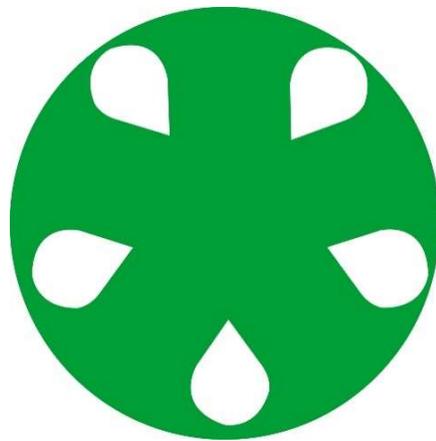


大石田町保健事業実施計画
(第3期データヘルス計画)

第4期大石田町特定健康診査実施計画

令和6年度～令和11年度
(2024年度～2029年度)



令和6年3月
大石田町国民健康保険

目次

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
健康課題の抽出	
III 計画全体	31
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画	32
1 特定健康診査事業	
2 特定保健指導事業	
3 若人健診事業	
4 特定健康診査受診率向上対策事業	
5 糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業	
6 高血圧症重症化予防事業	
7 ジェネリック医薬品利用差額通知事業	
V その他	39
データヘルス計画の評価・見直し	
データヘルス計画の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>【背景】</p> <p>「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)において、「全ての健康保険組合に対し、レセプトデータ等のデータの分析、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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。平成26年3月には、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おいて、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。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、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。</p> <p>【目的】</p> <p>上記背景も踏まえ、当町では、幅広い年代の被保険者が存在し、年代・性別等による健康課題も多岐に渡ることから、町が抱える健康課題を的確に捉え分析し、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、生活の質の向上を図ることを目的に、第3期データヘルス計画を策定した。</p>
	計画の位置づけ	<p>本計画は、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第3次))」に示された基本方針を踏まえるとともに、「健康やまがた安心プラン」及び「健康おいしいだ21(第2次)」等の計画との整合性を図る。</p> <p>また、「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」第5の5において、「特定健康診査等実施計画は保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、市町村及び組合が保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施することができるよう、可能な限り実施計画(データヘルス計画)と特定健康診査等実施計画を一体的に策定することが望ましいこと」とされていることから、第4期大石田町特定健康診査等実施計画を本データヘルス計画に盛り込む。</p>
計画期間		<p>本データヘルス計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度の6年間とし、必要に応じて、適宜見直すこととする。</p>
実施体制・関係者連携	庁内組織	<p>本データヘルス計画の策定及び事業実施、評価、見直しの一連のプロセスにおいては、保健福祉課が主体となり実施する。</p>
	地域の関係機関	<p>本データヘルス計画の実効性を高めるため、外部有識者で構成される県の保健事業支援・評価委員会を通して、助言を受ける。</p> <p>また、外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場として、町の国民健康保健運営協議会において、意見を聴取するとともに、保健事業の好事例等情報収集や分析を行い、関係機関と被保険者の健康課題を共有することに努める。</p>

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		6,262		3,107		3,155	
国保加入者数(人) 合計		1,578	100.0%	835	100.0%	743	100.0%
0~39歳(人)		263	16.7%	141	16.9%	122	16.4%
40~64歳(人)		454	28.8%	254	30.4%	200	26.9%
65~74歳(人)		861	54.6%	440	52.7%	421	56.7%
平均年齢(歳)		58.9歳		58.8歳		59.0歳	

地域の関係機関		計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
		連携先・連携内容
保健医療関係団体		町内の医師会及びやまがた健康推進機構、総合健診センターとは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して連携を図る。
国保連・国保中央会		特定健診・特定保健指導のデータに関して連携を図る。
後期高齢者医療広域連合		前期高齢者のデータ連携、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関して連携を図る。
その他		保健事業の周知・啓発活動については、町商工会と連携を図り、外部有識者や被保険者が議論に参画できる場として町の国民健康保険運営協議会や、県の国保連合会の保健事業支援・評価委員会からの助言を通して連携を図る。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の国民健康保険被保険者数は、1,578人であり、第2期計画初年度の平成30年度の1,819人と比較すると、241人(男139人、女102人)の減少となっており、13.2%減少している。
	年齢別被保険者構成割合	令和4年度の年齢別被保険者構成割合は、39歳以下が16.7%、40歳から64歳が28.8%、65歳から74歳が54.6%であり、65歳から74歳の被保険者が過半数を超えている状況から、被保険者の高齢化が顕著である。
	その他	令和4年度の当町の国保加入者の平均年齢は58.9歳と平成28年度の53.3歳に比べて5.6歳上昇している。 また、令和4年度中の実績として、年度中増が312人、年度中減が384人と被保険者の減少傾向にある。
前期計画等に係る考察		<p>第2期データヘルス計画では、特定健診受診結果により、生活習慣病予防のための保健指導・健康教室等の参加を奨励し、健康づくりの意識を高める取り組みに重点を置いた。</p> <p>特定健診受診率については、令和2年度からの3年間で、受診率が平均59.5%と目標値の60.0%に近い推移であり、新型コロナウイルスの影響もそれほど見られない状況である。しかし、特定保健指導実施率は目標値の60.0%に届かず過去3年間(令和2年度から令和4年度)の平均が38.6%となっている。</p> <p>ジェネリック医薬品の普及率においては、第2期計画策定時のベースラインである79.1%を大きく上回り、過去3年間(令和2年度から令和4年度)の平均が88.4%となっている。</p> <p>以上から第3期データヘルス計画では、第2期で課題のあった特定健診未受診者の掘り起しと、特定保健指導の実施率を向上させ、被保険者の生活習慣病予防に対する意識向上を図る必要がある。</p>

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.	
平均寿命・平均自立 期間・標準化死亡比 等	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命は、男性は、81.6歳から82.2歳の間で推移している。女性は、87.1歳から88.1歳の間で推移している。 ・平均自立期間は、男性は、78.7歳から80.8歳の間で推移している。女性は、83.9歳から84.7歳の間で推移している。 	<p>【図表1】 平均余命と平均自立期間(令和元年度から令和4年度)</p>	-	
医療費の 分析	医療費の ボリューム (経年比較・性年齢階級別 等)	<ul style="list-style-type: none"> ・医科受診率（男女計）では、令和元年度830.8件をピークに一時減少したが、令和3年度811.0件、令和4年度824.6件と増加している。医科受診率は県平均と同じ動きをしている。 ・歯科受診率（男女計）平成30年度147.6件から令和2年度141.4件と減少し、令和3年度145.2件、令和4年度154.5件と増加している。 ・町の平成30年度から令和4年度の総医療費は、5億5,979万円から5億7,477万円の間に、ほぼ横ばいとなっている。 ・入院医療費は、令和元年度の2億9,139万円をピークに減少傾向である。 ・外来医療費は、平成30年度の3億1,488万円から令和4年度で3億3,672万円とやや増加している。 ・1人当たり医療費（月平均）の外来では、65歳から74歳の医療費が若年層よりも高く、22,583円となっている。 ・1人当たり医療費（月平均）の入院では、40歳から64歳の平均が最も高く、16,756円となっている。 	<p>【図表2】 医療の受診率</p> <p>【図表3】 医療費の推移</p>	-

分類		健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.
医療費の 分析	疾病分類 別の医療 費	<ul style="list-style-type: none"> ・入院で医療費が高い疾病は、総合失調症、白血病の他に、脳血管疾患や循環器疾患が上位を占めている。また、外来では、高血圧、糖尿病、脂質異常症の生活習慣病が上位を占め、上位10位の医療費合計の5割をこの3疾病が占めている。 ・令和4年度の生活習慣病有病者割合も50.4%と県で8位、糖尿病有病者割合も15.9%と県で13位、高血圧有病者割合も32.3%と県で7位、脂質異常症有病者割合も28.2%と県で7位と高い順位となっている。 	<p>【図表4】 疾病別医療費分析</p> <p>【図表5】 有病者の状況</p> <p>【図表6】 有病者の状況</p>	A,B
	後発医薬品 の使用 割合	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医療品の使用割合は、令和4年度平均で88.1%と国の目標値80%を上回っている。 	<p>【図表7】 後発医薬品の使用割合</p>	-
	重複・頻 回受診、 重複服薬 者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の重複処方該当者(3機関以上)が6人から13人の間で推移している。(平均9.8人) ・多剤処方該当者(多剤15以上)が1人から3人の間で推移している。(平均1.9人) 	<p>【図表8】 重複・多剤投与者割合</p>	-

分類		健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.
特定健康 診査・特 定保健指 導の 分析	特定健康 診査・特 定保健指 導の実施 状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率は、令和3年度から60.0%に達しており、県平均50.5%を上回り、令和4年度は60.3%と国の目標値の60.0%に達している。 ・ 令和4年度の男女別、年代別受診率では、65歳以上で男女とも60%を超えている一方で、40歳から44歳男性で40.6%、女性で31.8%と若年層の受診率が低い傾向にある。 ・ 特定保健指導実施率は、令和2年度の36.4%から令和4年度で40.8%と増加しているが、県平均の47.1%よりも低く、目標値の60%にも到達していない。 ・ 令和4年度の男女別、年代別特定保健指導実施率を見ると、40歳から44歳で男女計16.7%、70歳から74歳で24.0%と低い傾向にある。 ・ 特定保健指導実施率（支援種別）積極的支援は17.4%から56.3%の間で増加傾向で推移しており、動機付け支援は56.4%から33.9%の間で減少傾向で推移している。 	<p>【図表9】 特定健診受診率 (男女計)</p> <p>【図表10】 令和4年度特定 健診受診率 (男女別・年代別)</p> <p>【図表11】 特定保健指導実 施率(男女計)</p> <p>【図表12】 令和4年度特定保 健指導実施率 (男女別・年代別)</p> <p>【図表13】 特定保健指導実 施率(支援種別)</p>	D

分類		健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.
特定健康 診査・特 定保健指 導の 分析	特定健診 結果の状 況 (有所見 率・健康 状態)	<ul style="list-style-type: none"> ・内臓脂肪症候群該当者の割合では、令和4年度男性で31.7%と県平均よりも高く、年々増加傾向にある。女性では、13.3%と県平均よりも高くほぼ横ばいで推移している。 ・血糖有所見者の割合は、令和4年度男性で79.0%と高く、県平均を上回っている。女性も、76.8%と県平均を大きく上回っている。 ・血圧有所見者の割合は、令和4年度男性で62.3%、女性で60.1%と男女とも県平均を上回っている。 ・血糖に係る重症化予防対象者割合では、令和4年度町男女計で7.0%で県平均5.0%を上回っている。また、血圧に係る重症化予防対象者割合では、令和4年度町男女計で15.6%と、県平均16.3%を下回った。 ・糖尿病に係る重症化予防事業の中断者の割合は、令和4年度町男女計で16.4%と県平均17.1%を下回った。 ・重症化予防(腎症・CKD)対象者数及び割合では、令和4年度男性で3.0%、女性で1.3%とほぼ県平均と同じである。年代別では、40歳から64歳男性で5.3%と高い。 	<p>【図表14】 内臓脂肪症候群 該当者の割合</p> <p>【図表15】 血糖有所見者の 割合</p> <p>【図表16】 血圧有所見者の 割合</p> <p>【図表17】 重症化予防(受診 勧奨事業)対象者 数及び割合</p> <p>【図表18】 重症化予防(受診 中断者)対象者数 及び割合</p> <p>【図表19】 重症化予防(腎 症・CKD)対象者 数及び割合 (年度別・令和4 年度年代別)</p>	B,D,E

分類		健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.
特定健康 診査・特 定保健指 導の 分析	質問票調 査の状況 (生活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙者の割合は、令和4年度男性で29.0%、女性で6.8%と県平均よりも高い。 ・1日1時間以上の運動習慣がない者の割合は、令和4年度男性で61.2%、女性で74.2%と県平均よりも高い。また、平成30年度から令和4年度の間ではほぼ横ばいの推移となっている。 ・就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合は、令和4年度男性で10.9%、女性で7.1%と男女とも県平均を下回っている。 ・週3回以上朝食を抜く者の割合は、令和4年度男性で5.7%、女性で3.4%と男女とも県平均を下回っている。 ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、令和4年度男性で19.4%と県平均よりも高い。女性は5.1%と県平均よりも低い。男性の方が生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している割合が高い。 ・睡眠不足の者の割合は、令和4年度男性で26.2%、女性で32.6%と男女とも県平均を上回っている。また、女性の方が睡眠不足の割合が高い傾向にある。 ・咀嚼が不良な者の割合は、令和4年度男性で24.0%、女性で17.3%と男女とも県平均を上回っている。特に男性の方が咀嚼不良の割合が高い。 ・生活習慣改善に意欲のある人の割合は、令和4年度男性で48.5%と県平均よりも低く、女性では、68.0%と県平均と同等の数値となっている。 	<p>【図表20】 喫煙者の割合</p> <p>【図表21】 1日1時間以上の運動習慣がない者の割合</p> <p>【図表22】 就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合</p> <p>【図表23】 週3回以上朝食を抜く者の割合</p> <p>【図表24】 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合</p> <p>【図表25】 睡眠不足の者の割合</p> <p>【図表26】 咀嚼(そしゃく)が不良な者の割合</p> <p>【図表27】 生活習慣改善に意欲のある人の割合</p>	A,F

分類	健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.
しセプト・健診結果等 を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病有病者は男性で44.5%から48.6%で推移し、女性では、49.0%から52.4%で推移しており、男女とも県平均を上回っている。特に、女性の方が生活習慣病有病者の割合が高い。 ・糖尿病有病者は男性で15.5%から17.8%で推移し、女性では、12.0%から13.8%の間で推移しており、男女とも県平均を上回っている。 ・高血圧有病者は男性で31.0%から34.2%で推移し、女性も28.8%から30.1%の間で推移しており、男女とも県平均を上回っている。特に男性の有病者の割合が高い。 ・脂質異常症有病者は男性で20.7%から24.8%で推移し、女性で29.7%から32.0%で推移しており、特に女性が県平均を上回っている。 ・虚血性心疾患有病者は、男性で2.8%から3.6%で推移し、女性で2.5%から3.0%の間で推移しており、県平均を下回っている。 脳血管疾患有病者は、男性で4.5%から5.4%で推移し、女性は、3.4%から3.6%で推移している。男女とも県平均と同等の数値である。 ・人工透析有病者は、男性で0.2%から0.66%と数値は低いが、増加傾向にある。 	<ul style="list-style-type: none"> 【図表28】 生活習慣病の 状況 【図表29】 糖尿病有病者 の状況 【図表30】 高血圧有病者 の状況 【図表31】 脂質異常症有 病者の状況 【図表32】 虚血性心疾患 有病者の状況 【図表33】 脳血管疾患有 病者の状況 【図表34】 人工透析有病 者の状況 	B,C

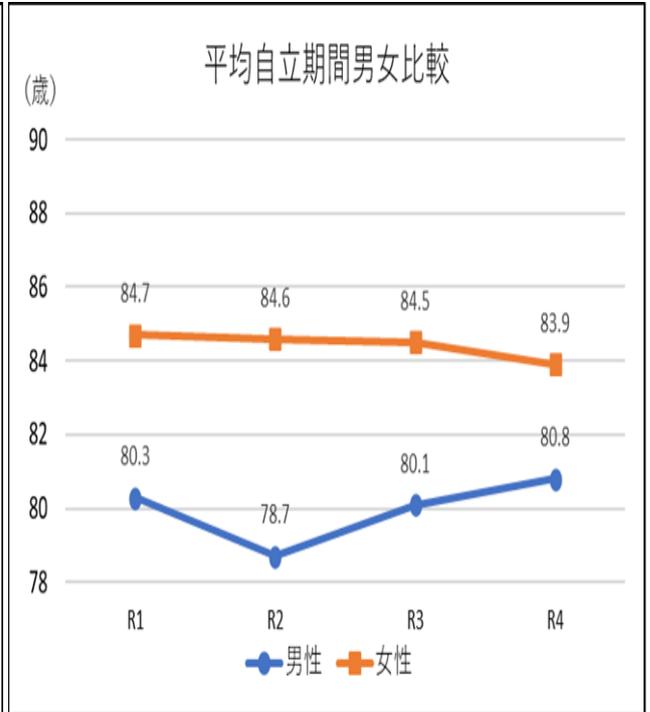
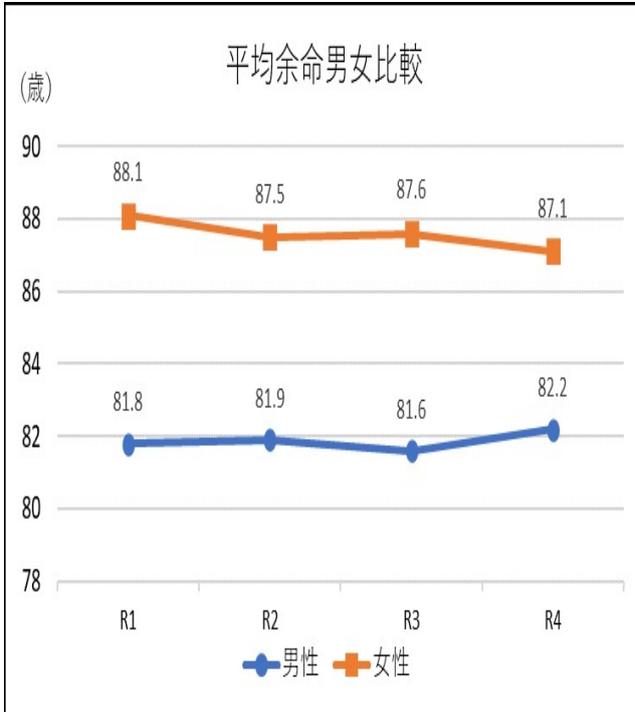
分類	健康・医療情報等のデータ分析から 見えた内容	参照データ	対応する 健康課題 No.
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定率は、19.3%で、県平均(17.9%)を1.4%上回っており、平成30年度から平均で20%の認定率となっている。また、1件当たりの介護給付費は83,595円と、県平均(73,268円)を10,327円上回っており、平成30年度から平均で83,643円の給付費と県よりも高い傾向にある。 	<p>【図表35】 介護認定の状況</p> <p>【図表36】 介護給付費の 状況</p>	G
その他	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度から令和4年度の間で特定健診受診者のうち男性(腹囲85cm以上)の割合は、30%後半から40%台で推移し、女性(腹囲90cm以上)の割合は、10%後半から20%台で推移している。 上記のうち男性(腹囲85cm以上)はメタボ予備軍に該当する人は減少しているが、メタボ該当者に該当する人が増加している(5.5%増加)。また、女性(腹囲90cm以上)はメタボ予備軍は令和元年度をピークに6%台で推移し、メタボ該当者は令和2年度をピークに13%台で推移している。 男性のメタボ該当者のうち、高血糖、高血圧症、脂質異常症の3つに該当する人は5カ年平均で30人(7.8%)おり、女性のメタボ該当者のうち、高血糖、高血圧症、脂質異常症の3つに該当する人は5カ年平均で16人(4.5%)となっていることから、男性の割合が女性に比べて高い傾向にある。 	<p>【図表37】 特定健診における 有所見者の重 複状況</p> <p>【図表38】 特定健診における 有所見者の重 複状況(男性・メ タボ予備軍)</p> <p>【図表39】 特定健診における 有所見者の重 複状況(男性・メ タボ該当者)</p> <p>【図表40】 特定健診における 有所見者の重 複状況(女性・メ タボ予備軍)</p> <p>【図表41】 特定健診における 有所見者の重 複状況(男性・メ タボ該当者)</p>	D

