受診者のうち1名、本人に会えていないが受診済になった方がいる。また、「症状もないし困っていない」という発想もあり、自分事になっていない。未受診者のうち特定保健指導利用者は、「運動に取組み、次の健康結果次第で受診を検討したい」という前向きな理由で受診につながらなかった。受診勧奨をきっかけに糖尿病が自分事となり、行動変容につながったと考えられる。
		②治療中断者の医療機関受診割合	②100%	②連合会から配信される対象者名簿・レセプトを確認			②0%（0人/1人）	中断の理由で医師の説明が「もう完治した」と捉えており、医師からの声掛けの影響力の大きさを感じている。医療機関への働きかけも重要である。訪問・面談前に未受診・中断者にもチラシを送付し、自分事として捉えていただけるよう働きかける。
アウトプット	アプローチできた人数	①未受診者に訪問・面談し、受診勧奨できた人数（受診勧奨できた人数/対象者数）	①100%	①②受診勧奨者数記録を集計、受診勧奨した職員に進捗状況聞き取り	訪問・面談実施直後	主に事業担当・受診勧奨に関わる全職員	①75%（3人/4人）	地区担当保健師と対象者の状況からアプローチ方法を検討し、介入することができた。中断者のうち1名は、社保から国保へ異動されたタイミングで対象になった可能性がある。2ヶ月後のリストで対象者を再確認する。
		②治療中断者へ訪問・面談し、受診勧奨できた人数（受診勧奨できた人数/対象者数）	②100%				②50%（1人/2人）	今後は、リストが上がってきたタイミングで医療保険係に資格確認を依頼する。
プロセス	受診勧奨のプロセス	①事業のスケジュール調整はできたか ②連合会から配信される名簿により対象者台帳を作成、関係職員で共有できているか ③介入担当者の割振りは適切であるか ④面談率（本人と会えた人数/対象者数）	①調整できる ②台帳を作成し、共有できる ③適切である ④100%	①年間計画表 ②対象者台帳を共有する ③保健師と打合せし、割り振る ④受診勧奨時の記録・受診勧奨した職員に聞き取り	面談実施直後、年度末	主に事業担当・受診勧奨に関わる全職員	①調整できた ②台帳を作成し、共有できた ③適切であった ④67%（4人/6人）	①大まかではあるが、年間計画をもとにスケジュール管理はできた。事業の振り返りや計画など、関係職員で打合せを行い、事業の流れを共有している。 ②事業担当や保健師だけでなく、医療保険係とも対象者を共有することで窓口に来た際の声掛け等連携できるような情報共有をこまめに行った。 ③マンパワーに応じ、効果的な割振りができたと考える。
	受診状況確認のプロセス	⑤受診状況の後追い	⑤確認できる	⑤連合会から配信される名簿・レセプトを確認			⑤確認できた	④資格の状況が不明確で声掛けができなかった点については、リストがあがってきた時点で医療保険係に資格確認を依頼する。事前に対象者にチラシを送付することで本人の意識づけを行い、職員が訪問する際のハードルを下げる。未受診・中断者用のチラシを作成する。
ストラクチャー	①実施体制の構築 ②効果的な介入方法 ③担当スタッフ間の連携 ④マンパワーの確保	①実施体制が構築できたか ②対象者によってどのように声掛けをするのが効果的か検討できたか ③担当スタッフが目的を共有し、進捗等を確認しながら事業を進めることができたか ④マンパワーは足りたか	①構築できる ②検討できる ③できる ④不足なし	①受診勧奨した職員からの聞き取り ②受診勧奨した職員からの聞き取り ③ミーティングの回数、記録 ④対応可能人数だったか職員に聞き取り	年度末		①構築できた ②検討できた ③打合せ2回実施。メモを残している ④不足なし	①適宜関係職員間で共有し、体制はつくられたが、課内関係者と一緒に会った打合せは実施できていなかった。昨年度の事業評価を振り返り、方法を検討するため、打合せを行う。 ②対象者の保険資格の異動状況などにより、声掛けする時期などを検討できた。今後も医療保険係に確認しながら効果的に実施する。 ③対象者全員に介入できるよう、受診勧奨担当職員にも意見を聞きながら割り振る。

個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容									
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
R7 糖尿病性腎症重症化予防事業 (プログラムⅠ)	糖尿病が疑われる医療機関未受診・治療中断中の本市国保被保険者に対して受診勧奨を行い、適切な検査・治療につなげることで、糖尿病重症化を予防する。	未治療者・中断者ともに受診率100%	プログラムⅠ ①医療機関未受診者 ②糖尿病治療中断者 ※対象者の基準はプログラムに準ずる	個別訪問または面談による受診勧奨	①年間スケジュールを作成する ②事業開始前、関係職員でミーティングを行う ③対象者台帳を作成し、共有できる状態にする(Excel・Sharelにアップする) ④毎月対象者を確認する(国保連合会から配信される対象者リストを確認・課内で共有する) ⑤レセプト(受診状況)・資格を医療保険に確認する。 ⑥アプローチする担当者を決める ⑦チラシを作成し、対象者に送付する ⑧チラシ送付後、訪問や声掛けを行い状況確認し受診を促す ⑨対象者リストやレセプトから、受診につながったか確認する ⑩年度末、事業の振り返りを行うためミーティングを行う	①④⑤⑦⑨ ⑩事業担当 ②③⑥⑧保健師・管理栄養士	令和7年4月～令和8年3月	対象者自宅または保健福祉支援センター	医療機関受診率

個別保健事業評価計画 令和7年度

事業評価計画			個別保健事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業（プログラムⅠ）（令和7年度）						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策	
アウトカム	医療機関受診状況	①未受診者の医療機関受診割合(受診者数/受診勧奨者数)	①100%	①連合会から配信される名簿・対象者数集計表を確認	訪問・面談実施後毎月、翌年5月末	事業担当			
		②治療中断者の医療機関受診割合	②100%	②連合会から配信される対象者名簿・レセプトを確認					
アウトプット	アプローチできた人数	①未受診者に訪問・面談し、受診勧奨できた	①100%	①②受診勧奨者数記録を集計、受診勧奨した職員に進捗状況聞き取り	訪問・面談実施直後	主に事業担当・受診勧奨に関わる全職員			
		②治療中断者へ訪問・面談し、受診勧奨できた人数(受診勧奨できた人数/対象者数)	②100%						
プロセス	受診勧奨のプロセス	①事業のスケジュール調整はできたか ②連合会から配信される名簿により対象者台帳を作成、関係職員で共有できているか ③介入担当者の割振りは適切であるか ④面談率(本人と会えた人数/対象者数)	①調整できる ②台帳を作成し、共有できる ③適切である ④100%	①年間計画表 ②対象者台帳を共有する ③保健師と打合せし、割り振る ④受診勧奨時の記録・受診勧奨した職員に聞き取り	面談実施直後、年度末				
	受診状況確認のプロセス	⑤受診状況の後追い	⑤確認できる	⑤連合会から配信される名簿・レセプトを確認					
ストラクチャー	①実施体制の構築 ②効果的な介入方法 ③担当スタッフ間の連携 ④マンパワーの確保	①実施体制が構築できたか ②対象者によってどのように声掛けをするのが効果的か検討できたか ③担当スタッフが目的を共有し、進捗等を確認しながら事業を進めることができたか ④マンパワーは足りたか	①構築できる ②検討できる ③できる ④不足なし	①受診勧奨した職員からの聞き取り ②受診勧奨した職員からの聞き取り ③ミーティングの回数、記録 ④対応可能人数だったか職員に聞き取り	年度末				

