

# 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)

椿原町

## 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

### もくじ

#### 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

#### 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

#### 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

#### IV 個別の保健事業

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
---------------------------------------	----

#### 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

#### 別添

データヘルス計画概要図

## 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】

梼原町においては、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P D C A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）**

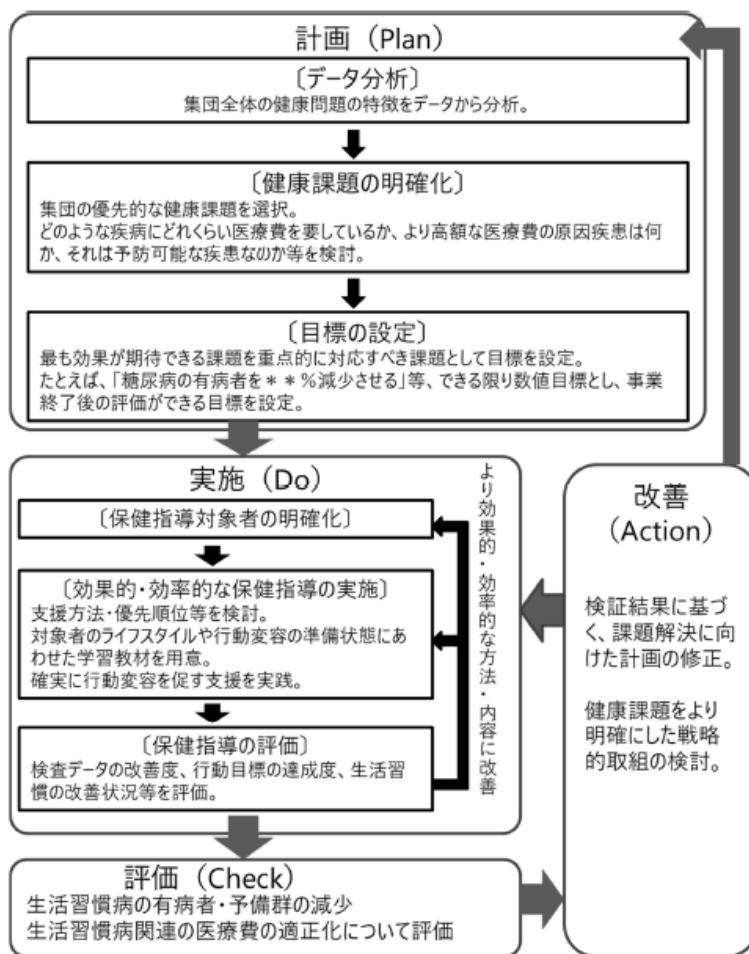
平成30年4月には都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となった。

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K P I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



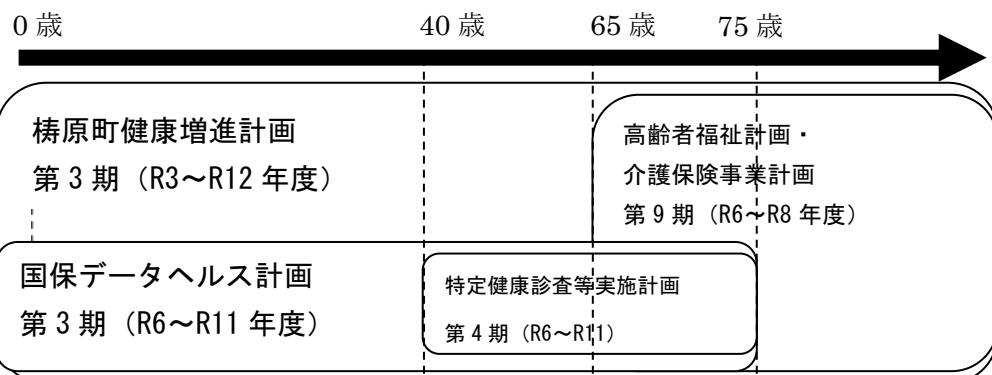
出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

## 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



### ③ 実施体制・関係者連携

#### ○市町村の役割

- ・ 庁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。
- ・ 都道府県の関与は樋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的人材育成をする。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

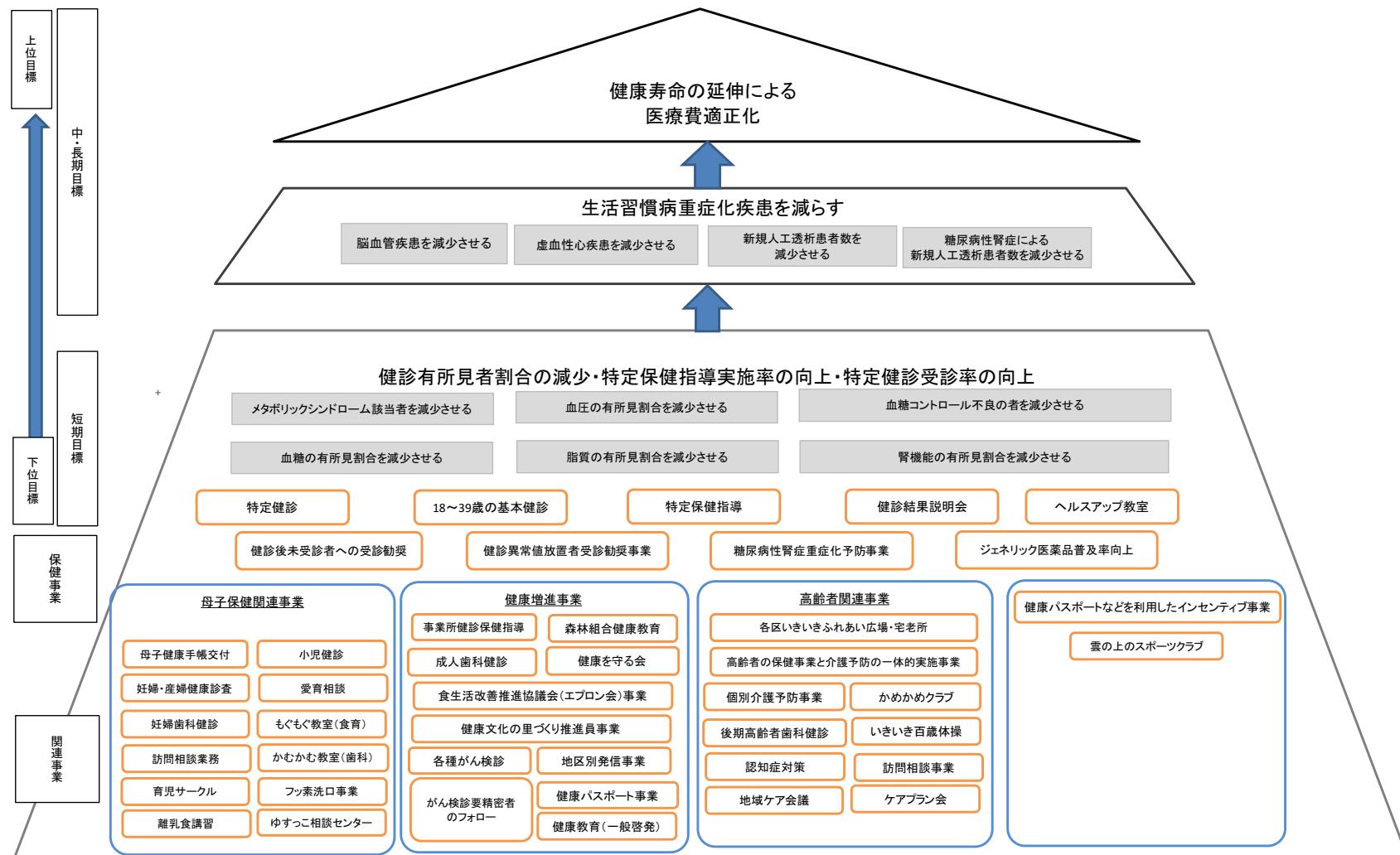
構成市町村の意見を聴き、後期高齢者データヘルス計画の策定を進める。

#### ○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

梼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、梼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、梼原町食生活改善推進協議会、健康文化の里づくり推進員、梼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
梼原町	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

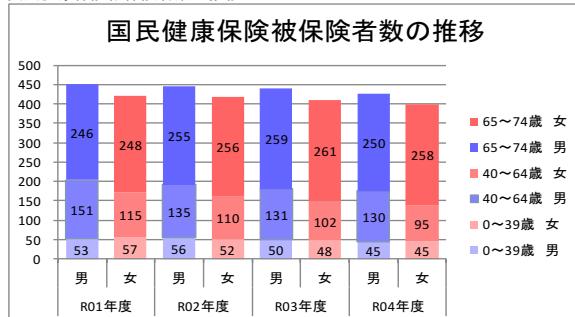
図表5 人口及び被保険者の状況

	梼原町				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	10~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~74歳	75歳以上	合計	再掲	65歳以上	合計	再掲	
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期評価結果より樋原町において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。

樋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	評価終年モニタリング								判定
		指標	平成28年 (策定期)	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
			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
	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 ②HbA1c 5.7～8.0%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(40歳以上で血圧が高い方(140/90～170/100mmHg) ※Gは28～29年度のみ ※H30以降は保健指導対象者以外は70歳以下に統一)	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 対象後医療機関レセプトのある方 ※通知後1人	22/59人 3人 ※通知後1人	未実施	未実施	未実施	21/21人 11人	22/22人 11人	10/10人 5人	B
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	
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	受診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子とし、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勧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、関心をもつてもらう必要がある。</li> </ul>	<p>マンパワー不足でも利用勧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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回面談勧奨率の維持・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>	<p>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。</p>	<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勧奨事業	<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>未受診者への受診勧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>	<p>未受診者が受診につながるように、早期の受診勧奨を行えるようにしていく必要がある。</p>	<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勧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>受診勧奨を行っても、受診につながらない対象者がいたり、栄養指導の利用勧奨を行っても、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が限られている。</li> </ul>	<p>受診勧奨・栄養指導利用勧奨率を挙げられるよう、年間スケジュールや対象者管理办法を見直していく。</p>	<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、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て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>	<p>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。</p>	<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つたが、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はなく、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>	<p>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。</p>	<p>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。</p>
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>	<p>勧奨チラシを工夫し、受診しやすい環境づくりを進める。</p>	<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

