

**玖珠町国民健康保険**  
**第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）**  
**・ 第四期特定健康診査等実施計画**

（令和6年度～11年度）

令和6年3月

玖珠町



# 目次

第1章 計画策定の概要.....	1
1. 計画策定の背景と趣旨 .....	1
2. 計画期間 .....	1
3. 計画の位置づけ .....	2
第2章 玖珠町国保を取り巻く現状 .....	3
1. 玖珠町の現状 .....	3
(1) 総人口と人口構造 .....	3
(2) 平均寿命とお達者年齢 .....	4
(3) 主要死因別死亡者数 .....	5
2. 玖珠町国民健康保険の現状 .....	6
(1) 国保被保険者数の推移 .....	6
(2) 国保被保険者の年齢構成と平均年齢 .....	6
第3章 第二期データヘルス計画の評価 .....	8
1. 成果目標の評価 .....	8
2. 「対策の柱」の評価 .....	9
3. 個別データの評価 .....	13
4. 保健事業の評価 .....	15
(1) アウトプット（事業の実施量・実施率）の評価 .....	16
(2) アウトカム（事業の成果）の評価 .....	17
(3) プロセス（事業の実施方法）の評価 .....	18
(4) ストラクチャー（事業の実施体制）の評価 .....	19
第4章 医療・健康情報の分析 .....	20
1. 医療費データの分析 .....	20
(1) 国保医療費の推移 .....	20
(2) 1人当たり国保医療費の推移 .....	20
(3) 年齢別・男女別にみた1人当たり国保医療費 .....	21
(4) ジェネリック（後発）医薬品の使用率 .....	23
(5) 医療費がかかっている疾病の状況 .....	24
(6) 生活習慣病の有病率の推移 .....	27
(7) 人工透析のレセプト .....	31
2. 健診データの分析 .....	32
(1) 特定健診の実施状況 .....	32
(2) 特定健診の年齢別・男女別受診率 .....	33
(3) 特定保健指導の実施状況 .....	34
(4) メタボリックシンドロームの該当割合 .....	35
(5) HbA1cの状況 .....	39
(6) 高血圧の状況 .....	40
(7) LDLコレステロールの状況 .....	42

(8) 糸球体濾過量 (eGFR) の状況.....	44
(9) 特定健診受診者と未受診者の生活習慣病医療費の差.....	45
(10) 特定健診未受診者の生活習慣病治療の状況.....	45
(11) 受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者の割合.....	46
(12) 健診問診票の傾向.....	47
3. 介護データの分析.....	55
(1) 要介護認定者数の推移.....	55
(2) 要介護の原因疾患.....	55
(3) 要介護認定者の有病状況.....	56
(4) 介護を受けている人と受けていない人との医療費の比較.....	56
第5章 健康課題と目標の設定.....	57
1. データの特徴の整理.....	57
(1) 医療費データから.....	57
(2) 特定健診データから.....	57
(3) 介護保険データから.....	58
2. 目標と保健事業項目の設定.....	59
(1) 保健事業推進の目的.....	59
(2) 「5つの健康課題」と「保健事業推進により達成すべき目標」.....	59
(3) 計画全体の評価指標.....	61
(4) 保健事業項目の設定.....	62
第6章 保健事業の実施内容.....	63
1. 特定健康診査事業.....	63
2. 特定保健指導事業.....	65
3. 特定健診未受診者対策.....	67
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業.....	69
5. 健診結果説明会.....	71
6. 週1元気アップ体操教室.....	73
7. 節目健診.....	75
8. 精密検査未受診者対策.....	76
9. 生活習慣病予防教室.....	77
10. ジェネリック医薬品・利用差額通知.....	78
11. 多受診・重複受診者・服薬者指導.....	79
12. 医療費通知.....	80
第7章 第四期玖珠町特定健診等実施計画.....	81
1. 第三期計画の実施率等の評価.....	81
(1) 特定健康診査の受診率の達成状況.....	81
(2) 特定保健指導の実施率の達成状況.....	81
(3) 内臓脂肪症候群（該当者＋予備群）の減少率.....	81
2. アンケート調査結果からみた評価.....	82
(1) 過去3年間における特定健診の受診状況.....	82

(2) 特定健診を受診しない理由 .....	83
(3) 過去3年間における特定保健指導の利用状況 .....	84
(4) W e b等による特定保健指導の希望 .....	84
(5) 健康づくりのために今以上に必要なこと .....	85
(6) アンケートからみる課題と対策 .....	85
3. 第四期計画の目標値 .....	86
(1) 被保険者数の推計 .....	86
(2) 全体目標 .....	86
(3) 特定健康診査の実施者数の目標 .....	87
(4) 特定保健指導の実施者数の目標 .....	88
4. 特定健康診査の実施方法 .....	89
(1) 実施方法 .....	89
(2) 検査項目 .....	89
(3) 健診結果の通知方法と情報提供内容 .....	90
(4) 委託基準 .....	90
(5) 未受診者対策 .....	90
5. 特定保健指導の実施方法 .....	91
(1) 対象者の選定方法 .....	91
(2) 実施方法 .....	91
(3) 委託基準 .....	91
6. 年間スケジュール .....	92
第8章 計画の推進にあたって .....	93
1. 計画の公表・周知 .....	93
2. 評価の方法及び時期 .....	93
3. 保健事業の普及・啓発 .....	93
4. 庁内の連携体制 .....	94
5. 住民組織との連携の推進 .....	95
6. 個人情報保護 .....	95
参考資料 .....	96
1. 大分県共通の評価指標 .....	96
2. 特定健康診査の外部委託に関する基準 .....	98



# 第1章 計画策定の概要

## 1. 計画策定の背景と趣旨

わが国の医療保険は、職域により健康組合、協会けんぽなどに分かれる被用者保険と自営業・無職等の人を対象とした国民健康保険・後期高齢者医療に分かれ、玖珠町は玖珠町国民健康保険の保険者として、国民健康保険被保険者への保険給付を行うとともに、国民健康保険法第82条により、被保険者への保健事業を実施しています。

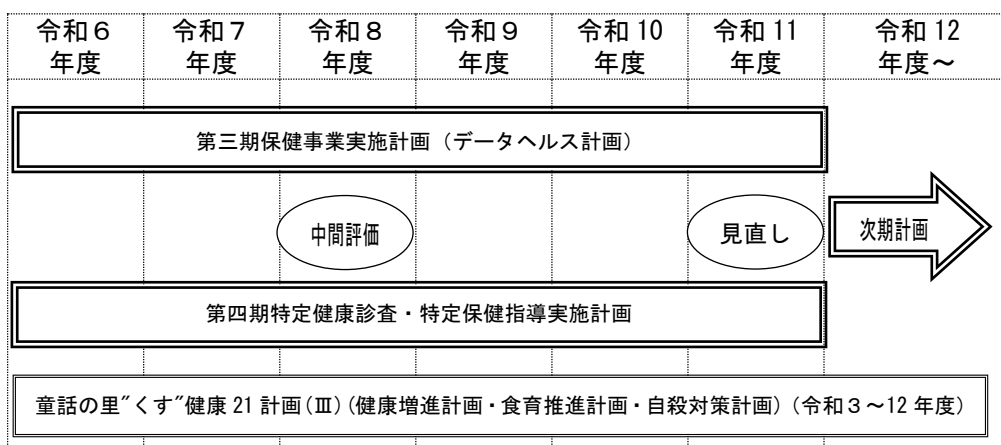
具体的には、平成20年度から、被保険者に対し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）（以下、括弧内「内臓脂肪症候群」の標記は省略。）への対策を重点化した特定健康診査、特定保健指導を実施し、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少をめざすとともに、平成27年度から、「玖珠町データヘルス計画」を策定し、健康に関するデータの分析を通じて整理した被保険者の健康課題を改善するための取り組みを推進しています。

「玖珠町国民健康保険第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第四期特定健康診査等実施計画」は、特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率を向上させるとともに、健康に関するデータに基づく効果的な保健事業の実施を図り、生活習慣病の予防・重症化防止につなげるために策定します。

## 2. 計画期間

計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とし、令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

計画の期間



### 3. 計画の位置づけ

「保健事業実施計画」（以下「データヘルス計画」という。）は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項に基づく保健事業の実施計画です。

一方、「特定健康診査等実施計画」（以下「特定健診等実施計画」という。）は玖珠町が国民健康保険の保険者として、厚生労働大臣が定める特定健康診査等基本指針に則し、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する事項を定める計画です。

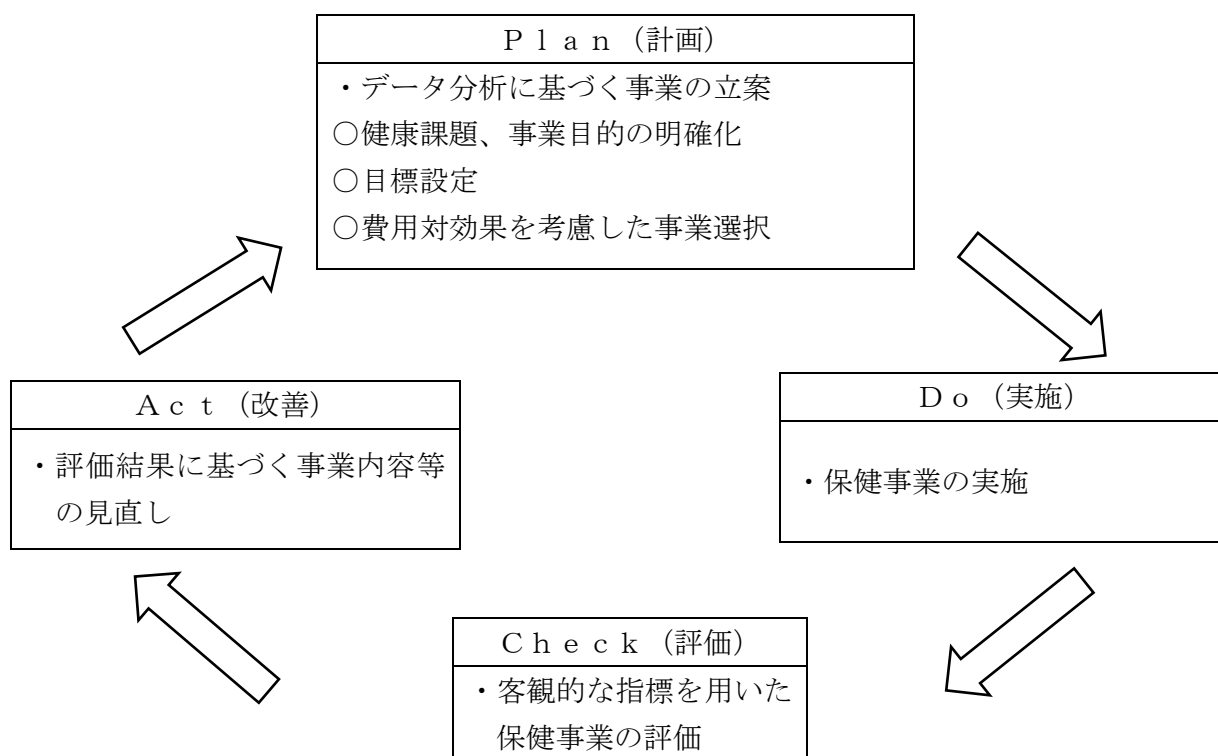
策定にあたっては、町の上位計画である玖珠町第6次総合計画の個別計画の一つに位置づけ、国保被保険者の健康保持増進の観点から、PDCAサイクルに沿った推進に努めます。

また、「童話の里 “くす” 健康21計画」との整合性を図ります。

#### データヘルス計画と特定健診等実施計画、健康増進計画の関係

	データヘルス計画	特定健診等実施計画	童話の里 “くす” 健康21計画
法律	国民健康保険法第82条	高齢者の医療の確保に関する法律第19条	健康増進法第8条
計画 策定者	医療保険者（玖珠町国保）		市町村
対象者	国保被保険者 0歳～74歳	国保被保険者 40歳～74歳	町 民

#### 保健事業のPDCAサイクル



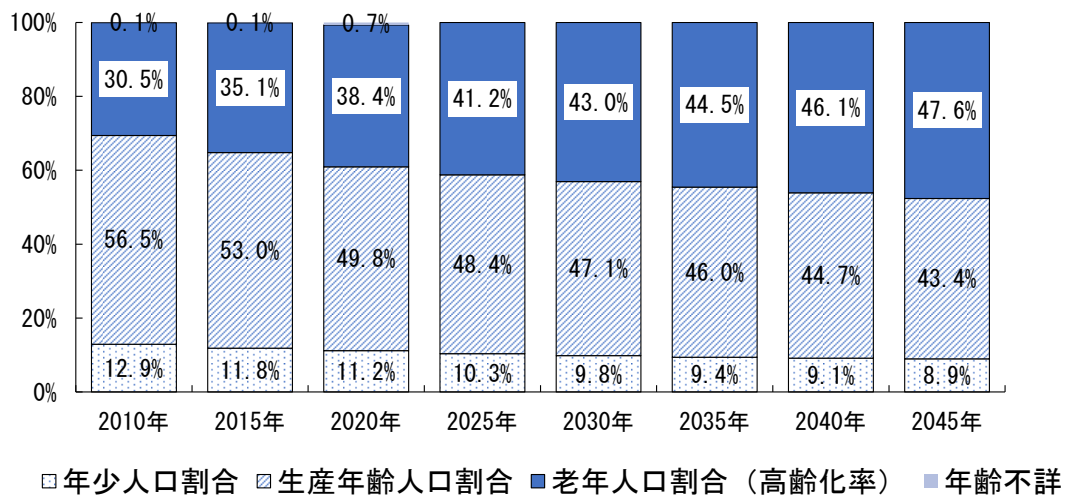
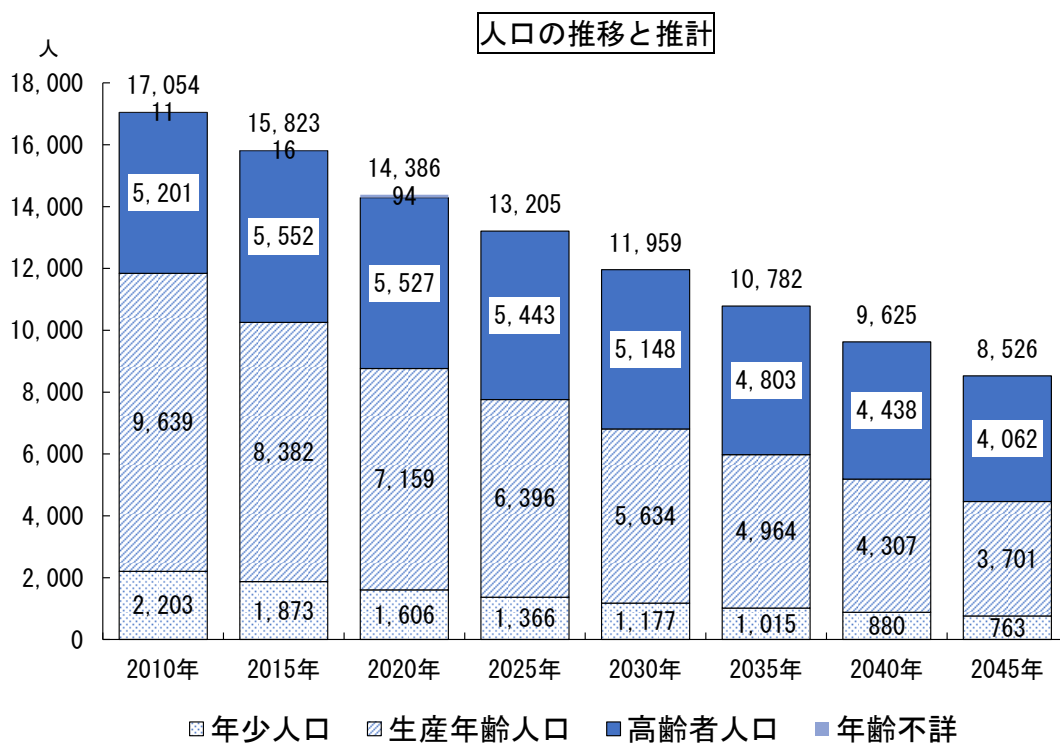


## 第2章 玖珠町国保を取り巻く現状

### 1. 玖珠町の現状

#### (1) 総人口と人口構造

玖珠町の人口の推移をみると2010年の17,054人から2020年の14,386人へと10年の間に約16%減少しています。今後も人口は減少傾向で推移し、2045年には8,000人台になると推計されています。また、2020年の高齢化率は38.4%で、2045年には47%台にまで上昇すると推計されています。



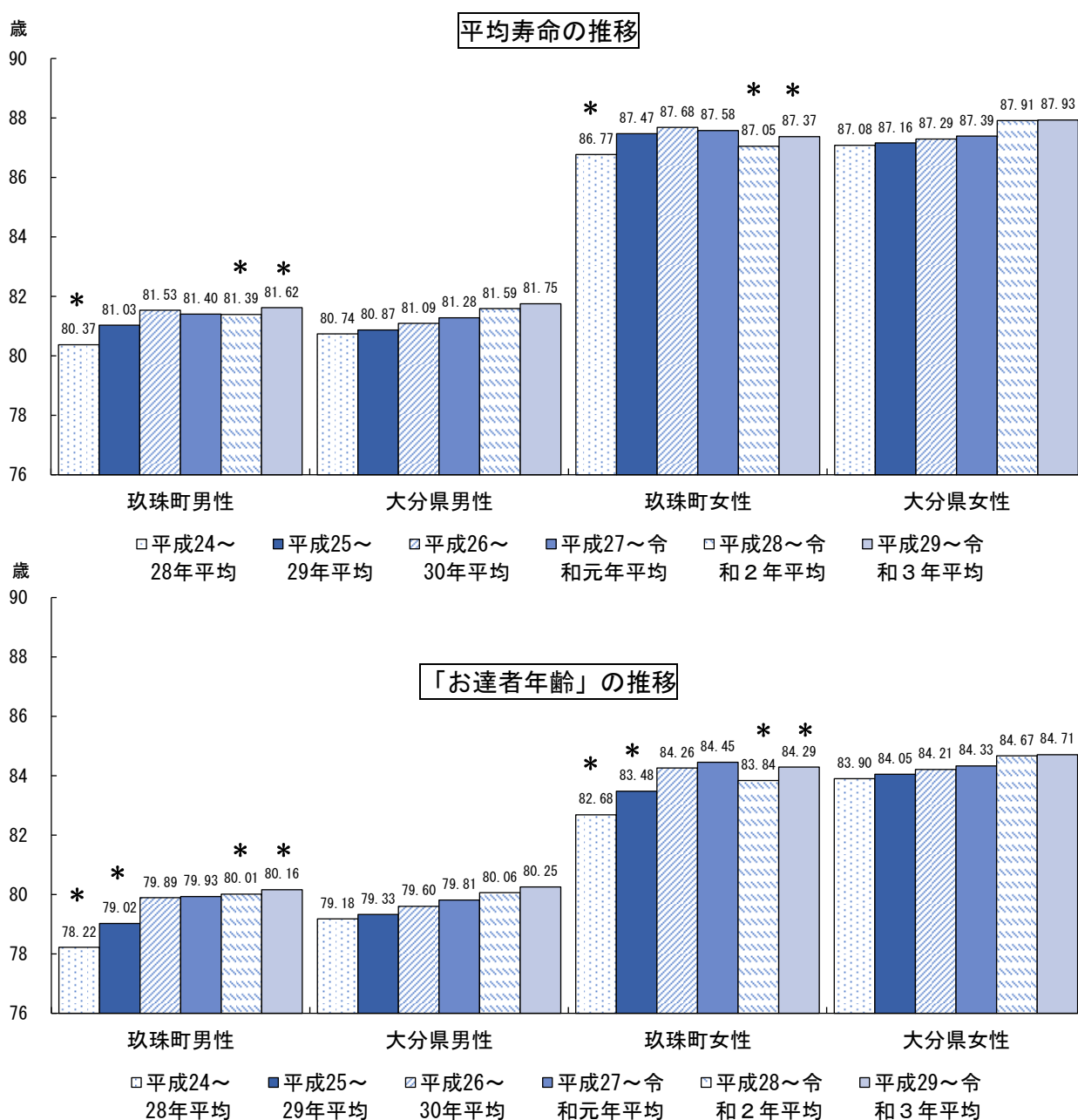
資料：2010年～2020年は国勢調査。2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所の推計値。

## (2) 平均寿命とお達者年齢

玖珠町の「平成29年～令和3年平均」の「平均寿命」は、男性が81.62歳、女性が87.37歳で、いずれも上昇傾向にあります。ともに県平均を下回っています。

健康で暮らしていける期間のうち日常生活に制限のない期間を大分県が独自に集計した「お達者年齢」は、「平成29年～令和3年平均」の玖珠町は、男性が80.16歳、女性が84.29歳で、こちらもともに県平均を下回っています。

玖珠町では、男女とも、「平成27～令和元年平均」、「平成28～令和2年平均」の段階で、「平均寿命」が下がっています。



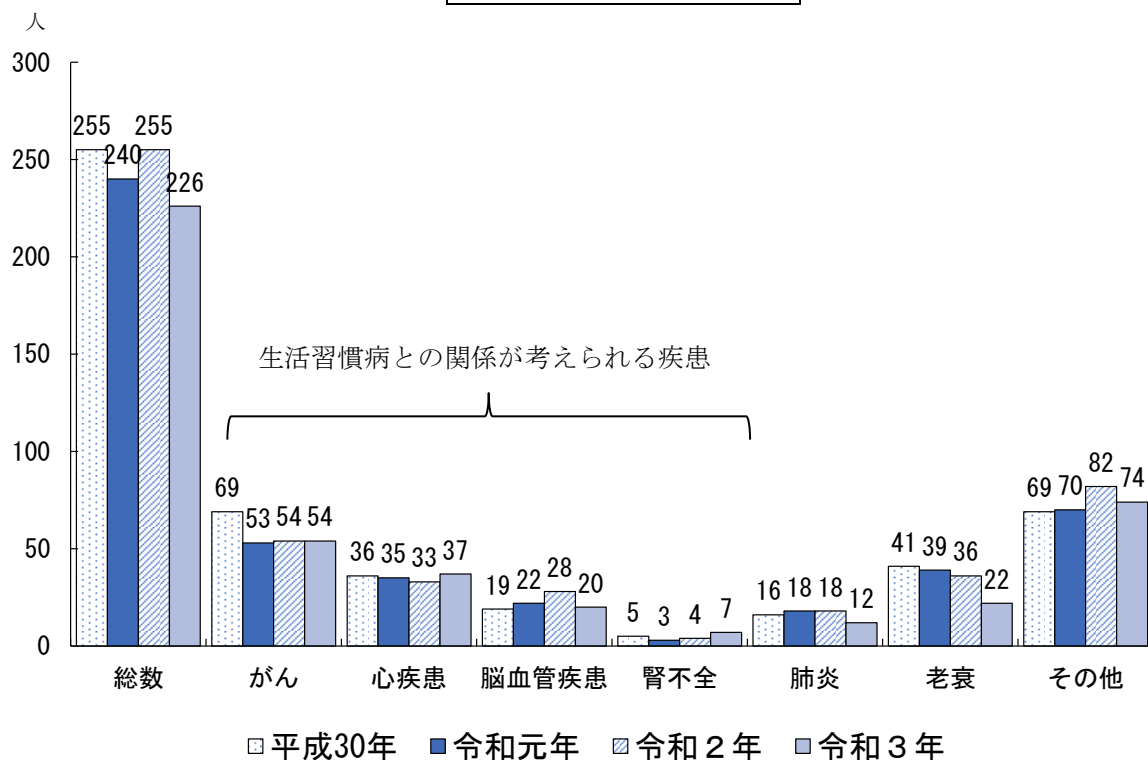
資料：大分県福祉保健企画課公表資料

※県平均を下回っている年度に「\*」を付けている。

### (3) 主要死因別死亡者数

玖珠町の平成30年から令和3年までの主要死因別死亡者数は、年により差がありますが、おおむね、がんが60人前後、心疾患が30人台、脳血管性疾患が20人前後で推移しており、生活習慣病との関係が考えられる疾患での死亡が多い状況です。

主要死因別死亡者数の推移



## 2. 玖珠町国民健康保険の現状

### (1) 国保被保険者数の推移

玖珠町国保の被保険者数は、令和4年度で3,440人で、人口の減少とともに年々減少傾向にあります。国保加入率は25%前後で推移しています。

国保被保険者数の推移

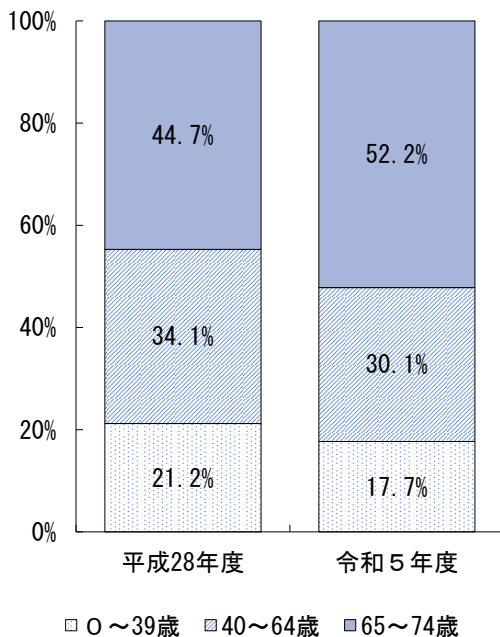
		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
全体	人口	15,441	15,318	15,064	14,794	14,506
	世帯数	6,574	6,654	6,646	6,614	6,613
国民健康保険	被保険者数	3,963	3,861	3,681	3,593	3,440
	加入割合(%)	25.7%	25.2%	24.2%	24.3%	23.7%
	被保険者世帯数	2,383	2,332	2,261	2,242	2,173
	加入世帯割合(%)	36.2%	35.0%	34.0%	33.9%	32.9%

資料：人口及び世帯数…4月末日現在（住民基本台帳）、被保険者数・被保険者世帯数…月報 各年度平均

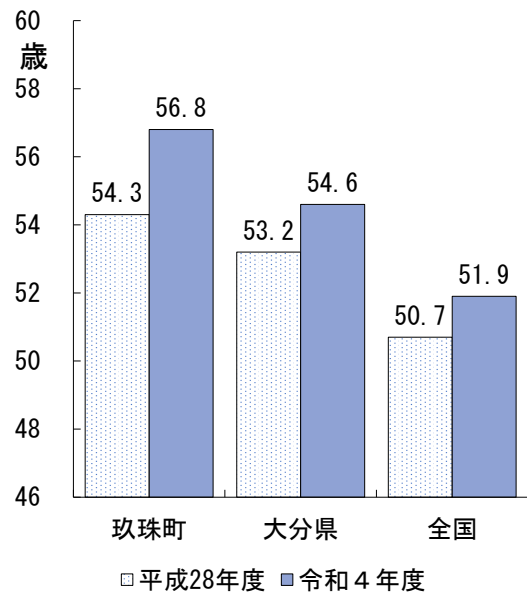
### (2) 国保被保険者の年齢構成と平均年齢

令和5年度の本町の国保被保険者の年齢構成は、65歳以上74歳までの前期高齢者が5割を超え、平成28年から8ポイント近く割合が上昇しています。令和4年度の国保被保険者の平均年齢は56.8歳で、大分県平均や全国平均より高く、高齢者を支える若い世代の減少が課題となっています。

本町の国保被保険者の年齢構成

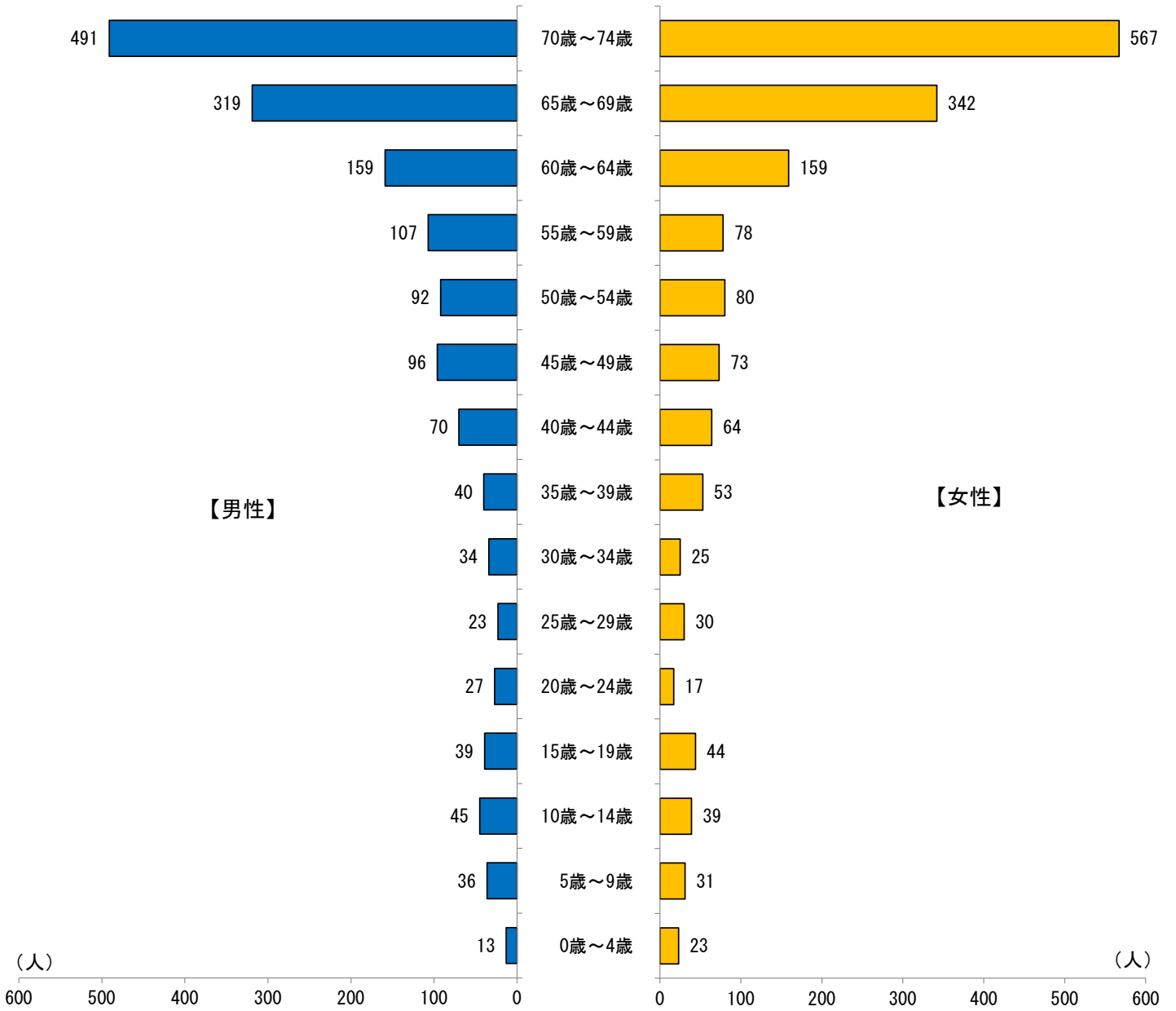


国保被保険者の平均年齢の比較



資料：KDBをもとに作成

本町の国保被保険者の人口ピラミッド（令和5年9月末）



## 第3章 第二期データヘルス計画の評価

玖珠町では、第二期データヘルス計画及びその中間評価に基づき、保健事業を計画的に実施してきました。第二期データヘルス計画の達成状況を客観的に評価し、保健事業の実施体制や方法、数値目標の達成状況を踏まえ、今後の方向性の検証等を行いました。

