

第 2 期印南町国民健康保険

データヘルス計画

及び

第四期特定健康診査等実施計画

令和 6 年度～令和 11 年度

印南町

目 次

第1章	計画の策定にあたって	
1.	計画策定の背景	1
2.	計画の位置づけ	1
3.	計画の期間	1
4.	実施体制・関係者連携	2
第2章	国民健康保険加入者を取り巻く状況	
1.	印南町の概況	2
2.	平均寿命と健康寿命	5
3.	国民健康保険加入状況	6
4.	国民健康保険医療費の状況	7
5.	特定健康診査・特定保健指導の状況	11
6.	介護保険の状況	17
第3章	既存の保健事業	
1.	特定健診（つれもて健診）	19
2.	つれもてドック	20
3.	特定健診結果説明会	21
4.	特定保健指導	22
5.	特定健診未受診者対策事業	23
6.	健康教室	24
第4章	課題の明確化と目標の設定	
1.	課題の明確化	27
2.	目標の設定	29
第5章	保健事業の実施計画	
1.	具体的な事業展開	31
2.	保健事業の目標及び評価指標	34
第6章	データヘルス計画の見直し	35
第7章	第四期特定健康診査等実施計画	36
第8章	計画の公表・周知	46
第9章	事業運営上の留意事項	46
第10章	地域包括ケアに係る取り組み	46
第11章	個人情報保護	46

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景

平成 25 年 6 月に「日本再興戦略」が閣議決定され、医療保険者はレセプト等のデータの分析結果に基づき、加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表、事業実施、評価等をする必要があるとの方針が示されました。

これを受けて、平成 26 年 3 月に「計画」の推進を目指し「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」の改正が行われました。この改正により保険者は、健康・医療情報を活用して P D C A 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「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施及び評価・改善を行うこととされました。

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 2022（骨太方針 2022）」において、「保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和 4 年 12 月に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「当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標や K P I * の設定を推進する。」とされました。

これらを踏まえ、印南町においても国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）の健康・医療情報を活用し、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、平成 30 年度から令和 5 年度までの「第 1 期印南町国民健康保険データヘルス計画」に引き続き、この度、「第 2 期印南町国民健康保険データヘルス計画」を策定します。

※Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標。

2 計画の位置づけ

本計画は「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき策定する保健事業実施計画です。また、印南町のまちづくりの総合的な指針である「第 6 次印南町長期総合計画」及び「第四期印南町特定健康診査等実施計画」、健康増進施策の基本的な計画である「健康日高 2 1」等の関連諸計画との調和及び整合性を図ります。

なお、策定に当たっては、「第四期特定健康診査等実施計画」を「第 2 期データヘルス計画」の一部として位置づけ、一体的に策定し、具体的な実施方法を定めます。

3 計画の期間

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。

4 実施体制・関係者連携

(1) 庁内の連携体制の確保

印南町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業実施、評価等は、住民福祉課内の、各係と協力しながら実施し、必要に応じて、庁内関係部局と連携を図ります。

(2) 関係機関との連携

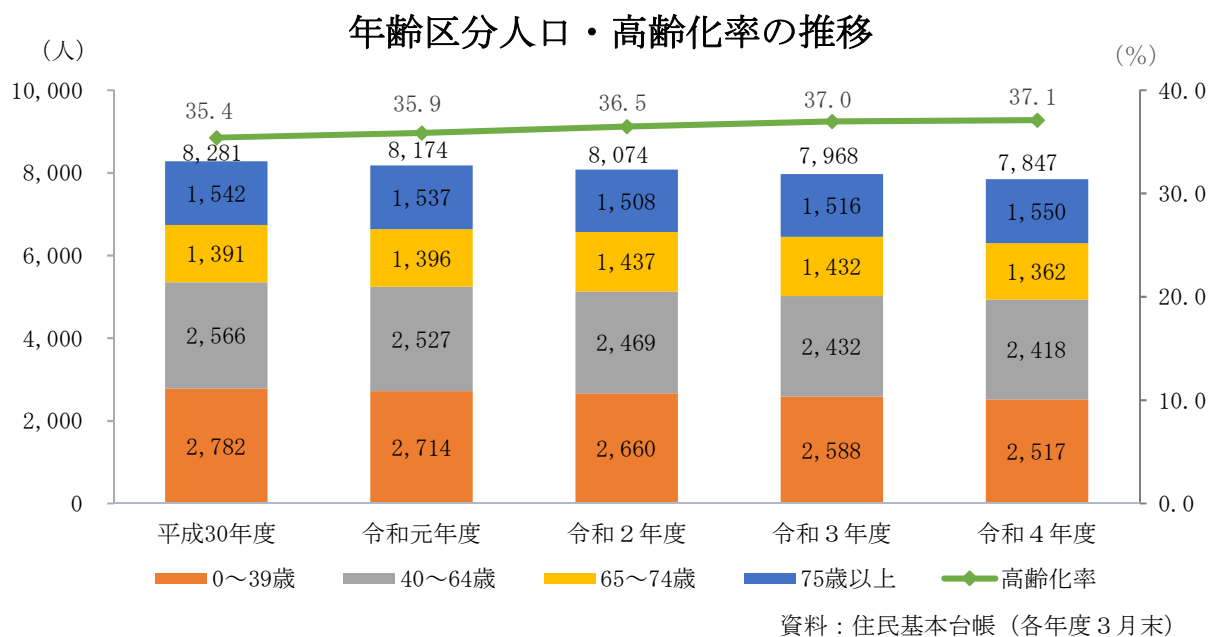
計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である和歌山県（以下「県」という）のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者、各種関係機関・団体等と協力し、連携しながら計画の推進を図ります。

第2章 国民健康保険加入者を取り巻く状況

1 印南町の概況

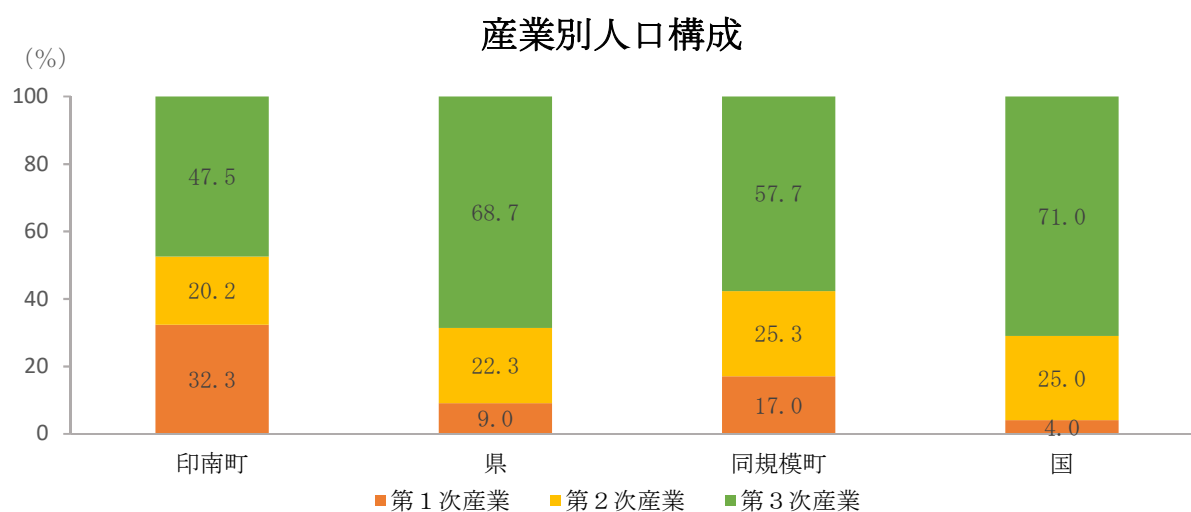
(1) 人口・高齢化の状況

印南町の総人口は年々減少し、令和4年3月末で7,847人となっています。一方、高齢化は年々上昇し37.1%となっています。



(2) 産業別人口構成の状況

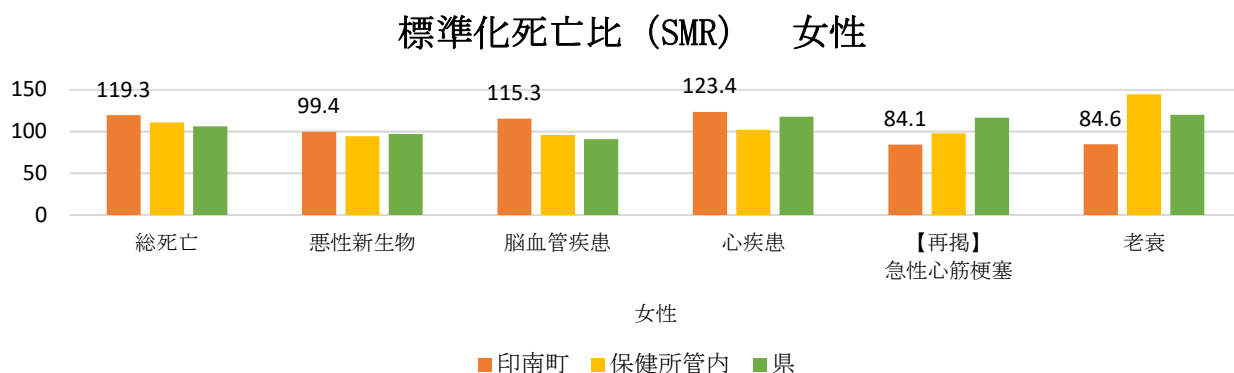
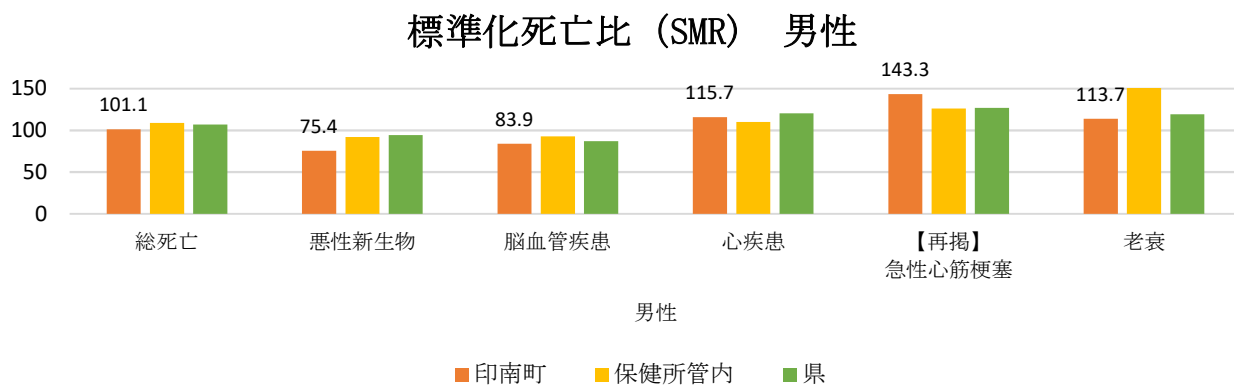
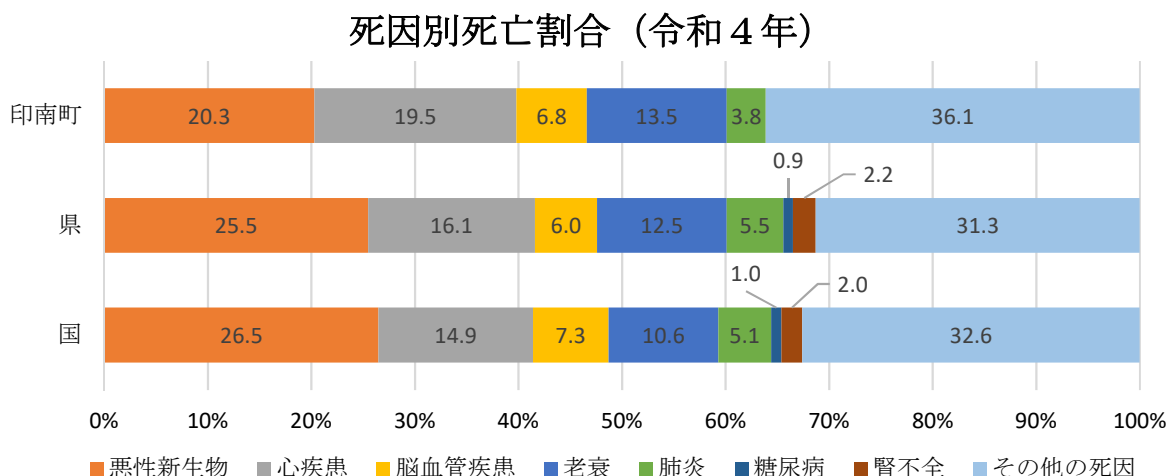
産業別人口構成では国や県と比べて第一・二次産業の割合が32.3%と高い状況です。



(3) 死亡の状況

死因別死亡割合は、悪性新生物が20.3%と最も高く、次いで心疾患19.5%、老衰13.5%、脳血管疾患6.8%となっています。悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の三大生活習慣病で全体の46.6%を占めています。

標準化死亡比（SMR）をみると、男性の急性心筋梗塞、女性では脳血管疾患、心疾患が高くなっています。



資料：和歌山県 令和4年度市町村見える化シート

2 平均寿命と健康寿命

平均寿命は男性 80.1 歳、女性 86.0 歳であり、男性は県と比べて長く、女性は県と比べても短くなっています。

健康寿命については、要介護 2 以上の人が自立して過ごせる期間は男性 79.4 歳、女性 83.6 歳であり、男女ともに県、国、同規模町と比べ短くなっています。

区分	平均寿命		健康寿命	
	男性	女性	男性	女性
印南町	80.1 歳	86.0 歳	79.4 歳	83.6 歳
県	79.8 歳	86.5 歳	79.7 歳	84.1 歳
同規模町	80.4 歳	86.9 歳	79.5 歳	84.2 歳
国	80.8 歳	87.0 歳	80.1 歳	84.4 歳

※健康寿命は、平均自立期間（要介護 2 以上）から引用
資料：KDB システム「地域の全体像の把握」令和 4 年度（累計）

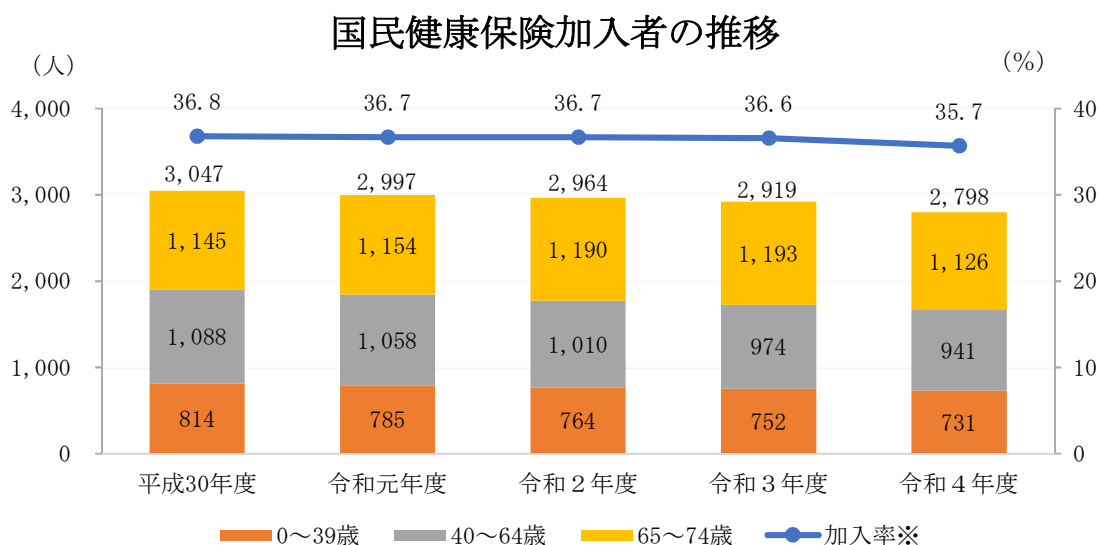


3 国民健康保険加入状況

国民健康保険の加入者は年々減少し、令和4年度で2,798人、加入率は35.7%となっています。

平成30年度と比較すると、加入者では249人、加入率は1.1ポイント低下しています。加入者の年齢をみると、令和3年度までは65歳～74歳で増加が認められましたが、令和4年度では、どの年齢層も減少しています。

