

加美町国民健康保険

第3期 データヘルス計画（保健事業実施計画）

・

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 加美町

【目次】

第1編 第3期データヘルス計画（保健事業実施計画）

第1章 基本的事項

- 1 計画の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 実施体制・関係者との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

第2章 現状の整理

- 1 保険者の特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 第2期データヘルス計画等に係る評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

第3章 データ分析・分析結果に基づく健康課題

- 1 医療費の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- 2 生活習慣等の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 3 特定健康診査・特定保健指導の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- 4 その他の保健事業の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
- 5 分析結果に基づく健康課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23

第4章 第3期データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標達成のための戦略

- 1 計画策定の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- 2 計画全体の目的と目標を達成するための戦略・・・・・・・・・・ 26
- 3 計画全体の目的と目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

- 1 健診異常値放置者受診勧奨率向上事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
- 2 糖尿病性腎症重症化予防事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
- 3 特定保健指導利用率向上事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
- 4 特定健康診査勧奨事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
- 5 がん検診受診率向上事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40
- 6 適正受診・適正服薬実施率向上事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
- 7 ジェネリック医薬品差額通知事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44

第6章 データヘルス計画（保健事業全体）及び特定健康診査等実施計画の評価・見直し

- 1 評価の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
- 2 評価時期及び計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

第7章 その他

- 1 計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
- 2 個人情報の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
- 3 地域包括ケアに係る取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

第2編 第4期特定健康診査等実施計画

1	計画策定の背景及び趣旨	46
2	計画期間	46
3	特定健康診査	46
	(1) 基本的な考え方	46
	(2) 対象者	46
	(3) 対象者数の見込み	46
	(4) 実施方法	47
	(5) 周知・案内方法	48
	(6) 体制整備	48
	(7) 特定健康診査の委託	48
	(8) 情報提供	48
	(9) 目標値	48
4	特定保健指導	49
	(1) 基本的な考え方	49
	(2) 対象者	49
	(3) 対象者数の見込み	49
	(4) 実施方法	49
	(5) 目標値	51
5	年間スケジュール	51

《巻末資料》

用語の解説	52
-------	----

第1編

第3期 データヘルス計画（保健事業実施計画）

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

平成25年6月14日閣議決定された「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。」こととされました。この方針を踏まえて、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、平成28年度に「加美町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行いました。

また、保険者は、平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）」により、40歳から74歳までの被保険者を対象にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導を実施するとともに特定健康診査等実施計画に定めること、とされています。

このことにより、平成30年度から令和5年度までの計画として、「第2期加美町国民健康保険データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し、事業実施を行いました。

前期計画の終了により新たに策定する本計画は、特定健康診査等実施計画に定める事業がデータヘルス計画の中核をなすものであることから、「第3期加美町国民健康保険データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画」として、二つの計画を一体的に策定し、効果的かつ効率的な事業を実施することで、被保険者の健康寿命の延伸を図るとともに医療費の適正化に資することを目的とします。

2 計画期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3 実施体制・関係者との連携

本計画は、保健福祉課が主体となり策定し、事業の実施は、保健福祉課、各福祉センター及び地域包括支援センター、関係団体等と連携を図りながら進めていきます。

連携部署・関係団体	役割
保健福祉課	主体となり、計画の策定・実施・評価・見直し等を行う
各福祉センター	保健事業における連携・実施
地域包括支援センター	保健事業における連携・実施
国民健康保険運営協議会	保健事業に対する諮問・答申
医師会・歯科医師会・薬剤師会	保健事業の実施における連携・助言等
保健所	保健事業における助言・情報提供等
宮城県国民健康保険団体連合会	保健事業への助言等・データ分析等の技術的支援等

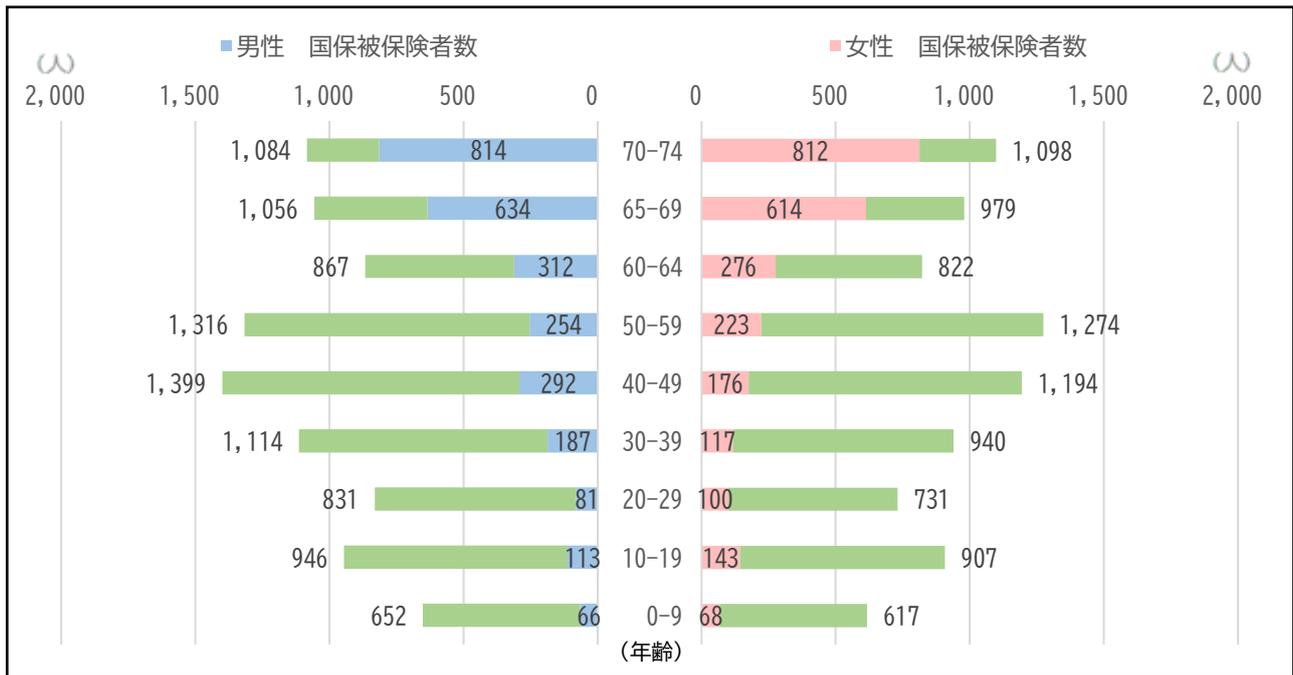
第2章 現状の整理

1 保険者の特性

❖ 加美町国民健康保険被保険者の状況

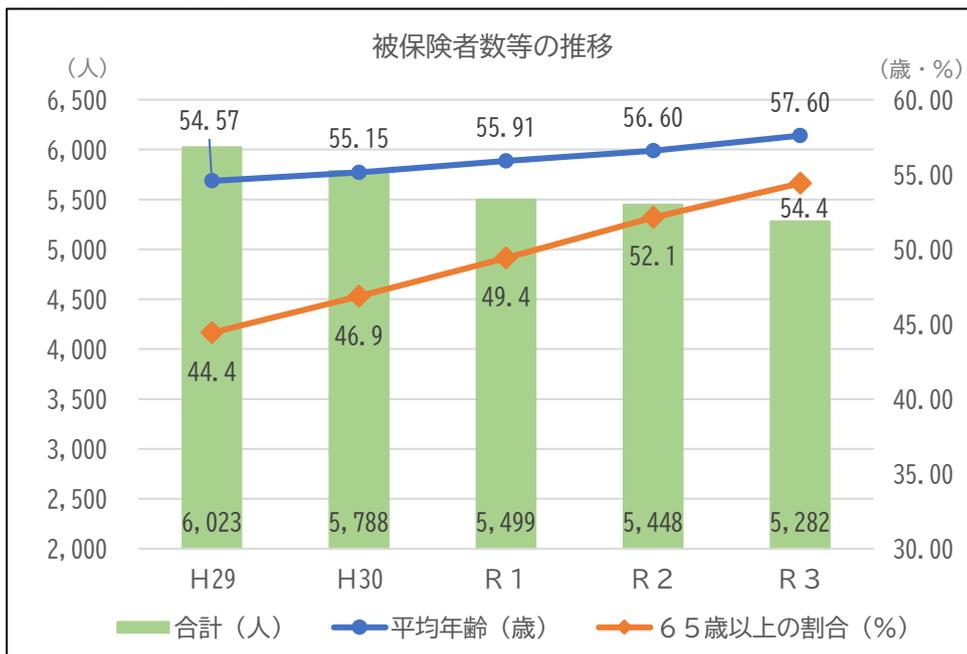
- ・現在の50歳代が70歳代を迎える2040年頃に、被保険者数が現在の2倍になると見込まれます。
- ・被保険者数は減少していますが、被保険者の平均年齢や65歳以上の割合は増加しており、高齢化が進んでいます。

〈加美町の人口・被保険者〉



出典：加美町住民基本台帳（人口）、KDB「地域の全体像の把握」（被保険者数）

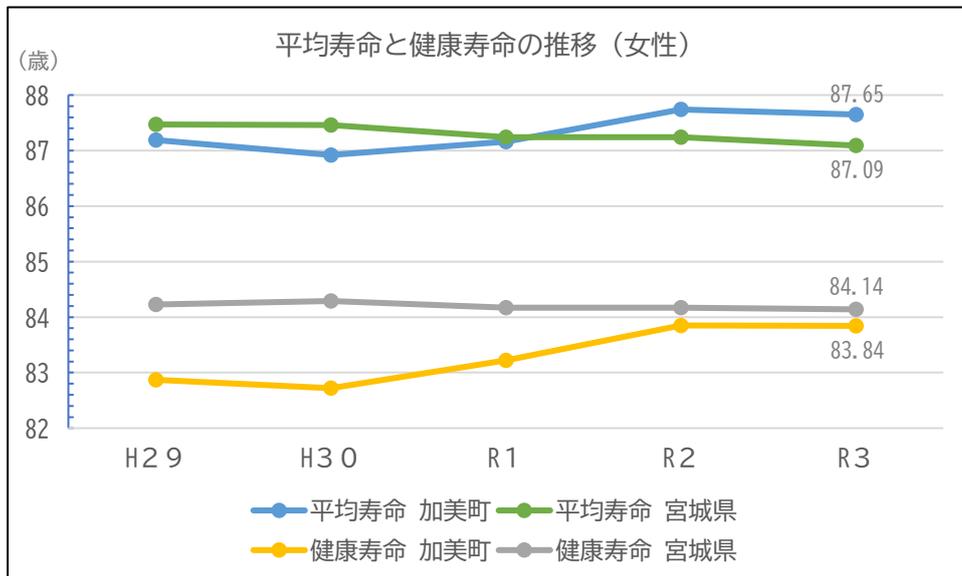
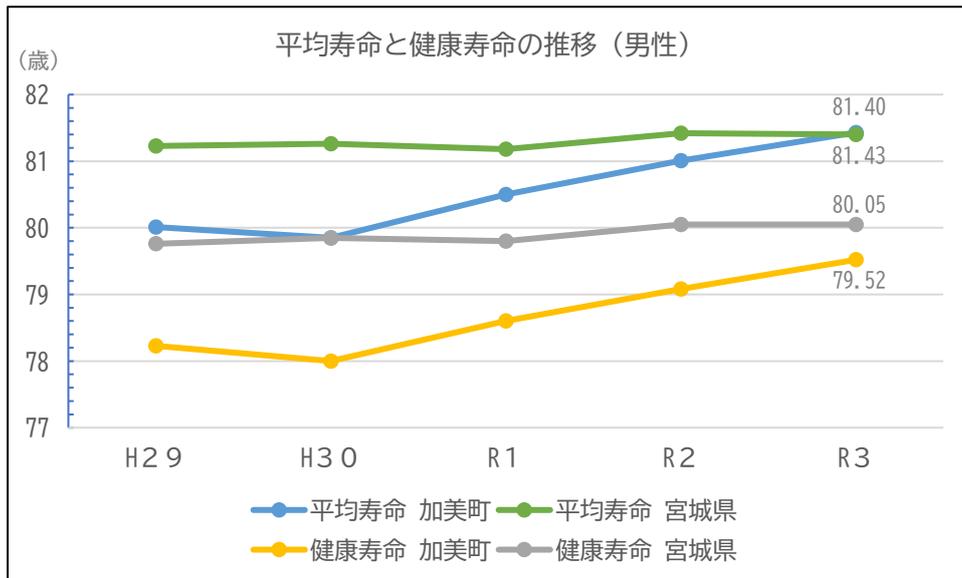
〈被保険者数等の推移〉



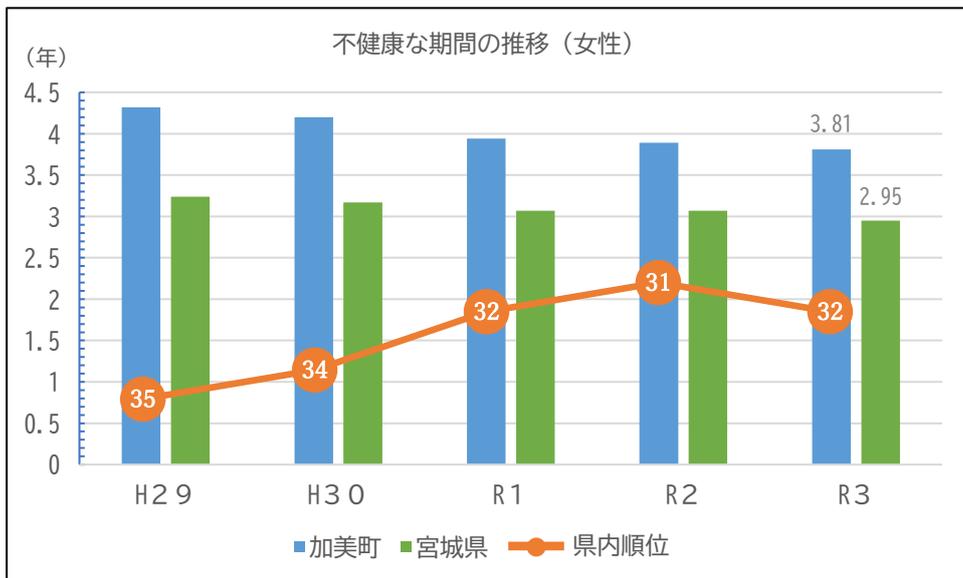
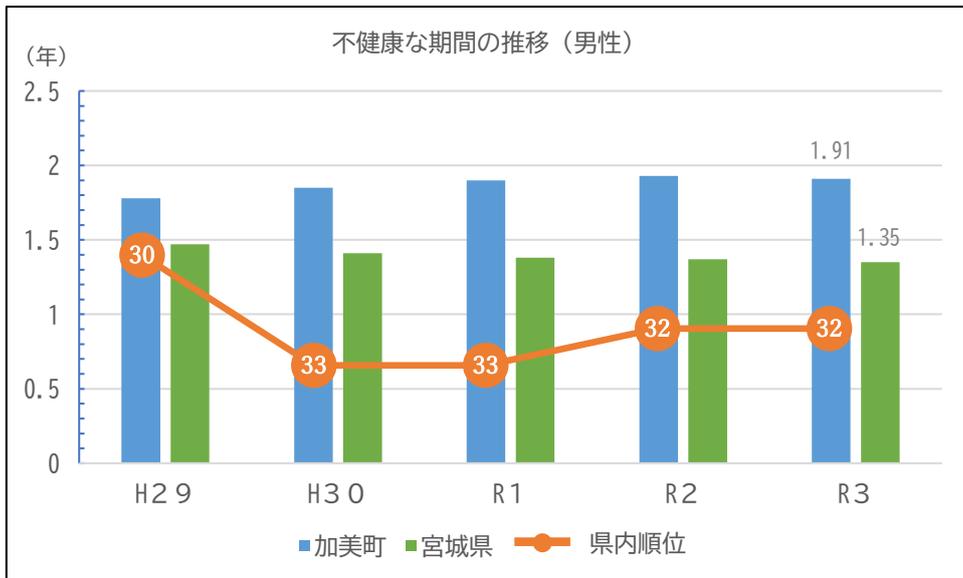
出典：KDB「地域の全体像の把握」（被保険者数各年度累計）

❖ 加美町の平均寿命と健康寿命・不健康な期間の推移

- ・男女とも平成 30 年度をさかいに、平均寿命と健康寿命が延伸し、平均寿命は男性が令和 3 年度に 81.43 歳、女性が令和 2 年度に 87.74 歳と県の数値を超えています。また、健康寿命は県より短く、令和 3 年度には、男性 79.52 歳、女性 83.84 歳となっています。
- ・不健康な期間は、平成 29 年度に女性が 4.32 年で県内最下位でしたが、年々短縮しています。