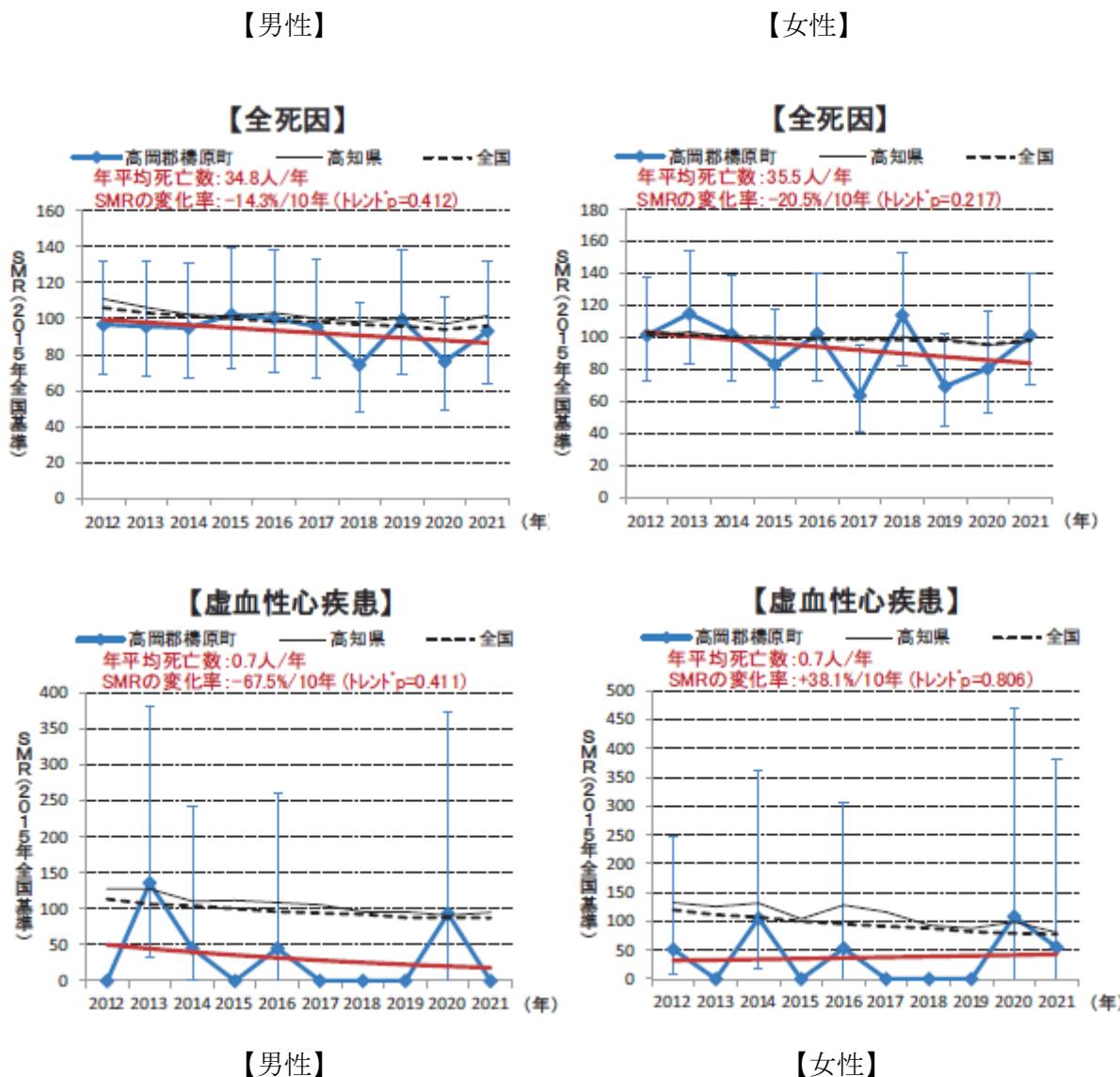
### ①健康・医療情報の分析

- ・死亡

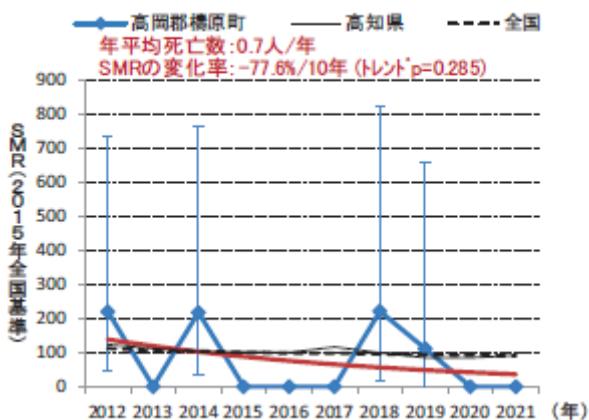
主要死因別標準化比(SMR)の2012年から2021年の推移において、2015年全国基準を100とした場合、男女ともに脳内出血、脳梗塞による死亡は県・全国と比較しても低く、減少傾向にある。虚血性心疾患は男女ともに県・全国と比較しても低いが、女性はわずかに増加傾向にある。腎不全による死亡は女性において県・全国と比較し高くなっている、増加傾向にある。

(図表7)

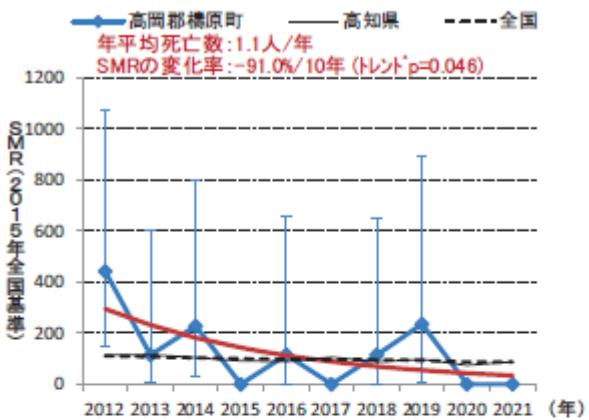
**図表7 主要死因別標準化死亡比(SMR)の推移 2012~2021年  
2015年全国基準(=100)**



### 【脳内出血】



### 【脳内出血】



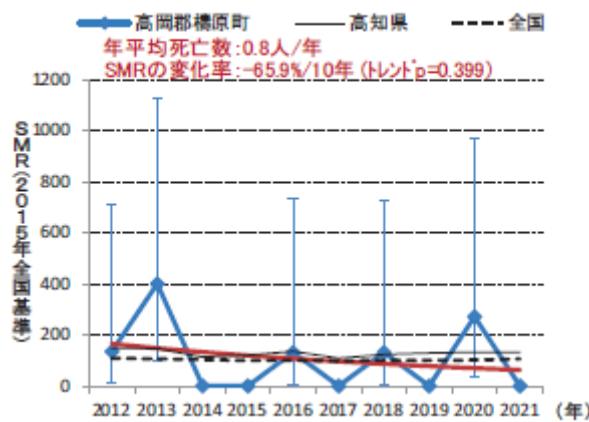
### 【脳梗塞】



### 【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、梼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)

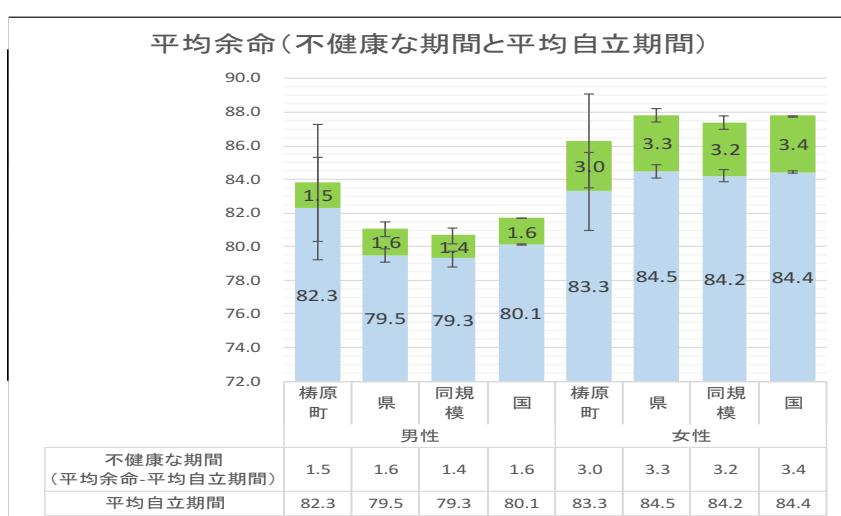
本町全体で脳血管疾患による死亡は減少したと前述したが、介護認定者の有病状況をみると、重症化した循環器疾患では脳血管疾患有する人の割合が54.8%と高く、その内訳は脳梗塞が47.1%、脳出血が15.9%となっている。特に65~74歳の1号保険者では脳血管疾患の割合が8割以上となっている。そのリスク因子となる基礎疾患では高血圧が90.9%、脂質異常症が65.9%、糖尿病が40.9%であった。生活習慣病の基礎疾患である高血圧と糖尿病を予防することで発症を防ぐことができるため、早期発見・早期治療と重症化予防への取組みが重要である。(図表10)

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、梼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と考えられる。

(図表12)

図表8



KDB\_地域の全体像の把握より集計

図表 9

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	
認定率		0.0%		2.4%		24.1%		15.1%	
認定者数		0人		15人		217人		232人	
新規認定者数 ※2		0人		4人		34人		38人	
介護度別 人數・割合	介護度	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%
	要支援2	0	#DIV/0!	1	6.7%	14	6.5%	15	6.5%
	要介護1	0	#DIV/0!	2	13.3%	44	20.3%	46	19.8%
	要介護2	0	#DIV/0!	3	20.0%	38	17.5%	41	17.7%
	要介護3	0	#DIV/0!	2	13.3%	55	25.3%	57	24.6%
	要介護4	0	#DIV/0!	5	33.3%	30	13.8%	35	15.1%
	要介護5	0	#DIV/0!	2	13.3%	21	9.7%	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		
(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
	循環器疾患	脳血管疾患	0	#DIV/0!	9	81.8%	105	53.3%	114	54.8%
		脳出血	0	#DIV/0!	6	54.5%	27	13.7%	33	15.9%
		脳梗塞	0	#DIV/0!	8	72.7%	90	45.7%	98	47.1%
		虚血性心疾患	0	#DIV/0!	0	0.0%	53	26.9%	53	25.5%
		腎不全	0	#DIV/0!	2	18.2%	77	39.1%	79	38.0%
		人工透析	0	#DIV/0!	0	0.0%	4	2.0%	4	1.9%
	血管疾患	糖尿病	0	#DIV/0!	6	54.5%	79	40.1%	85	40.9%
		腎症	0	#DIV/0!	1	9.1%	4	2.0%	5	2.4%
		網膜症	0	#DIV/0!	2	18.2%	10	5.1%	12	5.8%
		神経障害	0	#DIV/0!	0	0.0%	3	1.5%	3	1.4%
		高血圧	0	#DIV/0!	10	90.9%	179	90.9%	189	90.9%
		脂質異常症	0	#DIV/0!	9	81.8%	128	65.0%	137	65.9%
		高尿酸血症	0	#DIV/0!	2	18.2%	52	26.4%	54	26.0%
		血管疾患合計	0	#DIV/0!	11	100.0%	188	95.4%	199	95.7%
認知症		0	#DIV/0!	3	27.3%	111	56.3%	114	54.8%	
筋・骨格疾患		0	#DIV/0!	10	90.9%	188	95.4%	198	95.2%	
歯肉炎歯周病		0	#DIV/0!	7	63.6%	132	67.0%	139	66.8%	