### 1. 成果目標の評価

第二期データヘルス計画では、特定健診受診率をはじめ、5つの成果指標（中長期的目標・短期的目標）を設定しました。その達成状況は、以下のとおりです。

目的
被保険者自らが、健康意識・知識を高め、健診受診及び早期治療などの健康増進に向けた行動変容を取ることで、健康寿命の延伸やQOLの向上、また医療費の伸び率の抑制及び国保財政基盤の安定化を図る。

#### 成果目標(中長期的目標)の評価

成果目標
・ 健診結果における有所見者割合の減少（血圧、糖、脂質、腎機能）
・ 脳血管疾患有病率の低下
・ 糖尿病の新規患者数の減少
・ 糖尿病性腎症を起因とした人工透析の新規患者数の減少
・ 一人当たり医療費の伸び率の抑制

#### 成果目標(短期的目標)の評価

成果目標	令和4年度 目標値	令和4年度 実績
・ 特定健診受診率の向上	60%	42.1%
・ 特定保健指導の実施率向上	60%	38.9%
・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	25%	13.8%
・ 血糖コントロールが不十分な糖尿病患者の減少	10%	評価不能
・ 要精密者の医療機関受診者の増加	75%	56.3%

※「血糖コントロールが不十分な糖尿病患者の減少」は、評価可能である「特定健康診査を受診した者のうち血糖コントロールが不十分な糖尿病患者の減少」では1.2%となる。

#### <第二期計画の総括>

第二期計画で、新型コロナウイルス感染症の発生・感染拡大があり、医療機関への受診行動や保健事業の推進に大きな影響がありました。短期目標は4項目が未達成の状況で、被保険者数は減少していますが、生活習慣病有病率は増加し、一人当たり医療費も増加していることから、引き続き短期・中長期的目標の見直し及び目標設定と、達成に向けた保健事業の推進が必要です。

## 2. 「対策の柱」の評価

第二期データヘルス計画では、健康課題をもとにA～Dの「対策の柱」を設定し、A～Dのいずれの「対策の柱」にも共通する目標である「医療費適正化」を対策の柱Eに設定し、保健事業を実施しました。中間評価で重点的に見直しを行った5つの保健事業を中心に最終評価を行いました。

### 対策の柱A <糖尿病性腎症の重症化予防>

課 題	(医療) 医療費の増加・糖尿病による人工透析 (健診) H b A 1 c の有所見率
対 策	糖尿病性腎症からの透析移行を予防するため、治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医や専門医との連携、関係職種と実態把握や情報共有を図り対象者に働きかけることで糖尿病の重症化を予防します。
事 業	<b>糖尿病性腎症重症化予防事業（重点事業）</b> 健診結果説明会

#### <最終評価>

平成28年度より開始した糖尿病性腎症重症化予防事業は、人工透析に移行する可能性の高い糖尿病性腎症患者を対象とし、関係職種との連携により定期的な支援を行い、人工透析移行を遅らせ、対象者本人のQOLの維持向上、国保医療費の抑制を目的とし実施しました。

新規人工透析患者数は、令和元年度・2年度はそれぞれ4名でしたが、令和3年度・4年度は1名ずつに減少しました。令和4年5月診療分の人工透析患者レセプトでは、糖尿病に起因するものが55.0%を占め、うち糖尿病性腎症に起因する者が20名中1名で5.0%となっています。令和2年度と比較するとそれぞれの割合は減少しています。医療機関や関係職種と連携しながら事業に取り組んできた効果と評価できます。しかし、後期高齢者医療に移行する者も一定程度いることから町全体で見ると減少しているとは判断できません。また、玖珠町の一人当たり医療費は増加していることから、今後も、関係機関と連携し効果的な支援方法や体制を推進していく必要があります。

**対策の柱B** <特定健診受診率向上>

課 題	(医療) 生活習慣病の医療費割合・脳血管疾患有病率 (健診) 健診受診率の低迷・健診未受診者の医療費 働き盛りの健診受診率および肥満率 (介護) 要介護認定原因疾患 (生活習慣病)
対 策	特定健診の受診率が低い世代や、年齢層に合わせた未受診者勧奨、普及啓発を行います。また、隔年受診者や連続未受診者への働きかけを強化します。
事 業	<b>未受診者対策 (重点事業)</b> 特定健診 節目健診 基本健診 健診呼びかけキャンペーン

<最終評価>

特定健診受診率向上に向けた取り組みについては、主に未受診者対策を強化し、過去の健診受診状況や生活習慣病治療状況などから、対象者を絞った通知や、性別・年代別特徴を踏まえた通知による受診勧奨を年5回程度行いました。令和2年度からコロナ禍の影響で健診受診控えによる影響から受診率が低下しましたが、令和3年度から徐々に回復傾向となっています。しかし、依然目標値の60%には達していません。

被保険者の年齢構成をみると、40～64歳が35%、65～74歳が65%と高齢化が進んでいます。令和4年度の未受診者のうち65.9%は、医療機関受診者です。令和4年度の特定健診受診者と未受診者の生活習慣病等一人当たりの医療費を比較すると、未受診者の方が10,039円高くなっており、健診受診者と未受診者の医療費の差が年々大きくなっています。生活習慣病の多くは、特定健診を受診することで早期発見や早期治療が可能なことから、医療機関や健診機関と情報共有を行い継続して今後も引き続き受診率向上対策に取り組む必要があります。



## 対策の柱C <疾病理解の向上と有所見率の低下>

課 題	(医療) 生活習慣病医療費割合・脳血管疾患有病率 (健診) 健診未受診者の医療費・男性の有所見率・HbA1cの有所見率 運動不足・飲酒量 (介護) 要介護者の医療費・要介護認定原因疾患(生活習慣病)
対 策	健診での有所見率を抑制し、病気に対する知識と予防行動の重要性について認識してもらうため、健診結果説明会や健康教室を開催します。また、新規で歯周病の早期発見・予防のために歯周病歯科検診事業を行います。
事 業	<b>健診結果説明会(重点事業)</b> 特定保健指導 健康教室 精密検査未受診者対策 生活習慣病予防教室 歯周病歯科検診(新規事業)

### <最終評価>

令和4年5月診療分における疾病別有病率では、玖珠町国保加入者の45%が生活習慣病であり、平成30年度から5年間の伸び率が県内2位となっています。疾患別では、高血圧、脂質異常症、糖尿病の増加率が高く、脳血管疾患の有病率は県内順位5位と依然高く推移しています。40代から食生活等の生活習慣を見直し、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の予防や重症化を防ぎ脳血管疾患の発症を防ぐ対策が必要です。

健診結果説明会では、糖尿病重症化予防に重点を置いた取り組みを実施してきました。令和4年度の健診におけるHbA1c有所見者の割合は、平成30年度と比べると減少しましたが、全国・県平均よりも高い状況です。男性は60歳から、女性は65歳から特に高くなっています。今後も引き続き、糖尿病重症化予防に重点を置いた事業の実施が必要です。

メタボリックシンドローム該当者の割合は、県平均と比較すると低く、予備群の割合は県平均より高く推移しています。特定保健指導実施率は平成30年度から県平均を下回って推移しています。メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、県平均よりも高く推移していますが、目標値の25%には達していません。玖珠町の特定保健指導は、健診機関への委託にて実施しています。巡回健診時に、特定保健指導対象となりそうな方へ、特定保健指導の説明および連絡先を聞くなどの工夫をし、できるだけ利用へとつながるように勧奨しましたが、今後も実施率を上げる対策の検討が必要です。

## 対策の柱D <運動習慣の定着>

課 題	(医療) 生活習慣病医療費割合・高血圧の重症化 糖尿病による人工透析・筋骨格系疾患医療費割合 (健診) 男性の有所見率・働き盛りの健診受診率および肥満率 運動不足・飲酒量 (介護) 要介護者の医療費・要介護認定原因疾患(筋骨格系疾患)
対 策	生活習慣関連疾患や筋骨格系の医療費を抑制するため、定期的な運動教室の開催など、環境整備に力を入れて取り組みます。
事 業	<b>週1健康教室(重点事業)</b> ハツラツ健康教室 生活習慣病予防教室

### <最終評価>

65歳以上の介護保険利用者の原因疾患では生活習慣関連疾患の割合が減少し、筋骨格系疾患が増加しています。入院と外来を合算した医療費上位10位の疾病の中に関節疾患、骨折が含まれており、平成30年度と令和4年度を比較すると医療費の割合が増加しています。玖珠町国保加入者の高齢化が進んでいることも要因の一つと考えられます。

ハツラツ健康教室は、各地区コミュニティに委託し実施しており、住民の定期的な運動教室の場として設けられています。また、65歳以上の高齢者が多く参加する週一健康教室も身近な体操教室として開催箇所が増加しています。

特定健康診査受診者の問診票から、1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合は、平成30年度から令和4年度まで男女とも県平均よりも低く推移しているため、年代に応じた運動習慣の定着に向けた支援体制を整備する必要があります。

## 対策の柱E <医療費適正化>

対 策	各保健事業の実施に加え、被保険者に適正な医療のかかり方の知識を身に付けてもらうための事業を実施し、医療費の削減に努めます。
事 業	<b>医療費通知(重点)</b> 多受診・重複受診者訪問 ジェネリック医薬品・利用差額通知

### <最終評価>

定期的な医療費通知およびジェネリック医薬品・利用差額通知の送付を実施しました。ジェネリック医薬品の使用率は年々増加しており、認知度も上がってきています。しかし、使用率は県平均に達しておらず、頻回多受診者や重複受診・重複服薬者等への個別支援・指導や町の広報誌等を活用した普及啓発を継続していく必要があります。

### 3. 個別データの評価

第二期データヘルス計画では、以下の34の個別データの経年変化を把握・評価することとしました。その状況は、以下のとおりです。

医療費データの評価指標12項目のうち、「改善」は9項目でした。すべての評価指標が改善した健康課題は、「糖尿病による人工透析」「筋骨格系疾患の医療費の割合」でした。

健診データの評価指標19項目のうち、「改善」は9項目でした。すべての評価指標が改善した健康課題は、「男性の有所見率」「HbA1cの有所見率」でした。

介護データの評価指標3項目のうち、「改善」は1項目でした。

評価指標が1つのみの健康課題もありますが、「医療費の増加」「健診受診率の低迷」「健診未受診者の医療費」「運動不足・飲酒量」では、評価指標の改善が認められませんでした。

#### 成果目標の評価

健康課題		評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	H30→R4変化	改善状況※1
医療費データ	① 医療費増加	ひとり当たり費用額	449,793円	482,687円	516,450円	485,185円	513,006円	↑	0/1項目
	② 生活習慣病の医療費割合	生活習慣関連疾患の入院外総医療費割合	30.1%	27.8%	28.4%	29.0%	26.3%	↓	2/3項目
		生活習慣病対象者(5月診療分)	1,742人	1,724人	1,530人	1,661人	1,618人	↓	
		被保険者に対する生活習慣病対象者の割合(5月診療分)	41.2%	42.9%	39.4%	43.7%	43.8%	↑	
	③ 脳血管疾患有病率	脳血管疾患有病率	4.99%	5.75%	5.05%	5.79%	5.07%	↑	1/2項目
		脳血管疾患有病率の県内順位	4位	2位	4位	3位	5位	↓	
	④ 糖尿病による人工透析	人工透析人数(5月診療分)	26人	24人	23人	24人	20人	↓	4/4項目
		人工透析のうち糖尿病患者数	15人	15人	11人	14人	11人	↓	
		糖尿病患者数(5月診療分)	566人	545人	503人	542人	530人	↓	
		糖尿病患者のうち糖尿病性腎症合併者数(5月診療分)	69人	52人	59人	77人	67人	↓	
⑤ 筋骨格系疾患の医療費割合	筋骨格系疾患の総医療費割合(入院)	13.7%	10.2%	10.2%	11.6%	10.4%	↓	2/2項目	
	筋骨格系疾患の総医療費割合(入院外)	9.9%	9.3%	9.6%	10.0%	9.8%	↓		
健診データ	① 健診受診率の低迷	特定健診受診率	42.5%	44.2%	39.6%	42.9%	42.1%	↓	0/1項目
	② 健診未受診者の医療費	特定健診未受診者の生活習慣病医療費	12,083円	11,723円	12,652円	13,058円	13,114円	↑	0/1項目
	③ 男性の有所見率	特定健診受診男性のHbA1c有所見率	73.3%	63.4%	66.9%	68.6%	71.5%	↓	3/3項目
		特定健診受診男性の血圧有所見率	73.3%	49.5%	45.2%	44.7%	42.1%	↓	
		特定健診受診男性のLDLコレステロール有所見率	50.4%	54.3%	51.0%	51.9%	44.9%	↓	
	④ 働き盛りの健診受診率および肥満率	40～44歳男性の特定健診受診率	36.0%	34.6%	23.0%	20.3%	17.5%	↓	4/10項目
40～44歳女性の特定健診受診率		33.3%	34.4%	36.4%	32.1%	27.6%	↓		

		45～49歳男性の特定健診受診率	29.7%	26.8%	29.9%	34.1%	32.6%	↑		
		45～49歳女性の特定健診受診率	25.4%	17.5%	23.7%	28.2%	25.3%	↓		
		50～54歳男性の特定健診受診率	26.4%	31.6%	30.8%	29.3%	28.9%	↑		
		50～54歳女性の特定健診受診率	31.3%	30.3%	35.8%	37.3%	30.8%	↓		
		55～59歳男性の特定健診受診率	35.5%	31.3%	31.4%	28.8%	38.8%	↑		
		55～59歳女性の特定健診受診率	37.5%	38.0%	43.5%	41.0%	35.6%	↓		
		40代、50代のBMI有所見率	26.7%	28.1%	29.1%	28.5%	27.1%	↑		
		40代、50代の腹囲有所見率	34.6%	34.7%	35.7%	33.2%	34.5%	↓		
⑤	HbA1cの有所見率	特定健診受診者のHbA1c有所見率	74.4%	65.3%	66.9%	68.6%	72.6%	↓	2/2項目	
		特定健診受診者の糖尿病コントロール状況(HbA1c8.0以上の者の割合)	1.4%	1.5%	1.2%	0.7%	1.2%	↓		
⑥	運動不足・飲酒量	1回30分以上の運動習慣がない者の割合(質問票より)	66.3%	69.1%	68.5%	68.2%	66.5%	↑	0/2項目	
		1日飲酒量1合以上の者の割合(質問票より)	45.2%	44.7%	42.4%	40.1%	46.8%	↑		
介護データ	①	要介護者の医療費	要介護認定者医療費(40歳以上)	9,275円	10,414円	10,690円	10,538円	10,540円	↑	1/3項目
	②	要介護認定原因疾患(生活習慣病)	要介護(支援)者の原因疾患(生活習慣関連疾患割合)	43.5%	51.4%	-	-	39.0%	↓	
	③	要介護認定原因疾患(筋骨格系疾患)	要介護(支援)者の原因疾患(筋骨格系疾患割合)	6.5%	11.4%	-	-	10.0%	↑	

※1 改善状況は「±0.1以上」の増減で評価している。改善した評価指標項目を囲み文字にしている。  
 全ての評価指標が改善した健康課題項目を囲み文字にしている。

## 4. 保健事業の評価

第二期データヘルス計画では、以下の17の保健事業を実施しました。次ページ以降の「アウトプット評価」と「アウトカム評価」の両方の目標値を達成できた事業は、「週一健康教室」「ジェネリック医薬品・利用差額通知」の2事業でした。

第二期データヘルス計画の17の保健事業

実施する保健事業	目的及び概要	対象者	実施方法
1 糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症患者の生活の質の維持、向上のため、医療機関等との連携により患者の重症化を予防する体制を整備する。	前年度特定健診を受診した者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上で、尿タンパク±以上またはeGFR60未満の者。糖尿病治療中断者。	関係職種と調整し、随時実施
2 特定健診	メタボリックシンドロームの早期発見と予防を目的とした健診。	40～74歳の国保加入者	巡回型・施設型・個別
3 基本健診	20～39歳の青年期からの生活習慣の改善、早期治療につなげ将来の重症化を防ぐ。	20～39歳の若年者	巡回型
4 節目健診	特定健診に各種がん検診、腹部超音波健診等をセットにした健診。	41・51・61歳の国保加入者	施設型
5 未受診者対策	特定健診の受診率向上のため、未受診者を把握し、対象に応じた受診勧奨を行う。	特定健診対象者のうち未受診者	特定健診未受診者への受診勧奨（文書、電話勧奨、訪問）/労働安全衛生法に基づく事業主健診の結果提供依頼
6 健診呼びかけキャンペーン	健康づくり推進委員（住民組織）を通じて、健診呼びかけチラシの配布や街頭での健診呼びかけキャンペーンで、受診勧奨を実施。	一般住民	各地区健康づくり推進委員で実施方法を検討して実施
7 特定保健指導	生活習慣の改善を支援し、健診結果の改善をめざす。	特定健診で基準値該当者	動機づけ支援 積極的支援
8 生活習慣病予防事業（健診結果説明会）	健診結果の読み取り方の周知を行うと共に、生活習慣の振り返り、精密受診勧奨を目的に実施。	40～74歳の国保加入者、若年者	集団健康教育、個別面接により実施。説明会時に来所せず面接ができない者に対しては、訪問や来庁等で個別フォローを行う。
9 精密検査未受診者対策	精密未受診者に対し、個別通知および電話掛けを実施。	精密検査未受診者	健診結果説明会、個別通知、電話または訪問にて実施
10 健康教室	生活習慣病予防、食生活改善、運動・福祉・医療・環境に関する情報の提供、啓発	一般住民	各地区保健委員の申込により随時実施
11 ハツラツ健康教室	各地区コミュニティ運営協議会へ委託し、健康や運動に関する講義や実技指導を行う教室を開催	一般住民	各自治会館にて、運動に関する健康教室を実施
12 歯周病検診（R4年度新規開始）	歯周病の早期発見・予防につなげ将来の疾病の発症・重症化を防ぐ。	節目（41・51・61歳の国保加入者）	個別
13 生活習慣病予防教室	生活習慣病発症・重症化予防を目的に、病態や運動、食事に関する講義や実技指導を行う教室を開催。	特定健診受診者（20～74歳）のうち、基準に該当する方	病態、運動、食事等に関する健康教室を実施
14 週一健康教室	介護予防・重症化予防を目的に、運動習慣の定着を重点に、栄養、口腔に関する講義や実技指導を行う教室を開催する。	65歳以上の住民	住民が歩いて通える公民館で、週1回以上自主的に運動を実施。
15 多受診・重複受診者・服薬者指導	多受診・重複受診の被保険者を訪問等で実態を調査するとともに、望ましい医療の受け方について指導する。	被保険者（国保）	アンケート方式の訪問指導
16 医療費通知	病院等受診世帯に対し、医療機関、費用額等々を通知。	全受診世帯（国保）	世帯単位で年6回ハガキにより通知
17 ジェネリック医薬品・利用差額通知	患者負担の軽減や国保財源改善の観点から、ジェネリック医薬品の使用に対する理解を深める。	被保険者（国保）	自己負担効果額200円以上の対象者に年3回ハガキにより通知

※囲み文字は、「アウトプット評価」と「アウトカム評価」の両方の目標値を達成できた事業。

## (1) アウトプット（事業の実施量・実施率）の評価

17の保健事業のアウトプットの評価は、表のとおりです。  
令和4年度実績で、目標値を達成できた保健事業は7事業でした。

17の保健事業のアウトプットの評価

		評価指標	目標値	R2 実績	R3 実績	R4 実績
1	糖尿病性腎症重症化 予防事業	会議研修の実施実績	研修会：1回 症例検討会議：2回	2回 2回	2回 2回	2回 2回
		個別指導対象人数	2人	1人	1人	1人
2	特定健診	特定健診受診率	60%	39.6%	42.9%	42.1%
3	基本健診※1	調査票送付状況	全世帯送付	全世帯送付	全世帯送付	全世帯送付
4	節目健診	対象者への実施率	100%	100%	100%	100%
5	未受診者対策	対象者への実施率	100%	100%	100%	100%
6	健診呼びかけキャン ペーン※2	実施回数	8回	0回	0回	1回
7	特定保健指導	保健指導実施率	60%	34.6%	38.6%	38.9%
8	生活習慣病予防事業 (健診結果説明会)	説明会実施回数	25回	17回	0回	11回
		参加者数	265人	98人	0人	57人
9	精密検査未受診者対 策	受診勧奨対象者	600人	405人	496人	451人
10	健康教室	実施回数	50回	6回	6回	7回
11	ハツラツ健康教室	実施回数	48回 (各地区月1回)	30回	31回	39回
12	歯周病検診	対象者への実施率	100%	-	-	100%
13	生活習慣病予防教室	教室実施回数	3回	5回	5回	5回
14	週一健康教室	教室数	22ヶ所	52ヶ所	50ヶ所	50ヶ所
15	多受診・重複受診 者・服薬者指導	指導実施率 (不在含まず)	80%	100%	100%	0%
16	医療費通知	送付回数	6回/年	6回/年	6回/年	6回/年
17	ジェネリック医薬 品・利用差額通知	送付回数	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年

※1 囲み文字は、目標値を達成できた事業。

※2 コロナ禍に伴い、キャンペーンの開催はできなかったが、地区によってはチラシの配布等を代替として実施した。

## (2) アウトカム（事業の成果）の評価

17の保健事業のアウトカムの評価は、表のとおりです。

令和4年度実績で、目標値を達成できた保健事業は5事業でした。

17の保健事業のアウトカムの評価

		評価指標	目標値	R2 実績	R3 実績	R4 実績
1	糖尿病性腎症重症化予防事業	指導対象者の病期	改善または維持	維持	維持	維持
		血糖コントロール不良糖尿病患者割合※1	10%以下	1.2%	0.7%	1.2%
2	特定健診	メタボ該当者割合	25%	15.4%	16.9%	17.1%
3	基本健診	若年健診受診人数	130人	97人	114人	93人
4	節目健診	受診率	節目40%	28.2%	30.9%	34.3%
5	未受診者対策	未受診者数※2		1,696人	1,558人	1,492人
6	健診呼びかけキャンペーン	特定健診受診率	60%	39.9%	42.9%	42.1%
7	特定保健指導	メタボ該当者割合	25%	15.4%	16.9%	17.1%
8	生活習慣病予防事業（健診結果説明会）	個別面接の実施率	90%	90.4%	0%	50.0%
		説明会対象者の精密検査受診者率※3	75%	62.7%	60.6%	64.8%
9	精密検査未受診者対策	精密検査受診者率※4	75%	67.4%	56.9%	56.3%
10	健康教室	実施地区数	40地区	7地区	7地区	9地区
		参加者数	400人	95人	79人	71人
11	ハツラツ健康教室	特定健診問診票運動習慣がない者の割合	50%以下	68.5%	68.2%	66.5%
12	歯周病検診	受診率	節目10%	-	-	8.1%
13	生活習慣病予防教室	教室時に行うアンケート調査※5	50%	31%	評価不能	45%
14	週一健康教室	認定率	20%以下	18.1%	18.2%	18.6%
15	多受診・重複受診者・服薬者指導	対象者人数	10人	2人	1人	0人
16	医療費通知	一人当たり医療費	抑制または維持	516,450円	485,185円	513,006円
17	ジェネリック医薬品・利用差額通知	ジェネリック医薬品利用率	65%	74%	78%	77%

※1 「血糖コントロール不良糖尿病患者割合」では、評価不能のため指標「特定健診受診者のうち、血糖コントロール不良糖尿病患者割合」で抽出

※2 評価指標の「勧奨者の受診率」では実績抽出が困難であったため、第二期策定時の「未受診者数」に変更し評価。

※3 R3年度の対象者で精密未受診者においては、システムから抽出し率を算出した。

※4 対象者一人につき複数項目あり、1つでも未受診項目ある場合は「未受診」へ計上。

※5 初回教室時に立てた目標に対する達成した参加者の割合で評価する。通常（3か月）クールの教室を実施しているが、R2年度はコロナ禍で教室の回数・実施期間を短縮しており、目標の評価に対するアンケートを実施できていない。

### (3) プロセス（事業の実施方法）の評価

17の保健事業のプロセスの評価は、表のとおりです。

プロセスの評価については、○できた、△一部できた、×できなかった、の3段階で評価を行いました。

17の保健事業のプロセスの評価

		目標	R2 実績	R3 実績	R4 実績
1	糖尿病性腎症重症化予防事業	システムによる対象者抽出、アセスメントによるスクリーニング、指導実施者のスキルアップ、指導手段の決定	○	○	○
2	特定健診	健診実施時期、回数	○	○	○
3	基本健診	健診実施時期、回数	○	○	○
4	節目健診	健診実施時期、回数	○	○	○
5	未受診者対策	対象者の決定、受診勧奨方法の決定、受診勧奨実施時期、回数	○	○	○
6	健診呼びかけキャンペーン※1	実施時期、実施場所	△	△	△
7	特定保健指導	対象者への利用勧奨方法	○	○	○
8	生活習慣病予防事業（健診結果説明会）	指導実施者のスキルアップ、指導方法の決定（集団・個別）	○	○	○
9	精密検査未受診者対策	対象者の把握、勧奨時期、内容などの検討	○	○	○
10	健康教室	実施内容、実施時期の検討、講師の選定、講師のスキルアップ	○	○	○
11	ハツラツ健康教室	実施内容、実施時期の検討、講師の選定、講師のスキルアップ	△	△	△
12	歯周病検診（R4年度新規開始）	個別検診実施時期	-	-	○
13	生活習慣病予防教室	対象者の抽出、内容の検討	○	○	○
14	週一健康教室	実施内容、指導者のスキルアップ	○	○	○
15	多受診・重複受診者・服薬者指導	対象者の選定方法	○	○	○
16	医療費通知	送付の時期、住民からの問合せ内容	○	○	○
17	ジェネリック医薬品・利用差額通知	送付の時期、住民からの問合せ内容	○	○	○

※1 コロナ禍に伴い、キャンペーンの開催はできなかったが、地区によってはチラシの配布等を代替として実施した。



#### (4) ストラクチャー（事業の実施体制）の評価

17の保健事業のストラクチャーの評価は、表のとおりです。

プロセスの評価については、○できた、△一部できた、×できなかった、の3段階で評価を行いました。

17の保健事業のプロセスの評価

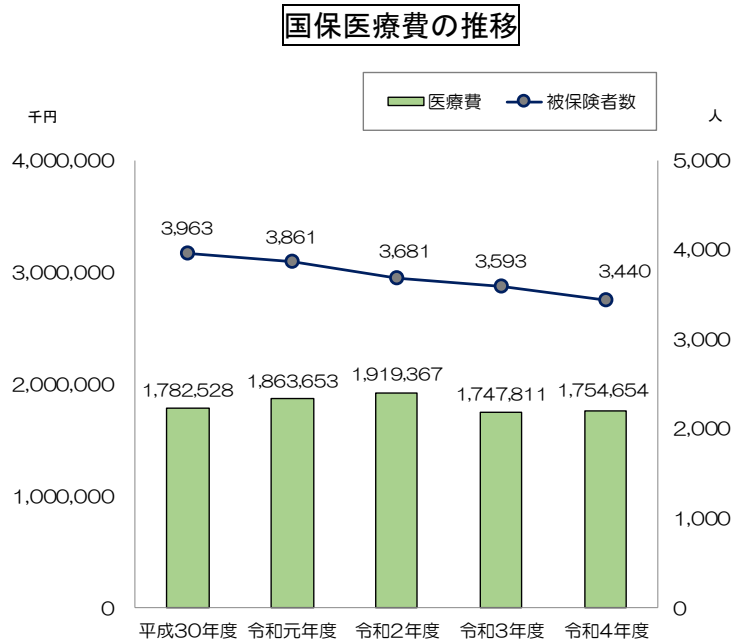
	目標	R2 実績	R3 実績	R4 実績	
1	糖尿病性腎症重症化予防事業	近隣市町村、保健所等関係機関との連携	○	○	○
2	特定健診	愛育健康づくり推進協議会、委託業者、医師会等関係機関との連携	○	○	○
3	基本健診	愛育健康づくり推進協議会、委託業者との連携	○	○	○
4	節目健診	委託業者との連携	○	○	○
5	未受診者対策	委託業者との連携	○	○	○
6	健診呼びかけキャンペーン	愛育健康づくり推進協議会との連携	○	○	○
7	特定保健指導	委託業者との連携	○	○	○
8	生活習慣病予防事業（健診結果説明会）	衛生担当課と国保担当課の連携、予算の確保	○	○	○
9	精密検査未受診者対策	委託業者、医師会との連携	○	○	○
10	健康教室	住民組織との連携	○	○	○
11	ハツラツ健康教室	各地区コミュニティとの連携	○	○	○
12	歯周病検診（R4年度新規開始）	歯科医師会等関係機関との連携	—	—	○
13	生活習慣病予防教室	食生活改善推進協議会、医師会、保健所等関係機関との連携	○	○	○
14	週一健康教室	住民組織、関係機関との連携	○	○	○
15	多受診・重複受診者・服薬者指導	国保連合会等関係機関との連携	○	○	○
16	医療費通知	国保連合会等関係機関との連携	○	○	○
17	ジェネリック医薬品・利用差額通知	国保連合会等関係機関との連携	○	○	○

# 第4章 医療・健康情報の分析

## 1. 医療費データの分析

### (1) 国保医療費の推移

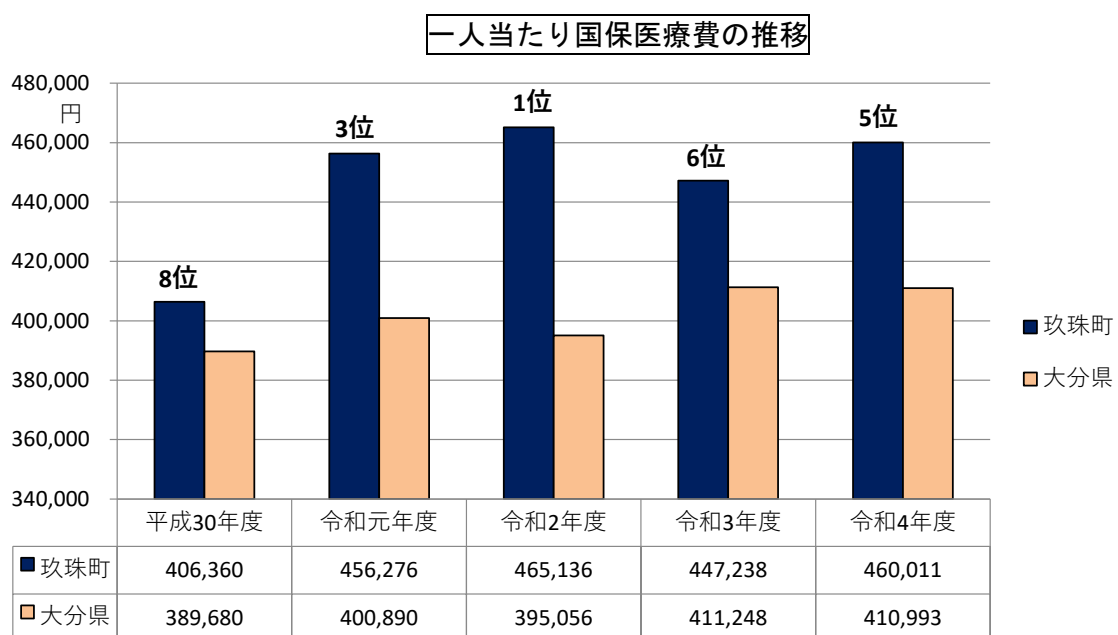
令和4年度の本町の国保医療費は約17.5億円です。被保険者数は長期的に減少傾向ですが、加入者の高齢化から、おおむね横ばい傾向で推移しています。



