

飛島村
第3期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年度～令和11年度

令和6年3月
飛島村国民健康保険

目次

第1章 飛島村第3期国民健康保険データヘルス計画

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
健康課題の抽出	
III 計画全体	36
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画	38
1 特定健康診査事業（特定健診未受診者対策含む）	8 がん検診
2 特定保健指導事業（特定保健指導未利用者対策含む）	9 健康づくり・インセンティブ
3 糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨・治療中断者の受診勧奨）	10 歯科保健事業
4 糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）	11 脳ドック検診（受診勧奨）
5 生活習慣改善指導（血糖・血圧該当者）	12 医療費適正化後発医薬品使用促進
6 高血糖相談	13 医療費適正化重複・多剤投与
7 生活習慣病重症化予防（医療受診勧奨）	
V その他	51
データヘルス計画の評価・見直し	
データヘルス計画の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	

第2章 飛島村第4期特定健康診査等実施計画

1 背景・現状	52
2 達成しようとする目標	
3 特定健康診査等の対象者数	
4 特定健康診査等の実施方法	
（1）特定健康診査の実施方法	
（2）特定保健指導の実施方法	
（3）特定健康診査等の実施方法に関する事項	
5 個人情報の保護	
6 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
7 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
8 その他事項	
資料編	56

第1章

第3期国民健康保険データヘルス計画

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。</p> <p>こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。</p> <p>平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。</p>
	計画の位置づけ	<p>飛島村国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期飛島村データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。なお、飛島村国民健康保険「データヘルス計画」は、村の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画と調和している。また、愛知県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定については住民課、保健事業の運営については、保健環境課・福祉課が連携しながら進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		4,638		2,355		2,283	
国保加入者数(人)	合計	957	100%	496	100%	461	100%
	0～39歳(人)	212	22%	113	23%	99	21%
	40～64歳(人)	287	30%	151	30%	136	30%
	65～74歳(人)	458	48%	232	47%	226	49%
	平均年齢(歳)	54		54		55	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	海部医師会と津島市医師会とは、特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、海部歯科医師会、海部医師会と津島市医師会、津島海部薬剤師会とは、糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、社会福祉協議会等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は957人であり、平成30年度の1,128人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が22%、40-64歳が30%、65-74歳が48%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。
	その他	元起地区は、65歳以上の被保険者が55.4%を占め、他の地区と比較すると、高い割合である。一方で、木場地区は40～64歳の被保険者が66.7%であり高い割合である。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、若い時期からの生活習慣病予防や、重症化予防の取組を実施した。しかし、重症化予防事業は参加率が低く、目標も未達であった。また、特に若い世代や男性の特定健診受診率の低下がみられたため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計する必要がある。

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率等	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の「平均余命」「平均自立期間」は、いずれも県・国を下回る。 ・女性の「平均余命」「平均自立期間」は、いずれも県・国を上回る。 ・「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性は県・国より短く、女性は県・国より長い。 ・死因別標準化死亡率経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では「肺炎」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「気管・肺がん」であり、女性では「胃がん」「急性心筋梗塞」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「大腸がん(結腸)」「くも膜下出血」「子宮がん」である。 	図1 図2	H	
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の「1人当たり医療費」は、29,358円で、経年的に増加傾向にあり、県より高い。 ・令和4年度「総医療費」3.53億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）総医療費」は5,200万円である。 ・「1人当たり医療費（入院）」は、県より高い。 ・「1人当たり医療費（入院外）」「1人当たり医療費（歯科）」は、県・国より高い。 ・「0～9歳」「30～39歳」「70～74歳」1人当たり医療費は、県・国より高く、「10～19歳」「20～29歳」「40～49歳」「50～59歳」「60～69歳」は、県・国より低い。 ・後期1人当たり医療費は、「70～74歳」が県・国より高く、「90～94歳」「95～99歳」「100歳以上」が県・国より低い。 	図3 図4 図5	
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費（入院）は「新生物」「消化器系の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」が県より高い。循環器系疾患では、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「動脈硬化症」が県より高い。 ・1人当たり医療費（入院外）は、「新生物」「内分泌・栄養及び代謝疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が県より高い。循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高く、内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」が県より高い。 ・「肺がん」「胃がん」1人当たり医療費が、県・国より高い。 ・「肺がん」「胃がん」「乳がん」「前立腺がん」1人当たり医療費は、「平成30年度」と比較して「令和4年度」が、増加している。 	図6 図7 図8	E,F,G
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の「後発医薬品普及率」は「金額ベース」74.8%、「数量ベース」85.1%であり、「金額ベース」「数量ベース」とも経年的に増加傾向にある。 	図9	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・重複投薬者数は、平成30年度に「高血圧症」1人のみである。 	図10	

特定健康診 査・特定保健 指導の分析	特定健康診 査・特定保 健指導の実 施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度「特定健診受診率」は53.1%で、県よりも高い。 ・令和4年度「特定健診受診率」は、全ての性・年齢階級で県・国より高い。 ・令和3年度「特定保健指導実施率」は68.4%で、県より高い。 ・令和3年度「積極的支援実施率」は50.0%、「動機付け支援実施率」は71.9%でいずれも県より高い。 ・令和3年度「特定保健指導利用率」は68.4%、「終了率」は68.4%で、いずれも県より高い。 ・令和3年度「減少率」は21.4%、「特定保健指導による減少率」は28.6%で、いずれも県より高い。 	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	A
	特定健康診 査結果の状況 (有所見 率・健康状 態)	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の有所見者割合は、「HbA1c」「腹囲」「LDLコレステロール」の順に高く、女性は「LDLコレステロール」「HbA1c」「収縮期血圧」の順に高い。 ・男性の「メタボ該当者割合」は、経年的に増加傾向にある。 ・男性の「メタボ予備群割合」は、平成29年度から増減しながら、令和3年度に増加している。 ・「メタボ該当者割合」は、男性の「50～54歳」「65～69歳」、女性の「50～54歳」が県より高い。 ・「メタボ予備群割合」は、男性の「40～44歳」「70～74歳」、女性の「45～49歳」「60～64歳」「70～74歳」が、県より高い。 ・「腎症4期」0%、「腎症3期」6.0%、「腎症2期以下」94.0%で、「腎症2期以下」が県より高い。 	<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19	B,C,D
	質問票調査 の状況(生 活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> ・「睡眠不足」40.1%が県より高い。 ・「飲酒日1日当たり飲酒量(2～3合未満)」11.4%「飲酒頻度(毎日)」25.9%が県より高い。 ・「3食以外の間食や甘い飲み物(毎日)」32.4%が県より高い。 ・「歩行速度遅い」65.2%、「1日1時間以上運動なし」58.4%、「1日30分以上の運動なし」70.7%が県より高い。 ・「20歳時体重から10kg以上増加」38.3%が県より高い。 	<input type="checkbox"/> 20	J
レセプト・健診結果等を 組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ・治療なし受診勧奨値以上の割合「血圧」は、男性12.3%、女性7.1%、「HbA1c」は、男性1.4%、女性0%、「LDLコレステロール」は、男性28.2%、女性27.1%である。 ・治療あり「HbA1c7.0%以上」の割合は、男性25.0%、女性18.8%である。 ・糖尿病治療なし「腎症3期」は令和元年度に1人、「腎症2期以下」は平成30年度と比較して令和4年度が減少している。 	<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24	I	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度「要支援・要介護認定率」は14.7%で、令和3年度までは増加し、令和4年度に減少している。 ・令和4年度「要支援・要介護認定率」は、「要介護4」が県より高い。 	<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・「10万人当たり糖尿病患者数」は、経年的に国保が県より多く、後期が県より少ない。 ・「10万人当たり人工透析患者数」は、経年的に国保が県より少なく、後期が県より多い。 ・令和2年度「胃がん」「大腸がん」「肺がん」「乳がん」「子宮頸がん」がん検診受診率が、いずれも県より高い。 	<input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29		

図1 平均余命と平均自立期間

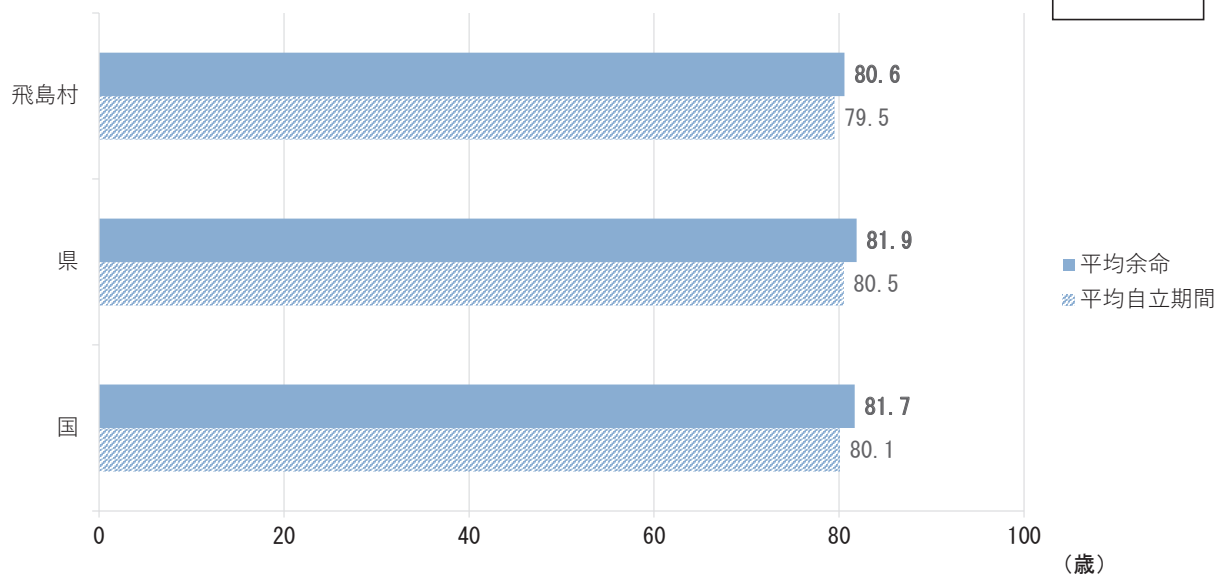
出典 KDB〔地域の全体像の把握〕

データ分析の結果

- 男性の「平均余命」は80.6歳、「平均自立期間」は79.5歳で、いずれも県・国を下回っています。
- 女性の「平均余命」は89.5歳、「平均自立期間」は85.9歳で、いずれも県・国を上回っています。
- 「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性が1.1歳で、県・国より短く、女性が3.6歳で、県・国より長い状況です。

平均余命と平均自立期間【男性】

令和04年度



平均余命と平均自立期間【女性】

令和04年度

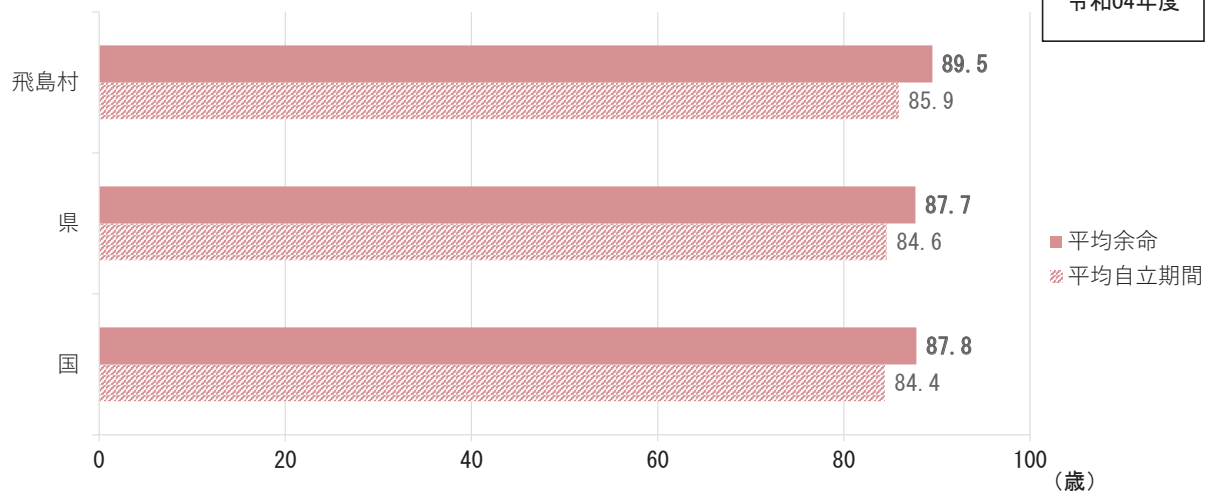


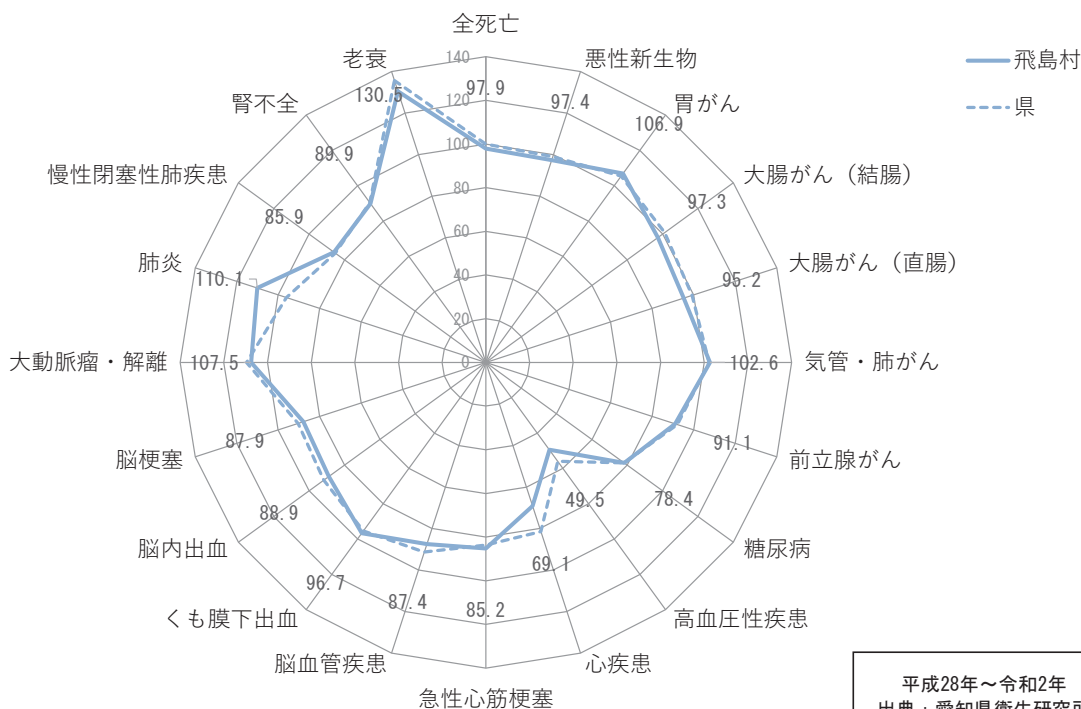
図2 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値

愛知県衛生
研究所
(H28年～
R2年)
出典

データ分析の
結果

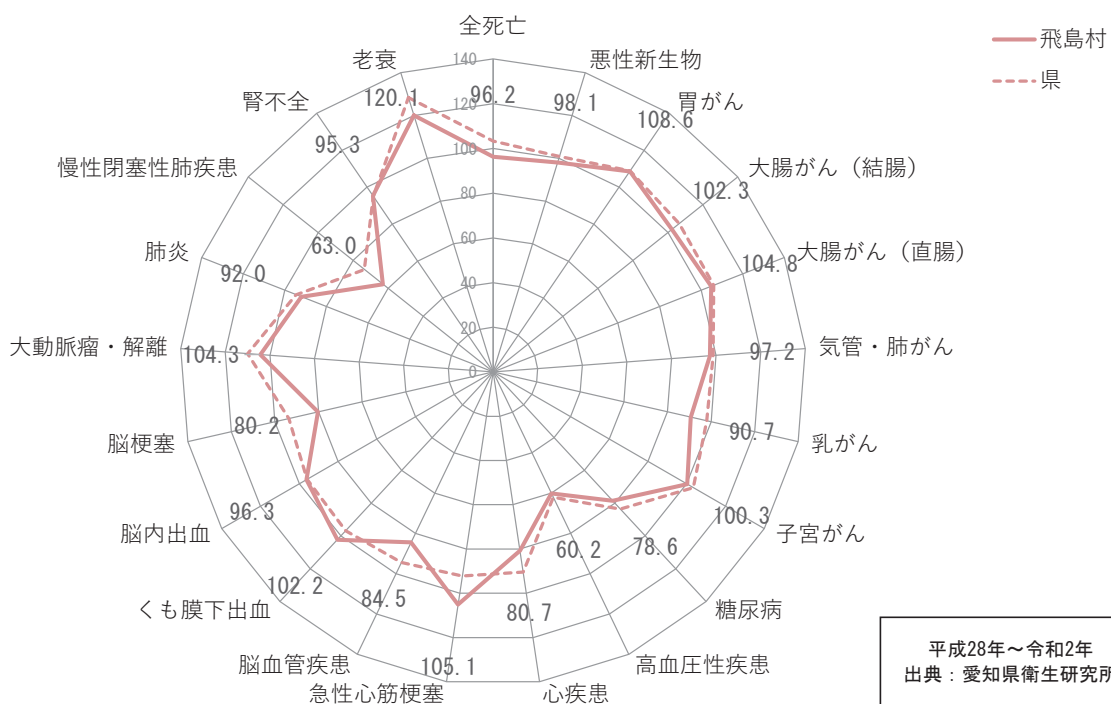
- 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「肺炎」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「気管・肺がん」です。
- 女性では、「胃がん」「急性心筋梗塞」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「大腸がん(結腸)」「くも膜下出血」「子宮がん」です。

死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値【男性】



平成28年～令和2年
出典：愛知県衛生研究所

死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値【女性】



平成28年～令和2年
出典：愛知県衛生研究所

図3 総医療費と生活習慣病総医療費の推移

KDB〔医療費の状況、疾病別医療費分析（生活習慣病）〕
出典

データ分析の結果

- ・令和4年度の「1人当たり医療費」は、29,358円で、経年的に増加傾向にあり、県より高い状況です。
- ・令和4年度「総医療費」3.53億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）」は5,200万円です。
- ・「総医療費」は、令和元年度に減少しましたがその後増加に転じ、令和4年度は平成30年度より増加しています。

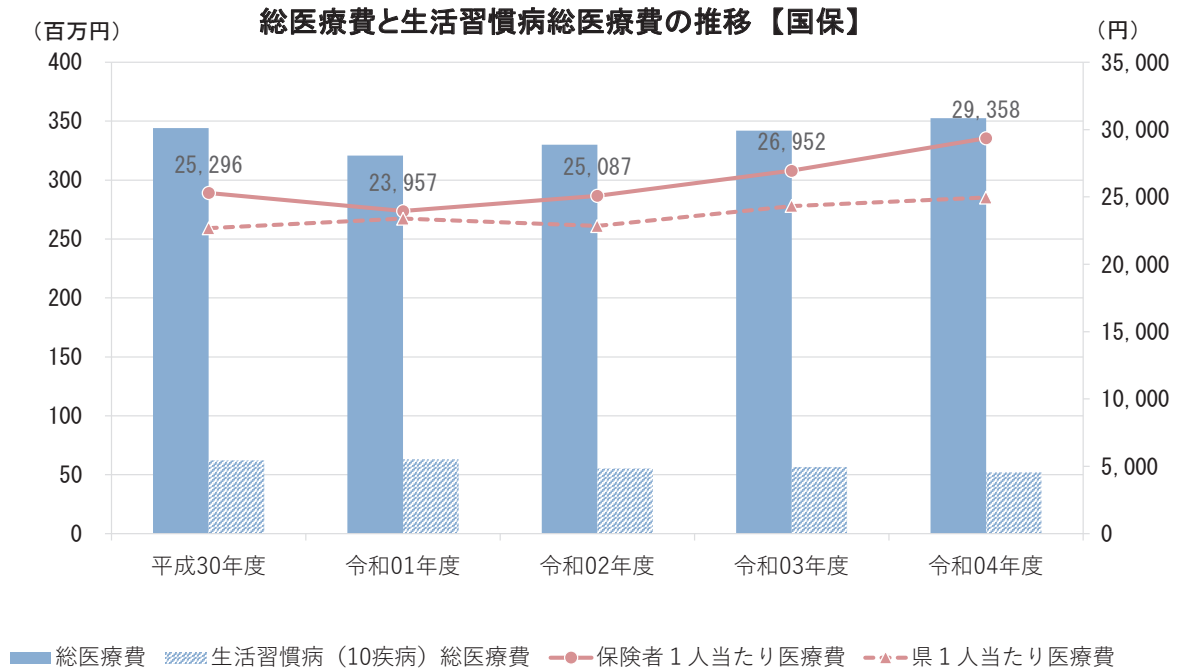


図4 被保険者1人当たり医療費

出典 KDB〔健康スコアリング（医療）〕

データ分析の結果
 ・「1人当たり医療費（入院）」は、県より高い状況です。
 ・「1人当たり医療費（入院外）」「1人当たり医療費（歯科）」は、県・国より高い状況です。