◆糖尿病性腎症重症化予防事業（プログラムⅡ）

個別保健事業実施計画 令和6年度

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
R6 糖尿病性腎症重症化予防事業 （プログラムⅡ）	糖尿病や糖尿病性腎症のリスクがある本市国保被保険者に対して、医療機関との連携により栄養指導等を受けることで糖尿病重症化や人工透析の新規導入を予防する。	糖尿病を原因とする新規人工透析を出さない(0人)を維持する	プログラムⅡ（ハイリスク者）※対象者の抽出基準はプログラムⅠに準ずる	・医療機関との連携により、適切な栄養指導や運動指導などを受けることで、生活習慣の見直しを行い、糖尿病の重症化を予防する。  ・町内医療機関との連携を進めるため、情報共有会やケアプラン会を活用する。	①町内医療機関（町立橋原病院）との打ち合わせ会を実施  ②対象者の確認・台帳作成（連合会から配信されるリストを確認・課内で共有する）  ③しセプトを確認し、かかりつけ医・服薬状況をチェックする  ④かかりつけが町内医療機関かつ糖尿病治療薬服薬中の方の個別案内を送付する  ⑤担当者で打合せを実施する（優先的介入者選定、担当者決め、介入の流れを確認）  ⑥対象者に訪問や声掛けを行い、状況確認とプログラムの説明、連絡票を手渡す  ⑦ケアプラン会にて病院と情報共有  ⑧連絡票が返ってきたら、その後の対象者リストにて栄養指導実施状況を確認する	①②③④⑦ ⑧事業担当（管理栄養士） ⑤⑥保健師・管理栄養士	令和6年4月～令和7年3月	対象者自宅または保健福祉支援センター	翌年の健診結果改善率

個別保健事業評価計画 令和6年度

事業評価計画

個別保健事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業（プログラムⅡ）【令和6年度】									
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策	
アウトカム	①プログラムⅡの対象者数	①プログラムⅡの除外前対象者数の変化 ②過去1年間の外来栄養指導実施者の増加	①前年度末からの総数の減少 ②前年度末からの総数の増加	①②連合会から配信される名簿の人数（総数）を集計	①R6年度5月末 ②翌年度の総合健診終了後（7月、9月、11月）	事業担当	①維持（R5年：26人） ②増加（2人～5人） ※視察段階で評価できない	①②総数を減らしていくには、保険者だけでなく医療機関からの働きかけも必要である。健診を毎年受けていただくことや、栄養指導の受けやすさ引き続き橋原病院との連携を図り、ハイリスク者の減少を目指す。	③令和5年度、連絡票を渡せた人は0人のため評価できず。次年度はスケジュール管理や対象者名簿の管理、医療機関との連携体制を整え、介入した方がその後どうなったのか後追いでできるようしていく。
	②優先的介入者の特定健診結果（HbA1c、血圧、eGFR）	③優先的介入者のうち検査値が維持または改善した人の割合（維持または改善者数/優先的に介入した方の人数）	③80％以上	②翌年の特定健診結果			①92％（11人/12人） ②75％（3人/4人） ③100％（2枚/2枚） ④67％（2人/3人）	①送付できていない名は、入院と重なったため様子見。まずは町内医療機関との連携のため、チラシを送付したのは町内医療機関受診者に絞ったが、一人ひとりのしセプトを確認するのにかかる時間を要した。次年度は対象者全員にチラシを送付する。事前にチラシを送付していたことで、プログラムの説明と栄養指導の必要性を説明する際スムーズな流れができた。	③医療機関につながった連絡票は、医師のチェックをいまだに必要としている。橋原病院の理解があり、生活習慣病管理加算中のため除外対象になった方でも栄養指導につながった。
アウトプット	①介入割合 ②連絡票を渡せた割合 ③連絡票が返ってきた割合 ④医療機関において栄養指導に繋がった人数	①町の基準（町内医療機関受診かつ糖尿病治療薬服薬中）で選定した対象者のうち、チラシを送付した人数（送付人数/町基準で選定した対象者） ②連絡票を手渡しできた人数（渡せた人数/優先的対象者） ③医療機関から返ってきた連絡票の枚数（返ってきた枚数/医療機関に渡った枚数） ④栄養指導実施率（栄養指導につながった人数/連絡票を渡した人数）	①100％ ②100％ ③100％ ④100％	①対象者台帳にて把握 ②職員からの聞き取り ③返ってきた連絡票の枚数 ④連絡票の内容確認、連合会から配信される名簿を確認（外来栄養指導指導の欄）	年度末、毎月末	主に事業担当・利用動員に関わる全職員	①92％（11人/12人） ②75％（3人/4人） ③100％（2枚/2枚） ④67％（2人/3人）	①送付できていない名は、入院と重なったため様子見。まずは町内医療機関との連携のため、チラシを送付したのは町内医療機関受診者に絞ったが、一人ひとりのしセプトを確認するのにかかる時間を要した。次年度は対象者全員にチラシを送付する。事前にチラシを送付していたことで、プログラムの説明と栄養指導の必要性を説明する際スムーズな流れができた。	③医療機関につながった連絡票は、医師のチェックをいまだに必要としている。橋原病院の理解があり、生活習慣病管理加算中のため除外対象になった方でも栄養指導につながった。
プロセス	利用動員のプロセス	①事業のスケジュール調整ができたか ②連合会から配信される名簿をもとに、対象者名簿を作成し、管理できているか ③②の名簿から、栄養指導利用者数を除外、さらに、町内医療機関受診者や糖尿病治療中の方を抽出。さらに、優先的介入者を選定できたか ④チラシを作成し、計画的に送付できたか	①スケジュール調整できる ②作成できる ③適切である ④作成し、送付できた	①年間計画表の作成 ②対象者台帳の作成 ③しセプトのチェック、打合せ ④チラシ作成。9月、11月、1月に新規対象者に送付できた	実施後、年度末		①概ね計画通り ②作成できた ③優先的介入者を選定できた ④チラシを作成し、計画的に送付できた ⑤つながることができた ⑥問合せが続いた	①概ね、計画どおり進めることができた。 ②他市町の名簿も参考に作成した。通院・服薬状況などを確認するためのしセプトを見る時間がなかった。 ③糖尿病アドバイザーによる助言を元に、優先順位づけを行った。条件設定は変えず、今後も決定していく。 ④チラシを送付したことで、利用動員の説明がしやすかった。チラシを送付する対象者を抽出するためのしセプトチェックに時間を要した。対象者に届かなかった時でも、治療中でも経過観察中でも健診結果により重症化のリスクは高い方である。次年度は全対象者にチラシを送付し、より早期の段階から予防の意識づけを図る。 ⑤手渡しできたが受診時に本人の持参忘れがあった。事前に主治医にも伝えていたが対象者であることに気付かなかった。電カで伝記していた等、共有を継続する。 ⑥病院職員だけでなく、医療事務（ノラスト）の方にも周知する必要がある。	③医療機関につながった連絡票は、医師のチェックをいまだに必要としている。橋原病院の理解があり、生活習慣病管理加算中のため除外対象になった方でも栄養指導につながった。
	連絡票のやりとりのプロセス	⑤本人に手渡し、同意を得たうえで医療機関につぐくことができたか ⑥病院から連絡票の返送がスムーズだったか	⑤直接渡し、説明し同意を得る ⑥スムーズにできる	⑤利用動員した職員に聞き取り ⑥連絡票の戻り					
ストラクチャー	①介入方法の検討 ②町内医療機関との連携 ③県外医療機関との連携 ④マンパワーの確保 ⑤チラシの準備 ⑥担当スタッフ間の連携	①対象者と目的、方法が決定できたか ②橋原病院と打合せ会の実施、ケアプラン会で優先的介入者の共有ができたか ③県外医療機関との連携方法について情報収集を行い、検討ができたか ④マンパワーは足りたか ⑤対象者に利用動員する際のチラシが作成できたか ⑥関係スタッフが目的を共有し、進捗等を確認しながら事業を進めることができたか	①決定できる ②実施できる ③検討できる ④足りている ⑤作成できる	①関係者ミーティング（保健師・管理栄養士） ②打合せ会の実施資料、ケアプラン会での共有資料 ③電話・メールなどの問合せ準備を残す ④利用動員した職員に聞き取り ⑤作成したチラシ ⑥関係者の打合せ	実施後、年度末	主に事業担当・利用動員に関わる全職員	①決定できた ②実施・共有できた ③情報収集・検討できた ④無理なく行えた ⑤作成できた ⑥実施できた ⑦全参加できた	①保健師・管理栄養士（事業担当）間でミーティングを行い決定 24月、橋原病院長・事務長・管理栄養士・保健福祉課関係者で、事業について打合せを実施。また、優先的介入者決定後は、ケアプラン会を活用し、事業・対象者の共有を行った。連絡票を渡した際の声掛けや書類のやり取りなど、職員だけでなく医療事務（ノラスト）にも関係者の一助を要する必要がある。 ②松原診療所・西万診療所所長にも個別に周知が必要。橋原病院以外の町内医療機関患者が橋原病院で栄養指導を受ける場合の流れも再確認しておく。 ③医師は異動が多いため、次年度は外来医師も打合せに参加していただき、事業と本町の課題について共有する。 ④他自治体や県に問合せた。今年度は橋原病院受診者に限定し介入を行ったため、次年度は流れる。 ⑤他自治体の意見も参考にしながら作成できた。 ⑥専門門だけでなく医療保険関係にも打合せに参加してもらい、多職種連携できるような体制をつくる。年度末に振り返りを行う。糖尿病アドバイザー派遣事業研修会の資料を共有し、職員のスキルアップにつなげる。	③医療機関につながった連絡票は、医師のチェックをいまだに必要としている。橋原病院の理解があり、生活習慣病管理加算中のため除外対象になった方でも栄養指導につながった。