※医療保険が樋原町の国保又は後期である介護認定者のみ集計

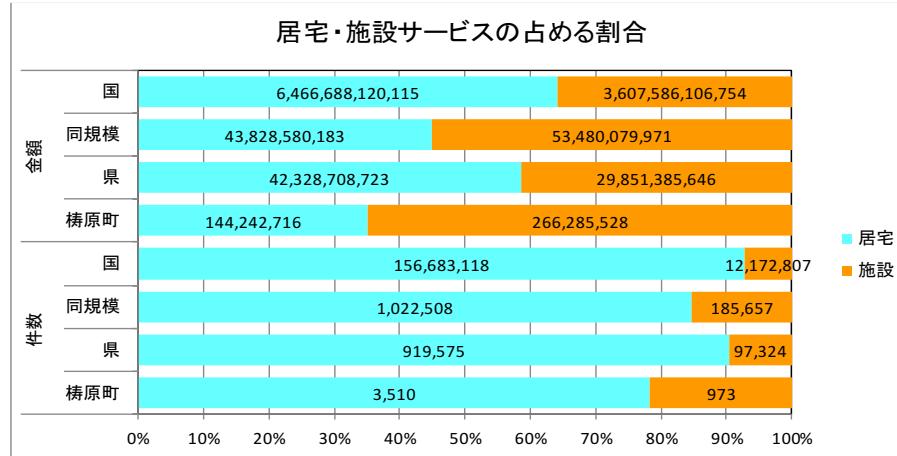
図表 11

単位：円

要介護度別介護給付費の比較(男女別)														
	男性	構原町		1件当たり給付費				女性	構原町		1件当たり給付費			
		総給付費	総件数	構原町	県	同規模	国		総給付費	総件数	構原町	県	同規模	国
全 体	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
	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
	構原町										構原町			
	男性	構原町		1件当たり給付費				女性	構原町		1件当たり給付費			
4 0 5 6 4 歳	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
	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	74,938
	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
6 5 5 7 4 歳 以上	男性	構原町		1件当たり給付費				女性	構原町		1件当たり給付費			
	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	37,806	要介護2	200,240	6	33,373	41,493	40,328	37,466
	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
7 5 歳 以 上	男性	構原町		1件当たり給付費				女性	構原町		1件当たり給付費			
	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	6,558,585	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・外来とともに1人あたり点数が高く、その要因として一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、透析などが上乗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、梼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	梼原町	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)

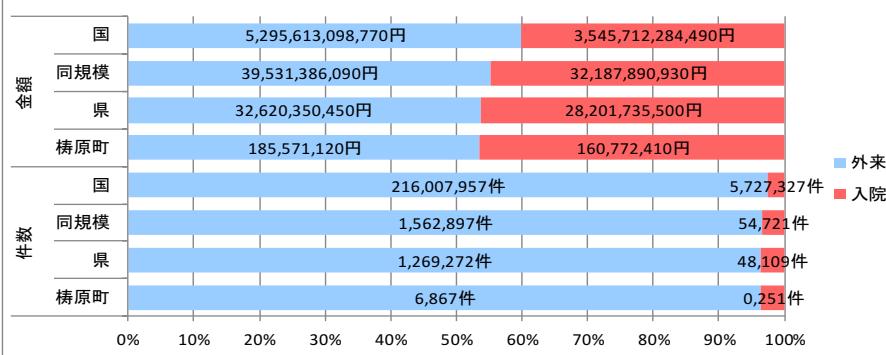
	外来	梼原町	県	同規模	国
A	1人当たり件数	8,39487	8,35839	8,00911	8,75927
B	1件当たり日数	1.44	1.48	1.36	1.49
C	1日当たり点数	1,877	1,731	1,854	1,650
ABC	1人当たり点数	22,686	21,481	20,258	21,474

※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

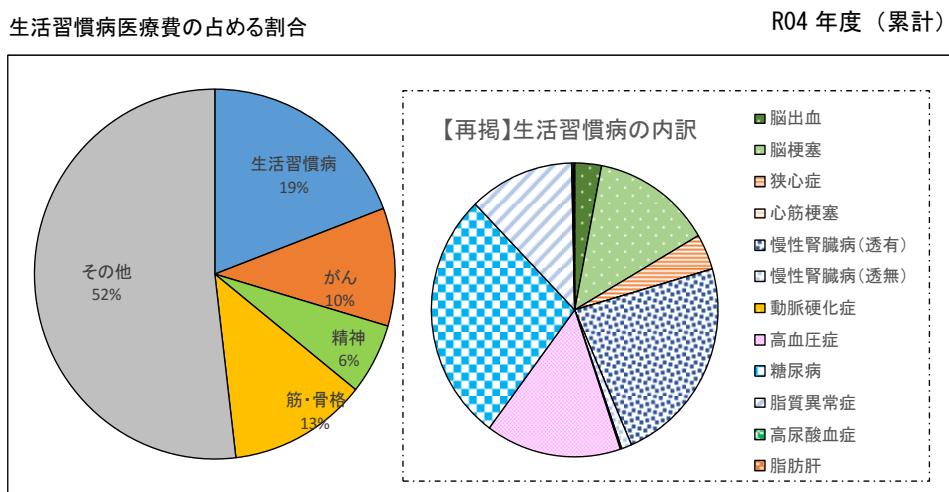
図表 14

R04 年度 (累計)

入院・外来の占める割合



図表 15



(円)

	梼原町	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

※KDB\_疾病別医療費分析(細小(82)分類)より集計

総計

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】

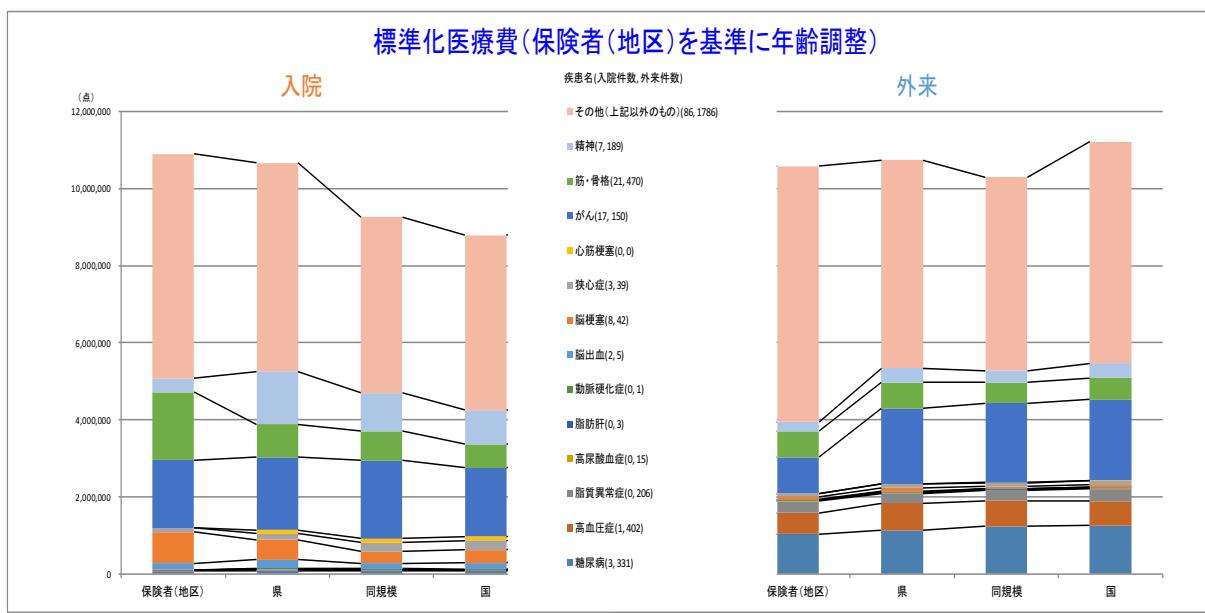
生活習慣病について標準化医療費の国との差を見ると、男性では入院・外来ともに脳梗塞、筋・骨格が高い。女性の外来では糖尿病、脂質異常症、脳出血、狭心症が高くなっている。入院では筋・骨格、精神が高い。

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)

