

第二期白鷹町保健事業実施計画  
（第三期データヘルス計画及び第四期  
特定健康診査等実施計画）

令和6年度～令和11年度

令和6年3月  
白鷹町国民健康保険

## 目次

第1章	基本的事項	
1	背景と目的	P1
2	計画の位置づけ	P1
3	計画期間	P1
4	実施体制・関係者連携	P2
5	基本情報	P2
6	現状の整理	P3
第2章	健康・医療情報等の分析と課題	
1	平均寿命等	P5
2	医療費の分析	P6
3	特定健康診査・特定保健指導の分析	P13
4	介護費の分析	P22
第3章	計画全体	
1	健康課題	P24
2	計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	P25
3	保健事業一覧	P26
第4章	個別事業計画	
1	特定健康診査	P27
2	特定保健指導	P30
3	糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業	P34
4	生活習慣病重症化予防事業（高血圧）	P36
5	健診から始める健康づくり教室（健診結果説明会）	P38
6	運動で自分磨きプログラム	P39
第5章	その他	
1	計画の評価・見直し	P42
2	計画の公表・周知	P42
3	個人情報の取扱い	P42
4	地域包括ケアに係る取組	P42
5	その他の留意事項	P42

## 第1章 基本的事項

### 1 背景と目的

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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

その方針を踏まえ、国は平成26年3月に保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部を改正する等により、保険者等は健康・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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

さらに、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、健康課題の解決を通して健康寿命の延伸と医療費の適正化及び国民健康保険財政の基盤強化を図ることを目的として、保険者の「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、また、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革行程表2022」では、「当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が求められています。

今般、これらの経緯を踏まえ、白鷹町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第三期データヘルス計画」と「第四期特定健康診査等実施計画」を合わせた一体的な計画として「第二期白鷹町保健事業実施計画（以下「保健事業実施計画」という。）」を策定し実施するとともに、健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努めてまいります。

### 2 計画の位置づけ

保健事業実施計画は、町の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画などの関連計画と調和しています。

また、山形県、山形県後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っています。

### 3 計画期間

保健事業実施計画の計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間としま

す。

#### 4 実施体制・関係者連携

保健事業実施計画の策定および保健事業の運営においては、町民課（国保医療係）、健康福祉課（健康推進係）が連携し、計画の円滑な推進を図ります。

##### 《役割》

- 計画の策定 町民課（国保医療係）
- 事業の実施 健康福祉課（健康推進係）
- 事業の評価及び見直し 町民課（国保医療係）及び健康福祉課（健康推進係）

また、保健事業実施計画の策定および保健事業の運営においては、医師及び被保険者の意見等を反映させるため、「白鷹町国民健康保険運営協議会」にて意見をいただくこととします。

#### 5 基本情報

白鷹町の人口は令和5年3月31日現在で12,655人、うち、国民健康保険の加入者は2,568人です。人口に占める国民健康保険の加入者の割合はおよそ20.3%で、加入者の平均年齢は59.3歳となっています。

表1 被保険者等に関する基本情報（令和5年3月31日現在）

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	12,655		6,260		6,395	
国保加入者数（人） 合計	2,613	100%	1,360	100%	1,253	100%
0~39歳（人）	390	14.9%	212	15.6%	178	14.2%
40~64歳（人）	690	26.4%	376	27.6%	314	25.1%
65~74歳（人）	1,533	58.7%	772	56.8%	761	60.7%
平均年齢（歳）	59.3歳		58.6歳		60.2歳	

また、計画の実効性を高めるため、次に掲げる地域関係機関と協力・連携していくこととします。

表2 計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係医療機関の情報

	連携先・連携内容
保健医療関係団体	町内医療機関及び保険調剤薬局と、特定健診・特定保健指導・重症化予防、糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業に関して連携を図ります。
国保連・国保中央会	国民健康保険被保険者のデータに関して連携します。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施します。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、山形県保険者協議会や白鷹町健康づくり推進員協議会等と連携して実施します。

## 6 現状の整理

### (1) 被保険者数の推移

令和4年度の被保険者数は男性1,360人、女性1,253人の計2,613人であり、平成30年度の男性1,592人、女性1,398人の計2,990人から比較すると男性△14.5%、女性△10.4%、計△12.6%と年々減少傾向にあります。

図1 国保被保険者数の推移



図2 国保被保険者数の推移（男女別）



出典：KDBシステム「人口及び被保険者の状況」csvファイルより作成

### (2) 年齢別被保険者構成割合

令和4年度の被保険者の構成は、39歳以下が390人で14.9%、40-64歳が690人で26.4%、65-74歳が1,533人で58.7%であり、県平均よりも64歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い状況となっており、65歳以上の前期高齢者の被保険者に占める割合が県内で3番目に高くなっています。

図3 令和4年度年齢階層別被保険者数

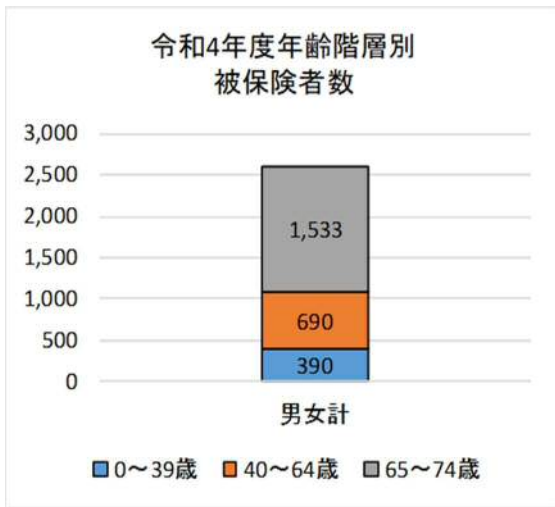
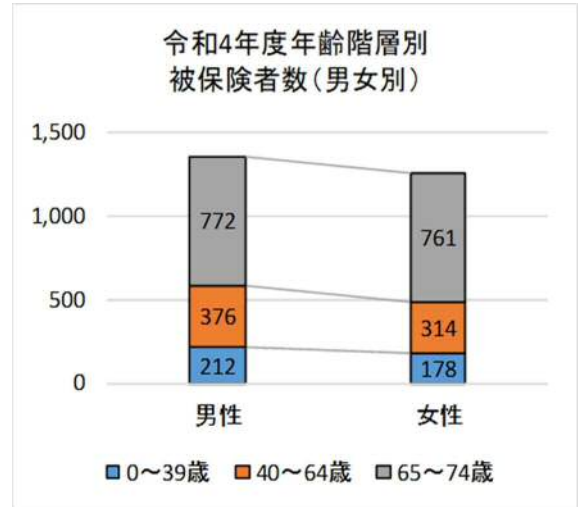


図4 令和4年度年齢階層別被保険者数(男女別)



出典：KDBシステム「人口及び被保険者の状況」csvファイルより作成

### (3) 前期計画に係る考察

第一期の保健事業実施計画では、生活習慣病に係る医療費の適正化を重視し、生活習慣病の予防事業や重症化予防事業を重点的に実施しました。

しかし、各種事業の参加率はなかなか伸びず、事業そのものを新型コロナウイルス感染症予防のために中止せざるを得なくなるなど、目標達成が難しい状況でした。

特定健診受診率については、受診率向上対策事業に取り組むなどした結果、受診率目標は達成できそうな状況です。

しかしながら、特定保健指導の実施率が伸び悩んでいるため、第二期の保健事業実施計画は特定保健指導実施率を高めるような事業を設計していきます。

また、町内医療機関や薬剤師会など地域の医療関係団体の連携や各保健事業間の連動をさらに進めるため、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要があります。

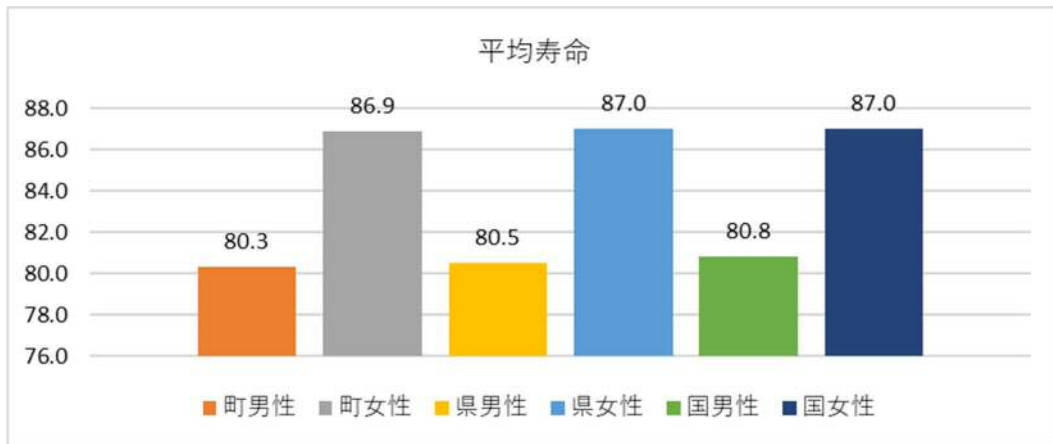
## 第2章 健康・医療情報等の分析と課題

### 1 平均寿命等

#### (1) 平均寿命

平均寿命は、男性 80.3 歳、女性 86.9 歳で、県の男性 80.5 歳、女性 87.0 歳よりやや低い水準となっています。

図5 令和4年度平均寿命

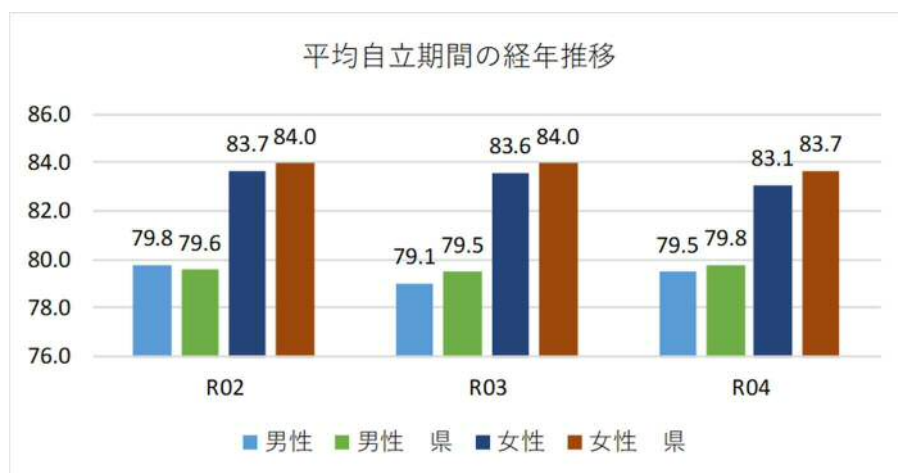


出典：KDB システム帳票「地域全体像の把握」より作成

#### (2) 平均自立期間

平均自立期間は、県の男性は 79.8 歳、女性は 83.7 歳に対し、町は男性 79.5 歳、女性 83.1 歳で、男女とも県平均にわずかに及ばない水準となっています（令和 4 年度）が、平成 28 年度は町の男性 79.1 歳、女性 84.3 歳と、男性は 0.7 歳伸び、女性は 0.6 歳縮んだことがわかります。

図6 平均自立期間の経年推移

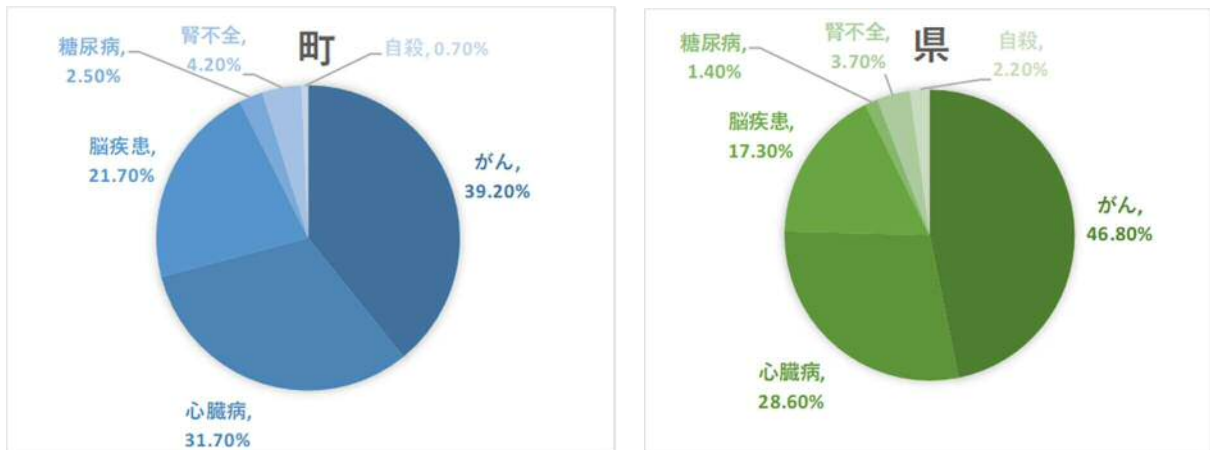


出典：KDB システム帳票「地域全体像の把握」より作成

### (3) 死亡原因疾病の比率

令和4年度の死亡原因疾病（全疾病ではなく、図に記載の6疾病に限る）の比率について県と比較すると、がんの割合は県が46.8%、町が39.2%と県より低いものの、心臓病は県が28.6%、町が31.7%、脳疾患は県が17.3%、町が21.7%、糖尿病は県が1.4%で町が2.5%と県より高くなっています。

