

大江町国民健康保険データヘルス計画

〔 第3期 データヘルス計画 及び
第4期 特定健康診査等実施計画 〕

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

大江町国民健康保険

目 次

I. 基本的事項	1
1 計画の趣旨	
2 計画期間	
3 実施体制・関係者連携	
4 基本情報	
5 現状の整理	
II. 健康・医療情報等の分析と課題	3
1 平均寿命・平均自立期間等	
2 医療費の分析	
3 特定健康診査・特定保健指導の分析	
4 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	
5 介護費関係の分析	
6 その他	
III. 計画全体	24
1 健康課題	
2 計画全体の目的、目標、評価指標、現状値、目標値	
3 保健事業一覧	
IV. 個別保健事業計画	29
1 特定健康診査事業	
2 特定保健指導事業	
3 糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業	
4 人工透析導入ハイリスク者受診勧奨訪問事業	
5 健康教室（減塩・ベジアップ教室）	
6 歯周疾患検診	
7 健康マイレージ事業	
8 健康情報の発信事業	
V. その他	42
1 データヘルス計画の評価・見直し	
2 データヘルス計画の公表・周知	
3 個人情報の取り扱い	
4 地域包括ケアに係る取組み	

VI. 第4期特定健康診査等実施計画・・・・・・・・・・・・・・・・ 43

- 1 計画の趣旨
- 2 計画期間
- 3 特定健診・特定保健指導について
- 4 特定健診・特定保健指導の見直しの方向性
- 5 特定健診・特定保健指導の対象者数及び目標
- 6 特定健診・特定保健指導の実施方法
- 7 その他

I. 基本的事項

1 計画の趣旨

【背景と目的】

令和4年10月1日現在の国の高齢化率は29.0%であり、超高齢社会となった現在の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。大江町の令和4年10月1日の高齢化率は40.9%と、さらに高くなっている。今後も高齢化が進むことが考えられるが、高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、現役世代からの健康づくりの重要性が高まっている。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。

また、平成26年3月、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、保険者は健康・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「データヘルス計画」を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。

その後、大江町でも平成27年度から第1期データヘルス計画が始まり、実際にPDCAサイクルを回しながら保健事業を実施し、また平成30年度からは第2期データヘルス計画と第3期特定健康診査等実施計画を開始し、一体的な運用を行ってきたところである。

これまでの経過も踏まえ、今後さらなる被保険者の健康の保持・増進に努めるために、大江町国民健康保険データヘルス計画（第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画）を策定する。

【計画の位置づけ】

大江町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「大江町国民健康保険データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、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実施計画であり、庁内の関連部署や地域の関係機関などと連携して健康課題の解決に努める。

計画の策定にあたっては、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」に示された基本方針を踏まえ、「山形県健康増進計画（第2次）」を含む「健康やまがた安心プラン」及び「いきいき健康行動計画21おおえ（第2次）」、「第9期大江町老人福祉計画・第8期大江町介護保険事業計画」などの関連計画との整合性を図っている。また、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る。

なお、「大江町特定健診等実施計画」は、保健事業の中核である特定健診等の具体的な実施方法等を定めているものであるため、今回、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を「大江町国民健康保険データヘルス計画」として一体的に策定するものである。

2 計画期間

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

3 実施体制・関係者連携

本計画の策定および保健事業の運営については、税務町民課国保医療係が主体となり、健康福祉課保健衛生係とともに進める。また、地域の関係機関として、大江町医歯会その他地域の関係団体との連携により進める。

4 基本情報

大江町の人口は、令和5年3月31日時点で7,364人であり、うち国保加入者は1,734人である。人口に占める国民健康保険の加入者数は23.5%である。また、計画の実効性を高めるために、下記のとおり地域関係機関と協力・連携していくこととする。

表1 被保険者に関する基本情報（令和5年3月31日時点）

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	7,364		3,680		3,684	
国保加入者数（人） 合計	1,734	100%	940	100%	794	100%
0～39歳（人）	297	17%	178	19%	119	15%
40～64歳（人）	485	28%	256	27%	229	29%
65～74歳（人）	952	55%	506	54%	446	56%
平均年齢（歳）	57.7					

人口：住民基本台帳より、国保加入者数：国保データベースシステム（KDBシステム）より

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・歯科医療機関、村山保健所
国保連・国保中央会	山形県国民健康保険団体連合会
後期高齢者医療広域連合	山形県後期高齢者医療広域連合
その他	

5 現状の整理

【保険者の特性】

令和4年度の平均被保険者数は1,734人であり、平成30年度の1,955人から年々減少し、4年間で221人の減となっている。

令和4年度の被保険者のうち、39歳以下が17%、40～64歳が28%、65～74歳が55%であり、県平均よりも39歳以下の割合が若干低く、65～74歳の割合が高くなっている。

【前期計画等に係る考察】

第2期データヘルス計画の中間評価で、大江町は循環器系、特に高血圧・心臓病の予防、歯周疾患予防、糖尿病の対策を講じる必要があると評価し、保健事業を実施してきた。計画全体の目標として、平均自立期間[※]は平成28年度のベースラインよりも上昇し、また特定健診受診率も年々上昇しているが目標値には届いていない状況である。特定保健指導実施率は平成28年度のベースラインよりも低下したまま横ばいの状態となっている。

第3期データヘルス計画においては、糖尿病予防を中心とした生活習慣病予防に加え、前計画時から健康課題としている歯周疾患予防と生活習慣病との関連性を考慮しながら保健事業にも取り入れていく。

また、令和5年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を開始したことを踏まえ、関係機関との連携や各保健事業間の連動を念頭に置き、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る。

※ 「平均自立期間」とは、要介護状態でなく自立した日常生活ができる生存期間の平均を示したものの。要介護状態とは、介護保険制度の要介護2～5の認定を受けている状態を指す場合が多い。

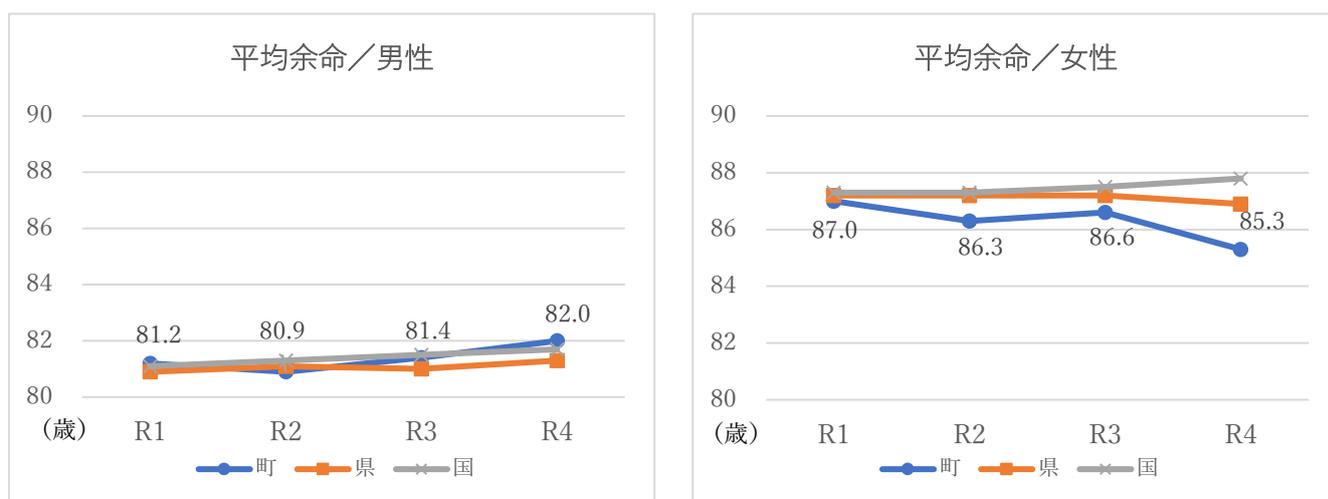
II. 健康・医療情報等の分析と課題

I 平均余命・平均自立期間等

(1) 平均余命

令和4年度の平均余命は、男性82.0歳、女性85.3歳である。。男性は県とほぼ同等であり年々少しずつ伸びているが、女性は県よりやや低くなっており年々やや低下している。

図1 男女別平均余命の推移

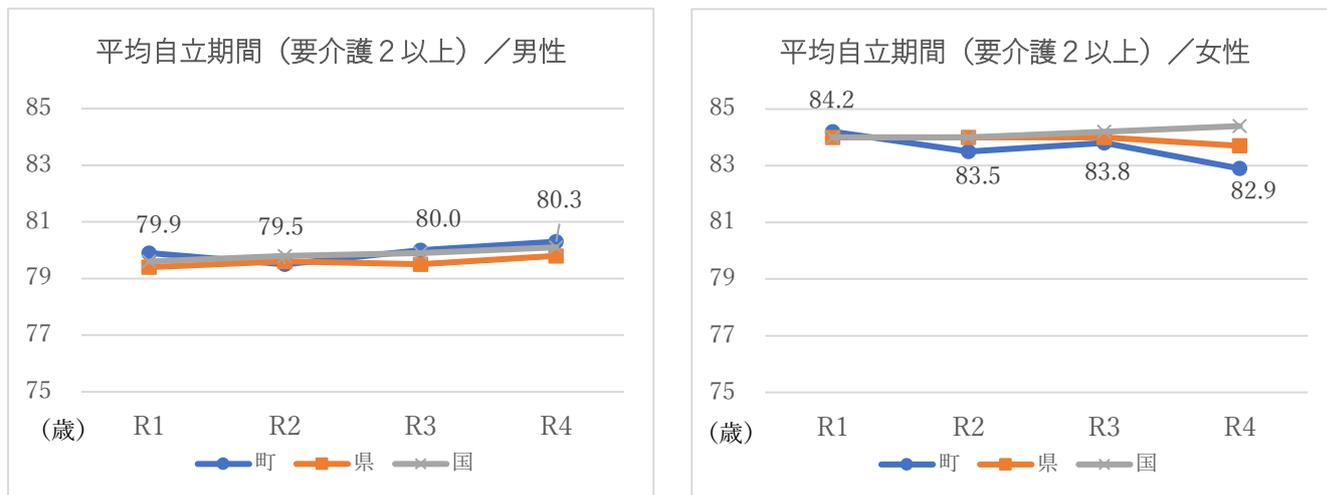


KDB システム「地域の全体像の把握」より

(2) 平均自立期間

令和4年度の平均自立期間は、男性 80.3 歳、女性 82.9 歳である。男性は県とほぼ同等であり年々少しずつ伸びているが、女性は県よりもやや低くなっており年々やや低下している。

図2 男女別平均自立期間の推移



KDB システム「地域の全体像の把握」より

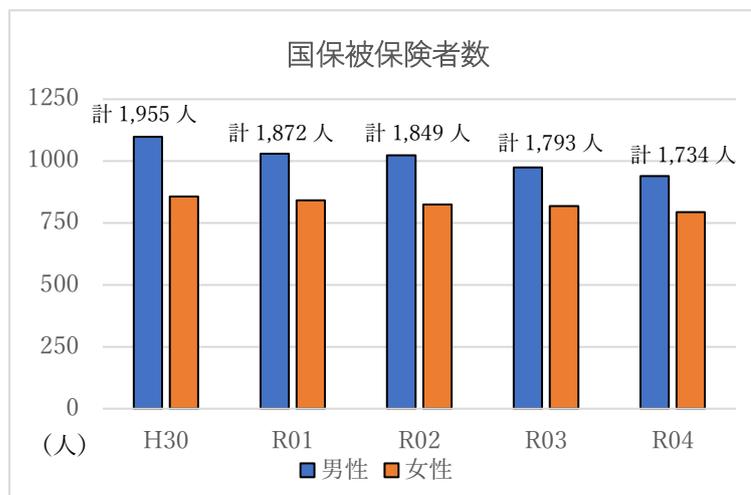
2 医療費の分析

【医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）】

(1) 被保険者数

国民健康保険加入者は減少傾向にあり、平成30年度から令和4年度までの5年間で、221人減少した。人口減少や高齢化に伴い、若年層の社会保険への加入や、国民健康保険から後期高齢者医療保険へ移行したことが要因であると考えられる。

図3 国民健康保険被保険者数の動向



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」より

(2) 総医療費

保険者全体の総医療費は、令和元年度及び令和2年度は平成30年度に比べると減少しており、被保険者数の減少や新型コロナウイルス感染症の流行による受診控え等が考えられる。令和3年度は受診控え等の反動からか6億3,200万円と大幅に増加したが、令和4年度は再び減少に転じ、5億8,800万円となっている。

入院・外来別に医療費を見ると、総医療費が増加した令和3年度は外来・入院ともに医療費が増加し、総医療費が減少した令和4年度は、入院医療費の減少が見られた。

図4 総医療費の動向

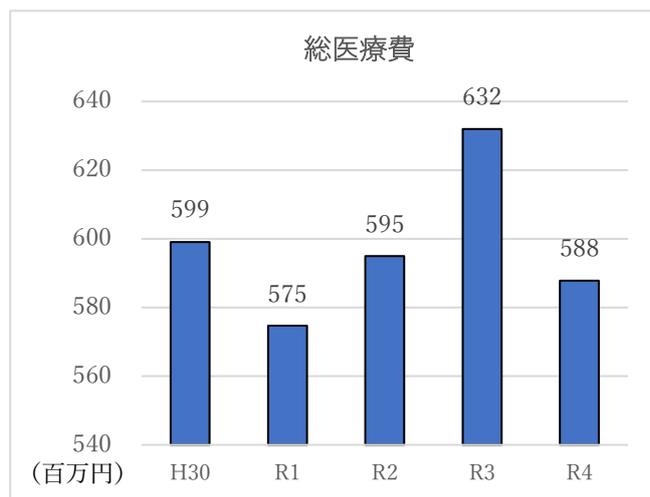
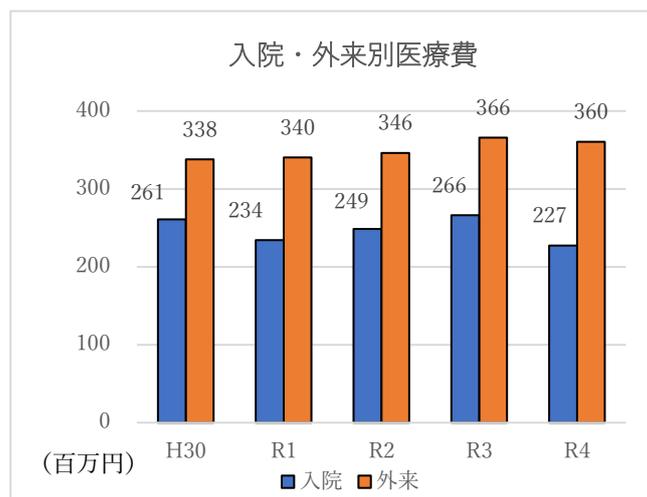


図5 入院・外来別医療費の動向



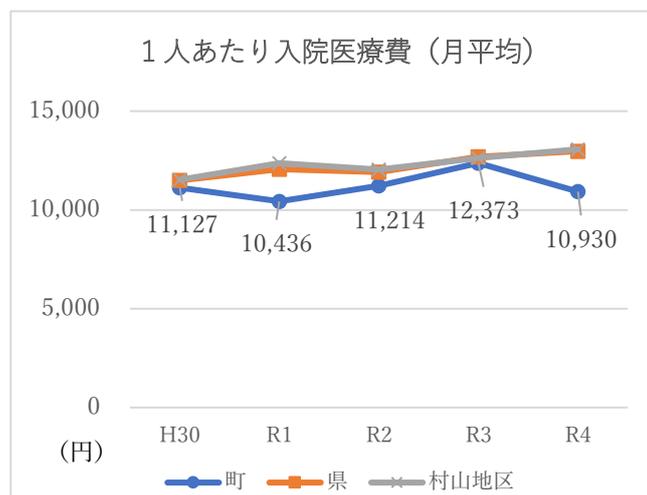
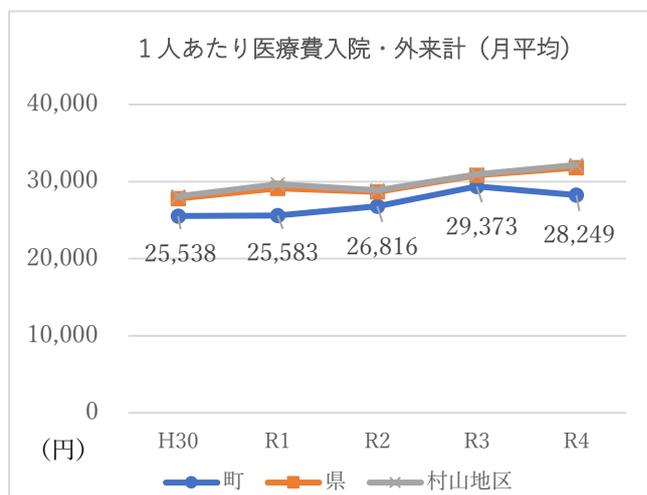
国保連合会提供データセットより

