

山辺町国民健康保険
第3期 保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第4期 特定健康診査等実施計画



令和 6 年 3 月
山 辺 町

目 次

第1章	基本的事項	1
1	背景及び趣旨	1
2	計画の目的	1
3	計画の位置づけ	2
4	計画期間	2
5	実施体制・関係者連携	2
第2章	山辺町の現状	3
1	山辺町の特徴	3
2	医療費の状況	5
3	死亡の状況	9
4	介護保険の状況	10
5	前期計画の評価	13
6	個別の保健事業の実施状況	14
7	後期高齢者の状況	21
第3章	健康・医療情報の分析及び健康課題	24
1	平均余命と平均自立期間の推移	24
2	医療情報からの分析	24
(1)	山辺町の医療費の割合と受診率の推移	24
(2)	生活習慣病に係る医療費の状況	26
3	後発医薬品（ジェネリック）の状況	31
4	人工透析患者の推移（令和4年度）	31
5	重複受診者・頻回受診者の状況	32
6	特定健診・特定保健指導からの情報分析	34
(1)	特定健診の年次推移	34
(2)	特定健診 男女別・年齢別受診状況（令和4年度）	34
(3)	特定保健指導の年次推移	35
(4)	特定保健指導 男女別・年代別実施状況（令和4年度）	37
(5)	特定健診検査項目の有所見率（令和4年度）	39
(6)	質問票調査の状況（令和4年度）	42
7	医療情報・健診結果等を組み合わせた分析	46
8	分析結果に基づく健康課題	47
第4章	計画全体の目標と取り組み	49
1	計画全体の目標	49
2	計画の評価指標	49
3	取り組みを行う対策	50
4	個別の保健事業	51

第5章	第4期特定健康診査等実施計画	57
1	特定健診・特定保健指導	57
2	目標	57
3	対象者推計	58
(1)	特定健診対象者数及び受診者数の見込み	58
(2)	特定保健指導対象者数及び受診者数の見込み	58
4	実施方法	59
(1)	特定健診の実施方法	59
(2)	特定保健指導の実施方法	60
5	評価及び計画の見直し	63
(1)	評価	63
(2)	計画の見直し	63
6	計画の公表・周知	63
7	個人情報の保護	63
(1)	個人情報保護関係規定の順守	63
8	留意事項	64
(1)	各種健（検）診等との連携	64
(2)	健康づくり事業等との連携	64
第6章	計画に関するその他の事項	65
1	計画の見直し	65
2	計画の公表・周知	65
3	個人情報の保護	65
	用語解説	66

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景及び趣旨

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）^(※1)の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）^(※2)等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」^(※3)（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「保健事業実施計画（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、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。

これまで、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ^(※4)から、重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえ、厚生労働省においては、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める「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」（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDC Aサイクル^(※5)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、保健事業の実施及び評価を行うものとなりました。

平成30年4月からは都道府県が共同保険者となり、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、保健事業実施計画（データヘルス計画）の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、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^(※6)の設定の推進が掲げられました。

今般、これらの経緯も踏まえ、山辺町においても保健事業実施指針に基づき、「山辺町国民健康保険保健事業実施計画（山辺町データヘルス計画）」（以下「本計画」という。）を定め、国民健康保険加入者の生活習慣病対策をはじめとする健康増進や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うこととしました。

2 計画の目的

本計画は、健康・医療情報を活用し医療費の増大に繋がる課題を明確にしたうえで、PDC Aサイクルに沿った効率的・効果的な保健事業を実施することにより、被保険者の「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を目的とします。

3 計画の位置づけ

本計画は、健康増進法に基づく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「輝らりやまのべ健康プラン2 1（改訂版）」等その他計画との整合性を図るものとします。

4 計画期間

計画期間を定めるに当たっては、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮します。

具体的には、都道府県における医療費適正化計画^(※7)や医療計画等が令和6年度から11年度までを計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から本計画についても同様の計画期間とし、基本的に6年を1期とします。

5 実施体制・関係者連携

山辺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、国民健康保険事業を担う町民生活課と保健事業を担う保健福祉課が連携し、庁内関係部局の協力を得て実施します。

また、保健事業従事者の研修機会を確保し、担当者のスキルアップや意識共有に努めると共に計画の実効性を高めるため、共同保険者である山形県のほか、山形県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、町内医療機関等の保健医療関係者等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

第2章 山辺町の現状

1 山辺町の特性

山辺町の人口及び国民健康保険被保険者数は年々減少しており、人口に対する被保険者数の割合もやや減少しています（図表1）。平均寿命は国、県と同程度となっており、被保険者の平均年齢は国、県よりも高く、ほぼ横ばいで推移しています（図表2、図表3）。

令和4年度の被保険者構成割合をみると、男女ともほぼ同数で、年齢構成では退職時期にあたる60歳から大きく増え、被保険者数、加入割合では男女ともに70～74歳が最も多い階層となっています（図表4）。

【図表1】山辺町の人口と被保険者数の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人口	14,303人	14,157人	13,974人	13,824人	13,638人
被保険者数	2,863人	2,780人	2,766人	2,713人	2,580人
被保険者数の割合	20.0%	19.6%	19.8%	19.6%	18.9%

（各年度末現在）

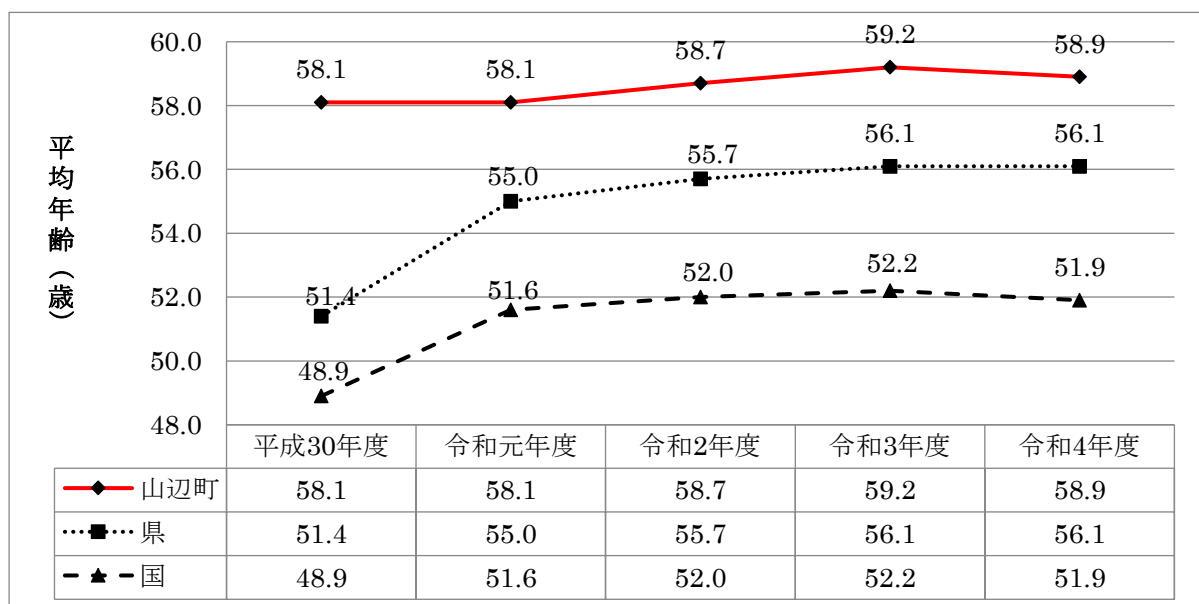
【図表2】平均寿命

（単位：歳）

集計単位	平均寿命（男性）	平均寿命（女性）
山辺町	80.6	87.2
山形県	80.5	87.0
国	80.8	87.0

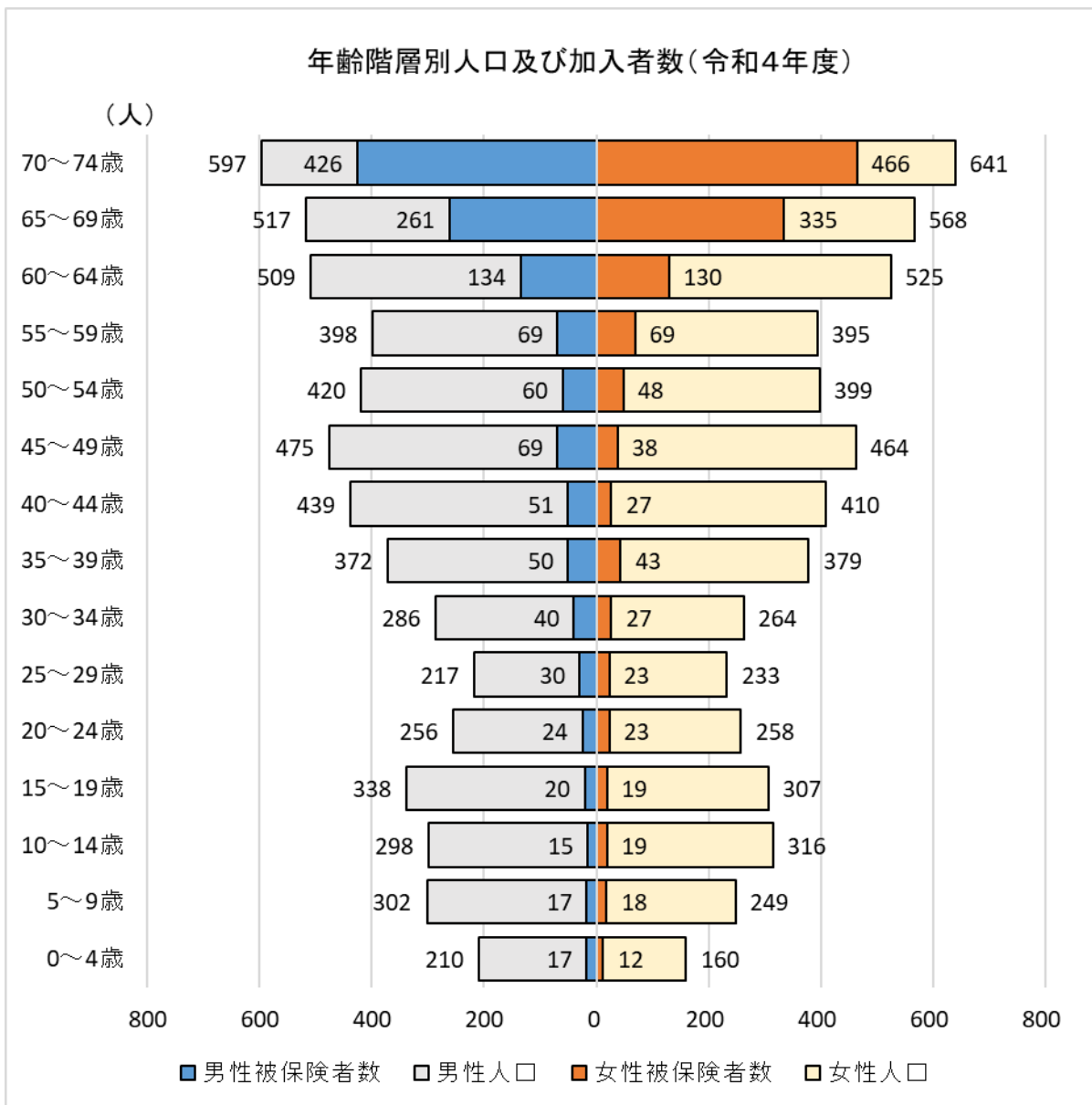
資料：KDBシステム_地域の全体像の把握（令和4年度）

【図表3】被保険者平均年齢の推移



資料：KDBシステム_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

【図表 4】 年齢階層別人口及び加入者数・加入割合の状況（令和4年度）



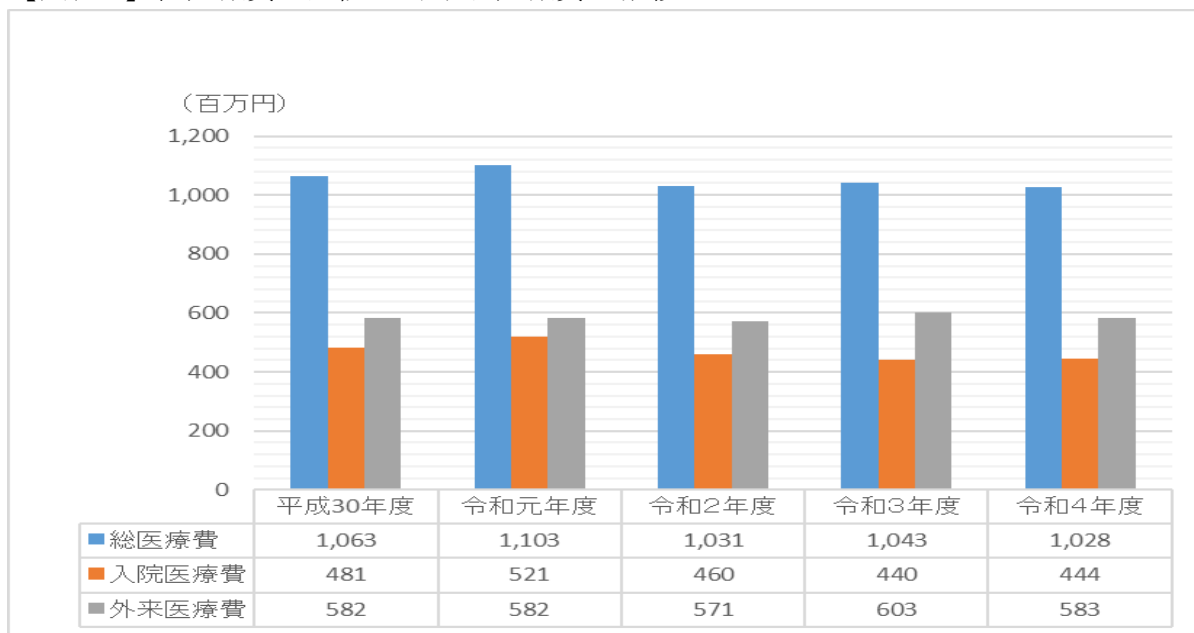
資料：KDB システム_地域の全体像の把握

2 医療費の状況

被保険者数の減少に伴い総医療費は減少傾向にあります。しかし、一人あたり医療費は、新型コロナウイルス感染症が流行した令和2年度では減少しましたが、令和4年度はコロナ前の水準を上回っており、県よりも高い水準になっています（図表5、図表6）。

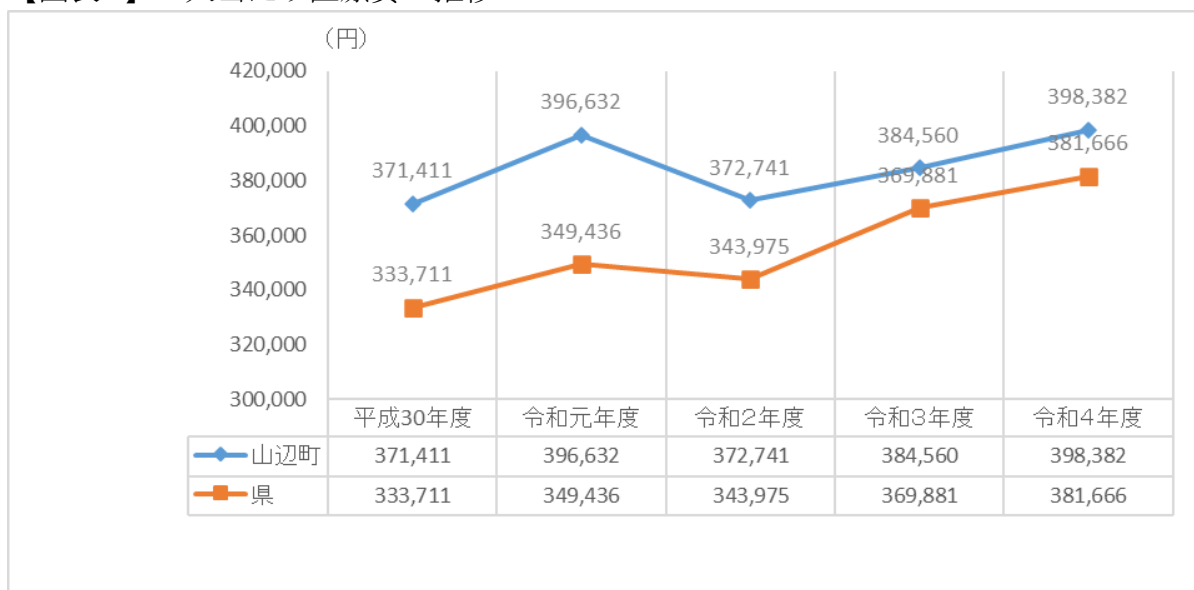
年齢階層別の一人あたり医療費では、55歳～59歳が最も高くなっており入院医療費が最も高い年齢階層も同様です。外来医療費が最も高いのは60歳～64歳となっています（図表7）。

【図表5】 総医療費と入院・外来別医療費の推移



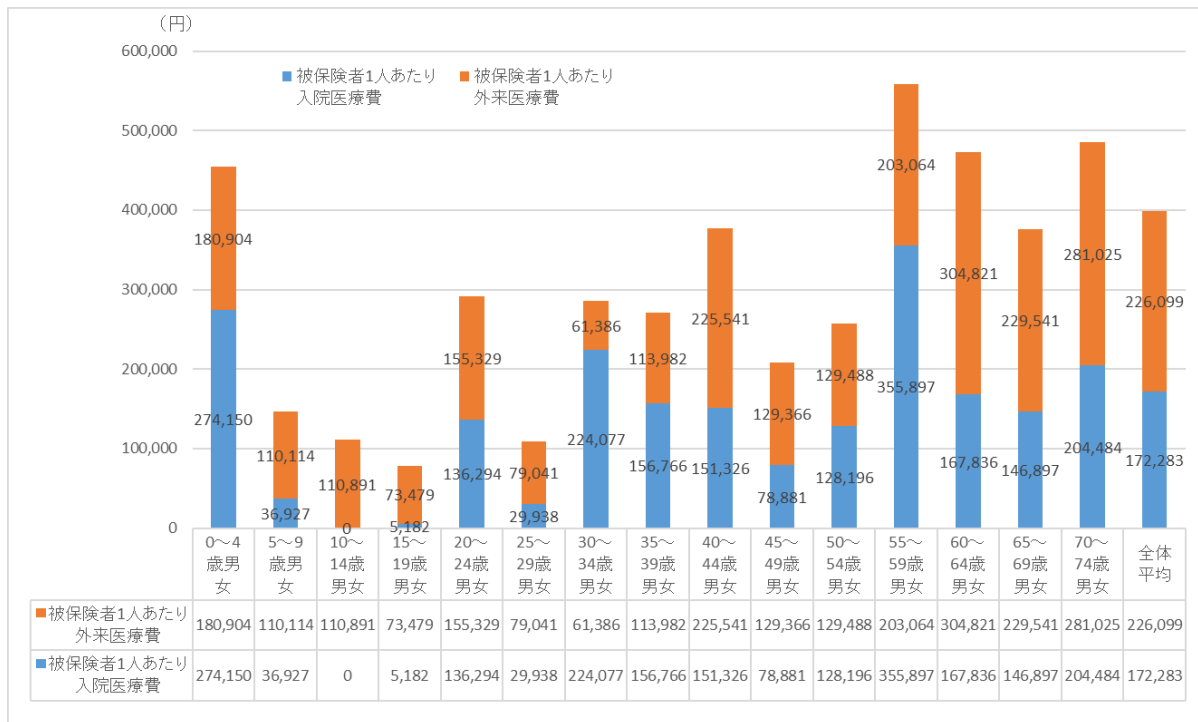
資料：KDB システム_地域の全体像の把握

【図表6】 一人当たり医療費の推移



資料：KDB システム_疾病別医療費分析（大分類）

【図表 7】 年齢階層別 被保険者一人あたり医療費（令和4年度）



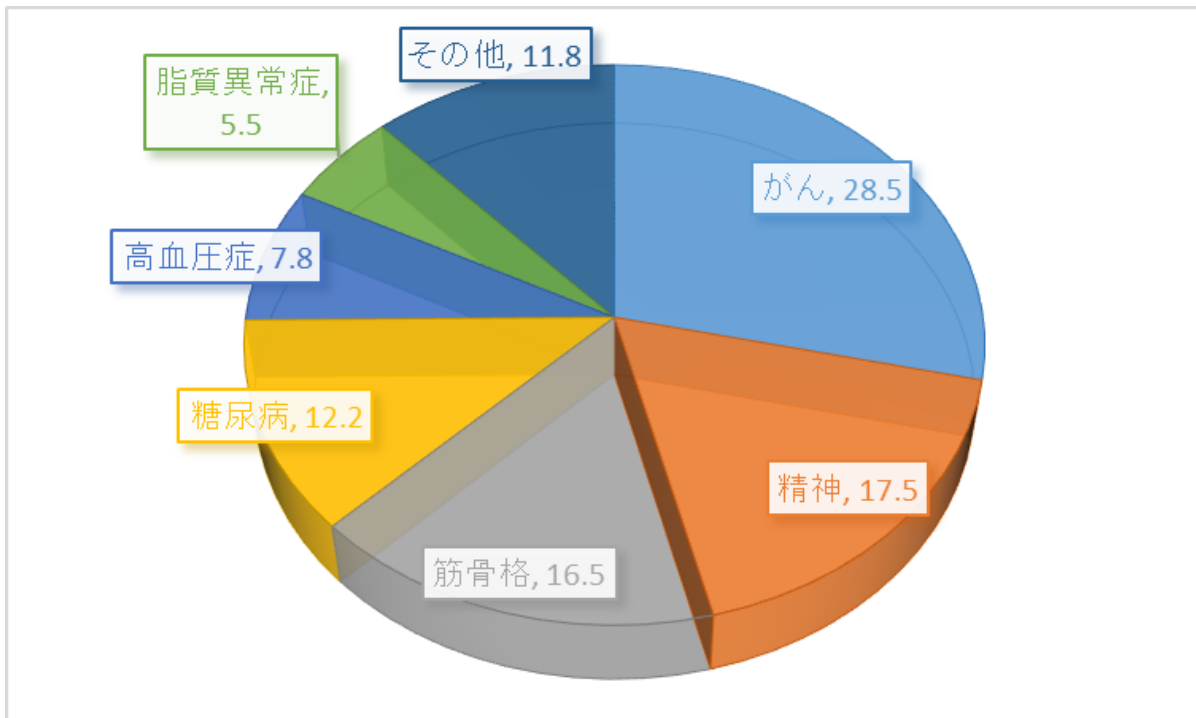
資料：KDB システム_疾病別医療費分析（大分類）

令和4年度における最大医療資源傷病名による医療費の割合を見ると、山辺町では悪性新生物の割合が最も高く（28.5%）、次に精神（17.5%）、筋・骨格（16.5%）と続き、この上位3つで全体の60%以上を占めています（図表8）。