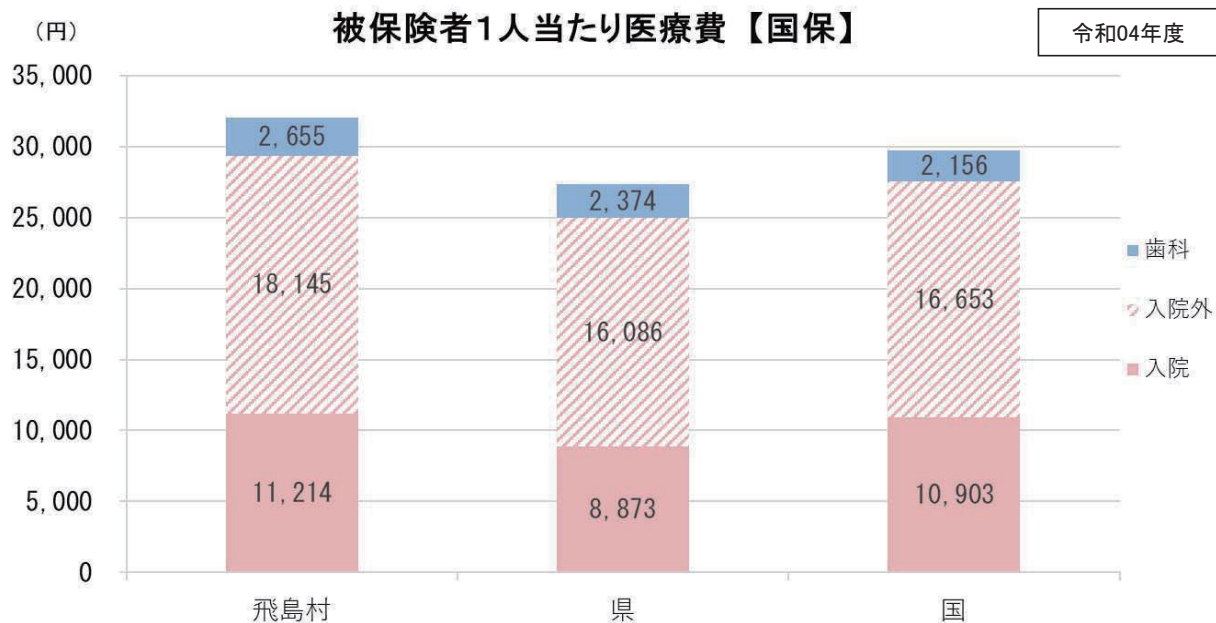


図5 年齢階級別1人当たり医療費

出 KDB〔医療費の状況〕

データ分析の結果

- 【国保】
- ・「0～9歳」「30～39歳」「70～74歳」1人当たり医療費は、県・国より高い状況です。
 - ・「10～19歳」「20～29歳」「40～49歳」「50～59歳」「60～69歳」は、県・国より低い状況です。
- 【後期】
- ・一定の障がいにより加入した「65～69歳」「70～74歳」1人当たり医療費は、県・国と同様に、他の年齢階級に比べて高い状況です。
 - ・「70～74歳」は、県・国より高い状況です。
 - ・「90～94歳」「95～99歳」「100歳以上」は、県・国より低い状況です。

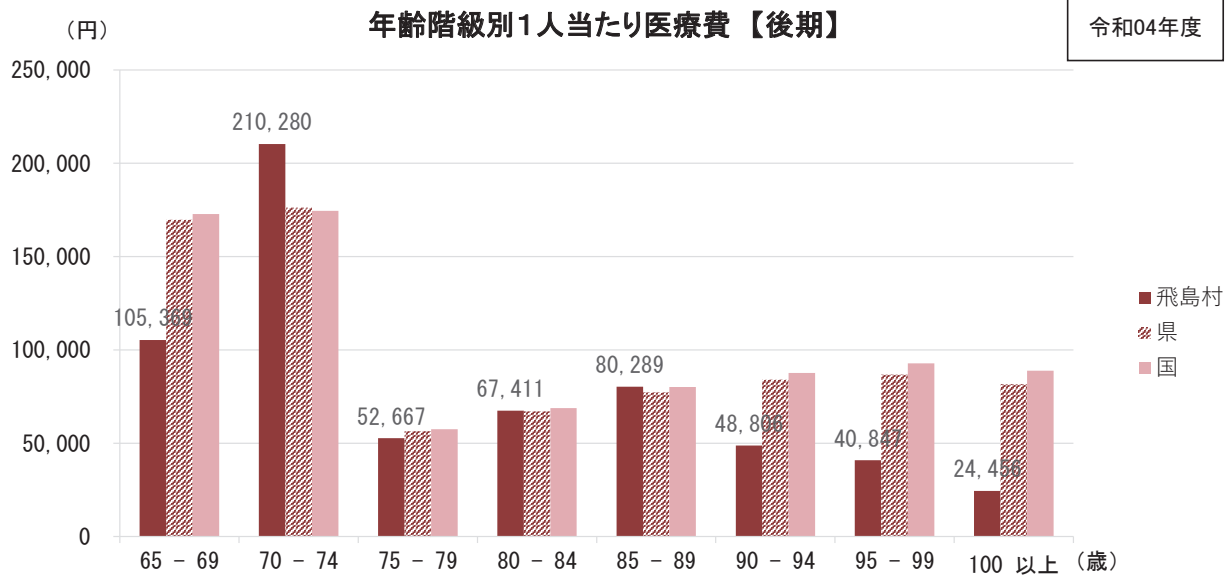
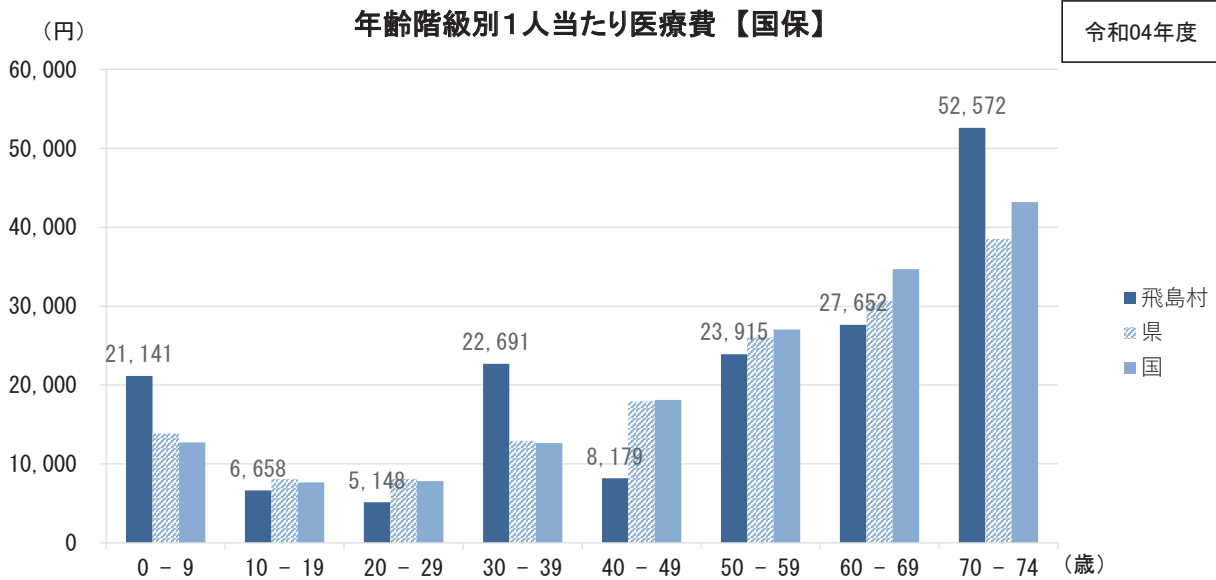


図6 疾病大分類別1人当たり医療費

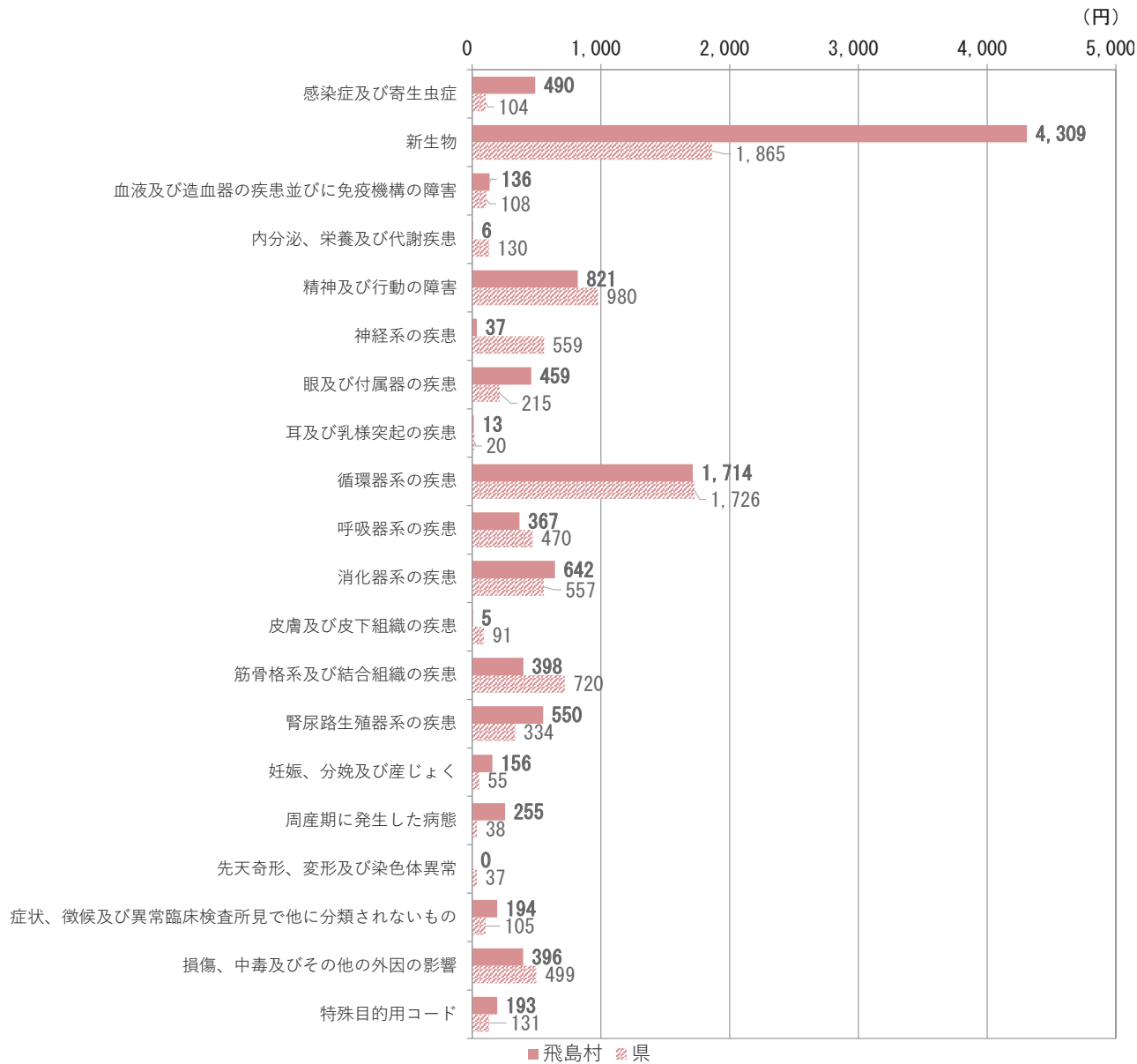
KDB〔疾病別医療費分析(大分類)〕
出典

データ分析の結果

【入院】
 ・「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、「新生物」「消化器系の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」が県より高い状況です。
 【入院外】
 ・「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「循環器系の疾患」の順に高く、そのうち「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が県より高い状況です。

疾病大分類別1人当たり医療費【入院】

令和04年度



疾病大分類別1人当たり医療費【入院外】

令和04年度

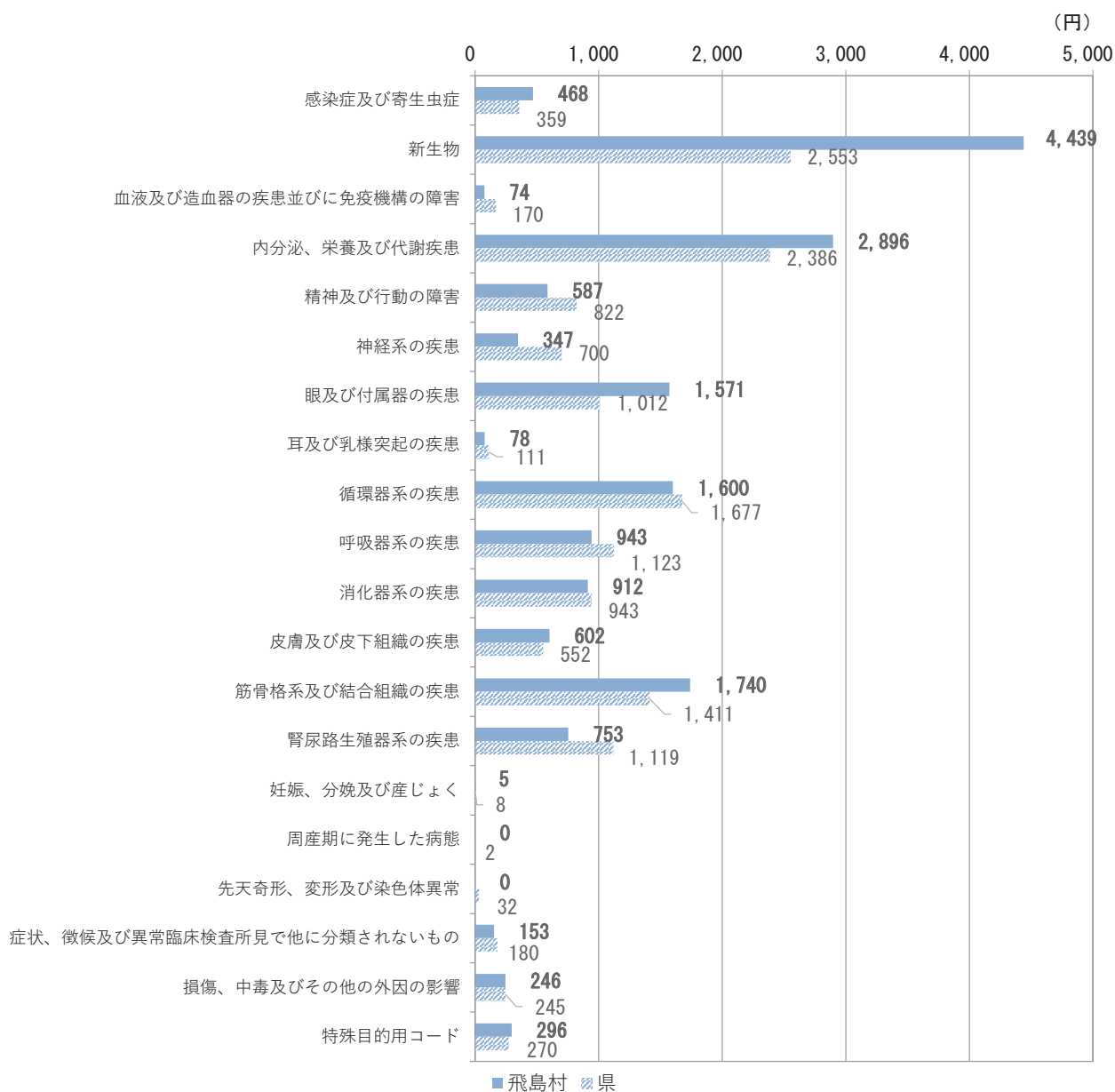
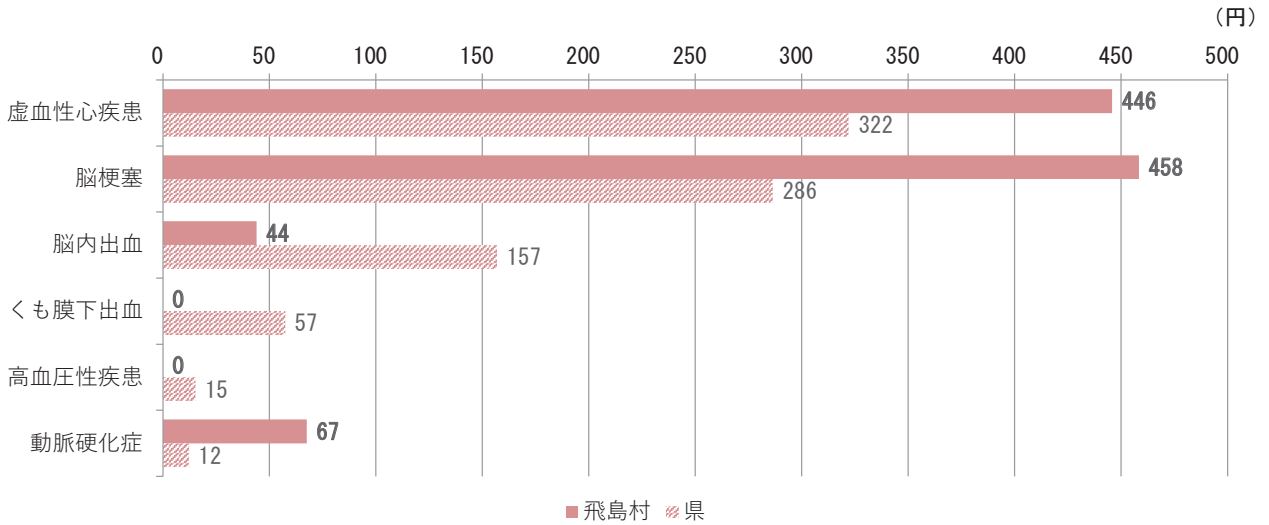


図7	疾病中分類別1人当たり医療費	出典 KDB〔疾病別医療費分析(中分類)〕
データ分析の結果	<p>【入院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 循環器系疾患では、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「動脈硬化症」「脳内出血」の順に高く、そのうち、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「動脈硬化症」が県より高い状況です。 <p>【入院外】</p> <ul style="list-style-type: none"> 循環器系疾患では「高血圧性疾患」が最も高く、「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高い状況です。 内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、そのうち、「糖尿病」が県より高い状況です。 筋骨格系及び結合組織疾患では、「炎症性多発性関節障害」「骨の密度及び構造の障害」「関節症」の順に高く、いずれも県より高い状況です。 	

疾病中分類別1人当たり医療費【入院】

令和04年度

※循環器系疾患



疾病中分類別1人当たり医療費【入院外】

※循環器系疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、筋骨格系及び結合組織疾患

令和04年度

(円)

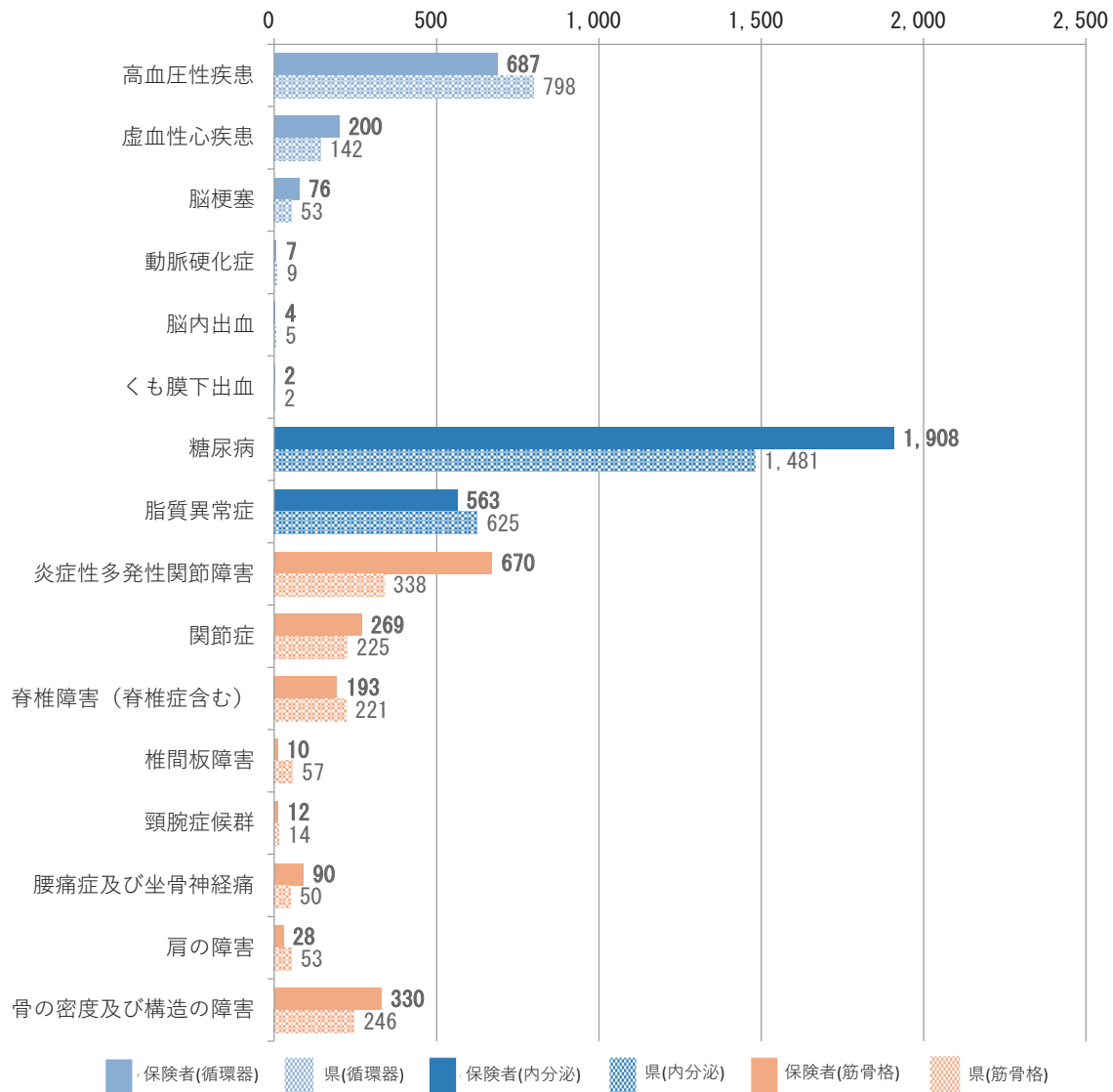


図8 主要がん1人当たり医療費

KDB〔疾病別医療費分析(細小分類)〕
出典

データ分析の結果

- ・「肺がん」「胃がん」「乳がん」「前立腺がん」「大腸がん」の順に高い状況です。
- ・「肺がん」「胃がん」が県・国より高い状況です。
- ・「肺がん」「胃がん」「乳がん」「前立腺がん」は平成30年度と比較して令和4年度が増加しています。