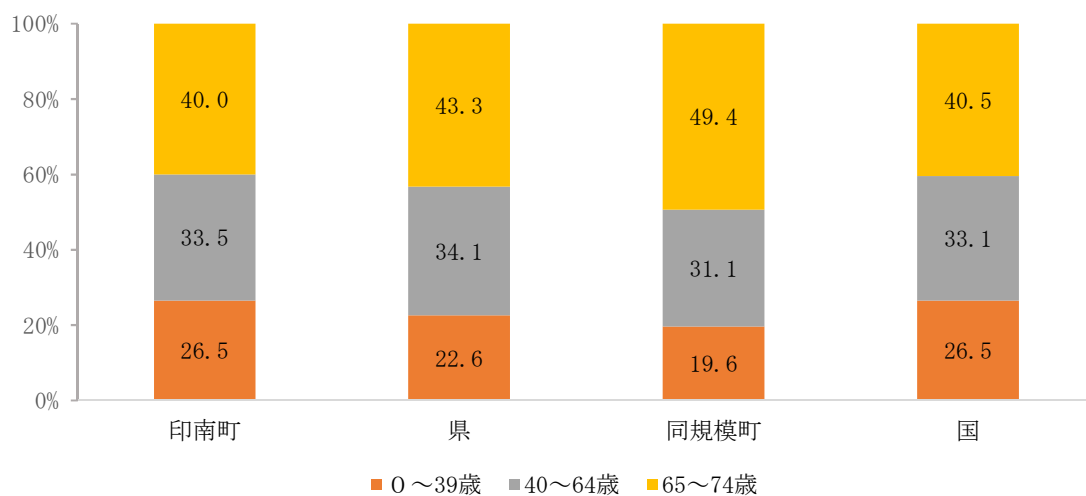
加入者の年齢別構成割合は、同規模町と比べると、0～39歳の割合はやや高くなっています。



※加入率＝加入者総数/住民基本台帳各年度末人口×100

資料：国民健康保険事業報告書（事業年報）A表

加入者の年齢別構成割合（令和4年度）

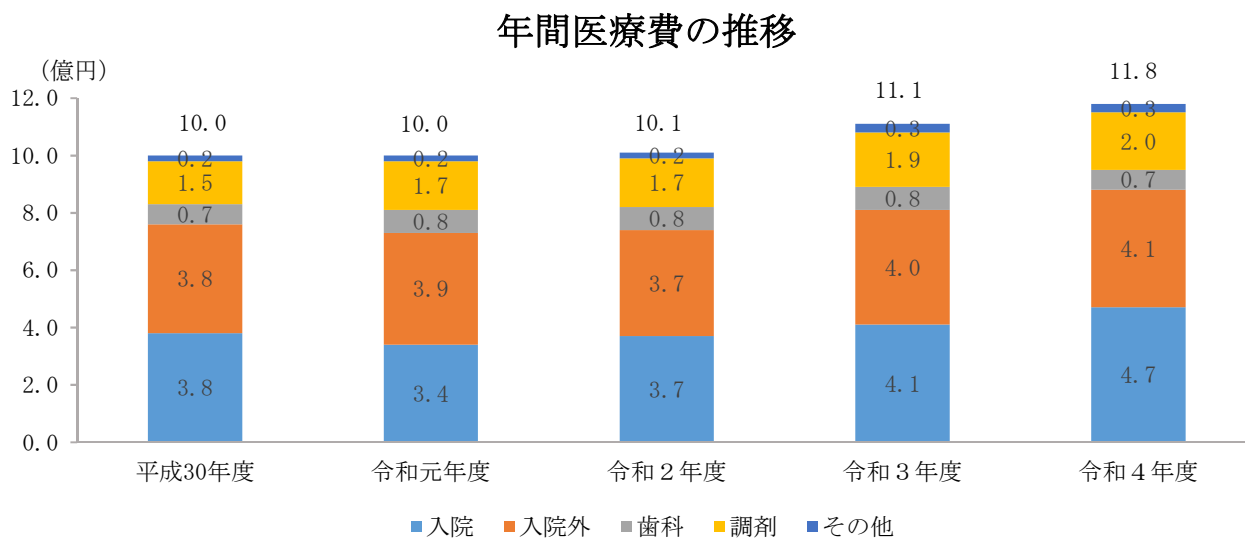


資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」令和4年度累計

4 国民健康保険医療費の状況

(1) 年間医療費の推移

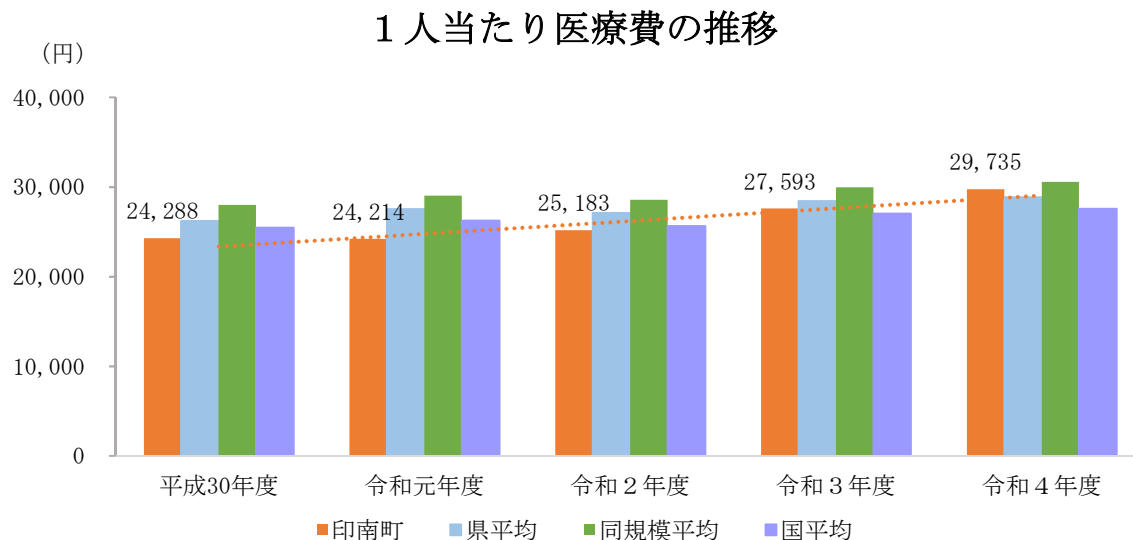
年間医療費は、令和4年度は約11億8千万円で、平成30年度の約10億円と比べて約1.2倍増加しています。中でも、この5年間では、入院、入院外ともに大きく増加しています。



資料：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）C表（3）

(2) 1人当たり医療費の状況

1人当たり医療費は年々増加し、令和4年度では29,735円となっていますが、同規模町平均に比べると低い状態です。



資料：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」

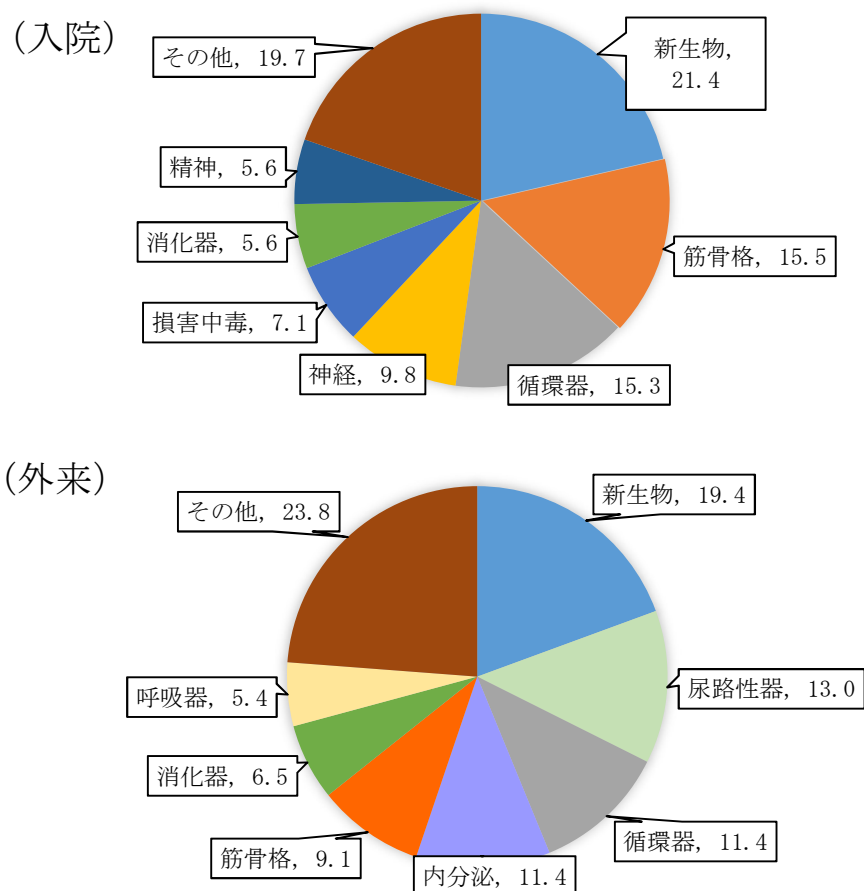
(3) 疾病別医療費の状況

疾病別医療費は、入院で新生物が 21.4%と最も高く、次いで筋骨格系が 15.5%、循環器が 15.3%の順になっています。

外来でも新生物が 19.4%と最も高く、次いで尿路性器系が 13.0%、循環器系と内分泌系が 11.4%の順になっています。

全体の医療費（入院＋外来）を 100%としてみると、関節疾患が 5.6%と最も高く、慢性腎不全（透析あり）が 5.5%、糖尿病が 3.9%、高血圧症が 3.3%と上位を占めています。平成 30 年度から令和 3 年度の推移をみると、慢性腎臓病（透析あり）が最も高くなっています。

令和 4 年度疾病別医療費（大分類）の割合



全体の医療費（入院＋外来）（細小分類）を 100%として計算した場合の割合 上位 10 疾病

順位	疾病分類	割合 (%)	順位	疾病分類	割合 (%)
1 位	関節疾患	5.6	6 位	乳がん	2.1
2 位	慢性腎臓病（透析あり）	5.5	7 位	統合失調症	2.0
3 位	糖尿病	3.9	8 位	うつ病	2.0
4 位	高血圧症	3.3	9 位	肺がん	1.9
5 位	骨折	3.0	10 位	脂質異常症	1.9

資料：KDBデータ「医療費分析（2）大、中、細小分類」令和 4 年度累計

疾病別医療費細小分類 上位 10 疾病の年次推移

	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
1 位	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	関節疾患
2 位	統合失調症	統合失調症	糖尿病	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）
3 位	骨折	高血圧症	統合失調症	関節疾患	糖尿病
4 位	関節疾患	糖尿病	高血圧症	肺がん	高血圧症
5 位	高血圧症	うつ病	関節疾患	高血圧症	骨折
6 位	糖尿病	関節疾患	大動脈瘤	統合失調症	乳がん
7 位	うつ病	骨折	うつ病	うつ病	統合失調症
8 位	脂質異常症	不整脈	骨折	骨折	うつ病
9 位	骨粗しょう症	脂質異常症	気管支喘息	脂質異常症	肺がん
10 位	不整脈	大動脈瘤	子宮頸がん	脳出血	脂質異常症

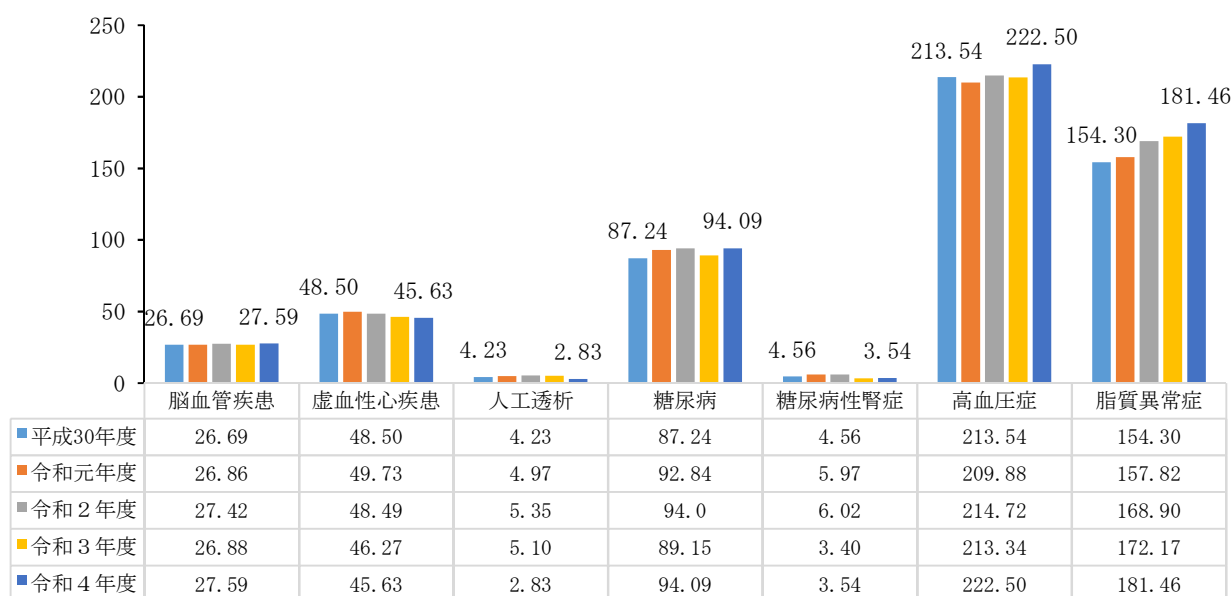
資料：KDBデータ「医療費分析（2）大、中、細小分類」

（３）生活習慣病の状況

平成 30 年度から令和 4 年度までの生活習慣病患者の有病率の推移をみると、高血圧症が最も高く、5 年間で 213.54 から 222.5 と 8.96 ポイント上昇しています。次いで脂質異常症が高く、154.30 から 181.46 と 27.16 ポイント上昇で、上昇幅としては最も大きくなっています。また、糖尿病性腎症は 4.56 から 3.54 と低下していますが、糖尿病は 87.24 から 94.09 と 6.85 ポイント上昇しています。