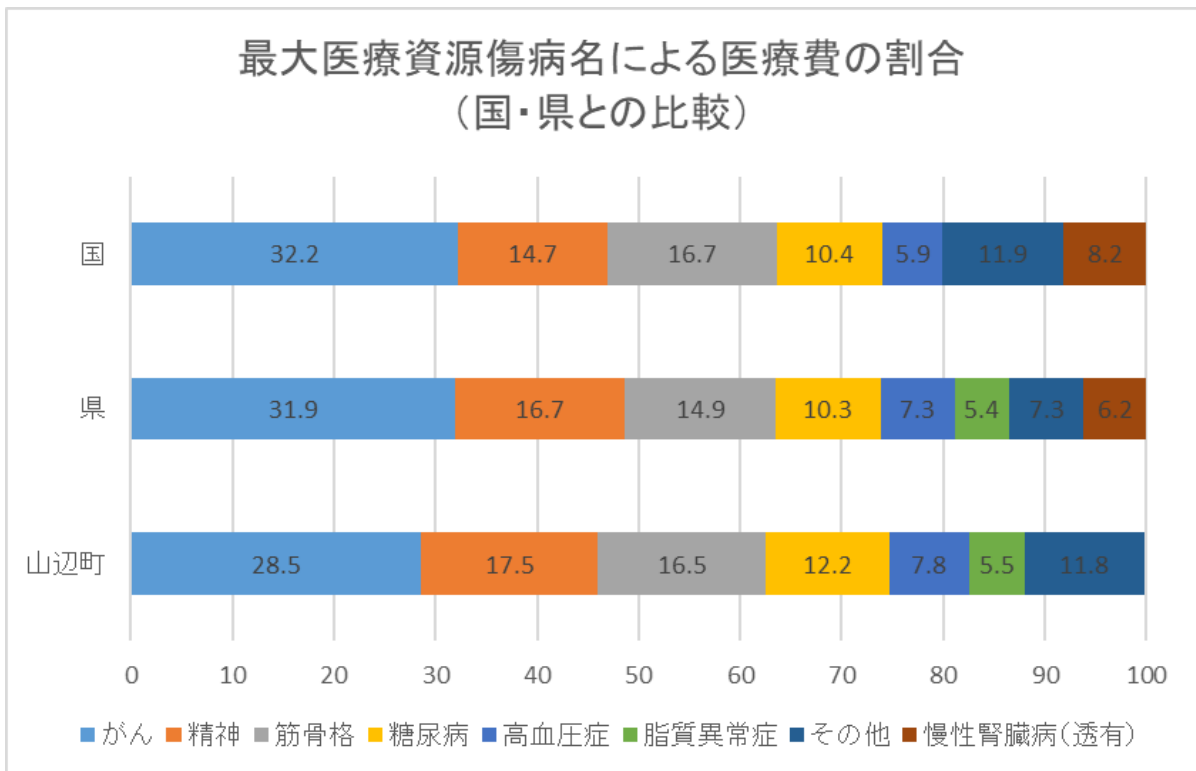
国、県と比較すると精神、糖尿病、高血圧の割合が高くなっています。

医療費の高い疾病の上位10疾病をみると、外来は糖尿病（1位）、高血圧症（2位）や脂質異常症（3位）の順になっています（図表9）。

【図表 8】 医療費の割合 最大医療資源傷病名による（令和4年度）

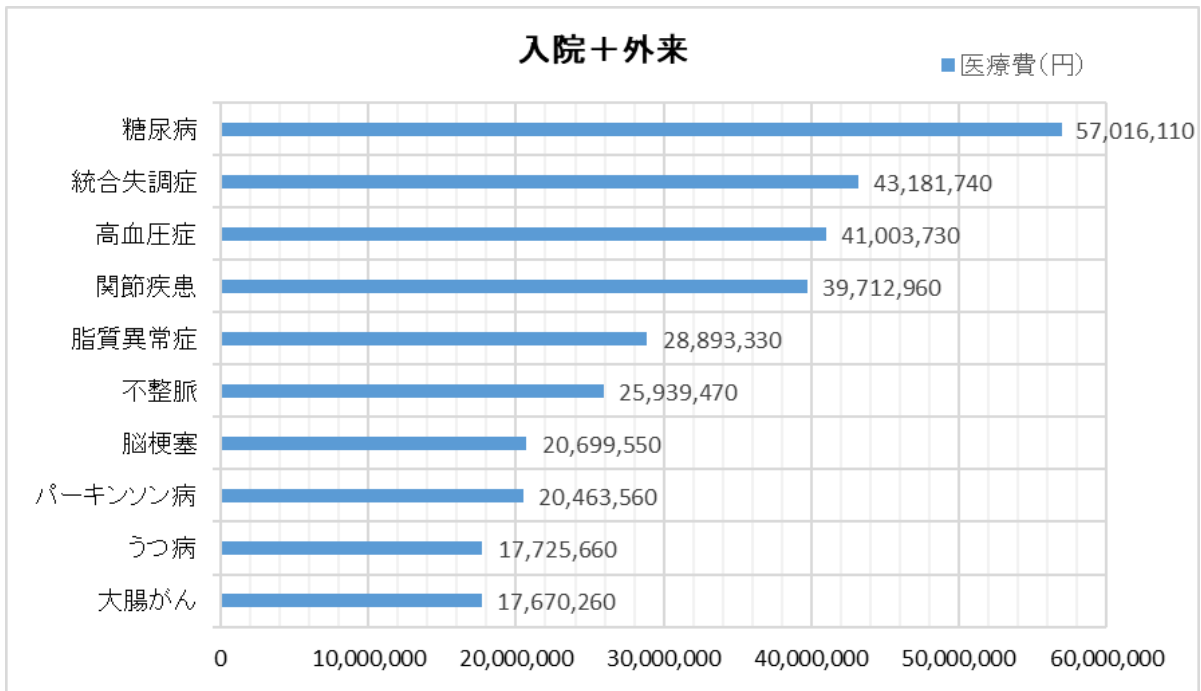


資料：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

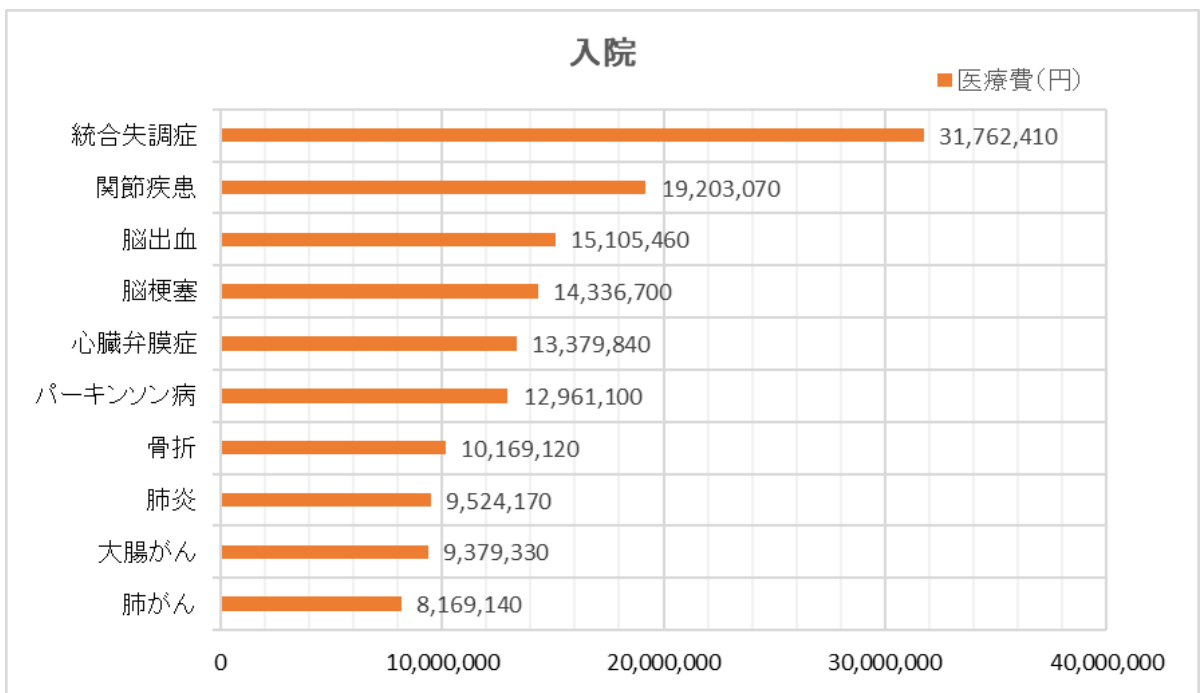


資料：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

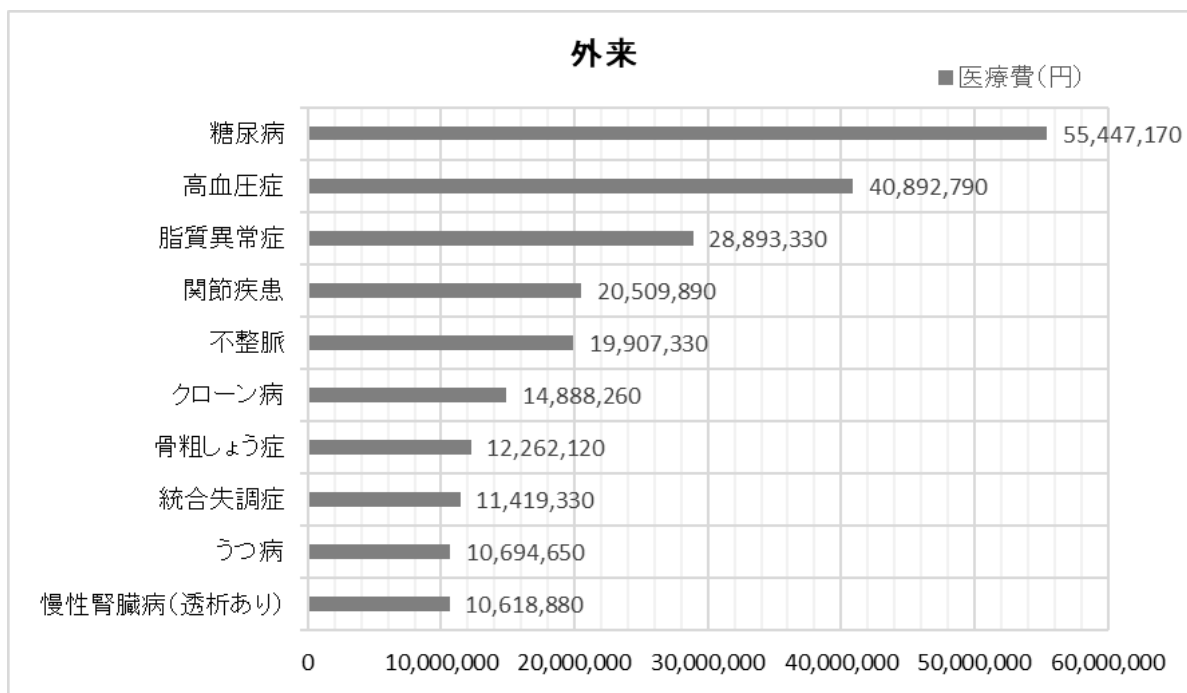
【図表 9】医療費の高い疾病（令和4年度）



資料：KDB システム_医療費分析（1）細小分類



資料：KDB システム_医療費分析（1）細小分類



資料) KDBシステム_医療費分析 (1) 細小分類

3 死亡の状況

(1) 標準化死亡比の状況

当町の令和4年度における標準化死亡比 (SMR)^(※8) は男性 91.8、女性 94.2 と国、県より低く、県と比較すると男性は 9.7 ポイント、女性は 8.3 ポイント低い状況です。

標準化死亡比 (令和4年度)

	山辺町	山形県	国
男性	91.8	101.5	100.0
女性	94.2	102.5	100.0

資料：KDBシステム_地域の全体像の把握

男女ともに標準化死亡比は国、県と比べて少ない状況です。山辺町、県ともに上昇していますが上昇値は県を上回っています。

標準化死亡比の推移

区分	男性				女性			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
山辺町	87.2	87.2	91.8	91.8	88.4	88.4	94.2	94.2
山形県	100.9	100.9	101.5	101.5	101.1	101.1	102.5	102.5
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：KDBシステム_地域の全体像の把握

(2) 主たる死因の割合

令和4年度の主たる死因の割合では、悪性新生物が最も高く、次いで心疾患、脳血管疾患の順となっています。県、国と比較して悪性新生物、腎不全の割合が高くなっています。

令和元年度と令和4年度の死因割合を比較すると、悪性新生物、腎不全の割合が増加しています（図表10）。

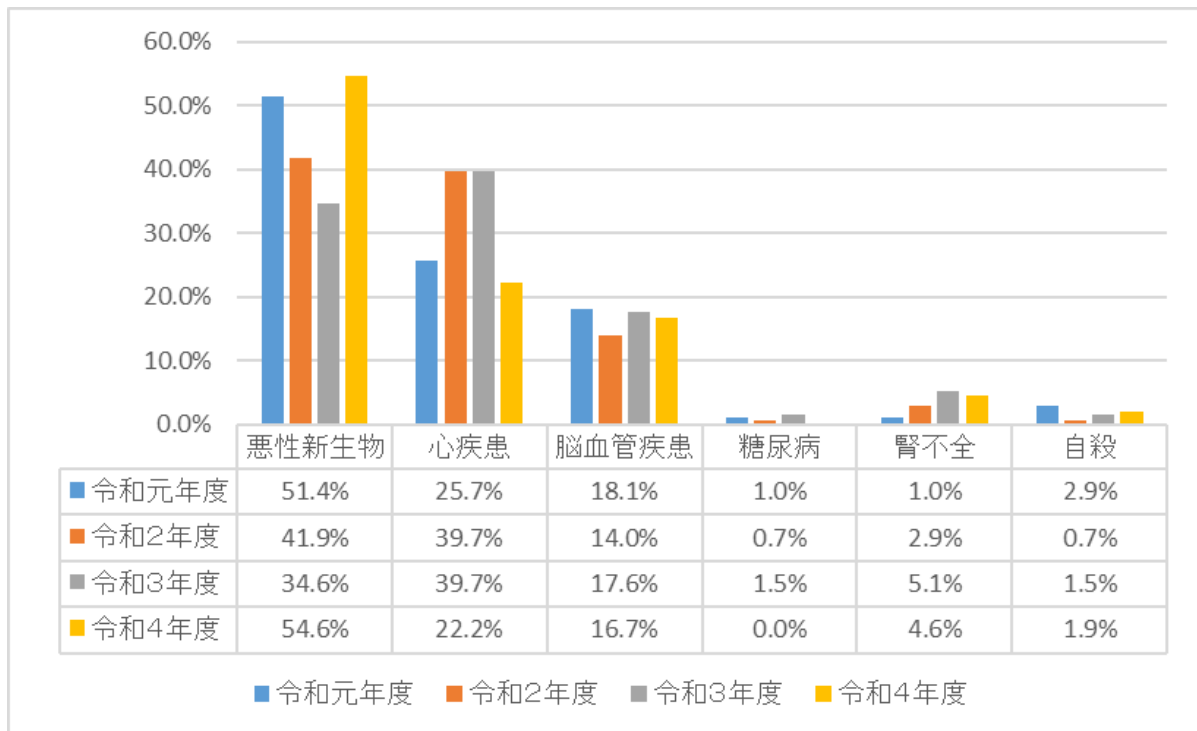
主たる死因の割合（令和4年度）

	山辺町	山形県	国
悪性新生物	54.6%	46.8%	50.6%
心疾患	22.2%	28.6%	27.5%
脳血管疾患	16.7%	17.3%	13.8%
糖尿病	0.0%	1.4%	1.9%
腎不全	4.6%	3.7%	3.6%
自殺	1.9%	2.2%	2.7%

注：死因割合は6疾病を100として算出

資料：KDB システム_地域の全体像の把握

【図表10】 年度別・主たる死因の割合



資料：KDB システム_地域の全体像の把握

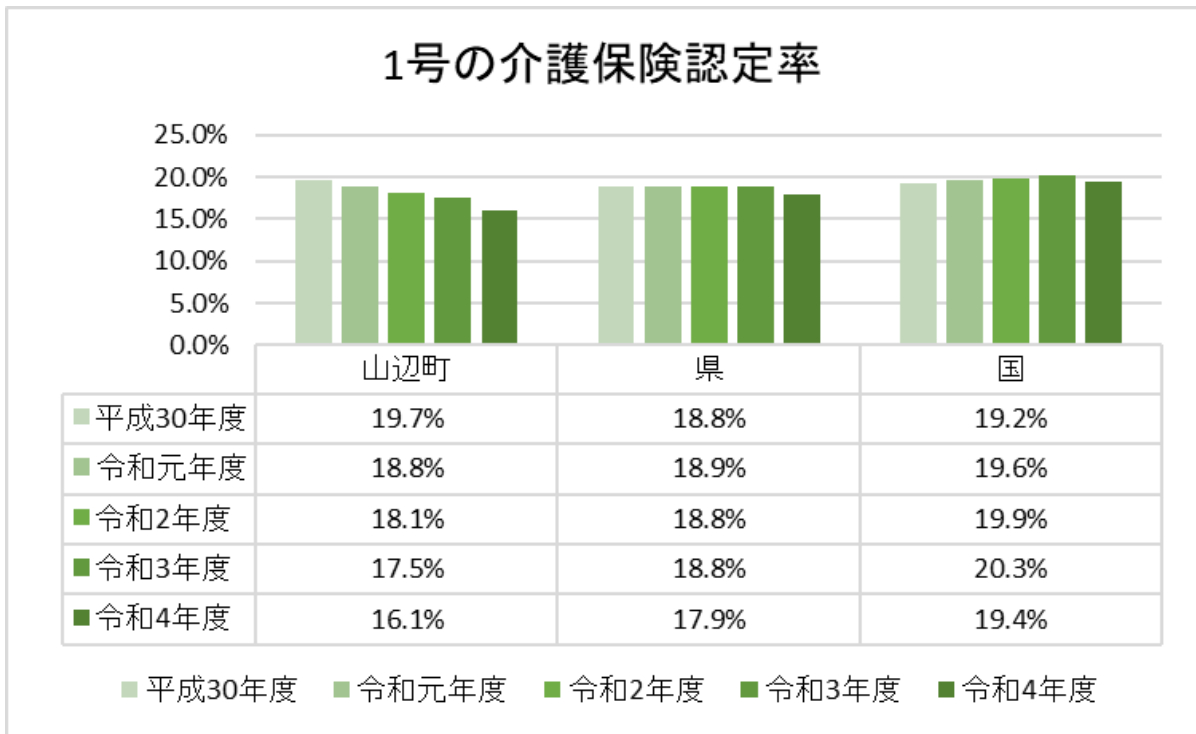
4 介護保険の状況

(1) 要介護（支援）認定の状況

1号被保険者の要介護（支援）認定率の推移をみると、令和4年度は16.1%となり平成30年度以降から一貫して減少傾向にあります（図表11）。また、国、県との比較では平成30年度では国、県よりも高い認定率でしたが令和元年度以降は国、県よりも低い認定率で推移しています（図表12）。

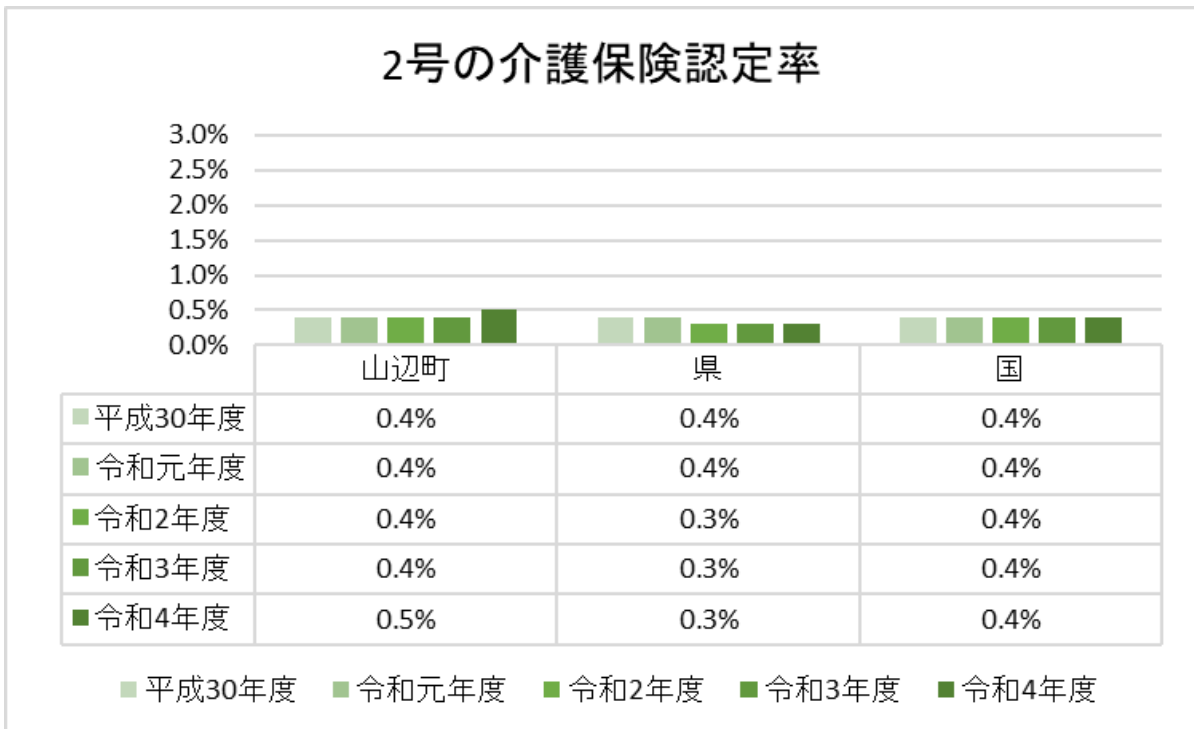
また、2号被保険者は、国、県と同水準の認定率で推移しています。

【図表 11】 介護保険 1号被保険者の認定率



資料：国保中央会ツール_介護費関係の分析

【図表 12】 介護保険 2号被保険者の認定率

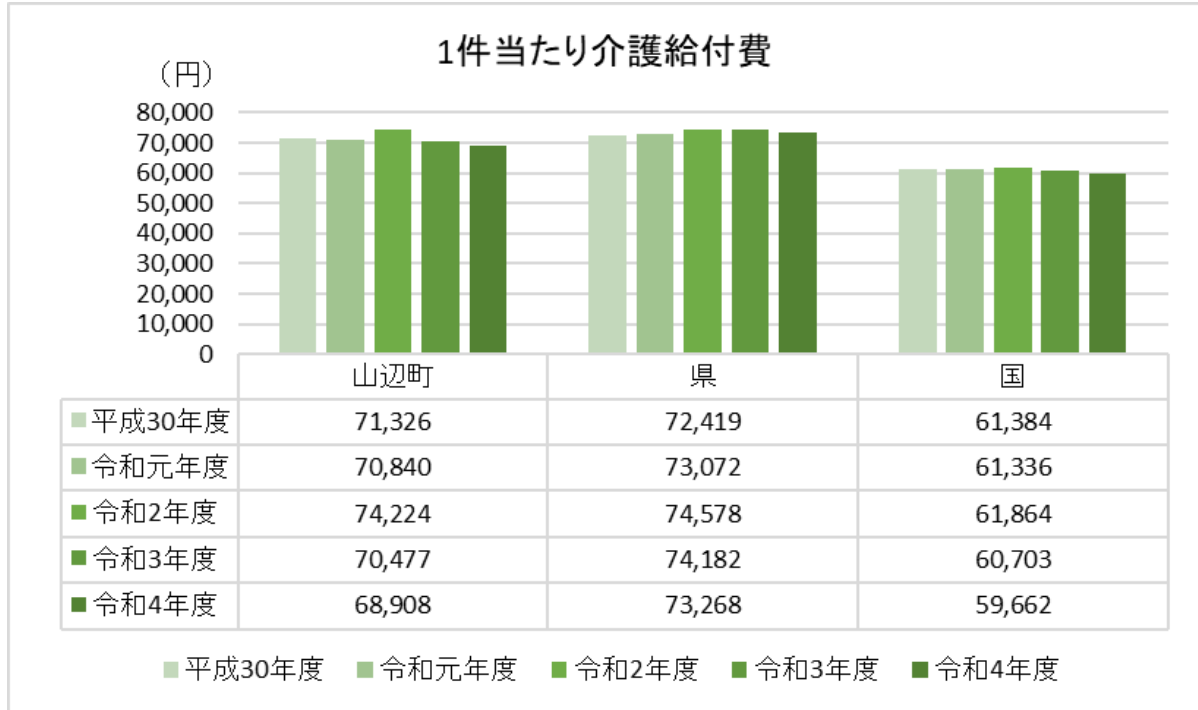


資料：国保中央会ツール_介護費関係の分析

(2) 介護給付費の状況

令和4年度の1件当たりの介護給付費は68,908円で、県よりも低く国よりも高い状況です(図表13)。

【図表13】 1件当たり介護給付費



【図表14】 認定度別の1件当たり給付費

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
要支援1	9,752円	9,806円	8,983円	8,501円	9,179円
要支援2	16,486円	16,079円	14,140円	13,989円	15,009円
要介護1	44,705円	42,258円	44,806円	44,080円	45,347円
要介護2	52,104円	51,143円	49,479円	44,097円	45,060円
要介護3	101,543円	99,159円	108,835円	110,968円	110,218円
要介護4	142,414円	149,808円	156,389円	146,341円	133,846円
要介護5	122,643円	112,465円	116,374円	113,470円	114,495円

5 前期計画の評価

前期計画期間に実施した保健事業について、目標の達成状況を評価し、計画全体の最終評価をまとめています。

目標項目	計画策定時の実績値 (参考値)	最終目標値 ①当初の設定 ②中間評価後	実績値		評価(※)及び次期計画への課題と対応
			中間評価値 令和2年度	現状値 令和4年度	
特定健診受診率の向上	45.7% H28年度 (法定報告値)	特定健康診査受診率 ①60.0% ②60.0%	47.9%	46.8%	【評価 B】 若年層の受診率が依然として低い状況が継続しています。今後、若年層に対して健診の必要性の理解と効果的な受診勧奨について検討する。
特定保健指導実施率の向上	60.6% H28年度	特定保健指導実施率 ①62.0% ②62.0%	54.0%	52.6%	【評価 B】 健診当日に初回面接を実施することで実施率向上に繋がっている。目標値の達成には至っていないが、新型コロナウイルス感染症の影響がある中で50%以上の実施率を維持することができた。未実施者に対して、適切な時期の利用勧奨を継続して取り組みます。
糖尿病精密検査受診率の向上	受診率 未把握 (H30年度から事業開始のため)	糖尿病精密検査受診率 ①H30年度の結果より段階的に引き上げていく ②62.5%	100.0%	72.2% (受診者数 13人 勧奨対象者数 18人)	【評価 A】 健診受診から3ヵ月後に再勧奨を実施。実施時期は適切であったと考えるが、勧奨対象件数の少なさから年度による実績値の差が大きくなっている。引き続き受診状況等の確認と訪問、電話等による個別アプローチに取り組みます。
脂質異常症の割合の減少	30.9% H28年度	脂質異常症の割合 ①県平均以下 ②県平均以下	32.4%	全体 33.8% (県 29.5%) 男性 32.2% (27.6%) 女性 35.3% (31.4%)	【評価 C】 令和2年度は割合が減少しましたが、令和3年度以降は増加となりました。新型コロナウイルス感染症による外出自粛等が続いたことなどにより、生活リズムの変化等が要因の一つと考えられます。引き続き、生活習慣の改善に繋がる事業の推進に取り組みます。
新規人工透析者の抑制	人工透析者5名 (うち糖尿病性5名) H28年度	新規人工透析導入者数 ①R5年度までに新規導入者数を0名	6名	3名 (新規1名) (うち糖尿病性2名)	【評価 A】 人工透析者数は減少しています。また、新規1名は転入者のため評価対象から除外しました。被保険者の生活の質を確保すると共に、医療費の増加を防ぐため人工透析移行要因の一つである糖尿病性腎症の重症化予防に取り組みます。

※評価は、計画策定時の実績値と令和4年度実績値を見比べて、下記の4段階で評価しました。

(A:改善 B:変化なし C:悪化 D:評価困難)

6 個別の保健事業の実施状況

事業名 1 特定健康診査受診率の向上

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積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る。
対象者	40歳～75歳未満の国民健康保険被保険者
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診により実施。 ・ 特定健康診査の未申込み者や未受診者に対してナッジ理論を活用した通知等により個別勧奨を実施。 ・ 特定健康診査の未申込み者や未受診者に対して電話による勧奨を実施。

特定健康診査受診率

	計画策定時 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	45.7%	48.0%	51.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
実績値	45.7%	47.2%	47.9%	45.3%	45.4%	46.8%	実施中

受診勧奨実施量

	計画策定時 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(対象者別) はがき勧奨実施数	連続受診者 (3年間連続で受診している者)	71通	67通	146通	433通	180通	144通
	不定期受診者 (3年間で1～2回受診している者)	154通	323通	232通	367通	245通	132通
	未経験者 (3年間で受診無しの者)	939通	1,755通	868通	944通	854通	427通

事業全体の評価と今後の方向性	<p>受診率は令和元年度まで上昇しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響から、令和2年度に低下しました。その後は回復傾向にありますが、令和元年度の水準には達していないことや目標値と実績値に大きな乖離があります。</p> <p>40歳～50歳代の若年層の受診率が伸び悩んでおり、引き続き若年層の受診率向上のための取り組みが必要です。</p> <p>また、医療機関を受診している特定健診未受診者に対しては、特定健診の必要性について普及啓発に取り組んでいきます。</p>
----------------	---

事業名2 特定保健指導実施率の向上

事業の目的	検査値改善のための保健指導を行い生活習慣の改善を支援する。
対象者	特定保健指導基準該当者（動機付け支援・積極的支援が必要とされた者）
実施内容	特定健康診査結果において生活習慣病発症のリスクがあると判定された者に対し、検査値改善のための保健指導を行い生活習慣の改善を支援する。 ・個別による初回面接を行い、特定健診の結果と対象者の生活習慣を踏まえた支援及び行動計画を作成、初回面接から3カ月以上経過後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて評価を行う。

特定保健指導実施率

	計画策定時 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	60.6%	61.0%	61.2%	61.4%	61.6%	61.8%	62.0%
実績値	60.6%	50.0%	54.0%	50.6%	56.7%	51.3%	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	<p>特定保健指導は、特定健康診査実施機関に委託して実施しました。実施率は計画策定時の60.6%を超えませんでした。新型コロナウイルス感染症の影響下でも50%台の実施率を維持しました。対象者からは前年度から連続して対象となった場合や過去に利用した人からは利用を断られるケースや、そもそも生活習慣改善の意識が低く利用に至らないことがあります。特定健康診査の当日に初回面接を実施することで、健康に対する関心が高い間に特定保健指導の利用に結び付けられているため継続して取り組みを行います。</p> <p>また、国の「標準的な健診・保健指導プログラム」及び「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」等の見直しを踏まえて、より質の高い保健指導の提供について検討します。</p>
----------------	--

事業名3 糖尿病精密検査受診率の向上

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化、腎不全・人工透析への移行を予防し生活の質を確保する。
対象者	国民健康保険被保険者で、特定健康診査結果が受診勧奨判定値を超えている
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラムに基づき、治療中断者、医療機関未受診者を対象として精密検査受診の勧奨通知を送付する。 特定健康診査の検査結果（空腹時血糖又はHbA1c、eGFR、尿蛋白）が受診勧奨判定値を超えている医療機関未受診者に受診勧奨を実施。

糖尿病精密検査受診率の向上

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	62.5%	62.5%以上	62.5%以上	62.5%以上	62.5%以上	62.5%以上
実績値	62.5%	100.0%	90.0%	83.3%	72.2%	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	<p>精密検査の未受診者に対しては3ヶ月を目安として訪問や電話などで再勧奨に取り組みました。</p> <p>保健指導が必要な人については生活改善等の指導を訪問や来所等により実施し、受診勧奨の通知には町の健康教室や健康相談の案内を同封し情報の提供をおこないました。また町の糖尿病予防教室にも積極的に参加してもらえよう取り組みました。</p>
----------------	---

事業名 4 健診後相談事業

事業の目的	生活習慣の見直しや改善を図り、町民の健康に関する意識の改善、健康保持増進並びに医療費の削減を図る。
対象者	特定健康診査を受診した者
実施内容	各種健診後、7~1月に月2回実施（計13回）。その他、相談者の希望により随時対応。健診結果の見方や数値の確認、生活習慣改善に向けた保健指導等を実施。

健康相談参加人数

	計画策定時 平成30年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
参加人数	41人	41人	12人	40人	15人	27人	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	<p>日中の開催のため参加できる人が限られている。また利用者が固定化している傾向もみられます。</p> <p>健康相談として日程を設ける他に随時相談にも対応をおこないました。広報等でも周知を行っていますが利用者が伸び悩んでいる状況であり、今後検討が必要。</p>
----------------	---