参照データ

図表1 平均余命と平均自立期間

出典 KDBシステム
「地域の全体像の把握」

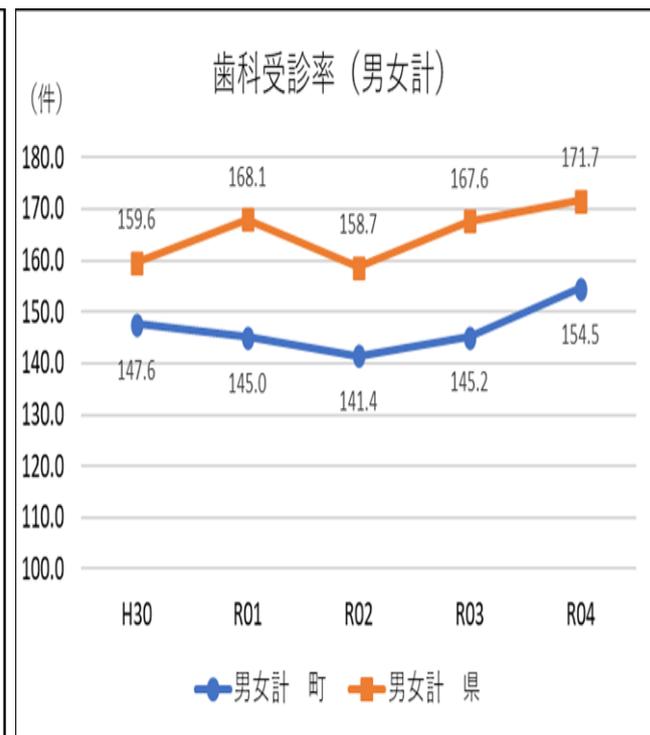
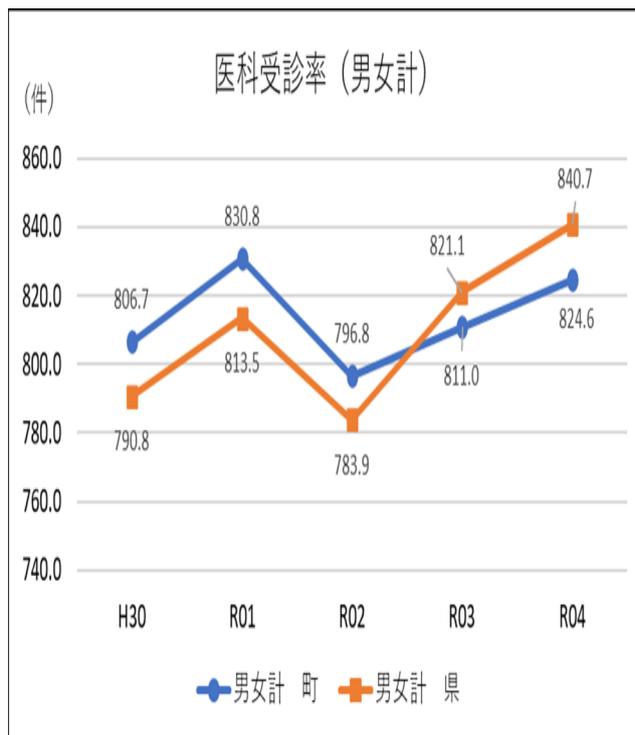
データ分析の結果 男性の平均余命は81.6歳から82.2歳の間で推移しており、女性は87.1歳から88.1歳の間で推移している。男女とも、ほぼ横ばいである。男性の平均自立期間は令和2年度の78.7歳から令和4年度で80.8歳と2.1歳上昇している。女性は83.9歳から84.7歳の間で、ほぼ横ばいで推移している。



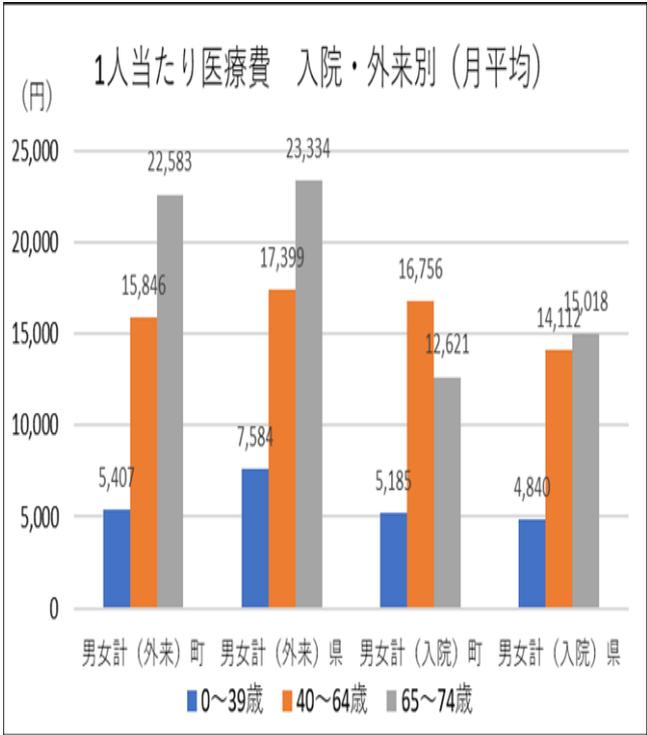
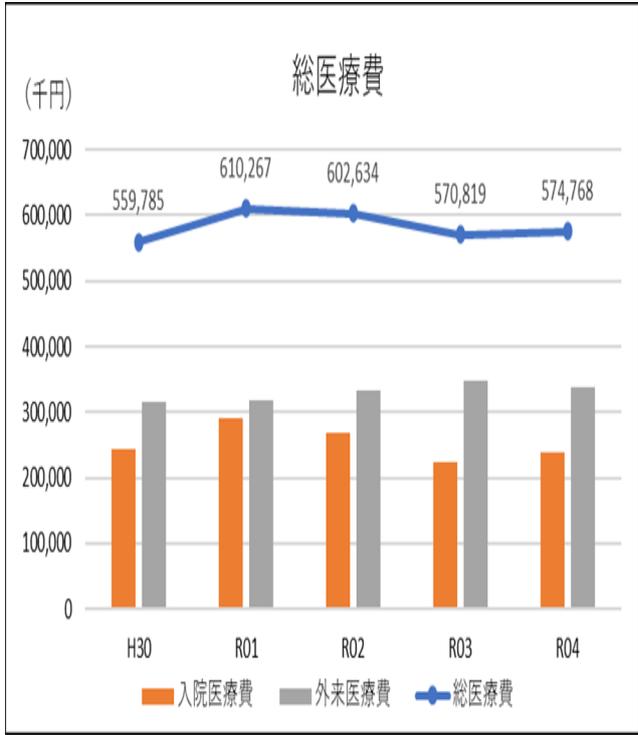
図表2 医療の受診率

出典 KDBシステム
「医療費分析の経年比較」

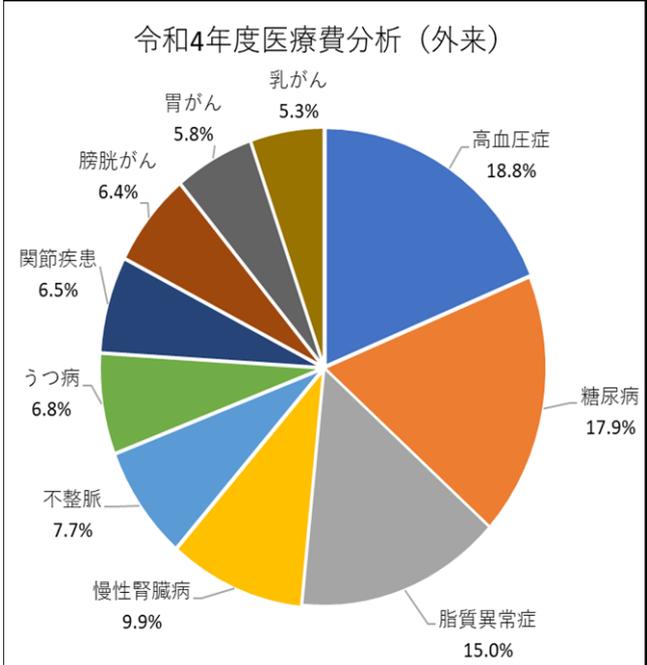
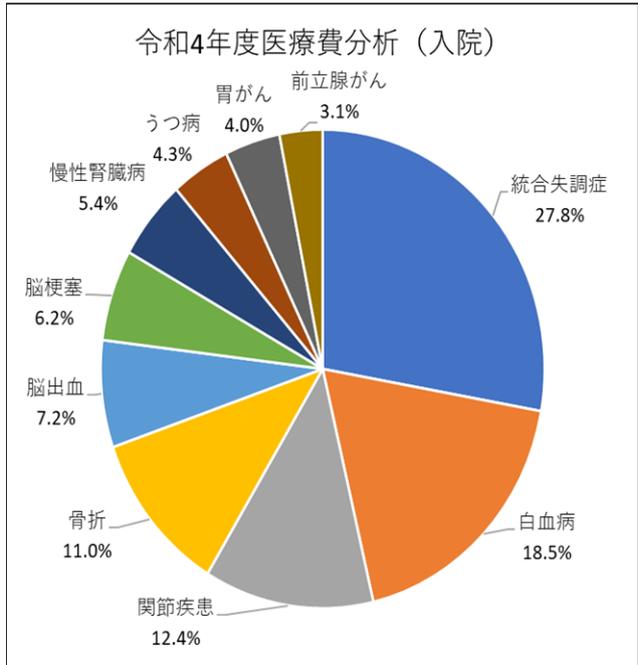
データ分析の結果 町の男女計は新型コロナの影響もあり、令和元年度の830.8件をピークに減少したが、令和3年度から上昇傾向にある。また、歯科受診率は県平均を下回り、147.6件から154.5件の間で推移している。



図表3	医療費の推移	出典	KDBシステム 「疾病別医療費分析」
データ分析の結果	令和4年度における1人当たり外来の医療費では、それぞれ県と比較して0歳から39歳で、▲2,177円、40歳から64歳で▲1,553円、65歳から74歳で▲751円と県平均を下回っているが、1人当たり入院の医療費では、0歳から39歳で、+345円、40歳から64歳で+2,644円、65歳から74歳で▲2,397円と、外来では全世代で県平均を下回っているが、若い世代で入院の医療費が県平均を上回っている。		



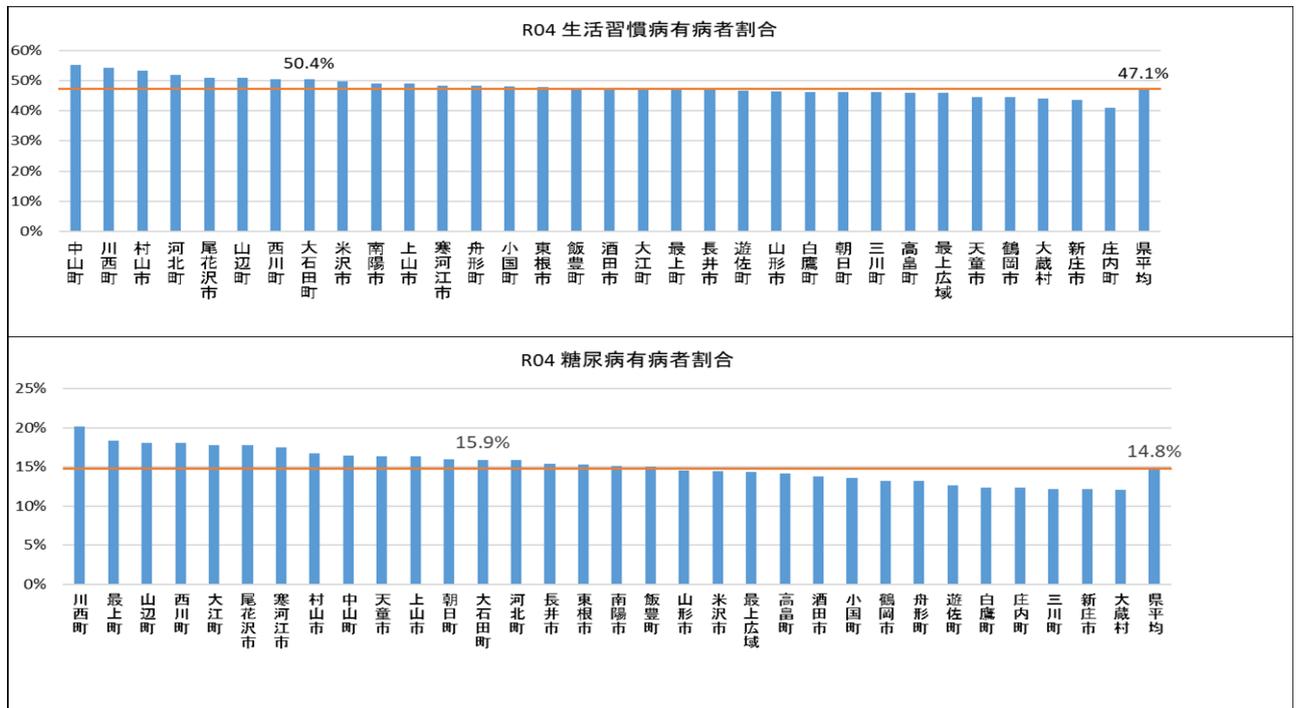
図表4	疾病別医療費分析	出典	KDBシステム 「医療費分析」
データ分析の結果	入院では医療費が高い疾病は、統合失調症の他に、脳血管疾患（脳出血、脳梗塞）、白血病や慢性腎臓病が上位を占めている。また、外来では、高血圧、糖尿病、脂質異常症の生活習慣病が上位を占め、上位10位の医療費の5割をこの3疾病が占めている。		



図表5 有病者の状況（生活習慣病有病者割合・糖尿病有病者割合）

出典 KDBシステム
「医療費分析」

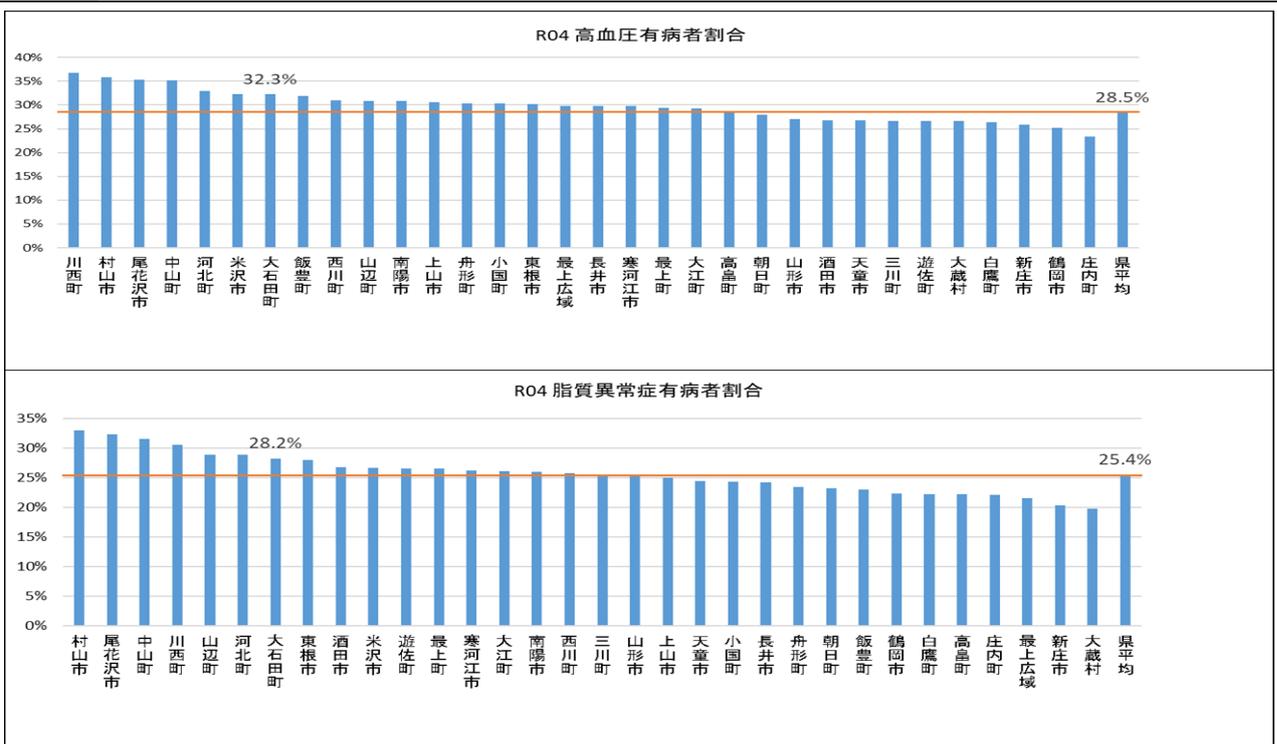
データ分析の結果 令和4年度の生活習慣病有病者割合も50.4%と県内8位、糖尿病有病者割合も15.9%と県で13位と、それぞれ県平均を上回っている。生活習慣病の有病率が高いことが、入院で上位を占める疾患の原因となっていると考えられる。



図表6 有病者の状況（高血圧有病者割合・脂質異常症有病者割合）

出典 KDBシステム
「医療費分析」

データ分析の結果 令和4年度の高血圧有病者割合は32.28%と県で7位、脂質異常症有病者割合も28.22%と県で7位となっており、それぞれ県平均を上回っている。生活習慣病の有病率が高いことが、入院で上位を占める疾患の原因となっていると考えられる。



図表7

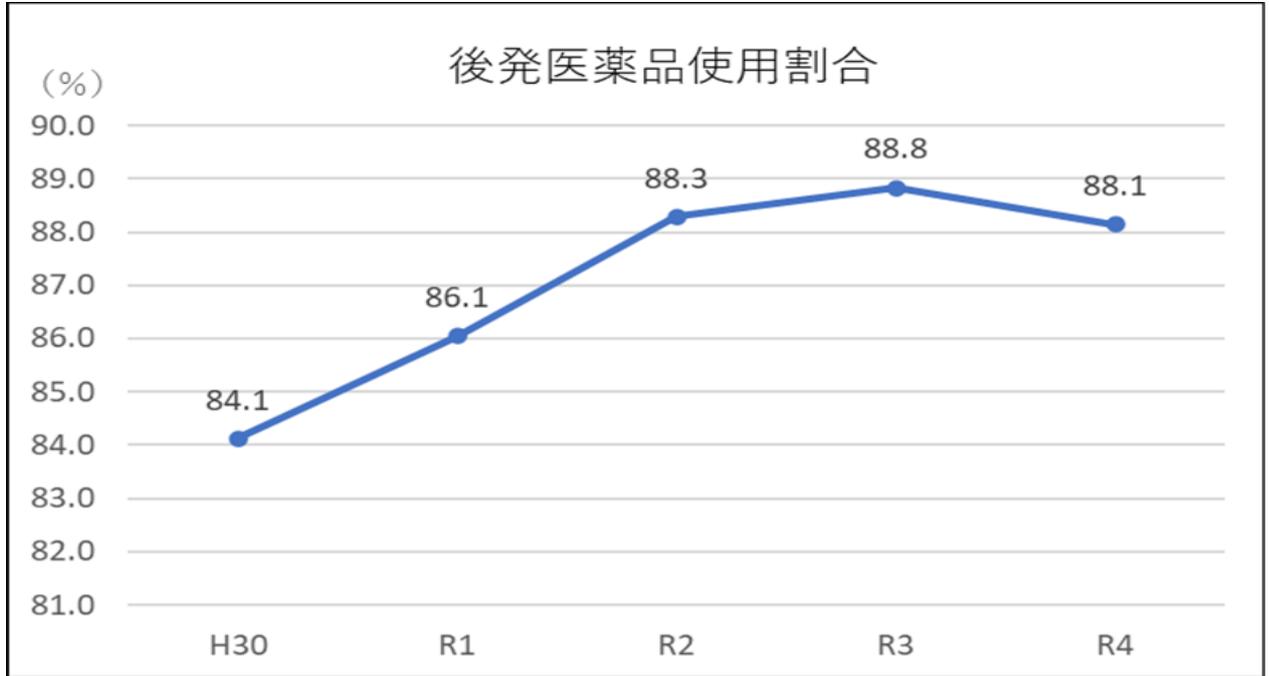
後発医薬品の使用割合
(各年度のデータは月毎のシェア率を平均したもの)

出典

厚生労働省公表データ

データ分析
の結果

後発医薬品の使用割合は、令和4年度で88.1%と国の目標値80%を上回っている。



図表8

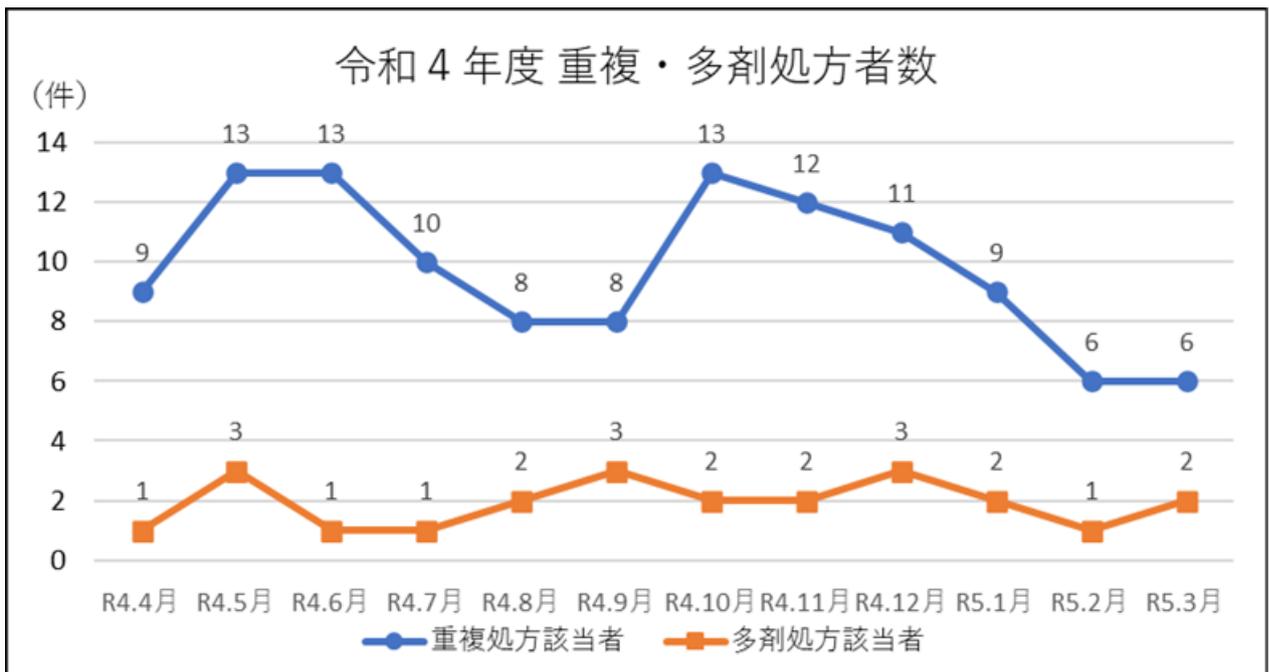
重複・多剤投与者割合 (重複3機関以上・多剤15以上)