生活習慣病患者の年次推移

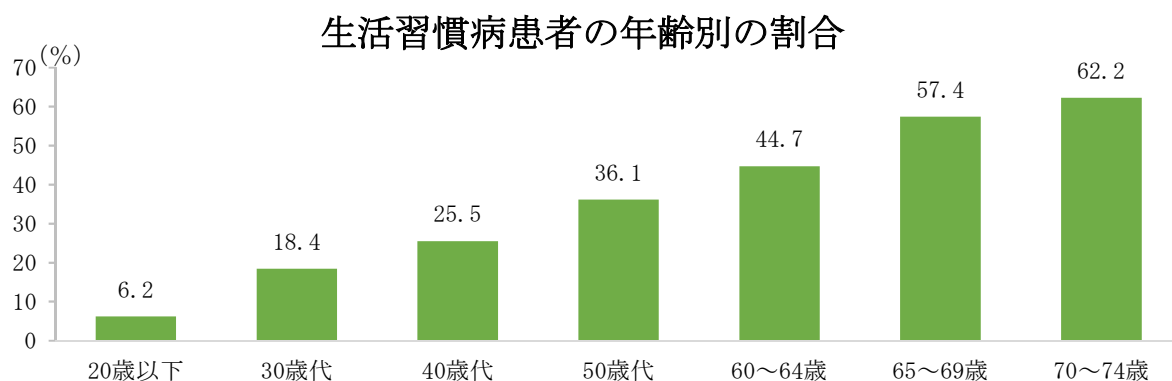
（対千人）



資料：KDBシステム「厚生労働省様式3-1生活習慣病全体のレセプト分析」

令和4年5月診療分レセプトをみると、生活習慣病患者の割合は38.9%です。これを年代別に見ると、60歳代から約半数以上が生活習慣病で受診している状況です。

また疾病別にみると。高血圧症が612名と最も多く、次いで脂質異常症が481名、糖尿病が271名、虚血性心疾患が131名と多くなっています。人工透析は14名が受診しており、30歳代から患者がみられます。



年代別・生活習慣病疾病別の患者の状況

単位：人

	被保険者数	生活習慣病	脳血管疾患	虚血性心疾患	人工透析	糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症
20歳以下	536	33	0	0	0	2	0	1	2	1
30歳代	206	38	0	0	1	4	0	4	2	4
40歳代	322	82	2	3	1	13	0	22	8	19
50歳代	374	135	4	8	1	21	0	47	13	43
60～64歳	295	132	7	13	5	39	1	72	15	54
65～69歳	523	300	19	32	3	76	6	169	32	155
70～74歳	678	422	52	75	3	116	3	297	56	205
総数	2,934	1,142	84	131	14	271	10	612	128	481

総数において、生活習慣病の占める割合 38.9%

※各人数は、疾病が重複している場合があります。

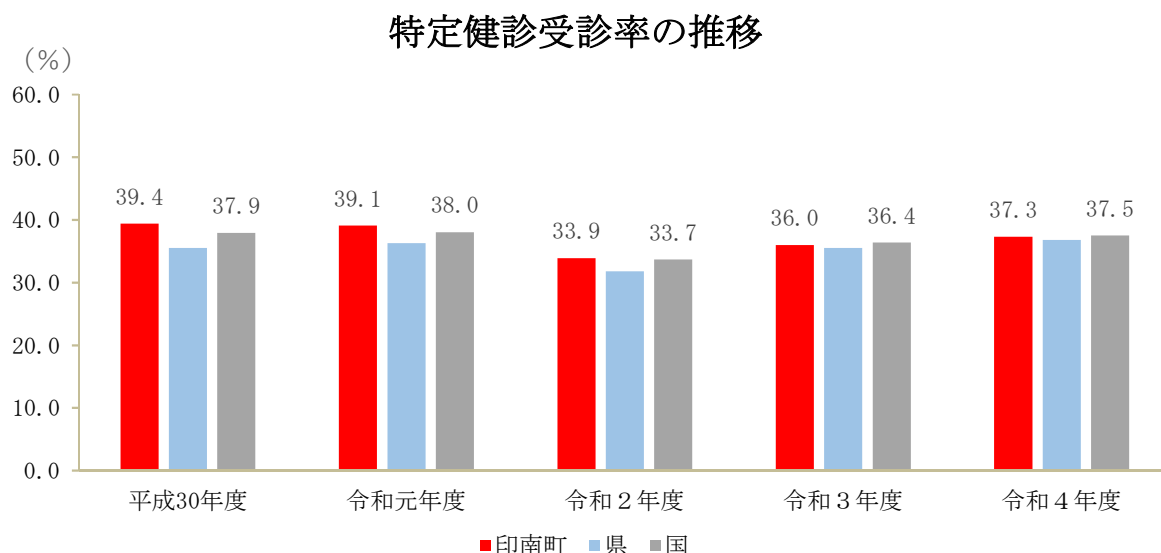
資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-1）生活習慣病全体のレセプト分析」

（令和4年5月診療分）

5 特定健康診査・特定保健指導の状況

(1) 特定健康診査の受診率の推移

令和4年度の特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診率は37.3%です。これまでの推移をみると、令和2年度までは県や国と比べ高い状況でしたが、受診率は低下しています。令和3年度からは上昇に転じていますが、国の受診率より低く、特定健康診査等実施計画の目標である60%には到達してない状況です。



資料：法定報告（速報値）

令和4年度の特定健診受診状況を年代別にみると、全体では70～74歳の割合が39.5%と最も高くなっています。また40～44歳の受診率が男女ともに割合が低い状況です。

令和4年度 性・年代別 特定健診受診状況

	全体			男性			女性		
	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)
合計	1,991	743	37.3	972	359	36.9	1,019	384	37.7
40～44 歳	120	31	25.8	66	17	25.8	54	14	25.9
45～49 歳	168	58	34.5	96	30	31.3	72	28	38.9
50～54 歳	178	69	38.8	92	34	37.0	86	35	40.7
55～59 歳	171	61	35.7	89	29	32.6	82	32	39.0
60～64 歳	252	93	36.9	115	44	38.3	137	49	35.8
65～69 歳	459	177	38.6	218	85	39.0	241	92	38.2
70～74 歳	643	254	39.5	296	120	40.5	347	134	38.6

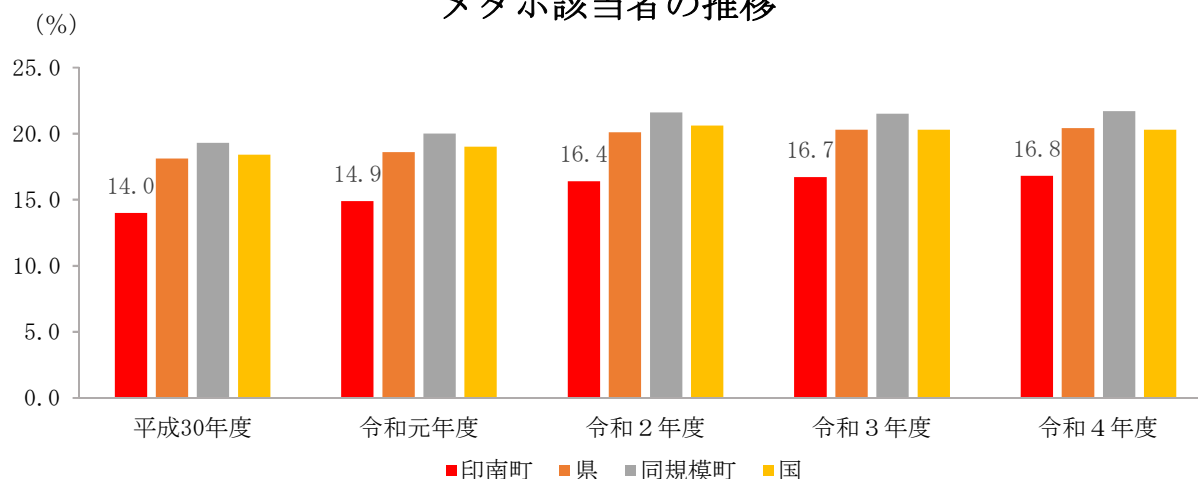
資料：法定報告

(2) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

特定健診の結果、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）の該当者の割合は徐々に上昇し令和4年度では16.8%になっていますが、県、同規模町や国と比べ低い状況が続いています。

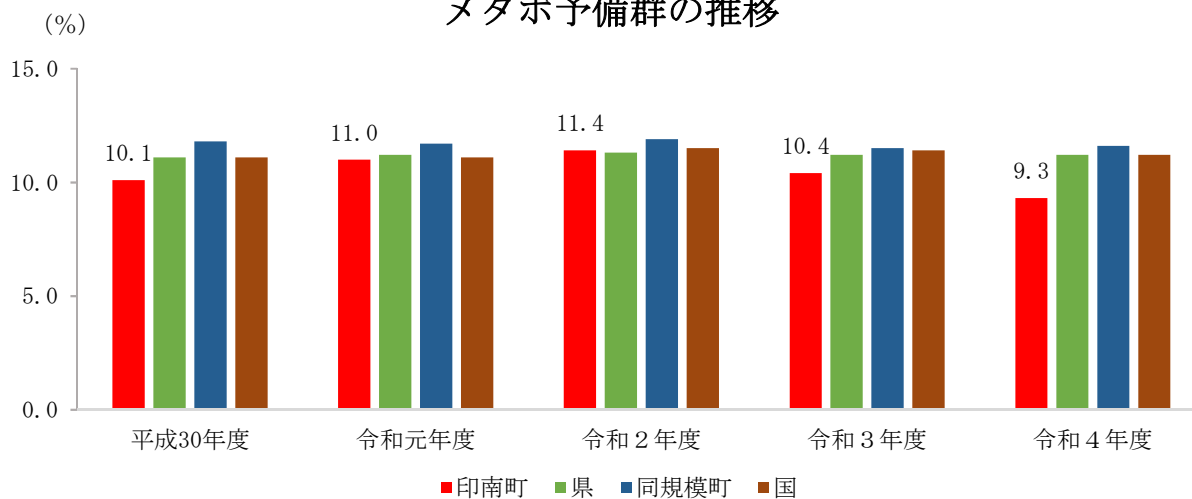
メタボ予備群の割合は、令和2年度までは徐々に上昇し11.4%と、県と比べて高くなっていましたが、令和3年度からは低下してきており、令和4年度では9.3%と、県、同規模町、国と比べても低い割合となっています。

メタボ該当者の推移



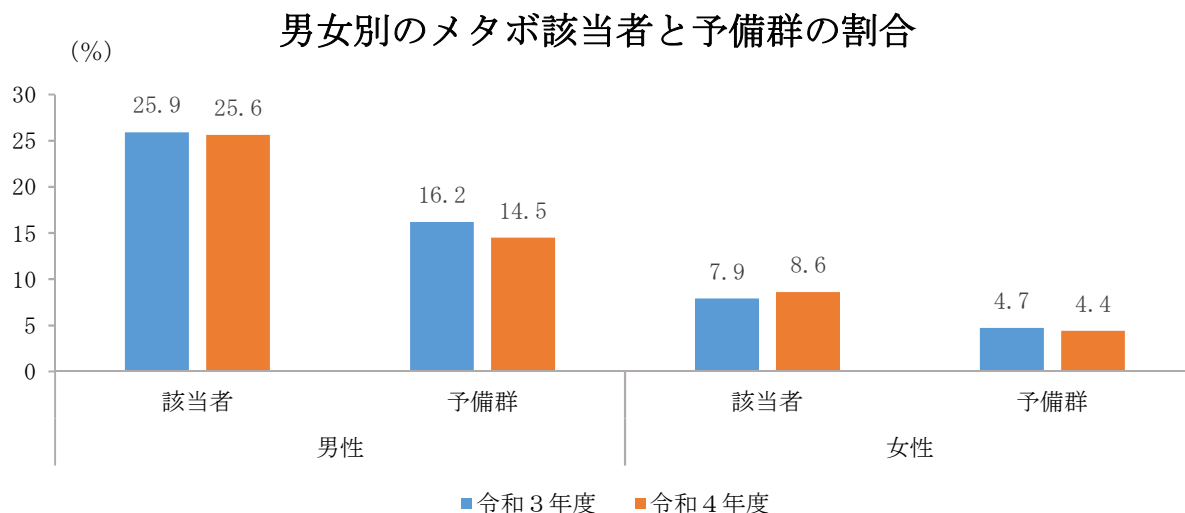
資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

メタボ予備群の推移



資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

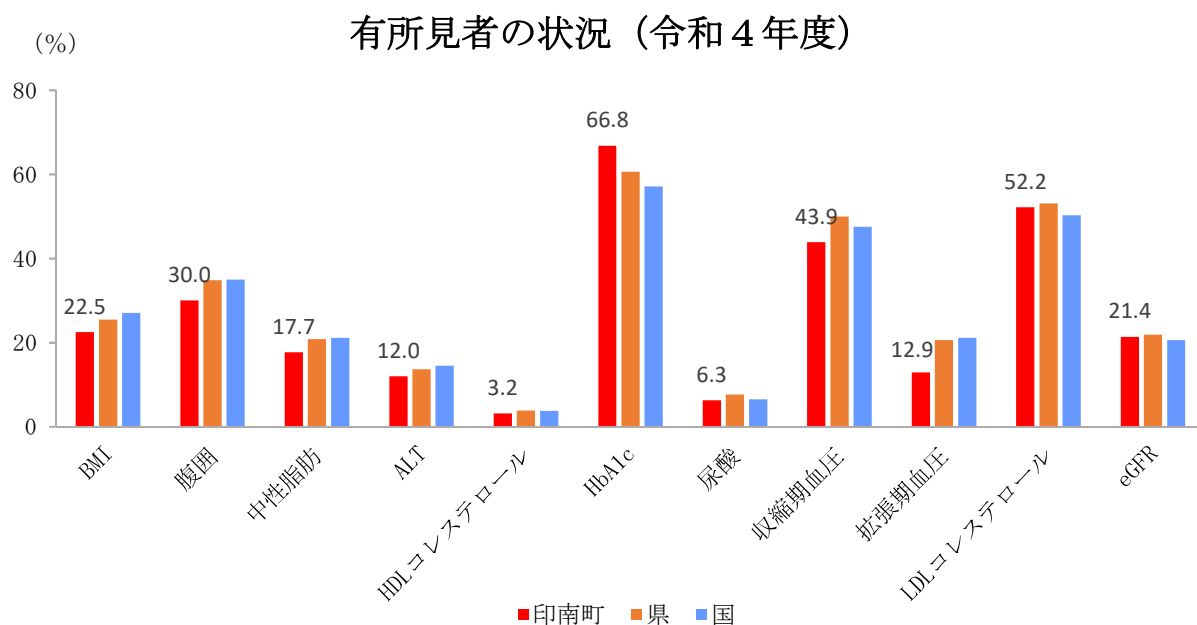
男女別にみると、男性では令和4年度のメタボ該当者が25.6%で、前年度から0.3ポイント低下し、また、予備群においても14.5%と前年度と比べて1.7ポイント低下しています。一方、女性はメタボ該当者が8.6%で、前年度と比べ0.7ポイント上昇、メタボ予備群は4.4%と前年度に比べ0.3ポイント低くなっています。



