

# 第3期東栄町国民健康保険保健事業計画 (データヘルス計画) 及び 第4期東栄町特定健康診査等実施計画

2024年度(令和6年度)～2029年度(令和11年度)

2024年(令和6年)4月  
東栄町国民健康保険



# 目 次

第 1 章	第 3 期東栄町国民健康保険データヘルス計画	
I	基本的事項	1
	背景と目的	
	計画の位置づけ	
	計画期間	
	実施体制・関係者連携	
	基本情報	
	現状の整理	
II	健康・医療情報等の分析と課題	3
	平均寿命・標準化死亡比等	
	医療費の分析	
	特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	
	レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	
	介護費関係の分析	
	その他	
III	計画全体	4
	健康課題	
	計画全体の目的・目標／標準指標／現状値／目標値	
	保健事業一覧	
IV	個別事業計画	5
	事業 1 とうえい健康マイレージ事業	
	事業 2 特定健康診査受診対策事業	
	事業 3 生活習慣病重症化対策（特定保健指導）	
	事業 4 生活習慣病重症化対策（糖尿病性腎症重症化予防事業）	
	事業 5 適正受診・適正服薬促進事業	
第 2 章	第 4 期東栄町特定健康診査等実施計画	10
	1 目標	
	2 実施方法	
	3 実施スケジュール	
第 3 章	計画におけるその他の取組事項	15
	計画の評価・見直し	
	計画の公表・周知	
	個人情報取扱い	
	地域包括ケアに係る取組	
	その他留意事項	
	(参考) 関連図表	16

# 第1章 第3期データヘルス計画

## I 基本情報

(R5年4月1日時点)

人口・被保険者		被保険者等の基本情報					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）		2,820		1,366	48.4	1,454	51.5
国保被保険者数（人）		697	23.8	348	49.9	349	50
	0～39歳	96	13.7	52	14.9	44	12.6
	40～64歳	210	30.1	101	29	109	31.2
	65～74歳	391	56	195	56	196	56.1

【図1】参照

### 2-1. (1) 基本的事項

2-1. (1) ①計画の趣旨	<p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。</p> <p>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（骨太計画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、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。」と示されました。</p> <p>このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。</p> <p>本町では、「第2期データヘルス計画」「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し住民の身体的な状況等に応じた健康課題を把握し、課題に応じた保健事業を実施してきました。この度、第2期データヘルス計画（令和元年度～令和5年度）を振り返るとともに、改めて東栄町国民健康保険者の健康課題を明確にしたうえで、「第3期データヘルス計画」を策定します。本計画を策定することで、被保険者一人ひとりの健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として医療費の適正化に資すると考えられます。</p>
2-1. (1) ②計画期間	令和6(2024)年度から令和11(2029)年度まで
2-1. (1) ③実施体制	本事業の国保担当係や保健事業担当係が連携し、介護担当者への協力を求め、東栄診療所、東栄町地域包括支援センター、東栄町社会福祉協議会などの医療・福祉機関と連携強化を図り、効率的かつ効果的な事業展開を目指します。
2-1. (1) ③関係者連携	健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健事業担当係、県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保担当部局が主体となって行います。また国保担当係や保健事業担当係が本計画に基づいた事業計画の実施状況を共有し協議できる場を設け、それぞれの支援体制を強化し、積極的に取り組める体制を整備しながら事業を実施します。

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1. (4) ①市町村国保	特定健康診査の受診勧奨、保健事業の周知や啓発活動、特定健診・特定健診保健指導等のデータに関して連携する。
1. (4) ②都道府県 (国保部局)	特定健康診査のデータ分析や第3期の中間評価等の見直しなどについて協力を依頼します。
1. (4) ③都道府県 (保健衛生部局)	特定健康診査のデータ分析や第3期の中間評価等の見直しなどについて協力を依頼します。
1. (4) ④保健所	特定健康診査のデータ分析や第3期の中間評価等の見直しなどについて協力を依頼します。
1. (4) ⑤国民健康保険団体 連合会及び保健事業支援・評価 委員会、国民健康保険中央会	特定健診・特定健診保健指導等のデータに関して連携する。
1. (4) ⑥後期高齢者医療広 域連合	高齢者の一体的実施に関する実施事業、後期高齢健康診査事業のデータ分析に関して連携する。
1. (4) ⑦保健医療関係者	東栄診療所は特定健診やがん検診等の健診事業や重症化予防事業に関して連携する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、庁内総務課や町内事業所、商工会、健康活動自主グループとの連携の上、広報誌の掲載や回覧の配布を積極的に実施します。

## 2-1. (2) 現状の整理

2-1. (2) ①保険者の特性	被保険者の年齢構成は、東栄町の人口構成に比例して、39歳以下が低く、65歳以上の割合が非常に高い。 本町は6つの地区に分かれているが、どの地区も65歳以上の高齢者が多くを占める。 5年間の被保険者の減少率は、20歳代が一番高く半数近くになった。次いで50歳代であった。60歳代はほぼ変化はなかった。
地域資源の状況	医療機関が1カ所、歯科医療機関が1カ所あり本町の医療を担う。 令和4年11月より、東栄町役場福祉課と東栄診療所、東栄町社会福祉協議会・東栄町地域包括支援センターが1カ所に集まり、東栄町保健・医療・福祉複合施設を設置。保健センター機能や診療所、行政の福祉部門、社会福祉協議会が入ることにより、保健・医療・福祉・介護が連携した地域包括ケアシステムを担う拠点となり、住民からの相談を一体的に提供できる施設となっている。
2-1. (2) ②前期計画等に係る考察	第2期計画では、医療費を押し上げている糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の予防・早期発見のために住民健診受診率の向上を目指したが、保健事業の実施者の不足や新型コロナウイルス感染症の影響により健診受診勧奨訪問や不定期受診者対策が十分実施できない結果となった。特定保健指導については、令和2年度より東栄診療所への委託によって受診率は上昇したが、従事者の事業体制には課題が残る。がん検診については、胃がんの実施率が低迷しているがこれについては、バリウム検査について高齢化や身体侵襲を恐れて控える傾向がある。大腸がんについては、微増であるが未受診理由を明らかにして検診の勧奨により力を入れる必要がある。