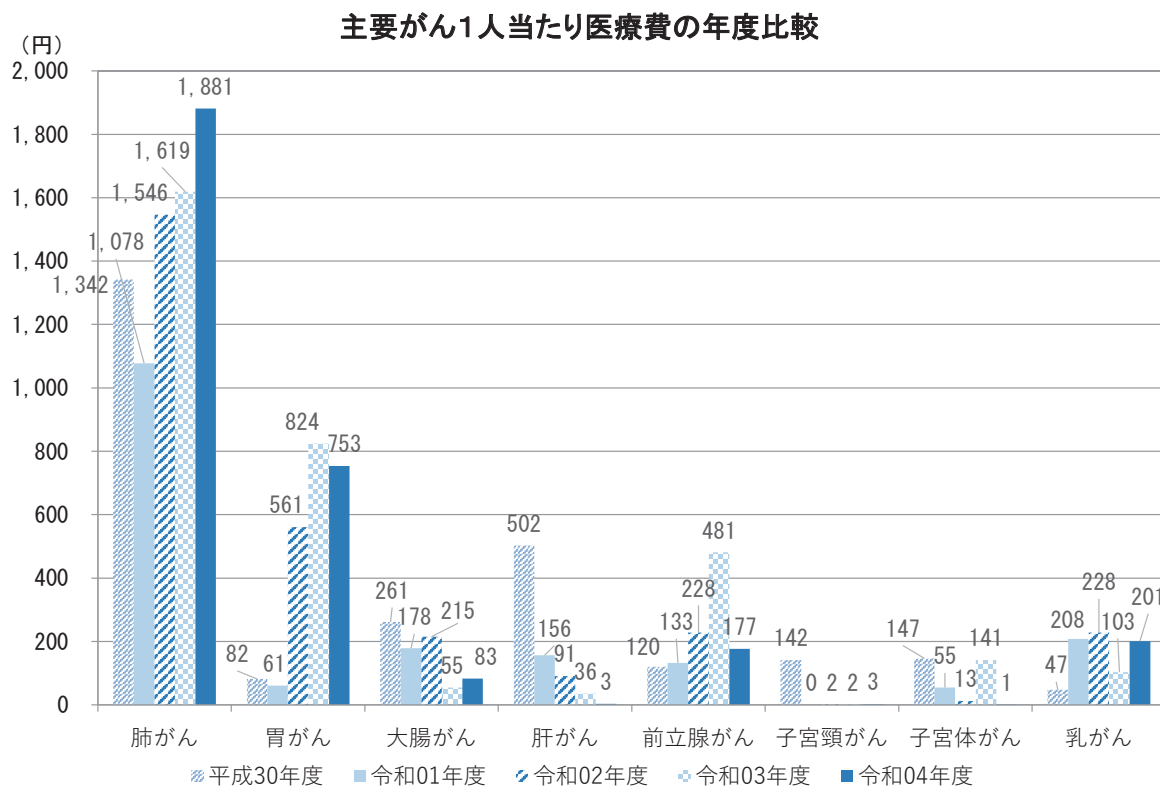
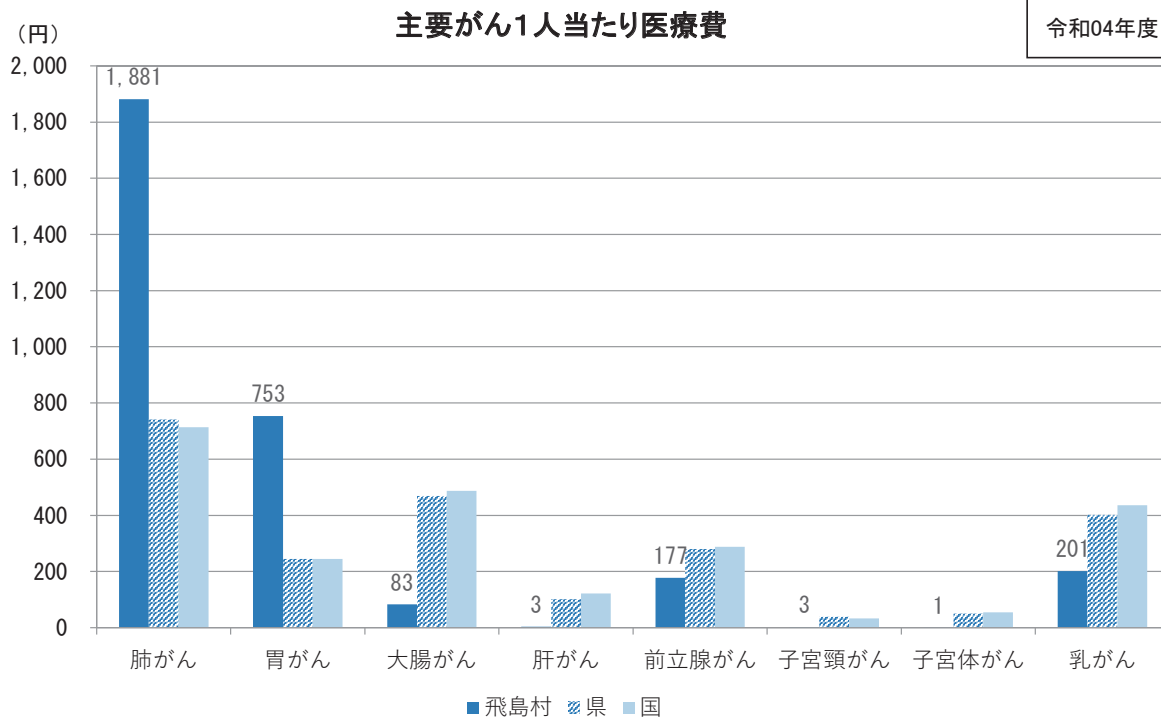
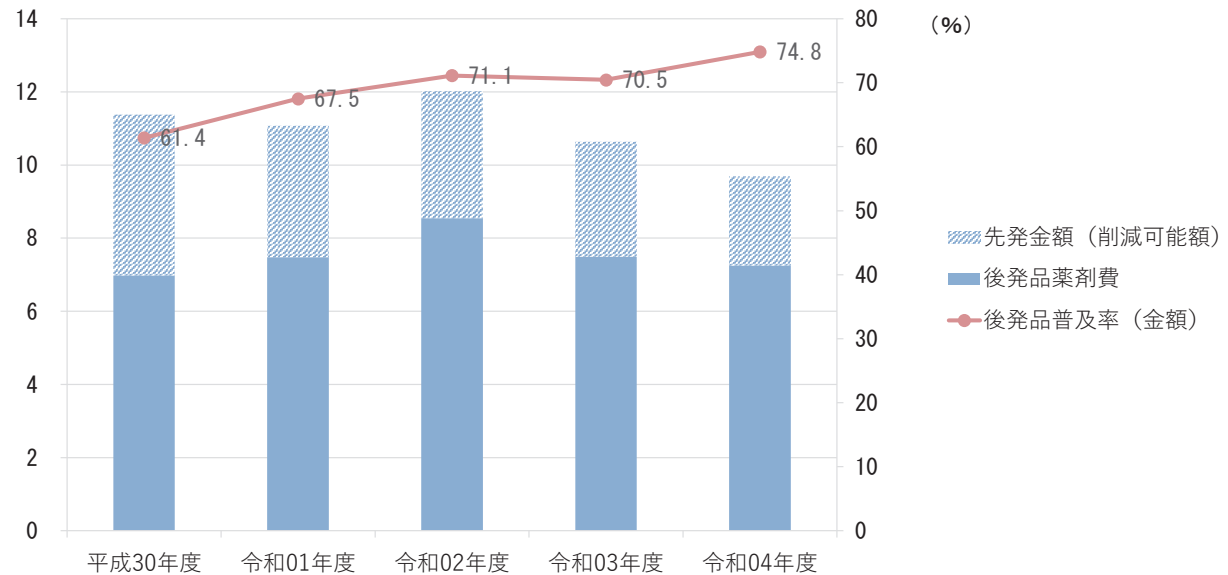


図9 後発医薬品の普及状況

国保総合システム「保険者別医薬品利用実態（国保一般）」
出典

データ分析の結果
 ・令和4年度の「後発医薬品普及率」は、「金額ベース」74.8%、「数量ベース」85.1%です。
 ・「後発医薬品普及率」の経年推移は、「金額ベース」「数量ベース」とも増加傾向がみられます。

後発医薬品の普及状況(金額ベース)



後発医薬品の普及状況(数量ベース)

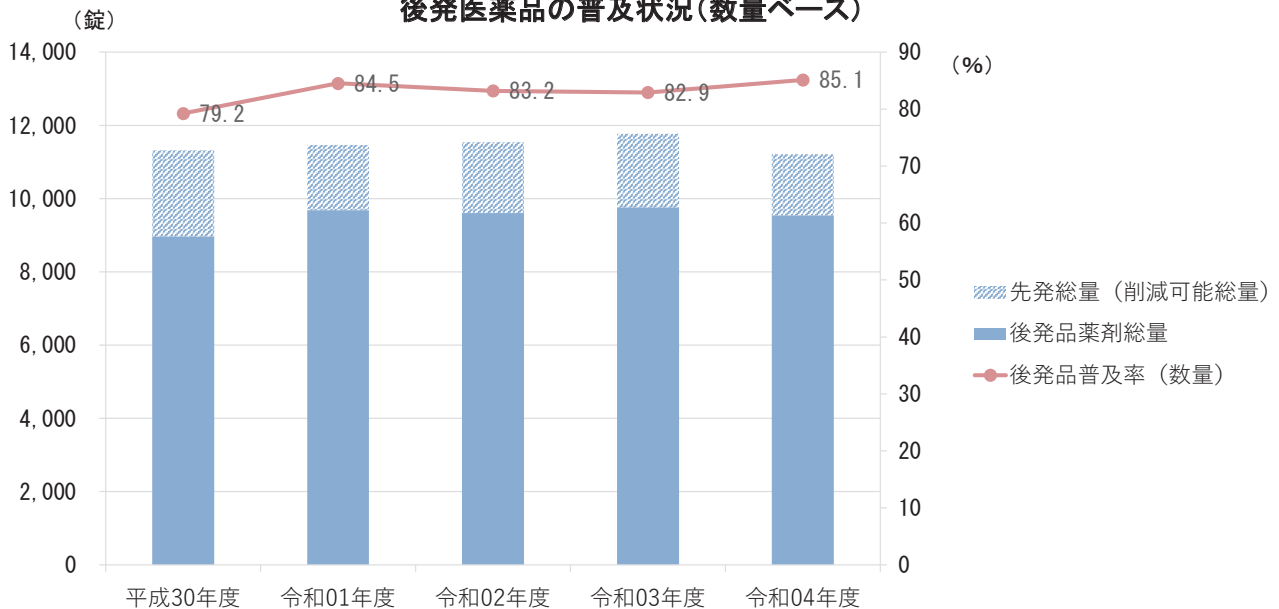


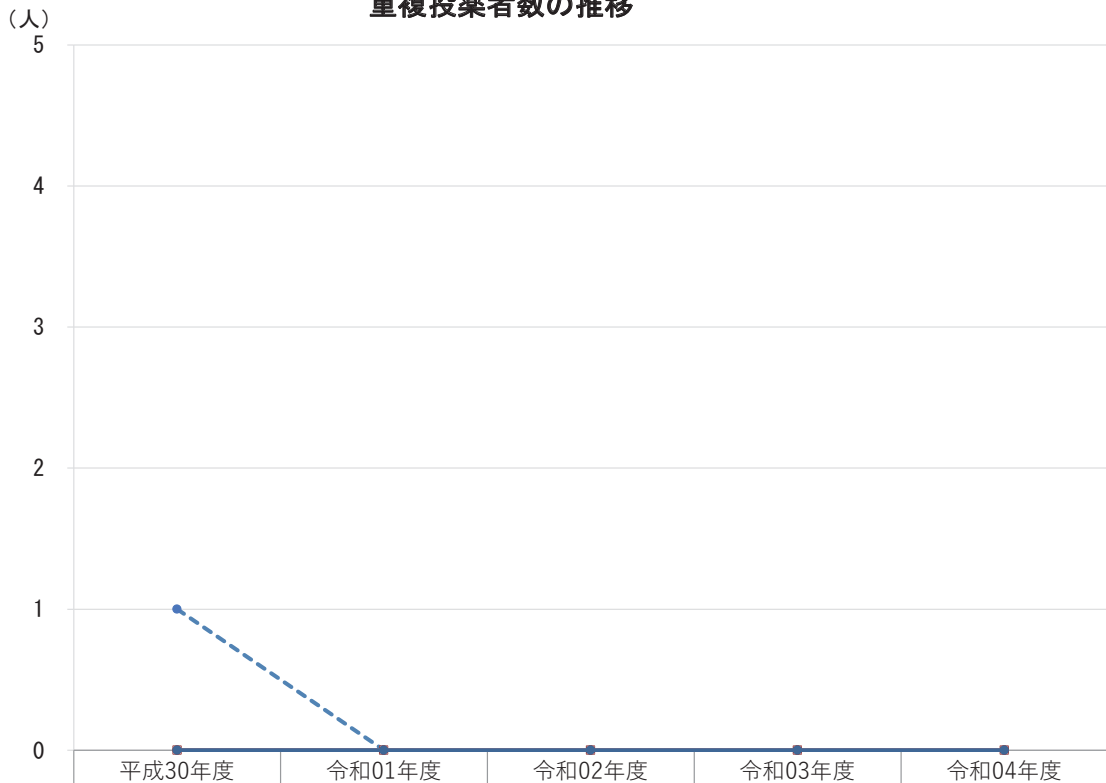
図10 重複投薬者数の推移

出典 KDB〔被保険者台帳〕

データ分析の結果

・「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」「高尿酸血症」「脂肪肝」「動脈硬化症」「睡眠障害」重複投薬者数は、平成30年度に「高血圧症」1人のみです。

重複投薬者数の推移



	平成30年度	令和01年度	令和02年度	令和03年度	令和04年度
高血圧症	1	0	0	0	0
脂質異常症	0	0	0	0	0
糖尿病	0	0	0	0	0
高尿酸血症	0	0	0	0	0
脂肪肝	0	0	0	0	0
動脈硬化症	0	0	0	0	0
睡眠障害	0	0	0	0	0

データ分析の結果

- ・令和3年度の特定健診は、「対象者数」759人、「受診者数」403人、「受診率」53.1%です。
- ・「受診率」は令和2年度が県より低い状況ですが、平成29年度、平成30年度、令和元年度、令和3年度が、県より高い状況でした。
- ・「受診率」は令和2年度に低下していますが、令和3年度は増加して、令和元年度と同程度です。

特定健診受診者数・受診率の推移

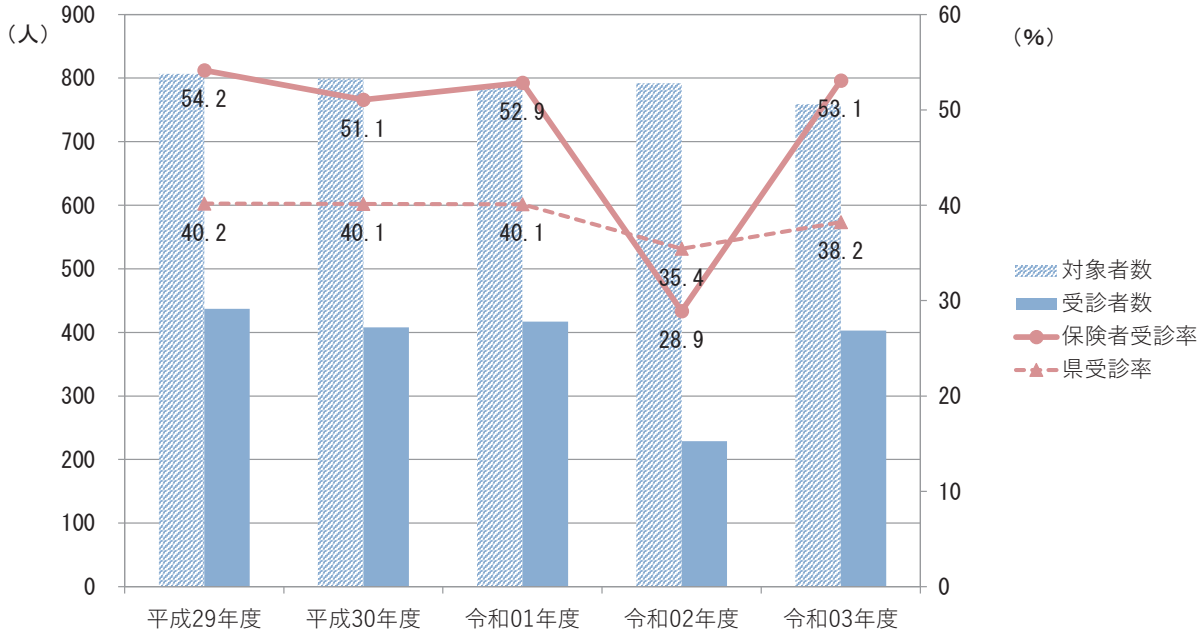


図12 性・年齢階級別特定健診受診率

出典 KDB〔健診の状況〕

データ分析の結果

- ・男女とも40歳～74歳のすべての年齢階級の受診率が、県・国より高い状況です。
- ・その中で男性の「40～44歳」「45～49歳」「60～64歳」、女性の「50～54歳」は、40%以下となっています。

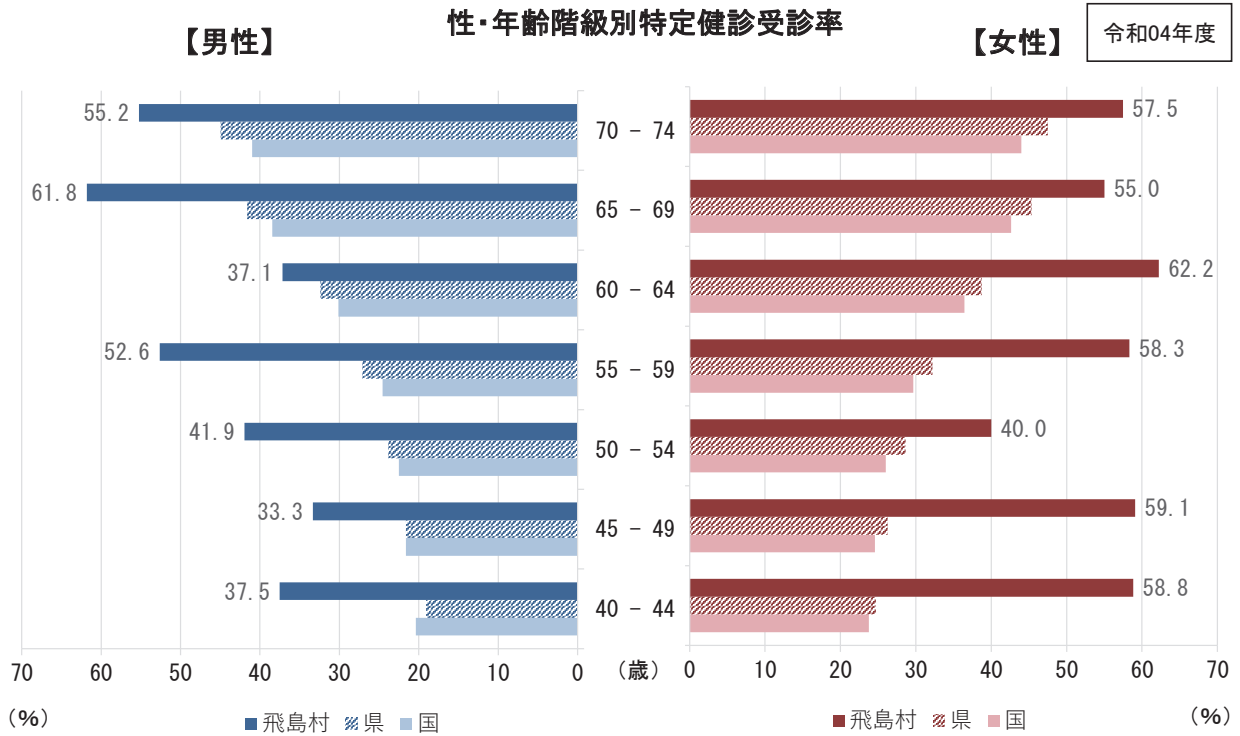


図13

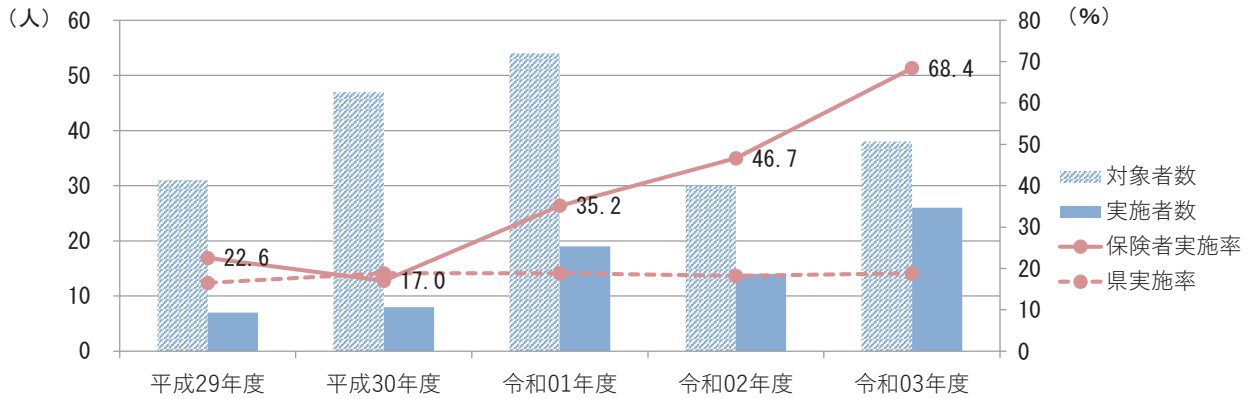
積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移