資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

(3) 有所見者の状況

特定健診の結果の有所見率の状況をみると、HbA1c が66.8%と最も高く、次いで LDL コレステロールが52.2%、収縮期血圧が43.9%となっています。特に HbA1c は県や国と比べても高い状況です。

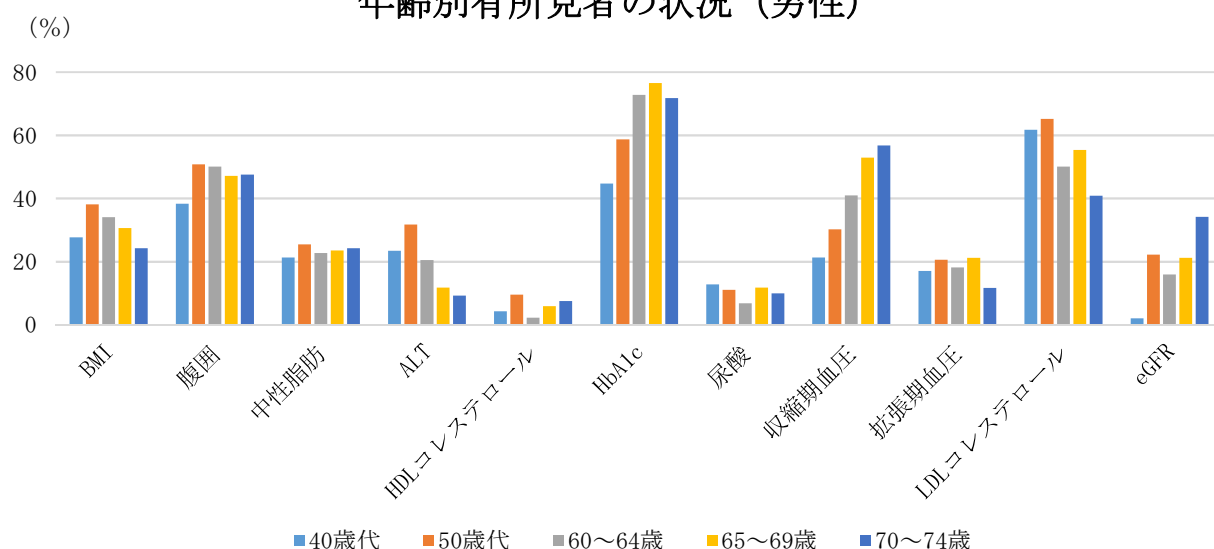


資料：KDBシステム「厚生労働省様式5-2健診有所見者状況」

有所見率を男女別、年齢階級別にみると、男性では HbA1c の有所見者が最も高い状況です。BMI、腹囲、中性脂肪、ALT、LDL コレステロールでは、50 歳代が最も高くなっています。HbA1c では 60 歳代が最も高くなっています。収縮期血圧は年齢とともに割合が高くなっています。

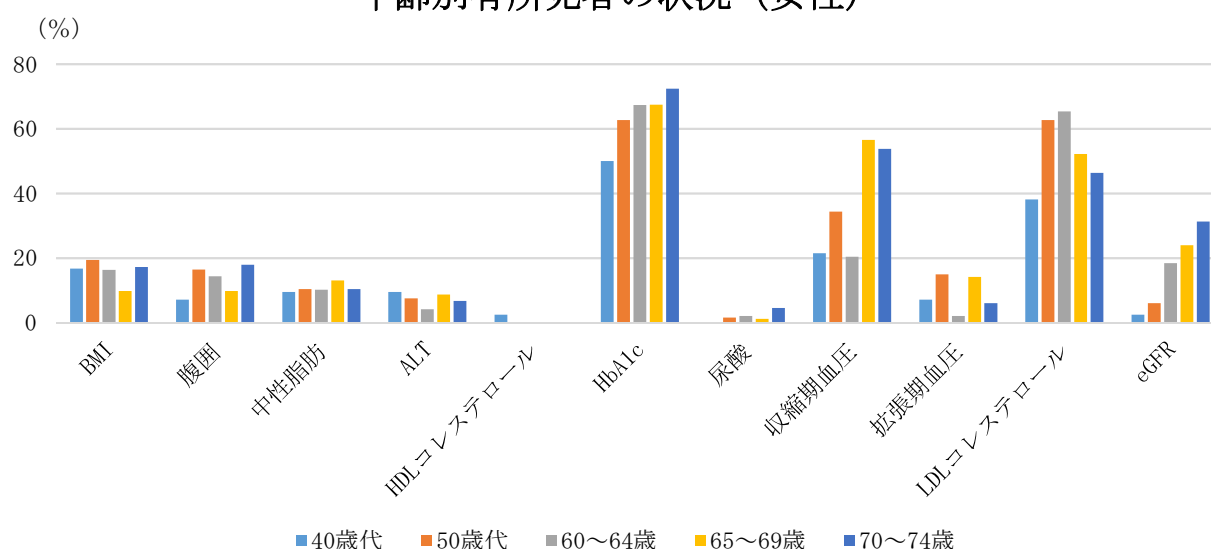
女性においても HbA1c の有所見者が最も高く、年齢とともに割合が高くなっています。LDL コレステロールは 50～60 歳代で高く、収縮期血圧は 65～69 歳が最も高い状況です。

年齢別有所見者の状況（男性）



資料：KDBシステム「厚生労働省様式5-2健診有所見者状況」

年齢別有所見者の状況（女性）



資料：KDBシステム「厚生労働省様式5-2健診有所見者状況」

(4) 特定健診受診者の生活習慣の状況

特定健診問診項目に該当する割合をみると、1回30分以上の運動習慣がない者が72.0%と県、国と比べて高い状況です。

また、朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っているが30.3%、毎日飲酒が31.5%、飲酒量が1～2合が34.7%と県や国に比べて高くなっています。

生活習慣を改善する意欲のない者が36.9%と県、国に比べて高くなっていますが、保健指導を利用しないという割合は58.4%と低くなっています。

特定健診問診項目からみた該当者の割合（令和4年度）

単位：％

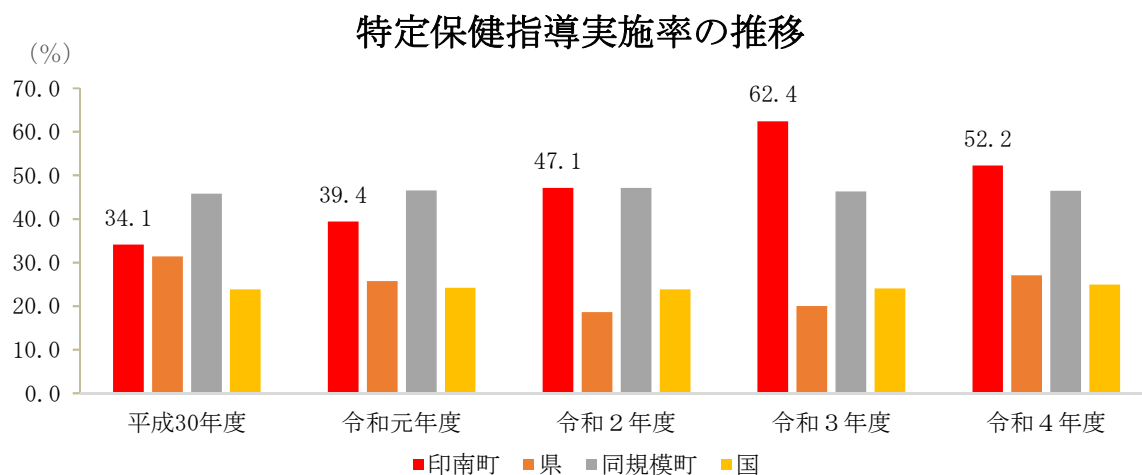
質問項目		印南町	県	同規模町	国
喫煙	習慣あり	11.8	12.7	15.1	13.8
体重	20歳時から10kg以上増加	32.7	34.9	35.9	35.0
運動習慣	1回30分以上の運動習慣なし	72.0	60.8	65.1	60.4
	1日1時間以上運動なし	48.2	49.8	47.0	48.0
	歩行速度遅い	53.8	50.2	55.6	50.8
咀嚼	かみにくい	21.1	21.5	22.4	19.9
	ほとんどかめない	0.7	0.8	1.0	0.8
食べる速度	速い	30.0	29.1	26.4	26.8
食習慣	週3回以上、就寝前夕食を食べる	11.3	14.3	16.4	15.8
	3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）	30.3	25.8	21.6	21.6
	3食以外の間食や甘い飲み物（時々）	56.5	55.7	57.6	57.3
	週3回以上、朝食を抜く	4.6	8.5	8.6	10.4
飲酒頻度	毎日	31.5	27.3	26.4	25.5
1日飲酒量	1合未満	54.0	69.5	59.9	64.1
	1～2合	34.7	20.0	26.6	23.7
	2～3合	8.0	8.2	10.4	9.4
	3合以上	3.4	2.3	3.2	2.8
睡眠	睡眠不足	23.8	23.4	24.2	25.6
生活習慣改善意欲なし		36.9	29.6	32.8	27.6
保健指導利用しない		58.4	61.5	63.4	63.3

資料：KDB システム「地域の全体像の把握」

(5) 特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は徐々に上昇し、令和3年度には62.4%まで上昇しましたが、令和4年度には52.2%と低下しているものの、県、国と比べて高い状況です。

利用率は令和4年度では、積極的支援では55.0%、動機付け支援では68.1%ですが、終了率は積極的支援では10.0%と低い状況です。動機付け支援も一旦上昇していましたが、51.1%と低下しています。



資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

	積極的支援				
	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率 (%)	終了者数 (人)	終了率 (%)
平成 30 年度	26	12	46.2	4	15.4
令和元年度	33	21	63.6	3	9.1
令和 2 年度	30	21	70.0	6	20.0
令和 3 年度	26	18	69.2	2	7.7
令和 4 年度	20	11	55.0	2	10.0

	動機付け支援				
	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率 (%)	終了者数 (人)	終了率 (%)
平成 30 年度	56	28	50.0	24	42.9
令和元年度	67	57	85.1	37	55.2
令和 2 年度	55	49	89.1	44	80.0
令和 3 年度	58	45	77.6	41	70.7
令和 4 年度	47	32	68.1	24	51.1

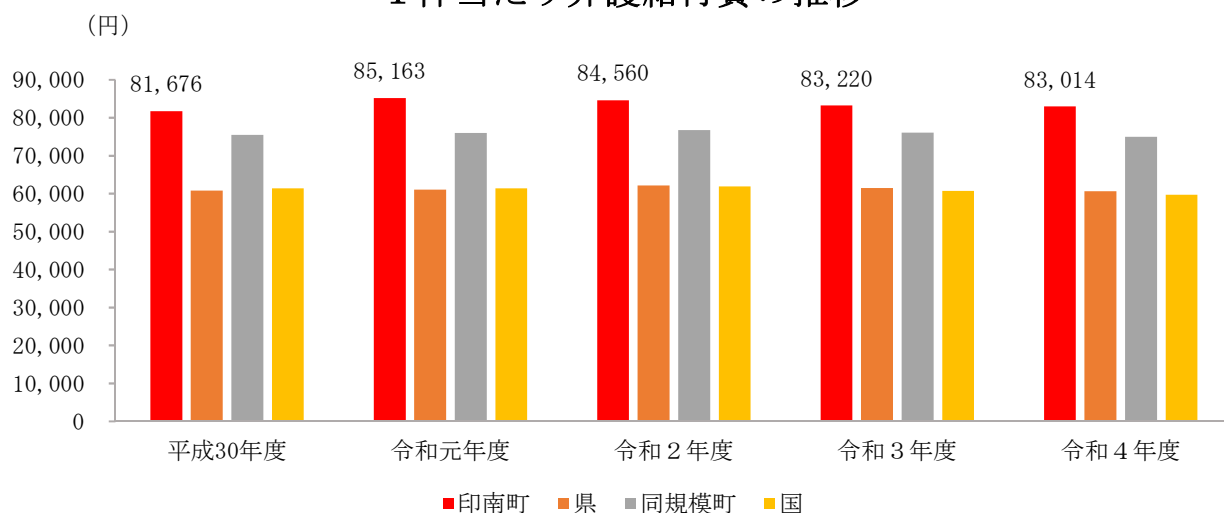
資料：法定報告

6 介護保険の状況

1件当たりの介護給付費は平成30年度から令和元年度には増加していますが、それ以降は減少しており、令和4年度は83,014円となっています。

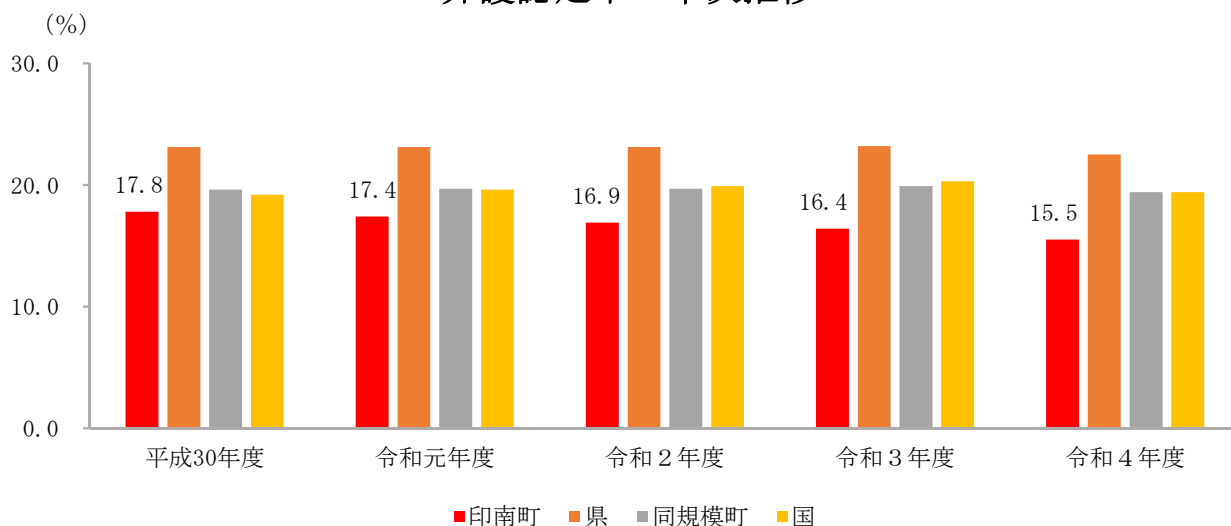
介護認定率は年々低くなってきており、令和4年度は15.5%となっています。また、県、国と比べて低い状態が続いています。

