

第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
吉田町国民健康保険

目次

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
平均寿命等		
医療費の分析		
特定健康診査・特定保健指導の分析		
介護費の分析		
その他		
健康課題の抽出		
III 計画全体	.....	15
健康課題		
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値		
保健事業一覧		
IV 個別事業計画	.....	16
1 特定健康診査事業（第4期特定健康診査等実施計画）		
2 特定保健指導事業（第4期特定健康診査等実施計画）		
3 糖尿病性腎症重症化予防事業		
4 生活習慣病重症化予防事業		
V その他	.....	21
データヘルス計画の評価・見直し		
データヘルス計画の公表・周知		
個人情報の取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
その他留意事項		
VI 別紙	.....	22

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。当町においても平成27年度から第1期、平成30年度から第2期の計画を定め、効果的かつ効率的な保健事業を推進してきた。</p>
	計画の位置づけ	<p>吉田町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期吉田町データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。なお、「第3期吉田町データヘルス計画」は、厚生労働省が推進するデータヘルス計画の標準化を踏まえ、静岡県から提供されたデータヘルス計画標準化ツールを使用しており、町の総合計画を上位計画とし、「吉田町健康増進計画」等の関連計画と一体的運用ができる計画とする。</p> <p>また、第2期データヘルス計画を準拠し、「第4期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定する。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度（6カ年）
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、町民課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、国民健康保険運営協議会での協議のうえ進める。なお、必要に応じて、榛原医師会や町内医療機関その他地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		29,217		14,632		14,585	
国保加入者数(人) 合計		5,279	100%	2,660	100%	2,619	100%
0~39歳(人)		1,122	21%	612	23%	510	19%
40~64歳(人)		1,623	31%	835	31%	788	30%
65~74歳(人)		2,534	48%	1,213	46%	1,321	50%
平均年齢(歳)		55.0		-		-	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	特定健診の円滑な実施に関して榛原医師会と連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、自治会等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	高齢化率は26.0%と県内30位で、人口構成は30-60代が全体の52%を占める。 令和4年度の平均被保険者数は5,390人であり、平成30年度の6,108人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が21.5%、40-64歳が30.3%、65-74歳が48.2%である。 65歳以上で急増し、70歳以上で最多となるが、県平均よりも39歳以下の割合が高い。(令和4年度)
	その他	被保険者の加入率は18.7%で、県(20.1%)より低い。 平均年齢は55.0歳で、県(55.3歳)より低いが、国(53.4歳)より高い。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、令和5年度における特定健康診査受診率60.0%及び特定保健指導実施率60.0%を目標に掲げたが、令和2、3年度は新型コロナウイルス感染症の影響により特定健康診査受診率は前年度から大幅に減少した。令和4年度の実受診率は回復傾向であるが、目標は未達であるため、第3期では引き続き特定健康診査を重点に事業を設計する。なお、特定保健指導実施率については令和2年度以降低下しているため、より指導を受けやすい体制づくりが必要である。また、生活習慣病重症化予防事業は血圧及びHbA1cの数値の改善が見られないため、保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

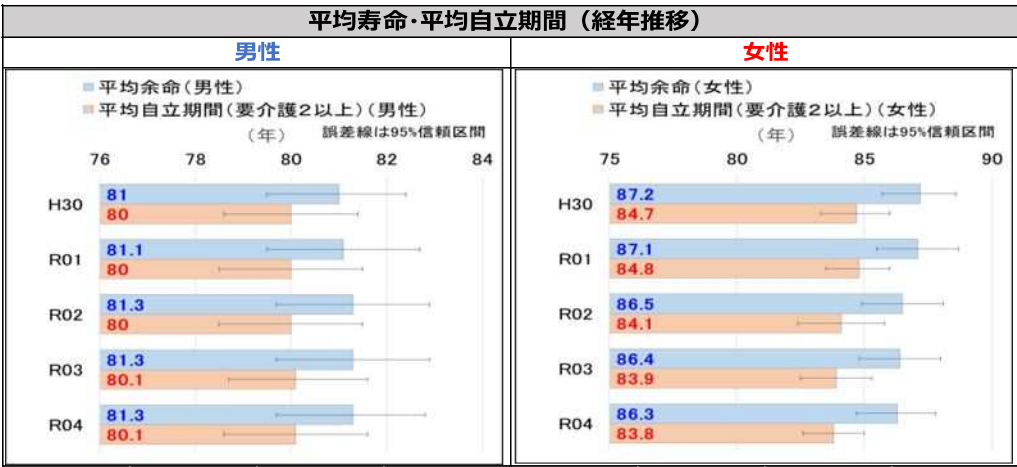
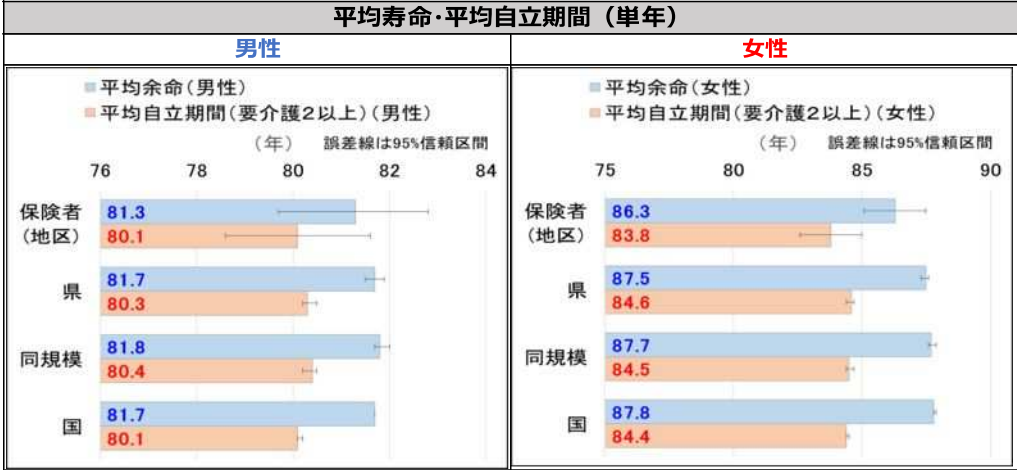
分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題 No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率 等	<ul style="list-style-type: none"> ●平均寿命は、男性80.9歳、女性87.2歳。男女とも県平均と同水準である。（令和4年度） ●平均自立期間は、男性80.1歳、女性83.8歳。男女とも県よりも低い。（令和4年度） 	【図表1】 地域の全体像の把握—平均寿命/平均自立期間	—	
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性別年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> ●加入者は減少傾向にあるが、医療費は増加傾向にある。令和4年度の一人当たり医療費（医科）は28,236円で全国平均（29,043円）よりも低い。年による増減がみられるため国より高い年がある。 ●外来の1日当たり医療費点数が県よりも高い傾向があり、入院は1件当たり医療費点数が高いため、1人当たり医療費点数が高い。 ●一人当たり医療費（歯科）も増加傾向にあるが、例年全国平均の85%程度の低い水準を保っている。 ●性別年齢階級別の受診率は、性別年齢に関わらずほぼ見並みである。 	【図表2】 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（分析レポート図表9—図表11）	D・E・F・G
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ●疾病分類別医療費の割合は、糖尿病（6.8%）、慢性腎臓病（5.6%）、高血圧症（4.3%）の順に多い。入院は大動脈瘤が最も多く、特に女性が突出している。外来は糖尿病が最も多い。 ●疾病別医療費の標準化費は、男女ともに県と比較すると糖尿病、高血圧症、大動脈瘤の割合が高い。 ●人口将来推計では、今後も高齢者人口は増加する見通しである。高齢になると医療費負担が増大する傾向にあるため、骨折や脳疾患の医療費負担はさらに増えることが予想される。 	【図表3】 医療費分析(2)/大、中、細小分類 医療費分析(2)/細小分類（分析レポート図表12）	D・E・F・G
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合は84.6%（令和5年3月診療分）であり、国の目標値80%を上回っている。 	【図表4】国公表データ（毎年9月診療分と3月診療分を公開）	—
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ●重複処方者（3医療機関以上）が被保険者全体の0.1%（7人）、多剤処方者（10種類以上）が被保険者全体の1.7%（92人）いる。（令和5年3月） 	【図表5】 保健事業介入支援管理/重複・多剤処方の状況	—
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健康診査の受診率は、コロナウイルス感染症の影響で令和2年に一旦減少したが、令和4年度は40.0%であり、令和元年度の数値まで回復している。 ●特定健康診査の年代別では、70代が最も高く、次いで65-69歳が高いが、男性の55-59歳と40-44歳の受診率が20%強と特に低い傾向がある。 ●特定保健指導の実施率は、37.6%（令和4年度）で県平均より高い。 ●特定保健指導実施者の内、60代及び70代が全体の8割を占める。 	【図表6】 地域の全体像の把握 健診の状況（分析レポート図表19-23）	A・B
	特定健康診査の結果（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> ●健診検査値は男女ともにHbA1c5.6以上、HDL40以下の割合が高い。 ●健診結果では男女ともに血圧が高く、医療費と同様の傾向である。 ●男性のメタボリックシンドローム該当者は県よりも高い。メタボ予備軍の該当者は、男女ともに県より低い。 ●非肥満高血糖の該当者は、18.7%で県（10.1%）よりも高い。 ●慢性腎不全の医療費は高いが、クレアチニン1.3以上は女性のみ県より高い。 	【図表7】 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 地域の全体像の把握（分析レポート図表25）	D・E・F
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> ●質問票では、「改善意欲なし」と「取り組み後6か月未満」の割合がともに高い。健康意識の高い層と低い層がともに存在していることが分かる。 ●糖尿病と関連する生活習慣（睡眠不足、間食の習慣あり、運動なし）を持つ人の割合が高い。 	【図表8】 質問票調査の状況健診有所見者情報（分析レポート図表27）	B・C
しセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ●健診受診者で生活習慣病保有のない医療機関受診者の内、生活習慣病受診勧奨判定値で重症度の高いものが0.6%（29人）いる。 ●健康状態不明者（健診未受診かつ医療機関での治療のない者）が15.2%（771人）いる。 	【図表9】 特定健康診査結果	A・G	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ●介護認定率は14.3%で、県平均（17.3%）よりも低い。介護度別の比較においても要介護5以外はすべてにおいて県を下回る。 ●介護認定率の推移は年々上昇傾向にあり、認定者数も増えている。 ●介護認定者において有病率の多い疾患は、脳疾患とアルツハイマー病が県より高く、医療費においても脳血管疾患は県の標準化比を上回る。筋骨格系の有病率は県より低い。 	【図表10】 要介護（支援）者有病状況 地域の全体像の把握（分析レポート図表28-29）	C	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ●令和4年度の受診勧奨事業の分析から、「医療機関は受診しているが健診を受けない層」と「40代から生活習慣病に関連した受診をしている層」が多いことが分かっている。 ●後期高齢者になると骨折にかかる医療費が増大し、入院医療費の9.7%を占める。 	【図表11】 医療費分析(2)/大、中、細小分類 医療費分析(2)/細小分類（分析レポート図表13-14）	A・B	

