

京丹波町国民健康保険  
第3期データヘルス計画・  
第4期特定健康診査等実施計画



令和6年3月  
京丹波町



## はじめに



わが国は、誰もが安心して医療を受けることができる世界に誇るべき国民皆保険を実現した結果、世界最長の平均寿命と高い保健医療水準を達成しました。一方で、かつてない人口減少や、少子高齢社会を迎えている今、高齢になっても元気で活躍し続けられる社会の実現に向けて、また、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくために、健康寿命の延伸が大きな課題となっています。

このような中で、本町では、「人生100年。健幸のまちづくり～生涯を通じて「こころ」と「からだ」を健幸に～」を基本方針とする「京丹波ウェルネスタウン構想」に基づき、町民の皆様が生きがいと誇りを持ち、生涯を通じて健やかで幸せに暮らすことができる「健幸」のまちづくりに取り組んでいます。

さて、今回策定した「京丹波町国民健康保険 第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画」は、令和6年度からの6年間を計画期間としています。

データヘルス計画とは、医療費データや健康診断データなどの分析に基づく、効果的かつ効率的な健康づくりを行うための計画です。この計画に基づき本町国民健康保険の被保険者の皆様をはじめ町民の皆様が、この町で健康で幸せに暮らしていただけるように、特定健康診査・特定保健指導をはじめとした保健事業の推進に取り組んでまいります。

また、京丹波ウェルネスタウン構想を踏まえ、被保険者が生涯を通じて心も体も健やかで幸せに暮らすことができるようにという願いを込めて、今期から新たに「100年の健康づくり～ずっと、もっと、健康に～」を基本理念として掲げました。

国民健康保険制度を取り巻く状況は厳しさを増しておりますが、町民の皆様、関係の皆様の参加と協力をいただきながら、本計画を着実に推進してまいります。

結びに、本計画の策定に当たり、京丹波町議会、京丹波町国民健康保険運営協議会、京都府国民健康保険団体連合会評価委員会の皆様をはじめ、貴重なご意見やご提案をいただきました全ての皆様に、心からお礼を申し上げます。

令和6年3月

京丹波町長 畠中源一



# - 目 次 -

<b>第1章 計画の策定にあたって</b> .....	1
1 計画策定の背景と趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	1
3 計画の期間.....	2
4 評価の方法.....	3
5 実施体制と関係者連携.....	4
<b>第2章 京丹波町の特性</b> .....	5
1 概況.....	5
2 人口と被保険者数の推移.....	6
<b>第3章 前期計画の評価</b> .....	7
1 概要.....	7
(1) 新型コロナウイルス感染症の影響.....	7
(2) 前期計画の健康課題と目標.....	7
2 全体評価.....	8
3 個別事業評価.....	12
(1) 特定健康診査.....	13
(2) 人間ドック助成.....	16
(3) 特定健康診査未受診者対策.....	17
(4) 特定保健指導.....	19
(5) 健診結果説明会.....	21

(6) 要精密検査未受診者対策	23
(7) 血管リフレッシュ教室	24
(8) 糖尿病性腎症重症化予防	26
(9) 精神グループワーク	28
(10) 服薬情報通知	29
(11) 重複・頻回受診者への訪問指導	31
(12) 健康講座	32
(13) 子どもを通じた子育て世代への対策	33
(14) 食生活改善	35
(15) ウェルネス京丹波ポイント事業	36
(16) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進	38
(17) 医療費通知	39
(18) 地域包括ケア推進・一体的実施	40

#### 第4章 健康・医療情報等の現状と分析 41

1 死亡の状況	41
2 医療の状況	42
(1) 医療費の3要素	42
(2) 医療費の疾病別割合	43
(3) 生活習慣病の医療費	44
(4) 糖尿病の診療状況	45
(5) 高血圧症の診療状況	47
(6) 健診受診の有無による医療費の差	48
3 介護の状況	49
(1) 介護保険の分析	49
(2) 地域包括ケア推進	50

4	健診結果の状況	51
	(1) 特定健診結果	51
	①健診項目別有所見率の年度比較	51
	②年代別・男女別分析	53
	③地区別分析	55
	(2) 質問票調査結果	56
5	健康課題のまとめと対策	58
	<b>第5章 計画の目的・目標と達成するための方策</b>	60
1	計画の基本理念と全体像	60
2	全体評価の指標と目標	61
3	目標達成に向けた個別事業計画	69
	<b>第6章 第4期特定健康診査等実施計画</b>	77
1	目標値の設定	77
2	特定健康診査の実施	77
3	特定保健指導の実施	80
4	特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール	82
5	結果の通知と保存	82
6	その他	83
	<b>第7章 計画の公表と周知</b>	84
	<b>第8章 個人情報の保護</b>	84



# 第1章 計画の策定にあたって

## 1 計画策定の背景と趣旨

データヘルス計画は、「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、健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施していくための計画です。

京丹波町国民健康保険では、平成 27 年 6 月に「京丹波町国民健康保険データヘルス計画」、平成 30 年 3 月には「第 2 期データヘルス計画・第 3 期特定健康診査等実施計画」（以下「前期計画」という。）を策定。令和 3 年 3 月には第 2 期の中間評価を行い、被保険者の健康増進やメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病の予防などを通じて、健康寿命の延伸と医療費の適正化をめざしてきたところです。

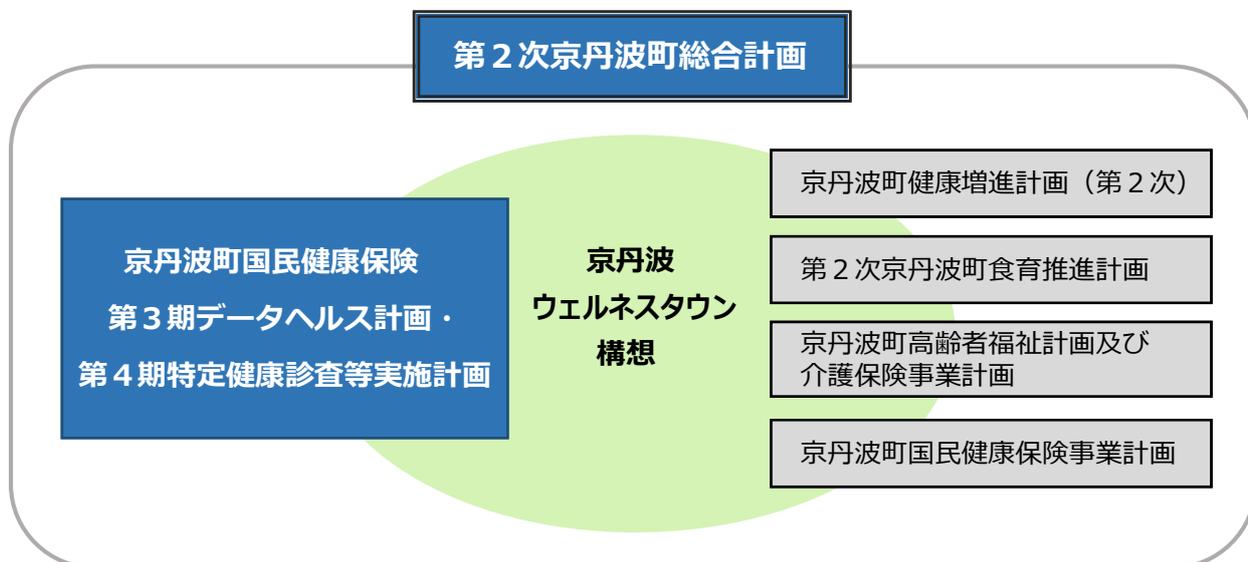
本計画は、前期計画の期間満了に伴いその評価を行うとともに、被保険者の特性や社会環境の変化等を踏まえ、より効果的な事業の展開による被保険者の健康の保持増進を図るため、「京丹波町国民健康保険第 3 期データヘルス計画・第 4 期特定健康診査等実施計画」を策定するものです。

## 2 計画の位置づけ

本計画は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく基本方針を踏まえたくうえで策定します。

また、「第 2 次京丹波町総合計画」を上位計画とし、「京丹波ウェルネスタウン構想」の実現のため、「京丹波町健康増進計画（第 2 次）」「第 2 次京丹波町食育推進計画」「京丹波町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」「京丹波町国民健康保険事業計画」など、関連する計画との整合と調和を図りながら本計画を推進していくこととします。

図表 1 計画の位置づけ



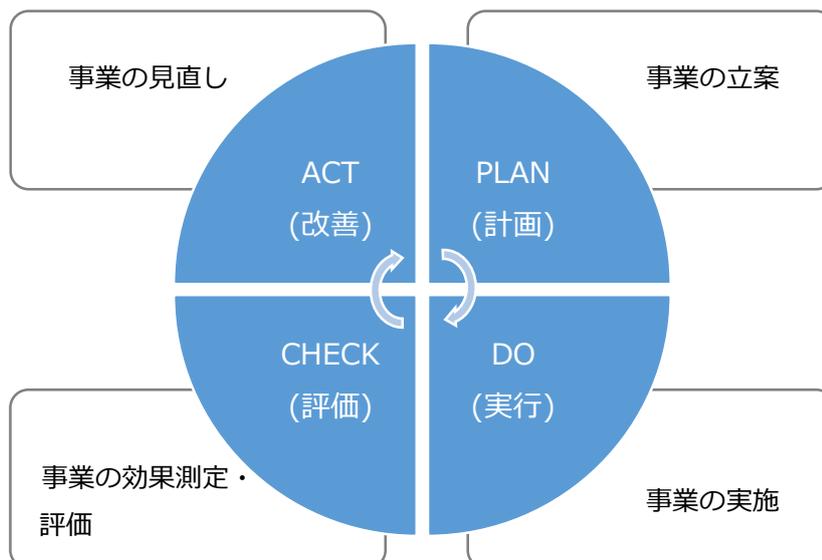
### 3 計画の期間

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。期間中は、毎年 PDCA サイクルに沿って事業効果の測定と評価を行い、必要に応じて実施方法などを見直します。また、計画をより実効性の高いものとするため、令和 8 年度に中間評価を行います。

図表 2 計画スケジュール



図表 3 事業実施の PDCA サイクル



## 4 評価の方法

事業や計画の最終的な目的・目標を達成するための体制づくりに向け、データヘルス計画を構成する個別事業計画に基づいて実施した事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況や指標のあり方について、データ分析等をもとに4つの観点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）で整理・評価を行います（図表4）。

なお、整理・評価にあたっては、ベースライン（基準値）を設定したうえで、以降の実績を図表5の基準を用いて検証します。

図表4 評価の4区分

区分	概要	指標の例
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価	職員の体制、予算、施設・整備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用等
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価	情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等
アウトプット	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価	健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等
アウトカム	事業の目的や目標の達成度、または成果の数値目標を評価	肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等

図表5 評価方法の種類

	ベースラインとの比較	目標値との比較	総合評価
判定 区分	a 改善した b 変わらない c 悪化した d 評価困難	a すでに目標を達成 b 目標は達成できなかったが、達成の可能性が高い c 目標の達成は難しいが、ある程度の効果はあった d 目標の達成は困難で、効果があったとはいえない e 評価困難	A うまくいった B まあ、うまくいった C あまりうまくいかなかった D まったくうまくいかなかった E わからない

図表4、図表5 参考：国保のデータヘルス計画 策定・推進ガイド 第3期版(社会保険出版社)

## 5 実施体制と関係者連携

---

計画は、国保部局が主体となって策定します。計画に掲げる各種保健事業については、町民の健康の保持増進について中心的な役割を担う保健部局や福祉部局などと連携し、町が一体となって実施します。

また、必要に応じて京都府、京都府国民健康保険団体連合会（保健事業支援・評価委員会を含む。）等の関係機関や船井医師会、船井薬剤師会等の医療機関、町国民健康保険運営協議会などの助言等を踏まえながら、効果的かつ効率的に事業を進めます。

## 第2章 京丹波町の特性

### 1 概況

京丹波町は、京都府のほぼ中央にあたる丹波高原の由良川水系上流部に位置しています。総面積は303.09 km<sup>2</sup>で、うち約83%を森林が占めています。古くから丹後・山陰街道を結ぶ交通の要衝として栄え、京阪神など大都市圏へ約1時間で移動できるなど、比較的交通環境に恵まれた地域です。

本町の強みの一つである特色ある農産物を生かし、「食」によるまちの活性化をめざして、地域を挙げた取組が活発に行われています。また、従来から住民健診に力を入れてきたこともあり、健康意識が比較的高く、食生活改善、生きがづくり活動なども積極的に展開されています。

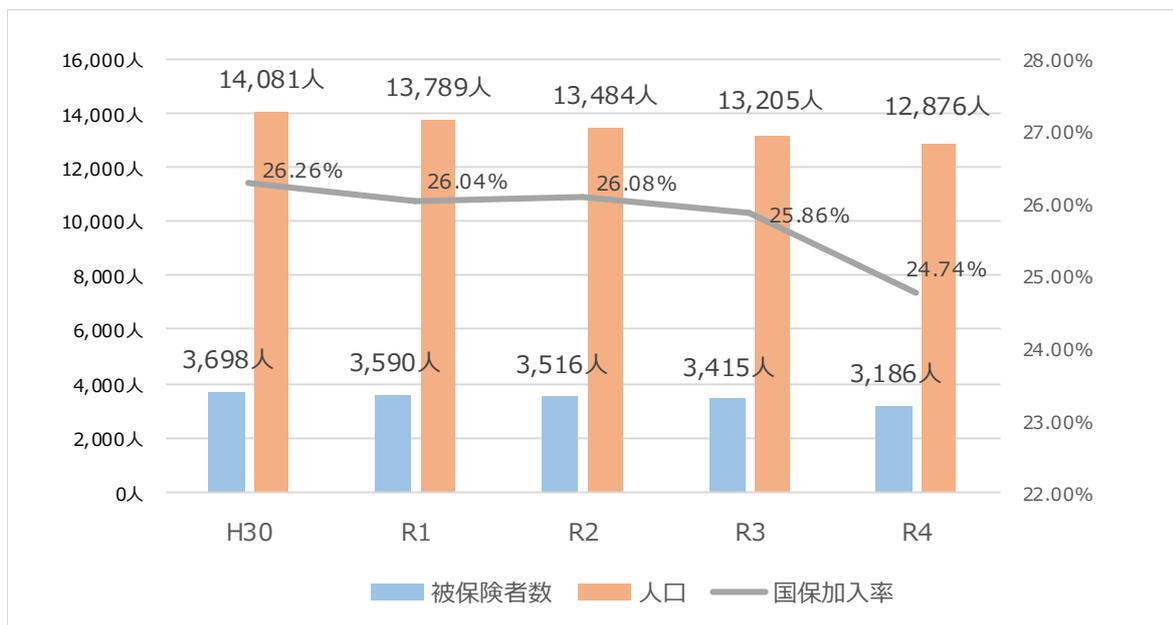


## 2 人口と被保険者数の推移

本町の人口は令和4年度末 12,876 人で、年々減少しています。国民健康保険の被保険者数についても、後期高齢者医療制度に移行する人の増加などにより国保加入率と同様に減少傾向にあります（図表6）。

被保険者の年齢構成を見ると、65歳から74歳の割合が53.0%と半数以上を占め、府や同規模市町村と比較し高齢化が進んでいます（図表7）。一般的に高齢になるほど医療にかかる割合が高くなることから町国保の財政負担の増加も危惧され、このことから健康寿命を延伸していく必要があります。

図表6 人口と被保険者数の推移



図表7 被保険者の年齢構成割合（R4年度）

年齢	京丹波町	京都府	同規模市町村
39歳以下	18.7% (H30年度 18.4%)	26.0% (H30年度 26.0%)	19.4% (H30年度 20.9%)
40～64歳	28.3% (H30年度 28.6%)	32.0% (H30年度 30.8%)	30.7% (H30年度 32.8%)
65～74歳	<b>53.0%</b> (H30年度 53.0%)	42.0% (H30年度 43.1%)	49.9% (H30年度 46.2%)

資料：KDBシステム（地域の全体像の把握）

補足：KDBシステム（国保データベースシステム）とは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む。）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効果的かつ効率的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムのこと。

## 第3章 前期計画の評価

### 1 概要

#### (1) 新型コロナウイルス感染症の影響

令和元年12月に原因不明の肺炎の集団発生から始まったとされる新型コロナウイルス感染症は、世界的に大流行となり、国内においても緊急事態宣言が発令されるなど、多くの社会活動が制限を受けました。特に令和2年度から令和3年度にかけては、京都府においても緊急事態宣言とまん延防止等重点措置が計8回発出され、本町の保健事業も多くの影響を受けました。不要不急の外出自粛等が求められる中、医療機関や健診の受診控えが発生。一部事業の中止や延期を余儀なくされました。

そのような中、関係機関と協力しながら正しい情報を発信するとともに、関連通知に基づきコロナ対策を行いながら事業を進めてきました。

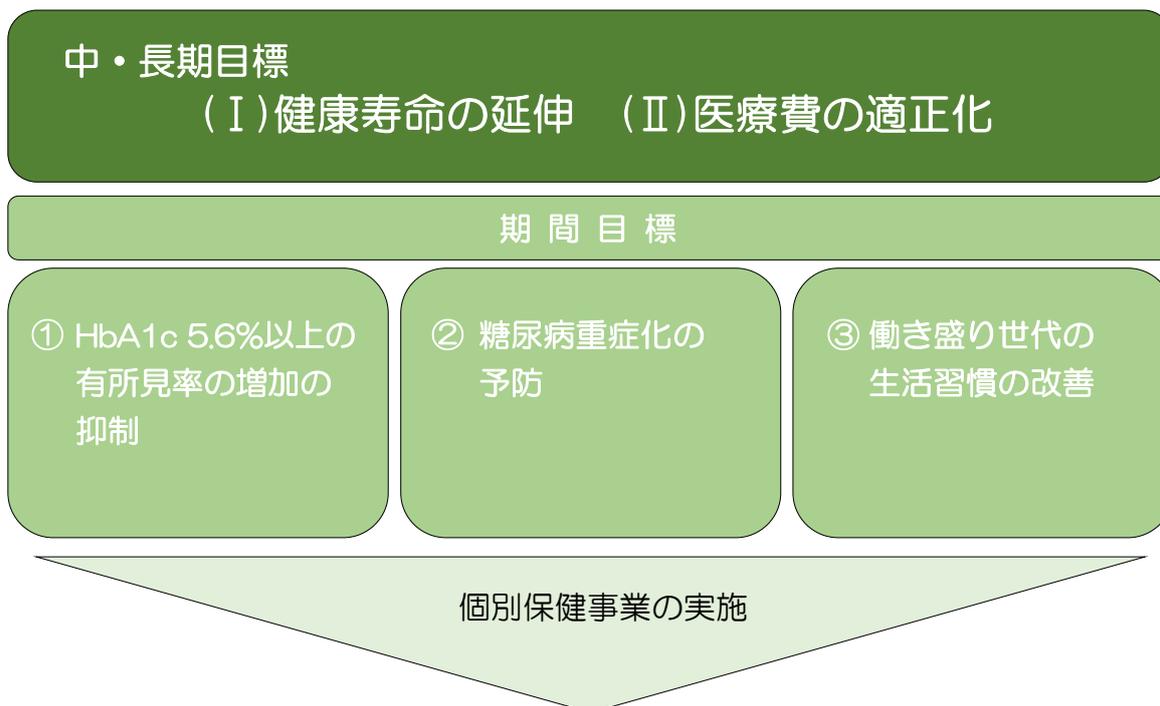
令和5年5月には「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」における位置づけが5類に引き下げられましたが、引き続き状況を注視しながら事業を進めていくこととします。

#### (2) 前期計画の健康課題と目標

前期計画策定時には、①HbA1c 5.6%以上の有所見率の増加(※)、②糖尿病の重症化、③働き盛り世代の生活習慣の乱れ——という3つの健康課題を挙げ、これらの解決を期間目標としました。その後、中間評価時には新たに『中・長期目標(めざすべき将来像)』として、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を設定。計画全体の目標を明確化し、それらを評価しながら個別保健事業を推進していくこととしました。

※HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)とは、糖化ヘモグロビンの割合を表したもので、血糖コントロールの指標となる数値のこと。

図表8 第2期データヘルス計画の全体像



## 2 全体評価

前期計画の全体評価を行います。

図表9 第2期データヘルス計画の全体評価

前期計画の方向性・目的		各種保健事業を効果的かつ効率的に実施することで、生活習慣病等の予防、重症化予防などを通じて、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を推進する。		
中・長期目標				
指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察と評価結果
中・長期目標 (I) 健康寿命の延伸  <b>平均自立期間            (男性)</b> (要介護2以上) ※1	—	79.4 歳 (H28 年度)	<b>【男性】</b> [95%CI ※2] <b>H28 年度 79.4 歳</b> [77.0, 81.7] (府：79.8 歳、国：79.5 歳) <b>H29 年度 79.4 歳</b> [77.5, 81.3] (府：80.0 歳、国：79.6 歳) <b>H30 年度 79.5 歳</b> [77.7, 81.3] (府：80.2 歳、国：79.8 歳) <b>R 1 年度 79.0 歳</b> [76.8, 81.2] (府：80.3 歳、国：79.9 歳) <b>R 2 年度 79.3 歳</b> [77.2, 81.3] (府：80.4 歳、国：80.1 歳) <b>R 3 年度 79.4 歳</b> [77.7, 81.2] (府：80.3 歳、国：80.0 歳)	中・長期目標の「(I)健康寿命の延伸」を測る指標として、平均自立期間を確認します。なお、確認する際には、人口規模の小さい本町では平均自立期間の95%信頼区間の幅が広くなることから、偶然による変動も考慮に入れる必要があります。 本町の平成28年度から令和3年度の平均自立期間は、男女ともほぼ横ばいです。京都府や全国平均より短く、期間中に府、国ともに延伸してきていることから、依然として本町の大きな課題といえます。 本計画では、平均余命と平均自立期間の差についても確認することとします。  <b>【総合評価】 C</b> <b>《ベースラインとの比較》 b</b>
中・長期目標 (I) 健康寿命の延伸  <b>平均自立期間            (女性)</b> (要介護2以上) ※1	—	84.0 歳 (H28 年度)	<b>【女性】</b> [95%CI ※2] <b>H28 年度 84.0 歳</b> [82.5, 85.5] (府：83.5 歳、国：83.8 歳) <b>H29 年度 83.5 歳</b> [81.7, 85.3] (府：83.6 歳、国：84.0 歳) <b>H30 年度 83.6 歳</b> [81.5, 85.7] (府：83.8 歳、国：84.0 歳) <b>R 1 年度 83.0 歳</b> [80.6, 85.3] (府：83.9 歳、国：84.2 歳) <b>R 2 年度 84.1 歳</b> [82.6, 85.5] (府：84.3 歳、国：84.4 歳) <b>R 3 年度 83.9 歳</b> [83.0, 84.8] (府：84.2 歳、国：84.3 歳)	

