

三川町国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
三川町

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	7
3. 実施体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成	10
3. 医療基礎情報	12
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	13
5. 平均余命と平均自立期間	15
6. 介護保険の状況	16
7. 死亡の状況	18
第3章 過去の取り組みの考察	
1. 第2期データヘルス計画全体の評価	19
2. 各事業の達成状況	20
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	33
2. 生活習慣病に関する分析	40
3. 健康診査データによる分析	45
4. 被保険者の階層化	49
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	51
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	56
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	66
2. 計画の公表・周知	66
3. 個人情報の取扱い	66
4. 推進体制の整備	66
5. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	67
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 特定健康診査の受診状況	69
2. 特定保健指導の実施状況	70
3. メタボリックシンドローム該当状況	73
4. 第3期計画の評価と考察	74
第2章 特定健康診査に係る詳細分析	
1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	75
2. 特定保健指導対象者に係る分析	76
第3章 特定健康診査等実施計画	
1. 目標	82
2. 対象者数推計	82

	3. 実施方法	84
第4章	その他	
	1. 個人情報の保護	88
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	88
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	88
	4. 他の健診との連携	88
	5. 実施体制の確保	88
参考資料		
医療費等統計		
	1. 基礎統計	90
	2. 高額レセプトに係る分析	98
	3. 疾病別医療費	104
	4. 生活習慣病に係る医療費等の状況	118
	5. 特定健康診査に係る分析結果	125
	6. 骨折予防・骨粗鬆症重症化予防に係る分析	133
	7. 要介護認定状況に係る分析	139
保健事業に係る分析		
	1. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析	149
	2. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析	154
	3. 受診行動適正化指導対象者に係る分析	159
	4. ジェネリック医薬品普及率に係る分析	162
	5. 薬剤併用禁忌に係る分析	165
	6. 長期多剤服薬者に係る分析	167
「医療費等統計」と「保健事業に係る分析」の分析結果まとめ		
年度別 特定健康診査結果等分析		
	1. 有所見者割合	176
	2. 質問別回答状況	185
巻末資料		
	1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方	202
	2. 用語解説集	203
	3. 疾病分類	205
	4. 分析方法	209

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとあります。健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

三川町国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

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

(2) 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、第4次三川町総合計画はもとより関連する他計画と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

2. 計画期間

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

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

三川町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、町民課国保係等の関係課・係や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、健康福祉課健康係が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、健康福祉課福祉係や介護支援係、地域包括支援センター等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者等の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

関係課職員は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(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。共同保険者である山形県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、鶴岡地区医師会をはじめとする保健医療関係者等(歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等)、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、町内会等への情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努めます。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

令和2年度～令和4年度(3年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

三川町は山形県の北西部、庄内平野のほぼ中央に位置し、鶴岡市、酒田市、庄内町に隣接しており、町内を流れる赤川、藤島川、大山川の「三川(さんせん)」から「三川町」と名付けられました。東西6.6km、南北8.7km、総面積33.21km²で、そのうち67.8%が農用地を占めており、これらの豊富な水に恵まれた肥沃な土地は全国有数の穀倉地帯を形成しています。

また、国道7号が縦走する交通の要衝であることから山形県庄内総合支庁をはじめとする公共機関が集積する町として大きな役割を担っています。基幹産業は農業ですが、第1次産業、第2次産業が減少し、第3次産業の割合が増加しています。

(2) 医療アクセスの状況

本町は、山形県と比べて、千人当たりの医療機関数、医師数が少なく、病床数がかなり多い状況です。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	三川町	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.7	0.3	0.4	0.3
診療所数	2.0	4.0	2.7	3.7
病床数	132.1	62.8	37.4	54.8
医師数	6.8	11.5	4.2	12.4
外来患者数	817.9	804.7	692.2	687.8
入院患者数	19.9	19.5	22.7	17.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 人口構成

①本町の全体人口

令和4年度の人口は7,587人、高齢化率は35.1%と県(34.0%)を上回っています。人口は年々減少傾向で、特に出生率の低下により少子高齢化が進んでいます。

人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
三川町	7,587	35.1%	1,469	19.4%	56.7	7.4	16.2
県	1,058,459	34.0%	225,261	21.7%	56.1	5.9	14.5
同規模	6,774	39.4%	1,780	25.6%	55.7	4.9	17.2
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

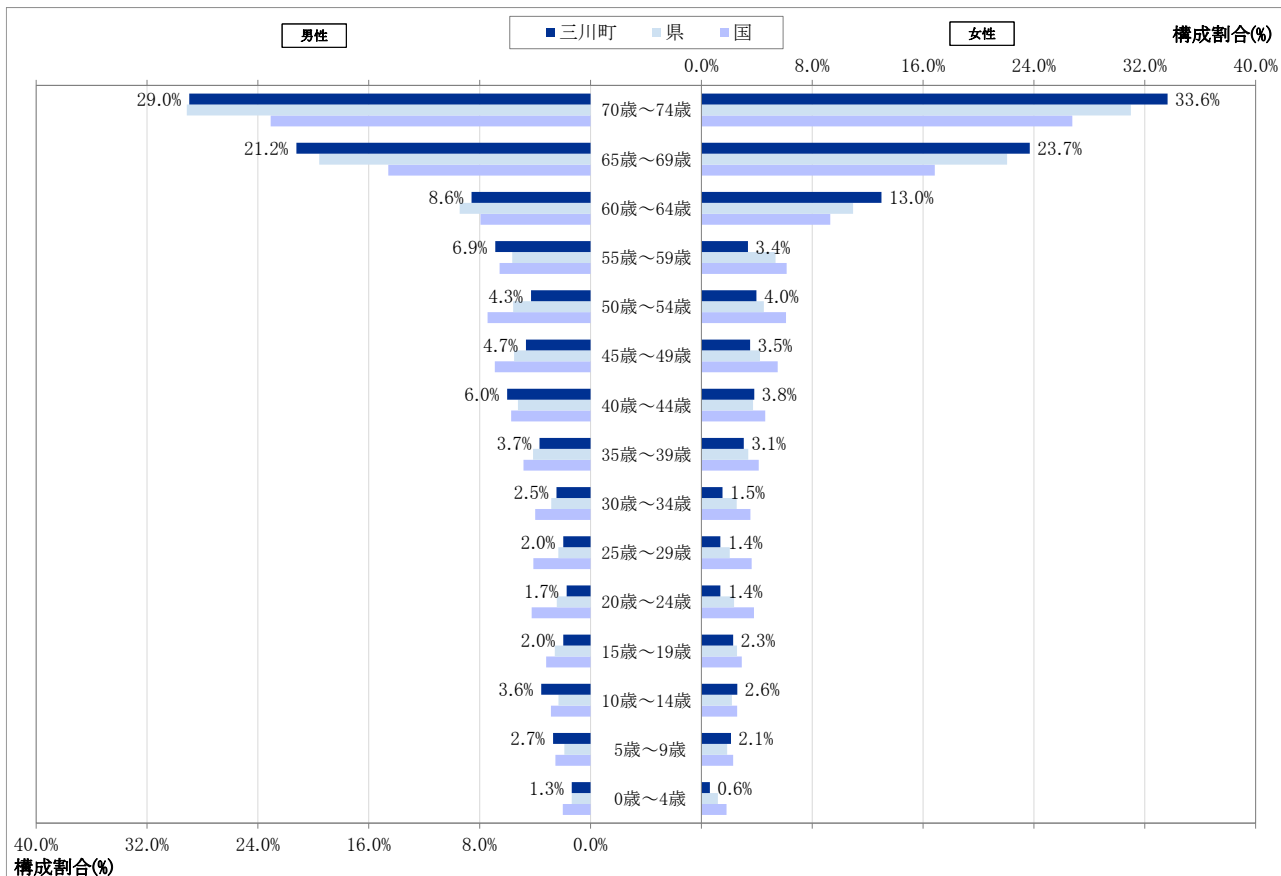
※「県」は山形県を指す。以下全ての表において同様である。

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

②年齢別の人口構成

男女・年齢階層別にみると、山形県と比較して15～54歳までの人口割合が低い傾向です。一方、前期高齢者のうち、70歳～74歳の男性を除いて、構成比が山形県より高く、平均年齢を引き上げている要因となっています。

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)

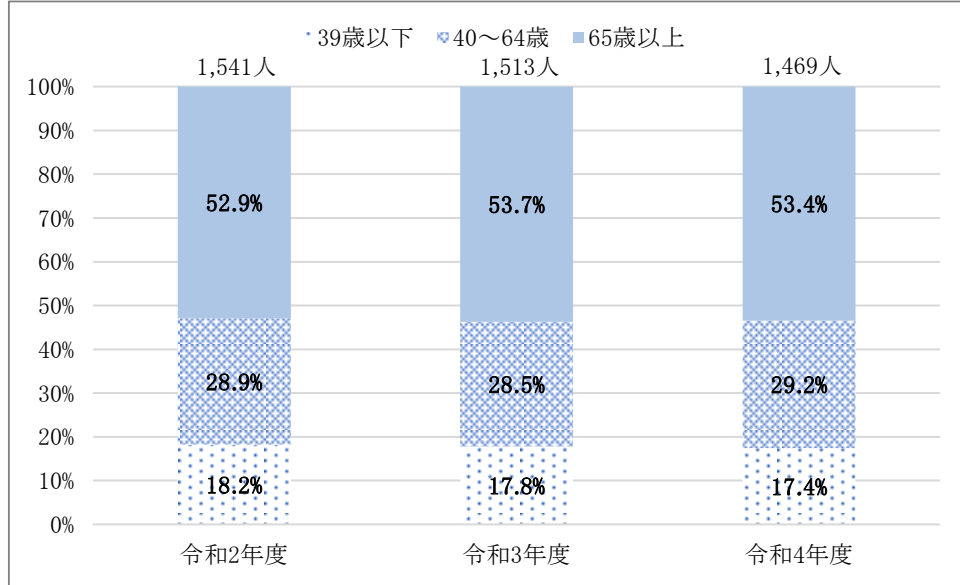


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

③三川町国保の現状(被保険者の推移)

国民健康保険被保険者数は令和2年度1,541人、令和4年度1,469人で、比較すると72人、4.7%減少しています。また、国民健康保険被保険者平均年齢は令和2年度56.5歳、令和4年度56.9歳と0.4歳上昇しています。

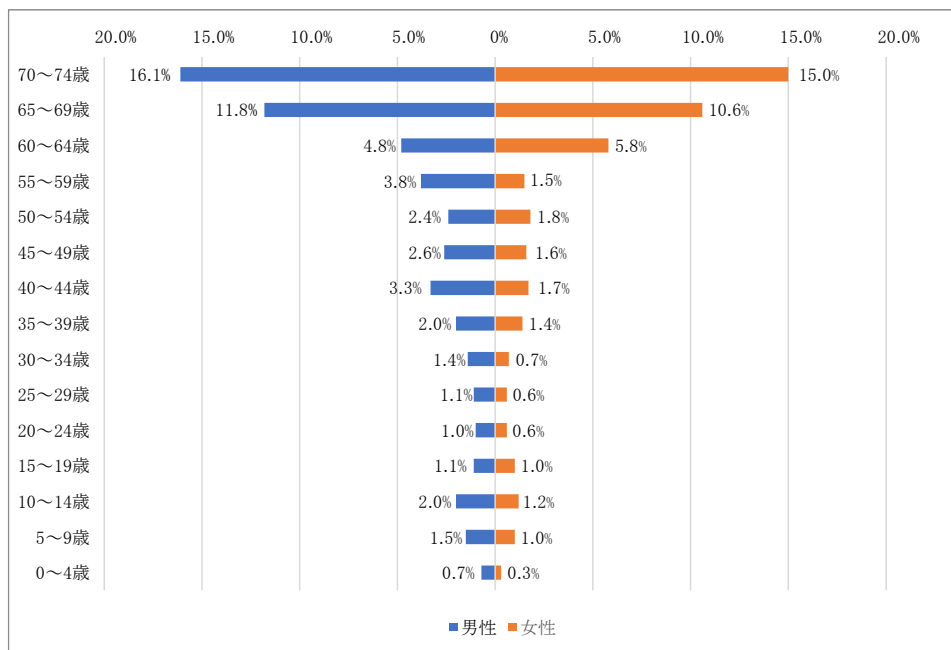
年度別 人口構成概要



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

被保険者数の年齢構成は70～74歳が最も高くなっています。

男女・年齢階層別国民健康保険被保険者割合



出典: 国保データベース (KDB) システム 「人口及び被保険者の状況」

3. 医療基礎情報

本町の令和4年度の受診率は837.8で、山形県と比べると高く、一件当たり医療費は34,900円で4.5%低いです。外来・入院別にみると、外来の受診率は高く、外来、入院の一件当たり医療費、入院率は山形県より低いです。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	三川町	県	同規模	国
受診率	837.8	824.2	714.9	705.4
一件当たり医療費(円)	34,900	36,530	42,770	39,080
一般(円)	34,900	36,530	42,770	39,080
退職(円)	0	0	5,830	67,230
外来				
外来費用の割合	58.2%	59.9%	56.3%	60.4%
外来受診率	817.9	804.7	692.2	687.8
一件当たり医療費(円)	20,800	22,390	24,870	24,220
一人当たり医療費(円) ※	17,010	18,020	17,220	16,660
一日当たり医療費(円)	14,780	15,780	17,520	16,390
一件当たり受診回数	1.4	1.4	1.4	1.5
入院				
入院費用の割合	41.8%	40.1%	43.7%	39.6%
入院率	19.9	19.5	22.7	17.7
一件当たり医療費(円)	615,050	619,110	588,690	617,950
一人当たり医療費(円) ※	12,230	12,090	13,360	10,920
一日当たり医療費(円)	37,950	38,100	35,890	39,370
一件当たり在院日数	16.2	16.2	16.4	15.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

特定健康診査受診率はいずれの年度も国が定めた目標値60%を上回っており、また、山形県の受診率も大きく上回っています。

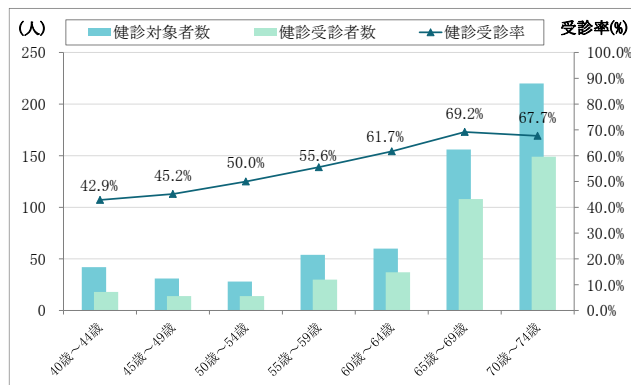
年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度
三川町	63.0%	65.2%	64.4%
県	48.4%	50.8%	51.7%
同規模	40.7%	44.7%	46.4%
国	33.5%	36.1%	37.6%

出典: 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

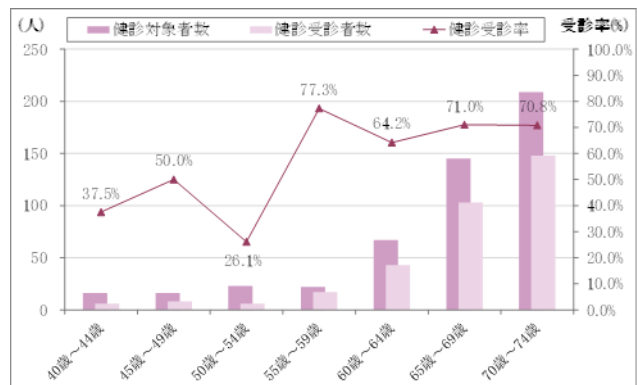
男女・年齢階層別の特定健康診査受診率をみると、男性、女性ともに年齢が上がるにつれて高くなる傾向にあります。しかし、女性の40～44歳、50～54歳の受診率は他の年代と比較して低い傾向がみられます。

(男性) 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 特定健診・特定保健指導実施結果総括表(令和4年度)

(女性) 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



(2) 特定保健指導

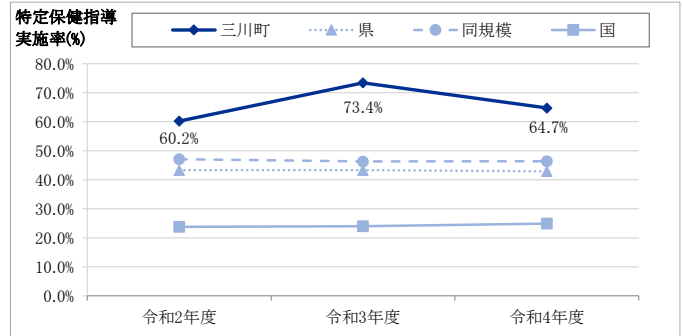
年度別に特定保健指導実施率をみると、いずれの年度も山形県、国を大きく上回っています。

特定保健指導実施状況(令和4年度)

区分	特定保健指導実施率
三川町	64.7%
県	42.9%
同規模	46.4%
国	24.9%

出典：「特定健診・特定保健指導実施結果総括表(令和4年度)」

年度別 特定保健指導実施率



支援対象者全体の割合は山形県、国と同水準にありますが、内訳を見ると三川町は積極的支援対象者の割合が多くなっています。

区分・年度別 特定保健指導者割合

区分	動機付け支援対象者数割合			積極的支援対象者数割合			支援対象者数割合		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
三川町	8.0%	6.9%	8.4%	4.1%	3.8%	3.7%	12.1%	10.7%	12.1%
県	7.9%	7.6%	8.6%	3.3%	3.1%	3.1%	11.1%	10.7%	10.2%
同規模	9.4%	9.1%	7.1%	3.2%	3.2%	3.2%	12.6%	12.0%	12.0%
国	9.0%	8.9%	8.8%	3.2%	3.3%	3.3%	12.2%	11.9%	11.9%

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

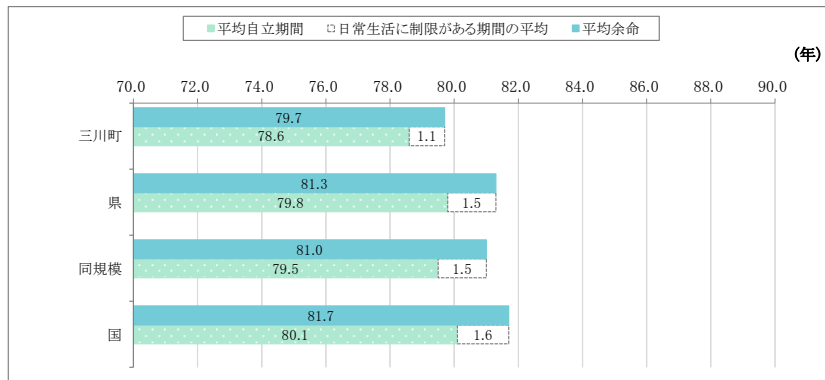
出典：「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」

5. 平均余命と平均自立期間

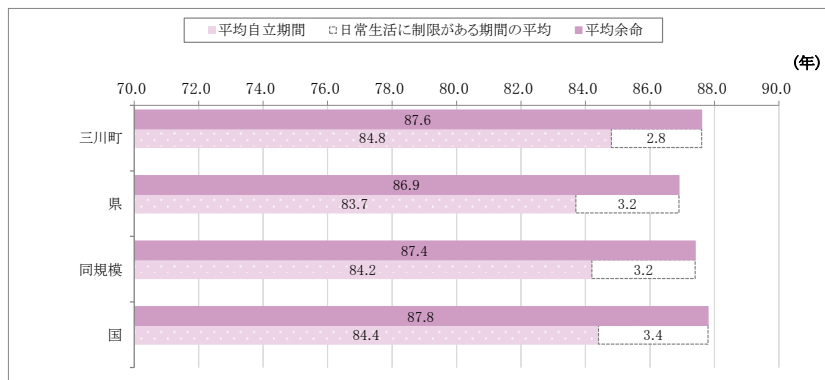
平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

男性の平均余命は79.7年で山形県より1.6年短く、平均自立期間は78.6年で山形県より1.2年短いです。日常生活に制限がある期間の平均は1.1年で山形県と同水準です。また、女性の平均余命は87.6年で山形県と同水準、平均自立期間は84.8年は山形県より1.1年長いです。日常生活に制限がある期間の平均は2.8年で山形県と同水準です。

(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

令和2年度から令和4年度までの平均余命と平均自立期間を比較すると、男性は1.5年短縮し、女性は横ばいとなっています。

	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	平均余命	平均自立期間	平均余命	平均自立期間	平均余命	平均自立期間
男性	81.5	80.1	81.3	79.9	79.7	78.6
女性	87.7	84.8	86.8	84	87.6	84.8

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

6. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

要介護(要支援)認定率14.9%は山形県より3.0ポイント低く、一件当たり給付費76,842円は山形県より4.9%高い状況です。特に、要介護5の一件当たり給付費が山形県と比べて20.6%高くなっております。