事業名 5 がん検診等補助事業

事業の目的	がん検診を受ける機会を作り、異常の早期発見や早期治療に繋げ、町民の健康保持増進並びに医療費の削減を図る。
対象者	胃・大腸・肺・前立腺・乳がん40歳以上・子宮20歳以上
実施内容	平成27年から子宮頸がん検診HPV検診導入 総合健診、人間ドック時に特定健診と同日受診可。レディース検診あり。 要精検者に対して、通知や電話での精検受診再勧奨を実施。

がん検診受診者数

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
肺がん	2,128人	1,987人	1,868人	1,923人	1,905人	実施中
胃がん	1,019人	952人	930人	937人	1,033人	実施中
大腸がん	1,674人	1,627人	1,574人	1,623人	1,646人	実施中
乳がん	611人	588人	527人	569人	514人	実施中

子宮頸がん	509 人	529 人	455 人	472 人	431 人	実施中
前立腺がん	369 人	273 人	288 人	291 人	258 人	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	精検受診再勧奨を行った結果 90%以上が受診し、結果を把握することができた。しかし、一方では未受診者の固定化が起きており対応に検討が必要です。
----------------	---

事業名 6 若年者健診事業

事業の目的	健診を受ける機会の少ない 20～30 代を対象とし、生活習慣の見直しや改善を図ると共に異常の早期発見や早期治療を推進し、健康保持増進並びに医療費の削減を図る。
対象者	働きざかり健診は 35 歳～39 歳の男女。 プチ健診は 20 歳～34 歳までの女性。
実施内容	働きざかり健診は基本健診を主としており、女性は希望により子宮頸がん、乳がん検診を併せて受診することが出来る。プチ健診は子宮頸がん検診と簡便な基本健診を併せて受けることが出来る。

プチ健診・働きざかり健診受診状況

	計画策定時 平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
働きざかり健診	40 人	45 人	46 人	41 人	30 人	実施中
プチ健診	39 人	14 人	27 人	25 人	14 人	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	受診者が伸び悩んでいる状況。また男性の受診者が女性に比べて少ない。
----------------	-----------------------------------

事業名 7 重複・頻回受診者訪問等指導

事業の目的	重複・頻回受診をしている人に支援を行い、適正な受診を促すと共に医療費の削減を目指す。
対象者	重複受診者：同一月に同一疾病で 4 医療機関以上を受診している者（柔道整復は 3 部位以上） 頻回受診者：3 カ月連続で同一月に 15 日以上受診している者 重複服薬者：3 カ月連続で同一傷病での処方のある者で 2 医療機関以上 2 薬効以上又は 3 医療機関以上 1 薬効以上の重複処方がある者 多剤服薬者：3 カ月連続で同一傷病での処方がある者で 15 薬効以上の処方がある者
実施内容	保健師の訪問や電話により受診状況を確認し、適正な受診勧奨をするとともに健康相談の実施

重複・頻回受診指導

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
重複受診	6人	17人	14人	14人	4人	3人
頻回受診	7人	7人	9人	0人	0人	0人
重複服薬	0人	4人	2人	3人	2人	2人
多剤服薬	0人	0人	0人	0人	0人	0人

事業全体の評価と今後の方向性	事業実施により適正受診に一定の効果がみられています。しかし、受診することが安心に繋がっている人がおり、該当者の固定化がみられます。 医療費適正化のみならず、対象者の健康被害予防の観点からも受診状況に応じて、保健指導等により適正受診を促す取り組みを継続します。
----------------	--

事業名 8 健康教室の開催

事業の目的	レセプトや健診の受診結果を元に病態別健康教室を実施し、町民の健康意識の向上、生活習慣の改善、そして医療費の削減を目指す
対象者	町内に住所を有する者
実施内容	病態別健康教室を実施。糖尿病予防教室は病態・栄養・運動を行う。年度の健康課題に合わせた講座を行っている。

健康教室の開催回数・人数

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
開催数	6回	3回	1回	2回	3回	
参加人数	124人	54人	20人	14人	22人	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	糖尿病看護認定看護師、助産師、健康運動指導士等を講師に生活に取り入れやすい内容の講話と実習を含めて行った。
----------------	---

事業名 9 健康延伸展開事業

事業の目的	運動の習慣をつくり、健康運動指導士による指導を受けることで自身の健康管理や生活習慣の改善を図る。
対象者	町内に住所を有する者
実施内容	健康増進、介護予防を目的とした中高年齢者向けの初歩的な運動教室を実施 健康増進センターめぐみに委託し実施 水中運動やトレーニング等の教室を前・後期の2期に分けて実施。

参加人数

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用者の平均 年齢	69.8歳	70.5歳	70.5歳	71.6歳	72.6歳	実施中
参加人数	314人	282人	148人	174人	161人	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	新型コロナウイルス感染症の影響により教室と定員数を縮小して実施したため、参加人数は減少している。また、水中運動教室は令和2年度から中止している。
----------------	--

事業名 10 後発医薬品の利用促進

事業の目的	調剤に係る医療費の軽減を図る。
対象者	国民健康保険被保険者
実施内容	後発医薬品（ジェネリック）を利用することで一定以上の医療費の減額見込まれる者に対して差額通知を年6回発送する。

後発医薬品の利用率（数量シェア）

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実績値	75.7%	77.5%	79.9%	79.9%	80.7%	実施中

差額通知送付実施量

	計画策定時 平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
差額通知発送数	2,881通	2,726通	2,646通	2,505通	2,393通	2,029通

事業全体の評価と今後の方向性	被保険者への後発医薬品の普及・浸透もあり、利用率は年々上昇傾向にある。医療費適正化のため更なる利用率の向上を目指して継続して取り組みを行います。
----------------	--

事業名 11 食生活改善事業

事業の目的	食育の重要性の周知徹底を図りながら、町民の健康保持増進とともに、医療費の抑制に努める。
対象者	町内に住所を有する者
実施内容	調和のとれた栄養・運動・休養づくりを推進するため活動。 ・食生活改善推進員の養成：講話や調理実習等の講習会を計8日間行っており、隔年実施。

	<p>病態別栄養教室：町栄養士が食改員向けに年5回実施。栄養講話、実習を含めて行い食改員のスキルアップを図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・伝達講習：食生活改善推進員による各地区での伝達活動。 ・健康教育：町団体へ保健師・栄養士が健康講話を行い、町の状況や健康について等伝える。
--	---

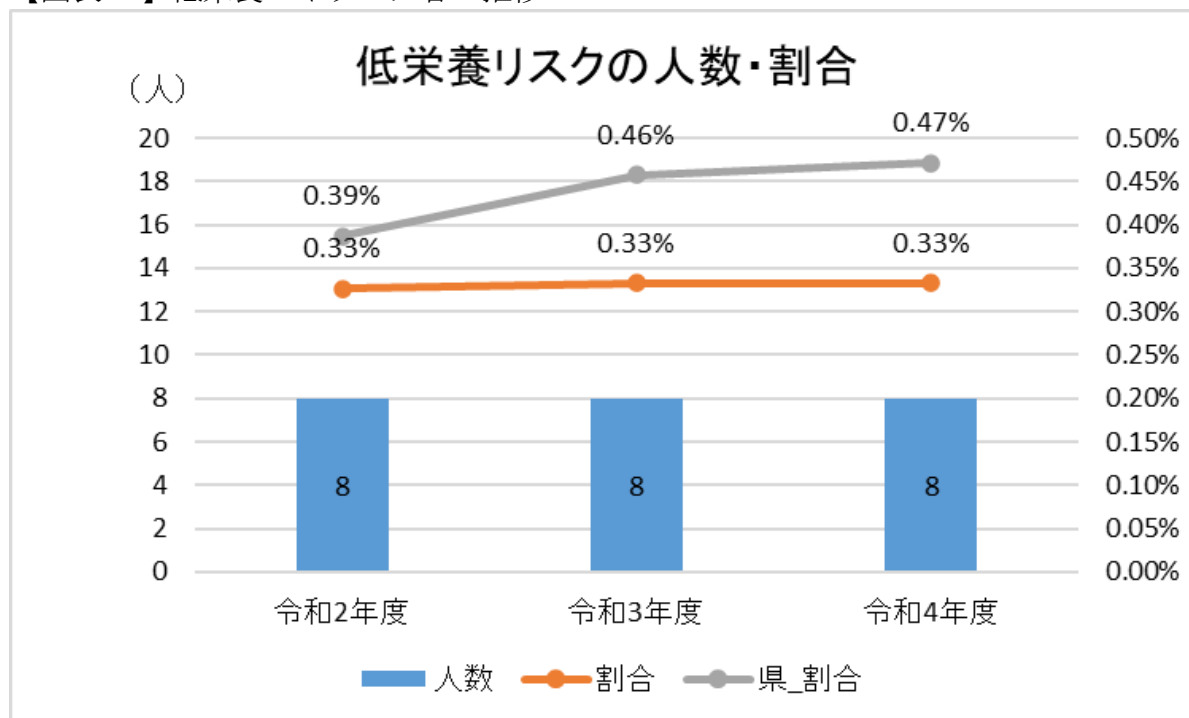
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
病態別 栄養教室	回数	5回	5回	5回	5回	5回	5回
	延べ人数	94人	66人	67人	60人	57人	57人
伝達 講習会	回数	21回	19回	3回	4回	5回	実施中
	延べ人数	1,054人	809人	44人	60人	47人	実施中

事業全体の評価と今後の方向性	<p>食生活改善推進員の高齢化が進んでおり、若い世代への引き継ぎが必要だが新規加入者が伸び悩んでいる状況にある。また、新型コロナウイルス感染症予防のため令和2年度以降は伝達講習会の開催回数、人数ともに大幅減となりました。伝達講習の参加者について固定化の傾向にあります。</p>
----------------	--

7 後期高齢者のハイリスク者・割合の推移

当町では、令和4年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでいます。生活機能の低下や生活習慣病発症の恐れがあるハイリスク者の状況では、低栄養リスクの人数・割合は横ばいで推移し、口腔リスクの人数・割合はやや減少していますが、糖尿病性腎症ハイリスク者の人数・割合が令和2年度から令和4年度では2倍以上となっています。また、その他の生活習慣病ハイリスク者についても増加傾向にあります。

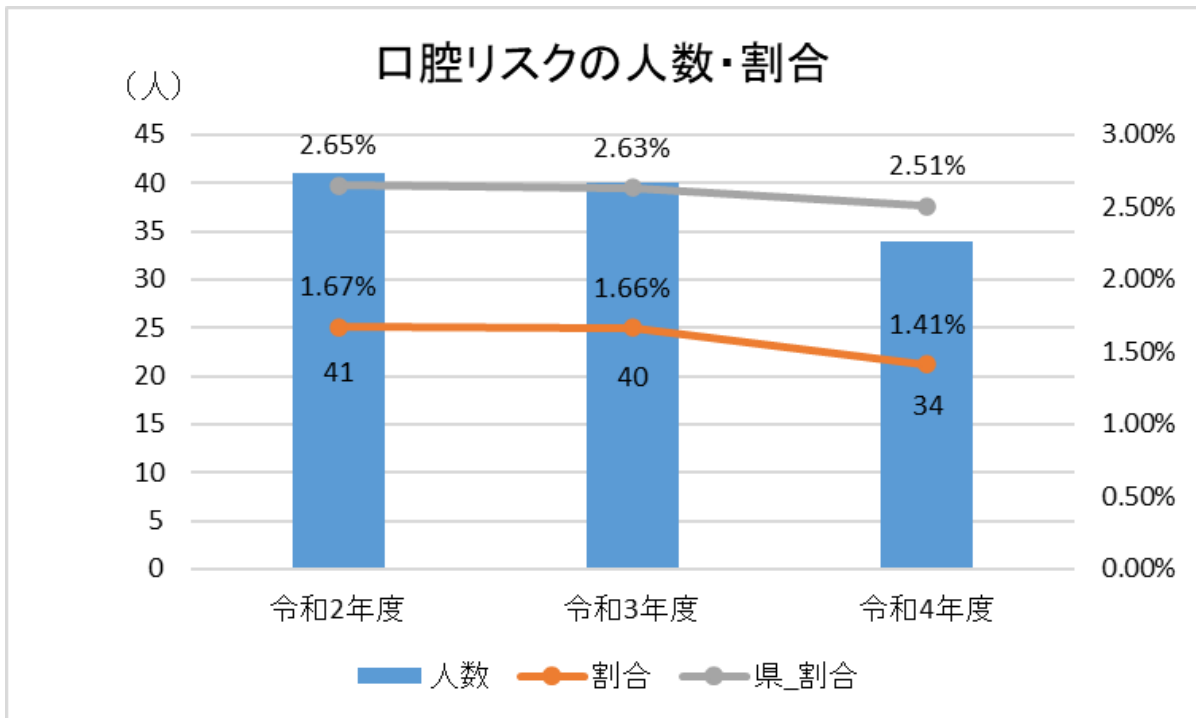
【図表 15】低栄養ハイリスク者の推移



※BMI値、前年度体重からの減少値から抽出

提供：山形県後期高齢者医療広域連合

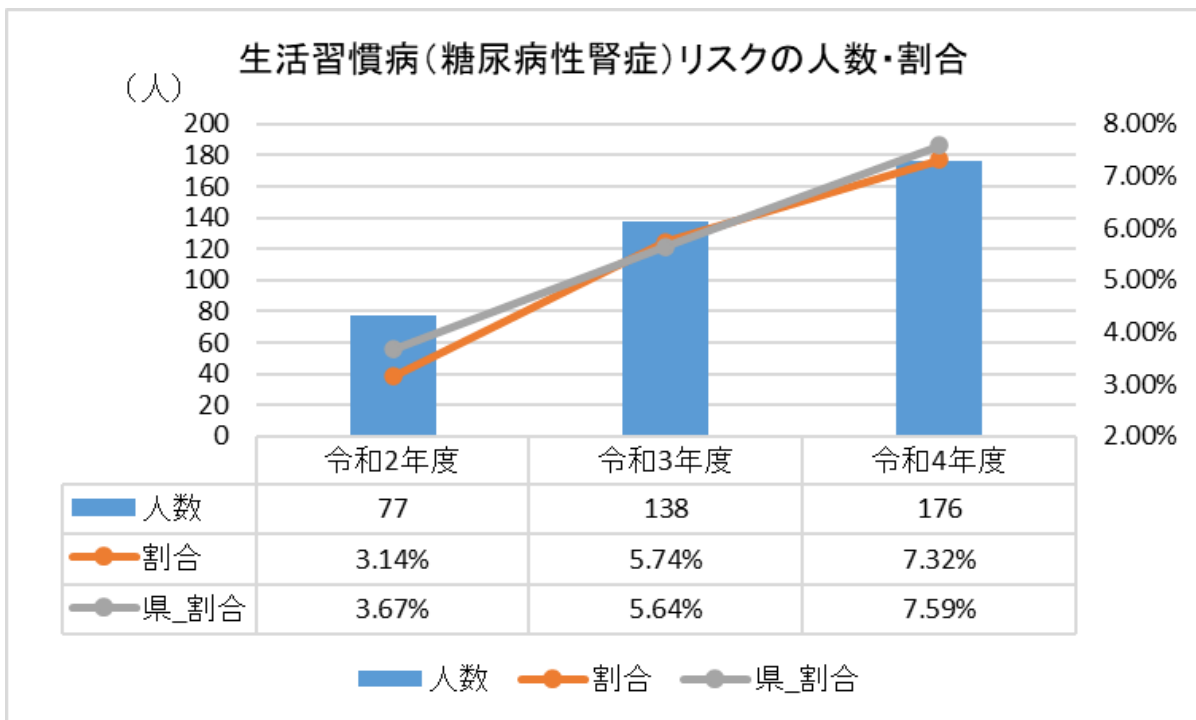
【図表 16】 口腔ハイリスク者の推移



※歯科検診結果、質問票から抽出

提供：山形県後期高齢者医療広域連合

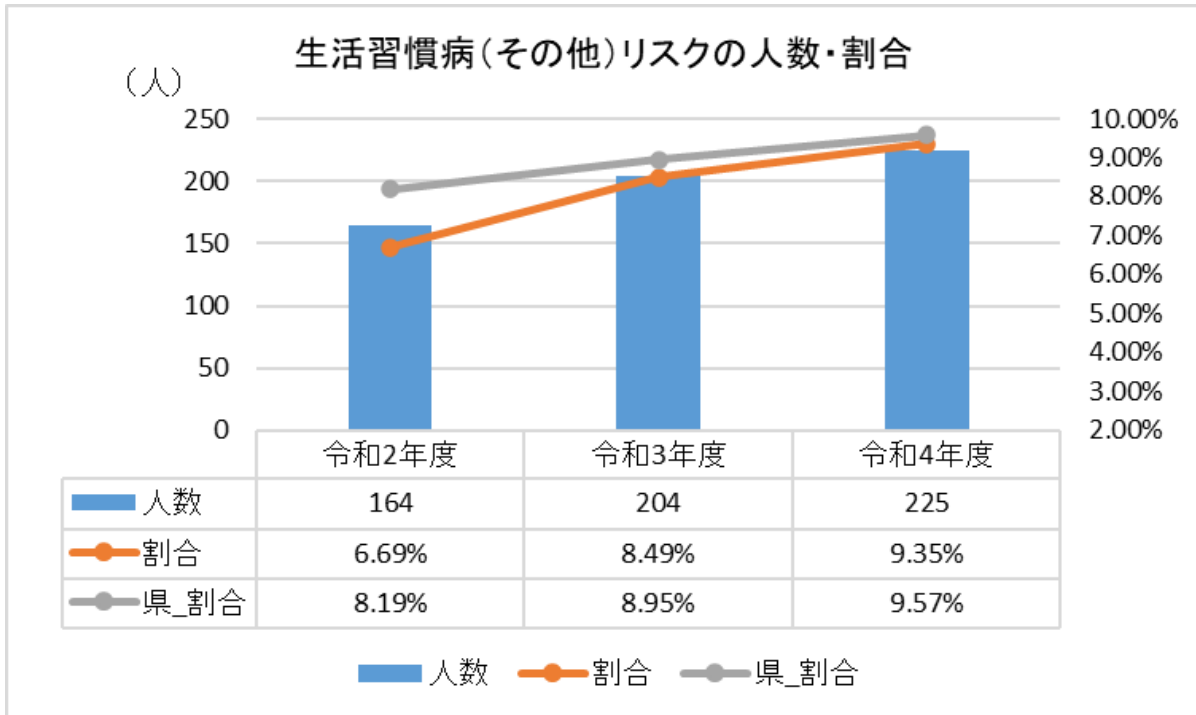
【図表 17】 生活習慣病（糖尿病性腎症）ハイリスク者の推移



※血糖、HbA1c、尿蛋白、eGFRの検査値から抽出

提供：山形県後期高齢者医療広域連合

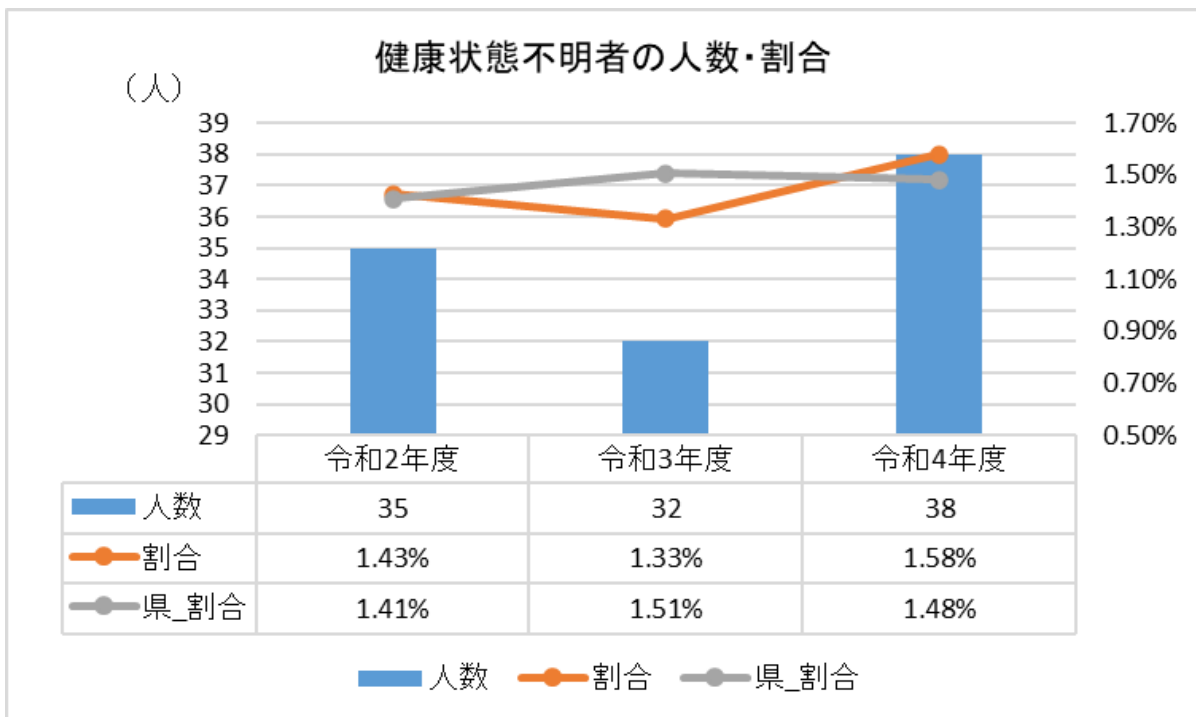
【図表 18】生活習慣病（その他）ハイリスク者の推移



※血圧、中性脂肪、LDLコレステロール、空腹時血糖、HbA1c、尿蛋白、eGFRの検査値から抽出

提供：山形県後期高齢者医療広域連合

【図表 19】健康状態不明者の推移



※健診及び医療受診がない者を抽出

提供：山形県後期高齢者医療広域連合

第3章 健康・医療情報の分析及び健康課題

1. 平均余命と平均自立期間の推移

平均余命の推移では、男性は延伸傾向にありますが、女性はやや短縮傾向となっています。

また、介護が必要になるとされる「不健康期間（平均余命と平均自立期間の差）」については、男性が短縮傾向にあり、女性はほぼ横ばいで推移しています（図表 20）。

【図表 20】 平均余命と平均自立期間（要介護 2 以上）（単位：歳）

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年
平均余命(男性)	80.7	81.8	81.7	81.9	81.4
平均余命(女性)	87.4	88.6	88.6	87.6	86.4
平均自立期間(要介護2以上)(男性)	79.1	80.1	80	80.5	80.1
平均自立期間(要介護2以上)(女性)	84.3	85.5	85.3	84.5	83.4
平均余命と平均自立期間の差(男性)	1.6	1.7	1.7	1.4	1.3
平均余命と平均自立期間の差(女性)	3.1	3.1	3.3	3.1	3.0

資料：KDB システム_地域の全体像の把握

2 医療情報からの分析

(1) 山辺町の医療費の割合と受診率の推移

疾病別医療費の割合について、過去 3 年間の推移をみると糖尿病と統合失調症、高血圧が上位 3 位を占めていることが分かります。その他、関節疾患、脂質異常症も上位となっています（図表 21）。

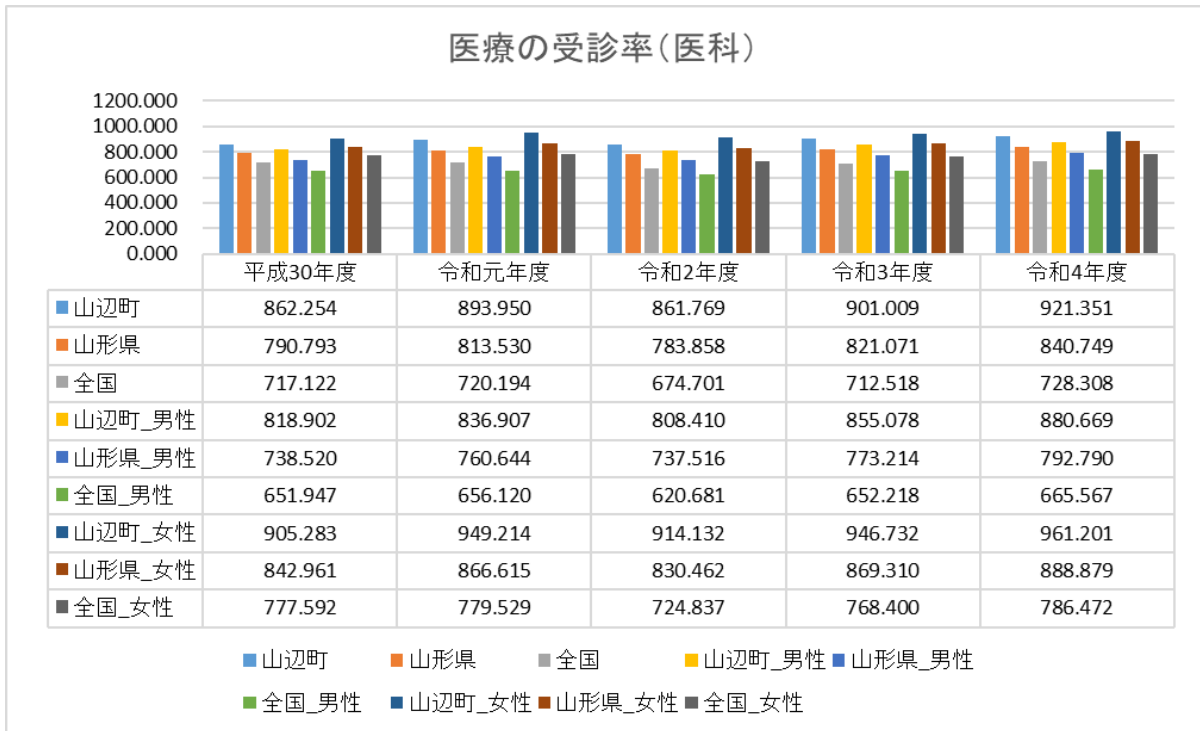
また、医科の受診率は平成 30 年度以降全ての年度で男女共に県、国より高い水準で推移しています（図表 22）。これは、町内の診療所数が県の平均数と同程度であることや隣接する山形市への交通の便が良く、利用可能な医療資源が豊富であることが一因と考えられます（図表 23）。

【図表 21】 最大医療資源傷病名 細小分類による医療費の割合（入院+外来）

順位	令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	細小分類別疾患	医療費割合	細小分類別疾患	医療費割合	細小分類別疾患	医療費割合
1	糖尿病	5.4%	糖尿病	5.5%	糖尿病	5.5%
2	高血圧症	4.1%	高血圧症	4.2%	統合失調症	4.2%
3	統合失調症	4.1%	統合失調症	4.0%	高血圧症	4.0%
4	関節疾患	3.1%	脂質異常症	3.9%	関節疾患	3.9%
5	脂質異常症	3.0%	関節疾患	2.8%	脂質異常症	2.8%
6	脳梗塞	2.8%	肺がん	2.5%	不整脈	2.5%
7	不整脈	2.4%	慢性腎臓病(透析あり)	2.0%	脳梗塞	2.0%
8	パーキンソン病	2.4%	骨折	2.0%	パーキンソン病	2.0%
9	うつ病	2.2%	脳梗塞	1.7%	うつ病	1.7%
10	大腸がん	2.2%	不整脈	1.7%	大腸がん	1.7%

資料：KDB システム_医療費分析（1）細小分類

【図表 22】 医療の受診率（医科）の推移



※受診率=1000人当たりの受診件数

資料：KDB システム_医療費分析の経年比較

【図表 23】 医療提供体制（令和4年度）

医療項目	山辺町	県	国
千人あたり			
病院数	0.0	0.3	0.3
診療所数	3.9	4.0	3.7
病床数	0.0	62.8	54.8
医師数	5.0	11.5	12.4
外来患者数	899.0	804.7	687.8
入院患者数	22.4	19.5	17.7

