

紀美野町国民健康保険

第 3 期データヘルス計画

第4期特定健康診査等実施計画

令和6(2024)年度～令和 11(2029)年度

令和6年3月

和歌山県 紀美野町

目 次

第1章 基本的事項	1
1 計画の背景と目的	1
2 計画の期間と位置づけ	1
3 実施体制・関係者との連携	1
第2章 現状の整理	3
1 紀美野町の特性	3
2 前期計画等に係る考察	7
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題	12
1 死亡の状況	12
2 介護保険の状況	12
3 国民健康保険の医療費の状況	14
4 国民健康保険と後期高齢者医療制度の疾病別有病状況	17
5 特定健康診査・特定保健指導の状況	18
6 がん検診の状況	30
7 後期高齢者医療制度の状況	32
8 通いの場の状況	35
9 和歌山県のデータヘルス計画共通評価指標	36
10 分析結果に基づく紀美野町の健康課題	37
第4章 データヘルス計画全体の目的・目標・目標を達成するための戦略	39
第5章 個別の保健事業	40
1 特定健康診査の受診率向上事業	40
2 特定保健指導の利用勧奨事業	41
3 糖尿病性腎症重症化予防事業	42
4 医療機関への受診勧奨事業(生活習慣改善保健指導含む)	43
5 地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業	44
第6章 特定健康診査・特定保健指導の取組(第4期特定健康診査等実施計画)	45
1 目標の設定	45
2 特定健康診査・特定保健指導の実施方法	47
3 年間スケジュール等	51
第7章 計画の評価・見直し	51
第8章 計画の公表・周知	51
第9章 個人情報の取扱い	51
第10章 地域包括ケアにかかる取組	52

第1章 基本的事項

1 計画の背景と目的

国民健康保険(以下「国保」という。)の保険者は、国民健康保険法(昭和 33 年法律第 192 号)第 82 条第 4 項に基づき、特定健康診査及び特定保健指導のほか、同条第 1 項に規定する健康教育、健康診査、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業(以下「保健事業」という。)を行うよう努めなければならないこととされています。

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等(以下「レセプト等」という。)の電子化の伸展、国保データベース(KDB)システム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、政府の「日本最高戦略」を受け、平成 26 年 3 月に保健事業指針の一部が改正され、全ての健康保険組合は、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、データヘルス計画を策定し、実施することになりました。

平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和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 KPI²の設定を推進する。」と示されました。

こうした背景を踏まえ、紀美野町国民健康保険事業実施計画(以下「データヘルス計画」という。)を策定しています。

なお、「紀美野町特定健康診査等実施計画(第4期計画)」は、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の実施方法を定める計画であるため、「データヘルス計画(第3期計画)」と整合性を図り、一体的に策定します。

2 計画の期間と位置づけ

計画期間は令和 6(2024)年度から令和 11(2029)年度の 6 年間とします。

また、本計画は、「第 2 次紀美野町長期総合計画(後期計画)」の計画目標「生涯にわたり住民の健康を守り、育む」の実現に向け、町民の健康づくりを推進するための具体的な計画となります。したがって、紀美野町長期総合計画との整合性が保たれています。

さらに計画策定にあたってはデータヘルス計画の本質であるデータを活用して科学的にアプローチすることで事業の実効性を高めていくとともに、「第 3 次健康きみの 21」「第 5 次きみのいきいき行動計画」「きみの長寿プラン 2024」と相互に連携した計画とします。

3 実施体制・関係者との連携

(1) 庁内連携

① 国保担当部門

国保担当部門は、効果的かつ効率的な保健事業の中心的な役割を担うための組織体制の強化など必要な措置を検討します。

また担当職員は、幅広く研修等を受講し、健康増進・保健予防及びデータ分析等に関する情報・知識を積極的に習得し、資質向上に努めます。

② 健康部門・高齢者部門

この計画で取り組む事業は国保保健事業のみならず、町民を対象にした全ての健康づくり事業と密接に関係します。また、高齢化の進む本町では前期高齢者も多くを占めており、国保担当部門とのターゲット層の重複もあることから、国保部門と高齢者部門・健康部門がそれぞれ連携しながら、町全体の健康づくりも視野に入れ一体的かつ効果的な事業を実施していきます。

(2)関係機関・関係者

事業の推進にあたっては、医師会や歯科医師会及び薬剤師会、栄養士会と、意見交換や情報共有を実施できるような連携・協力体制を構築します。

(3)外部機関

① 和歌山県

県の国保担当部門や健康部門との連携に努め、本計画に基づく保健事業の適切な評価や効果的な事業展開に関する助言を受け、好事例の情報収集・情報共有も行います。

② 和歌山県国民健康保険団体連合会

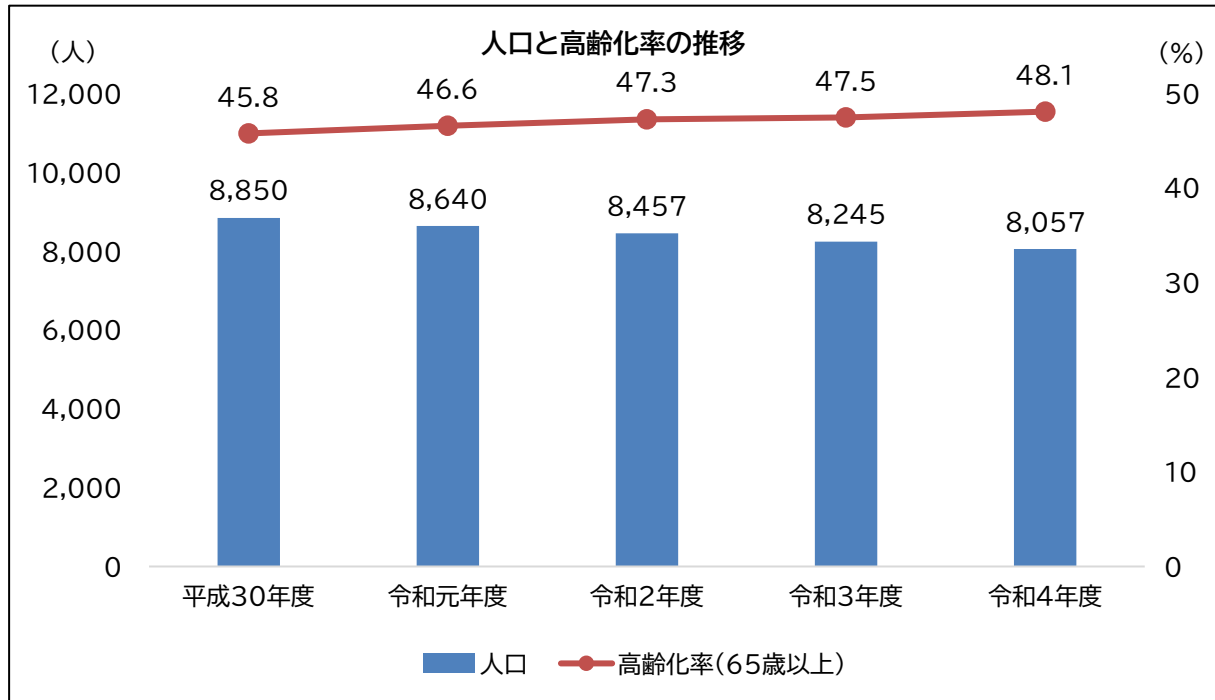
和歌山県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)による支援・評価委員会を活用し、本計画に基づく保健事業の適切な評価や効果的な事業展開に関する助言を受け、好事例の情報収集を行います。

第2章 現状の整理

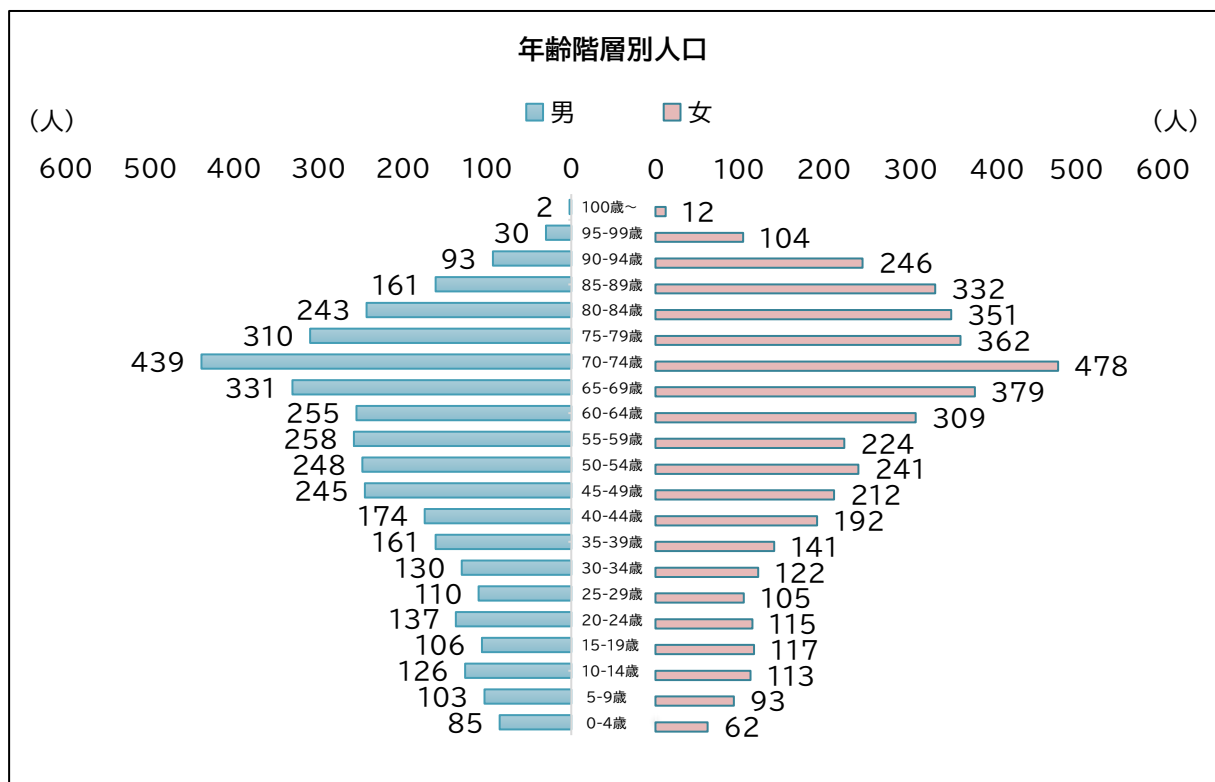
1 紀美野町の特徴

(1) 人口の推移と年齢構成

人口は年々減少しており、令和4年度末では8,057人となっています。年齢階層別人口では70歳から74歳が突出しており、高齢化率は48.1%で年々上昇しています。



出典:住民基本台帳 各年度末日数値



出典:住民基本台帳 令和4年度末時点

(2)高齢者の人口と割合

高齢者人口は年々減少しており、令和4年度は 3,873 人となっています。高齢者の中でも後期高齢者が 6 割近くを占めています。

高齢者の人口と割合

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
高齢者人口(65 歳以上)(人)	4,052	4,025	3,999	3,917	3,873
65～74 歳(前期高齢者)(人)	1,726	1,718	1,765	1,701	1,627
75 歳以上(後期高齢者)(人)	2,326	2,307	2,234	2,216	2,246
高齢者人口に占める前期高齢者割合(%)	42.6	42.7	44.1	43.4	42.0
高齢者人口に占める後期高齢者割合(%)	57.4	57.3	55.9	56.6	58.0

出典:住民基本台帳各年度末日数値

(3)平均寿命と健康寿命の状況

平均寿命は男性では 81.4 歳、女性では 87.9 歳と県や国並みとなっており、健康寿命についても男性では 79.8 歳、女性では 84.5 歳と県や国並みとなっています。

平均寿命と健康寿命・不健康期間

区分	平均寿命(歳)		健康寿命(歳)		不健康期間(年) (平均寿命と健康寿命の差)	
	男 性	女 性	男 性	女 性	男 性	女 性
紀美野町	81.4	87.9	79.8	84.5	1.6	3.4
県	81.2	87.5	79.6	84.1	1.6	3.4
国	81.6	87.7	80.1	84.4	1.5	3.3

出典:不健康割合の分母:令和 2 年国勢調査(日本人の人口)

不健康割合の分子:介護保険事業状況報告 月報(暫定版令和 2 年度 10 月分)

【地域生命表】対象集団・全国:令和 2 年市区町村別生命表

【簡易生命表】全国:令和 2 年簡易生命表

※0 歳の平均余命は平均寿命

(4)産業別就業者の割合

産業別就業者の割合をみると、第 3 次産業の就業者が約6割を占めるが、県や国と比較すると第 1 次産業の割合が高くなっています。

産業別就業者の割合

(%)	第 1 次産業	第 2 次産業	第 3 次産業
紀美野町	13.3	26.8	59.9
県	9.0	22.3	68.7
国	4.0	25.0	71.0

出典:KDB システム(令和 4 年度)

(5)医療サービスの状況

医療サービスをみると、県や国と比較して、医師数は少なく、診療所数や病床数は多い状況です。

医療サービス

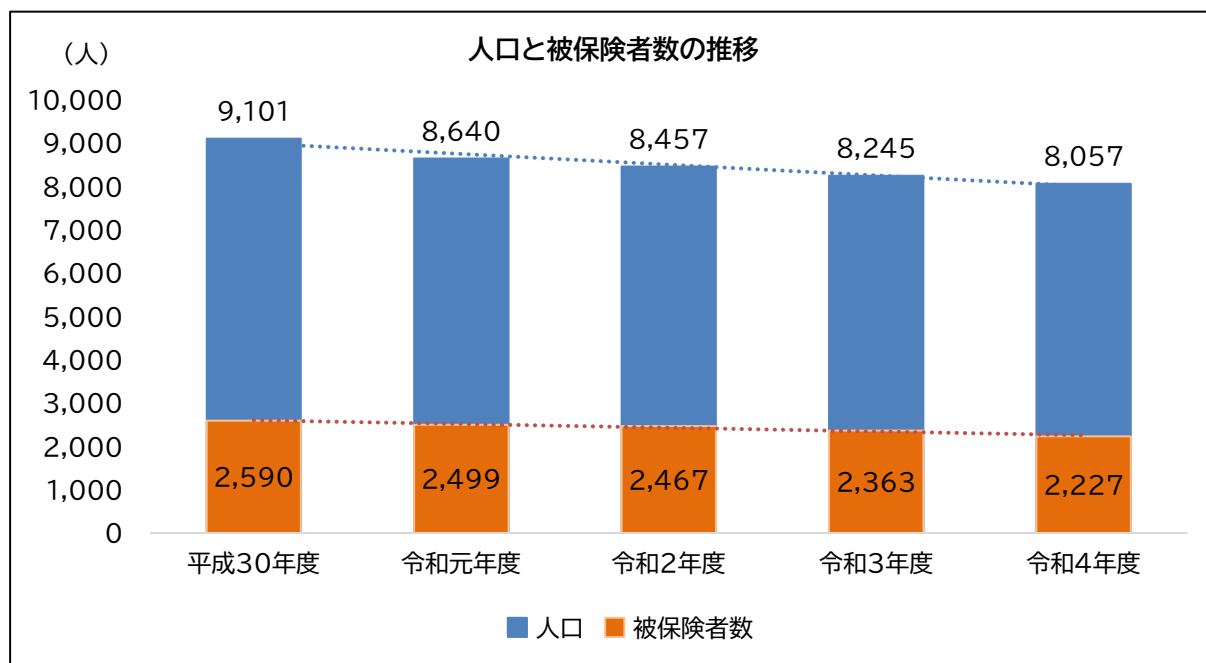
千人当たり	病院数	診療所数	病床数	医師数
紀美野町	0.4	4.9	113.2	10.7
県	0.4	4.5	57.5	13.1
国	0.3	3.7	54.8	12.4

出典:KDB システム(令和 4 年度)

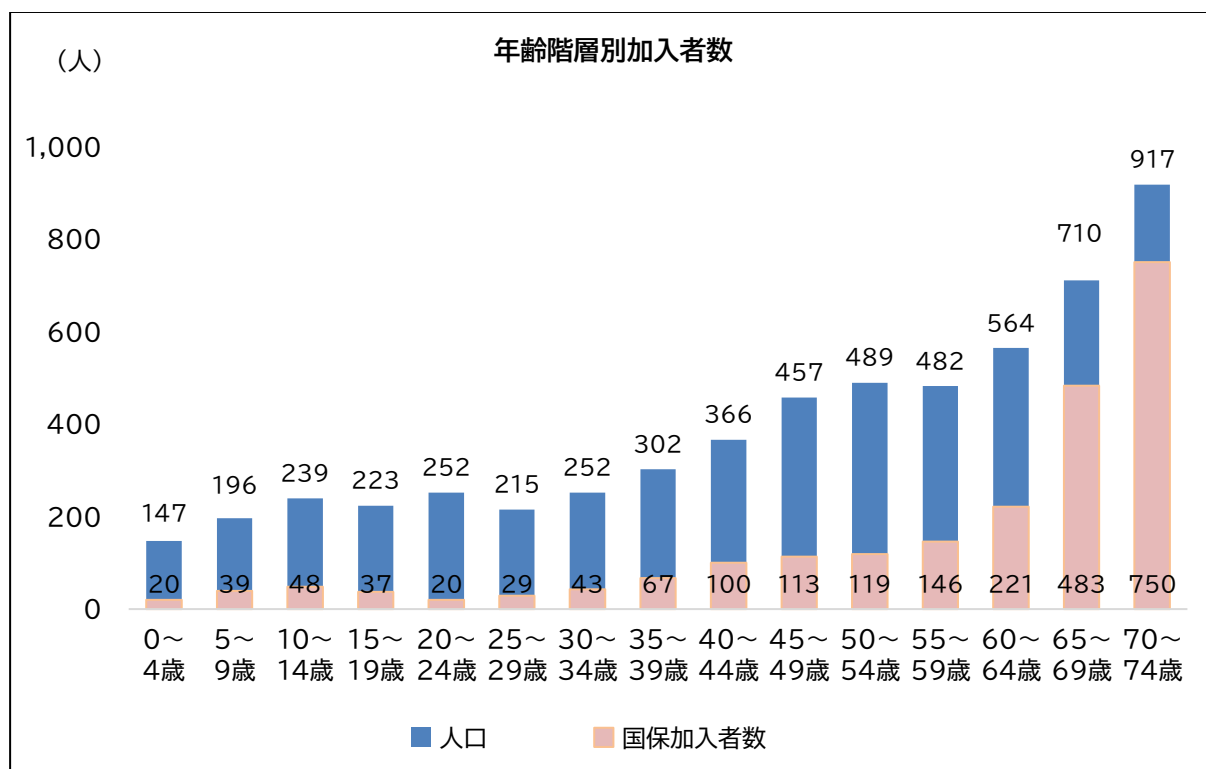
(6)被保険者構成の状況

被保険者数は、令和 4 年度 2,227 人で人口とともに年々減少しています。国保加入率を年齢階層別で見ると若年層では低く、65 歳～69 歳では 68.0%、70～74 歳では 81.8%と高い状況です。