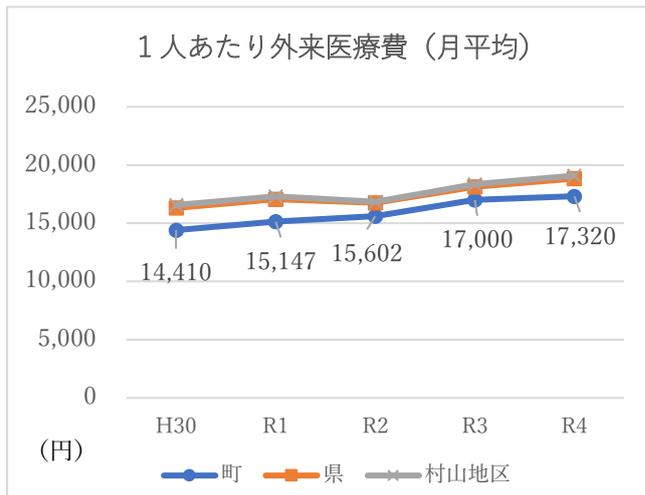
(3) 1人あたり医療費

1人あたり医療費の月平均は、入院と外来の合計が28,249円(入院:10,930円、外来:17,320円)で、県平均31,805円(入院:12,972円、外来:18,834円)よりも低くなっている。大江町の1人あたり医療費の月平均は、県内で最も低い値となっている。

しかし、1人あたりの外来医療費は増加傾向にあるため、疾病の発症予防や重症化予防に取り組んでいく必要がある。

図6 1人あたり医療費の推移(入院外来計・入院・外来)



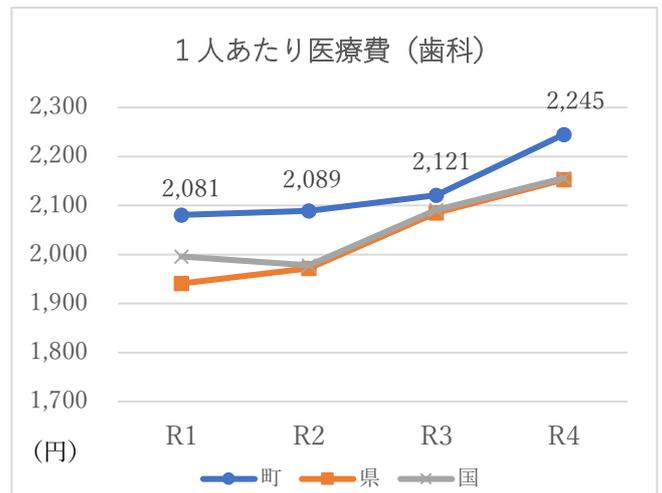
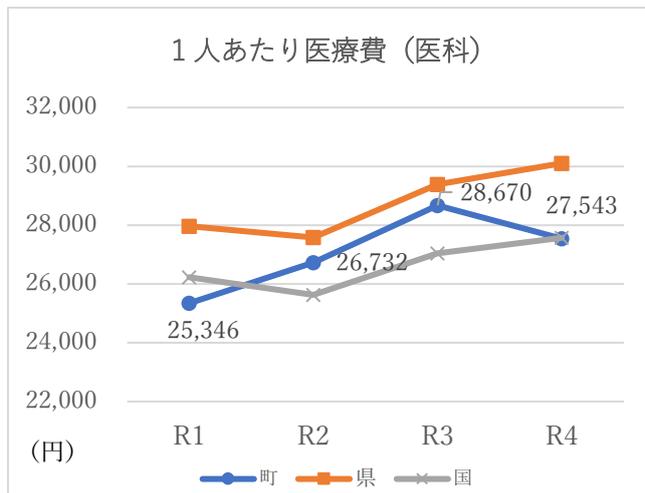


国保連合会提供データセットより

1人あたり医療費（医科）は年々増加傾向にあるが、令和4年度は27,543円で前年度より減少しており、県平均30,105円よりも低い水準である。しかし、55～59歳男性の医療費（医科）については、受診率及び1件当たり点数ともに、例年県平均よりも高いという特徴がある。

1人あたり医療費（歯科）は年々増加している。令和4年度は2,245円で県平均2,153円よりも高い水準である。歯周病は糖尿病の重症化に影響を及ぼすだけでなく、フレイルや誤嚥性肺炎等といった全身疾患を引き起こす要因となり得るということが分かってきているため、今後の動向を注視するとともに、歯周疾患の予防にも取り組んでいく必要がある。

図7 1人あたり医療費の推移（医科・歯科）

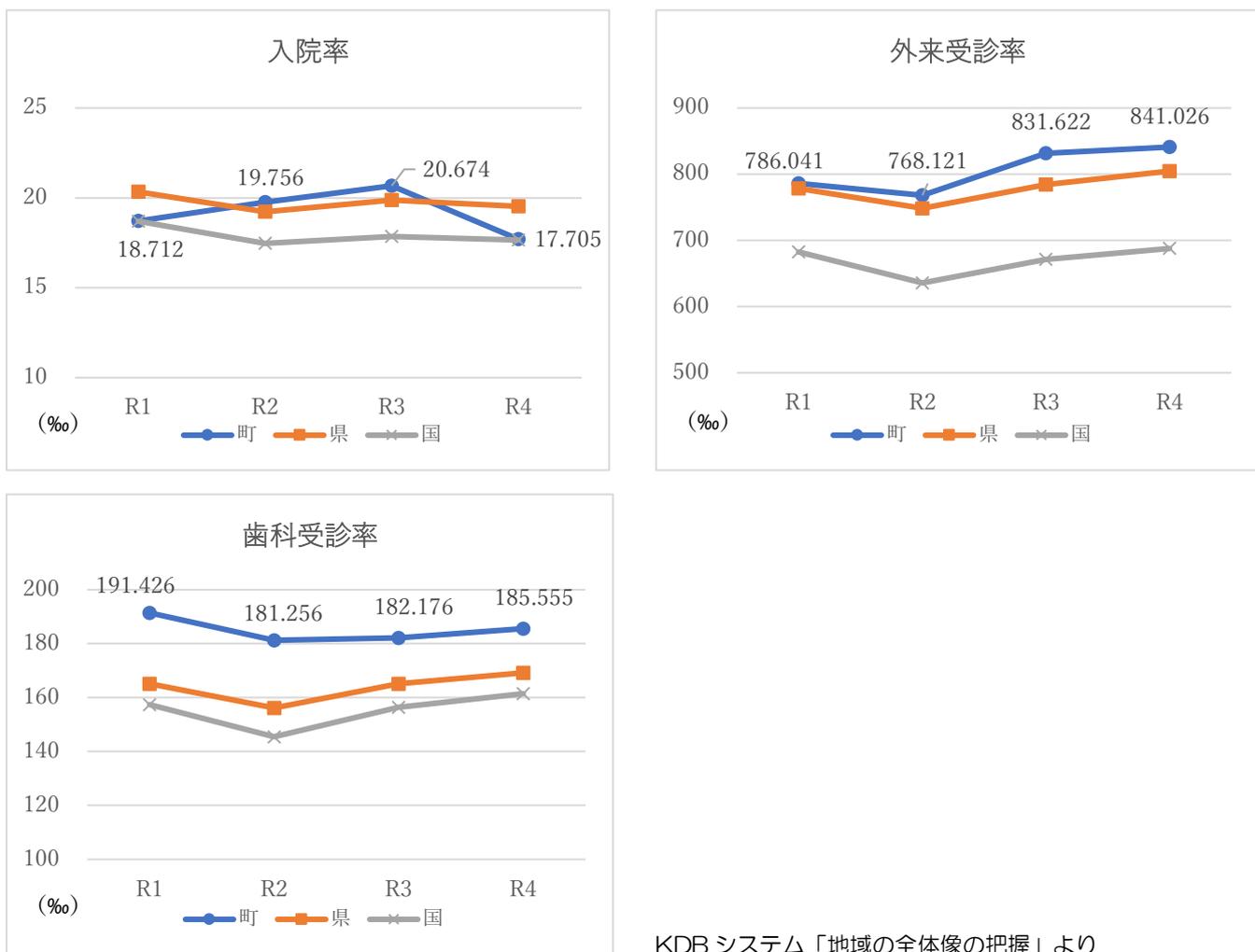


KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」より

（4）受診率

人口千人あたりの受診率をみると、令和4年度の入院率は17.750件/千人であり、県の19.523件/千人より低い水準である。外来の受診率は841.026件/千人であり、県の804.696件/千人より高い水準である。また、歯科の受診率は185.555件/千人であり、こちらも県の169.193件/千人より高い水準である。

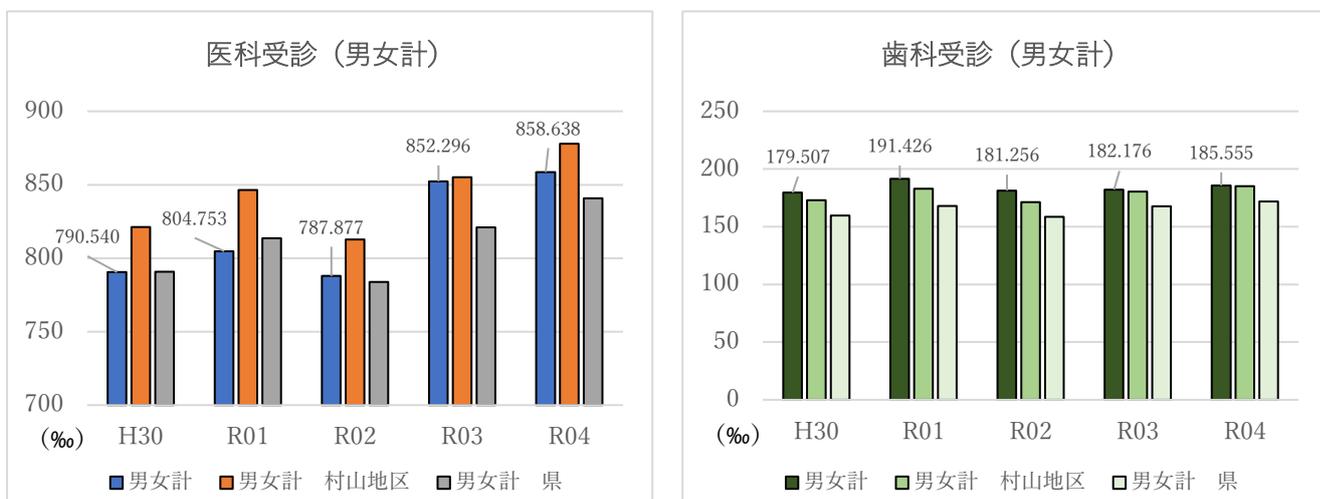
図8 入院率、外来・歯科受診率の推移



KDB システム「地域の全体像の把握」より

令和4年度の医科受診（入院・外来）は858.638件/千人であり、県の840.749件/千人より若干高い水準であり、年々増加傾向にある。歯科受診は185.555件/千人であり、県の171.705件/千人より若干高い水準であるが、横ばいで推移している。

図9 医科・歯科受診の動向



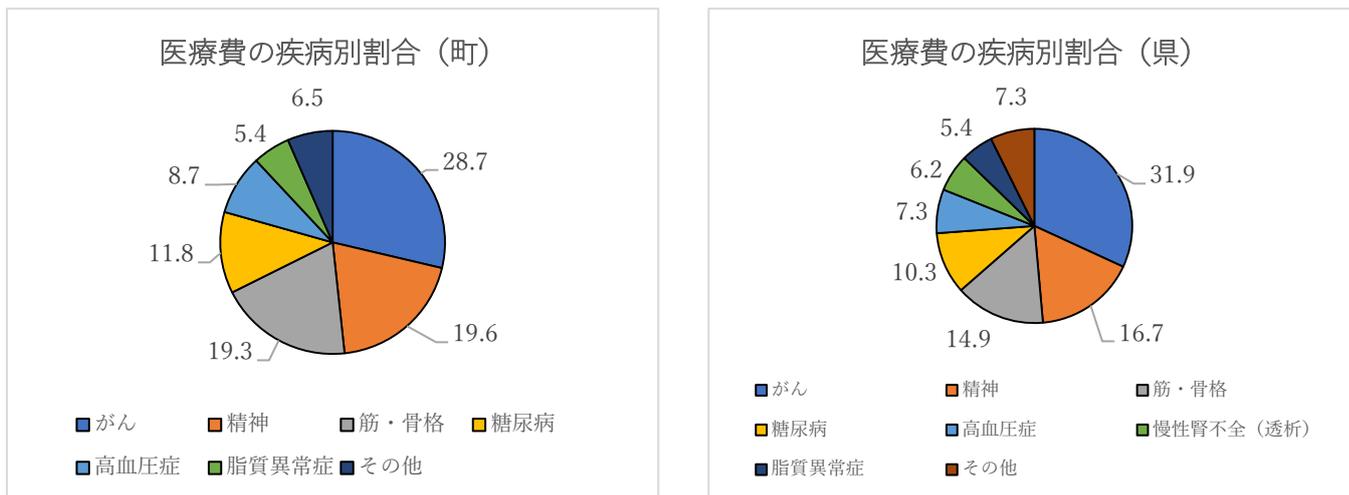
国保連合会提供データセットより

【疾病分類別の医療費】

(1) 医療費の疾病別割合

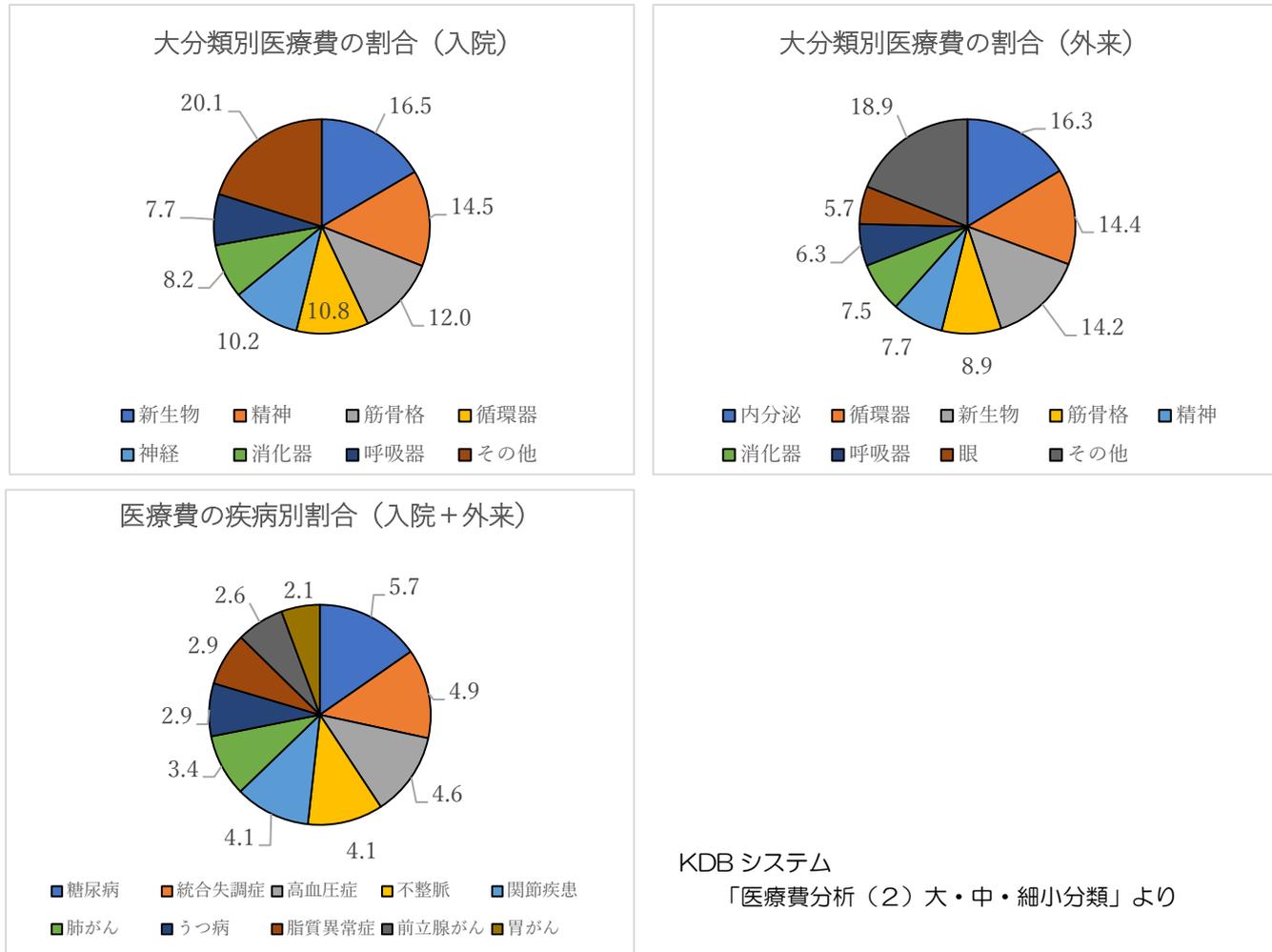
令和4年度の医療費の疾病別割合を見ると、がん(28.7%)、精神(19.6%)、筋・骨格(19.3%)、糖尿病(11.8%)、高血圧症(8.7%)の順に多く、がんと精神疾患が48.3%と医療費の約半数を占めている。県と比較すると、精神疾患が2.9%、筋・骨格が4.4%、糖尿病が1.5%、高血圧症が1.4%県よりも高い。

