

丸森町国民健康保険
第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第四期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
丸森町

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。

そのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取組みを推進することとあります。

健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。

健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。

一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

丸森町国民健康保険においては、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」(第一期～第二期)及び「特定健康診査等実施計画」(第一期～第三期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。

「保健事業実施計画(データヘルス計画)」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。

このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)」と「第四期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第三期保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第四期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

-目次-

第1部 第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）		
第1章	計画策定について	
	1. 計画の趣旨	6
	2. 計画期間	7
	3. 実施体制・関係者連携	7
第2章	地域の概況	
	1. 地域の特性	8
	2. 人口構成	9
	3. 医療基礎情報	11
	4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	12
	5. 平均余命と平均自立期間	16
	6. 死亡の状況	18
	7. 介護保険の状況	21
第3章	健康・医療情報等の分析	
	1. 医療費の基礎集計	25
	2. 生活習慣病に関する分析	34
	3. 健康診査データによる分析	39
	4. 被保険者の階層化	43
第4章	過去の取組みの考察	
	1. 第二期データヘルス計画全体の評価	46
	2. 各事業の達成状況	47
第5章	健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
	1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	77
	2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	81
第6章	その他	
	1. 計画の評価及び見直し	96
	2. 計画の公表・周知	96
	3. 個人情報の取扱い	96
	4. 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項	97
第2部 第四期特定健康診査等実施計画		
第1章	特定健康診査等実施計画について	
	1. 計画策定の趣旨	99
	2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	99
	3. 計画期間	99
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
	1. 取組みの実施内容	100
	2. 特定健康診査の受診状況	101
	3. 特定保健指導の実施状況	104
	4. メタボリックシンドローム該当状況	109
	5. 第三期計画の評価と考察	110

-目次-

第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	111
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	112
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	118
	2. 対象者数推計	118
	3. 実施方法	120
	4. 目標達成に向けての取組み	125
	5. 実施スケジュール	126
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	127
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	127
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	127
	4. がん検診等との連携	128
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	128
	6. 地域包括ケアに関する取組み	128

第1部
第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」と掲げられました。

これを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してP D C A (Plan:計画、Do:実施、Check:評価、Action:改善) サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、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)」において、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なK P I (Key Performance Indicator:重要業績評価指標)の設定を推進するとの方針が示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(Q O L)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

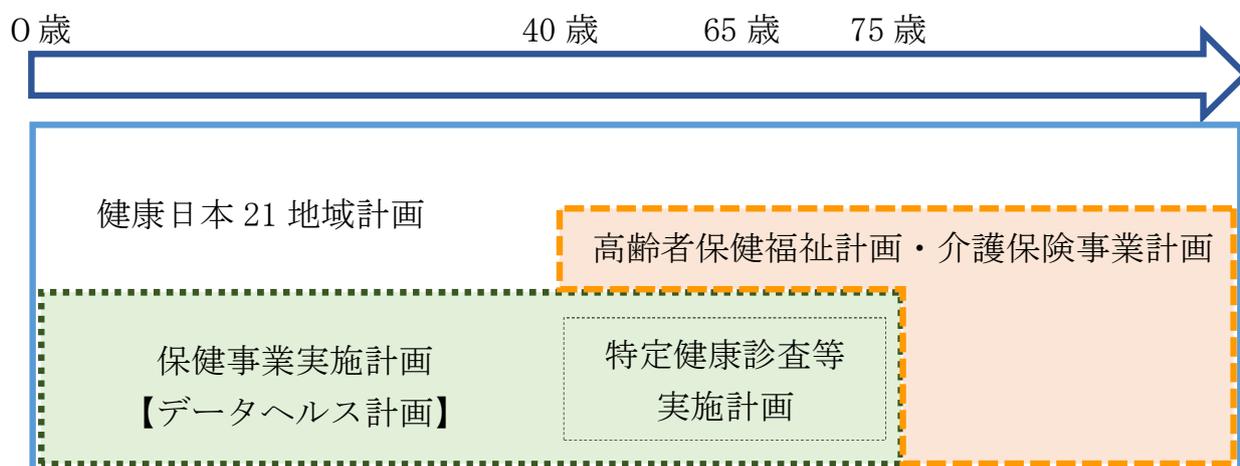
このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、第一期及び第二期計画における実施結果等を踏まえ、P D C Aサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めた第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定し、被保険者の健康維持増進を図ります。

(2) 計画の位置づけ

「保健事業実施計画(データヘルス計画)」は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、レセプトデータ等の健康・医療情報や特定健康診査・特定保健指導の結果を活用し、PDC Aサイクルに沿って、より効果的・効率的な保健事業を実施するための計画です。

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向とするとともに、本町の最上位計画である「丸森町総合計画」や被保険者を含む全町民を対象とした「健康日本21地域計画」との整合性を図ります。

また、高齢者の保健と福祉・介護に係る「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」等、関連する他計画とも調和を図り、連携して推進していきます。



2. 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3. 実施体制・関係者連携

丸森町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価、見直しの一連のプロセスにおいて、国保事業担当が主体となり、保健事業担当等の関連部署と連携・調整を図るとともに、宮城県国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て行います。

また、丸森町国民健康保険運営協議会において、外部有識者及び被保険者を代表する委員より意見聴取を行い、計画の反映に努めることとします。

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

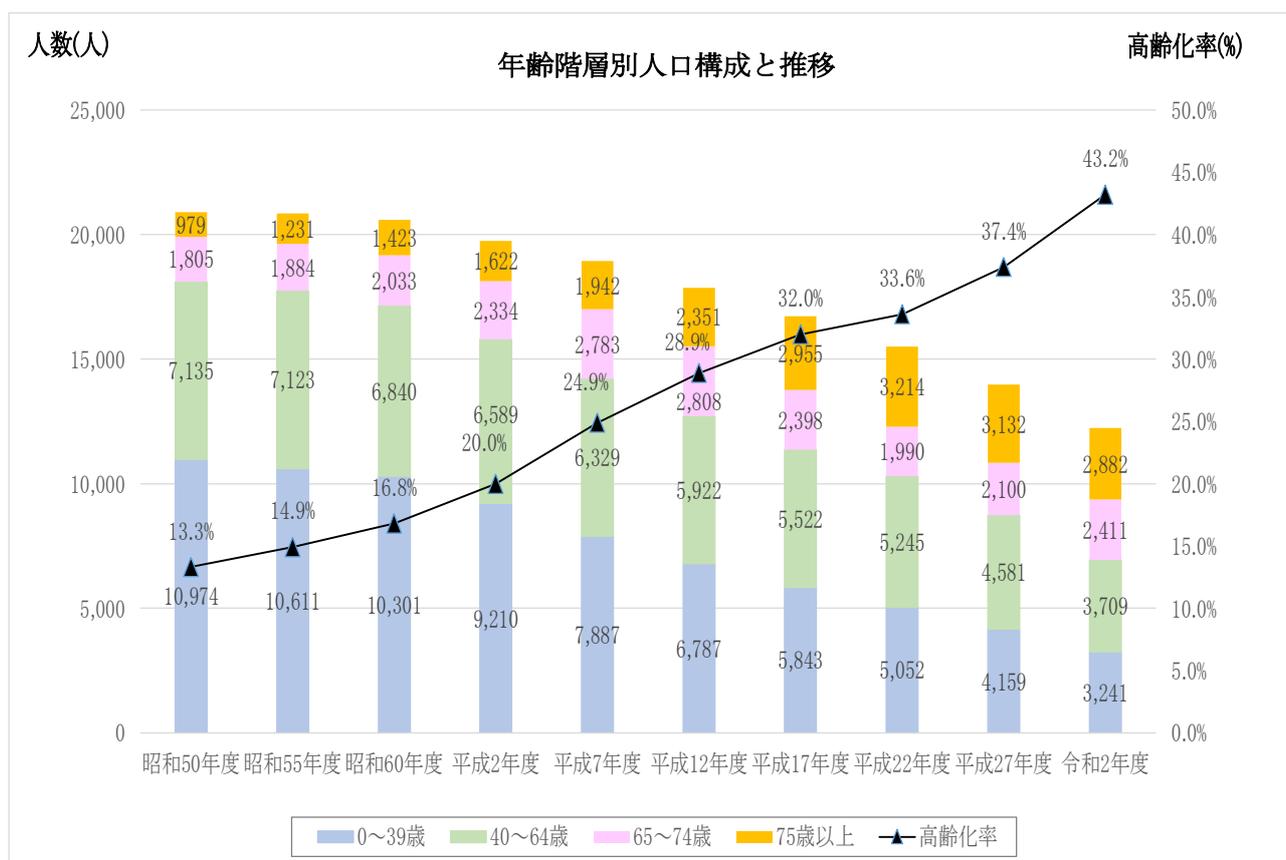
(1) 地理的・社会的背景

丸森町は宮城県の南端に位置し、福島県と隣接しています。総面積は273.30km²、大部分を山林及び丘陵地が占め、そのほとんどが中山間地域です。

町の北部を阿武隈川が貫流し、その流域と支流河川の流域一帯に平坦地が開けてるものの、この平坦地を囲むように南東部は標高500m、北西部は標高300m前後の山々が連なり、盆地状の地形を呈しています。

優れた自然環境を有する阿武隈川流域やその支流域には貴重な植生群や奇岩等があり、昭和63年11月には阿武隈溪谷県立自然公園として指定されています。

令和元年10月に襲来した令和元年東日本台風（台風第19号）は、記録的な大雨となり、町に甚大な被害をもたらしました。一刻も早い復旧・復興と、将来にわたり安心して暮らせるまちづくりの実現に向け、『共に立ち上がろう 次代につなぐ新たな丸森づくり』を復興ビジョンとし、町全体が一丸となり全力で取り組んでいます。



2. 人口構成

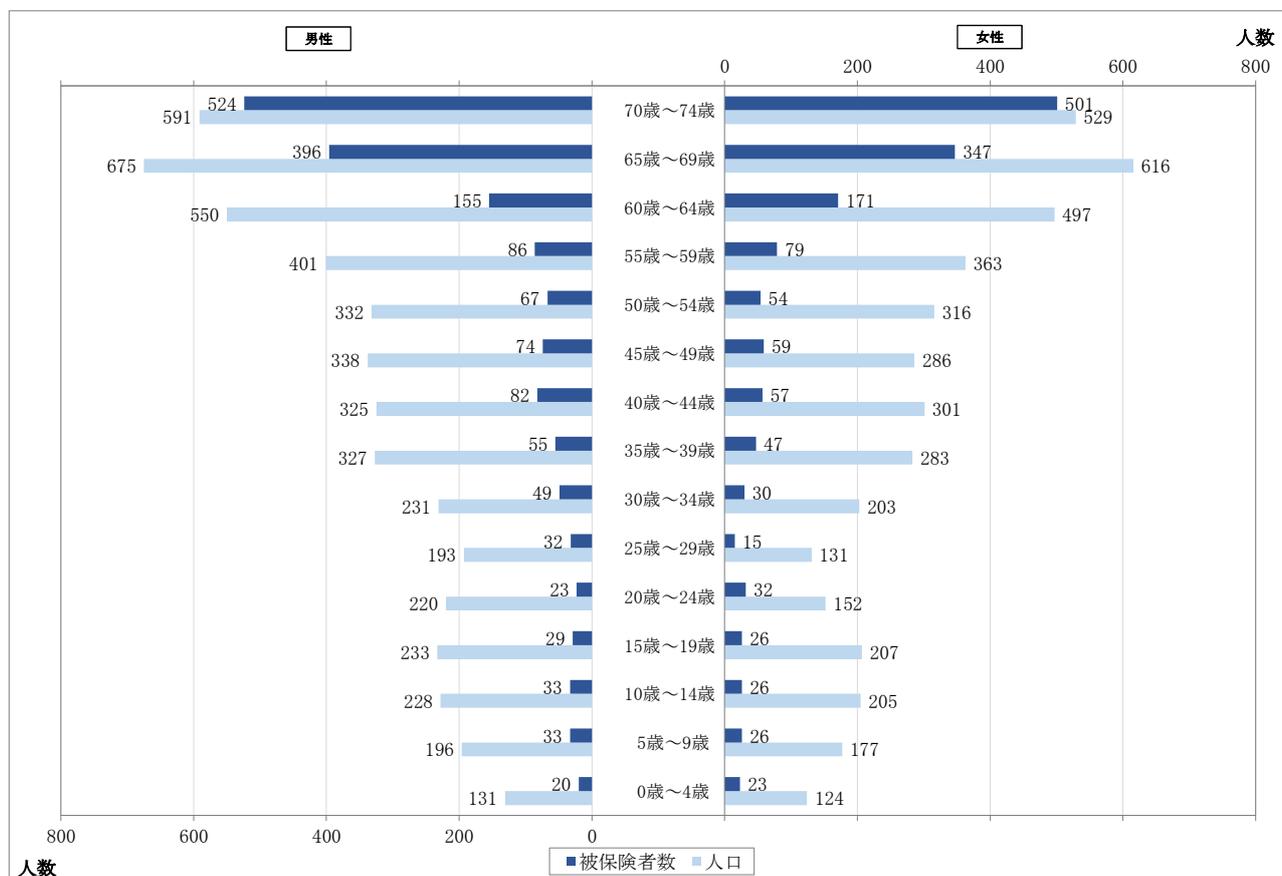
以下は、本町の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は44.0%であり、県との比較で1.6倍、同規模との比較で1.2倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は3,107人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は25.7%です。国民健康保険被保険者平均年齢は58.3歳です。

人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
丸森町	12,108	44.0%	3,107	25.7%	58.3	2.7	22.1
県	2,254,257	28.3%	437,688	19.4%	54.8	6.4	10.9
同規模	11,448	36.9%	2,897	24.3%	55.8	5.3	15.7
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

出典:住民情報システム「行政区別人口(5歳毎)」「年齢別被保険者集計表」
宮城県保健福祉部保健福祉総務課企画調整第一班「人口動態統計(確定数)の概況(宮城県版)」
国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女年齢階層別 人口・被保険者数ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

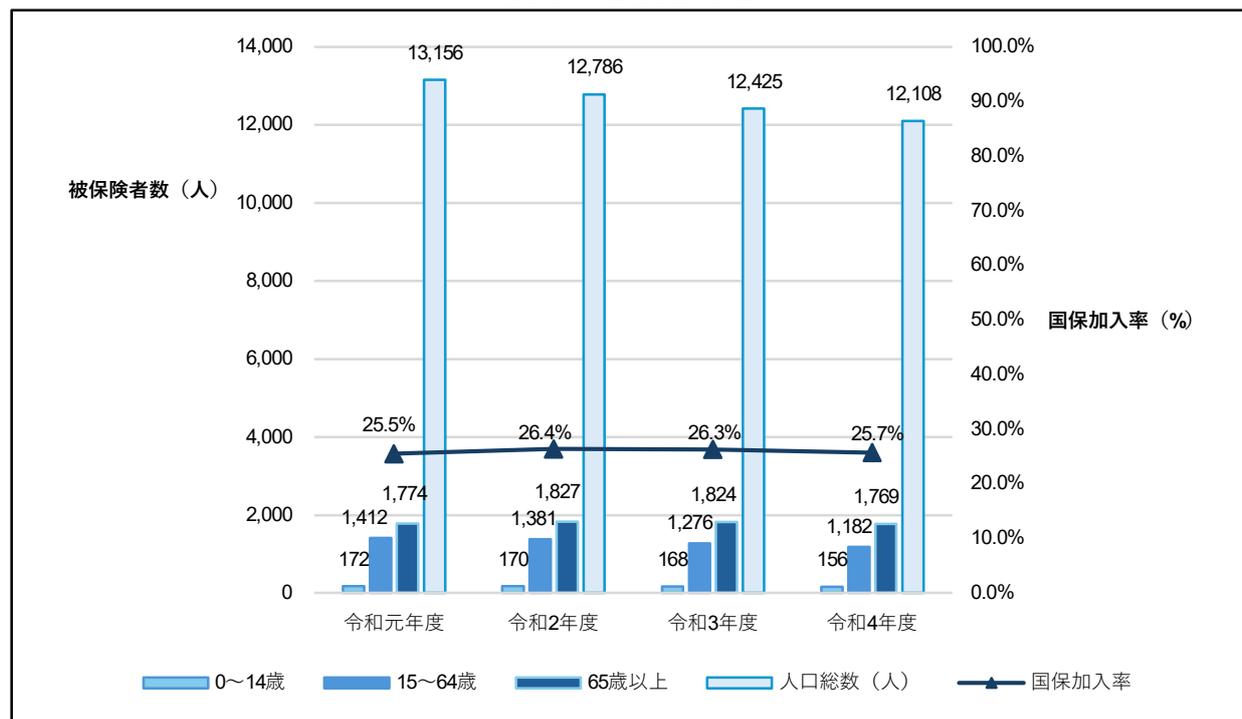
以下は、本町の令和元年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を令和元年度と比較すると、国民健康保険被保険者数3,107人は令和元年度3,358人より251人減少しています。国民健康保険被保険者平均年齢58.3歳は令和元年度56.8歳より1.5歳上昇しており、県と比較して常に高い状態が続いています。

年度別 人口構成概要

区分	年度	人口総数 (人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	年齢階層		
							0歳～14歳	15歳～64歳	65歳以上
丸森町	令和元年度	13,156	41.6%	3,358	25.5%	56.8	172	1,412	1,774
	令和2年度	12,786	42.5%	3,378	26.4%	57.2	170	1,381	1,827
	令和3年度	12,425	43.5%	3,268	26.3%	58.0	168	1,276	1,824
	令和4年度	12,108	44.0%	3,107	25.7%	58.3	156	1,182	1,769
県	令和元年度	2,283,164	27.9%	467,131	20.4%	53.9	27,429	226,216	213,486
	令和2年度	2,273,909	28.4%	465,090	20.4%	54.4	26,394	219,863	218,833
	令和3年度	2,259,662	28.8%	454,694	19.9%	54.9	24,750	211,250	218,694
	令和4年度	2,246,807	29.1%	437,688	19.4%	54.8	23,415	205,284	208,989
同規模	令和元年度	11,694	33.5%	3,056	25.1%	55.1			
	令和2年度	11,778	33.4%	3,036	24.7%	55.7			
	令和3年度	12,016	33.3%	2,988	23.9%	56.1			
	令和4年度	11,448	36.9%	2,897	24.3%	55.8			
国	令和元年度	127,443,563	27.6%	27,083,475	21.6%	52.9	1,756,650	13,548,803	11,778,022
	令和2年度	127,138,033	27.9%	26,647,825	21.2%	53.4	1,667,608	13,143,703	11,836,514
	令和3年度	126,654,244	28.2%	25,855,400	20.6%	53.7	1,580,525	12,707,749	11,567,126
	令和4年度	125,927,902	28.5%	24,660,500	20.0%	53.4	1,495,500	12,370,677	10,794,323

出典：宮城県保健福祉部保健福祉総務課企画調整第一班「人口動態統計（確定数）の概況（宮城県）」
国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

年度別 被保険者数



3. 医療基礎情報

以下は、本町の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

本町は、県と比較して受診率が11.9%低く、一件当たりの医療費は16.4%高くなっています。外来入院別にみると、外来は受診率が低く、一件当たりの医療費が高くなっており、入院は入院率、一件当たりの医療費とも高くなっています。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	丸森町	県	同規模	国
受診率	749.1	771.7	730.3	728.4
一件当たり医療費(円)	45,300	39,300	41,970	39,870
一般(円)	45,300	39,300	41,970	39,870
退職(円)	0	53,360	21,200	67,230
外来				
外来費用の割合	53.4%	61.0%	57.0%	59.9%
外来受診率	723.7	752.2	708.1	709.6
一件当たり医療費(円)	25,060	24,610	24,690	24,520
一人当たり医療費(円) ※	18,130	18,510	17,480	17,400
一日当たり医療費(円)	18,600	17,460	17,320	16,500
一件当たり受診回数	1.3	1.4	1.4	1.5
入院				
入院費用の割合	46.6%	39.0%	43.0%	40.1%
入院率	25.5	19.5	22.2	18.8
一件当たり医療費(円)	620,110	605,010	592,330	619,090
一人当たり医療費(円) ※	15,800	11,810	13,170	11,650
一日当たり医療費(円)	33,900	38,870	35,450	38,730
一件当たり在院日数	18.3	15.6	16.7	16.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1か月分相当。

4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

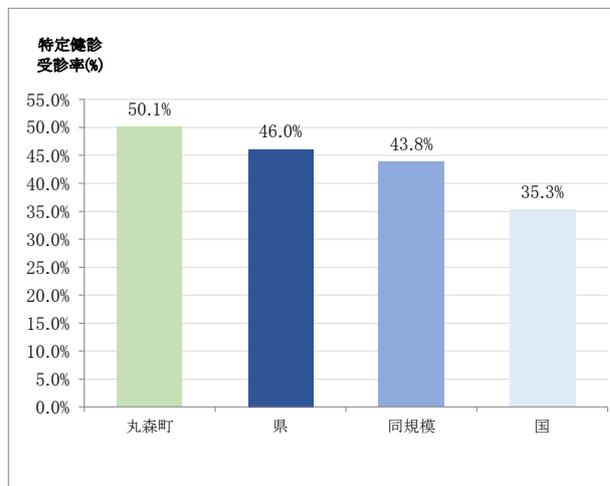
本町の令和4年度における40歳から74歳の特定健康診査受診率は50.1%です。県、同規模と比較して、高い受診率となっています。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
丸森町	50.1%
県	46.0%
同規模	43.8%
国	35.3%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



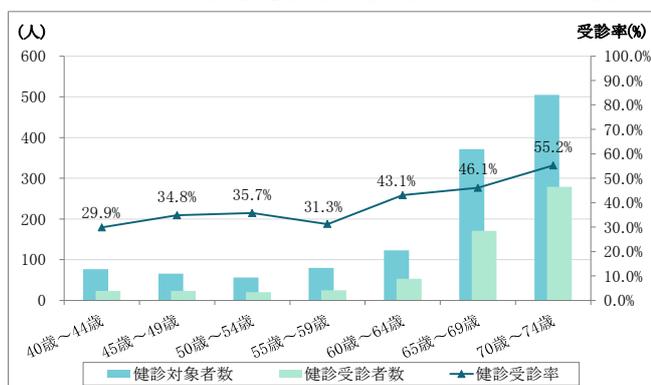
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

年齢階層	男性			女性		
	健診対象者数(人)	健診受診者数(人)	健診受診率	健診対象者数(人)	健診受診者数(人)	健診受診率
40歳～44歳	77	23	29.9%	51	19	37.3%
45歳～49歳	66	23	34.8%	49	18	36.7%
50歳～54歳	56	20	35.7%	46	17	37.0%
55歳～59歳	80	25	31.3%	65	29	44.6%
60歳～64歳	123	53	43.1%	146	76	52.1%
65歳～69歳	371	171	46.1%	323	198	61.3%
70歳～74歳	505	279	55.2%	477	269	56.4%
全体	1,278	594	46.5%	1,157	626	54.1%

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



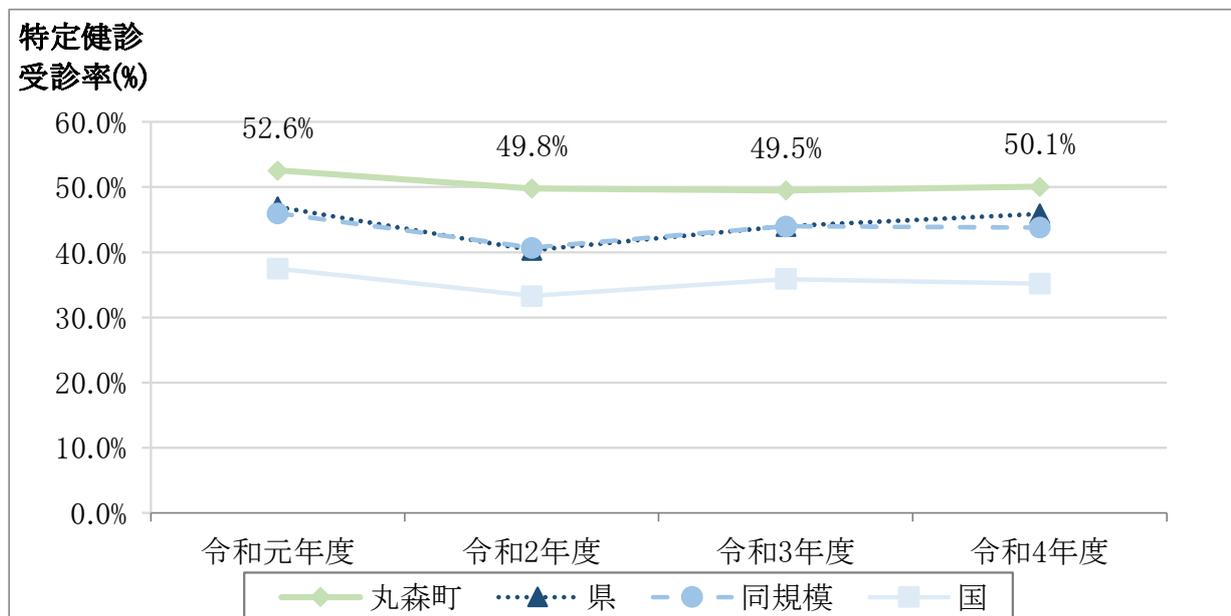
(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

以下は、本町の令和元年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率50.1%は令和元年度52.6%より2.5ポイント減少していますが、県、同規模と比較して、高い受診率で推移しています。

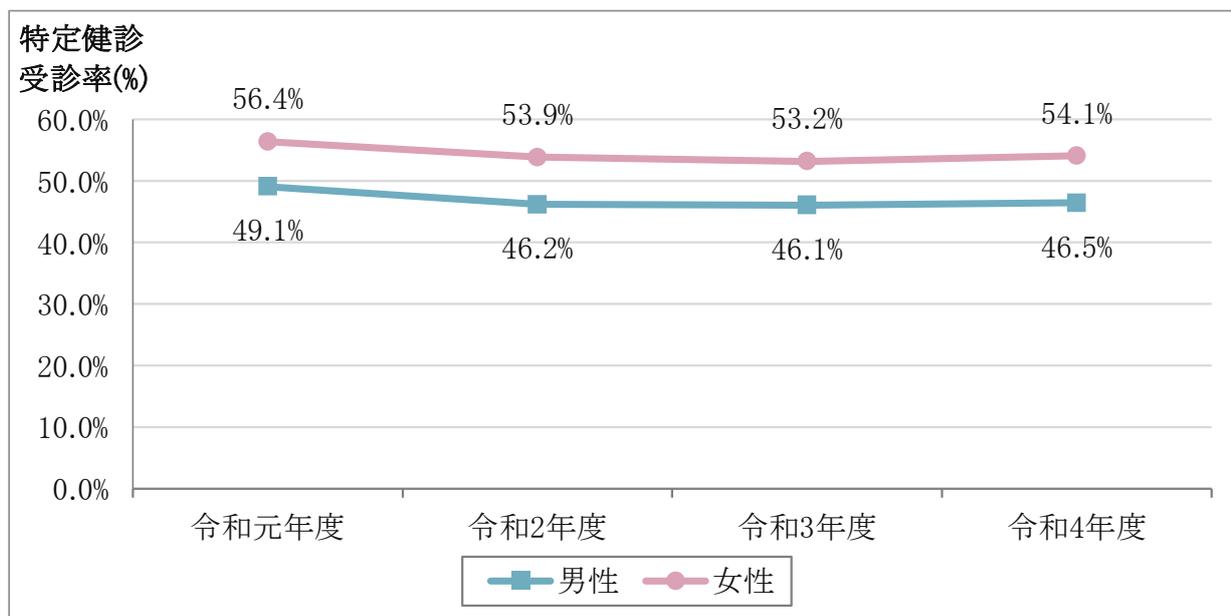
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、女性の受診率が男性を上回っています。また、男性の令和4年度受診率46.5%は令和元年度49.1%より2.6ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率54.1%も令和元年度56.4%より2.3ポイント減少しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

(2) 特定保健指導

本町の令和4年度における特定保健指導の実施率55.5%は、他の区分と比較して高くなっています。

特定保健指導実施状況(令和4年度)

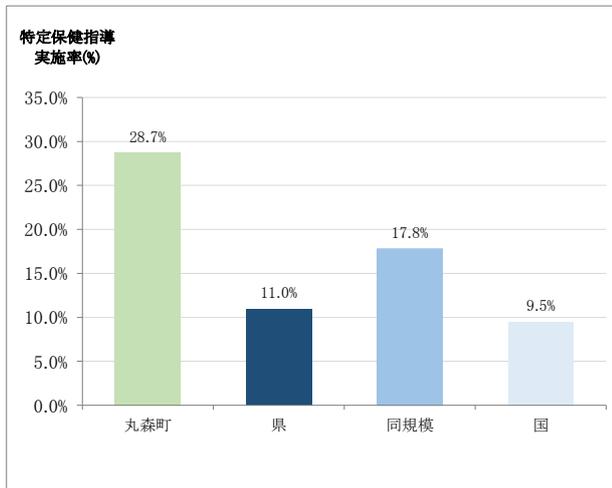
区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
丸森町	8.0%	2.6%	10.6%	55.5%
県	9.8%	3.3%	13.1%	10.6%
同規模	8.8%	2.9%	11.7%	17.8%
国	8.6%	2.7%	11.3%	9.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

丸森町は法定報告値

特定保健指導実施率(令和4年度)

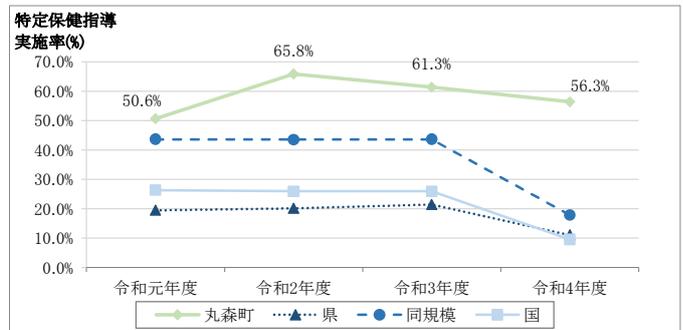


出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

以下は、本町の令和元年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率55.5%は令和元年度50.6%より4.9ポイント増加しています。

年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	50.6%	65.8%	61.3%	55.5%
県	19.4%	20.1%	21.4%	10.6%
同規模	43.6%	43.5%	43.6%	17.8%
国	26.3%	25.9%	25.9%	9.0%



