

大台町国民健康保険保健事業実施計画

データヘルス計画（第3期）

特定健康診査等実施計画（第4期）

＜令和6年度～令和11年度＞

令和6年3月

目次

第1章 計画策定の概要.....	2
1.計画策定の背景と趣旨.....	2
2.計画の位置づけ.....	2
3.計画の期間.....	2
4.実施体制・関係者連携.....	2
第2章 大台町の現状.....	3
1.大台町の現状.....	3
2.大台町国民健康保険の現状.....	5
第3章 健康・医療情報による分析.....	6
1.医療費データの分析.....	6
2.生活習慣病関連医療データの分析.....	9
3.介護データの分析.....	11
4.大台町の特定健診の状況.....	12
5.大台町の特定保健指導の状況.....	19
第4章 データヘルス計画（第2期）の振り返りと課題.....	21
1.データヘルス計画（第2期）の保健事業の考察.....	21
2.健康課題の抽出と課題解決に向けた対策.....	27
3.全体の目標.....	29
第5章 データヘルス計画（第3期）.....	30
1.主な保健事業と評価指標.....	30
2.個人情報の保護.....	37
3.計画の公表・周知.....	37
4.評価及び見直し.....	37
5.地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項.....	37
第6章 特定健康診査等実施計画（第4期）.....	38
1.目標値の設定.....	38
2.対象者数推計.....	38
3.特定健康診査等の実施方法等.....	39
4.実施スケジュール.....	44
5.個人情報の保護.....	45
6.計画の公表・周知.....	45
7.評価の見直し.....	45
8.留意事項.....	45

第1章 計画策定の概要

1. 計画策定の背景と趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」の中で、すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の策定・公表・事業実施、評価等の取組みを求められ、「大台町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、健康・医療情報を活用した保健事業に取り組んできたところです。

このたび、「特定健康診査等実施計画（第3期）」及び「データヘルス計画（第2期）」が令和5年度末をもって計画期間が終了することから、令和6（2024年度）年度から令和11（2029年度）年度までを共通の計画期間として、「特定健康診査等実施計画（第4期）」と「データヘルス計画（第3期）」を一体的に策定し、特定健康診査等結果やレセプトデータ等の分析をし、健康課題を明らかにした上で、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けた新たな取組手法、目標を設定することにより、被保険者の健康増進を図ります。

2. 計画の位置づけ

データヘルス計画は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する方針」に基づき策定し、特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づき策定します。

また、策定にあたっては、「第2次大台町総合計画」や「第3次大台町健康増進計画」「第9期大台町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」等の関連計画と整合性を図り、十分に連携した事業の実施を進めます。

3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6（2024年度）年度から令和11（2029年度）年度までの6年間とします。

4. 実施体制・関係者連携

本計画の遂行に当たっては、国民健康保険担当部局が主体となり、保健師・理学療法士等の専門職と協同で事業を推進し、一体となって保健事業を実施します。

また、医師会等の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の国民健康保険運営協議会等の活用や町民へのわかりやすい情報提供、外部有識者からの支援等を通じて、町民自身が当事者意識を持って主体的・積極的に取り組める事業実施体制を整備していきます。

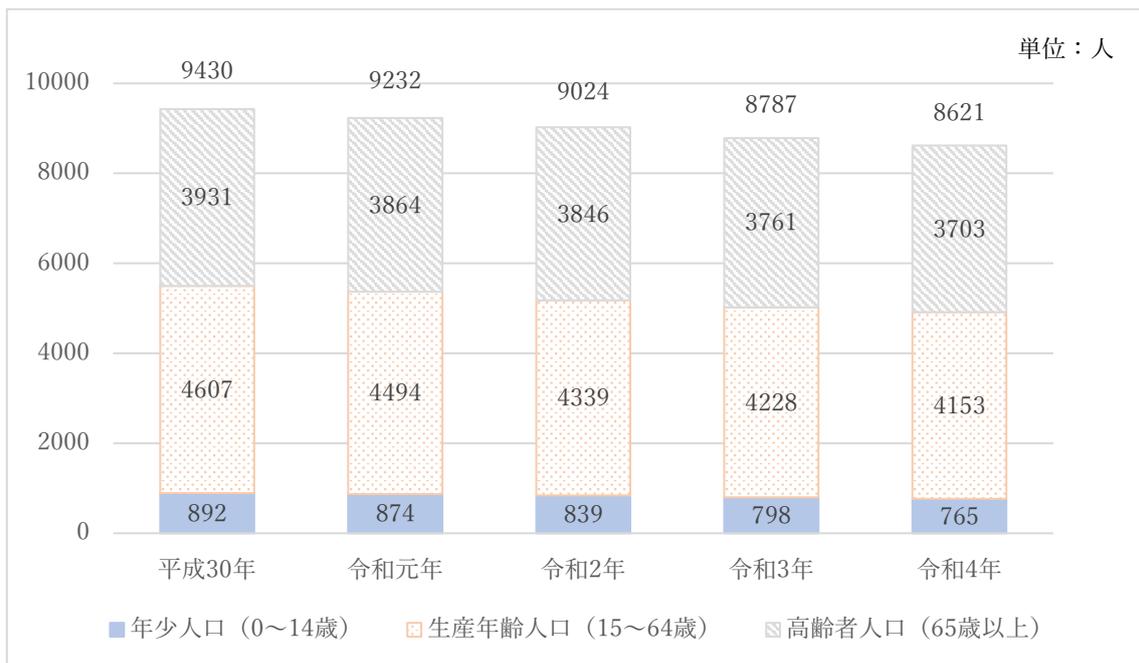
第2章 大台町の現状

1. 大台町の現状

(1) 人口及び高齢化率

総人口の推移についてはやや減少傾向にあり、総人口に占める65歳以上の人口比率（高齢化率）は、三重県、全国より高い状況にあります。それに比べ、0～14歳の年少人口と15～64歳までの生産年齢人口は年々減少していることから、今後も高齢化が進むことが予想されます。

年齢別3区分人口の推移



資料：大台町年代別・地区別人口集計表（各年10月1日現在）

総人口と高齢化率の推移

	大台町					三重県	国
	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年	令和4年	令和4年
総人口 (人)	9,087	8,889	8,668	8,422	8,265	1,742,703	124,947,000
高齢化率 (%)	41.8	42.0	43.3	43.5	43.6	30.0	29.0

資料：三重県 HP：三重県の高齢化率

総務省統計局 HP：人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）

(2) 死亡要因

令和3年度の主要死因別では、第1位が悪性新生物となっており、約2割を占めています。また、脳血管疾患、肺炎、腎不全が全国と三重県より高く、老衰、不慮の事故は全国より高くなっています。さらに、脳血管疾患、腎不全、自殺については、平成30年度と令和3年度を比較して、増加傾向にあります。

主要死因別の件数と割合

	大台町								三重県		全国	
	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和3年度		令和3年度	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
悪性新生物	41	21.1%	34	19.9%	40	22.0%	33	18.4%	5,436	25.1%	381,505	26.5%
糖尿病	1	0.5%	2	1.2%	3	1.6%	1	0.6%	223	1.0%	14,356	1.0%
心疾患	29	14.9%	23	13.5%	21	11.5%	24	13.4%	3,125	14.4%	214,710	14.9%
脳血管疾患	12	6.2%	18	10.5%	15	8.2%	23	12.8%	1,543	7.1%	104,595	7.3%
肺炎	19	9.8%	15	8.8%	13	7.1%	10	5.6%	1,084	5.0%	73,194	5.1%
肝疾患	2	1.0%	3	1.8%	3	1.6%	0	0.0%	226	1.0%	18,017	1.3%
腎不全	1	0.5%	6	3.5%	6	3.3%	8	4.5%	486	2.2%	28,688	2.0%
結核	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	23	0.1%	1,845	0.1%
老衰	22	11.3%	19	11.1%	30	16.5%	25	14.0%	3,061	14.1%	152,027	10.6%
不慮の事故	7	3.6%	5	2.9%	8	4.4%	2	1.1%	527	2.4%	7,992	0.6%
自殺	1	0.5%	0	0.0%	4	2.2%	2	1.1%	270	1.2%	20,291	1.4%
その他	59	30.4%	46	26.9%	39	21.4%	51	28.5%	5,635	26.0%	422,636	29.4%
計	194	100.0%	171	100.0%	182	100.0%	179	100.0%	21,639	100.0%	1,439,856	100.0%

資料：三重県 HP：人口動態

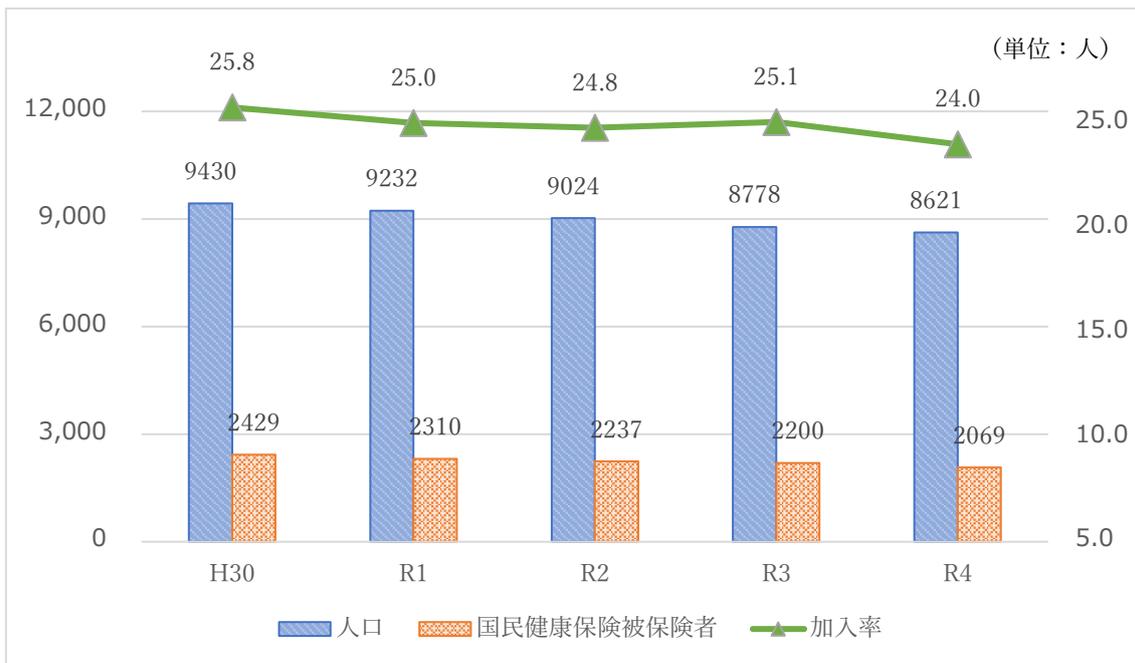
厚生労働省 HP：人口動態統計（確定数）の概況

2.大台町国民健康保険の現状

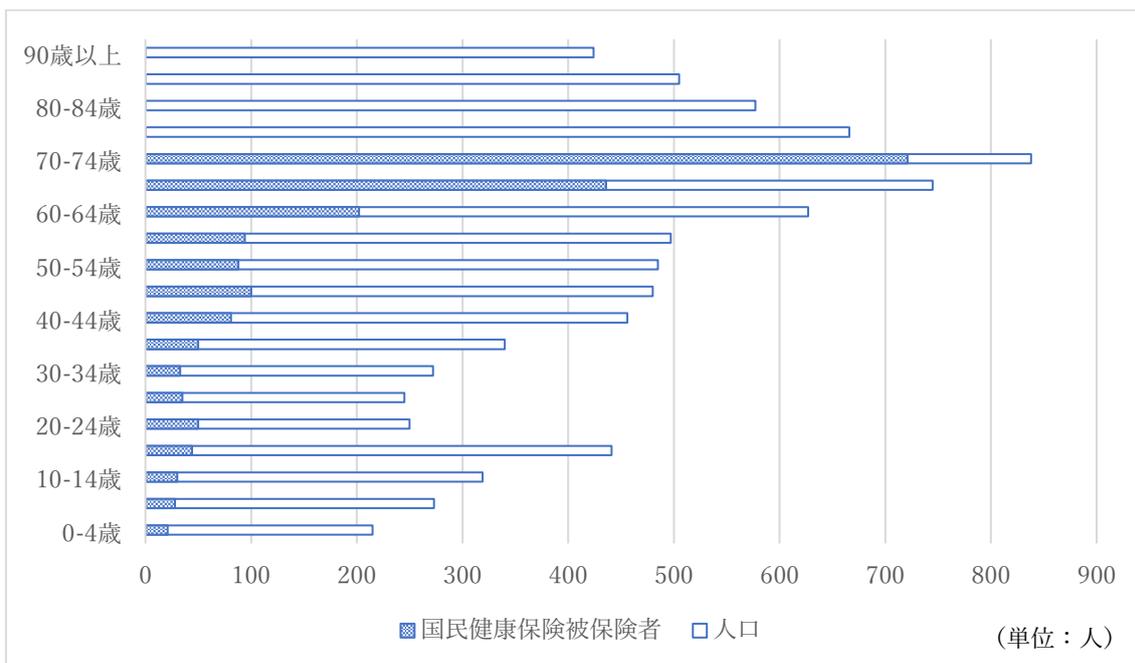
(1) 被保険者の推移

国民健康保険被保険者は令和4年度末 2,069 人、国民健康保険加入率は 24.0%となっており、被保険者数・加入率ともに年々減少しています。また年齢別人口、国民健康保険被保険者数の状況をみると、本町の総人口における国民健康保険の被保険者数は、60～64 歳で人口の約 4 割、65～74 歳で 5 割以上を占めています。

