

木曽岬町国民健康保険

第3期保健事業実施計画（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年度～令和11年度）

令和6年3月策定

目次

第1章 基本情報

- 1) 計画の趣旨
- 2) 計画期間
- 3) 地域の特性
- 4) 木曽岬町の現状
- 5) 実施体制

第2章 保健事業の実績状況

- 1) 第2期データヘルス計画における取組評価
 - ①実施保健事業における取組評価
 - ②計画目標及び計画達成状況

第3章 健康・医療情報による分析

- 1) 特定健康診査・特定保健指導等の分析概要
- 2) 医療費分析の概要
- 3) 介護分析の概要

第4章 健康課題と実施計画

- 1) 健康課題の抽出
- 2) 保健事業の実施計画
 - ①計画全体の目的
 - ②個別保健事業
- 3) 個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画(保健事業全体)の評価・見直し
- 4) 計画の公表・周知
- 5) 個人情報の取り扱い
- 6) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意点

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

第1章 基本情報

1) 計画の趣旨

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）等の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）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、健康課題の分析や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。

一方、高齢化の進展や高度医療化に伴い、医療費は年々上昇しており、国民皆保険の基盤である国民健康保険を維持するためには、1人ひとり自己の健康状態を把握し、必要な場合は重症化する前に早い段階で受診することを意識づけることが重要です。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても「すべ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推進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成と公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国民健康保険が同様の取組を行うことを推進する」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進します。

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、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、また、令和4年12月に2022年12月の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、データヘルス計画の進展のため、保険者共通の評価指標の設定を推進することが示されています。

木曽岬町第3期データヘルス計画は、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するための計画で、特定健診の結果やレセプト等のデータを活用して効果を検証し、事業の見直しを行っていきます。効率的な保健事業を実施するため、保有しているデータを活用しながら、ターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を実施します。

なお、この計画は、「木曽岬町第5次総合計画」、「健康・食育やろまいプラン」との整合性・関連性を持つものです。また、本計画は保健事業を効果的・効率的に実施するため、「特定健康診査等実施計画」と一体的に策定しました。

2) 計画期間

データヘルス計画期間は6年間とし、令和6年度～令和11年度とします。

随時評価をして事業の進捗など確認し、令和8年度には中間評価を行います。

3) 地域の特性

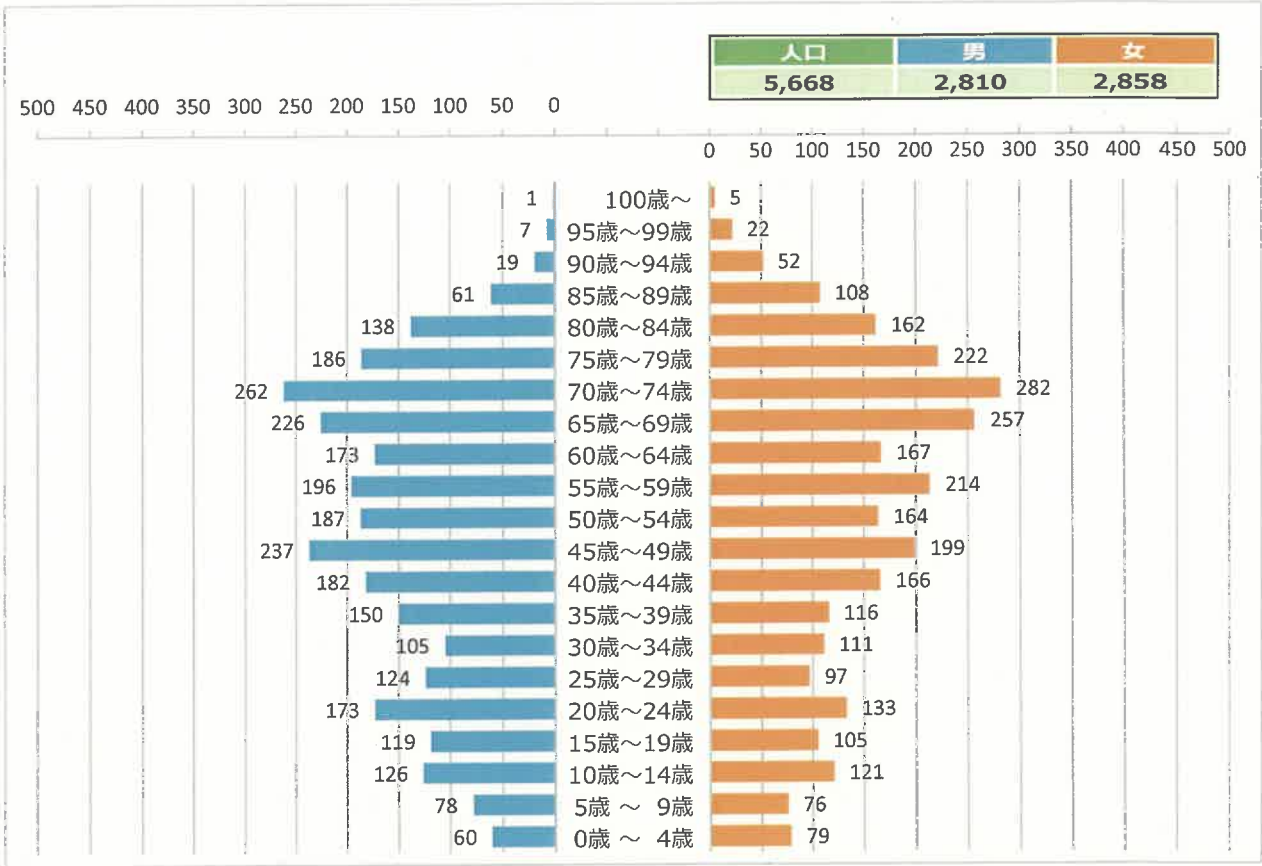
木曽岬町の令和4年度人口は、6,046人です。高齢化率（65歳以上）は33.3%であり令和2年国勢調査の人口と比較すると、県と比較すると約1.17倍とやや高齢化率が高い状況が続いています。

令和4年度の被保険者数については1,355人、加入率は23.9%です。被保険者数、加入率ともに経年的に減少しています。被保険者の年齢構成からみていくと、県と比較して大きく差はなく、64歳未満の加入者が若干高く、65歳以上の加入率が若干低くなっています。

平均年齢をみると、経年で若干上がっています。

4) 木曽岬町の現状

人口構成（令和2年国勢調査）



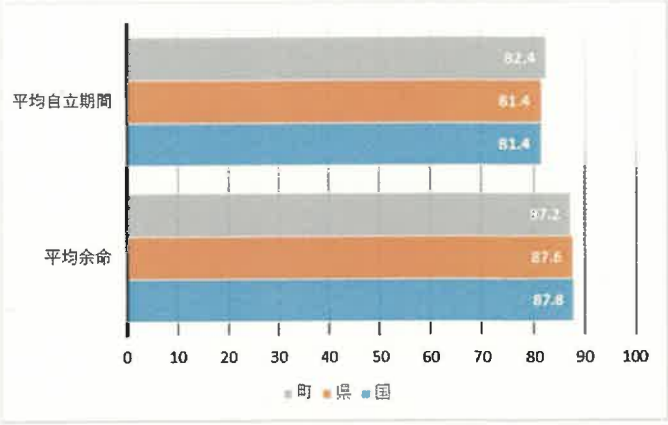
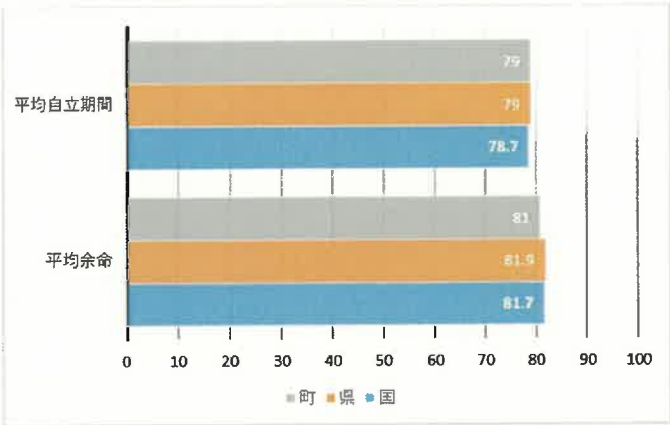
人口	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
人口	6,268	6,228	6,171	6,046
高齢化率	31.8%	32.3%	32.6%	33.3%

国保被保険者	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
国保被保険者数	1,607人		1,553人		1,501人		1,355人	
65歳～74歳	49.0%	788人	49.4%	767人	49.1%	737人	48.7%	660人
40歳～64歳	30.4%	488人	29.9%	465人	30.2%	454人	30.9%	419人
39歳以下	20.6%	331人	20.7%	321人	20.7%	310人	20.4%	276人
加入率	25.3%		24.4%		23.6%		23.9%	
被保険者平均年齢	55.1歳		55.1歳		55.3歳		55.5歳	

後期被保険者	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
後期被保険者数	928人		961人		983人		1041人	
65歳～74歳	1.6%	15人	0.1%	1人	0.2%	2人	0.3%	2人
75歳～84歳	73.9%	686人	77.4%	615人	80.2%	609人	80.5%	651人
85歳以上	24.5%	227人	22.6%	345人	19.6%	372人	19.2%	388人
被保険者平均年齢	86.1		81.2		82.4		82.4	

平均寿命と健康寿命

	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	80.9	87.5	80.9	87.5	80.9	87.5	80.9	87.5
平均自立期間	80.5	83.9	80.3	84.3	79.9	83.8	79.9	84.2
平均余命	81.7	87.7	81.6	87.6	80.7	86.7	81.0	87.2
健康寿命	78.4	84.3	79.1	85.9	81.7	84.0		



		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
死因	がん	50.0%	67.4%	61.4%	47.4%
	心臓病	31.3%	11.6%	22.7%	18.4%
	脳疾患	12.5%	7.0%	11.4%	28.9%
	糖尿病	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	腎不全	6.3%	7.0%	0.0%	0.0%
	自殺	0.0%	7.0%	4.5%	5.3%