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」
 丸森町は法定報告値

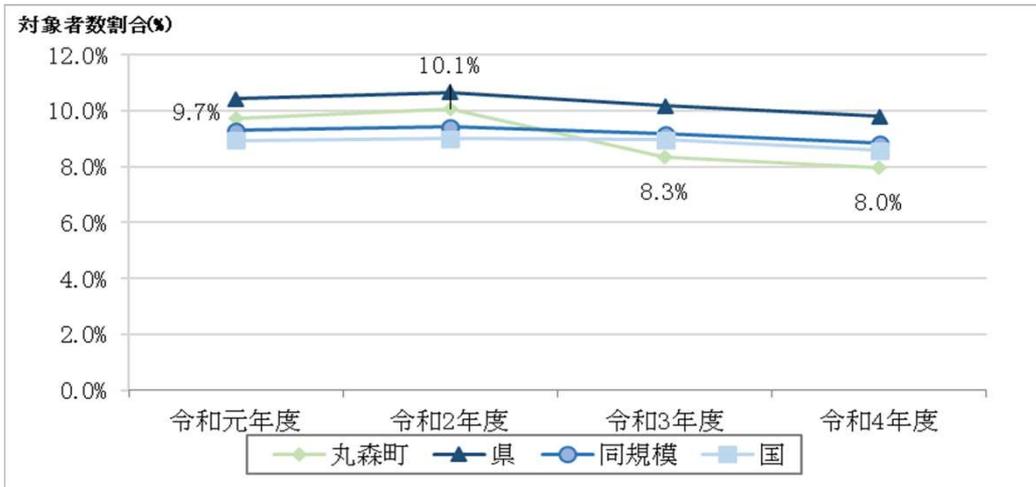
出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	9.7%	10.1%	8.3%	8.0%
県	10.4%	10.7%	10.2%	9.8%
同規模	9.3%	9.4%	9.2%	8.8%
国	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合

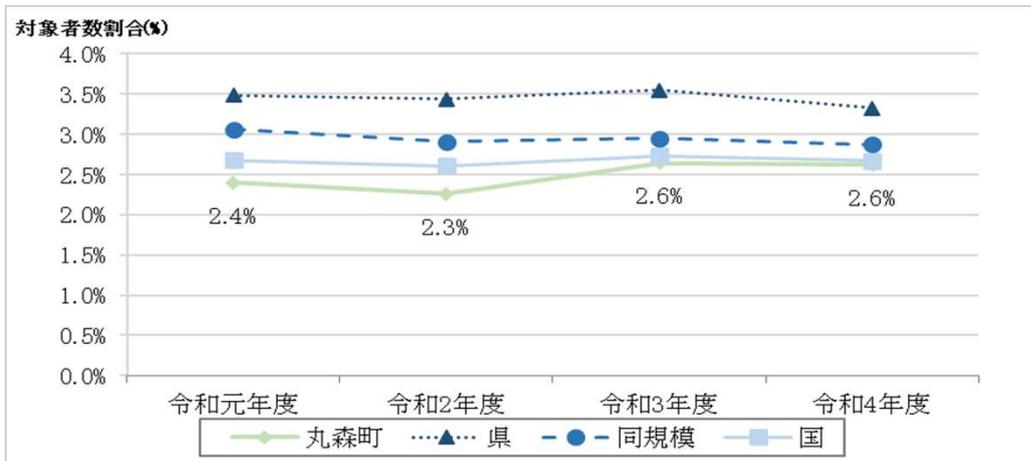


年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	2.4%	2.3%	2.6%	2.6%
県	3.5%	3.4%	3.5%	3.3%
同規模	3.1%	2.9%	2.9%	2.9%
国	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合

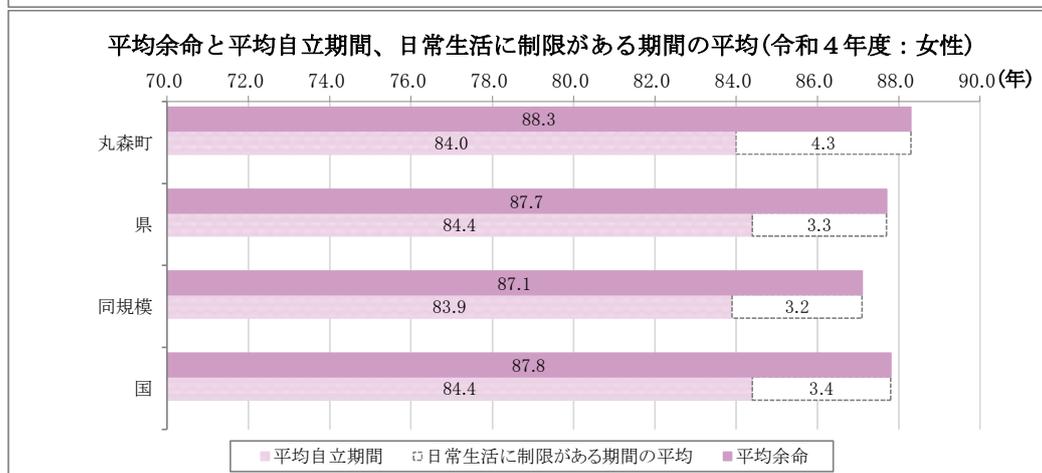
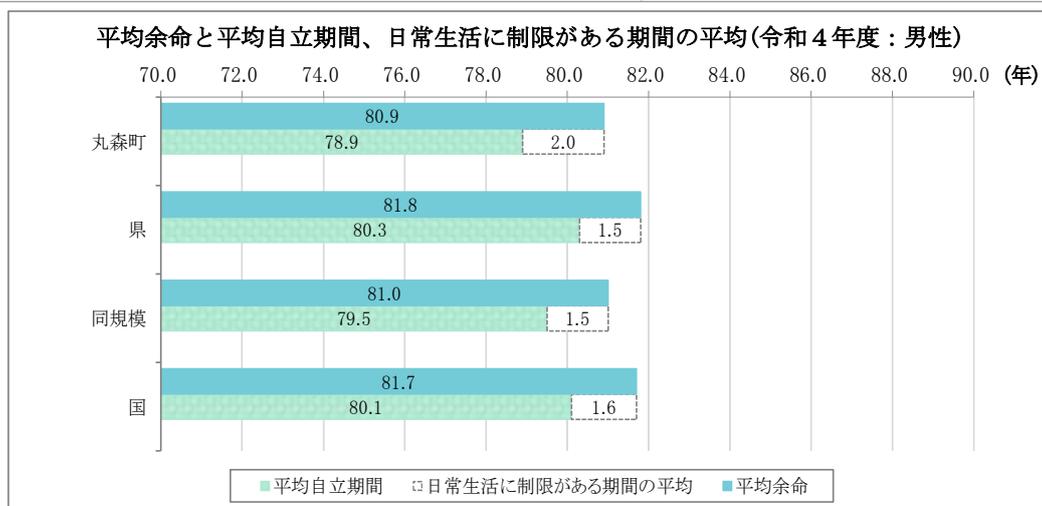


5. 平均余命と平均自立期間

以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本町の男性の平均余命は80.9年、平均自立期間は78.9年です。日常生活に制限がある期間の平均は2.0年で、国の1.6年よりも長い傾向にあります。本町の女性の平均余命は88.3年、平均自立期間は84.0年です。日常生活に制限がある期間の平均は4.3年で、国の3.4年よりも長い傾向にあります。

【参考】平均余命と平均自立期間について		
平均余命		
日常生活動作が自立している期間の平均 (要介護2以上になるまでの期間)	日常生活に制限がある期間 (要介護2以上の期間)	



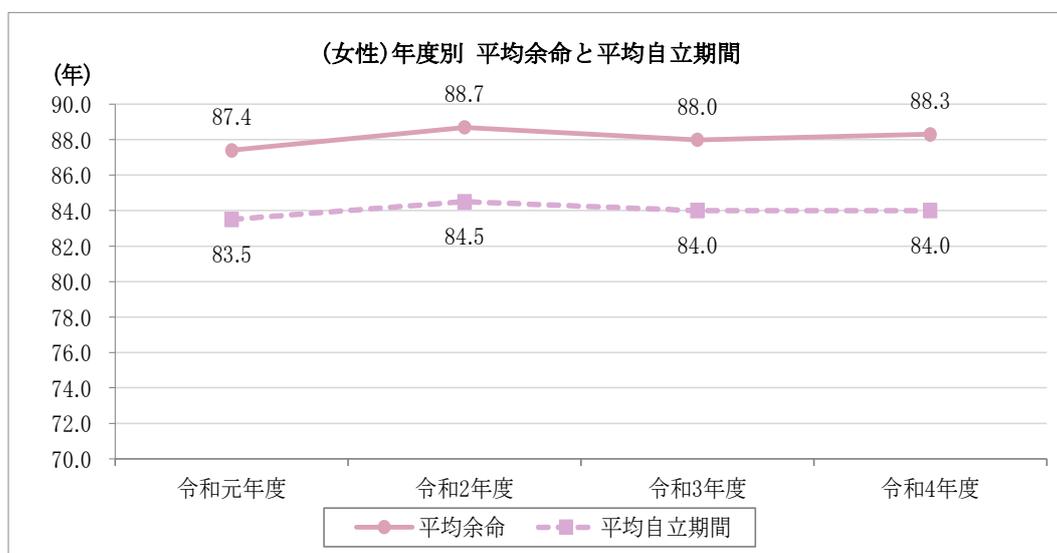
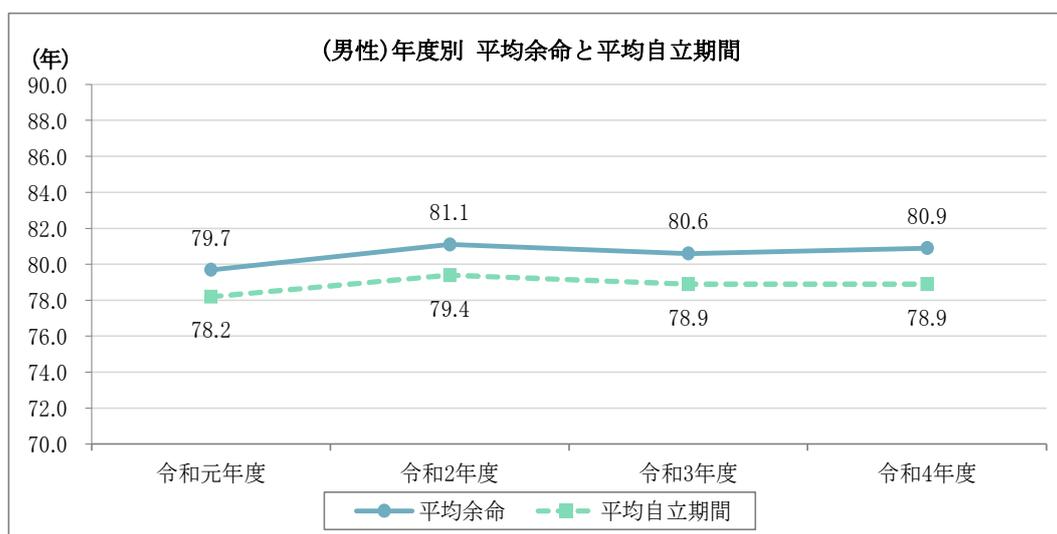
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の令和元年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間78.9年は令和元年度78.2年から0.7年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.0年は令和元年度83.5年から0.5年延伸しています。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
令和元年度	79.7	78.2	1.5	87.4	83.5	3.9
令和2年度	81.1	79.4	1.7	88.7	84.5	4.2
令和3年度	80.6	78.9	1.7	88.0	84.0	4.0
令和4年度	80.9	78.9	2.0	88.3	84.0	4.3

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

6. 死亡の状況

以下は、本町の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。主たる死因の状況から、県、同規模と比較し、脳疾患、腎不全の割合が高くなっています。

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	丸森町	県	同規模	国
男性	97.7	96.4	103.9	100.0
女性	102.6	99.0	101.5	100.0

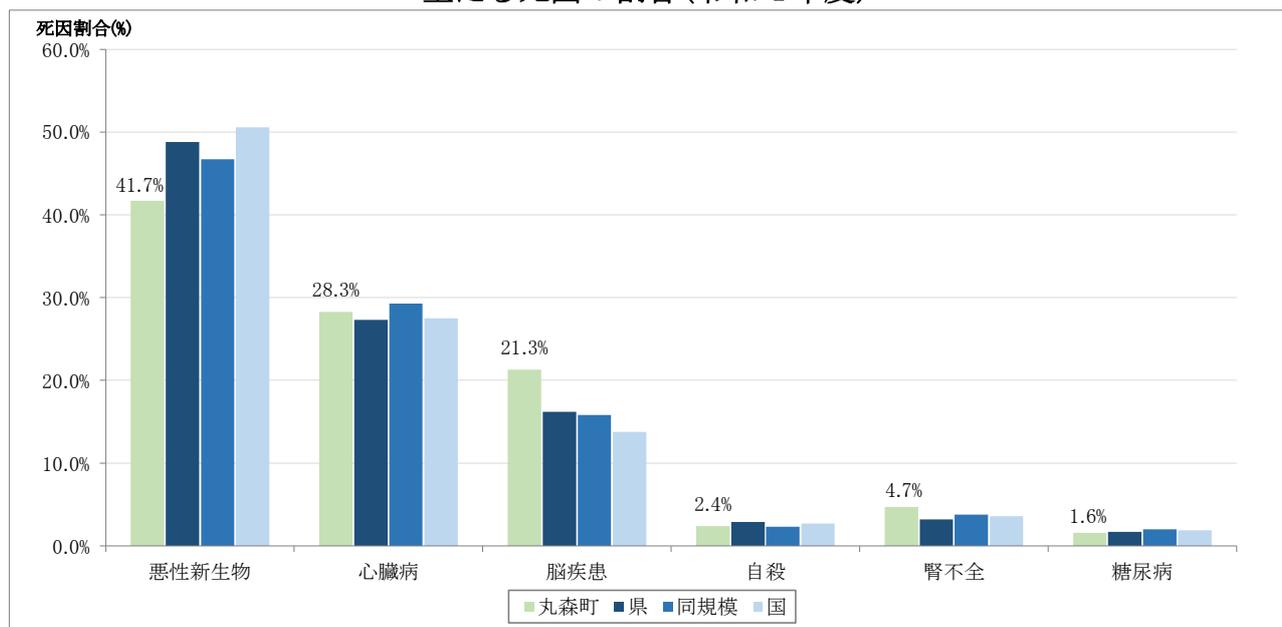
出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	丸森町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	53	41.7%	48.8%	46.7%	50.6%
心臓病	36	28.3%	27.3%	29.3%	27.5%
脳疾患	27	21.3%	16.2%	15.8%	13.8%
自殺	3	2.4%	2.9%	2.3%	2.7%
腎不全	6	4.7%	3.2%	3.8%	3.6%
糖尿病	2	1.6%	1.7%	2.0%	1.9%
合計	127				

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

主たる死因の割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

以下は、本町の令和元年度から令和4年度における、死亡の状況を年度別に示したものです。

年度 男女別 標準化死亡比

区分	男性				女性			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	94.6	94.6	97.7	97.7	94.7	94.7	102.6	102.6
県	107.0	107.0	96.4	96.4	111.9	111.9	99.0	99.0
同規模	104.8	104.8	103.7	103.9	102.8	102.8	101.3	101.5
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

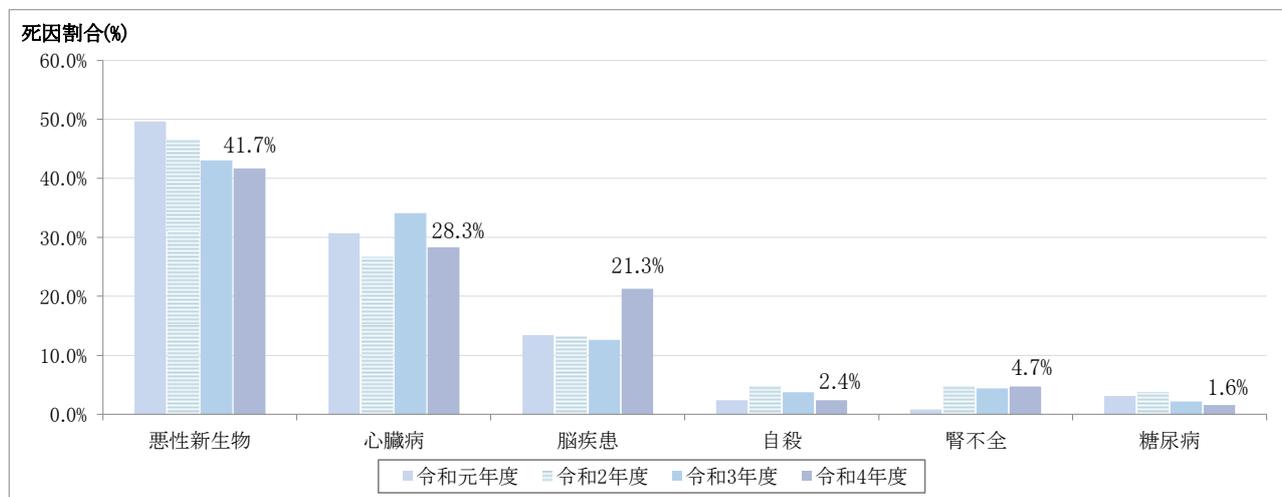
主たる死因の状況について、令和4年度を令和元年度と比較すると、被保険者数が減少傾向にある中、死亡者数は横ばいになっています。死因別では、悪性新生物を死因とする人数53人は令和元年度63人より10人減少、心臓病を死因とする人数36人は令和元年度39人より3人減少しています。また、脳疾患を死因とする人数27人は令和元年度17人より10人増加、腎不全を死因とする人数6人は令和元年度より5人増加しています。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	丸森町							
	人数(人)				割合(%)			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	63	49	58	53	49.6%	46.7%	43.0%	41.7%
心臓病	39	28	46	36	30.7%	26.7%	34.1%	28.3%
脳疾患	17	14	17	27	13.4%	13.3%	12.6%	21.3%
自殺	3	5	5	3	2.4%	4.8%	3.7%	2.4%
腎不全	1	5	6	6	0.8%	4.8%	4.4%	4.7%
糖尿病	4	4	3	2	3.1%	3.8%	2.2%	1.6%
合計	127	105	135	127				

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(県)

疾病項目	県				丸森町 (再掲)			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	48.0%	47.3%	47.6%	48.8%	49.6%	46.7%	43.0%	41.7%
心臓病	27.8%	27.6%	27.7%	27.3%	30.7%	26.7%	34.1%	28.3%
脳疾患	16.9%	17.3%	17.2%	16.2%	13.4%	13.3%	12.6%	21.3%
自殺	2.8%	2.7%	2.8%	2.9%	2.4%	4.8%	3.7%	2.4%
腎不全	2.8%	3.4%	3.2%	3.2%	0.8%	4.8%	4.4%	4.7%
糖尿病	1.6%	1.7%	1.5%	1.7%	3.1%	3.8%	2.2%	1.6%
合計								

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(同規模)

疾病項目	同規模				丸森町 (再掲)			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	46.4%	45.6%	46.6%	46.7%	49.6%	46.7%	43.0%	41.7%
心臓病	29.0%	30.1%	29.5%	29.3%	30.7%	26.7%	34.1%	28.3%
脳疾患	16.3%	16.2%	16.0%	15.8%	13.4%	13.3%	12.6%	21.3%
自殺	2.4%	2.2%	2.4%	2.3%	2.4%	4.8%	3.7%	2.4%
腎不全	3.8%	3.9%	3.8%	3.8%	0.8%	4.8%	4.4%	4.7%
糖尿病	2.1%	2.0%	1.8%	2.0%	3.1%	3.8%	2.2%	1.6%
合計								

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(国)

疾病項目	国				丸森町 (再掲)			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	49.9%	49.8%	50.2%	50.6%	49.6%	46.7%	43.0%	41.7%
心臓病	27.4%	27.8%	27.7%	27.5%	30.7%	26.7%	34.1%	28.3%
脳疾患	14.7%	14.4%	14.2%	13.8%	13.4%	13.3%	12.6%	21.3%
自殺	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.4%	4.8%	3.7%	2.4%
腎不全	3.4%	3.5%	3.5%	3.6%	0.8%	4.8%	4.4%	4.7%
糖尿病	1.9%	1.9%	1.8%	1.9%	3.1%	3.8%	2.2%	1.6%
合計								

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

7. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

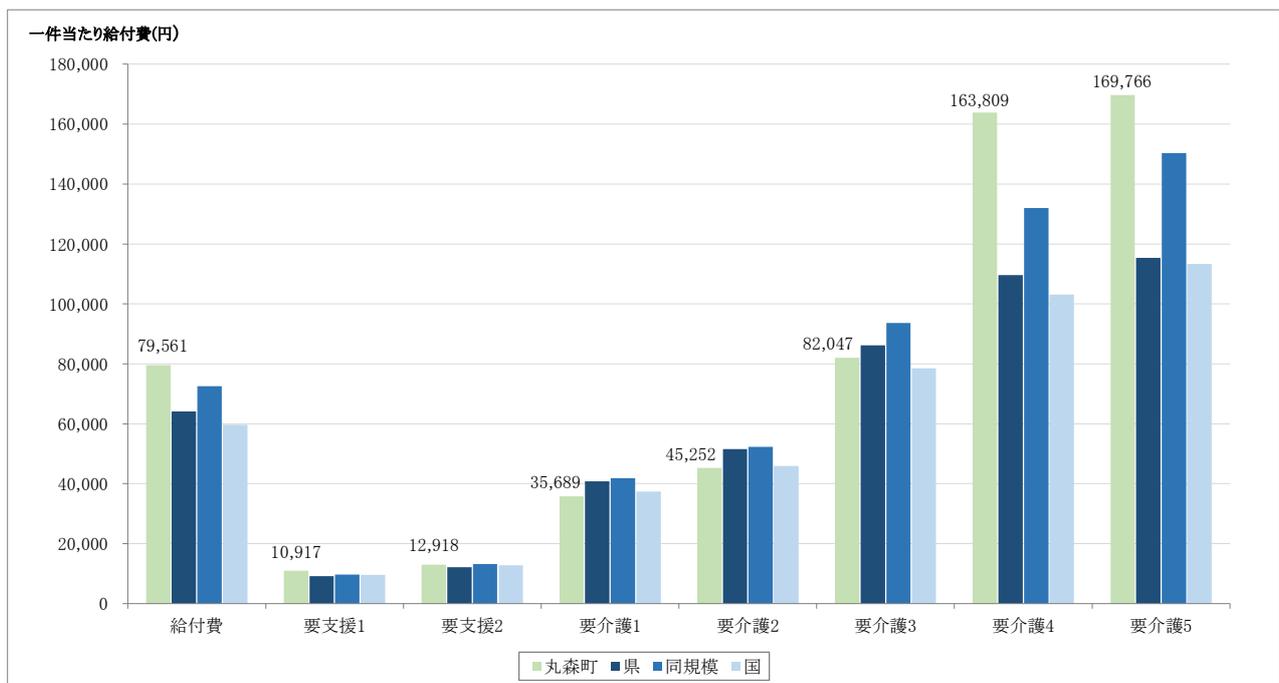
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。認定率、一件当たり給付費とも県より高くなっています。

要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	丸森町	県	同規模	国
認定率	22.5%	19.3%	18.6%	19.4%
認定者数(人)	1,186	126,301	125,270	6,880,137
第1号(65歳以上)	1,170	123,353	123,092	6,724,030
第2号(40～64歳)	16	2,948	2,178	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	79,561	64,123	72,528	59,662
要支援1	10,917	9,146	9,642	9,568
要支援2	12,918	12,176	13,244	12,723
要介護1	35,689	40,765	41,775	37,331
要介護2	45,252	51,519	52,305	45,837
要介護3	82,047	86,141	93,625	78,504
要介護4	163,809	109,645	132,004	103,025
要介護5	169,766	115,408	150,323	113,314

出典: 国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」
介護保険月報

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

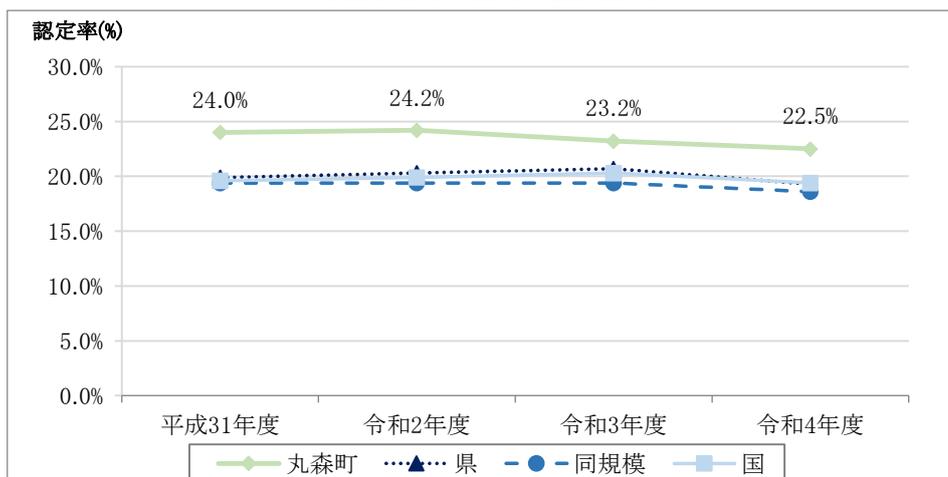
以下は、令和元年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率22.5%は令和元年度24.0%より1.5ポイント減少しており、令和4年度の認定者数1,186人は令和元年度1,290人より104人減少しています。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分	年度	認定率	認定者数(人)	
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
丸森町	令和元年度	24.0%	1,290	22
	令和2年度	24.2%	1,269	24
	令和3年度	23.2%	1,232	22
	令和4年度	22.5%	1,186	16
県	令和元年度	19.9%	120,788	2,938
	令和2年度	20.3%	123,568	3,008
	令和3年度	20.7%	125,116	3,004
	令和4年度	19.3%	126,301	2,948
同規模	令和元年度	19.4%	117,292	2,165
	令和2年度	19.4%	117,122	2,154
	令和3年度	19.4%	119,920	2,135
	令和4年度	18.6%	125,270	2,178
国	令和元年度	19.6%	6,620,276	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」
介護保険月報

年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

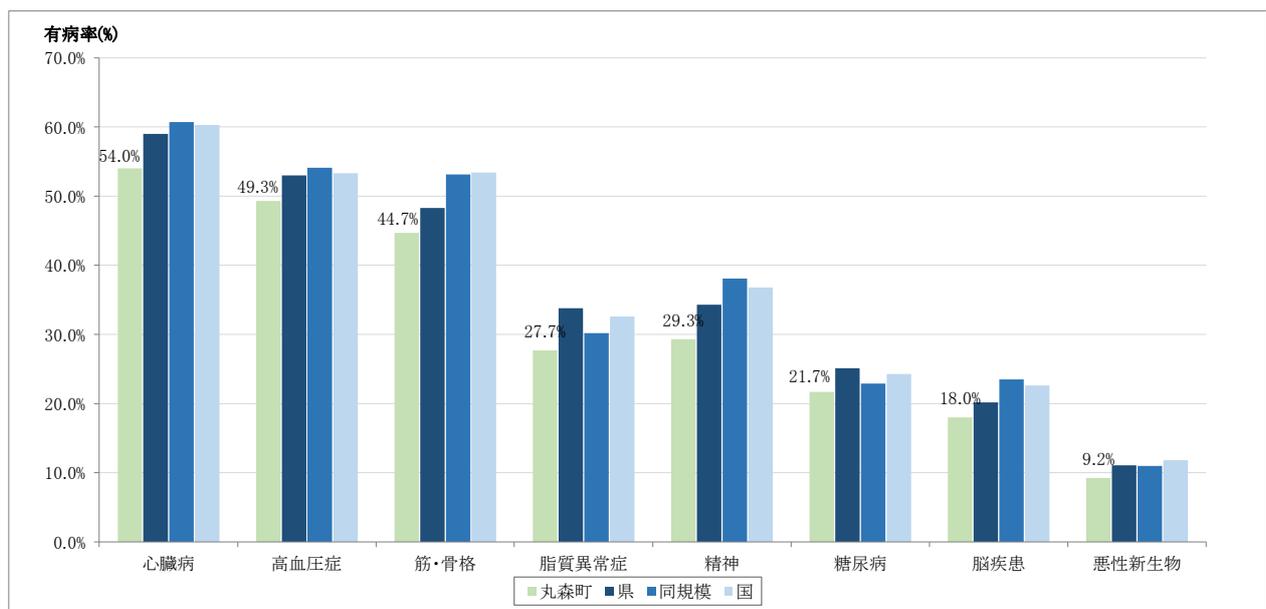
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると3,203人となり、これを認定者数の実数で除すと2.7となることから、認定者は平均2.7疾病を有していることがわかります。

要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

区分	丸森町	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	1,186		126,301		125,270		6,880,137	
心臓病	実人数(人)	679	76,256	1	77,477	1	4,224,628	1
	有病率	54.0%						
高血圧症	実人数(人)	623	68,483	2	69,159	2	3,744,672	3
	有病率	49.3%						
筋・骨格	実人数(人)	554	62,389	3	67,887	3	3,748,372	2
	有病率	44.7%						
脂質異常症	実人数(人)	355	43,919	5	39,076	5	2,308,216	5
	有病率	27.7%						
精神	実人数(人)	353	44,118	4	48,712	4	2,569,149	4
	有病率	29.3%						
糖尿病	実人数(人)	284	32,641	6	29,521	7	1,712,613	6
	有病率	21.7%						
脳疾患	実人数(人)	226	25,789	7	29,613	6	1,568,292	7
	有病率	18.0%						
悪性新生物	実人数(人)	129	14,584	8	14,238	8	837,410	8
	有病率	9.2%						

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

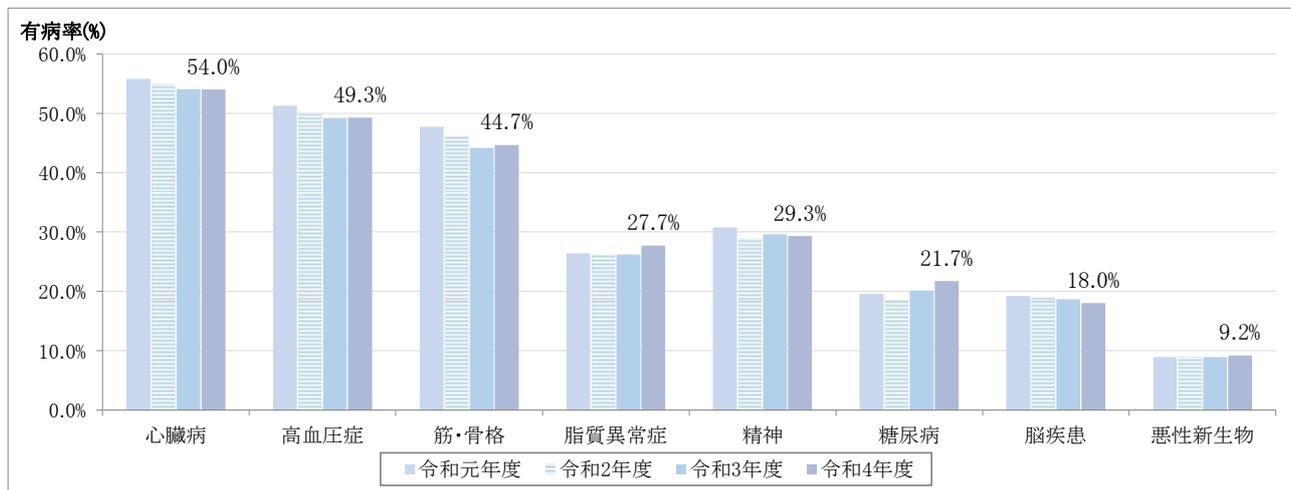
以下は、本町の令和元年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。上位3疾病の順位は変わらず、有病率もほぼ横ばいです。