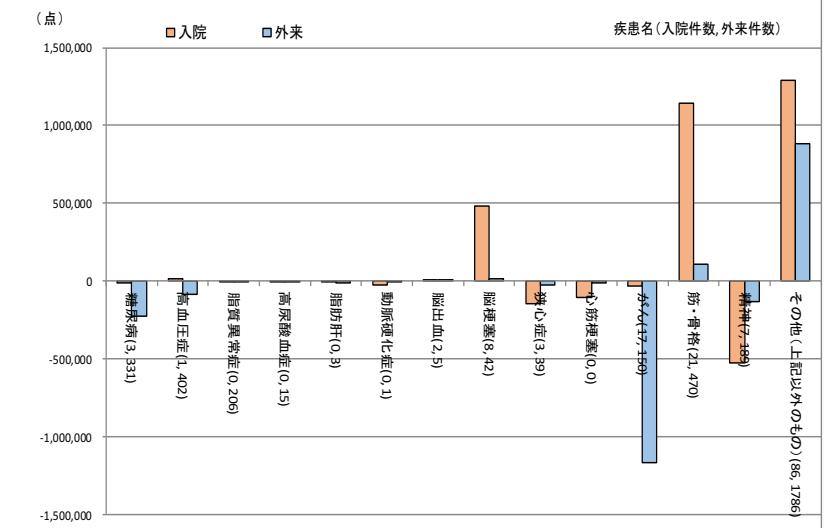
図表 21

疾病別医療費分析（生活習慣病）高知県 R04 年度（累計）

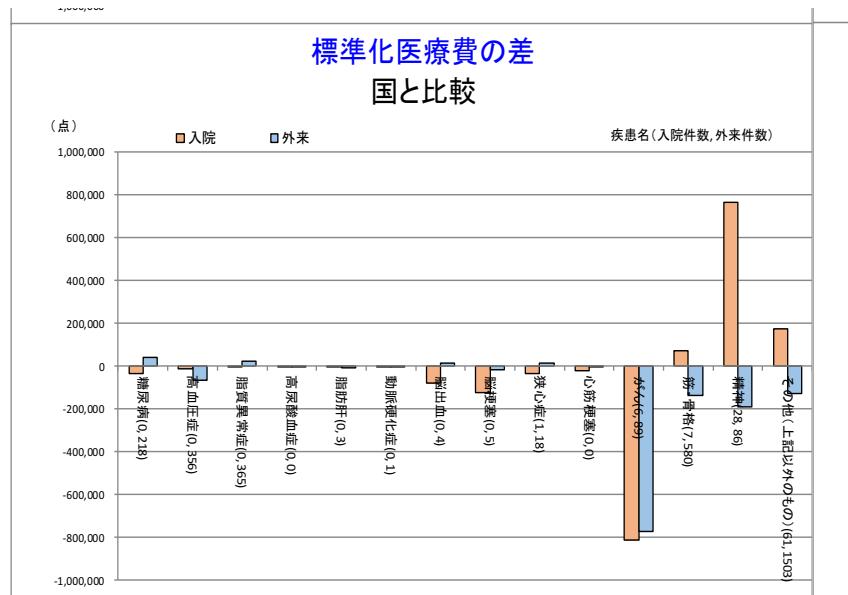
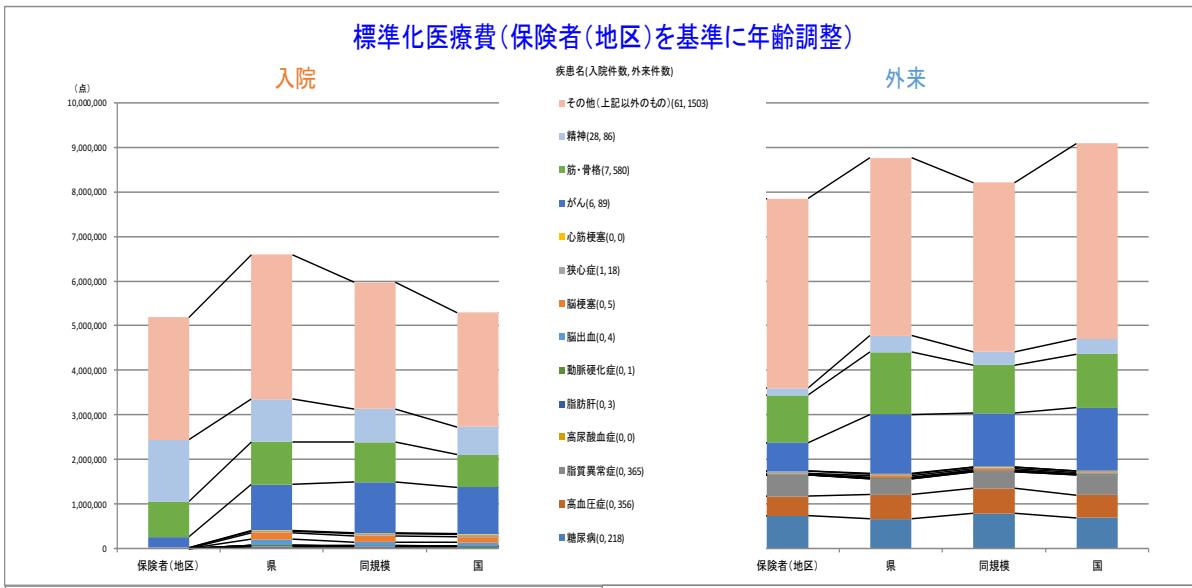
男性 0~74 歳



### 標準化医療費の差 国と比較



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]																				
梼原町 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)					
			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)			
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)		
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))により計算。

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(期待給点数)			標準化医療費(期待給点数)			標準化医療費の差			標準化医療費の比(地域差指指数)			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	60,886	78,483		4	4	5	-51,724	-61,746	-73,343	0.09	0.08	0.07	0.54	0.47	0.43			
												標準化医療費(期待給点数)			標準化医療費(期待給点数)			標準化医療費の差			標準化医療費の比(地域差指指数)		
入院・外来	性別	疾患名	保険者(地区)			標準化医療費(期待給点数)			標準化医療費(期待給点数)			標準化医療費の差			標準化医療費の比(地域差指指数)			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	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))により計算。

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(生智)-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%と低いが、それ以外の年代では概ね70%を超えていている。受診率は、男女ともに55歳代から伸びる傾向にある。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)

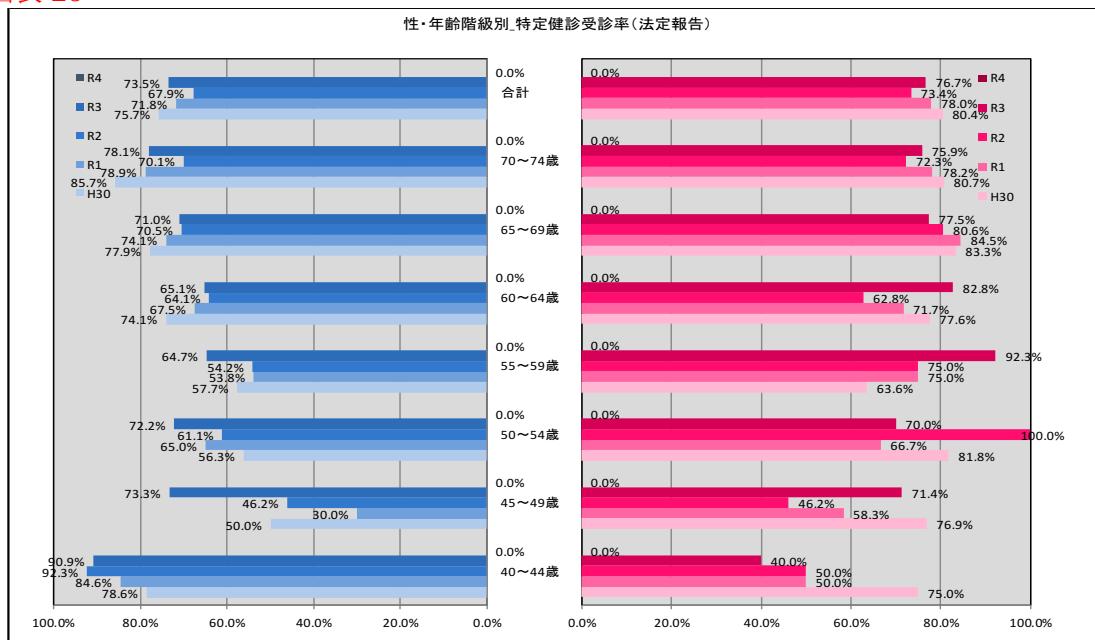
図表24

男	H30			R1			R2			R3			R4		
	対象者	受診者	受診率												
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												
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%

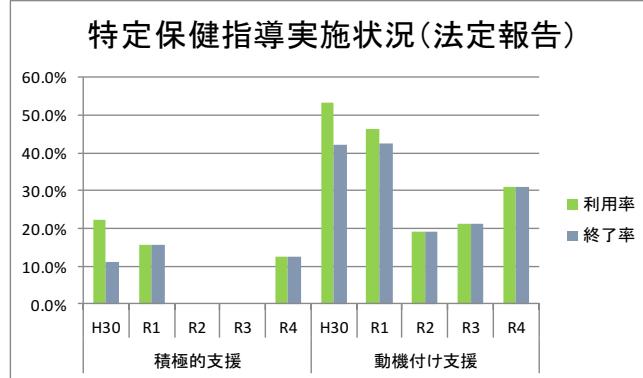
図表 25



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中、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歳の腹団とクレアチニン、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