参照データ

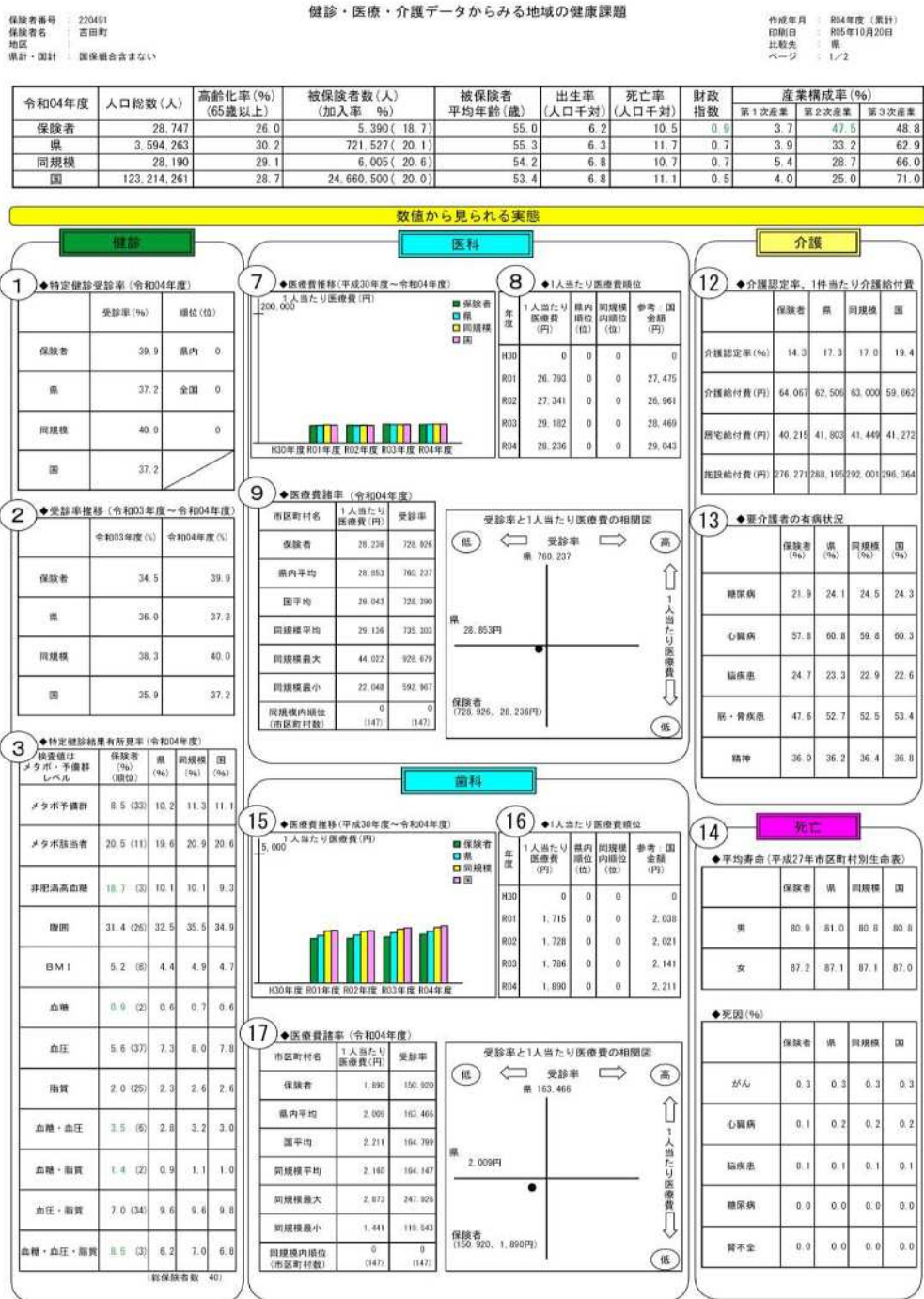
図表1	平均寿命/平均自立期間	出典	KDBシステム 地域の全体像の把握 (令和4年度分)
データ分析の結果	●平均寿命は、男性80.9歳、女性87.2歳。男女とも県平均と同水準である。(令和4年度) ●平均自立期間は、男性80.1歳、女性83.8歳。男女とも県よりも低い。(令和4年度)		

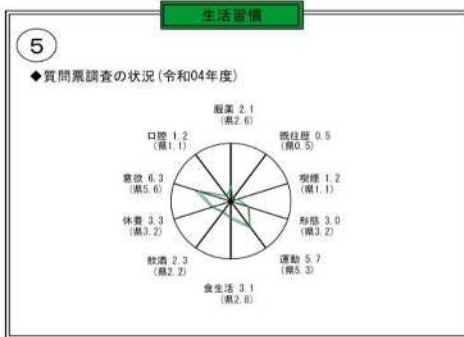
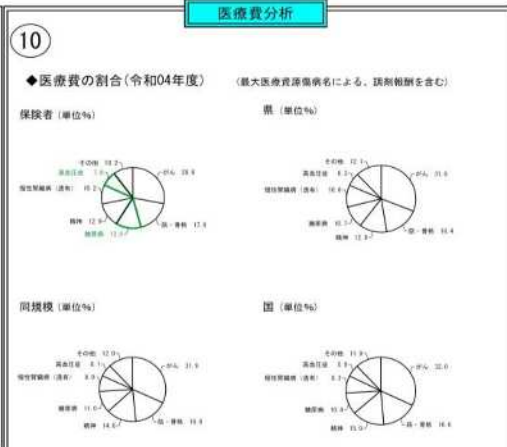
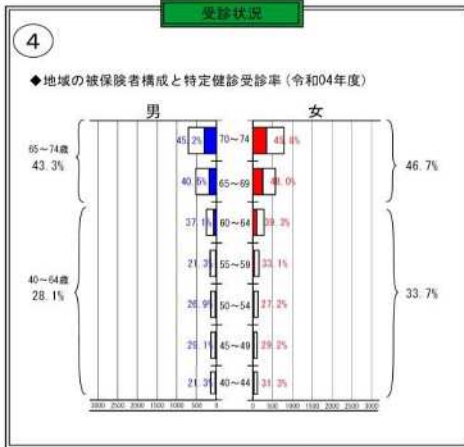
平均寿命		
	男性	女性
吉田町	80.9	87.2
県	81	87.1
同規模	80.8	87.1
国	80.8	87

平均自立期間(要介護2以上)		
	男性	女性
吉田町	80.1	83.8
県	80.3	84.6
同規模	80.4	84.5
国	80.1	84.4



図表2	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 医療費の分析 (国保レーダーチャート)	出典	KDBシステム_地域の全体像の把握 (R4年度分)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ●加入者は減少傾向にあるが、医療費は増加傾向にある。令和4年度の一人当たり医療費(医科)は28,236円で全国平均(29,043円)よりも低いが、年による増減がみられるため国より高い年がある。 ●外来の1日当たり医療費点数が県よりも高い傾向があり、入院は1件当たり医療費点数が高いため、1人当たり医療費点数が高い。 ●一人当たりの医療費(歯科)も増加傾向にあるが、例年全国平均の85%程度の低い水準を保っている。 ●性年齢階層別の受診率は、性別年齢に関わらずほぼ見並みである。 		