指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察と評価結果																				
中・長期目標 (Ⅱ) 医療費の適正化  <b>総医療費</b> ※3	—	1,615,137 千円 (H28 年度)	<p>総医療費 (千円)</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>総医療費 (千円)</th></tr> <tr><td>H28</td><td>1,615,137</td></tr> <tr><td>H29</td><td>1,588,252</td></tr> <tr><td>H30</td><td>1,531,358</td></tr> <tr><td>R1</td><td>1,557,213</td></tr> <tr><td>R2</td><td>1,514,070</td></tr> <tr><td>R3</td><td>1,515,300</td></tr> </table>	年度	総医療費 (千円)	H28	1,615,137	H29	1,588,252	H30	1,531,358	R1	1,557,213	R2	1,514,070	R3	1,515,300	<p>「(Ⅱ) 医療費の適正化」を確認する指標となる総医療費と一人当たりの医療費を見てみます。総医療費は、被保険者数の減少などにより減少傾向にあります。</p> <p>一方で、一人当たりの医療費は増加。本町は、高齢化が進んでいるため、一人当たりの医療費が比較的高くなる傾向があるとはいえ、京都府との比較でも依然として高くなっています。</p> <p>本計画では医療にかからない健康な状態を維持することで、一人当たりの医療費における府平均との差を縮めていくことを目標とします。</p> <p>【総合評価】 C 《ベースラインとの比較》 c</p>						
年度	総医療費 (千円)																							
H28	1,615,137																							
H29	1,588,252																							
H30	1,531,358																							
R1	1,557,213																							
R2	1,514,070																							
R3	1,515,300																							
中・長期目標 (Ⅱ) 医療費の適正化  <b>一人当たりの医療費</b> ※3	—	381,829 円 (H28 年度)	<p>一人当たりの医療費 (円)</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>京丹波町 (円)</th><th>府 (円)</th></tr> <tr><td>H28</td><td>381,829</td><td>374,854</td></tr> <tr><td>H29</td><td>397,460</td><td>378,252</td></tr> <tr><td>H30</td><td>401,931</td><td>378,582</td></tr> <tr><td>R1</td><td>423,156</td><td>390,051</td></tr> <tr><td>R2</td><td>424,943</td><td>378,582</td></tr> <tr><td>R3</td><td>430,116</td><td>404,693</td></tr> </table>	年度	京丹波町 (円)	府 (円)	H28	381,829	374,854	H29	397,460	378,252	H30	401,931	378,582	R1	423,156	390,051	R2	424,943	378,582	R3	430,116	404,693
年度	京丹波町 (円)	府 (円)																						
H28	381,829	374,854																						
H29	397,460	378,252																						
H30	401,931	378,582																						
R1	423,156	390,051																						
R2	424,943	378,582																						
R3	430,116	404,693																						

※1 資料：KDB システム（地域の全体像の把握）

補足：日常生活動作が自立している期間の平均を指す。要介護2以上を「不健康」として、平均余命から不健康期間を除いたもの（平均余命－不健康期間＝平均自立期間）で KDB 独自の健康寿命を示す指標。

※2 補足：95%信頼区間（Confidence Interval）。母集団の値（統計解析で推測しようとしている値）が、95%の確率で入る範囲（区間）を表す。

※3 資料：京都府国民健康保険事業概要

補足：第4表「保険者別給付状況（その1）」の総計及び第1表「保険者別一般状況」の年間平均被保険者数から算出。

期間目標																												
指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察と評価結果																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">           期間目標            ① HbA1c 5.6%以上の            有所見率の増加の抑制         </div> <b>有所見率</b> ※4	男女とも 50%以下	男性 72.3% (H28 年度) 女性 72.7% (H28 年度)	<table border="1" style="display: none;"> <caption>HbA1c 有所見率の経年変化</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>男性 (%)</th> <th>女性 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H28</td><td>72.3%</td><td>72.7%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>71.8%</td><td>73.1%</td></tr> <tr><td>H30</td><td>77.9%</td><td>84.0%</td></tr> <tr><td>R1</td><td>74.5%</td><td>79.3%</td></tr> <tr><td>R2</td><td>57.4%</td><td>51.5%</td></tr> <tr><td>R3</td><td>52.2%</td><td>47.2%</td></tr> <tr><td>R4</td><td>54.0%</td><td>47.5%</td></tr> </tbody> </table>	年度	男性 (%)	女性 (%)	H28	72.3%	72.7%	H29	71.8%	73.1%	H30	77.9%	84.0%	R1	74.5%	79.3%	R2	57.4%	51.5%	R3	52.2%	47.2%	R4	54.0%	47.5%	<p>HbA1cの有所見率は、男女とも令和元年度までは非常に高い値で推移していましたが、令和2年度以降、顕著な減少が見られ、平成28年度（ベースライン）からは大幅に改善しています。令和4年度の有所見率は、男性はわずかに目標値に届いていませんが、女性は目標を達成しました。</p> <p>【総合評価】 <b>A</b>            《ベースラインとの比較》 <b>a</b>            《目標値との比較》 <b>b</b></p>
年度	男性 (%)	女性 (%)																										
H28	72.3%	72.7%																										
H29	71.8%	73.1%																										
H30	77.9%	84.0%																										
R1	74.5%	79.3%																										
R2	57.4%	51.5%																										
R3	52.2%	47.2%																										
R4	54.0%	47.5%																										
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">           期間目標            ②糖尿病重症化の予防         </div> <b>新規透析者数0人</b> (転入・保険異動によらない)	0人	3人 (H28 年度)	<table border="1" style="display: none;"> <caption>新規透析者数の経年変化</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H28 年度</td><td>3人</td></tr> <tr><td>H29 年度</td><td>1人</td></tr> <tr><td>H30 年度</td><td>1人</td></tr> <tr><td>R 1 年度</td><td>0人</td></tr> <tr><td>R 2 年度</td><td>0人</td></tr> <tr><td>R 3 年度</td><td>0人</td></tr> <tr><td>R 4 年度</td><td>3人</td></tr> </tbody> </table>	年度	人数	H28 年度	3人	H29 年度	1人	H30 年度	1人	R 1 年度	0人	R 2 年度	0人	R 3 年度	0人	R 4 年度	3人	<p>平成30年度から新たに「糖尿病性腎症重症化予防事業」を展開。国保被保険者の新規透析者数は左記のとおりですが、社保・後期高齢者医療も含めると、毎年5人前後の透析開始が見られます。</p> <p>また、他の保険も含めて透析開始時の年齢が若年化してきていることも、重症化が懸念される点となっています。</p> <p>【総合評価】 <b>B</b>            《ベースラインとの比較》 <b>a</b>            《目標値との比較》 <b>b</b></p>								
年度	人数																											
H28 年度	3人																											
H29 年度	1人																											
H30 年度	1人																											
R 1 年度	0人																											
R 2 年度	0人																											
R 3 年度	0人																											
R 4 年度	3人																											

指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察と評価結果																						
期間目標 ③働き盛り世代の生活習慣の改善  <b>特定保健指導実施率 (40歳代・50歳代 総計) (終了者数/対象者数) ※5</b>	30%以上	12.0% (H28年度)	H28年度 12.0% (6人 / 50人) H29年度 23.3% (14人 / 60人) H30年度 10.3% (7人 / 68人) R 1年度 6.3% (4人 / 63人) R 2年度 12.8% (5人 / 39人) R 3年度 12.5% (5人 / 40人) R 4年度 2.6% (1人 / 38人)	働き盛り世代の特定保健指導実施率は、低い状況です。指導を受ける大切さを伝えていくとともに、保健指導の対象者率についても注視していくなど、新たな評価指標を設定する必要があります。  <b>【総合評価】 C</b> 《ベースラインとの比較》 <b>b</b> 《目標値との比較》 <b>c</b>																						
その他の評価指標																										
指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察と評価結果																						
その他の評価指標 住民健診での尿中塩分測定結果の改善  <b>①推定塩分摂取量 (1日当たりg)</b>  <b>②ナトリウムカリウム比 Na / K ※6</b>	①※7 男性 8.0g未満 女性 7.0g未満  ② 男女とも 4.0未満	①男性 9.4g 女性 9.1g  ②男性 5.3 女性 5.0  <small>※ベースラインは平成26年度値</small>	<table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">① 推定塩分摂取量</th> </tr> <tr> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H26</td> <td>9.4g</td> <td>9.1g</td> </tr> <tr> <td>R 1</td> <td>9.5g</td> <td>8.9g</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">② Na / K</th> </tr> <tr> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H26</td> <td>5.3</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>R 1</td> <td>5.2</td> <td>4.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>※対象は19～74歳。            H26年度:男性n=748人, 女性n=1,030人、            R 1年度:男性n=618人, 女性n=758人。</p>		① 推定塩分摂取量		男性	女性	H26	9.4g	9.1g	R 1	9.5g	8.9g		② Na / K		男性	女性	H26	5.3	5.0	R 1	5.2	4.7	将来の脳血管疾患予防、慢性腎臓病予防のための高血圧症対策として、摂取塩分の「見える化」を実施。集団健診受診者に5年ごとに尿中塩分測定検査を行い、減塩対策を積極的に推進しています。 検査は、平成26年度に次いで令和元年度に実施しました。結果は目標値には達していませんが、男女ともにナトリウムカリウム比が改善。女性の塩分摂取量も改善しました。次回は令和6年度に実施する予定です。  <b>【総合評価】 B</b> 《ベースラインとの比較》 <b>a</b> 《目標値との比較》 <b>c</b>
	① 推定塩分摂取量																									
	男性	女性																								
H26	9.4g	9.1g																								
R 1	9.5g	8.9g																								
	② Na / K																									
	男性	女性																								
H26	5.3	5.0																								
R 1	5.2	4.7																								

※4 資料：KDBシステム（厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況）

※5 資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果

※6 補足：ナトリウムをカリウムで割った比率。推奨比率は4.0未満。数値が大きいは塩分の取りすぎ、野菜や果物の摂取不足を示す。

※7 補足：目標値は厚生労働省「日本人の食事摂取基準」による。R2年度以降の目標値は、男性7.5g未満、女性6.5g未満に改定。

### 3 個別事業評価

前期計画期間中は、特定健康診査、健康講座等の各種事業を実施しました。それぞれの事業について、評価・考察を行います。

図表 10 実施事業のまとめ

No.	事業名	事業概要	H30	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	
1	特定健康診査 <span style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">健</span>	第3期特定健康診査等実施計画に基づき、各種健診を実施	→						
2	人間ドック助成 <span style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">健</span>	契約医療機関での人間ドック受診者に対し、費用の一部を助成	→						
3	特定健康診査未受診者対策 <span style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">健</span>	健診の申込がない者に対し、受診勧奨を実施	→						
4	特定保健指導 <span style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">健</span>	第3期特定健康診査等実施計画に基づき、特定保健指導を実施	→						
5	健診結果説明会 <span style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">健</span>	地域の公民館等を巡回し、面談を行うことを基本として開催	→		中止	→			
6	要精密検査未受診者対策 <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">ハ</span>	医療機関への受診勧奨後も結果を放置している者に受診勧奨を実施	→						
7	血管リフレッシュ教室 <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">ハ</span>	対象者向けの実践的な教室を開催	開始	→					
8	糖尿病性腎症重症化予防 <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">ハ</span>	医療機関と連携し、必要な指導を実施	開始	→					
9	精神グループワーク <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">ハ</span> <span style="background-color: #D3D3D3; padding: 2px;">外</span>	対象者向けの定期的な教室等を開催	→						
10	服薬情報通知 <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">ハ</span>	服薬情報通知を送付し、服薬指導の利用を促進	→						
11	重複・頻回受診者への訪問指導 <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">ハ</span>	対象者に訪問・電話等により指導を実施	→						
12	健康講座 <span style="background-color: #FF69B4; padding: 2px;">ポ</span> <span style="background-color: #D3D3D3; padding: 2px;">外</span>	適切なテーマを設定し、講座を実施	→		中止	→			
13	子どもを通じた子育て世代への対策 <span style="background-color: #FF69B4; padding: 2px;">ポ</span> <span style="background-color: #D3D3D3; padding: 2px;">外</span>	乳幼児健診等の場を活用し、保護者への保健指導を実施	→						
14	食生活改善 <span style="background-color: #FF69B4; padding: 2px;">ポ</span> <span style="background-color: #D3D3D3; padding: 2px;">外</span>	京丹波町食生活改善推進員協議会と連携し、食生活の改善を推進	→						
15	ウェルネス京丹波ポイント事業 <span style="background-color: #FF69B4; padding: 2px;">ポ</span> <span style="background-color: #D3D3D3; padding: 2px;">外</span>	スマートフォンアプリを活用したインセンティブ事業を実施	→ 開始						
16	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進 <span style="background-color: #ADD8E6; padding: 2px;">他</span>	後発医薬品差額通知を送付するとともに、効果測定を実施	→						
17	医療費通知 <span style="background-color: #ADD8E6; padding: 2px;">他</span>	適切な時期に医療費通知を送付	→						
18	地域包括ケア推進・一体的実施 <span style="background-color: #ADD8E6; padding: 2px;">他</span> <span style="background-color: #D3D3D3; padding: 2px;">外</span>	国保と後期の保健事業を接続し、疾病予防とフレイル予防を図る事業					開始	→	

※補足：健 = 健診関連事業、ハ = ハイリスクアプローチ、ポ = ポピュレーションアプローチ、他 = その他の事業、外 = 国保被保険者以外も含めて事業を実施し、かつ総数で実績を確認している事業

※補足：新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、R2年度の健診結果説明会と健康講座は中止した。

(1) 特定健康診査

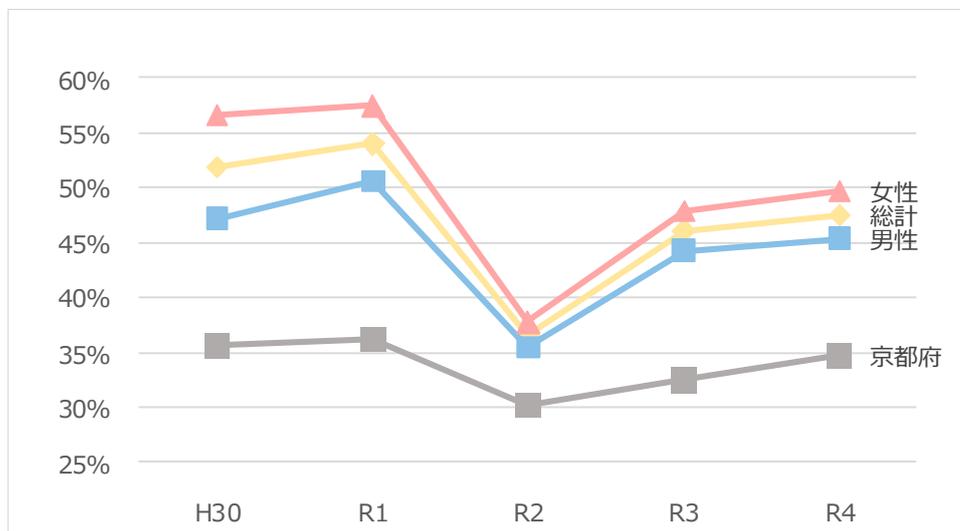
特定健康診査を実施し、体の状態を把握することで、生活習慣病の予防、病気の早期発見、早期治療によるQOL（Quality of life:生活の質）の維持・向上などを図っています。

①事業実績

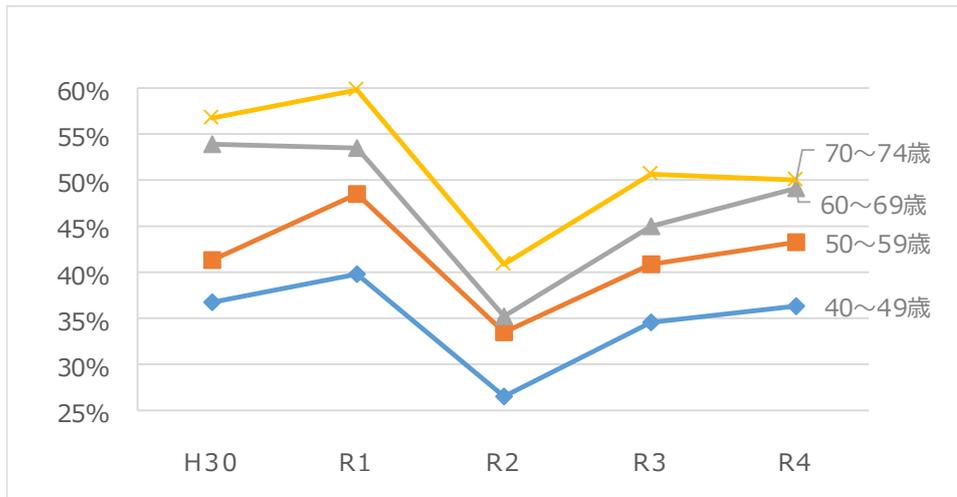
図表 11 特定健康診査受診率

	H30	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
特定健康診査受診率 (受診者数 /対象者数)	<b>51.9%</b> (1,462人 /2,818人)	<b>54.0%</b> (1,474人 /2,731人)	<b>36.6%</b> (977人 /2,671人)	<b>46.1%</b> (1,205人 /2,614人)	<b>47.5%</b> (1,130人 /2,378人)	—
目標値	55%	56%	57%	58%	59%	60%
府内順位	2位	2位	18位	2位	4位	—

図表 12 特定健康診査受診率の推移（男女別・府）



図表 13 年齢層別の特定健康診査受診率



図表 11、図表 12、図表 13 資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果

図表 14 特定健康診査の実施体制

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
集団健診	26 会場 23 日 (6~7月)  ◆受診者数 1,367 人 ※日曜健診 受診者数 123 人 2日	26 会場 22 日 (6~7月)  ◆受診者数 1,376 人 ※日曜健診 受診者数 122 人 2日	15 会場 15 日 (10~12月) ※新型コロナウイルス 感染症拡大防止の 観点から体制を変更  ◆受診者数 834 人 ※日曜健診 受診者数 0 人 0日	16 会場 16 日 (6~7月)  ◆受診者数 1,135 人 ※日曜健診 受診者数 73 人 1日	17 会場 17 日 (6~7月)  ◆受診者数 1,093 人 ※日曜健診 受診者数 82 人 2日	17 会場 17 日 (6月)  ◆受診者数 1,028 人 ※日曜健診 受診者数 67 人 2日
個別健診	2 町立医療機関 (10~12月) ※自己負担 1,000 円 ◆受診者数 14 人	2 町立医療機関 (10~12月) ※自己負担 1,000 円 ◆受診者数 12 人	4 町内医療機関 (10~2月) ※自己負担 1,000 円 ◆受診者数 34 人	4 町内医療機関 (10~1月) ※自己負担 1,000 円 ◆受診者数 11 人	2 町立医療機関 (10~1月) ※自己負担 500 円 ◆受診者数 16 人	2 町立医療機関 (10~1月) ※自己負担 500 円 ◆受診者数 10 人

補足：図表 14 中の受診者数は実数であり、法定報告値とは異なる。

## ②評価結果

総合評価：【B】

区分	評価指標・目標値	評価
ストラクチャー	受診しやすい環境の整備 (日曜健診を年2回以上実施)	b
アウトプット	特定健康診査受診率 (※目標値は第3期特定健康診査等実施計画による)	b

## ③考察

特定健康診査受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により体制を変更した令和2年度を除いて、約50%の受診率を維持しており、府平均より大幅に高い数字となっています。コロナの影響で令和2年度は36.6%に低下しましたが、令和3年度に46.1%、令和4年度には47.5%に回復。令和5年度については、50%前後の受診率を見込んでいます。

男女別の受診率では女性の受診意識が高く（図表12）、年代別では年齢が低くなるにつれ受診率が低くなっています（図表13）。

受診者の大部分を占める集団健診は、①健診受診料の無料化、②がん検診とあわせた総合健診の推進、③日曜健診の実施——を柱に受診しやすい体制づくりに取り組んでいます。また、秋以降に実施し集団健診を補完する個別健診では、令和4年度に自己負担額を1,000円から500円に下げるなど、工夫しながら事業を実施しています。

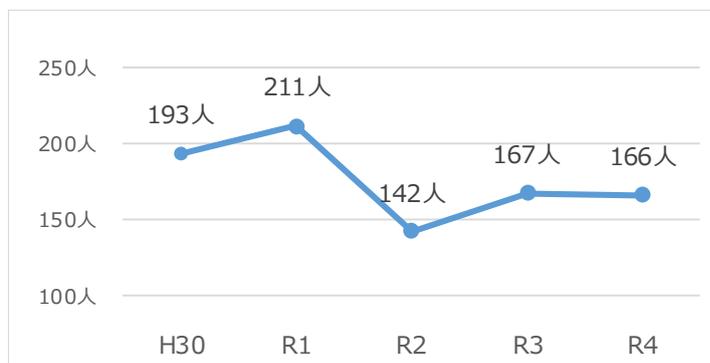
これまで本町が一度も達成していない受診率60%に到達するためには、申し込み漏れを防ぐSNSでの積極的な呼び掛けや図書館等でのPRの強化による若年層への働きかけのほか、令和2年度から実施場所を大会場に集約していることから、「会場まで遠くなり受診しづらくなった」といった70歳代からの声への対応も検討していく必要があります。

## (2) 人間ドック助成

疾病の早期発見、早期治療を図るため、契約医療機関での人間ドック受診者に対し、費用の一部を助成しています。

### ①事業実績

図表 15 人間ドック受診者数の推移



### ②評価結果

総合評価：【A】

区分	評価指標・目標値	評価
ストラクチャー	助成の実施	<b>a</b>

### ③考察

受診者数は年間 170 人程度です。主に広報紙を活用して助成制度の周知を行い、疾病の早期発見と特定健康診査受診率の向上を図っています。なお、受診者数の目標は設けていません。

### (3) 特定健康診査未受診者対策

健診未受診者に健診の必要性の理解を促すため、受診勧奨通知を送付しています。

#### ①事業実績

図表 16 未受診者対策の実績

実施年度	対象者	実施方法	勧奨人数	受診率	目標値
H30	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H29年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	集団健診実施前の5月に勧奨通知を送付。電話勧奨も実施	①191人 ②4人 (全員通知)	①4人 ②0人 <b>計 2.1%</b>	対象者の受診率 5%以上
R1	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H30年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	集団健診実施前の5月に勧奨通知を送付	①173人 ②4人 (全員通知)	①1人 ②3人 <b>計 2.3%</b>	
R2	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②R1年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	個別健診実施期間の1月に勧奨通知を送付	①169人 ②5人 (全員通知)	①6人 ②1人 <b>計 4.0%</b>	対象者の受診率 10%以上
R3	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②R2年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	個別健診実施期間の10月に勧奨通知を送付	①220人 ②0人 (全員通知)	①1人 ②0人 <b>計 0.5%</b>	
R4	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②R3年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	個別健診実施期間の10月に勧奨通知を送付	①194人 ②16人 (全員通知)	①4人 ②4人 <b>計 3.8%</b>	対象者の受診率 10%以上
R5	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②R4年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	個別健診実施前の9月に勧奨通知を送付	①183人 ②23人 (全員通知)	①一人 ②一人 <b>計 一%</b>	

#### ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	対象者への通知率 100%	<b>a</b>
アウトカム	対象者の受診率 10%以上	<b>c</b>

### ③考察

令和2年度からは、これまでの集団健診への受診勧奨から、個別健診の受診勧奨に変更しました。また、通知文書の内容についても工夫しながら取組を行っていますが、受診率10%の目標は達成できていません。ただし、通知をきっかけに受診する方も一定程度あり、取組の効果はあるといえます。

この取組とあわせて、健診受診率の向上と健診結果（受診勧奨判定値）放置者の減少により、受診勧奨が必要な対象者自体を減らしていくことも重要です。

#### (4) 特定保健指導

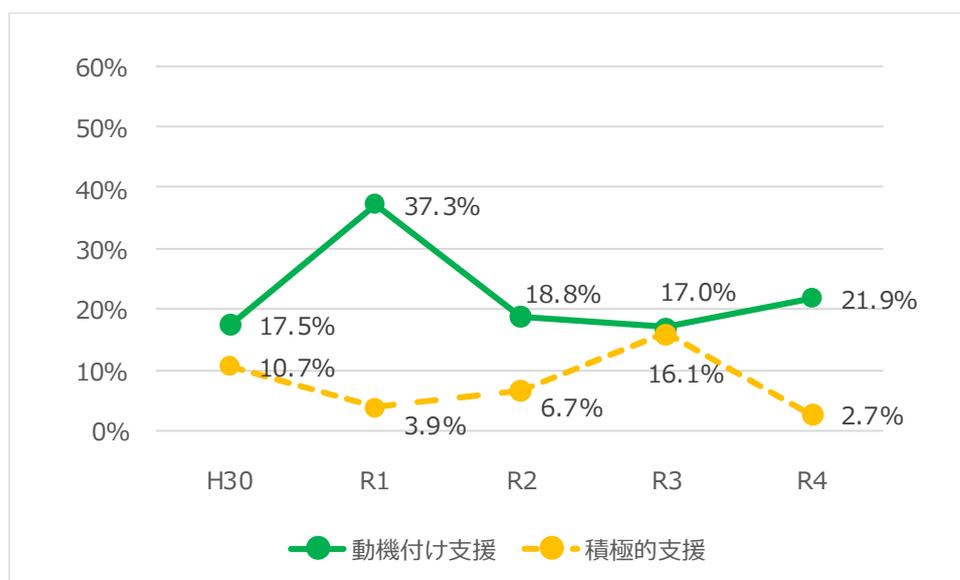
特定健康診査の結果、一定のリスクがある者に対し、生活習慣の改善を指導することで疾病を予防し、重症化を防ぎます。

##### ①事業実績

図表 17 特定保健指導実施率

	H30	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
特定保健指導実施率 ( 終了者数 ／対象者数 )	<b>15.7%</b> (33人 ／210人)	<b>28.1%</b> (52人 ／185人)	<b>15.9%</b> (20人 ／126人)	<b>16.8%</b> (24人 ／143人)	<b>16.9%</b> (24人 ／142人)	—
目標値	35%	40%	45%	50%	55%	60%
府内順位	17位	12位	20位	16位	22位	—
(参考) 京都府	19.1%	21.2%	21.1%	20.5%	21.6%	—

図表 18 特定保健指導における支援形態別の実施率



図表 17、図表 18 資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果

## ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	特定保健指導実施率 (※目標値は第3期特定健康診査等実施計画による)	C

(評価指標を計画時から変更)

## ③考察

特定保健指導実施率は、目標値に対して毎年大きく下回っています。

保健指導の終了者からは「良い指導が体験できた」「体調のケアとして効果がある」と満足する声がある一方、指導を希望しなかった者からは「忙しいので時間が取れない」「自分でやせようと思ったらやせられる」などの声があがっています。

令和元年度には、動機付け支援対象者に行う最終評価のためのアンケート未回答者に対して電話での聞き取りを行ったことで、実施率が府平均を上回るなど大幅に改善しました。しかし、令和2年度から健診結果を手渡しから郵送に変更したこともあり、実施率が再び低下。令和4年度には初めて教室型のグループ支援を行いました。実施率の大きな上昇にはつながりませんでした。

このような中、令和5年度には保健指導のあり方を検討。保健指導への理解不足や、「難しい」「怖い」といったイメージを変えていくため、保健師と管理栄養士の手書きメッセージを入れるなど、勧奨チラシを一新しました。また、実施率が高い市町を参考に、事前に対象者一人ひとりの経年的な健診結果を把握したうえで、指導勧奨をするようにしました。そのほか、対象者が他事業に参加された際や人間ドック受診者への保健指導勧奨も行っています。

今後は、この事業を本町の重点項目の一つとして捉え、事業の効果検証をより深めていくことで、実施率の向上を図ります。また、京都府共通の指標として設定された、「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」をアウトカム指標とすることとします。

### (5) 健診結果説明会

体の状態を正確に把握するとともに、生活習慣や運動習慣を振り返る機会として、健診結果説明会を開催しています。

#### ①事業実績

図表 19 健診結果説明会の実績

実施年度	実施時期等	結果説明会実施回数 うち()内夜間実施回数	本人 手渡し率	家族 手渡し率	郵送による 返却率	本人・家族への結果手渡し率 (小計)	目標値
H30	7～9月に実施。 町内各公民館等 で開催。	98回(3回)	72.6%	17.6%	9.8%	<b>90.2%</b> (1,247人/1,382人)	本人・家族 への結果 手渡し率  95% 以上
R1		98回(4回)	73.6%	16.3%	10.1%	<b>89.9%</b> (1,232人/1,370人)	
R2	※新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から開催中止						
R3	8～9月に実施。 旧町単位の大会 場で開催。	13回(0回)	5.6%	—	—	<b>5.6%</b> (64人/1,136人)	
R4	8～9月に実施。 町内各公民館等 で開催。	90回(3回)	13.6%	—	—	<b>13.6%</b> (149人/1,098人)	
R5	8～9月に実施。 町内各公民館等 で開催。	92回(3回)	17.1%	1.3%	—	<b>18.4%</b> (190人/1,033人)	

補足：R1年度までは、健診結果説明会の場で健診結果を手渡ししていたが、R2年度以降は健診結果を郵送で通知している。

#### ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
ストラクチャー	実施回数 98回	<b>b</b>
ストラクチャー	夜間説明会の実施回数 3回	<b>a</b>
アウトプット	本人・家族への結果手渡し率 95%以上	<b>d</b>

(評価指標を計画時から変更)

#### ③考察

健診結果説明会は、「健診は受けて終わりではなく、結果が出てからがスタート」を合言葉に、保健師や栄養士が地域の公民館等を巡回し、健診結果を対面で丁寧に説明しています。説明会は、健診結果を経年的に把握できる「健康手帳」を交付し、それを活用しながら次年度の目標も設定し継続受診につなげるとともに、受診勧奨対象者への働きかけや保健指導の糸口とする重要な機会となっています。

令和元年度までは、健診結果を説明会の場で手渡ししていました。しかし、令和2年度は、コロナの影響で説明会を中止せざるを得ず、健診結果を郵送で通知することとしました。令和3年度以降は、健診結果を郵送した後で説明会を実施（R3年度は大会場、R4年度以降は各地区）していますが、参加者がコロナ禍前と比べて極端に少ない状況です。

そのため、実施形態を令和元年度以前の健診結果通知とあわせた結果説明会に戻すかどうかなど、評価指標も含めて、令和5年度の実施結果を受けて検討することとします。



## (6) 要精密検査未受診者対策

医療機関への受診勧奨（紹介状発行）後も結果を放置している者に、再度受診勧奨を実施します。

### ①事業実績

図表 20 精密検査受診率の実績

実施年度	受診勧奨前受診者数／紹介状発行者数…①	受診勧奨後の受診者数／①後、受診が必要な者	精密検査受診率	目標値
H30	29.7% (74人／249人)	65.1% (114人／175人) 対象者への通知率 100%	<b>75.5%</b> (188人／249人)	精密検査 受診率 80%以上
R 1	46.0% (91人／198人)	43.0% (46人／107人) 対象者への通知率 100%	<b>69.2%</b> (137人／198人)	
R 2	38.9% (160人／411人)	33.1% (83人／251人) 対象者への通知率 100%	<b>59.1%</b> (243人／411人)	
R 3	38.8% (171人／441人)	17.4% (47人／270人) 対象者への通知率 100%	<b>49.4%</b> (218人／441人)	
R 4	34.5% (152人／440人)	22.9% (66人／288人) 対象者への通知率 100%	<b>49.5%</b> (218人／440人)	

補足：R1年度までは健診結果説明会の場で保健師が判断し紹介状を発行していたが、R2年度からは要精密検査者すべてに紹介状を発行している。また、R3年度以降は、他疾患での治療中でない者を通知対象者として選定している（R3:212人、R4:225人）。精密検査受診率は通知対象者以外も含めて集計している。

### ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	対象者への通知率 100%	<b>a</b>
アウトカム	精密検査受診率 80%以上	<b>c</b>

（評価指標を計画時から変更）

### ③考察

精密検査受診率は、令和元年度まで7割程度を維持していましたが、令和2年度に約6割、令和3年度以降は約5割と、コロナ禍以降は受診率が低下しています。これは、健診結果説明会の参加が多くあった令和元年度以前は、被保険者と面談し話を聞く中で、保健師が必要性を判断して紹介状を発行していましたが、コロナ禍以降は、紹介状の発行を一律としていること、また、コロナ禍における医療機関の受診控えの影響があると思われます。

この取組は、健康リスクの高い者に、早期治療を促し重症化を防ぐという健康維持の中で特に重要なものです。高い目標を維持しながら、勧奨方法や評価指標などを検討することで医療機関の受診率を向上させていく必要があります。

(7) 血管リフレッシュ教室 【新規事業 (H30 年度～)】

動脈硬化を防ぐため、糖尿病・高血圧症・慢性腎臓病の3病態を対象とした教室を実施しています。

①事業実績

図表 21 血管リフレッシュ教室の実績

実施年度	実施時期・内容	参加率 (参加者数/対象者数)	数値
H30	10月：医師の講演、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計) 12月：栄養講話と試食、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計)	4.9% (19人/385人) 全員通知	●推定塩分摂取量(1日当たりg) 7.9g → 8.2g ※12人中4人(33.3%)が減少 ●血圧値 収縮期 124mmHg → 122mmHg 拡張期 71mmHg → 70mmHg ※12人中8人(66.7%)が低下
R1	10月：医師の講演、栄養講話、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計) 11月：栄養講話と試食、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計)	5.5% (20人/361人) 全員通知	●推定塩分摂取量(1日当たりg) 8.1g → 7.6g ※18人中12人(66.7%)が減少 ●血圧値 収縮期 129mmHg → 125mmHg 拡張期 80mmHg → 78mmHg ※7人中4人(57.1%)が低下
R2	R3.3月：個別指導(2回)、尿検査、器具貸出(減塩モニタ) R3.4月：電話指導	7.1% (1人/14人) 全員通知 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、対象者を絞って実施。	●推定塩分摂取量(1日当たりg) 9.2g → 8.9g ※1人中1人(100%)が減少 ●ナトリウムカリウム比 5.0 → 1.3 ※1人中1人(100%)が低下
R3	11月：医師の講演、栄養講話、器具貸出(減塩モニタ、塩分濃度計) 12月：個別面談	3.2% (9人/277人) 全員通知	●推定塩分摂取量(1日当たりg) 8.0g → 8.0g ※9人中5人(55.6%)が減少
R4	11月：医師の講演、栄養講話、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、塩分濃度計)、 12月：個別面談	6.0% (14人/235人) 全員通知 ※対象者にフォロー対象者を含めて実施。	●推定塩分摂取量(1日当たりg) 8.0g → 7.3g ※5人中2人(40%)が減少 ●ナトリウムカリウム比 2.9 → 3.4 ※7人中1人(14.3%)が低下

補足：尿検査はナトリウムカリウム比、減塩モニタは推定塩分摂取量、塩分濃度計は汁物の塩分濃度の測定を行うもの。  
補足：数値は1回目教室後の2週間と2回目教室後の2週間を比較しており、測定者の平均値を記載している。

## ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	対象者への通知率 100%	a
アウトプット	教室参加率 10%	d
アウトカム	教室参加者の数値の改善率 100%	c

(評価指標を計画時から変更)

## ③考察

血管リフレッシュ教室では、健診結果で一定の基準値以上の者に教室の案内通知を送付し、希望者に医師や保健師・栄養士による講話を実施しています。また、減塩への意識づけのため、参加者に器具を貸し出し、各家庭で尿中塩分や汁物の塩分濃度の測定を行っています。

数値を「見える化」していることで、参加者からは「塩分摂取量がこんなに高いと思わなかった」などの声があがっており、塩分を多く取っている気づきが見られます。

参加率は目標の10%を下回る5%前後で推移しており、参加率を上げていくためには、対象者に関心を持ってもらうかが重要です。あわせて、参加者の数値の改善率を向上させることで、事業効果を高めていく必要があります。

令和5年度からは、健診結果で近年、HbA1cの有所見率が低下している一方で、若年層の脂質の有所見者が過半数を超えていることから、教室の対象者に脂質異常症の者を追加。半年後のフォローでナトリウムカリウム比の測定を行うことで、減塩へのアプローチを進めています。

(8) 糖尿病性腎症重症化予防 【新規事業 (H30 年度～)】

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病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、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止しています。

①事業実績

図表 22 糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者別実施率

	H30	R 1	R 2	R 3	R 4
ハイリスク者 対策実施率 (指導者数/対象者数)	<b>66.7%</b> (2人/3人)	<b>0%</b> (0人/3人)	<b>100%</b> (1人/1人)	<b>20.0%</b> (1人/5人)	<b>50.0%</b> (1人/2人)
未受診者 対策実施率 (受診者数/勧奨実施者数)	<b>74.1%</b> (20人/27人) 全員通知	<b>57.1%</b> (16人/28人) 全員通知	<b>33.3%</b> (3人/9人) 全員通知	<b>57.1%</b> (4人/7人) 全員通知	<b>27.2%</b> (3人/11人) 全員通知
治療中断者 対策実施率 (受診者数/対象者数)	<b>0%</b> (0人/4人) 全員通知	<b>20.0%</b> (1人/5人) 全員通知	<b>33.3%</b> (1人/3人) 全員通知	<b>0%</b> (0人/3人) 全員通知	<b>0%</b> (0人/4人) 全員通知

補足：各対象者の基準は以下のとおり。

ハイリスク者：特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療中の者で①または②の条件を満たす者

①尿蛋白(+) ②eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 ※70歳以上は40ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

未受診者：特定健康診査受診者のうち、HbA1cが6.5%以上で医療機関未受診の者

治療中断者：過去1年間(※H30年度は過去5年間)に糖尿病の治療をしており、直近6か月以内に糖尿病治療薬剤名等で治療をしていない者

②評価結果

総合評価：【B】

対象者	区分	評価指標・目標値	評価
ハイリスク者	アウトプット	対象者の保健指導実施率 50%	<b>b</b>
未受診者	アウトプット	対象者への通知率 100%	<b>a</b>
	アウトカム	医療機関受診率 100%	<b>c</b>
治療中断者	アウトプット	対象者への通知率 100%	<b>a</b>
	アウトカム	医療機関受診率 100%	<b>c</b>

(評価指標を計画時から変更)

### ③考察

京都府が平成 29 年度に策定した「京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、平成 30 年度から事業を展開しています。糖尿病重症化予防南丹地域戦略会議の場を積極的に活用し、医療関係者等の助言を生かしながら、それぞれの対象者にあわせた取組を実施しています。

#### 【ハイリスク者対策】

対象者は毎年 1～2 人と少なくなっています。保健指導同意者に対し、かかりつけ医と連携のうえで保健師・栄養士が個別指導を行っています。指導後は「食品の成分表を見るようになった」「内服するようになった」などの声が聞かれ、保健師・栄養士が介入することで、生活習慣や内服を見直すことができます。特に、食生活については家族を含めて話をするなど、工夫しながら保健指導を行っています。

令和 2 年度には、スマートフォンアプリ等を活用した保健指導体制を構築する、「ICT（情報通信技術）を活用した京都府版糖尿病保健指導モデル構築事業」の試験導入に参加しましたが、対象者のニーズなどを考慮した結果、本格導入には至りませんでした。

課題としては、障がいがある方への対応など、指導内容の個別性の強化のほか、過去の対象者へのフォローアップが挙げられます。

#### 【未受診者対策】

郵送で医療機関の受診勧奨を行い、受診のない HbA1c 7.0%以上の者には電話等で勧奨を行っています。実施率はやや低くなっていますが、対象者の数が減少していることは良い傾向といえます。実施率を向上させていくためには、通知文書の検討が必要です。

#### 【治療中断者対策】

郵送で医療機関の受診勧奨を行い、受診のない者には電話で確認しています。令和 3 年度までは 11 月に受診勧奨通知を送付していましたが、年度内に受診状況を確認できる期間を確保するため、令和 4 年度からは 9 月に受診勧奨通知を送付しています。実施率が低い原因は、治療の必要のない者が対象者に含まれていること、また、連絡がとれない者に再勧奨ができていないことにあります。

令和 5 年度からは、糖尿病重症化予防南丹地域戦略会議で助言のあった、ハイリスク者と治療中断者について、各対象者の状況を確認する「対象者の把握率」を評価指標に追加しています。

今後は、京都府共通の評価指標として設定された、アウトカム指標「HbA1c 8.0%以上の者の割合」「高血糖者の割合」「HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合」を評価指標に追加することとします。

この事業は数か月や 1～2 年で効果が表れるものではないため、長期的な視点を持ちながら、「糖尿病を起因とする新規透析者 0 人」をめざします。

### (9) 精神グループワーク

障がいや精神疾患のある当事者とその家族向けにグループワーク事業を実施し、学習や交流の機会としています。

#### ①事業実績

図表 23 精神グループワークの実績

実施年度	開催回数・実施時期・内容	延べ参加者数
H30	全18回 ④花見 ⑤軽スポーツ、茶話会 ⑥陶芸 ⑦ゲーム大会、茶話会 ⑧ボウリング ⑨調理実習、茶話会 ⑩施設見学 ⑪筋トレ・脳トレ、茶話会 ⑫クリスマス会 ⑬ゲーム大会、茶話会 ⑭たこ焼きパーティー ⑮カラオケ、茶話会	115人
R1	全11回 ④陶芸 ⑤ボウリング ⑥調理実習 ⑦絵葉書づくり ⑧調理実習 ⑨ゲーム大会 ⑩施設見学 ⑪筋トレ・脳トレ ⑫クリスマス会 ⑬調理実習 ⑭たこ焼きパーティー	54人
R2	全9回 ⑥リラクゼーション ⑦臨床美術 ⑧琴滝探索 ⑨マスクケース作り ⑩リラクゼーション ⑪陶芸 ⑫卓球 ⑬室内ゲーム ⑭散歩	38人
R3	全7回 ④ウォーキング ⑥臨床美術 ⑦ウォーキング ⑩ウォーキング ⑪クリスマスカードづくり ⑫リラクゼーション ⑬ポッチャ	28人
R4	全11回 ④ウォーキング ⑤ポッチャ ⑥七夕飾り ⑦陶芸 ⑧絵葉書づくり ⑨町外散策 ⑩モルック ⑪リラクゼーション ⑫町内散策 ⑬町外散策 ⑭気配切り・輪投げ・カードゲーム	29人

補足：○中の数字は実施月を示す。

補足：新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、R1年度1回、R2年度3回、R3年度5回事業を中止した。また、R4年度は大雪のため1回事業を中止した。

#### ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	開催回数年12回	b
アウトプット	参加者数延べ50人	c

#### ③考察

精神グループワークは、こころの健康推進員と連携しながら事業を実施しています。自立と心身の健康の保持をめざして、季節にあわせた行事を開催しており、対象者からは「いつもと違ったところへ行けるのが楽しい」などの声が聞かれます。

新型コロナウイルス感染症の流行により、事業の中止のほか、人気の高い調理やボウリングを企画できなかったことで参加者数に影響がありましたが、中止連絡の際には、適切な栄養や運動を推奨するチラシを入れるなど、状況に応じて工夫しながら事業を進めてきました。

新規の参加者が少ないことが課題であり、魅力的な行事を企画していくとともに、今後は、地域活動支援センターとより連携して事業を実施していくこととします。

(10) 服薬情報通知

多くの薬剤を服用している、または同じ効能の薬剤を複数服用している 60 歳以上の被保険者に対し、服薬情報通知書を送付することにより、適正な服薬を促しています。

①事業実績

図表 24 服薬情報通知書の送付実績

実施年度	実施時期	被保険者数 (60 歳以上)	通知発送者数	重複・多剤 対象者割合	目標
H30	11月	2,370 人	112 人	<b>4.7%</b>	60 歳以上の被保険者数に対する 重複・多剤対象者割合の減少
R 1		2,286 人	91 人	<b>4.0%</b>	
R 2		2,231 人	92 人	<b>4.1%</b>	
R 3		2,246 人	104 人	<b>4.6%</b>	
R 4	7月	2,157 人	92 人	<b>4.3%</b>	
R 5		1,949 人	86 人	<b>4.4%</b>	

補足：通知対象者は、H30 年度は 2 か月、R1～R3 年度は 3 か月分、R4 年度以降は 4 か月分のレセプトより選定。  
被保険者数（60 歳以上）は通知発送月の月末集計値。

図表 25 服薬情報通知対象者への保健指導等の状況

年度	項目	実績	目標値
R 4	保健指導実施者数	9 人	10 人 ※R5 以降の目標は 20 人
	対象者の服薬状況の改善 ① 薬剤種類減少数 ② 重複服薬改善率 ③ 相互作用(併用禁忌)改善率	① 平均 0.7 種類減 ② 50% (4 人/8 人) ③ 対象者なし	① 平均 1.0 種類減 ② 50% ③ 50%

## ②評価結果

総合評価：【A】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	通知回数年1回	a
アウトプット	保健指導実施者数10人	e
アウトカム	対象者の服薬状況の改善	e
アウトカム	60歳以上の被保険者数に対する重複・多剤対象者割合の減少	b

(評価指標を計画時から変更)

## ③考察

処方箋の種類や服用履歴は「お薬手帳」で管理できますが、複数の病院を受診していると、重複して手帳が作成される場合もあります。その結果、一元管理できずに同じ効能の薬剤を服用していたり、飲み合わせで副作用が起きたりする場合があります。服薬情報を通知することで、通知を受け取った被保険者は、かかりつけ医や薬局に相談し、適正な服薬管理を受けることができます。

令和元年度から船井医師会と船井薬剤師会に協力を依頼しており、令和3年度からは、通知書の持参状況や対応結果について連絡票を用いて確認することで、重複・多剤対策を連携して実施しています。さらに、令和4年度から保健部局による保健指導を行っています。