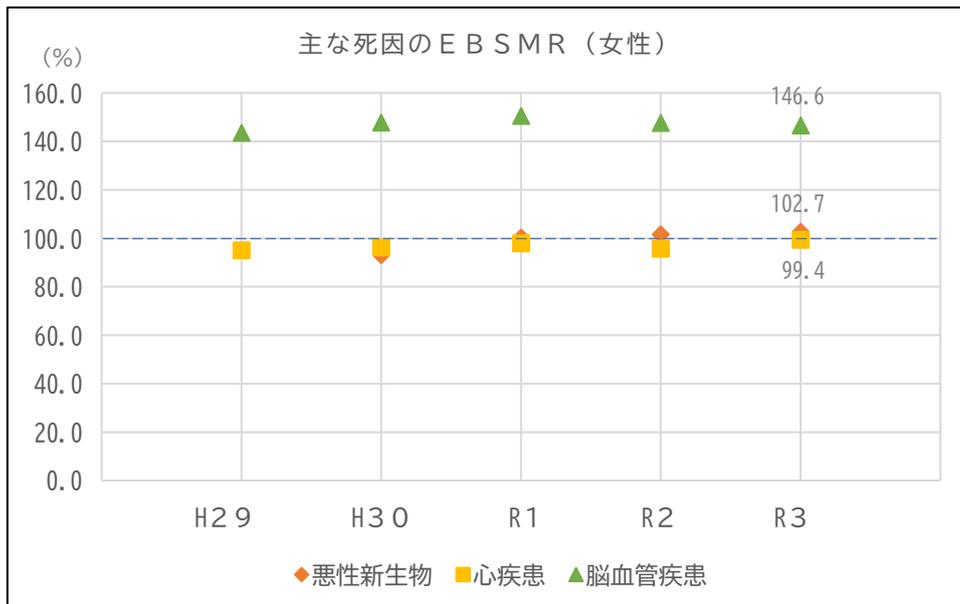
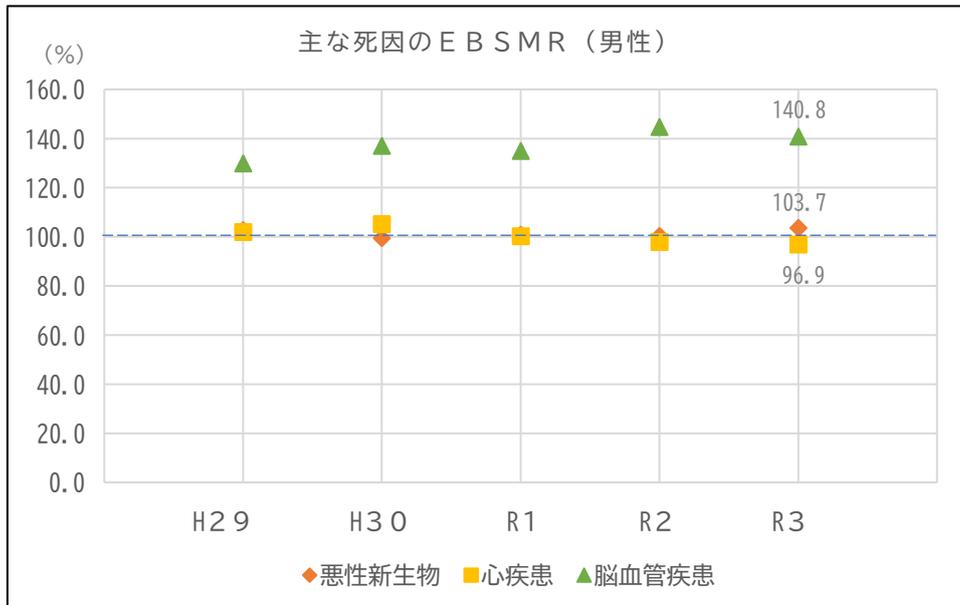
出典：宮城県保健福祉部「データからみたみやぎの健康」



出典：宮城県保健福祉部「データからみたまやぎの健康」

❖ 加美町の主な死因のE B S M R

- ・脳血管疾患のE B S M R（＝標準化死亡比 経験的バイズ推定 国の平均値を100%とする標準死亡率を町の死亡数に当てはめたもの）は、男女とも過去5年間、全国よりも高い傾向にあり、令和3年度には男性140.8、女性146.6と県内でトップクラスです。
- ・悪性新生物と心疾患のE B S M Rは、男女とも全国とほぼ同じ程度となっています。



出典：宮城県保健福祉部「データからみたまやぎの健康」

*E B S M R イービーエスエムアール（標準化死亡比 経験的バイズ推定）
 年齢構成の差を取り除き地域の比較を行うための指標として、標準化死亡比（SMR）がありますが、小地域間の比較や経年的な動向を標準化死亡比でみる場合、死亡数が少ないと数値が大きく変動してしまうため、観測データ以外にも対象に関する情報が推定に反映されています。数値が100より大きい場合は、全国と比べて出現割合が高いことを示します。

2 第2期データヘルス計画等に係る評価

❖ 中間評価（R2年度）により実施することとした保健事業

策定時	中間評価・課題	見直し内容・事業	方向性
特定健康診査受診勧奨事業	目標値に達していない	受診勧奨を強化する	継続
特定保健指導事業	利用率、終了率が減少 積極的支援で伸び悩み	初回面接利用者を増やす	継続
健診異常値者受診勧奨事業	受診率は増加傾向。血圧による受診勧奨で医療機関を受診→「異常なし」→次年度勧奨に結び付かない	医療機関との連携を強化する	継続
糖尿病性腎症重症化予防事業	新規透析患者は、特定健診未受診者であることが多い	特定健診対象枠を広げる	継続
ジェネリック医薬品差額通知事業	ジェネリック医薬品への理解を促進する	国目標値 80%を目指す	継続
生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	把握できていない	R3年度以降の新規事業として実施	新規
服薬情報通知事業	実施していない	R3年度以降の新規事業として実施	新規
—	R2年度に試行的に重複・頻回受診者に訪問指導を実施、R3年度以降の実施方法を検討した。	重複・頻回受診対策事業	新規

❖ 最終評価（R5年度）

第2期計画の事業名	指標と目標値	経年変化	評価	評価のまとめ
特定健康診査受診勧奨事業	特定健診受診率：60%	H30年度：49.7% R1年度：47.2% R2年度：35.5% R3年度：42.4% R4年度：44.5%	B	<u>特定健診受診率の目標値は7割程度達成し、未健者健診対象者の受診率はあまり伸びていないため（通知率は100%）、ある程度うまくいったと評価しました。</u>
特定保健指導事業	指導終了率：55%	H30年度：46.0% R1年度：47.7% R2年度：47.5% R3年度：51.2% R4年度：52.9%	B	<u>指導終了率は目標値の9割程度達成していますが、対象年齢や検査値等の優先順位設定を行っておらず、町の健康課題に結び付く</u>

				内容になっていなかったため、ある程度うまくいったと評価しました。
健診異常値者受診勧奨事業	医療機関受診率：80%	H30年度：49.0% R1年度：64.0% R2年度：64.0% R3年度：71.1% R4年度：46.3%	C	<u>健診異常値者の半数が、内服中の血圧コントロール不良者</u> でした。また、 <u>勧奨しても受診しない理由等の分析をしていなかった</u> ことや、勧奨は各担当者の力量によって差が生じることもあり、事業はあまりうまくいかなかったと評価しました。
糖尿病性腎症重症化予防事業	医療機関受診率：75%	H30年度：33.3% R1年度：60.0% R2年度：50.0% R3年度：33.3% R4年度：50.0%	C	<u>新規透析患者の平均年齢が59歳と全国よりも若く、9割が特定健診未受診者</u> であったことや、糖尿病治療中断者へのアプローチ方法を検討する必要性がありました。また、 <u>評価指標が多すぎたため経年評価ができず</u> 、あまりうまくいかなかったと評価しました。
ジェネリック医薬品差額通知事業	ジェネリック医薬品普及率（数量）：80%	R2年度：80.0% R3年度：80.0% R4年度：80.5%	A	<u>国の目標値 80%に合わせた普及率を達成</u> しています。通知件数も年々減少しており、切替えが進んでいることがわかりました。うまくいったと評価しました。
生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	設定なし	実績なし	E	<u>計画策定時から指標等の設定がなく、評価できませんでしたが</u> 、対象者の抽出方法や事業の進め方について把握することができた点は、今後の事業展開に生かしたいと考えます。
服薬通知事業	対象者への通知数：1人以上	実績なし	E	<u>事業実績がないため評価できません</u> でした。

重複・頻回受診 対策事業	指導実施人数：1人以上	R1年度：1人 R2年度：1人 R3年度：2人 R4年度：1人	B	抽出作業等に膨大な時間がかかることや、 <u>対象者数が多い</u> ため、 <u>よりハイリスクな対象者に絞り介入</u> していました。ある程度うまくいったと評価しました。
-----------------	-------------	--	---	--

《評価》 A：うまくいった、 B：ある程度うまくいった、 C：あまりうまくいかなかった、
D：まったくうまくいかなかった、 E：わからない

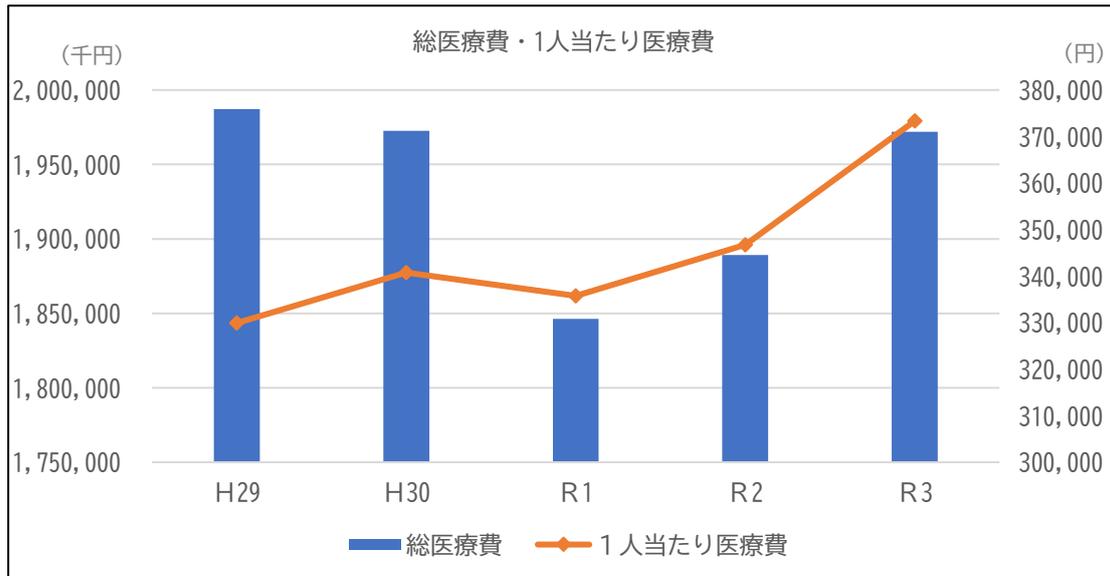
・第2期計画では、データヘルス計画全体の目的・指標の設定がなかったため、事業の見直しには、第3期データヘルス計画全体の目的・指標を設定し、改善や悪化の要因・背景などについて保健事業との関連を含めて考慮する必要があると考えられます。

第3章 データ分析・分析結果に基づく健康課題

1 医療費の状況

❖ 医療費の推移

・令和3年度の総医療費は約19億7,000万円で、1人当たり医療費は約37万円です。
新型コロナウイルスの影響により、令和元年度に減少しましたが、現在は流行前と同程度まで増加しています。また、1人当たり医療費はコロナ禍前よりも増加傾向にあります。



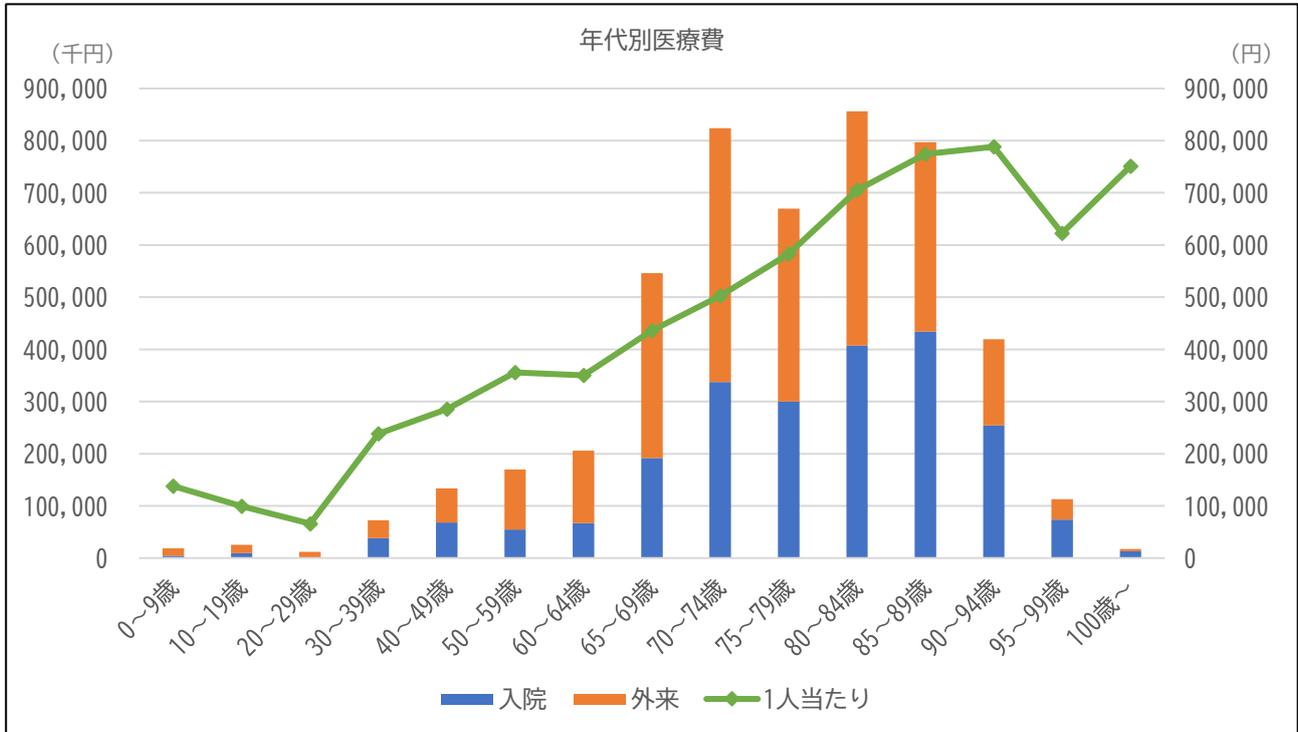
	H29	H30	R1	R2	R3
総医療費	1,987,126,520	1,972,525,950	1,846,198,570	1,889,071,960	1,971,950,590
1人当たり医療費	329,923	340,796	335,734	346,746	373,334

(1人当たり医療費算出方法：総医療費/被保険者数)

出典：KDB「疾病別医療費分析_大分類（総医療費各年度累計）」※各年度4月～3月診療分

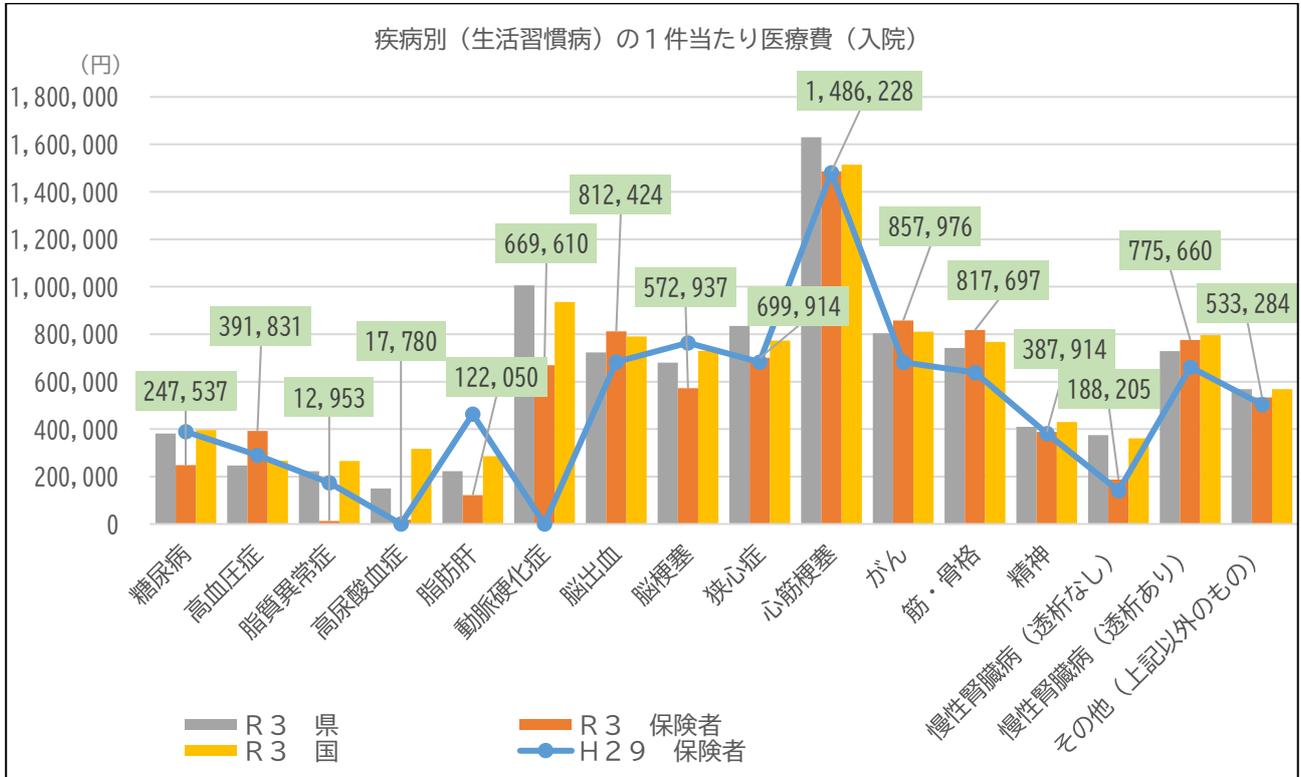
出典：KDB「地域の全体像の把握（被保険者数各年度累計）」※各年度3月末時点

- ・年代別医療費は65歳以上で急激に増加し、65～69歳の医療費は、60～64歳の医療費のおよそ「2倍」になり、70～74歳の前期高齢者の医療費は、60～64歳の医療費のおよそ「4倍」になっています。
- ・年代別の1人当たり医療費は、90～94歳が一番高く約78万円です。