II 健康医療情報等の分析と課題

健康・医療情報等の大分類	①左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	③左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照データ	健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡率等	<ul style="list-style-type: none"> <li>平均寿命</li> <li>標準化死亡率</li> <li>(平均余命、健康寿命(平均自立期間))等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>男性は、県・国と比較すると、平均寿命・健康寿命とも長い、その差が大きい。そのため「不健康な期間」が長いことを示しています。</li> <li>女性は、県・国と比較すると、平均寿命は長いが健康寿命が短くなっています。</li> <li>男性以上に「不健康な状態」が長く続いていることが分かります。</li> <li>東栄町における、主要死因別死亡率の最も高いのは「がん」で、次いで「心臓病」「脳疾患」となっています。この状態は平成27年度以降は減少していますが、平成26年度においては「がん」「脳疾患」「心臓病」の順でした。28年度を、県や県と比較すると「脳疾患」「心臓病」が目立って多いですが、29年度は、「心臓病」は減少し、「がん」が増加しました。</li> </ul>	<p>【あいち国保健康レポート】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本町の平均余命は、令和3年度で男性78.1歳、女性88.0歳で、男女で約10歳の差がある。令和3年度の県の平均余命は男性81.8歳、女性87.4歳で、県と比べて男性の平均余命が短く、また男女差の差も大きい。</li> <li>平均余命の経年変化を見ると、男女ともに概ね横ばい。</li> <li>平均自立期間は、令和3年度で男性77.0歳、女性84.9歳で、男女で約8歳の差がある。令和3年度の県の平均自立期間は、男性80.4歳、女性84.4歳で、県と比べて男性の平均自立期間が短く、また男女差の差も大きい。</li> <li>【KOB】</li> <li>令和4年の平均余命・平均自立期間は男女ともに県より低い。</li> <li>死因として、令和3年度ではがんが50%を超え、令和2年から令和4年の過去3年で約4割をしめている。ついで心臓病であり徐々に増加傾向である。令和4年度で腎不全は5.7%と県平均よりも1.6倍高い。</li> <li>【死因別標準化死亡率(H29～R3)】</li> <li>過去5年間の標準化死亡率は、男性111.7、女性100.6と男性はやや高い。</li> <li>死因別標準化死亡率の100を超える死因は男性は「胃がん」「大腸がん(S状結腸・直腸)」の「悪性新生物」、「腎不全」「脳梗塞」「肺炎」、女性は「肝臓がん」「大腸がん(S状結腸・直腸)」「脳内出血」「老衰」などである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【図2】</li> <li>【図3】</li> <li>【図4】</li> </ul>	C
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>性・年齢階層別医療の受診率(必要とする年齢階層単位に再集計)</li> <li>入院・外来別で医療費(点数)の高い疾病</li> <li>重複・頻回の受診状況</li> <li>重複服薬の状況等の傾向等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科、歯科とも27年度に目立って高額になっていますが、除くと平成26年度以降は緩やかに減少傾向にあります。</li> <li>内科の医療費は、一人当たりを見ると外来は変動が無く、入院の変動により医療費が推移しています。</li> <li>○入院費用 <ul style="list-style-type: none"> <li>内科の医療費は、毎年2億円以上、歯科医療費の医療費は毎年18,000千円以上が必要となっています。</li> <li>○入院外費用 <ul style="list-style-type: none"> <li>平成29年3月～平成30年2月診療分入院における1件当たりの入院費用額は、40歳以上の人が多くを占めているが、50歳代が少い傾向にある。県と比較すると全体的に少ない。</li> <li>1人あたりの入院費用額は、県との比較では45歳以上が目立って高くなっている。</li> <li>平成29年3月～平成30年2月診療分(入院外1件あたりの費用額は、県と比較すると少ない。</li> <li>1人当たりの入院外費用額の高低は、1件当たりの費用額に比例している年代が多い。</li> <li>○歯科費用 <ul style="list-style-type: none"> <li>平成29年3月～平成30年2月診療分1件当たり歯科費用額の県との比較では、20歳未満は少なくなっているが、それ以外ではほぼ高い状況である。</li> <li>1人当たりの歯科費用額の県との比較では、全体的に少なくなっている。</li> <li>○分科別医療費 <ul style="list-style-type: none"> <li>平成29年度の医療費を大分類でみると、入院は、「精神」「新生物」「循環器」が上位を占める。外来では「内分泌」「循環器」「新生物」が上位を占めている。</li> <li>○生活習慣病治療中者の状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年1月診療分の医療レポートでは、生活習慣病の治療中者数は合計386人おり、高血圧症が209人(54.1%)と最も多く、次いで、脂質異常症180人(46.6%)、糖尿病の116人(30.1%)となっています。</li> <li>生活習慣病の治療中者の中で、虚血性心疾患は37人(9.6%)、脳血管疾患を治療中の者は25人(6.5%)となっている。</li> <li>年代別にみると、70歳代が多いが、「糖尿病」「高血圧症」においては、50歳代から増えている。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療費 <ul style="list-style-type: none"> <li>【KOB地域の健康課題】</li> <li>令和4年の「1人当たり医療費(円)」は、過去5年間で増加傾向。令和4年度の県の医療費(37,623円)は県(24,971円)より1.5倍高く、令和3年以外は県内で1～2位である。</li> <li>入院医療費(点数)が高い疾病(大分類別)は、令和4年度では悪性新生物22.4%、循環器22.0%、呼吸器14.5%、精神11.1%、筋骨格9.1%であった。</li> <li>外来医療費(点数)が高い疾病(大分類別)は、令和4年度では悪性新生物24.8%、尿路生殖器14.8%、内分泌14.1%、循環器11.0%、筋骨格8.8%であった。</li> <li>○生活習慣病有病率 <ul style="list-style-type: none"> <li>【あいち国保健康レポートH29～R3】</li> <li>医療費の上位5疾病では、肺の悪性新生物が1割をしめ次いでその他の悪性新生物である。4位に糖尿病が続く。</li> <li>生活習慣病のうち、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、虚血性心疾患の有病率が、県内で1～2番目に高い。このうち最も高い有病率が糖尿病である。一方で、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患は、患者一人当たり医療費は県平均よりも低い。虚血性心疾患については、医療費が年々増加しており、患者一人当たりの医療費も県平均よりも高い。</li> <li>腎不全では、患者一人当たりの医療費が令和3年度では県平均と比べて1.6倍で高く過去5年間も同様に高く推移している。</li> </ul> </li> <li>○受診率 <ul style="list-style-type: none"> <li>【KOB・地域の健康課題】</li> <li>令和2年度は低下したものの、経年的には増加傾向である。例年県よりも高い。</li> </ul> </li> </ul> </li></ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【図5】</li> <li>【図6】</li> <li>【図7】</li> </ul>	A B C
特定健康診査・特定保健指導等の健康データ(質問票を含む)の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>性・年齢階層別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率</li> <li>各種検査項目の有所見率</li> <li>健康状態、生活習慣の状況等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>東栄町における特定健康診査受診率は、北部医療圏や愛知県と比較しても高い状況にあるものの、受診率は年々低下している。</li> <li>ほとんどの年代で女性の受診率が男性の受診率を上回っている。女性は年代が上がるにつれて受診率が高くなっているが、50歳代の受診率が10%と低くなっている。</li> <li>平成29年度特定保健指導の終了率は15.8%と県平均よりも下回っています。年度によってバラツキが出現しています。特定保健指導における特定保健指導対象者の減少率は、県平均を上回っていますが、終了率のバラツキに比例してバラツキがみられています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○性・年齢階層別特定健康診査受診率 <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査受診率は、過去5年で横ばい。県よりも高い値で推移している。</li> <li>男性は、50歳代の受診率が低い。女性は、40、50歳代の受診率が低い。</li> </ul> </li> <li>○性・年齢階層別特定保健指導実施率 <ul style="list-style-type: none"> <li>メタボ該当者、令和4年度は28.2%と県・国平均よりも高く、令和元年度以降同様に高いまま推移している。</li> <li>保健指導実施率は、令和3年度は69.4%だが、令和元年度は2.5%と、年度によって差が大きい。</li> <li>○各種検査項目の有所見率 <ul style="list-style-type: none"> <li>全国や県と比較して、腹囲、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、随時血糖の有所見率が高い。</li> <li>非肥満高血糖が県平均よりも高く、腹囲の該当者も含めてみると、隠れ内臓肥満の可能性が高い。</li> <li>健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者は、男性で40%と高い割合となっている。</li> <li>○健康状態、生活習慣の状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>質問票で、「ほとんど噛めなくなった」と回答する者の割合が県や全国と比べて高い。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li></ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【図8】</li> <li>【図9】</li> <li>【図10】</li> </ul>	A B C
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較等</li> <li>(例)医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いこと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。</li> </ul>		<p>医療費分析で、慢性腎臓病(透析あり)と糖尿病の医療費が高く、糖尿病の有病率も高い。しかし慢性腎臓病と糖尿病の関連は明らかになっていない。</p>		A B
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費の状況</li> <li>介護認定の状況等</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>1件当たり介護給付費は、令和4年度で79,180円で、県55,972円と比べて高い。経年的には微増傾向である。</li> <li>第1号被保険者の介護認定状況は、令和4年度19.6%で、県17.9%と比べてやや高い。経年的には横ばいである。第2号被保険者の介護認定状況は、令和4年度0.4%で、県0.3%と同程度となっている。経年的には横ばいである。</li> <li>介護認定者の有病状況では、筋・骨格系疾患69.3%、心臓病68.3%、高血圧症58.8%の順で高い。いずれも、県と比較して有病者割合が高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【図11】</li> </ul>	C
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康課題等に応じて適宜実施。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>「胃がん」「大腸がん」「肺がん」「子宮頸がん」「乳がん」すべてにおいて県平均よりも高い受診率であるが、多少の上昇はあるものの経年的に減少している。</li> <li>被保険者に占める重複服薬患者の割合が県平均よりも倍以上高い状態で推移している。</li> <li>被保険者に占める長期服薬者割合が県平均よりも高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【図12】</li> <li>【図13】</li> <li>【図14】</li> </ul>	B C

参照データ(帳票名、データ項目名等を記載)	<p>KOB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省様式5-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)</li> <li>厚生労働省様式5-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群</li> <li>健診・医療・介護データからみる地域の健康課題</li> <li>地域全体像の把握</li> <li>質問票調査の経年比較</li> </ul>	<p>あいち国保レポート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(県全体版) 平成29年度～令和3年度</li> <li>(市町村別) 平成29年度～令和3年度</li> </ul>	<p>AICube(法廷報告)</p>
-----------------------	---	---	---------------------

III 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	糖尿病等生活習慣病の有病率が高い	○	1、2、3、4
B	一人当たり医療費は、経年的に増加傾向であり、県や同規模平均と比較して高く、生活習慣病の医療費が2割を占めている。		1、2、3、4、5
C	男性の平均寿命・平均自立期間ともに県平均よりも低い。		1、2、3、4

データヘルス計画全体における目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す							
項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標	計画策定時実績	目標値					
				2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)
A	生活習慣を改善する。	喫煙率(%) (あり者の減少)	20.6	19	18	15	14	10	9
・		運動習慣(%) (1回30分以上の運動習慣なし者の減少)	63.2	61	60	56	54	52	49
B	生活習慣病の発生を予防する。	メタボ・予備群該当者割合* (メタボ予備群・該当者/特定健診受診者)	28.2 14.9	27 14	26 13.5	25 13	23 13	21 12	20 10
・		特定保健指導対象者減少率* (※Aのうち今年度特定保健指導費退所者数(人)/前年度特定保健指導対象者数※A(人))	9.7	12.9	19.3	29.0	32.2	35.4	38.7
・		糖尿病有病者割合* (糖尿病の有病者数(人)/被保険者数(人))	R3年度 33.7	31	30	30	28	27	26
・		高血圧症有病者割合* (高血圧症の有病者数(人)/被保険者数(人))	R3年度 35.0	33	32	31	29	27	26
・		脂質異常症有病者割合* (脂質異常症の有病者数(人)/被保険者数(人))	R3年度 27.9	26	25	25	24	23	22
C	生活習慣病の重症化を予防する。	虚血性心疾患有病者割合* (虚血性心疾患の有病者数(人)/被保険者数(人))	R3年度 10.4	10	9	9	8	7	6
・		脳血管疾患有病者割合* (脳血管疾患の有病者数(人)/被保険者数(人))	R3年度 33.11	32	31	30	29	28	27
・		新規人工透析導入患者数* (人口10万人当たりの新規透析導入患者)	0.8	0	0	0	0	0	0
・		HbA1c8.0%以上の者の割合* (HbA1c8.0%以上の者の数(人)/特定健診受診者のうちHbA1cの検査結果がある者の数(人))	0.8	0	0	0	0	0	0

個別の保健事業		
事業番号	事業名称	重点・優先度
1	とうえい健康マイレージ事業	○
2	特定健康診査受診勧奨事業	○
3	生活習慣病重症化予防事業(特定保健指導)	○
4	生活習慣病重症化予防事業(慢性糖尿病性腎症)	
5	適正受診・適正服薬促進事業	



IV 個別の保健事業

事業番号 2 特定健康診査受診対策事業

事業の目的	特定健診の受診率向上を目指し、未受診の理由を明らかにするとともに疾病の予防や早期発見につなげる。
対象者	①被保険者のうち年度中に40歳～75歳未満の者で、年度の健診等希望調査票を提出していない、または「健康だから受けない」と回答した者 ②対象者のうち糖尿病重症化予防対象者で、過去に糖尿病治療歴があり、現在治療を中断している者 ③対象者のうち糖尿病治療中であり、健診未受診と判定された者 ④対象者のうち町内在住者で社会参加がなく、周囲で状態不明だと声が上がった者、また支援者側が過去2年訪問して健康状態や活動状況は把握できなかった者かつ2年連続して過去住民健診を受けていない者 ⑤対象者のうち保険料未納の者
現在までの事業結果	コロナ禍もあり未実施の時期もあったが、3月に実施する健診希望調査の回答がなかった者を中心に訪問による勧奨事業を実施。就労者も多く日中の訪問は不在者多数であり、実際の健診につながっているのかまで評価ができていない。 転入者や退職者など新たに町の国保加入者になった者への健診勧奨ができていない。

