

**伊根町国民健康保険
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(2024)年度～令和11(2029)年度)

**令和6(2024)年3月
伊根町**

目次

1章	基本的事項	1
1	計画の趣旨	1
2	計画の法的根拠と位置づけ	1
3	計画期間	2
4	実施体制・関係機関との連携	2
2章	伊根町の現状	3
1	伊根町の特徴	3
2	被保険者の特性	4
3	前期計画に係る考察	5
3章	健康・医療情報の分析	20
1	特定健康診査・特定保健指導結果	20
2	医療費の状況	37
3	介護の状況	40
4	死亡の状況	42
4章	健康課題の明確化	43
5章	データヘルス計画(保健事業全体)の目的・目標	45
1	全体の目的	45
2	全体目的を達成するための小目的	45
6章	第4期特定健康診査等実施計画	46
1	目標値	46
2	特定健康診査等の対象者数	46
3	特定健康診査等の実施方法	47
4	周知・案内方法	49
5	データの保管方法や保管体制等	49
6	年間スケジュール特定健康診査等の実施方法	50
7章	個別保健事業計画	51
	【事業名】特定健診受診率向上事業(未受診者対策)	51
	【事業名】糖尿病性腎症重症化予防事業	52
	【事業名】保健センター運動施設開放事業	53
	【事業名】後発医薬品使用促進事業	54
	地域包括ケアに係る取組	55
8章	計画の評価・見直し	56
9章	計画の公表・周知	57
10章	個人情報の取扱い	57

1 計画の趣旨

近年、特定健康診査^{※1}（以下「特定健診」という。）の健診結果や診療報酬明細書^{※2}（以下「レセプト」という。）等の電子化の整備の進展、国保データベースシステム^{※3}（以下「KDB システム」という。）等の構築により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して国民健康保険被保険者健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

平成 20 年 4 月には「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高確法」という。）が施行され、各保険者に対して、40 歳以上 75 歳未満の被保険者を対象とする特定健診及び特定保健指導^{※4}の実施が義務付けられています。また、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）では、その重要な柱である「国民の健康寿命の延伸」のための新たな仕組みづくりとして、「レセプト等のデータの分析、それに基づく被保険者の健康保持増進のための事業計画として保健事業計画の策定、公表、事業実施、評価等の取組が市町村国保に求められています。

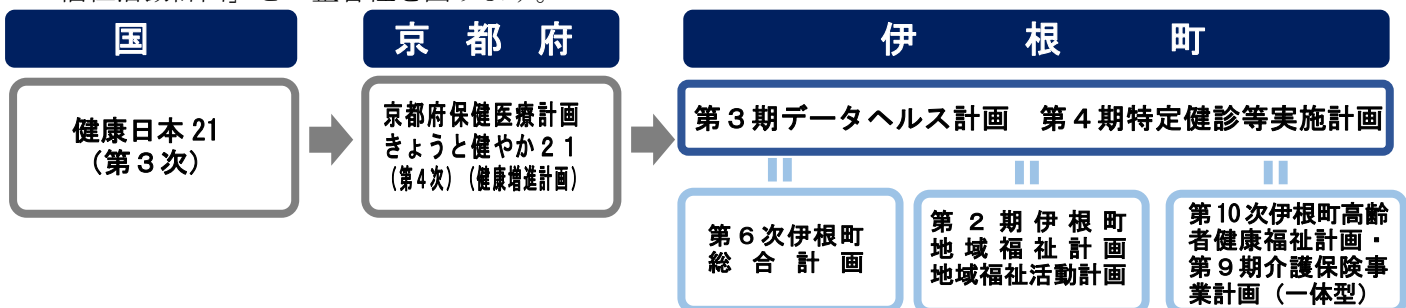
こうした中、伊根町国民健康保険（以下、「本町」という。）では、平成 30 年 3 月に「第 3 期特定健康診査等実施計画」（以下、「特定健診等実施計画」という。）を策定するとともに、平成 31 年 3 月に、「伊根町国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）（以下、「データヘルス計画」という。）を策定しました。この度、「データヘルス計画」及び「第 3 期特定健診等実施計画」（平成 30 年度～令和 5 年度）の終了に伴い、新たに「第 3 期データヘルス計画」及び「第 4 期特定健診等実施計画」を策定します。

2 計画の法的根拠と位置づけ

データヘルス計画は、国民健康保険法第 82 条第 11 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」により、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクル^{※5}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画として策定します。

特定健診等実施計画は、高確法第 18 条に基づいて実施する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す。

両計画の内容は重複する部分が多いことから、一体的に策定し、運用します。また、データヘルス計画は、国の「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第 3 次）」）に示された基本方針、京都府の保健医療計画をふまえ、伊根町の「第 6 次伊根町総合計画」、「第 10 次伊根町高齢者健康福祉計画・第 9 期介護保険事業計画（一体型）」「第 2 期伊根町地域福祉計画 地域福祉活動計画」との整合性を図ります。



3 計画期間

令和6（2024）年度～令和11（2029）年度までの6年間

4 実施体制・関係機関との連携

本計画の策定・実施・見直しについては、住民生活課、保健福祉課等の関係部局が連携して実施します。また、必要に応じて、伊根町国民健康保険運営協議会の中で学識経験者や与謝医師会等から意見を伺います。さらに京都府国民健康保険団体連合会（以下、国保連という。）に設置された保健事業支援・評価委員会の支援を受けます。

■※1 特定健康診査（特定健診）

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査で、40～74歳を対象にしている。糖尿病や心臓病、脳卒中などの生活習慣病を早期発見し、重症化を防ぐことを目的としている。

■※2 診療報酬明細書（レセプト）

保険医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類。患者ごとに毎月1枚作成し、各月に実際に行った診療内容と個々の診療行為に要した費用の額を記入するもので、請求書の明細を示すために作成される。

■※3 国保データベース（KDB）システム

国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「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」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実務をサポートすることを目的として構築されたシステム。

■※4 特定保健指導

特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師、保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートをすること。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある（よりリスクが高い方が積極的支援となる）。

■※5 PDCA サイクル

Plan（計画の立案）、Do（計画の実行）、Check（行動の評価）、Action（改善して次サイクルへつなぐ）の頭文字をとったもので、データヘルス計画では、P→D→C→Aの順に回すことで、効果的に保健事業を進めることを目的としている。具体的には、Pがデータ分析に基づいた事業立案、Dが事業実施、Cがデータ分析に基づいた効果測定と評価、Aが次に向けての目標値と事業内容の見直しである。

1 伊根町の特徴

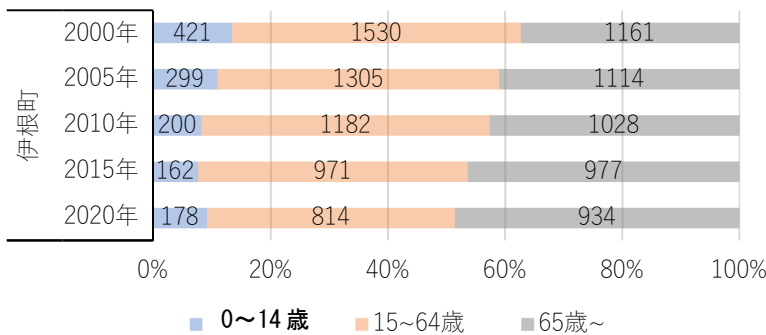
(1) 基本情報

本町は、京都府北部の丹後半島北端に位置し、北西部は山岳で東部から南部にかけては日本海、若狭湾に面しています。南に開けた伊根浦には舟屋と呼ばれる全国的にも珍しい民家が建ち並んでおり、国の重要伝統的建造物群保存地区に選定されています。気候は四季の変化に富んだ日本海型気候で、秋冬季にかけては時雨や降雪の日が多くなっています。町内の公共交通手段は路線バスのみでしたが、令和4（2022）年4月に予約型乗合交通（愛称：いねタク）の運行が開始されました。

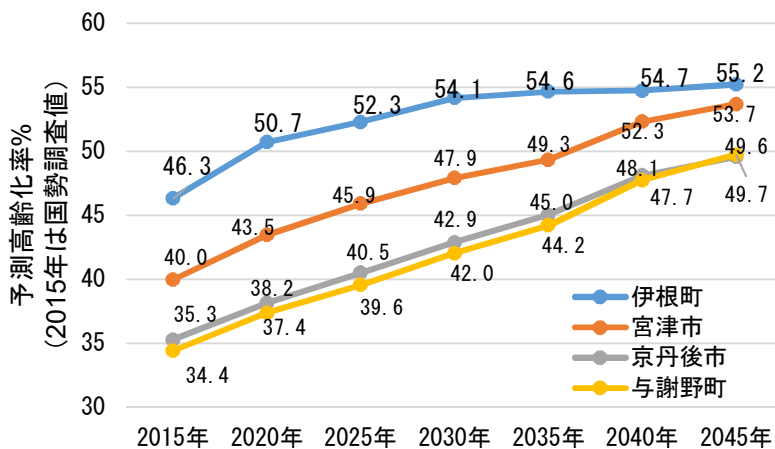
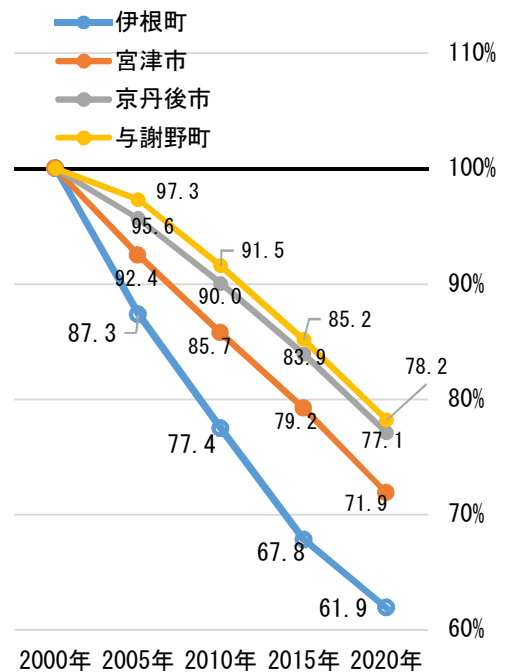
(2) 人口と高齢化率の推移

令和2（2020）年の総人口は1926人で、平成12（2000）年からの10年間で38.1%の減少が見られます。年少人口割合は平成27（2015）年までは減少傾向で7.7%に達しましたが、令和2（2020）年には9.3%と増加に転じています。令和2（2020）年の高齢化率は、50.7%で近隣市町の中でも最も高く、年々増加し2045年には55%を超える予測値となっています。

2000～2020年における年齢3区分の推移
(数値は実人数)



2000年人口を基準（100%）とした
20年間の人口推移

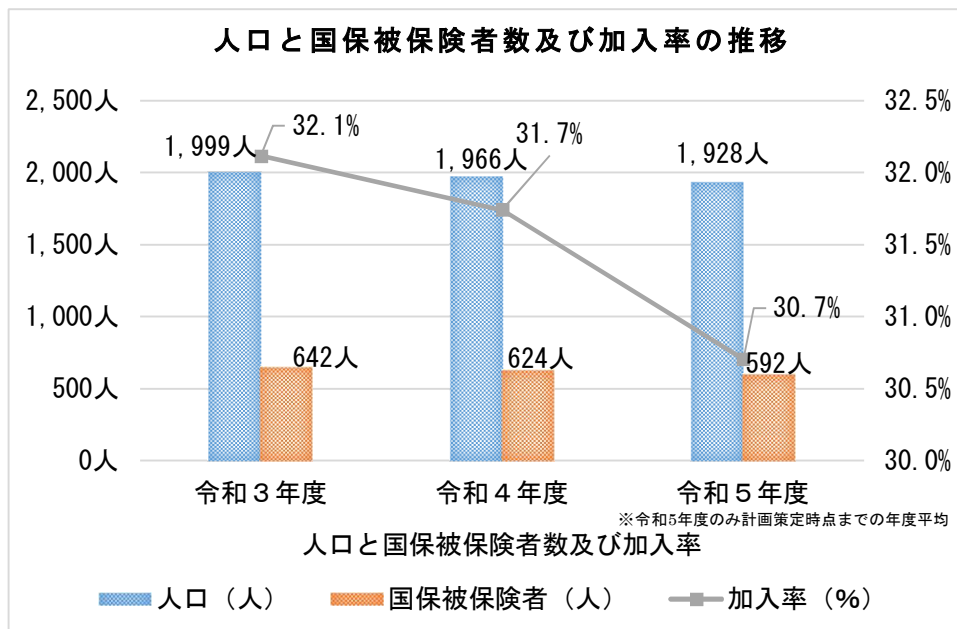


[出典] 国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（平成30（2018）年推計）

2 被保険者の特性

(1) 被保険者数と加入率

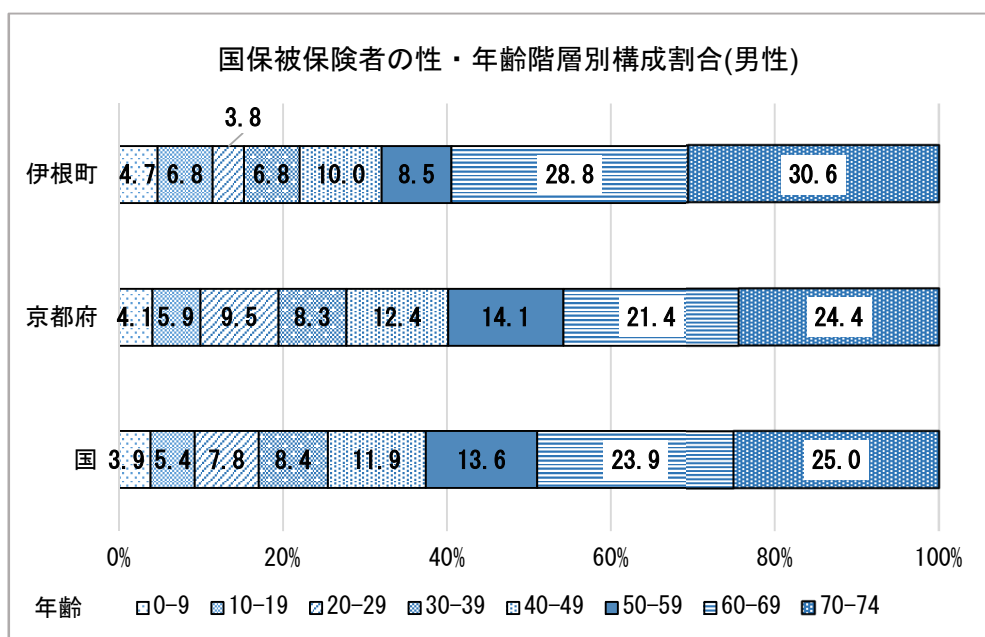
本町の国保被保険者数及び加入率は、令和3年から現在まで30%～32%の間で推移しています。団塊の世代が75歳に達したことが要因で、被保険者数が減少しています。

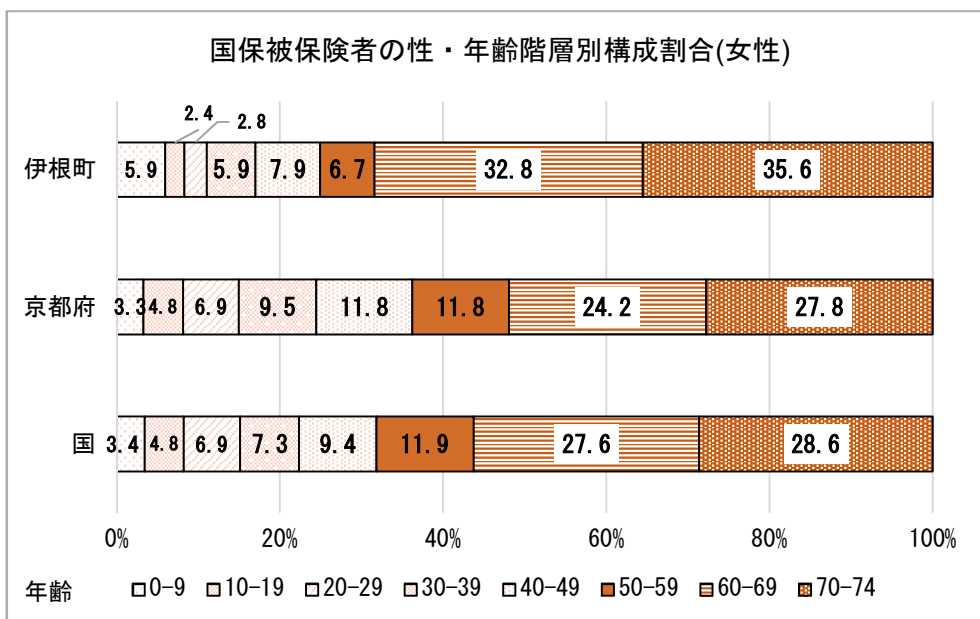


[出典]：人口—住民基本台帳人口、被保険者数—国保データベース (KDB) システム (各年度の月平均)

(2) 国保被保険者の性・年齢階層別推移

国保被保険者の構成割合を京都府及び国と比較すると、男女ともに60歳以上が占める割合が非常に高くなっています。





【出典】国保データベース（KDB）システム

3 前期計画に係る考察

(1) 計画全体の評価

① 計画全体の目的（目標）

1. 糖尿病性腎症による新規透析導入患者を0にする
2. メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を25%以上にする
3. 運動習慣のある人の割合を3%以上向上させる
4. ジェネリック医薬品（後発医薬品）の数量シェアを80%以上にする
5. 1人当たり医療費の増加率を全国平均以下に抑制する

② 計画全体の指標と評価

1. 糖尿病性腎症による新規透析導入患者を0にする

評価指標：5年以上引き続き被保険者である方の人工透析移行者数							評価
策定時	目標	実績					
H28年	R5年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	
0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	達成

糖尿病性腎症による新規の透析導入患者は平成30年度を除き、0人でした。しかし糖尿病起因の腎症ではなく、他の疾患からの透析導入が見られる状況です。糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数を抑制するためには、治療中でコントロール不良の人への取り組みが必要であり、当町の取り組み内容で達成可能な目標と整合性が図れていない目的となっていました。

2. メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率^{※1}を25%以上にする

評価指標：メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率（H20年度比）				
策定時	目標	実績		評価
H28年	R5年	R4年		評価不能
算出困難	減少率25%以上	算出困難		

この目標値は、第3期特定健康診査等実施計画期間における目標として国が設定したものであり、前期計画策定時に国の目標値と整合性を図るために採用しました。しかし、この指標は、特定健康診査の実施率や年齢構成の変化による影響を排除して統計学的に調整された推定数を用いて国が算出するもので、市町村ごとに算出ができるものではありません。評価指標が不適切であったため、評価ができません。

■※1 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は次の式により算出

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度特定保健指導対象者推定数}^* - \text{当該年度特定保健指導対象者推定数}^*}{\text{平成20年度特定保健指導対象者推定数}^*}$$

* 特定健診の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性別・年齢階層別（5歳階級）に各年度の特定健診受診者に占める特定保健指導対象者の出現割合を算出し、平成20年3月31日時点の住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数

3. 運動習慣のある人の割合^{※2}を3%以上向上させる

評価指標：特定健診問診票での運動習慣のある人の割合							
策定時	目標	実績					評価
H28年	R5年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	未達成
35.5%	3%以上 向上 (H28年度比)	38.1%	35.3%	29.0%	31.2%	24.8%	

年度によってばらつきがあることが分かります。令和2年と令和4年は特定健診の受診率も低くなっており、問診票に回答した方の人数自体も少なくなっています。年度ごとの数値の変動も考慮した目標設定の見直しが必要です。

■※2 運動習慣のある人の割合の算出

特定健診に用いられる標準的な質問票の「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施」の項目に「はい」と回答した人の割合。