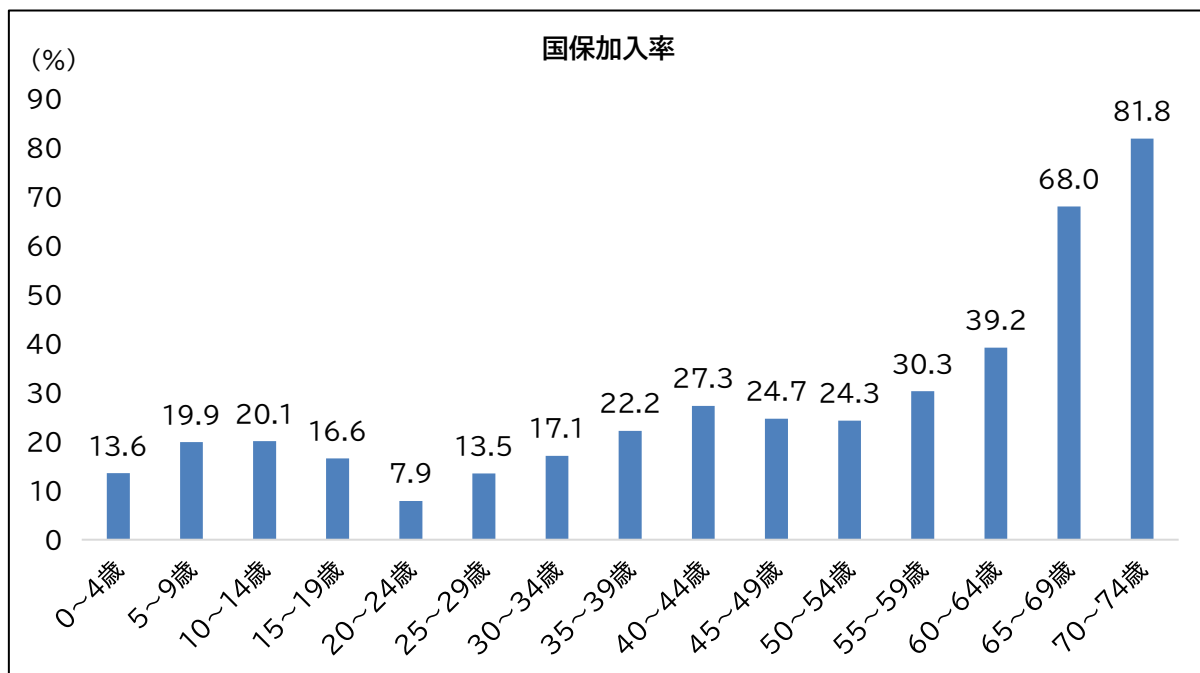
また、年齢別被保険者構成をみると 65～74 歳の割合は 54.9%となっており、県や国と比べて高く、39 歳以下の割合は 13.9%と低い状況です。



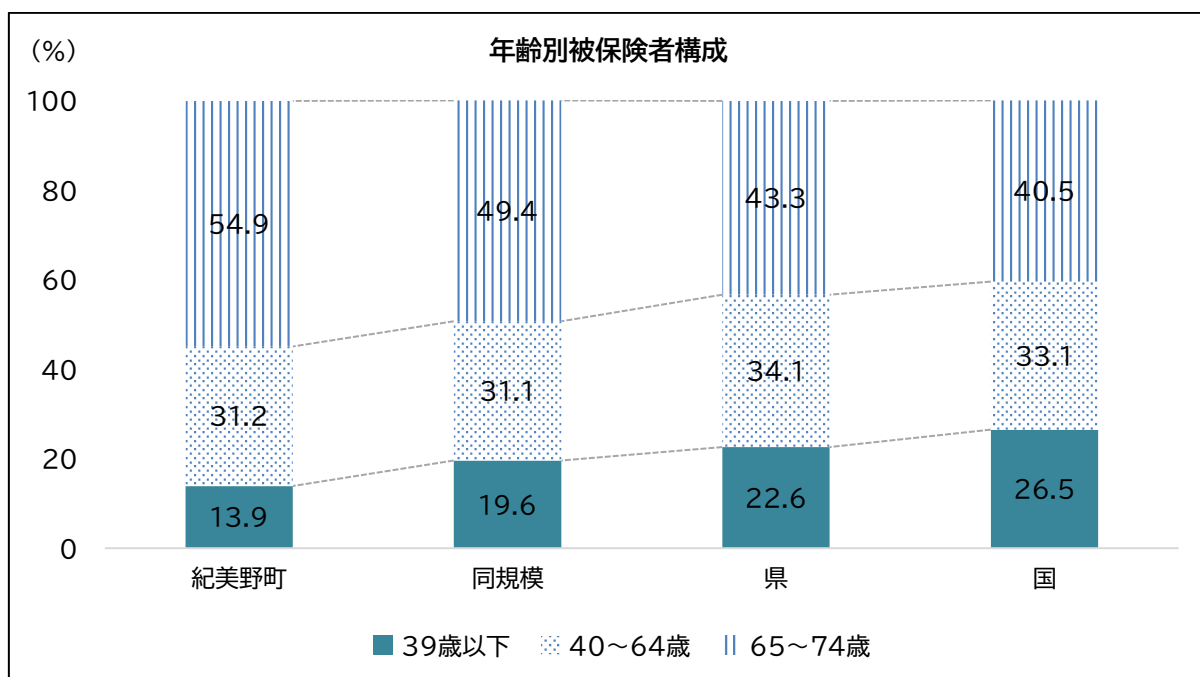
出典:住民基本台帳



出典:住民基本台帳(令和 4 年度)



出典:住民基本台帳(令和4年度)



出典:KDB システム(令和4年度)

2 前期計画等に係る考察

(1)前期計画等に係る考察

計画全体における目的								
被保険者が自らの健康状態に関心をもつことで、特定健診受診の重要性を認識する。また特定健診結果を正しく把握することで、自らの健康状態に必要な生活習慣の改善ができる。								
計画全体の考察								
計画全体の評価指標である健診受診者のうち血糖が受診勧奨判定値以上の者の割合は、平成 28 年度と比べて悪化していた。また、高血圧症・脂質異常症・糖尿病・糖尿病性腎症の千人当たり患者数も、平成 28 年度と比べて悪化していた。紀美野町では高齢化が県や国と比較して進んでおり、それに伴う疾病の患者数も多くなっていると考え。また、今後も高齢化が進むため、高齢に伴う疾病の動向を把握し、予防可能な疾病については予防策を講じ、フレイル予防と共に推進することが重要である。このことから、次期計画では特定健康診査の受診を促進し、生活習慣病予防や疾病の早期発見、さらに適切な受診行動につながるよう支援を充実させる。また生活習慣病予防と共に、フレイル予防の推進に努める。さらに地域のつながりを活かし、地域全体の健康意識の向上へとつなげていくことを目指す必要がある。								
計画全体の評価								
評価指標	平成 28 年度 (計画策定時)	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	目標値	評価	目標と 保健事業 の整合性
健診受診者のうち 血糖が受診勧奨判定値以上の 割合(%)	27.0	29.0	34.1	33.5	31.5	26	c	b
高血圧症の千人 当たり患者数(人)※	288.0	265.0	285.1	283.6	289.7	283	c	b
脂質異常症の千人 当たり患者数(人)※	227.3	212.5	231.7	239.0	244.2	225	c	b
糖尿病の千人 当たり患者数(人)※	122.1	126.2	134.3	141.5	144.1	120	c	b
糖尿病性腎症の千人 当たり患者数(人)※	6.0	4.7	6.6	5.8	6.0	5.4	c	b
評価(4 段階) a :目標に到達している b :目標に到達していないが平成 28 年度と比べ改善している c : 平成 28 年度と比べ悪化している d :評価できない 目標と保健事業の整合性 a :実施している事業で概ね対応できている b :対応している事業はあるが不十分である c :ほとんど対応できていない								

出典：KDB「厚生労働省様式 3-1 生活習慣病全体のレセプト分析」CSV.各年度 3 月分(翌年 5 月作成)

※年齢調整有病率(平成 28 年度を基準年度とした)

(2)個別保健事業の振り返り

① 特定健康診査の未受診者対策

目的		特定健康診査未受診者に対して、特定健診の必要性や利用方法について通知し、受診促進を図る。						
対象者		特定健診未受診者						
実施内容		・特定健診未受診者への受診勧奨案内を送付する。 ・40 歳～50 歳代の方へのアンケート調査を実施し、未受診理由の把握に努める。 ・分析による魅力的な未受診者勧奨を行う。 ・受診勧奨案内を送付する際には、受診できる医療機関の一覧表などを同封し、受診行動にすぐにつながる工夫を行う。						
項目		平成 28 年度 (計画策定時)	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	目標値	評価
アウトカム指標	特定健診受診率(%)	39.2	39.4	36.0	40.3	38.6	45	c
	40 歳代 特定健診 受診率(%)	18.4	18.5	19.8	23.3	17.9	25	c
	50 歳代 特定健診 受診率(%)	26.6	26.3	22.0	28.7	22.6	33	c
アウトプット指標	未受診者 案内通知 カバー率(%)	99.7	99.9	100	100	100	100	a
	分析の 実施回数(回)	—	4	1	1	1	1	a
評価(4 段階) a:目標に到達している b:目標に到達していないが平成 28 年度と比べて改善している c:平成 28 年度と比べて悪化している d:評価できない								
評価 今後の方向性		目標値は達成できなかったが、健診未受診者への受診勧奨案内通知等の取り組みの効果もあり、令和 3 年度に受診率 40%を超えた。分析結果による訪問や電話、健康推進員活動、主治医等からの顔の見える関係での受診勧奨は、受診行動につながりやすかったため引き続き実施する。特に、40～50 歳代の受診率が低いため、働き盛り世代が受けやすい環境整備や、忙しい中でも受けたくなるような啓発方法を引き続き検討し取り組む必要がある。						

② 特定保健指導の利用勧奨

目的		特定保健指導未利用者に対して、特定保健指導の必要性や利用方法について説明し、利用促進を図る。						
対象者		特定保健指導対象者						
実施内容		・特定保健指導対象者へ案内文及び電話での利用勧奨を行う。 ・集団健診受診者は、健診結果の説明を保健師が家庭訪問にて行う。 ・国保野上厚生総合病院で個別健診・人間ドックを受診した方には、厚生総合病院栄養課(管理栄養士)でも特定保健指導を実施できることを個別通知時にお知らせし、利用勧奨を行う。 ・特定保健指導対象者に集団による結果説明及び指導を行える機会を作る。						
項目		平成 28年度 (計画策定時)	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	目標値	評価
アウトカム指標	特定保健指導利用率(%)	15.7	28.4	22.1	25.3	28.6	40	b
	特定保健指導終了率(%)	8.4	23.0	16.9	21.7	23.8	27	b
アウトプット指標	特定保健指導対象者への接触率(%)	69.0	81.4	65.9	97.7	86.8	80	a
	結果説明会の回数(回)	—	1	—	—	—	2	d
評価(4段階) a:目標に到達している b:目標に到達していないが平成28年度と比べて改善している c:平成28年度と比べて悪化している d:評価できない								
評価 今後の方向性		特定保健指導対象者への電話や訪問等の利用勧奨による取り組みの効果が あり、利用率及び終了率は、少しずつ目標値に近づいているが、まだ低い状況 である。特定保健指導を受けた者の次年度の保健指導レベルの改善率は 46.2%と未利用者の23.4%と比較して高く、保健指導が効果的だったと言 える。引き続き、特定保健指導を気軽に受けられるような事業体制を整え、利 用率向上に努めるとともに、保健衛生事業等と連携しメタボリックシンドロ ーム予防の取り組みを推進していく。						

③ 生活習慣病(糖尿病)重症化予防事業

目的		生活習慣病の発症や悪化予防のために、個々の健診結果に応じ生活習慣改善に取り組む者の増加を図る。						
対象者		特定健診結果により保健指導判定値及び受診勧奨判定値で特に必要のある者						
実施内容		・地区担当保健師及び雇いあげ保健師(看護師)により、電話や家庭訪問で生活改善や医療機関受診についての指導を行う。 ・食生活改善推進協議会協力のもと、食生活改善のための具体的取り組みについての栄養教室を開催する。(必要な方には個別通知を行う) ・糖尿病の検査値及び血清クレアチニン値の結果、特に必要と思われる方に対し尿アルブミン検査を実施し、福祉センターで保健指導を行う。 ・糖尿病で内服中の方(軽度)に向けた生活習慣と薬に関する教室を開く。						
項目		平成 28 年度 (計画策定時)	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	目標値	評価
アウトカム指標	電話や訪問による指導者数(人)	86	337	345	410	264	220	a
	栄養教室の参加数(人)※	3	—	—	—	—	—	d
	受診勧奨者の医療機関受診率(%)	20.0	16.5	31.8	18.0	20.0	40	b
	糖尿病教室参加率(%) (平成 29 年度新規事業)		—	3.0	—	3.0	20	d
	尿アルブミン検査受診者数(人)	8	—	—	—	—	15	d
	医療機関からの返送率(%)		87.5	85.7	88.9	77.8	80	d
アウトプット指標	受診勧奨者のレセプト確認率(%)	24.5	25.5	44.9	67.3	55.8	100	b
	糖尿病教室実施回数(回)		—	1	—	1	1	a
	対象者への教室通知カバー率(%)		—	100	—	100	100	a
評価(4 段階) a:目標に到達している b:目標に到達していないが平成 28 年度と比べて改善している c:平成 28 年度と比べて悪化している d:評価できない								
評価 今後の方向性		コロナ禍の影響で教室の開催ができなくなった等から、評価ができない項目が多くなった。電話や訪問による指導者数は増え、目標値を達成することができた。しかし、受診勧奨者の医療機関受診率は低い。その原因の一つにレセプト確認率が低く、受診を把握できなかったことが考えられる。マンパワー不足が課題となっている。次期計画では、マンパワーの確保を行った上で、医療機関等と連携し、医療機関への受診勧奨とハイリスク者への保健指導を積極的に行っていく。						

*中間評価で評価指標の見直しを実施している。

※栄養教室は個別通知で公募しても参加者が少なかったため、平成 29 年度から糖尿病教室に一体化した。

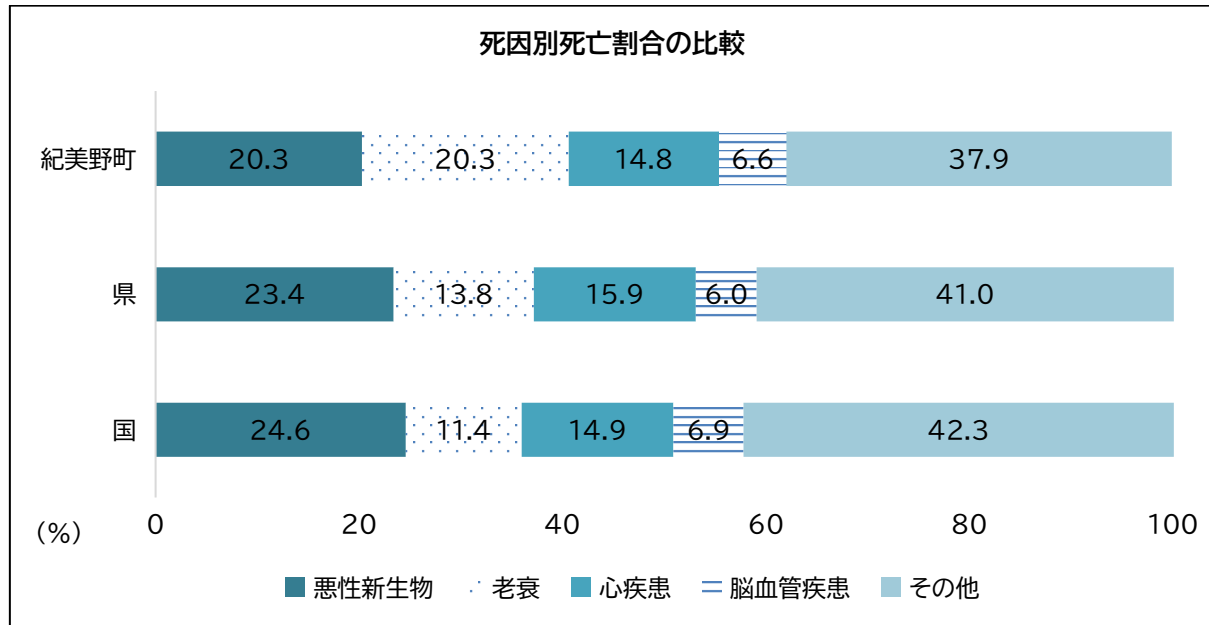
④ 正しい健康知識の普及

目的		一般住民に対し、健康や健診に興味を持ってもらい、健診の受診をはじめ健康行動につなげるための情報を提供する。						
対象者		住民全体						
実施内容		・イベント(農林商工まつり等)での健康コーナーの設置や運動教室を開催し健康知識を啓発する。 ・「広報さみの」で住民に役立つ健康知識を発信する。						
項目		平成 28年度 (計画策定時)	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	目標値	評価
アウトカム指標	健康イベント参加人数(人)	354	356	0	27	0	200	c
	運動教室参加人数(人)	42	102	212	186	154	70	a
アウトプット指標	健康コーナー設置及び運動教室実施回数(回)	3	6	12	12	8	4	a
	広報さみの掲載回数(回)	4	12	12	12	12	7	a
評価(4段階) a:目標に到達している b:目標に到達していないが平成28年度と比べて改善している c:平成28年度と比べて悪化している d:評価できない								
評価 今後の方向性		コロナ禍で開催中止となるイベントが多く、目標値を達成できない年度があった。生活習慣改善への取り組みは、子どもから高齢者までのあらゆる世代への啓発が有効である。次期計画でも庁内や他機関、医療機関、健康推進員等と連携・協力して啓発活動を行うこととし、保健衛生や一般介護予防、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等とも連携し取り組みを継続していく。						

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題

1 死亡の状況

本町の令和4年度の死因別死亡割合は、悪性新生物・老衰が20.3%と最も高く、次いで心疾患14.8%、脳血管疾患6.6%の順になっています。



出典:令和4年人口動態統計

2 介護保険の状況

令和4年度の要介護認定者数は、938人となっています。

要介護認定率は23.6%で同規模・国などと比較して高い状況です。介護認定者の有病状況を見ると、心臓病、筋・骨格系疾患、高血圧症の順に割合が高く、県や国と比較して高くなっています。

また、要介護認定の新規申請理由は認知症、整形疾患、転倒骨折、脳血管疾患の順に多くなっています。

介護被保険者数と認定者数

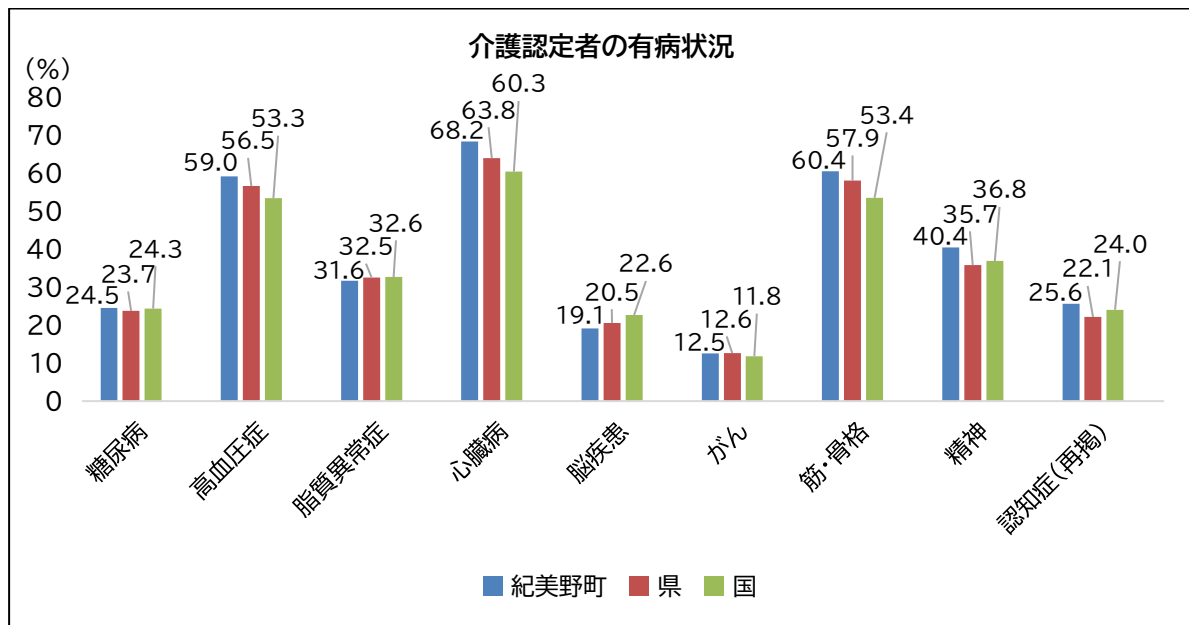
	第2号被保険者	第1号被保険者		計
	40～64歳	65～74歳	75歳～	
介護被保険者数(人)	2,468	1,719	2,290	6,477
認定者数(人)	8	55	875	938