出典 法定報告

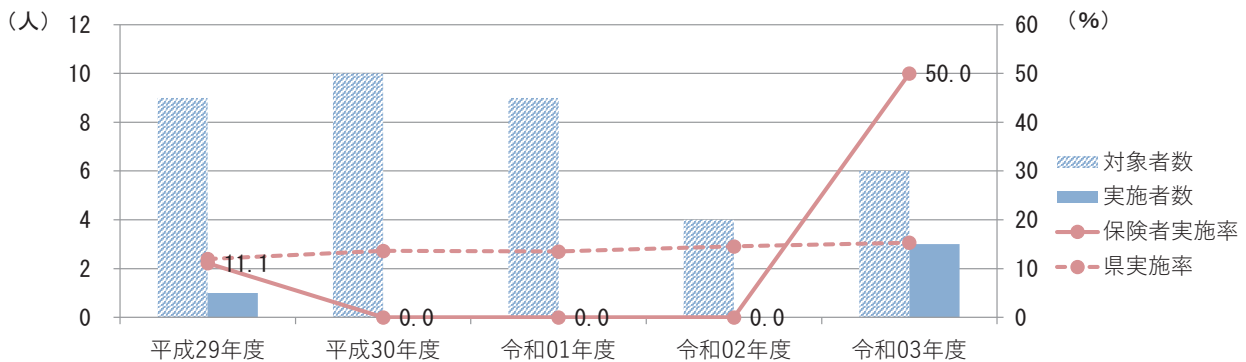
データ分析の結果

・令和3年度「特定保健指導実施率」は68.4%で、経年的には県より高い状況ですが、平成30年度は県より低い状況でした。
 ・令和3年度「積極的支援実施率」50.0%、「動機付け支援実施率」は71.9%でした。
 ・特定保健指導実施率は、「積極的支援」が令和2年度から令和3年度に著しく増加し、「動機付け支援」は平成29年度から平成30年度に減少しましたが、その後は令和3年度まで年々増加しています。

【積極的支援 + 動機付け支援】実施者数・実施率の推移



【積極的支援】実施者数・実施率の推移



【動機付け支援】実施者数・実施率の推移

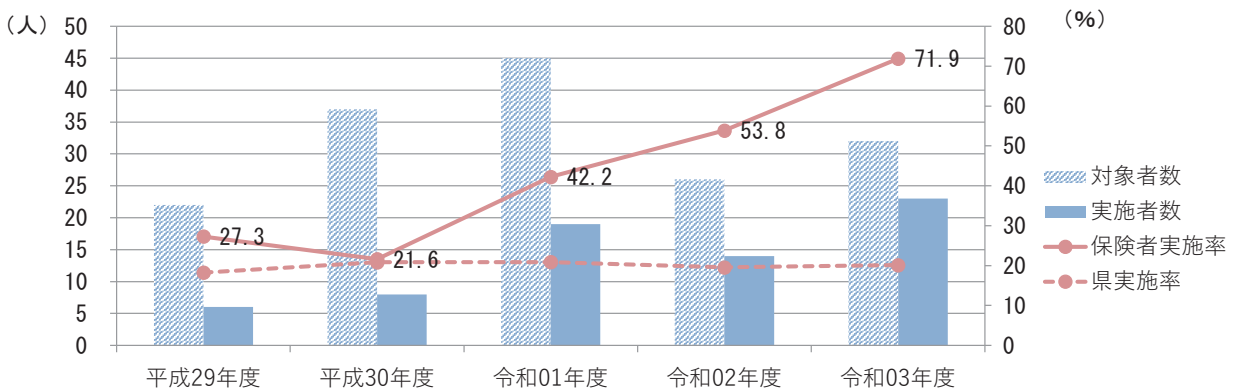


図14 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移

出典 法定報告

データ分析の結果
 ・令和3年度特定保健指導「利用率」68.4%、「終了率」68.4%で、「利用率」は経年的に県より高い状況です。
 「終了率」は平成29年度、令和元年度、令和2年度、令和3年度が県より高い状況です。

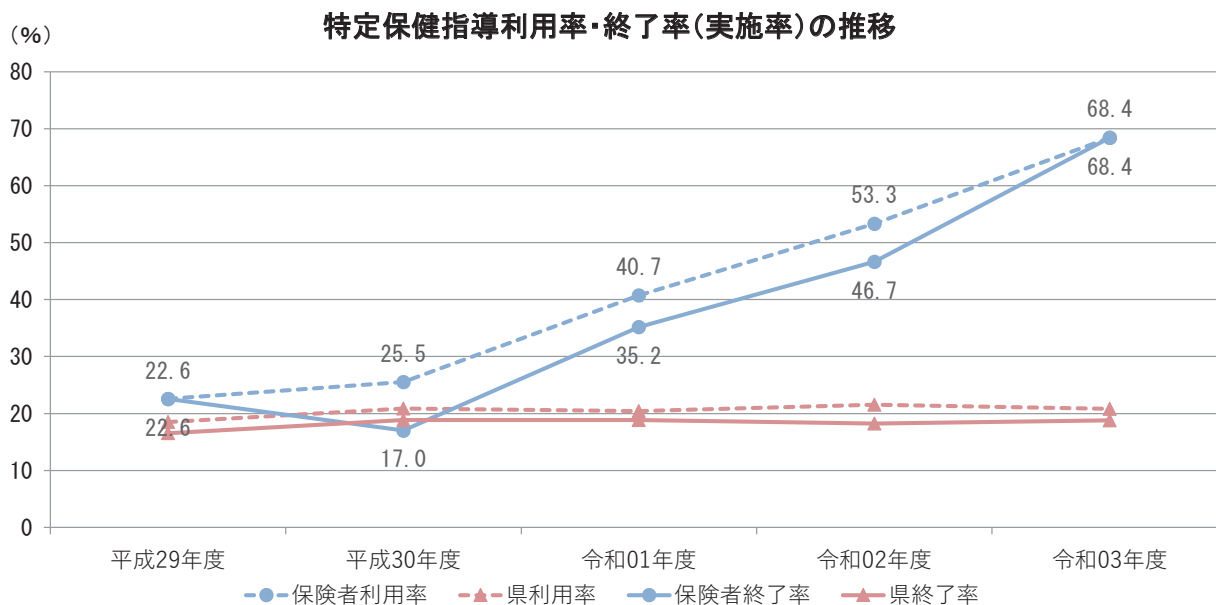


図15 特定保健指導対象者の減少率の推移

出典 法定報告

データ分析の結果

・令和3年度の「特定保健指導対象者の減少率」は21.4%、「特定保健指導による減少率」は28.6%で、いずれも県より高い状況です。
 ・経年的には、1年ごとに増減を繰り返す傾向がみられます。

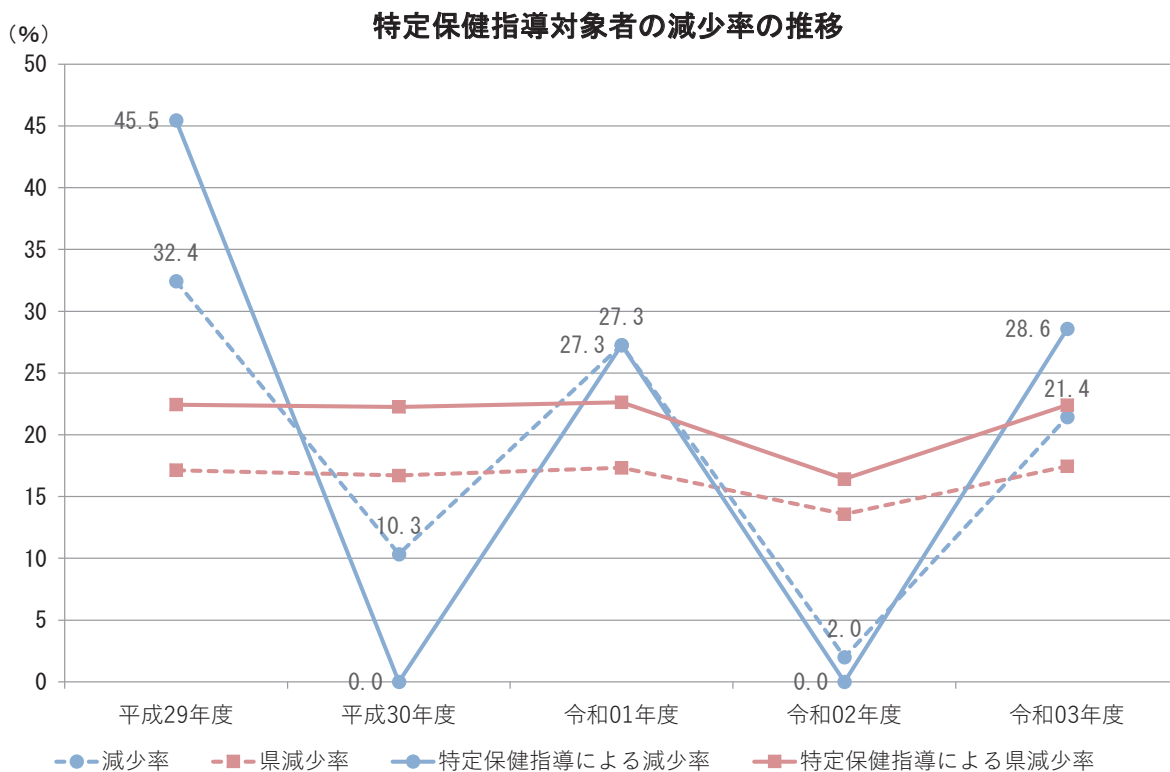


図16 特定健診有所見者割合

KDB〔厚生労働省様式(様式5-2)〕

データ分析の結果

・男性の有所見者割合は、「HbA1c」54.3%、「腹囲」53.8%、「LDLコレステロール」45.1%の順に高く、女性も、「LDLコレステロール」51.6%、「HbA1c」49.5%、「収縮期血圧」26.6%の順に高い状況です。

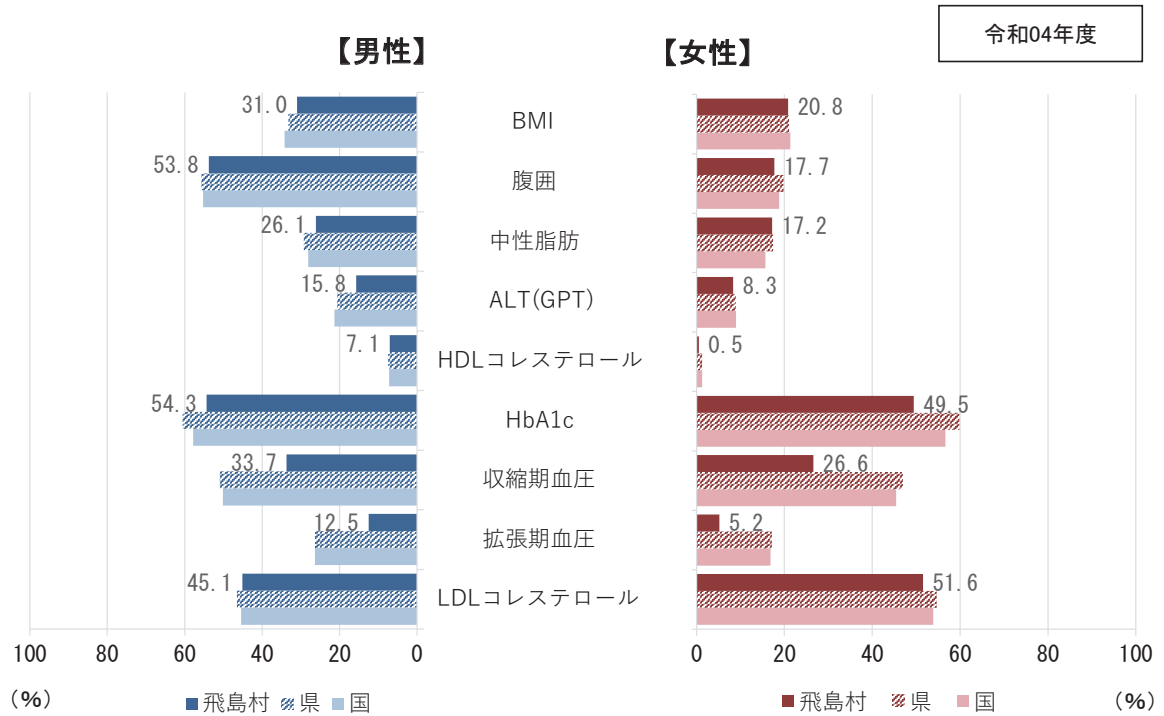


図17 メタボ該当者・予備群割合の推移

出典 法定報告

データ分析の結果

- 令和3年度メタボ該当者割合は、「男性」27.5%、「女性」9.3%、メタボ予備群割合は「男性」16.9%、「女性」4.7%です。
- 男性の「メタボ該当者割合」は、経年的に増加傾向がみられます。
- 女性の「メタボ該当者割合」は、平成29年度から増減しながら令和3年度に減少しています。
- 「メタボ予備群割合」は、平成29年度から増減しながら、令和3年度に男性は増加し、女性は減少しています。

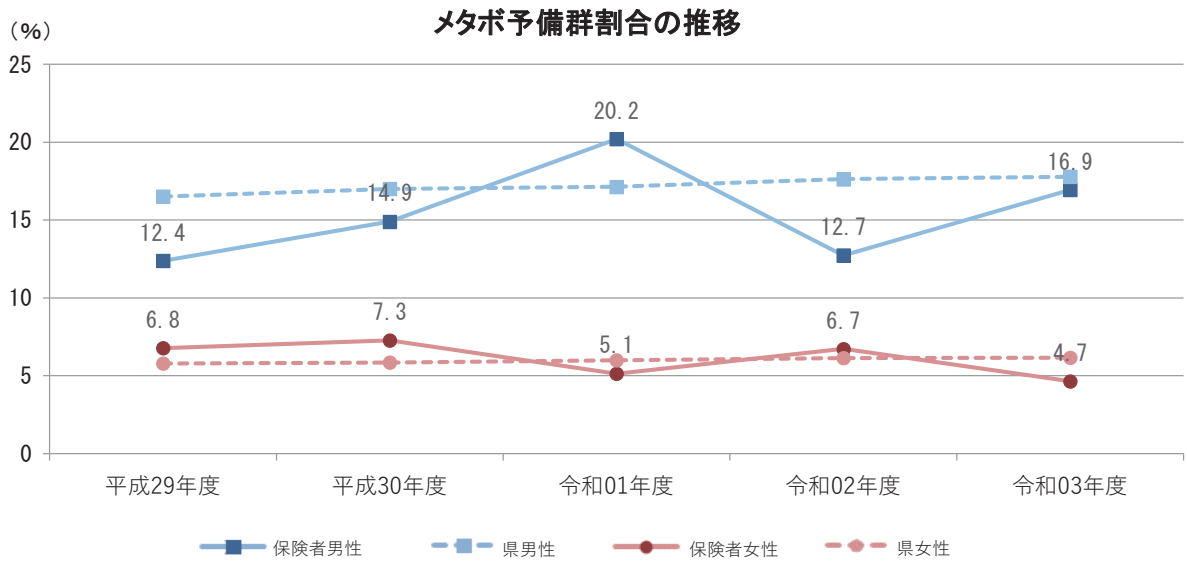
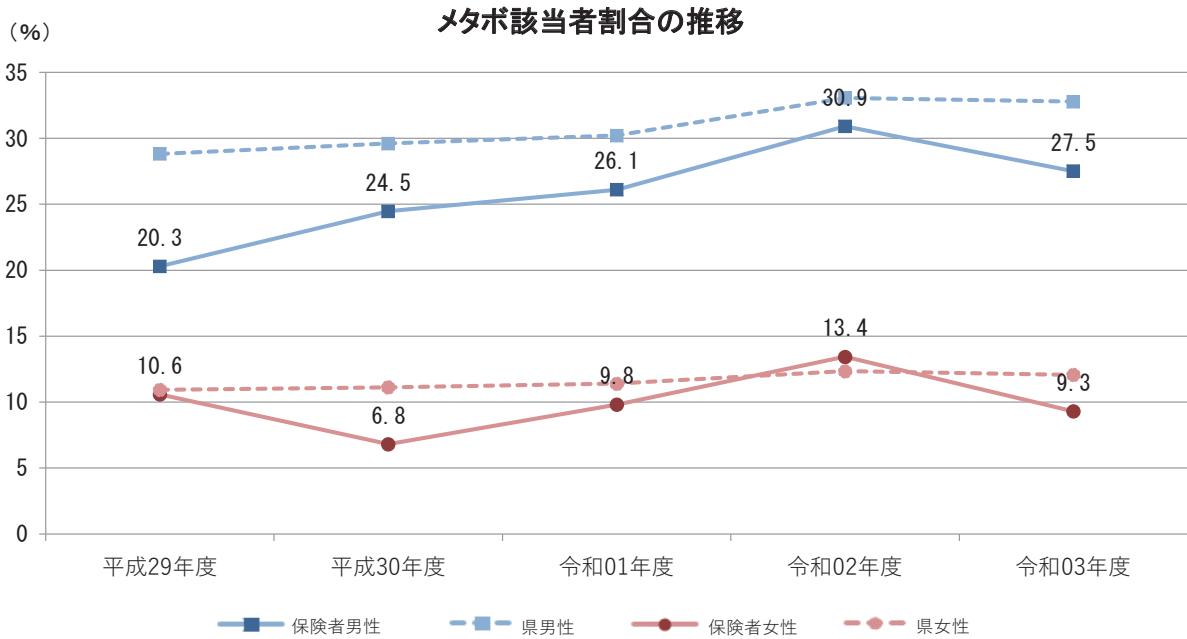


図18

性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合

出典 法定報告

データ分析の結果

・メタボ該当者割合は、男女ともに年齢階級によってばらつきがみられ、男性の「50～54歳」「65～69歳」、女性の「50～54歳」が県より高い状況です。
 ・メタボ予備群割合も、男女ともに年齢階級によってばらつきがみられ、男性の「40～44歳」「70～74歳」、女性の「45～49歳」「60～64歳」「70～74歳」が、県よりも高い状況です。

(男性) 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合 (女性)