資料：事業年報

### (2) 1人当たり国保医療費の推移

令和4年度の1人当たり費用額は約46万円、県平均より5万円程度、高くなっています。



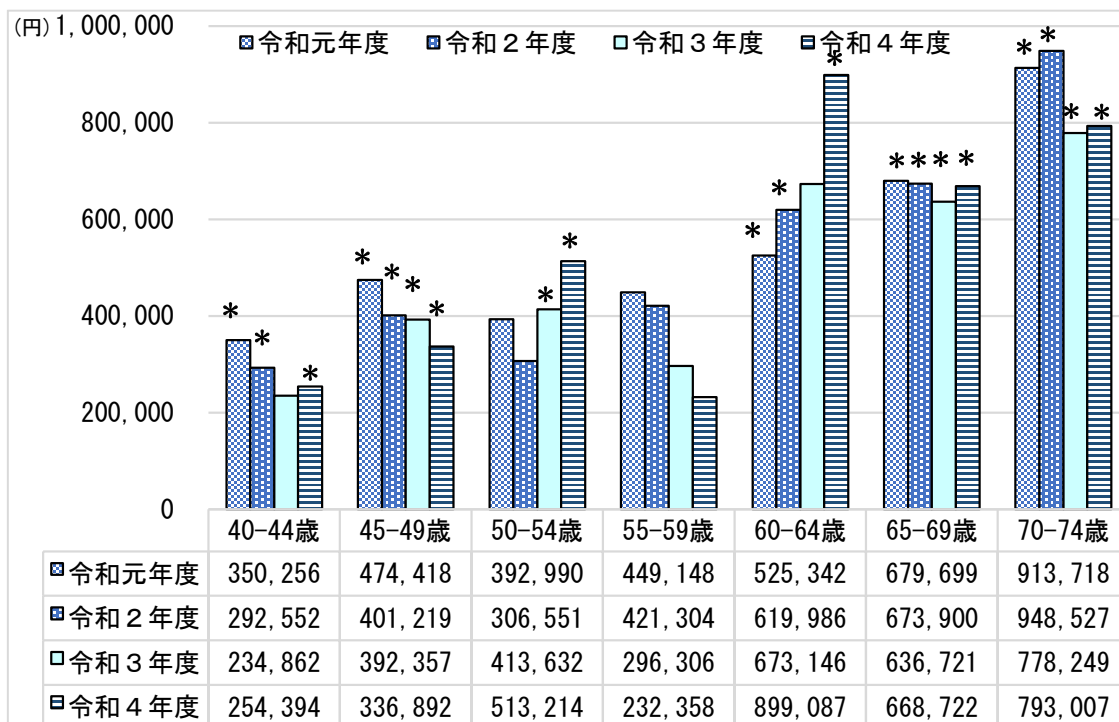
資料：MAP 情報統計システムの「医療費の状況」により作成

### (3) 年齢別・男女別にみた1人当たり国保医療費

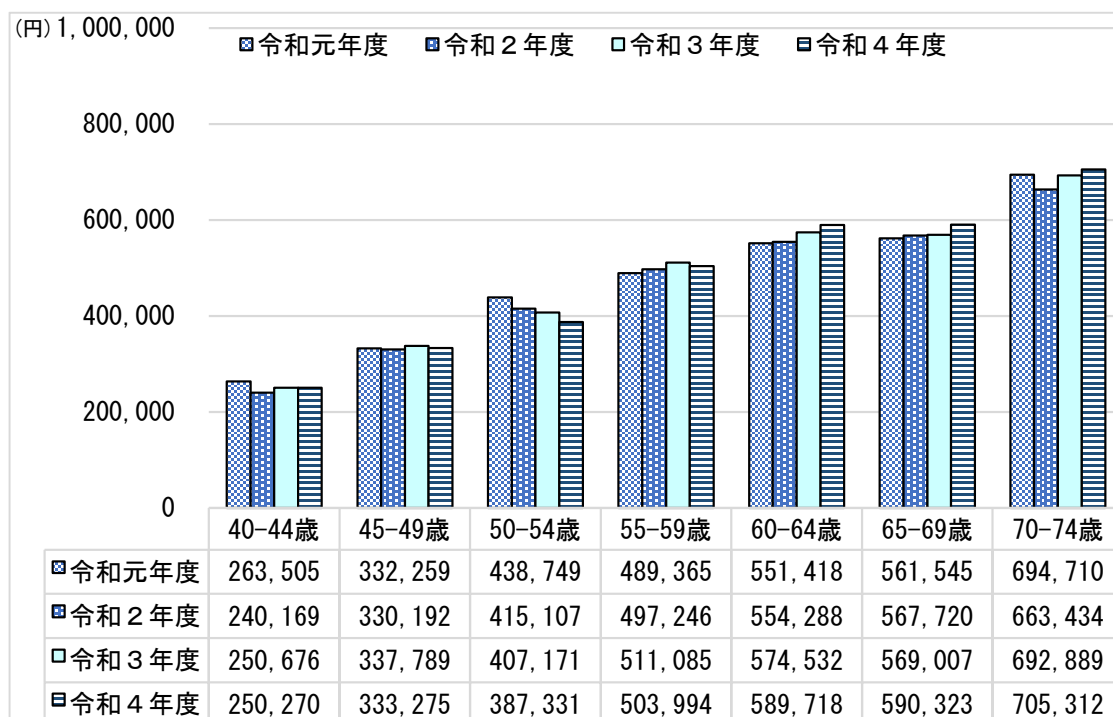
1人当たり国保医療費を年齢別・男女別にみると、年によって差はありますが、男女とも、年齢が高いほど医療費が高くなっており、男性は60歳代前半から、女性は70歳代前半から増加が顕著です。

一人当たり国保医療費の推移

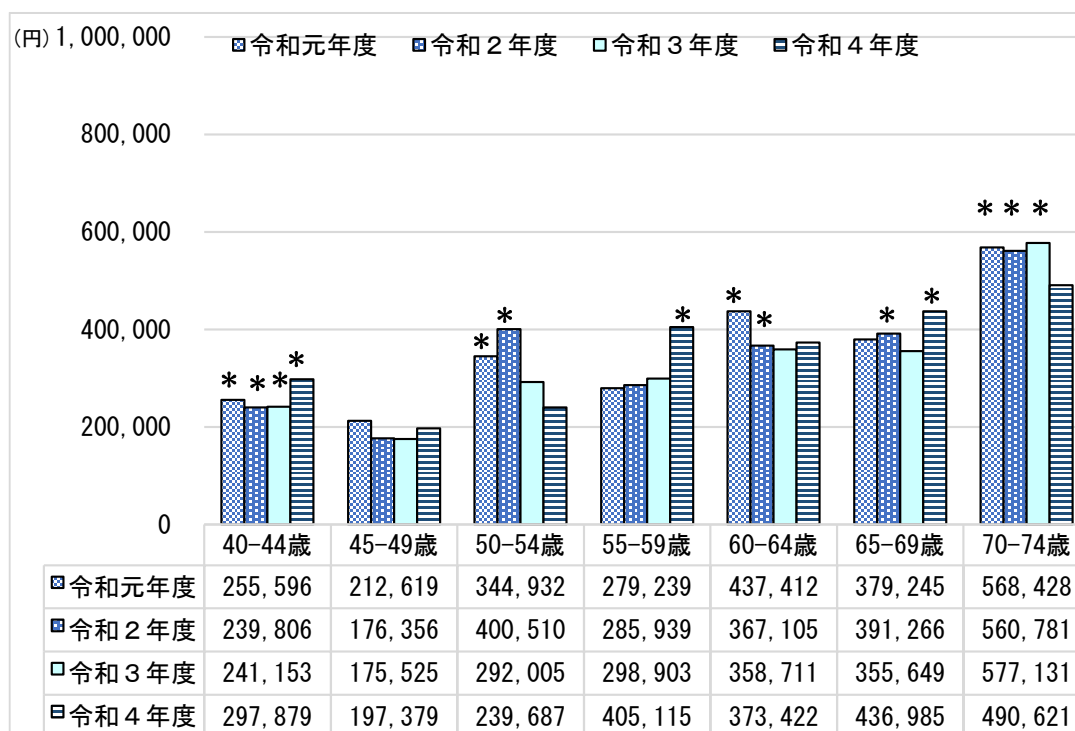
[玖珠町男性]



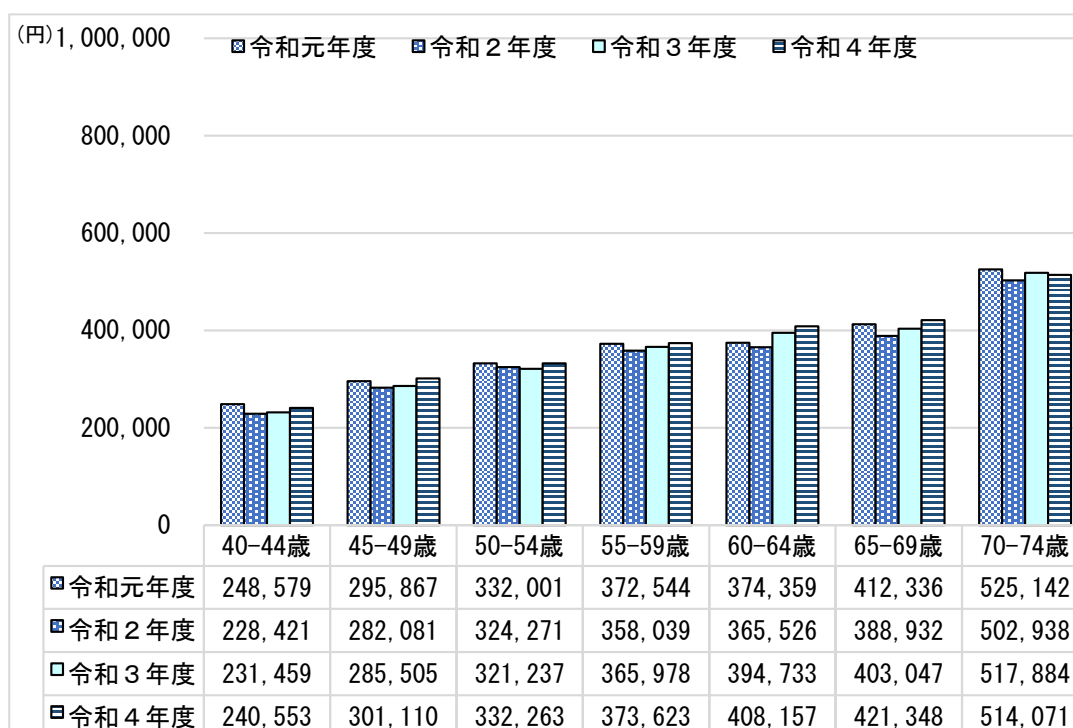
[大分県男性]



[玖珠町女性]



[大分県女性]



資料：「MAP」の「医療費の状況」を年代毎で抽出

※県平均よりも医療費が高い年度に「\*」を付けている。

#### (4) ジェネリック（後発）医薬品の使用率

ジェネリック（後発）医薬品の使用率は、平成30年4月は67%でしたが、令和4年4月には、77%と年々増加しています。後発医薬品差額通知の効果や医療機関の理解が進んでいると考えられます。

ジェネリック医薬品の使用率

	診療月（各年4月）	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
医薬品 使用量	切替不可能先発医薬品数	137,470	101,674	99,843	162,426	106,124
	切替可能先発医薬品数	85,877	84,299	71,369	64,858	62,795
	後発医薬品使用数	177,173	201,114	203,905	233,901	211,293
後発医薬品使用率（%）		67%	70%	74%	78%	77%

資料：大分県国保連合会 差額通知統計・分析資料

※後発医薬品使用率（%）＝「後発医薬品」÷（「切替可能先発医薬品数」＋「後発医薬品」）

## (5) 医療費がかかっている疾病の状況

令和4年度の大分類別医療費（入院と外来の合算）は、「新生物」が2.33億円（14.7%）、「循環器系の疾患」が1.96億円（12.3%）、「筋・骨格系及び結合組織の疾患」が1.61億円（10.1%）などとなっています。

入院と外来では、費用がかかっている疾病の構成比に大きな差があり、入院では精神、外来では内分泌（糖尿病や脂質異常症など）の構成比が高いのが特徴的です。

令和4年度の大分類別医療費（入院と外来の合算）

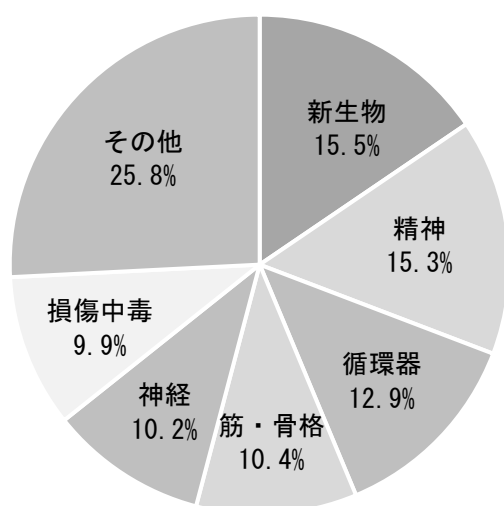
単位：円

	令和2年度		令和4年度	
	医療費	構成比	医療費	構成比
循環器系の疾患	225,577,670	13.8%	195,516,680	12.3%
新生物	208,552,430	12.3%	233,386,010	14.7%
尿路性器系の疾患	177,074,150	10.4%	138,181,510	8.7%
内分泌、栄養及び代謝疾患	174,562,950	10.3%	153,362,600	9.7%
筋・骨格系及び結合組織の疾患	168,086,110	9.9%	160,747,250	10.1%
その他	747,288,900	43.9%	707,996,250	44.6%
合計	1,701,142,210	100%	1,589,190,300	100%

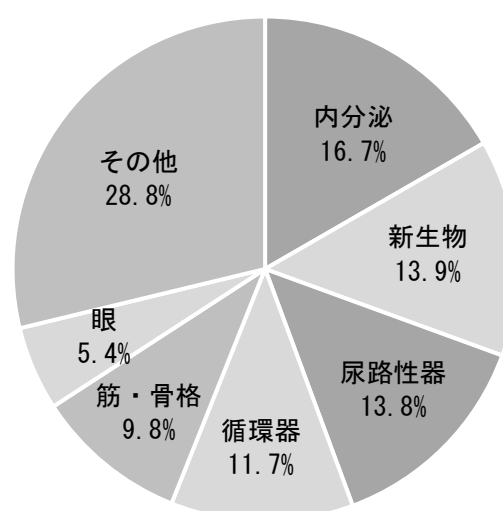
資料：KDB「医療費分析」の出力データ

令和4年度の医療費の割合（大分類別）

〔入院〕



〔外来〕



資料：KDB「医療費分析」の出力データ

※ 医療のレセプトデータにおいて、「最大医療資源傷病」（最も医療資源（診療行為、医薬品、特定器材）を要した「最大医療資源」の原因となる主傷病）を抽出している。

令和4年度の医療費の構成比が上位4位までにある大分類に該当する中分類をみたところ、生活習慣関連疾患が多く含まれていることがわかります。

令和4年度の中分類別の医療費がかかっている疾病

〔入院〕			〔外来〕		
大分類 (%)	中分類分析 (%)		大分類 (%)	中分類分析 (%)	
新生物 15.5	その他の悪性新生物	6.0	内分泌 16.7	糖尿病	9.0
	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.3		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	4.3
	悪性リンパ腫	1.7		脂質異常症	3.0
精神 15.3	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	10.2	新生物 13.9	その他の悪性新生物<腫瘍>	3.8
	その他の精神及び行動の障害	2.7		白血病	2.4
	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1.1		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.4
循環器 12.9	その他の心疾患	4.7	尿路 性器 13.8	腎不全	11.9
	脳梗塞	2.2		その他の腎尿路系の疾患	0.8
	その他の循環器系の疾患	1.9		前立腺肥大(症)	0.5
筋・骨格 10.4	関節症	4.2	循環器 11.7	高血圧疾患	5.4
	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1.9		その他の心疾患	4.0
	脊椎障害(脊椎症を含む)	1.9		虚血性心疾患	1.0

資料：KDB「医療費分析」の出力データ

また、中分類で着目した疾病の小分類の構成比を上位 10 位までみると、「慢性腎不全（透析あり）」、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が上位に位置することがわかります。

**医療費がかかっている疾病（小分類）の順位（入院と外来の合算）**

単位：％（構成比）

平成 30 年度

1 位	慢性腎不全（透析あり）	7.3	★
2 位	統合失調症	6.1	
3 位	関節疾患	5.4	
4 位	糖尿病	4.6	★
5 位	高血圧症	3.5	★
6 位	不整脈	2.8	
7 位	骨折	2.3	
8 位	肺がん	1.7	
9 位	脂質異常症	1.6	★
10 位	うつ病	1.6	

令和 2 年度

1 位	慢性腎不全（透析あり）	7.5	★
2 位	統合失調症	5.3	
3 位	関節疾患	4.9	
4 位	糖尿病	4.4	★
5 位	高血圧症	2.8	★
6 位	骨折	2.5	
7 位	不整脈	2.4	
8 位	肺がん	2.1	
9 位	貧血	1.9	
10 位	大腸がん	1.5	

令和 4 年度

1 位	統合失調症	5.9	
2 位	慢性腎不全（透析あり）	5.9	★
3 位	関節疾患	5.1	
4 位	糖尿病	4.7	★
5 位	骨折	3.7	
6 位	高血圧症	3.0	★
7 位	不整脈	2.6	
8 位	白血病	1.7	
9 位	脂質異常症	1.5	★
10 位	肺がん	1.4	

資料：KDB「医療費分析」の出カデータ



## (6) 生活習慣病の有病率の推移

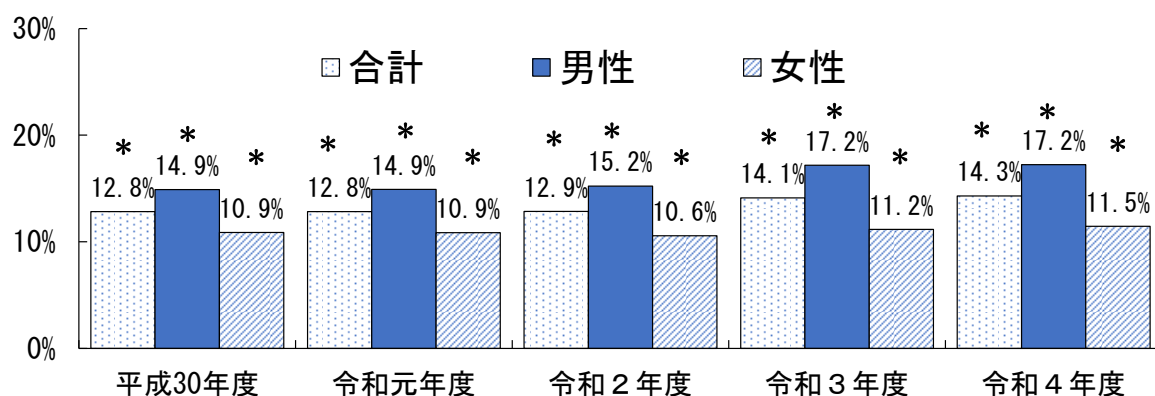
KDB県提供データにより、レセプト件数から算出した生活習慣病の有病率（各年5月診療分）の推移を見てみます。

### ①糖尿病

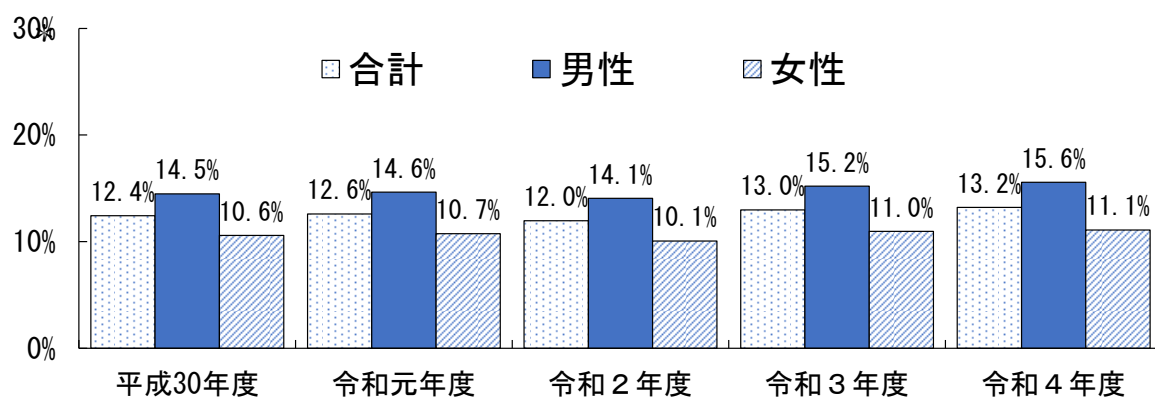
糖尿病の令和4年度の有病率は14.3%で、男性が17.2%、女性が11.5%です。県平均より、やや高位に推移しています。

糖尿病の有病率の推移（県指標1）

〔玖珠町〕



〔大分県〕



資料：KDB県提供資料

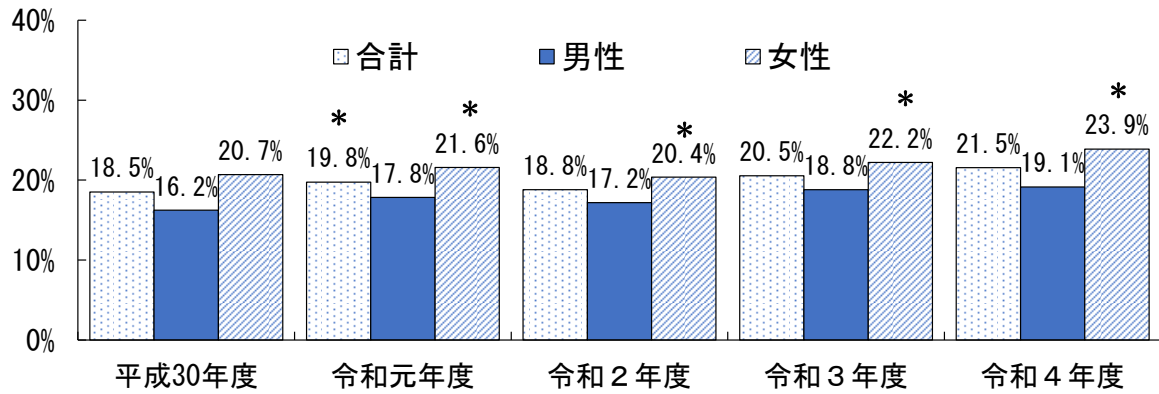
※県指標には、県平均よりも悪い値に「\*」を付けている。以降のページも同様とする。

②脂質異常症

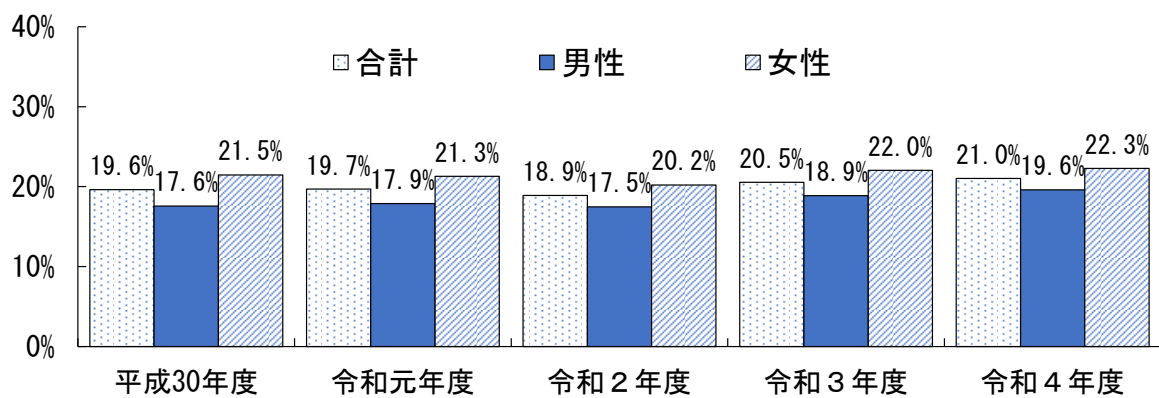
脂質異常症の令和4年度の有病率は21.5%で、男性が19.1%、女性が23.9%です。県平均とほぼ同程で推移しています。

脂質異常症の有病率の推移（県指標2）

[玖珠町]



[大分県]



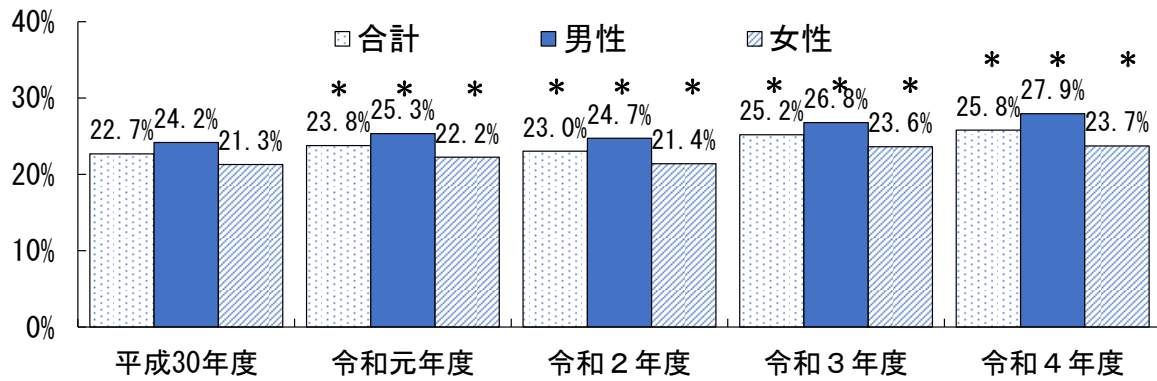
資料：KDB県提供資料

### ③高血圧症

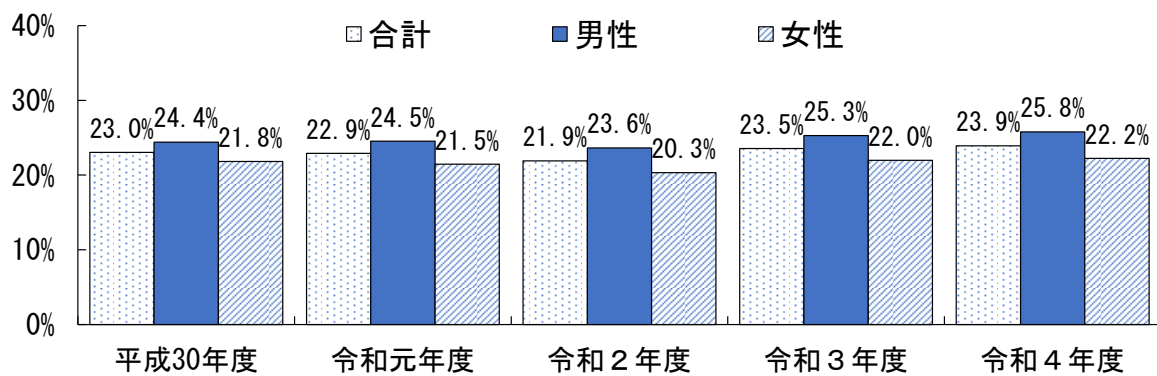
高血圧症の令和4年度の有病率は25.8%で、男性が27.9%、女性が23.7%です。県平均より、やや高位に推移しています。

高血圧症の有病率の推移（県指標3）

[玖珠町]



[大分県]



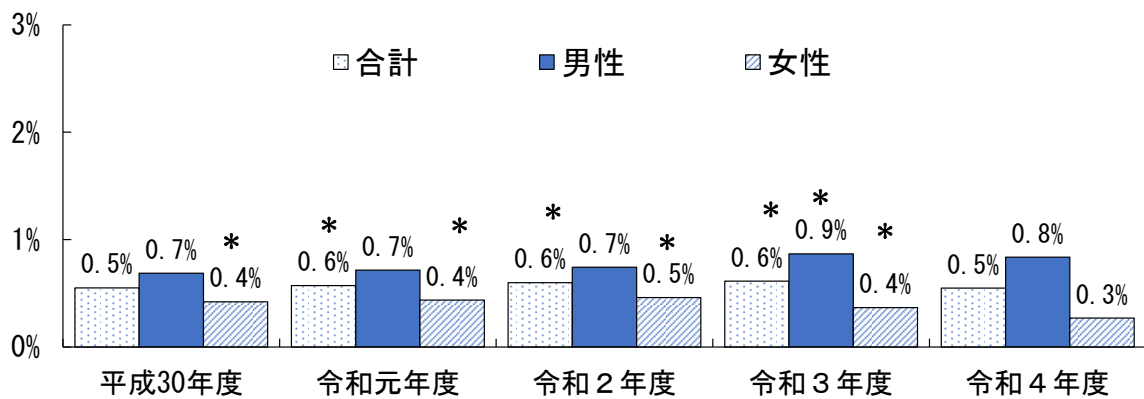
資料：KDB 県提供資料

#### ④人工透析

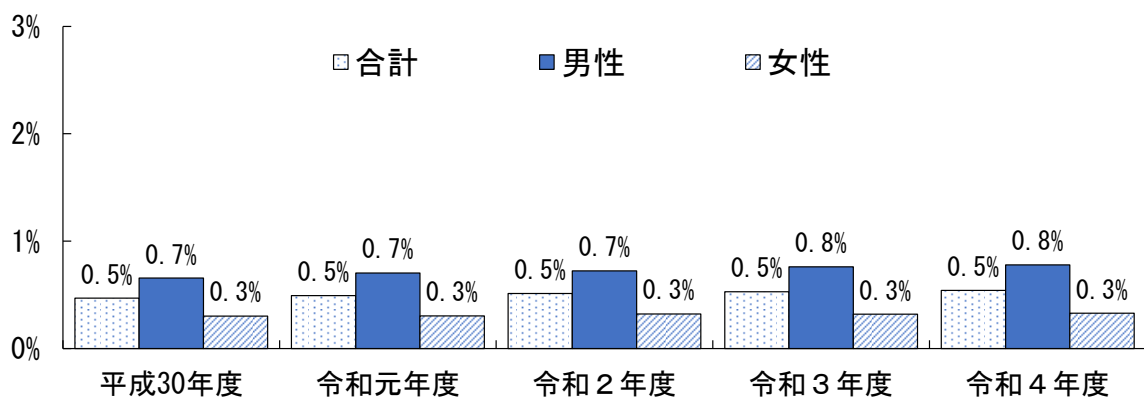
人工透析の令和4年度の有病率は0.5%で、男性が0.8%、女性が0.3%です。令和元年度から令和3年度は県平均よりも高位に推移していましたが、令和4年度は県平均とほぼ同程度となっています。