このほか、お薬手帳を一冊にまとめること、ポリファーマシー（多剤併用）の意味や多剤服用に注意すること、OCT医薬品（市販薬）を使うことでセルフメディケーションを心掛けることの周知も行っています。

(11) 重複・頻回受診者への訪問指導

重複・頻回受診者を確認し、適切な受診を促しています。

①事業実績

図表 26 重複・頻回受診者への指導実績

年度	対象者数			重複・頻回受診者 訪問指導者数
	重複受診	頻回受診	計	
H 30	18 人	1 人	<b>19 人</b>	<b>0 人</b> ※レセプト等の分析により訪問指導の必要性がなかったため、実績なしとなった。
R 1	20 人	5 人	<b>25 人</b>	
R 2	10 人	2 人	<b>12 人</b>	
R 3	9 人	3 人	<b>12 人</b>	

補足：年度は対象者の医療機関の受診年度（取組実施の前年度）で表記している。

②評価結果

総合評価：【B】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトカム	対象者数の減少	<b>a</b>

③考察

国保連合会が提供するリストから前年度の受診状況を確認し、精神疾患のある方や整骨院・鍼灸院への並行受診者を除いて対象者を選定しています。ひと月だけ該当する場合や日ごろ介入している対象者がほとんどであるため、訪問指導の実績はありません。

今後は、アウトプット指標に「対象者の把握率」を追加することとします。

## (12) 健康講座

町民の健康に向けた行動変容を促すため、テーマを設定し、講座を実施しています。

### ①事業実績

図表 27 健康講座の実績

実施年度	開催回数・実施時期・内容	参加者数
H 30	<b>全3回</b> (1)10月講演「あなたの腎臓を大切に～腎臓を守るためにできること～」 (2)11月講演「悩みの聴き方とセルフケア～相手も自分も大切に～」 (3)12月講演「糖尿病及び高血圧症と上手に付き合うために」	(1) 48人 (2) 15人 (3) 18人 <b>計 81人</b>
R 1	<b>全3回</b> (1)9月講演「心の健康～みんなで心健やかに過ごすために～」 (2)11月講演「塩分の取り方～子どもから高齢者まで全ての世代に伝えたい塩分と健康の話～」 (3)12月講演「筋肉の若返り～楽しく動いて心とカラダがスッキリ～」	(1) 31人 (2) 38人 (3) 21人 <b>計 90人</b>
R 2	※新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から開催中止	
R 3	<b>全1回</b> (1)1月講演「みんなで心健やかに過ごすために～コロナ禍におけるストレス解消法～自宅で出来るリラックス方法を学ぼう!～」 ※3月のウォーキングは雨天のため中止	(1) 7人 <b>計 7人</b>
R 4	<b>全2回</b> (1)11月ウォーキング「秋みつけ! 健康ウォーキング」 (2)12月講演「ずっとお酒を楽しむために」	(1) 18人 (2) 25人 <b>計 43人</b>
R 5	<b>全7回</b> (1)4月健幸ウォーキング「瑞穂松山周辺コース」 (2)7月健幸ウォーキング「和知由良川周辺コース」 (3)11月健幸ウォーキング「京都府立丹波自然運動公園コース」 (4)12月講演「健康寿命を延ばそう!～血管を若く保つ秘訣～」 (5)1月健幸ウォーキング「味夢の里周辺コース」 (6)1月講演「もしも朝、家族が亡くなっているのに気づいたら?」 (7)3月講演「心を大切に～セルフケアとゲートキーパー～」	(1) 8人 (2) 20人 (3) 10人 (4) 20人 (5) 30人 (6) 77人 (7) 一人 <b>計 一人</b>

### ②評価結果

総合評価：【B】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	実施回数年3回	<b>b</b>
アウトプット	参加者数 30人	<b>a</b>

(評価指標を計画時から変更)

### ③考察

健康講座の参加者数は、コロナ禍以降、やや減少しています。講演の内容については、京丹波町健康増進計画の重点施策であり、町民の関心が高い「適塩」をテーマにしたものを多く選んでいます。

令和4年度は、講演を初めて夜間に開催したことにより、多くの働き盛り世代の参加がありました。また、ウェルネス京丹波ポイント事業と連動し初めて実施したウォーキング講座が好評であったため、令和5年度には実施回数を増やしています。

今後も参加者アンケートの結果を反映しながら、町民の関心の高い内容の講座を開きます。

(13) 子どもを通じた子育て世代への対策

食生活などの改善を図るため、乳幼児健診対象者の保護者に対し、尿中塩分測定や栄養指導を実施しています。

①事業実績

図表 28 乳児前期健診対象者の保護者への尿中塩分測定結果

	男性		女性	
	推定塩分摂取量 (1日当たりg)	ナトリウムカリウム比 (Na / K)	推定塩分摂取量 (1日当たりg)	ナトリウムカリウム比 (Na / K)
R1まで 目標値	8.0g未満	4.0未満	7.0g未満	4.0未満
H30	8.5g	4.4	8.0g	3.8
R 1	7.6g	4.1	8.3g	4.4
R2以降 目標値	7.5g未満	4.0未満	6.5g未満	4.0未満
R 2	7.4g	3.6	7.3g	4.0
R 3	8.0g	4.2	8.5g	3.9
R 4	8.6g	4.9	8.4g	4.5

補足：推定塩分摂取量の目標値は厚生労働省「日本人の食事摂取基準」、ナトリウムカリウム比の目標値は推奨比率による。

補足：H28年度：男性 n=49 人、女性 n=57 人、H29年度：男性 n=41 人、女性 n=46 人、  
H30年度：男性 n=44 人、女性 n=56 人、R 1年度：男性 n=23 人、女性 n=27 人、  
R 2年度：男性 n=34 人、女性 n=38 人、R 3年度：男性 n=35 人、女性 n=42 人、  
R 4年度：男性 n=26 人、女性 n=28 人。

図表 29 乳児前期健診時からの改善状況（1歳6か月健診時）

年度	項目	男性	女性	計	目標値
R 4	推定塩分摂取量、Na / K ともに数値が改善した者の 割合	13.0% (3人/23人)	30.0% (9人/30人)	22.6% (12人/53人)	50%
	推定塩分摂取量、Na / K の いずれか1つでも数値が改 善した者の割合	56.5% (13人/23人)	76.7% (23人/30人)	67.9% (36人/53人)	80%

## ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	乳児前期健診対象者の保護者への尿中塩分測定結果 目標値達成（平均値）	C
アウトカム	乳児前期健診時からの改善状況（1歳6か月健診時）	C

（評価指標を計画時から変更）

## ③考察

尿中塩分測定は、個人の塩分摂取量を「見える化」することを目的に実施し、子育て世代に減塩を意識してもらうきっかけとしています。検査結果を郵送する際には、減塩とカリウム摂取の意識を高めてもらうため、栄養士が指導コメントを記入して送付しています。また、結果を受けて、乳児後期健診や2歳児健診、3歳児健診の場で個別に栄養指導を行っています。

塩分摂取量とナトリウムカリウム比の検査結果を見ると（図表28）、令和元年度と令和2年度の男性の塩分摂取量など目標値を達成している年度もありますが、経年的には数値が高い状況です。アンケート結果から、男性は「果物をほとんど食べない」割合が多く、女性は「間食を毎日している」割合が多いことが課題となっています。

令和4年度からこれまでの乳児前期健診時に加えて、1歳6か月児健診時にも塩分測定を行い、数値の改善状況を確認しています。

今後においても、若年層の食生活改善のため、体内の塩分を効率よく排出するカリウムを多く含む野菜や果物、豆類・豆製品の摂取を推奨し、日々の食事から意識を変える取組を進めます。



#### (14) 食生活改善

食生活改善推進員協議会と連携し、町民の食の重要性への理解を深めるなど、地域に根ざした食生活の改善への取組を行っています。

##### ①事業実績

図表 30 食生活改善事業の実績

実施年度	食生活改善推進員協議会への委託内容	食生活改善推進員の延べ活動回数	参加者数
H30	おやこの食育事業 生涯骨太クッキング事業 男性のための料理教室事業 食育に関すること 生活習慣病予防事業 町の健康教育等食生活改善指導への協力	126回	622人
R1		123回	450人
R2		116回	69人
R3		112回	87人
R4		147回	83人

##### ②評価結果

総合評価：【B】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	食生活改善推進員の活動回数 延べ 120 回	a
アウトプット	参加者数 600 人	c

##### ③考察

食生活改善事業は、食生活改善推進員を育成しながら、町民向けの料理教室の開催のほか、広報媒体を活用した減塩や適塩の啓発と啓蒙、認定こども園、小・中学校、高等学校での食育活動などを実施しています。

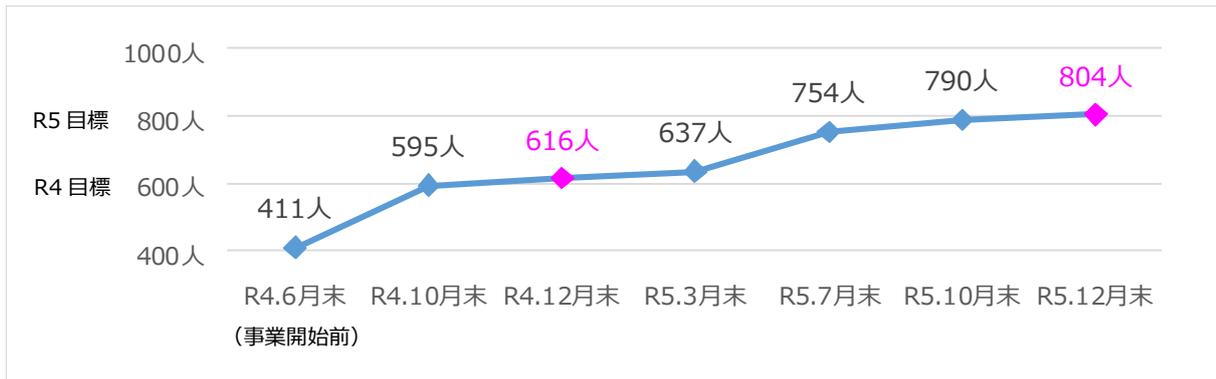
参加者数の実績に表れているように、令和2年度以降は、新型コロナウイルス感染症の影響により、学校での活動も含め、調理実習を通じた活発な活動が制限されました。その代替として、レシピの配布のほか、ケーブルテレビや広報紙を活用して季節の食材を使ったレシピの紹介を行いました。

(15) ウェルネス京丹波ポイント事業 【新規事業（R4年度～）】

ウェルネス京丹波ポイント事業は、健康寿命の延伸と運動の習慣化を図り、子どもから高齢者まで、誰もが「健やか」で「幸せ」な生活を送ることができる社会の実現をめざし、町民がウォーキング等の健康づくりに継続的に取り組めるスマートフォンアプリを活用したインセンティブ事業として、令和4年度から実施しています。

①事業実績

図表 31 アプリ利用者数の推移



図表 32 アプリ稼働率の推移

年月	(月1回以上アプリ起動者／利用者数)
R4年10月	71.8% (427人／595人)
R4年12月	60.1% (370人／616人)
R5年3月	※対象期間外
R5年7月	57.4% (433人／754人)
R5年10月	57.6% (455人／790人)
R5年12月	52.5% (422人／804人)

図表 31、図表 32 資料：スポーツタウン京丹波

②評価結果

総合評価：【B】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	利用者数 (R4: 600人、R5: 800人)	<b>a</b>
アウトプット	毎月のアプリ稼働率(月に1回以上アプリを起動した人数の割合) 70%以上	<b>c</b>

### ③考察

ウェルネス京丹波ポイント事業は、楽しみながらウォーキングを実施してもらうことや事業参加のきっかけづくりとして、令和4年7月から開始しました。

多くの人に利用してもらうために積極的に広報を行った結果、利用者数は令和5年12月末で804人となり、事業開始から順調に伸びています。また、利用者数だけでなく、アプリ稼働率の目標も設定することで、利用状況の把握も図っています。

事業効果を高めるため、初年度の運用を終えた令和5年2月には利用者アンケートを実施。アンケート結果は、年齢制限の撤廃、ポイント付与期間の通年化、応募ポイントの見直しや景品の充実のほか、ウォーキングイベント数の増加に反映しました。

利用者から「毎日歩数を見るようになった」「長く続けていきたい」「ちょっとした距離も歩くようになり、体重が健康的に落ちた」などの声が聞かれ、ウォーキングの習慣化が見られます。

今後は、利用者数をさらに増やしていくとともに、歩数の平均値などのデータを確認することで、利用者の行動変容の結果についても検証していくこととします。



**ウェルネス京丹波ポイント**

歩いて！／参加して！／ポイントを貯めて！

**健幸になろう！**

**POINT** 令和5年4月1日(土)～令和6年3月31日(日)

※ウォーキングポイントの付与は4月1日から先行で開始しています。  
 ※イベントポイントの付与や毎月の景品及び景品賞の応募期間は令和5年6月1日から令和6年1月31日までとしています。

**参加対象者**  
 京丹波町在住・在勤・在学者

**ポイントを貯めて景品に応募しよう！**

毎月200ポイントで応募できる！

町内飲食店で使える**飲食チケット1,000円分** (20名抽)

※毎月対象の飲食店は変わります。

抽選で  
 抽選で  
 必ず  
 必ず

期間の最後に貯まったポイントで応募できる！

**A賞** 約1万円相当(付料、送料別) **B賞** 約5千円相当(付料、送料別)

**10,000ポイントで応募** (2名抽) **7,000ポイントで応募** (20名抽)

**C賞** 約3千円相当(付料、送料別)

**2,500ポイントで応募** (30名抽)

※景品は、京丹波町のホームページをご確認ください。

お問い合わせ先  
 教育委員会 TEL:84-0028 (和歌支所内)  
 住民課 TEL:82-3803 (京丹波町役場本庁舎内)  
 健康推進課 TEL:86-1800 (福祉保健課社センター内)

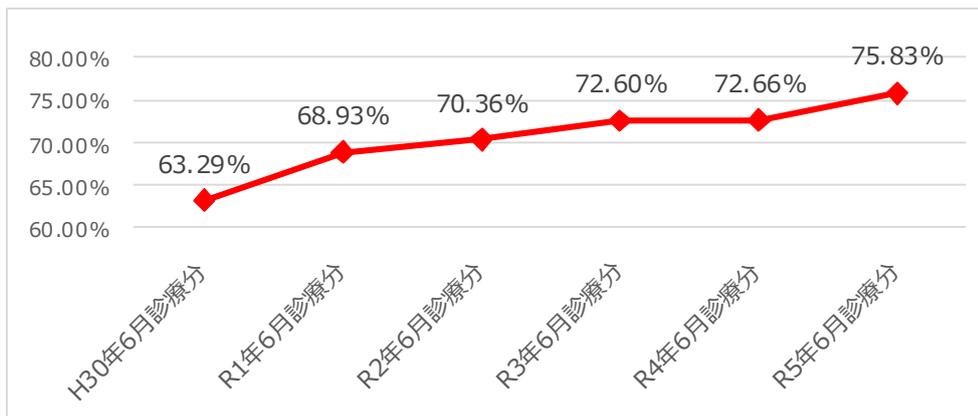
ポイントを貯めるには？

### (16) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

後発医薬品の普及を促進し、医療費の削減につなげるため、京丹波町ジェネリック医薬品利用促進通知基準で対象者と定める者に年2回、後発医薬品利用差額通知書を送付しています。

#### ①事業実績

図表 33 後発医薬品普及率（数量ベース）



資料：(株) データホライゾン効果計算結果報告書

#### ②評価結果

総合評価：【C】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	差額通知年2回実施	a
アウトカム	普及率数量ベース 80%以上	c

#### ③考察

後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものです。このため、厚生労働省は平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定。平成29年6月の閣議決定において、令和2年9月までに使用割合80%、令和3年6月には、令和5年度末までにすべての都道府県で80%以上とする目標を定めています。

本町の後発医薬品普及率は年々上昇していますが、国の示す基準には達していません。取組として、対象者への年2回の差額通知書の送付のほか、被保険者証更新時にはジェネリック希望シールを、国保税暫定賦課通知書の発送時や国保加入時にはリーフレットを配布しました。

また、令和5年度からは、再診を受けずに同じ処方箋を薬局で受け取ることができる「リフィル処方箋」の周知・啓発も行っています。

普及率向上のため、今後も継続的に後発医薬品の周知と理解の促進を図っていくこととします。

### (17) 医療費通知

要件を満たした表示項目を記載した1年分の医療費を被保険者に通知しています。

#### ①事業実績

毎年、被保険者全員に発送しています。

#### ②評価結果

総合評価：【A】

区分	評価指標・目標値	評価
アウトプット	事業の実施	<b>a</b>

#### ③考察

医療費通知は、被保険者に医療費を確認してもらうことで、健康や医療に関する認識を深め、病気の予防や健康づくりに役立ててもらうことを目的に送付しています。令和2年度には送付時期を、令和5年度には通知レイアウトと送付時期をそれぞれ変更し、送付しました。

### (18) 地域包括ケア推進・一体的実施 【新規事業（R2年度～）】

国民健康保険と後期高齢者医療の保健事業を接続することで、被保険者に対し継続的な支援を行い、疾病予防とフレイル予防を図っています。

#### ①事業実績

図表 34 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施の事業実績

実施年度	事業内容
R2	<b>ハイリスクアプローチ</b> ・低栄養防止、糖尿病性腎症重症化予防 <b>ポピュレーションアプローチ</b> ・通いの場であるサロン等での健康教室
R3	<b>ハイリスクアプローチ</b> ・低栄養防止、糖尿病性腎症重症化予防 <b>ポピュレーションアプローチ</b> ・通いの場であるサロン等での健康教室
R4	<b>ハイリスクアプローチ</b> ・低栄養防止、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者への介入 <b>ポピュレーションアプローチ</b> ・通いの場であるサロン等での健康教室
R5	<b>ハイリスクアプローチ</b> ・低栄養防止、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者への介入（和知地区のみ） <b>ポピュレーションアプローチ</b> ・通いの場であるサロン等での健康教室

#### ②評価結果

評価指標・目標値は設けていません。（後期高齢者医療の保健事業として評価）

#### ③考察

疾病予防とともにフレイル（※）を予防することが重要であるとの認識が高まっていることから、京都府後期高齢者医療広域連合の委託を受けて、令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」に取り組んでいます。

国保事業、後期高齢者医療事業、介護予防事業など医療保険等の制度を越えて、国保世代から連続した疾病予防や重症化予防を行います。

※フレイルとは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

## 第4章 健康・医療情報等の現状と分析

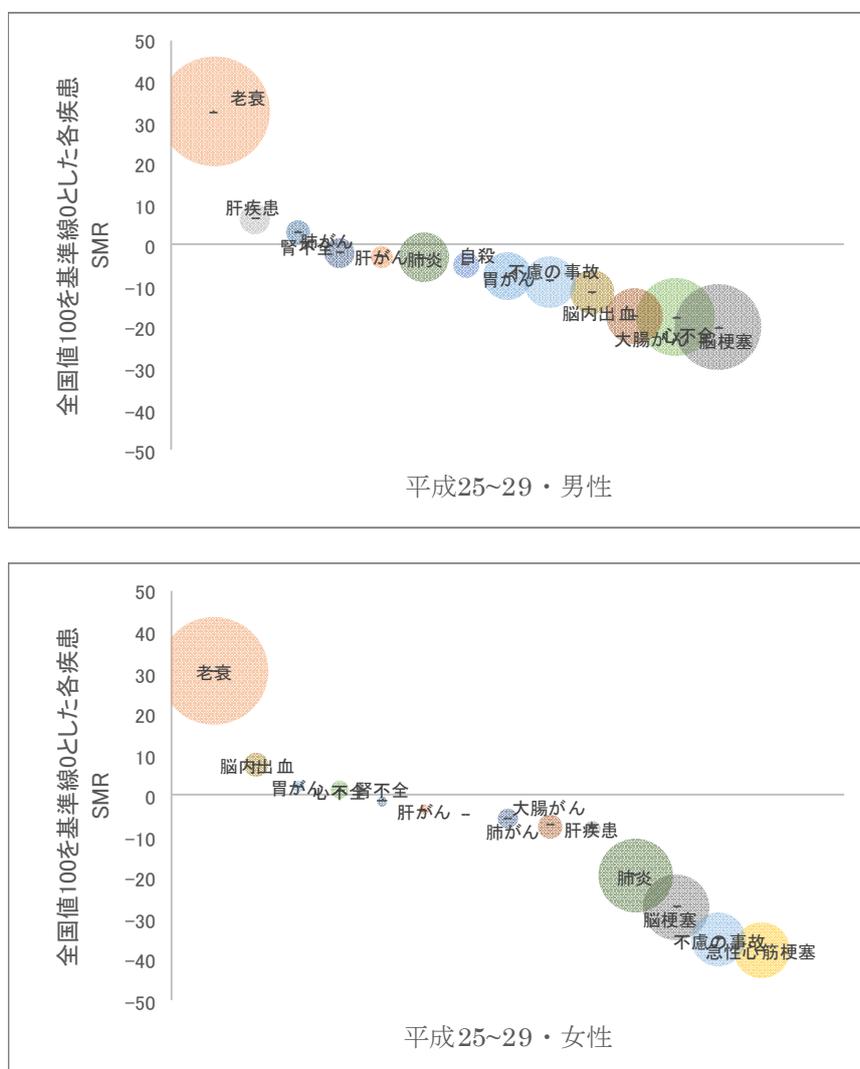
### 1 死亡の状況

相対的にどのような原因での死亡が多いかを確認できる標準化死亡比（SMR）バブルチャートを見ると、本町では男女ともに老衰が最も多く、疾病による死因では、男性は肝疾患、腎不全、肺がんが多く、女性は脳内出血、胃がん、心不全が多くなっています。

また、年齢による影響を含めた死亡者数の期待値（全国基準）と実死亡者数の差の絶対値（当該地域内の死因間における過剰・過少死亡の相対的な大きさ）では、男性の脳梗塞と心不全、大腸がん、女性の脳梗塞と肺炎は、実死亡者数と期待値との差が大きくなっています。

このことから、精密検査受診率の向上のほか、高血圧症と糖尿病予防、がん検診の充実、飲酒の抑制の取組に重点を置く必要があります。

図表 35 京丹波町標準化死亡比（SMR）バブルチャート



資料：人口動態統計特殊報告（平成 25～29 年 人口動態保健所・市区町村別統計）

補足：標準化死亡比（SMR）は、全国を基準（=100）とした場合、その地域での年齢による影響を除いたうえでの死亡率（死亡しやすさ）がどの程度かを示したものの。バブルチャートは、縦軸に各死因の SMR（H25～29）から 100 を引いた値（0 の水平基線が SMR 全国値に相当）をとり、横軸には各死因名を SMR 降順に配置している。円の面積は死亡者数の期待値（全国基準）と実死亡者数の差の絶対値（当該地域内の死因間における過剰・過少死亡の相対的な大きさ）を表す。また、円の中心が基線の上に位置し、かつ円の大きな死因ほど、当該死因による過剰死亡の規模が大きいことを表す。一方、円の中心が基線の下かつ円の大きな死因は当該死因の過少死亡の規模が大きいことを表す。