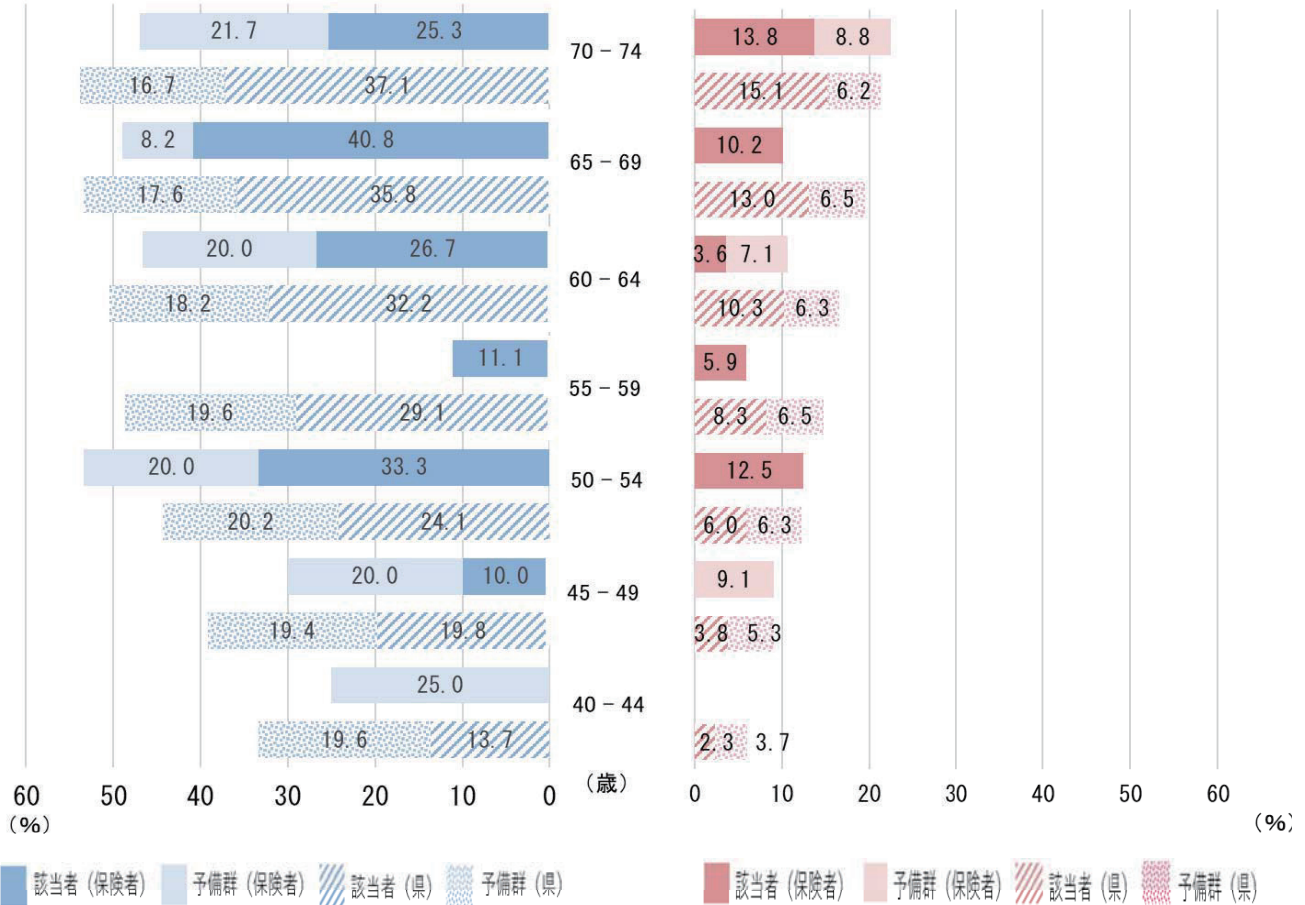


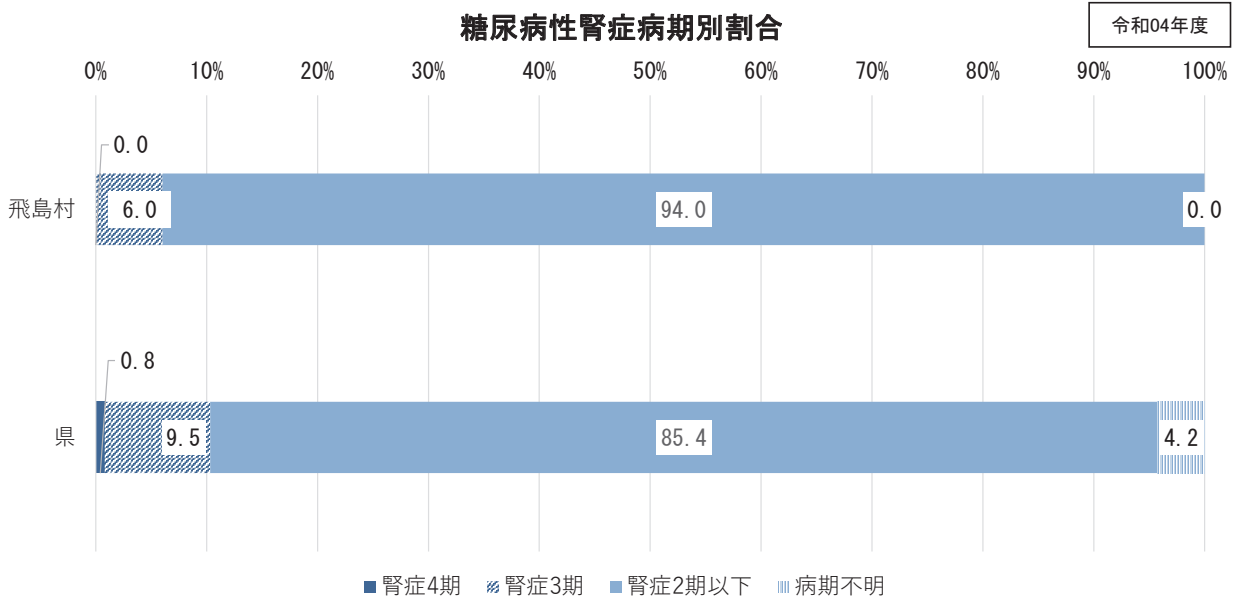
図19

糖尿病性腎症病期別割合

出典
KDB〔介入
支援対象者
一覧（栄
養・重症化
予防等）〕

データ分析の
結果

- ・「腎症4期」0%、「腎症3期」6.0%です。
- ・「腎症2期以下」は94.0%で、県より高い状況です。



データ分析の結果

- ・「睡眠不足」40.1%が、県より高い状況です。
- ・「飲酒日1日当たり飲酒量（2～3合未満）」11.4%、「飲酒頻度（毎日）」25.9%が、県より高い状況です。
- ・「3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）」32.4%が、県より高い状況です。
- ・「歩行速度遅い」65.2%、「1日1時間以上運動なし」58.4%、「1日30分以上の運動なし」70.7%が、県より高い状況です。
- ・「20歳時体重から10kg以上増加」38.3%が、県より高い状況です。

標準的な質問票の項目別回答者割合

令和04年度

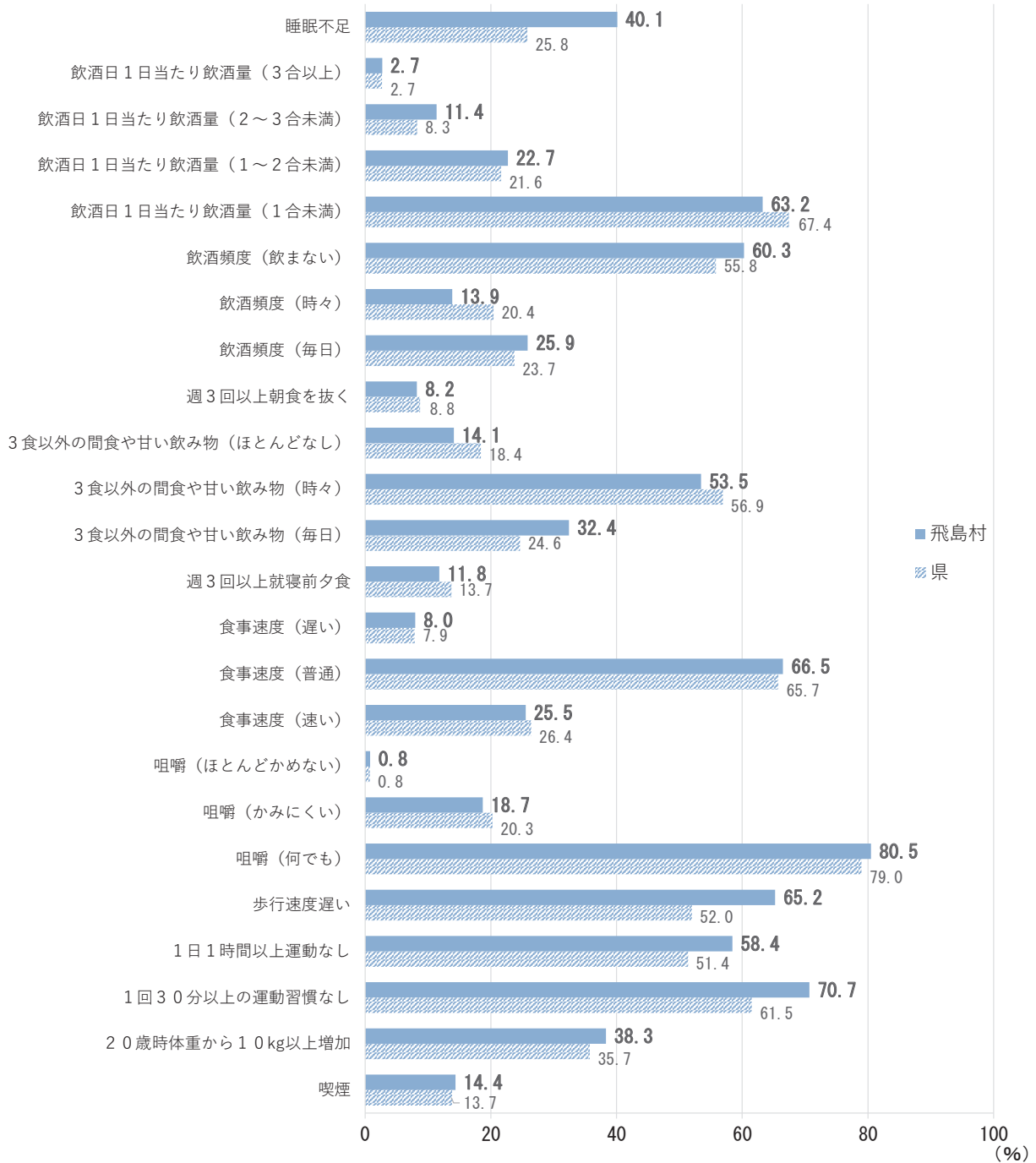


図21

治療有無別血圧区分別該当者数

出典

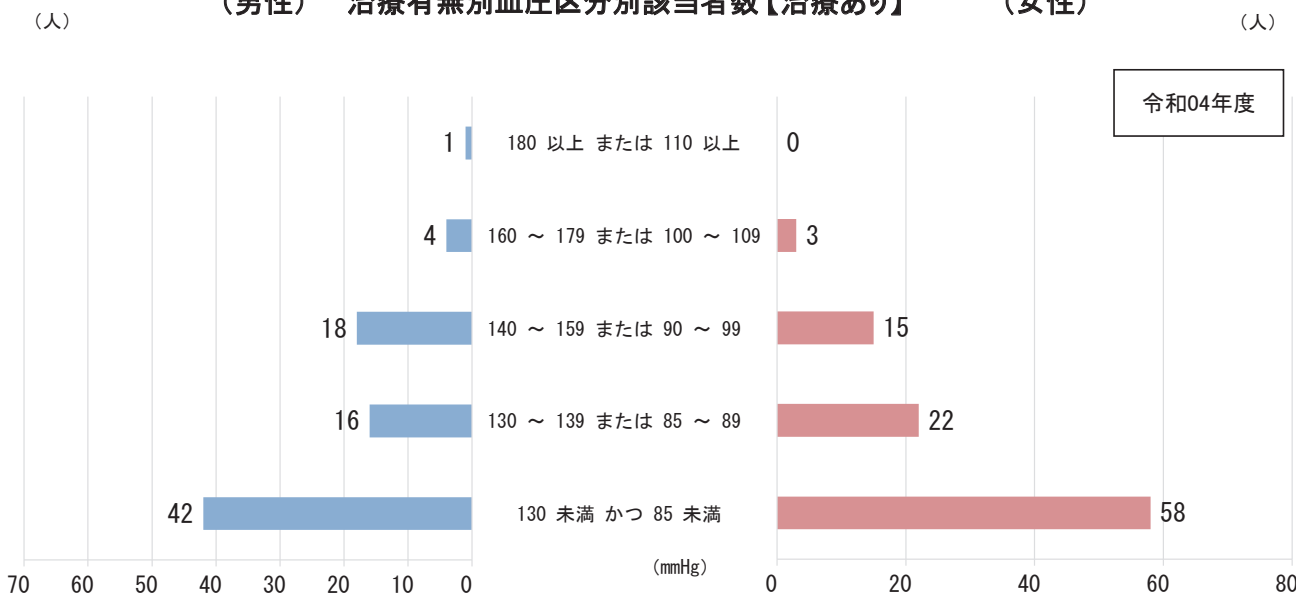
KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕

データ分析の結果

- 【治療あり】
- ・「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は男性81人のうち5人（6.2%）、女性98人のうち3人（3.1%）です。
- 【治療なし】
- ・受診勧奨判定値「収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上」は、男性122人のうち15人（12.3%）、女性113人のうち8人（7.1%）です。
- ・すぐに医療機関の受診が必要とされる「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は、男性4人（3.3%）、女性1人（0.9%）です。

（男性） 治療有無別血圧区分別該当者数【治療あり】

（女性）



（男性） 治療有無別血圧区分別該当者数【治療なし】

（女性）

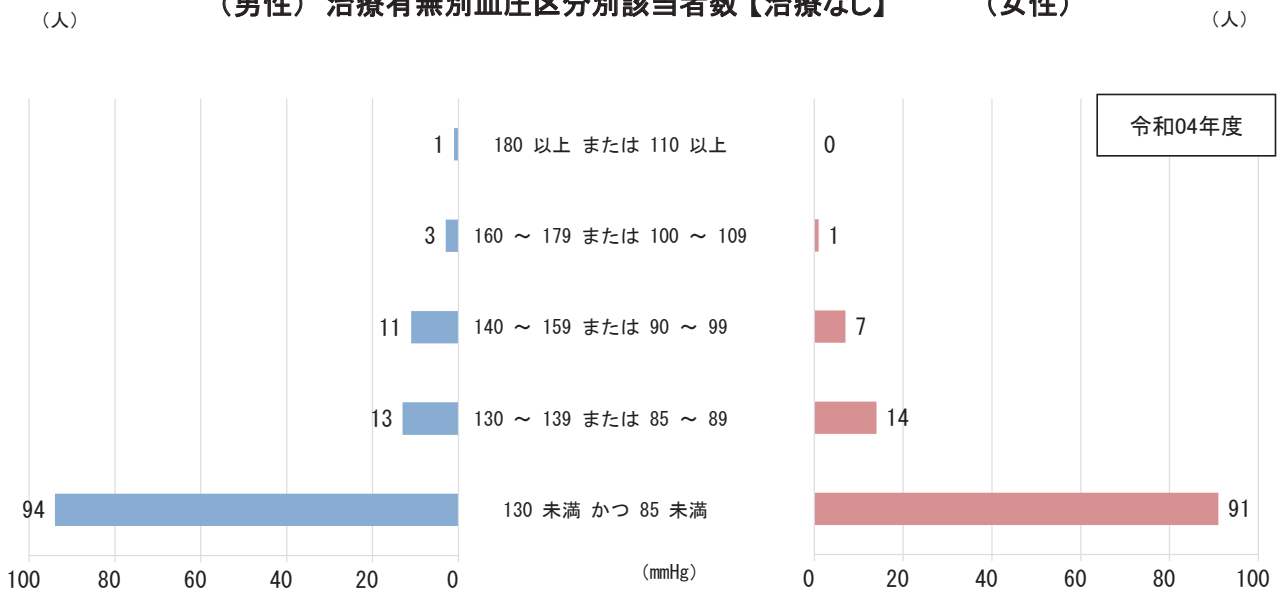


図22

治療有無別HbA1c区分別該当者数

出典

KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕

データ分析の結果

- 【治療あり】
- ・合併症のリスクが高まる「7.0%以上」は、男性64人のうち16人（25%）、女性48人のうち9人（18.8%）です。
- ・治療強化が困難な際の目標値「8.0%以上」は、男性5人（7.8%）、女性0人（0%）です。
- 【治療なし】
- ・受診勧奨判定値「6.5%以上」は、男性139人のうち2人（1.4%）、女性163人のうち0人（0%）です。

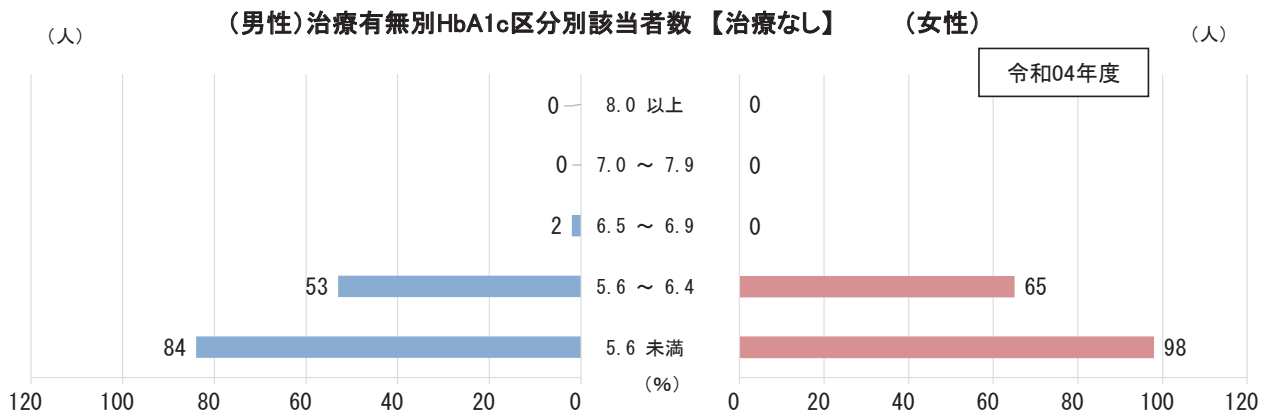
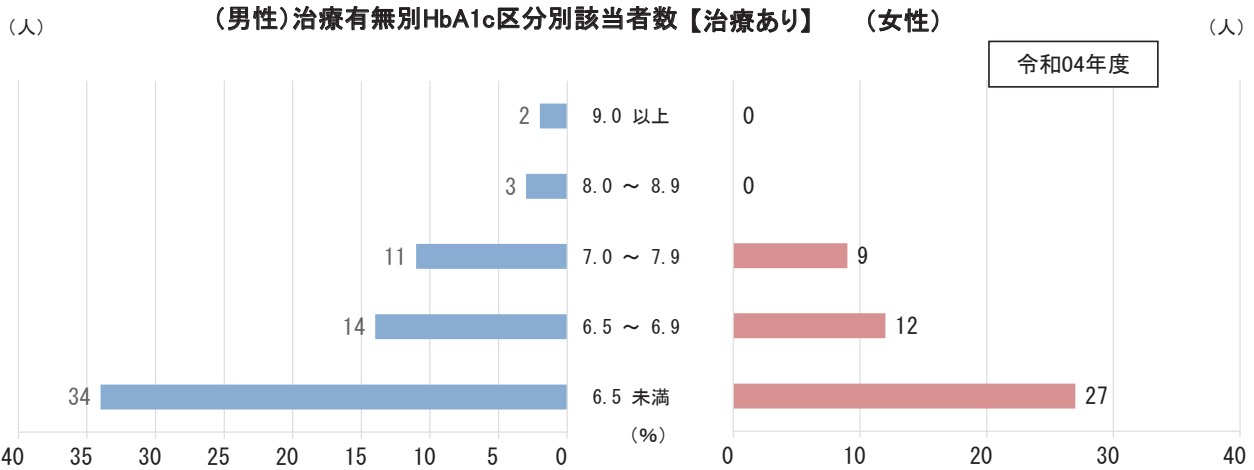


図23

治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数

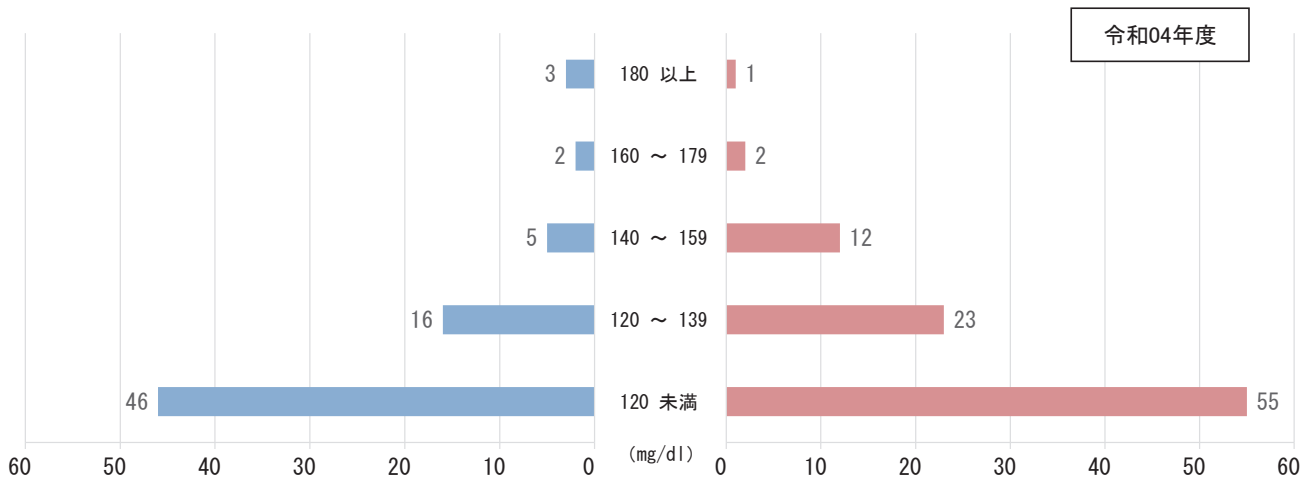
出典

KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕

データ分析の結果

- 【治療あり】
- ・「180mg/dl以上」は男性72人のうち3人（4.2%）、女性93人のうち1人（1.1%）です。
- 【治療なし】
- ・受診勧奨判定値「140mg/dl以上」は、男性131人のうち37人（28.2%）、女性118人のうち32人（27.1%）です。
- ・すぐに医療機関の受診が必要とされる「180mg/dl以上」は、男性2人（1.5%）、女性2人（1.7%）です。

(人) (男性)治療有無別LDLコレステロール区分別 該当者数【治療あり】 (女性) (人)



(人) (男性)治療有無別LDLコレステロール区分別 該当者数【治療なし】 (女性) (人)

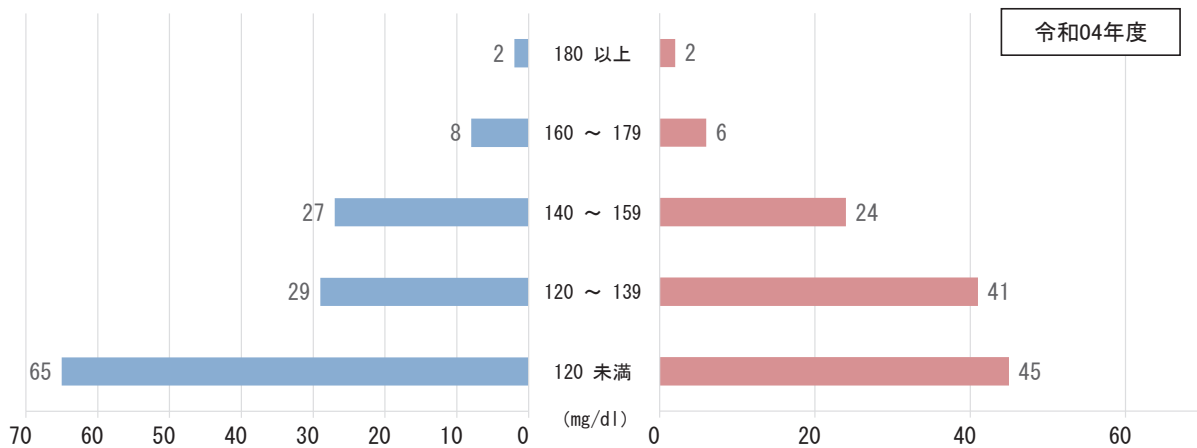


図24 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数

出典 KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕

データ分析の結果

- ・「糖尿病治療なし」の「腎症3期」は、令和元年度1人でした。
- ・「糖尿病治療なし」の「腎症2期以下」は、平成30年度6人から、令和4年度4人と減少しています。
- ・「糖尿病治療あり」はそれぞれ増減しながら、令和4年度に「腎症2期以下」は増加しています。

糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数

※各年度において「糖尿病あり」と判定された人が対象
 「糖尿病あり」の定義：空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上または当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプトが発生している