個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
R7 糖尿病性腎症重症化予防事業 (プログラムⅡ)	糖尿病や糖尿病性腎症のリスクがある本町国保被保険者に対して、医療機関との連携により栄養指導等を受けることで糖尿病重症化や人工透析の新規導入を予防する。	糖尿病を原因とする新規人工透析を出さない(0人を維持する)	プログラムⅡ(ハイリスク者) ※対象者の抽出基準はプログラムに準ずる	・医療機関との連携により、適切な栄養指導や運動指導などを受けることで、生活習慣の見直しを行い、糖尿病の重症化を予防する。  ・町内医療機関との連携を進めるため、情報共有会やケアプラン会を活用する。	①町内医療機関(膠原病院)との打ち合わせ会を実施  ②課内打合せを実施  ③対象者台帳作成し、毎月対象者を確認する(連合会から配信される名簿を課内で共有する)  ④名簿で確認のうえ、対象者にチラシを送付する  ⑤担当者で打合せを実施する(優先的介入者選定、担当者決め、介入の流れを確認)  ⑥対象者に訪問や声掛けを行い、状況確認とプログラムの説明を行い、連絡票を手渡す  ⑦連絡票を手渡した対象者についてケアプラン会にて病院と共有 ※県外医療機関受診者から希望があった場合は、保険者が保健指導を実施する。その都度、医療機関とやりとりを行う。  ⑧医療機関から連絡票が返ってきたら、2ヶ月以降の対象者リストを確認し栄養指導実施状況を確認する  ⑨年度末に、課内で事業の振り返りを行い次年度の計画を作成する	①②③④⑧ 事業担当 ①②③⑨関係職員 ⑤⑥保健師・管理栄養士	令和7年4月～令和8年3月	対象者自宅または保健福祉支援センター	・翌年のプログラムⅡ対象者数減少 ・優先的介入者の翌年の健診結果改善率

個別保健事業評価計画 令和7年度

事業評価計画		個別保健事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業（プログラムⅡ）【令和7年度】							
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策	
アウトカム	①プログラムⅡの対象者数	①プログラムⅡの除外前対象者数の変化 ②過去1年間の外来栄養指導実施者の増加	①前年度末からの総数の減少 ②前年度末からの総数の増加	①②連合会から配信される名簿の人数(総数)を集計		事業担当			
	②優先的介入者の特定健診結果(HbA1c、血圧、eGFR)	③優先的介入者のうち検査値が維持または改善した人の割合 (維持または改善者数/優先的に介入した方の人数)	③80%以上	②翌年の特定健診結果					
アウトプット	①介入割合 ②連絡票を渡せた割合 ③連絡票が返ってきた割合 ④医療機関において栄養指導に繋がった人数	①町の基準(町内医療機関受診かつ糖尿病治療薬内服中)で選定した対象者のうち、チラシを送付した人数(送付人数/町基準で選定した対象者) ②連絡票を手渡しできた人数(送付した人数/優先的対象者) ③医療機関から返ってきた連絡票の枚数(送ってきた枚数/医療機関に渡った枚数) ④栄養指導実施率(栄養指導につながった人数/連絡票を渡した人数)	①100% ②100% ③100% ④100%	①対象者台帳にて把握 ②職員からの聞き取り ③返ってきた連絡票の枚数 ④連絡票の内容確認、連合会から配信される名簿を確認(外来栄養食事指導の欄)		主に事業担当・利用動奨に 関わる全職員			
プロセス	利用動奨のプロセス	①事業のスケジュール調整ができたか ②連合会から配信される名簿をもとに、対象者名簿を作成し、管理できているか ③②の名簿から、栄養指導利用者を除外、さらに、町内医療機関受診者で糖尿病治療中の方を抽出、さらに、優先的介入者を選定できたか ④チラシを作成し、計画的に送付できたか	①スケジュール調整できる ②作成できる ③適切である ④作成し、送付できた	①年間計画表の作成 ②対象者台帳の作成 ③しレプトのチェック、打合せ ④チラシ作成。9月、11月、1月に新規対象者に送付					
	連絡票のやりとりのプロセス	⑤本人に手渡し、同意を得たうえで医療機関につなぐことができたか ⑥病院から連絡票の返送がスムーズだったか	⑤直接渡し、説明し同意を得る ⑥スムーズにできる	⑤利用動奨した職員に聞き取り ⑥連絡票の戻り					
ストラクチャー	①介入方法の検討 ②町内医療機関との連携 ③県外医療機関との連携 ④マンパワーの確保 ⑤チラシの準備 ⑥担当スタッフ間の連携	①対象者と目的、方法が決定できたか ②膠原病院と打合せ会の実施、ケアプラン会で優先的介入者の共有ができたか ③県外医療機関との連携方法について情報収集を行い、検討ができたか ④マンパワーは足りたか ⑤対象者に利用動奨する際のチラシが作成できたか ⑥関係スタッフが目共し、連携等を確認しながら事業を進めることができたか	①決定できる ②実施できる ③検討できる ④足りている ⑤作成できる	①関係者ミーティング(保健師・管理栄養士) ②打合せ会の実施資料、ケアプラン会での共有資料 ③電話・メールなどの問合せ備忘録を残す ④利用動奨した職員に聞き取り ⑤作成したチラシ ⑥関係者の打合せ					