今後の目標値

指標	⑥評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率	43.9%	45	48	50	55	57	61
	未受診勧奨者受診率	13.2%	15	20	40	50	60	70
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診受診勧奨率	100.0%	70	80	100	100	100	100
	受診勧奨 訪問者数 (人) 訪問実施割合 (%)	226 (100%)	80	100	100	100	100	100

現在までの実施方法 (プロセス)

(周知) 全町民に対して、次年度の健診の希望調査と健診の実施予定表一覧を送付 (3月上旬) する。  
町のホームページや広報誌を利用して健診についての記事を掲載する。  
(勧奨) 毎月の広報誌発行に合わせて、各地区の組に対して「健診回覧」を作成し受診勧奨を実施する。  
(実施) 調査結果で、健診を希望しない者、回答がなかった者を中心に健診勧奨をはがきを送付する。  
上記のうち、保健師による健康支援や他事業にて訪問した対象者においては訪問での勧奨を実施する。

今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

(周知) 転入者、退職して新たに国保加入した者に対して、手続きの際に健診に関するリーフレットを配布する。  
(勧奨) (対象者の①～⑤) 連続未受診者や健康状態不明者については、直接訪問を実施して健康状態の把握や健診の案内を実施する。  
対象者①～⑤以外のはがき等で勧奨を実施する。  
健診未受診者のうち、東栄診療所への定期通院をしている者については、東栄診療所から健診の勧奨を実施する。  
希望調査票の未回答者・健康だから受けないと回答した者のうち医療未受診者・過去に糖尿病等の治療歴があり通院していない者に対して訪問勧奨を実施する。  
初めて特定健康診査の対象になった者 (40歳到達者) への受診勧奨を実施する。  
子どもが考える「健診メッセージ」を使った受診勧奨の実施する。

現在までの実施体制 (ストラクチャー)

衛生部門 (福祉課) と東栄診療所での委託契約を実施する。

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

(周知) 国保担当・戸籍担当と連携、対象者の共有を行う。  
(勧奨) 保護者へ対して小中学校との連携し子どもたちからの周知を行う。

評価計画

受診勧奨は、住民健診希望者の案内発送後の6月上旬から集団健診が終了する11月頃を目安に実施する。また健診が2月末まで受診可能なため、受診状況を6月～2月に把握し、集計する。  
対象者は、健康カルテを使用し、希望調査票の結果と過去の受診歴を抽出またKDBIによる重症化予防対象者を合わせて作成する。  
受診勧奨者の実施率は「勧奨した後、健診を受診した者」÷「受診勧奨訪問・手紙通知者」で計算する。

IV 個別の保健事業

**事業番号 3 生活習慣病重症化予防事業（特定保健指導事業）**

事業の目的	特定健康診査の結果、腹囲、血圧、血糖等の値においてメタボリックシンドロームと判定された者の生活習慣病の発症や重症化を予防し、要医療者を減少させる。
対象者	当該年度特定健診の結果で、特定保健指導の基準に該当し生活習慣病のリスクがあると判定されたもの。
現在までの事業結果	東栄診療所へ特定保健指導を委託した結果、不安定であるが受診率は上昇。健診の結果説明会を実施し数値が高い者については通院の必要を促すなどの関りは継続している。

今後の目標値

指標	⑥評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者減少率	9.7	12.9	19.3	29	32.2	35.4	38.7
	特定保健指導による指導該当者の減少率	9.5	14.2	19	23.8	28.5	33.3	38
アウトプット (実施量・率) 指標	利用勧奨した人の割合（電話・対面で利用勧奨しつなげた人の割合）	—	50	55	60	65	70	80
	特定保健指導実施率	33.3%	35	40	50	55	60	65

現在までの実施方法（プロセス）

6月～11月：集団健診時に特定保健指導の対象者の基準に該当する可能性のある者（BMI25以上）に声をかけ指導を実施する。  
6月～12月：集団健診受診日の1か月後を目安に地区に合わせ町内31カ所の公民館等で結果説明会を実施。保健指導の対象者はその場で初回面接を実施する。結果説明会の未来所者や個別受診者へは健診結果が把握でき次第、架電し、訪問につなげる。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- （周知）電話で利用勧奨の連絡をする。
- （勧奨）特定健診の結果に基づき対象者を抽出し、実施勧奨の強化を図る。
- （実施）特定健診の当日に腹囲・BMIを把握後、リスクのある者には保健指導を実施する。  
特定保健指導実施者については、3か月後半年後の訪問、電話などによるフォローアップを図る。
- （評価）訪問、電話、メールを使い目標を確認し評価を行う。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健事業担当が主体となり、東栄診療所と連携し、勤務する保健師に対して特定保健指導を委託する。  
集団健診や個別健診の対象者を把握し特に集団健診では健診当時に対象者との面談を実施、指導する。  
保健事業担当係では、保健師1名が委託予算や関係機関との調整、事業計画を担当する。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健診・保健指導実践者に対する研修の実施する。  
東栄診療所や町外の医療機関と協力し健診結果の共有や治療等の勧奨に協力を依頼する。  
保健事業担当係では、特定保健指導の実施を保健師1名と管理栄養士1名が担当。委託予算や関係機関との調整、事業計画を担当する。

評価計画

保健指導の終了後、個別・全体評価を行う。

IV 個別の保健事業

事業番号 4 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）

事業の目的	生活習慣病健診の結果、血圧、血糖が高く、腎機能低下が認められる者に受診勧奨等を行い、重症化を予防を図る
対象者	当該年度特定健診の結果で、未受診で空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（±）以上、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上、糖尿病で通院歴のある患者で最終の受診日から6か月経過してもレセプトにおける糖尿病受診歴がない、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受診歴がない場合。
現在までの事業結果	本事業については体制が整わず実施できていない。健診の結果説明会を実施し数値が高い者については通院の必要を促すなどのかかわりを継続している。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の人工透析導入者数 (人)	—	0	0	0	0	0	0
	受診勧奨後の医療受診率	—	17	21	29	35	40	45
	HbA1c8.0%以上の者の割合	0.8%	0	0	0	0	0	0
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨の必要な者の内、受診勧奨実施者数・率	—	50	70	100	100	100	100

現在までの実施方法（プロセス）

6月初旬よりKDBより対象者を抽出する。  
対象者を把握し、訪問計画を立てる。  
6月中旬以降 特定健康診査受診勧奨訪問と同時実施する。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- （周知） 広報誌や回覧による事業の周知、糖尿病性腎症についての疾患の周知を行う。
- （勧奨） 特定健診の結果に基づき対象者を抽出し、実施勧奨の強化を図る。
- （実施） 対象者へ架電、訪問し受診勧奨する。  
保健指導実施者に対して、3か月後に電話などによるフォローアップを実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健事業担当係が主となり事業計画の作成を行う。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

保健事業担当係が主となり事業計画の作成、予算の確保、関係機関との連携調整を行う。  
健診・保健指導実践者に対する研修の実施する。  
東米診療所や町外の医療機関と協力し健診結果の共有や治療等の勧奨に協力を依頼する。

評価計画

人工透析導入者数はKDBシステムを活用し3月時点で事業参加者において当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。  
医療受診勧奨後の対象者の動向を電話等で確認し受診者数を把握する。  
対象者名簿の作成と同様に勧奨実施者の記録を行う。

IV 個別の保健事業

**事業番号 5 適正受診・適正服薬促進事業**

事業の目的	医療費の適正化を図るため、重複受診者及び重複投与者への適正受診及び適正服薬勧奨を行う。
対象者	重複受診者：3か月連続して1か月に同一疾患での受診医療機関が3力以上ある 重複投与者：3か月連続で2箇所以上の医療機関から同一の薬効の薬剤投与を受けている者
現在までの事業結果	未実施

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	通知対象者服薬状況の改善割合	—	50	60	70	75	80	85
アウトプット (実施量・率) 指標	事業対象者に対する通知割合	—	100	100	100	100	100	100

現在までの実施方法（プロセス）

令和5年まで未実施

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

適正受診に関する周知啓発を広報誌を利用して行う。  
レセプトデータを分析して対象者を抽出し、対象者リスクと作成する。  
当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す通知書等を送付する。  
送付後レセプトデータを確認し効果を検証する。改善が見られない者に対して、電話や訪問による指導を実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

令和5年まで未実施

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

国保担当係が主担当となり対象者の把握や事業計画を作成する。  
国保担当者から実施結果の報告を福祉課所属保健師へ報告する。  
東栄診療所やその他医師会、町内薬剤師と協力し適正受診・適正服薬に向けた周知啓発について検討する。

評価計画

対象者の通知については、担当課で記録をし適宜共有を行う。  
KDBを利用しレセプトデータを確認する。

## 第2章 第4期東栄町特定健康診査等実施計画

### 1. 目標

国は、市町村国保において、計画期間の最終年度である2029（令和11）年度までに特定健診受診率を60.0%以上、特定保健指導実施率を60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率を25.0%以上にすることとしています。本町においても国の示す市町村国保の目標値（以下「国の目標値」という。）とあわせ、各年度の目標値を設定します。

本町においては、現状の町及び県の実績を踏まえ、実現の可能性を考慮し、各年度の目標値を設定します。

区分	計 画 期 間						
	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	令和11年度 (国基準)
特定健診 実施率	45%	48%	50%	55%	57%	61%	60%
特定保健指 導実施率	35%	40%	50%	55%	60%	65%	60%

### 2. 実施方法

#### (1) 特定健康診査

##### ①対象者

実施年度中に40歳以上75歳未満になる加入者で（当該年度において75歳に達する者も含める）、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者です。

##### ②実施方法

実施場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○東栄町国民健康保険東栄診療所（ひだまりプラザ） 愛知県北設楽郡東栄町大字本郷字大沼1番地1</li> <li>○新城市民病院 愛知県新城市北畑32番地1</li> <li>○聖隷健康診断センター 静岡県浜松市中央区住吉2丁目35番8号</li> <li>○聖隷予防検診センター 静岡県浜松市中央区三方原町3453-1</li> </ul>
------	---