4. ジェネリック医薬品（後発医薬品）^{※3}の数量シェアを80%以上にする

評価指標：後発医薬品の使用割合（数量シェア）							
策定時	目標	実績					評価
H30年9月	R5年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	未達成
70.5%	R5年度 までに 80%以上	70.1%	78.0%	75.8%	73.9%	76.1%	

目標値には届きませんでしたが、ベースラインと比べると一定の効果があつたのではないかと思います。

■※3 ジェネリック医薬品（後発医薬品）

医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を、他の製薬会社が製造・供給する医薬品のこと。開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、薬の価格を低く抑えることができる。

5. 1人当たり医療費の増加率を全国平均以下に抑制する

評価指標：1人当たりの医療費の増加率							
	目標	実績					評価
		H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	
全国平均	全国平均	2.92%	4.28%	7.29%	4.84%	4.13%	未達成
伊根町	以下	9.91%	11.84%	3.82%	19.85%	31.67%	

母集団の大きい全国平均の値と本町の平均を比較することは不適切でした。被保険者の高齢化に伴い、医療費は年々必然的に増えてしまうことが考えられます。令和2年度は目標値を達成していますが、コロナ感染症拡大による受診控えの影響も考えられます。また、医療費の増加には様々な要因が関わっており、保健事業だけで医療費の増加を抑えることは難しいと言えます。

(2) 個別保健事業の評価

前期計画では、目標を達成するために下記の保健事業を実施しました。

番号	保健事業名
①	特定健康診査
②	特定保健指導
③	糖尿病重症化予防未受診者勧奨
④	自立型運動教室
⑤	後発医薬品差額通知
⑥	医療費通知

本章では、実施した①～⑥の事業について、詳細な分析・評価を行いました。評価は、アウトカム（成果）、アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）、プロセス（保健事業の実施過程）、ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）の観点から行いました。アウトカムのみでは問題点が明らかにできず、改善方策が見出せない場合についてはアウトプットの観点から評価を行いました。また、計画策定時に設定した評価指標が不適切でアウトカム、アウトプットの観点から評価ができない場合は、うまくいった要因、うまくいかなかった要因を考察して評価を行いました。

併せて、事業全体の総合評価として下記のとおりA～Dで評価を行いました。

総合評価	評価指標
うまくいった	A
まあうまくいった	B
あまりうまくいかなかった	C
まったくうまくいかなかった	D

① 特定健康診査 / 特定健康診査未受診者対策		総合評価：C							
事業概要 【対象者】40歳から74歳の国保被保険者／特定健診未受診者 【方法】生活習慣病の予防のために、対象者にメタボリックシンドロームに着目した健診を行う。未受診者対策では、特定健診未受診者への受診勧奨を実施。									
評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						
		H28年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
アウトカム	特定健診受診率	60%以上	51.5%	54.3%	54.4%	51.3%	52.3%	52.9%	未把握
	受診勧奨実施者の特定健診受診率※4（受診者数／受診勧奨者数）	10%	—	—	—	5.8% （実5人）	3.5% （実3人）	4.0% （実3人）	9.9% （実21人）
アウト	受診勧奨実施率※5（通知率・架電及び訪問実施率）	100%	—	—	—	通知率：100% 架電及び訪問実施率：100%	通知率：100% 架電及び訪問実施率：—	通知率：100% 架電及び訪問実施率：—	通知率：100% 架電及び訪問実施率：—

■※4 受診勧奨実施者の特定健診受診率

令和3年度に実施した中間評価にて新設した評価指標。受診勧奨実施者数を分母としている。令和2～4年度は5年間連続未受診者に受診勧奨を行っているが、令和5年度は総合健診の申込締切日時点で特定健診を申込していない人に受診勧奨を行っており、令和5年度はそれまでの年度と分母の特性が異なっている。

■※5 受診勧奨実施率

同じく中間評価にて新設した評価指標。通知率、架電及び訪問実施率の分母は対象者数。令和3年度からは架電及び訪問は実施していない（プロセス評価に理由を記載）。

プロセス

<平成30～令和2年度>

- ・ 令和2年度からは該当者全員に総合健診の申込案内を送付する際に受診勧奨チラシを同封。健診の時期が例年よりも遅くなったことで、未受診者対策の実施体制を組むことができた。
- ・ 令和元年度までは対象者の抽出基準が曖昧だったが、令和2年度以降はKDBシステムを活用した分析により5年間連続未受診者を抽出できた。

<令和3～令和5年度>

- ・ 令和3、4年度も申込案内送付時の受診勧奨チラシの同封を継続した。毎年同じ対象者が抽出され、訪問や電話をしても効果が低いだろうと判断し、それらの実施は最低限とした。
- ・ 令和4年度は5年間連続未受診者をさらに「健診・医療未受診者」、「健診のみ未受診者」に分け、同封する受診勧奨チラシの種類を変更した。併せて国保に新規加入した人にもチラシによる受診勧奨を行った。
- ・ 令和5年度は未受診者対策の手法を変え、総合健診の案内送付時ではなく、申込受付締切後に申込がなかった人にハガキで受診勧奨を行った。よって、受診勧奨の対象を、5年間連続未受診者だけではなく、健診の申込がなかった人全員に拡大した。申込がなかった人を「5年連続健診・医療未受診者」、「5年連続健診のみ未受診者（医療受診はあり）」、「非連続健診受診者（5年間に1回以上は健診受診していた人）」、「国保新規加入者」の4つに分類し、ハガキの文面を工夫した。
- ・ 令和5年度は、健診の案内文書のレイアウトを分かりやすく変更し、併せてWEB申込を開始した。

ストラクチャー

<平成30～令和2年度>

- ・ 総合健診は、3会場で3日間の実施、従来より1日減らしたが、適切な日数だった。
- ・ 未受診者対策の予算は確保できた。令和元年度までは保健師1名のみが担当していたが、令和2年度は保健師4名、栄養士1名でマンパワーは十分確保できた。
- ・ 令和元年度から健診委託業者の変更に伴い、健診の実施が10月に、令和2年度はコロナの影響で12月にずれ込んだ。委託業者との連携は適切に実施できた。3会場で実施し、住民の多くが最寄りの会場で受診できた。会場まで自身で来れない受診者には、送迎を行った。

<令和3～令和5年度>

- ・ 総合健診は1会場で3日間、適切に実施できた。総合健診の会場を1つに絞ったことにより、従事者の負担は軽減した。
- ・ 委託先の健診機関との会議は、適切な時期に必要な回数実施できた。係の職員全員が関わることができ、情報共有が図れた。
- ・ 未受診者対策の予算は確保できた。令和3、4年度は職員1名で対応した。令和5年度に特

別調整交付金（国保ヘルスアップ事業）を活用してA Iを使った受診勧奨を委託実施する予定だったが、交付金要綱の変更に伴って財源確保ができず実施が不可能になった。しかし、委託予定だった事業者のノウハウを参考に、実施方法を見直すことができた。

- ・ 総合健診当日に受診できなかった人が後日受診できる機会がない状況である。

事業全体の評価

総合評価：C

<うまくいった要因>

- ・ 健診業者や担当職員が変わったが、業者や係内で情報共有や連携ができ、適切に事業の実施ができた。KDBシステムを活用でき、未受診者の分析や分類ができた。
- ・ 令和2年度に未受診の理由を尋ねるアンケート調査を16名に実施した。未受診の理由は健康状態に自信があり、必要性を感じない、心配な時はいつでも医療機関を受診できるからが数名ずつであり、今後の未受診者対策の方向性を考える足掛かりとなった。
- ・ 令和5年度に実施したハガキによる受診勧奨は、住民の反応が良く、これまで実施した方法の中で最も効果があったと思われる。

<うまくいかなかった要因>

- ・ 特定健診受診率は、令和2年度はコロナ感染症拡大による受診控えの影響か受診率が低下していると思われる。受診率60%を達成するには、令和3年度の水準で算出すると、受診者を37人増やす必要がある。
- ・ 総合健診の日程では都合が合わない、総合健診で受診の機会を逃したなどの理由で受診機会がない方がいる可能性がある。
- ・ 架電や訪問による受診勧奨はマンパワー不足で実施できない、かつ、効果があまり期待できないと思われる。
- ・ 令和5年度はハガキによる受診勧奨で30人が申込みをしたが、9人が健診日までにキャンセルした。また、そのうち6人が5年間連続して受診をしていない人であった。未受診者が固定化している傾向がある。申込から健診受診日まで、健診を受ける意欲を維持できるような工夫が必要である。
- ・ 住民がより受診しやすいよう、健診の申込から実施までの体制を整備するとともに、受診勧奨のアプローチ方法の検討が課題である。

② 特定保健指導

総合評価：B

事業概要 【対象者】40～74歳の特定健診受診者のうち、積極的支援、動機付け支援に該当する人。
 【方法】対象者に健診結果説明会等で保健師または管理栄養士が初回面接を実施後、3～6か月後に電話または面談による実績評価を実施。

評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						
		H28年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
アウトカム	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率	25%以上	—	町での算出が困難	町での算出が困難	町での算出が困難	—	—	—
	男性の特定保健指導該当者における次年度腹囲基準値該当者数の減少 ^{※6}	2人減	—	—	—	—	2人減	1人減	未把握
アウトプット	特定保健指導実施率	60%以上	36.7% 積極的：14.3% 動機付：43.5%	30.3% 積極的：28.6% 動機付：30.8%	42.9% 積極的：33.3% 動機付：45.9%	35.7% 積極的：25.0% 動機付：38.2%	65.6% 積極的：66.7% 動機付：65.4%	72.0% 積極的：60.0% 動機付：75.0%	実施中
	特定保健指導の利用勧奨実施率 ^{※7}	95%以上	—	—	—	—	100%	96.3%	実施中

■※6 男性の特定保健指導該当者における次年度腹囲基準値該当者数の減少

令和3年度に実施した中間評価にて新設した評価指標。肥満者は生活習慣病を悪化させ得る不適切な生活習慣を複数併せ持っていることが分かっており、本町の男性の腹囲基準値（85cm以上）該当者の割合が京都府と比べて高い割合であったことから評価指標に設定した。

■※7 特定保健指導の利用勧奨実施率

同じく中間評価にて新設した評価指標。本町は特定保健指導実施率の分母となる特定保健指導対象者数が少ないことから、年度によって実施率の変動が大きく評価が難しい。よって、特定保健指導の対象者に指導を利用するよう勧奨できたかどうかを見るためにこの指標を新設した。

プロセス

<平成30～令和2年度>

- ・ 健診結果説明会で初回面接を実施することで、総合健診受診者における指導対象者のほとんどに指導が実施できた。令和元年度から健診委託業者の変更に伴い、健診の実施が10月に、令和2年度はコロナの影響で12月にずれ込んだため、指導開始の時期も遅くなった。
- ・ 令和2年度には指導対象者を広げ、総合健診受診者に加えて人間ドックにおける特定健診受診者にも特定保健指導を実施した。
- ・ あなみツール^{※8}で検査値と疾病の関係を説明する媒体を作成し、活用した。

■※8 あなみツール

国保連が作成した健診結果から保健指導用の媒体を作成する Excel ツール。

<令和3～令和5年度>

- ・ 令和3、4年度はコロナ禍で健診結果説明会の実施はできなかったが、対象者は保健センターへの来訪を促して予約制で指導を実施した。人間ドック対象者にも実施できた。電話で利用勧奨した。
- ・ 令和3年度以降、あなみツールは使用しなかったが、経年の検査値を比較しながら指導ができた。対象者全体のデータ分析の実施はできなかった。

ストラクチャー

<平成30～令和2年度>

- ・ 平成30年度は新規採用職員3名が特定保健指導に関する研修を受講した。
- ・ 令和元年度からは対象者にあらかじめ担当する職員を割り当てて対応し、マンパワーも確保できた。担当制にしたことで事前に対象者への指導方法を検討できた。報告書様式、問診票、事業手順書を新たに作成した。
- ・ 令和2年度から、対象者の意識の向上と実績評価時に家庭で腹囲測定を必ずしていただくことを目的に、腹囲測定用メジャーを配付した。効果的な保健指導ができていないかの振り返りや情報共有が係内でできていなかった。

<令和3～令和5年度>

- ・ 令和4年度に特定保健指導に関する通知文を見直した。指導内容について随時、カルテで係内の職員に共有できた。運動指導については別事業への参加を促した。指導時に使用する媒体を作成し、指導内容の概要や今後のスケジュールを記入し対象者に渡した。
- ・ 令和3、4年度は、初回面談は2名で実施、それ以降の指導は1名で実施。マンパワーはやや不足していたが、対象者が少なかったため、対応できた。

事業全体の評価

総合評価：B

<うまくいった要因>

- ・ 特定健診の結果や問診票を用いて町民の生活習慣の傾向についてデータ分析を行ったことで、重点的に介入すべき点が明らかになった。
- ・ 健診説明会（結果の返却とともに初回面接を実施）が開催できなかったが、電話による利用勧奨でも対象者の来訪を促すことができ、令和3年度以降も指導実施率が高い。人間ドックの対象者への特定保健指導が開始できたことも実施率が向上した一因であると思われる。

<うまくいかなかった要因>

- ・ 設定していた評価指標が不適切であったと思われる。アウトカム指標であるメタボリック

シンドロームの該当者・予備群の減少率は、町による算出が不可能であるため、評価ができない。

- ・ コロナ感染症の影響もあり、健診実施時期が変動した。被保険者の繁忙期と特定保健指導の実施時期が重なった年度があったことが、特定保健指導の実施率に影響を与えた。
- ・ 総合健診受診者のうち指導対象となった人には健診結果を受診者に送付せずに利用勧奨を行い、結果返却を兼ねて指導を行う。人間ドック受診者のうち指導対象になった人には先に医療機関から健診結果が送付されており、利用勧奨をしても指導を拒否する方がいる。利用勧奨のタイミングは、健診結果が届く前の方が効果的である。
- ・ 実施率は上昇しているが、令和3年度からは対象者数が例年の約半分に減少している。対象者減少の理由は後期高齢者医療への移行や、服薬の開始が多い。要医療判定であっても受療をしていないために対象者として抽出されている人もいる。
- ・ 特定保健指導の質を向上し、アウトカムの改善につながる指導が必要である。

③ 糖尿病重症化予防未受診者受診勧奨 ⇒ (H30年度から名称変更) 糖尿病重症化予防事業										
総合評価：C										
事業概要 【対象者】 特定健診の結果から糖尿病を発症している可能性のある医療機関未受診者や、健診受診の有無に関わらず糖尿病治療を中断している国保被保険者										
【方 法】 対象者に文書、電話、面談、訪問等により受診勧奨し、医療機関受診につなげる。										
評価指標	目標値	対象者	経年変化							
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度		
ア	5年以上引き続き被保険者である方の人工透析移行者数	0人		1人	0人	0人	0人	0人	0人	未把握
ウ	受診勧奨者の受診率※9 (受診した人数/受診勧奨実施者数)	未受診者	100% (1人)	不明	44.4% (4人)	83.3% (5人)	60% (3人)			未把握
		中断者	—	0%	100% (1人)	100% (3人)	33.3% (1人)			未把握
カ	次年度の健診結果の変化※10 ①HbA1c6.5以下 ②血圧コントロール (139/89mmHg以下) ①または②が達成できた者	未受診者	—	100% (1人)	—	50% (3人) ※健診受診なし3人	33.3% (2人) ※健診受診なし1人			未把握
		中断者	—		健診受診なし	0%	1人 ※健診受診なし2人			未把握
プ	対象者への受診勧奨率※11 (受診勧奨実施者数/対象者)	未受診者	100% (1人)	不明	100% (9人)	100% (6人)	100% (5人)	100% (2人)		
		中断者	—	100% (1人)	100% (1人)	100% (3人)	100% (3人)			対象者なし

■※9 受診勧奨者の受診率 / ■※10 次年度の健診結果の変化

令和3年度に実施した中間評価にて新設した評価指標。事業のアウトカム評価を実施するために設定した。

■※11 対象者への受診勧奨率

同じく中間評価にて新設した評価指標。事業のアウトプット評価を実施するために設定した。

プロセス

<平成30～令和2年度>

- ・ 未受診者は、血糖が高いにも関わらず、医療機関を受診していない人を本来抽出するものであるが、令和元年度は健診結果から血糖値が高い人を医療受診の有無を問わず抽出しており、対象者が正しく抽出できていなかった。令和2年度から未受診者の抽出基準を変更し（血圧の項目を追加）、KDBシステムを使って抽出した。
- ・ 治療中断者対策は令和元年度から開始。抽出は国保連に依頼した。
- ・ 人間ドック受診者からの抽出ができなかった。血糖以外の項目（eGFR、高血圧、尿蛋白陽性）にも該当する者に、面談や電話で対応するなど直接話をして説明することで、受診につながった。
- ・ 令和元年度までは糖尿病連携手帳^{※12}を使用した。活用できなかった。令和2年度からは重度の対象者のみ連絡票^{※13}を活用した。返信がない人や軽度で連絡票を送付していない人には電話で受診状況を確認した。
- ・ 健診結果説明会にて受診勧奨した。健診業者の変更やコロナ感染症の影響で健診結果返却時期が遅くなった。12月以降からの対応となり、年度内に事業が完了しない。対象者も年末年始をはさむと受診しづらいのかもしれない。

■※12 糖尿病連携手帳

公益社団法人日本糖尿病協会が作成した手帳。かかりつけ医、専門医、歯科医師、眼科医、ケアマネジャー、市町村の保健師・管理栄養士等が役割分担、連携をして患者さんの診療や指導を行うことを目的として作成されたもの。

■※13 連絡票

市町村とかかりつけ医が健診結果、保健指導、糖尿病の治療に関すること等の情報連携を行うための様式。特定健診結果や、医師の治療及び指導内容が記載される。

<令和3～令和5年度>

- ・ 令和3年度からは人間ドック受診者からも対象者を抽出できた。
- ・ 令和3、4年度はコロナ禍で文書通知や電話による受診勧奨がメインになった。
- ・ 令和3年度から軽度の対象者にも連絡票を活用した。医療機関を受診した場合は、主治医からの連絡票の返信で確認ができた。
- ・ 令和5年度以前は当該年度の健診結果から対象者を抽出していたが、令和5年度からは前年度の健診結果を用いて対象者抽出を行ったことにより、受診勧奨の時期を半年早めることができた（中間評価での課題が解決）。

ストラクチャー

<平成30～令和2年度>

- ・ 令和2年度に事業担当者の交代を機に、係内で理解を深める機会を設けた。医師会、主要医療機関に事業実施のための協力を仰いだ。
- ・ 資料、記録用紙等、必要な帳票類は滞りなく準備できた。
- ・ 職員1名で担当したが、対象者が少ないため対応ができた。

<令和3～令和5年度>

- ・ 丹後保健所管内の担当者で情報共有や事業に関する方向性等の相談ができた。
- ・ 未受診者用に検査値をプロットした指導媒体を作成した。町独自の管理台帳（Excel）で対象者の受診状況や、経年の健診結果の推移等の管理ができた。
- ・ 予算、マンパワーは確保できた。

事業全体の評価

総合評価：C

<うまくいった要因>

- ・ 抽出に前年度健診結果を用いることに変更したことで、KDBシステムが活用できた。人間ドック、総合健診を問わず受診者全員から容易に抽出ができ、また事業実施時期が早まったことから業務負担が軽減した。
- ・ 関係機関との連携ができた。実施方法を見直しながら事業実施ができた。
- ・ 文書通知が中心になり、必要なマンパワーは確保できた。文書通知だけでも対象者が受診することも多い。
- ・ 令和4年度からハイリスク者対策^{※14}も実施した。京都府のモデル事業^{※15}に参画し、TOMOCOアプリ^{※16}を使った通信型の指導も開始できた。新たな指導スタイルを模索できた。