## ◆18～39 歳の基本健診事業

## 個別保健事業実施計画 令和6年度

## 保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
18歳以下の基本健診	メタボリックシンドロームに落着いた「健診」を受ける習慣をつけたことで、病気の早期発見・治療に繋げ、自身の健康状態を正しく把握できるようになる	基本健診受診率25%	健診受診時点で18歳～39歳の国保有資格者	<p>推進員による健診の受診勧奨や未受診者への再受診勧奨を通じて、若年期から健診を受けてもらう。</p> <p>・説明会において配布する受診勧奨チラシ等を作成する</p> <p>・18～39歳の国保対象者に地区の推進員が健診の受診勧奨を行った際、受診勧奨チラシの配布と声掛けを行う。</p> <p>・推進員から集めた希望調査の結果をもとに未受診理由を整理し、再度受診勧奨を行う。</p>		構原町	6月～11月	町内の総合健診実施会場	年度末時点の18歳～39歳の国保有資格者数を母体とし、健診受診時点で18歳～39歳の国保有資格者であったものを分子とする基本健診受診率

## 個別保健事業評価計画 令和6年度

事業評価計画				個別保健事業名：18～39歳の基本健診事業（令和6年度）				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	18～39歳の国保有資格者への健診受診勧奨	健診受診率（R6 4月1時点18歳～39歳の国保有資格者数38人うち、学生を除く25人中受診者11人）	25.7%以上 （前年度受診率）	町が実施する集団健診終了時点での健診受診	3月	事業担当	受診率44%	町内在住の若者に限っては集団健診実施日より1ヶ月前に開かれた期に開催することの確保である状況である。今後は健康増進と連携し、集団健診以外の日程において39歳以下の若者が若者健診を受診できる仕組みを作っていく必要がある。
アウトプット	学生を除く未受診者への再受診勧奨数	学生を除く未受診者に再受診勧奨できた数	未受診者本人もしくは家族への再受診勧奨率100%	事業担当による再受診勧奨記録を集計	3月	事業担当	100%	本人もしくは家族に再受診勧奨を行うことができた。その際に未受診理由について整理した。未受診理由は家族や事業実施の趣に参考となるものなので引き続き未受診理由を整理していく。
プロセス	1.対象者名簿を作成 2.健康文化の里づくり推進委員会を開催 3.健康文化の里づくり推進員による受診勧奨を実施。その際、学生であるか否かについて聞き取りを実施してもらうよう依頼 4.健診未受診者に受診勧奨案内を送付 5.担当職員による未受診者への個別訪問・電話による受診勧奨	1.作成できたか 2.3説明会の実施及び対象者名簿がきちんと提出されたか 4.未受診者に受診勧奨案内文書が送付できたか 5.受診に繋がった人の数/訪問や電話で受診勧奨した人数	1.健康増進システムやグループの国保有資格情報を活用し、健診対象者をリストを作成する。 2-3.健康文化の里づくり推進員（健診の概要や受診方法など）について説明会を開催。4.市役所にて対象者を数人に電話案内から訪問。健診受診勧奨説明会を開催を行っている。 4.5.6.団体の健診終了後、未受診者に受診勧奨案内を送付。その後、訪問や電話による受診勧奨を行い1度受診理由を確認する。	1.作成できたか 2.説明会を実施できたか 3.健康文化の里づくり推進員に配布している対象者名簿を確認し、受診勧奨状況と学生かどうかを確認 4.受診勧奨案内を送付できた人の数/学生を除く未受診者 5.個別受診に繋がった人数/受診勧奨者数	10月	事業担当	1.できた 2.できた 3.できた 4.100%（12人/12人） 5.0.0（0人/12人）	4月～10月の間に実施した説明会に12名が参加したが、必要資料が不足していたため、説明会を2回に分けて実施した。説明会に参加できなかった人に対しては、個別に電話や訪問で説明を行った。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。
ストラクチャ	1.役割分担ができたか 2.健康文化の里づくり推進員との連携は図れたか 3.未受診状況を適宜把握したか	1.事業の情報共有ができて適切な対応ができたか 2.連携のために必要な意思疎通が行えていたか 3.担当職員が未受診者を適宜把握し適切な時期に受診案内が行えたか	1.情報共有と役割分担ができる 2.必要な説明と必要な口数設置ができていた 3.事業の進捗管理ができていた	1.仮会が行っているか 2.人員確保ができていたか 3.受診状況の確認・管理	12随時 3.6月・8月・11	1.役割分担し、適切に対応できた 2.できた 3.できた	2.3月の例会に12人が参加し、役割分担を行い、関係部署との連携を図った。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。 3.6月・8月・11月の健康増進委員会に12人が参加し、関係部署との連携を図った。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。また、健康文化の里づくり推進員に配布した名簿に記入してもらった。	