図7 死亡原因疾病の比率



出典：KDB システム帳票「地域全体像の把握」より作成

## 2 医療費の分析

### (1) 被保険者数の動向

国民健康保険の加入者は減少傾向にあり、平成30年度は2,990人だったものが、令和4年度は2,613人と5年間で377人減少しました。

特に令和3年度から令和4年度の減少が顕著であり、後期高齢者医療への被保険者の移行が多かったことに加え、社会保険の加入要件の緩和による加入者の減少が影響していると考えられます。

図8 被保険者数の動向



出典：KDB システム「人口及び被保険者の状況」csv ファイルより作成

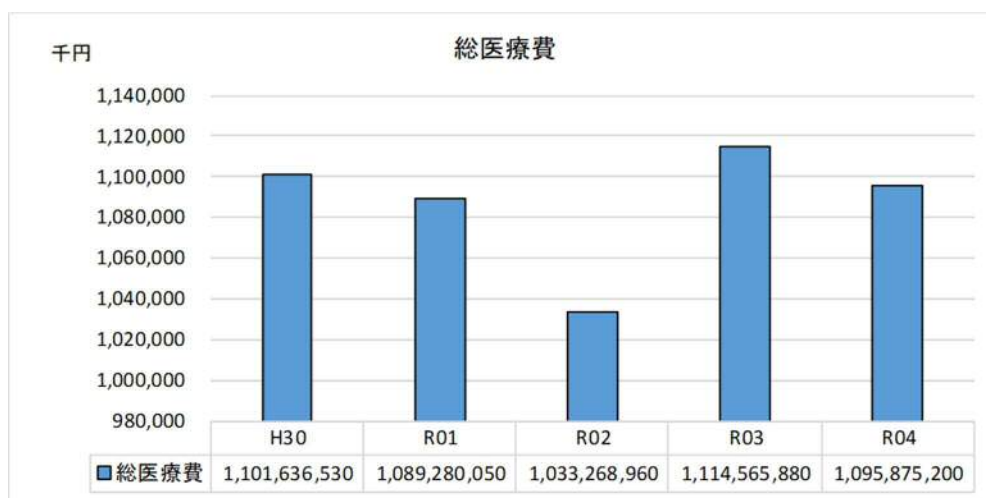


## (2) 総医療費の動向

保険者全体の総医療費は被保険者数の減少に応じて減少していましたが、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えの影響で大きく減少し、約10億3,326万円まで減少しました。

しかし、令和3年度の総医療費は、令和2年度を受診控えの反動により大きく増加し、約11億1,456万円と7.8%の増加となりました。令和4年度は被保険者数の減少と受診控えの反動の落ち着きから、総医療費は約10億9,587万円と1.6%減少しました。

図9 総医療費の動向

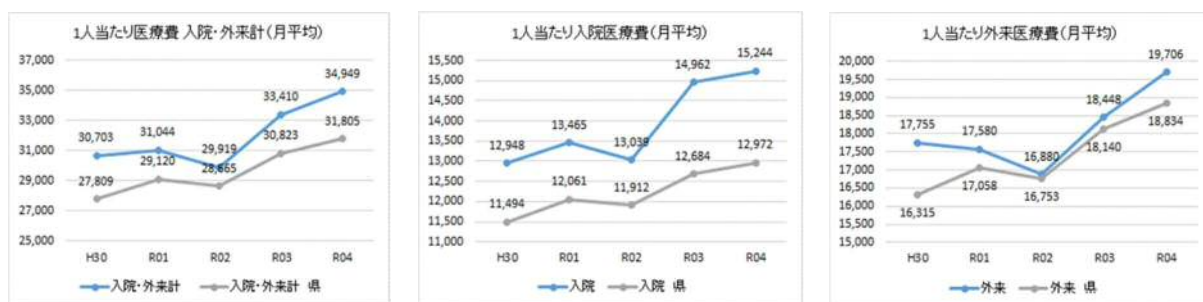


出典：KDB システム「疾病別医療費分析（大分類）」csv ファイルより作成

## (3) 1人あたり医療費（月平均）の動向

1人あたり医療費（月平均）は、平成30年度から令和4年度までの全年度において県を上回っており、平成30年度は県が27,809円に対して町が30,703円で11.0%、令和元年度は県が29,120円に対して町が31,044円で10.7%、令和2年度は県が28,665円に対して町が29,919円で8.3%、令和3年度は県が30,823円に対して町が33,410円で12.4%、令和4年度は県が31,805円に対して町が34,949円で13.8%と10%前後多い状況となっており、令和4年度と平成30年度を比較すると、町の1人あたり医療費は13.8%増加しています。特に1人あたり入院医療費の伸びが顕著です。

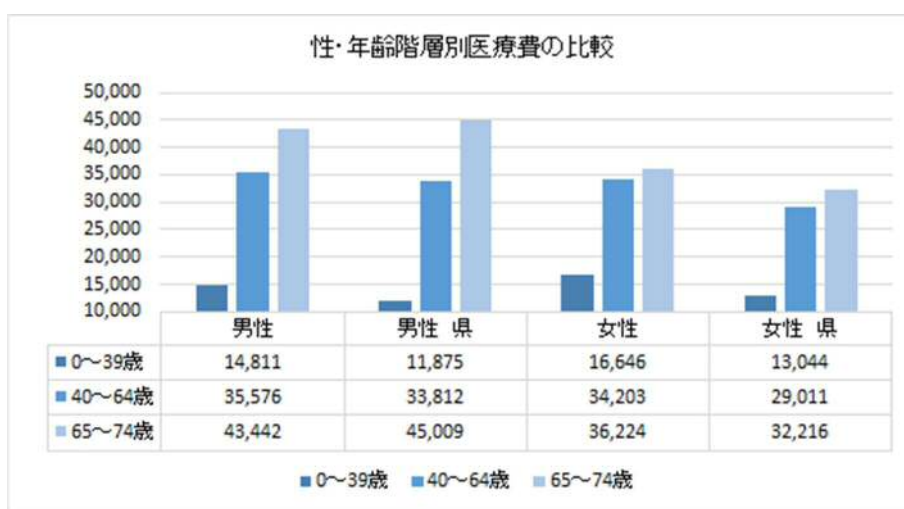
図 10 1人当たり医療費（月平均）の動向



出典：KDB システム「疾病別医療費分析（大分類）」csv ファイルより作成

また、令和 4 年度の医療費を性・年齢階層別に比較してみると、65歳以上74歳以下の男性は県の1人当たり医療費（月平均）を若干下回るものの、他の性別、年代別はすべて県の1人当たり医療費（月平均）を上回っています。

図 11 性・年齢階層別医療費の比較



出典：KDB システム「疾病別医療費分析（大分類）」csv ファイルより作成

#### (4) 疾病別医療費の割合

疾病分類別医療費の割合は、がん 33.6%、精神疾患 21.6%、筋骨格系疾患 13.5%の順に多くなっています。県と比較すると、がんと精神疾患が医療費に占める割合が高く、がんが 1.7%、精神疾患が 4.9%高いことがわかります。

図 12 疾病別 医療費の割合（令和 4 年度）

町（単位：％）

県（単位：％）



出典：KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より抜粋

生活習慣病等の受診状況では、1 件あたりの入院医療費は腎不全 1,105,787 円、心疾患 948,414 円、脂質異常症 784,935 円の順に高く、県内順位で見ると、歯肉炎・歯周病が 3 位、腎不全が 5 位、脂質異常症が 6 位となっています。また、近年、新生物（がんを含みます）と脂質異常症、高血圧の医療費が増加傾向にあります。

1 件あたり入院外医療費は腎不全 177,245 円、新生物 69,444 円、心疾患 54,422 円の順に高く、県内順位で見ると、糖尿病が 1 位、脂質異常症・心疾患・腎不全が 2 位と高い順位となっています。近年、新生物と糖尿病の医療費が増加傾向にあることが伺えます。

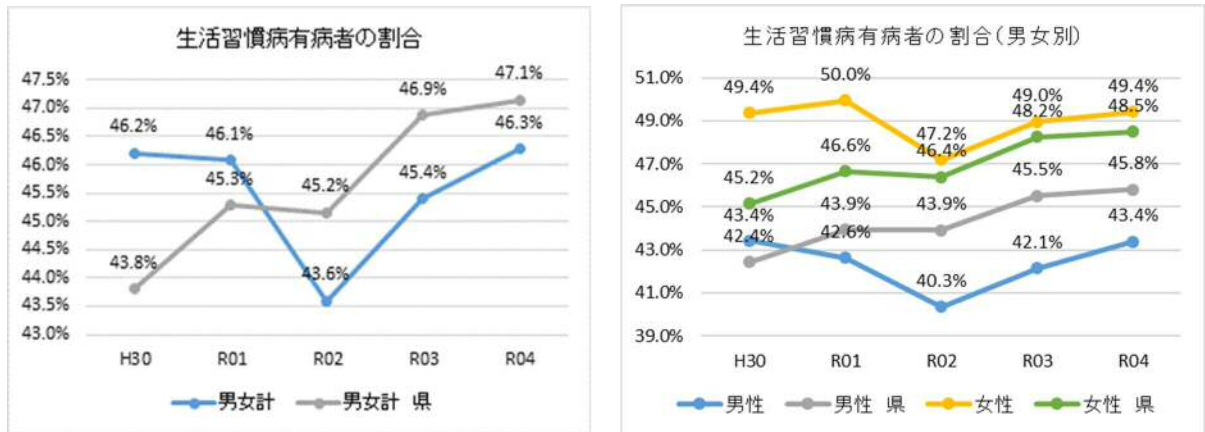
表 3 生活習慣病等の受診状況（1 件当たりの外来・入院単価）

疾病	入院(円/件) (順位)				入院外(円/件) (順位)			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	532,339 (32)	657,724 (19)	608,744 (29)	633,113 (30)	38,711 (4)	39,546 (4)	45,549 (2)	46,497 (1)
高血圧症	508,460 (34)	581,594 (34)	490,842 (35)	612,996 (30)	29,667 (5)	31,751 (2)	31,723 (3)	29,965 (5)
脂質異常症	529,897 (27)	687,130 (11)	563,291 (26)	784,935 (6)	28,249 (4)	30,033 (4)	30,011 (2)	29,515 (2)
脳血管疾患	538,874 (32)	683,817 (23)	491,348 (32)	606,256 (30)	42,730 (4)	43,931 (3)	44,040 (5)	44,206 (6)
心疾患	573,714 (27)	770,857 (16)	732,120 (21)	948,414 (7)	50,009 (2)	55,525 (3)	55,217 (2)	54,422 (2)
腎不全	775,997 (10)	775,584 (14)	688,981 (24)	1,105,787 (5)	137,520 (18)	146,617 (11)	181,142 (3)	177,245 (2)
精神	465,417 (23)	479,678 (27)	457,163 (33)	524,912 (21)	29,421 (17)	32,335 (5)	33,653 (4)	35,093 (4)
新生物	621,074 (27)	586,849 (34)	705,120 (18)	765,414 (12)	54,967 (13)	54,134 (16)	61,222 (15)	69,444 (8)
歯肉炎・歯周病	116,090 (29)	722,310 (2)	0 (22)	721,900 (3)	11,821 (12)	13,406 (6)	13,627 (5)	13,500 (5)

出典：KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より作成

男女計でみると、生活習慣病有病者の割合は県より 0.87%低くなっています。しかし、男女別で比較すると女性は県の女性の有病者割合より 0.92%高く、男性は 2.42%低いことがうかがえます。