■※14 ハイリスク者対策

糖尿病で通院する患者のうち重症化リスクの高い者に対して行政の保健師、管理栄養士が保健指導を行い、人工透析への移行を防止する事業。

■※15 京都府のモデル事業

令和4年度に府内市町村対象に実施された「ハイリスク者対策の充実を図る目的で実施されたモデル事業。スマホアプリ等を活用した寄り添い支援等の指導モデルが設定されている。

■※16 TOMOCO アプリ

京都府のモデル事業で活用された株式会社ハビタスケアが提供するスマートフォン用アプリ。対象者が自身のスマホにダウンロードし、通信型の保健指導を実施するもの。

<うまくいかなかった要因>

- ・ 文書通知のため、受診勧奨実施率は100%、その後に医療機関を受診した割合もまずまずではあるが、翌年の健診結果が改善していない、悪化している者がいる。特に服薬が開始されなかった場合、生活習慣の改善も見られずに悪化することがある。保健指導の強化や継続したサポートが必要であると思われる。

- ・ 未受診者や治療中断者を対象に事業を実施したが、新規人工透析移行者数を抑制するためには、治療中でコントロール不良の者（ハイリスク者）への取組みも必要であった。
- ・ 引きこもりなど他の様々な要因を抱えている対象者へのアプローチが難しい。多職種での連携が必要。

④ 自立型運動教室 ⇒ (R2年度から名称変更) 保健センター 運動施設開放事業 総合評価：B									
事業概要 【対象者】20歳～概ね75歳以下の町民で、健康づくりに努めようとする意思がある者。 自身の体調や運動機器の管理が可能な者。 【方法】 保健センターの運動機器を利用し、自主的に運動を行う。									
評価指標		目標値	経年変化						
			H28年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
カ ア ウ ム ト	生活習慣の改善（特定健診問診票での運動習慣のある人の割合）	3%以上の向上	35.5%	38.1%	35.3%	29.0%	31.2%	24.8%	未把握
プ ア ウ ツ ト	教室登録者	10名	事業実施なし	事業実施なし	事業実施なし	事業実施なし	4名	11名	実施中

事業全体の評価

総合評価：B

本事業については、令和2年度までは事業計画が不十分であったため、令和3年度から事業計画を具体化して取り組んだ。令和5年度以降、登録者の参加状況の分析とアンケート調査の結果から、より参加しやすいよう運動施設を開放する時間を拡大した（ストラクチャーの見直し）。

事業の案内については、住民健診で実施している体力測定時に個別に実施。また、健診結果送付の際に事業のチラシを同封して周知をした（プロセスの見直し）。

<うまくいった要因>

- ・ 総合健診会場等での周知により、運動することへのきっかけに繋がった。
- ・ 令和5年度は健診結果説明会で、運動トレーナーによる保健センターの運動機器を使った運動指導を新規で実施し、本事業への参加勧奨を行った。健診結果説明会参加時に運動の体験ができたことで、本事業への参加を申し出た人や、翌日以降の事業実施日に参加して実際に運動をされた人もいた。
- ・ 集団で実施する運動の事業は男性の参加者が少ないが、個人参加で運動機器を使用することで、男性の登録者が4割であり、集団で行っている他の運動に関する事業と比較して男性の参加が多かった。

<うまくいかなかった要因>

- ・ 当初は集団教室として実施する計画をしていたが、個別で参加してもらう形態に変更した。そのため、事業登録者 10 名と設定した評価指標は不適切だった。
- ・ 生活習慣の改善（特定健診問診票での運動習慣のある人の割合）を評価指標にしたが、年度によってばらつきがある。目標値の見直しが必要である。

⑤ 後発医薬品差額通知			総合評価：B						
事業概要 【対象者】 40 歳以上の被保険者で 1 剤当たり 300 円以上の差額かつ生活習慣病等で 14 日以上の投与期間のある者。 【方法】 服用している先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を該当者に通知する。									
評価指標		目標値	ベースライン	経年変化					
			H28 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
アウト	後発医薬品の使用割合 (数量シェア)	R5 年までに 80%	70.5%	70.1	78.0%	75.8%	73.9%	76.1%	未把握
イン	対象者への送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	実施中

プロセス及びストラクチャー

- ・ 後発医薬品の発送業務に関しては、国保連と事務委託契約を締結した。
- ・ 年に 4 回調剤分から該当する被保険者に対して通知を送付した。
- ・ 広報啓発に関しては、対象者への差額通知以外には行っていなかった。

事業全体の評価

総合評価：B

<うまくいった要因>

- ・ 国保連と事務委託契約を締結したことで、対象者に対して的確に案内を送付することができた。
- ・ 目標の 80%には届かなかったが、ベースラインと比べると一定の効果があったのではないかと判断できる。

<うまくいかなかった要因>

- ・ 業務委託を実施している差額通知以外に独自の広報を行う必要があった。
- ・ 6、9、12、3月に通知分が伊根町に納品され、偶数月の 10 日までに水道料金通知ハガキと合わせて発送される。よって、上記ハガキが被保険者に届いた後に、8、10、2、4月の

20日を目途に町内各世帯に配備した行政情報配信システムタブレット端末「いねぼん」（以下「いねぼん」という。）宛に、より効果が期待できるようなお知らせを送付することで、効果的な広報を実施すべきであった。

⑥ 医療費通知		総合評価：B							
事業概要 【対象者】 医療機関を受診した全ての世帯 【方法】 医療費総額等を記載した医療費通知を送付する。									
評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						
			H28年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
カ ア ウ ム ト	1人当たりの医療費の増加率	全国平均以下	伊根町増加率 全国平均	9.91% 2.92%	11.84% 4.28%	3.82% 7.29%	19.85% 4.84%	31.67% 4.13%	未把握
プ ア ウ ツ ト	医療機関を受診した全世帯への送付率	100%	—	100%	100%	100%	100%	100%	実施中

プロセス

<平成30～令和2年度>

- ・ 医療費通知は国保連と事務委託契約を締結した。
- ・ 医療を受けた際は資格システムに登録した住所地宛に、2ヶ月に1度の頻度で国保連から納品され、水道料金の利用結果通知ハガキと同封して送付した。

<令和3～令和5年度>

- ・ 国保連の資格システムの仕様上、宛名住所のみにしか送付できないため、転居した方や成年後見人を定めている方宛には届かず返送されるケースが発生していた。
- ・ コロナ禍によって、保健事業を自粛したことも医療費の増加に影響した。

ストラクチャー

<平成30～令和2年度>

- ・ 医療費通知の発送以外には、医療費の増加率を抑えるために、保健事業を充実させた。運動教室等の事業を実施した。

<令和3～令和5年度>

- ・ コロナ禍では運動教室の参加者数を制限したが、実施回数を増やす等工夫して保健事業を実施した。

事業全体の評価

総合評価：B

<うまくいった要因>

- ・ 医療費通知は国保連へ事務委託をして医療費通知ハガキを納品してもらい、水道料金の通知と同封して郵送することで発送費用を抑えることができた。

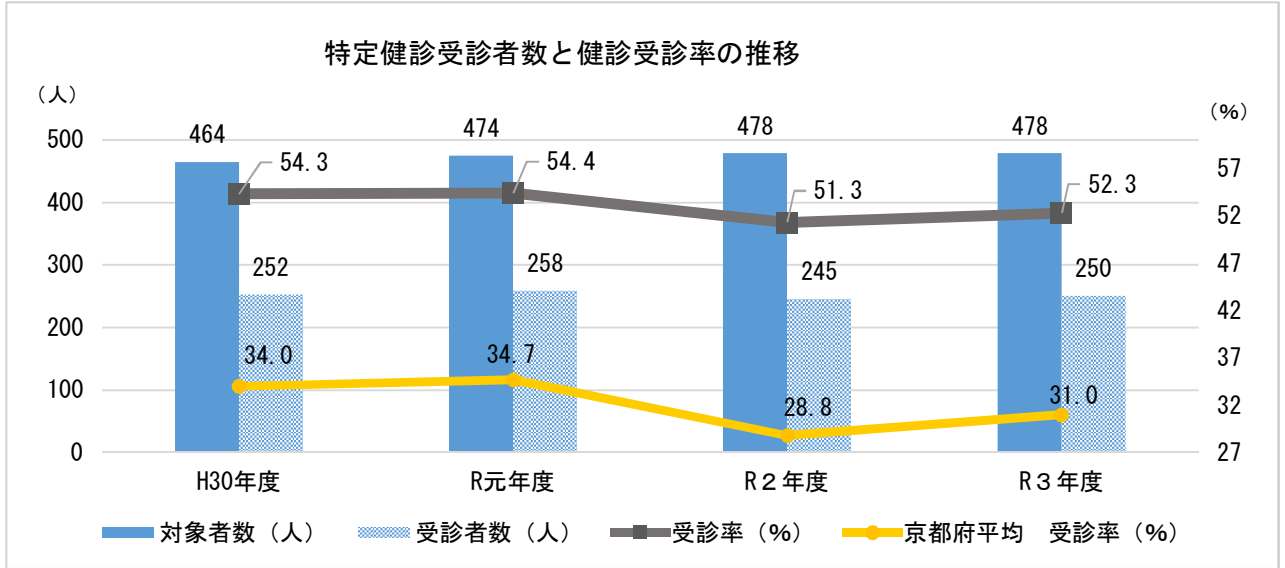
<うまくいかなかった要因>

- ・ 評価指標が不適切であった。医療費増加率を指標とすると、分母の大きい全国平均の増加率と比べて小規模保険者の増加率が大きくなったり、医療の高度化と被保険者の高齢化比率増に伴い、医療費が増加したりすることは必然である。
- ・ 令和2年度だけ本町の医療費の増加率が全国平均と逆転している。全国的にはコロナ禍で医療費が高騰しているのに対して、伊根町は受診控えにより医療費が下がった影響によるものと考えられる。
- ・ 医療費を抑える効果が期待できることを見込んで、医療費通知の送付を前期計画の保健事業として実施したが、この結果を以て、医療費通知の送付率と一人当たりの医療費の増加率に関しては相関関係がないことが分かった。
- ・ 医療費通知は返送されたものを再送しており、全て返送完了していると判断しているが、チェックできる仕組みはなかった。

1 特定健康診査・特定保健指導結果

(1) 特定健康診査受診率の推移

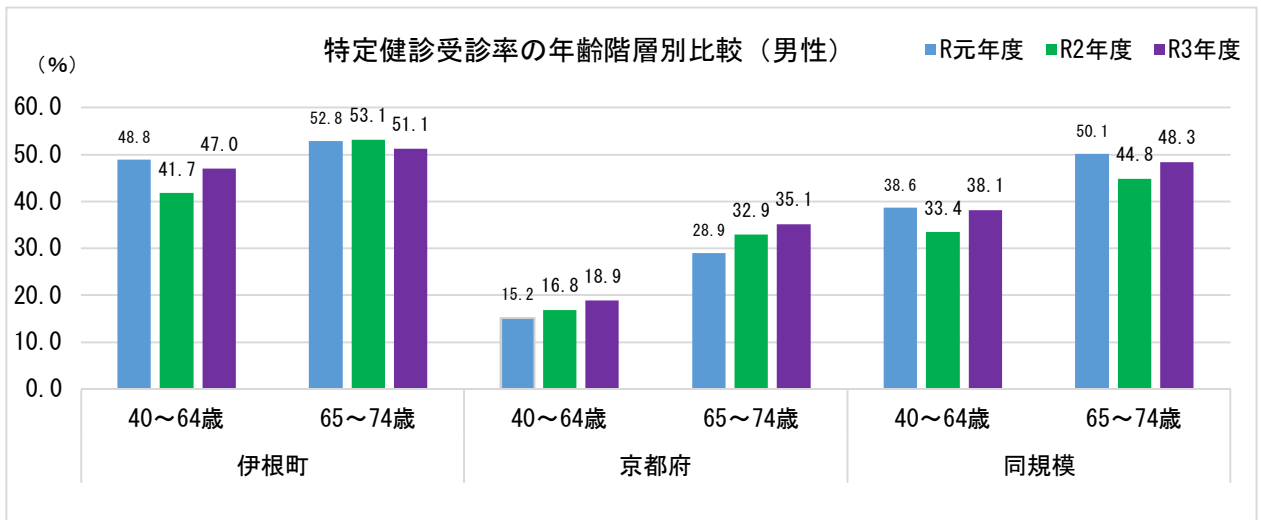
特定健診受診率は、平成30年度から令和3年度まで51.3%から54.4%で推移しており、いずれの年度も京都府と比べると高い受診率になっています。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えが影響していると考えられ、令和元年度と比べて3.1%減少しています。令和3年度は令和2年度と比べて1.0%増加しています。



[出典] H30年～R3 法定報告値

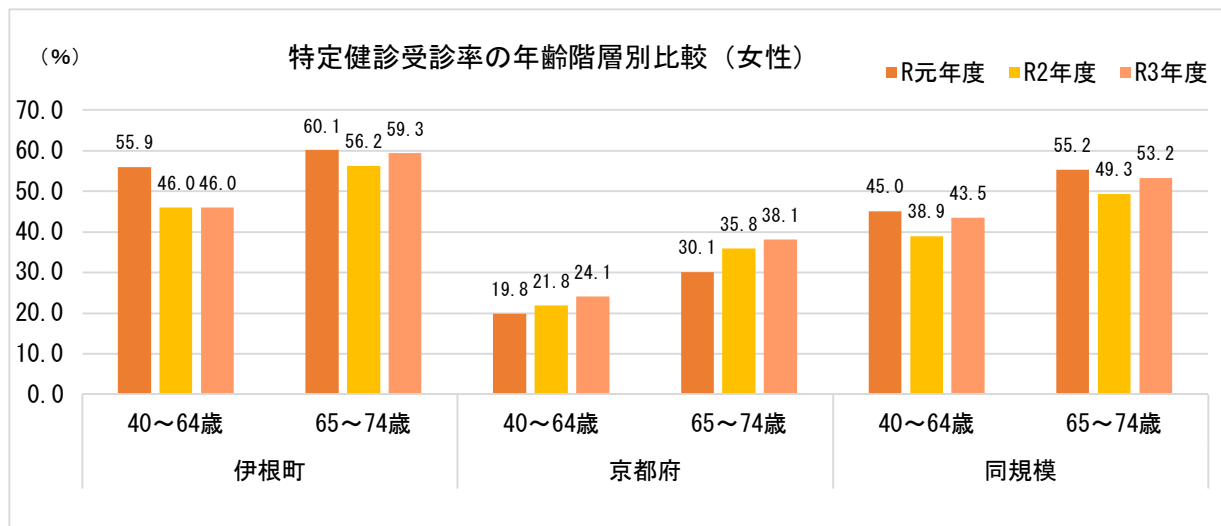
(2) 特定健診受診率の性年齢階層別比較

本町の男性の年齢階層別の特定健診受診率は、いずれの年度においても40～64歳よりも65～74歳の方が高くなっています。また、京都府、同規模自治体と比べると、いずれの年度においても京都府、同規模自治体よりも高い受診率になっています。



[出典] 国保データベース (KDB) システム

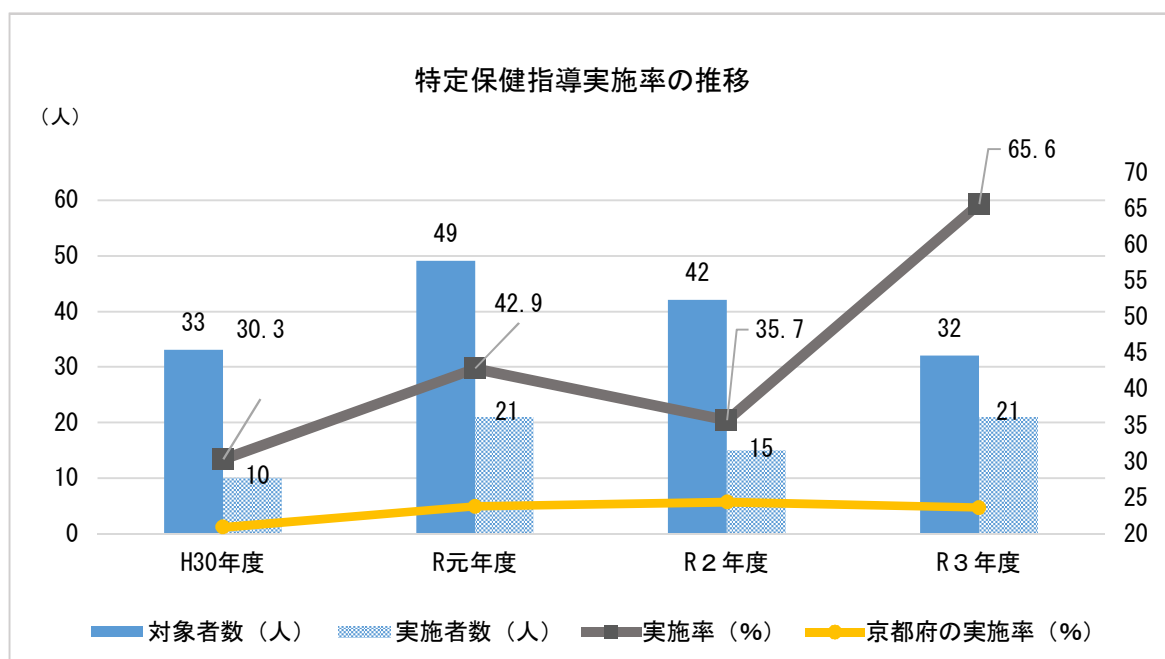
本町の女性の年齢階層別の特定健診受診率は、いずれの年度においても40～64歳よりも65～74歳の方が高くなっています。また、京都府、同規模自治体と比べると、いずれの年度においても京都府、同規模自治体よりも高い受診率になっています。



[出典] 国保データベース（KDB）システム

（3）特定保健指導実施率（性別）

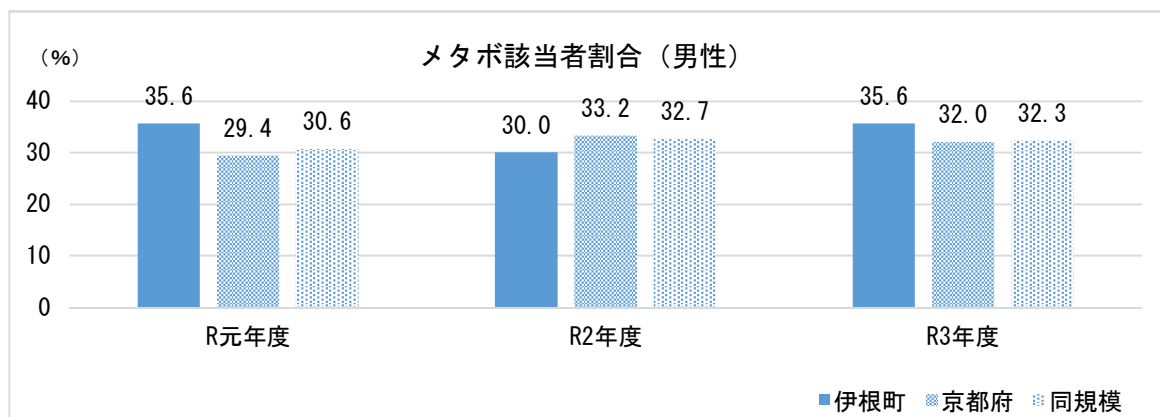
特定保健指導の対象者は、令和元年度をピークに減少しています。実施率は年度によってばらつきがありますが、平成30年度から令和3年度にかけては35.3ポイントと大きく上昇しています。また、いずれの年度も、京都府平均よりも高い実施率です。