図10 医療費の疾病別割合



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」より

図11 大分類別医療費の割合



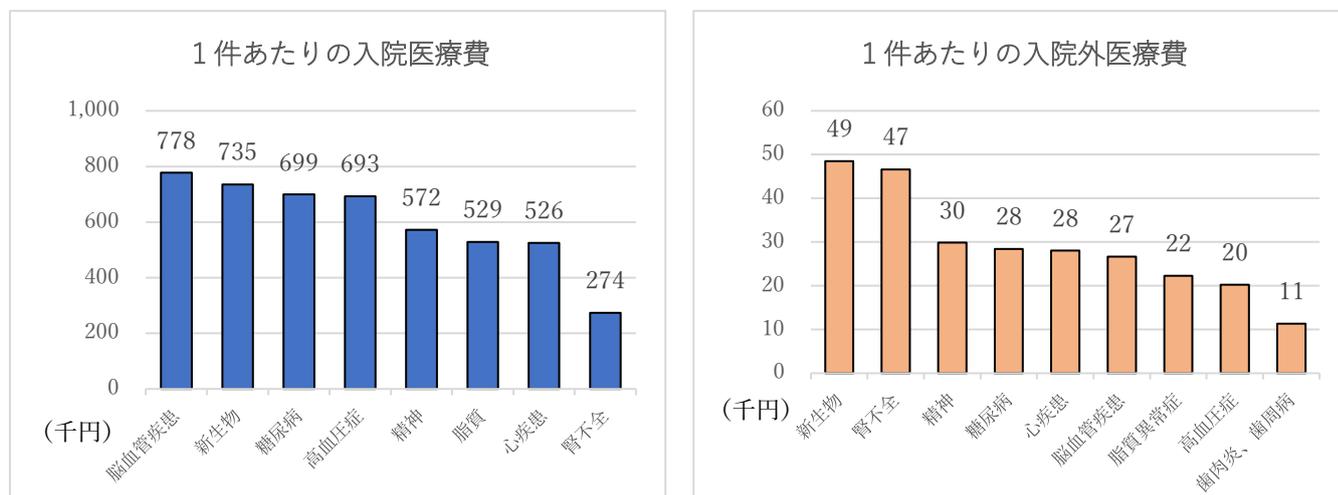
KDB システム
「医療費分析(2)大・中・細小分類」より

(2) 1件あたりの疾病別医療費

令和4年度の1件あたりの入院医療費は、脳血管疾患が777,888円、新生物が735,437円、糖尿病が699,395円となっている。

また、1件あたり入院外医療費は新生物が48,500円、腎不全が46,605円と高くなっている。

図12 1件あたりの疾病別医療費（入院・入院外）



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」より

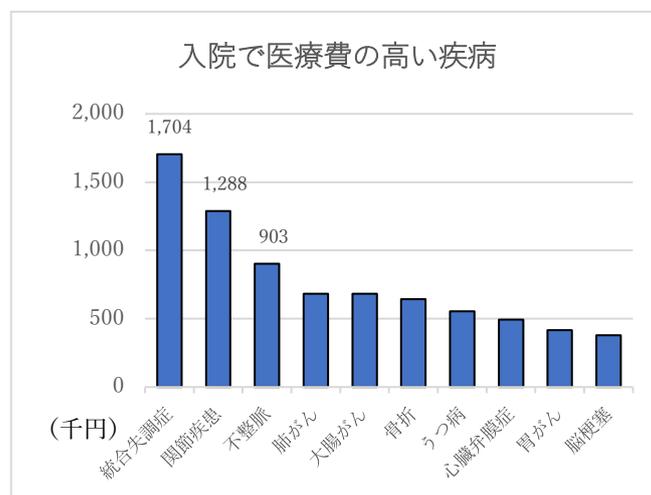
(3) 入院・外来別で医療費の高い疾病

令和4年度の入院で医療費の高い疾病は、1位統合失調症、2位関節疾患、3位不整脈となっている。統合失調症は、入院が長引くことによって医療費が高額になることが考えられる。

表3 入院で医療費の高い疾病

	R2	R3	R4
	最大医療資源病名	最大医療資源病名	最大医療資源病名
1	不整脈	統合失調症	統合失調症
2	骨折	関節疾患	関節疾患
3	統合失調症	骨折	不整脈
4	脳梗塞	脳梗塞	肺がん
5	うつ病	不整脈	大腸がん
6	肺がん	胃がん	骨折
7	大腸がん	パーキンソン病	うつ病
8	気管支喘息	うつ病	心臓弁膜症
9	関節疾患	肺気腫	胃がん
10	胆石症	肺がん	脳梗塞

図13 入院で医療費の高い疾病

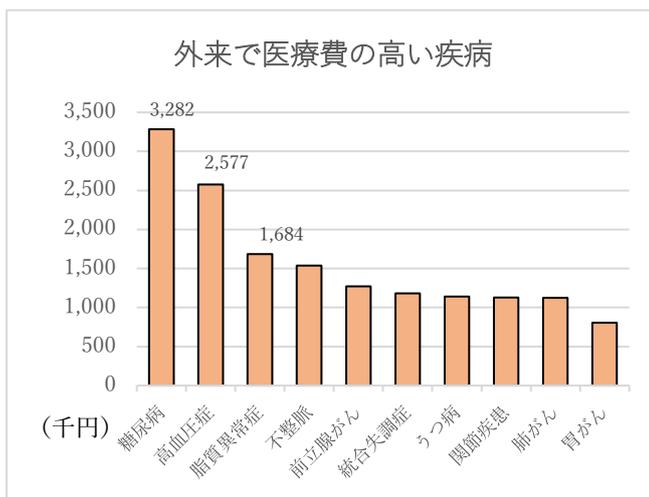


令和4年度の外来で医療費の高い疾病は、1位糖尿病、2位高血圧症、3位脂質異常症となっている。糖尿病・高血圧症・脂質異常症は、例年医療費の高い疾病の上位を占めているため、生活習慣病の発症及び重症化を予防することは、医療費の増大を抑えるためにも重要である。

表4 外来で医療費の高い疾病

	R2	R3	R4
	最大医療資源病名	最大医療資源病名	最大医療資源病名
1	糖尿病	糖尿病	糖尿病
2	高血圧症	高血圧症	高血圧症
3	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症
4	肺がん	不整脈	不整脈
5	不整脈	関節疾患	前立腺がん
6	関節疾患	うつ病	統合失調症
7	うつ病	肺がん	うつ病
8	統合失調症	統合失調症	関節疾患
9	骨粗鬆症	前立腺がん	肺がん
10	大腸がん	緑内障	胃がん

図14 外来で医療費の高い疾病

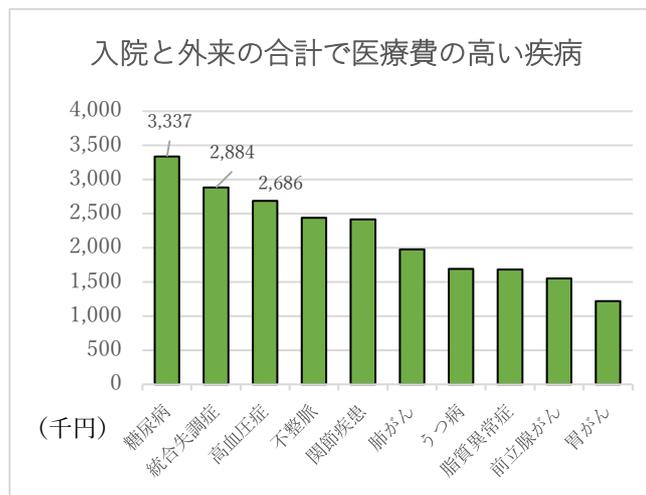


令和4年度の入院・外来の合計で医療費の高い疾病は、1位糖尿病、2位統合失調症、3位高血圧症となっている。

表5 入院と外来の合計で医療費の高い疾病

	R2	R3	R4
	最大医療資源病名	最大医療資源病名	最大医療資源病名
1	不整脈	糖尿病	糖尿病
2	糖尿病	高血圧症	統合失調症
3	高血圧症	関節疾患	高血圧症
4	肺がん	統合失調症	不整脈
5	統合失調症	不整脈	関節疾患
6	うつ病	うつ病	肺がん
7	骨折	骨折	うつ病
8	関節疾患	脂質異常症	脂質異常症
9	脂質異常症	肺がん	前立腺がん
10	大腸がん	脳梗塞	胃がん

図15 入院と外来の合計で医療費の高い疾病



国保連合会提供データセットより

また、生活習慣病における外来でのレセプト件数を見ると、外来では、筋・骨格が103,663件/千人、高血圧症98,664件/千人の順に高くなっており、続いて脳梗塞7,428件/千人、狭心症7,475件/千人と続いている。県平均と比較すると、糖尿病が6.53件、脳梗塞が2.59件、狭心症が1.88件、筋・骨格が24.757件、県よりも高い。

3 特定健康診査・特定保健指導の分析

【特定健康診査・特定保健指導の実施状況】

(1) 特定健康診査受診率

令和4年度の特定健診の受診率は58.4%であり、年々受診率は上昇しており、県内市町村全体の平均50.5%より高いものの国の目標値60%には及ばない。

令和4年度の特定健診の受診率を性・年齢階層別に見ると、60歳代以降となると60%以上の受診率となっているが、40～50歳代男性の健診受診率が30～40%台と低い傾向にある。また、40歳代女性の健診受診率も30～40%台と低い。

図16 特定健診受診率の推移

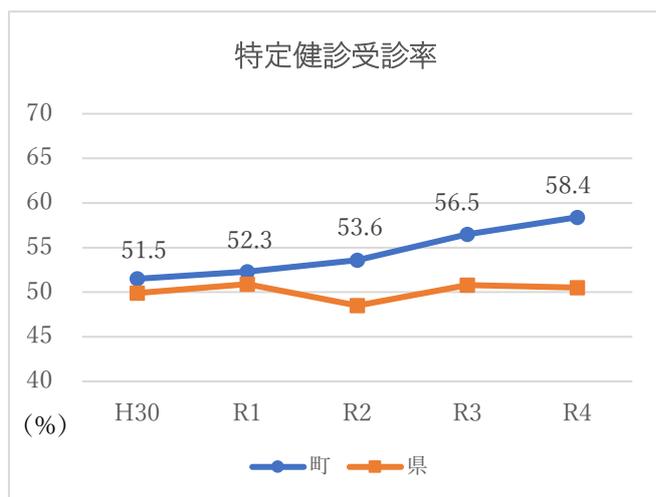
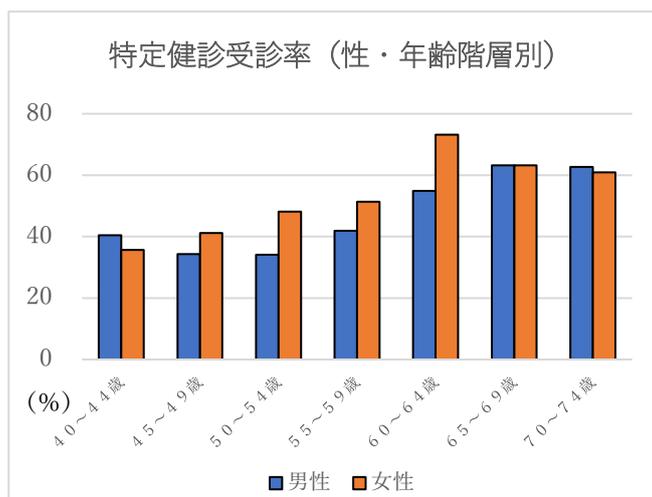


図17 特定健診受診率（性・年齢階層別）



法定報告より

(2) 特定保健指導実施率

令和4年度の特定保健指導の実施率は49.2%であり、県の47.1%よりは高いが、近年横ばいで推移している。

令和4年度の特定保健指導の実施率を性・年齢階層別に見ると、男性の特定保健指導の実施率は52.4%であり、男性の50～54歳が25%、55～59歳が0%となっており、50歳代が特に低い。また、女性の特定保健指導実施率は41.2%であり、男性に比べると全体的に低い状況である。女性の40歳代が0%、70～74歳が25%と低くなっている。特に40～50歳代女性の対象者数が1～2人であるため、1人受ければ実施率50～100%、1人も受けなければ実施率0%という状況になってしまう。

図18 特定保健指導実施率の推移

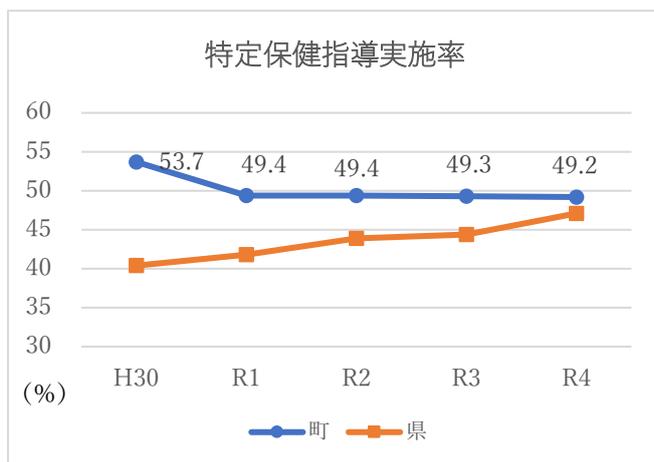
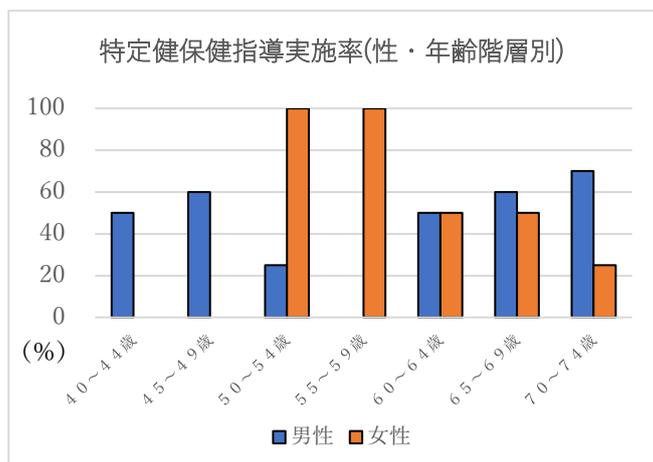


図19 特定保健指導実施率(性・年齢階層別)



法定報告より

【特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）】

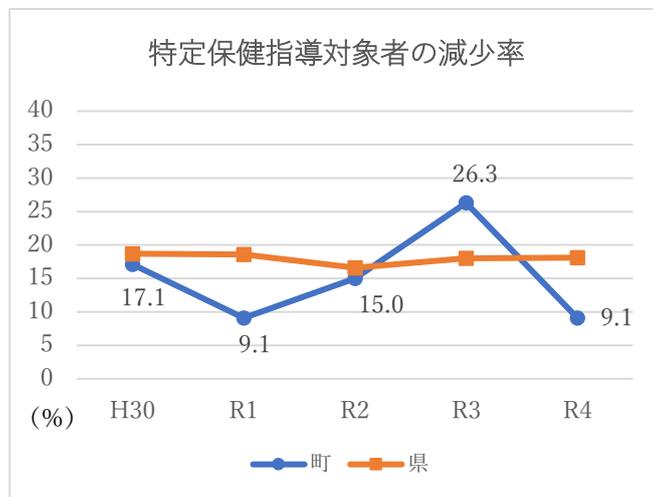
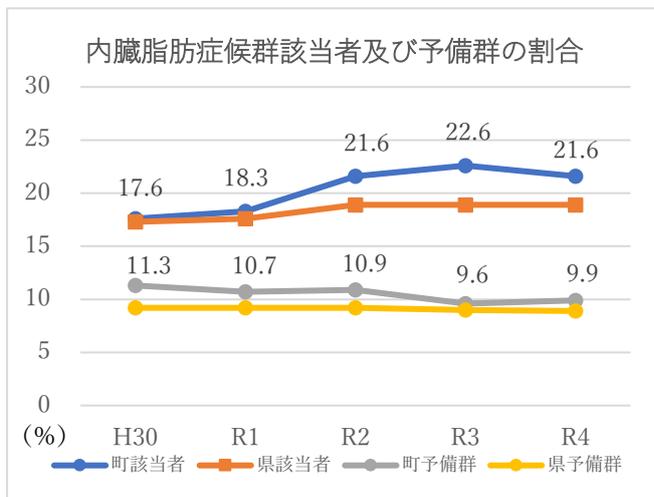
(1) 内臓脂肪症候群該当者割合、特定保健指導者の減少率

令和4年度の内臓脂肪症候群の該当者割合は21.6%であり、県平均18.9%より高い。年々少しずつ上昇していたが、令和4年度は前年度より1.0%減少した。

また、内臓脂肪症候群の予備群の割合は9.9%であり、県平均8.9%より若干高い。

特定保健指導対象者の減少率は、令和元年度は9.1%だったが、年々上昇しており、令和3年度は26.3%と県18.0%よりも高くなっている。しかし、令和4年度は9.1%に低下した。

図20 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の割合の推移 図21 特定保健指導対象者の減少率の推移