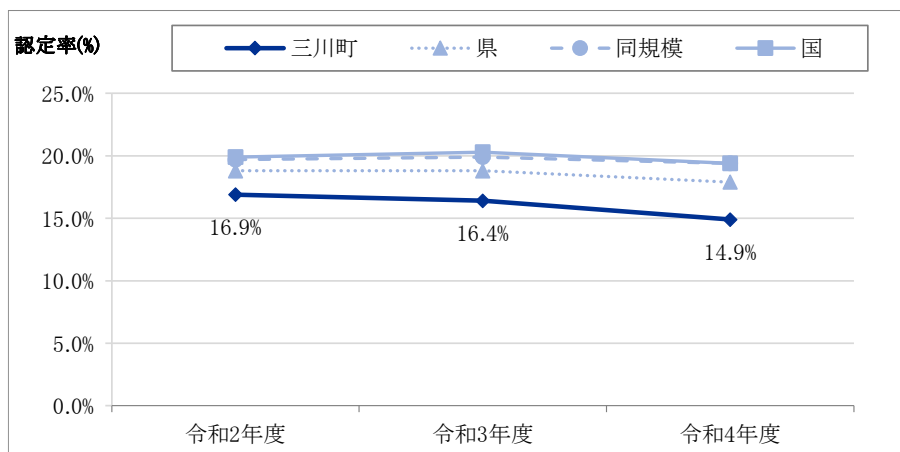
要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	三川町	県	同規模	国
認定率	14.9%	17.9%	19.4%	19.4%
認定者数(人)	398	64,785	129,234	6,880,137
第1号(65歳以上)	388	63,609	127,161	6,724,030
第2号(40～64歳)	10	1,176	2,073	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	76,842	73,268	74,986	59,662
要支援1	10,750	10,067	9,282	9,568
要支援2	17,339	14,087	13,272	12,723
要介護1	42,694	43,113	42,564	37,331
要介護2	51,871	52,390	54,114	45,837
要介護3	102,689	96,360	100,788	78,504
要介護4	122,732	126,039	137,990	103,025
要介護5	174,394	144,658	159,430	113,314

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

令和4年度要介護(支援)認定率15.0%は令和2年度16.9%より1.9ポイント減少しております。令和2年度以降、本町の認定率は減少し続けており、山形県や国を下回っています。

年度別 要介護(支援)認定率



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率は、心臓病59.4%、高血圧症50.9%、筋・骨格50.7%の順に多くなっています。上位3疾病は山形県と同一であり、3疾病いずれも有病率が山形県よりも低い状況です。

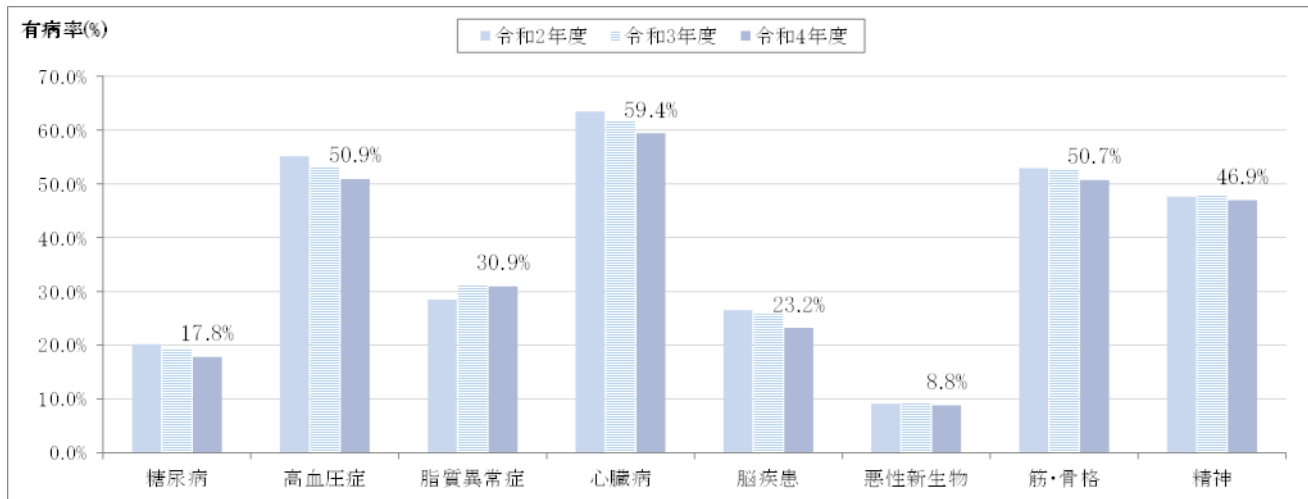
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	三川町	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	398		64,785		129,234		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	73	15,442	7	30,162	7	1,712,613	6
	有病率	17.8%	23.1%		22.6%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	209	37,075	2	71,773	2	3,744,672	3
	有病率	50.9%	56.2%		54.3%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	127	21,850	5	39,654	5	2,308,216	5
	有病率	30.9%	32.6%		29.6%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	244	41,195	1	80,304	1	4,224,628	1
	有病率	59.4%	62.4%		60.9%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	94	16,603	6	30,910	6	1,568,292	7
	有病率	23.2%	25.4%		23.8%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	39	7,169	8	14,782	8	837,410	8
	有病率	8.8%	10.7%		11.0%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	207	34,822	3	71,540	3	3,748,372	2
	有病率	50.7%	52.5%		54.1%		53.4%	
精神	実人数(人)	184	27,979	4	49,589	4	2,569,149	4
	有病率	46.9%	42.4%		37.8%		36.8%	

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

7. 死亡の状況

本町の令和4年度の主たる死因をみると、悪性新生物、心臓病、脳疾患の順で高くなっています。山形県や国と比較すると、悪性新生物の割合が低く、心臓病の割合が高くなっています。

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	三川町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	26	40.0%	46.8%	46.3%	50.6%
心臓病	25	38.5%	28.6%	29.8%	27.5%
脳疾患	12	18.5%	17.3%	15.7%	13.8%
自殺	1	1.5%	2.2%	2.3%	2.7%
腎不全	0	0.0%	3.7%	4.1%	3.6%
糖尿病	1	1.5%	1.4%	1.8%	1.9%
合計	65				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本町の令和4年度の標準化死亡比は男性99.7、女性93.2となっており、男性は山形県より1.8ポイント低く、女性は山形県より9.3ポイント低くなっています。また、年度別に比較すると、標準化死亡比は男女ともに増加傾向にあります。

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性			女性		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
三川町	84.9	99.7	99.7	91.7	93.2	93.2
県	100.9	101.5	101.5	101.1	102.5	102.5
同規模	104.5	103.2	103.1	100.6	101.4	101.3
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

第3章 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画全体の評価

全体目標	被保険者が心身ともに健康で、自分らしく生きられるように健康課題を改善することで、医療費の増加を抑制し、健康寿命の延伸を目指す。
------	---

評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価時点 2019年度 (R元)	現状値 2022年度 (R4)	
メタボ該当者割合を県平均より減少させる	17.2% (県15.9%)	19.3% (県17.6%)	20.4% (県18.9%)	令和元年度の内臓脂肪症候群該当者割合は19.3%(県17.6%)だったが、令和4年度は20.4%となっている。内臓脂肪症候群該当者割合は町、県ともに増加しており、町は県よりも割合が高い状態が続いている。男女別に見ると男性が28.4%、女性が11.5%と、圧倒的に男性に多く、特に50代前半は50.0%が該当している。一方で、特定保健指導該当者数は毎年減少傾向にあるため、内臓脂肪症候群該当者は服薬治療につながっているものと考えられる。今後は治療中の内臓脂肪症候群該当者への対策についても検討していく必要がある。
糖尿病有所見者割合を減少させる 修正後：糖尿病有所見者割合を現状維持する	47.0% 100～ 125mg/dl (39.5%) 126mg/dl (7.5%)	56.3% 100～ 125mg/dl (49.2%) 126mg/dl (8.4%)	57.6% 100～ 125mg/dl (49.2%) 126mg/dl (8.4%)	糖尿病有所見者割合は年々増加している。また、受診勧奨者(空腹時血糖126mg/dl以上)の割合も増加している。町では平成30年に糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラムを策定して取り組んでおり、事業参加者の糖状態については一部改善が見られているものもある。しかし、被保険者全体の糖有所見者割合は増加しており、事業非参加者の改善が見られないこと、新規の糖有所見者が増加していることが推測される。今後は、事業非参加者への生活習慣改善の周知方法等について検討していく必要がある。
糖尿病に起因する新規人工透析導入患者をゼロにする 修正後：糖尿病に起因する新規人工透析患者を2.5人以下(H30～R4年度の累計)にする	0人	0人 (他保から2人)	0人 (他保から2人)	平成29年度以降、被保険者の糖尿病に起因する新規人工透析導入患者は0人である。しかし、後期高齢者や社会保険加入者からの新規人工透析導入患者は発生しており、平成30年度から令和4年度までの累計では推計値よりも多くなっている。糖尿病が重症化することで腎不全を引き起こし、人工透析が必要となる可能性があるため、血糖コントロールを良好に保てるように支援していく必要がある。

2. 各事業の達成状況

特定健康診査の未受診者対策

事業目的	被保険者の健康状態を把握し、保健事業の向上を図るため、未受診者に受診勧奨を実施する。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申込書未提出者 ・ 申込時「受けない」と回答した方 ・ 町に申込みがあったが年度内に特定健診が未受診となっている方 ・ 複数年連続特定健診未受診者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	各対象者に通知、電話により個別勧奨を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：申込書未提出者への通知等による勧奨の実施回数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		年間合計 12回以上	年間合計 12回以上	年間合計 12回以上	年間合計 12回以上	年間合計 12回以上	年間合計 12回以上
達成状況	13回	13回	13回	13回	13回	13回	13回

アウトプット：意向調査時「受けない」と回答した方への勧奨の実施回数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上
達成状況	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

アウトプット：町に健診申込のある未受診者への受診勧奨の実施

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		2回	2回	2回	2回	2回	2回
達成状況	2回実施 (12月と1月)	2回実施 (12月と1月)	2回実施 (12月と1月)	2回実施 (12月と1月)	2回実施 (12月と1月)	2回実施 (12月と1月)	2回実施 (12月と1月)

アウトカム：特定健診受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%
達成状況	67.9%	65.8%	66.8%	63.0%	65.2%	64.4%	64.4%

アウトカム：申込書未提出者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		100名以下	100名以下	100名以下	100名以下	100名以下	100名以下
達成状況	71名	31名	36名	76名	98名	74名	66名

アウトカム：町に健診申込みのある未受診者への受診勧奨率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況		100%	100%	100%	100%	100%	100%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・健診申込書提出時に「受けない」と回答した方へは、受診勧奨の通知を送付。未検者健診へ案内しており、対アウトプット比は(受診者/勧奨件数)がR2年度6.0%、R3年度11.4%、R4年度9.2%であった。少人数ではあるが、受診につなげることができた。
- ・健診申込をしても4～11月の集団健診で未受診となっている方へ未検者健診の受診勧奨をしており、勧奨を受けて受診した方はR2年25名、R3年35名、R4年25名いた。それぞれ特定健診受診率に2.1%、3.1%、2.2%寄与している。
- ・特定健診未受診者の状況を一部把握できていない。
- ・転入者に対してはワンストップの一環として町民課窓口より健診担当が連絡をもらい、窓口の転入者へ赴いて健診について説明するとともに、当該年度の健診の聞き取りを行っている。
- ・健診委託機関と毎年2回の打ち合わせを実施し、また、健診当日にも町職員(事務、保健師)を配置することで、それぞれの町内会公民館での円滑な健診運営に努めている。

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

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は県や国と比較しても高い率で推移しており、申し込み書未提出者への勧奨、転入者への対応、健康マイレージ事業が一定の効果をあげているものと考えられる。また、健康まつりや体成分分析装置測定を通して、自身の健康に興味を持つ機会を積み重ねてきたことも間接的ではあるが、受診率に影響を与えている。更なる受診率を向上のため、特定健診未受診者の状況把握に務めていく必要がある。 ・60歳以上の受診率は高いが、40～50歳代の受診率が低く、中でも50歳代前半までは女性の方が受診率が低い傾向にある。また、町内会ごとの受診率に差異が見られた。
--------------------------------	--

<p>今後の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健診申込書未提出者や申し込みをしたが未受診の方への勧奨を徹底する。 ・年代を問わず、2～3年連続で未受診となっている方に対しての勧奨方法についての検討や状況把握を行う。 ・ターゲットを絞った受診勧奨の強化、利便性の高い申し込み方法の導入に向け、検討していく。転入者への対応については継続して行っていく。
----------------------	--

特定保健指導の利用勧奨

事業目的	特定保健指導利用率を向上させるため、通知、電話等により利用勧奨を実施する。
対象者	40～74歳の国保被保険者のうち、特定保健指導対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	【直営】 結果相談会欠席者に対し、通知や電話等により利用の再勧奨を実施する。 【委託】 特定健康診査、人間ドック業務委託機関と連携し、未利用者への利用の再勧奨を実施する。

※直営:町が特定保健指導を実施するケース。

委託:健診委託機関へ委託し、健診当日に特定保健指導(初回)を実施するケース。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：健診当日の保健指導実施の強化

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		強化	強化	強化	強化		
達成状況		強化済み	強化済み	強化済み	強化済みのため終了	-	-

アウトプット：特定保健指導未利用者に対する再勧奨の実施(委託分)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		再勧奨実施	再勧奨実施	再勧奨実施	再勧奨実施	再勧奨実施	再勧奨実施
達成状況		実施	実施	実施	実施	実施	実施

アウトカム：特定保健指導実施率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
達成状況	63.9%	53.6%	61.6%	60.2%	73.4%	64.7%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

【直営】

- ・特定健診当日に受診者全員に対して保健指導を実施し、合わせて健診結果相談会での特定保健指導についても説明している。健診結果説明会欠席者に対しても、通知や電話等による再勧奨を実施することで利用に結びつく方が多い。
- ・保健指導を結果説明会や体成分分析装置測定日(通称：健さん週間)に合わせて実施しており、ここ数年の中断者はR2年度4名、R3年度6名、R4年度5名であった。特に体成分分析装置導入前と比較すると中断者が減少している。

【委託】

- ・健診当日に特定保健指導初回分の個別面接を実施している。未利用の方へ理由の確認を行い、対象に合わせた勧奨、利用方法の提示を勧奨することでの直営の保健指導利用につながった方がR2年度6名、R3年度4名、R4年度3名いた。しかし、中には毎年未利用の方もおり、特定保健指導の利用にはつながらない方もいた。

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

考察 (成功・未達要因)	<h3>【直営】</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率は目標値の達成には至っていないものの、県や国と比較すると高い率で推移している。健診当日に全員へ保健指導や健診結果説明会での特定保健指導について説明を行ったことで、対象者の意識づけにつながっている。また、体成分分析装置測定日に合わせて実施したことにより、自身の健康状態を振り返るだけにとどまらず、数値を見える化することで生活習慣改善継続のモチベーションアップにつながったものと考えられる。
	<h3>【委託】</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・未利用の理由として「健診当日は時間がない」「医療機関が遠い」等明らかにできたことで、利用者にあった方法を提示し、直営での利用につなげることができた。

今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導未利用者が固定化しており、今後対応やアプローチ方法の検討が必要である。 ・直営分については意識づけや未利用者への勧奨を強化することで、特定保健指導実施率を維持していく。 ・委託分の利用率向上のため、委託機関との連絡会議を継続する。
--------	--

糖尿病重症化予防

事業目的	糖尿病重症化予防のため、糖尿病有所見者に対して受診勧奨と保健指導を実施する。また糖尿病患者に対して健康教室、病期Ⅱ期(早期腎症期)と病期Ⅲ期(顕性腎症期)の方に対して医療機関と連携した栄養指導を実施する。
対象者	※三川町糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムに準ずる。
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	※三川町糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムに準ずる。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：糖尿病精密検査受診勧奨率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトプット：糖尿病教室参加者数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		増加	増加	増加	増加	増加	増加
達成状況	実25人 延61人 前年比103.4%	実22人 延54人 前年比88.0%	実22人 延54人 前年比100.0%	実18人 延50人 前年比81.8%	実18人 延62人 前年比100.0%	実22人 延62人 前年比122.2%	

アウトプット：糖尿病教室参加者の教室内容の①理解度 ②満足度

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		①理解度80.0% ②満足度80.0%	①理解度80.0% ②満足度80.0%	①理解度80.0% ②満足度80.0%	①理解度80.0% ②満足度80.0%	①理解度80.0% ②満足度80.0%	①理解度80.0% ②満足度80.0%
達成状況		①理解度81.5% ②満足度81.5%	①理解度90.6% ②満足度86.1%	①理解度85.4% ②満足度89.6%	①理解度91.4% ②満足度94.1%	①理解度95.5% ②満足度86.0%	

アウトカム：治療中断者及び不定期受診疑い者の治療状況の確認と適正受診勧奨率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	未実施	対象者なし	2名(100%)	2名(100%)	対象者なし	2名(100%)	

アウトカム：糖尿病精密検査受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
達成状況	56.9%	74.1%	56.3%	58.8%	66.7%	54.2%	

アウトカム：腎症Ⅱ期(早期腎症期)と腎症Ⅲ期(顕性腎症期)の方に対して、医療機関との連携による
 栄養指導の実施

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		実施	実施	延9人	延9人	延9人	延9人
達成状況	-	実1人 延1人	実4人 延9人	実1人 延3人	0人	0人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

【受診勧奨と保健指導】

- 対象者に対して健診結果説明会時や電話等で全員に受診勧奨と個別保健指導を実施しているが、精密検査受診率の目標値達成には至っていない。未受診者に対しては受診勧奨と合わせて、受診しない理由の確認も行った。
- 回報書を活用することで受診状況及び治療内容を確認することができている。

【健康教室】

- 対象者に対しては、通知を送付して案内している。リピーターが多いが、参加者数は横ばいの傾向にあり、新規参加者が少ない。教室では医師や栄養士、糖尿病療養士、歯科衛生士がそれぞれの立場から専門的な指導を行っており、参加者の理解度及び満足度は目標値を達成している。
- 保健師や栄養士も年1回以上研修会へ参加することで指導の質の向上に努めている。

【訪問栄養指導】

- 平成30年度に鶴岡地区医師会や糖尿部会世話役医師との調整を行い、実施体制を整備することができた。
- かかりつけ医の指示書に基づいて栄養指導を継続して行うことでアセスメント、指導、実施の確認を行うことができている。また、訪問型であるため、家庭の状況や実際に使用している調味料や食器を確認しながら指導することができた。利用者からは個別性に合わせた丁寧な指導が受けられると好評であった。
- 対象者へダイレクトメールで周知してきたが、新規利用者の増加にはつながっていない。対象者に対して希望調査アンケートを実施し、希望しない理由について「血糖コントロールが良好だと思うから」「かかりつけ医から栄養指導を受けているから」等が多かった。

【適正受診勧奨】

- 対象者へ保健師が治療状況の確認や受診勧奨を実施し、治療再開に結びつけることができた。一方で状況確認に留まり、受診につながらない方もおり、対応については今後の課題である。

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

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 精密検査を受診しない理由として「以前受診したが、治療は必要ないといわれたため」と答える方が一定数おり、糖尿病についての知識や理解不足が要因の1つと思われた。 R2年度、3年度は新型コロナウイルスの影響で、集団での教育が実施できないことがあった。しかし、教育内容を見直し、座談会の実施や外部講師の活用、指導ツールを取り入れる等、内容の充実を図ったことが、参加者の理解度や満足度につながったものと考えられる。 訪問栄養指導については町からの周知に加え、R2年度の間評価を受けて、医師会会員にチラシを配布し、通院している対象者へ事業を紹介いただく体制をとったが、利用者の増加には至っていない。
--------------------------------	---

<p>今後の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病教室については新規参加者が増えないことが課題であるため、周知方法を検討していく必要がある。 現在の取り組みを継続し、精密検査受診勧奨および再勧奨の徹底を図りたい。 訪問栄養指導については主治医との連携のあり方(指示書や訪問結果の活用等)について検討行う。また、対象者の指導後の糖状態についても継続して評価していく。
----------------------	--

ヘルスアップ健診

事業目的	若いうちから自身の健康管理への意識を醸成し、生活習慣病を予防するため、若年層への健康診査を行う。また健診結果に応じて、早期介入保健指導を実施することで生活習慣病等の重症化を防ぐ。
対象者	19～39歳の国保被保険者(長期入院者等を除く)
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 各町内会公民館や三川町社会福祉センター等で、特定健診に準ずる項目で健診を実施する。 健診結果より早期介入保健指導対象者を抽出し、保健指導を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：健診の実施及び結果説明による保健指導、受診勧奨等の実施

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		実施	実施	実施	実施	実施	実施
達成状況	4日間実施	健診2回、 相談会2回実施	健診2回、 相談会2回実施	健診2回、 相談会2回実施	健診2回、 相談会2回実施	健診2回、 相談会2回実施	健診2回、 相談会2回実施

アウトプット：申込方法、健診方法の検討

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		検討	検討	検討	検討	検討	検討
達成状況	検討	検討済み	検討済み	検討済み	検討済み	検討済み	検討済み

アウトカム：目標①受診率 ②受診者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		①受診率25.0% ②受診者50人	①受診率25.0% ②受診者50人	①受診率25.0% ②受診者50人	①受診率25.0% ②受診者50人	①受診率25.0% ②受診者50人	①受診率25.0% ②受診者50人
達成状況	①受診率19.5% ②受診者43人	①受診率15.5% ②受診者28人	①受診率23.8% ②受診者38人	①受診率21.8% ②受診者31人	①受診率27.1% ②受診者39人	①受診率20.3% ②受診者27人	

アウトカム：健診申込者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		65人	65人	65人	65人	65人	65人
達成状況	50人	-	-	32人	40人	38人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・ 託児の実施、健診同日に胃がん、大腸がん、骨粗鬆症健診を実施する等、健診を受けやすい体制を整え、内容を充実させてきた。少数ではあるがそれぞれ利用している方がいた。R2年度からは新型コロナウイルス感染症予防のため、例年実施している健診当日の相談会は実施せず、健診実施1か月程度後にパンフレットを送付し、リスクがある方へ重点的に電話や対面で保健指導を行う等、状況に合わせた保健指導を実施できた。
- ・ 転入者に対してはワンストップの一環として町民課窓口より健診担当が連絡をもらい、窓口の転入者へ赴いて健診について説明するとともに、当該年度の健診の聞き取りを行っている。