[出典] H30～R3 法定報告値

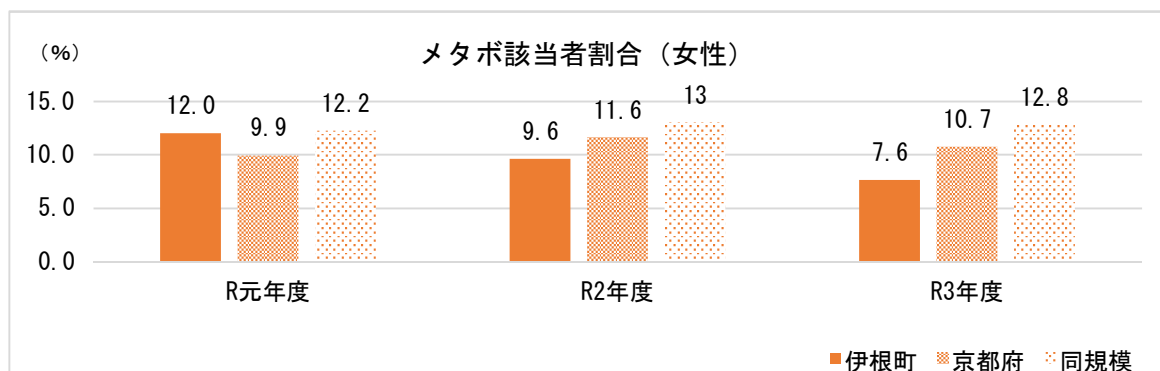
(4) メタボリックシンドローム該当者の割合（性別）

男性のメタボリックシンドローム該当者は、令和2年度を除き京都府、同規模自治体よりも高い割合になっています。いずれの年度も、該当者は30%を超えています。



[出典] 国保データベース（KDB）システム

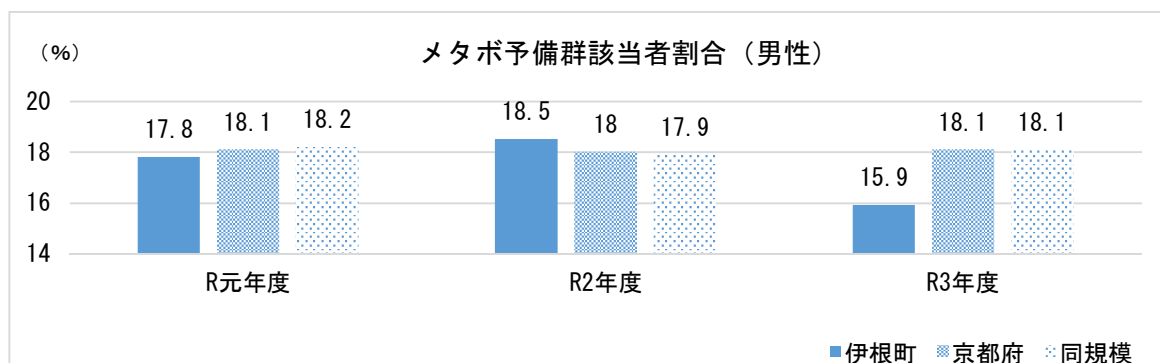
一方、女性のメタボリックシンドローム該当者は、令和元年度は京都府よりも高い割合ですが、令和2年度及び3年度は京都府及び同規模自治体よりも低い割合になっています。



[出典] 国保データベース（KDB）システム

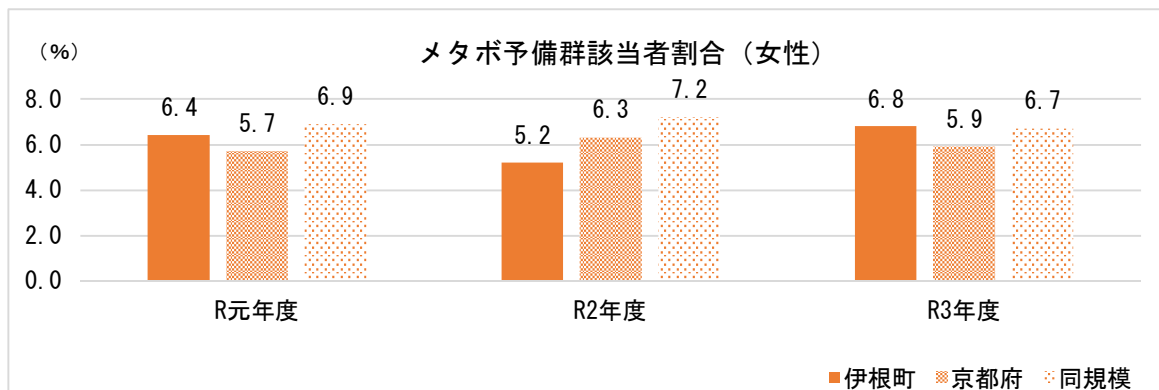
(5) メタボリックシンドローム予備群該当者の割合（性別）

男性のメタボリックシンドローム予備群該当者は、令和2年度を除き京都府、同規模自治体よりも低い割合になっています。



[出典] 国保データベース（KDB）システム

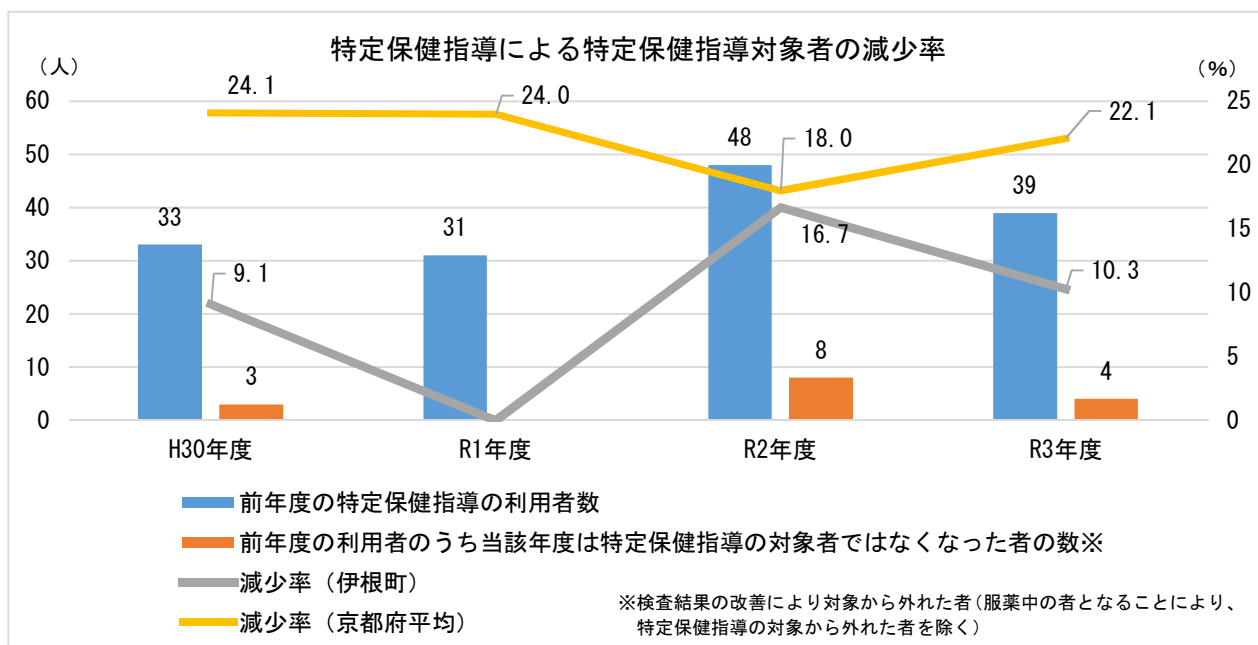
一方、女性のメタボリックシンドローム該当者は、令和元年度、2年度は京都府よりも低い割合ですが、令和3年度は京都府及び同規模自治体よりも高い割合になっています。



[出典] 国保データベース（KDB）システム

（6）特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導により、検査結果が改善し翌年度に指導対象から外れた人は、平成30年度は3人、令和元年度は0人、令和2年度は8人、令和3年度は4人でした。特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、いずれの年度も京都府平均よりも低く、特定保健指導によって健診結果が改善する人が少ない状況です。特定保健指導の対象者数は減少傾向ですが、服薬が開始され指導の対象外となった場合や、後期高齢者医療制度への移行等により特定健診の対象から除外された場合が主な理由になっています。



[出典] H30年～R3年 法定報告値

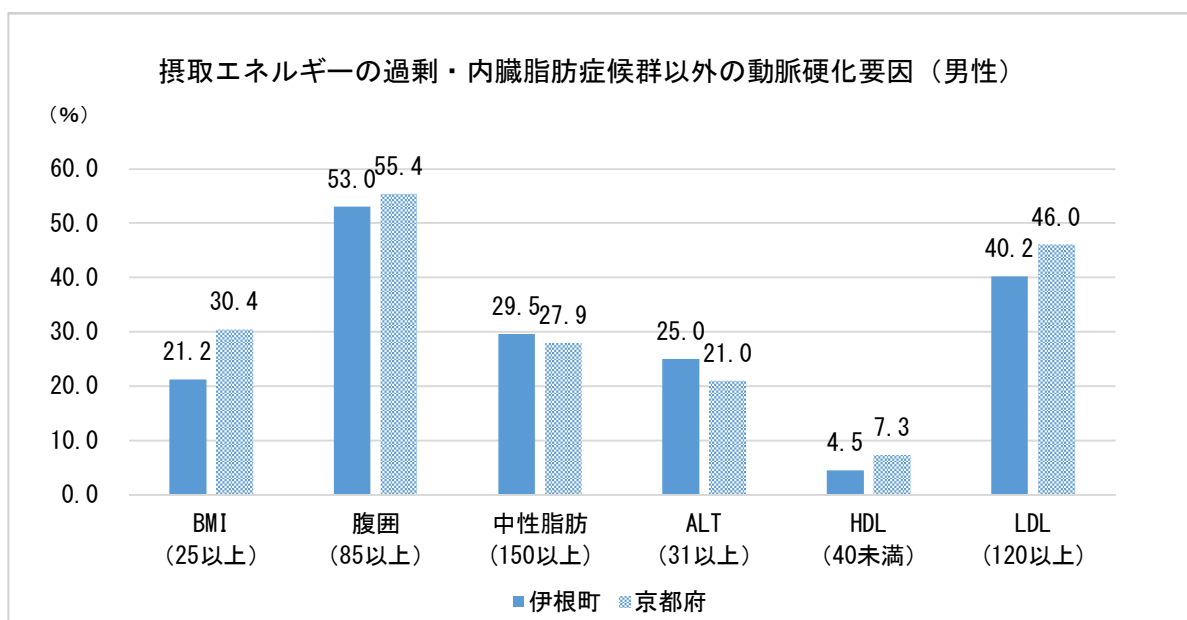
(7) 特定健診結果 特定保健指導判定値以上者割合 経年変化(性別)

男性の「腹囲^{※1}」は、令和元年度を除く3か年で京都府平均を下回っていますが、令和3年度の割合は平成30年度と比較し高くなっています。「中性脂肪^{※2}」は、令和元年度以降府平均より高く、平成30年度と比較しても増加傾向にあります。「LDL^{※3}」については、令和元年度～2年度は府平均より高い割合となっており増加傾向でしたが、令和3年度の割合は府平均を下回っており、平成30年度と比較し低くなっています。「ALT^{※4}」は、4年連続で府平均より高くなっており、令和3年度は「ALT」は25.0%(府平均21.0%)」で2位となっています。

単位：％ 京都府平均より高い値及び順位が黄色網掛け 順位は京都府内市町村国保と比較した当町の順位

項目	摂取エネルギーの過剰・内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因											
	BMI ^{※5} (25以上)		腹囲 (85以上)		中性脂肪 (150以上)		ALT (31以上)		HDL ^{※6} (40未満)		LDL (120以上)	
H30年度	25.9	21位	42.2	26位	20.0	25位	21.5	2位	8.1	12位	48.1	10位
R1年度	33.3	4位	56.3	8位	28.1	13位	26.7	1位	3.7	25位	49.6	8位
R2年度	30.0	14位	51.5	19位	29.2	9位	26.9	2位	0.8	26位	51.5	4位
R3年度	21.2	26位	53.0	20位	29.5	6位	25.0	2位	4.5	26位	40.2	23位

[出典] 国保データベース (KDB) システム厚労省様式 5-2 健診有所見者状況 (男女別・年代別)



[出典] 国保データベース (KDB) システム 令和3年度

■※1 腹囲

内臓周辺に脂肪が蓄積する「内臓脂肪型肥満」が健康障害を起こしやすいとされ、内臓脂肪型肥満のスクリーニング方法として用いられている。ウエストではなく、へその高さで水平にメジャーを回して測定する。男性 85cm 以上、女性 90cm 以上がメタボリックシンドロームの基準とされる。

■※2 中性脂肪

中性脂肪は人にとって重要なエネルギー源であるが、とりすぎると体脂肪として蓄えられて肥満をまねき、生活習慣病を引き起こす。血液中の中性脂肪の値が 150mg/dl 以上になると「高トリグリセライド血症」とされる。

■※3 LDL

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おり、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。悪玉コレステロールと呼ばれる。140mg/dl 以上の場合は「高 LDL コレステロール血症」とされる。

■※4 ALT

体の重要な構成要素であるアミノ酸の代謝にかかわっている酵素。主に肝臓に含まれており、肝障害の指標として重要な検査となっている。GPT とも呼ばれる。

■※5 BMI

$[\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)}]^2$ で算出される値。肥満や低体重（やせ）の判定に用いる。18.5 未満が「低体重（やせ）」、18.5 以上 25 未満が「普通体重」、25 以上が「肥満」とされる。

■※6 HDL

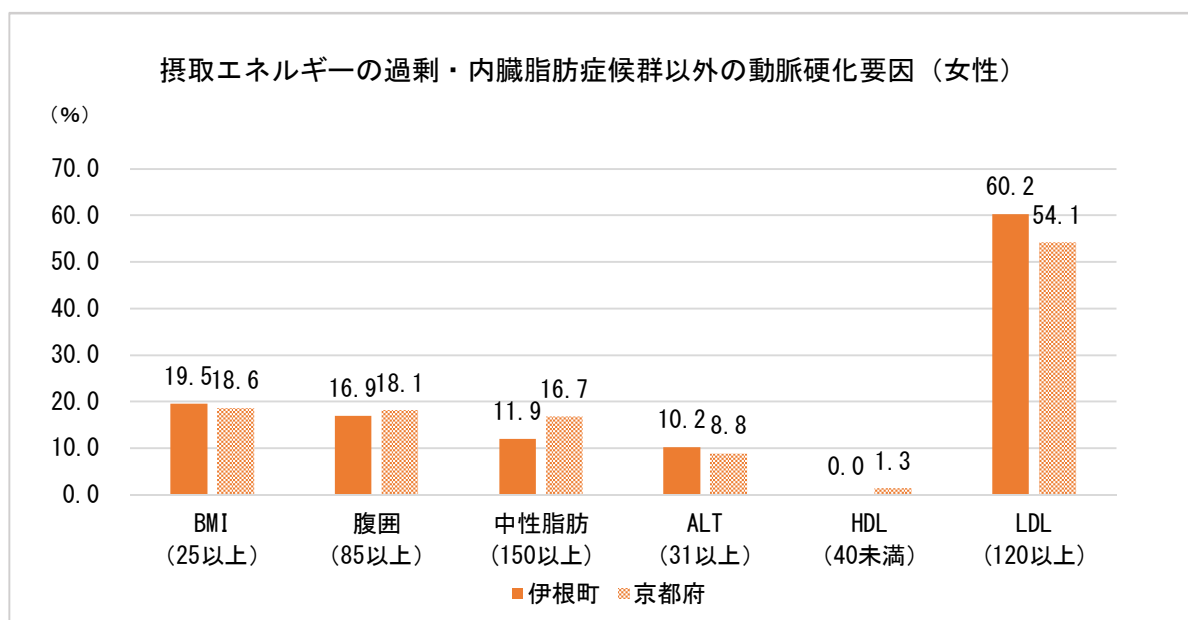
増えすぎたコレステロールを回収し、さらに血管壁にたまったコレステロールを取り除いて、肝臓へもどす働きをする。増えすぎた LDL コレステロール（悪玉コレステロール）が動脈硬化を促進するのとは反対に、抑制する働きがあるため、善玉コレステロールといわれる。

女性の「BMI」は令和元年度以降府平均より高く、令和3年度の割合は平成30年度と比較し高くなっています。「腹囲」は令和元年度を除く3か年は府平均を下回る割合となっていますが、令和3年度の割合は平成30年度と比較し高い割合となっています。「LDL」は、4年連続して府平均より高く令和元年度を除く3か年で1位となっており、令和3年度は60.2%（府内平均54.1%）となっています。「ALT」は、令和2年度までは府平均を下回る割合であり低い割合でしたが、令和3年度は府平均より高い割合となっています。

単位：％ 京都府平均より高い値及び順位が黄色網掛け 順位は京都府内市町村国保と比較した当町の順位

項目	摂取エネルギーの過剰・内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因											
	BMI (25以上)		腹囲 (85以上)		中性脂肪 (150以上)		ALT (31以上)		HDL (40未満)		LDL (120以上)	
H30年度	17.8	17位	13.6	25位	8.5	26位	5.1	26位	0.8	23位	66.1	1位
R1年度	20.0	9位	21.6	4位	11.2	22位	7.2	19位	0.0	24位	60.8	5位
R2年度	21.7	6位	17.4	17位	8.7	25位	5.2	25位	0.9	22位	66.1	1位
R3年度	19.5	16位	16.9	21位	11.9	22位	10.2	3位	0.0	25位	60.2	1位

[出典] 国保データベース (KDB) システム厚労省様式 5-2 健診有所見者状況 (男女別・年代別)



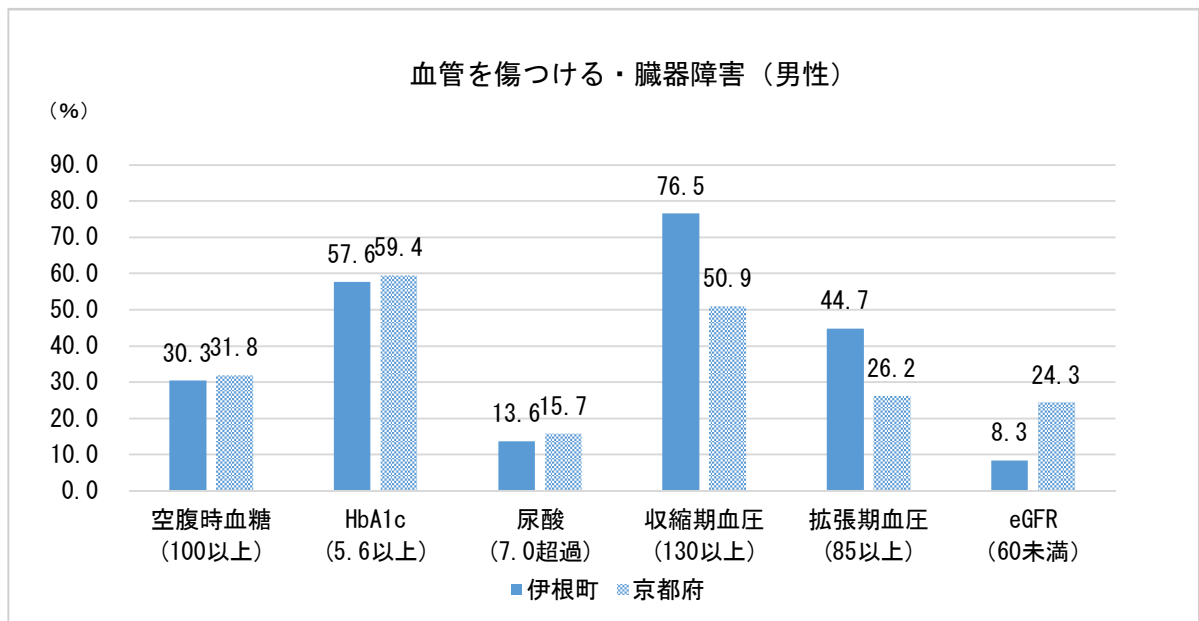
[出典] 国保データベース (KDB) システム 令和3年度

男性の「空腹時血糖^{※7}」について、令和2年度までは府平均より高い割合でしたが、令和3年度の割合は府平均を下回り、平成30年度と比較すると低くなっています。「HbA1c^{※8}」は、令和元年度に増加し、令和元年度～2年度は府平均より高い割合となりましたが、令和3年度の割合は府平均を下回り、平成30年度と比較し低くなっています。「収縮期血圧^{※9}」「拡張期血圧^{※10}」ともにいずれの年度も府平均より高く、令和元年度以降は3か年で1位になっています。令和3年度は「収縮期血圧」は76.5%(府平均50.9%)で1位、「拡張期血圧」は44.7%(府平均26.2%)で1位となっています。