出典

KDBシステム
「重複・多剤処方状況」

データ分析
の結果

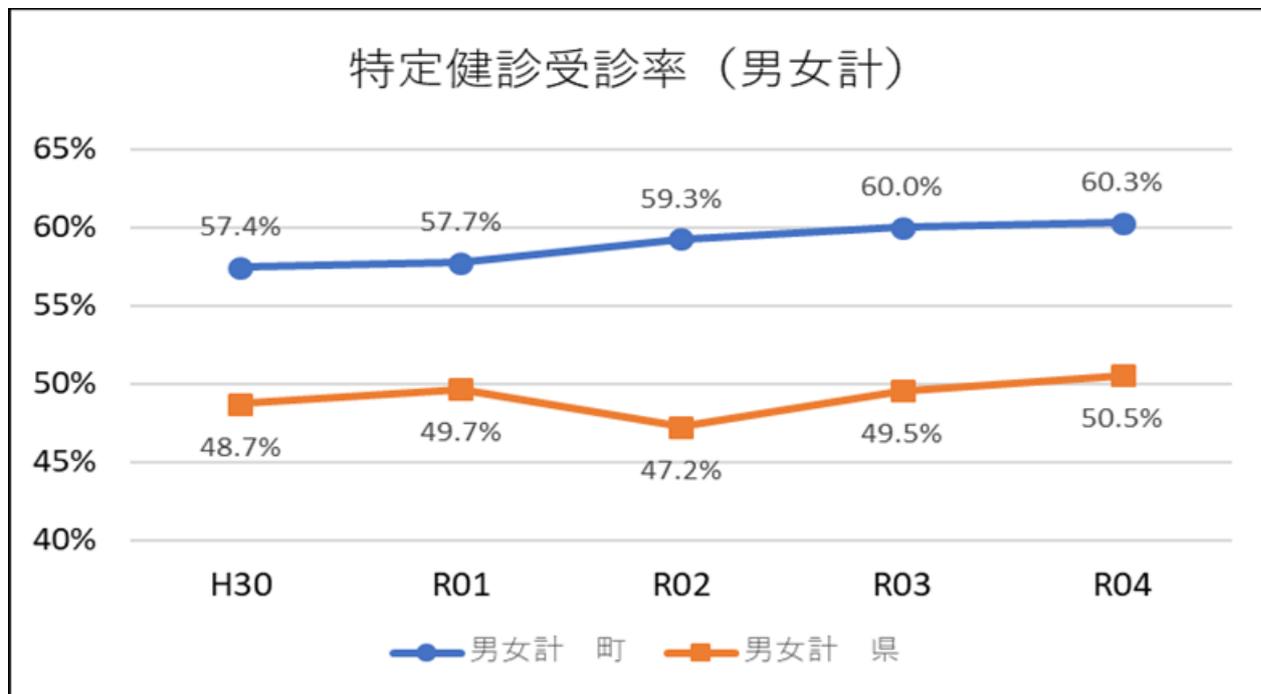
令和4年度の重複処方該当者(3機関以上)が0.63%(9人)、多剤処方該当者(多剤15以上)が0.12%(2人)となっている。重複処方該当者は春先4、5月と秋の10月に多い。また、多剤は季節とあまり関係なく、1人から3人で推移している。



図表9 特定健診受診率（男女計）

出典 法定報告データ

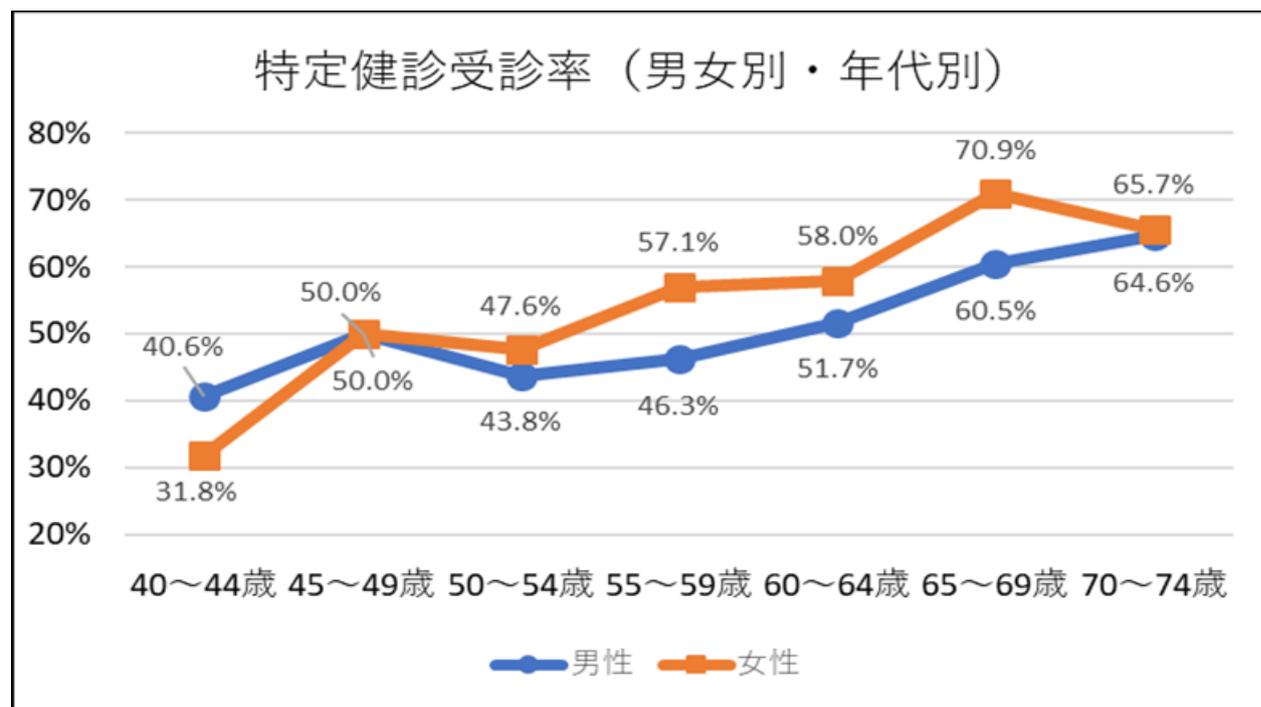
データ分析の結果 特定健診受診率は、令和3年度に60%に達しており、令和4年度は60.3%と、県平均50.5を上回り、国の目標値の60%を達成している。



図表10 令和4年度特定健診受診率（男女別・年代別）

出典 法定報告データ

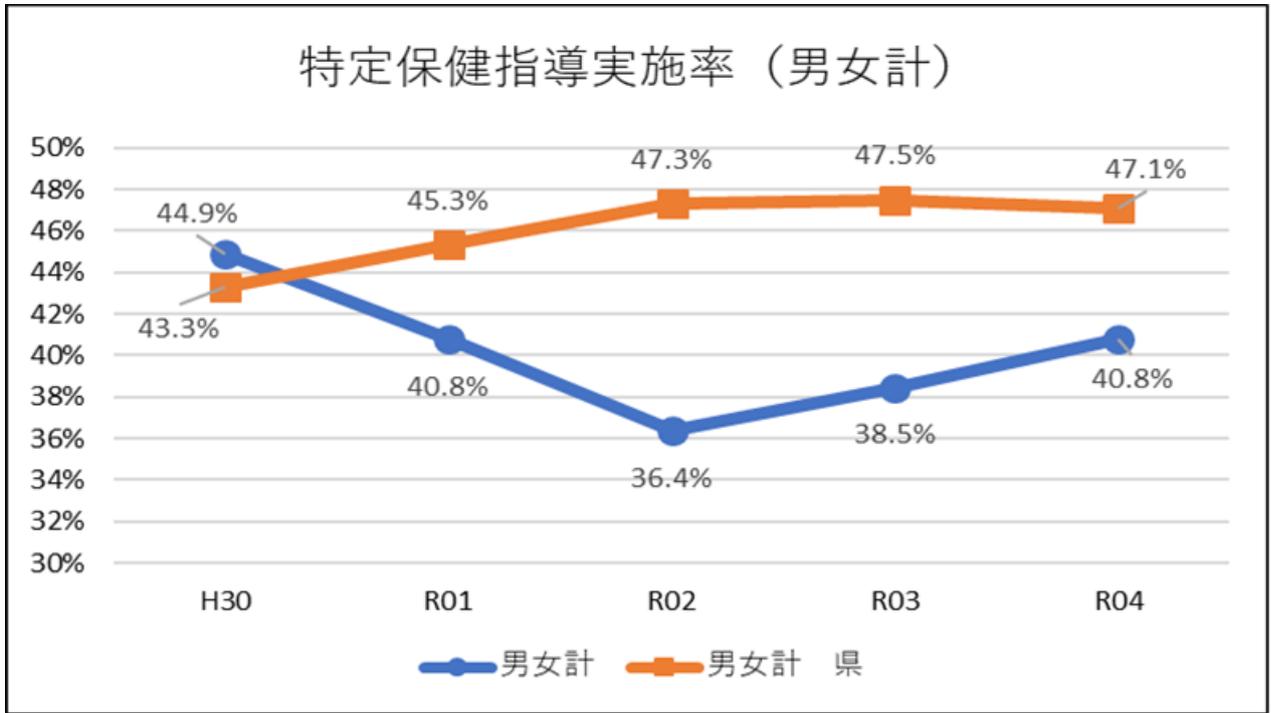
データ分析の結果 令和4年度の男女別・年代別受診率を見ると、65歳以上で男女とも60%を超えており高い受診率である一方で、40歳から44歳の男性で40.6%、女性で31.8%となっており、若年層の受診率が低い傾向にある。



図表11 特定保健指導実施率（男女計）

出典 法定報告データ

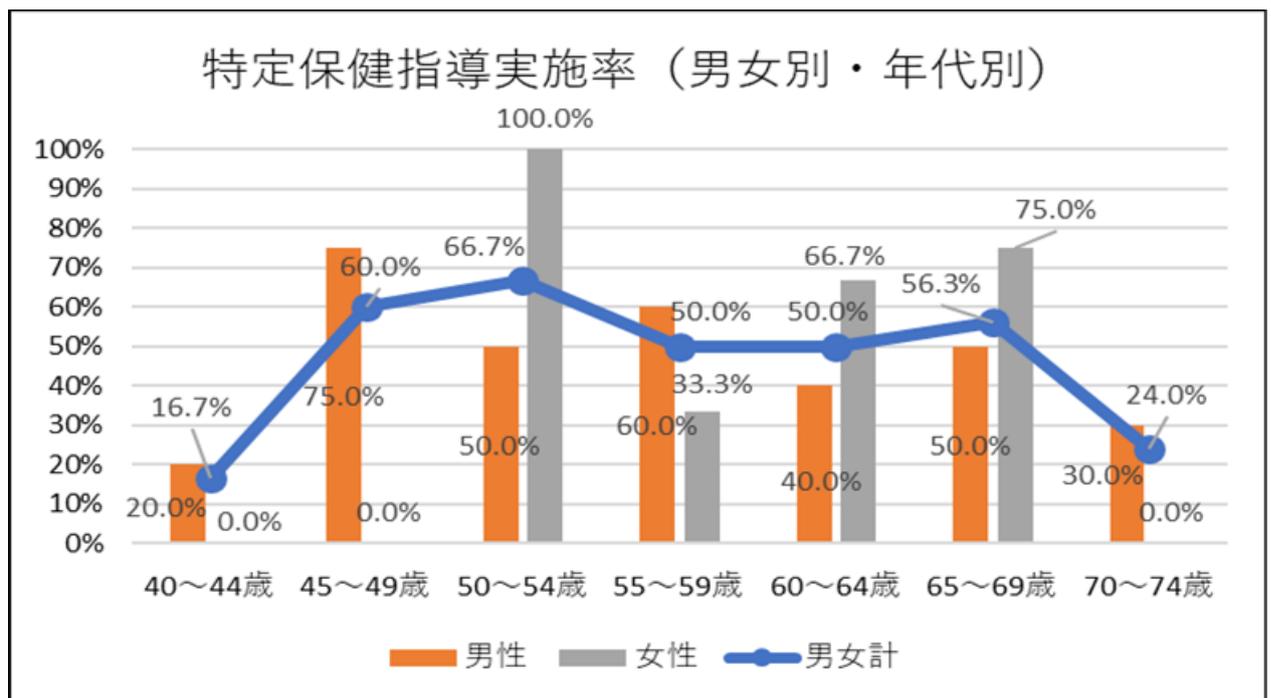
データ分析の結果 特定保健指導実施率は、平成30年度の44.9%から年々減少し、令和2年度で36.4%となったが、その後、令和4年度で40.8%と増加傾向にある。しかし、県平均の47.1%をした回っており、目標値の60%には到達していない。



図表12 令和4年度特定保健指導実施率（男女別・年代別）

出典 法定報告データ

データ分析の結果 令和4年度の男女別、年代別特定保健指導実施率を見ると、40歳から44歳で16.7%、70歳から74歳で24.0%と低い傾向にある。

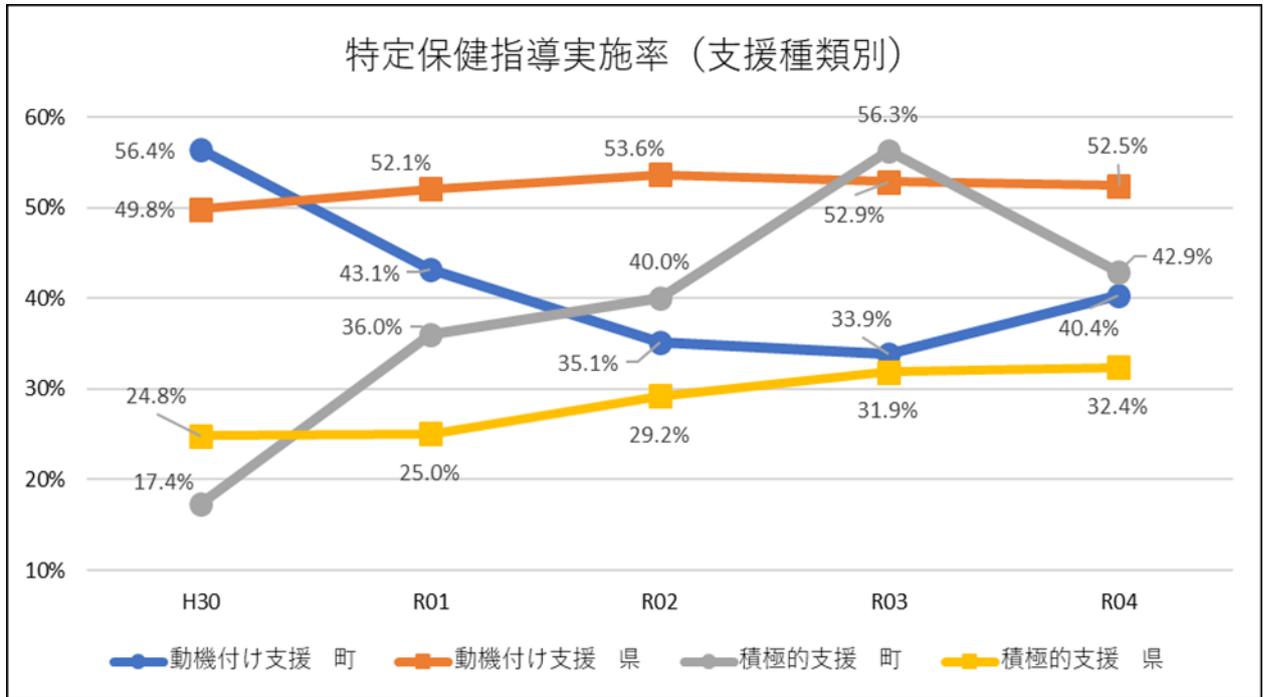


図表13 特定保健指導実施率（支援種別）

出典 法定報告データ

データ分析の結果

令和4年度の特定保健指導実施率（支援種別）を見ると、積極的支援が令和3年度まで平成30年度の17.4%から56.3%と増加していたが、令和4年度に42.9%と減少した。動機付け支援も平成30年度の56.4%から令和3年度33.9%と減少している。

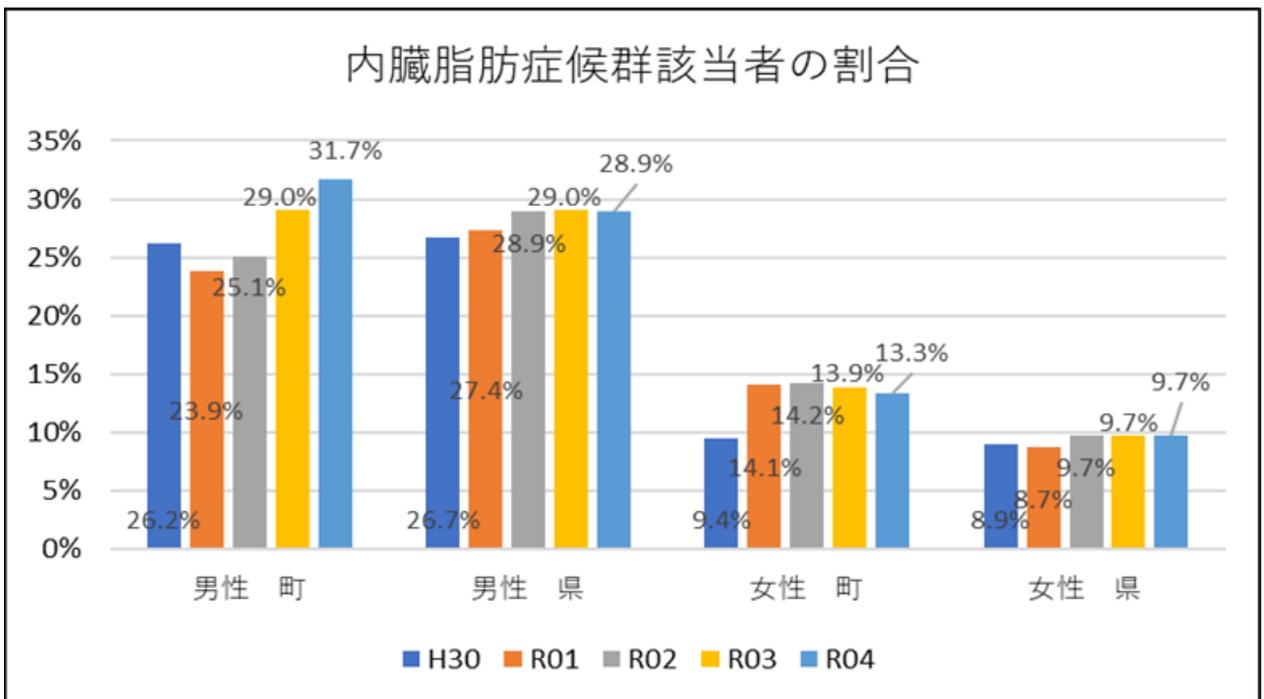


図表14 内臓脂肪症候群該当者の割合

出典 KDBシステム「厚生労働省様式5-3」

データ分析の結果

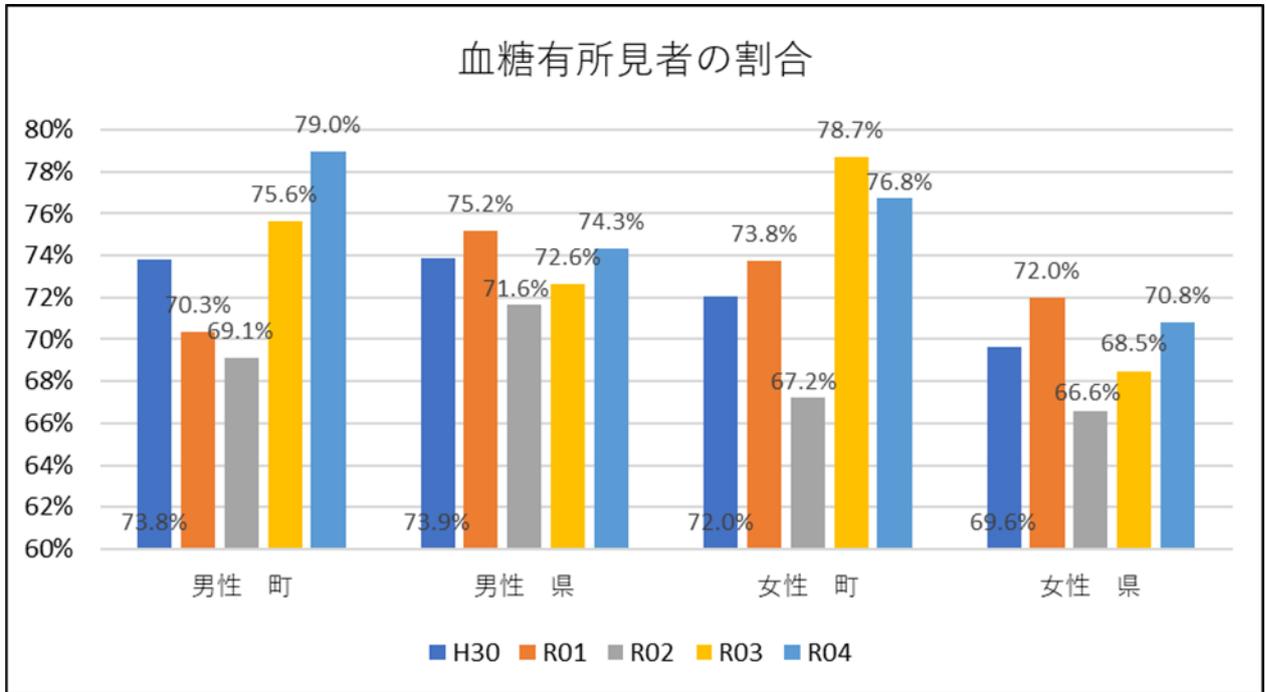
内臓脂肪症候群該当者の割合で令和4年度男性で31.7%と県平均28.9%を上回っている。女性でも13.3%と県平均9.7%を上回っている。また、男性の方が、女性に比べて内臓脂肪症候群の割合が高い傾向にある。