1件当たり介護給付費の推移



資料：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」

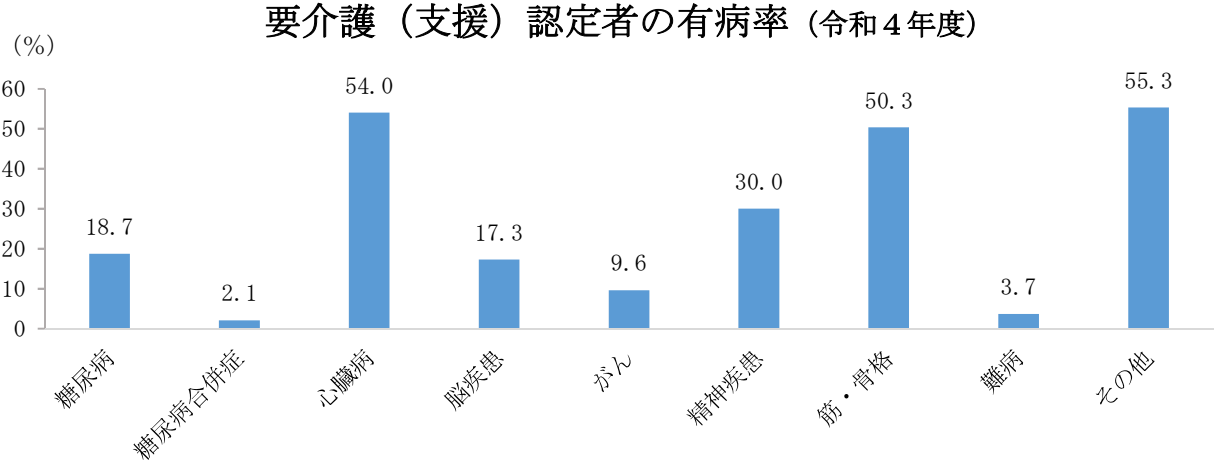
介護認定率の年次推移



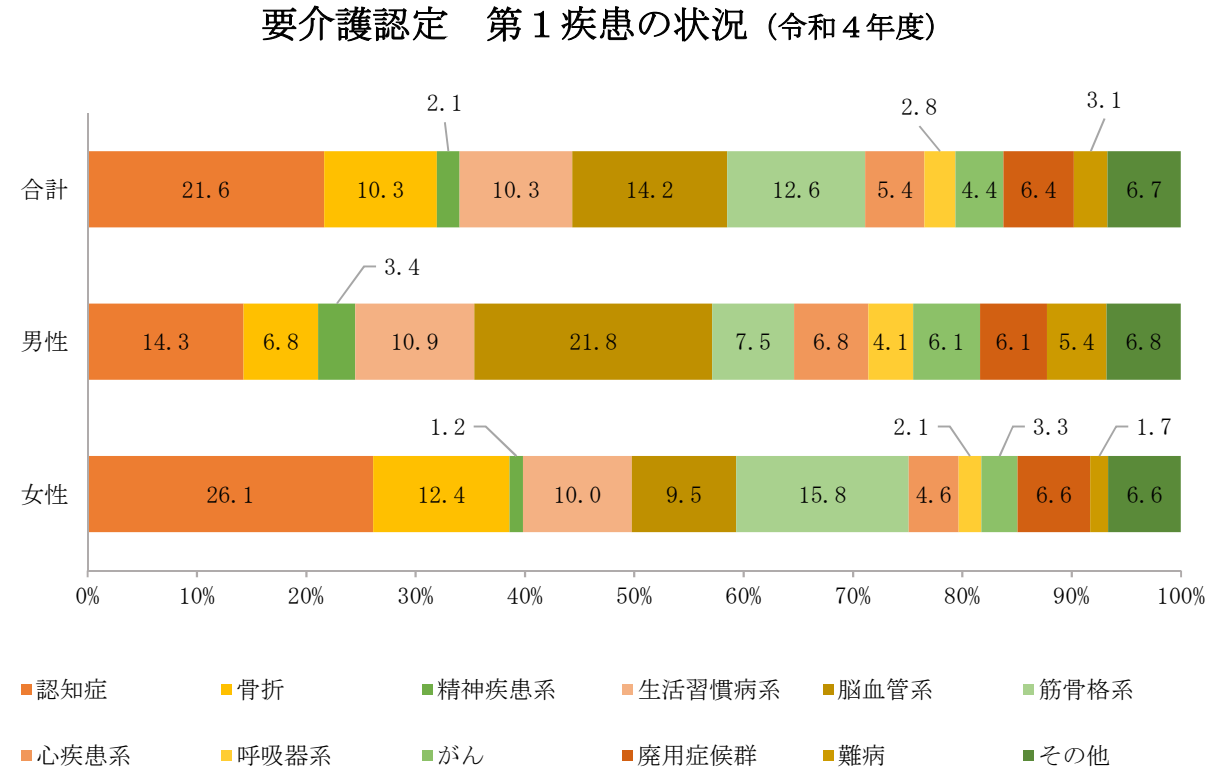
資料：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

要介護（支援）認定者の有病率をみると、心臓病が 54.0%と最も高く、次いで筋・骨格が 50.3%、精神疾患が 30.0%となっています。

また、令和 4 年度の主治医意見書から、要介護認定の原因の第 1 疾患をみると、全体では認知症が 21.6%と最も高く、次いで脳血管系が 14.2%、がんが 12.6%となっています。男女別にみると、男性では脳血管系が 21.8%と最も高く、認知症が 14.3%と続きます、女性では、認知症が 26.1%で最も高く、次いで筋骨格系が 15.8%、骨折が 12.4%と続きます。



資料：KDBシステム「要介護（支援）者認定状況」



資料：住民福祉課 主治医意見書

第3章 既存の保健事業

1 特定健診（つれもて健診）

目的	特定健診受診を受診することで、自らの健康状態について理解し、生活習慣を振り返ることで生活習慣病の予防・改善を目的にする。					
対象	20 歳～74 歳の国保被保険者 (20 歳は年度末に到達する者、74 歳は 75 歳の誕生日の前日まで対象)					
方法	【つれもて健診】 ＊地区巡回でがん検診（胃・肺・大腸・乳（土日のみ））と同時実施 夏季（4～9 月）7：15～9：00 9 か所 12 日間 冬季（12～1 月）7：45～9：00 2 か所 3 日間 12 月の 2 日間は健診センターキタデ（御坊市）で周辺 3 町と同時実施（8：30～11：00） 周知）・4 月初旬に希望調査票を発送。広報・町ホームページに健診日程を掲載。 ・希望調査票・電話等で申込みをとり、健診日の約 5 日前に問診票等を郵送。 検診機関）健診センターキタデ（御坊市）と委託契約 自己負担）無料 ＊総務課で実施していた、消防団員健診は令和元年度で終了。					
実績	◆特定健診 令和 4 年度 単位：人					
	年齢	20～39 歳	40～64 歳	65～74 歳	計	前年度
	受診者数	92	246	346	684	662
	◆39 歳以下の受診者の内訳 令和 4 年度 単位：人					
	国保資格	あり	なし	計	前年度計	
受診者数	48	44	92	81		
	◆過去 5 年間の受診者数 単位：人					
	受診者	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
	つれもて	582	564	547	662	684
	再掲) 夏季	510	476	435	558	592
	再掲) 冬季	72	88	111	104	93
評価	消防団員健診は令和元年度で終了し、総務課と協力し、町のつれもて健診で受診するように勧奨した。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度は受診期間の変更や規制もあり、受診者は減少した。令和 3 年度からは、感染予防対策も行いながらも、20 歳以上 39 歳以下で、事業所等で受診機会のない者も対象にしたことで、受診者数は増加し、令和 4 年度は 684 名が受診した。感染予防対策で、受付時間を細分化したことが、待ち時間の短縮につながり、受診者にも好評であったことから、令和 4 年度以降も受付時間の細分化を継続している。					

課題	今後も受診者を増やすための啓発や、継続受診を促すような勧奨を実施。また各会場で受けやすくする工夫が必要。今後、個別健診や医療機関からの情報提供について検討が必要。
----	---

2 つれもてドック

目的	特定健診受診者が自らの健康状態について理解し、生活習慣を振り返ることで生活習慣病の予防・改善を目的にする。											
対象	40 歳～74 歳の国保被保険者で国保税滞納のない者で、前年度にドック受診していない者 (40 歳は年度末に到達する者、74 歳は 75 歳の誕生日の前日まで対象)											
方法	* 健診センターキタデ、ひだか病院に委託契約し 5 月から 2 月に実施。（「ひだか病院」は令和元年に「ひだか病院」に名称変更） 募集方法） つれもて健診・ドック受診希望調査票を対象者に個別通知し、希望者は 4 月の期日までに郵送または持参にて申込。期日内に申込み受付、定員オーバーの場合は抽選。希望によりキャンセル待ちを設ける。 内容・定員・自己負担額）											
	コース名			キタデコース			ひだか脳コース			ひだか心血管コース		
	内容			脳・特定・がん			脳・特定			心頸動脈エコー・ABI・PWV・特定		
	日数			1 日			1 日			1 日		
	定員			220 人			30 人			30 人		
	自己負担額			5, 000 円			3, 000 円			2, 000 円		
	受診勧奨） 夏場と年明けに、当選したものの未受診の者について、健診センターキタデ及びひだか病院と連携をとりながら抽出し、電話勧奨を行う。											
	結果返却） ・キタデコースは、原則、受診者が健診センターキタデに結果を受け取りに行く。 ・ひだか脳コースとひだか心血管コースは、役場で結果説明会を実施する。											
	実績	つれもてドックの定員と受診状況										
			キタデコース			ひだか脳コース			ひだか心血管コース			
		定員 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	定員 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	定員 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)		
平成 30 年度		190	179	94. 2	60	58	96. 7					
令和元年度		190	178	93. 7	60	50	83. 3					
令和 2 年度		220	159	72. 3	30	23	76. 7	30	28	93. 3		
令和 3 年度		220	169	76. 8	30	27	90. 0	30	32	106. 7		
令和 4 年度	220	164	74. 5	30	27	90. 0	30	28	93. 3			

評価	令和2年度からは、ひだか病院との協議のもと、ひだか心血管コースを追加。定員は、ひだか脳コースとひだか心血管コース、それぞれ30人とした。また、受診者の固定化を解消するため、前年度受診者を対象外とする、申込み抽選するなどの工夫もしたが、何年か受けられない者もいたので、キタデコースの定員を30人増加し、受診者枠を拡充した。しかし、新型コロナウイルス感染症まん延の影響もあり、受診者数は伸びていない。また、がん検診は集団検診において無料で受診できることもあつてか、ひだか病院でのドックの希望が多く、令和3年度においては予算の範囲内で、ひだか病院との協議のもと、ひだか心血管コースの受診者数を増員した。また、当選したものの受診しない者もいるので、年度途中で予約を入れたか確認の電話を入れているが、全員受診するには至っていない。
課題	引き続き、当選した全員が受けることができるように勧奨を継続する必要がある。また、内容や定員数の調整等については、ドックの受託機関と協議しながら進めていくことが必要。

3 特定健診結果説明会

目的	特定健診受診者が自らの健康状態について理解し、生活習慣を振り返る事で生活習慣病の予防・改善を目的にする。
対象	＊つれもて健診及びドック（ひだか脳コース・ひだか心血管コース）の受診者全員 ＊ドック（キタデコース）については、健診センターキタデに委託
方法	【つれもて健診】 ①健診実施後3週間を目途に基本的に健診場所での実施の旨を、健診当日に個別にチラシを配布し周知。 ②時間については結果説明会の約1週間前にハガキで個別通知。 ・30分間にスタッフ1名あたり3～4名と設定し、時間配分。 ・特定保健指導初回面接についてはスタッフ1名で1時間と設定。 ③スタッフは6～7名で町保健師、雇上げ保健師、管理栄養士、栄養士を基本とするが、受診者数や場所の広さ等により設定。 【ドック（ひだか脳コース・ひだか心血管コース）】 ①受診翌月、ひだか病院から結果が返却された後、日程を設定してハガキ通知。 ②場所は役場内。 ③スタッフは町保健師、雇上げ管理栄養士。 ＊つれもて健診・ひだか脳コース・ひだか心血管コース実施分での説明会の欠席者については、後日、来庁してもらうか、電話で本人に結果を説明した上で郵送する。 【ドック（キタデコース）】 健診センターキタデに委託。ドック受診時に日程を調整し、健診センターキタデで結果説明を受ける。 ＊特定健診の結果で、要再検、要精検、要医療となった者には医療機関に依頼書を発行

	し、受診勧奨を行う。結果は、同封の結果報告書を返送してもらい把握する。 *結果報告書の返信がない場合、対象になる者に書面で連絡をとり、その返信もない場合は、保健師が電話で確認し、受診再勧奨を行う。
実績	令和4年度実績 【集団健診】 16回実施（12月の健診センターキタデ実施分は切目社会教育センター実施） 対象者 684人 参加者 501人+32人（代理説明）（参加率 77.9%） 【ドック（ひだか脳・心血管コース）】 9回実施 対象者 55人 参加者 46人（83.6%） 【要再精検等医療機関受診状況】 208人中 132人（受診率 68.2%）
評価	令和元年度から、保健センター機能が新庁舎に移転したことから、ひだか脳コースとひだか心血管コースの結果説明会は、庁舎内で実施と変更になった。結果説明会については、当日不参加でも役場に連絡がくるのが、定着してきている。特につれもて健診説明会は呼び出しの時間を細かく区切り待ち時間の短縮、農繁期には昼休み中に実施できるように時間設定を考えるなどの工夫を実施したことも、参加してもらいやすかったと考える。
課題	治療しているため情報提供になった者や、初めて受診した者については、特に丁寧に保健指導が必要である。また、次年度も健診を受けてもらえるように導くことも重要なので、指導内容についてスタッフ間で検討、共有し質の向上を継続して図っていくことも必要。 医療機関受診勧奨についても、再勧奨を徹底していくことが必要。

4 特定保健指導

目的	特定健診受診者が自らの健康状態について理解し、生活習慣を振り返ることで行動目標を立てることができ、生活習慣の改善を行い継続することで、生活習慣病の重症化予防及び改善を目的にする。
対象	つれもて健診・つれもてドックで特定保健指導が必要と判定された者
方法	【つれもて健診・ドック（ひだか脳・心血管コース）】結果説明会の際に初回面接を行う。 *初回面接後、役場で町保健師及び雇上げ管理栄養士により継続支援を行う。 *内容：動機づけ（個別相談1～2回、電話支援1～2回） 積極的（個別相談2～3回、電話支援2～3回） 【キタデドック】健診センターキタデに委託契約 いずれも、期間は6か月間を基準とする。

実績		つれもて健診＋つれもてドック				
		積極的支援		動機付け支援		
		対象者	実施者	対象者	実施者	
	平成 30 年度	26	12	56	28	
	令和元年度	33	21	67	57	
	令和 2 年度	30	21	55	49	
	令和 3 年度	26	18	58	45	
	令和 4 年度	20	11	47	32	
＊法定報告による終了率の割合						
	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
	率（％）	34.1	40.0	58.8	51.2	38.8
評価	管理栄養士（雇上げ）による支援は充実できているが、新型コロナウイルスワクチン接種事業なども重なり、マンパワーの問題等により保健師による訪問等ができていないので終了率は上がらない。					
課題	特定保健指導の充実。保健師の訪問等の指導の充実。					