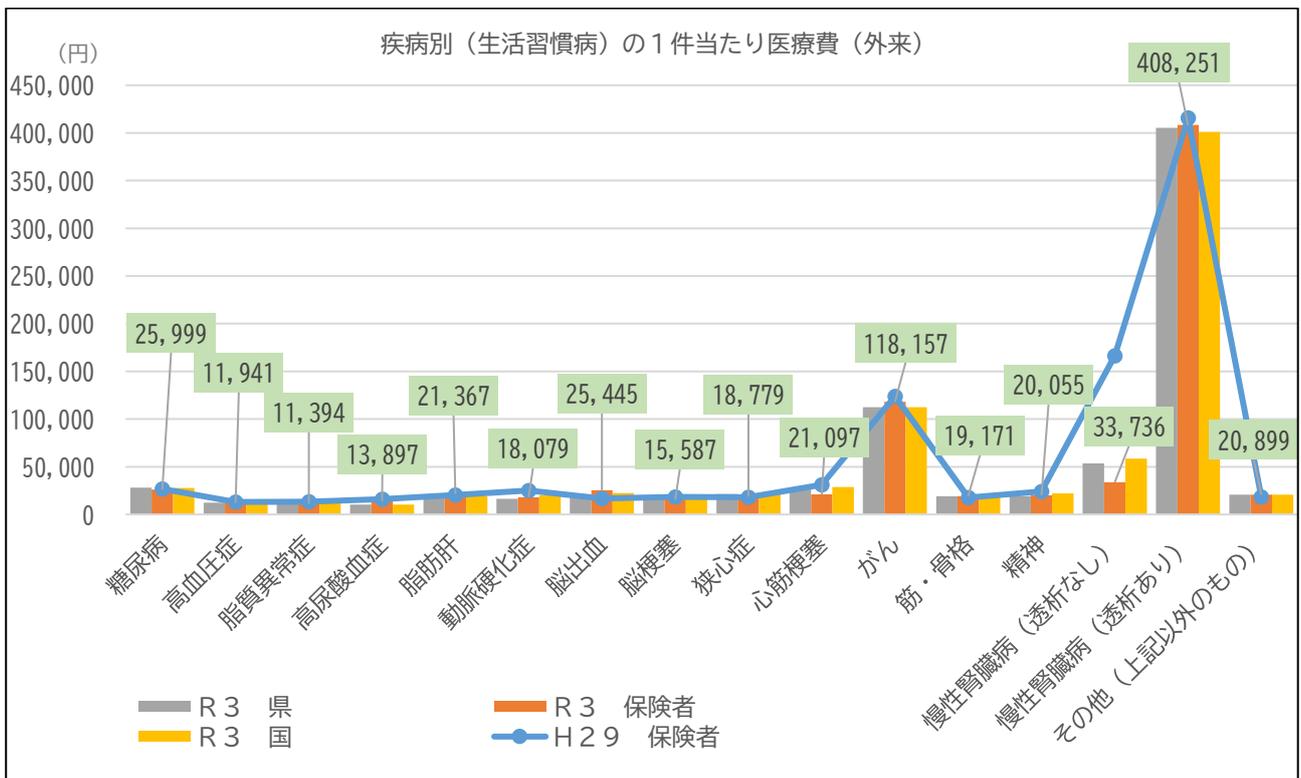


	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳
入院	4,522,610	9,684,440	1,450,370	38,397,430	68,093,940	54,745,920
外来	13,949,550	15,820,940	10,477,460	34,026,810	65,525,550	115,072,800
1人当たり	137,852	99,630	65,900	238,238	285,512	356,014
	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳
入院	67,026,390	191,932,690	337,234,490	300,279,730	407,155,230	434,373,870
外来	139,081,510	354,195,260	486,523,780	369,294,080	448,928,330	362,445,660
1人当たり	350,524	435,856	502,905	582,745	705,176	774,363
	90～94歳	95～99歳	100歳～			
入院	254,159,880	73,863,590	12,840,890			
外来	165,222,740	38,818,570	4,438,800			
1人当たり	788,313	622,553	751,291			

・疾病別の1件当たり医療費（入院）は、加美町・県・国すべてで「心筋梗塞」が高く、疾病別の1件当たり医療費（外来）は、加美町・県・国すべてで「慢性腎臓病（透析あり）」が突出して高く、次いで「がん」となっています。



出典：KDB「疾病別医療費分析_生活習慣病（各年度累計）」※各年度4月～3月診療分



出典：KDB「疾病別医療費分析_生活習慣病（令和3年度累計）」※4月～3月診療分

2 生活習慣等の状況

❖ 生活習慣の状況

- ・令和3年度の特定健康診査の質問調査票によると、喫煙の習慣が、男女とも国や県の割合よりも高くなっています。また、1回30分以上の運動習慣がない方が男女ともに7割以上おり、歩行速度が遅いと答える方が6割以上となっています。
- ・飲酒では、男性の4割が毎日飲酒をしており、飲酒量は1～2合の割合が4割と一番多くなっています。女性の7割は飲酒していない一方、1～2合飲む方の割合は2割以上と国や県よりも高くなっています。
- ・生活習慣を改善する意欲がない男性が5割弱、女性が3割以上と国や県よりも高い割合です。

❖ 人工透析の状況

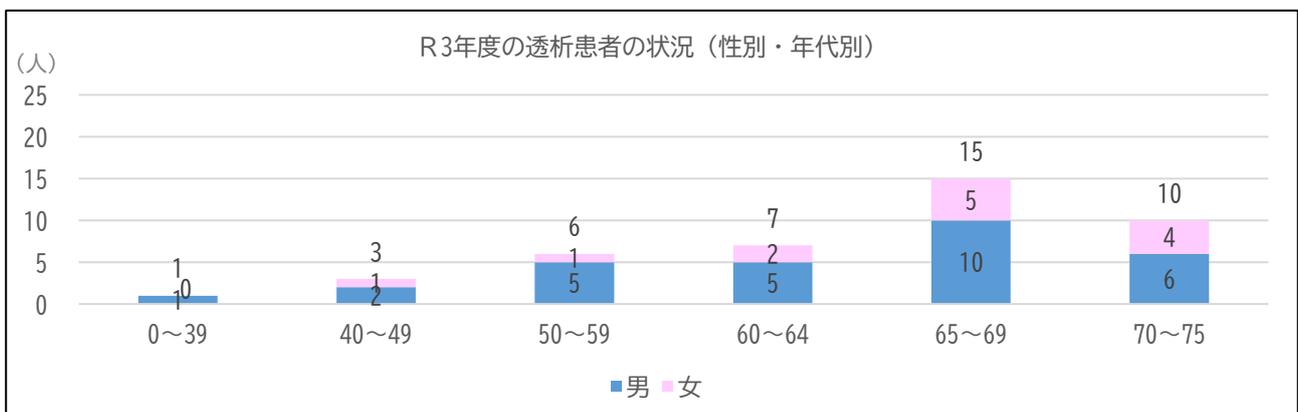
- ・人工透析の新規導入患者数は、毎年5人前後で推移しています。
- ・人工透析患者は、65～69歳が最も多く、全年代で男性が女性の約2倍となっています。
- ・人工透析患者の疾患別の割合は、9割の方が高血圧を有している状況です。

〈新規透析患者の状況〉

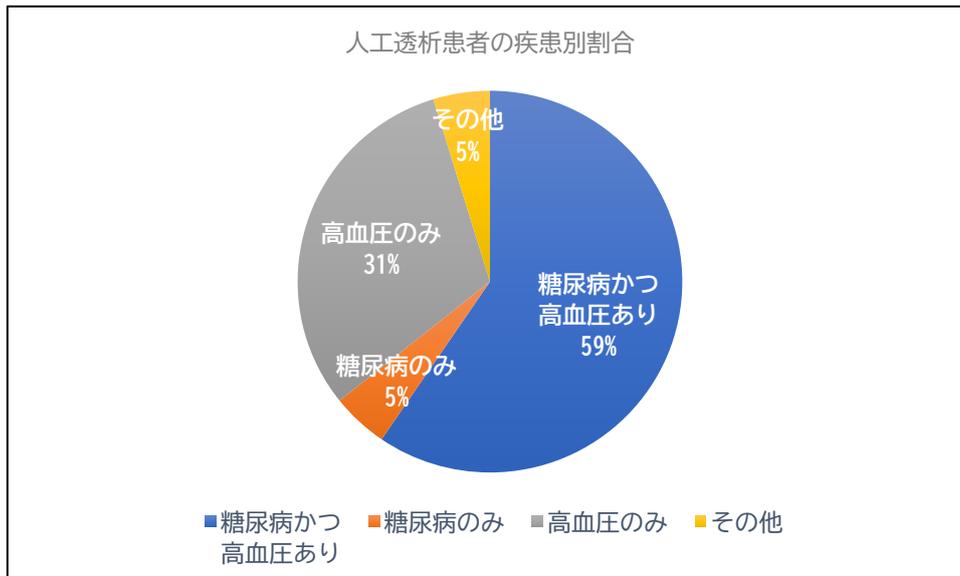
	H30	R1	R2	R3
新規透析患者数	5人	6人	4人	4人
社保からの異動	2人	2人	1人	2人
既国保加入者	3人	4人	3人	2人

〈国保加入者のうち資格取得から透析導入までの期間〉

	H30	R1	R2	R3
1年以内	0人	3人	2人	2人
2～5年以内	1人	1人	1人	0人
6年以上	4人	2人	1人	2人



出典：KDB「介入支援対象者一覧」

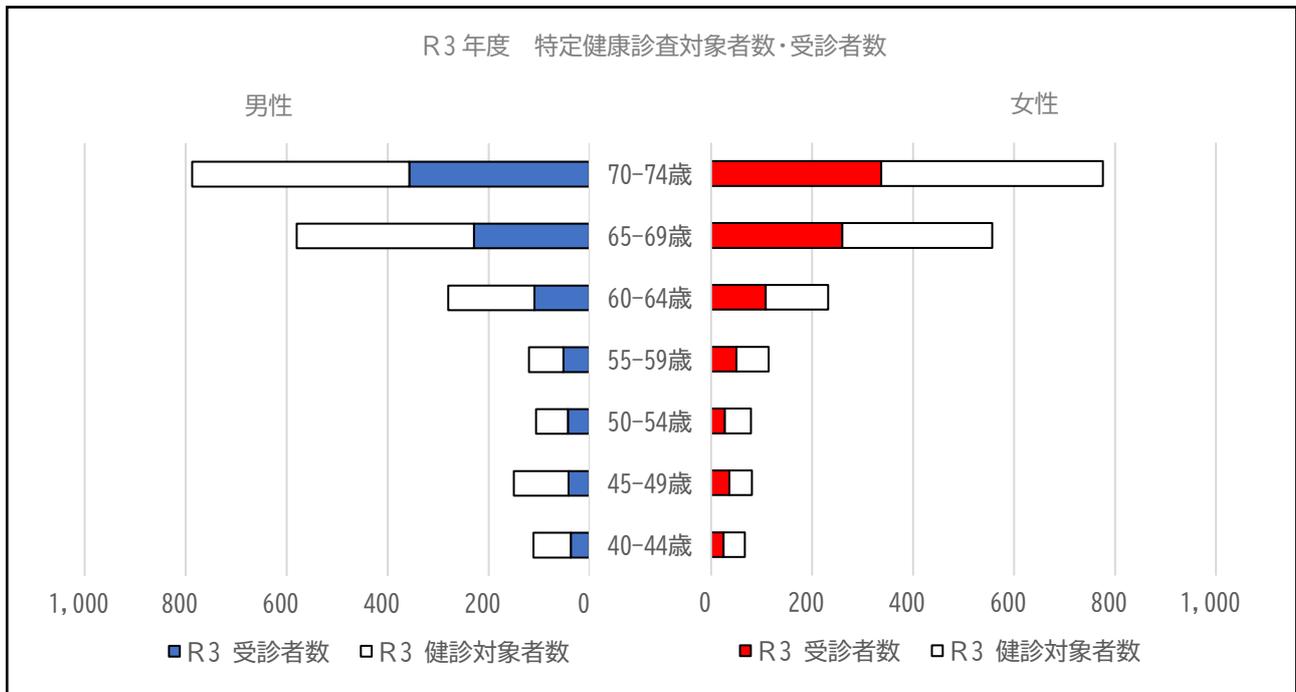


出典：KDB「介入支援対象者一覧」

3 特定健康診査・特定保健指導の状況

❖ 特定健康診査の状況

- ・特定健康診査の受診率は、国が示す目標値 60%を下回っており、新型コロナウイルス流行の令和2年度には、35.5%にまで減少しました。
- ・年代別受診率は、男女とも40～50歳代で低く、特に45～49歳男性の受診率は28.0%となっています。



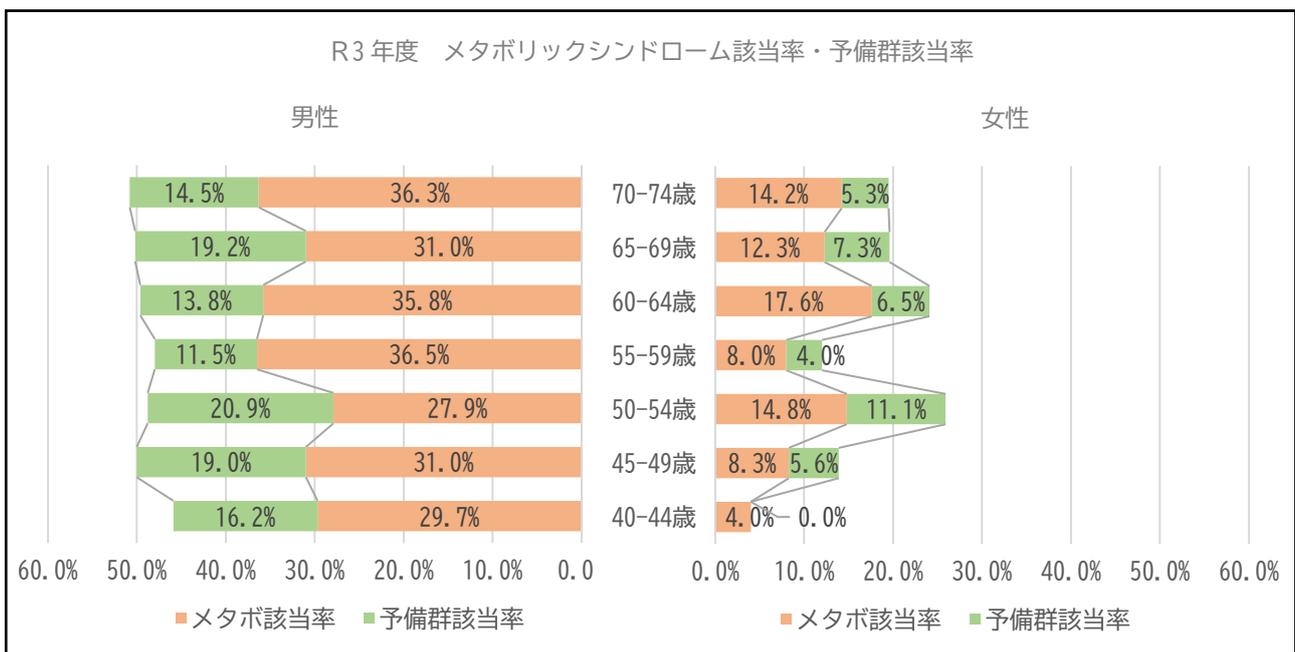
〈特定健康診査対象者数・受診者数〉

男性（R3）			年齢	女性（R3）		
健診対象者 （人）	受診者数 （人）	受診率 （%）		健診対象者 （人）	受診者数 （人）	受診率 （%）
787	357	45.4	70-74歳	776	337	43.4
580	229	39.5	65-69歳	557	260	46.7
280	109	38.9	60-64歳	232	108	46.6
120	52	43.3	55-59歳	114	50	43.9
106	43	40.6	50-54歳	79	27	<u>34.2</u>
150	42	<u>28.0</u>	45-49歳	81	36	44.4
111	37	33.3	40-44歳	67	25	37.3

総計	特定健診受診率（%）				
	H29	H30	R1	R2	R3
加美町	47.1	49.7	49.6	35.5	42.4
県	47.8	48.4	48.9	42.3	46.1
国	37.2	37.9	38.0	33.7	36.4

❖ 健診結果によるメタボリックシンドロームの状況

- ・メタボリックシンドローム該当者の割合は、男女とも平成30年度に減少していますが、令和2年度から増加傾向にあります。また、メタボ予備群該当者の割合は平成30年度と令和元年度に高く、令和2年度から減少傾向です。
- ・男性は、健診受診者のおよそ半数が、メタボ該当者または予備群該当者となっています。