実施項目	<p>実施項目は、以下のとおりと、原則として「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）別紙1」に記載されている健診項目とする。</p> <p><u>基本的な健診項目</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア) 質問項目（既往歴、服薬、喫煙等の質問票）</li> <li>イ) 身体測定（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）</li> <li>ウ) 理学的検査（身体診察）</li> <li>エ) 血圧測定</li> <li>オ) 血液化学検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）</li> <li>カ) 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GTP）</li> <li>キ) 血糖検査（東栄町独自方式とし、原則としてHbA1cを実施する）</li> <li>ク) 尿検査（尿糖、尿蛋白）</li> </ul> <p>*町独自で実施する項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心電図検査・腎機能・貧血</li> </ul> <p><u>詳細な健診項目</u></p> <p>一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア) 心電図検査</li> <li>イ) 眼底検査</li> <li>ウ) 腎機能検査（クレアチニン、eGFR）</li> <li>エ) 貧血検査（赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値）</li> </ul> <p><u>付加項目検査</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア) 胸部X線検査</li> </ul>
実施期間	6月～2月まで
委託の有無	<p>医療機関一括方式として、「東栄町国民健康保険東栄診療所」への委託により実施する。</p> <p>医療機関個別方式として、「東栄町国民健康保険東栄診療所」「新城市民病院」、「聖隷健康診断センター」、「聖隷予防検診センター」への委託により実施する。</p>
受診方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一括方式の場合には、東栄町の行政区ごとに指定された日に「特定健康診査受診券」及び「被保険者証」を持参の上、東栄診療所で受診する。</li> <li>・受診日に受診できなかった者は、別の日に受診するものとする。</li> <li>・原則として、受診に係る本人負担は無料とする。</li> <li>・個別受診の場合には、指定医療機関に予約し、受診券及び被保険者証を持参の上受診する。</li> </ul>
受診方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東栄町の行政区ごとに指定された日に「特定健康診査受診券」及び「被保険者証」を持参の上、東栄診療所で受診する。</li> <li>・受診日に受診できなかった者は、別の日に受診するものとする。</li> <li>・原則として、受診に係る本人負担は無料とする。</li> <li>・個別受診の場合には、指定医療機関に予約し、受診券及び被保険者証を持参の上受診する。</li> <li>・各種健診（がん検診）等と可能な限り同時実施に向けた取り組みを行う。</li> </ul>

周知・案内方法	<u>健診の実施</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人ごとに受診券及び啓発用のチラシを送付し、特定健康診査の実施を周知する。</li> <li>・保健師や国保担当者による戸別訪問により受診勧奨を行う。</li> <li>・東栄チャンネル、広報誌、ホームページ等で健診の必要性等について意識啓発を図る。</li> </ul>
	<u>健診結果</u> 健診結果については、結果説明会において東栄町より受診者本人に配布又は郵送する。場合によっては個別に訪問し、結果の説明を行う。

(2) 特定保健指導（積極的支援・動機付支援）

特定保健指導は、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援するものであり、保健指導の実施に当たっては、対象者が新たな行動を継続し、自己管理できるよう、定期的に助言・支援するなどきめ細かい支援を行う。

①対象者

国が定める特定保健指導対象者の選定基準に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因(血糖、脂質、血圧)の数、喫煙歴による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、質問項目により服薬中と判断された人は、対象者から除くこととします。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血圧②脂質③血糖		40-60歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $\text{BMI} \geq 25\text{kg}/\text{m}^2$	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			

喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙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。

②実施方法

実施場所	国民健康保険東栄診療所、若しくは家庭訪問のより実施。	
実施期間	特定保健指導は、年間を通じて実施する。 ただし、特定保健指導対象者への特定保健指導は、特定健康診査受診後当該年度末までに着手するものとする。	
実施内容	保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、「成果を重視した特定保健指導の評価体系」「特定保健指導の見える化の推進」「ICTの活用」等が推進されている。	
支援内容	動機づけ支援	積極的支援
支援形態	○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援（ICT含む）	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回支援 一人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援（ICT含む） ○3か月以上の継続的な支援 一人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援（ICT含む）
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信（電話・電子メール等）を利用して行う。	
周知・案内方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報誌、ホームページ等で特定保健指導の必要性等について意識啓発を図る。</li> <li>・特定保健指導対象者に電話による利用勧奨を実施する。</li> <li>・集団健診の場合、健診終了後に「腹囲」「BMI」で該当する者に対し周知を行う。</li> </ul>	
自己負担	無 料	

### 3 実施スケジュール

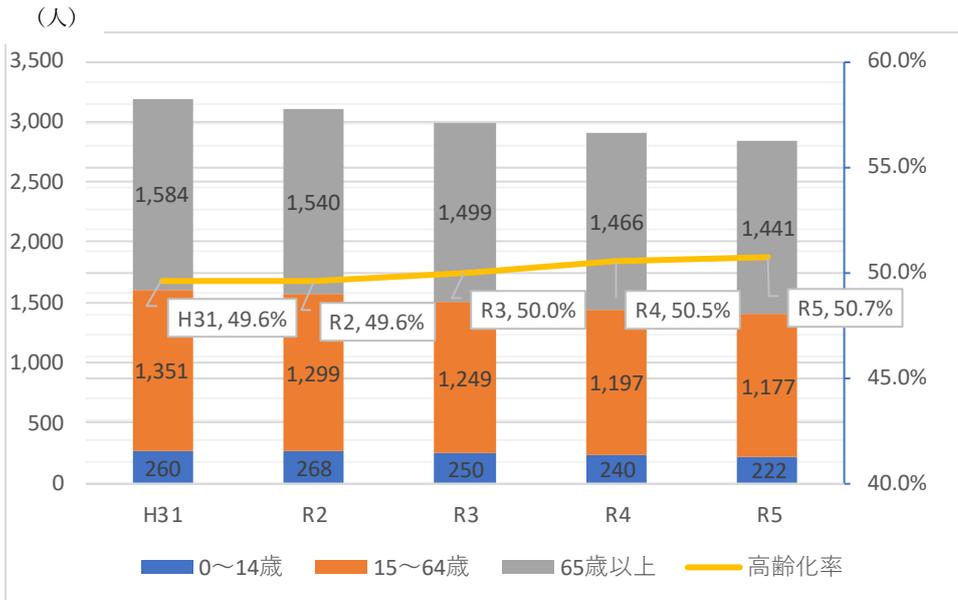
	特定健康診査	特定保健指導
4月		
5月	健診対象者の抽出・ 受診票等の印刷・送付	
6月	集団・個別健診の開始 健診受診勧奨の開始	
7月		保健指導対象者の抽出・ 保健指導・実施勧奨の開始
8月		
9月		
10月		
11月	集団健診の終了	
12月		
1月		
2月	個別健診の終了	
3月	次年度用受診希望調査票配布	

VI その他

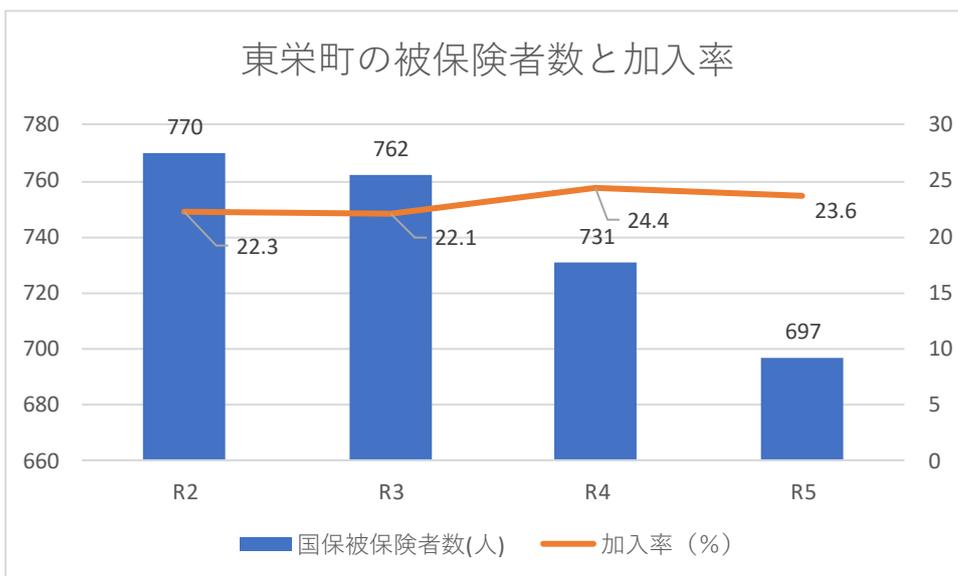
<p>計画の 評価・見直し</p>	<p>毎年度、「Ⅳ個別事業計画」の評価を行い、その結果を踏まえて「Ⅲ計画全体」の評価をすることで、事業全体の検証および評価を行う。 その評価に基づき、本計画をより実効性の高い者にするため、令和8年度に中間評価を行い、計画取組の進捗状況を確認し、必要に応じて実施方法や数値目標の見直しを行う。 計画の見直しは、国保担当係が主担当となり保健事業係と連携して協議する。</p>
<p>計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、東栄町国保被保険者及び保健医療機関関係者に対し、全文を東栄町ホームページ等に掲載し、公表・周知する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>この計画や保健事業の実施で得られる個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律およびこれに基づくガイドライン等を踏まえて適切に対応する。また、保健事業を委託した事業者に対しても、同様の扱いをするとともに、業務で知り得た個人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とする。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備軍等のターゲット層を性別・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有し、地域住民の参加する介護予防を目的とした運動等の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成へ生かす。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>特になし</p>

(参考)