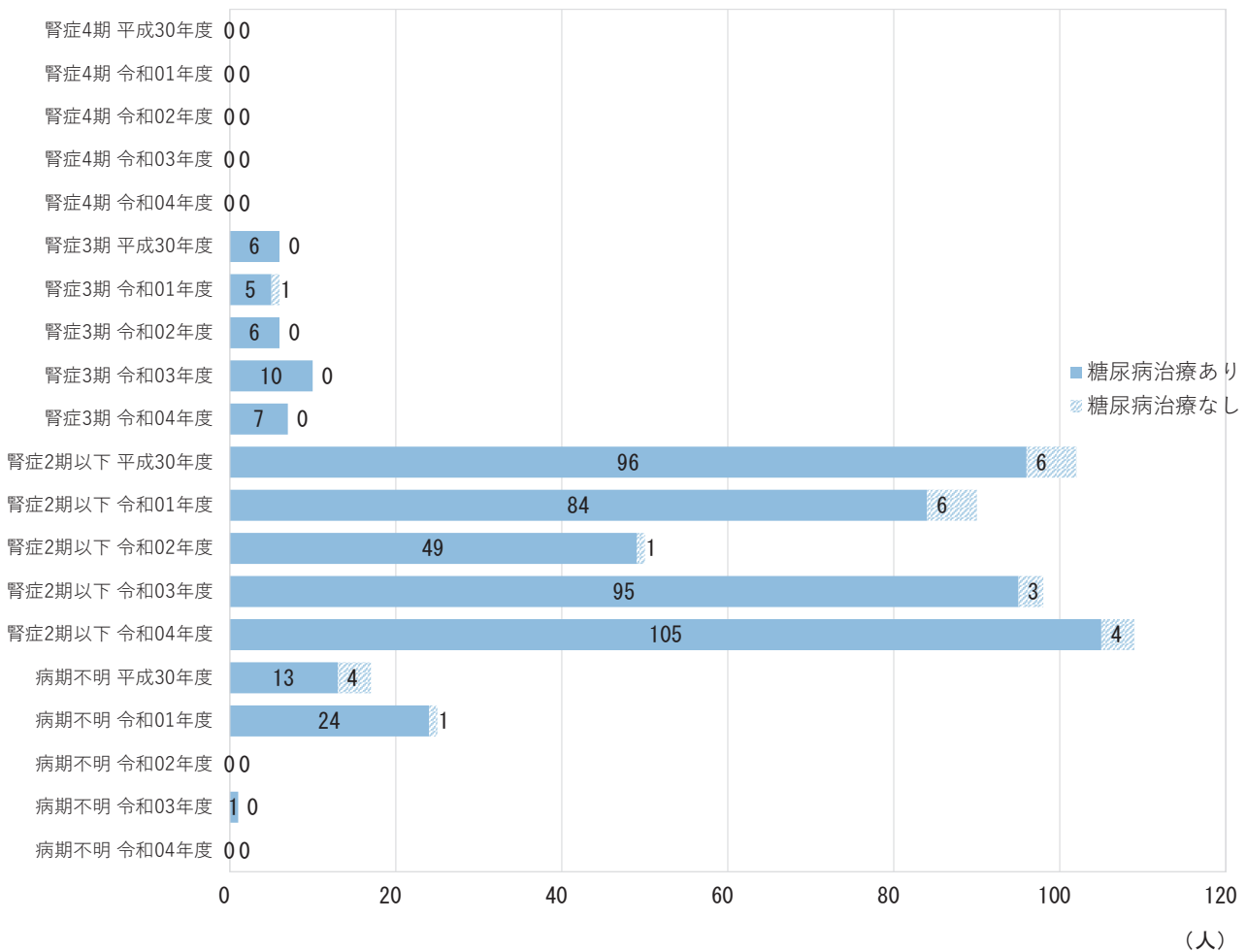


図25 要介護認定状況の推移

KDB〔要介護（支援）者認定状況〕

データ分析の結果

- ・令和4年度「要支援・要介護認定者数」は208人で、増減を繰り返しています。
- ・令和4年度「要支援・要介護認定率」は14.7%で、令和3年度までは増加し、令和4年度に減少しています。

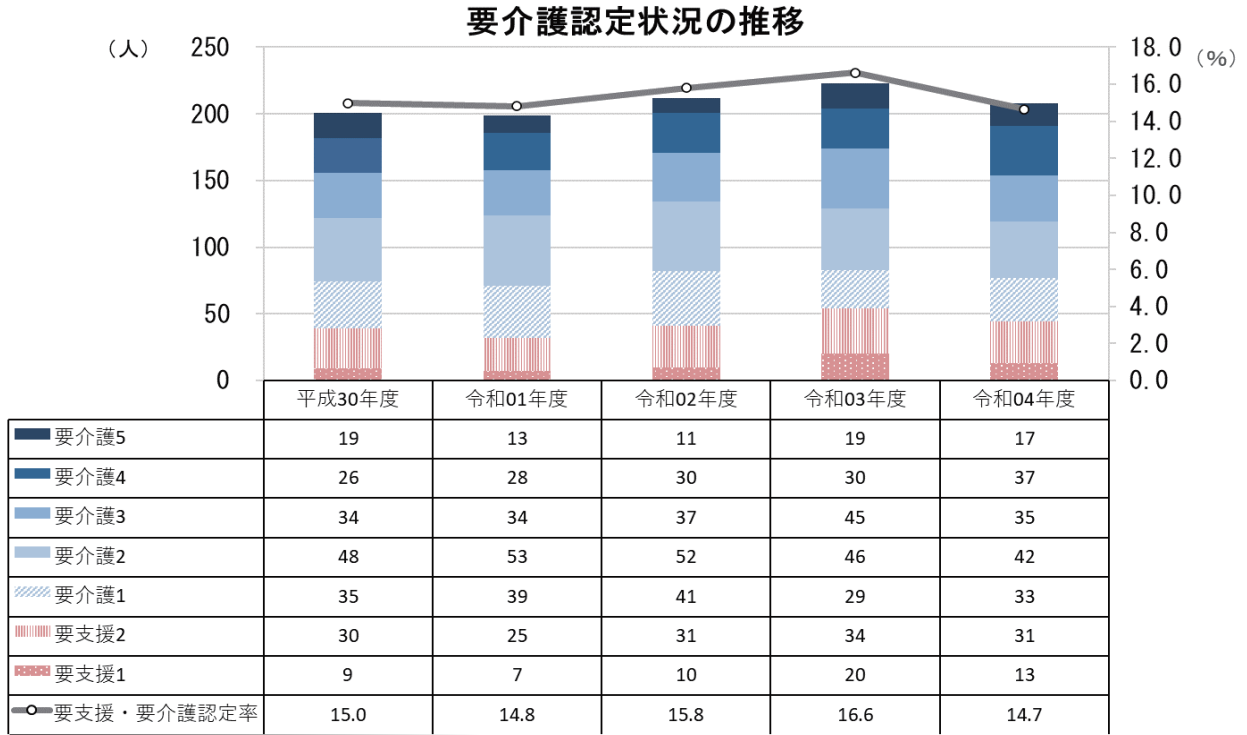


図26 要介護認定状況の割合

KDB〔要介護（支援）者認定状況〕
出典

データ分析の結果

- 要介護度別の認定者数割合は、高い順に「要介護2」3.0%、「要介護4」2.6%、「要介護3」2.5%、「要介護1」2.3%、「要支援2」2.2%、「要介護5」1.2%、「要支援1」0.9%です。
- 「要介護4」は県より高く、「要介護5、要介護1、要支援2、要支援1」の割合は、県より低い状況です。

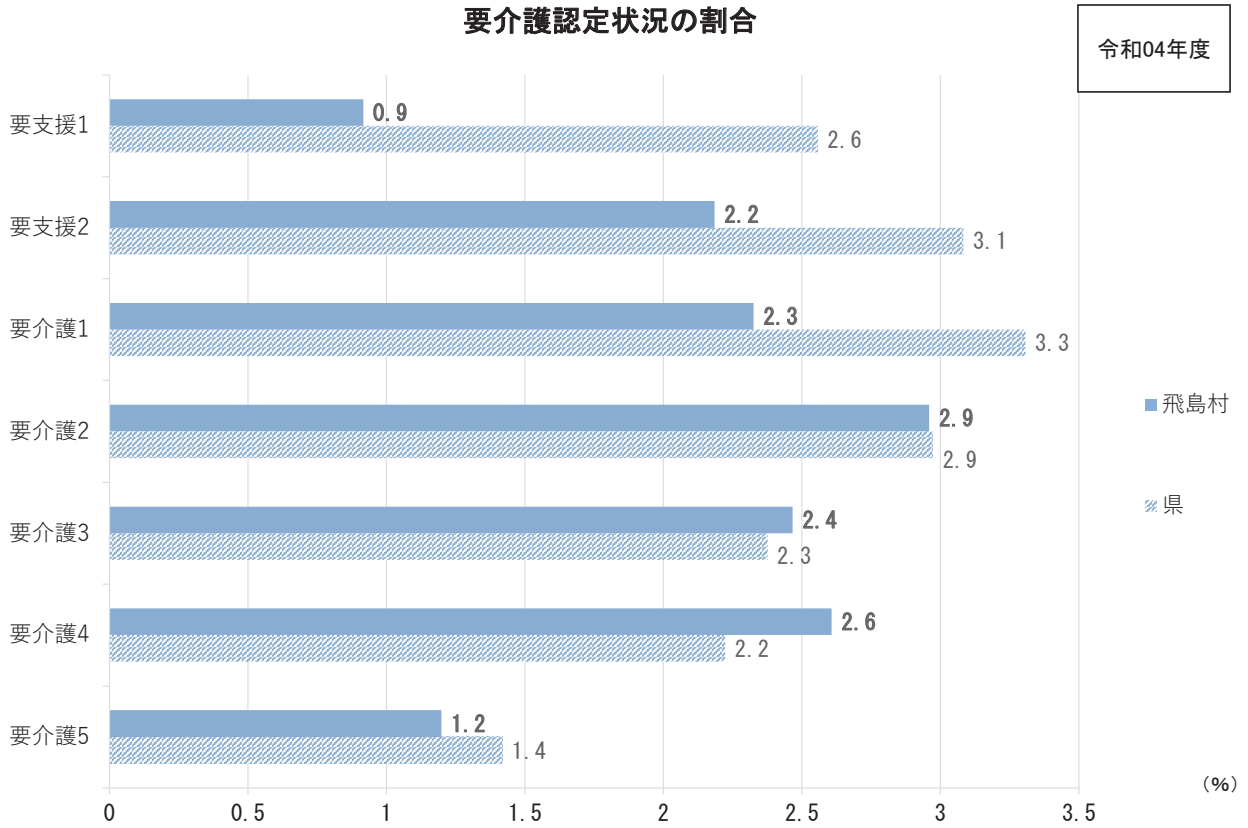


図27 糖尿病患者数の推移

KDB〔医療費分析
出典 (1) 細小分類〕

データ分析の結果

- 令和4年度の糖尿病患者数は「国保」143人、「後期」201人です。
- 「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、経年的に、「国保」は県より多く、「後期」は県より少ない状況です。
- 「被保険者10万人当たり患者数」は、「国保」「後期」とも、平成30年度から令和4年度に増加しています。

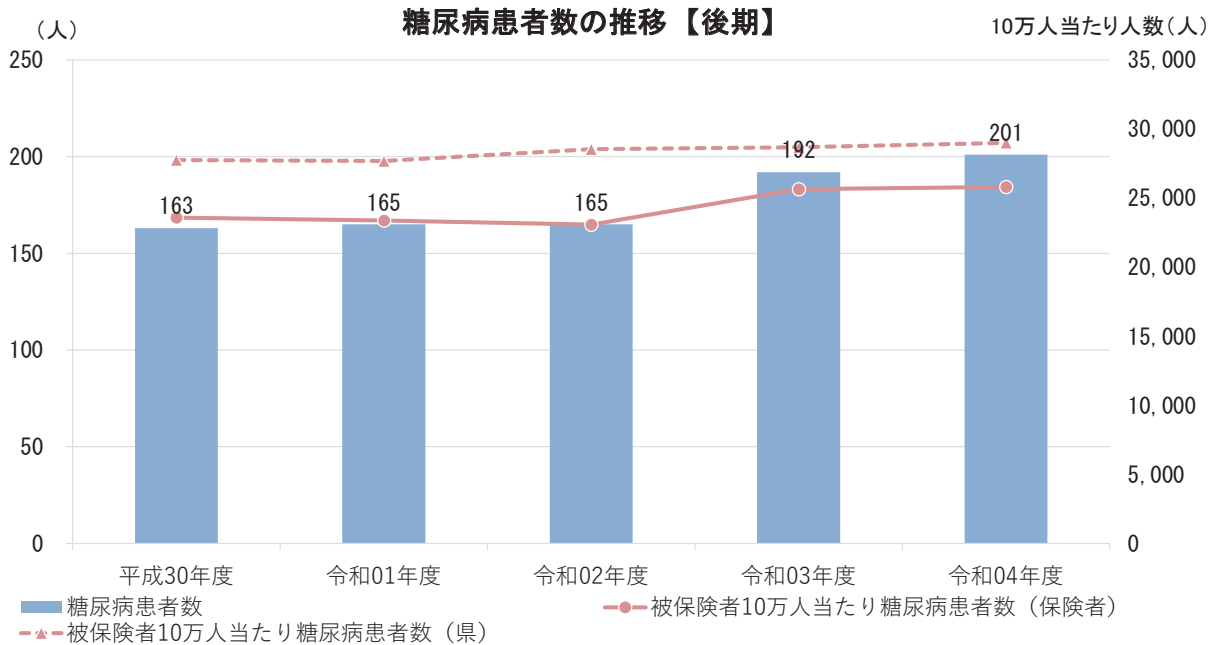
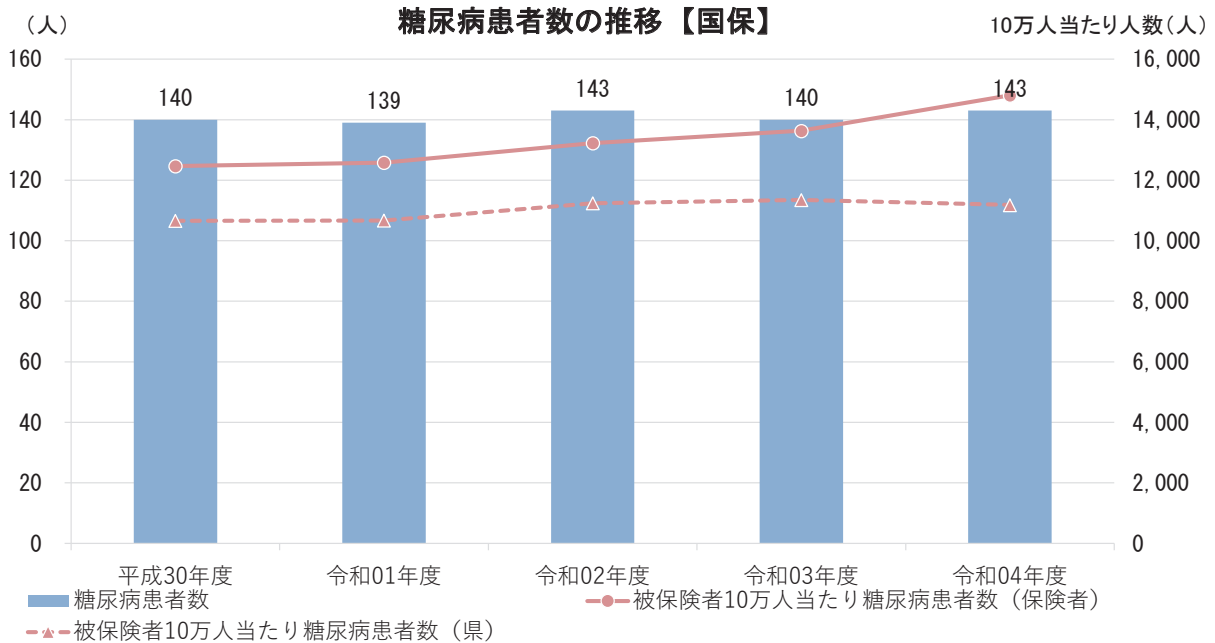


図28

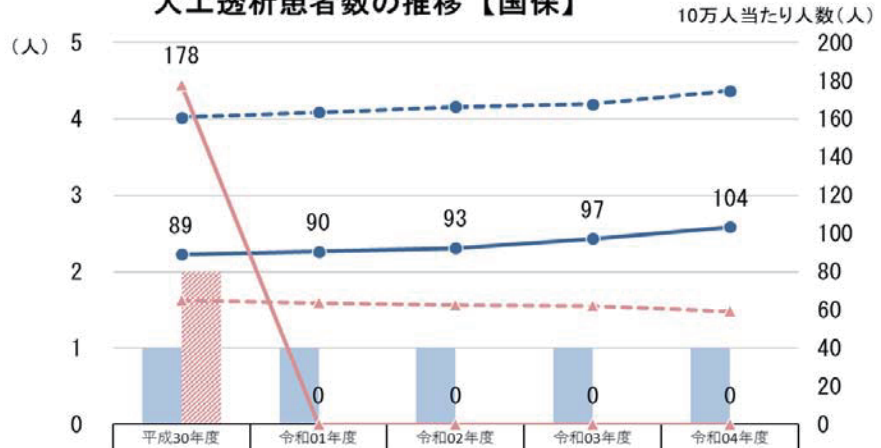
人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移

KDB〔医療費分析
(1) 細小分類〕
出典

データ分析の結果

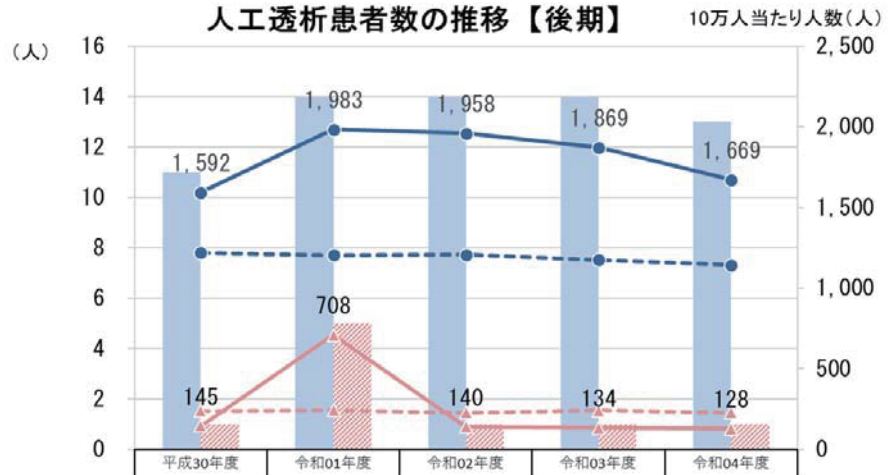
- ・令和4年度「人工透析患者数」は、「国保」1人、「後期」13人です。
- ・令和4年度「新規人工透析患者数」は、「国保」0人、「後期」1人です。
- ・令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、「国保」104人、「後期」1,669人で、経年的に「国保」が県より少なく、「後期」が多い状況です。
- ・令和4年度「10万人当たり新規人工透析患者数」は、「国保」0人、「後期」128人です。

人工透析患者数の推移【国保】



人工透析患者数	1	1	1	1	1
新規人工透析患者数	2	0	0	0	0
被保険者10万人当たり人工透析患者数	89	90	93	97	104
被保険者10万人当たり新規人工透析患者数	178	0	0	0	0
被保険者10万人当たり人工透析患者数(県)	161	164	166	168	175
被保険者10万人当たり新規人工透析患者数(県)	65	64	63	62	59

人工透析患者数の推移【後期】



人工透析患者数	11	14	14	14	13
新規人工透析患者数	1	5	1	1	1
被保険者10万人当たり人工透析患者数	1,592	1,983	1,958	1,869	1,669
被保険者10万人当たり新規人工透析患者数	145	708	140	134	128
被保険者10万人当たり人工透析患者数(県)	1,218	1,205	1,206	1,174	1,143
被保険者10万人当たり新規人工透析患者数(県)	237	243	228	240	229

