

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

いの町

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	1
①計画の趣旨	1
②計画期間	2
③実施体制・関係者連携	3
（2）現状の整理	5
①保険者の特性	5
②前期計画等に係る考察	6
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	11
①健康・医療情報の分析	11
・死亡関係	11
・介護関係	13
・医療関係	15
・健診関係	20
②健康課題の抽出・明確化	26
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	27
①データヘルス計画の目的の設定	28
②データヘルス計画の目標の設定	28
（2）健康課題を解決するための個別の保健事業	30
（3）薬剤の適正使用の推進	30
IV 個別の保健事業	31
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	33
VI その他	
（1）データヘルス計画の評価・見直し	34
①評価の時期	34
②評価方法・体制	34
（2）データヘルス計画の公表・周知	35
（3）個人情報の取扱い	35
（4）地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	35
別添	
・参考資料	

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】

いの町において、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】

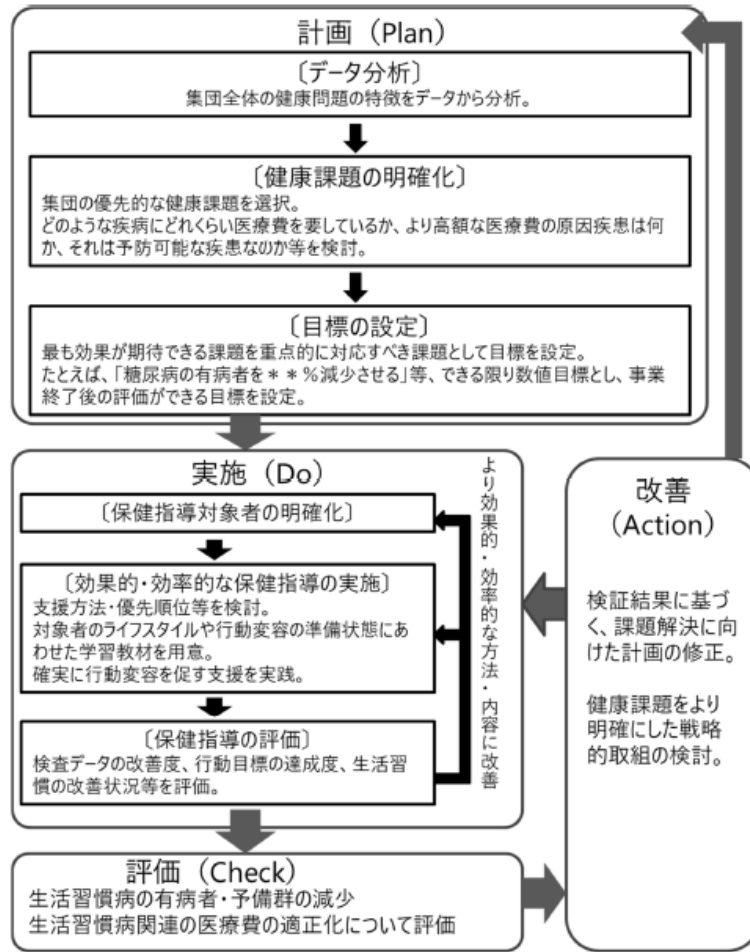
平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と示された。これを踏まえて、「保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）」の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等（図表1）を行うものとされ、平成30年4月には都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となった。

その後、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」とされた。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

図表 1

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



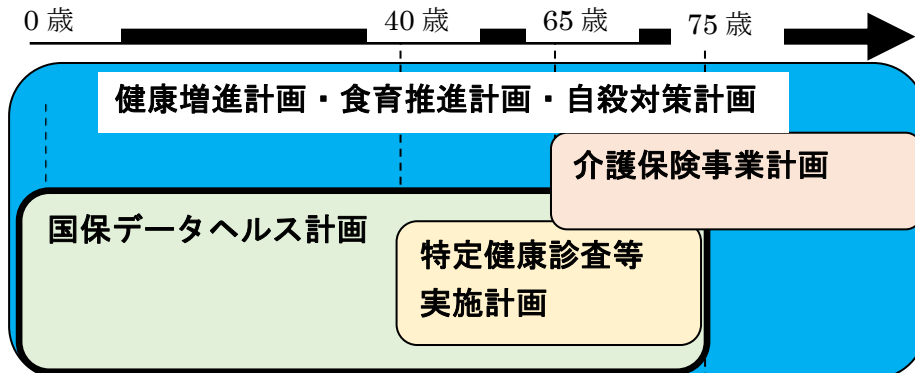
出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 計画期間

計画期間は、令和6年度～令和11年度の6年間とする。

計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、高知県健康増進計画やいの町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画、いの町高齢者福祉計画・介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画及び高知県医療費適正化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

○いの町の役割

- ・ 市内の関係部署や関係機関と連携しながら保険者として健康課題を分析し、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。
- ・ いの町の保険者機能の強化のため県と連携に努める。
- ・ 国保連合会及び支援・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。

○高知県の役割

- ・ 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としてのいの町に提示する。町が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、必要な助言や支援を積極的に行う。計画策定等や保健事業の業務に従事する者の人材育成をする。県内の関係部局、保健所、国保連合会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

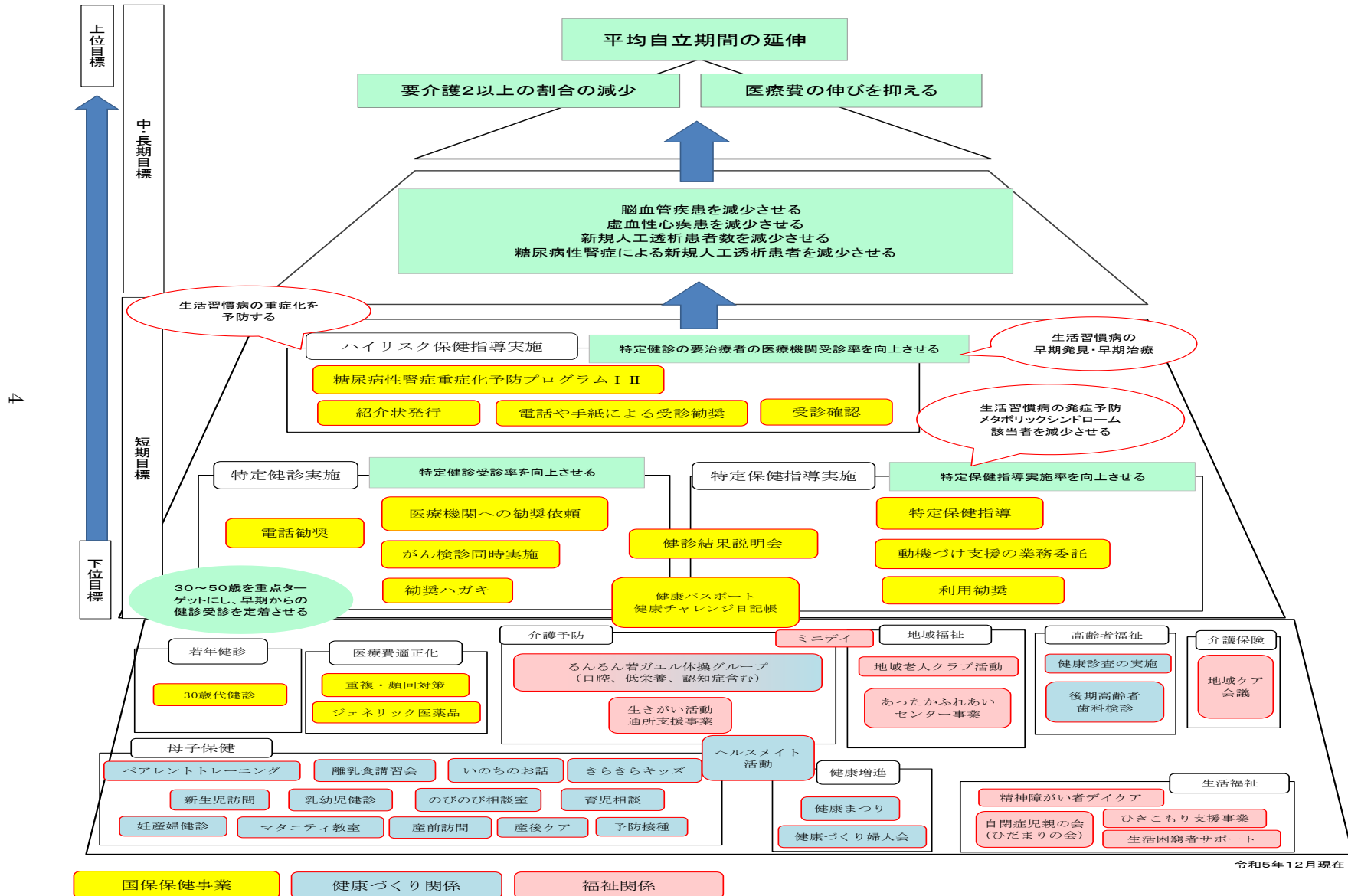
- ・ 構成市町村の意見を聴き、後期高齢者データヘルス計画の策定を進める。

○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

いの町は高知県の中央部に位置しており、高知市へ隣接していることから高知市内への通勤や通学者が多い。産業構成割合では国、県と同様に三次産業が約7割を占めている。(図表4)

人口の年齢構成を国・県と比較すると、いの町では少子高齢化が進んでおり、さらに30歳～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歳の年齢層においても、男性、女性ともに減少傾向にある。(図表6)

地域の社会資源として、いの町社会福祉協議会、健康づくり推進協議会、健康づくり婦人会、食生活改善推進協議会、母子保健推進員等の健康づくり団体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
いの町	7.9	21.1	71.0
県	11.8	17.2	71.0
同規模	5.4	28.7	66.0
国	4.0	25.0	71.0

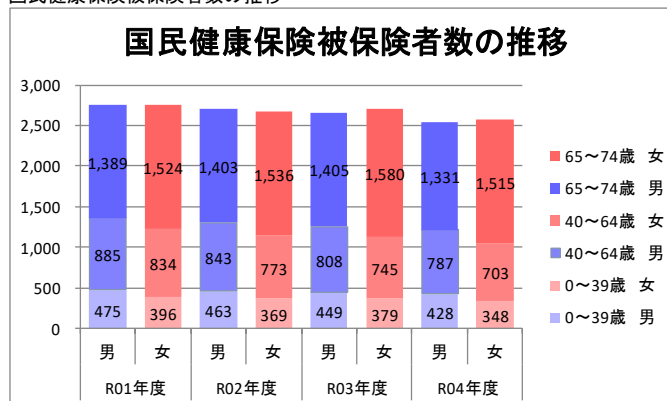
R2年市区町村別統計表より集計

図表5 人口及び被保険者の状況

	いの町				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	1,297	6.0%	134	10.3%	45,692	6.7%	5,557	12.2%	9,149,680	7.5%	934,448	10.2%
10～19歳	1,561	7.3%	197	12.6%	56,206	8.3%	7,769	13.8%	10,815,158	8.8%	1,275,160	11.8%
20～29歳	1,384	6.4%	167	12.1%	52,398	7.7%	7,518	14.3%	11,847,532	9.7%	1,831,668	15.5%
30～39歳	1,765	8.2%	277	15.7%	60,754	8.9%	10,254	16.9%	13,151,438	10.7%	1,981,228	15.1%
40～49歳	2,436	11.3%	455	18.7%	87,908	12.9%	16,210	18.4%	17,048,638	13.9%	2,703,316	15.9%
50～59歳	2,655	12.4%	523	19.7%	88,571	13.0%	19,132	21.6%	17,365,506	14.2%	3,145,336	18.1%
60～69歳	3,507	16.3%	1,645	46.9%	91,926	13.5%	44,377	48.3%	14,733,446	12.0%	6,583,052	44.7%
70～74歳	2,199	10.2%	1,714	77.9%	60,579	8.9%	45,432	75.0%	9,125,786	7.5%	6,913,996	75.8%
75歳以上	4,665	21.7%			135,735	20.0%			19,185,847	15.7%		
合計	21,469	100.0%	5,112	23.8%	679,769	100.0%	156,249	23.0%	122,423,031	100.0%	25,368,204	20.7%
再掲,65歳以上	8,702	40.5%	2,847	32.7%	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期評価結果よりいの町ではD判定になった項目を確認すると、長期目標は心筋梗塞新規患者数、中期目標は特定健診受診者のうち収縮期血圧130mmHg以上の人の割合、Ⅱ度高血圧以上の人、HbA1c7.0%以上の未治療者の割合についても、目標値に届かず、D悪化の判定とした。全国的には脳血管疾患発症率は改善の傾向にあるが、いの町では男性の脳血管疾患による死亡者数は増加傾向にあり、国・県より常に多い死因となっている。

短期目標では、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに目標値には大きくかけ離れた結果となっている。特定健診Ⅱ度高血圧以上の要治療者では、医療機関への受診率が44.4%、HbA1c6.5%以上は87.5%であるが目標値には届いていないため、D判定とした。

各個別保健事業計画については、特定健診受診勧奨で40歳の受診率・前年度比5%上昇では、受診率が伸びA判定としたが、他はおおむねB～D判定の評価とした。

※判定基準について
H29年から直近R4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)

短期目標(策定時と直近時を比較)	中間評価	最終評価
	(R2)	(R4)
A 目標に達した	0	0
B 目標値に達していないが改善傾向にある	0	0
C 変わらない	0	0
D 悪化している	6	6
E 判定不能	0	0

中長期目標(策定時と直近時を比較)	中間評価	最終評価
	(R2)	(R4)
A 目標に達した	4	4
B 目標値に達していないが改善傾向にある	0	0
C 変わらない	0	0
D 悪化している	6	6
E 判定不能	0	0

保健事業計画(策定時と直近時を比較)	中間評価	最終評価
	(R2)	(R4)
A 目標に達した	0	0
B 目標値に達していないが改善傾向にある	0	0
C 変わらない	0	0
D 悪化している	6	6
E 判定不能	0	0

中長期目標(令和2年度中間評価・令和5年度最終評価)

	目標	対象者	評価経年モニタリング									R2 判定	R4 判定
			指標	平成28年 (現状)	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年 (目標値)		
データヘルス計画本文より	【長期目標】 脳血管疾患発症率が低下する	脳出血新規患者	発症率	0.5%(23人/4878人)	0.5%(23人/4775人)	0.4%(17人/4652人)	0.4%(20人/4549人)	0.6%(28人/4527人)	0.7%(29人/4411人)	0.5%(23人/4201人)	0.5%以下	D	A
		脳梗塞新規患者	発症率	5.6%(223人/4878人)	4.7%(223人/4775人)	4.0%(185人/4652人)	3.7%(167人/4549人)	2.6%(116人/4527人)	2.7%(121人/4411人)	2.8%(117人/4201人)	5.6%以下	A	A
	【長期目標】 虚血性心疾患発症率が低下する	狭心症新規患者	発症率	2.1%(103人/4878人)	2.0%(97人/4775人)	2.0%(91人/4652人)	1.6%(74人/4549人)	1.8%(81/4527人)	2.0%(88/4411人)	1.8%(76人/4201人)	2.1%以下	A	A
		心筋梗塞新規患者	発症率	0.1%(6人/4878人)	0.2%(10人/4775人)	0.2%(7人/4652人)	0.2%(8人/4549人)	0.1%(5人/4527人)	0.2%(9人/4411人)	0.3%13人/4201人)	0.1%以下	A	D
	【長期目標】 新規人工透析患者数が増加しない	新規人工透析患者	特定疾病療養受療証新規交付者のうち、病名が「人工腎臓を実施している慢性腎不全」の患者数(平成25～28年度の平均)	2人(平均4.3人)	2人	3人	2人	5人	4人	2人	平均4.3人	A	A
	【中期目標】 特定健診受診者のうち収縮期血圧130mmHg以上の人の割合が減少する	特定健診受診者	特定健診受診者のうち収縮期血圧130mmHg以上の人の割合が45%以下	46.8%(957人/2046人)	43.8%(880/2008人)	49.4%(995人/2015人)	50.0%(960人/1920人)	50.7%(739人/1456人)	53.6%(908人/1691人)	50.6%(827/1634人)	45%以下	D	D
【中期目標】 特定健診受診者のうちⅡ度高血圧(収縮期160mmHgまたは拡張期100mmHg)以上、HbA1c7.0%以上の未治療者の割合が平成28年度より増加しない	特定健診受診者	Ⅱ度高血圧以上(未治療者/該当者)	50.4%(71人/141人)	50.8%(66人/130人)	50.9%(81/159)	56.9%(78/137)	56.8%(54/95)	52.6%(60/114)	50.5%(56/111)	30.7%	D	D	
		HbA1c7.0%以上(未治療者/該当者)	23.5%(20人/85人)	23.1%(18人/78人)	23.3%(17/73)	23.1%(25/88)	13.6%(8/59)	21.5%(17/79)	11.1%(8/72)	9.4%	D	D	
(参考) 65歳未満の特定健診受診者	特定健診受診者	Ⅱ度高血圧以上(未治療者/該当者)	54.3%(19人/35人)	58.6%(17人/29人)	55.0%(11/20)	68.8%(22/32)	73.9%(17/23)	87.5%(7/8)	64.7%(11/17)	28.6%	D	D	
		HbA1c7.0%以上(未治療者/該当者)	25.0%(4人/16人)	31.6%(6人/19人)	21.4%(3/14)	28.6%(6/21)	16.7%(2/12)	27.8%(5/18)	17.6%(3/17)	12.5%	D	D	

短期目標(毎年度評価する)