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

区分		丸森町							
		令和元年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位
認定者数(人)		1,290		1,269		1,232		1,186	
心臓病	有病率(%)	55.8%	1	54.9%	1	54.1%	1	54.0%	1
高血圧症	有病率(%)	51.3%	2	49.9%	2	49.2%	2	49.3%	2
筋・骨格	有病率(%)	47.7%	3	46.2%	3	44.2%	3	44.7%	3
脂質異常症	有病率(%)	26.4%	5	26.2%	5	26.2%	5	27.7%	4
精神	有病率(%)	30.8%	4	28.9%	4	29.6%	4	29.3%	5
糖尿病	有病率(%)	19.6%	7	18.6%	6	20.1%	6	21.7%	6
脳疾患	有病率(%)	19.2%	6	19.1%	7	18.7%	7	18.0%	7
悪性新生物	有病率(%)	8.9%	8	9.0%	8	8.9%	8	9.2%	8

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

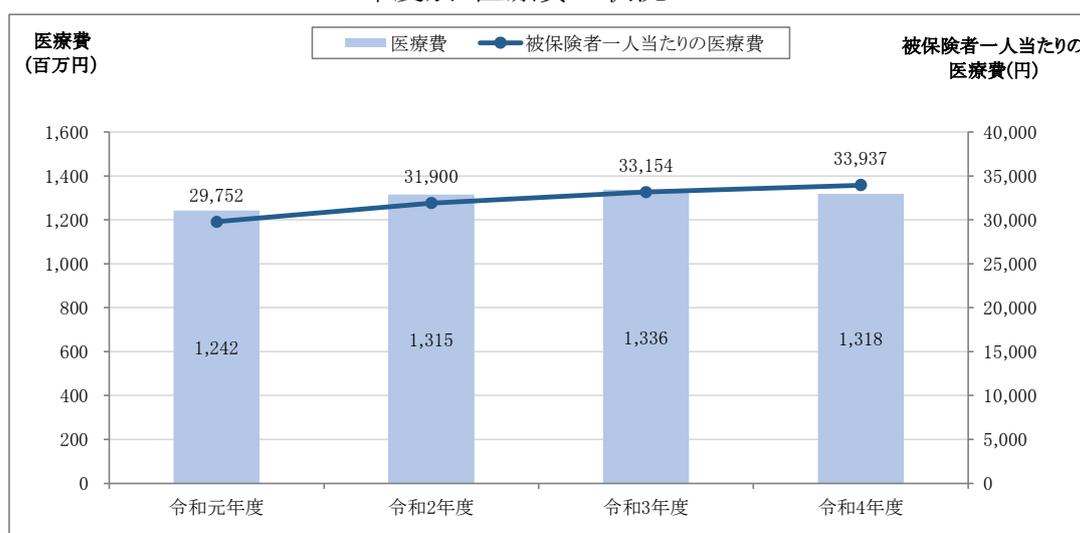
第3章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

以下は、本町の医療費の状況を示したものです。被保険者が減少傾向にある中、令和4年度の医療費13億1千8百万円は、令和元年度の医療費12億4千2百万円と比べて6.1%増加しています。また、令和4年度の被保険者一人当たりの医療費も33,937円と、令和元年度の29,752円から4,185円、14.1%増加しています。

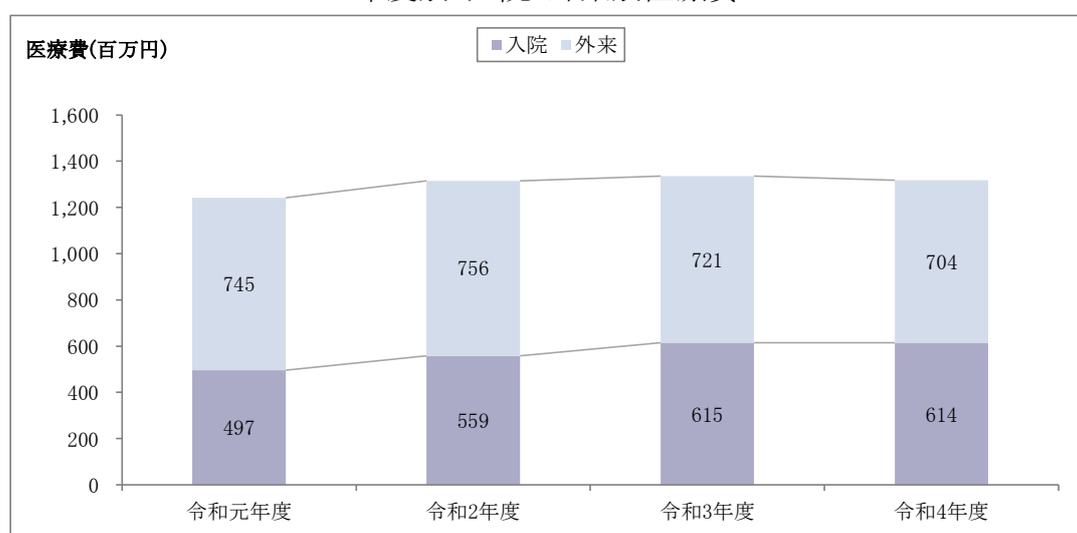
年度別 医療費の状況



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

入院・外来別にみると、令和元年度から令和4年度にかけて、入院医療費は5.5%増加、外来医療費は23.5%増加しています。

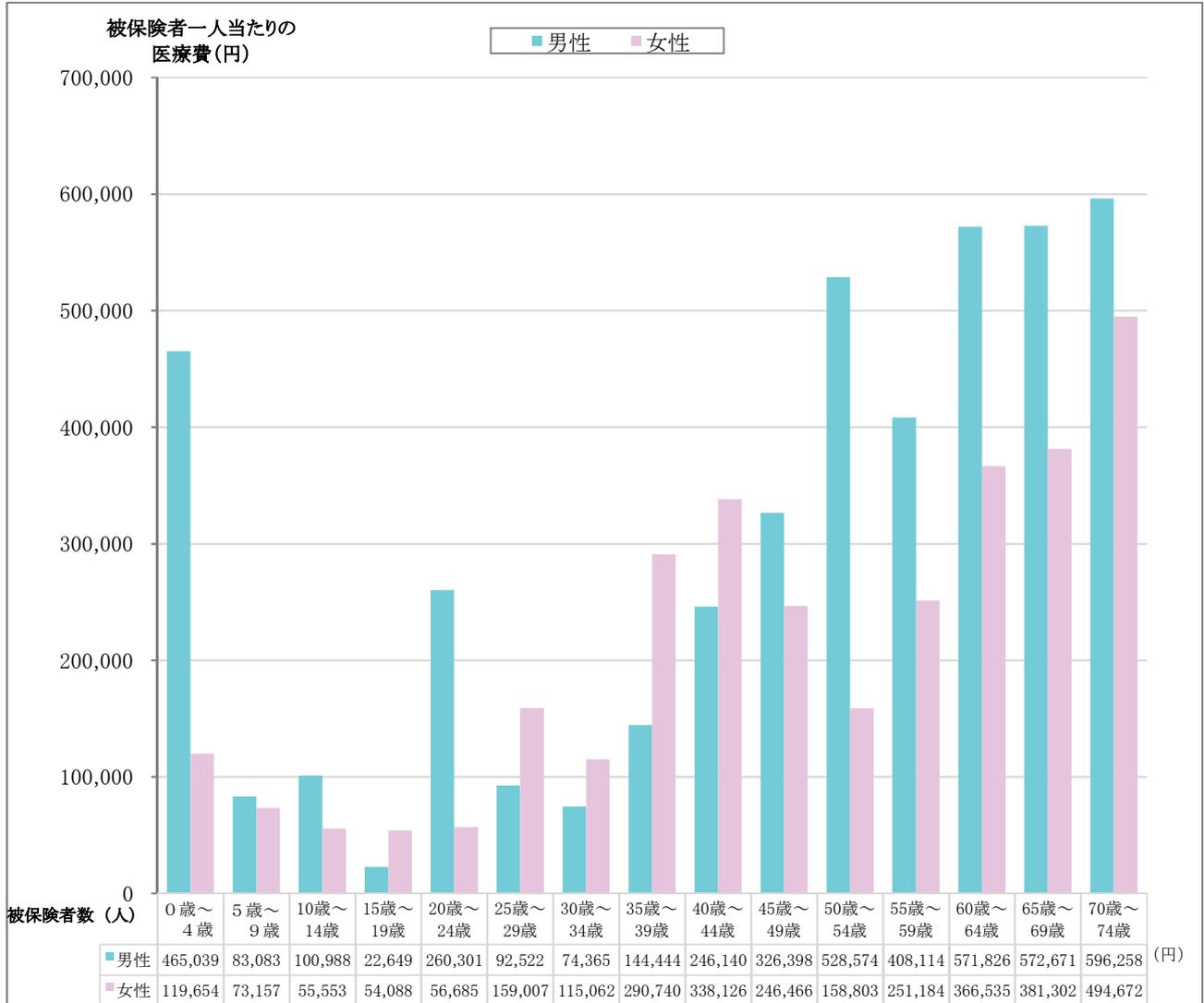
年度別 入院・外来別医療費



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度における、本町の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。45歳～74歳では、男性が女性より高くなっています。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。令和元年度から令和4年度にかけて全体的に増加傾向にありますが、本町の増加率は14.1%と他と比較して高くなっています。

年度別 被保険者一人当たりの医療費

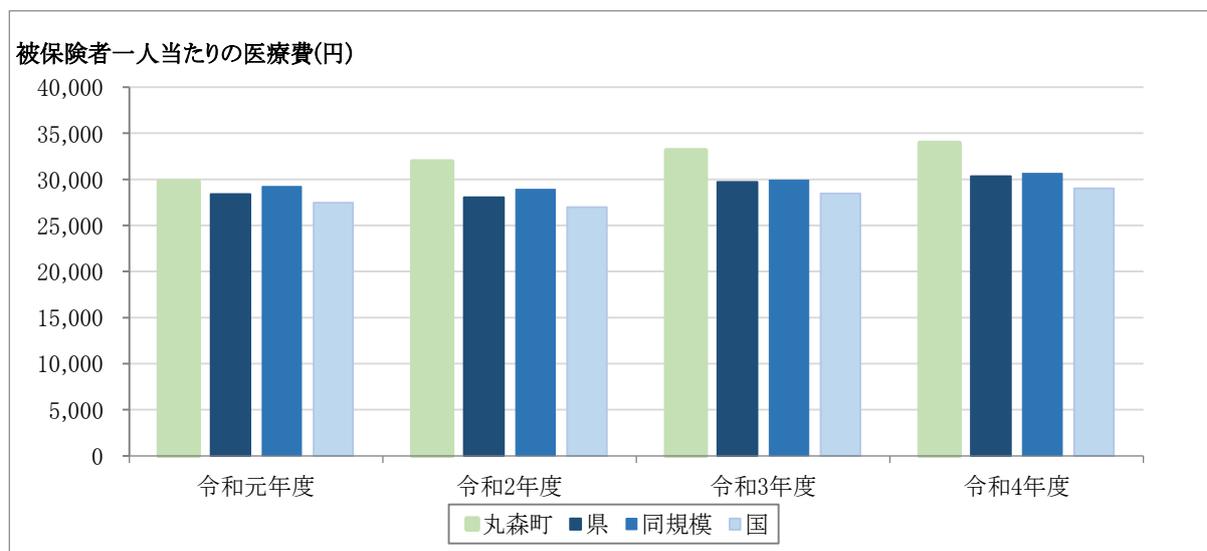
単位：円

年度	丸森町	県	同規模	国
令和元年度	29,752	28,405	29,237	27,475
令和2年度	31,900	28,032	28,889	26,961
令和3年度	33,154	29,710	29,917	28,469
令和4年度	33,937	30,329	30,653	29,043

被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

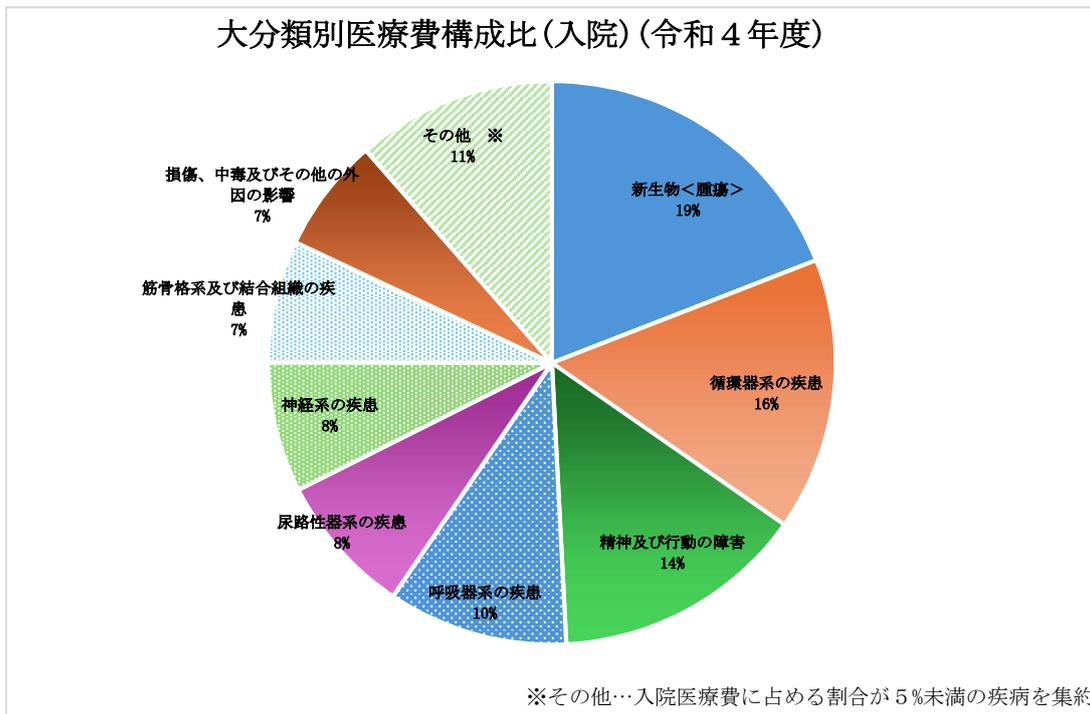
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

年度別 被保険者一人当たりの医療費



(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、19.1%を占めています。

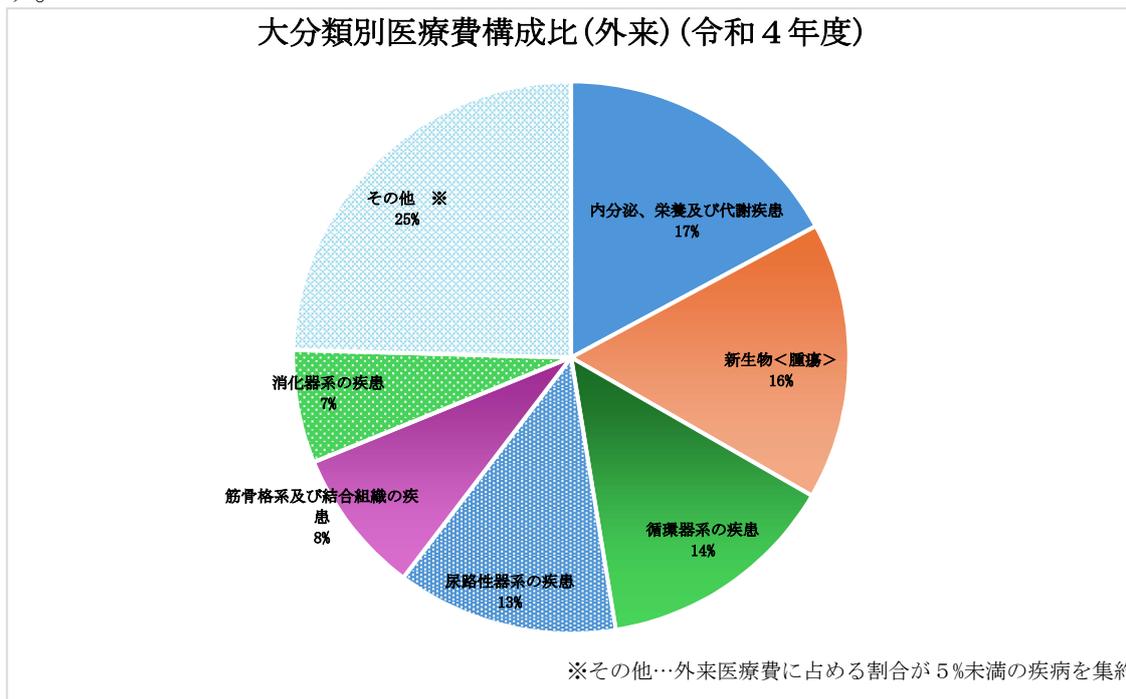


大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
1	新生物<腫瘍>	19.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	10.5%	脳腫瘍	1.1%
					前立腺がん	0.9%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	3.7%	食道がん	0.7%
					子宮筋腫	0.4%
				肺癌	1.4%	
2	循環器系の疾患	15.7%	その他の心疾患	6.5%	不整脈	4.0%
					心臓弁膜症	1.1%
			虚血性心疾患	3.3%	狭心症	1.6%
					脳内出血	2.1%
				脳出血	2.1%	
3	精神及び行動の障害	14.5%	その他の精神及び行動の障害	4.2%		
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	3.6%	うつ病	3.6%
				統合失調症	3.6%	
4	呼吸器系の疾患	10.3%	その他の呼吸器系の疾患	7.2%	間質性肺炎	0.8%
					気胸	0.3%
			喘息	1.6%	気管支喘息	1.6%
					肺炎	0.9%
				肺炎	0.9%	

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の外来医療費では、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が最も高く、17.1%を占めています。



大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	内分泌、栄養及び代謝疾患	17.1%	糖尿病	12.2%	糖尿病	11.5%
					糖尿病網膜症	0.7%
			脂質異常症	3.5%	脂質異常症	3.5%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.8%	痛風・高尿酸血症	0.1%
2	新生物<腫瘍>	16.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.7%	前立腺がん	2.2%
					膀胱がん	1.5%
			胃の悪性新生物<腫瘍>	1.9%	食道がん	1.1%
					胃がん	1.9%
3	循環器系の疾患	14.1%	高血圧性疾患	6.0%	高血圧症	6.0%
			その他の心疾患	5.8%	不整脈	3.7%
			虚血性心疾患	1.2%	狭心症	0.9%
4	泌尿器系の疾患	12.9%	腎不全	10.2%	慢性腎臓病(透析あり)	8.9%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.6%
			その他の腎尿路系の疾患	1.3%		
			前立腺肥大(症)	0.7%	前立腺肥大	0.7%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「慢性腎臓病(透析あり)」で、7.8%を占めています。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	慢性腎臓病(透析あり)	102,128,220	7.8%
2	糖尿病	84,718,670	6.5%
3	関節疾患	51,812,120	3.9%
4	不整脈	50,441,810	3.8%
5	高血圧症	43,594,490	3.3%
6	統合失調症	30,386,940	2.3%
7	うつ病	29,875,920	2.3%
8	骨折	27,529,660	2.1%
9	脂質異常症	24,543,090	1.9%
10	前立腺がん	20,728,690	1.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

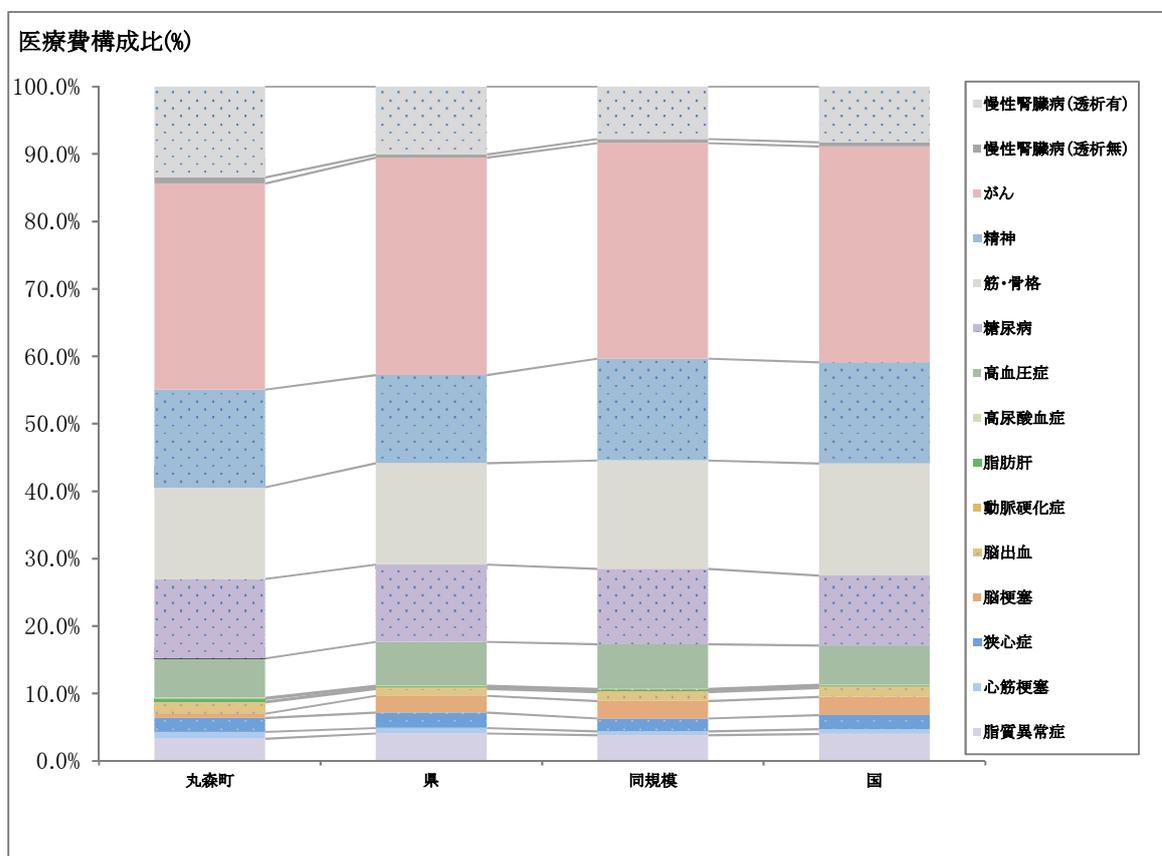
以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものです。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	丸森町	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	13.5%	10.1%	7.8%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.9%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	30.6%	32.3%	32.0%	32.0%
精神	14.5%	13.1%	15.1%	15.0%
筋・骨格	13.6%	15.1%	16.1%	16.6%
糖尿病	11.8%	11.5%	11.2%	10.4%
高血圧症	5.8%	6.5%	6.6%	5.8%
高尿酸血症	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.7%	1.0%	1.3%	1.3%
脳梗塞	0.6%	2.5%	2.6%	2.7%
狭心症	2.1%	2.3%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	1.0%	0.8%	0.6%	0.7%
脂質異常症	3.3%	4.1%	3.8%	4.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものです。上位5疾病をみると、がん、筋・骨格は入院、外来共通ですが、入院では精神、脳出血、狭心症、外来では糖尿病、高血圧症、脂質異常が上位となっています。

生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	4,074,220	0.7%	7	9	0.9%	6	452,691	9
高血圧症	1,430,310	0.2%	9	4	0.4%	9	357,578	11
脂質異常症	119,190	0.0%	12	2	0.2%	10	59,595	12
高尿酸血症	956,300	0.2%	10	1	0.1%	11	956,300	3
脂肪肝	881,950	0.1%	11	1	0.1%	11	881,950	5
動脈硬化症	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脳出血	12,760,680	2.1%	4	13	1.3%	5	981,591	2
脳梗塞	2,976,020	0.5%	8	6	0.6%	7	496,003	8
狭心症	9,565,450	1.6%	5	14	1.4%	4	683,246	7
心筋梗塞	7,252,130	1.2%	6	5	0.5%	8	1,450,426	1
がん	117,027,360	19.1%	1	125	12.6%	2	936,219	4
筋・骨格	43,081,110	7.0%	3	53	5.4%	3	812,851	6
精神	88,757,010	14.5%	2	199	20.1%	1	446,015	10
その他(上記以外のもの)	325,031,510	52.9%		558	56.4%		582,494	
合計	613,913,240			990			620,114	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	84,642,300	12.1%	2	3,061	10.9%	3	27,652	4
高血圧症	42,164,180	6.0%	4	3,277	11.7%	1	12,867	11
脂質異常症	24,433,720	3.5%	5	1,904	6.8%	4	12,833	12
高尿酸血症	464,450	0.1%	10	40	0.1%	10	11,611	13
脂肪肝	2,482,320	0.4%	8	96	0.3%	9	25,858	5
動脈硬化症	431,200	0.1%	11	27	0.1%	11	15,970	9
脳出血	115,320	0.0%	13	4	0.0%	12	28,830	3
脳梗塞	1,784,460	0.3%	9	122	0.4%	8	14,627	10
狭心症	6,353,040	0.9%	7	264	0.9%	7	24,065	6
心筋梗塞	283,190	0.0%	12	3	0.0%	13	94,397	2
がん	113,542,280	16.2%	1	944	3.4%	6	120,278	1
筋・骨格	59,541,150	8.5%	3	3,189	11.3%	2	18,671	7
精神	20,661,340	3.0%	6	1,245	4.4%	5	16,595	8
その他(上記以外のもの)	342,329,020	49.0%		13,932	49.6%		24,571	
合計	699,227,970			28,108			24,876	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	88,716,520	6.8%	4	3,070	10.6%	3	28,898	10
高血圧症	43,594,490	3.3%	5	3,281	11.3%	1	13,287	12
脂質異常症	24,552,910	1.9%	6	1,906	6.6%	4	12,882	13
高尿酸血症	1,420,750	0.1%	12	41	0.1%	10	34,652	8
脂肪肝	3,364,270	0.3%	11	97	0.3%	9	34,683	7
動脈硬化症	431,200	0.0%	13	27	0.1%	11	15,970	11
脳出血	12,876,000	1.0%	8	17	0.1%	12	757,412	2
脳梗塞	4,760,480	0.4%	10	128	0.4%	8	37,191	6
狭心症	15,918,490	1.2%	7	278	1.0%	7	57,261	5
心筋梗塞	7,535,320	0.6%	9	8	0.0%	13	941,915	1
がん	230,569,640	17.6%	1	1,069	3.7%	6	215,687	3
筋・骨格	102,622,260	7.8%	3	3,242	11.1%	2	31,654	9
精神	109,418,350	8.3%	2	1,444	5.0%	5	75,774	4
その他(上記以外のもの)	667,360,530	50.8%		14,490	49.8%		46,057	
合計	1,313,141,210			29,098			45,128	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。高血圧症が60.1%、脂質異常症が47.0%、糖尿病が33.6%が上位となっています。

生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C	
20歳代以下	340	119	28	8.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	
30歳代	203	85	45	22.2%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	13.3%	0	0.0%	
40歳代	267	124	66	24.7%	0	0.0%	1	1.5%	1	1.5%	15	22.7%	2	3.0%	
50歳代	302	175	117	38.7%	8	6.8%	9	7.7%	2	1.7%	38	32.5%	6	5.1%	
60歳～64歳	368	290	174	47.3%	21	12.1%	13	7.5%	2	1.1%	52	29.9%	5	2.9%	
65歳～69歳	785	654	406	51.7%	29	7.1%	35	8.6%	5	1.2%	129	31.8%	10	2.5%	
70歳～74歳	1,054	1,005	634	60.2%	79	12.5%	76	12.0%	6	0.9%	253	39.9%	16	2.5%	
全体	3,319	2,452	1,470	44.3%	138	9.4%	134	9.1%	16	1.1%	494	33.6%	39	2.7%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	1,397	50.3%	137	9.8%	134	9.6%	16	1.1%	487	34.9%	39	2.8%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	1,040	56.6%	108	10.4%	111	10.7%	11	1.1%	382	36.7%	26	2.5%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	10.7%	2	7.1%	1	3.6%	
30歳代	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	13.3%	2	4.4%	7	15.6%	
40歳代	2	3.0%	2	3.0%	1	1.5%	24	36.4%	6	9.1%	19	28.8%	
50歳代	9	7.7%	6	5.1%	2	1.7%	63	53.8%	17	14.5%	49	41.9%	
60歳～64歳	12	6.9%	1	0.6%	2	1.1%	108	62.1%	18	10.3%	88	50.6%	
65歳～69歳	32	7.9%	9	2.2%	1	0.2%	250	61.6%	53	13.1%	195	48.0%	
70歳～74歳	84	13.2%	13	2.1%	0	0.0%	430	67.8%	45	7.1%	332	52.4%	
全体	140	9.5%	31	2.1%	6	0.4%	884	60.1%	143	9.7%	691	47.0%	
再掲	40歳～74歳	139	9.9%	31	2.2%	6	0.4%	875	62.6%	139	9.9%	683	48.9%
再掲	65歳～74歳	116	11.2%	22	2.1%	1	0.1%	680	65.4%	98	9.4%	527	50.7%

出典: 国保データベース(KDB)システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	340	119	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	203	85	6	3.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	267	124	15	5.6%	2	13.3%	2	13.3%	2	13.3%	1	6.7%	
50歳代	302	175	38	12.6%	6	15.8%	9	23.7%	6	15.8%	2	5.3%	
60歳～64歳	368	290	52	14.1%	5	9.6%	12	23.1%	1	1.9%	2	3.8%	
65歳～69歳	785	654	129	16.4%	10	7.8%	32	24.8%	9	7.0%	1	0.8%	
70歳～74歳	1,054	1,005	253	24.0%	16	6.3%	84	33.2%	13	5.1%	0	0.0%	
全体	3,319	2,452	494	14.9%	39	7.9%	140	28.3%	31	6.3%	6	1.2%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	487	17.5%	39	8.0%	139	28.5%	31	6.4%	6	1.2%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	382	20.8%	26	6.8%	116	30.4%	22	5.8%	1	0.3%

