

第 3 期高野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

令和 6/2024 年 3 月

高野町

目次

第1章 計画策定にあたって	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置づけ	3
3. 計画期間	3
4. 実施体制と関係機関との連携	3
第2章 本町の現状把握	5
1. 人口、寿命、死亡の状況	5
2. 高野町国民健康保険の状況	8
第3章 本町の健康・医療に関する分析	9
1. 医療費の状況	9
2. 特定健診・保健指導の状況	18
3. 介護保険の状況	31
第4章 第2期データヘルス計画の評価	36
1. 評価の目的	36
2. 評価方法	36
3. 評価結果	37
4. 個別保健事業の評価と今後の方向性	38
第5章 第3期データヘルス計画	46
1. 健康課題の抽出・明確化	46
2. 第3期計画の目的、目標、目標を達成するための戦略	47
3. 健康課題を解決するための取組み（個別保健事業）	49
4. データヘルス計画の見直し.....	56
5. 計画の公表・周知	56
6. 個人情報の保護	56
7. その他	56
第6章 第4期特定健康診査等実施計画	57
1. 特定健康診査・特定保健指導実施の背景	57
2. 特定健康診査・特定保健指導の目的	57
3. 高野町の現状	58
4. 達成目標	59
5. 特定健診等の対象者	60
6. 特定健診等の実施方法	61
7. 個人情報の保護	63
8. 特定健診等実施計画の公表・周知	63
9. 特定健診等実施計画の評価及び見直し	63

第1章 計画策定にあたって

1. 背景・目的

保健事業実施計画の背景

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、健康保険組合に対し、診療報酬明細書（レセプト）や特定健診などのデータを活用した「データヘルス計画」の策定・公表・実施・評価が求められました。市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という）にも同様の取り組みが奨励され、全国的な展開が進められています。

平成 26 年 3 月には「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」が改正され、市町村国保および国民健康保険組合は、健康・医療情報を活用し、PDCA サイクル（図 1）に基づく保健事業の推進が規定されました。これにより、データヘルス計画を策定し、その後の実施・評価・改善を継続することで、持続的な改善を図る仕組みが確立され、データに基づいた保健事業の質の向上が期待されるようになりました。

平成 30 年 4 月には、都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となる制度改正が行われ、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」では、保険者によるデータヘルス計画の標準化や充実が推進されました。さらに令和 3 年 12 月の経済財政諮問会議では、「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」が示され、計画の標準化促進、評価指標の共通化、アウトカムベースでの適切な KPI（Key Performance Indicator、重要業績評価指標）の設定が強調されました。

このような取り組みを背景に、すべての保険者にはデータヘルス計画の策定が義務付けられています。標準化や評価指標の設定を通じ、疾病予防や健康寿命の延伸といった具体的な成果を可視化し、保健事業の改善と医療費適正化に寄与することが求められています。

保健事業の目的

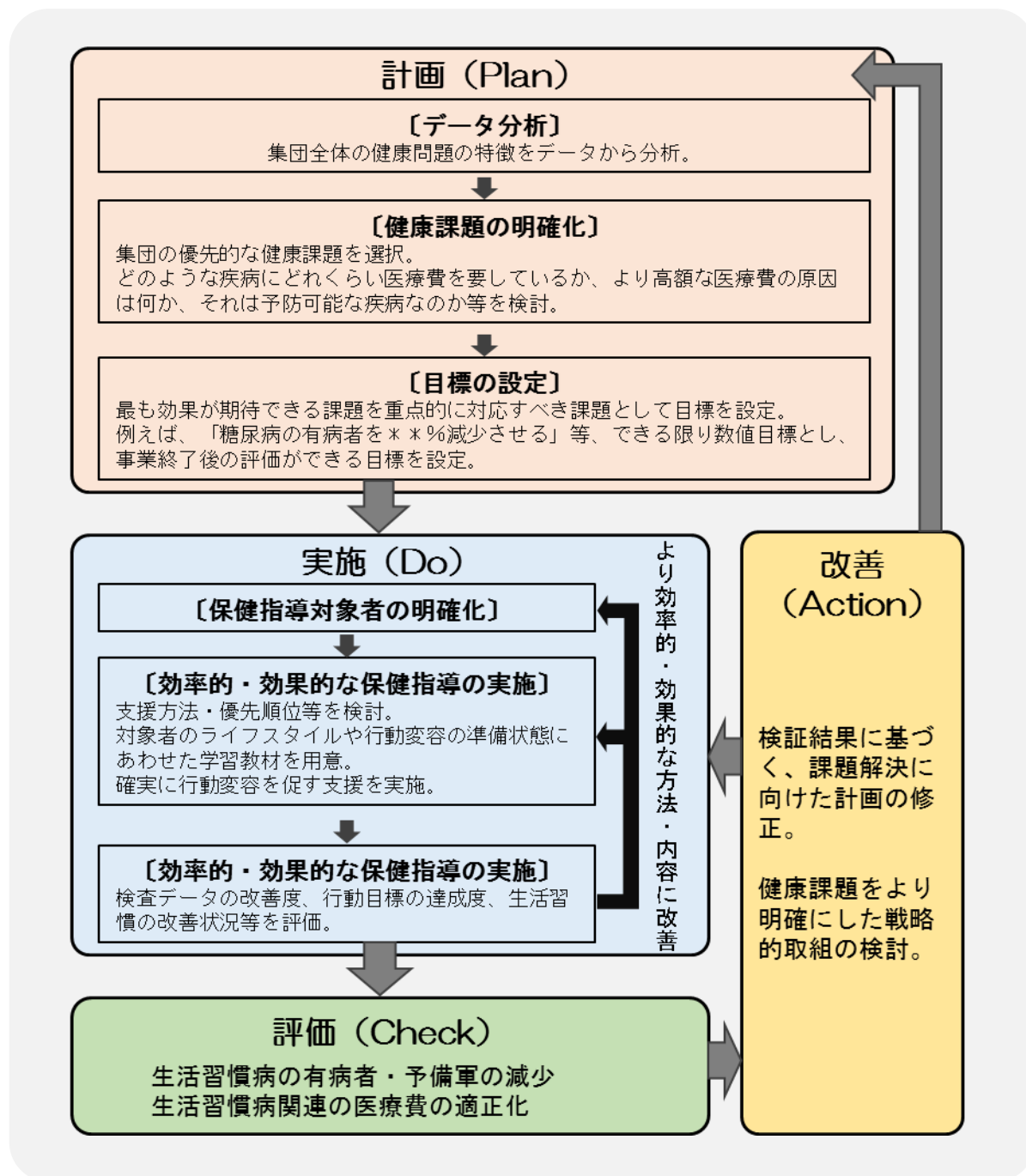
市町村国保および他の保険者は、幅広い年代の被保険者を対象として、各年代特有の身体的な状況や健康課題を的確に把握し、それに応じた保健事業を展開することで、健康の保持・増進、生活の質（QOL）の維持および向上を図ります。これにより、疾病予防の推進や重症化予防を通じて、結果として医療費の適正化にも寄与すると考えられています。

本町では、平成 28 年度に「第 1 期高野町国民健康保険データヘルス計画」（平成 28～29 年度）を策定し、町の健康・医療状況の改善を目的に、PDCA サイクルに基づく健康診断の推進や疾病予防施策を実施してきました。その成果を踏まえ、平成 30 年度から令和 4 年度までの 6 年間の対象とした「第 2 期高野町国民健康保険データヘルス計画」を策定し、住民の健康維持・増進をさらに促進するとともに、重症化予防や医療との適切な連携を図ることで、必要な医療への受診促進を通じた医療費適正化に取り組んできました。

令和 5 年度に入り、第 2 期計画の結果を総括し、健康診断や医療データの詳細な分析を通じて現状の課題を整理しました。この分析結果をもとに、新たな PDCA サイクルを効率的に運用するため、「第 3 期高野町国民健康保険データヘルス計画」（令和 6 年度～令和 11 年度）を策定しました。

本計画では、第2期計画で得られた評価指標を活用し、課題と改善点を明確化した上で、予防医療の充実や重症化予防の強化を図りながら、より効率的かつ持続可能な保健事業の推進を目指しています。

図1 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成25年4月）

2. 計画の位置づけ

保健事業の実施計画であるデータヘルス計画は、被保険者の健康維持・増進を目的とし、特定健康診査や特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿った運用を行い、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画です。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方針とするとともに、関連する他計画（「高野町健康づくり計画」、「第 9 期高野町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」、「第 4 期特定健康診査等実施計画」）と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取組は、他計画の関連事項や目標を踏まえて検討し、関係部局と共有することで理解を深めながら進めていきます。

計画の一体化

本計画（第 3 期高野町国民健康保険データヘルス計画）は、健康増進法に基づく基本方針を踏まえ、特定健康診査等実施計画※と調和のとれたものとする必要があります。そのため、実施期間が一致する第 4 期特定健康診査等実施計画を本計画の一部として一体的に策定し、健康診査の結果を活用した保健事業の推進や特定保健指導の実施体制の強化を図ります。これにより、データを活用した健康管理の充実と、関係機関との連携を強化し、町民の健康維持・増進を目指します。

※第 4 期特定健康診査等実施計画については、本計画中、第 6 章 第 4 期特定健康診査等実施計画として記載しています。

3. 計画期間

本計画の期間は、国の指針に基づき、令和 6 年度から 11 年度までの 6 年間とします。令和 8 年度に中間評価を行い、計画の見直しを行います。

4. 実施体制と関係機関との連携

本計画（第 3 期高野町国民健康保険データヘルス計画）の遂行に当たっては、住民健康課 保健衛生係が主体となり、健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施、検証を関係部局と共同で事業を推進します。

庁内の連携体制の確保

保健事業の積極的な推進を図るため、関係部局と連携し、庁内一体となって、計画の策定・実施・評価を進めます。特に、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期における重症化や複数の慢性疾患に繋がることを踏まえ、後期高齢者医療担当、介護保険担当、生活保護担当などと協力し、保健事業の推進を図ります。

庁外の連携体制の確保

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である和歌山県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等の保健医療関係者、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源と連携し、健康課題の共有を図るとともに、専門的な知見を活用して保健事業の効果的な推進に努めます。

第2章 本町の現状把握

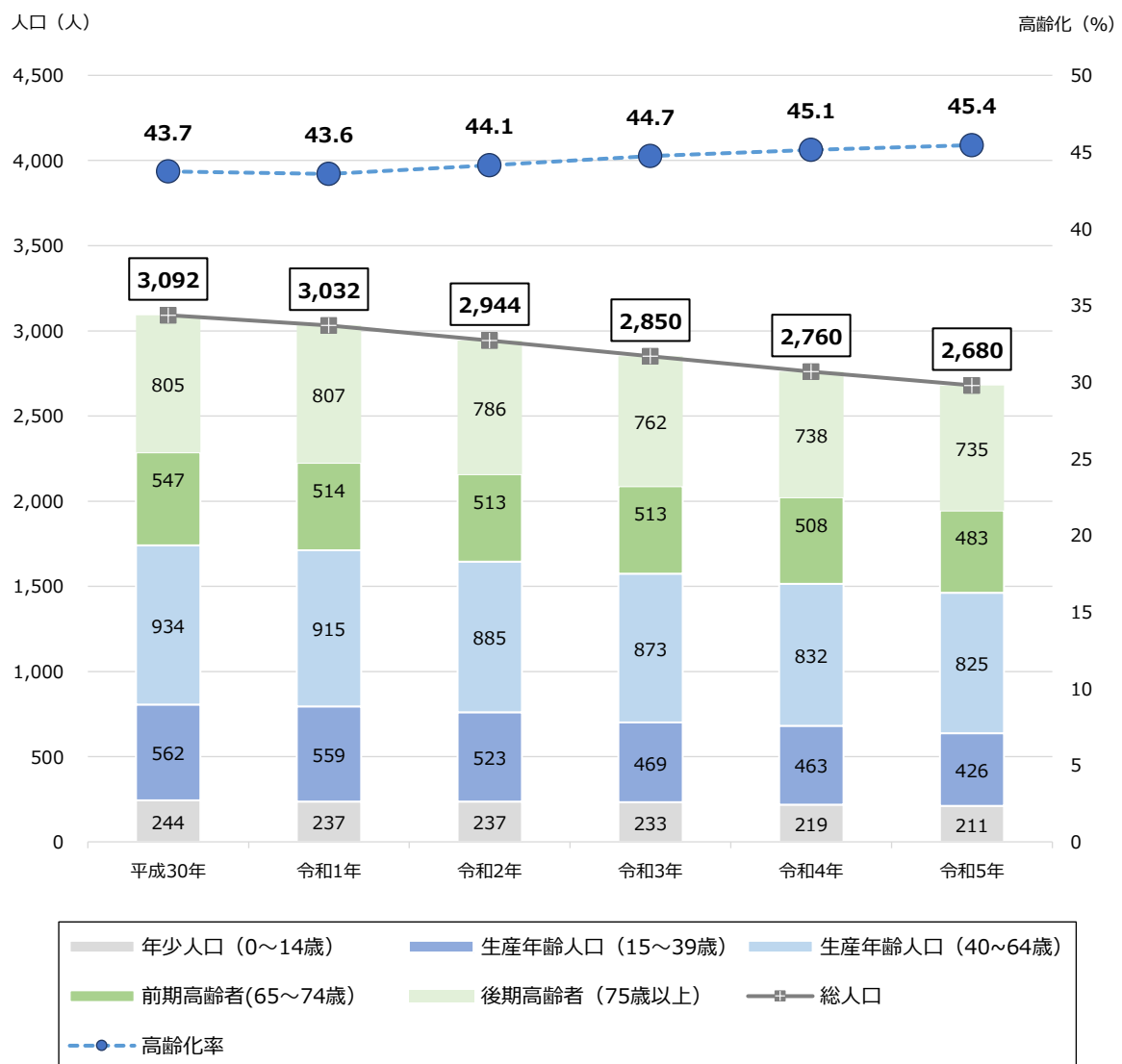
1. 人口、寿命、死亡の状況

(1) 人口及び人口構成の推移

令和5年10月1日付の町の人口は2,680人で、前回計画作成時の平成30年からでは412人の減少となっており、減少傾向にあります。年齢区分別で見るとどの年齢区分においても減少が見られます。特に、生産年齢人口（15～39歳、40～64歳）の減少が著しく、平成30年からでは15～39歳で136人、40～74歳で109人の減少となっています。

一方で、町の人口に対して65歳以上が占める割合（高齢化率）は毎年微増傾向にあり、令和5年では45.4%で、平成30年からでは1.7ポイントの増加となっています。

図表 1 総人口・年齢5区分別人口と高齢化率の推移（平成30～令和5年）



備考）日本人住民のみ人口です。年齢不詳者がある場合は、年齢階級毎の合計と総人口が一致しないことがあります。

データ出典：総務省統計局「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」、【総計】市区町村別年齢階級別人口（2018-2023年）

地区別の令和 5 年における高齢化率（※以下すべて令和 2 年との比較）は、高野山地区で 39.5%（2.2 ポイント増）、高野山周辺地区で 55.7%（同率）、富貴地区で 68.8%（1.3 ポイント減）、筒香地区で 69.8%（1.4 ポイント減）となっています。このうち、高野山地区のみ、各年わずかに増えており、微増傾向となっています。一方、他の地区では、一貫した増減の傾向は見られません。

図表 2 地区別で見る高齢者人口・高齢化率の推移（令和 2～5 年、各年 1 月 1 日付）

		令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
高野山地区	人口（人）	2,197	2,141	2,086	2,017
	再掲：65 歳以上（人）	823	824	815	800
	再掲：75 歳以上（人）	458	454	449	449
	●高齢化率（%）	37.5	38.5	39.1	39.7
高野山周辺地区	人口（人）	343	315	302	296
	再掲：65 歳以上（人）	191	171	163	165
	再掲：75 歳以上（人）	119	104	104	96
	●高齢化率（%）	55.7	54.3	54.0	55.7
富貴地区	人口（人）	345	333	314	314
	再掲：65 歳以上（人）	242	238	237	216
	再掲：75 歳以上（人）	175	151	151	164
	●高齢化率（%）	70.1	71.5	75.5	68.8
筒香地区	人口（人）	73	61	58	53
	再掲：65 歳以上（人）	52	42	41	37
	再掲：75 歳以上（人）	39	30	28	24
	●高齢化率（%）	71.2	68.9	70.7	69.8

備考）日本人住民のみ人口です。地区別人口の合計が、「図表 1」で示されている総人口と一致しない場合があります。また、高齢化率の変動には、各地区の人口規模の違いも関係していると考えられます。特に、人口が比較的小さい地区では、わずかな人数の増減でも高齢化率に大きな影響を及ぼす可能性があります。

データ出典：高野町役場 住民基本台帳による人口（令和 2～5 年）

（2）平均寿命と健康寿命

男性の平均寿命は 80.2 歳で、これに対して女性は約 6 歳長く、86.6 歳となっています。同様に、平均自立期間および平均寿命においても、女性が男性を上回っています。平均自立期間では男性が 77.7 歳、女性が 83.6 歳で、その差は約 6 歳となっています。平均余命では男性が 79.2 歳、女性が 87.3 歳となり、その差は約 8 歳に及び、男女間での年齢差が大きくなっています。

平均寿命と平均余命に関しては、和歌山県、同規模の自治体、全国と比較しても、男女ともに大きな差は見られません。しかし、平均自立期間ではやや下回っており、特に男性の平均自立期間は、和歌山県や同規模の自治体からは約 2 歳、全国からは約 3 歳下回っています。女性では大きな差は見られません。



図表 3 平均寿命と健康寿命

（歳）	平均寿命		平均自立期間*		平均余命	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
高野町	80.2	86.6	77.7	83.3	79.2	87.3
和歌山県	79.9	86.5	79.7	84.1	81.3	87.5
同規模	80.5	87.0	79.3	84.2	80.7	87.4
全国	80.8	87.0	80.1	84.4	81.7	87.8

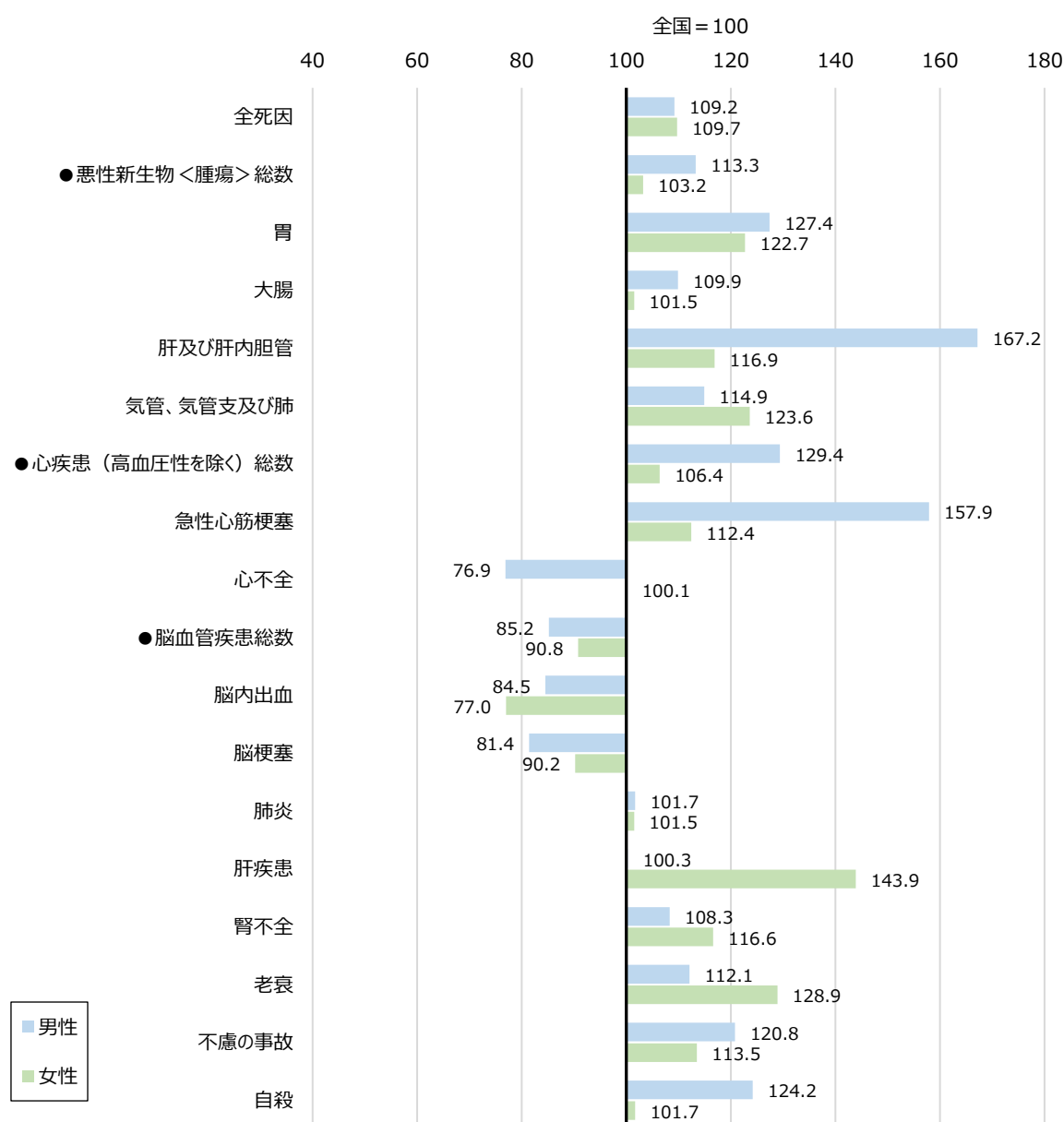
備考）「平均自立期間」と「平均余命」は、「平均寿命」と更新頻度や使用する統計が異なるため、比較できません。＊平均自立期間とは、健康上の問題がなく、日常生活に制限のない自立した状態を保てる期間を指します。本表では、要介護 2 以上を「不健康」としています。

データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(3) 死亡因別死亡(標準化死亡比)

死亡率は全国基準で見ても、いくつかの死亡要因で平均を超えています。生活習慣病に焦点を当てると脳血管疾患では、男女ともに、どの死因においても全国基準を下回っています。一方で、悪性新生物心疾患では、男性が約 1.13 倍、女性では約 1.03 倍と全国基準を上回っており、特に、男性では肝及び肝内胆管がんが約 1.67 倍、女性では期間、気管支炎および肺がんが約 1.23 倍と最も高くなっています。胃がんに関しては男女ともに約 1.22～1.27 倍高くなっています。心疾患では急性心筋梗塞が男女ともに高く、男性で約 1.57 倍、女性で約 1.12 倍、全国基準よりも高くなっています。

図表 4 主要死亡要因別の標準化死亡比* (平成 30～令和 4 年)



*標準化死亡比 (SMR) は基準集団 (例: 全国平均) の年齢別死亡率を使用して調整されています。基準集団を全国平均 100 とした場合の数値として表現します。この場合、SMR が 100 より大きい場合は、その集団の死亡率が全国平均より高いことを示します。

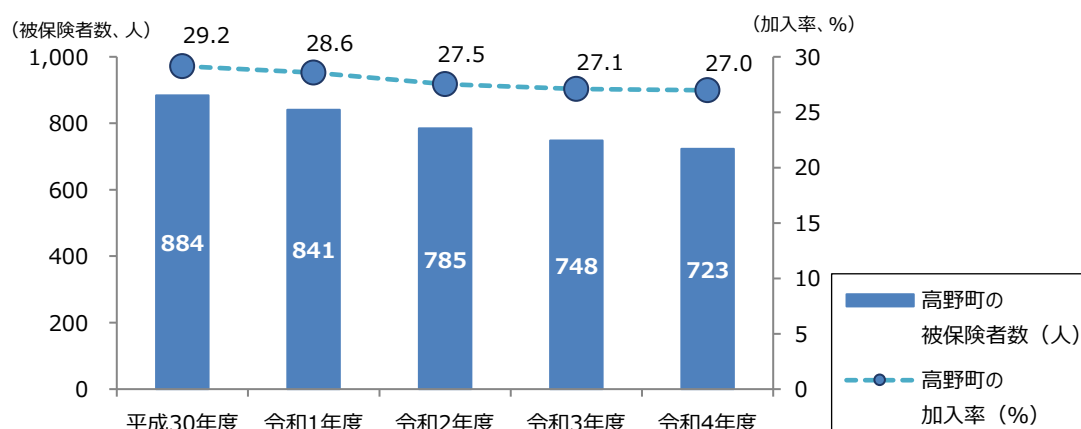
データ出典: 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」第 5 表 標準化死亡比 主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別 (平成 30 年～令和 4 年)

2. 高野町国民健康保険の状況

(1) 国民健康保険被保険者の推移

令和4年度の国民健康保険（以下「国保」という）被保険者数は723人であり、平成30年度の884人から161人の減少となっています。国保加入率については、令和4年度は27.0%で、平成30年度の29.2%から2.2ポイントの減少となっています。

図表 5 国民健康保険被保険者数と加入率の推移（平成30～令和4年度）

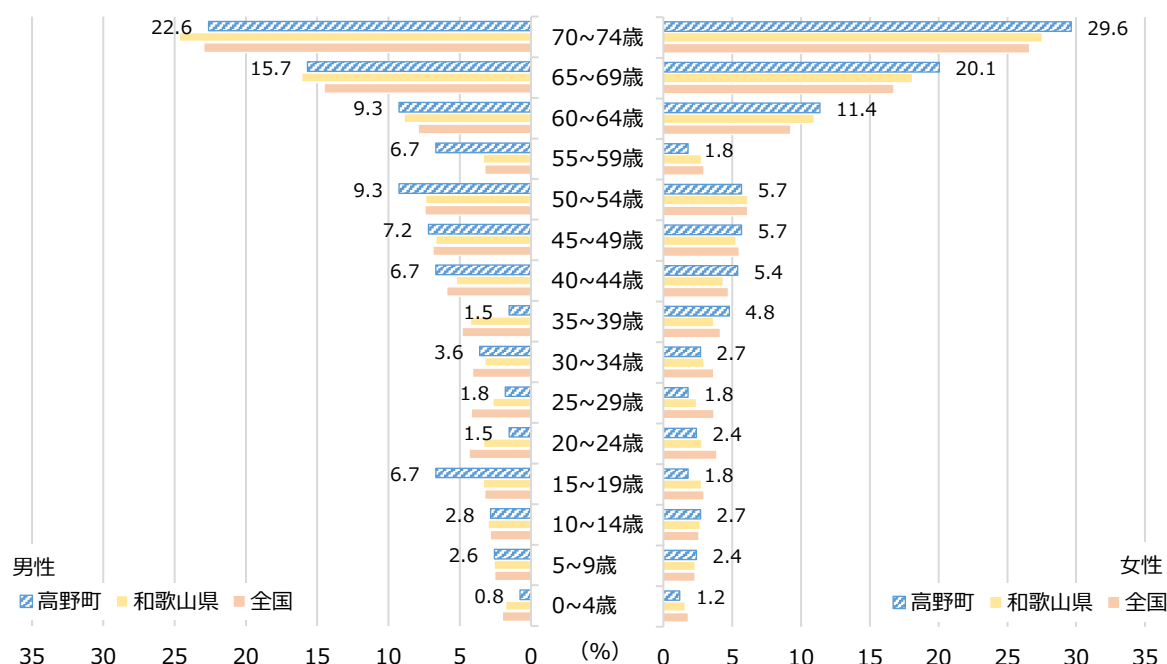


データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

(2) 国民健康保険被保険者の年齢構成

被保険者の年齢構成では65～74歳の割合が高く、男性は38.3%、女性は49.7%となっています。特に女性の割合が高く、和歌山県では全国平均をさらに上回っています。