図表15 血糖有所見者の割合

出典 KDBシステム
「集計対象者一覧」

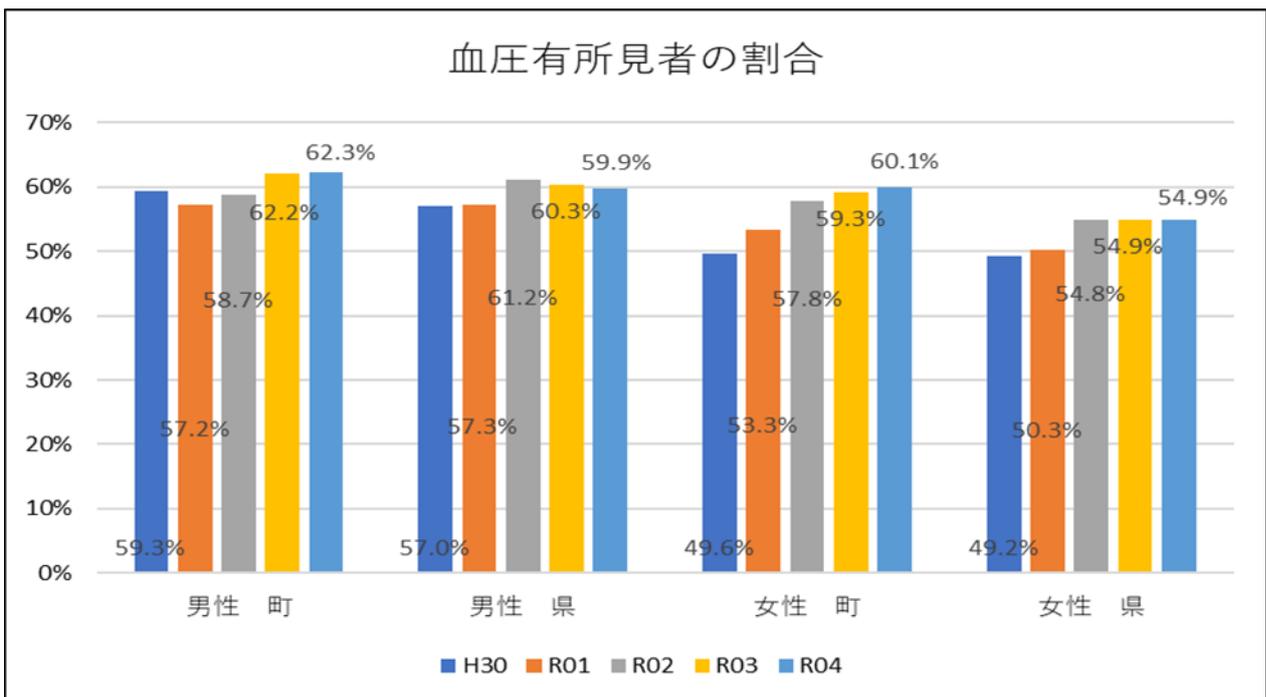
データ分析の結果 血糖有所見者の割合では、令和4年度男性で79.0%、女性で76.8%とどちらも県平均を上回っている。男女とも年々増加傾向にある。



図表16 血圧有所見者の割合

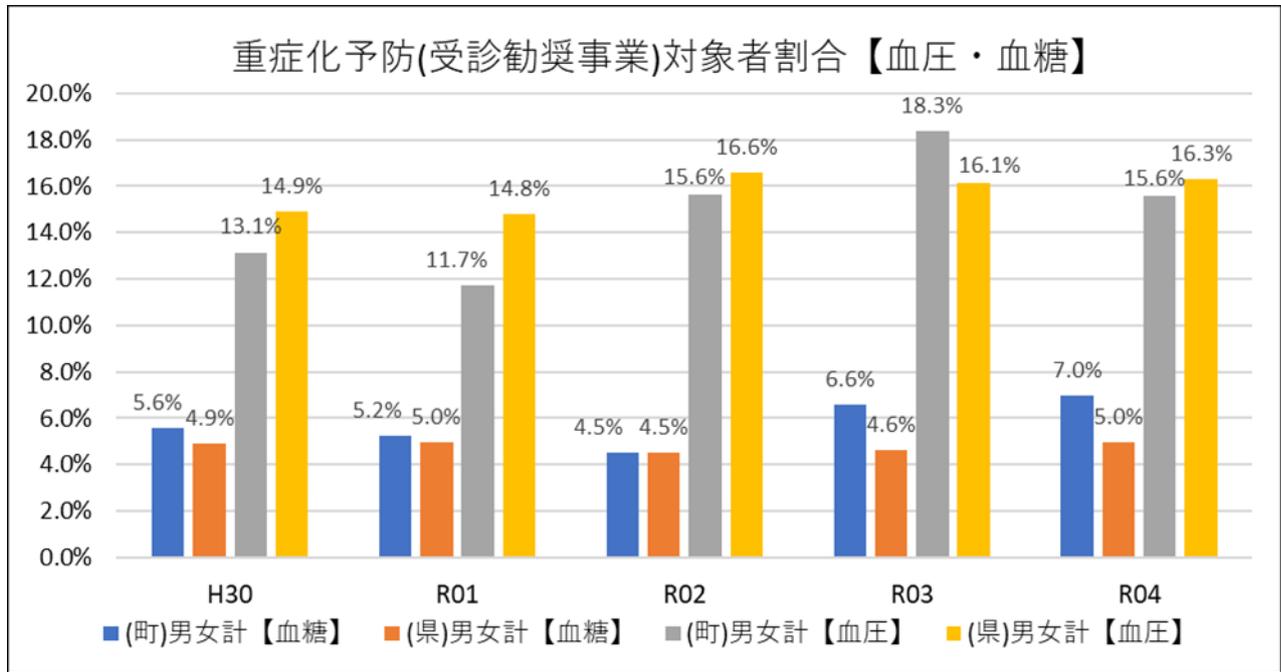
出典 KDBシステム
「集計対象者一覧」

データ分析の結果 血圧有所見者は令和4年度男性で62.3%と県平均59.9%を上回っている。また、女性でも60.1%と県平均54.9%を上回っている。男女とも、年々増加傾向である。



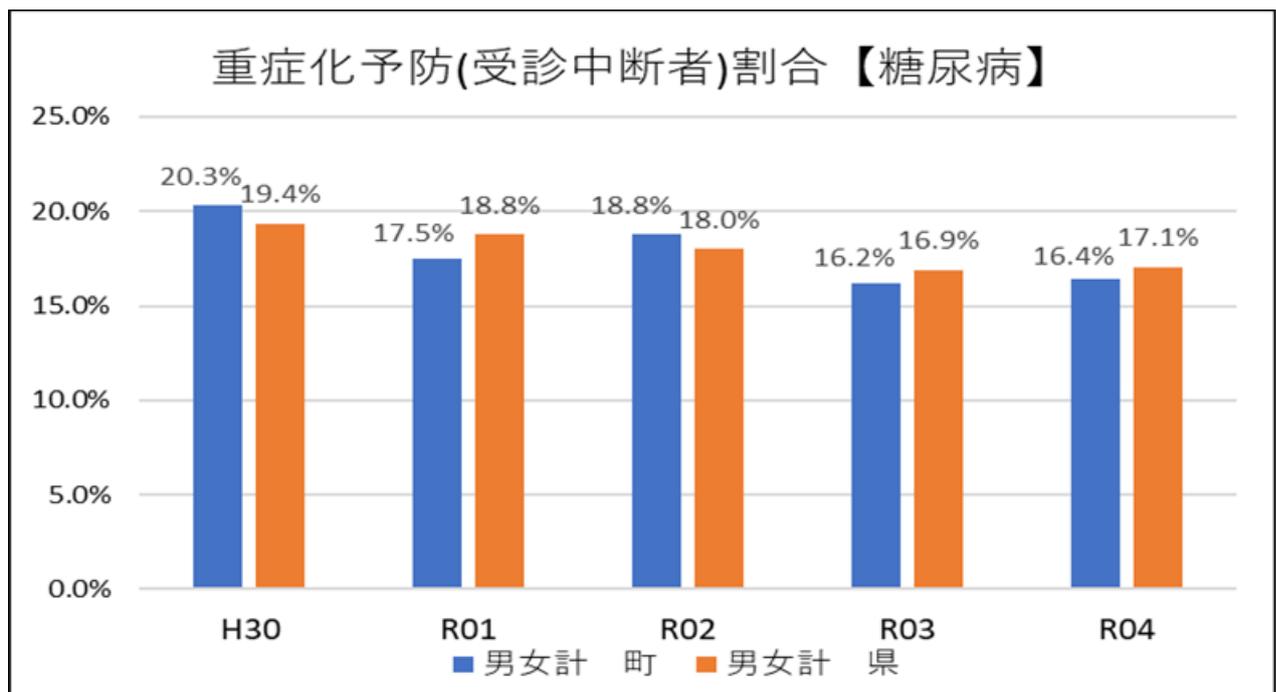
図表17	重症化予防(受診勧奨事業)対象者割合【血糖・血圧】	出典	KDBシステム 「集計対象者一覧」
------	---------------------------	----	----------------------

データ分析の結果
重症化予防(受診勧奨事業)血糖に係る対象者の割合は、平成30年度から令和2年度の間では、県平均並みで推移していたが、令和3年度から県平均を2.0%程度上回って推移している。
重症化予防(受診勧奨事業)血圧に係る対象者の割合は、令和4年度の町男女計15.6%と県平均16.3%を下回っており、令和3年度以外は県平均を下回って推移している。



図表18	重症化予防(受診中断者)対象者割合	出典	KDBシステム 「集計対象者一覧」
------	-------------------	----	----------------------

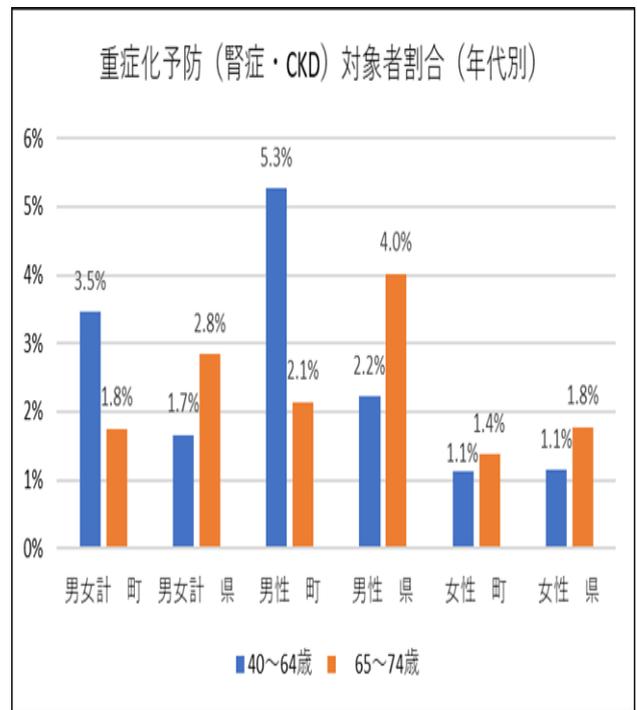
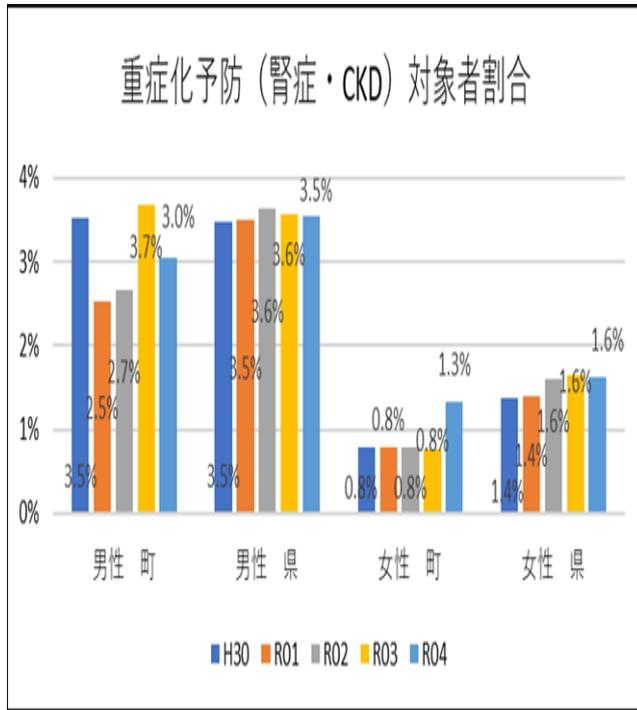
データ分析の結果
重症化予防(受診中断者)対象者割合では、令和4年度町男女計で16.4%と県平均17.1%を下回っており、平成30年から減少傾向にある。全体的に県平均を下回って推移している。



図表19 重症化予防（腎症・CKD）対象者割合（年度別・令和4年度年代別）

出典 KDBシステム
「集計対象者一覧」

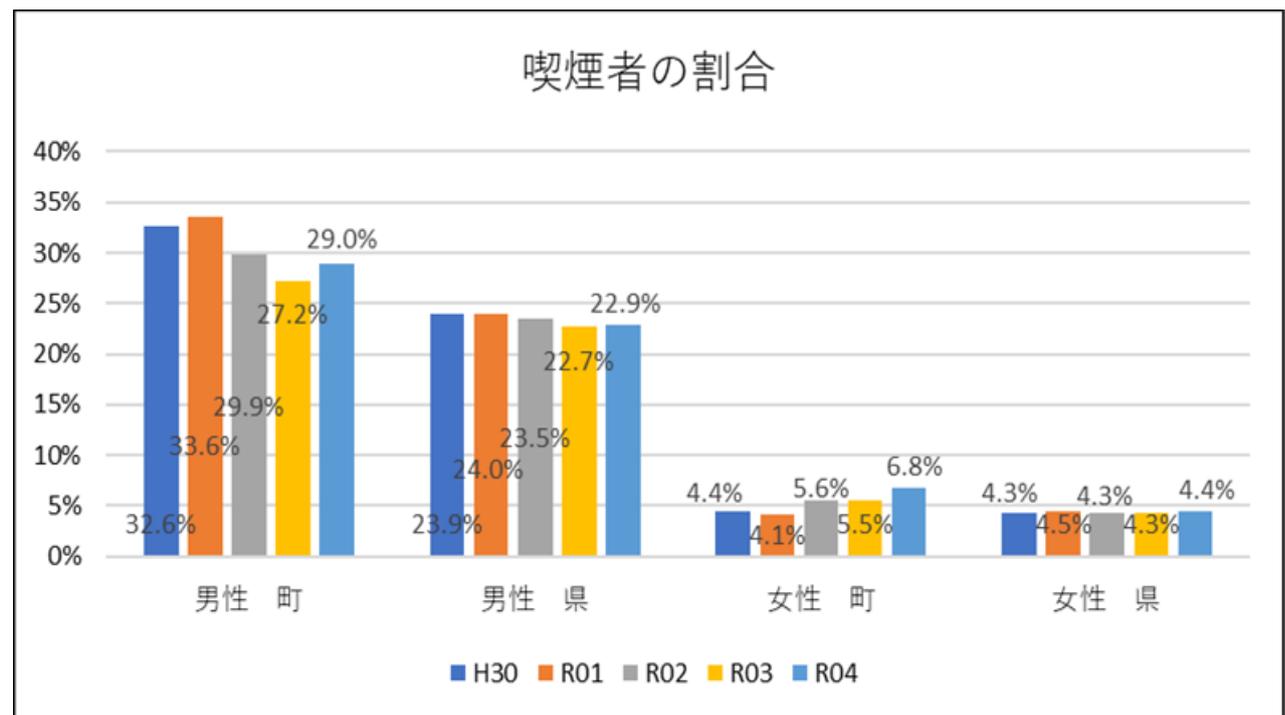
データ分析の結果 重症化予防（腎症・慢性腎臓病(CKD)）対象者割合は、令和4年度男性で3.0%で、ほぼ県平均3.5%と同等の数値となっている。女性でも1.3%と県平均1.6%と、ほぼ同等の数値となっている。年代を見ると、40～64歳の男性で5.3%と高く、県平均では65～74歳の男性で4.0%と高く、当町においては、若い年代で対象者が多い傾向にある。



図表20 喫煙者の割合

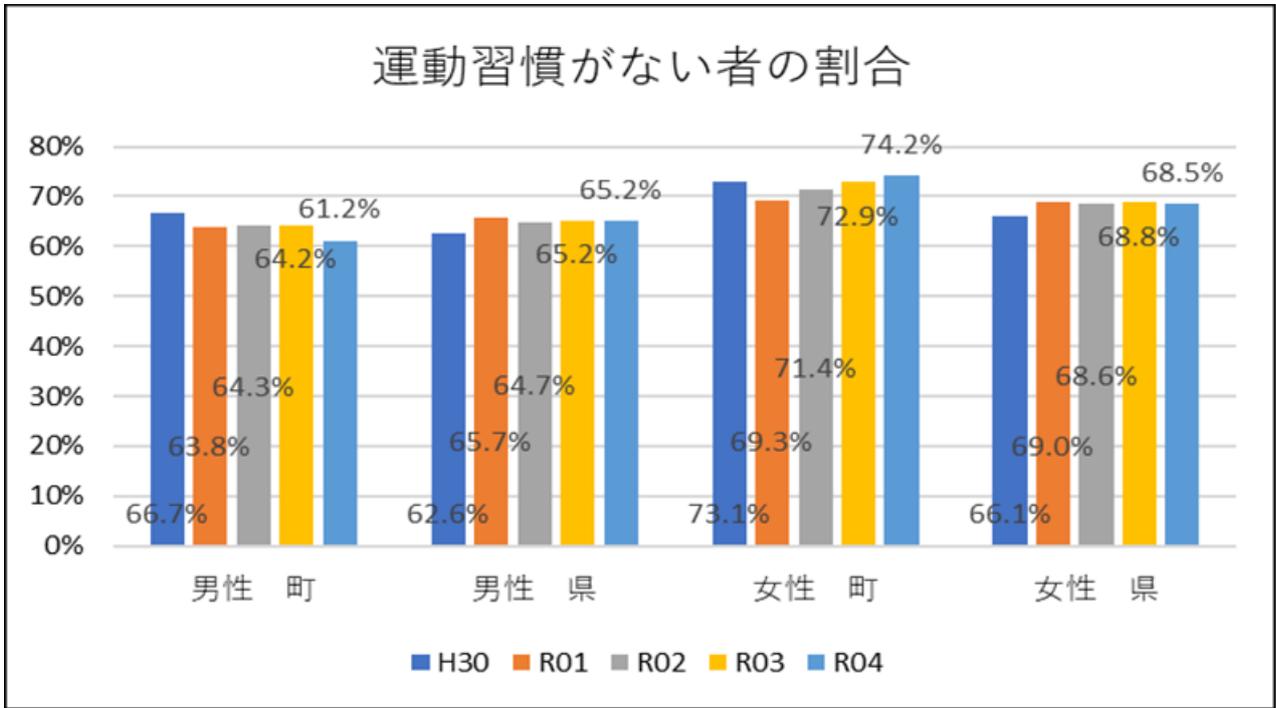
出典 KDBシステム
「質問票調査の状況」

データ分析の結果 喫煙率は男性で平成30年度の32.6%からほぼ横ばいで推移し、令和4年度で29.0%となっており、県平均22.9%よりも高い推移となっている。女性も4.4%から6.8%で推移し、県平均よりもわずかに高い推移をしている。特に男性の喫煙者の割合が女性よりも高い傾向にある。