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	
30歳代	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%	3	50.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	10	66.7%	4	26.7%	10	66.7%	
50歳代	4	10.5%	5	13.2%	2	5.3%	23	60.5%	9	23.7%	24	63.2%	
60歳～64歳	9	17.3%	7	13.5%	1	1.9%	45	86.5%	12	23.1%	38	73.1%	
65歳～69歳	11	8.5%	18	14.0%	3	2.3%	99	76.7%	20	15.5%	78	60.5%	
70歳～74歳	35	13.8%	39	15.4%	3	1.2%	198	78.3%	21	8.3%	162	64.0%	
全体	60	12.1%	69	14.0%	10	2.0%	378	76.5%	67	13.6%	315	63.8%	
再掲	40歳～74歳	59	12.1%	69	14.2%	10	2.1%	375	77.0%	66	13.6%	312	64.1%
再掲	65歳～74歳	46	12.0%	57	14.9%	6	1.6%	297	77.7%	41	10.7%	240	62.8%

出典: 国保データベース(KDB)システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	340	119	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	203	85	7	3.4%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	42.9%	
40歳代	267	124	19	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	52.6%	
50歳代	302	175	49	16.2%	2	4.1%	7	14.3%	1	2.0%	24	49.0%	
60歳～64歳	368	290	88	23.9%	15	17.0%	8	9.1%	1	1.1%	38	43.2%	
65歳～69歳	785	654	195	24.8%	19	9.7%	22	11.3%	3	1.5%	78	40.0%	
70歳～74歳	1,054	1,005	332	31.5%	53	16.0%	51	15.4%	6	1.8%	162	48.8%	
全体	3,319	2,452	691	20.8%	90	13.0%	88	12.7%	11	1.6%	315	45.6%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	683	24.6%	89	13.0%	88	12.9%	11	1.6%	312	45.7%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	527	28.7%	72	13.7%	73	13.9%	9	1.7%	240	45.5%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	1	14.3%	
40歳代	0	0.0%	1	5.3%	1	5.3%	0	0.0%	8	42.1%	5	26.3%	
50歳代	2	4.1%	4	8.2%	3	6.1%	0	0.0%	33	67.3%	13	26.5%	
60歳～64歳	5	5.7%	7	8.0%	1	1.1%	1	1.1%	64	72.7%	12	13.6%	
65歳～69歳	7	3.6%	23	11.8%	3	1.5%	1	0.5%	139	71.3%	38	19.5%	
70歳～74歳	13	3.9%	56	16.9%	7	2.1%	0	0.0%	255	76.8%	30	9.0%	
全体	27	3.9%	92	13.3%	15	2.2%	2	0.3%	502	72.6%	99	14.3%	
再掲	40歳～74歳	27	4.0%	91	13.3%	15	2.2%	2	0.3%	499	73.1%	98	14.3%
再掲	65歳～74歳	20	3.8%	79	15.0%	10	1.9%	1	0.2%	394	74.8%	68	12.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	340	119	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	
30歳代	203	85	6	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	
40歳代	267	124	24	9.0%	0	0.0%	1	4.2%	1	4.2%	10	41.7%	
50歳代	302	175	63	20.9%	4	6.3%	6	9.5%	2	3.2%	23	36.5%	
60歳～64歳	368	290	108	29.3%	18	16.7%	11	10.2%	1	0.9%	45	41.7%	
65歳～69歳	785	654	250	31.8%	20	8.0%	27	10.8%	5	2.0%	99	39.6%	
70歳～74歳	1,054	1,005	430	40.8%	61	14.2%	65	15.1%	6	1.4%	198	46.0%	
全体	3,319	2,452	884	26.6%	103	11.7%	110	12.4%	15	1.7%	378	42.8%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	875	31.5%	103	11.8%	110	12.6%	15	1.7%	375	42.9%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	680	37.0%	81	11.9%	92	13.5%	11	1.6%	297	43.7%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	
40歳代	2	8.3%	1	4.2%	1	4.2%	1	4.2%	5	20.8%	8	33.3%	
50歳代	5	7.9%	6	9.5%	3	4.8%	2	3.2%	15	23.8%	33	52.4%	
60歳～64歳	5	4.6%	11	10.2%	1	0.9%	1	0.9%	16	14.8%	64	59.3%	
65歳～69歳	7	2.8%	29	11.6%	3	1.2%	1	0.4%	46	18.4%	139	55.6%	
70歳～74歳	13	3.0%	69	16.0%	8	1.9%	0	0.0%	40	9.3%	255	59.3%	
全体	32	3.6%	116	13.1%	16	1.8%	5	0.6%	124	14.0%	502	56.8%	
再掲	40歳～74歳	32	3.7%	116	13.3%	16	1.8%	5	0.6%	122	13.9%	499	57.0%
再掲	65歳～74歳	20	2.9%	98	14.4%	11	1.6%	1	0.1%	86	12.6%	394	57.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

虚血性心疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	340	119	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	203	85	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	267	124	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	302	175	9	3.0%	1	11.1%	2	22.2%	5	55.6%	1	11.1%	
60歳～64歳	368	290	13	3.5%	3	23.1%	1	7.7%	7	53.8%	1	7.7%	
65歳～69歳	785	654	35	4.5%	3	8.6%	2	5.7%	18	51.4%	0	0.0%	
70歳～74歳	1,054	1,005	76	7.2%	18	23.7%	3	3.9%	39	51.3%	3	3.9%	
全体	3,319	2,452	134	4.0%	25	18.7%	8	6.0%	69	51.5%	5	3.7%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	134	4.8%	25	18.7%	8	6.0%	69	51.5%	5	3.7%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	111	6.0%	21	18.9%	5	4.5%	57	51.4%	3	2.7%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	6	66.7%	2	22.2%	7	77.8%	
60歳～64歳	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	11	84.6%	3	23.1%	8	61.5%	
65歳～69歳	6	17.1%	1	2.9%	1	2.9%	27	77.1%	7	20.0%	22	62.9%	
70歳～74歳	14	18.4%	1	1.3%	0	0.0%	65	85.5%	8	10.5%	51	67.1%	
全体	21	15.7%	3	2.2%	3	2.2%	110	82.1%	20	14.9%	88	65.7%	
再掲	40歳～74歳	21	15.7%	3	2.2%	3	2.2%	110	82.1%	20	14.9%	88	65.7%
再掲	65歳～74歳	20	18.0%	2	1.8%	1	0.9%	92	82.9%	15	13.5%	73	65.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「虚血性心疾患のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

脳血管疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	340	119	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	203	85	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	
40歳代	267	124	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	302	175	8	2.6%	1	12.5%	1	12.5%	4	50.0%	1	12.5%	
60歳～64歳	368	290	21	5.7%	3	14.3%	1	4.8%	9	42.9%	1	4.8%	
65歳～69歳	785	654	29	3.7%	3	10.3%	0	0.0%	11	37.9%	1	3.4%	
70歳～74歳	1,054	1,005	79	7.5%	18	22.8%	2	2.5%	35	44.3%	2	2.5%	
全体	3,319	2,452	138	4.2%	25	18.1%	4	2.9%	60	43.5%	5	3.6%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	137	4.9%	25	18.2%	4	2.9%	59	43.1%	5	3.6%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	108	5.9%	21	19.4%	2	1.9%	46	42.6%	3	2.8%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	4	50.0%	1	12.5%	2	25.0%	
60歳～64歳	2	9.5%	0	0.0%	1	4.8%	18	85.7%	4	19.0%	15	71.4%	
65歳～69歳	3	10.3%	1	3.4%	0	0.0%	20	69.0%	4	13.8%	19	65.5%	
70歳～74歳	7	8.9%	1	1.3%	0	0.0%	61	77.2%	6	7.6%	53	67.1%	
全体	13	9.4%	2	1.4%	2	1.4%	103	74.6%	15	10.9%	90	65.2%	
再掲	40歳～74歳	12	8.8%	2	1.5%	2	1.5%	103	75.2%	15	10.9%	89	65.0%
再掲	65歳～74歳	10	9.3%	2	1.9%	0	0.0%	81	75.0%	10	9.3%	72	66.7%

出典:国保データベース(KDB)システム「脳血管疾患のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
丸森町	3,151	18	0.57%
県	437,688	1,929	0.44%
同規模	440,282	1,701	0.39%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本町の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
令和元年度	18	124,882,400	6,937,911
令和2年度	19	131,303,740	6,910,723
令和3年度	18	106,222,280	5,901,238
令和4年度	18	114,917,590	6,384,311

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

以下は、透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものです。
 男性は0.63%であり、女性0.32%より高くなっています。

男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～4歳	43	0	0.00%	16	0	0.00%	27	0	0.00%
5歳～9歳	65	0	0.00%	41	0	0.00%	24	0	0.00%
10歳～14歳	59	0	0.00%	31	0	0.00%	28	0	0.00%
15歳～19歳	58	0	0.00%	27	0	0.00%	31	0	0.00%
20歳～24歳	48	0	0.00%	25	0	0.00%	23	0	0.00%
25歳～29歳	67	0	0.00%	39	0	0.00%	28	0	0.00%
30歳～34歳	77	0	0.00%	47	0	0.00%	30	0	0.00%
35歳～39歳	126	0	0.00%	69	0	0.00%	57	0	0.00%
40歳～44歳	138	1	0.72%	84	1	1.19%	54	0	0.00%
45歳～49歳	129	0	0.00%	65	0	0.00%	64	0	0.00%
50歳～54歳	124	1	0.81%	76	1	1.32%	48	0	0.00%
55歳～59歳	178	1	0.56%	98	1	1.02%	80	0	0.00%
60歳～64歳	368	2	0.54%	169	2	1.18%	199	0	0.00%
65歳～69歳	785	5	0.64%	419	5	1.19%	366	0	0.00%
70歳～74歳	1,054	6	0.57%	551	1	0.18%	503	5	0.99%
全体	3,319	16	0.48%	1,757	11	0.63%	1,562	5	0.32%

出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

以下は、透析患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	340	119	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	203	85	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	267	124	1	0.4%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
50歳代	302	175	2	0.7%	2	100.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	368	290	2	0.5%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
65歳～69歳	785	654	5	0.6%	3	60.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	
70歳～74歳	1,054	1,005	6	0.6%	3	50.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	
全体	3,319	2,452	16	0.5%	10	62.5%	2	12.5%	1	6.3%	2	12.5%	
再掲	40歳～74歳	2,776	2,248	16	0.6%	10	62.5%	2	12.5%	1	6.3%	2	12.5%
再掲	65歳～74歳	1,839	1,659	11	0.6%	6	54.5%	0	0.0%	1	9.1%	1	9.1%

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	1	50.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
60歳～64歳	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	
65歳～69歳	1	20.0%	5	100.0%	3	60.0%	3	60.0%	0	0.0%	2	40.0%	
70歳～74歳	0	0.0%	6	100.0%	3	50.0%	6	100.0%	2	33.3%	3	50.0%	
全体	3	18.8%	15	93.8%	7	43.8%	11	68.8%	4	25.0%	8	50.0%	
再掲	40歳～74歳	3	18.8%	15	93.8%	7	43.8%	11	68.8%	4	25.0%	8	50.0%
再掲	65歳～74歳	1	9.1%	11	100.0%	6	54.5%	9	81.8%	2	18.2%	5	45.5%

出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の62.5%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
丸森町	40歳～64歳	人数(人)	104	105	99	76	16	7	146	36
		割合(%)	34.3%	34.7%	32.7%	25.1%	5.3%	2.3%	48.2%	11.9%
	65歳～74歳	人数(人)	310	356	263	158	22	18	617	62
		割合(%)	33.8%	38.8%	28.7%	17.2%	2.4%	2.0%	67.3%	6.8%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	414	461	362	234	38	25	763	98
		割合(%)	33.9%	37.8%	29.7%	19.2%	3.1%	2.0%	62.5%	8.0%
県		割合(%)	30.9%	38.2%	22.3%	14.8%	4.4%	4.7%	75.1%	6.4%
国		割合(%)	26.8%	34.9%	21.2%	14.0%	3.9%	24.7%	58.3%	6.7%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
丸森町	40歳～64歳	人数(人)	136	100	150	7	38	112	0	39
		割合(%)	44.9%	33.0%	49.5%	2.3%	12.5%	37.0%	0.0%	12.9%
	65歳～74歳	人数(人)	525	239	455	17	134	304	0	215
		割合(%)	57.3%	26.1%	49.6%	1.9%	14.6%	33.2%	0.0%	23.4%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	661	339	605	24	172	416	0	254
		割合(%)	54.2%	27.8%	49.6%	2.0%	14.1%	34.1%	0.0%	20.8%
県		割合(%)	48.2%	21.2%	47.7%	1.3%	18.7%	41.7%	0.4%	21.8%
国		割合(%)	48.2%	20.7%	50.0%	1.3%	21.7%	18.7%	5.2%	21.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は9.4%、該当者は25.7%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は10.2%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)										
40歳～64歳	303	39.9%	17	5.6%	27	8.9%	4	1.3%	11	3.6%	12	4.0%
65歳～74歳	917	54.7%	15	1.6%	88	9.6%	4	0.4%	67	7.3%	17	1.9%
全体(40歳～74歳)	1,220	50.1%	32	2.6%	115	9.4%	8	0.7%	78	6.4%	29	2.4%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)								
40歳～64歳	61	20.1%	6	2.0%	2	0.7%	27	8.9%	26	8.6%
65歳～74歳	253	27.6%	24	2.6%	7	0.8%	123	13.4%	99	10.8%
全体(40歳～74歳)	314	25.7%	30	2.5%	9	0.7%	150	12.3%	125	10.2%

出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②血圧 ③脂質)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。全体（40歳～74歳）では、県と比較し、服薬、体重増加、運動、飲酒、咀嚼、間食に関する質問項目において、該当すると回答した割合が高くなっています。

質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		丸森町	県	同規模	国	丸森町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	25.7%	22.9%	22.5%	20.2%	45.8%	46.2%	46.1%	43.7%
	服薬_糖尿病	6.6%	6.3%	6.2%	5.3%	11.8%	11.8%	11.5%	10.4%
	服薬_脂質異常症	16.2%	18.0%	16.7%	16.6%	32.2%	35.6%	32.6%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.3%	2.2%	1.9%	2.0%	4.5%	3.6%	3.6%	3.8%
	既往歴_心臓病	4.6%	3.8%	3.0%	3.0%	5.6%	8.1%	7.1%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.3%	0.6%	0.7%	0.6%	0.9%	1.0%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	3.0%	16.5%	11.5%	14.2%	3.8%	10.6%	7.9%	9.3%
喫煙	喫煙	18.2%	22.0%	21.3%	18.9%	14.8%	11.1%	10.9%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	41.1%	38.7%	39.0%	37.8%	34.3%	34.3%	33.3%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	72.5%	70.1%	72.0%	68.7%	61.0%	58.8%	61.7%	55.3%
	1日1時間以上運動なし	33.4%	46.6%	49.1%	49.3%	34.6%	44.8%	48.6%	46.7%
	歩行速度遅い	55.5%	57.4%	57.5%	53.3%	53.1%	54.3%	54.0%	49.5%
食事	食べる速度が速い	27.8%	28.8%	30.2%	30.8%	22.2%	22.9%	24.5%	24.6%
	食べる速度が普通	62.3%	63.3%	62.2%	61.1%	66.9%	69.3%	67.2%	67.6%
	食べる速度が遅い	9.9%	7.9%	7.6%	8.2%	10.8%	7.8%	8.2%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	20.3%	18.8%	19.7%	21.0%	15.7%	13.2%	13.9%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	11.7%	17.2%	15.5%	18.8%	3.5%	4.9%	5.0%	5.8%
飲酒	毎日飲酒	23.5%	24.6%	26.0%	24.3%	26.8%	24.9%	25.6%	24.7%
	時々飲酒	17.5%	25.2%	24.1%	25.2%	17.5%	22.4%	19.9%	21.0%
	飲まない	58.9%	50.2%	50.0%	50.5%	55.8%	52.6%	54.5%	54.3%
	1日飲酒量(1合未満)	57.3%	57.7%	55.9%	61.0%	54.5%	61.1%	62.4%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	27.0%	24.5%	26.2%	23.0%	33.2%	27.2%	26.4%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	10.7%	13.3%	12.7%	11.2%	11.3%	10.3%	9.3%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	5.1%	4.5%	5.3%	4.8%	1.0%	1.5%	1.9%	1.5%
睡眠	睡眠不足	28.2%	30.2%	27.4%	28.4%	20.2%	24.6%	23.3%	23.5%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	20.1%	23.6%	28.6%	23.2%	31.4%	28.4%	33.4%	29.4%
	改善意欲あり	32.2%	30.7%	32.4%	32.8%	27.8%	23.5%	26.5%	25.9%
	改善意欲ありかつ始めている	20.4%	14.7%	14.1%	16.3%	13.4%	12.9%	11.8%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	8.0%	11.2%	9.3%	10.0%	7.2%	9.2%	7.7%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	19.4%	19.8%	15.6%	17.8%	20.2%	26.0%	20.5%	23.1%
	保健指導利用しない	61.6%	66.6%	67.4%	62.6%	55.9%	65.8%	63.7%	63.0%
咀嚼	咀嚼_何でも	82.5%	81.3%	82.7%	83.8%	72.4%	75.6%	74.6%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	17.5%	18.0%	16.6%	15.5%	26.0%	23.6%	24.5%	22.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.7%	0.8%	0.7%	1.6%	0.8%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	19.5%	22.1%	24.1%	23.7%	18.9%	18.8%	20.7%	20.7%
	3食以外間食_時々	60.3%	56.5%	54.8%	55.4%	63.7%	60.5%	58.2%	58.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	20.2%	21.4%	21.1%	20.9%	17.4%	20.7%	21.1%	20.8%

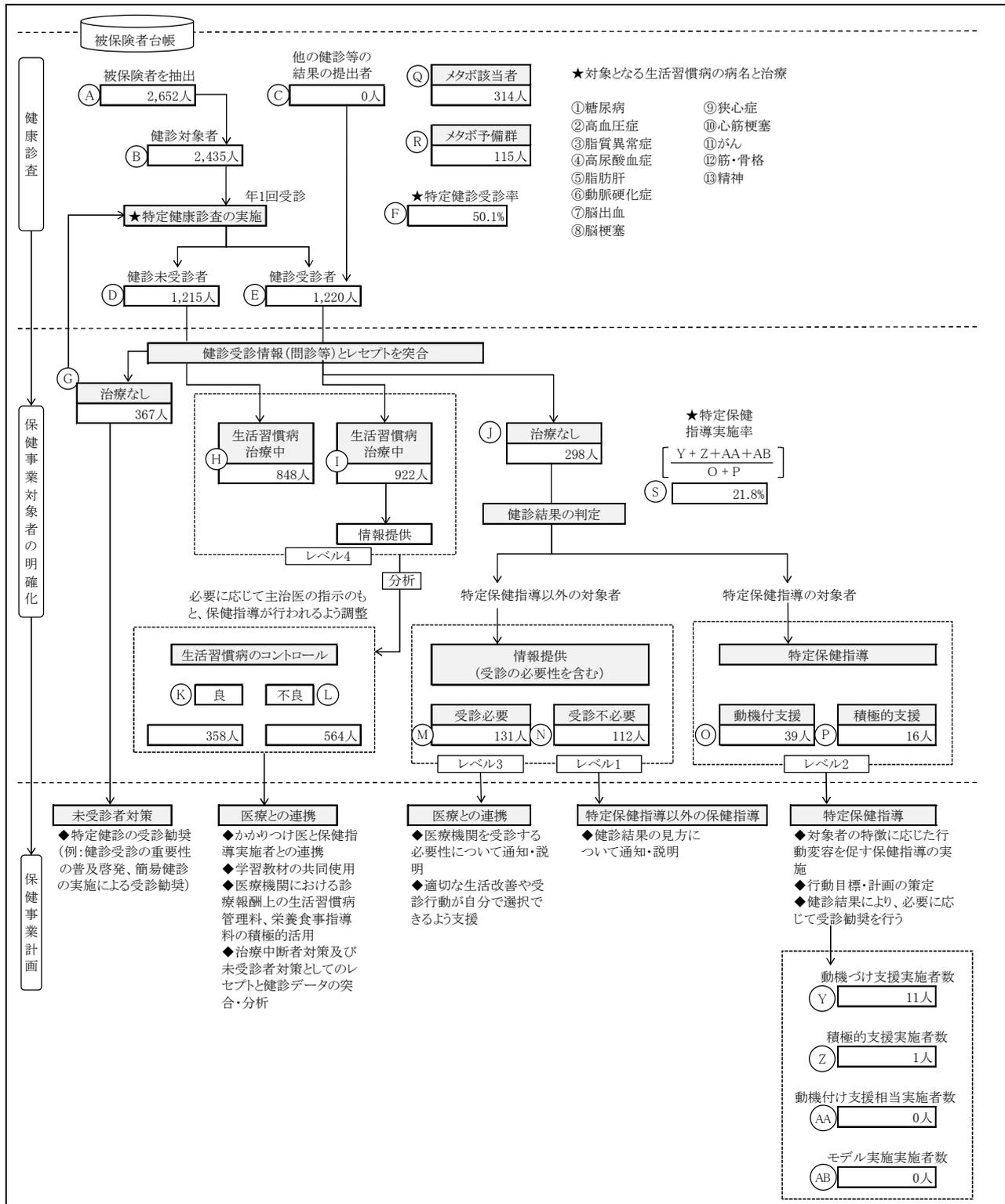
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		丸森町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	40.8%	39.8%	39.4%	36.9%
	服薬_糖尿病	10.5%	10.3%	10.0%	8.9%
	服薬_脂質異常症	28.2%	30.8%	28.1%	29.2%
既往歴	既往歴_脳卒中	4.0%	3.2%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	5.3%	6.9%	5.9%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.7%	0.9%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	3.6%	12.2%	8.9%	10.7%
喫煙	喫煙	15.7%	14.1%	13.8%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	36.0%	35.5%	34.9%	34.5%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	63.9%	61.9%	64.6%	59.2%
	1日1時間以上運動なし	34.3%	45.3%	48.7%	47.4%
	歩行速度遅い	53.7%	55.1%	55.0%	50.6%
食事	食べる速度が速い	23.6%	24.5%	26.1%	26.4%
	食べる速度が普通	65.8%	67.7%	65.8%	65.7%
	食べる速度が遅い	10.6%	7.8%	8.1%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	16.8%	14.7%	15.5%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	5.6%	8.2%	8.0%	9.6%
飲酒	毎日飲酒	26.0%	24.8%	25.7%	24.6%
	時々飲酒	17.5%	23.2%	21.1%	22.2%
	飲まない	56.6%	52.0%	53.2%	53.2%
	1日飲酒量(1合未満)	55.3%	60.1%	60.4%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	31.5%	26.4%	26.4%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	11.1%	11.1%	10.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	2.1%	2.3%	2.9%	2.5%
睡眠	睡眠不足	22.2%	26.1%	24.5%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	28.5%	27.1%	32.1%	27.6%
	改善意欲あり	28.9%	25.4%	28.2%	27.9%
	改善意欲ありかつ始めている	15.2%	13.4%	12.5%	13.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	7.4%	9.8%	8.2%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	20.0%	24.3%	19.1%	21.6%
	保健指導利用しない	57.3%	66.1%	64.8%	62.9%
咀嚼	咀嚼_何でも	74.9%	77.2%	76.9%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	23.9%	22.1%	22.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	1.2%	0.7%	0.9%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	19.1%	19.7%	21.7%	21.6%
	3食以外間食_時々	62.9%	59.4%	57.3%	57.6%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	18.1%	20.9%	21.1%	20.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

以下は、令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものです。

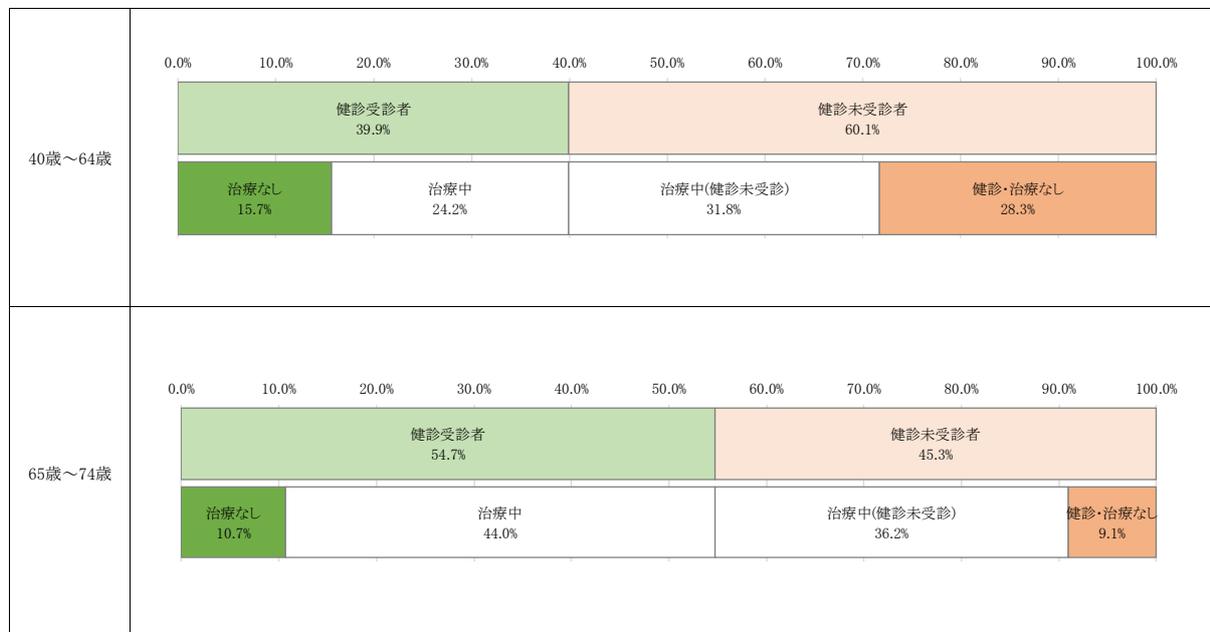
被保険者の階層化(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものです。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

※「治療中」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

第4章 過去の取組みの考察

1. 第二期データヘルス計画全体の評価

以下は、第二期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	<p>「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「腎不全による人工透析」等の重症化した疾患を予防し、健康寿命の延伸を図り、医療費の伸び率の抑制と国保財政基盤の安定化を目指し、以下の目標を設定する。</p> <p>①「高血圧症」「糖尿病」「糖尿病性腎症」の新規患者数が、平成28年度より減少する。</p> <p>② 特定健診の結果、「血圧」「HbA1c」の受診勧奨者割合、メタボリックシンドローム該当者割合が、平成28年度より減少する。</p>
------	---

評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価時点 2020年度 (R 2)	現状値 2022年度 (R 4)	
高血圧症新規患者数 (患者千人当たり)	14.8人	13.3人	13.4人	様々な事業や地区組織等の協力を得ながら、尿中塩分測定等を通して減塩に関する普及啓発を実施。新規患者数は、年々減少傾向にある。
糖尿病新規患者数 (患者千人当たり)	15.4人	15.7人	16.8人	年々糖尿病新規患者数が増加傾向にある。 血糖値が保健指導域の方を対象とした、生活習慣病予防教室を実施しているが、参加者が少ないことより、より多くの方が参加するよう、事業の周知を図るとともに、予防に関する知識の普及啓発が必要である。
糖尿病性腎症新規患者数 (患者千人当たり)	2.1人	1.5人	2.6人	年々糖尿病性腎症新規患者数が増加傾向にある。医師会等の協力を得ながら、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施しているが、治療中の方で重症化リスクの高い方を対象とした保健指導の参加者が少ない。 事業の周知と重症化予防に関する普及啓発が必要である。
特定健診結果、 「血圧」受診勧奨者の割合	30.7%	27.4%	30.2%	
特定健診結果、 「HbA1c」受診勧奨者の割合	11.6%	14.4%	11.3%	
特定健診結果、 メタボ該当者の割合	21.6%	23.8%	25.7%	年々メタボ該当者が増加傾向にある。保健指導対象者への指導が十分にできていないため、確実な実施が必要である。

2. 各事業の達成状況

以下は、第二期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。全13事業のうち、目標達成している事業は1事業です。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
生活習慣病予防教室	平成30年度 ～ 令和5年度	主体的な健康づくりに取り組むことができるよう、リスク別・対象者別の教室開催による集団指導を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 健康状態や生活習慣の確認(体成分測定、尿中塩分測定、血圧測定) 保健師、栄養士、運動指導員による講話や集団指導 情報提供
健康づくり相談	平成30年度 ～ 令和5年度	<p>①発症予防 自ら健康状態を確認し生活習慣の改善に取り組むことにより、生活習慣病の発症を予防するための相談指導を実施する。</p> <p>②重症化予防 生活習慣病の患者が、自ら健康状態を確認し生活習慣の改善に取り組むことにより、生活習慣病のリスクの低減や重症化を防ぐための相談指導を実施する。(必要に応じてかかりつけ医との連携を図る。)</p>	<p>発症・重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康状態や生活習慣の確認(体成分測定、尿中塩分測定、血圧測定) 保健師、栄養士による個別相談、運動指導員による運動指導
健康づくりに関する普及・啓発	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病の発症を予防するため、関係機関と連携して様々な場面や手段を活用し、健康づくりや生活習慣病予防に関する普及・啓発を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり講演会(専門講師による健康教育) 健康教室、出前講座、男の料理教室 いきいき元気塾(前期高齢者対象) 保育所やこども園、小学校での食育活動 広報、ホームページ等による周知
重症者(要医療者)の受診勧奨及び受診確認	平成30年度 ～ 令和5年度	健診結果異常放置者が医療機関を受診し、早期・継続治療により重症化を予防するため、受診勧奨・受診確認を実施する。	特定健診の結果、重症者基準に該当する方に対し、健診当日に受診勧奨を行った上で、2か月後以降にレセプトで受診確認を行い、受診確認できない方に対して再度電話や訪問で受診勧奨を行う。
医療機関・地域保健指導連携推進体制	平成30年度 ～ 令和5年度	指導スタッフがいないかかりつけ医療機関の受診者が、身近な所で保健指導が受けられるよう医療機関と連携を図り、生活習慣の改善による生活習慣病のリスクの低減や重症化を防ぐための指導体制を整備する。	かかりつけ医療機関から保健指導が必要と思われる方を保健福祉課に紹介し、保健指導を実施する。保健指導終了後、保健福祉課よりかかりつけ医に報告する。
糖尿病性腎症重症化予防事業	令和2年度 ～ 令和5年度	糖尿病性腎症の患者が、生活習慣の改善により重症化や人工透析の導入を防ぐことができるよう、医療機関と連携した保健指導を実施する。	<p>【プログラムの検討・作成、対象者への適切な指導の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果やレセプトから対象者を抽出し、事業参加の勧奨と主治医との調整の上、指導実施者を決定 指導の実施 実施状況の確認