	目標	目標	対象者	評価経年モニタリング									R2 判定	R4 判定
				指標	平成28年 (現状)	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年 (目標値)		
データヘルス計画本文より	特定健診受診率を向上させる	全体および40歳、40歳代、50歳代の特定健診受診率	特定健診受診者	全体	44.9%	45.5%(2,008/4,412) *指標なし	47.2%(2,015/4,272) *指標(47.5%)	46.5%(1,925/4,138) *指標(50.0%)	35.1%(1,456/4,144) *指標(52.5%)	41.8%(1,691/4,043) *指標(55.0%)	42.4%(1,633/3,851) *指標57.5%	60.0%	D	D
			40歳	23.5%	17.4%(8/46) *指標なし	22.5%(9/40) *指標19%	16.2%(6/37) *指標22%	19.4%(7/36) *指標25%	21.6%(8/37) *指標28%	25.6%(11/43) *指標31%	34.0%	D	D	
			40歳代	26.3%	24.4%(109/447) *指標32.6%	27.2%(119/437) *指標27.4%	28.0%(113/404) *指標28.9%	16.7%(65/390) *指標30.5%	24.0%(92/384) *指標32.1%	23.7%(93/393) *指標33.8%	35.6%	D	D	
			50歳代	36.3%	37.5%(201/536) *指標34.1%	38.7%(198/511) *指標39.4%	39.2%(188/480) *指標41.8%	23.7%(112/472) *指標44.4%	29.8%(137/460) *指標45.9%	29.6%(133/449) *指標47.4%	49.0%	D	D	
特定保健指導実施率を向上させる	全体及び65歳未満の特定保健指導実施率	特定保健指導対象者	65歳未満の特定保健指導実施率(全体)	17.2%(20.8%)	18.9%(21/111)	21.9%(21/96) *指標24.0%(27.5%)	24.8%(27/109) *指標30.0%(34.0%)	20.0%(13/65) *指標36.0%(40.5%)	28.8%(21/73) *指標42.0%(47.0%)	21.6%(16/74) *指標48.0%(53.5%)	54.0%(60.0%)	D	D	
特定健診の要治療者の医療機関受診率を向上させる	集団健診を受診したⅡ度高血圧(収縮期160 mmHgまたは拡張期100 mmHg)以上、HbA1c6.5%以上になった未治療者の医療機関受診率	集団健診を受診した、Ⅱ度高血圧(160/100)以上になった未治療者	医療機関受診率	約54%	45.7%(21/46)	59%(36/61) *指標59%	29.7%(11/37) *指標64%	58.6%(41/70) *指標68%	50.0%(29/58) *指標72%	44.4%(20/45) *指標76%	80%以上	D	D	
		集団健診を受診した、HbA1c6.5%以上になった未治療者	医療機関受診率	約87.8%	57.1%(16/28)	78.9%(15/19) *指標88%	66.7%(32/48) *指標89%	84.2%(32/38) *指標90%	66.7%(14/21) *指標90%以上	87.5%(28/32) *指標90%以上	90%以上	D	D	

個別保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	評価経年モニタリング								R2 判定	R4 判定	
				指標	平成28年 (現状)	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年			令和5年 (目標値)
ハイリスク 保健指導	医療機関への受診が必要な者が、適切な治療や生活習慣の改善により、症状の悪化予防や改善を図る	対象者全員に受診勧奨や保健指導を実施する	ハイリスク保健指導対象者	対象者の75%が医療機関を受診する	72.3%	60.6%(132/218)	70.1%(176/251)	62.5%(155/248)	74.3%(177/238)	66.7%(122/183)	63.6%(96/151)	D	D	
特定保健 指導	メタボリックシンドローム対象者が、自分の生活習慣を見直し、改善することで生活習慣病への移行を予防することができる	65歳未満の者への特定保健指導実施率	29歳～59歳までの国保被保険者	H27→15% H28→20% H29→25%	17.2%(21/122)	18.9%(21/111)	21.9%(21/96)	24.8%(27/109)	20.0%(13/65)	28.8%(21/73)	21.6%(16/74)	B	B	
特定健診 受診勧奨	自分の体の状態を知るために、特定健診等を受診する者が増える	特定健診受診率の増加	40歳～59歳の国保被保険者	40歳の受診率：前年度比5%上昇	23.5%	17.4%(8/46) *指標なし	22.5%(3月時点) (9/40)	17.1%(2月時点) (6/35)	11.1%(2月時点) (4/36)	13.3%(2月時点) (4/30)	25.6%(2月時点) (11/43)	D	A	
				40歳代 H27→26.6% H28→29.6% H29→32.6%	26.3%	24.4%(109/447) *指標32.6%	24.4%(3月速報値) (109/447)	23.5%(2月速報値) (97/413)	10.6%(2月速報値) (42/398)	19.8%(2月速報値) (79/398)	19.8%(2月速報値) (79/399)	D	C	
				40歳代 法定報告数値(参考)	26.3%	24.4%(109/447) *指標32.6%	27.2%(119/437) *指標27.4%	28.0%(113/404) *指標28.9%	16.7%(65/390) *指標30.5%	24.0%(92/384) *指標32.1%	23.7%(93/393) *指標33.8%			
				50歳代 H27→28.1% H28→31.1% H29→37.4%	36.3%	37.5%(201/536) *指標34.1%	33.1%(3月速報値) (171/517)	34.3%(2月速報値) (167/487)	15.6%(2月速報値) (74/475)	23.7%(2月速報値) (110/465)	25.0%(2月速報値) (113/452)	D	D	
				50歳代 法定報告数値(参考)	36.3%	37.5%(201/536) *指標34.1%	38.7%(198/511) *指標39.4%	39.2%(188/480) *指標41.8%	23.7%(112/472) *指標44.4%	29.8%(137/460) *指標45.9%	29.6%(133/449) *指標47.4%			
健診結果 説明会	健診受診者が健診結果から自分のからだの状態を知り、生活習慣を見直すことができる	実施回数	健診受診者	年10回以上	15回	13回	13回	13回	未実施	未実施	8回(実数)	E	E	
		参加者数		年150人以上	75人	119人	82人	75人	未実施	未実施	50人(実数)	E	E	
		自分の体を守ろうと思った人	健診結果説明会参加者	90%以上	98.5%	97.5%	98.8%	100.0%	未実施	未実施	100.0%	E	A	
重複・頻回 受診者への 保健指導	重複・頻回受診者が重複・頻回受信を解消することができる	保健指導実施率	重複・頻回受診者	100%	100.0%	100%(0/0)	50%(3/6)	100%(2/2)	100%(1/1)	100%(2/2)	100%(2/2)	100%	A	A
		重複・頻回解消率		100%	50.0%	100%(0/0)	33.3%(2/6)	100%(2/2)	100%(1/1)	50%(1/2)	0%(0/2) 1名頻度は減るが解消まで至らない	100%	B	D
ジェネリック 医薬品の 利用促進	ジェネリック医薬品を使用する人が増える	切替割合	国保被保険者	80%以上	78.19%	E(判定不能)	E(判定不能)	E(判定不能)	E(判定不能)	E(判定不能)	E(判定不能)	E	E	
		使用割合		前年度比5%以上向上	54.68%	63.14% (1年移動平均)	67.93% (1年移動平均)	72.82% (1年移動平均)	75.50% (1年移動平均)	80.5% (令和2年度+5%)	76.63% (1年移動平均)	80.50%	D	D

第2期データヘルス計画まとめ

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
①-1ハイリスク保健指導 (糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅠ：治療中断者)	達成要因：対象者には全員訪問対応、不在時には再度訪問または電話対応。会えなかった場合にはレセプト確認および次年度も対応する。 未達要因：訪問、置手紙をしても会えないケースがある。	治療中断者は重症化のリスクが高いがなかなか受診につながらない現状がある。受診状況を確認しながら継続したかわりが必要。	重症化のリスクが高いが受診につながらないケースが多いため、毎年レセプトを確認し、治療中断の場合には継続してアプローチしていく。
①-1ハイリスク保健指導 (糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅠ：医療機関未治療者)	達成要因：対象者には全員訪問対応、不在時には再度訪問または電話対応。会えなかった場合にはレセプト確認および次年度も対応する。 未達要因：訪問、置き手紙しても会えないケースがある。	受診が必要な方には違いないため、受診につながるよう受診勧奨を継続していく。	未治療者については、未治療の理由の把握及び健診等を通して関係性をつくり、継続したかわりをしていく。
①-1ハイリスク保健指導 (紹介状発行)	達成要因：至急対応者には連絡をし、訪問して受診勧奨を行った。R2年度よりリーフレットを作成し、疾患別に紹介状を同封した。保健指導時に個別にリーフレットを用いて説明を実施。 未達要因：紹介状発行後未受診者対応として、75歳未満を対象に再受診勧奨の案内を送付していたが、R3年度再受診勧奨通知者のレセ確認では12名中1名と通知効果は低かった。	・健診時に血圧の自己測定について全員に周知（リーフレットで説明、測定記録、血圧計の貸出等）を検討 ・紹介状発行：レセプト確認、経年データ、過去紹介状の受診状況等を確認後に対象者を選定 ・紹介状発行後の未受診者対応として、再受診勧奨の対象者の選定条件（Ⅱ度高血圧以上またはHbA1c6.5%以上等）と電話、訪問等対応方法についての検討	早期治療につなげるためには、健診時の保健指導時及び健診結果通知時の健康意識が高い時にどのようなアプローチをしていくかが重要となる。
①-2ハイリスク保健指導 (糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅡ：重症化予防)	達成要因：町内医療機関へ訪問して協力依頼をしていることや、町立病院の外来栄養指導に繋ぐシステムをつかったことによって医療機関との連携がスムーズになった。 未達要因：アウトカムの評価指標を対象者の健診結果としているが、対象者の生活習慣を改善することは難しく、数値改善に繋がりにくかった。	協力医療機関の外来栄養指導の利用勧奨を中心に行う。	協力医療機関の外来栄養指導の利用勧奨を中心に行う。
②特定保健指導 (直営・委託)	達成要因：健診の間診時に過去の経年結果から、特保の可能性がある方には保健指導を行い、特保の利用勧奨を行った。集団健診は受診後1か月程度、個別受診では対象者抽出後2週間以内に通知ができるよう取り組み、通知後対象者へ2週間以内に電話勧奨を行っている。 未達要因：特定保健指導実施率が伸び悩んでいる。	積極的支援対象者への対応の検討が必要である。具体的には、利用勧奨での声のかけ方、通知文書等の工夫の検討、ICTを活用した勧奨を検討する必要がある。	メタボリックシンドローム対象者が、自分の生活習慣を見直し、改善することができるよう、特定保健指導を継続していく。

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
③ 特定健診受診勧奨 (直営・委託)	<p>達成要因：(直営)アウトプットについては、目標値を達成することができた。(委託)業者とのやりとり(データ提供、スケジュール等)を円滑に進められるよう、努めることができた。</p> <p>未達要因：(直営)令和2年度以降で40代・50代の受診率の低下があり、若い層に着目した受診勧奨が不十分だったと考えられる。</p>	<p>(直営)ナッジ理論に基づき、受診歴のある者を中心に受診勧奨を行う。課題である若い層の受診率を上げるため、電話や防災・行政アプリを利用した受診勧奨を行う。</p> <p>(委託)委託業者と円滑に契約事務を行うことが重要である。電話勧奨やはがき勧奨をするのか、どのような業務を委託するかは、慎重に検討が必要である。</p>	<p>R4年度受診勧奨評価を行いながら、受診率の低い層への個別アプローチを検討していく。また委託内容や受診勧奨方法等を検討し、受診率向上につながるよう取り組んでいく。</p>
④ 健診結果説明会	<p>達成要因：健康意識の高い、健診実施約1か月後に開催日を設定。集団健診会場での直接の声かけや健診結果通知に案内を同封し、参加者の確保に努めた。健診結果で紹介状発行基準者には個別にアプローチで参加勧奨を実施。参加者が多い場合にはスタッフの増員をし、サポートの必要な参加者に対して手厚く対応したことで、スムーズに進行できた。</p> <p>未達要因：コロナ禍で2年間開催を中止したこともあり、6年間で総参加者数が大きく減少した。参加者層をみると、後期高齢者が多く、74歳未満の参加者が少ない傾向にある。山間部では、開催周知を行っても参加者を集めることが難しく、開催自体が困難。</p>	<p>健診後の健康意識の高い時期に、健診結果から生活習慣の見直しを行うきっかけづくりとしては健診結果説明会は継続の必要あり。</p> <p>ただ、従来の形ではなく、地域に応じた実施方法について検討していく。後期高齢者の参加が多いため、講話に介護予防の観点を取り入れたり、個別対応も検討する。</p>	<p>健診結果説明会の内容や実施方法の検討(集団、個別、地域の集まりに向いて実施等)していく。</p>
⑤ 重複・頻回受診解消	<p>達成要因：重複多受診者に対しては、ほけん福祉課保健師に訪問等を依頼し、町民課担当者と一緒に訪問する。また、訪問できない場合は、保健師より健診受診の案内や健康に関する不安を聞くなど、本人に連絡をするなど接触を図っている。</p> <p>未達要因：本人が、重複多受診であることを理解した上で受診を続けている場合もあり、過剰な投薬の危険性を指導しても解消に至らない場合がある。</p>	<p>重複多受診者に対し、状況確認しながら、その都度薬の過剰投与の危険性などを指導していく必要あり。今後はマイナンバーカード活用による薬剤管理、病院受診状況の確認を薬局や医療機関と連携して行っていくことが望まれる。県内でシステム体制整備が進むよう国や県へ働きかけを行っていく。また広報や通知等でお薬手帳の活用を住民に周知、啓発を行っていく。</p>	<p>引き続き、重複多剤投与、多受診について危険性を訴え、解消していくように努力していく</p>
⑥ ジェネリック医薬品の利用促進	<p>未達要因：診療科によっては、後発医薬品に変えることが難しい場合がある。(脳外科系、精神系)また、後発医薬品が不足している時期や、製造会社の不正製造もあり、使用を控えていると医師から言われる場合もあり、積極的に利用してもらっている場合と、そうでない場合の差がある。</p>	<p>現状できることは実施している。新たな方法がないか探る。引き続き、ジェネリック医薬品の利用促進を図っていく。</p>	<p>引き続き、目標達成に向けて、ジェネリック医薬品の利用促進を図っていく。</p>
⑦ 個人へのインセンティブ提供(健康パスポート事業)	<p>未達要因：本来健康チャレンジ日記帳に取り組んでもらいたい40～50歳代の健康無関心者まで書いていない。</p>	<p>健康無関心者に向けて広報、周知の工夫、内容の検討等を行っていく。引き続き健康チャレンジ日記帳を使った取り組みを強化していく。</p>	<p>健康無関心者に向けた取り組みの強化(広報、周知の工夫、内容の検討等)</p>

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

①健康・医療情報の分析

【死亡関係】

○死亡

- ・男性の脳血管疾患では、有意差はないが、死亡者数は増加傾向にあり、国・県より常に多い死因である。
- ・2021年が男性の急性心筋梗塞、虚血性心疾患が急激に上がっている。
- ・男性の腎不全では、現在のところ死亡者数としては少なく、有意差はないが国・県と比較しても常に多い。
- ・女性の脳血管疾患では、経年でみても国・県よりも少ない。
- ・自殺は、2021年急激に増加し県・国を上回っている。

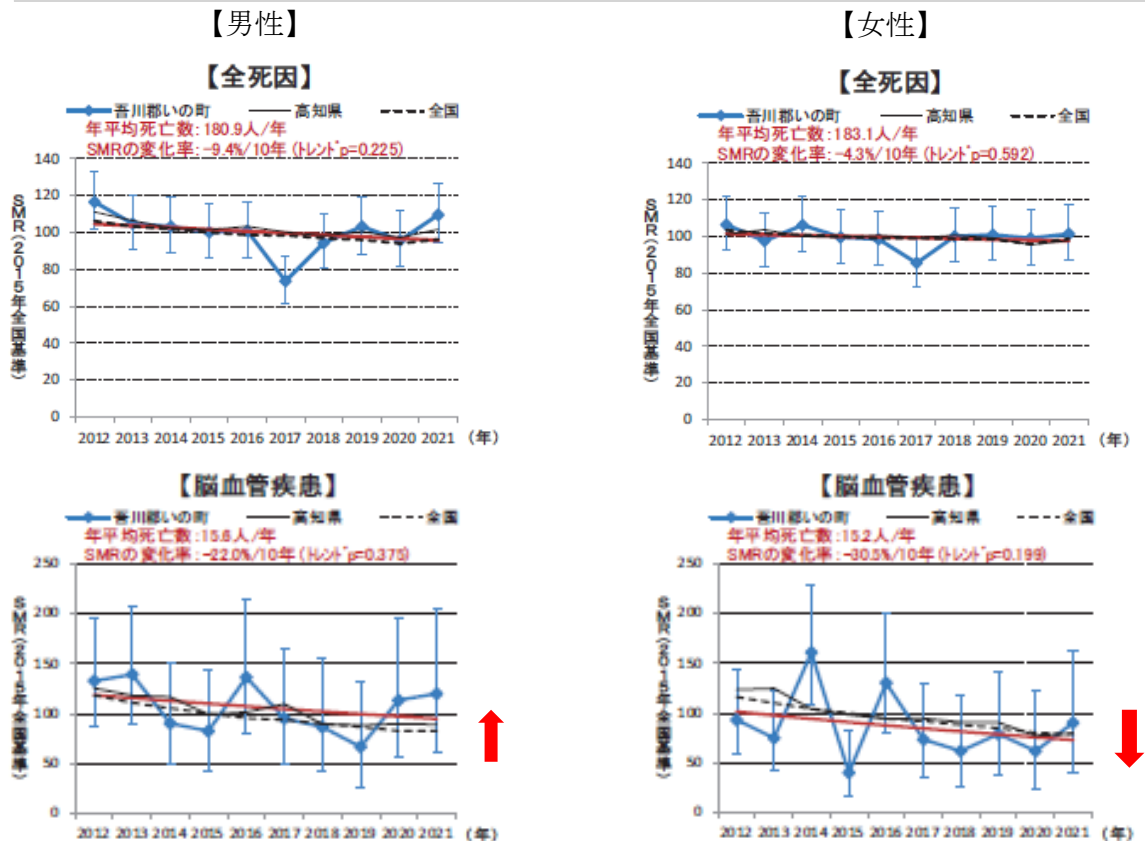
(図表7)