人口、国民健康保険被保険者、国民健康保険加入率の推移



人口、国民健康保険被保険者、国民健康保険加入率の推移



資料：KDB システム:地域の全体像の把握－人口構成、被保険者
住民基本台帳（人口：各年度 9 月末時点）事業月報

第3章 健康・医療情報による分析

1. 医療費データの分析

(1) 医療費総額の推移

令和4年度の大台町国保の医療費総額は8億4千万円で、新型コロナウイルス感染症の受診控えの影響もあり、令和元年度より減少がみられましたが、受診控えの影響が少なくなった令和4年度からは増加傾向にあります。

医療費総額の伸び率 (単位：百万円)

		R1	R2	R3	R4
大台町		939	893	819	840
	伸び率		△ 4.9%	△ 8.3%	2.6%
三重県		130,795	124,521	128,550	125,624
	伸び率		△ 4.8%	3.2%	△ 2.3%

資料：国保データベース（KDB）システム「市区町村別データ」

(2) 被保険者1人当たりの医療費の推移

令和4年度の被保険者1人当たりの医療費は、三重県市町村国保全体の伸び率よりも大きく増加しています。

被保険者1人当たりの医療費伸び率 (単位：円)

		R1	R2	R3	R4
大台町		410,897	393,716	373,085	417,510
	伸び率		△ 4.2%	△ 5.2%	11.9%
三重県		358,435	347,748	369,951	382,903
	伸び率		△ 3.0%	6.4%	3.5%

資料：国保データベース（KDB）システム「市区町村別データ」

(3) 疾病分類別医療費の割合（大分類）

令和4年度診療分のレセプトから、疾病項目毎に医療費総額、レセプト件数を算出しました。「新生物<腫瘍>」が医療費総額の19.2%を占めており、レセプトについては「内分泌、栄養及び代謝疾患」の件数が多くなっています。

大分類による疾病別医療費統計

※各項目毎に上位5疾病を

網掛け

疾病分類（大分類）	医療費（円）	構成比	順位	レセプト件数（枚）	順位
感染症及び寄生虫症	9,602,410	1.1%	17	374	15
新生物<腫瘍>	162,421,430	19.2%	1	813	9
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	23,937,530	2.8%	12	24	18
内分泌、栄養及び代謝疾患	90,305,940	10.7%	3	4,386	1
精神及び行動の障害	64,345,600	7.6%	4	965	7
神経系の疾患	61,391,960	7.3%	5	915	8
眼及び付属器の疾患	28,799,460	3.4%	10	1,528	4
耳及び乳様突起の疾患	2,127,460	0.3%	19	174	16
循環器系の疾患	126,984,230	15.0%	2	4,108	2
呼吸器系の疾患	43,869,360	5.2%	8	1,144	6
消化器系の疾患	42,615,340	5.0%	9	1,256	5
皮膚及び皮下組織の疾患	17,100,570	2.0%	13	755	11
筋骨格系及び結合組織の疾患	54,922,690	6.5%	6	2,056	3
尿路性器系の疾患	52,184,140	6.2%	7	775	10
妊娠、分娩及び産じょく	2,258,920	0.3%	18	12	20
周産期に発生した病態	1,157,470	0.1%	20	4	22
先天奇形、変形及び染色体異常	103,350	0.0%	22	9	21
症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	11,153,950	1.3%	15	435	13
損傷、中毒及びその他の外因の影響	24,886,670	2.9%	11	392	14
特殊目的用コード	10,719,880	1.3%	16	115	17
傷病及び死亡の外因	0	0.0%	23	0	23
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	358,810	0.0%	21	23	19
その他（上記以外のもの）	14,053,100	1.7%	14	591	12
総計	845,300,270			20,854	

資料：国保データベース（KDB）システム「疾病別医療費分析（大分類）」

(4) 疾病分類別医療費の割合（細小分類）

細小分類別の医療費では、入院は統合失調症が1位で、外来では、糖尿病が1位となり、2位が高血圧症、3位が脂質異常症、4位が慢性腎臓病（透析あり）と生活習慣病が上位を占めています。

細小分類による疾病別医療費統計（入院）

順位	疾病分類（細小分類）	医療費（円）入院	構成比	レセプト件数（枚）
1	統合失調症	34,565,710	9.3%	80
2	大腸がん	28,379,430	7.6%	31
3	肺がん	21,149,990	5.7%	18
4	脳梗塞	15,792,480	4.3%	21
5	関節疾患	13,518,160	3.6%	14
6	骨折	10,044,010	2.7%	16
7	慢性腎臓病（透析あり）	9,671,470	2.6%	11
8	不整脈	8,366,580	2.3%	5
9	大動脈瘤	6,003,100	1.6%	2
10	心臓弁膜症	5,926,520	1.6%	3
その他（上記以外の疾患）		228,769,170	61.6%	394
合計		371,707,870		595

細小分類による疾病別医療費統計（外来）

順位	疾病分類（細小分類）	医療費（円）外来	構成比	レセプト件数（枚）
1	糖尿病	45,050,770	9.7%	1,928
2	高血圧症	31,531,290	6.8%	2,714
3	脂質異常症	24,728,950	5.3%	2,019
4	慢性腎臓病（透析あり）	22,179,920	4.8%	59
5	関節疾患	13,190,570	2.8%	683
6	不整脈	11,801,430	2.5%	420
7	前立腺がん	11,062,080	2.4%	109
8	肺がん	8,757,230	1.9%	46
9	うつ病	8,274,630	1.8%	359
10	骨粗しょう症	7,085,520	1.5%	372
その他（上記以外の疾患）		289,439,640	62.0%	13,093
合計		466,565,850		20,259

資料：国保データベース（KDB）システム「疾病別医療費分析（細小分類）」

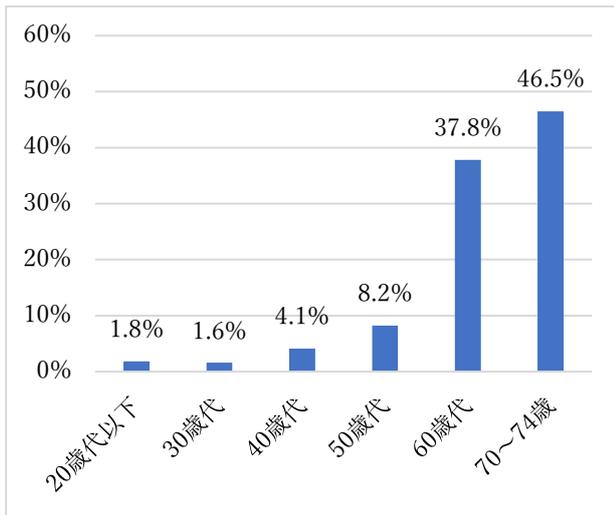
2.生活習慣病関連医療データの分析

※生活習慣病の設定：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、肝脂肪、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨、精神

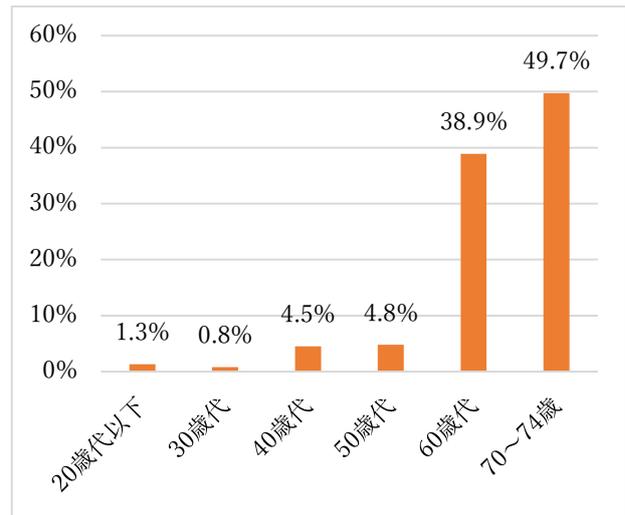
(1) 年齢階層別・男女別生活習慣病対象者の状況（令和4年度診療分）

令和4年度診療レセプトにおける年齢階層別の生活習慣病対象者の割合は、男女とも年代があがるにつれ高くなっています。

生活習慣病対象者（男性）



生活習慣病対象者（女性）

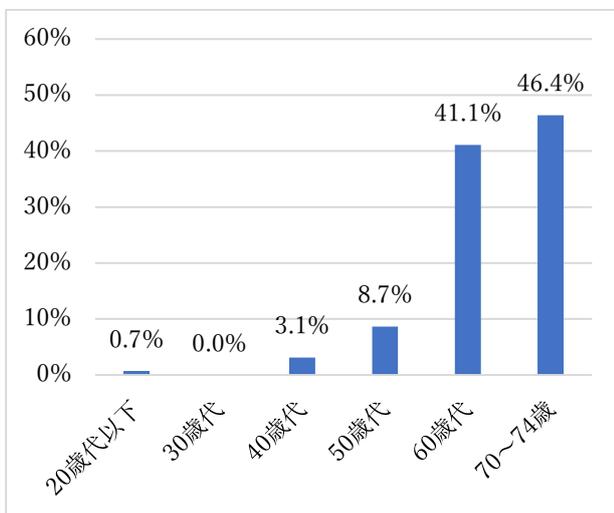


資料：国保データベース（KDB）システム「生活習慣病全体のレセプト分析」

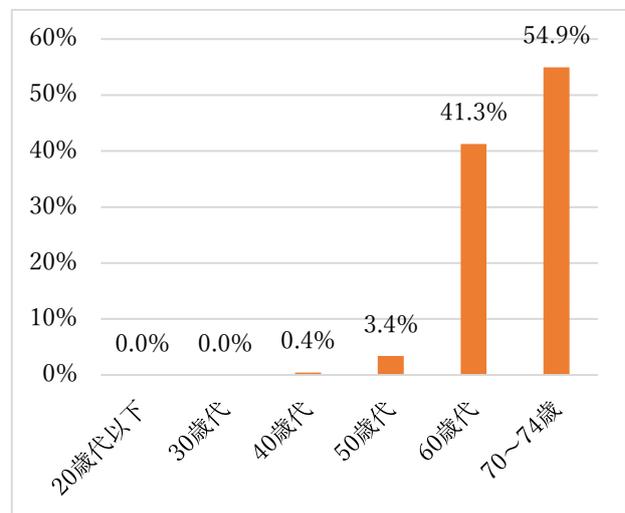
(2) 年齢階層別・男女別糖尿病患者の状況（令和4年度診療分）

令和4年度診療分レセプトにおける年齢階層別の糖尿病患者の割合は、男女とも年代が上がるにつれ高く、50歳代までは男性が女性より割合が高い傾向にあり、60歳代以降では女性が男性より割合が高い傾向となっています。

糖尿病患者（男性）



糖尿病患者（女性）

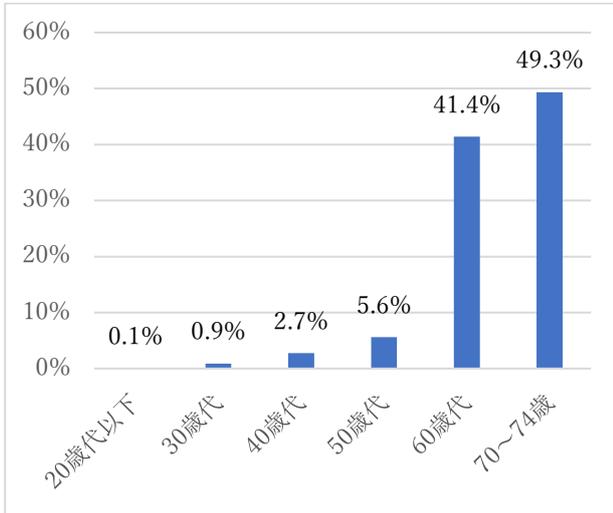


資料：国保データベース（KDB）システム「糖尿病のレセプト分析」

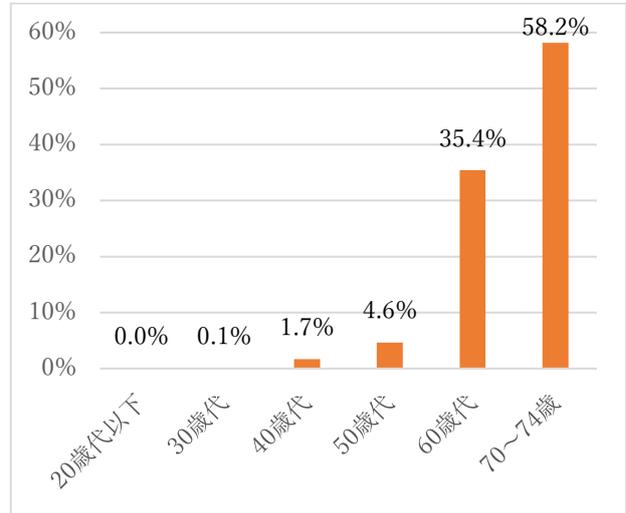
(3) 年齢階層別・男女別高血圧症患者の状況（令和4年度診療分）

令和4年度診療分レセプトにおける年齢階層別の高血圧症患者の割合は、男女とも年代が上がるにつれ高く、60歳代までは男性が女性より割合が高い傾向にあり、70歳代以降では女性が男性より割合が高い傾向となっています。