出典:KDBシステム(令和4年度)

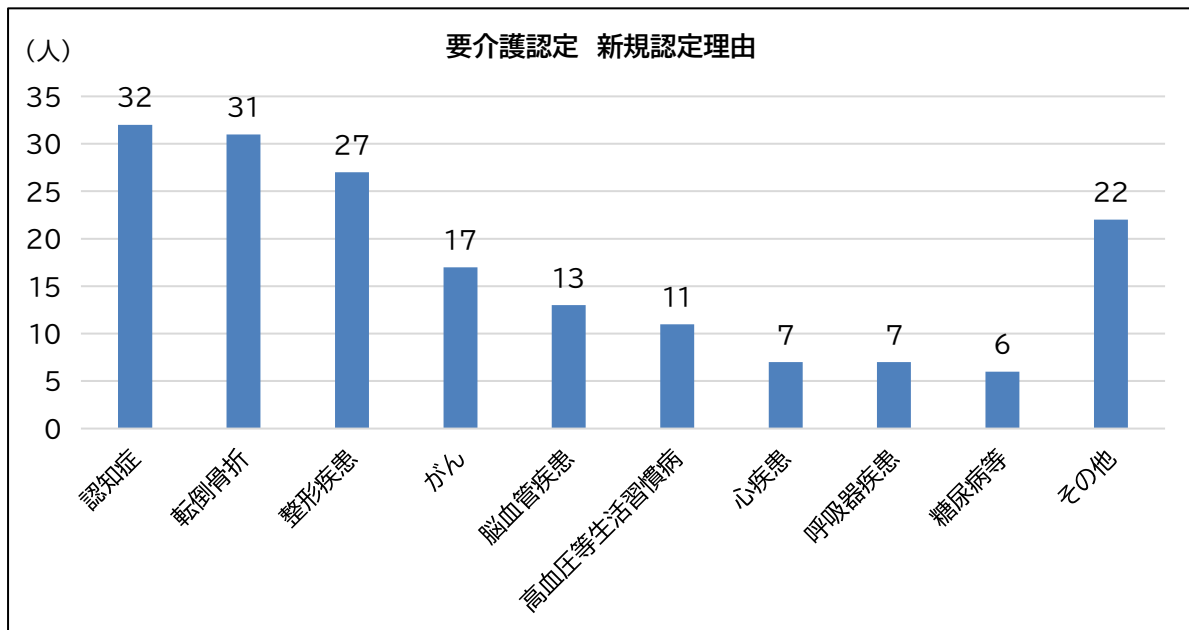
第1号被保険者の要介護認定率と一件当たりの費用額

	紀美野町	同規模	県	国
認定率(%)	23.6	19.4	22.5	19.4
1件当たり費用額(円)	64,956	74,986	60,610	59,662

出典:KDBシステム(令和4年度)



出典:KDB システム(令和 4 年度)【要介護(支援)者有病状況】



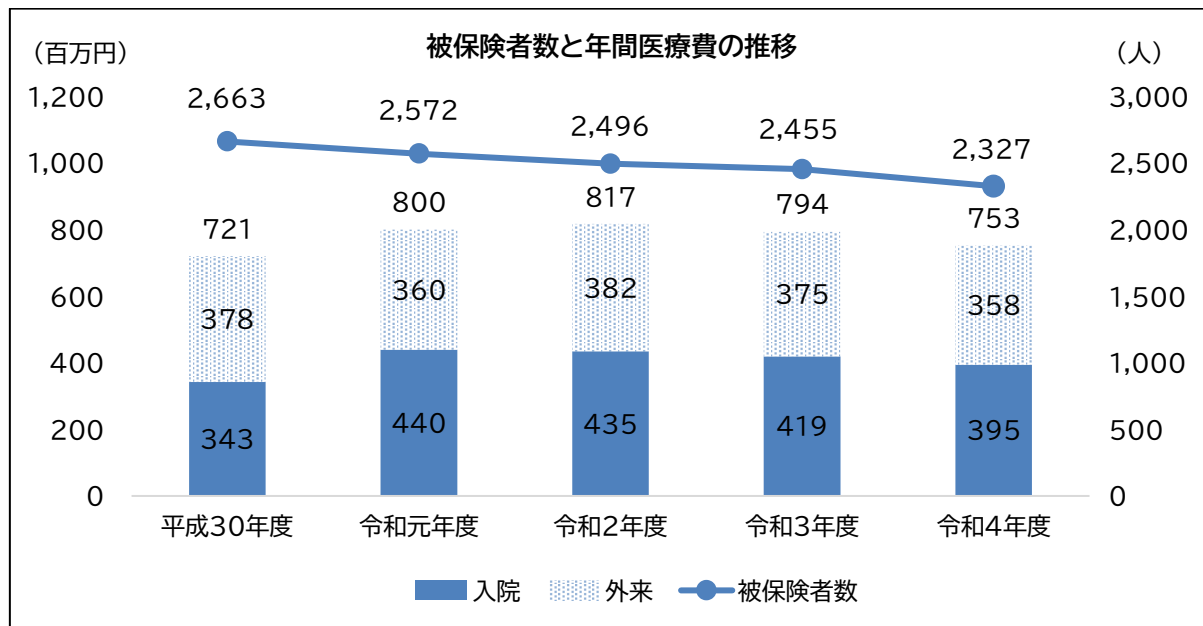
出典:介護保険要介護認定調査(令和 4 年度)

3 国民健康保険の医療費の状況

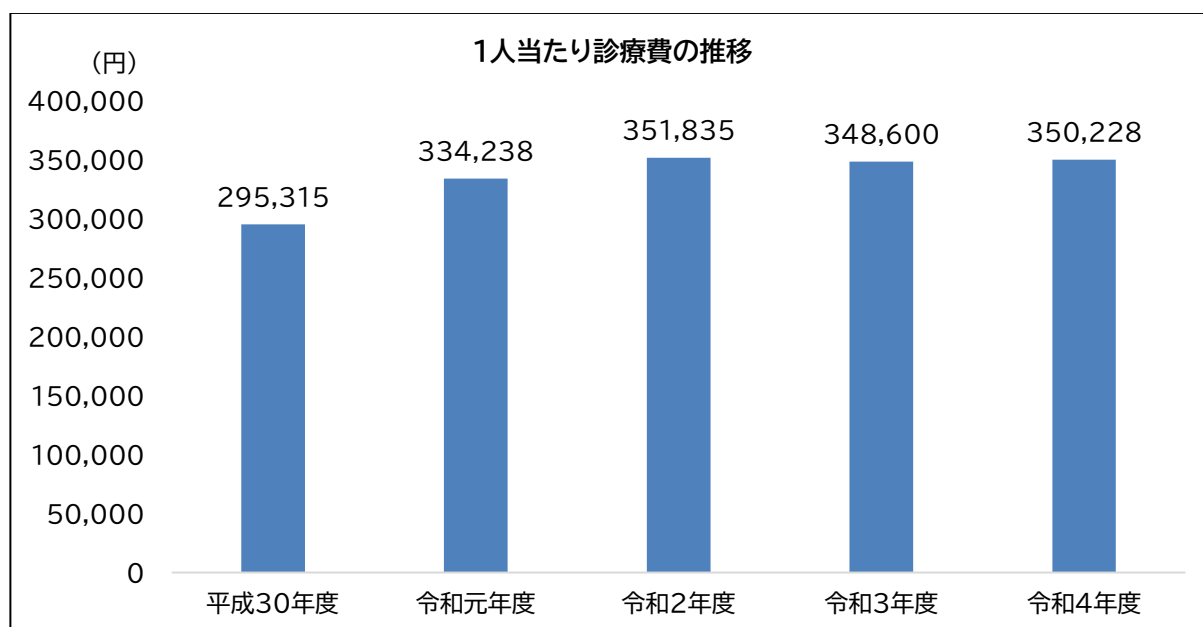
(1) 年間の医療費の推移

年間医療費は令和 2 年度まで上昇傾向にありましたが、それ以降はゆるやかに低下しています。被保険者数も年々減少傾向です。

一人当たり診療費も令和 2 年度まで増加していましたが、それ以降は横ばいの状態です。



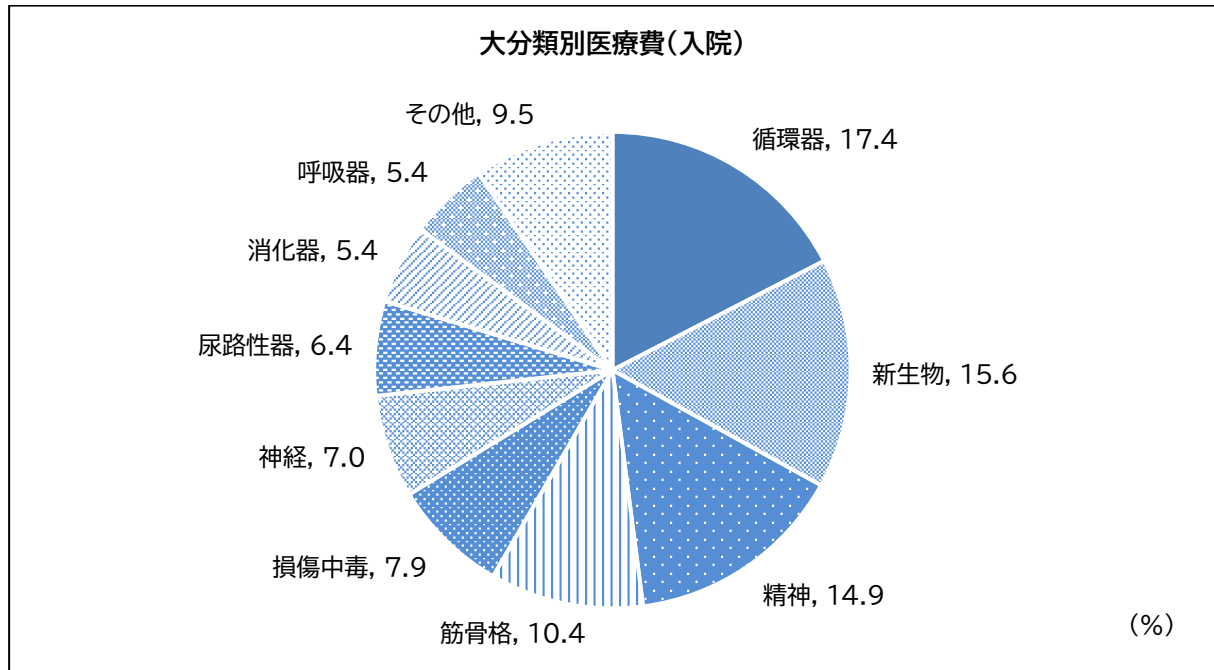
出典: 国民健康保険事業月報



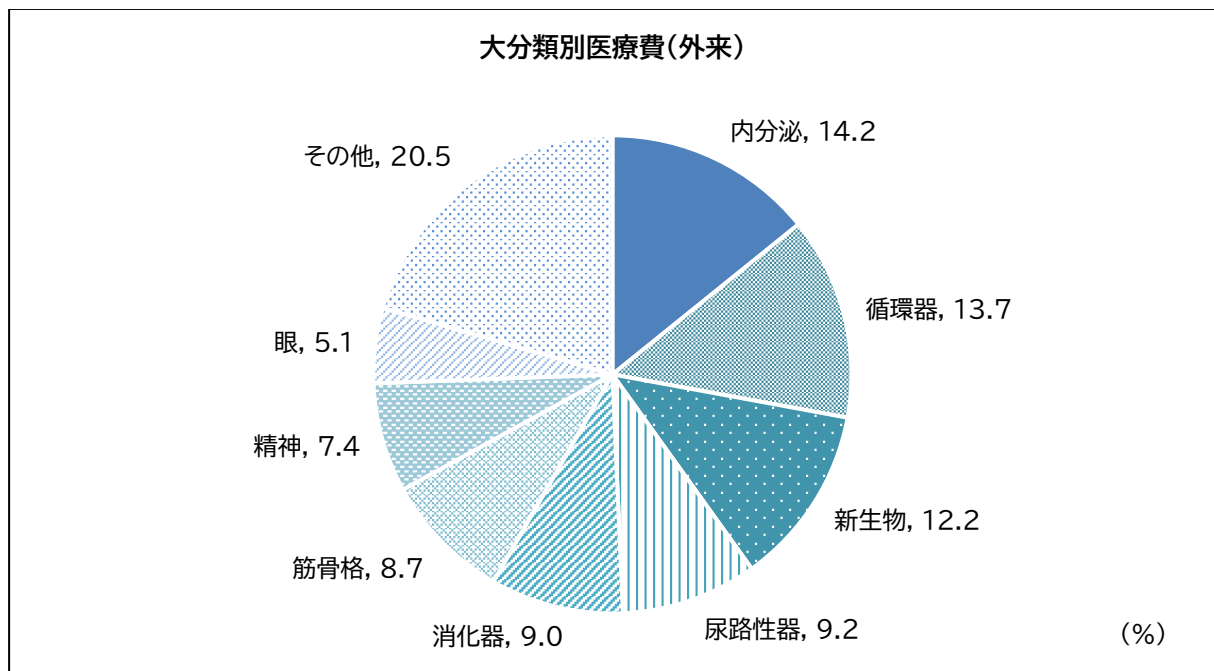
出典: 国民健康保険事業月報

(2)入院・外来医療費の状況

大分類別の医療費をみると、入院では循環器、新生物、精神の順に、外来では内分泌、循環器、新生物の順になっており、それぞれ上位3位で全体医療費の4割以上を占めています。



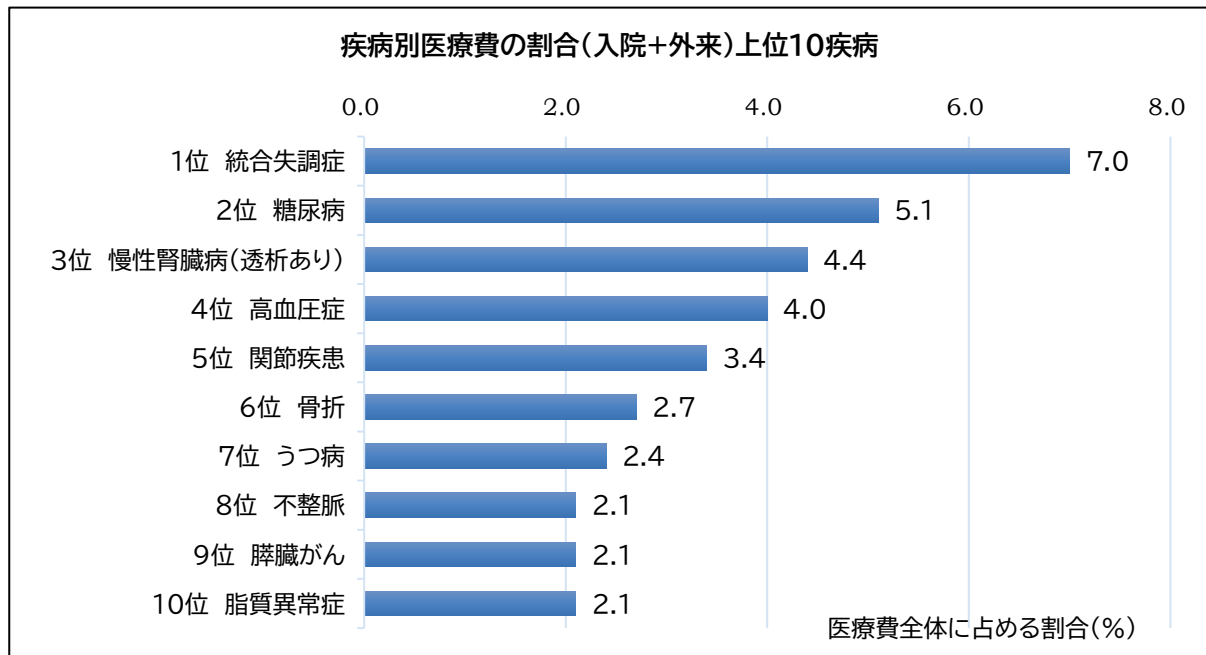
出典:KDB システム(令和4年度)【疾病別医療費 大分類】



出典:KDB システム(令和4年度)【疾病別医療費 大分類】

(3)疾病別医療費の状況

総医療費の中で統合失調症、糖尿病、慢性腎臓病が上位 3 位となっており、特に統合失調症は大きく抜き出ています。続いて高血圧、関節疾患、骨折の順となっています。



出典:KDB システム(令和 4 年度)【疾病別医療費 細小分類 入院+外来】

(4)人工透析患者の状況

令和 4 年度の人工透析患者数は 7 人です。糖尿病関係医療費は、令和 2 年度より減少傾向にあります。腎疾患関係医療費は、令和 4 年度は前年度比較で少し増加しています。

人工透析患者数と関係医療費

	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
人工透析患者数(人)	5	13	7	7
新規透析導入患者数(人)	1	3	2	1
全体医療費(千円)	1,038,077	1,034,502	996,556	900,115
一人当たり医療費(千円)	324	329	329	310
糖尿病関係医療費(千円)	53,071	53,085	51,248	49,916
腎疾患関係医療費(千円)	51,087	63,360	44,176	46,880

出典:KDB システム(令和 4 年度)【疾病別医療費 中分類 入院+外来】

更生医療 内部障害(腎臓)

4 国民健康保険と後期高齢者医療制度の疾病別有病状況

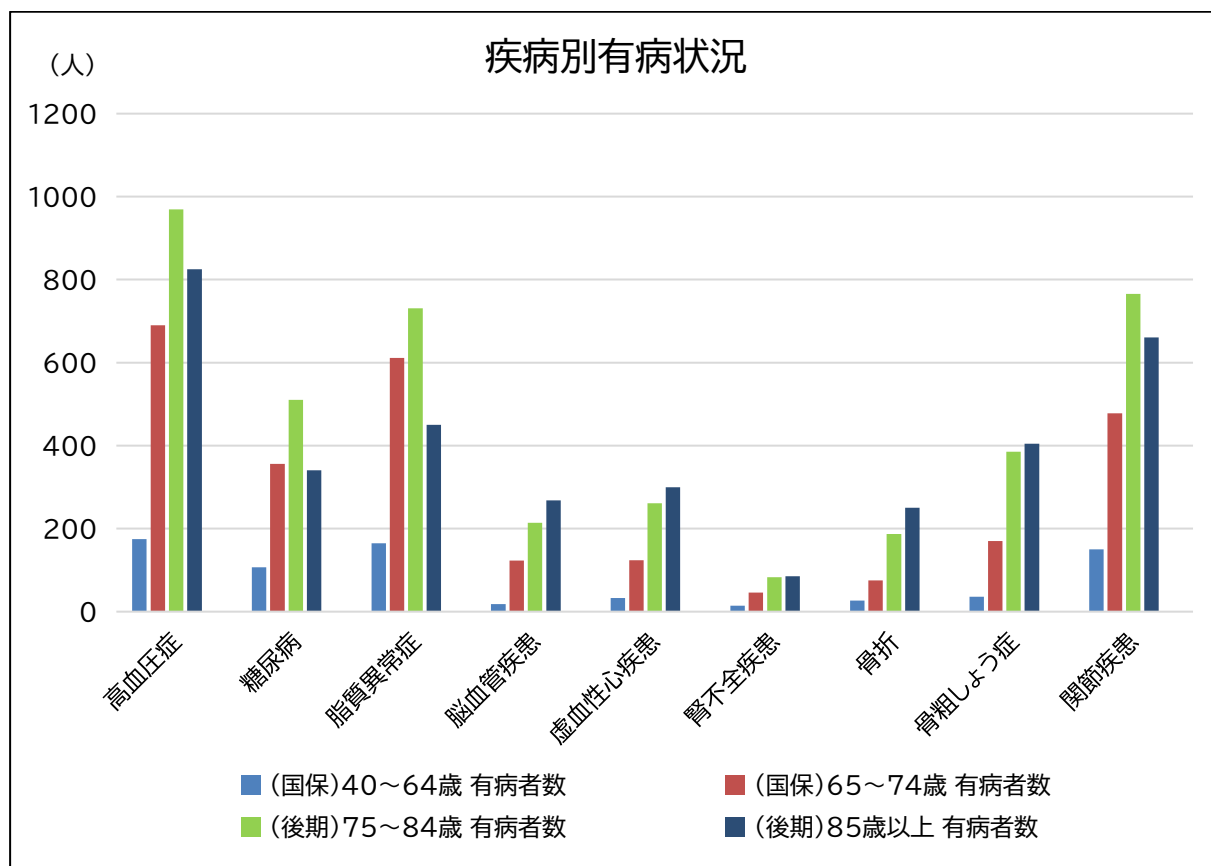
令和4年度の疾病別有病状況をみると、40歳以上のどの年齢階層においても高血圧症が1位となっています。また、脂質異常症、糖尿病、関節疾患、骨粗しょう症も多い状況です。