単位：％ 京都府平均より高い値及び順位が黄色網掛け 順位は京都府内市町村国保と比較した当町の順位

男性	血管を傷つける・臓器障害											
項目	空腹時血糖 (100以上)		HbA1c (5.6以上)		尿酸 ^{※11} (7.0超過)		収縮期血圧 (130以上)		拡張期血圧 (85以上)		eGFR ^{※12} (60未満)	
H30年度	45.2	2位	62.2	14位	24.4	1位	60.7	1位	29.6	4位	11.1	26位
R1年度	36.3	6位	68.1	5位	18.5	6位	69.6	1位	35.6	1位	8.1	26位
R2年度	36.9	6位	61.5	7位	11.5	20位	78.5	1位	53.1	1位	11.5	26位
R3年度	30.3	12位	57.6	16位	13.6	17位	76.5	1位	44.7	1位	8.3	25位

[出典] 国保データベース (KDB) システム厚労省様式 5-2 健診有所見者状況 (男女別・年代別)



[出典] 国保データベース (KDB) システム 令和3年度

■※7 空腹時血糖

10時間以上絶食した空腹状態で血液を採取し、血糖値から異常の有無を診断するのが一般的で、空腹時血糖の基準値は、100mg/dl未満である。空腹時血糖が110mg/dl以上になると、高血糖とされる。

■※8 HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)

赤血球の中にあるヘモグロビン A (HbA) にグルコース (血糖) が非酵素的に結合したもので、ヘモグロビン全体に対する割合 (%) として表される。食事から採血までの時間の影響を受けやすい血糖値と比較して、そうした影響を受けにくく、過去1~2カ月の平均的血糖値を反映している。糖尿病の早期発見や血糖コントロール状態の評価に有用な検査指標。

■※9 収縮期血圧

心臓が血液を全身に送り出すために収縮したときの血圧をさす。収縮血圧、最高血圧、最大血圧ともいう。安静時の健常人の収縮期血圧の正常値は、130mmHg未満である。

■※10 拡張期血圧

心臓が拡張したときの血圧を指す。拡張血圧、最低血圧、最小血圧ともいう。拡張期とは、全身から戻った血液が心臓にたまり、心臓が拡張している状態である。安静時の健常人の拡張期血圧の正常値は、85mmHg 未満である。

■※11 尿酸

尿酸（しょうさん）とは、核酸やプリン体が代謝された最終代謝産物である。難溶性で排出されにくく、痛風などの原因となる。血清尿酸値が7.0mg/dLを超えた状態を高尿酸血症という。血清尿酸値が7.0mg/dLを超えると、尿酸は結晶として析出しやすくなり、蓄積した尿酸が関節内へ析出すると、痛風を引き起こす。

■※12 eGFR

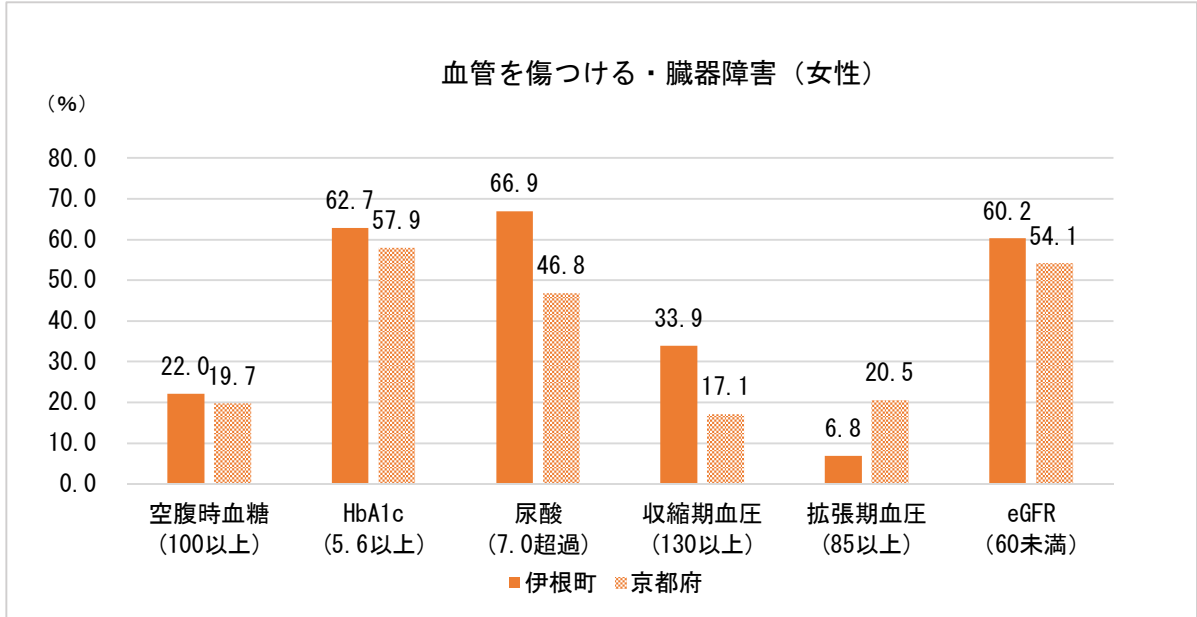
「血清クレアチニン値（血清Cr値）」「性別」「年齢」から推算された糸球体濾過量のことを指す。eGFRの正常値は「60ml/分/1.73m²以上」で、健康な人では、「100ml/分/1.73m²前後」になる。

女性の「空腹時血糖」は、令和元年度を除く3か年で府平均より高く上位の割合で推移しています。「HbA1c」について、平成30年度は56.8%でしたが、令和3年度は府平均より高く、62.7%（府平均57.9%）で5位と高い割合となっています。「尿酸」は、例年府平均を下回っていますが、令和3年度の割合は、平成30年度と比較し高くなっています。「収縮期血圧」は4年連続して府平均より高く、令和2年度以降増加傾向です。例年3位以内で推移し、令和3年度は66.9%（府平均46.8%）で1位となっています。「拡張期血圧」は、令和元年度以降府平均より高く、令和3年度は33.9%（府平均17.1%）と令和2年度に引き続き1位となっています。

単位：％ 京都府平均より高い値及び順位が黄色網掛け 順位は京都府内市町村国保と比較した当町の順位

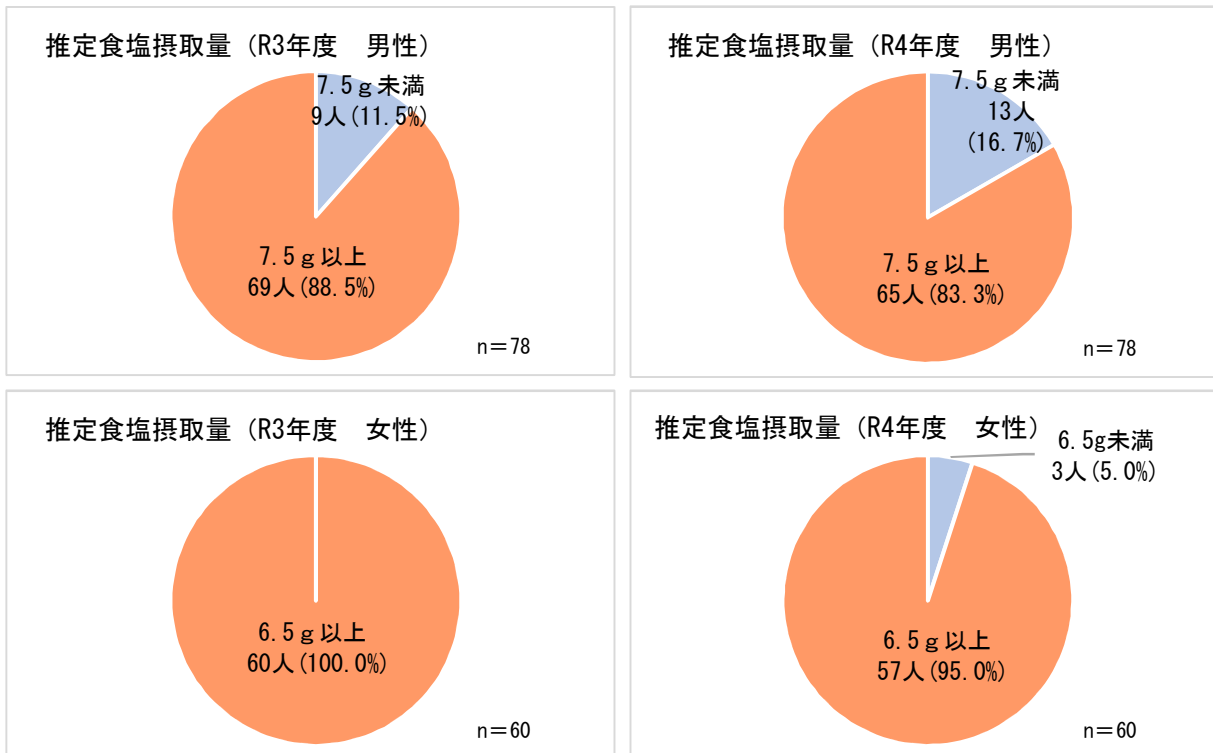
女性	血管を傷つける・臓器障害											
	空腹時血糖 (100以上)		HbA1c (5.6以上)		尿酸 (7.0超過)		収縮期血圧 (130以上)		拡張期血圧 (85以上)		eGFR (60未満)	
H30年度	28.0	3位	56.8	22位	0.8	22位	51.7	2位	10.2	24位	10.2	26位
R1年度	19.2	12位	71.2	6位	1.6	19位	51.2	3位	16.0	12位	7.2	26位
R2年度	28.7	2位	53.0	20位	1.7	23位	59.1	3位	26.1	1位	8.7	26位
R3年度	22.0	6位	62.7	5位	1.7	17位	66.9	1位	33.9	1位	6.8	25位

【出典】国保データベース（KDB）システム厚労省様式5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）



[出典] 国保データベース (KDB) システム 令和3年度

令和3年度、4年度に連続して総合健診で特定健診を受診した男性78人と女性60人の尿中推定食塩摂取量^{※13}の測定値を集計しました。推定食塩摂取量が目標量（男性7.5g未満、女性6.5g未満）以上であった人は、男性で令和3年度が88.5%、令和4年度が83.3%でした。女性では、令和3年度が100%、令和4年度が95.0%でした。男女ともいずれの年度においても推定食塩摂取量が目標量以上である人の割合が高くなっています。

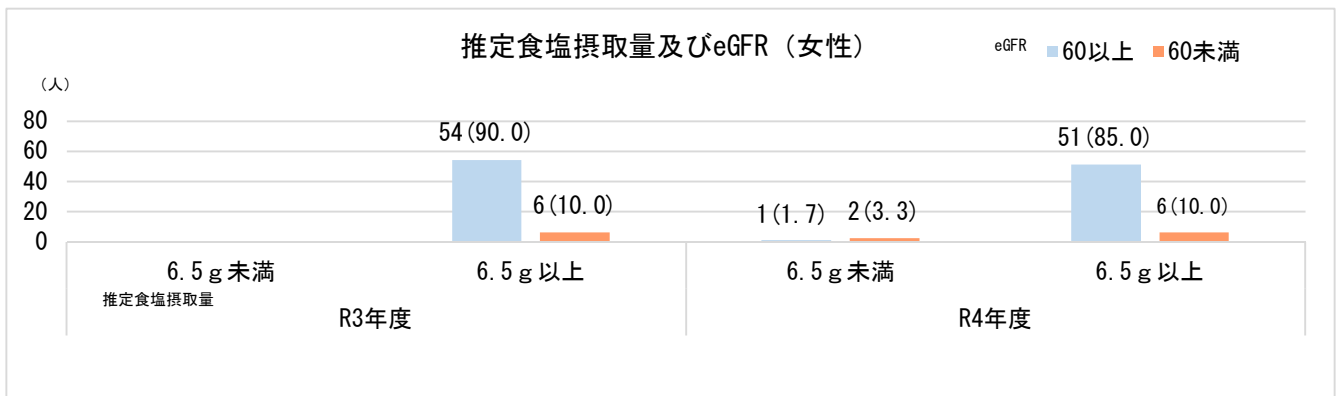
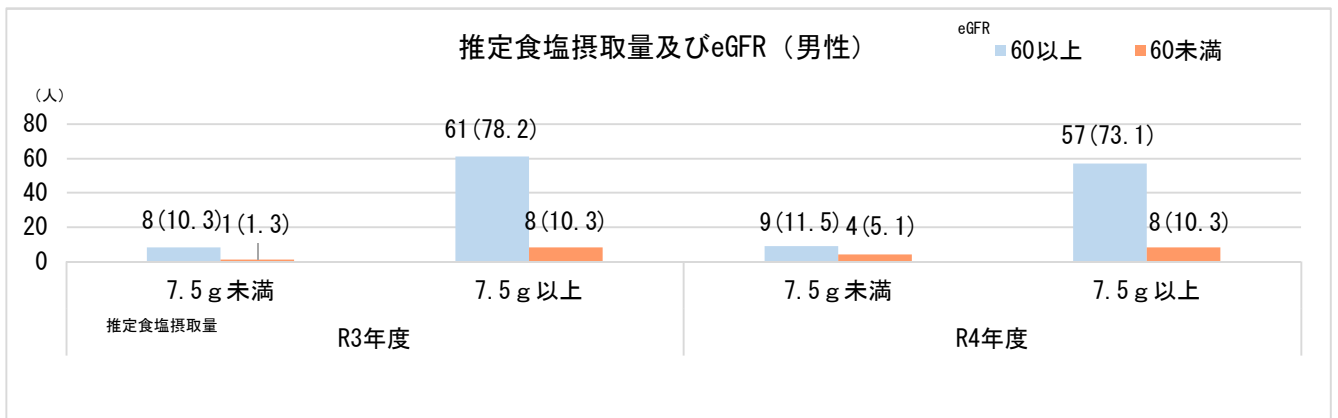


[出典] 伊根町特定健診（総合健診）結果集計データ（令和3、4年度）

■※13 推定1日食塩摂取量

尿中に含まれるナトリウム、クレアチニンなどから1日に摂取した食塩の量を計算した値。高値の場合は食塩の摂り過ぎで、高血圧や腎臓病などのリスクが高くなる。

推定食塩摂取量の目標量以上と未満、それぞれに分けて2か年のeGFRの値を集計しました。eGFRが60未満に低下している人は、男性で令和3年度が11.5%、令和4年度が15.4%でした。女性では令和3年度が10.0%、令和4年度が13.3%でした。推定食塩摂取量が目標量以上の人でeGFRが60未満に低下している人は、男性で令和3年度、4年度ともに10.3%、女性でも令和3年度、4年度ともに10.0%でした。なお、腎機能異常のステージが進行するにつれ、味覚異常の重症度の割合が増加していく傾向にあることが分かっており、eGFRの低下が原因で舌が感じる食塩の感度が下がり、食塩を過剰に摂取してしまう可能性があること、または食塩の過剰摂取が原因で腎臓の糸球体内圧が上昇し、血管が損傷することによって腎機能が低下する可能性があることが考えられます。特定健診を受診した人の多くが食塩を過剰摂取している状況であることは明らかであり、食塩摂取量を減らすために何らかの対策が必要であると言えます。



[出典]伊根町特定健診（総合健診）結果集計データ（令和3、4年度）

(8) 質問票結果からみる生活習慣（性別）

男性は、「1回 30 分以上の運動習慣なし^{※14}」「1日 1 時間以上運動なし^{※15}」「歩行速度遅い^{※16}」は、4年連続で府平均より高くなっています。令和3年度は「1回 30 分以上の運動習慣なし」は67.4%(府平均 54.4%)で1位、「1日 1 時間以上運動なし」は56.1%(府平均 50.5%)で2位、「歩行速度遅い」は64.4%(府平均 47.5%)で2位と高い割合となっています。

「就寝前夕食^{※17}」は、令和2年度を除く3か年で府平均より高く、令和3年度は23.5%(府平均 19.8%)で3位となっています。「飲酒頻度(毎日)^{※18}」「1日飲酒量(2～3合)^{※19}」は、4年連続で府平均より高くなっています。令和3年度は、「飲酒頻度(毎日)」は53.8%(府平均 43.9%)で2位、「1日飲酒量(2～3合)」は16.2%(府平均 13.8%)で4位となっています。「1日飲酒量(1～2合)^{※20}」は、令和元年度を除く3か年で府平均より高く、割合はほぼ横ばいで推移しています。

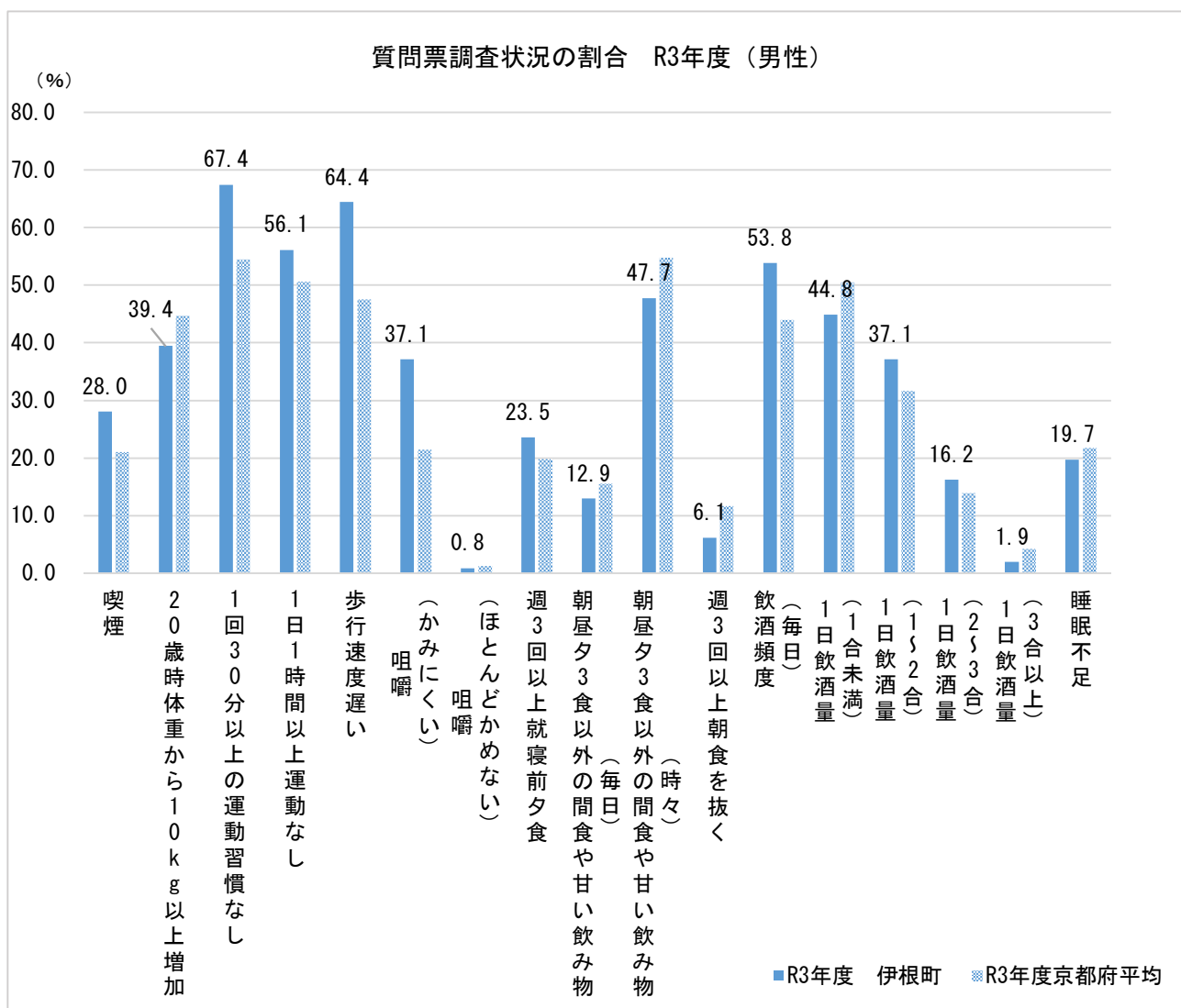
「喫煙^{※21}」は4年連続で府平均より高くなっています。令和2年度まで継続して1位の割合となっており、令和3年度は28.0%(府平均 21.0%)で2位と、高い割合で推移しています。「咀嚼(かみにくい)^{※22}」は、4年連続で府平均より高く、例年3位以内の割合で推移しています。令和3年度は、37.1%(府平均 21.4%)で1位となっています。