【図1】 東栄町の人口の推移



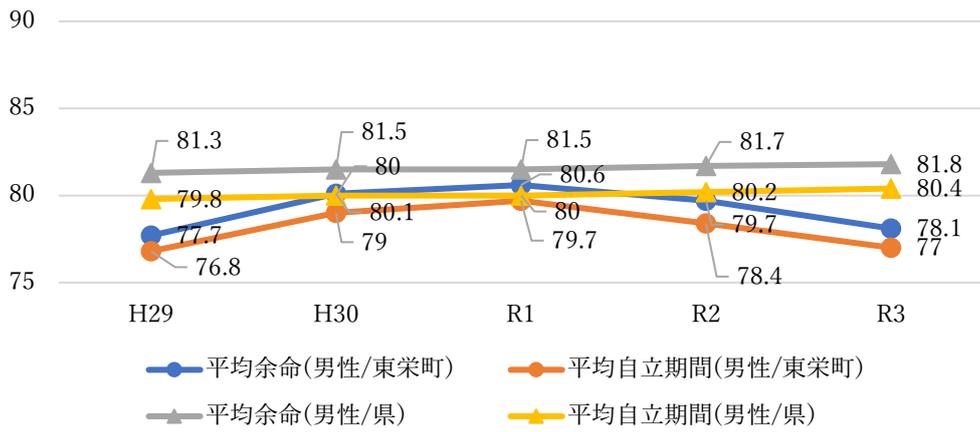
住民基本台帳（各年4月1日現在）



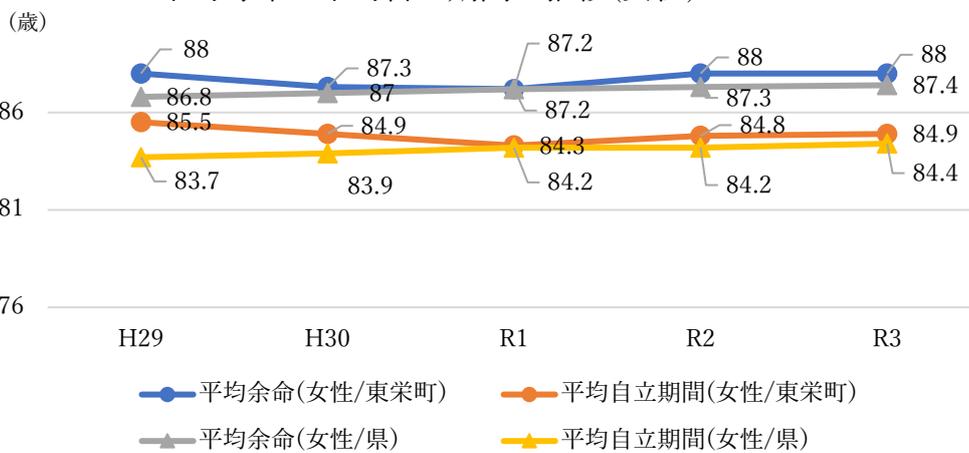
KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図2】 平均余命と自立期間

平均余命と平均自立期間の推移(男性)

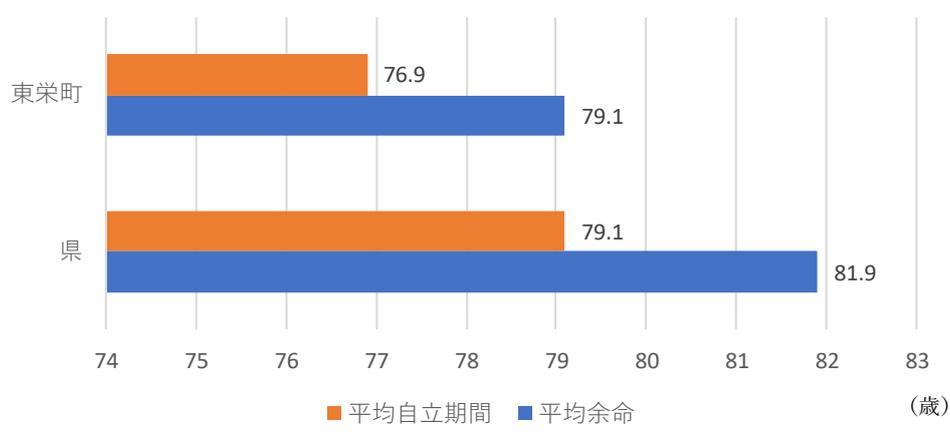


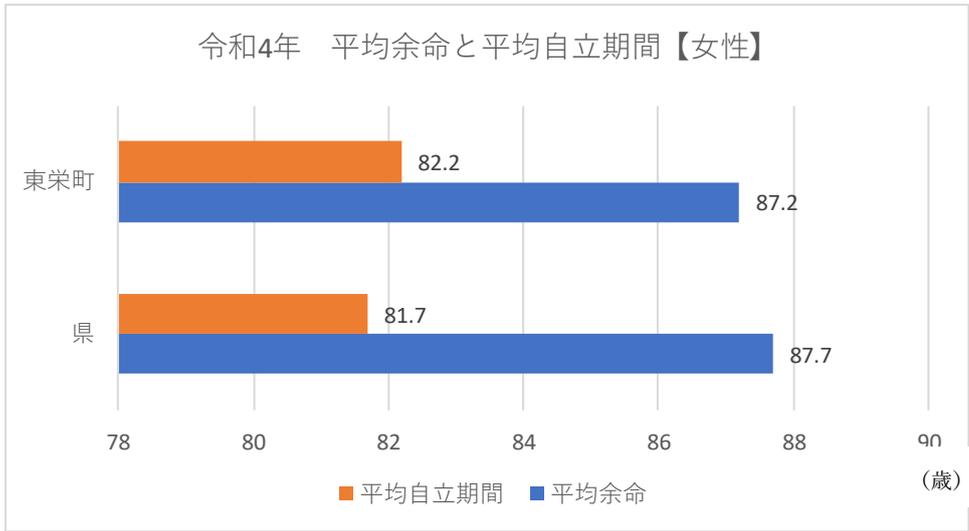
平均寿命と平均自立期間の推移(女性)



あいち国保健康レポート (県全体版)：平成 29 年度～令和 3 年度 P21～24

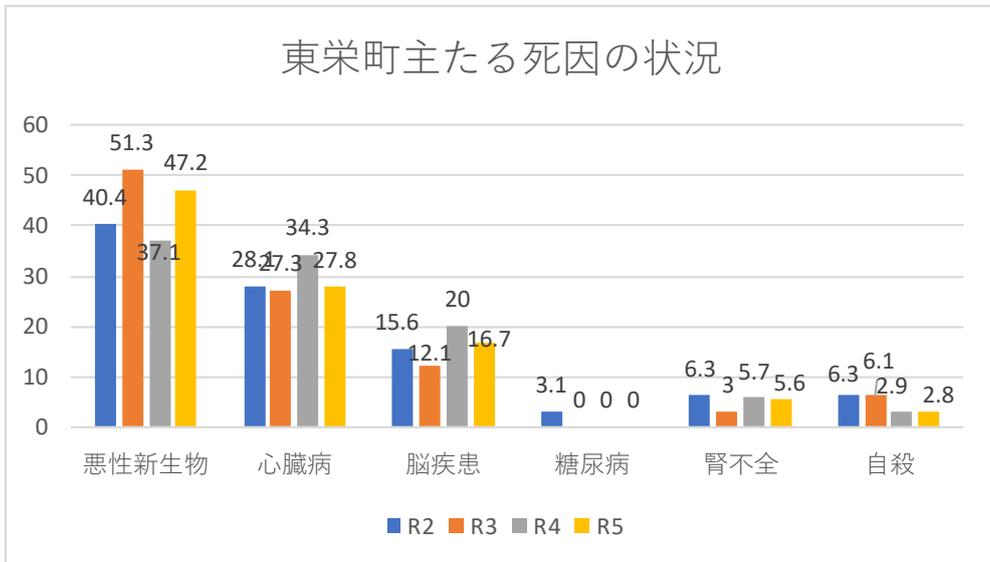
令和4年 平均余命と平均自立期間【男性】





KDB：R4 地域の全体像の把握

【図3】主たる死因



KDB 地域全体像の把握

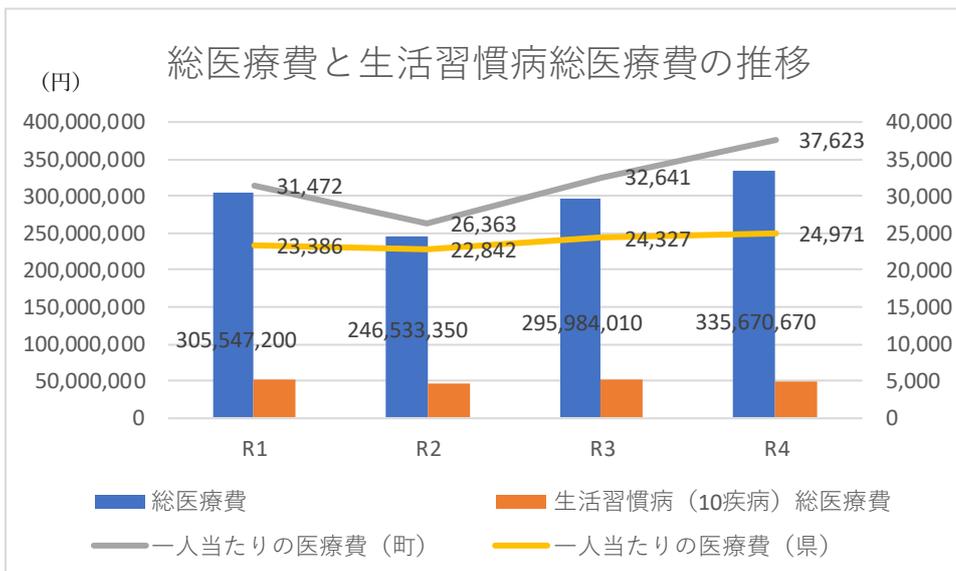
【図4】死因別標準化死亡比

男女別 標準化死亡比(平成29年-令和3年)

	東栄町	県	国
男性	116.6	99.7	100
女性	106.5	102.1	100

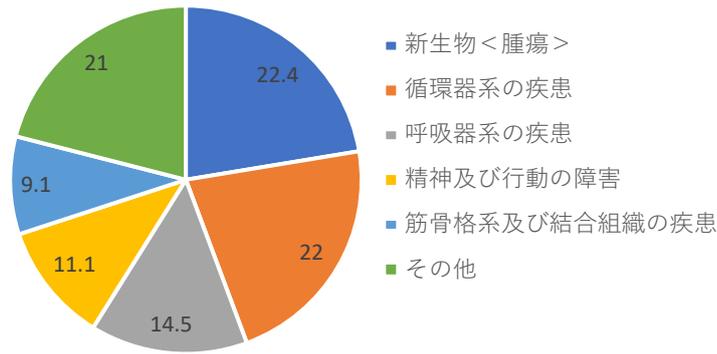
性別	死因	死亡数	SMR
男	全死亡	198	116.6
	胃の悪性新生物<腫瘍>	11	173.0
	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	4	200.4
	脳梗塞	11	147.4
	肺炎	19	140.1
	腎不全	7	192.4
	慢性腎臓病	5	185.0
	自殺	6	345.7
女	全死亡	211	106.5
	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	5	214.9
	循環器系の疾患	57	101.0
	脳血管疾患	19	115.4
	くも膜下出血	3	168.6
	脳内出血	7	170.8
	老衰	68	214.5
	不慮の事故	9	191.1