## 2 医療の状況

第3章の全体評価で、総医療費は減少しているものの、一人当たりの医療費は増加していることがわかりました。ここでは、その内容について考察していきます。

### (1) 医療費の3要素

「医療費の3要素」とは、①受診（入院）率 ②1日当たり点数（※診療費と同義） ③1件当たり日数を指し、医療費を分析していくうえでの基本的な指標です。

本町の外来のデータを見ると、受診率は約6割で、府や同規模市町村と比べ低くなっています。一方で、1日当たりの点数が非常に高いことから、一度に多くの診察・治療を受けていることがわかります。これは、医療機関への交通事情も関係していると考えられます。しかし、平成30年度と比較した令和4年度の1日当たりの点数の伸び率が他市町村よりも高くなっていることから、重症化なども危惧されます。

入院受診率は、平成30年度からは減少しているものの、約2.4%で他市町村と比べ依然高い水準です。さらに、1件当たりの日数が長くなっており（入院の長期化）、慢性疾患の増加等が懸念されます。

これらのことから、一人当たり医療費の増加には、被保険者の高齢化や医療費の高騰だけでなく、健康状態の悪化も大きく影響しているといえます。

図表 36 医療の受診状況

		H30年度	R4年度	増減率
外 来	①受診率（※）	602.280件 (府 675.524件、同規模 698.110件)	589.440件 (府 680.494件、同規模 708.070件)	97.9% (府 100.7%、同規模 101.4%)
	②1日当点数	1,712点 (府 1,484点、同規模 1,538点)	2,052点 (府 1,692点、同規模 1,732点)	119.9% (府 114.0%、同規模 112.6%)
	③1件当日数	1.5日 (府 1.6日、同規模 1.5日)	1.4日 (府 1.5日、同規模 1.4日)	93.3% (府 93.8%、同規模 93.3%)
入 院	①入院受診率（※）	25.149件 (府 18.828件、同規模 22.998件)	24.172件 (府 17.606件、同規模 22.232件)	96.1% (府 93.5%、同規模 96.7%)
	②1日当点数	3,192点 (府 3,975点、同規模 3,184点)	3,626点 (府 4,575点、同規模 3,545点)	113.6% (府 115.1%、同規模 111.3%)
	③1件当日数	16.6日 (府 15.0日、同規模 16.7日)	17.3日 (府 14.9日、同規模 16.7日)	104.2% (府 99.3%、同規模 100.0%)

資料：KDBシステム（地域の全体像の把握）

補足：受診（入院）率は、12か月を足し上げて12で割ったデータであり、1か月当たりの被保険者千人当たりの件数を示している。

(2) 医療費の疾病別割合

全体の医療費に占める割合が大きい上位 10 疾病の推移を見ていきます。令和 4 年度に最も医療費が多かった疾病は、慢性腎臓病（透析あり）でした。腎機能が著しく低下し人工透析に至るこの病気は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病や、肥満、喫煙などの不健全な生活習慣などが危険因子となります。上位 10 疾病に高血圧症や糖尿病もあわせて入っているため、本町の大きな健康課題といえます。

また、骨や関節などの運動器に病変を有する「関節疾患」が上位に位置しています。関節疾患の増加は被保険者の高齢化と関連があると考えられます。関節疾患や骨折は、介護が必要となる原因になることから、バランスの良い食事の摂取と筋力低下防止によるフレイル対策が大切となります。

このほか、肺がんの占める割合が増えていることも注意が必要です。

図表 37 医療費の多い上位 10 疾病

	H30 年度	R 2 年度	R 4 年度
1 位	慢性腎臓病（透析あり） 6.8%	関節疾患 4.4%	慢性腎臓病（透析あり） 4.5%
2 位	統合失調症 6.4%	統合失調症 4.2%	関節疾患 4.5%
3 位	糖尿病 4.7%	糖尿病 4.0%	糖尿病 4.0%
4 位	高血圧症 3.7%	高血圧症 3.2%	統合失調症 3.9%
5 位	関節疾患 3.2%	慢性腎臓病（透析あり） 3.1%	肺がん 3.6%
6 位	骨折 2.7%	不整脈 3.0%	高血圧症 2.9%
7 位	肺がん 2.1%	骨折 2.4%	うつ病 2.2%
8 位	うつ病 1.9%	大腸がん 2.4%	骨折 2.2%
9 位	脂質異常症 1.9%	肺がん 2.3%	前立腺がん 1.7%
10 位	大腸がん 1.9%	うつ病 2.1%	脂質異常症 1.7%

資料：KDB システム（医療費分析（2）大、中、細小分類）

補足：疾病を 82 個に分類し、全体の医療費（入院+外来）を 100%として計算している。

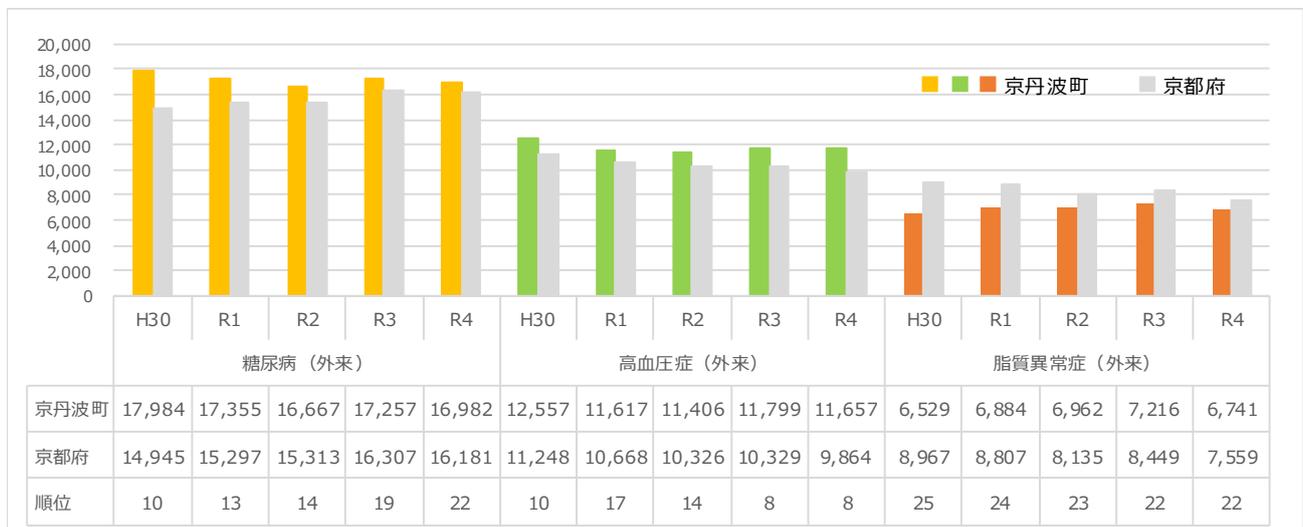
### (3) 生活習慣病の医療費

生活習慣病の外来医療費を見ると、脂質異常症は府より低い水準であるものの、糖尿病と高血圧症については高くなっており、前述の死亡の状況と同じ傾向となっています。

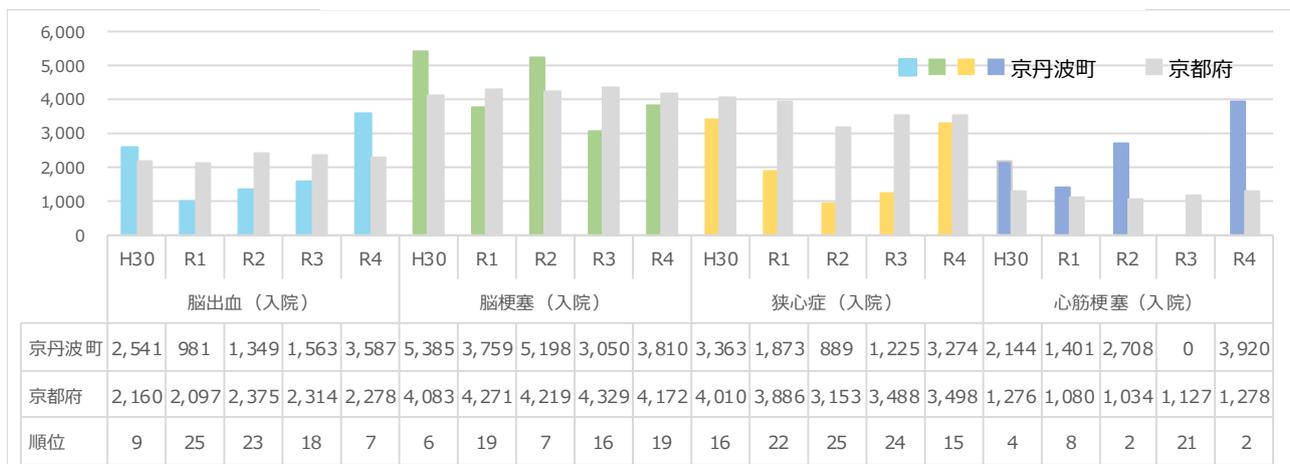
入院医療費はそれぞれの疾病の各年度で増減していますが、令和4年度の医療費では、前年度比が脳出血2.3倍、狭心症2.7倍、心筋梗塞4倍と、総じて急増しています。

総医療費から算出する一人当たり医療費の令和4年度分は、現時点で発表されていませんが、さらに増加している可能性が高いと考えられます。令和2、3年度の新型コロナウイルス感染症による医療機関の受診控えが影響しているのかも含め注視していく必要があります。

図表 38 疾病別一人当たり年間外来医療費（単位：円）



図表 39 疾病別一人当たり年間入院医療費（単位：円）



資料：KDB システム（疾病別医療費分析（生活習慣病））

補足：各年度の3月末日時点の被保険者数から算出。

提供：京都府国民健康保険団体連合会

(4) 糖尿病の診療状況

本町の健康課題である「糖尿病」と「高血圧症」の診療状況について、詳細をレセプト（診療報酬明細書）等で見えていきます。

被保険者中の糖尿病レセプトありの者の割合は減少しています（図表 40）。しかし、その年齢区分別内訳を経年的に見ると、64 歳以下の割合が徐々に増えてきています（図表 41）。

糖尿病と生活習慣病の合併状況では（図表 42）、高血圧症が 65.4%、脂質異常症は 66.4%となっており、多くの人が高血圧症リスクを抱えていることがわかります。

糖尿病が進行し、医学で治すことが難しい「三大合併症」である糖尿病性神経症、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症の患者千人当たりの有病者数を府や同規模市町村と比較すると（図表 43）、神経症や網膜症が多く、腎症は少なくなっており、現状では腎症に至るケースは防げているといえます。図表 44 の患者千人当たり人工透析者数については、令和 4 年度は 6.856 人となっており、令和元年度と比べ少なくなっていますが、令和 3 年度からは増加しています。

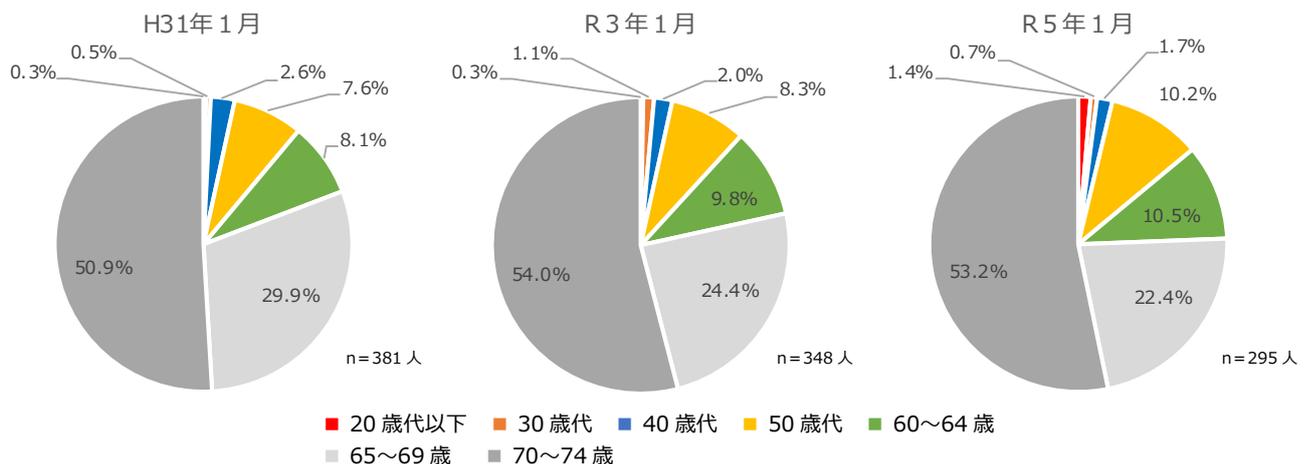
糖尿病は特に医療費がかかる病気です。糖尿病を防ぐためには、血糖値や体重を正常範囲に保つことが大切です。また、糖尿病の合併症予防には血圧やコレステロールの値にも注意が必要です。

糖尿病のコントロール不良者や放置者を減らし、医療機関を受診した際に既に重症化していることは避けなければなりません。適切な食事と運動を促すことで、HbA1c の有所見率を抑えるとともに、精密検査受診率の向上や血管リフレッシュ教室等を通じた保健指導、また、医療機関と連携した「糖尿病性腎症重症化予防」の取組により、人工透析への移行を防ぐことが重要です。

図表 40 当月に糖尿病のレセプトがある者の割合

診療年月	(糖尿病レセプトありの者/被保険者数)
H31年 1月	10.1% (381人/3,787人)
R3年 1月	9.7% (348人/3,578人)
R5年 1月	8.9% (295人/3,304人)

図表 41 糖尿病レセプトありの者の年齢区分別内訳



図表 42 糖尿病と生活習慣病の合併状況（診療年月：R5年1月、n=295人）



図表 40、図表 41、図表 42 資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式 3 - 2）糖尿病のレセプト分析）

図表 43 糖尿病の三大合併症の状況（R4年度）

患者千人当たり	糖尿病合併症患者数（有病）		
	京丹波町	京都府	同規模市町村
糖尿病性神経症	11.252 人	8.732 人	8.025 人
糖尿病性網膜症	29.673 人	22.125 人	21.667 人
糖尿病性腎症	18.997 人	19.014 人	24.798 人

補足：糖尿病性神経症とは、神経の働きに障害が起こり、足のしびれやつり、足のえそなどが起こる可能性がある病気。糖尿病性網膜症とは、目の網膜の毛細血管に障害が起こることがあり、進行すれば失明につながる場合もある病気。糖尿病性腎症とは、腎臓のろ過装置である糸球体に障害が起こりやすくなり、進行につれて尿蛋白が増加する。新規に人工透析を始める人の約半数は腎症が原因とされている。一般的に、神経症、網膜症、腎症の順に発症することが多い。

図表 44 患者千人当たり人工透析患者数（経年推移）

	R 1	R 2	R 3	R 4
患者千人当たり人工透析患者数	7.779 人	6.499 人	5.010 人	6.856 人

図表 43、図表 44 資料：KDB システム（医療費分析（1）細小分類）

### (5) 高血圧症の診療状況

高血圧症は、医療の進歩等により有病者数は全国的に減少傾向にあります。病状が進行し動脈硬化を引き起こすと、心臓では狭心症、心筋梗塞、心不全になりやすく、脳では脳梗塞、脳出血などの脳血管障害（脳卒中）や認知症になりやすくなります。

本町の高血圧症レセプトありの者も減少傾向が見られますが（図表 45）、年齢とともに有病率が増加し、70～74 歳ではおよそ 3 人に 1 人が病院を受診している状況です（図表 47）。また、よりリスクの高まる脂質異常症との合併も 58%と多くなっています（図表 46）。

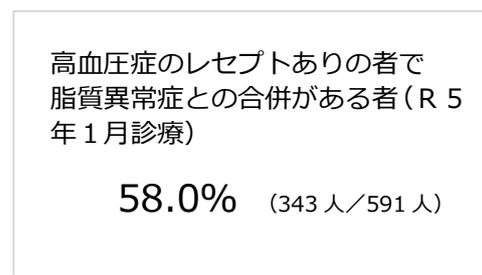
高血圧症対策には減塩が有効なことから、ハイリスク者には塩分濃度の「見える化」を通じて、数値の改善と適切な血圧コントロールを図ることが有効です。同時に、高血圧症は多くの人にリスクがある病気であるため、ポピュレーションアプローチを実施し、病気のリスクのほか、減塩の大切さやカリウム・カルシウム摂取の必要性を伝えるなどして、知識を普及していくことが必要です。

また、この病気は自覚症状がほとんどないという性質から、毎年健診を受けてもらうことも重要となります。

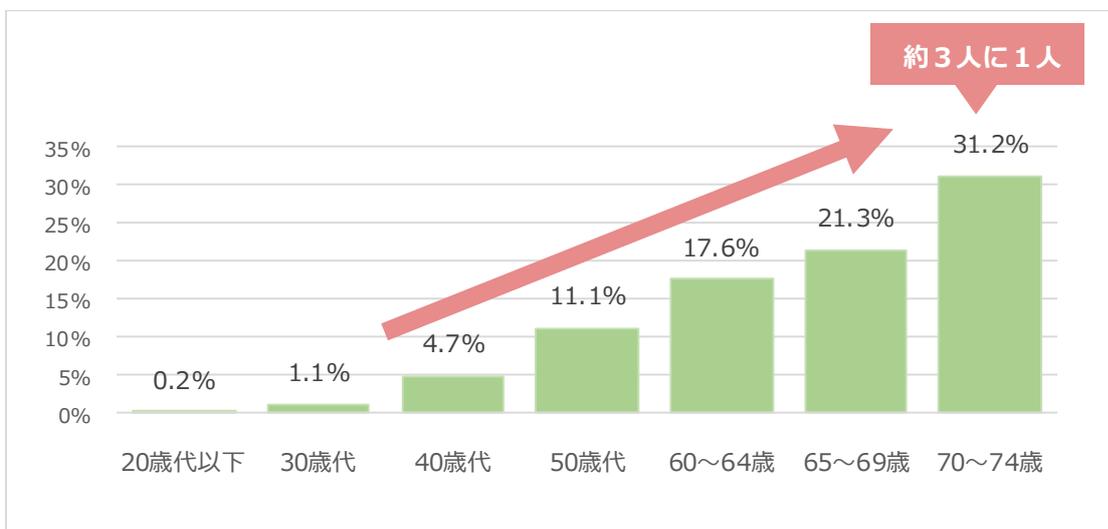
図表 45 当月に高血圧症のレセプトがある者の割合

診療年月	(高血圧症レセプトありの者/被保険者数)
H31年1月	20.3% (769人/3,787人)
R3年1月	18.8% (672人/3,578人)
R5年1月	17.9% (591人/3,304人)

図表 46 高血圧症の脂質異常症との合併



図表 47 高血圧症レセプトありの者の年齢区分別割合



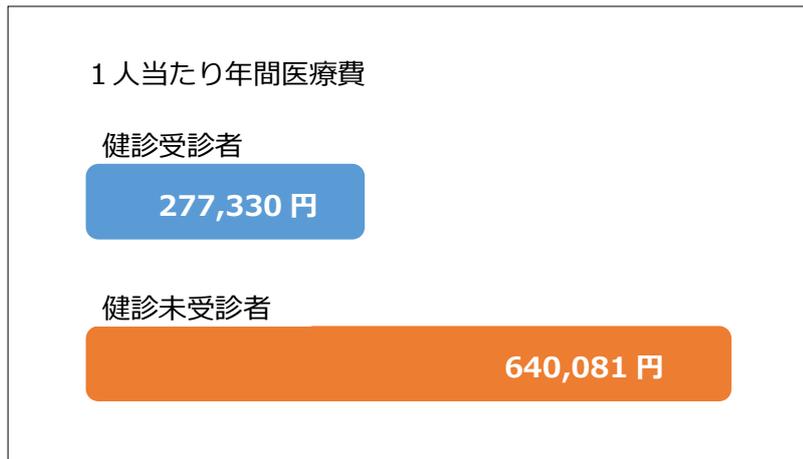
補足：被保険者数は 20 歳代以下 427 人、30 歳代 190 人、40 歳代 295 人、50 歳代 360 人、60～64 歳 278 人、65～69 歳 628 人、70～74 歳 1,126 人、計 3304 人。

図表 45、図表 46、図表 47 資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式 3 - 2）高血圧症のレセプト分析）

### (6) 健診受診の有無による医療費の差

健診受診者と未受診者における医療費の違いを見ると、健診受診者は1人当たり年間約28万円、健診未受診者は約64万円と大きな差がありました。このことから、健診を受診することの大切さを啓発していきます。

図表 48 健診受診者と未受診者の医療費（R4年度）



資料：KDB システム（医療機関受診と健診受診の関係表）から算出。  
補足：健診受診者 n=1,012 人，健診未受診者 n=991 人。医療費の算出にあたっては、医療機関受診者のみを集計している。



### 3 介護の状況

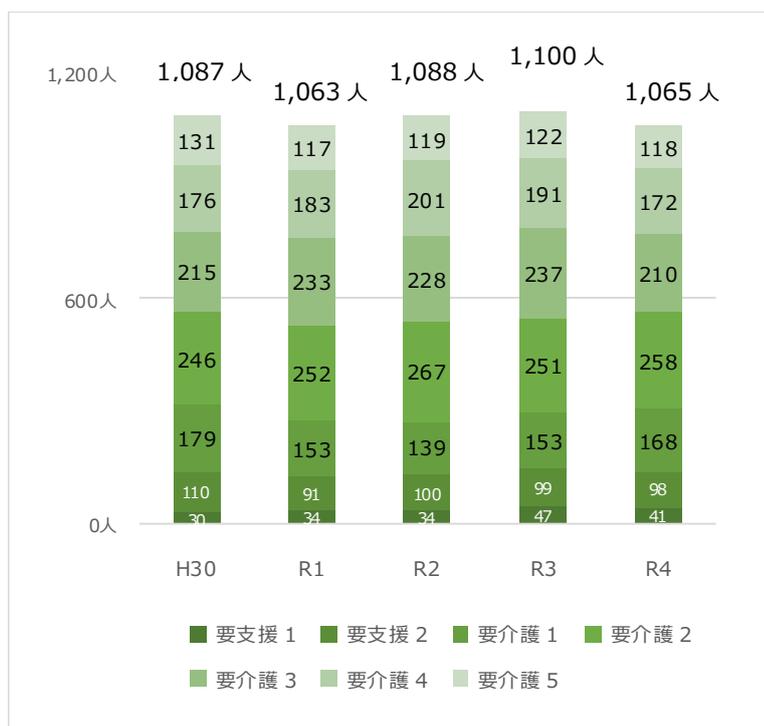
#### (1) 介護保険の分析

本町における介護保険の新規申請は毎年 230 件程度あり、要支援・要介護認定者数は令和 4 年度末 1,065 人で、やや減少傾向にあります。介護度別では、要介護 2 及び要介護 3 の割合が多くなっています（図表 49）。