5) 実施体制（連携）

国保担当課(住民課)	国民健康保険及び後期高齢保険者の給付事業、特定健康診査受診率向上
健康づくり担当課 (子ども・健康課)	国民健康保険被保険者及び後期高齢者医療保険制度（以下「後期高齢」という。）被保険者の健康づくり事業
	高齢者の保健事業と介護予防一体的な事業の推進
介護担当課 (福祉課)	介護予防サービス、介護保険申請者のデーター共有
桑名医師会	特定健康診査を通して、国民健康保険被保険者及び後期高齢被保険者の健康づくり
桑名歯科医師会	歯周病健康診査を通して、国民健康保険被保険者及び後期高齢被保険者の健康づくり
桑名地区薬剤師会	調剤を通して、個人への助言
糖尿病性腎症 予防検討会	糖尿病性腎症予防事業への助言
三重県 国民健康保険課	個別保健事業に係る支援及び助言、好事例の横展開
	三重県内（29市町）データー分析の提供及び課題抽出
三重県健康推進課	保健事業の進捗状況や事業評価に対する助言、情報提供
三重県国民健康 保険団体連合会 (支援評価委員会)	市町国民健康保険のデーター分析、助言、評価、協力体制
三重県後期高齢者 医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防一体的な事業の推進

第2章 保健事業の実績状況

1) 第2期データヘルス計画における取組評価

①特定健診受診率向上対策

概要	特に受診率の低い40歳代、50歳代の受診率向上を目指し、特定健康診査の受診率向上を推進				
実施内容	○広報・啓発（集団健診時に広報無線で全町に案内放送、特定健診・がん検診の案内を同封し、受診券を個別通知、住民組織・地区医師会との連携による啓発） ○特定健診は集団方式、個別方式で実施 ○がん検診と特定健診の同時実施、未受診者勧奨（電話・はがき）				
事業評価	評価項目		当初目標（R5末）	R3	R4
	アウトプット （事業実施量）	○未受診者への勧奨はがき	1,000通	1003	842
		○電話勧奨	100名	100	129
	アウトカム（成果目標）	○受診率	50%	45.5	45.5
評価と課題	令和4年度の受診率は45.5%であり、令和5年度の目標50.0%まで4.5ポイントとなっています。受診率の変化は微増から停滞傾向です。また、40代の受診率は30%以下であり、60代以上は50%前後で、40代への受診勧奨が課題です。未受診者への通知や電話勧奨は年々少しずつ充実していますが、新たに取り入れた勧奨方法についての効果について検討が必要です。（参照：第3章p12 1）①特定健診の実施状況）				

②特定保健指導

概要	特定保健指導対象となった人の保健指導実施率・終了率の向上を推進				
実施内容	生活習慣病の発症予防を目的とし、特定健康診査結果から対象者を抽出し、案内通知や電話勧奨により特定保健指導を実施				
事業評価	評価項目		当初目標（R5末）	R3	R4
	アウトプット （事業実施量）	案内回数	1	1	1
		利用率	30%	6.5	1.6
	アウトカム （成果目標）	終了率	75%	22	17.1
評価と課題	利用率、終了率ともに目標には達していません。特定保健指導は令和3年度に実施率が低下しましたが、令和4年度に回復し、県平均を上回っています。実施体制の変動により、最低限の事業実施を維持する形でした。委託分と独自分を効率よく実施できる工夫が必要です。健診から保健指導の実施までの期間が長いことは課題です。（参照：第3章p13 1）②特定保健指導の実施状況）				

③糖尿病性腎症重症化予防対策

概要	糖尿病性腎症の重症化を予防するために受診勧奨を実施				
内容	○電話、面接、訪問等による受診勧奨 ○糖尿病重症化予防個別健康教育、集団健康教育を実施				
事業評価	評価項目		当初目標（R5末）	R3	R4
	ストラクチャー （仕組み、体制）	○関係機関との連携会議の回数	1回以上	1回	2回
		○主治医連絡の回数	1回以上	1回	0回
	アウトプット （事業実施量）	○受診勧奨により受診へ移行者数	—	—	1
		○糖尿病重症化予防個別健康教育、集団健康教育の実施回数 （1回以上/年）	1回以上/年	0回	3回
	アウトカム （成果目標）	○新規透析導入者数	—	0	0
		○人工透析医療費の増加抑制（円）	—	32,825,830	25,838,990
評価と課題	同じ対象者が数年続いています。受診勧奨後の確認ができていないこともあり、評価の方法に課題があります。健診受診後から受診勧奨までの期間が長期間となっており意識が薄れていると考えられます。集団健康教育については、対象者へ個別通知と広報の折込チラシで周知をしましたが、参加者は少ない状況です。				

④がん予防啓発

概要	大切な命を守るため、がん検診の受診率の向上、自らの体調に関心を持ち、適切な行動をとれるような啓発を推進						
内容	○広報、ホームページ等でのがん検診の受診啓発、集団特定健診との同時実施 ○集団がん検診の休日開催						
事業評価	評価項目			当初目標（R5末）	R3	R4	
	アウトプット（事業実施量）	○広報、ホームページによる啓発回数		1回以上	1回	1回	
		○健康まつりイベントでの啓発回数		1回以上	0回	1回	
				当初目標（R5末）	R4確定（R2）	R5確定（R3）	
	アウトカム（成果目標）	○がん検診受診率	胃がん	32%	17.6	14.5	
			肺がん	26%	13.4	11.0	
			大腸がん	25%	11.4	11.1	
			乳がん	32%	24.5	25.3	
			子宮頸がん	25%	16.2	14.9	
					当初目標（R5末）	R4確定（R1）	R5確定（R2）
		○精密検診受診率	胃がん	100%	71.4	83.3	
			肺がん	100%	100	100	
			大腸がん	100%	88.5	80.0	
			乳がん	100%	100	100	
			子宮頸がん	100%	100	—	
評価と課題	各がん受診率の中で、子宮がん検診受診率は県平均を下回っています（R3県18.6、当町14.9）。その他のがん検診受診率は県平均を上回っています（R3胃がん県8.4、当町14.5、肺がん県6.8、当町11.0、大腸がん県7.9、当町11.1、乳がん県17.0、当町25.3）。特定健康診査との同時実施ができることで受けやすく、受診率に影響していると思われます。ホームページ内での案内が更新できておらず、周知の方法について検討が必要です。（参照：三重県HP三重県におけるがん検診受診率及び事業評価の結果について）						

⑤やろまいげんげん運動を軸とした生活習慣病予防のとりくみ

概要	メタボリックシンドローム（以下「予防に向けた、継続的な運動と減量のきっかけをつくることを目的とし、様々な機会をとらえてやろまいげんげん運動の推進 日常的な目標（例：毎日30分以上散歩する、体重を毎日測るなど）を各自で考え、達成することにより、健康の意識向上の推進				
内容	○広報、ホームページ、各種イベントでのやろまいげんげん運動の啓発、げんげん運動手帳の配布 ○食生活改善推進協議会によるダイエット食の伝達講習会 ○シェイプアップ運動、医師による健康講演会の開催				
事業評価	評価項目		当初目標（R5末）	R3	R4
	アウトプット（事業 実施量）	○広報、ホームページによる啓 発回数	1回以上	1回	1回
		○啓発チラシの配布枚数など	1回以上	1回	1回
		○健康まつりイベントでの啓発 回数	1回以上	—	1回
		○げんげん運動手帳の配布数	50名以上	82名	32名
		○シェイプアップ教室の開催回 数	1回以上	0回	0回
		○健康講演会の開催回数	1回以上	0回	1回
	アウトカム（成果目 標）	○メタボ率	減少傾向になる	25.5%	24.5%
		○新規透析導入患者数	0名	0名	0名
評価と課 題	新型コロナウイルス感染症の影響もあり、教室の実施回数は少なくなっています。げんげん手帳の配付人数も少なくなっています。				

⑥高齢者の健康づくり・介護予防

概要	高齢者が自らの健康状態を知り、適切な行動をとることによって、要介護の要因となる転倒、骨折を防ぐための取り組みを実施				
内容	○一般高齢者向け転倒予防を目的とした体操教室の実施 ○広報・ホームページを通じた啓発 ○地域の通いの場や老人クラブの集会等での啓発、運動指導者の派遣 ○基本チェックリストの実施、該当者への訪問時の啓発				
事業評価	評価項目		当初目標（R5末）	R3	R4
	アウトプット （事業実施量）	○体操教室の実施回数 （転倒予防教室、いす体操、スクエアステップ、さわやか体操）	1回以上	71回	71回
		○広報・ホームページを通じた啓発回数	1回以上	1回	1回
		○地域の通いの場での啓発回数	1回以上	—	5回
	アウトカム （成果目標）	○要介護認定率（％）	—	12.1	13.1
		○介護給付費	—	503,401,642	513,216,052
評価と課題	新型コロナの流行の影響で参加者数は減少した時もありましたが、体操教室の実施回数は現状を維持しています。今後は、新たな参加者増が期待されます。				

2) 計画全体における評価・効果

	項目名		当初目標値		実績値	
			(R5末)		R2	R3
長期目標	健康寿命の延伸	男	—	—	79.1	81.7
		女	—	—	85.9	84.0
					R3	R4
中期目標	メタボ率の減少		—	—	25.5%	24.5%
	新規透析導入患者数の減少		—	—	0	0
計画全体の振り返り・第3期計画への考察						
新型コロナウイルス感染症の流行で、伸び悩んだところも見られるが、全体的に悪化傾向はなく、健康を維持しています。メタボも率も減少傾向。新規透析導入患者数も0人で良い傾向です。今後は、新しい参加者、特定健診受診者をどう増やしていくか工夫が求められます。						

第3章 健康・医療情報による分析

1) 特定健診・特定保健指導等の分析概要

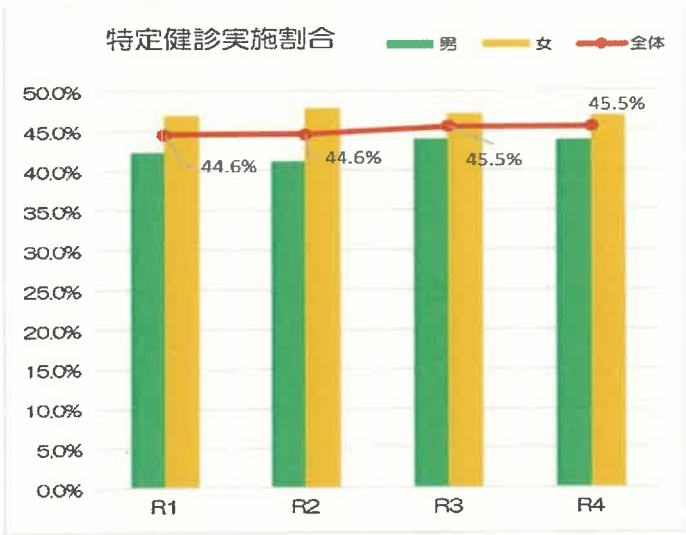
特定健診受診率は、40～44歳は20%台で推移し、45～59歳は30%前後で、60代以上では50%前後となっています。

特定健診受診率は、全体で令和元年、2年度は44%台で、令和3年、4年度は45%台と1%上昇しています。令和4年度の受診率は45.5%であり、令和5年度の目標50.0%まで4.5ポイント外となっています。