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R 5)	達成状況 2022年度(R 4)	評価
開催回数	10回	10回以上	8回	3
参加実人数	56人	50人以上	18人	
H b A 1 c改善率	24.1%	70%以上	80%	
実施回数	—	12回以上	12回	3
参加実人数	—	30人以上	42人	
行動目標を持った者の割合	—	30人以上	100%	
実施回数	89回	100回以上	34回	3
参加者アンケート等による理解度	—	80%以上	100%	
対象者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	2
対象者の医療機関受診率	69.8%	75%以上	55.4%	
対象者への指導実施率	100%	100%	0%	1
行動目標を持った者の割合	100%	100%	0%	
参加率(参加者数/対象者)	—	50%以上	0%	1
H b A 1 c値改善者の割合	—	70%以上	0%	

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
成人の健康診査	平成30年度 ～ 令和5年度	特定健診対象外の若年世代が、健康意識の向上や生活習慣病の早期発見・早期治療を図るための健診を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧測定、身長・体重計測、尿検査、診察、血液検査(コレステロール、血糖、肝機能、腎機能)、必要に応じ心電図、眼底検査等の実施 ・ 情報提供
特定健康診査	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨 健診案内 未受診者への再受診勧奨 啓発活動 ・ 特定健康診査 委託による集団・個別健診
特定保健指導	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供 ・ 個別保健指導(面接・電話等)
各種がん検診事業	平成30年度 ～ 令和5年度	がん検診の受診率向上を図り、がんの早期発見・早期治療につなげる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査機器を搭載した検診バスにて、各地区巡回する。 ・ 大腸がん検診は、検体の回収のみを行う。
健康づくり応援事業 (インセンティブ)	令和2年度 ～ 令和5年度	健康寿命の延伸と生活習慣病を予防するために、生活の中に運動を取り入れ継続して実践する人を増やすためのきっかけづくりとし、インセンティブを付与した事業を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1日30分以上の運動を週3回以上一定期間続けて実施し、実施した期間に応じ商品券を差し上げる。また、達成できた方の中から抽選でさらに記念品を贈呈。 ・ 事業の前後に身体状況の変化を確認する機会として、体成分等の測定会を実施
重複・多剤投与等に関する保健事業	令和3年度 ～ 令和5年度	重複・多剤投与による体への負担等に感ずる情報提供により、医療費の適正化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地区担当保健師等による対象者への個別指導。
後発医薬品使用促進	令和3年度 ～ 令和5年度	後発医薬品利用差額通知書を年3回送付する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の負担軽減と医療費の抑制及び適正化を図る。

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R 5)	達成状況 2022年度(R 4)	評価
健診実施回数	14回	14回以上	10回	4
健診受診率	38.8%	50%以上	43.5%	
特定健診対象者	2,784人	2,059人	2,426人	2
特定健診目標受診率	59.7%	65.0%	64.0%	
受診者数	1,627人	1,338人	1,216人	
特定保健指導対象者数	203人	167人	128人	3
特定保健指導目標実施率	55.7%	60.0%	60.0%	
特定保健指導実施者数	113人	100人	72人	
検診受診率（胃がん検診）	—	50.0%	25.9%	3
（大腸がん検診）	—	50.0%	36.4%	
（結核・肺がん検診）	—	70.0%	37.9%	
（子宮頸がん検診）	—	50.0%	31.9%	
（乳がん検診）	—	50.0%	26.6%	
参加者数	—	150人以上	99人	4
継続した方の割合	—	80%以上	69.7%	
参加者の行動・身体状況が変化した方	—	80%以上	83.1%	
個別指導率	—	100%	0%	1
対象者の多剤投与等改善率	—	100%	0%	
対象者に対する後発医薬品利用差額通知割合（年3回）	—	100%	100%	5
後発医薬品数量シェア（置き換え率）＝後発医薬品の数量 / （後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）	—	80.0%	86.1%	

生活習慣病予防教室

事業目的	主体的な健康づくりに取り組むことができるよう、リスク別・対象者別の教室開催による集団指導を実施する。
対象者	①特定健診の結果、HbA1cが保健指導域の方(特定保健指導対象者及び糖尿病で治療中の方を除く) ②教室の趣旨に応じた年代に該当する町民の方
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 健康状態や生活習慣の確認(体成分測定、尿中塩分測定、血圧測定) 保健師、栄養士、運動指導員による講話や集団指導 情報提供

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：開催回数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上
達成状況	10回	10回	未実施	7回	8回	8回	8回

アウトプット：参加実人数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50人以上	50人以上	50人以上	50人以上	50人以上	50人以上	50人以上
達成状況	56人	27人	未実施	25人	14人	18人	30人

アウトカム：参加者のHbA1cの改善率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
達成状況	24.1%	35.7%	未実施	81.0%	11.1%	80.0%	36.4%

【ストラクチャー・プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】 従事者：保健師、栄養士 対象者：前年度の特定健診の結果HbA1cが保健指導域の69歳以下の方で希望者 令和5年度より74歳以下の方へ変更 実施体制：委託</p>	<p>【プロセス】 周知方法：対象者へ郵送にて案内文を送付 実施内容：保健師・管理栄養士による保健指導、健康運動士指導による指導 平成30年度までは、2コース実施（1コース5回） 令和2年度より1コース実施、令和4年度フォローアップ実施</p>
--	---

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	計画当初は、日中と夜間それぞれ5回コースの事業を実施してきたが、夜間の参加者が少ないことから、令和2年度より日中のみのコースとした。令和4年度は教室終了後のフォローアップを2回実施した。 令和2・4年度においては、参加者の8割の方がHbA1cが改善された。
		今後の 方向性	対象となった方がより多く参加してもらうよう、教室の内容を工夫するとともに、関係機関と連携し検査値や生活習慣の改善へつながるよう、対象者に応じた指導体制を強化する。

健康づくり相談

事業目的	①発症予防 自ら健康状態を確認し生活習慣の改善に取り組むことにより、生活習慣病の発症を予防するための相談指導を実施する。 ②重症化予防 生活習慣病の患者が、自ら健康状態を確認し生活習慣の改善に取り組むことにより、生活習慣病のリスクの低減や重症化を防ぐための相談指導を実施する。（必要に応じかかりつけ医との連携を図る。）
対象者	①健康づくりに関心のある方、自分の健康状態に不安を持っている方等 ②生活習慣病で通院している方や自分の健康状態に不安を持っている方等
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	発症・重症化予防 ・健康状態や生活習慣の確認（体成分測定、尿中塩分測定、血圧測定） ・保健師、栄養士による個別相談、運動指導員による運動指導

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：実施回数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上
達成状況	—	12回	12回	12回	12回	12回	12回

アウトプット：参加者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	30人以上	30人以上	30人以上	30人以上	30人以上	30人以上	30人以上
達成状況	—	32人	23人	17人	32人	42人	38人

アウトカム：行動目標を持った者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	96.9%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

【ストラクチャー】 従事者：保健師、栄養士、事務職 対象者：健康づくりに関心のある方、生活習慣病等で 通院中の方で健康状態に不安を持っている方 実施体制：運動指導に関しては専門職の協力依頼により 実施	【プロセス】 周知方法：広報紙、ホームページ等へ掲載 実施内容：希望により体成分・尿中塩分・握力測定の実施 保健師・栄養士による個別指導 専門職による運動指導
--	--

<p>事業全体の評価</p> <p>5 : 目標達成</p> <p>4 : 改善している</p> <p>3 : 横ばい</p> <p>2 : 悪化している</p> <p>1 : 評価できない</p>	<p>考察 (成功・未達要因)</p> <p>様々な機会を捉え、事業の周知を行うことにより、少しずつではあるが参加人数が増加している。</p> <p>体成分・尿中塩分測定等を通して、自分自身の体の状態を知ることにより、改善すべき点を客観的に見ることが出来、本人と一緒に目標を共有し、目標に応じた保健指導を行うことが出来た。</p> <p>本事業の目標である「自分自身の健康状態を理解する方を増やす」と「生活習慣の改善の必要性やその方法を理解する方を増やす」ことに関する、アンケートの結果より、いずれにおいても「よく理解できた」「まあまあ理解できた」と回答する人が多かった。</p> <p>このことから、健康づくり相談の場は、自分自身の健康状態や自分に合った健康づくりの方法を理解し、生活習慣の改善の必要性を理解することができる場面となっている。</p>
	<p>今後の方向性</p> <p>より多くの方に参加していただくよう、引き続き事業の周知を図るとともに、事業の見直しを行いながら体成分測定や尿中塩分測定等を通して自分自身の健康状態を理解する機会を設けていく。</p>

健康づくりに関する普及・啓発

事業目的	生活習慣病の発症を予防するため、関係機関と連携して様々な場面や手段を活用し、健康づくりや生活習慣病予防に関する普及・啓発を行う。
対象者	町民の方
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり講演会（専門講師による健康教育） ・健康教室、出前講座、男の料理教室 ・いきいき元気塾（前期高齢者対象）事業所健診、献血場面 ・保育所やこども園、小学校での食育活動 ・広報、ホームページ等による周知

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：実施回数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100回以上	100回以上	100回以上	100回以上	100回以上	100回以上	100回以上
達成状況	89回	89回	33回	25回	26回	34回	56回

アウトカム：参加者アンケート等による理解度（いきいき元気塾より）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
達成状況	—	100%	—	100%	100%	100%	100%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】</p> <p>従事者：保健師、栄養士</p> <p>対象者：町民</p> <p>実施体制：いきいき元気塾のみ委託</p>	<p>【プロセス】</p> <p>周知方法：チラシ等による全戸配付</p> <p>実施内容：健康づくり講演会は、医師等による健康講話を実施 出前講座は、保健師・栄養士による健康教育を実施 いきいき元気塾は、運動指導士による指導を実施 食育活動においては、子ども園や小学校へ出向き、地区組織との協働により健康教育を実施 事業所健診・献血会場においては、体成分測定の実験を通して、健康づくりに関する啓発を実施</p>
---	--

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	<p style="text-align: center;">考察 (成功・未達 要因)</p> <p>令和元年東日本台風や新型コロナウイルス感染症の感染拡大等により、令和元年以降は、事業そのものが中止や縮小となり、思うように普及啓発活動が行えず実施回数が減少した。</p>
		<p style="text-align: center;">今後の 方向性</p> <p>引き続き、関係機関と連携し、様々な機会を捉え、食事や運動による健康づくりの大切さや生活習慣病予防に関する啓発活動を行う。 また、広報紙・ホームページ等を活用し、情報提供体制を充実させる。</p>

重症者(要医療者)の受診勧奨及び受診確認

事業目的	健診結果異常放置者が医療機関を受診し、早期・継続治療により重症化を予防するため、受診勧奨・受診確認を実施する。
対象者	特定健診の結果、血圧・血糖・脂質において受診勧奨判定値で特に数値が高く、医療機関を受診していない方(特定保健指導対象者を除く)
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健診の結果、重症者基準に該当する方に対し、健診当日に受診勧奨を行った上で、3か月後以降にレセプトで受診確認を行い、受診確認できない方に対して再度電話や訪問で受診勧奨を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：対象者への受診勧奨実施率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	76.2%	61.4%	50.8%	87.6%	100%	100%

アウトカム：対象者の医療機関受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上
達成状況	69.8%	88.7%	81.8%	66.0%	67.9%	55.4%	未確定

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】 従事者：保健師・栄養士 対象者：特定健診の結果、血圧・血糖・脂質において受診勧奨判定値で特に数値が高く、医療機関を受診していない方 実施体制：健診当日の受診勧奨は、委託先（丸森病院）にて行う 再勧奨・受診確認は町の保健師・栄養士</p>	<p>【プロセス】 実施方法：健診当日の受診勧奨は、血圧・血糖・脂質等において、受診勧奨域の方へ委託先である丸森病院が行う 令和5年度より、結果通知書へ受診勧奨案内文と受診結果報告書用はがきを同封 町は、3か月以降にレセプトを確認し、未受診者を把握し、電話・訪問等にて再度受診勧奨を行う （仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業として実施）</p>
--	--

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	受診勧奨においては、概ね予定通り実施できたが、医療機関受診率は、目標値には達しなかった。 就労で時間が取れない等を理由に受診につながらない方や、自覚症状がないために、受診の必要性を感じていない方もいた。 受診勧奨者が確実に医療機関へつながるよう、実施方法等の見直しを図る必要がある。
	今後の 方向性	健診結果通知書の送付時に確実に受診していただくよう、通知文の見直し等を図るとともに、広報紙・ホームページ等を活用し、治療放置によるリスク等の周知に取り組む。	

医療機関・地域保健指導連携推進体制

事業目的	指導スタッフがいない医療機関の受診者が、身近な所で保健指導が受けられるよう医療機関と連携を図り、生活習慣の改善による生活習慣病のリスクの低減や重症化を防ぐための指導体制を整備する。
対象者	かかりつけ医から紹介された、軽度の生活習慣病又は生活習慣病リスクがあるため保健指導が必要な方
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	かかりつけ医から保健指導が必要と判断した方の紹介により、保健指導を実施する。保健指導実施後、かかりつけ医へ報告する。

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：対象者への指導実施率（指導者数／紹介者数×100）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	0%	0%	100%	0%	0%

アウトカム：行動目標を持った者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	0%	0%	100%	0%	0%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】</p> <p>従事者：保健師、栄養士</p> <p>対象者：生活習慣病等にて治療中の方でかかりつけ医が保健指導が必要と判断した方</p> <p>実施体制：仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業に準じて実施</p>	<p>【プロセス】</p> <p>周知方法：仙南保健所と連携し、管内の医療機関へ周知を実施</p> <p>実施方法：かかりつけ医からの紹介により、保健師・栄養士による保健指導を実施</p> <p>指導回数は、対象者の状況に応じ実施</p> <p>実施後は、指導内容等をかかりつけ医へ報告書を提出する</p>
--	---

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	医療機関への周知は出来ているが、紹介件数が少ない状況にある。 かかりつけ医より対象者へ働きかけるも、指導を希望しない方や仕事の都合等で時間が取れないなどの理由で事業へつながらない方もいる。 生活習慣病のリスクや重症化予防の必要性の周知や事業を広く知ってもらう工夫などが必要である。
	今後の 方向性	関係機関や医療機関との連携を図りながら、保健指導が必要な方が事業へつながるよう、広報紙・ホームページ等を活用し事業の周知を図る。	

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症の患者が、生活習慣の改善により重症化や人工透析の導入を防ぐことができるよう、医療機関と連携した保健指導を実施する。
対象者	特定健診受診者やレセプトから把握した糖尿病性腎症の患者で、人工透析導入前の方
事業実施年度	令和3年度～令和5年度
実施内容	<p>【プログラムの検討・作成、対象者への適切な指導の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果やレセプトから対象者を抽出し、事業参加の勧奨と主治医との調整の上、指導実施者を決定 ・指導の実施 ・実施結果の確認

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：参加率（参加者数/対象者）保健指導対象者分

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
達成状況	—	—	—	—	8.3%	0%	0%

アウトカム：HbA1c値改善者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
達成状況	—	—	—	—	100%	0%	0%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】</p> <p>従事者：保健師、栄養士</p> <p>対象者：糖尿病で通院中の方で腎症重症化のリスクが高く主治医が保健指導が必要と認め、町のプログラムへの参加を同意した方</p> <p>実施体制：仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業の仕組みを活用し実施（紹介・報告）丸森病院の協力依頼</p>	<p>【プロセス】</p> <p>周知方法：①特定健診当日保健指導の対象となる方に、保健指導案内チラシを丸森病院より配付 ②健診結果通知書に保健指導案内チラシを同封 ③管内医療機関への周知は、角田市医師会の協力を得ながら、事業内容について情報提供を行う</p> <p>実施方法：仙南地域医療対策委員会の保健指導体制や様式等を活用し、主治医からの指示を受け保健指導を実施し、実施状況を報告 保健指導実施期間は、6か月とし面談等を複数回行う 指導内容は、糖尿病治療ガイド等を参考に、糖尿病の病期分類に応じた保健指導を実施</p> <p>対象者の抽出基準： （令和3～4年度）空腹時血糖126mg/dℓ又はHbA1c 6.5%以上、尿蛋白（+）、eGFR 60ml/分/1.73m²未満すべての項目に該当する者 （令和5年度）空腹時血糖126mg/dℓ又はHbA1c 6.5%以上に加え、尿蛋白（+）又はeGFR 60ml/分/1.73m²未満に該当する者</p>
--	---

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	令和3年度より保健指導を実施。 角田市医師会や丸森病院の協力を得ながら、医療機関や保健指導対象者への事業の周知を図ることが出来たが、保健指導を希望される方は少なく、令和4年度はいなかった。 令和5年度は対象者の抽出基準を緩和して実施した。
	今後の 方向性	医療機関との連携を図りながら、保健指導が必要な方へが事業へつながるよう、働きかけの方法を検討するとともに、本事業へ参加できなかった方に対し、他の保健事業を紹介するなど、生活習慣改善へのつながるよう支援する。	

成人の健康診査

事業目的	特定健診対象外の若年世代が、健康意識の向上や生活習慣病の早期発見・早期治療を図るための健診を実施する。
対象者	18～39歳の町民
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧測定、身長・体重・腹囲計測、尿検査、診察、血液検査（コレステロール、血糖、肝機能、腎機能）、必要に応じ心電図、眼底検査等の実施 ・ 情報提供

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：健診実施回数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	14回以上	14回以上	14回以上	14回以上	14回以上	14回以上	14回以上
達成状況	14回	14回	14回	10回	10回	10回	10回

アウトカム：健診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
達成状況	38.3%	45.7%	25.3%	36.0%	40.1%	43.5%	43.0%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】 従事者：従事者：事務職（受付業務） 令和5年度より保健師・栄養士 （普及啓発） 対象者：18歳～39歳の町民 実施体制：委託</p>	<p>【プロセス】 周知方法：健診申し込みされた方へ受診票を送付 実施時期・方法 ：毎年10月に各まちづくりセンター・保健センターを会場 に集団健診実施 健診の時間帯は、日中の他に夜間も実施 令和5年度より普及啓発として、体成分・尿中塩分測定 のコーナーを設置し実施 費用負担：なし</p>
---	--

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	令和元年度までは、各まちづくりセンターの他に、コミュニティーセンター等を会場に実施していたが、令和元年東日本台風による道路の被災により、検診車が会場まで行けない状況となり、令和2年度から、実施会場を減らし実施した。また、令和元年度の受診率が低下したが、令和2年度以降は少しずつ増加傾向となっている。 しかし、目標値までには至っていないことから、健診等の周知も含め工夫が必要である。
	今後の方向性	広報紙・ホームページ等の活用や関係機関の協力を得ながら、受診率の向上に向けて、より一層の周知を図っていく。併せて、生活習慣病発症のリスクが高い方への、受診勧奨等の働きかけを行っていく。	

特定健康診査

事業目的	糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。
対象者	(40歳～74歳)国保被保険者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨 健診案内 未受診者への再受診勧奨 啓発活動 ・特定健康診査 委託による集団・個別健診

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：特定健診対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	2,784人	2,515人	2,416人	2,321人	2,230人	2,143人	2,059人
達成状況	2,784人	2,598人	2,548人	2,564人	2,523人	2,426人	—

アウトプット：特定受診者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	1,627人	1,509人	1,474人	1,439人	1,405人	1,372人	1,338人
達成状況	1,627人	1,442人	1,339人	1,278人	1,248人	1,216人	—

アウトカム：特定健診目標受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	62.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%
達成状況	59.7%	55.5%	52.6%	49.8%	49.5%	50.1%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】</p> <p>担当：主管部門は国保医療班、実施部門は保健予防班</p> <p>対象者：40歳から74歳までの国民健康保険被保険者</p> <p>実施体制：集団健診（委託：丸森病院） 個別健診（委託：角田市医師会）</p>	<p>【プロセス】</p> <p>周知方法：健診申し込みされた方へ受診票を送付</p> <p>実施時期：集団健診5～12月までの期間 個別健診7月～8月までの期間</p> <p>実施方法：標準的な健診・保健指導プログラムに基づき実施</p> <p>受診勧奨：未受診者へ10月以降順次、受診勧奨を実施</p>
---	---

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	<p>集団と個別健診の併用と、集団健診においては実施期間を長くし、受けやすい健診体制としている。</p> <p>また、かかりつけ医で受けた検査結果の提出により、特定健診項目と合致している場合は、受診したこととみなすなど、受診率向上のための取組みを行っているが、年々受診率が減少傾向にある。</p> <p>受診率向上に向けた対策の検討が必要である。</p>
	今後の 方向性	<p>広報紙・ホームページ等の活用や関係機関の協力を得ながら、受診率の向上に向けて、より一層の周知を図っていく。</p> <p>未受診者に対し、再受診勧奨を継続して実施するとともに、治療中の方の検査結果の提出の働きかけを引き続き行う。</p> <p>なお、特定健康診査は法定業務であることから、データヘルス計画の事業の見直しを図り「特定健康診査受診勧奨事業」として継続する。</p>	

特定保健指導

事業目的	糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。
対象者	特定健診結果保健指導対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供 ・ 個別保健指導(面接・電話等)

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：特定保健指導対象者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		189人	184人	180人	176人	172人	167人
達成状況	203人	181人	162人	158人	137人	128人	—

アウトプット：特定保健指導実施者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100人	106人	105人	104人	104人	103人	100人
達成状況	113人	116人	82人	104人	84人	72人	—

アウトカム：特定保健指導目標実施率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	59.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
達成状況	55.7%	64.1%	50.6%	65.8%	61.3%	56.3%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】</p> <p>従事者：保健師、栄養士</p> <p>対象者：特定健診受診者のうち、BMI又は腹囲及び血圧・血糖・脂質・喫煙歴が基準値に該当する者</p> <p>実施体制：委託（丸森病院）</p>	<p>【プロセス】</p> <p>実施方法：①標準的な健診・保健指導プログラムに基づき、健診当日の結果より「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」の階層化を行う</p> <p>②「情報提供」該当者には結果に応じ、生活習慣の改善に関する基本的な情報を提供</p> <p>③「動機づけ支援」該当者には、健診当日に初回面談、3か月後に電話にて個別支援を行い、6か月経過後に評価を実施</p> <p>④「積極的支援」該当者には、健診当日に初回面談を行い、その後3か月以上の継続的な支援を実施する。6か月以上経過後に評価を行う</p>
--	---

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	健診当日の結果を基に、保健指導の対象となった方には、初回の面談を確実に実施することが出来ている。 なお、保健指導が平日のみであり、対象者の都合等により途中脱落する人もおり、実施率は目標値に達していない状況にある。 継続した保健指導が確実に実施できるよう、柔軟な対応の検討が必要である。
	今後の 方向性	保健指導の対象となった方が、脱落せず保健指導が受けられるよう、関係機関との連携により保健指導率向上に向けて体制を整備する。 なお、特定保健指導は、法定業務であるため、データヘルス計画の事業からは削除する。	

各種がん検診事業

事業目的	がん検診の受診率向上を図り、がんの早期発見・早期治療につなげる。
対象者	胃がん検診：40歳以上、大腸がん検診：40歳以上、肺がん検診：40歳以上 子宮頸がん検診：20歳以上の女性、乳がん検診：30歳以上の女性
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・検査機器を搭載した検診バスにて、各地区を巡回する。 ・大腸がん検診は、検体の回収のみを行う。

【アウトプット・アウトカム評価】アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトカム：検診受診率（胃がん検診）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
達成状況	21.6%	21.4%	20.8%	20.4%	24.1%	25.9%	25.9%

アウトカム：検診受診率（大腸がん検診）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
達成状況	37.8%	37.0%	38.3%	35.9%	36.1%	36.4%	37.0%

アウトカム：検診受診率（結核・肺がん検診）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
達成状況	45.5%	38.1%	31.3%	34.8%	36.5%	37.9%	36.4%

アウトカム：検診受診率（子宮頸がん検診）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
達成状況	26.3%	26.9%	26.0%	25.5%	30.5%	31.9%	33.0%

アウトカム：検診受診率（乳がん検診）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
達成状況	36.3%	33.1%	33.6%	33.2%	20.2%	26.6%	24.3%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】 従事者：委託（一部受付業務 事務職対応） 対象者：胃がん検診40歳以上 大腸がん検診40歳以上 結核・肺がん検診40歳以上 子宮頸がん20歳以上女性 乳がん検診30歳以上女性</p>	<p>【プロセス】 周知方法：検診申し込みされた方へ受診票を送付 実施方法：胃がん検診と大腸がんを併合して実施 肺がん検診は10月の特定健診受診に併せて実施（夜間対応）</p>
---	--

事業全体の評価	5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	<p>考察 (成功・未達要因)</p> <p>令和元年台風及び台風災害及びコロナ禍が要因して受診率が低下していたが、徐々に回復している。</p>
	<p>今後の方向性</p> <p>がん登録支援事業を活用し、町の現状を踏まえた上で受診率の向上に更に力を入れるべき検診を明確にしつつ、各種がん検診の受診率向上に向けた国の取組みを参考に周知を図る。</p>	

健康づくり応援事業（インセンティブ）※

※インセンティブ：目標達成した場合に記念品を進呈するなど、対象の行動を促す「刺激」や「動機」

事業目的	健康寿命の延伸と生活習慣病を予防するために、生活の中に運動を取り入れ継続して実践する人を増やすためのきっかけづくりとし、インセンティブを付与した事業を実施する。
対象者	18歳以上の町民
事業実施年度	令和3年度～令和5年度
実施内容	1日30分以上の運動を週3回以上一定期間続けて実施し、実施した期間に応じ商品券を差し上げる。また、達成できた方の中から抽選でさらに記念品を進呈。 事業の前後に身体状況の変化を確認する機会として、体成分等の測定会を実施。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：参加者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	150人以上	150人以上	150人以上	150人以上
達成状況	—	—	—	104人	109人	99人	128人

アウトカム：継続した方の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
達成状況	—	—	—	68.3%	60.5%	69.7%	60.2%

アウトカム：参加者の行動・身体状況が変化した方の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
達成状況	—	—	—	82.0%	82.4%	83.1%	71.8%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】</p> <p>従事者：保健師、栄養士 対象者：18歳以上の町民 令和5年度より小学生の親子を追加 実施体制：インセンティブの付与として、町商工会発行の商品券を活用 更に記念品として、姉妹都市である北海道北見市と町の特産品を活用</p>	<p>【プロセス】</p> <p>周知方法：広報紙・ホームページ・フェイスブックへ掲載 各地区まちづくりセンター、医療機関、スーパー等へポスターの掲示とチラシを設置 実施期間：令和2年度は、11月～1月までの3か月 令和3年度は、10月～2月までの5か月 令和4年度以降は、9月～1月までの5か月 小学生の親子は、10月～12月の3か月に設定 実施方法：参加者に運動記録表を配付し、日々の運動を記録してもらい、実施期間終了後、記録表を確認しながら実施した期間に応じ、商品券（1か月500円、小学生の親子は千円）を進呈 更に、達成した方の中から抽選で、記念品を進呈</p>
--	---

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	<p style="text-align: center;"> 考察 (成功・未達 要因) </p> <p> 令和2年度より事業を実施。 より多くの方が参加できるよう、毎年実施期間や時期、周知方法等を見直しながら実施しているが、目標人数には至らなかった。毎年参加されている方も多いが、年々働き盛り世代の参加者も増えてきている。 また、継続できた方の割合は目標値には届いていなかったが、8割以上の方が行動や身体状況の変化を感じており、運動の効果を実感することが出来ていた。 </p>
	<p style="text-align: center;"> 今後の 方向性 </p> <p> 健康づくりのための運動に取り組むきっかけづくりとして、事業の見直しを行いながら継続して実施していく。 より多くの方に参加していただくよう、関係機関との連携を図りながら事業の周知を図る。 </p>	

重複・多剤投与等に関する保健事業

事業目的	重複・多剤投与による体への負担等に関する情報提供 医療費の適正化
対象者	重複・多剤投与者
事業実施年度	令和3年度～令和5年度
実施内容	地区担当保健師等による対象者への個別指導

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：個別指導率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	100%	100%	100%
達成状況	—	—	—	—	0%	0%	0%

アウトカム：対象者の多剤投与等改善率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	100%	100%	100%
達成状況	—	—	—	—	0%	0%	0%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】 従事者：保健師、栄養士、事務職 対象者：重複・多剤投与を受けている被保険者 実施体制：保健福祉課内で対応</p>	<p>【プロセス】 実施方法：国保医療班において宮城県国民健康保険団体連合会 作成の「国民健康保険重複多受診者一覧表」をもとに、 レセプトを確認。一覧表に掲載された方のうち、数か月 同抽出基準に当てはまる（不適切受診の疑いがある）方 を対象者として選定。 対象者に地区担当保健師が個別指導を行う（電話、訪問 等） 一覧表の抽出基準： （重複受診）同一被保険者が、同一診療年月内に同一疾病分類 で受診した回数が設定値を超えたもの （多受診）同一被保険者が、同一診療年月内に同一疾病分類 で受診した日数の合計が設定値を超えたもの</p>
---	--

事業全体の評価	5 : 目標達成 4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	考察 (成功・未達 要因)	保健師による個別指導では受診行動の改善まで至らなかった。
		今後の 方向性	多剤服用による副作用等で体に害をなす場合があることを伝え、適正受診（受診行動の改善）につなげるため今度も対象者への指導を継続していく。

後発医薬品使用促進

事業目的	被保険者の負担軽減と医療費の抑制及び適正化を図る。
対象者	後発医薬品があるものの先発医薬品を処方されている被保険者 等
事業実施年度	令和3年度～令和5年度
実施内容	後発医薬品利用差額通知書を年3回送付 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の記載のあるリーフレット、ジェネリック医薬品希望シール配布

【アウトプット・アウトカム評価】 アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…成果を評価

アウトプット：対象者に対する後発医薬品利用差額通知割合（年3回）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	100%	100%	100%
達成状況	—	—	—	—	100%	100%	100%

アウトカム：後発医薬品数量シェア（置き換え率）＝後発医薬品の数量／
（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R元)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	—	—	—	—	86.1%	86.7%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】 ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<p>【ストラクチャー】 実施方法：宮城県国民健康保険団体連合会にて作成した「後発医薬品利用差額通知書」（圧縮ハガキ）を郵送 実施時期：年3回（6月，10月，2月）</p>	<p>【プロセス】 従事者：事務職（国保医療班） 対象者：年齢が35歳以上であり、後発医薬品に切り替えた場合に負担が軽減されると見込まれる被保険者 実施体制：宮城県国民健康保険団体連合会にて通知作成（年度毎抽出依頼） 町で内容確認のうえ郵送</p>
--	--

事業全体の評価	5 : 目標達成	考察 (成功・未達 要因)	対象者への後発医薬品利用差額通知書郵送のほか、年度更新時や新規加入時にジェネリック医薬品について記載のあるリーフレットやジェネリック医薬品希望シールの配布を行っている。
	4 : 改善している 3 : 横ばい 2 : 悪化している 1 : 評価できない	今後の 方向性	今後も後発医薬品利用促進に向けて、引き続き後発医薬品利用差額差額通知書を郵送するとともに、ジェネリック医薬品について記載のあるリーフレットやジェネリック医薬品希望シールを配布する等周知を行う。