個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容									
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
18歳～39歳の基本健診	メタボリックシンドロームに着目した「健診」を定期的に受けることを通じて、病気の早期発見・治療に繋げ、自身の健康状態を正しく把握できる。	基本健診受診率維持	18歳～39歳の国保有資格者	①健康文化の里づくり推進員と協力して対象者への受診勧奨・受診希望調査を実施する ②事業担当者から未受診者に対して訪問や電話等による再受診勧奨を行い個別受診に繋げる	① ・5月と7月実施予定の説明会に向けて健康管理システムの国保有資格者情報を活用した対象者名簿の作成を行う。 ・5月と7月に健康文化の里づくり推進員に向けて、健診受診勧奨に関する内容等の説明会を実施し、対象者本人もしくは家族への聞き取りを個別訪問により行ってもらう。その際、学生であるか否かについて聞き取りを行ってもらう。この理由として、学生は学校保健安全法に基づき年1回の健康診査が大学等により実施されており、町として「健診を定期的に受ける習慣づくり」が既にできているものと考えたことによるものである。 ・健診に係る情報については保内でも随時情報共有し、事業担当者不在時においても名簿の確認等ができるよう受け入れ体制を整えておく。 ② ・6月・8月・11月に実施する集団健診終了後に受診状況を確認する。 ・全7回の健診のうち、6回目の健診が終了した後の10月頃より未受診となっている方には受診案内を送付する。その後、11月の最後の集団健診を申し込みしていない人に個別訪問や電話による再受診勧奨と未受診理由の聞き取りを事業担当者が行い、11月の集団健診受診に繋げる。 ・令和6年度に、評価支援委員会からの助言をもとに「健診を受ける必要性や所要時間、料金」等を記載した受診勧奨案内の送付を行ったが、未受診者からのよい反応は得られなかったため、令和7年度は、生活習慣病を早期予防しなかった場合に発生する医療費や通院等の所要時間など、人生におけるデメリットに重点を置いた内容が必要だと考えている。 また、健診受診の利便性を図るため構内病院と協議を進め、集団健診だけでなく個別健診も受けることのできる仕組みづくりをすすめていく。	事業担当者	R7.4月～R8.11月	対象者自宅または保健支援センターや電話	基本健診受診率  (基本健診受診者数/R7.4.1時点18歳～39歳の国保有資格者数うち学生を除いた人数)

個別保健事業評価計画 令和7年度

事業評価計画					個別保健事業名：18～39歳の基本健診事業（令和7年度）				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策	
アウトカム	18～39歳の国保有資格者への健診受診勧奨	健診受診率（R6.4.1時点18歳～39歳の国保有資格者数38人うち、学生を除く25人中受診者11人）	25.7%以上 （前年度受診率）	町が実施する集団健診終了時点での健診受診	3月	事業担当			
アウトプット	学生を除く未受診者への再受診勧奨数	学生を除く未受診者に再受診勧奨できた数	未受診者本人もしくは家族への再受診勧奨率100%	事業担当による再受診勧奨記録を集計	3月	事業担当			
プロセス	1.対象者名簿を作成 2.健康文化の里づくり推進説明会を開催 3.健康文化の里づくり推進員による受診勧奨を実施。その際、学生であるか否かについて聞き取りを実施してもらうよう依頼 4.健診未受診者に受診勧奨案内を送付 5.担当職員による未受診者への個別訪問・電話による受診勧奨	1.作成できたか 2.3説明会の実施及び対象者名簿がきちんと提出されたか 4.未受診者に受診勧奨案内文書が送付できたか 5.受診に繋がった人の数/訪問や電話で受診勧奨した人数	1.健康管理システムでのヘルプの国保有資格者情報を正確に、健診対象者を照合作成する。 2.5健康文化の里づくり推進員に健診の概要や受診勧奨説明について説明会を開催し、4月以降までに対象者名簿に記載のある方へ訪問し、健診受診勧奨と受診希望調査を行っていただく。 4.5.6回目の健診終了後、未受診者に受診勧奨案内を送付。その後、訪問や電話による受診勧奨を行い未受診理由等を整理する	1.作成できたか 2.説明会を実施できたか 3.健康文化の里づくり推進員に配布している対象者名簿を確認し、受診勧奨状況と学生かどうかを確認 4.受診勧奨案内を送付できた人の数/学生を除く未受診者 5.個別受診に繋がった人数/受診勧奨者数	10月	事業担当			
ストラクチャー	1.役割分担ができたか 2.健康文化の里づくり推進員との連携は図れたか 3.未受診状況を適宜把握したか	1.事業の情報共有ができ適切な対応が行えたか 2.連携のために必要な意思疎通が行えていたか 3.担当職員が未受診者を適宜把握し適切な時期に受診案内が行えたか	1.情報共有と役割分担ができる 2.必要な説明と必要な窓口設置ができている 3.事業の進捗管理ができている	1.係会が行えているか 2.人員確保ができているか 3.受診状況の確認・管理	1.2随時 3.6月・8月・11月	事業担当			

◆特定健診受診勧奨事業

個別保健事業実施計画 令和6年度

保健事業の実施内容									
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診受診勧奨事業	メタバリックシンドロームに着目した「健診」を定期的に受けることを通じて、病気の早期発見・治療に繋げ、自身の健康状態を正しく把握できる。	対象者の健診受診率60%	40～74歳の国民健康保険者	・健康文化の里づくり推進員と連携し、住民が受診しやすい仕組みづくりに取り組む。 ・未受診理由を確認し、内容に応じて郵送や電話での受診勧奨・声掛けを行い、受診率向上を図る。	1.対象者の名簿作成 2.健康文化の里づくり推進員に対する健診説明会の実施 3.健康文化の里づくり推進員による受診勧奨 40～74歳の国民健康保険者に個別訪問を行い、受診希望調査と受診勧奨を行う。 4.受診者については、健診結果送付と要医療者への対応 健診結果通知を本人に送付、要医療者については病院等の受診勧奨を行う。 5.未受診者については、担当職員より再受診勧奨、情報提供等の協力依頼を行うとともに、未受診理由を整理し、受診率低下についての対策を検討していく。	栲原町健康文化の里づくり推進員	令和6年5月～令和7年3月	栲原町内各健診会場	健診受診率60%以上