資料：KDB システム_地域の全体像の把握

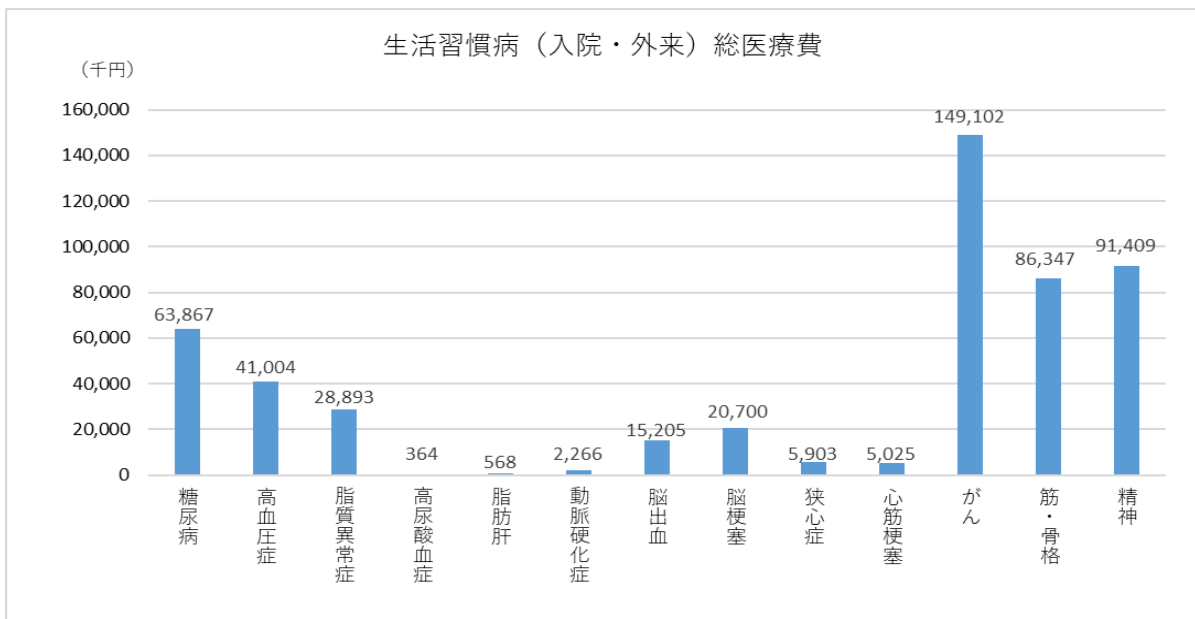
(2) 生活習慣病に係る医療費の状況

疾病別医療費は、がんが最も高く、次いで筋・骨格、精神、糖尿病となっています（図表 24）。

入院のレセプト 1 件当たりの医療費は、心筋梗塞、筋・骨格、がんの順に高く脳出血・脳梗塞、動脈硬化症も 80 万円を超えており、入院の総医療費も同疾病が高い状況となっています（図表 25）。

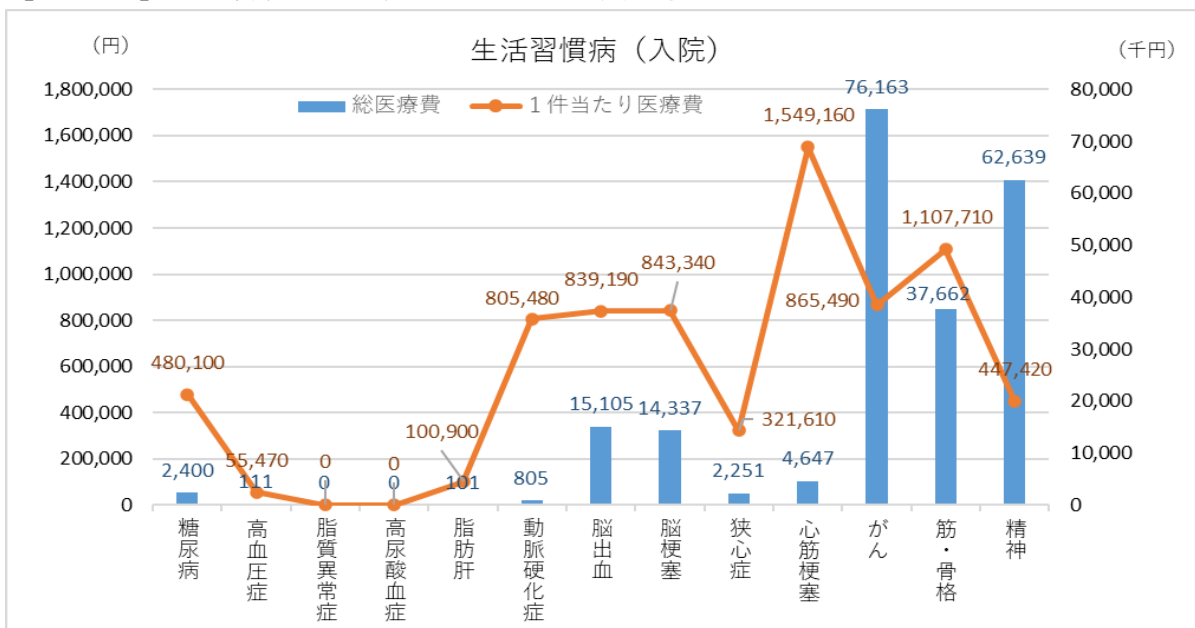
外来のレセプト 1 件当たりの医療費は、がん、心筋梗塞、糖尿病の順に高くなっています。外来の総医療費では、がん、糖尿病、筋・骨格、の順で、高血圧症と脂質異常症も高い状況です。（図表 26）。

【図表 24】生活習慣病に係る医療費の状況（入院・外来合計）



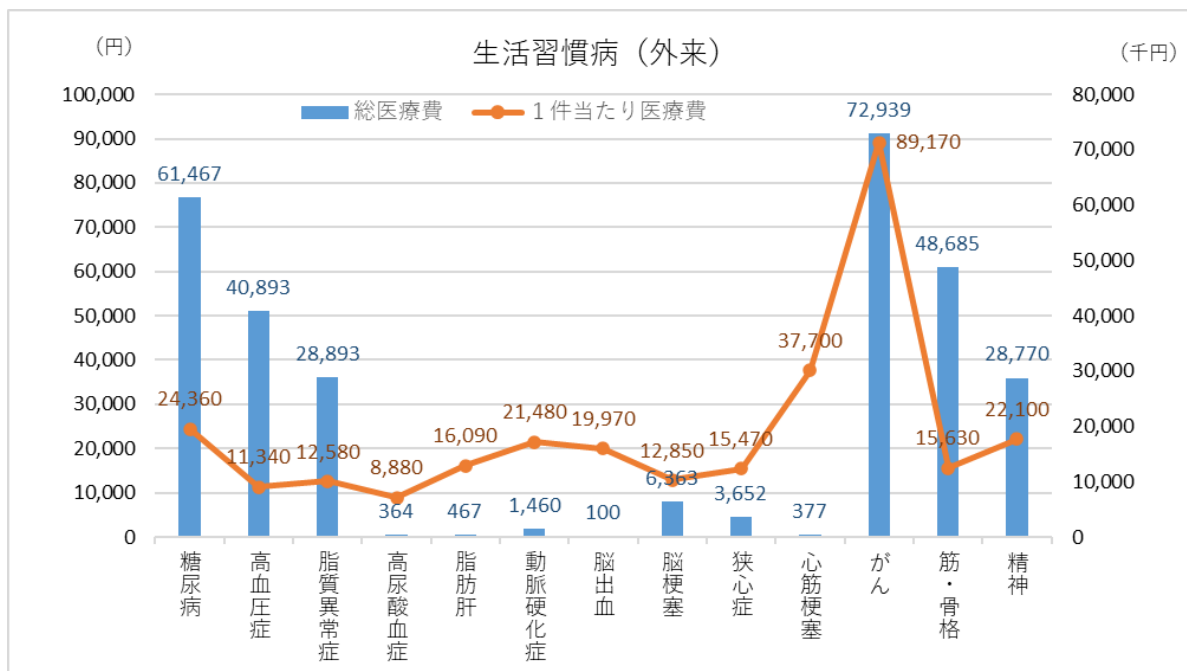
資料: KDBシステム_疾病別医療費分析（生活習慣病）

【図表 25】生活習慣病（入院）に係る医療費の状況



資料: KDBシステム_疾病別医療費分析（生活習慣病）

【図表 26】生活習慣病（外来）に係る医療費の状況

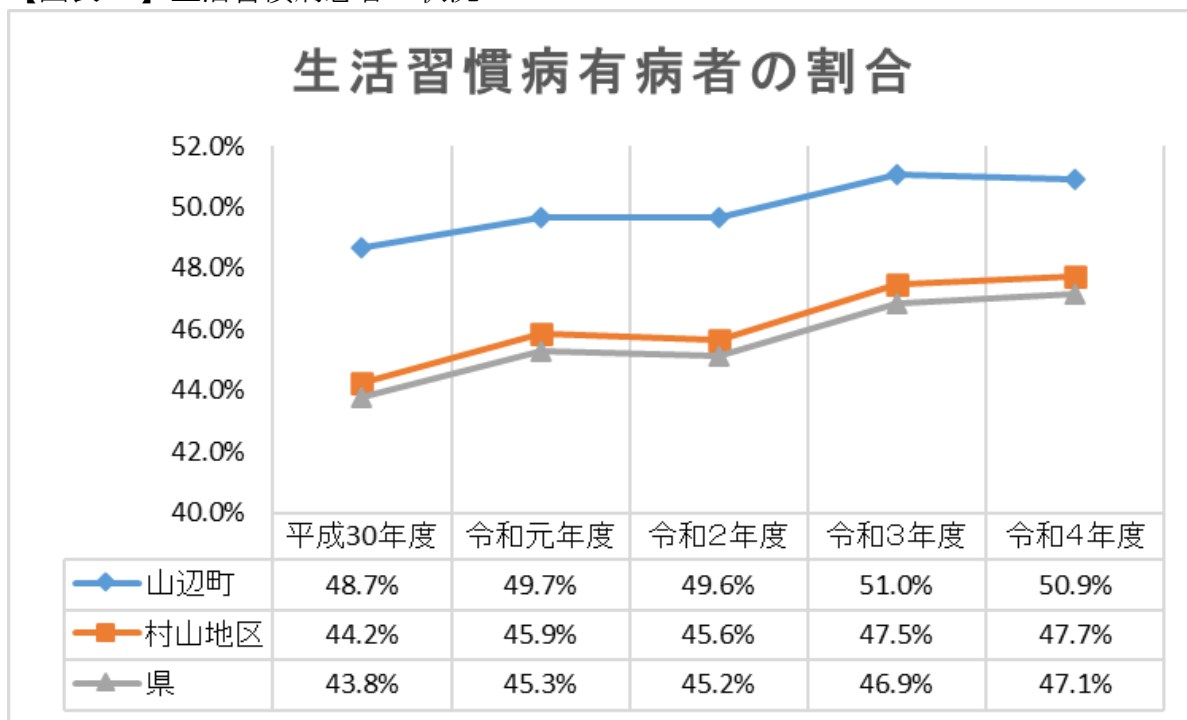


資料: KDBシステム_疾病別医療費分析 (生活習慣病)

生活習慣病患者の状況を見ると増加の傾向にあり、山辺町においては県や村山地区の割合よりも高い状況で推移しております。(図表 27)。

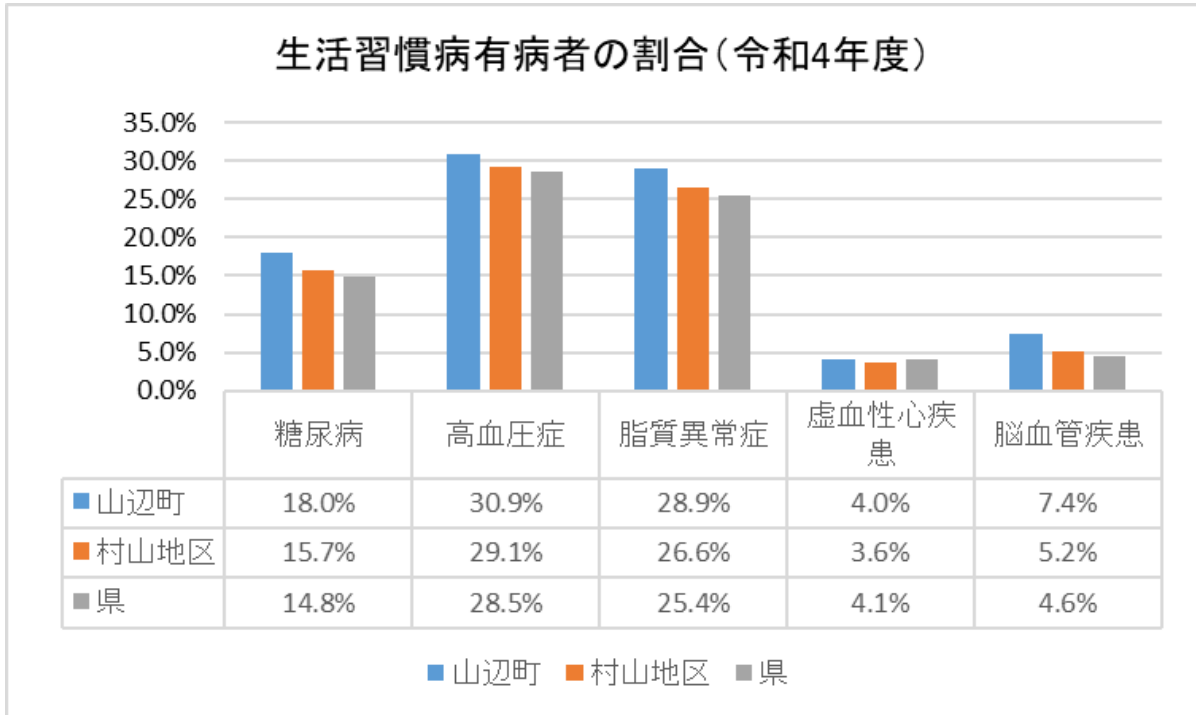
生活習慣病では高血圧症 (30.9%) の割合が最も高く、次いで、脂質異常症 (28.9%)、糖尿病 (18.0%) の割合が高くなっています (図表 28)。