疾病別有病状況

	(国保)40～64歳		(国保)65～74歳		(後期)75～84歳		(後期)85歳以上	
	有病者数 (人)	有病率 (%)	有病者数 (人)	有病率 (%)	有病者数 (人)	有病率 (%)	有病者数 (人)	有病率 (%)
高血圧症	175	25.0	690	56.1	969	74.8	825	84.4
糖尿病	107	15.3	356	28.9	510	39.4	341	34.9
脂質異常症	165	23.5	611	49.6	731	56.5	450	46.1
脳血管疾患	18	2.6	123	10.0	214	16.5	268	27.4
虚血性心疾患	33	4.7	124	10.1	261	20.2	300	30.7
腎不全疾患	14	2.0	46	3.7	83	6.4	85	8.7
骨折	27	3.9	75	6.1	187	14.4	250	25.6
骨粗しょう症	36	5.1	170	13.8	385	29.7	405	41.5
関節疾患	150	21.4	478	38.8	766	59.2	661	67.7

*有病者数:KDB システム:[H 医療 個別履歴傷病テーブル]「MKDB 被保険者台帳テーブル」(令和4年4月～令和5年3月診療)

*有病率:有病者数/被保険者数 ※転帰(治癒、死亡、中止)を除く ※疑い病名を除く



出典:KDB システム(令和4年度)

5 特定健康診査・特定保健指導の状況

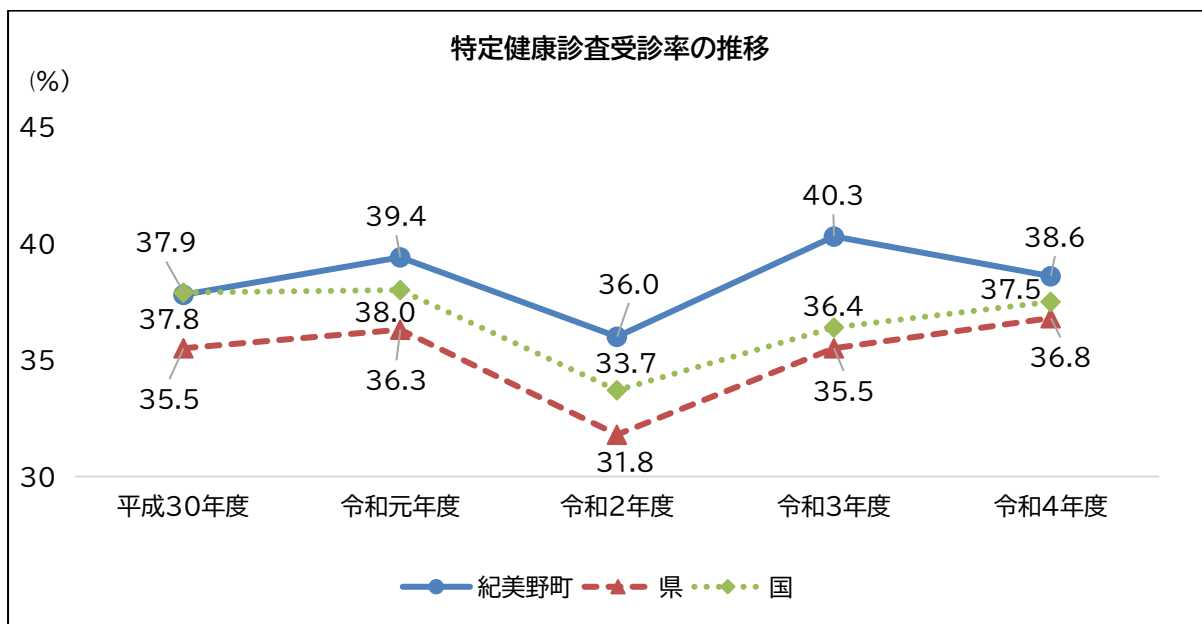
(1) 特定健康診査受診率の状況

令和4年度の対象者は1,809人、受診者数は699人で受診率は38.6%と、平成30年度以降受診率は40%前後を推移しており、国の示す目標60%には達していません。

年齢別の状況をみると、60、70歳代の年齢層では男女ともに40%以上の受診率ですが、40歳代17.9%、50歳代22.6%と低く、年代で大きな差が出ています。また、性別の状況でみると、男性35.8%、女性41.4%と男性の受診率が低くなっています。

特定健康診査受診率の推移

(%)	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
紀美野町	37.8	39.4	36.0	40.3	38.6
県	35.5	36.3	31.8	35.5	36.8
国	37.9	38.0	33.7	36.4	37.5



出典: 法定報告値

特定健康診査の性別・年齢階層別受診率

	全体			男性			女性		
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)
40～49歳	184	33	17.9	108	23	21.3	76	10	14.3
50～59歳	243	55	22.6	145	24	16.6	98	31	31.6
60～69歳	656	271	41.3	286	110	38.5	370	161	43.5
70～74歳	726	340	46.8	353	162	45.9	373	178	47.7
計	1,809	699	38.6	892	319	35.8	917	380	41.4

出典: 法定報告値(令和4年度)

(2)特定健康診査・保健指導の状況

① 特定健康診査受診者数及び特定保健指導対象者数の状況

特定健康診査受診者のうち特定保健指導の対象者の割合は 9.0～10.8%で推移しています。

特定健康診査受診者数・特定保健指導対象者数の推移

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	合計
特定健康診査受診者数(人)	782	790	717	767	699	3,755
特定保健指導対象者数(人)	73	74	77	83	63	370
特定保健指導割合(%)	9.3	9.4	10.7	10.8	9.0	9.9

出典：法定報告値

② 特定保健指導対象者及び終了者の状況

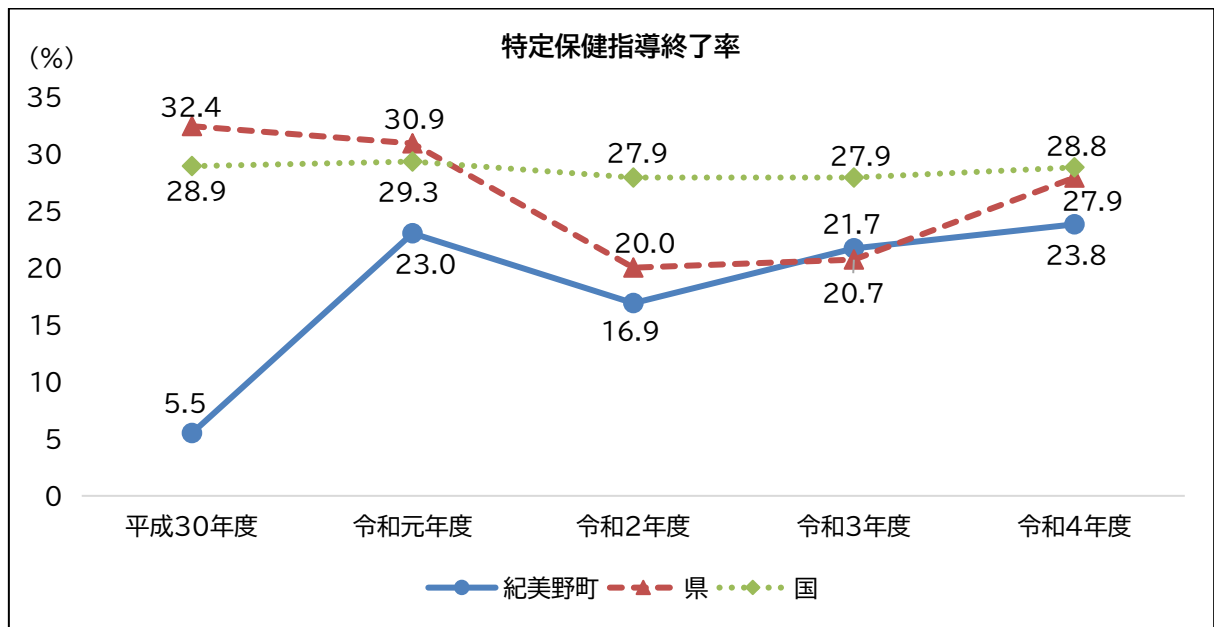
特定保健指導の終了率は、令和 4 年度には 23.8%となっており、平成 30 年度と比較すると大幅な増加となっています。

特定保健指導対象者・終了者数の推移

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
特定保健指導対象者数(人)		73	74	77	83	63
人数	積極的支援(人)	15	12	22	25	17
	動機づけ支援(人)	58	62	55	58	46
特定保健指導利用者数(人)		6	21	17	21	18
人数	積極的支援(人)	2	4	7	6	5
	動機づけ支援(人)	4	17	10	15	13
割合	積極的支援(%)	13.3	33.3	31.8	24.0	29.4
	動機づけ支援(%)	6.9	27.4	18.2	25.9	28.3
特定保健指導利用率(%)	紀美野町	8.2	28.4	22.1	25.3	28.6
	県	35.9	37.0	32.3	23.6	25.0
特定保健指導終了者数(人)		4	17	13	18	15
人数	積極的支援(人)	1	4	4	6	5
	動機づけ支援(人)	3	13	9	12	10
割合	積極的支援(%)	6.7	33.3	18.2	24.0	29.4
	動機づけ支援(%)	5.2	21.0	16.4	20.7	21.7
特定保健指導終了率(%)	紀美野町	5.5	23.0	16.9	21.7	23.8
	県	32.4	30.9	20.0	20.7	27.9
	国	28.9	29.3	27.9	27.9	28.8

出典：法定報告値

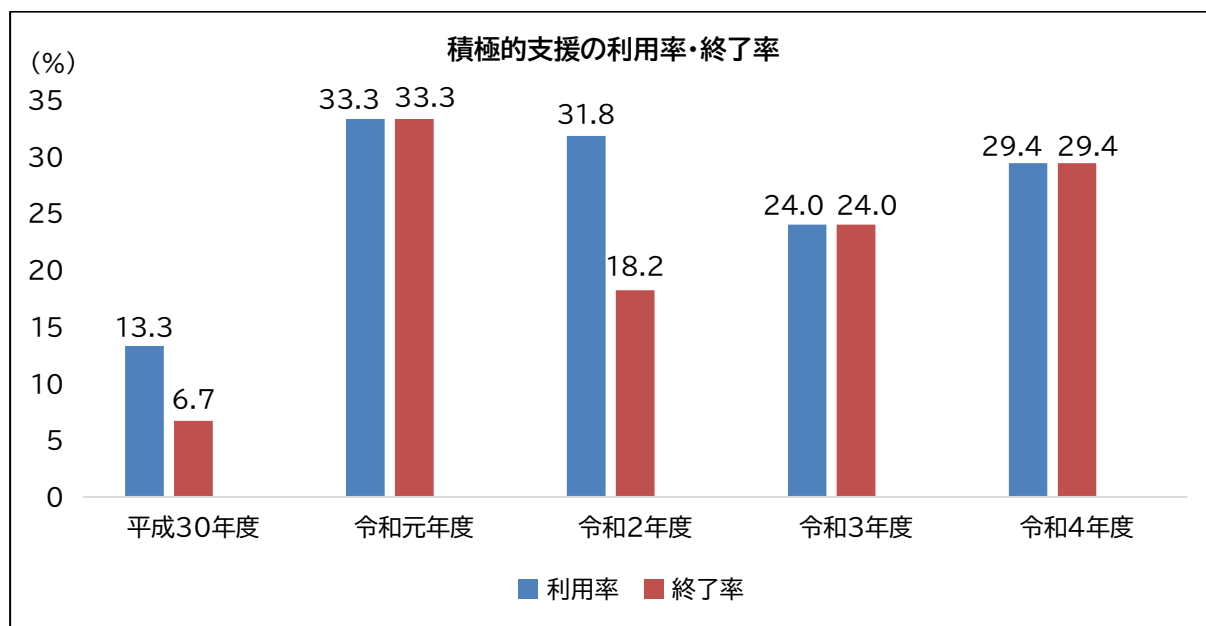
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定診査・特定保健指導実施状況報告書(平成 30～令和 4 年度)



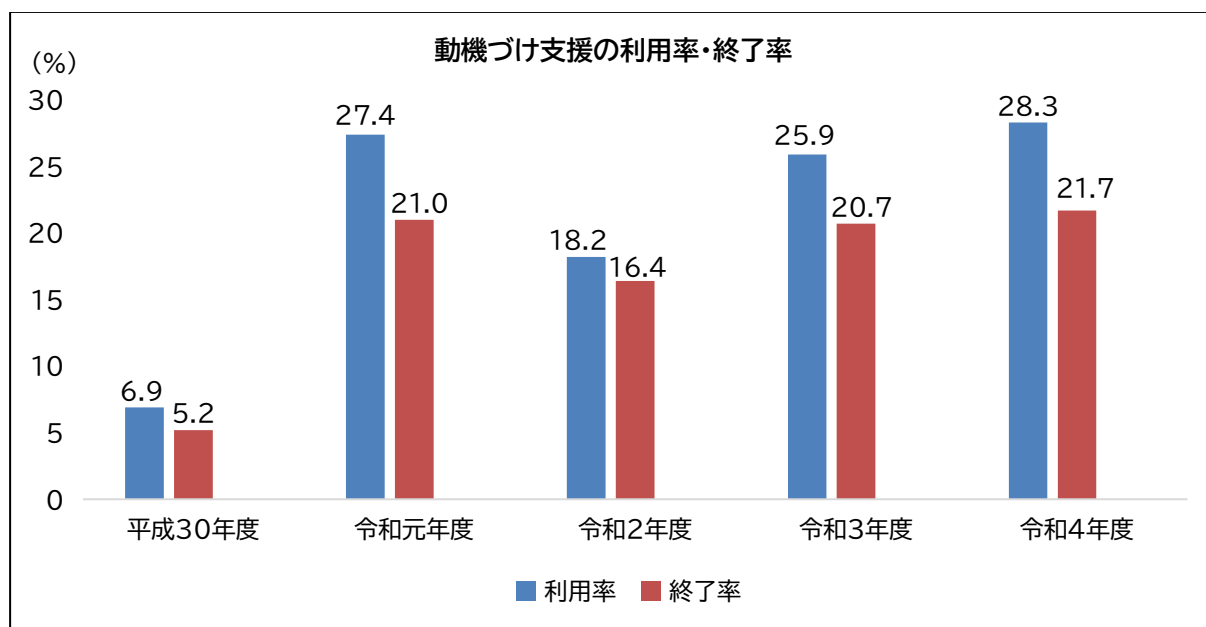
出典：法定報告値

③ 支援別利用率・終了率の状況

平成 30 年度の積極的支援の利用率は 13.3%、終了率は 6.7%でしたが、令和 4 年度は利用率と終了率がともに 29.4%と上昇しています。また、平成 30 年度の動機付け支援の利用率は 6.9%、終了率は 5.2%ですが、令和 4 年度の利用率は 28.3%、終了率は 21.7%と上昇しています。



出典：法定報告値



出典：法定報告値

④ 年代別の特定保健指導終了者数の状況

特定保健指導の対象者は40、50歳代の年齢階層では少なく、60歳以上の年齢階層では比較的多い。終了率については、年齢階層に関係なく、全体的に低い状態です。

特定保健指導年代別対象者数と終了者数

		40～ 44 歳	45～ 49 歳	50～ 54 歳	55～ 59 歳	60～ 64 歳	65～ 69 歳	70～ 74 歳	合計
平成 30年度	対象者数(人)	3	5	2	7	11	26	19	73
	終了者数(人)	1	0	0	0	1	2	0	4
	終了率(%)	33.3	0	0	0	9.1	7.7	0	5.5
令和 元年度	対象者数(人)	2	4	3	9	11	24	21	74
	終了者数(人)	1	2	0	1	5	4	4	17
	終了率(%)	50.0	50.0	0	11.1	45.5	16.7	19.0	23.0
令和 2年度	対象者数(人)	7	5	4	5	13	19	24	77
	終了者数(人)	0	2	1	1	2	2	5	13
	終了率(%)	0	40.0	25.0	20.0	15.4	10.5	20.8	16.9
令和 3年度	対象者数(人)	1	10	4	9	16	15	28	83
	終了者数(人)	0	2	2	1	3	4	6	18
	終了率(%)	0	20.0	50.0	11.1	18.8	26.7	21.4	21.7
令和 4年度	対象者数(人)	2	6	0	8	12	15	20	63
	終了者数(人)	0	3	0	0	3	3	6	15
	終了率(%)	0	50.0	0	0	25.0	20.0	30.0	23.8

出典：法定報告値

⑤ 特定保健指導利用の有無による保健指導レベルの変化

特定保健指導を受けた者の次年度の保健指導レベルの改善率は46.2%と未利用者の23.4%と比較して高く、保健指導が効果的だったと言えます。

保健指導レベルの変化【保健指導利用者】

			次年度の保健指導レベル(令和3年度)				
	レベル	対象者数	情報提供	動機付け支援	積極的支援	※服薬中	計
令和 2年度	動機付け支援	10	3	2	0	2	7
	積極的支援	7	0	3	1	2	6
	計	17	3	5	1	4	13

出典：法定報告値

*保健指導利用者のうち次年度特定健診を受診した者

※服薬中：血圧、脂質、血糖の治療に係る薬剤を服用している者

・改善率：46.2%（動機付け支援レベル：42.9% 積極的支援レベル：50.0%）

保健指導レベルの変化【保健指導未利用者】

			次年度の保健指導レベル(令和 3 年度)				
	レベル	対象者数	情報提供	動機付け支援	積極的支援	※服薬中	計
令和2年度	動機付け支援	45	7	20	2	5	34
	積極的支援	15	3	1	6	3	13
	計	60	10	21	8	8	47