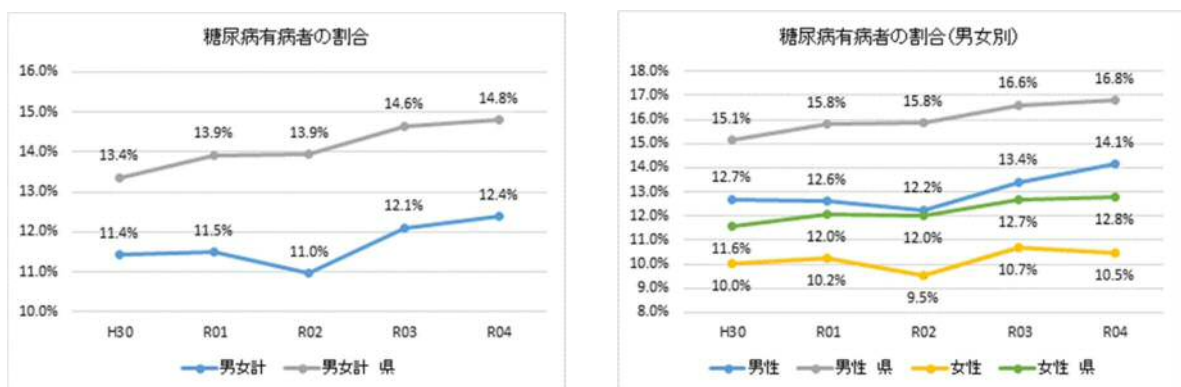
図 13 生活習慣病有病者の割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-1）」csv ファイルより作成

生活習慣病ごとに有病者の割合を見ていくと、女性の生活習慣病等有病者の割合が県全体の女性の有病者割合よりも低いものが大半であることを考えると、県と比較して複数の生活習慣病を併発している被保険者が少ないことが原因と考えられます。

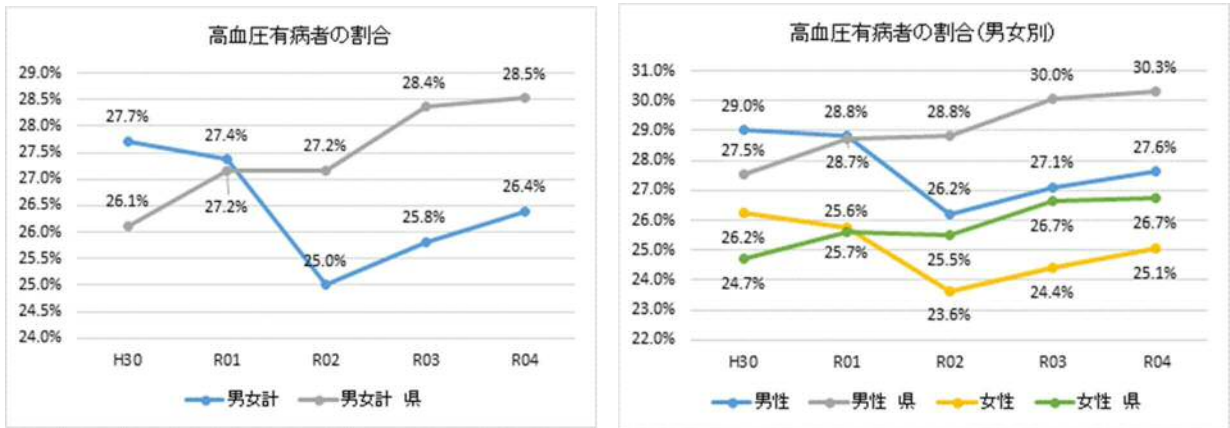
図 14 糖尿病有病者の割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-2）」csv ファイルより作成

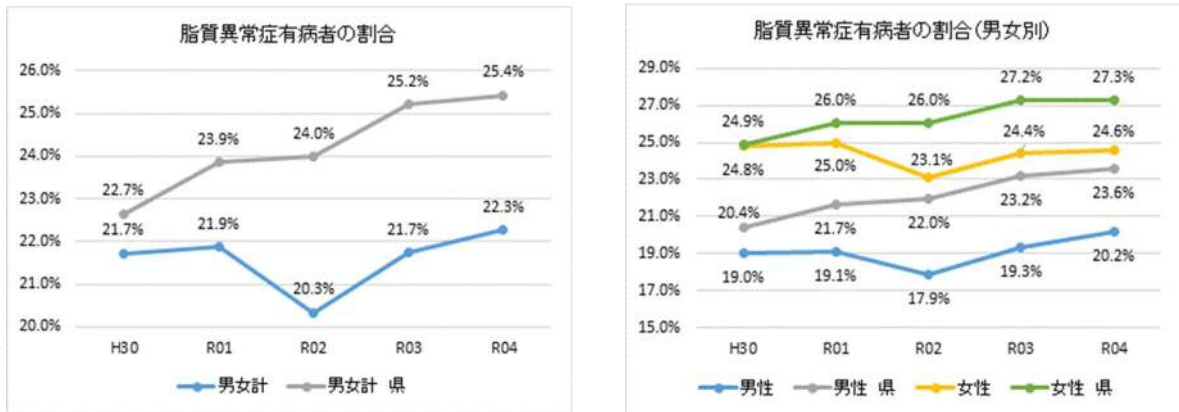


図 15 高血圧有病者の割合



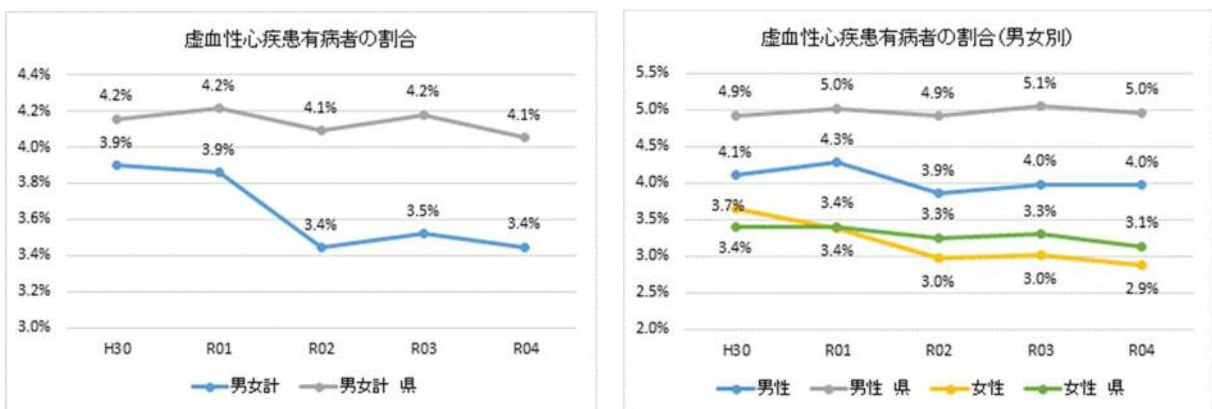
出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-3）」 csv ファイルより作成

図 16 脂質異常症有病者の割合



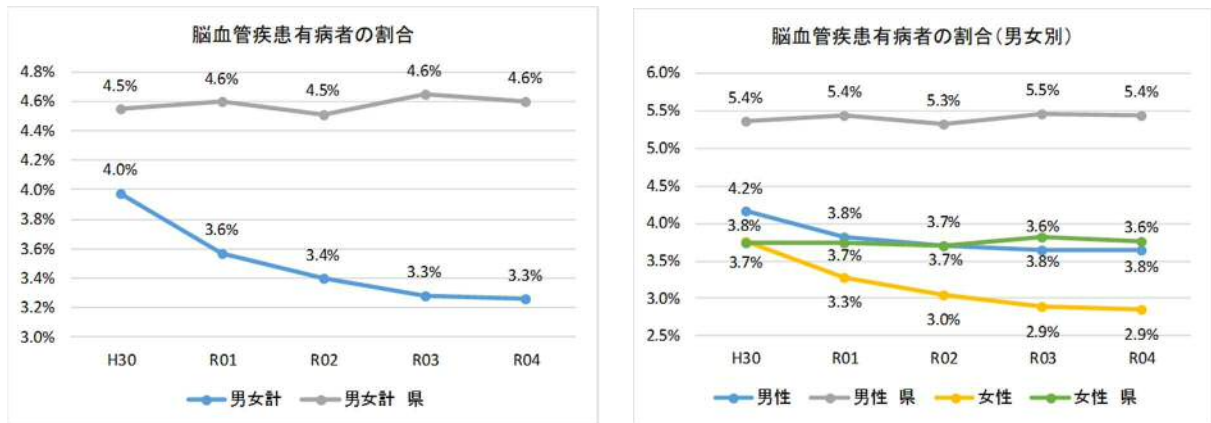
出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-4）」 csv ファイルより作成

図 17 虚血性心疾患有病者の割合



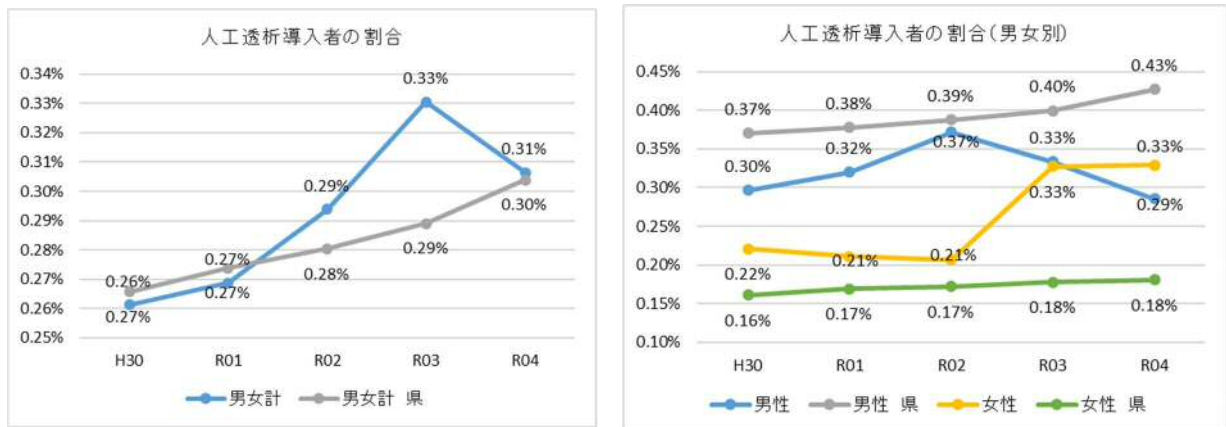
出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-5）」 csv ファイルより作成

図 18 脳血管疾患有病者の割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-6）」 csv ファイルより作成

図 19 人工透析導入者の状況



出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-7）」 csv ファイルより作成

### (5) 後発医薬品の使用割合

新薬の特許が切れた後に販売される後発医薬品（いわゆる「ジェネリック医薬品」）を利用することで医療費の抑制につながることから、利用を推進しています。

本町の後発医薬品の使用割合は 87.3%（令和 4 年度実績）で、国の目標値 80% を達成しています。

表4 後発医薬品数量シェア集計表

審査月別後発医薬品数量シェア		令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月	令和5年4月	総計	
数量シェア	全体	87.2%	86.9%	86.8%	87.3%	87.2%	86.6%	88.2%	87.0%	87.9%	89.6%	86.6%	86.8%	87.3%	
	医科	84.2%	84.8%	84.7%	84.1%	86.9%	86.6%	87.0%	84.5%	87.6%	87.0%	84.2%	85.7%	85.6%	
	調剤	87.8%	87.3%	87.1%	87.9%	87.3%	86.6%	88.4%	87.5%	88.0%	90.1%	87.1%	87.0%	87.7%	
数量	全体	後発医薬品のある先発医薬品	34,344.4	30,897.9	33,929.5	32,006.0	32,045.2	33,557.5	29,886.6	31,914.2	33,009.6	23,307.4	31,669.9	35,074.4	381,641.4
		後発医薬品	234,884.7	204,637.4	222,497.0	220,859.8	219,064.7	216,889.3	222,912.4	214,425.4	240,924.4	200,650.7	205,493.0	230,311.3	2,633,550.0
		計	269,229.1	235,535.4	256,426.5	252,865.8	251,109.8	250,446.8	252,799.0	246,339.6	273,933.9	223,958.0	237,161.9	265,385.7	3,015,191.4
	医科	後発医薬品のある先発医薬品	6,731.0	5,912.2	5,887.3	6,043.3	5,117.5	4,768.4	5,097.9	6,038.3	5,058.9	4,800.3	5,282.7	5,402.3	66,140.0
		後発医薬品	35,797.2	33,071.0	32,488.2	31,906.5	34,027.1	30,797.8	34,141.4	33,007.4	35,614.1	32,090.6	28,071.5	32,366.1	393,378.8
		計	42,528.1	38,983.2	38,375.5	37,949.8	39,144.6	35,566.2	39,239.3	39,045.7	40,673.0	36,890.9	33,354.1	37,768.4	459,518.8
	調剤	後発医薬品のある先発医薬品	27,613.4	24,985.7	28,042.2	25,962.7	26,927.7	28,789.1	24,788.7	25,875.9	27,950.7	18,507.1	26,386.2	29,672.1	315,501.4
		後発医薬品	199,087.6	171,566.4	190,008.8	188,953.4	185,037.6	186,091.5	188,771.0	181,418.0	205,310.3	168,560.1	177,421.6	197,945.2	2,240,171.2
		計	226,700.9	196,552.1	218,051.0	214,916.0	211,965.3	214,880.6	213,559.7	207,293.9	233,260.9	187,067.2	203,807.8	227,617.3	2,555,672.6