男性	質問票状況調査の割合											
	喫煙		20歳時体重から10kg以上増加 ^{※23}		1回30分以上の運動習慣なし		1日1時間以上運動なし		歩行速度遅い		咀嚼(かみにくい)	
H30年度	33.3	1位	40.3	22位	62.2	6位	56.4	1位	59.4	2位	30.1	1位
R1年度	34.1	1位	37.8	26位	67.4	1位	50.4	12位	60.4	2位	34.8	1位
R2年度	33.8	1位	46.2	7位	72.3	1位	56.9	4位	61.5	1位	30.0	3位
R3年度	28.0	2位	39.4	25位	67.4	1位	56.1	2位	64.4	2位	37.1	1位

男性	質問票状況調査の割合											
	咀嚼(ほとんどかめない) ^{※24}		週3回以上就寝前夕食		朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物(毎日) ^{※25}		朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物(時々) ^{※26}		週3回以上朝食を抜く ^{※27}		飲酒頻度(毎日)	
H30年度	3.0	2位	23.9	2位	18.2	4位	50.8	25位	9.0	13位	47.4	10位
R1年度	0.7	24位	20.9	9位	14.1	17位	52.6	24位	10.4	7位	51.9	3位
R2年度	1.5	10位	19.2	13位	17.7	2位	53.8	22位	7.7	20位	56.9	2位
R3年度	0.8	21位	23.5	3位	12.9	25位	47.7	25位	6.1	23位	53.8	2位

男性	質問票状況調査の割合									
項目	1日飲酒量 (1合未満) ※28		1日飲酒量 (1~2合)		1日飲酒量 (2~3合)		1日飲酒量 (3合以上) ※29		睡眠不足※30	
H30年度	44.4	18位	37.0	11位	15.6	5位	3.0	18位	23.3	4位
R1年度	39.0	24位	31.4	16位	24.8	1位	4.8	7位	23.7	6位
R2年度	36.3	25位	37.3	7位	22.5	1位	3.9	6位	17.7	24位
R3年度	44.8	19位	37.1	7位	16.2	4位	1.9	23位	19.7	22位

[出典] 国保データベース (KDB) システム



[出典] 国保データベース (KDB) システム 令和3年度

■※14 1回30分以上の運動習慣なし

特定健診に用いられる標準的な質問票の「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施」の項目に「いいえ」と回答した人の割合。

■※15 1日1時間以上運動なし

標準的な質問票の「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」の項目に「いいえ」と回答した人の割合。

■※16 歩行速度遅い

標準的な質問票の「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い」の項目に「いいえ」と回答した人の割合。

■※17 就寝前夕食

標準的な質問票の「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある」の項目に「はい」と回答した人の割合。

■※18 飲酒頻度（毎日）

標準的な質問票の「お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度」の項目に「毎日」と回答した人の割合。

■※19 1日飲酒量（2～3合）

標準的な質問票の「飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）」の項目に「2～3合未満」と回答した人の割合。

■※20 1日飲酒量（1～2合）

※19の質問項目に「1～2合未満」と回答した人の割合。

■※21 喫煙

標準的な質問票の「現在、たばこを習慣的*に吸っている。（*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）」の項目に「はい」と回答した人の割合。

■※22 咀嚼（かみにくい）

標準的な質問票の「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか」の項目に「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」と回答した人の割合。

■※23 20歳時体重から10kg以上増加

標準的な質問票の「20歳の時の体重から10kg以上増加している」の項目に「はい」と回答した人の割合。

■※24 咀嚼（ほとんどかめない）

※22の質問項目に「ほとんどかめない」と回答した人の割合。

■※25 朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）

標準的な質問票の「朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか」の項目に「はい」と回答した人の割合。

- ※26 朝昼夕 3食以外の間食や甘い飲み物（時々）
※25の質問項目に「時々」と回答した人の割合。
- ※27 週3回以上朝食を抜く
標準的な質問票の「朝食を抜くことが週に3回以上ある」の項目に「はい」と回答した人の割合。
- ※28 1日飲酒量（1合未満）
※19の質問項目に「1合未満」と回答した人の割合。
- ※29 1日飲酒量（3合以上）
※19の質問項目に「3合以上」と回答した人の割合。
- ※30 睡眠不足
標準的な質問票の「睡眠で休養が十分とれている」の項目に「いいえ」と回答した人の割合。

女性は、「1回30分以上の運動習慣なし」「歩行速度遅い」は、4年連続して府平均より高く、「1日1時間以上運動習慣なし」は令和元年度を除き、府平均より高い状況となっています。令和2～3年度は上位3位以内であり令和3年度は、「1回30分以上の運動習慣なし」70.3%(府平均59.0%)で1位、「1日1時間以上運動習慣なし」57.6%(府平均50.5%)で2位、「歩行速度遅い」61.0%(府平均49.9%)で1位となっています。

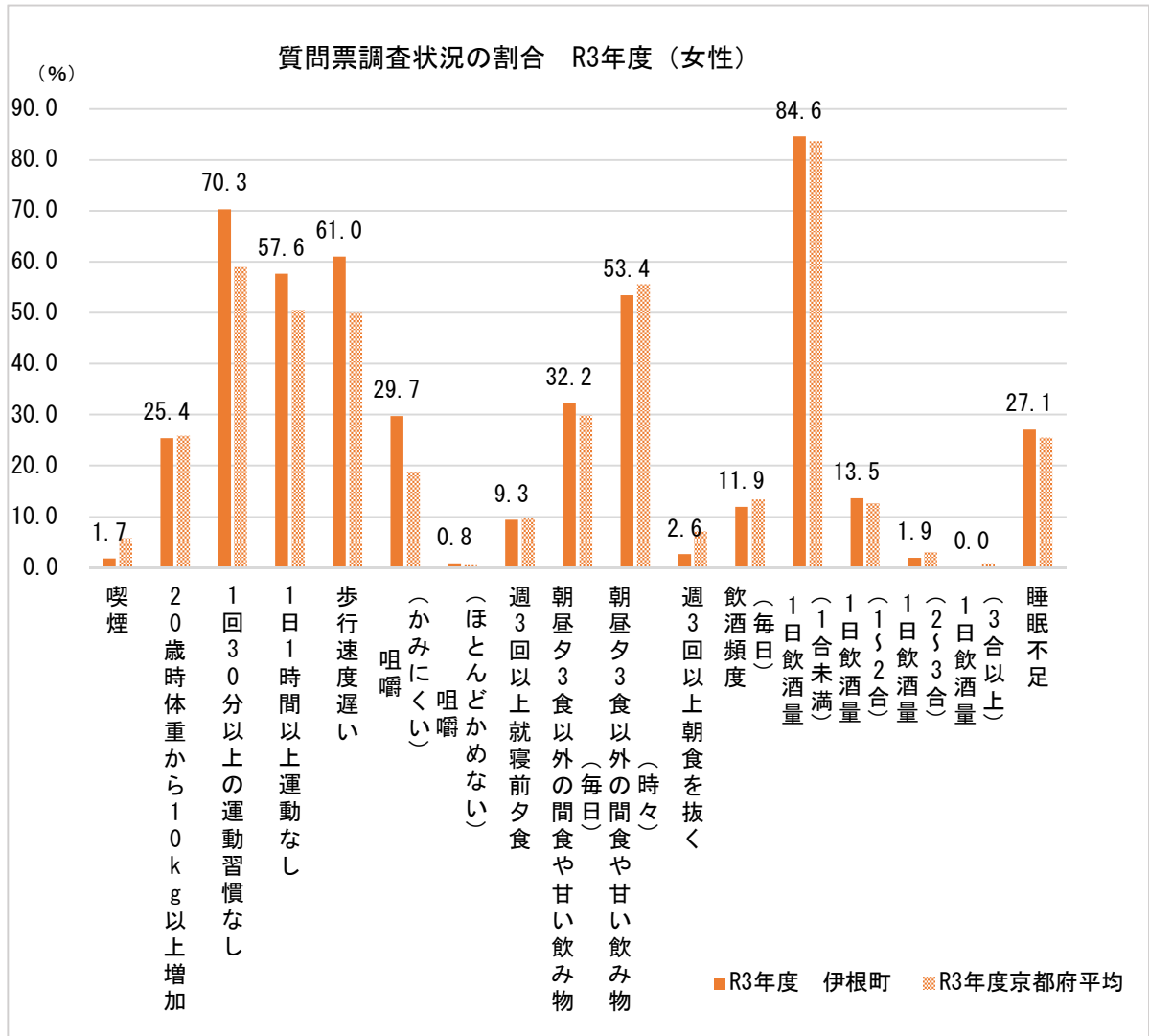
「間食(毎日)」は、令和2年度を除き、府平均より高くなっています。「1日飲酒量(1～2合)」は、令和2年度までは府平均より低い割合でしたが、令和3年度は府平均より高くなっています。平成30年度は4.5%であった割合は、令和3年度は13.5%(府平均12.6%)となっており、割合の増加がみられます。「飲酒頻度(毎日)」「1日飲酒量(2～3合)」は、例年府平均を下回りますが、平成30年度と比較し増加傾向です。「睡眠不足」は、令和2年度以降は府平均より割合が高く、令和3年度は27.1%(府平均25.5%)で5位となっています。

「咀嚼(かみにくい)」の割合は、4年連続1位となっています。令和3年度は29.7%(府平均18.6%)であり、平成30年度と比較し増加しています。

女性	質問票状況調査の割合											
	喫煙		20歳時体重から10kg以上増加		1回30分以上の運動習慣なし		1日1時間以上運動なし		歩行速度遅い		咀嚼(かみにくい)	
H30年度	2.5	24位	22.9	22位	61.9	9位	56.0	2位	57.8	3位	25.4	1位
R1年度	3.2	23位	23.2	24位	61.6	9位	48.0	22位	60.0	2位	27.2	1位
R2年度	2.6	23位	28.7	6位	69.6	2位	53.0	3位	66.1	1位	31.6	1位
R3年度	1.7	26位	25.4	15位	70.3	1位	57.6	2位	61.0	1位	29.7	1位

女性	質問票状況調査の割合											
項目	咀嚼 (ほとんどかめない)		週3回以上就寝前夕食		朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物(毎日)		朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物(時々)		週3回以上朝食を抜く		飲酒頻度(毎日)	
H30年度	0.8	5位	8.5	21位	33.1	3位	61.9	1位	2.5	24位	7.6	25位
R1年度	0.0	24位	11.2	6位	36.8	1位	55.2	23位	3.2	23位	8.8	23位
R2年度	0.0	23位	12.2	3位	24.3	25位	70.4	1位	1.8	26位	8.8	24位
R3年度	0.8	5位	9.3	15位	32.2	6位	53.4	23位	2.6	26位	11.9	12位

女性	質問票状況調査の割合									
項目	1日飲酒量(1合未満)		1日飲酒量(1~2合)		1日飲酒量(2~3合)		1日飲酒量(3合以上)		睡眠不足	
H30年度	94.6	1位	4.5	25位	0.0	26位	0.9	6位	27.1	11位
R1年度	90.0	4位	10.0	21位	0.0	25位	0.0	23位	26.4	18位
R2年度	93.3	1位	6.7	25位	0.0	25位	0.0	21位	26.1	12位
R3年度	84.6	13位	13.5	11位	1.9	14位	0.0	21位	27.1	5位



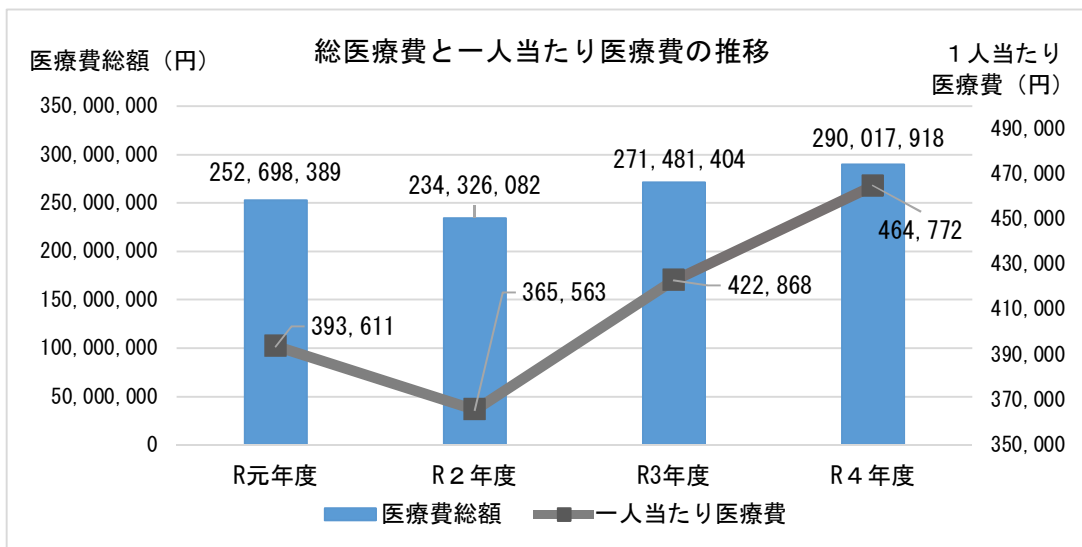
[出典] 国保データベース (KDB) システム

[出典] 国保データベース (KDB) システム 令和3年度

2 医療費の状況

(1) 総医療費と一人当たり医療費の推移について

総医療費は、令和元年度と比べて令和3年度は3.1%減少しています。一人当たりの医療費は、団塊の世代の75歳到達による被保険者数の減少と、医療費増加により令和3年度から令和4年度の間で急激に増加しています。令和2年度はコロナ禍による受診控えのため医療費は突出して少なくなっています。令和元年度から令和3年度の増加率は、医療費総額・一人当たりの医療費共に7.4%ですが、令和3年度から令和4年度は、医療費総額6.8%に対して、一人当たりの医療費共は9.9%増加しています。



[出典] 伊根町国民健康保険事業年報

(2) 医療費の高い疾患について

全体の医療費（入院＋外来）を100%とした時の疾患別に占める割合の推移は、令和2年度から令和4年度の上位6位が「統合失調症、肺がん、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、関節疾患、乳がん」のいずれかとなっています。令和4年度は、統合失調症が占める割合が減少し、上位6位の占める割合が、全体の28.6%となっています。

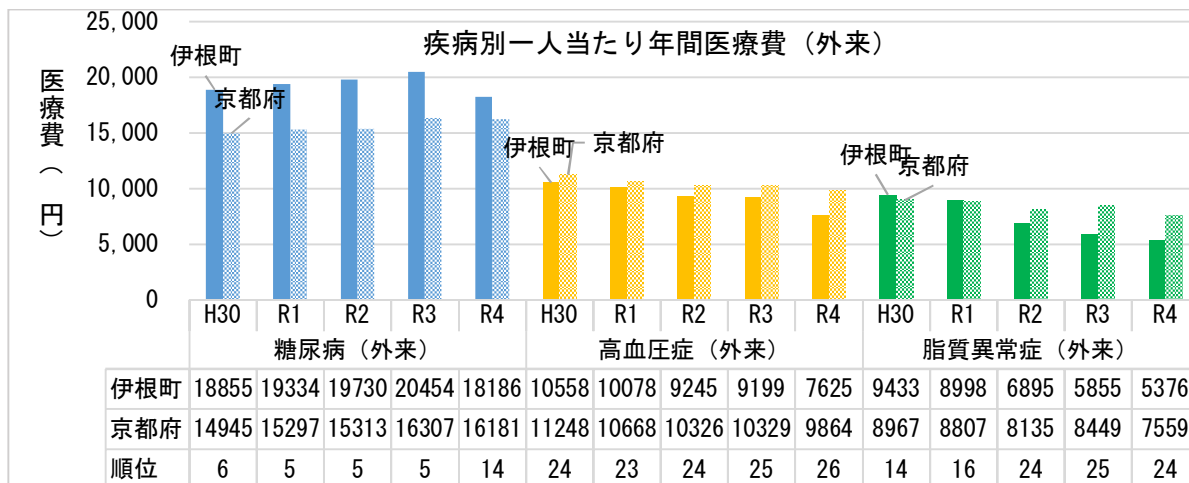
令和2年度 入院＋外来(%)			令和3年度 入院＋外来(%)			令和4年度 入院＋外来(%)		
順位	傷病名	数値	順位	傷病名	数値	順位	傷病名	数値
1	統合失調症	11.0	1	統合失調症	11.1	1	慢性腎臓病(透析あり)	6.2
2	肺がん	9.6	2	肺がん	7.9	2	肺がん	6.0
3	慢性腎臓病(透析あり)	7.4	3	慢性腎臓病(透析あり)	6.7	3	統合失調症	4.9
4	糖尿病	6.1	4	糖尿病	5.1	4	糖尿病	4.4
5	乳がん	3.5	5	関節疾患	3.5	5	関節疾患	4.2
6	関節疾患	3.0	6	乳がん	2.8	6	乳がん	2.9
7	高血圧症	2.9	7	高血圧症	2.5	7	大腸がん	2.6
8	脳梗塞	2.3	8	脳梗塞	2.1	8	胃がん	2.5
9	脂質異常症	2.2	9	心筋梗塞	2.0	9	大動脈瘤	2.2
10	不整脈	1.7	10	慢性腎臓病(透析なし)	1.9	10	狭心症	2.1