個別保健事業評価計画 令和6年度

事業評価計画				個別保健事業名 特定健診受診勧奨事業【令和6年度】				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	健診受診受診率74.8%の維持(受診勧奨)	健診受診率	健診受診率60%以上	法定報告の受診率を確認	3月	事業担当	75.8%見込み	目標達成できた。受診率の推移としては、健康文化の里づくり推進員の取り組みが、受診率の8割以上(75.8%)のうち、65%程度が集団健診を受診しているを占めている。残りの10%程度は医療機関による受診者が要因となっている状況である。引き続き健康文化の里づくり推進員制度に継続して取り組む。
アウトプット	受診勧奨数	健診対象者への受診勧奨数	全ての健診対象者へ受診勧奨ができたか(本人もしくはその家族)	健康文化の里づくり推進員に配布している対象者名簿を確認し、全員に受診勧奨が行えたか確認する	対象者名簿提出日		配布した対象者名簿の聞き取り実施状況100%  聞き取り者数1585人/対象者名簿数1585人	本人もしくは家族に聞き取りが行えており、地域間で受診案内と受診勧奨が行える仕組みができている。引き続き継続して取り組む。
プロセス	1.対象者名簿を作成 2.健康文化の里づくり推進説明会を開催 3.健康文化の里づくり推進員による受診勧奨を実施 4.健診未受診者に受診勧奨案内を送付 5.担当職員による未受診者への個別訪問・電話による受診勧奨	1.作成できたか 2.3説明会の実施及び対象者名簿がきちんと提出されたか 4.未受診者に受診券と案内文書が送付できたか 5.受診に繋がった人の数/訪問・電話で受診勧奨した人数	1.健康情報システムログヘルツの健康有資格情報を活用し、健診対象者名簿を作成する。 2-3.健康文化の里づくり推進員に健診の概要や受診勧奨方法について説明会を実施。 4.切手まで対象者名簿に記載のある方へ訪問し、健診受診勧奨と受診希望調査を行った。 4.6項目の健診終了後、未受診者に受診券と併せて受診勧奨案内を送付 5.1項目の健診終了後、担当職員より市役所の未受診者を中心に個別訪問・電話での受診勧奨を行い、個別医療機関での受診に繋げる。	1.作成できたか 2.説明会を実施できたか 3.健康文化の里づくり推進員に配布している対象者名簿を確認し、受診勧奨状況を確認 4.受診券と併せて受診勧奨案内を送付できた人の数/受診券の未使用者 5.個別受診に繋がった人数/受診勧奨者数	1.4月と7月 2.5月と7月 3.5月と7月 4.10月 5.3月		1.できた 2.できた 3.100%実施(聞き取り者数1585人/対象者名簿数1585人) 4.できた(164/177) 5.できた(19/33)	1.有資格者のシステムログヘルツを活用し、健康有資格者について健康有資格者リストアップを行い、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。 2.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。 3.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。 4.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。 5.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。
ストラクチャー	1.役割分担ができたか 2.健康文化の里づくり推進員との連携は図れたか 3.未受診状況を適宜把握したか 4.医療機関との連携はできたか	1.事業の情報共有ができ適切な対応が行えたか 2.連携のために必要な意思疎通が行えていたか 3.担当職員が未受診者を適宜把握し適切な時期に受診案内が行えたか 4.予約状況を共有し、未受診者をチーム一斉に個別医療機関に案内することができたか	1.情報共有と役割分担ができる 2.必要な説明と必要な窓口設置ができている 3.事業の進捗管理ができている 4.医療機関と情報共有ができる	1.係令が行えているか 2.人員確保ができているか 3.受診状況の確認・管理 4.個別医療機関の反応	1.2随時 3.毎月 4.11月以降		1.2役割分担し、適切に対応できた 3.できた 4.連携がとれた	1.1月1日の集約において役割分担ができて、随時で必要な情報共有が行われている状態に近づいているように感じた。改善が必要な点で連携を強化し、連携強化が実現するよう努める。 2.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。 3.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。 4.5月と7月の健康有資格者リストアップを確認し、健康有資格者リストアップを確認している必要がある。

## 個別保健事業実施計画 令和7年度

### 保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診受診勧奨事業	メタボリックシンドロームに着目した「健診」を定期的に行われることを通じて、病気の早期発見・治療に繋げ、自身の健康状態を正しく把握できる。	特定健診受診率維持	40歳～74歳の 国保有資格者	①健康文化の里づくり推進員と協力して対象者への受診勧奨・受診希望調査を実施し ②事業担当者から未受診者に対して訪問や電話等による再受診勧奨を行い個別受診に繋げる	①・5月と7月実施予定の説明会に向けて健康管理システムの国保有資格者情報を利用した対象者名簿の作成を行う。 ②・5月と7月に健康文化の里づくり推進員による個別受診勧奨に関する内容等の説明会を実施し、対象者本人もしくは家族への聞き取りを個別訪問により行ってもらう。 ・健診に係る情報については係内でも随時情報共有し、事業担当者不在時においても名簿の確認等ができるよう受け入れ体制を整えておく。 ③・毎月国保連合会より報告のある健診受診者名簿を確認する。 ・全7回の健診のうち、6回目の健診が終了した後の10月頃より健診受診券の未使用状況を確認し、対象者である方にはは受診券の送付と併せて11月の集団健診・個別健診の受診案内を送付する。 ・7回目の集団健診実施後、未受診者には事業担当者より訪問や電話による再受診勧奨を行い、医療機関での個別受診に繋げる。その際、過去に事業担当者が実施してきた再受診勧奨者のリストを活用し、電話番号や受診に至らなかった経緯等を参考にしながら再受診勧奨を行う。	事業担当者	R7.4月～ R8.3月末	対象者自宅または保健支援センターや電話	法定報告に基づく特定健診受診率

## 個別保健事業評価計画 令和7年度

事業評価計画				個別保健事業名 特定健診受診勧奨事業【令和7年度】				
評価の 枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価 時期	評価 体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	健診受診受診率74.8%の維持 (受診勧奨)	健診受診率	健診受診率60%以上	法定報告の受診率を確認	3月			
アウトプット	受診勧奨数	健診対象者への受診勧奨数	全ての健診対象者へ受診勧奨 ができたか(本人もしくはその家族)	健康文化の里づくり推進員に配布している対象者名 簿を確認し、全員に受診勧奨が行えたか確認する				
プロセス	1.対象者名簿を作成 2.健康文化の里づくり推進説明会を開催 3.健康文化の里づくり推進員による受診勧奨を 実施 4.健診未受診者へ受診勧奨案内を送付 5.担当職員による未受診者への個別訪問・電 話による受診勧奨	1.作成できたか 2.3説明会の実施及び対象者名簿が きちんと提出されたか 4.未受診者へ受診券と案内文書が送 付できたか 5.受診に賛がった人の数/訪問・電 話で受診勧奨した人数	1.健康管理システムログヘルプの国保有 限情報を利用し、健診対象者名簿を作成す る 2-3.健康文化の里づくり推進員に健診の概 要や受診勧奨方法について説明会を実施。 4.各自で2-3対象者名簿に記載のあの方へ 訪問し、健診受診勧奨を希望者調査を行っ ていただく 4.項目の健診終了後、未受診者へ受診券と 併せて受診勧奨案内を送付 5.7.項目の健診終了後、担当職員より若い世 代の未受診者を中心に電話訪問・電話で の受診勧奨を行い、個別医療機関での受診に 繋げる。	1.作成できたか 2.説明会を実施できたか 3.健康文化の里づくり推進員に配布している対象者 名簿を確認し、受診勧奨状況を確認 4.受診券と併せて受診勧奨案内を送付できた人の 数/受診券の未使用者 5.個別受診に繋がった人数/受診勧奨者数	1.4月と7月 2.5月と7月 3.5月と7月 4.10月 5.3月	事業担当		
ストラクチャー	1.役割分担ができたか 2.健康文化の里づくり推進員との連携は図れたか 3.未受診状況を適宜把握したか 4.医療機関との連携はできたか	1.事業の情報共有ができ適切な対 応が行えたか 2.連携のために必要な意思疎通が 行えていたか 3.担当職員が未受診者を適宜把握し 適切な時期に受診案内が行えたか 4.予約状況を共有し、未受診者をス ムーズに個別医療機関に案内するこ とができたか	1.情報共有と役割分担ができる 2.必要な説明と必要な窓口設置 ができている 3.事業の進捗管理ができている 4.医療機関と情報共有ができる	1.係会が行えているか 2.人員確保ができているか 3.受診状況の確認・管理 4.個別医療機関の反応	1.2随時 3.毎月 4.11月以降			