図表 6 国民健康保険被保険者の年齢構成比率（令和4年度）



データ出典：KDB 帳票 5 人口及び被保険者の状況（令和4年度）、（令和5年11月抽出）

第3章 本町の健康・医療に関する分析

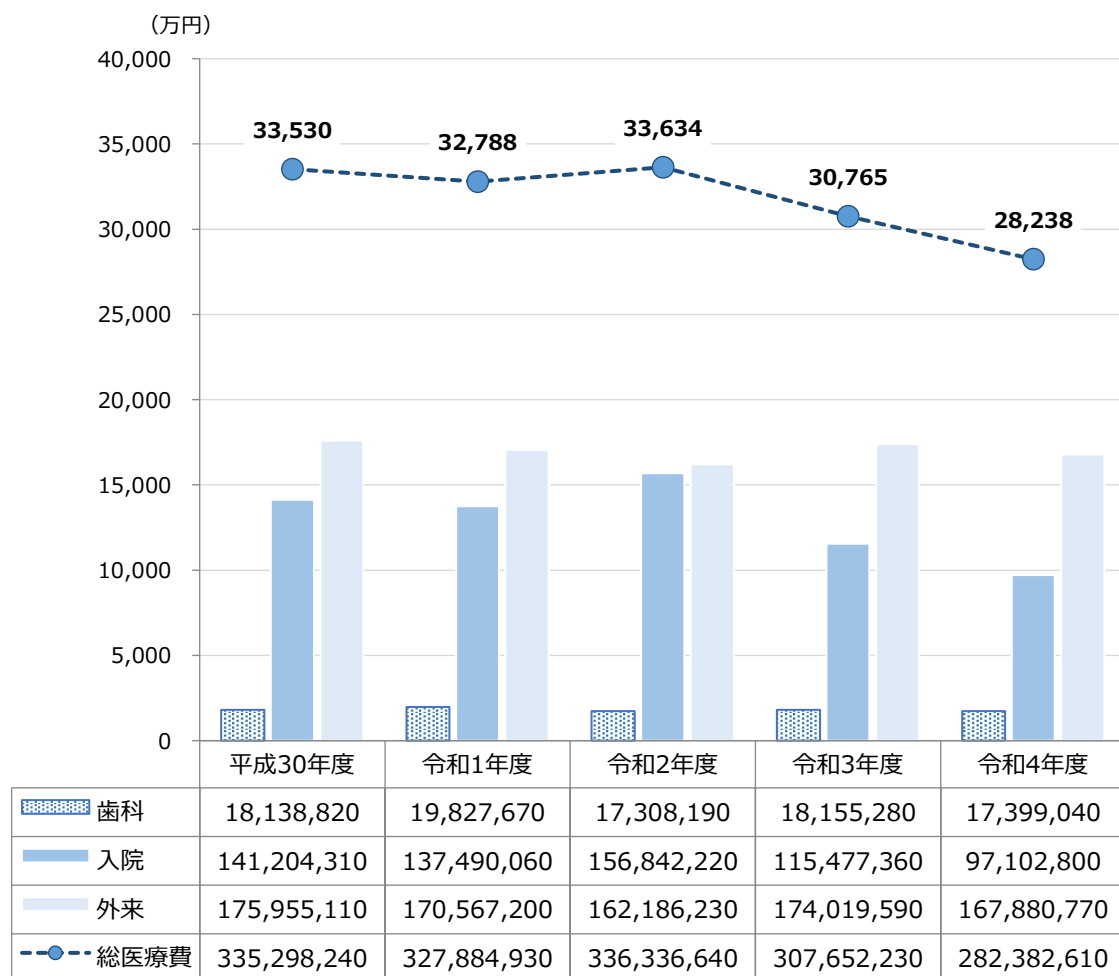
1. 医療費の状況

(1) 総医療費

令和4年度の入院外来、歯科の医療費を合わせた総医療費は約2億8,238万円となっています。平成30年度から5年間の推移を見ると、令和2年度に微増が見られますが全体的には減少傾向にあり、平成30年度からでは約5,292万円の減少となっています。

内訳別の医療費合計の推移を見ると、外来医療費に関しては平成30年度から令和2年度まで減少傾向でしたが、令和3年度に一旦増額しましたが令和4年度では再び減少に転じています。入院の医療費に関しては、平成30年度から令和1年度は微減し、令和2年度に増加し、令和3年度で大幅に減少し、令和4年度もさらに減少しています。歯科の医療費は平成30年度から令和4年度までの5年間、増減を繰り返しています。全体的に見て、どの内訳においても、令和4年度の医療費は平成30年度から減少しています。

図表 7 総医療費、内訳別医療費合計の推移（平成30～令和4年度）



備考) グラフ中の単位は「万円」、表中の単位は「円」です。

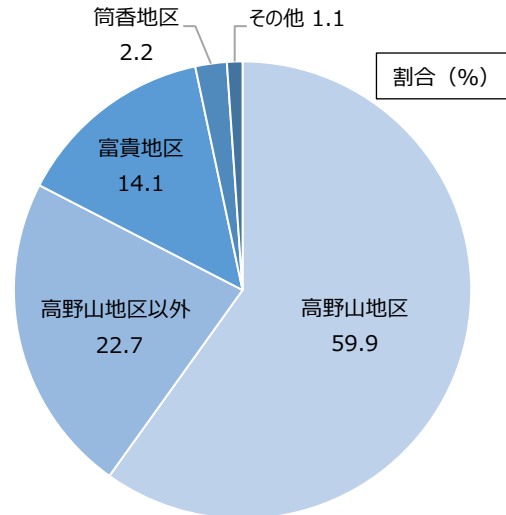
データ出典: KDB 帳票 市区町村別データ（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

地区別の割合を見ると、町の人口を多く占める高野山地区が 59.9%と最も高い割合となっています。次いで、花坂などを含む高野山周辺地区の 22.7%、富貴地区の 14.1%、筒香地区が 2.2%となっています。

図表 8 地区別で見る総医療費※と割合（令和 4 年度）

	総医療※（円）	割合（%）
町全体	264,983,570	-
高野山地区	158,725,440	59.9
高野山周辺地区	60,092,560	22.7
富貴地区	37,357,880	14.1
筒香地区	5,899,060	2.2
その他	2,908,630	1.1

※歯科を除く、総医療費（外来、入院）です。



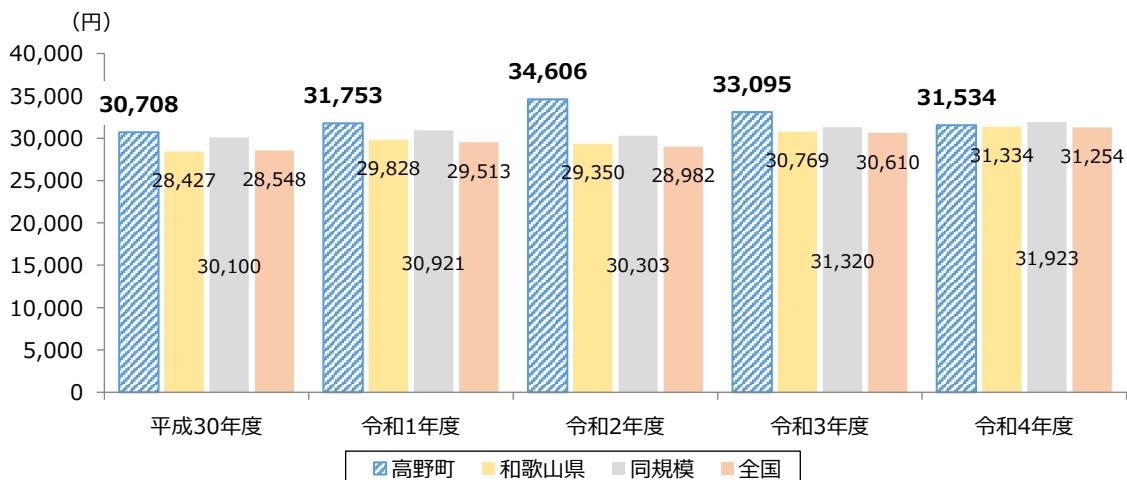
データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

（2）1 人当たり医療費（月平均）

令和 4 年度の 1 人当たり医療費は 31,534 円で、平成 30 年度からの変化を見ると 826 円の増額となっています。平成 30 年度から令和 4 年度の 5 年間では、令和 2 年度の 34,606 円が最も高い金額となっています。

令和 2 年度までは、本町の 1 人あたり医療費は、和歌山県、同規模の自治体、全国と比べると高い傾向にありましたが、令和 2 年度以降は減少傾向が続き、令和 4 年度には、それらとほぼ同程度の金額となっています。

図表 9 1 人当たり医療費の推移（平成 30～令和 4 年度）



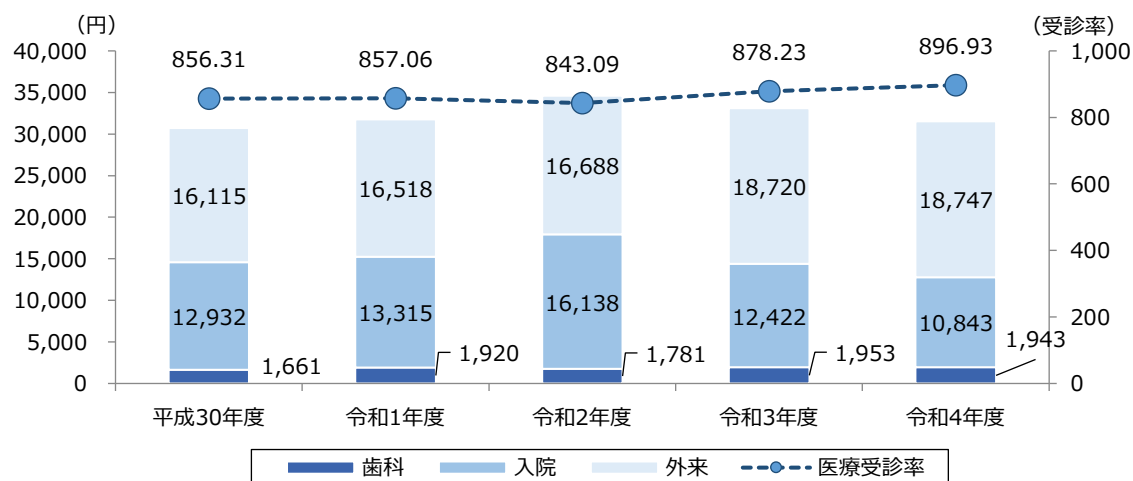
備考）歯科、外来、入院の合計による 1 人当たり医療費です。

データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

内訳の推移を見ると、どの年度も、入院に比べて、外来での 1 人当たり医療費が高くなっています。外来の医療費は平成 30 年度から増加し、令和 4 年度には約 2,600 円増えて、18,747 円となっています。一方、入院では平成 30 年度から令和 2 年度まで変動がありましたが、令和 3 年度には 3,716 円大幅に減り、令和 4 年度はさらに 1,579 円減って 10,843 円となっています。歯科の費用も平成 30 年度から微増減を繰り返し、令和 4 年度は 1,943 円となっています。

医療受診率の推移を見ると、令和 3 年度から令和 4 年度にかけて急激に増加し、平成 30 年度の 856.31 から 896.93 まで増加しています。

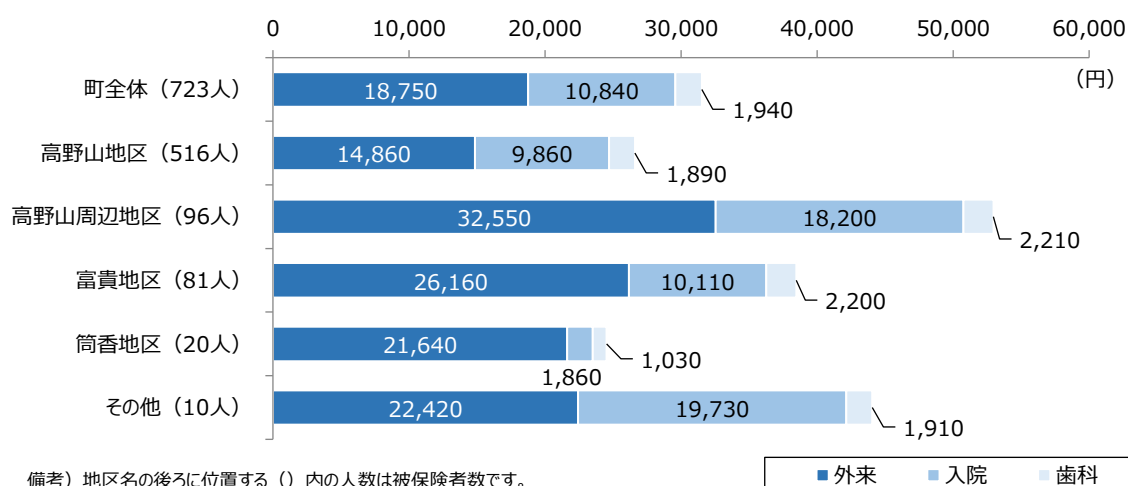
図表 10 1 人当たり総医療の内訳と医療受診率の推移（平成 30～令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 市区町村別データ（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

地区別の 1 人当たり医療費で見ると、花坂を含む高野山周辺地区と富貴地区が町全体での 1 人当たり医療費よりも高くなっています。高野山周辺地区では外来、入院、歯科全てにおいて町全体を上回っています。富貴地区では歯科と外来が上回っています。一方で、高野山地区ではどの 1 人当たり医療費においても町よりも下回っています。

図表 11 地区別で見る 1 人当たり医療費：外来、入院、歯科（令和 4 年度）



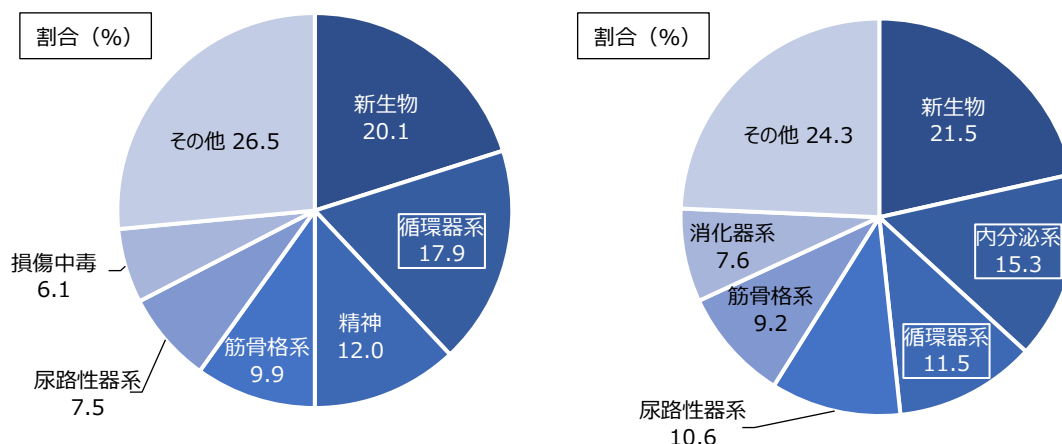
備考）地区名の後ろに位置する（）内の人数は被保険者数です。

データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（地区別、令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(3) 生活習慣病関連の疾病別医療費

令和 4 年度の大分類別疾患の医療費割合で見ると、高い順から、入院では新生物（悪性）が 20.1%、循環器系が 17.9%、精神が 12.0%となっています。外来においても新生物が 21.5%で最も高く、次いで内分泌系が 15.3%、循環器系が 11.5%となっています。内分泌系と循環器系の割合を合計すると 26.8%となり、外来医療費全体では約 1/4 を占めています。

図表 12 大分類別疾患※の医療費割合：入院、外来（令和 4 年度）



参考）大分類における主な疾病の具体例は以下の通りです。

大分類	主な疾病の具体例	大分類	主な疾病の具体例
呼吸器系	肺炎、鼻炎、扁桃炎、気管支炎 等	循環器系	高血圧症、脳梗塞、心筋梗塞 等
筋骨格系	骨折、関節障害、リウマチ 等	新生物	がん、良性の腫瘍
消化器系	胃潰瘍、腸炎、ヘルニア、歯周病 等	内分泌系	糖尿病、脂質異常症 等
感染症	インフルエンザ、ウイルス性肝炎、結核 等	精神	認知症、統合失調症、うつ病 等
神経系	パーキンソン病、自立神経障害 等	尿路性器系	腎不全（透析）、糖尿病性腎症 等

データ出典： KDB 帳票 41 医療費分析（2）大、中、最小分類（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

令和 4 年度の細小分類別疾患の医療費割合で見ると、生活習慣病とされる疾患の割合（糖尿病 7.2%、高血圧症 4.0%、脳出血 3.6%、不整脈 2.9%）を合計すると 17.7%で、また高血圧や糖尿病が一因の可能性がある慢性腎臓病は 6.9%となっています。

図表 13 細小分類別疾患の医療費割合：上位 10 位（令和 4 年度）

順位	大分類	最小分類別疾患名	割合 (%)	順位	大分類	最小分類別疾患名	割合 (%)
1 位	新生物	胃がん	7.4	6 位	筋骨格系	関節疾患	3.7
2 位	内分泌系	糖尿病	7.2	7 位	循環器系	脳出血	3.6
3 位	尿路性器系	慢性腎臓病（透析あり）	6.9	8 位	新生物	前立腺がん	3.2
4 位	精神	統合失調症	4.0	9 位	新生物	肺がん	3.1
5 位	循環器系	高血圧症	4.0	10 位	循環器系	不整脈	2.9

備考）表中の割合は、細小分類別医療費の入院＋外来を合わせた全体医療費を 100%として算出しています。

データ出典： KDB 帳票 41 医療費分析（2）大、中、最小分類（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(4) 高額医療レセプト

令和 4 年度の診療分より医療費が 30 万円以上となった高額医療レセプトは計 217 件、その内、入院は 136 件となっています（外来 80 件、調剤単独 1 件）。生活習慣病に焦点をあてると、入院では脳血管疾患（表中※の印）が 17 件あり、統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害に次いで多くなっています。脳血管疾患レセプト 1 件当たりの平均費用額は約 124 万円で、その中でも脳梗塞はレセプト 1 件で 2,129,290 円となっており、令和 4 年度の医療レセプト全体で最も高額になっています。

また、令和 4 年度では、糖尿病が 1 件（360,060 円）、腎不全が 10 件（平均 689,979 円/レセプト）、高額レセプトに該当しています。

図表 14 30 万円以上の高額医療レセプト：入院（令和 4 年度）

	主病名	費用額 (円)	レセプト件数 (件)	平均費用 (円/レセプト)
入院	※ 脳内出血	8,562,910	14	611,636
	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	8,232,270	9	914,697
	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7,852,620	22	356,937
	腎不全	6,899,790	10	689,979
	骨折	4,588,080	7	655,440
	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	4,083,850	3	1,361,283
	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3,782,910	7	540,416
	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	3,554,950	3	1,184,983
	胃の悪性新生物＜腫瘍＞	3,461,970	3	1,153,990
	骨の密度及び構造の障害	3,201,000	4	800,250
	その他の消化器系の疾患	2,906,740	6	484,457
	その他の心疾患	2,882,540	2	1,441,270
	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	2,332,880	4	583,220
	その他の呼吸器系の疾患	2,262,260	4	565,565
	白内障	2,183,620	5	436,724
	※ 脳梗塞	2,129,290	1	2,129,290
	その他の感染症及び寄生虫症	2,022,470	2	1,011,235
	※ その他の脳血管疾患	1,969,520	2	984,760
	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1,877,290	3	625,763
	直腸 S 状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	1,629,660	1	1,629,660
	炎症性多発性関節障害	1,251,550	3	417,183
	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	1,094,800	1	1,094,800
	脊椎障害（脊椎症を含む）	1,013,620	1	1,013,620
	その他の特殊目的用コード	953,340	2	476,670
	その他の理由による保健サービスの利用者	888,440	2	444,220
	その他の神経系の疾患	882,620	1	882,620
	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	826,740	2	413,370
	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	824,800	1	824,800
	てんかん	778,600	2	389,300
	（空白）	705,450	2	352,725
	慢性副鼻腔炎	661,770	1	661,770
	胆石症及び胆のう炎	539,080	1	539,080
	その他の循環器系の疾患	531,430	1	531,430
	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	475,090	1	475,090
	脾疾患	386,900	1	386,900
	糖尿病	360,060	1	360,060
	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	348,870	1	348,870

データ出典：KDB 帳票 10 厚生労働省様式 1-1（基準金額以上となったレセプト一覧）（令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月、各月）（令和 5 年 11 月抽出）

外来では、令和４年度の高額医療レセプトは８０件となっています。その中でも腎不全が３１件と医療レセプト全体で最も多くなっています。腎不全レセプト１件当たりは約４２万円となっており、１件でも高額レセプトに該当します。また、令和４年度では、糖尿病が１件（３３１,４１０円）、高額医療レセプトに該当しています。

図表 15 30万円以上の高額医療レセプト：外来（令和４年度）

	主病名	費用額（円）	レセプト件数（件）	平均費用（円/レセプト）
外来	胃の悪性新生物＜腫瘍＞	15,114,400	14	1,079,600
	腎不全	13,069,700	31	421,603
	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	7,876,470	11	716,043
	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	6,721,440	6	1,120,240
	炎症性多発性関節障害	3,599,630	9	399,959
	その他の消化器系の疾患	2,642,340	3	880,780
	白内障	1,401,000	3	467,000
	その他の眼及び付属器の疾患	639,250	1	639,250
	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	426,820	1	426,820
	糖尿病	331,410	1	331,410

データ出典：KDB 帳票 10 厚生労働省様式 1-1（基準金額以上となったレセプト一覧）（令和４年４月～令和５年３月、各月）（令和５年１１月抽出）

（５）人工透析患者レセプト

令和４年度の人工透析患者数は４人、レセプト数にすると４２件となっています。レセプト１件当たりの費用は約４３万円となっています。

図表 16 人工透析患者レセプトの状況（令和４年度）

人数※ ² （人）	レセプト数（件）	医療費額※ ¹ （円）	平均医療費※ ¹ （円/レセプト）
4	42	1 8 2 0 万 2 5 0	4 3 万 3 3 3 9

※¹医療点数に１０をかけた医療費（円）です。 ※²年度の累計人数です。

データ出典：KDB 帳票 12 厚生労働省様式 2-2（人工透析患者一覧）（令和４年６月～令和５年５月）（令和５年１１月抽出）

人工透析患者のレセプトでは循環器系の疾患を有している場合が多く、高血圧症が３７件、虚血性心疾患が２６件と多く、次いで動脈閉塞性疾患が１３件となっています。糖尿病は２件と少ないですが、糖尿病の重症化が要因と考えられる糖尿病性神経障害が１０件、またインスリン療法が１４件となっています（糖尿病の再掲）。

図表 17 人工透析患者レセプトの有病状況（令和４年度）

治療の状況	レセプト数（件）	治療の状況	レセプト数（件）
糖尿病	2	動脈閉塞性疾患	13
再掲）インスリン療法	14	高血圧症	37
再掲）糖尿病性神経障害	10	高尿酸血症	0
再掲）糖尿病性網膜症	0	虚血性心疾患	26
		脳血管疾患	2

備考）１レセプトにつき、複数の疾病を同時に有している場合があるため、上表の合計レセプト数は、人工透析患者レセプト数（４２件）と一致しません。

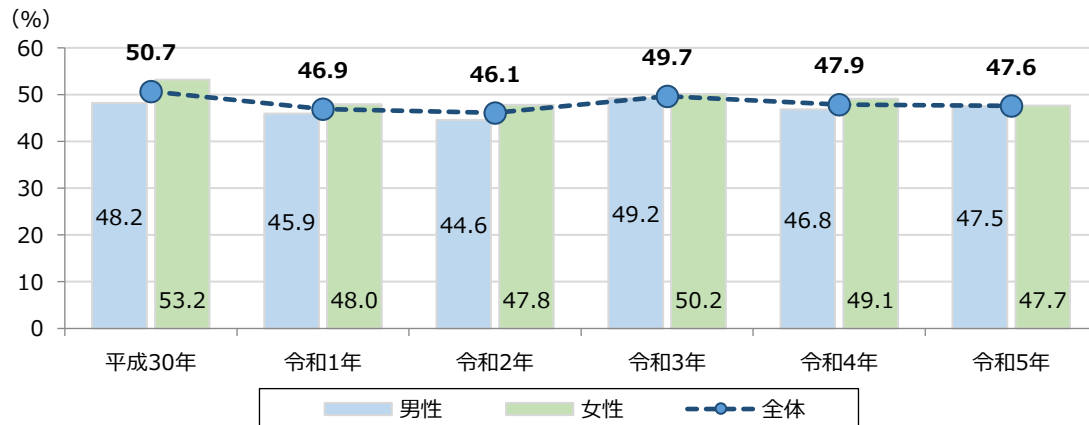
データ出典：KDB 帳票 12 厚生労働省様式 2-2（人工透析患者一覧）（令和４年６月～令和５年５月）（令和５年１１月抽出）

(6) 生活習慣病レセプト

被保険者における生活習慣病の割合は、令和5年には47.6%となっており、平成30年の50.7%からは3.1ポイントの減少となっています。令和1年から40%台を推移しています。

男女別では、男性での生活習慣病割合に比べると女性での生活習慣病割合が常に約2～3ポイント上回っている状況が続いていましたが、令和5年になるとその差はほぼ無くなり、男性では47.5%、女性では47.7%となっています。

図表 18 男女別割合の推移：生活習慣病（平成30～令和5年、各年5月診療分）



備考）毎年の5月診療分のレセプトを集計しています。また、40～74歳被保険者のレセプトを集計しています。

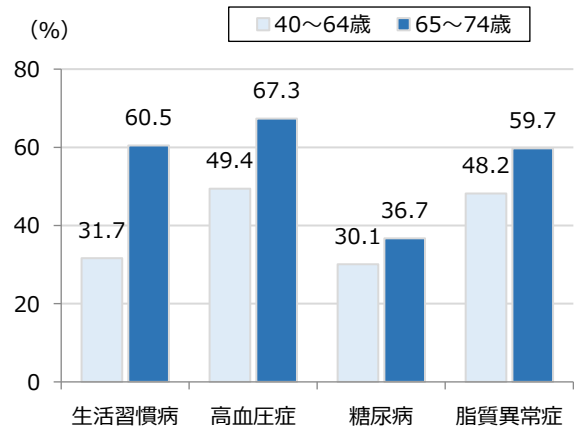
データ出典：KDB 帳票 13 厚生労働省様式 3-1（生活習慣病全体のレセプト分析）（平成30～令和5年、各年7月）（令和5年11月抽出）