事業全体の評価	5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスアップ健診の受診者数は過去5年で増減を繰り返しながらも、目標値には到達していない。ヘルスアップ健診は国保加入者だけでなく、社会保険加入者も同日に実施しており、双方の受診者数は反比例している。要因の1つとして毎年受診している方の保健区分の変更があげられる。 ・令和元年度より申し込みがない方への再勧奨や決定通知の送付等を行った結果、受診率が大幅に増加しており、一定の効果を発揮した。しかし、R4年度には減少に転じたため、保険区分の変更に限らず他の要因についても明らかにしていく必要がある。
		今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・従来の健診申し込み方法に加えて、インターネットでの申し込みを実施することで、利便性を図っていく。 ・未受診者の状況を把握し、申し込みのない方への再勧奨を実施する。 ・男性で肥満(BMI25以上)者の割合が高いため、保健指導等で啓発していく必要がある。

生活習慣病予防・重症化予防対策

事業目的	生活習慣病を予防するために、人間ドック結果相談会や町内会主催のミニ健康まつり等で集団健康教育や保健指導、健康相談を実施する。また、生活習慣病重症化予防のため、特定健診有所見者、がん検診要精密検査該当者に対して保健指導、受診勧奨を実施する。
対象者	40～74歳の国保被保険者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック結果相談会やミニ健康まつり等での健康教育を実施する。 ・人間ドック結果相談会、特定健診結果相談会、セット健診結果相談会での保健(栄養)指導する。 ・ミニ健康まつりでの血圧測定と健康相談を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：人間ドック結果相談会の①実施回数 ②参加者数 ③参加率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	
目標値		増加	増加	増加	増加	増加	増加	
達成状況	①実施回数18回 ②参加者数 235人 ③参加率52.9%	①実施回数16回 ②参加者数 242人 ③参加率57.9%	①実施回数16回 ②参加者数 230人 ③参加率55.7%	①実施回数11回 ②参加者数 168人 ③参加率56.0%	①実施回数13回 ②参加者数 200人 ③参加率51.3%	①実施回数14回 ②参加者数 175人 ③参加率48.5%		

アウトプット：特定健診結果相談会の①実施回数 ②参加者数 ③参加率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	
目標値		増加	増加	増加	増加	増加	増加	
達成状況	①実施回数15回 ②参加者23人 ③参加率54.8%	①実施回数15回 ②参加者数30人 ③参加率73.2%	①実施回数13回 ②参加者数27人 ③参加率61.4%	①実施回数13回 ②参加者数35人 ③参加率70.0%	①実施回数12回 ②参加者数18人 ③参加率56.3%	①実施回数13回 ②参加者数31人 ③参加率67.4%		

アウトプット：セット健診結果相談会の①実施回数 ②参加者数 ③参加率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)	
目標値		増加	増加	増加	増加	増加	増加	
達成状況	①実施回数15回 ②参加者23人 ③参加率54.8%	①実施回数15回 ②参加者数30人 ③参加率73.2%	①実施回数13回 ②参加者数27人 ③参加率61.4%	①実施回数13回 ②参加者数35人 ③参加率70.0%	①実施回数12回 ②参加者数18人 ③参加率56.3%	①実施回数13回 ②参加者数31人 ③参加率67.4%		

アウトプット：ミニ健康まつり①実施町内会数 ②参加者数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		増加	増加	増加	増加	増加	増加
達成状況	①実施町内会数 23か所 ②参加者数 716人	①実施町内会数 22か所 ②参加者数 622人	①実施町内会数 21か所 ②参加者数 676人	①実施町内会数 2か所 ②参加者数 56人	①実施町内会数 3か所 ②参加者数 72人	①実施町内回数 3か所 ②参加者数 79人	

アウトカム：健診有所見判定者割合(BMI、腹囲、血圧、糖尿、脂質)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時 点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
BMI目標値		対平成28年度 比-3.0%	対平成28年度 比-3.0%	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持
BMI達成状況	26.6%	30.3%	31.4%	32.6%	32.8%	34.4%	
腹囲目標値		対平成28年度 比-3.0%	対平成28年度 比-3.0%	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持
腹囲達成状況	27.6%	34.1%	32.5%	32.0%	31.4%	32.1%	
血圧目標値		対平成28年度 比-3.0%	対平成28年度 比-3.0%	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持
血圧達成状況	42.8%	51.4%	51.7%	54.9%	54.9%	53.5%	
脂質目標値		対平成28年度 比-3.0%	対平成28年度 比-3.0%	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持	R1年度状況を 維持
脂質達成状況	19.8%	21.9%	24.0%	21.9%	18.6%	24.0%	

※中間評価で目標値の変更を行った。

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

【人間ドック相談会】

- ・ 集団健康教育と個別相談を組み合わせ実施。集団健康教育については外部講師も活用することでより専門的な内容を組み込むことができた。
R2年度以降については外部講師との連絡調整を密に図ることで、新型コロナウイルスの感染状況に合わせた形態で健診結果相談会を実施することができた。しかし、健康教育をZOOMで対応した回は、対面で健康教育を実施した回よりも満足度が低い傾向にあった。
- ・ 人間ドック相談会欠席者に対しては、個別に健康相談を行った。個別で対応した方を合わせると過去5年間は70～80%の方へ結果説明や医療機関受診勧奨を実施することができた。
- ・ 事業を振り返るためのアンケートを実施しているが、回収率や「今後の健康づくりへ役立てたいと思う人の割合」が低下傾向にある。

【特定健診・セット健診結果相談会】

- ・ 保健師、栄養士による個別相談を中心に実施。時間帯を指定して案内することで、待ち時間の減少やプライバシーの確保に努めている。
- ・ 特定保健指導や糖の要指導者は毎年該当になる方が一定数いた。

【ミニ健康まつり】

- ・ H28年度より体成分分析装置の活用により、健康相談の充実とともに自身の体に興味を持てるような指導に結びつけている。R2年度からはコロナウイルス感染症の流行に伴い、実施町内回数、参加者数とも減少した。

事業全体の評価

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

考察 (成功・未達 要因)

- ・ 健診結果相談会については、R2年度以降、新型コロナウイルス感染拡大への不安を理由に欠席するとの声が一定数以上の方から聞かれており、参加率が低い要因の1つである。また、平日の日中は仕事や農業に従事する方も多く、参加率の増加には至らなかった。
- ・ ZOOMを活用した健康教育は、新型コロナウイルス感染症対策の面では非常に有効であった。一方で、講師と参加者のやりとりの難しさを感じられ、満足度向上につながらなかった。
- ・ ミニ健康まつりについては自身の健康に興味を持つきっかけとすることを1つの目的としており、その積み重ねが健診受診率や他の健康教育の参加率向上につながっている。
- ・ 全体の有所見者判定割合については被保険者の年齢構成があがったことも割合が増加した要因の1つであるが、年齢調整後の有所見者割合についても増加が見られた。R2年度に中間評価を行い、健康教育や個別健康指導の内容を充実させた影響もあつてか、以降横ばいの傾向がみられる。

今後の 方向性

- ・ アンケート結果からも、今後参加者の傾向やニーズを把握し、健診結果相談会の内容の見直しが必要である。専門的な話のできる外部講師の活用は継続していく。
- ・ 個別相談については要指導者への指導を逃さずできるよう、引き続き継続していく。また、指導の効果についても評価していく必要がある。

医療費適正化対策

事業目的	医療費適正化を実現するため、適正受診指導及び医療費通知とジェネリック医薬品差額通知の送付により、医療費の抑制を図る。
対象者	国保被保険者・世帯(適正受診指導は40～74歳の国保被保険者のみ)
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・適正受診指導 町民課国保係のレセプト点検により対象者を抽出し、健康福祉課健康係の保健師が適正受診指導を実施する。 ・医療費通知 全受診世帯へ医療費通知を送付する。 ・ジェネリック医薬品差額通知 国保被保険者のうち、ジェネリック医薬品に切り替えることで医療費削減が見込める者に対してジェネリック医薬品差額通知を送付する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：重複受診、頻回受診者に対して保健指導実施

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		実施	実施	実施	実施	実施	実施
達成状況	3	1	2	1	1	1	

アウトプット：全受診世帯に通知の送付回数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		6回/年 2か月分ずつ	6回/年 2か月分ずつ	6回/年 2か月分ずつ	6回/年 2か月分ずつ	6回/年 2か月分ずつ	6回/年 2か月分ずつ
達成状況	2回/年 (9月末, 3月末)	6回/年 2か月分ずつ	1回/年 (1月)	1回/年 (1月)	1回/年 (1月)	1回/年 (1月)	1回/年 (1月)

アウトプット：ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知の送付回数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年
達成状況	2回/年 (9月末, 3月末)	2回/年 (9月末, 3月末)	2回/年 (9月末, 3月末)	2回/年 (9月末, 3月末)	2回/年 (9月末, 3月末)	2回/年 (9月末, 3月末)	2回/年 (9月末, 3月末 予定)

アウトカム：指導対象者への指導実施率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
達成状況	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	50.0%	50.0%	

アウトカム：保健指導実施者の行動変容率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		67.0%	67.0%	67.0%	67.0%	67.0%	67.0%
達成状況	66.7%	追跡不可	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	

アウトカム：ジェネリック医薬品使用割合(新指標)・数量ベース

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	77.3% H28年6月 調剤分	83.5%	86.1%	86.9% R2年6月調剤分	89.9% R3年6月調剤分	91.0% R4年6月調剤分	90.8% R5年6月調剤分

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・ジェネリック医薬品の使用割合、数量ベースについては増加・維持傾向にあり、R4年度以降は9割を超えている。
- ・重複受診、頻回受診者については毎月、山形県国民健康保険団体連合会から提供される頻回・重複受診者一覧から対象者を抽出するため、対象者を絞りやすい。保健師が対象者の状況確認を行うため、専門的な見地から適正受診につながるよう指導することができたが、指導実施率は目標値に届かない年度もあった。
- ・保健指導実施者の行動変容率については、H30年度は指導した方がその後、施設入所となったために評価することができなかった。

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

考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの取り組みの成果もあり、ジェネリック医薬品の使用割合は目標値を上回っており、町民の間でジェネリック医薬品の使用が浸透しつつある。 ・保健指導した方の中には重複受診をしている意識がない方や認知症があり本来であれば家族の支援が必要な方もおり、家族を含めた保健指導により改善につながった。一方、指導的な話は聞きいれたくない性格の方や自分に合った医療機関を探したい信念の元に多受診する方もおり、行動変容までは至らない方もいた。
-----------------	---

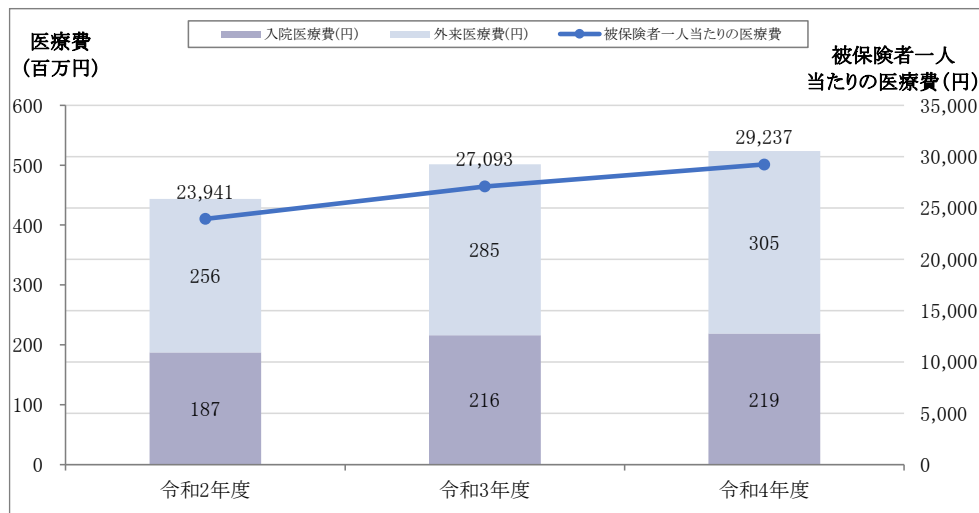
今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品については全世帯への通知、差額通知を継続することで、使用割合を維持していく。 ・町民課国保係と健康福祉課健康係の保健師が情報を共有し、蜜に連携を図り、できるだけ多くの方へ保健指導を実施していく。保健指導をする際には対象者の背景を踏まえ、可能な限り適正受診に繋がられるよう支援していく。
--------	---

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

被保険者数が減少する中、令和4年度の医療費5億2,400万円は令和2年度4億4,300万円と比べて18.3%増加しています。また、被保険者一人当たりの医療費29,237円も令和2年度23,941円と比べて22.1%増加しています。令和4年度の医療費を入院、外来別でみると、外来が58.2%を占めています。

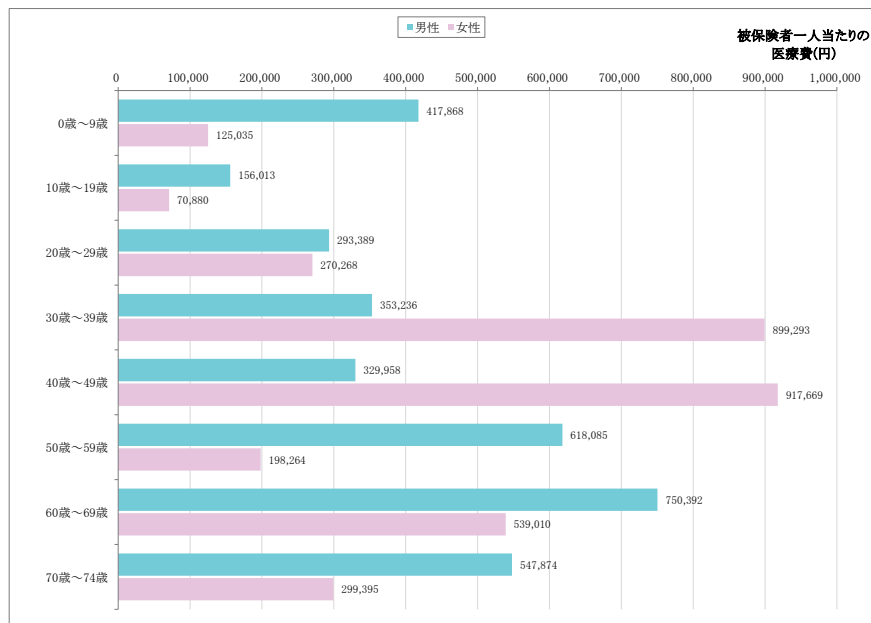
年度別 入院・外来別医療費



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

令和4年度における、本町の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別にみると、一部では、女性の方が高くなっていますが、50歳以上では、男性が高くなっています。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」

(2) 高額レセプトの発生状況

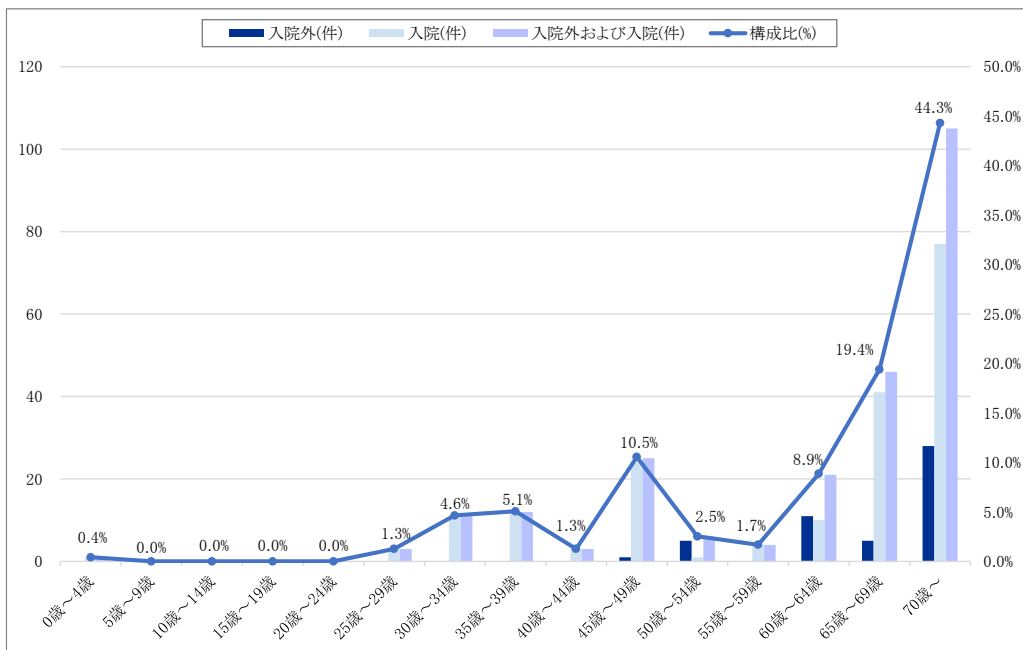
令和4年度の高額レセプト(月額総医療費50万円以上)の発生件数は全体で237件、累計医療費は約2億1,000万円となっています。

年度別 高額(5万点以上)レセプト件数及び割合

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
A	レセプト件数(件)	22,871	24,324	25,261
B	高額レセプト件数(件)	132	220	237
B/A	総レセプト件数に占める高額レセプトの割合(%)	0.6%	0.9%	0.9%
C	医療費全体(円) ※	446,400,990	499,879,530	516,631,740
D	高額レセプトの医療費(円) ※	133,551,480	187,789,460	210,639,620
E	その他レセプトの医療費(円) ※	312,849,510	312,090,070	305,992,120
D/C	総医療費に占める高額レセプトの割合(%)	29.9%	37.6%	40.8%

令和4年度の高額レセプト(月額総医療費50万円以上)のレセプト件数、医療費を年代別に見ると70～74歳が4割を占めています。次いで、65～69歳、45～49歳の順で多くなっています。

高額(5万点以上)レセプト 年齢階層別レセプト件数

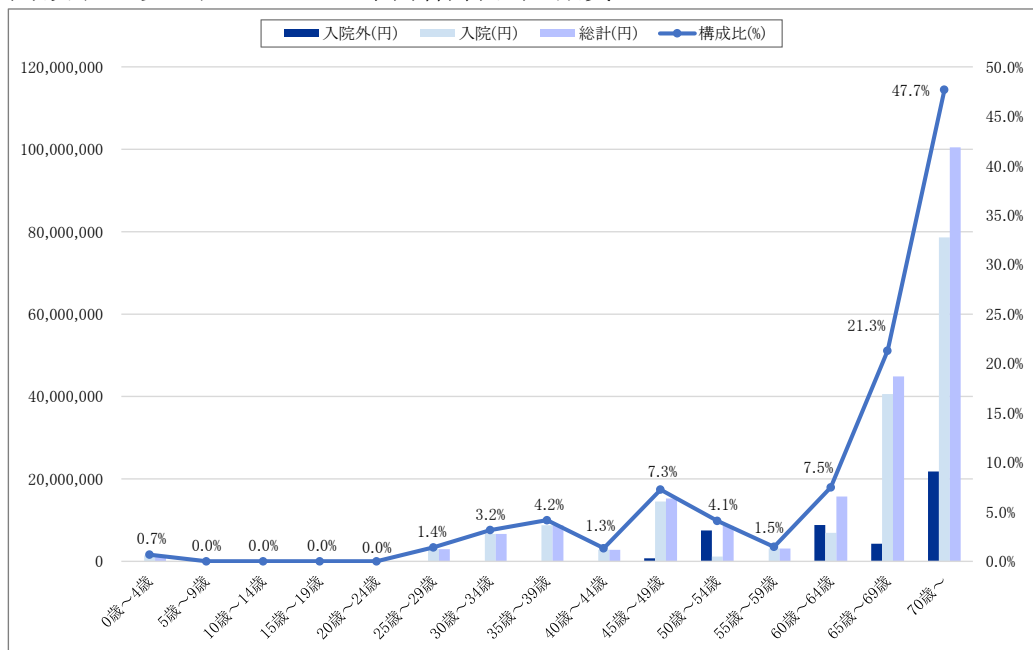


データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

高額(5点以上)レセプト 年齢階層別医療費



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

医療費…各月、1日でも資格があれば分析対象としている。

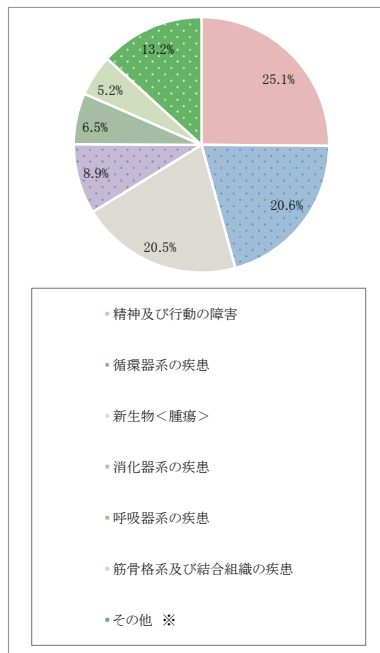
令和4年度の高額レセプトの疾病傾向を疾病中分類ごとに分析すると、「悪性リンパ腫」「肝及び肝内胆管の悪性新生物(腫瘍)」「脳内出血」の順で多くなっています。また、「悪性新生物」「脳内出血」「脳梗塞」といった生活習慣病関連疾患が多く含まれています。