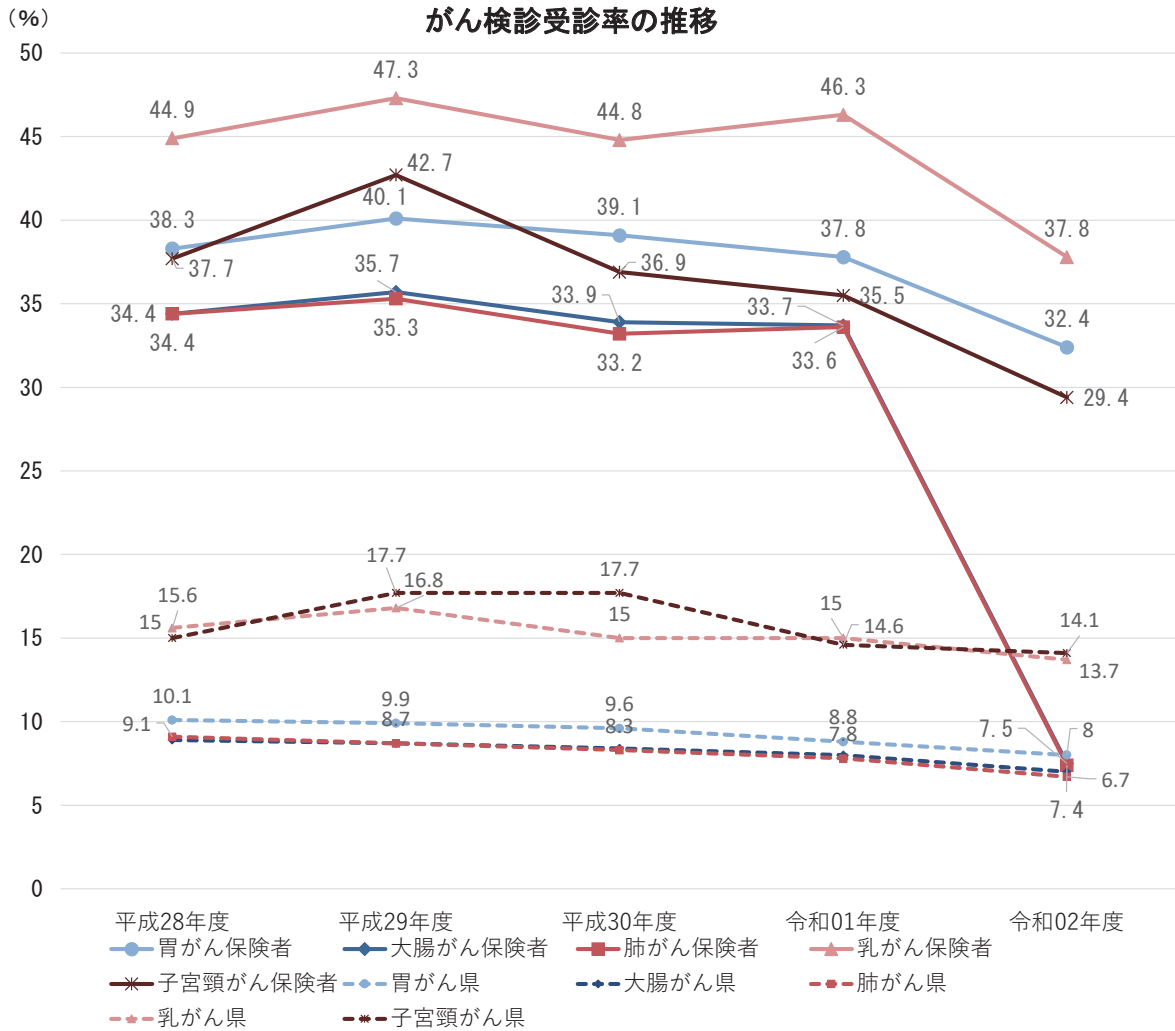
図29

がん検診受診率の推移

e-Stat〔地域保健・健康増進事業報告〕
出典

データ分析の結果

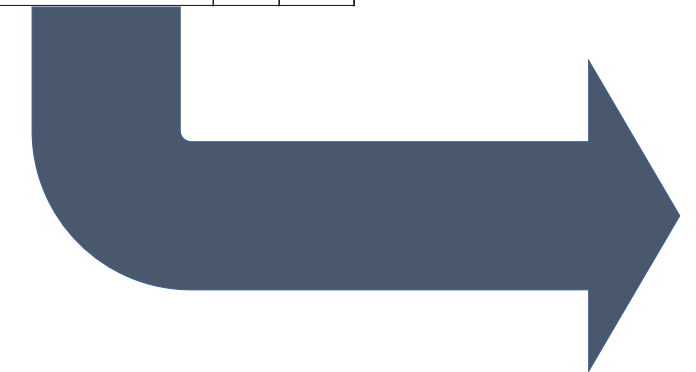
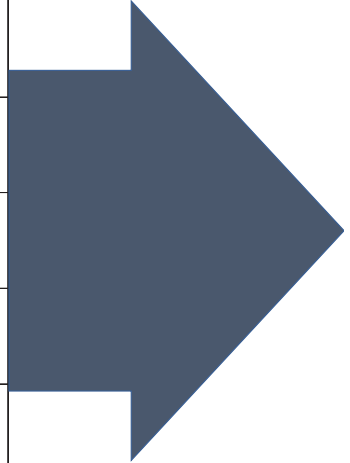
- 令和2年度がん検診受診率は「胃がん」32.4%、「大腸がん」7.5%、「肺がん」7.4%、「乳がん」37.8%、「子宮頸がん」29.4%です。
- 経年的にいずれも県より高い状況です。
- 「大腸がん」「肺がん」は、令和2年度に著しく減少しています。



Ⅲ 計画全体

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

	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	特定健診受診率は県よりも高いが、受診率は経年的に変化がみられない。特に飛島村の中で受診者が少ない年代（受診率が40%以下となっている年代）は、男性の「40～44歳」「45～49歳」「60～64歳」、女性の「50～54歳」。 若年層が、特定健診により、自身の健康状態を経年的・客観的に把握する機会が少ない。		1
B	メタボリックシンドローム該当者やメタボリックシンドローム予備群が増加している。 ・男性の「メタボ該当者割合」は、経年的に増加傾向にある。 ・男性の「メタボ予備群割合」は、平成29年度から増減しながら、令和3年度に増加している。	✓	2
C	・男性の有所見者割合は、「HbA1c」「腹囲」「LDLコレステロール」の順に高く、女性は「LDLコレステロール」「HbA1c」「収縮期血圧」の順に高い。		7
D	・「腎症4期」0%、「腎症3期」6.0%、「腎症2期以下」94.0%で、「腎症2期以下」が県より高い。 ・合併症のリスクが高まる「HbA1c：7.0%以上」は、男性64人のうち16人（25%）、女性48人のうち9人（18.8%）が該当している。	✓	3.4
E	1人当たり医療費（入院）は、循環器系疾患では、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「動脈硬化症」が県より高い。 1人当たり医療費（入院外）は、循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高い。		11
F	1人当たり医療費（入院外）は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が県より高い。内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」が県より高い。 ・「10万人当たり糖尿病患者数」は、経年的に国保が県より多く、後期が県より少ない。	✓	5.6
G	「肺がん」「胃がん」1人当たり医療費が、県・国より高い。 ・「肺がん」「胃がん」「乳がん」「前立腺がん」1人当たり医療費は、「平成30年度」と比較して「令和4年度」が、増加している。		8
H	「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性が1.1歳で、県・国より短く、女性が3.6歳で、県・国より長い。		1～11
I	・治療なし受診勧奨値以上の割合「血圧」は、男性12.3%、女性7.1%、「HbA1c」は、男性1.4%、女性0%、「LDLコレステロール」は、男性28.2%、女性27.1%である。		7
J	・「飲酒日1日当たり飲酒量（2～3合未満）」11.4%「飲酒頻度（毎日）」25.9%が県より高い。 ・「歩行速度遅い」65.2%、「1日1時間以上運動なし」58.4%、「1日30分以上の運動なし」70.7%が県より高い。 ・「20歳時体重から10kg以上増加」38.3%が県より高い。 ・「3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）」32.4%が県より高い。		1.9



計画全体の目的	被保険者自身が、健康増進・罹患予防に取り組むことを目指し、生活習慣病の発症及び重症化を予防する
---------	---

計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値							
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)		
i 生活習慣病の重症化を予防する	HbA1c : 7.0%以上 (県評価指標 : 8.0%以上) の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c 7.0%以上の人の割合	5.6%				5.0%				4.5%
	糖尿病有病者割合	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	14.3%				13.3%				12.3%
	高血圧症有病者割合	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	20.4%				20.2%				20.0%
	脳血管疾患有病者割合	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	4.2%				3.6%				3.0%
	脂質異常症有病者割合	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	17.0%				16.5%				16.0%
	「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。」に「毎日」と回答した者の割合	標準的な質問票	32.4%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少
	「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」に「いいえ」と回答した者の割合	標準的な質問票	70.7%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少
ii メタボリックシンドローム該当者割合が減少する	メタボリックシンドローム該当者	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	17.8%				17.2%				17.0%
iii メタボリックシンドローム予備群者割合が減少する	メタボリックシンドローム予備群者割合	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	10.4%				10.1%				10.0%
iv 若年層から健康意識を高める	特定健診実施率 (受診率) ・ 受診者数	表2 性・年齢別階級別にみた県共通指標	53.1%				58.6%				60.0%

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業 (特定健診未受診者対策含む)	
2	特定保健指導	特定保健指導事業 (特定保健指導未利用者対策含む)	
3	重症化予防 (受診勧奨)	糖尿病性腎症重症化予防事業 (受診勧奨・治療中断者の受診勧奨)	重点
4	重症化予防 (保健指導)	糖尿病性腎症重症化予防事業 (保健指導)	重点
5	重症化予防 (保健指導)	生活習慣改善指導 (血糖・血圧該当者)	重点
6	重症化予防 (保健指導)	高血糖相談	
7	重症化予防 (受診勧奨)	生活習慣病重症化予防 (医療受診勧奨)	重点
8	その他	がん検診	
9	その他	健康づくり・インセンティブ	
10	その他	歯科保健事業	
11	重症化予防 (受診勧奨)	脳ドック検診 (受診勧奨)	
12	後発医薬品利用促進	医療費適正化後発医薬品使用促進	
13	重複・頻回受診、重複服薬者対策	医療費適正化重複・多剤投与	

IV 個別事業計画

事業 1		特定健康診査事業（特定健診未受診者対策含む）									
事業の目的	被保険者の健康状態を把握し、生活習慣病の早期発見と予防につなげる。										
事業の概要	村内施設での集団健診及び医療機関での個別健診										
対象者	40歳以上の国民健康保険加入者										

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健康診査受診率 40歳代 男性 女性	特定健診・特定保健指導実施結果総括表/11月	35.4% 59.0%	36.0% 59.5%	36.5% 60.0%	37.0% 60.0%	37.5% 60.0%	38.0% 60.0%	38.5% 60.0%
	2	50歳代 男性 女性	特定健診・特定保健指導実施結果総括表/11月	46.0% 48.0%	46.5% 48.5%	47.0% 49.0%	47.5% 49.5%	48.0% 50.0%	48.5% 50.5%	49.0% 51.0%
	3	60歳代 男性 女性	特定健診・特定保健指導実施結果総括表/11月	49.7% 59.0%	50.0% 59.5%	50.5% 60.0%	51.0% 60.0%	51.5% 60.0%	52.0% 60.0%	52.5% 60.0%
	4	受診勧奨通知送付後の健診受診率	勧奨後受診者/受診勧奨通知送付対象者	15.4%	15.5%	15.5%	15.5%	16.0%	16.0%	16.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	集団健診実施回数	すこやかセンター実施	8回	8回	8回	8回	8回	8回	8回
	2	集団健診実施回数	敬老センター実施	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	3	新規対象者（40歳）への勧奨通知の送付回数	40歳	1回	2回	2回	2回	2回	2回	2回

プロセス (方法)	周知	4月：広報に健診案内を掲載 4月上旬：集団健診（すこやかセンター実施分）健診案内及び申込書を対象者へ送付 9月下旬：60歳以上の今年度健診未受診者へ敬老センター実施の集団健診案内を送付										
	勧奨	5月中旬：受診券送付時に受診勧奨チラシを同封 9月下旬：今年度健診未受診者へ受診勧奨通知を送付										
	実施および実施後の支援	実施形態	①集団健診（すこやかセンター・敬老センター（60歳以上対象）） ②医療機関での個別健診 ③総合健診									
		実施場所	すこやかセンター、敬老センター、海部・津島市指定医療機関、愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院									
		時期・期間	6月：集団健診：すこやかセンター（8日間） 6～10月：個別健診：海部・津島市指定医療機関 6～7月：総合健診：愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 12月：集団健診：敬老センター（2日間）									
		データ取得	毎月末に特定健診データ管理システムから健診データを取得。									
結果提供	7月：すこやかセンター実施の健診受診者対象の特定健康診査結果説明会（4日間：うち1日は日曜日開催で午前のみ実施） 8～1月：個別健診及び総合健診受診者へ情報提供チラシ及び各種相談事業勧奨通知の送付 9～1月：個別健診受診者対象の健康相談会実施（3回） 2月：敬老センター実施の健診受診者対象の結果説明会（6日間）											
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・集団健診で「特定健診・がん検診等」を同時に受診できるようにする。 ・個別健診で受診機会を逃した方は、12月にも受診できるようにする（60歳以上）。											

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課・保健環境課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	海部医師会・津島市医師会
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	飛島村社会福祉協議会
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 2		特定保健指導事業（特定保健指導未利用者対策含む）								
事業の目的		生活習慣改善を促し、生活習慣病を予防するため、利用率向上を図る								
事業の概要		特定保健指導を実施する。								
対象者		特定保健指導基準該当者								
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導実施率（終了者数/対象者数）	特定健診・特定保健指導実施結果総括表/11月	57.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	2	メタボリックシンドローム該当者率の減少（該当者数/特定健診受診者数）	特定健診・特定保健指導実施結果総括表/11月	17.8%	17.8%	17.6%	17.4%	17.0%	17.0%	17.0%
	3	メタボリックシンドローム予備群率の減少（予備群者数/特定健診受診者数）	特定健診・特定保健指導実施結果総括表/11月	10.4%	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%	10.0%	10.0%
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標		1	結果説明会実施回数	集団健診結果説明会 個別健診健康相談	12回	12回	12回	12回	12回	12回
プロセス (方法)	周知		集団健診受診者：結果説明会通知案内に特定保健指導該当案内通知を同封。 個別健診・総合健診受診者：情報提供チラシ及び各種相談事業動奨通知の送付時に特定保健指導該当案内通知を同封。							
	動奨		集団健診（すこやかセンター・敬老センター）：結果説明会通知に対象者である通知を同封 個別健診：結果説明時にチラシを配布。利用券発送後に電話等による利用動奨を実施							
	実施および 実施後の支援	初回面接	集団健診後の初回面接：集団健診後の結果説明会 個別健診後の初回面接：個別訪問、敬老センター利用者については敬老センター							
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ支援：村内公共施設又は訪問先 飛島村、津島市、愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町で特定保健指導の委託を受けた医療機関 愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 ・積極的支援：村内公共施設又は訪問先、愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 							
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ支援 ＜初回面接＞ 専門職（医師、保健師、看護師、管理栄養士）が生活習慣や食事など、対象者にあった健康習慣をアドバイス ＜最終評価＞ 3か月間以降の実施状況を振り返る ・積極的支援 ＜初回面接＞ 専門職（医師、保健師、看護師、管理栄養士）が生活習慣や食事など、対象者にあった健康習慣をアドバイス ＜3か月以上の継続的な支援＞ アウトカム評価とプロセス評価を合計して180ポイント以上の支援を条件とする。なお、2年連続して積極的支援に該当した対象者の内、1年目と比べて2年目の状態が改善している者については、動機づけ支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととする。 ＜最終評価＞ 3か月間以降の実施状況を振り返る 							
		時期・期間	＜実施時期＞ 初回面接 集団健診：健診受診の約1か月後 個別健診：健診受診の1～3か月後 ＜期間＞ 通年							
		実施後のフォロー・継続支援	動機づけ支援については初回面接から2か月後に電話、メール、書面、面談などでフォローを実施。							
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> ・案内通知に「本人の検査値」「保健指導判定値」「受診動奨判定値」を一覧表にして、自分の検査値と比較できるようにしている。また、「受診動奨値」の場合は、医療受診の動奨も実施する。 ・集団健診当日に前年度保健指導対象となった者に、健診結果説明会の案内を行う。 ・特定保健指導未利用者に対しては、電話・訪問で動奨を実施する。 									
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		住民課・保健環境課							
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		海部医師会・津島市医師会							
	国民健康保険団体連合会									
	民間事業者		愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院							
	その他の組織									
	他事業									
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)										

事業 3		糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨・治療中断者の受診勧奨）									
事業の目的		糖尿病性腎症のリスクの高い者に対して適切な情報提供、受診勧奨を行うことで腎不全、人工透析への移行を予防する。									
事業の概要		受診勧奨									
対象者	選定方法	海部地区・津島市 糖尿病性腎症重症化予防事業 実施要領に基づき選定									
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c6.5%以上、尿たんぱく±以上又はeGFR60未満								
		レセプトによる判定基準	過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴のある治療中断者								
		その他の判定基準									
	除外基準										
重点対象者の基準											
アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
	1	医療機関受診率	医療機関受診者 / 受診勧奨通知送付者 (受診勧奨通知送付から3か月後)	50.0%	60.0%	65.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
	1	受診勧奨通知の送付	受診勧奨通知対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス (方法)	周知	<p>集団健診：特定健診結果説明会にて受診勧奨を実施。</p> <p>個別健診：情報提供通知時に医療機関受診状況についてのアンケートを同封。</p> <p>治療中断者（健診未受診者）：12月抽出→1月送付→2月末再勧奨。</p> <p>治療中断者（健診受診者）：8月以降毎月確認→対象者が確認できれば通知を送付する。</p>									
	勧奨	対象者の受診の有無を返信又はレセプト等から確認し、受診が無い者には電話または訪問等により再勧奨を行う。									
	実施後の支援・評価	海部地区・津島市糖尿病性腎症重症化予防事業連絡調整会議にて事業評価を行う。									
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	医療機関受診の確認結果を回収するため、返信用封筒を同封する。未返送者およびレセプトで受診確認できない者に対して訪問又は、電話で再勧奨する。									
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課・保健環境課									
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	海部医師会、津島市医師会、津島海部薬剤師会									
	かかりつけ医・専門医	村内医療機関									
	国民健康保険団体連合会	愛知県国民健康保険団体連合会から提供されるレセプトで医療機関受診の状況を確認する。									
	民間事業者										
	その他の組織	津島市と海部地区（愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町、飛鳥村）の担当者による会議を開催し、情報の共有や課題の検討等を行う。									
	他事業										
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	年1回海部地区・津島市糖尿病性腎症重症化予防事業連絡調整会議にて事業の実施状況の報告などを行う。									

事業 4		糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）	
事業の目的		糖尿病性腎症のリスクの高い者に対して適切な情報提供、保健指導を行うことで腎不全、人工透析への移行を予防する。	
事業の概要		かかりつけ医と連携した保健指導	
対象者	選定方法	海部地区・津島市 糖尿病性腎症重症化予防事業 実施要領に基づき選定	
	選定基準	健診結果による判定基準	
		しせつによる判定基準	
		その他の判定基準	2型糖尿病であり、糖尿病性腎症の病期が第2期である者及び医師が必要と認め、本人の同意が得られた者
	除外基準	eGFR30以上60未満である者については、糖尿病専門医あるいは腎臓専門医の紹介を考慮し、紹介した場合。糖尿病性腎症の病期が第3期以上である者。	
重点対象者の基準			

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	HbA1c維持・改善率	次年度HbA1c維持・改善者／保健指導実施者		50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	2	糖尿病腎症病期の維持率	次年度病期維持者／保健指導実施者		50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	3	行動変容率（1項目以上の行動変容・本人申告）	行動変容あり／保健指導実施者		50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施者数	保健指導実施者		2名以上	2名以上	2名以上	2名以上	2名以上	2名以上

プロセス (方法)	周知			
	勧奨	医療機関が対象者へ保健指導プログラムへの参加勧奨を行い、同意を得た者については保健指導連絡票を作成し、村へ提出する。		
	実施および実施後の支援	利用申込	医師が対象者へ保健指導について案内し同意を得た者に対して実施。	
		実施内容	個別に応じた保健指導を実施（初回面接・目標設定、行動の改善状況の確認、継続的な励まし支援、治療状況の確認など）	
		時期・期間	4月～3月	
		場所	すこやかセンター、敬者センター等	
		実施後の評価	海部地区・津島市糖尿病性腎症重症化予防事業連絡調整会議にて事業評価を行う。	
		実施後のフォロー・継続支援	初回面接及び最終面接の実施後に、実施結果を情報提供のあった医療機関へ報告。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	前年度健診結果をもとに村内医療機関と情報共有し、保健指導担当者へ積極的な勧奨を依頼している。			

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課・保健環境課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	海部医師会、津島市医師会
	かかりつけ医・専門医	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	津島市と海部地区（愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町、飛鳥村）の担当者による会議を開催し、情報の共有や課題の検討等を行う。
	他事業	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	年1回海部地区・津島市糖尿病性腎症重症化予防事業連絡調整会議にて事業の実施状況の報告などを行う。	

事業 5		生活習慣改善指導（血糖・血圧該当者）									
事業の目的		糖尿病の発症を予防し、早期からの生活習慣改善につなげる。									
事業の概要		血糖値及び血圧が基準値以上の者に対して生活習慣改善指導を行う。									
対象者	選定方法	特定健康診査受診者で下記の基準に該当する者。									
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c5.6～6.4%かつ収縮期血圧130mmHg以上かつ拡張期血圧80mmHg以上								
		レセプトによる判定基準									
		その他の判定基準	年齢：40歳～74歳								
	除外基準	糖尿病治療者									
重点対象者の基準											
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム指標	1	行動変容率（1項目以上の行動変容・本人申告）	最終調査票で行動変容があった者/指導実施者数	47.5% (19人/40人)	50% (20人/40人)	50% (20人/40人)	50% (20人/40人)	50% (10人/20人)	50% (10人/20人)	50% (10人/20人)	
	2	HbA1c維持・改善率	次年度健診で維持・改善/指導実施者数のうち次年度健診受診者	37.5% (15人/40人)	50% (20人/40人)	50% (20人/40人)	50% (20人/40人)	50% (10人/20人)	50% (10人/20人)	50% (10人/20人)	
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトプット指標	1	参加勧奨通知の送付	事業対象者・健診後の勧奨通知発送者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2	生活習慣改善指導率	指導実施者/事業対象者	91.5%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	
プロセス（方法）	周知	集団健診：結果説明会への参加勧奨通知を送付 個別健診：指導対象該当通知を送付									
	勧奨	集団健診：結果説明会にて事業内容の説明。欠席の場合は電話又は訪問等で勧奨。 個別健診：指導該当通知送付時に同封したアンケートの返信がない者については電話又は訪問等で勧奨。									
	実施および実施後の支援	利用申込									
		実施内容	面談を実施し、指導6か月後にアンケート等で生活習慣状況を確認。								
		時期・期間	7月～3月								
		場所	すこやかセンター又は敬老センター等								
		実施後の評価									
実施後のフォロー・継続支援											
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	翌年度に集団健診を受けた者については受診日に生活習慣状況の確認を行っている。										
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	住民課・保健環境課									
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）										
	かかりつけ医・専門医										
	国民健康保険団体連合会										
	民間事業者										
	その他の組織										
	他事業										
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	保健対策推進協議会・国民健康保険運営協議会にて報告。									