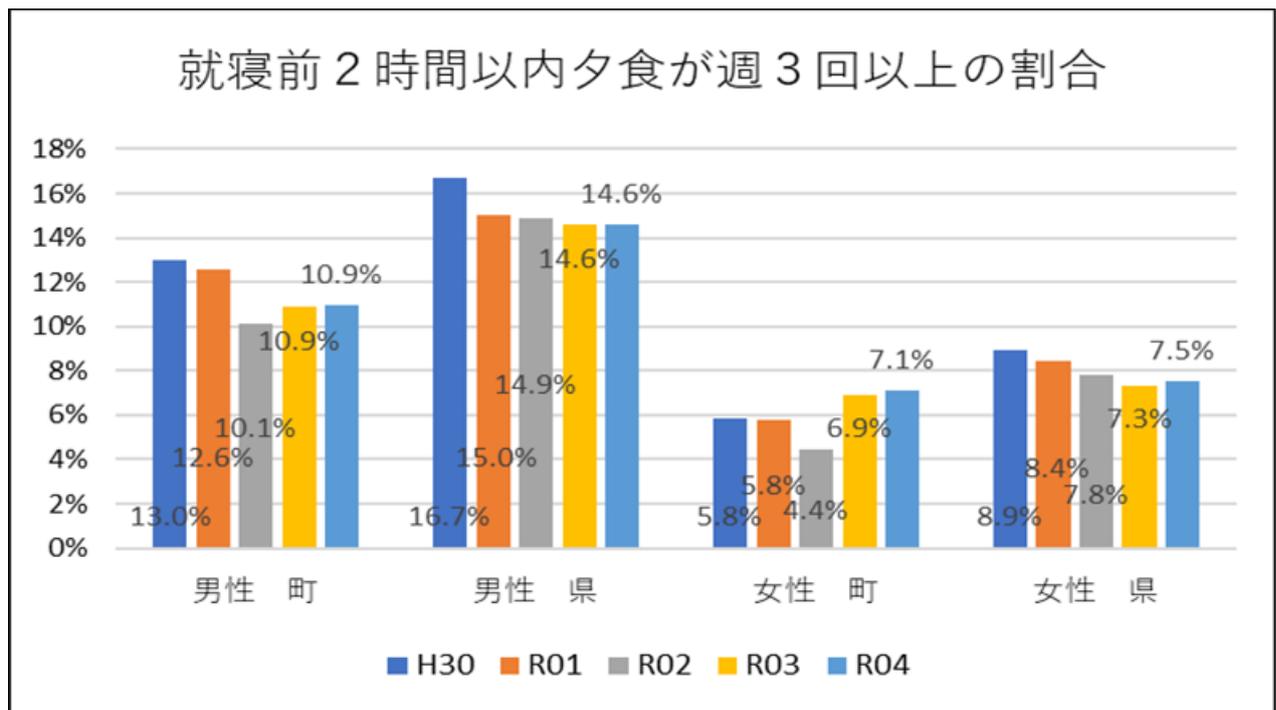
図表21	1日1時間以上の運動習慣がない者の割合	出典	KDBシステム 「質問票調査の状況」
------	---------------------	----	-----------------------

データ分析の結果 1日1時間以上の運動習慣がない者の割合は、令和4年度男性で61.2%と県平均65.2%を下回っている。女性も74.2%と県平均68.5%を下回っている。特に、女性の方が男性に比べて運動習慣がない者の割合が高い傾向にある。



図表22	就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合	出典	KDBシステム 「質問票調査の状況」
------	------------------------	----	-----------------------

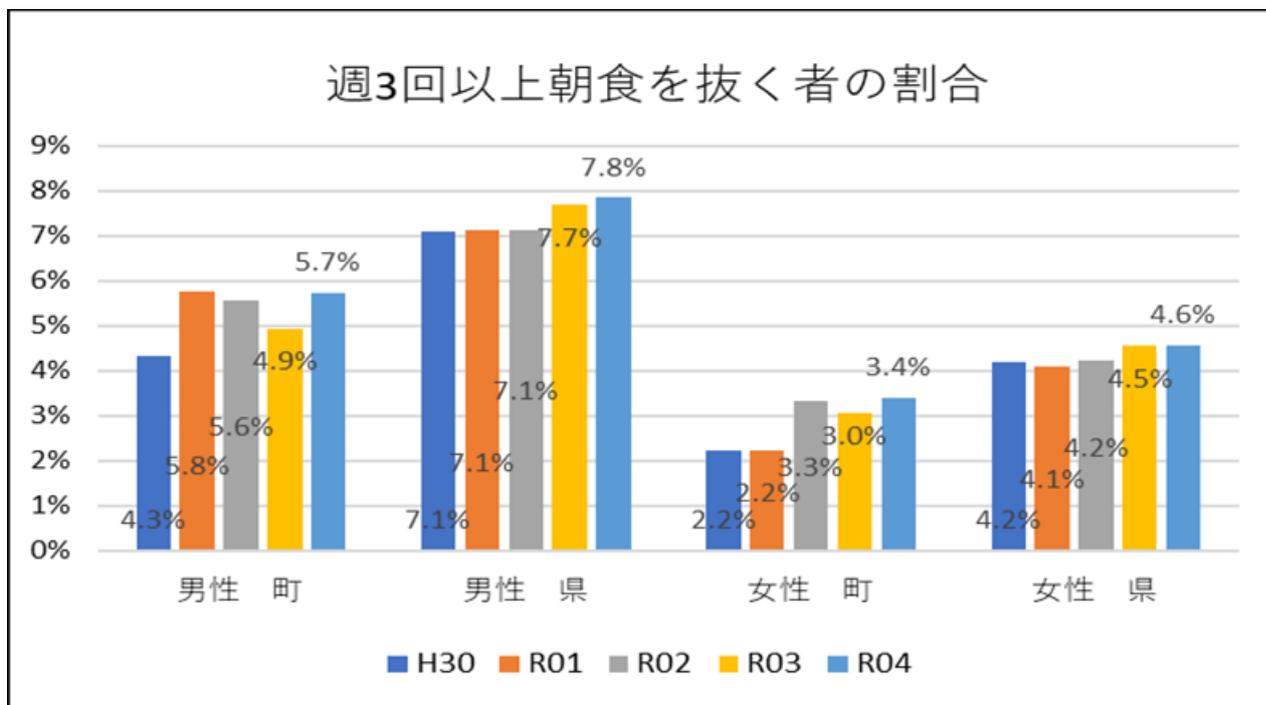
データ分析の結果 就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の方は令和4年度男性で10.9%と県平均14.6%を下回っている。女性は7.1%と県平均7.5%と同等の数値となっている。男女別に見ると、男性の方が女性よりも就寝前に食事をとる割合が高い傾向にある。



図表23 週3回以上朝食を抜く者の割合

出典 KDBシステム
「質問票調査の状況」

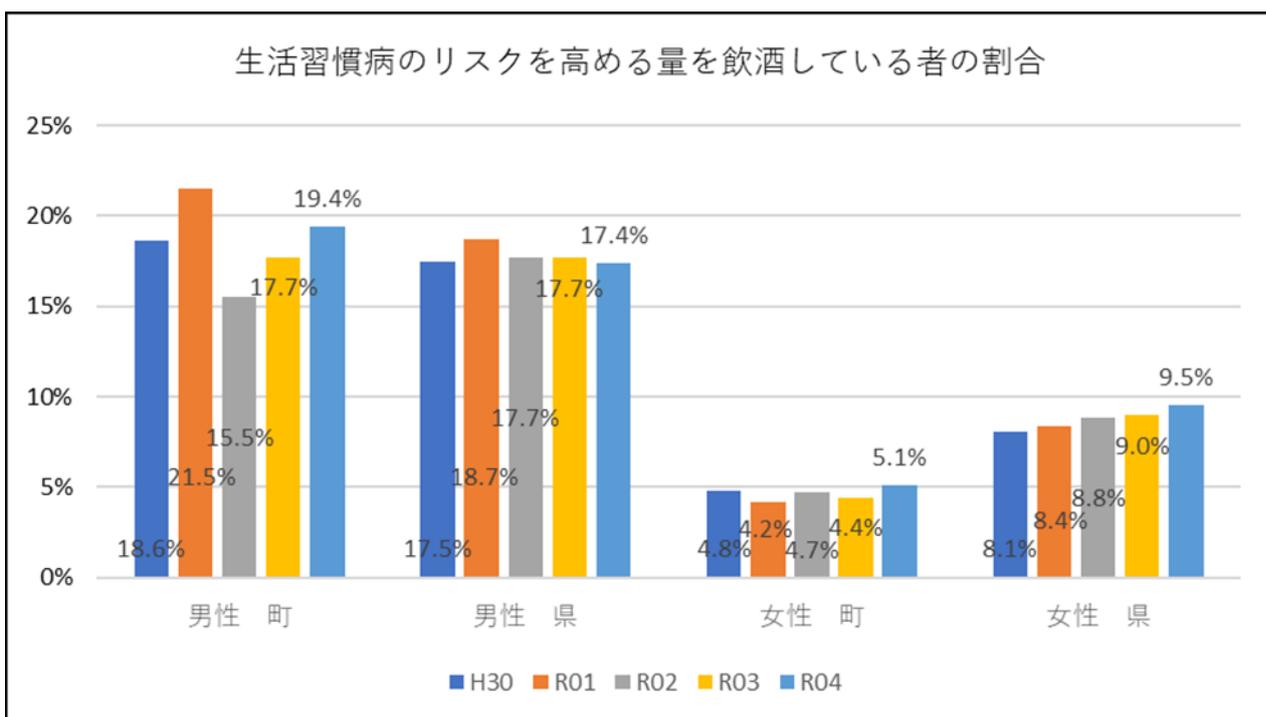
データ分析の結果 週3回以上朝食を抜く者の割合は、令和4年度男性で5.7%と県平均7.8%を下回っている。また、女性も3.4%と県平均4.6%を下回っている。男女別に見ると、男性の方が女性よりも朝食を抜く者の割合が高い傾向にある。



図表24 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合

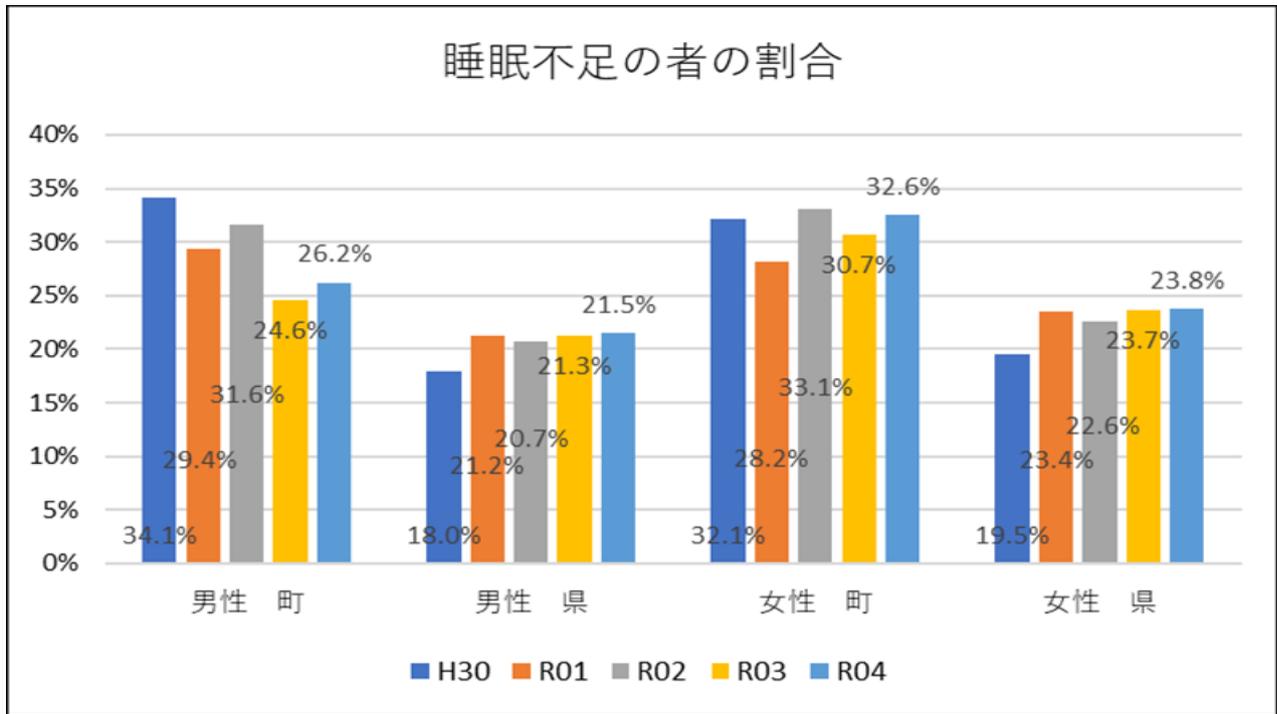
出典 KDBシステム
「質問票調査の状況」

データ分析の結果 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、令和4年度男性で19.4%と県平均17.4%を上回っている。一方、女性は5.1%と県平均9.5%を下回っている。男女別で見ると、男性の方が女性に比べて、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合が高い。



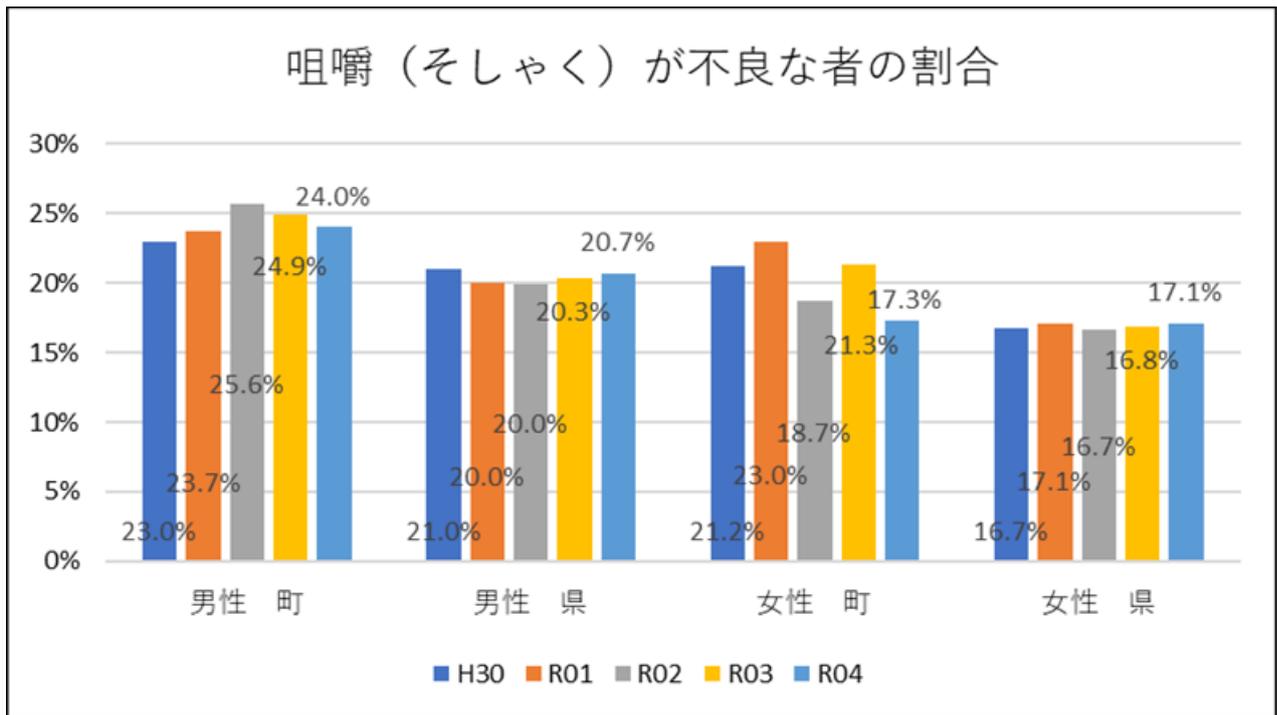
図表25	睡眠不足の者の割合	出典	KDBシステム 「質問票調査の状況」
------	-----------	----	-----------------------

データ分析の結果 睡眠不足の者の割合は、令和4年度男性で26.2%と県平均21.5%よりも高い傾向にある。また、女性は32.6%と県平均23.8%よりも高い傾向にあり、男女別に見ると、男性に比べて女性の方が睡眠不足の者の割合が高い傾向にある。



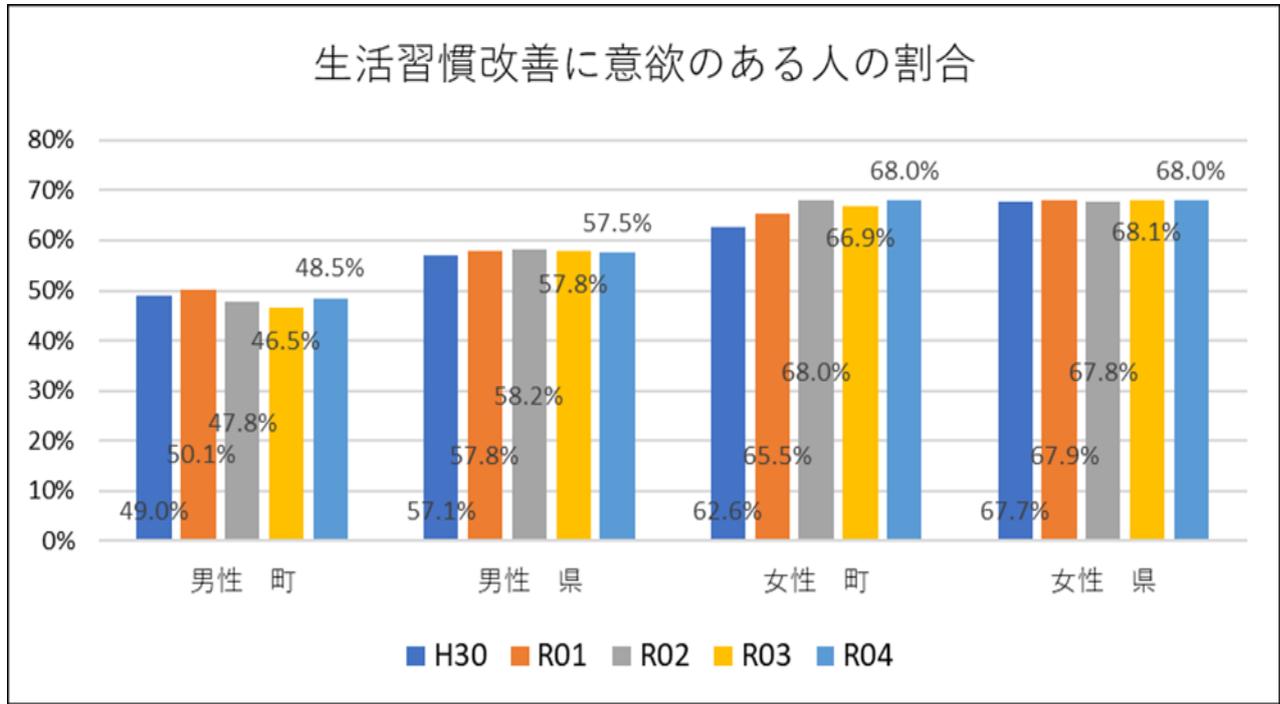
図表26	咀嚼（そしゃく）が不良な者の割合	出典	KDBシステム 「質問票調査の状況」
------	------------------	----	-----------------------

データ分析の結果 咀嚼（そしゃく）が不良な者の割合は、令和4年度男性で24.0%と県平均20.7%よりも高く、女性は17.3%と県平均17.1%と同等の数値となっている。男女別に見ると、男性の方が咀嚼（そしゃく）が不良な者の割合が高い傾向にある。