11 疾病統計

疾病	入院(円/件) (単位)	在院日数(日/件)	入院外(円/件) (単位)
糖尿病	719,675 (15)	15	32,750 (34)
高血圧症	895,693 (2)	17	27,966 (33)
脂質異常症	783,450 (7)	14	25,821 (26)
脳血管疾患	774,033 (11)	19	33,161 (28)
心疾患	810,926 (27)	14	43,624 (29)
腎不全	971,370 (6)	20	128,782 (20)
精神	514,423 (24)	26	22,090 (28)
新生物	836,692 (4)	13	63,910 (27)
歯肉炎・歯周病	381,742 (8)	4	11,772 (29)

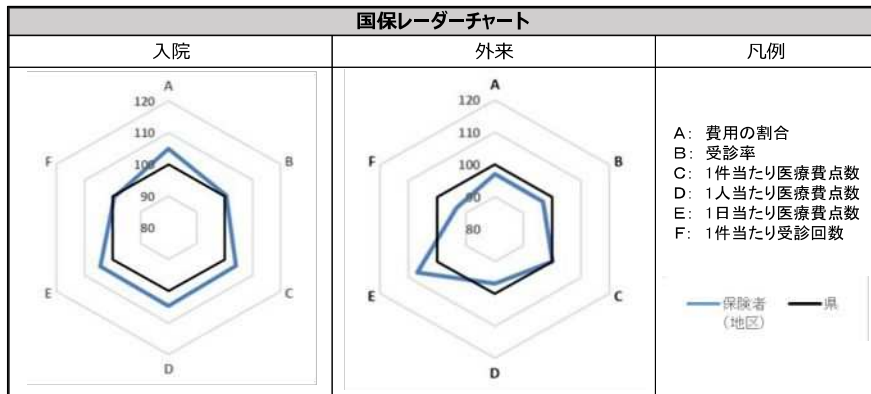
生活習慣病等受診状況(1件当たりの外来・入院単価) (総被保険者数 40)

6

◆健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費(単位:円)

令和04年度	健診受診者				健診未受診者				
	入院+外来	保険者	県	同規模	国	保険者	県	同規模	国
①		1,771	2,147	2,441	2,587				
②						12,300	12,776	12,830	11,715
③		4,785	6,018	7,199	6,161				
④						33,208	35,804	37,856	40,479

①健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数
 ②健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数
 ③健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数(生活習慣病患者数)
 ④健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数(生活習慣病患者数)



参照データ

図表3	医療費分析（医療費の負担が大きい疾患、標準化比）	出典	KDBシステム_医療費分析(2) 大、中、細小分類（R4度分） KDBシステム_医療費分析(2)細 小分類（R4度分）
データ分析の 結果	<ul style="list-style-type: none"> ●疾病分類別医療費の割合は、糖尿病（6.8%）、慢性腎臓病（5.6%）、高血圧症（4.3%）の順に多い。入院は大動脈瘤が最も多く、特に女性が突出している。外来は糖尿病が最も多い。 ●疾病別医療費の標準化費は、男女ともに県と比較すると糖尿病、高血圧症、大動脈瘤の割合が高い。 ●人口将来推計では、今後も高齢者人口は増加する見通しである。高齢になると医療費負担が増大する傾向にあるため、骨折や脳疾患の医療費負担はさらに増えることが予想される。 		

医療費分析（2）細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	糖尿病	127,046,570	6.8	120.4	114.4
	慢性腎臓病（透析あり）	105,812,110	5.6	108.1	81.7
	高血圧症	80,311,380	4.3	120.9	116.3
	関節疾患	75,866,770	4.0	99.2	113.2
	不整脈	59,275,200	3.2	107.3	90.7
	統合失調症	55,180,420	2.9	95.0	62.0
	大動脈瘤	53,357,020	2.8	127.1	460.4
	うつ病	50,626,340	2.7	128.4	163.9
	脂質異常症	45,210,700	2.4	87.1	110.0
	小児科	37,946,790	2.0	81.8	124.2
入院	大動脈瘤	52,486,280	7.2	127.2	470.9
	統合失調症	38,017,730	5.2	101.2	38.8
	慢性腎臓病（透析あり）	31,349,770	4.3	141.5	83.5
	うつ病	30,539,210	4.2	175.6	231.2
	不整脈	28,641,390	3.9	103.3	84.9
	関節疾患	25,491,930	3.5	141.8	110.1
	大腸がん	23,665,290	3.2	141.3	55.9
	骨折	23,335,250	3.2	117.7	91.0
	クモ膜下出血	20,199,040	2.8	385.8	134.6
	脳梗塞	16,713,330	2.3	86.9	72.2
外来	糖尿病	124,866,800	10.9	122.6	117.1
	高血圧症	77,965,630	6.8	121.1	116.3
	慢性腎臓病（透析あり）	74,462,340	6.5	99.9	81.3
	関節疾患	50,374,840	4.4	82.1	114.8
	脂質異常症	44,297,780	3.9	85.4	110.4
	不整脈	30,633,810	2.7	110.6	95.3
	小児科	26,636,400	2.3	80.1	117.8
	肺がん	21,582,440	1.9	143.1	28.9
	うつ病	20,087,130	1.8	86.0	116.4
	乳がん	18,193,750	1.6	0.0	75.8

図表4	保険者別の後発医薬品の使用割合（令和5年3月診療分）	出典	厚生労働省公表データ （毎年9月診療分と3月診療分を公開）
データ分析の 結果	●後発医薬品の使用割合は84.6%（令和5年3月診療分）であり、国の目標値80%を上回っている。		

保険者 番号	保険者名	令和5年3月診療分
		使用割合 （数量シェア）
00220000	静岡県(国民健康保険)	82.0%
00220491	吉田町(国民健康保険)	84.6%

参照データ

図表5	保健事業介入支援管理／重複・多剤処方の状況	出典	KDBシステム_保健事業介入支援管理 (R5.3分)
データ分析の結果	●重複処方者（3医療機関以上）が被保険者全体の0.1%（7人）、多剤処方者（10種類以上）が被保険者全体の1.7%（92人）いる。（令和5年3月）		

重複・多剤処方の状況

保険者番号 : 220491
 保険者名 : 吉田町
 地区 :

診療年月 : R05年03月
 印刷日 : R05年10月31日
 ページ : 1/2

【絞り込み条件】

【処方条件】
 薬効分類単位で集計

【資格情報】

選択した診療年月に資格を有する者を抽出

重複処方の状況

被保険者数		5,390									
他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数(同一月内)									
		重複処方を受けた者(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた者(人)	2医療機関以上	152	41	12	6	1	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	7	6	2	1	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

重複・多剤処方の状況

保険者番号 : 220491
 保険者名 : 吉田町
 地区 :