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿（目的）、その目的を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	<p>生活習慣病</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が高い項目がある。 医療費及び患者数上位において、生活習慣に關係する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。 透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。 	1	<ul style="list-style-type: none"> ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ 	<p>生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防</p> <p>レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。</p>

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定時 実績 2022年度 (R 4)	目標値					
		2024年度 (R 6)	2025年度 (R 7)	2026年度 (R 8)	2027年度 (R 9)	2028年度 (R 10)	2029年度 (R 11)
特定健康診査 受診率	50.1%	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
重症者(要医療者)の 受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
保健指導参加率	0%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
健康づくりに関する普 及・啓発実施回数	34回	50回以上	50回以上	50回以上	50回以上	50回以上	50回以上
生活習慣病予防教室 実施回数	8回	8回以上	8回以上	8回以上	8回以上	8回以上	8回以上
健康づくり相談 実施回数	12回	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上
成人の健康づくり健診 受診率	43.5%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
各種がん検診受診率	胃がん 21.6% 大腸がん37.8% 肺がん 45.5% 子宮がん26.3% 乳がん 36.3%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
参加者数	0人	5人	5人	5人	5人	5人	5人

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
B	医療費、受診行動 ・後発医薬品の使用割合は87.6%である。 ・受診行動の適正化が必要な重複・多剤投与に該当する被保険者が存在する。 ・薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在する。	1	⑩ ⑪	医療費適正化と適正受診・適正服薬 後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発や、重複服薬等に関する個別指導により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。
C	介護、高齢者支援 ・健康診査の質問票より、口腔機能の低下が懸念される割合は1.2%である。 ・要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。	2	⑫	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 医療・介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。
D	被保険者の健康意識 ・健康診査の質問票より、運動習慣がないと回答した割合は63.8%、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は28.5%である。	3	⑬	被保険者の健康意識の向上 被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりサポートを行う。

個別の保健事業については
 「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R 4)	目標値					
		2024年度 (R 6)	2025年度 (R 7)	2026年度 (R 8)	2027年度 (R 9)	2028年度 (R 10)	2029年度 (R 11)
後発医薬品 使用促進通知事業 後発医薬品数量シェア (置き換え率)	80%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
重複・多剤投与等に関する 保健指導 対象者の多剤投与等改善率	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
通いの場への参加率	—	30%	30%	30%	30%	30%	30%
参加者数	99人	150人	150人	150人	150人	150人	150人

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第三期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査 受診勧奨事業	特定健康診査未受診者に対し、受診勧奨案内文書の送付により受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	新規	1
A-②	重症者（要医療者）の 受診勧奨・受診確認事業	特定健康診査や成人の健康づくり健診・国保人間ドック・後期高齢者健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に、医療機関への受診を促す受診勧奨並びに受診確認を実施する。	継続	3
A-③	糖尿病性腎症 重症化予防事業	糖尿病治療中の方で特定健康診査の結果、人工透析への移行リスクが高い方を対象に、主治医の指示により保健師・栄養士等専門職による保健指導を実施する。更に未治療の方や治療中断者に対し、受診勧奨を実施する。	継続	2
A-④	健康づくりに関する普及・ 啓発	生活習慣病や骨折等の筋骨格系疾患の発症を予防するために、関係機関と連携して、様々な場面や手段を活用し、健康づくりや生活習慣病予防・フレイル予防に関する普及・啓発を行う。	継続	11
A-⑤	生活習慣病予防事業	特定健康診査の結果、HbA1cが保健指導域の方を対象に、保健師・栄養士・運動指導士等による健康講話・集団指導を実施する。	継続	4
A-⑥	健康づくり相談事業	健康づくりに関心のある方や健康状態に不安がある方などを対象に、個々のニーズに応じた保健師・栄養士による個別相談、運動指導士等による集団指導を実施する。	継続	10
A-⑦	成人の健康づくり健診 受診率向上	生活習慣病予防や疾病の早期発見に努め、若年期からの健康増進を図る。	継続	6
A-⑧	各種がん検診受診率向上	がんの予防や早期発見に努めるとともに、がん検診の必要性に対する理解を深められるよう周知を行い、若年期からの受診促進と健康維持・増進を図る。	継続	7
A-⑨	医療機関・地域保健指導 連携推進体制	指導スタッフがいない医療機関へ通院されている方が、身近な所で保健指導が受けられるよう、医療機関と連携を図り、生活習慣の改善による生活習慣病のリスクの低減や重症化を防ぐための指導体制を整備する。	継続	5

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
B-⑩	後発医薬品 使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。	継続	13
B-⑪	重複・多剤投与等に関する 保健指導	多くの種類の薬剤を長期で服用している方に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する。	継続	12
C-⑫	フレイル予防事業 (高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施)	高齢者の通いの場等で運動や口腔、低栄養等のチェックを実施し、専門職による運動指導や保健指導が盛り込まれたフレイル予防プログラムを実施する。	新規	8
D-⑬	インセンティブを活用した 健康づくり事業	健康づくりに取組む方を増やすために、ウォーキング等の実施に応じたインセンティブを付与することで、健康意識の向上や健康行動の促進を図る。	継続	9

(2)各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる方
現在までの事業結果	未受診者へ再度受診券を送付することで、受診のきっかけづくりとなり、一定数の方が受診へつながることが出来ていた。受診率は毎年5割以上を推移していたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響等により、令和2年度以降5割を下回る状況となっており、年々受診率は減少傾向にある。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	特定健康診査受診率	50.1%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
アウトプット(実施量率)指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診に関する啓発チラシ等の見直しを図るとともに、広報紙・ホームページ等を活用し、受診率向上に向けて、特定健診の受診の働きかけと治療中の方の検査結果提出の必要性等の周知を強化する。 未受診者への再受診勧奨を継続して実施する。 健康教育等での受診の啓発を図るとともに、地区組織を対象とした研修会を実施し、地区活動の支援を行う。 AIを活用し、特定健康診査データ及びレセプトデータ等に基づく分析を行い、対象者の特性に応じた受診勧奨をすることにより、効率的に受診率向上を図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 特定健診申込み者で未受診者への受診勧奨は保健予防班が毎年10月以降に順次実施している。また、健診申込時点で意思表示ない方へも受診票を送付している。 年1回、広報紙を活用し、特定健診に関する啓発を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 年1回は未受診者への受診勧奨通知を送付する。 広報紙への掲載を年1回以上実施する。 地区組織等を対象とした研修会を年1回実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 保健予防班：未受診者の把握、再受診勧奨等の業務を担当している。 健康支援班：広報紙・ホームページへの掲載など普及啓発を担当している。 国保医療班：委託契約、支払業務を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 保健予防班：未受診者の把握、再受診勧奨等の業務を担当する。 健康支援班：広報紙・ホームページへの掲載など普及啓発、健康教育・地区組織による周知等の活動支援を担当する。 国保医療班：委託契約、支払業務を担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除いて求める。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができるため、特定健康診査の効果が上がることを意味する。</p>

事業番号：A-② 重症者（要医療者）の受診勧奨・受診確認事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者が医療機関を受診し、早期・継続治療により重症化を予防するために、受診勧奨・受診確認を実施する。
対象者	特定健診の結果、血圧・血糖・脂質において受診勧奨判定値で特に数値が高く、医療機関を受診していない方(特定保健指導対象者を除く)
現在までの事業結果	受診勧奨は特定健診当日に結果が出ることであり、確実に受診勧奨を実施することができている。しかし、就労や自覚症状がない等の理由で受診に繋がらない方もおり、医療機関受診率は目標値には達しなかった。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	医療機関受診率	55.4%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診当日の受診勧奨を引き続き委託先である丸森病院が実施する。 ・医療機関への受診が必要な方が、指導へつながるよう、結果通知文の見直しとともに、広報紙・ホームページを活用し治療放置によるリスクの周知を図る。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・健診当日の受診勧奨は、委託先である丸森病院が実施している。 ・結果通知書へ医療機関への受診を促す通知文書と受診結果報告用のはがきを同封し、受診勧奨と併せ受診確認を実施している。 ・受診勧奨後3か月以降にレセプトデータを確認し、未受診者を把握し、電話・訪問等にて再度受診勧奨を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診を促す通知文書の見直しを行い、確実に医療機関へつながるようにする。 ・広報紙・ホームページを活用し治療放置によるリスクの周知を図る。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・健診当日の受診勧奨は、丸森病院が行い、その後の再勧奨は健康支援班が担当している。 ・結果通知事務は保健予防班、受診勧奨通知文等の作成は健康支援班が担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨と判定された方が確実に医療機関へつながるよう、より強力なアプローチを検討する。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「医療機関受診率」は、受診勧奨した方が、レセプトデータで医療機関へ受診している方の割合とし、割合が高ければ、確実に医療へつながっているため、生活習慣病の発症・重症化を抑制することを意味する。</p>

事業番号：A-③ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病合併症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や糖尿病治療中断者に適切な受診勧奨を行うとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、かかりつけ医と連携して保健指導を行い、腎不全や人工透析への移行を防止することによって、町民の健康増進と医療費の適正化を図る。
対象者	受診勧奨対象者は、糖尿病合併症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や糖尿病治療中断者とする。保健指導対象者は、糖尿病で通院中の方で腎症重症化のリスクが高く主治医が保健指導が必要と認め、町のプログラムへの参加を同意した方
現在までの事業結果	令和3年度より保健指導を実施。角田市医師会や丸森病院の協力を得ながら、医療機関や保健指導対象者への事業の周知を図ることが出来たが、保健指導を希望される方は少なく、令和4年度はいなかった。受診勧奨については、令和5年度は対象者の基準を緩和して実施した。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	受診勧奨者の医療機関受診率	80%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	新規人工透析導入患者数	5人	4人	4人	4人	3人	3人	3人
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨実施率(実施者数/対象者数)	100%	100%以上	100%以上	100%以上	100%以上	100%以上	100%以上
	保健指導参加率(参加者数/対象者数)	0%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関との連携を図りながら、保健指導が必要な方が、事業へつながるよう働きかけの方法を検討する。 本事業へ参加できなかった方に対し、他の保健事業を紹介するなど、生活習慣改善につながるよう支援する。 丸森病院等の協力を得ながら、随時糖尿病性腎症重症化予防プログラムの見直しを図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 丸森病院の内科医の協力を得ながら、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成しそれを基に実施している。 受診勧奨については、健診当日丸森病院より受診勧奨を促すとともに、令和5年度より結果通知書に受診勧奨案内文と受診結果報告서가き同封し、本人より返送してもらっている。 保健指導については、特定健診の結果該当者には、健診当日丸森病院より保健指導案内のチラシにて周知を図るとともに、結果通知書に保健指導案内のチラシを同封している。 本人の同意の上、主治医の指示を受けて、保健師・栄養士が6か月間の保健指導を実施している。 指導完了者に対して、主治医へ報告書を提出している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出基準等も含め、丸森病院の内科医の協力を得ながら、随時糖尿病性腎症重症化予防プログラムの見直しを図る。 医療機関への受診や保健指導が必要な方が、確実に事業へつながるよう周知方法の見直しや働きかけを検討する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨並びに保健指導従事者は、健康支援班保健師・栄養士が担当している。 仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業の仕組みを活用し、丸森病院の協力を得ながら実施している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨並びに保健指導従事者は、健康支援班保健師・栄養士が担当する。 仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業の仕組みを活用し、丸森病院の協力を得ながら実施する。
--

評価計画

<p>アウトカム指標の「医療機関受診率」とアウトプット指標「保健指導参加率」が増えれば、対象者に適切な治療並びに保健指導の実施につながり、生活習慣の改善により糖尿病性腎症重症化リスクを下げることもできるとともに、人工透析への移行を遅らせることにより、医療費の削減にもつながることを意味する。</p>

事業番号：A-④ 健康づくりに関する普及・啓発事業【継続】

事業の目的	生活習慣病や転倒・骨折等の筋骨格系疾患の発症を予防するために、関係機関と連携して様々な場面や手段を活用し、健康づくりや生活習慣病・フレイル予防に関する普及・啓発を行う。
対象者	町民の方
現在までの事業結果	これまで生活習慣病予防対策として、様々な保健事業の機会を捉え普及啓発を実施してきたが、医療費分析の結果、筋骨格系疾患の医療費が上位にあり、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果から、介護が必要となった主な原因に虚弱や転倒骨折が上位に挙げられていることから、フレイル予防に関する普及啓発も必要である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	参加者アンケートによる理解度	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット(実施量・率)指標	実施回数	34回	50回以上	50回以上	50回以上	50回以上	50回以上	50回以上

目標を達成するための主な戦略	関係機関と連携し、様々な機会を捉え、食事や運動による健康づくりの大切さや生活習慣病、フレイル予防に関する啓発活動を行う。 広報紙・ホームページ等を活用し、情報提供体制を充実させる。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

以下の保健事業において、健康づくりに関する啓発を実施している。	<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり講演会（医師等による健康講話） 出前講座・健やか生活応援事業（保健師・栄養士による健康教育） いきいき元気塾（運動指導士による運動指導） 	<ul style="list-style-type: none"> 健診や献血会場での体成分測定体験等 食育活動（子ども園や小学校へ出向き地区組織との連携による健康教育）
---------------------------------	---	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 健康づくりに関する保健事業の年間予定表を作成し、より多くの方に参加していただくよう広報紙・ホームページへ掲載する。 生活習慣病予防・フレイル予防を含めた普及啓発内容の充実を図る。 事業終了後はアンケートにより確実に理解度を把握する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は、健康支援班が担当している。 いきいき元気塾については、委託により実施している。 出前講座は、関係機関からの依頼により実施している。 食育活動は、関係機関との連携により実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は、健康支援班が担当する。 いきいき元気塾については、委託により実施する。 出前講座は、関係機関からの依頼により実施する。 食育活動は、関係機関との連携により実施する。

評価計画

普及啓発の実施回数が増えれば、食事や運動による健康づくりの知識を持つ方が増えることにつながり、実践する人が増えると生活習慣病やフレイル予防への意欲を高めることができ、生活習慣病予防のみならず介護予防にも寄与していることを意味する。

事業番号：A-⑤ 生活習慣病予防事業【継続】

事業の目的	主体的な健康づくりに取り組むことができるよう、リスク別・対象者別の教室開催による集団指導を実施する。
対象者	① 特定健診の結果、HbA1cが保健指導域の方(特定保健指導対象者及び糖尿病で治療中の方を除く) ② 教室の趣旨に応じた年代に該当する町民の方
現在までの事業結果	計画当初は日中と夜間それぞれ5回コースを実施したが参加者の減少により、日中のみの開催とした。また、短期間での事業では、血糖値の大きな変化が見られないことより開催期間を長くし、最終評価までの間隔を開けたプログラムへ変更した。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	HbA1c改善率	80.0%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
アウトプット(実施量・率)指標	参加者数	18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
	実施回数	8回	8回以上	8回以上	8回以上	8回以上	8回以上	8回以上

目標を達成するための主な戦略	対象となった方がより多く参加してもらうよう、教室の内容を工夫するとともに、関係機関と連携し検査値や生活習慣の改善へつながるよう、対象者に応じた指導体制を強化する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・周知方法として、対象者へ案内文書を送付し、参加希望者を募集している。 ・保健師・栄養士による保健指導、健康運動指導士による指導を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>対象となった方が、より多く参加してもらうよう周知方法を工夫する。 教室の内容を工夫するとともに、関係機関と連携し検査値や生活習慣の改善へつながるよう対象者に応じた指導体制を強化する。</p>
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は、健康支援班とし、保健師・栄養士が従事している。 ・運動指導に関しては、民間企業への委託とする。 ・対象者の抽出基準は、前年度特定健診の結果、HbA1cが保健指導域の方で、74歳以下の方。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は、健康支援班とし、保健師・栄養士が従事する。 ・運動指導に関しては、引き続き民間企業へ委託とする。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「HbA1c改善率」が高ければ、生活習慣の改善により生活習慣病発症のリスクを下げることができ、被保険者の健康意識が向上していることを意味する。</p>

事業番号：A-⑥ 健康づくり相談事業【継続】

事業の目的	健康増進並びに生活習慣病の発症等を防ぐために、個々のニーズに応じた保健師・栄養士による個別相談を実施するとともに、運動指導士等による集団指導を実施する。
対象者	健康づくりに関心のある方や健康状態に不安がある方
現在までの事業結果	様々な機会を捉え、事業の周知を行うことにより、少しずつではあるが、参加人数が増加してきた。体成分・尿中塩分測定等を通して、自身の体の状態を知ることができ、生活習慣の改善の必要性を理解し実践する人が増えてきている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	行動目標を持った者の割合	100%	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%	90%
アウトプット(実施量・率)指標	参加者数	42人	40人以上	40人以上	40人以上	40人以上	40人以上	40人以上
	実施回数	12回	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上	12回以上

目標を達成するための主な戦略	より多くの方に参加してもらおうよう、様々な機会を捉え事業の周知を図る。
----------------	-------------------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 周知方法は、広報紙・ホームページの活用と、保健事業において随時相談事業に関する情報提供を実施している。 希望に応じ、体成分、尿中塩分、握力測定等を実施。また、保健師、栄養士による個別相談を実施している。 運動指導に関しては、集団指導を実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 個々のニーズに応じ、保健師・栄養士等による相談・指導を実施する。 行動目標を持った者の割合は、個別指導時に聞き取りにより把握していたが、今後はアンケート調査へ変更し実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は、健康支援班とし、保健師・栄養士が従事している。 運動指導に関しては、専門職等への協力依頼により実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は、健康支援班とし、保健師・栄養士が従事する。 運動指導に関しては、引き続き専門職等への協力依頼により実施する。

評価計画

アウトカム指標「行動目標を持った者の割合」は、アンケート調査により確認を行う。「行動目標を持った者の割合」が高ければ、生活習慣の改善により生活習慣病発症のリスクを下げることもできるとともに、被保険者の健康意識が向上していることを意味する。

事業番号：A-⑦ 成人の健康づくり健診受診率向上【継続】

事業の目的	生活習慣病予防や疾病の早期発見に努め、若年期からの健康増進を図る。
対象者	18歳～39歳までの町民
現在までの事業結果	令和元年東日本台風の影響により、令和元年度は受診率が低下したが、令和2年度以降は少しずつ増加傾向となっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	健診受診率	43.5%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
アウトプット(実施量・率)指標	普及啓発実施回数	-	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上

目標を達成するための主な戦略	・広報紙・ホームページ等の活用や関係機関の協力を得ながら、受診率の向上に向けて、より一層の周知を図っていく。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- ・各まちづくりセンター等を会場に、集団健診を実施している。
- ・健診の時間帯は、日中の他に夜間も実施している。
- ・令和5年度より普及啓発として、体成分・尿中塩分測定のコナーを設置し実施している。
- ・周知方法として、広報紙・ホームページへ掲載している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・対象となった方が、より多く健診を受けてもらうよう周知方法を工夫する。
- ・令和6年度以降、健診結果より、生活習慣病発症のリスクが高い方への医療機関への受診勧奨等の働きかけを追加して行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は、保健予防班とし、事務職が従事している。
- ・令和5年度より、普及啓発として、保健師・栄養士も従事している。
- ・健診団体への委託により実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は、保健予防班とし、事務職が担当する。
- ・普及啓発として、保健師・栄養士も従事する。
- ・健診に関しては、引き続き健診団体への委託により実施する。

評価計画

アウトカム指標「健診受診率」が高ければ、健康診査で有所見該当者等の早期発見ができるため、成人の健康づくり健診の効果が上がることを意味する。

事業番号：A-⑧ 各種がん検診受診率向上【継続】

事業の目的	がん検診の受診率の向上を図り、がんの早期発見・早期治療につなげる。
対象者	胃がん、大腸がん、結核・肺がん検診：40歳以上 子宮頸がん検診：20歳以上の女性 乳がん検診：30歳以上の女性
現在までの事業結果	令和元年東日本台風及び新型コロナウイルス感染拡大の影響により、受診率が低下したが、徐々に回復してきている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	各種がん検診受診率	胃がん21.6% 大腸がん37.8% 結核・肺がん45.5% 子宮がん26.3% 乳がん36.3%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
アウトプット(実施量・率)指標	普及啓発実施回数	-	4回以上	4回以上	4回以上	4回以上	4回以上	4回以上

目標を達成するための主な戦略	受診率向上に向けた国の取組みを参考に、周知方法を工夫しながら周知を図る。
----------------	--------------------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 検診申し込みされた方へ、受診券を送付している。 胃がんと大腸がん検診を併合し実施している。 結核・肺がん検診は、特定健診受診に併せて実施している。特定健診未受診者は、10月健診に併せ実施している。(夜間も対応) 周知方法として、広報紙・ホームページに掲載している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象となった方が、より多く健診を受けてもらうよう周知方法を工夫する。 令和6年度以降も引き続き実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は、保健予防班とし、事務職が従事している。 健診団体への委託により実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

令和6年度以降も引き続き健診団体への委託により実施する。

評価計画

アウトカム指標「各種がん検診受診率」が高ければ、検診で有所見該当者等の早期発見ができるため、各種がん検診の効果が上がることを意味する。

事業番号：A-⑨ 医療機関・地域保健指導連携推進体制【継続】

事業の目的	指導スタッフがない医療機関の受診者が、身近な所で保健指導が受けられるよう医療機関と連携を図り、生活習慣の改善による生活習慣病のリスクの低減や重症化を防ぐための指導体制を整備する。
対象者	生活習慣病等にて治療中の方でかかりつけ医が保健指導が必要と判断した方
現在までの事業結果	医療機関への周知は出来ているが、紹介件数が少ない状況にある。 かかりつけ医より対象者へ働きかけるも、指導を希望しない方や仕事の都合等で時間が取れないなどの理由で事業へつながらない方もいる。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	行動目標を持った者の割合	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット(実施量・率)指標	参加者数	0人	5人	5人	5人	5人	5人	5人

目標を達成するための主な戦略	・保健指導が必要な方が、保健指導へつながるよう、関係機関や医療機関等との連携を図るとともに、広報・ホームページを活用し事業の周知を図る。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医からの紹介により、保健師・栄養士による保健指導を実施している。 ・保健指導回数は、対象者の状況に応じ実施している。 ・実施後は、かかりつけ医へ報告書を提出している。(仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業に準じ実施。)

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・広報紙・ホームページを活用し事業の周知を実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導従事者は、健康支援班保健師・栄養士が担当している。 ・仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業に準じて実施している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導従事者は、健康支援班保健師・栄養士が担当する。 ・仙南地域医療対策委員会生活習慣病対策事業に準じて実施する。
--

評価計画

アウトプット指標の「参加者数」が増えれば、対象者に適切な保健指導が実施できるため、生活習慣の改善により生活習慣病等の重症化リスクを下がるのが期待できる。
--

事業番号：B-⑩ 後発医薬品使用促進通知事業【継続】

事業の目的	後発医薬品使用割合の向上による医療費の適正化
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者
現在までの事業結果	宮城県国民健康保険団体連合会に差額通知書作成を委託して実施し、令和2年度まで、後発医薬品使用割合は緩やかに上昇したが、後発医薬品メーカーによる品質不正が相次いで発覚し、以降の伸び率は鈍化しており、後発医薬品に対する信頼回復が課題になっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	後発医薬品数量シェア(置き換え率) ※後発医薬品の数量/(後発医薬品のある先発医薬品の数量+後発医薬品の数量)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者に対する後発医薬品利用差額通知割合	86.7%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用し、宮城県国民健康保険団体連合会への委託により実施する。 宮城県国民健康保険団体連合会へ通知作成を依頼する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 宮城県国民健康保険連合会にて作成された「後発医薬品利用差額通知書」を世帯ごとに分けて発送している。 年齢35歳以上で①1薬剤あたり300円以上②1被保険者あたり300以上の差額(軽減効果額)が発生する被保険者を対象とする。 通知は年3回(6月, 10月, 2月)実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 宮城県国民健康保険連合会にて作成された「後発医薬品利用差額通知書」を世帯ごとに分けて発送する。 年齢35歳以上で①1薬剤あたり300円以上②1被保険者あたり300以上の差額(軽減効果額)が発生する被保険者を対象とする。 通知は年3回(6月, 10月, 2月)実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出、通知作成は宮城県国民健康保険団体連合会が担当している。 通知の発送は国保医療班が担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出、通知作成は宮城県国民健康保険団体連合会が担当する。 通知の発送は国保医療班が担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「後発医薬品使用割合」は宮城県国民健康保険団体連合会にて作成されたものを活用し、保険者別の後発医薬品の使用割合(厚生労働省公表)を踏まえ結果を確認する。後発医薬品使用割合が高ければ、先発医薬品と同等の安全性が確保されていることが周知されていることを意味するとともに、本町の財政運営に寄与していることが分かる。</p>
--

事業番号：B-⑪ 重複・多剤投与等に関する保健指導事業【継続】

事業の目的	薬物有害事象の発生防止 医薬品適正使用の推進による医療費適正化
対象者	65歳以上の高齢者のうち、多くの種類の薬剤を長期で服用している者
現在までの事業結果	レセプトデータを活用し、多くの種類の薬剤を長期で服用している高齢者を把握し、適切な服薬を促すことを目的とした個別指導を実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	対象者の多剤投与等改善率	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット(実施量・率)指標	個別指導率	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 宮城県国民健康保険団体連合会作成「国民健康保険重複多受診者一覧表」をもとに、レセプトを確認し対象者を抽出。 地区担当保健師との連携により対象者に個別指導を実施（電話、訪問等）。 個別指導後の服薬状況により評価を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータを分析して対象者を抽出している。 当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す個別指導を行っている。 個別指導後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータを分析して対象者を抽出する。 当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す個別指導を行う。 個別指導後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出は国保医療班が担当している。 個別指導は健康支援班（地区担当保健師）が担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出は国保医療班が担当する。 個別指導は健康支援班（地区担当保健師）が担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「対象者の服薬状況の改善割合」は、個別指導前後の服薬状況を比較し、改善している者の割合を確認する。服薬状況の改善割合が高ければ、多くの薬を飲んでいることにより引き起こされる、薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れ等からの有害事象(ポリファーマシー)のリスクが軽減できたことを意味する。</p>
--

事業番号：C-⑫ フレイル予防事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）
【新規】

事業の目的	通いの場等を利用して、高齢者向けの体操教室や生活指導を組み合わせたフレイル予防プログラムを実施する。
対象者	おおむね75歳以上の方
現在までの事業結果	各地区のまちづくりセンターや集会所を会場に高齢者の通いの場を実施しているが、年々参加者数が減少し、新規で参加する方も少なくなっている。今後は、より多くの方が参加できるよう、フレイル予防を取り入れながら、関係部署との連携により介護予防に向けて積極的に取り組んでいきたい。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	フレイル認知者数の割合	-	80%	80%	80%	80%	80%	80%
アウトプット(実施量・率)指標	通いの場等の参加率	-	30%	30%	30%	30%	30%	30%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 委託業務は、フレイル健診、保健指導、事業報告とする。 フレイル健診は、フレイル予防事業として実績を有する民間事業者に限定する。 各地区のまちづくりセンターや社会福祉協議会、地域包括支援センターなどとの連携により体制を構築するとともに、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

令和6年度からの新規事業

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 現在、実施している通いの場等の中から、実施地区を抽出する。 通いの場等を活用してフレイル健診及び個別の生活指導を実施する。 プログラム完了者に対して、通いの場への継続的な参加を呼び掛ける。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

令和6年度からの新規事業

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保医療班、連携部門は地域包括支援班と健康支援班とする。 国保医療班は、予算編成、事業計画書作成、地域包括支援班と健康支援班は連携しながら関係機関との連携調整、実務支援を行う。 プログラム完了者は地域包括支援班・健康支援班の保健師・管理栄養士がモニタリングを行い、通いの場利用の定着を促進する。
--

評価計画

アウトプット指標「通いの場の参加率」は、分子「通いの場に参加している65歳以上の高齢者の人数」を分母「65歳以上の高齢者の人口」で除して求める。通いの場の参加率が高くなれば、参加する高齢者にとって通いの場が自らの居場所になり、それが生きがいとなることで社会参加への意欲を高めることができ、適度な精神的刺激となり、閉じこもり防止にも寄与していることを意味する。

事業番号：D-⑬ インセンティブを活用した健康づくり事業【継続】

事業の目的	健康づくりに取り組む方を増やすために、ウォーキング等の実施に応じたインセンティブを付与することで、健康意識の向上や健康行動の促進を図る。
対象者	18歳以上の町民と小学生の親子
現在までの事業結果	より多くの方が参加できるよう、毎年実施期間や時期、周知方法等を見直しながら実施。 また、働き盛り世代の参加者が少ないことより、対象者を小学生の親子へ拡大し実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	継続した方の割合	69.7%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	行動・身体状況が変化した方の割合	83.1%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
アウトプット(実施量・率)指標	参加者数	99人	150人	150人	150人	150人	150人	150人

目標を達成するための主な戦略	健康づくりに取り組むきっかけづくりとなるよう、事業の見直しを図るとともに、関係機関と連携し事業の周知を図る。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- ・周知方法として、広報紙・ホームページ、フェイスブックへの掲載と各地区まちづくりセンター・医療機関・スーパー等へポスター掲示とチラシを設置している。
- ・対象者は18歳以上の方としている。(小学生の親子を追加し実施している。)
- ・実施期間は5か月としている。(小学生の親子については3か月としている。)
- ・1日30分以上の運動を週3回以上実施した場合、その期間に応じ500円の商品券を進呈している。(小学生親子はそれぞれに進呈)

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・より多くの方が参加するよう、関係機関と連携しながら、インセンティブの整理や周知、実施内容等を検討する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は、健康支援班が担当している。
- ・インセンティブの付与として、町商工会発行の商品券を活用している。
更に、記念品として、姉妹都市である北海道北見市と町の特産品を活用している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は、健康支援班が担当する。
- ・インセンティブの付与に関しては、随時見直しを図る。

評価計画

アウトカム指標「継続した方の割合」と「行動・身体状況が変化した方の割合」各々の指標が高くなれば、被保険者の健康意識が向上していることを意味する。

第6章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎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します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施体制や実施方法が適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、宮城県後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、町のホームページ等で公表し、周知・啓発を図ります。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の保護の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン、丸森町個人情報保護法施行条例（令和5年条例第1号）に基づき、適切に取り扱います。

また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項

地域包括ケアシステムとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。

地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組みを実施していきます。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討します。