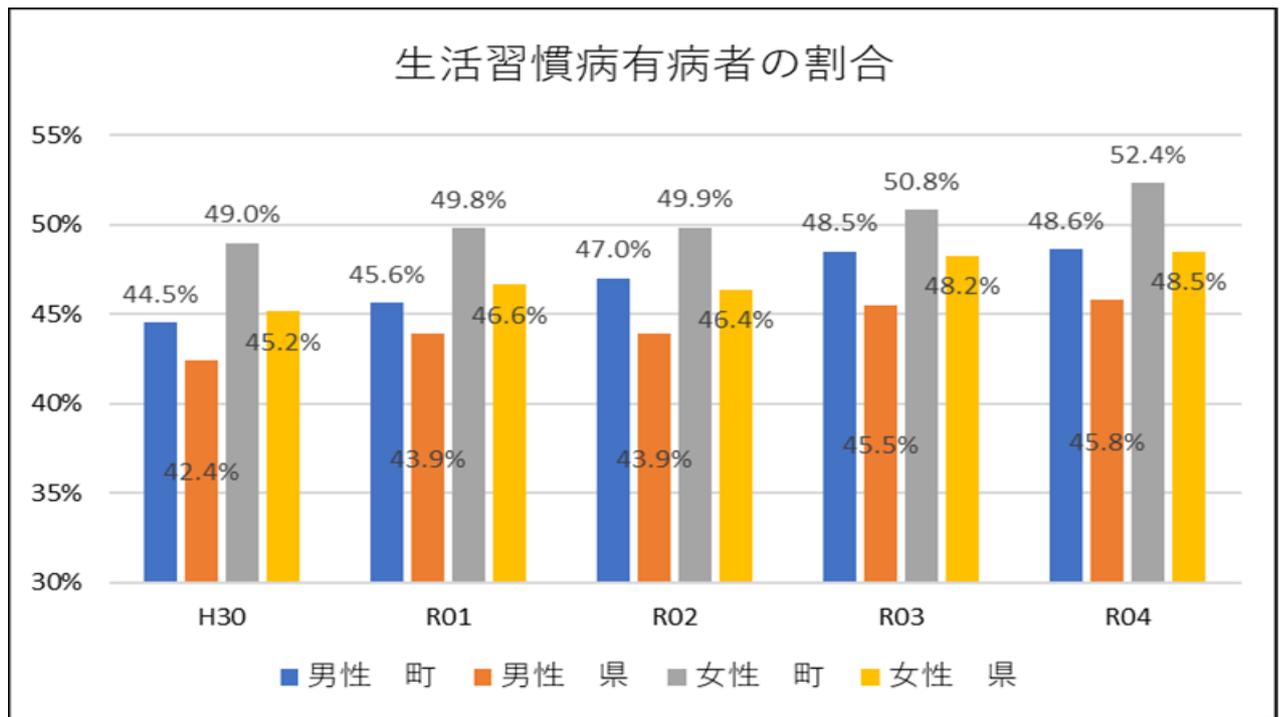
図表27	生活習慣改善に意欲のある人の割合	出典	KDBシステム 「質問票調査の状況」
------	------------------	----	-----------------------

データ分析の結果 生活習慣改善に意欲がある人の割合は、令和4年度男性で48.5%と、県平均57.5%を下回っている。女性は68.0%と県平均と同等の数値となっている。男女別に見ると、女性に比べて男性の方が生活習慣改善に意欲のある人の割合が低い傾向にある。



図表28	生活習慣病の状況	出典	KDBシステム 「厚生労働省様式3-1」
------	----------	----	-------------------------

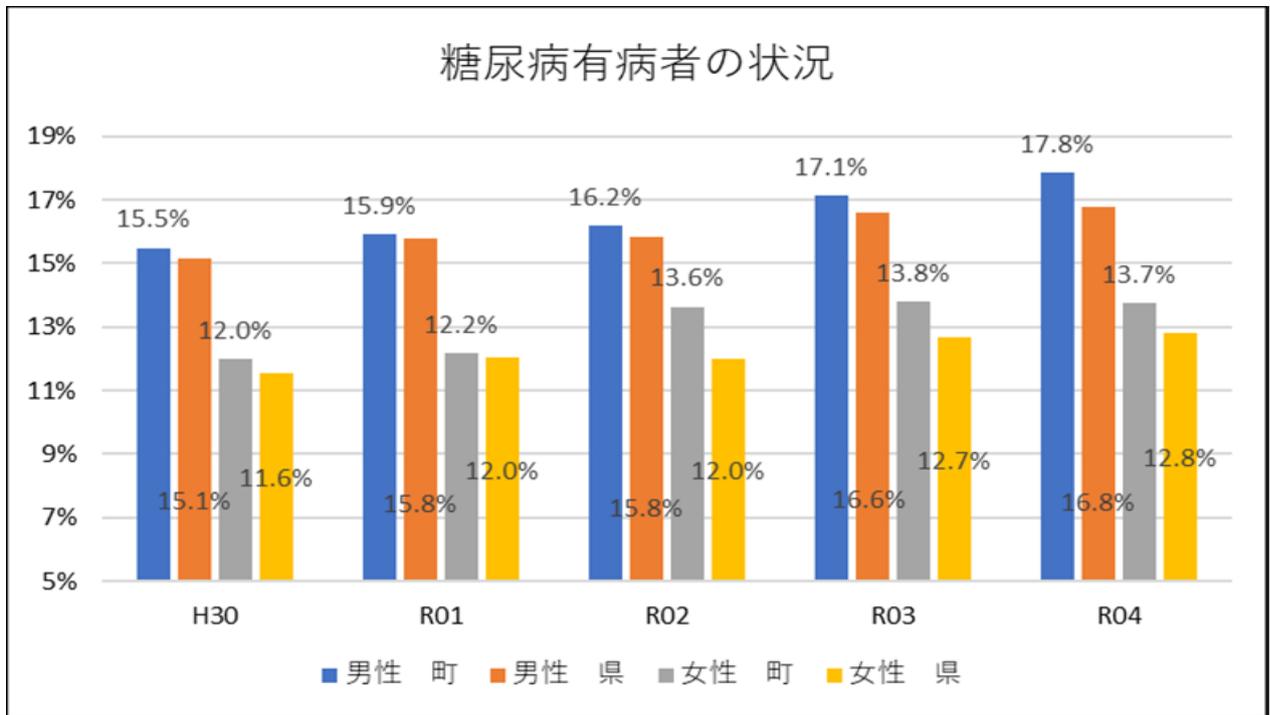
データ分析の結果 生活習慣病有病者の割合は、男性で44.5%から48.6%で、県平均よりも高く推移している。また、女性は、49.0%から52.4%で、と県平均よりも高い推移となっている。特に女性は年々増加傾向にあり、男性に比べて、女性の生活習慣病有病者の割合が高い傾向にある。



図表29 糖尿病有病者の割合

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式3-2」

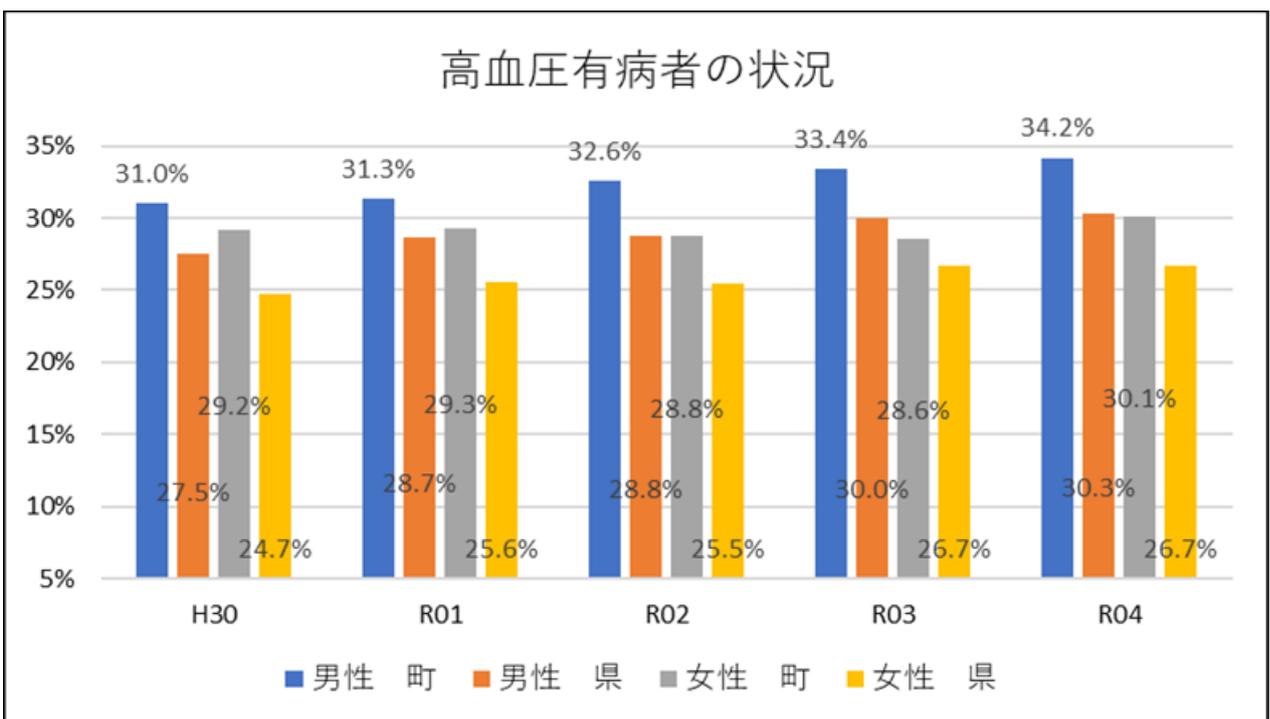
データ分析の結果 糖尿病有病者の状況は、男性で15.5%から17.8%で推移し、県平均と同等の推移となっている。女性は12.0%から13.8%の間で推移し、県平均を上回っている。男女別で見ると、男性の方が糖尿病有病者の割合が高い傾向にある。



図表30 高血圧有病者の状況

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式3-3」

データ分析の結果 高血圧有病者の状況は、男性で31.0%から34.2%で推移し、県平均よりも上回っている。女性では、28.8%から30.1%で推移し、県平均を上回っている。男女別では、男性の方が女性に比べて、高血圧有病者の割合が高い傾向にある。

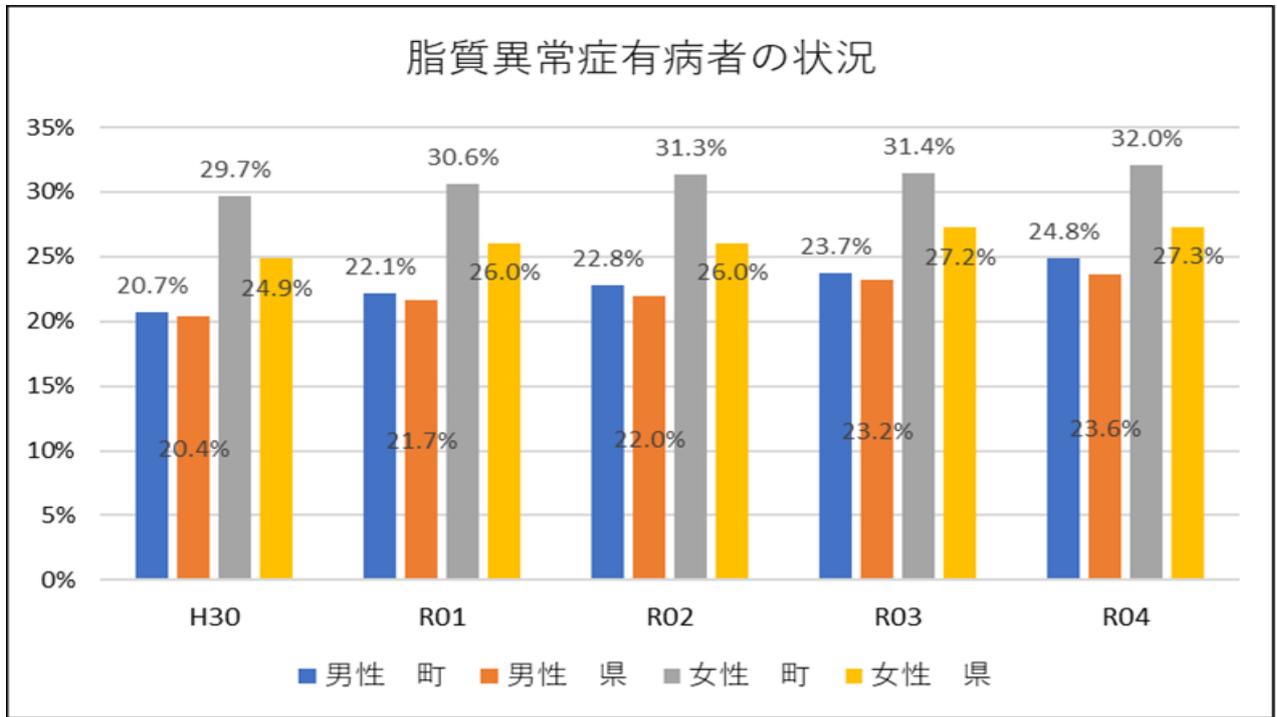


図表31 脂質異常症有病者の状況

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式3-4」

データ分析の結果

脂質異常症有病者の状況は、男性20.7%から24.8%で推移し、県平均と同等の数値となっている。女性は29.7%から32.0%で推移し、県平均を上回っている。男女別で見ると、女性の方が男性に比べて、脂質異常症有病者の割合が高い傾向にある。

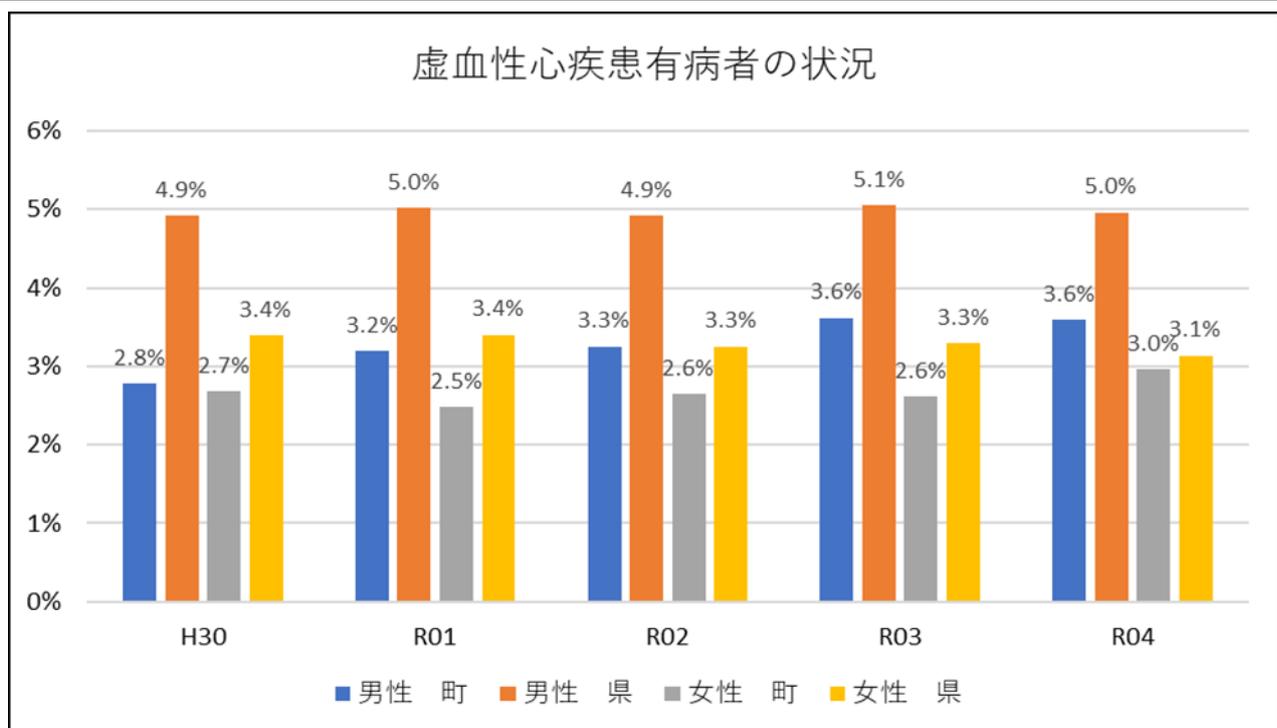


図表32 虚血性心疾患有病者の状況

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式3-5」

データ分析の結果

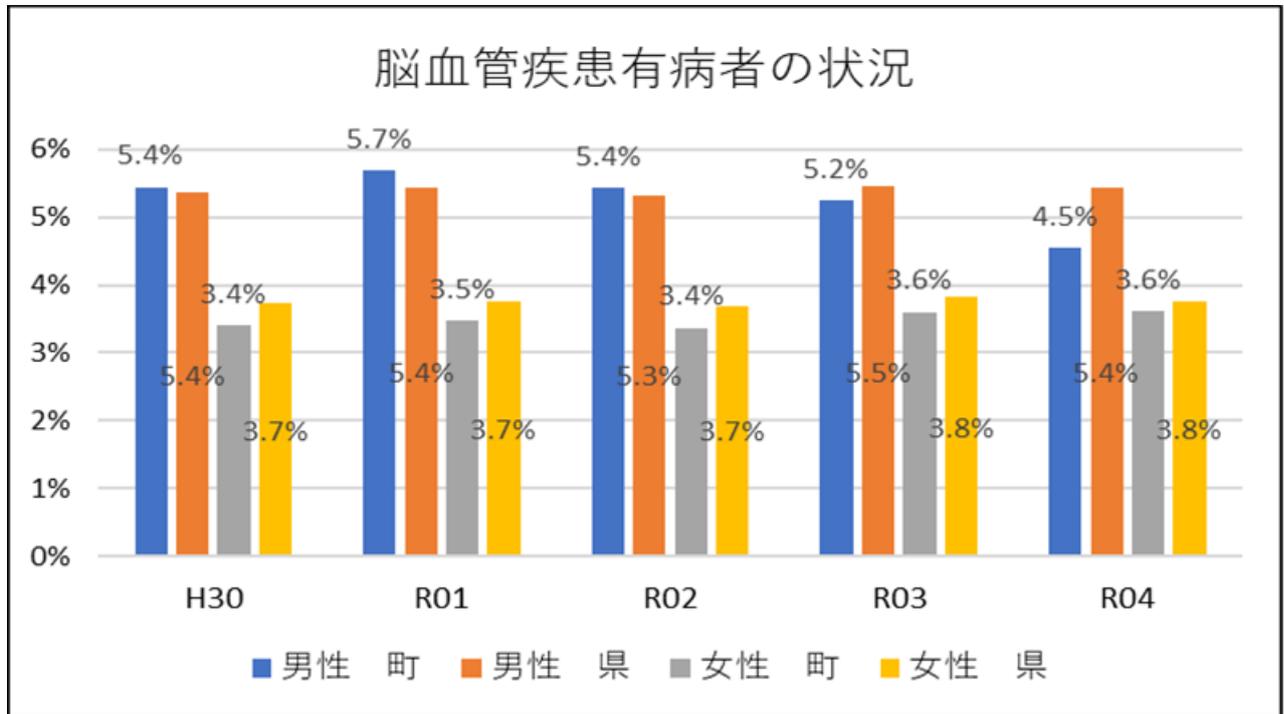
虚血性心疾患有病者の状況は、男性で2.8%から3.6%、女性で2.6%から3.0%で推移し、男女とも県平均を下回っている。



図表33 脳血管疾患有病者の状況

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式3-6」

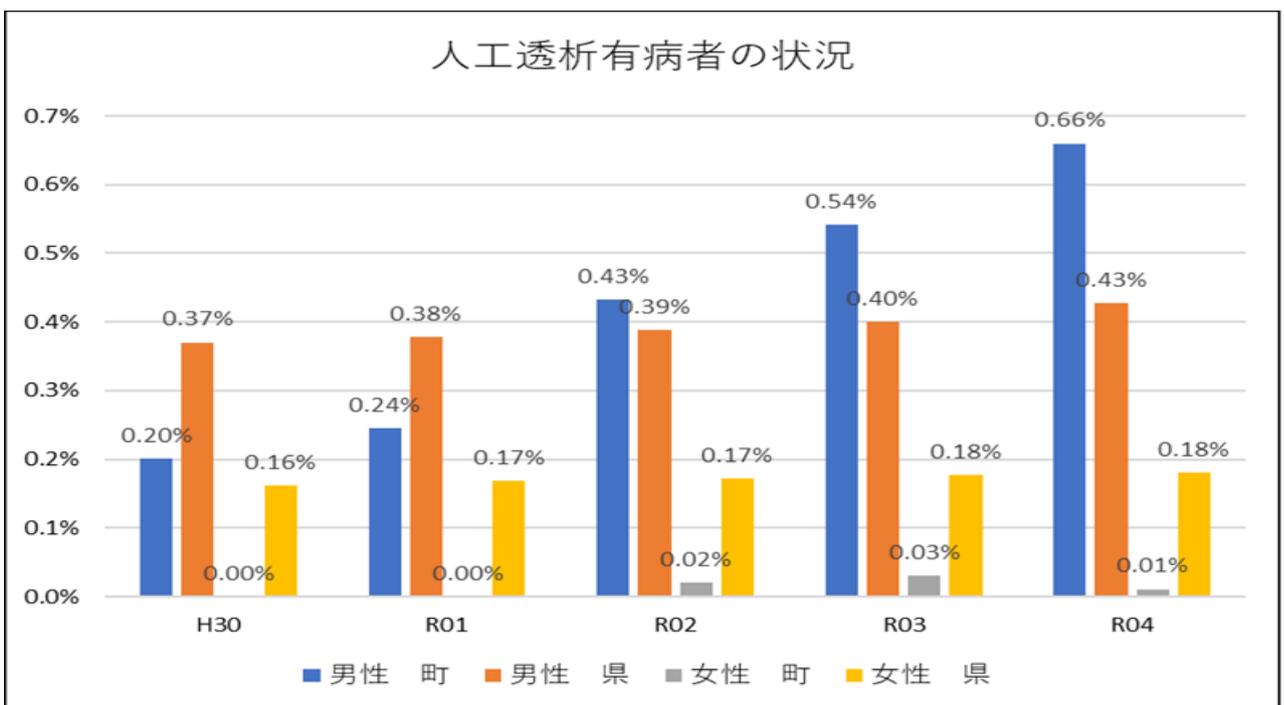
データ分析の結果 脳血管疾患有病者の状況は、男性4.5%から5.4%の間で推移し、県平均と同等の数値となっている。女性も3.4%から3.6%で推移し、県平均と同等である。男女別で見ると、男性の方が女性に比べて、脳血管疾患有病者の割合が高い傾向にある。