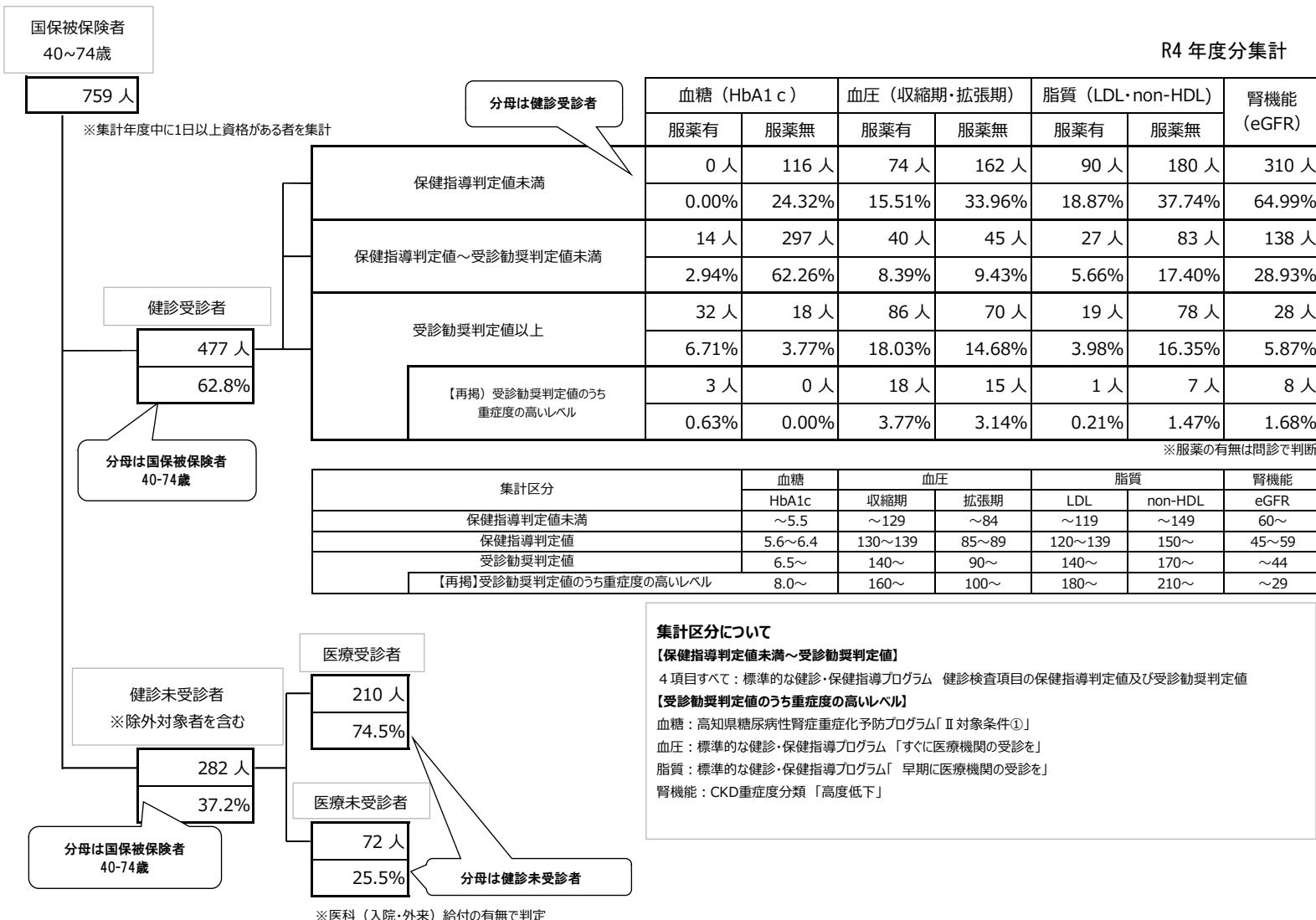
R4年度分集計

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				
腹団(85cm以上)	127	54.5				12	63.2		13	50.0		53	54.6		49	53.8		89	54.9				
腹団のみ該当者			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			
(再)腹団該当者の有所見重複状況	予備群	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
	該当者	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
	該当者	●	●			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
	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				
腹団(90cm以上)	65	28.9				2	22.2		7	31.8		26	28.3		30	29.4		51	29.7				
腹団のみ該当者			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			
(再)腹団該当者の有所見重複状況	予備群	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
	該当者	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
	該当者	●	●			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
	計					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
						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 分母は腹団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: 桥原町

作成年月: R04年度

性別	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%	65.5%	*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)	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	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	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	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																				拡張期血圧							
			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%	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%	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)												眼底検査※							
			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、腹団、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 保険者名: 桥原町 地区: 0		質問票調査の状況【補足】ver.3.6 (男女別・年齢調整) 総人数は該質問に回答した人数計												作成年月: R04年度(累計)										
生活習慣等	単位: %	40～64歳												65～74歳										
		総人數	該當者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.				総人數	該當者割合				年齢調整割合				
			地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国	(基準) (=100)	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)	地域	地域	同規模	県	全国	(基準) (=100)	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)
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%	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%	7.94	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%	27.7%	19.3%	29.0%	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	*285.5	227.7	162 8.6%	10.3%	8.4%	10.2%	8.9%	10.4%	8.4%	10.2%	84.4%	104.5%	86.8	
	既往歴・慢性腎臓病・腎不全	71 1.4%	0.7%	0.7%	1.4%	0.7%	0.7%	1.4%	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%	*12.0	
	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%	47.0%	52.5%	48.3%	44.5%	47.6%	98.4%	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%	85.5%	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%	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		
	週15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%	7.5%	7.5%	7.5%	78.5%	79.1%	79.9	
	毎日飲酒	71 42.3%	38.8%	44.1%	35.7%	42.8%	38.7%	38.7%	37.0%	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%	4.3%	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%	32.0%	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 9.6%	16.7%	7.8%	18.2%	9.5%	16.7%	7.8%	18.2%	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%	26.4%	27.3%	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%	45.9%	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	
	改善意欲ありかつ始めた	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	
	保健指導利用なし	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%	63.0%	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%	16.7%	18.4%	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 6.3%	5.7%	57.1%	64.1%	5.6%	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%	28.9%	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	単位: %	総数(40~74歳)											
		総人數		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)
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: 桥原町  
 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)

総人数は当該質問に回答した人数計

ページ: 2/4

単位: %	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			
		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	
	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	
	週3回以上朝食を抜く	53	18.9%	11.6%	13.0%	21.1%	11.6%	13.3%	15.3%	17.0.1	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%	81.9	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	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)												
		総人數		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) (=100)	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)	
女性	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%	46.6%	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%	0.5%	1.4%	0.6%	0.6%	0.5%	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(生管)-一般-014)(研究代表:横山徹爾)

## ②.健康課題の抽出・明確化

樋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)

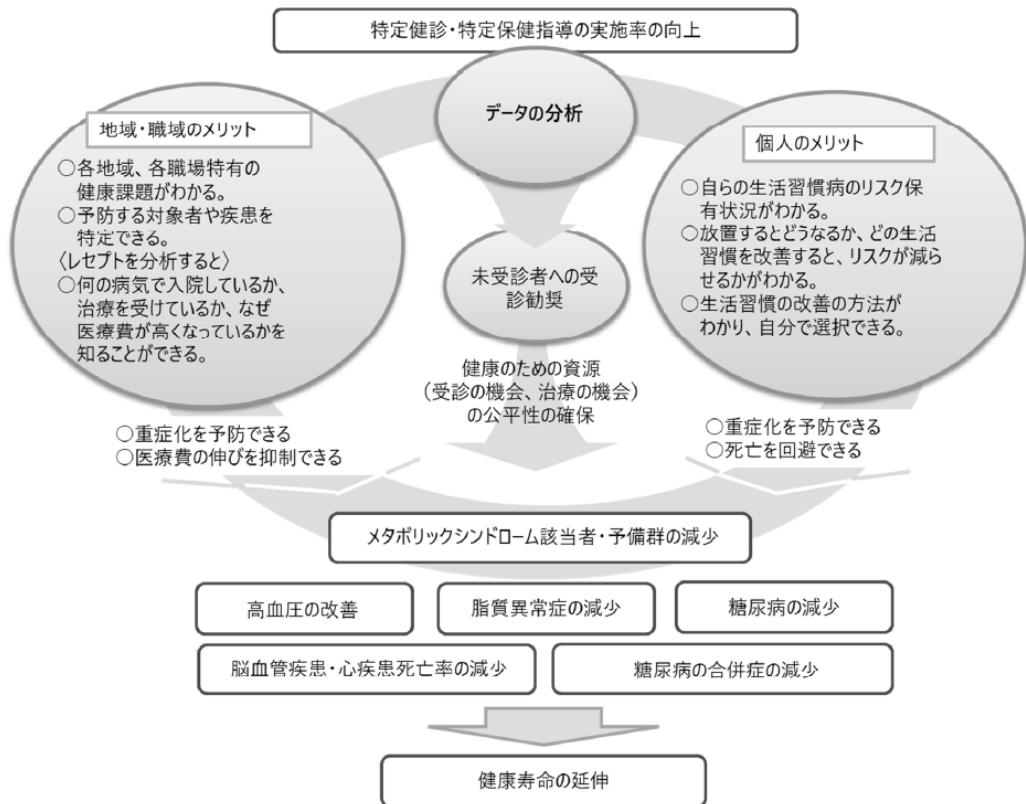
また、高知県で効果的・効率的な保健事業の実施に向けて設定する共通の取組みと指標を設定し、県全体や他市町村との比較を行う。

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

##### —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—



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/min/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	・県版データヘルス計画との連携 ・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
2	・医師会との連携強化 ・ナッジ理論を活用した受診勧奨
3	・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

(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 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习惯・健診結果の改善	特定保健指導終了後に生活习惯・健診結果の改善がみられた者の割合 (翌年の健診結果に改善がみられた者/特定保健指導修了者数)	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受けようにしておらず、年度や担当が変わったときに評価ができる体制づくりが必要。	
アウトプット	初回面談勤続率の向上	初回面談勤続率(初回面談勤続者数/保健指導対象者数)	100%	対象者名簿を作成し、以下を記録する ・電話勤怠状況(電話勤怠日、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54名のうち、文書のみの勤続を実施した人(昨年度の記録を参考に3名)、実施した人が多からなかった人(4名)を除く50名が初回面談を実施した(87.8%)。	再勤続が難しいと判断される人を除き、90%以上の対象者は一度は健診結果について話ができるよう、対象者管理や勤続率の高い人が多くなれば、個別医療機関での健診や対象者への声かけを行う。
	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勧めづけ支援(実数) ③全体(実数) ④保健指導実施率	法定報告後	事業担当	※未確定だが、R7年5月末時点では35.7%(20名/50名)のみのみ。	個別医療機関での健診や対象者への声かけを行っておらず、集団健診受診者で連続して勤続になつてゐるが全くが難しい人もいるため、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。
プロセス	早期介入	健診受診後、2か月以内に初回面談が実施された者の割合 (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いたこと、電話勤怠は早期から行っており、電話勤怠は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に、継続して事業担当者が主体になつて行う。
	2回目以降の勤怠方法	①再勤続の時期 ②再勤続の結果、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月健診実施後に再勤続を行い、利用に案げる。	随時	事業担当	期日までに申し込みがない時間に対して、11月を持たず随時電話勤怠を実施したことで、利用に繋がった。	健診結果が当たらし、情報提供を行つようとするが、その結果、電話勤怠が発生する。やむを得ず印象を悪くしてしまう。個別の対象者へも案内内の送付を行い、更に電話等で利用勧奨を行つようにする。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に、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。
	継続支援の体制づくり	継続者の割合 (特定保健指導修了者数/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くるからです。面談時の様子もおまえ、1名/20名離れて不可と判断。	対象者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。
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、職種 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	対象者の割合に合わせて実施センターまたは自宅で実施した。日付や会場を予め設けており、柔軟に対応できることが分かった。	R4年度59名、R5年度62名、R6年度は60名前後で推移しておらず、今後は被保険者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	利用勤続の際に、対象者の都合に合わせ、会場の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、柔軟に対応していく。	