人工透析の有病率の推移（県指標4）

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

## (7) 人工透析のレセプト

令和4年5月の人工透析患者数は20人で、平成30年5月から6人減少しています。  
 令和4年5月の透析患者のうち、糖尿病を有する人は55.0%、高血圧症を有する人は100%となっています。

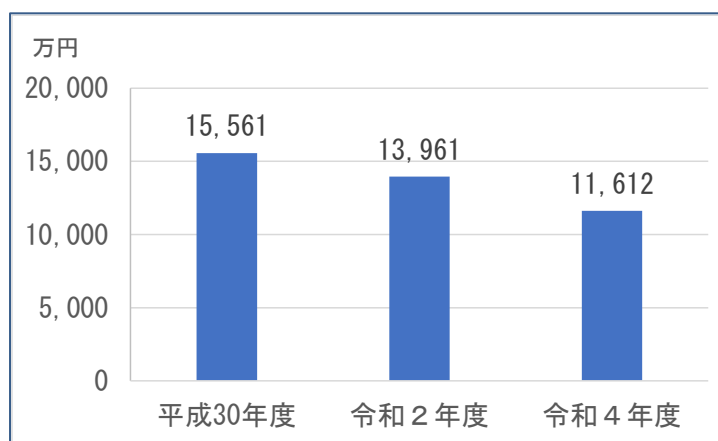
人工透析患者数と原因疾患

対象レセプト		人数	糖尿病	再掲	高血圧症	脳血管疾患	虚血性心疾患	総医療費(年度)
				糖尿病性腎症				
人工透析患者 (長期化する疾患)	H30.5 診療分	26人	15人	3人	25人	3人	13人	1億5,561万円
			57.7%	11.5%	96.2%	11.5%	50.0%	
	R2.5 診療分	24人	14人	3人	24人	7人	10人	1億3,961万円
			58.3%	12.5%	100.0%	29.2%	41.7%	
	R4.5 診療分	20人	11人	1人	20人	5人	8人	1億1,612万円
			55.0%	5.0%	100.0%	25.0%	40.0%	

資料：KDB 厚生労働省様式2-2、3-7

人工透析に係る医療費の推移

人工透析の医療費は、毎年1億円以上かかっており、患者数の減少に伴い減少傾向にはありますが、一層の低減を図っていく必要があります。



人工透析の新規患者数は、平成30年度が1人、令和元年度が4人、令和2年度が4人、令和3年度が1人、令和4年度が1人です。

新規人工透析患者数の推移(県指標5) (人)

	40~64歳	65~74歳	合計
平成30年度	0	1	1
令和元年度	0	4	4
令和2年度	1	3	4
令和3年度	1	0	1
令和4年度	0	1	1

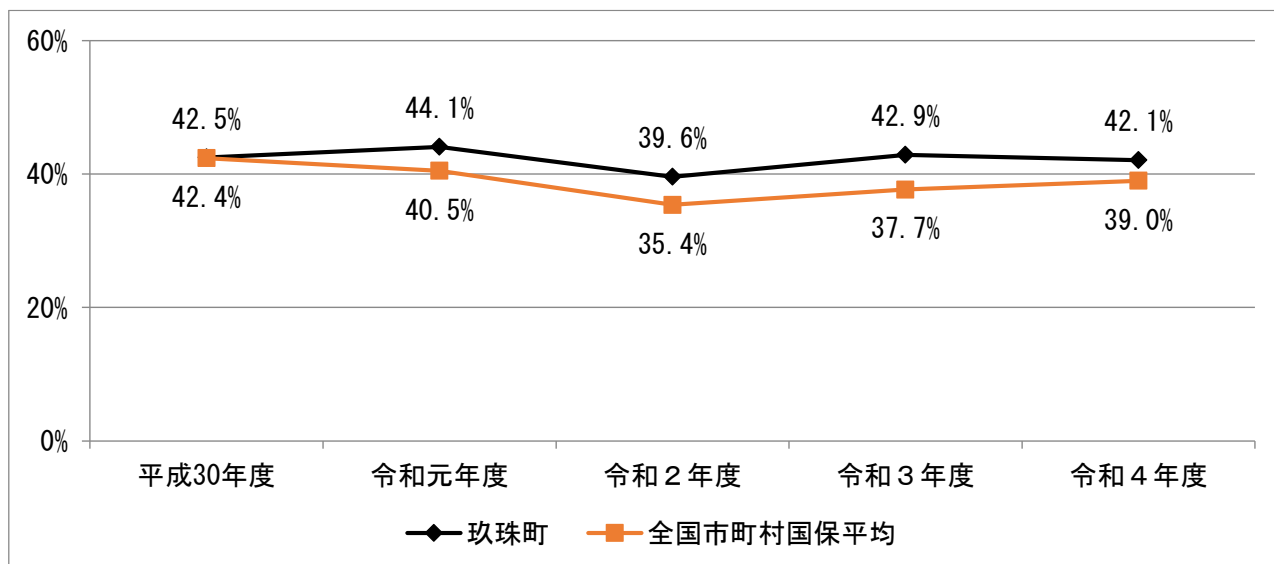
資料：KDB県提供資料

## 2. 健診データの分析

### (1) 特定健診の実施状況

玖珠町国保の特定健診の法定報告データによる受診率は、40%前後を推移しており、全国平均より、毎年、6ポイント程度、高位で推移しています。

特定健診の受診率の推移（県指標28）



資料：厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」（法定報告データ）

#### \*特定健診とは

特定健康診査は、メタボリックシンドロームに着目した健診で、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とし、特定保健指導を必要とする方を把握するために行う診査です。

#### \*メタボリックシンドロームとは

メタボリックシンドロームとは内臓脂肪が過剰に蓄積されていることに加え、血圧上昇、空腹時の高血糖、脂質の異常値などがみられる状態のことをいいます。

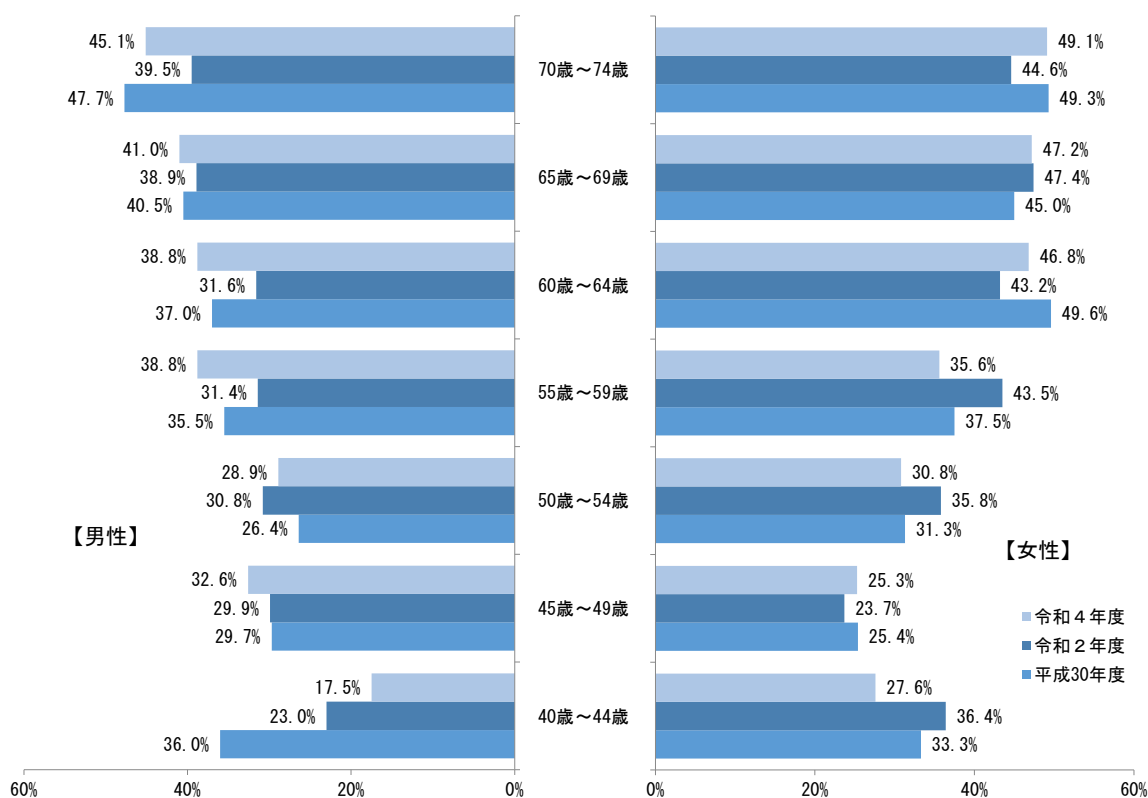
## (2) 特定健診の年齢別・男女別受診率

令和3年度の特定健診のKDBによる年齢別・男女別受診率を見てみると、男女とも、おおむね、年齢の高い層の方が受診率が高い傾向がみられますが、45～49歳の層では、男性が高いのに対して、女性は低く、対照的な状況です。

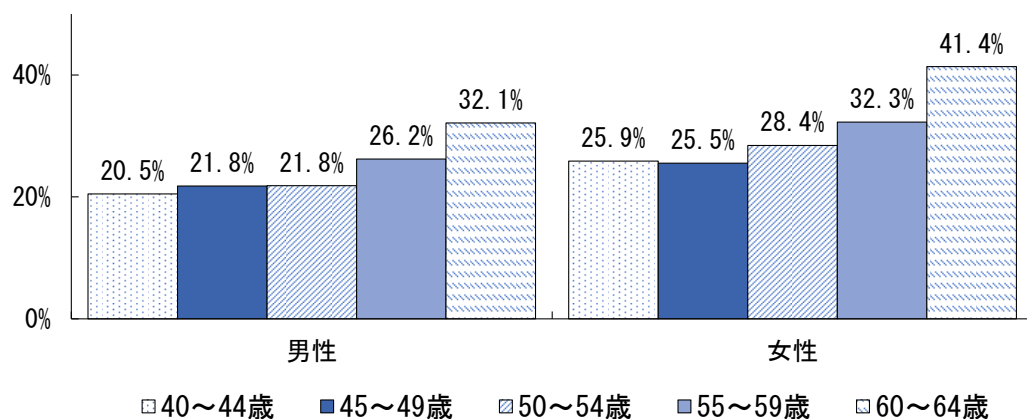
また、県平均と比較すると、男女とも、どの年齢層でも、玖珠町の方が受診率が高くなっています。

特定健診の年齢別・男女別受診率

[玖珠町]



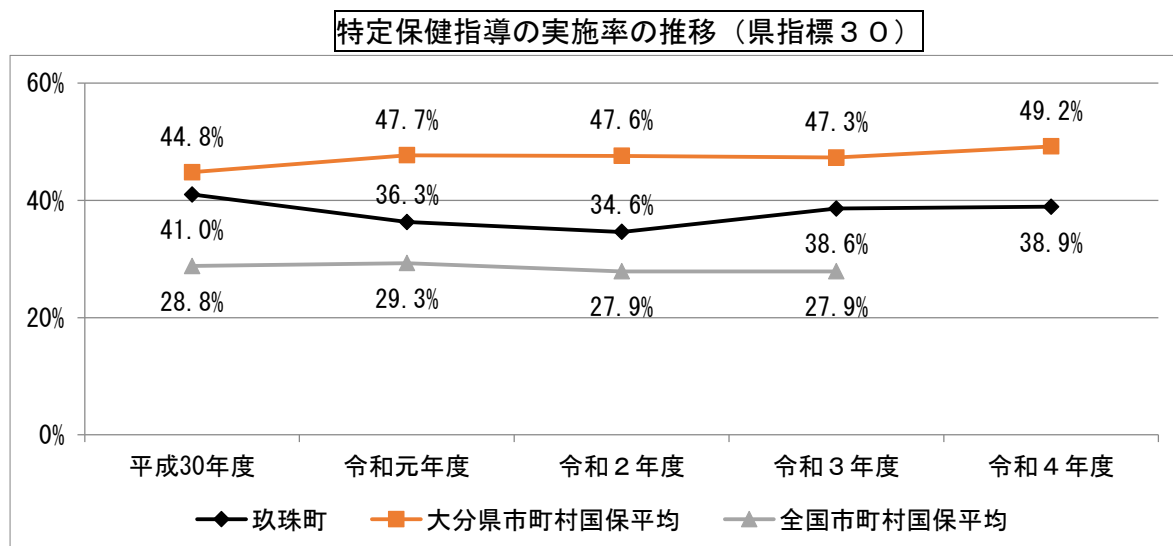
[令和4年度大分県]



資料：KDB 県提供資料

### (3) 特定保健指導の実施状況

玖珠町国保の特定保健指導の法定報告データによる実施率は、40%前後を推移しており、3割弱で推移している全国平均を上回っていますが、5割弱で推移している県平均を下回っています。



資料：特定健診・特定保健指導の実施状況（法定報告データ）

#### \* 特定保健指導とは

特定保健指導は、特定健診の結果、メタボリックシンドロームの危険があると判定された方に、生活習慣を改善していただくためのプログラムです。健診結果や喫煙歴の有無などによって、「動機づけ支援」と「積極的支援」のいずれかに分類されます。



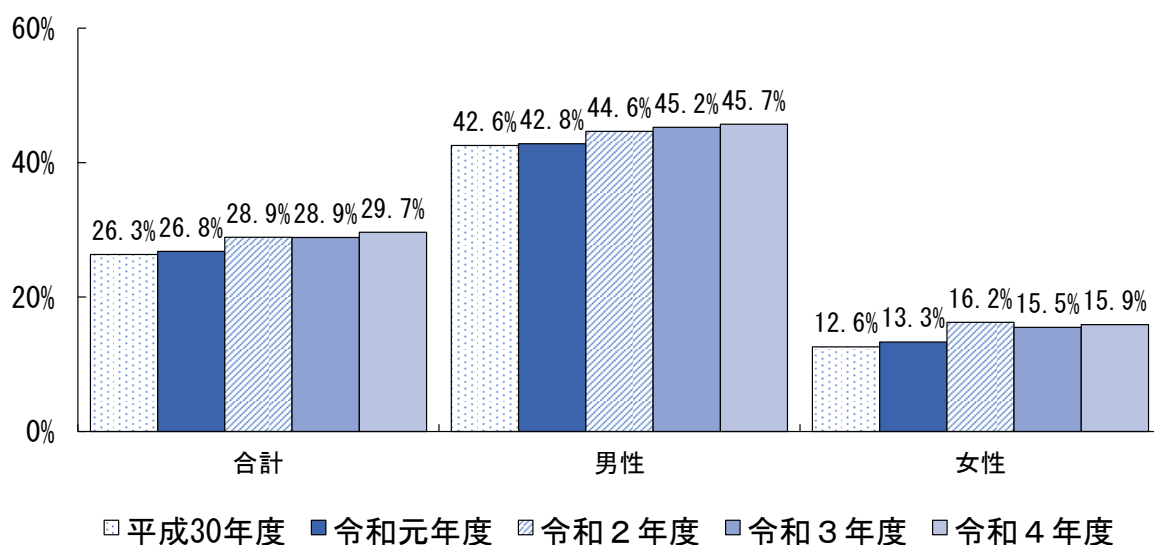
#### (4) メタボリックシンドロームの該当割合

メタボリックシンドロームの該当割合の推移をKDBにより見てみると、令和4年度の玖珠町は、「該当者+予備群」では、男性が45.7%、女性が15.9%、男女合計で29.7%となっており、県平均より低く推移しているものの、年々割合が上昇傾向で推移しています。

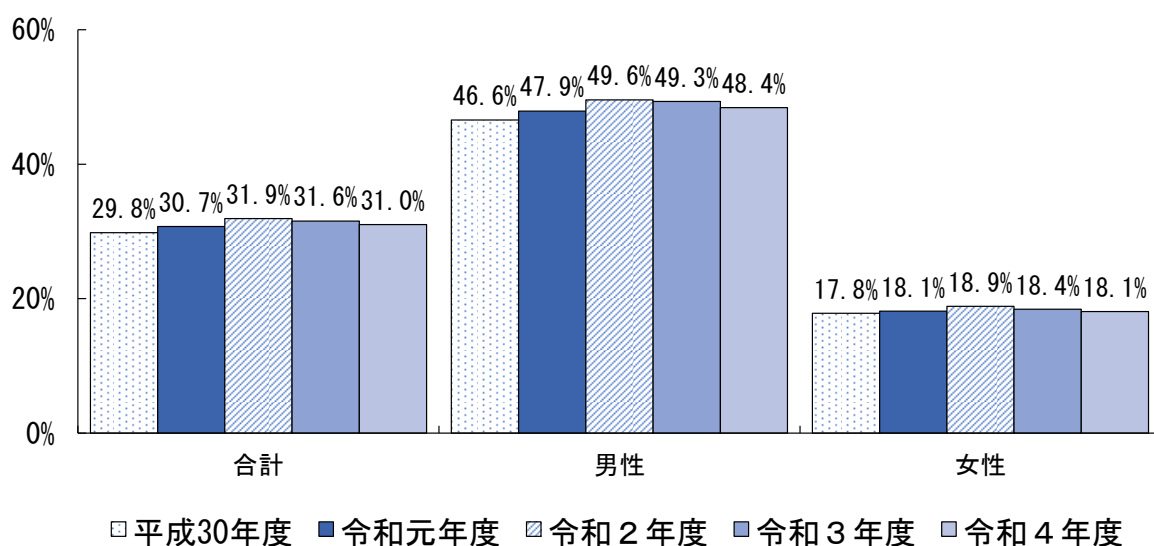
メタボリックシンドロームの該当割合の推移

##### ① 該当者+予備群

[玖珠町]



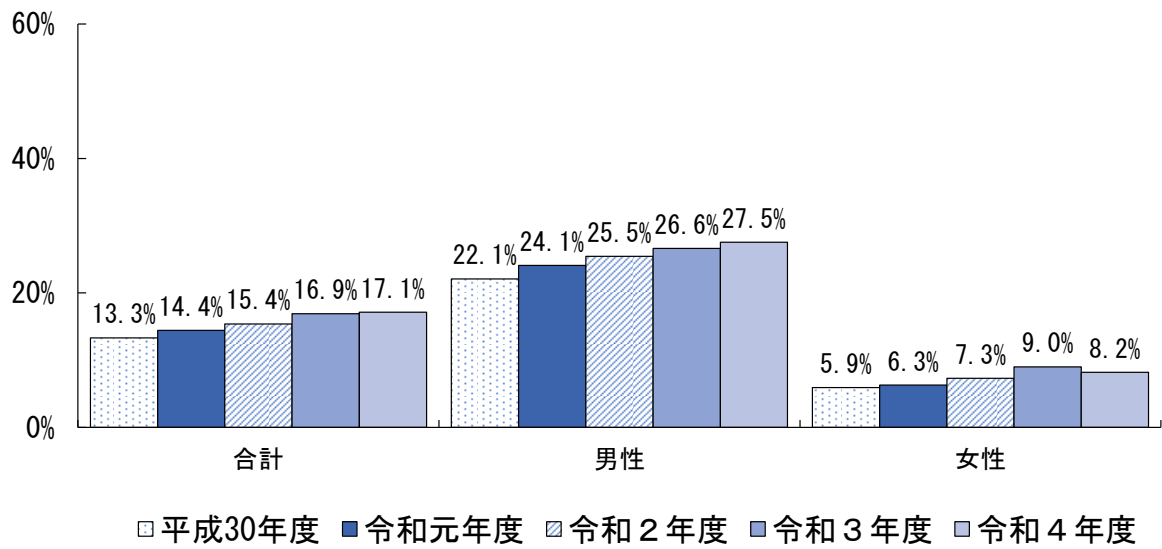
[大分県]



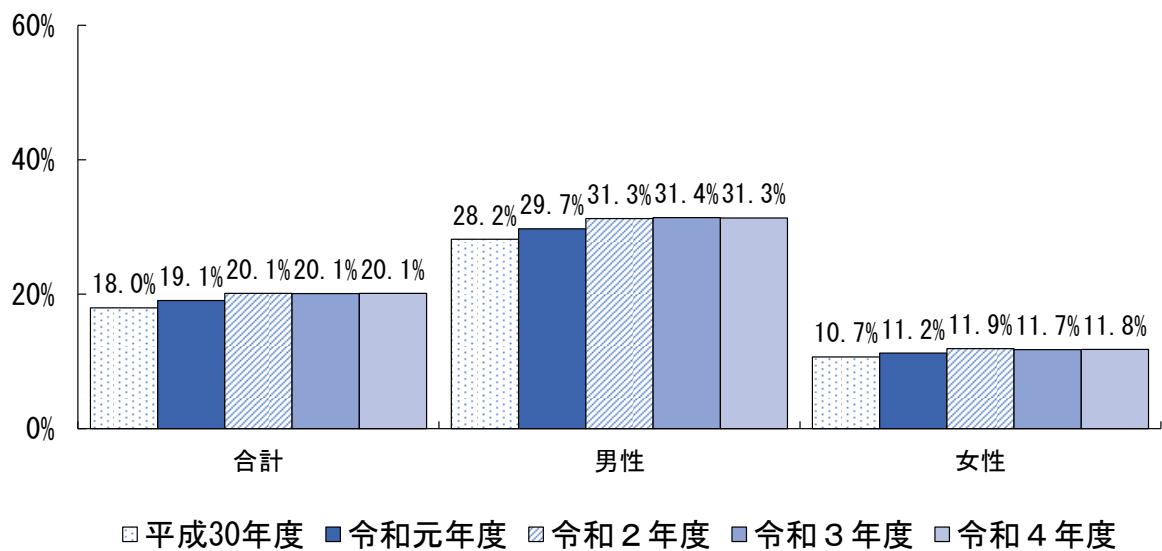
資料：KDB県提供資料

②該当者（県指標 7）

〔玖珠町〕



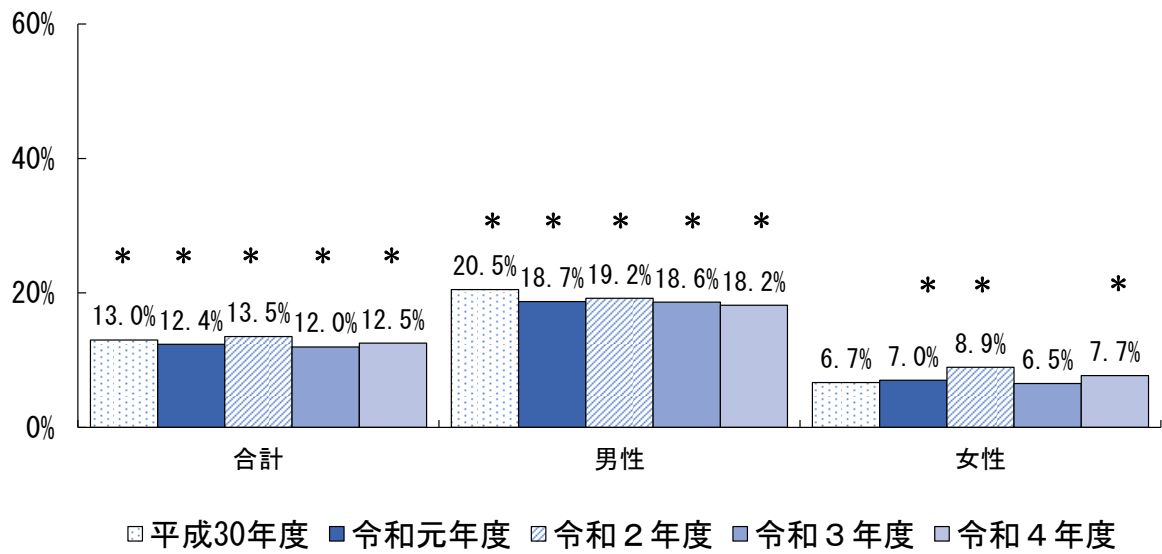
〔大分県〕



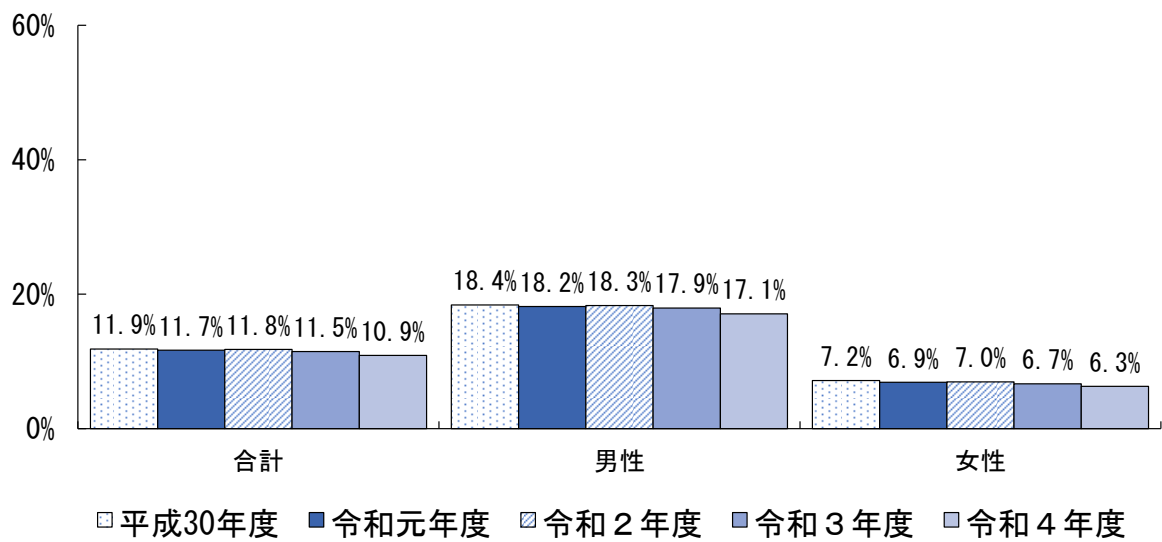
資料：KDB 県提供資料

③予備群（県指標8）

[玖珠町]



[大分県]

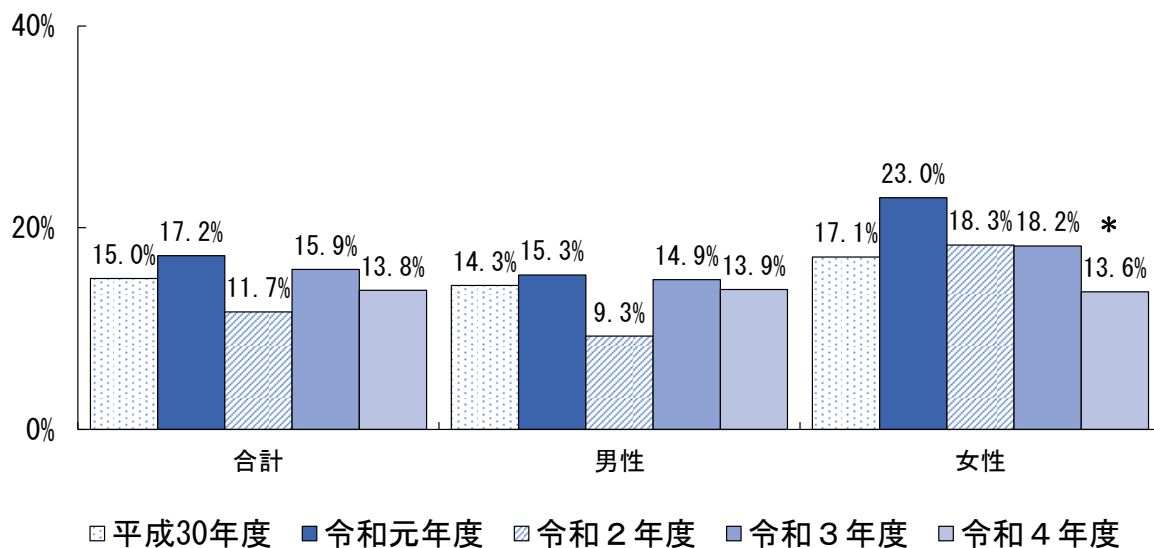


資料：KDB 県提供資料

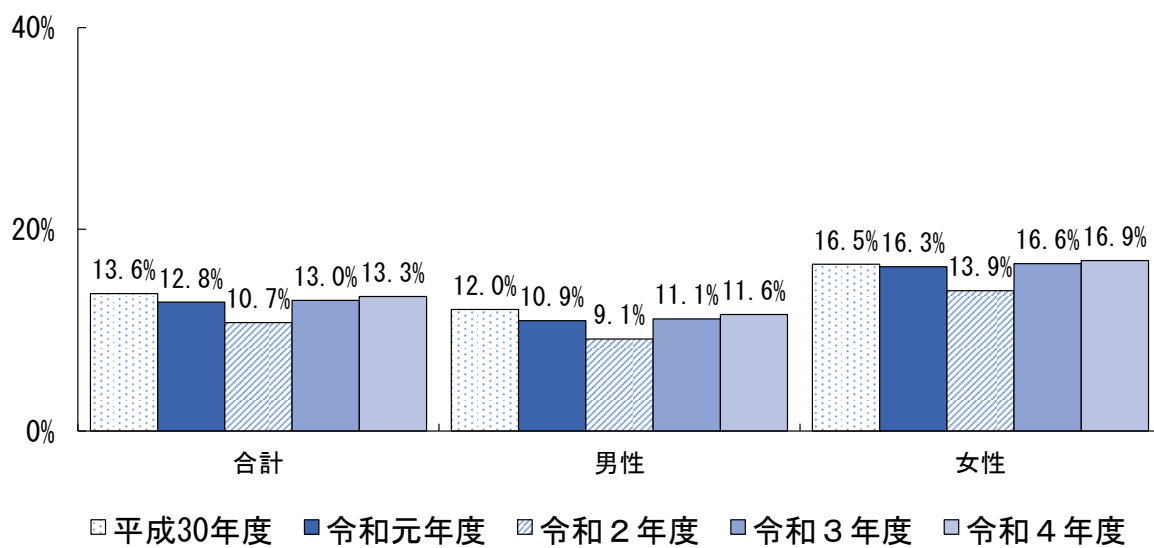
「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」は、県平均より高く推移しています。

「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」の推移（県指標6）

〔玖珠町〕



〔大分県〕



資料：KDB県提供資料

## (5) HbA1cの状況

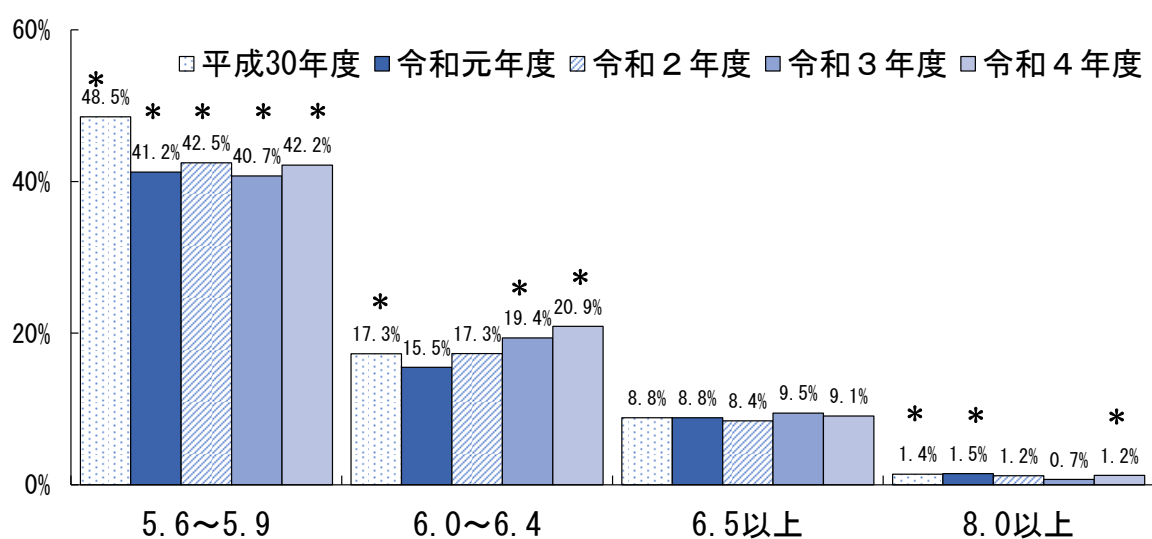
40～74歳の特定健診受診者のHbA1cの基準超過者の割合の推移を見てみると、「将来糖尿病を発症するリスクが高い」とされる「5.6～5.9の人」の割合は令和4年度で42.2%であり、県平均より約5ポイント高くなっています。