5 特定健診未受診者対策事業

目的	継続的に特定健診を受診することで、住民が自らの健康を把握し、継続的に生活習慣病予防に取り組めるようになる。
対象	①国民健康保険に新規加入した 40 歳以上の者 ②年度中に 40 歳に到達する者 ③年度内に 55～59 歳になる女性※ ④前年度に特定健診を受診したが、当該年度の 11 月末時点で申込みのない者 ※ただし、勧奨時に特定健診（ドックを含む）申込み者は除く ※③については前期計画において、受診率向上の工夫として、性・年齢階級別に受診率の低い層をターゲットにしている。
方法	* 夏季の健診（4～11 月）終了後、上記対象者を抽出し、ハガキにより、冬季の健診（12～1 月）受診勧奨 * 広報誌に掲載して受診勧奨
実績	令和 4 年度実績 全 体 288 人 うち受診者 48 人（対象者のうち受診率 16.7%） 【内訳】対象① 48 人 うち受診者 3 人（対象者のうち受診率 6.3%） 対象② 16 人 うち受診者 0 人（対象者のうち受診率 0.0%） 対象③ 42 人 うち受診者 3 人（対象者のうち受診率 7.1%） 対象④ 182 人 うち受診者 42 人（対象者のうち受診率 23.1%） 冬季健診（特定健診）受診者総数 86 人

評価	冬季健診全体からみると勧奨した者の受診割合が半数以上を占めていた。勧奨した全数の割合からみると 16.7%と低い状況であった。また、前年度に受診して今年度申込んでいない者のうち受診者は 23.1%と割合は高いが、40 歳到達者や、前期計画で受診率が低かったため、勧奨している 55～59 歳の女性については低い。
課題	特定健診対象者全員に対する再勧奨方法について検討。未受診理由について把握し、受療中の者は医療機関と連携を図り情報提供を行ってもらうように進めた。その他の理由については、受診方法の工夫等を行うことが必要。継続受診の勧奨については今後も継続して実施するが、電話勧奨を行うなど内容を充実させることが必要。また、性年齢別の受診状況をみて、重点的に勧奨する対象を設定することも必要。

6 健康教室

(1) 血管げんき教室

目的	生活習慣病予防や健康に関する一般的な知識の普及啓発に努め、健康管理意識の向上と行動変容を促す						
対象	令和 4 年度対象：特定健診やドックの結果から、空腹時血糖 100 mg/dl 以上かつ HbA1c5.6 以上の者、または eGFR が 60.0ml/分/1.73 m ² 未満の者						
方法	令和 4 年度方法 全 2 回						
		担当	内容				
	第 1 回	保健師	血圧・体重測定、印南町の実態（死亡、有病率等） 特定健診結果の振返り 病態と原因について（動脈硬化・糖尿病、腎臓病）				
実績	第 2 回	保健師 管理栄養士	血圧・体脂肪率測定 食事バランス、減塩について講義				
		勧奨者数	開催回数	参加実人数	第 1 回	第 2 回	第 3 回
	平成 30 年度	310	3	17	16	16	14
	令和元年度	208	3	8	7	中止	2
	令和 2 年度	コロナのため開催なし					
	令和 3 年度	コロナのため開催なし					
	令和 4 年度	387	2	28	28	27	
※ 令和元年度の第 2 回は、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、急遽中止となった。令和 2 年度、3 年度は開催を見合わせた。							
評価	平成 29 年度までは、運動も取り入れた計 5 回の教室であったが、マンパワー不足もあり、平成 30 年度からは栄養に特化して教室内容の組立を変更した。令和元年度から、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の影響で開催できず、令和 4 年度から再開したが、久しぶりの開催でもあり、2 回の実施とした。						

課題	参加率の向上のため啓発に力を入れる。医師会にも教室の参加について勧奨してもらえようように持ちかけていきたい。 この教室を糖尿病性腎症予防重点事業や重症化予防事業に位置付けていきたいが、栄養指導のテーマを絞るとしても、栄養士等と指導内容を見直す必要がある。また、主治医のいる参加者については主治医と連携を図りながら実施。
----	---

(2) ロコモチャレンジ教室【終了年度：平成 30 年度】

目的	生活習慣病予防や健康に関する一般的な知識の普及啓発に努め、健康管理意識の向上と行動変容を促す。3 か月の取り組みで、家庭で継続できる運動を身につけることができる。														
対象	平成 30 年度の対象：町内の 40～74 歳の者。特定健診等で要指導となった者。 電話申し込みで先着 15 名。														
方法	日程) 12 月～2 月 計 6 回 内容) 医師の講演・ロコモ度テスト、栄養士の講義・調理実習、セラピストやインストラクターの講義・エクササイズ。 ロコモ度テストは 2 回行い、個人面談で結果を説明（改善支援）。 場所) 保健センター スタッフ) 社会医療法人黎明会 整形外科医、理学療法士（地域リハビリテーション広域支援センター）、健康運動指導士（スポーツインストラクター）、管理栄養士、センター保健師、雇上保健師														
実績	参加の状況 単位：人 <table><tr><td>平成 26 年度</td><td>平成 27 年度</td><td>平成 28 年度</td><td>平成 29 年度</td><td>平成 30 年度</td></tr><tr><td>21</td><td>17</td><td>13</td><td>12</td><td>13</td></tr></table>					平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	21	17	13	12	13
平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度											
21	17	13	12	13											
評価	平成 26 年度から 5 年間の実施としていた。参加者は減少しているが、毎日課題を行うことで「大変だったが、動きが違ってきた」等という声もあった。参加者の中にはすでに自分なりに運動をしている者もいたので、情報交換等を行う者がいた。教室の雰囲気はよく、積極的に講師に質問を行う場面も多かった。スクワット等の正しい姿勢や自分に合った動きを個別に教えてもらう機会となつて、参加者の満足度は大きかったと考える。ただ、毎週の課題設定があるので「しんどかった」という声もあった。毎日取り組む必要もあるので、モチベーションを保つ方法について、スタッフ間で話し合い、課題チェック表にスタッフがコメントを入れて返却するなど工夫を行った。														
課題	終了後の参加者の運動の継続について経過を見ていく必要がある。 ロコモティブシンドロームや骨粗鬆症についての理解を深めていく必要がある。														

(3) 運動 d e リフレッシュ教室【終了年度：令和元年度】

目的	生活習慣病予防や健康に関する一般的な知識の普及啓発に努め、健康管理意識の向上と行動変容を促す。1 年間を通して参加し、運動習慣が身につくこと、心身ともに良好な状態を保つことができる。
----	---

対象	町内の 40～74 歳の者。特定健診を受診した者。 電話申し込みで先着 20 名.			
方法	日程) 4 月～3 月 第 2、4 金曜日夜 計 24 回 内容) 血圧測定、健康運動指導士によるソフトエアロビクス 場所) 保健センター スタッフ) 社会医療法人黎明会 健康運動指導士 (スポーツインストラクター)、 センター保健師			
実績	参加の状況	平成 30 年度	令和元年度	単位：人
		23	31	
評価	参加者は定員を超えるが、1 回の参加者は 10～20 名程度であった。 参加する中で「肩こりが治った」「気分がスッキリしてリフレッシュできた」等の声が多く、継続して参加希望する者が多かった。 参加者同士も和気あいあいとした雰囲気の中で過ごすことができ、自主的に準備や後片付けを行う等も定着していた。ただ、新規の者の参加を促したいが、広報を見てすぐに前年度の参加者から申込があり、定員に達してしまうことが多かった。 平成 22 年度から 10 年間実施し、参加者の固定もあり、自主化に向けての検討を行っていた矢先、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため十分な協議ができないまま、令和元年度末で終了。			
課題	介護予防での自主サークル等の周知を行う。 運動の重要性の理解促進や、若い世代での運動の取組等について検討する。			



第4章 課題の明確化と目標の設定

1 課題の明確化

(1) 現状のまとめ

	現 状
医療費データ	■令和4年度の年間医療費は約11億8千万円で、平成30年度の約10億円と比べて約1.2倍と増加している。1人当たり医療費は令和4年度では29,735円で、同規模町平均に比べると低い状態である。 ■令和4年度の疾病別医療費（入院+外来）をみると、関節疾患が5.6%と最も高く、慢性腎臓病（透析あり）が5.5%、糖尿病3.9%、高血圧症3.3%と上位を占める。しかし、平成30年度から令和3年度では、慢性腎臓病（透析あり）が最も高くなっている。入院、外来別にみると、新生物が最も高額になっている。 ■生活習慣病の患者数は、高血圧症が612名と最も多く、次いで脂質異常症が481名、糖尿病が271名、虚血性心疾患が131名、脳血管疾患が84名と多い。人工透析も14名で、30歳代から患者がみられる。
健診データ	■特定健診受診率は、令和2年度までは徐々に低下しているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の対策等も大きく影響していると考ええる。令和3年度からは上昇に転じ、令和4年度は37.3%であるが、国の受診率より低く、特定健康診査等実施計画の目標である60%には達していない。年代別の受診率は70歳代が39.5%と最も高いが、男女とも40歳～44歳の受診率が低い。 ■特定健診の結果から、メタボ該当者は徐々に上昇し、平成30年度14.0%であったが、令和4年度では16.8%となっているが、県、国と比べて低い。メタボ予備群は令和2年度までは徐々に上昇し11.4%と、県と比べて高くなっていましたが、令和3年度からは低下してきており、令和4年度では9.3%と県、同規模町、国と比べて低い割合となっている。男女別では、メタボ該当者、予備群ともに男性のメタボが多い。 ■有所見者はHbA1cが66.8%、LDL コレステロールが52.2%、収縮期血圧が43.9%と続く。HbA1cは県と比べても高い状態にある。 ■有所見者の率を性、年齢別にみると、男性ではHbA1cが最も高く、特に65歳～69歳で高くなっている。またLDL コレステロールは50歳代で最も高くなっている。女性でも、HbA1cが最も高く、年齢とともに高くなっている。LDL コレステロールは50～60歳代で高く、収縮期血圧は60歳代が最も高い。 ■令和4年度の特定健診の結果で、医療機関受診が必要と判定された者208人のうち142人（68.2%）が受診した。 ■健診受診者の生活習慣については、1回30分以上の運動習慣ない者が72.0%、朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂るが30.3%と県や国に比べて高い。また改善意欲のない者も39.1%と高いが、保健指導利用しないは58.4%と低くなっている。

	■特定保健指導の実施率は令和3年度には62.4%まで上昇したが、令和4年度は52.2%と低いものの、県や国と比べて高い。利用率は令和4年度では積極的支援では55.0%、動機付け支援では68.1%であるが、終了率は積極的支援で10.0%、動機付け支援は51.1%であり、低い状態である。
介護データ	■介護認定率は令和4年度で15.5%と県や国と比べて低い状態が続いている。 ■令和4年度の要介護認定者の有病状況をみると心臓病が54.0%と最も高く、次いで筋・骨格系50.3%、精神疾患が30.0%である。主治医意見書からの原因疾病を見ると、男性では脳血管疾患が21.8%、認知症が14.3%と高く、女性では認知症が26.1%、筋骨格系15.8%、骨折が12.4%と続く。
その他のデータ	■死因別死亡割合は令和4年では悪性新生物が20.3%と最も高く、次いで心疾患が19.5%、老衰13.5%、脳血管疾患6.8%である。標準化死亡比（SMR）では、男性の急性心筋梗塞、女性の脳血管疾患、心疾患が高い。 ■平均寿命は男性が80.1歳と県よりは長く、女性は86.0歳と県、国と比較して短い。またKDBデータから見る健康寿命も男性79.4歳、女性83.6歳と低い状態である。 ■産業別には第1次産業が32.3%と県や国と比べて高い。

（２）健康課題

- ① 高血圧、脂質異常症、糖尿病の患者数が多く、特定健診結果からもHbA1c・高LDL コレステロール、血圧の有所見者が多くなっています。特定健診受診率は国と比較して低く、特に40歳代で受診率が低い状態です。若い内から特定健診を受診し、自分の健康状態を把握し、健康意識の向上を図ることが重要です。
- ② メタボ該当者は増加傾向にあり、特に男性に多い傾向です。有所見者状況では、HbA1c、LDL コレステロール、収縮期血圧が高い者の割合が多くなっています。有所見者については、特に生活習慣改善に取り組む必要があります。特定保健指導については、終了率を向上させる必要があります。
- ③ 総医療費（入院+外来）では、令和4年度は関節疾患が高額となっていますが、生活習慣病関連で高額なのは、慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症、糖尿病です。
また要介護者の有病状況においても心臓病や筋骨格系、高血圧症が多いことから、糖尿病も含め、食事面、運動面からの生活習慣病の重症化予防をすることが必要です。

2 目的・目標の設定

様々な視点からの分析により抽出された課題に対応した保健事業を実施し、被保険者が健康に対する意識を高め、自らの健康状態を把握するとともに、疾病予防や重症化予防に取り組み、健康の保持増進を図ることを目的とします。

(1) 中・長期的目標

- ① 生活習慣病予防のため特定健康診査受診率や特定保健指導実施率を向上させ、被保険者が健康状態を把握し、自ら予防に取り組むことで、生活習慣病の発症を予防します。
- ② 糖尿病をはじめとする生活習慣病予防のため、生活習慣改善に取り組む者を増加させるとともに、受療が必要な者を医療機関受診につなげ保健指導を実施することで重症化を予防します。

(2) 短期的目標

- ① 特定健康診査未受診者への受診勧奨を強化し、とりわけ 40 歳代への受診勧奨方法の工夫、医療機関との連携の強化を図ることで、全体の特定健康診査受診率を上昇させます。
- ② 特定保健指導対象者への利用勧奨を強化し、保健指導を充実させることで、特定保健指導実施率を上昇させます。
- ③ 特定健康診査結果が要再検、要精検、要医療の者に対し医療機関への受診勧奨を強化し、対象者の受療率の向上を図ります。
- ④ 糖尿病腎症等のハイリスク者等に対して、医療機関受診勧奨や保健指導を行うことで重症化予防に取り組めます。

(3) 評価指標

①被保険者 1,000 人当たり患者数の指標

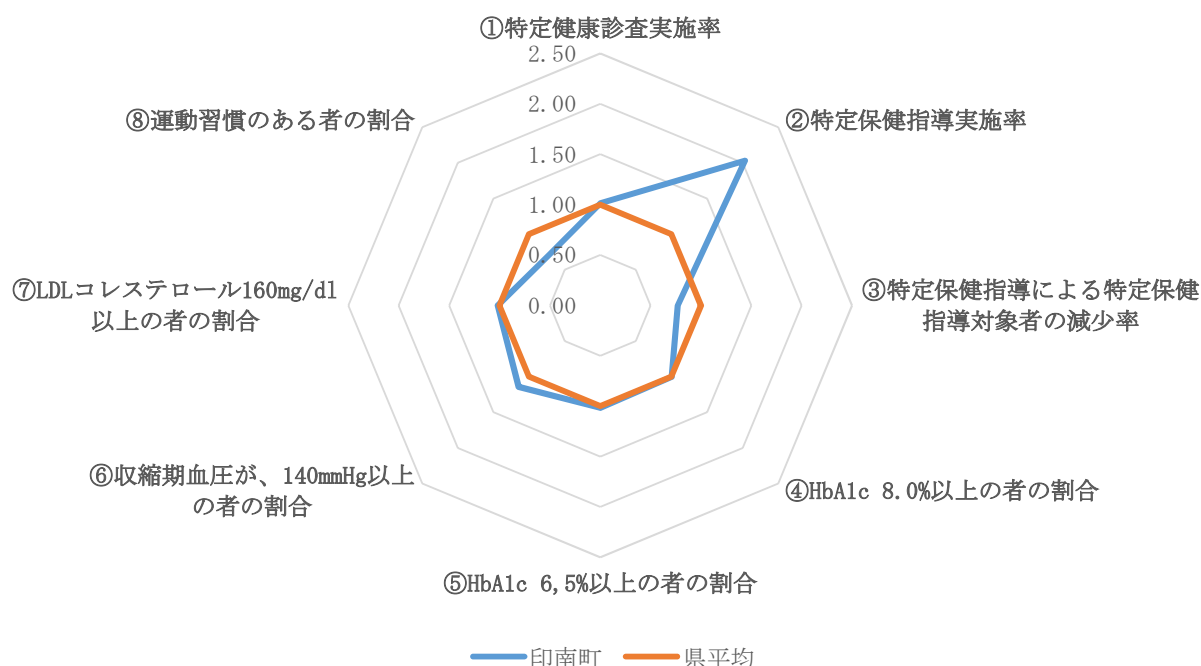
評価指標	令和 4 年度 2022 年度	令和 8 年度 2026 年度	令和 11 年度 2029 年度
高血圧症	222.50	220 人	220 人
脂質異常症	181.46	175 人	175 人
糖尿病	94.09	90 人	90 人
糖尿病性腎症	3.54	3 人	3 人