## 個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容				方法	実施名	期間	場所	評価
事業名	目的	目標	対象者	事業内容				
R7 特定保健指導事業	動脈硬化のリスクを重視している特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施率:40.0%	特定保健指導対象者	0. 事業準備 1. 対象者管理 2. 利用動員 3. 個別面談の実施 4. 実施状況の記録・入力 5. 実施評価	0. 事業準備 1. 前年度の評価の確認 2. 2月度の評価 ・前年年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月度実施後、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、案内文書の表を、起案書に添えて起案する。		起案書準備 は年度当初から、対象者一覧が届き次第実施。		特定保健指導実施率(法定報告)
				1. 対象者と除外者の確認 ・総合保健協会から送られた名簿にある対象者について、セプトKOB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)の患者中にはないか確認する。 ※集団健診受診者LOGHEALTH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様) 特別な状況がある場合は、そのものを総合保健協会から教えてもらう。 ・対象者と除外者の確認について、「服装など」と回答してしまった人が多い。 ・服薬やいたたき者については、そのものを総合保健協会から教えてきた名簿に記載し、除外対象と分かることとしてお。 ・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。		事業担当 市に健診結果返却後~法廷報告まで 時時の情報連絡が担当者に依頼する	市に健診結果返却後~法廷報告まで 時時の情報連絡が担当者に依頼する	保健福祉課
				2. 対象者名簿の作成・管理 ・集団健診受診者LOGHEALTH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様) ※集団健診受診者後段階時追加ICUで。 特別な状況がある場合は、そのものを総合保健協会から教えてもらう。 ・特定保健等の実施管理システムで、毎月1日に、過去1ヶ月間(前月1日～31日)に個別保健機関で健診を受診した人がいかないか確認する。受診者がいる場合は、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、健診結果を回収する際に、対象者がいること、案内文書の送付を行ふことを記載し、決裁をもつ。 ・対象者名簿の、介入状況(電話・訪問等での利用動員状況、初回面談日、最終評価日)を記録する。				
				3. 保健指導利用名簿 ・初回面談の結果でできた対象者について、事業担当が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。				
				2. 利用動員 1. 案内文書の作成・送付 ・利用動員用紙と案内文書を記載する。(日安:健診実施月の月末まで翌月頭) ・日時や会場を設けず、対象者の都合に委ねて対応していきたい。 ・起案書に案内文書を添えて、起案する。 ・起案の決裁が終わらなければ、名簿に成る前にあらかじめ記載する。受診結果を回収する際に、対象者がいること、案内文書の送付を行ふことを記載し、決裁をもつ。 ・対象者名簿の、介入状況(電話・訪問等での利用動員状況、初回面談日、最終評価日)を記録する。				
				2. 申込みが無い者の登録による利用動員 ・保健師は主に担当地区的対象者を、保健画面での指導が効果的と思われる者は専門医等による利用動員を行う。 ・利用希望が無い者について、生活状況や利用にいたりやすい理由について、可能な限り聞き取りを行い、対象者名簿に記録する。				
				3. 個別面談の実施 1. 初回面談の実施 ・体組合の状況を聞き取る。 ・体組合計、メジャー、血圧計を用いて、体重、腹囲、血圧の測定を行う。 ・健診結果と、行動目標の取組み状況をもとに、初回面談時に立てた目標の達成状況を確認する。 ・行動内容スケジュール表を用いて、生活習慣及び行動変容状況を確認する。 ・減量目標・行動目標設定シート用いて、体組合及び腹囲の減量目標を立ててもらう。 2. 中間評価の実施・構成的支援対象者のみ ・体組合計、メジャー、血圧計を用いて、体重、腹囲、血圧の測定を行う。 ・対象者の行動目標の取組み状況をもとに、中間評価時に立てた目標の達成状況を確認する。 ・健診結果が「要精密検査」だった者については、受診勧奨を行う。				
				3. 最終評価の実施 1. 一人ひとりの程度の個別面談を実施する。 ・体組合計、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、行動目標の取組み状況をもとに、初回面談時に立てた目標の達成状況を確認する。 ・行動内容スケジュール表を用いて、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「要精密検査」だった者については、受診勧奨を行う。				
				4. ものの実施 ・初回面談・中間評価から1か月後に、取組み状況の確認が兼ねて、電話での励ましを行ふ。 ・保健指導終了後、原則として毎年1回、標準健診チケット事業者や健診バポート等の情報提供を行う。 ・保健指導の際に用意する萩原等を実施者間に交付し、実施内容の一元化を図る。				
				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、担当テーマごとに初回面談・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。 ・記録紙は「特定保健指導支援計画及び実施報告書」を使用する。 ・当該年度の健診結果を記載しておく。 2. 実施内容の入力 ・次年度の法廷報告の締切までに、特定保健指導支援計画及び実施報告書の内容に沿って、健診報告等管理システムに実施内容を入力する。				

## 個別保健事業評価計画 令和7年度

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	今後の対策
アウトカム	特定保健指導終了者の翌年の健診結果の改善	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書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だ後に、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、事業担当者が評議する。 ※年度をまたぐ場合、次年度への引継ぎが必要		
アウトプット	①利用動員の実施 ②特定保健指導の実施 ③早期介入	①利用動員者割合 (電話・未就学等で話せた人数/特定保健指導対象者数※) ※レポー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、利用動員の結果(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 ②準備計画策定会まで ③法定報告まで	介入経過は事業に携わった職員で担当することに記録。 ②③法定報告後		
プロセス	①集団健診受診者のへの利用動員 ②個別健診受診者の把握 ③個別健診受診者への利用動員 ④保健指導の実施内容	①集団健診受診者のうち、事業対象にない者に対して、適切な時期・方法で利用動員ができたか ②個別健診受診者のうち、事業対象にない者に対して、文書・電話等で利用動員ができたか ③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だか	①適切にできる ②把握ができる 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4割 ④	①②③ 事業に携わった職員に聞き取り。利用動員の結果、初回面談に繋がった人数や継続率で評価。 ② ③ ④ ⑤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の段階評価で、数字が大きいほど期待度・満足度が高いものにする。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 ⑤ 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。	事業担当と事業に携わった職員		
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足りている ④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足りている ④分かりやすく、利用に繋がる ⑤共有できる	①②③⑤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、スマーズに利用動員に繋がったかで評価 ③事業に携わった職員と、利用者に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習慣病のレセプトがない方	医療機関への受診勧奨	1. 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	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

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	評価主体	評価結果	今後の対策		
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)			紹介状を発行した医療機関の返信率: 30.4% 本人等から受診済みの連絡を受けた人を含めると43.5% 医療機関の返信率: 30.4% 本人等から受診済みの連絡を受けた人を含めると26.1%(6人) (7人)の連絡が得られました。 23人うち6人は本人から受診済みとの申し出があり、1人は家族等を通じて受診済みとの申し出があり、うち2名は前年度も検査検査を未受診判定されており、うち2名は前年度も検査検査を行って健診を受けたが、直近結果が返ってきた時点で連絡で対するも、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。	本人等から受診済みの連絡を受けた人を含めると43.5% 医療機関の返信率: 30.4% 本人等から受診済みの連絡を受けた人を含めると26.1%(6人) (7人)の連絡が得られました。 23人うち6人は本人から受診済みとの申し出があり、うち2名は前年度も検査検査を未受診判定されており、うち2名は前年度も検査検査を行って健診を受けたが、直近結果が返ってきた時点で連絡で対するも、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。	対象者がいつ医療機関を受診するか不明であり、事業計画の時点では2回目のアプローチ(対象者への受診状況の確認、受診勧奨)のタイミングを決めていなかったことが受診勧奨率の低さに繋がっている。	
アウトプット	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)	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郵送等での2回目の受診勧奨率は、20%(4人/未受診者15人)に実施した。	対象者がいつ医療機関を受診するか不明であり、事業計画の時点では2回目のアプローチ(対象者への受診状況の確認、受診勧奨)のタイミングを決めていなかったことが受診勧奨率の低さに繋がっている。		
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	定期的なレセプトの確認			①紹介状は健診結果に同時に、結果表にその用紙の裏面を記入して、受診勧奨状を記入して、受診勧奨を記入する。 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、医療者が増加傾向になり、個別に対象者への確認を行うのに時間がかかる。レセプトの確認では、受診状況を把握するのにタイムラグがある。紹介状の返信だけでは、受診していない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(ナリ)が把握できるだけではなく、ナリ行動が無い場合でも、医療機関の情報から医療機関への問い合わせによる確認もあると思われる。 ②受診予定期査査費支給結果、結果三回目することで、対象者会議で受診状況(予定)を一定期把握でき直後が無くなる連続して医療機関に立ち入り、より積極的に受診勧奨をするべき人にアプローチ(受診予定期査査費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。	対象者がいつ医療機関を受診するか不明であり、事業計画の時点では2回目のアプローチ(対象者への受診状況の確認、受診勧奨)のタイミングを決めていなかったことが受診勧奨率の低さに繋がっている。		
プロセス	電話での受診勧奨のプロセス	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)			②の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、対象者に会った時など随時行った。	受診勧奨を行なうタイミング(対象者について事業担当から連絡が届いた時)と、担当が記した内容を事業担当に報告する体制づくりが必要である。 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、まずは病院病院に働きかけていく必要がある。		
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)			内で話し合い、レセプト確認は行なはず、紹介状の返信数を評価した。	受診勧奨を行なうタイミング(対象者について事業担当から連絡が届いた時)と、担当が記した内容を事業担当に報告する体制づくりが必要である。		
ストラクチャー	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	受診状況(レセプト確認日、レセプトの有無)			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、まずは病院病院に働きかけていく必要がある。	受診勧奨を行なうタイミング(対象者について事業担当から連絡が届いた時)と、担当が記した内容を事業担当に報告する体制づくりが必要である。		

## 個別保健事業実施計画 令和7年度

保健事業の実施内容		対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価	
事業名	目的								
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るか確認する。該当者がいた場合は、地区担当保健師と共に、コメントの内容等に反映してもららる。  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、調査票の内容をどん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。 ・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、受診予定期間から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。 ・予定期間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 ③7月末、9月末、12月中旬ごろ ④随時 ⑤受診予定期間から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數/「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數/「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期の把握 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受診予定期の把握ができた割合(受診予定期が把握できた人數/紹介状送付人數) ※受診しない意向も含む ③受診勧奨をした人數(受診勧奨をした人數/受診予定期調査票の返信が無い人や受診しない意向のある人、連続で対象者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受診予定期調査票の返信状況、地区担当保健師からの情報で把握 ③期日までに、受診予定期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數。その他、必要と判断して受診勧奨を行った人數	年度末	事業担当		
プロセス	①対象者台帳管理 ②受診予定期調査票の返信が無い者への連絡 ③医療機関への問い合わせ	①適切に台帳の作成・更新ができるか 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 勧事業 を担当 地区 担当 保健師		
ストラクチャ	①事業担当の対象者管理制度 ②紹介状・受診予定期調査票の作成 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受診予定期調査票の効果 ③受診予定期の把握を実行する人員は不足していないかかったか。医療機関への問い合わせを行なう人員は不足していないかかったか。 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受診予定期の把握・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	地区担当保健師		

## ◆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）	糖尿病がわざる医療機関未受診・治療中断者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、受診歴等を確認する ③介入担当者を決める。新規対象者がいる度に、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