特定保健指導は令和3年度に実施率が低下しましたが、令和4年度に16.3%へ回復し、県平均を上回っています。

特定健診の結果から、生活習慣病のリスク保有者の割合をみますと、血糖リスクありが令和元年から4年まで県と比べて割合が高い状態が続いています。肥満のリスクについても県と比べて高い状態が続いています。

①特定健診の実施状況

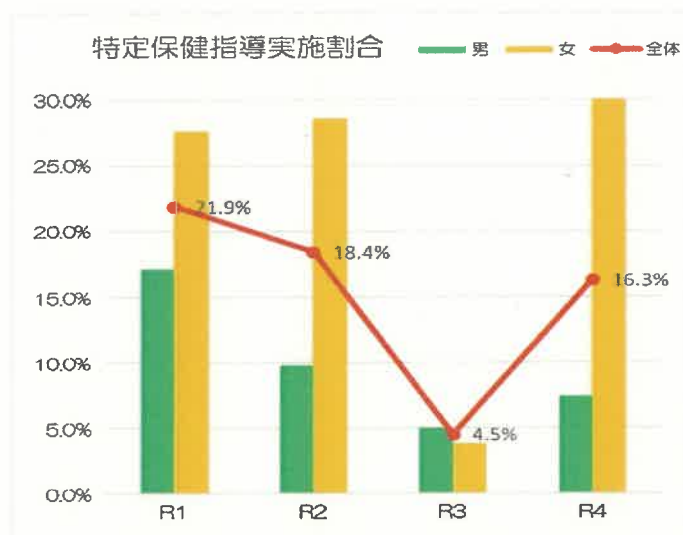


健診受診率（男）	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
40歳～44歳	29.3%	12	31.8%	14	18.9%	7	22.7%	5
45歳～49歳	25.9%	14	22.7%	10	31.9%	15	35.0%	14
50歳～54歳	23.3%	10	32.6%	14	36.6%	15	30.2%	13
55歳～59歳	31.9%	15	29.3%	12	39.5%	17	36.4%	16
60歳～64歳	48.1%	25	42.0%	21	51.1%	24	53.1%	26
65歳～69歳	55.6%	70	44.7%	55	49.0%	50	51.2%	42
70歳～74歳	45.8%	99	48.6%	107	48.7%	109	47.7%	94

健診受診率（女）	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
40歳～44歳	31.6%	6	23.8%	5	20.8%	5	33.3%	8
45歳～49歳	35.7%	10	54.2%	13	33.3%	7	33.3%	7
50歳～54歳	42.4%	14	36.8%	14	47.2%	17	54.3%	19
55歳～59歳	38.8%	19	45.0%	18	36.8%	14	40.5%	15
60歳～64歳	44.8%	30	48.6%	34	55.7%	34	46.2%	24
65歳～69歳	49.2%	92	48.1%	75	47.1%	72	46.5%	60
70歳～74歳	50.7%	113	51.1%	121	50.4%	116	49.8%	110

KDB「健康スコアリング（健診）」

②特定保健指導の実施状況



特定保健指導実施率（男）	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
40歳～44歳	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
45歳～49歳	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
50歳～54歳	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
55歳～59歳	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
60歳～64歳	25.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
65歳～69歳	22.2%	2	25.0%	2	11.1%	1	0.0%	0
70歳～74歳	33.3%	3	13.3%	2	8.3%	1	25.0%	2

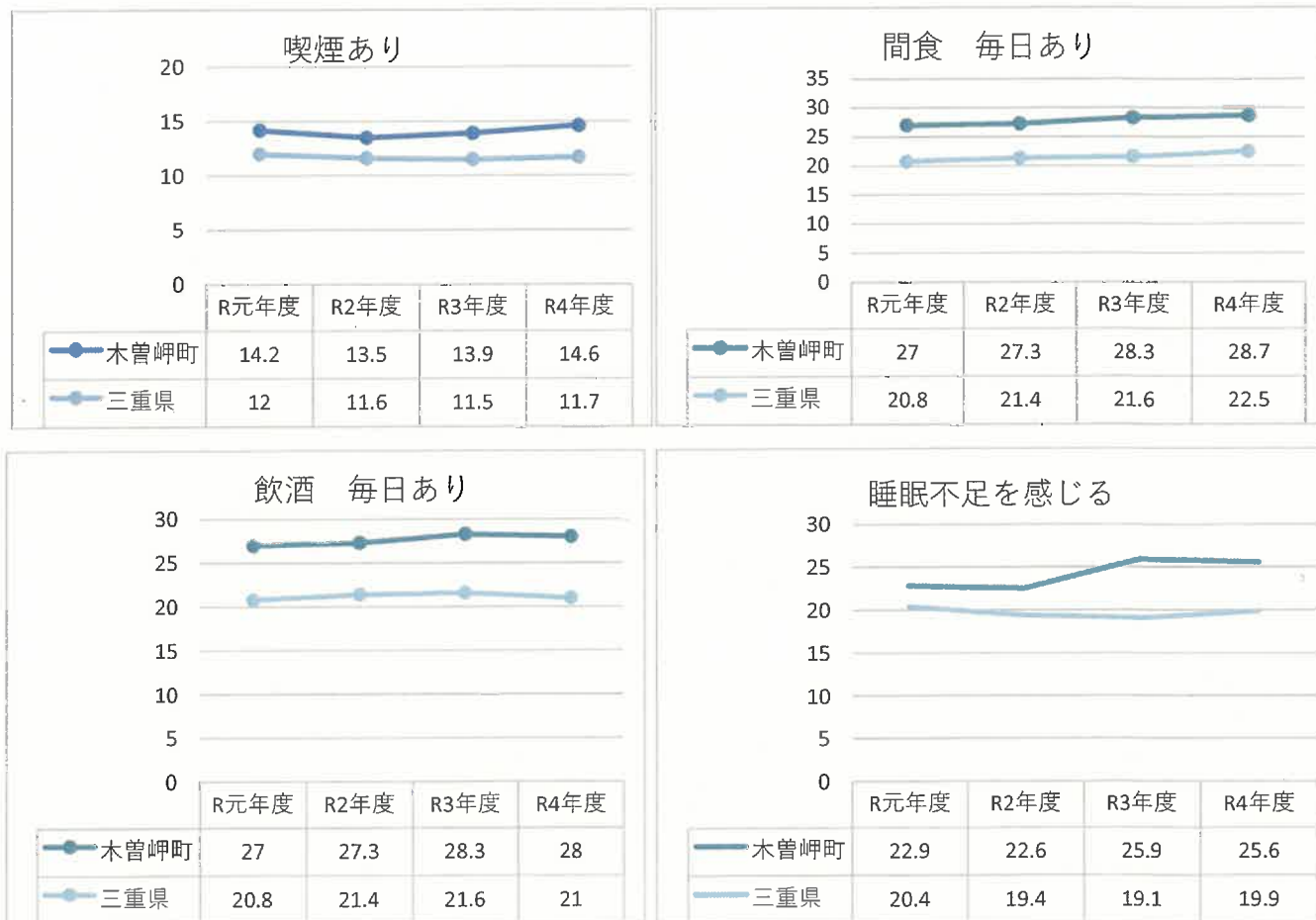
特定保健指導実施率（女）	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
40歳～44歳	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
45歳～49歳	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	100.0%	1
50歳～54歳	25.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	50.0%	1
55歳～59歳	33.3%	1	66.7%	2	0.0%	0	25.0%	1
60歳～64歳	0.0%	0	60.0%	3	0.0%	0	0.0%	0
65歳～69歳	37.5%	3	22.2%	2	0.0%	0	25.0%	1
70歳～74歳	37.5%	3	23.1%	3	9.1%	1	33.3%	1

KDB「健康スコアリング（健診）」

③健診質問票の状況

健診の問診票の結果から、高血圧、糖尿病、脂質異常症について服薬している人は県と比べて多い状況にあります。20歳時体重から10kg以上増加している方は男性50.5%、女性51.1%であり、30分以上の運動習慣なしの方は67.1%となっています。

他に、直近3年間「喫煙」「間食が毎日ある人」「飲酒の頻度が毎日の人」「睡眠不足と答えた人」が、県と比べて高い状況が続いています。令和4年度では、喫煙ありの人は14.6%、毎日間食のある人は28.7%、毎日飲酒する人は28%、睡眠不足の人は25.6%います。



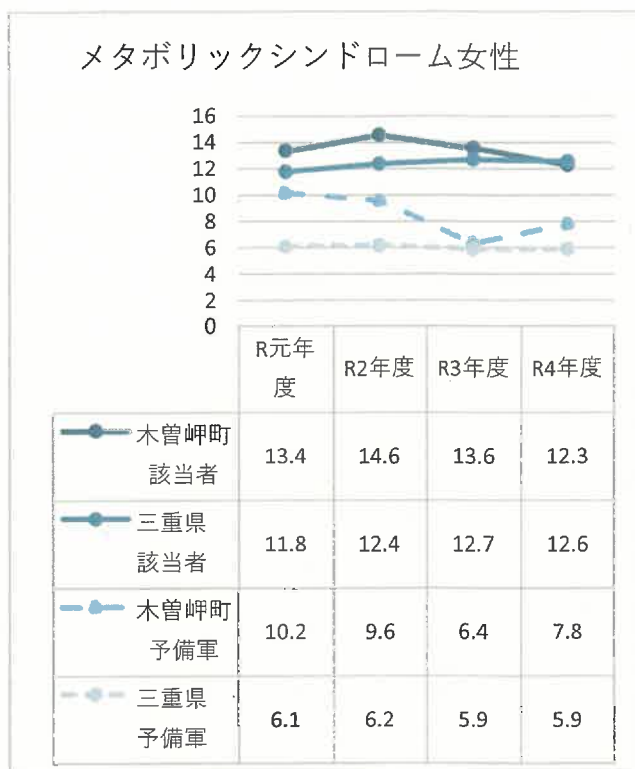
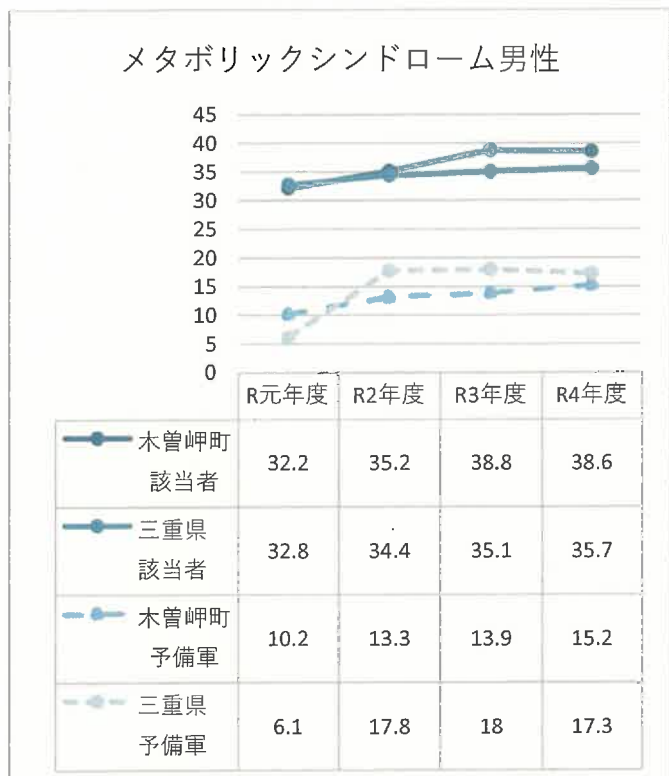
④メタボリックシンドロームの推移