〈メタボ該当率（％）・性別〉

男性					年齢	女性				
H29	H30	R1	R2	R3		H29	H30	R1	R2	R3
34.2	33.0	31.5	38.1	36.3	70-74歳	16.4	15.4	17.5	15.0	14.2
32.3	31.6	33.9	32.7	31.0	65-69歳	14.2	11.1	9.8	14.2	12.3
34.2	32.3	31.6	44.0	35.8	60-64歳	15.9	14.3	15.9	19.4	<u>17.6</u>
32.2	23.3	27.4	36.6	<u>36.5</u>	55-59歳	10.6	12.3	12.7	7.7	8.0
32.7	34.8	27.9	33.3	27.9	50-54歳	9.1	8.8	15.4	16.7	14.8
32.6	15.6	26.7	33.3	31.0	45-49歳	16.7	14.7	0.0	12.5	8.3
16.0	13.0	25.9	22.0	29.7	40-44歳	6.1	3.4	5.6	0.0	4.0
32.3	30.1	31.2	35.9	33.9	合計	14.5	12.9	13.4	14.4	13.2

総計	メタボ該当率（％）				
	H29	H30	R1	R2	R3
加美町	23.4	21.4	22.3	24.8	23.7
県	21.5	22.3	22.6	24.6	24.4
国	18.0	18.6	19.2	20.8	20.6

出典：法定報告保険者別一覧

〈メタボ予備群該当率（％）・性別〉

男性					年齢	女性				
H29	H30	R1	R2	R3		H29	H30	R1	R2	R3
16.0	19.6	18.5	17.1	16.2	70-74歳	3.0	10.3	5.6	10.0	0.0
19.6	15.6	11.1	9.1	19.0	65-69歳	8.3	8.8	4.3	8.3	5.6
16.3	10.9	30.2	14.8	<u>20.9</u>	60-64歳	3.0	2.9	7.7	5.6	<u>11.1</u>
15.6	23.3	20.5	14.6	11.5	55-59歳	3.5	5.5	8.5	1.9	4.0
17.4	21.9	19.5	16.7	13.8	50-54歳	5.8	8.9	6.9	6.1	6.5
15.3	16.2	18.9	18.4	19.2	45-49歳	4.8	9.8	5.5	6.0	7.3
15.1	17.1	22.8	14.9	14.5	40-44歳	7.5	8.3	7.1	4.2	5.3
15.9	17.8	20.6	15.9	16.1	合計	5.6	8.7	6.5	5.1	6.0

総計	メタボ予備群該当率（％）				
	H29	H30	R1	R2	R3
加美町	10.7	13.2	13.6	10.3	11.2
県	10.9	10.9	11.4	11.0	10.8
国	10.8	11.0	11.1	11.3	11.2

出典：法定報告保険者別一覧

❖ 健診受診者の有所見の状況

- ・BMI、HbA1c、血圧の有所見者の割合が、男女ともに県や国よりも高い状況です。
- ・検査項目のほとんどで、男性の有所見者の割合が高くなっています。
- ・性別、年代別で見ると男性の50歳代はBMIが高く、女性は50歳代からHbA1cの有所見者が増えています。また、血圧は男女とも50～60歳代に高くなっています。

〈BMI〉 ※25以上

	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	44.3%	<u>47.4%</u>	44.0%	38.4%	39.4%	<u>41.0%</u>	38.0%	34.2%
女性	24.2%	32.5%	<u>38.0%</u>	29.5%	28.5%	<u>30.1%</u>	26.2%	22.1%

〈HbA1c〉 ※5.6以上

	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	65.8%	74.7%	78.0%	80.3%	<u>83.0%</u>	<u>79.2%</u>	73.3%	58.5%
女性	50.0%	<u>85.7%</u>	84.3%	85.1%	83.7%	<u>81.9%</u>	75.1%	56.8%

〈収縮期血圧〉 ※130以上

	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	48.1%	48.4%	56.9%	62.9%	<u>63.7%</u>	<u>59.5%</u>	51.1%	51.9%
女性	21.0%	39.0%	52.8%	60.5%	<u>62.3%</u>	<u>55.4%</u>	47.9%	47.2%

〈拡張期血圧〉 ※85以上

	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	35.4%	42.1%	<u>44.0%</u>	35.8%	28.2%	<u>34.4%</u>	27.0%	25.8%
女性	12.9%	16.9%	<u>28.7%</u>	20.7%	17.5%	<u>19.5%</u>	17.6%	17.0%

〈HDL〉 ※40未満

	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	8.9%	8.4%	7.3%	5.2%	<u>10.6%</u>	<u>8.4%</u>	8.3%	7.5%
女性	1.6%	2.6%	0.9%	0.4%	<u>1.8%</u>	<u>1.3%</u>	1.5%	1.3%

〈LDL〉 ※120以上

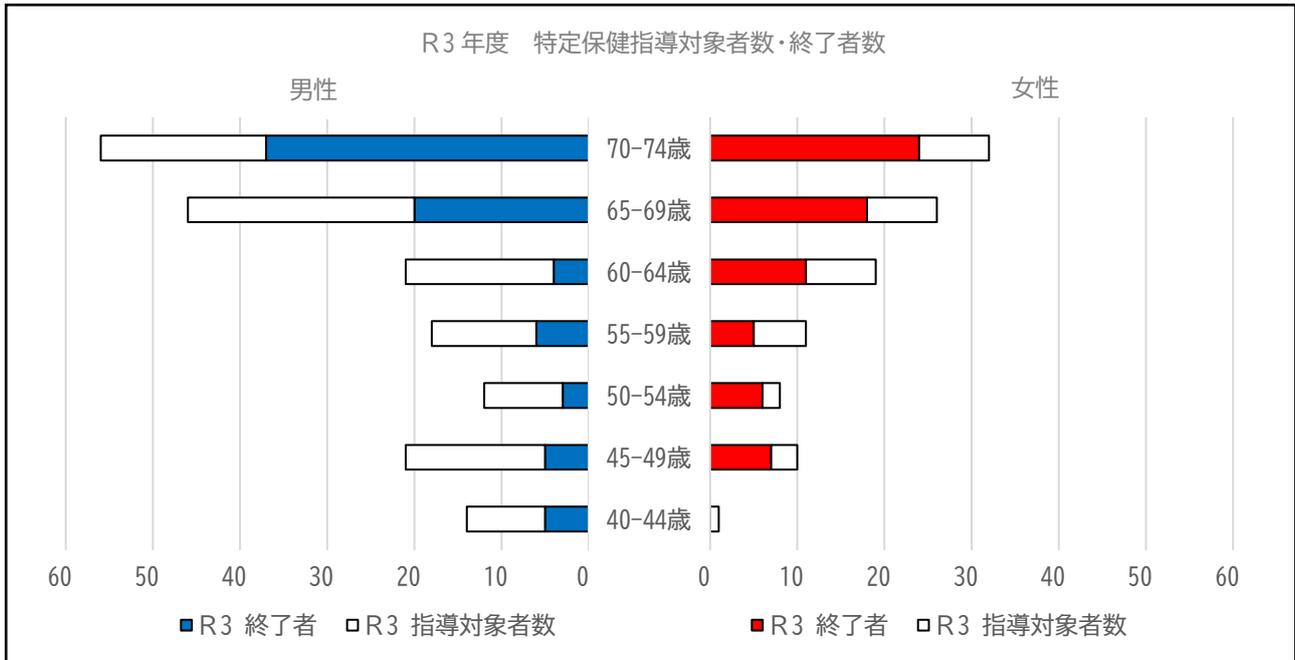
	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	<u>57.0%</u>	50.5%	56.0%	37.6%	41.3%	<u>44.6%</u>	45.3%	47.5%
女性	43.5%	<u>66.2%</u>	63.0%	55.6%	56.7%	<u>57.0%</u>	56.3%	56.7%

〈eGFR〉 ※60未満

eGFR	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計	県	国
男性	0.0%	5.3%	9.2%	14.0%	<u>18.2%</u>	<u>12.9%</u>	22.3%	22.8%
女性	1.6%	1.3%	9.3%	8.8%	<u>14.8%</u>	<u>10.1%</u>	21.3%	19.1%

❖ 特定保健指導の状況

- ・特定保健指導対象者数は、男性が女性の2倍で、男性は60歳以上、女性は55歳以上から増えています。
- ・終了者数は、65歳未満の男性が少ない傾向です。
- ・終了率は、県や国よりも高く、5割程度で推移しています。



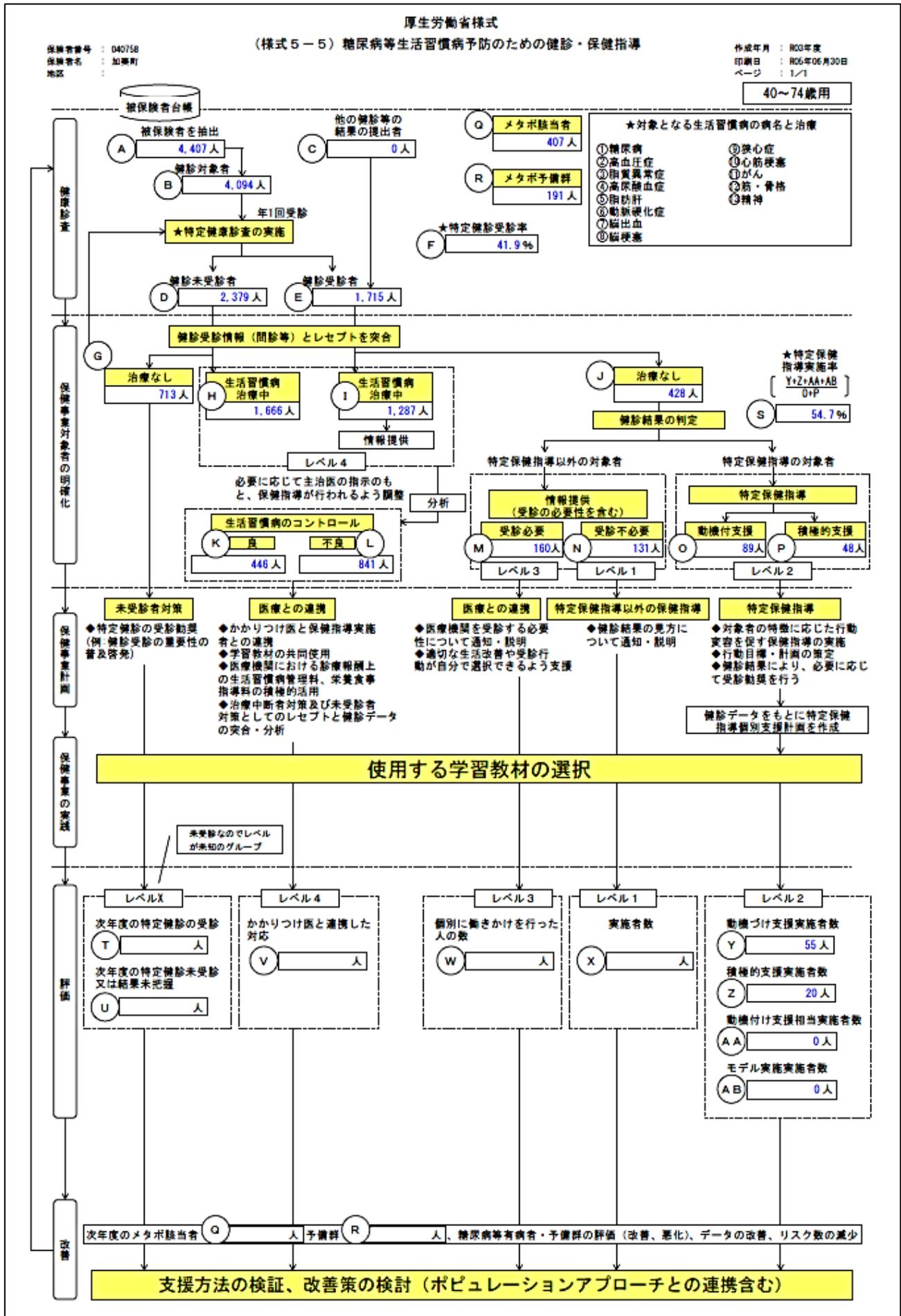
男性 (R3)			年齢	女性 (R3)		
指導対象者 (人)	終了者 (人)	終了率 (%)		指導対象者 (人)	終了者 (人)	終了率 (%)
56	37	66.1	70-74歳	32	24	75.0
46	20	43.5	65-69歳	26	18	69.2
21	4	<u>19.0</u>	60-64歳	19	11	57.9
18	6	33.3	55-59歳	11	5	<u>45.5</u>
12	3	25.0	50-54歳	8	6	75.0
21	5	23.8	45-49歳	10	7	70.0
14	5	35.7	40-44歳	1	0	0.0

総計	特定保健指導終了率 (%)				
	H29	H30	R1	R2	R3
加美町	50.0	46.0	47.7	47.5	51.2
県	16.9	17.3	18.9	18.8	20.3
国	26.9	28.9	29.3	27.9	27.9

❖ 厚生労働省様式 様式5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

特定健診の結果やレセプト情報をもとに、被保険者の特定健診受診状況（特定健診受診者数・特定健診未受診者数）や生活習慣病治療有無の状況（治療中の人数、治療なしの人数）、特定保健指導対象者数を見ることができ、保健事業全体の状況を把握できるものです。

- ・ 特定健診受診率が5割に達していない状況です。
- ・ 健診未受診者2,379人のうち約7割（1,666人）はレセプトと突合した結果、生活習慣病の治療を行っています。また、レセプトがなく状況把握が困難な方は713人います。
- ・ 健診受診者1,715人のうち約7割（1,287人）が生活習慣病の治療中ですが、その6割以上の841人が、生活習慣病のコントロールが不良であるという分析結果です。
- ・ 健診結果の判定により、特定保健指導対象外であっても医療機関の受診が必要である人が428人中160人いる状況です。



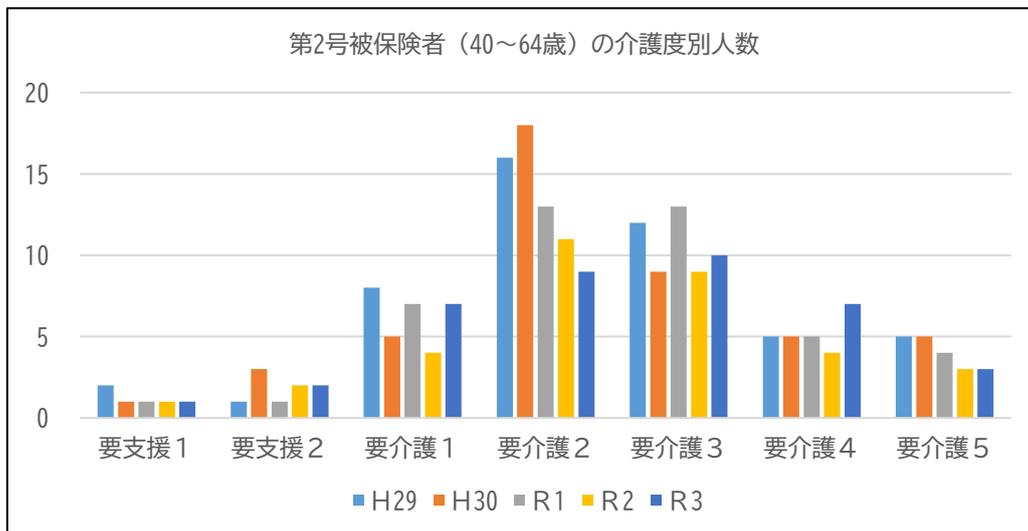
4 その他の保健事業の状況

❖ ジェネリック医薬品の状況

・国の目標値 80%に合わせ、普及率（数量シェア）80%と設定しており、加美町のジェネリック医薬品（後発医薬品）の数量シェアは、過去3年間 80%を超えています。

❖ 介護認定の状況

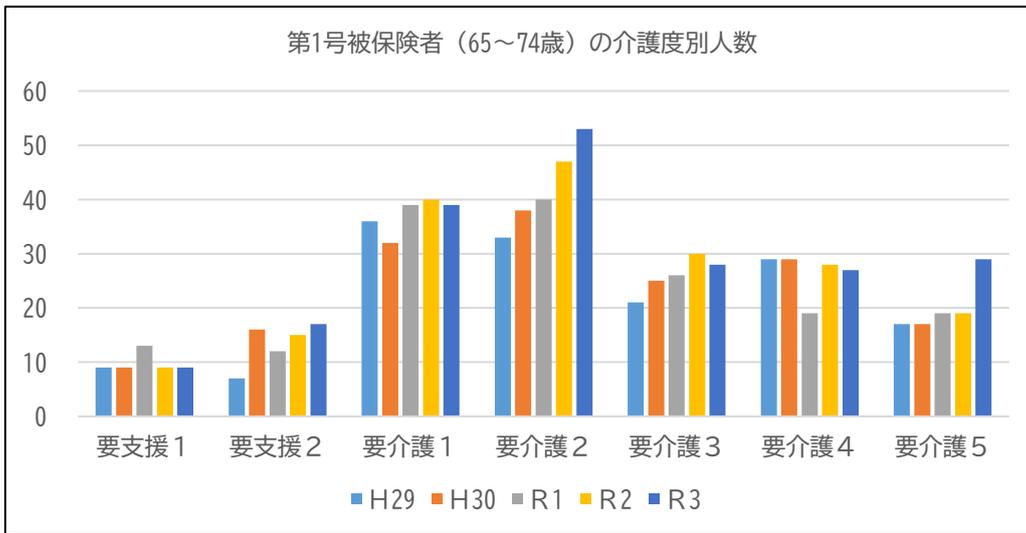
・第2号被保険者(40～64歳)と第1号被保険者(65～74歳)の要介護認定者数が、R3年度に増加しています。また、全体で要介護2の割合が高くなっています。
 ・要介護（支援）認定者の有病状況は、全体で心臓病が多くなっています。第2号被保険者(40～64歳)は、脳疾患が多く、年齢とともに、筋・骨格による要介護（支援）認定が増えています。