【図5】町の総医療費と生活習慣病の総医療費

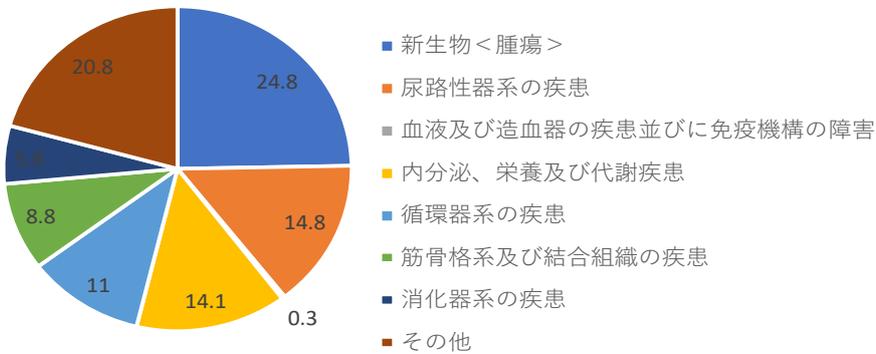


【図6】大分類医療費の内訳

R4大分類入院医療費（％）



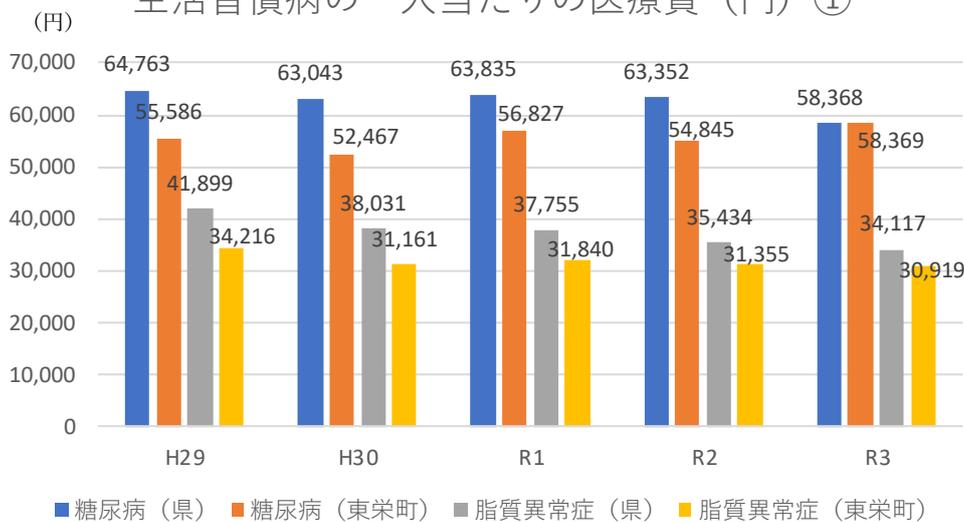
R4大分類外来医療費（％）



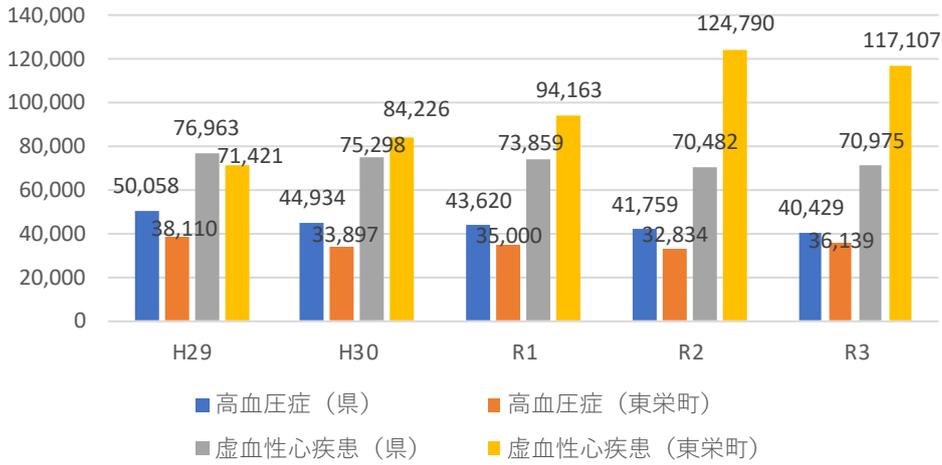
KDB：R4 医療費分析（大分類）

【図7】生活習慣病の一人当たりの医療費・有病率の比較

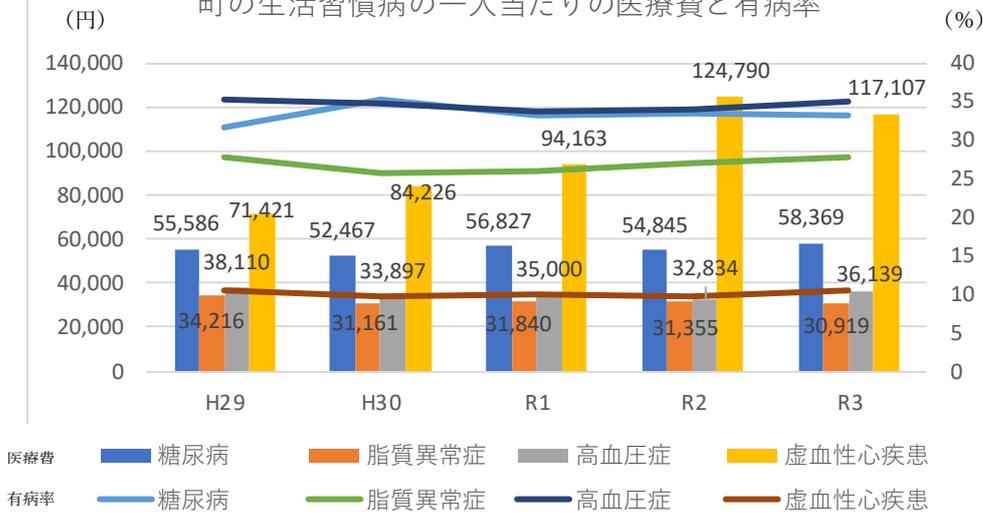
生活習慣病の一人当たりの医療費（円）①



(円) 生活習慣病一人当たりの医療費 (円) ②



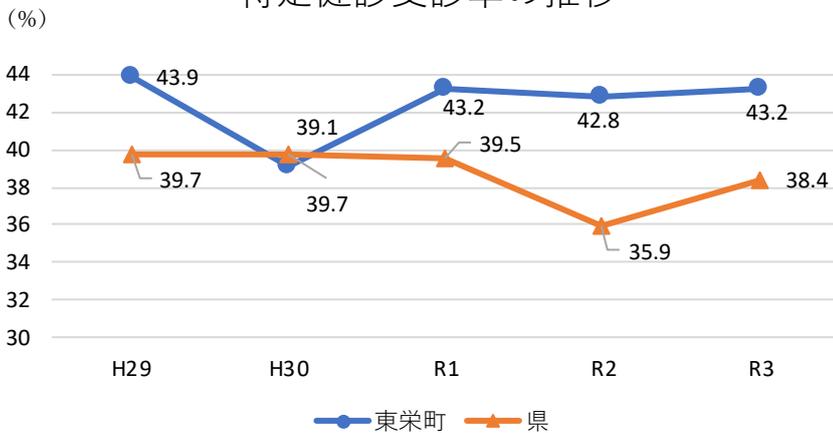
町の生活習慣病の一人当たりの医療費と有病率



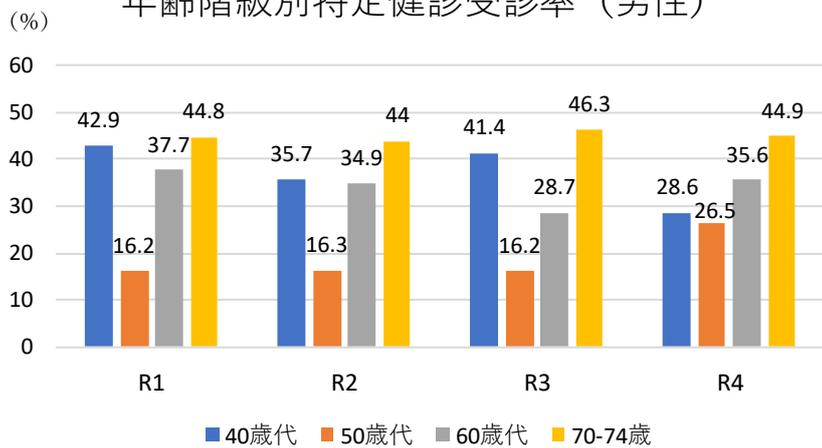