※全体の医療費(入院＋外来)を100%として計算

[出典] 国保データベース (KDB) システム

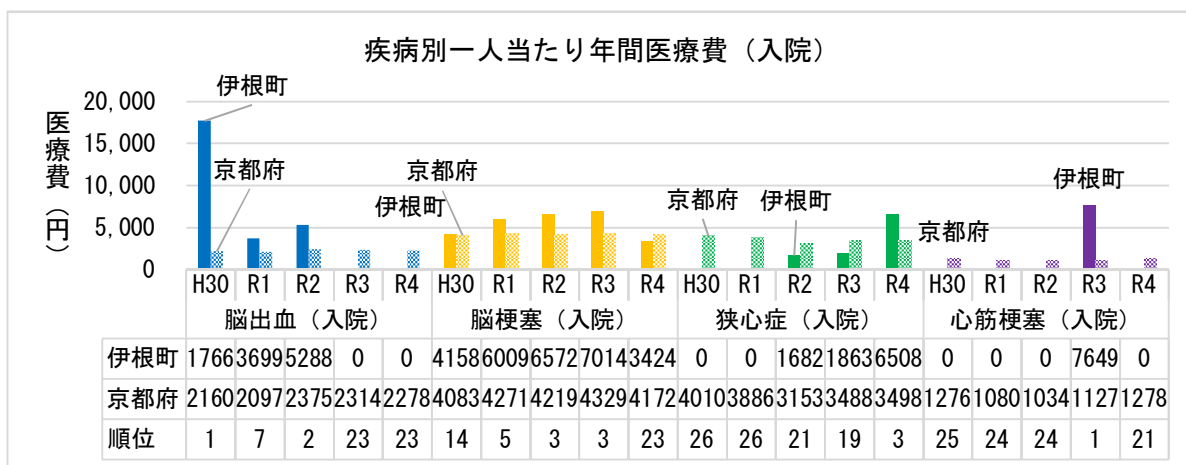
(3) 生活習慣病に関する医療費について

外来の1人当たり年間医療費は、いずれの年度においても糖尿病が京都府と比べて高くなっています。高血圧症は、いずれの年度においても京都府より低くなっています。脂質異常症は、令和元年度までは京都府よりも高くなっていましたが、令和2年度からは京都府より低くなっており、年々減少傾向です。



[出典] 国保データベース（KDB）システム ※疾病別医療費分析（生活習慣病）のCSV使用 各年度の3月末日時点の被保険者数より算出

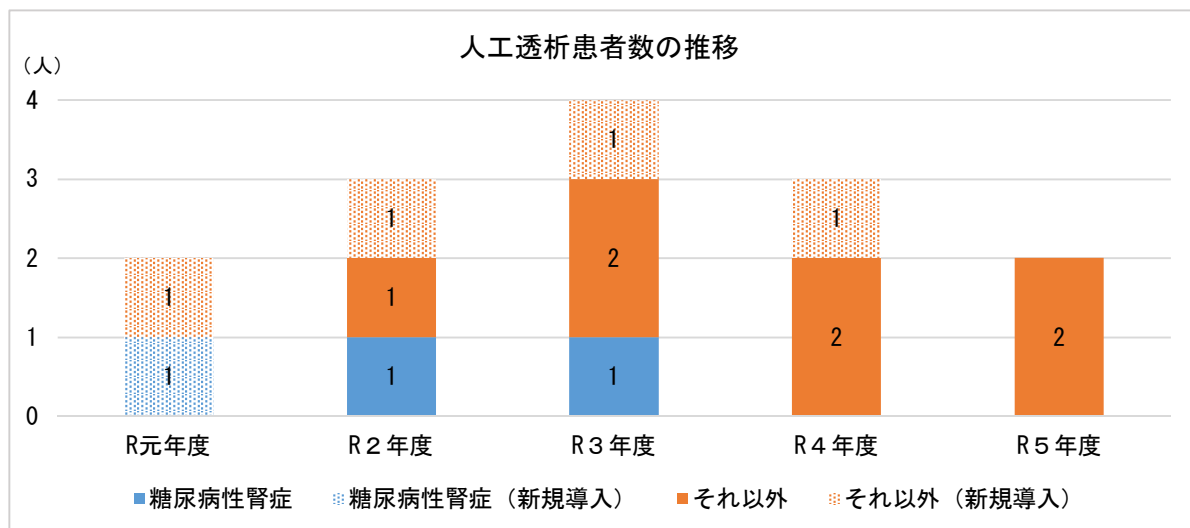
入院の1人当たり年間医療費は、脳出血が平成30年度から令和2年度まで京都府よりも高くなっていますが、令和3、4年度は0円になっています。令和3年度までは脳梗塞が京都府よりも高くなっていますが、令和4年度は京都府より低くなっています。狭心症は令和2年度から年々上昇し、令和4年度は京都府よりも高くなっています。心筋梗塞は令和3年度に京都府よりも高くなっていますが、その他の年度は0円になっています。



[出典] 国保データベース（KDB）システム ※疾病別医療費分析（生活習慣病）のCSV使用 各年度の3月末日時点の被保険者数より算出

(4) 人工透析患者数の推移

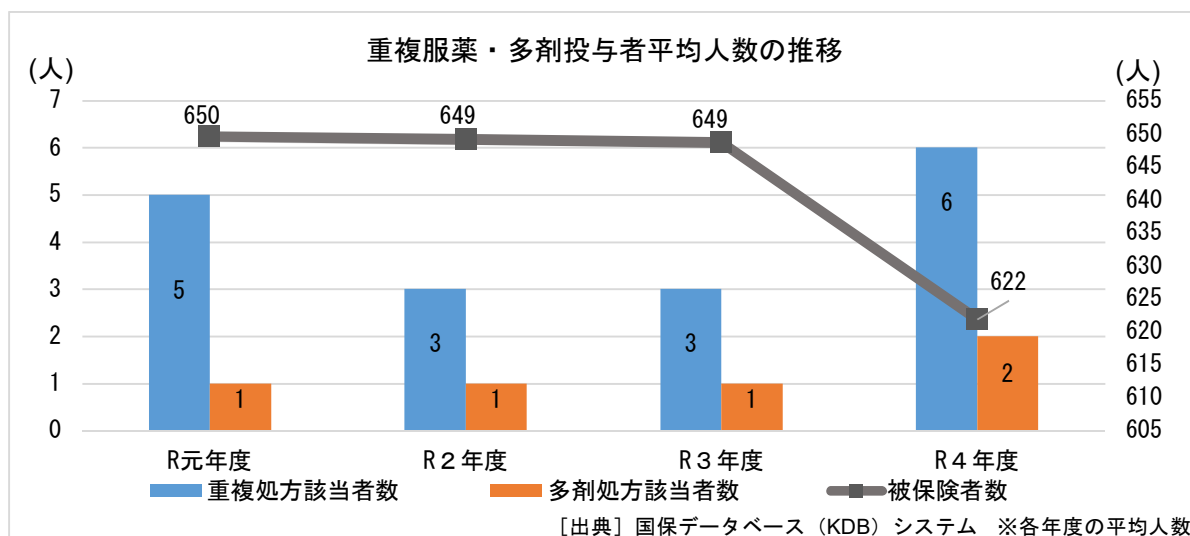
人工透析患者数は、令和元年度から令和5年度まで2～4人で推移しています。令和元年度に2名、令和2年度から令和4年度まで毎年1人ずつ透析の新規導入がありました。令和元年度の1名を除き、いずれも糖尿病性腎症以外の理由で透析が開始されています。令和元年度から令和3年度は、糖尿病性腎症を起因とする人工透析患者数は1人でした。令和4年度以降は、糖尿病性腎症の透析患者は0人となっています。また、令和元年度からは女性の人工透析患者は0人です。



[出典] 国保データベース (KDB) システム ※各年度6月末時点の人数

(5) 重複服薬・多剤投与者の推移

重複服薬・多剤投与者の推移は、令和3年度から4年度にかけて被保険者数の減少に対し対象者が増加しています。ただし、対象者数は全体の被保険者に対して1%にも満たない僅かな人数であり、医療費全体に影響を及ぼす可能性は低いです。



[出典] 国保データベース (KDB) システム ※各年度の平均人数

3 介護の状況

(1) 要介護（支援）者の認定率とサービス利用率

令和4年時点の合計調整済認定率^{※31}は、19.7%で、京都府、宮津市、与謝野町と比較すると低くなっています。

合計調整済認定率の比較

市町及び京都府	伊根町	宮津市	京丹後市	与謝野町	京都府
合計調整済認定率 (%)	19.7	22.1	17.9	20.5	21.8

[出典] 厚生労働省「介護保険事業概況報告」年報（令和3、4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」令和4年時点

■※31 調整済み認定率

要支援・要介護認定者の人数を第1号被保険者で除した「認定率」に対して、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外して調整した値。

また、令和4年時点のサービス利用率は、80.6%で府や近隣他市町と比較すると高い値となっています。

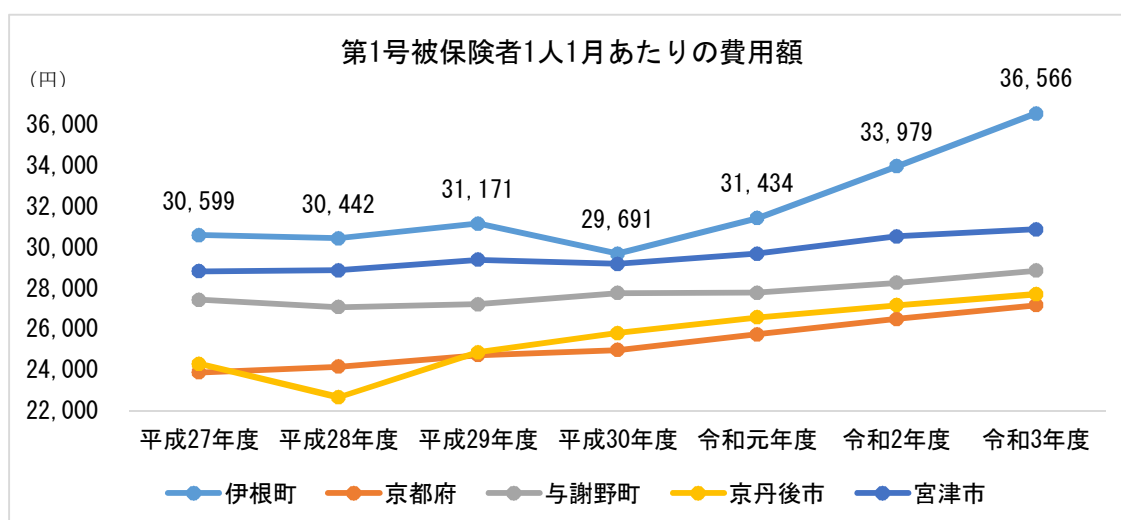
サービス利用率の比較

市町及び京都府	伊根町	宮津市	京丹後市	与謝野町	京都府
介護サービス利用率 (%)	80.6	72.9	76.6	73.4	73.9

[出典] 厚生労働省「介護保険事業概況報告」年報（令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）令和4年時点

(2) 介護費用額の推移

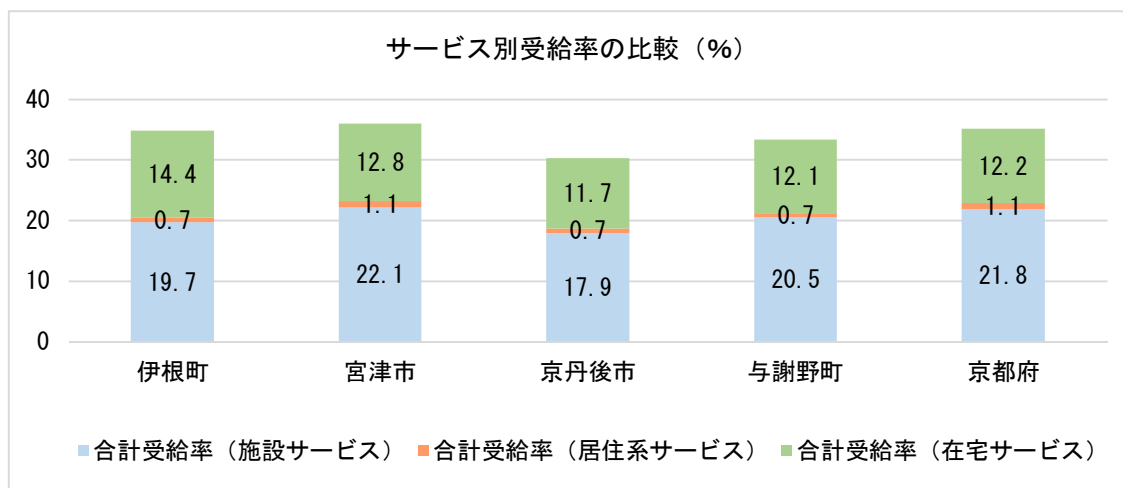
第1号被保険者1人1月あたりの費用額は、年々増加しています。府や近隣市町と比較すると、府や近隣市町より高い結果となっています。



[出典] 「介護保険事業状況報告（年報）」（または直近月までの月報累計）における費用額を「介護保険事業状況報告月報」における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

(3) サービス受給率

在宅サービス※32の合計受給率は14.4%と府や近隣市町と比較して高くなっています。施設サービス※33の合計受給率は19.7%で、京都府や近隣市町と比較して低くなっています。居住系サービス※34の合計受給率は0.7%で、京都府、宮津市より低く、京丹後市、与謝野町と同じ受給率です。



[出典]厚生労働省「介護保険事業備教報告」年報（令和3、4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」令和4年時点

■※32 在宅サービス

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売費、住宅改修費、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

■※33 施設サービス

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

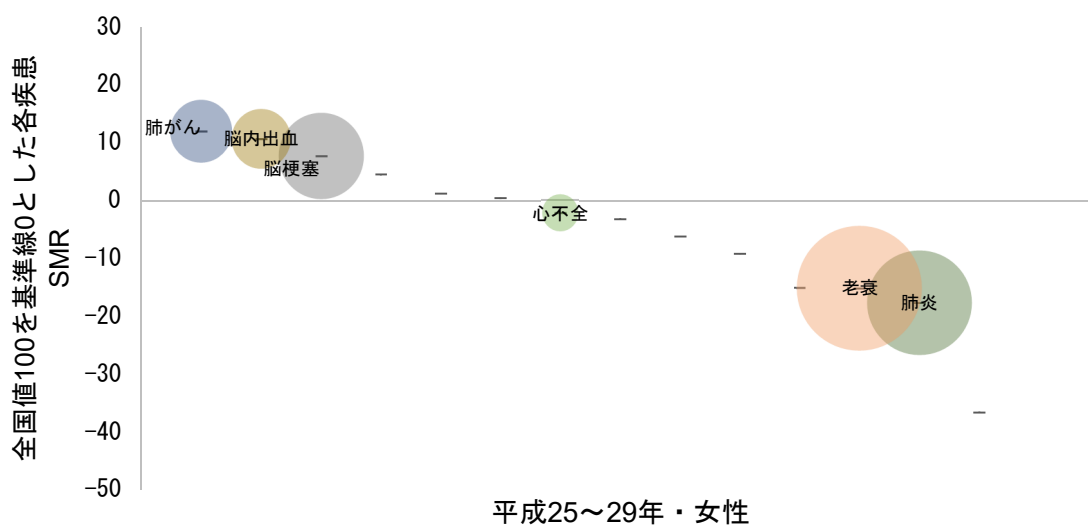
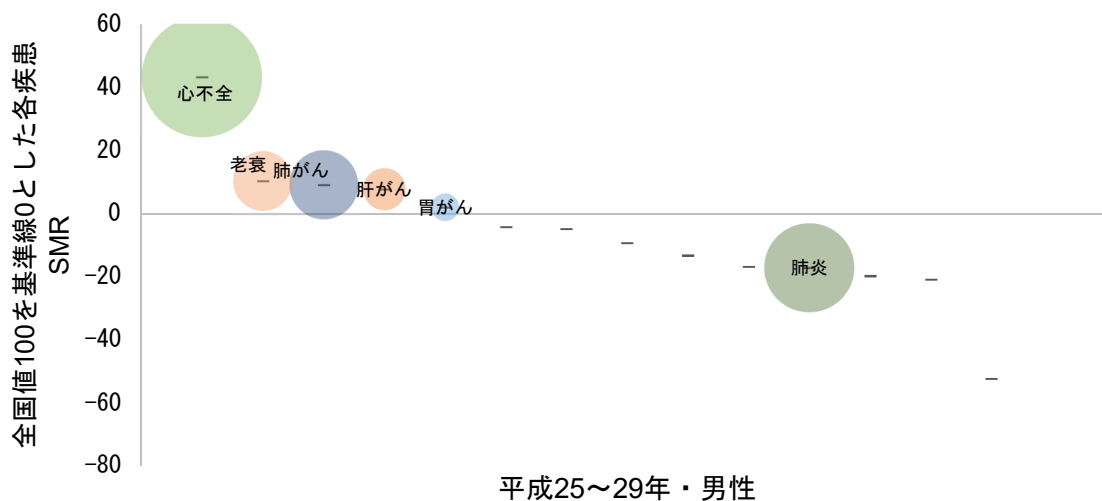
■※34 居住系サービス

認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

4 死亡の状況

(1) 標準化死亡比 (SMR) ※35

平成 25 年～平成 29 年の SMR では、男性は心不全、老衰、肺がん、肝がん、胃がんが高く、女性は肺がん、脳内出血、脳梗塞が高くなっています（ただし、少人数のため参考値）。その内、男性は心不全、女性は脳梗塞で亡くなる方の割合が高くなっています。



[出典] 人口動態統計特殊報告 人口動態保健所・市区町村別統計※時点：平成 25 年～平成 29 年

■ ※35 標準化死亡比 (SMR)

「死亡率」は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率を、そのまま比較することはできない。SMR は比較を可能にするために、標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級別の死亡率を算出したものであり、全国の平均を 100 として、標準化死亡比が 100 以上（グラフ上の基準線 0 より上に位置するもの）の場合は全国の平均より伊根町の死亡率が多いと判断される。100 以下（グラフ上の基準線 0 より下に位置するもの）の場合は、死亡率が低いと判断される。

伊根町の現状や、個別保健事業の評価から、下記のとおり健康課題を設定しました。

課題1	男性は心不全、女性は脳梗塞の SMR が高い
課題に対する現状	
<p>①生活習慣病の悪化が主な理由である上記の疾患を起因として死亡する人の割合が高くなっていることから、生活習慣の改善や疾病の早期発見の遅れが課題として挙げられます。</p> <p>②疾病の早期発見のためには、特定健診受診率の向上が必要です。本町の特定健診受診率は、京都府と比べて高い受診率ではあるものの、国が目標とする 60%には届いておらず、近年 51.3~54.4%で推移しており、受診者が固定化しています。受診率を年齢階層別で見ると、40~64 歳の受診率は 65~74 歳よりも低く、若い世代の受診率が低くなっています。</p> <p>③令和 4 年度時点では、集団健診のみで実施期間は 3 日間のみになっています。集団健診を受診できなかった場合、町内で特定健診を受診できる機会がない状態です。若年層の受診率を向上させるためには、受診環境の整備も必要です。</p>	

課題2	男性のメタボリックシンドロームの該当者が多い
課題に対する現状	
<p>①男性では「喫煙」「運動不足」「飲酒頻度が毎日である」「飲酒量が多い」「就寝前夕食」の習慣がある人の割合が京都府と比べて高い状況です。「喫煙」「飲酒習慣」は動脈硬化の進行につながり、「運動不足」は消費エネルギーの低下、「就寝前夕食」は脂質の蓄積につながる生活習慣です。これらの習慣が「血圧」「中性脂肪」「空腹時血糖」の上昇に関連していると考えられます。「飲酒量」や「飲酒頻度」の多さは「肝機能低下」にも影響しています。</p> <p>②特定保健指導は、京都府内でも高い実施率ではあるものの、特定保健指導により検査結果が改善する人は少なく、同じ人が経年的に特定保健指導を利用しています。特定健診受診者の固定化によって新規に特定保健指導に新規で対象となる人も少ない状況です。</p> <p>③40 歳未満の若い世代やメタボリックシンドローム予備群への早期の介入等により、重症化する前に生活習慣の改善につなげるようなアプローチが必要です。</p>	