順位	疾病分類(中分類)		主要傷病名 ※ (上位3疾病まで記載)	患者数 (人) ※	医療費(円) ※			患者一人当たりの 医療費(円) ※
					入院	入院外	合計	
1	0208	悪性リンパ腫	中枢神経系原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	1	1,143,130	7,840,070	8,983,200	8,983,200
2	0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝細胞癌	1	1,063,600	6,740,990	7,804,590	7,804,590
3	0905	脳内出血	視床出血	1	7,421,960	89,940	7,511,900	7,511,900
4	0301	貧血	再生不良性貧血	1	0	7,505,860	7,505,860	7,505,860
5	0507	その他の精神及び行動の障害	多動性障害	1	7,474,800	0	7,474,800	7,474,800
6	0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	4	20,712,770	1,164,250	21,877,020	5,469,255
7	0205	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	上葉非小細胞肺癌, 下葉非小細胞肺癌, 下葉小細胞肺癌	4	5,704,420	15,811,510	21,515,930	5,378,983
8	1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性閉塞性肺疾患	1	4,187,370	849,870	5,037,240	5,037,240
9	1111	胆石症及び胆のう炎	肝内結石症	1	4,708,350	246,090	4,954,440	4,954,440
10	0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃前庭部癌, 胃体部癌	2	4,201,200	5,536,470	9,737,670	4,868,835
11	0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸S状部癌, 直腸癌, 直腸神経内分泌腫瘍	3	12,628,410	1,372,830	14,001,240	4,667,080
12	0504	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	躁うつ病	2	8,342,100	591,980	8,934,080	4,467,040
13	1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	頭部外傷後遺症, 慢性移植片対宿主病	2	7,057,440	1,852,180	8,909,620	4,454,810
14	0906	脳梗塞	脳梗塞, アテローム血栓性脳梗塞, 多発性脳梗塞	6	21,457,210	850,930	22,308,140	3,718,023
15	0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	卵巣癌, 前立腺癌骨転移, 膝頭部癌	9	20,437,020	11,701,210	32,138,230	3,570,914

(3) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「精神及び行動の障害」が最も高く、25.1%を占めています。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(入院) (令和4年度)

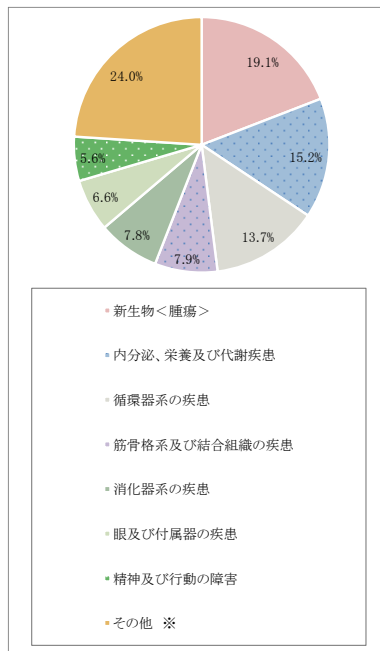
順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
		割合	中分類	割合	細小分類	
1	精神及び行動の障害	25.1%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	14.4%	統合失調症	14.4%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	9.1%	うつ病	9.1%
			その他の精神及び行動の障害	0.7%		
2	循環器系の疾患	20.6%	脳梗塞	10.6%	脳梗塞	10.6%
			その他の心疾患	3.9%	不整脈	2.7%
			脳内出血	3.3%	脳出血	3.3%
3	新生物<腫瘍>	20.5%	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.2%	食道がん	1.9%
			直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	5.4%	卵巣腫瘍(悪性)	1.8%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.1%	膀胱がん	1.5%
					大腸がん	5.4%
					肺がん	3.1%
4	消化器系の疾患	8.9%	その他の消化器系の疾患	6.7%	腸閉塞	1.0%
			胆石症及び胆のう炎	1.1%	大腸ポリープ	0.8%
					逆流性食道炎	0.3%
					胆石症	1.1%
			膵疾患	1.0%	慢性膵炎	0.7%

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
		中分類別分析	割合	細小分類	割合	
1	新生物<腫瘍>	19.1%	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	5.5%	肺がん	5.5%
			その他の悪性新生物<腫瘍>	4.3%	前立腺がん	2.0%
			悪性リンパ腫	2.6%		
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	15.2%	糖尿病	7.7%	糖尿病	7.5%
			脂質異常症	6.7%	糖尿病網膜症	0.2%
			甲状腺障害	0.4%	脂質異常症	6.7%
					甲状腺機能低下症	0.2%
3	循環器系の疾患	13.7%	高血圧性疾患	7.3%	高血圧症	7.3%
			その他の心疾患	4.1%	不整脈	3.5%
			虚血性心疾患	1.4%	狭心症	1.3%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.9%	関節症	2.4%	関節疾患	2.4%
			骨の密度及び構造の障害	1.5%		
			脊椎障害(脊椎症を含む)	1.3%		

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「統合失調症」で、7.7%を占めています。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	統合失調症	35,925,070	7.7%
2	うつ病	21,923,320	4.7%
3	脳梗塞	21,140,420	4.5%
4	肺がん	20,881,040	4.5%
5	糖尿病	20,579,380	4.4%
6	高血圧症	20,430,410	4.4%
7	脂質異常症	18,912,190	4.1%
8	関節疾患	15,176,320	3.3%
9	不整脈	14,613,900	3.1%
10	大腸がん	13,018,780	2.8%

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

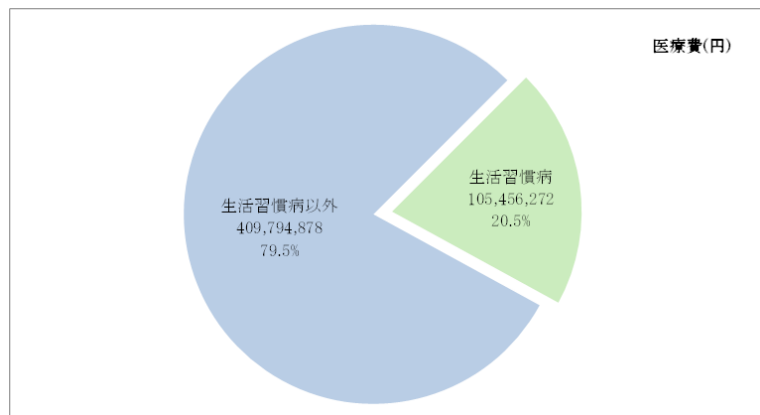
※割合…総医療費に占める割合。

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

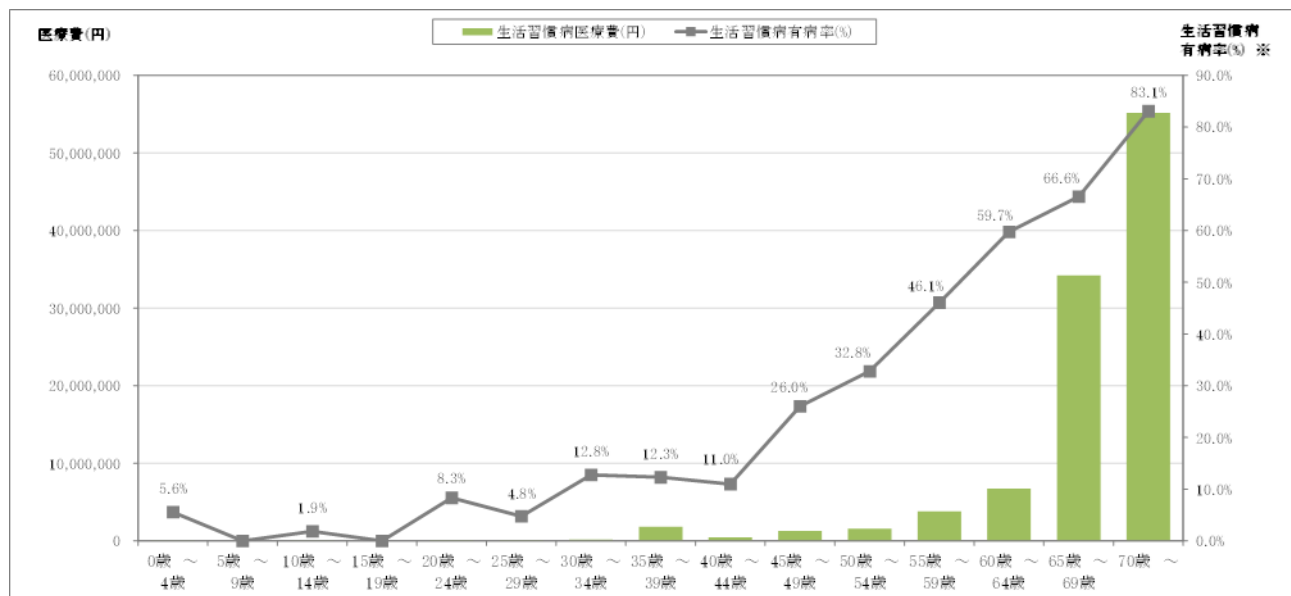
2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病と生活習慣病以外の医療費

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)のレセプトより、中分類単位で生活習慣病と生活習慣病以外の医療費を集計したものです。ここでは、生活習慣病の基礎疾患(糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患)及び生活習慣病に関する重症化疾患を生活習慣病とし集計しました。生活習慣病の医療費は1億546万円で、医療費全体の20.5%を占めています。



以下は、年齢階層別の生活習慣病医療費と有病率を示したものです。年齢階層が上がるにつれて患者数が増え医療費が増大する傾向にあります。

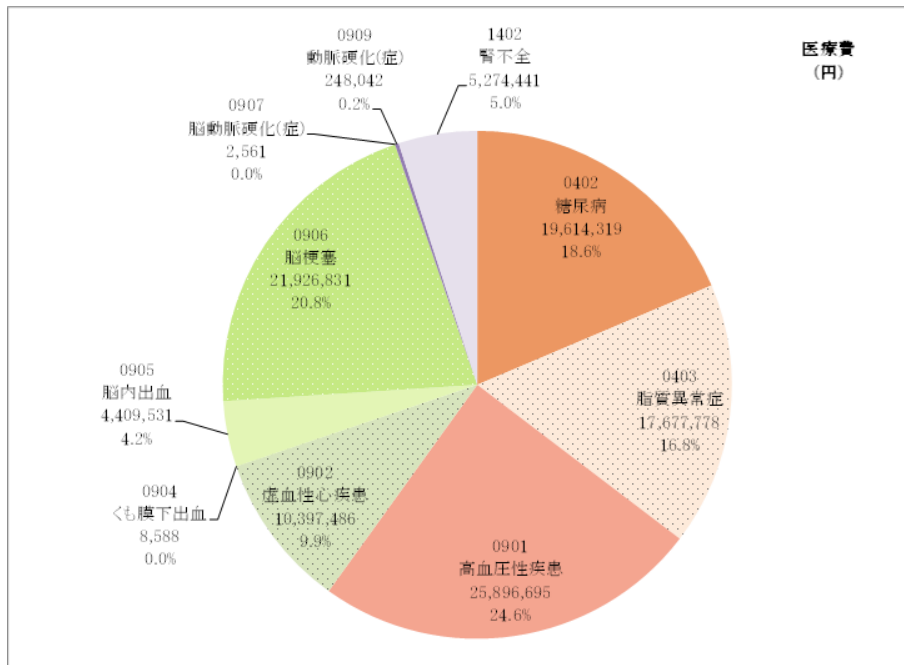


(2) 生活習慣病疾病別医療費等の状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)における、生活習慣病疾病別の医療費、患者数、患者一人当たりの医療費、有病率を示したものです。

疾病分類(中分類)	医療費(円)	構成比(%)	順位	患者数(人)	有病率(%) ※	順位	患者一人当たりの医療費(円)	順位
0402 糖尿病	19,614,319	18.6%	3	523	31.5%	2	37,503	6
0403 脂質異常症	17,677,778	16.8%	4	485	29.2%	3	36,449	7
0901 高血圧性疾患	25,896,695	24.6%	1	590	35.6%	1	43,893	5
0902 虚血性心疾患	10,397,486	9.9%	5	165	9.9%	4	63,015	4
0904 くも膜下出血	8,588	0.0%	9	2	0.1%	9	4,294	9
0905 脳内出血	4,409,531	4.2%	7	16	1.0%	8	275,596	2
0906 脳梗塞	21,926,831	20.8%	2	70	4.2%	5	313,240	1
0907 脳動脈硬化(症)	2,561	0.0%	10	1	0.1%	10	2,561	10
0909 動脈硬化(症)	248,042	0.2%	8	41	2.5%	7	6,050	8
1402 腎不全	5,274,441	5.0%	6	50	3.0%	6	105,489	3
合計	105,456,272			851	51.3%		123,920	

生活習慣病疾病別 医療費割合



(3) 生活習慣病患者の状況

糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	172	94	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	93	34	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	128	54	6	4.7%	2	33.3%	0	0.0%	1	16.7%	1	16.7%	
50歳代	138	74	14	10.1%	1	7.1%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	
60歳～64歳	172	138	19	11.0%	1	5.3%	1	5.3%	2	10.5%	0	0.0%	
65歳～69歳	345	304	35	10.1%	4	11.4%	1	2.9%	3	8.6%	0	0.0%	
70歳～74歳	471	523	97	20.6%	3	3.1%	3	3.1%	2	2.1%	3	3.1%	
全体	1,519	1,221	173	11.4%	11	6.4%	5	2.9%	9	5.2%	4	2.3%	
再掲	40歳～74歳	1,254	1,093	171	13.6%	11	6.4%	5	2.9%	9	5.3%	4	2.3%
再掲	65歳～74歳	816	827	132	16.2%	7	5.3%	4	3.0%	5	3.8%	3	2.3%

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	2	33.3%	4	66.7%	
50歳代	2	14.3%	2	14.3%	0	0.0%	9	64.3%	5	35.7%	11	78.6%	
60歳～64歳	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	13	68.4%	3	15.8%	12	63.2%	
65歳～69歳	1	2.9%	2	5.7%	1	2.9%	30	85.7%	9	25.7%	25	71.4%	
70歳～74歳	18	18.6%	14	14.4%	0	0.0%	76	78.4%	16	16.5%	77	79.4%	
全体	22	12.7%	18	10.4%	1	0.6%	130	75.1%	35	20.2%	130	75.1%	
再掲	40歳～74歳	22	12.9%	18	10.5%	1	0.6%	130	76.0%	35	20.5%	129	75.4%
再掲	65歳～74歳	19	14.4%	16	12.1%	1	0.8%	106	80.3%	25	18.9%	102	77.3%

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

脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	172	94	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	93	34	5	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	
40歳代	128	54	9	7.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	44.4%	
50歳代	138	74	26	18.8%	3	11.5%	3	11.5%	0	0.0%	11	42.3%	
60歳～64歳	172	138	42	24.4%	8	19.0%	3	7.1%	0	0.0%	12	28.6%	
65歳～69歳	345	304	90	26.1%	9	10.0%	12	13.3%	1	1.1%	25	27.8%	
70歳～74歳	471	523	193	41.0%	26	13.5%	26	13.5%	0	0.0%	77	39.9%	
全体	1,519	1,221	365	24.0%	46	12.6%	44	12.1%	1	0.3%	130	35.6%	
再掲	40歳～74歳	1,254	1,093	360	28.7%	46	12.8%	44	12.2%	1	0.3%	129	35.8%
再掲	65歳～74歳	816	827	283	34.7%	35	12.4%	38	13.4%	1	0.4%	102	36.0%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	
40歳代	1	11.1%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	2	22.2%	2	22.2%	
50歳代	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	73.1%	8	30.8%	
60歳～64歳	1	2.4%	1	2.4%	1	2.4%	0	0.0%	25	59.5%	8	19.0%	
65歳～69歳	2	2.2%	1	1.1%	3	3.3%	0	0.0%	60	66.7%	16	17.8%	
70歳～74歳	3	1.6%	2	1.0%	2	1.0%	3	1.6%	131	67.9%	33	17.1%	
全体	8	2.2%	4	1.1%	7	1.9%	3	0.8%	237	64.9%	68	18.6%	
再掲	40歳～74歳	8	2.2%	4	1.1%	7	1.9%	3	0.8%	237	65.8%	67	18.6%
再掲	65歳～74歳	5	1.8%	3	1.1%	5	1.8%	3	1.1%	191	67.5%	49	17.3%

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

高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	172	94	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	93	34	2	2.2%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	128	54	9	7.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	22.2%	
50歳代	138	74	28	20.3%	5	17.9%	3	10.7%	0	0.0%	9	32.1%	
60歳～64歳	172	138	40	23.3%	8	20.0%	3	7.5%	0	0.0%	13	32.5%	
65歳～69歳	345	304	112	32.5%	11	9.8%	13	11.6%	1	0.9%	30	26.8%	
70歳～74歳	471	523	187	39.7%	30	16.0%	35	18.7%	0	0.0%	76	40.6%	
全体	1,519	1,221	379	25.0%	54	14.2%	55	14.5%	1	0.3%	130	34.3%	
再掲	40歳～74歳	1,254	1,093	376	30.0%	54	14.4%	54	14.4%	1	0.3%	130	34.6%
	65歳～74歳	816	827	299	36.6%	41	13.7%	48	16.1%	1	0.3%	106	35.5%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	1	11.1%	0	0.0%	1	11.1%	1	11.1%	2	22.2%	2	22.2%	
50歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	8	28.6%	19	67.9%	
60歳～64歳	0	0.0%	1	2.5%	1	2.5%	0	0.0%	9	22.5%	25	62.5%	
65歳～69歳	3	2.7%	1	0.9%	3	2.7%	0	0.0%	18	16.1%	60	53.6%	
70歳～74歳	2	1.1%	3	1.6%	2	1.1%	2	1.1%	31	16.6%	131	70.1%	
全体	6	1.6%	5	1.3%	8	2.1%	3	0.8%	68	17.9%	237	62.5%	
再掲	40歳～74歳	6	1.6%	5	1.3%	8	2.1%	3	0.8%	68	18.1%	237	63.0%
	65歳～74歳	5	1.7%	4	1.3%	5	1.7%	2	0.7%	49	16.4%	191	63.9%

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

(4) 透析患者の状況

令和4年度における本町の年度別の透析患者は1人、新規導入者数は0人となっています。

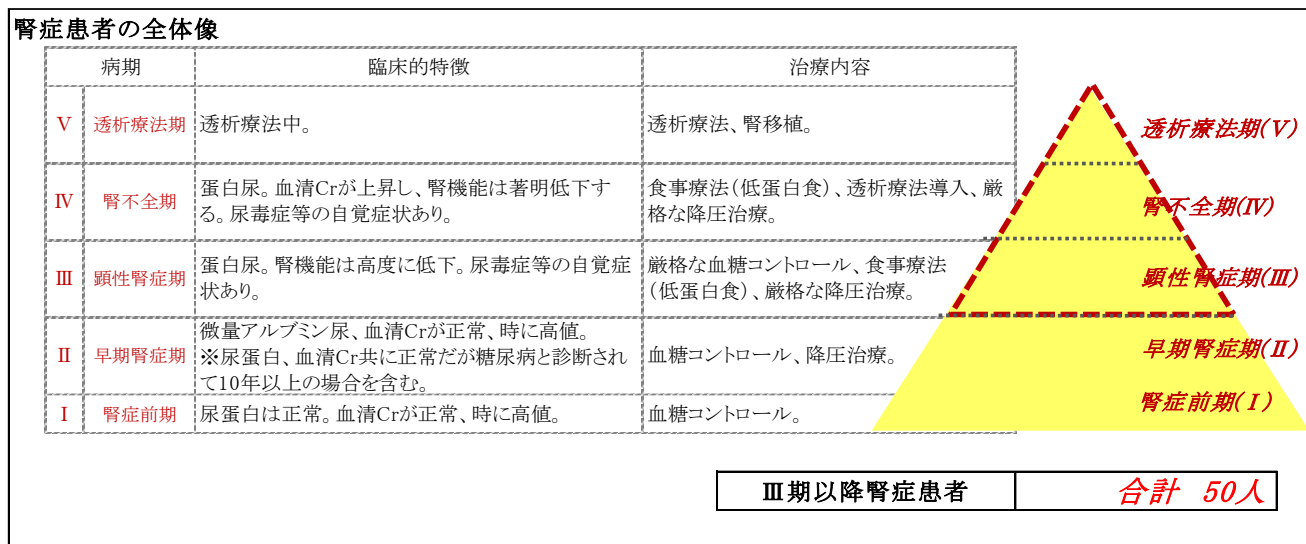
年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
令和2年度	2	8,180,530	4,090,265
令和3年度	1	10,008,650	10,008,650
令和4年度	1	4,305,320	4,305,320

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものです。

令和4年度における腎症前期から透析療養期までの病期別に腎症に罹患している被保険者の全体像を分析した結果を示しました。顕性腎症期～透析療法期に該当する対象者は50人存在します。



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、収縮期血圧の有所見者割合が最も高く、健診受診者の53.5%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳では収縮期血圧の有所見者割合が最も高くなっています。

BMI、腹囲、中性脂肪、HDL、血糖、拡張期血圧、LDL、心電図、及びeGFRの9項目は山形県よりやや高くなっています。特に、心臓病による死亡者数が大幅に増加していることから、BMI、腹囲、LDL、心電図が高いことに注意が必要です。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
三川町	40歳～64歳	人数(人)	80	77	51	46	14	75	28	0
		割合(%)	41.5%	39.9%	26.4%	23.8%	7.3%	38.9%	14.5%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	161	148	117	64	15	248	66	0
		割合(%)	31.7%	29.1%	23.0%	12.6%	3.0%	48.8%	13.0%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	241	225	168	110	29	323	94	0
		割合(%)	34.4%	32.1%	24.0%	15.7%	4.1%	46.1%	13.4%	0.0%
県	割合(%)	29.9%	30.1%	20.2%	17.1%	3.3%	42.4%	58.2%	1.7%	
国	割合(%)	27.1%	35.0%	21.1%	14.5%	3.8%	24.8%	57.1%	6.5%	