診療年月 : R05年03月
 印刷日 : R05年10月31日
 ページ : 2/2

【絞り込み条件】

【処方条件】
 薬効分類単位で集計

【資格情報】

選択した診療年月に資格を有する者を抽出

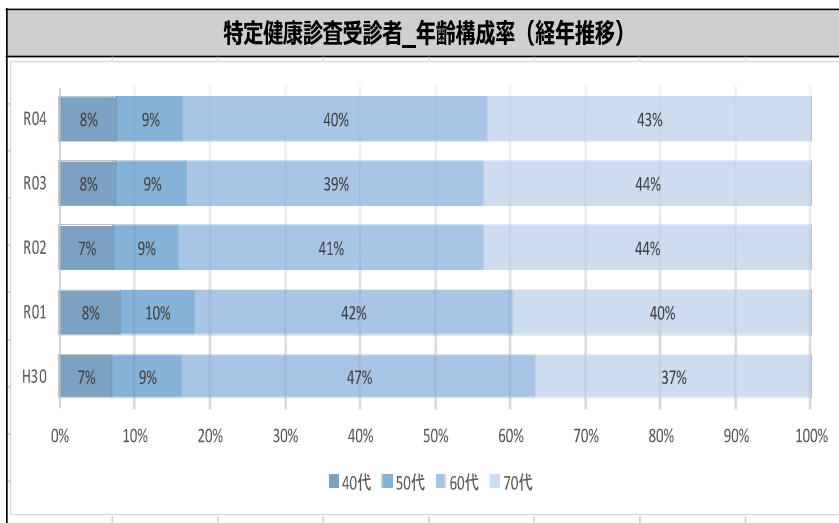
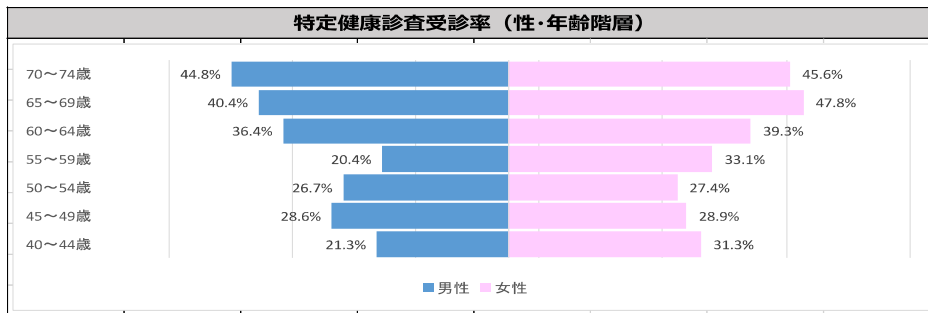
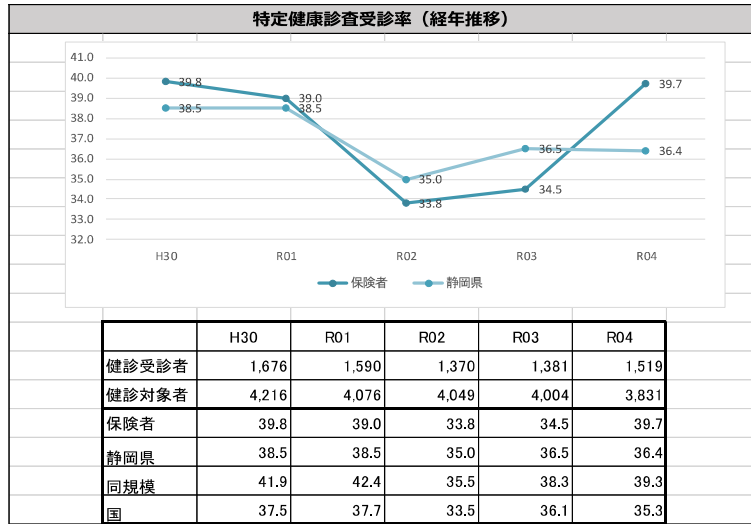
多剤処方の状況

被保険者数		5,390											
同一薬効に関する処方日数(同一月内)		処方薬効数(同一月内)											
		処方を受けた者(人)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者(人)	1日以上	2,685	2,259	1,768	1,309	899	604	375	249	156	92	9	1
	15日以上	2,297	2,020	1,621	1,216	856	573	364	242	154	91	9	1
	30日以上	1,832	1,625	1,339	1,027	746	515	331	226	146	87	9	1
	60日以上	836	767	658	538	403	294	201	144	93	64	8	1
	90日以上	381	344	295	254	202	152	108	82	50	35	7	0
	120日以上	160	147	136	124	95	76	60	46	27	19	3	0
	150日以上	79	71	66	61	43	34	26	19	10	9	2	0
180日以上	50	44	39	35	24	20	15	9	6	6	1	0	

※外来（医科・歯科・調剤）のみを対象とする。

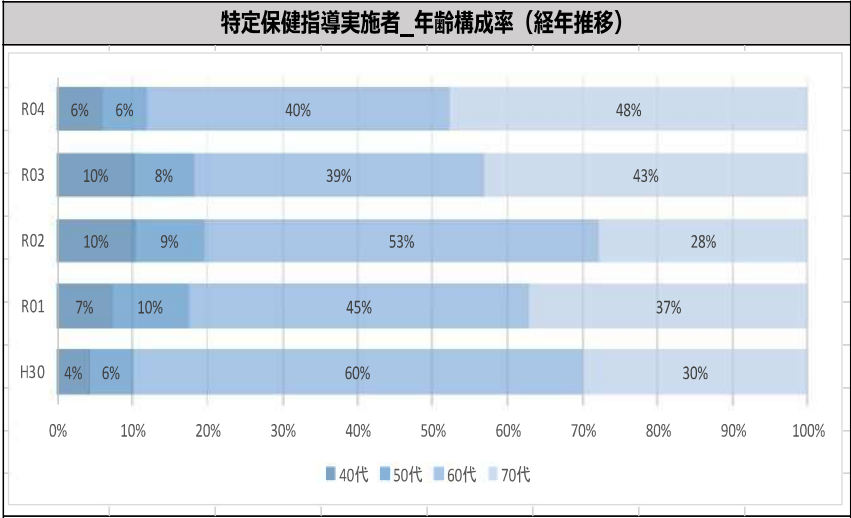
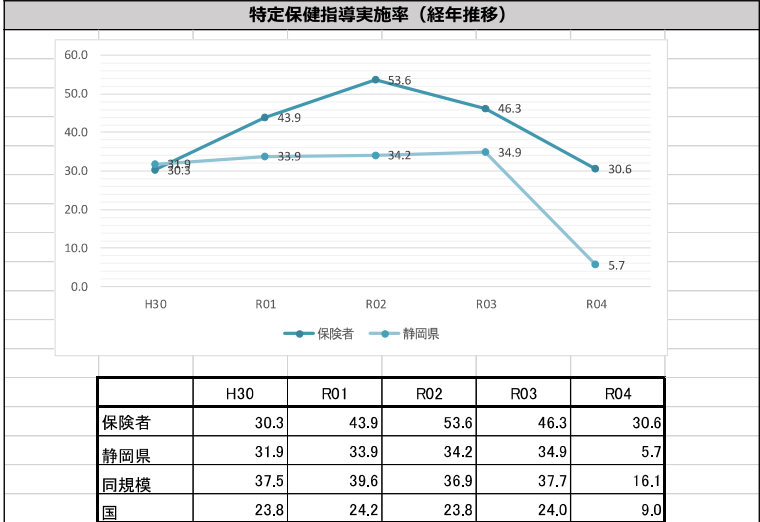
参照データ

図表6	特定健康診査受診率（経年推移） 特定健康診査受診率（性・年齢階層） 特定健康診査受診者 年齢構成率（経年推移）	出典 KDBシステム_地域の全体像の把握（R4年度分） KDBシステム_健診の状況（R4年度分）
データ分析の結果	●特定健診の受診率は、コロナウイルス感染症の影響で令和2年に一旦減少したが、令和4年度は40.0%であり、令和元年度の数値まで回復している。 ●特定健診の年代別では、70代が最も高く、次いで65-69歳が高いが、男性の55-59歳と40-44歳の受診率が20%強と特に低い傾向がある。	



参照データ

図表6	特定保健指導実施率（経年推移） 特定保健指導実施者 年齢構成率（経年推移）	出典 KDBシステム_地域の全体像の把握（R4年度分） KDBシステム_健診の状況（R4年度分）
データ分析の結果	● 特定保健指導の実施率は、37.6%（令和4年度）で県平均より高い。 ● 特定保健指導実施者の内、60代及び70代が全体の8割を占める。	



参照データ

図表7	健診検査値	出典	※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報 (R01-R04年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ●健診検査値は男女ともにHbA1c5.6以上、HDL40以下の割合が高い。 ●健診結果では男女ともに血圧が高く、医療費と同様の傾向である。 ●男性のメタボリックシンドローム該当者は県よりも高い。メタボ予備軍の該当者は、男女ともに県より低い。 ●非肥満高血糖の該当者は、18.7%で県(10.1%)よりも高い。 ●慢性腎不全の医療費は高いが、クレアチニン1.3以上は女性のみ県より高い。 		

	R04		R01-R04(4年平均)			
	人数		該当者割合		標準化比/対県	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
HbA1c ≥5.6	552	645	79.8%	80.1%	133.4	139.1
HDL <40	67	12	9.7%	1.6%	132.8	121.1
拡張期血圧 ≥85	216	142	30.0%	14.3%	128.6	97.5
中性脂肪 ≥150	251	148	32.6%	16.6%	125.0	117.4
収縮期血圧 ≥130	370	409	51.7%	44.5%	105.4	101.1
ALT(GPT) ≥31	125	340	19.3%	7.2%	97.7	85.5
腹囲 ≥85, ≥90	347	128	49.7%	15.8%	96.8	92.5
LDL ≥120	320	462	45.9%	57.7%	93.6	101.4
BMI ≥25	205	168	28.3%	18.6%	93.2	95.3
クレアチニン ≥1.3	13	6	2.0%	0.5%	67.3	185.0
血糖 ≥100	73	36	10.2%	4.1%	35.9	24.1
尿酸 ≥7.0	3	0	0.3%	0.0%	2.0	0.0

図表8	質問票	出典	KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報 (R01-R04年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ●質問票では、「改善意欲なし」と「取り組み後6か月未満」の割合がともに高い。健康意識の高い層と低い層がともに存在していることが分かる。 ●糖尿病と関連する生活習慣(睡眠不足、間食の習慣あり、運動なし)を持つ人の割合が高い。 		