年齢グループ別では、どの疾患においても、40～64歳での割合に比べると、65～74歳での割合が高くなっています。生活習慣病全体では40～64歳で31.7%のところ、65～74歳では60.5%となっており、40～64歳の割合の約2倍となっています。また、どちらの年齢グループにおいても高血圧症の割合が最も高く、40～64歳では49.4%、65～74歳では67.3%となっています。

糖尿病の割合は他の疾患と比べると年齢グループ間での差が小さく、40～64歳では30.1%、65～74歳では36.7%となっています。

脂質異常症においても、高血圧症ほどの割合の年齢グループ間での差は見られず、40～64歳では48.2%、65～74歳では59.7%となっています。

図表 19 年齢グループ別割合：生活習慣病（令和5年5月診療分）



備考 1）40～74歳被保険者のレセプトを集計しています。各年の5月診療分のレセプトを集計しています。

備考 2）1つ以上の疾患を治療している場合があるため、各疾患の割合を合計しても生活習慣病の割合になりません。

備考 3）生活習慣病の割合は被保険者数、それ以外（高血圧症、糖尿病、脂質異常症）は生活習慣病の対象者数を母数として割合を算出しています。

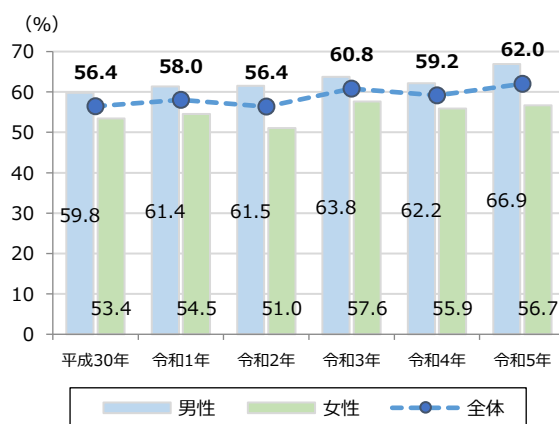
データ出典：KDB 帳票 13～18 厚生労働省様式 3-1～4（生活習慣病全体のレセプト分析、糖尿病のレセプト分析、高血圧のレセプト分析、脂質異常症のレセプト分析）（令和5年、各年7月）（令和5年11月抽出）

■高血圧症

高血圧症の割合は令和 5 年に 62.0%であり、過去 6 年間で最も高い割合となっています。全体的には増加傾向にあり、平成 30 年度の 56.4%からでは 5.6 ポイントの増加となっています。

男女別では、男性での割合が高く、女性での割合が 50%台で推移しているところ、60%台で推移しています。また、男性では、各年微増減を繰り返していましたが、令和 5 年には 66.9%まで増加しており、過去 6 年間で最も高い割合となっています。一方、女性では令和 2 年に 51.0%まで一旦減少しましたが、その後は増加に転じており、令和 5 年では 56.7%となっています。

図表 20 男女別割合の推移：高血圧症
(平成 30～令和 5 年、各年 5 月診療分)



備考 1) 40～74 歳被保険者のレセプトを集計しています。各年の 5 月診療分のレセプトを集計しています。

備考 2) 1 つ以上の疾患を治療している場合があるため、各疾患の割合を合計しても生活習慣病の割合になりません。

備考 3) 生活習慣病の対象者数を母数として割合を算出しています。

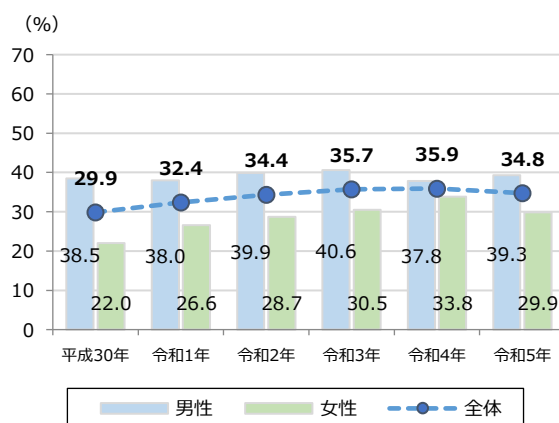
データ出典：KDB 帳票 13 厚生労働省様式 3-1（生活習慣病全体のレセプト分析）（平成 30～令和 5 年、各年 7 月）（令和 5 年 11 月抽出）

■糖尿病

糖尿病の割合は令和 5 年に 34.8%であり、令和 1 年から増加傾向にあり、平成 30 年の 29.9%からでは 4.9 ポイントの増加となっています。

男女別では、男性での割合が高く、女性がおおむね 30%台で推移しているところ、40%前後で推移しています。男性では、各年、微増減を繰り返している一方で、女性では平成 30 年から増加傾向になっており、令和 4 年では 33.8%となっていました。令和 5 年には一転して 29.9%まで減少しています。

図表 21 男女別割合の推移：糖尿病
(平成 30～令和 5 年、各年 5 月診療分)



備考 1) 40～74 歳被保険者のレセプトを集計しています。各年の 5 月診療分のレセプトを集計しています。

備考 2) 1 つ以上の疾患を治療している場合があるため、各疾患の割合を合計しても生活習慣病の割合になりません。

備考 3) 生活習慣病の対象者数を母数として割合を算出しています。

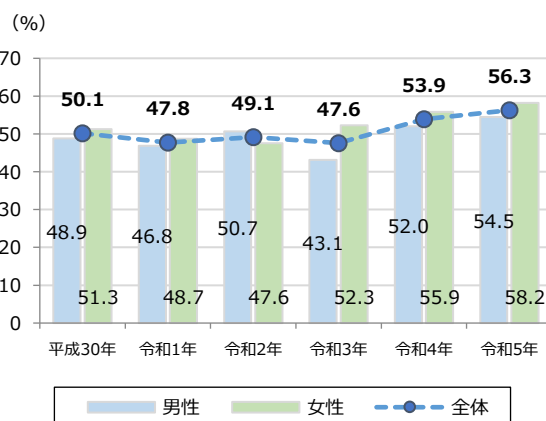
データ出典：KDB 帳票 13 厚生労働省様式 3-1（生活習慣病全体のレセプト分析）（平成 30～令和 5 年、各年 7 月）（令和 5 年 11 月抽出）

■脂質異常症

脂質異常症の割合※は令和 5 年に 56.3%であり、平成 30 年から令和 5 年の 6 年間では微減、微増を繰り返しています。平成 30 年の 50.1%からでは 6.2 ポイントの増加となっています。

男女別では、令和 2 年を除いて、男性での割合に比べて女性での割合がやや高いものの、この男女間の差は高血圧病、糖尿病と比べると大きくはありません。男性では、令和 3 年に一旦 43.1%まで減少し、その後は増加傾向に転じており、令和 5 年には 54.5%まで増加しています。平成 30 年の 48.9%からでは 5.6 ポイント増加となっています。一方、女性では、令和 2 年までは減少傾向でしたが、令和 3 年度から増加傾向に転じ、令和 5 年には 58.2%まで増加しています。平成 30 年の 51.3%からでは 6.9 ポイントの増加となっています。

図表 22 男女別割合の推移：脂質異常症
(平成 30～令和 5 年、各年 5 月診療分)



備考 1) 40～74 歳被保険者のレセプトを集計しています。各年の 5 月診療分のレセプトを集計しています。

備考 2) 1 つ以上の疾患を治療している場合があるため、各疾患の割合を合計しても生活習慣病の割合になりません。

備考 3) 生活習慣病の対象者数を母数として割合を算出しています。

データ出典：KDB 帳票 13 厚生労働省様式 3-1 (生活習慣病全体のレセプト分析) (平成 30～令和 5 年、各年 7 月) (令和 5 年 11 月抽出)

■生活習慣病の併発状況

令和 5 年 5 月診療分の生活習慣病レセプト中、脳血管疾患は 9.3% (26 人)、虚血性心疾患は 9.7% (27 人)、糖尿病性腎症は 1.8% (5 人) となっています。脳血管疾患、また虚血性心疾患の患者では高血圧症を併発している割合が高く、脳血管疾患では 76.9% (20 人)、虚血性心疾患では 92.6% (25 人) と糖尿病や脂質異常症の割合よりも高くなっています。

糖尿病性腎症の患者では、高血圧症、糖尿病、脂質異常症を同時に罹患している割合が 100% となっています。

図表 23 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における併発状況 (令和 5 年 5 月診療分)

生活習慣病 対象者中の割合 % (人数)	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
	9.3% (26 人)	9.7% (27 人)	1.8% (5 人)
各疾患中の割合 % (人数)	脳血管疾患★	虚血性心疾患★	糖尿病性腎症★
高血圧症	76.9% (20 人)	92.6% (25 人)	100% (5 人)
糖尿病	46.2% (12 人)	48.1% (13 人)	100% (5 人)
脂質異常症	57.7% (15 人)	85.2% (23 人)	100% (5 人)

備考 1) 40～74 歳被保険者のレセプトを集計しています。各年の 5 月診療分のレセプトを集計しています。

備考 2) 高血圧症、糖尿病、脂質異常症を同時に治療している者がいるため、合計した人数は、各疾患の合計人数にはなりません。

「★」のある疾患の人数を母数とし、各疾患中の高血圧症、糖尿病、脂質異常症の人数における割合を算出しています。

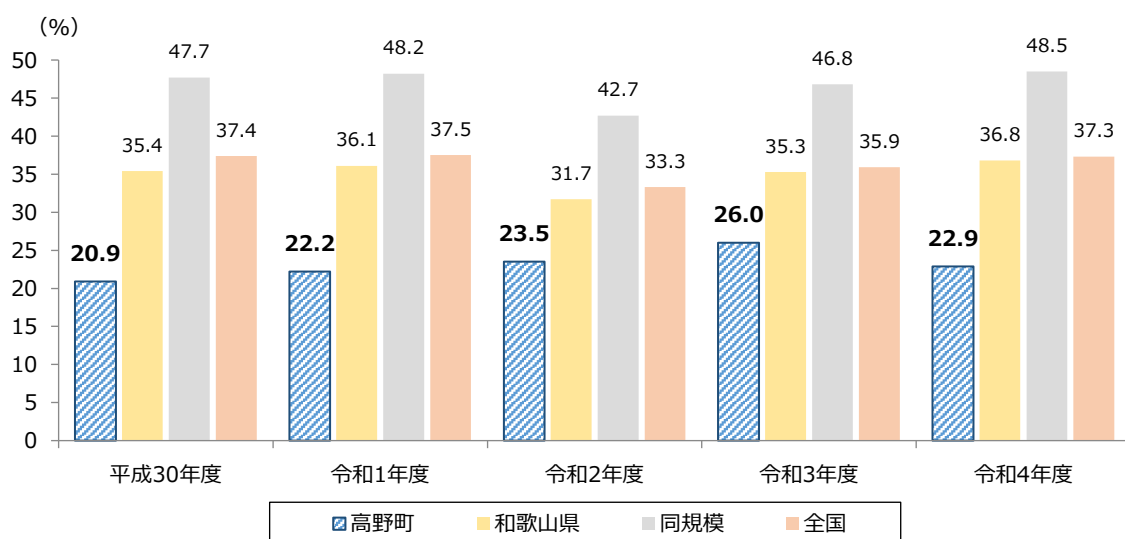
データ出典：KDB 帳票 13～18 厚生労働省様式 3-1～6 (生活習慣病全体のレセプト分析、糖尿病のレセプト分析、高血圧のレセプト分析等) (令和 5 年 7 月) (令和 5 年 11 月抽出)

2. 特定健診・保健指導の状況

(1) 特定健診受診

令和4年度の特定健診受診率は22.9%となっています。平成30年度から令和4年度の5年間では令和3年度の26.0%が最も高い受診率となっています。しかしながら、和歌山県や全国、同規模の自治体と比べても低く、20%台で推移している状況が続いています。

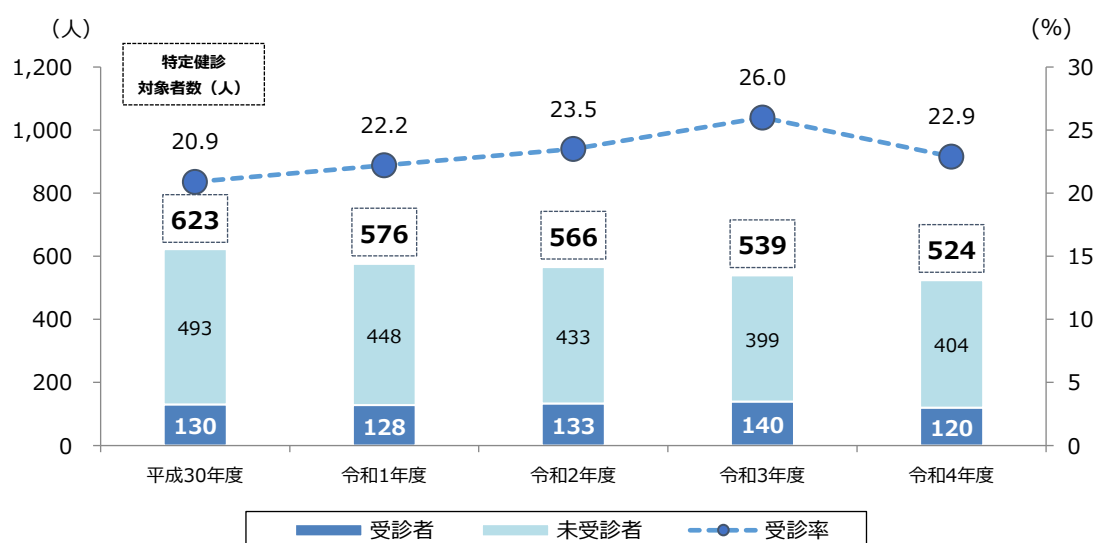
図表 24 特定健診受診率の推移（平成30～令和4年度）



データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

毎年度、特定健診の対象者数は減少傾向となっています。また、平成30年度から令和4年度の5年間では、令和3年度の受診率が最も高く、26.0%、140人が受診しています。

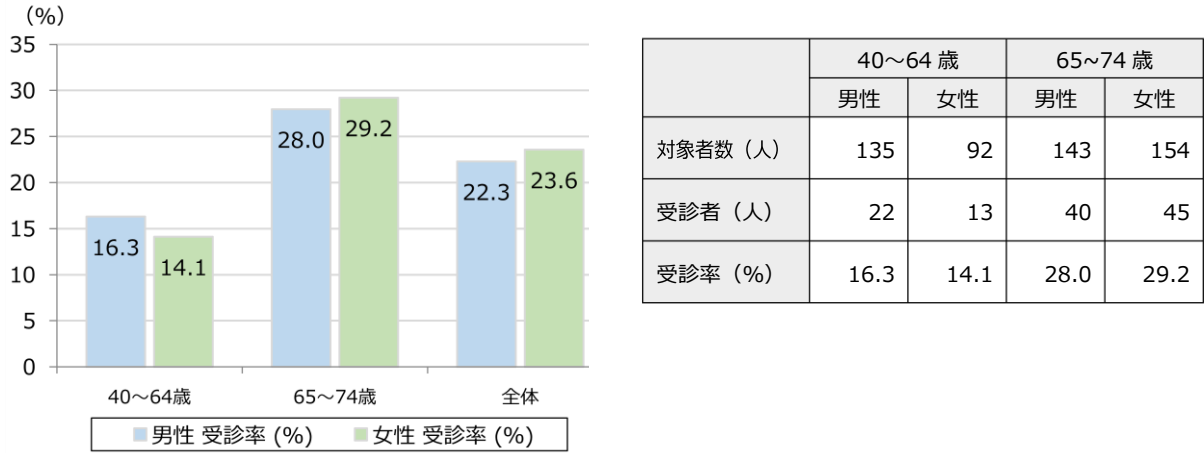
図表 25 特定健診対象者（受診・未受診）と受診率の推移（平成30～令和4年度）



データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

男女別の特定健診受診率では、男性が 22.3%、女性が 23.6%で、その差は 1.3 ポイントで大きな差は見られません。年齢別の受診率を見ると、40～64 歳では男性が 16.3%、女性が 14.1%で、男性が 2.2 ポイント高くなっています。65～74 歳では男性が 28.0%、女性が 29.2%と、女性が 1.2 ポイント高くなっています。両年齢グループともに、男女間での大きな差は見られません。

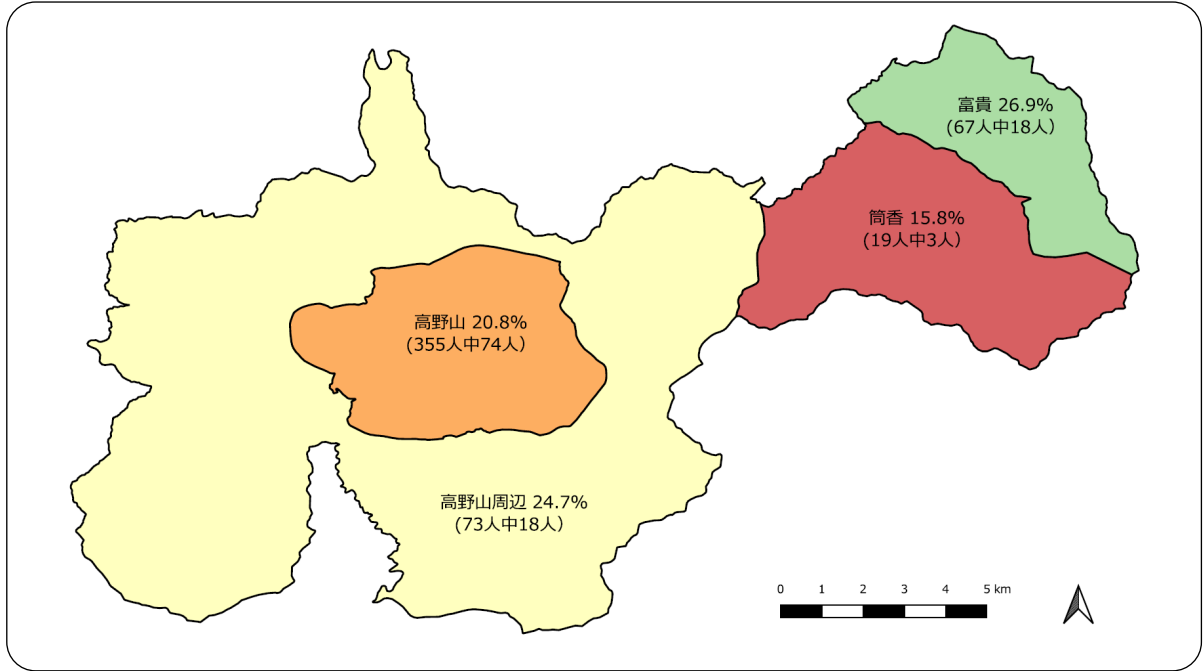
図表 26 男女、年齢別の特定健康診査受診の状況（令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

地区別の特定健診受診率では、高野山地区が 20.8%、高野山周辺地区が 24.7%、富貴地区が 26.9%、筒香地区が 15.8%であり、どの地区においても特定健診受診率が低くなっています。

図表 27 地区別で見る特定健診受診率の状況（令和 4 年度）



備考）特定健診の対象者数が少ない地区である筒香地区、富貴地区では、1 人でも受診すると受診率は大きく変動します。また、「その他」として、特定健診の対象者 10 人中 4 人が健診受診しており、特定健診受診率は 40%です。

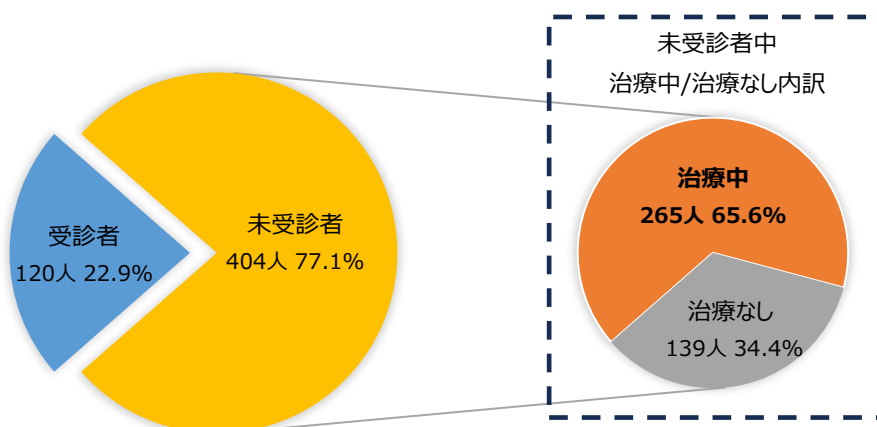
データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（地区別、令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(2) 特定健診未受診者の治療状況

令和4年度の特定健診未受診者は404人、特定健診対象者中77.1%となっています。特定健診未受診者のうち、生活習慣病で医療を受診している人は265人(65.6%)となっており、多くが医療機関にかかりつつも特定健診を受けていない状況となっています。

一方で、医療機関にもかかっていない(治療なし)の者は139人、特定健診未受診者の34.4%となっています。特定健診未受診者の3人に1人は自身の健康状態を把握できていない可能性があります。

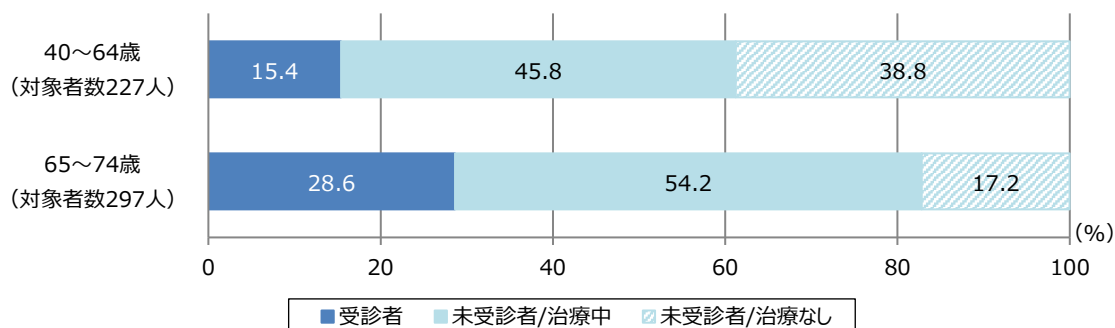
図表 28 特定健診未受診者の治療状況(令和4年度)



データ出典: KDB 帳票 26 厚生労働省様式 6-10 (糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導) (令和4年度) (令和5年11月抽出)

年齢別に見ると、40～64歳および65～74歳の両グループで、生活習慣病の治療中で健診未受診者の割合が高く、40～64歳が45.8%、65～74歳が54.2%とそれぞれの年齢グループで約5割を占めています。また、治療なし(医療機関にかかっていない)で特定健診未受診者の割合は、40～64歳が38.8%、65～74歳が17.2%となっており、40～64歳の若い年齢層では、自身の健康状態を把握できていない割合が高くなっています。

図表 29 年齢別の特定健診未受診者の治療状況(令和4年度)



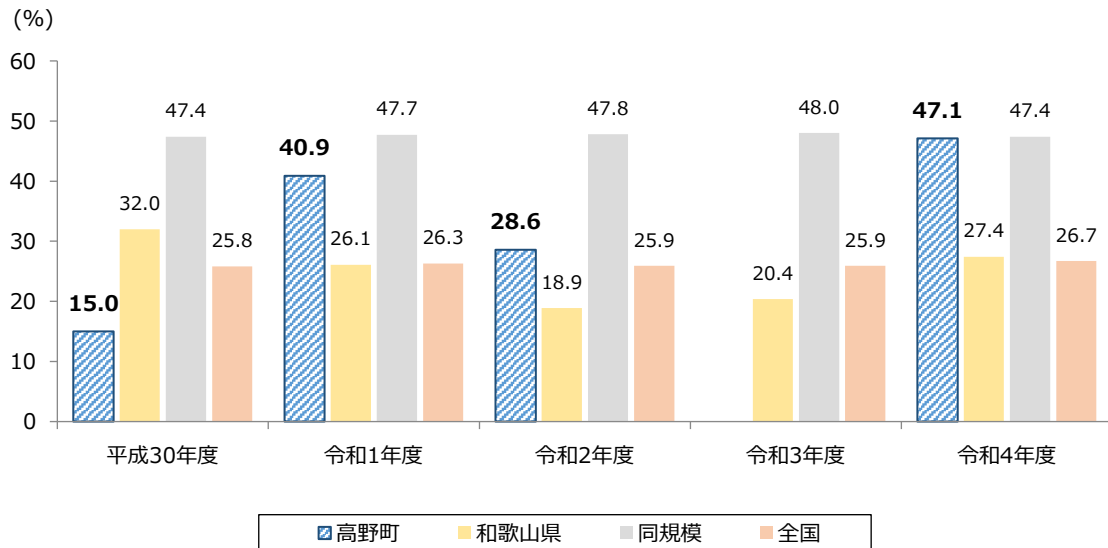
備考) 小数点2位以下を四捨五入で算出しているため、合計が100%にならない場合があります。

データ出典: KDB 帳票 26 厚生労働省様式 6-10 (糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導) (令和4年度) (令和5年11月抽出)

(3) 特定保健指導

令和 4 年度の特定保健指導実施率は 47.1% で、平成 30 年度からの 5 年間で最も高い実施率となっています。しかし、各年度の実施率の大きな変化が見られ、令和 3 年度の実施率は 0% となっています。また、令和 1、2 年度、また 4 年度の実施率は全国、和歌山県と比べると高い割合となっているのに対して、同規模の自治体と比べると低い実施率となっています。

図表 30 特定保健指導実施率の推移（平成 30～令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

支援別の対象者数を見ると、毎年度、対象となる人数にばらつきが見られます。また、実施者数にもばらつきが見られ、動機付け支援では令和 1 年度が最も多く、8 人（対象者 19 人中、42.1%）が保健指導を受けています。積極的支援では令和 4 年度の実施者数が最も多く、5 人（対象者 8 人中、47.1%）が保健指導を受けています。

図表 31 支援別、特定保健指導実施者数の推移（平成 30～令和 4 年度）

年度	動機付け支援			積極的支援			保健指導 実施率 (%)
	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率 (%)	
平成 30 年度	14	2	14.3	6	1	16.7	15.0
令和 1 年度	19	8	42.1	3	1	33.3	40.9
令和 2 年度	13	4	30.8	8	2	25.0	28.6
令和 3 年度	14	0	0.0	6	0	0.0	0.0
令和 4 年度	9	3	33.3	8	5	62.5	47.1

データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(4) メタボリックシンドローム、メタボ予備群

令和4年度のメタボリックシンドローム該当率は23.3%、その予備群該当率は15.8%で、両割合ともに、和歌山県、同規模の自治体、また全国と比べて高い該当率となっています。

図表 32 メタボリックシンドローム、メタボ予備群該当率（令和4年度）

	高野町	和歌山県	同規模	全国
メタボリックシンドローム（%）	23.3	20.5	22.3	20.6
メタボ予備群（%）	15.8	11.2	12.4	11.1

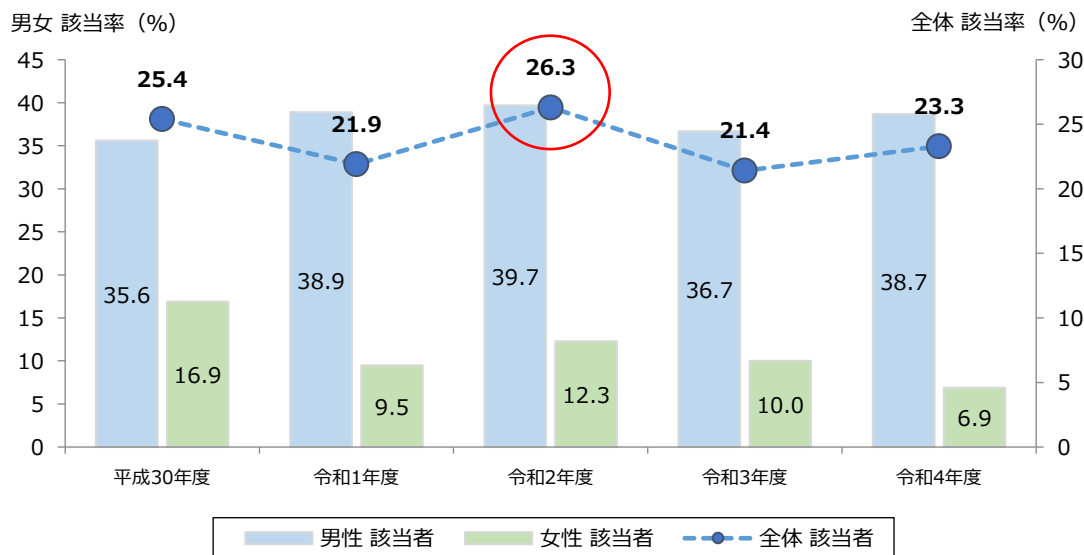
データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和4年度）（令和5年11月抽出）

平成30年度からの5年間におけるメタボリックシンドローム該当率は、約4～5ポイント前後の増減を繰り返して推移しています。その中でも、最も高い該当率は令和2年度の26.3%となっています。

男女別のメタボリックシンドローム該当率の推移を見ると、男性では毎年度30%台後半で微増減を繰り返しています。令和4年度の該当率は38.7%で、平成30年度の35.6%からでは3.1ポイントの増加となっています。

一方、女性では毎年度ごとに微増減を経つつも、全体としては減少傾向が見られ、令和4年度の該当率は6.9%となっています。平成30年度の16.9%からでは10ポイント減少となっています。

図表 33 男女別のメタボリックシンドローム該当率の推移（平成30～令和4年度）



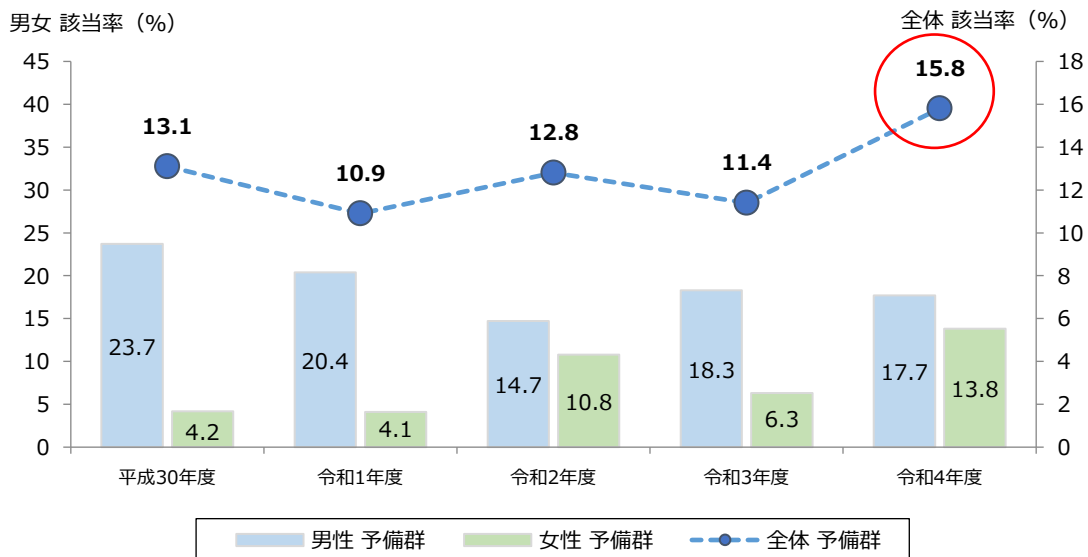
データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

同様に、平成 30 年度からの 5 年間ににおけるメタボ予備群該当率は、令和 3 年度までは約 2 ポイント前後で推移していましたが、令和 4 年度に 15.8%まで増加し、この 5 年間で最も高い割合となっています。

男女別のメタボ予備群該当率の推移を見ると、男性は、平成 30 年度から令和 2 年度まで減少傾向でしたが、令和 3 年度に増加に転じ、18.3%となっています。令和 4 年度は前年度からわずかに減少し、17.7%となっており、平成 30 年度の 23.7%からでは 6 ポイント減少しています。

一方、女性は男性に比べて該当率が低く、平成 30 年度から令和 1 年度までは 4%台で推移していましたが、令和 2 年度に 10.8%で大幅に増加しています。令和 3 年度には一時的に 6.3%まで減少したものの、令和 4 年度に再び 13.8%まで増加しています。また、平成 30 年度からの変化を見ると、男性が 6 ポイント減少している一方で、女性では 9.6 ポイント増加しており、平成 30 年度からでは約 3 倍の該当率となっています。

図表 34 男女別のメタボ予備群該当率合の推移（平成 30～令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

地区別のメタボリックシンドローム該当率は、高野山地区が 19.5%、富貴地区が 27.8%、筒香地区が 66.7%、高野山地区以外が 27.8%となっています。メタボ予備群該当率は、高野山地区が 15.6%、富貴地区が 16.7%、筒香地区が 0.0%、高野山地区以外が 16.7%となっています。

図表 35 地区別のメタボリックシンドローム、メタボ予備群該当率の状況（令和 4 年度）

地区	メタボ割合 (%)	予備群割合 (%)	健診受診者数 (人)
町全体	23.3	15.8	120
高野山地区	19.5	15.6	77
高野山周辺地区	27.8	16.7	18
富貴地区	27.8	16.7	18
筒香地区	66.7	0.0	3
その他	25.0	25.0	4

備考) 上記表の該当率には特定健診受診者が母数として用いられています。母数が小さい場合、該当率が大きくなります。

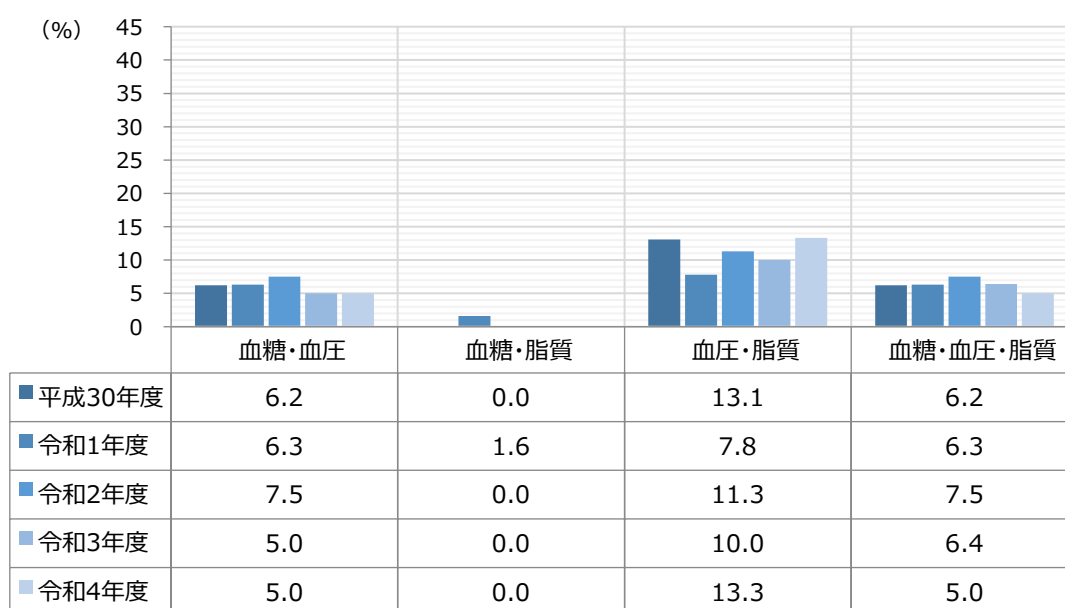
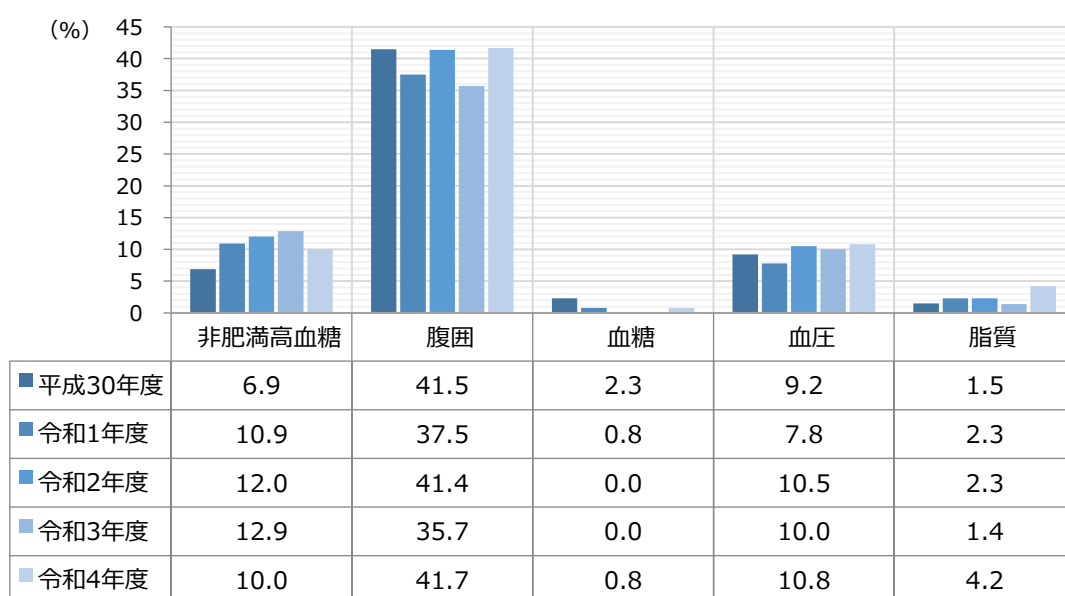
データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（地区別、令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

メタボリックシンドロームのリスク項目別該当率の平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、各年度、ほとんどのリスク項目で増減を繰り返している状況となっています。腹囲は、毎年度、特定健診受診者の 3～4 割が該当しており、令和 4 年度は 41.7%で、平成 30 年度からの変化では大きな変化はありません。

血糖、血圧、脂質の中では、血圧の該当率が高くなっています。リスクが組み合わさった項目としても血圧が含まれている項目（血糖・血圧、血圧・脂質、血糖・血圧・脂質）の該当率は 5.0～13.1%と、血圧・脂質のリスク項目よりも高くなっています。組み合わせで最も高い該当率は血圧・脂質で、令和 4 年度では 13.3%で、平成 30 年度からでは大きな変化はありません。

非肥満高血糖においては、平成 3 年度まで増加傾向でしたが、令和 4 年度に 10.0%に減少しましたが、平成 30 年度の 6.9%からでは 3.1 ポイントの増加となっています

図表 36 メタボリックシンドロームのリスク別該当率の推移（令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(5) 健診有所見者

平成 30 年度から令和 5 年度までの 5 年間の健康診断有所見率の推移を見ると、多くの項目で増減が繰り返されています。

摂取エネルギーの過剰に関連する項目では、特に、BMI の有所見率が著しく減少しており、令和 4 年度は 26.7%で、平成 30 年度の 37.7%からでは 11 ポイントの減少となっています。一方で、ALT (GPT) は唯一の例外であり、平成 30 年度から令和 4 年度にかけて有所見率が増加しており、令和 4 年度は 16.7%で、平成 30 年度の 14.6%からでは 2.1 ポイントの増加となっています。

図表 37 健診有所見率の推移（平成 30～令和 4 年度）：摂取エネルギーの過剰に関連する項目

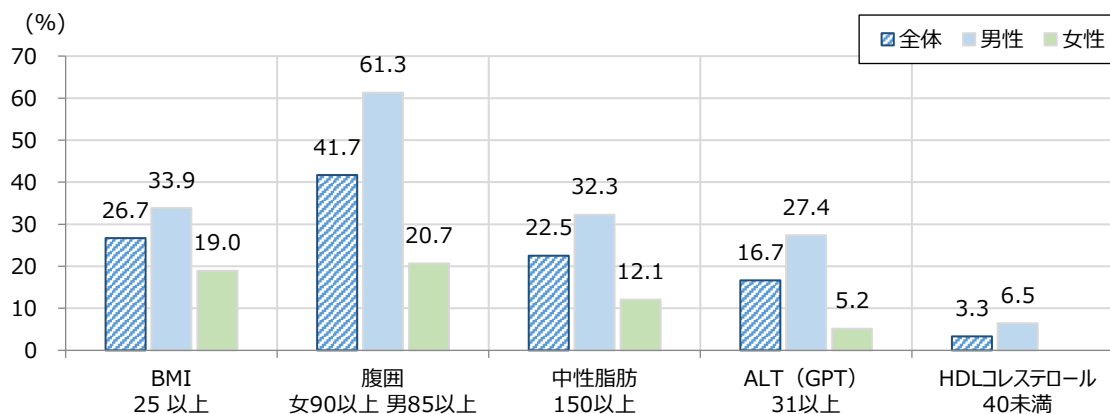
(%)	摂取エネルギーの過剰				
	BMI 125 以上	腹囲 男性 85 以上 女性 90 以上	中性脂肪 150 以上	ALT (GPT) 31 以上	HDL コレステロール 40 未満
平成 30 年度	37.7	41.5	24.6	14.6	4.6
令和 1 年度	37.5	37.5	21.1	17.2	8.6
令和 2 年度	29.3	41.4	23.3	18.0	4.5
令和 3 年度	32.9	35.7	25.0	18.6	3.6
令和 4 年度	26.7	41.7	22.5	16.7	3.3
平成 30 年度と令和 4 年度の差	-11.0	+0.2	-2.1	+2.1	-1.3

データ出典： KDB 帳票 23 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

令和 4 年度の男女別の有所見率では、どの項目においても、男性が女性を大きく上回っています。その中でも、HDL コレステロールは男性の有所見者がおり、有所見率は 6.5%となっています。ALT (GPT) は、男性が 27.4%、女性が 5.2%となっており、男性の有所見率は女性の約 5 倍となっています。腹囲（男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）は、男性が 61%、女性が 20.7%となっており、男性の有所見率は女性の約 3 倍となっています。

また、BMI は、男性が 33.9%、女性が 19.0%となっています。中性脂肪は男性が 32.3%、女性が 12.1%となっています。

図表 38 男女別の健診有所見率（令和 4 年度）：摂取エネルギーの過剰に関連する項目



データ出典： KDB 帳票 23 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

血管を傷つける項目では、収縮期血圧・拡張期血圧の有所見率が平成 30 年度から令和 1 年度にかけて減少しましたが、令和 2 年度から増加傾向に転じ、令和 4 年度になると再度減少しています。収縮期血圧では平成 30 年度から令和 4 年度にかけて大きな変化が見られない一方で、拡張期血圧では、令和 4 年度が 29.2%となっており、平成 30 年度の 32.3%からでは 3.1 ポイントの減少となっています。

HbA1c の有所見率は、平成 30 年度から令和 1 年度に一旦 58.6%まで増加しましたが、令和 2 年度から減少傾向に転じ、令和 4 年度は 50.0%まで減少しています。平成 30 年度の 54.6%からでは 4.6 ポイントの減少となっています。

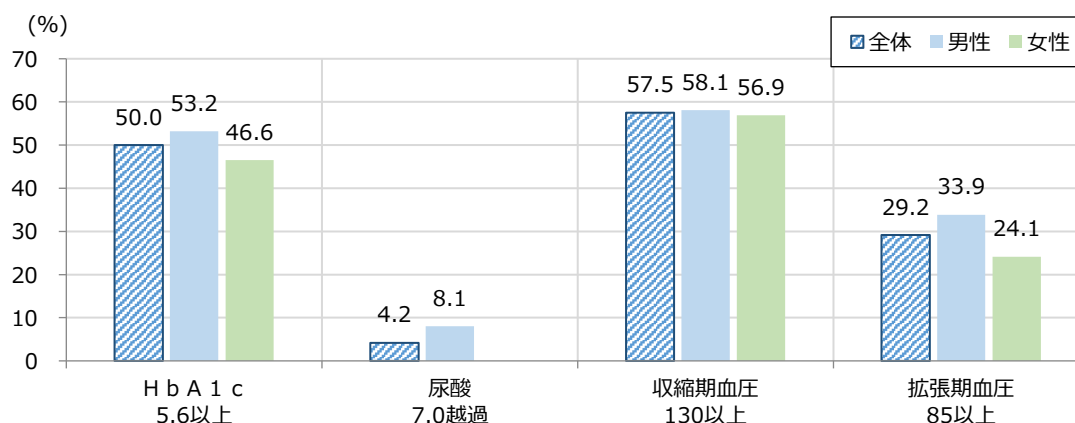
図表 39 健診有所見率の推移（平成 30～令和 4 年度）：血管を傷つける項目

有所見率 (%)	血管を傷つける					
	空腹時血糖 100 以上	H b A 1 c 6.5 以上	随時血糖 食後 3.5 時間以上 100 以上	尿酸 7.0 以上越過	収縮期血圧 130 以上	拡張期血圧 85 以上
平成 30 年度	0.0	54.6	0.0	5.4	56.9	32.3
令和 1 年度	0.0	58.6	0.0	5.5	50.8	20.3
令和 2 年度	0.0	56.4	0.0	3.0	60.9	38.3
令和 3 年度	0.0	56.4	0.0	3.6	67.1	45.7
令和 4 年度	0.0	50.0	0.0	4.2	57.5	29.2
平成 30 年度 と令和 4 年度 の差	—	-4.6	—	-1.2	+0.6	-3.1

データ出典： KDB 帳票 23 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

令和 4 年度の男女別の有所見率では、どの項目においても、男性が女性を上回っています。HbA1c においては、男性が 53.2%、女性が 46.6%と、男性の有所見率が女性よりも 6.6 ポイント上回っています。尿酸は、男性のみ有所見者がおり、有所見率は 8.1%となっています。収縮期血圧では、男性、女性ともに健診受診者の 5 割以上が有所見となっており、男性が 58.1%、女性が 56.9%となっています。拡張期血圧は、男性が 33.9%、女性が 24.1%となっています。

図表 40 男女別の健診有所見率（令和 4 年度）：血管を傷つける項目



備考）上表にて、令和 4 年度の数値が 0 の項目（空腹時血糖、随時血糖）はグラフに含まれていません。

データ出典： KDB 帳票 23 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因である LDL コレステロール有所見率では、平成 30 年度から各年度、増減を繰り返しています。令和 4 年度は 47.5%で、平成 30 年度の 50.8%からでは 3.3 ポイントの減少となっています。

また、臓器障害に関連する項目においても、平成 30 年度から各年度、同様に、有所見率の増減が見られます。令和 4 年度の有所見率では、血清クレアチニンは 4.2%で、平成 30 年度の 3.1%からでは 1.1 ポイントの減少となっています。eGFR は 21.7%で、平成 30 年度の 18.5%から 3.2 のポイント増加となっています。また、心電図有所は 21.7%で、平成 30 年度の 20.8%から 0.9 ポイントの増加となっています。

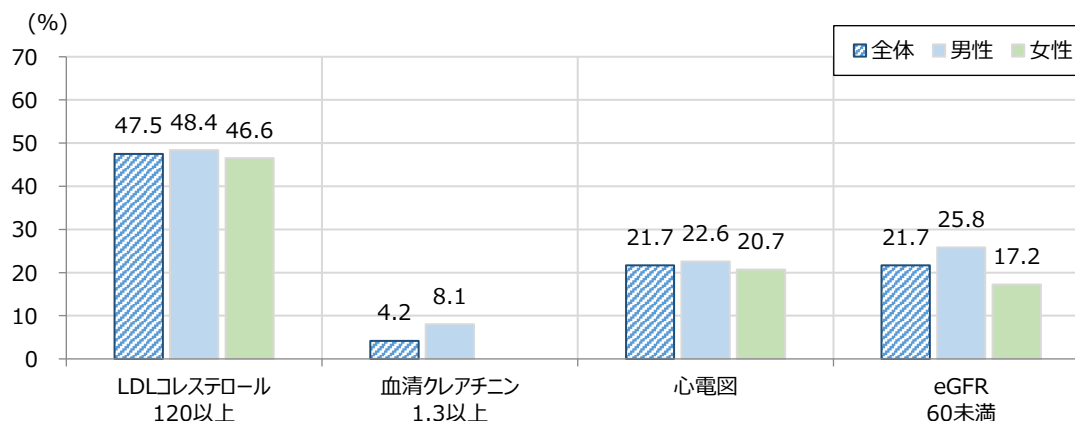
図表 41 健診有所見率の推移（平成 30～令和 4 年度）：
内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因、臓器障害

有所見率 (%)	内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害			
	LDL コレステロール 120 以上	non-HDL コレステロール 150 以上	血清クレアチニン 1.3 以上	eGFR 60 未満	心電図	眼底検査
平成 30 年度	50.8	0.0	3.1	18.5	20.8	0.0
令和 1 年度	53.9	0.0	1.6	17.2	19.5	0.0
令和 2 年度	51.1	0.0	3.0	21.1	23.3	0.0
令和 3 年度	53.6	0.0	2.9	20.0	21.4	0.0
令和 4 年度	47.5	0.0	4.2	21.7	21.7	0.0
平成 30 年度 と令和 4 年度 の差	-3.3	—	+1.1	+3.2	+0.9	—

データ出典：KDB 帳票 23 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

令和 4 年度の男女別の有所見率では、男性の健診有所見率が女性を上回っています。LDL コレステロールは、男女ともに、健診受診者の約 5 割近くが有所見となっており、男性が 48.4%、女性が 46.6%となっています。血清クレアチニンは、男性のみ有所見者がおり、有所見率は 8.1%となっています。心電図では、男女ともに約 2 割が有所見で、男性が 22.6%、女性が 20.7%となっています。eGFR では、男性が 25.8%、女性が 17.2%となっています。

図表 42 男女別の健診有所見率（令和 4 年度）：内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因、臓器障害



備考）上表にて、令和 4 年度の数値が 0 の項目（non-HDL コレステロール、眼底検査）はグラフに含まれていません。

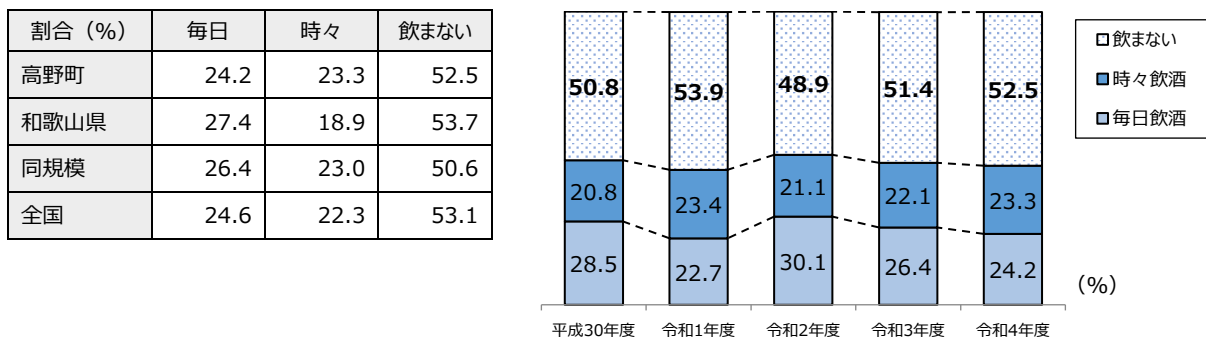
データ出典：KDB 帳票 23 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

(6) 生活習慣(生活習慣質問票)

飲酒習慣の頻度について見ると、令和 4 年度の飲まない人の割合は 52.5%となっており、和歌山県 (53.7%)、全国 (53.1%) と比べると大きな差はありませんが、同規模の自治体 (50.6%) と比べると 1.9 ポイント高くなっています。

平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、令和 2 年度に 48.9%まで減少した後、令和 3 年度から増加傾向に転じています。平成 30 年度の割合 50.8%からの変化は 1.9 ポイントの増加となっています。

図表 43 飲酒頻度の状況 (左テーブル：令和 4 年度、右グラフ：平成 30～令和 4 年度)



備考) 小数点 2 位以下を四捨五入で算出しているため、合計が 100%にならない場合があります。

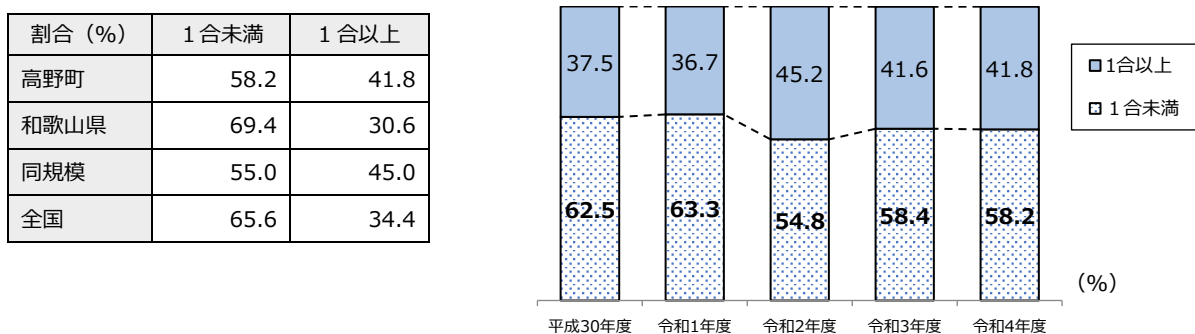
データ出典: KDB 帳票 1 地域の全体像の把握 (平成 30～令和 4 年度) (令和 5 年 11 月抽出)