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)

※SMR(標準化死亡比)とは、基準(=100)を国や県とした場合に、その地域での死亡率(死亡の起こりやすさ)を表現している(SMRが110であれば、標準値の1.1倍死亡していることを意味する)

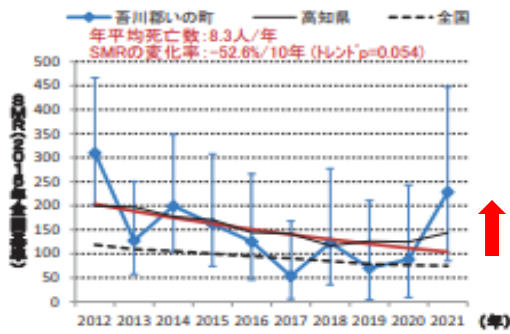
※図の見方

- ①いの町のSMRは、水色＝毎年の値、赤色＝それを平滑化した値を示している。赤色の線は、「10年間の値をプールしてSMRを計算し、経年的な変化の傾きを付けたもの」である。
- ②全国は、毎年改善してきており、右下がりになっている。
- ③赤色の線が全国よりも上法で推移していれば全国よりも死亡が起こりやすく、下方で数値していれば全国よりも死亡が起こりにくいことを意味している。
- ④右下がり全国と同じ傾きで推移していれば全国と同じペースで改善しており、傾きが急ならば全国よりも早いペースで改善していることを意味している。逆に、傾きが緩やかな右上がりの場合には、全国よりも改善のペースが遅いまたは悪化していることを意味している。

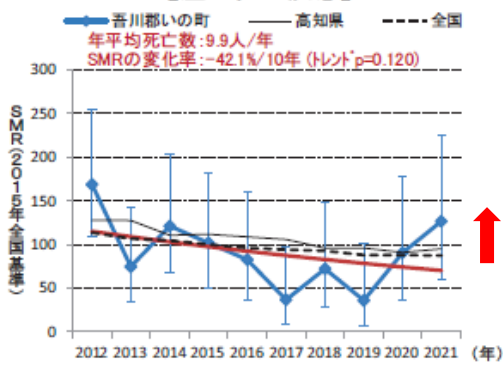


【男性】

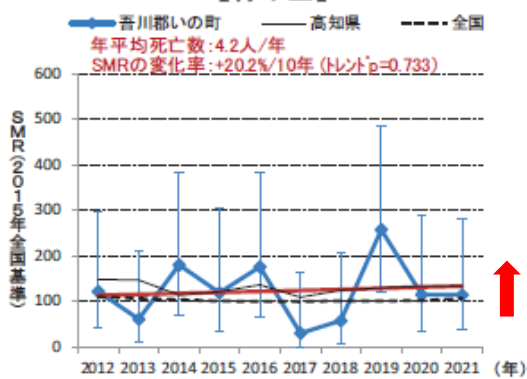
【急性心筋梗塞】



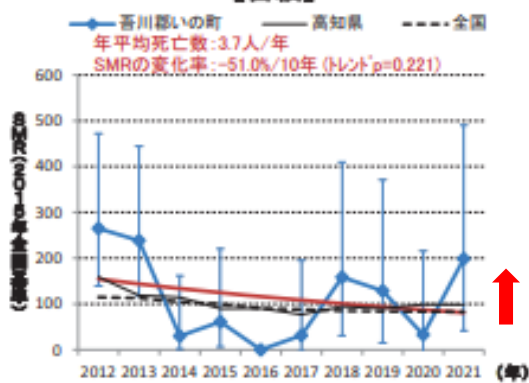
【虚血性心疾患】



【腎不全】

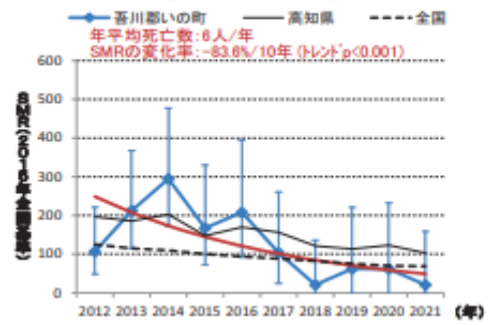


【自殺】

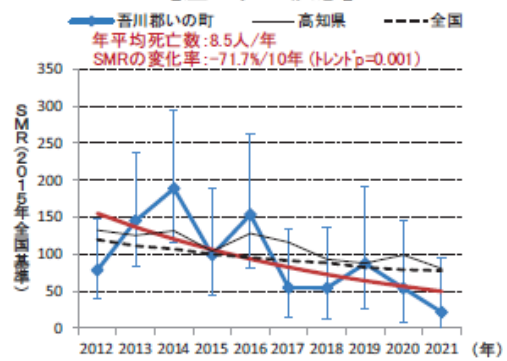


【女性】

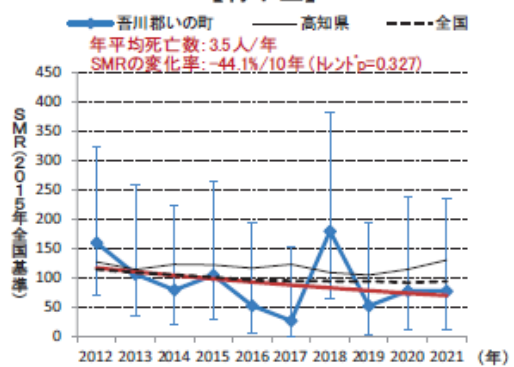
【急性心筋梗塞】



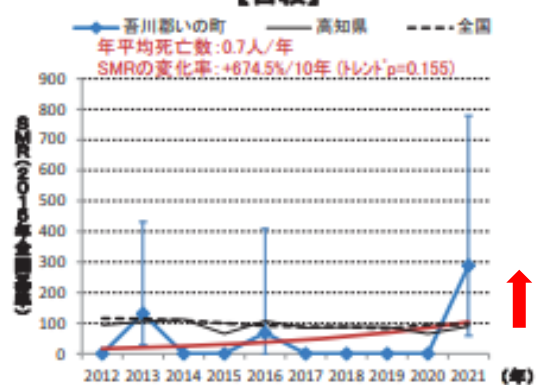
【虚血性心疾患】



【腎不全】



【自殺】



【介護関係】

○介護認定状況

- ・介護認定状況では、いの町の1号被保険者8,702人のうち認定を受けているのは、1,388人で16.0%が認定を受けている。
- ・1号被保険者の年齢構成では、75歳以上の認定者が1,269人と約9割以上を占めている。(図表8)
- ・1号被保険者65～74歳の介護認定を受けている人のうち、高血圧症の診断を受けている方が78.8%、血管疾患の診断を受けている方が90.9%である。また筋・骨格疾患の診断を受けている方も93.9%と高い。
- ・2号被保険者で介護認定を受けている方は、脳血管疾患と診断されている割合が87.5%と高く、また糖尿病と診断を受けている割合も75.0%と高いなど、認定を受けている方全員が血管疾患の診断を受けている。(図表9)

図表8 要介護認定者の状況 R05年3月時点

受給者区分	2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計			
被保険者数 ※1	6,760人		4,037人	4,665人	8,702人	15,462人			
認定率	0.3%		2.9%	27.2%	16.0%	9.1%			
認定者数	18人		119人	1,269人	1,388人	1,406人			
新規認定者数 ※2	4人		39人	233人	272人	276人			
介護度別人数・割合	介護度	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	要支援1	2	11.1%	13	10.9%	146	11.5%	159	11.5%
	要支援2	3	16.7%	14	11.8%	98	7.7%	112	8.1%
	要介護1	5	27.8%	23	19.3%	281	22.1%	304	22.0%
	要介護2	1	5.6%	12	10.1%	202	15.9%	214	15.4%
	要介護3	3	16.7%	22	18.5%	212	16.7%	234	16.9%
	要介護4	1	5.6%	16	13.4%	207	16.3%	223	16.1%
	要介護5	3	16.7%	19	16.0%	123	9.7%	142	10.3%

※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9 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	8		99	1,214	1,313	1,321							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	脳血管疾患	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
			脳出血	2	25.0%	23	23.2%	82	6.8%	105	8.0%	107	8.1%
			脳梗塞	5	62.5%	49	49.5%	787	64.8%	836	63.7%	841	63.7%
			虚血性心疾患	3	37.5%	25	25.3%	484	39.9%	509	38.8%	512	38.8%
			腎不全	2	25.0%	20	20.2%	292	24.1%	312	23.8%	314	23.8%
			人工透析	0	0.0%	8	8.1%	13	1.1%	21	1.6%	21	1.6%
			糖尿病	6	75.0%	51	51.5%	589	48.5%	640	48.7%	646	48.9%
			腎症	2	25.0%	15	15.2%	114	9.4%	129	9.8%	131	9.9%
			網膜症	2	25.0%	15	15.2%	83	6.8%	98	7.5%	100	7.6%
			神経障害	1	12.5%	1	1.0%	46	3.8%	47	3.6%	48	3.6%
			高血圧	5	62.5%	78	78.8%	1,085	89.4%	1,163	88.6%	1,168	88.4%
			脂質異常症	5	62.5%	70	70.7%	789	65.0%	859	65.4%	864	65.4%
			高尿酸血症	3	37.5%	29	29.3%	332	27.3%	361	27.5%	364	27.6%
			血管疾患合計	8	100.0%	90	90.9%	1,167	96.1%	1,257	95.7%	1,265	95.8%
			認知症	4	50.0%	28	28.3%	695	57.2%	723	55.1%	727	55.0%
			筋・骨格疾患	7	87.5%	93	93.9%	1,177	97.0%	1,270	96.7%	1,277	96.7%
			歯肉炎歯周病	4	50.0%	67	67.7%	751	61.9%	818	62.3%	822	62.2%

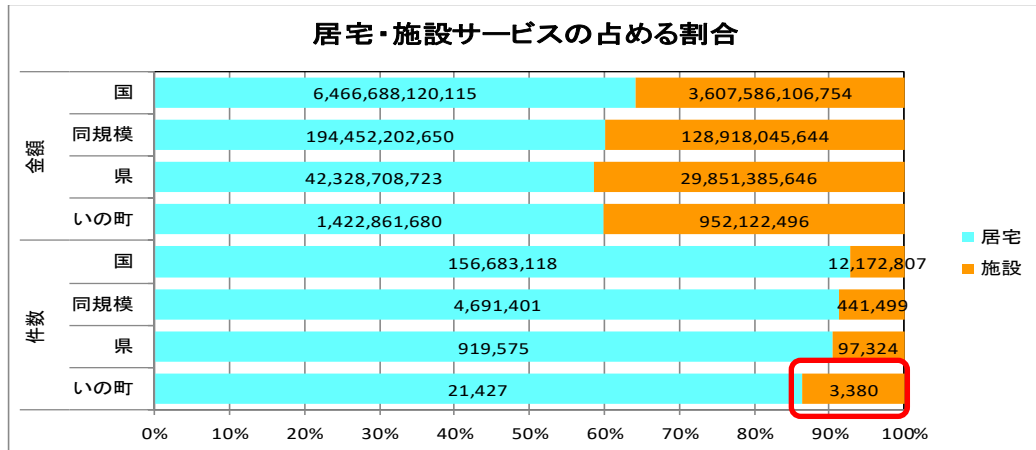
※医療保険がいの町の国保又は後期である介護認定者のみ集計

○介護給付費

- ・国・同規模・県と比較して施設サービスの利用度の割合が多い。(図表10)
- ・40～64歳は、女性に比べ男性の総件数が多い。女性は総件数合計の半数を要介護4.5が占めていることから、1件当たりの給付費でみると、国・同規模・県と比較しても2倍近くの給付費になっている。(図表11)

図表10

R4年度



図表11

要介護度別介護給付費の比較(男女別)

R4年度

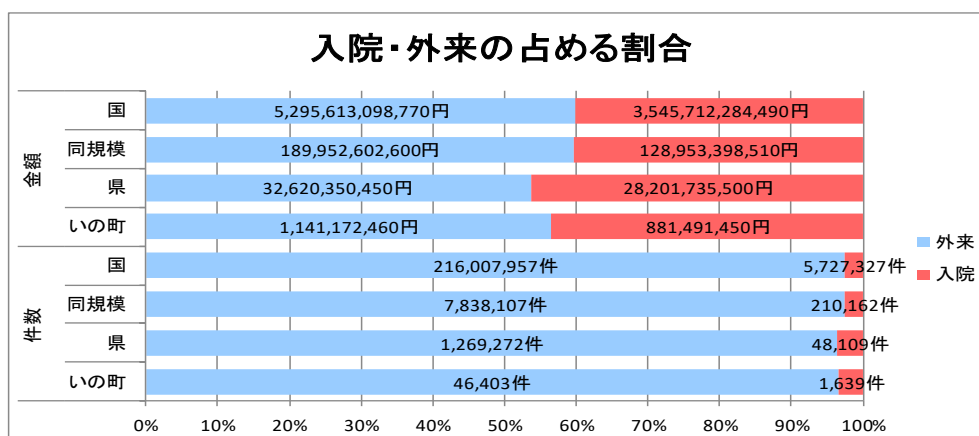
年齢	性別	いの町		1件当たり給付費				女性	いの町		1件当たり給付費			
		総給付費	総件数	いの町	県	同規模	国		総給付費	総件数	いの町	県	同規模	国
全体	男性													
	要支援1	2,245,251	215	10,443	10,255	10,546	10,442	要支援1	5,610,999	397	14,133	8,510	9,336	9,229
	要支援2	5,895,082	361	16,330	13,627	13,793	13,706	要支援2	9,527,230	595	16,012	11,481	12,891	12,356
	要介護1	71,405,209	1,821	39,212	35,653	35,271	33,609	要介護1	269,429,347	4,428	60,847	42,754	41,837	39,077
	要介護2	107,448,748	1,817	59,135	44,121	41,780	39,766	要介護2	310,150,962	3,703	83,757	56,235	52,060	49,079
	要介護3	150,475,409	1,747	86,134	72,484	70,358	65,693	要介護3	388,827,938	3,522	110,400	92,858	90,734	85,317
	要介護4	128,330,638	1,058	121,295	107,768	90,631	84,066	要介護4	455,951,559	2,616	174,293	148,074	120,313	111,758
	要介護5	98,205,261	535	183,561	142,509	95,884	89,675	要介護5	371,480,543	1,992	186,486	189,819	134,123	123,512
合計	564,005,598	7,554	74,663	58,849	53,173	50,762	合計	1,810,978,578	17,253	104,966	76,277	67,785	63,898	
40～64歳	男性													
	要支援1	172,866	13	13,297	10,941	10,920	11,181	要支援1	0	0	0	8,132	10,332	10,219
	要支援2	235,776	33	7,145	13,103	15,875	15,361	要支援2	0	0	0	14,587	14,023	14,088
	要介護1	5,177,025	111	46,640	29,459	32,008	30,929	要介護1	1,126,110	41	27,466	30,327	28,427	28,299
	要介護2	0	0	0	33,302	35,954	34,672	要介護2	954,665	24	39,778	32,645	34,356	31,785
	要介護3	4,508,484	54	83,490	54,027	61,229	54,261	要介護3	0	0	0	46,888	54,486	50,944
	要介護4	0	0	0	78,835	71,503	68,262	要介護4	3,834,303	60	63,905	72,898	73,387	65,793
	要介護5	1,544,337	6	257,390	88,626	80,468	72,294	要介護5	6,526,564	25	261,063	114,806	75,965	74,939
合計	11,638,488	217	53,634	43,486	48,237	45,574	合計	12,441,642	150	82,944	42,973	46,365	44,205	
65～74歳	男性													
	要支援1	59,616	8	7,452	9,757	10,624	10,706	要支援1	227,640	21	10,840	8,235	9,412	9,087
	要支援2	2,013,315	159	12,662	14,002	14,043	14,170	要支援2	805,692	64	12,589	11,832	12,931	12,454
	要介護1	8,618,023	310	27,800	32,798	36,001	33,454	要介護1	7,821,008	212	36,892	33,842	34,769	33,081
	要介護2	23,465,042	444	52,849	41,940	38,687	37,606	要介護2	5,742,181	167	34,384	41,493	38,243	37,466
	要介護3	13,713,178	257	53,359	61,703	63,975	60,338	要介護3	18,866,964	301	62,681	68,925	66,256	63,226
	要介護4	13,971,999	231	60,485	86,775	80,897	75,243	要介護4	22,136,550	175	126,495	101,824	84,386	81,437
	要介護5	29,932,161	170	176,072	120,313	83,691	81,124	要介護5	27,301,747	280	97,506	135,028	99,707	93,592
合計	91,773,334	1,579	58,121	51,756	50,370	48,665	合計	82,901,782	1,220	67,952	54,813	50,445	48,631	
75歳以上	男性													
	要支援1	2,012,769	194	10,375	10,334	10,513	10,359	要支援1	5,383,359	376	14,317	8,538	9,315	9,230
	要支援2	3,645,991	169	21,574	13,564	13,561	13,460	要支援2	8,721,538	531	16,425	11,361	12,859	12,309
	要介護1	57,610,161	1,400	41,150	36,487	35,262	33,749	要介護1	260,482,229	4,175	62,391	43,421	42,498	39,615
	要介護2	83,983,706	1,373	61,168	45,027	42,868	40,583	要介護2	303,454,116	3,512	86,405	57,730	53,597	50,368
	要介護3	132,253,747	1,436	92,099	75,337	72,374	67,590	要介護3	369,960,974	3,221	114,859	94,923	93,466	87,596
	要介護4	114,358,639	827	138,281	113,286	94,353	87,181	要介護4	429,980,706	2,381	180,588	151,919	124,306	114,907
	要介護5	66,728,763	359	185,874	152,546	101,306	94,258	要介護5	337,652,232	1,687	200,150	195,397	139,822	127,963
合計	460,593,776	5,758	79,992	61,088	54,120	51,553	合計	1,715,635,154	15,883	108,017	78,259	69,722	65,490	