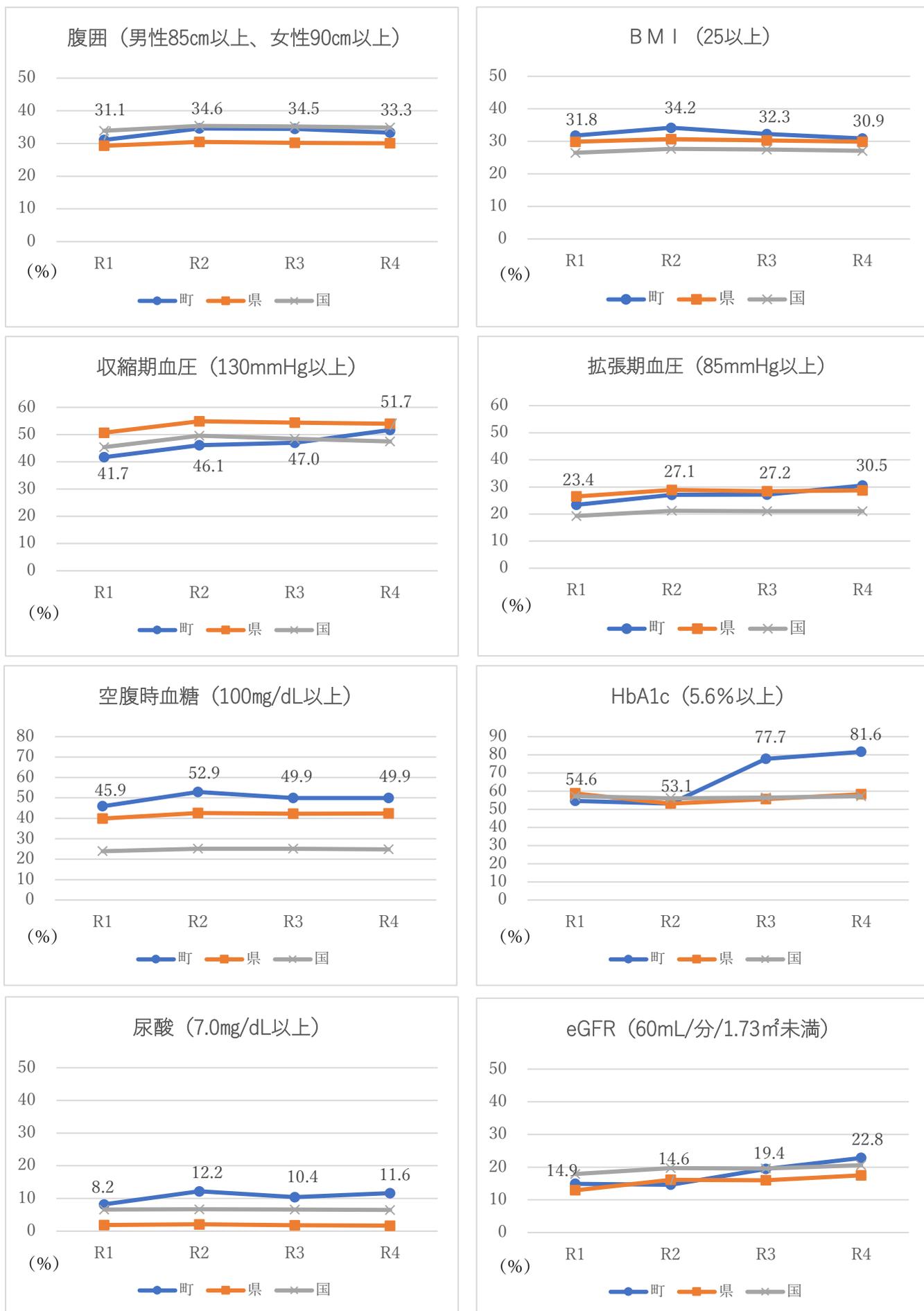
出典： 法定報告

(2) 健診有所見者状況

令和4年度の健診有所見者状況を見ると、受診者のうち、腹囲33.3%、BMI30.9%、収縮期血圧51.7%、拡張期血圧30.5%の有所見割合になっており、割合は県とほぼ同等であるが、特に収縮期血圧の有所見者の割合が増加傾向にある。

また、空腹時血糖(49.9%)、HbA1c(81.6%)、尿酸(11.6%)、eGFR(22.8%)の有所見者割合が県平均よりも高い傾向にある。特にHbA1c、eGFRについては年々増加傾向にあり、HbA1cのリスク保有者は令和3年度には前年度と比べ20%以上も増加している。そのため、糖尿病の発症予防及び重症化予防への取り組みが必要である。

図2.2 健診有所見者状況の推移



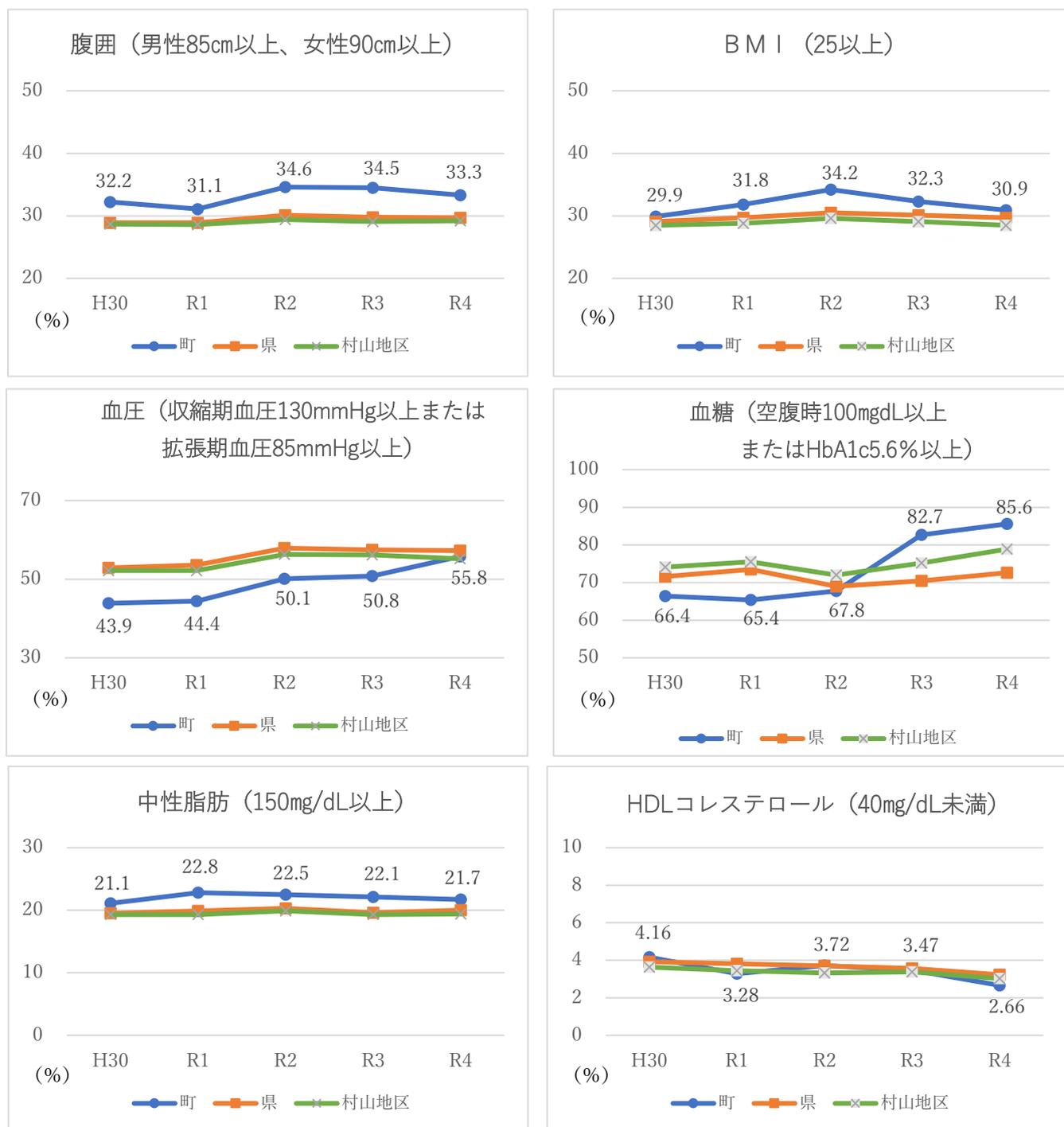
KDB システム「健診有所見者状況」より

(3) 各種検査項目の有所見者割合

令和4年度の健診有所見者割合のうちBMI30.9%、血圧55.8%、中性脂肪21.7%、HDLコレステロール2.66%は、県平均とほぼ同等、もしくはやや低くなっている。

しかし、血糖有所見者割合85.6%は、県平均72.6%よりも大幅に高く、この傾向は令和3年度からみられ、県内第1位の状態である。高いのは男女ともにであり、性差はみられない。また、血圧有所見者割合55.8%は、県平均57.3%よりも低いものの年々増加している。

図23 各種検査項目の有所見者割合の推移



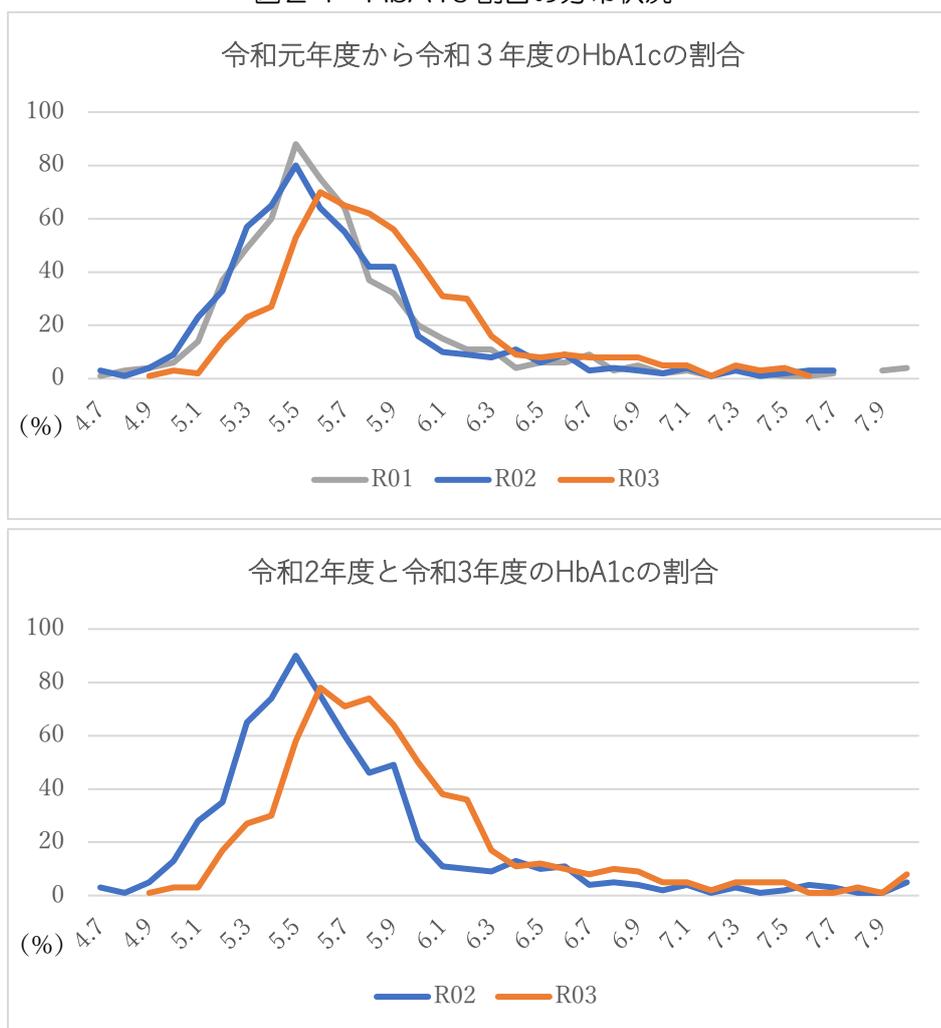
国保連合会提供データセットより

血糖値検査について、町では空腹時血糖とHbA1cの両方の検査を実施している。

令和2年度と比較すると、令和3年度はHbA1cのリスク保有者割合が20%以上増加している。令和2年度と令和3年度の2年連続健診受診者のHbA1cの結果状況をみると、全体的に分布の数値が高いほうに動いており、男女とも同じ動きがみられる。令和元年度から3年間連続受診者でも確認したが、令和元年度から令和2年度にかけての変化はあまりみられない。

血糖値検査においては、リスク境界値ぎりぎりの方が少々でも悪化するとリスク保有者になることが考えられるため、ハイリスクアプローチと同様、ポピュレーションアプローチでリスク者の母数をいかに増やさないかが重要と考えられる。

図24 HbA1c割合の分布状況

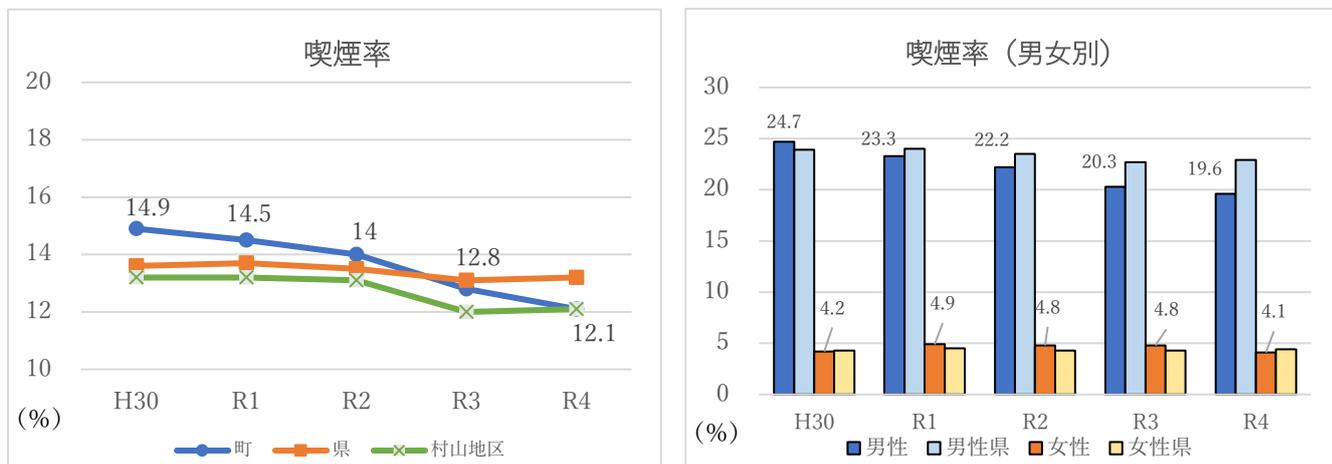


【質問票調査の状況】

(1) 喫煙率

令和4年度の喫煙率は、町が12.1%であり、県内市町村平均の13.2%よりも低くなっている。男女別に見ると、男女ともに県よりも低く、女性の喫煙率は横ばいであるが、男性の喫煙率は年々減少傾向にある。

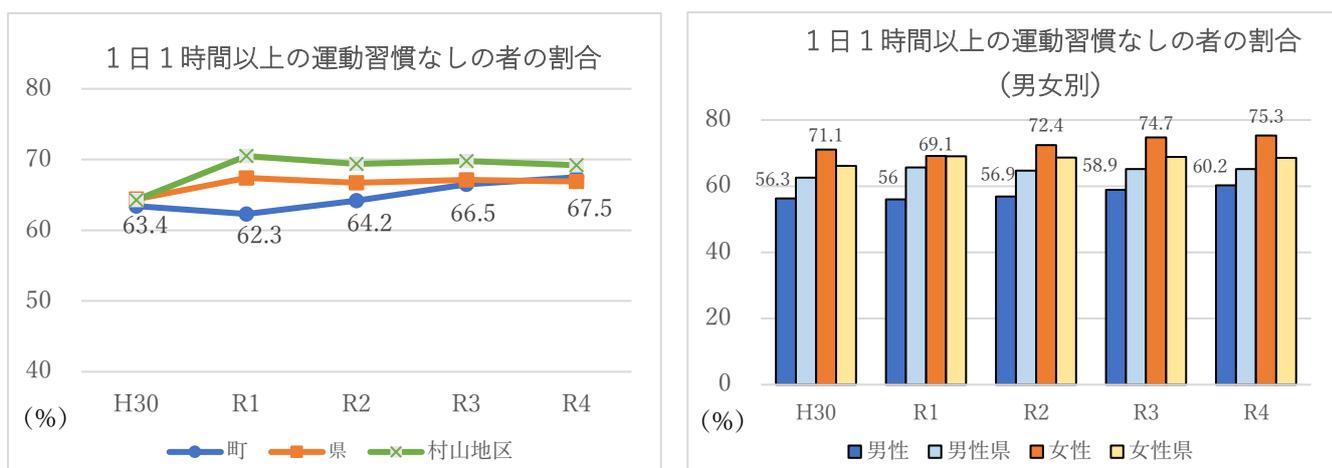
図25 喫煙率



(2) 1日1時間以上の運動習慣なしの者の割合

令和4年度の1日1時間以上の運動習慣なしの者の割合は、町は67.5%であり、県平均の66.9%よりも若干高いがほぼ同等である。男女別に見ると、男性の割合は県よりも低いですが、女性は県よりも高くなっている。男女ともに運動習慣なしの者の割合が年々増加しており、課題であると考えられる。