高血圧症患者（男性）



高血圧症患者（女性）

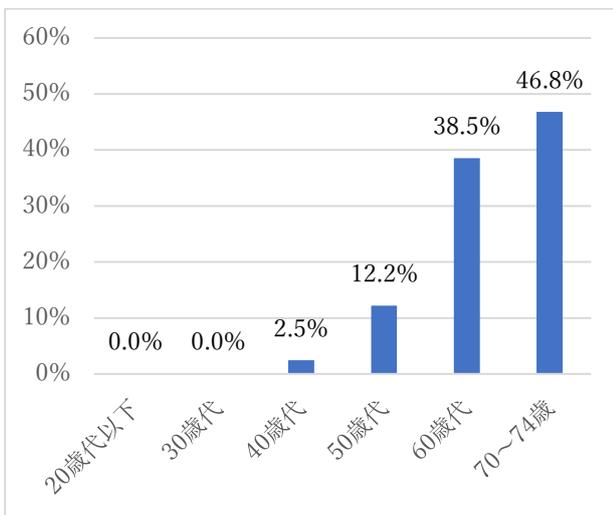


資料：国保データベース（KDB）システム「高血圧症のレセプト分析」

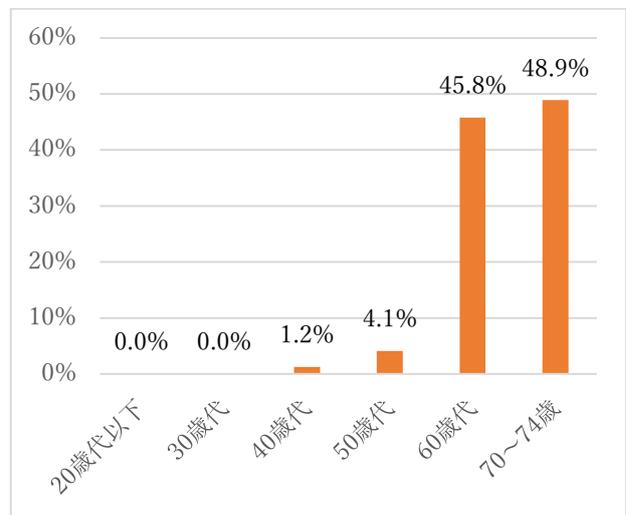
(4) 年齢階層別・男女別脂質異常症患者の状況（令和4年度診療分）

令和4年度診療レセプトにおける年齢階層別の脂質異常症患者の割合は、男女とも年代が上がるにつれ高く、50歳代までは男性が女性より割合が高い傾向にあり、60歳代以降では女性が男性より割合が高い傾向となっています。

脂質異常症患者（男性）



脂質異常症患者（女性）



資料：国保データベース（KDB）システム「脂質異常症のレセプト分析」

3.介護データの分析

介護保険認定率1号は、国、県に比して高いですが、微減傾向にあります。それに伴い、総給付費と1件当たり給付費も減少傾向にあります。

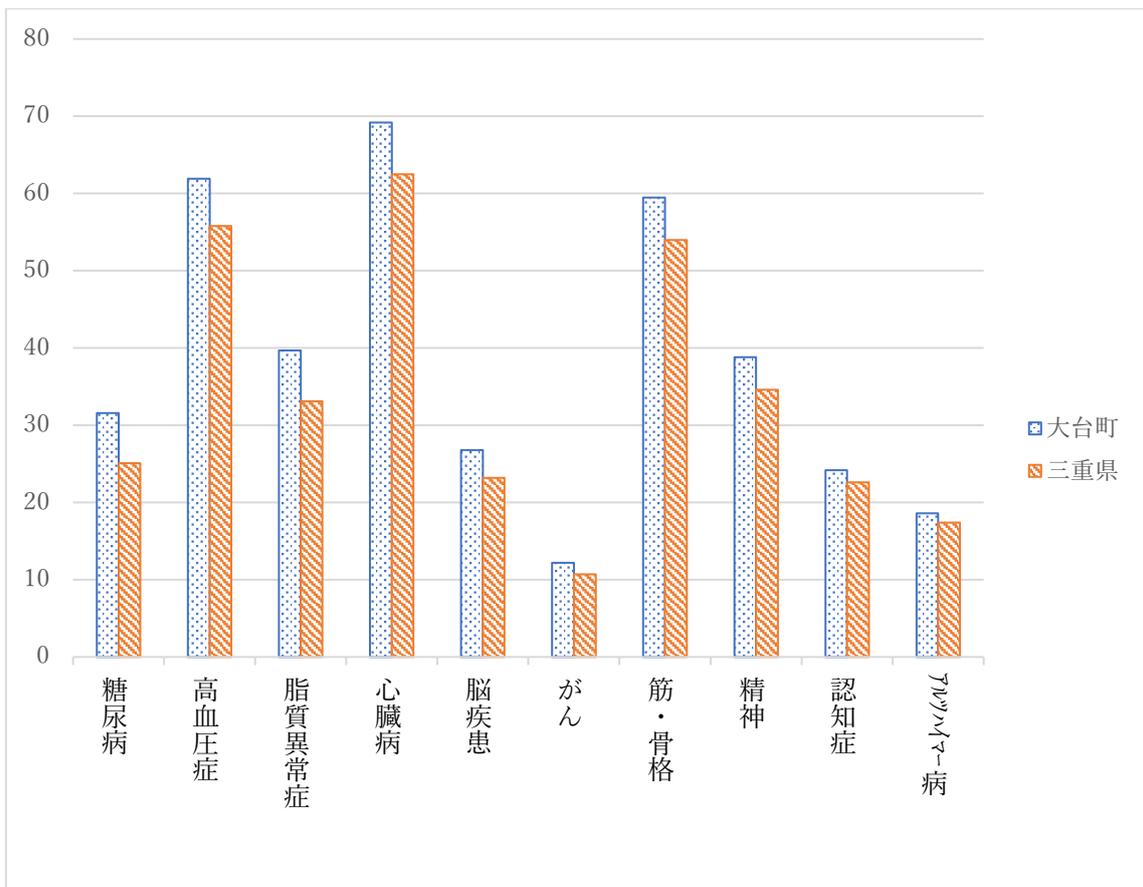
介護認定者の疾病別有病状況については、県と比して全ての項目が高く、心臓病、高血圧症、筋・骨格が上位を占めています。

介護保険認定率と介護給付費

	大台町			三重県	全国
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
認定率1号 (%)	22.1%	22.0%	21.6%	19.6%	19.4%
認定率2号 (%)	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
総給付費 (百万円)	1,519	1,464	1,468	157,900	10,074,274
1件当たり給付費	74,240	73,094	72,857	62,233	59,662

資料：国保データベース (KDB) システム：地域の全体像の把握

要介護（支援）認定者の疾病別有病状況



資料：国保データベース (KDB) システム：地域の全体像の把握

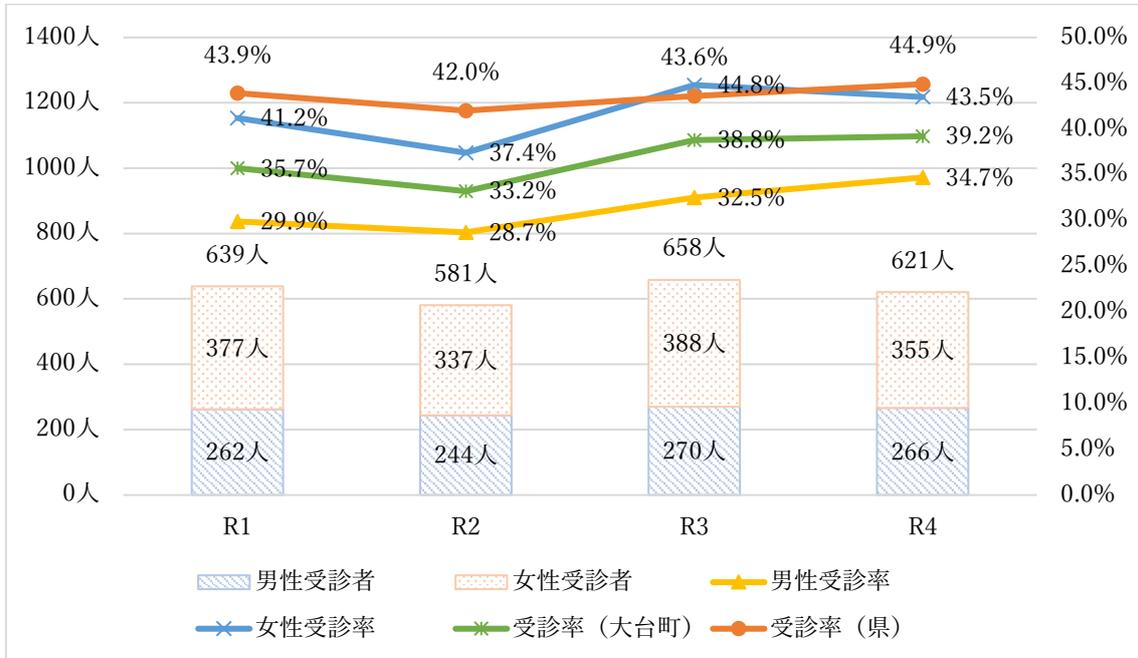
4.大台町の特定健診の状況

(1) 特定健診の実施状況

①令和4年度の特定健診の受診者数は621人、受診率は39.2%となっています。

受診者数は令和3年度より減少していますが、受診率は対象者数が受診者より減少したため、増加しています。

特定健診受診者数と受診率の推移



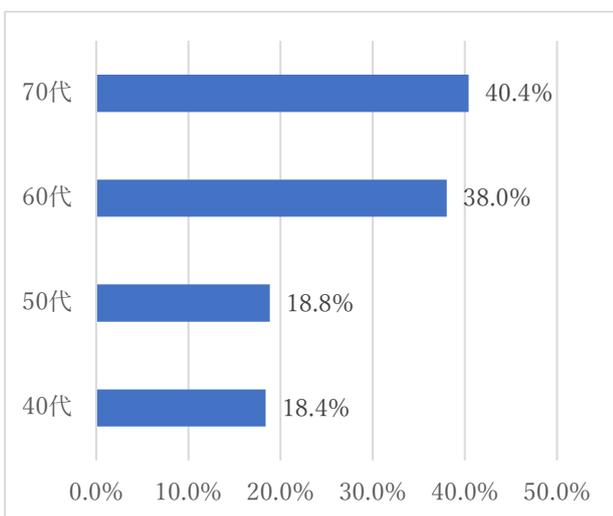
資料：国保データベース（KDB）システム「健診の状況」

②男女別年齢別特定健診受診率

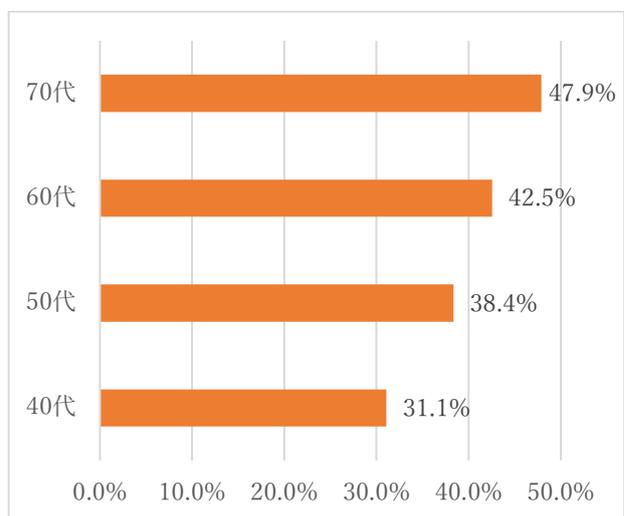
令和4年度の健診受診率は、男性の60歳未満の受診率が20%以下と低く、男女とも年齢が上がるにつれて上昇しています。