②健診受診者のうちの有所見者の割合

評価指標	令和 4 年度 2022 年度	令和 8 年度 2026 年度	令和 11 年度 2029 年度
HbA1c	66.8%	65%	65%
LDL コレステロール	52.2%	50%	50%
収縮期血圧	43.9%	42%	42%

※令和 4 年度：計画策定時実績、令和 8 年度：中間評価年度、令和 11 年度：最終評価年度

(4) 印南町の各指標値の実績と和歌山県平均値との比較と見える化



指標	分母	分子	レーダーチャートの数値		実績値	
			印南町	県平均	印南町	県平均
①特定健康診査実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数	1.01	1.00	37.3	36.8
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数	2.03	1.00	56.7	27.9
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数	0.77	1.00	16.4	21.3
④血糖コントロール不良者数の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 8.0%以上の者の数	1.00	1.00	1.1	1.5
⑤高血糖の者(糖尿病が強く疑われる者)の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 6.5%以上の者の数	1.02	1.00	8.7	10.3
⑥高血圧の者の割合	特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	収縮期血圧が140mmHg以上の者の数	1.15	1.00	16.4	27
⑦脂質異常の者の割合	特定健康診査受診者のうち、LDLコレステロールの検査結果がある者の数	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の数	1.02	1.00	10.1	11.7
⑧運動習慣のある者の割合	特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施)で、「①はい」と回答した者の数	0.71	1.00	28	39.3

第5章 保健事業の実施計画

1 具体的な事業展開

(1) 特定健康診査受診率の向上

目的	特定健診受診を受診することで、自らの健康状態について理解し、生活習慣を振り返ることで生活習慣病の予防・改善を目的にする。		
対象	* 20 歳～74 歳の国保被保険者 (20 歳は年度末に到達する者、74 歳は 75 歳の誕生日の前日まで対象) * ドックについては、40 歳～74 歳の国保被保険者で、滞納がなく、前年度にドックを受診していない者		
事業内容			
■ 特定健康診査受診勧奨 ・ 4 月初めに全世帯に希望調査票を郵送し、ドックや集団での健診の申込みをとる。 ・ 広報・町ホームページなどで特定健康診査受診の啓発を行う。 ・ つれもて健診は 4 月から 1 月に 11 か所 17 日間実施。早朝にがん検診と同時実施する。 ・ 各会場の受診者数、待ち時間等を見ながら、受診者が受診しやすいように、日数や会場の設定などの工夫を行う。 ・ 町内の各組織や団体等に対して受診協力を図る。 ・ 個別健診や医療機関等からの情報提供について連携を図る。 ■ 特定健康診査未受診者対策 ・ 10 月の健診終了後、対象者を限定して抽出し、ハガキにより 12 月からの受診勧奨を行う。 ①国民健康保険に新規加入した者、②年度中に 40 歳に到達する者、③前年度に特定健康診査を受診したが、10 月末時点で未受診の者、④前年度等の実績をみて受診率の低い年齢層の者。 ①から④で前年度特定健康診査を受診したが、今年度申込みのない者、40 歳到達で今年度未受診の者、国保新規加入で未受診の者を抽出し、ハガキにより 12 月からの健診の受診を勧奨する。 ・ 特定健康診査未受診者に対しての電話やハガキによる勧奨の委託事業等についても必要に応じて委託を図る。 ・ 町内の各組織や団体等に対して受診協力を図る。 ・ 医療機関等にも啓発し周知をしてもらう。			
アウトプット評価			
指標	現状（令和 4 年	中間目標（令和 8 年	目標値（令和 11 年
特定健康診査未受診者への勧奨率	100%	100%	100%

アウトカム評価			
指標	現状（令和４年	中間目標（令和８年	目標値（令和１１年
特定健康診査受診率	37.3%	50%	60%

（２）特定保健指導利用勧奨

目的	特定健診受診者が自らの健康状態について理解し、生活習慣を振り返ることで行動目標を立てることができ、生活習慣の改善を行い継続することで、生活習慣病の重症化予防及び改善を目的にする。		
対象	つれもて健診・つれもてドックで特定保健指導が必要と判定された者		
事業内容			
・つれもて健診の結果返却は原則健診会場で実施。（健診センターキタデで12月に実施するつれもて健診の結果説明会は、防災福祉センターで実施）。つれもてドックのうち、ひだか脳コースとひだか心血管コース（ひだか病院で実施）の結果説明は役場内で実施。キタデコース（健診センターキタデで実施）は健診センターキタデで結果返却（健診センターキタデと委託契約している）。 ・特定保健指導の実施方法について、キタデコースは、受診当日に初回面接を行う。つれもて健診及びひだか脳コース・ひだか心血管コースは、いずれも結果返却時に初回面接を実施する。 ・継続支援について、キタデコースは健診センターキタデと契約しており最終面接まで委託するが、来所面接等が難しい場合は、町保健師と協議してできるだけ継続できるようにする。その他については、町保健師または在宅保健師や在宅管理栄養士が役場内等で電話または面談による指導を継続。また、保健師による訪問指導を充実させる。 ・未利用者については、電話または通知等で利用の再勧奨を行う。			
アウトプット評価			
指標	現状（令和4年度）	中間目標（令和8年度）	目標値（令和11年度）
特定保健指導利用率 （法定報告）	64.2%	70.0%	80.0%
アウトカム評価			
指標	現状（令和4年度）	中間目標（令和8年度）	目標値（令和11年度）
特定保健指導実施率 （法定報告）	38.8%	60.0%	65.0%

(3) 生活習慣病重症化予防

目的	特定健診受診者が自身の生活習慣を振り返り、改善に取り組むことで、生活習慣病の重症化を予防することができる。 そのために、健診結果において受診勧奨域となった者が確実に医療機関受診に結びつけることができるようにする。		
対象	つれもて健診・つれもてドックで医療機関受診勧奨域（要再検、要精検、要医療）の者		
事業内容			
・特定健康診査の結果において、医療機関受診勧奨域（要再検、要精検、要医療）の者に依頼書を発行し、かかりつけ医に返送を依頼する。 ・医療機関受診の有無に関しては、主治医からの結果報告書で確認。医療機関未受診の場合は、電話で確認し、医療機関受診勧奨を行う。 ・教室実施について医師会に情報提供を行い、対象者に参加勧奨を依頼する。特に問診票において「生活改善について保健指導を利用する」としている者には、積極的に利用勧奨を行う。 ・対象者への対応（訪問、面談、電話等）については対応記録を作成する。			
アウトプット評価			
指標	現状（令和４年度）	中間目標（令和８年度）	目標値（令和１１年度）
医療機関受診勧奨率	勧奨率 100% キタデコースは要精検のみ、集団健診、ひだか脳コース・ひだか心血管コースは要再検、要精検、要医療に対して勧奨	要再検以上を対象で 勧奨率 100%	100%
アウトカム評価			
指標	現状（令和４年度）	中間目標（令和８年度）	目標値（令和１１年度）
①医療機関受診率 ②健診結果の改善	① 57.1%	①医療機関受診率 65% ②令和７年度の健診結果（数値または生活習慣の内容）の改善がみられる者が 30%	①医療機関受診率 80% ②令和１０年度の健診結果（数値または生活習慣の内容）の改善がみられる者が 50%

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	糖尿病重症化及び糖尿病性腎症の進行を抑制するため。		
対象	特定健診やレセプトより 2 型糖尿病患者（疑い）を抽出。その内の医療未受診や治療中断者を対象とする。		
事業内容			
・ KDB システムから糖尿病の未治療者及び治療中断者の対象者を抽出する。 ・ 対象者に受診勧奨及び保健指導を訪問または電話にて実施する。 ・ 保健指導実施者に対しては、医療機関からの連絡票の返信やレセプトから、受診状況を把握し、必要に応じてかかりつけ医との連携を図る。 ・ 年度末に、御坊保健所管内で糖尿病性腎症重症化予防検討会を開催しており、他市町村との情報共有や、日高医師会ほか医療機関から、取り組み内容の評価や助言を得ている。 ・ その他、和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、個別指導を行う。			
アウトプット評価			
指標	現状（令和 4 年度）	中間目標（令和 8 年度）	目標値（令和 11 年度）
医療機関受診 勧奨率	100%	100%	100%
アウトカム評価			
指標	現状（令和 4 年度）	中間目標（令和 8 年度）	目標値（令和 11 年度）
①医療機関受診率 ②治療継続率	①医療機関受診 0%	①医療機関受診 60% ②令和 7 年度に治療が必要な者が 80%治療継続している。	①医療機関受診 80% ②令和 11 年度に治療が必要な者が 100%治療継続している。

2 保健事業の目標及び評価指標

評価は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の4つの視点で行います。

最終目標は、数値的な評価となり時間がかかることも予測され、結果に至るプロセス（過程）についても評価することが重要です。ストラクチャー（構造）評価については、事業に関する職員の体制、事業の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制を指標とし、各事業に対して評価していきます。

アウトプット（事業実施量）評価、アウトカム（過程）評価については、指標を決め、目標を設定し、評価を行う中で適宜見直しを行います。

第6章 データヘルス計画の見直し

計画期間の最終年度となる令和11年度に、本計画第5章に掲げる保健事業の実施計画について、目標の達成状況及び事業の実施状況などに関する調査及びデータ分析を行い評価します。また、中間時点である令和8年度には達成状況の確認を行い、再度計画を見直す必要がある場合は、中間見直しを実施します。

計画にはKDBシステム等を活用し、可能な限り数値を用いて評価を行います。評価の結果、本計画の目標設定、取り組むべき事業等を見直し、次期計画の参考とします。

また、計画の期間中においても、目標の達成状況や事業の実施状況について、また保健事業の実施方法、スケジュールの見直し等は毎年度行うこととします。

第7章 第四期特定健康診査等実施計画

1 計画策定の趣旨及び背景

我が国では、高齢化の急速な進展に伴って疾病構造も変化し、疾病全体に占める生活習慣病の割合は年々増加しており、生活習慣病を中心とした疾病予防対策が大きな課題となっています。

このような状態を踏まえ、国の医療制度の一環として、高齢者の医療の確保に関する法律第18条に定められた「特定健康診査等基本指針」に基づき、平成20年度から印南町においても特定健診・特定保健指導の実施に取り組んできました。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められています。令和6年以降の第四期においては成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることになりました。

本計画は、第三期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、印南町の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものです。

2 目標値の設定

第四期特定健診等実施計画策定に向けて、国はこれまでの特定健診・特定保健指導の実績を踏まえ、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」において、新たな特定健診等の目標を定めました。

市町村国保の目標値については「第三期に引き続き、令和11年度における特定健診の受診率が60%以上、特定保健指導の実施率が60%以上、メタボ該当者及び予備群の減少率が25%以上」とされており、保険者は、加入者数、加入者の年齢構成、地域条件等の実情を考慮して、目標値を本計画において定めるものとしています。

本町においては、独自の目標値を設定する特例の事情等がないものと考えられることから、指針において示された目標値を採用することとし、令和11年度までに特定健診受診率の目標値を60%、特定保健指導実施率は目標値を60%、また特定保健指導対象者の減少率を令和5年度対比25%とします。

各年度における特定健診対象者数推移と目標受診率

	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
目標受診率	40%	46%	50%	53%	56%	60%
受診者数	820人	919人	974人	1,007人	1,037人	1,084人
対象者数	2,049人	1,998人	1,948人	1,900人	1,852人	1,806人

各年度における特定保健指導対象者数推移と目標実施率

	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
目標実施率	40%	45%	50%	55%	58%	60%
実施者数	34 人	44 人	51 人	58 人	63 人	68 人
対象者数	86 人	97 人	102 人	106 人	109 人	114 人

3 特定健康診査の対象者

特定健診の対象者は、実施年度中に 40～74 歳となる国民健康保険加入者で、1 年間を通じて加入している者（年度途中で加入・脱退等異動のない者）のうち、除外規定の該当者（妊産婦・長期入院者・海外在住・刑務所入所中等）を除いた被保険者となりますが、計画策定時には、過去 5 年間の国保加入率の傾向から、将来の特定健診対象者数を推計しました。

各年度における性・年齢別特定健診対象者数の推計

被保険者数 (人)		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
40 歳～ 64 歳	男性	469	457	446	435	424	413
	女性	470	458	447	436	425	414
65 歳～ 74 歳	男性	525	512	499	487	474	463
	女性	585	571	557	543	529	516

4 特定保健指導の対象者

特定保健指導の支援別の出現率は、令和元年度から令和 4 年度の特定保健指導対象者の出現率の平均と同率とし、積極的支援対象者割合は約 3.4%、動機付け支援対象者割合は約 7.1%としました。

各年度における特定保健指導者数の推計

(人)	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	28	32	33	34	35	37
動機付け支援対象者数	58	65	69	72	74	77
合計	86	97	102	106	109	114
積極的支援実施者数	11	14	17	19	20	22
動機付け支援実施者数	23	30	34	39	43	46
合計	34	44	51	58	63	68

特定保健指導においては、特定健診の結果、腹囲・血糖・脂質・血圧が所定の値を上回り、糖尿病・高血圧症・脂質異常症の服薬をしていない受診者とします。また階層化を行い、動機付け支援

と積極的支援に分類します。該当しない健診受診者や、糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療に係る薬剤を服用中の受診者には、情報提供を行います。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64 歳	65～74 歳
男性 85 cm 以上 女性 90 cm 以上	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 以上	3 つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2 つ以上該当	あり		
		なし		
	1 つ該当			

※BMI＝体重(kg)／身長(m)／身長(m)で求められる数値で肥満の判定をする。18.5未満がやせ、18.5以上

25未満がふつう、25以上が肥満となる。

※①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上または hbA1c (NGSP) 5.6%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 130mg/dl 以上または拡張期血圧 85mg/dl

④喫煙歴：6 か月以上吸っている者で最近 1 か月間も吸っている者

※糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は除く。

5 特定健康診査・特定保健指導の実施方法について

1 特定健康診査

(1) 基本的な考え方

糖尿病をはじめとする生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因する虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクを高めると言われています。このため、メタボリックシンドロームの概念に基づき、その該当者及びその予備群に対して、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の生活習慣病や、これが重症化した虚血性心疾患、脳血管疾患などの発症のリスクの低減を図ることが可能となります。