性別では該当者、予備軍ともに男性が多くなっています。

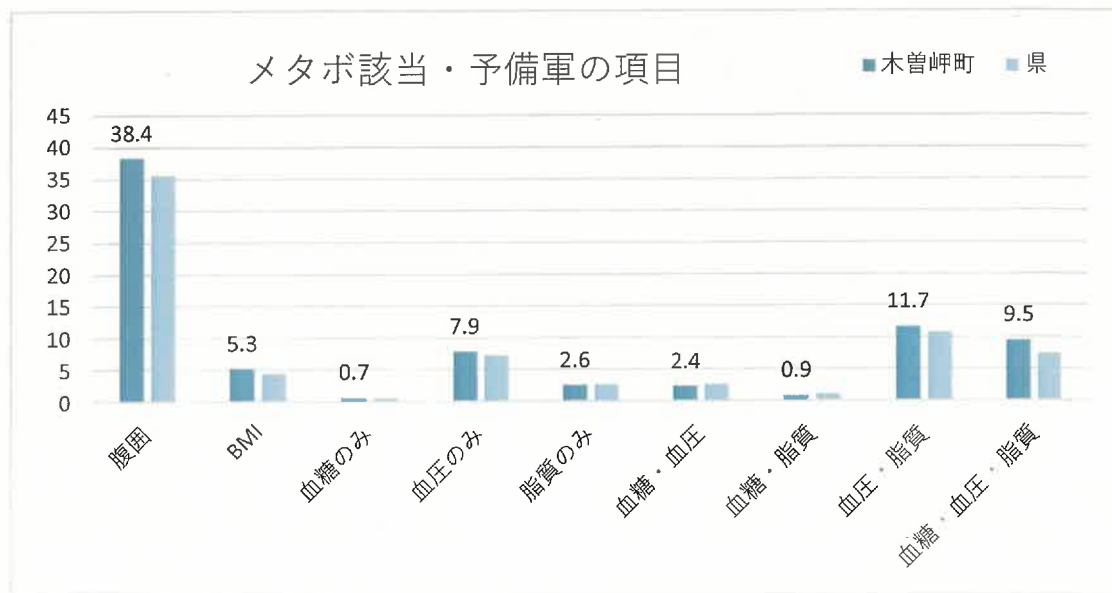
男性は令和4年度健診受診者の38.6%が該当者で、経年的に増加傾向。予備軍は15.2%で推移しています。また、男性は令和4年度では、該当者の65歳以上は40%以上で、予備軍の40代は21%と各年代と比べて多くなっています。

女性は令和4年度健診受診者の12.3%が該当者、7.8%が予備軍で、経年的に減少傾向となっています。

さらに血糖、血圧、脂質の3つのリスクを持つ人も県と比べて多い状況にあります。



KDB「地域の全体像の把握」



KDB「地域の全体像の把握」令和4年度（累計）

健診結果から見たメタボ該当者

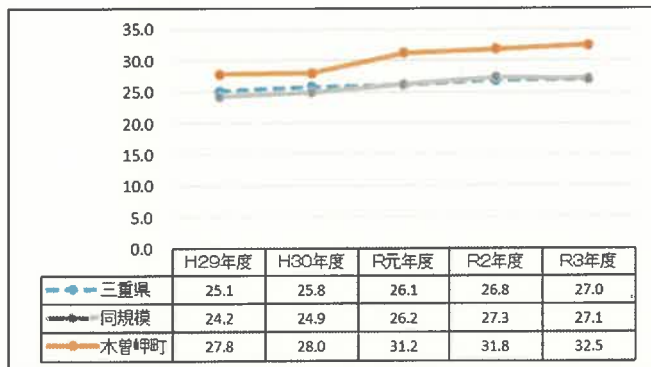
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度
		木曽岬町				県
腹囲	全体	40.1	39	37.8	38.4	35.7
	男	54.3	53.6	56.5	57.1	57.8
	女	27.8	26.8	21.1	22.2	19.9
BMI	全体	4.5	5.8	5.8	5.3	4.5
	男	0.8	3	1.3	1.9	1.3
	女	7.7	8.2	9.8	8.2	6.8
血糖のみ		0.8	0.8	0.8	0.7	0.6
血圧のみ		8.3	7.4	7.2	7.9	7.3
脂質のみ		4	3.1	2	2.6	2.7
血糖・血圧		2.5	2.7	2	2.4	2.7
血糖・脂質		1.1	0.6	0.4	0.9	1.2
血圧・脂質		10	12.5	13.9	11.7	10.9
血糖・血圧・脂質		8.5	8.2	9.2	9.5	7.5