また、どの年代においても男性より女性の受診率が高くなっています。

特定健診受診率（男性）



特定健診受診率（女性）



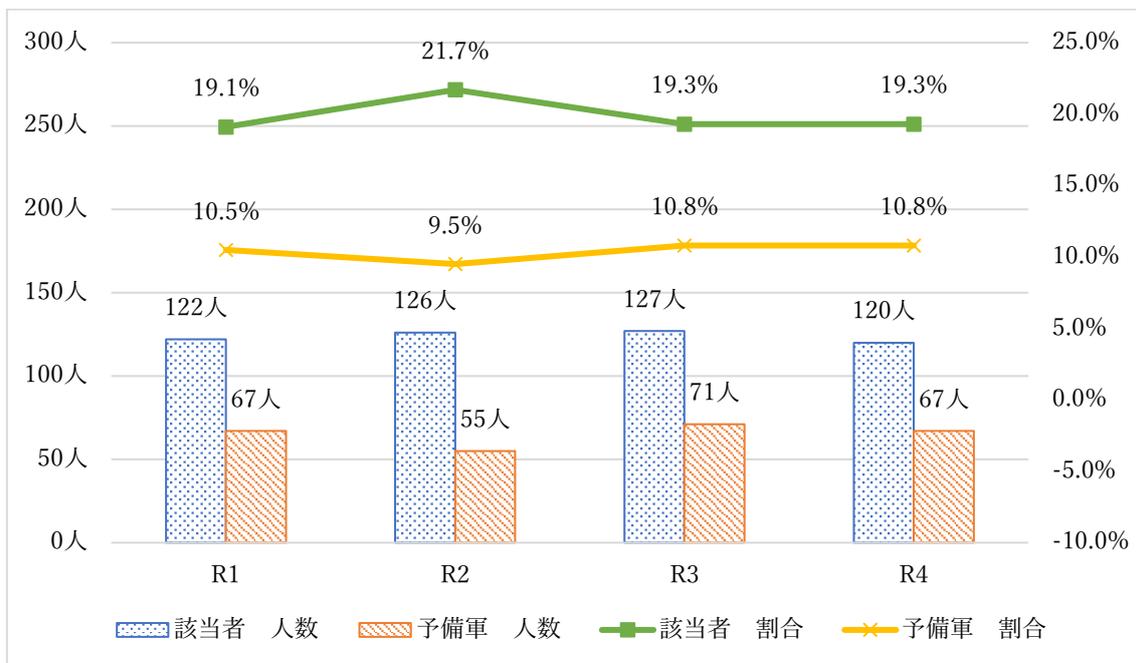
資料：国保データベース（KDB）システム「健診の状況」

(2) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の状況

①メタボリックシンドローム該当者・予備軍の推移

メタボリックシンドローム該当者の出現率は、令和2年度以降減少しており、令和4年度には19.3%となっています。また、メタボリックシンドローム予備軍の出現率は令和2年度以降微増しており、令和4年度には10.8%となっています。

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の推移



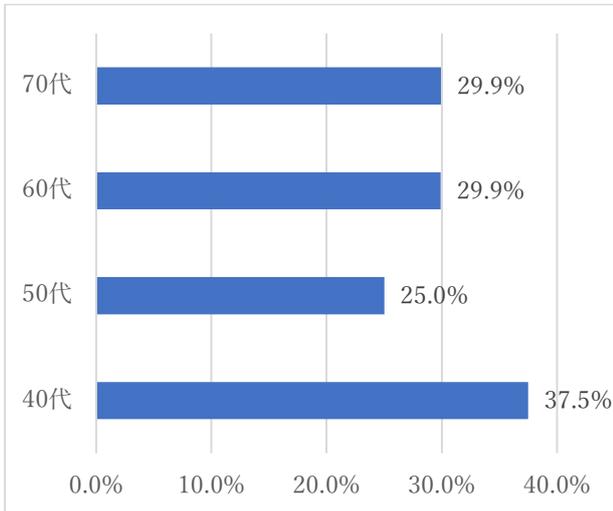
資料：国保データベース（KDB）システム「健診の状況」

②男女別年齢層別メタボリックシンドローム該当者の状況

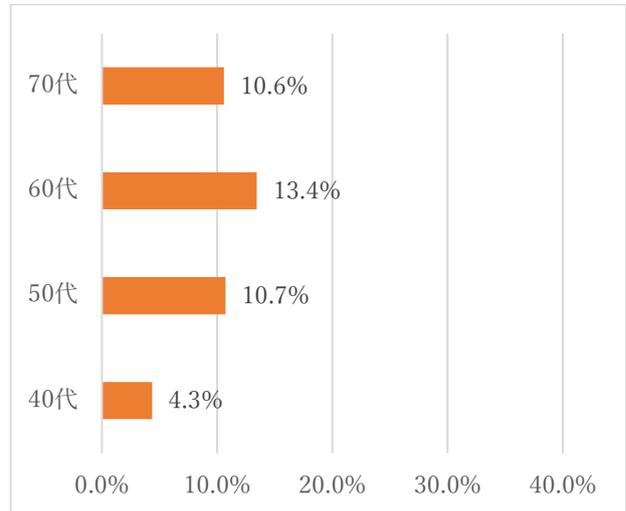
令和4年度の特典健診実施によるメタボリックシンドロームの該当者の割合は、男性については40歳代が高くなっています。

また、どの年代においても男性は女性の2倍以上となっています。

メタボ該当者の割合（男性）



メタボ該当者の割合（女性）



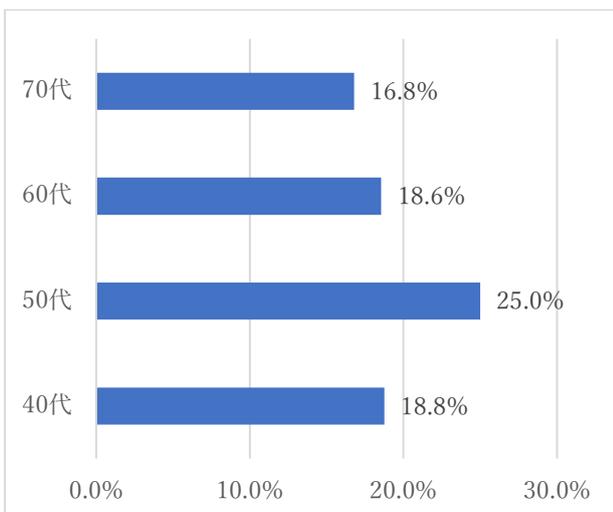
資料：国保データベース（KDB）システム「健診の状況」

③男女別年齢層別メタボリックシンドローム予備軍の状況

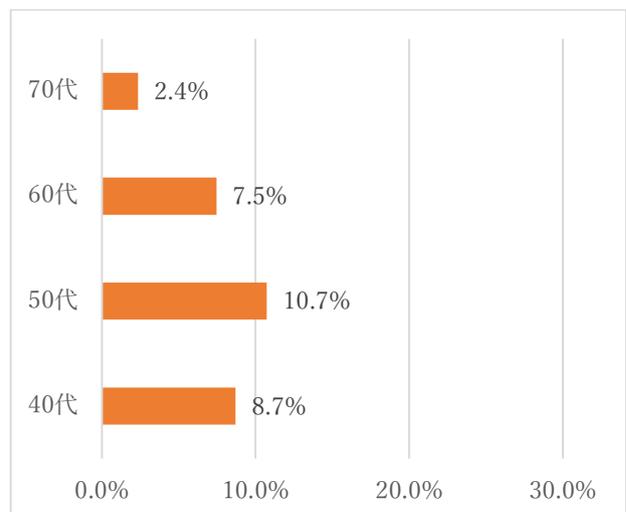
令和4年度の特典健診実施によるメタボリックシンドロームの予備軍の割合は、男性は50歳代が高く60歳代以降は下降しています。

また、どの年代においても男性は女性の2倍以上となっています。

メタボ予備軍の割合（男性）



メタボ予備軍の割合（女性）

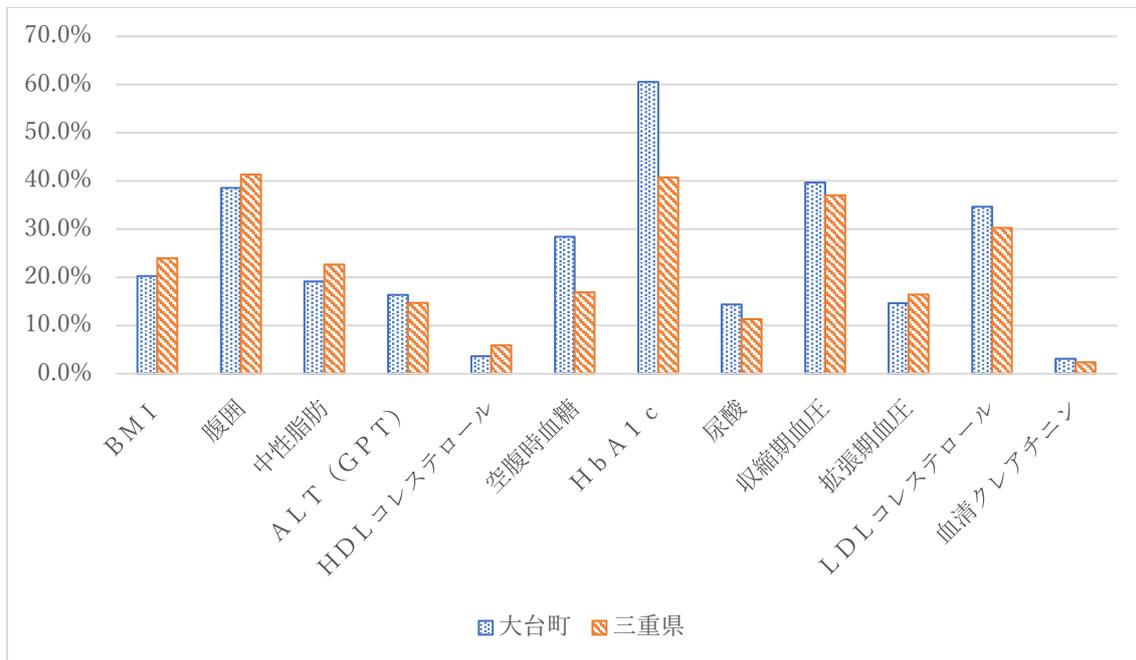


資料：国保データベース（KDB）システム「健診の状況」

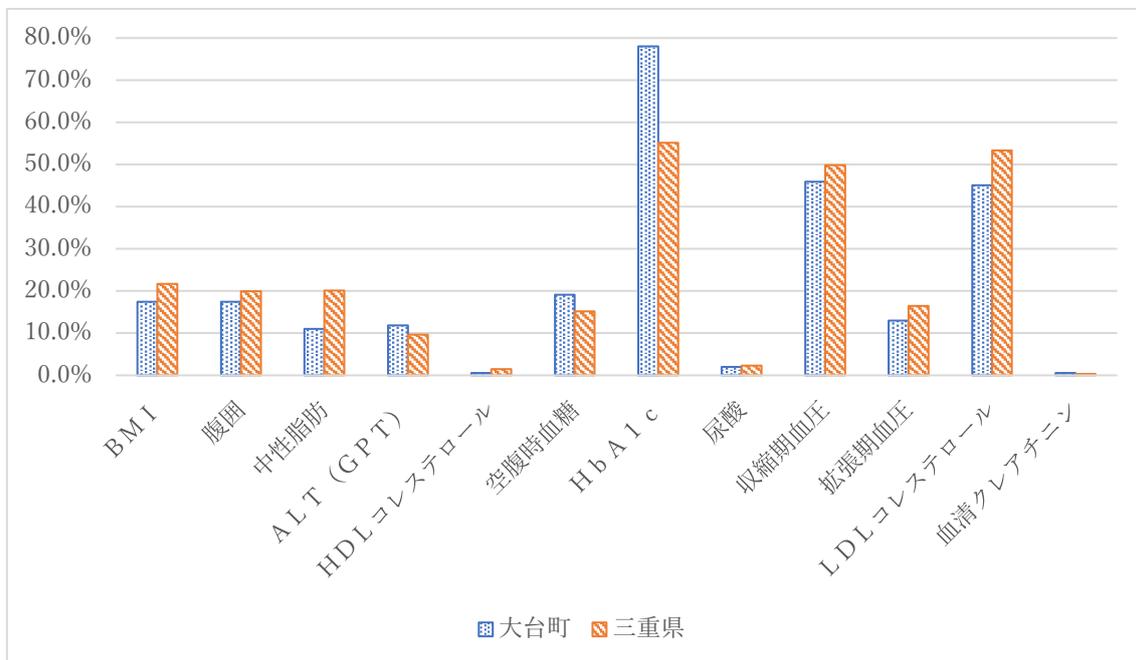
④健診有所見者の状況

健診有所見者の割合では、男女ともにHbA1cが三重県より高く、男性については、収縮期血圧、LDLコレステロールも、三重県より高い割合となっています。

健診有所見者状況（男性）



健診有所見者状況（女性）

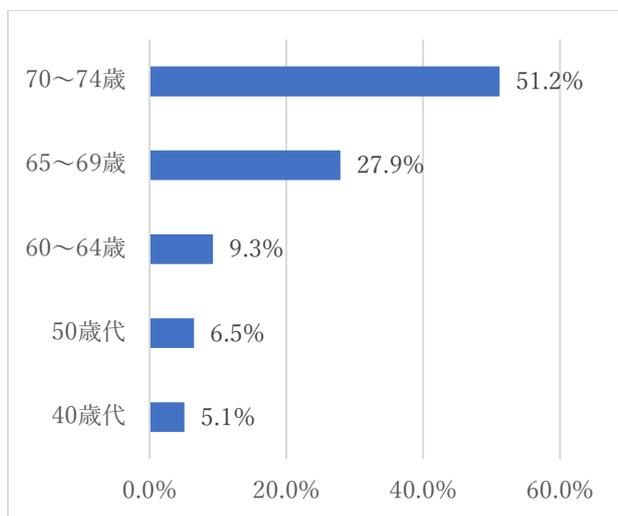


資料：国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況」

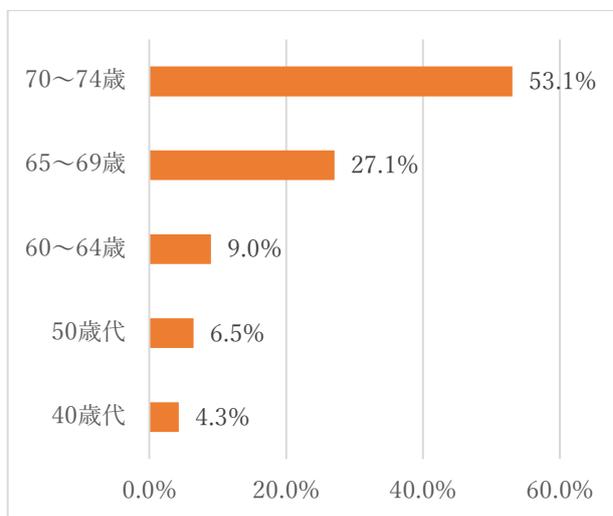
④-1 年齢階層別・男女別 HbA1c 有所見者の状況

令和4年度の特定期健診実施による HbA1c 有所見者の状況は、男女とも年代が上がるにつれ割合が高く、70～74 歳以降では 5 割以上が有所見に該当しています。