また、糖尿病の基本的な診断基準である「6.5以上の人」の割合は令和4年度で9.1%であり、県平均より約1.5ポイント低くなっています。

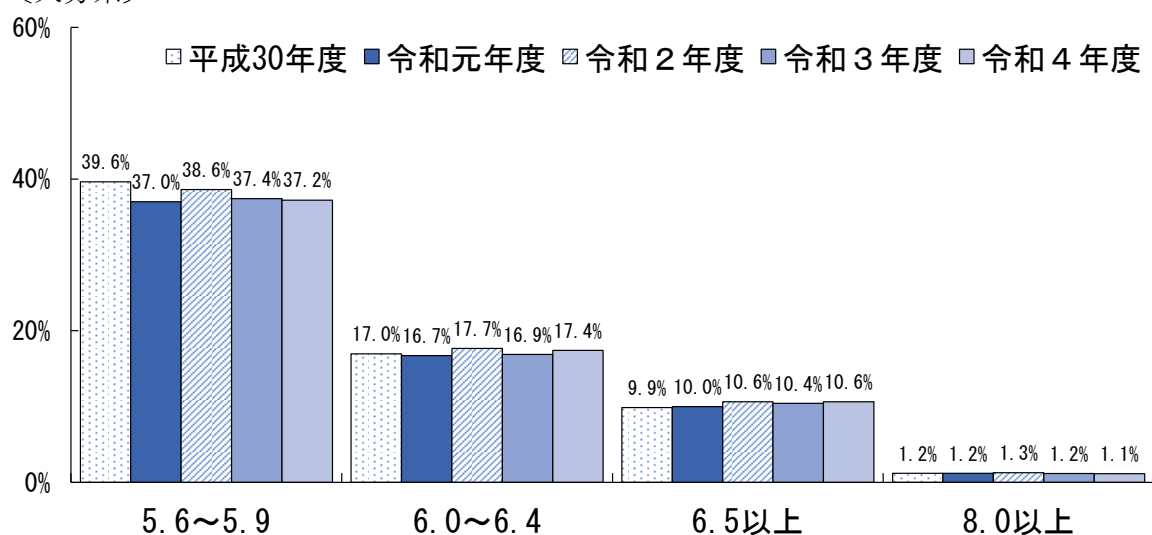
糖尿病の中でも将来的に合併症の危険性が高くなる「8.0以上の人」の割合は1.2%です。

HbA1cの基準超過者の割合の推移（県指標9～12）

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

\*HbA1cとは

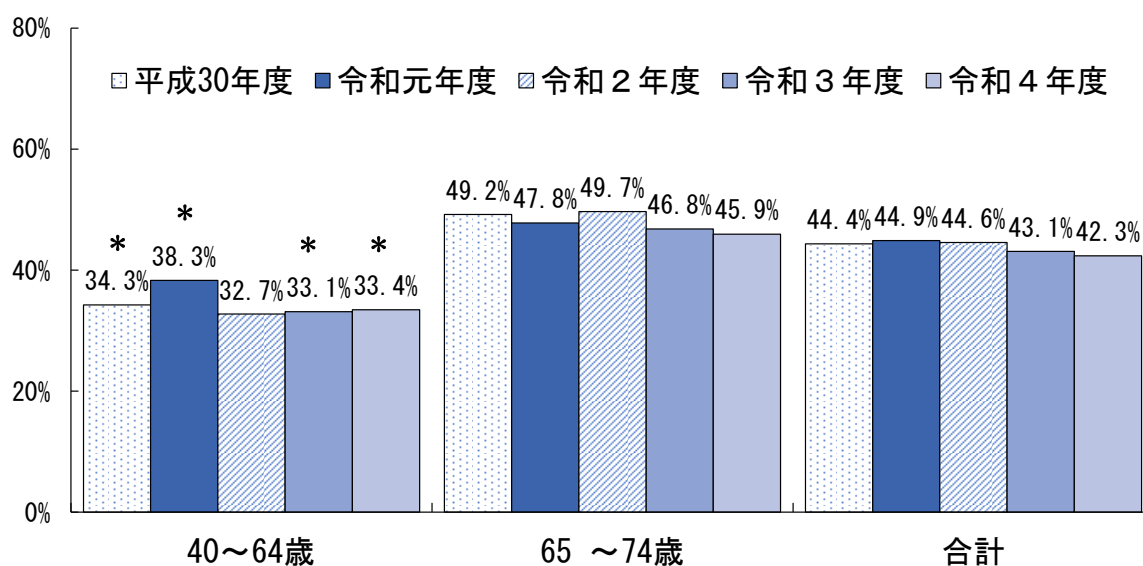
赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したものです。過去1～2か月間の平均血糖値を表します。

## (6) 高血圧の状況

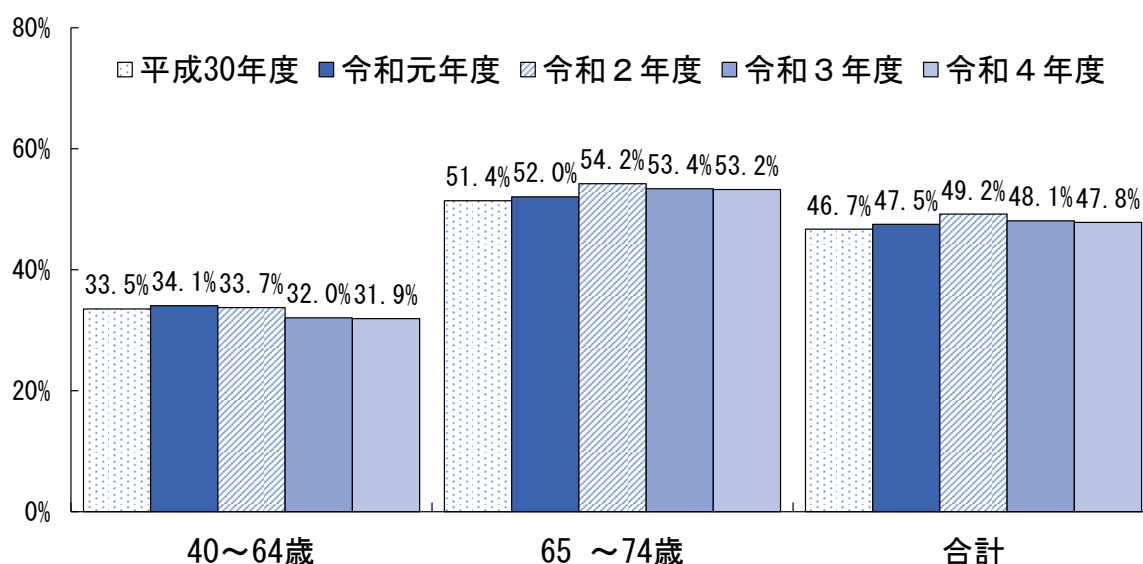
40～74歳の特定健診受診者の高血圧の基準超過者の割合の推移を見てみると、保健指導判定基準とされる収縮期血圧130以上の基準超過者は、令和4年度では、40～64歳で33.4%、65～74歳で45.9%となっています。県平均と比較すると、65～74歳では玖珠町の方が該当割合が低めで推移していますが、40～64歳では県平均よりやや高く、若年層への高血圧予防対策が課題であると言えます。

収縮期血圧130以上の基準超過者の割合の推移（県指標13）

[玖珠町]



[大分県]

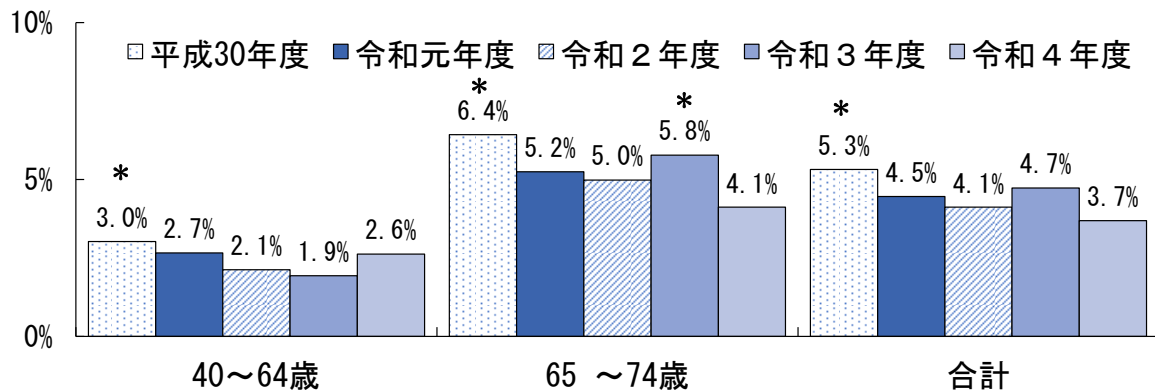


資料：KDB県提供資料

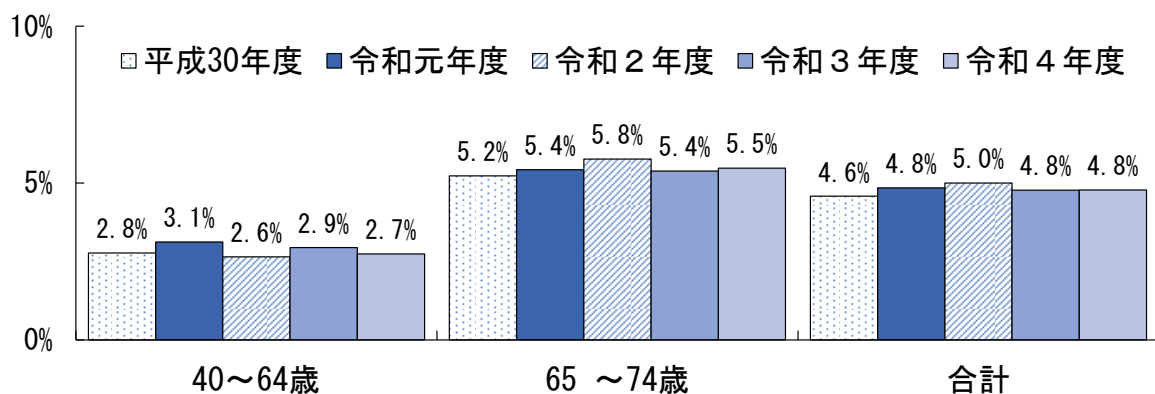
重症とされる収縮期血圧160以上の基準超過者の割合は、令和4年度では、40～64歳で2.6%、65～74歳で4.1%となっています。県平均と比較して、令和4年度は低くなっていますが、高い年度もみられます。これらの方に対し、慢性的な高血圧が原因で動脈硬化が進行し、脳血管疾患などが発病することを予防する重症者対策を行っていくことが重要であると言えます。

収縮期血圧160以上の基準超過者の割合の推移（県指標14）

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

**\*血圧とは**

血圧とは、血管内にかかる圧力のことで、心臓が全身に血液を送り出すときにかかる最も高い圧力を収縮期血圧（上の血圧）、心臓に血液が戻るときの最も低い圧力を拡張期血圧（下の血圧）と言います。

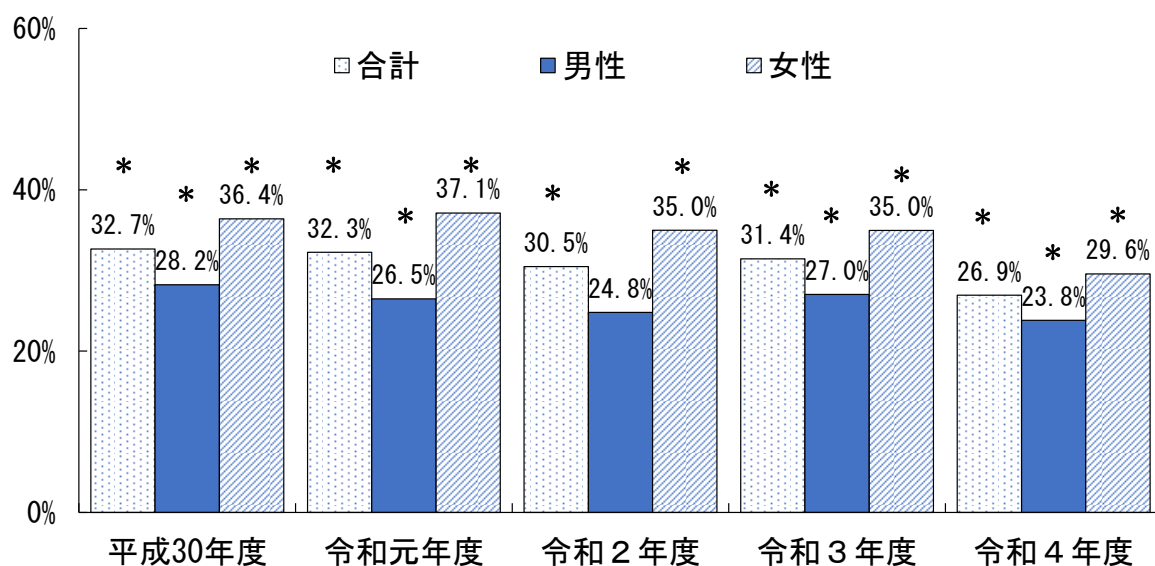
血圧が必要以上に高い状態が続くことを高血圧と言います。高血圧の状態が続くと、脳卒中や心臓病、心筋梗塞や慢性腎臓病など様々な病気に罹患するリスクが高くなります。

## (7) LDLコレステロールの状況

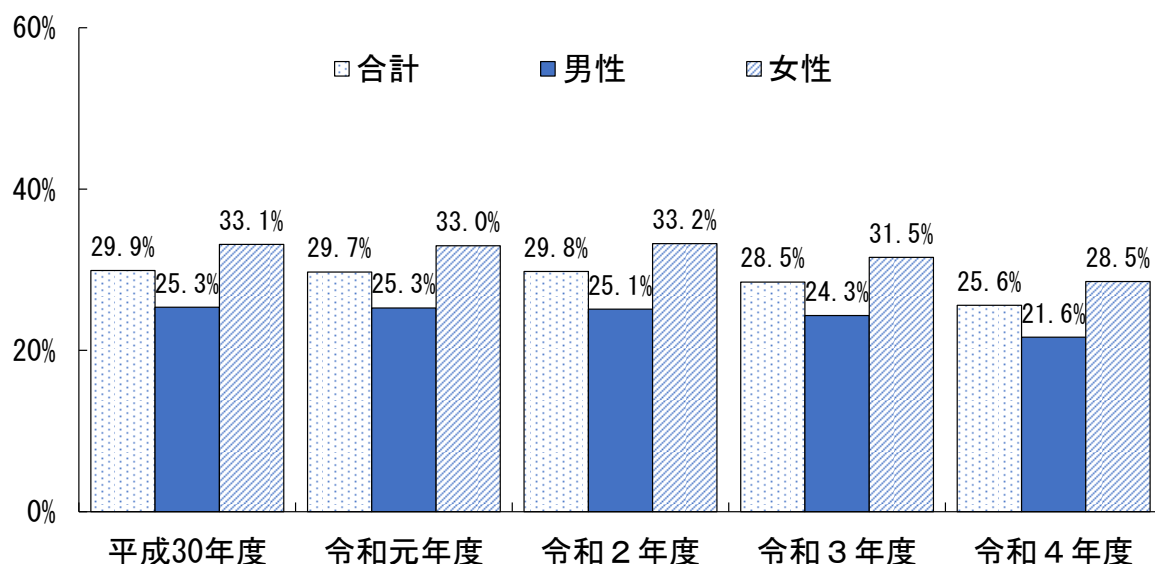
40～74歳の特定健診受診者のLDLコレステロール140以上の基準超過者の割合の推移を見てみると、受診勧奨判定値とされる140以上の基準超過者は、令和4年度では、男性で23.8%、女性で29.6%となっており、男女とも、県平均より高位に推移しています。

LDLコレステロール140以上の基準超過者の割合の推移（県指標15）

〔玖珠町〕



〔大分県〕



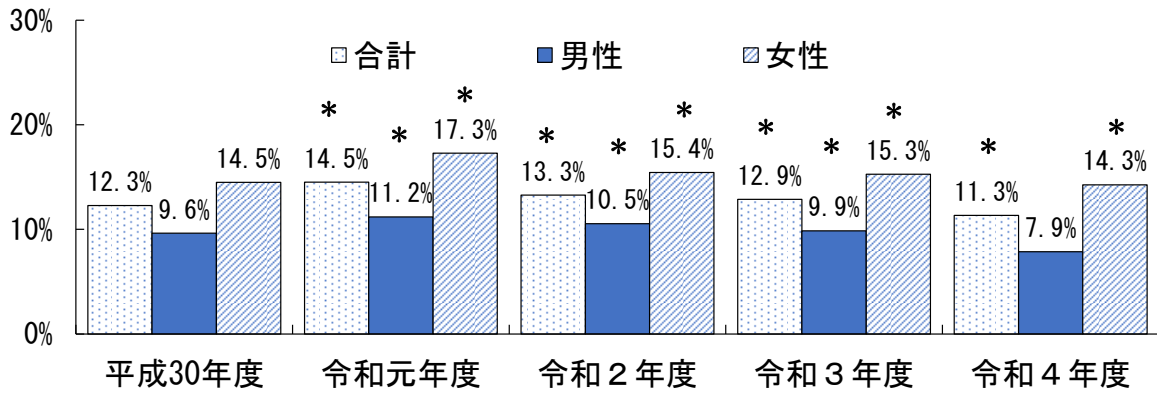
資料：KDB県提供資料



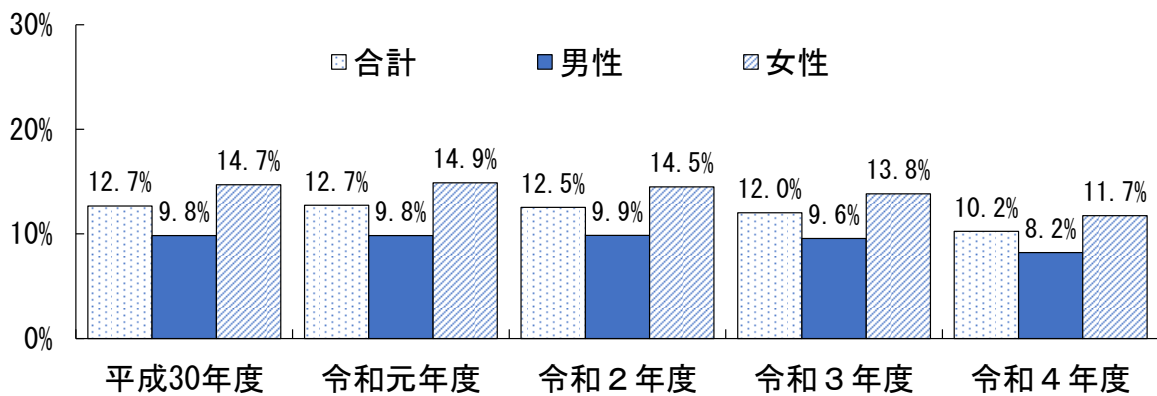
40～74歳の特定健診受診者のLDLコレステロールの基準超過者の割合の推移を見ると、要治療の判定値とされる160以上の基準超過者は、令和4年度では、男性で7.9%、女性で14.3%となっており、女性は県平均より高く推移しています。

LDLコレステロール160以上の基準超過者の割合の推移（県指標16）

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

\* LDLコレステロールとは

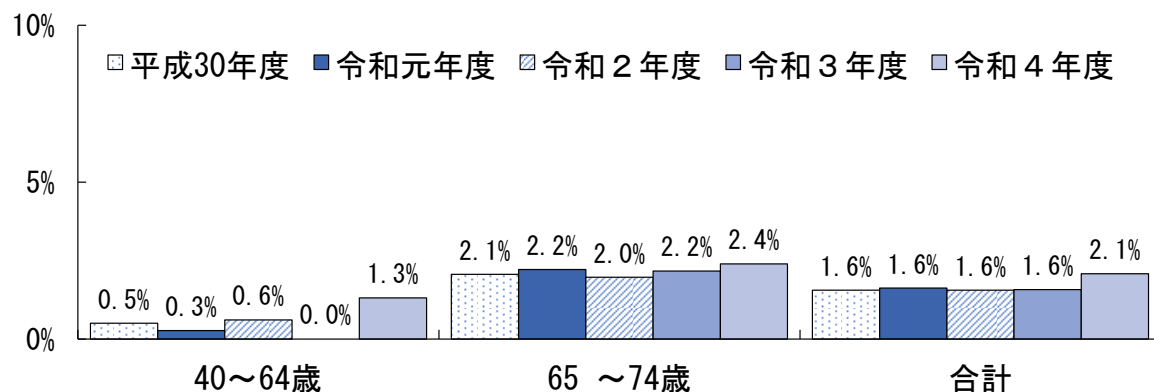
LDL（悪玉）コレステロールは、肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳血管疾患を発症するリスクファクターとなります。

## (8) 糸球体濾過量 (eGFR) の状況

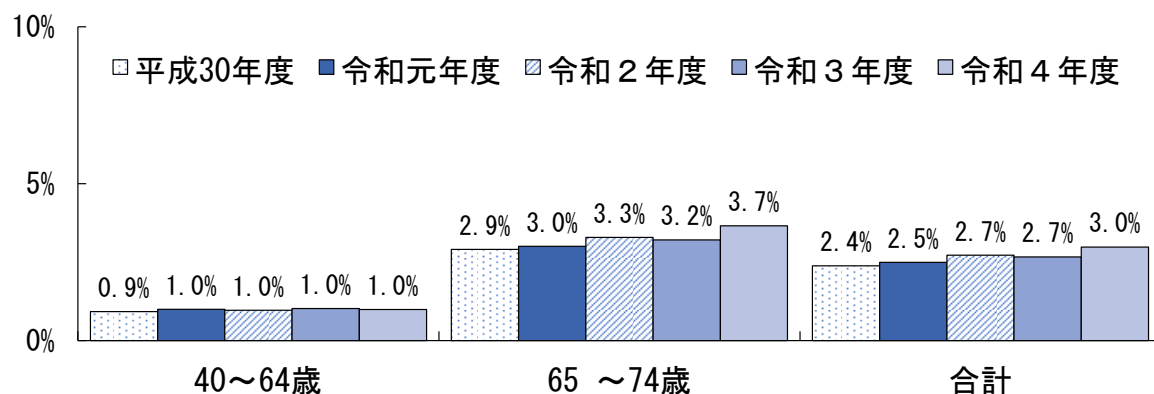
40～74歳の特定健診受診者の糸球体濾過量 (eGFR) 45未満の基準超過者の割合の推移を見てみると、平成30年度から令和4年度にかけて、県平均より低位に推移していますが、直近の令和4年度は令和3年度より割合が上昇しています。

糸球体濾過量 (eGFR) 45未満の基準超過者の割合の推移 (県指標17)

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

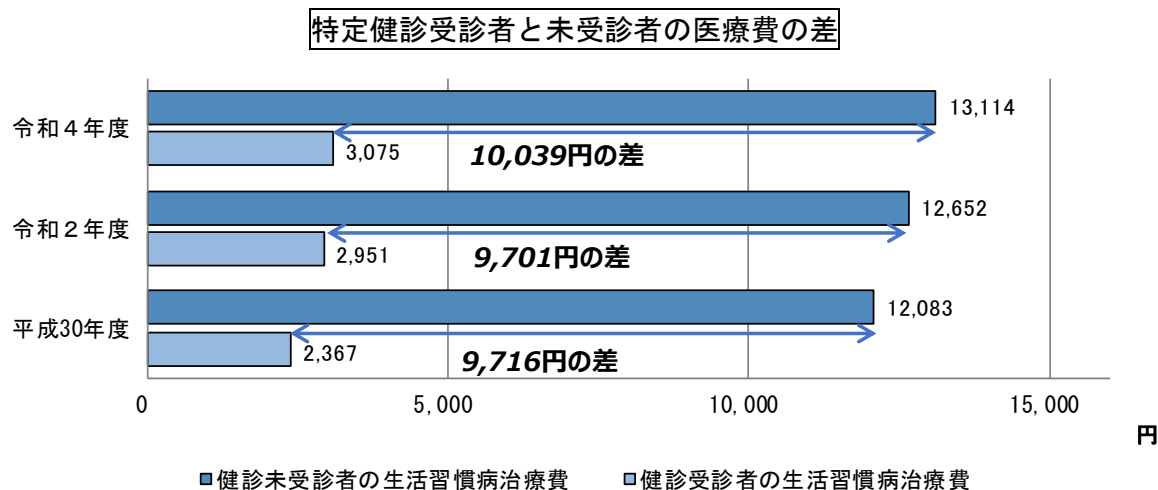
\*糸球体濾過量 (eGFR) とは

腎臓が1分間に処理する血液の量で、45未満の場合、中等度以上の慢性腎臓病であると言えます。

## (9) 特定健診受診者と未受診者の生活習慣病医療費の差

特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる1人当たりの月額平均医療費を見てみると、令和4年度では、受診者は3,075円、未受診者は13,114円で、未受診者の方が約10,000円、医療費が高くなっています。

生活習慣病の多くは、特定健診を受診することで早期発見、重症化予防が可能なことから、受診率向上対策が重要です。

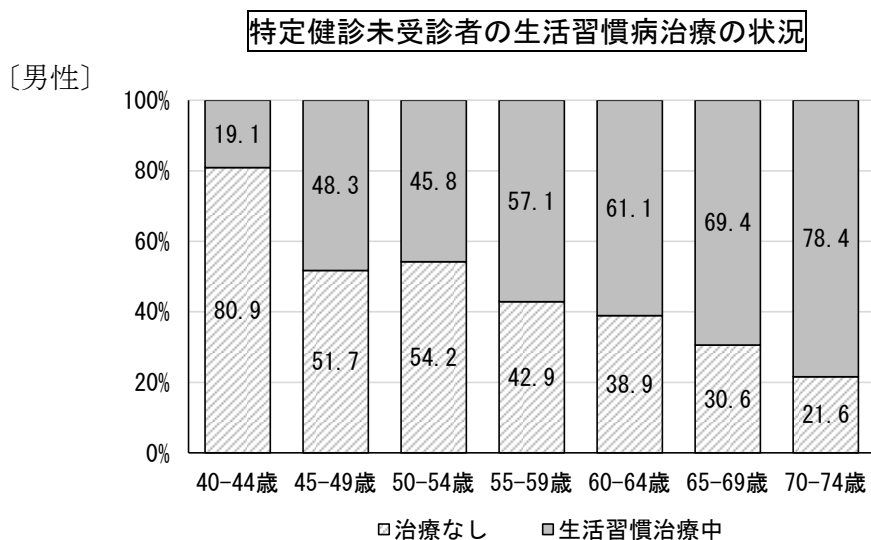


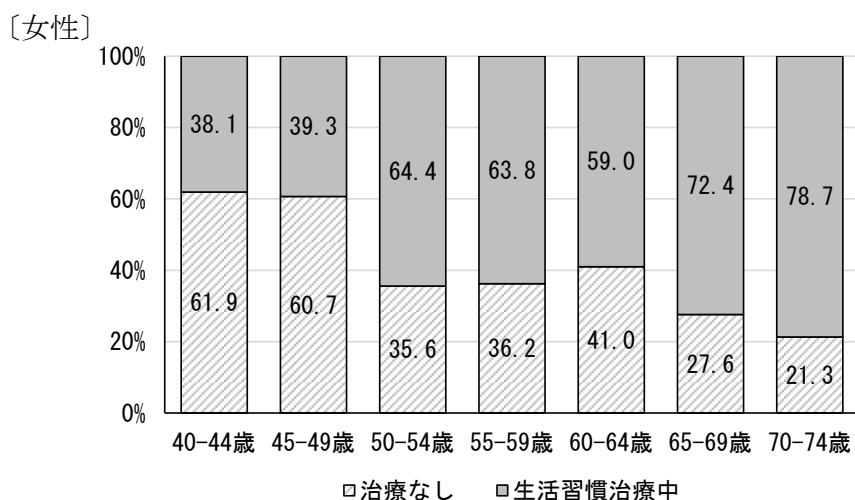
資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より作成

## (10) 特定健診未受診者の生活習慣病治療の状況

特定健診未受診者の生活習慣病治療の状況を年齢別・男女別にみると、男女とも、65歳以上の高齢者では、生活習慣病治療中の人の割合が7～8割を占めており、医療を受けていることが未受診の理由になっていることがうかがえます。

一方、40～44歳の男性では特定健診未受診者の8割が生活習慣病の治療を受けておらず、その中には少なからず、治療が必要な生活習慣病を有する人もいると考えられることから、未受診者に受診を勧奨し、健診結果に基づき早期の治療を行う人を増やすことが重要です。