※後発医薬品数量シェア（置き換え率）＝後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）  
 ※後発医薬品のある先発医薬品＝後発医薬品と同額又は低額な先発医薬品を除く後発医薬品のある先発医薬品  
 ※後発医薬品＝先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品を除く後発医薬品

出典：国保総合システム後発医薬品保険者統計資料より作成

(6) 重複・頻回受診者、重複服薬者の割合

重複受診の状況については、3箇所以上の医療機関を受診している被保険者数は175人、頻回受診の状況については同一医療機関を同月内に15日以上受診した被保険者数は5人となっており、重複かつ頻回受診者と思われる被保険者は1人でした。（令和5年3月実績）

多剤服薬については、7種類以上の薬剤を処方されている被保険者は295人でした。（令和5年3月実績）

表5 「重複・頻回受診の状況」「重複・多剤処方の状況」

「重複・頻回受診の状況」 R5年3月診療分						「重複・多剤処方の状況」 R5年3月診療分														
受診した人数	受診医療機関数(同一月内)	同一医療機関への受診日数(同一月内)					処方を受けた人数	同一薬剤に関する処方日数(同一月内)	処方薬剤数(同一月内)											
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上			1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
受診した人数	1医療機関以上	1,516	47	17	5	2	1日以上	1,284	1,094	886	697	534	402	295	197	145	100	24	8	
	2医療機関以上	610	27	10	2	1	15日以上	1,099	874	820	659	507	389	286	192	141	99	24	8	
	3医療機関以上	175	9	1	1	0	30日以上	951	843	707	570	435	333	243	163	126	68	23	8	
	4医療機関以上	37	4	1	1	0	60日以上	443	389	316	250	182	147	107	76	63	42	11	3	
	5医療機関以上	8	1	0	0	0	90日以上	114	96	79	68	48	41	31	21	19	13	2	0	
							120日以上	3	3	3	3	2	1	1	1	1	0	0	0	
							150日以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
							180日以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※外来（医科・歯科）のみを対象とする

出典：KDB システム帳票より作成

3 特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健診の受診率

令和4年度の特定健診の受診率は59.5%であり、県平均49.9%より高いものの

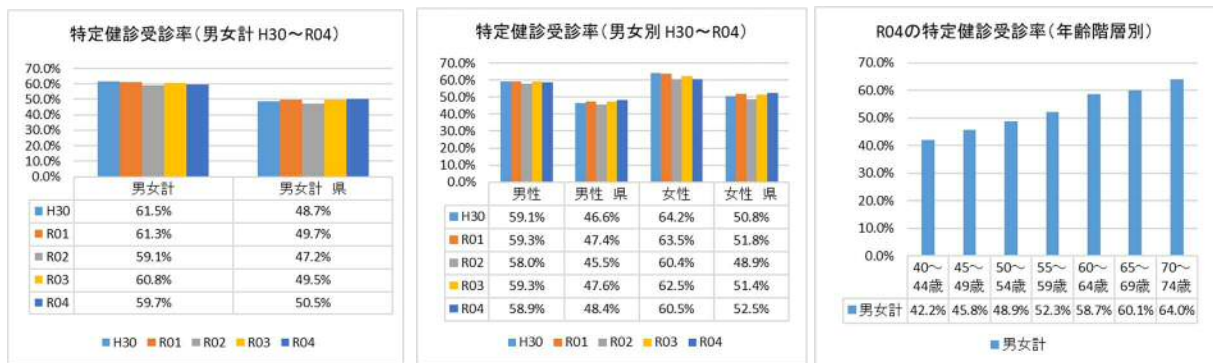
国の目標値 60%には及びませんでした。

性・年齢階層別に見ていくと、40歳から54歳までの受診率が50%に満たないことがわかります。

特定保健指導の実施率は15.6%で、県平均29.9%より低い状況です。

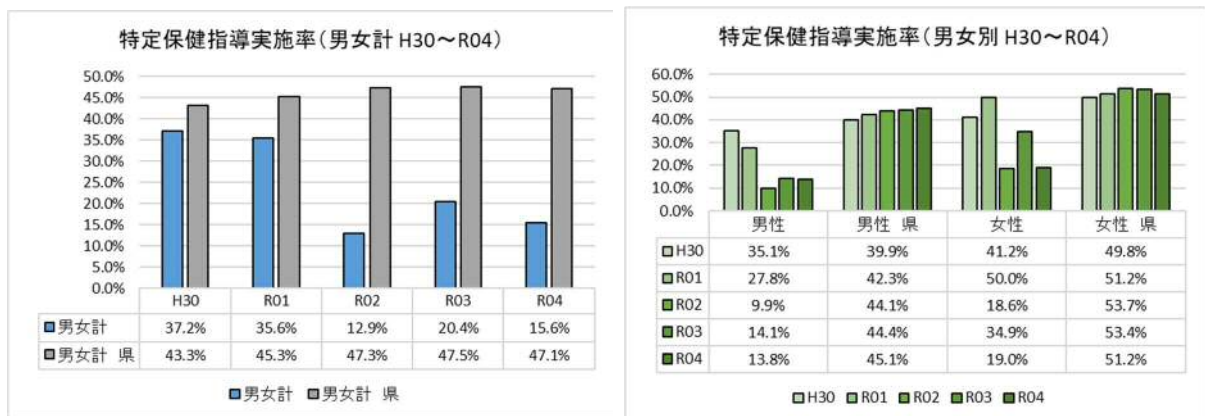
男女別で見えていくと、男性に対する実施率が県と比較して低いことがわかります。

図 20 特定健診受診率



出典：法定報告より作成

図 21 特定保健指導実施率



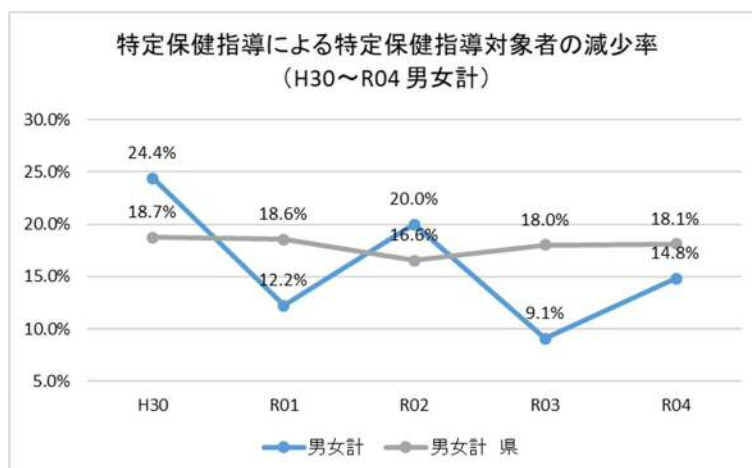
出典：法定報告より作成

## (2) 特定健診結果の状況

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、変動はあるものの減少しており、平成30年は24.4%と県を上回っていたものの、令和4年度は14.8%となりました。



図 22 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



出典：法定報告より作成

内臓脂肪症候群該当者及び予備群の割合は、県よりかろうじて低いものの年々増加しており、特に男性が令和 4 年度に大きく伸びています。予備群は男女ともに県よりも高い割合になっていますが、特に 40 歳以上 64 歳以下の男性で増加がみられます。

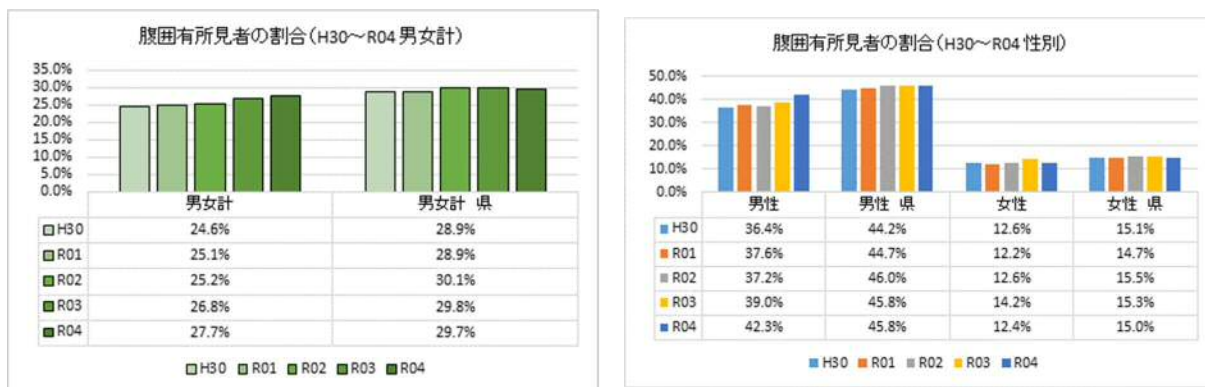
図 23 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-3」の csv ファイルより作成

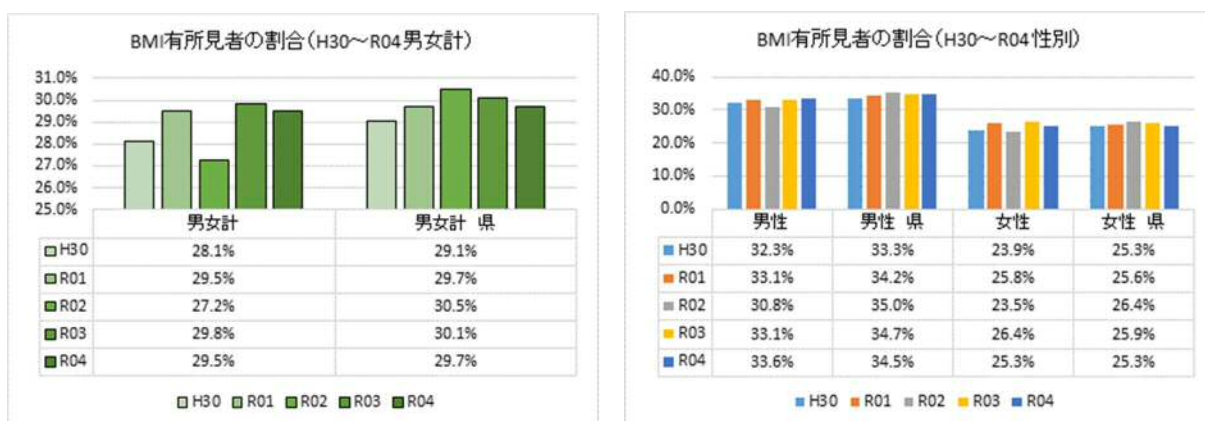
生活習慣病リスク項目の有所見者の割合を県と比較すると、腹囲は27.7%、BMIは29.5%、血糖は66.0%と県よりやや低くなっていますが、血圧は64.6%と県より高くなっています。男女別でも、その傾向は変わらないことがわかります。

図 24 腹囲有所見者割合



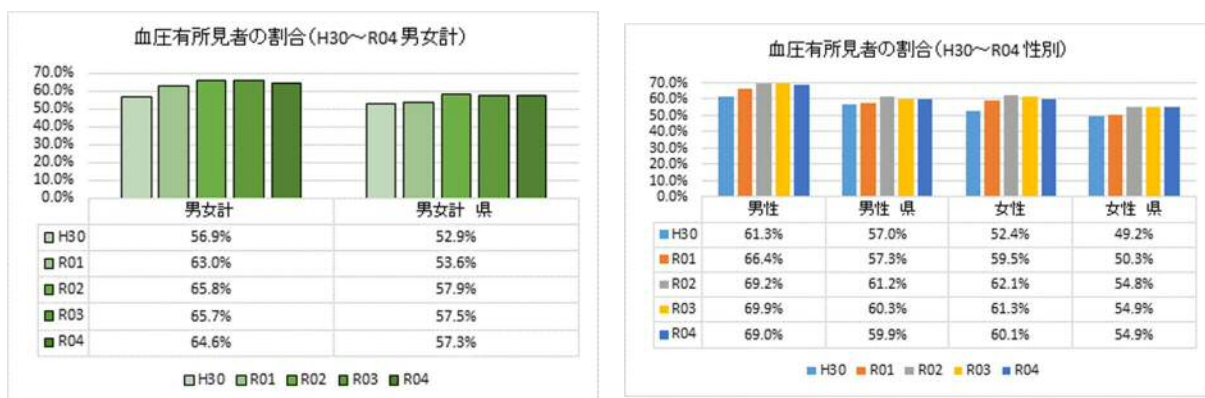
出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