HbA1c 健診有所見者の割合（男性）



HbA1c 健診有所見者の割合（女性）

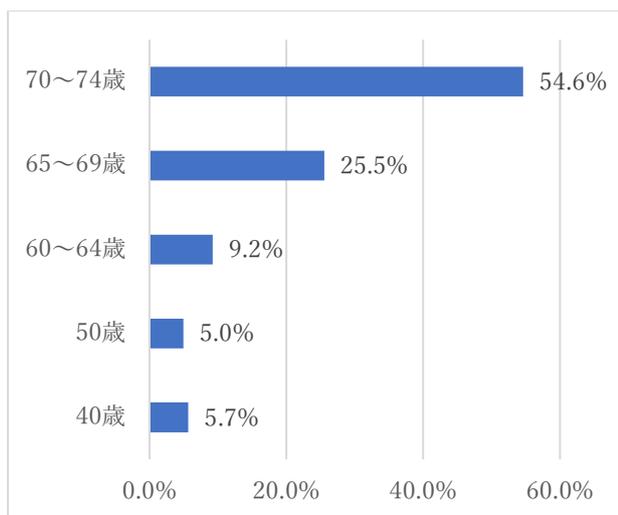


資料：国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況」

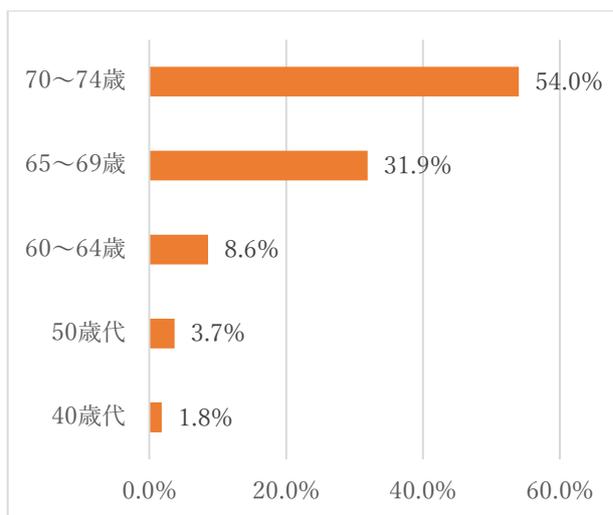
④-2 年齢階層別・男女別収縮期血圧の有所見者の状況

令和4年度の特定期健診実施による収縮期血圧の有所見者の状況は、男女とも年代が上がるにつれ割合が高く、70～74 歳以降では 5 割以上が有所見に該当しています。

収縮期血圧健診有所見者の割合（男性）



収縮期血圧健診有所見者の割合（女性）

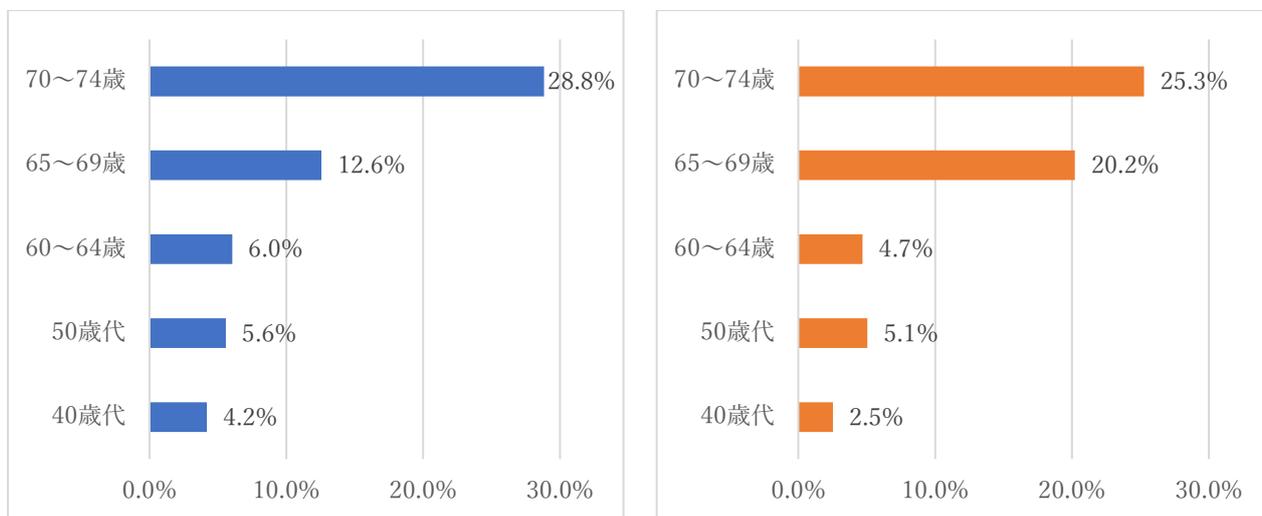


資料：国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況」

④-3 年齢階層別・男女別 LDL コレステロールの有所見者の状況

令和4年度の特典健診実施による LDL コレステロールの有所見者の状況は、男女とも 65 ～ 69 歳で 2 倍以上割合が増えています。

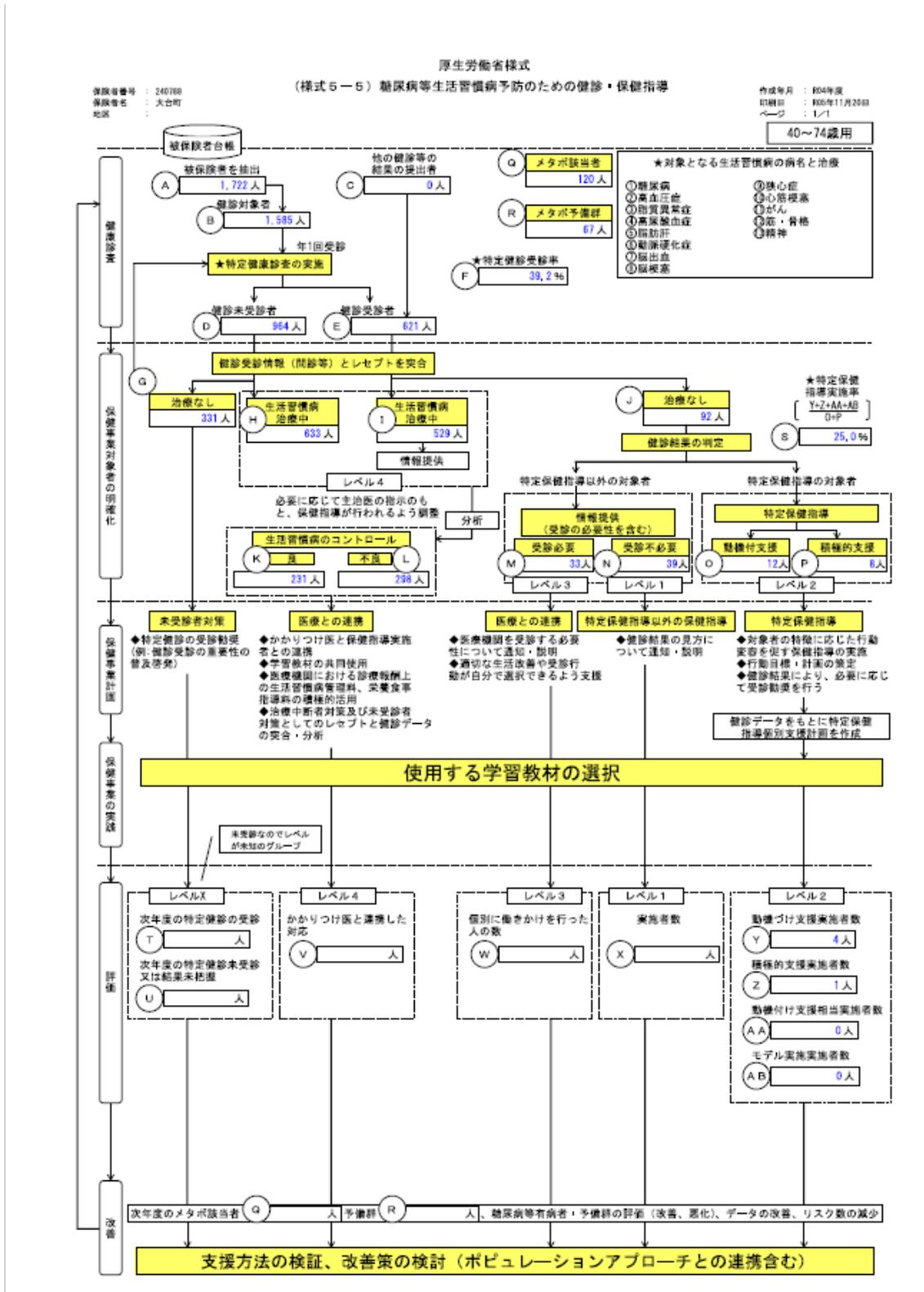
LDL コレステロール健診有所見者の割合（男性） LDL コレステロール健診有所見者の割合（女性）



資料：国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況」

(3) 特定健康診査等結果情報とレセプトの突合

令和4年度の特定健康診査等結果データとレセプトデータを組み合わせた結果、健診受診者のうち生活習慣病治療中であっても、生活習慣病コントロールが不良の方が半数以上を占めています。



資料：国保データベース (KDB) システム

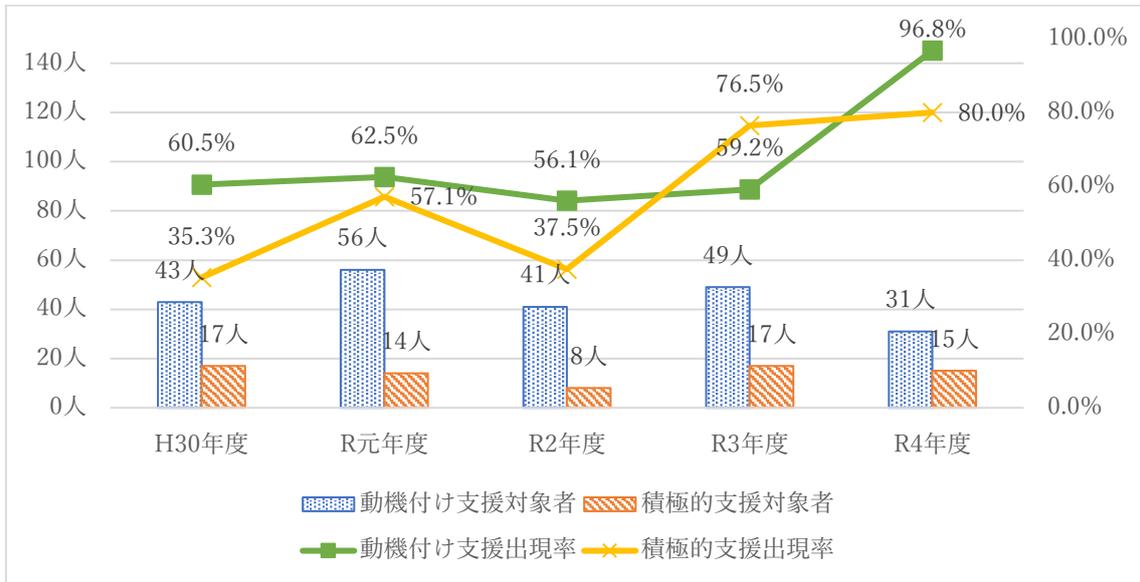
「厚生労働省様式 (5-5) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

5.大台町の特定保健指導の状況

(1) 特定保健指導の実施状況

令和2年度は、特定保健指導の動機付け支援と積極的支援対象者の出現率がどちらも減少し、令和3年度以降は、どちらも増加傾向です。要因の一つとして、特定健診の新規受診者の増加が挙げられます（令和2年29人、令和3年65人、令和4年112人）。