【図表 27】生活習慣病患者の状況



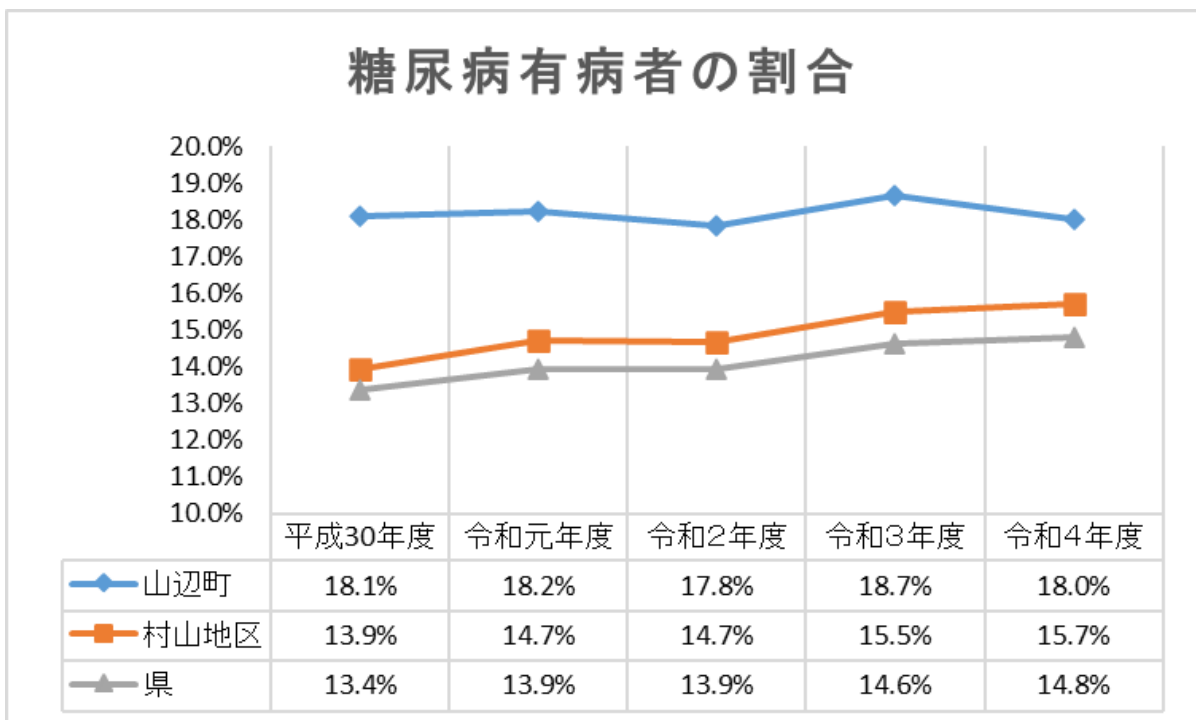
資料: KDBシステム_厚労省様式 3-1

【図表 28】生活習慣病患者の割合



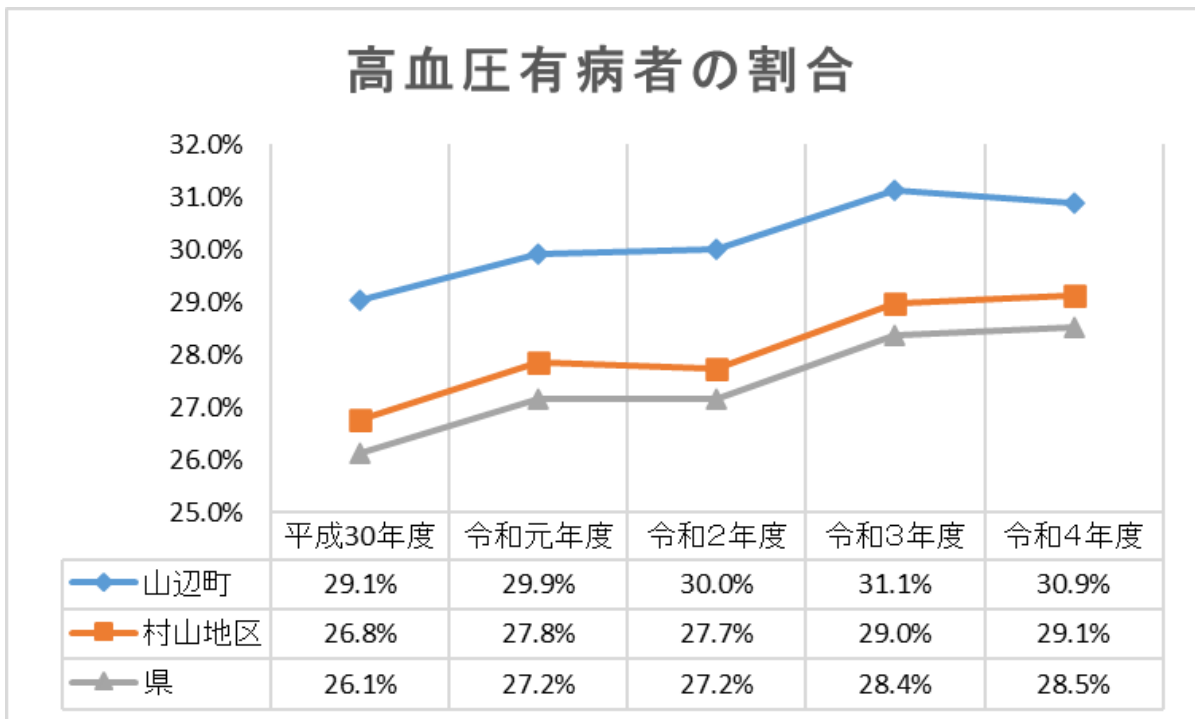
資料: KDBシステム_厚労省様式 3-1

【図表 29】糖尿病患者の割合



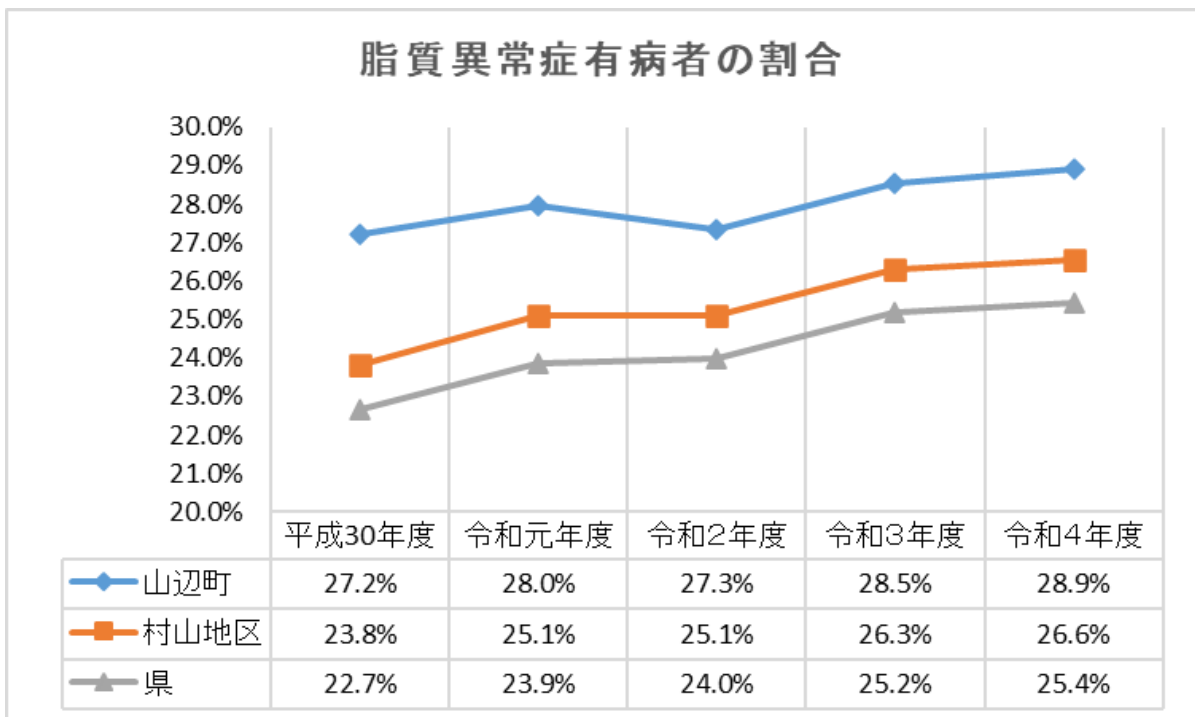
資料: KDBシステム_厚労省様式 3-2

【図表 30】 高血圧症患者の割合



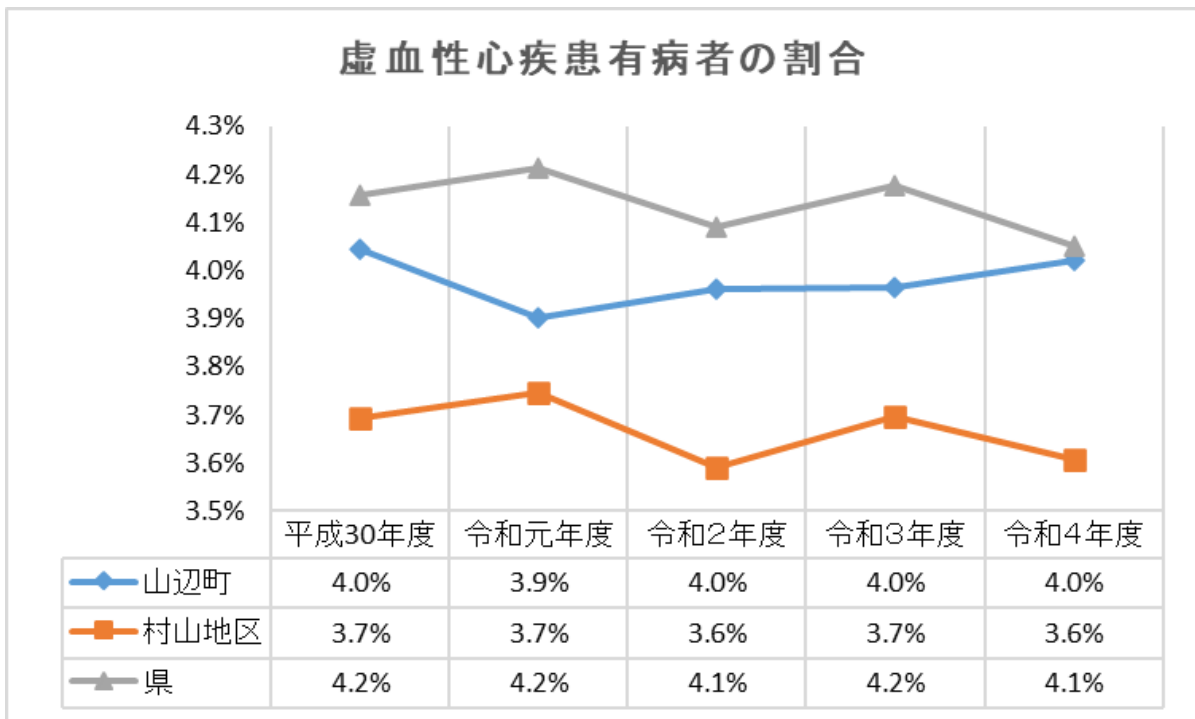
資料:KDBシステム_厚労省様式 3-2

【図表 31】 脂質異常症患者の割合



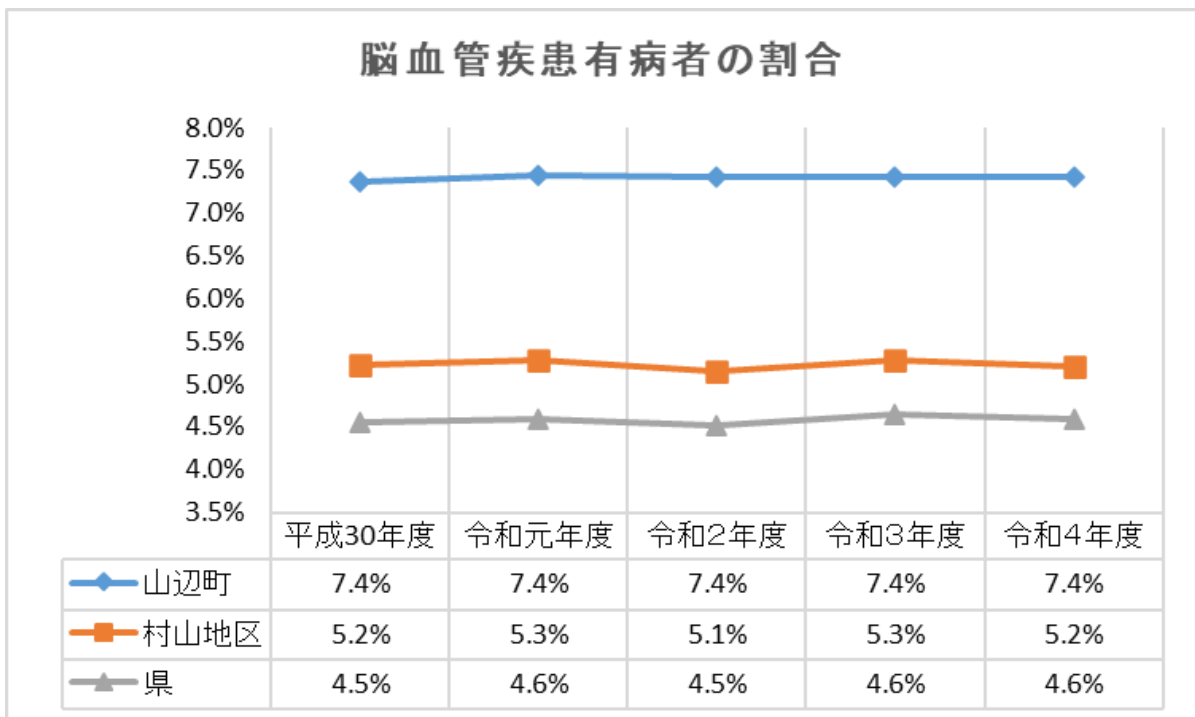
資料:KDBシステム_厚労省様式 3-2

【図表 32】 虚血性心疾患患者の割合



資料:KDBシステム_厚労省様式 3-2

【図表 33】 脳血管疾患患者の割合

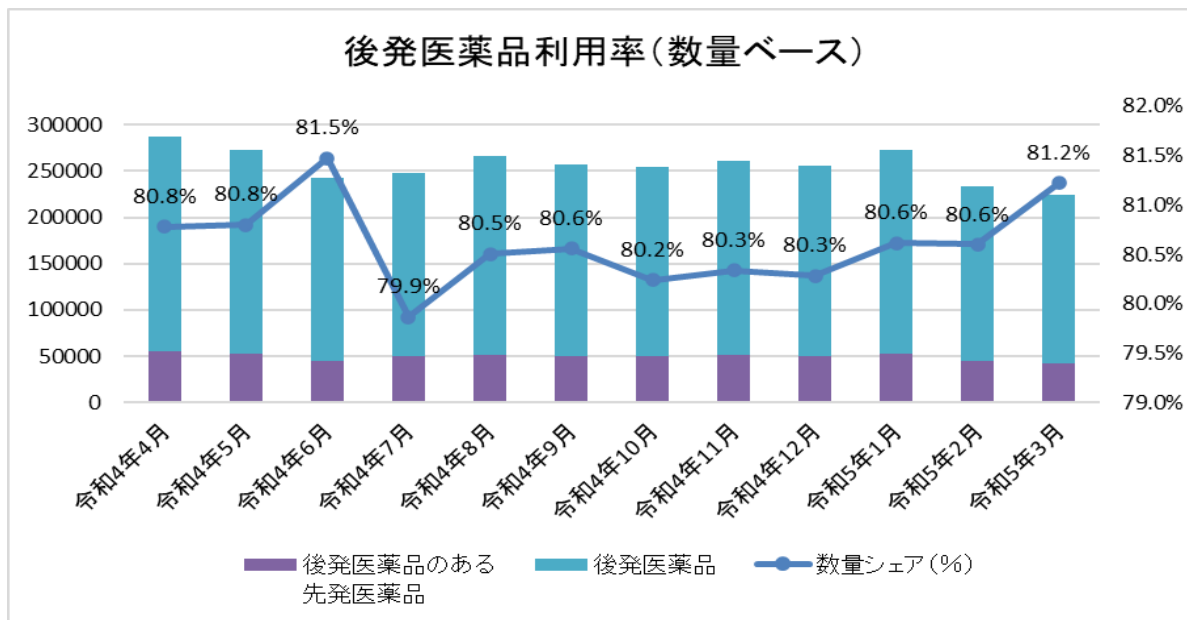


資料:KDBシステム_厚労省様式 3-2

3 後発医薬品（ジェネリック）の状況

令和4年4月から令和5年3月までの後発医薬品の利用率は 79.9%～81.5%で推移しています（図表 34）。

【図表 34】 後発医薬品の利用率（令和4年度）



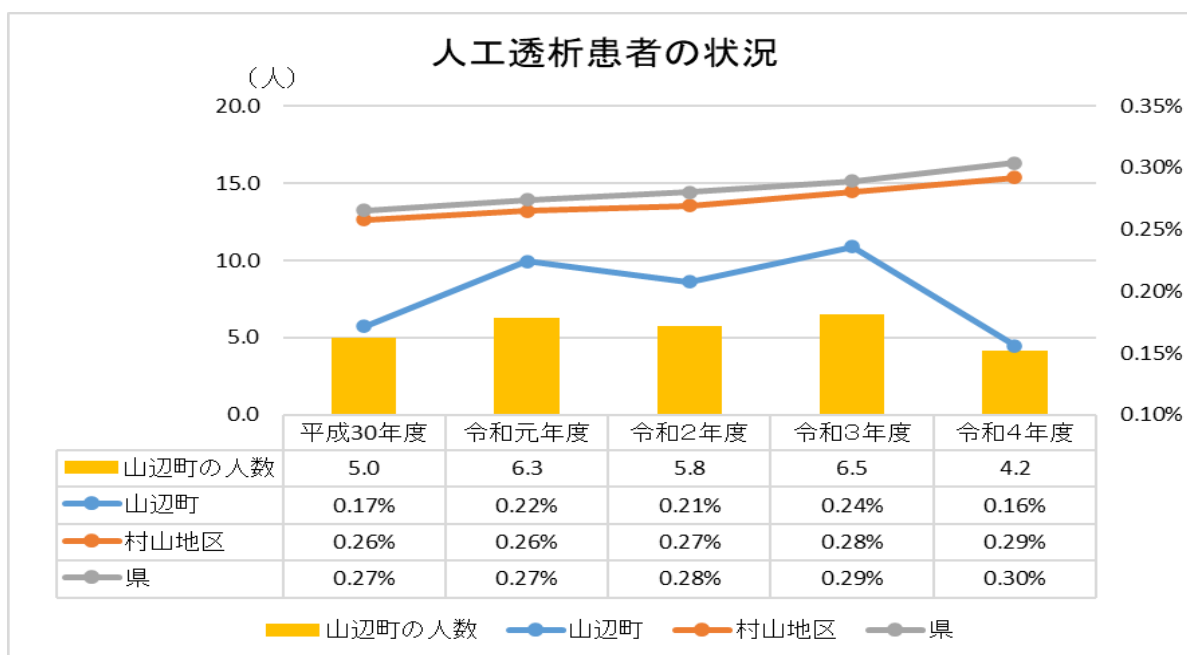
※後発医薬品数量シェア＝後発医薬品の数量/（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

4 人工透析患者の推移（令和4年度）

被保険者に占める人工透析患者の割合は令和4年度で0.16%であり、県、村山地区と比較すると低い割合です。

人工透析患者数の推移をみると、ほぼ横ばいとなっています（図表 35）。

【図表 35】 人工透析患者の人数と割合



資料：KDB システム_厚生労働省様式（様式 3-7）

5 重複受診者・頻回受診者の状況

令和5年3月診療分における重複受診者(4医療機関以上の受診をした人)は81人、頻回受診者(同じ医療機関に15日以上を受診をした人)は、4人となっています(図表36)。

また、重複処方(複数の医療機関から処方を受けた人で、2医療機関以上から2薬効以上)は24人、(3医療機関以上から1薬効以上の処方があった人)は5人となっています(図表37)。

多剤処方(同じ月に15以上の薬剤の処方を受けた人)は36人となっています(図表38)。

【図表36】 重複受診者・頻回受診者の状況

同一医療機関数(同一月内)		同一医療機関への受診日数(同一月内)				
		受診した者(人)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者(人)	1医療機関以上	1,736	61	14	4	3
	2医療機関以上	807	47	10	1	0
	3医療機関以上	271	21	5	0	0
	4医療機関以上	81	6	2	0	0
	5医療機関以上	25	1	0	0	0

資料:KDB システム_保健事業介入支援管理

【図表37】 重複処方の状況

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		重複処方を受けた者(人)									
		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
重複処方を受けた者(人)	2医療機関以上	87	24	8	2	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	5	5	0	0	0	0	0	0	0	
	4医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
	5医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	

資料:KDB システム_保健事業介入支援管理

【図表 38】 多剤処方

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)											
		処方を受けた者 (人)											
		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
処方を受けた者 (人)	1 日以上	1,530	1,365	1,125	885	711	542	418	319	235	166	36	6
	15 日以上	1,309	1,203	1,021	826	668	516	403	308	231	163	36	6
	30 日以上	942	868	750	616	504	384	311	232	182	133	33	6
	60 日以上	323	295	259	204	168	132	102	75	61	47	11	2
	90 日以上	79	71	66	55	51	42	32	24	17	15	2	1
	120 日以上	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0

資料:KDB システム_保健事業介入支援管理

6 特定健診・特定保健指導からの情報分析

(1) 特定健診の年次推移

特定健診の受診率は、令和元年度に48%目前まで向上しました。しかし、令和2年度には新型コロナウイルス感染症の影響等から45%台まで低下しました。その後は徐々に回復傾向にあります。いずれの年度でも目標値には達していません（図表39）。

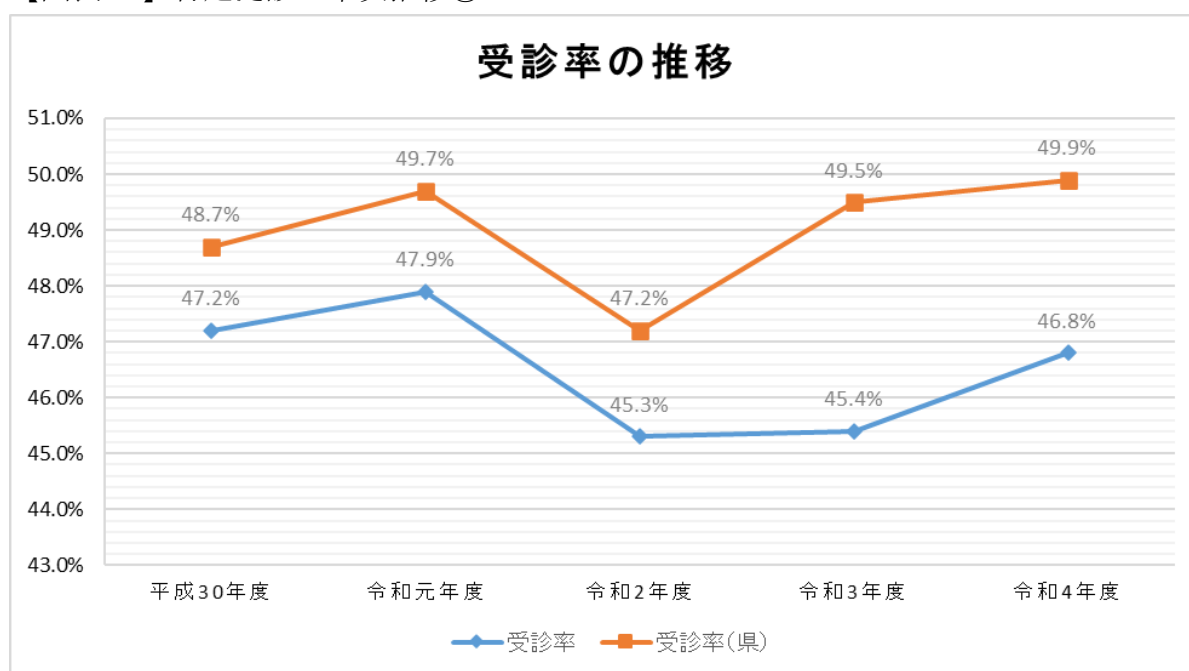
また、県と比較すると受診率は低い水準が続いています（図表40）。

【図表39】 特定健診の年次推移①

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	2,137	2,104	2,117	2,094	1,964
受診者数	1,009	1,008	960	951	920
受診率	47.2%	47.9%	45.3%	45.4%	46.8%
目標値	48%	51%	54%	56%	58%
受診率(県)	48.7%	49.7%	47.2%	49.5%	49.9%

資料:法定報告値

【図表40】 特定健診の年次推移②

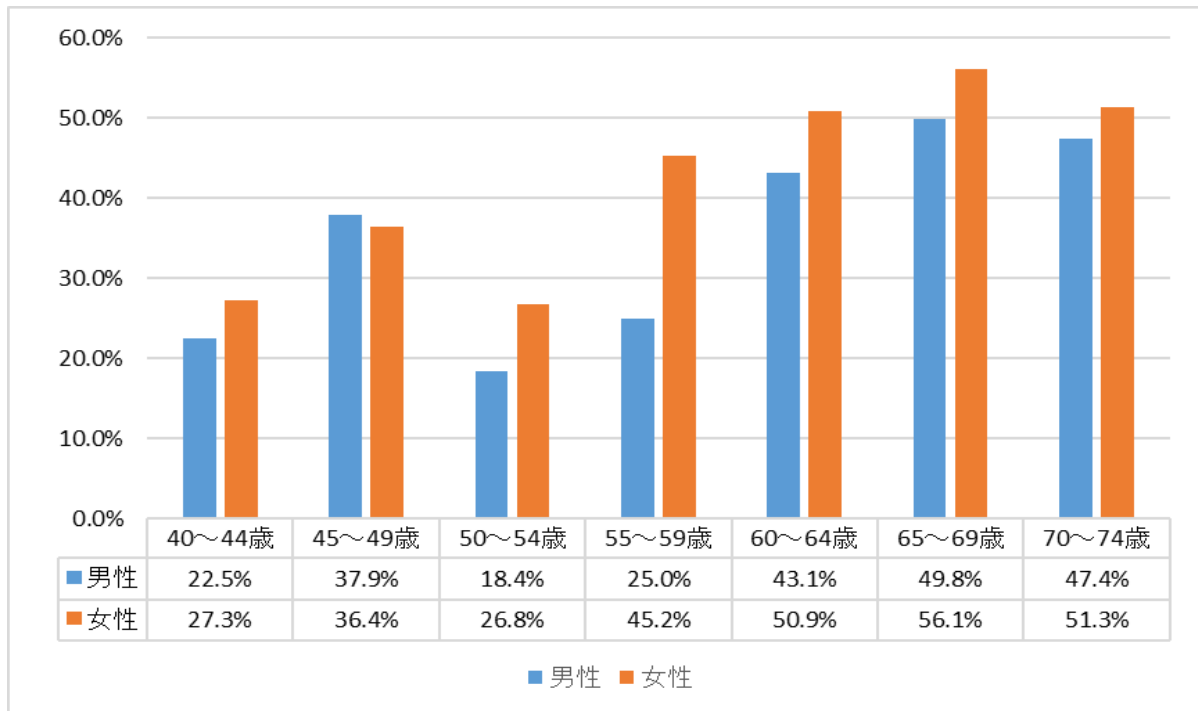


資料:法定報告値

(2) 特定健康診査 男女別・年代別受診状況（令和4年度）

令和4年度の健診受診状況を男女別・年代別に見ると、男女別では女性の方が受診率は高く、年代別では65～69歳の受診率が最も高くなっています。また40～44歳の男女、50～54歳男女、55～59歳の男性が20%台以下であり特に50～54歳の男性の受診率が10%台と著しく低いことがわかります（図表41）。

【図表 41】 特定健診の受診状況（男女別・年代別）



資料：法定報告値

(3) 特定保健指導の年次推移

特定保健指導実施率は、平成 30 年度以降から 50% 台で推移しました。（図表 42）。

実施率は年度間で若干の高低はありますが緩い上昇傾向にあり、県と比較すると高い実施率を維持しています（図表 43）。

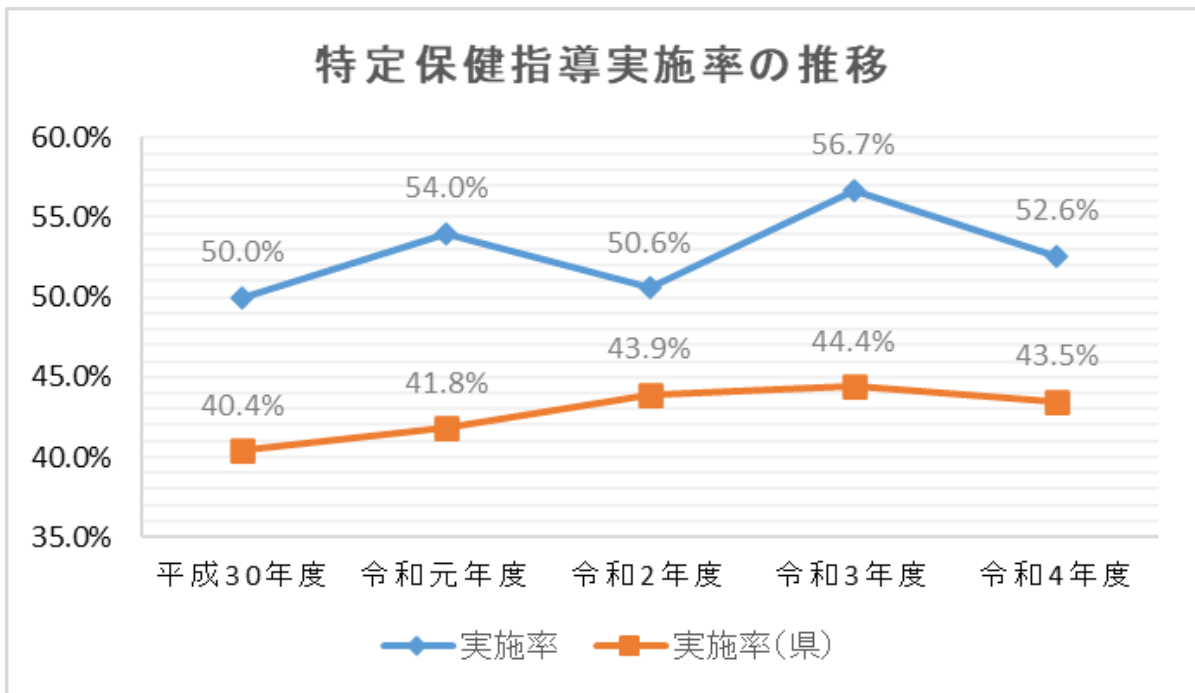
また、特定保健指導の対象者割合は減少傾向にあり、県と比較すると低い割合となっており、その差は拡大傾向にあります（図表 44）。

【図表 42】 特定保健指導の年次推移

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
対象者数	110	100	89	90	78
対象者割合	10.9%	9.9%	9.3%	9.5%	8.5%
終了者数	55	54	45	51	41
実施率	50.0%	54.0%	50.6%	56.7%	52.6%
対象者割合（県）	11.2%	11.0%	11.1%	10.6%	10.2%
実施率（県）	40.4%	41.8%	43.9%	44.4%	43.5%

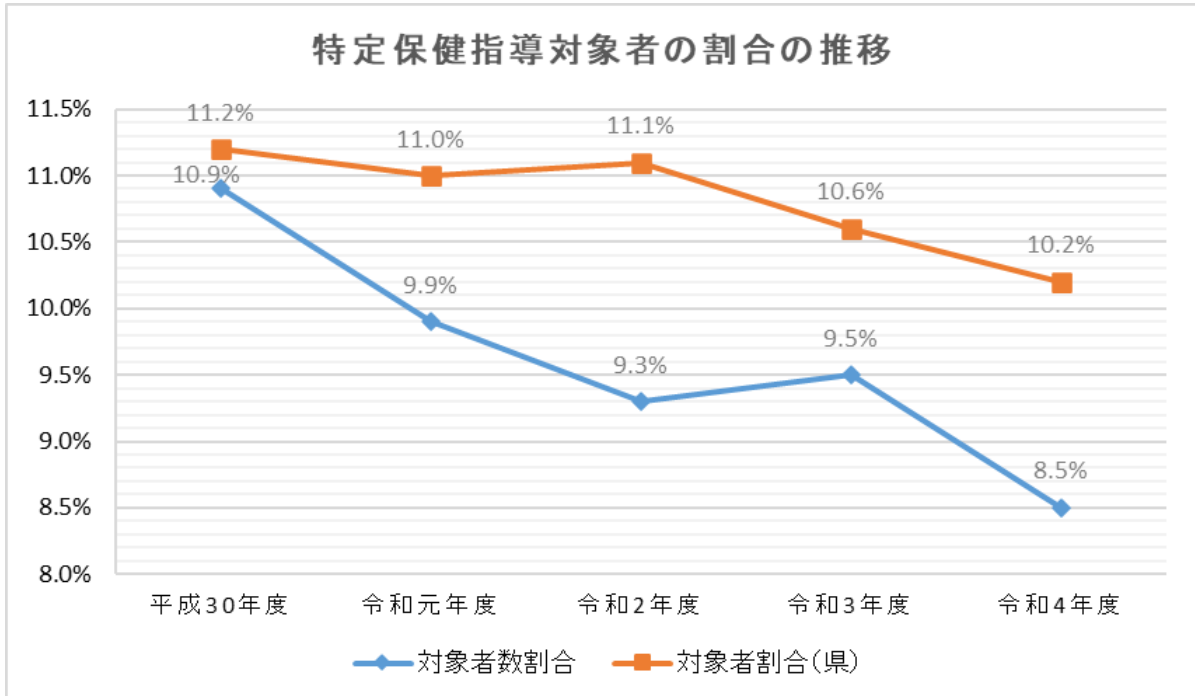
資料：法定報告値

【図表 43】 特定保健指導 実施率の推移



資料:法定報告値

【図表 44】 特定保健指導 対象者割合の推移



資料:法定報告値

(4) 特定保健指導 男女別・年代別実施状況（令和4年度）

令和4年度の保健指導実施状況を男女別で見ると、特定保健指導対象者の割合は全ての年代で男性の方が高くなっています。特に45～49歳男性受診者は、4割が特定保健指導の対象者となっています（図表45、図表47）。

特定保健指導実施率をみると、女性の実施率が高い傾向にあります。また、男性は40歳代、50歳代の実施率が低くなっています（図表45、図表48）。

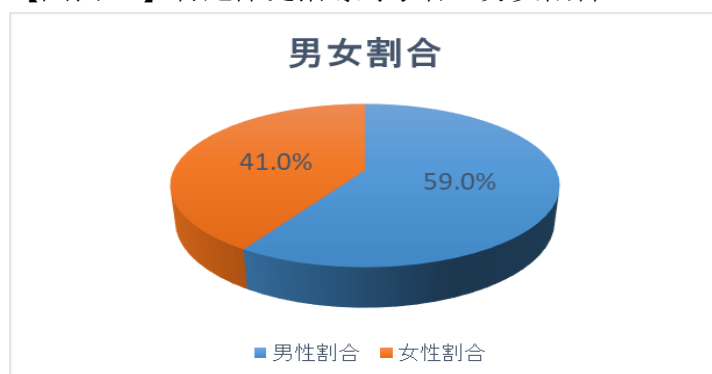
【図表45】 特定保健指導 男女別・年代別実施状況

	男性					女性				
	受診者数	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率	受診者数	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
40～44歳	8	1	12.5%	0	0.0%	6	0	0.0%	0	0.0%
45～49歳	22	9	40.9%	3	33.3%	11	2	18.2%	0	0.0%
50～54歳	8	1	12.5%	0	0.0%	10	1	10.0%	1	100.0%
55～59歳	14	4	28.6%	1	25.0%	28	3	10.7%	3	100.0%
60～64歳	47	7	14.9%	3	42.9%	56	6	10.7%	4	66.7%
65～69歳	116	13	11.2%	8	61.5%	178	11	6.2%	5	45.5%
70～74歳	193	11	5.7%	7	63.6%	223	9	4.0%	6	66.7%
総計	408	46	11.3%	22	47.8%	512	32	6.3%	19	59.4%

	男女計				
	受診者数	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
40～44歳	14	1	7.1%	0	0.0%
45～49歳	33	11	33.3%	3	27.3%
50～54歳	18	2	11.1%	1	50.0%
55～59歳	42	7	16.7%	4	57.1%
60～64歳	103	13	12.6%	7	53.8%
65～69歳	294	24	8.2%	13	54.2%
70～74歳	416	20	4.8%	13	65.0%
総計	920	78	8.5%	41	52.6%