図 25 BMI 有所見者割合



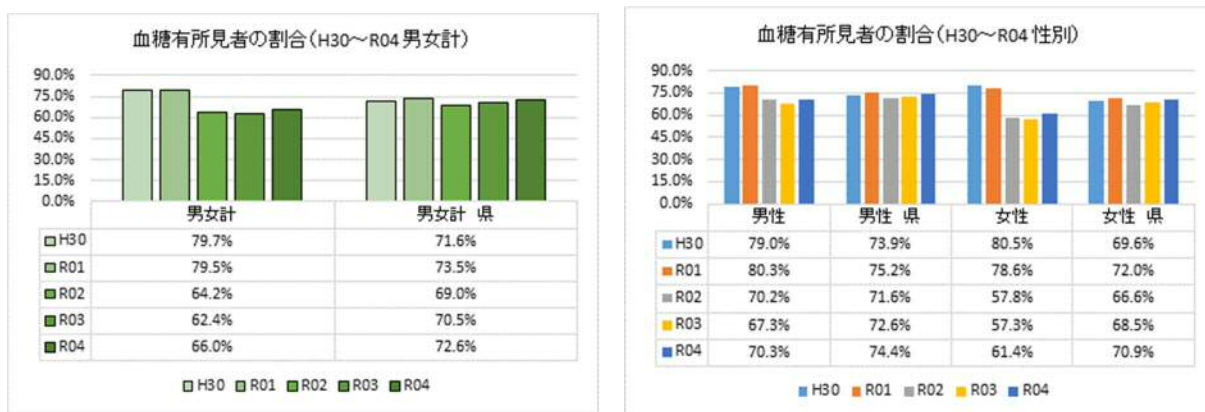
出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

図 26 血圧有所見者割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

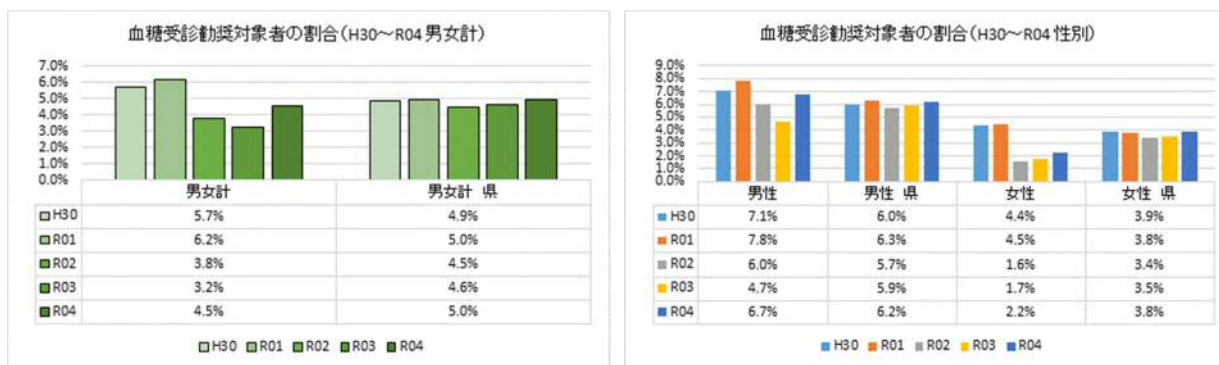
図 27 血糖有所見者割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

特定健診の結果、受診勧奨対象者となった割合を県と比較すると、血糖は 4.5%と県よりやや低くなっていますが、血圧は 19.2%と県より高くなっています。

図 28 血糖受診勧奨者の割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

図 29 血圧受診勧奨者の割合

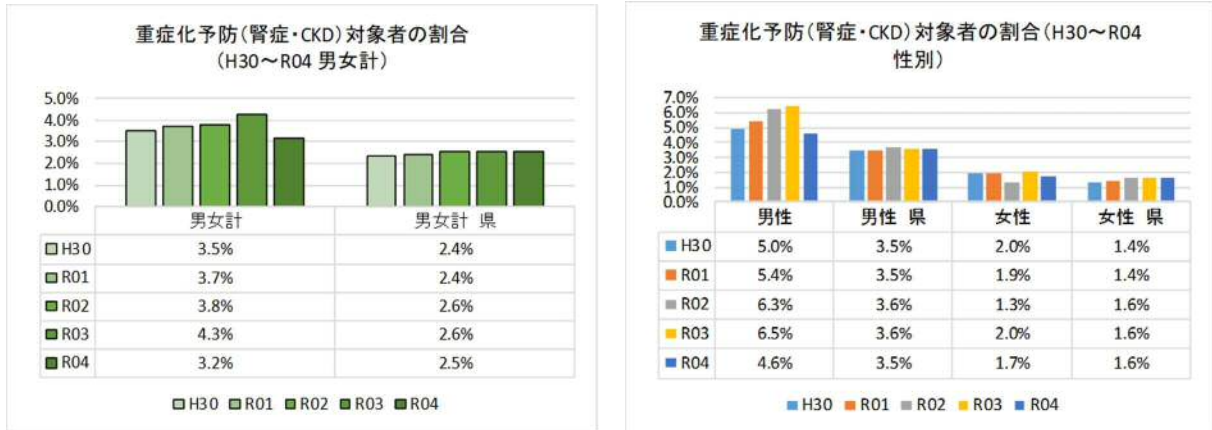


出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

また、重症者予防（腎症・CKD）対象者の割合について県と比較すると、令和4年度は県よりも0.7%高い3.2%でした。令和3年度と比べると1.1%減少しましたが、依然として高い水準です。

男女別でみると、男性の割合が高いことがわかります。

図30 重症者予防（腎症・CKD）対象者の割合



出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」の csv ファイルより作成

### (3) 質問調査表の状況

生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、多くの項目について、男女共に全年齢階級で該当者割合が高くなっていることがわかります。

#### ① 喫煙率

喫煙率は町が14.0%に対し県は13.2%と、0.8%高い状況でした。男女別で比較すると、男性は0.2%低いのに対し女性は0.4%高くなっていることから、女性の喫煙率の増加が課題と言えます。

図31 喫煙者の割合



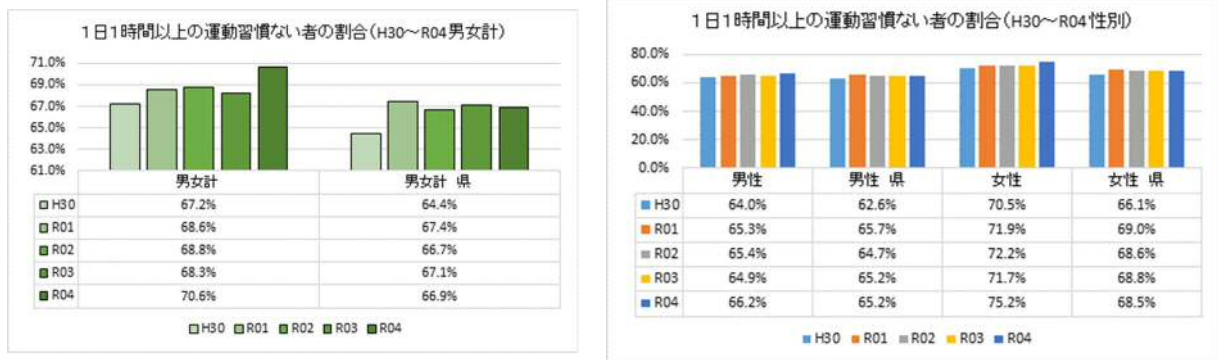
出典：KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成



② 1日1時間以上の運動習慣のない者の割合

1日1時間以上の運動習慣のない者の割合は町が70.6%に対し県は66.9%と3.7%高くなっています。男女別で比較しても男性が1.0%、女性が6.7%高い状況であり、特に女性の運動習慣が少ないことがわかります。

図 32 1日1時間以上の運動習慣のない者の割合

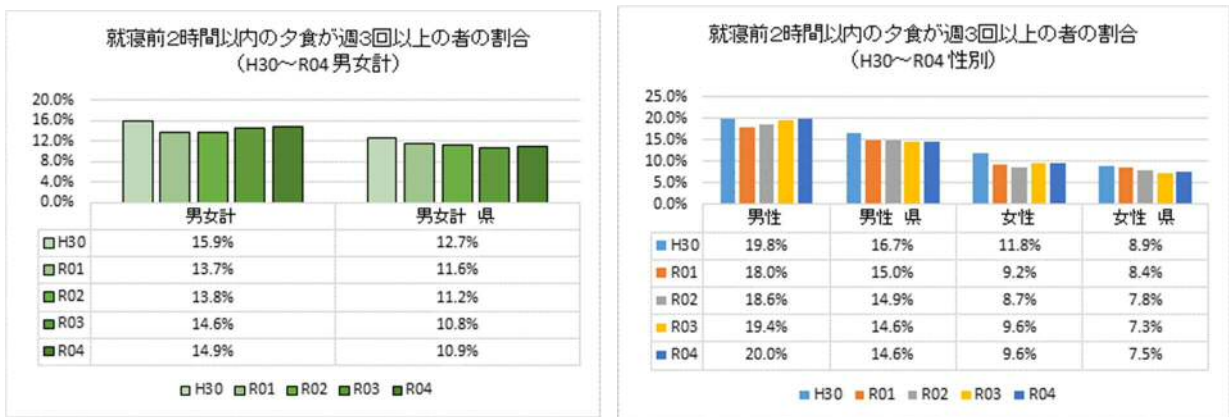


出典： KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成

③ 就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合

就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合は、町が14.9%に対し県が10.9%となっており、3.0%高い状況でした。男女別でみると、男女とも高い割合ですが、特に男性の割合が県より高いことがわかります。

図 33 就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合

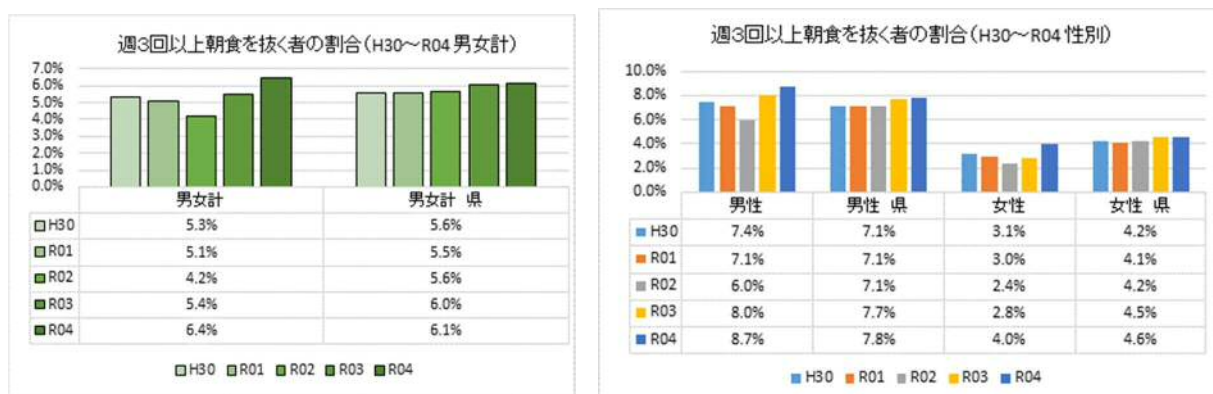


出典： KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成

④ 週3回以上朝食を抜く者の割合

週3回以上朝食を抜く者の割合は町が6.4%に対し県は6.1%と、若干町の方が高い割合になっています。また、県も町も、週3回以上朝食を抜く者の割合が増加していることがわかります。

図 34 週 3 回以上朝食を抜く者の割合

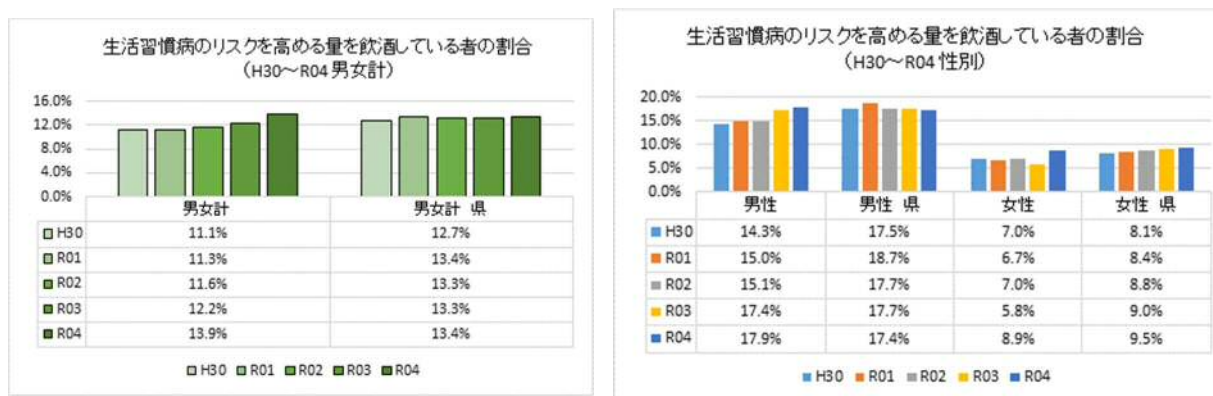


出典： KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成

⑤ 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

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町が 13.9%に対し県は 13.4%と町が 0.5%高い割合になっています。また、県がほぼ横ばいで推移しているのに対し、町は増加傾向にあります。男女別でみると男性に生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が多いことがわかります。