【医療関係】

○医療

- ・入院・外来の件数・金額の割合をみると、国・同規模・県と比較しても外来で医療機関にかかる割合が高い。(図表12)
- ・外来1件当たりの日数でみると、国・同規模・県と比較しても外来の通院日数が多い。(図表13)
- ・診療所数は県・同規模と比較して多いが、医師数が少ない。(図表14)

図表12



図表13 医療費の3要素

	入院	いの町	県	同規模	国		外来	いの町	県	同規模	国
A	1人当たり件数	0.32892	0.31681	0.23806	0.23225	A	1人当たり件数	9.31226	8.35839	8.87867	8.75927
B	1件当たり日数	17.44	18.00	16.02	15.98	B	1件当たり日数	1.54	1.48	1.48	1.49
C	1日当たり点数	3.085	3.257	3.829	3.873	C	1日当たり点数	1,601	1,731	1,639	1,650
ABC	1人当たり点数	17.690	18.571	14.607	14.378	ABC	1人当たり点数	22,901	21,481	21,517	21,474

※医療費には調剤費用を含む ※1人当たりは年度内合計を3月の被保険者数で除した値

[A]1人あたりの件数:「受診率」…比較対象より高ければ医療機関にかかる者の割合が高い
 [B]1件あたりの日数:「1つの疾病の治療のために医療機関に通った日数」…比較対象より割合が高ければ、入院期間が長く、外来の場合は通院日数が多い。
 [C]1日あたりの点数:「1日あたりの医療費であり、診療単価を表す」…1日あたりの医療費が高いということは、1回の診療あるいは1日の入院でかかる費用が高いことになる。
 [ABC]1人あたり点数:「1人あたりの医療費」…1人あたりの医療費が高い場合、3つの項目の中でどの項目で高いのか分析することで要因に見当をつけることができる。

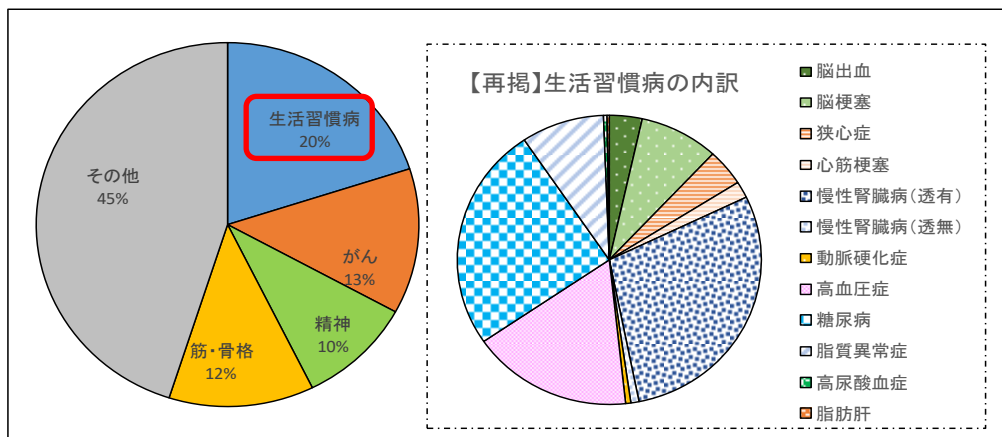
図表14 医療施設等の状況

	被保険者千人あたり			
	病院数	診療所数	病床数	医師数
いの町	0.8	3.8	59.6	7.0
県	0.8	3.5	106.0	15.2
同規模	0.3	3.1	56.1	11.1
国	0.3	4.2	61.1	13.8

○生活習慣病

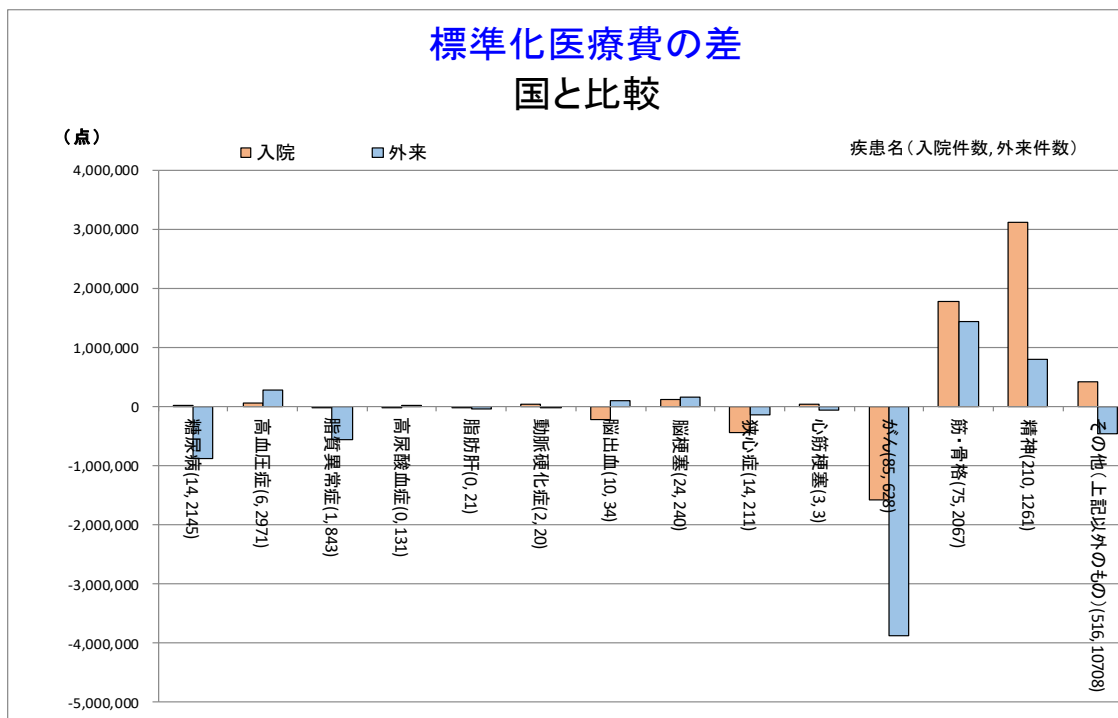
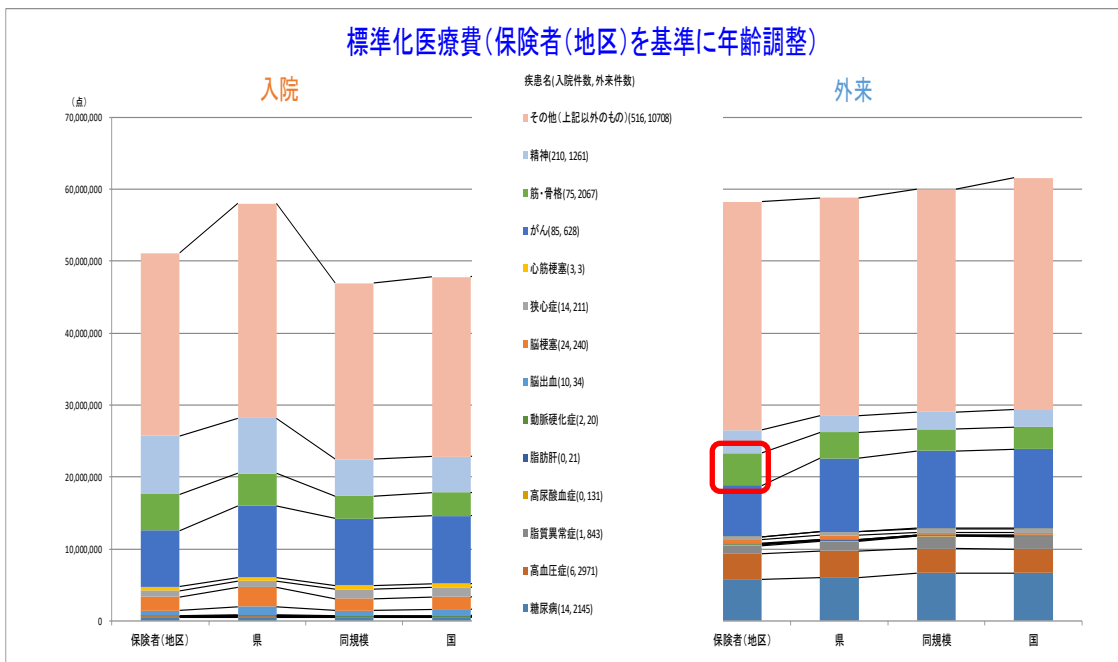
- ・医療費の内訳では、生活習慣病が20.0%を占めている。
- ・生活習慣病医療費の中でも、慢性腎臓病（透析有）にかかる医療費が29.0%と最も高く、国・同規模・県の割合よりも高い。次いで糖尿病が25.1%となっている。（図表15）
- ・標準化医療費では、国・同規模・県と比較しても女性では筋・骨格が最も外来で多くなっている。また男性も国・同規模・県と比較すると多い傾向にある。
- ・生活習慣病について標準化医療費の国との差をみると、入院はあまり差がないが、外来については男女ともに糖尿病、脂質異常症、がんが少ない傾向にある。（図表16-1、2）

図表15 生活習慣病医療費の占める割合

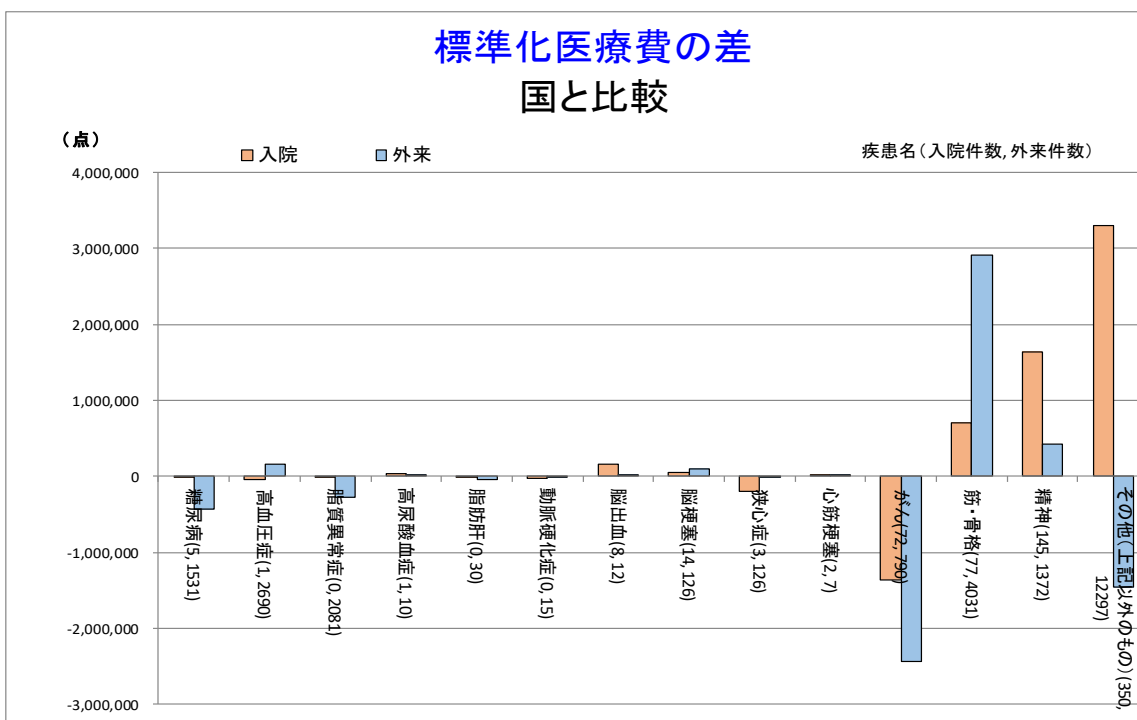
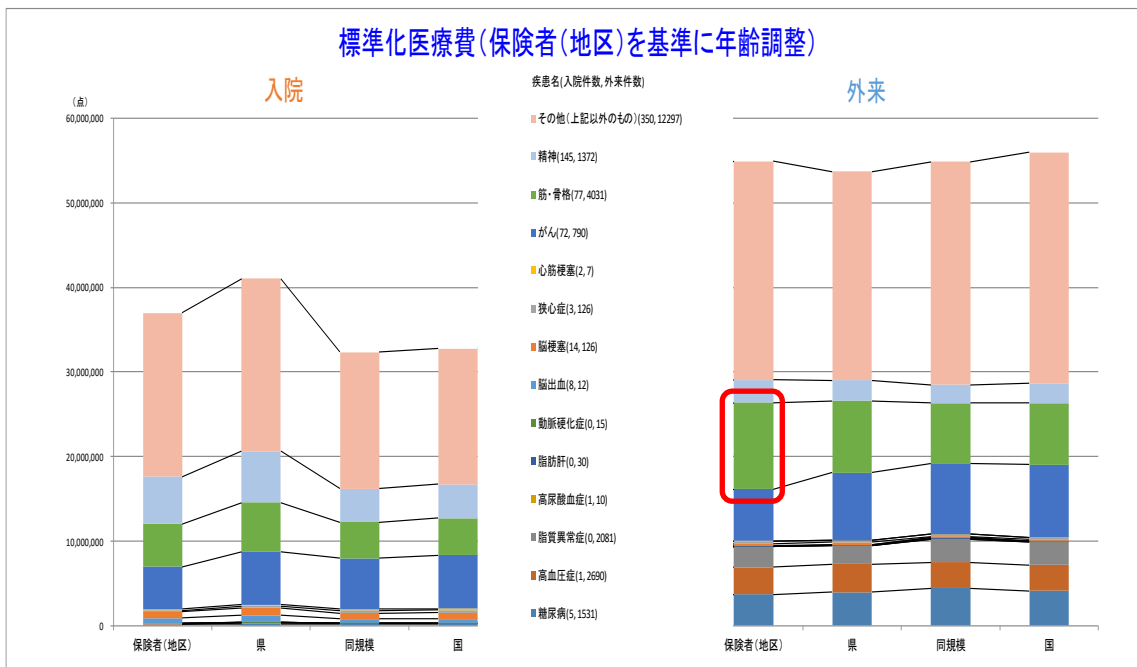


【再掲】生活習慣病の内訳	いの町	割合	県	割合	同規模	割合	国	割合	(円)
脳出血	14,137,410	3.5%	574,860,520	5.2%	2,024,460,510	3.2%	59,430,793,930	3.5%	
脳梗塞	34,169,130	8.4%	1,192,221,730	10.8%	4,381,772,300	7.0%	123,436,281,990	7.3%	
狭心症	16,632,900	4.1%	490,176,710	4.4%	3,656,236,860	5.9%	98,879,590,420	5.9%	
心筋梗塞	7,481,070	1.9%	184,442,380	1.7%	1,188,289,200	1.9%	30,465,528,380	1.8%	
慢性腎臓病(透有)	117,539,370	29.0%	2,310,788,540	21.0%	13,518,955,520	21.7%	386,839,920,080	23.0%	
慢性腎臓病(透無)	3,513,560	0.9%	172,258,390	1.6%	992,674,540	1.6%	25,873,023,820	1.5%	
動脈硬化症	2,244,510	0.6%	67,490,580	0.6%	333,471,280	0.5%	9,347,142,790	0.6%	
高血圧症	69,643,710	17.2%	1,997,596,350	18.1%	10,283,649,470	16.5%	270,811,770,500	16.1%	
糖尿病	101,717,110	25.1%	2,976,419,860	27.0%	18,519,363,460	29.7%	481,727,988,440	28.6%	
脂質異常症	35,785,940	8.8%	973,536,360	8.8%	7,007,626,130	11.2%	186,450,843,580	11.1%	
高尿酸血症	1,536,290	0.4%	40,280,330	0.4%	149,669,050	0.2%	4,136,958,810	0.2%	
脂肪肝	940,480	0.2%	38,858,940	0.4%	300,355,100	0.5%	8,029,281,770	0.5%	
がん	261,311,720	-	9,459,787,140	-	53,739,801,720	-	1,482,311,853,950	-	
精神	196,873,750	-	5,695,581,620	-	24,582,305,290	-	696,878,645,780	-	
筋・骨格	247,870,740	-	6,238,929,890	-	27,986,548,240	-	770,412,844,790	-	
その他	911,266,220	-	28,408,856,610	-	150,240,822,440	-	4,206,292,914,230	-	

図表 16-1 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



図表 1 6 - 2 疾病別医療費分析（生活習慣病）高知県 R04 年度（累計）
女性 0～74 歳



○高額要因

- ・医療費の多くかかっている疾患については、細小(82)分類で入院と外来上位5位までに、糖尿病、高血圧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が入っている。いの町では、2位に統合失調症、3位に関節疾患が入っているのも特徴。(図表17)
- ・1件あたり医療費30万円以上の主傷病名1位は腎不全。(図表18)
- ・6か月以上入院患者の主傷病名として精神疾患が多い。(図表19)
- ・人工透析の有病者半数を2型糖尿病が占めている。(図表20)