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
三川町	40歳～64歳	人数(人)	81	59	108	0	58	187	0	23
		割合(%)	42.0%	30.6%	56.0%	0.0%	30.1%	96.9%	0.0%	11.9%
	65歳～74歳	人数(人)	294	147	239	7	196	434	0	122
		割合(%)	57.9%	28.9%	47.0%	1.4%	38.6%	85.4%	0.0%	24.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	375	206	347	7	254	621	0	145
		割合(%)	53.5%	29.4%	49.5%	1.0%	36.2%	88.6%	0.0%	20.7%
県	割合(%)	54.0%	28.7%	48.2%	1.0%	31.0%	83.5%	0.4%	17.5%	
国	割合(%)	47.5%	21.1%	50.3%	1.2%	21.0%	18.0%	5.6%	20.6%	

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

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は9.5%、該当者は20.5%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は7.7%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	193	53.5%	7	3.6%	18	9.3%	2	1.0%	10	5.2%	6	3.1%
65歳～74歳	508	69.5%	9	1.8%	48	9.4%	2	0.4%	34	6.7%	12	2.4%
全体(40歳～74歳)	701	64.2%	16	2.3%	66	9.4%	4	0.6%	44	6.3%	18	2.6%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	52	26.9%	9	4.7%	5	2.6%	19	9.8%	19	9.8%
65歳～74歳	91	17.9%	17	3.3%	5	1.0%	34	6.7%	35	6.9%
全体(40歳～74歳)	143	20.4%	26	3.7%	10	1.4%	53	7.6%	54	7.7%

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

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。全体(40歳～74歳)では、体重増加、生活習慣改善意欲なし、咀嚼のかみにくいの割合が山形県よりやや高い一方、運動の3項目の割合が山形県よりかなり低くなっています。特に、「1日1時間以上運動なし」、「歩行速度遅い」の割合は、山形県より15.0ポイント以上低く好ましい結果となっています。

質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		三川町	県	同規模	国	三川町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	26.4%	23.3%	22.7%	19.2%	41.3%	48.7%	46.8%	43.7%
	服薬_糖尿病	6.2%	5.4%	6.8%	5.0%	9.3%	11.6%	12.2%	10.5%
	服薬_脂質異常症	24.9%	16.6%	16.7%	15.3%	31.5%	33.4%	32.7%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.6%	0.8%	1.9%	1.8%	2.4%	1.9%	3.9%	3.8%
	既往歴_心臓病	3.6%	2.4%	3.4%	2.8%	8.5%	5.2%	7.4%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.5%	0.8%	0.6%	0.6%	0.0%	0.9%	1.1%	0.9%
	既往歴_貧血	4.7%	7.3%	11.8%	13.5%	2.0%	5.6%	7.8%	9.2%
喫煙	喫煙	23.8%	23.1%	22.4%	20.8%	11.8%	10.6%	11.9%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	47.9%	37.1%	40.3%	38.2%	30.2%	29.4%	34.0%	33.4%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	78.9%	81.7%	72.0%	69.8%	69.8%	75.6%	62.2%	55.8%
	1日1時間以上運動なし	45.8%	65.2%	46.9%	50.0%	50.8%	67.7%	47.0%	47.0%
	歩行速度遅い	53.2%	72.4%	57.4%	53.5%	49.3%	72.4%	54.8%	49.5%
食事	食べる速度が速い	27.9%	29.3%	31.0%	31.2%	21.9%	21.7%	24.4%	24.6%
	食べる速度が普通	65.8%	64.6%	61.6%	60.9%	71.0%	71.1%	67.5%	67.6%
	食べる速度が遅い	6.3%	6.1%	7.4%	7.8%	7.1%	7.2%	8.1%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	12.6%	16.3%	20.5%	22.7%	15.0%	9.6%	14.6%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	14.2%	13.8%	16.0%	19.4%	5.7%	3.7%	5.4%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	25.1%	29.1%	26.8%	26.4%	24.9%	27.1%	26.3%	25.1%
	時々飲酒	30.4%	26.6%	24.3%	25.5%	21.7%	22.3%	19.7%	21.1%
	飲まない	44.5%	44.3%	48.9%	48.2%	53.5%	50.6%	54.0%	53.8%
	1日飲酒量(1合未満)	68.4%	63.0%	55.3%	58.2%	71.6%	70.6%	62.0%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	21.1%	22.4%	26.6%	24.5%	21.0%	20.9%	26.5%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	8.9%	10.8%	12.8%	12.1%	7.4%	7.4%	9.3%	7.9%
睡眠	1日飲酒量(3合以上)	1.6%	3.8%	5.3%	5.2%	0.0%	1.1%	2.2%	1.5%
	睡眠不足	25.8%	26.0%	26.7%	29.6%	20.5%	21.6%	23.1%	23.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	37.9%	34.1%	29.9%	23.8%	44.1%	38.2%	34.1%	29.5%
	改善意欲あり	29.5%	31.7%	31.9%	33.7%	25.7%	25.1%	27.0%	26.1%
	改善意欲ありかつ始めている	9.5%	10.9%	14.0%	16.0%	7.9%	8.3%	11.2%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	8.9%	9.1%	9.1%	9.8%	5.9%	7.3%	7.7%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	14.2%	14.2%	15.0%	16.8%	16.4%	21.1%	19.9%	22.9%
咀嚼	保健指導利用しない	73.7%	73.7%	66.9%	63.9%	64.6%	68.0%	61.9%	63.0%
	咀嚼_何でも	85.6%	85.9%	82.4%	83.9%	74.4%	79.4%	74.2%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	13.9%	13.6%	16.8%	15.3%	24.8%	19.9%	24.8%	22.2%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.6%	0.8%	0.7%	0.8%	0.7%	1.1%	0.8%
	3食以外間食_毎日	19.8%	22.0%	23.7%	23.4%	15.9%	19.7%	20.7%	20.7%
	3食以外間食_時々	58.3%	55.1%	55.7%	55.2%	57.5%	56.9%	58.4%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	21.9%	22.9%	20.5%	21.4%	26.6%	23.4%	20.9%	20.9%

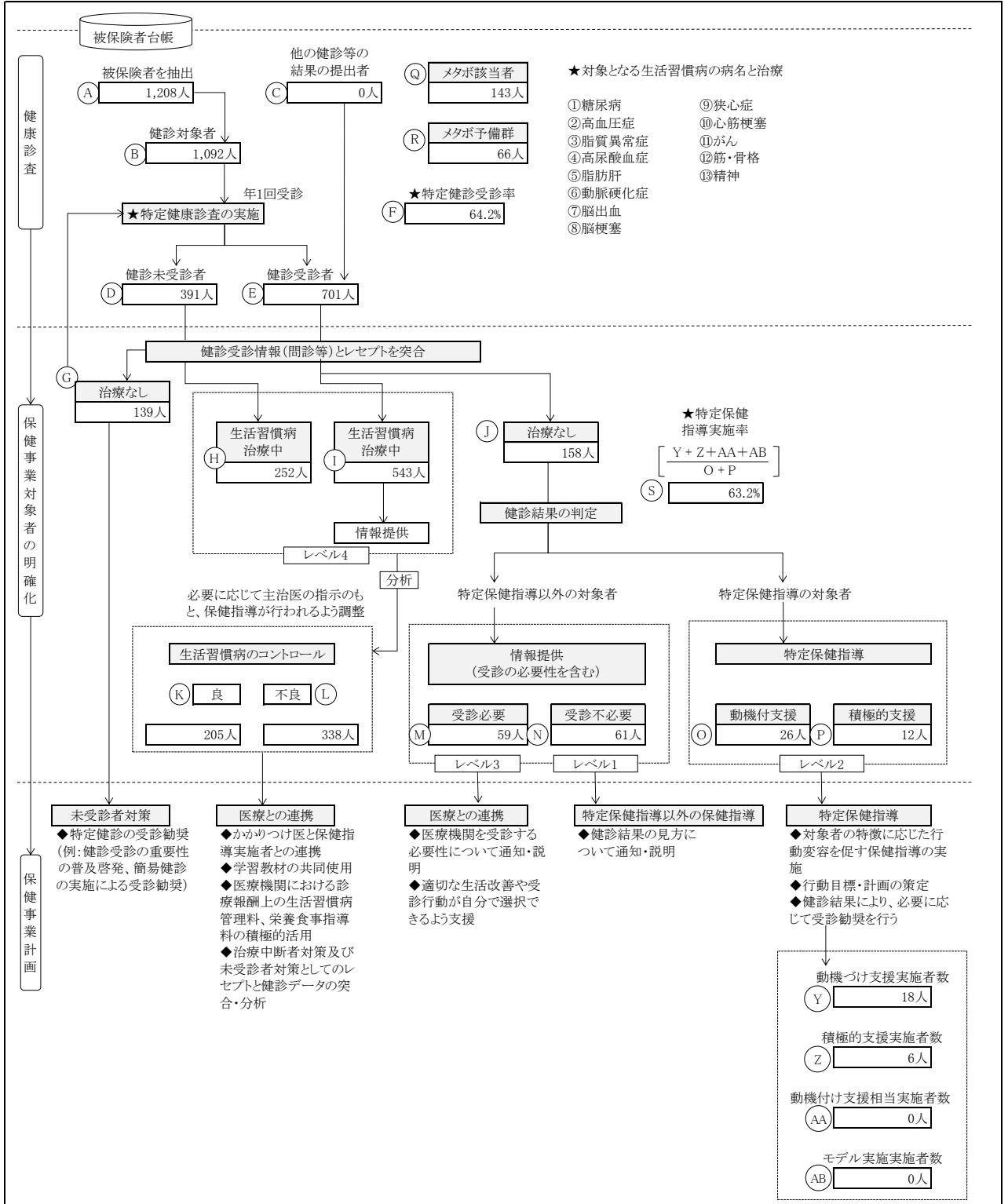
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		三川町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	37.2%	41.2%	39.6%	35.6%
	服薬_糖尿病	8.4%	9.8%	10.6%	8.7%
	服薬_脂質異常症	29.7%	28.4%	27.9%	27.9%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.1%	1.5%	3.3%	3.1%
	既往歴_心臓病	7.1%	4.4%	6.2%	5.5%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.1%	0.8%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	2.7%	6.1%	9.0%	10.7%
喫煙	喫煙	15.1%	14.3%	15.1%	13.8%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	35.0%	31.7%	35.9%	35.0%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	72.3%	77.4%	65.1%	60.4%
	1日1時間以上運動なし	49.4%	67.0%	47.0%	48.0%
	歩行速度遅い	50.4%	72.4%	55.6%	50.8%
食事	食べる速度が速い	23.5%	24.0%	26.4%	26.8%
	食べる速度が普通	69.6%	69.2%	65.7%	65.4%
	食べる速度が遅い	6.9%	6.8%	7.9%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	14.3%	11.6%	16.4%	15.8%
	週3回以上朝食を抜く	8.0%	6.7%	8.6%	10.4%
飲酒	毎日飲酒	24.9%	27.7%	26.4%	25.5%
	時々飲酒	24.1%	23.6%	21.1%	22.5%
	飲まない	51.0%	48.7%	52.5%	52.0%
	1日飲酒量(1合未満)	70.7%	68.3%	59.9%	64.1%
	1日飲酒量(1～2合)	21.0%	21.3%	26.6%	23.7%
	1日飲酒量(2～3合)	7.8%	8.4%	10.4%	9.4%
	1日飲酒量(3合以上)	0.4%	1.9%	3.2%	2.8%
睡眠	睡眠不足	22.0%	22.9%	24.2%	25.6%
生活習慣 改善意欲	改善意欲なし	42.4%	37.0%	32.8%	27.6%
	改善意欲あり	26.7%	27.1%	28.5%	28.6%
	改善意欲ありかつ始めている	8.3%	9.1%	12.1%	13.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	6.8%	7.8%	8.2%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	15.8%	19.0%	18.5%	20.9%
	保健指導利用しない	67.1%	69.7%	63.4%	63.3%
咀嚼	咀嚼_何でも	77.5%	81.4%	76.7%	79.3%
	咀嚼_かみにくい	21.8%	18.0%	22.4%	19.9%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.7%	0.6%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	17.0%	20.4%	21.6%	21.6%
	3食以外間食_時々	57.7%	56.4%	57.6%	57.3%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	25.3%	23.3%	20.8%	21.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

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

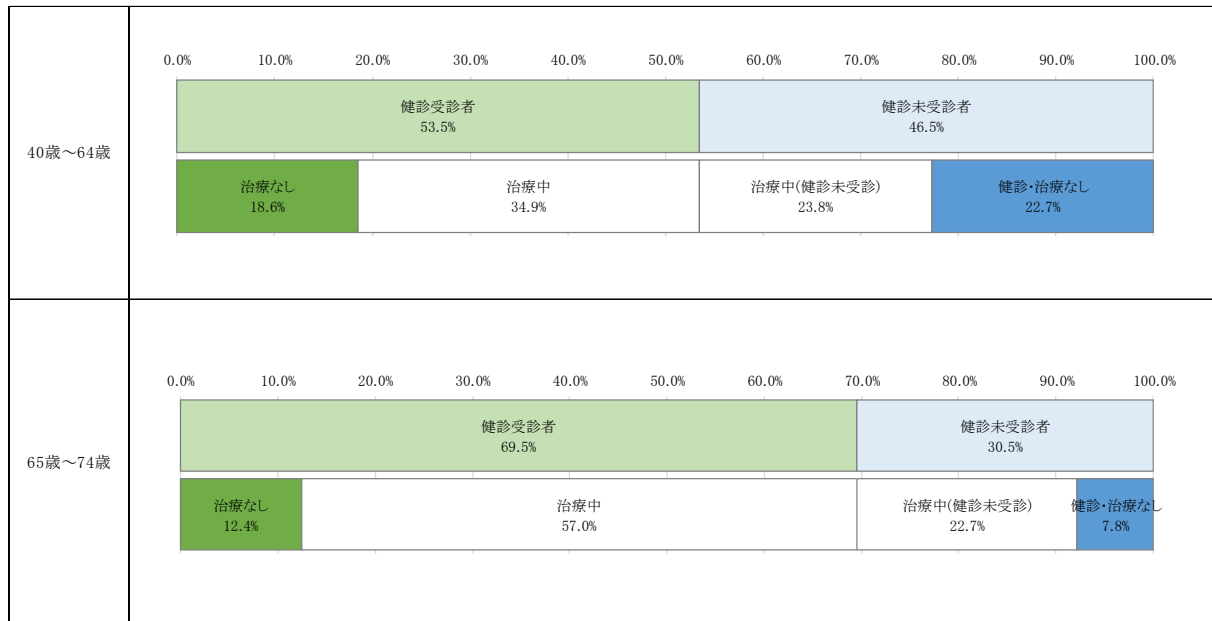
被保険者の階層化(令和4年度)



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

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

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



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

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

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	生活習慣病 <ul style="list-style-type: none"> ・疾病別の医療費では、新生物（腫瘍）が第1位(19.8%)、循環器系の疾患が第2位(17.4%)と生活習慣病関連の疾患が占める割合が高い。 ・生活習慣病等医療費の状況について、入院では精神(25.2%)、がん(20.6%)、脳梗塞(10.7%)の順で高く、外来ではがん(19.1%)、筋・骨格(7.9%)、糖尿病(7.7%)の順で高い。 ・医療費全体に占める生活習慣病関連疾患の割合は一部例外はあるものの、55～59歳以降から増加し始める。 ・高血圧の医療費は50歳代から増加しており、60歳～64歳以上の脳血管疾患や虚血性疾患の発症が他の項目と比較して多い。 ・糖尿病の医療費は50歳代以降増加し始め、年齢が上がるとともに増加している。 ・人工透析導入リスクが高く、かつ保健指導の効果が表れやすいと推測される対象者が16人存在する。 ・町全体の特定受診率は高いが、40歳代が低く、顕著に低い町内会が存在する。過去3年間で特定健診を受診していない被保険者が255人存在する。 ・特定健診未受診者は受診者より、一人あたりの医療費が高く、生活習慣病患者数割合(入院)が高い。 ・特定健診の有所見者割合は「収縮期血圧」「LDLコレステロール」「血糖」の順で高く、「収縮期血圧」は53.7%となっている。 ・特定健診未受診者のうち、医療機関の定期受診がない被保険者は262人いた。 ・特定保健指導実施率は上昇傾向にあるものの、男性の特定保健実施率が低い。 	1	①②③④
B	医療費、受診行動 <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用割合は91.0%である。 ・受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者がR4年度は2人存在する。 	2	⑤⑥
C	介護、高齢者支援 <ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度以降、被保険者の要介護(支援)認定者数は減少しており、内訳を見ると要介護1・2の割合が高い。 ・要介護者の医療費はその他の悪性新生物、その他の消化器系の疾患、高血圧性疾患の順で多い。 	3	⑦

データヘルス計画全体における目的	被保険者が心身ともに健康で自分らしく生きられるように健康課題を改善することで、医療費の増加を抑制し、健康寿命の延伸をめざす。
------------------	--

健康課題の改善

目的

健康づくりの推進

生活習慣病発症・重症化予防

医療費の適正化
健康寿命の延伸

No		分野	事業目標	項目	抽出条件
1	総合 アウト カム 評価指標	-	健康寿命の延伸	平均自立期間 (要介護2以上)	
2		生活習慣 の状況	適切な量と質の食 事をとる者の増加	週3回以上就寝前夕食	
3				週3回以上朝食を抜く	
4			運動習慣者の割合 の増加	1日1時間以上運動なし	
5			睡眠を十分にとれ ていない者の割合 の減少	睡眠不足	
6			生活習慣病のリス クを高める量を飲 酒しているものの 割合の減少	1日飲酒量_男性2合以上 女性1合以上	
7			喫煙率の減少	喫煙率	
8			口腔機能の維持	咀嚼_かみにくい・ ほとんど噛めない	
9			疾病 リスク	健康状況の維持	内臓脂肪症候群該当者 割合
10		血圧有所見者割合			保健指導判定値以上の割合 収縮期血圧130以上 または 拡張期血圧85以上
11		血糖有所見者割合			保健指導判定値以上の割合 空腹時血糖100以上 または HbA1c5.6以上 (両方なければ随時血糖100以上)
12		重症化予防 (受診勧奨事業) 対象者数及び割合			下記のいずれかに該当する場合 ①HbA1c6.5以上 または 空腹時血糖126以上、 かつ 糖尿病薬剤の服薬無し ②収縮期血圧140以上 または 拡張期血圧90 以上、かつ 高血圧薬剤の服薬無し ※受診勧奨判定値以上で服薬無しの割合
13		重症化予防 (受診中断者) 対象者数及び割合			過去3年間に糖尿病薬剤の服薬有り、かつ 抽出年度に糖尿病薬剤の服薬無し かつ 抽 出年度に健診受診なし ※糖尿病中断者は保険者へ3か月に1回提供 している糖尿病治療中断者リストから抽出
14		重症化予防 (腎症・CKD) 対象者数及び割合			下記に該当する場合 ①eGFR45.0未満または 尿蛋白(+)以上 かつ ②抽出年度に医療受診なし

出典			単位	評価指標		分子	分母
DB	帳票No	帳票名		項目	評価値		
KDB	S21_001	地域の全体像の把握	(年)	男性	78.6		
				女性	84.8		
KDB	S21_007	質問票調査の状況	(%)	割合	14.3%	100	698
			(%)	割合	8.2%	57	698
			(%)	割合	49.4%	344	697
			(%)	割合	21.9%	153	698
			(%)	割合	10.4%	72	690
			(%)	割合	15.0%	105	698
			(%)	割合	22.5%	154	684
法定報告			(%)	割合	20.4%	143	701
KDB	S26_026	集計対象者一覧表 (S26_001 健診ツリー図より 遷移)	(%)	割合	55.9%	392	701
KDB	S26_026	集計対象者一覧表 (S26_001 健診ツリー図より 遷移)	(%)	割合	58.6%	411	701
KDB	S26_026	集計対象者一覧表 (S26_001 健診ツリー図より 遷移)	(人)	人数	124		
			(%)	割合	17.7%	124	701
KDB		KDB外付け (国保連合会作成データ)	(人)	人数			
			(%)	割合			
KDB	S27_009	介入支援対象者一覧	(人)	人数	1		
			(%)	割合	0.1%	1	775

No		分野	事業目標	項目	抽出条件
15	総合アウトカム評価指標	有病者の状況	健康状況の維持	生活習慣病の状況 (生活習慣病対象者の人数・割合)	該当年の4月～3月分データから年平均を算出し使用
16				糖尿病有病者の状況 (糖尿病有病者の人数・割合)	
17				高血圧有病者の状況 (高血圧有病者の人数・割合)	
18				脂質異常症有病者の状況 (脂質異常症有病者の人数・割合)	
19				虚血性心疾患有病者の状況 (虚血性心疾患有病者の人数・割合)	
20				脳血管疾患有病者の状況 (脳血管疾患有病者の人数・割合)	
21				人工透析有病者の状況 (人工透析有病者の人数・割合)	
22	個別事業アウトカム評価指標	特定健診	受診者の健康状況の維持	生活習慣の改善意欲のある人の割合	
23		特定保健指導	参加者の健康状況の改善	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度利用者かつ当該年度健診で保健指導の対象ではなくなった人/前年度利用者数
24	個別事業アウトカム評価指標	特定健診	対象者への実施	健診受診率	
25		特定保健指導	対象者への実施	特定保健指導の終了者の割合	
26		重症化予防	ハイリスク者へのアプローチ	受診勧奨実施割合	