出典:法定報告値

＊保健指導未利用者のうち次年度特定健診を受診した者

※服薬中:血圧、脂質、血糖の治療に係る薬剤を服用している者

・改善率:23.4%（動機付け支援レベル:20.6% 積極的支援レベル:30.8%）

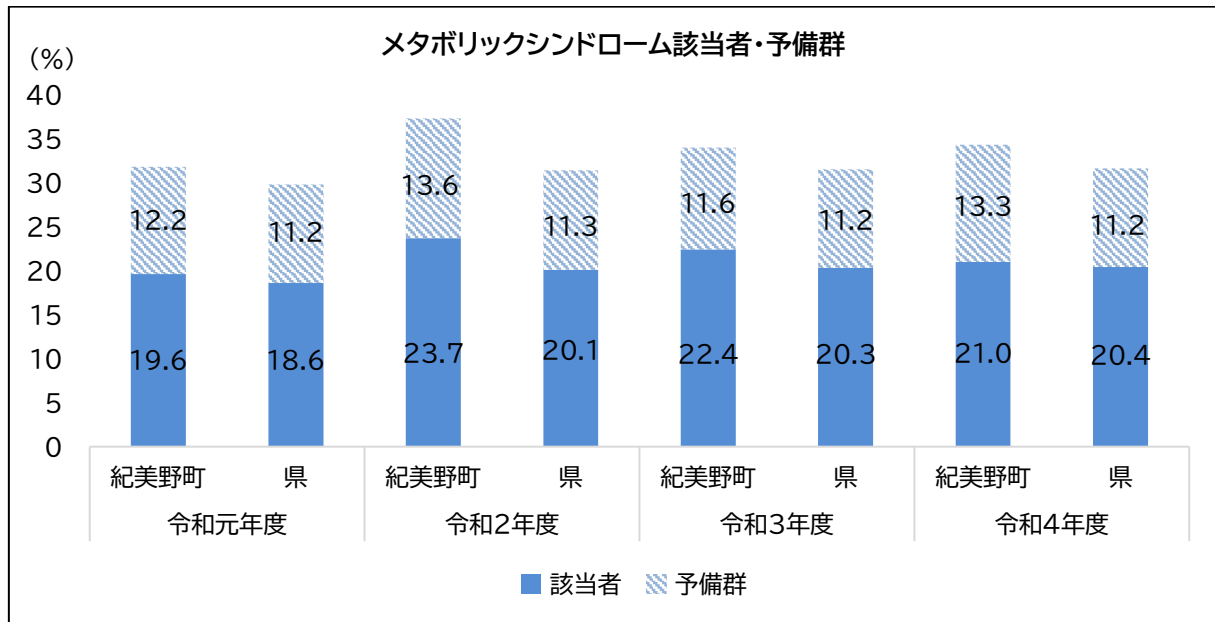
○評価対象者:特定保健指導対象者のうち次年度特定健診を受診した者

○改善率:評価対象者のうち、次年度情報提供レベルに改善、あるいは積極的支援レベルから動機付け支援レベルに改善された者の割合

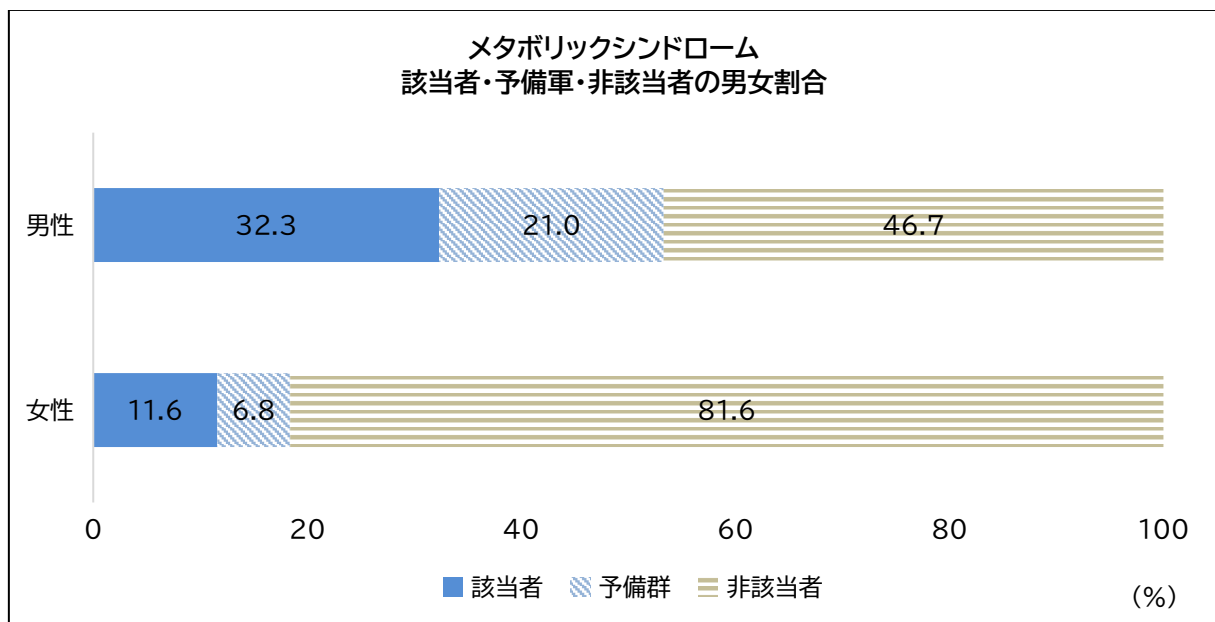
(3)メタボリックシンドローム判定割合

メタボリックシンドローム判定割合は、経年的には大きな変化はなく、令和 4 年度は基準該当者が 21.0%、予備群が 13.3%であり、あわせると健診受診者のうち 3 割以上となっています。

また、県と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群はやや高い状況です。男女別には、男性は健診受診者の約半数が該当者もしくは予備群となっています。



出典:KDB システム



出典:法定報告(令和 4 年度)

(4) 有所見者状況

健診有所見者の割合では、HbA1c(62.1%)、収縮期血圧(57.9%)、LDL コレステロール(54.8%)、腹囲(36.1%)、血糖(34.7%)、拡張期血圧(27.7%)の順に高く、すべて県及び国と比較して高くなっています。また、LDL コレステロールは女性に高いことが特徴的です。

特定健康診査の有所見者状況【血管を傷つける】

血管を 傷つける所見(%)	血糖 100 以上	HbA1c 5.6%以上	尿酸 7.0 以上	収縮期血圧 130 以上	拡張期血圧 85 以上
紀美野町	34.7	62.1	6.6	57.9	27.7
県	23.5	60.0	7.7	50.0	20.6
国	24.8	57.1	6.5	45.4	16.0

出典:KDB システム(令和 4 年度)

特定健康診査の有所見者状況【摂取エネルギーの過剰】

摂取エネルギー の過剰(%)	BMI 25 以上	腹囲 85、90 以上	中性脂肪 150 以上	ALT(GOT) 31 以上	HDL コレステロール 40 未満
紀美野町	24.7	36.1	19.8	13.4	3.7
県	25.5	34.8	20.8	13.7	3.9
国	27.1	35.0	21.1	14.5	3.8

出典:KDB システム(令和 4 年度)

特定健康診査の有所見者状況【内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因】

内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因(%)	LDL コレステロール 120 以上
紀美野町	54.8
県	53.1
国	50.3

出典:KDB システム(令和 4 年度)

特定健康診査の有所見者状況【臓器障害(※は詳細検査)】

臓器障害(%)	クレアチニン 1.3 以上	心電図検査あり※	眼底検査あり※
紀美野町	2.1	20.7	19.5
県	1.4	29.5	9.2
国	1.2	21.0	18.0

出典:KDB システム(令和 4 年度)

特定健康診査の有所見者状況【血糖】標準化比(全国=100)

血糖	性別	男性	女性
	紀美野町	129.9 ※	136.9 ※
	県	92.9 ※	95.8 ※
	国	100	100

出典:KDB システム(令和 4 年度)のデータをもとに、国立保健医療科学院の年齢調整ツールを用い計算

※が付記されているものは基準に比べて有意な差があることを意味する

特定健康診査の有所見者状況【収縮期血圧】標準化比(全国＝100)

収縮期血圧	性別	男性	女性
	紀美野町	116.9 ※	115.3 ※
	県	104.1 ※	105.3 ※
	国	100	100

出典:KDB システム(令和 4 年度)のデータをもとに、国立保健医療科学院の年齢調整ツールを用い計算

※が付記されているものは基準に比べて有意な差があることを意味する

特定健康診査の有所見者状況【拡張期血圧】標準化比(全国＝100)

拡張期血圧	性別	男性	女性
	紀美野町	136.0 ※	126.1 ※
	県	96.2 ※	99.0
	国	100	100

出典:KDB システム(令和 4 年度)のデータをもとに、国立保健医療科学院の年齢調整ツールを用い計算

※が付記されているものは基準に比べて有意な差があることを意味する

特定健康診査の有所見者状況【LDL コレステロール】標準化比(全国＝100)

LDL コレステロール	性別	男性	女性
	紀美野町	101.8	114.6 ※
	県	105.1 ※	105.3 ※
	国	100	100

出典:KDB システム(令和 4 年度)のデータをもとに、国立保健医療科学院の年齢調整ツールを用い計算

※が付記されているものは基準に比べて有意な差があることを意味する

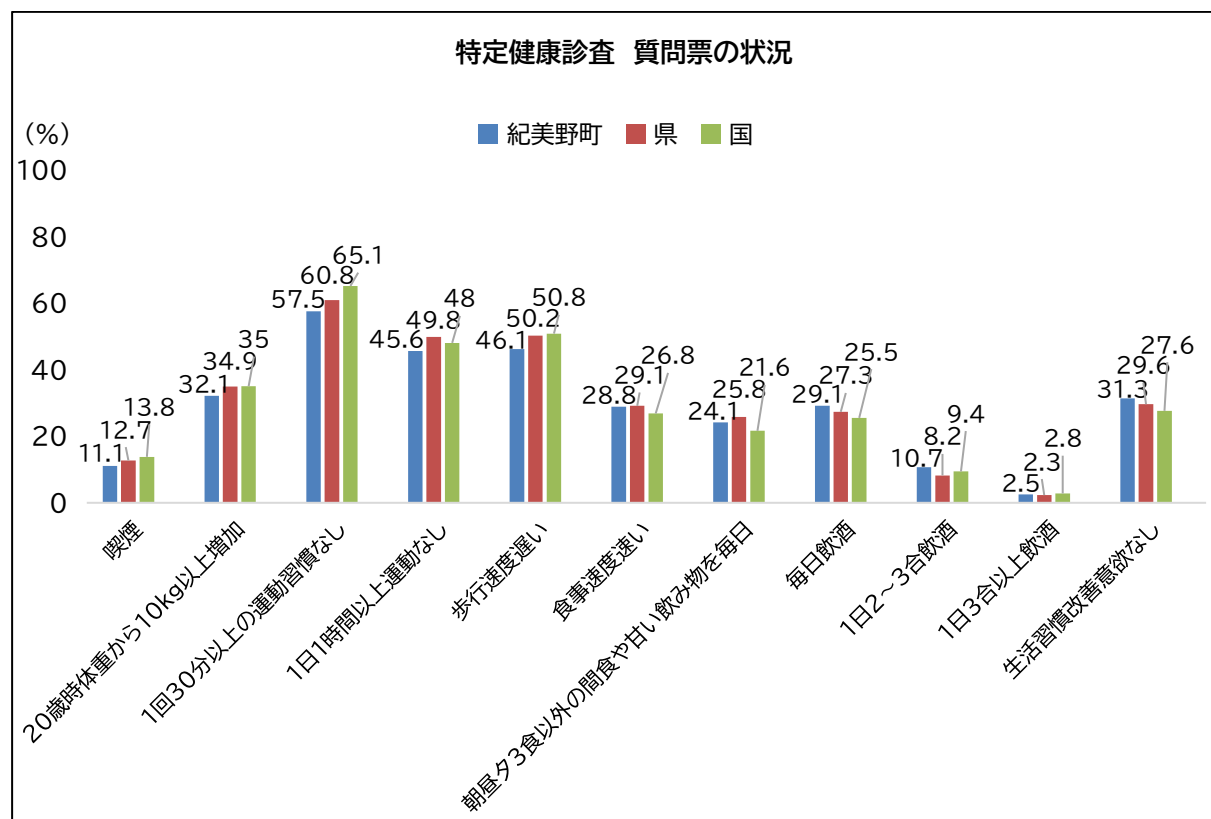
(5)質問票の状況

令和 4 年度の特定健康診査の質問票の状況より、飲酒習慣についてみると、毎日飲む人は 29.1%で、県や国より高くなっており、経年で見ても増加傾向にあります。

運動習慣では、1 回 30 分以上の運動習慣がない人が 57.5%で、半数以上が運動習慣がない状況です。1 日 1 時間以上の運動を行わない人が 45.6%となっています。また、経年でみると減少傾向にあり、運動習慣のある方が増えており、県や国と比べても良い状況です。

特定健康診査 質問票の状況

該当者 (%)	喫煙	20 歳 時体重 から 10kg 以上 増加	1 回 30 分 以上の 運動 習慣 なし	1 日 1 時間 以上 運動 なし	歩行 速度 遅い	食事 速度 速い	朝昼夕 3 食 以外の 間食や 甘い 飲み物 を毎日	毎日 飲酒	1 日 2～3 合 飲酒	1 日 3 合 以上 飲酒	生活 習慣 改善 意欲 なし
紀美野町	11.1	32.1	57.5	45.6	46.1	28.8	24.1	29.1	10.7	2.5	31.3
県	12.7	34.9	60.8	49.8	50.2	29.1	25.8	27.3	8.2	2.3	29.6
国	13.8	35.0	65.1	48.0	50.8	26.8	21.6	25.5	9.4	2.8	27.6

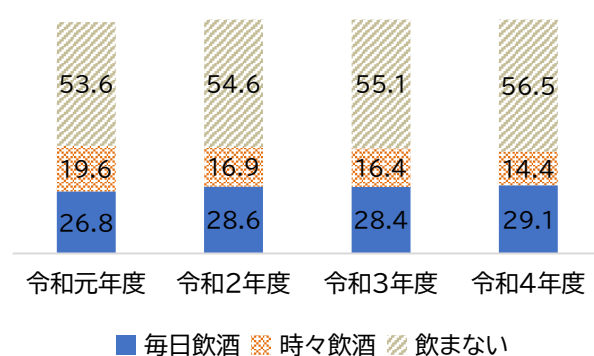


出典:KDB システム(令和 4 年度)【質問票の状況】

飲酒頻度の状況と推移

該当者 (%)	毎日	時々	飲まない
紀美野町	29.1	14.4	56.5
県	27.3	19.0	53.7
国	25.5	22.5	52.0

(%)

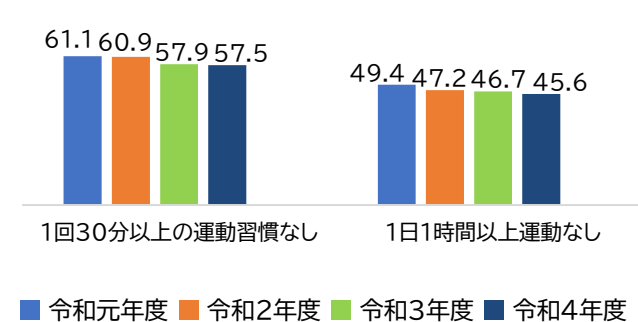


出典:KDB システム(令和 4 年度)

運動習慣の状況と推移

該当者 (%)	1回30分以上 の運動習慣なし	1日1時間 以上運動なし
紀美野町	57.5	45.6
県	60.8	49.8
国	60.4	48.0

(%)



出典:KDB システム(令和 4 年度)

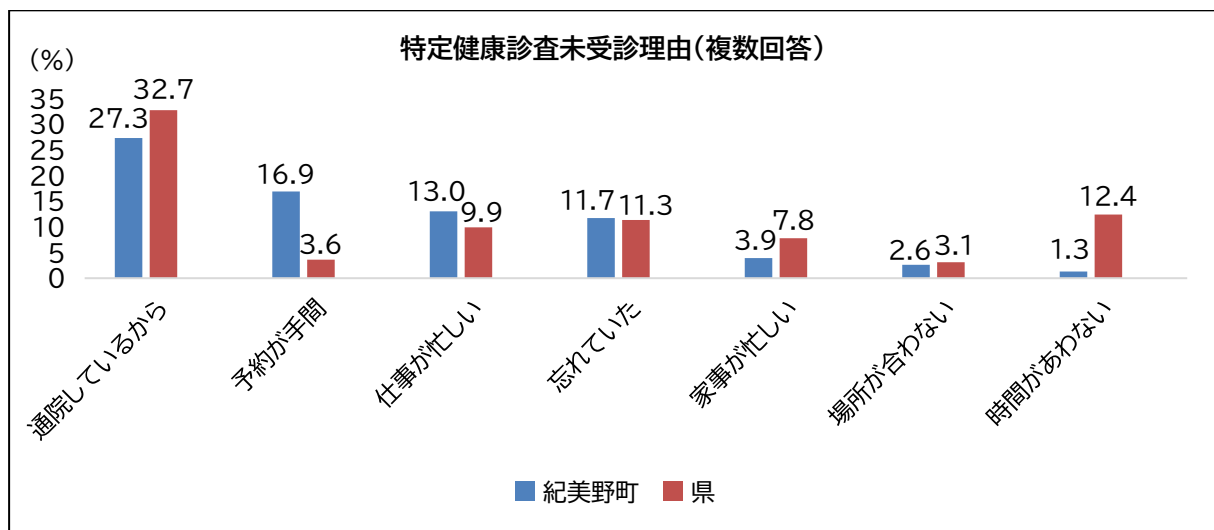
(6)未受診者及び受診理由

特定健康診査の未受診理由は、「通院しているから」が最も多く、次いで「予約が手間」「仕事が忙しい」「忘れていた」です。

また、受診理由は、「費用無料」が最も多く、次いで「定期的に受診しているから」「受診案内が届いた」「がん検診と一緒に受診できるから」です。

特定健康診査未受診理由(令和4年度)

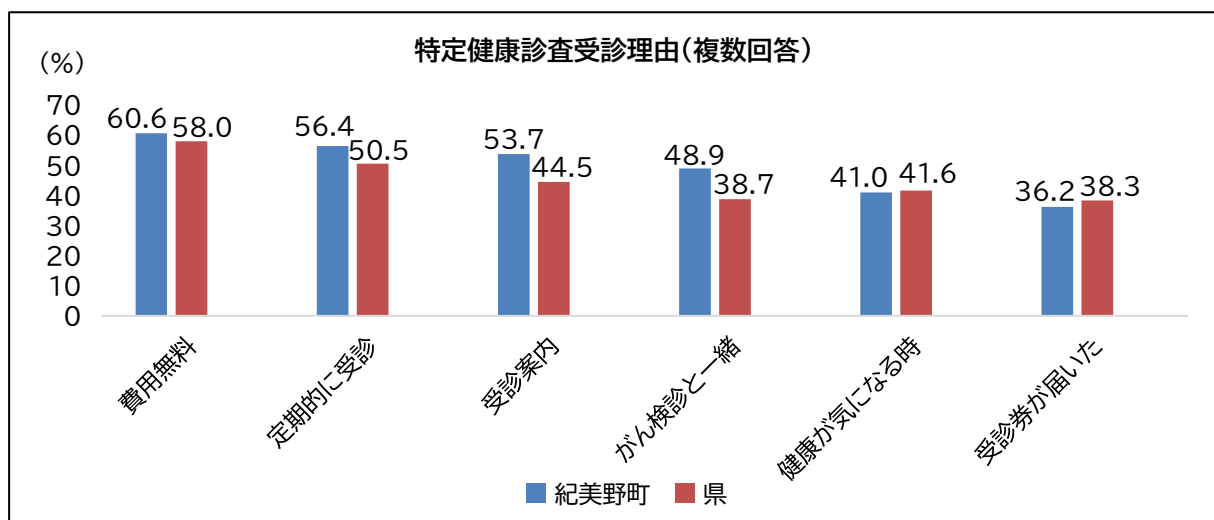
(%)	通院しているから	予約が手間	仕事が忙しい	忘れていた	家事が忙しい	場所が合わない	時間があわない
紀美野町	27.3	16.9	13.0	11.7	3.9	2.6	1.3
県	32.7	3.6	9.9	11.3	7.8	3.1	12.4



出典:和歌山県令和4年度特定健診受診率向上事業分析成果報告書

特定健康診査受診理由(令和4年度)

(%)	費用無料	定期的に受診	受診案内	がん検診と一緒に	健康が気になる時	受診券が届いた
紀美野町	60.6	56.4	53.7	48.9	41.0	36.2
県	58.0	50.5	44.5	38.7	41.6	38.3