KDB「地域の全体像の把握」

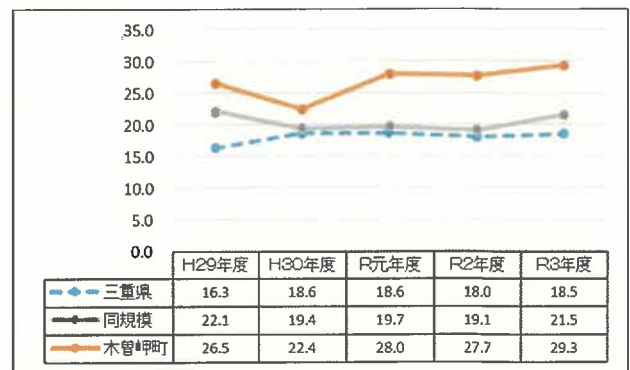
⑤健診有所見の状況

男女ともに、「BMI」「空腹時血糖値」「HbA1c」「中性脂肪」の有所見者が県と比べて多なっています。

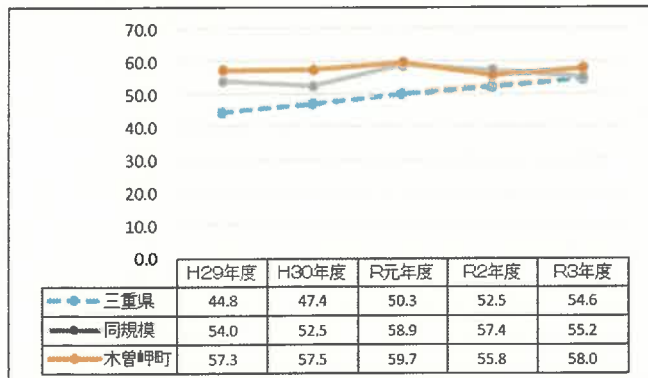
BMI



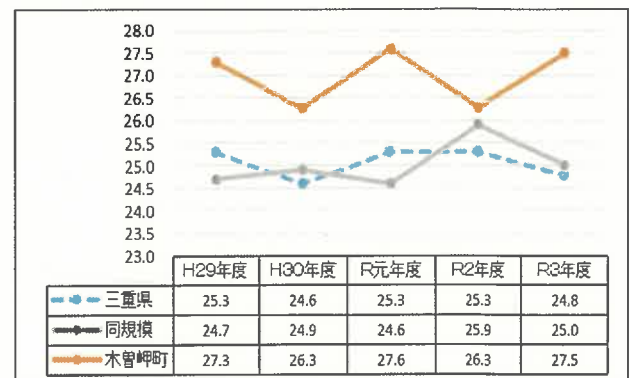
空腹時血糖



HbA1c



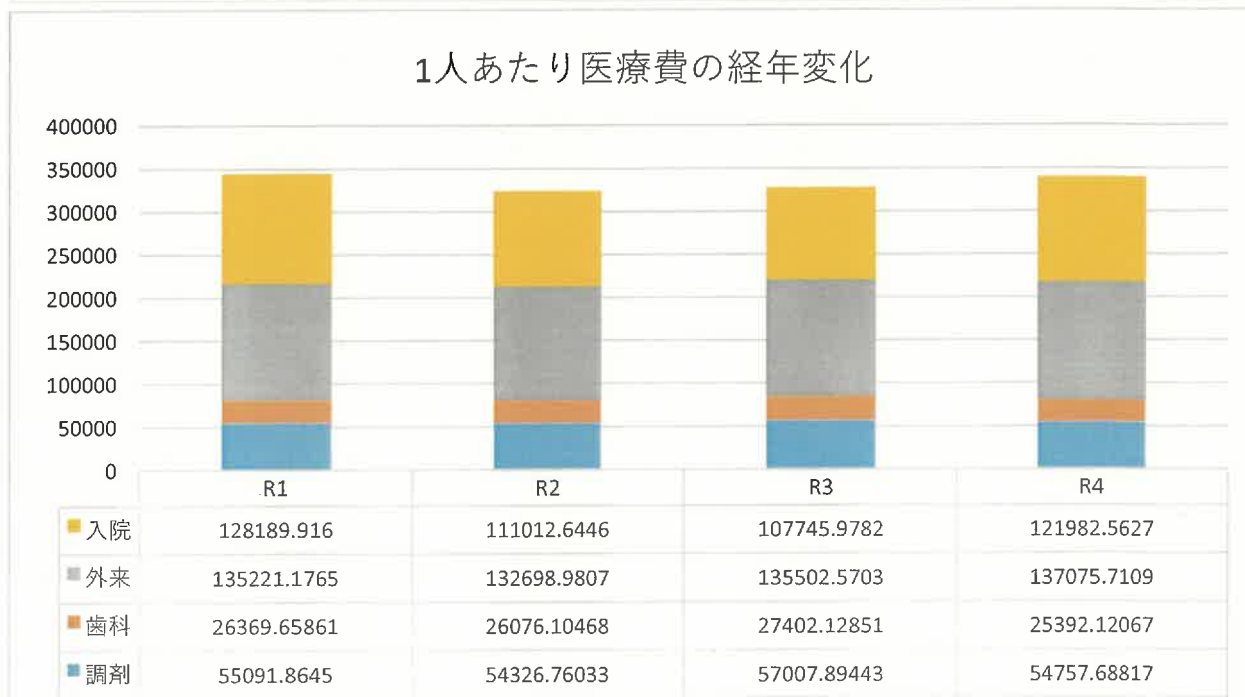
中性脂肪

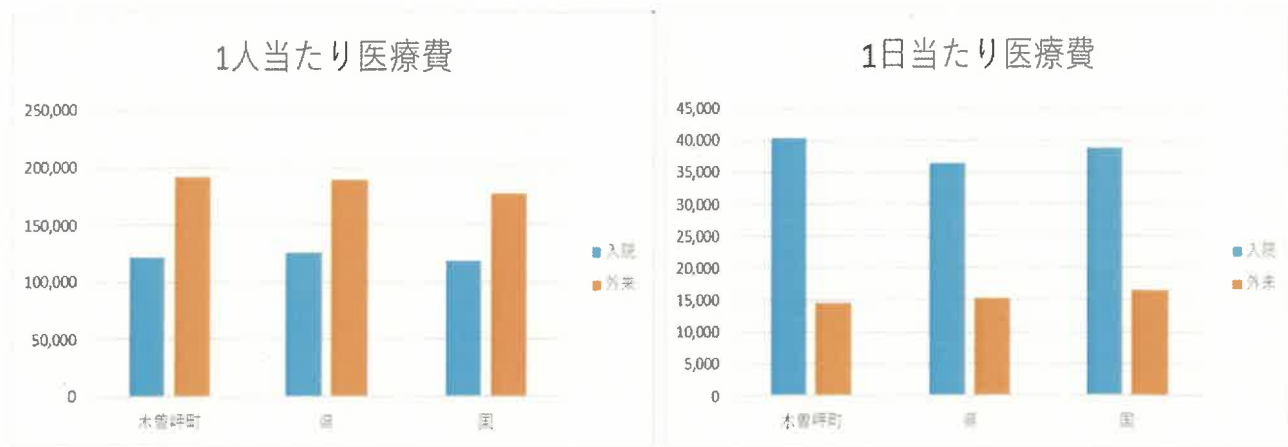


2) 医療費分析の概要

①医療費の推移

医療費は、令和4年568百万円であり、被保険者数の減少とともに微減傾向がみられます。
一人当たり医療費は、令和2年、3年に減少が見られましたが、令和4年に増加しています。
県と比較し、外来の1人当たり医療費、入院の1日当たり医療費が高い状態にあります。



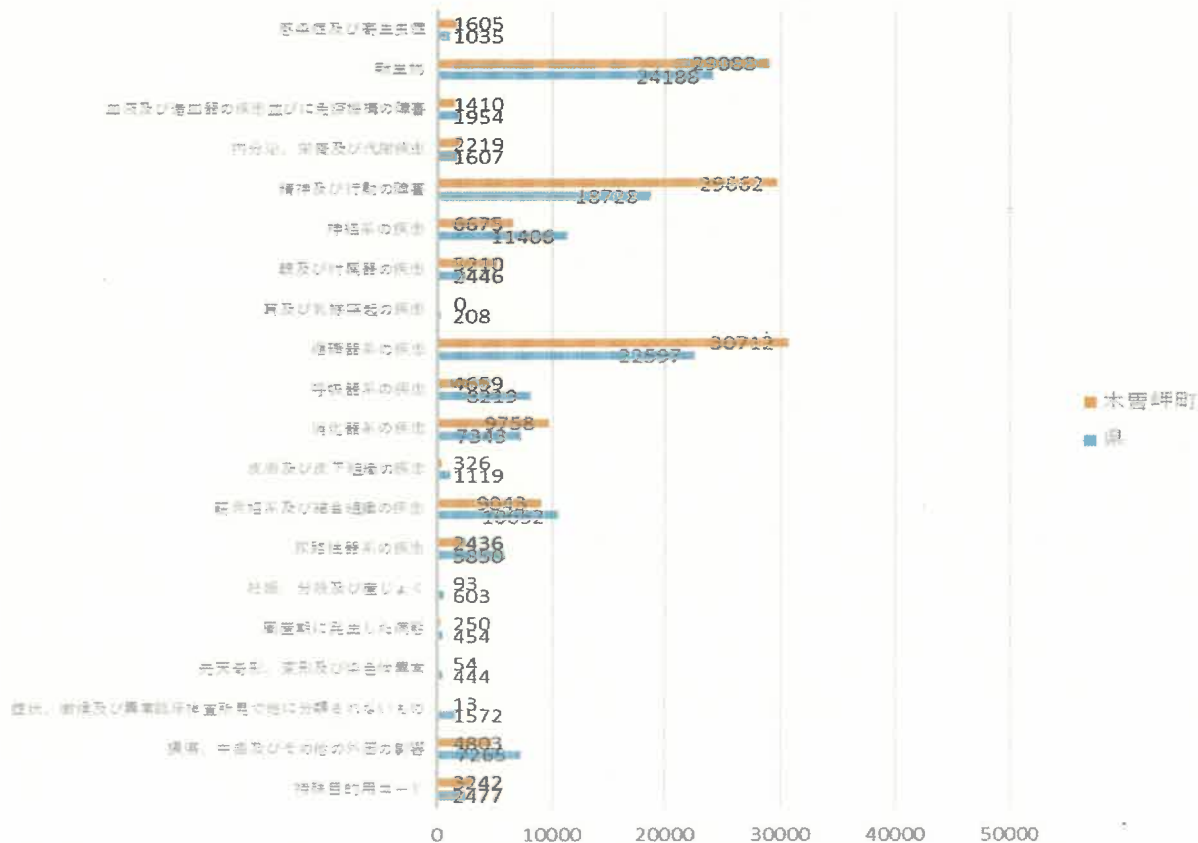


KDB「健康スコアリング（医療）」令和4年度

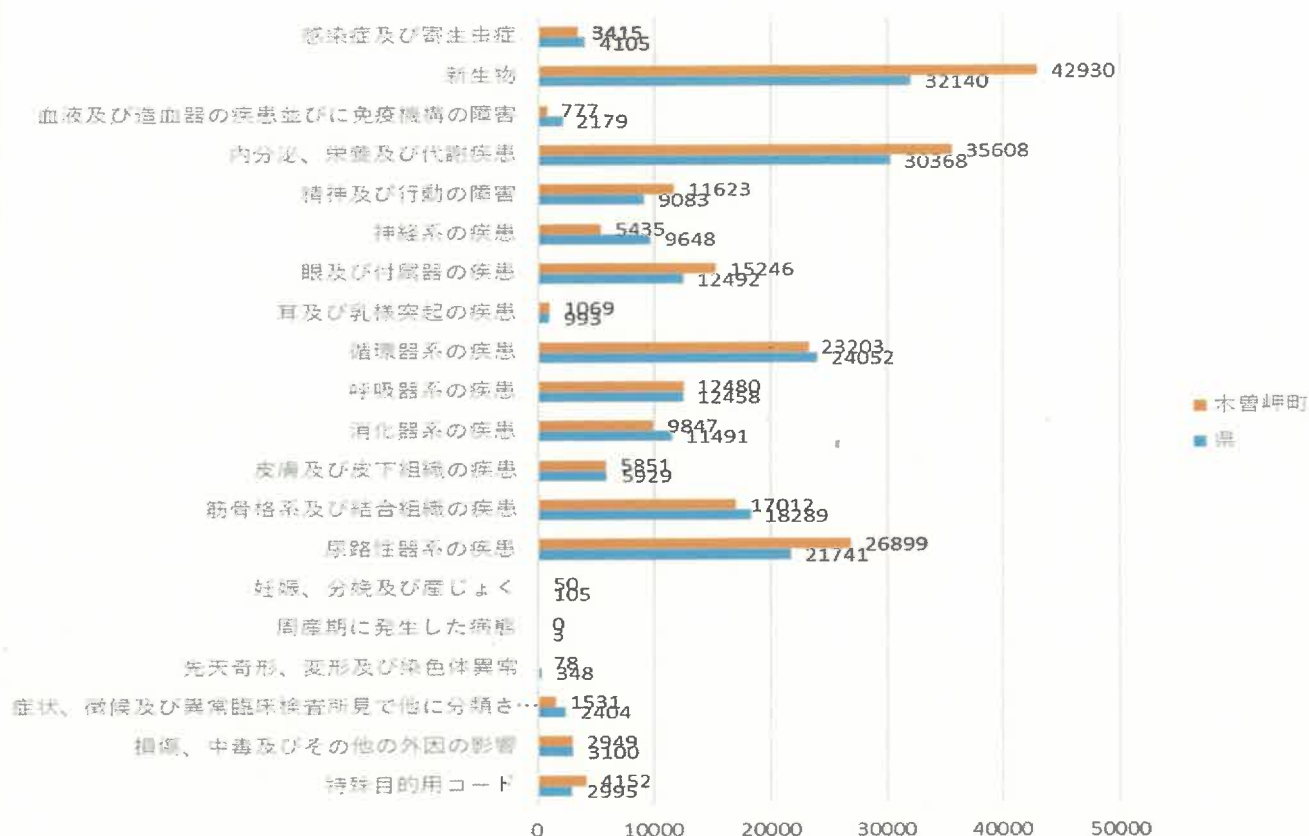
②疾病分類別医療費（大分類）の状況

令和4年度の状況は、1人あたり医療費について「新生物<腫瘍>」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「尿路性器系の疾患」の順となっています。入院では、「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」「新生物<腫瘍>」「消化器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」となり、外来では、「新生物<腫瘍>」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「尿路性器系の疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっています。