出典			単位	評価指標		分子	分母
DB	帳票No	帳票名		項目	評価値		
KDB	S21_014	厚生労働省様式3	(人)	人数	688		
			(%)	割合	46.1%	688	1,492
KDB	S21_015	厚生労働省様式3	(人)	人数	182		
			(%)	割合	12.2%	182	1,492
KDB	S21_016	厚生労働省様式3	(人)	人数	397		
			(%)	割合	26.6%	397	1,492
KDB	S21_017	厚生労働省様式3	(人)	人数	382		
			(%)	割合	25.6%	382	1,492
KDB	S21_018	厚生労働省様式3	(人)	人数	69		
			(%)	割合	4.6%	69	1,492
KDB	S21_019	厚生労働省様式3	(人)	人数	67		
			(%)	割合	4.5%	67	1,492
KDB	S21_020	厚生労働省様式3	(人)	人数	1		
			(%)	割合	0.1%	1	1,492
KDB	S21_007	質問票調査の状況	(%)	割合	26.8%	187	697
法定報告			(%)	割合	10.2%	6	59
法定報告			(%)	割合	64.4%	701	1,089
法定報告			(%)	割合	65.9%	56	85
			(%)	割合			

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査の未受診者対策	三川町の特定健診受診率は高い水準を維持しているものの、40歳代の受診率が低いことから、未受診者に対して通知、電話等により個別勧奨を実施する。	継続	2
A-②	特定保健指導の利用勧奨	(1)直営については、特定健診結果相談会欠席者に対し、通知や電話等により実施の再勧奨を実施する。 (2)委託については、人間ドック業務委託機関と連携し、未利用者への利用の再勧奨を実施する。	継続	3
A-③	糖尿病重症化予防	糖尿病の重症化予防のため、以下4つの事業を行う。 (1)受診勧奨と保健指導 ・糖尿病有所見者に対して受診勧奨と保健指導を実施し、医療機関につなげる。 (2)糖尿病教室(糖コンチャレンジセミナー) ・糖尿病患者に対して健康教室を実施し、疾病及び適切な食生活と運動についての理解を深め、糖コントロールを良好に保つ。 (3)訪問栄養指導 ・病気Ⅱ期(早期腎症期)の方に対して医療機関と連携した栄養指導を実施する。 (4)適正受診勧奨 ・治療中断者及び不定期受診疑い者の治療状況の確認と適正受診を実施し、医療機関につなげる。	継続	1
A-④	ヘルスアップ健診	若いうちから自身の健康管理への意識を醸成し、特定健診受診へつなげるため、若年層への健康診査を実施し受診率の向上を図る。	継続	4
A-⑤	生活習慣病予防・重症化予防	生活習慣病や重症化を予防するために集団健康教育や保健指導、健康相談を実施する。	継続	6
B-⑥	医療費適正化対策	医療費適正化を図るため、適正受診指導及び医療費通知とジェネリック医薬品差額通知の送付を行う。	継続	7
C-⑦	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイル対策が必要と思われる高齢者を対象に、専門職による運動指導や保健指導が盛り込まれたプログラムを実施する。	新規	5

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：A-① 特定健康診査の未受診者対策【継続】

事業の目的	被保険者の健康状態を把握するため、特定健康診査受診率の向上を図る。
対象者	40～74歳の国保加入者。
現在までの事業結果	各対象者に対し、通知や電話により受診勧奨を実施している。また、転入者への対応、健康マイレージ事業等の成果もあり、特定健診受診率は国や県と比較しても高い率で推移している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	64.4%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%
アウトプット(実施量・率)指標	健診申込のある未受診者への受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	・健診申込書未提出者や申し込みをしたが未受診の方への勧奨を徹底する。
----------------	------------------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

<ol style="list-style-type: none"> 1) 全世帯へ健診申込書を配布する。申込書は平成30年度より登録制とし、前年度の申込内容が引き継がれる形式とする。 2) 申込書未提出者へ提出勧奨の通知を送付する。また、未提出者には最寄りの特定健診実施会場の健診の案内を送付する。 3) 「特定健診を受けない」と回答した方へ受診勧奨の通知を送付する。 4) 特定健診申込者で未受診の方へ受診勧奨の通知を送付する。(複数回)

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・申込書未提出者や申し込み後の未受診者への受診勧奨を徹底する。 ・年代を問わず、2～3年続けて未受診となっている方の状況把握や勧奨方法についての検討を実施する。 ・利便性の高い申込方法の導入に向け、検討していく。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・健康福祉課健康係の健診担当が実施。 ・健診委託機関と毎年2回の打ち合わせを実施し、また、健診当日にも町職員を配置することで、それぞれの町内会公民館での円滑な健診運営に努めている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・今後も健康福祉課健康係の健診担当が実施する。

事業番号：A-② 特定保健指導の利用勧奨【継続】

事業の目的	被保険者の生活習慣病を予防するため、特定保健指導利用率を向上させる。
対象者	40～74歳の国保被保険者のうち、特定保健指導対象者
現在までの事業結果	直営分については結果相談会欠席者に対し、通知や電話等により利用の再勧奨を実施している。また、委託分については特定健康診査、人間ドック業務委託機関と連携し、未利用者への利用の再勧奨を実施しており、特定保健指導利用率は国や県と比較しても高い率で推移している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導利用率	64.7%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
アウトプット(実施量・率)指標	未利用者への再勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・直営分については意識づけや未利用者への勧奨を強化し、健診当日の特定保健指導実施に力を入れていく。 ・委託分の利用率向上のため、委託機関との連絡会議を継続する。 ・特定保健指導未利用者が固定化しており、今後対応やアプローチ方法を検討していく。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<p>【直営】健診当日に受診者全員に対して保健指導を実施し、併せて健診結果相談会での特定保健指導についても説明している。健診結果説明会欠席者に対しても、通知や電話等による再勧奨を実施している。</p> <p>【委託】健診当日に特定保健指導初回分の個別面接を実施している。未利用の方への理由の確認を行い、対象に合わせた勧奨や利用方法を提示している。</p>

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>【直営】希望のあった場合には、健診当日に特定保健指導を実施できるような体制を整える。</p> <p>【委託】委託機関との連絡・調整を密にすることで、対象に合わせた勧奨や利用方法の提示に努めていく。</p>

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>【直営】特定保健指導は、健康福祉課健康係の保健師、管理栄養士等(委託)が実施している。利用勧奨は健康福祉課健康係の保健師が実施している。</p> <p>【委託】特定保健指導の当日実施分については、人間ドック業務委託機関へ依頼している。当日以外の実施、利用勧奨については健康福祉課健康係の保健師が実施している。</p>

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現行の体制を継続する。
--

事業番号：A-③ 糖尿病重症化予防【継続】

事業の目的	糖尿病治療中の方のうち、重症化リスクの高い方に対して保健指導を実施することで、糖尿病性腎症の重症化を予防する。
対象者	三川町糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムに準ずる。
現在までの事業結果	三川町糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムに準じて抽出した対象者へ、下記4つの事業に力を入れて実施してきた。透析導入患者は減少、横ばい傾向にあり、令和4年度新規の導入患者は発生していない。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	糖尿病性腎症による新規透析導入者数	0人	1人	0人	1人	0人	1人	0人
アウトプット(実施量・率)指標	【受診勧奨と保健指導】 糖尿病精密検査受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット(実施量・率)指標	【糖尿病教室】 参加者の検査値の変化	25.0% (改善)	27.0%	29.0%	31.0%	33.0%	35.0%	35.0%
アウトプット(実施量・率)指標	【訪問栄養指導】 血糖値またはHbA1c改善者の割合 (参加前後比較)	50% (改善)	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%
アウトプット(実施量・率)指標	【適正受診勧奨】 適正受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<p>【受診勧奨と保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会や電話等による精密検査受診勧奨及び再勧奨の徹底を図る。 <p>【糖尿病教室】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教室では医師や栄養士、糖尿病療養指導士、歯科衛生士による専門性の高い内容を取り入れる。また、体成分分析装置測定や血糖測定など、実践的な内容を講座の一部に組み込む。 <p>【訪問栄養指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周知方法を検討していく。 ・主治医との連携の在り方(指示書や訪問結果の活用等)について検討を行う。 <p>【適正受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者へは受診勧奨の徹底を図るとともに、状況や背景を把握しながら丁寧な関わりを行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

【受診勧奨と保健指導】

- ・対象者に対して健診結果説明会や電話等で全員に受診勧奨と個別保健指導を実施している。
- ・回報書を活用して受診状況の確認を行っている。

【糖尿病教室】

- ・対象者に対しては通知を送付して案内している。
- ・教室では医師や栄養士、糖尿病療養指導士、歯科衛生士がそれぞれの立場から専門的な指導を実施している。
- ・参加者は教室前後で検査値を比較し、教室の効果を評価している。

【訪問栄養指導】

- ・かかりつけ医の指示書に基づいて、栄養士による訪問栄養指導を実施している。(1人につき3回)

【適正受診勧奨】

- ・治療状況を確認し、治療中断や不定期受診が認められる場合には保健指導を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

【受診勧奨と保健指導】

- ・保健指導と受診勧奨、受診状況の確認、未受診者への再勧奨を徹底する。

【糖尿病教室】

- ・現在の取り組みを継続しつつ、新規参加者を増加させるために周知方法を検討する。
- ・教室非参加者にも生活習慣改善のポイントを周知できるよう、案内通知にパンフレットを同封するなどの対応を検討する。

【訪問栄養指導】

- ・連携医療機関を増やし、連携体制を強化する。
- ・主治医との連携のあり方(指示書や訪問結果の活用等)について検討を行う。
- ・対象者の指導後の糖状態を継続して評価していく。

【適正受診勧奨】

- ・対象者リストの作成を年2回に行い、中断及び不定期受診機関の短縮を図る。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

【受診勧奨と保健指導】

- ・健康福祉課健康係の保健師が実施している。

【糖尿病教室】

- ・教室の日程や内容についての計画、調整は健康福祉課健康係の保健師が実施する。講話や教室を実施する際には医師や認定看護師、栄養士等へ依頼し、実施している。

【訪問栄養指導】

- ・対象者の選定については健康福祉課健康係の保健師が行う。家庭訪問は管理栄養士(雇いあげ)に依頼している。

【適正受診勧奨】

- ・健康福祉課健康係の保健師が実施する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・現行の体制を継続する。

事業番号：A-④ ヘルスアップ健診【継続】

事業の目的	若いうちから自身の健康管理への意識を醸成し、受診率の向上を図る。
対象者	19～39歳の国保被保険者(長期入院者等を除く)
現在までの事業結果	各町内会公民館で特定健診に準ずる項目で健診を実施し、申し込みがない方への再勧奨や決定通知の送付を行ってきた。しかし、ヘルスアップ健診の受診者数は過去5年で増減を繰り返しながらも、目標達成には至っていない。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	ヘルスアップ健診受診率	20.3%	21.0%	21.5%	22.0%	22.5%	23.0%	23.5%
アウトプット(実施量・率)指標	申込があったが未受診の者への受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 従来の健診申し込み方法に加えて、インターネットでの申し込みを可能とすることで、利便性を図っていく。 申込があったが、未受診の方への再勧奨を徹底する。 未受診者の状況把握に努める。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ol style="list-style-type: none"> 受診勧奨 各町内会公民館等で、特定健診に準ずる項目で健診を実施する。 健診結果より早期介入対象者を抽出し、保健指導を実施する。 申込があったが未受診の者への再勧奨
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 周知していく上で、各町内会公民館等で実施される日程であればいつでも受診可能であることを強調する。 より利便性の高い申込方法として、申込書に二次元コードを掲載し、インターネットでの申込を可能とする。 ヘルスアップ健診受診者への決定通知等について検討する。 未受診者の状況把握に努める。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨、未受診者への再勧奨については健康福祉課健康係の健診担当者が実施。 健診当日は委託機関が実施。 保健指導については健康福祉課健康係の保健師が実施。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 現行の体制を継続する。

事業番号：A-⑤ 生活習慣病予防・重症化予防【継続】

事業の目的	集団健康教育や保健指導、健康相談を実施し、生活習慣病を予防する。
対象者	40～74歳の国保被保険者
現在までの事業結果	人間ドック結果相談会やミニ健康まつりでは、集団での健康教育を実施してきた。また、相談会や欠席者に対しては個別での保健指導に力を入れてきた。しかし、被保険者の年齢構成が上がっていることもあり、有所見者割合は増加している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	健診有所見者割合(BMI)	34.4%	34.0%	34.0%	34.0%	34.0%	34.0%	34.0%
アウトカム(成果)指標	健診有所見者割合(腹囲)	32.1%	32.0%	32.0%	32.0%	32.0%	32.0%	32.0%
アウトカム(成果)指標	健診有所見者割合(収縮期血圧)	53.5%	53.0%	53.0%	53.0%	53.0%	53.0%	53.0%
アウトカム(成果)指標	健診有所見者割合(脂質)	24.0%	24.0%	24.0%	24.0%	24.0%	24.0%	24.0%
アウトプット(実施量・率)指標	人間ドック相談会参加率	48.5%	49.0%	49.0%	49.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健診・セット健診結果相談会参加率	67.4%	68.0%	68.0%	69.0%	69.0%	70.0%	70.0%
アウトプット(実施量・率)指標	健康まつり実施町内回数	3か所	20か所	20か所	20か所	20か所	20か所	20か所

目標を達成するための主な戦略	<p>【人間ドック相談会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団教育と個別相談を組み合わせる。集団教育については外部講師の活用も継続することで、専門的な内容を組み込んでいく。 ・欠席者に対しても個別に健康相談を実施することで、保健指導や医療機関への受診勧奨を継続する。 <p>【特定健診・セット健診結果相談会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導や糖の要指導者として毎年該当になる方に対しての対応を検討し、指導の効果について評価していく。 <p>【ミニ健康まつり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症流行前と同程度の開催を目標とし、町民へ広く健康教育を行っていく。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- (1) 人間ドック結果相談会やミニ健康まつり等での健康教育を実施する。
- (2) 人間ドック結果相談会、特定健診結果相談会、セット検診結果相談会で保健(栄養)指導する。
- (3) ミニ健康まつりでの血圧測定と健康相談を実施する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

【人間ドック相談会】

- ・ 集団教育についてはアンケート結果を踏まえ、今後参加者の傾向やニーズを把握し、内容を見直していく。専門的な話のできる外部講師の活用は継続していく。
- ・ 個別相談については要指導者への指導を逃さずできるよう、引き続き継続していく。また、指導の効果についても評価していく必要がある。
- ・ 今後は被保険者の年齢構成が上がっていくことから有所見者割合は増加することが見込まれる。そのため、有所見者率を減少させることは困難であり、目標値については「現状維持」として行く。

【特定健診・セット健診結果相談会】

- ・ 特定保健指導や糖の要指導者として毎年該当になる方に対しての対応を検討し、指導の効果について評価していく。

【ミニ健康まつり】

- ・ 新型コロナウイルス感染症流行前と同程度の開催を目標とする。希望のあった場合には体制分析装置を活用する等、健康相談の内容の充実を図っていく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

【人間ドック相談会】

- ・ 集団健康教育については、健康福祉課健康係の保健師が日程や内容を検討し、実施している。また、調整の上、医療機関の医師、認定看護師へ依頼して実施している。
- ・ 個別相談については健康福祉課健康係の保健師、栄養士、管理栄養士等(委託)が実施している。欠席者に対しては、健康福祉課健康係の保健師が電話連絡によって日程を調整し、個別に面談している。

【特定健診・セット健診結果相談会】

- ・ 健康福祉課健康係の保健師、栄養士、委託栄養士、委託保健師が実施している。欠席者に対しては、健康福祉課健康係の保健師が電話連絡によって日程を調整し、個別に面談している。

【ミニ健康まつり】

- ・ 健康福祉課健康係の保健師が町内会と日程、内容を調整する。内容によっては外部講師へ依頼し、実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・ 現行の体制を継続する。

事業番号：B-⑥ 医療費適正化対策【継続】

事業の目的	①後発医薬品への切り替えを促し、使用割合を高める。 ②重複受診者、多剤服薬者に対して通知や保健指導を行うことで、対象者の適正受診に対する意識を高める。
対象者	国保被保険者・世帯(適正受診指導は40～74歳の国保被保険者のみ)
現在までの	国保連合会より毎月提供される重複受診等のリストを基に、適正受診の指導を実施。医療費通知を年1回、ジェネリック医薬品差額通知を年2回郵送している。これらの事業の成果もあり、ジェネリック医薬品の使用割合は県や国と比較しても高い値で推移し、令和4年度は91.0%となっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	ジェネリック医薬品の使用割合(数量ベース)	91.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
アウトプット(実施量・率)指標	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム(成果)指標	保健指導実施者の行動変容率	0.0%	67.0%	67.0%	67.0%	67.0%	67.0%	67.0%
アウトプット(実施量・率)指標	指導対象者への指導実施率	50.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%

目標を達成するための主な戦略	・町民課国保係と健康福祉課健康係の保健師が情報を共有し、密に連携を図ることによってできるだけ多くの方への保健指導を実施していく。保健指導を実施する際には対象者の背景を踏まえて、可能な限り適正受診につなげられるように支援していく。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

(1)適正受診指導 町民課国保係のレセプト点検により対象者を抽出し、健康福祉課健康係の保健師が状況確認と適正受診指導を行う。
(2)医療費通知 全受診世帯へ医療費通知を送付する。
(3)ジェネリック医薬品差額通知 ジェネリック医薬品に切り替えることで医療費削減が見込める方に対してジェネリック医薬品差額通知を送付する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・引き続き、レセプト点検及び保健師による対象者の状況確認と指導を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・町民課国保係では予算編成、関係機関との連携調整等を担当する。 ・レセプト点検や医療費通知、ジェネリック医薬品差額通知については町民課国保係に専従職員を配置し、実施している。 ・適正受診指導については健康福祉課健康係の保健師が実施する。 ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表等に報告する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・現行の体制を継続する。

事業番号：C-⑦ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【新規】

事業の目的	高齢者のフレイル予防と生活習慣病の重症化予防に努める。
対象者	ポピュレーションアプローチ：おおむね65歳以上の高齢者 ハイリスクアプローチ：75歳以上の健診受診者で、腎D判定(精密検査該当)のうち糖尿病治療中の者、健康状態不明等ハイリスクの者。
現在までの事業結果	平成30年度より、対象者を限定せず町内会公民館等で通いの場(100歳体操)を実施している。男性の参加者が少なく、また新規の参加者が増えない傾向にある。今後は、運動機能だけでなく、栄養や口腔などのを医療専門職が専門的な取り組みを行うにあたり、衛生部門、介護部門、国保部門が連携して一体的介護予防を実施する。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	参加者の中でフレイル該当者の割合	—	維持	維持	維持	維持	維持	維持
アウトプット(実施量・率)指標	通いの場の参加率	12.4%	13.0%	14.0%	15.0%	15.5%	16.0%	16.5%
アウトカム(成果)指標	ハイリスク者割合	—	維持	維持	維持	維持	維持	維持
アウトプット(実施量・率)指標	ハイリスク者への訪問実施率	—	50%	60%	70%	80%	80%	80%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用し、医療専門職を雇用し実施する。 ・業務の内容は、対象者選定、健康教育、訪問指導、保健指導、事業報告とする。 ・通いの場においてフレイル健診(質問票)、体力測定等を実施する。また、うつ病予防の視点から心の健康状態ハイリスク者には別途うつ病評価尺度を使用する。 ・地区医師会(歯科医師会)等と連携する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・レセプトデータを活用して対象者を抽出する。保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。
- ・教室の案内文書を作成し、参加勧奨を実施する。
- ・通いの場を活用してフレイル健診を実施し、健康教育及び個別保健指導を実施する。
- ・通いの場への継続的な参加を呼び掛ける。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は健康福祉課健康係、連携部門は同課地域包括支援センター、町民課国保係。
- ・健康福祉課健康係は、予算編成、事業計画書作成、実務支援、関係機関との連携調整。連携部門、同課地域包括支援センターは実務支援、町民課国保係は契約、予算編成支援、分析支援を担当する。

1. 計画の評価及び見直し

(1) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価体制

各保健事業については、事業担当が評価を実施します。次に各保健事業の評価結果および計画全体の進捗状況については毎年三川町国保運営協議会に報告、諮問し、必要に応じて次年度事業を見直します。

② 評価・見直し時期

第3期データヘルス計画をより実行性の高いものとするため、計画期間中間年度である令和8年度に、令和5年度から令和7年度にかけて行った事業の中間評価を行い、評価結果に基づき、令和9年度から令和11年度に実施する計画、目標値の見直しを行います。

また、最終年度(令和11年度)に実施計画の達成状況を確認し、計画全体について評価を実施します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、ホームページで公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適正に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取り扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 推進体制の整備