新規申請の原因疾病（図表 50）には男女差が見られ、男性は脳血管疾患、認知症が多く、女性では関節・筋肉の疾患、認知症、骨折が多いのが特徴です。令和 3 年度の原因疾病を 74 歳以下に絞って見ると（図表 51）、脳血管疾患とがん疾患が多数を占めています。

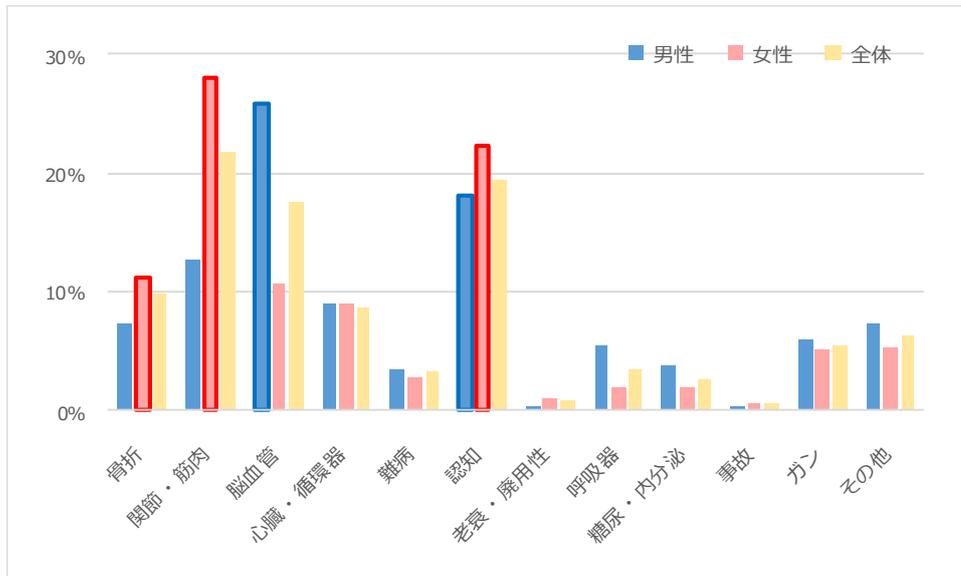
このことから、壮年期からの生活習慣病予防における血圧・血糖値の管理やがん予防の取組と、将来を見据えたフレイル予防のため、運動の習慣化の取組を推進していく必要があります。

図表 49 介護度別の認定者数の推移



資料：KDB システム（要介護（支援）者認定状況）

図表 50 介護保険新規申請原因疾病（H29～R3年度）



資料：京丹波町介護保険統計

図表 51 74歳以下の介護保険新規申請者における原因疾病構成比(R3年度)

脳血管	34.2%	認知	7.9%	難病	2.6%
ガン	23.7%	骨折	5.3%	事故	2.6%
関節・筋肉	18.4%	心臓・循環器	2.6%	その他	2.6%

資料：京丹波町介護保険統計

補足：構成比は小数点以下第2位を四捨五入、n=38人。

## （2）地域包括ケア推進

医療と介護の連携は、住み慣れた地域で必要なサービスを継続的・一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の構築のために必要不可欠となっています。そのため、医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支える際の課題等について議論する「地域ケア会議」に国保部局として参画し、医療・介護データに基づいた課題の共有のほか、各種事業への協力依頼などを通じて、地域で被保険者を支えるための連携を強化しています。

## 4 健診結果の状況

### (1) 特定健診結果

#### ① 健診項目別有所見率の年度比較

健診有所見率を経年的に京都府内順位も含めて見ると(図表 52)、「BMI」「腹囲」「中性脂肪」「ALT」「空腹時血糖」「eGFR」と、多くの項目が府平均よりも良好な状況です。他の項目では「HbA1c」が近年顕著に改善しています。平成 30 年度には、8 割を超え府内で最も高かった有所見率が、令和 2 年度以降は改善し、令和 4 年度は有所見率を約 5 割に抑えることができています。また、「尿酸」も令和元年度以降に改善するなど、府平均より有所見率が高い項目が少なくなってきており、健診受診者の健康状態は良化してきているといえます。

一方、府平均より有所見率が高い年度が複数ある項目は「HDL」「LDL」のコレステロールと「収縮期血圧」「拡張期血圧」です。4 項目いずれも、令和 4 年度に改善が見られたものの、「拡張期血圧」は、平成 30 年度から令和 3 年度まで 4 年連続で府平均より悪い結果となっています。

図表 52 有所見率の年度比較

単位：％ ( )内は 府内降順	摂取エネルギーの過剰・内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因					
	BMI (25 以上)	腹囲 (85,90 以上)	中性脂肪 (150 以上)	ALT (31 以上)	HDL (40 未満)	LDL (120 以上)
H30	19.5% (25 位)	31.6% (18 位)	17.3% (21 位)	11.3% (23 位)	4.2% (11 位)	51.0% (20 位)
R 1	21.1% (23 位)	32.1% (19 位)	16.1% (24 位)	12.3% (18 位)	3.8% (12 位)	54.5% (10 位)
R 2	20.7% (24 位)	32.8% (17 位)	18.8% (19 位)	14.1% (14 位)	2.9% (21 位)	53.5% (8 位)
R 3	19.8% (26 位)	32.7% (20 位)	16.0% (24 位)	12.7% (24 位)	5.6% (3 位)	43.5% (25 位)
R 4	21.2% (23 位)	32.8% (20 位)	15.3% (23 位)	12.0% (24 位)	5.0% (5 位)	41.8% (24 位)
R4年度 府平均	23.2%	33.4%	20.9%	13.1%	4.1%	47.3%

単位：％ ( )内は 府内降順	血管を傷つける・臓器障害					
	空腹時血糖 (100以上)	HbA1c (5.6以上)	尿酸 (7.0超過)	収縮期血圧 (130以上)	拡張期血圧 (85以上)	eGFR (60未満)
H30	6.8% (26位)	81.2% (1位)	9.5% (8位)	48.2% (13位)	20.7% (9位)	19.7% (5位)
R1	7.5% (26位)	77.0% (1位)	6.6% (22位)	45.4% (15位)	21.1% (9位)	16.9% (22位)
R2	8.1% (26位)	54.5% (20位)	1.2% (26位)	59.2% (3位)	27.1% (2位)	12.2% (25位)
R3	8.8% (26位)	49.6% (24位)	0.7% (26位)	48.4% (19位)	21.5% (10位)	7.0% (26位)
R4	7.9% (26位)	50.7% (23位)	0.7% (26位)	41.2% (25位)	16.7% (24位)	9.7% (26位)
R4年度 府平均	24.2%	56.7%	7.2%	47.7%	21.2%	22.9%

資料：KDBシステム（厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別））

補足：( )内は府内降順の順位。府平均より高い値を黄色網掛けとしている。

提供：京都府国民健康保険団体連合会

#### 補足資料：健診項目の用語説明

健診項目	説明
BMI	Body Mass Indexの略。体重と身長の関係から算出する肥満度を表す体格指数。
中性脂肪	人間の体を動かすエネルギー源となる物質で、別名「トリグリセリド」と呼ばれる。健康診査ではTGと表される。中性脂肪値（TG値）が高いと、血液中に中性脂肪が多いことを示し、動脈硬化を進める恐れがある。
ALT	肝臓に存在する酵素。肝機能が鈍ると値は上昇する。
HDL	善玉コレステロールといわれ、血液中の余分なコレステロールの回収や血管に沈着したコレステロールを除去する働きを持つ。
LDL	悪玉コレステロールといわれ、増えすぎると、血管に沈着し動脈硬化の原因となる。
HbA1c	赤血球中のヘモグロビンのなかにブドウ糖と結合したものの一種で、1日の血糖値の平均値が高いほど増えることから、血糖コントロールの指標とされる。検査値は、検査前1～2か月の血糖値の状態がわかり、血糖値と違い、検査直前の食事の影響を受けることなく平均的な状態がわかるため、慢性的な高血糖状態を判定することができる。
尿酸	血液中の尿酸のこと。この値が高くなり7.0mg/dlを超えると、高尿酸血症と診断され、高尿酸血症の状態が長く続くと、急性関節炎（痛風）を引き起こす。
eGFR	推算糸球体ろ過量のこと。腎臓の機能を表す検査値の一つ。高血糖による最小血管障害で糸球体の血管が痛められると、ろ過機能が低下して糸球体ろ過量は下がる。

## ②年代別・男女別分析

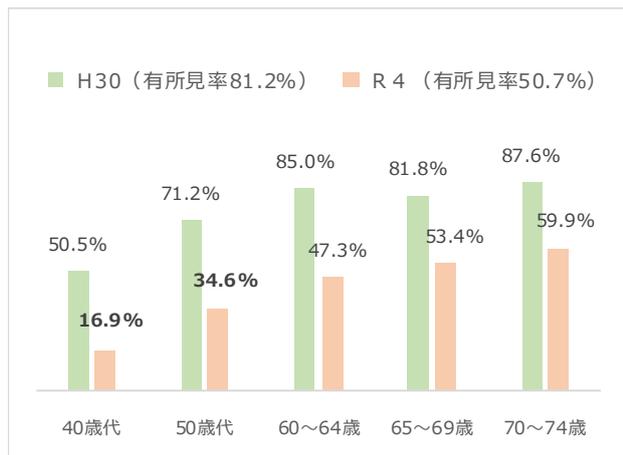
前述①健診項目別有所見率の年度比較において有所見率が改善している項目について、特に、どの年代が良くなっているのかを確認します。「HbA1c 有所見率の H30 と R4 の比較（年代別）」（図表 53）を見ると、すべての年代で有所見率が改善。若い年代ほど顕著な減少が見られ、40 歳代は令和 4 年度の有所見率が平成 30 年度比約 3 分の 1 に、50 歳代も半分以下になっています。また、男性のみに実施している尿酸検査もすべての年代で有所見率が大きく改善しています（図表 54）。

次に、有所見率の高い項目について見ていきます。HDL について、最も有所見率が高かった令和 3 年度は、女性の有所見率は 1.1%と低かったものの、男性の有所見率は 10%以上あります（図表 55）。一方、LDL の令和元年度の有所見の状況は女性の方が高く、50 歳代と 60 歳から 64 歳は有所見率が 7 割以上に上っています（図表 56）。LDL は、40 歳代でも男女とも 40%以上の有所見があることも注視していく必要があります。

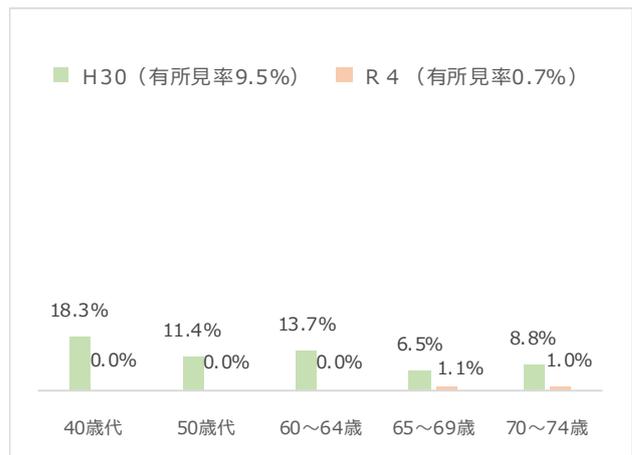
さらに、平成 30 年度から令和 4 年度まで 4 年連続で府平均より有所見率が高かった拡張期血圧について見ていきます（図表 57）。有所見率は男性の方がやや高くなっていますが、府内市町村では、女性の令和 2 年度は 2 番目、令和 3 年度は 3 番目に高い有所見率となっています。年代別に見ると（図表 58）、50 歳代から急増していることがわかります。

そのほか、収縮期血圧の有所見率が最も高かった令和 2 年度は、男女とも約 6 割の有所見率がありました（図表 59）。

図表 53 HbA1c 有所見率の H30 と R4 比較(年代別)



図表 54 尿酸有所見率の H30 と R4 比較(年代別)



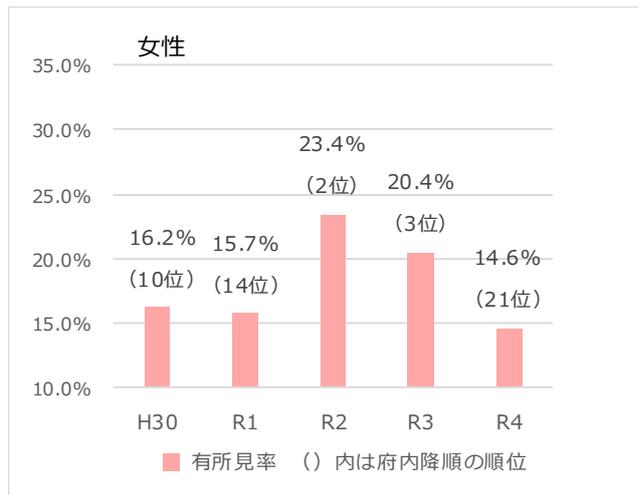
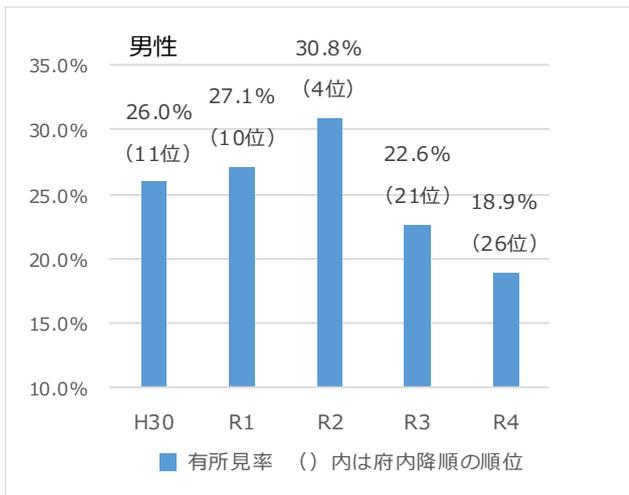
図表 55 HDL 有所見率の男女比較 (R3 年度)

男性	10.4%
女性	1.1%
総計	5.6%

図表 56 LDL 有所見の状況 (R1 年度)

男性	47.9%	40 歳代	48.6%
女性	60.5%	50 歳代	61.7%
総計	54.5%	60~64 歳	50.8%
		65~69 歳	45.1%
		70~74 歳	45.1%
		40 歳代	43.5%
		50 歳代	71.0%
		60~64 歳	72.6%
		65~69 歳	57.4%
		70~74 歳	59.9%

図表 57 拡張期血圧有所見率の男女別経年比較



図表 58 拡張期血圧有所見の年代別比較 (女性: R2 年度)

40 歳代	3.3%
50 歳代	17.4%
60~64 歳	21.3%
65~69 歳	20.2%
70~74 歳	28.8%

図表 59 収縮期血圧有所見率の男女比較 (R2 年度)

男性	58.2%
女性	60.2%
総計	59.2%

図表 53~図表 59 資料: KDB システム (厚生労働省様式 (様式 5-2) 健診有所見者状況 (男女別・年代別))

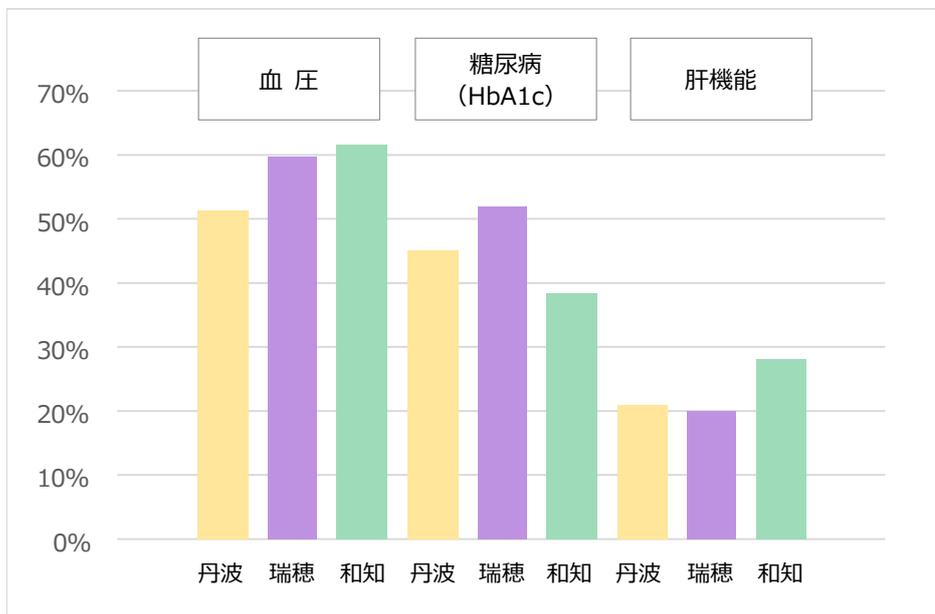
### ③地区別分析

旧町単位（丹波・瑞穂・和知）で健診結果にどのような特徴があるかを見るため、令和4年度集団健診における有所見率を地区別に比較すると、血圧の有所見率は和知地区と瑞穂地区が高く、糖尿病（HbA1c）は瑞穂地区、肝機能は和知地区が高くなっています。

地区別分析は保健部局が行っており、地区担当の専門職（保健師・栄養士）で課題を共有するとともに、関係機関と連携しながら地域特性にあわせた活動を行っています。

この分析結果は、健康講座などの事業を行う際の会場選定等のエビデンス（根拠）にも活用していく予定です。

図表 60 集団健診有所見率の地区別比較（R4年度）



補足：本項目の有所見率は前述①、②の有所見率とは集計が異なる（集団健診のみのデータを用い、血圧は収縮期と拡張期のいずれか、肝機能についてはAST、ALT、 $\gamma$ -GTのいずれかが異常値の場合に有所見としている）。なお、健診項目は抜粋して掲載している。

#### 補足資料：健診項目の用語説明

健診項目	説明
AST	肝臓をはじめ、心筋や骨格筋に多く含まれる酵素の一種。基準値を上回ると疾患の疑いがある。
ALT	肝臓に存在する酵素。肝機能が鈍ると値は上昇する。
$\gamma$ -GT	肝臓や腎臓などで作られる酵素でアルコールの過剰摂取等で増加する。血液中の $\gamma$ -GTが異常値を示す場合は、アルコールによる肝臓障害の疑いがある。

## (2) 質問票調査結果

令和4年度に特定健診受診者に行った質問票の回答結果を見ると(図表61,図表62)、男女とも朝食と睡眠をしっかりと取れていることが確認できます。一方、男性の「喫煙」「飲酒」、女性の「就寝前夕食」「間食」が府平均より高くなっています。年代別では、男性の喫煙は60歳代、飲酒は70歳代、女性の就寝前夕食は50歳代、間食は40歳代に多い結果が出ています。高齢男性は農作業後などの自宅での飲酒、女性はおやつを取ることが習慣化している状況です。

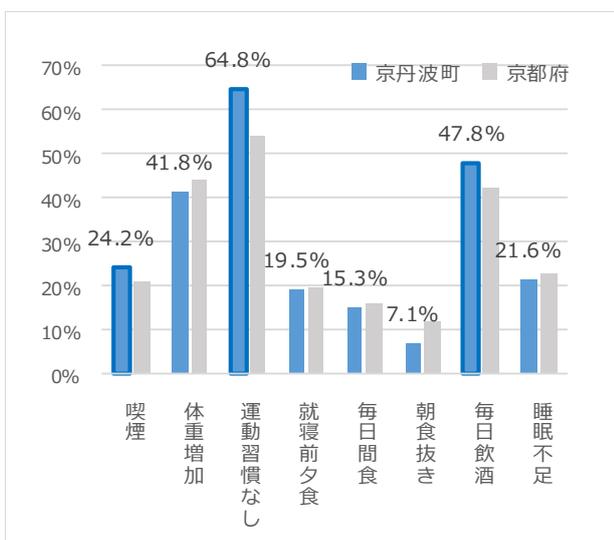
質問票の中で男女とも最も課題となっているのが、「1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している(運動習慣あり)」に「いいえ」と答えた方が、府平均より大幅に高い6割以上となっていることです。年代別では男性は50歳代から60歳代、女性は40歳代後半から50歳代の働き盛り世代の運動不足が顕著に見られます。

質問票と有所見率との関連を集団健診受診者で見ると(図表63)、質問票で「20歳の時の体重から10kg以上増加している」と答えた人は体重を維持している人と比べて、動脈硬化を引き起こすとされる3つの生活習慣病(血圧・糖尿・脂質)の有所見率が高いというデータが出ています。健康的に体重をコントロールするには運動が大切です。図表64で運動習慣の有無と体重増加の関連を見ると、運動習慣のある人の方が体重を維持できている傾向がありました。日常の移動には自動車を使うことが多い地域でもあり、運動する時間を確保し習慣化していくことが重要です。令和4年度から新たに開始した「ウェルネス京丹波ポイント事業」のアプリのさらなる普及やウォーキングイベント参加者数の増加を図っていくことが重要です。

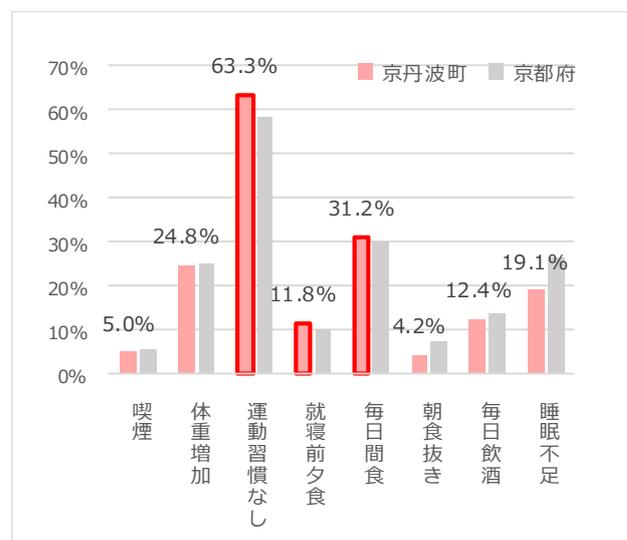
図表65の飲酒と有所見率の関連では、毎日飲酒をしている人の肝機能の有所見率は、飲酒していない人(時々飲む、ほとんど飲まないを含む。)に比べ2.2倍高くなっています。適正・適量飲酒の推奨など正しい知識の普及が大切です。

そのほか、喫煙や過度な間食を控えることを周知していく必要もあります。

図表 61 質問票調査の状況(男性・R4年度)