疾病大分類別1人当たり費用額（入院）



疾病大分類別1人当たり費用額（入院外）



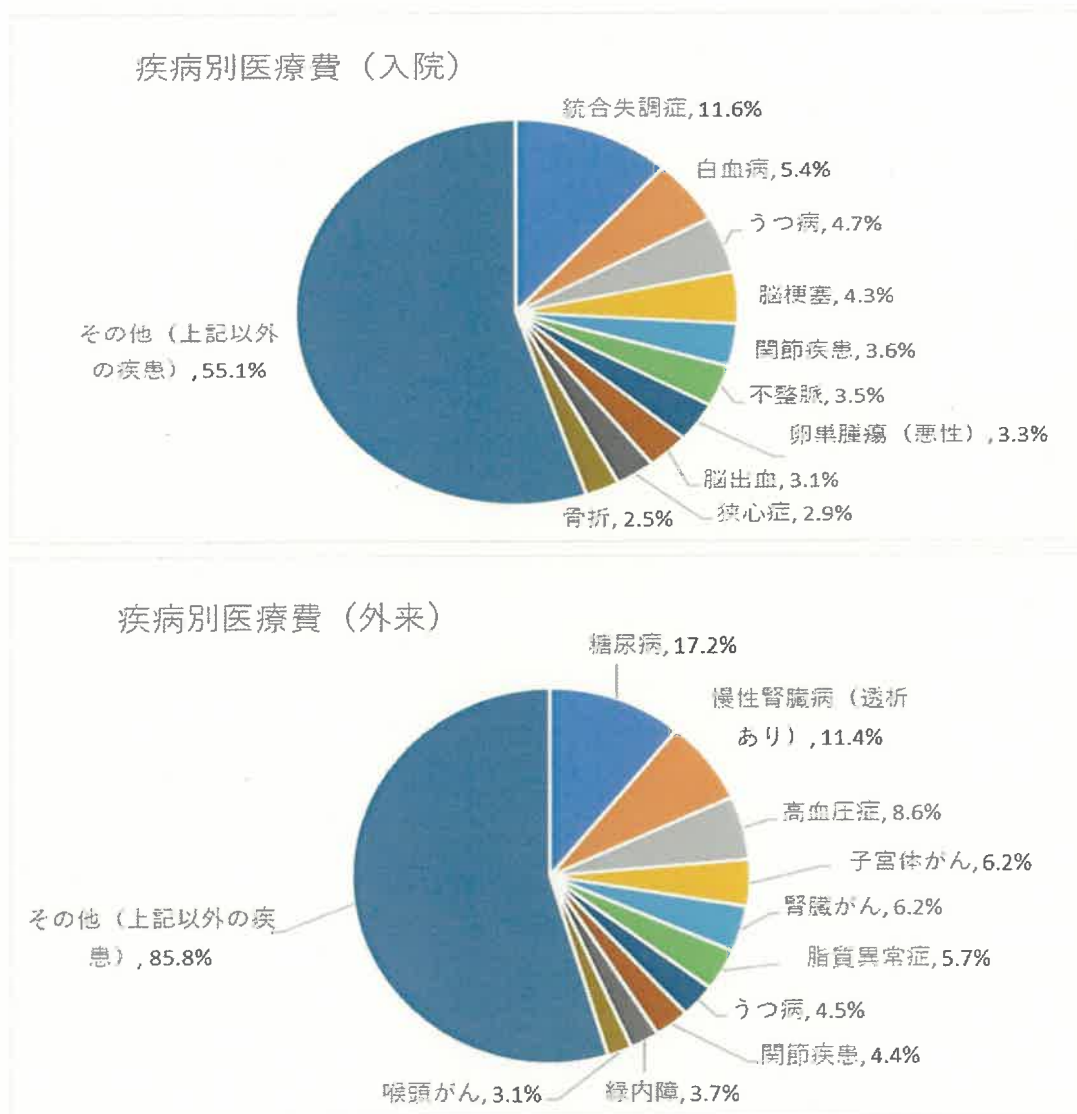
ヘルスサポートシステム疾病統計（国保）令和4年度

③疾病分類別医療費（細小分類）の状況

令和4年度の状況は、入院医療費は「統合失調症」「白血病」「うつ病」「脳梗塞」「関節疾患」の順で構成割合が高くなっています。

外来医療費は「糖尿病」「慢性腎臓病(透析あり)」「高血圧症」「子宮体がん」「腎臓がん」の順で構成割合が高くなっています。

外来の疾患別医療費については、「糖尿病」は全体医療費の17.2%を占め、次いで「慢性腎臓病（透析あり）」が11.4%、「高血圧」が8.6%を占めている。

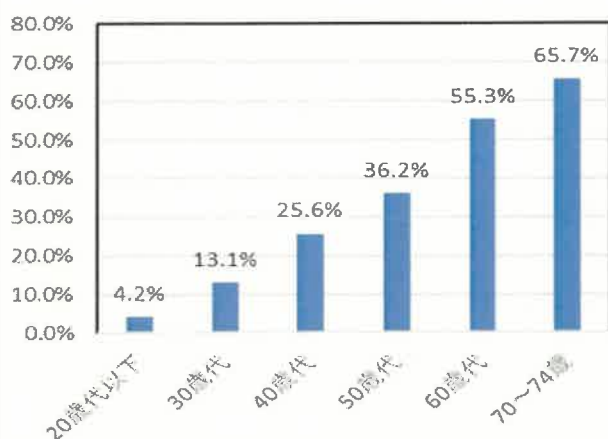


KDB「疾病別医療費分析（大・中・細小分類）」令和4年度（累計）

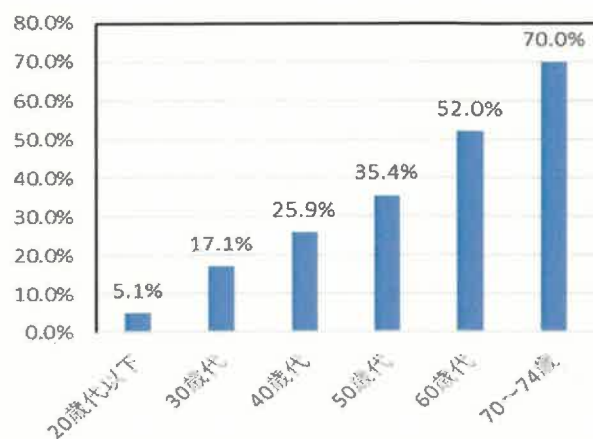
④生活習慣病の状況

生活習慣病患者は、年齢が高くなるにつれ受診者が多くなり、特に60歳代を境に伸び率が高くなっています。

生活習慣病（男性）



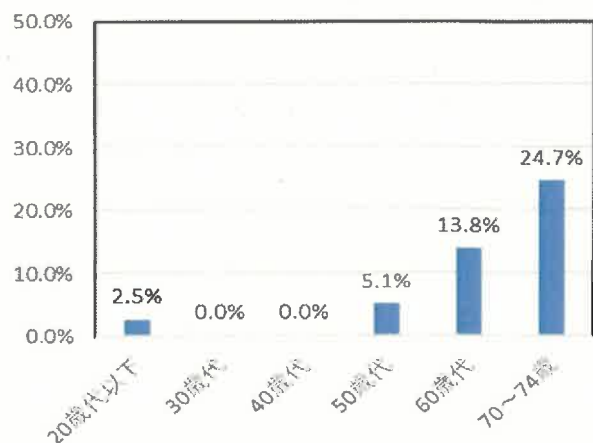
生活習慣病（女性）



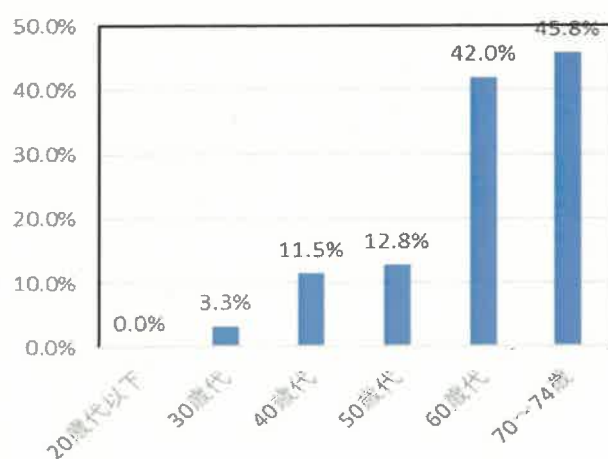
糖尿病（男性）



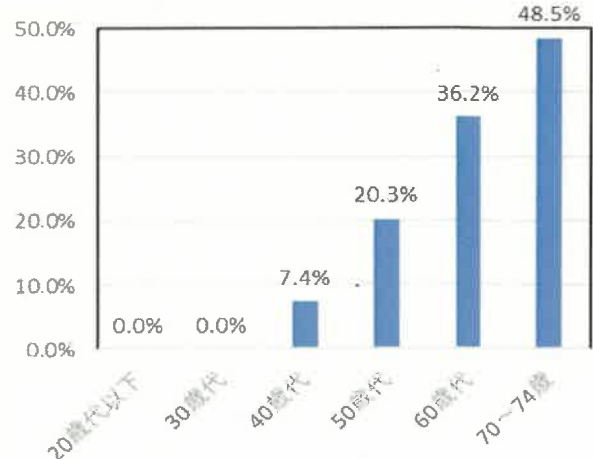
糖尿病（女性）

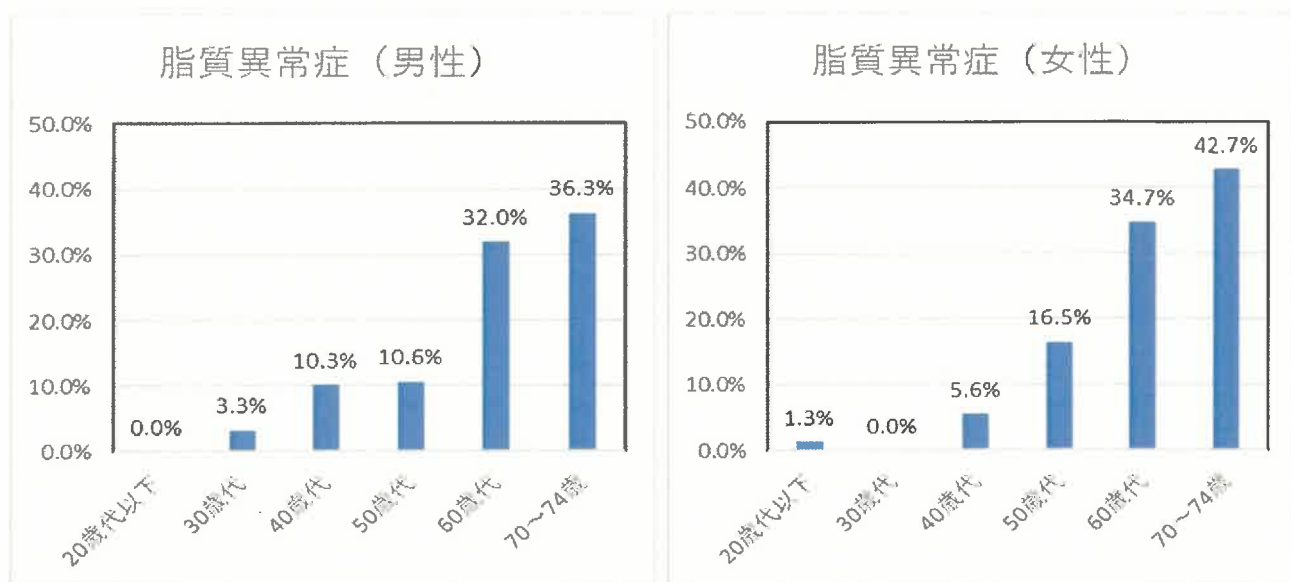


高血圧（男性）



高血圧（女性）





厚生労働省様式（様式3ー1）_生活習慣病全体のレセプト分析 令和5年5月作成

⑤重複・多剤の状況

令和4年度の後発医薬品について、数量については85.2%が置き換えられている状況があります。令和4年度の重複処方該当者と多剤処方該当者の月平均は17.2人です。

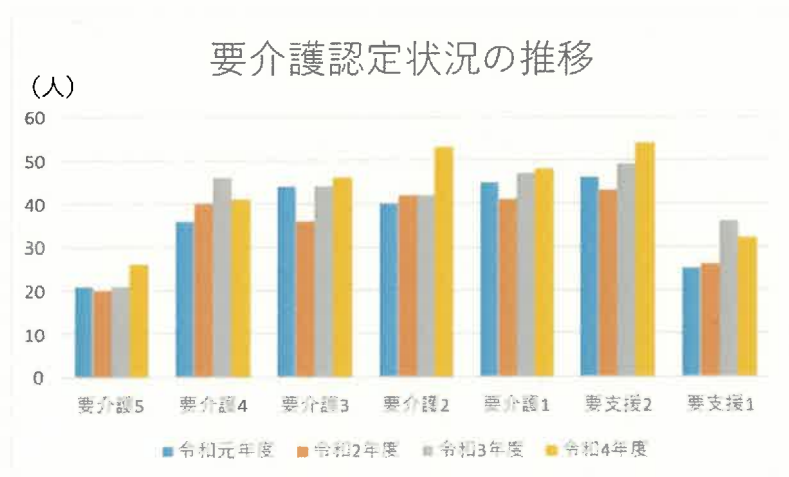
3) 介護分析の概要

①要介護（支援）者認定状況

全認定率が、令和2年度から令和5年度にかけ年々増加傾向にあります。三重県全体と比べると5%ほど少ない状況です。介護度では、三重県に比べ要支援2、要介護2、要介護5が多い傾向にあります。1件あたり給付費は、県や国より高い状況が続いています。

要介護認定状況（％）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	R4年度三重県
全認定率	12.8	13.7	14.3	14.9	19.6
要支援1	10.3	11.6	10.9	10.9	13.6
要支援2	18.1	16.8	18.6	18.9	12.5
要介護1	15.6	17.3	16.2	16.6	22.7
要介護2	16.6	15.1	17.5	17.5	15.7
要介護3	15.7	15.4	14.6	13.2	13.2
要介護4	15.8	17.1	14.6	12.3	13.5
要介護5	7.9	6.8	7.6	10.6	8.8



KDB「要介護（支援）者認定状況」 R4年度（累計）

②要介護（支援）者有病状況 など

要介護の有病状況は、ほとんど三重県の割合と同じで、有病状況4年間の変化も特にみられません。心臓病、高血圧症、筋・骨格の順に多くの割合を占め、脳疾患、脂質異常症、糖尿病については、県より高い状況があります。

要介護の有病状況（％）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	R4年度三重県
糖尿病	25.2	26	26.4	25.8	25.1
高血圧症	53.8	53.2	52.7	53.4	55.8
脂質異常症	31.5	33.8	33.7	34.1	33.1
心臓病	61.2	60.4	59.7	60	62.5
脳疾患	27.4	26	25.5	22.7	23.2
がん	9.8	9.7	9.9	10.5	10.7
筋・骨格	43.9	45.3	46.3	47.8	54
認知症	25.4	21.2	20.2	19.3	22.6
アルツハイマー病	17.5	15.9	13.9	14.4	17.4

KDB「地域の全体像の把握」

第4章 健康課題と実施計画

1) 健康課題の抽出

現状把握から見える主な健康課題		対策の方向性	優先順位
項目	健康課題	○特定健康診査受診率向上対策 ○特定保健指導 ○糖尿病性腎症重症化予防対策 ○がん予防啓発 ○やろまいげんげん運動を軸とした生活習慣病予防のとりくみ ○高齢者の健康づくり・介護予防	①
死亡	死因については、がん、心臓病、脳疾患の順である。がんが死因の1位である。早期に発見し、治療を開始できるようがん検診受診率の向上が必要である。		④
医療（重症化）	医療費については、糖尿病や慢性腎臓病（透析あり）の医療費が高く、糖尿病の予防や重症化の予防が必要である。		②
生活習慣病	医療費の外来については、糖尿病が多くの割合を占め、また、年齢が高くなるにつれ、生活習慣病で受診している人が多く、健診受診による早期発見と対策が必要である。		⑤
予備群 ・メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム該当者、予備軍の割合は高く、男性では増加傾向がある。3つのリスクを持つ人も多く、生活習慣の改善が必要である。		③
生活習慣	肥満の方が多く、肥満に関連する喫煙、間食が毎日ある人、飲酒が毎日の人、睡眠不足などの人が多く、生活習慣病の予防のため改善が必要である。		⑥
地域特性	高齢化率が経年で高くなる状況が続くため、平均自立期間や健康寿命は県内でも高いが、伸びずに停滞している。フレイル予防に取り組む必要がある。		

2) 保健事業の実施計画

①計画全体の目的

前項で明らかとなった健康課題を解決するためには、行政、町民、関係機関の連携・協力が不可欠であり、木曽岬町の強みを活かした取り組みを推進していく必要があります。