(1) 庁内推進体制の整備

関係各課が横断的に連携して取り組んでいく体制を整備します。

(2) 関係機関との連携

医療機関等の関係機関との連携体制を確立し、計画の円滑な推進をはかります。

5. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

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

③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

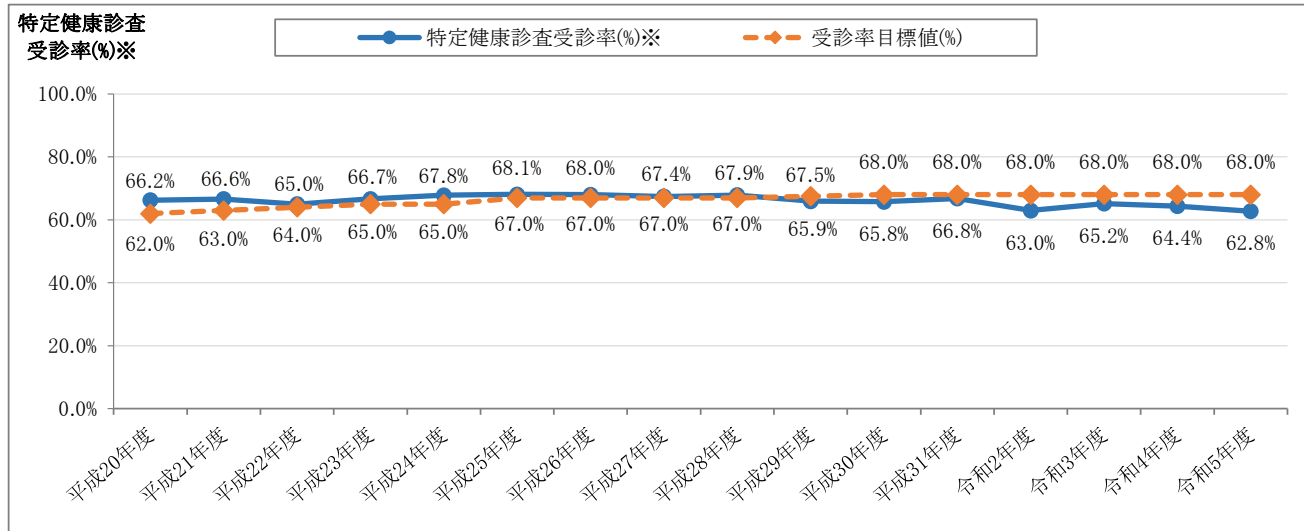
1. 特定健康診査の受診状況

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	1,499	1,454	1,458	1,425	1,384	1,342	1,295	1,290
特定健康診査受診者数(人)	993	969	948	950	939	914	881	870
特定健康診査受診率(%)※	66.2%	66.6%	65.0%	66.7%	67.8%	68.1%	68.0%	67.4%
受診率目標値(%)	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%	65.0%	67.0%	67.0%	67.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	1,242	1,198	1,166	1,147	1,151	1,135	1,089	1,179
特定健康診査受診者数(人)	843	790	767	766	725	740	701	740
特定健康診査受診率(%)※	67.9%	65.9%	65.8%	66.8%	63.0%	65.2%	64.4%	62.8%
受診率目標値(%)	67.0%	67.5%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%

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

特定健康診査受診率及び目標値



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

2. 特定保健指導の実施状況

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	186	192	140	134	130	116	118	108
特定保健指導利用者数(人)	128	68	55	67	75	54	67	70
特定保健指導実施者数(人)※	79	66	45	60	52	46	52	58
特定保健指導実施率(%)※	42.5%	34.4%	32.1%	44.8%	40.0%	39.7%	44.1%	53.7%
実施率目標値(%)	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	45.0%	50.0%	50.0%

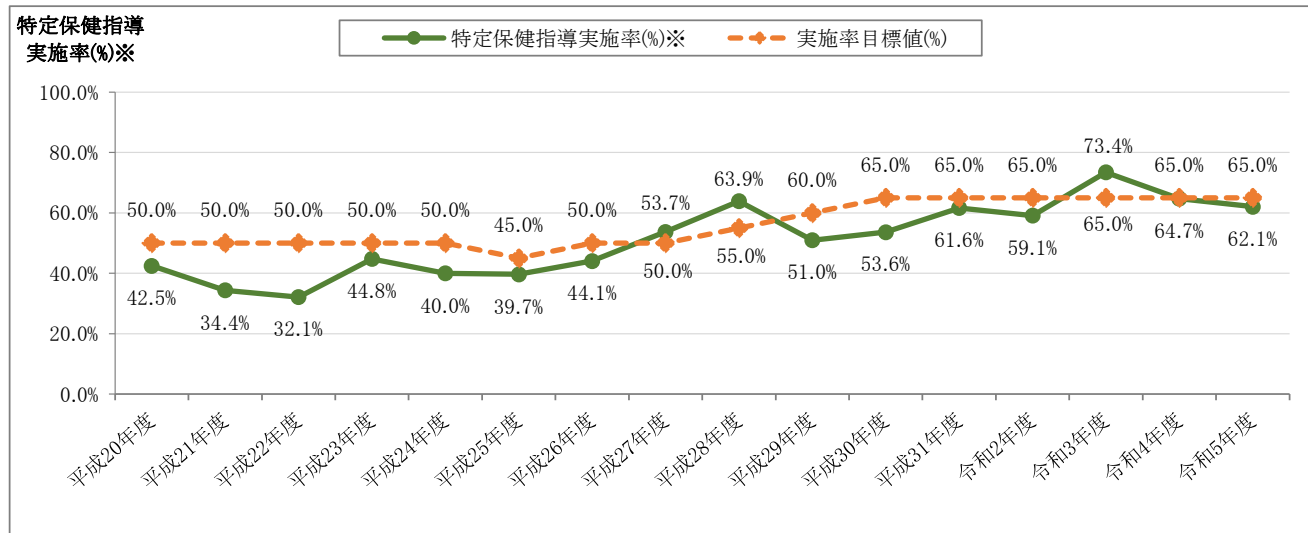
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	108	104	97	86	88	79	85	87
特定保健指導利用者数(人)	74	61	62	59	56	64	60	60
特定保健指導実施者数(人)※	69	53	52	53	52	58	55	54
特定保健指導実施率(%)※	63.9%	51.0%	53.6%	61.6%	59.1%	73.4%	64.7%	62.1%
実施率目標値(%)	55.0%	60.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%

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

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

積極的支援実施状況

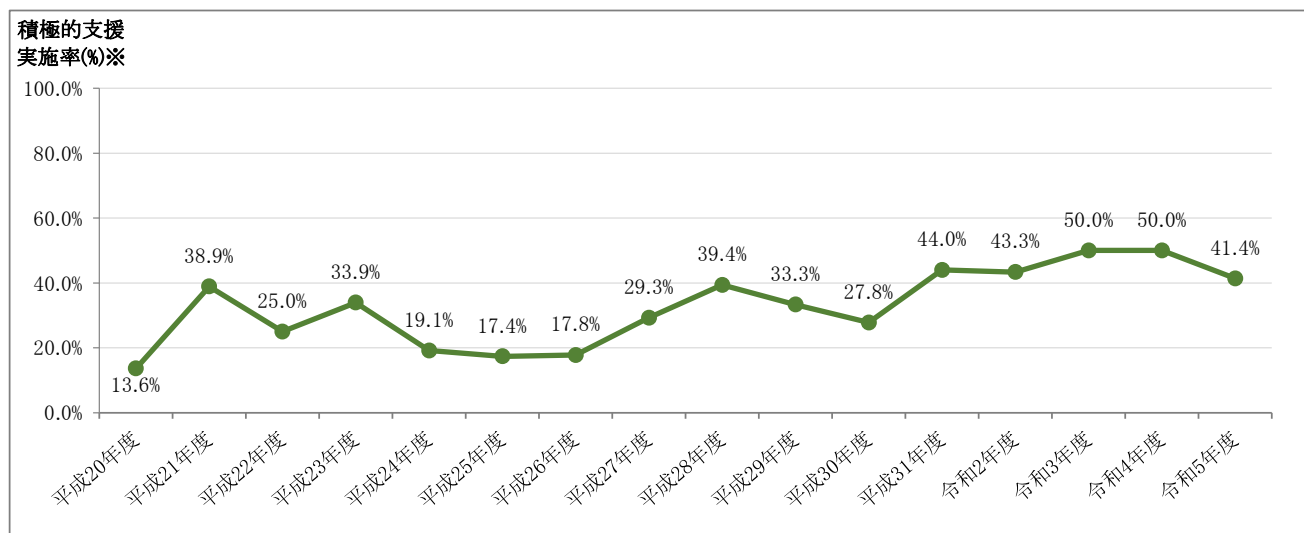
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	66	54	64	56	47	46	45	41
積極的支援利用者数(人)	37	21	26	23	19	16	18	21
積極的支援実施者数(人)※	9	21	16	19	9	8	8	12
積極的支援実施率(%)※	13.6%	38.9%	25.0%	33.9%	19.1%	17.4%	17.8%	29.3%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	33	36	36	25	30	28	26	29
積極的支援利用者数(人)	18	17	16	15	17	20	15	16
積極的支援実施者数(人)※	13	12	10	11	13	14	13	12
積極的支援実施率(%)※	39.4%	33.3%	27.8%	44.0%	43.3%	50.0%	50.0%	41.4%

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

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	120	138	76	78	83	70	73	67
動機付け支援利用者数(人)	91	47	29	44	56	38	49	49
動機付け支援実施者数(人)※	70	45	29	41	43	38	44	46
動機付け支援実施率(%)※	58.3%	32.6%	38.2%	52.6%	51.8%	54.3%	60.3%	68.7%

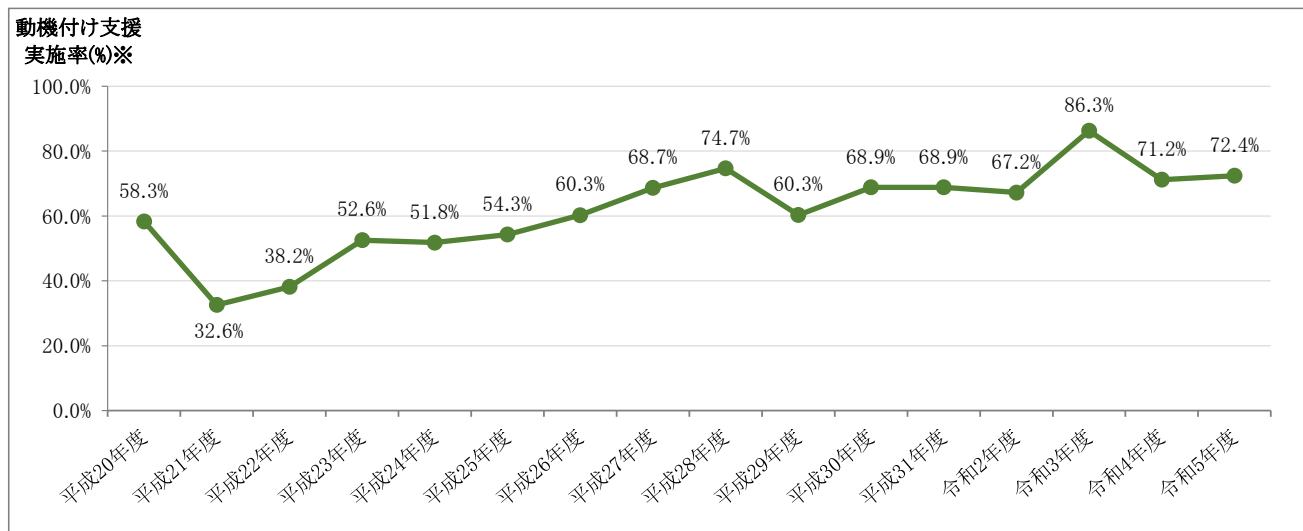
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	75	68	61	61	58	51	59	58
動機付け支援利用者数(人)	56	44	46	44	39	44	45	44
動機付け支援実施者数(人)※	56	41	42	42	39	44	42	42
動機付け支援実施率(%)※	74.7%	60.3%	68.9%	68.9%	67.2%	86.3%	71.2%	72.4%

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

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



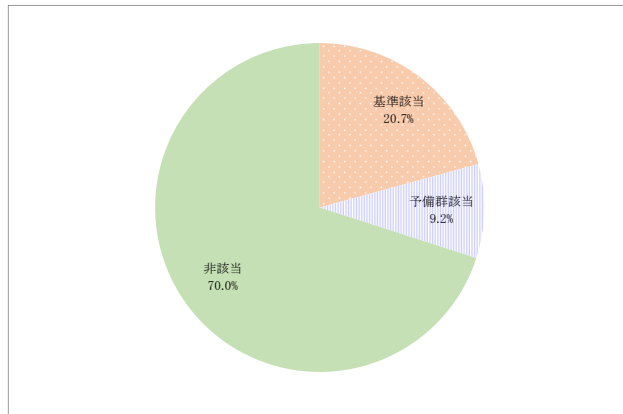
動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

3. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は20.7%、予備群該当は9.2%です。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

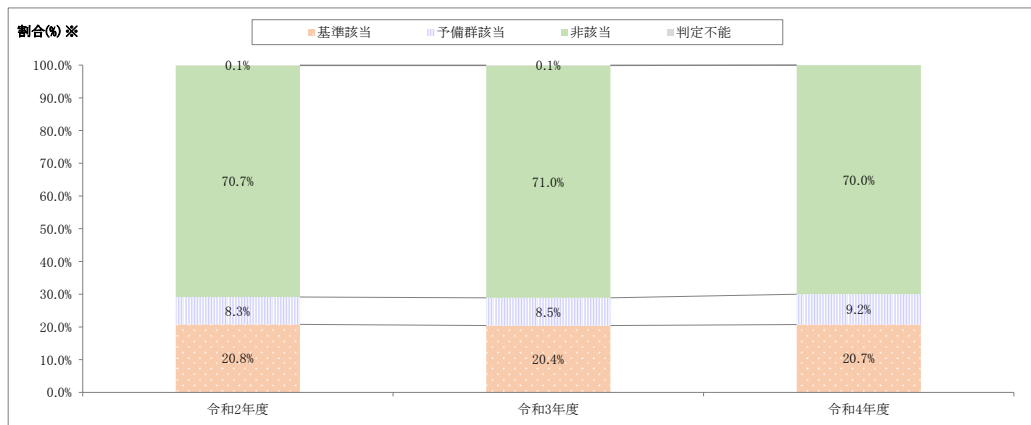
※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

令和4年度を令和2年度と比較すると、基準該当20.7%は令和2年度20.8%より0.1ポイント減少しており、予備群該当9.2%は令和2年度8.3%より0.9ポイント増加しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

4. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

指標	状況
特定健康診査実施率 68.0%	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は県や国と比較しても高い率で推移しており、R4年度は64.4%であった。 ・60歳以上の受診率が高いが、40～50歳代の受診率が低い。また、50歳代前半までは女性の方が受診率が低い傾向にある。 ・町内会ごとに受診率に差異が見られた。
特定保健指導実施率 65.0%	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率は目標値の達成には至っていないものの、県や国と比較すると高い率で推移している。経年比較すると、やや上昇傾向にある。 ・男性の特定保健実施率が低く、未利用者が限定されている。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ・健診申込書提出時に「受けない」と回答した方に対しては、受診勧奨通知の送付を行った。 ・健診委託機関と毎年2回の打ち合わせを実施し、また、健診当日にも職員(事務、保健師)を配置することでそれぞれの町内会公民館での円滑な健診運営に努めることができた。 ・転入者に対してはワンストップの一環として町民課窓口より健診担当が連絡をもらい、窓口の転入者へ赴いて健診について説明するとともに、当該年度の健診の聞き取りを行っている。
特定保健指導	<p>【直営】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診当日に職員を配置し、受診者全員に対して保健指導を実施、合わせて健診結果相談会での特定保健指導についても説明した。 ・保健指導を相談会や体成分分析装置測定日(通称：健さんのからだつうしんぼ週間)に合わせて実施しており、中断者はR2年度4名、R3年度6名、R4年度5名であった。特に体成分分析装置導入前と比較すると中断者が減少している。 <p>【委託】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託機関と連絡を取り合うことで、当日未利用の方に対しても対象者にあった方法を提示し、直営での利用につなげることができた。

※直営:町が特定保健指導を実施するケース。

委託:健診委託機関へ委託し、健診当日に特定保健指導(初回)を実施するケース。

第2章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは59.9%です。また、未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは44.8%です。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	704	59.7%	82,119	35,966,629	36,048,748
健診未受診者	475	40.3%	236,544	19,825,493	20,062,037
合計	1,179		318,663	55,792,122	56,110,785

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	13	1.8%	422	59.9%	422	59.9%	6,317	85,229	85,424
健診未受診者	21	4.4%	213	44.8%	213	44.8%	11,264	93,077	94,188
合計	34	2.9%	635	53.9%	635	53.9%	9,372	87,862	88,363

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

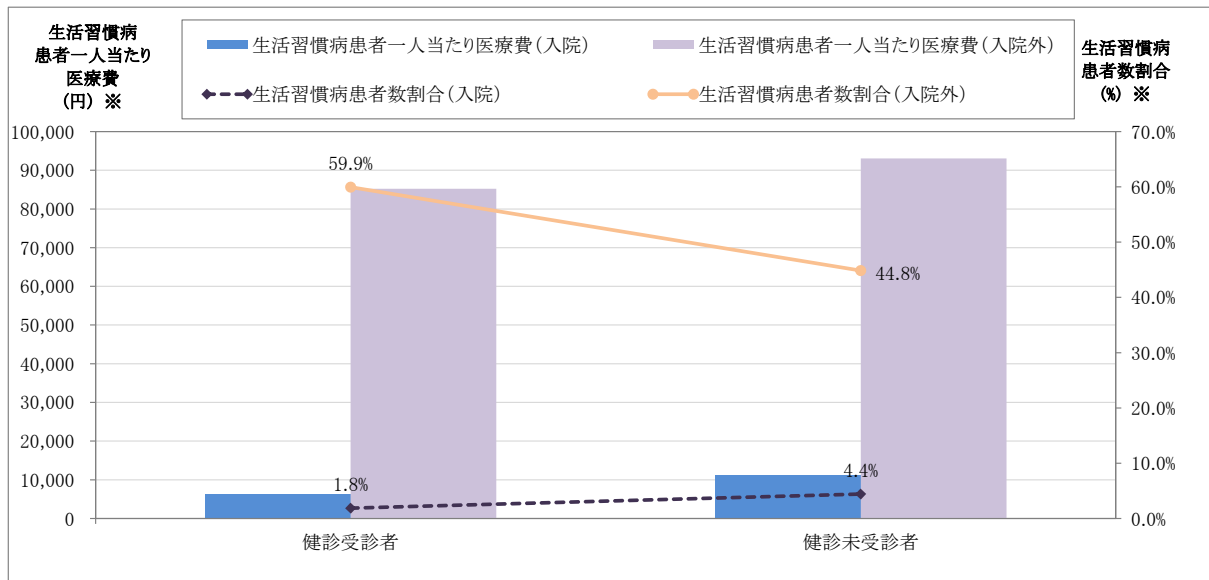
※レセプト…医療機関が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は4.0%、動機付け支援対象者割合は8.7%です。

保健指導レベル該当状況

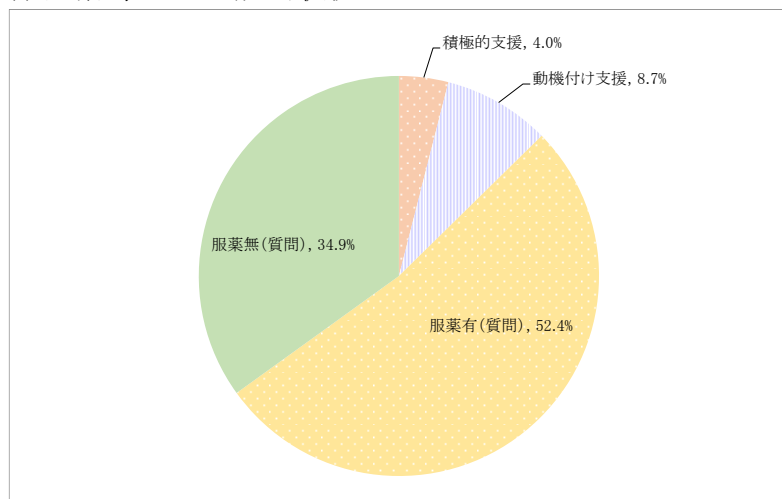
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	704	89	28	61	369	246	0
割合(%) ※	-	12.6%	4.0%	8.7%	52.4%	34.9%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

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

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	23	5	3	13.0%	2	8.7%
45歳～49歳	23	7	5	21.7%	2	8.7%
50歳～54歳	19	6	6	31.6%	0	0.0%
55歳～59歳	47	7	6	12.8%	1	2.1%
60歳～64歳	81	9	7	8.6%	2	2.5%
65歳～69歳	214	25	1	0.5%	24	11.2%
70歳～	297	30	0	0.0%	30	10.1%
合計	704	89	28	4.0%	61	8.7%

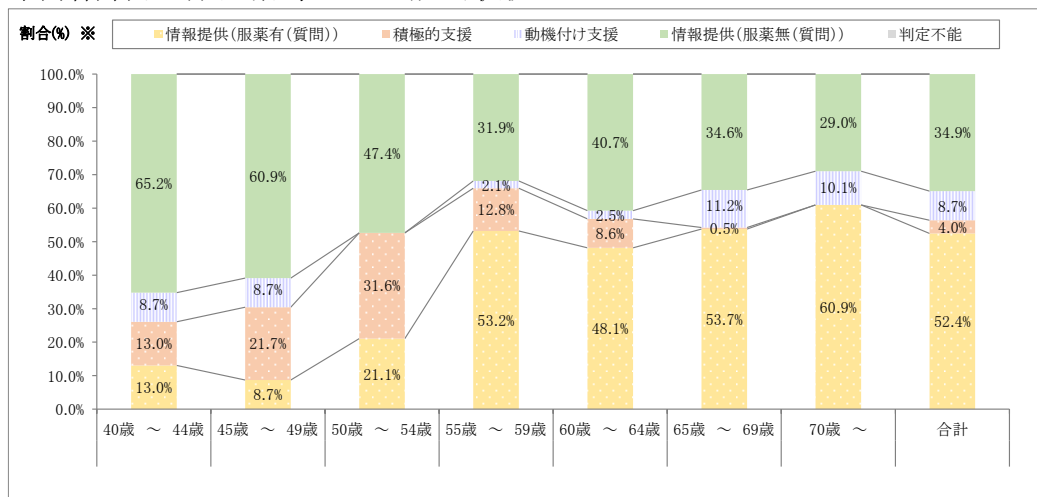
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	23	3	13.0%	15	65.2%	0	0.0%
45歳～49歳	23	2	8.7%	14	60.9%	0	0.0%
50歳～54歳	19	4	21.1%	9	47.4%	0	0.0%
55歳～59歳	47	25	53.2%	15	31.9%	0	0.0%
60歳～64歳	81	39	48.1%	33	40.7%	0	0.0%
65歳～69歳	214	115	53.7%	74	34.6%	0	0.0%
70歳～	297	181	60.9%	86	29.0%	0	0.0%
合計	704	369	52.4%	246	34.9%	0	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