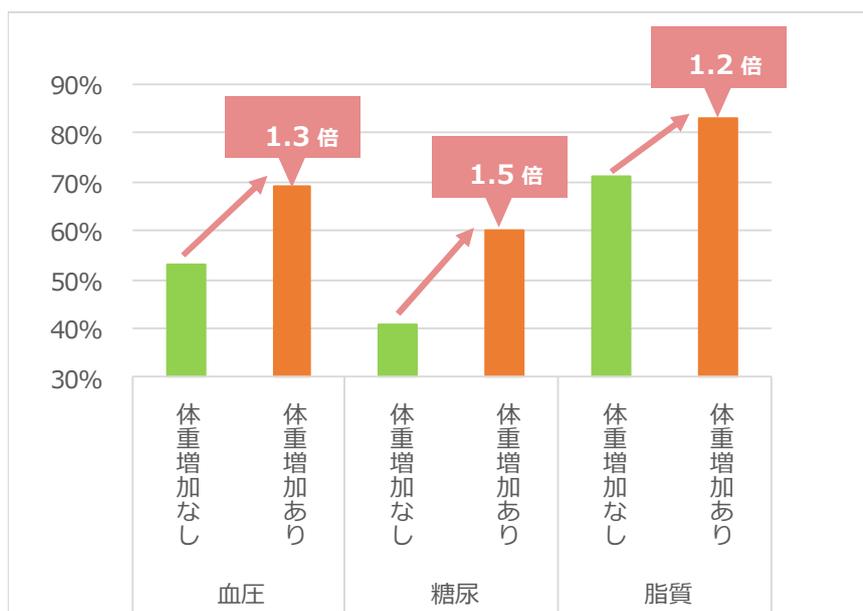


図表 62 質問票調査の状況(女性・R4年度)

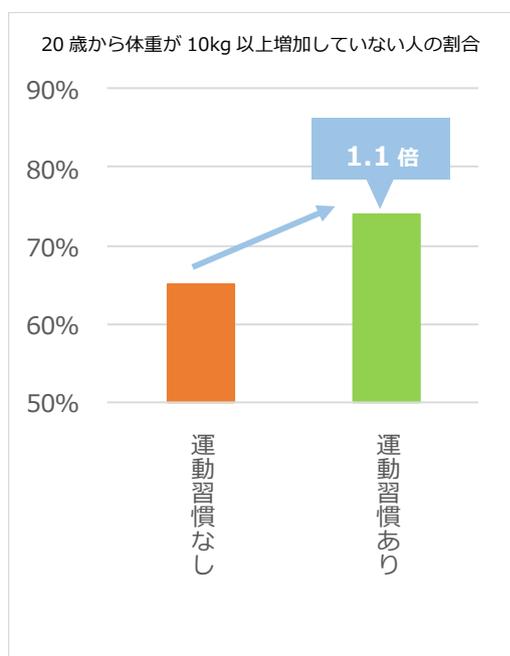


資料：KDBシステム(質問票調査の状況)

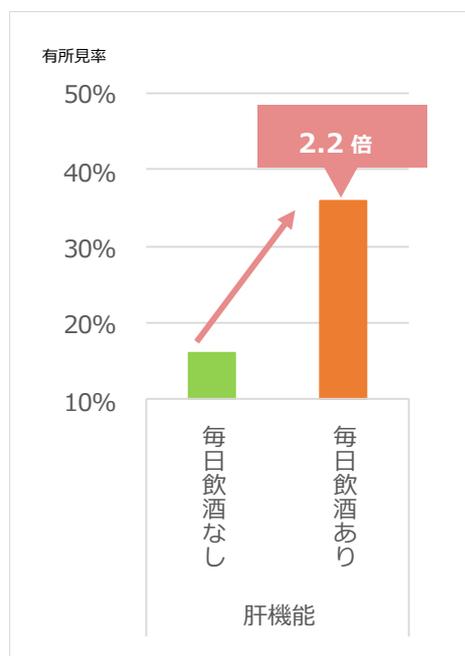
図表 63 体重増加（質問票回答）と健診有所見率（血圧・糖尿・脂質）の関連



図表 64 運動習慣と体重増加の関連（質問票回答）



図表 65 飲酒（質問票回答）と健診における肝機能有所見率の関連



図表 63、図表 64、図表 65 資料：京丹波町特定健診結果（R4年度）  
補足：n=1,098人（治療中者を含む集団健診全受診者）。

## 5 健康課題のまとめと対策

事業の実績や死亡・医療・介護・健診の状況を現状分析した結果、本町の主な健康課題を以下の4つと捉え、それぞれの対策を進めていきます。

### 健康課題① 高血圧症による疾患の増加

高血圧症のレセプトありの者の割合はわずかに減少しているものの、70～74歳の約3人に1人が病院を受診している状況です。健診結果からも収縮期血圧の有所見率が40%以上あることから、多くの人にリスクがある病気です。一人当たりの年間入院医療費を見ると、高血圧によって引き起こされる脳出血と心筋梗塞が増加しています。

高血圧症の危険因子は、肥満や塩分の取りすぎ等です。高血圧症を抑制していくためには、これらの危険因子を取り除いていくことが重要です。血管リフレッシュ教室を充実させていくとともに、減塩については、尿中塩分測定を通じた「数値の見える化」を引き続き行うことで、塩分摂取基準値の目標達成をめざします。

また、喫煙は血圧を上昇させる作用があります。禁煙への取組は本町の課題でもあり、死亡原因で男性の肺がんが多いことから、禁煙啓発の強化を図ります。

### 健康課題② 糖尿病の重症化

健診結果のHbA1cの有所見率は顕著な良化が見られ、糖尿病のレセプトありの者の割合についても、やや減少している一方で、糖尿病の一人当たり外来医療費は京都府平均より高く、重症化（人工透析への移行等）を防いでいく必要があります。

糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を医療機関と連携しながら継続的に実施していくとともに、運動習慣の定着などを通じて、HbA1cの有所見率のさらなる良化と、「糖尿病を起因とする新規透析者0人」をめざします。

### 健康課題③ 関節疾患の急増

医療費の疾病別割合では、関節疾患が急増しています。骨折についても依然、医療費が高い状況です。また、介護保険の新規申請原因疾病でも、特に女性で「関節・筋肉の疾患」が多くなっています。

今後、被保険者の高齢化がさらに進むことで、関節疾患や骨折を原因とした要介護認定者の増加が危惧されるため、「地域包括ケア推進・一体的実施」における口コモ（※）・フレイル予防の取組を強化していくとともに、食生活改善事業等でのバランスの良い食事の推奨（咀嚼機能の維持を含

む。)、また、スマートフォンアプリのさらなる活用による運動習慣の定着化に向けた取組を進めていきます。

※ロコモとは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の略称で、筋肉、骨、関節といった運動器のいずれか、または複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態を指す。

#### 健康課題④

#### 働き盛り世代の生活習慣の乱れ

働き盛り世代（40歳代・50歳代）は、LDL（悪玉）コレステロール値の有所見率が高く、血圧の有所見率は50歳代から高くなっています。特定健診質問票の結果にも生活習慣の乱れが見られ、「就寝前夕食」や「間食」が多くなっています。

今後は、年代に特化した教室を開催するなど、正しい知識の普及を通じて生活習慣を改善していくことで、働き盛り世代の特定保健指導対象者率の減少をめざします。

## 第5章 計画の目的・目標と達成するための方策

### 1 計画の基本理念と全体像

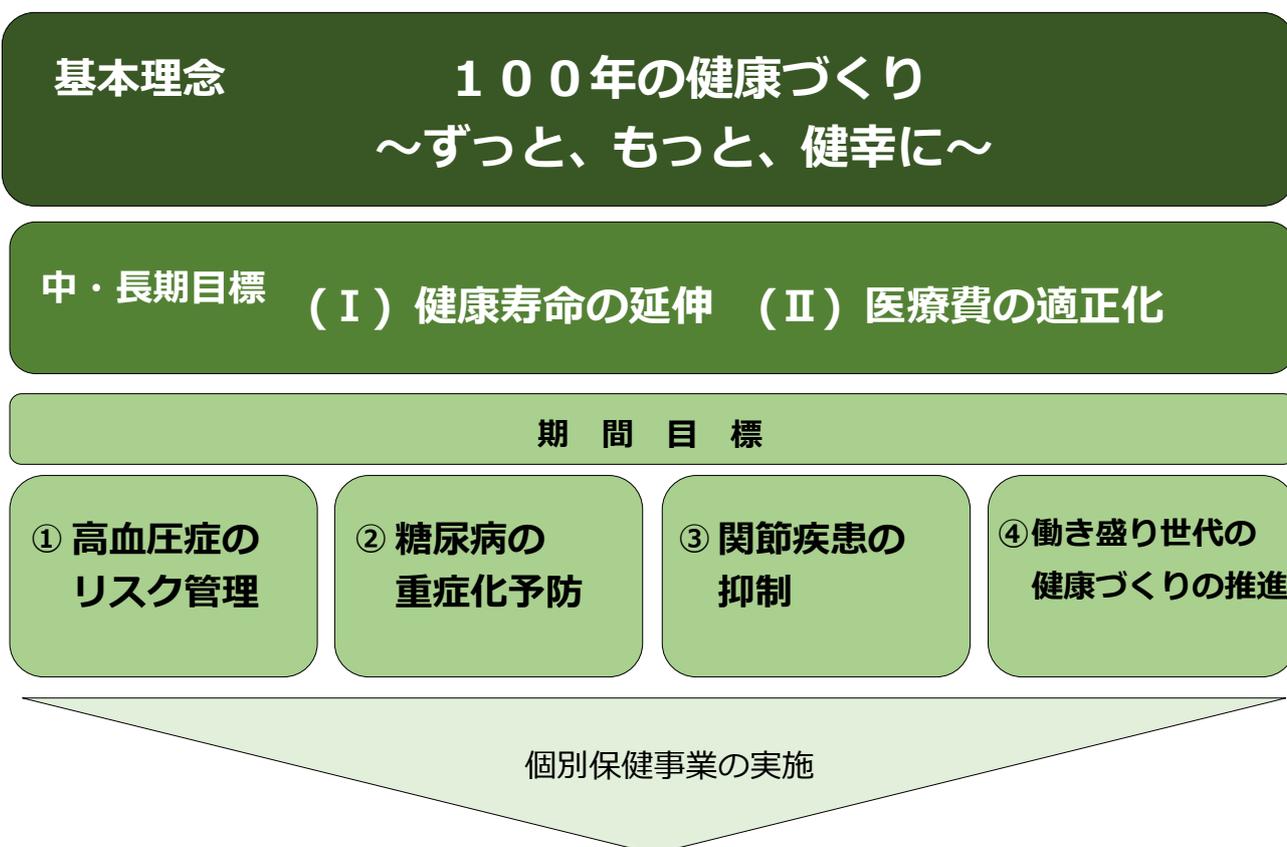
人生100年時代が到来します。長い人生を健幸に過ごすためには、乳幼児期から高齢期までの各年代において、健康で幸せに暮らせる環境づくりが重要となっています。

これを踏まえ、本計画では、被保険者が生涯を通じて心も体も健やかで幸せに暮らせることを願い、基本理念を「100年の健康づくり ～ずっと、もっと、健幸に～」とします。

基本理念の実現のため、中・長期目標を「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」に、期間目標を第4章で前述した4つの健康課題の解決に設定します。課題を解決していくため、各種保健事業を効果的かつ効率的に実施します。

本計画の全体像（概念図）は、次のとおりです。

図表 66 第3期データヘルス計画の全体像（概念図）



## 2 全体評価の指標と目標

本計画の全体評価の指標と目標は以下のとおりとします。

### 中・長期目標

#### (I) 健康寿命の延伸

##### 〈評価指標 1 健康寿命〉

ベースライン (基準値)		目標値		目標値	
令和 3 年度		令和 8 年度 (中間年度)		令和 11 年度	
男性	79.4 歳	男性	80.7 歳	男性	<b>81.4 歳</b>
女性	83.9 歳	女性	85.2 歳	女性	<b>85.9 歳</b>

2 歳延伸

資料：KDB システム (地域の全体像の把握)

補足：日常生活動作が自立している期間の平均を指す。要介護 2 以上を「不健康」として、平均余命から不健康期間を除いたもの (平均余命 - 不健康期間 = 平均自立期間) で KDB 独自の健康寿命を示す指標。

##### 〈評価指標 2 平均余命と健康寿命の差〉

ベースライン (基準値)		目標値		目標値	
令和 3 年度		令和 8 年度 (中間年度)		令和 11 年度	
男性	1.8 年	男性	1.5 年以下	男性	<b>1.3 年以下</b>
女性	4.0 年	女性	3.7 年以下	女性	<b>3.5 年以下</b>

0.5 年短縮

資料：KDB システム (地域の全体像の把握)

補足：R3 年度男性 [平均余命 81.2 歳、健康寿命 79.4 歳]、女性 [平均余命 87.9 歳、健康寿命 83.9 歳]

## (Ⅱ) 医療費の適正化

### 〈評価指標 1 総医療費〉



資料：京都府国民健康保険事業概要 第 4 表「保険者別給付状況 (その 1)」総計

### 〈評価指標 2 一人当たり年間医療費の府平均との比率〉



資料：京都府国民健康保険事業概要

補足：第 4 表「保険者別給付状況 (その 1)」の総計及び第 1 表「保険者別一般状況」の年間平均被保険者数から算出。

## 期間目標

### ① 高血圧症のリスク管理

関連する事業：特定保健指導、血管リフレッシュ教室

#### 〈評価指標 1 高血圧症疾患の外来レセプト件数〉



資料：KDB システム (疾病別医療費分析 (中分類))

補足：外来レセプト件数は、12 か月を足し上げて 12 で割ったデータであり、1 か月当たりの被保険者千人当たりの件数を示している。

#### 〈評価指標 2 収縮期血圧の有所見率〉



資料：KDB システム (厚生労働省様式 (様式 5-2) 健診有所見者状況 (男女別・年代別))

#### 〈評価指標 3 BMI (肥満) の有所見率〉



資料：KDB システム (厚生労働省様式 (様式 5-2) 健診有所見者状況 (男女別・年代別))

#### 〈評価指標 4 喫煙習慣ありの者の割合〉

ベースライン (基準値)		目標値		目標値	
令和4年度		令和8年度 (中間年度)		令和11年度	
男性	24.4%	男性	17.4%以下	男性	<b>12.2%以下</b>
女性	5.0%	女性	3.6%以下	女性	<b>2.5%以下</b>

資料：KDB システム (質問票調査の経年比較)

補足：特定健診質問票「現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている)」に「はい(条件1と2を両方満たす)」と答えた者の割合。※令和5年度までの特定健診質問票とは内容が異なる。

#### 〈評価指標 5 住民健診での尿中塩分測定結果〉

##### (1) 推定塩分摂取量 (1日当たりg)

ベースライン (基準値)		目標値		目標値	
令和元年度		令和6年度 (実施年度)		令和11年度 (実施年度)	
男性	9.5g	男性	<b>7.5g未満</b>	男性	<b>7.5g未満</b>
女性	8.9g	女性	<b>6.5g未満</b>	女性	<b>6.5g未満</b>

補足：住民健診での尿中塩分測定は5年ごとに実施している。対象は19～74歳で、R1年度:男性n=618人、女性n=758人。目標値は厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2020年版)」による。

##### (2) ナトリウムカリウム比 (Na / K)

ベースライン (基準値)		目標値		目標値	
令和元年度		令和6年度 (実施年度)		令和11年度 (実施年度)	
男性	5.2	男性	<b>4.0未満</b>	男性	<b>4.0未満</b>
女性	4.7	女性	<b>4.0未満</b>	女性	<b>4.0未満</b>

補足：住民健診での尿中塩分測定は5年ごとに実施している。対象は19～74歳で、R1年度:男性n=618人、女性n=758人。目標値は推奨比率による。

## ② 糖尿病の重症化予防

関連する事業：糖尿病性腎症重症化予防、ウェルネス京丹波ポイント事業

### 〈評価指標 1 糖尿病を起因とする新規透析者数〉

ベースライン (基準値)	→ 毎年 0 人	目標値
令和 4 年度		令和 11 年度
1 人		0 人

資料：KDB システム

補足：R4 年度の新規透析者の総数は 3 人。

提供：京都府国民健康保険団体連合会

### 〈評価指標 2 HbA1c 5.6%以上の有所見率〉

ベースライン (基準値)		→	目標値		→	目標値		減少
令和 4 年度			令和 8 年度 (中間年度)			令和 11 年度		
男性	54.0%		男性	43%以下		男性	35%以下	
女性	47.5%		女性	40%以下		女性	35%以下	

資料：KDB システム (厚生労働省様式 (様式 5 - 2) 健診有所見者状況)

### 〈評価指標 3 運動習慣ありの者の割合〉

ベースライン (基準値)	→	目標値	→	目標値	増加
令和 4 年度		令和 8 年度 (中間年度)		令和 11 年度	
36.0%		44%		50%	

資料：KDB システム (質問票調査の経年比較)

補足：特定健診質問票「1回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施している」に「はい」と答えた者の割合。

### ③ 関節疾患の抑制

関連する事業：ウェルネス京丹波ポイント事業、地域包括ケア推進・一体的実施

#### 〈評価指標 1 関節疾患の外来レセプト件数〉



資料：KDB システム (疾病別医療費分析 (細小 (82) 分類))

補足：外来レセプト件数は、12 か月を足し上げて 12 で割ったデータであり、1 か月当たりの被保険者千人当たりの件数を示している。

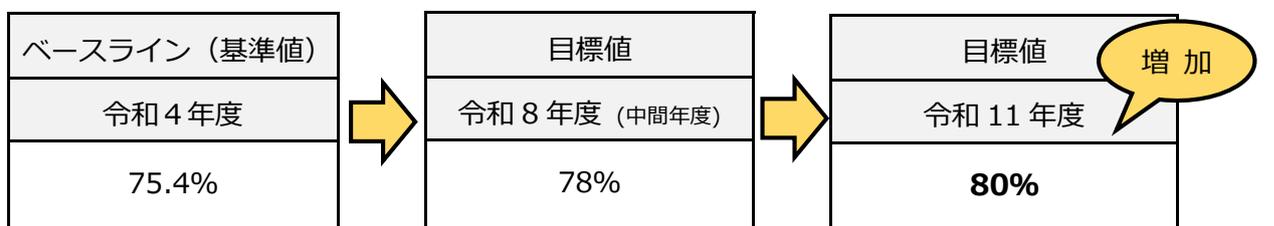
#### 〈評価指標 2 運動習慣ありの者の割合〉 (再掲)



資料：KDB システム (質問票調査の経年比較)

補足：特定健診質問票「1回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施している」に「はい」と答えた者の割合。

#### 〈評価指標 3 咀嚼良好者の割合〉



資料：KDB システム (質問票調査の経年比較)

補足：特定健診質問票「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか」に「何でもかんで食べることができる」と答えた者の割合。

#### ④ 働き盛り世代の健康づくりの推進

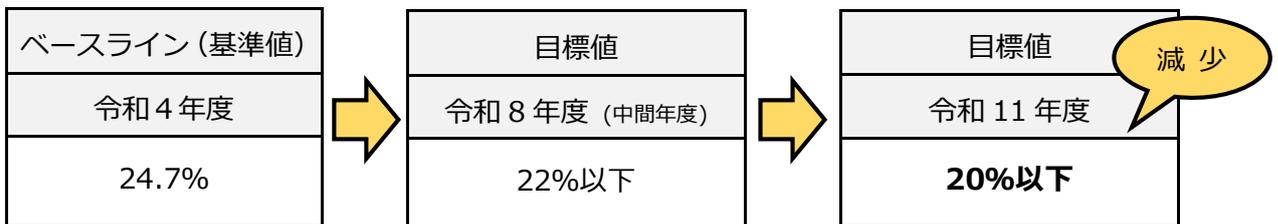
関連する事業：特定保健指導、子どもを通じた子育て世代への対策

##### 〈評価指標 1 40 歳代・50 歳代の特定保健指導対象者率〉



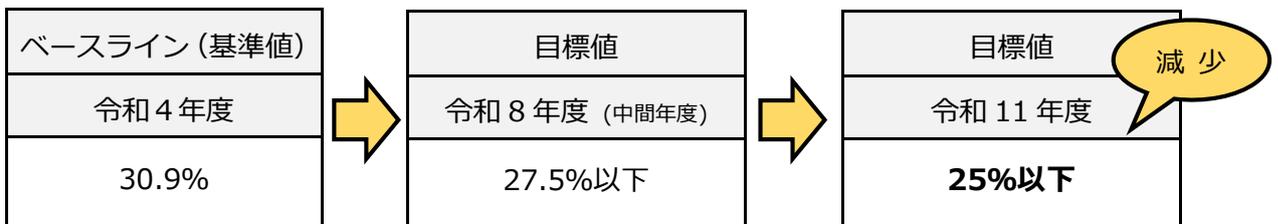
資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果「階層化判定結果表」  
補足：40 歳代・50 歳代特定保健指導対象者/40 歳代・50 歳代健診受診者

##### 〈評価指標 2 40 歳代・50 歳代の就寝前夕食の割合〉



資料：KDB システム (質問票調査の状況)  
補足：特定健診質問票「就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある」に「はい」と答えた者の割合。  
補足：質問票調査の状況の CSV ファイルから、40 歳代・50 歳代の総計を算出。

##### 〈評価指標 3 40 歳代・50 歳代の毎日飲酒の割合〉



資料：KDB システム (質問票調査の状況)  
補足：特定健診質問票「お酒 (日本酒、焼酎、ビール、洋酒など) を飲む頻度はどのくらいですか」に「毎日」と答えた者の割合。 ※令和 5 年度までの特定健診質問票とは内容が異なる。  
補足：質問票調査の状況の CSV ファイルから、40 歳代・50 歳代の総計を算出。

#### 〈評価指標 4 40 歳代・50 歳代の睡眠不足の割合〉



資料：KDB システム（質問票調査の状況）

補足：特定健診質問票「睡眠で休養が十分とれている」に「いいえ」と答えた者の割合。

補足：質問票調査の状況の CSV ファイルから、40 歳代・50 歳代の総計を算出。

### 3 目標達成に向けた個別事業計画

目標の達成に向け、以下の事業を実施します。

個別事業の評価指標については、データヘルス計画の標準化の一環として京都府が設定した京都府共通の評価指標に準拠します。（※該当項目は、**共通指標**と記載）

中間評価を行う際のベースライン（基準値）は、基本的に令和4年度実績を用いることとします。

#### （1）特定健康診査

##### 【目的】

特定健康診査を実施し、体の状態を把握することで、生活習慣病の予防、病気の早期発見、早期治療によるQOL（Quality of life:生活の質）の維持・向上などを図ります。