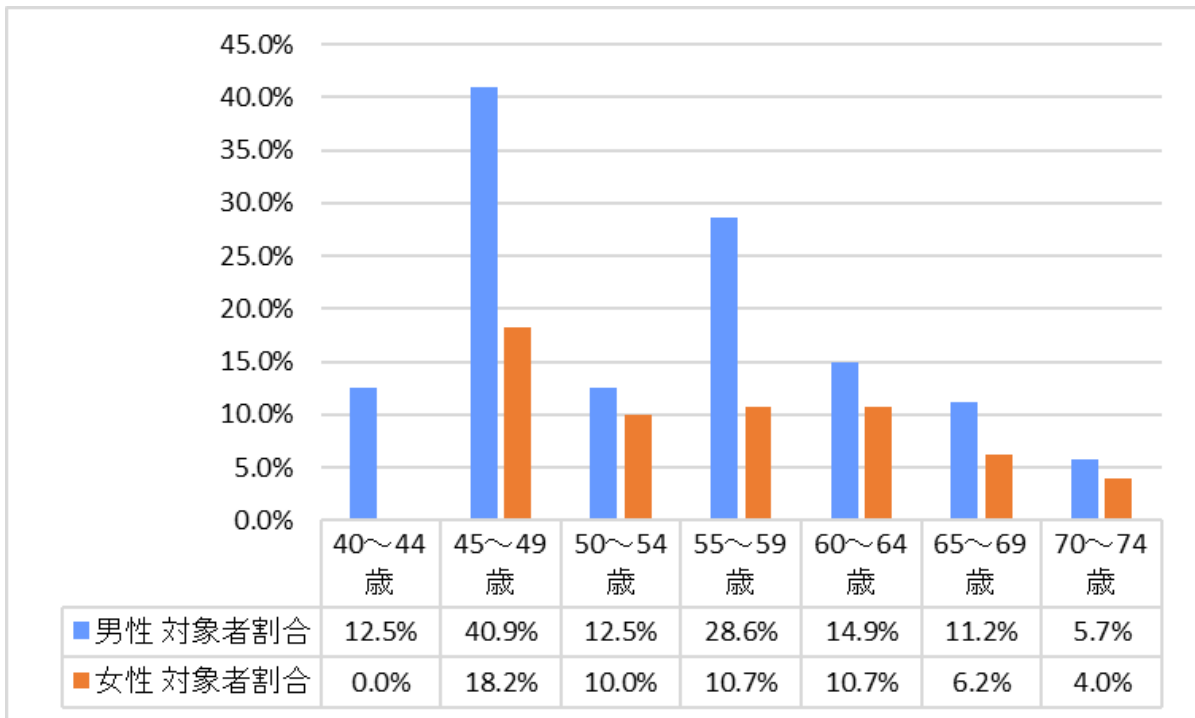
資料) 法定報告値

【図表46】 特定保健指導対象者の男女割合



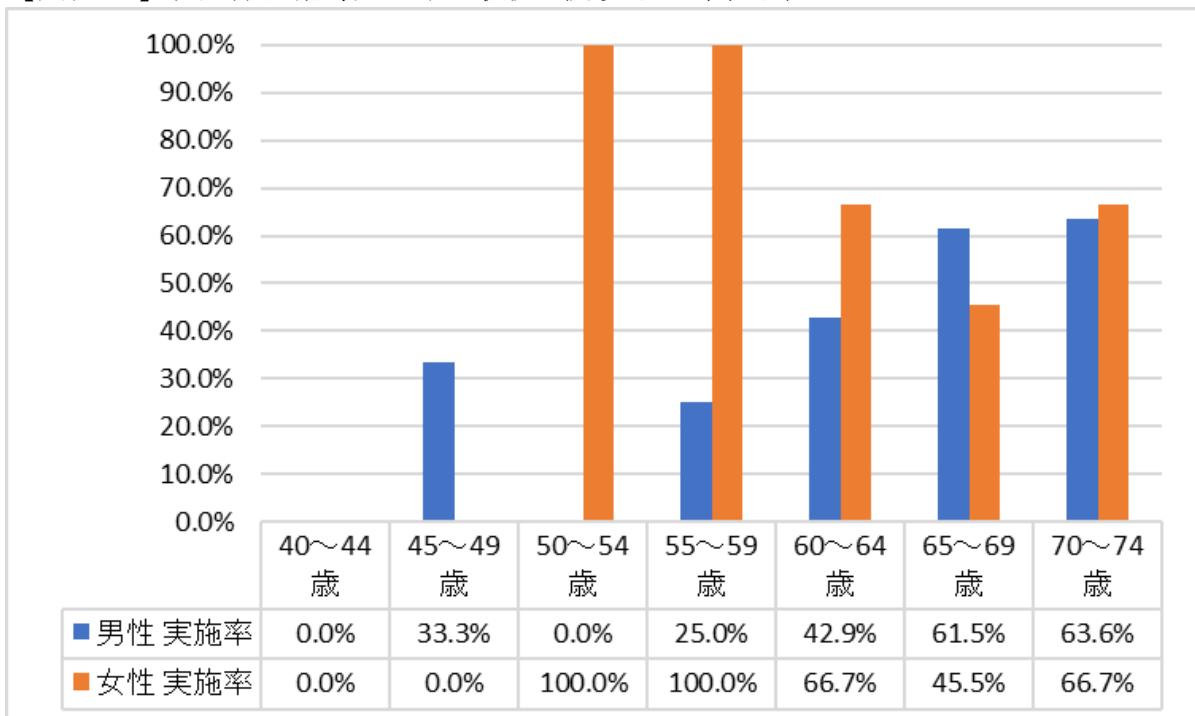
資料：法定報告値

【図表 47】 特定保健指導対象者の割合（男女別・年代別）



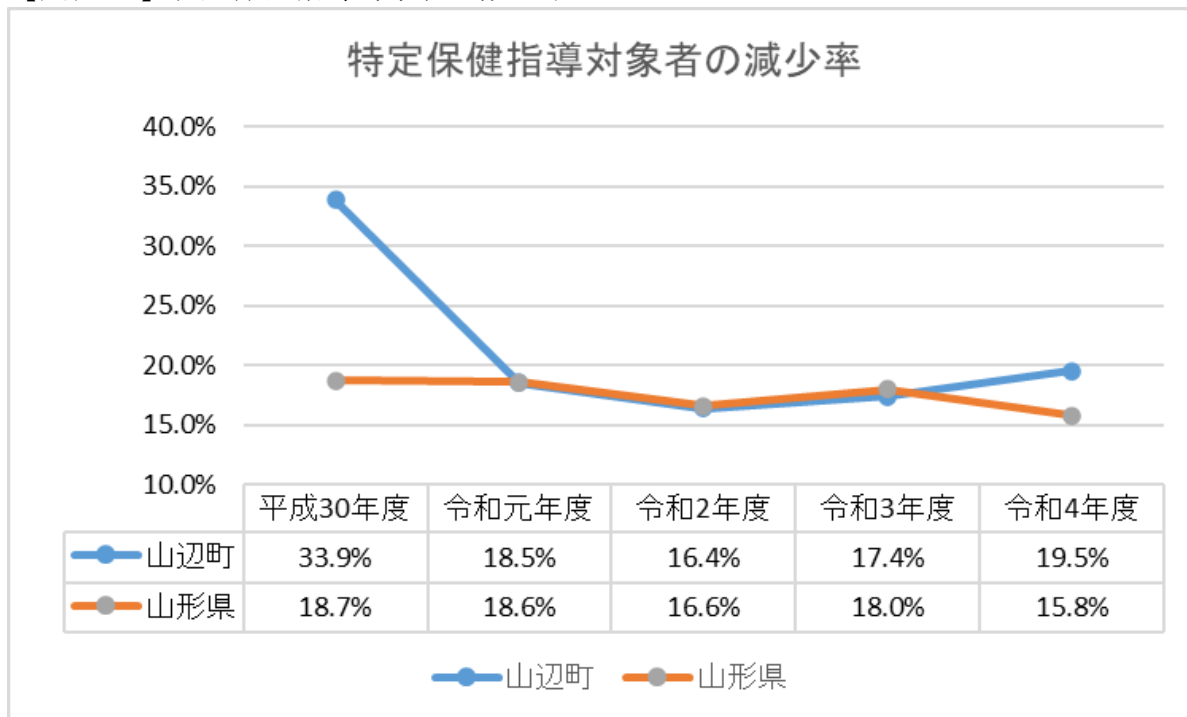
資料：法定報告値

【図表 48】 特定保健指導実施率の状況（男女別・年代別）



資料：法定報告値

【図表 49】 特定保健指導対象者の減少率



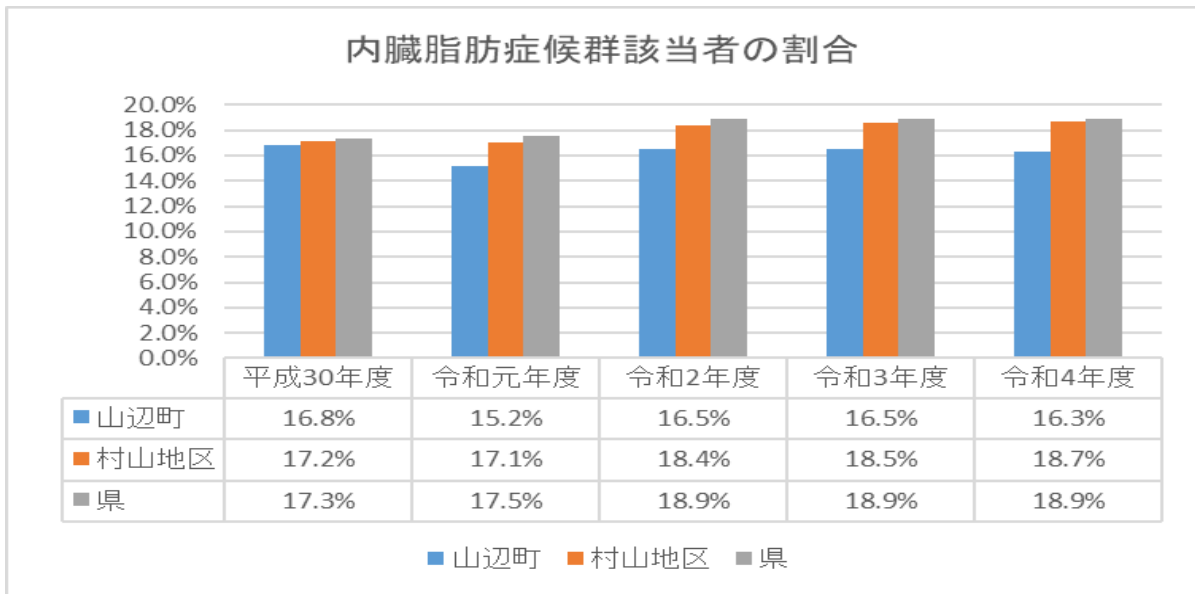
資料:法定報告値

(5) 特定健診検査項目の有所見率（令和4年度）

令和4年度の特定健診検査項目より山辺町の状況を県、村山地区と比較してみると、内臓脂肪症候群該当者の割合では、全ての年度で県、村山地区より低い割合となっています（図表 50）。

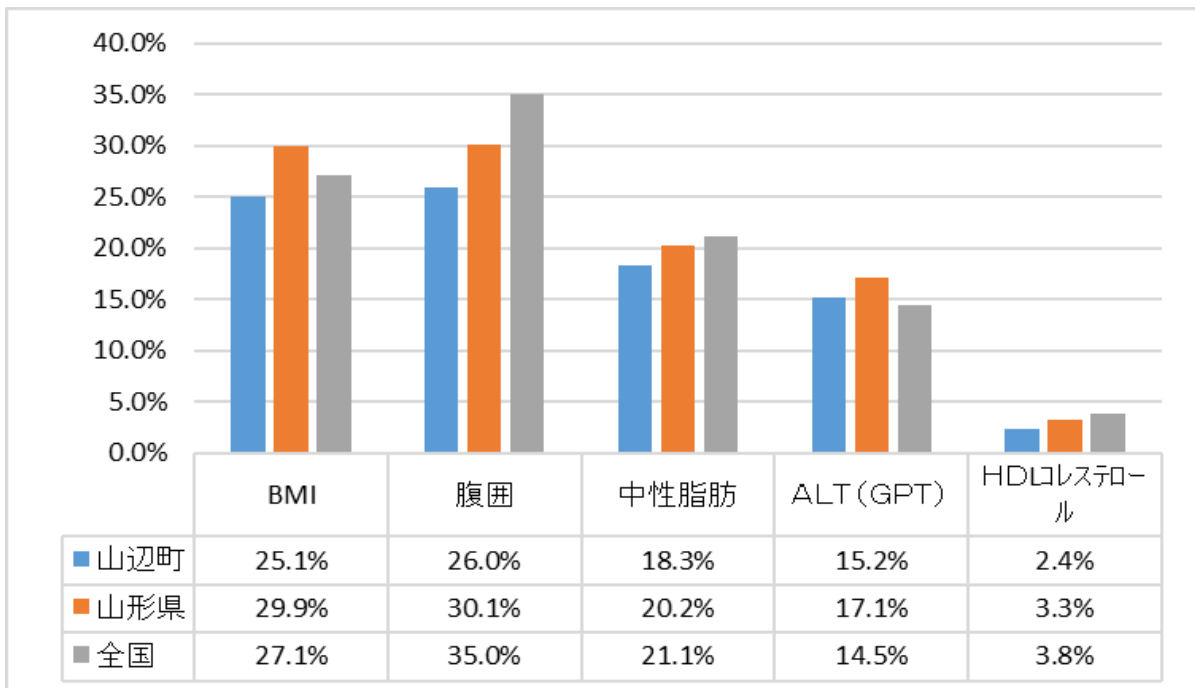
摂取エネルギーの過剰に関する項目の有所見者割合を国、県と比較すると、全ての項目で県の割合を下回っている状況です（図表 51）。一方、血管を傷つける要因に関する項目では、尿酸を除いた項目で国、県を上回る有所見者割合となっています。特にHbA1Cは有所見者割合が70.0%と高くなっています（図表 52）。また、内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因であるLDLコレステロールも、国、県を上回る有所見者割合となっています（図表 53）。

【図表 50】 内臓脂肪症候群該当者の割合



資料:法定報告値

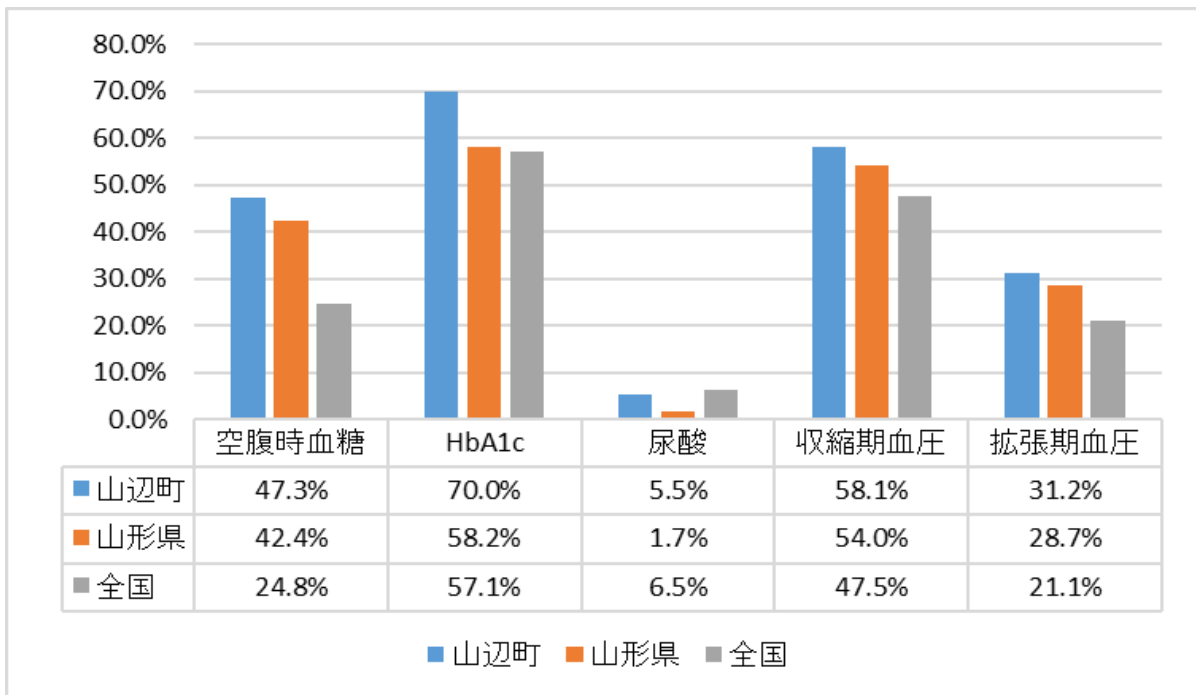
【図表 51】 摂取エネルギーの過剰



※判定基準 ①BMI : 25 以上 (肥満の目安) ②腹囲 : 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上
 ③中性脂肪 : 150mg/dl 以上④ALT (肝機能) : 31 以上
 ⑤HDL コレステロール (善玉コレステロール) : 40mg/dl 未満

資料:KDB システム_厚生労働省様式 (様式 5-2)

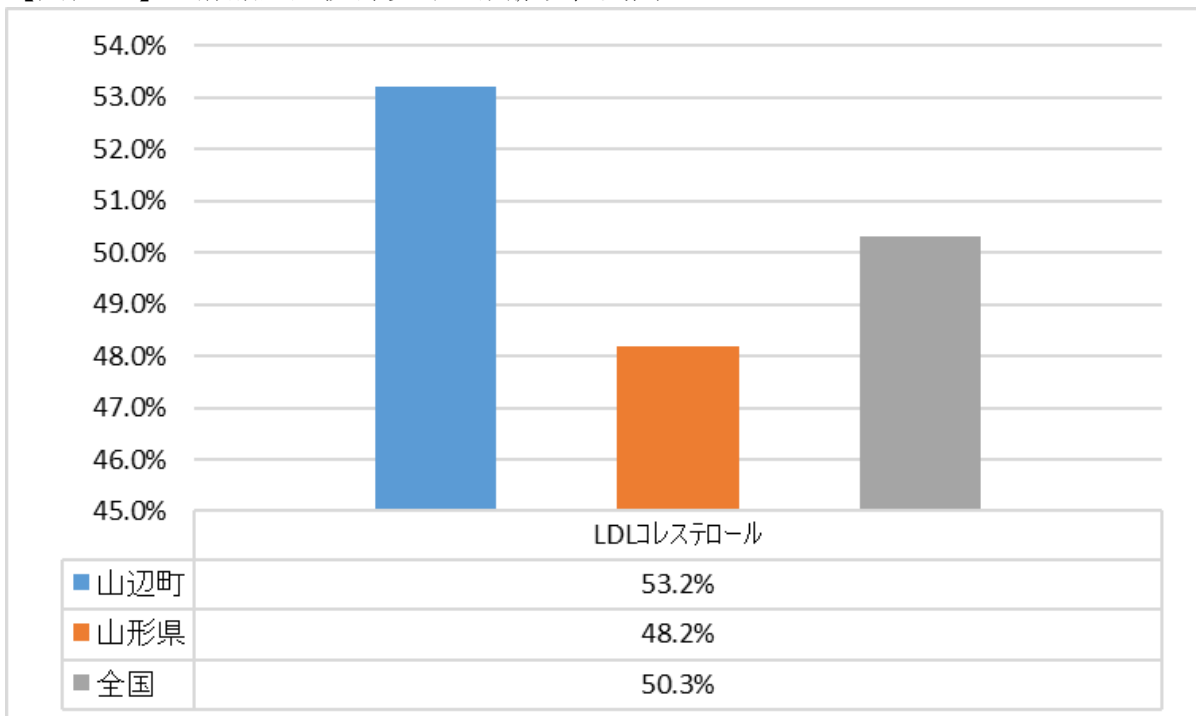
【図表 52】 血管を傷付ける要因



※判定基準 ①空腹時血糖：100mg/dl 以上 ②HbA1c：5.6%以上 ③尿酸：7.0mg/dl 以上
 ④収縮期血圧：130mmHg 以上 ⑤拡張期血圧：85mmHg 以上

資料：KDB システム_厚生労働省様式（様式 5-2）

【図表 53】 内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因



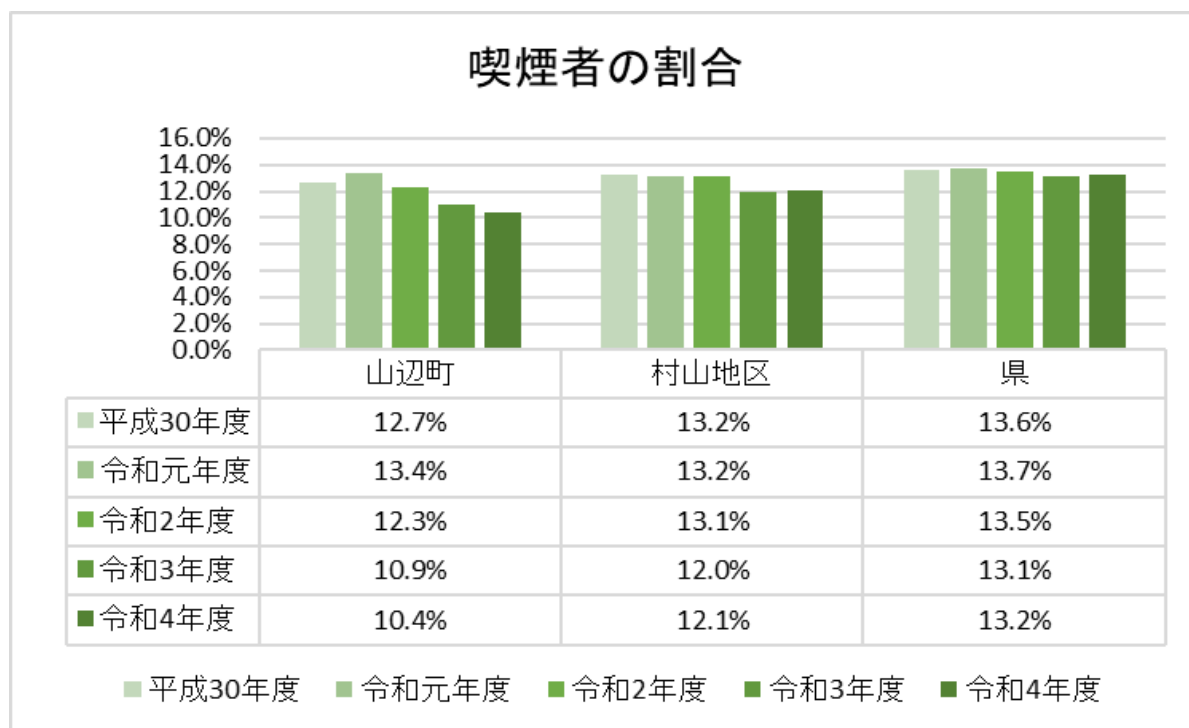
※判定基準 ①LDL コレステロール（悪玉コレステロール）：120mg/dl 以上

資料：KDB システム_厚生労働省様式（様式 5-2）

(6) 質問票調査の状況（令和4年度）

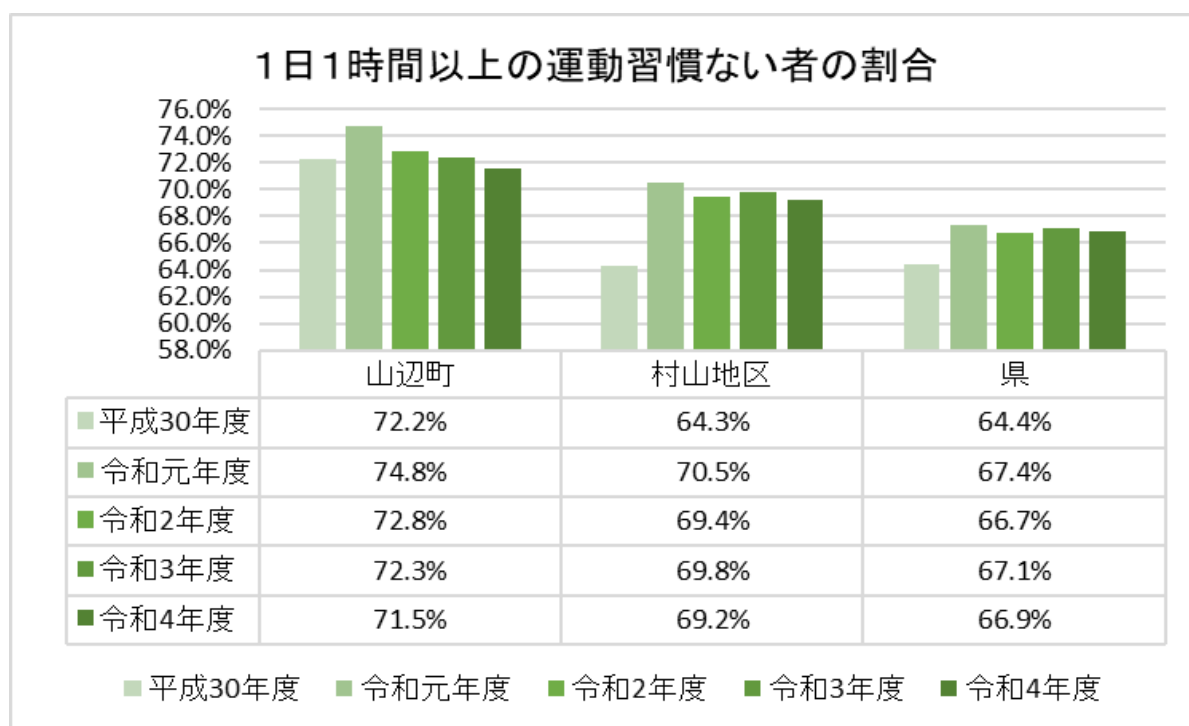
質問票の回答状況では、喫煙者、飲酒習慣リスクの割合は県、村山地区よりも低い割合が続いています（図表 54、図表 58）。また、1日1時間以上の運動習慣のない者の割合が70%を超えており、県、村山地区よりも高い状況です（図表 55）。

【図表 54】 喫煙者の割合



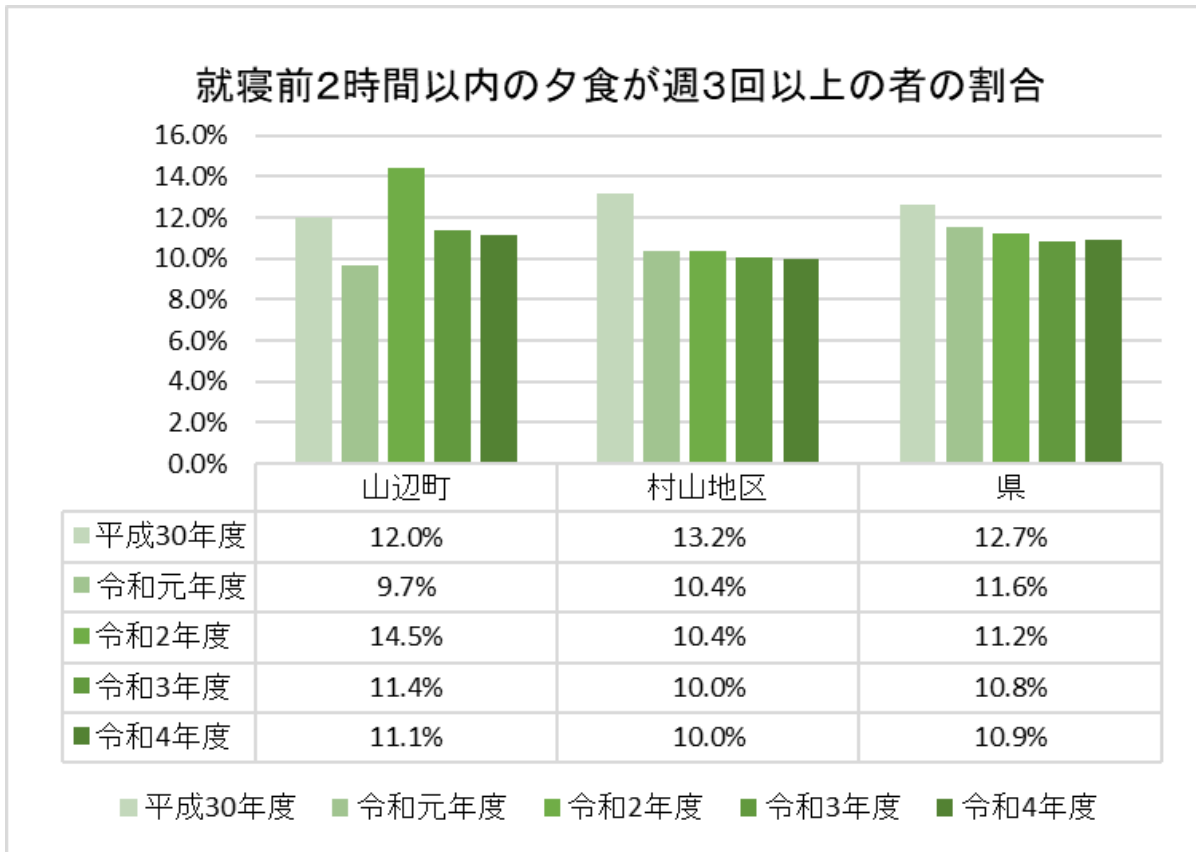
資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 55】 1日1時間以上の運動習慣ない者の割合



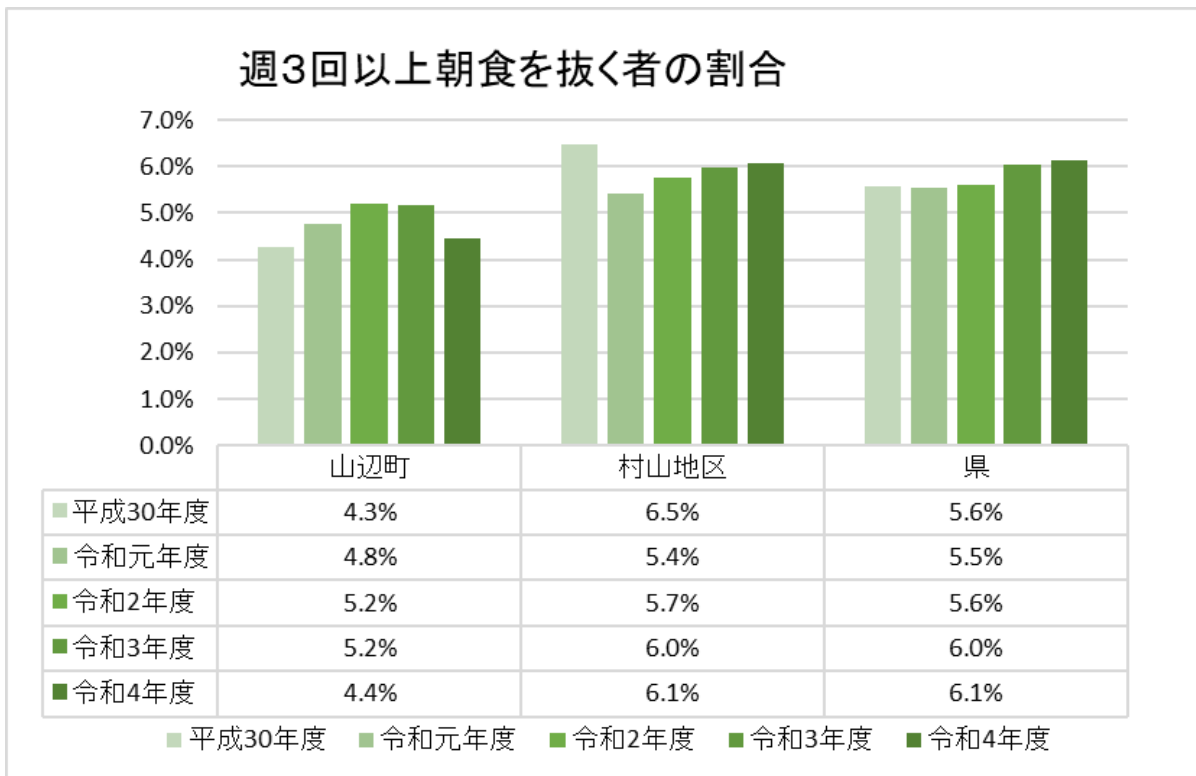
資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 56】 就寝前2時間以内の夕食が週3回以上の者の割合