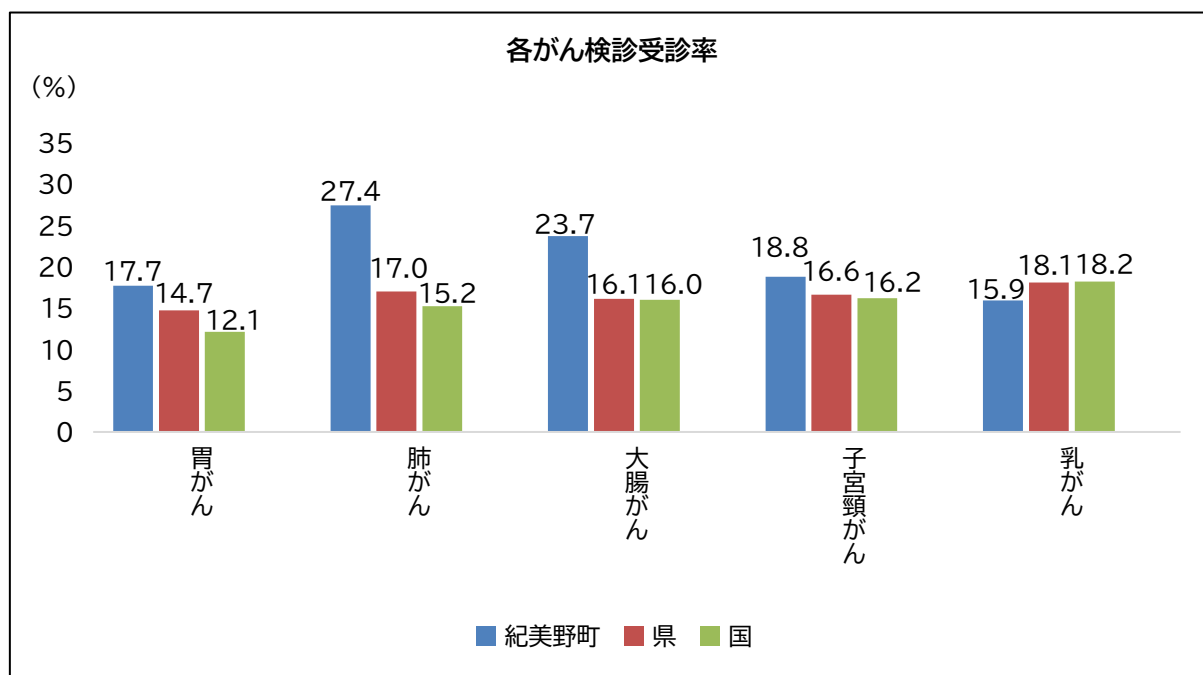
出典:和歌山県令和4年度特定健診受診率向上事業分析成果報告書

6 がん検診の状況

令和３年度のがん検診受診率は、乳がん検診以外は、県や国の平均より高いが、がん検診の国の目標値 60%を大きく下回っています。また、令和２年度の精密検査の受診率についても、大腸がん検診以外は、県や国の平均より高い状況です。

各がん検診受診率

(%)	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
紀美野町	17.7	27.4	23.7	18.8	15.9
和歌山県	14.7	17.0	16.1	16.6	18.1
国	12.1	15.2	16.0	16.2	18.2



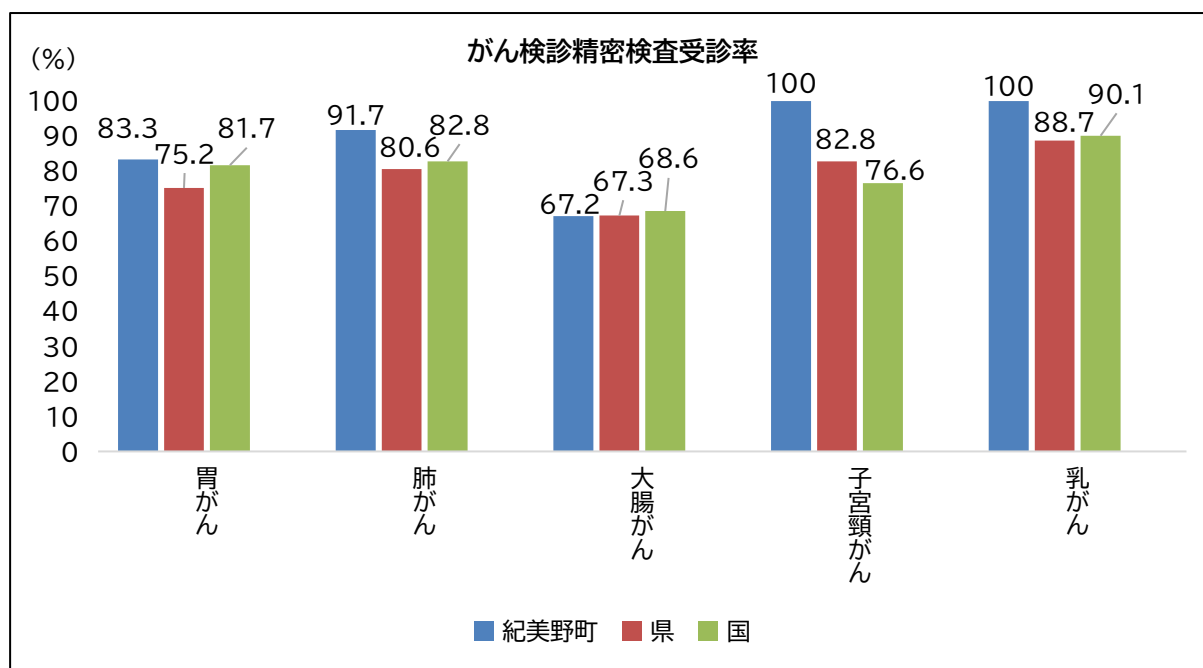
出典：厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告（令和３年度）

*対象者数＝対象年齢の全住民

注）胃がん、子宮頸がん及び乳がんの受診者数＝（当該年度受診者数）＋（前年度受診者数）－（２年連続受診者数）

がん検診精密検査受診率

(%)	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
紀美野町	83.3	91.7	67.2	100	100
和歌山県	75.2	80.6	67.3	82.8	88.7
国	81.7	82.8	68.6	76.6	90.1



出典：厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告（令和 2 年度）

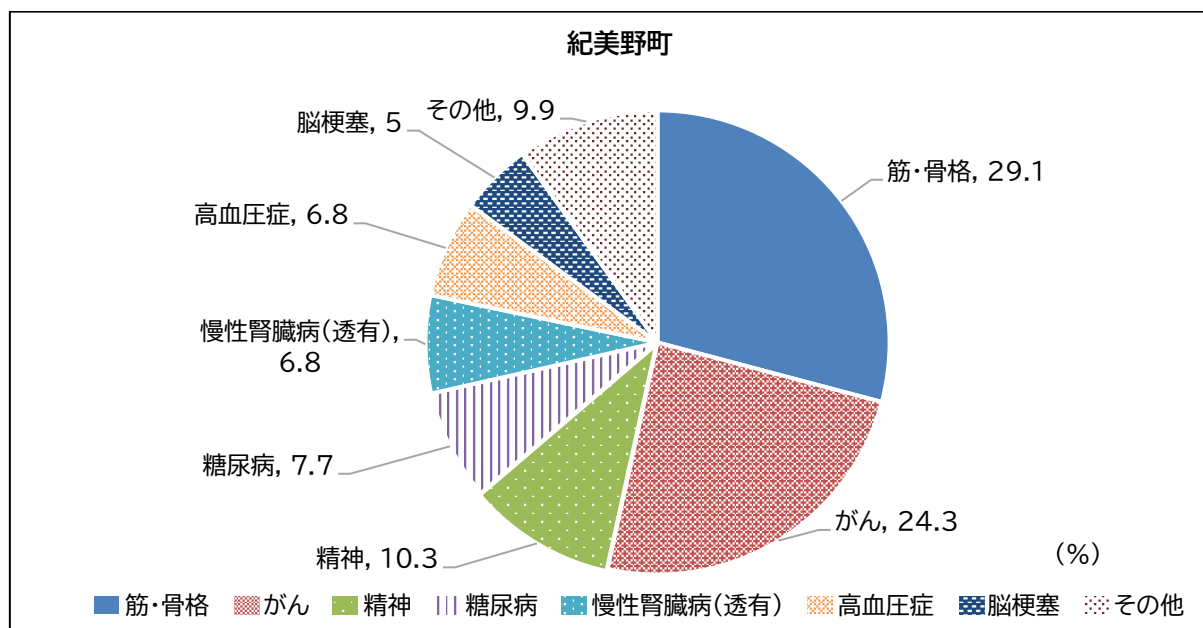
※地域保健健康増進事業報告の胃がん検診は胃透視のみですが、本町では内視鏡による胃がん検診も実施しており、胃透視と内視鏡を含めた令和 2 年度の精密検査受診率は 93.8%となっています。

R4 年度 要介護認定 認定理由 後期高齢 医療費分析 運動習慣(国保・後期)

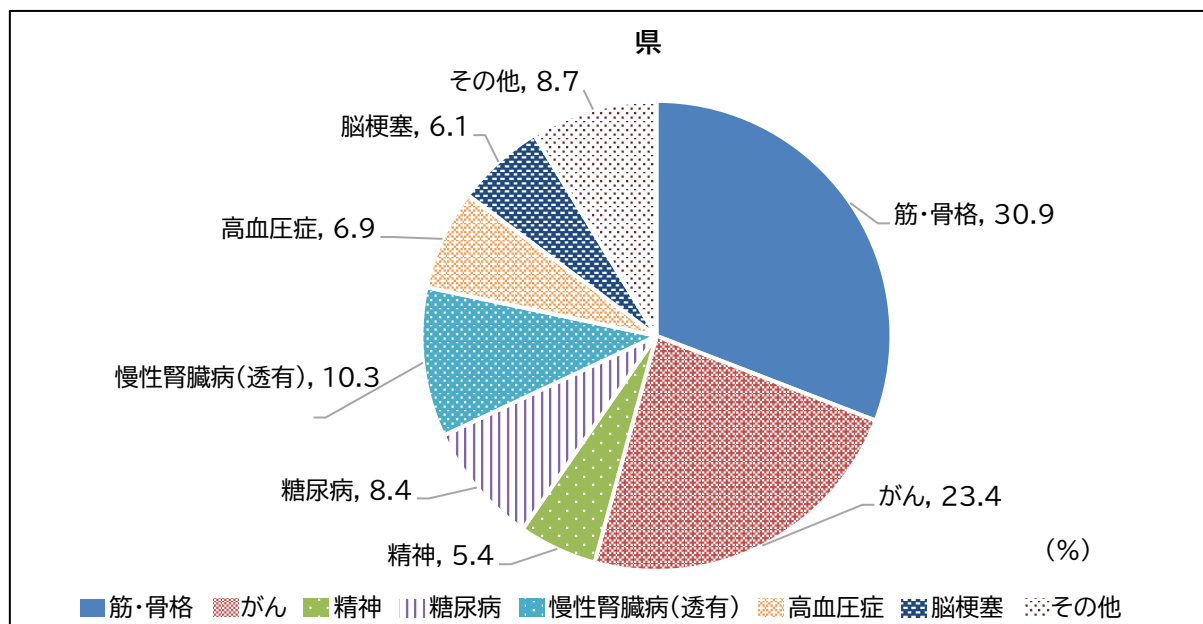
7 後期高齢者医療制度の状況

(1)後期高齢者医療制度の医療費の状況

令和4年度の医療費分析(最大医療資源傷病名による)は、筋・骨格に係る医療費割合が最も高く、29.1%を占めています。



出典:KDB システム(令和4年度)【地域の全体像の把握】



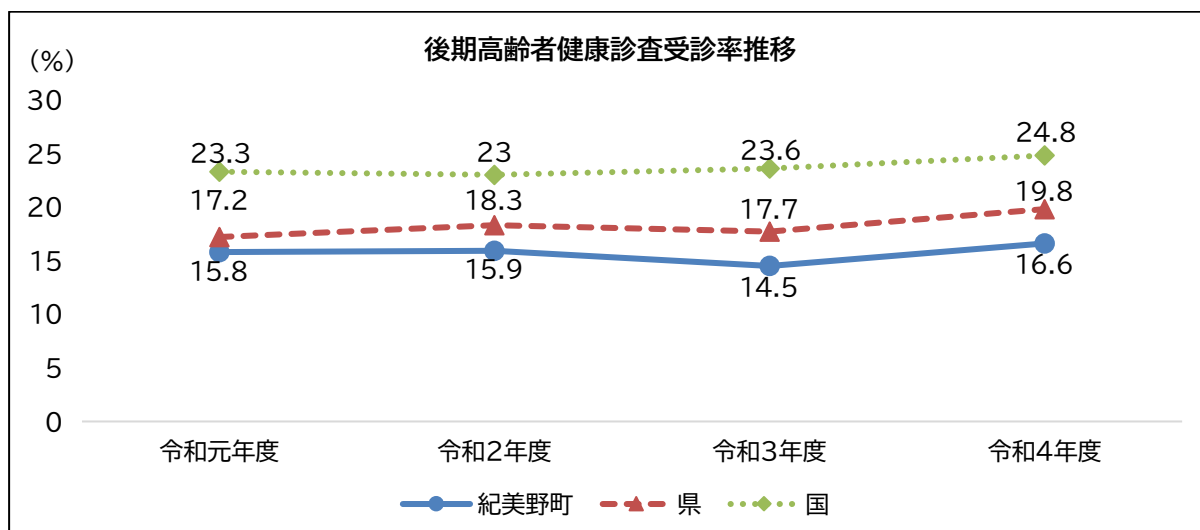
出典:KDB システム(令和4年度)【地域の全体像の把握】

(2)後期高齢者医療健康診査受診状況

令和 4 年度健康診査受診率は 16.6%となっており、県や国と比較して低い状況です。

後期高齢者健康診査受診率推移

(%)	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
紀美野町	15.8	15.9	14.5	16.6
県	17.2	18.3	17.7	19.8
国	23.3	23.0	23.6	24.8



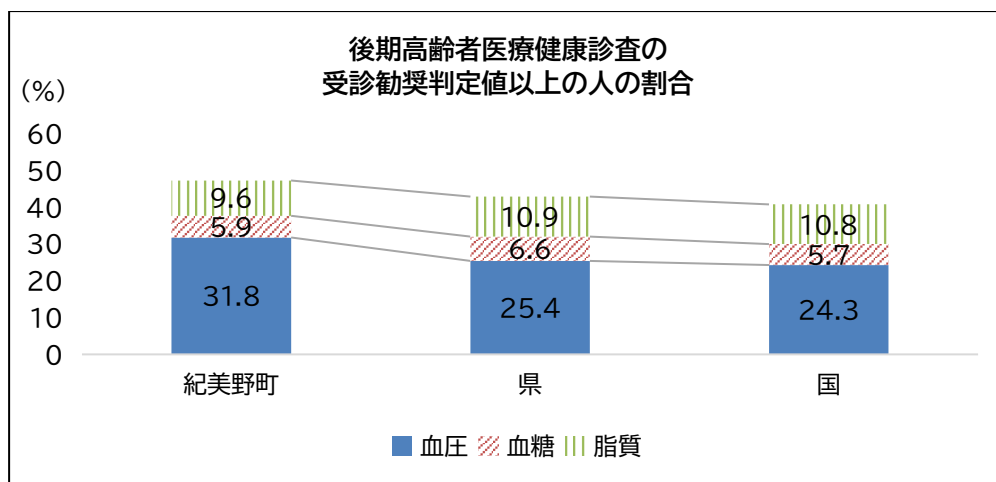
出典:KDB システム(地域の全体像の把握)

(3)後期高齢者医療健康診査の受診勧奨判定値以上の人の割合

令和 4 年度の受診勧奨判定値以上の人の割合をみると、血圧が 31.8%と県や国と比較して高い状況です。

後期高齢者医療健康診査の受診勧奨判定値以上の人の割合

(%)	血圧	血糖	脂質
紀美野町	31.8	5.9	9.6
県	25.4	6.6	10.9
国	24.3	5.7	10.8



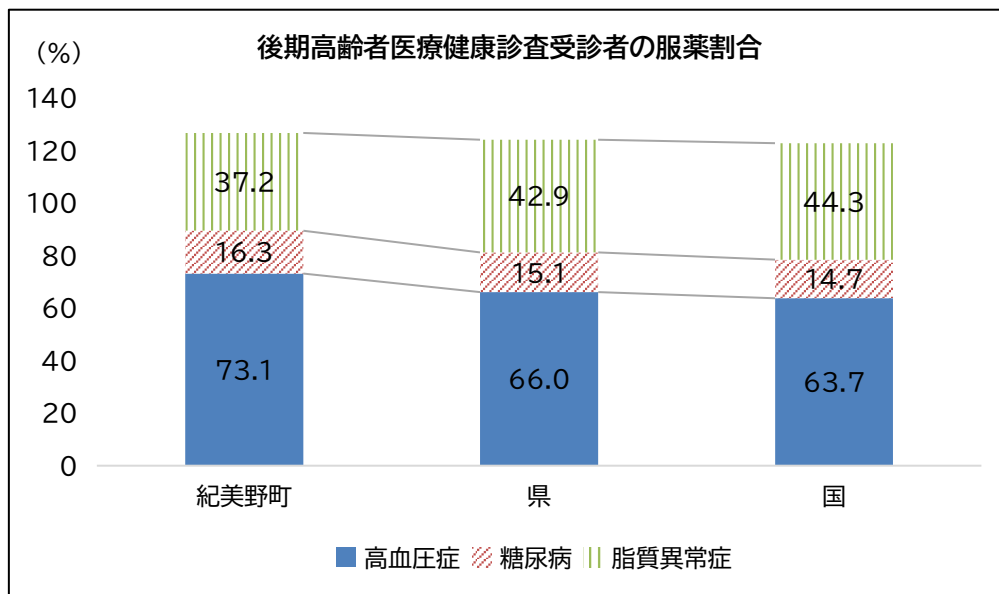
出典:KDB システム(令和 4 年度)

(4)後期高齢者医療健康診査受診者の服薬状況

令和４年度の受診者の服薬状況をみると、高血圧症や糖尿病で服薬している人の割合が県や国と比較して高い状況です。

後期高齢者医療健康診査受診者の服薬割合

(%)	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
紀美野町	73.1	16.3	37.2
県	66.0	15.1	42.9
国	63.7	14.7	44.3