課題3	糖尿病の医療費が高く、高血糖につながる生活習慣を有する者が多い
課題に対する現状	
<p>①糖尿病の 1 人当たり年間医療費は、平成 30 年度以降、継続して京都府より高い状況が続いています。</p> <p>②糖尿病性腎症の人工透析患者は令和 5 年現在 0 人ですが、特定健診結果では男女とも空腹時血糖や HbA1c が高い人が多く、糖尿病の発症や重症化を予防する必要があります。</p> <p>③男女ともに「咀嚼機能」が低下している人の割合が多くなっています。「咀嚼機能」の低下は肥満や血糖の上昇と関連があると考えられます。</p> <p>④女性は、「間食習慣」「運動不足」の割合が多い状況があり、これらのことが肥満や血糖の上昇につながっていると考えられます。</p>	

課題1～3以外にも、今後も引き続きデータを分析し、新たな事業の実施や既存の事業の充実を図る必要があります。今後、特に下記の内容については重点的に分析を行い、課題の解決のための事業を検討していきます。

今後の検討課題

食塩の過剰摂取、腎機能（eGFR）低下につながる生活習慣を分析し、高血圧、慢性腎不全の予防対策を検討する。

現在判明していること

- ①高血圧症の疾病別一人当たり年間外来医療費は、京都府と比べて低くなっていますが、特定健診受診者では、血圧高値の所見がある人の割合は男女とも京都府よりも高くなっています。
- ②特定健診受診者では、男性の8割以上、女性の9割以上が、尿中推定食塩摂取量が目標量以上であり、町民の多くが食塩を過剰摂取しています。
- ③特定健診受診者で、eGFRが60未満に低下している人、併せて推定食塩摂取量が目標量以上の方が見られます。腎機能異常のステージが進行するにつれ、味覚異常の重症度の割合が増加していく傾向にあることが分かっており、eGFRの低下が原因で舌が感じる食塩の感度が下がり、食塩を過剰に摂取してしまう可能性があること、または食塩の過剰摂取が原因で腎臓の糸球体内圧が上昇し、血管が損傷することによって腎機能が低下する可能性があることが考えられます。
- ⑤近年、糖尿病性腎症以外を理由とした透析導入が見られます。透析治療を行っている人の透析導入の理由を分析し、対策を検討する必要があります。

1 全体の目的

	目的	指標・目標
A	メタボ該当者を減少させるため、生活習慣病予防に取り組む	特定健康診査の結果における男性のメタボ該当者割合 31.1%
B	新規の人工透析導入者を減少させるため、糖尿病重症化予防に取り組む	糖尿病を起因とする新規人工透析導入者数 0人
C	一人当たり医療費の高い疾病に注目し、対策を講じることで医療費の適正化を図る	糖尿病の一人当たり年間医療費(外来) ※1 19,000円以下

■※1 糖尿病の一人当たり年間医療費(外来)
KDBシステムより算出(国保連データ作成)

$$\text{計算式} = \frac{\text{当該年度の糖尿病(外来)年間総医療費}}{\text{被保険者数(各年度の3月末時点)}}$$

2 全体目的を達成するための小目的

関連する 全体目的	小目的	個別保健事業
A・B・(C)	特定健診の受診率を向上させる	特定健診未受診者対策
B・A・(C)	糖尿病診断基準に該当する者の重症化を予防する	特定健診 糖尿病性腎症重症化予防事業 保健センター運動施設開放事業
C	後発医薬品の利用促進を図る	後発医薬品通知事業
A・(C)	生活習慣を見直すことによりメタボを予防する	特定保健指導 保健センター運動施設開放事業

1 目標値

(1) 特定健康診査受診率の推移

第4期における特定健診及び特定保健指導の実施率等について、基本指針に基づき下記のとおり目標とします。

(%)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健診 受診率	54.0	55.0	57.0	58.0	59.0	60.0以上
特定保健指導 実施(終了)率	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0以上
特定保健指導による 特定保健指導 対象者の減少率	14.3	14.3	15.4	15.4	16.7	16.7

2 特定健康診査等の対象者数

(1) 特定健診の対象者数

対象者数(人)		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
40 ~64 歳	対象者数	148	142	133	132	127	130
	実施者数	65	60	58	54	49	44
65 ~74 歳	対象者数	293	259	240	211	179	141
	実施者数	173	160	154	145	131	118
計	対象者数	441	401	373	343	306	271
	実施者数	238	221	213	199	181	163

(2) 特定保健指導の対象者数

積極的支援	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
対象者数	7	7	7	6	6	6
実施者数	4	4	4	3	3	3

動機付け支援	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
対象者数	16	15	14	14	13	12
実施者数	10	9	9	9	9	8

3 特定健康診査等の実施方法

(1) 特定健康診査

① 実施体制

集団健診	実施場所	伊根町ほっと館
	委託先	京都予防医学センター

個別健診	実施場所	伊根診療所
	委託先	伊根診療所

② 実施項目

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に記載されている健診項目とします。

基本的な健診項目		
問診	標準的な質問票・自覚症状・他覚症状 等	
身体計測	身長・体重・腹囲・BMI	
理学的検査	身体診察	
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
血液検査	脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）・HDLコレステロール・LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール
	肝機能検査	AST（GOT）・ALT（GPT）・γ-GT（γ-GPT）
	血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c（やむを得ない場合は随時血糖）
尿検査	尿糖・尿蛋白	
詳細な健診項目		
一定の基準のもと、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。当町は追加健診項目として、受診者全員（診療所での個別健診においては眼底検査は除く）に実施。		
心電図検査		
眼底検査		
血液検査	貧血検査	赤血球数・ヘモグロビン値・ヘマトクリット値
	腎機能検査	血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）
追加健診項目		
当町独自に集団健診または個別健診の受診者に実施する。		
血液検査	肝機能検査	アルブミン（65歳以上）
尿検査	尿中食塩摂取量	

※人間ドック他各種健康診査を、特定健診の法定項目を含有する形で受診した場合は、特定健康診査に代えて実施したものとする。（人間ドック委託医療機関：京都ルネス病院、弥栄病院、丹後中央病院）

③実施期間

集団健診：当該年度の10月
 個別健診：当該年度の11月～3月
 人間ドック：当該年度の4月～3月

(2) 特定保健指導

① 特定保健指導対象者の抽出

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～75歳未満
≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (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 $BMI \geq 25$ kg/m^2	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(注) 喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

* 糖尿病、高血圧症又は脂質異常症に係る服薬中(受療中)の者は対象外とする。

* 2年連続して積極的支援に該当した者で、当年の特定健康診査の結果に改善がみられる者(下記の条件を満たす者)は「動機付け支援相当」とし、動機付け支援と同様の支援を行う。

※動機づけ支援相当の該当条件

BMI < 30 で、昨年の特定健康診査より腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者

BMI \geq 30 で、昨年の特定健康診査より腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者

② 実施体制

当町の保健師又は管理栄養士による特定保健指導を実施します。

③ 実施内容

「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第3章に記載されている内容とします。
 面談では、対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができるように支援します。初回の面接から3か月以上経過した後に体重、腹囲、行動変容の状況等の終了時評価を実施し、完了とします。実施にあたっては、対象者の利便性を考慮しICTも活用します。

■ 動機付け支援・動機づけ支援相当

初回面接（20分以上）⇒3ヶ月後 電話または面談で評価

■ 積極的支援

初回面接（20分以上）⇒3ヶ月間の継続支援（電話・面談）

⇒3か月後 面談で評価

※集団健診受診者には、健診結果説明会で初回面接を行う

4 周知・案内方法

（1）特定健康診査

①受診案内の送付

対象者全員に集団健診の案内を送付するとともに、町広報紙やホームページ、いねぼん等で周知します。

集団健診終了後、特定健診を受診していない方に個別健診の案内を送付します。

②受診勧奨の実施

案内送付後、一定期間が経過した時点で受診勧奨通知を送付します。必要に応じて電話や訪問による受診勧奨も実施します。

③特定健康診査結果の通知

集団健診結果は、本人に健診結果説明会で保健師、管理栄養士等が対面で返却を行います。個別健診及び人間ドックの結果は、医療機関から本人に直接通知します。

（2）特定保健指導

対象者に特定保健指導の案内を送付します。必要に応じて電話で利用勧奨します。

5 データの保管方法や保管体制等

特定健診及び特定保健指導の結果は、個人情報の保護に十分配慮し、電子データ及び紙にて5年間保管します。電子データは、特定健康診査等データ管理システムにて保管します。このシステムは、社会保険診療報酬支払基金が運営しています。特定健診情報については、マイナポータルでの閲覧等に供するため、オンライン資格確認等システムへ連携・登録されます。

蓄積されたデータは、集団の分析にも用い、集団特性や経年変化等の分析により、効果的・効率的な保健事業の実施を図るための施策に活用します。また、これらを活用し、効果的・効率的な健診・保健指導を実施します。

6 年間スケジュール

下記のスケジュールを目安に、特定健診、特定保健指導を実施します。

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診		案内送付～申込					受診					
				受診勧奨					特定保健指導			
個別健診								案内送付～申込				
								受診				
									特定保健指導			
人間ドック	案内送付～申込											
	受診											
		特定保健指導										

※特定保健指導は1人当たりの指導期間は3ヶ月間とする。年度内に指導が完了しない場合、翌年度に引き続き実施する。

現状を改善するために、下記の保健事業を実施します。また各保健事業を評価するための指標を定め、評価を行います。

【事業名】 特定健診受診率向上事業（未受診者対策）

■目的 未受診者の減少により、健診受診率を向上させる。

■内容

対象：当該年度の特定健診を申込していない者

方法：①集団健診の案内送付後、一定期間を経て申込がない者を抽出する（人間ドック申込者を除く）。

②抽出した対象者を医療機関の受診の有無や、連続して健診を受診していない等の特性で分類する。

③特性に応じた受診勧奨のハガキを送付する。

④必要に応じて、電話や訪問等で受診勧奨する。

評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時 (R4※)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	受診勧奨者の受診率 (%)	4.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0
アウトプット	受診勧奨実施率 (%)	100	100	100	100	100	100	100
プロセス	①対象者を適切に抽出できたか ②適切な時期に受診勧奨を実施できたか ③事業全体をスケジュールどおり実施できたか							
ストラクチャー	①予算を確保できたか ②人員を確保できたか ③関係課・関係機関との連携を図れたか							

※令和4年度は、対象者及び実施方法が異なるため参考値

<アウトカム指標の設定について>

令和5年度から対象者の抽出や実施方法を大きく変えたことにより、ベースラインとしている令和4年度の受診勧奨者の受診率が参考になっていません。令和5年度は令和5年10月20日時点で、受診勧奨者のうち21名(9.9%)が受診した状況ですが、取組の初年度であったため、住民の反応が良かったことが要因だと考えています。

令和6年度以降の目標値を設定していますが、実績によってアウトカム指標を中間評価等で見直す場合があります。

【事業名】 糖尿病性腎症重症化予防事業

■目的 糖尿病が重症化するリスクが高い者の人工透析への移行を防止する。

■内容

対象：ア 未受診者：特定健診結果から血糖値等が高く、医療機関を受診していない者

イ 治療中断者：糖尿病治療を中断した者

ウ ハイリスク者：糖尿病で通院する患者のうち重症化リスクの高い者

方法：①対象者を KDB システムで抽出または国保連に抽出を依頼する。

②ア及びイの対象者に、医療機関の受診勧奨を行う。

③ウの対象者に、医療機関と連携して保健指導を行う。

評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	未受診者対策における受診勧奨者の受診者数（人）及び受診率（%）	4人/5人 80.0%	4/5 80.0	4/5 80.0	4/5 80.0	3/4 75.0	3/4 75.0	3/4 75.0
	治療中断者対策における受診勧奨者の受診者数（人）及び受診率（%）	1人/3人 33.3%	1/3 33.3	1/3 33.3	1/3 33.3	1/2 50.0	1/2 50.0	1/2 50.0
	ハイリスク者対策における糖尿病性腎症病期が維持または改善した者の割合（%）	4人/4人 100%	2/2 100	2/2 100	2/2 100	2/2 100	2/2 100	2/2 100
	HbA1c8.0以上の者の割合（%）	1.7	1.7	1.7	1.5	1.5	1.2	1.2
	HbA1c6.5%以上の者の割合（%）	10.7	10.5	10.4	9.9	9.6	9.4	9.2
	HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病のレセプトがない者の割合（%）	4.0	4.0	4.0	4.0	3.8	3.8	3.8
アウトプット	未受診者対策及び治療中断者対策の対象者への受診勧奨率（%）	100	100	100	100	100	100	100
	ハイリスク者対策の保健指導実施人数（人）	4	2	2	2	2	2	2
プロセス	①対象者を適切に抽出できたか ②適切な時期に受診勧奨または保健指導を実施できたか ③事業全体をスケジュールどおり実施できたか							
ストラクチャー	①予算を確保できたか ②人員を確保できたか ③関係課・関係機関との連携を図れたか（医師会や保健所等）							

【事業名】保健センター運動施設開放事業

■目的 運動習慣定着のためのきっかけづくりとして、保健センターの運動施設を町民が自由に利用できる開放日を設け、自分の生活スタイルに合わせて自主的に運動できる場を提供する。

■内容

対象：20歳～概ね75歳以下の町民で、健康づくりに努めようとする意志のある者。自身の体調や運動機器の管理が可能な者。

方法：保健センターの運動機器を利用し、自主的に運動が行えるように支援する。

評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット	実参加者数（人）	10	11	12	13	14	15	16
	延参加者数（人）	228	220	240	260	280	300	320
プロセス	適切な時期に案内ができたか							
ストラクチャー	①予算を確保できたか ②人員を確保できたか ③関係課・関係機関との連携を図れたか							

【事業名】後発医薬品使用促進事業

■目的：国民健康保険制度の安定的な運営の確保のために、医療費の無駄を省き医療費が過大な負担とならないよう、後発医薬品の積極的な使用を推奨する。後発医薬品の適切な使用を奨励することにより、患者と医療提供者の選択肢を拡大し、医療費の抑制に資する。

■内容：対象：後発医薬品のある先発医薬品を処方されている者

方法：①国保連へ事務委託して対象者を抽出、後発医薬品を使用した際の差額通知書類を送付する。

※発送時期：8月・10月・2月の医療費通知と合わせて3回実施

②差額通知に合わせて、「いねばん」を活用して対象者を含めた事業周知の広報を行う。

③直営の診療所で処方する薬剤は、後発医薬品を推進する。

評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	使用率 (%)	76.1	78.0	78.0	79.0	79.0	80.0	80.0
アウトプット	差額通知数・率 (%)	100	100	100	100	100	100	100
プロセス	①対象者へ適切な時期に適正に通知を送付できたか ②発送時期に合わせて、事業周知の広報（ホームページ及びいねばんを活用）を行ったか ③直営診療所で後発医薬品を処方していたか							
ストラクチャー	①国保連への通知手数料の予算を確保できたか ②国保連へ事務委託できたか ③直営診療所と連携できたか							

地域包括ケアに係る取り組み

(1) 課題を抱える被保険者層の分析及び保健事業の検討

本町の国保被保険者の特徴として、高齢者が占める割合が高いことから、高齢者が地域で暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策が重要です。

重度の要介護状態になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保被保険者の重症化予防を推進することが、要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。

要介護状態により、地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくために、要介護に至った背景を分析することが重要であり、KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者の抽出、保健事業の実施を検討します。

(2) 地域で被保険者を支える連携の推進

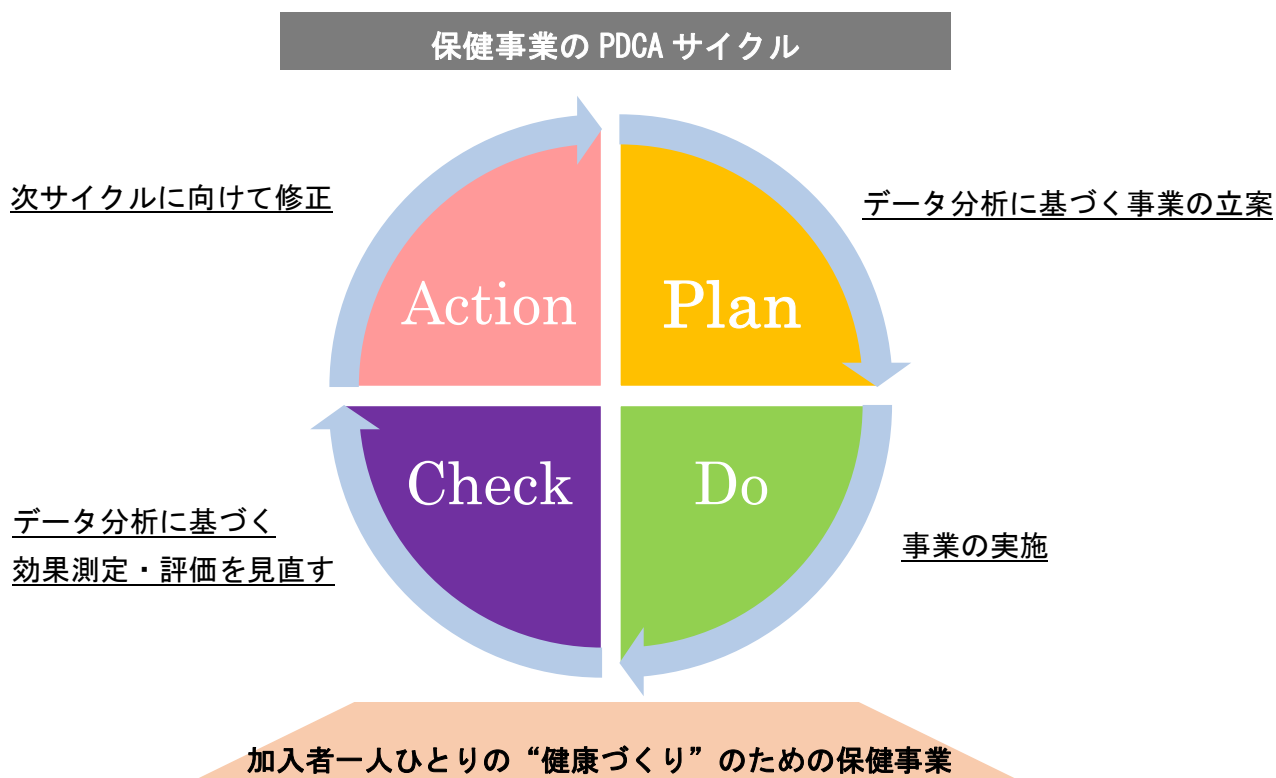
高齢期は個人差が大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、医療・介護・保健・福祉など、各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。住み慣れた地域で自分らしい生活ができるよう、かかりつけ医や訪問看護、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・福祉サービスの関係者とのネットワークの中に保険者として参画し、被保険者を支援するために連携を図ります。

個別保健事業計画については、毎年度事業評価を行います。計画全体については計画期間の中間年度（令和8年度）に、事業の進捗状況の確認及び中間評価を行います。

なお、事業評価については必要に応じて関係者とともにを行い、評価内容については、伊根町国民健康保険運営協議会等に報告します。

データヘルス計画では、健康・医療情報を有効に活用して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が求められています。

これまでの保健事業の振り返りや、健康・医療情報であるレセプトデータを分析することで現状の課題を明らかにし、課題に応じた事業を設計（Plan）し、計画に沿った事業を実施（Do）します。評価（Check）にあたっては、評価指標に沿って、実施した事業の効果を把握します。また、評価した結果に基づいて事業の改善（Action）を図っていきます。特定健康診査等実施計画についても同様の考え方とし、PDCAサイクルに沿って事業の改善を図ります。



第9章

計画の公表・周知

本データヘルス計画を通じて、健康増進等への取り組みの気運を高めていくためにも、国保被保険者に対して、計画の趣旨や達成目標についてホームページ等を通じて公表します。

第10章

個人情報の取扱い

個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）並びに伊根町個人情報保護法施行条例等個人情報の保護に関する関係法令の規定を遵守し、情報の漏洩に細心の注意を払います。