図 35 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

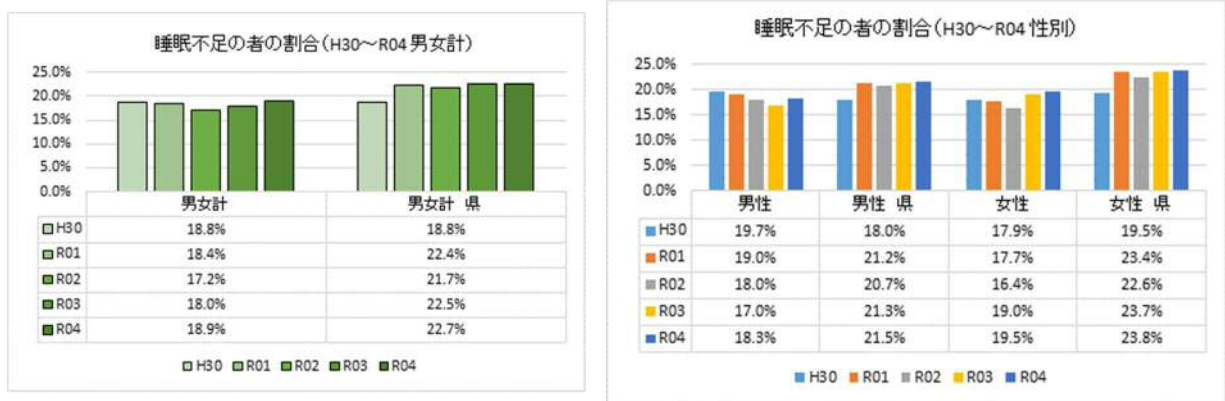


出典： KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成

⑥ 睡眠不足の者の割合

睡眠不足の者の割合は町が 18.9%に対し県が 22.7%となっています。県より低い割合ではありますが、町の令和 3 年度の割合は 18.0%だったことを考えると増えてきており、注視していく必要があります。

図 36 睡眠不足の者の割合



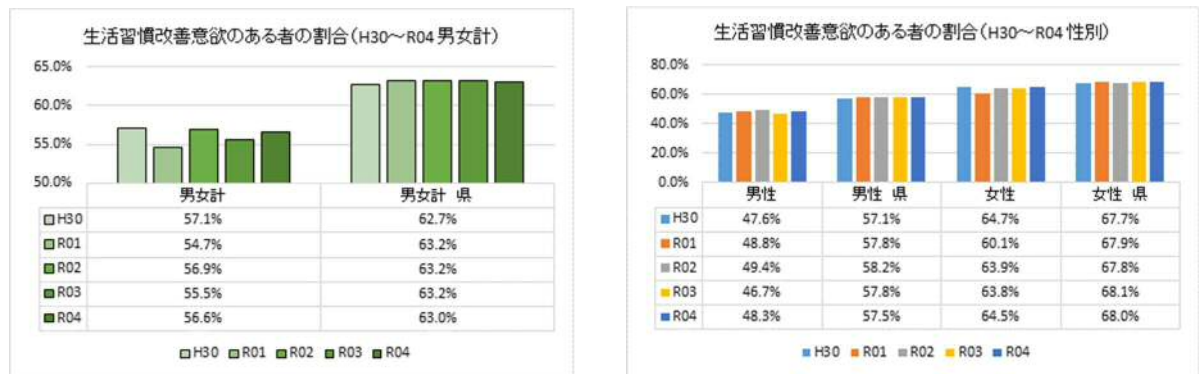
出典： KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成

⑦ 生活習慣改善意欲のある者の割合

生活習慣改善意欲のある者の割合は、町が 56.6%だったのに対し県が 63.0%と、県と比較して生活習慣を改善する意欲のある者は 6.4%少ない状況です。

男女別で比較すると、男性の生活習慣を改善する意欲のある者は、県が 57.5%、町が 48.3%と 9.2%低く、女性は県が 68.0%で町が 64.5%と 3.5%低くなっています。男性への意識付け方法が課題と考えられます。

図 37 生活習慣改善意欲のある者の割合



出典： KDB システム「質問調査表の状況」の csv ファイルより作成

(4) レセプトと健診結果等を組み合わせた分析

健診の結果、高血圧の有所見者が県と比較して多く、血糖や脂質の有所見者が増加傾向にあり、それを反映するように医療費も循環器系が増加している状況です。

また、質問票の回答では女性の喫煙、男性の食習慣や飲酒で生活習慣の改善が必要な状況にありますが、生活改善意欲のある者の割合が低く、特定保健指導の利用率の低さと関連があると考えられます。

図 38 疾病別医療費分析（大分類）主なもの

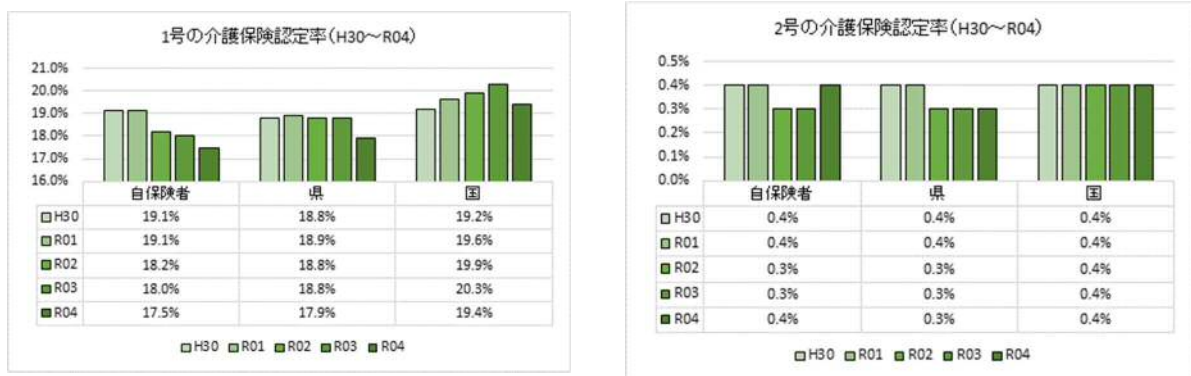


出典： KDB システム「疾病別医療費分析（大分類）」の csv ファイルより作成

#### 4 介護費の分析

65 歳以上の 1 号被保険者の要介護認定率は 17.5%で、県の 17.9%よりも低い認定率ですが、40-64 歳の 2 号被保険者の要介護認定率は令和 3 年度までは県平均と同水準の 0.3%でしたが令和 4 年度は 0.4%と県平均を上回りました。

図 39 要介護認定率の推移



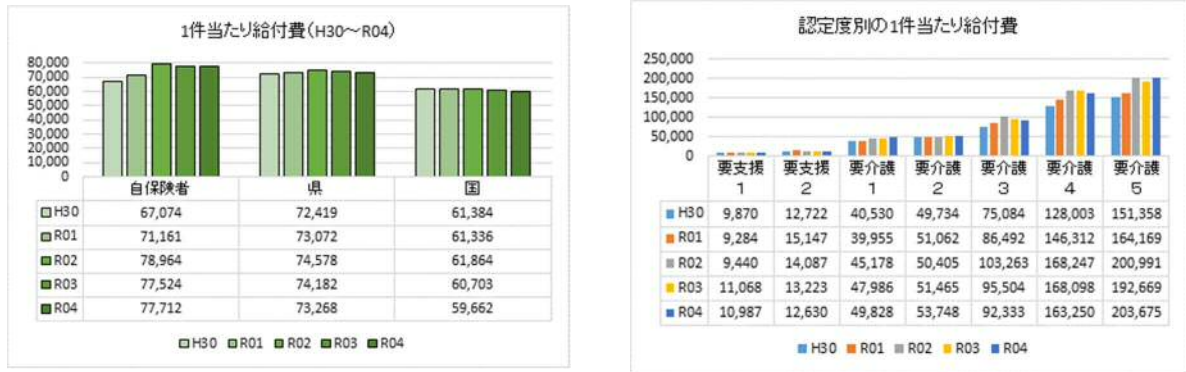
出典： KDB システム「地域全体像の把握」の csv ファイルより作成

また、1 件あたりの介護給付費も 77, 712 円と、県平均の 73, 268 円よりも高くなっています。

1 件当たりの給付費は、令和 2 年度に県を上回って以降高い水準が続いています。認定度別に見ていくと、要介護 3 以上の認定に係る給付費の伸びが大きいことがわかります。



図 40 1 件あたり介護給付費の推移



出典： KDB システム「地域全体像の把握」の csv ファイルより作成

### 第3章 計画全体

#### 1 健康課題

特定健診の結果より、内臓脂肪症候群及び予備群の割合は年々増加しており、特定健診の質問調査票でも多くの項目で生活習慣病リスク保有者の該当者割合も年々増加している状況です。

また、リスクがある方の割合が増えることに伴い、一人当たりの医療費は県を上回っており、増加傾向にあります。また、疾病別の医療費についても近年新生物や糖尿病などの生活習慣病の1件あたりの入院・入院外の医療費も増加傾向にある状態です。

白鷹町国民健康保険の医療費のうち、生活習慣病が占める医療費の割合は約3割にのぼっています。

図 41 生活習慣病が医療費等に占める割合



出典：KDB システム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」の csv ファイルより作成

上記の分析結果より、白鷹町国民健康保険における健康課題は、年々増加傾向にある生活習慣病の発症及び重症化予防であると考え、次の4つの課題を抽出しました。

- (1) 生活習慣病による受診件数及び医療費は、令和2年度に一旦減少したものの、その後年々増加しており、受診件数及び医療費は全体の約3割に上っています。特に心疾患・脳疾患・糖尿病による死亡率が県と比較して高い状況です。
- (2) 健診の生活習慣病リスク項目の有所見者割合のうち血圧の割合が県と比較して高い状況です。内臓脂肪症候群者の割合が年々増加しているとともに、内臓脂肪症候群予備群の割合も県より高くなっています。
- (3) 喫煙や運動習慣なし、朝食の欠食や遅い時間の夕食、飲酒の生活習慣病のリ

スクを高める生活習慣の方が多く状況です。

(4) 生活習慣の改善意欲が高い方が少ないことから、特定保健指導の実施率が低くなっています。

## 2 保健事業実施計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値

### (1) 目的

「1 健康課題」で抽出した課題を解決するため、保健事業実施計画全体の目的を「生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す」こととして取り組んでいきます。

### (2) 目標／評価指標／現状値／目標値

保健事業実施計画全体の目標／評価指標／現状値／目標値は、下記の表のとおりとして取り組んでいきます。

表6 保健事業実施計画全体の目標／評価指標／現状値／目標値

計画全体の目標	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)
生活習慣病の重症化を予防する。	内臓脂肪症候群の該当者及び予備群の割合	特定健診の結果、内臓脂肪症候群該当者及び予備群となった者の割合	26.2%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%
	高血圧有所見者の割合	特定健康診査受診者で①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上	46.0%	45.0%	44.0%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%
	糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業対象者の割合	eGFR45未満または尿蛋白(+)以上、かつ受診なしの者	3.2%	3.1%	2.8%	2.7%	2.6%	2.6%	2.5%
生活習慣を改善する。	喫煙率	特定健診受診者のうち喫煙者の割合	14.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%
	運動習慣者の割合	質問調査表で「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」にはいと回答したものの割合	19.3%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
若年層から健康意識を高める。	40代の健診受診率	健診受診者のうち、40代の受診者の割合	43.9%	43.5%	44.8%	46.1%	47.4%	48.7%	50.0%

### 3 保健事業一覧

保健事業実施計画の目標を達成するために、下記の表に記載の保健事業に取り組んでいきます。

表 7 保健事業一覧

事業分類	事業名
特定健康診査	特定健康診査事業
特定保健指導	特定保健指導事業
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
重症化予防（保健指導）	生活習慣病重症化予防事業（高血圧）
健康教育・健康相談	健診から始める健康づくり教室（健診結果説明会）
健康教育・健康相談	運動で自分磨きプログラム

## 第4章 個別事業計画

### 1 特定健康診査事業

#### (1) 事業の目的

メタボリックシンドロームに着目し、早期に生活習慣病のリスクを把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ります。