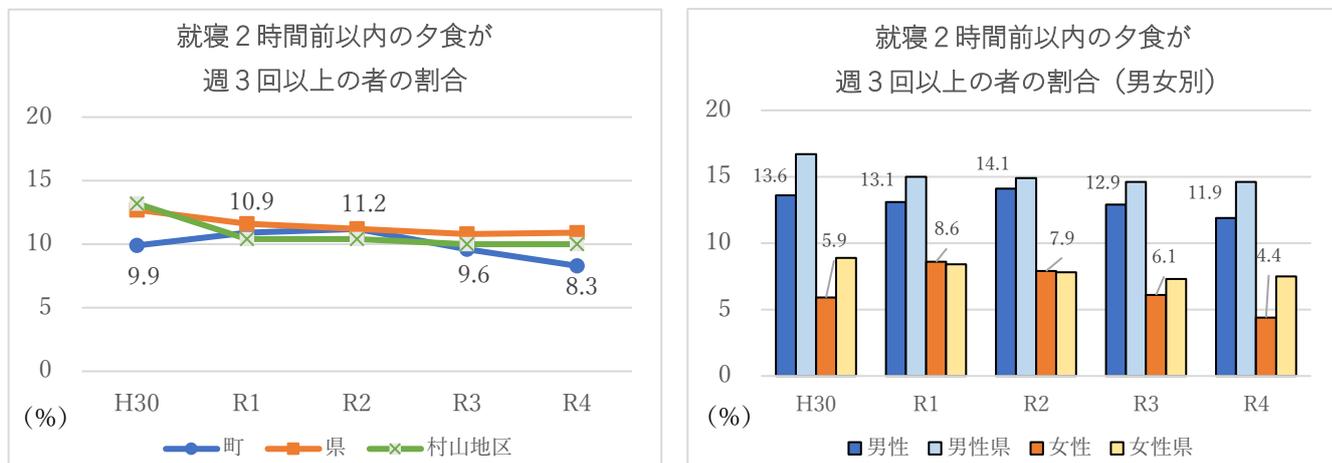
図26 1日1時間以上の運動習慣なしの者の割合



(3) 就寝2時間前以内に夕食をとる者の割合

令和4年度の就寝2時間前以内に夕食をとる者の割合は、町は8.3%であり、県の10.9%よりも低くなっている。男女別に見ると、その割合は男女ともに県よりも低く、また年々減少傾向にある。就寝前の飲食は内臓脂肪の蓄積を高め、生活習慣病のリスクともなり得るため、今後も良い生活習慣への意識付けが必要である。

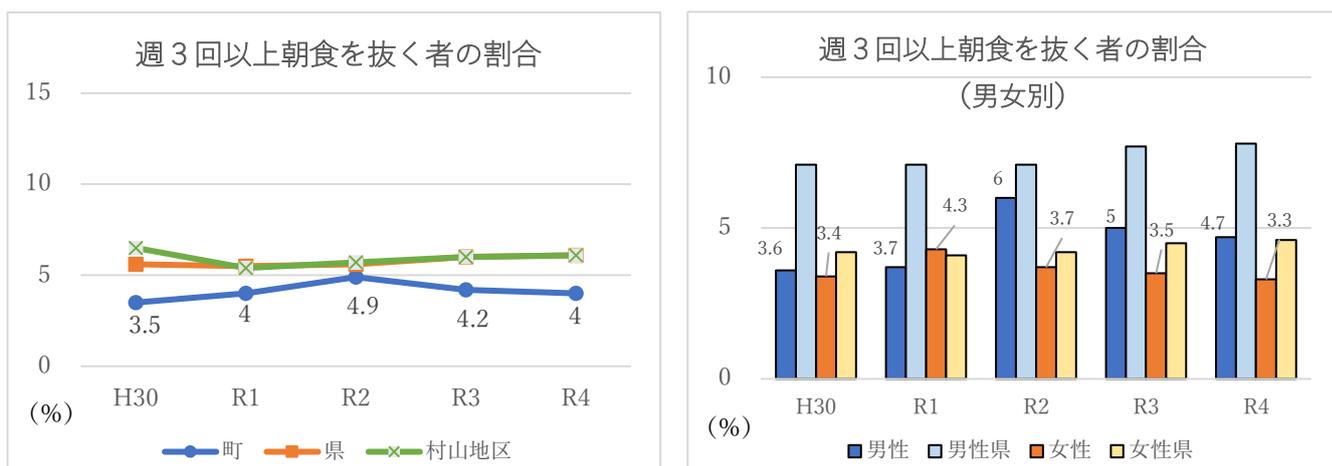
図27 就寝2時間前以内の夕食が週3回以上の者の割合



(4) 週3回以上朝食を抜く者の割合

令和4年度の週3回以上朝食を抜く者の割合は、町は4.0%であり、県の6.1%よりも低くなっている。男女別に見ると、男女ともにその割合は県よりも低い。朝食を食べている者の割合は県と比較しても高いことが分かる。

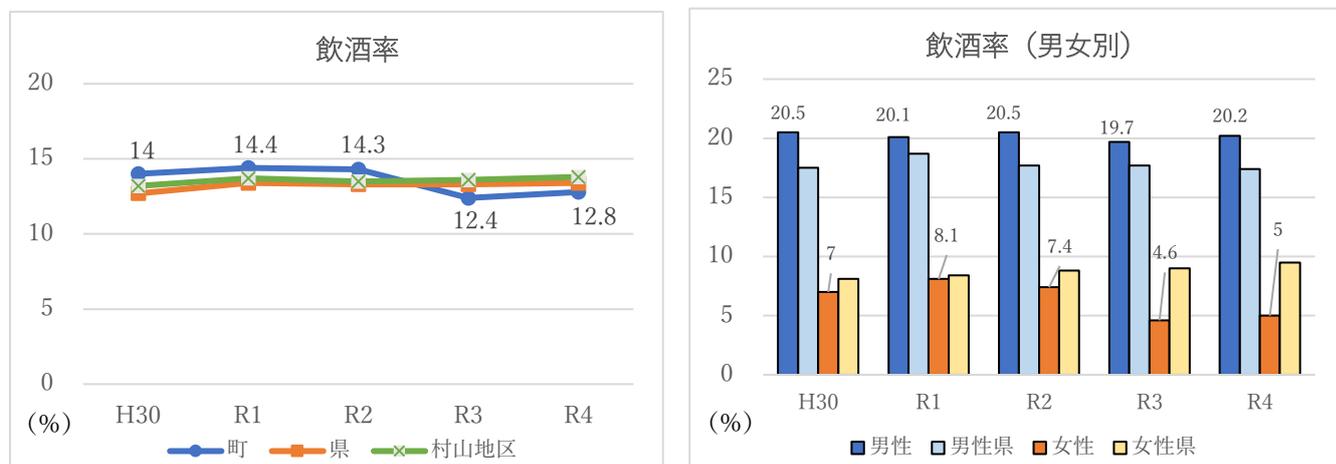
図28 週3回以上朝食を抜く者の割合



(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

令和4年度の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、町は12.8%であり、県の13.4%よりもやや低くなっている。しかし、男女別に見ると、男性の割合が県よりも高く、横ばいで推移している。女性の割合は県よりも低く、減少傾向にある。

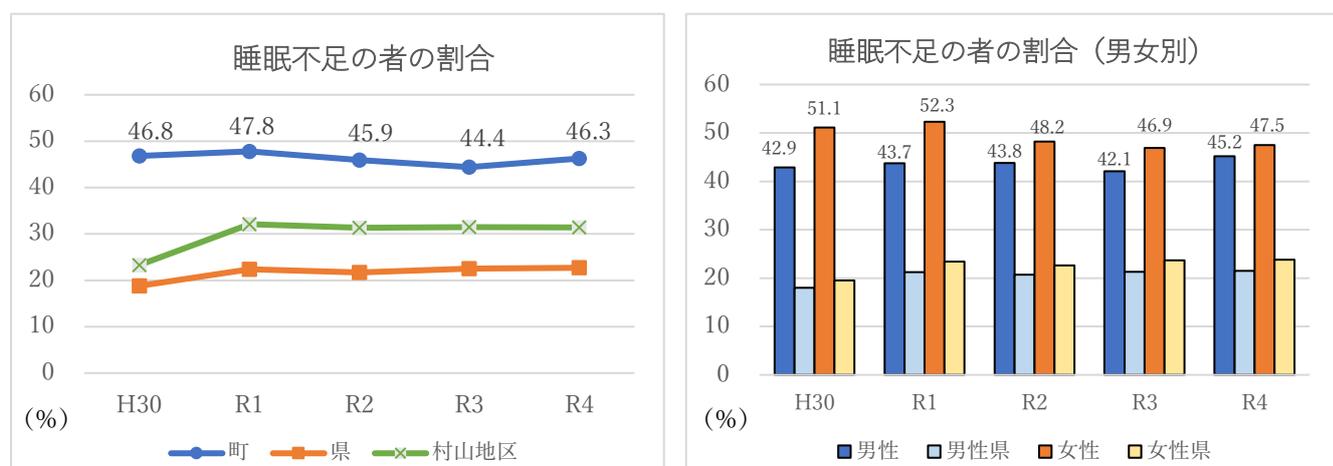
図29 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合



(6) 睡眠不足の者の割合

令和4年度の睡眠不足の者の割合は、町は46.3%であり、県の22.7%よりも大幅に高くなっている。男女別に見ても、男女ともに県よりも高く、特に男性よりも女性の方の割合が高い。睡眠不足は、さまざまな心身の不調につながることを懸念される。そのため、睡眠不足の者の割合が高く、県内ワースト1位であるという結果について、今後もさらなる分析が必要である。

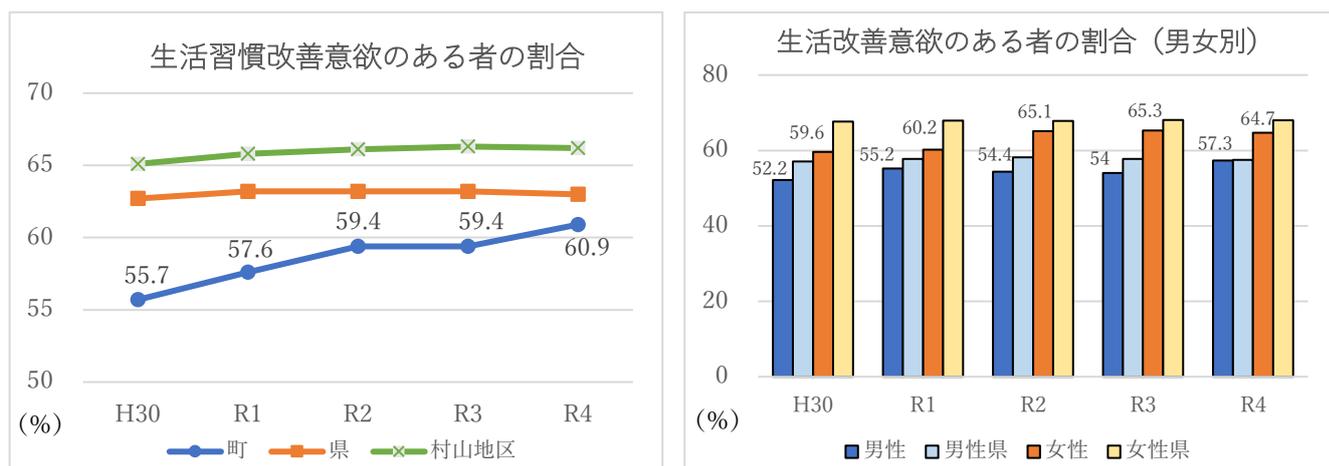
図30 睡眠不足の者の割合



(7) 生活習慣改善意欲のある者の割合

令和4年度の生活習慣改善意欲のある者の割合は、町は 60.9%であり、年々少しずつ増加しているものの、県平均 63.0%より低くなっている。また逆にみると、改善意欲なしの者の割合が 39.1%ということであり、これは県平均 37.0%より多く、男女別に見ても県平均より高い割合となっている。男女別に見ると、男性の方が改善意欲のある者の割合が低いが、男女ともに生活習慣改善への意識付けが必要であると考えられる。

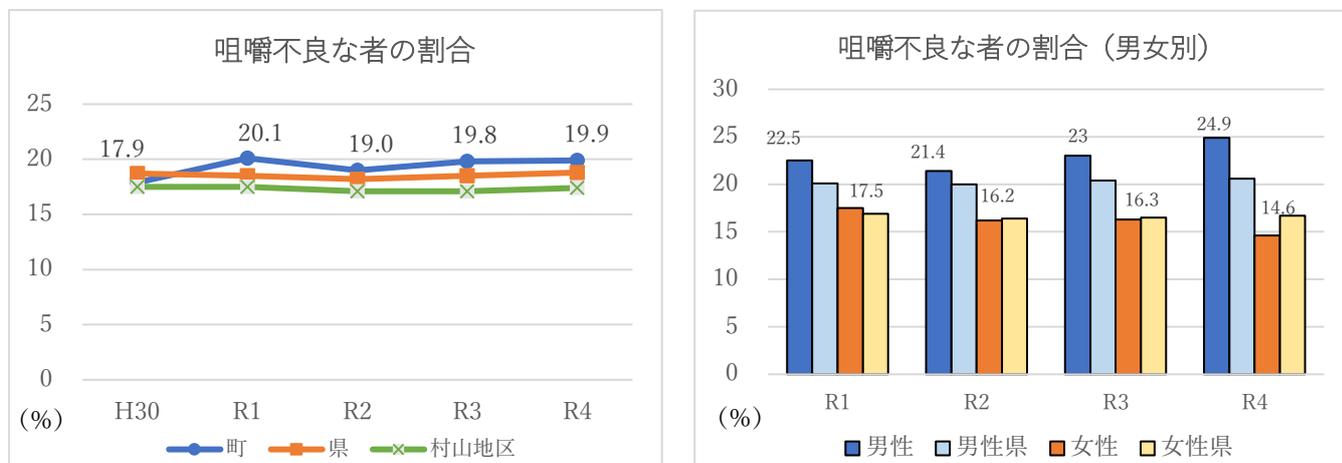
図31 生活習慣改善意欲のある者の割合



(8) 咀嚼不良な者の割合

令和4年度の咀嚼不良な者(噛みにくい、ほとんど噛めないと回答した者)の割合は、町は 19.9%であり、県平均 18.8%よりやや高く、横ばいで推移している。男女別に見ると、特に男性の方の割合が高い。口腔機能の低下は、低栄養やフレイルのリスク因子ともなるため、口腔機能の向上も課題であると考えられる。

図32 咀嚼不良な者の割合



KDB システム「質問票調査の経年比較」、国保連合会提供データセットより

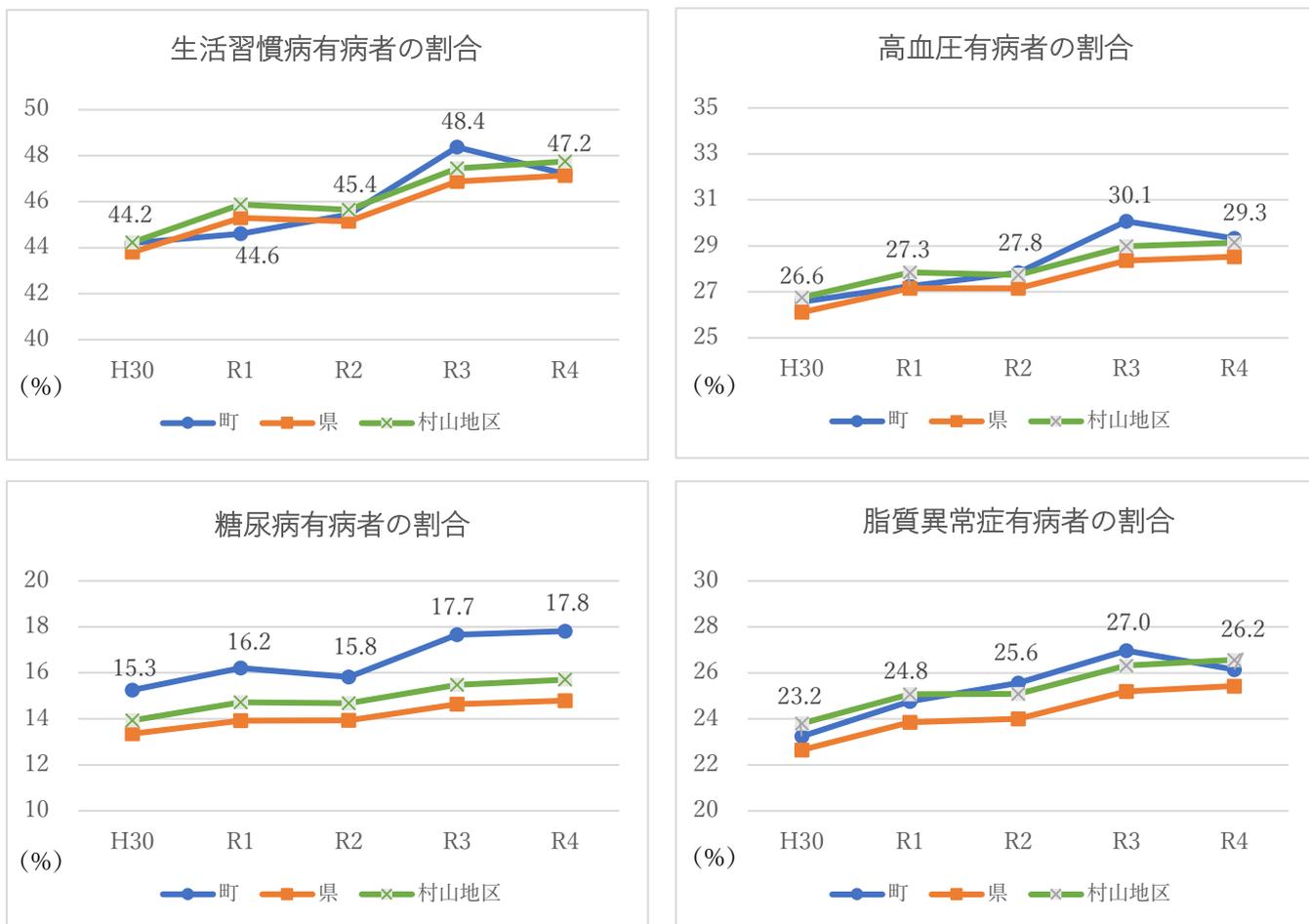
4 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