図表17 疾患別医療費分析

医療費が多かかっている疾病 ※KDB 疾病別医療費分析(細小(82)分類)より集計

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	慢性腎臓病(透析あり)	289	11,753,937	5.8%	慢性腎臓病(透析あり)	27	1,628,196	1.8%	慢性腎臓病(透析あり)	262	10,125,741	8.9%
2位	統合失調症	964	10,081,679	5.0%	統合失調症	206	7,511,757	8.5%	統合失調症	758	2,569,922	2.3%
3位	関節疾患	2,132	9,625,790	4.8%	関節疾患	43	3,278,070	3.7%	関節疾患	2,089	6,347,720	5.6%
4位	糖尿病	3,360	9,071,585	4.5%	糖尿病	15	458,698	0.5%	糖尿病	3,345	8,612,887	7.6%
5位	高血圧症	5,668	6,964,371	3.5%	高血圧症	7	166,983	0.2%	高血圧症	5,661	6,797,388	6.0%
6位	うつ病	1,338	6,440,570	3.2%	うつ病	102	4,046,657	4.6%	うつ病	1,236	2,393,913	2.1%
7位	不整脈	955	5,111,631	2.5%	不整脈	17	2,221,677	2.5%	不整脈	938	2,889,954	2.6%
8位	骨折	305	4,409,379	2.2%	骨折	66	3,834,392	4.4%	骨折	239	574,987	0.5%
9位	脂質異常症	2,925	3,578,594	1.8%	脂質異常症	1	6,237	0.0%	脂質異常症	2,924	3,572,357	3.2%
10位	脳梗塞	404	3,416,913	1.7%	脳梗塞	38	2,677,851	3.0%	脳梗塞	366	739,062	0.7%

図表18 1件あたり医療費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	369件	42人	160,688,090円
2位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	187件	30人	72,325,600円
3位	その他の悪性新生物<腫瘍>	122件	40人	90,675,520円
4位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	95件	17人	39,093,100円
5位	その他の神経系の疾患	82件	21人	48,998,750円

※レセプト件数順
 ※最大医療資源傷病名による

図表 19 長期（6か月以上）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	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	17人	163件	5,800,180円	816,324,800円
2位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	12人	116件	4,075,700円	597,569,920円
3位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	4人	38件	2,417,800円	428,080,180円
4位	その他の神経系の疾患	4人	40件	1,372,140円	112,299,170円
5位	てんかん	3人	25件	931,560円	107,217,560円

※該当人数順
※最大医療資源傷病名による

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
396	42人	20人	166,680,570円	1人	1人

【健診関係】

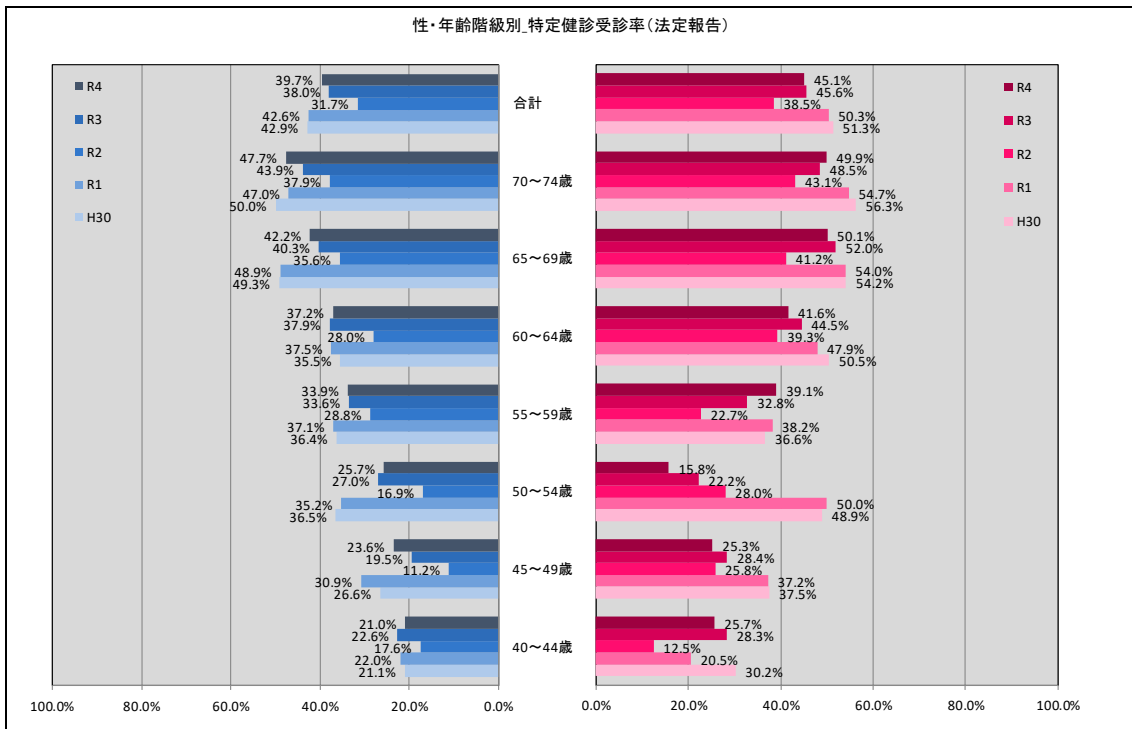
○特定健診

- ・健診受診率は、令和4年度で男性より女性が高く、年代別では、男女とも50歳代後半から伸びる傾向にある。
- ・令和4年度の50～54歳については、女性が全ての年代の中で最も受診率が低く、令和1年度の50.0%から半数を割るなど著しく減少している。
- ・令和4年度で最も伸び率がよかったのは、女性55～59歳であり、コロナ禍以前より受診率が高くなっている。(図表21)

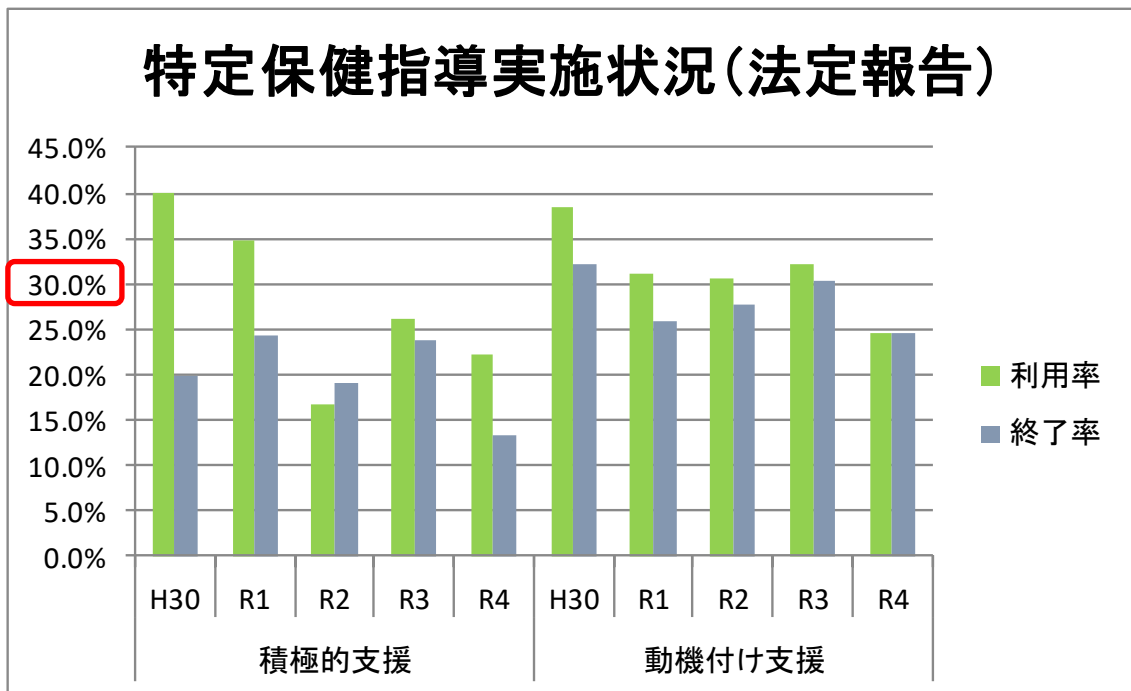
○特定保健指導

- ・特定保健指導については、利用率が低く、積極的支援では、令和2年度から終了率ともに30.0%に達していない。
- ・動機づけ支援も利用率、終了率は約30%にとどまっている。(図表22)

図表 2 1 性・年齢階級別_特定健診受診率 (法定報告)



図表 2 2 特定保健指導実施状況 (法定報告)



○生活習慣病予備群

- ・男女とも 40～74 歳の腹囲基準値以上の中で約 3 割が生活習慣病予備群である。
- ・生活習慣病該当となる高血糖・高血圧・脂質異常の 3 つが該当している年代は、腹囲基準値以上の中で男性 20.5%、女性 23.2%と 60 歳代が多い。

(図表 2 3)

図表 2 3 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

	性別	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	
	男性	1,896			231			263			664			738			1,203			
	女性	1,957			162			186			759			850			1,382			
	健診対象者数	753			52			78			271			352			548			
	健診受診者数	416	55.2		24	46.2		41	52.6		151	55.7		200	56.8		311	56.8		
	腹囲(85cm以上)	27	3.6	6.5	5	9.6	20.8	6	7.7	14.6	7	2.6	4.6	9	2.6	4.5	14	2.6	4.5	
(再)腹囲該当者の有所見重複状況	予備群	腹囲のみ該当者			高血糖			高血圧			脂質異常			計						
		●	12	1.6	2.9	1	1.9	4.2	0	0.0	0.0	5	1.8	3.3	6	1.7	3.0	10	1.8	3.2
		●	108	14.3	26.0	3	5.8	12.5	3	3.8	7.3	41	15.1	27.2	61	17.3	30.5	89	16.2	28.6
		●	20	2.7	4.8	3	5.8	12.5	10	12.8	24.4	5	1.8	3.3	2	0.6	1.0	5	0.9	1.6
		計	140	18.6	33.7	7	13.5	29.2	13	16.7	31.7	51	18.8	33.8	69	19.6	34.5	104	19.0	33.4
	該当者	●	52	6.9	12.5	2	3.8	8.3	4	5.1	9.8	14	5.2	9.3	32	9.1	16.0	43	7.8	13.8
		●	16	2.1	3.8	2	3.8	8.3	5	6.4	12.2	5	1.8	3.3	4	1.1	2.0	7	1.3	2.3
		●	107	14.2	25.7	5	9.6	20.8	8	10.3	19.5	43	15.9	28.5	51	14.5	25.5	81	14.8	26.0
		●	74	9.8	17.8	3	5.8	12.5	5	6.4	12.2	31	11.4	20.5	35	9.9	17.5	62	11.3	19.9
		計	249	33.1	59.9	12	23.1	50.0	22	28.2	53.7	93	34.3	61.6	122	34.7	61.0	193	35.2	62.1
(再)腹囲該当者の有所見重複状況	予備群	腹囲のみ該当者			高血糖			高血圧			脂質異常			計						
		●	6	0.7	3.6	0	0.0	0.0	1	1.8	14.3	3	0.8	4.3	2	0.5	2.4	2	0.3	1.5
		●	36	4.1	21.7	1	2.4	20.0	2	3.6	28.6	19	5.3	27.5	14	3.3	16.5	31	4.5	22.8
		●	11	1.2	6.6	2	4.9	40.0	0	0.0	0.0	5	1.4	7.2	4	0.9	4.7	6	0.9	4.4
		計	53	6.0	31.9	3	7.3	60.0	3	5.5	42.9	27	7.5	39.1	20	4.7	23.5	39	5.6	28.7
	該当者	●	26	3.0	15.7	1	2.4	20.0	1	1.8	14.3	5	1.4	7.2	19	4.5	22.4	22	3.2	16.2
		●	5	0.6	3.0	0	0.0	0.0	1	1.8	14.3	2	0.6	2.9	2	0.5	2.4	4	0.6	2.9
		●	33	3.7	19.9	0	0.0	0.0	1	1.8	14.3	12	3.3	17.4	20	4.7	23.5	30	4.3	22.1
		●	36	4.1	21.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	16	4.4	23.2	20	4.7	23.5	34	4.9	25.0
		計	100	11.4	60.2	1	2.4	20.0	3	5.5	42.9	35	9.7	50.7	61	14.4	71.8	90	13.0	66.2

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

※2 分母は腹囲基準値以上者数で割合を表示

○健診有所見項目

・65～74歳の男女とも国・県より収縮期血圧が高い。また、その年代は女性のHbA1cが75.6%と国・県よりも高い。

(図表24-1、2)

図表24-1 健診有所見者状況：男性

R4年度
厚生労働省様式(様式5-2)【補足】

年齢	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%	-	442,358	54.5%	54.5%	-	257,345	31.7%	31.7%	-	237,166	29.2%	29.2%	-	63,085	7.8%	7.8%	-										
	県	5,781	2,327	40.3%	40.4%	103.6	3,295	57.0%	57.1%	*104.6	2,106	36.4%	36.5%	*115.0	1,643	28.4%	28.5%	97.3	466	8.1%	8.1%	103.7										
	地域(地区)	205	67	32.7%	33.0%	84.2	105	51.2%	50.9%	93.5	89.3	61	29.8%	30.2%	94.0	81.5	57	27.8%	28.6%	97.0	99.2	10	4.9%	5.2%	63.4	60.7						
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	7,206	58.8%	58.7%	*104.4	3,803	31.0%	31.0%	*117.0	2,142	17.5%	17.4%	102.3	950	7.8%	7.8%	*110.6										
	地域(地区)	548	187	34.1%	34.1%	107.4	311	56.8%	56.8%	100.8	96.6	142	25.9%	25.9%	97.8	*83.6	86	15.7%	15.6%	92.1	90.1	54	9.8%	9.8%	*140.5	127.1						
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	10,501	58.2%	58.2%	*104.5	5,909	32.8%	32.8%	*116.3	3,785	21.0%	20.7%	100.1	1,416	7.9%	7.9%	*108.2										
	地域(地区)	753	254	33.7%	33.8%	100.1	416	55.2%	55.0%	98.9	94.6	203	27.0%	27.2%	96.6	*83.0	143	19.0%	19.5%	94.0	93.5	64	8.5%	8.4%	118.1	108.5						
年齢	性別	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%	-	381,315	47.0%	47.0%	-	130,541	16.1%	16.1%	-	321,804	39.7%	39.7%	-	243,606	30.0%	30.0%	-										
	県	5,781	21	0.4%	0.4%	*1.5	3,275	56.7%	56.7%	*120.5	1,176	20.3%	20.3%	*126.5	2,479	42.9%	42.8%	*108.0	1,766	30.5%	30.7%	102.0										
	地域(地区)	205	0	0.0%	0.0%	*0.0	106	51.7%	51.7%	107.7	89.8	41	20.0%	20.2%	125.7	99.6	77	37.6%	36.7%	92.5	85.7	48	23.4%	22.8%	77.1	75.7						
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	8,512	69.4%	69.5%	*108.2	2,034	16.6%	16.5%	*142.1	6,933	56.6%	56.6%	101.9	2,807	22.9%	22.8%	*95.4										
	地域(地区)	548	0	0.0%	0.0%	*0.0	381	69.5%	69.5%	108.3	100.1	81	14.8%	14.7%	*126.7	89.2	328	59.9%	59.9%	107.7	105.7	114	20.8%	20.8%	86.9	91.1						
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	11,787	65.3%	65.6%	*111.4	3,210	17.8%	17.7%	*135.9	9,412	52.2%	52.5%	*103.4	4,573	25.4%	25.1%	97.9										
	地域(地区)	753	0	0.0%	0.0%	*0.0	487	64.7%	64.2%	108.2	97.6	122	16.2%	16.4%	*126.4	92.5	405	53.8%	52.9%	104.5	101.2	162	21.5%	21.4%	*83.7	85.9						
年齢	性別	受診者	内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因																													
			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%	-	10,251	1.3%	1.3%	-	150,273	18.5%	18.5%	-	164,650	20.3%	20.3%	-														
	県	5,781	2,692	46.6%	46.6%	*91.0	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)	205	99	48.3%	48.5%	94.9	104.6	3	1.5%	1.6%	109.5	110.9	1	0.5%	0.4%	*2.6	60.2	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	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)	548	203	37.0%	36.9%	87.8	99.3	20	3.6%	3.6%	110.7	89.4	1	0.2%	0.2%	*0.7	26.2	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	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)	753	302	40.1%	40.4%	90.0	100.9	23	3.1%	3.0%	110.6	91.7	2	0.3%	0.3%	*1.1	36.6	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0										