#### (2) 事業の概要・対象者

40歳から74歳の国保被保険者に対して特定健康診査を実施します。

#### (3) アウトカム指標

事業の成果を図るアウトカム指標は、下記のとおりとします。

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績値	目標値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10
1	高血圧有所見者の割合	法定報告値	46.0%	45.0%	44.0%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%
2	脂質有所見者の割合	法定報告値	13.2%	13.0%	12.0%	12.0%	11.0%	11.0%	10.0%
3	高血糖有所見者の割合	法定報告値	30.2%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.5%	25.0%

#### (4) アウトプット指標

事業の実施量・実施率を図るアウトプット指標は、下記のとおりとします。

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績値	目標値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10
1	特定健康診査受診率	法定報告値	59.7%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
2	40代の特定健康診査受診率	法定報告値	43.9%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%

#### (5) プロセス

事業の実施方法であるプロセスは、下記のとおりとします。

##### ①周知方法

年度の初めに、年間の健診の日程が記載された「元気ニコニコ推進カレンダー」を町内全戸に配布します。その後、特定健康診査の受診対象者には地区の健診日程に合わせ問診票を送付し、健診受診を案内します。

そのほかに、町の広報誌へのお知らせの掲載やホームページへの掲載等で周知を図ります。

##### ②特定健康診査受診の勧奨方法

山形県国民健康保険団体連合会との共同事業である特定健康診査受診率向上対

策事業により、当該年度の特定健診の日程が記載された勧奨通知を不定期受診者※や地区の健診を受診しなかった方に送付します。

また、国保の新規加入者には、加入の手続きの際に窓口にて該当年度の健康診査の受診状況を把握し、未受診の場合には特定健康診査の受診についてチラシを活用した勧奨を行います。定期的に医療機関を受診されている方でも1年に1回の受診していただけるよう、かかりつけ医からの受診勧奨についても今後検討していきます。

※不定期受診者：過去3年間で1回もしくは2回特定健診を受診している者

### ③特定健康診査の実施および実施後の支援

#### i) 実施の内容

事務の効率化を図るとともに、被保険者が受診しやすいよう特定健康診査と同日にがん検診等も合わせて実施します。

健診の内容は次のとおりとします。

#### <基本的な健診>

項目名称	項目内容
問診、診察	既往歴、服薬歴、喫煙習慣、生活習慣病に関する項目、自覚症状、他覚症状
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧計測	
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GTP
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は随時中性脂肪）、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（やむを得ない場合は随時血糖）、HbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白

#### <詳細な健診>・・・医師の判断に基づき選択的に実施する項目

項目名称	健診要件
心電図	収縮期血圧が140mmHg以上もしくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者
眼底検査	収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上の者、又は、空腹時血糖が126mg/dl以上、HbA1cが6.5%以上又は随時血糖が126mg/dl以上の者
貧血検査 (ハマトクリット値、血色素量、赤血球数)	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者

血清クレアチニン検査（eGFR）	収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧が80mmHg以上の者、又は、空腹時血糖が100mg/dl以上、HbA1cが5.6%以上又は随時血糖が100mg/dl以上の者
------------------	---

なお、詳細な健診の検査項目の対象とならない方についても、追加健診として詳細な健診の検査項目を実施することとします。

ii) 実施する場所

受診する健診の種類によって、次の場所において実施します。

- 集団健診：町内の各地区コミュニティーセンター及び健康福祉センター
- 個別健診：白鷹町立病院、公益財団法人やまがた健康推進機構南陽検診センター

iii) 実施する時期及び期間

受診する健診の種類によって、おおむね次の時期及び期間に実施します。

- 集団健診：6月から12月
- 個別健診：4月から翌年3月

iv) 健診結果データの取得方法

集団健診・個別健診ともに実施医療機関等からデータの提供を受けることとします。

v) 受診者への結果の提供と情報提供

受診する健診の種類によって、次の方法により健診結果の提供を行い、受診者全員に健診結果の見方や健康づくりに役立つ情報を掲載したパンフレットを同封します。

- 集団健診：健診実施約3週間後に健診結果を郵送します。  
一部受診者は、町の保健師が訪問等により健診結果を配布します。  
また、対象地区ごとに健診結果説明会を開催し、結果の見方や生活習慣病予防のための生活習慣について説明します。
- 個別健診：健診実施約4週間後に健診結果を実施医療機関等から郵送します。  
一部受診者は、町の保健師が訪問等により健診結果を配布します。  
また、年に複数回健診結果説明会を開催し、結果の見方や生活習慣病予防のための生活習慣について説明します。

④事業を実施する上での工夫

ハイリスク者（特定保健指導対象者、慢性腎臓病・糖尿病対象者等）には健診結果の郵送時にパンフレットを同封します。

また、特定保健指導対象者は個別に訪問し健診結果を配布します。その際に健診結果説明会や特定保健指導について周知を行います。

(6) 実施体制

i) 庁内における担当部署

健康福祉課健康推進係が主体となって事業を実施していきます。また、町民課国



保医療係にて国民健康保険の新規加入者への健診の受診勧奨を実施します。

ii) 保険医療関係団体との連携

町内医療機関には、年度初めの医療行政関係者連絡会にて事業について説明を実施し、事業の周知を図っていきます。

iii) 山形県国民健康保険団体連合会との連携

特定健康診査受診率向上対策事業を共同実施するとともに、特定健診データの管理を委託します。

iv) その他の事業者との連携

平成25年厚生労働省告示第92号(外部委託基準)及び第93号(施設等に関する基準)で示されている特定健康診査の外部委託に関する基準を満たす健診機関・医療機関に健診事業を委託します。

●集団検診： 公益財団法人やまがた健康推進機構

●個別健診： 白鷹町立病院・公益財団法人やまがた健康推進機構

個別健診を行う具体的な医療機関については、実施年度ごとに調整を行ったうえで委託することから、年度毎に決定し、被保険者に周知していきます。

## 2 特定保健指導事業

### (1) 事業の目的

メタボリックシンドロームに着目した保健指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ります。

### (2) 事業の概要・対象者

特定保健指導基準該当者に対して特定保健指導を実施します。対象者は下記の基準の①または②に該当するものとし、追加リスクの項目数や喫煙歴の有無を加味したうえで、動機付け支援と積極的支援に振り分けます。

基 準		健 診 要 件	
①	腹 囲	男性	85 cm以上
		女性	90 cm以上
	B M I	25 以上	
②	血 糖	空腹時血糖が <sup>a</sup> 100 mg/dl 以上、HbA1c が 5.6%以上又は随時血糖が <sup>a</sup> 100 mg/dl 以上	
	脂 質	空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上又は随時中性脂肪 175 mg/dl 以上、又は、HDL コレステロール 40 mg/dl 未満	
	血 圧	収縮期 130 mm Hg、拡張期 85 mm Hg 以上	

※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方を除く



### (3) アウトカム指標

事業の成果を図るアウトカム指標は、下記のとおりとします。

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	内臓脂肪症候群該当者・予備群割合	法定報告値	26.2%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	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	14.8%	17.0%	17.0%	16.0%	16.0%	16.0%	15.0%

### (4) アウトプット指標

事業の実施量・実施率を図るアウトプット指標は、下記のとおりとします。

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	特定保健指導実施率	法定報告値	15.6%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	40.0%

### (5) プロセス

事業の実施方法であるプロセスは、下記のとおりとします。

#### ①周知の方法

特定保健指導に関する理解を深めてもらうために、集団健診の問診票送付時や集団健診受診時にチラシを配布します。

また、対象となった方には健診結果を持参のうえ訪問し、特定保健指導について説明したうえで、対象者の状況に応じたパンフレットの配布を行います。

#### ②特定保健指導実施に向けた勧奨方法

健診結果配付時に訪問等で特定保健指導の実施について勧奨を行います。また、訪問時不在などで対象者と会えなかった場合はチラシの配布と電話フォローの際に利用勧奨を行います。

電話でも連絡が取れない時は、ハガキでの利用勧奨を行うこととします。

#### ③特定保健指導の実施および実施後の支援

##### i) 初回面接

対象者への訪問等で健診結果を配布する際に初回面談を実施するほか、別途日程調整を行い後日、訪問や来所でも実施します。あわせて、健診結果説明会でも実施していきます。

また、一部、実施可能な体制が整った会場から健診同日に初回面接を実施します。

## ii) 実施する場所

対象者の希望に沿えるよう、対象者の自宅や健康福祉センター、健診結果説明会会場、南陽検診センター、健診会場等、機会を捉えて実施します。

## iii) 実施内容

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」を基本に、保健指導レベルに応じ、保健指導計画、個別の支援計画を作成し取り組むものとします。

また、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるよう、保健師及び管理栄養士等の面接・指導をもとに行動計画を作成し、3か月以上経過後に実績の評価を行います。

### <動機付け支援>

○支援期間及び頻度：原則初回面接時の1回の支援とします。

○支援形態：個人面接（1人につき20分以上）又はグループ支援（8人以下 おおむね80分以上）を1回実施し、3か月以上経過後に実績の評価を実施します。

○支援内容：

面接時：身体計測（体重・腹囲・体組成）を行った後、生活状況調査（食生活・運動・休養・喫煙）の聞き取りを実施し、健診結果と生活習慣の関係及び生活習慣改善の必要性について説明やメタボリックシンドローム・生活習慣病についての情報提供、目標を達成するための計画設定について支援します。

評価時：面接又は通信（電話、電子メール、FAX、手紙等）を利用して実施し、体重や腹囲の聞き取り、身体状況や生活習慣の改善、継続について確認し、行動目標・計画の達成度の評価を行います。

### <積極的支援>

○支援期間及び頻度：初回面接時以降3か月以上の継続的な支援を実施します。

○支援形態：初回時の面接による支援は動機付け支援と同様ですが、3か月以上の継続的な支援を、アウトカム評価とプロセス評価を合計し180ポイント以上の支援を実施します。

○支援内容：支援は、個別支援、グループ支援、電話、電子メール、FAX等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせて行い、栄養・運動等生活習慣の改善に必要な実践的な指導（生活習慣の振り返り、行動計画実施の確認グループ支援による医師、管理栄養士、健康運動指導士による講話・演習）を実施します。

評価は、中間評価及び実績評価（初回面接から3か月間の継続的な支援終了後）を実施し、身体状況や生活習慣の改善、継続について確認を行うとともに、目標達成状況、取り組みの満足度などを把握します。

## 継続的な支援のポイント

アウトカム評価		腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0 kg以上減少	180ポイント
		腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0 kg以上減少	20ポイント
		食習慣・運動習慣・休養習慣・その他の生活習慣の改善	20ポイント
		喫煙習慣の改善（禁煙）	30ポイント
プロセス評価	支援種別	個別支援（10分間以上）	70ポイント
		グループ支援（40分以上）	70ポイント
		電話（5分以上）	30ポイント
		電子メール等（一往復）	30ポイント
	早期実施	健診当日の初回面接	20ポイント
		健診後1週間以内の初回面接	10ポイント

<2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導について>

2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者※)についての2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当(初回面接と実績評価は必須だが、その間の必要に応じた支援は180ポイント未満でもよい)の支援を実施することとします。

※)改善の基準

BMI <30 腹囲 1.0cm以上かつ体重 1.0kg以上減少している方

BMI ≥30 腹囲 2.0cm以上かつ体重 2.0kg以上減少している方

iv) 実施する時期及び期間

実施時期については、健診結果受領後、保健指導レベルに応じ、適切な時期に効率的に実施します。

また、対象者の都合に合わせて通年で実施。最終評価は翌年8月ごろまでに終了することとします。

v) 特定保健指導実施後のフォロー、継続支援について

対象者には、来年度の特定健診の受診を勧奨し、対象者より希望があれば継続し電話等で経過の確認を行います。

委託の場合は対象者より希望があれば実施報告書等に記載をしてもらい、町で経過の確認などのフォローを行うこととします。

また、特定保健指導中断者に対しては、各担当者より電話によるフォロー等を行い、復帰に向けた支援を実施していきます。

特定保健指導の不参加者については、電話、文書等により参加の勧奨を実施します。

④事業を実施する上での工夫

指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託事業者から報告を得るように

し、必要な対策を検討します。

#### (6) 実施体制

##### i) 庁内における担当部署

健康福祉課健康推進係が主体となって事業を実施していきます。

##### ii) 保険医療関係団体との連携

町内医療機関には、年度初めの医療行政関係者連絡会にて事業について説明を実施し、事業の周知を図っていきます。

##### iii) 山形県国民健康保険団体連合会との連携

特定保健指導実施率向上対策事業を共同実施するとともに、特定保健指導データの管理を委託します。

##### iv) その他の事業者との連携

山形県国民健康保険団体連合会との共同事業である特定保健指導実施率向上対策事業により選定された民間事業者が、特定保健指導実施勸奨ハガキの作成と送付を行うこととします。