(1) 生活習慣病有病者の割合

令和4年度の生活習慣病有病者の割合は47.2%であり、県平均の47.1%とほぼ同等であるが、年々少しずつ増加している。その中でも、糖尿病有病者の割合が17.8%と、県平均14.8%よりも高くなっており、県内第5位となっている。高いのは男女ともにであり、性差は見られない。高血圧有病者29.3%や脂質異常症有病者26.2%の割合は、県平均とほぼ同等であるが、年々少しずつ増加している。

健診結果から、血糖値や血圧の有所見者割合は増加傾向にあり、実際に糖尿病や高血圧症の有病者割合も増加してきている。また、特定保健指導実施率の低さも要因として考えられるため、今後も生活習慣改善への意識付けが必要であると考えられる。

図33 生活習慣病有病者の割合



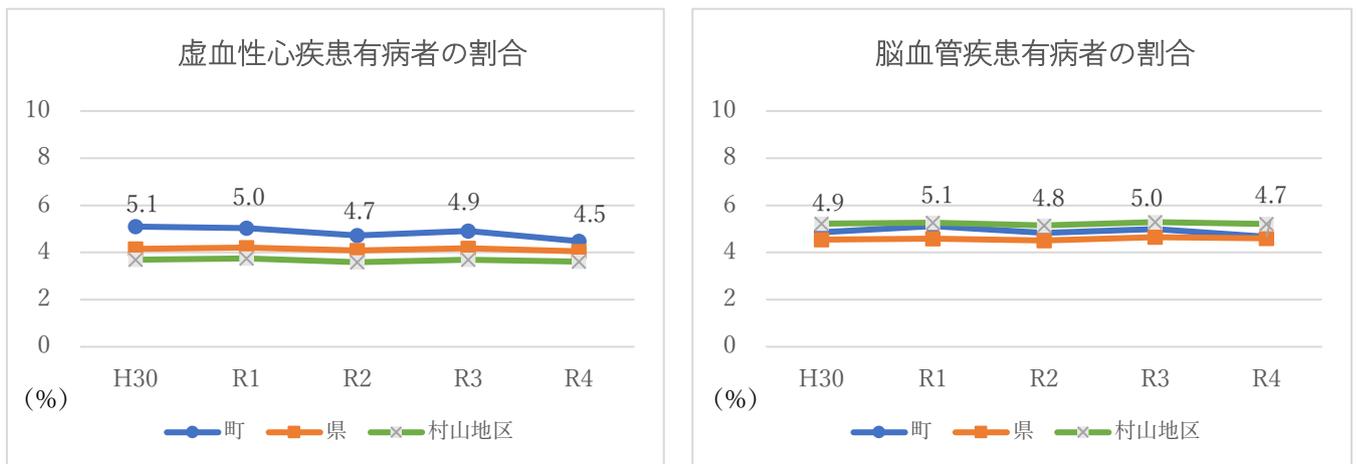
国保連合会提供データセットより

(2) 虚血性心疾患及び脳血管疾患有病者の割合

令和4年度の虚血性心疾患有病者の割合は4.5%であり、県平均の4.1%とほぼ同等であり、横ばいで推移している。また、脳血管疾患有病者の割合は4.7%であり、こちらも県平均4.6%とほぼ同等であり、横ばいで推移している。

しかし、健診結果から血糖値や血圧の有所見者割合は増加傾向にあり、またレセプトデータからも糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の有病者の割合も増加傾向にあることが分かった。そういった生活習慣病が虚血性心疾患や脳血管疾患といった病気の発症リスクになり、対象者の生活の質(QOL)の低下はもちろんのこと、医療費の増大にもつながることになるため、生活習慣病の発症予防及び重症化予防が重要であると考えられる。

図34 虚血性心疾患及び脳血管疾患有病者の割合



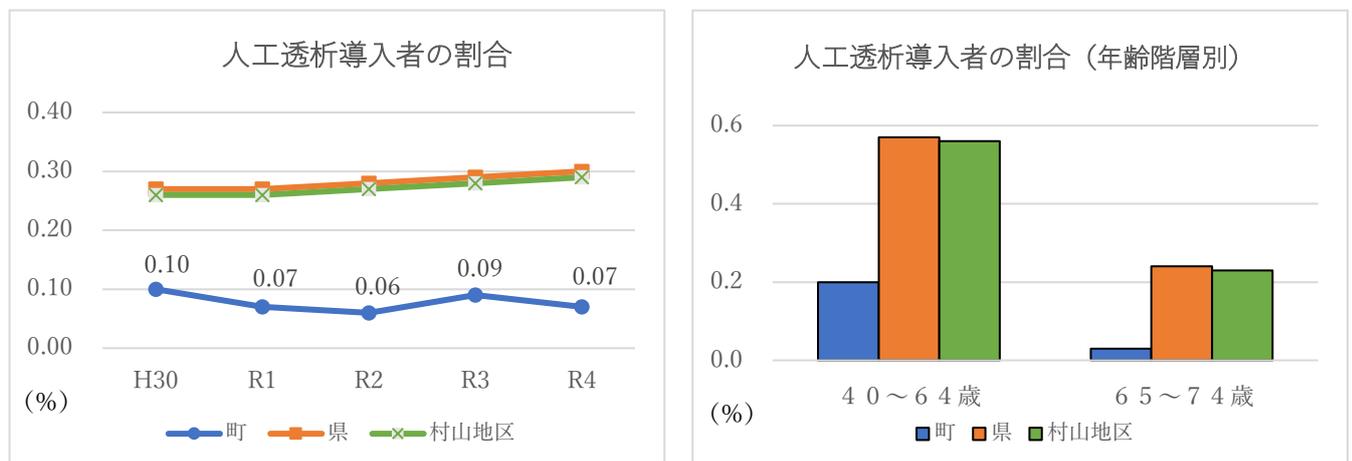
国保連合会提供データセットより

(3) 人工透析導入者の状況

令和4年度の人工透析導入者の割合は0.07%（1.3人）であり、県平均の0.30%よりも低い。透析導入に至る人数は決して多くはないが、県や村山地区等の状況を年齢別に見ると、64歳以下で透析導入に至る者の割合が多い。

人工透析導入に至る原因としては、糖尿病性腎症によることが多いと言われている。また腎機能の低下は生活習慣も大いに関係するため、やはり若いうちから生活習慣病の発症及び重症化予防に関する普及啓発が必要であると考えられる。

図35 人工透析導入者の割合



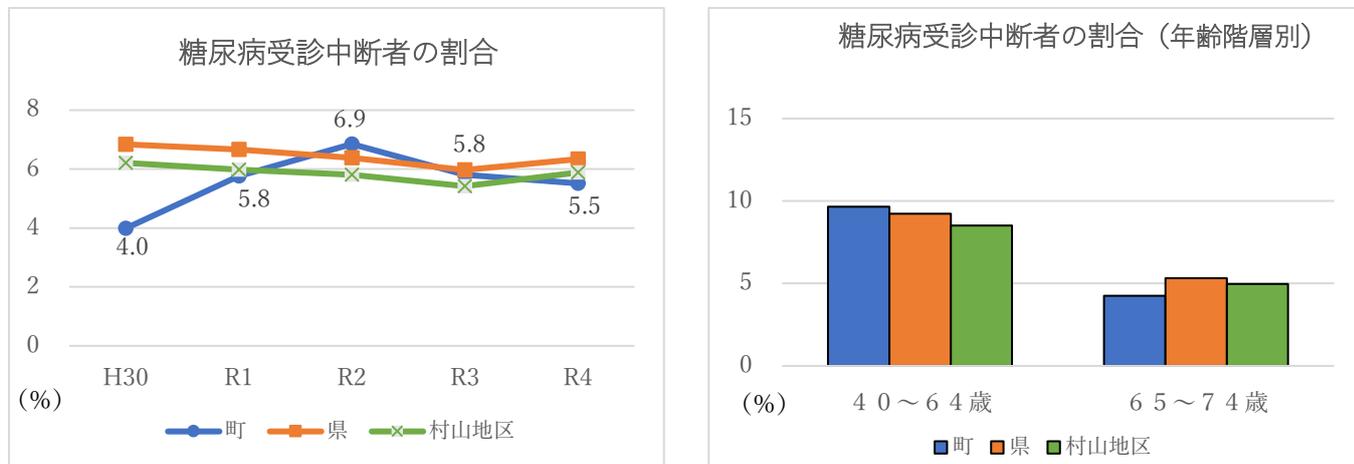
国保連合会提供データセットより

(4) 糖尿病受診中断者の状況

令和4年度の糖尿病受診中断者の割合は 5.5% (34.0 人) であり、県平均の 6.3% よりも低い。年齢別に見ると、64 歳以下の者の割合が高い。

糖尿病治療の中断は、重症化リスクが高まるため、注意が必要である。

図36 糖尿病受診中断者の割合



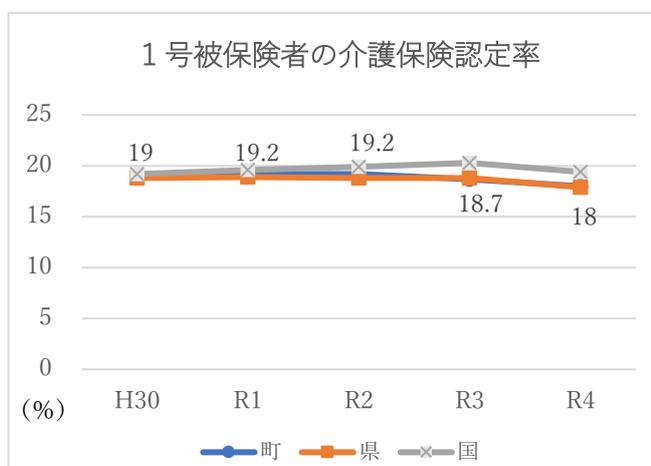
国保連合会提供データセットより

5 介護費関係の分析

(1) 介護保険認定率、介護給付費

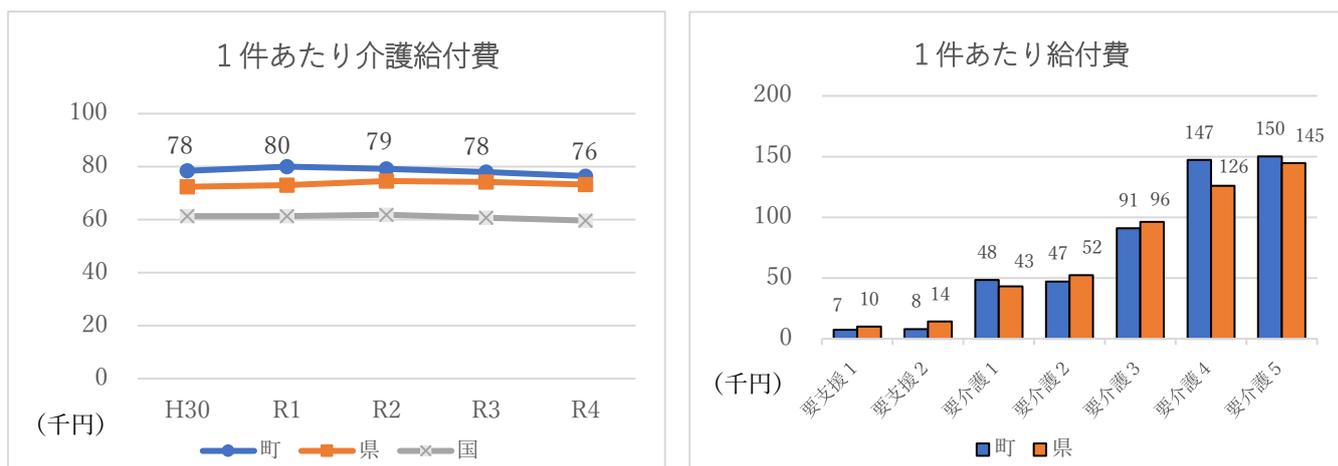
令和4年度の65歳以上の1号被保険者の要介護認定率は 18.0%で、県平均の 17.9%とほぼ同等であるが、1件あたりの介護給付費は 76,449 円であり、県平均 73,268 円よりも高くなっている。特に、要介護4が 147,287 円、要介護5が 150,082 円と介護給付費が県平均の要介護4の 126,039 円、要介護5の 144,658 円よりも高い状況にある。

図37 介護保険認定率の推移



KDB システム「要介護者認定状況」、国保連合会提供データセットより

図38 1あたり介護給付費



KDBシステム「要介護者認定状況」・「要介護度別1件当たり給付費」、国保連合会提供データセットより

(2) 要介護者の認定状況及び有病状況

令和4年度の要介護者の有病状況の第1位は心臓病 62.3%、第2位は筋・骨疾患 49.5%、第3位は精神 38.9%となっており、いずれも県平均と同等もしくはやや低くなっている。第4位が脳血管疾患 28.0%となっているが、これは県平均の 25.4%より高くなっている。

図39 要介護認定者の認定状況

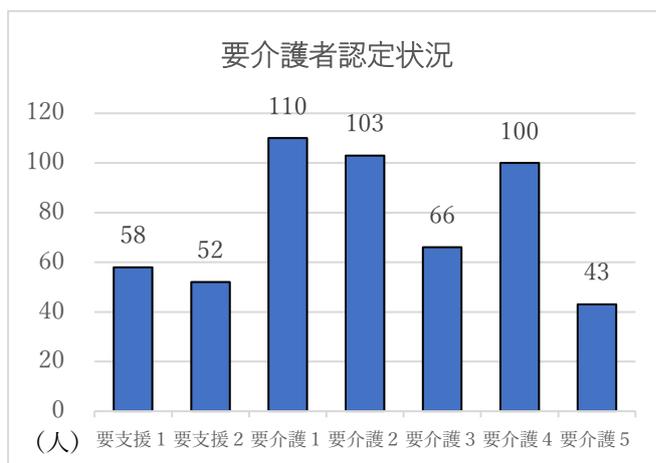
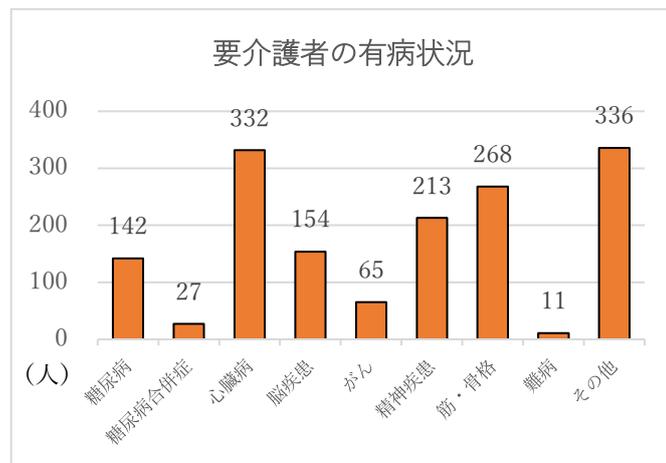


図40 要介護者の有病状況



KDBシステム「要介護者認定状況」、国保連合会提供データセットより

6 その他

- 本町の高齢化率は 40.9% (R4年10月1日現在) であり、前年 40.3%よりも高い。また、県平均 34.8%よりも高く、県内 13 位となっている。
- がん検診の受診率は県平均より若干高い傾向にある。(令和4年度:胃がん検診 25.2%、肺がん検診 47.4%、大腸がん検診 41.9%、乳がん検診 40.3%、子宮頸がん検診 30.0%)
- 本町では令和5年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」に取り組んでおり、ハイリスクアプローチとして低栄養予防に関する訪問指導と生活習慣病の重症化予防に関する訪問指導、またポピュレーションアプローチとしてフレイル予防に関する健康教室及び健康相談の取り組みを実施している。また、健康情報の発信として年に1回「健康づくりに関する展示」を実施しており、そこでも一体的実施事業及びフレイルについて周知している。

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

Ⅰ 健康課題

上記の分析結果を踏まえ、本町の健康課題を以下のとおり整理する。

大江町の特性	<ul style="list-style-type: none"> 令和3年度の高齢化率は40.3%と県の34.3%よりも高く、県内14位である。 令和4年度の国保被保険者数は1,758人と年々減少している。65～74歳の割合が55%と最も高く、平均年齢は57.7歳である。
--------	--



特定健診	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の特定健診受診率は58.4%であり、県の50.5%より高いものの国の目標値60%には達していない。特に、40～50代男性と40代女性の受診率が低い。
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の特定保健指導実施率は49.2%であり、県の47.1%より高いものの、近年横ばいで推移している。特に50代男性の実施率が低い。



質 問 票 調 査	生活習慣改善意欲のある者の割合	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の生活習慣改善意欲のある者の割合は60.9%であり、年々増加しているが、県の63.0%より低い。男女別に見ると、女性64.7%より男性57.3%の方が生活習慣改善意欲のある者の割合が低い。
	1日1時間以上の運動習慣なしの者の割合	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の1日1時間以上の運動習慣なしの者の割合は67.5%であり、県の66.9%よりもやや高いが、ほぼ同等である。男女別に見ると、男性は60.2%で県よりも低い、女性の75.3%は県よりも高くなっている。
	リスクを高める量を飲酒している者の割合	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の飲酒者の割合は12.8%であり、県の13.4%よりもやや低い。しかし、男性の飲酒者の割合が20.2%で、県の17.4%よりも高く、近年横ばいで推移している。
	睡眠不足の者の割合	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の睡眠不足の者の割合は46.3%であり、県の22.7%よりも大幅に高く、県内ワースト1位である。