木曽岬町の健康づくりの理念は「おいしい農作物と人の温かさに囲まれたこのまちで、つどい・ふれあい・笑いながら健やかに過ごせる未来を目指して」、とし、平成29年度から健康増進計画・食育推進計画～やろまいプランに基づき町民一人ひとり、地域の人々や団体、行政が一体となった健康づくりを推進しています。

木曽岬データヘルス計画においてもこのしくみを活用し、メタボの減少、糖尿病新規患者の減少を図り、長期的には町民の健康寿命の延伸を目指します。

計画全体における 全体目的	評価指標	計画 策定時 実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
健康寿命の延伸	平均自立期間(男性)	79.9	80.1	80.3	80.5	80.8	81.3	81.5
健康寿命の延伸	平均自立期間(女性)	84.2	84.5	84.6	84.7	84.8	85.0	85.1
医療費適正化の推進	一人当たり医療費	423,121	428,057	432,993	437,930	442,866	447,802	452,739

②個別保健事業

事業番号

①特定健康診査受診勧奨

事業の目的	特定健康診査の受診率を向上させ、生活習慣病の予防や早期発見・早期治療へつなげます。
対象者	被保険者のうち20歳以上74歳となる者
内容	①若年層からの健診受診行動を促す ・特定健康診査の対象外となる20～30代の者へ個別通知を送付する。 ・無料で集団健診受診可能とする。 ②未受診者への受診勧奨 ・年に1回以上未受診者へ受診勧奨通知を送付する。 ・対象者（40代、50代）へ電話勧奨を実施する。（委託） ③継続受診を促す ・健康診査結果から算出される健康年齢レポートを送付する。 ④受けやすい体制整備 ・特定健康診査は集団方式、個別方式で実施する。 ・個別方式の場合は個別検診と人間ドックを選択できる。 ・特定健康診査とがん検診の同時実施を行う。 ・特定健康診査については受診料を無料とする。 ⑤全体への周知・啓発 ・広報・ホームページ等による啓発（記事の掲載、集団健診時に広報無線での案内放送） ・対象者への受診券とともに特定健診・がん検診の案内を個別通知する。 ・「げんげん運動マイレージ」の対象事業とし、受診結果の提出によりポイントを付与 ・かかりつけ医からの受診勧奨について地区医師会へ協力を求める。 ・みなし受診（職場で受診した健康診査結果の提出）の啓発

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム （成果） 指標	特定健診受診率	45.5%	50.0	52.5	55.0	57.0	58.5	60.0%
アウトプット （実施量・率） 指標	健診無関心者の減少	47.2%	45.5	43.5	42.0	40.0	38.0	37.2%

事業番号

②特定保健指導

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した保健指導を行い、生活習慣病の予防を図ります。
対象者	特定保健指導基準該当者
内容	①周知及び利用勧奨 ・健診結果送付後、健康レポートの通知の際に対象者へ特定保健指導の案内通知を同封する。（健康レポートが送付されていない場合は個別に案内通知を送付） ・委託事業者から電話での特定保健指導の利用勧奨を行う。 ②実施 ・特定保健指導の実施については、対象者と委託事業者と日程が合わない場合に保健センター保健師が実施する。 ・集団健診については、当日の測定値で該当すると思われる対象者へ特定保健指導の初回面談が分割実施できる体制を検討し、可能となった場合は開始する。 ・特定保健指導：対象者の健診結果や生活習慣・行動変容を踏まえて保健指導を行い。行動目標及び行動計画を策定する。3か月以上経過後に評価を行う。 ③実施場所 ・初回面接は木曽岬町保健センター ・初回面接は可能な限り対面実施とするが、希望の場合はICTを活用し、遠隔での実施の可能な体制を整える。 ・最終評価については、面談や電話等でも可能である。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0% (0/2)	20%	25%	30%	32%	34%	35%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導終了率	17.1%	25%	33%	40%	47%	52%	60%

事業番号

③糖尿病性腎症重症化予防

事業の目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化を予防し、腎不全、人工透析への移行を防止します。
対象者	①受診勧奨 ②保健指導 「桑名郡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」で示す該当者 ③健康教育 特定健診結果から、HbA1c6.5%以上または126mg/dL以上の方及び住民希望者
内容	①②「桑名郡市糖尿病性重症化予防プログラム」に沿って実施する。 ①受診勧奨 対象者へ受診勧奨通知を送付する。 電話、訪問等受診勧奨を行う。電話、訪問時やレセプトにより受診確認を行う。 ②保健指導 かかりつけ医へ確認し、実施について確認。対象者へ保健指導参加の意思確認を行い、面談、訪問、電話等で保健指導を行う。 ③健康教育（集団） 対象者へ教室の案内通知を送付する。生活面、運動、食生活の内容を含め講話と実技を行う。 糖尿病性腎症重症化予防事業については、糖尿病重症化予防検討会において報告、検討を行う。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	糖尿病腎症の新規人工透析導入患者数の減少	0.3	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨後の医療機関受診率	7.7%	10%	10%	10%	17%	17%	17.7%
	保健指導実施率	0.0%	10%	10%	10%	10%	10%	10.0%
	保健指導実施者数	0	1以上	1以上	1以上	1以上	1以上	1以上