	R04		R01-R04(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
単位：%	男性	女性	男性	女性	男性	女性
改善意欲なし	294	232	42.0%	28.4%	141.2	125.9
取り組み済み6ヶ月未満	75	121	10.7%	14.8%	127.9	144.4
睡眠不足	210	282	30.0%	34.5%	123.6	121.9
既往歴_貧血	42	144	6.0%	17.6%	118.2	118.8
咀嚼_ほとんどかめない	8	4	1.2%	0.5%	115.1	144.6
食べる速度が遅い	61	70	8.6%	8.6%	114.2	117.8
喫煙	158	34	22.5%	4.2%	112.5	85.3
1回30分以上の運動習慣なし	430	526	61.4%	64.3%	110.6	104.6
毎日飲酒	303	63	43.2%	7.7%	109.3	85.6
1日1時間以上運動なし	376	430	53.7%	52.5%	107.3	103.6
歩行速度遅い	376	454	53.7%	55.4%	105.6	103.8
咀嚼_かみにくい	161	142	23.1%	17.3%	105.5	95.5
保健指導利用しない	479	531	68.4%	65.0%	105.4	106.0
1日飲酒量(1~2合)	225	65	33.8%	10.1%	105.0	94.5
3食以外間食_毎日	87	190	12.5%	23.2%	104.4	106.4
1日飲酒量(1合未満)	336	572	50.5%	88.2%	104.2	102.2
3食以外間食_ほとんど摂取しない	224	132	32.1%	16.1%	103.2	98.8
既往歴_脳卒中	32	15	4.6%	1.8%	103.0	80.9
飲まない	256	609	36.6%	74.4%	100.5	104.9
服薬_糖尿病	80	40	11.4%	4.8%	100.2	84.2
食べる速度が普通	440	574	62.8%	70.0%	99.9	99.2
週3回以上就寝前夕食	110	50	15.7%	6.1%	98.5	78.5
咀嚼_何でも	530	673	75.8%	82.2%	98.2	100.8
3食以外間食_時々	388	496	55.4%	60.7%	97.4	98.1
食べる速度が速い	200	175	28.5%	21.4%	96.5	96.8
服薬_高血圧症	269	212	38.5%	25.9%	91.5	83.3
20歳時体重から10kg以上増加	266	185	38.0%	22.6%	89.6	92.1
取り組み済み6ヶ月以上	143	189	20.5%	23.1%	88.1	100.0
週3回以上朝食を抜く	58	32	8.3%	4.0%	87.1	67.8
1日飲酒量(2~3合)	88	9	13.1%	1.4%	84.9	59.1
時々飲酒	141	147	20.2%	17.9%	83.9	89.1
服薬_脂質異常症	146	217	20.8%	26.5%	82.4	80.8
既往歴_心臓病	43	26	6.1%	3.2%	79.9	94.0
改善意欲あり	133	167	19.1%	20.4%	71.5	70.4
1日飲酒量(3合以上)	17	2	2.6%	0.3%	66.4	50.5
改善意欲ありかつ始めている	54	109	7.7%	13.3%	64.5	88.2
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	2	4	0.3%	0.5%	28.6	91.7
1年間で体重増減3kg以上	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
週3回以上夕食後間食	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0

参照データ

図表9	レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	出典	茶っシステム_特定健診結果
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ●健診受診者で生活習慣病保有のない医療機関受診者の内、生活習慣病受診勧奨判定値で重症度の高いものが0.6%（29人）いる。 ●健康状態不明者（健診未受診かつ医療機関での治療のない者）が15.2%（771人）いる。 		

(健診状況 医療含)男性・女性(40～44歳・45～49歳・50～54歳他)

※生活習慣病保有の有無はレセプト記載の診断含む傷病より判定を行っています。

健診対象者 5,061人 100.0%	健診受診者 1,689人 33.6%	医療未受診者 157人 5.1%		受診勧奨判定値あり 153人 3.2%	重症度高レベルあり 40人 0.8%
				受診勧奨判定値なし 4人 1.9%	重症度高レベルなし 120人 2.4%
	医療受診者 1,442人 28.5%	生活習慣病保有あり 1,149人 23.7%		受診勧奨判定値あり 721人 14.2%	重症度高レベルあり 177人 3.5%
				受診勧奨判定値なし 428人 8.4%	重症度高レベルなし 844人 10.7%
	医療受診者 1,442人 28.5%	生活習慣病保有なし 244人 4.8%		受診勧奨判定値あり 133人 2.6%	重症度高レベルあり 29人 0.6%
				受診勧奨判定値なし 111人 2.2%	重症度高レベルなし 104人 2.1%
健診未受診者 3,372人 66.4%	医療未受診者 1,771人 15.2%				
	医療受診者 1,601人 51.2%		生活習慣病保有あり 1,249人 44.1%		
			生活習慣病保有なし 352人 7.1%		

医療未受診 ()は前年比 単位:ポイント

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	75人 29.2% (1.2)	128人 49.8% (4.4)	84人 32.7% (-3.6)	193人 75.1% (2.2)	12人 4.7% (2.5)	213人 82.9% (-4.9)	2人 0.8% (-0.1)
保健指導判定値以上 ～受診勧奨判定値未満	159人 61.8% (-4.1)	51人 19.8% (-3.3)	80人 31.1% (1.0)	45人 17.5% (-1.7)	2人 0.8% (0.3)	37人 14.4% (3.9)	0人 0.0% (0.0)
受診勧奨判定値以上	23人 8.9% (2.6)	78人 30.4% (-1.1)	93人 36.2% (2.6)	19人 7.4% (-0.5)	12人 4.7% (1.2)	7人 2.7% (1.0)	0人 0.0% (0.0)
受診勧奨判定値のうち 重症度の高いレベル	7人 2.7% (1.9)	18人 6.2% (-3.4)	15人 5.8% (0.2)	2人 0.8% (-1.0)	2人 0.8% (0.8)	1人 0.4% (-0.5)	0人 0.0% (0.0)

医療受診のうち生活習慣病保有者

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	277人 23.1% (4.0)	530人 44.2% (-3.8)	436人 36.4% (-0.4)	896人 74.8% (0.9)	76人 6.3% (1.5)	892人 74.5% (2.5)	11人 0.9% (0.4)
保健指導判定値以上 ～受診勧奨判定値未満	778人 64.9% (-3.7)	301人 25.1% (0.4)	403人 33.6% (-0.9)	218人 18.0% (-1.1)	20人 1.7% (1.4)	252人 21.0% (-1.8)	3人 0.3% (0.1)
受診勧奨判定値以上	143人 11.9% (-0.3)	365人 30.5% (3.2)	359人 30.0% (1.3)	86人 7.2% (0.2)	6人 0.5% (0.3)	54人 4.5% (-0.6)	0人 0.0% (0.0)
受診勧奨判定値のうち 重症度の高いレベル	39人 3.3% (0.8)	84人 7.0% (0.4)	46人 3.8% (0.9)	7人 0.6% (-0.2)	1人 0.1% (0.1)	24人 2.0% (-0.5)	0人 0.0% (0.0)

医療受診のうち生活習慣病保有なし

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	70人 28.7% (2.6)	132人 54.1% (-2.7)	76人 31.1% (-1.0)	192人 78.7% (-0.7)	14人 5.7% (3.2)	195人 79.9% (-4.5)	2人 0.8% (-0.2)
保健指導判定値以上 ～受診勧奨判定値未満	167人 68.4% (-0.8)	51人 20.9% (0.8)	78人 32.0% (-1.2)	44人 18.0% (3.5)	0人 0.0% (0.0)	46人 18.9% (4.8)	0人 0.0% (0.0)
受診勧奨判定値以上	7人 2.8% (-1.7)	61人 25.0% (1.9)	80人 36.9% (2.2)	8人 3.3% (-2.8)	1人 0.4% (-1.1)	3人 1.2% (-0.3)	0人 0.0% (0.0)
受診勧奨判定値のうち 重症度の高いレベル	1人 0.4% (-1.6)	19人 7.8% (1.3)	13人 5.3% (-1.2)	0人 0.0% (0.0)	0人 0.0% (-1.0)	0人 0.0% (-0.5)	0人 0.0% (0.0)

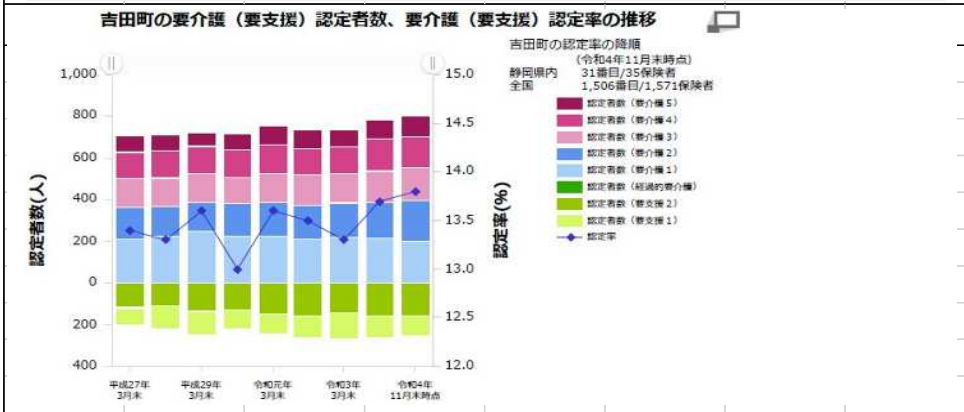
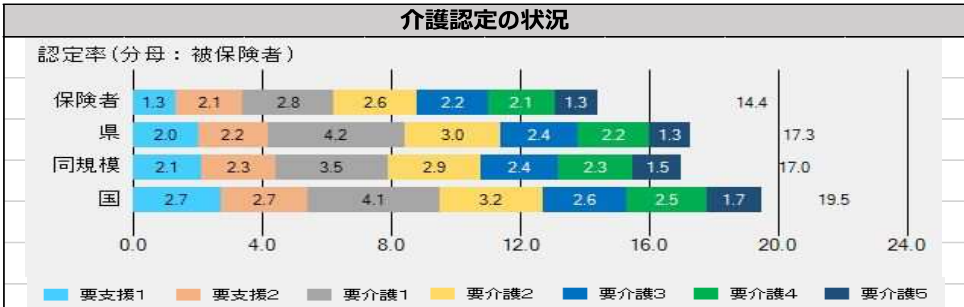
令和4年度 処理分
古田町