特定保健指導対象者と出現率の推移

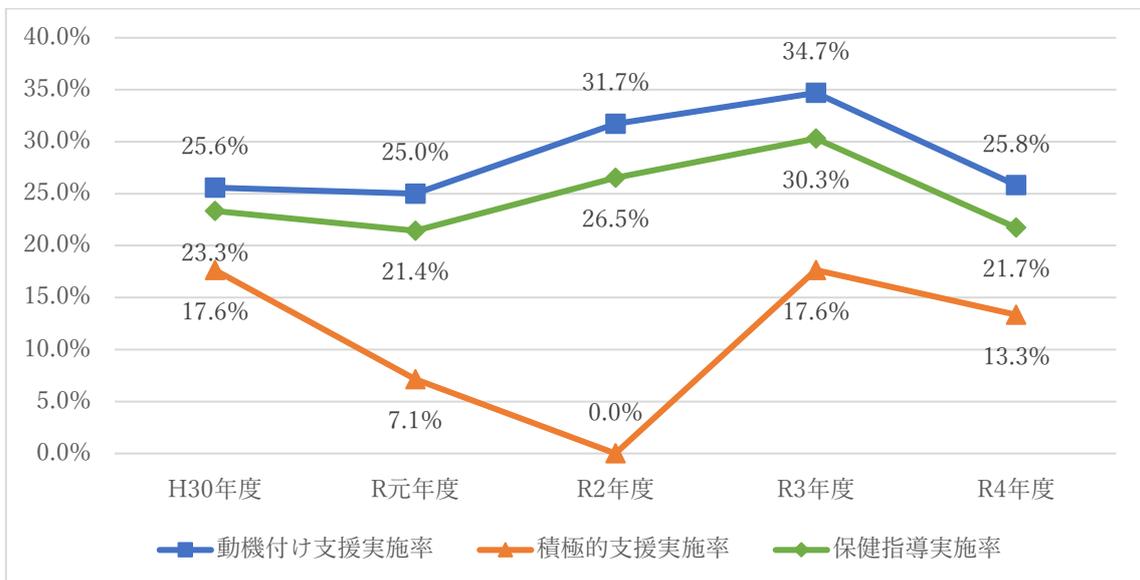


資料：大台町特定保健指導結果（経年）（健康ほけん課）

①特定保健指導実施率

令和3年度の特定保健指導の実施率は、動機付け支援34.7%、積極的支援実施率17.6%とともに上昇しました。

特定保健指導実施率の推移

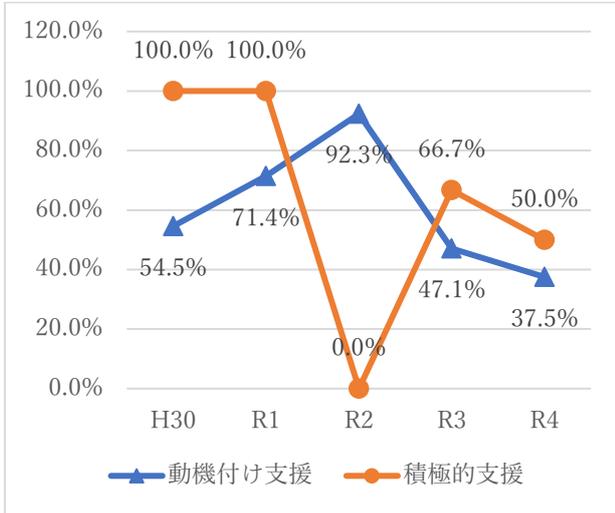


資料：大台町特定保健指導結果（経年）（健康ほけん課）

(2) 特定保健指導の効果の状況

特定保健指導の実施後、腹囲が減少した割合は、動機付け支援が令和2年度まで増加傾向になっています。体重が減少した割合は、動機付け支援が令和3年度まで増加傾向になっています。令和4年度の動機付け支援に関しては、腹囲・体重ともに減少傾向となっています。

特定保健指導実施後の腹囲が減少した人の割合



特定保健指導実施後の体重が減少した人の割合

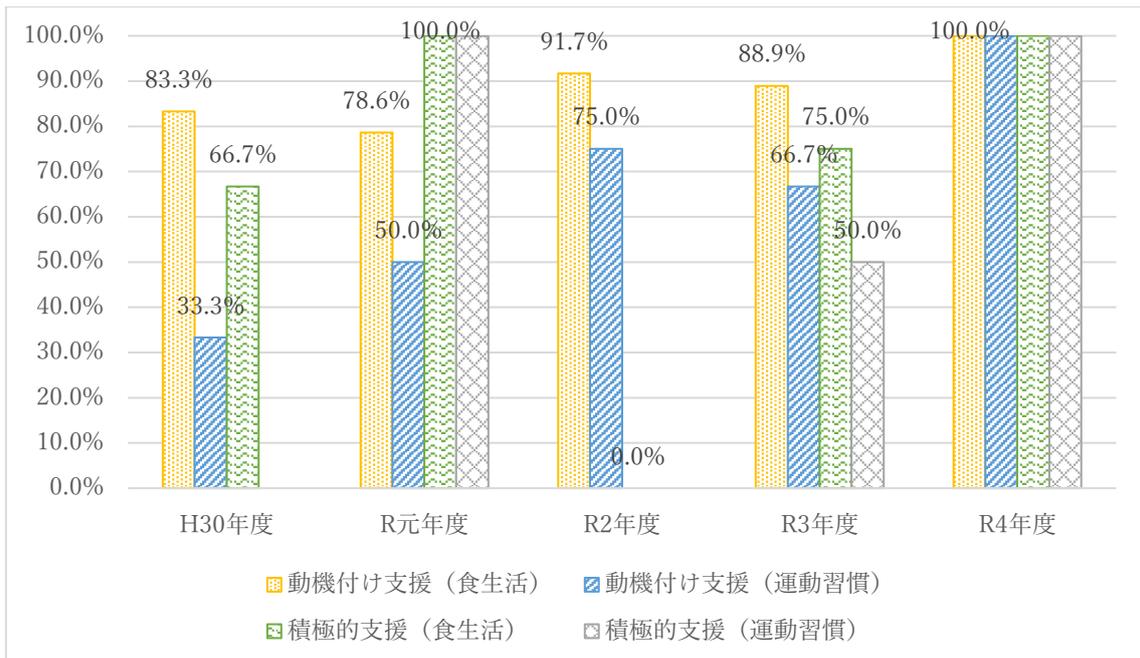


資料：大台町特定保健指導結果（経年）（健康ほけん課）

(3) 特定保健指導実施後の生活改善状況

生活改善状況について、令和4年度は特定保健指導を受けた全ての人々が、食生活と運動習慣の改善率が100.0%となっています。

特定保健指導実施後の生活改善の状況



資料：大台町特定保健指導結果（経年）（健康ほけん課）

第4章 データヘルス計画（第2期）の振り返りと課題

1. データヘルス計画（第2期）の保健事業の考察

データヘルス計画（第2期）に基づき実施した各事業についての状況は以下のとおりです。

事業名	実施状況	実施内容	
		令和4年度	令和5年度
特定健康診査等 ※1月末時点	<ul style="list-style-type: none"> 受診対象者全員に受診券送付。 平成28年度から特定健診に係る個人負担金を無料化。 	対象者：1,579人 受診者：622人 受診率：39.4%	対象者：1,673人 受診者：547人 受診率：32.7%※
特定健康診査等 個別受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> 10月中旬に、8月受診者の結果反映後、未受診者へ受診勧奨ハガキの送付。 	1,599件	1,495件
	<ul style="list-style-type: none"> 7月から8月にかけてコールセンターによる電話勧奨。 	770件	735件
特定保健指導 ※1月末時点	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導対象者に生活習慣病予防の改善を促し、生活習慣を予防するための保健指導を実施。 	全体：19.6% 積極的：13.3% 動機付：19.6%	全体：27.6% 積極的：30.0% 動機付：26.3%※
特定健康診査等受診対策事業	特定健康診査等個別受診勧奨事業と同様		
生活習慣病予防事業	平成30年度6回92人。 平成31年度に事業の見直し。		
重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を作成。そのうち、特定健診の結果や診療報酬明細書から未治療・中断中であり、基準値以上の方に受診勧奨もしくは保健指導を実施。 	【受診勧奨】 対象者：12人 受診者：4人 【保健指導】 対象者：6人 実施者：1人	【受診勧奨】 対象者：13人 受診者：5人 【保健指導】 対象者：3人 実施者：0人

目標値 2023 年度末	評価と課題
健診受診率 60%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 40 代 50 代の男性の受診率が 19%と低い。 ・ 受診者数の男女比は、男性が 4 割、女性が 6 割となっている。 <ul style="list-style-type: none"> ・ コールセンターから健診受診に繋がった件数は、平成 30 年度 94 件、令和 5 年度 112 件と微増している。
保健指導率 60%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 三重県の平均（14.6%）と比較して、高い水準となっている。 ・ 特定保健指導を断られる理由に多忙が約 2 割占めているため、オンライン面接を活用する等の ICT の導入や、集団健診会場での初回分割実施など保健指導を受けやすい環境づくりを行う必要がある。
住民一人ひとりの健康意識を高め、早期から生活習慣病予防に努めることができるよう、特定健診結果をもとに健康に関する教室を開催する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診者で、生活習慣病予防対策が必要な方に勧奨通知等行うも参加者が少なく、令和元年度より教室を中止し、健康度測定会等の健康教室への参加を促した。 <p>令和 2 年度からは管理栄養士による個別指導の委託を開始し、栄養指導の充実を図ったことで、特定保健指導による令和 4 年度の特定保健指導対象者の減少率は 22.2%と上昇した（令和 3 年度は 16.7%）。</p> <p>令和 3 年度からはナッジ理論（人々の行動を強制的にではなく、よりよい選択を自発的にとれるようにする理論）を活用した勧奨通知や電話勧奨を行うことで、特定保健指導の実施率の向上に努めている。</p> <p>さらに、特定保健指導を受けやすくするため、オンライン、自宅及び近くの集会所等で指導を受けられるよう、体制づくりを行っている。</p>
生活習慣病（糖尿病、脂質異常症）が悪化するリスクのある者等に対して、予防するためのアプローチを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業については、定期的に医師会、松阪市、多気町、明和町、大台町で会議を行い、対象者の選定基準や勧奨通知の内容等を協議している。 ・ 通知送付後の受診確認と治療継続の有無を電話やレセプトで確認し、引き続き、重症化予防に取り組む必要がある。

事業名	実施状況	実施内容	
		令和4年度	令和5年度
食育推進事業 ※1月末時点	<ul style="list-style-type: none"> 食育ボランティア団体による料理教室等。 健康度測定会での食（栄養）に関する講話や相談等。 	実施回数：15回 参加者：172人 実施地区：80地区 参加者：606人	実施回数：13回 参加者：195人※ 実施地区：41地区 参加者：249人※
地区組織活動支援事業 運動推進事業 ※1月末時点 (令和4年度より実施)	<ul style="list-style-type: none"> 各地域に出向き、健康度測定会開催。 自主グループ支援事業では、各地区の自主グループを対象に理学療法士による運動指導を実施。 	開催数：17回 参加者：154人	開催数：17回 参加者：153人※
	<ul style="list-style-type: none"> 健康ボランティア及び自主グループ研修会。 	実施回数：4回 参加者：25人	実施回数：2回 参加者：5人
	<ul style="list-style-type: none"> 運動相談会では、理学療法士によるB&Gトレーニングルーム機器の正しい操作方法や負荷量等の個別指導を実施し、運動の必要性や健康意識向上のきっかけづくりを行う。 	実施回数：25回 参加者：164人	実施回数：7回 参加者：44人
イベント参加事業 (どーんと健康・介護・医療・福祉・環境フェスティバル)	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度、平成31年度に事業の見直し。 		
歯科保健事業 ※1月末時点	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年度から受診できる医療機関を町内から松阪管内の医療機関に拡大。 	受診率：1.69% (受診者79人)	受診率：1.62% (受診者73人)※
医療費通知事業	年に1回、2月に医療費通知の送付。	送付件数：1,415件	送付件数：1,366件
後発（ジェネリック） 医療品利用差額通知事業 ※1月末時点	後発医薬品利用差額通知を年2回（5月診療分・11月診療分）送付。	5月：85件 11月：71件 数量シェア：70.9%	5月：51件 11月：56件 数量シェア：73.6%※

目標値 2023 年度末	評価と課題
生涯にわたって健康的な食生活を送れるように支援し、健康の維持・増進を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・食育ボランティア団体が活動を継続できるよう、引き続き支援が必要である。 ・健康度測定会では、体組成や採血結果から、高血圧・糖尿病等の生活習慣病、フレイルのリスクのある方等に対して、食事の摂り方等について指導をすることにより、健康の維持・増進を図った。今後も継続して取り組む必要がある。
自分の健康を守るため、地域にて自主的に健康づくり・介護予防活動に取り組むグループへの活動支援をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・町内で把握している自主グループは40以上あるが、活動は地域によって差がある。今後も自主グループに対し、保健師や理学療法士等の医療専門職を派遣する等の支援を継続し、健康について考える機会を持つ必要がある。
	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症流行期においても、自主的に運動・体操等を継続していた町民も多く、健康意識は高まっている。 特にラジオ体操においては、いつでも・どこでも気軽にできるため、個人・自主グループでも取り組んでいる方が多く、普及していると評価できる。今後も運動・体操の継続や意識向上のために、これらの事業等を継続する必要がある。
健康に関する啓発・普及を行い、健康意識の向上を促す。	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度は313人の参加（平成29年度より69人減少）。平成31年度からは、若年層の参加が多い教育委員会開催の体力測定会に合わせて、健康相談を実施。若い世代から健康意識の向上を促すためにも、継続して取り組む必要がある。
歯周疾患検診受診率 5%	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨を引き続き行い、周知方法を検討していく。
自身の健康や医療費について、意識付けを促す。	<ul style="list-style-type: none"> ・全受診世帯への通知を継続する必要がある。 ・自身の健康や医療費について、意識してもらう周知・広報を行っていく必要がある。
後発医薬品の利用を促し、医療費の削減を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・数量シェア率は徐々に増えてきているが、さらに後発医薬品への理解を深めるための周知・広報を増やす必要がある。