事業番号

④重複頻回受診／重複・多剤服薬

事業の目的	重複・頻回受診、重複服薬者の適正受診を促し、医療費の適正化を図ります。
対象者	重複受診：1月に同系の疾病で3医療機関以上受診している者。 頻回受診：1月に同一医療機関に15回以上受診している者。 重複・服薬：1月に同一薬剤または同系の薬剤を複数の医療機関で処方されている者。
内容	対象者が発生した場合、国保担当者から保健師へ情報提供します。 保健師は対象者を訪問または電話で状況確認、かかりつけ医・薬局、お薬手帳の活用について、生活習慣の改善について等説明します。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	重複・多剤投与者の減少	121	117	113	109	105	101	97
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への指導率	5.8%	6.0%	6.2%	6.4%	6.6%	6.8%	7.0%

事業番号

⑤後発医薬品使用促進

事業の目的	被保険者の薬品費負担の軽減及び保険者の医療費の抑制を図ります。
対象者	国民健康保険団体連合会から提供される差額通知書データの対象者
内容	対象者へ差額通知を送付する。年1回、11月実施。 年度時点の重複・多剤投与者数（対被保険者1万人）で前年度と比較し評価を行います。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム （成果） 指標	後発医薬品使用率	85.2%	85% 以上	85% 以上	85% 以上	85% 以上	85% 以上	85% 以上
アウトプット （実施量・率） 指標	差額通知発送対象者率の 減少	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%
アウトプット （実施量・率） 指標	差額通知発送数	13	15以下	15以下	15以下	15以下	15以下	15以下

事業番号

⑥がん検診

事業の目的	がんの早期発見・早期治療につなげます
対象者	胃・大腸・肺・乳がん・子宮がん検診：20歳以上の住民
内容	がん検診実施期間：5月から翌年1月末 ①がん検診の受診啓発 ・広報・ホームページ等による啓発（記事の掲載、集団健診時に広報無線での案内放送） ・特定健康診査受診券の個別通知にがん検診の案内を同封。 ・「げんげん運動マイレージ」の対象事業とし、受診結果の提出によりポイントを付与。 ・かかりつけ医からの受診勧奨について地区医師会へ協力を求める。 ・精密検査の対象者へ受診勧奨 ・健診実施期間内に40歳から5歳刻みの節目の年度内未受診者へ受診勧奨はがきを送付。 ・町実施がん検診以外で受診した結果の提出を促す。 ②受けやすい体制整備 ・個別方式、集団方式で実施する。 ・土曜、日曜の集団がん検診を実施する。 ・国民健康保険被保険者は、集団特定健診と個別特定健診では一部のがん検診を、人間ドック健診ではすべてのがん検診を同時に受診可能とする。 ③無料がん検診の実施 ・乳がん：40歳、45歳、子宮がん：20歳、25歳の女性に無料クーポンを送付する。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5確定 (R3)	R6確定 (R4)	R7確定 (R5)	R8確定 (R6)	R9確定 (R7)	R10 確定 (R8)	R11 確定 (R9)
アウトカム (成果) 指標	がんによる年齢調整死亡率	255.23	240	240	230	225	220	214
アウトプット (実施量・率) 指標	胃がん検診受診率	14.5%	20%	20%	30%	40%	50%	60%
	肺がん検診受診率	11.0%	20%	20%	30%	40%	50%	60%
	大腸がん検診受診率	11.1%	20%	20%	30%	40%	50%	60%
	乳がん検診受診率	25.3%	30%	30%	35%	40%	50%	60%
	子宮がん検診受診率	14.9%	20%	20%	30%	40%	50%	60%

地域保健・健康増進報告の当該年度確定値を使用

事業番号

⑦高齢者の健康づくり・介護予防

事業の目的	高齢者の健康上の不安を取り除き、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間を延伸するために、要介護の要因となる転倒、骨折を防ぐための取り組みを行います。
対象者	一般高齢者
内容	①一般高齢者向け転倒予防を目的とした体操教室の継続 （転倒予防教室、いすたいそう、スクエアステップ、さわやか体操） ②広報・ホームページ・健康カレンダーを通じた啓発 ③老人クラブ地区懇談会での体操実施 ④後期高齢者の健康不明者訪問の実施 ⑤集団特定健診時の健康相談を活用して、フレイル予防の啓発

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム （成果）指標	介護保険認定率（％）	13.8%	14.0%	15.0%	15.3%	15.5%	15.9%	15.9%
アウトプット （実施量・率） 指標	一般高齢者向け教室回数	105	105	105	106	106	107	107
	老人クラブ体操実施回数	6	6	6	6	7	7	7

事業番号

⑧やろまいげんげん運動を軸とした生活習慣病予防のとりくみ

事業の目的	やろまいげんげん運動の推進を軸として継続的な運動と減量のきっかけをつくることを目的として、様々な機会をとらえて推進します。 日常的な目標（例：おやつ回数を減らす。毎日15分以上歩く。）を各自で考え、達成することにより、健康の意識向上をめざします。
対象者	一般住民
内容	①やろまいげんげん運動の啓発 ・広報、ホームページ、健康カレンダーによる啓発 ・健康相談、健康教育、各種健診、健康まつり等での紹介 ・げんげん運動手帳配付推進（町内企業にも働きかける） ②食を通した運動の推進 ・ヘルシークッキング ・食の元気アップ教室 ・食生活推進協議会による啓発 ③医師による健康講演会の開催（1回/年）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値						
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム (成果) 指標	○メタボ率の減少	24.5%	24.4%	24.3%	24.2%	24.1%	24.0%	23.9%	
アウトプット (実施量・率) 指標	○広報、ホームページによる啓発回数	1	1	2	3	3	4	5	
	○げんげん運動手帳の配布数	32	40	45	50	60	70	80	

3) 個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画(保健事業全体)の評価 ・見直し

個別保健事業については、毎年度評価し、令和8年度には、計画全体の中間評価を行うこととします。目標達成に向けた進捗確認により、状況の見直しを図ることとします。また、計画期間の最終年度には、計画に掲げる目標の達成状況及び事業実績に関する評価を行います。

4) 計画の公表・周知

策定した第2期データヘルス計画については、町ホームページに掲載し公表します。

5) 個人情報の取り扱い

木曽岬町における個人情報の取扱いは、木曽岬町個人情報保護条例、同条例施行規則によるものとします。

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、庁内等での利用等の場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

6) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意点

介護・健康づくり・国民健康保険・後期高齢者医療広域連合と地域包括ケアに関する課題把握に努め、取組に対しては支援や協力を行う。

KDBシステムによるデータなどを活用し、関係者間で共有します。

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	近年、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化など大きな環境変化に伴い、国民健康保険等の医療制度を将来にわたり維持可能なものとしていくためには、その構造改革が急務です。 このような状況に対応するため、医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の生活習慣病の発病や重症化を予防し、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させることを目的に、医療保険者に特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務づけられました。 本町では、特定健康診査受診率は令和4年度45.5%となっているが、特定保健指導実施率が令和元年度21.9%、令和2年度18.4%、令和3年度4.5%であり、コロナ感染症の影響もあり一時的に落ち込む状態となった。令和4年度には回復傾向となり、16.3%となっています。
計画の位置づけ	本町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に第3期木曽岬町国民健康保険データヘルス計画を策定し実施します。 第4期木曽岬町国民健康保険築堤健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、第3期計画の中に取り込み、保健事業を一体的に推進していきます。

○被保険者等に関する基本情報

(令和5年3月31日時点)

	全体	%	男性	%	女性	%
人口	5,951	—	3,059	—	2,892	—
国保加入者数	1,341	—	673	—	668	—
0～39歳	267	19.9	150	22.3	117	17.5
40～64歳	418	31.2	229	34.0	189	28.3
65歳～74歳	656	48.9	294	43.7	362	54.2

特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】

対象者	被保険者のうち特定健康診査に実の実施年度中に40～74歳となる者 (実施年度中に75歳になる75歳未満の者を含む)
実施場所	〈個別健診〉 桑名医師会に委託し、実施場所は桑名医師会所属の実施医療機関とする。 〈人間ドック〉 愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 もりえい病院附属伊勢湾岸クリニック ヨナハ健診クリニック 〈集団健診〉 本町保健センター
実施時期	〈個別健診・人間ドック〉 7月から11月末。なお、受診日は各医療機関の受付のよるものとします。 〈集団健診〉 町が指定する健診日とします。
案内方法	対象者に受診券及び受診可能医療機関案内チラシ、問診票を送付します。 住民課、庁内連携課、町内医療機関にてポスター掲示します。
事業者健診等からのデータ収集方法	健診案内文にて、職場等で健診を受けられた方へ健診結果の提出を案内し、本人から健診結果を直接若しくは郵送にて受領します。

特定健康診査実施項目

健診項目	
診察	問診
	身長
	体重
	BMI
	腹囲
	理化学的所見(身体測定)
	血圧
血中脂質検査	中性脂肪、HDL-コレステロール、LDLコレステロール
肝機能	AST、ALT、 γ -GT
血糖検査	ヘモグロビンA1c、空腹時血糖
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量測定、赤血球数
腎機能検査	クレアチニン
尿酸検査	尿酸
心電図検査	心電図
尿検査	尿蛋白、尿糖、尿潜血
眼底検査	眼底撮影 ※医師が必要と認める者

特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者	被保険者のうち特定健康診査受診者の受診結果により、基準に該当した者
実施場所	木曽岬町保健センター ICTを使用したオンラインで実施する。
実施内容	〈動機付け支援〉 管理栄養士や保健師等が、対象者とともに健診の結果や生活習慣の振り返りを行い、食事、運動等の実践的な指導を通して健康状態の向上を図れるように支援します。 初回面接にて、行動目標及び行動計画を立て、3カ月以上経過したのち目標の達成状況や行動変容について評価します。 〈積極的支援〉 医師、管理栄養士や保健師が、対象者とともに健診の結果や過去の健康状態を踏まえ、生活習慣の改善に向けた自主的な取り組みを継続的に実施できるよう支援します。 初回面接にて行動目標及び行動計画を立て、3ヶ月以上の継続的な支援を実施したのち目標の達成状況や行動変容について評価します。 また、対象者の生活習慣や行動変容の状況から計画の変更が必要であれば、計画内容の再設定を行います。
実施時期	8月から翌年度7月までとする。なお、実績評価は翌年度9月までに実施します。
周知や案内方法	対象者に案内通知を送付します。 委託業者、保健師より対象者に架電します。
特定保険指導対象者	対象基準に該当し、保健指導を希望するすべての方へ実施します。

特定保健指導対象者選定表

腹囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	喫煙歴	対象	
			40～64歳	65歳～74歳
$\geq 85\text{cm}$ （男性） $\geq 90\text{cm}$ （女性）	2つ以上		積極的 支 援	動機付 支 援
	1つ以上	あり なし		
上記以外で $\text{BMI} \geq 25$	3つ以上		積極的 支 援	動機付 支 援
	2つ以上	あり なし		
	1つ以上			