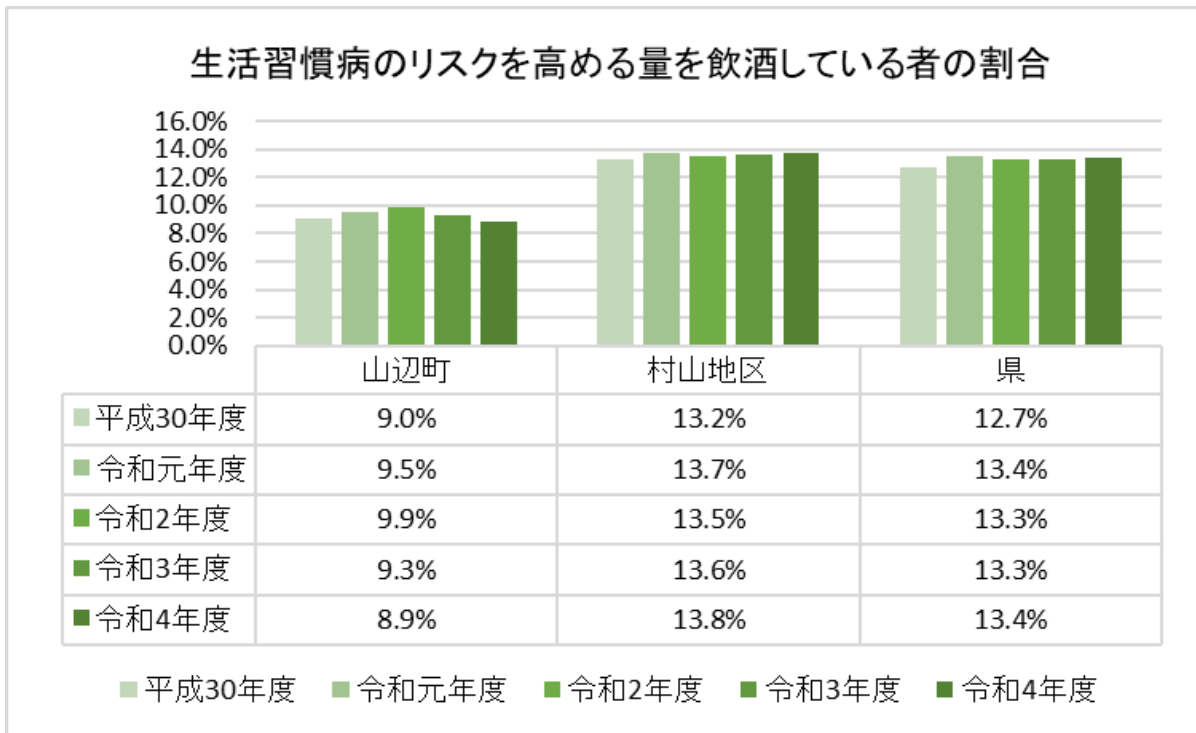
資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 57】 週3回以上朝食を抜く者の割合



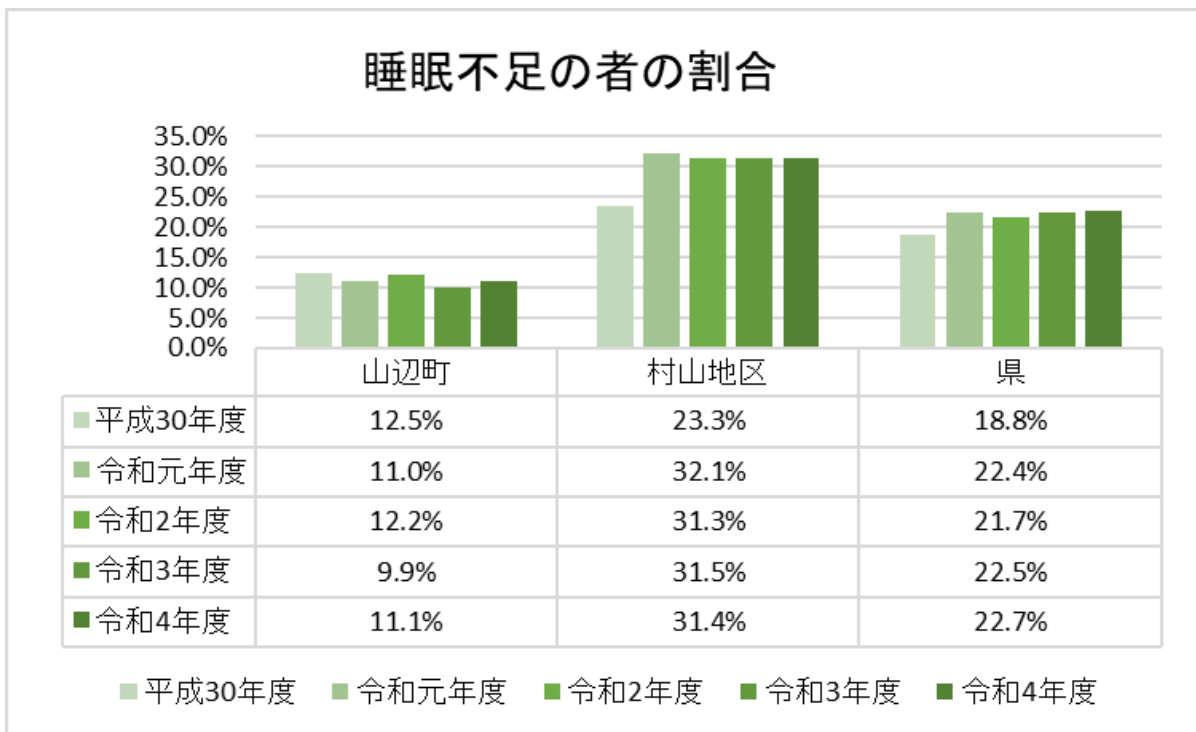
資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 58】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



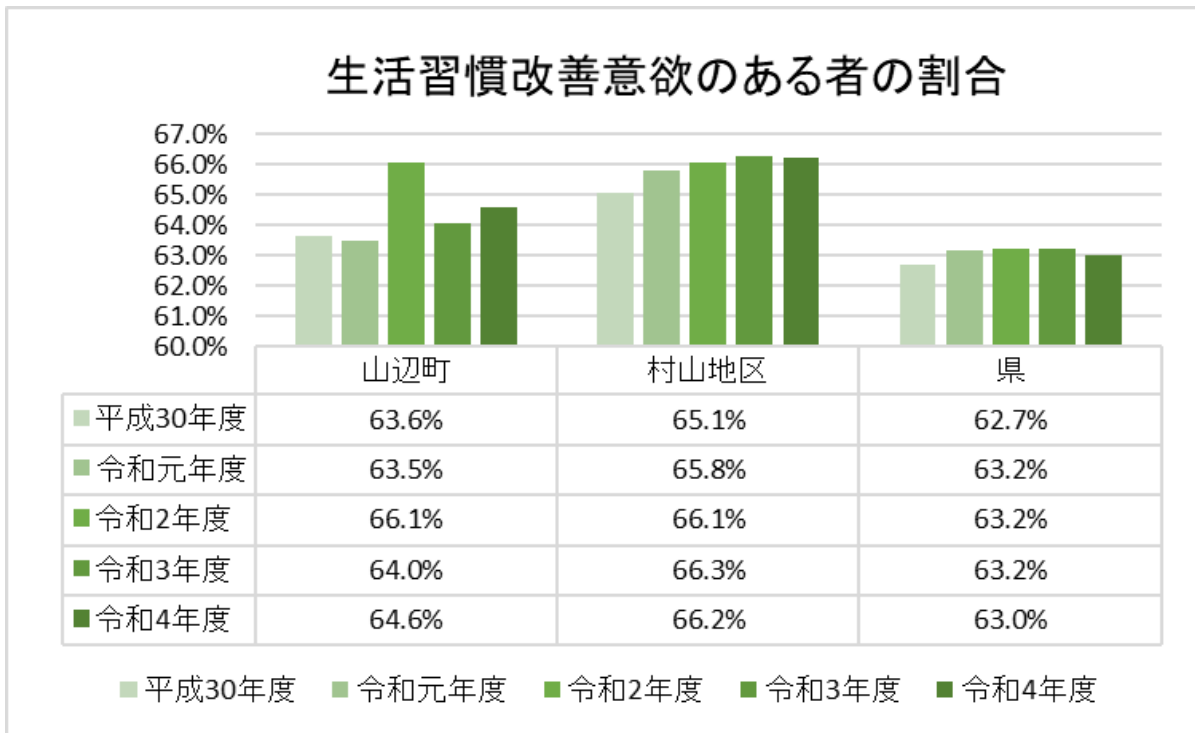
資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 59】睡眠不足の者の割合



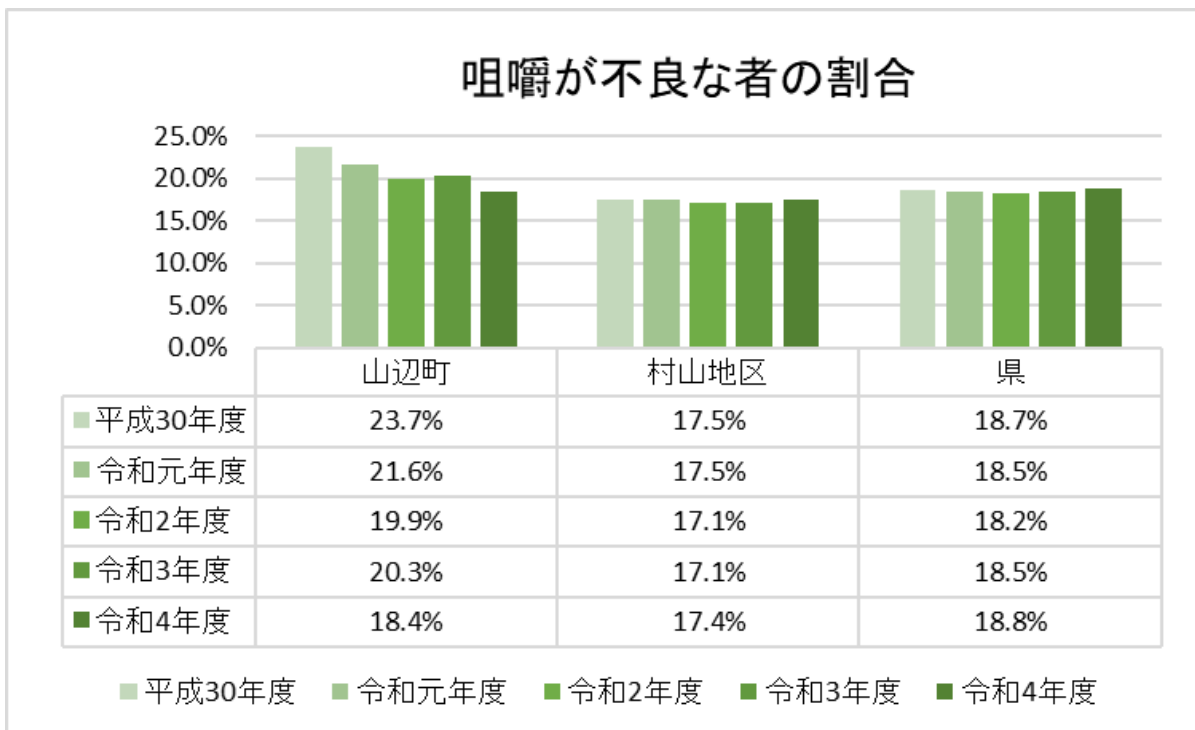
資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 60】生活習慣改善意欲のある者の割合



資料:KDB システム_質問票調査の状況

【図表 61】咀嚼が不良な者の割合



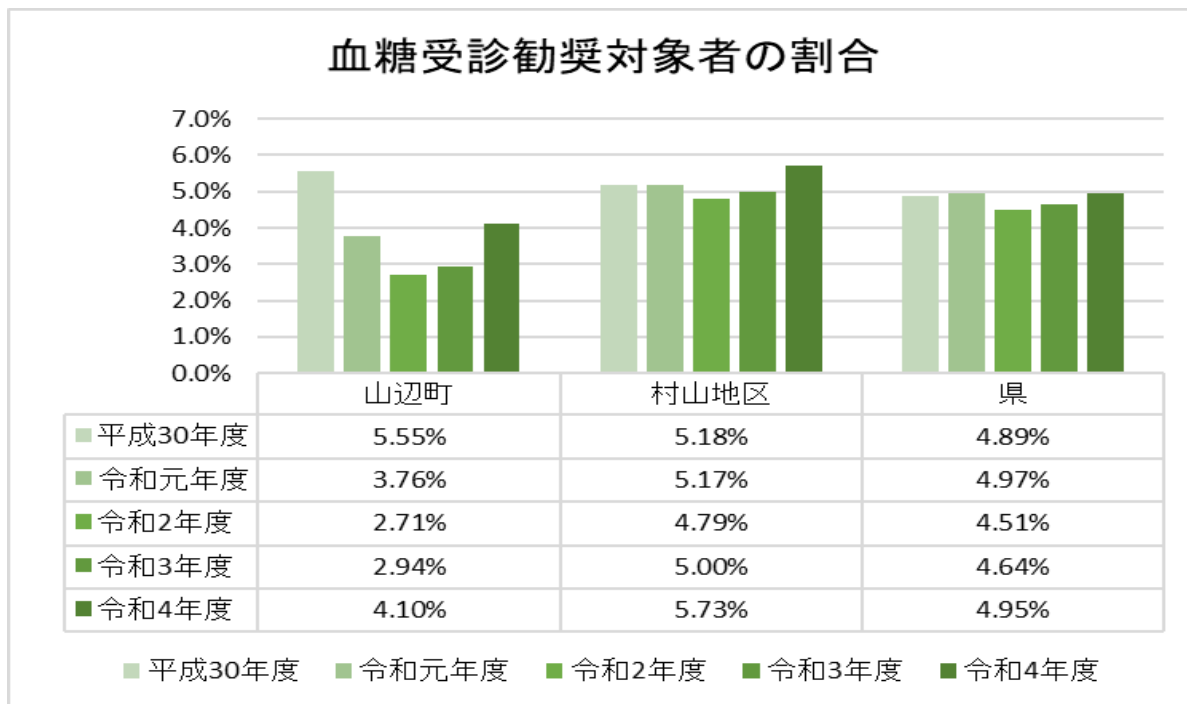
資料:KDB システム_質問票調査の状況

7 医療情報・健診結果等を組み合わせた分析

(1) 特定健診受診者の生活習慣病の治療状況

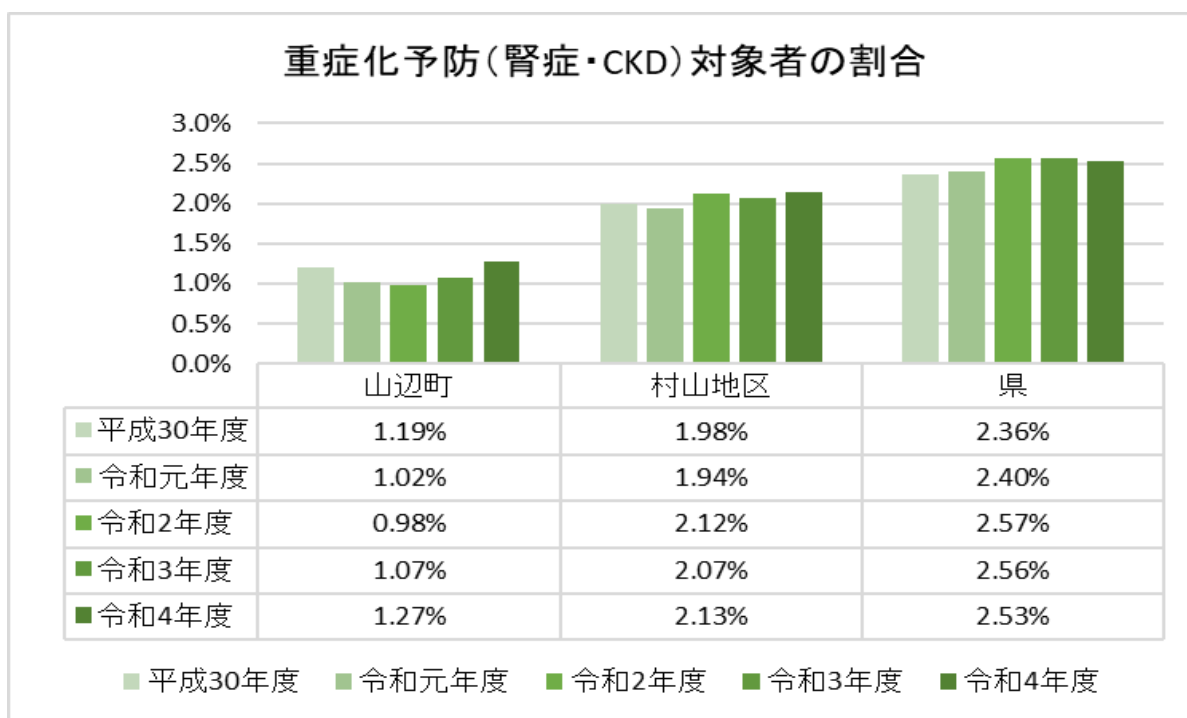
特定健診の結果から医療機関への受診勧奨が必要と判断される血糖受診勧奨対象者は、令和4年度は4.10%存在します。

また、同様に重症化予防（腎症・CKD）対象者が1.27%存在します。



※健診値HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上、かつ糖尿病の服薬がない者

資料:KDB システム_集計対象者一覧

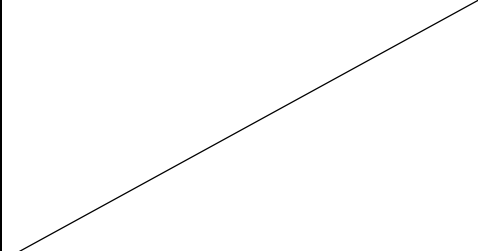


※eGFR45未満または尿蛋白（+）以上で腎症又は慢性腎臓病による医療受診がない者

資料:KDB システム_集計対象者一覧

分析結果に基づく健康課題

項目	分析結果	健康課題	参照頁
医療費の状況	<p>医療費の総額は、被保険者数の減少に伴い減少しています。しかし、一人あたり医療費（398,382円）は、増加傾向にあります。</p> <p>医科の受診率は県、国より高い水準で推移しています。</p>	<p>医療機関への受診率が高く、一人当たりの医療費が高い状況にあります。</p>	5 25
疾病分類別の医療費	<p>疾病分類別医療費の割合は、がん（28.5%）、精神（17.5%）、筋・骨格（16.5%）の順に多い。</p> <p>医療費の細小分類では、医療費の高い疾病は、糖尿病、高血圧症の順であり平成30年度から継続しています。他に統合失調症や脂質異常症、関節疾患も高位が続いています。</p> <p>1件当たりの医療費は、入院では心筋梗塞（1,549,160円）、筋・骨格（1,107,710円）、がん（865,490円）の順に高く脳血管疾患も高額です。</p> <p>外来は、がん（89,170円）、心筋梗塞（37,700円）、糖尿病（24,360円）の順に高くなっており、高血圧症と脂質異常症が占める医療費も大きい状況です。</p> <p>生活習慣病の有病者割合は50.9%で県（47.1%）よりも高い割合です。高血圧と脂質異常症の有病者割合が増加傾向にあります。</p> <p>人工透析導入者の状況は、横ばいで推移しています。</p>	<p>医療機関への受診率が高く、一人当たりの医療費が高い。特に脳血管疾患、糖尿病、腎不全の1件あたり医療費が高く、医療費全体に占める糖尿病、高血圧症、脂質異常症にかかる医療費の割合が高く有病者数も多いことから、引き続き被保険者の健康増進及び医療費適正化を目的とした対策が必要です。</p> <p>生活習慣病の予防・改善には、本人が健康状態を正しく理解することが必要であることから、特定健康診査の受診向上に取り組む必要があります。また、正しい知識に基づいて生活習慣の改善を効果的に推進するため、特定保健指導の利用向上の取り組みが必要です。</p> <p>人工透析者数は横ばいで推移していますが、腎不全は重症化すると人工透析が必要になり、生活の質に大きく影響することや、医療費も高額になるため、腎不全の重症化予防対策に継続して取り組む必要があります。</p>	7 24 26 27 29 31
後発医薬品の使用割合	<p>令和4年度の後発医薬品の使用割合は79.9%～81.5%で推移しています。</p>	<p>医療費適正化を推進するため、引き続き被保険者の利用を促進する取り組み必要があります。</p>	31
重複・頻回受診、重複服薬者割合	<p>重複受診81人、頻回受診4人、重複処方24人、多剤服薬者36人で、何れも一定数存在しています。</p>	<p>過剰な受診による検査や服薬は、かえって被保険者本人の健康を損なう恐れがあることや医療費適正化の観点からも適正受診の指導啓発に取り組む必要があります。</p>	32 33

<p>特定健康診査・特定保健指導の実施状況</p>	<p>特定健診の受診率は46.8%で、令和2年度に受診率が落ち込みましたが、回復傾向にあります。県(49.9%)より低く、国の目標値60%とも乖離が続いています。</p> <p>性別・年齢区分別では男性の受診率が低く、年代別では40歳代、50歳代歳男女の受診率が低い状態です。</p> <p>特定保健指導対象者の割合は全ての年代で男性の割合が高い。特に45～49歳男性受診者は、4割が特定保健指導の対象者です。</p> <p>特定保健指導の実施率(性・年齢別)では、ほぼ全ての年代で男性の実施率が低い傾向にあります。特に40歳代、50歳代の男性の実施率が低い。</p> <p>空腹時血糖とHbA1c、血圧、LDLコレステロールの有所見率が高く、特にHbA1c(70.0%)は国(57.1%)、県(58.2%)を大きく上回っています。</p>	<p>特定健診受診率の向上は、生活習慣病の早期発見や、今後の医療費の抑制に効果が見込まれることから引き続き取り組んでいく必要があります。</p> <p>若年層の健診受診については、早期の生活習慣病リスクの発見と、その予防改善につなげるため受診率を向上させる必要があります。</p> <p>血糖やHbA1c、尿酸、血圧、LDLコレステロールの有所見を減少させるため、特定保健指導への利用推進と、医療への適切な接続が重要であるため受診勧奨に取り組めます。</p>	<p>34 37 41</p>
<p>医療・健診結果等を組み合わせた分析</p>	<p>特定健診の結果から医療機関への受診勧奨が必要と判断される糖尿病未治療者が4.1%存在します。</p> <p>また、同様に腎症・慢性腎臓病の未治療者が1.27%存在します。</p>	<p>詳細な健康状態の把握と重症化予防のため医療機関への受診勧奨に取り組めます。</p>	<p>46</p>
<p>介護費関係の分析</p>	<p>要介護認定率は16.1%で、県平均(17.9%)よりも低く、1件あたり介護給付費は68,908円で、県平均(73,268円)よりも低い状況です。</p>		<p>11 12</p>

第4章 計画全体の目標と取り組み

1 計画全体の目標

前期計画の最終評価や、健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題から、計画の目標を次のとおり定め、取り組みを推進します。

A	生活習慣病の発症と重症化予防を図り、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図る
B	後発医薬品の利用促進や、重複・頻回受診者等への適正受診勧奨を通じて、医療費の適正化及び健康被害の防止を図る。

2 計画の評価指標

本計画の評価指標を、次表のとおり設定します。

評価指標一覧

計画全体の 評価指標	指標の定義	計画 策定時 実績	各年度の目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定健康診査 受診率	法定報告値	46.8%	47.5%	48.5%	49.5%	50.5%	51.5%	52.5%
特定健康診査 受診率(40歳 ～59歳)	法定報告値	30.1%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
特定保健指導 実施率	法定報告値	52.6%	55.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
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 \geq 130mmHg ②拡張期血 圧 \geq 85mmHg	59.3%	58.5%	57.5%	56.5%	56.0%	56.0%	56.0%
血糖有所見者 の割合 (保健指導判 定値以上)	特定健康診査受診者 で随時血糖 HbA1c5.6%以上の人 の割合	75.9%	74.0%	73.0%	72.0%	71.0%	70.0%	70.0%
運動習慣がな い人を減らす (運動習慣者 の割合増加)	特定健診受診者のう ち1日1時間以上の 運動習慣無の割合	71.5%	70.0%	68.5%	67.5%	66.5%	65.5%	65.0%
人工透析有病 者の状況	人工透析有病者の人 数・割合(年平均)	0.16% (4.2人)	0.12% (3.0人)	0.12% (3.0人)	0.10% (2.5人)	0.10% (2.5人)	0.08% (2.0人)	0.08% (2.0人)
後発医薬品利 用割合	数量シェア	80.6%	81.5%	82.0%	82.5%	83.0%	83.5%	84.0%

3 取り組みを行う対策

計画全体の目標に基づき、取り組むべき対策を「生活習慣病対策」と「適正受診対策」とし、具体的な対策に応じた、個別保健事業に取り組みます。

項目	取り組みを行う対策	個別保健事業	評価指標
A	生活習慣病対策		
	健診受診率が、低位であり生活習慣病リスクを早期に発見するため受診率向上に取り組みます。	特定健康診査事業	特定健康診査受診率 特定健康診査受診率 (40歳～59歳)
	生活習慣病の発症を予防するため、特定保健指導の実施率向上に取り組みます。	特定保健指導事業	特定保健指導実施率 運動習慣がない人を減らす (運動習慣者の割合増加)
	生活習慣病有病者の割合から高血圧、脂質異常症の割合が高いことから、健診有所見者について適切な医療受診に取り組みます。	生活習慣病重症化予防事業	血圧有所見者の割合 血糖有所見者の割合
	新規人工透析導入の抑制のため糖尿病性腎症の重症化予防に取り組みます。	糖尿病性腎症重症化予防事業	人工透析有病者の人数・割合
B	適正受診対策		
	受診行動の適正化が必要な重複受診、頻回受診者が一定数存在することから医療費の適正化のため、適正な医療利用の推進に取り組みます	重複・頻回受診者訪問等指導事業	連続して事業対象に該当した者の割合
	医療費の適正化を図るため、後発医薬品の利用促進に取り組みます。	後発医薬品利用差額通知事業	後発医薬品利用割合 (数量シェア)

事業 1		特定健康診査事業						
事業の目的		メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積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る。						
事業の概要		特定健康診査を実施する。						
対象者		40-74歳の被保険者						
項目	評価指標	策定時 実績 R4 (2022)	各年度の目標値					
			R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
指標 アウトカム	高血圧者の割合	59.3%	58%	56%	54%	53%	52%	52%
	生活習慣改善意欲がある人の割合	64.6%	65.5%	66.5%	67.5%	68.5%	69.5%	70.0%
アウトプット指標	特定健康診査受診率	46.8% (R4)	47.5%	48.5%	49.5%	50.5%	51.5%	52.5%
	特定健康診査受診率（40歳～59歳）	30.1% (R4)	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	受診勧奨人数に対する勧奨実施率	146% (1,279通/875人)	160%	160%	160%	160%	160%	160%
実施方法	周知	町の広報誌およびホームページ等で周知するとともに、保健事業等の機会を捉えて対象者に案内する。健診を受ける前に対象となる人に問診票等を送付する。						
	勧奨	健診未申込者に対してハガキ等により受診勧奨を行う。また、健診申込者で健診日に未受診だった人には電話等で受診勧奨を行う。						
	実施形態	集団健診を実施する。						
	実施場所	山辺町保健福祉センター及び健診業務の委託契約先の提供する場所で開催する。						
	時期・期間	当該年度の4月1日～3月31日とし、原則地区毎の実施とする。						
	結果提供	特定健康診査後すみやかに法令に基づく特定健康診査受診結果通知表に準じた結果表を作成し、健診機関から受診者に郵送等により直接通知する。						
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な受診勧奨を行うため、過去の受診状況や年代等を考慮し実施する。対象者の行動変容形成のため、複数回勧奨による情報提供を実施する。						
実施体制	庁内担当部署	保健福祉課 保健指導係と連携して実施する。国保の新規加入者への周知は町民生活課 国保医療係にて実施する。						
	国民健康保険団体連合会	受診勧奨ハガキの作成を委託する。国が定める電子的様式により、特定健康診査の結果等を記録した電子データの管理を委託する。						
	民間事業者	委託事業者にて、特定健康診査業務を実施する。委託事業者にて、受診勧奨対象者の選定と効果的な受診勧奨ハガキの送付、健診申込者で未受診となった者には電話等による勧奨を実施する。						
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	対象者が受診しやすい環境を整備する。(会場までの交通手段確保、休日・女性優先健診日の設定、各種がん検診等の同日実施) 健診の結果、精密検査受診に該当となった人、生活習慣病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		健康意識の向上による行動変容を促し、内臓脂肪の蓄積に起因する健康課題の改善を図り、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病への移行を予防する。						
事業の概要		検査値改善のための保健指導を行い生活習慣の改善を支援する。						
対象者		特定保健指導基準該当者（動機付け支援・積極的支援が必要とされた者）						
項目	評価指標	策定時 実績 R4 (2022)	各年度の目標値					
			R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
標 アウトカム指	内臓脂肪症候群該当者割合	16.3%	16.0%	15.5%	15.0%	14.5%	14.5%	14.5%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.4%	22.0%	22.5%	23.0%	23.0%	23.0%	23.0%
標 アウトプット指	特定保健指導の終了者の割合	52.6%	55%	57%	58%	59%	60%	60%
実施方法	実施内容	個別による初回面接を行い、特定健診の結果と対象者の生活習慣を踏まえた支援及び行動計画を作成、初回面接から3ヵ月以上経過後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて評価を行う。						
	初回面接	特定保健指導対象者には、健診実施日以降の早い段階（同日実施）で初回面接を実施する。（外部委託により通年実施する。）						
	実施場所	山辺町保健福祉センター及び特定保健指導受託業者の提供する場所で実施する。						
	時期・期間	特定保健指導は、利用率向上のため年間を通じて実施する。						
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	健康に対する意識・関心が高い状態にある特定健康診査当日に初回面接（同日実施）を行うことにより、特定保健指導の利用に結び付けていく。						
実施体制	庁内担当部署	保健福祉課 保健指導係と連携して実施する。						
	国民健康保険団体連合会	国の定める電子的標準様式により、特定保健指導の結果等を記録した電子データの管理を委託する。						
	民間事業者	特定保健指導業務は、外部委託により実施する。						
	他 事業	健診受診者に対して健診結果の見方や数値の確認、生活習慣の改善に向けた保健指導を実施する。						
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	外部委託により実施することから、質の高い特定健診・特定保健指導サービスが提供されるよう、委託事業者との連携体制を構築する。						