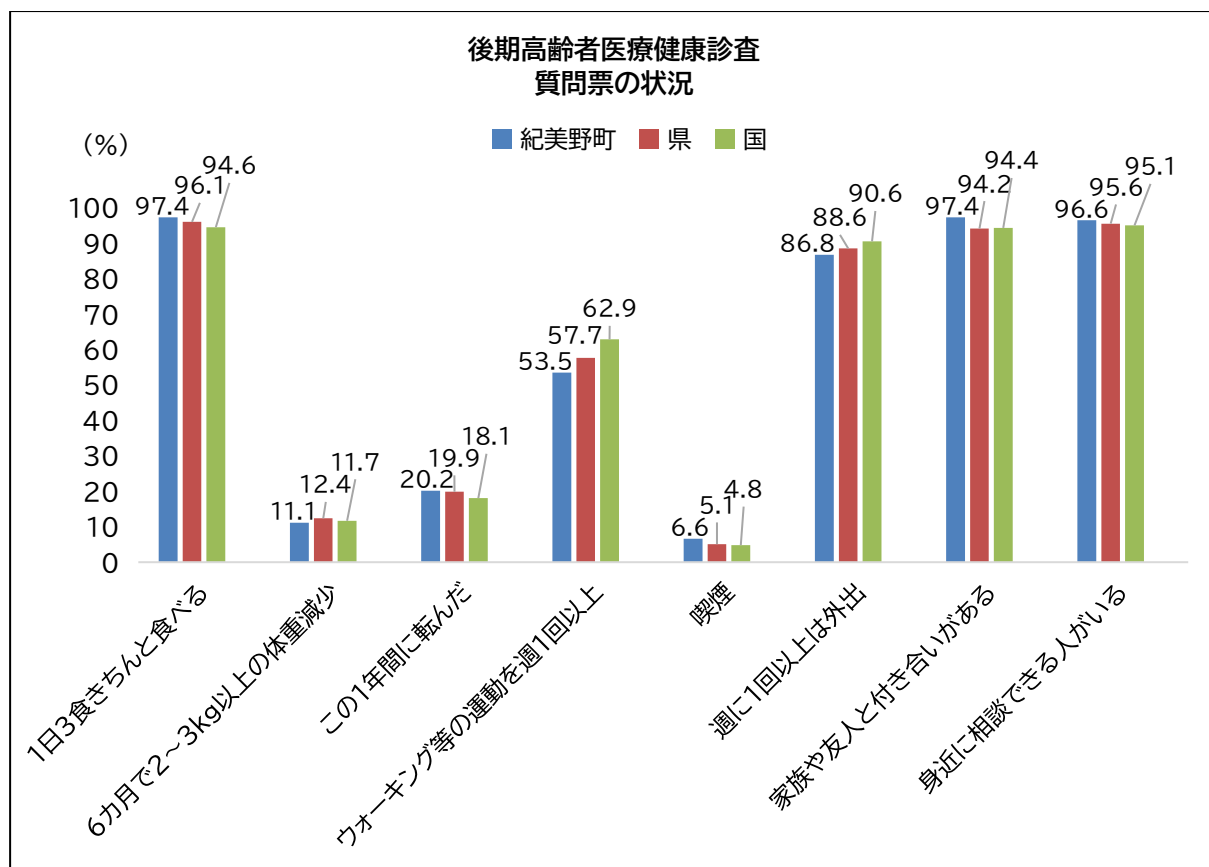
出典:KDB システム(令和４年度)

(5)後期高齢者医療健康診査の質問票の状況

令和 4 年度の質問票の状況では、この1年間に転んだ人の割合は 20.2%と県や国と比べて高い状況です。また、ウォーキング等の運動を週 1 回以上している人の割合が 53.5%であり、県や国と比べて低い状況です。喫煙の割合は、6.6%と県や国と比べて高い状況です。週1回以上は外出している割合は 86.8%と県や国と比べて低い状況です。

後期高齢者医療健康診査 質問票の状況

(%)	1日3食 きちんと 食べる	6ヵ月で 2～3kg 以上の 体重減少	この 1年間に 転んだ	ウォー キング等 の運動を 週1回 以上	喫煙	週に 1回 以上は 外出	家族や 友人と 付き合い がある	身近に 相談 できる 人が いる
紀美野町	97.4	11.1	20.2	53.5	6.6	86.8	97.4	96.6
県	96.1	12.4	19.9	57.7	5.1	88.6	94.2	95.6
国	94.6	11.7	18.1	62.9	4.8	90.6	94.4	95.1



出典:KDB システム(令和 4 年度)

8 通いの場の状況

令和 4 年度の 65 歳以上が参加する通いの場は 150 か所あり、参加者数は 1,551 人です。

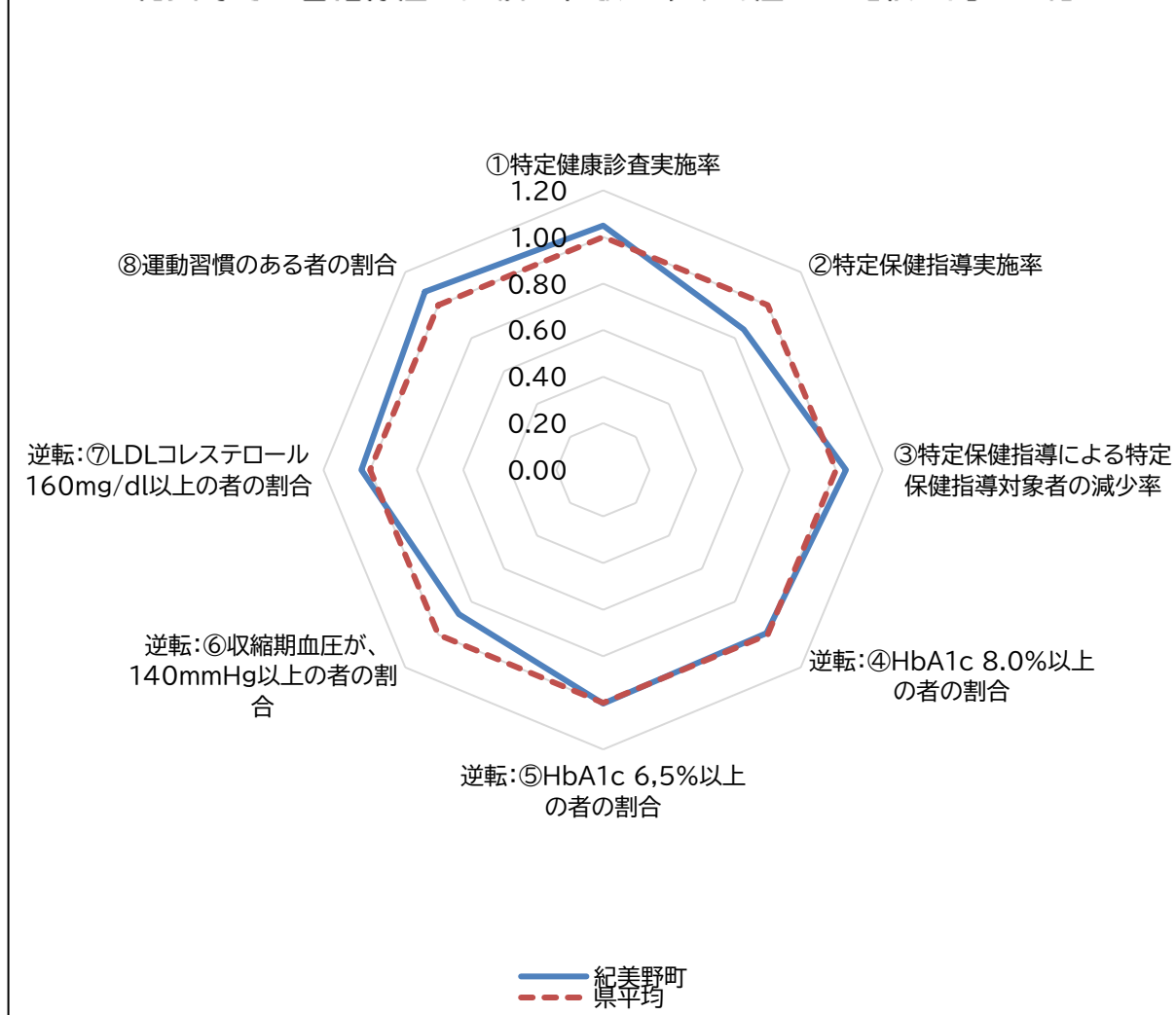
通いの場の数と参加者数

通いの場の数(町内の通いの場のみ)	参加者数(65 歳以上)
150 か所	1,551 人

令和 5 年 3 月末

9 和歌山県のデータヘルス計画共通評価指標

紀美野町の各指標値の実績と和歌山県平均値との比較の見える化



	レーダーチャートの数値		実績値	
	紀美野町	県平均	紀美野町	県平均
①特定健康診査実施率	1.05	1.00	38.6	36.8
②特定保健指導実施率	0.85	1.00	23.8	27.9
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.04	1.00	22.2	21.3
逆転:④HbA1c 8.0%以上の者の割合	0.99	1.00	2.3	1.5
逆転:⑤HbA1c 6.5%以上の者の割合	1.00	1.00	10.0	10.3
逆転:⑥収縮期血圧が、140mmHg以上の者の割合	0.88	1.00	36.1	27.0
逆転:⑦LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合	1.04	1.00	8.4	11.7
⑧運動習慣のある者の割合	1.08	1.00	42.5	39.3

出典:和歌山県データヘルス計画共通評価指標

10 分析結果に基づく紀美野町の健康課題

(1)各種データによる現状の整理

現 状 把 握	
医療費データ	●令和 4 年度国保の疾病別有病状況では、高血圧症は 865 人、脂質異常症は 776 人、糖尿病は 463 人となっている。虚血性心疾患は 157 人、脳血管疾患は 141 人、腎不全疾患は 60 人である。 ●令和 4 年度の細小分類別医療費(入院+外来)をみると、糖尿病の割合(5.1%)が高く、慢性腎臓病(透析あり)(4.4%)、高血圧症(4.0%)、関節疾患(3.4%)の順となっている。次いで、骨折(2.7%)、不整脈(2.1%)、膵臓がん(2.1%)、脂質異常症(2.1%)となっている。 ●新規透析導入患者(国保)は、令和元年度は 1 人、令和 2 年度は 3 人、令和 3 年度は 2 人、令和 4 年度は 1 人となっている。 ●令和 4 年度の疾病別有病状況をみると、40 歳以上のどの年齢階層においても高血圧症が 1 位となっている。また、脂質異常症、糖尿病、関節疾患、骨粗しょう症が高い。 ●後期高齢者の医療費分析(最大医療資源傷病名による)は、筋・骨格に係る医療費割合が最も高く、29.1%を占めている。
健診データ	●令和 4 年度の特定健康診査受診率は 38.6%であり、令和 4 年度の県 36.8%と比較して高い結果であるが、国の目標値を大きく下回っている。40 歳代の受診率は 17.9%、50 歳代の受診率は 22.6%であり、若い世代の受診率が低い。特に、女性に比べ男性の受診率が低い状況である。 ●特定健康診査有所見者の状況では、HbA1c(62.1%)、収縮期血圧(57.9%)、LDL コレステロール(54.8%)、腹囲(36.1%)、血糖(34.7%)、拡張期血圧(27.7%)の割合が県や国と比較して高い。また、LDL コレステロールは女性が高い。 ●特定健康診査結果から、メタボリックシンドローム該当者は 21.0%、予備群は 13.3%であり約3割を占め、県(該当者は 20.4%・予備群は 11.2%)と比較してやや高い状況である。特に男性は該当者 32.3%、予備群 21.0%と約半数を占めている。 ●特定保健指導の利用率 28.6%、終了率は 23.8%であり、徐々に高くなっているものの、計画の目標値に達していない。 ●生活習慣をみると、毎日飲酒する者の率が 29.1%と県 27.3%、国 25.5%と比較して高く、年々増加傾向である。また、運動習慣なし(1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施なし)の者は 57.5%と県 60.8%、国 65.1%と比較して低く、年々低下傾向で、半数以上が運動習慣がない。
介護データ	●令和 4 年度の介護認定理由(第 2 号被保険者)は、1 位認知症、2 位整形疾患、3 位転倒・骨折、4 位脳血管疾患、5 位がんとなっている。 ●後期高齢者健診の検査値では、血圧が受診勧奨判定値の者が 31.8%であり、県 25.4%や国 24.3%に比べて高い。また、健診受診者の医療情報では、高血圧で服薬している者が 73.1%であり、県 66.0%や国 63.7%に比べて高い。また、糖尿病で服薬している者が 16.3%であり、県 15.1%や国 14.7%に比べて高い。質問票調査では、ウォーキング等の運動を週 1 回以上している者の割合が 53.5%であり、県 57.7%や国 62.9%に比べて低い。
その他の定量的データ	●令和4年度の国保加入者は、2,227 人である。被保険者年齢別構成割合は、65 歳～74 歳の割合が高く 1,233 人で全体の 55.4%と半数以上を占める。人口及び国保加入者は年々減少し、高齢化率は上昇している。 ●通いの場は町内で 150 か所(65 歳以上が参加する通いの場)あり、65 歳以上では 1,551 人が参加している。(令和 5 年 3 月末)
質的データ	●特定健診の未受診理由は、「通院しているから」が最も多い。次いで「予約が手間」「仕事が忙しい」「忘れていた」である。また、受診理由は、「費用無料」が最も多く、次いで「定期的に受診しているから」「受診案内が届いた」「がん検診と一緒に受診できるから」である。 ●町民の生活をみると減塩を心がけることは広がりつつあるが、日常的に漬物や金山寺味噌などを食べる人が多く、また塩サバや塩鮭、干物等保存のきくものを好んで食べる人が多い。このように、塩分が多い保存食や味付けの濃い食事を好んで食べる方が多いことが、高血圧患者が多い原因の1つになっていると考えられる。

(2)健康課題と対応事業の整理

項目	健康課題	優先順位	対応事業名
A	高血圧症、脂質異常症、糖尿病の患者数が多く医療費も高い。加えて、慢性腎臓病の医療費も高い。しかし、特定健診の受診率は増加傾向にあるが、40～50歳代の受診率、特に男性の受診率が低い。生活習慣病の早期発見、発症や重症化予防のため、若い世代や健診を受けたことのない者が受診するような取り組みが必要である。	1	①特定健康診査の受診率向上事業
B	特定健康診査受診者のうちメタボリックシンドロームの該当者・予備群が約 3 割を占めている。特定保健指導の利用率や終了率は、計画の目標値には届いていない。生活習慣病発症予防のため、保健指導を気軽に受けられる工夫をして、利用勧奨を実施し、重点的に特定保健指導の利用率の向上に取り組む必要がある。	2	②特定保健指導の利用勧奨事業
C	特定健康診査有所見者の状況では、血糖値が高い者の割合が高く、また医療費でも糖尿病の割合が高く、慢性腎臓病(透析あり)の割合も高い。新規人工透析導入を予防するために、糖尿病性腎症の発症及び重症化予防の取り組みが必要である。	3	③糖尿病性腎症重症化予防事業
D	特定健康診査有所見者の状況では、収縮期血圧や女性の LDL コレステロールが高い。疾病別有病状況では、どの年齢層でも高血圧症が最も多い。生活習慣をみると、半数以上は運動習慣がないという状況である。医療機関への受診勧奨と共に、高血圧等生活習慣病発症予防のために効果的な減塩やバランスを考えた食事と運動習慣を、若年期から身に付けていただくための取り組みが必要である。	4	④医療機関への受診勧奨事業 (生活習慣改善保健指導含む) ⑤地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業
E	後期高齢者の医療費分析は、筋・骨格に係る医療費割合が最も高い。疾病別有病状況では高血圧症が最も多い。介護認定理由は整形疾患、転倒・骨折、脳血管疾患が多い。後期高齢者健診の質問票調査では、ウォーキング等の運動を週 1 回以上している者の割合が低い。生活習慣病予防と共に、骨粗鬆症やロコモティブシンドローム予防などフレイル予防を他部門や地域の関係機関と連携して一体的に推進することにより、健康寿命の延伸へと繋がる取り組みが必要である。	5	⑤地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業

第4章 データヘルス計画全体の目的・目標・目標を達成するための戦略

計画全体における目的							
被保険者が、いつまでもいきいきと健やかで心豊かな生活を送るために、自らの健康に関心をもち、特定健診を継続的に受診することで、健康状態を把握するとともに、自身の生活習慣の振り返りや改善に取り組み、生活習慣病の発症、重症化を予防する。							
計画全体における目標							
(1)特定健康診査受診率の向上				[健康課題 A の目標]			
(2)特定保健指導の利用率・終了率の向上				[健康課題 B の目標]			
(3)糖尿病性腎症の発症及び重症化の予防				[健康課題 C の目標]			
(4)医療機関への早期受診と生活習慣改善の推進				[健康課題 D の目標]			
(5)社会参加とフレイル予防による健康状態の改善				[健康課題 E の目標]			
計画全体の評価指標							
評価指標	計画策定時	目標値					
	令和 4 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健診受診率(%)	38.6	40	41	42	43	44	45
特定保健指導終了率(%)	23.8	25	26	27	28	29	30
新規人工透析患者数(国保)(人)	1	0	0	0	0	0	0
特定健診受診者のうち 高血圧の者の割合(%) (収縮期血圧 140mmHg以上の割合)	36.1	35	35	34	33	32	32
後期高齢者健診受診者のうちフレイル に該当した者の割合(%)	34.5	34	33	33	32	31	31
高血圧の千人当たり患者数(人)	289.7	288	287	286	285	284	283
脂質異常の千人当たり患者数(人)	244.2	243	242	241	240	239	238
糖尿病の千人当たり患者数(人)	144.1	143	142	141	140	139	138
糖尿病性腎症の千人当たり患者数(人)	6.0	6.0	5.9	5.9	5.8	5.8	5.7
計画全体の目標を達成するための戦略							
(1)高血圧や糖尿病、脂質異常症予防等生活習慣病予防に取り組みつつ、介護認定理由の上位疾患である整形疾患、転倒・骨折等のフレイル予防に重点的に取り組む。							
(2)町内の医療機関、歯科医院、商工会、農協、事業所等とは、日常的に協力を得られていることから、さらなる連携協力による受診勧奨及び重症化予防の強化を図る。							
(3)妊娠期から高齢期まですべてのライフサイクルを対象に、国保保健事業・保健衛生・介護予防・後期高齢者保健事業担当者及び町営診療所等が分野をまたいで連携協力し事業実施する。							
(4)住民同士のつながりを活かし、住民組織に活動を依頼し、健診受診や生活習慣改善、フレイル予防の取り組みが口コミで町内に広がっていくようにする。							
(5)地域サロンやサークル活動が盛んで、通いの場が 150 か所(65 歳以上が参加する通いの場)ある。この通いの場を活かして、健康相談や健康教育、保健指導を実施する。							

出典:法定報告(令和 4 年度)

KDB システム(令和 4 年度)

更生医療 内部障害(腎臓)

第5章 個別の保健事業

1 特定健康診査の受診率向上事業

目的		メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクの早期発見及び予防を目指し、周知や受診勧奨を行うことで、特定健康診査受診率の向上を図る。						
対象		40～74 歳の国保被保険者						
項目	評価指標	計画策定時	目標値					
		令和 4 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
アウトカム指標	特定健診 受診率(%)	38.6	40	41	42	43	44	45
	40 歳代 特定健診 受診率(%)	17.8	20	21	22	23	24	25
	50 歳代 特定健診 受診率(%)	22.4	24	26	28	30	32	33
アウトプット指標	未受診者 案内通知 カバー率 (%)	100	100	100	100	100	100	100
目標を達成するための主な戦略		●住民同士のつながりや町内の医療機関や事業所等との連携協力による、地域ぐるみの効果的な受診勧奨。 ●40～50 歳代に重点的に受診勧奨。 ●ICT 活用による手軽な健診の申し込み。						
実施内容		●受診券発送時に、わかりやすい健診案内を同封し受診勧奨する。 ●広報誌や地区回覧、各戸配布案内、町ホームページ等に加えて、小中学校や歯科医院、商工会、農協、事業所等の協力によるポスター掲示や案内の配布、地域サロン等通いの場や町内のイベントでの啓発、乳幼児健診やこども園での啓発を実施する。 ●健康推進員による口コミでの健診の啓発に加えて、他の住民組織による健診の啓発を行う。 ●医療機関(かかりつけ医等)の連携協力による受診勧奨を強化する。 ●健診費用無料やがん検診と同時に受診できることを啓発する。 ●対象者の健診受診状況に応じ、受診行動につながるように、ナッジ理論活用による内容を工夫した町オリジナルの未受診者受診勧奨案内を送付する。 ●特に受診率が低い 40～50 歳を中心に、訪問や電話、対面等で受診勧奨する。 ●40～50 歳の受診者に、健康応援キャンペーンを実施する。(インセンティブ) ●集団健診の申し込みは QR コードから手軽に行えるようにする。 ●健診受診時や結果説明・保健指導時に、継続受診の大切さについて説明する。 ●広報誌等に健康情報を発信する。						
評価計画		法定報告確定時に評価(10月)						