参照データ

図表10	介護認定の状況 介護給付費の状況・介護認定者の有病状況	地域包括ケア「見える化」システム 平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和4年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」 出典 KDBシステム_S24_002_要介護（支援）者有病状況（R04年度） KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度）
------	--------------------------------	---

データ分析の結果

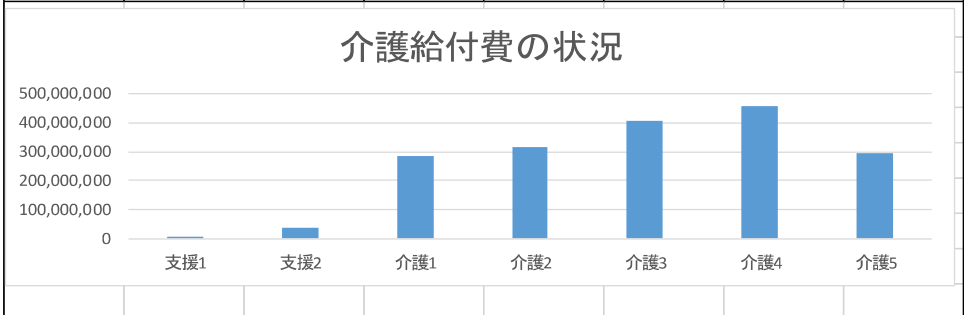
- 介護認定率は14.3%で、県平均（17.3%）よりも低い。介護度別の比較においても要介護5以外はすべてにおいて県を下回る。
- 介護認定率の推移は年々上昇傾向にあり、認定者数も増えている。
- 介護認定者において有病率の多い疾患は、脳疾患とアルツハイマー病が県より高く、医療費においても脳血管疾患は県の標準化比を上回る。筋骨格系の有病率は県より低い。



介護給付費の状況・介護認定者の有病状況

介護給付費の状況（R04年度）

支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計
9,174,833	36,584,076	286,015,322	314,381,122	408,879,411	456,443,817	296,821,083	1,808,299,664



介護認定者の有病状況（R04年度）

介護認定者全体の有病状況	有病状況	保険者	県	同規模	国
	脳疾患	24.7%	23.3%	22.9%	22.6%
	筋・骨格	47.6%	52.7%	52.5%	53.4%
	アルツハイマー病	19.0%	18.3%	18.1%	18.1%

図表11	後期高齢者医療費分析（医療費の負担が大きい疾患、標準化比）	出典	KDBシステム_医療費分析(2) 大、中、細小分類（R4年度） KDBシステム_医療費分析(2) 細小分類（R4年度分）
データ分析の結果	●後期高齢者になると骨折にかかる医療費が増大し、入院医療費の9.7%を占める。		

医療費分析（2）細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	骨折	158,804,860	5.3	148.2	117.8
	慢性腎臓病（透析あり）	149,749,700	5.0	88.7	83.1
	不整脈	145,625,000	4.8	115.9	110.9
	糖尿病	136,109,490	4.5	108.5	118.2
	関節疾患	129,963,530	4.3	132.2	133.9
	高血圧症	117,770,570	3.9	114.3	116.3
	脳梗塞	105,662,280	3.5	114.9	102.8
	骨粗しょう症	90,476,140	3.0	78.9	94.8
	肺がん	81,221,590	2.7	143.6	81.9
	肺炎	64,940,610	2.2	136.9	147.9
入院	骨折	151,126,800	9.7	152.7	119.6
	脳梗塞	91,980,520	5.9	114.3	101.1
	関節疾患	67,778,030	4.4	179.8	176.0
	肺炎	63,087,690	4.1	136.6	152.9
	不整脈	57,725,800	3.7	137.8	117.8
	認知症	54,219,550	3.5	248.9	185.8
	骨粗しょう症	45,012,220	2.9	55.0	105.7
	慢性腎臓病（透析あり）	40,641,880	2.6	95.6	115.5
	大動脈瘤	30,144,020	1.9	154.7	102.1
	心臓弁膜症	26,124,190	1.7	116.4	96.7
外来	糖尿病	130,455,960	9.0	109.6	120.6
	高血圧症	113,499,150	7.8	117.0	117.1
	慢性腎臓病（透析あり）	109,107,820	7.5	86.2	66.0
	不整脈	87,899,200	6.1	105.2	107.5
	関節疾患	62,185,500	4.3	107.9	104.8
	肺がん	59,796,840	4.1	157.0	85.7
	脂質異常症	45,937,850	3.2	89.2	100.4
	骨粗しょう症	45,463,920	3.1	92.3	91.0
	前立腺がん	25,314,300	1.7	70.1	0.0
	白内障	24,229,040	1.7	125.1	126.1

将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患						
入外区分	細小分類	後期-国保の医療費の差		入外区分	後期-国保の医療費の差	
		骨折	127,791,550		外来	不整脈	57,265,390
入院	脳梗塞	75,267,190	外来	肺がん	38,214,400	
	肺炎	54,273,270		高血圧症	35,533,520	
	認知症	47,174,460		慢性腎臓病（透析あり）	34,645,480	
	骨粗しょう症	44,710,630		骨粗しょう症	30,397,110	

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A 特定健診受診率は40-50代男性が特に低く、生活習慣の改善意欲も低い。	✓	1
B 生活習慣病に関連した受診をする40代が多い。		1.5
C 受診勧奨者の医療機関非受診率が高く、未治療者率も県平均と比べて高い。	✓	2.3.4
D 糖尿病の医療費（外来）が最も多く、全体の10.9%を占める。県と比較しても男女ともに高い。	✓	3.4.5
E 高血圧症の該当者の割合が年々上昇しており、高血圧予備軍の割合は微増している。	✓	3.4.5
F 非肥満高血糖の該当者は、18.7%で県（10.1%）よりも高い。	✓	3.4.5
G 疾病別医療費の標準化費は、男女ともに県と比較すると糖尿病、高血圧症、大動脈瘤の割合が高い。	✓	3.4.5
H		
I		
J		

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、誰もがいきいきと暮らすことができる									
対応する健康課題	計画全体の目的	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
					2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
A・B	健康意識を高める。	特定健康診査受診率※	特定健康診査対象者の内、健診を受けた人の割合 【法定報告】	40.0%	【国】43.3% 【町】40.7%	【国】46.6% 【町】41.4%	【国】50.0% 【町】42.0%	【国】53.3% 【町】42.7%	【国】56.6% 【町】43.4%	【国】60.0% 【町】44.0%	
C		特定保健指導実施率※	特定保健指導の対象者の内、指導を受けた人の割合 【法定報告】	37.4%	【国】41.6% 【町】37.9%	【国】45.8% 【町】38.4%	【国】50.0% 【町】39.0%	【国】53.3% 【町】39.7%	【国】56.6% 【町】40.3%	【国】60.0% 【町】41.0%	
C	生活習慣病の発症及び重症化を予防する。	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	昨年度の特定保健指導の利用者数の内、特定保健指導の対象者ではなくなった者の数 【法定報告】	【R3】16.9%	17.4%	17.9%	18.4%	18.9%	19.4%	19.9%	
D・G		内臓脂肪症候群の該当者の割合※	特定健康診査受診者数の内、内臓脂肪症候群該当者の割合 【法定報告】	【R3】19.7%	19.3%	18.9%	18.5%	18.1%	17.7%	17.3%	
D・G		HbA1c8.0以上の者の割合※	特定健康診査受診者でHbA1c検査結果がある者の内、HbA1c8.0以上の人の割合 【KDB】	0.9%	(策定時実績(R4)を維持)0.9%	(策定時実績(R4)を維持)0.9%	(策定時実績(R4)を維持)0.9%	(策定時実績(R4)を維持)0.9%	(策定時実績(R4)を維持)0.9%	(策定時実績(R4)を維持)0.9%	
E・G		高血圧症の該当者の割合（高血圧1度以上）※	特定健康診査受診者で①収縮期血圧≥140mmHg②拡張期血圧≥90mmgのいずれかを満たす人の割合、または服薬者 【KDB】	50.6%	50.5%	50.4%	50.3%	50.2%	50.1%	50.0%	
E・G	高血圧予備軍の割合※	特定健康診査受診者で①収縮期血圧≥130mmHg②拡張期血圧≥80mmgのいずれかを満たす人の割合ただし服薬者を除く 【KDB】	14.4%	14.2%	14.0%	13.8%	13.5%	13.2%	12.9%		
F・G	糖尿病有病者の割合	特定健康診査受診者でHbA1c検査結果がある者の内、HbA1c6.5以上の人の割合 【KDB】	10.5%	10.4%	10.2%	10.0%	9.8%	9.6%	9.5%		