図表 2 4 - 2 健診有所見者状況：女性

R4 年度
厚生労働省様式(様式 5 - 2)【補足】

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)	190	41	21.6%	19.7%	102.6	87.9	30	15.8%	14.7%	92.6	76.1	32	16.8%	14.7%	119.4	83.7	17	8.9%	7.9%	87.7	85.6	2	1.1%	1.0%	92.3	75.8
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)	691	166	24.0%	24.1%	110.8	102.7	136	19.7%	19.7%	98.4	92.4	128	18.5%	18.6%	111.0	*80.6	56	8.1%	8.1%	95.3	106.1	6	0.9%	0.9%	67.4	49.2
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)	881	207	23.5%	22.8%	109.1	99.4	166	18.8%	18.3%	97.3	89.0	160	18.2%	17.5%	112.5	*81.2	73	8.3%	8.0%	93.4	100.5	8	0.9%	0.9%	72.3	53.9
女性	受診者	血管を傷つける																									
		血糖					HbA1c					尿酸					収縮期血圧					拡張期血圧					
		100以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	5.6以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	7.0以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	130以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	
40~64歳	全国	1,019,607	141,907	13.9%	13.9%	100(基準)	-	450,111	44.1%	44.1%	100(基準)	-	18,093	1.8%	1.8%	100(基準)	-	304,007	29.8%	29.8%	100(基準)	-	167,168	16.4%	16.4%	100(基準)	-
	県	6,126	9	0.1%	0.1%	*1.0	100(基準)	3,413	55.7%	55.0%	*124.2	100(基準)	160	2.6%	2.6%	*146.6	100(基準)	1,839	30.0%	29.5%	98.7	100(基準)	907	14.8%	14.8%	*89.5	100(基準)
	地域(地区)	190	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	94	49.5%	48.3%	107.3	86.9	4	2.1%	1.9%	117.4	77.7	52	27.4%	26.1%	87.1	88.9	19	10.0%	9.5%	*59.8	67.6
65~74歳	全国	2,557,443	567,645	22.2%	22.2%	100(基準)	-	1,609,052	62.9%	62.9%	100(基準)	-	47,747	1.9%	1.9%	100(基準)	-	1,353,160	52.9%	52.9%	100(基準)	-	439,329	17.2%	17.2%	100(基準)	-
	県	16,010	20	0.1%	0.1%	*0.6	100(基準)	11,421	71.3%	71.4%	*113.5	100(基準)	401	2.5%	2.5%	*134.3	100(基準)	8,129	50.8%	50.9%	*96.1	100(基準)	2,396	15.0%	14.9%	*87.0	100(基準)
	地域(地区)	691	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	522	75.5%	75.6%	*120.2	105.9	20	2.9%	2.9%	155.2	115.6	370	53.5%	53.8%	101.5	105.6	91	13.2%	13.2%	*76.5	87.9
総数	全国	3,577,050	709,552	19.8%	19.8%	100(基準)	-	2,059,163	57.6%	57.6%	100(基準)	-	65,840	1.8%	1.8%	100(基準)	-	1,657,167	46.3%	46.3%	100(基準)	-	606,497	17.0%	17.0%	100(基準)	-
	県	22,136	29	0.1%	0.1%	*0.7	100(基準)	14,834	67.0%	66.7%	*115.8	100(基準)	561	2.5%	2.5%	*137.6	100(基準)	9,968	45.0%	44.8%	*96.6	100(基準)	3,303	14.9%	14.9%	*87.7	100(基準)
	地域(地区)	881	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0	616	69.9%	67.8%	*118.0	102.5	24	2.7%	2.6%	147.3	106.9	422	47.9%	45.9%	99.4	103.2	110	12.5%	12.2%	*73.0	83.6
女性	受診者	内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因										臓器障害(※は詳細検査)															
		LDLコレステロール					クレアチニン					心電図※					眼底検査※										
		120以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	1.3以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	検査あり	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	検査あり	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)						
40~64歳	全国	1,019,607	555,698	54.5%	54.5%	100(基準)	-	1,719	0.2%	0.2%	100(基準)	-	158,253	15.5%	15.5%	100(基準)	-	180,445	17.7%	17.7%	100(基準)	-					
	県	6,126	3,174	51.8%	51.4%	*94.4	100(基準)	15	0.2%	0.2%	143.1	100(基準)	47	0.8%	0.8%	*4.9	100(基準)	6	0.1%	0.1%	*0.6	100(基準)					
	地域(地区)	190	98	51.6%	51.9%	93.1	98.3	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	1	0.5%	0.4%	*3.3	70.2	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)	691	356	51.5%	51.4%	95.3	99.5	2	0.3%	0.3%	92.0	69.4	3	0.4%	0.4%	*2.1	57.4	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)	881	454	51.5%	51.5%	94.8	99.3	2	0.2%	0.2%	79.8	59.2	4	0.5%	0.4%	*2.3	60.2	0	0.0%	0.0%	*0.0	0.0					

②健康課題の抽出・明確化

いの町では、健康寿命の延伸を目指すために、第2期長期目標として、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症率の低下、新規人工透析患者が増加しないことに取り組んできた。

第2期評価結果において、D判定になった項目を確認すると、長期目標は心筋梗塞新規患者数、中期目標は特定健診受診者のうち収縮期血圧130mmHg以上の人の割合、Ⅱ度高血圧以上の人、HbA1c7.0%以上の未治療者の割合についても、目標値に届かず、D悪化の判定とした。全国的には脳血管疾患発症率は改善の傾向にあるが、いの町では男性の脳血管疾患による死亡者数は増加傾向にあり、国・県より常に多い死因となっている。

短期目標では、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに目標値とは大きくかけ離れた結果となっているが、令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大防止対策として集団健診を中止したことも大きく影響したのではないかと思われる。また、令和4年度の女性の特定健診受診率は、50～54歳については、全ての年代の中で最も受診率が低く、令和元年度の50.0%から半数を割るなど著しく減少している。

特定保健指導については利用率も低く、積極的支援においては、令和2年度から終了率ともに30.0%に達していない。

上記のことから、40～50代の働き盛り世代への特定健診受診率を向上させるとともに生活習慣病は自覚症状がないまま悪化することから、重症化予防のために早期に発見し、適切な治療につなげる支援体制や生活改善に取り組んでもらえる保健指導等の強化が重要である。特に男性については高血圧症をはじめとする脳血管に負担を招く疾患の予防とともに重症化防止が重要であり、生活習慣病の予防、重症化防止に積極的に取り組む必要がある。

高額医療費の中では腎不全（人工透析）が1位であるが、人工透析の有病者の半数を占めているのは糖尿病であった。糖尿病の発症予防及び重症化予防は、いの町の取り組むべき優先度の高い健康課題である。

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26)

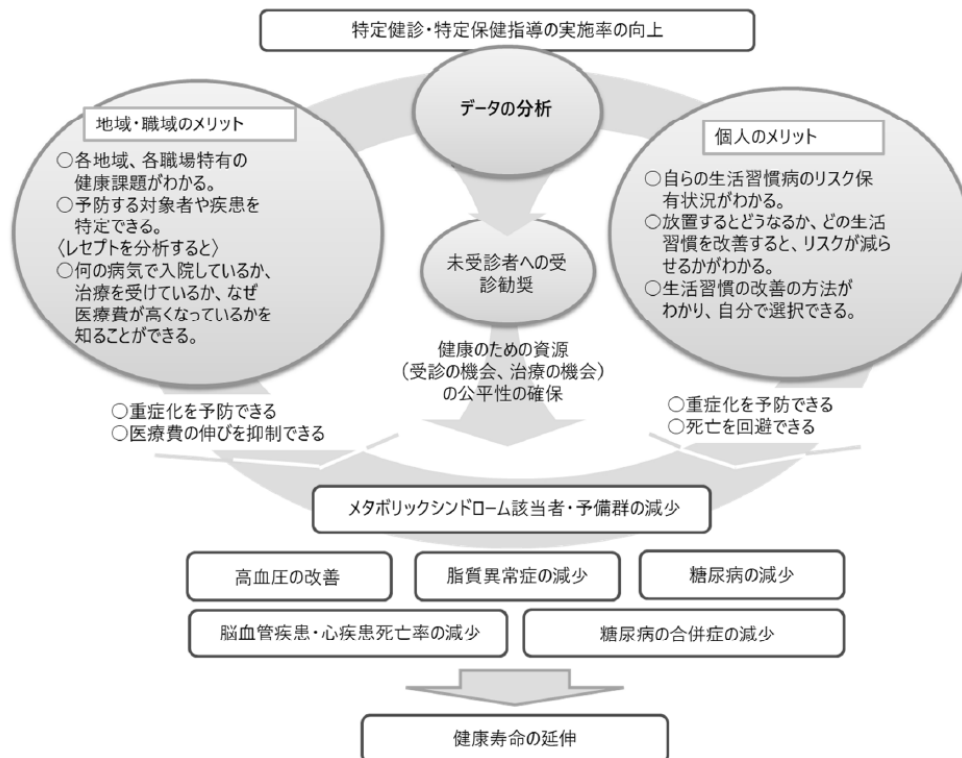
また、高知県で効果的・効率的な保健事業の実施に向けて設定する共通の取組みと指標を設定し、県全体や他市町村との比較を行う。

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26

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）：21人未満 最終評価（R11年度）：21人未満
			脳出血患者数（費用額30万円以上を集計）	中間評価（R8年度）：5.8人未満 最終評価（R11年度）：5.8人未満
		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）：13.3人未満 最終評価（R11年度）：13.3人未満
		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）：平均2.9人未満 最終評価（R11年度）：平均2.9人未満
		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）：1.3人未満 最終評価（R11年度）：1.3人未満
	(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		

★は高知県の共通指標

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維持・減少させる	メタボの該当割合	(R4) 21.36%未満
		血圧の有所見割合を維持・減少させる	収縮期血圧130mmHg以上の割合	(R4) 50.61%未満
			拡張期血圧85mmHg以上の割合	(R4) 16.65%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	(R4) 0.86%未満
		血糖の有所見割合を維持・減少させる	HbA1c5.6%以上(保健指導判定値)の割合	(R4) 67.5%未満
		脂質の有所見割合を維持・減少させる	LDL-C120mg/dl以上の割合	(R4) 46.27%未満
	腎機能の有所見割合を減少させる	eGFR45ml/分/1.73m ² 未満の割合	(R4) 3.32%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	

★は高知県の共通指標

③目標を達成するための戦略

戦略	
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 医師会との連携強化 ・ ナッジ理論を活用した受診勧奨事業を実施する
2	
3	

(2) 健康課題を解決するための個別の保健事業

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

	個別の保健事業名称	評価項目	評価指標	目標値
1	高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム	プログラムⅠ ①医療機関未受診者を適切な医療につなげる	★プログラムⅠ 医療機関未受診者の医療機関受診割合	30% (1人以上受診)
		プログラムⅠ ②治療中断者を適切な医療につなげる	★プログラムⅠ 治療中断者の医療機関受診割合	30% (1人以上受診)
		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	30%
		(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%
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し終了する	特定保健指導終了率	30%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】	(H30) 47.2%以上
3	保険者で設定する保健事業例) 医療機関早期受診勧奨	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【受診者/紹介状発行者】	(R2) 74.3%以上

(3) 薬剤の適正使用の推進

	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

★は高知県の共通指標

IV 個別の保健事業

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
①-1	ハイリスク保健指導 糖尿病腎症重症化予防 プログラム I:ア医療機関未受診者	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけること	対象者の1人以上が医療機関を受診することができる	国保連合会より毎月配信される対象者リスト(通院中の患者で、6か月以上受診した記録がない者のうち、糖尿病併症(網膜症、腎症、神経障害)を診断、またはインスリン注射症がある者)から除外基準を確認のうえ、対象者を選定	対象者の状況に応じた介入(手紙・電話・訪問等)で、医療機関への受診勧奨を行い、その際には糖尿病性腎症重症化の危険性に対する情報提供等の保健指導を行う。	(高知県のプログラムより) ①個別面談・個別訪問 ②電話 ③手紙送付等 特に尿蛋白(2+)以上またはeGFR45ml/分/1.73ml未満の者に対しては、保健師等の専門職が電話または個別訪問による受診勧奨を行う(年度対象者: 概算出力9月～翌年8月)	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	対象者宅 すこやかセンター 各支所
①-1	ハイリスク保健指導 糖尿病腎症重症化予防 プログラム I:イ治療中断者	糖尿病が重症化するリスクの高い治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけること	対象者の1人以上が医療機関を受診することができる	国保連合会より毎月配信される対象者リストから除外基準を確認のうえ、対象者を選定	対象者の状況に応じた介入(手紙・電話・訪問等)を行い、医療機関への受診勧奨を行い、その際には糖尿病性腎症重症化の危険性に対する情報提供等の保健指導を行う。	(高知県のプログラムより) ①個別面談・個別訪問 ②電話 ③手紙送付等 (年度対象者: 概算出力4月～翌年3月)	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	対象者宅 すこやかセンター 各支所
①-2	ハイリスク保健指導 糖尿病性腎症重症化予防 プログラム II:重症化予防	糖尿病性腎症のリスクが高い者が、適切な治療や生活習慣の改善により重症化予防を図る	対象者のHbA1c、血圧、尿蛋白、eGFR等の次年度特定健診結果や医療機関での検査結果が改善する	国保連合会より毎月配信される対象者リストから除外基準を確認のうえ、対象者を選定	糖尿病治療中の患者で腎症が重症化するリスクの高いものに対して、対象者の状況に応じかかりつけ医と連携した保健指導の実施、または外来栄養指導につなぐ。	(高知県のプログラムより) 糖尿病の治療中でかつ腎症のリスクが高い者でa～dのいずれかに該当する者のうちかかりつけ医の同意があった者 a) HbA1c 8.0%以上、c) 尿蛋白: (2+)以上、d) eGFR: 45ml/分未満 * b) 血圧150mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上のみは対象外 プログラムとして、外来栄養指導(仁淀病院)もしくは保険者による保健指導を実施(年度対象者: 概算出力6月～翌年5月)	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	対象者宅 すこやかセンター 各支所
①-2	糖尿病性腎症透析 予防強化事業	医療機関と保険者が連携して糖尿病患者支援を行うことにより、透析導入時期の遅延を図る	医療機関から上がってきた対象者の100%に介入ができる	主治医が事業の対象者と判断する者(医療機関が対象者を選定)	医療機関と保険者が連携した生活指導を実施する。(1クール6か月)	(高知県のプログラムより) 医療機関が対象者を選定し、プログラム参加の同意を得られた対象者 eGFR30ml/分/1.73ml未満以上60ml/分/1.73ml未満未満かつ、蛋白尿(+)以上が認められる者 医療機関: 腎保護療法(薬物療法)、6か月間の生活指導 保険者: 生活指導に対するフォロー	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	医療機関 対象者宅 すこやかセンター 各支所
②	ハイリスク保健指導 紹介状発行	医療機関への受診が必要な者が、適切な治療や生活習慣の改善により、症状の悪化予防や改善を図る	集団健診の結果で紹介状発行された対象者が早期に医療機関を受診する	集団健診で医療機関受診が必要な結果になつた者(いの町紹介状発行基準あり、レセプト等で受療状況、経年結果等を確認し、対象者を選定)	健診結果送付時期に紹介状の発行及び未受診者に再受診勧奨を行う。	①集団健診の間診時に、前年度対象者の受診状況の確認および保健指導を実施 ②健診結果通知後に対象者を抽出し、紹介状の発行・送付する ③未受診者対応として、5～8月健診受診者は1月に、9月に降受診者は3月に対象者を選定し、通知、電話、訪問等で再受診勧奨を実施	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	5月～3月	健診会場 すこやかセンター 各支所
③	特定保健指導	メタボリックシンドローム対象者が、自分の生活習慣を見直し、改善することで生活習慣病への移行を予防することができる	特定保健指導実施率80%以上 特定保健指導利用者のうち終了する割合(動機づけ90%/積極的70%)	特定保健指導指針に沿った対象者	特定保健指導対象者に対して、個別で特定保健指導を行う。	積極的支援: 6か月(直営)、動機づけ支援: 3か月(委託もしくは直営) ①ログヘルスから対象者を抽出、台帳を作成 ②通知発送後に電話や訪問にて初回面接の日程調整を行う。 ③初回面接から1か月後に手紙または電話にて支援 ④3か月後に手紙を送付し、来所・訪問・電話にて支援 ⑤6か月後に手紙を送付し、来所・訪問・電話にて支援(積極的支援のみ)	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	すこやかセンター 対象者宅
④	特定健診等受診勧奨	自分のからだの状態を知るために、特定健診等を受診する者が増える	特定健診受診率 ・全体受診率向上 ・40歳の受診率前年度より向上 ・40歳の受診率以上 ・50歳の受診率以上 ・個別受診率向上	30歳代のいの町民で職場健診の機会がない者 40～74歳の特定健診対象者	①特定健診受診券同封案内 ②新規国保加入者への受診勧奨 ③健康ガイド、広報誌で集団健診実施を周知 ④いの町防災・行政アプリで集団健診実施を周知 ⑤若年層対策(30歳代健診、40歳代への電話勧奨) ⑥医療機関への個別受診推進の協力依頼	①⑤対象者を選定し、個別に受診勧奨 ②集団健診スケジュール、勧奨チラシの作成。新規国保加入者への申請窓口での受診勧奨 ③4月の広報誌に健康ガイドを折り込み、その後は毎月の広報により申込時期等を周知 ④集団健診の日程を随時配信 ⑥町内主要医療機関へ直接訪問し特定健診の受診勧奨および実施の依頼をする。また仁淀病院では、未受診の患者に対して医師から受診勧奨を行う。	ほけん福祉課 町民課 仁淀病院	4月～3月	ほけん福祉課 町内医療機関 仁淀病院
⑤	健診結果説明会	健診受診者が健診結果から自分のからだの状態を知り、生活習慣を見直すことができる	・講座参加者が50名以上/年 ・健診講座参加者の90%以上が自分の健診結果について理解できる ・健康講座参加者の80%以上が、どんな料理をそらえたらバランスのとれた食事になるか理解できる。	特定健診・健康診査を受診した者	健診の結果の説明(栄養指導含む) ①健診結果と医師合わせながら、自分のからだの状態を知り、理解できるように説明する。 ②バランスのとれた食事をとることを基本に、バランスのとれた食事はどんな食事を理解できるように説明する。	(啓発方法) ・集団健診時と健診結果送付時に講座のチラシを同封 (実施方法) ・個別面談もしくは地域の集いイベントでの開催等地区的特性に合わせて実施を検討	ほけん福祉課 善北住民福祉課 本川住民福祉課	6月～12月	すこやかセンター 各支所 町内施設等