特定健診は、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボに該当する人及びその予備群を把握して、減少させるための保健指導を必要とする者を的確に抽出するとともに、年 1 回の健診を受けることにより、自己の健康管理を啓発するものです。

(2) 健診項目、実施形態

①実施形態

第三期計画と同様に、集団健診は、主に町内各地区集会場等において、「つれもて健診」とし

て各種がん検診と同時実施します。個別健診については、第四期計画においても当初は国保人間ドック（基本的・詳細な健診項目は含まれている）のみとし、医療機関での個別健診の導入やみなし健診については、今後の課題とします。

②周知・案内方法

受診券は発行せず、毎年4月当初に「つれもて健診・ドックのお知らせ」ちらしと「つれもて健診・ドック受診希望調査票」を対象の全世帯に郵送し、希望する者に問診票等を郵送します。町広報誌やホームページ、地方紙等を活用し、積極的に受診啓発活動に努めていきます。

③健診項目

今までも、全ての対象者に実施する「基本的な健診」として、国が基準とする検査項目に加えて本町独自の項目を追加し、早期から糖尿病の早期発見と重症化予防の観点から「ヘモグロビンA1c」検査を、また人工透析の原因となる慢性腎臓病の早期発見と重症化を予防する観点から「血清クレアチニン」「尿酸」「eGFR」を実施してきました。さらに、受診行動に結び付く魅力ある健診となるように健診内容を見直し、全受診者に「貧血検査」と「心電図検査」を実施しています。また動脈硬化の進行をより正確にチェックするため総コレステロール、non-HDLコレステロールも第三期計画期間と同じく追加し、その充実を図っていきます。

④健診結果の通知方法

健診の結果通知は、健診後約3週間後に健診受診者全員を対象に結果説明会を開催して行います。受診者が自ら健康状態を把握し、健診結果を基に疾病の早期発見や生活習慣の改善につながるよう、保健師や（管理）栄養士が個別面談を行い、必要に応じて受診勧奨通知を作成し医療機関の受診勧奨を行うなど、個人に合せたきめ細やかな支援をします。また、経年的な変化を見ることの必要性を伝え、特定健診の継続受診につなげるようにします。

⑤利用者負担

引き続き無料とします。

⑥受診率向上のための取組

本町における令和4年度の特健健診受診率は37.3%であり、目標である特定健診受診率60%の達成に向けて、健診未受診者への対策を進めていく必要があります。健診未受診者については、医療機関入院・通院中の人や他で受診している人もいることから、対象者の見直しや、医療機関・事業主健診等法令に基づくデータの収集について検討していく必要があります。また、健診センターキタデアクオ棟で近隣市町との合同開催を行う等受診しやすい体制作りに努めていますが、さらに、魅力ある健診としての充実を図るとともに、広報や周知方法等についても工夫していきます。また、健診未受診者に対して在宅保健師の会等の協力を得ながら電話勧奨等の実施についても今後検討していきます。

特定健診の実施内容

場所	集団健診：印南町公民館、印南町防災福祉センター、切目社会教育センター稲原防災センター、切目川防災センター、旧まづま保育園、津井・山口・崎山・榎川の各集会場、健診センターキタデアクオ棟				
回数	春～夏 13 回 （うち土・日曜健診として、印南・稲原・切目・切目川・真妻で各 1 回） 冬 4 回（土・日曜日：健診センターキタデアクオ棟、印南町防災福祉センター、切目社会教育センター）				
時期	申込 4 月～翌年 1 月（健診日より約 1 週間前に随時〆切） 問診票等送付（健診約 5 日前） 健診 5 ～11 月、12～翌年 1 月				
受診券	発行せず。				
基本的な健診項目	○問診（標準的な質問票・服薬歴・既往歴・自覚症状） ○理学的検査（身体診察） ○身体計測（身長・体重・BMI・腹囲） ○血圧測定 ○尿検査（尿蛋白・尿糖） ○血液検査 脂質検査（中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール・ ※総コレステロール・non - HDL コレステロール） 血糖検査（空腹時血糖・ヘモグロビン A1c（NGSP 値）） 肝機能検査（AST（GOT）・ALT（GPT）・γGT（γGTP）） ※腎機能検査（尿酸・血清クレアチニン・eGFR） ※貧血検査（赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値・白血球数） ○※心電図検査（1 2 誘導心電図） ※印は、国の基準以上に本町独自で実施している項目				
詳細な健診項目	○貧血検査（ヘマトクリット・血色素量・赤血球数） 貧血の既往歴を有するか、視診等で貧血が疑われる受診者 ○心電図検査 当該年度の特定健康診査結果において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg または問診等で不整脈が疑われる者。 ○眼底検査 当該年度の特定健康診査結果において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または随時血糖値が 126 mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、	血圧	収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または随時血糖値が 126 mg/dl 以上
血圧	収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または随時血糖値が 126 mg/dl 以上				

	かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。 ○血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む） 当該年度の特定健康診査結果において、血压または血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1" data-bbox="422 425 1428 571"> <tr> <td>血压</td><td>収縮期血压 130mmHg 以上または拡張期血压 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100 mg/dl 以上</td></tr> </table> 詳細な健診においては、上記の基準において医師が個別に判断する。	血压	収縮期血压 130mmHg 以上または拡張期血压 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100 mg/dl 以上
血压	収縮期血压 130mmHg 以上または拡張期血压 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100 mg/dl 以上				

2 特定保健指導

（１）基本的な考え方

メタボ該当者や生活習慣病の有病者、予備群を減少させていくには、保健指導や医療の必要な対象者を正確に把握し、効果的な対応をとることによって確実に成果を出していくことが求められます。

特定保健指導は、メタボに着目し、対象者自身が健診結果を理解して身体の変化に気づき、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、自らの生活習慣における課題や優先順位を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することを目的として実施します。

（２）特定保健指導対象者の選定と階層化の基準

特定健診の結果に基づき、特定保健指導対象者の判定を行います。対象者の選定・階層化については、リスク要因（高血圧・高血糖・脂質）の数に着目し、保健指導のレベルを設定します。詳細については、高血圧症・糖尿病・脂質異常症の服薬中の者については、特定保健指導の対象としません。また、65歳以上の者で積極的支援の対象となった者でも、動機付け支援とします。さらに、要医療（医療機関を受診する必要がある）と判定された者についても、主治医と連携を取りながら、特定保健指導の対象者とします。

（３）特定保健指導対象者の重点化

- ①年齢が比較的若い対象者
- ②健診結果の保健指導レベルや健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- ③問診票より、生活習慣改善の必要性が高い対象者
- ④前年度、特定保健指導対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けなかった対象者

(4) 保健指導の実施方法

第三期計画から導入されている初回面接の分割実施については原則、実施せず、従来通り集団健診終了約3週間後に結果説明会を各健診会場等で開催し、個別指導を実施します。保健指導の必要性の度合いによって「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」の3段階に区分して、保健師、管理栄養士が中心となって保健指導を実施します。

◆情報提供

自らの身体状況を確認するとともに、健康的な生活習慣の重要性に対する確認と関心を深め、現状の生活習慣を見直すきっかけとなるよう、受診者全員に、健診結果と併せて基本的な情報提供を行います。

◆動機付け支援

自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行う事を目的としています。

初回面接1回と、6か月後（最低3か月経過後）の評価を行います。初回面接の内容は、生活習慣の改善に必要な実践的なものとし、対象者の行動目標や評価時期の設定を支援します。実績評価では、設定した個人の行動目標の達成状況、身体状況や生活習慣の変化度合いを評価・検討します。評価の手段は、面接（訪問、来所）あるいは通信（電話、手紙、Eメール等）とします。

◆積極的支援

自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行う事を目的としています。

6か月間（最低基準は3か月）にわたる定期的・継続的な支援を行います。

初回面接を行い、2回目以降は面接（訪問、来所）あるいは通信（電話、手紙、Eメール、FAX等）により実施します。また、行動計画の実施状況の確認のための中間評価と、設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて最終評価を行います。

なお、2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に積極的支援を修了しており、2年目の状態が改善している者については、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したとみなされます。

特定保健指導の実施プログラム

場所	初回面接：各健診結果説明会の会場 継続支援：出向型と拠点型を組み合わせ対象者が参加しやすいように設定					
方法	●積極的支援の継続支援：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。 ●2年連続で積極的支援となった者の改善の基準は下記のとおり <table><tr><td>BMI < 30</td><td>腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者</td></tr><tr><td>BMI ≥ 30</td><td>腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者</td></tr></table> この基準を参考に動機づけ支援相当とするか、積極的支援とするかを決定する。		BMI < 30	腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者	BMI ≥ 30	腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者
BMI < 30	腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者					
BMI ≥ 30	腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者					

	動機付け支援の最終評価：個別相談または通信 集団教室：運動・栄養教室への参加を促す
	継続的な支援のポイント構成 ■アウトカム評価 ・腹囲 2.0 cm以上かつ体重 2.0 kg以上減少：180 p ・喫煙習慣の改善（禁煙）：30 p ・腹囲 1.0 cm以上かつ体重 1.0 kg以上減少、食習慣の改善、運動習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善：各 20 p ■プロセス評価 ＊支援種別 ・個別支援（支援 1 回当たり最低 10 分間以上）：70 p ・グループ支援（支援 1 回当たり最低 40 分間以上）：70 p ・電話支援（支援 1 回当たり最低 5 分以上）：30 p ・電子メール等：支援 1 往復当たり 30 p
時期	初回面接：健診結果説明と同時 継続支援：随時実施
利用券	発行せず。

3 委託基準

（１）外部委託とその契約形態

特定健診は健診センター・キタデに委託し、受付（被保険者の該当確認）は担当課（住民福祉課）で行います。

特定保健指導の運動教室は健康運動指導士に一部委託し、栄養教室は（管理）栄養士を雇上げて実施します。

現在、国保人間ドックの内容で、特定健診・特定保健指導を含んだものは健診センター・キタデに委託し、特定健診のみを含んだものは、ひだか病院に委託していますが、ひだか病院での特定保健指導の委託についても検討します。

契約は単年度契約とし、委託先の外部委託は禁止します。

（２）外部委託者の選定にあたっての考え方

選定基準は、厚生労働省が定める外部委託に関する基準を満たしていることとし、選定方法は、全国労働衛生団体連合会の評価認定や IS09001 を受けている健診機関の中から、見積や他の照会資料を比較検討して選定します。委託する健診センター・キタデ、ひだか病院は、全国労働衛生団体連合会の評価認定を受けており、IS09001 を満たしています。

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」委託基準の項を参照します。

4 周知や案内の方法

特定健診対象者を含む 20 歳以上の各世帯に、「つれもて健診・ドックのお知らせ」ちらしとともに「受診希望調査票」を郵送し、受診希望する健診項目や健診日、あるいはまた未受診理由等を記入して、同封の返信用封筒で返送してもらいます。

町広報誌「広報いなみ」やホームページをはじめ、テレビ和歌山の地上デジタル放送 d ボタン、地方紙掲載、公共機関へのポスター掲示等にて周知していきます。

また、受診歴のある者で受診申込のない者を中心に、電話等による受診勧奨を実施します。さらに、夏のつれもて健診終了後、がん検診を含めて過去 3 年間未受診等、受診状況に応じて受診勧奨の個別通知を行い、冬にも 3 日間「つれもて健診」を実施します。

なお、対象者全員に対する受診券や特定保健指導対象者の利用券発行は、今後検討していきます。

5 事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

今後未受診の理由等把握しながら、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した者のデータについては、個別に町への提出を求めるか、本人の了承のもと、事業主あるいは健診機関から町への提出を求められるよう、検討していきます。

6 代行機関

データ管理について、平成 20 年度当初から和歌山県国民健康保険団体連合会に委託しています。

個別健診が導入されれば、費用決済及び対象者全員に対する受診券や特定保健指導対象者の利用券の発行等についても委託を検討していきます。

7 年間スケジュール等

4 月⇒健診のお知らせ・受診希望調査票の郵送、申込者への問診票等の送付開始
健診開始

5 月⇒結果説明会（初回面接）開始

9 月⇒夏季の健診終了

11 月⇒夏季の結果説明会（初回面接）終了

検討委員会の開催（健診実施後の検討や評価、翌年度の計画について検討する）

未受診者等への受診勧奨通知郵送

12 月⇒申込者への問診票等送付、健診

評価開始

検討委員会の開催（保健指導実施結果の検討や評価、翌年度の計画の検討と予算案作成等について検討する）

1 月⇒冬季の健診終了

2 月⇒冬季の結果説明会（初回面接）終了

検討委員会の開催（事業計画の見直し、委託機関との調整や翌年度の委託準備等）
3月⇒最終評価終了

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

1 評価方法

- ① 特定健康診査の実施率：令和11年度に60%
- ② 特定保健指導の実施率：令和11年度に60%
- ③ 特定保健指導対象者の減少率：令和11年度に平成20年度対比25%

2 特定健診等実施の成果に係る目標

（1）短期的な目標の指標

- ① 健診結果データから肥満度・血液検査値・リスク数の改善度、対象者の意識や行動の変化を促します。
- ② リスクを併せ持つ受診者に働きかけ、メタボの出現率を抑えることで、医療につながる人を減らしていきます。
- ③ 糖尿病の医療費は県平均と比べてさほど高くありませんが、人工透析に結びつく可能性が高いことから、良好な血糖コントロール状態が維持できるように支援していきます。
- ④ 高血圧症の医療費が50歳代後半から増加することを踏まえ、40歳代からの減塩を中心とした指導を重点的に行い改善を促していきます。

（2）長期的な目標の指標

- ① 脂質異常症、腎不全、虚血性心疾患の医療費を下げます。
- ② 高血圧症の件数・医療費の増加を抑制します。
- ③ 死亡率や要介護率の変化

3 評価時期・年度

本計画に沿って事業を実施していく中で、各年度の数値目標の達成度、事業実施結果を分析、評価して次年度に向け本計画を本町の現状により近い状況で実施していけるよう柔軟に見直し、効率よく、効果的な事業を推進していきます。

なお、国が定める「特定健康診査等基本方針」、関連法令等の変更があった場合は、本計画の内容についても見直しを行います。

第8章 計画の公表・周知

策定した計画は、町ホームページ等で公表し、広報等においても積極的に周知を図ります。

第9章 事業運営上の留意事項

保健事業を効果的に進めるために、KDB システムなどを活用し、医療や疾病状況、健診状況を抽出・分析し、町民、庁内関係各課、医療機関、各種関係機関・団体と協力し、連携しながら計画の推進を図ります。

また医師会や薬剤師会等の関係機関と連携するとともに、和歌山県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の情報提供や助言を積極的に活用し、効果的・効率的に保健事業を推進していきます。

第10章 地域包括ケアに係る取り組み

医療・介護・予防・住まい・自立した生活の支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向け、国民健康保険の保険者としての参加に努め、連携を図ります。

第11章 個人情報の保護

印南町における個人情報の取扱いについては「個人情報の保護に関する条例」や「レセプト情報・特定健康診査情報の提供に関するガイドライン」等を遵守し適切な管理に努めます。

第2期 印南町国民健康保険データヘルス計画
及び
第四期特定健康診査等実施計画

令和6年4月

発行：和歌山県印南町

編集：住民福祉課

住所：〒649-1534 和歌山県日高郡印南町印南 2570 番地

電話：0738-42-1738