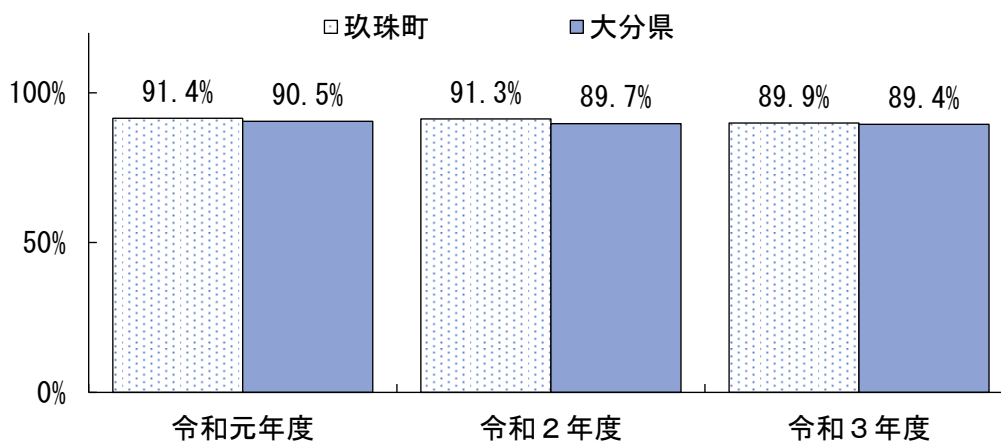


### (11) 受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者の割合

特定健診で医療機関での受診勧奨と判定された人のうち、実際に健診後に医療機関を受診した割合を見てみると、玖珠町、県平均とも、9割程度となっています。

残りの1割は、医療機関の受診につながっていないことから、受診の重要性を強く啓発していくことが求められます。

受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者の割合（県指標20）



資料：KDB県提供資料

## (12) 健診問診票の傾向

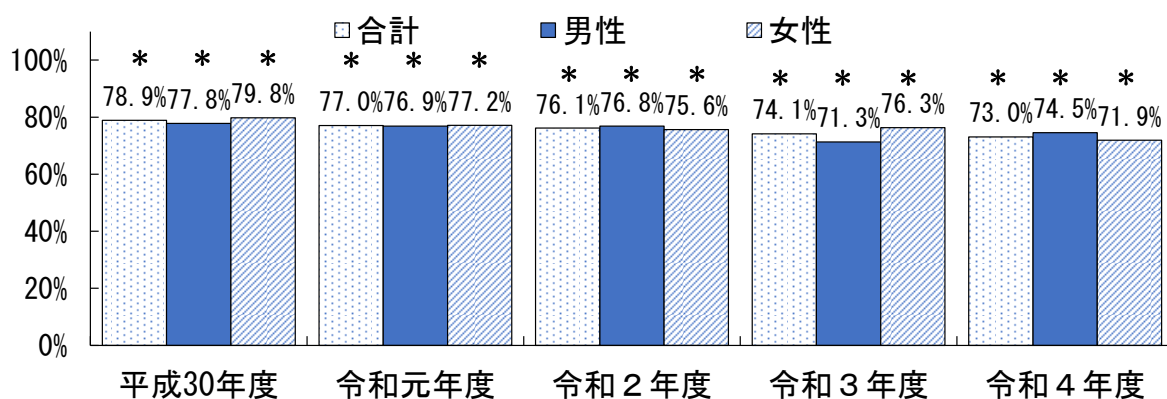
特定健診受診者の問診票の回答の傾向を見ると、以下のとおりです。

### ①【咀嚼】何でもかんで食べることができる人の割合（65～74歳）

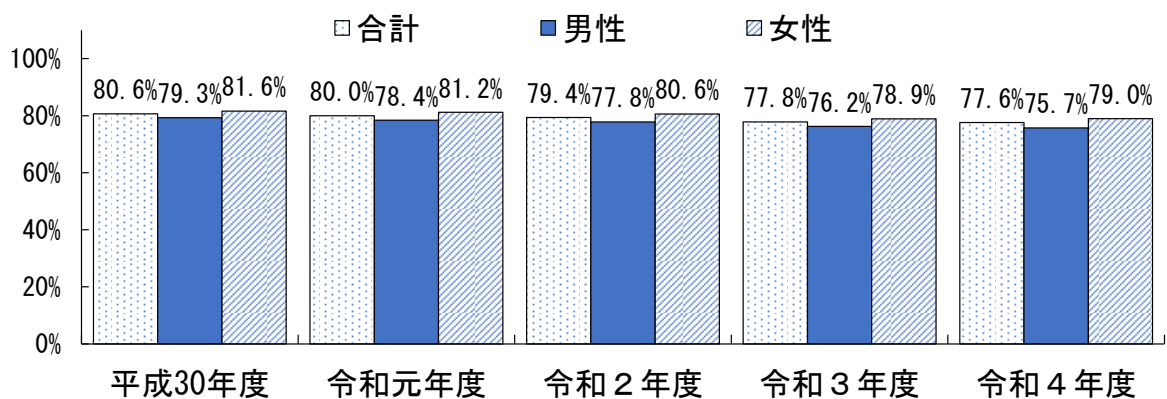
令和4年度の「何でもかんで食べることができる人の割合（65～74歳）」は73.0%で、男性が74.5%、女性が71.9%です。県平均より、やや低位に推移しています。

「何でもかんで食べることができる人の割合（65～74歳）」の推移（県指標19）

〔珍珠町〕



〔大分県〕



資料：KDB県提供資料

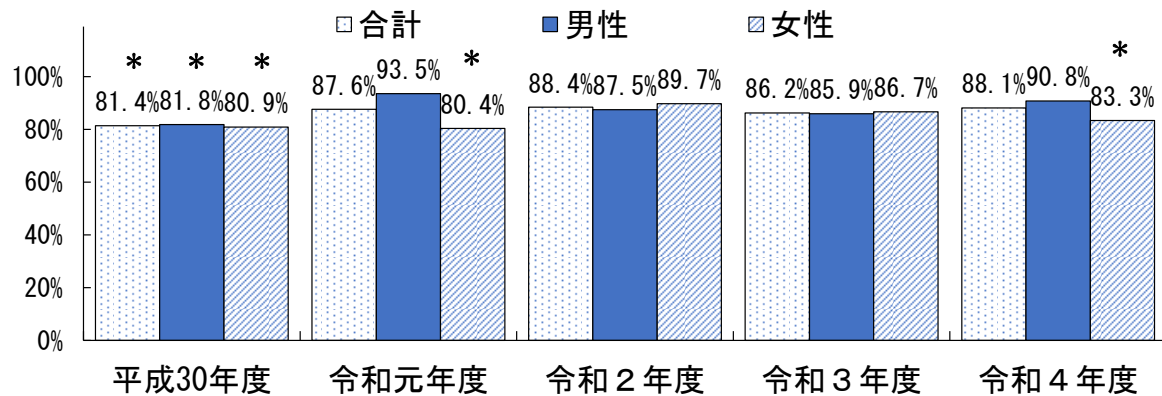
②特定健診でHbA1c 6.5以上の人のうち、糖尿病の治療を受けている割合

令和4年度の「特定健診でHbA1c 6.5以上の人のうち、糖尿病の治療を受けている割合」は88.1%で、男性が90.8%、女性が83.3%です。県平均よりやや高位に推移していますが、令和4年度は女性が県平均よりも低くなっています。

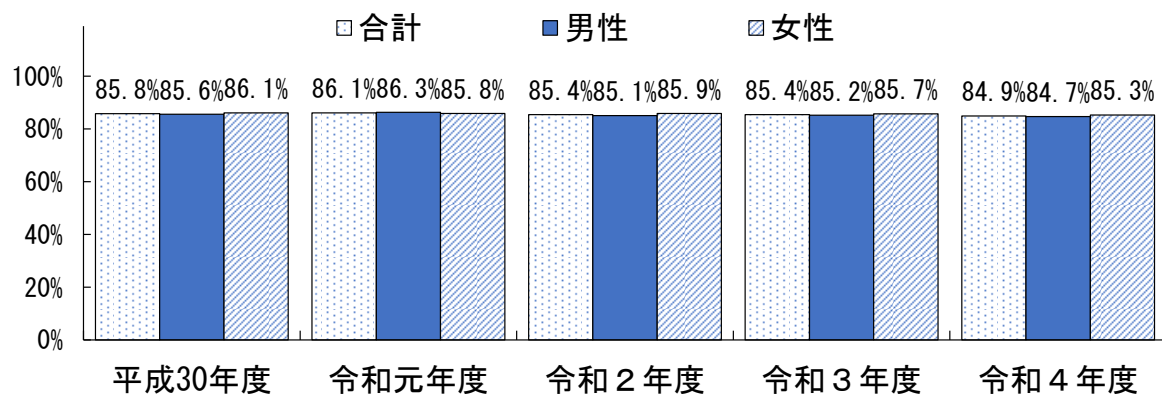
「特定健診でHbA1c 6.5以上の人のうち、糖尿病の治療を受けている割合」の推移

(県指標21)

[玖珠町]



[大分県]



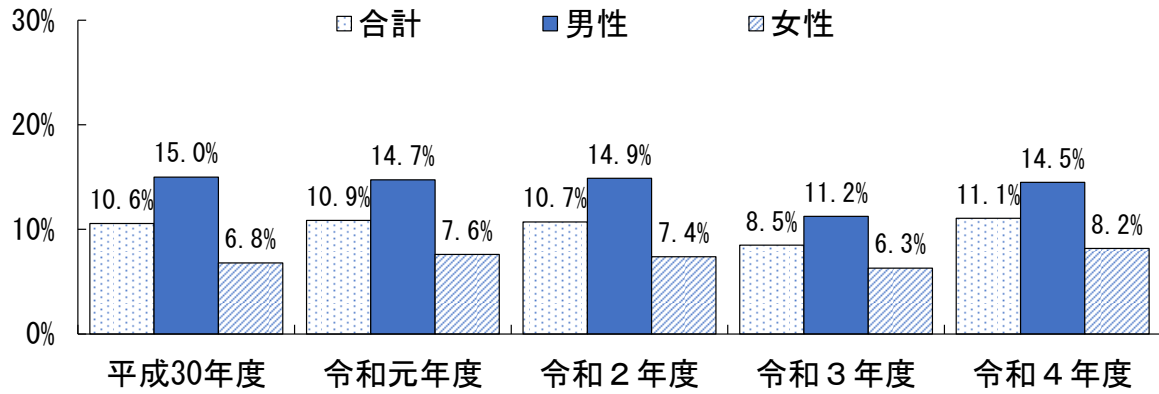
資料：KDB県提供資料

③【栄養・食事】 週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる人の割合

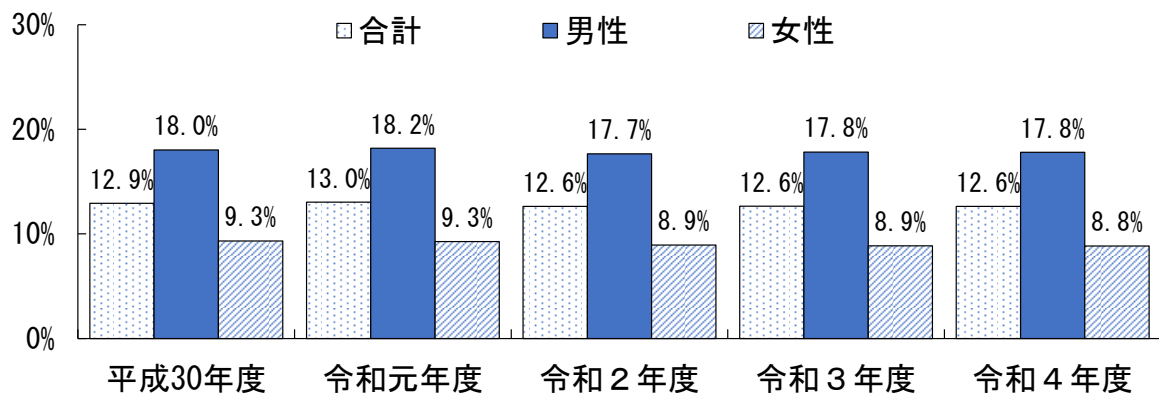
令和4年度の「週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる人の割合」は11.1%で、男性が14.5%、女性が8.2%です。県平均より、やや良い値で推移しています。

「週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる人の割合」の推移（県指標22）

[玖珠町]



[大分県]



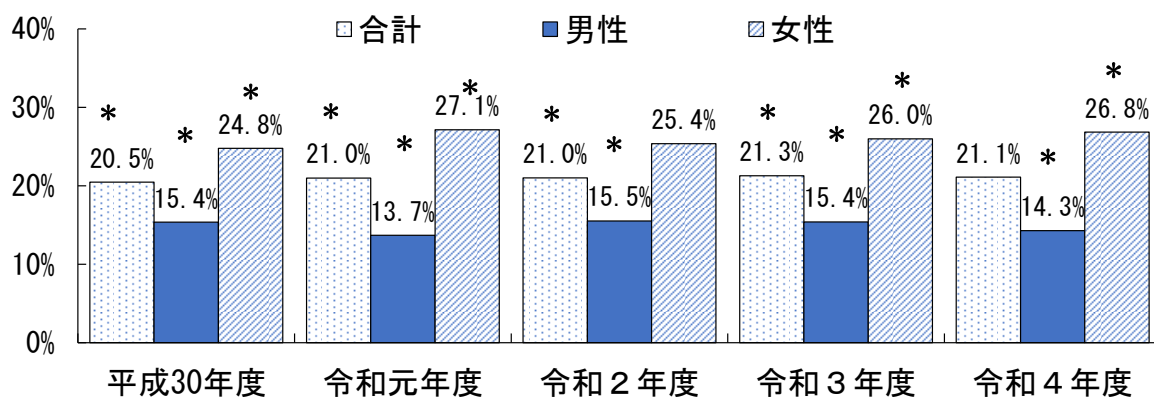
資料：KDB 県提供資料

④【栄養・食事】 週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合

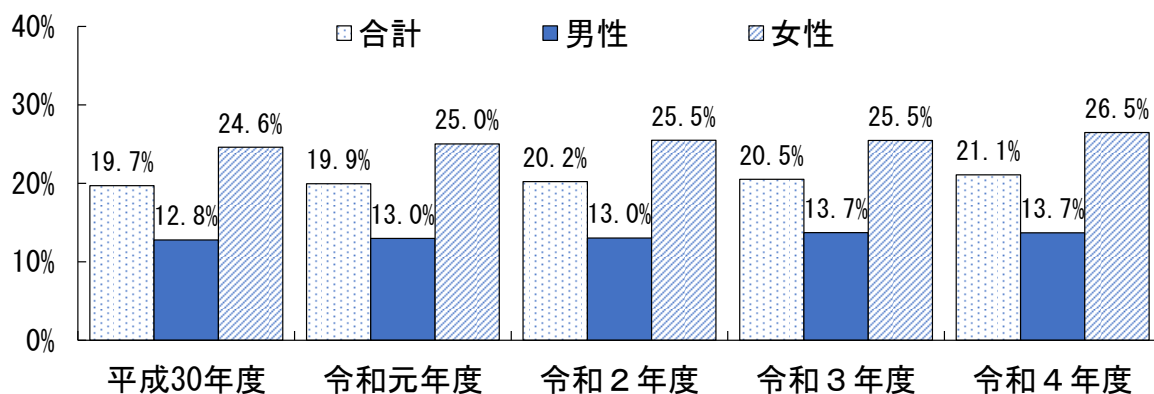
令和4年度の「週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合」は21.1%で、男性が14.3%、女性が26.8%です。県平均より、やや高位に推移しています。

「週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合」の推移（県指標23）

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

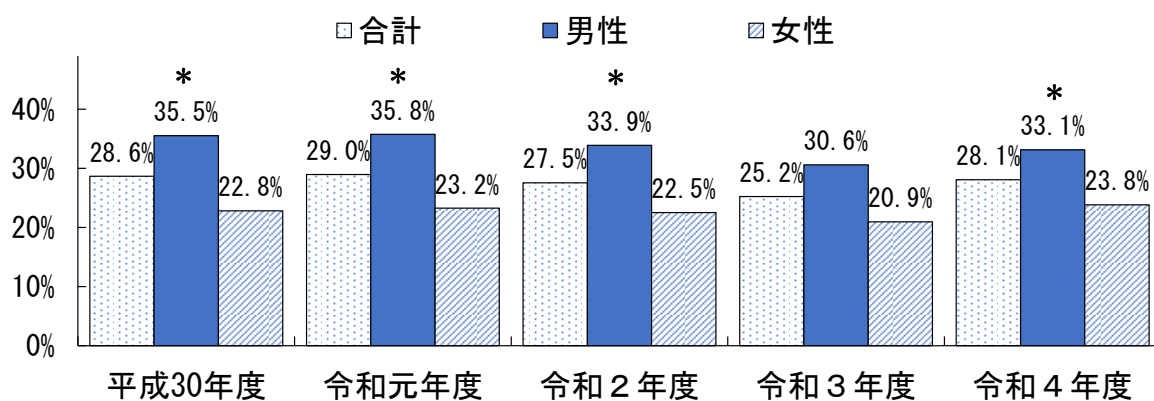


⑤【栄養・食事】 人と比べて食べる速度が速い人の割合

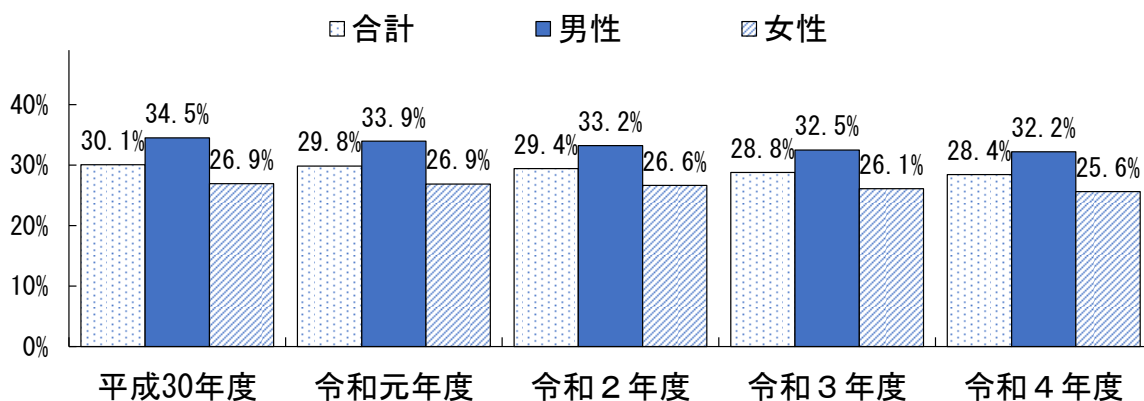
令和4年度の「人と比べて食べる速度が速い人の割合」は28.1%で、男性が33.1%、女性が23.8%です。令和元年度から令和3年度にかけて、割合が低下傾向でしたが、令和4年度は上昇に転じています。令和4年度は、県平均とほぼ同程度です。

「人と比べて食べる速度が速い人の割合」の推移（県指標24）

[玖珠町]



[大分県]

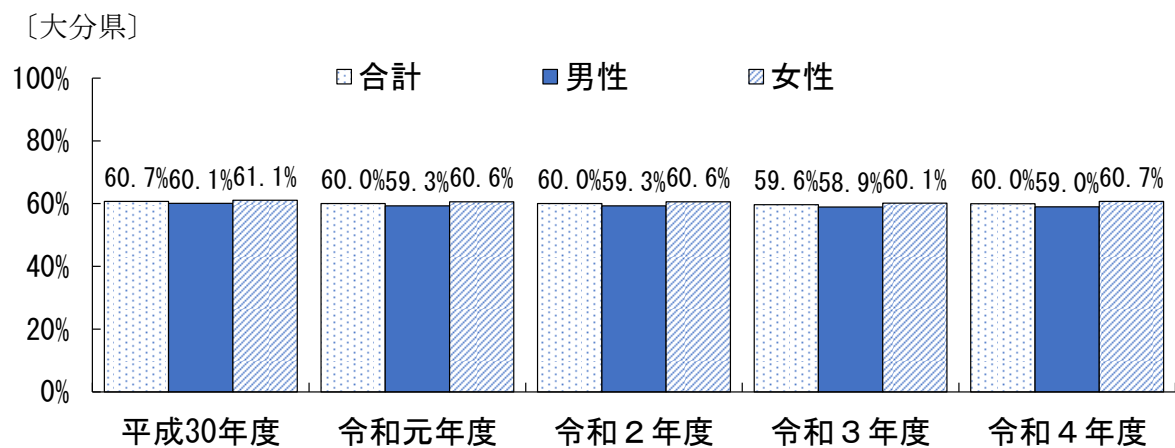
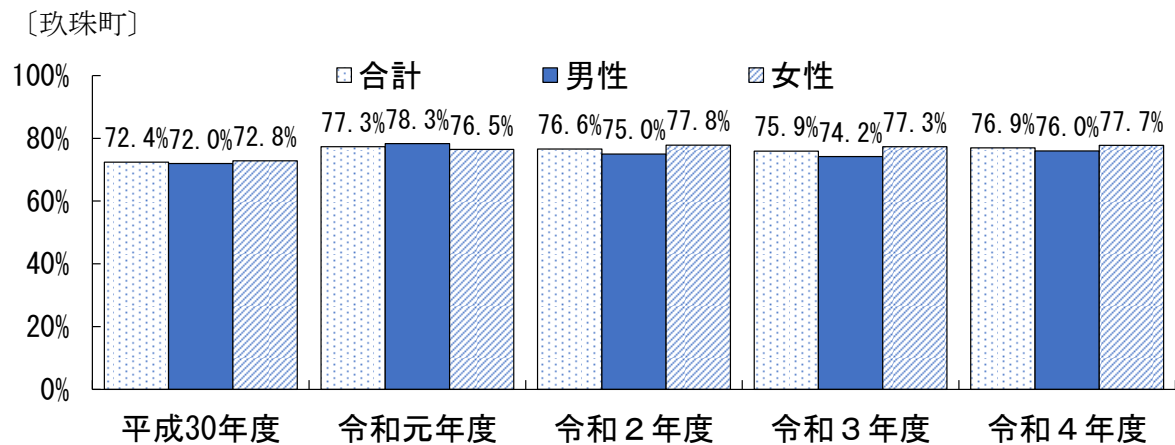


資料：KDB県提供資料

⑥【運動】 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する割合

令和4年度の「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する割合」は76.9%で、男性が76.0%、女性が77.7%です。県平均より、高位に推移しています。

「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する割合」の推移  
(県指標25)

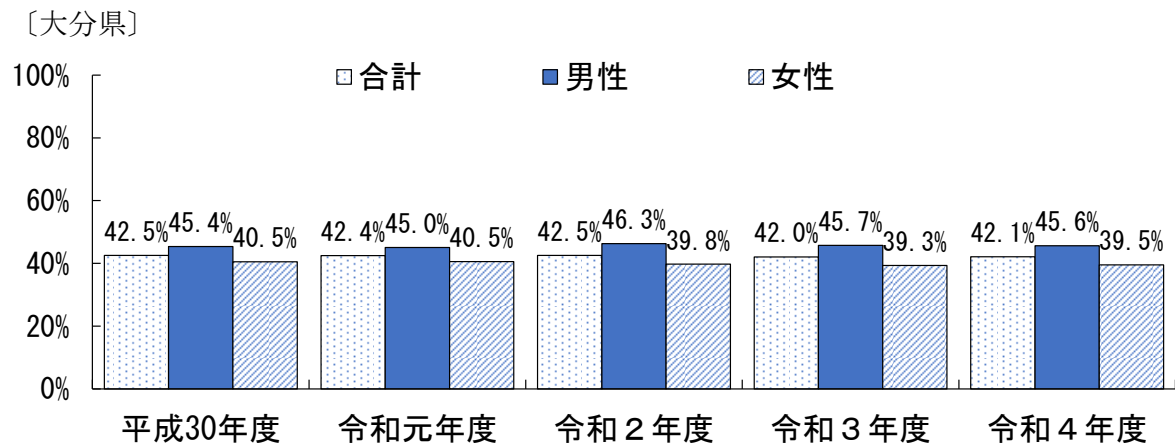
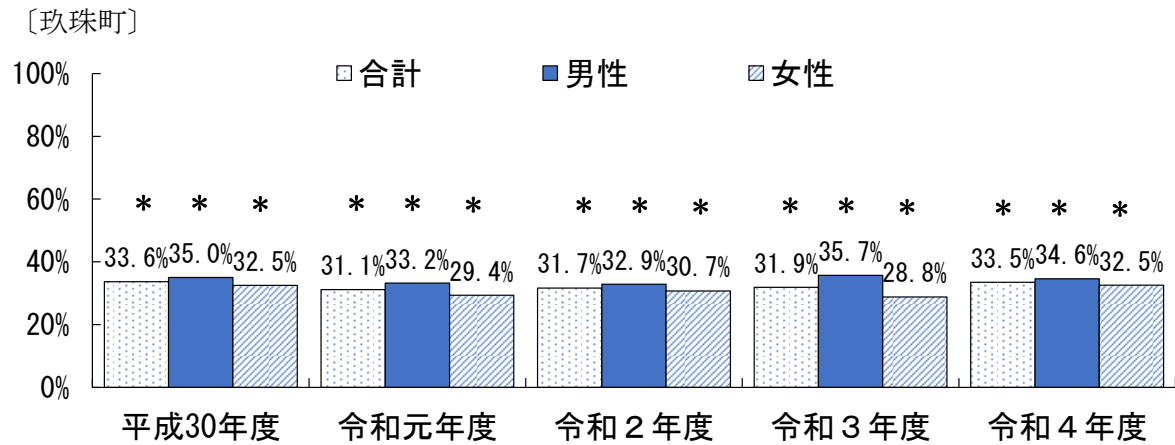


資料：KDB県提供資料

⑦【運動】 1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合

令和4年度の「1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合」は33.5%で、男性が34.6%、女性が32.5%です。⑥の「身体活動」と逆で、県平均より、低位に推移しています。

「1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合」の推移  
(県指標26)



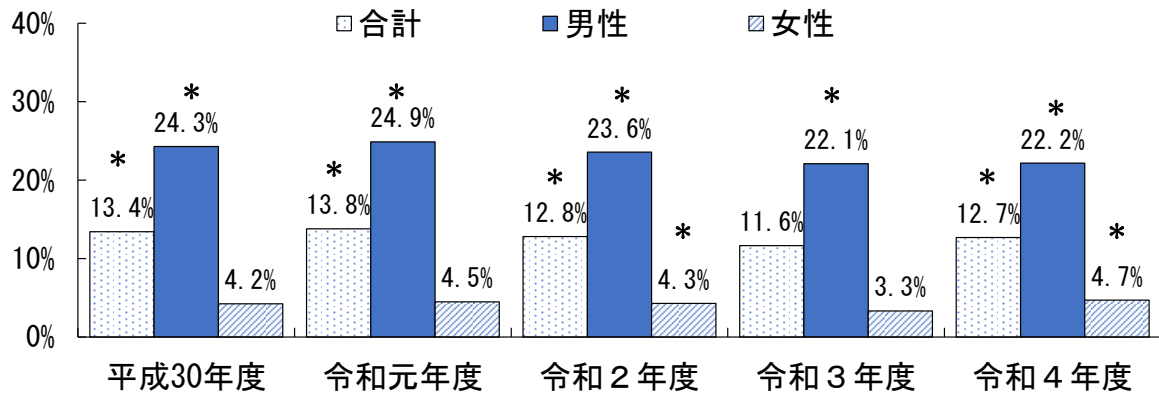
資料：KDB県提供資料

⑧【喫煙】 たばこを習慣的に吸っている人の割合

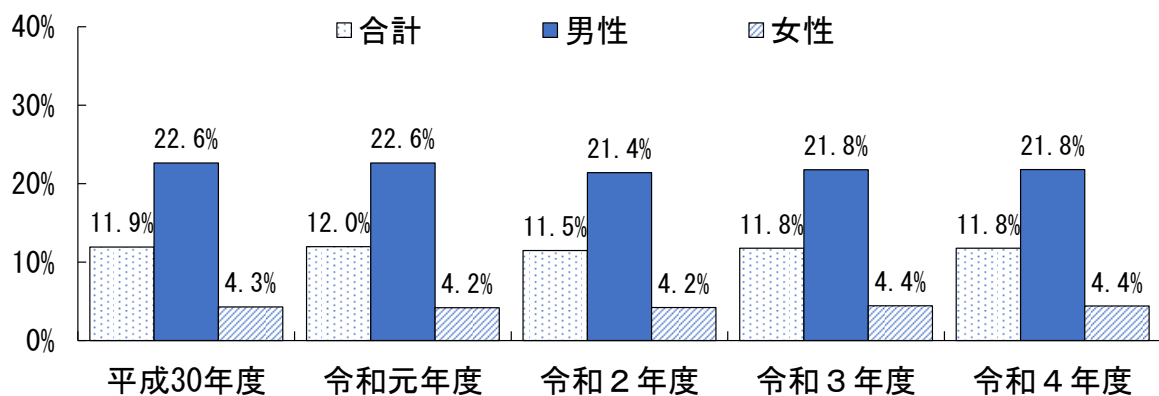
令和4年度の「たばこを習慣的に吸っている人の割合」は12.7%で、男性が22.2%、女性が4.7%です。県平均よりやや高位に推移しています。

「たばこを習慣的に吸っている人の割合」の推移（県指標27）

[玖珠町]



[大分県]



資料：KDB県提供資料

### 3. 介護データの分析

#### (1) 要介護認定者数の推移

本町の介護保険要介護認定者数は、令和5年3月末現在で1,045人です。介護保険第1号被保険者数で除した要介護認定率は18.3%で、県平均や全国平均よりも低くなっています。

要介護認定者数・認定率の推移

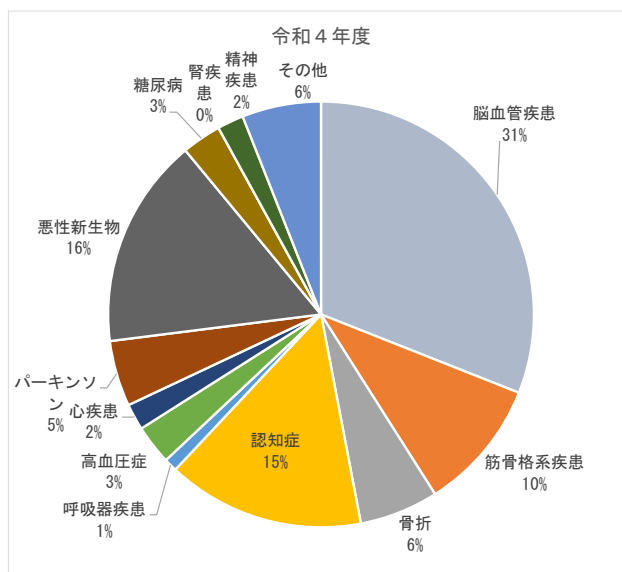
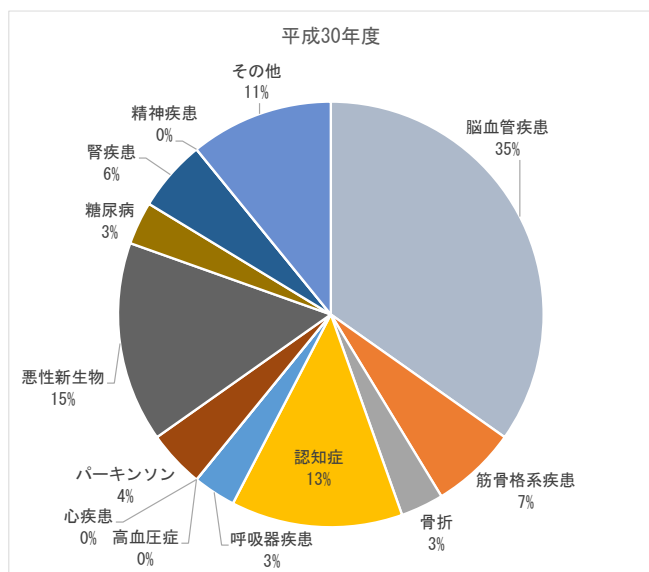
	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
認定者数 (人)	1,105	1,080	1,015	1,048	1,054	1,075	1,045
要支援1 (人)	158	177	168	145	128	133	123
要支援2 (人)	108	149	148	132	112	112	130
要介護1 (人)	254	217	196	239	251	265	258
要介護2 (人)	183	165	128	137	160	175	148
要介護3 (人)	132	113	118	125	142	144	141
要介護4 (人)	144	150	159	163	147	139	147
要介護5 (人)	126	109	98	107	114	107	98
認定率 (%)	19.1	18.5	17.5	18.1	18.2	18.6	18.3
認定率 (大分県) (%)	17.7	17.7	18.0	18.1	18.4	18.5	18.6
認定率 (全国) (%)	18.0	18.0	18.3	18.4	18.7	18.9	19.0