【対象者】 40～74歳の国民健康保険被保険者

【実施体制】 第4期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

【方法、内容】 第4期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

【評価指標・目標値】

（ストラクチャー）日曜健診の実施回数 2回

（アウトプット）特定健康診査受診率（目標値は第4期特定健康診査等実施計画による） **共通指標**

#### （2）人間ドック助成

##### 【目的】

経済的な負担の軽減を図り受診を容易にすることで、病気の早期発見、早期治療を図ります。

【対象者】

京丹波町国民健康保険に加入して1年以上経過している者で、国民健康保険税の滞納がない世帯の者、かつ、町が実施する各種健診（がん検診を含む。）を受診していない者

【方法、内容】 契約医療機関での人間ドック受診者に対し、費用の一部を助成します。

【評価指標・目標値】

（アウトプット）助成の実施

#### （3）特定健康診査未受診者対策

【目的】 健診未受診者に健診の必要性の理解を促すため、受診勧奨通知を送付します。

【対象者】 特定健康診査未受診者

【実施体制】 保健部局と対象者の情報共有を図りながら、国保部局が実施します。

【方法、内容】

集団健診の申込がない者から対象者を選定し、文書・電話等で個別健診の受診を促します。

【評価指標・目標値】

（アウトプット）対象者への通知率 100%

（アウトカム）対象者の受診率 5%

#### (4) 特定保健指導

##### 【目的】

特定健康診査結果において一定のリスクがある者に対し、生活習慣の改善を指導することで、疾病の予防と重症化を防ぎます。

【対象者】 高齢者の医療の確保に関する法律で定められた動機付け支援・積極的支援対象者

【実施体制】 第4期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

【方法、内容】 第4期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

##### 【評価指標・目標値】

(アウトプット) 特定保健指導実施率 (目標値は第4期特定健康診査等実施計画による) 共通指標

(アウトカム) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (※) 20%以上 共通指標

※今年度特定保健指導の対象者でなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

##### 【参考値】

項目	R2	R3	R4
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	12.0% (6人/50人)	47.4% (9人/19人)	16.7% (3人/18人)

#### (5) 健診結果説明会

##### 【目的】

健診結果を丁寧に説明することで、自らの体の状態を正確に把握し、生活習慣や運動習慣を振り返る機会とするとともに、次年度の目標を設定することで継続受診につなげます。医療機関受診勧奨対象者への働きかけや保健指導の糸口とする重要な場として活用します。

【対象者】 特定健康診査受診者

【実施体制】 保健部局が実施します。

##### 【方法、内容】

地域の公民館等を巡回し、面談を行うことを基本とします。全員に「健康手帳」を交付し健診結果を添付することで、健康状態を経年的に把握できるようにします。訪問や窓口での説明も実施します。

##### 【評価指標・目標値】

(ストラクチャー) 実施回数 90回

(ストラクチャー) 休日・夜間の説明会実施回数 3回

(アウトプット) 説明会参加率 20%

#### (6) 要精密検査未受診者対策

##### 【目的】

健康リスクの高い要精密検査者に医療機関への受診勧奨を行うことで、早期治療を促し、重症化を防ぎます。

【対象者】 要精密検査者のうち、一定期間内に医療機関の受診がない者

【実施体制】保健部局が実施します。

【方法、内容】

医療機関への受診勧奨（紹介状発行）後も、結果を放置している者に通知を送付することで受診を促します。

【評価指標・目標値】

（アウトプット）対象者への通知率 100%

（アウトカム）精密検査受診率 70%

## （7）血管リフレッシュ教室

【目的】

脳血管疾患、心疾患、腎不全等の重大な疾患を防ぐため、腎機能低下・高血圧・糖尿病または脂質異常症についての要指導・要医療の者に対し、減塩を中心とした生活習慣の改善を行い、各数値の改善を図ることで動脈硬化を防ぎます。

【対象者】特定健康診査受診者のうち、健診結果が一定の基準に該当する者

【実施体制】保健部局が実施。必要に応じて外部から講師を招きます。

【方法、内容】

医師や保健師・栄養士による講話を実施します。数値の「見える化」による減塩への意識づけのため、参加者に器具を貸し出し、各家庭で尿中塩分、血圧、汁物の塩分濃度の測定を行います。

【評価指標・目標値】

（アウトプット）対象者への通知率 100%

（アウトプット）教室参加率 5%

（アウトカム）教室参加者の数値の改善率 100%

## （8）糖尿病性腎症重症化予防

【目的】

「京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病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、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止します。

【対象者】

### ■ハイリスク者

特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療中の者で①または②の条件を満たす者

①尿蛋白(+) ②eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 ※70歳以上は40ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

### ■未受診者

特定健康診査受診者のうち、HbA1cが6.5%以上で医療機関未受診の者

### ■治療中断者

過去1年間に糖尿病の治療をしており、直近6か月以内に糖尿病治療薬剤名等で治療をしていない者

【実施体制】

保健部局及び国保部局が医療機関と連携して実施します。また、糖尿病重症化予防南丹地域戦略会議等の場で、関係団体と情報を共有しながら事業を進めます。

【方法、内容】

■ハイリスク者対策

同意者に対し、かかりつけ医との連携のうえで保健師・栄養士が個別指導を行います。

■未受診者対策

郵送で受診勧奨を行い、受診のないHbA1c 7.0%以上の者には電話等で勧奨を行います。

■治療中断者対策

郵送で受診勧奨を行い、受診のない者には電話で確認します。

【評価指標・目標値】

■ハイリスク者対策

(アウトプット) 対象者の把握率 100%

(アウトプット) 対象者の保健指導率 50%

(アウトカム) 糖尿病性腎症病期の維持・改善・悪化の数

■未受診者対策

(アウトプット) 対象者への通知率 100%

(アウトカム) 医療機関受診率 70%

■治療中断者対策

(アウトプット) 対象者への通知率 100%

(アウトプット) 対象者の把握率 100%

(アウトカム) 医療機関受診率 50%

■糖尿病性腎症重症化予防事業全体の評価指標

(アウトカム) HbA1c 8.0%以上の者の割合 (※) 0.5%以下 **共通指標**

※HbA1c 8.0%以上の者の数/特定健康診査受診者のうち、HbA1c の検査結果がある者の数

(アウトカム) 高血糖者の割合 (※) 7%以下 **共通指標**

※HbA1c 6.5%以上の者の数/特定健康診査受診者のうち、HbA1c の検査結果がある者の数

(アウトカム) HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合 (※) 15%以下

**共通指標**

※HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の数/HbA1c 6.5%以上の者の数

【参考値】

項目	R 2	R 3	R 4
HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.0% (10人/980人)	0.7% (8人/1,207人)	0.6% (7人/1,131人)
高血糖者の割合	7.2% (71人/980人)	7.2% (87人/1,207人)	8.1% (92人/1,131人)
HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	22.5% (16人/71人)	19.5% (17人/87人)	19.6% (18人/92人)

## (9) 精神グループワーク

### 【目的】

障がいや精神疾患のある当事者とその家族向けにグループワーク事業を実施し、学習や交流の機会とします。

【対象者】 精神グループワーク対象者

【実施体制】 保健部局が実施。こころの健康推進員と連携して事業を実施します。

【方法、内容】 対象者の心身の健康の保持、自立をめざして、行事を月1回開催します。

### 【評価指標・目標値】

(アウトプット) 開催回数 12回

(アウトプット) 参加者数 延べ50人

## (10) 服薬情報通知

### 【目的】

多くの薬剤を服用している、または同じ効能の薬剤を複数服用している被保険者に対し、適切な服薬を促すことで、医療費の削減につなげます。

【対象者】 60歳以上の国民健康保険被保険者

【実施体制】 服薬情報の通知については委託して実施します。

### 【方法、内容】

調剤の処方状況から、複数医療機関から基準月に14日以上処方の内服薬を6種類以上処方されている者に服薬情報通知書を送付し、かかりつけ薬剤師等による服薬指導の利用を促します。

### 【評価指標・目標値】

(アウトプット) 通知回数 1回

(アウトプット) 保健指導実施者数 20人

(アウトカム) 対象者の服薬状況の改善状況

- ① 薬剤種類減少数 平均 1.0 種類減
- ② 重複服薬改善率 50%
- ③ 相互作用（併用禁忌）改善率 50%
- ④ 医薬品種類数が減った人数 20人

(アウトカム) 60歳以上の被保険者数に対する重複・多剤対象者割合 4%以下

## (11) 重複・頻回受診者への訪問指導

【目的】 適切な受診を指導することで本人の負担を軽減し、医療費の削減につなげます。

【対象者】 国保連合会から提供される対象者名簿から抽出した者

【実施体制】 国保部局が対象者を抽出し、保健部局が指導を行います。

【方法、内容】 対象者の状況を確認し、必要に応じて訪問指導を行います。

### 【評価指標・目標値】

(アウトプット) 対象者の把握率 100%

(アウトカム) 対象者数の減少

## (12) 健康講座

### 【目的】

健康に対する正しい知識を普及し、「自らの健康は自らが守る」という認識を高め、行動変容を促します。

【対象者】 国民健康保険被保険者等

【実施体制】 保健部局が実施します。必要に応じて外部から講師を招きます。

### 【方法、内容】

年度ごとに適切なテーマを設定し、講座を実施します。また、運動習慣の定着化に向けたウォーキング講座を実施します。関連のある健診結果の数値が基準値以上である者に対し、別途参加案内を行うこととします。

### 【評価指標・目標値】

(アウトプット) 実施回数 3回

(アウトプット) 参加者数 100人

## (13) 子どもを通じた子育て世代への対策

### 【目的】

乳幼児健診時等の子どもに対する食育指導や保護者への尿中塩分測定を実施し、減塩を意識してもらうきっかけとすることで、将来の生活習慣病予防や健康づくりにつなげます。

【対象者】 子育て世代

【実施体制】 保健部局が実施します。

【方法、内容】 尿中塩分測定の結果をもとに、個別に栄養指導を行います。

### 【評価指標・目標値】

(アウトプット) 乳児前期健診対象者の保護者への尿中塩分測定結果 目標値達成 (平均値)

(アウトカム) 乳児前期健診時からの改善状況 (1歳6か月健診時)

①推定塩分摂取量、Na / K とともに数値が改善した者の割合 50%

②推定塩分摂取量、Na / K のいずれか1つでも数値が改善した者の割合 80%

## (14) 食生活改善

### 【目的】

町民の食の重要性への理解を深めるとともに、減塩啓発等により地域の食生活の改善を図ります。

【対象者】 全町民

### 【実施体制】

京丹波町食生活改善推進員協議会に委託して実施することとし、保健部局は総合的な企画及び判断並びに業務遂行管理を行います。

### 【方法、内容】

食生活改善推進員を育成しながら、町民向けの料理教室の開催のほか、広報媒体を活用した減塩・適塩の啓発と啓蒙、認定こども園、小・中学校、高等学校での食育活動などを実施します。

【評価指標・目標値】

(アウトプット) 食生活改善推進員の活動回数 延べ 120 回

(アウトプット) 参加者数 200 人

#### (15) ウェルネス京丹波ポイント事業

【目的】

町民がウォーキング等の健康づくりに継続的に取り組めるスマートフォンアプリを活用したインセンティブ事業を実施し、健康寿命の延伸と運動の習慣化を図ります。

【対象者】 町在住・在勤・在学者

【実施体制】 庁内部局で連携して事業を実施します。

【方法、内容】

ウォーキングイベント数の増加等により利用者数を増やしていくとともに、利用者の状況を検証することで効果を測ります。

【評価指標・目標値】

(アウトプット) 利用者数 1,100 人

(アウトプット) アプリ稼働率 (月に 1 回以上アプリを起動した人数の割合) 70%

(アウトカム) 1 日の歩数の平均値 (アプリを起動している人の記録から集計) 7,000 歩

#### (16) 後発医薬品 (ジェネリック医薬品) の普及促進

【目的】 後発医薬品の普及を促進することで、医療費の削減につなげます。

【対象者】 差額通知対象者は京丹波町ジェネリック医薬品利用促進通知基準で対象者と定める者

【実施体制】 差額通知については委託して実施します。

【方法、内容】

基準で定める対象者に年 2 回、後発医薬品差額通知を送付します。基準月のレセプトをもとに通知を送付し、送付した翌月のレセプトを分析することで効果を測ります。ジェネリック希望カード・シール等の配布も行います。

【評価指標・目標値】

(アウトプット) 通知回数 2 回

(アウトカム) 普及率数量ベース 80%

#### (17) 医療費通知

【目的】

医療費の額や入院・通院別表示等、国の示す要件を満たした通知を送付することで、被保険者の健康や医療に対する意識の高揚を図ります。

【対象者】 国民健康保険被保険者

【実施体制】国保部局の所管とし、国保連合会の一部委託して実施します。

【方法、内容】適切な時期に医療費通知を送付するとともに、広報紙等を通じて周知を図ります。

【評価指標・目標値】

(アウトプット) 事業の実施

## (18) 地域包括ケア推進・一体的実施

【目的】

国民健康保険と後期高齢者の保健事業を接続することで、被保険者に対し継続的な支援を行い、疾病予防とフレイル予防を図ります。

【対象者】国民健康保険被保険者

【実施体制】

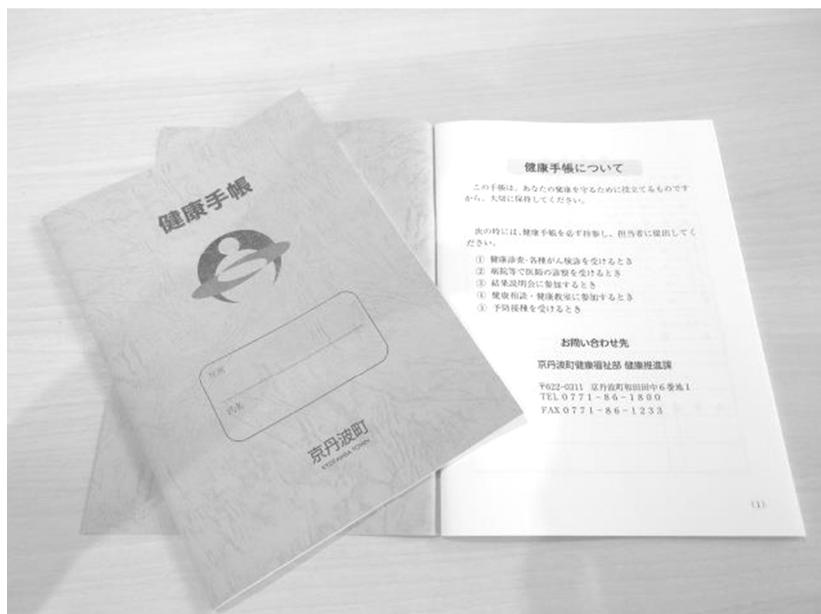
国保、保健、介護部局で実施します。必要に応じて、関係機関や医療機関等と連携して行います。

【方法、内容】

保健部局が事業を実施します。国保部局は、地域ケア会議等に参画するとともに、KDB システムを活用して地域の健康課題の分析、対象者の把握等を行います。

【評価指標・目標値】

評価指標及び目標値は設けない。(後期高齢者医療の保健事業として評価)



## 第6章 第4期特定健康診査等実施計画

### 1 目標値の設定

#### (1) 京丹波町国民健康保険の目標値

令和6年度から令和11年度までの各年度の目標値は、国の特定健康診査等基本方針を踏まえ、下記のとおりとします。

	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
特定健康診査の実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導の実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%

#### (2) 目標値達成のための実施者推計

		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	対象者予測数	2,368人	2,237人	2,158人	2,103人	2,022人	1,971人
	実施者予測数	1,303人	1,253人	1,231人	1,220人	1,193人	1,183人
特定保健指導	対象者予測数	155人	149人	146人	145人	142人	141人
	実施者予測数	55人	60人	66人	73人	79人	85人

### 2 特定健康診査の実施

#### (1) 対象者

対象者は、京丹波町国民健康保険加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む。）で、かつ、当該実施年度の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）とします。妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者で規定する者）は、上記対象者から除きます。ただし、受診を妨げるものではありません。

#### (2) 実施場所・実施時期

特定健康診査は次のとおり実施します。

	実施場所	実施時期
集団健診	町健康管理センターほか	6～7月ごろ
個別健診	町立医療機関	10～1月ごろ

※特定健康診査の法定項目を含有して人間ドックも実施（契約医療機関で通年）します。

### (3) 健診項目

健診項目は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」第1条に基づき実施する項目及び保険者が必要と認める項目とします。

区分	項目	内容	
基本的な健診の項目 (健診対象者全員が受ける項目)	既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む	
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)	
	血圧の測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
	血液検査	肝機能検査	AST、ALT、 $\gamma$ -GT
		脂質検査	中性脂肪(※)、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 ※空腹時中性脂肪、やむを得ない場合は随時中性脂肪
		血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビン A1c (HbA1c)
尿検査	尿糖、尿蛋白		
保険者が必要と認める健診の項目 (健診対象者全員が受ける項目)	血液検査	貧血検査 赤血球、血色素量、ヘマトクリット ※詳細な健診の項目において貧血検査を実施した者を除く	
		腎機能検査 血清クレアチニン、e-GFR	
		尿酸 ※男性のみ	
詳細な健診の項目 (一定の基準の下、医師が必要と認める場合に実施)	貧血検査		
	心電図検査		
	眼底検査		
	血清クレアチニン検査		

#### (4) 実施機関

集団健診は総合健診ができる機関に、個別健診については町立医療機関等に委託して実施します。

外部委託をする際は、「特定健康診査の外部委託に関する基準」に基づき、この基準を満たしている事業者のうちから選定するとともに、委託基準の遵守状況の確認を行います。なお、契約の締結方針として個別契約で対応します。

#### (5) 受診勧奨の方法

特定健康診査の受診勧奨の方法は、次のとおりとします。

##### ○集団健診申込書の発送

対象者に健診案内と申込書を発送します。

##### ○個別健診の受診勧奨

経年未受診者及び結果放置者を抽出し、受診勧奨通知を送付します。

##### ○その他広報等による周知

町広報紙やケーブルテレビのほか、京丹波あんしんアプリ、町ホームページ等の広報媒体を活用し周知を図ります。また、公民館等に受診勧奨ポスターを掲出します。

### 3 特定保健指導の実施

#### (1) 対象者

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果、腹囲のほか血糖・脂質・血圧が所定の値を上回る者のうち、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を除く者となります。対象者は追加リスクの多少と喫煙の有無により、「動機付け支援」か「積極的支援」の対象者となります。

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64 歳	65～74 歳
≥85 cm (男性) ≥90 cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25 kg/m <sup>2</sup>	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	/		

喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

追加リスクの基準は次のとおり。

- ①血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100 mg/dl 以上または HbA1c 5.6%以上
- ②脂質：空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dl 以上）または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③血圧：収縮期 130 mm Hg 以上または拡張期 85 mm Hg 以上

#### (2) 実施機関・実施場所・実施時期

特定保健指導は、保健部局が町保健福祉センター等で特定健康診査実施後に年間を通じて実施します。ただし、初回面接については年度内に終了させるものとします。

#### (3) 実施内容

- 動機付け支援・・・対象者が自身の生活習慣を振り返り、改善のための行動目標を設定します。保健指導支援計画を作成し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援します。
- 積極的支援・・・対象者が自身の生活習慣を振り返り、改善のための行動目標を設定します。保健指導支援計画を作成し、複数回の介入を行い、継続的に生活習慣に対する行動変容を促す支援を行います。

《特定保健指導の流れ》

	時期	支援内容
動機付け支援	健診終了後	初回面接（行動目標設定）
	初回面接から 3か月以上後	実績評価（アンケートまたは電話）
積極的支援	健診終了後	初回面接（行動目標設定）
	↓ 3か月以上 継続支援 ↓	アウトカム評価とプロセス評価を合計し、 180ポイント以上の継続的な支援を実施（※）
	初回面接から 3か月以上後	実績評価（面接）

※積極的支援 継続的な支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少	180 p	
	腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少	20 p	
	食習慣の改善	20 p	
	運動習慣の改善	20 p	
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30 p	
	休養習慣の改善	20 p	
	その他の生活習慣の改善	20 p	
プロセス評価	支援種別	個別支援	支援 1 回当たり 70 p 支援 1 回当たり最低 10 分間以上
		グループ支援	支援 1 回当たり 70 p 支援 1 回当たり最低 40 分間以上
		電話	支援 1 回当たり 30 p 支援 1 回当たり最低 5 分間以上
		電子メール等	支援 1 往復当たり 30 p
	早期実施	健診当日の初回面接	20 p
		健診後 1 週間以内の初回面接	10 p

## 4 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

年間スケジュールは下記を標準的なものとし、必要に応じて見直しを行います。

	スケジュール
4月	人間ドック開始（通年受診）
5月	集団健診受診票等の発送
6月	集団健診開始（約2か月間）
7月	特定保健指導対象者の抽出（階層化）開始
8月	健診結果説明会開始（約2か月間）
9月	
10月	個別健診開始（約4か月間）
11月	特定健康診査計画等の見直し
12月	翌年度事業計画の立案
1月	
2月	翌年度集団健診申込書の発送
3月	集団健診申込受付

## 5 結果の通知と保存

### （1）データの形式

特定健康診査及び特定保健指導の実施結果は、電磁的に記録し保存します。データの管理は、京都府国民健康保険団体連合会の「特定健診等データ管理システム」等を使用します。

### （2）記録の保存期間

特定健康診査及び特定保健指導の記録の保存について、当該記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年間（加入者が他の保険者の加入者となった場合は翌年度の末日まで）保存することとします。

### （3）健診結果の通知

健診結果通知表には、各項目の結果数値とともにメタボリックシンドローム判定、詳細項目にかかる医師の所見等を記載します。数値の見方を示したパンフレットも同封し、手渡しまたは郵送により情報を提供します。

あわせて、健康状態を正確に把握し生活習慣を振り返る機会である「健診結果説明会」の場を最大限に活用することとします。

## 6 その他

---

### (1) 事業主との連携

特定健診及び特定保健指導の実施率向上を図るため、被保険者の事業者健診の結果を事業主（または事業主の委託先健診機関）や受診者本人から受領できるよう、事業主との連携・協力体制を構築するとともに、受診者への呼び掛けを行います。

### (2) 各種検診との連携

各種がん検診を特定健康診査と同日に実施するなど、被保険者の利便性の向上を図りつつ、効率的な健診事業を行います。

### (3) 実施体制の確保

専門職である保健師・栄養士を確保するとともに、健診・保健指導プログラム等の研修への積極的な参加を通じて、資質の向上を図ります。

## 第7章 計画の公表と周知

本計画（概要版含む。）については、町ホームページに公表するなど被保険者等への周知を図るとともに理解を促進します。また、下記の基本理念ロゴを積極的に活用することにより、本計画の浸透を図ります。

第3期データヘルス計画 基本理念ロゴ



## 第8章 個人情報の保護

本計画の実施にあたっては、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を遵守します。また、京丹波町個人情報保護法施行条例、京丹波町情報セキュリティポリシーについても遵守の徹底を図り、個人情報の漏えい防止等に細心の注意を払います。

なお、本計画に定める事業を外部に委託する際には、秘密保持義務の遵守、個人情報の適正な管理、目的外利用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の遵守状況を把握するものとします。





---

京丹波町国民健康保険 第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

発行年月：令和6年3月

編集・発行：京丹波町 健康福祉部 住民課

〒622-0292 京都府船井郡京丹波町蒲生蒲生野 487 番地 1

TEL : 0771-82-3803 FAX : 0771-82-0446

---