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	今後の対応	
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) ②0%(0人/1人)	未受診者のうち1名、本当に会えていないが受診済に記された方がいる。また、「自分もしない、困っていない」という者もいる。自分事にならない。未受診者のうち特定保健指導利用者は、「運動に取り組み、次回の検査結果次第で受診を検討したい」と答えた。運動習慣が自分自身で変わらなかった。受診勧奨できかけた職員側が自分事となり、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			①75%(3人/4人) ②50%(1人/2人)	中堅の理由で医師の説得力がもろ完治した」と捉えおり、医師からの声掛けの影響力の大さを感じている。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 ②治療中断者へ訪問・面談し、受診勧奨できた人數（受診勧奨できた人數/対象者数）	①100% ②100%	①②受診勧奨者数記録を集計し、受診勧奨した職員に進歩状況聞き取り	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	①57%(3人/4人) ②50%(1人/2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る。 中堅者のうち1名は、社員から医療へ異動されたためアプローチできなかった可能性がある。2ヶ月後のリストで他の者を押さえよう。	
							③67%(4人/6人)	今後は、リストに上がったタイミングで医療保険係に資格認証を依頼する。	
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、関係職員と共有できているか ③介入担当者の割合は適切であるか ④面談率（本人と会えた人/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保健院と打合せし、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、共有できる 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。事業の振り返りや評議など、関係職員で打合せを行い、事業の流れを共有していく。 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意図に来た際の声掛け等をよりよく理解できるようになります。 ③個人レベルで、効率的な評議ができるだと考える。	
	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資格の状況が不明瞭で声掛けができないかった点については、リストに上がった時点で医療保険係に資格認証を依頼する。事前に対象者にチラシを送付する。また、日本的人材派遣オフィスで行い、職員が訪問する際のハンドルを下げる。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対象者によつてどのように声掛けをするのが効果のか検討できたか ③担当スタッフが目的を共にし、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運営関係職員間で共有し、体制はつくれたが、課内関係者で一堂に会し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、集合で打合せを実施する。 ②対象者の属性や年齢別の異常状況などにより、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。 ④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
R 7 糖尿病 (ブローグラム) 性腎症重症状化予防事業	糖尿病が疑われる医療機関未受診・治療中断中の本部国保被保険者に対して受診勧奨を行い、適切な検査・治療にならげることで、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: Share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  ②治療中断者への訪問・面談し、受診勧奨できた人數(受診勧奨できた人數/対象者数)	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數  ①未受診者に訪問・面談し、受診勧奨できた人數  ②治療中断者へ訪問・面談し、受診勧奨できた人數(受診勧奨できた人數/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				
		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(本人と会えた人數/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、年末	主に事業担当・受診勧奨に関わる全職員			
	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構築できる ②台帳を作成し、共有できる 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対応可能人數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	①町内医療機関（町立柿原病院）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レセプトを確認し、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に個別案内を送付する ⑤担当者が打合せを実施する （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	①②③④⑤⑦ 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	評価期間	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	①②③④⑤⑥⑦ ⑧事業担当（R6年:26人） ②増加（2人～5人）	①維持（R6年:26人） ②増加（2人～5人）	①②総数を減らしていくには、保険者だけではなく医療機関からの働きかけが必要である。健診を毎年受けていることや、栄養指導の声かけで引き続き糖尿病の連携を図り、ハイリスク者の減少を図る。 ③令和6年度、連絡票を送せた人は1人のため評価です。次年はスクリュール葉や対象者名録の管理、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きるようにしていく。	事業担当	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）	④80%以上	②翌年の特定健診結果	②翌年の特定健診結果 後（7月、9月、11月）		④92%（11人/12人） ②75%（3人/4人） ③100%（2枚/2枚） ④67%（2人/3人）			
アウトプット	①介入割合 ②連絡票を渡した割合 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賛がった人数	①町の基準/町内医療機関受けつけ糖尿病治療内臓中で選定した対象者のうち連絡票を送付した人（送付人數/内基準で選定した対象者） ②連絡票を手渡してきた人數 ③連絡票が返ってきた人數 ④医療機関において栄養指導に賛がった人数	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）	年度末、毎月末		①92%（11人/12人） ②75%（3人/4人） ③100%（2枚/2枚） ④67%（2人/3人）	①交付していない名簿には、入院と接觸した様子見。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統一が、一人ひとりのレシートを確認するのにかなり時間を要しました。次年度は対象者全員にチラシを送付する。 ②派せなかの方が多いいる、訪問する時間帯を考慮。事前にチラシを用意しておいて、連絡票の提出の説明と栄養指導の必要性を説明する際スムーズに流れができた。 ③医療機関につながった連絡票は、医師のチェックをいただき返つてきている。 ④連絡票が届かない、生活習慣病管理加算中のため除外対象になってしまった方も栄養指導につながった。	主に事業担当・利用勧奨に関する全職員	主に事業担当・利用勧奨に関する全職員
	利⽤勧奨のプロセス	①事業者のスクリュール便覧ができるか ②連合会から配信される名簿などに、対象者名簿を作成し、管理できいか ③2種類の名簿から、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か ④チラシを作成し、計画的に送付できか	①スクリュール便覧できる ②作成できる ③適切である ④作成し、送付でき	①年間計画表の作成 ②対象者台帳の作成 ③レセプトのチェック、打合せ ④チラシ作成、9月、11月、1月に新規対象者に送付	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チラシを送付した ⑤つなぐことができた ⑥問合せが続いた	①概ね、計画通り進めることができた。 ②連合会からの名簿を参考して作成した。通院・栄養状況などを確認するためチラシを見る時間がかかる。 ③連合会のドライバーによる助言後に、優先順位づけを行った。 ④条件説明はまだ。今後は決定していく。 ⑤チラシを送付したことで、利尿薬の服用声がしゃべりかかった。チラシを送付する対象者を出すための連絡票を用意して、チラシを送付する際は連絡票を用意する。 ⑥連絡票に記載しているスクリュール便覧の枚数は高めである。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。 ⑦連絡票が届かないが愛読時に本人の持参があがった。事前に主治医に用意していた対象者もあることに気がなかった。電話にて確認していくなどの対応を依頼する。 ⑧連絡票は医療機関員だけでなく、医療事務（ラスト）の方にも周知する必要がある。		
プロセス	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るか ⑥病院から連絡票の返送がスマーズだったか	⑤直接渡し、説明同意を得る ⑥スムーズにできる	⑤利用勧奨した職員に聞き取り ⑥連絡票の戻り			①利用勧奨した職員に聞き取り ②スムーズにできる	①連絡票・年間計画通り進めることができた。 ②実施・共有できた ③情報収集・検討できた ④無理なく伝ええた ⑤作成できた ⑥実施できた ⑦全会参加できた	主に事業担当・利用勧奨に関する全職員	主に事業担当・利用勧奨に関する全職員
	ストックチャヤー	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マツバーウーの確保 ⑤ランチの準備 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病院病院と打合せの実施、ケアプラン会で優先的介入者の共有ができたか ③連絡票の提出方法について情報収集を行ったか ④検討ができたか ⑤対象者に利用勧奨する時のチラシが作成できたか ⑥連絡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 ⑥電話・メールなどの問合せ備忘録を残す ④利用勧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	実施後、年度末		①実施できた ②実施・共有できた ③情報収集・検討できた ④無理なく伝ええた ⑤作成できた ⑥実施できた ⑦全会参加できた	①保健・管理栄養士（事業担当）間でミーティングを以て決定 ②4月、柿原病院長・事務長・管理栄養士・保健福祉課課長等で打合せを行った。 ③情報収集・検討をした。 ④無理なく伝ええた ⑤作成できた ⑥実施できた ⑦全会参加できた	①松原病院・四万川診療所所属にも個別で周知が必要。柿原病院以外の町内医療機関患者が柿原病院で栄養指導を受けた場合の流れを確認しておいた。 ②次年度は来院時連絡票も打合せ回に参加していく。 ③地自治体や県に連絡した。今年度は柿原病院で栄養指導を受けた場合の流れを確認しておいた。 ④優先的介入者選定条件に「連絡票」を追加決定する。 ⑤地自治体や県に連絡した。今年度は連絡票を共有する。 ⑥連絡票に記載しているスクリュール便覧の枚数は高めである。次年度は連絡票を用意する。 ⑦連絡票は医療機関員だけでなく、医療事務（ラスト）の方にも周知する必要がある。	

## 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
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、医療機関との連携により栄養指導等を受け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	①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(糖尿病院)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に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									
評価項目			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 ②優先的介入者の特定健診結果(HbA1c、血圧、eGFR)	①プログラムⅡの除外対象者数の変化 ②過去1年間の外来栄養指導実施者の増加 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)	①前年度末からの数の減少 ②前年度末からの数の増加 ③80%以上	①②連合会から配信される名簿の人数(総数)を集計 ②翌年の特定健診結果					
アウトプット	①介入割合 ②連絡票を渡された割合 ③連絡票を手渡してきた割合 ④医療機関において栄養指導に繋がった人数	①市立基町・町内医療機関受診かつ糖尿病治療内勤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)/基準で選定した対象者 ②連絡票を手渡してきた人數 (選せん人數)/(優先的対象者) ③連絡票を手渡してきた人數 (手渡された人數)/(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數/連絡票を渡した人數)	①100% ②2000% 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)		事業担当			
プロセス	利用勧奨のプロセス 連絡票のやりとりのプロセス	①事業のスケジュール調整ができるか ②連絡票から連絡票を渡せる名簿とともに、対象者名簿を作成、音読みできいか ③2つの名簿から、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 ⑤本人に手渡し、同意を得たうえで医療機関につなごどができたか ⑥病院から連絡票の返送がスムーズだったか	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 ⑤直接渡し、説明し同意を得る ⑥スムーズにできる	①年間計画表の作成 ②対象者台帳の作成 ③レセントのチェック、打合せ ④チラシ作成、9月、11月、1月に新規対象者に送付		主に事業担当			
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マバワーカーの確保 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町内医療機関との連携 ③県外医療機関との連携 ④マバワーカーの確保 ⑤チラシの準備 ⑥担当スタッフ間の連携	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関係者ニーティング(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利用勧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		利用勧奨に関する全職員			

## ◆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歳の基本健診	メンタルヘルスドロームに着目した「健診」を受ける習慣をつけることで、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	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。	説明会において配布する受診勧奨チラシ等を作成する ・18～39歳の国保対象者に地区的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。 ・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。	柿原町	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分母とし、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

## 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	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
18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・治療に努め、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って個別受診に繋げる	①5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。 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。 ・全1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、未受診者からの反応は得られなかつたため、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てPRが必須だと考えている。 また、健診受診の利便性を図るために複数病院と協議を進め、集団健診だけでなく個別健診も受け切ることで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數)