資料：厚生労働省「介護保険 地域包括ケア見える化システム」より作成（各年3月末現在）

#### (2) 要介護の原因疾患

要介護認定時の主治医意見書から、要介護の原因疾患をみると、依然として脳血管疾患が最も多く、糖尿病、心疾患、腎疾患などを含め、生活習慣病関連疾患が多くなっています。また、認知症や筋骨格系疾患も1割程度を占めています。平成30年度と比較すると、筋骨格系疾患・骨折、認知症の割合が増加しています。

要介護認定の原因疾患（74歳未満）



資料：要介護認定主治医意見書

### (3) 要介護認定者の有病状況

令和4年度の要介護認定時における有病状況は、心臓病、筋・骨疾患の割合が多く、平成30年度と比較すると糖尿病、認知症、筋・骨疾患が増加しています。

また県平均や全国平均と比較すると、糖尿病、脳疾患、精神疾患（認知症等）において、県平均や全国平均より有病率が顕著に高いため、これらの悪化により要介護状態への移行や重度化を防止していく施策が求められます。

要介護認定者の有病状況（令和4年度）

	糖尿病	心臓病	脳疾患	筋・骨疾患	精神	(再掲) 認知症
玖珠町	26.3%	63.2%	29.1%	58.9%	45.0%	35.6%
大分県	23.3%	65.4%	24.0%	58.4%	43.3%	30.8%
全国	24.3%	60.3%	22.6%	53.4%	36.8%	24.0%

	糖尿病	心臓病	脳疾患	筋・骨疾患	精神	(再掲) 認知症
令和4年度	26.3%	63.2%	29.1%	58.9%	45.0%	35.6%
令和2年度	22.3%	60.7%	32.3%	55.7%	41.6%	32.4%
平成30年度	21.3%	62.1%	34.5%	54.1%	40.8%	30.6%

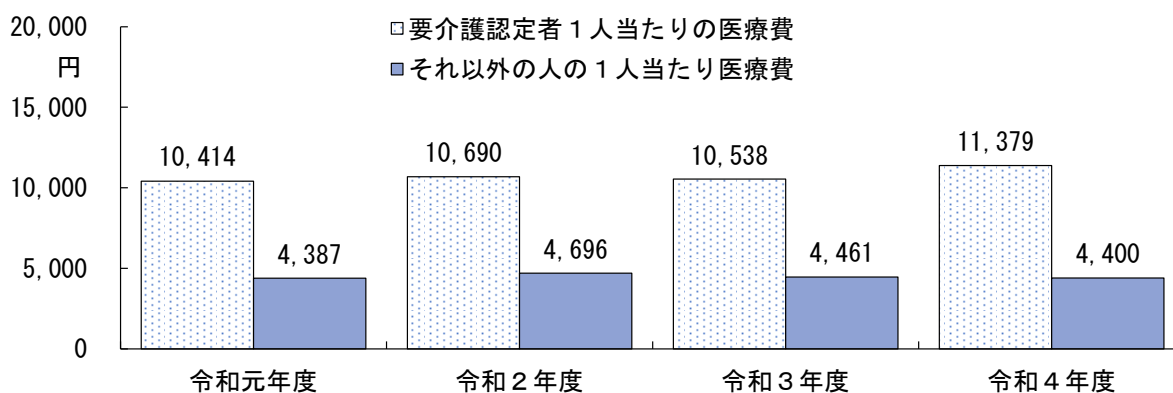
資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より作成

### (4) 介護を受けている人と受けていない人との医療費の比較

令和4年度の40歳～74歳の要介護認定者の1人当たりの月額平均医療費は11,379円で、要介護認定を受けていない人の4,400円の3倍近くとなっています。

この差は年々広がりつつあり、介護予防を推進し、要介護への移行や重度化を防ぎ、医療費や介護給付費の抑制に努める必要があります。

介護を受けている人と受けていない人との医療費の比較



資料：KDB「地域の全体像の把握」

## 第5章 健康課題と目標の設定

### 1. データの特徴の整理

医療費、健診、介護保険のデータを整理した概要は、以下のとおりです。

#### (1) 医療費データから

##### ①高い1人当たり医療費

令和4年度の1人当たり費用額は県平均を5万円程度上回っています。男性は60代から医療費が急増する傾向がみられます。

##### ②高い生活習慣病治療費

生活習慣病治療費の「腎不全」「糖尿病」「高血圧」に多額の医療費がかかっています。とりわけ人工透析の治療費が高額です。

##### ③高い糖尿病、高血圧症有病率

糖尿病、高血圧症の有病率が、県平均より高位に推移しています。

##### ④人工透析に至る住民の出現

医療費が高額となる人工透析の新規患者が、毎年出現しています。

#### (2) 特定健診データから

##### ①目標値を下回る特定健診受診率

特定健診の受診率は40%前後を推移しており、目標値（60%）に到達していません。

##### ②若い層の低い特定健診受診率

特定健診の受診率は若い層ほど低い傾向がみられます。

##### ③目標値を下回る特定保健指導実施率

特定保健指導の実施率は40%前後を推移しており、目標値（60%）に到達していません。

##### ④高い男性のメタボリックシンドローム該当割合

メタボリックシンドロームの該当割合は、男性では4割以上を占めています。

##### ⑤男性のメタボリックシンドローム該当割合の悪化傾向

男性のメタボリックシンドローム該当割合は、年々、悪化傾向にあります。

### ⑥高いHbA1c有所見率

HbA1c有所見率が県平均より高位に推移しています。

### ⑦「40～64歳の収縮期血圧130以上の基準超過者」が高位に推移

40～74歳の「収縮期血圧130以上の基準超過者」の割合は県平均より低位に推移していますが、40～64歳に限ってみると、県平均より高位に推移しています。

### ⑧高い「LDLコレステロール基準超過者」の割合

「LDLコレステロール基準超過者」の割合が県平均より高位に推移しています。

### ⑨高い特定健診未受診者の医療費

特定健診未受診者の生活習慣病にかかる医療費は、特定健診受診者の4倍以上となっています。また、年々増加傾向にあります。

### ⑩1割の医療機関につながない受診勧奨判定者の存在

特定健診で受診勧奨と判定されても、医療機関につながない人が約1割にのぼります。

### ⑪県平均より高い咀嚼機能低下割合

特定健診受診者の問診票により、咀嚼機能低下者の割合が県平均よりやや高いことがわかります。

### ⑫県平均より高い不定期間食割合

特定健診受診者の問診票により、「週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合」が県平均よりやや高いことがわかります。

### ⑬県平均より低い運動実施割合

特定健診受診者の問診票により、「1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合」が県平均より低いことがわかります。

## (3) 介護保険データから

---

### ①高い要介護認定者の医療費

要介護認定者の医療費は、それ以外の人の3倍近くとなっています。

### ②最も多い要介護原因疾患は脳血管疾患

要介護の原因疾患は、脳血管疾患が最も多く、筋・骨疾患、認知症が増加しています。



## 2. 目標と保健事業項目の設定

分析の整理から、5つの健康課題をまとめ、以下の目標を掲げ、それを達成するための保健事業項目を設定します。

### (1) 保健事業推進の目的

被保険者自らが、健康意識・知識を高め、健診受診及び早期治療などの健康増進に向けた行動変容を取ることによって、健康寿命の延伸やQOLの向上、また医療費の伸び率の抑制及び国保財政基盤の安定化を図ります。

### (2) 「5つの健康課題」と「保健事業推進により達成すべき目標」

5つの健康課題に対し、達成すべき目標を以下のとおり掲げます。  
また、後述の12の保健事業との対応関係も表記します。

#### 「5つの健康課題」と「保健事業推進により達成すべき目標」

	健康課題	達成すべき目標
1	<p><b>1. 特定健康診査受診率の低さ</b></p> <p>◇生活習慣病に多額の医療費がかかっています。特定健診未受診者の生活習慣病にかかる医療費は、特定健診受診者の4倍以上となっており、年々増加傾向にあります。</p> <p>◇本町では、男性は60代から医療費が急増する傾向がみられます。特定健診受診率も目標値に達しておらず、40～50代が特に低い状況です。壮年期から疾病予防の取り組みを進める必要があります。</p> <p>◇死因の1位である「悪性新生物」は、医療費も高額です。がん予防に係る知識の普及啓発や早期発見・重症化予防を特定健康診査と合わせて実施する必要があります。</p>	<p><b>〔目標1〕</b> 特定健診受診率の向上</p> <p><b>〔対応する保健事業〕</b> 保健事業1・3・7</p>
2	<p><b>2. 生活習慣病罹患者の増加</b></p> <p>◇本町では、医療費が高水準で推移しており、生活習慣病に係る医療費では、「腎不全」「糖尿病」「高血圧症」の医療費が高額となっています。</p> <p>◇また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群は増加傾向にあり、「HbA1c」「LDLコレステロール」「40～64歳の高血圧」の有所見率が高い状況にあります。</p> <p>◇生活習慣病は、主に運動、食生活、喫煙、飲酒などの生活習慣が病気の起因となるため、壮年期からの生活習慣を見直す取り組みが重要です。</p>	<p><b>〔目標2〕</b> メタボリックシンドロームの予防</p> <p><b>〔対応する保健事業〕</b> 保健事業2・5・6・9</p>

	健康課題	達成すべき目標
3	<p><b>3. 生活習慣病の重症化リスクの高まり</b></p> <p>◇「悪性新生物」「心臓病」「脳血管疾患」などの生活習慣病による死亡が大きな割合を占めています。また、生活習慣病に係る医療費では、「腎不全」「糖尿病」「高血圧」の割合が高くなっており、人工透析患者のうち、過半数を超える患者が2型糖尿病、全員が高血圧を合併しています。</p> <p>◇「糖尿病」や「高血圧」などは、初期には自覚症状が乏しく、未治療や治療中断者も多いことから、脳梗塞や腎不全などの重篤な疾患につながり、要介護状態への移行、死亡リスクを高める要因となっています。約1割が特定健診で受診勧奨と判定されても、医療機関を受診していない状況です。</p> <p>◇適切な医療を受け、症状のコントロールが図れるよう保健指導を行い、予防可能な疾病を発症させない、また重症化させない取組みを推進する必要があります。</p>	<p><b>〔目標3〕</b> <b>生活習慣病の重症化予防</b></p> <p><b>〔対応する保健事業〕</b> <b>保健事業4・5・8</b></p>
4	<p><b>4. フレイル・要介護高齢者の増加</b></p> <p>◇習慣的に運動を実施している人の割合が県平均より低く、間食をする人の割合が県平均より高いなど、生活習慣の改善に取り組むべき人が多くいます。</p> <p>◇要介護の原因疾患は、脳血管疾患が最も多く、筋・骨疾患、認知症が増加しています。介護が必要になる原因として、不活発な生活から骨折・転倒などにより、さらに活動を制限することで脳血管疾患・認知症を発症する悪循環が起こっています。このような状況を予防するためには壮年期からの運動習慣の定着が必要です。</p>	<p><b>〔目標4〕</b> <b>運動習慣の定着化</b></p> <p><b>〔対応する保健事業〕</b> <b>保健事業6・9</b></p>
5	<p><b>5. 薬剤などの医療費の増加</b></p> <p>◇医療の高度化や被保険者の高齢化の進行などにより、被保険者一人当たりの医療費は増加傾向にあります。この医療費の伸び率が過大とならないように、健康増進施策の推進による生活習慣病に係る費用の低減はもちろん、後発医薬品の使用や適切な医療のかかり方の知識を身に付けてもらうための事業についても一層の推進を図る必要があります。</p>	<p><b>〔目標5〕</b> <b>医療費適正化</b></p> <p><b>〔対応する保健事業〕</b> <b>保健事業10・11・12</b></p>

### (3) 計画全体の評価指標

計画全体の評価指標と目標値を以下のように設定します。

計画全体の評価指標

計画全体の目標	評価指標	実績値	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
特定健診受診率の向上	特定健康診査実施率	42.1%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
メタボリックシンドロームの予防	特定保健指導実施率	38.9%	50%	50%	55%	55%	60%	60%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	13.8%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
生活習慣病の重症化予防	HbA1c 6.5以上の者の割合	9.1%	9.0%	9.0%	9.0%	8.9%	8.9%	8.9%
	人工透析有病率の低下	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
	脳血管疾患有病率の低下	5.1%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%
運動習慣の定着化	筋骨格系疾患の総医療費割合(入院)	10.4%	10.2%	10.2%	10.2%	10.0%	10.0%	10.0%
	筋骨格系疾患の総医療費割合(入院外)	9.8%	9.7%	9.7%	9.6%	9.6%	9.5%	9.5%
医療費適正化	一人当たり医療費	513,006円	抑制 または 維持	抑制 または 維持	抑制 または 維持	抑制 または 維持	抑制 または 維持	抑制 または 維持

#### (4) 保健事業項目の設定

以下の12事業を推進します。

12事業のうち、6事業を重点事業と位置づけます。

#### 推進する保健事業の一覧

事業番号	事業分類	事業名	重点事業
1	特定健康診査事業	特定健康診査事業	✓
2	特定保健指導	特定保健指導	✓
3	重症化予防（受診勧奨）	特定健診未受診者対策	✓
4	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防事業	✓
5	重症化予防（保健指導）	健診結果説明会	✓
6	健康教育・健康相談	週1元気アップ体操教室	✓
7	特定健康診査	節日健診	
8	重症化予防（受診勧奨）	精密検査未受診者対策	
9	健康教育・健康相談	生活習慣病予防教室	
10	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品・利用差額通知	
11	重複・頻回受診、重複服薬者対策	多受診・重複受診者・服薬者指導	
12	重複・頻回受診、重複服薬者対策	医療費通知	

## 第6章 保健事業の実施内容

令和6～11年度の保健事業の実施内容は、以下のとおりです。

### 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	40歳から74歳の被保険者に対して特定健康診査を実施する。
対象者	40歳から74歳の国保被保険者

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	内臓脂肪症候群該当者割合	特定健康診査受診者のうち内臓脂肪症候群該当者の割合	17.1%	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下
2	内臓脂肪症候群予備群者該当者割合	特定健康診査受診者のうち内臓脂肪症候群予備群該当者の割合	12.5%	15%以下	15%以下	15%以下	15%以下	15%以下	15%以下

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	40～44歳の受診率	40～44歳特定健康診査対象者の受診割合	23.0%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
2	45～49歳の受診率	45～49歳特定健康診査対象者の受診割合	29.3%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
3	50～54歳の受診率	50～54歳特定健康診査対象者の受診割合	29.9%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
4	55～59歳の受診率	55～59歳特定健康診査対象者の受診割合	37.5%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
5	60～64歳の受診率	60～64歳特定健康診査対象者の受診割合	42.7%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
6	65～69歳の受診率	65～69歳特定健康診査対象者の受診割合	44.1%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
7	70～74歳の受診率	70～74歳特定健康診査対象者の受診割合	47.3%	48%	48%	50%	50%	55%	60%

プロセス (方法)	周知		<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月に世帯主宛に総合健診のお知らせと申込書を送付する。6月に申込みのない対象者に、利用券・受診勧奨のちらし・申込書・返信用封筒を同封し送付する。</li> <li>・町の広報誌およびホームページで周知する。</li> <li>・愛育健康づくり推進協議会の健康づくり推進委員を通じて、総合健診呼びかけちらしの配布等を行う。</li> <li>・町内医療機関、自治会館、商工会等にポスターの掲示、ちらし設置を行う。</li> </ul>
	勧奨		<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の状況を確認し随時受診勧奨を行う。(詳細は、事業3「特定健診未受診者対策」に記載)</li> </ul>
	実施および 実施後の支 援	実施形態	集団健診、個別健診、施設健診を実施する。
		実施場所	集団健診：メルサンホール、自治会館等 個別健診：県内の契約医療機関（町内6ヶ所） 施設健診：委託健診機関
		時期・期間	集団健診：6月～10月 個別健診：4月～翌年3月 施設健診：4月～翌年3月
		結果提供	集団健診：健診実施約2週間後に健診結果を郵送、1ヶ月後に一定基準値に該当した者に対して健診結果説明会を開催する。 個別健診：健診実施約2週間後に健診結果を医療機関から郵送する。 施設健診：健診実施約2週間後に健診結果を郵送する。 対象者の健診結果に応じた、町が作成した資材等を活用する。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・41歳、51歳、61歳の被保険者には、節目健診として特定健診、各種がん検診、腹部超音波健診等をセットにした健診を実施する。</li> <li>・集団健診では、休日及び託児付健診を実施する。</li> </ul>	

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	子育て健康支援課健康推進班、福祉保険課保険年金班
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会に個別健診を町内6医療機関に委託。ポスター掲示とちらしの設置等を依頼する。</li> </ul>
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外部委託事業者にて受診勧奨ハガキの送付を実施。</li> <li>・集団健診委託健診機関に受診券作成を委託</li> </ul>
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・愛育健康づくり推進協議会の健康づくり推進委員による総合健診呼びかけちらしの配布等の実施。</li> <li>・自治会館、商工会等にポスター掲示とちらしの設置を依頼。</li> </ul>
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診、施設健診は、がん健診との同時実施。</li> <li>・各地区健康教室や通いの場で、特定健診の周知や受診勧奨を行なう。(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施との連動)</li> </ul>

## 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、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	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	評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	HbA1c5.6～5.9の者の割合	特定健康診査受診者のうちHbA1c5.6～5.9の者の割合	18.5%	18%	18%	18%	17%	17%	17%
2	LDLコレステロール140以上の者の割合	特定健康診査受診者のうちLDLコレステロール140以上の者の割合	26.9%	26%	26%	26%	25%	25%	25%
3	40～64歳の収縮期血圧130以上の者の割合	40～64歳の特定健康診査受診者のうち収縮期血圧130以上の者の割合	18.5%	18%	18%	18%	17%	17%	17%
4	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	評価年度の前年度特定保健指導利用者のうち、評価年度に保健指導対象外の者の割合	10.2%	12%	14%	16%	18%	20%	22%
5	週3回以上朝昼夕以外に間食や甘いものをとる人の割合	質問票で「はい」と回答した者の割合	21.1%	20%	20%	20%	19%	19%	19%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	40～44歳の特定保健指導実施率	特定保健指導対象者のうち特定保健指導修了者の割合	33.3%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
2	44～49歳の特定保健指導実施率		40.0%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
3	50～54歳の特定保健指導実施率		38.5%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
4	55～59歳の特定保健指導実施率		25.0%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
5	60～64歳の特定保健指導実施率		27.3%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
6	65～69歳の特定保健指導実施率		51.7%	52%	52%	55%	55%	58%	60%
7	70～74歳の特定保健指導実施率		37.7%	45%	45%	50%	50%	55%	60%

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診・個別健診・施設健診（節目健診）の特定保健指導対象者には案内文書の送付をする。</li> <li>・ 施設健診（節目健診除く）の特定保健指導対象者には、健診当日に声かけ初回面接を実施する。</li> </ul>	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診の動機付け支援対象者は、委託機関が勧奨を兼ね日程調整の連絡を行う。また、結果説明会の対象者には子育て支援課健康推進班から案内を送付する。積極的支援対象者は、保険年金班が勧奨を兼ね日程調整の連絡を行う。</li> <li>・ 個別健診の対象者は、勧奨を兼ね保険年金班が日程調整の連絡を行う。</li> <li>・ 施設健診（節目健診）は、勧奨を兼ね保険年金班が日程調整の連絡を行う。節目健診を除く施設健診は、健診当日に健診会場で初回面接を実施する。</li> </ul>	
	実施形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診における特定保健指導対象者に対する動機付け支援は、健診委託機関へ委託。結果説明会の対象者と重複している場合は、子育て健康支援課健康推進班の保健師が実施する。積極的支援は、上記健診委託機関と別健診機関へ委託。</li> <li>・ 個別健診における特定保健指導対象者は、福祉保険課保険年金班の保健師が実施する。</li> <li>・ 施設健診における特定保健指導（動機づけ支援・積極的支援）は、健診委託機関へ委託。</li> </ul>	
	実施場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診・個別健診における特定保健指導は、くすまちメルサンホール等で実施。</li> <li>・ 施設健診のうち節目健診を除く利用者の保健指導は、健診当日に委託機関で実施。節目健診利用者は、くすまちメルサンホール等で実施。</li> </ul>	
	時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診：7月～随時実施</li> <li>・ 個別健診：随時実施</li> <li>・ 施設健診：随時実施</li> </ul>	
	実施方法	動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「高齢者の医療の確保に関する法律」第24条の厚生労働省令に基づき実施。加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。</li> <li>・ 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。</li> </ul>
		積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「高齢者の医療の確保に関する法律」第24条の厚生労働省令に基づき実施。加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。</li> <li>・ 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。</li> </ul>
初回面接		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診における特定保健指導対象者のうち動機づけ支援対象者は、健診結果返却1か月後を目途に、初回面接を実施する。また、積極的支援は、年4～5回面接日を設定して実施する。</li> <li>・ 個別健診における特定保健指導対象者は、特定健診等データ管理システムで定期的に対象者を抽出し随時実施する。</li> <li>・ 施設健診（節目健診）における特定保健指導対象者は、健診結果返却1か月～2か月後を目途に、初回面接を実施する。節目健診を除く施設健診は、健診当日初回面接を実施する。</li> </ul>	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。</li> </ul>		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	福祉保険課保険年金班
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 委託機関と連携し実施する。</li> </ul>
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診の動機付け支援対象者のうち結果説明会の対象になった者は、結果説明会で初回面接・最終評価を行う。</li> </ul>
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診当日に、特定保健指導対象者の該当になる可能性のある者には、健診委託機関の保健師が特定保健指導の説明を行う。</li> </ul>



### 3. 特定健診未受診者対策

事業の目的	未受診者を把握し受診勧奨を行い、特定健診の受診率向上を図る。
-------	--------------------------------

事業の概要		未受診者の過去の受診歴、年代、性別等を把握し、対象に応じた受診勧奨を行う。
対象者	選定方法	町独自の選定基準を設定する。
	選定基準	①前年度受診歴があり、当年度未受診者 ②過去3年間連続受診歴があり、当年度未受診者 ③節目健診対象者で、当年度未受診者 ④総合健診終了時点で未受診者
	除外基準	転出者、死亡者を除く。

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	前年度受診歴があり当年度未受診者の受診率	前年度受診歴があり、当年度未受診者のうち勧奨後の受診者数の割合	38.6%	40%	55%	50%	55%	60%	60%
2	過去3年間連続受診歴があり、当年度未受診者の受診率	過去3年間連続受診歴があり、当年度未受診者数のうち勧奨後の受診者数の割合	29.8%	40%	55%	50%	55%	60%	60%
3	節目健診対象者で、当年度未受診者の受診率	節目健診対象者で、当年度未受診者のうち勧奨後の受診者数の割合	—	30%	32%	34%	36%	38%	40%
4	総合健診終了時点で未受診者の受診率	総合健診終了時点で未受診者のうち勧奨後の受診者数の割合	5.6%	8%	10%	12%	14%	16%	18%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	対象者への受診勧奨実施率	判定基準①～④への通知	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	・町の広報誌、ホームページで特定健診の呼びかけを強化する。その他に、町内の医療機関等にポスターの掲示、ちらしを設置する。
	勧奨	・未受診者へ受診勧奨通知を送付する。判定基準①～②については3か月後の受診状況を把握し、未受診者には電話で勧奨する。また、未受診理由の把握を行う。
	実施後の支援・評価	・特定健診等データ管理システム及びKDBシステムにて対象者の健診受診状況の確認。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・子育て健康支援課健康推進班と、受診勧奨対象者及び内容を毎年検討する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	福祉保険課保険年金班
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	・医師会には年度初めの理事会等で事業説明・周知を図り、受診率向上のためポスター掲示、ちらし設置、住民へ受診勧奨の声かけ等の協力依頼を行う。
	民間事業者	①②集団健診の委託健診機関が、対象者抽出及び勧奨はがきの作成を行う。 ④町が対象者を抽出し、勧奨はがきの作成は業者に委託する。
	その他の組織	・商工会、自治会館へ受診率向上のためポスター掲示、ちらし設置を依頼する。
	他事業	・集団健診・施設健診はがん検診と同時実施する。

## 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		糖尿病性腎症患者の生活の質の維持、向上のため、医療機関等との連携により患者の重症化を予防する体制を整備する。	
対象者	選定方法	①事業実施の前年度に特定健診受診者で、糖尿病通院患者のうち重症化リスクの高い者の中から、かかりつけ医と保険者が連携の上、対象者を選定する。選定においては、糖尿病専門医の助言を受ける。 ②レセプトデータより最終受診より6か月以上受診した記録のない糖尿病中断者	
	選定基準	健診結果による判定基準	①特定健診を受診した国保被保険者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上で、尿タンパク±以上またはeGFR60未満の者。
		レセプトによる判定基準	②レセプトデータより最終受診より6か月以上受診した記録のない糖尿病治療中断者
	除外基準	がん患者で終末期にある者、認知機能障害がある者、その他の疾患を有しかかりつけ医が除外すべきと判断した者	
重点対象者の基準	健診結果による判定基準対象者で、尿蛋白(+)以上の者、eGFR50未満の者、前年度と比較しeGFRが5以上低下している者を優先条件とする。		

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	新規人工透析患者数	当該年度の新規人工透析患者数	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
2	血糖コントロール不良糖尿病患者の割合	特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の割合	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%
3	指導対象者の病期	介入6か月後の病期	維持	改善または維持	改善または維持	改善または維持	改善または維持	改善または維持	改善または維持
4	治療中断者で受診勧奨後、健診または受診につながった割合	服薬治療を再開した者、傷病名+(検査、生活習慣病管理料等)で受診が確認できた者及び健診受診した者の割合	—	30%	30%	30%	30%	30%	30%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	症例検討会の実施実績	当該年度の症例検討会の回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
2	研修会の実施実績	当該年度の研修会の回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
3	個別指導実施者数	当該年度の個別指導し実施者数	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
4	受診勧奨対象者への通知実施率	受診勧奨対象者への通知	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス	周知	①年度初めに玖珠郡医師会への事業説明を行い周知を図る。事業対
------	----	--------------------------------

(方法)			象者選定後、主治医に事業説明を行う。
	勸奨		①対象者には保険者から事業案内のちらし、参加希望調査票を送付し、電話で利用勸奨を行う。 ②対象者には、町から受診勸奨通知を行う。
	実施および 実施後の支援	利用申込	①希望者は電話等で申込、初回面接時までにかかりつけ医より指示書をもらう。
		実施内容	①町の保健師や管理栄養士等が月1回程度の個別面談にて保健指導を実施する。
		時期・期間	①9月～翌年2月
		場所	①訪問、町の公共施設
		実施後の評価	①6か月後に医療機関で検査、症例検討会で支援内容の評価を行う。
実施後のフォロー・ 継続支援	①翌年度に、KDBシステム等で健診や医療機関の受診を確認する。 また、翌年度の健診結果で結果説明会対象者は、結果説明会で受診状況等の確認を行う。 ②受診勸奨の6か月後に、健診受診状況、医療機関の受診状況の確認を行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	福祉保険課保険年金班
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	①年度初めに玖珠郡医師会への事業説明を行い周知を図る。随時、薬剤師会等へ症例検討会・研修会の周知を行う。
	かかりつけ医・専門医	①事業対象者選定後、かかりつけ医に事業説明を行い対象者への参加の声かけ、指示書の依頼等を行う。糖尿病専門医に事業対象者の選定、症例検討の助言等の支援協力の依頼を行う。

## 5. 健診結果説明会

事業の目的	自らの健診結果に応じた保健行動がとれるようになり、生活を改善し、生活習慣病の予防を図る。
-------	----------------------------------------------

事業の概要			健診結果の読み取り方の周知を行うと共に、対象に応じた保健指導を行う。
対象者	選定方法		健診受診者から、町独自の選定基準を設定する。
	選定基準	健診結果による判定基準	① 玖珠町国民健康保険加入者で40～74歳の者 ② 39歳以下の者 ③ 生活保護の方のうち ア. 医療機関で治療を行っていない方で、HbA1c 6.5%以上の者 イ. 40歳から64歳でHbA1c 6.0%以上の者 ウ. HbA1c 6.0%以上で血圧または脂質で紹介状の発行を受けた者
	その他の判定基準		健診結果から、異常値（パニック値等）の判定を受けた者

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	個別面談等実施者の精密検査受診率①血圧	個別面談等実施後の精密検査受診率①血圧	74.2% (R2, R4年度の平均)	74.8%	74.9%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
2	個別面談等実施者の精密検査受診率②脂質	個別面談等実施後の精密検査受診率①脂質	62.0% (R2, R4年度の平均)	64.1%	66.2%	68.3%	70.4%	72.9%	75.0%
3	個別面談等実施者の精密検査受診率③血糖	個別面談等実施後の精密検査受診率①血糖	55.0% (R2, R4年度の平均)	58.3%	61.6%	64.9%	68.2%	71.7%	75.0%
4	個別面談等実施者の翌年のHbA1c値改善率	前年度の値から維持・改善している者の割合	66.6% (R4年度)	68.0%	69.4%	70.8%	72.2%	73.6%	75.0%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	個別面接の実施率	面談、訪問、電話で指導を行った者	68.6% (R2, R4, R5年度の平均値)	69.7%	70.8%	71.9%	72.9%	73.9%	75.0%
2	個別面談等未実施者への精密検査受診勧奨通知実施率	個別面談等未実施者への精密検査受診勧奨通知	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知		・健診当日に、健診結果説明会のお知らせを全員に配布し対象者の基準を周知する。
	勸奨		・特定健診結果より対象者を抽出し、個別通知する。
	実施および 実施後の支援	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種測定を行い、栄養指導、保健指導を行う。</li> <li>・説明会に来所できなかった者に対しては、後日個別で連絡し来所もしくは訪問等で個別面接を行う。</li> <li>・個別面接の実施ができない者に対しては、電話での聞き取り、保健指導および手紙での保健指導を行う。</li> </ul>
		時期・期間	・7月～12月
		場所	・町の公共施設等
		実施後の評価	・3か月後に電話で目標達成度の確認等（生活状況の確認）を行う。
		実施後のフォロー・継続支援	・翌年度の健診結果を確認する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	子育て健康支援課健康推進班、福祉保険課保険年金班
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	・在宅保健師・看護師との連携（健康推進班からの事業説明を行い、説明会会場での測定等を実施）
	民間事業者	・集団健診委託健診機関との連携（パニック値の者の情報提供等）

## 6. 週1元気アップ体操教室

事業の目的	介護予防・重症化予防を目的に、運動習慣の定着を重点に、栄養、口腔に関する講義や実技指導を行う教室を開催する。
-------	--------------------------------------------------------

事業の概要	歩いて通える公民館等で、週1回以上自主的に運動を実施する。また、定期的な体力測定と専門職の健康教室を実施する。
対象者	65歳以上の住民

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	認定率	65歳以上の介護保険認定者数の割合	19%	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下
2	ウォーキングなどの運動を週1回以上実施している者の割合	後期高齢者の質問票で「はい」と回答した者の割合	57.6%	60%	60%	62%	62%	65%	65%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	週1元気アップ体操教室数	週に1回以上体操等の運動を実施している通いの場の数	50か所	56か所	57か所	58か所	59か所	60か所	61か所
2	専門職による健康教室実施数	医療専門職による健康教室を実施した週1元気アップ体操教室の数	—	10か所	10か所	12か所	12か所	15か所	15か所