② 健康課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

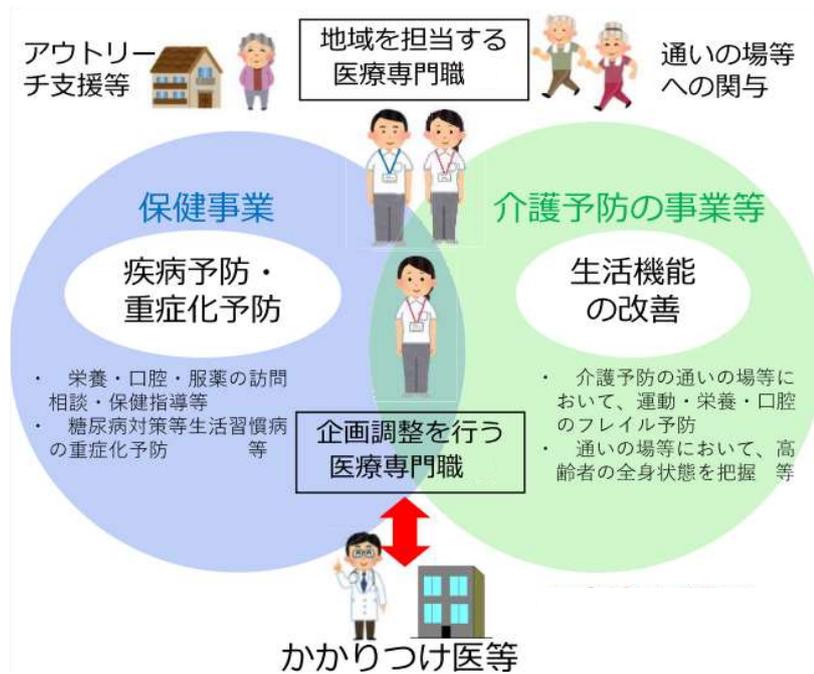
レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムを実施します。

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業】

令和2年4月「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険制度の一部を改正する法律」が施行され、後期高齢者の健康維持・フレイル予防に向けた新たな仕組みが整備されました。

丸森町においても、令和6年度より宮城県後期高齢者医療広域連合の委託を受け、関係部署、関係機関と連携し、高齢者が地域で健康的な生活を送ることができるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に取り組んでいきます。

▼一体的実施イメージ図



厚生労働省ホームページより引用

第2部
第四期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、生活スタイルの多様化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)に基づき、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

丸森町国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第一期～第三期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努め、被保険者の生活習慣病の早期発見、早期治療による重症化予防に取り組んでまいりました。

このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第四期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「丸森町総合計画」を上位計画とし、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画と整合性を図ります。

また、「特定健康診査等実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な方法を定める計画であることから、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」と一体的に策定します。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取組みを示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取組み	実施内容
特定健康診査の 周知・啓発	広報紙並びに町ホームページでの 情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年2月に翌年度の健診の申込みに併せて、特定健診の期間や検査内容等の案内を全戸に送付した。 ・町ホームページに健診の申込み案内を掲載した。 ・令和5年度は広報まるもり10月号に特定健診の特集ページを設け、受診のメリット等を掲載し、今年度の未受診者への呼びかけを行った。
	未受診者勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の申込み希望がなかった被保険者にも受診券を送付し、受診を促した。また、未受診者に対しても再度案内を行うなどして受診勧奨を行った。
健診体制の整備	土曜の健診実施	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診の実施により土曜開院の医療機関での受診も可能であり、働いている世代の受診機会を設けている。
	人間ドック費用助成	<ul style="list-style-type: none"> ・40・45・50・55・60・65歳の国保被保険者が丸森病院で人間ドックを受診する際に費用の助成を行った。

【特定保健指導】

事業分類	取組み	実施内容
特定保健指導の 実施体制	健診当日の初回面談実施	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果を基に、階層化を実施し動機づけ支援と積極的支援の初回面談を保健師・管理栄養士が行った。

【保健指導】

事業分類	取組み	実施内容
保健指導の 実施体制	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果に応じて、個人の生活習慣やその改善に向けての情報提供を行っている。 ・また、特定保健指導対象外の方には医療機関への受診、継続治療が必要な方には受診の必要性を認識してもらい、適切に医療につながるよう働きかけを行っている。

2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成20年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。受診率をみると低下傾向にありますが、県、同規模と比較して高い水準で推移しています。

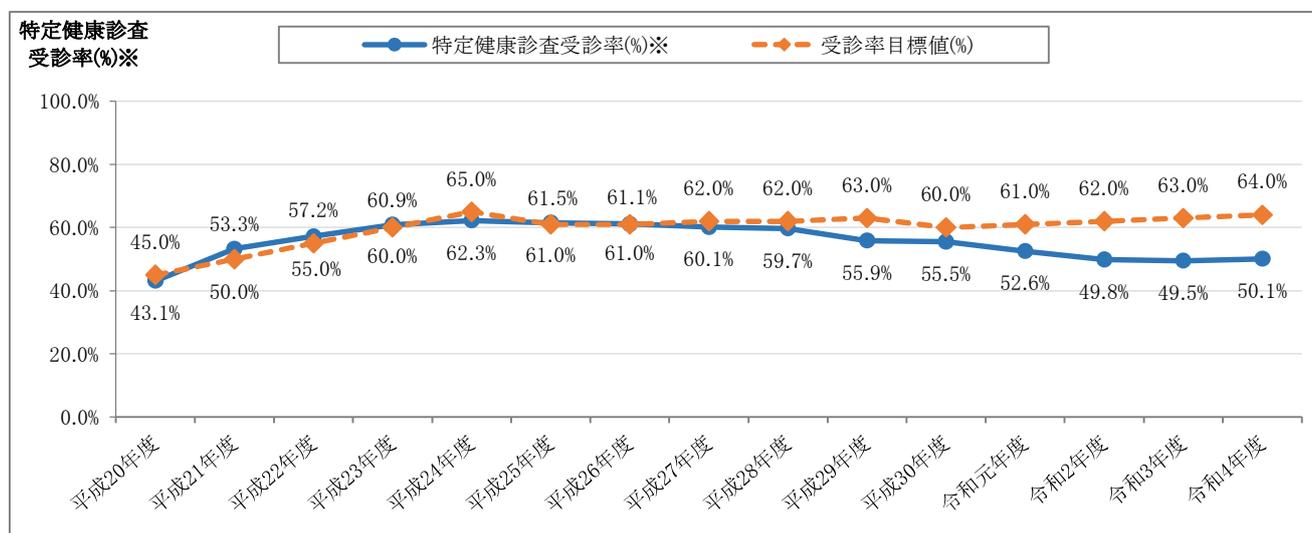
特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	3,301	3,306	3,208	3,147	3,032	2,980	2,899	2,797
特定健康診査受診者数(人)	1,423	1,764	1,834	1,917	1,888	1,834	1,772	1,682
特定健康診査受診率(%)※	43.1%	53.3%	57.2%	60.9%	62.3%	61.5%	61.1%	60.1%
受診率目標値(%)	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	61.0%	61.0%	62.0%

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査対象者数(人)	2,724	2,673	2,598	2,548	2,564	2,523	2,426
特定健康診査受診者数(人)	1,627	1,493	1,442	1,339	1,278	1,248	1,216
特定健康診査受診率(%)※	59.7%	55.9%	55.5%	52.6%	49.8%	49.5%	50.1%
受診率目標値(%)	62.0%	63.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

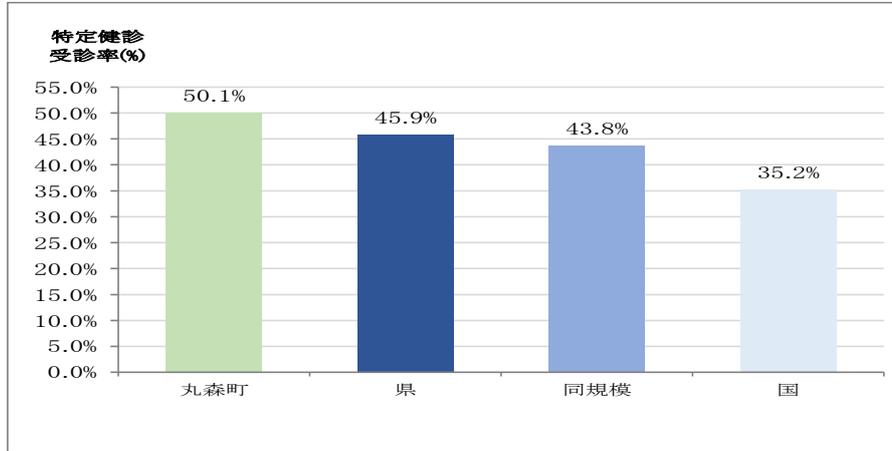
特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

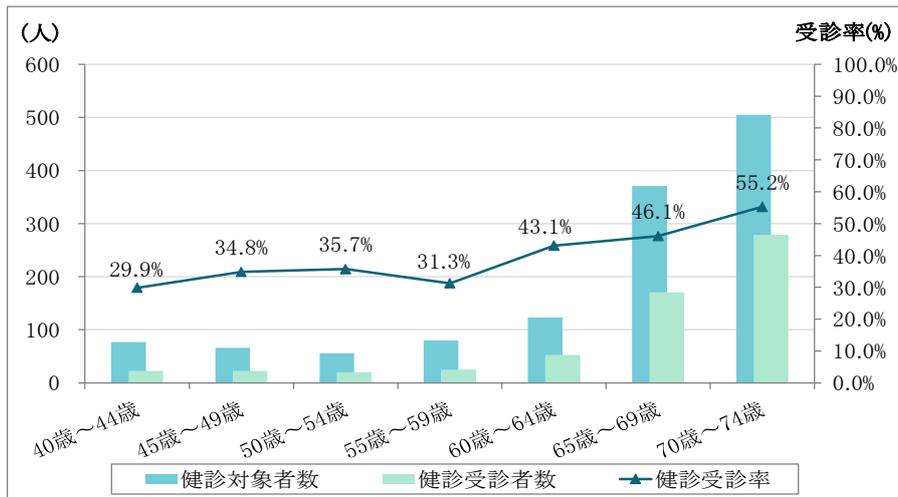
国保データベース(KDB)システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりであり、県、同規模と比較して、受診率は高くなっています。男女別の受診率を比較すると、どの年代においても女性の受診率が上回っています。

特定健康診査受診率(令和4年度)

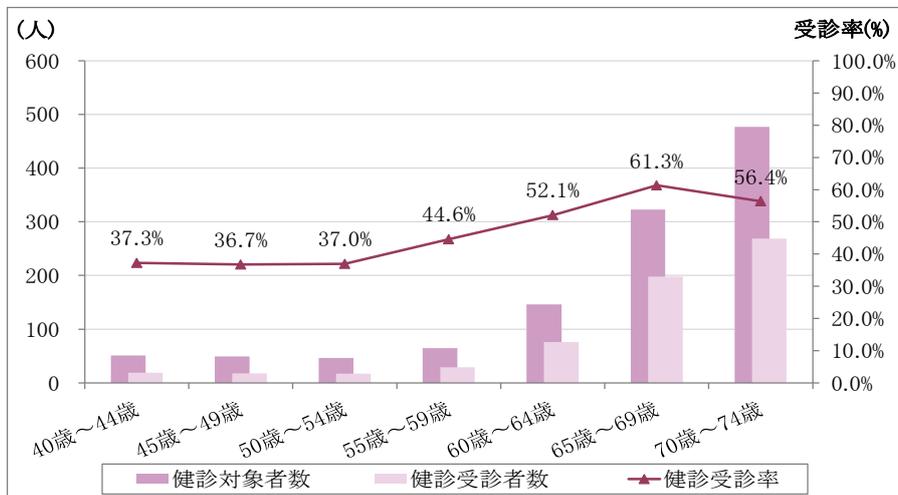


出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」
丸森町の受診率は法定報告値

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



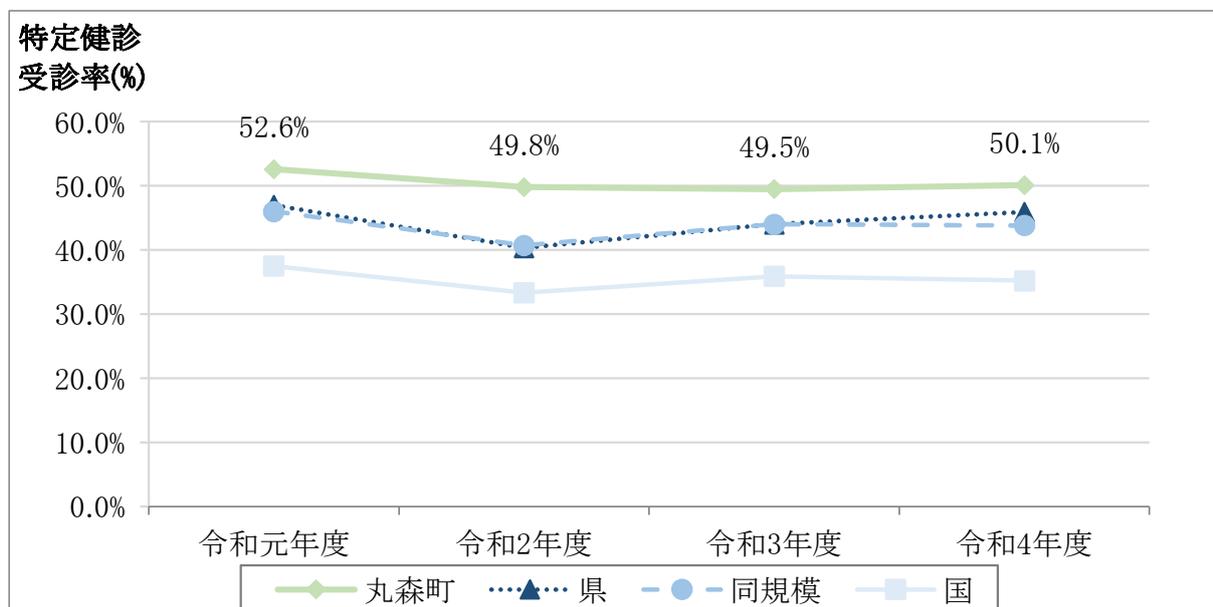
(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

以下は、令和元年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。県、同規模においては上昇傾向にありますが、本町の令和4年度の特定健康診査受診率50.1%は令和元年度52.6%より2.5ポイント減少しております。

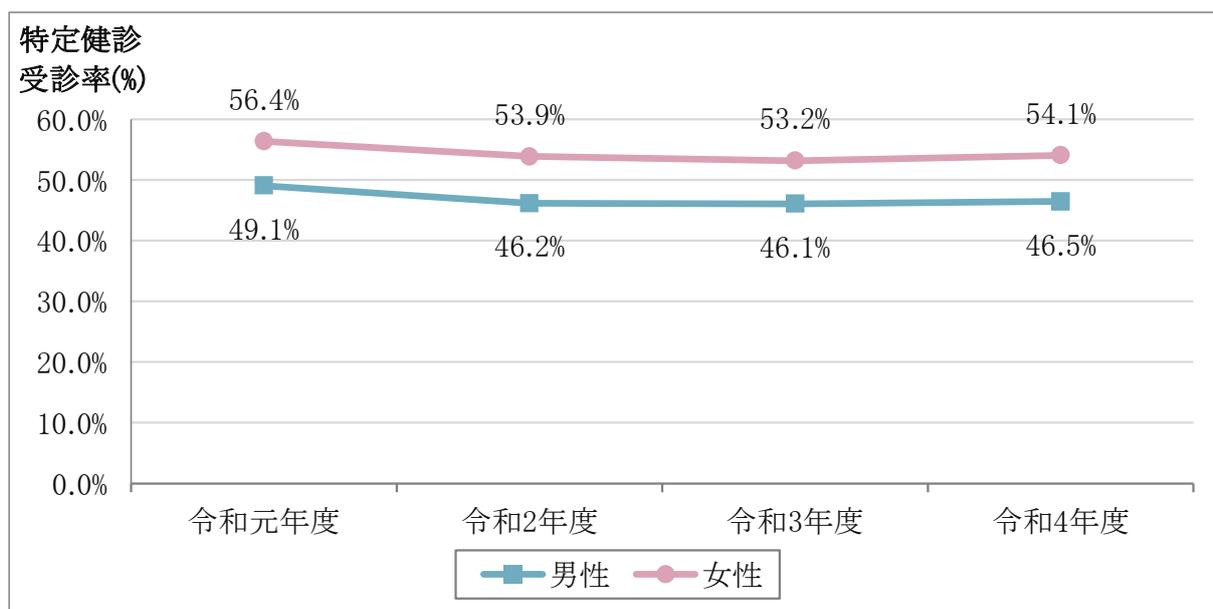
年度別 特定健康診査受診率



出典：「特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧表」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率46.5%は令和元年度49.1%より2.6ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率54.1%は令和元年度56.4%より2.3ポイント減少しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典：「特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧表」

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	305	322	248	223	246	231	197	226
特定保健指導利用者数(人)	119	259	187	172	192	167	158	172
特定保健指導実施者数(人)※	96	177	127	124	142	125	112	109
特定保健指導実施率(%)※	31.5%	55.0%	51.2%	55.6%	57.7%	54.1%	56.9%	48.2%
実施率目標値(%)	20.0%	26.0%	32.0%	38.0%	45.0%	56.0%	57.0%	58.0%

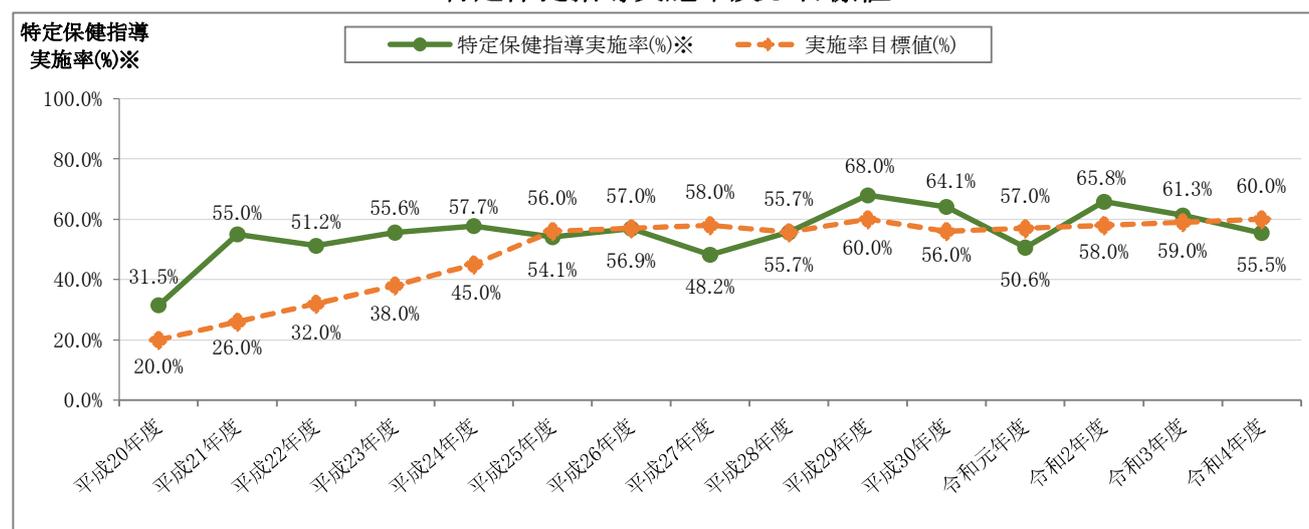
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	203	178	181	162	158	137	128
特定保健指導利用者数(人)	159	157	149	89	138	121	114
特定保健指導実施者数(人)※	113	121	116	82	104	84	71
特定保健指導実施率(%)※	55.7%	68.0%	64.1%	50.6%	65.8%	61.3%	55.5%
実施率目標値(%)	55.7%	60.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

動機付け支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	205	204	156	147	167	158	140	165
動機付け支援利用者数(人)	90	165	121	111	140	117	110	129
動機付け支援実施者数(人)※	88	151	110	104	131	110	104	103
動機付け支援実施率(%)※	42.9%	74.0%	70.5%	70.7%	78.4%	69.6%	74.3%	62.4%

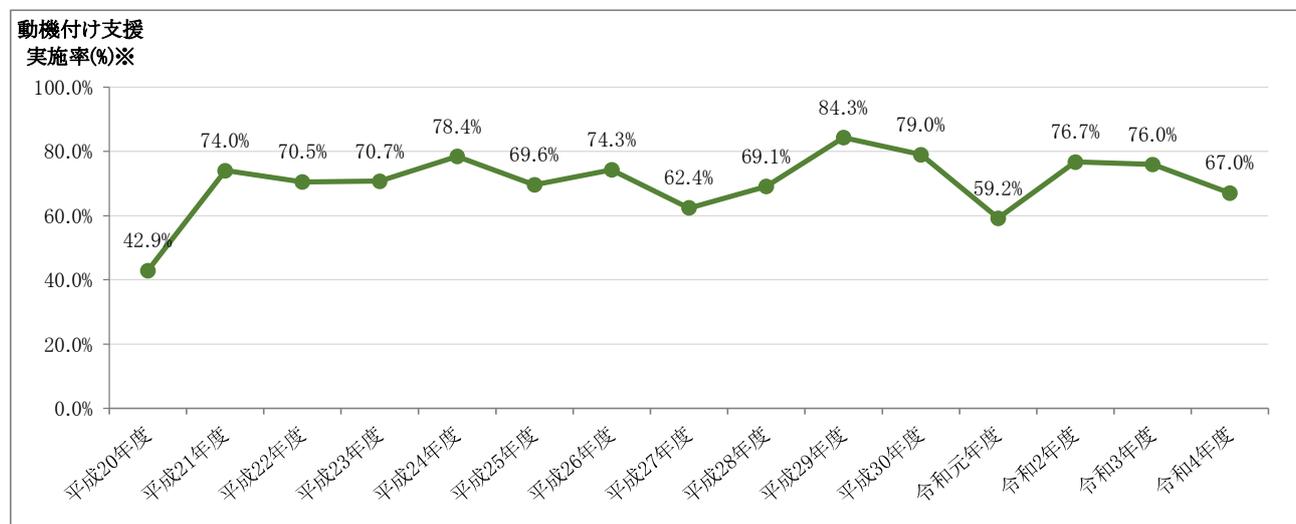
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	149	134	143	130	129	104	97
動機付け支援利用者数(人)	117	125	123	79	117	96	87
動機付け支援実施者数(人)※	103	113	113	77	99	79	65
動機付け支援実施率(%)※	69.1%	84.3%	79.0%	59.2%	76.7%	76.0%	67.0%

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

積極的支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	100	118	92	76	79	73	57	61
積極的支援利用者数(人)	29	94	66	61	52	50	48	43
積極的支援実施者数(人)※	8	26	17	20	11	15	8	6
積極的支援実施率(%)※	8.0%	22.0%	18.5%	26.3%	13.9%	20.5%	14.0%	9.8%

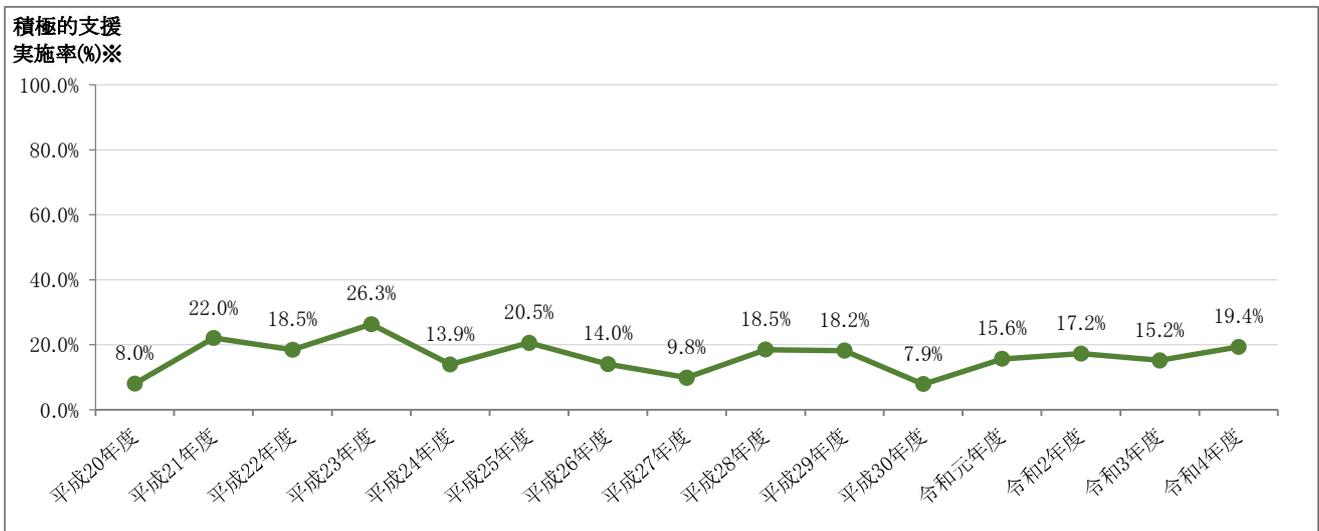
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	54	44	38	32	29	33	31
積極的支援利用者数(人)	42	32	26	10	21	25	27
積極的支援実施者数(人)※	10	8	3	5	5	5	6
積極的支援実施率(%)※	18.5%	18.2%	7.9%	15.6%	17.2%	15.2%	19.4%

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

国保データベース(KDB)システムより集計した、令和4年度における特定保健指導の実施状況は以下のとおりです。本町の特定保健指導実施率は、県、同規模と比較し高い状態にあります。

特定保健指導実施状況(令和4年度)

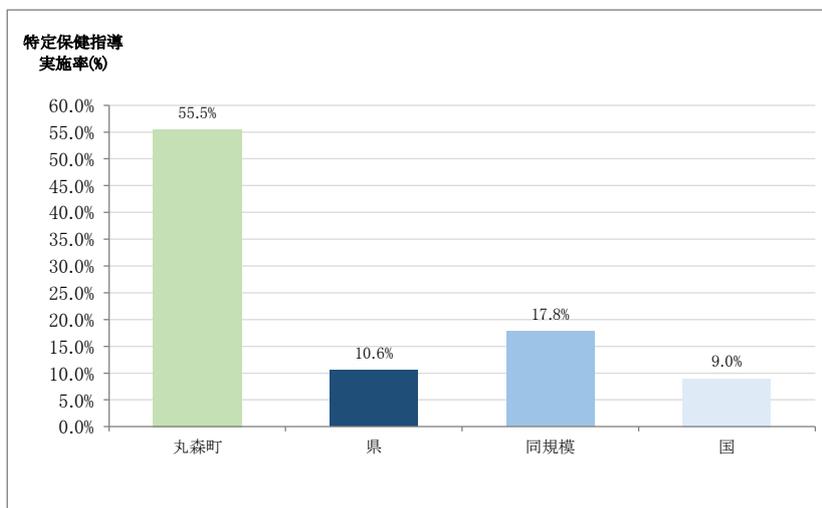
区分	丸森町	県	同規模	国
動機付け支援対象者数割合	8.0%	9.8%	8.8%	8.6%
積極的支援対象者数割合	2.6%	3.3%	2.9%	2.7%
支援対象者数割合	10.6%	13.1%	11.7%	11.3%
特定保健指導実施率	55.5%	10.6%	17.8%	9.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

丸森町は法定報告値

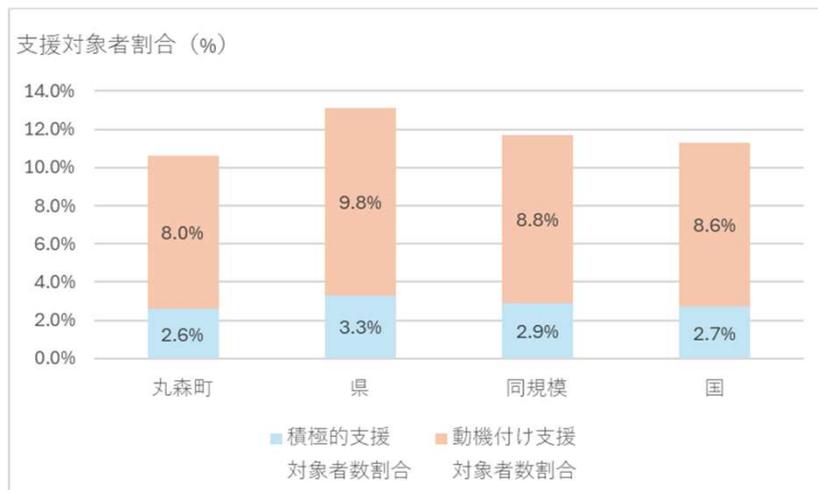
特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

丸森町は法定報告値

特定保健指導対象者割合(令和4年度)

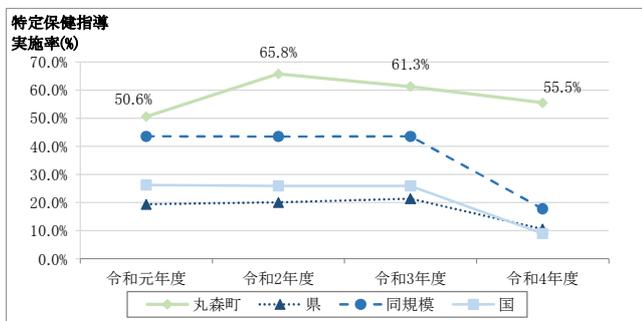


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

丸森町は法定報告値

以下は、本町の令和元年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率55.5%は令和元年度50.6%より4.9ポイント増加しています。

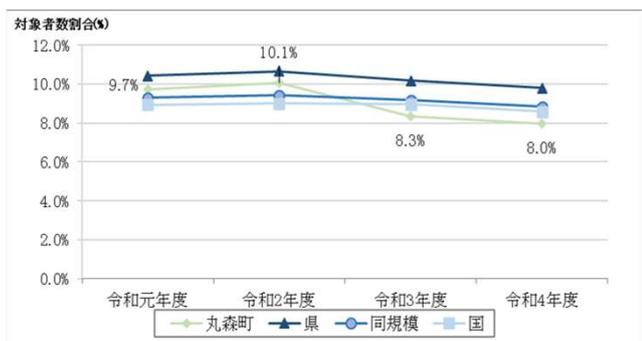
年度別 特定保健指導実施率



区分	特定保健指導実施率			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	50.6%	65.8%	61.3%	55.5%
県	19.4%	20.1%	21.4%	10.6%
同規模	43.6%	43.5%	43.6%	17.8%
国	26.3%	25.9%	25.9%	9.0%

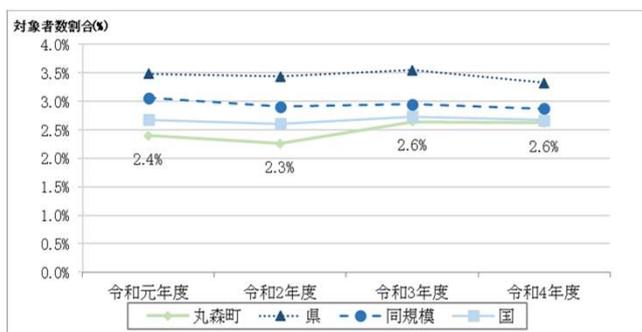
出典：「特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧表」
丸森町は法定報告値

年度別 動機付け支援対象者数割合



区分	動機付け支援対象者数割合			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	9.7%	10.1%	8.3%	8.0%
県	10.4%	10.7%	10.2%	9.8%
同規模	9.3%	9.4%	9.2%	8.8%
国	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