あいち国保健康レポート (市町村版) P14.17.18

【図8】 特定健診受診・特定保健指導受診率

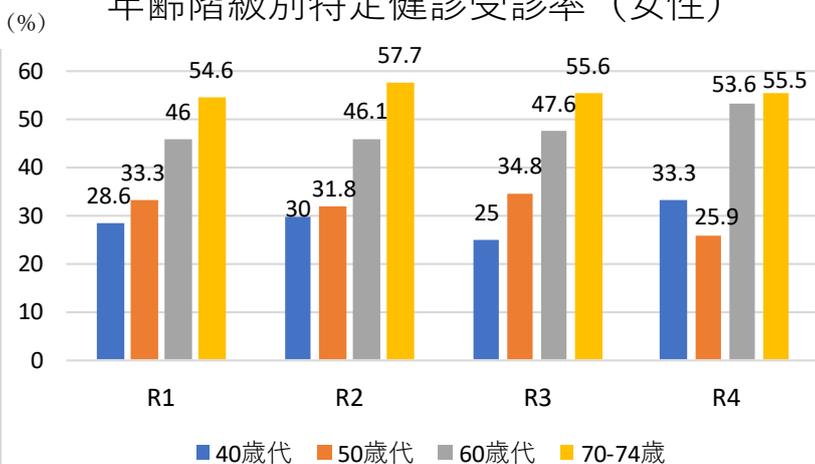
特定健診受診率の推移



年齢階級別特定健診受診率（男性）

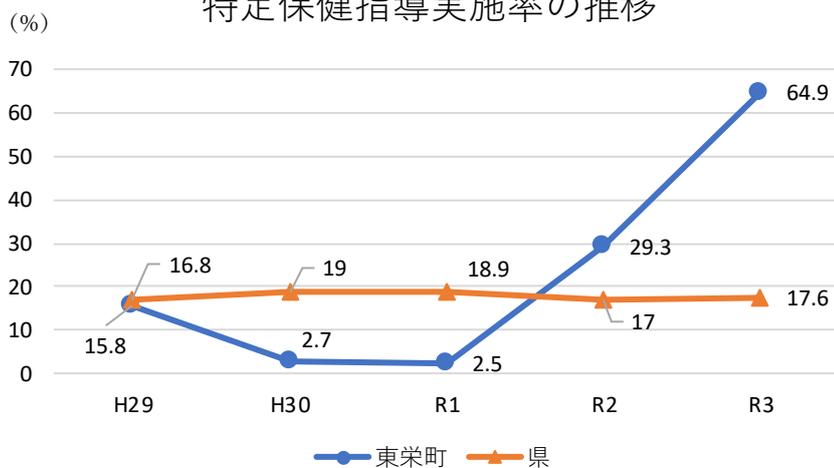


年齢階級別特定健診受診率（女性）



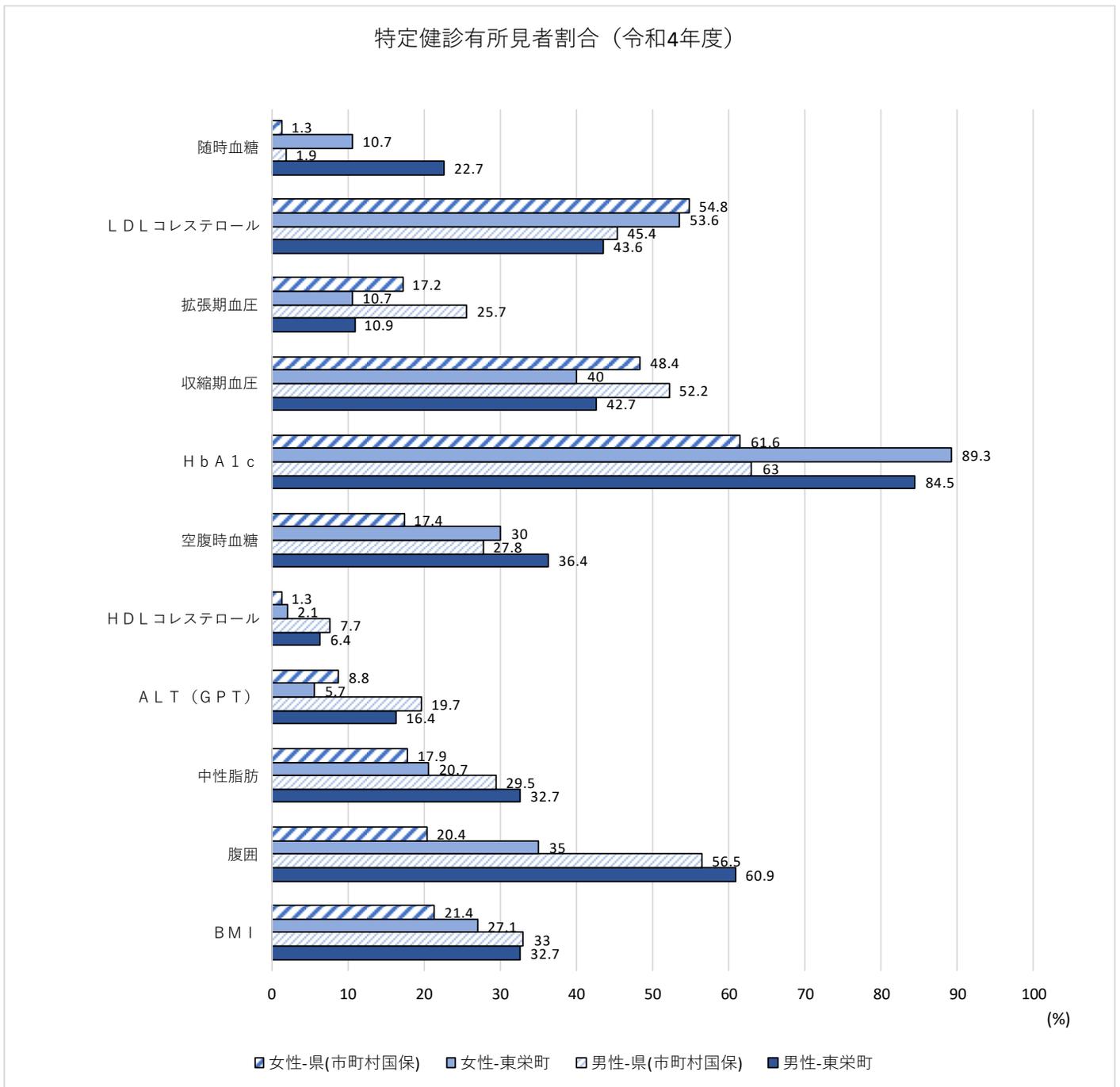
AIcube 法廷報告値

特定保健指導実施率の推移



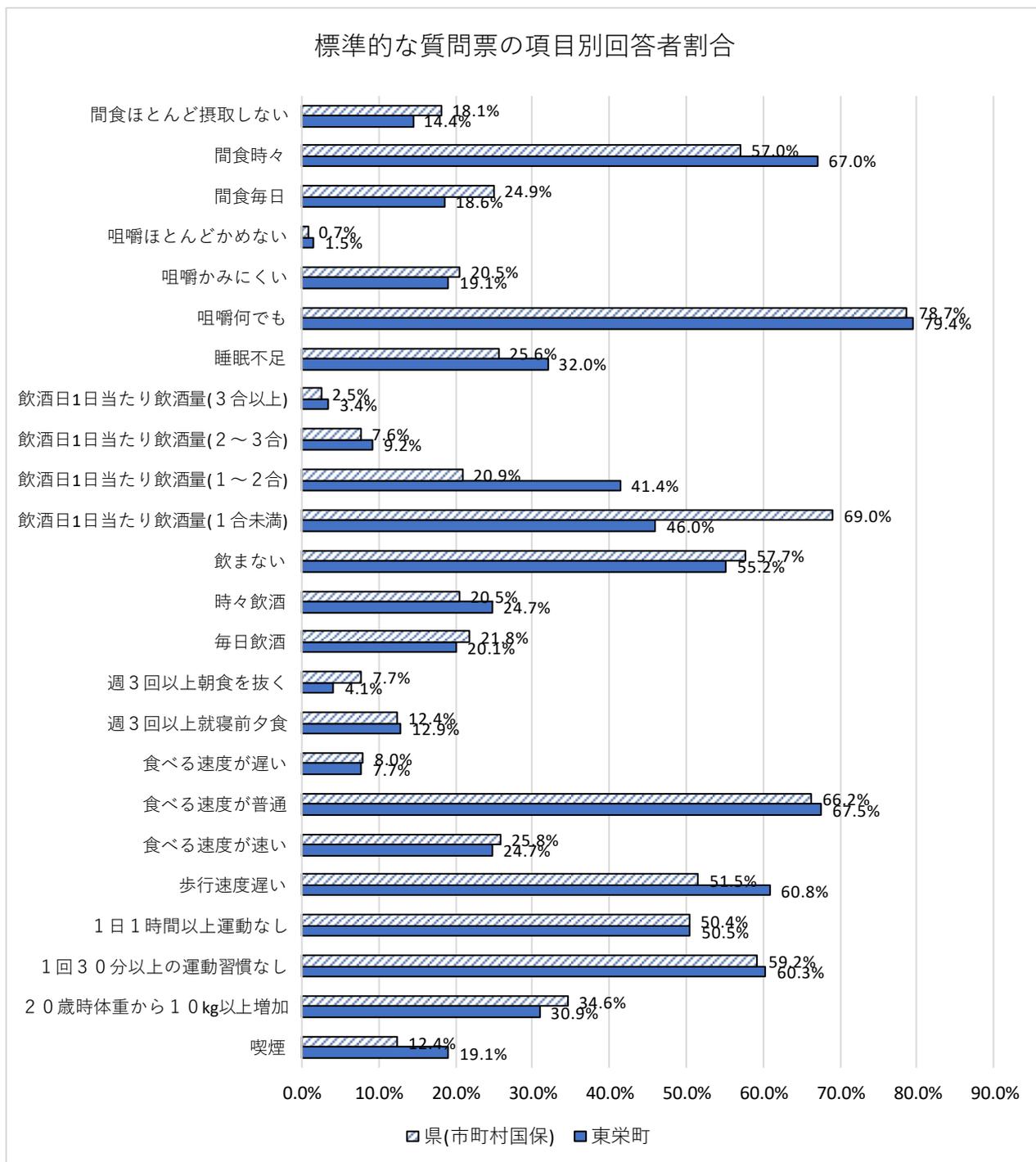
AIcube 法廷報告値

【図9】各種検査項目の有所見率



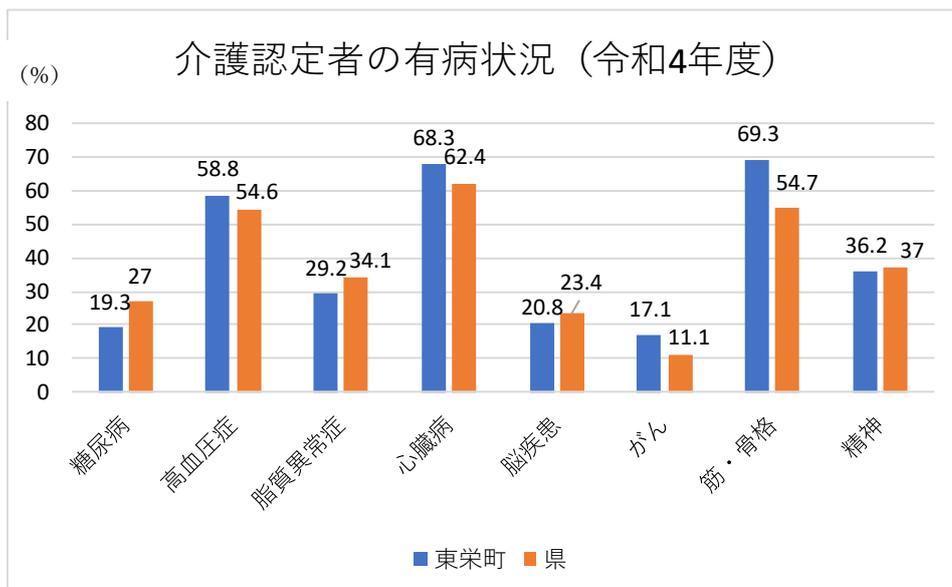
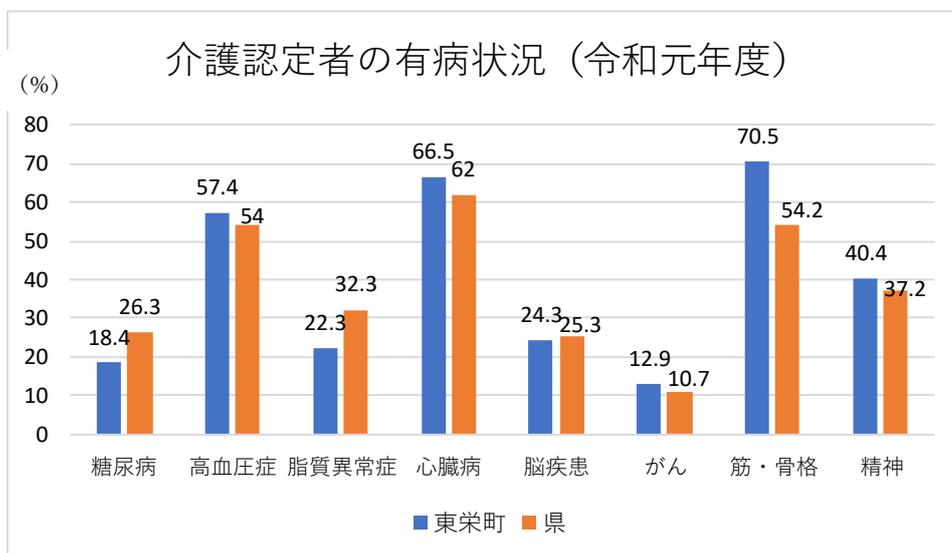