事業名	実施状況	実施内容	
		令和4年度	令和5年度
がん対策事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団検診 7回実施 平日：4回 休日：3回 ・ 個別検診 7月～翌年2月末の期間に、町内・松阪地区応需医療機関で実施。 (肝炎に関しては40歳以上、未検査の方が対象) ・ 成人式におけるたばこに関するアンケート調査。 	<p>【受診率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 胃 : 8% 肺 : 13% 大腸 : 14% 乳 : 13% 子宮頸 : 10% 前立腺 : 14% 肝炎 : 81人 <p>・ 回答率 74.2%、 うち喫煙者 8.2%</p>	<p>【受診率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 胃 : 7% 肺 : 12% 大腸 : 12% 乳 : 12% 子宮頸 : 9% 前立腺 : 13% 肝炎 : 84人
重複頻回受診者訪問事業	訪問・電話による保健指導	未実施	松阪管内で統一した実施要領を検討中。

目標値 2023 年度末	評価と課題
<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診（胃・肺・大腸・乳・子宮頸）受診率 40% ・未成年者の喫煙の割合 0% 	<ul style="list-style-type: none"> ・胃・肺・大腸は県内で受診率が高いが、婦人科がんは県内でも受診率が低いため、婦人科がんの受診率向上を目指す必要がある。 ・教育委員会主催による小中学生を対象としたたばこの学習会を81.6%の者が覚えていたことから、学習会は効果的であったと考えられる。今後も未成年者の喫煙率を0%にするため、学習会の継続など禁煙に対する啓発を行っていく必要がある。
<p>適正な医療機関の受診と服薬管理を指導し、医療費の削減を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・松阪地区医師会や松阪管内の他市町と連携を取りながら指導方法を精査していく必要がある。

2.健康課題の抽出と課題解決に向けた対策

第2章、第3章の健康・医療状況による分析及び第4章のデータヘルス計画（第2期）における事業の達成状況を踏まえ、大台町国民健康保険が抱える健康課題を抽出し、今後取り組むべき課題への対策を以下のとおり整理します。

（1）健康課題

項目	分析の結果
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・総人口は減少傾向にあるが、高齢化率は上昇している。 ・死因について、常に一番高い割合を占めている悪性新生物は、減少傾向にあるが、脳血管疾患や腎不全は増加している。 ・一人当たり医療費は、新型コロナウイルスの影響により、令和2年度と令和3年度は減少したが、令和4年度には、令和元年を超える額となった。
疾病別医療費統計	<ul style="list-style-type: none"> ・大分類別医療費は「新生物<腫瘍>」「循環器系の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」の順に多くなっている。 ・外来の細小分類別医療費では、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「慢性腎不全（透析あり）」と生活習慣病が上位4位を占めている。
生活習慣病	<ul style="list-style-type: none"> ・60歳代以降になると、生活習慣病による治療を受けている人の割合が急激に上昇している。 ・50歳代までは男性の割合が高く、60歳代以降は女性の割合が高い傾向になっている。
特定健康診査等	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率は県市町平均と比べると低いが、年々微増している傾向にある。 ・若年層（40歳代～50歳代）の受診率が低く、特に男性は20%にも満たない。
特定健診結果による階層化	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果より健診受診者621人中92人（14.8%）が生活習慣病の治療をしておらず、そのうち33人（35.8%）は受診が必要な状態である。 ・特定健診結果より健診受診者621人中529人（85.1%）は生活習慣病治療中であるが、そのうち298人（56.3%）はコントロール不良者である。
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・県市町平均と比べると高い実施率を維持できているが、目標値には達していない。 ・動機付け支援に比べ、積極的支援の実施率は低い。
医療費の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の数量シェアは、増加している。 <p>令和4年7月時点 17.8% 令和5年7月時点 32.1%</p>



健康課題
<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代から健康づくりを行い、健康な高齢者を増やし、高齢化に伴う医療費の増大を最小限に抑える必要がある。 ・生活習慣に起因する患者の死亡率の減少、がん検診・精密検査の受診率の向上を図る必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の予防・早期発見・早期治療により重症化予防を図る必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・正しい生活習慣・運動習慣について、若い世代から啓発を行い、特定健診・特定保健指導の受診・利用率の向上を図る必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代の健診受診率を上げる必要がある。引き続き啓発活動と受診しやすい環境整備を行う必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率の向上により、要治療者の発見につながり、治療につなぐことができる。健診受診後の結果に応じた行動がとれるよう働きかけ、適切な生活改善の指導をしていく必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・数量シェアは増加しているが、国が定める目標値（80%）に到達していない。



課題への対策
<p>1. 特定健康診査等の受診勧奨事業</p> <p>生活習慣病にかかる医療費削減のため、特定健康診査等の受診勧奨事業を実施し、リスク保有者の早期発見・生活習慣病の予防を図る。</p>
<p>2. 特定保健指導事業</p> <p>特定保健指導の対象者に対し、特定保健指導の利用勧奨を行い、リスク保有者の生活習慣の改善を図ることで、疾病の予防又は重症化の予防を図る。</p>
<p>3. 生活習慣病予防</p> <p>生活習慣病の重症化による人工透析、脳血管疾患等の疾病を予防するため、有所見者に対して保健指導や受療勧奨を行う。</p> <p>また、保健指導に関して、現在実施している特定保健指導事業と糖尿病性腎症重症化予防などの栄養指導の充実化を図る必要がある。（がんについては第3次大台町健康増進計画に記載しているためこの計画からは除外する。）</p>
<p>4. 医療費適正化事業</p> <p>医療費への関心を高めると同時に、自らの健康管理意識の向上を図るため、後発医薬品の普及促進や重複服薬者に対する保健師による保健指導を実施し、医療費適正化を図る。</p>

3. 全体の目標

「三重の健康づくり基本計画」「みえ元気プラン」「第四期三重県医療費適正化計画」により、全体の目標を設定します。

(1) 健康寿命の延伸

評価指標	平均自立期間	
目標値設定方法 (KDB システム)	計画期間 6 年間あたりの平均自立期間の伸び + 令和 4 年度の平均自立期間	
現状値 (令和 4 年度)	男	女
	79.6 歳	80.8 歳
目標値 (令和 11 年度)	80.7 歳 以下	81.5 歳 以下

(2) 医療費適正化の推進

評価指標	一人あたり医療費
目標値設定方法 (年報)	年報 医療費 (C 表) / 被保険者数 (A 表) × 1.08 (県医療費伸び率)
現状値	476,015 円 (令和 4 年度)
目標値	514,096 円 以下

第5章 データヘルス計画（第3期）

1. 主な保健事業と評価指標

現状値については、データヘルス計画作成時に令和5年度実績が不確定であるため、令和4年度実績を現状値とします。

（1）特定健康診査等

目的・概要	<p>40歳～74歳の国民健康保険被保険者を対象にメタボリックシンドロームに着目し、健診により高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を早期に発見し疾病の予防を図り、被保険者の健康維持と受診率向上を目指す。</p> <p>未受診者に対し、健診の必要性が認識できるよう受診行動につながる勧奨を実施し、受診率の向上を図る。受診勧奨に当たっては、年代や性別等の受診率の状況や年齢等対象者を特定して実施するとともに、受診行動を誘引する方法を検討し、効果的に実施する。</p>	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	【ハガキによる受診勧奨】	PDCAサイクルに基づき適宜見直しを図り継続
	・10月中旬に、8月受診者の結果を反映し、未受診者へ送付	
	【電話による受診勧奨】	
・特定健診対象者全員に、特定健診が始まる7～8月中に勧奨	【その他勧奨】	
・来年度特定健診の対象となる者に対して、勧奨通知を送付	・町内医療機関に、特定健診対象者が来院された時、受診勧奨をしていただくよう依頼	
アウトプット		
評価指標	健診無関心者の減少	
目標値設定方法	3年間健診未受診者数 / 当該年度健診対象者数 - 10.0% (KDBシステム) 上記が40.0%以上である場合は、40.0%を目標値とする。	
現状値	9.1% (令和4年度)	
目標値	9.1%以下	
アウトカム		
評価指標	特定健康診査等受診率	
目標値設定方法	国が設定している市町国保の目標値	
現状値	39.4% (令和4年度)	
目標値	60.0%以上 特定健康診査等受診者数 / 特定健康診査等対象者数 (法廷報告)	

(2) 特定保健指導

目的・概要	<p>特定健康診査等の結果から、生活習慣病リスクがある方へ保健師による個別指導を実施することにより、生活習慣の改善を促し、健康維持を図る。</p> <p>実施率向上を図るため、保健指導対象者に、電話等による特定保健指導の利用勧奨を行う。</p>	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	ナッジ理論を利用した勧奨通知の送付	PDCA サイクルに基づき適宜見直しを図り継続
	電話勧奨	
	保健師・管理栄養士による保健指導	
アウトプット		
評価指標	特定保健指導終了率	
目標値設定方法	国が設定している市町国保の目標値	
現状値	19.6% (令和4年度)	
目標値	60.0%以上 特定保健指導終了者数 / 特定保健指導対象者数 (法廷報告)	
アウトカム		
評価指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	
目標値設定方法	<p>分母のうち、今年度が特定保健指導の対象でなくなった者の数 / 昨年度の特定保健指導の利用者数 + 10%</p> <p>上記が 35.0%以下である場合は、35.0%を目標値とする。</p>	
現状値	22.2% (令和4年度)	
目標値	35.0%以上	

(3) 糖尿病重症化予防

目的・概要	特定健診の結果に基づき、判定値を超える要治療者または糖尿病中断者に対して、糖尿病性腎症の重症化予防を目的に、医療機関での早期受診勧奨やその後の受療状況の確認を行う。	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	受診・保健指導対象者への勧奨通知の送付	PDCAサイクルに基づき適宜見直しを図り継続
	電話勧奨	
	保健師・管理栄養士による保健指導	
アウトプット		
評価指標	①	受診勧奨後の医療機関受診率
	②	保健指導実施率
目標値設定方法	①	受診者数 / 受診勧奨者数 + 10% 上記が60.0%以下である場合は、60.0%を目標値とする。 ※最終勧奨から半年後までのレセプトを確認
	②	保健指導実施者数 / 特定保健指導対象者 + 10% 上記が30.0%以下である場合は、30.0%を目標値とする。
現状値	①	33.3% (令和4年度)
	②	20.0% (令和4年度)
目標値	①	60.0%以上
	②	30.0%以上
アウトカム		
評価指標	①	糖尿病腎症の新規人工透析導入患者数の減少
	②	HbA1c 8.0%以上の者の割合
目標値設定方法	①	糖尿病腎症の新規人工透析導入患者が現状より12.5%以上減少 ※現状値が0人である場合は、過去3年間の該当者を確認し、その人数を現状値とする。
	②	1.0%以下 ※算出方法 HbA1c 8.0%以上の者の数 / 特定健康診査等受診者のうちHbA1cの検査結果がある者の数
現状値	①	0.7人 (令和4年度)
	②	2.3% (令和4年度)
目標値	①	0.6人以下
	②	1.0%以下

※①受診勧奨②保健指導

(4) 重複頻回受診/重複・多剤服薬

目的・概要	国民健康保険財政の健全化を図ることを目的として、重複服薬者に対し、服薬に係る保健指導を実施する。	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	松阪地区医師会と松阪管内の市町で実施内容を協議中	
	PDCAサイクルに基づき適宜見直しを図り継続	
	【新たな取組】 訪問指導、医療機関と連携	
アウトプット		
評価指標	対象者への指導率（電話、対面）	
目標値設定方法	7.0%以上	
現状値	0%（令和4年度）	
目標値	7.0%以上 実施者数 / 対象者数（保険者努力支援制度（取組評価分）報告時の人数）	
アウトカム		
評価指標	重複・多剤投与者の減少	
目標値設定方法	目標値：重複・多剤投与者が現状より20%以上減少	
現状値	97人（令和4年度）	
目標値	77人以下 対象者 / 被保険者数 × 1万（保険者努力支援制度（取組評価分）報告時の人数）	