事業 6		高血糖相談										
事業の目的		糖尿病の発症を予防し、早期からの生活習慣改善につなげる。										
事業の概要		60歳以上で、血糖値が基準値以上の者に対して生活習慣改善指導を行う										
対象者	選定方法	60歳以上の特定健康診査及び後期高齢者医療健康診査受診者で基準に該当するもの										
	選定基準	健診結果による判定基準	<ul style="list-style-type: none"> 60歳以上（該当年度の3月31日現在）の者で、HbA1c 5.6%以上 ※ただし、後期高齢者（75歳以上）はHbA1c 6.0%以上とする 糖尿病未治療者（健診結果の問診にて服薬の有無を確認） 									
		レシピによる判定基準										
		その他の判定基準	60歳以上74歳以下・75歳以上									
	除外基準	すこやかセンター実施の集団健診受診者及び特定保健指導該当者は除く										
重点対象者の基準												
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
						2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標		1	行動変容率（1項目以上の行動変容・本人申告）	アンケートで行動変容があった者／指導実施者数		50%	50%	50%	50%	50%	50%	
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
						2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標		1	参加勧奨通知の送付	事業対象者・個別健診／総合健診受診後の勧奨通知送付者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2	生活習慣改善指導率	指導実施者／事業対象者	17.8%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	
プロセス（方法）	周知	情報提供チラシ送付時に対象者に案内通知を同封。										
	勧奨											
	実施および実施後の支援	利用申込										
		実施内容	健診結果に基づき生活改善指導を実施。4か月後にアンケート等で生活習慣改善状況の確認。									
		時期・期間	8月～3月									
		場所	敬老センター・すこやかセンター									
		実施後の評価										
実施後のフォロー・継続支援	庁内関係機関と情報共有し生活習慣改善が継続できるように支援する。											
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	相談場所を2か所にして対象者が利用しやすいようにする。											
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保健環境課・福祉課・住民課										
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）											
	かかりつけ医・専門医											
	国民健康保険団体連合会											
	民間事業者											
	その他の組織	敬老センター										
	他事業											
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	保健対策推進協議会・国民健康保険運営協議会にて報告。											

事業 7	生活習慣病重症化予防（医療受診勧奨）
------	--------------------

事業の目的	健診の結果により受診が必要な場合は生活習慣病重症化及び合併症を予防するため早期の受診を促す。		
事業の概要	血糖、血圧、血中脂質が受診判定値以上の者へ受診勧奨通知の送付		
対象者	選定方法	検査値が受診勧奨判定値以上で、未治療の者（具体的な既往症に記載なしの者）を選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の健診結果で 血糖：HbA1c 6.5% 以上、または血圧：収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上、または血中脂質：中性脂肪300mg/dl以上、または、LDL140mg/dl以上に該当する者
		レセプトによる判定基準	
		その他の判定基準	
	除外基準		
重点対象者の基準			

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	受診勧奨後の医療受診率（血圧）	受診者(人) / 受診勧奨対象者(人)	58.7%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
	2	受診勧奨後の医療受診率（血糖）(HbA1c)	受診者(人) / 受診勧奨対象者(人)	58.7%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
	3	受診勧奨後の医療受診率（脂質）(中性脂肪・LDL)	受診者(人) / 受診勧奨対象者(人)	58.7%	60%	60%	60%	60%	60%	60%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診勧奨の必要な者のうち受診勧奨を実施した人数・率	受診勧奨実施者 / 受診勧奨対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	
	勧奨	選定基準の対象者に受診勧奨通知を発送。
	実施後の支援・評価	通知発送の6か月後、未返信者に対しては、レセプトで受診状況を確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	集団健診：3～4か月後に再勧奨する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課・保健環境課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	かかりつけ医・専門医	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院
	その他の組織	
	他事業	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	保健対策推進協議会・国民健康保険運営協議会にて報告。	

事業 8		がん検診									
事業の目的	がんを早期発見し適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させる。										
事業の概要	①集団健診と同日実施 ②指定医療機関での個別健診 ③総合健診（個別健診）と同日実施 ④敬老センターでの健診で肺がん検診を同日実施										
対象者	30歳以上の住民 （子宮がん20歳以上、前立腺がん・胃がん（内視鏡）50歳以上）										
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画 策定時 実績	目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標	1	肺がん検診受診率	健康かるてにて抽出 （がん検診 結果報告及 び歯周疾患（歯周病検 診実施状況報告））	24.3%	27%	28%	29%	30%	30%	30%	
	2	子宮がん検診受診率	健康かるてにて抽出 （がん検診 結果報告及 び歯周疾患（歯周病検 診実施状況報告））	22.0%	25%	26%	27%	28%	28%	28%	
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画 策定時 実績	目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標	1	集団健診実施回数（胃 がん、肺がん、大腸が ん、前立腺がん）	すこやかセンター実施	11回	11回	11回	11回	11回	11回	11回	
	2	集団健診実施回数（子 宮がん、乳がん）	すこやかセンター実施	5回	5回	5回	5回	5回	5回	5回	
	3	集団健診実施回数	敬老センター実施	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	
プロセス (方法)	周知	がん検診受診券送付時、がん検診等受診ガイドを同封している。									
	勧奨	集団健診の申込において、郵送、ウェブなど受診者が申込方法を選択できるようにする。									
	実施および実施後の支援	結果送付と同時に精検勧奨を実施する。									
	その他 （事業実施上の工夫・ 留意点・目標等）	集団健診申込用紙において、受けない項目に×を記入してもらう方式をとり、より多くの方にごがん検診を受けてもらえる体制をとる。 高齢者が利用する敬老センターで健診と同時に肺がん検診を受けられる体制をとる。									
ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	保健環境課									
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬 剤師会・栄養士会 など)	海部医師会・津島市医師会、管内市町と連携し実施する。									
	国民健康保険団体連合会										
	民間事業者										
	その他の組織										
	他事業										
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)										

事業 9	健康づくり・インセンティブ
-------------	----------------------

事業の目的	生活習慣病予防に関する知識を普及することで健康づくりに対する意識の高揚を図り、自ら健康づくりに取り組むきっかけを作る。
事業の概要	健康マイレージ事業の実施 すこやかカレンダー・広報・保険だよりへの健康づくりの記事の掲載
対象者	健康マイレージ：中学生以上で村内在住、在勤の者 健康づくりの記事の掲載：村内在住者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	健康マイレージ100ポイント達成者数	紙媒体実施者及びアプリ登録者数(実人数)のうち、健康マイレージ100ポイント達成者数	127人	127人	127人	127人	127人	127人	127人

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	健康マイレージ実施者数	紙媒体実施者及びアプリ登録者数(実人数)	178人	210人	240人	270人	300人	330人	360人
	2	広報誌等への健康づくりに関する記事の掲載	すこやかカレンダー・広報・保険だより	13回	13回	13回	13回	13回	13回	13回

プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> ・周知(健康マイレージ)：広報で健康マイレージのチラシを全戸配布する。すこやかカレンダーへの掲載。各種事業イベントでの周知。 ・その他(すこやかカレンダー・広報・保険だよりへの健康づくりの記事の掲載)：住民に向けて村の健康課題等を記事に掲載する。
-----------	--

ストラクチャー (体制)	保健環境課・住民課・敬老センターと協働して実施する。
--------------	----------------------------

事業 10		歯科保健事業									
事業の目的	歯牙・歯周病の予防・早期発見により重症化を予防する。										
事業の概要	①人間ドック（集団健診）内で実施 ②指定医療機関（個別健診）で実施										
対象者	集団健診：30歳以上の住民 個別健診：40歳以上の住民										
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム指標	1	歯肉炎を有する者の割合の減少(40歳代)	CPI（地域歯周疾患指数）・歯科相談票《歯・歯肉の状況》を確認	20%	20%	18%	16%	14%	12%	10%	
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
					1	集団健診実施回数	すこやかセンター実施	8回	8回	8回	8回
2	集団健診実施回数	敬老センター実施	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	
プロセス（方法）	周知・勧奨：特定健診等を含む										
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署：保健環境課 保健医療関係団体：海部歯科医師会										

事業 11		脳ドック検診（受診勧奨）								
事業の目的	脳血管疾患を早期発見し、適切な予防・治療を行うことで脳血管疾患の発症の減少を目指す。									
事業の概要	①40歳以上の脳ドック健診の実施 ②50歳・55歳の脳ドック未受診者へ勧奨ハガキの送付									
対象者	勧奨ハガキ送付対象者は、脳血管疾患の好発年齢である50歳・55歳									
アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	1	脳ドック新規受診率	健康かるてにて抽出	44.3%	43%	43%	43%	43%	43%	43%
2	脳ドック精密検査受診率	健康かるてにて抽出	100%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	50歳・55歳脳ドック未受診者に対して勧奨ハガキの送付	毎年対象者全員に送付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス（方法）	実施3～4か月後に、精密検査未受診者に対して精密検査の受診勧奨									
ストラクチャー（体制）	保健対策推進協議会（医師、歯科医師、薬剤師等出席会議）にて、報告を実施する。									

事業 12

医療費適正化後発医薬品使用促進

事業の目的	対象者に後発医薬品に切り替えた場合に削減できる自己負担額の通知を送付することにより、医療費の適正化を図る。
事業の概要	対象者に差額通知はがきを送付する。
対象者	35歳以上で後発医薬品に切り替えた場合一定以上の差額が見込まれる者。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	後発医薬品平均利用率(数量ベース)	送付3か月後の後発医薬品平均利用率(数量ベース)	34%	35%	35%	38%	38%	40%	40%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	実施回数	送付回数	2回/年(7月・3月)	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年

プロセス(方法)	一薬剤当たり200円以上の差額が見込まれるものに差額通知(はがき)を発送する。
----------	---

ストラクチャー(体制)	愛知県国民健康保険団体連合会に差額通知書の作成を委託し、村から送付する。
-------------	--------------------------------------

事業 13

医療費適正化重複・多剤投与

事業の目的	重複・多剤投与となっている者に対し、リーフレットを送付・訪問指導の実施。健康状態や生活状況を把握するとともに、健康相談や適正受診の指導を行う。被保険者の健康増進及び医療費適正化を図る。
事業の概要	対象者に具体的な重複薬剤名を記載したリーフレットを送付し、必要と認められる場合は訪問指導の実施。
対象者	2か月連続して同じ効能・効果を持つ薬を2つ以上の医療機関から処方されている者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	対象者の送付3か月後の使用適正化率	愛知県国民健康保険団体連合会提供の対象者		100%	100%	100%	100%	100%	100%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	対象者の有無の確認回数	愛知県国民健康保険団体連合会のリーフレット送付通知にて確認	12回	12回	12回	12回	12回	12回	12回

プロセス（方法）	愛知県国民健康保険団体連合会から提供された対象者について、保健師が、レセプト内容・服薬状況・個人に係る情報を用いて分析。指導対象となれば、リーフレットの送付・訪問指導を実施。
----------	---

ストラクチャー（体制）	愛知県国民健康保険団体連合会（対象者の抽出）・住民課（抽出結果の受領、確認）・保健師（対象者の分析、送付決定、服薬指導）の三体制
-------------	--

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、村の関係機関および広域連合と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページや広報誌を通じて、公表・周知する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。 これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業と連携し、介護予防に関する周知等を実施するとともに、積極的に事業を推進していく。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>第4期特定健康診査等実施計画、関連計画などとの整合性に留意するとともに、本村の現状と課題を踏まえ、効果的・効率的に保健事業を推進していく。</p>

第2章

第4期特定健康診査等実施計画

第4期特定健康診査等実施計画

1 背景・現状等	
背景・現状等	平成20年度から「高齢者の医療確保に関する法律」に基づき、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査等実施計画の策定が義務付けられており、特定健康診査及び保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、並びにその成果に係る目標について定められた。そのため、平成20年度から計画を策定し推進してきたが、「飛島村第3期特定健康診査等実施計画」が当該期間の満了を迎えるにあたり、次期計画となる「飛島村第4期特定健康診査等実施計画」を策定する。
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	特定健康診査受診率は一時期減少したが回復傾向にあり、保健指導実施率（終了率）は上昇しており、メタボリックシンドローム予備群及び該当者は減少傾向にある。しかし、血糖値及びLDLコレステロールの有所見割合は高く、生活習慣病のリスクを増幅するメタボリックシンドロームに着目した健診内容として効果的かつ効率的に実施する。

2 達成しようとする目標						
	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
特定健康診査の実施率	57.5%	58.0%	58.6%	59.0%	59.5%	60.0%
特定保健指導の実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
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	14%	14%	13%	13%	12%	12%

3 特定健康診査等の対象者数						
	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
【特定健康診査】 対象者数	711	654	606	556	524	482
【特定健康診査】 目標とする実施者数	409	379	355	328	312	289
【特定保健指導】 対象者数	48	44	42	38	36	34
【特定保健指導】 目標とする対象者数	29	27	25	23	22	20

4. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	40～74歳の被保険者
実施場所	<集団健診> 飛島村内の公共施設（すこやかセンター、敬老センター） 愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 <個別健診> 飛島村、津島市、愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町で特定健康診査実施の委託を受けた医療機関
法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項目	備考
問診	既往歴、服薬歴及び喫煙習慣等
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲
血圧測定	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪（※1）・HDLコレステロール・LDLコレステロール
肝機能検査	AST（GOT）・ALT（GPT）・ γ -GTP
血糖検査	HbA1c（NGSP値）（※2）
尿検査	尿糖・尿蛋白
※1 令和6年度から、やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後（食事開始から3.5時間未満）を除く随時中性脂肪により検査を行うことが可能となる。	
※2 平成25年の健診結果から、HbA1c値をJDSから国際基準であるNGSP値で表記している。	
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目（※3）	
追加項目	備考
血液検査（貧血検査）	ヘマトクリット値・色素量・赤血球数
腎機能検査	血清クレアチニン（eGFR）
心電図検査	12誘導心電図
眼底検査	
※3 基準該当以外の場合でも追加項目として、集団健診（すこやかセンター・愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院実施）は全員実施、集団健診（敬老センター実施）は心電図検査・眼底検査を除き全員実施、個別健診は眼底検査を除き全員実施	
村独自の追加の実施項目	
追加項目	備考
腎機能検査	BUN 尿酸
実施時期又は期間	<集団健診> 6月（すこやかセンター） 6～7月（愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院） 12月（敬老センター） <個別健診> 6月から10月まで
外部委託の方法	<外部委託の有無> 有 <外部委託の契約形態> 個別契約
周知や案内の方法	4月：広報に健診案内を掲載 4月上旬：集団健診（すこやかセンター実施分）健診案内及び申込書を対象者へ送付 9月下旬：60歳以上の今年度健診未受診者へ敬老センター実施の集団健診案内を送付
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	事業主が行う健診結果を村が受領するために、特定健康診査受診券送付時、健診受診勧奨時に健診データの提供の案内をし、データの収集に努める。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	7月：すこやかセンター実施の健診受診者対象の特定健康診査結果説明会（4日間：うち1日は日曜日開催） 8～1月：個別健診及び総合健診受診者へ情報提供チラシ及び各種相談事業勧奨通知の送付 9～1月：個別健診受診者対象の健康相談会実施（3回） 2月：敬老センター実施の健診受診者対象の結果説明会（6日間）

4. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】						
対象者		特定保健指導基準該当者				
対象者の階層	腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象		
				40～64歳	65～74歳	
	≥85cm (男性)	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機づけ支援	
	≥90cm (女性)	1つ該当				なし
	上記以外で BMI ≥25	3つ該当	あり	積極的支援	動機づけ支援	
		2つ該当				なし
1つ該当		なし				
実施場所		<ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ支援 村内公共施設又は訪問先 飛島村、津島市、愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町で特定保健指導の委託を受けた医療機関 愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 ・積極的支援 村内公共施設又は訪問先、愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 				
実施内容	動機づけ支援	<p><初回面接> 専門職（医師、保健師、看護師、管理栄養士）が生活習慣や食事など、対象者にあった健康習慣をアドバイス <最終評価> 3か月間以降の実施状況を振り返る。</p>				
	積極的支援	<p><初回面接> 専門職（医師、保健師、看護師、管理栄養士）が生活習慣や食事など、対象者にあった健康習慣をアドバイス <3か月以上の継続的な支援> アウトカム評価とプロセス評価を合計して180ポイント以上の支援を条件とする。なお、2年連続して積極的支援に該当した対象者の内、1年目と比べて2年目の状態が改善している者については、動機づけ支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととする。 <最終評価> 3か月間以降の実施状況を振り返る。</p>				
実施時期又は期間		<p><実施時期> 初回面接 集団健診：健診受診の約1か月後 個別健診：健診受診の1～3か月後 <期間> 通年</p>				
外部委託の方法		<p><外部委託の有無> 有 <外部委託の契約形態> 個別契約</p>				
周知や案内の方法		<p>集団健診（すこやかセンター・敬老センター）：結果説明会通知に対象者である通知を同封 個別健診：結果説明時にチラシを配布。利用券発送後に電話等による利用勧奨を実施</p>				
特定保健指導対象者の重点化（重点化の考え方等）		<p>すべての対象者に利用勧奨を行う。生活習慣病予防のために特に必要と思われる下記に該当する対象者には優先して保健指導の利用勧奨を促す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果が前年度と比較して悪化している人 ・前年度の対象者で保健指導を利用しなかった人 ・生活習慣改善の必要性が高い人 				

4. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】

	特定健康診査			特定保健指導	
4月	健診対象者の抽出・集団健診申込書の送付				前年度から継続して実施
5月	受診券の作成・送付				
6月	↕ 集団健診	↑ 個別健診	↕ 海南病院		
7月				↑ 特定保健指導利用券の作成・発行	↑ 特定保健指導
8月					
9月					
10月					
11月					
12月	↕ 集団健診				
1月					
2月					
3月					

5 個人情報の保護

記録の保存方法、保存体制	特定健康診査等で得られる健康情報やレセプト情報の取り扱いについては「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）によるものとし、愛知県国民健康保険団体連合会から提供される「特定健診等データ管理システム」と「健康かるて」に保存する。
外部委託の有無	<外部委託の有無>有 委託先には個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の状況を管理していく。

6 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画の公表方法	広報、ホームページ等により公開、周知する。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	広報、チラシ、ホームページ等様々な手段、経路で対象者に周知・働きかけを行う。

7 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健康診査等実施計画の評価方法	PDCAサイクルに基づき、目的・目標の結果と成果を把握し、飛島村国民健康保険運営協議会において報告し、計画及び事業の進捗を把握する。
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	令和8年度に中間評価を実施し、本計画の最終年度である令和11年度には総合的な評価を実施する。

8 その他事項

①がん検診等との連携 特定健康診査受診券、がん検診等受診券を同封して送付する。また、集団健診はがん検診も同時に実施する。 ②実施体制の確保 各事業の実施にあたり必要な保健師、管理栄養士の配置、確保に努める。
--

資料編

1 用語の解説

H

HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）

赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したものの。過去1～3か月間の平均血糖値を反映するため、糖尿病管理の指標として用いられる。

P

PDCAサイクル

Plan（計画）、Do（実施）、Check（評価）、Action（改善）の4つの視点をプロセスの中に取り込むことで、プロセスを不断のサイクルとし、継続的な改善を推進するマネジメント手法。

か

健康寿命

認知症や寝たきりにならない状態で、介護を必要としないで生活できる期間のこと。

高齢化率

65歳以上人口が総人口に占める割合。高齢化率が21%を超えると超高齢社会と言う。

国保データベースシステム（KDB）

国保連合会が保有する「特定健診・特定保健指導」「医療（国保・後期）」「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。

国民健康保険団体連合会（国保連合会）

会員である保険者（市町村・国保組合）が目的達成に必要な事業を共同して行うことを目的として設立された団体（公法人）。

国民健康保険被保険者

国民健康保険に加入している人。

国民健康保険法

国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする法律。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）

先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果をもつ医薬品のこと。

さ

生活習慣病

食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因とする疾患の総称。

た

特定健康診査（特定健診）

40～74歳を対象に、メタボリックシンドロームに着目した健診。

特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣を改善することで生活習慣病の予防効果が大きく期待できる人に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が行う保健指導のこと。

特定保健指導実施率

特定保健指導対象者数に対する特定保健指導終了者数の割合をいう。

な

日本再興戦略

第二次安倍内閣が掲げる成長戦略で、平成25年6月に閣議決定したもの。製造業の国際競争力強化や高付加価値サービス産業の創出による産業基盤の強化、医療・エネルギーなど戦略分野の市場創造、国際経済連携の推進や海外市場の獲得などを掲げている。

は

標準化死亡比

年齢構成の差異を基準の死亡率で調整した値（期待死亡数）に対する現実の死亡数の比のこと。全国の値は100となる。標準化死亡比が基準値（100）より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということを意味し、基準値より小さいということは、全国より良いということを示す。

平均余命

ある年齢の人々があと平均何年生きられるかを示した数。

平均自立期間

あと何年自立した生活が期待できるかを示したもの。健康寿命の考え方に基づく指標。

ベイズ推定値

小地域における合計特殊出生率や標準化死亡比をみる場合、観測データ（出生数や死亡数）が少ない場合には、数値が大幅に上下するために、不安定な動きをすることがあり、その地域の出生、死亡の動向を把握することが一般に困難である。このような場合、観測データ以外にも対象に関する情報を反映させることが可能なベイズ推定を用いる。

ま

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）

内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に加えて、高血糖・高血圧・脂質異常のうち2つ以上に該当した状態のことをいう。

ら

レセプト（診療報酬明細書）

医療費を計算するための薬、処置、検査などが書いてあるもの。薬、処置、検査にはそれぞれ点数が設定されており、最終的に全てを合計して医療費を計算するために使う。



**飛島村第3期国民健康保険データヘルス計画
飛島村第4期特定健康診査等実施計画**

発行日 令和6年3月

発行者 飛島村 民生部住民課

住 所 〒490-1436

愛知県海部郡飛島村竹之郷三丁目1番地

TEL 0567-97-3472 (直通)