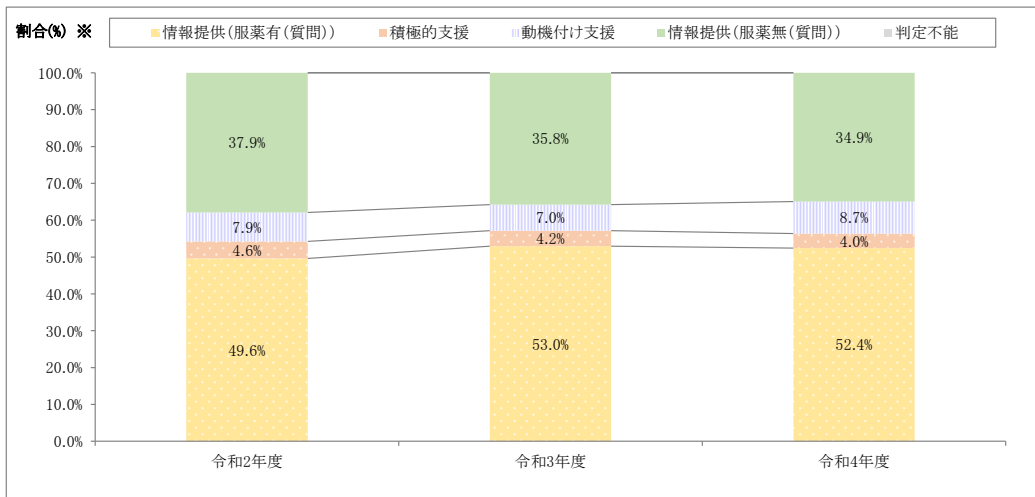
以下は、令和2年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度の積極的支援対象者割合は令和2年度から0.6ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合は0.8ポイント増加しています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
			積極的支援		動機付け支援	
			人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	697	87	32	4.6%	55	7.9%
令和3年度	710	80	30	4.2%	50	7.0%
令和4年度	704	89	28	4.0%	61	8.7%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	697	346	49.6%	264	37.9%	0	0.0%
令和3年度	710	376	53.0%	254	35.8%	0	0.0%
令和4年度	704	369	52.4%	246	34.9%	0	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものです。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			89人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	3人	28人 31%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	4人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	2人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	3人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	3人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	7人	
	●		●			血糖＋脂質	3人	
	●	●	●			血圧＋脂質	2人	
	●			●		血糖＋喫煙	0人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	1人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
	●					血糖	0人	
		●				血圧	0人	
			●		因子数0	脂質	0人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	1人	61人 69%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	9人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	1人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	2人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	11人	
	●		●			血糖＋脂質	3人	
	●	●	●			血圧＋脂質	2人	
	●			●		血糖＋喫煙	2人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	2人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
	●					血糖	10人	
		●				血圧	14人	
			●		因子数0	脂質	3人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	0人		

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

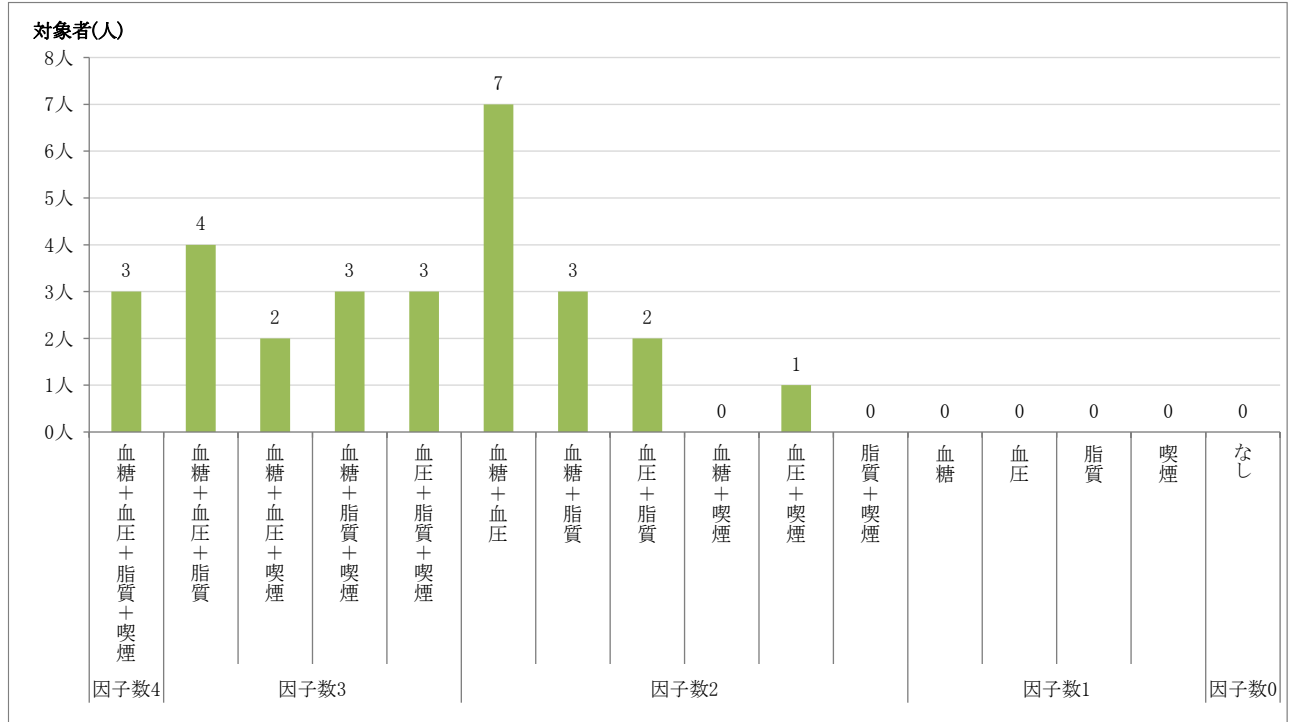
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

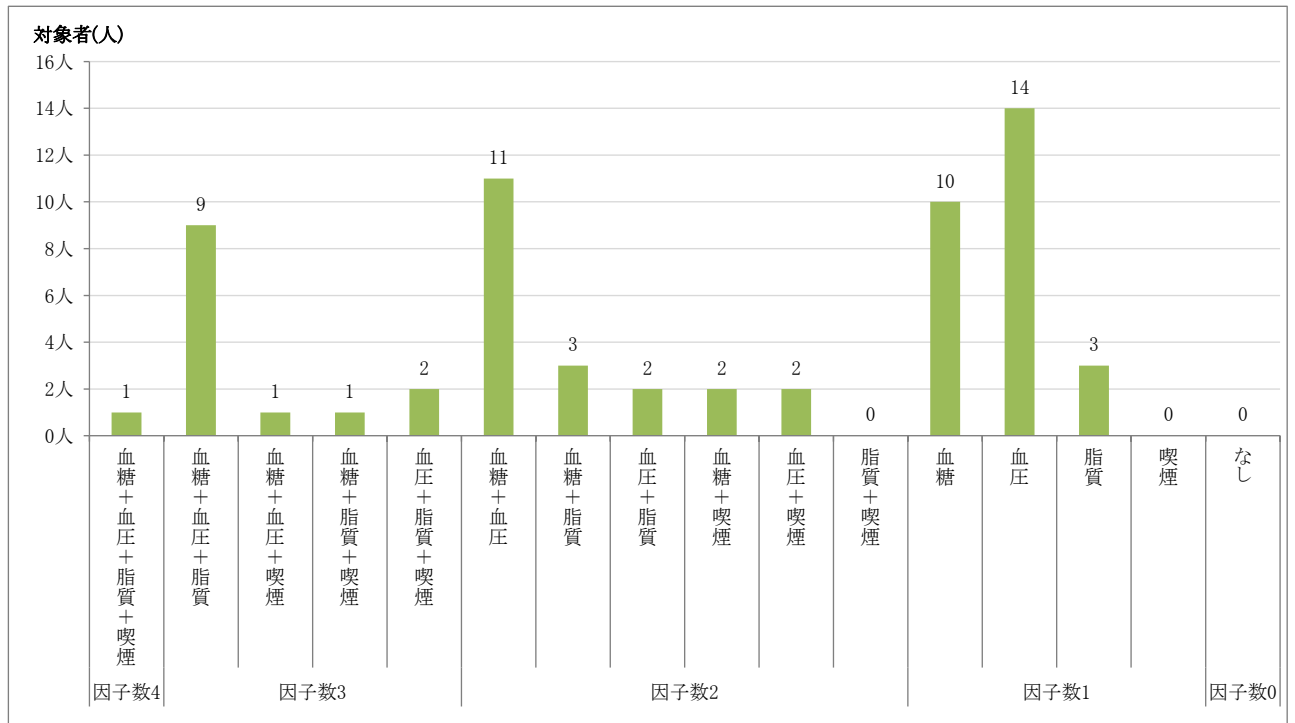
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	89	20,639	1,239,216	1,259,855	1	27	27
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	246	1,883	1,160,609	1,162,492	1	30	30
	情報提供 (服薬有(質問))	369	59,597	33,566,804	33,626,401	11	365	365

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	89	20,639	45,897	46,661
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	246	1,883	38,687	38,750
	情報提供 (服薬有(質問))	369	5,418	91,964	92,127

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

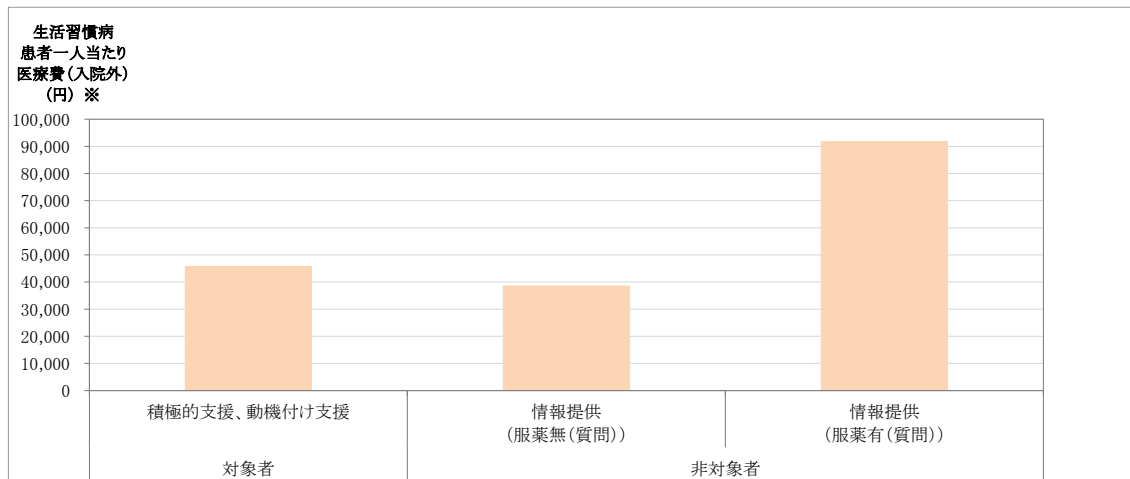
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第3章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

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

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	-	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	1,023	980	933	882	825	763
特定健康診査受診率(%) (目標値)	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%	68.0%
特定健康診査受診者数(人)	696	666	634	600	561	519

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	366	349	324	304	298	285
	65歳～74歳	657	631	609	578	527	478
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	207	196	180	167	165	158
	65歳～74歳	489	470	454	433	396	361

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

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

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	88	86	83	80	76	71
特定保健指導実施率(% (目標値))	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
特定保健指導実施者数(人)	57	56	54	52	49	46


支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	29	29	29	29	29	28
	実施者数(人)	40歳～64歳	19	19	18	19	18	18
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	9	9	8	8	7	7
		65歳～74歳	50	48	46	43	40	36
	実施者数(人)	40歳～64歳	6	6	6	4	4	4
		65歳～74歳	32	31	30	29	27	24

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

対象者	実施年度中に40～74歳となる被保険者で、年度を通じて移動がない者 (厚生労働省が定める国の除外規定に該当する者を除く)
実施形態 実施場所	集団健診 町内会公民館、三川町子育て交流施設テオトル 人間ドック 荘内地区健康管理センター、鶴岡協立病院、みやはらクリニック、 庄内余目病院
健診項目	<p>【基本的な健診項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む) ・自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ・身長、体重及び腹囲の検査 ・BMI＝体重(kg)/身長(m)² ・血圧測定 ・肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP) ・尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無) ・血中脂質検査(中世脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・血糖検査(空腹時血糖または随時血糖、HbA1c) <p>【詳細な健診項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット) ・心電図検査 ・眼底検査 ・血清クレアチニン検査
実施時期	<p>【集団健診】 4月～翌年1月</p> <p>【人間ドック】 5月～翌年1月</p>
外部委託 契約形態	<p>【集団健診】 一般社団法人鶴岡地区医師会に委託(随意契約を締結し、期間は1年)</p> <p>【人間ドック】 一般社団法人鶴岡地区医師会、鶴岡協立病院、みやはらクリニック、 庄内余目病院に委託(随意契約を締結し、期間は1年)</p>
外部委託の 選定基準	制度の趣旨を十分理解し、個人情報保護対策等が十分講じられていることを前提として、国の示す「標準的な健診・保健指導のプログラムにおける健診実施に関するアウトソーシング」に基づき、委託機関を選定する。
周知、案内の 方法	<ul style="list-style-type: none"> ・実施場所、時間等を広報「みかわ」や町のホームページに掲載。 ・毎年4月1日に集団健診日程表を全戸配布。また、機会をとらえて保健事業等を周知。 ・健診の約1か月前に対象者へ案内と「特定健診質問票」を送付。 ・転入者については転入手続き時に健診の状況聞き取りと申込み受付を実施。 ・人間ドックについては、申込者に決定通知書を送付することで案内。

事業主健診等のデータ収集方法	<p>①毎年2月に事業主健診として特定健診を受診した方に対して、データの提供依頼を実施。また、協力依頼時に勤務先の聞き取りを行い、次年度以降に勤務先への結果の提供依頼を検討する。</p> <p>②町と健診委託契約を締結している機関以外の健診機関で特定健診を受診した方について、健診結果を提供いただき、特定健診部分を助成する。</p> <p>①、②で提供されたデータについては、特定健診等管理システムに入力を行う。</p>																		
対象者の重点化	<p>受診率向上に向けて、対象者の重点化として連続未受診者への取り組みを強化する。</p> <p>①健診申込書兼意向調査書からの確認と受診勧奨 毎年2月の健診申し込みについて、受診確認の徹底と「受けない」と回答した方への理由の確認に努め、受診勧奨を実施。</p> <p>②連続未受診者の把握と受診勧奨 山形国民健康保険団体連合会からの情報提供や、各年度の特定健診申込状況等により、連続未受診者を把握する。 連続未受診者には個別通知等により健診の啓発を実施し、受診勧奨を実施。</p> <p>③新規対象者や受診率の低い年齢層、性別への対策 40歳代など受診率の低い層への啓発を強化する。</p> <p>④事業主健診等の受診者把握と健診結果提供件数増加に向けた取り組み 事業主健診等町の健診以外の受診者状況について適切に把握し、健診結果提供件数増加に向けた方策を検討、実施する。</p>																		
特定健診実施に関する年間スケジュール	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="255 803 293 832">2月</td> <td data-bbox="371 803 1071 832">翌年度検診申込書の配布、取りまとめと未提出者への勧奨</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 840 293 869">3月</td> <td data-bbox="371 840 883 869">健診案内準備、特定健診委託機関との調整</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 877 293 906">4月</td> <td data-bbox="371 877 696 906">集団健診日程表の全戸配布</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="371 913 591 942">委託機関との契約</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="371 950 536 979">集団健診開始</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 987 293 1016">5月</td> <td data-bbox="371 987 563 1016">人間ドック開始</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 1023 293 1052">8～10月</td> <td data-bbox="371 1023 669 1052">法定報告入力・確認作業</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 1060 293 1089">翌年1月</td> <td data-bbox="371 1060 696 1089">集団健診・人間ドック終了</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 1097 293 1126">翌年4月</td> <td></td> </tr> </table> <div data-bbox="806 904 1280 1000" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果データ受け取り ・ 対象者抽出・費用決済 </div> 	2月	翌年度検診申込書の配布、取りまとめと未提出者への勧奨	3月	健診案内準備、特定健診委託機関との調整	4月	集団健診日程表の全戸配布		委託機関との契約		集団健診開始	5月	人間ドック開始	8～10月	法定報告入力・確認作業	翌年1月	集団健診・人間ドック終了	翌年4月	
2月	翌年度検診申込書の配布、取りまとめと未提出者への勧奨																		
3月	健診案内準備、特定健診委託機関との調整																		
4月	集団健診日程表の全戸配布																		
	委託機関との契約																		
	集団健診開始																		
5月	人間ドック開始																		
8～10月	法定報告入力・確認作業																		
翌年1月	集団健診・人間ドック終了																		
翌年4月																			

(2) 特定保健指導

対象者	<p>【積極的支援】 特定健診の結果、階層化に基づき「積極的支援」と区分された40～64歳までの方</p> <p>【動機付け支援】 特定健診の結果、階層化に基づき「動機付け支援」と区分された40～74歳までの者</p>		
実施形態 実施場所	<p>【集団健診】 直営</p> <p>【動機付け支援】 原則として各特定受診先の委託機関で実施。ただし、本人が直営での利用を希望する場合はその限りではない。</p>		
実施内容	<p>特定保健指導は、「標準的な健診、保健指導プログラム(令和6年度版)」に基づき、対象者自らが生活習慣を改善し、継続した取り組みができるよう支援する。</p>		
実施方法	<p>【集団健診】 受診日の約1か月後に開催する結果相談会で初回面談を実施。相談会当日に実施できなかった者については、別日に面談機会を設けるよう努め、役場への来所または家庭訪問などにより実施する。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談(相談会当日) <li style="text-align: center;">↓ ・2か月後面談 <li style="text-align: center;">↓ ・3か月後面談(実績評価) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>動機付け支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談(相談会当日) <li style="text-align: center;">↓ ・3か月後面談(実績評価) </td> </tr> </table>	<p>積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談(相談会当日) <li style="text-align: center;">↓ ・2か月後面談 <li style="text-align: center;">↓ ・3か月後面談(実績評価) 	<p>動機付け支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談(相談会当日) <li style="text-align: center;">↓ ・3か月後面談(実績評価)
	<p>積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談(相談会当日) <li style="text-align: center;">↓ ・2か月後面談 <li style="text-align: center;">↓ ・3か月後面談(実績評価) 	<p>動機付け支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談(相談会当日) <li style="text-align: center;">↓ ・3か月後面談(実績評価) 	
<p>【人間ドック】 厚生労働省「標準的な健診、保健指導プログラム(令和6年度版)」に基づき、各委託機関が定めた支援プログラムに準じて実施します。</p>			
実施時期	<p>通年</p>		
外部委託 契約形態	<p>【集団健診】 一般社団法人鶴岡地区医師会に委託(随意契約を締結し、期間は1年)</p> <p>【人間ドック】 一般社団法人鶴岡地区医師会、鶴岡協立病院、みやはらクリニック、庄内余目病院に委託(随意契約を締結し、期間は1年)</p>		
外部委託の選定 基準	<p>制度の趣旨を十分理解し、個人情報保護対策が十分講じられていることを前提として、国の示す「標準的な健診・保健指導のプログラムにおける健診実施に関するアウトソーシング」に基づき、委託機関を選定する。</p>		
周知、案内の 方法	<p>【集団健診】 特定保健指導の実施日、場所、時間等を個別に案内通知する。</p> <p>【人間ドック】 原則、人間ドック受診当日に初回面接を行う。当日実施ができない場合には、後日委託機関が利用の勧奨(案内)を行う。</p>		
事業主健診における保健指導結果データの収集方法と活用	<p>本人より提出された事業主データを階層化した結果、特定保健指導の該当となった場合は、本人に特定保健指導該当者であることを説明し、利用の勧奨を行う。</p>		
特定保健指導対象者の重点化	<p>原則として、全ての特定保健指導該当者に案内を行い、利用への勧奨を促す。さらに、特定保健指導実施率の向上かつ効果的、効率的な保健指導を実施するために、重点的に特定保健指導を実施した方がよい対象者を明確にする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 40～64歳の該当者 2. 新規該当者 3. 健診結果が前年度より悪化した傾向にある者や検査値がより受診勧奨域にある者 4. 問診票の回答で生活習慣改善(喫煙、飲酒、著しい体重増加、食事や間食の摂り方、運動不足など)の必要性が高い者 		

特定保健指導実施に関する年間スケジュール	3月	相談会日程の調整、会場予約
	4月	特定保健指導委託機関との契約
	5月	健診結果データ受け取り
		特定健診結果相談会(集団健診)開始
		特定保健指導開始
	8月	法定報告特定保健指導データ入力(直営分)
	翌年1月	特定健診結果相談会(集団健診)終了
翌年2月	特定保健指導委託機関との打ち合わせ	

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

4. 他の健診との連携

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

5. 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。