図表34 人工透析有病者の状況

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式3-7」

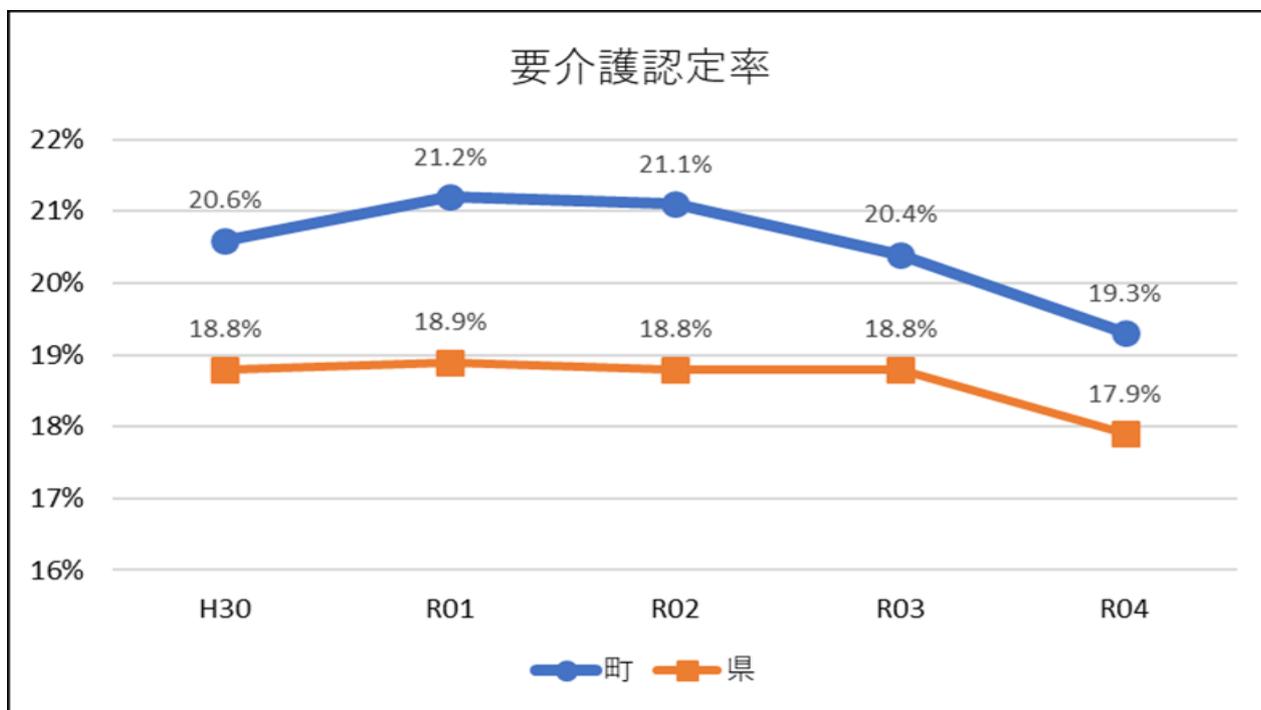
データ分析の結果 人工透析有病者の状況では、男性で0.20%から0.66%と数値は低いが、増加傾向にある。女性は、0.01%から0.03%と低い割合となっている。



図表35 介護認定の状況

出典 KDBシステム
「地域の全体像の把握」

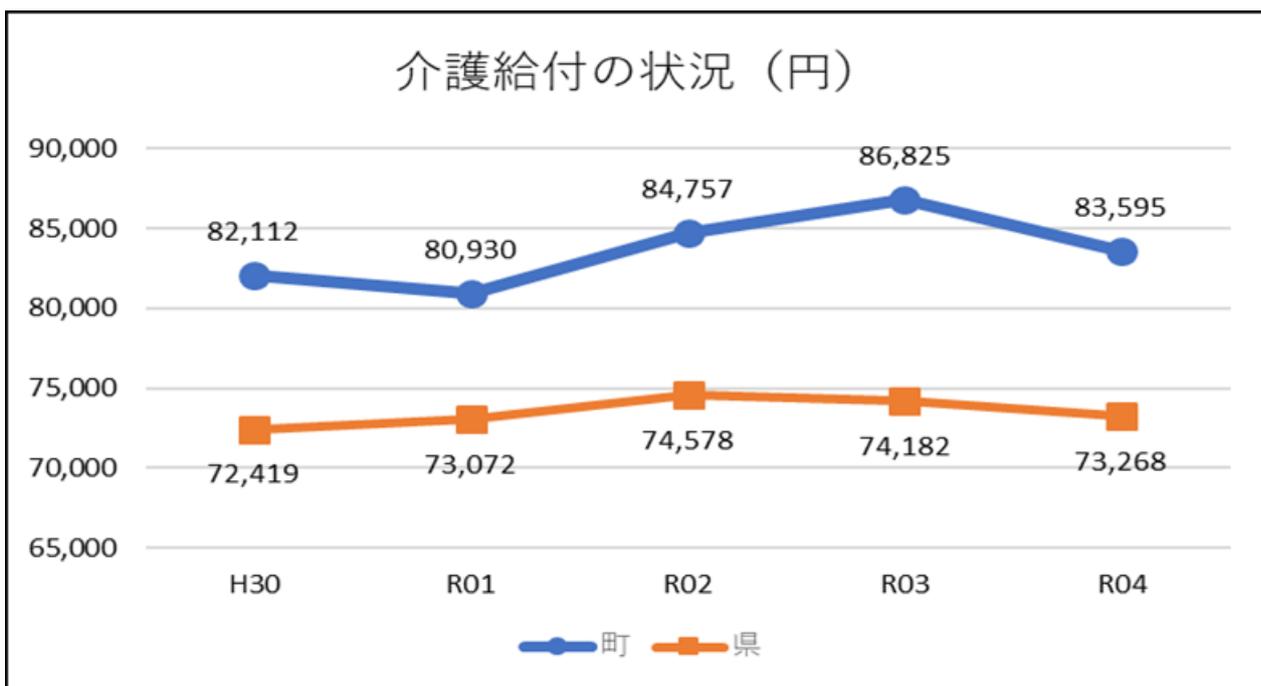
データ分析の結果 要介護認定率は町で19.3%と県平均の17.9%を上回っている。また、令和元年度の21.2%をピークに1.9%減少している。



図表36 介護給付費の状況

出典 KDBシステム
「地域の全体像の把握」

データ分析の結果 介護給付費の状況は、令和4年度、町で83,595円と県平均73,268円を上回っている。要介護認定率は減少傾向にあるが、介護給付費は平均で83,000円台で推移している。



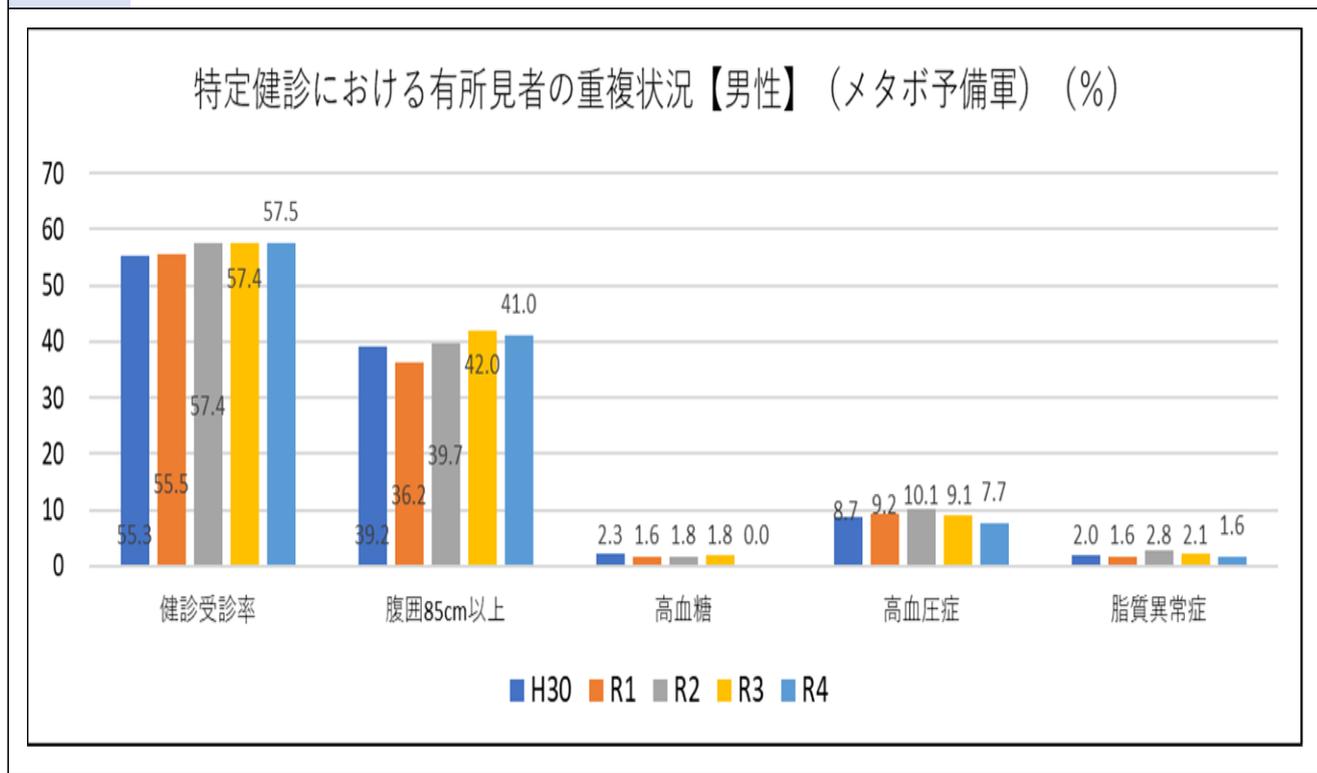
図表37 特定健診における有所見者の重複状況 出典 KDBシステム
「厚生労働省様式5-3」

データ分析の結果 特定健診の有所見者の割合では、男性で腹囲85cm以上の割合は、40%台で推移し、女性で腹囲90cm以上の割合は20%台で推移している。男性の有所見者重複状況では、予備軍の割合は平成30年度から減少しているが、該当者の割合は平成30年度26.2%から令和4年度で31.7%と上昇している。また、女性の有所見者重複状況では、予備軍の割合は平成30年度から減少しているが、該当者の割合は平成30年度9.4%から令和4年度で13.3%と上昇傾向にある。

		男性	H30	割合(%)	R1	割合(%)	R2	割合(%)	R3	割合(%)	R4	割合(%)
健診対象者数(40~74歳)			711		687		688		672		637	
健診受診者数			393	55.3	381	55.5	395	57.4	386	57.4	366	57.5
腹囲85cm以上			154	39.2	138	36.2	157	39.7	162	42.0	150	41.0
有所見者重複状況	予備軍	高血糖	9	2.3	6	1.6	7	1.8	7	1.8	0	0.0
		高血圧症	34	8.7	35	9.2	40	10.1	35	9.1	28	7.7
		脂質異常症	8	2.0	6	1.6	11	2.8	8	2.1	6	1.6
		計	51	13.0	47	12.3	58	14.7	50	13.0	34	9.3
	該当者	高血糖+高血圧症	24	6.1	27	7.1	24	6.1	20	5.2	30	8.2
		高血糖+脂質異常症	4	1.0	1	0.3	2	0.5	4	1.0	2	0.5
		高血圧症+脂質異常症	43	10.9	44	11.5	43	10.9	49	12.7	53	14.5
		高血糖+高血圧症+脂質異常症	32	8.1	19	5.0	30	7.6	39	10.1	31	8.5
		計	103	26.2	91	23.9	99	25.1	112	29.0	116	31.7
		計	103	26.2	91	23.9	99	25.1	112	29.0	116	31.7
女性			H30	割合(%)	R1	割合(%)	R2	割合(%)	R3	割合(%)	R3	割合(%)
健診対象者数(40~74歳)			606		602		594		580		560	
健診受診者数			361	59.6	362	60.1	360	60.6	361	62.2	353	63.0
腹囲90cm以上			58	16.1	77	21.3	73	20.3	72	19.9	66	18.7
有所見者重複状況	予備軍	高血糖	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0
		高血圧症	19	5.3	19	5.2	16	4.4	16	4.4	17	4.8
		脂質異常症	4	1.1	6	1.7	5	1.4	6	1.7	2	0.6
		計	24	6.6	26	7.2	22	6.1	22	6.1	19	5.4
	該当者	高血糖+高血圧症	5	1.4	10	2.8	10	2.8	6	1.7	5	1.4
		高血糖+脂質異常症	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0
		高血圧症+脂質異常症	14	3.9	22	6.1	28	7.8	28	7.8	22	6.2
		高血糖+高血圧症+脂質異常症	14	3.9	18	5.0	12	3.3	16	4.4	20	5.7
		計	34	9.4	51	14.1	51	14.2	50	13.9	47	13.3
		計	34	9.4	51	14.1	51	14.2	50	13.9	47	13.3

図表38 特定健診における有所見者の重複状況(男性・メタボ予備軍) 出典 KDBシステム
「厚生労働省様式5-3」

データ分析の結果 特定健診における男性のメタボ予備軍有所見者の重複状況では、腹囲85cm以上の割合が41.0%であり、そのうち高血圧症の割合が7.7%、脂質異常症が1.6%となっている。

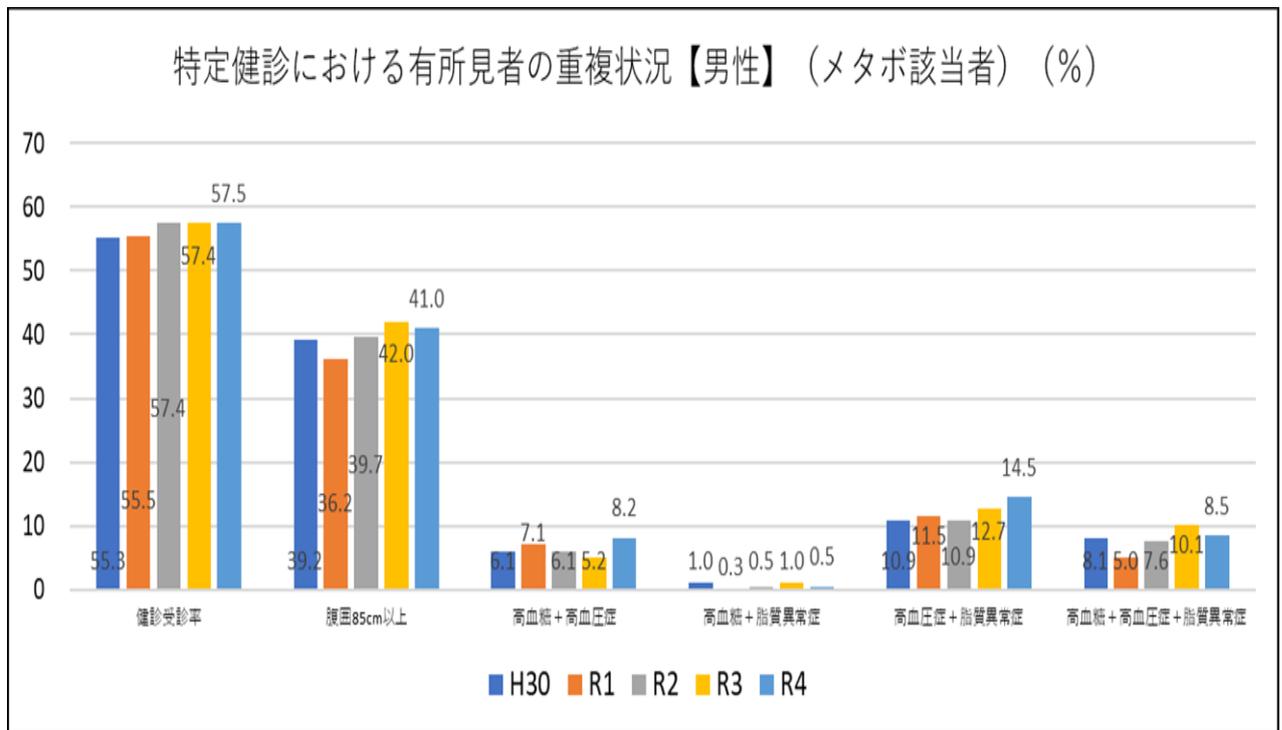


図表39 特定健診における有所見者の重複状況（男性・メタボ該当者）

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式5-3」

データ分析
の結果

特定健診における男性のメタボ該当者有所見者の重複状況では、腹囲85cm以上が41.0%で、そのうち高血糖と高血圧症該当者が8.2%、高血糖と脂質異常症該当者が0.5%、高血圧と脂質異常症該当者が14.5%、高血糖、高血圧、脂質異常症該当者が8.5%となっている。

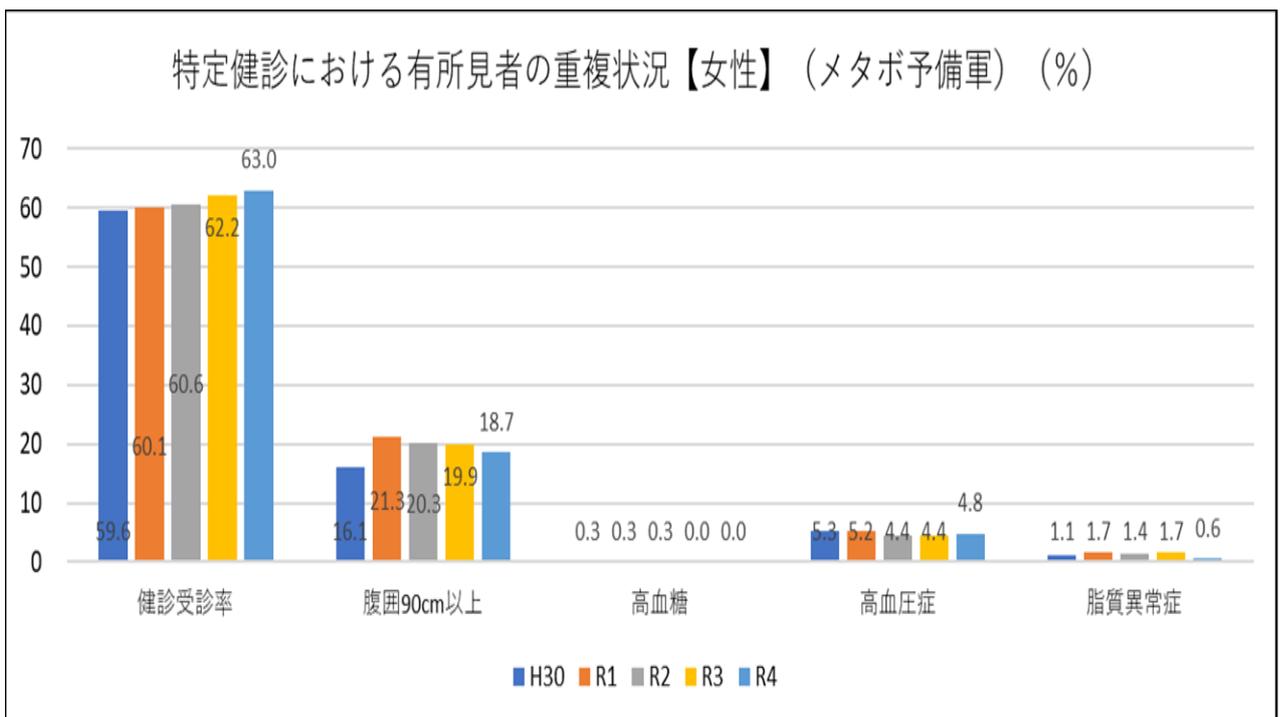


図表40 特定健診における有所見者の重複状況（女性・メタボ予備軍）

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式5-3」

データ分析
の結果

特定健診における女性のメタボ予備軍有所見者の重複状況では、腹囲90cm以上の割合が18.7%であり、そのうち高血圧症の割合が4.8%、脂質異常症が0.6%となっている。