また、対面結果説明、電話フォローの際に初回面談の利用勸奨を行うとともに、健診結果説明会時に初回面談を同時実施することとします。

##### v) その他

特定保健指導実施者の資質向上のため研修の受講や実施者間での連携や共有を行っていくとともに、薬剤師や歯科衛生士等の他専門職との連携に努めていきます。委託実施に関しては効果的な指導となるよう連携体制の構築を行います。

### 3 糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業

#### (1) 事業の目的

糖尿病及び慢性腎臓病のリスク保有者の早期治療につなげることにより、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図ることを目的とします。

#### (2) 事業の概要

糖尿病及び慢性腎臓病のリスク保有者とされた方に対し、医療機関の受診勸奨通知と回報書の送付を行うことで早期の受診を促し、重症化の予防につなげます。

#### (3) 対象者の選定方法

特定健診の結果、次の①又は②に該当する方で、健診受診前半年の間に医療機関を受診していない方を対象者とします。

①空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c が 6.5%以上かつ、eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満又は尿蛋白 (+) 以上

②eGFR45ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

また、人工透析中の方、腎臓移植を受けた方、がんの受診歴がある方、認知機能障害のある方、精神疾患を有する方、国指定難病を有する方は対象者から除外することとし、尿蛋白 (+) 以上の者、40代の方は重点対象者とします。

#### (4) アウトカム指標

事業の成果を図るアウトカム指標は、下記のとおりとします。

評価指標	評価対象・ 方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10
受診勧奨者の精密検査受診率	受診勧奨を行った方 のうち精密検査を受 診した方の割合	57.7%	70.0%	70.0%	75.0%	75.0%	80.0%	80.0%

#### (4) アウトプット指標

事業の実施量・実施率を図るアウトプット指標は、下記のとおりとします。

評価指標	評価対象・ 方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
再勧奨実施率	結果通知から3か月 後の未受診者のうち 再勧奨を行った方の 割合	-%	80.0%	80.0%	90.0%	90.0%	100%	100%

※新規指標につき策定時の実績が把握できない為、中間評価で目標値の見直しを実施します。

#### (5) プロセス

事業の実施方法であるプロセスは、下記のとおりとします。

##### ①周知の方法

事業に関する理解を深めていただくため、特定健診受診の際にチラシを配付するとともに、結果通知にパンフレット同封し周知を図ります。

##### ②対象者への勧奨方法

対象になる方には健診結果とともに、健診実施機関より受診勧奨通知と回報書を発行します。加えて、前年度までの経過や他の健診結果を踏まえたパンフレットや保健師のコメントを結果に同封します。また、3か月後の受診状況を把握し未受診者には再勧奨の文書を送付します。

重点対象者には通知とあわせて訪問や電話で勧奨を行うこととします。

##### ③事業実施後の支援

再勧奨発送の3か月後に、レセプトにより受診状況を確認し、未受診の場合は再度勧奨を行います。

##### ④事業を実施する上での工夫等

対象者リストを経年で作成することを目標とし、経年対象者を把握したうえで対策を検討していきます。

#### (6) 実施体制

##### i) 庁内における担当部署

健康福祉課健康推進係が主体となって事業を実施していきます。

##### ii) 保険医療関係団体との連携

町内医療機関には、年度初めの医療行政関係者連絡会にて事業について説明を実施し、事業の周知を図っていきます。

iii) かかりつけ医・専門医との連携

かかりつけ医がいる者については、かかりつけ医へ相談することを勧めることとします。

iv) 山形県国民健康保険団体連合会との連携

山形県国民健康保険団体連合会で事務局を努める保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら事業を実施していきます。

#### 4 生活習慣病重症化予防事業（高血圧）

##### （1）事業の目的

高血圧のリスク保有者で、医療機関を受診していない方に対する受診勧奨や生活習慣についての指導を行うことで、重症化のリスクを軽減することを目的とします。

##### （2）事業の概要

高血圧のリスク保有者とされた方に対して医療機関の受診勧奨通知の発送や生活習慣についての情報提供、保健指導を実施します。

##### （3）対象者の選定方法

前年度の特定健診の血圧に関する項目で収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上かつ、KDB システムで確認できるレセプトデータ直近6か月間に受診歴がない方を対象者とします。

また、循環器疾患で治療中の方、がんの受診歴がある方、認知機能障害のある方、精神疾患を有する方、国指定難病を有する方は対象者から除外することとし、40代の方、血糖・脂質が受診勧奨地の方は重点対象者とします。

#### (4) アウトカム指標

事業の成果を図るアウトカム指標は、下記のとおりとします。

評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
指導後の医療機関 受診割合	指導後の医療機関受診割合をレセプト等により確認	-%	70.0%	70.0%	75.0%	75.0%	80.0%	80.0%

※新規指標につき策定時の実績が把握できない為、中間評価で目標値の見直しを実施します。

#### (5) アウトプット指標

事業の実施量・実施率を図るアウトプット指標は、下記のとおりとします。

評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
受診勧奨・保健指導実施率	選定した対象者のうち受診勧奨・保健指導を実施した方の割合	-%	80.0%	80.0%	90.0%	90.0%	100%	100%

※新規指標につき策定時の実績が把握できない為、中間評価で目標値の見直しを実施します。

#### (6) プロセス

事業の実施方法であるプロセスは、下記のとおりとします。

##### ①周知の方法

事業の実施については町報やチラシ等で周知を行います。

##### ②対象者への勧奨方法

対象になる方には、当該年度の健診結果も確認しながら、個別に勧奨を行います。

##### ③事業実施後の支援

保健指導を希望する方には電話で申し込み後に対面または電話等による指導を実施します。

支援の場所は、対面の場合は対象者宅や健康福祉センター、各地区コミュニティセンターにおいて実施することとし、事業実施年度末にKDBシステムのレセプトデータによって医療機関の受診状況を確認することとします。

また、翌年度も同事業の対象者となったときは電話等によるフォローを行います。

##### ④事業を実施する上での工夫等

糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業等の対象となった場合はそちらを優先させ、その際、血圧の受診についてもあわせて指導することとします。

#### (7) 実施体制

##### i) 庁内における担当部署

健康福祉課健康推進係が主体となって事業を実施していきます。

ii) 保険医療関係団体との連携

町内医療機関には、年度初めの医療行政関係者連絡会にて事業について説明を実施し、事業の周知を図っていきます。

iii) かかりつけ医・専門医との連携

かかりつけ医がいる方については、かかりつけ医へ相談することを勧めることとします。

iv) 山形県国民健康保険団体連合会との連携

山形県国民健康保険団体連合会で事務局を努める保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら事業を実施していきます。

5 健診から始める健康づくり教室（健診結果説明会）

(1) 事業の目的

生活習慣を改善し、生活習慣病の重症化を予防することを目的とします。

(2) 事業の概要

生活習慣病リスクの高い方を対象として、食生活や運動、休養についての健康教育を実施します。

(3) 対象者の選定方法

特定健診の結果、血圧、脂質、血糖のいずれかで保健指導値に該当した方、その他生活習慣の改善に関心があり教室参加を希望する方を対象者とします。

(4) アウトカム指標

事業の成果を図るアウトカム指標は、下記のとおりとします。

評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績値	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
参加者の翌年度の検査値改善者の割合	保健指導値となった項目数の変化により判断	20.0%	25.0%	25.0%	25.0%	30.0%	30.0%	30.0%

(5) アウトプット指標

事業の実施量・実施率を図るアウトプット指標は、下記のとおりとします。

評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績値	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者として選定した者に占める参加者の割合	対象者数と参加者数を比較して判断	1.5%	2.5%	3.0%	3.5%	4.0%	4.5%	5.0%

(6) プロセス

事業の実施方法であるプロセスは、下記のとおりとします。

①周知の方法



対象となった方には個別に周知を行います。また、関心がある方に向けては町報への掲載、他教室の参加者へのチラシの配布により周知を図ります。

## ②事業実施後の支援

説明会に参加を希望する方には、電話申し込み後に保健師、栄養士、健康運動指導士による生活習慣病予防のための健康教育を実施します。

事業の実施場所は、健康福祉センター、各地区コミュニティーセンターとし、毎年8月から翌年1月までの間に実施することとします。

また、事業実施後の評価は年度末に健診受診者に占める参加者の割合を確認することで実施し、翌年の健診後に検査結果の変化について確認します。

事業参加者への実施後のフォローについては、運動プログラムでの運動の継続や希望者への健康相談を行います。

## (7) 実施体制

### i) 庁内における担当部署

健康福祉課健康推進係が主体となって事業を実施していきます。

### ii) 保険医療関係団体との連携

町内医療機関には、年度初めの医療行政関係者連絡会にて事業について説明を実施し、事業の周知を図っていきます。

### iii) かかりつけ医・専門医との連携

かかりつけ医がいる方については、かかりつけ医へ相談することを勧めることとします。

### iv) 山形県国民健康保険団体連合会との連携

山形県国民健康保険団体連合会で事務局を努める保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら事業を実施していきます。

## 6 運動で自分磨きプログラム

### (1) 事業の目的

定期的に運動に取り組む運動習慣者を増やすことを目的とします。

### (2) 事業の概要

健康運動指導士による運動を指導する機会を設け、安全に楽しく運動に取り組みます。また、運動の効果を高めるため、食生活、休養についての健康教育を実施します。

### (3) 対象者の選定方法

運動習慣をつけたい方で、参加を希望する方を対象者とします。

#### (4) アウトカム指標

事業の成果を図るアウトカム指標は、下記のとおりとします。

No.	評価指標	評価対象・ 方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	運動習慣のある方の割合の増加	特定健診の問診票の集計結果	19.3%	20%	21%	22%	23%	24%	25%

#### (5) アウトプット指標

事業の実施量・実施率を図るアウトプット指標は、下記のとおりとします。

No.	評価指標	評価対象・ 方法	計画策定 時実績値	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	年間6回以上参加者の割合	参加者名簿により把握	62.5%	65.0%	67.5%	70%	72%	74%	75%
2	新規参加者の人数	参加者名簿により把握	10名	10名	10名	10名	10名	10名	10名

#### (6) プロセス

事業の実施方法であるプロセスは、下記のとおりとします。

##### ①周知の方法

町報への掲載、チラシの配布により周知を図ります。

また、特定保健指導対象者や生活習慣病リスクの高い方で運動習慣のない方に対しては別途チラシを送付して事業への参加勧奨を行います。

##### ②事業実施後の支援

プログラムに参加を希望する方には、電話申し込み後に健康運動指導士による正しい運動のやり方の指導を実施することとします。食生活や休養についての健康教育を年1回程度実施し、運動の効果を高めます。

事業の実施場所は、健康福祉センター、各地区コミュニティーセンターとし、毎年4月から翌年3月までの間に実施することとします。

また、事業実施後の評価は、参加者名簿により継続率と新規参加者数を確認することで実施し、あわせて特定健診結果により運動習慣者の割合を確認することで行います。

事業参加者への実施後のフォローについては、希望者への健康相談を行います。

#### (7) 実施体制

##### i) 庁内における担当部署

健康福祉課健康推進係が主体となって事業を実施していきます。

##### ii) 保険医療関係団体との連携

町内医療機関には、年度初めの医療行政関係者連絡会にて事業について説明を

実施し、事業の周知を図っていきます。

iii) かかりつけ医・専門医との連携

かかりつけ医がいる方については、かかりつけ医へ相談することを勧めることとします。

iv) 山形県国民健康保険団体連合会との連携

山形県国民健康保険団体連合会で事務局を努める保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら事業を実施していきます。

## 第5章 その他

### 1 計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うこととし、保健事業ごとの評価指標に基づいて、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

事業の評価はKDB データ等の健康・医療情報を活用して定量的に実施するとともに、費用対効果の観点も考慮します。

計画で設定した評価指標に基づいて、計画の中間時点において進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画の策定を見据えて最終評価を行うこととします。評価に当たっては、白鷹町国民健康保険運営協議会および山形県国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会から助言をいただきながら実施します。

### 2 計画の公表・周知

本計画については、町のホームページや町報を通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図っていきます。

### 3 個人情報の取扱い

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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じることとします。

### 4 地域包括ケアに係る取組

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるために直面する課題などについての情報や専門家による議論等（地域ケア会議等におけるもの）を健康福祉課と共有し、保険者として課題解決に必要な方策を検討していきます。

KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有します。

これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行っていきます。

地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行っていきます。

### 5 その他の留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえたPDCAサイクルによる事業実施のため、国保連合会が行う各種研修会等に事業運営に関わる担当者が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

第二期白鷹町保健事業実施計画  
(第三期データヘルス計画及び第四期特定健康診査等実施計画)

白鷹町 町民課国保医療係・健康福祉課健康推進係