(5) 後発医薬品使用促進

目的・概要	国民健康保険財政の健全化を図ることを目的として、後発医薬品に関する情報提供や差額通知による普及促進を図る。	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	後発医薬品利用差額通知の送付	PDCAサイクルに基づき適宜見直しを図り継続
	保険証更新・加入の時に「ジェネリック医薬品を希望します」等が記載された保険証のケースと、シールを配布 また、同様の手続き時、ジェネリック医薬品について記載された国保のしおりを配布	
アウトプット		
評価指標	後発医薬品使用率	
目標値設定方法	80%以上	
現状値	70.9% (令和4年度)	
目標値	80%以上	
アウトカム		
評価指標	差額通知発送対象者率の減少	
目標値設定方法	各市町で設定	
現状値	3.4% (令和4年度)	
目標値	3.4%以下 発送対象者数 / 被保険者数	

(6) 地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（ハイリスクアプローチ）

目的・概要	健診データ、後期高齢者の質問票、レセプト（医療・介護）情報をもとに、高齢者の特性に合わせた保健事業を実施することで、高齢者の健康保持・フレイル対策を行う。	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	前年の健診データ等よりフレイル傾向の高い者を抽出。その中から希望者に対し保健指導を行う。	PDCA サイクルに基づき適宜見直しを図り継続
	【取組内容】 ① 健康状態不明者の把握。 ② 低栄養・口腔・身体的フレイルハイリスク者に個別指導。	
【実施時期】 通年		
アウトプット		
評価指標	① 現状把握できた者の割合。 ② 個別指導実施率。	
目標値設定方法	町独自	
現状値	令和5年度より開始のため、令和4年度の実績なし。	
目標値	① 100% ② 10%以上	
アウトカム		
評価指標	① 支援が必要と判断した者のうち、支援につながった者の割合 ② 個別指導終了後に改善がみられた者の割合。	
目標値設定方法	町独自	
現状値	令和5年度より開始のため、令和4年度の実績なし。	
目標値	① 80%以上 ② 80%以上	

(7) 地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（ポピュレーションアプローチ）

目的・概要	自主グループや通いの場（高齢者が集まる機会）において保健指導を行い、町の高齢者に対してフレイル対策、健康知識の周知を行う。また個別に介入すべきハイリスク者に対して、ハイリスクアプローチや他のサービスにつなげる。	
取組内容 実施期間	令和5年度	令和6年度以降
	自主グループや通いの場（高齢者が集まる機会）において、医療専門職による健康講話や体組成測定等を行う。	PDCAサイクルに基づき適宜見直しを図り継続
	【実施事業名】 健康度測定会、フレイル予防教室、歩こう会、地域支援（フレイル予防）事業、運動相談会、すごろくゲーム、スクエアステップ教室 【実施時期】 通年	
アウトプット		
評価指標	フレイル予防教室開催回数（集団）	
目標値設定方法	町独自	
現状値	令和5年度より健康増進事業から一体的実施事業に一部移行。	
目標値	98回以上	
アウトカム		
評価指標	フレイルに対する理解度	
目標値設定方法	町独自	
現状値	令和5年度より開始のため、令和4年度の実績なし。	
目標値	55%以上	

2.個人情報の保護

データヘルス計画に基づく事業の実施にあたり、個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等に基づいて行います。

3.計画の公表・周知

本計画は、広報及びホームページで公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

また、目標の達成状況等の公表に務め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

4.評価及び見直し

(1) 評価

本計画の目的及び目標の達成状況については、毎年度評価を行うこととします。

また、中間機関等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

(2) 評価の時期

本計画の評価については、各事業のスケジュールに基づき実施します。

5.地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項

高齢者の状況や地域の現状に対応した保健事業や対策を考慮し、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握・課題分析を被保険者も含めた関係者間で共有し、連携して事業に取り組みます。

第6章 特定健康診査等実施計画（第4期）

本章では、高齢者の医療の確保に関する法律第18条及び第19条に定められている特定健康診査等実施計画に記載すべき事項について、以下のように定め、示します。

1. 目標値の設定

(1) 受診率等の目標値

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査等受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上に達成することとしています。本町においても、国の市町村国保目標値を合わせ、各年度の目標値を以下のとおり設定します。

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健康診査等 受診率	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定保健指導 終了率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査等対象者数及び受診者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査等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。

特定健康診査等対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健康診査等 対象者数(人)	1,417	1,334	1,251	1,167	1,084	1,001
特定健康診査等 受診者数(人)	682	707	732	757	782	807

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者及び実施者数について、各年度の見込みを示します。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定保健指導 対象者数(人)	43	42	40	39	37	36
特定保健指導 終了者数(人)	9	8	8	7	6	5

3. 特定健康診査等の実施方法等

(1) 特定健康診査等の実施方法

ア. 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で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

イ. 実施場所

三重県医師会を通じ、特定健診実施の委託を受けた、県内の医療機関で実施します。

ウ. 実施項目

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

基本項目

既往症の調査・問診	服薬歴・喫煙歴等
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
理学的検査	視診・触診・聴打診
血圧測定	
脂質検査	空腹時中性脂肪（絶食10時間以上）または随時中性脂肪（絶食10時間未満）、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-コレステロール
肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)、アルブミン※1

血糖検査	空腹時血糖（随時血糖）、HbA1c ※2
尿検査	尿糖、尿蛋白、尿潜血
尿酸代謝検査	尿酸※1
腎機能検査	BUN（尿素窒素）※1

詳細項目又は追加項目

貧血検査※1	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
心電図検査※1	
腎機能検査※1	血清クレアチニン、eGFR
眼底検査	

※1 三重県追加項目により全員実施

※2 国の定める項目としては、空腹時血糖又はHbA1cのどちらかであるが、大台町では2項目実施する。

工.実施時期

令和5年度は、当初7月1日から11月30日までを受診期間として実施しましたが、松阪地区医師会と協議の上、松阪地区医師会管内では、特定健康診査等の実施期間を令和6年1月31日まで延長いたしました。

次年度以降については、三重県医師会と県内市町により調整会議を行い決定するものとします。

オ.案内及び受診方法

特定健診対象者には、特定健康診査等受診券と質問票と受診案内を健診開始前までに個別に送付します。また、実施機関等について広報、ホームページ等にて周知します。

対象者は受診券、質問票、被保険者証を委託契約した健診実施医療機関にて提出し受診します。

(2) 特定保健指導の実施方法

ア.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、特定健康診査等の結果を踏まえ、内臓脂肪貯蓄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（※）と判断されたものは、医療機関における継続的な医学的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75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

※服薬中とは、糖尿病、高血圧症又脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬しているものです。

特定保健指導対象者の選定基準

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

参考：特定健康診査等・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）、厚生労働省

※1 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

※2 追加リスクの基準値

- ①血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上
- ②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上または随時中性脂肪 175 mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③血糖：空腹時血糖が 100mg/dl 以上または HbA1c（NGSP 値）が 5.6%以上または随時血糖が 100mg/dl 以上

イ実施項目

(ア) 動機付け支援

①目的

健診結果を改善または悪化させないために自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立て、保健指導終了後すぐに実践でき、その生活が継続できることを目指します。

②支援方法

対象者には、保健指導案内通知を送付し、町が実施する健康相談、健康教育、訪問指導等において支援を行います。原則 1 回、保健師、管理栄養士による面談（1 人あたり 20 分以上の個別支援）またはグループ支援（1 グループおおむね 8 人以下とし、おおむね 80 分以上の支援）を行います。

③支援内容

健診結果の理解、生活習慣病の知識、自らの生活習慣の振り返り等から生活習慣の改善の必要性を説明します。食事、運動等の生活習慣の改善に必要な実地的な指導、社会資源の紹介を行います。対象者と共に生活習慣目標、行動計画を作成します。

④評価

3か月以上経過後に面接又は通信等（電子メール、電話、FAX、手紙等）において、設定した行動目標が達成されているかどうか、並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについて評価を行います。

(イ) 積極的支援

①目的

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、生活習慣の改善のための行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組ながら、保健指導終了後には、その生活習慣が継続できることを目指します。

②支援方法

動機付け支援における面接に加え3か月以上の継続的な支援を行います。また、当該3か月以上の継続的な支援後に評価を行います。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、従前どおり6か月経過後に評価を実施します。継続的な支援は、個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。

③支援内容

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。ただし、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は、動機付け支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととします。

継続的な支援のポイント構成

ア ウ ト カ ム 評 価	腹囲 2.0 cm以上かつ 体重 2.0kg 以上減少※ 1		180p
	腹囲 1.0 cm以上かつ 体重 1.0kg 以上減少		20p
	食習慣の改善		20p
	運動習慣の改善		20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）		30p
	休養習慣の改善		20p
	その他の生活習慣の改善		20p
	プ ロ セ ス	支援 種別	個別支援※ 2
グループ支援※ 2			支援 1 回当たり 70p 支援 1 回当たり最低 40 分間以上

評価		電話	支援 1 回当たり 30p 支援 1 回当たり最低 5 分間以上
		電子メール等	支援 1 往復当たり 30p 1 往復 = 特定保健指導実施者と積極的指導対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより、支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期 実施	健診当日の初回 面接	20p
		健診後 1 週間 以内の初回面接	10p

- ※ 1 当該年度の特定健康診査等の結果に比べて、腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している場合（又は当該年度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（kg）と同じ値の腹囲（cm）以上減少している場合）。
- ※ 2 情報通信技術を活用した支援を含む。

④評価

3 か月以上経過後に面接又は通信等（電子メール、電話、FAX、手紙等）にて行います。

(ウ) フォローアップについて

支援継続中もしくは支援終了後においても町が実施する健康相談や健康教育または社会資源の紹介を行い、生活習慣改善が継続できるよう支援します。

4.実施スケジュール

		当年度												次年度			
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
特定健康診査等	対象者抽出	→															
	受診券送付			→													
	健診実施				→												
	未受診者 受診勧奨					→											
特定保健指導	対象者抽出							→									
	利用券送付							→									
	保健指導 実施							→									
	未利用者 利用勧奨							→									

5. 個人情報の保護

(1) 特定健診受診者のデータの管理体制

特定健診等の費用の支払及びデータの送信事務並びにデータ管理・保存に関し、代行機関である三重県国民健康保険団体連合会に事務委託します。

健診期間及び保健指導機関から提出された結果データは三重県国民健康保険団体連合会の特定健診等データ管理システムにて管理します。

(2) 個人情報保護対策

特定健診等の実施にあたり、個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等に基づいて行います。また、特定健診・特定保健指導を委託する際には個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理していきます。

6. 計画の公表・周知

本計画は、広報及びホームページで公表します。

また、特定健康診査等受診対象者には、特定健康診査等の趣旨の普及啓発のため、パンフレットを作成して受診券と併せて送付するとともに、役場、支所、各出張所および町内の医療機関において、ポスターやリーフレットを配布して周知を図ります。

7. 評価の見直し

(1) 評価

本計画については、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軍の減少率等について、毎年度評価を行うこととします。

また、中間期間等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

(2) 評価の時期

本計画の評価については、各事業のスケジュールに基づき実施します。

8. 留意事項

特定健康診査等・特定保健指導は、健康増進法で実施しているその他の健診等について可能な限り連携して実施します。

大台町国民健康保険保健事業実施計画 用語集

本計画内で使用する用語について、下記のように定義する。

No.	用語	定義・説明	備考
1	特定健康診査等	特定健診、特定保健指導、がん検診、歯周疾患検診のこと。	
2	レセプトデータ	医療機関が保険者に提出する、月ごとの診療報酬明細書のこと。 「診療報酬」とは、診察・治療・処方などの医療行為の対価として医療機関に支払われる費用のこと。	
3	介護保険認定率 1 号	介護保険の被保険者のうち、65 歳以上の被保険者のこと	
4	総給付費	介護保険の居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防支援のこと。	
5	HbA1c	糖化ヘモグロビンのこと。 赤血球内のタンパク質の一種で、全身の細胞に酸素を送る働きをしているヘモグロビンと、血液中のブドウ糖がくっつく糖化ヘモグロビンになります。 過去の 1～2 か月前の血糖値を反映します。	
6	収縮期血圧	心臓が収縮して、血液を送り出すときの血圧のこと。	
7	LDL コレステロール	悪玉コレステロールのこと。 悪玉コレステロールは、肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っています。	
8	動機付け支援	メタボリックシンドローム予備群に該当する方を対象に、保健師又は管理栄養士が 3 か月にわたって生活習慣改善のサポートを行う保健指導のこと。	
9	積極的支援	メタボリックシンドロームに該当する方を対象に、保健師または管理栄養士が 3 か月にわたって生活習慣改善のサポートを行う保健指導のこと。	
10	糖尿病性腎症	糖尿病三大合併症の一つとされている疾患のこと。 糖尿病によって高血糖状態が持続し、腎臓の内部に張り巡らされている細小血管が障害を受けることで発症します。悪化すると腎不全に移行し、血液透析などが必要となることもあります。	
11	フレイル	病気ではないけれど、年齢とともに筋力や心身の活力が低下し介護が必要になりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態のこと。	

12	重複頻回受診者	1 か月の間に同じ症状で同じ医療機関を受診する回数が過度に多いこと。	
13	PDCA サイクル	Plan (計画)、Do (実行)、Check (評価)、Action (改善) の4つのプロセスを繰り返し、業務効率を改善すること。	
14	ハイリスクアプローチ	健康リスクを抱えた人をスクリーニングし、高リスクの個人を対象に行動変容を促す方法。	
15	ポピュレーションアプローチ	集団に対して健康障害へのリスク因子の低下を図る方法。	