健 診 結 果 の 状 況	メタボリックシンドローム	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の内臓脂肪症候群の該当者21.6%及び予備群9.9%の割合は、県の該当者18.9%、予備群8.9%よりやや高い。
	健診有所見者の状況	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の血糖有所見者（空腹時血糖100mg/dℓまたはHbA1c5.6%以上）の割合は85.6%であり、県の72.6%よりも大幅に高く、県内ワースト1位の状況である。 令和4年度のeGFR有所見者（60mℓ/分/1.73m²未満）の割合は22.8%であり、県の17.5%よりも高く、年々増加傾向にある。 令和4年度の血圧有所見者（収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上）の割合は55.8%で、県の57.3%より低いものの、年々増加傾向にある。 令和4年度の尿酸有所見者（7.0mg/dℓ以上）の割合は11.6%であり、県の1.7%よりも大幅に高い。



レセプト等の状況	生活習慣病有病者の割合	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の生活習慣病有病者の割合は 47.2%であり、県の 47.1%とほぼ同等であるが、年々増加傾向にある。 中でも、糖尿病有病者の割合が 17.8%であり、県の 14.8%よりも高く、県内ワースト5位である。 令和4年度の高血圧有病者の割合（29.3%）や脂質異常症有病者の割合（26.2%）は県とほぼ同等であるが、年々少しずつ増加している。
----------	-------------	--



医療費・受診率	全体	<ul style="list-style-type: none"> 総医療費は、令和3年度は大幅に増加し6億3,199万円となったが、令和4年度は減少し5億8,780万円となった。 令和4年度の入院と外来の合計で医療費の高い疾病は、1位が糖尿病、2位が統合失調症、3位が高血圧症となっている。 令和4年度の1人あたり医療費の月平均は、入院 10,930円、外来 17,320円で入院外来合計 28,249円のすべてにおいて県よりも低い。 1人あたり医療費（医科）は年々増加している。しかし、令和4年度は 27,543円となり前年度より減少し、県の 30,105円よりも低い。 1人あたり医療費（歯科）は、年々増加している。令和4年度は 2,245円で県の 2,153円よりも高い水準である。
	入院	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の入院医療費の高い疾病は、1位が統合失調症、2位が関節疾患、3位が不整脈となっている。 令和4年度の1件あたりの入院医療費としては、脳血管疾患 777,888円、新生物 735,437円、糖尿病 699,395円の順となっている。
	外来	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の1人あたり外来医療費の月平均は 17,320円で、年々増加傾向にある。 令和4年度の外來医療費の高い疾病は、1位が糖尿病、2位が高血圧症、3位が脂質異常症となっている。 令和4年度の1件あたりの入院外医療費としては、新生物 48,500円、腎不全 46,605円の順となっている。 外来受診率は県よりも高く、年々上昇している。歯科受診率も県よりも高い水準である。



平均余命、平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の平均余命は、男性 82.0歳、女性 85.3歳であり、平均自立期間は、男性 80.3歳、女性 82.9歳である。男性は年々少しずつ伸びているが、女性は年々やや低下している。
要介護者の有病状況	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の介護保険認定率は 18.0%であり、県の 17.9%とほぼ同等であるが、1件あたりの介護給付費は 76,449円であり、県の 73,268円よりも高い。 要介護者の有病状況の1位は心臓病で 62.3%、2位は筋・骨疾患の 49.5%、3位は精神 38.9%となっているが、県とほぼ同等である。4位が脳血管疾患の 28.0%であり、これは県よりやや高くなっている。

これらを踏まえ、大江町国民健康保険における健康課題として、次の4つを抽出した。

	健康課題	優先する健康課題	P28～41の対応する保健事業番号
A	<p>特定健診の受診率及び特定保健指導実施率共に、目標値 60%には届いていない。また、内臓脂肪症候群の該当者割合は県平均よりも高く上昇傾向にあり、生活習慣改善意欲なしの者の割合は県平均よりも高い。</p> <p>(疾病の予防・早期発見のため、健康づくり及び生活習慣改善への意識付けが必要)</p>		1・2・7・8
B	<p>生活習慣病有病者の割合は年々増加している。女性の運動習慣なしの者の割合が高く、また男性の飲酒者の割合が高い。また、睡眠不足の者の割合は男女ともに高く、これらのことは生活習慣病のリスクを高めることになる。健診有所見者状況を見ると、空腹時血糖・HbA1c・尿酸・eGFRなどのリスク保有者が県平均よりも高い傾向にある。</p> <p>(生活習慣病の発症及び重症化予防が必要)</p>		1・2・5・7
C	<p>健診結果を見ると、血糖有所見者の割合は県内ワースト1位である。また、レセプトデータを見ると、糖尿病有病者の割合は県内ワースト5位である。また、eGFRの有所見者割合も県平均より高く、年々増加傾向にある。入院・外来の合計で医療費の高い疾病の1位は糖尿病であり、糖尿病の悪化は医療費の増大にもつながる。</p> <p>(糖尿病の発症及び重症化予防が必要)</p>	✓	3・4・5
D	<p>1人当たりの歯科医療費が年々増加しており、県平均よりも高い。また、歯科の受診率も県平均よりも高い。健診質問票調査によると、咀嚼不良な者の割合は県平均よりやや高く、横ばいで推移している。</p> <p>(生活習慣病予防・フレイル予防のために、歯科を通じた健康づくりが必要)</p>		5・6

2 計画全体の目的・目標、評価指標、現状値、目標値

【計画全体の目的】

データヘルス計画全体の目的として、「生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、健康寿命の延伸を目指す」こととして取り組んでいく。

【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						
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
i	健康寿命を延伸する、フレイルを予防する	平均自立期間（要介護2以上）	KDB 帳票「地域の全体像の把握（平均自立期間）」の値	男：80.3歳 女：82.9歳	男：80.3歳 女：82.9歳	男：80.4歳 女：83.0歳	男：80.4歳 女：83.0歳	男：80.5歳 女：83.1歳	男：80.5歳 女：83.1歳	男：80.6歳 女：83.2歳
ii	健康意識を高める	特定健診受診率	法定報告	58.3%	59.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%
iii	生活習慣を改善する	特定保健指導終了者の割合	法定報告	49.2%	50.0%	50.0%	51.7%	52.5%	54.2%	55.2%
iv		内臓脂肪症候群該当者の割合	法定報告	21.6%	21.0%	21.0%	20.0%	20.0%	19.0%	19.0%
v		生活習慣病有病者の割合	KDB 帳票様式 3-1「生活習慣病全体のレセプト分析」より、データセットの値	47.2%	47.0%	47.0%	46.0%	46.0%	45.0%	45.0%
vi	生活習慣病の重症化を予防する	血圧有所見者割合	KDB システム「集計対象者一覧」より、データセットの値	55.8%	55.0%	54.0%	53.0%	52.0%	51.0%	50.0%
vii		血糖有所見者割合	KDB システム「集計対象者一覧」より、データセットの値	85.6%	84.0%	82.0%	80.0%	78.0%	76.0%	74.0%
viii		糖尿病有病者の割合	KDB 帳票様式 3-2「糖尿病のレセプト分析」より、データセットの値	17.8%	17.0%	17.0%	16.0%	16.0%	15.0%	15.0%
ix		人工透析導入者の割合	KDB 帳票様式 3-7「人工透析のレセプト分析」より、データセットの値	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%
x	歯周疾患を予防する	咀嚼の項目のうち、「噛みにくい・ほとんど噛めない」者の割合	KDB 帳票「地域の全体像の把握（生活習慣）」の値	19.9%	19.0%	19.0%	18.0%	18.0%	17.0%	17.0%

3 保健事業一覧

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く。

表2 保健事業一覧

保健事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	
2	特定保健指導	特定保健指導事業	
3	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業	重点
4	重症化予防（保健指導）	人工透析導入ハイリスク者受診勧奨訪問事業	重点
5	重症化予防（保健指導）	健康づくり教室（減塩・ベジアップ教室）	
6	その他	歯周疾患検診	
7	その他	健康マイレージ事業	
8	その他	健康情報の発信事業	

IV. 個別保健事業計画

I 特定健康診査事業

【事業の目的】

健診受診率向上を目指すことにより個々人の健康づくりへの意識を高め、高血圧症や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の予防を図る。

【事業の概要】

下記対象者に、特定健康診査を実施する。

【対象者】

40～74歳の大江町国民健康保険の被保険者

【アウトカム指標】

(*は、県の共通指標。以下同じ。)

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	血圧有所見者割合*	KDB	55.8%	55.0%	54.0%	53.0%	52.0%	51.0%	50.0%
2	血糖有所見者割合*	KDB	85.6%	84.0%	82.0%	80.0%	78.0%	76.0%	74.0%
3	糖尿病有病者の割合*	KDB	17.8%	17.0%	17.0%	16.0%	16.0%	15.0%	15.0%
4	虚血性心疾患有病者の割合(人数)*	KDB	4.5% (80.0人)	4.5%	4.5%	4.4%	4.4%	4.3%	4.3%
5	脳血管疾患有病者の割合(人数)*	KDB	4.7% (83.3人)	4.6%	4.6%	4.5%	4.5%	4.4%	4.4%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	特定健診受診率*	法定報告	58.3%	59.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%
2	特定保健指導終了者の割合*	法定報告	49.2%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%

【プロセス（方法）】

（１）周知

- ・前年度の２月頃に、全世帯に区長・隣組長経由で「家族調査票」を配布し、３０歳以上の者を対象に特定健診受診希望の有無について調査を行う。
- ・前年度の３月末の広報配布時に、健診日程等が記載された「大江町 保健事業の日程」を全戸配布する。
- ・広報紙や町ホームページ、SNS 等に、健診受診の記事を掲載し周知する。

（２）勸奨

- ・国保加入者の節目年齢の者に、個人負担金軽減クーポン券を交付する。
- ・特定健診未申込者に電話勸奨を行う。つながらなかった者には、受診勸奨文書（及びパンフレット）を送付する。

（３）その他〈事業実施上の工夫・留意点・目標等〉

- ・国保加入の節目対象者（年度初めの４月１日において満３９・４０・４５・５０・５５・６０～６２歳）の方に、個人負担金軽減クーポン券を交付する。
※特定健診の受診＋胃・肺・大腸がん検診が５００円で受診可能。
- ・令和３年度より、３０歳代の若年層健診受診者や国保加入者、集合契約Ｂの受診券使用者について、特定健診の費用を無料とした。
- ・令和４年度より若年層健診の年齢を、学校や職場等で健診を受ける機会のない１６～２９歳まで引き下げた。

【ストラクチャー（体制）】

（１）庁舎内担当部署

- ・健診実施機関との契約等主な健診事務は、健康福祉課保健衛生係が担当する。
- ・国保加入者の節目対象者に対する個人負担金軽減クーポン券の交付は、税務町民課国保医療係が担当する。
- ・特定健診未申込者への電話勸奨は、健康福祉課保健衛生係が担当する。

（２）民間事業者

- ・令和５年度より、健診の日時変更及びキャンセルや新規申し込み等の問い合わせを総合健診センターに委託している。また、問診票等の送付業務についても、総合健診センターに委託している。

（３）他事業

- ・特定健診とがん検診との同時実施を行う。
- ・月に１回、町保健センターにて健康相談を実施する。

(4) その他〈事業実施上の工夫・留意点・目標等〉

- ・検査値の悪化等により至急訪問対象と判断した受診者については、健診実施機関から健康福祉課に連絡をもらい、町保健師が至急訪問し、受診勧奨や保健指導を行う。

2 特定保健指導事業

【事業の目的】

メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病の予防を図る。

【事業の概要】

下記対象者に、特定保健指導を実施する。

【対象者】

特定保健指導基準該当者

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	内臓脂肪症候 群該当者割合 *	法定報告	21.6%	21.0%	21.0%	20.0%	20.0%	19.0%	19.0%
2	特定保健指導 による特定保 健指導対象者 の減少率* ※前年度利用者か つ当該年度健診で 保健指導の対象で はなくなった人/ 前年度利用者数	法定報告	9.1%	10.0%	10.0%	11.0%	11.0%	12.0%	12.0%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	特定保健指導 終了者の割合 *	法定報告	49.2%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%

【プロセス（方法）】

（１）周知

- ・ 特定保健指導該当になりそうな人に、健診受診後（健診費用の支払い時）に健診実施機関窓口で「特定保健指導のご案内」を配布する。
- ・ 健診結果送付時の送付文書に、特定保健指導利用に関する案内を記載し送付する。

（２）勸奨

- ・ 健診当日に特定保健指導を実施しなかった者に対し、町から特定保健指導利用勸奨の文書（及びパンフレット）を送付する。

（３）その他〈事業実施上の工夫・留意点・目標等〉

- ・ 40歳未満の若年層健診を受診し特定保健指導対象者に該当する者に対して、文書を送付し、受診勸奨・保健指導を実施する。

【ストラクチャー（体制）】

（１）庁舎内担当部署

- ・ 特定保健指導の委託料の支払い事務等は、税務町民課国保医療係が担当する。
- ・ 特定保健指導未利用者への受診勸奨等は、健康福祉課保健衛生係が担当する。

（２）民間事業者

令和元年度より、特定保健指導を全て総合健診センターに委託し実施している。

3 糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業

【事業の目的】

糖尿病あるいは糖尿病予備群にある者が、適切な受診勸奨や保健指導を受けることで、自らの生活習慣を改善し、腎不全や人工透析への移行を防止することができる。

【事業の概要】

糖尿病の発症及び重症化を予防するために、回報書が交付された医療機関未受診者に対して受診勸奨を行う。

【対象者】

（１）選定方法

町で実施する特定健診の結果から下記の対象者を抽出する。

(2) 選定基準

大江町国民健康保険被保険者のうち、特定健診の結果、①または②に該当する者
※ 県策定プログラムに準じる。

① アに該当し、かつイまたはウのいずれかに該当する者

ア：空腹時血糖 126mg/dL（随時血糖 200 mg/dL）以上または
HbA1c6.5%以上

イ：eGFR60mL/分/1.73㎡未満

ウ：尿蛋白 陽性（+）以上

② eGFR45mL/分/1.73㎡未満の者

(3) 除外基準

問診票にて治療中（糖尿病もしくは腎臓病治療中）の者は除外する。

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	血糖重症化予 防（受診勧奨 事業）対象者 の割合(人数) *	KDB	6.3% (47人)	6.2%	6.2%	6.1%	6.1%	6.0%	6.0%
2	糖尿病受診中 断者の割合 (人数)*	KDB	5.5% (34人)	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%
3	重症化予防 (腎症・CKD) 対象者の割合 *	KDB	1.8%	1.8%	1.8%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%
4	糖尿病有病者 の割合(人数) *	KDB	17.8% (317.8人)	17.0%	17.0%	16.0%	16.0%	15.0%	15.0%
5	人工透析有病 者の割合(人 数)*	KDB	0.07% (1.3人)	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	精密検査受診率（国保）	回報書が交付された者のうち、精密検査を受診した者の割合	95%	95%	95%	95%	100%	100%	100%
2	受診勧奨後の医療機関受診率（国保）	精検未受診者に受診勧奨を行った者のうち、精密検査を受診した者の割合	85.7%	90%	90%	95%	95%	100%	100%

【プロセス（方法）】

（1）周知

- ・健診結果送付時の送付文書に、精検受診及び「糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業」に関する案内を記載し送付している。
- ・特定健診の結果、要精検該当者には、健診結果と共に回報書（ハガキ）が送付される。

（2）勧奨

- ・健診日の翌々月末までに回報書の返送がない場合には、レセプトデータ等で受診状況を確認のうえ対象者宅を訪問し、受診勧奨及び保健指導を実施する。
- ・訪問実施の翌月末までに医療機関からの回報書の返送がない者については、電話等にて受診状況を確認し、再度受診勧奨を行う。

（3）実施及び実施後の支援

- ・回報書にて、対象者の受診状況を確認する。

【ストラクチャー（体制）】

（1）庁舎内担当部署

回報書の確認、受診勧奨の文書の発送及び電話勧奨などは、健康福祉課保健衛生係が担当する。

パンフレット等の予算は、国保特別会計より支出する。

（2）かかりつけ医・専門医

受診勧奨文書送付時に、検査値等を記載した主治医宛て文書を同封し、対象者が医療機関受診時に持参してもらうこととする。主治医宛て文書には県プログラムに基づき、町による保健指導が必要な場合には町に依頼いただくような内容も記載した。

4 人工透析導入ハイリスク者受診勧奨訪問事業

【事業の目的】

重症化するリスクの高い者が、適切な受診勧奨や保健指導を受けることで、自らの生活習慣を改善し、腎不全や人工透析への移行を防止することができる。

【事業の概要】

特定健診のデータを基に、重症化リスクの高い者（ハイリスク者）をリストアップし、医療機関の受診につなげる。

【対象者】

（1）選定方法

町で実施する特定健診の結果から、下記の対象者を抽出する。

（2）選定基準

国保の被保険者のうち、過去4年間に於いて、eGFRの結果が3年分以上ある者を予測対象者とし、今後のeGFRの推移を予測し、5年以内に「eGFR=10」に到達すると予測される者