2 特定保健指導の利用勧奨事業

目的		メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させ、それに伴う生活習慣病の発生を予防するため、特定保健指導の利用促進を図る。						
対象		特定保健指導対象者						
項目	評価指標	計画策定時	目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	22.2	22.5	23.0	23.0	23.5	23.5	24.0
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合(%)	34.3	34.0	33.5	33.0	32.5	32.5	32.0
アウトプット指標	特定保健指導終了率(%)	23.8	25	26	27	28	29	30
目標を達成するための主な戦略		気軽に利用できるように、参加者の希望に合わせて、保健指導の受け方や時間帯を選べるようにする。						
実施内容		●個人の健診結果をグラフ化し経年変化がわかる資料と案内に、参加希望調査返信用のはがきを同封し、対象者に送付する。 ●保健指導参加の返信がない者には、電話や訪問、対面で生活習慣改善への意欲が高まるように説明し、利用勧奨を行う。 ●集団健診は結果説明と同時に、手軽に初回面談を利用できるようにする。 ●参加者の希望に合わせて、訪問、対面、ICT活用、電話、手紙などの保健指導の受け方や、参加しやすい時間帯を選べるようにする。また、健診実施医療機関でも引き続き特定保健指導が受けられるようにする。 ●特定保健指導利用者に、健康応援キャンペーンを実施する。(インセンティブ) ●個人にあった、より効果的な特定保健指導の実施のため、保健指導従事者を対象とした研修を受講し、力量形成に努める。						
評価計画		法定報告確定時に評価(10月)						

3 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的		医療機関未受診者及び治療中断者の受診勧奨と、ハイリスク者への保健指導を行い、新規の透析患者の増加を防ぐ。 (和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずる)						
対象		糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準に該当した者						
項目	評価指標	計画策定時	目標値					
		令和 4 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
アウトカム指標	新規人工透析患者数(国保)(人)	1	0	0	0	0	0	0
	HbA1c 8.0%以上の者の割合(%)	2.3	2.2	2.1	2.1	2.0	2.0	1.9
アウトプット指標	医療機関受診勧奨対象者への通知率(%)	100	100	100	100	100	100	100
	保健指導利用者数(人)	3	4	4	4	5	5	5
目標を達成するための主な戦略		●かかりつけ医との連携を図りながら、受診勧奨及び保健指導を実施する。 ●参加者の希望に合わせて保健指導の受け方や時間帯を選べるようにする。						
実施内容		【医療機関未受診者の受診勧奨】 ●医療機関受診の必要性がわかるように工夫した案内を送付する。 ●受診結果連絡票の返信がない場合は、レセプトを確認し、未受診者には電話や訪問、対面による受診勧奨を実施する。受診勧奨後にレセプトを確認する。 【治療中断者の受診勧奨】 ●治療継続の必要性がわかるように工夫した案内を送付する。 ●受診結果連絡票の返信がない場合は、レセプトを確認し、未受診者には電話や訪問、対面による受診勧奨を実施する。受診勧奨後にレセプトを確認する。 【ハイリスク者への保健指導】 ●個人の健診結果から糖尿病のリスクの高さがわかる資料とプログラム利用案内に、参加希望調査返信用のはがきを同封し、対象者に送付する。 ●プログラム参加の返信がない者で、特に必要がある者には、電話や訪問、対面で生活習慣改善への意欲が高まるように説明し利用勧奨を行う。 ●プログラム参加者の希望に合わせて、訪問、対面、ICT 活用、電話、手紙などの保健指導の受け方や、参加しやすい時間帯を選べるようにする。 ●医療機関(かかりつけ医)と連携して生活習慣改善に向けた 6 か月間の保健指導を行い、事業評価を行う。 ●一部の対象者は栄養士会に委託して実施する。 ●個人にあった、より効果的な保健指導の実施のため、保健指導従事者を対象とした研修を受講し、力量形成に努める。						
評価計画		法定報告確定時に評価(10月)						

4 医療機関への受診勧奨事業(生活習慣改善保健指導含む)

目的		生活習慣病の発症や悪化予防のために、個々の健診結果に応じ受診勧奨や生活習慣改善の保健指導を行い、医療機関を受診する者、生活習慣改善に取り組む者の増加を図る。						
対象		特定健診結果により受診勧奨判定値で特に必要のある者						
項目	評価指標	計画策定時	目標値					
		令和 4 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
アウトカム指標	収縮期血圧 140mmHg 以上の者の割合(%)	36.1	35.0	34.5	34.0	33.0	32.5	32.0
	HbA1c 6.5% 以上の者の割合 (%)	10.0	9.9	9.8	9.8	9.7	9.7	9.6
	LDL コレステロール 160mg/dl 以上の 者の割合(%)	8.4	8.3	8.2	8.2	8.1	8.1	8.0
	医療機関受診勧奨 対象者の医療機関 受診率(%)	20	30	40	50	60	65	70
アウトプット指標	医療機関受診勧奨 対象者への通知率 (%)	100	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診勧奨 対象者のレセプト 確認率(%)	55.8	60.0	70.0	80.0	90.0	95.0	100
目標を達成する ための主な戦略		医療機関受診勧奨だけでなく、対象者が健診結果をもとに自分の体の状態を知り、生活習慣との関連を理解して生活習慣改善に取り組めるように、パンフレット等媒体を工夫した保健指導の実施。						
実施内容		●受診勧奨判定値の方に医療機関への受診行動を促す案内を送付する。 ●通知後レセプトを確認し、未受診者には医療受診や生活習慣改善への意欲が高まるように電話や訪問、対面による保健指導を実施する。受診勧奨後にレセプトを確認する。 ●健診結果で血圧が高い方に、血圧手帳を配布し、家庭血圧の測定を促し家庭血圧の大切さを啓発する。						
評価計画		法定報告確定時に評価(10月)						

5 地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業

目的		関係部門や関係機関との連携により、通いの場等を活用し高齢者の社会参加を推進する。また、生活習慣病やフレイルリスクを持つ高齢者に対して保健指導や関係者へのつなぎを行い、高齢者の健康状態を改善する。さらに、地域全体の生活習慣の改善を図る。						
対象		全町民						
項目	評価指標	計画策定時	目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム指標	後期高齢者健診受診者のうちフレイルに該当した者の割合(%)	34.5	34.0	33.5	33.0	32.0	31.5	31.0
	特定健診受診者のうち運動習慣のある者の割合(%)	42.5	42.5	43.0	43.0	43.0	43.5	43.5
	後期高齢者健診受診者のうち運動習慣のある者(%) (ウォーキング等の運動を週1回以上)	53.5	53.5	54.0	54.0	54.5	54.5	55.0
アウトプット指標	低栄養予防事業参加勧奨率(%) (ハイリスクアプローチ)	100	100	100	100	100	100	100
	集団健診受診者のうち握力測定を実施した者の割合(%)	82.6	83	84	85	86	87	88
目標を達成するための主な戦略		関係部門や関係機関の連携協力により、妊娠期から高齢期まですべてのライフサイクルの対象に、一貫した生活習慣やフレイル予防等の取り組みを実施。						
実施内容		●75歳到達者及び年度毎に対象者を決め、訪問等により、健診受診勧奨及び高齢者の質問票でフレイル状態の把握に努める。また、その結果によりフレイル・低栄養予防の保健事業を実施し、必要に応じ支援や制度につなげる。 ●集団健診時の待ち時間を利用して、握力測定や骨密度測定を実施。結果をグラフにし自身の現状を知ること、生活・運動習慣を見直すきっかけとなるようにする。 ●国保保健事業・保健衛生・介護予防・後期高齢者保健事業担当者及び町営診療所、健康推進員等が連携協力し、生活習慣病やロコモティブシンドローム予防等の教室を実施する。 ●地域サロンコーディネーターや町営診療所と協力して、地域サロン等通いの場で教室を実施し、生活習慣病やロコモティブシンドローム等のフレイル予防を町内に広める。 ●妊娠期から高齢期まで、あらゆるライフサイクルの方に対して、切れ目のない一貫した減塩及びバランスを考えた食事指導と共に運動習慣の大切さを啓発する。 ●特定健診や後期高齢者健診結果や問診、質問票の状況をふまえた生活習慣改善やフレイル予防等の周知を広報誌等で啓発する。						
評価計画		法定報告確定時に評価(10月)						

第 6 章 特定健康診査・特定保健指導の取組(第4期特定健康診査等実施計画)

1 目標の設定

第 4 期特定健康診査等実施計画(以下「第4期計画」という。)の期間においても、引き続きメタボリックシンドロームに着目した健康診査を実施するとともに、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行います。

特定健康診査等基本指針に掲げる参酌標準をもとに、紀美野町国保における目標値を下記のとおり設定します。

(1)国保被保険者数の見込み

第 3 期計画期間における被保険者数の推移、現状の年齢別人口及び加入率の推移を踏まえると、令和 11 年度までの国保被保険者は次のとおり推計されます。このうち特定健康診査、特定保健指導の対象となる 40～74 歳の被保険者数は、令和 6 年度の 1,810 人から令和 11 年度には 1,300 人へ減少することが見込まれます。

国保被保険者数の見込み（各年度末）

	令和 6 年度(3月末)	令和 7 年度	令和 8 年度
被保険者数(人)	2,110	1,990	1,870
男性(人)	1,070	1,000	940
女性(人)	1,060	990	930
(再掲)40～74 歳(人)	1,810	1,700	1,590

	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
被保険者数(人)	1,750	1,650	1,550
男性(人)	880	830	780
女性(人)	870	820	770
(再掲)40～74 歳(人)	1,480	1,390	1,300

(2)目標設定の考え方

全国目標を達成するために厚生労働省が掲げる市町村国保の参酌標準は下記のとおりですが、これまでの実績を踏まえ、各年度、段階的に目標を設定します。

令和 11 年度 厚生労働省が掲げる市町村国保の参酌標準

特定健康診査の受診率 60%

特定保健指導の終了率 60%

(3)特定健康診査の受診率

第3期計画の実績を踏まえ、本町における特定健康診査受診率の目標は、令和6年度を40%とし、段階的に受診率を向上させ、令和11年度を45%に設定します。

特定健康診査の受診率の目標

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
受診率(%)	40	41	42	43	44	45
対象者数(人)	1,810	1,700	1,590	1,480	1,390	1,300
受診者数(人)	724	697	668	636	612	585

(4)特定保健指導の終了率

第3期計画の実績を踏まえ、本町における特定保健指導終了率の目標は、令和6年度を25%とし、段階的に終了率を向上させ、令和11年度を30%に設定します。

特定保健指導の終了率の目標

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
終了率(%)	25	26	27	28	29	30
対象者数(人)	72	69	66	63	61	58
終了者数(人)	18	18	18	18	18	17

※特定健康診査受診者数・特定保健指導対象者数の推移より平成30年～令和4年度特定保健指導割合9.9%で算定しました。

2 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」(以下「基本指針」という。)にあるとおり、特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行います。

(1)特定健康診査

① 対象者

対象者は、国保被保険者のうち、実施年度中に 40～74 歳になる者です。なお、年度途中加入者も特定健康診査の受診が可能となっています。また、妊産婦、その他の厚生労働大臣が定める人(刑務所入所、海外在住、長期入院など)は対象から除かれます。

② 健診項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、健診受診者に「基本的な健診項目」「詳細な健診項目」「追加健診項目」を実施します。

基本的な健診項目

項目	内容
既往歴の調査	服薬歴、喫煙歴等
自覚症状及び他覚症状	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	
BMI の測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ 乗
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時中性脂肪)、HDL コレステロール、LDL コレステロール
血糖検査	空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)、HbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白

詳細な健診項目(医師の判断により受診しなければならない項目)

項目	備考
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者。
心電図 (12 誘導心電図)	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧 140mmHg以上、または拡張期血圧 90mmHg以上または問診等で不整脈が疑われる者。
眼底検査	当該年度の健診結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者。 血圧:収縮期 140mmHg以上または拡張期 90mmHg以上 血糖:空腹時血糖値が 126mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値) 6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl以上 ただし、当該年度の健診結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の健診結果等において、血糖検査の基準に該当するものを含む。
血清クレアチニン検査 (eGFR による腎機能の評価を含む)	当該年度の健診結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者。 血圧:収縮期 130mmHg以上または拡張期 85mmHg以上 血糖:空腹時血糖値が 100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値) 5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl以上

追加健診項目(町独自の追加項目)

項目	備考
貧血検査、心電図、血清クレアチニン検査、eGFR	詳細な健診項目該当外の者
尿酸	受診者全員

③ 実施形態(下記のいずれかの方法で受診)

- 集団健診: 日曜健診として年 4 回実施します。がん検診と同時実施します。
(紀美野町総合福祉センター 2 回、文化センター 1 回、長谷毛原診療所 1 回)
- 個別健診: 海南医師会の健診協力医療機関で実施します。
- 人間ドック: 日赤医療センター、成人病センター、国保野上厚生総合病院で実施します。
- 脳ドック: 日赤医療センター、成人病センター、国保野上厚生総合病院で実施します。

④ 実施期間

- 4 月～1 月末

⑤ 健診結果

- 集団健診: 町から、訪問や電話、面接、郵送により本人に伝えます。
- 個別健診、人間ドック、脳ドック: 健診機関から受診者本人に伝えます。

⑥ 外部委託

【外部委託等】

- 集団健診: 委託健診機関と委託契約を行います。
- 個別健診: 海南医師会と委託契約を行います。
- 人間ドック、脳ドック: 受託医療機関と委託契約を行います。

【委託基準】

「高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条」及び同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示により定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要と思われる項目については仕様書に追加し設定を行います。

⑦ 周知、啓発

年度末に次年度の対象者に受診券・健診案内を送付します。また、広報誌への掲載や地区回覧、各戸配布案内、町ホームページ等により広報します。

医療機関や各種団体等あらゆる機会をとおして、健診の周知を行います。

また、未受診者に対し、個人通知、電話連絡、訪問等により積極的に受診勧奨を行います。

⑧ 特定健康診査データの保管及び管理方法

特定健康診査データは原則として特定健康診査を受託する健診実施機関が、国の定める電子的標準様式により、国保連へ提出します。受領したデータファイルは特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定健康診査に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託します。

(2)特定保健指導

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とすることです。

① 対象者

対象者は、特定健康診査の結果に基づき、以下の条件により抽出します。

保健指導対象者の選定と階層化の基準

区 分	追加リスク項目	④喫煙歴※	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64 歳	65～74 歳
腹囲 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
	1 つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI値 25kg/m ² 以上	3 つ該当		積極的支援	動機づけ支援
	2 つ該当	あり		
		なし		
	1 つ該当			

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※質問票において「以前は吸っていたが最近 1 か月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

[追加リスク項目基準]

- ① 血 糖 : 空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)100mg/dl 以上又は HbA1c の場合 5.6%(NGSP)以上
- ② 脂 質 : 空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上
(やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl 以上)
又はHDLコレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血 圧 : 収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上
- ④ 質問票 : 喫煙歴あり (①～③のリスクが 1 つ以上の場合にのみカウント)

※血圧、脂質又は血糖の治療に係る薬剤を服用している人は特定保健指導の対象外

② 実施場所

総合福祉センター、対象者の自宅、委託医療機関、ICT を活用したオンライン等

③ 実施期間

対象者把握後、1 か月以内にアプローチを開始し、年間を通じて実施します。

④ 実施内容

【動機づけ支援】

支援回数・形態 支援期間	・原則 1 回の支援を行う。 ・初回面接は個別支援、またはグループ支援を行う。
支援内容	・面接などにより対象者の生活習慣や行動変容ステージ(準備状態)を把握し、健診結果やその経年変化等から対象者に対し、身体に起こっている変化を理解できるよう支援する。 ・対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことのできる内容となるよう支援する。
評価	・原則、実績評価は初回面接を行った者と同一の者とする。 ・3～6 か月経過後に評価を行う。

【積極的支援】

支援回数・形態 支援期間	・3 か月以上の継続的な支援を行う。 ・初回面接は動機づけ支援と同様の支援を行う。 ・継続的な支援は、国の基準(支援ポイント 180 ポイント)を満たす内容とする。
支援内容	・動機づけ支援に加えて行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者が取り組めるよう支援する。 ・また行動が継続できるように定期的・継続的に支援し、取り組みの工夫や強化、継続ができていない場合は目標の見直しなど、必要な支援をする。
評価	・原則、実績評価は初回面接を行った者と同一の者とする。 ・3～6 か月経過後に評価を行う。

アウトカム評価	腹囲 2.0cm以上かつ 体重 2.0kg以上減少		180 ポイント
	腹囲 1.0cm以上かつ 体重 1.0kg以上減少		20 ポイント
	食習慣の改善		20 ポイント
	運動習慣の改善		20 ポイント
	喫煙習慣の改善(禁煙)		30 ポイント
	休養習慣の改善		20 ポイント
	その他の生活習慣の改善		20 ポイント
	プロセス評価	支援 種別	個別支援
グループ支援			支援 1 回当たり 70 ポイント 支援 1 回当たり最低 40 分以上
電話			支援 1 回当たり 30 ポイント 支援 1 回当たり最低 5 分以上
電子メール等			支援 1 往復当たり 30 ポイント 1 往復＝特定保健指導者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより、支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやり取りを行うことをいう。
早期 実施		健診当日の初回面接	20 ポイント
		健診後 1 週間以内の初回面接	10 ポイント

＊アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180 ポイント以上の支援を実施する。

＊2 年連続して積極的支援となった対象者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している者については、2 年目の保健指導は、動機付け支援相当の支援(面接による支援のみの原則 1 回の支援)を実施した場合でも保健指導を実施したこととなる。

⑤ 実施方法(委託等)

特定保健指導は町が行い、必要に応じて医療機関へ委託します。委託先には、保健指導の質が十分考慮されるよう契約を締結します。

⑥ 周知・啓発

対象者に参加希望調査返信用はがきを同封し、案内を個人通知します。未返信の場合は電話や訪問等で利用勧奨します。

⑦ 特定保健指導データの保管及び管理方法

特定保健指導のデータは、原則として町が国の定める電子的標準様式により、国保連へデータを提供します。

特定保健指導に関するデータは、原則として 5 年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託します。

3 年間スケジュール等

年度当初:特定健康診査受診券及び健診等の案内の送付

年度の前半:前年度の実施結果の検証及び評価

年度の後半:次年度の委託契約の設定準備(実施期間との調整)

年間を通じて:国保途中加入者への特定健診受診券発券・特定保健指導対象者への案内・相談実施

第7章 計画の評価・見直し

計画期間の最終年度となる令和11年度に、PDCAサイクルに沿って計画に掲げた目標値の達成状況、その他経年変化の推移等についてデータ分析を行い、評価をします。

評価の結果、本計画の目標設定、取り組むべき事業などを見直し、次期計画の参考とします。

また、中間時点で進捗確認と中間評価を行い、目標の達成状況や事業の実施状況によっては、保健事業の実施方法などの変更を適時行うこととします。

第 8 章 計画の公表・周知

本計画は、町ホームページに公開するとともに、様々な機会において周知に努めます。

第 9 章 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いは、個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和 4 年 1 月(令和 4 年 9 月に一部改正)個人情報保護委員会)等、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内外等での利用においてその保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

第 10 章 地域包括ケアにかかる取組

1 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現に向け、課題等を議論する会議に国民健康保険者として参加し、連携を図ります。

2 課題を抱える被保険者層の分析

国保においては、前期高齢者の方が多いため、KDB システム等のデータを活用し、医療や疾病状況、健康情報等を抽出・分析し、関係機関と情報共有を行います。また、後期高齢者医療制度についてもデータを共有し、地域課題の抽出や事業の評価等に活用します。

紀美野町国民健康保険
データヘルス計画
特定健康診査等実施計画

発行日 令和6年3月
発 行 紀美野町
編 集 保健福祉課・住民課
〒640-1121
和歌山県海草郡紀美野町下佐々1408番地4
電 話 073-489-9960
ファックス 073-489-6655
電子メール hofuku@town.kimino.lg.jp
〒640-1192
和歌山県海草郡紀美野町動木287番地
電 話 073-489-5903
ファックス 073-489-5919
電子メール jyumin@town.kimino.lg.jp