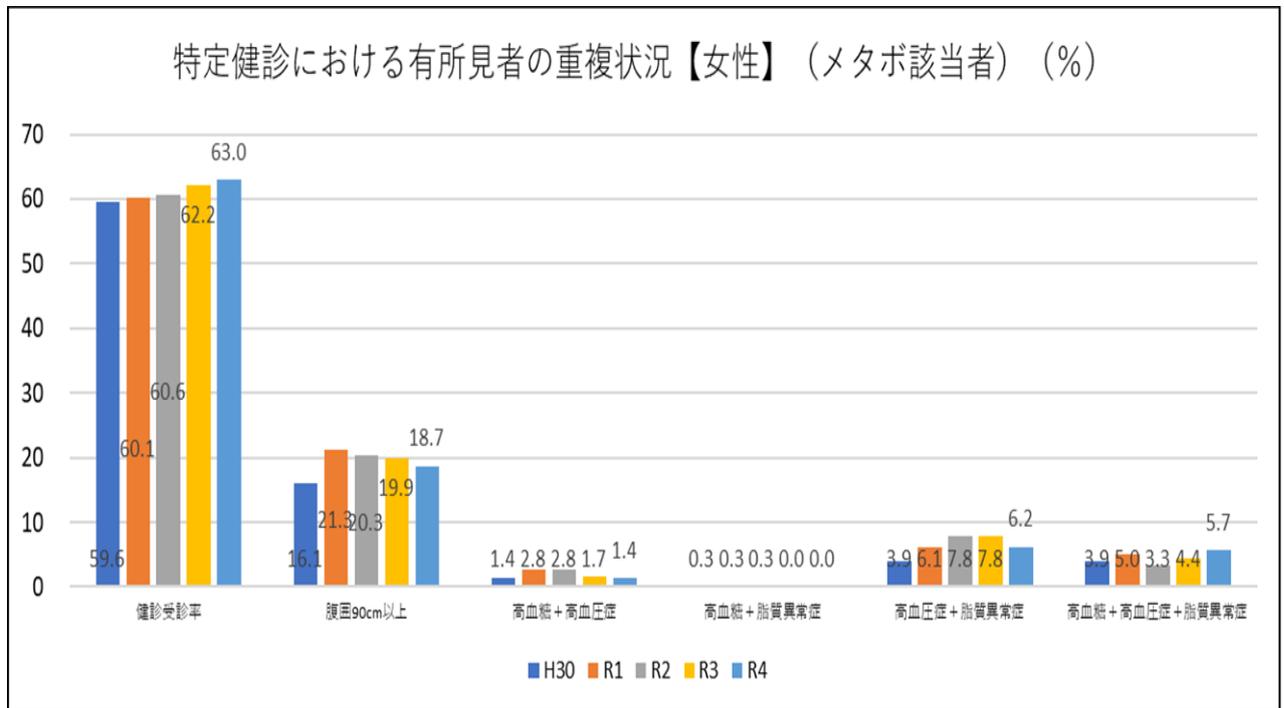


図表41 特定健診における有所見者の重複状況（女性・メタボ該当者）

出典 KDBシステム
「厚生労働省様式5-3」

データ分析
の結果

特定健診における女性のメタボ該当者有所見者の重複状況では、腹囲90cm以上が18.7%で、そのうち高血糖と高血圧症該当者が1.4%、高血糖と脂質異常症該当者が0%、高血圧と脂質異常症該当者が6.2%、高血糖、高血圧、脂質異常症該当者が5.7%となっている。



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

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	計画全体の目的		計画全体の目標									
			生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費の適正化を目指す。		計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
			2022 (R4)	2024 (R6)				2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)		
A	生活習慣病有病者の割合が県平均よりも高く、増加傾向にある。外来医療費の上位を生活習慣病が占めており、それに起因すると考えられる脳血管疾患や慢性腎臓病の入院医療費も上位となっている。	✓	1.2,3,4,6	i	特定健診受診率の向上 健診連続受診の定着 特定保健指導実施率(終了率)の向上	特定健診受診率	法定報告データ	男女計 60.3%	60.8%	61.3%	61.8%	62.3%	62.8%	63.4%
B	血圧有所見者の割合が県平均よりも高く、受診勧奨対象者の割合が増加傾向にある。	✓	1,2,3,6	ii		特定保健指導実施率	法定報告データ	男女計 40.8%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%
C	人工透析導入者の割合が年々増加しており、重症化予防（血糖受診勧奨）対象者割合が県平均よりも高い。	✓	1,3,4	iii	平均自立期間の延伸	平均自立期間（要介護2以上）	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 77.6歳 (女性) 80.6歳	(男性) 77.7歳 (女性) 80.7歳	(男性) 77.9歳 (女性) 80.6歳	(男性) 78.1歳 (女性) 81.1歳	(男性) 78.2歳 (女性) 81.2歳	(男性) 78.4歳 (女性) 81.4歳	(男性) 78.6歳 (女性) 81.6歳
D	特定健康診査受診率では40～50代の若い世代の受診率が低い。		1,3	iv		内臓脂肪症候群該当者の割合	KDBシステム「厚生労働省様式5-3」	男女計 22.7%	22.0%	21.0%	21.0%	20.5%	20.5%	20.0%
E	内臓脂肪症候群該当者及び予備軍の割合は増加傾向にあるが、特定保健指導実施率は減少している。		1,2,3	v	生活習慣病有病者の減少	高血圧有病者の割合	KDBシステム「集計対象者一覧」	男女計 32.3%	31.7%	31.1%	30.5%	29.9%	29.3%	28.5%
F	生活習慣（喫煙、運動、咀嚼）に問題のある者の割合が県平均よりも高いが、生活習慣改善意欲なしの割合も高い。健康意識の低さが課題となる。		1	vi		血糖有所見者の割合	KDBシステム「集計対象者一覧」	男女計 77.9%	77.0%	76.1%	75.2%	74.3%	73.4%	72.5%
G	介護認定率が県平均よりも高く、介護給付費では介護区分が上がるほど県平均を上回っている。		4,5,6	vii		重症化予防(受診勧奨事業)対象者割合【血糖】	KDBシステム「集計対象者一覧」	男女計 6.9%	6.5%	6.0%	6.0%	5.5%	5.5%	5.0%
H				viii	糖尿病の重症化予防	糖尿病有病者の割合	KDBシステム「厚生労働省様式3-2」	男女計 15.9%	15.7%	15.5%	15.3%	15.2%	15.0%	14.8%
I				ix		人工透析有病者の状況	KDBシステム「厚生労働省様式3-7」	男女計 0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
J				x										

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
3	特定健康診査	若人健診事業	重点
4	特定健康診査	特定健康診査受診率向上対策事業	
5	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業	重点
6	重症化予防（受診勧奨）	高血圧症重症化予防事業	重点
7	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用差額通知事業	

事業 1	特定健康診査事業
------	----------

事業の目的	生活習慣病有病者及びその予備群の減少と国保被保険者の健康増進の保持、生活習慣病予防を目的とする。
事業の概要	特定健康診査を行う。
対象者	特定健診の実施年度中に40歳から74歳になる被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪脂肪症候群該当者割合	法定報告値	22.7%	22.0%	21.0%	21.0%	20.5%	20.5%	20.0%
	2	内臓脂肪脂肪症候群該当者の減少率	法定報告値	14.7%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定健診受診率	法定報告値	60.3%	60.8%	61.3%	61.8%	62.3%	62.8%	63.4%

プロセス (方法)	周知	町報や町ホームページ等に掲載し、毎年2月に全世帯に対して受診意向調査を行う。受診希望者に対して、問診票を送付する。毎月開催している70歳からの医療制度説明会で健康診査の周知を行う。	
	勧奨	未申込者に対しては、受診勧奨事業で受診を促す。申込者で、受診しなかった方には再度、ハガキ等で受診勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	実施形態	公益財団法人やまがた健康推進機構、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターへ委託して健康診査を実施する。
		実施場所	・特定健康診査：大石田町保健センター ・人間ドック：山形検診センター（山形市）、総合健診センター（寒河江市）
		時期・期間	集団健診：6月から11月の間で、地区ごと実施する。
		データ取得	健診後の保健指導に向けて、基本的な健診項目（質問票、身体測定、血圧測定、脂質検査、肝機能検査、血糖検査、尿検査）、詳細な検査（貧血検査、心電図検査、眼底検査、腎機能検査）を実施し、データを取得する。
		結果提供	集団健診：健診実施後、1ヶ月後に健診結果を郵送する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	国が目標として設定している市町村国保の特定健康診査実施率60%以上を目標値とする。また、健診結果でハイリスク者と判定された受診者には、対面または電話でフォローを実施する。(電話フォロー率50%以上)		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	特定健康診査の意向調査は、保健衛生担当で行い、特定健康診査の評価等については、保健医療担当で行う。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	大石田町国民健康保険運営協議会に実績を報告し、評価をいただく。
	国民健康保険団体連合会	実施機関より特定健康診査及び特定保健指導のデータを受領する。
	民間事業者	
	その他の組織	公益財団法人やまがた健康推進機構及び一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターに、業務を委託し実施する。
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診結果で、ハイリスク該当者は、健診機関から保健福祉課へ連絡し、フォローする連携体制を構築する。

事業 2	特定保健指導事業
-------------	-----------------

事業の目的	特定保健指導実施によりメタボリックシンドローム該当者及び予備軍を減少させることで、生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定健康診査の結果により、対象者に対し特定保健指導を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	22.7%	22.0%	21.0%	21.0%	20.5%	20.5%	20.0%
	2	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	21.4%	22.0%	23.0%	23.0%	24.0%	24.0%	25.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告値	40.8%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%

プロセス (方法)		周知	健診会場で、特定保健指導に関するパンフレットを配布・掲示する。
		勧奨	一日人間ドックの対象者には、健診会場で初回支援利用勧奨をする。 総合健診の対象者には電話での初回支援利用勧奨をする。
	実施 および 実施後の 支援	初回面接	一日人間ドックにおける特定保健指導対象者は、健診当日に初回支援を実施する。(委託) 総合健診における特定保健指導対象者は、健診約1か月後に個別支援の案内を電話連絡し、申込に基づいて実施する。(直営)
		実施場所	委託先健診センターが設定する会場または町保健センターで実施する。
		実施内容	指導対象者個人の特性に応じて、人体状況及び生活習慣の改善を重視した支援を行う。 特定保健指導の効果を高めるため、成果等について見える化を進め、対象者に還元する。 喫煙者については、禁煙指導を含めた保健指導を実施する。
		時期・期間	集団健診後の初回支援：健康診査と同日、もしくは同日以降の早い段階で実施 初回支援を受けていない者への再勧奨：11月に実施 最終評価：指導期間終了後直ちに実施
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了者に町健康教室等を案内し、継続的な生活習慣改善につなげる。
		その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	直営で実施する特定保健指導初回支援日は、対象者と調整のうえ決定し利用率を上げる。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保健福祉課保健医療グループ 保健師
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	特定保健指導の委託先となる健診センターとの連携体制を構築する。
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	町の健康課題や特定保健指導事業の評価指標を委託先事業者と共有する。 委託先での保健指導については、進捗状況の報告を得るようにし、利用率を上げるための必要な対策を検討する。

事業 3	若人健診事業
-------------	---------------

事業の目的	若年層のうちから健康意識の醸成を図り、健康増進の保持、生活習慣病予防を目的とする。
事業の概要	実施年度において、国民健康保険に加入している30歳から39歳の被保険者に健診案内を行い、特定健診の受診料を補助する。
対象者	実施年度において、国民健康保険に加入している30歳から39歳の被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健診受診率 (40歳～44歳)	法定報告値	37.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診対象者の受診率	受診対象者受診率	38.9%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

プロセス (方法)	周知	実施年度において、30歳から39歳の対象者に特定健診の案内を送付する。	
	勧奨		
	実施 および 実施後の 支援	実施形態	公益財団法人やまがた健康推進機構、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターへ委託して健康診査を実施する。
		実施場所	大石田町保健センター
		時期・期間	集団健診：6月から11月の間で、地区ごと実施する。
		データ取得	健診後の保健指導に向けて、基本的な健診項目（質問票、身体測定、血圧測定、脂質検査、肝機能検査、血糖検査、尿検査）、詳細な検査（貧血検査、心電図検査、眼底検査、腎機能検査）を実施し、データを取得する。
		結果提供	集団健診：健診実施後、1ヶ月後に健診結果を郵送する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診対象者のうち60%以上の受診率を目標値とする。また、健診結果でハイリスク者と判定された受診者には、対面または電話でフォローを実施する。(電話フォロー率50%以上)		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健診対象者への案内、健診結果の評価等については、保健医療担当で行う。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	大石田町国民健康保険運営協議会に実績を報告し、評価をいただく。
	国民健康保険団体連合会	実施機関より健診結果及び特定保健指導のデータを受領する。
	民間事業者	
	その他の組織	公益財団法人やまがた健康推進機構及び一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターに、業務を委託し実施する。
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診結果で、ハイリスク該当者は、健診機関から保健福祉課へ連絡し、フォローする連携体制を構築する。

事業 4

特定健康診査受診率向上対策事業

事業の目的	特定健診未申込者への受診勧奨を行い、受診率を向上させることにより、生活習慣病有病者及びその予備群の減少を図る。
事業の概要	特定健診の希望調査において、未申込者等に対して、受診勧奨を行う。
対象者	特定健診の実施年度中に40歳から74歳になる被保険者で、対象年度に特定健診に未申込の者。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	特定健診受診率	法定報告	60.3%	60.8%	61.3%	61.8%	62.3%	62.8%	63.4%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	勧奨通知発送数	発送数	349	450	450	450	450	450	450
	2	受診勧奨者の受診率	受診勧奨者受診率	4.8%	4.9%	4.9%	4.9%	5.0%	5.0%	5.1%

プロセス (方法)	周知	対象者に対して受診勧奨ハガキを送付する。	
	勧奨	勧奨については、委託業者で行い、過去の特定健診の受診履歴や問診票等のデータを活用し、分析を行う。その分析結果を基に、対象者に合わせた個別の勧奨通知を送付する。	
	実施および実施後の支援	実施形態	勧奨対象者を抽出し、対象者に対して受診勧奨資材の印刷及び発送を行う。
		実施場所	
		時期・期間	5月下旬から9月下旬にかけて3回程度の勧奨を行う。
		データ取得	受診勧奨者からの特定健診への申込みにより受診勧奨者の受診率を把握する。
		結果提供	資材作成用データ、受診勧奨者への通知物の発送データ、受診結果データを受託業者から受ける。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	民間のツールを活用し、受診勧奨すべき対象者の健康意識等を解析し、受診勧奨への感度が異なる5つ以上のグループに分類し、受診勧奨資材を送付することにより、受診勧奨者の受診率向上を図る。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健診の意向調査については、保健衛生担当で行い、勧奨内容について共有を行う。委託業者との打合せ事業の進捗等は保健医療担当で実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	大石田町国民健康保険運営協議会に実績を報告し、評価をいただく。
	国民健康保険団体連合会	受診率向上事業に係る全般の支援及び業務関係データの提供、契約業務を行う。
	民間事業者	人工知能を用いて、健診対象者ごとの健診受診の予測値を算出し、受診勧奨すべき対象者を特定し、対象者の健康意識に合った勧奨資材を発送する。
	その他の組織	
	他事業	保健福祉課にて、特定健診の意向調査を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受託業者との打合せを年2回(期中、期末)実施し、未受診者の傾向について、情報の共有を図る。

事業 5

糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者を早期治療につなげ、腎不全、人工透析への移行を予防する。		
事業の概要	リスク保有者に対し保健指導と受診勧奨を行い、早期受診を促す。		
対象者	選定方法	健康診査データから該当する者を抽出する。	
	選定基準	健診結果による判定基準 山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラムの抽出基準に該当した者。	
	判定基準	レセプトによる判定基準	
		その他の判定基準	
	除外基準	がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、難病を有する者	
重点対象者の基準	HbA1c7.0%以上の者。(糖尿病治療ガイド血糖コントロール目標 合併症予防のための目標値を採用)		

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	新規人工透析導入患者数	レセプトデータから集計	1人(R4年度)	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	2	血糖重症化予防対象者割合	KDBシステムから「FBS 126mg/dl以上、またはHbA1c 6.5%以上かつ糖尿病薬別服薬なしの割合」を集計	6.95%	6.5%	6.0%	6.0%	5.5%	5.5%	5.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	医療機関受診率	受診勧奨者のうち、医療機関受診につなげた者の割合(レセプト・健診回報書で確認)	66.7%	70.0%	70.0%	75.0%	75.0%	80.0%	80.0%

プロセス(方法)	周知	健診会場で、精密検査受診についてポスターを掲示する。
	勧奨	健診結果に受診勧奨通知(精密検査回報書)を同封する。健診から約3か月後に回報書が未回収の者に対し、電話や訪問により受診勧奨する。
	実施後の支援・評価	最終受診勧奨実施後に回報書やレセプトで受診状況を確認し、受診率を集計する。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	精密検査受診の必要性についてのパンフレットを健診結果に同封する。(委託先健診センターへ委託)

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	保健福祉課保健医療グループ 保健師 事務職
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	町内医療機関には事業説明・周知を図り、回報書の返信について協力依頼を行う。
	かかりつけ医・専門医	保健指導が必要と認められた場合には、その後の連携(依頼書や連絡票の送付等)について調整を行う。
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 6

高血圧症重症化予防事業

事業の目的		高血圧症の重症化リスクの高い者を早期治療につなげ、重症化を予防する。	
事業の概要		重症化リスク保有者に対し保健指導と受診勧奨を行い、早期受診を促す。	
対象者	選定方法	健康診査データ等から該当する者を抽出し、町で選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	収縮期血圧 140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上
		レセプトによる判定基準	高血圧薬剤の服薬無し
		その他の判定基準	
	除外基準	がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、難病を有する者	
重点対象者の基準			

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	血圧重症化予防対象者割合	KDBシステムから「収縮期血圧 140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上で、かつ高血圧薬剤の服薬なしの者」を集計	15.58%	15.0%	14.0%	14.0%	13.0%	13.0%	12.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診勧奨実施率	対象者のうち受診勧奨を実施できた者の割合	—	80.0%	80.0%	80.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	2	医療機関受診率	指導後に医療機関を受診した者の割合	—	60.0%	60.0%	70.0%	70.0%	80.0%	80.0%

プロセス (方法)	周知	健診会場や広報誌で事業について周知する。
	勧奨	健診から約3か月後にレセプトで受診状況を確認し、未受診者に対して電話や対面で受診勧奨を実施する。
	実施後の支援・評価	最終受診勧奨終了後レセプトで受診状況を確認し、受診率を集計する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保健福祉課保健医療グループ (事務職・保健師)
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	町内医療機関には事業説明・周知を図る。
	かかりつけ医・専門医	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	町内医療機関と連携を図りながら実施する。

事業 7

ジェネリック医薬品利用差額通知事業

事業の目的	後発医療品への切り替えを推進することで、全体の医療費を抑えることを目的とする。
事業の概要	ジェネリック医薬品差額通知を送付する。(年2回)
対象者	ジェネリック医薬品に切り替えた際に差額の出る被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	使用割合	国公表データ	88.1%	88.5%	88.8%	89.3%	89.6%	89.8%	90.0%
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	切替割合(若人)	差額通知書別集計表	25.5%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	2	切替割合(前期高齢者)	差額通知書別集計表	26.7%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%
プロセス(方法)	対象者に差額通知を年2回発送し、厚生労働省で公表のシェア率と、国保総合システムで作成される差額通知書別集計表を基に切替率を検証する。									
ストラクチャー(体制)	国民健康保険団体連合会において、対象者の抽出を行い、庁内担当者(保健福祉課)が差額通知の発送を行う。									

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>令和8年度を目途に中間評価を行い、令和11年度に最終評価を行う。 また、個別の保健事業については、計画の趣旨を踏まえた評価指標をそれぞれ設定し、目標とする数値について毎年度評価を行う。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、ホームページ等で公表するとともに、各関係団体へ周知を図る。 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について広く意見を求める。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>本計画を策定、実施、評価、改善するにあたり、被保険者の個人情報の取り扱いは個人情報保護法及び、大石田町個人情報保護法施行条例等に基づき、適切に取り扱う。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>今後、より一層高齢化が進展していく状況において、高齢者の健康保持と自立した生活を送ることができるよう支援するため、より身近な地域で心身の機能を改善することはもとより、生きがいや役割を持って参加できる集いの場づくりを進めることなど、介護予防や生活支援等多様なサービスを充実していく必要がある。 また、KDBシステムによるデータを活用し、ハイリスク群・予備軍等の対象者の把握を行い、保険師等の専門職による地域訪問活動を通して、きめ細かな支援を行い、地域包括ケアの充実を図る必要がある。 さらに、令和元年の介護保険法の改正において、高齢者の心身の多様な課題に対応するため、高齢者保健事業と介護予防を一体的に実施するよう努めるものとされたことから、当町においても、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業」に取り組む必要がある。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>本計画の推進においては、国民健康保険担当、保健師、介護保険担当の連携を強化し、地域の課題を整理し（P）、既存の保健事業を継続しながら、地域全体の健康意識向上のためポピュレーションアプローチを推進し（D）、事業を通して見えた課題を組織内で共有することに努め（C）、より地域の実情にあった保健事業の実施に努める（A）。（PDCAサイクルの実施） また、KDBデータ等を活用して、保健事業のデータ分析、評価に努める。</p>