〈第2号被保険者（40～64歳）の介護度別人数〉

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
H29	2	1	8	16	12	5	5
H30	1	3	5	18	9	5	5
R1	1	1	7	13	13	5	4
R2	1	2	4	11	9	4	3
R3	1	2	7	9	10	7	3

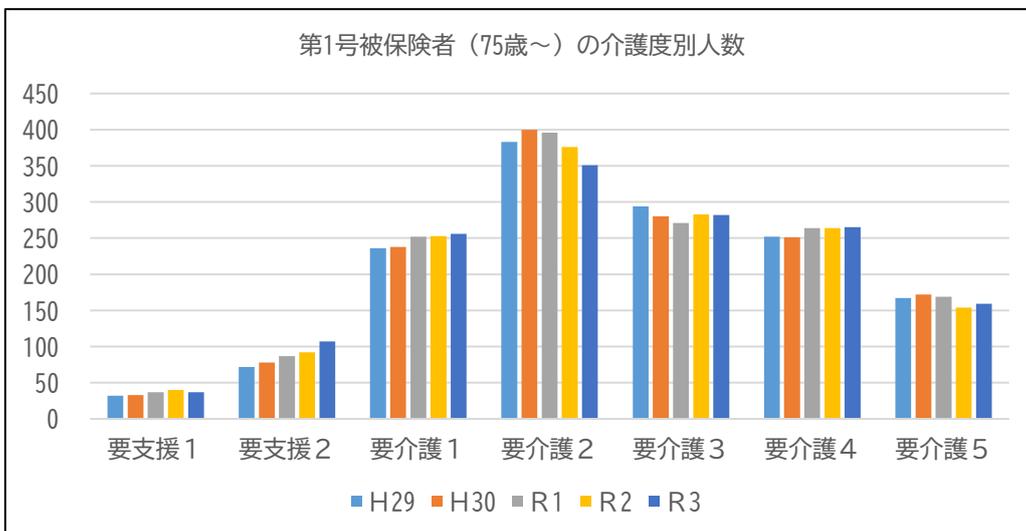
出典：KDB「要介護（支援）者認定状況」



〈第1号被保険者（65～74歳）の介護度別人数〉

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
H29	9	7	36	33	21	29	17
H30	9	16	32	38	25	29	17
R1	13	12	39	40	26	19	19
R2	9	15	40	47	30	28	19
R3	9	17	39	53	28	27	29

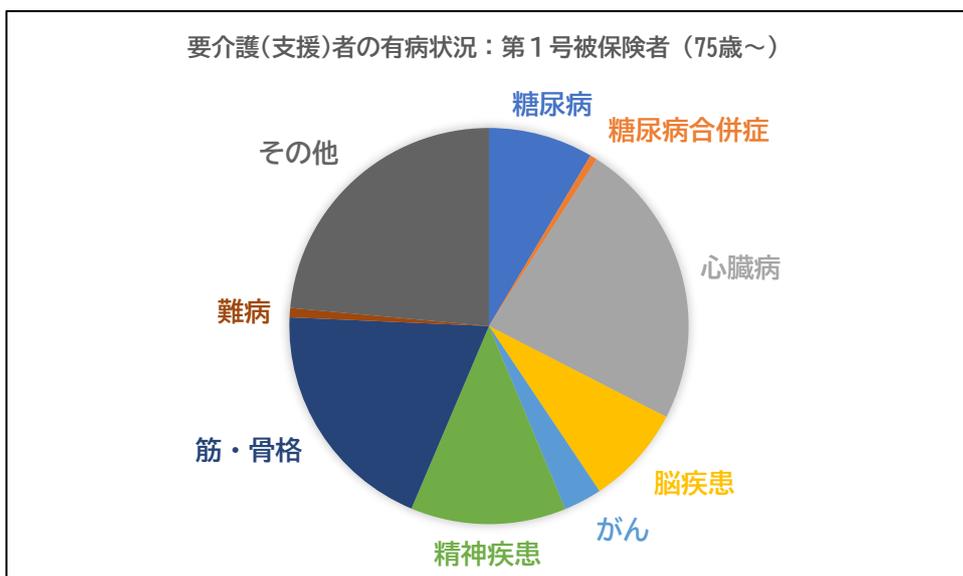
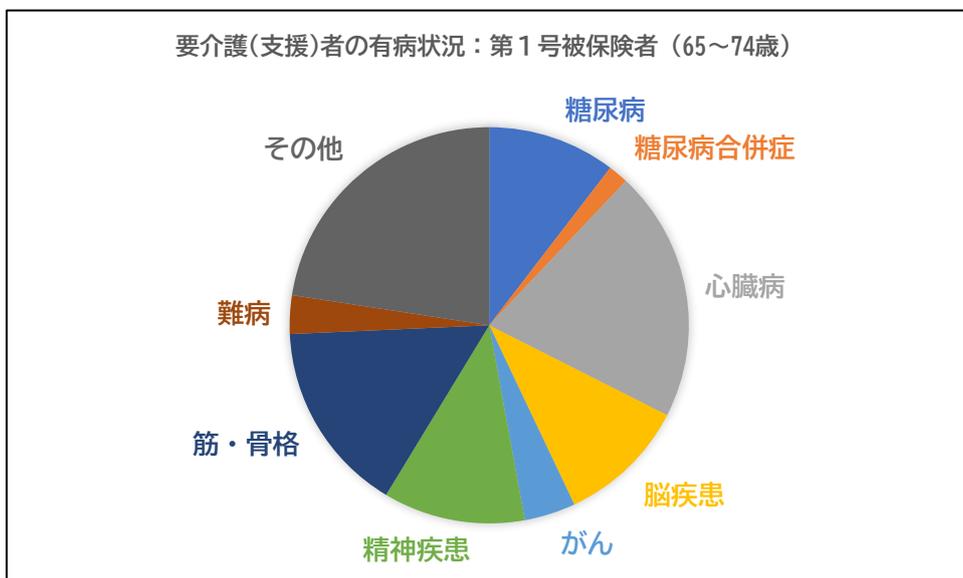
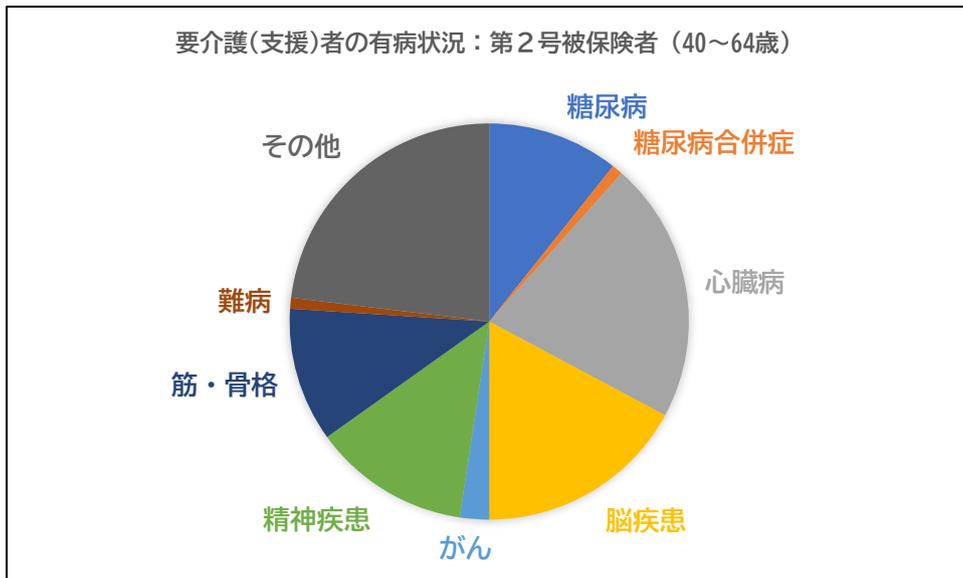
出典：KDB「要介護（支援）者認定状況」



〈第1号被保険者（75歳～）の介護度別人数〉

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
H29	32	72	236	383	294	252	167
H30	33	78	238	400	280	251	172
R1	37	87	252	396	271	264	169
R2	40	92	253	376	283	264	154
R3	37	107	256	351	282	265	159

出典：KDB「要介護（支援）者認定状況」



出典：KDB「要介護（支援）者認定状況」

5 分析結果に基づく健康課題

❖ データベース分析による課題

課題	課題の根拠	優先性	課題解決のための事業案
<ul style="list-style-type: none"> 慢性腎臓病（透析あり）にかかる医療費が高く、透析開始時の平均年齢が59歳と全国よりも若い 透析の原因では、糖尿病よりも高血圧の割合が高い 	医療費順位 ①透析：9.3% ②糖尿病：5.4% ③高血圧：4.6%	○	<ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策（コントロール不良者対策、特定保健指導対象外の非肥満者への対策） CKD対策（糖尿病性腎症重症化予防事業に高血圧者を含める） 特定保健指導事業
<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患のEBSMRが高い 	脳血管疾患 EBSMR 男性：140.8% 女性：146.6%	○	<ul style="list-style-type: none"> 健診異常値放置者受診勧奨率向上事業 特定健康診査受診勧奨事業 特定保健指導事業 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業
<ul style="list-style-type: none"> 高血圧のひと月の患者数がおよそ7,000件と多い 特定保健指導対象外の非肥満者の半数以上が、血圧コントロール不良 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診者のうち7割がコントロール不良(841人/1278人) 特定保健指導対象外の非肥満者の半数が受診勧奨値(160/291人) 	○	<ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策（コントロール不良者対策、特定保健指導対象外の非肥満者への支援強化） 血圧の検査数値Ⅱ度・Ⅲ度の高血圧者への受診勧奨100% 健診異常値放置者受診勧奨事業 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業 40～50歳代への早期介入
<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の受診率が伸びない 	特定健診受診率 42.4%	○	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診勧奨事業（40～50歳代（特に男性）へのアプローチ強化）
<ul style="list-style-type: none"> ハイリスクとなるメタボ該当者及び予備群に男性が多く、特定保健指導終了率が低い 高血圧有所見者が多い 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診者のメタボ該当率 男性：33.9% 収縮期血圧(130↑) 男性：59.5% 女性：55.4% 拡張期血圧(85↑) 男性：34.4% 女性：19.5% 	△	<ul style="list-style-type: none"> 健診異常値放置者受診勧奨事業 特定健康診査受診勧奨事業 特定保健指導事業
<ul style="list-style-type: none"> がん検診の受診率が低い 疾病別医療費の1位はがんである 	がん検診受診率 胃がん：14.6% 肺がん：15.1%	△	<ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率向上事業（特に胃がん検診、肺がん検診、男性）

《優先性》 “○”（＝非常に高い） “△”（＝高い） “(空白)”（＝高くない）

❖ 第2期データヘルス計画の評価による課題

前期計画の事業	課題	優先性
健診異常値放置者受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3年間、Ⅱ度及びⅢ度高血圧該当者に受診勧奨を強化してきたが大きな成果は見られなかった ・健診異常値者の半数が内服中の血圧コントロール不良者だが、受診勧奨対象外としており介入していなかった ・70歳以上の男性3割と女性5割、及び40～50歳代男性の、Ⅰ度高血圧以上の割合が高い 	○
糖尿病性腎症重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・新規透析導入時の平均年齢が59歳で、全国よりも若い ・新規透析患者の9割が特定健診未受診者である ・透析の原因では、糖尿病よりも高血圧の割合が高い ・特定健診受診者で生活習慣病治療中にもかかわらず、コントロール不良である者が5割いる ・HbA1cの値が6.5%以上の人は、健診受診者1823人中242人で、うち204人は未治療者である 	○
特定保健指導事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスクとなるメタボ該当者及び予備群に男性が多く、特定保健指導終了率が低い ・40歳代から高血圧有所見者が多い 	△
特定健康診査事業（特定健康診査受診勧奨事業）	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率が伸びない ・対象除外者登録は徹底するも、未受診者の状況把握は未実施 	△
重複・頻回受診対策事業	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者数が多いため、さらにハイリスクな対象者に絞り介入している ・対象者の課題背景によっては、理解を得にくいことや効果が見えにくいことがあり、介入方法や支援内容に苦慮することがある ・KDB データからシート作成までの様式や経過確認等の手間が多く、煩雑である 	△
ジェネリック医薬品差額通知事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品への切り替えを望まない人も一定数いる ・ジェネリック医薬品制度をあまり知らない 	△
生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプト情報から対象者を抽出して実施しているが、糖尿病性腎症重症化予防事業と同じ目的で実施 	
服薬通知事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業実績なし 	

≪優先性≫ “○”（＝非常に高い） “△”（＝高い） “（空白）”（＝高くない）

1 計画策定の背景

加美町の人口と国民健康保険被保険者の構成からみると、少子高齢化が加速する中で、国民健康保険加入者数の約8割が、定年退職を迎え社会保険から移行する65歳以上の被保険者となっており、およそ20年後には65歳以上のその数は現在の2倍になると見込まれる。

加美町の国民健康保険財政状況については、将来にわたり加入者の減少や高齢化による国保税の減収が進み、国民健康保険事業費納付金の増額が続くことが想定される。また、被保険者が減少しているものの医療給付費が過去5年間ほぼ横ばいで推移していることから、1人当たりの医療給付費が増加していることがわかる。

このことから、現在の財政状況はまだ安定しているが、このままでは収支バランスが崩れることが容易に想定され、将来的な基金残高の枯渇も懸念される。今後も健全な国保運営を継続させるための医療費抑制への取り組みは、喫緊の課題と考える。

そこで、加美町の医療費の状況についてみてみると、1件当たり医療費が年々増加し、入院・外来ともに県や国の水準よりも高い。年代別医療費は65歳を境に急激に増加し、60～64歳のおよそ2倍、70～74歳の医療費はその4倍ともなる。令和3年度の医療費（入院＋外来）に占める各疾病の割合は、1位：慢性腎臓病（透析あり）9.3%、2位：糖尿病5.4%、3位：高血圧4.6%であり、慢性腎臓病（透析あり）は、1件当たり医療費が408,251円で、県や国の平均よりも高く、透析患者の疾患状況をみると、糖尿病よりも高血圧の割合が高いことが分かる。

また、主な死因のEBSMR（国の平均値を100%とする標準死亡率を自治体死亡数に当てはめたもの）をみると、高血圧が促進要因となる脳血管疾患による死亡は、令和3年度に男性が140.8%、女性が146.6%と高い数値を示している。

これら複数のデータ分析から見てきたことは、加美町では、高額な医療費や保健事業費をかけているものの、その効果があまり得られていないということである。なぜならば、データ分析によって、加美町の第1の健康課題として挙げられる高血圧については、これまでもその対策は行っているが、ひと月の患者数がおよそ7,000件と多いうえ、健診受診者の平均年齢や加齢によって数値が上昇することを加味しても、男女ともいずれの年齢階級でも過去60年間で大きく低下している国の数値に比べると、加美町の健診受診者の収縮期血圧平均値が上昇していることは問題である。また、健診を受けて治療中である人1,287人のうち、約7割に当たる841人がコントロール不良という結果であることや、特定保健指導の対象から外れた非肥満者291人のうち半数以上の160人が、血圧コントロールの悪化等により受診が必要となるレベルであることを考えると、現状の保健事業では把握できないケースが多分にあること等がわかるからである。

この、加美町の健康課題である高血圧については、死亡率の高い脳血管疾患の促進要因や医療費が高額となる慢性腎臓病（透析あり）の要因のひとつであるため、重症化予防対策をこれまで以上に講じなければ、将来的な医療費の増大や健康寿命の短縮も避けられないと想定できる。

そこで、データ分析から見えた課題から、より多くの住民にアプローチすることが重要となるため、特定健診の受診率を50%に向上させ、把握しきれていないハイリスク患者を減らす必要がある。

特に、65歳からの医療費が大きく伸びるため、①予防対策が必要な40～50歳代への働きかけを積極的に行い、②血圧の検査数値Ⅱ度（160-179かつ又は100-109）・Ⅲ度（180以上かつ又は110以上）の高血圧者への受診勧奨を100%にすることや、③治療中断者や特定保健指導対象外の高血圧該当者への支援を強化すること、④高血圧による慢性腎不全を抑制し、新規透析患者数の減少を図るなど、高血圧の予防と適正なコントロールに重点を置いた事業を展開する必要があると考える。

加えて、疾病別死因の第1位であるがんは、死因の40%を占め、65歳以上の医療費は60～64歳の医療費に比べて3.5倍と急激に増加している。多くのがんは、早期発見・早期治療が可能であるが、加美町のがん検診受診率は30%と低い。がん検診の重要性について積極的な周知・広報、啓発を行い、受診率を向上させることで、早期発見・早期治療につなげることが重要である。