## 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交付 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だか 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.健康管理システムログヘルツの因保有資格情報を活用、健診受診者名簿を作成する。 2.説明会を実施できるか 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する 4.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実施し、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する 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.役割分担ができるか 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る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.必要な説明などを必要な窓口設置ができる 3.事業の進捗管理ができる	1.係会が行えているか 2.人員確保ができるか 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		

## ◆特定健診受診勸奨事業

個別保健事業実施計画 令和6年度

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дро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歳の国保被保険者	・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.健診の大切さや受診動機の際の注意点等、情報共有を行う。 4.健診文化の里づくり推進員による受診勧奨 40～74歳の国保被保険者に個別訪問を行い、受診希望調査や受診勧奨を行なう。 5.受診者については、健診結果送付と要医療への対応 健診結果通知を本人へ送付、要医療対象者については病院等の受診勧奨を行なう。 6.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。	榜原町 健康文化の里づくり推進員	令和6年5月 ～令和7年3月	榜原町内各健診会場	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		75.8%見込み	目標達成できず、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、受診率を74.8%から75.8%へと上昇させた。しかし、65歳以上の高齢者集団の健診受診率は、約10%で推移している。既に 10%程度は健診受 診率であるとすると、健 康文化の里づくり推進員による効果といえる状況である。引き続き健康 文化の里づくり推進員 制度に依拠して取り組む方針だ。
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	対象者名簿提出〆切日			本人もしくは家族に聞き取りが行為 おり、地域間で 健康文化の里づくり推進員による受診勧奨を行えるか確認する。聞き取り者数1585人、対象者名簿数1585人
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.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/訪問や電話で受診勧奨した人数	1.健健康管理システムログヘルツの操作資格情報を活用し、健診対象者名簿を作成する。 2.説明会を実施できたか 3.健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.作成できたか 2.説明会を実施できたか 3.健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	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)	専門機関によるシステムログヘルツの操作資格情報を活用し、健診対象者名簿を作成する。 2.説明会を実施する。 3.健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する。 4.受診券と併せて受診勧奨案内を送付する。 5.個別受診に繋がった人の数を把握する。 6.受診券の未使用者を把握する。 7.受診勧奨者数を把握する。 8.個別受診に繋がった人の数を把握する。 9.受診勧奨者数を把握する。 10.個別受診に繋がった人の数を把握する。 11.受診勧奨者数を把握する。
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 4.医療機関との連携はできたか	1.事業の情報共有が適切な対応が行えたか 2.連携のために必要な意味疊が行えていたか 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、未受診者をスマートフォンで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る 4.医療機関と情報共有ができる 5.未受診状況の解説が適切に行われる 6.個別医療機関をはじめとする医療機関との連携が図られている 7.未受診状況の解説が適切に行われる 8.個別医療機関と連携が図られている 9.未受診状況の解説が適切に行われる 10.個別医療機関と連携が図られている	1.係会が行っているか 2.人員確保がされているか 3.受診状況の確認・管理 4.個別医療機関の対応	1.2時 間 3.毎月 4.11月以降		1.2役割分担し、適切に対応できた 2.3.毎月 3.4.個別医療機関との連携が図られている 4.個別医療機関との連携が図れている 5.個別医療機関との連携が図られている 6.個別医療機関との連携が図られている 7.個別医療機関との連携が図られている 8.個別医療機関との連携が図られている 9.個別医療機関との連携が図られている 10.個別医療機関との連携が図られている	2.2.役割分担し、適切に対応できた 3.3.毎月 4.4.個別医療機関との連携が図られている 5.個別医療機関との連携が図られている 6.個別医療機関との連携が図られている 7.個別医療機関との連携が図られている 8.個別医療機関との連携が図られている 9.個別医療機関との連携が図られている 10.個別医療機関との連携が図られている

## 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	
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」を定期的に受けることを通じて、病気の早期発見・治療に努め、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	①5月と7月実施予定の説明会に向かっ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。 ②毎月1回の健診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の間接的意見を個別訪問により行ってもらう。 ③健診に係る情報についても併せて随時情報共有し、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。 ④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。 ⑤毎月の健診のうち、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受診券の送付(併せて11月の集団健診・個別健診の受診案内を送付する)。 ⑥1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	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				アウトカム	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)	健診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	対象者名簿提出〆切日				
アウトプット									アウトプット									
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 3.未受診者に受診券と案内文書が送付できたか 4.受診に気がついた人の数/訪問や電話で受診勧奨した人数	1.健康管理システムローリングの基盤有資格情報を活用し、健診対象者名簿を作成する。 2.3説明会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 3.切口までに対象者名簿に記載のある方へ訪問・健診受診勧奨と受診希望調査を行なう 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.個別受診に気がついた人数/受診勧奨者数	1.作成できたか 2.説明会を実施できたか 3.健診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.個別受診に気がついた人数/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			プロセス									
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る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対応が行えたか 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.人員確保がされているか 3.受診状況の確認・管理 4.個別医療機関の反応	1.2随時 2.3ヶ月 3.11月 4.11月以降				ストラクチャー									

## 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府内や関係機関・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				
アウトカム			R5	R6	R7	R8	R9
アウトプット							R10
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"/> 少少の見直しが必要						
	<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、椿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、国保椿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

椿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国保椿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		
	年 齡	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				
(国保と後期の各年齢区分被保険者数)	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%				
循環器疾患	疾患		件数	割合								
	脳血管疾患	40~64歳	2	66.7%	2	66.7%	1	50.0%	0	0.0%	1	100.0%
		65~74歳	7	58.3%	5	55.6%	10	71.4%	11	73.3%	9	81.8%
		75歳以上	131	58.2%	127	60.2%	118	56.2%	116	54.7%	114	54.8%
		合 計	140	58.3%	134	60.1%	129	57.1%	127	55.7%	125	56.1%
	脳出血	40~64歳	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
		65~74歳	3	25.0%	2	22.2%	5	35.7%	5	33.3%	7	50.0%
		75歳以上	25	11.1%	29	13.7%	25	11.9%	26	12.3%	23	11.1%
		合 計	29	12.1%	32	14.3%	30	13.3%	31	13.6%	30	13.5%
	脳梗塞	40~64歳	1	33.3%	1	33.3%	1	50.0%	0	0.0%	1	100.0%
		65~74歳	6	50.0%	5	55.6%	8	57.1%	9	60.0%	8	54.5%
		75歳以上	119	52.9%	113	53.6%	106	50.5%	102	48.1%	98	47.8%
		合 計	126	52.5%	119	53.4%	115	50.9%	111	48.7%	110	49.3%
	虚血性心疾患	40~64歳	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%
		75歳以上	62	27.6%	61	28.9%	61	29.0%	59	27.8%	57	27.4%
		合 計	66	27.5%	63	28.3%	64	28.3%	61	26.8%	57	25.6%
	腎不全	40~64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	100.0%	1	100.0%
		65~74歳	1	8.3%	1	11.1%	3	21.4%	2	13.3%	1	7.1%
		75歳以上	30	13.3%	30	14.2%	79	37.6%	91	42.9%	86	41.3%
		合 計	31	12.9%	31	13.9%	83	36.7%	94	41.2%	88	39.5%
	人工透析	40~64歳	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%
		75歳以上	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.5%
		合 計	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	1	0.5%
	糖尿病	40~64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
		65~74歳	3	25.0%	2	22.2%	4	28.6%	5	33.3%	6	42.9%
		75歳以上	65	28.9%	69	32.7%	67	31.9%	74	34.9%	68	32.7%
		合 計	71	29.6%	74	33.2%	73	32.3%	80	35.1%	75	33.6%
	腎症	40~64歳	2	66.7%	2	66.7%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
		65~74歳	1	8.3%	1	11.1%	1	7.1%	2	13.3%	2	14.3%
		75歳以上	5	2.2%	4	1.9%	3	1.4%	4	1.9%	4	2.0%
		合 計	8	3.3%	7	3.1%	6	2.7%	7	3.1%	7	2.8%
	網膜症	40~64歳	1	33.3%	2	66.7%	2	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
		65~74歳	1	8.3%	1	11.1%	1	7.1%	2	13.3%	2	14.3%
		75歳以上	7	3.1%	8	3.8%	9	4.3%	10	4.7%	8	3.8%
		合 計	9	3.8%	11	4.9%	12	5.3%	13	5.7%	11	4.9%
	神経障害	40~64歳	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%
		75歳以上	2	0.9%	2	0.9%	4	1.9%	5	2.4%	4	1.9%
		合 計	2	0.8%	2	0.9%	4	1.8%	5	2.2%	4	1.8%
	高血圧	40~64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
		65~74歳	9	75.0%	6	66.7%	10	71.4%	11	73.3%	10	71.4%
		75歳以上	195	86.7%	186	88.2%	188	89.5%	189	89.2%	187	88.9%
		合 計	207	86.3%	195	87.4%	200	88.5%	201	88.2%	198	88.8%
	脂質異常症	40~64歳	2	66.7%	2	66.7%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
		65~74歳	7	58.3%	5	55.6%	8	57.1%	8	53.3%	10	71.4%
		75歳以上	111	49.3%	110	52.1%	113	53.8%	123	58.0%	122	58.7%
		合 計	120	50.0%	117	52.5%	123	54.4%	132	57.9%	133	59.6%
	高尿酸血症	40~64歳	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%
		75歳以上	50	22.2%	48	22.7%	49	23.3%	59	27.8%	53	25.5%
		合 計	52	21.7%	51	22.9%	52	23.0%	62	27.2%	55	24.7%
	血管疾患合計	40~64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
		65~74歳	11	91.7%	8	88.9%	14	100.0%	15	100.0%	14	100.0%
		75歳以上	214	95.1%	203	96.2%	204	97.1%	207	97.6%	202	97.1%
		合 計	228	95.0%	214	96.0%	220	97.3%	223	97.8%	217	97.3%
認知症	認知症											
	40~64歳	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%	
	75歳以上	132	58.7%	118	55.9%	123	58.6%	127	59.9%	127	61.1%	
筋・骨格疾患	40~64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	65~74歳	8	66.7%	5	55.6%	11	78.6%	13	86.7%	11	92.9%	
	75歳以上	216	96.0%	205	97.2%	205	97.6%	207	97.6%	202	97.1%	
	合 計	227	94.6%	213	95.5%	218	96.5%	221	96.9%	216	95.4%	
歯肉炎周病	40~64歳	3	100.0%	3	100.0%	2	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%	
	75歳以上	116	51.6%	115	54.5%	116	55.2%	122	57.5%	123	59.1%	
	合 計	128	53.3%	124	55.6%	128	56.6%	134	58.8%	134	60.1%	

※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