飲酒している人の飲酒量について見ると、令和 4 年度の飲酒量 1 合未満の人の割合は 58.2%で、和歌山県 (69.4%) と比べると 11.2 ポイント、全国 (65.6%) と比べると 7.4 ポイント低くなっています。一方、同規模の自治体 (55.0%) と比べると 3.2 ポイント高くなっています。

平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、平成 30 年度、令和 1 年度は約 63%でしたが、令和 2 年度に 54.8%まで減少しましたが、令和 3 年度から増加傾向に転じています。平成 30 年度の割合 62.5%からの変化は 4.3 ポイントの減少となっています。

図表 44 一日の飲酒量の状況 (左テーブル：令和 4 年度、右グラフ：平成 30～令和 4 年度)



備考) 小数点 2 位以下を四捨五入で算出しているため、合計が 100%にならない場合があります。

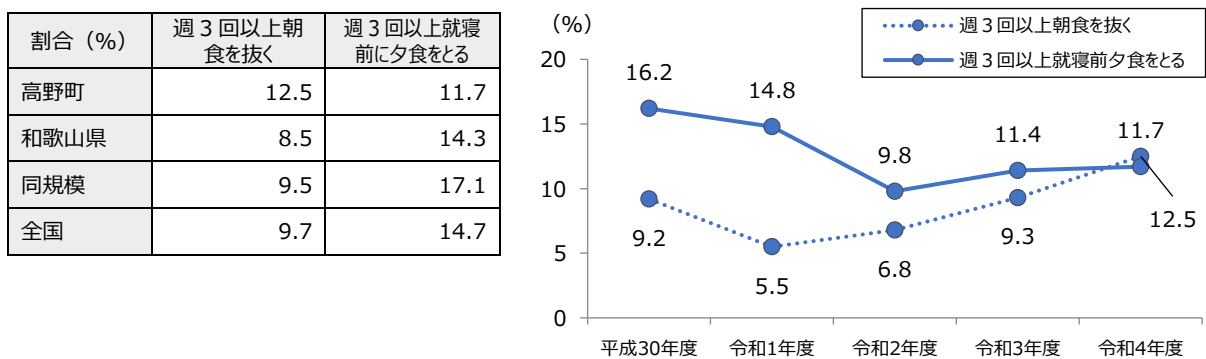
データ出典: KDB 帳票 1 地域の全体像の把握 (平成 30～令和 4 年度) (令和 5 年 11 月抽出)



食習慣について見ると、令和 4 年度の週 3 回以上朝食を抜く人の割合は 12.5%で、和歌山県（8.5%）、同規模の自治体（9.5%）、全国（9.7%）と比べると約 3～4 ポイント高い割合となっています。また、平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、令和 1 年度に 5.5%まで減少しましたが、令和 2 年度から増加傾向に転じています。平成 30 年度の割合 9.2%からの変化は 3.3 ポイントの増加となっています。

週 3 回以上就寝前に夕食をとる人の割合は 11.7%で、和歌山県（14.3%）、同規模の自治体（17.1%）、全国（14.7%）と比べると約 3～5 ポイント低い割合となっています。また、平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、令和 2 年度までは減少傾向でしたが、令和 3 年度から微増加傾向に転じています。平成 30 年度の割合 16.2%からの変化は 4.5 ポイントの減少となっています。

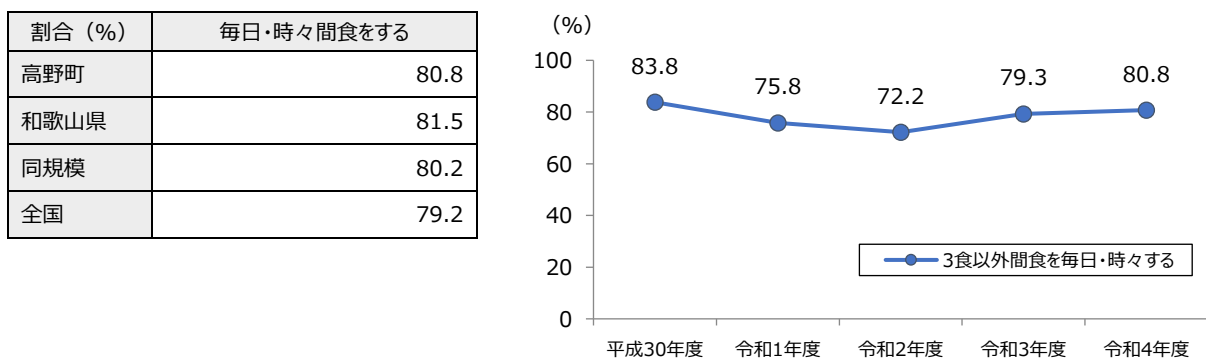
図表 45 朝食、夕食の状況（左テーブル：令和 4 年度、右グラフ：平成 30～令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

令和 4 年度の毎日・時々間食をする人の割合は 80.8%で、和歌山県（81.5%）、同規模の自治体（80.2%）、全国（79.2%）と比べると大差はありません。また、平成 30 年度から 5 年間の推移を見ると、令和 2 年度までは減少傾向でしたが、令和 3 年度から増加傾向に転じています。平成 30 年度の割合 9.2%からの変化は 3.3 ポイントの増加となっています。

図表 46 間食の状況（左テーブル：令和 4 年度、右グラフ：平成 30～令和 4 年度）



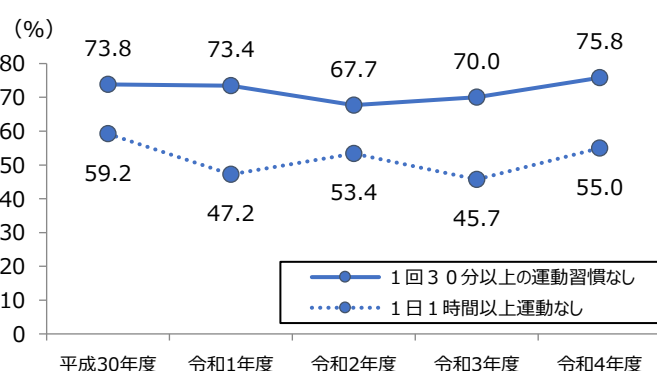
データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

令和 4 年度の 1 回 30 分以上の運動習慣がない人の割合は 75.8%となっています。和歌山県（60.7%）、同規模の自治体（67.6%）、全国（59.3%）と比べると約 8～16 ポイント高い割合となっています。また、平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、平成 30 年度から令和 2 年度までは減少傾向でしたが、令和 3 年度からは増加傾向に転じています。平成 30 年度の割合 73.8%からの変化は 2 ポイントの増加となっています。

令和 4 年度の 1 日 1 時間以上運動をしていない人の割合は 55.0%となっています。和歌山県（49.7%）、同規模の自治体（47.9%）、全国（47.5%）と比べると約 5～7 ポイント高い割合となっています。また、平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、各年度で増減を繰り返しています。平成 30 年度の割合 59.2%からの変化は 4.2 ポイントの減少となっています。

図表 47 運動習慣の状況（左テーブル：令和 4 年度、右グラフ：平成 30～令和 4 年度）

割合 (%)	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし
高野町	75.8	55.0
和歌山県	60.7	49.7
同規模	67.6	47.9
全国	59.3	47.5

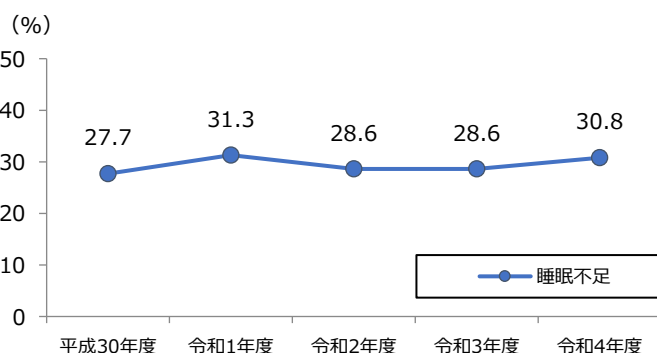


データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

睡眠習慣について見ると、令和 4 年度の睡眠から十分な休養が取れていない（睡眠不足）の人の割合は 30.8%となっており、和歌山県（23.4%）、同規模の自治体（24.4%）、全国（24.9%）と比べると約 6～7 ポイント高い割合となっています。また、平成 30 年度からの 5 年間の推移を見ると、各年度で微増減を繰り返しています。令和 30 年度の割合 27.7%からの変化は 3.1 ポイントの増加となっています。

図表 48 睡眠習慣の状況（左テーブル：令和 4 年度、右グラフ：平成 30～令和 4 年度）

割合 (%)	睡眠不足
高野町	30.8
和歌山県	23.4
同規模	24.4
全国	24.9



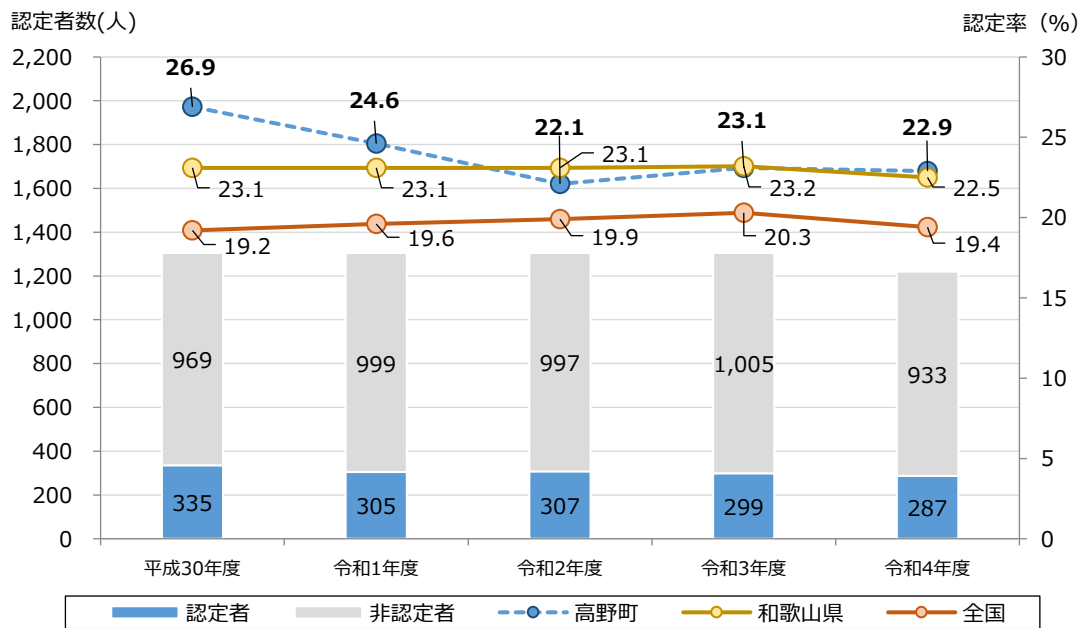
データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成 30～令和 4 年度）（令和 5 年 11 月抽出）

3. 介護保険の状況

(1) 介護認定者、認定率

令和4年度の1号認定率は22.9%で、平成30年度の26.9%からでは4ポイント減少となっています。令和1年度までは和歌山県、また全国と比べて高い認定率となっていました。令和2年度以降は、各年度ともに和歌山県との大きな差は見られません。一方、全国と比べると高い認定率を維持しており、各年度、約2～3ポイント高くなっています。

図表 49 介護認定率と1号認定者数*の推移（平成30～令和4年度）



*1号認定者＝65歳以上が対象です（認定者数＋非認定者数＝介護保険被保険者数）。

データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成30～令和4年度）、（令和5年11月抽出）

令和4年度の2号認定率は0.8%となっており、和歌山県、同規模の自治体、全国と比べると約2倍の認定率となっています。また、平成30年度からの5年間の推移を見ると、和歌山県、同規模の自治体、全国では大きな変化は見られないのに対して、本町では増加傾向が見られます。平成30年度の認定率0.6%からの増加は0.2ポイントとなっています。

図表 50 2号*認定率の推移（平成30～令和4年度）

認定率 (%)	高野町	和歌山県	同規模	全国
平成30年度	0.6	0.4	0.4	0.4
令和1年度	0.6	0.4	0.4	0.4
令和2年度	0.7	0.4	0.4	0.4
令和3年度	0.8	0.4	0.3	0.4
令和4年度	0.8	0.4	0.4	0.4

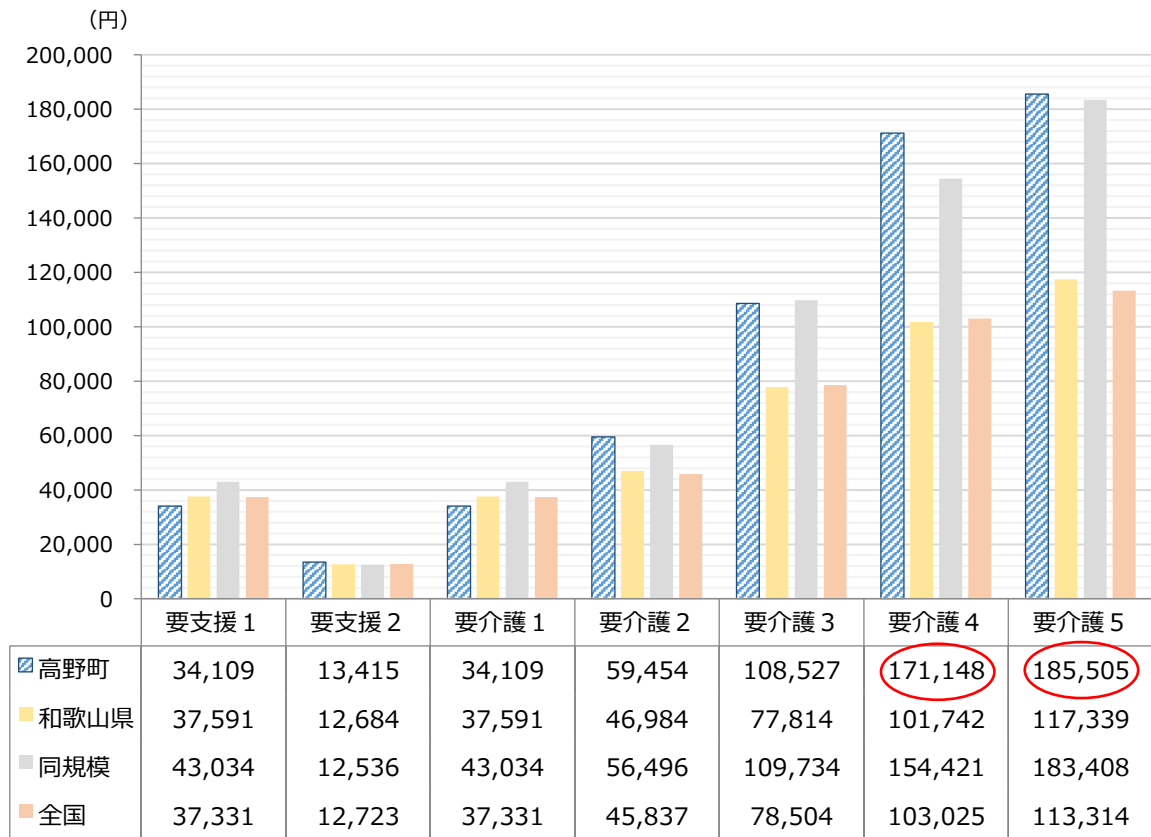
*2号認定者＝40～64歳が対象です。

データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成30～令和4年度）、（令和5年11月抽出）

(2) 介護給付費

令和4年度の1件当たり介護給付費は、要支援1と要介護1を除いて、和歌山県、同規模の自治体、全国と比べると高い費用額となっています。特に、和歌山県、全国と比べると、要介護4では約68,000～69,000円、要介護5では68,000～72,000円、それぞれ高い費用額となっています。

図表 51 要支援・介護度別に見る1件当たり介護給付費（令和4年度）

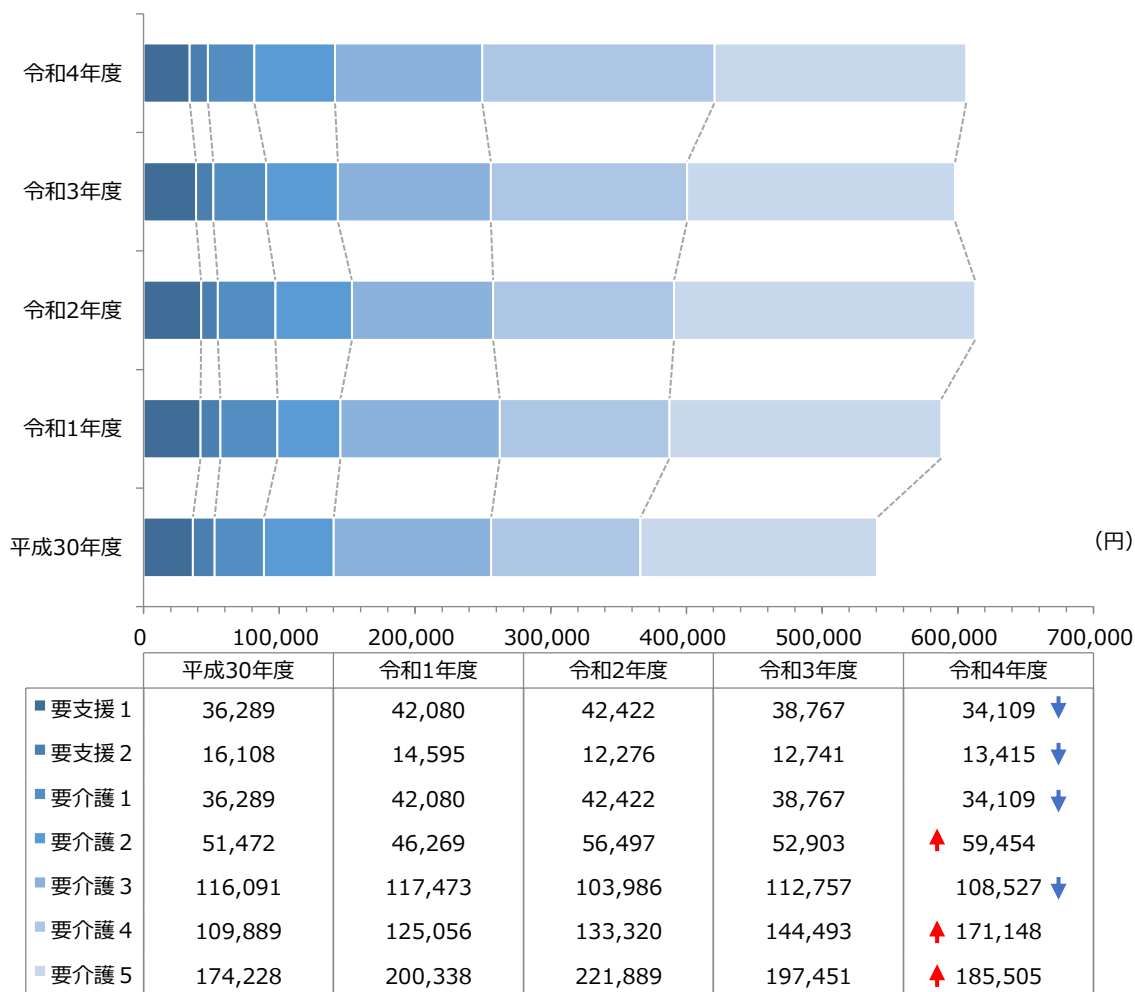


データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（令和4年度）、（令和5年11月抽出）

平成 30 年度から令和 4 年度までの 1 件当たり介護給付費の推移を見ると、各年度で増減を繰り返しているケースが多く、要介護 2、要介護 4、要介護 5 では増加が見られます。一方、要支援 1、要支援 2、要介護 1、そして要介護 3 では減少が見られます。

要介護 4 では、各年度で増加が見られ、平成 30 年度から令和 4 年度にかけて 61,259 円の増加となっており、他の要支援・介護レベルと比べると大幅な増加となっています。また、要介護 3 では、平成 30 年度からの減少幅が他の要支援・介護レベルと比べると大きく、平成 30 年度から令和 4 年度にかけて 7,564 円の減少となっています。

図表 52 要支援・介護度別に見る 1 件当たり介護給付費の推移（平成 30～令和 4 年度）



備考) 平成 30 年度から令和 4 年度の 2 時点での変化を示しています。赤 ↑ は平成 30 年度から増加、青 ↓ は減少を表しています。

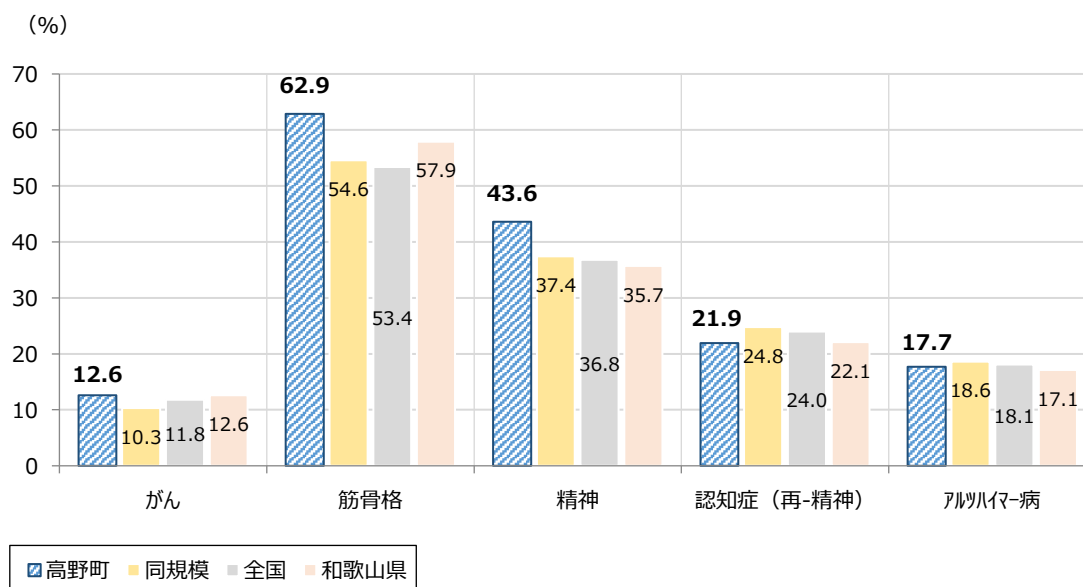
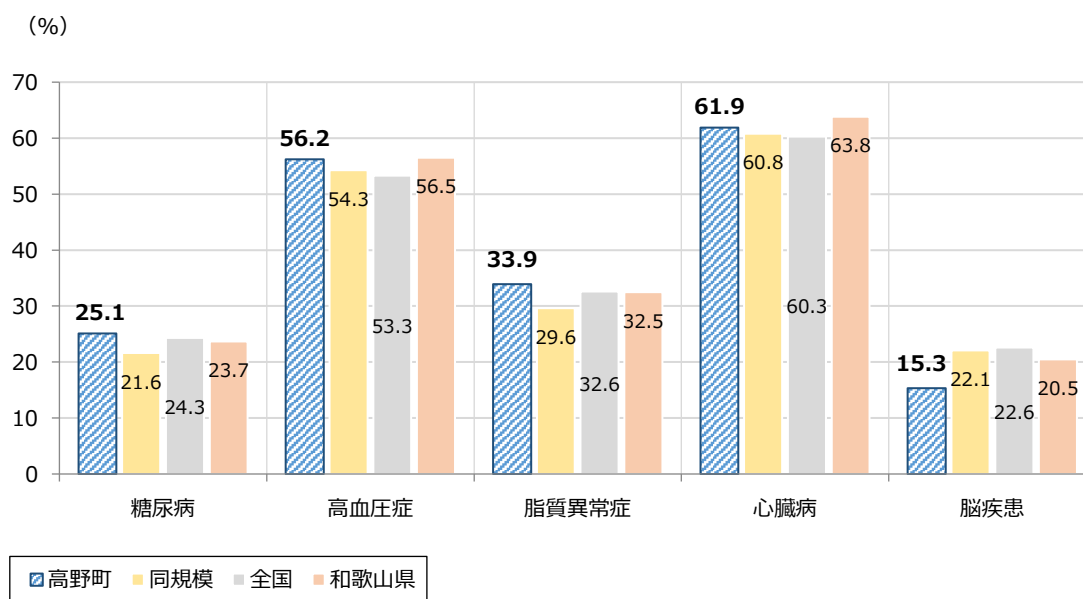
データ出典: KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成 30～令和 4 年度）、（令和 5 年 11 月抽出）

(3) 介護認定者の有病状況

令和4年度の介護認定者の有病状況を見ると、脳疾患や認知症を除く疾患では、和歌山県、同規模の自治体、全国に比べるとやや高い有病率となっています。特に筋骨格疾患は62.9%で、和歌山県、同規模の自治体、全国に比べると約5～10ポイント高い有病率となっています。また、精神疾患は43.6%で、和歌山県、同規模の自治体、全国に比べると約6～8ポイント高い有病率となっています。