このように、第3期データヘルス計画では、主に高血圧対策に重点を置きながら、起因する慢性腎臓病や脳血管疾患などの減少を図るとともに、がんの早期発見・早期治療を推進し、特定保健指導やジェネリック医薬品の普及、重複頻回受診対策などの継続事業をより効果的に展開することで、将来的な、加美町住民の健康寿命の延伸と医療費の適正化に寄与するものとする。

2 計画全体の目的と目標を達成するための戦略

計画全体の目的と目標を達成するために、

- ① 特定健診受診者で血圧異常値判定だった人や血圧コントロール不良のハイリスク患者を、医療機関受診につなげるための働きかけを強化します。
- ② 糖尿病治療中断者や医療機関未受診者を減少させ、糖尿病の重症化予防や、人工透析導入年齢を引き上げ透析期間の短縮を図ることによって、医療費抑制につなげます。
- ③ 特定保健指導を実施し、利用率を向上させることで、高血圧の改善や適正体重の維持を図り、高血圧を要因とした脳血管疾患の発症リスクを低減させます。
- ④ ハイリスク患者の掘り起こしや重症化予防のためには、被保険者の健康状態を把握することが必要であるため、他のすべての事業につながる特定健康診査の受診率を向上させることで生活習慣病の早期発見・早期治療につなげます。
- ⑤ 多くのがんは、早期発見・早期治療が可能な病気であるため、予防や検診を定期的に受ける必要性を啓発し、受診率を向上させます。
- ⑥ 高齢化率が38%超と高く、重複受診・頻回受診が今後増加すると見込まれるため、適正受診と適正服薬及びジェネリック医薬品の普及を促進し、保険者努力支援制度のインセンティブを獲得しながら医療費の適正化に努めます。

3 計画全体の目的と目標

❖ 計画全体の目的

目的	指標（目標値）
健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・不健康な期間の短縮（男性 1.6 年以下、女性 3.5 年以下） ・脳血管疾患の EBSMR の低下（男性 135 以下、女性 145 以下） ・一人当たり医療費の抑制（385,000 円以下）

❖ 計画全体の目的に対応した目標

目的に対応した目標	指標（目標値）
人工透析導入年齢を引き上げ、透析期間を短縮する	<ul style="list-style-type: none"> ・透析導入年齢 ・透析者数 ・HbA1c の値が 7.0%以上の割合
40～50 歳代の高血圧 I 度以上の人数を減らす	<ul style="list-style-type: none"> ・40～50 歳代の高血圧 I 度以上の人数
メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボ該当者の割合
特定健康診査の受診率を向上させる	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・40 歳代の特定健診受診率
重複受診・頻回受診を減らし、適正受診と適正服薬を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への訪問実施率 ・指導実施者の医療費減少率
ジェネリック医薬品を普及させ医療費の軽減を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知率 ・ジェネリック医薬品普及率
がん検診の受診率を向上させ、早期発見・早期治療を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・胃がん検診受診率 ・肺がん検診受診率

❖ 目標を達成するための個別保健事業

優先順位	個別保健事業	指標（目標値）
1	健診異常値放置者受診勧奨率向上事業	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知率 100% ・医療機関受診率 60% ・異常値放置者数の減少
2	糖尿病性腎症重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関受診率 70% ・対象者への指導実施率 65%
3	特定保健指導利用率向上事業	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導終了率 57.5% ・初回面接実施率 72% ・指導完了者の生活改善率 増加
4	特定健康診査受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知率 100% ・特定健康診査受診率 50%

	関連する個別保健事業	
	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防事業 ・健診異常値放置者受診勧奨率向上事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診勧奨事業
	<ul style="list-style-type: none"> ・健診異常値放置者受診勧奨率向上事業 ・特定保健指導利用率向上事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診勧奨事業
	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導利用率向上事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診勧奨事業
	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診勧奨事業 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・適正受診・適正服薬実施率向上事業 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品差額通知事業 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率向上事業 	

	優先順位	個別保健事業	指 標（目標値）
	5	がん検診受診率向上事業（新規）	<ul style="list-style-type: none"> ・各がん検診の受診率 5%アップ ・精密検査受診率 100% ・対象者への通知率 100% ・受診勧奨者の受診率 20%
	6	適正受診・適正服薬実施率向上事業	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への訪問実施率 100% ・指導実施者の医療費減少率 50% ・指導実施者の意識改善率 増加
	7	ジェネリック医薬品差額通知事業	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知率 100% ・ジェネリック医薬品普及率 80%

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

事業名	1 健診異常値放置者受診勧奨率向上事業
目指す方向	特定健康診査で異常値があった方を受診につなげ、生活習慣病の早期治療と重症化予防を図る
背景	<p>加美町の不健康な期間は、R3年度に男性1.91年・女性3.81年で、県内順位は32/35位となっている。</p> <p>要因として、脳血管疾患による運動障害や言語障害といった麻痺が残ることで要介護状態が長期的に継続すること等により、不健康な期間が長くなっているのではないかと考えられる。</p> <p>脳血管疾患は、高血圧状態が長く続くことで、弾力のあったはずの血管がいつも張り詰めた状態におかれ、次第に厚く硬くなる状態（＝動脈硬化）に起因する。</p> <p>動脈硬化は、大血管だけでなく小血管にも起こり、脳出血や脳梗塞、大動脈瘤、腎硬化症、心筋梗塞、眼底出血などの要因にもなる。</p> <p>加美町では、脳血管疾患の標準化死亡比EBSMRが、過去5年間の比較において国平均よりも高く、R3年度は男性が140.8%、女性が146.6%となっており、また、慢性腎臓病（透析あり）にかかる医療費が高額であることなどの課題に照らせば、主な要因となる高血圧の適切なコントロールや重症化予防対策は、より重要となる。</p> <p>特定健康診査結果から見ると、血圧有所見者（130/85mmHg以上）は特定健診受診者全体の5割以上であり、そのうち、高血圧I度以上の者は男女ともに3割を超え、同規模市町村と比較しても高い割合である。そのうち、男性は40～50歳代で15%が該当しており、女性の2倍になる。また、女性は、60歳以降で40～50歳代の3倍に急増する。</p> <p>さらに、健診結果において、血圧による受診勧奨が必要と判定された624人のうち、内服中でも血圧コントロール不良だった者は約半数の300人であった。</p> <p>これらのことから、特定健康診査で血圧の値が異常判定だった40～50歳代男性及び60歳代女性への受診勧奨の強化を図るとともに、血圧コントロール不良者に対し、適正受診等についての指導を強化する必要があると考える。</p>
目的	特定健康診査で異常値のあった方を受診につなげ、生活習慣病の早期治療と重症化予防を図る
目標	<p>①検査結果によるリスクや早期受診の必要性について啓発を行う</p> <p>②受診の必要性について理解を向上するための保健指導の標準化を図る</p> <p>③優先順位の高い者への受診勧奨を強化する</p> <p>④郡医師会との連携を図る</p>

具体的内容	対象者	<p>【対象者】</p> <p>①特定健康診査を受診し、標準的質問項目で「服薬なし」だった者（医師会との協議の上で決定した者）のうち、該当する各項目及び検査値の該当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・30～50歳代で血圧140/90以上（但し、Ⅲ度高血圧は全年齢） ・30～50歳代でHbA1c6.5以上（但し、8.0%以上は全年齢） <p>※DM重症化予防事業対象者は対象外とする</p> <p>②特定健康診査を受診し、標準的質問項目で「服薬あり」だった者のうち、該当する各項目及び検査値の該当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40～50歳代で血圧140/90以上（但し、Ⅲ度高血圧は全年齢） ・40～50歳代でHbA1c7.0%以上（但し、8.0%以上は全年齢） <p>かつ、腎機能低下のない者</p> <p>③眼底検査及び心電図検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・眼底検査：3～4 または 心電図：心房細動あり 	
	内容 ・ 実施方法	<p>①検査結果によるリスクや早期受診の必要性に関する啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広報紙やホームページでの啓発 ・結果説明会等での保健指導による啓発 <p>②受診の必要性について理解向上のための保健指導内容の標準化を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血圧、血糖に関する重症化リスク及び早期受診に関する保健指導媒体の作成と活用 ・指導案の作成及び見直し <p>③受診の強化と再勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40～50歳代で、服薬の有無に関係なく個別受診勧奨を強化する（血圧Ⅰ度以上、HbA1c7.0%以上） ・報告書未提出者、KDBシステムで確認した未受診者への通知または電話による再勧奨 <p>④郡医師会との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の選定（検査項目及び検査値） ・協力体制や周知 	
評価指標 ・ 目標値		指標	目標値（評価時期）
	アウトプット	医療機関受診率 （報告書提出またはKDB）	60%（R11）
	アウトカム	対象者への勧奨通知送付率	100%（R11）
		40～50歳代の血圧Ⅰ度以上の者割合（血圧服薬なし・あり）	減少
		40～50歳代のHbA1c7.0%以上の割合（血糖服薬なし・あり）	減少
	プロセス	再勧奨率 （報告書未提出+KDB未受診）	100%（R11）
		40～50歳代への再勧奨率 （血圧Ⅰ度以上、HbA1c7.0%以上）	100%
ストラクチャー	加美郡医師会との連携	年2回	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (ベースライン)	目標値	
		R8 (中間評価)	R11 (最終評価)
医療機関受診率	38.1% (101/265)	50%	60%
40～50 歳代の血圧 I 度以上の割合 (該当者/受診者数)	20.0% (53/118+149)	減少	減少
40～50 歳代の HbA1c7.0%以上の割合 (該当者/受診者数)	5.6% (15/118+149)	減少	減少
確認率 (報告書提出+KDB システム)	57.0% (151/265)	60%	65%

事業名	2 糖尿病性腎症重症化予防事業
目指す方向	糖尿病性腎症の重症化を予防することで、人工透析に移行する者を減らし、透析導入年齢を引き上げ、透析期間を短縮する
背景	<p>加美町の疾病別医療費（入院＋外来）の割合は、慢性腎臓病（透析あり）が1位であり、これはここ数年同じ状況である。</p> <p>透析にかかる医療費は1人当たり年間約600万円と見込まれ、国保財政に大きな影響を与えるが、加美町の人工透析患者は、R3年度時点で42人となっている。</p> <p>また、人工透析の新規患者数は年間4～5人ほどで、国保加入者の導入平均年齢は59歳と、国の透析導入平均年齢71.09歳（2021年日本透析医学会：花房規男等）と比較するとかなり若く、その7割は男性である。</p> <p>さらに、新規透析患者の9割は特定健診未受診者であるため、自分の健康状態を把握する機会として、健康診査を受診することの必要性を、被保険者自身が理解する必要がある。</p> <p>透析患者の併発疾病は、「糖尿病+高血圧」57%、「高血圧のみ」30%、「糖尿病のみ」4%となっている。全国的には糖尿病からの人工透析へ移行することが多いが、加美町では高血圧のコントロール不良による腎臓小細血管の動脈硬化が促進要因となっていると推測される。糖尿病と高血圧の併発は細小血管の動脈硬化を促進するため、糖尿病管理と合わせた高血圧対策が必要である。</p> <p>レセプト情報による糖尿病治療中断者は、国保加入者188人のうち160人（8割）が60歳以上である。医療機関を受診し服薬していたが、「自覚症状がない」「忙しい」などの理由で治療を中断した者もあり、その根底には病気に対する認識の低さがある。</p> <p>糖尿病治療は一般的に、自己負担が約9万円/年、インスリン注射や血糖測定が追加されると約13万円/年の自己負担になる。病状が悪化し人工透析を導入することになれば、さらに時間的・経済的リスクを伴うことになるため、血糖状態が軽度な時期に適切な治療を継続して行うことや、治療の必要がなくても、特定健康診査を受診し定期的に経過観察する必要があることを啓発することが重要と考える。</p> <p>また、糖尿病治療中断者の8割は60歳以上であることから、重症化を未然に防ぐためには40～50歳代へのアプローチを強化することや、CKDを視点とする高血圧対策も並行して進めていく必要があると考える。</p>
目的	糖尿病性腎症の疑いがある人を早期に受診につなげ、生活習慣の改善、腎症の重症化予防を図る
目標	<ul style="list-style-type: none"> ①検査結果と透析導入リスクや早期受診の必要性について啓発を行う ②優先順位の高い者への受診勧奨強化と保健指導の実施 ③受診の必要性について理解を深めるための保健指導の標準化を図る ④郡医師会との連携を図る ⑤対象者の台帳作成と経過管理を行う ⑥新規透析導入者台帳を適正に管理する

具体的内容	対象者	<p>①未受診者対策 特定健診受診者で HbA1c6.5%以上 かつ A または B または C の者 A：血圧 140/90mmhg 以上 160/100mmhg 未満 B：eGFR30～60 未満 または 尿蛋白（±）以上 または 血圧 160/100mmhg 以上 C：腎症4期 eGFR30 未満</p> <p>②治療中断者対策（国保連：糖尿病治療中断者リストを活用） 40～74 歳のうち HbA1c6.5%以上 かつ A または B または C の者 A：血圧 140/90mmhg 以上 160/100 未満 B：eGFR30～60 未満 または 尿蛋白（±）以上 または 血圧 160/100mmhg 以上 C：腎症4期 eGFR30 未満</p>	
	内容 ・ 実施方法	<p>（実施方法）</p> <p>①住民への啓発を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広報紙やホームページによる啓発 ・ 結果説明会等での保健指導による啓発 ・ 講演会等での医師による啓発 <p>②優先順位の高い者への受診勧奨強化と保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 40～50 歳代の者に対して受診勧奨を強化する ・ 未受診者対策（特定健診受診者） C…電話または面接による受診確認及び受診勧奨 B…健診結果説明会での面接による受診勧奨及び受診確認 （受診確認報告書、保健指導紹介状） A…通知による受診勧奨（宮城県版チラシ同封） ・ 治療中断者対策（国保連：糖尿病治療中断者リスト） KDB システムで受診確認後、内科等未受診の場合は電話での受診状況確認 ・ 再勧奨の実施 KDB システムで受診状況を確認後、専門医または内科等未受診の場合は、優先順位の高い者から個別に電話等で受診確認 <p>③受診の必要性について理解を深めるための保健指導の標準化を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症度や透析リスク・早期受診に関する媒体の作成及び見直し ・ 継続的な保健指導に関する媒体の作成及び見直し <p>④郡医師会との連携を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者選定（検査項目及び検査値） ・ 協力体制や周知 <p>⑤対象者台帳の作成と経過管理を行う（事業対象者の経過、透析導入者の原疾患等）</p> <p>⑥新規透析導入者台帳を適正に管理する（原疾患や透析導入年齢の分析）</p>	
評価指標 ・ 目標値		指標	目標値（評価時期）
	アウトプット	医療機関受診率（未受診者対策）	70%
		保健指導実施率（主治医依頼による）	65%

	アウトカム	HbA1c6.5%以上の割合	11%
		40～50歳代の医療機関受診率	100%
		HbA1c7.0%以上の割合	7.4%より減少
		新規透析導入年齢	58歳以上に引き上げる
	プロセス	受診勧奨実施率	100%
		再勧奨実施率	100%
	ストラクチャー	加美郡医師会との連携	年2回

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (ベースライン)	目標値	
		R8 (中間評価)	R11 (最終評価)
医療機関受診率 (未受診者対策)	50% (1人/2人)	55% (20人/36人)	70% (25人/36人)
保健指導実施率 (主治医依頼による)	50% (1人/2人)	55% (5人/9人)	65% (6人/9人)
HbA1c6.5%以上の割合	13.1% (203/1550)	12% (-5人/年)	11% (-5人/年)
40～50歳代の医療機関受診率	42.8% (3人/7人)	70% (5人/7人)	100% (7人/7人)
HbA1c7.0%以上の割合 (服薬の有無に関わらず)	7.4% (115人/1550人)	7.0% (-2人/年)	6.5% (-15人/6年)
新規透析導入年齢	59歳	引き上げ	引き上げ