年度別 積極的支援対象者数割合



区分	積極的支援対象者数割合			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
丸森町	2.3%	2.3%	2.6%	2.6%
県	3.5%	3.4%	3.5%	3.3%
同規模	3.1%	2.9%	2.9%	2.9%
国	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合
…特定健康診査を受診した人に対する割合。

特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

丸森町は法定報告値

4. メタボリックシンドローム該当状況

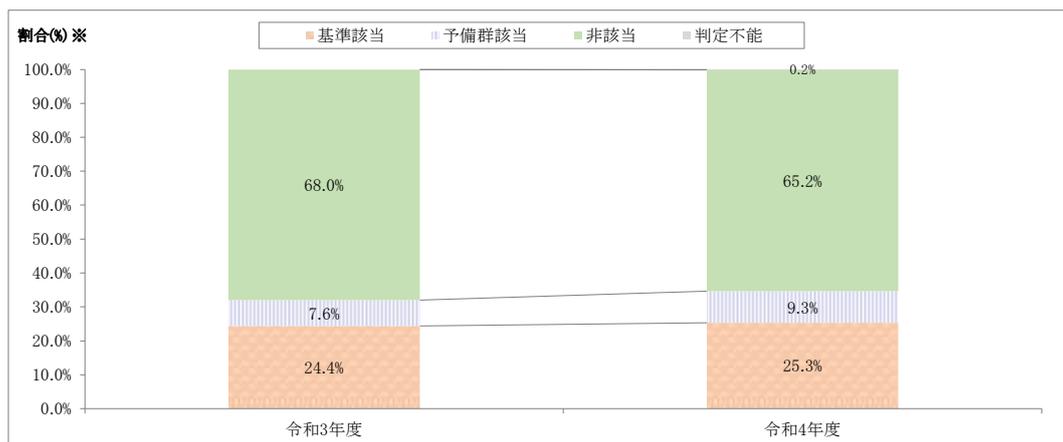
以下は、令和3年度と令和4年度の特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を比較したものです。令和4年度の基準該当は25.3%で令和3年度24.4%より0.9ポイント増加しており、令和4年度の予備群該当は9.3%で令和3年度の7.6%より1.7ポイント増加しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
令和3年度	1,222
令和4年度	1,204

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※						
令和3年度	298	24.4%	93	7.6%	831	68.0%	0	0.0%
令和4年度	305	25.3%	112	9.3%	785	65.2%	2	0.2%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDL コレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

5. 第三期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査	特定健康診査受診率	<p>特定健診を集団健診と個別健診の2種契約し、集団健診では実施期間を長く設定することで受診しやすい健診体制を整えている。</p> <p>また、かかりつけ医で受けた検査結果の提出等により、特定健診項目を合致している場合は受診したとみなすことで受診率向上のための取組みを行っている。</p> <p>受診対象者数並びに受診者数が年々減少、それに伴い受診率も減少傾向にある。受診率向上対策を検討する必要がある。</p>
特定保健指導	特定保健指導実施率	<p>特定保健指導実施率は、健診当日の階層化により、動機づけ・積極的支援の初回面談を行うことが出来るため、実施率は毎年約6割を維持することが出来ている。</p> <p>しかし、特定保健指導対象者数は、受診者数の減少もあり、年々減少傾向にある。</p> <p>脱落せずに継続して保健指導が実施できるよう、柔軟に対応する必要がある。</p>

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	<ul style="list-style-type: none"> 国保医療班では、予算や交付金、特定健康診査・保健指導の契約等事務を担当している。 保健予防班では、特定健康診査の受診票作成や結果の送付等を担当している。 健康支援班では、結果の送付に合わせ、要医療者への受診勧奨や受診確認を担当している。
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の実施については、集団健診を丸森病院、個別健診を角田市医師会への委託により実施している。 特定保健指導については丸森病院に委託をしている。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、令和4年度における特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病で医療機関を受診している方は特定健康診査受診者全体の49.7%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病で医療機関を受診している方は特定健康診査未受診者全体の48.6%です。また、特定健診未受診者は特定健診受診者と比較して、生活習慣病患者一人当たりの医療費が高い傾向にあります。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況(令和4年度)

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	1,204	45.9%	1,391,929	51,787,705	53,179,634
健診未受診者	1,420	54.1%	4,899,907	65,072,641	69,972,548
合計	2,624		6,291,836	116,860,346	123,152,182

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	28	2.3%	595	49.4%	598	49.7%	49,712	87,038	88,929
健診未受診者	77	5.4%	680	47.9%	690	48.6%	63,635	95,695	101,409
合計	105	4.0%	1,275	48.6%	1,288	49.1%	59,922	91,655	95,615

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

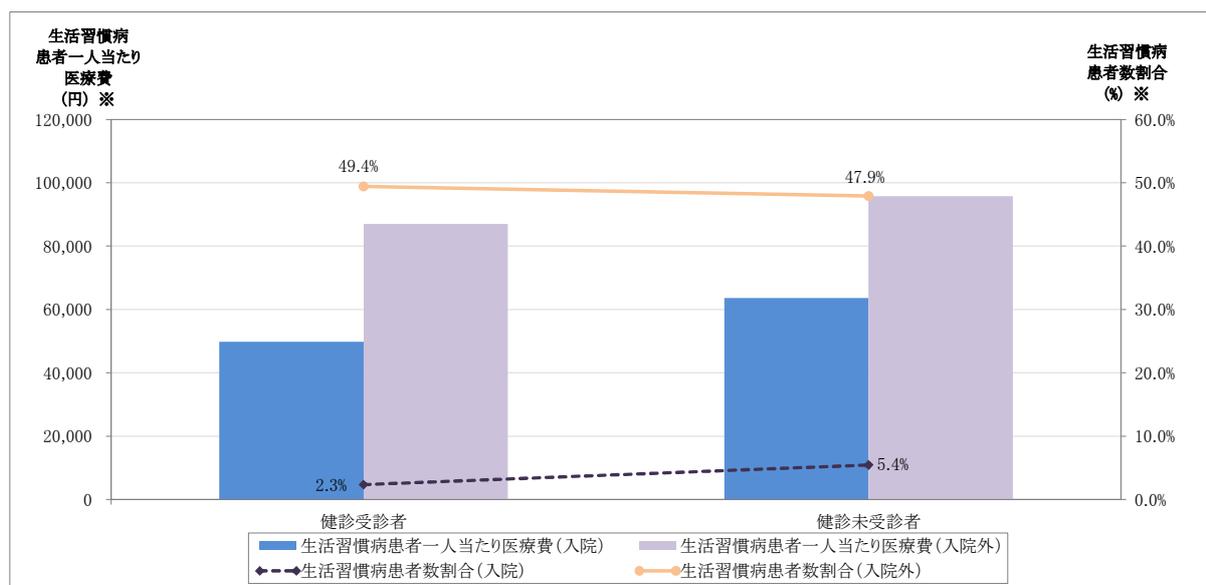
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年度における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.6%、動機付け支援対象者割合は8.0%です。

保健指導レベル該当状況（令和4年度）

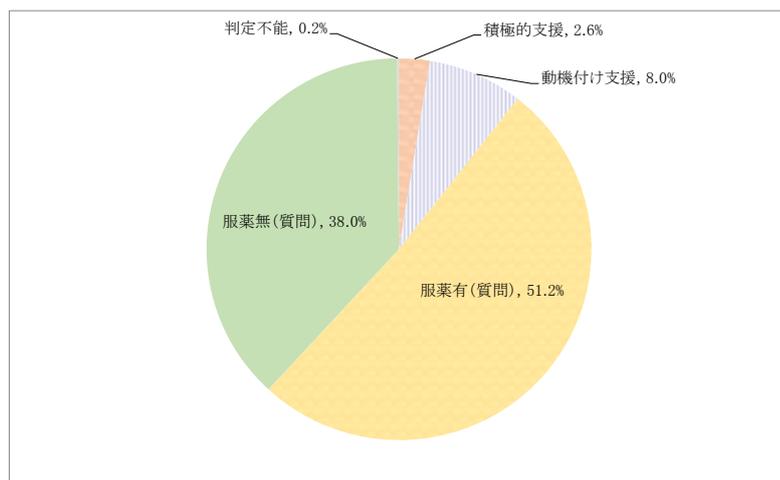
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	1,204	128	32	96	617	457	2
割合(%) ※	-	10.6%	2.6%	8.0%	51.2%	38.0%	0.2%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

(注) 喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

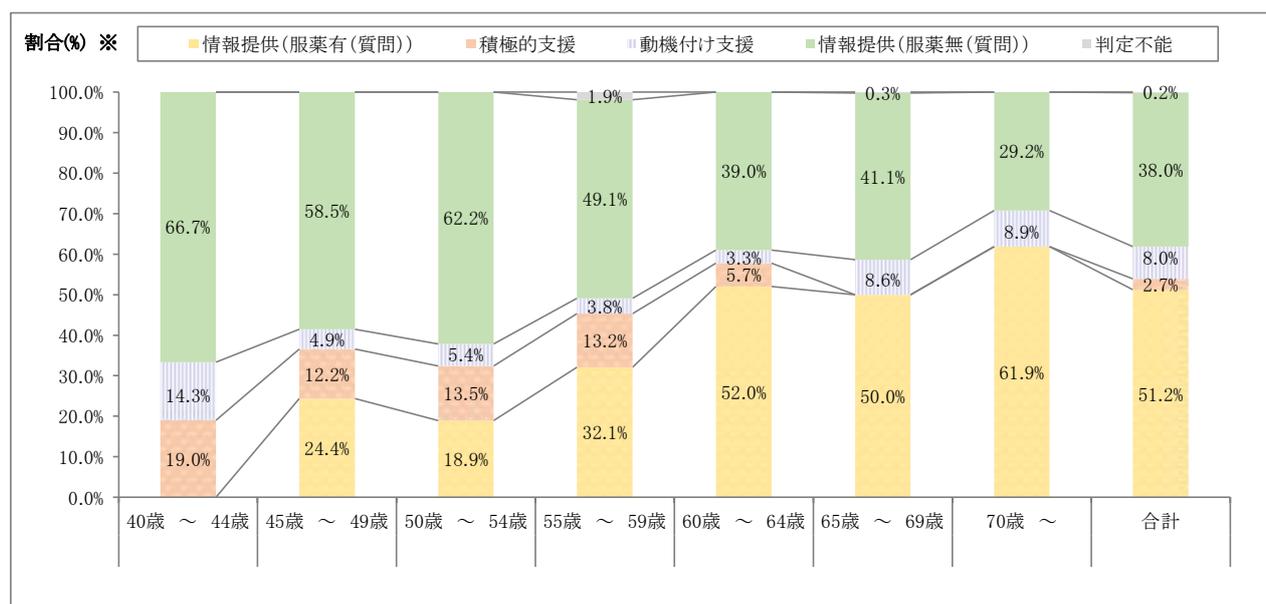
年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)						情報提供				判定不能	
		積極的支援		動機付け支援		服薬有(質問)		服薬無(質問)					
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※		
40歳～44歳	42	14	8	19.0%	6	14.3%	0	0.0%	28	66.7%	0	0.0%	
45歳～49歳	41	7	5	12.2%	2	4.9%	10	24.4%	24	58.5%	0	0.0%	
50歳～54歳	37	7	5	13.5%	2	5.4%	7	18.9%	23	62.2%	0	0.0%	
55歳～59歳	53	9	7	13.2%	2	3.8%	17	32.1%	26	49.1%	1	1.9%	
60歳～64歳	123	11	7	5.7%	4	3.3%	64	52.0%	48	39.0%	0	0.0%	
65歳～69歳	360	31	0	0.0%	31	8.6%	180	50.0%	148	41.1%	1	0.3%	
70歳～	548	49	0	0.0%	49	8.9%	339	61.9%	160	29.2%	0	0.0%	
合計	1,204	128	32	2.7%	96	8.0%	617	51.2%	457	38.0%	2	0.2%	

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

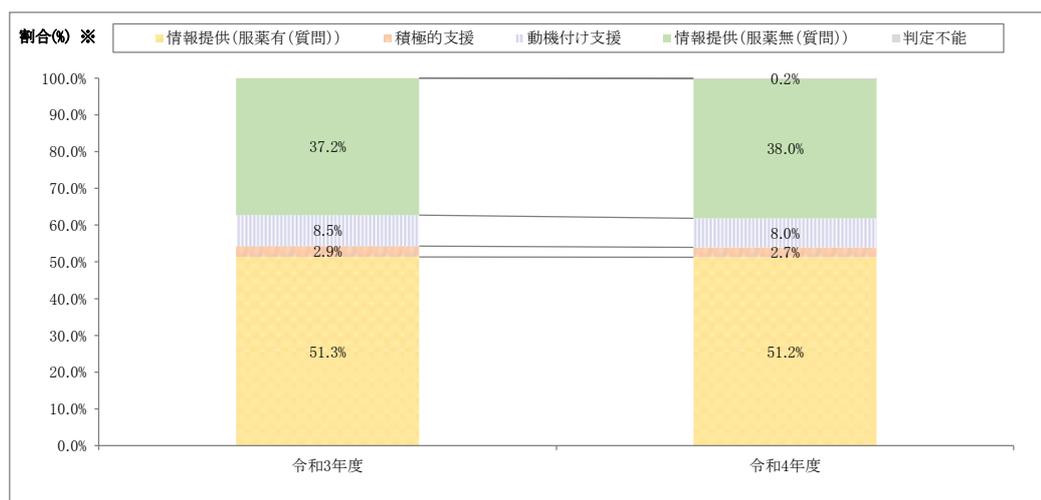
以下は、令和3年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和3年度と比較すると、積極的支援対象者割合、動機付け支援対象者割合とも、ほぼ横ばいに推移しています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
令和3年度	1,222	140	36	2.9%	104	8.5%
令和4年度	1,204	128	32	2.7%	96	8.0%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和3年度	1,222	627	51.3%	455	37.2%	0	0.0%
令和4年度	1,204	617	51.2%	457	38.0%	2	0.2%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和3年4月～令和5年3月健診分(24か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年度における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものです。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況(令和4年度)

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者		
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			128人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	5人	96人	75%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	12人		
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	1人		
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	3人		
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	1人		
	●	●			因子数2	血糖+血圧	21人		
	●		●			血糖+脂質	8人		
		●	●			血圧+脂質	8人		
	●			●		血糖+喫煙	0人		
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	1人		
			●	●		脂質+喫煙	3人		
	●					血糖	16人		
		●				血圧	11人		
			●		因子数0	脂質	6人		
				●		喫煙	0人		
						なし	0人		
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	4人	32人	25%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	3人		
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	3人		
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	0人		
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	3人		
	●	●			因子数2	血糖+血圧	2人		
	●		●			血糖+脂質	6人		
		●	●			血圧+脂質	4人		
	●			●		血糖+喫煙	2人		
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	2人		
			●	●		脂質+喫煙	2人		
	●					血糖	1人		
		●				血圧	0人		
			●		因子数0	脂質	0人		
				●		喫煙	0人		
						なし	0人		

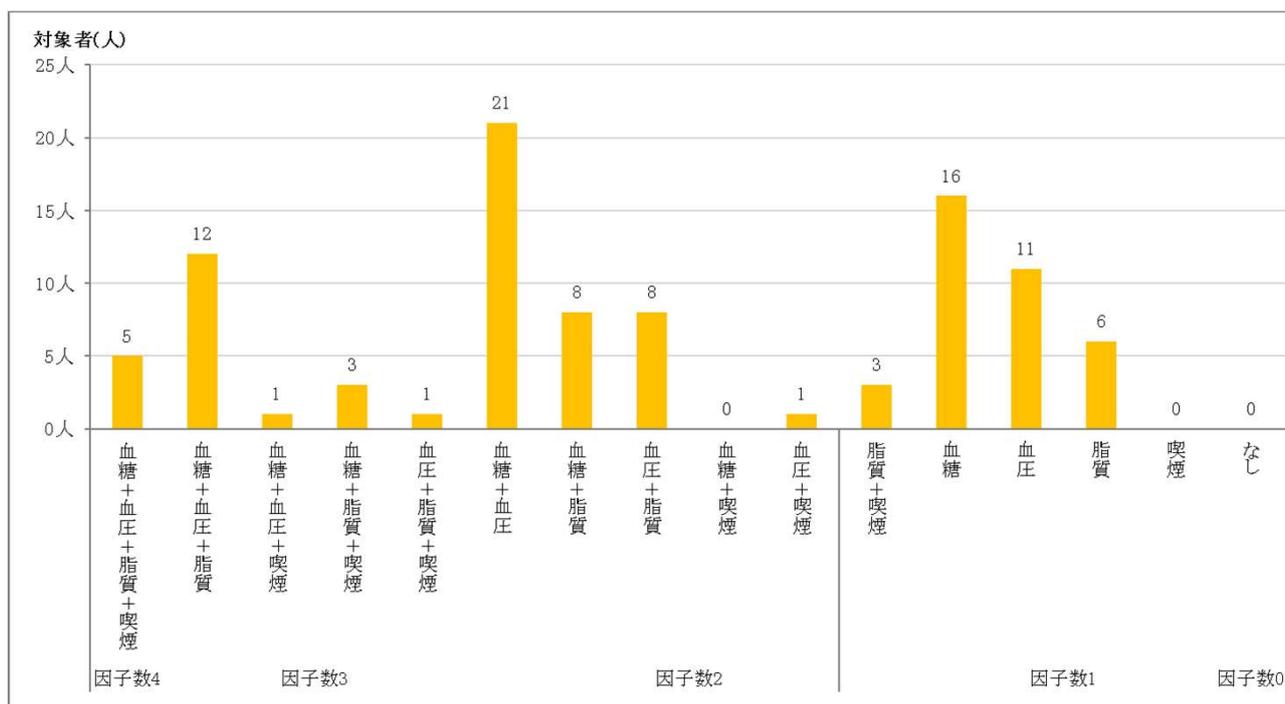
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

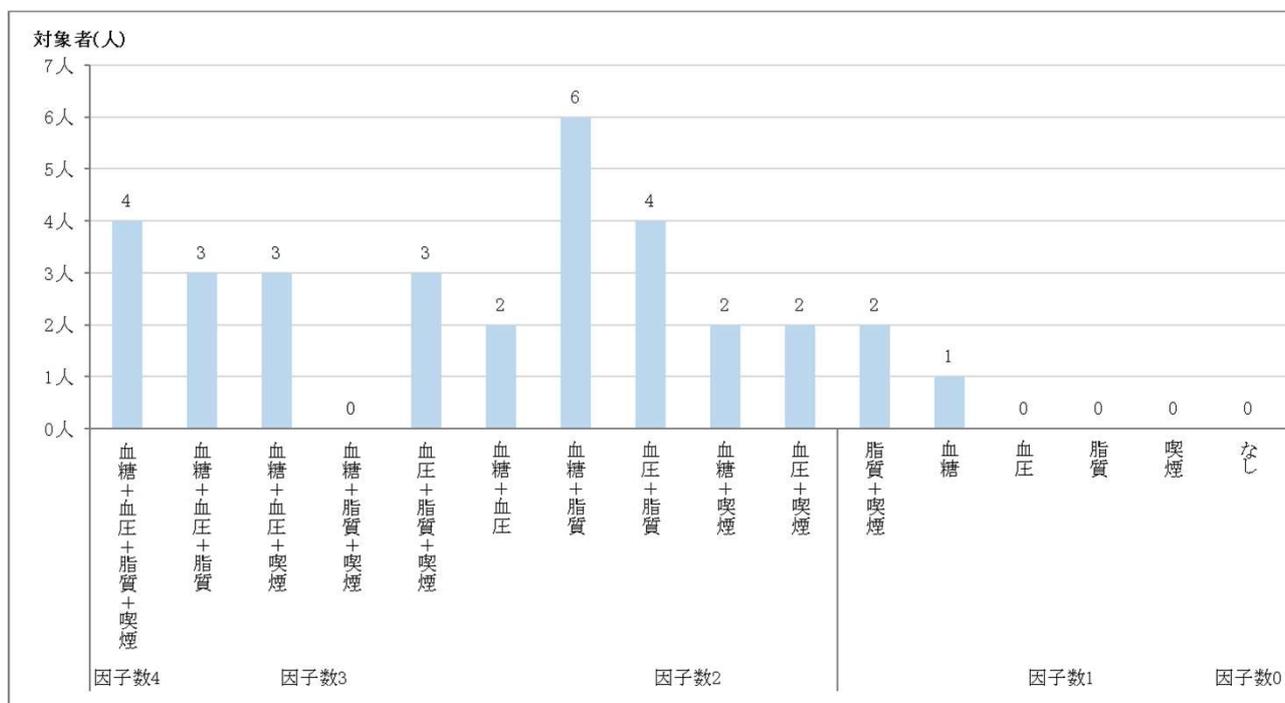
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c 5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものです。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、重症化を未然に防ぐことが重要です。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	128	4,467	336,795	341,262	2	13	13
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	457	34,135	863,086	897,221	2	29	30
	情報提供 (服薬有(質問))	617	1,353,327	50,403,001	51,756,328	24	552	554

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	128	2,234	25,907	26,251
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	457	17,068	29,762	29,907
	情報提供 (服薬有(質問))	617	56,389	91,310	93,423

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

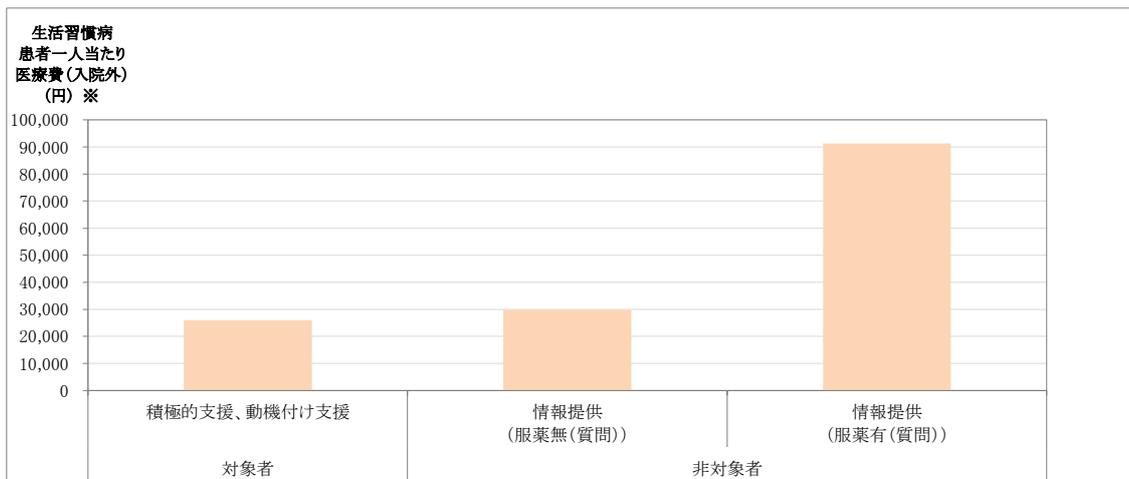
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしています。本町においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

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	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	58.2%	59.7%	60.7%	61.4%	62.5%	63.6%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	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
特定健康診査対象者数(人)	2,219	2,084	1,957	1,841	1,746	1,630
特定健康診査受診率(%) (目標値)	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	1,110	1,084	1,057	1,031	1,013	978

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		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 対象者数(人)	40歳～64歳	770	759	748	725	714	694
	65歳～74歳	1,449	1,325	1,209	1,116	1,032	936
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	294	311	327	337	352	363
	65歳～74歳	816	773	730	694	661	615

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	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
特定保健指導対象者数(人)	122	119	117	114	112	110
特定保健指導実施率(%)(目標値)	58.2%	59.7%	60.7%	61.4%	62.5%	63.6%
特定保健指導実施者数(人)	71	71	71	70	70	70

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			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
積極的支援	対象者数(人)	40～64歳	33	32	31	31	30	30
	実施者数(人)	40～64歳	20	19	18	18	17	17
動機付け支援	対象者数(人)	40～74歳	89	87	86	83	82	80
	実施者数(人)	40～74歳	51	52	53	52	53	53

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(当該年度において75歳に達する者も含める)で、かつ、当該年度中の1年間を通じて加入している者(年度途中での加入・脱退等異動のない者)を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

②実施方法

ア. 実施場所

(ア) 集団健診

丸森町国民健康保険丸森病院へ委託し実施します。

(イ) 個別健診

角田市医師会に委託し、角田市及び丸森町の医療機関にて実施します。

個別健診においては、その実施医療機関である主治医(かかりつけ医)に通院中の方のみとします。

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

■基本的な健診項目(全員に実施)

項目	内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(標準的な質問票)を含む
理学的検査	身体診察(自覚症状及び他覚症状の有無の検査)
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
血圧測定	血圧測定
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)の量、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
腎機能検査	尿酸、血清クレアチニン検査、eGFR

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

項目	内容
心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値(血色素量)、ヘマトクリット値

ウ. 自己負担額

特定健康診査に係る自己負担額は、無料とします。

エ. 実施時期

集団健診は5月から12月の間に実施することとし、個別健診は7月から8月に実施します。

オ. 案内方法

対象者には、実施機関及び実施時期の希望を把握した上で、受診券を個別に送付します。また、広報紙やホームページ等で周知を図ります。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。

ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

特定保健指導対象者の選定基準

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

(注) 喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c (NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c (NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

② 実施方法

ア. 実施場所

丸森町国民健康保険丸森病院へ委託し実施します。

なお、必要に応じ、随時協議します。

イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第四期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとしします。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援。
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または電話等を利用して行う。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援。 ○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、180ポイント以上の支援を実施する。 個別支援のほか、電話等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	<p>○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。面接または電話等を利用して行う。</p> <p>アウトカム評価</p> <table border="1"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2 cm以上、体重2 kg以上減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1 cm以上、体重1 kg以上減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> <p>プロセス評価</p> <table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援、電話、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2 cm以上、体重2 kg以上減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1 cm以上、体重1 kg以上減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援、電話、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2 cm以上、体重2 kg以上減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1 cm以上、体重1 kg以上減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援、電話、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

動機付け支援

	時期	支援方法	支援時間	内容
初回面談	健診当日	個別支援	20分以上	本人が健診結果と生活習慣の関係を理解し、自身の生活習慣を振り返り、改善の必要性に気づく。改善の具体的な行動目標を立てれるよう情報提供等支援する。
継続支援	10週以降	電話支援	5分以上	実践行動の確認と、取組を維持するための支援、励ましを行う。
実績評価	20週以降	電話支援	5分以上	身体状況や生活習慣等の状況を確認し、行動目標の評価を行うとともに、継続のための支援を行う。

積極的支援における評価方法とポイント構成

	評価目標	ポイント数
アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少	180P
	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少	20P
	食習慣の改善	20P
	運動習慣の改善	20P
	喫煙習慣の改善	30P
	休養習慣の改善	20P
	その他の生活習慣の改善	20P

	期間	支援方法	支援時間	ポイント数	支援内容
プロセス評価	初回面談	個別支援 (健診当日)	20分以上	20P	本人が健診結果と生活習慣の関係を理解し、自身の生活習慣を振り返り、改善の必要性に気付く。改善の具体的な行動目標を立てられるよう支援する。
	5週後	電話支援	5分以上	30P	実践行動の確認、取組みを維持するための支援、励ましを行う。
	10週後	個別支援 (面接)	10分以上	70P	実践行動の状況を確認し、支援、励ましの取組みが困難な場合、再度アセスメントを行い、行動目標の再設定を行う。
		電話支援	5分以上	30P	
	14週後	個別支援 (面接)	10分以上	70P	行動計画の実施状況の確認を行い、生活習慣の改善に必要な具体的な支援、継続のための励ましを行う。
		電話支援	5分以上	30P	
20週後	個別支援 (面接)	10分以上	70P	体重、腹囲等の変動状況や生活習慣の変化が見られたか、行動目標の達成状況について確認をする。	
	電話支援	5分以上	30P		

ウ. 自己負担額

特定保健指導利用に係る自己負担額は、無料とします。

エ. 実施時期

特定保健指導は、原則として、5月～翌年の6月まで実施します。

オ. 案内方法

特定健診の結果から特定保健指導の対象となった方に対し、特定健診の結果を伝えるとともに、特定保健指導利用案内を行います。

集団健診では、健診当日に健診結果から階層化を行い、特定保健指導の対象者になった方に対し、その場で結果を伝えるとともに、初回の特定保健指導を実施します。

また、個別健診では、健診結果から特定保健指導の対象者となった方に対して、健診結果の通知とともに特定保健指導利用案内を送付し、利用の勧奨を行います。

4. 目標達成に向けての取組み

以下は、第四期計画期間における目標達成に向けての取組みを示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取組み
特定健康診査の 周知・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年2月に翌年度の健診申込みに併せ、特定健診の期間や検査内容等の案内を全戸に送付。 ・広報まるもりに特定健診の特集ページを設け、受診のメリット等を掲載し、未受診者への呼びかけを行う。 また、通院中においても、特定健診を受けていただくよう広報まるもりやホームページを活用し周知を図る。
	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の申し込み希望がなかった被保険者にも受診票を送付し、受診を促す。 ・人工知能（AI）を活用したデータ分析に基づき、対象者の特性に合わせた勧奨資材を送付し、効果的に受診を促す。
健診体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診において土曜開院の医療機関での受診も可能であり、平日働いている世代の受診の機会を設ける。
	<ul style="list-style-type: none"> ・40・45・50・55・60・65歳の国保被保険者が丸森病院で人間ドックを受診する際に費用の助成を行う。

【特定保健指導】

事業分類	取組み
特定保健指導の周知・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・広報等で特定保健指導の内容や必要性について情報提供を行う。
特定保健指導の実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診において、健診当日の結果を基に保健指導の対象となった方への初回面談を実施し、継続して支援を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の終了者を増やすための体制の構築。 ・受診者の意思に基づいた行動変容の目標を立て、改善意欲を高めることで実施率の向上を図る。

【保健指導】

事業分類	取組み
保健指導の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果に応じて、個人の生活習慣やその改善に向けて情報提供を行う。 また、特定保健指導対象外の方には医療機関への受診、継続治療が必要な方には受診の必要性を認識してもらい、適切に医療につながるよう働きかけを行う。

5. 実施スケジュール

	実施項目	前年度		当年度												次年度			
		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
特定健康診査	希望調査	←→																	
	対象者抽出			←→															
	受診券送付				←→														
	特定健康診査実施				←→														
	未受診者受診勧奨									←→									
特定保健指導	対象者抽出				←→														
	特定保健指導実施				←→														
	前年度の評価			←→															
	次年度の計画								←→										

第5章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

第1部第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）の個人情報保護関係規定の取扱いに準じます。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、町のホームページ等で公表し、周知を図ります。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

(2) 計画の見直し

本計画の取組みについては、年度毎に目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直し・改善を行うものとします。

4. がん検診等との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとします。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

6. 地域包括ケアに関する取組み

第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）と整合性を図り、推進していきます。

※97ページ参照