一方、脳疾患は15.3%で、和歌山県、同規模の自治体、全国に比べると約5～7ポイント低い有病率となっています。

図表 53 介護認定者の有病状況（令和4年度）

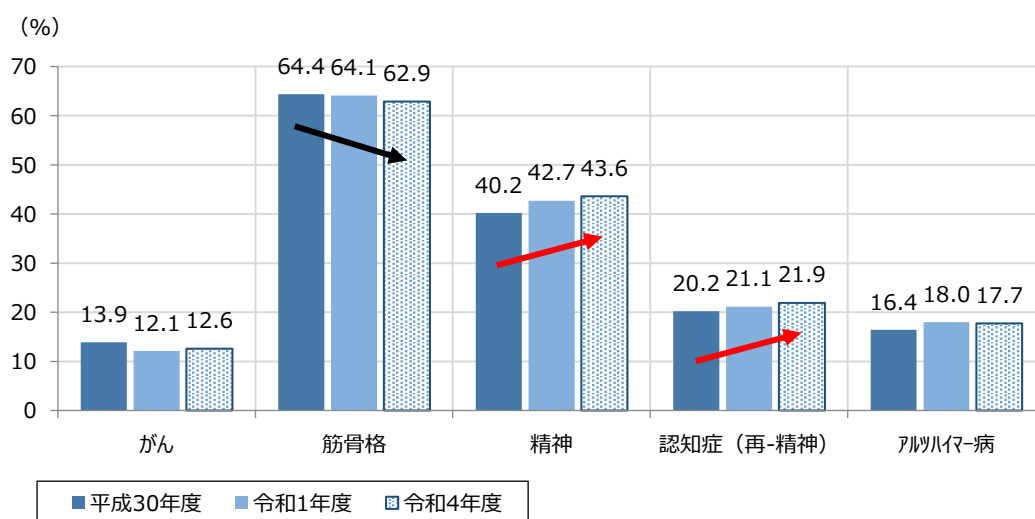
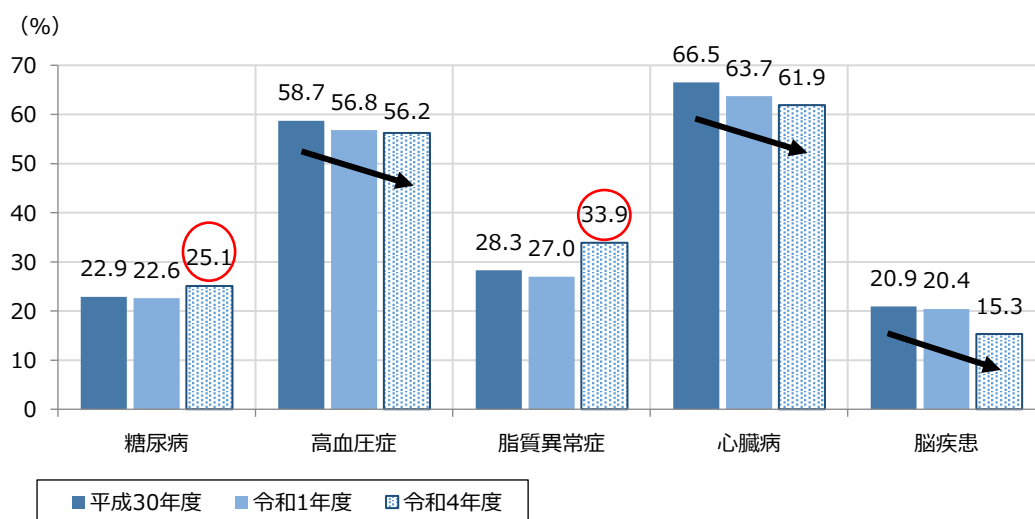


データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（令和4年度）、（令和5年11月抽出）

平成 30 年度、令和 1 年度、令和 4 年度の 3 つの時点における有所見率の推移を見ると、どの疾患においても年度ごとにわずかな変動が見られます。中でも、高血圧症、心臓病、脳疾患、筋骨格疾患では減少傾向が見られます。特に心臓病は令和 4 年度が 61.9%で、平成 30 年度の 66.5%からでは 4.6 ポイントの減少となっています。同様に、脳疾患は令和 4 年度が 15.3%で、平成 30 年度の 20.9%からでは 5.6 ポイントの減少となっています。

一方で、精神疾患、また認知症ではわずかに増加傾向が見られます。さらに、糖尿病では平成 30 年度が 22.9%、令和 1 年度が 22.6%とわずかな減少（0.3 ポイント）が見られたものの、令和 4 年度では 25.1%まで増加しています。同様に、脂質異常では平成 30 年度が 28.3%、令和 1 年度が 27.0%と 1.3 ポイントの減少が見られたものの、令和 4 年度には 33.9%まで増加しています。

図表 54 介護認定者の有病状況：推移（平成 30、令和 1 年度、令和 4 年度）



データ出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（平成 30、1、4 年度）、（令和 5 年 11 月抽出）

第4章 第2期データヘルス計画の評価

1. 評価の目的

平成30年3月に策定した第2期高野町国民健康保険データヘルス計画（平成30年度から令和5年度）に基づき、被保険者の健康保持、また増進に取り組むため、保健事業を実施してきました。第2期計画の最終年度、また第3期計画策定において、事業の評価を把握するとともに目標の達成状況を評価し、次期計画に向け、個別保健事業の方向性と体制や実施方法を検討することを目的に最終評価を行いました。

2. 評価方法

■ 計画全体の目標と実績値の推移

計画の目的・目標を確認したうえで、計画に記載の評価指標（目標）に基づき実績値を収集し、計画初年度（平成30年度）からの実績値の推移を把握し、以下の4段階で評価しました。

a：改善している b：変わらない c：悪化している d：評価できない*

*長期目標のため実績値を毎年度収集できず最終年度のみで評価する場合など。

備考）第2期計画の最終年度は令和5年度ですが、該当年度には評価および次期計画の作成を行うため、速報値または令和4年度の実績を用いて評価を行う場合があります。

■ 個別保健事業の目標への到達状況

計画に記載の評価指標に基づき実績値を収集し、目標への到達状況を確認しました。計画実施期間の初年度である平成30年度から令和4年度までの実施の推移を把握し、最終目標に到達できそうかどうか判断し、以下の4段階で評価しました。

a：目標に到達している

b：目標に到達していないが、最終目標は達成できそう

c：目標に到達しておらず、最終目標も達成できなそうにない（平成30年度と比べて改善している）

d：目標には到達しておらず、平成30年度と比べ悪化している

備考）第2期計画の最終年度は令和5年度ですが、該当年度には評価および次期計画の作成を行うため、速報値または令和4年度の実績を用いて評価を行う場合があります。

■ 個別保健事業の評価と今後の方向性

事業毎に実施状況を整理し、課題と改善点を明らかにしたうえで、次期計画に向け事業の継続、拡充、縮小のいずれかの方向性と、実施体制や方法の工夫や変更を検討しました。これらを踏まえ、次期計画の個別保健事業についても検討しました。

■ 計画全体の今後の方向性

個別保健事業の評価結果と合わせ、計画全体の目標達成のために強化すべき取り組み等を検討しました。その上で、災害、感染症、制度の改正等の動向の動向を踏まえるとともに、住民健康課（国保担当、保健衛生担当）、介護福祉課等の庁内関係部局・担当と連携を図り、加えて、和歌山県、国保連合会の保健事業支援・評価委員会等の庁外関係機関との情報共有を図り、次期計画に向けて評価、見直しを実施しました。

3. 評価結果

■ 計画全体の目標と実績値の推移

データヘルス計画の目的：被保険者各自が生活習慣病等の予防の重要性を理解し、定期健診を受診すること、また保健指導（また医療的介入-投薬など）を必要とする場合は積極的に参加し、改善のための努力が継続でき、生活の質を保ちながら高齢を迎えられるよう、各自で健康管理ができることを目的としています。

計画の目標		実績値						評価
評価指標	最終評価目標 令和 5 年度	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	
① 特定健診受診率	34%*	21.0%	22.1%	23.5%	26.0%	22.9%	—	c
② 特定保健指導実施率	40%*	15.0%	40.9%	28.6%	0%	47.1%	—	a
③ 新規人工透析患者の人数	0 人	—	1 人 (計 4 人)	0 人 (計 4 人)	1 人 (計 3 人)	2 人 (計 4 人)	—	c
評価（４段階） a：改善している b：変わらない c：悪化している d：評価できない								

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

*令和 2 年度の間評価時に目標値を改めました。特定健診受診率は 40%を下方修正し 34%とし、特定保健指導実施率は 25%を上方修正し、40%としました。

■ 個別保健事業の評価

評価指標に基づく評価結果と今後の方向性については、次の「4. 個別保健事業の評価と今後の方向性」に含まれます。

保健事業名	目標値		実績値						評価
	評価指標	最終年度 令和 5 年度	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	
①—1 未受診者の受診勧奨	特定健診受診率	34%*	21.0%	22.1%	23.5%	26.0%	22.9%	—	c
①—2 健康づくり講習会	参加者の健康意識の向上が見られた割合	80%	—	60.3%	70.4%	86.8%	87.9%	88.0%	a
①—3 専門家による健康教室	参加者の健康意識の向上が見られた割合	80%	—	—	—	65.0%	82.1%	78.6%	b
①—4 高野町健康づくりポイント (インセンティブ事業)	特定健診受診率	34%	—	—	—	26.0%	22.9%	—	c
② 特定保健指導 実施率の向上	特定保健指導 実施率	40%*	15.0%	40.9%	28.6%	0%	47.1%	—	a
③ 糖尿病性腎症の 重症化予防	新規人工透析患者の 人数	0 人	—	1 人 計 4 人	0 人 計 4 人	1 人 計 3 人	2 人 計 4 人	—	d
評価（４段階） a：目標に到達している b：目標に到達していないが、最終目標は達成できそう c：目標に到達しておらず、最終目標も達成できなさそうにない（平成 30 年度と比べて改善している） d：平成 30 年度と比べて悪化している									

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

*令和 2 年度の間評価時に目標値を改めました。特定健診受診率は 40%を下方修正し 34%とし、特定保健指導実施率は 25%を上方修正し、40%としました。

4. 個別保健事業の評価と今後の方向性

①—1 未受診者の受診勧奨

平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 年間における特定健診受診率は、令和 3 年度の 26.0%を除き、おおむね 20%台前半で推移しています。令和 4 年度には 22.9%まで減少し、受診率の改善が停滞している状況です。令和 2 年度以降の新型コロナウイルス感染症拡大による社会活動の制限や自粛生活にもかかわらず、本町の特定健診受診率への影響は限定的でした。しかしながら、受診率の安定した改善が見られないことから、特定健診受診率の向上は引き続き町の重要な課題となっています。過去の事業実績に基づいた評価や考察をもとに実施内容を見直し、特定健診受診率の向上を目指して複数のアプローチを組み合わせ、相乗効果を追求していく方針です。

1) 郵送による受診勧奨：

秋の集団健診や個別健診に向けて、未受診者を対象に受診勧奨用リーフレットやハガキを郵送しています。この取り組みは、集団健診のリマインダーとしての役割を果たすだけでなく、受診券を紛失した方に再発行の機会を提供することで、受診券が手元にないことを理由に受診を断念する事態を防ぐ役割も果たしています。

さらに、郵送による受診勧奨に加え、その後の電話によるフォローアップやかかりつけ医からの受診勧奨を実施することで、受診意識の啓発を図り、多面的なアプローチによる健診受診率の向上を目指しています。

今後は、他のアプローチとの連携や実施時期を調整しながら、より効果的なタイミングでの受診勧奨を行うことで、継続的な成果を追求していきます。

2) かかりつけ医による受診勧奨：

町立医療機関と協力し、通院中の特定健診未受診者への受診勧奨を誘導します。本町では、治療中を理由に健診未受診となる方が多いという現状が継続的な課題として挙げられており、これを解決するためには医療機関との連携が不可欠です。引き続き、より積極的で効果的な連携が図れる仕組みづくりを進め、持続可能な健診受診勧奨体制の構築に努めます。

3) 町内イベントでの対面による受診勧奨：

参加者が国保被保険者でない可能性があるため、効果は限定的ですが、対面による受診勧奨は貴重な機会です。個別の声かけを行いつつ、友人同士のグループにも働きかけることで、参加者同士の誘いによる効果が期待できます。そのため、保健師を中心に関係部局と協力し積極的に声かけを行っていきます。また、特定健診の啓発ポスターやチラシを今後も準備し、受診の促進を図ります。

4) 電話による受診勧奨：

国保連合会の「未受診者支援対策」を活用し、未受診者への電話勧奨を実施しています。従来は前年度受診者の未受診者を中心に対象者を抽出していましたが、新規受診者の増加には至らず、受診率向上への効果は限定的でした。令和 5 年度は、例年の対象者抽出方法を見直し、年度の健診受診歴だけでなく、過去 3 年間の受診歴や医療受診状況（生活習慣病治療中）を基に対象者を抽出しました。その結果、速報値による令和 5 年度の受診率が約 30% となり、令和 3 年度の 26.0% を大きく上回る改善が確認されました。ただし、この改善が一時的なものかは断定できません。そのため、令和 5 年度の結果を優良事例として詳細に整理し、実施内容や従来と異なる取組みのポイントを分析して、次年度以降に活かしていきます。

また、事前に準備したフォームを活用し、電話時の反応、不在時の対応、受診しない理由を丁寧に記録することで、次年度以降の勧奨活動へ効果的に活用する仕組みづくりを進めました。今後は、再電話ルールの策定や日程が合わない方へのかかりつけ医での受診提案などを含め、電話勧奨手順の明確化・標準化を進め、マニュアル化を図ることが必要です。また、電話がつながった人数や会話が成立した人数、実際に健診受診につながった人数といった具体的な数値目標を設定し、取組みの効果を詳細に評価します。その結果を基に次年度の改善に繋げ、より効果的な取組みを着実に実施していきます。

事業名	①ー1 未受診者の受診勧奨																																																																																									
目的・目標	特定健診未受診者を分析し、治療の状況や年代別等にグループ分けし、ターゲットにあった資料の配布や受診勧奨方を工夫し、特定健診受診率の向上を図る。																																																																																									
対象者	特定健診未受診者																																																																																									
体制（スタッフ・クチャー）	住民健康課 国保担当者 1 人、保健師 2 人 ※一部、業務委託あり																																																																																									
実施内容（プロセス評価）	1) 郵送による受診勧奨：未受診者を対象者とし、町オリジナルの受診勧奨用のパンフレット・ハガキを作成し、各回、対象となる者に郵送する（年度内 2 回実施。8 月末時点の未受診者→10 月上旬郵送対象、12 月末時点の未受診者→1 月上旬郵送対象）。 2) かかりつけ医による受診勧奨：12 月末の時点で、特定健診未受診者を抽出し、リストを作成し、かかりつけ医に提供。未受診者が通院した際、かかりつけ医から受診を促してもらうよう依頼する。（個別健診は、翌年 2 月末まで伊都郡内の医療機関にて受診可能。集団健診と同じ費用で血液検査を含む特定健診項目を受診できる。） 3) 町内のイベントなどで対面による受診勧奨：町内のイベントや健康づくり教室にて、積極的に声がけを行う。※平成 31 年度より実施している。 4) 前年度に受診をしている未受診者へ電話による勧奨：通常、特定健診を受診しているが、12 月末を過ぎてもまだ未受診となっている人を対象に、主に、電話にて受診勧奨を行う（個別健診は 2 月末まで受診可能）。 なお、特定健診受診者には町内で使用できるゴミ袋の進呈、動脈硬化健診が無料で受診できる特典付き。 →令和 4 年度からゴミ袋の進呈は廃止され、その代わりに、健診受診の自己負担額 500 円が無料となっている。 注：2～4) の実施内容は、以前より、断続的に実施してきた内容であるが、評価指標として明確にされてきてはいなかったため、より丁寧な事業評価を行うために、明記した。今後は、本事業の内容ごと、それぞれの評価目標によって、事業の評価を行うこととする。																																																																																									
アウトプット 評価：実績	1) 郵送による受診勧奨の実施回数（未受診者全員に対して実施） <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>平成 30 年度</th><th>令和 1 年度</th><th>令和 2 年度</th><th>令和 3 年度</th><th>令和 4 年度</th><th>令和 5 年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標値</td><td>2 回/100%</td><td>2 回</td><td>2 回</td><td>2 回</td><td>2 回</td><td>2 回</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table> 2) 医療機関への依頼回数 ※令和 2 年度の中間評価時に改めて設置した評価 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>平成 30 年度</th><th>令和 1 年度</th><th>令和 2 年度</th><th>令和 3 年度</th><th>令和 4 年度</th><th>令和 5 年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標値</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>1 回</td><td>1 回</td><td>1 回</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>100%</td><td>0%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table> 3) 町内のイベントなどでの告知、受診勧奨の実施回数 ※令和 2 年度の中間評価時に改めて設置した評価指標 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>平成 30 年度</th><th>令和 1 年度</th><th>令和 2 年度</th><th>令和 3 年度</th><th>令和 4 年度</th><th>令和 5 年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標値</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>1 回以上</td><td>1 回以上</td><td>1 回以上</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>1 回</td><td>1 回</td><td>1 回</td></tr> </tbody> </table> 4) 電話による受診勧奨の実施回数 ※令和 2 年度の中間評価時に改めて設置した評価指標 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>平成 30 年度</th><th>令和 1 年度</th><th>令和 2 年度</th><th>令和 3 年度</th><th>令和 4 年度</th><th>令和 5 年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標値</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>1 回以上</td><td>1 回以上</td><td>1 回以上</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>1 回</td><td>1 回</td><td>1 回</td></tr> </tbody> </table>							平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	目標値	2 回/100%	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	実績	100%	100%	100%	100%	100%	100%		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	目標値	—	—	—	1 回	1 回	1 回	実績	—	—	—	100%	0%	100%		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	目標値	—	—	—	1 回以上	1 回以上	1 回以上	実績	—	—	—	1 回	1 回	1 回		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	目標値	—	—	—	1 回以上	1 回以上	1 回以上	実績	—	—	—	1 回	1 回	1 回
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度																																																																																				
目標値	2 回/100%	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回																																																																																				
実績	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																				
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度																																																																																				
目標値	—	—	—	1 回	1 回	1 回																																																																																				
実績	—	—	—	100%	0%	100%																																																																																				
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度																																																																																				
目標値	—	—	—	1 回以上	1 回以上	1 回以上																																																																																				
実績	—	—	—	1 回	1 回	1 回																																																																																				
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度																																																																																				
目標値	—	—	—	1 回以上	1 回以上	1 回以上																																																																																				
実績	—	—	—	1 回	1 回	1 回																																																																																				
アウトカム 評価：実績	特定健診受診率 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>平成 30 年度</th><th>令和 1 年度</th><th>令和 2 年度</th><th>令和 3 年度</th><th>令和 4 年度</th><th>令和 5 年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標値</td><td>30.0%</td><td>32.0%</td><td>34.0%</td><td>30.0%*</td><td>32.0%*</td><td>34.0%*</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>21.0%</td><td>22.1%</td><td>23.5%</td><td>26.0%</td><td>22.9%</td><td>—</td></tr> </tbody> </table> *令和 2 年度の中間評価の際、令和 3 年度以降の目標値を下方修正しました。							平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	目標値	30.0%	32.0%	34.0%	30.0%*	32.0%*	34.0%*	実績	21.0%	22.1%	23.5%	26.0%	22.9%	—																																																															
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度																																																																																				
目標値	30.0%	32.0%	34.0%	30.0%*	32.0%*	34.0%*																																																																																				
実績	21.0%	22.1%	23.5%	26.0%	22.9%	—																																																																																				

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

①—2 健康づくり講習会

健康づくり講習会では、毎年様々な生活習慣病のテーマを提供し、町民の健康意識向上を促進し、特定健診への自発的な受診を促しています。継続的な参加者が飽きずに楽しみながら学べるよう、自前の教材を作成し、減塩メニューの試食を提供し、運動の時間では自宅で行えるストレッチや筋トレの方法を参加型の実践を交えて行っています。

参加者アンケートの結果から、講習会参加を経て健康意識が高まったと回答する割合は令和3年度以降に各年度80%台後半に達しており、令和3～5年度の目標は達成できています。ただし、参加者数には年度ごとのばらつきがあり、今後の課題は各年度で参加者を確保する方法です。継続的な参加者に加え、各年度新規での参加者を確保できるよう、告知や参加勧奨の方法を検討していきます。

事業名	①—2 健康づくり講習会					
目的・目標	生活習慣病や特定健診について適切な情報を提供することにより、町民の健康意識の向上を図り、また、特定健診の受診を促し、特定健診受診率の向上を目指す。					
対象者	特定健診対象者とその家族、健康に関心のある町民					
体制（ストラクチャー）	住民健康課 国保担当者1名、保健師2名 ※一部、業務委託あり（栄養士1名、運動指導士1名を含む）					
実施内容（プロセス評価）	☐ 町民の健康意識の向上を図るため、生活習慣病について、また関連する栄養や運動について実践を含む内容の講習会を開催する（1回2時程度）。 ☐ 講習会は主に生活習慣病に関連している内容で構成されており、高野町診療所の医師または担当保健師による講話、地域の管理栄養士による食生活・習慣についての講話、また運動/作業療法士による実践的な内容としている。年度ごとにテーマを変えて開催している。 ☐ 町内の3地区で開催。通常12～1月中に開催。開催の告知は事前に町内の回覧板で行う。参加者アンケートを実施し、事業評価、改善に役立てる。					
アウトプット 評価：実績	延べ参加者人数：50人以上（約5割が特定健診対象者、または国保被保険者）					
		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	目標値	50人以上	50人以上	50人以上	50人以上	50人以上
アウトカム 評価：実績	実績	—	63人中29人	27人中13人	53人中14人	23人中7人
	「健康意識が高まった」「はい」の割合（参加者アンケートの設問を集計）					
		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	目標値	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%*	80.0%*
	実績	—	60.3%	70.4%	86.8%	86.6%
*令和2年度の間接評価の際、令和3年度以降の目標値を下方修正しました。						

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。



①—3 専門家による健康教室 ※令和 3 年度より新規事業

通院中で特定健診未受診者に受診を促すため、前述の 4 つの取り組みに加え、令和 3 年度から健康教室を導入しました。この教室では、専門家の指導の下で、（現在は）高血圧症に焦点を当てており、日ごろ血圧が高い方や治療中の方を主な参加対象としています。自発的な参加者（対象者①）以外にも、KDB システムを活用して高血圧治療中且つ健診未受診者（対象者②）を抽出し、電話で教室への個別な参加を促しています。本教室では特定健診に関する質問や秋の集団健診、かかりつけ医での健診について、未受診者に対して個別に説明を行っています。

教室全般に対する参加者の反応は好評で、今後も継続していく予定です。しかしながら、参加者数の減少傾向が見られるため、今後は参加者の確保と増加に努める必要があります。特に、本事業では特定健診の受診を促すことを目的の 1 つとしているため、治療中でありながら健診未受診の方々に対し呼びかけの時間を十分に確保し、教室への参加を積極的に行います。同時に、実施時期や回数、体制、実施内容の見直しを適宜行い、より多くの方々が利用できる健康教室を目指します。今後の展開としては、生活習慣病の重症化予防にも力を入れた内容を提供できるよう検討していきます。



事業名	①—3 専門家による健康教室 ※令和 3 年度からの新事業						
目的・目標	専門医・専門家から生活習慣病に関する正しい知識を学び、日常の健康管理や生活習慣の改善に取り組む支援を行います。 また、参加者へ個別での治療中且つ健診未受診者への特定健診受診勧奨を行います。生活習慣病対象者が自ら日々の健康管理に努め、適切な医療を受けるとともに、毎年特定健診を受診する人数の増加を目指します。						
対象者	①日ごろの血圧が高い人、気になる人（自主的参加）、②高血圧治療中で特定健診未受診者（電話による参加勧奨）						
体制（スタッフ・ラチャ）	住民健康課 国保担当者 1 名、保健師 2 名 ※一部、業務委託あり（専門医 1 名、運動指導士 1 名を含む）						
実施内容（プロセス評価）	☐ 毎年度、夏～秋の集団健診前までに実施する。1 回、2 時間程度。 ☐ 専門家・専門医が実施する 2 部構成として、前半は高血圧症について専門的な内容を学ぶ時間、後半は自宅できる運動やストレッチを中心に体験しながら学ぶ時間で構成する。 ☐ 現在は高血圧症をテーマにした教室としているが、年度ごとに町の健康・医療の現状を把握し、必要に応じて実施テーマや内容を調整する。 ☐ 回覧での告知を行う。また、治療中且つ健診未受診者（例：高血圧症治療中且つ健診未受診者）、また健診結果を基に優先順位が高い者を予め抽出し、電話等で、個別に参加を促す。 ☐ 毎回、参加者アンケートを実施し、事業評価、改善に役立てる。						
アウトプット 評価：実績	延べ参加者人数：30 人以上						
		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
	目標値	—	—	—	30 人以上	30 人以上	30 人以上
	実績	—	—	—	40 人	28 人	28 人
アウトカム 評価：実績	「病気や予防について正しい情報を得ることができた、理解を深めることができた」「はい」の割合（参加者アンケートの設問を集計）						
		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
	目標値	—	—	—	80%	80%	80%
	実績	—	—	—	65.0%*	82.1%	78.6%

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

*この数値は、「本日の『健康教室』についてご感想をお聞かせください」と言う複数回答の設問で、その選択肢の一つにある「新しい情報を得ることができた」を選択した人の割合です。

①—4 高野町健康づくりポイント(インセンティブ事業) ※令和3年度からの新規事業

令和3年度に導入された本事業は、特定健診やがん検診等の受診、また町の保健事業への参加を通じてポイントを貯め、景品に応募できる仕組みです。特定健診の受診を景品応募の必須条件とすることで、受診率の向上を促進するとともに、がん検診や個人の健康づくりなど、町民一人ひとりの健康促進を目指しています。

令和4年度の実施状況では、応募者数は全体で19人にとどまり、目標には達しませんでした。今後の改善が求められます。特に、本事業の認知度が低いことが主要な課題として挙げられます。この課題に対応するため、告知の方法や時期を柔軟に見直し、役場窓口や医療機関でのチラシ設置を強化するとともに、地域広報誌やSNSを活用した情報発信の充実を図ります。

また、ポイント台帳の配布についても改善が必要です。現在、国保被保険者や集団健診受診者への配布は実施できていますが、それ以外の町民への配布が十分に行われていません。この課題を解決するため、国保窓口だけでなく、他の役場窓口や町内の医療機関等にポイント台帳を設置し、より広く町民に行き渡るよう取り組みます。さらに、郵送による配布や町内イベントでの配布を検討し、事業の認知度向上と利用者増加を図ります。

加えて、本事業の認知度は一定程度あるものの、応募に至らない町民も少なからず存在しているため、より応募しやすい環境を整えることが求められます。そのため、健康ポイント台帳のデザインや応募ポイント数・条件を含めた応募方法全般の見直しを進め、事業の利便性向上を図ります。これらの取り組みを通じて、本事業の認知度向上と応募促進を強化し、特定健診受診率の向上にも繋げていきます。

事業名	①—4 高野町健康づくりポイント(インセンティブ事業) ※令和3年度からの新事業					
目的・目標	町民の健康意識の向上や日々の健康増進に取り組むきっかけづくりを目的とし、特定健診受診率の向上へ繋がります。					
対象者	国保被保険者を含む40歳以上町民					
体制(ストラクチャー)	住民健康課 国保担当者1人					
実施内容(プロセス評価)	☐ 町の特定健診やがん検診等の受診、また健康教室や健康関連のイベントに参加することでポイントが付与され、規定ポイントが貯まると、特典に応募できる、または進呈される。 ☐ 対象となる事業：町が実施している各種健診・がん検診等(個別健診・検診も含む)、健康づくりウォーキング、健康づくり講習会、他 健康づくり・増進に関連する講演会、教室など。 ☐ 4月～翌年2月末までの活動をポイント対象期間とする。 年度月上旬に町の広報誌、HP等で告知・周知を行う。 特定健診のお知らせ、受診勧奨用リーフレットに掲載し、特定健診受診を促す。					
アウトプット 評価：実績	利用者数：100人(約5割が特定健診対象者、または国保被保険者)					
		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	目標値	—	—	—	100人	100人
	実績	—	—	—	—	19人
※速報値(2024年3月)						
アウトカム 評価：実績	特定健診受診率					
		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	目標値	—	—	—	30.0%*	32.0%*
	実績	—	—	—	26.0%	22.9%