事業 3		生活習慣病重症化予防事業						
事業の目的		健康診査の結果から医療機関への受診が必要な者に対して受診を促し医療未受診者を減らし、早期治療により生活習慣病の重症化予防を目指す。						
事業の概要		医療機関への受診を促すため、生活習慣病に対する情報の提供を行い医療機関への受診勧奨を行う。						
対象者		<p>受診勧奨値該当者：特定健診受診者のうち、HbA1C 8.0%以上または、血圧 160/100 以上で糖尿病・高血圧の服薬処方のない者 LDL コレステロール 140mg/dl 以上かつ HDL35 mg/dl 未満で脂質の服薬処方のない者</p> <p>治療中断者：レセプトデータから糖尿病による診療歴のある患者で最終の受診から 6 か月を経過しても受診した記録がない者</p>						
項目	評価指標	策定時 実績 R4 (2022)	各年度の目標値					
			R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム指標	勧奨対象者の医療機関受診率	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
	【治療中断者】 医療機関等受診率 (医療機関等受診者数/勧奨者数)	50.0% 1人/2人	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトプット指標	対象者のうち勧奨した者の割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
実施方法	実施内容	<p>健康診査結果とレセプト情報から対象者を抽出する。 対象者に対して医療機関への受診を促す通知を送付する。 治療中断者：レセプトデータから糖尿病の診療歴のある患者で、直近6か月間で糖尿病に関する治療が無く、かつ、当年度の健診受診歴・受診予定が無い者に対して健診等の受診勧奨を行う。</p>						
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<p>特に優先する対象者：血糖・血圧の両方が高い者既に治療中（服薬あり）の者は事業対象者から除外する。 勧奨通知送付から3か月のレセプト情報で受診状況を確認する。受診確認できない者には電話等により再勧奨を行う。</p>						
実施体制	庁内担当部署	町民生活課が候補者を抽出のうえ、保健福祉課と調整のうえ対象者を選定する。						
	国民健康保険団体連合会	糖尿病・腎リスク保有者、糖尿病患者、治療中断者候補等の一覧リストを提供。						
	その他							

事業 4		糖尿病性腎症重症化予防事業						
事業の目的		糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。						
事業の概要		山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラムに基づいて、糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、医療機関未受診及び医療受診中断者に受診勧奨の通知を行い、自身の健康状態把握や早期の医療受診を促す。						
対象者		医療機関未受診者：健康診査データから次の①又は②該当者 ① 次のアに該当し、かつイ又はウのいずれかに該当する ア. 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又はHbA1c 6.5%以上 イ. eGFR 60ml /分/1.73 m ² 未満 ウ. 尿蛋白陽性（+）以上 ② eGFR 45ml /分/1.73 m ² 未満の者						
項目	評価指標	策定時 実績 R4 (2022)	各年度の目標値					
			R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム指標	【医療機関未受診者】 医療機関未受診者割合の減少 (未受診者/受診勧奨人数)	27.8% 5人/18人	25.0%	20.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%
	糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の人工透析導入者数(人)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
アウトプット指標	医療受診が必要な対象者への勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	健診受診が必要と判断される治療中断者への勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
実施方法	実施内容	医療機関未受診者：健診結果データから対象者に対して受診勧奨を実施。医療機関からの回報書送付により医療受診を確認する。勧奨から約3カ月後に受診が確認できない者に対して再勧奨を行う。						
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)							
実施体制	庁内担当部署	保健福祉課が医療機関未受診者を担当し、保健師、管理栄養士等の専門職が必要な保健指導を実施する。町民生活課と適宜情報の共有を行う。						
	国民健康保険団体連合会	糖尿病・腎リスク保有者、糖尿病患者、治療中断者候補等の一覧リストを提供。						
	民間事業者	健診委託事業者から、健康診査データに基づき基準該当者について提供。						
	他事業	健診結果からHbA1c6.5以上7.5未満の者を対象として糖尿病予防教室を開催						

事業 5		重複・頻回受診、重複・多剤服薬訪問指導事業						
事業の目的		重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者への訪問指導等により適正受診を促し健康被害の防止と医療費の適正化を図る						
事業の概要		重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者に対して、保健師等による指導等を実施することにより適正受診を促す。						
対象者		<p>レセプト等の情報から、重複・頻回受診、重複・多剤服薬に該当する対象者候補を抽出、個別事情を考慮のうえ決定する。</p> <p>①重複受診：同一月に4医療機関以上の受診がある者。柔道整復は多部位（3部位以上）の歴がある者</p> <p>②頻回受診：3ヶ月連続して同一月に合計15日以上受診がある者。柔道整復は15回以上通院がある者</p> <p>③重複服薬：3ヶ月連続して2医療機関以上2薬効以上又は3医療機関以上1薬効以上の重複処方がある者</p> <p>④多剤服薬：3ヶ月連続して15薬効以上の多剤処方がある者</p>						
項目	評価指標	策定時 実績 R4 (2022)	各年度の目標値					
			R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム指標	連続対象者割合 (重複・頻回受診)	50% (2人/4人)	50%未満	50%未満	50%未満	50%未満	50%未満	50%未満
	連続対象者割合 (重複・多剤服薬)	50% (1人/2人)	50%未満	50%未満	50%未満	50%未満	50%未満	50%未満
アウトプット指標	対象者への指導（啓発） 実施率	100% (6人/6人)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
実施方法	勸奨	選定基準の該当要件に応じた啓発資材により、適正な医療受診を促す指導（啓発）を行う。						
	実施後の支援・評価	指導（啓発）から約3ヶ月後にレセプト等で受診状況を確認する。						
	時期・期間	医科・調剤レセプト（12月の年1回実施） 柔道整復（9月・3月の年2回実施）						
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	レセプトの情報から対象要件を満たす者を抽出し、疾病状況等からやむを得ないと判断される者を除外のうえ、受診・服薬について改善が必要な者を適切に選定する。 KDBシステムから対象者を抽出する						
実施体制	庁内担当部署	町民生活課がレセプト情報等から対象者を抽出し、保健福祉課が訪問指導等を行う。						
	民間事業者	柔道整復レセプトの点検・収納業務について委託する						

事業 6		後発医薬品利用差額通知事業						
事業の目的		後発医薬品の利用を促進し医療費の適正化を図る						
事業の概要		後発医薬品へ変更した場合に自己負担額に一定額以上の差額が出る者に対し通知を送付する。						
対象者		調剤レセプトから現在服用している先発医薬品を後発医薬品に変更した場合に薬にかかる自己負担額が一定額（100円）以上減額になると見込まれる者を選定する。						
項目	評価指標	策定時 実績 R4 (2022)	各年度の目標値					
			R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
指標 アウトカム	後発医薬品利用割合 (数量シェア)	80.6%	81.5%	82.0%	82.5%	83.0%	83.5%	84.0%
指標 アウトプット	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
実施方法	勸奨	年6回、後発医薬品差額通知を発送してお知らせする。						
	実施後の支援・評価	後発医薬品の数量シェア率により確認する。						
	時期・期間	4月、6月、8月、10月、12月、2月に発送する。						
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	指定医薬品は通知対象から除外する。(人工透析用薬、細胞賦活用薬、腫瘍用薬、放射性医薬品、化学療法剤)						
実施体制	庁内担当部署	町民生活課が差額通知の発送業務を行う。						
	国民健康保険団体連合会	後発医薬品差額通知の作成及びコールセンター業務を委託する。						

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1 特定健診・特定保健指導

特定健診及び特定保健指導は、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の保持増進、また生活習慣病の重症化予防を図るなど保健事業の中核をなすものです。国が定める「特定健康診査等基本指針」（高齢者の医療の確保に関する法律第18条）の規定に基づき、同法第19条に定める「国民健康保険特定健康診査等実施計画」として本計画を策定し、本町国保被保険者に係る成人期から高齢期までの一貫した健康づくりを推進します。

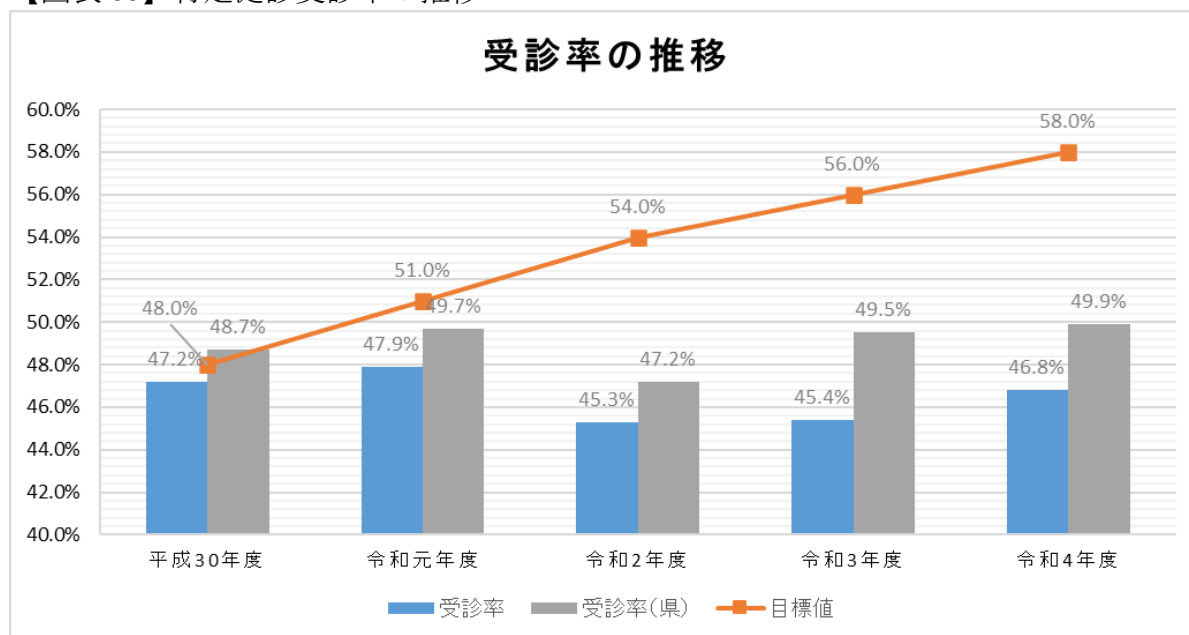
2 目標

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年度末までに特定健診受診率60%以上、特定保健指導受診率60%以上を達成することとしています。本町においては、令和4年度の現状値や県の実績値を踏まえ、実現の可能性を考慮し、令和6年度から令和11年度までにおける特定健診受診率及び特定保健指導実施率等の目標値を次のとおりとします。

【図表 32】 目標値

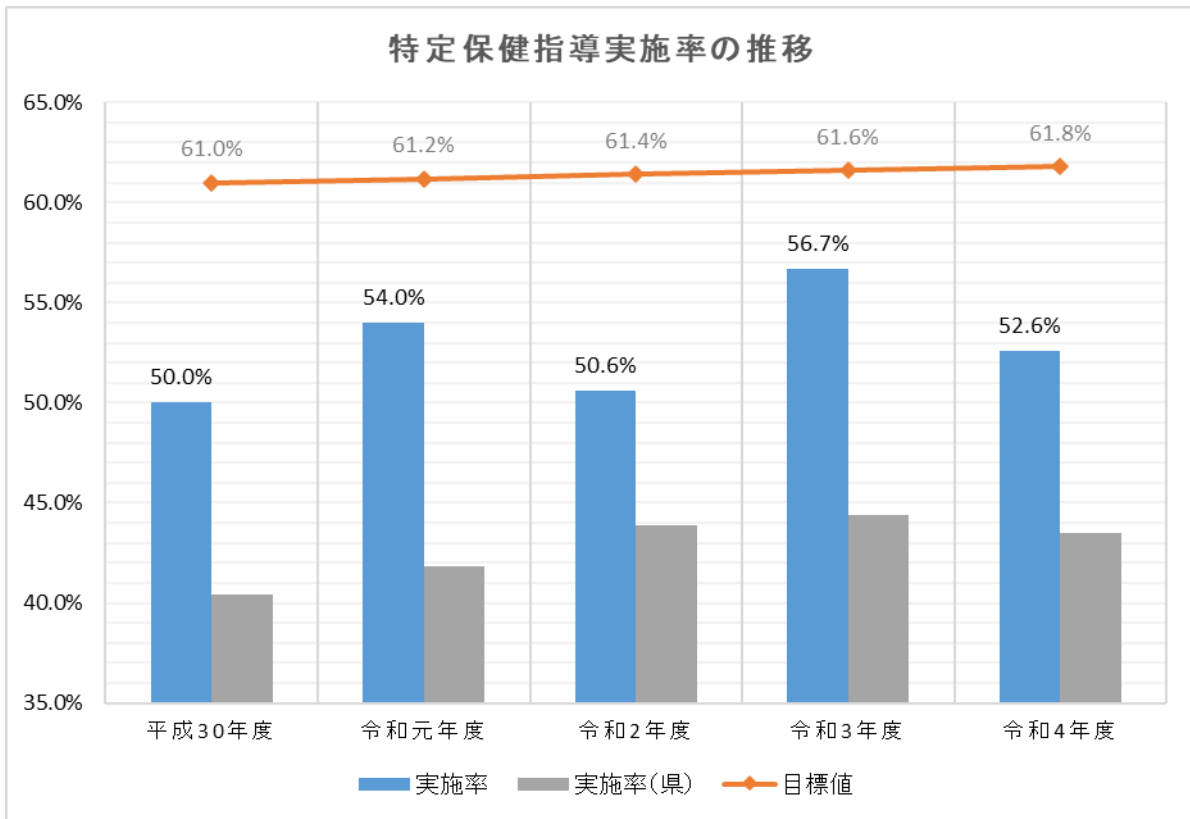
	R4年度 (現状値)	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診 受診率	46.8%	47.5%	48.5%	49.5%	50.5%	51.5%	52.5%
特定保健指導 実施率	52.6%	55.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%

【図表 33】 特定健診受診率の推移



資料) 法定報告値

【図表 34】 特定保健指導実施率の推移



資料) 法定報告値

3 対象者推計

(1) 特定健診対象者数及び受診者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定健診対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示します。

※対象者数は、令和元年度から令和4年度までの、国民健康保険加入者数（国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握 被保険者構成」における各年度の累計値）の平均伸び率を基に算出し、厚生労働省令で定める除外規定に該当すると見込まれる者等（おおむね40人）を差し引く。

(2) 特定保健指導対象者数及び受診者数の見込み

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受診者数について、各年度の見込みを示します。

※対象者数は、各年度の特定健康診査実施予定者に、令和元年度から令和3年度までの特定保健指導対象者の平均出現率（動機付け支援：7.2%、積極的支援：2.3%、全体：9.5%）を乗じて推計。

【図表 35】対象者数の見込み（推計値）

		R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	受診率	48.5%	50.0%	51.5%	53.0%	54.5%	56.0%
	対象者数	2,041 人	1,991 人	1,941 人	1,893 人	1,846 人	1,800 人
	受診者数	990 人	996 人	1,000 人	1,003 人	1,006 人	1,008 人
特定保健指導	実施率	55.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
	対象者数(合計)	94 人	95 人	95 人	95 人	95 人	96 人
	動機付け支援	71 人	72 人	72 人	72 人	72 人	73 人
	積極的支援	23 人	23 人	23 人	23 人	23 人	23 人
	実施者数	52 人	54 人	55 人	56 人	57 人	58 人

4 実施方法

(1) 特定健診の実施方法

①対象者

実施年度中に 40 歳～74 歳になる被保険者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）。ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除きます。

②実施場所

山辺町保健福祉センター及び健診業務委託契約先の提供する場所

③実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

ア 基本的な健診項目

質問項目	既往歴、服薬歴及び喫煙習慣に係る調査等
理学的検査	医師の診察
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧測定	血圧
肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP
血中脂質検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール
血糖検査	空腹時血糖又は HbA1c 検査
尿検査	尿糖、尿蛋白

イ 詳細な健診項目

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値、eGFRによる腎機能の評価を含む

④実施時期

原則地区ごとの実施とし、実施時期については、広報誌やホームページ等によりお知らせします。

⑤健診の周知や案内の方法

特定健診については、実施場所・時間等を広報誌やホームページに掲載するとともに保健事業等の機会をとらえて案内します。さらに、健診をうける前に対象となる者に問診票等を送付します。

⑥健診データの保管及び管理方法

特定健診を受診された山辺町国保の被保険者の健診結果のデータは、原則として特定健診を受診する健診機関が、国の定める電子的様式により、山形県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）へ提出するものとします。特定健診に関するデータは、原則として5年間保存とし、国保連合会に管理及び保管を委託します。

⑦事業主健診等他の健診受診者の健診データをデータ保有者から受領する方法

対象者が事業主健診等において、特定健診に相当する項目を受診した場合については、特定健診の項目に該当する結果記録は、当該被保険者の同意を得たうえで、当該事業者等から提供を受けます。

⑧特定健康診査受診率向上対策

特定健診受診率の向上を図るため、国保連合会が実施する受診率等向上対策事業を活用し、特定健診の未申込み者と未受診者に対する受診勧奨を行います。

また、特定健診と各種がん検診の同日実施、健診の休日実施など受診しやすい体制づくりにも努めます

(2) 特定保健指導の実施方法

①対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健診の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中※と判断された者は、医療機関における継続的な医学管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上の者については、動機付け支援のみ実施します。

※服薬中とは糖尿病、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者です。

腹囲等	追加リスク	喫煙歴 (注)	対 象	
	a) 血 糖 b) 脂 質 c) 血 圧		40 歳 - 64 歳	65 歳 - 74 歳
腹 囲 ≥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。
 - a) 血糖：空腹時血糖が 100 mg/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。)
 - b) 脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dl 以上)、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
 - c) 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、動機付け支援のみ行っている。

②実施場所

保健福祉センター及び特定保健指導業務委託機関の提供する場所等で実施します。

③実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第 4 期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し (アウトカム評価の導入)」、「ICT を活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。具体的指標の提示、オンラインでの保健指導、及び健診実施後の早期初回面接の導入により、保健指導の質の向上や機会獲得を図ることで、効果的・効率的な実施に努めるものとします。

ア 動機付け支援

対象者本人が、自分の健康状態を自覚し、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の状況に応じた指導や情報提供を行う。

個別または集団による初回面接を行い、特定健診の結果と対象者の生活習慣を踏まえ

た支援及び行動計画を作成し、初回面接から3か月以上経過後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについての評価を行います。

初回面接	実施形態：一人当たり20分以上の個別支援 または1グループ当たり80分以上のグループ支援 支援内容：生活習慣と健診結果、生活習慣改善の必要性、栄養・運動の生活習慣に必要な実践活動について、行動目標・行動計画を作成する。
実績評価 (初回面接より3か月以上経過後)	実施形態：通信(電話・手紙・電子メール・FAX等)による 支援内容：身体状況、生活習慣に改善がみられたかの確認。次回の健診までに確立された行動を実施できるよう支援を行う。

イ 積極的支援

特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的かつ実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。

個別または集団による初回面接を行い、特定健診の結果と対象者の生活習慣を踏まえた支援及び行動計画を作成し、初回面接から3か月以上の継続的な支援を行うとともに、その後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについての評価を行います。

初回面接	実施形態：一人当たり20分以上の個別支援 または1グループ当たり80分以上のグループ支援 支援内容：生活習慣と健診結果、生活習慣改善の必要性、栄養・運動の生活習慣に必要な実践活動について、行動目標・行動計画を作成する。
3か月以上の継続的な支援	支援A(個別支援、グループ支援、電話(手紙・電子メール、FAX等)支援)または支援B(個別支援、電話(手紙・電子メール、FAX等)支援)による形態を組み合わせる。
実績評価 (初回面接より3か月以上経過後)	アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 【アウトカム評価】 主要達成目標： ・腹囲2cm・体重2kg減または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少 目標未達成の場合の行動変容評価指標： ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)

	<p>【プロセス評価】 実施形態：通信（電話・手紙・電子メール・FAX等）による 支援内容：身体状況、生活習慣に改善がみられたかの確認。次回の健診までに確立された行動を実施できるよう支援を行う。</p>
--	--

④実施時期と期間

特定保健指導は、受診率向上のため特定健診受診当日に特定保健指導対象者への初回面接を実施し、年間を通じて実施します。

⑤委託の有無

特定保健指導は、特定保健指導業務受託機関への委託により実施します。

⑥特定保健指導データの保管及び管理方法

特定保健指導のデータは、原則として特定保健指導実施機関等が、国の定める電子的標準様式により、国保連へ提供するものとします。特定保健指導に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連合会に管理及び保管を委託します。

5 評価及び計画の見直し

(1) 評価

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率、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こととします。

6 計画の公表・周知

策定した計画は、町のホームページ等を活用し、公表・周知を図ります。

7 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

特定健診及び特定保健指導に係る情報の取扱いについては、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、山辺町個人情報保護条例を遵守するとともに適切な管理体制を確保します。

また、対象者の利益を最大限に保障するため、個人情報の保護に充分配慮しつつ、収集された個人情報を有効に活用します。

8 留意事項

(1) 各種健（検）診等との連携

特定健診の実施にあたっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する健（検）診等についても可能な限り連携して実施するものとします。

(2) 健康づくり事業等との連携

特定健診・特定保健指導の対象となる年代だけでなく、生活習慣病予防のためには、40歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要となります。そのため、関係部署とも連携しながら、生活習慣病予防を推進していく必要があります。

第6章 計画に関するその他の事項

1 計画の見直し

計画の見直しは、計画最終年度の令和 11 年度に行いますが、必要に応じて随時見直しを行います。

2 計画の公表・周知

本計画については、町ホームページや広報紙等により公表して周知を図るほか、山形県、国保連連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知します。

3 個人情報の保護

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及びこれに基づくガイドライン等並びに「山辺町個人情報保護条例」に基づき、適切に取り扱います。

用語解説

※1 特定健康診査

平成 20 年 4 月より始まった、40 歳～74 歳までの公的医療保険加入者全員を対象とした保険制度で、「特定健診」、「メタボ健診」ともいわれる。腹囲の測定及び BMI（身長・体重から割り出す体格指数）の算出を行い、基準値以上の人はさらに血糖、脂質（中性脂肪及び HDL コレステロール）、血圧、喫煙習慣の有無から危険度によりクラス分けされ、クラスに合った保健指導（積極的支援/動機づけ支援）を受けることになる。

※2 国保データベース（KDB）システム

国・健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。稼働は平成 25 年 10 月。保有情報は医療レセプト情報、特定健診等情報、介護レセプト情報。加入者についての健康状況の把握・比較分析、疾病別等の医療費の分析を行う。

※3 日本再興戦略

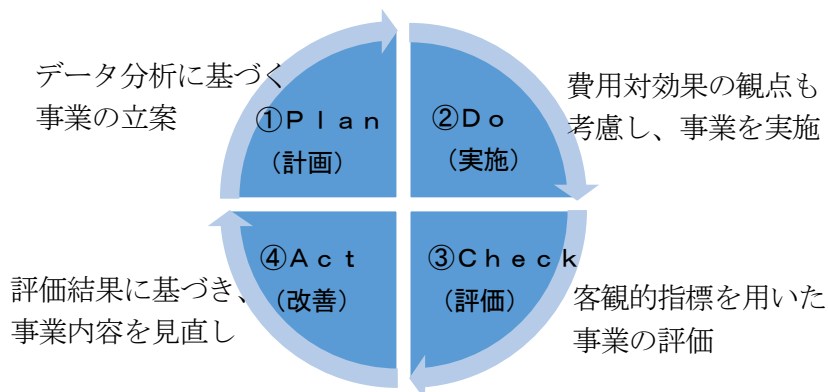
第二次安倍内閣が掲げる成長戦略。平成 25 年 6 月 14 日閣議決定。製造業の国際競争力強化や高付加価値サービス産業の創出による産業基盤の強化、医療・エネルギーなど戦略分野の市場創造、国際経済連携の推進や海外市場の獲得などを掲げている。データヘルス計画については、「第Ⅱ.3つのアクションプラン」>「二.戦略市場創造プラン」>「テーマ1:国民の「健康寿命」の延伸」の中に位置づけられている。

※4 ポピュレーションアプローチ

対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げたいこうという考え方のこと。疾患を発生しやすい高リスクを持った人を対象に絞り込んで対処していく方法（ハイリスクアプローチ）と対になる考え方。

※5 PDCAサイクル

品質改善や経費削減、環境マネジメント、情報セキュリティなど多くの分野で用いられる管理手法の一つ。Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）のステップを繰り返し、常に不都合を改善しながら次の計画に終期ごとの成果を反映させて、業務の質を継続的に向上させていくことが特徴であり、四つのステップは呼称の語源にもなっている。



※6 K P I

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

※7 医療費適正化計画

高齢化の進行等を見据え、生活習慣病予防の徹底と医療の効率化を図り、医療費の伸びを抑えるために、国、都道府県が策定している計画。

※8 標準化死亡比 (SMR)

標準化死亡比 (SMR) は、基準死亡率 (人口10万対の死亡数) を対象地域に当てはめた場合に、計算により推計される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較することで、国の平均を100としています。標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

※9 メタボリックシンドローム

内臓脂肪症候群。糖尿病などの生活習慣病は、それぞれの病気が別々に進行するのではなく、おなかのまわりの内臓に脂肪が蓄積した内臓脂肪型肥満が大きくかかわるものであることがわかってきている。内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上をあわせもった状態をメタボリックシンドロームという。内臓脂肪が過剰にたまっていると、糖尿病や高血圧症、脂質異常症といった生活習慣病を併発しやすくなり、しかも「血糖値が少し高め」「血圧が少し高め」といった、まだ病気とは診断されない予備軍でも、併発することで、動脈硬化が急速に進行する。

※10 動機づけ支援

特定健診結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善が必要と判断された者を対象に行われる支援。対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践 (行動) に移り、その生活が継続できることを目的として行われる。

※11 積極的支援

動機づけ支援 (※10) と比べ生活習慣病の発症リスクがより高く、生活習慣の改善が必要と判断された者を対象に行われる支援。動機づけ支援に加えて、定期的、継続的な支援が行われる。