	事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所
⑥	重複・頻回受診解消	重複・頻回受診者が重複・頻回受診を解消することができる	保健指導の実施により適正受診・適正服薬につなげる	同種の診療・投薬を2病院以上から受けている状況が2ヶ月以上続いている重複・頻回受診者	町民課からデータ提供された該当者にほけん福祉課保健師が訪問・電話等で接触することにより保健指導を行い、重複・頻回受診の解消に努めていく。	町民課が重複・頻回受診者を抽出、発見された者のリストを作成し、ほけん福祉課保健師へ依頼し、保健指導を行う。	町民課 ほけん福祉課 吾北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	町民課 ほけん福祉課 対象者宅 町内施設等
⑦	ジェネリック医薬品の使用率向上	ジェネリック医薬品を使用する人が増える	ジェネリック医薬品の使用割合が80%以上	後発品を使用している国保被保険者	①先発品を処方された被保険者への差額通知 ②使用割合を向上させるための取り組み	①先発品を処方された本人薬剤費削減額が100円以上の被保険者に通知を行う ②国保加入時に窓口にて、パンフレット等の配布。また、被保険者証の発送時にジェネリック医薬品に代替をうながすパンフレットの同封や町内の医療機関との打ち合わせ会でジェネリック医薬品の利用促進について説明	町民課 ほけん福祉課	4月～3月	町民課
⑧	個人へのインセンティブ提供(健康パスポート)	健康を意識し、行動変容ができる人が増える	・無関心期にある人の獲得 ・実行期、維持期にある人の行動変容の継続	20歳以上の町の町民	継続した健康づくり活動に対し、報奨を設ける。	町民の継続した健康づくり活動に対し、ポイント等を付与。さらに報奨等を設け、町民の健康づくり活動を推進する。	ほけん福祉課 町民課 吾北住民福祉課 本川住民福祉課	4月～3月	ほけん福祉課 町民課 吾北住民福祉課 本川住民福祉課 町内施設等

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

Ⅲ計画全体より計画策定時の実績を記載

●高知県の共通指標

項目	共通指標と目標値	現状値
特定健診・特定保健指導	特定健診受診率 60%	(R4) 1,633/42.4%
	特定保健指導実施率 60%	(R4) 44/22%
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	(R4) 1人
	特定健診受診者でHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	(R4) 14/0.86%
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	(R4) 80.5%
	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	(R4) 100%
	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	(R4) 100%

●保険者努力支援制度 取組評価分（市町村分）（獲得点/配点）

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	0	50												
	(2) 特定保健指導実施率	0	50												
共通②	発症予防・重症化予防の取組	65	70												
共通③	重複・多剤投与者に対する取組	65	85												
共通④	(1) 後発医薬品の促進等の取組	10	140												
	(2) 後発医薬品の使用割合														
小計		140	395												
上記以外の指標		295	445												
合計		435	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、評価時点での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27）

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

図表27 個別保健事業等の評価

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

※判定基準
 HS年から直近10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）

(2) データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、いの町の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、吾川郡医師会、いの町国民健康保険運営協議会等に計画を配布し、医療機関等への周知を行う。

(3) 個人情報の取扱い

いの町における個人情報の取扱いは、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を抽出し、現状の分析

(図表28 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
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

④町立医療機関（仁淀病院、国保長沢診療所）との連携

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28 介護認定者の経年有病状況

各年度3月時点
いの町

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

		年齢	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40～64歳	2,178		2,031	1,916	1,865	1,732	1,661	1,635		
	65～74歳	3,393		3,309	3,301	3,263	3,257	3,333	3,210		
	75歳以上	4,781		4,816	4,860	4,866	4,798	4,854	5,013		
	合計	10,352		10,156	10,077	9,994	9,787	9,848	9,858		
認定者数	40～64歳	17		12	10	7	10	7	8		
	65～74歳	120		110	101	101	107	108	97		
	75歳以上	1,266		1,290	1,278	1,222	1,242	1,245	1,211		
	合計	1,403		1,412	1,389	1,330	1,359	1,360	1,316		
認定率(認定者数/被保険者数)	40～64歳	0.8%		0.6%	0.5%	0.4%	0.6%	0.4%	0.5%		
	65～74歳	3.5%		3.3%	3.1%	3.1%	3.3%	3.2%	3.0%		
	75歳以上	26.5%		26.6%	26.3%	25.1%	25.9%	25.6%	24.2%		
	合計	13.6%		13.9%	13.8%	13.3%	13.9%	13.8%	13.3%		

※医療保険が「いの町」の国保又は後期である介護認定者のみ集計

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

		年齢	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度									
血管疾患 (レセプトの診断名より重複して計上)	脳血管疾患	40～64歳	14	82.4%	12	100.0%	9	90.0%	7	100.0%	10	100.0%	7	100.0%	8	100.0%	P値(増加)	* 0.050
		65～74歳	109	90.8%	102	92.7%	88	87.1%	96	95.0%	97	90.7%	102	94.4%	91	93.8%	P値(増加)	0.262
		75歳以上	1,234	97.5%	1,246	96.6%	1,244	97.3%	1,190	97.4%	1,209	97.3%	1,217	97.8%	1,184	97.8%	P値(増加)	0.177
		合計	1,357	96.7%	1,360	96.3%	1,341	96.5%	1,293	97.2%	1,316	96.8%	1,326	97.5%	1,283	97.5%	P値(増加)	* 0.044
	認知症	40～64歳	7	41.2%	7	58.3%	6	60.0%	5	71.4%	4	40.0%	3	42.9%	4	50.0%	P値(減少)	0.978
		65～74歳	41	34.2%	32	29.1%	31	30.7%	30	29.7%	32	29.8%	32	29.6%	27	27.8%	P値(減少)	0.412
		75歳以上	691	54.6%	727	56.4%	769	60.2%	751	61.5%	739	59.5%	734	59.0%	694	57.3%	P値(増加)	0.078
	合計	739	52.7%	766	54.2%	806	58.0%	786	59.1%	775	57.0%	769	56.5%	725	55.1%	P値(増加)	0.112	
	筋・骨格疾患	40～64歳	11	64.7%	10	83.3%	10	100.0%	6	85.7%	9	90.0%	6	85.7%	7	87.5%	P値(増加)	0.137
		65～74歳	100	83.3%	97	88.2%	92	91.1%	93	92.1%	98	89.7%	103	95.4%	91	93.8%	P値(増加)	* 0.002
75歳以上		1,178	93.0%	1,216	94.3%	1,225	95.9%	1,178	96.4%	1,208	97.3%	1,205	96.8%	1,174	96.5%	P値(増加)	* 0.000	
合計	1,289	91.0%	1,323	93.7%	1,327	95.5%	1,277	96.0%	1,313	96.8%	1,314	96.6%	1,272	96.7%	P値(増加)	* 0.000		
筋肉炎・関節痛	40～64歳	10	58.8%	7	58.3%	6	60.0%	5	71.4%	7	70.0%	5	71.4%	4	50.0%	P値(増加)	0.820	
	65～74歳	63	52.5%	65	59.1%	61	60.4%	66	65.3%	70	65.4%	77	71.3%	65	67.0%	P値(増加)	* 0.002	
	75歳以上	459	36.3%	537	41.6%	578	45.2%	632	51.7%	672	54.1%	726	58.3%	749	61.8%	P値(増加)	* 0.000	
合計	532	37.9%	609	43.1%	645	46.4%	702	52.9%	749	55.1%	808	59.4%	818	62.2%	P値(増加)	* 0.000		

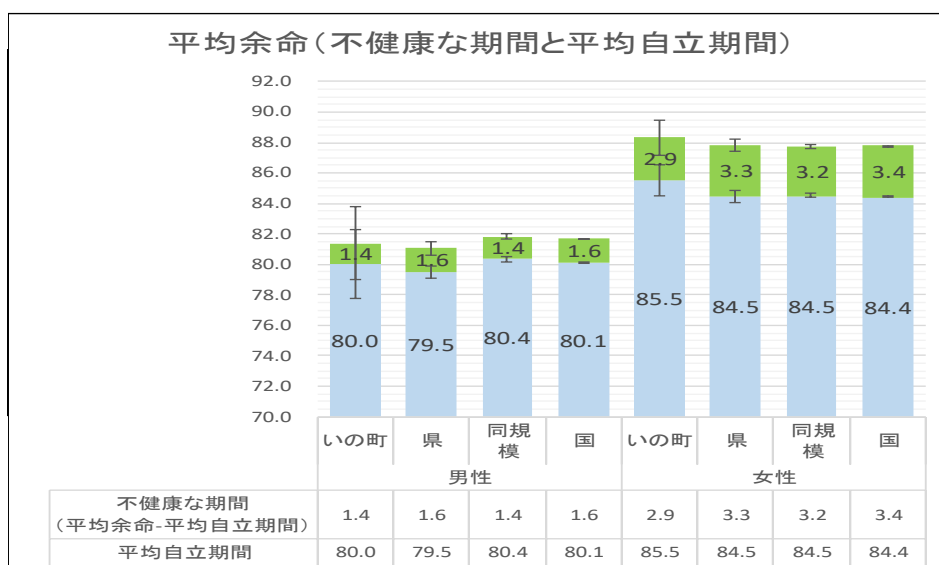
※医療保険が「いの町」の国保又は後期である介護認定者のみ集計

參考資料

参考資料一覧

参考資料①	平均余命(不健康な期間と平均自立期間)
参考資料②	要介護2以上の割合
参考資料③	特定健診の状況
参考資料④	いの町の生活習慣予防に係る現状・課題・取り組み(全体図)
参考資料⑤	指標の経年データの判定(Ⅲ計画全体)
参考資料⑥	要件定義書

参考資料① 平均余命（不健康な期間と平均自立期間）

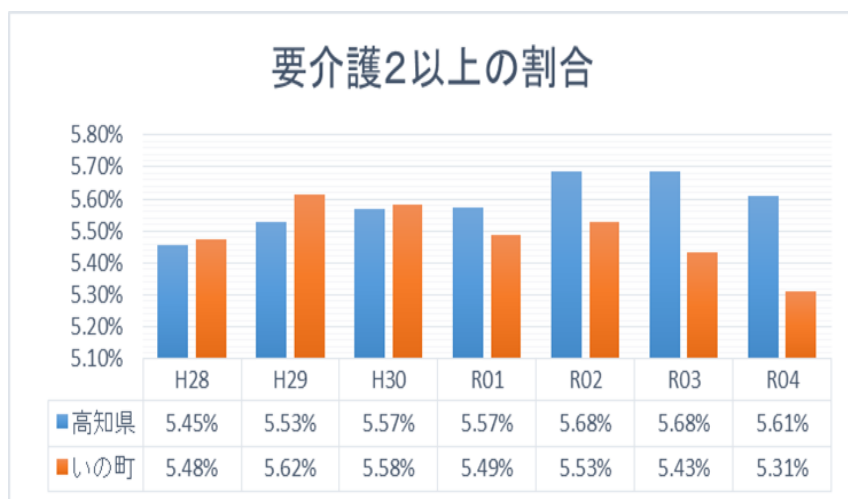


KDB_地域の全体像の把握より集計

第 2 期データヘルス計画策定時は、平均寿命と健康寿命を用いた分析を紹介していましたが、その後のKDBシステムの見直しにより健康寿命が出力できなくなりました。健康寿命に変わる指標として「平均余命(※)」や「平均自立期間(※)」、「要介護 2 以上の割合」があります。

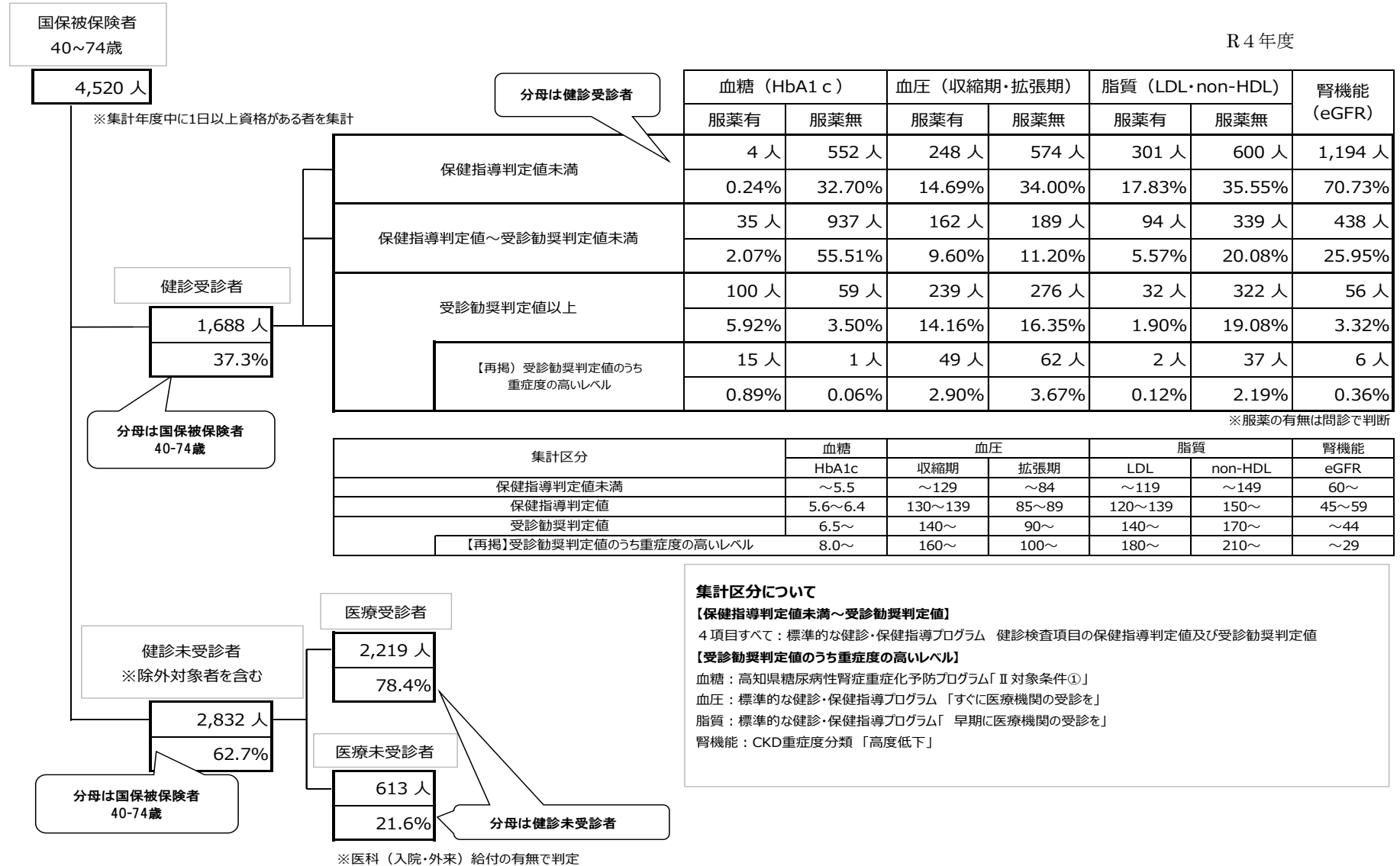
※「平均余命」や「平均自立期間」については、人口 4.7 万人未満の市町村は精度が確保されないため下記の全被保険者数のうちの「要介護 2 以上の割合」を推奨します。「要介護 2 以上の割合」で他保険者との比較をする場合は、ランキング集計を活用（県全体、被保険者数から同規模市町村との比較など）

参考資料② 要介護 2 以上の割合



参考資料③ 特定健診の状況

特定健診の状況



いの町の生活習慣病予防に係る現状・課題・取り組み (全体図)

目的

平均自立期間の延伸

目標

長期目標

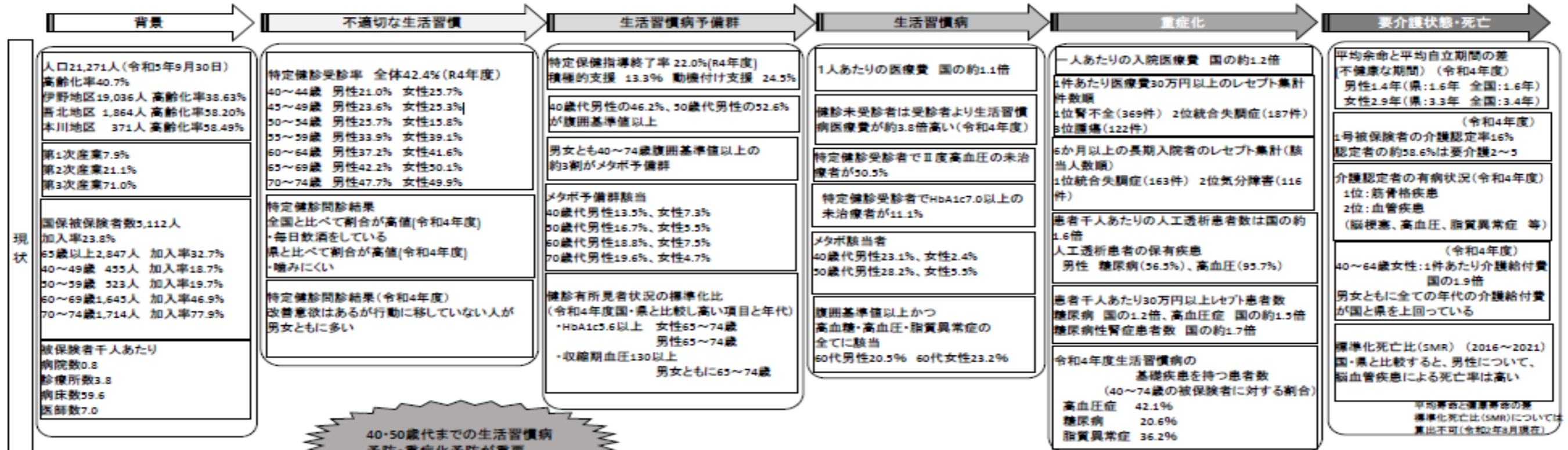
要介護2以上の割合の減少 医療費の伸びを抑える

中期目標

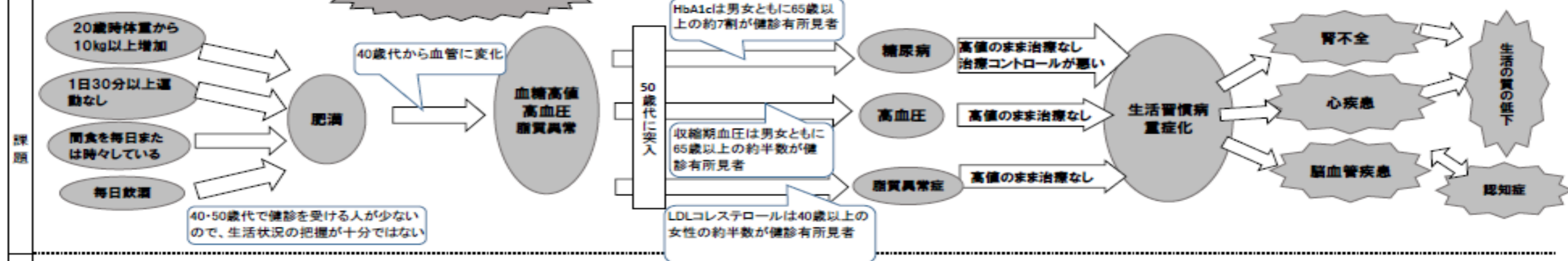
特定健診受診者のうち、収縮期血圧130mmHg以上の人の割合が減少する 特定健診受診者で糖尿病治療中の者のうち、HbA1c8.0%以上の割合が増加しない