備考) 表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

② 特定保健指導実施率の向上

初回面接に向け、特定保健指導対象者へ結果説明会への出席を促しているものの、出席者は少ない状況です。また、以前から課題となっている保健師を含む人員不足や、実施体制の改善が十分に進んでおらず、年度ごとに保健指導の実施率にばらつきが見られます。

今後は、安定した保健指導を行うため、実施体制を見直します。加えて、保健師以外の職員も適切なサポートや支援ができるようにし、関係者間での情報共有を徹底します。さらに、担当保健師、また国保担当が不在の場合でも、関係者間で情報を共有し、実施状況を正確に把握できる体制を整えることで、保健指導の安定した運営と実施率の向上に努めます。

事業名	② 特定保健指導実施率の向上						
目的・目標	初回の面接だけで終わるのではなく、継続して生活改善、生活習慣病予防に取り組んでもらえるよう、町内での実施体制を整え、特定保健指導実施率の向上に努める。						
対象者	保健指導対象者（健診・検査結果より階層化し抽出）						
体制（ストラクチャー）	住民健康課 国保担当者 1 人、保健師 2 人						
実施内容 （プロセス評価）	集団健診受診からの保健指導対象者：集団健診後、特定健診の結果報告会にて、初回面接を実施する。報告会に参加できなかった特定保健指導対象者には、電話、郵送にて必要な情報の提供を行い、必要な保健指導、予防・改善への支援が受けられるようにする。個別健診からの保健指導対象者：結果が分かり次第、個別に連絡をとり、随時行う。 ※詳細は、本計画の第 6 章 第 4 期特定保健指導等実施計画を参照。						
アウトプット 評価：実績	初回面接の利用率：50%（利用率＝説明会にて面接を利用した人数/保健指導対象者数）						
		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
	目標値	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実績	0.0%	60.0%	33.3%	33.3%	0.0%	—
アウトカム 評価：実績	特定保健指導実施率						
		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
	目標値	10.0%	12.5%	15.0%	37.0%*	39.0%*	40.0%*
	実績	15.0%	40.9%	28.6%	0.0%	47.1%	—
*令和 2 年度の間接評価の際、令和 3 年度以降の目標値を上方修正しました。							

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

③ 糖尿病性腎症の重症化予防

HbA1c6.5 以上に該当する者の中で医療機関未受診となっている者はいない状況です。医療機関受診中で HbA1c6.5 以上の者は糖尿病の重症化予備群として、医療の状況や腎機能の低下状況を経年で把握し、重症化予防に繋げるよう取り組んでいます。これらの予備群該当者に対しては、糖尿病性腎症について情報提供や生活習慣改善など適切な保健指導を実施しています。しかしながら、以前から課題となっている保健師を含む人員不足や、実施体制の改善が十分に進んでおらず、例えば、初回指導後の経過を把握することが出来ないケースもある状況です。対象者の抽出・保健指導開始時期等を含む実施内容の見直し、また実施においての役割分担を明確化、関係者間の情報共有が求められます。人工透析患者を増やさない、また重症化をさらに悪化させないためにも必要な保健指導が実施できるような体制構築に努めます。

事業名	③ 糖尿病性腎症の重症化予防					
目的・目標	リスクが高い者に対して適切な情報提供、また医療受診勧奨を行うことにより、糖尿病性腎症の悪化・重症化を防ぎ、新規人工透析患者を増やさないことを目指す。					
対象者	HbA1c が 6.5%以上かつ尿蛋白が+ 以上、または eGFR が 45ml /分/1.73 m ² 未満の者					
体制（ストラクチャー）	住民健康課 国保担当者 1 人、保健師 2 人 ※一部、業務委託あり					
実施内容（プロセス評価）	健診結果より対象者を抽出し、対象者の治療状況を把握する。医療未受診者には医療受診勧奨を電話、またはハガキ等で行う。また、医療未受診者以外も含め、対象者には、個別に面接・栄養指導を随時行う。健康づくり講習会にて、面接、相談が可能としている。					
アウトプット 評価：実績	対象者全員へ勧奨実施率：100%					
		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
	目標値	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	実績	—	—	—	—	—
アウトカム 評価：実績	新規人工透析患者数					
		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
	目標値	新規 0 人	新規 0 人	新規 0 人	新規 0 人	新規 0 人
	実績	—	1 人 (計 4 人)	0 人 (計 4 人)	1 人 (計 3 人)	2 人 (計 4 人)

備考）表中「—」は、該当する数値が不明、評価不可能を表します。

■和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（Ver.2 2019 年 3 月）

対象			対応	対応内容
ヘモグロビン A1c 6.5 以上	軽症	ヘモグロビン A1c 6.5 以上 7.0 未満 または、空腹時血糖 126mg/dl 以上	受診勧奨	手紙(受診勧奨)、パンフレットによる情報提供 →3か月後レセプト等による受診確認
	中等症	ヘモグロビン A1c 7.0 以上 8.0 未満 または、空腹時血糖 130mg/dl 以上	受診勧奨	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 →3か月後レセプト等による受診確認
	重症	ヘモグロビン A1c 8.0 以上 または、空腹時血糖 160mg/dl 以上	受診勧奨	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨
		腎機能障害のある者 尿蛋白(+)以上、eGFR 45 未満	受診勧奨 優先介入	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨

第5章 第3期データヘルス計画

1. 健康課題の抽出・明確化

	健康課題
特定健診 受診率の向上	町の総医療費は令和3年度以降減少傾向にあり、特に入院費医療費の低下が大きな影響を与えています。しかし、令和4年度の1人当たり医療費は平成30年度と比べると微増しています。これは被保険者数の減少に伴い、1人当たりの負担額が増加していることが考えられます。 また、医療費割合で見ると、生活習慣病が大きな割合を占めており、特に糖尿病が7.2%、高血圧症が4.0%、脳出血3.6%となっています。国保被保険者の約半数が生活習慣病である一方で、特定健診の受診率は低迷しており、特に治療中で健診未受診者が全体の約7割を占める状況が認められます。病気の早期発見予防と医療費抑制のためには、特定健診受診率の改善と継続的な向上が必要です。
特定保健指導 実施率の向上	令和4年度のメタボリックシンドローム、メタボ予備群該当率は、和歌山県、同規模自治体、また全国と比べて高く、増減を繰り返しています。令和4年度の特定保健指導実施率は47.1%と増加しましたが、各年度で見ると安定した実施率を確保することが出来ていない状況です。病気の発病、また重症化予防のためにも、特定保健指導実施率の向上が引き続き重要です。
生活習慣病の 重症化予防	男女ともに、令和4年度の健診受診者のうち約5～6割が、収縮期血圧、血糖、LDL コレステロールの有所見者です。さらに、高額医療レセプトにおいては、脳内出血が14件（平均約61万円）で最多であり、腎不全41件、統合失調症22件に次いで多い状況です。 高齢者の有病状況からも、生活習慣病の割合が目立ちます。特に心臓病が約6割、高血圧症が約5割と多く見られます。生活習慣病の進行は、日常生活への制約や要介護の可能性を引き起こすため、予防と早期治療、管理が重要な課題と言えます。
糖尿病性腎症の 重症化予防	令和4年度の人工透析患者は4人で、レセプト件数は42件で、1件当たりの費用は約43万円です。全体の人工透析患者数には変動はありませんが、患者の入れ替わりがあり、新規患者も確認できます。人工透析患者レセプトの中で、糖尿病の合併症である糖尿病神経障害が10件、高血圧症が37件、虚血性心疾患が26件を含んでいます。 糖尿病性腎症の重症化は慢性腎不全（CKD）や他の生活習慣病の悪化、また糖尿病の合併症の発症リスクを高めます。特に、CKDが進行し、腎臓機能が著しく低下すると人工透析治療が必要となります。町民の健康と医療制度全体の持続可能性を実現させるためには、予防と早期治療に更なる注力が必要です。
特定健診受診の 促進、生活習慣 の改善	生活習慣の課題としてあげられるのは、運動習慣（1回30分以上の運動習慣がない、1日1時間以上運動をしていない）、飲酒量（1合以上の飲酒）、睡眠不足、喫煙、朝食（週3回以上朝食を抜く）です。これらの課題に関する該当率は、和歌山県、同規模自治体、また全国と比べて高い状況です。ひとり1人の健康意識の向上と、適切な支援環境や情報提供が求められます。特に、適切な支援を提供できるようにするために、特定健診受診を促進し、被保険者の健康状態を把握できるよう努める必要があります。

2. 第3期計画の目的、目標、目標を達成するための戦略

(1) 計画(保健事業全体)の目的の設定

被保険者各自が生活習慣病等の予防の重要性を理解し、定期健診を受診すること、また保健指導（また医療的介入-投薬など）を必要とする場合は積極的に参加し、改善のための努力が継続でき、生活の質を保ちながら高齢を迎えられるよう、各自で健康管理ができることを目的とします。

(2) 計画(保健事業全体)の目標の設定

目標を達成するための主な戦略としては、部署間の連携を図り、地域の医療機関や医師、専門家と協力体制を築き、より質の高い効果的・効率的な保健事業の実施に努めます。また、必要に応じて、情報通信技術や委託の活用、都道府県や有識者の支援を検討し、創意工夫を図り事業の展開に努めます。

■計画全体の戦略

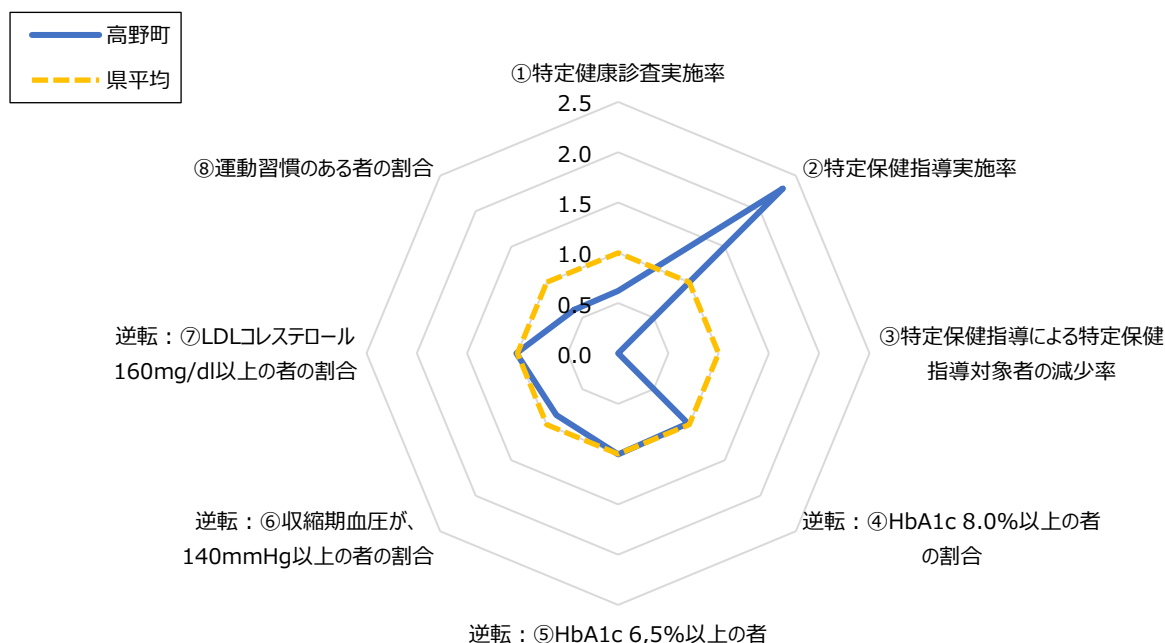
課題	戦略
特定健診受診の促進、特定健診受診率の向上	早い段階からの生活習慣病予防に取り組めるよう、町民各々の健康意識の向上を図り、特定健診受診の促進に引き続き取り組み、受診率の向上を目指します。 特定健診未受診者の年齢グループや地区別の分析に留まらず、医療受診歴、健診受診歴など未受診者の特徴を把握し、それらに応じた受診勧奨アプローチをいくつか組み合わせ、特定健診受診率の相乗的な向上を目指します。また、インセンティブ事業の認知度の改善、参加者の増加に努め、特定健診受診促進を図ります。
特定保健指導実施率の向上	生活習慣病の発病・重症化予防のために、特定保健指導実施率の向上に引き続き取り組みます。保健指導の対象者が生活習慣改善や疾病予防に必要な支援が得られるよう、実施の時期や体制、支援環境を整えます。
生活習慣病の重症化予防	健診・医療データの分析により重症化リスクの高い者を把握し、医療未受診者には医療機関への受診勧奨を行います。さらに、医療受診の有無にかかわらず、リスクの高い者全体を対象に、保健指導を実施し、生活習慣の改善を促進します。具体的には、保健師による個別相談を行うほか、健康教室等への参加を促し、必要に応じた支援を提供することで、生活習慣病の重症化予防に努めます。
糖尿病性腎症の重症化予防	特定健診結果の HbA1c 等の数値から糖尿病が疑われる対象者を抽出し、医療レセプトデータ治療の有無、他の生活習慣病の治療状況を把握し、リスク別に抽出します。郵送・電話による医療受診勧奨、生活習慣改善や病気に関する情報提供、または個別面接、栄養指導等、リスク別の取り組みを通して、糖尿病性腎症の早期発見、早期治療、また重症化を防ぎ、医療負担の大きい新規人工透析患者を増やさないことを目指します。

■計画全体の目標 ※県・市町村国保における共通の評価指標を含む

町の 評価 指標※	目標	評価指標	数値目標		
			実績 令和4年度	中間評価 令和8年度	最終評価 令和11年度
○	特定健診受診率 の向上	特定健診受診率	22.9% 30.5%※ ※R5年度速報値	35.0%	40.0%
○	特定保健指導実施率 の向上	特定保健指導実施率	40.0%	45.0%	50.0%
	特定保健指導実施率 の減少率の改善	減少率（今年度は特定保健指導の 対象者ではなくなった者の数）	0.0%	20.0%以上	20.0%以上
	高血圧有所見率 の減少	収縮期血圧 140 以上有所見率	36.7%-44 人 県：27.0%	30.0%以下	30.0%以下
	高血糖/HbA1c 有所見率の減少	HbA1c 8.0 以上有所見率	3.3%-4 人 県：1.5%	3.0%以下	3.0%以下
		HbA1c 6.5 以上有所見率	10.0%-12 人 県：10.3%	8.0%以下	8.0%以下
	LDL コレステロール 有所見率の減少	LDL コレステロール 160mg/dl 有所見率	10.8%-13 人 県：11.7%	8.0%以下	8.0%以下
	運動習慣の改善 （運動習慣ありの者の割 合を増やす）	運動習慣ありの者の割合	24.2% 県：39.3%	30.0%以上	30%以上
○	新規人工透析患者を 増やさない、または 患者数を増やさない	新規人工透析患者数	新規 0 人、 計 4 人	新規 0 人、 計 4 人	新規 0 人、 計 4 人

※「○」が付いた評価指標は、第2期高野町国民健康保険データヘルス計画から引き継がれた町の計画目標と評価指標です。また、以下は高野町の実績値と和歌山県平均値によるレーダーチャートです。

■県と共通の評価指標：高野町の実績値と和歌山県平均値との比較（令和4年度）



備考）本チャートは、県の値を基準「1」として町の健診結果（血圧・LDL・HbA1c 有所見率、特定健診受診率、保健指導実施率など）を比較しています。ただし、本町の健診受診者数は県よりも少ないため、結果のばらつきが大きくなる可能性があります。また、町の健診受診者の年齢構成が県全体の受診者と異なる場合、その影響を考慮しながら慎重に解釈する必要があります。

3. 健康課題を解決するための取組み(個別保健事業)

事業名	未受診者への受診勧奨（未受診者対策）						
目的・目標	未受診者の医療・健診歴を分析し、異なる受診勧奨アプローチに取り組み、未受診者へ特定健診の受診を促すことで、相乗的に特定健診受診率の向上を図ります。						
対象者	集団健診後の特定健診未受診者						
実施体制 ストラクチャー	住民健康課（国保担当者 1 名、保健師 1 名）、地域の医師・医療機関 ※一部委託支援あり ※電話による受診勧奨は役場の職員が行う						
実施内容 プロセス	①郵送による受診勧奨：年度内 2 回実施 ✓ 1 回目は秋の集団健診前/8～10 月ごろに実施する。町の医療・検診の状況をまとめた町の健診のお知らせ、特定健診についてのパンフレット、健康づくりポイント台帳等を同封した封書を未受診者へ郵送する。 ✓ 2 回目は年度の健診受診期限内/1 月前半に実施する。かかりつけ医・医療機関での健診受診、また受診票の再発行について通知する。 ✓ 各回、準備作業時点での未受診者を事業の対象者とする。						
	②医療機関による受診勧奨：8～9 月医療機関にて協議・依頼 ✓ 町内の医療機関へ依頼する。 ✓ 依頼にあたり、当該医療機関で治療中の方に、医療機関での受診勧奨を依頼する。 ✓ 途中経過を把握する（フォローアップ）。						
事業目標達成の ための主な戦略	③電話による受診勧奨：秋の集団健診の 1 か月前に実施 ✓ 国保連合会の「未受診者支援対策」を活用し、電話勧奨を行う。 ✓ KDB システムを活用し、治療状況＋健診受診歴を把握し、電話勧奨の対象者リストを準備する。必要に応じて時期の変更、実施回数の増加は可能とする。 ✓ 途中経過を把握する（フォローアップ）。 ✓ 各年度、対象者の抽出ルールの見直しを行う。						
	④他保健事業や町の運動会などでの受診勧奨・告知：年度内 1 回以上 ✓ 人が多く集まる機会での特定健診の告知、また受診勧奨を行う。必要に応じて、受診券の再発行や集団健診の予約など、その場で対応できるように準備する。 ✓ 保健推進員や自治会を介して、集団健診の周知を依頼し、地域での声掛け・チラシ配布を行う。						
評価目標：アウトプット指標（値）							
	※令和 5 年度	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
①郵送勧奨実施回数、カバー率/回	2 回、 100%/回	2 回、 100%/回	2 回、 100%/回	2 回、 100%/回	2 回、 100%/回	2 回、 100%/回	2 回、 100%/回
②医療機関への依頼、フォローアップ回数	依頼 1 回 0 回	依頼 1 回、 フォローアップ 1 回	依頼 1 回、 フォローアップ 1 回	依頼 1 回、 フォローアップ 1 回	依頼 1 回、 フォローアップ 1 回	依頼 1 回、 フォローアップ 1 回	依頼 1 回、 フォローアップ 1 回
③電話勧奨実施回数、カバー率、フォローアップ回数	1 回、100% フォローアップ 1 回	1 回、100% フォローアップ 1 回	1 回、100% フォローアップ 1 回	1 回、100% フォローアップ 1 回	1 回、100% フォローアップ 1 回	1 回、100% フォローアップ 1 回	1 回、100% フォローアップ 1 回
④地域での受診勧奨実施回数	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上
評価目標：アウトカム指標（値）							
	※令和 5 年度	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
特定健診受診率	31.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
②医療機関リスト中の健診受診者数	14 人 提出リスト: 105 人	15 人以上	18 人以上	18 人以上	18 人以上	18 人以上	18 人以上
③電話勧奨リスト中の健診受診者数	30 人 電話リスト: 334 人	30 人以上	30 人以上	30 人以上	30 人以上	30 人以上	30 人以上

※令和 5 年度は本計画の策定年度であり、表中の数値はその時点での実績（速報値、暫定値を含む）です。

事業名	健康づくり講習会						
目的・目標	生活習慣病や特定健診に関する正確な情報を提供し、個々が健診受診に積極的に取り組み、健康増進に取り組めるよう支援します。町民の健康意識を高め、町の特 定健診受診率を向上させることを目指します。						
対象者	国保被保険者とその家族、友人、または健康増進に関心のある町民全般						
実施体制 ストラクチャー	住民健康課（国保担当者 1 名、保健師 1 名） ※一部委託支援あり（栄養士 1 名、体操講師 1 名、支援スタッフ 1 名） ※電話による講習会参加勧奨は役場の職員が行う						
実施内容 プロセス 事業目標達成の ための主な戦略	<u>健康づくり講習会</u> ：6～7 月打合せ、11～12 月にかけて実施（富貴、花坂、高野山の 3 地区） ● 個別健診の受診勧奨の機会を兼ねているため、秋の集団健診後、12 月中旬ごろまでに実施する。 1 回 2 時間程度。 ● 栄養と運動の 2 部構成とし、各年度、健康・生活習慣に関するテーマを決め、栄養士、体操講師と相談し、実施内容を検討する。試食や運動体験など実践的な・体験できる内容を盛り込む。 ● 町の健康・医療の現状を把握し、他の保健事業と被らない実施内容を検討する。 ● 回覧での告知を行う。また、テーマに沿った健診未受診者（例：糖尿病治療中且つ健診未受診者）を予め抽出し、保健指導の対象となる人や医療受診が必要な人への参加を個別に促す。 ● 毎回、参加者アンケートを実施し、事業評価、改善に役立てる。						
評価目標：アウトプット指標（値）							
	令和 5 年度	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
開催回数	3 会場	3 会場	3 会場	3 会場	3 会場	3 会場	3 会場
参加勧奨回数	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場
参加者数、またはアンケート回答者数 （3 回の合計人数）	50 人、 国保率 42% アンケートの集計より	50 人以上 5 割が国保	50 人以上 5 割が国保	50 人以上 5 割が国保	50 人以上 5 割が国保	50 人以上 5 割が国保	50 人以上 5 割が国保
評価目標：アウトカム指標（値）							
	令和 5 年度	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
参加者アンケートの問： <u>健康意識が高まりましたか？</u> ➡「はい」の割合	88% 44/50 人	不明回答を含む 80%以上 （または不明回答を除く 90%以上）	不明回答を含む 80%以上 （または不明回答を除く 90%以上）	不明回答を含む 80%以上 （または不明回答を除く 90%以上）	不明回答を含む 80%以上 （または不明回答を除く 90%以上）	不明回答を含む 80%以上 （または不明回答を除く 90%以上）	不明回答を含む 80%以上 （または不明回答を除く 90%以上）

事業名	専門家による健康教室						
目的・目標	専門医・専門家から生活習慣病に関する正しい知識を学び、日常の健康管理や生活習慣の改善に取り組む支援を行います。また、参加者へ個別での治療中且つ健診未受診者への特定健診受診勧奨を行います。生活習慣病対象者が自ら日々の健康管理に努め、適切な医療を受けるとともに、毎年特定健診を受診する人数の増加を目指します。						
対象者	①日ごろの血圧が高い人、気になる人（自主的参加）、②高血圧治療中で特定健診未受診者（電話による参加勧奨）※現在は高血圧症を主とした健康教室を実施。						
実施体制 ストラクチャー	住民健康課（国保担当者 1 名、保健師 1 名） ※一部委託支援あり（専門医 1 名、体操講師 1 名、支援スタッフ 2 名） ※電話による講習会参加勧奨は役場の職員が行う						
実施内容 プロセス 事業目標達成のための主な戦略	<u>健康教室（高血圧症編）</u> ：6～7 月打合せ、7～8 月ごろにかけて実施（富貴、高野山の 2 地区） ● 受診勧奨の機会を兼ねているため、秋の集団健診前までに実施する。1 回、2 時間程度。 ● 専門家・専門医が実施する 2 部構成として、前半は高血圧症について専門的な内容を学ぶ時間、後半は自宅できる運動やストレッチを中心に体験しながら学ぶ時間で構成する。 ● 現在は高血圧症をテーマにした教室としているが、年度ごとに町の健康・医療の現状を把握し、必要に応じて実施テーマや内容を調整する。 ● 回覧での告知を行う。また、治療中且つ健診未受診者（例：高血圧症治療中且つ健診未受診者）を予め抽出し、電話等で、個別に参加を促す。 ● 毎回、参加者アンケートを実施し、事業評価、改善に役立てる。						
評価目標：アウトプット指標（値）							
	令和 5 年度	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
開催回数	2 会場	2 会場	2 会場	2 会場	2 会場	2 会場	2 会場
参加勧奨回数	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場	電話 1 回/ 各会場
参加者数、またはアンケート回答者数 （2 回の合計人数）	28 人、 国保率 18%	30 人 国保が 3 割 以上	30 人 国保が 3 割 以上	30 人 国保が 3 割 以上	30 人 国保が 3 割 以上	30 人 国保が 3 割 以上	30 人 国保が 3 割以 上
評価目標：アウトカム指標（値）							
	令和 5 年度	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
参加者アンケートの問： <u>血圧、高血圧予防について理解を深めることができたか？</u> ➡「はい」の割合	78.6%* 22/28 人	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上

*この数値は、「本日の『健康教室』についてご感想をお聞かせください」という複数回答の設問で、その選択肢の一つにある「病気や予防について正しい情報を得ることができた、理解を深めることができた」を選択した人の割合です。

事業名	高野町健康ポイント事業（インセンティブ事業）						
目的・目標	町民の健康意識の向上や日々の健康増進に取り組むきっかけづくりを目的とし、町民の健康増進、特定健診受診率の向上へ繋がります。						
対象者	国保被保険者を含む町民 40 歳以上						
実施体制 ストラクチャー	住民健康課（国保担当者 1 名、保健師 1 名）						
実施内容 プロセス 事業目標達成の ための主な戦略	高野町健康ポイント事業：年度通して実施（該当年 4 月～翌年 2 月末） ● 町の特定健診やがん検診等の受診、また健康教室や健康関連のイベントに参加することでポイントが付与され、規定ポイントが貯まると、特典に応募ができる。 ● 対象となる事業（例）：町の各種健診・がん検診等（個別健診・検診も含む）、健康づくりウォーキング、健康づくり・増進に関連する講演会、教室など。 ● 秋の集団健診の封書でのお知らせに同封、また集団健診会場の受け付けで配布し、個別に説明を行う。 ● 年度月上旬に町の広報誌、HP 等で周知を行う。また健康教室や運動教室、町のイベント等、人が集まる機会に周知を積極的に行い、認知度の向上に努める。また、町内の医療機関や商店にポイント台帳を設置してもらい、ポスターを張ってもらうなどポイント事業の周知を図る。 ● 特定健診受診勧奨とあわせてポイント事業の利用（応募）を促す。						
評価目標：アウトプット指標（値）							
	※令和 5 年度	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
国保被保険者に対して ポイント台帳の配布率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
町広報での告知	2 回以上	2 回以上	2 回以上	2 回以上	2 回以上	2 回以上	2 回以上
評価目標：アウトカム指標（値）							
	※令和 5 年度	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
特定健診受診率	31.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
国保被保険者による 利用人数	7 名 3月中旬の暫定人数	10 名以上	15 名以上	15 名以上	15 名以上	20 名以上	20 名以上