事業名	3 特定保健指導利用率向上事業	
目指す方向	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、生活習慣病を予防する	
背景	<p>加美町の生活習慣病における R3 年度の 1 人当たり医療費は、糖尿病：24 万 8 千円、高血圧症：23 万 4 千円、脂質異常症：7 万円である。</p> <p>また、R3 年度の外来における生活習慣病の患者数は、高血圧症：約 7,000 人、糖尿病：約 4,100 人、脂質異常症：約 3,400 人となっている。</p> <p>特定健康診査結果から見ると、血圧有所見者（130/85mmHg 以上）は特定健診受診者全体の 5 割以上であり、そのうち、高血圧 I 度以上の者は 4 割弱となっている。そのうち、男性は 40～50 歳代で 15%が該当しており、女性の 2 倍になる。また、女性は、60 歳以降で 40～50 歳代の 3 倍に急増する。</p> <p>また、メタボ該当者の割合は、男性は 40 歳代から 3 割以上、予備群は 2 割程度おり、女性はメタボ該当者・予備群ともに 60 歳代が最も多い。H29 年度から R3 年度の 5 年間の推移をみても、メタボ該当者及び予備群の割合は変化していない。</p> <p>加美町の特定保健指導実施率は 5 割で、県の終了率 2 割に対して高いが、国の目標値 6 割には至っていない。</p> <p>メタボのリスクが高くなってきた者に対する積極的支援は、利用率 68.5%に対して終了率が 34.8%、メタボのリスクが現れ始めた段階の者に対する、動機づけ支援の利用率は 69.5%に対して 58.6%の終了率となっており、積極的支援の終了率は利用率の 1/2 に低下している。男女別の終了率は、男性が 42%、女性が 66%となっているが、終了率が低いのは、男性の 40～64 歳で 25%、女性の 55～59 歳で 45%となっている。</p> <p>加美町の健康課題である高血圧は、内臓脂肪が多いことで体内の血液量が増加し、全身の末梢血管が圧迫されることで生じ、肥満は高インスリン血症を引き起こし心拍量が増加することで、血圧上昇につながる。</p> <p>加美町の脳血管疾患の標準化死亡比 EBSMR は、R3 年度に男性が 140.8%、女性が 146.6%と高い。脳血管疾患の発症リスクを未然に防ぐためには、要因となる高血圧を改善する必要がある、リスクの高いメタボ該当者及び予備群を減少させるためには特定保健指導終了率を向上させることが重要となるため、特に終了率の低い、40～50 歳代の男性及び閉経期を迎える 50 歳代以降の女性の終了率向上を図り、高血圧改善に向けた適正体重維持への働きかけを強化する必要があると考える。</p>	
目的	特定保健指導の利用率向上により、生活習慣病の発症と重症化予防を図る	
目標	<p>①適正体重維持の重要性に関する啓発を行う</p> <p>②保健指導内容の充実と標準化を図る</p> <p>③特定保健指導未利用者への勧奨を行う</p> <p>④関係機関等との連携を図る</p>	
具体的内容	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導対象者 ・ 特に、40～50 歳代の男性及び 50 歳代の女性 ・ 高血圧該当者（I 度以上）
	内容 ・ 実施方法	<p>①住民への啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広報紙やホームページで、適正体重維持の重要性とメタボと検査値等に関する啓発を行う ・ 地区や団体に対し、町の現状や健康課題等について周知を図る <p>②保健指導の標準化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 適正体重維持やメタボのリスク等に関し、初回面接時に使用す

		<p>る媒体の作成及び指導案を作成する。随時、見直しを図る</p> <p>③特定保健指導未利用者への利用勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会での初回未利用者に対し、個別に連絡し、できるだけ対象者に合わせた日時を調整する ・40～50歳代利用率向上のため、休日及び夜間の時間設定をする ・みなし健診における対象者把握を徹底する ・勧奨通知について、随時、内容を検討する ・未利用の理由を確認し、今後の事業企画や次年度の対象者選定に反映させる ・メールの他、無料アプリ等のICT活用について検討する <p>④関係機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当係での事業企画や報告会で、内容及び運営等について会議を開催する ・事業前及び終了後に受託事業所と調整会議を行い、改善策を検討する <p>⑤特定保健指導対象外のシステム入力を徹底する</p>	
評価指標 ・ 目標値		指標	目標値（評価時期）
	アウトプット	初回面接実施率 （健診管理データより）	72%（R11）
	アウトカム	特定保健指導利用率（終了率） （法定報告より）	57.5%（R11）
		内臓脂肪症候群・予備群の割合 （法定報告より）	34%（R11）
		体重減少者の割合 （利用者の減少者／特保利用者）	R6年度より増加
		40～50歳代男性の特定保健指導利用率（健診管理データより）	34%（R11）
		50歳代女性の特定保健指導利用率（健診管理データより）	95%（R11）
	プロセス	40～50歳への再勧奨率 （再勧奨数／40～50歳未利用者）	100%（R11）
		保健指導の標準化を行う （随時見直し）	媒体を作成する（R6）
		事業企画会議及び報告会の開催 （担当係内）	各年2回実施（R11）
広報紙等での適正体重維持に関する住民周知の実施		年1回実施（R6）	
ストラクチャー	委託事業所との連携	年1回（R11）	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (ベースライン)	目標値	
		R8 (中間評価)	R11 (最終評価)
初回面接実施率 (健診管理データより)	64.1% (49+137/91+199)	69% (+5人/年)	72% (伸び率 1/2)
特定保健指導終了率 (No50)	52.9% (No50 終了者数 156 人) (No49 対象者数 295 人)	56% (+10人/3年)	57.5% (〃)
内臓脂肪症候群該当者及び予備 群者割合 (No5+No7/No4)	36.4% (431+191/1707)	35% (-5人/年)	34% (伸び率 1/2)
40～50 歳代男性の特定保健指導 利用率 (TKCA012 : No48・49)	34.0% (3+8+2+5/8+19+9+17)	45% (+2人/年)	50% (伸び率 1/2)
50 歳代女性の特定保健指導利用 率 (TKCA012 : No48・50)	78.6% (4+7/9+5)	89% (+0.5人/年)	95% (伸び率 1/2)
特定保健指導利用率 (No33+No44/No48)	65.4% (53+140/295)	70% (+5人/年)	72.5% (〃)

事業名	4 特定健康診査受診勧奨事業	
目指す方向	特定健康診査の受診率を向上させ、生活習慣病を予防する	
背景	<p>加美町の疾病別医療費（入院+外来）の割合は、1位：慢性腎臓病（透析あり）、2位：糖尿病、3位：高血圧症となっており、医療費全体の1/3を生活習慣病が占めている。</p> <p>また、加美町の脳血管疾患の標準化死亡比EBSMRは、R3年度に男性が140.8%、女性が146.6%と高く、介護保険第2号被保険者（40～64歳）の有病状況では、脳血管疾患の割合が非常に多くなっている状況にあり、適切な治療を行わず生活習慣病が悪化してから医療機関を受診するケースが多いと推測される。</p> <p>このため、特定健診の受診率を向上させ、生活習慣病の早期発見・早期治療を推進することが必要であるが、加美町の特定健診受診率は、コロナ禍以降低下したまま伸び悩み、R3年度42.4%と県の受診率46.1%を下回っている。</p> <p>年代別受診率は、男性の40歳代、60歳代の順で低く、女性では50～54歳、40～44歳の順で低い状況であるが、若い年代から定期的に健診を受け生活習慣を見直すことによって、生活習慣病の予防や重症化予防に努めることが重要であるため、40歳代（特に男性）の受診率の向上を図る必要があると考える。</p> <p>さらに、特定健診の結果やレセプト情報によると、特定健診未受診者約2,400人のうち7割にあたる約1,600人が、医療機関で生活習慣病の治療を受けている状況である。本来は、医療機関での治療の有無にかかわらず特定健診を受けてもらうことが重要だが、特定健診を受診しない場合でも、「みなし健診」として医療機関通院者等から報告をもらうことで、健康状態やコントロール状況を把握できるため、その提出数の増加を図ることは、重症化予防の観点から重要であると考えます。</p>	
目的	特定健康診査を受診し健康管理を行う人を増やすことで、生活習慣病の予防や重症化予防の推進を図る	
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率を50%に上げる ・40～50歳代の定期受診する方（最低2年に1回は受診）を増やす 	
具体的内容	対象者	40～74歳の国民健康保険の被保険者
	内容 ・ 実施方法	<p>①特定健診の受診に関する普及啓発を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診の必要性について、広報やホームページ、医療機関に掲示することで普及啓発する ・新規国保加入者に、パンフレットを配布し啓発する <p>②40～50歳代の方を定期的な受診につなげる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・節目健診の受診費用の助成や2年連続未受診者への受診勧奨、受診票配布を行う <p>③みなし健診の提出を増やす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関へポスター掲示や協力依頼をする ・事業所健診の結果について、健診団体との協力体制を構築し、データ提供を受ける <p>④未健者健診の実施と受診勧奨をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者に対して受診票と勧奨チラシを送付する <p>⑤健診受診環境を充実させる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・土日や夜間健診の継続的な実施の検討 ・総合健診に胃がん検診を追加して実施する

		・ 個別健診(かかりつけ医で受診できる体制)の周知	
評価指標 ・ 目標値		指 標	目標値 (評価時期)
	アウトプット	特定健診受診率	50%
	アウトカム	男性の受診率	45%
		40～44 歳の受診率	男性 40%、女性 40%
		45～49 歳の受診率	男性 35%、女性 50%
		50～54 歳の受診率	男性 45%、女性 40%
		55～59 歳の受診率	男性 50%、女性 50%
	プロセス	実施方法①～⑤の実施	毎年度
	ストラクチャー	医療機関との協力体制の構築	年 1 回

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (ベースライン)	目標値	
		R8 (中間評価)	R11 (最終評価)
特定健診受診率	42.4%	46%	50%
みなし健診の提出数	76 件 (R4 実績)	88 件	100 件
40 歳代の受診率	35.8% (男性 30.7、女性 40.9)	37.9%	40%

事業名	5 がん検診受診率向上事業	
目指す方向	がん検診の受診率を向上させ、がんの早期発見・早期治療を行うことで、QOLの向上と医療費削減を図る	
背景	<p>加美町のR3年度の死亡原因は、1位：がん、2位：脳血管疾患、3位：心臓病の順で、約2人に1人ががんで亡くなっている。がん全体のSMRは、国の水準と同じだが、部位別のがんのSMR（国立保健医療科学院のデータ）では、男女ともに胃がん、男性の肺がんが、県・国よりも高く、年々増加傾向にある。</p> <p>疾病別医療費を見ると、がんは、入院の1位（前立腺がん、肺がん、胃がんの順）で、通院では透析に次いで2位（肺がん、胃がん、前立腺がんの順）となっており、特に、肺がんと胃がんの医療費が高くなっている。</p> <p>加美町のがん検診受診率は低く、胃がん受診率14.6%（うち国保20.8%）、大腸がん受診率16.2%（うち国保25.2%）、肺がん受診率16.1%（うち国保33.7%）、子宮がん受診29.0%（うち国保28.9%）、乳がん受診率34.3%（うち国保44.7%）となっている。コロナ禍以降令和2年度を最低に、受診率は少しずつ回復してきたが、医療費の高い肺がんや胃がん全体の受診率は20%以下で、国の目指す60%に至っていない。</p> <p>R3年度の肺がん検診の男性の精検該当率は2.5%（うち精検受診率は79.4%）、胃がん精検該当率は6.0%（うち精検受診率は93.3%）となっており、どちらも精検受診率は100%に至らず、精密検査未受診者の多くは60歳以上となっている。</p> <p>また、加美町は男女とも喫煙率が高く、R3年度喫煙率は、男性が29.3%（県24.8%）、女性6.2%（県6.0%）と県の割合よりも高くなっている。喫煙は肺がんの危険因子の1つであるため、喫煙習慣の改善を図ることが必要である。</p> <p>多くのがんは、早期発見・早期治療が可能な病気であるため、予防対策や検診を定期的に受ける必要性を啓発し、がん検診の受診率を向上させることが重要で、特に胃がん検診及び男性の肺がん検診の受診率、精検受診率向上を優先的に実施し、早期発見・早期治療につなげる必要があると考える。</p>	
目的	がん検診の受診率を向上させ、がんの早期発見・早期治療につなげる	
目標	①がんの基礎知識やがん検診受診の必要性、情報についてわかりやすく啓発する ②がん検診を受けやすい環境を整備する ③各がん検診受診率を5%アップさせる ④精密検査受診率100%にする	
具体的内容	対象者	胃がん検診：35歳以上 大腸がん検診：40歳以上 肺がん検診：40歳以上 子宮がん検診：20歳以上の女性（42歳以上は前年度未受診者） 乳がん検診：30歳以上（42歳以上は前年度未受診者）
	内容 ・ 実施方法	①がん検診・がん予防に関する普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> 「健診ガイド」を作成し検診情報を発信（健診申込時毎戸配布、住民窓口で配布） 検診会場にポスターを掲示、広報・ホームページ等にて啓発 費用助成やクーポンの周知を図る ②受診体制の整備・再検討 <ul style="list-style-type: none"> 夜間・休日検診の継続 総合健診と胃がん検診の同時実施、レディース検診の検討

		<ul style="list-style-type: none"> ・各種検診体制の整備、補助金の活用等の検討 <p>③受診勧奨者への個別通知・受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・胃がん検診：50～60歳代、肺がん検診：40～60歳代男性への受診勧奨 ・2年連続未受診者へ受診票の配布 ・乳がん、子宮がん：2年前受診者で今年度申込未記入・未提出者へ受診票配布 ・未受診者検診の実施と受診勧奨のチラシの配布 <p>④精密検査対象者への受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知にチラシを同封 ・未受診者への電話、訪問等による受診勧奨の実施 	
評価指標 ・ 目標値		指標	目標値（評価時期）
	アウトプット	受診勧奨率	100%
		精密検査受診勧奨率	100%
	アウトカム	胃がん検診受診率	20%
		肺がん検診男性の受診率	18%
		精密検査受診率	100%
	プロセス	検診ガイドの作成・配布	毎戸配布
		進捗管理、介入方法・対象者のアセスメント及び評価の実施	年1回
		受診体制の整備の検討	年1回
	ストラクチャー	健診団体、医療委機関との協力体制の構築	年1回

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (ベースライン)	目標値	
		R8 (中間評価)	R11 (最終評価)
胃がん検診受診率	15.5%	18%	20%
肺がん検診男性の受診率	11.5%	14%	18%
検診ガイド作成・毎戸配布	100%	100%	100%

事業名	6 適正受診・適正服薬実施率向上事業	
目指す方向	適正な医療機関の受診と服薬により、健康の維持・増進を図り、また医療費の抑制を図る	
背景	<p>令和4年度の重複受診は、1か月間に同系疾病を理由に3医療機関以上かつ1日以上受診している方が325人、うち5医療機関以上かつ1日以上受診している人が18人である。また、3医療機関以上かつ5日以上受診している方が17人である。頻回受診は、1か月間に同一医療機関へ10回以上受診している方が47人、20日以上受診している方が3人である。重複受診、頻回受診ともに経年変化は大きく変わらない。</p> <p>受診医療機関は、複数の整形外科を受診する傾向にあり、痛みが改善しないため、専門医療機関を転々と受診している。また、不定愁訴のある場合も多い。</p> <p>また、高齢化率が38%を超え高い状況にあり、該当者は増加すると思われる。</p> <p>これらのことから、適正受診・適正服薬を働きかけ、QOLを向上し、医療費適正化を図る必要がある。</p>	
目的	適切な受診や服薬を促すことにより、健康の維持・増進、医療費抑制を図る	
目標	<p>①適切な受診・服薬行動のメリットについて啓発する</p> <p>②対象者の受診・服薬状況を把握し、適切な対象者選定を行う</p> <p>③個々に合った適正受診や服薬行動が実践できるよう支援する</p> <p>④関係機関と連携する</p>	
具体的内容	対象者	<p>1) 重複多剤処方</p> <p>①重複処方 1か月間に同系薬剤が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の処方合計日数が60日を超える →2医療機関以上で1剤以上、60日以上</p> <p>②多剤処方 1か月間に複数の医薬品（6剤以上）の処方が15日以上ある →20剤以上で15日以上</p> <p>2) 重複頻回受診</p> <p>①重複受診 1か月間に同系の疾病で3医療機関以上受診している →5医療機関以上1日以上</p> <p>②頻回受診 1か月間に同一医療機関を12日以上受診している →1医療機関以上15日以上</p> <p>※但し、透析・がん・難病など指導対象として適切でない者は除外</p>
	内容 ・ 実施方法	<p>①適切な受診・服薬行動のメリットについて啓発する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広報紙やホームページ等で啓発する <p>②対象者の受診・服薬状況を把握し、適切な対象者選定を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステムで該当者選定を行い、過去6か月間の受診状況を確認する ・ケースカンファレンスを開催し、対象者選定を行う <p>③個々に合った適正受診や服薬行動が実践できるよう支援する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問による受診状況確認、適正受診の指導を実施 ・数か月後に再訪問を行う（事後評価）

		<ul style="list-style-type: none"> ・ KDB システムで受診行動を確認する ④関係機関と連携する ・ 薬剤師会：対象者選定時の助言、適正服薬における助言や指導 ・ 医師会：適正受診・服薬における助言や指導、事業企画等 	
評価指標 ・ 目標値		指標	目標値（評価時期）
	アウトプット	対象者への訪問実施率	100%
	アウトカム	指導実施者の医療費減少割合 （指導後医療費／指導前医療費）	50%以上
		指導実施者の改善率 （前後の評価表にて）	R6 年度より増加
	プロセス	ケース検討会議	年2回 （対象者選定、指導実施後）
	ストラクチャー	薬剤師による助言	年1回

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 （ベースライン）	目標値	
		R8 （中間評価）	R11 （最終評価）
対象者への訪問実施率	100% （1人/1人）	100%	100%
指導実施者の医療費減少割合 （指導後医療費／指導前医療費）	R6 に確認	50%以上	50%以上
指導実施者の改善率 （点数評価の総合点）	R6 に確認	増加	増加