◇モニター指標

指標	指標の定義	計画策定時実績
i	平均自立期間※	男性80.1歳 女性83.8歳
ii		
iii		

※静岡県共通評価指標

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業（第4期特定健康診査等実施計画）	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業（第4期特定健康診査等実施計画）	重点
3	重症化予防（受診勧奨・保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防事業	
4	重症化予防（受診勧奨・保健指導）	生活習慣病重症化予防事業①	
5	重症化予防（受診勧奨・保健指導）	生活習慣病重症化予防事業②	
6			
7			
8			

事業 1	特定健康診査事業（第4期特定健康診査等実施計画）
------	--------------------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	第4期特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、国において定める「特定健康診査等基本方針」に即して、令和6年度から令和11年度までの6年間を一期として策定する。本計画を定めることにより、特定健康診査を効率的かつ効果的に実施し、その成果の目標・評価を行う。
対象者	40-74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群の該当率の割合	法定報告値 (静岡県評価指標)	{R3} 19.7%	19.3%	18.9%	18.5%	18.1%	17.7%	17.3%
	2	HbA1c8.0以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1c8.0検査結果がある者の内、HbA1c8.0以上の者の割合（静岡県共通評価指標） {<R6}	0.9%	(策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	(策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	(策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	(策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	(策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	(策定時実績 (R4) を維持) 0.9%
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	法定報告値 (静岡県評価指標)	40.0%	{R1} 43.3% {R2} 40.7%	{R3} 46.6% {R4} 41.4%	{R5} 50.0% {R6} 42.0%	{R7} 53.3% {R8} 42.7%	{R9} 56.6% {R10} 43.4%	{R11} 60.0% {R12} 44.0%
	2	受診予定者推計		5,061人	4,584人	4,600人	4,466人	4,331人	4,197人	4,063人
	3									

プロセス (方法)	周知	対象者には、6～8月にかけて受診券、集団健診日程表、個別健診実施医療機関リストを送付する。そのほかに、町の広報誌及びホームページ、LINEでの周知や、各戸や自治会へハフレットを配布する。また、町内イベントでのPR活動を行う。	
	勧奨	未受診者に対し、ハガキによる受診勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診と個別健診を実施する。検査項目については別紙参照。
		実施場所	集団健診：吉田町保健センター、各地区自治会館（4か所）、健康福祉センターはあとふる 個別健診：指定医療機関（町内5か所、町外20か所）
		時期・期間	集団健診：7月～1月・25回程度実施する。 個別健診：6月～3月・対象者が指定医療機関へ直接申込する。
		データ取得	人間ドック助成の周知及び結果提供への働きかけ
		結果提供	集団健診・個別健診ともに、健診約3週間後に健診結果を郵送する。
個人情報の保護	特定健康診査及び特定保健指導の記録の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律施行条例その他個人情報保護に関連する関係法令等の規定に従い、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の適正な取り扱いに努めることとする。また、特定健康診査及び特定保健指導を受託した業者についても同様の取扱いとし、関係法令の遵守等について契約書に定める。		
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健康意識の醸成と特定健診への意識づけのため、37歳から39歳を対象とした若年者健康診査を実施する。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	町民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	榑原医師会に、受診券の作成及び送付業務、結果通知の作成及び送付業務、集団健診の実施を委託
	国民健康保険団体連合会	特定健康診査・特定保健指導データの管理及び保管を委託する。保存期間は5年間とする。
	民間事業者	外部委託事業者にて受診勧奨事業（勧奨ハガキの送付）を実施
	その他の組織	土・日曜日健診及びがん検診との同日実施を行うため、総合病院等へ委託
	他事業	吉田町国民健康保険人間ドック等受診費用助成事業の活用
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健康づくり課実施のがん検診との同日実施を行う。特定健康診査のデータは、健康づくり課が実施する重症化予防事業へ活用する。その際、個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的・効率的な保健事業を実施するためのみ使用し、データは適正に管理する。

事業 2	特定保健指導事業（第4期特定健康診査等実施計画）
-------------	---------------------------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	第4期特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、国において定める「特定健康診査等基本方針」に即して、令和6年度から令和11年度までの6年間を一期として策定する。本計画を定めることにより、特定保健指導を効果的かつ効果的に実施し、その成果の目標・評価を行う。
対象者	特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値 (静岡県評価指標)	{R3} 16.9%	17.4%	17.9%	18.4%	18.9%	19.4%	19.9%
	2	内臓脂肪症候群の該当率の割合	法定報告値 (静岡県評価指標)	{R3} 19.7%	19.3%	18.9%	18.5%	18.1%	17.7%	17.3%
	3	メタボリックシンドローム該当者の割合【男性】	KDB（地域の全体像の把握）	33.7%	33.2%	32.7%	32.2%	31.7%	31.2%	30.7%
	4	メタボリックシンドローム該当者の割合【女性】	KDB（地域の全体像の把握）	9.3%	9.2%	9.1%	9.0%	8.9%	8.8%	8.7%
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告値 (静岡県評価指標)	37.4%	{R1} 41.6% {R1} 37.9%	{R1} 45.8% {R1} 38.4%	{R1} 50.0% {R1} 39.0%	{R1} 53.3% {R1} 39.7%	{R1} 56.6% {R1} 40.3%	{R1} 60.0% {R1} 41.0%
	2									
	3									

プロセス (方法)	周知		情報提供：健診結果郵送時に通知を同封する。 動機付け支援・積極的支援：対象者には健診結果を送付せず、個別に日時を指定した特定保健指導の案内通知を送付する。
	勧奨		特定健診実施後、速やかに対象者へ利用勧奨を行う。また、初回面接を欠席した者に対し、再度の勧奨通知及び土日や夜間の特定保健指導案内通知を送付する。
	実施および 実施後の支援	初回面接	集団健診・個別健診とともに、特定保健指導対象者には健診結果を送付せず、特定保健指導の案内を送付し、指導時に健診結果を返却しながら解説する。
		実施場所	吉田町役場、吉田町中央公民館、町内薬局店舗内
		実施内容	生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解して生活習慣を改善するための行動目標を設定、実践できるよう支援し、健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。対象者の階層化については別紙参照。健診結果に応じ、対象者の特徴や特性に応じた効果的な指導を実施する。途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、電話や手紙によるフォローを行う。
		時期・期間	初回面接：7月～翌4月に実施 最終評価を翌5月までに完了する。
		実施後のフォロー・継続支援	希望者に対し、電話又はメールによるフォローを行う。
		個人情報の保護	特定健康診査及び特定保健指導の記録の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律施行条例その他個人情報保護に関する関係法令等の規定に従い、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の適正な取り扱いに努めることとする。また、特定健康診査及び特定保健指導を受託した業者についても同様の取扱いとし、関係法令の遵守等について契約書に定める。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		健診結果は送付せず、特定保健指導の案内を送付することで、対象者全員が指導を受ける体制を整えた。 また、対象者が指導を受けやすい環境にするため、休日や夜間に実施可能な事業者へ外部委託した。	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	町民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	特定保健指導対象者の選定を、特定健診を委託する榎原医師会にて実施する。
	国民健康保険団体連合会	特定健康診査・特定保健指導データの管理及び保管を委託する。保存期間は5年間とする。
	民間事業者	休日や夜間の特定保健指導については、外部委託事業者にて実施する。
	その他の組織	特定保健指導対象者の選定を、特定健診を委託する総合病院等にて実施する。
	他事業	特定健診実施後、速やかに特定保健指導対象者へ利用勧奨を行う。 また、重症化予防事業の対象者の選定のため、健康づくり課へ健診結果の情報提供を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		効果的な指導方法を促すよう、担当する管理栄養士等は研修会へ参加し、指導のスキルアップにつなげる。