※令和 5 年度は本計画の策定年度であり、表中の数値はその時点での実績（速報値、暫定値を含む）です。

事業名	特定保健指導実施率の向上						
目的・目標	特定保健指導の対象者が生活習慣病について学び、生活習慣の改善を図る上で必要な情報や支援が十分に得られるよう実施体制、環境を整えることで、利用者の増加、特定保健指導実施率の向上を目指します。						
対象者	特定保健指導対象者（積極的、または動機付に分けられる） ※保健指導対象者の基準については、「第 6 章 第 4 期特定保健指導等実施計画」を参照						
実施体制 ストラクチャー	住民健康課（国保担当者 1 名、保健師 2 名）						
実施内容 プロセス 事業目標達成のための主な戦略	<u>保健指導</u> ： ● 集団健診を受診した対象者には、健診の結果説明会にて、初回面接を行う。結果説明会での初回面談にむけての体制づくり、役割分担を事前に関係者間で協議しておく。 ● 説明会に参加できなかった対象者には、個別に、電話、または郵送にて保健指導の概要、支援内容や実施時期などの情報提供を速やかに行い、保健指導の利用を促す。 ● 実施場所や時間帯など、利用者のニーズを把握し、出来る限り利用しやすい環境づくりに努める。例えば、生活習慣病に関連する栄養士や運動指導士が行っている保健事業への参加を促し、その場で保健指導を行う、など。 ● 保健指導の利用者が活用できる取組みの優良事例や教材を充実させる。						
評価目標：アウトプット指標（値）							
	※令和 5 年度	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
結果説明会での初回面談の実施率	—	対象者中 50%以上	対象者中 50%以上	対象者中 50%以上	対象者中 50%以上	対象者中 50%以上	対象者中 50%以上
説明会不参加の対象者へ連絡、説明	—	対象者全員	対象者全員	対象者全員	対象者全員	対象者全員	対象者全員
評価目標：アウトカム指標（値）							
	※令和 5 年度	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
特定保健指導実施率	—	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

※令和 5 年度は本計画の策定年度であり、表中の数値はその時点での実績（速報値、暫定値を含む）です。また、「—」は実施中のため、評価が出来ないことを示しています。

事業名	糖尿病重症化、糖尿病性腎症の重症化予防																																
目的・目標	健診および医療データをもとに対象者を分類し、それぞれの状況に応じた医療受診勧奨を行います。これにより、未治療者を医療機関へ繋げることで、糖尿病性腎症の悪化および重症化を防止し、最終的には新たな人工透析患者の発生を抑制することを目指します。																																
対象者	①特定健診受診者で糖尿病による医療機関未受診者及び治療中断者、②ハイリスク者																																
実施体制 ストラクチャー	住民健康課（国保担当者 1 名、保健師 2 名） ※管理栄養士（和歌山県立医科大学付属病院紀北分院、紀和病院、橋本市民病院と委託契約） ※一部委託支援あり（KDB 帳票データ分析、対象者抽出における支援）																																
実実施内容 プロセス 事業目標達成の ための主な戦略	①未受診者、治療中断者への医療受診勧奨：9 月対象者の抽出、10 月～随時実施																																
	✓ KDB システムのデータおよび特定健診結果より対象者を抽出する。県の重症化プログラムに沿って「軽症、中等症、重症」に選別する（下記、プログラム資料からの抜粋表を参照）。																																
	✓ 上記で該当者中、半年以上、治療を中断している者（治療中断者）を抽出する。																																
	✓ 集団健診の結果説明会にて、未治療者・中断者への医療受診勧奨を行う。																																
	✓ 個別に電話連絡、または訪問連絡し、状況と主旨説明の後、専門医療機関へと繋げる。																																
	✓ 表中の「対応内容」を参考に、対象グループごとに応じた支援内容を実施する。																																
	<table><tr><th colspan="3">対象</th><th>対応</th><th>対応内容</th></tr><tr><td rowspan="4">ヘモグロビン A1c 6.5 以上</td><td>軽症</td><td>ヘモグロビンA1c 6.5 以上 7.0 未満 または、空腹時血糖 126mg/dl 以上</td><td>受診勧奨</td><td>手紙(受診勧奨)、パンフレットによる情報提供 →3か月後レセプト等による受診確認</td></tr><tr><td>中等症</td><td>ヘモグロビンA1c 7.0 以上 8.0 未満 または、空腹時血糖 130mg/dl 以上</td><td>受診勧奨</td><td>手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 →3か月後レセプト等による受診確認</td></tr><tr><td rowspan="2">重症</td><td>ヘモグロビンA1c 8.0 以上 または、空腹時血糖 160mg/dl 以上</td><td>受診勧奨</td><td>手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨</td></tr><tr><td>腎機能障害のある者 尿蛋白(+)以上、eGFR 45 未満</td><td>受診勧奨 優先介入</td><td>手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨</td></tr></table>						対象			対応	対応内容	ヘモグロビン A1c 6.5 以上	軽症	ヘモグロビンA1c 6.5 以上 7.0 未満 または、空腹時血糖 126mg/dl 以上	受診勧奨	手紙(受診勧奨)、パンフレットによる情報提供 →3か月後レセプト等による受診確認	中等症	ヘモグロビンA1c 7.0 以上 8.0 未満 または、空腹時血糖 130mg/dl 以上	受診勧奨	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 →3か月後レセプト等による受診確認	重症	ヘモグロビンA1c 8.0 以上 または、空腹時血糖 160mg/dl 以上	受診勧奨	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨	腎機能障害のある者 尿蛋白(+)以上、eGFR 45 未満	受診勧奨 優先介入	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨						
	対象			対応	対応内容																												
	ヘモグロビン A1c 6.5 以上	軽症	ヘモグロビンA1c 6.5 以上 7.0 未満 または、空腹時血糖 126mg/dl 以上	受診勧奨	手紙(受診勧奨)、パンフレットによる情報提供 →3か月後レセプト等による受診確認																												
		中等症	ヘモグロビンA1c 7.0 以上 8.0 未満 または、空腹時血糖 130mg/dl 以上	受診勧奨	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 →3か月後レセプト等による受診確認																												
重症		ヘモグロビンA1c 8.0 以上 または、空腹時血糖 160mg/dl 以上	受診勧奨	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨																													
		腎機能障害のある者 尿蛋白(+)以上、eGFR 45 未満	受診勧奨 優先介入	手紙で受診勧奨、パンフレットによる情報提供 →（受診が確認できない場合）電話で受診勧奨 → 面接で受診勧奨																													
出典：和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（Ver.2 2019 年 3 月）																																	
②ハイリスク者への保健指導：9 月～対象者抽出、10 月～保健指導開始																																	
✓ KDB システムのデータを活用し、前年度の高血糖有所見者を分析し、「第 1・2 期、第 3 期、第 4 期」に選別する（下記、プログラム資料からの抜粋表を参照）。																																	
✓ 表中の「具体的な介入方法」に基づき、対象グループごとに応じた指導・支援内容を実施する。																																	
<table><tr><th></th><th>健診データ</th><th>状態と介入目的</th><th>具体的な介入方法</th><th>医療機関での対応</th><th>留意点</th><th>評価</th></tr><tr><td>第 1 ～ 2 期</td><td>糖尿病^{*1} かつ 尿蛋白（±）以下</td><td>早期腎症の発見 腎症の発症予防</td><td>HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第 1 期では糖尿病管理、 第 2 期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導</td><td>Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖・血圧管理 網膜症等合併症検査 第 2 期：保健指導紹介</td><td>第 1、2 期の区別は健診だけではできない eGFR<45 の場合、対応優先</td><td>行動変容 血圧・血糖・脂質 BMI 禁煙 腎機能</td></tr><tr><td>第 3 期</td><td>糖尿病^{*1} かつ 尿蛋白（+）以上</td><td>顕性腎症 腎機能低下防止</td><td>受診勧奨^{*2}と受診状況確認 医師と連携した保健指導 減塩 減酒等の食生活改善 禁煙 肥満者では減量 身体活動の維持</td><td>Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血圧・血糖管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する</td><td>他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す</td><td>受療状況、生活習慣、 血糖・血圧・脂質 禁煙 腎機能</td></tr><tr><td>第 4 期</td><td>糖尿病^{*1} かつ eGFR<30</td><td>透析直前期 透析導入時期の延伸</td><td>強力な受診勧奨^{*2}と受診確認 治療中断防止^{*3}</td><td>血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介</td><td>心不全、脳卒中ハイリスク。 Cr 測定しなければ病期確定できない</td><td>受診に繋がった割合</td></tr></table>							健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価	第 1 ～ 2 期	糖尿病 ^{*1} かつ 尿蛋白（±）以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第 1 期では糖尿病管理、 第 2 期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖・血圧管理 網膜症等合併症検査 第 2 期：保健指導紹介	第 1、2 期の区別は健診だけではできない eGFR<45 の場合、対応優先	行動変容 血圧・血糖・脂質 BMI 禁煙 腎機能	第 3 期	糖尿病 ^{*1} かつ 尿蛋白（+）以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 ^{*2} と受診状況確認 医師と連携した保健指導 減塩 減酒等の食生活改善 禁煙 肥満者では減量 身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血圧・血糖管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受療状況、生活習慣、 血糖・血圧・脂質 禁煙 腎機能	第 4 期	糖尿病 ^{*1} かつ eGFR<30	透析直前期 透析導入時期の延伸	強力な受診勧奨 ^{*2} と受診確認 治療中断防止 ^{*3}	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク。 Cr 測定しなければ病期確定できない	受診に繋がった割合
	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価																											
第 1 ～ 2 期	糖尿病 ^{*1} かつ 尿蛋白（±）以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第 1 期では糖尿病管理、 第 2 期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖・血圧管理 網膜症等合併症検査 第 2 期：保健指導紹介	第 1、2 期の区別は健診だけではできない eGFR<45 の場合、対応優先	行動変容 血圧・血糖・脂質 BMI 禁煙 腎機能																											
第 3 期	糖尿病 ^{*1} かつ 尿蛋白（+）以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 ^{*2} と受診状況確認 医師と連携した保健指導 減塩 減酒等の食生活改善 禁煙 肥満者では減量 身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血圧・血糖管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受療状況、生活習慣、 血糖・血圧・脂質 禁煙 腎機能																											
第 4 期	糖尿病 ^{*1} かつ eGFR<30	透析直前期 透析導入時期の延伸	強力な受診勧奨 ^{*2} と受診確認 治療中断防止 ^{*3}	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク。 Cr 測定しなければ病期確定できない	受診に繋がった割合																											
※ 1：空腹時血糖≧126mg/dl、または HbA1c≧6.5%、または過去に糖尿病の履歴（薬剤服用等）																																	
※ 2：未治療者への対応 ※ 3：医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる																																	
出典：和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（Ver.2 2019 年 3 月）																																	

	【備考】 ● 支援が速やかに行えるよう、年度初めに、必要な教材の準備にとりかかり、実施に向けての体制づくりに取り組めるよう、関係者間で協議する。 ● 特定健診の結果報告会、また健康教室等の場を活用し、栄養・運動の指導、生活習慣改善のための支援を行う。 ● 国や県による糖尿病性腎症重症化予防プログラムが更新された場合、最新のプログラム内容に基づいて対象者の抽出や実施内容を変更する。
--	--

評価目標：アウトプット指標（値）

	※令和 5 年度	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
重症： 郵送による医療受診勧奨と情報提供のカバー率 ➡1ヵ月後 フォローアップ実施率	該当者なし	100%、 フォローアップ 100%	100%、 フォローアップ 100%	100%、 フォローアップ 100%	100%、 フォローアップ 100%	100%、 フォローアップ 100%	100%、 フォローアップ 100%
軽症、中等症： 郵送による医療受診勧奨と情報提供のカバー率 ➡3ヵ月後 フォローアップ実施率	該当者なし	100% ※電話、対面の場合は 60% フォローアップ 60%	100% ※電話、対面の場合は 60% フォローアップ 60%	100% ※電話、対面の場合は 60% フォローアップ 60%	100% ※電話、対面の場合は 60% フォローアップ 60%	100% ※電話、対面の場合は 60% フォローアップ 60%	100% ※電話、対面の場合は 60% フォローアップ 60%
ハイリスク者： 保健指導実施率	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

評価目標：アウトカム指標（値）

	※令和 5 年度	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
ハイリスク者中、生活習慣の改善率	—	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
ハイリスク者中、HbA1c 値の維持、改善率	—	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
未治療者中の医療受診率	該当者なし	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

※令和 5 年度は本計画の策定年度であり、表中の数値はその時点での実績（速報値、暫定値を含む）です。また、「—」は実施中のため評価が出来ないことを示しています。

4. データヘルス計画の見直し

(1) 計画の評価、見直し

本計画は、令和 6～11 年度（2024～2029 年度）の保健事業実施計画とし、最終年度となる令和 12 年度には、計画策定時に設定した目的・目標の達成状況を踏まえ、計画の改定を行います。また、令和 8 年度を中間評価の実施時期とし、事業の成果や効果を検証するとともに、社会・経済情勢の変化や国の動向に柔軟に対応し、必要に応じて事業内容や目標の見直しを行います。

(2) 個別保健事業の評価、見直し

各保健事業の評価指標に基づき、毎年度の達成状況を把握・評価します。目標達成状況が想定に達していない、または改善が進んでいない場合には、実施体制（ストラクチャー）や実施内容（プロセス）の適切性を検証し、課題の原因や事業の必要性を分析します。その結果をもとに、次年度の保健事業の見直しへと反映させます。

5. 計画の公表・周知

本計画は、町のホームページ等にて掲載し、被保険者及び町民への周知を図ります。

6. 個人情報の保護

高野町の個人情報の取り扱いは、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」に基づくものとします。

7. その他

(1) 地域包括ケアに係わる取組み

地域で被保険者を引き続き支えるためにも、医療・介護・予防・住まい・自立した生活が一体的に提供されるよう「地域包括ケアシステム」の実現に向け、国民健康保険者として参加に努め、連携を図ります。また、KDB システムを活用し、健診や医療・疾病の状況を分析し、健康・医療の課題について関係者と共有します。

(2) 関係機関と連携

保健事業をより効果的に展開するためにも、町民、庁内関係部局、地域の医療機関、各種関係機関等と協力し、連携しながら本計画の推進に努めます。

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査・特定保健指導実施の背景

わが国では、国民皆保険制度のもと、高い医療水準と世界最長の平均寿命を達成してきました。しかし、少子高齢化の進行や経済成長の停滞など、医療制度を取り巻く環境は大きく変化しており、持続可能な制度構築のための改革が求められています。

この課題に対応するため、「安心・信頼の医療の確保」「医療費適正化の推進」「超高齢社会への対応」を基本方針とし、平成18年度より医療制度改革が進められてきました。

特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診等」という）は、この改革の一環として、平成20年施行の「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき導入され、国民健康保険（以下「国保」という）の保険者が40～74歳の被保険者を対象に生活習慣病予防のための健康診査・保健指導を実施することが義務付けられています。また、特定健診等の実施率やメタボリックシンドロームの予備群減少率などの目標値は、国や都道府県が策定する医療費適正化計画において、住民の健康維持に関する重要指標として定められています。

2. 特定健康診査・特定保健指導の目的

医療費増大の要因のひとつとして、糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症（以下「糖尿病等」という）などの生活習慣病の増加が挙げられます。国の受診状況を見ると、生活習慣病の外来受診率は高齢期に向けて増加し、75歳を境に入院受診率が上昇します。これは、食べ過ぎや運動不足などの不健康な生活習慣が糖尿病等を招き、通院や投薬を経て重症化し、虚血性心疾患や脳卒中などの発症に至る流れを示しています。

この悪循環を断つには、生活習慣を早期に改善し、発症前に予防対策を進めることが重要です。特に、メタボリックシンドロームの段階であれば、医療費負担が少なく、保健指導による改善が有効です。運動習慣の定着やバランスの取れた食生活を促すことで、糖尿病等の発症や関連疾患のリスクを抑えることが可能となります。

特定健診等の目的は、糖尿病等の生活習慣病の特性を理解し、医療費の伸びを抑制することにあります。特定健康診査では、メタボリックシンドロームの危険因子を持つ人々を抽出し、早期の段階で特定保健指導を実施します。保健指導は対象者の必要度に応じて行われ、自発的な生活習慣の改善を促し、生活習慣病の予防に繋げるものです。通院患者や入院患者の減少により、住民の生活の質を維持・向上させるとともに、医療費の伸びを抑えることが可能となります。

3. 高野町の現状

(1) 高野町国民健康保険の状況

第2章 本町の現状把握「2. 高野町国民健康保険の状況」を参照

(2) 特定健診等の状況

第3章 本町の健康・医療に関する分析「1. 医療費の状況」と「2. 特定健診・保健指導の状況」を参照

(3) 第3期(平成30～令和5年度)の実績、考察

■特定健診受診率

平成30年度から令和4年度までの5年間における特定健診受診率は、令和3年度の26.0%を除き、おおむね20%台前半で推移しています。令和4年度には22.9%まで減少し、受診率の改善が停滞している状況です。また、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症拡大による社会活動の制限や自粛生活が続きましたが、本町の特定健診受診率への影響は限定的でした。しかし、受診率の安定した向上が見られないことから、特定健診受診率の向上は引き続き重要な課題となっています。

特定健診の受診率向上は、単なる数値改善だけでなく、病気の早期発見・予防を促進し、町の医療費抑制にもつながる重要な施策です。そのため、本町では特定健診受診率の向上に向け、継続的に取り組んでいきます。

特定健診受診率：平成30～令和5年度の目標と実績

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健康診査 (特定健診) 受診率	目標	25.0%	35.0%	45.0%	30.0%*	32.0%*	34.0%*
	実績	24.7%	20.9%	21.3%	26.0%	22.9%	(実施中)

*令和2年度の中間評価の際、令和3年度以降の目標値を上方修正しました。

データ出典：KDB 帳票3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

■特定健診指導実施率

保健指導の初回面接は結果説明会で実施しているものの、特定保健指導対象者の出席率は低い状況が続いています。また、以前から課題となっている保健師を含む人員不足や、実施体制の改善が十分に進んでいないことから、年度ごとの保健指導の実施率にはばらつきが見られます。

令和3年度の実施率は0.0%と低迷しましたが、令和1年度は40.9%、令和4年度は47.1%となり、市町村国保の目標値である45%を上回る年度もありました。しかし、実施率の安定した向上には至っておらず、継続的な改善が求められています。

今後は、安定した保健指導を実施するため、体制の見直しを進めるとともに、保健師以外の職員による適切なサポートや支援を強化し、関係者間の情報共有を徹底します。また、担当保健師や国保担当が不在の場合でも、情報共有を円滑に行い、実施状況を正確に把握できる体制を構築することで、保健指導の安定的な運営と実施率の向上に努めます。

特定健診受診率：平成30～令和5年度の目標と実績

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導実施率	目標	10.0%	12.5	15.0%	37.0%*	39.0%*	40.0%*
	実績	15.0%	40.9%	28.6%	0%	47.1%	(実施中)

*令和2年度の中間評価の際、令和3年度以降の目標値を上方修正しました。

データ出典：KDB 帳票3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成30～令和4年度）（令和5年11月抽出）

4. 達成目標

(1) 全国、各医療保険者種別における目標

厚生労働省は、次期計画期間（令和 6 年度～令和 11 年度）における特定健診および特定保健指導の全国目標を、前回の計画と同様として、特定健診は 70％以上、特定保健指導は 45％以上と維持する方針を示しました。

また、医療保険者種別ごとの目標についても設定され、市町村国民健康保険においては特定健診・特定保健指導ともに 60％以上の実施率を目標とすることが示されました。

■全国の目標

		第 1 期 平成 24 年度目標	第 2 期 平成 29 年度までの 保険者全体の目標	第 3 期 令和 5 年度までの 保険者全体の目標	第 4 期 令和 11 年度までの 保険者全体の目標
実施 目標	特定健診受診率	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	特定保健指導実施率	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%
成果 目標	メタボリックシンドロームの該当者 予備群の減少率	10%以上 減少 (H20 年度比)	25%以上 減少 (H20 年度比)	25%以上 減少 (H20 年度比)	25%以上 減少 (H20 年度比)

■医療保険者種別ごとの目標

	全国目標 保険者全体	市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会 (船保含む)	単一健保	総合健保・ 私学共済	共済組合 (私学共済除)
特定健診 実施率	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上 (70%以上)	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導 実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	60%以上	30%以上	60%以上

(2) 高野町国保における目標

高野町における各目標は、町の現状や過去の実績、実勢体制を考慮し、令和 6 年度から令和 11 年度までの各年度の目標値を下表のとおり設定します。

■第 4 期(令和 6～11 年度)の目標値

	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
特定健康診査受診率	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
特定保健指導実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

5. 特定健診等の対象者

(1) 特定健診等

特定健診等の対象者については、高野町の国保被保険者であり、かつ、各実施年度内（4月1日～翌年3月31日）に40～74歳の年齢に達する者とします。（「年齢に達する」とは、「誕生日」を意味します。）ただし、年度途中の国保加入者については当該年度の対象外となります。なお、保険税が未納の場合でも特定健診の対象者とします。

(2) 特定健診等対象者の推移（過去の増減率からの今後の推移予想）

特定健診対象者の推計人数は、令和2年度から令和5年度の対象者数の平均の伸び率をもとに計算し、令和5年度を基準にした推計人数は次の通りです。

■特定健診等対象者の推計

年齢構成	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
40～64歳	143人	97人	240人	135人	92人	227人	128人	87人	215人
65～74歳	143人	157人	300人	135人	149人	284人	128人	141人	269人
計	286人	254人	540人	270人	241人	511人	256人	228人	484人
年齢構成	令和9年度			令和10年度			令和11年度		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
40～64歳	121人	82人	203人	115人	77人	192人	109人	73人	182人
65～74歳	121人	134人	255人	115人	127人	242人	109人	120人	229人
計	242人	216人	458人	230人	204人	434人	218人	193人	411人

(3) 事業主健診による健診結果の取り扱い

国保被保険者であってもパート労働者などで事業主健診を受診した者については、健診結果の提示があれば、特定健康診査の受診対象者から除外します。なお、上記の者であっても、健診内容が特定健康診査の内容に満たない者については、その限りとしません。

6. 特定健診等の実施方法

(1) 実施場所、実施項目、実施時期

実施場所	① 特定健康診査の実施場所については、伊都郡内及び橋本市の医療機関（以下「医療機関」という）（社団法人伊都医師会と、橋本及び伊都郡各市町間で特定健診等について契約を締結。高野山総合診療所ならびに富貴診療所については、個々に契約を締結。）で行う個別健診と、高野町保健福祉センター及び高野町内の集会所等で行う集団健診とする。 ② 特定保健指導の実施場所については、町の保健師等により高野町保健福祉センター等で実施する。
実施項目	① <u>特定健康診査の実施項目については必須項目である以下のものとする。</u> ☐ 質問票（服薬歴、喫煙歴等） ☐ 身体測定（身長、体重、BMI、腹囲） ☐ 理学的検査（身体診察） ☐ 血圧測定 ☐ 血液検査 ● <u>脂質検査</u> ◎ 空腹時中性脂肪（血清トリグリセライド）の量 ※やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 ◎ HDL コレステロール・LDL コレステロールの量 ※空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可 ● <u>血糖検査</u>（空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖） ● <u>肝機能検査</u>（GOT、GPT、γGTP） ☐ 検尿（尿糖、尿たん白） また、上記検査の結果、特に医師が必要と認めた場合は以下の検査を実施する。 ☐ 心電図検査 ☐ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ☐ 腎機能検査（血清クレアチニン） ☐ 尿酸検査 ② <u>特定保健指導の実施項目については、特定健康診査の検査結果（階層化）においてそれぞれ以下のものとする。</u> ☐ 動機付け支援（初回面接及び3ヶ月以上経過の実績評価） ☐ 積極的支援（初回目面接、3ヶ月以上の継続的な支援及び3ヶ月後の実績評価）
実施時期	③ 特定健康診査の実施時期は、個別健診においては当該年度の2月末までに実施するものとする。また、集団健診については、健診委託業者と日程調整のうえ、原則として当該年度の10月末までに実施するものとする。 ④ 特定保健指導の開始時期は、特定健康診査の結果による階層化の確定後、速やかに対象者にこれを通知し、少なくとも1ヶ月以内に開始することとする。

参照）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4.1版）（2024年3月）

(2) 周知・案内方法

特定健康診査、特定保健指導の周知については、受診券の送付時や町広報等を活用します。また、未受診者には、文書・電話等による受診勧奨を行います。

(3) 事業主健診等受診データの受領

国保被保険者であってもパート労働者等で事業主健診を実施した場合、その健診内容が特定健康診査の必須項目に満たないものについては、健診データを町に提出することにより特定健康診査を受診したこととみなします。

(4) 特定健康診査データの管理

特定健康診査受診者の受診記録については、和歌山県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という）の専用端末への入力により国保連合会へデータを送信し、管理を委託するとともに、受診票は住民健康課 保健衛生係が管理します。

なお、受診票の保存年数は５ヶ年とし、保存年数満了年度より順に適切な方法で廃棄します。

(5) 特定保健指導対象者の抽出

特定保健指導対象者については、国保連合会管理データから抽出します。

(6) 事業に関するスケジュール

- ① 毎年度当初に特定健康診査の対象者に対し受診券の送付を行います。
- ② ①で受診券を受け取った者は 6. 特定健診の実施方法（１）実施場所、①により特定健康診査を受診します。
- ③ ②により特定健康診査を受診した者の中より特定保健指導の対象となる者の抽出を行います。
- ④ ③により対象となった者には 6. 特定健診の実施方法（１）実施場所、②により特定保健指導を実施します。

(7) 外部委託

- ① 特定健康診査の内、集団健診については、これまで委託している業者に対し、引き続き特定健康診査業務を委託する。また、個別健診については、社団法人伊都医師会、高野山総合診療所、富貴診療所に業務を委託します。
- ② 特定保健指導については保健師による直営とし、外部委託は原則行いません。ただし、令和 6 年度以降、指導する保健師の状況や、保健指導実施率等の結果によって、外部委託による指導の実施も考慮するものとします。

7. 個人情報の保護

健診データの管理及び健診実施機関より送付された受診票・健診結果表、特定保健指導に関する指導データの管理については、住民健康課 保健衛生係が行います。

これらの町関連部署が行うデータ管理に伴う個人情報の保護については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）によるものとします。

8. 特定健診等実施計画の公表・周知

本計画の公表・周知については、次の方法により行います。

（ア）高野町公式ホームページに掲載します。

（イ）高野町議会全員協議会又は委員会で報告します。

9. 特定健診等実施計画の評価及び見直し

本計画の評価及び見直しについては、関係部局との協議・検討と、国保運営協議会での承認により行います。

第3期高野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
令和6～11年度（2024～2030年度）

発行日 令和6年3月

発行 高野町

編集 住民健康課 保健衛生係

〒648-0281 和歌山県伊都郡高野町高野山 636

電話: 0736-56-5600 FAX: 0736-56-4745