事業名	7 ジェネリック医薬品差額通知事業		
目指す方向	ジェネリック医薬品を普及させることで、医療費の抑制を図る		
背景	加美町において、ジェネリック医薬品の差額通知対象者への通知率は事業開始以降 100%であり、普及率はR2年度以降、国の目標値 80%以上を維持しているが、加美町の医療費水準は県や国よりも高いため、医療費の多くを占める薬剤費を適正化し、被保険者の薬剤にかかる自己負担額及び町の医療費負担の軽減を図るため、薬価が安く設定されているジェネリック医薬品を普及させる必要があると考える。		
目的	ジェネリック医薬品を普及させることで、医療費の抑制を図る		
目標	対象者への通知率を 100%とし、ジェネリック医薬品の普及率を 80%とする		
具体的内容	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用率が低く、先発医薬品から切り替えることで、薬剤費が一定以上軽減される者 新規国保加入者 	
	内容 ・ 実施方法	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、先発医薬品から切り替えることで薬剤費が一定以上軽減される対象者を抽出し、当該対象者へ通知を送付することでジェネリック医薬品への切り替えによる自己負担軽減効果を知ってもらう 新規国保加入時または被保険者証の更新時等にジェネリック医薬品希望シールを配布し、制度の啓発を行う 	
評価指標 ・ 目標値		指標	目標値（評価時期）
	アウトプット	対象者への通知率	100%
	アウトカム	ジェネリック医薬品普及率（数量）	80%
	プロセス	計画どおりに実施できたか	－
	ストラクチャー	予算の確保	－

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (ベースライン)	目標値	
		R8 (中間評価)	R11 (最終評価)
対象者への通知率	100%	100%	100%
ジェネリック医薬品普及率（数量）	80%	80%	80%

第6章 データヘルス計画（保健事業全体）及び特定健康診査等実施計画の評価・見直し

1 計画の評価方法

本計画に沿って、各保健事業の実施状況や事業実施後の成果について評価を行い、その内容について第三者からの助言を求めることとします。

2 評価時期及び計画の見直し

年度ごとに個別保健事業の評価と事業の見直しを行い、計画全体の指標についても確認します。令和8年度に、中間評価として計画全体の進捗状況を確認し、必要に応じて評価指標や目標値、個別保健事業の見直しを行います。

また、計画全体の目標の達成状況については、計画期間の最終年度に評価を行います。

第7章 その他

1 計画の公表・周知

国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に係る指針に基づき、町のホームページに掲載し公表する他、様々な保健事業を通じて周知します。

2 個人情報の取り扱い

特定健康診査のデータやレセプト等の個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に定める要配慮個人情報に該当するため、個人情報の保護に関する法令やガイドライン、加美町個人情報保護条例等を踏まえた対応を行います。

また、保健事業や情報の分析等、個人情報を扱う事業を外部に委託する際は、個人情報の盗難・紛失等を防ぐための安全措置に留意し、厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、業務委託先の履行状況を管理していきます。

3 地域包括ケアに係る取り組み

「地域包括ケアシステム」とは、病気や要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで継続することができるよう「住まい・医療・介護・介護予防・生活支援」が一体的に提供される仕組みです。地域包括ケア体制推進会議などで、KDBシステムから得られる医療費や健康課題等の情報を共有し、連携を図りながら事業を推進します。

第2編

第4期 特定健康診査等実施計画

第4期特定健康診査等実施計画

1 計画策定の背景及び趣旨

生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、各医療保険者は、40歳から74歳までの被保険者を対象に対し、特定健康診査及び特定保健指導の実施することが義務付けられました。

このような背景のもと、本町においても、脳血管疾患、慢性腎臓病の発症リスクの高まるメタボリックシンドロームの概念を踏まえ、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を目指し、「加美町国民健康保険第1期特定健康診査等実施計画（平成20年～24年）」、「加美町国民健康保険第2期特定健康診査等実施計画（平成25年～29年）」、「加美町国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画（平成30年～令和5年）」を策定し、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療、重症化予防の取り組みを進めてきました。

今回は、これまでの取り組みを踏まえ、さらに特定健診・特定保健指導の受診率の向上、生活習慣病予防を推進していくため「加美町国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画」を策定するものです。

2 計画期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3 特定健康診査

(1) 基本的な考え方

特定健康診査は、糖尿病や脳血管疾患等の生活習慣病の予防のため、メタボリックシンドロームに着目した健康診査です。特定健康診査の結果から、内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因の数により階層化され、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」の特定保健指導に分けられます。

(2) 対象者

実施年度中に40歳から74歳となる加美町国民健康保険加入者で、かつ当該実施年度の1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、除外規定（妊産婦、6ヶ月以上継続して入院している方、施設に入所している方等）に該当しない方。

*当該年度において75歳に達する者も含めます。

(3) 対象者数の見込み

区分	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
対象者数 (見込み)	3,853人	3,801人	3,592人	3,539人	3,330人	3,277人
実施者数 (見込み)	1,772人	1,824人	1,832人	1,911人	1,898人	1,966人

(4) 実施方法

	集団健診	個別健診
実施時期	4月及び8月	6月～11月
実施場所	中新田公民館、小野田福祉センター、 宮崎福祉センター	委託契約を結んだ加美郡内の医療機関
実施項目 〔図表1〕	<ul style="list-style-type: none"> ・国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」 ・医師の判断により実施する「詳細な健診項目」 ・町が独自で実施する「町独自の追加項目」 	

〔図表1〕 特定健康診査の実施項目

区 分	検査項目	内容・実施基準等	
基本的な 健診項目	診察	問診	既往・服薬歴、自覚症状等
		理学的検査	身体診査
	身体測定	身長、体重、BMI、腹囲	
	血圧測定		
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)	
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪* HDL コレステロール LDL コレステロール	
	血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c	
詳細な 健診項目	貧血検査(ヘマトクリット値、 血色素量、赤血球数)	貧血の既往歴を有する方又は視診等で貧血が疑われる方	
	心電図	当該年度の特定健康診査結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 以上の方又は問診等で不整脈が疑われる方	
	眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 以上に該当した方又は血圧の基準に該当しないが前年度の特定健康診査の結果等において、HbA1c 6.5%以上に該当する方	
	血清クレアチニン等検査 (eGFR)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 130 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 85 mm Hg 以上又はHbA1c 5.6 以上に該当した方	
町独自の 追加項目	尿酸代謝	血清尿酸	
	心電図	国の基準に該当しない方	
	血清クレアチニン等検査 (eGFR)	国の基準に該当しない方	

*第4期の変更点で、やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪のよる検査も可とします。

(5) 周知・案内方法

- ・ 広報、ホームページ、医療機関へのポスター掲示、健診ガイドを作成するなど広く周知を行います。
- ・ 集団健診の実施にあたっては、期間中は指定以外の会場でも受診可能であることを周知します。
- ・ 初めて特定健診の対象となる方には、無料のクーポン券と受診勧奨のリーフレットを同封します。
- ・ 特定健康診査開始月の概ね1か月前までに受診票を送付します。

(6) 体制整備

- ・ 様々な理由で平日及び日中に受診できない被保険者が受診しやすいよう、土日や夜間健診を実施します。
- ・ 総合健診に各種がん検診一緒に実施し、同日に受診できる体制と整備します。
- ・ 事業健診を受診している対象者の把握及びデータの提供を受ける体制整備を努めます。
- ・ 医療機関で受けた健診結果を町に提出することで、特定健診を受診したとみなす（みなし健診）を医療機関の協力のもと進めていきます。
- ・ 先進的な取り組み事例の情報収集を行い受診率向上に向けた取り組みを検討します。

(7) 特定健康診査の委託

特定健康診査業務は、特定健康診査の質が低下しないよう、利便性への配慮や適正な精度管理等が行われている業者を選定し、委託して実施します。

(8) 情報提供

生活習慣の意識付けのため、特定健康診査結果や質問票から対象者の状況にあわせた情報提供を結果通知と同時に行います。

(9) 目標値

国が定める「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」において市町村国保の目標は60%以上とされています。

本町の令和4年度の実施率は、44.5%であるため、国が定める60.0%を最終目標とします。

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
46.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

4 特定保健指導

(1) 基本的な考え方

特定保健指導は、特定健康診査の結果から「積極的支援」、「動機付け支援」に該当した生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が大きく期待できる方に実施するものです。

生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的としています。

(2) 対象者

加美町国民健康保険加入者で、実施年度中に40歳から74歳である特定健診受診者を対象とし、特定健康診査の結果から、以下の階層化により対象者を抽出します。〔図表2〕

ただし、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方は対象とはなりません。

(3) 対象者数の見込み

区分	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
対象数 (見込み)	309人	319人	320人	334人	331人	343人
実施者数 (見込み)	167人	175人	179人	190人	192人	206人

(4) 実施方法

	集団健診受診者	個別健診受診者
開始時期	4月、8月に実施した特定健康診査結果に基づき、健診後概ね2か月以内に初回面接を実施します。	6月～11月に実施した特定健康診査結果に基づき、健診後概ね3か月以内に初回面接を実施します。
実施期間	初回面接後、3か月以上の継続支援を行います。	初回面接後、3か月以上の継続支援を行います。
内容及び方法	「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」及び「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に基づき実施します。	

(ア) 積極的支援

a. 初回面接

対象者本人が自身の健康状態を自覚し、生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる支援として、1人当たり20分以上の面接を行います。

b. 3か月以上の継続的な支援

目標を達成するために行動変容が維持できるようプロセス評価で180ポイント以上取得することを基本として支援します。

c. 実績評価

面接で実施することを基本とし、設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に改善がみられたかについて評価を行います。

また、評価結果について、対象者に提供します。

(イ) 動機付け支援

a. 初回面接

対象者本人が自身の健康状態を自覚し、生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる支援として、1人当たり20分以上の面接を行います。

b. 3か月間の情報提供

設定した行動目標が達成されるように、生活習慣の改善に役立つ情報を毎月提供します。

c. 実績評価

設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に改善がみられたかについて面接又は通信で評価を行います。

(ウ) 案内方法

特定健康診査終了2か月後を目安に、階層化〔図表-2〕の結果と特定保健指導の実施日時及び会場を記載した通知を対象者に送付します。

〔図表 2〕 特定保健指導の階層化

腹囲	追加リスク	喫煙	対象	
	①血圧 ②脂質 ③血糖		40～64歳	65～74歳
≧85cm (男性)	2つ以上該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
≧90cm (女性)	3つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

*喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係の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ヶ月は吸っていない」場合は「喫煙なし」として扱う。

1. 追加リスク基準

- ① 血圧高値・・・収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上
- ② 脂質異常・・・空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl 以上
または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血糖高値・・・空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl または HbA1c（NGSP）5.6%以上

2. 対象者

対象年齢は、実施年度中に達する年齢とする。

(5) 目標値

国が定める「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」において市町村国保の目標は 60%以上とされています。本町の令和 4 年度の実施率は、52.9%であるため、国が定める 60.0%を最終目標とします。

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
54.0%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	60.0%

5 年間スケジュール

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
特定健診	(集団健診)	集団健診	健診結果 発送		未健者抽出 受診票発送	未健者検診	健診結果 発送	法定報告	委託機関 選定・契約	各種健診申 込案内発送		対象者の 抽出	受診票送付	
	(個別健診)		受診票発送	個別健診 実施										
	(みなし健診)	みなし健診 受付												
特定保健指導	(集団健診)		案内の送付	初回面接 実施	3か月以上の継続的な保健指導									
						案内の送付	初回面接 実施	3か月以上の継続的な保健指導						
	(個別健診)					案内の送付 (随時)								
							初回面接の 実施(随時)							
								3か月以上の継続的な保健指導(随時)						

卷末資料

〈用語の解説〉

	用語	説明
あ行	医療費適正化	被保険者の健康の保持増進と適切な医療のかかり方を推進することで、持続可能な保険制度の維持を図るため、医療費の伸びを抑えること。
	インセンティブ	意思決定や行動を促す「刺激」や「動機」を意味する。
か行	介護保険被保険者 ・第1号被保険者 ・第2号被保険者	・第1号被保険者：65歳以上の方。原因を問わず、要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができる。 ・第2号被保険者：40歳から64歳までの医療保険加入者。加齢に伴う疾病（特定疾病）が原因で要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができる。
	血圧（収縮期・拡張期）	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物のこと。腎機能が低下すると、尿とともに排泄される量が減り血液中に溜まる。数値が高いことは、腎機能が低下していることを意味する。
	血清尿酸	血液中に含まれる尿酸のこと。尿酸は新陳代謝の結果生じる老廃物。尿酸が増えた状態が続くと、痛風や腎障害、尿路結石、動脈硬化の原因となる。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高血圧症	肥満・飲酒・運動不足・食塩が多い食事などの生活習慣に遺伝的要因が組み合わさって血圧が高すぎる状態が続くこと。血圧が高い状態をそのままにしていると動脈硬化が進み、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞や脳出血などの病気に至る可能性がある。
	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	新薬（先発医薬品）と同じ有効成分が使われ、品質・効き目・安全性が同等の医薬品で、先発医薬品と比べて低価格な薬のこと。
	個別保健事業	データヘルス計画の目的・目標を達成するために行う保健事業のこと。
	さ行	人工透析
生活習慣病		食事や運動・休養・喫煙・飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。 がん・心臓病・脳卒中などは生活習慣病に含まれ、日本人の健康に大きく影響する。
た行	重複・多剤	重複は、複数の医療機関から同じ効能の薬が重複して処方され、服薬すること。

		多剤は、多くの種類の薬が処方され、服薬すること。
	糖尿病	血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなりすぎる病気のこと。 初期には症状がほとんどないが、進行すると動脈硬化が進み、脳卒中や虚血性心疾患になりやすい。また、3大合併症として、網膜症・腎症・神経障害があり、人工透析に至る可能性がある。
	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症のひとつ。高血糖状態が続くことで腎臓のろ過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合が多い。
	特定健康診査	40歳～74歳の方を対象とした、生活習慣病の予防のためにメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。
	特定保健指導 ・積極的支援 ・動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善で、生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して行う保健指導のこと。 階層化により「積極的支援」と「動機付け支援」に分けられる。 ・積極的支援：メタボリックシンドロームのリスクが高くなってきた方が対象。生活習慣に合わせた改善目標を設定し、努力の継続状況を定期的に確認し、アプローチやサポートをする。 ・動機付け支援：メタボリックシンドロームのリスクが現れ始めた段階の方が対象。生活習慣に合わせた目標を設定し、行動できるよう支援する。
は行	評価指標 ・アウトカム ・アウトプット ・プロセス ・ストラクチャー	事業のつまずき箇所等を確認し、次年度の保健事業の見直しに反映することで効果的な保健事業につなげるための指標。 ・アウトカム：アウトプットによって得られる成果・結果のこと。 ・アウトプット：事業の実施量・実績のこと。アウトカムを達成するためにどのくらい事業を行ったかを評価するための指標。 ・プロセス：過程や手順のこと。どのように事業を実施したかを評価するための指標。 ・ストラクチャー：仕組みや体制を評価するための指標。
	標準化死亡比（SMR）	人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。 ある集団の死亡率が、基準となる集団と比べてどのくらい高いかを示す比。
	不健康な期間	平均寿命－健康寿命で計算される。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血糖・高血圧・脂質代謝異常が組み合わさること で、心臓病や脳卒中などになりやすい病態。
ら行	レセプト	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のこと、診療報酬明細書や調剤報酬明細書がある。

A～Z	AST（アスパルギンアミノトランスフェラーゼ）・ALT（アルタミントランスフェラーゼ）	ASTは心臓・肝臓・腎臓・骨格筋に、ALTは肝臓に多く存在する酵素。臓器に障害が起き、細胞が壊れると血液中に流れ出るため、心臓病や肝臓病発見の手がかりになる。
	BMI（ボディマス指数）	体格を表す指数。〔体重（kg）〕÷〔身長（m）の2乗〕で計算され、身長に見合った体重かどうかを判断する数値。22が最も病気になるににくい状態であるとされている。 ・18.5未満：低体重（やせ） ・18.5以上25.0未満：普通体重 ・25.0以上：肥満 ・35.0以上：高度肥満
	EBSMR（標準化死亡率 経験的ベイズ推定）	小地域間の比較や経年的な動向を標準化死亡率でみる場合、死亡数が少ないと数値が大きく上下してしまうため、観測データ以外にも対象に関する情報を推定に反映させている。数値が100より大きい場合は、全国と比べて出現割合が高いことを示す。
	eGFR（糸球体濾過量）	腎臓の働きを表す指標。クレアチニンの値を、性別・年齢によって補正し算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液をろ過して尿を作れるかを示す値。数値が低いほど腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c（ヘモグロビンA1c）	赤血球中のヘモグロビンとグルコース（血糖）が結びついたもので、過去1～2か月間の平均的な血糖の状態を示す。
	HDL（高密度脂蛋白）	善玉コレステロール。余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。
	KDB（特定健康診査データベース）	国保データベース（システム）の略。国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて管理する「特定健康診査・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用して、統計情報などを提供し、保険者の保健事業の実施をサポートするシステムのこと。
	LDL（低密度脂蛋白）	悪玉コレステロール。肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っている。増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。
	PDCA（計画・実行・評価・改善のサイクル）	Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）を繰り返すことにより、業務改善や効率化を図る手法のひとつ。
	γ-GT（ガンマグロタミルトランスフェラーゼ） γ-GTP（ガンマグロタミルトランスフェラーゼ）	肝臓の解毒作用に関係する酵素。アルコールに反応しやすく、飲酒量や飲酒機会が多い人は値が高くなることもある。肝臓や胆のうに異常があると高値になるため、肝臓病の発見の手がかりになる。

加美町国民健康保険 第3期 データヘルス計画（保健事業実施計画）
第4期 特定健康診査等実施計画

発行・編集 宮城県加美町 保健福祉課
〒981-4292 宮城県加美郡加美町字西田三番5番地
TEL：0229-63-7872 FAX：0229-63-7873
E-mail：hokenfukushi@town.kami.miyagi.jp