事業 3	糖尿病性腎症重症化予防事業
-------------	----------------------

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者における重症化を予防する。		
事業の概要	糖尿病性腎症のリスク保有者（レセプト及び服薬がある者を含む）で、血糖値コントロール不良者の生活習慣改善指導及び受診勧奨を行う。		
対象者	選定方法	特定健康診査受診者の内、下記に該当する者を町で選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c6.5以上で①または②に該当する者 ①尿蛋白（+）以上 ②e-GFR値50未満（40～49歳：60未満・70歳以上：40未満）
		レセプトによる判定基準	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1cが6.5以上で、糖尿病受診歴なしの者（未受診者） ・過去（前年度）に糖尿病受診歴があるが、当該年度に糖尿病受診歴がない者（中断者）
		その他の判定基準	
	除外基準	透析中の者	
重点対象者の基準	HbA1c7.0以上		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	糖尿病有病者の割合	HbA1c6.5以上の者の割合 【KDB】	10.5%	10.4%	10.2%	10%	9.8%	9.6%	9.5%
	2	HbA1c8.0以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1c検査結果がある者の内、HbA1c8.0以上の人の割合（静岡県共通評価指標） 【KDB】	0.9%	（策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	（策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	（策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	（策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	（策定時実績 (R4) を維持) 0.9%	（策定時実績 (R4) を維持) 0.9%
	3									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導（受診勧奨）実施率	対象者のうち保健指導、受診勧奨を実施した者の割合	-	37.9%	38.4%	39.0%	39.7%	40.3%	41.0%
	2									
	3									

プロセス (方法)	周知	特定健康診査実施後、指導対象者に該当する者に対し、指導案内を通知または訪問を実施する。	
	勧奨	対象者に面談または訪問を実施。	
	実施および 実施後の支援	利用申込	なし
		実施内容	面談または訪問による保健指導及び受診勧奨
		時期・期間	8月～翌3月
		場所	保健センター・対象者自宅
		実施後の評価	3～4か月後レセプトで受診確認を行う
		実施後のフォロー・継続支援	1～2か月後に電話にて受療状況と生活習慣改善状況を確認。 3～4か月後にレセプトで受診確認を行い、未受診の場合は電話または訪問により受療確認と生活改善状況等を確認。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)			

ストラクチャー (体制)	行内担当部署	健康づくり課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	かかりつけ医・専門医	糖尿病治療中の者については、必要に応じて対象者の同意を得てかかりつけ医に診療情報提供書の提供依頼を行い、指示内容に基づき指導を実施する。
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	対象者の選定のため、町民課から特定健康診査結果の情報提供を受ける。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	連携医療機関を増やす	

事業 4	生活習慣病重症化予防事業①
-------------	----------------------

事業の目的		生活習慣病の重症化を予防する
事業の概要		生活習慣改善指導及び受診勧奨を面談または訪問により実施する。
対象者	選定方法	特定健診受診者の内、特定保健指導対象者以外で下記に該当する者を町で選定する。
	選定基準	健診結果による判定基準 ① 治療を含む ・尿蛋白(+)以上 ・e-GFR値が50未満(40~49歳は60未満、70歳以上は40未満) ・HbA1c7.0%以上 ・Ⅱ度高血圧 ・心筋梗動 ② 治療を除く ・e-GFR値が50~59の者で受診判定動員値または保健指導判定値 ・HbA1c6.5~6.9% ・Ⅱ度高血圧 ・LDL-c 180mg/dl以上 ・TG500mg/dl以上の者
	レセプトによる判定基準	
	その他の判定基準	
	除外基準	
	重点対象者の基準	

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	糖尿病有病者の割合	HbA1c6.5以上の者の割合 [KDE]	10.5%	10.4%	10.2%	10%	9.8%	9.6%	9.5%
	2	高血圧有病者の割合	①収縮期血圧≥140mmHgの拡張期血圧≥90mmHgのいずれかを満たす人の割合、(顕要者含)(静岡県共通評価指標) [KDE]	50.6%	50.5%	50.4%	50.3%	50.2%	50.1%	50.0%
	3									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施率	選定した対象者の内、保健指導を実施した人の割合	82.8%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%
	2									
	3									

プロセス チャーター (方法)	周知	特定健康診査実施後、指導対象者に該当する者に対し、指導案内を通知または訪問を実施する。	
	勧奨	対象者には、通知、電話により利用勧奨を行う。	
	実施および 実施後の支 援	利用申込	なし
		実施内容	町保健師、委託保健師や委託管理栄養士等が、個別に保健指導、受診勧奨を実施する。
		時期・期間	8月~翌3月
		場所	町保健センターまたは訪問
		実施後の評価	翌年度の健診結果
		実施後のフォロー・継続支援	3か月後にレセプトで受診確認を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)			

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	健康づくり課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	かかりつけ医・専門医	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	対象者の選定のため、町民課から特定健康診査結果の情報提供を受ける。

事業 5	生活習慣病重症化予防事業②
------	---------------

事業の目的	糖尿病・高血圧症等の生活習慣病の発症と重症化を予防する
-------	-----------------------------

事業の概要	特定健康診査結果に基づき、生活習慣改善指導・健康教育を行う
-------	-------------------------------

対象者	選定方法		特定健康診査受診者の内、特定保健指導対象者以外で下記に該当する者を即で選定する。
	選定基準	健診結果による判定基準	<ul style="list-style-type: none"> ・1度高血圧 ・HbA1c5.6~6.4の者 ・LDL-c 140mg/dl以上180mg/dl未満 ・TG300mg/dl以上500mg/dl未満
		レセプトによる判定基準	
		その他の判定基準	
	除外基準		治療中の者（糖尿病、高血圧、脂質異常）
重点対象者の基準			

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	糖尿病予備群の割合	HbA1c5.6%以上の者の割合 <KDB：厚生労働省様式（様式5-2）>	78.9%	77.5%	76.0%	74.5%	73.0%	71.5%	70.0%
	2	高血圧予備群の割合	①収縮期血圧≥130mmHg ②拡張期血圧≥80mmHg のいずれかを満たす人の割合 (服薬者を除く) (静岡県共通評価指標) [KDB]	14.4%	14.2%	14.0%	13.8%	13.5%	13.2%	12.9%
	3									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	生活習慣病予防教室（ヘルスアップ教室）参加率	選定した対象者の内教室に参加した人の割合	31.0%	33.0%	35.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
	2									
	3									

プロセス (手法)	周知		特定健康診査実施後、指導対象者に該当する者に対し、指導案内を通知する。
	勧奨		対象者には、通知により利用勧奨を行う。
	実施および実施後の支援	利用申込	なし
		実施内容	町保健師、委託保健師や委託管理栄養士等が健診結果に基づき集団または個別で保健指導や健康教育を実施する。
		時期・期間	8月～翌2月
		場所	町保健センター
		実施後の評価	翌年度の健診結果
		実施後のフォロー・継続支援	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)			

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		健康づくり課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		
	かかりつけ医・専門医		
	国民健康保険団体連合会		
	民間事業者		
	その他の組織		
	他事業		対象者の選定のため、町民課から特定健康診査結果の情報提供を受ける。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)			

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>本計画を推進するため、個別の保健事業の評価は年度ごとを行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、プロセス（方法）やストラクチャー（体制）が適切であったかを検証の上、事業の効果や目標の達成状況を確認する。 また、町の関連する他の計画について、所管課と適宜情報共有の上整合性を図りつつ、関係各課が連携を図り、より効果的かつ効率的な事業を実施するため、次年度以降の保健事業の見直しに反映させる。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、町ホームページに掲載の上周知する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する法律施行条例その他個人情報保護に関連する関係法令等の規定に従い、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の適正な取り扱いに努めることとする。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>高齢者の心身の多様な課題に対応しきめ細やかな支援を行うため、国民健康保険・後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業を一体的に実施する。 ポピュレーションアプローチとしては、より良い生活習慣の定着やフレイル及び生活習慣病の予防を目的として、通いの場において、国保データベースに基づき分析したデータを基に、生活指導や運動器の機能向上のための運動指導等を行う。さらに庁内の関係部署と連携し、通いの場に対してエビデンスを情報提供する等、活動内容の充実に取り組む。 ハイリスクアプローチとしては、多様な健康課題を抱える高齢者や健康状態の不明な高齢者に訪問等を実施し、必要な医療、福祉サービスにつなげていく。 また、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、在宅医療・介護連携推進事業を実施する。高齢者の日常生活圏域を基本にした各種サービスを円滑に利用できる環境の整備を進める。</p>
<p>その他留意事項</p>	

I 特定健康診査の実施項目

A 健康診査対象者全員が受ける基本的な健診項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身体計測	身長、体重及び腹囲の検査
BMI の測定	BMI＝体重(kg) ÷身長(m)の2乗
血圧の測定	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	GOT (AST)、GPT (ALT)、 γ -GTP
血中脂質検査	空腹時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロールの量 やむを得ない場合は随時中性脂肪
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c (HbA1c) やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

B 医師が必要と判断した場合に追加的に受ける詳細な健診項目

追加項目	備考				
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査等の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	<p>当該年度の特定健康診査等の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹気血糖値が 126mg/dl 以上、またはHbA1c(NGSP値)が 6.5% 以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査等の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹気血糖値が 126mg/dl 以上、またはHbA1c(NGSP値)が 6.5% 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹気血糖値が 126mg/dl 以上、またはHbA1c(NGSP値)が 6.5% 以上				

C 保険者独自の追加健診項目

- ・血清クレアチニン検査 (e-GFR)

その他必要に応じ協議・検討し、健診項目を追加又は見直しを行っていく。

II 特定保健指導の選定と階層化

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64 歳	65-74 歳
≥85cm (男性) ≥ 90cm (女性)	2つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥25kg/m ²	3つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	