（3）除外基準

直近の健診結果から、eGFR値が60mL/分/1.73m²以上ある者については除外する。また、レセプトデータを確認し、治療中と判断された、またはすでに人工透析を導入していた者についても除外する。

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値						
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
1	人工透析有病者の状況 (人数・割合)*	KDB	0.07% (1.3人)	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値						
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
1	保健指導実施率	実施者/ 対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	保健指導後の医療機関受診率	受診者/ 対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【プロセス（方法）】

（１）勸奨

国保連合会より、対象者に該当する者を「５年以内に人工透析に移行する可能性のある者」としてリスト化し、リスト提供してもらう。

【ストラクチャー（体制）】

（１）庁舎内担当部署

- ・訪問指導は、健康福祉課保健衛生係が担当する。
- ・パンフレット等の予算は、国保特別会計より支出する。

（２）かかりつけ医・専門医

訪問指導時に、本人宛て文書と共に主治医宛て文書を持参し、対象者が医療機関受診時に持参してもらうこととする。

（３）国民健康保険団体連合会

対象者に該当する者を「５年以内に人工透析に移行する可能性のある者」としてリスト化し、リスト提供してもらう。

（４）その他〈事業実施上の工夫・留意点・目標等〉

- ・国保加入者だけでなく、後期高齢者をも対象とした「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」との連携が重要である。
- ・高血圧等の基礎疾患により内科は受診しているが、腎機能の著しい低下がみられるものの腎臓専門医等にはつながっていない者へのアプローチが難しい。

5 健康教室（減塩・ベジアップ教室）

【事業の目的】

ポピュレーションアプローチの一環として、町民の健康づくりへの意識を高め、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病の予防を図る。

【事業の概要】

生活習慣病予防を目的とした、食事・運動等に関する講話・実技などを含めた健康教室を行う。

【対象者】

被保険者を含む町民

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	生活習慣病有病者の割合（人数）＊	KDB	47.2% (842.2人)	47%	47%	46%	46%	45%	45%
2	糖尿病有病者の割合（人数）＊	KDB	17.8% (318.7人)	17%	17%	16%	16%	15%	15%
3	高血圧有病者の割合（人数）＊	KDB	29.3% (523.0人)	29%	29%	28%	28%	27%	27%
4	脂質異常症有病者の割合（人数）＊	KDB	26.2% (466.5人)	26%	26%	25%	25%	24%	24%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健康教室参加者数	実人数	50人	50人	55人	60人	65人	70人	75人

【プロセス（方法）】

（１）周知

- ・ 広報紙、町ホームページ、SNS 等に、健康教室に関する記事を掲載し周知する。
- ・ 前年度健康教室参加者には、個別に案内を送付する。
- ・ 役場窓口、保健センター、中央公民館などにチラシを設置する。
- ・ 体育センターにチラシを設置してもらうと共に、O-STEP（総合型地域スポーツクラブ）参加者にチラシを配布する。
- ・ 健康相談時や訪問時にチラシを配布し周知する。

（２）勸奨

- ・ 前年度健康教室参加者には、個別に案内を送付する。

（３）その他〈事業実施上の工夫・留意点・目標等〉

- ・ 健康教室の様子を、広報誌や SNS 等で発信する。

【ストラクチャー（体制）】

（１）庁舎内担当部署

健康教室の企画・周知・実施は、健康福祉課保健衛生係が担当する。

（２）保健医療関係団体

健康教室の内容によっては外部講師（医師、歯科衛生士など）に依頼する。

(3) 国民健康保険団体連合会

参加者の健康意識を高めるため、インボディ測定や血管年齢測定等の機器を借用する。

(4) 民間事業者

健康教室の内容によっては、外部講師（栄養指導、運動指導など）に依頼する。

(5) その他の組織

健康づくりの担い手として、食生活改善推進協議会の会員に健康教室の案内を送付する。

(6) 他事業

健康教室への参加が健康マイレージ事業のポイントとなるようにしており、健康づくりへの参加を促す。

6 歯周疾患検診

【事業の目的】

歯科疾患の早期発見・早期治療の推進を図るとともに、高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防することを目的とする。

【事業の概要】

対象者にクーポン券を送付し、問診及び歯周組織検査を行う。

【対象者】

当該年度の4月1日現在で40歳・50歳・60歳・70歳の者を対象とする。

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	咀嚼の項目のうち、噛みにくい・ほとんど噛めない者の割合*	KDB	19.9%	19.0%	19.0%	18.0%	18.0%	17.0%	17.0%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	歯周疾患検診受診率	受診者/ 対象者	12.9%	13.0%	13.0%	14.0%	14.0%	15.0%	15.0%

【プロセス（方法）】

- ・事業実施期間は7月1日～12月末とし、事業実施医療機関は県歯科医師会に加入している県内歯科医療機関とする。
- ・対象者に対し、事業開始前（6月頃）に、案内通知・クーポン券・リーフレット等を送付する。10月頃に、再度受診勧奨のハガキを送付する。

【ストラクチャー（体制）】

県歯科医師会との契約事務や受診勧奨通知の発送等は、健康福祉課保健衛生係が担当する。

自己負担額は無料とし、予算は一般会計（健康増進事業費）より支出する。

7 健康マイレージ事業

【事業の目的】

町民が健康に関心を持ち、楽しく健康づくりに取り組むことができるようにすることを目的とする。

【事業の概要】

健康目標を立てて、特定健診・がん検診の受診、健康・運動関係の事業やイベントへの参加など健康づくりに各自取り組む。それぞれ設定するポイントを集め、30ポイント獲得した者全員に、「やまがた健康づくり応援カード」と「達成記念品」を交付する。

また、抽選で記念品を贈呈する。

【対象者】

大江町に住所のある20歳以上の者

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	アンケート項目：健康への意識や行動に変化のあった人の割合（目標：85%）	アンケート	80%	80%	80%	82%	82%	85%	85%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	マイレージ 事業参加者 数（実人数）	チャレン ジシート 提出者数	67人	70人	75人	80人	85人	90人	100人

【プロセス（方法）】

各公共施設等にチラシ兼チャレンジシートを設置。また、健診問診票に同封する他、健康教室等の参加者に配布するなどして周知する。合計30ポイント達成後、チャレンジシートを役場健康福祉課に提出してもらう。

【ストラクチャー（体制）】

各公共施設等にチラシ兼チャレンジシートを設置。また、健診問診票に同封する他、健康教室等の参加者に配布するなどして周知する。

8 健康情報の発信事業

【事業の目的】

町民全体の健康意識の向上及び健康づくりの普及・啓発を目的とする。

【事業の概要】

1か月程度の期間、大江町中央公民館を会場に健康づくりに関する展示を行う。

【対象者】

被保険者を含む町民

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	生活習慣の 改善意欲の ある人の割 合*	KDB	60.9%	62.0%	62.0%	63.0%	63.0%	64.0%	64.0%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	参加者数	アンケート 及び記念品 配布数	131人	130人	130人	140人	140人	150人	150人

【プロセス（方法）】

- ・広報誌やSNS等で、展示実施に関する周知を行う。
- ・大江町の現状と課題（KDB システムを活用したデータ分析）、健康づくり事業、一体的実施事業、介護予防事業等に関するポスターやパンフレットなどの展示を行う。

【ストラクチャー（体制）】

展示物（ポスターやパンフレット等）の準備や展示の周知は、健康福祉課保健衛生係が担当する。

展示に係る消耗品等の予算は、国保特別会計より支出する。

V. その他

1 データヘルス計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、各種事業の実施譲許やアンケート等の他、KDB システム等による健康・医療・介護に関するデータを活用して定量的に行う。

計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、また計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、関係機関等と連携を図る。

2 データヘルス計画の公表・周知

本計画については、ホームページなどを通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

3 個人情報の取り扱い

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、庁内等での利用等各場面で、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。

4 地域包括ケアに係る取組み

町のデータ分析、健康課題、実施事業等について関係部署と情報を共有したうえで、対象者に対して働きかけを行う。

本町では令和5年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」に取り組んでおり、ハイリスクアプローチとして低栄養予防に関する訪問指導と生活習慣病の重症化予防に関する訪問指導、またポピュレーションアプローチとしてフレイル予防に関する健康教室及び健康相談の取組みを実施している。

データヘルス計画は、保険者である町国民健康保険が、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために策定するものであるが、75歳に到達すると後期高齢者医療保険制度の被保険者となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する町国民健康保険においても、地域包括ケアシステムの構築に向けて、後期高齢者医療広域連合等と連携しつつ、健康・医療情報等の共有・分析を進める。

また、保健事業を実施する際には、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を踏まえた保健事業の選択や被保険者の健康課題に応じた保健事業を展開できるように取り組んでいく。

加えて、地域包括支援センターや社会福祉協議会等といった関係機関とも連携し、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う。

VI. 第4期特定健康診査等実施計画

I 計画の趣旨

【背景と目的】

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高確法」という）に基づき、「特定健康診査等基本指針」に即して、保険者が定めることとされている。大江町においても、特定健康診査（以下「特定健診」という）及び特定保健指導を効率的かつ効果的に実施するために、平成30年度から令和5年度までを計画期間とする「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し、特定健診の受診率向上及び特定保健指導の実施率向上に取り組んできたところである。

今回、この計画期間が終了することから、これまでの実施状況を踏まえ、糖尿病等の生活習慣病の予防、メタボリックシンドロームが強く疑われる者・予備群の減少を図り、医療費を削減することを目的とし、「第4期特定健康診査等実施計画」を策定するものである。

【計画の位置づけ】

この計画は、高確法第19条に基づき、大江町国民健康保険が策定する計画である。山形県医療費適正化計画に加えて、「大江町総合計画」、「いきいき健康行動計画21おおえ（第2次）」、「第9期大江町老人福祉計画・第8期大江町介護保険事業計画」などの関連計画との整合性を図るものとする。

なお、「特定健康診査等実施計画」は、保健事業の中核である特定健診等の具体的な実施方法等を定めているものであるため、今回、「第4期特定健康診査等実施計画」と「第3期データヘルス計画」を「大江町国民健康保険データヘルス計画」として一体的に策定等を行うものとする。

2 計画期間

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

3 特定健診・特定保健指導について

平成20年4月から、高確法により、保険者に対して、特定健診及び特定保健指導の実施が義務付けられた。現在の特定健診及び特定保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としている。

令和5年3月には、「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）」「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」が公表された。第4期からは個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方針に沿い、特定保健指導の評価方法にアウトカム評価が導入される。こうした特定保健指導の実施率を向上させていただくことで、成果を重視した保健指導をより多くの者が享受できるようにすることが求められている。

4 特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に公表された「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）」において、第4期（2024年度以降）における主な変更点は以下のとおりである。

表6 第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

変更点の内容		
特定健診	基本的な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> 血中脂質検査における中性脂肪について、やむを得ない場合には随時採血時の基準値（175 mg/dℓ）を追加する。
	標準的な質問票	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙や飲酒に係る項目について、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正。
特定保健指導	評価体系の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、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）や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定。 プロセス評価は、介入方法により個別支援、グループ支援、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入1回ごとの評価とする。支援Aと支援Bの区別は廃止する。また、ICTを活用した場合も同水準の評価とする。 特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価する。 モデル実施は廃止する。
	初回面接の分割実施の条件緩和	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和する。
	服薬を開始した場合の実施率の考え方	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診実施後または特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とする。
	服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外	<ul style="list-style-type: none"> 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実確認の再確認と同意の取得を行えることとした。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長する。

「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）」より 一部改変

5 特定健診・特定保健指導の対象者数及び目標

(1) 特定健康診査の対象者数及び受診目標率

特定健康診査等の対象者は、40歳から74歳までの大江町国民健康保険の加入者となっている。令和6年度の対象者を1,326人と見込んでおり、加入者数の減少により対象者数が年々減少することが見込まれる。

第3期計画の目標率60.0%に対し、令和4年度の健康診査受診率が58.3%で、目標達成に近づいていることから、年間1%の伸びを見込み、第4期計画の目標を64.0%とする。

表7 特定健診の対象者数及び受診目標率

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	59.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%
特定健診対象者	1,326人	1,320人	1,314人	1,308人	1,302人	1,296人
特定健診受診者	796人	805人	815人	824人	833人	842人

(2) 特定保健指導の対象者数及び実施目標率

特定保健指導対象者についても、団塊の世代の後期高齢者医療への移行等により国保加入者の減少とともに減少していくものと見込まれている。令和6年度の対象者を60人と見込んでおり、加入者数の減少により対象者数が年々減少することが見込まれる。

第3期計画の目標率60.0%に対し、令和4年度の健特定保健指導実施率は49.2%であった。第3期計画期間中はコロナ禍でもあり、思うように実施率は伸びなかった。第4期計画では実施者や未実施者のデータ分析を行い、勧奨方法を検討していくこととし、第4期計画の目標率を55.2%とする。

表8 特定保健指導の対象者数及び実施目標率

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導実施率	50.0%	50.0%	51.7%	52.5%	54.2%	55.2%
特定保健指導対象者	60人	60人	60人	59人	59人	58人
（うち動機付け支援）	40人	40人	40人	40人	40人	39人
（うち積極的支援）	20人	20人	20人	19人	19人	19人
特定保健指導実施者	30人	30人	31人	31人	32人	32人
（うち動機付け支援）	25人	25人	26人	26人	27人	27人
（うち積極的支援）	5人	5人	5人	5人	5人	5人

6 特定健診・特定保健指導の実施方法

【特定健診】

(1) 対象者

大江町国民健康保険の被保険者で、当該年度に40歳～74歳となる者

(3) 実施場所・実施時期

6月から翌年1月にかけて、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターを会場に、集団健診を実施する。

(3) 実施内容

特定健診の実施内容（健診項目）は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の第1条に定められている。また、「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）」にも健診項目が記載されているが、大江町の健康診査の項目は以下のとおりである。

表9 実施内容（健診項目）

		健診項目
特定健診	基本的な健診	<ul style="list-style-type: none"> • 問診 • 計測（身長、体重、BMI、血圧、腹囲） • 診察 • 血中脂質（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） • 肝機能（AST、ALT、γ-GTP） • 代謝系（空腹時血糖） • 尿検査（尿糖、尿蛋白）
	詳細な健診	<ul style="list-style-type: none"> • 血液一般（色素量、赤血球数、ヘマトクリット値） • 心機能（心電図） • 眼底検査（両眼） • 腎機能（クレアチニン、eGER）
町の追加健診		<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c • 随時血糖、尿潜血、アルブミン
詳しい検査		<ul style="list-style-type: none"> • 肝機能（ALP、総蛋白、A/G比） • 腎機能（尿酸、尿素窒素） • 血液（血小板、白血球）

(4) 実施体制

大江町では、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターに、特定健診の委託を行う。委託により実施するために、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターと個別に契約を結ぶ。委託にあたり、契約期間は1年とする。

【特定保健指導】

(1) 特定保健指導対象者の選定と階層化

対象者は、大江町国民健康保険の被保険者で当該年度に40歳～74歳となる方のうち、特定健診の結果、特定保健指導の該当基準を満たした者。

内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど、虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、特定保健指導対象者の階層化を行う。

表10 特定保健指導の対象者（階層化）

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

(注) 喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

表11 追加リスクの判定基準

項目	内容
血糖	空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dL 以上、または HbA1c 5.6%以上
脂質	空腹時中性脂肪 150mg/dL 以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dL 以上）、または HDL コレステロール 40mg/dL 未満
血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上

(2) 実施場所・実施時期

健診実施機関である一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターに委託し実施するため、同センターを会場に実施する。実施期間は通年とする。

(3) 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）」や「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に以下のとおり支援内容が記載されているが、委託実施機関と連携・情報交換しながら実施していく。

a. 動機付け支援

初回面接による支援のみの原則1回とする。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後となる。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6ヶ月後に評価を実施することや、3ヶ月後の実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等もできる。

表12 実施内容（動機付け支援）

	支援内容
初回面接	・1人当たり20分以上の個別支援とする。 ※1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援も可。
実績評価	・面接または通信（電話または電子メール、FAX、手紙、チャット等）を利用して実施する。

b. 積極的支援

初回面接による支援を行い、その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後となる。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6ヶ月後に評価を実施することや、3ヶ月後の実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等もできる。

表13 実施内容（積極的支援）

	支援内容
初回面接	・1人当たり20分以上の個別支援とする。 ※1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援も可。
3ヶ月以上の継続的な支援	・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う。
実績評価	・面接または通信（電話または電子メール等）を利用して実施する。

（4）実施体制

大江町では、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターに、特定保健指導の委託を行う。委託により実施するために、一般社団法人寒河江市西村山郡医師会総合健診センターと個別に契約を結ぶ。

7 その他

(1) 計画の公表・周知

本計画については、町のホームページ等に掲載し、広く周知を図る。また、特定健診等を実施する趣旨の普及については、特定健診等のリーフレットを国保世帯に配布するとともに、町の広報誌やホームページ等に掲載するなどして、啓発を図ることとする。

(2) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診受診率及び特定保健指導実施率については、本計画の最終年度（令和 11 年度）に評価を行う。

中間評価等行う際には、計画期間の途中で必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

(3) 個人情報の保護

特定健診や特定保健指導で得られる個人情報の取り扱いは、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン、その他各種法令等に基づき行う。

なお、特定健診・特定保健指導に関する業務を外部に委託する際は、個人情報の厳密な管理や目的外使用の禁止等を契約書に明記するとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。