短期目標

特定健診受診率を向上させる 特定保健指導実施率を向上させる 特定健診の要治療者の医療機関受診率を向上させる



40・50歳代までの生活習慣病
予防・重症化予防が重要



取り組み	特定健診等受診勧奨	特定保健指導	ハイリスク保健指導(糖尿病性腎症Ⅱ・紹介状発行)	高齢者施策(地域支援事業等)
	健診結果説明会等	重複・頻回受診解消	ジェネリック医薬品の利用促進	
	生活習慣病に関する啓発活動(母子保健活動や介護予防事業なども活用)			
	町民の健康づくりを後押しする体制づくり(健康増進計画・食育推進計画の取り組み)	個人へのインセンティブの提供(健康パスポート等)		地域包括ケアシステムの推進

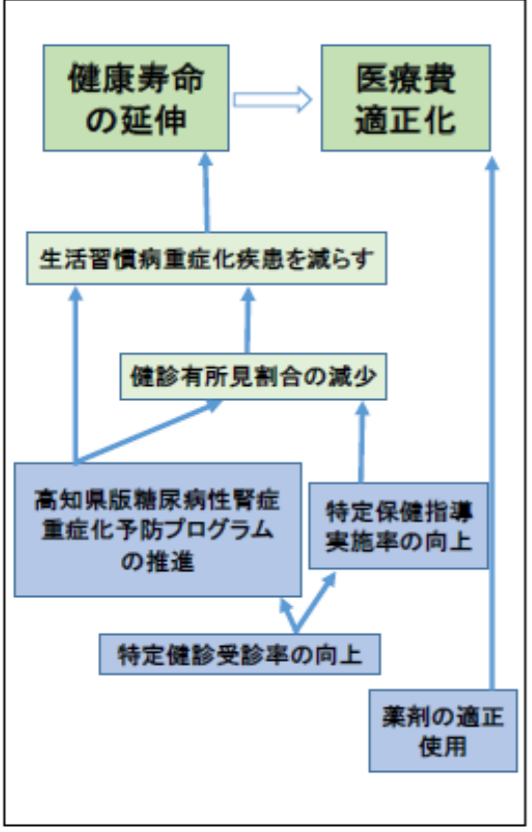
Ⅲ 計画全体

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

医療費適正化	
★薬剤の適正使用の推進	

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事業を実施する
3	

解決すべき健康課題と目標・個別保健事業の対応づけ(番号)



特定保健指導実施率向上対策に関する事業と特定健診受診率向上対策に関する事業は県内共通で実施。事業内容と目標値は保険者で設定。

青字は記載例・指標の候補 赤字★印は共通指標 赤字は共通指標に関する項目 ※印の項目の詳細については要件定義書参照

(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

目的			健康寿命の延伸による医療費適正化												
目的	評価指標	目標値	実績値と目標値												
			2021年度 (R2)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
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		90/85.5											
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		5.31%											
医療費の伸びを抑える	入院1人あたり点数	低下		17,690					1人あたり点数/伸び率				1人あたり点数/伸び率		
(参考)※	被保険者数			5,112											

中・長期目標			実績値と目標値												
中・長期目標	評価指標	目標値	実績値と目標値												
			2021年度 (R2)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
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30万円以上を累計) 中間評価(R8年度): 21人未満 最終評価(R11年度): 21人未満		18											
	脳出血患者数(費用額30万円以上を累計)	中間評価(R8年度): 5.8人未満 最終評価(R11年度): 5.8人未満		6											
	虚血性心疾患を減少させる	中間評価(R8年度): 13.3人未満 最終評価(R11年度): 13.3人未満		16											
	新規人工透析患者数を減少させる	中間評価(R8年度): 平均2.9人未満 最終評価(R11年度): 平均2.9人未満		1											
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): 1.3人未満 最終評価(R11年度): 1.3人未満		1											
(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			1,901/42.06%											
	糖尿病 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合			931/20.6%											
	脂質異常症 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合			1,635/38.17%											

短期目標			実績値と目標値												
短期目標	評価指標	目標値	実績値と目標値												
			2021年度 (R2)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
健診者所見割合の減少※	メタボリックシンドローム該当者を維持・減少させる	メタボの該当割合 (R4) 21.36%未満	目標値	349/21.36%											
	収縮期血圧130mmHg以上の割合	(R4) 50.61%未満	目標値	827/50.61%											
	拡張期血圧85mmHg以上の割合	(R4) 16.65%未満	目標値	272/16.65%											
	★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HbA1c 0.0%以上の割合	(R4) 0.86%未満	目標値	14/0.86%										
	血糖の有所見割合を維持・減少させる	HbA1c 0.6%以上(保健指導判定値)の割合	(R4) 67.5%未満	目標値	1,102/67.5%										
	脂質の有所見割合を維持・減少させる	LDL-C120mg/dl以上の割合	(R4) 46.27%未満	目標値	756/46.27%										
	腎機能の有所見割合を減少させる	eGFR45ml/分/1.73㎡未満の割合	(R4) 3.32%未満	目標値	56/3.32%										
特定保健指導実施率の向上	★特定保健指導実施率	60%以上	目標値	62/29.11%	44/22%										
特定健診受診率の向上※	★特定健診受診率	60%以上	目標値	1,601/41.83%	1,633/42.4%										

実数と割合

計画策定時の値
緑色セル: 保険者で入力
黄色セル: 国保連合会で集計入力

(2) 健康課題を解決するための個別の保健事業

個別の保健事業名	評価項目	評価指標	目標値	実績値と目標値 (対象者がいない場合の実績値は(―)と表示)										
				2021年度 (R2)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進	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	30% (1人以上受診)	目標値	3/60%									
	プログラムⅠ ②治療中断者を適切な医療につなげる	★プログラムⅠ治療中断者の医療機関受診割合	30% (1人以上受診)	目標値	2/100%									
	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・外来受診受診指導・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	30%	目標値	7/70%									
	(再掲)プログラムⅡ 糖尿病性腎症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	★糖尿病性腎症予防強化事業の介入割合	100%	目標値										
★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し終了する	特定保健指導終了率	30%以上	目標値	22%									
★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】	(R2) 47.2%以上	目標値	42.4%									
保険者で設定する保健事業例) 医療機関早期受診勧奨	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【受診者/紹介状発行者】	(R2) 74.3%以上	目標値	63.6%									

(3) 薬剤の適正使用の推進

事業名	評価項目	評価指標	目標値	実績値と目標値									
				2021年度 (R2)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
【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 【薬の併用率等(「後発薬に関するデータの見える化」について、県版有効の後発医薬品の受診割合5月分)より】	★後発医薬品使用割合	80%以上	目標値	90.50%								
	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) 当財分より】	★重複投与者数(対被保険者1万人)	減少	目標値	71								
	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) 当財分より】	★多剤投与者数(対被保険者1万人)	減少	目標値	17								

(注) 計画策定時期に2022年度(R4)データが集計できない項目に限り、2021年度(R3)データを使用。

参考資料⑥

要件定義書

項目	指標	定義	データ出典	データ提供 予定時期	データ 抽出	備考 ※：●ファイル「0039XXXX_計画様式_1.xlsx」シート「計画全体の指標の補足説明」	
目的	1	平均自立期間（男/女）	日常生活動作が自立している期間の平均 日常生活動作が自立している状態：「要介護度が要介護2～要介護5」以外である状態	KDB_地域の全体像の把握	8月末	国保 連合会	
	2	要介護2以上の割合	要介護2～5の人数/介護被保険者数	分子：KDB_要介護（支援）者認定状況（各年度3月時点） 分母：住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（日本人住民）（各年度1月1日時点）より40歳以上を集計			
	3	入院1人あたり点数	被保険者1人当たりの入院医療費の指標（年間点数÷3月の被保険者数）	KDB_地域の全体像の把握			
	4	被保険者数	被保険者数は集計年度内の1月平均値。 集計年度の12ヶ月の合計を年齢区分ごとに集計し、12ヶ月で除した人数（端数は四捨五入）を表示。	KDB_医療費分析の経年比較より集計			【※項番4】項番3の「入院1人あたり点数」の経年結果をみる場合は被保険者数の増減や年齢構成による影響に留意する。 考察例：少子高齢化を伴う被保険者数減少により一人あたり医療費が増加する可能性がある。
中・長期目標	5	脳梗塞患者数 （費用額30万円以上を集計）	集計年度内に費用額が30万円以上の脳梗塞レプトを持つ患者数を集計	KDB_厚生労働省様式（様式1-1）	8月末	国保 連合会	
	6	脳出血患者数 （費用額30万円以上を集計）	集計年度内に費用額が30万円以上の脳出血レプトを持つ患者数を集計				
	7	虚血性心疾患患者数 （費用額30万円以上を集計）	集計年度内に費用額が30万円以上の虚血性心疾患レプトを持つ患者数を集計				
	8	新規人工透析患者数 （導入期加算のあるものを集計）	集計年度に人工腎臓又は腹膜透析に係る導入期加算の算定がある者の内、前年度に集計していない者の人数				レプトデータを直接集計（XRLシステム）
	9 共通1	★糖尿病を有病している新規人工透析患者数	上記新規人工透析患者の内、糖尿病を有病している人数	レプトデータを直接集計（XRLシステム）、KDB_介入支援対象者一覧	8月末	国保 連合会	糖尿病の判定はKDB_介入支援対象者一覧の「2型糖尿病」の有無を使用。
	10	高血圧症 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合	集計年度に1日でも資格がある年度末年齢40～74歳被保険者の内、高血圧症患者数と、その割合（患者数/被保険者数）	KDB_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）	8月末	国保 連合会	【※項番10～12】項番5-9の「脳梗塞患者数(費用額30万円以上を集計)」等の重篤な疾患の経年結果をみる場合は生活習慣病の基礎疾患患者の増減による影響に留意する。 考察例：高血圧症、糖尿病、脂質異常症など基礎疾患の保有者が早期に治療につながり（基礎疾患の患者（外来）は増加）、新たな脳血管疾患や虚血性心疾患等の患者が減少することが期待できる。
	11	糖尿病 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合	集計年度に1日でも資格がある年度末年齢40～74歳被保険者の内、糖尿病患者数と、その割合（患者数/被保険者数）				
	12	脂質異常症 40-74歳の被保険者に対する患者数と割合	集計年度に1日でも資格がある年度末年齢40～74歳被保険者の内、脂質異常症患者数と、その割合（患者数/被保険者数）				
短期目標	13	メタボの該当割合	メタボリックシンドローム該当者/特定健診受診者	KDB_厚生労働省様式（様式5-3）	8月末	国保 連合会	【※項番13～19】項番5-12の生活習慣病有病者の経年結果をみる場合は、健診有所見者割合の増減による影響に留意する。 考察例：健診有所見者に対して病院受診勧奨を行うことで、高血圧症、糖尿病、脂質異常症など基礎疾患の保有者が早期治療につながる（高血圧症等の基礎疾患患者（外来）は増加）ことは事業の成果と捉えることができる。 また、医療受診につながらず未治療となった対象者は重篤な疾患を発症するおそれもあり、状況把握とともに継続した介入が必要となる。
	14	収縮期血圧130mmHg以上の割合	収縮期血圧130mmHg以上該当者/特定健診受診者	KDB_厚生労働省様式（様式5-2）			
	15	拡張期血圧85mmHg以上の割合	拡張期血圧85mmHg以上該当者/特定健診受診者				
	16 共通2	★特定健診受診者でHbA1c8.0%以上の割合	HbA1c8.0%以上該当者/特定健診受診者	KDB_厚生労働省様式（様式5-2）	8月末	国保 連合会	
	17	HbA1c5.6%以上(保健指導判定値)の割合	HbA1c5.6%以上該当者/特定健診受診者	KDB_厚生労働省様式（様式5-2）	8月末	国保 連合会	
	18	LDL-C120mg/dl以上の割合	LDL-C120mg/dl以上該当者/特定健診受診者				
	19	eGFR45ml/分/1.73m ² 未満の割合	集計年度に1日でも資格がある年度末年齢40～74歳被保険者の内、eGFR45ml/分/1.73m ² 未満該当者/特定健診受診者	KDB_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）			
20 共通3	★特定保健指導実施率	保健指導終了者/保健指導対象者				【終了率=実施率】	
21 共通4	★特定健診受診率	特定健診受診者/特定健診対象者	（当該年度－1）年度の法定報告値	10月末	国保 連合会	【※項番21】※項番13-19の健診有所見者の割合等の経年結果をみる場合は、特定健診受診率増減や受診者の年齢構成による影響に留意する。 考察例：特定健診受診率が上がった場合は、これまで健診を受けたことがない対象者が受診したことにより有所見割合が増加することが考えられる。また、特定健診受診率が下がった場合は団塊世代が後期高齢者へ移行に伴う受診率低下や有所見割合の低下などが起こると考えられる。	

健康課題を解決するための個別の保健事業	22 共通5	★プログラムⅠ医療機関未受診者の医療機関受診割合	医療機関受診者数/介入人数	高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの市町村の取組状況	8月末	国保連合会	項番 共通指標5・6・7 ①介入方法について 通知・電話・訪問いずれの方法も含む。 ②対象者について プログラムⅠ未受診者・プログラムⅡは健診受診者から抽出するため、健診年度を単位とする。プログラムⅠ治療中断者はレセプトから抽出するため、名簿配信期間(4~3月)を単位とする。いずれも、配信名簿から保険者判断で対象から除外した者が対象となる。 ③評価方法 プログラムⅠは、保険者が介入人数をXRLシステムに入力することで当該指標の分母が定まり、介入効果の評価は、受診勧奨後の受診の有無をレセプト情報により国保連合会で集計する。プログラムⅡは、保険者がXRLシステムに介入結果を入力することで結果が集計される。 ④評価期間 健診年度(治療中断者の場合は名簿配信年度)の翌年度の12月末時点で取組状況を評価 (※②~④の詳細は、別紙2「糖尿病性腎症重症化予防にかかる共通指標(詳細)」のとおり)
	23 共通6	★プログラムⅠ治療中断者の医療機関受診割合	医療機関受診者数/介入人数				
	24 共通7	★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	プログラム利用者数/介入人数のうち連絡票を渡した人数※ ※別紙2の分母・分子の考え方に基つき記載してください。				
	25 共通8	★糖尿病性腎症透析予防強化事業の介入割合	介入人数/診療情報提供件数(委託を含む)				【分子の介入者について】 ・基本は1クール終了した方。病院で医師面談に同席するなど1日の介入は分子に含まない。 ・介入途中で中断した場合、中断理由が保険者側の都合によらない場合は分子の介入者に含めてよい。 例えば、介入途中で医療機関の判断や被保険者の事情により中断した場合で、介入途中の死亡・認知症発症による中断・別の疾患治療による入院・被保険者の拒否による中断などが想定される。 ・介入が年度をまたぐ場合は、当年度の分子に含み、翌年度には含めない(当年度の分子に含むため、翌年度に中断するか否か考慮しない)。
	26	★特定保健指導実施率向上対策に関する事業 特定保健指導終了率	各市町村が実施する事業に基づいた指標と定義を設定				各市町村でデータ抽出時期を設定
27	★特定健診受診率向上対策に関する事業 健診受診率【受診者/受診勧奨対象者】						
薬剤の適正使用の推進	28 共通9	★後発医薬品使用割合	使用割合(数量シェア) = 後発医薬品の数量 ÷ (後発医薬品がある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量)	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」を使用	12月上旬	各市町村	保険者努力支援制度(取組評価分)市町村分の後発医薬品使用割合と一致
	29 共通10	★重複投与者数(対被保険者1万人)	①他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内) ②複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内) 上記①②について以下の条件を満たす被保険者数の合計 ①3医療機関以上かつ②薬剤数1以上の人数 ①2医療機関以上かつ②薬剤数2以上の人数	保険者努力支援制度(取組評価分)市町村分の報告分より転記	8月下旬	各市町村	保険者努力支援制度(取組評価分)市町村分の「重複・多剤投与者数シート」から転記
	30 共通11	★多剤投与者数(対被保険者1万人)	同一薬剤に関する処方日数(同一月内)1日以上であり、処方薬剤数(同一月内)が15剤以上の被保険者数				