V 高知県における共通指標と保険者努力支援制度（取組評価分）市町村分の状況

●高知県の共通指標															
項目		共通指標と目標値								現状値（R4年度実績：Ⅲ計画全体参照）					
特定健診・特定保健指導	特定健診受診率	60%								72.70%					
	特定保健指導実施率	60%								25.90%					
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少									0人					
	特定健診受診者でHbA1c8.0%以上の者の割合の減少									0.63%					
医薬品の適正使用の推進	後発医薬品使用割合の増加	80%以上								85.3%					
	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									57人					
	多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること									5人					

区分	指標	令和6年度 保険者努力支援制度		令和7年度 保険者努力支援制度		令和8年度 保険者努力支援制度		令和9年度 保険者努力支援制度		令和10年度 保険者努力支援制度		令和11年度 保険者努力支援制度		令和12年度 保険者努力支援制度	
		獲得点	配点	獲得点	配点	獲得点	配点	獲得点	配点	獲得点	配点	獲得点	配点	獲得点	配点
共通①	(1) 特定健康診査受診率	50	50												
	(2) 特定保健指導実施率	0	50												
共通③	発症予防・重症化予防の取組	60	70												
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	15	85												
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進等の取組	70	140												
	(2) 後発医薬品の使用割合														
小計		195	395	0		0		0		0		0		0	
上記以外の指標		289	445	0		0		0		0		0		0	
合計		484	840												

## VI その他

### (1) データヘルス計画の評価・見直し

#### ①評価の時期

計画に掲げた目的・目標の達成状況について、毎年度進捗確認を行い、令和 8 年度には中間評価、令和 11 年度には最終評価を行う。

評価する実績値は、評価時点において直近で把握できる年度の集計値を用いる。

#### ②評価方法・体制

「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」で用いられた「目標の評価」の方法で行う。中・長期目標、短期目標、個別保健事業の目標について、各目標に掲げた指標の経年結果データを抽出し、策定時と直近時の比較したうえで、A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）、C（変わらない）、D（悪化している）、E（判定不能）といったように複数のレベルで評価する。

特に個別保健事業については成功要因・未達要因を整理し、見直し改善として次期計画につなぐ。（図表 33）

この評価・見直し報告書を通じて庁内や関係機関・団体との連携を強化するとともに、共通認識をもって引き続き課題解決に取り組むものとする。

**図表 33** 個別保健事業等の評価

※判定基準  
 H5年から直近R10年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する  
 A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）  
 C（変わらない）、D（悪化している）E（判定不能）

目 的									
事業内容									
評 価	評価指標	目標値	指標の変化						※判定
			R5	R6	R7	R8	R9	R10	
	アウトカム								
アウトプット									
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください								
継続等について	<input type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期 計画の方向性									

## (2) データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、梶原町の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するため報告書を作成する。

また、国保梶原病院等に計画を配布し、医療機関等への周知を行う。

## (3) 個人情報の取扱い

梶原町における個人情報の取り扱いは、個人情報の保護に関する法律のガイドライン（行政機関等編）に基づくものとする。

## (4) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

### ①地域で被保険者を支える連携の促進

- ・地域包括ケアシステムに資する地域のネットワークへの国保部局として参画
- ・個々の国保被保険者に係る保健活動・保健事業の実施状況の地域の医療・介護・福祉サービス関係者との情報共有の仕組みづくり

### ②課題を抱える被保険者層の分析

- ・KDB等を活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出（Ⅱ健康医療情報等の分析と課題 図表10介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】）

### ③地域で被保険者を支える事業の実施

- ・国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の支援の実施
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する取組み
- ・後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施や、介護保険部門と連携した、介護予防の観点も盛り込んだ生活習慣病予防教室や個別健康教室の実施