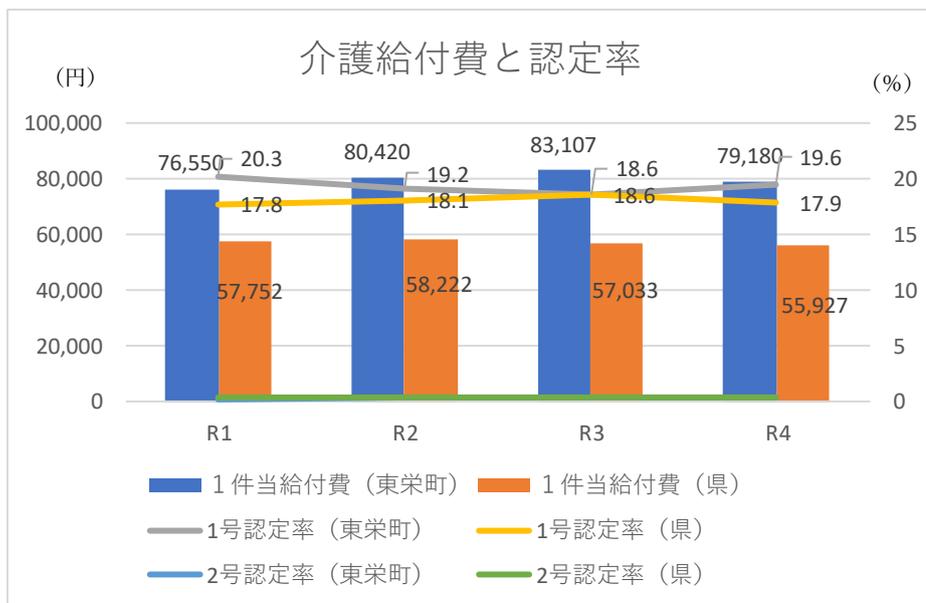
KDB（厚生労働省様式(様式 5-2)）

【図 10】 R4 質問票の回答

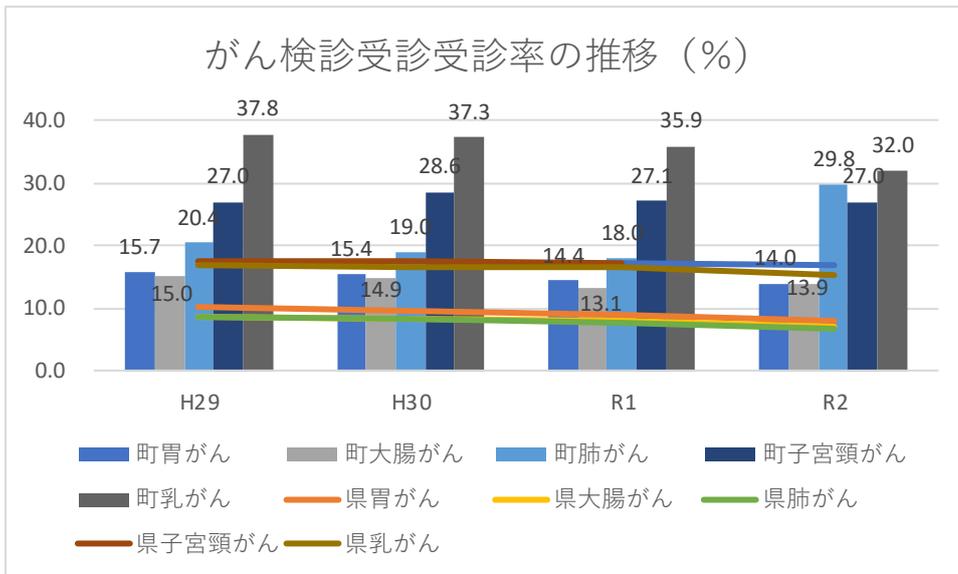


KDB : R4 (質問票調査の経年比較)

【図 11】 介護保険認定者の内訳

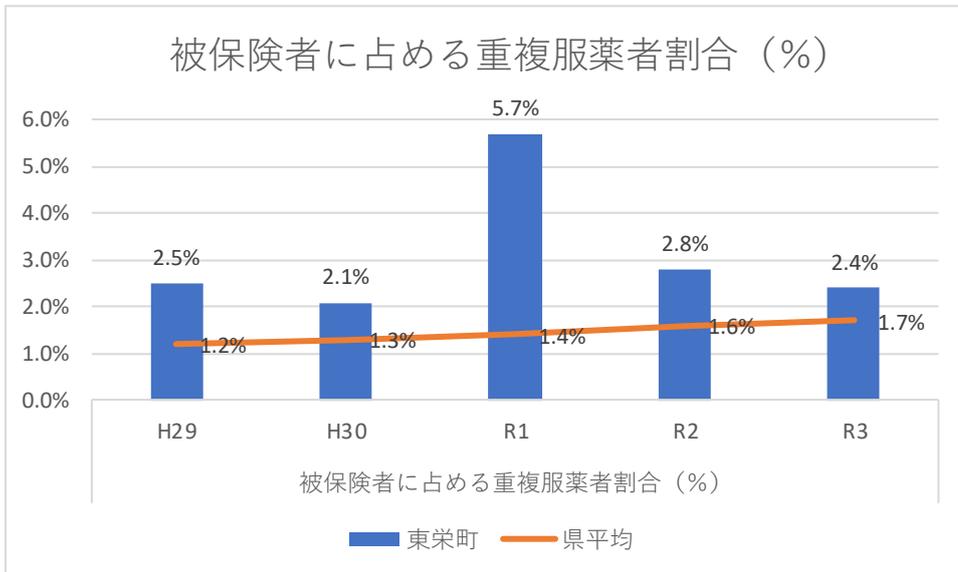


【図 12】 がん検診の推移



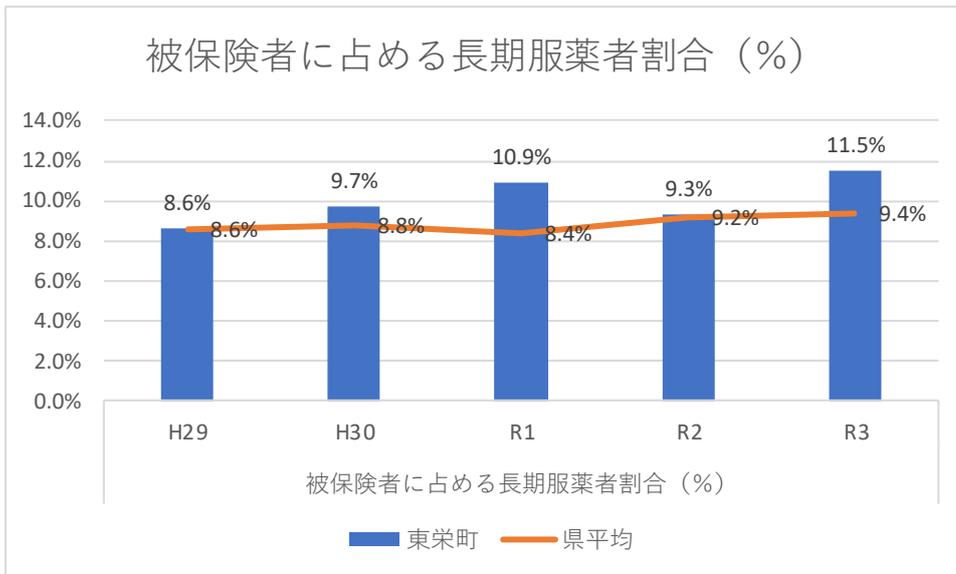
あいち国保健康レポート（県全体版）P53～62

【図 13】 被保険者に占める重複服薬者割合



重複服薬者割…1 か月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が 60 日を超える患者の割合

【図 14】 被保険者に占める長期服薬者割合



長期服薬者…2種類以上の薬剤を14日以上服薬している人数の割合