### ④国保梶原病院との定例会の実施

### ⑤評価について

連携参加状況、分析内容の検討（分析項目疾患など）

図表 34

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】																	橋原町			
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	年 齢		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度					
	40～64歳		348		339		328		276		260		246		240					
	65～74歳		559		557		547		560		568		581		575					
	75歳以上		1,017		1,000		992		964		954		945		962					
	合 計		1,924		1,896		1,867		1,800		1,782		1,772		1,777					
認定者数	40～64歳		3		3		2		1		1		1		0					
	65～74歳		12		9		14		15		14		11		11					
	75歳以上		225		211		210		212		208		205		197					
	合 計		240		223		226		228		223		217		208					
認定率(認定者数/被保険者数)	40～64歳		0.9%		0.9%		0.6%		0.4%		0.4%		0.4%		0.0%					
	65～74歳		2.1%		1.6%		2.6%		2.7%		2.5%		1.9%		1.9%					
	75歳以上		22.1%		21.1%		21.2%		22.0%		21.8%		21.7%		20.5%					
	合 計		12.5%		11.8%		12.1%		12.7%		12.5%		12.2%		11.7%					
有 病 状 況	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	トレンド検定		
		循環器疾患	脳血管疾患	40～64歳	2	66.7%	2	66.7%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.623
				65～74歳	7	58.3%	5	55.6%	10	71.4%	11	73.3%	11	78.6%	9	81.8%	9	81.8%	P値(増加)	0.075
				75歳以上	131	58.2%	127	60.2%	118	56.2%	116	54.7%	114	54.8%	110	53.7%	105	53.3%	P値(減少)	0.108
				合 計	140	58.3%	134	60.1%	129	57.1%	127	55.7%	125	56.1%	120	55.3%	114	54.8%	P値(減少)	0.230
		再掲	脳出血	40～64歳	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.741
				65～74歳	3	25.0%	2	22.2%	5	35.7%	5	33.3%	7	50.0%	5	45.5%	6	54.5%	P値(増加)	0.056
				75歳以上	25	11.1%	29	13.7%	25	11.9%	26	12.3%	23	11.1%	24	11.7%	27	13.7%	P値(増加)	0.813
				合 計	29	12.1%	32	14.3%	30	13.3%	31	13.6%	30	13.5%	30	13.8%	33	15.9%	P値(増加)	0.392
		脳梗塞	40～64歳	1	33.3%	1	33.3%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.684	
65～74歳	6		50.0%	5	55.6%	8	57.1%	9	60.0%	8	57.1%	6	54.5%	8	72.7%	P値(増加)	0.400			
75歳以上	119		52.9%	113	53.6%	106	50.5%	102	48.1%	102	49.0%	98	47.8%	90	45.7%	P値(減少)	0.059			
合 計	126		52.5%	119	53.4%	115	50.9%	111	48.7%	110	49.3%	105	48.4%	98	47.1%	P値(減少)	0.120			
虚血性心疾患	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	65～74歳	4	33.3%	2	22.2%	3	21.4%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	* 0.001			
	75歳以上	62	27.6%	61	28.9%	61	29.0%	59	27.8%	57	27.4%	63	30.7%	53	26.9%	P値(増加)	0.982			
	合 計	66	27.5%	63	28.3%	64	28.3%	61	26.8%	57	25.6%	63	29.0%	53	25.5%	P値(減少)	0.655			
腎不全	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.124			
	65～74歳	1	8.3%	1	11.1%	3	21.4%	2	13.3%	1	7.1%	1	9.1%	2	18.2%	P値(増加)	0.884			
	75歳以上	30	13.3%	30	14.2%	79	37.6%	91	42.9%	86	41.3%	86	42.0%	77	39.1%	P値(増加)	* 0.000			
	合 計	31	12.9%	31	13.9%	83	36.7%	94	41.2%	88	39.5%	87	40.1%	79	38.0%	P値(増加)	* 0.000			
人工透析	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	65～74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	75歳以上	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.5%	4	2.0%	P値(増加)	* 0.018			
	合 計	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	1	0.5%	4	1.9%	P値(増加)	* 0.018			
血管疾患	再掲合併症	糖尿病	40～64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%			
			65～74歳	3	25.0%	2	22.2%	4	28.6%	5	33.3%	6	42.9%	5	45.5%	6	54.5%	P値(増加)	0.052	
			75歳以上	65	28.9%	69	32.7%	67	31.9%	74	34.9%	68	32.7%	70	34.1%	79	40.1%	P値(増加)	* 0.031	
			合 計	71	29.6%	74	33.2%	73	32.3%	80	35.1%	75	33.6%	76	35.0%	85	40.9%	P値(増加)	* 0.022	
	腎症	40～64歳	2	66.7%	2	66.7%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.741		
		65～74歳	1	8.3%	1	11.1%	1	7.1%	2	13.3%	2	14.3%	2	18.2%	1	9.1%	P値(増加)	0.614		
		75歳以上	5	2.2%	4	1.9%	3	1.4%	4	1.9%	4	1.9%	4	2.0%	4	2.0%	P値(減少)	0.990		
		合 計	8	3.3%	7	3.1%	6	2.7%	7	3.1%	7	3.1%	6	2.8%	5	2.4%	P値(減少)	0.614		
	網膜症	40～64歳	1	33.3%	2	66.7%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.734		
		65～74歳	1	8.3%	1	11.1%	1	7.1%	2	13.3%	2	14.3%	2	18.2%	2	18.2%	P値(増加)	0.325		
75歳以上		7	3.1%	8	3.8%	9	4.3%	10	4.7%	8	3.8%	9	4.4%	10	5.1%	P値(増加)	0.358			
合 計		9	3.8%	11	4.9%	12	5.3%	13	5.7%	11	4.9%	11	5.1%	12	5.8%	P値(増加)	0.431			
神経障害	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	65～74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	75歳以上	2	0.9%	2	0.9%	4	1.9%	5	2.4%	4	1.9%	3	1.5%	3	1.5%	P値(増加)	0.492			
	合 計	2	0.8%	2	0.9%	4	1.8%	5	2.2%	4	1.8%	3	1.4%	3	1.4%	P値(増加)	0.485			
高血圧	40～64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%					
	65～74歳	9	75.0%	6	66.7%	10	71.4%	11	73.3%	10	71.4%	10	90.9%	10	90.9%	P値(増加)	0.175			
	75歳以上	195	86.7%	186	88.2%	188	89.5%	189	89.2%	187	89.9%	181	88.3%	179	90.9%	P値(増加)	0.243			
	合 計	207	86.3%	195	87.4%	200	88.5%	201	88.2%	198	88.8%	192	88.5%	189	90.9%	P値(増加)	0.156			
脂質異常症	40～64歳	2	66.7%	2	66.7%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.253			
	65～74歳	7	58.3%	5	55.6%	8	57.1%	8	53.3%	10	71.4%	9	81.8%	9	81.8%	P値(増加)	0.071			
	75歳以上	111	49.3%	110	52.1%	113	53.8%	123	58.0%	122	58.7%	131	63.9%	128	65.0%	P値(増加)	* 0.000			
	合 計	120	50.0%	117	52.5%	123	54.4%	132	57.9%	133	59.6%	141	65.0%	137	65.9%	P値(増加)	* 0.000			
高尿酸血症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	65～74歳	2	16.7%	3	33.3%	3	21.4%	3	20.0%	2	14.3%	1	9.1%	2	18.2%	P値(減少)	0.455			
	75歳以上	50	22.2%	48	22.7%	49	23.3%	59	27.8%	53	25.5%	43	21.0%	52	26.4%	P値(増加)	0.471			
	合 計	52	21.7%	51	22.9%	52	23.0%	62	27.2%	55	24.7%	44	20.3%	54	26.0%	P値(増加)	0.527			
血管疾患合計	40～64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%					
	65～74歳	11	91.7%	8	88.9%	14	100.0%	15	100.0%	14	100.0%	11	100.0%	11	100.0%	P値(増加)	0.062			
	75歳以上	214	95.1%	203	96.2%	204	97.1%	207	97.6%	202	97.1%	197	96.1%	190	96.4%	P値(増加)	0.540			
	合 計	228	95.0%	214	96.0%	220	97.3%	223	97.8%	217	97.3%	209	96.3%	201	96.6%	P値(増加)	0.354			
認知症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	65～74歳	2	16.7%	2	22.2%	5	35.7%	6	40.0%	5	35.7%	4	36.4%	3	27.3%	P値(増加)	0.420			
	75歳以上	132	58.7%	118	55.9%	123	58.6%	127	59.9%	127	61.1%	117	57.1%	111	56.3%	P値(減少)	0.917			
	合 計	134	55.8%	120	53.8%	128	56.6%	133	58.3%	132	59.2%	121	55.8%	114	54.8%	P値(増加)	0.827			
筋・骨格疾患	40～64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	* 0.041			
	65～74歳	8	66.7%	5	55.6%	11	78.6%	13	86.7%	13	92.9%	11	100.0%	10	90.9%	P値(増加)	* 0.005			
	75歳以上	216	96.0%	205	97.2%	205	97.6%	207	97.6%	202	97.1%	196	95.6%	188	95.4%	P値(減少)	0.456			
	合 計	227	94.6%	213	95.5%	218	96.5%	221	96.9%	216	96.9%	207	95.4%	198	95.2%	P値(増加)	0.732			
歯肉炎歯周病	40～64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	* 0.041			
	65～74歳	9	75.0%	6	66.7%	10	71.4%	11	73.3%	10	71.4%	8	72.7%	7	63.6%	P値(減少)	0.738			
	75歳以上	116	51.6%	115	54.5%	116	55.2%	122	57.5%	123	59.1%	126	61.5%	132	67.0%	P値(増加)	* 0.000			
	合 計	128	53.3%	124	55.6%	128	56.6%	134	58.8%	134	60.1%	134	61.8%	139	66.8%	P値(増加)	* 0.001			
※医療保険が〇〇市の国保又は後期である介護認定者のみ集計																				