プロセス (方法)	周知		<ul style="list-style-type: none"> <li>・町の広報誌、ホームページ、社協だより、包括だより、介護予防研修会、通いの場・活躍の場ガイドブックなどで周知。</li> <li>・行政、社協、包括、医師会など関係機関で連携協力し普及に努める。</li> </ul>
	実施および 実施後の支援	利用申込	不要
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規週1元気アップ体操教室の立ち上げの際は、理学療法士の派遣を実施し正しいめじろん体操について指導する。</li> <li>・運動の成果を実感できること、体力低下に早期に気づくことを目的に、定期的に体力測定、フレイルチェックを実施。</li> <li>・保険者が体力測定の結果をデータ入力し評価する。</li> <li>・保険年金班の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業と連携し、通いの場への専門職派遣を実施。</li> <li>・在宅介護医療連携事業の出前講座について、通いの場リーダーへ周知し積極的に利用してもらう。</li> <li>・町民対象の介護予防研修会を実施。</li> <li>・通いの場リーダー、介護予防サポーターのスキルアップのための研修会を実施。</li> </ul>
		時期・期間	年間を通して実施
		場所	各自治会館、公民館など
		実施後のフォロー・ 継続支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体力測定の結果を関係者で協議し必要な方は短期集中につなぐ。また、短期集中卒業後、通いの場につながるように支援。</li> </ul>
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・週1元気アップ体操教室に参加しなくなった方は、特にリスクが高い方でありフォローが必要。</li> </ul>	

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署		福祉保険課高齢者支援班、保険年金班
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・大分県歯科衛生士会、理学療法士協会、栄養士会などに講師の派遣協力を依頼。</li> <li>・医師会を通じ週1元気アップ体操教室の周知を図り、必要な方へお知らせしてもらえるよう協力依頼。</li> <li>・在宅医療介護連携事業の出前講座も利用できるよう協力依頼。</li> </ul>
	その他の組織		<ul style="list-style-type: none"> <li>・教室の立ち上げや支援については、社会福祉協議会に委託。生活支援コーディネーターを中心に立ち上げの支援、フォローアップを実施。</li> </ul>
	他事業		<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業</li> </ul>
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステム推進会議などで実施体制や内容について協議を行う。</li> </ul>



## 7. 節目健診

事業の目的	生活習慣の改善、早期治療につなげ将来の重症化を防ぐ。								
事業の概要	節目（41・51・61歳）の国保被保険者に対して、施設健診で、特定健診・各種がん検診・腹部超音波健診等をセットにした健診を実施。								
対象者	節目（41・51・61歳）の国保被保険者								
アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	節目健診受診率	節目健診対象者のうち、特定健診を受診した者の割合	34.3%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	受診勧奨実施率	節目健診対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス(方法)	実施時期：11月～12月（但し、希望に応じて健診委託機関と日程調整を行い、3月まで受診可能とする。） 回数：対象者の希望に応じ、随時実施。								
ストラクチャー(体制)	委託業者との連携								

## 8. 精密検査未受診者対策

事業の目的	精密検査受診の確認と、精密検査未受診者への受診状況の確認を行い、未受診者に対しては受診勧奨を行い、早期発見・治療に繋げる。
-------	---------------------------------------------------------------

事業の概要	精密検査未受診者に対し、受診状況の確認及び受診勧奨を実施。
対象者	集団健診受診者における精密検査未受診者

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	精密検査受診率①血圧	集団健診受診者のうち、血圧の紹介状発行を受けた者の受診割合	58.0% (R2~4年度の平均)	60.8%	63.6%	66.4%	69.2%	72.2%	75.0%
2	精密検査受診率②脂質	集団健診受診者のうち、脂質の紹介状発行を受けた者の受診割合	56.3% (R2~4年度の平均)	59.4%	62.5%	65.6%	68.7%	71.9%	75.0%
3	精密検査受診率③血糖	集団健診受診者のうち、血糖の紹介状発行を受けた者の受診割合	61.0% (R2~4年度の平均)	63.3%	65.6%	67.9%	70.2%	72.7%	75.0%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	受診勧奨実施率	集団健診受診者のうち精密検査未受診者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	対象者の把握：システムにて健診結果を管理し、精密検査の返信状の有無を把握する。 勧奨時期：健診受診から約3か月後に、精密検査未受診者に対し受診勧奨通知し状況確認を行う。
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー (体制)	委託業者、医師会との連携
--------------	--------------

## 9. 生活習慣病予防教室

事業の目的	生活習慣病発症・重症化予防を目的に、病態や運動、食事に関する講義や実技指導を行う教室を開催。
-------	------------------------------------------------

事業の概要	病態、運動、食事等に関する健康教室を実施。
-------	-----------------------

対象者	特定健診・基本健診受診者（20～74歳）のうち、基準に該当する方
-----	----------------------------------

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	アンケート調査を行い、教室に参加して生活習慣に変化があった者の割合	教室参加者の内、アンケートに回答した者	—	65.0%	68.0%	71.0%	74.0%	77.0%	80.0%
2	アンケート調査で、教室全体を通して「満足した」「おおむね満足した」と回答した者の割合	教室参加者の内、アンケートに回答した者	—	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	年間の教室実施回数	当該年度の教室開催回数	5回	5回	5回	5回	5回	5回	5回

プロセス(方法)	実施内容：講話（医師、栄養士、歯科医師）、運動実践（運動指導士）※参加者少ない場合は、電話勧奨する。 実施時期：12月～2月
----------	-------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	医師会、歯科医師会、保健所等関係機関との連携
-------------	------------------------

## 10. ジェネリック医薬品・利用差額通知

事業の目的	患者負担の軽減や国保財源改善の観点から、ジェネリック医薬品の使用に対する理解を深める。								
事業の概要	先発医薬品との差額が、被保険者の負担額で 200 円以上ある方に対し、年 3 回ハガキで差額を通知することにより、可能な限り後発医薬品を選択してもらい、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資する取組みとして差額通知を送付する。								
対象者	全被保険者								
アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	後発医薬品使用率	後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品中の後発医薬品使用割合	77.1%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	年間の送付回数	被保険者のうち先発医薬品との差額が、被保険者負担額で 200 円以上ある者への通知	3 回/年	3 回/年	3 回/年	3 回/年	3 回/年	3 回/年	3 回/年
プロセス (方法)	送付の時期：6 月、10 月、2 月の 4 か月毎に送付する。								
ストラクチャー (体制)	国保連合会等関係機関との連携								

## 11. 多受診・重複受診者・服薬者指導

事業の目的	多受診・重複受診の被保険者を訪問等で実態を調査するとともに、望ましい医療の受け方について指導する。
事業の概要	国保連合会から提供される「多受診者一覧表」やレセプト点検調査から生活習慣病で重複・頻回受診者、重複服薬者を抽出し、対象者に訪問等を行い実態を調査するとともに、望ましい医療の受け方について指導する。
対象者	重複受診者、頻回受診者、重複服薬者

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	重複受診者の人数	被保険者のうち生活習慣病で、同一月に3枚以上のレセプトがあり、3か月以上継続している者(同一医療機関とは限らない)	3人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
2	頻回受診者の人数	被保険者のうち生活習慣病で、月における1医療機関への通院日数の合計が15日以上で3か月以上継続している者	3人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
3	重複投薬者の人数	被保険者のうち生活習慣病で、同一月に3医療機関より同一薬効の薬剤投与が3か月以上継続している者	1人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
4	多剤投薬者の人数	被保険者のうち生活習慣病で、同一月に15剤以上が3か月以上継続している者	—	3人	3人	3人	3人	3人	3人

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	重複受診者の指導実施率	重複受診者への面接(入院・死亡除く)	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	頻回受診者の指導実施率	頻回受診者への面接(入院・死亡除く)	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	重複投薬者の指導実施率	重複投薬者への面接(入院・死亡除く)	33.3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	多剤投薬者の指導実施率	多剤投薬者への面接(入院・死亡除く)	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	国保連合会から送付されるリスト、KDBシステム等から対象者を選定する。
----------	-------------------------------------

ストラクチャー(体制)	国保連合会等関係機関との連携
-------------	----------------

## 12. 医療費通知

事業の目的	保健医療機関等で治療を受けた時の医療費を通知することにより、保険者負担の動向や医療費の適正化、健康に対する認識等を促す。
-------	--------------------------------------------------------------

事業の概要	保健医療機関等で治療を受けた時の医療費を世帯単位で年6回ハガキにより通知する。
対象者	全受診世帯

アウトカム指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	一人当たり医療費	保険者別一人当たり医療費(一般+退職)国民健康保険事業年報	513,006円	抑制または維持	抑制または維持	抑制または維持	抑制または維持	抑制または維持	抑制または維持

アウトプット指標	評価指標	評価対象・方法	実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1	送付回数	医療機関を受診した世帯へ医療費等を通知	6回/年	6回/年	6回/年	6回/年	6回/年	6回/年	6回/年

プロセス(方法)	送付の時期：年6回2か月毎に通知
----------	------------------

ストラクチャー(体制)	国保連合会等関係機関との連携
-------------	----------------

# 第7章 第四期玖珠町特定健診等実施計画

## 1. 第三期計画の実施率等の評価

### (1) 特定健康診査の受診率の達成状況

特定健康診査の受診率は県平均を上回って推移していますが、令和5年度に60%の目標達成は難しい状況です。

特定健康診査の受診率の達成状況

	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	45%	45%	50%	50%	55%	60%
実績	42.5%	44.1%	39.6%	42.9%	42.1%	
大分県	42.4%	40.5%	35.4%	37.7%	39.0%	

※法定報告数値

### (2) 特定保健指導の実施率の達成状況

特定保健指導の実施率は県平均を下回って推移しており、令和5年度に60%の達成は難しい状況です。

特定保健指導の実施率の達成状況

	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	50%	50%	55%	55%	60%	60%
実績	41.0%	36.3%	34.6%	38.6%	38.9%	
大分県	44.8%	47.7%	47.6%	47.3%	49.2%	

※法定報告数値

### (3) 内臓脂肪症候群（該当者＋予備群）の減少率

内臓脂肪症候群（該当者＋予備群）の減少率は県平均を上回って推移していますが、平成20年度比で25%以上の減少を目標としていましたが、達成は難しい状況です。

内臓脂肪症候群（該当者＋予備群）の減少率の推移

	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	令和5年度
目標	平成20年度比で25%以上の減少					
実績	15.0%	17.2%	11.7%	15.9%	13.8%	
大分県	13.6%	12.8%	10.7%	13.0%	13.8%	

※実績はKDB県提供データ。法定報告数値とは異なる。

## 2. アンケート調査結果からみた評価

令和5年9月に、40～74歳の国民健康保険被保険者1,000名を対象に、「玖珠町特定健診と保健指導に関するアンケート調査」を実施し、306名（回収率30.6%）から回答を得ました。その結果は、以下のとおりです。

### （1）過去3年間における特定健診の受診状況

問 玖珠町では、特定健診は「集団健診」と、医療機関で受診していただく「個別健診」、町が指定した健診センターで受診していただく「施設健診（節目健診含む）」3つの方法で実施しています。あなたは、過去3年間において、特定健診を受診しましたか。（○はいくつでも）

- 過去3年間における特定健診の受診率は、「特定健診を受診したことがない」及び無回答を除くと35.9%（回答者数から算出）となっています。受診した中では、「集団健診を受診した」が17.3%で最も高く、次いで「個別健診を受診した」（11.8%）と続きます。
- 受診率は、性別では“女性”（38.0%）が、“男性”（32.2%）に比べ高くなっています。
- 年齢別では“40歳代”（46.9%）が最も高くなっていますが、健診を受診している人の方が、していない人より、アンケートに回答する意識が高いためと推察されます。

#### 過去3年間における特定健診の受診状況

単位 上段：人 下段：%

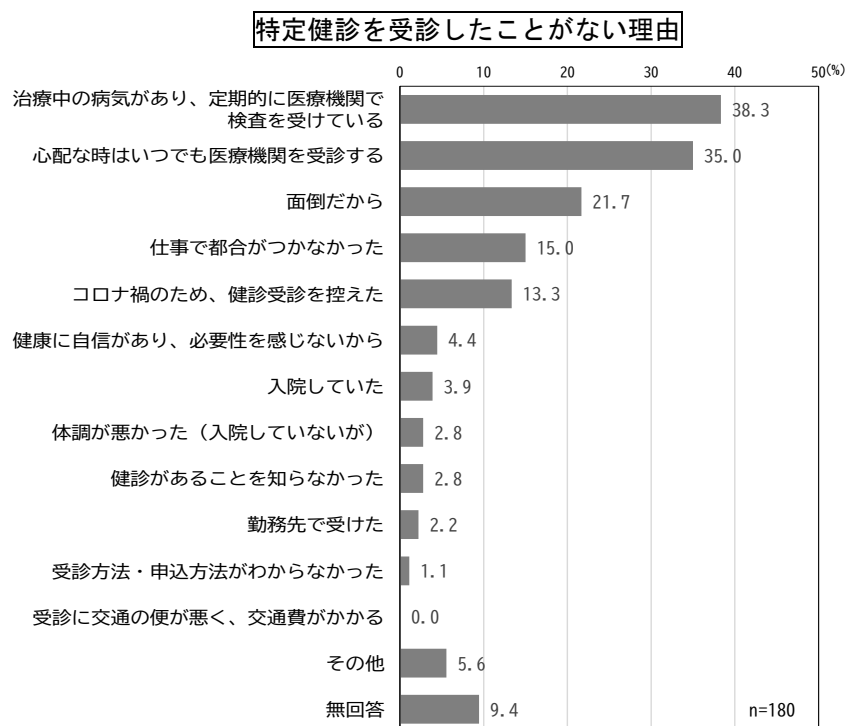
	合計	問10 過去3年間における特定健診の受診状況					無回答	受診率	
		集団健診を受診した	個別健診を受診した	施設健診（厚生連健康管理センター）を受診した	施設健診（節目健診）を受診した	特定健診を受診したことがない			
全体	306 100.0	53 17.3	36 11.8	14 4.6	12 3.9	180 58.8	16 5.2	35.9	
性別	男性	121 100.0	21 17.4	12 9.9	5 4.1	3 2.5	79 65.3	3 2.5	32.2
	女性	184 100.0	31 16.8	24 13.0	9 4.9	9 4.9	101 54.9	13 7.1	38.0
	回答しない	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	100.0
年齢	40歳代	32 100.0	7 21.9	4 12.5	2 6.3	3 9.4	17 53.1	0 0.0	46.9
	50歳代	29 100.0	7 24.1	2 6.9	1 3.4	1 3.4	18 62.1	0 0.0	37.9
	60歳代	118 100.0	11 9.3	12 10.2	9 7.6	4 3.4	77 65.3	6 5.1	29.7
	70歳代	126 100.0	27 21.4	18 14.3	2 1.6	4 3.2	68 54.0	10 7.9	38.1



## (2) 特定健診を受診しない理由

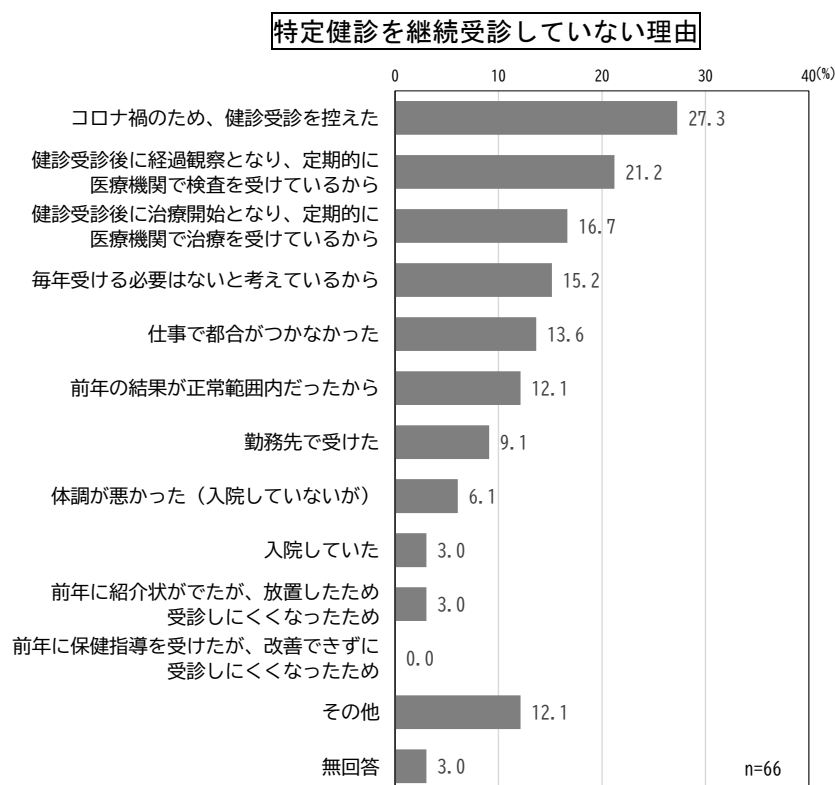
問 特定健診を受診したことがない方に伺います。受診しない理由はなんですか。(〇はいくつでも)

- 特定健診を受診したことがない方にその理由をたずねたところ、「治療中の病気があり、定期的に医療機関で検査を受けている」が38.3%で最も多く、次いで「心配な時はいつでも医療機関を受診する」(35.0%)、「面倒だから」(21.7%)と続きます。



問 特定健診を継続受診していない方に伺います。受診しなかった理由はなんですか。(〇はいくつでも)

- 特定健診を毎年受診していない方にその理由をたずねたところ、「コロナ禍のため、健診受診を控えた」が27.3%で最も多く、次いで「健診受診後に経過観察となり、定期的に医療機関で検査を受けているから」(21.2%)、「健診受診後に治療開始となり、定期的に医療機関で治療を受けているから」(16.7%)、「毎年受ける必要はないと考えているから」(15.2%)と続いています。

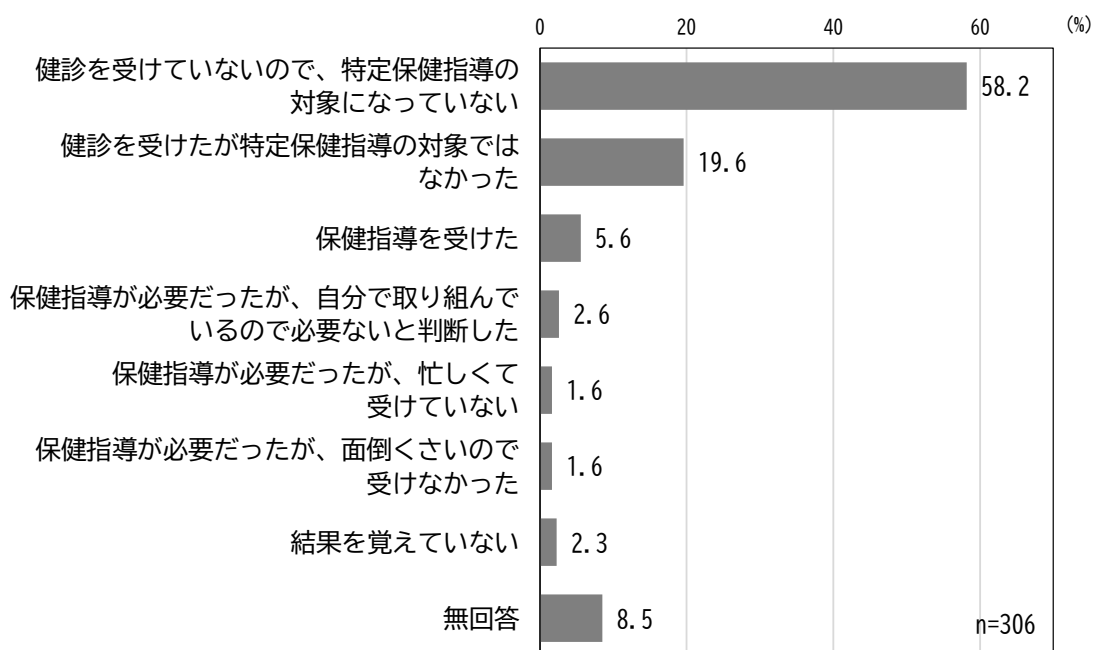


### (3) 過去3年間における特定保健指導の利用状況

問 あなたは、過去3年以内に、特定保健指導を受けたことがありますか。(○は1つだけ)

- 「健診を受けていないので、特定保健指導の対象になっていない」が58.2%で最も多く、次いで「健診を受けたが特定保健指導の対象ではなかった」(19.6%)、「保健指導を受けた」(5.6%)と続きます。また、「保健指導が必要だったが、忙しくて受けていない」や「保健指導が必要だったが、自分で取り組んでいるので心配ないと判断した」、「保健指導が必要だったが、面倒くさいので受けなかった」を合わせた『保健指導が必要だったが、受けていない』が5.8%となっています。

特定保健指導を受けていない理由

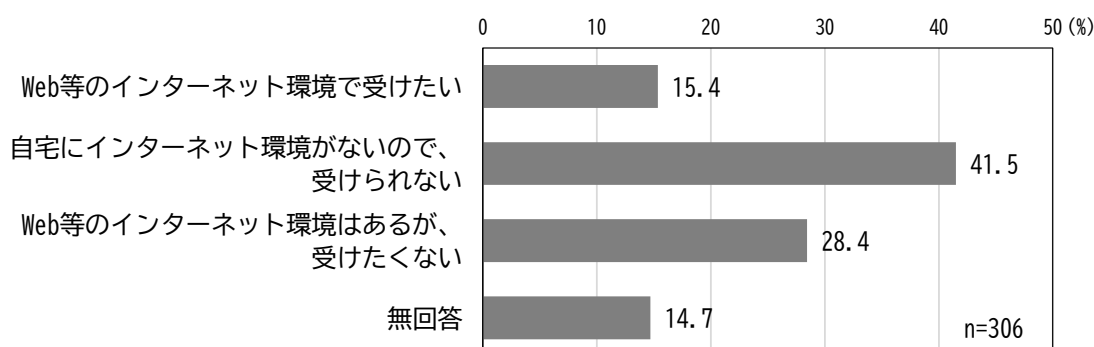


### (4) Web等による特定保健指導の希望

問 特定保健指導をWeb等のインターネット環境で受けられるようになった場合、受けてみたいと思いますか。(○は1つだけ)

- 「Web等のインターネット環境で受けたい」は15.4%と少ない状況です。

Web等による特定保健指導の希望

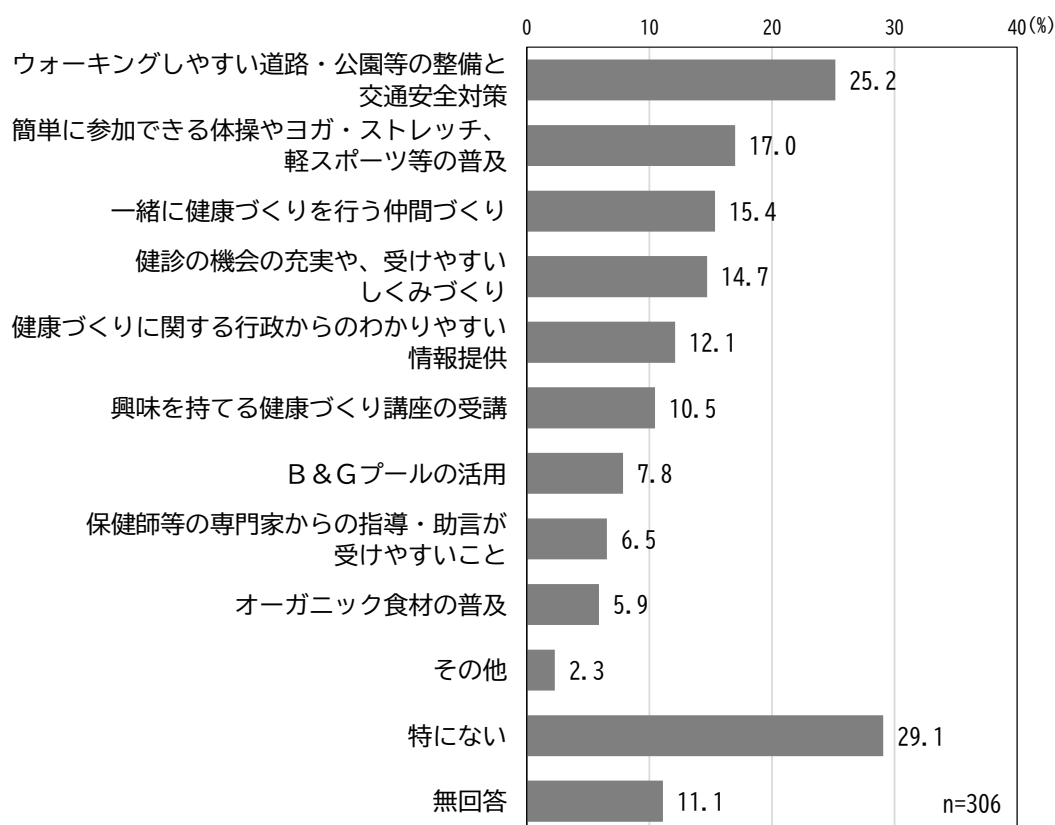


## (5) 健康づくりのために今以上に必要なこと

問 あなたの健康づくりのために、地域において、今以上に必要だと思われることは何ですか。(〇はいくつでも)

- 「特にない」及び無回答を除くと、59.8%が今以上に必要なことをあげています。その中では、「ウォーキングしやすい道路・公園等の整備と交通安全対策」が25.2%で最も多く、次いで「簡単に参加できる体操やヨガ・ストレッチ、軽スポーツ等の普及」(17.0%)、「一緒に健康づくりを行う仲間づくり」(15.4%)と続きます。

健康づくりのために今以上に必要なこと



## (6) アンケートからみる課題と対策

特定健診を受診しない理由として、「治療中の病気があり、定期的に医療機関で検査を受けている」が最も多く、継続受診しない理由に「健診受診後に定期的に医療機関で検査を受けている・治療を受けているから」といった回答が多くあがっていました。特定健診未受診者の医療費は、健診受診者の4倍であることから、治療中の方も重症化予防のために年1回の健診受診が必要であることを医療機関の協力を得ながら啓発していくことが必要です。

「健康づくりのために今以上に必要なこと」では、「簡単に参加できる体操やヨガ・ストレッチ、軽スポーツの普及」「一緒に健康づくりを行う仲間づくり」といった回答も多く、住民主体の運動教室へのさらなる支援等が求められています。

### 3. 第四期計画の目標値

#### (1) 被保険者数の推計

令和11年度（2029年度）までの被保険者数を以下のとおり推計します。

#### 被保険者数の推計

単位：人

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
0～39歳	505	252	253	495	253	242	471	243	228
40歳代	298	166	132	288	161	127	280	154	126
50歳代	346	194	152	352	196	156	352	195	157
60歳代	946	459	487	913	442	471	884	422	462
70～74歳	995	457	538	938	443	495	891	429	462
合計	3,090	1,528	1,562	2,986	1,495	1,491	2,878	1,443	1,435
(再掲) 65～74歳	1,636	767	869	1,556	736	820	1,493	710	783

	令和9年度			令和10年度			令和11年度		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
0～39歳	464	237	227	446	230	216	436	228	208
40歳代	274	150	124	266	146	120	254	142	112
50歳代	349	196	153	346	201	145	330	188	142
60歳代	852	413	439	825	402	423	802	388	414
70～74歳	847	406	441	817	389	428	796	381	415
合計	2,786	1,402	1,384	2,700	1,368	1,332	2,618	1,327	1,291
(再掲) 65～74歳	1,422	681	741	1,377	665	712	1,332	636	696

#### (2) 全体目標

特定健康診査等基本指針に掲げる実施率の目標値をもとに、特定健康診査の実施率を60%、特定保健指導の実施率を60%、内臓脂肪症候群の該当者・予備群の25%減少とします。

#### 全体目標値

	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
特定健康診査実施率	45%	45%	50%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	50%	50%	55%	55%	60%	60%
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率	25%以上減少					

※メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率の市町村国保目標は、平成20年度比25%以上減少であるが、平成20年度実績が不明であるため第一期から目標値25%減少と設定している。

### (3) 特定健康診査の実施者数の目標

特定健康診査の対象者は玖珠町の国民健康保険被保険者で、実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む。）であり、当該実施年度の一年間を通じて被保険者である者です。ただし、長期入院者、刑務所入所者、妊産婦、海外在住者等は、国の除外規定に基づき対象外とします。

特定健康診査の実施目標人数を以下のとおり掲げます。

各年度の対象者数に各年度の実施率の目標を乗じて算出しています。

特定健康診査の実施者数の目標

単位：人

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
40歳代	134	75	59	129	72	57	140	77	63
50歳代	155	87	68	158	88	70	177	98	79
60歳代	426	207	219	411	199	212	442	211	231
70～74歳	448	206	242	422	199	223	446	215	231
合計	1,163	575	588	1,120	558	562	1,205	601	604
(再掲) 65～74歳	736	345	391	700	331	369	747	355	392

	令和9年度			令和10年度			令和11年度		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
40歳代	137	75	62	146	80	66	152	85	67
50歳代	175	98	77	191	111	80	198	113	85
60歳代	427	207	220	454	221	233	481	233	248
70～74歳	424	203	221	449	214	235	478	229	249
合計	1,163	583	580	1,240	626	614	1,309	660	649
(再掲) 65～74歳	674	341	333	758	366	392	800	382	418

#### (4) 特定保健指導の実施者数の目標

特定保健指導の実施目標人数を以下のとおり掲げます。

各年度の対象者数に各年度の実施率の目標を乗じて算出しています。

特定保健指導の実施者数の目標

単位：人

		令和6年度			令和7年度			令和8年度		
		合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
実施者数	40～64歳の特定健診実施者数	427	230	197	420	227	193	458	246	212
	65～74歳の特定健診実施者数	736	345	391	700	331	369	747	355	392
出現率	40～64歳の積極的支援出現率	-	21.1%	4.3%	-	21.1%	4.3%	-	21.1%	4.3%
	40～64歳の動機づけ支援出現率	-	10.2%	3.8%	-	10.2%	3.8%	-	10.2%	3.8%
	65～74歳の動機づけ支援出現率	-	16.7%	6.6%	-	16.7%	6.6%	-	16.7%	6.6%
対象者数	40～64歳の積極的支援対象者数	57	49	8	56	48	8	61	52	9
	40～64歳の動機づけ支援対象者数	30	23	7	30	23	7	33	25	8
	65～74歳の動機づけ支援対象者数	84	58	26	79	55	24	85	59	26
	特定保健指導全体の支援対象者数	171	130	41	165	126	39	179	136	43
実施者数	40～64歳の積極的支援実施者数	29	25	4	28	24	4	34	29	5
	40～64歳の動機づけ支援実施者数	16	12	4	16	12	4	18	14	4
	65～74歳の動機づけ支援実施者数	42	29	13	40	28	12	46	32	14
	特定保健指導全体の実施者数	87	66	21	84	64	20	98	75	23

		令和9年度			令和10年度			令和11年度		
		合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
実施者数	40～64歳の特定健診実施者数	489	242	247	482	260	222	509	278	231
	65～74歳の特定健診実施者数	674	341	333	758	366	392	800	382	418
出現率	40～64歳の積極的支援出現率	-	21.1%	4.3%	-	21.1%	4.3%	-	21.1%	4.3%
	40～64歳の動機づけ支援出現率	-	10.2%	3.8%	-	10.2%	3.8%	-	10.2%	3.8%
	65～74歳の動機づけ支援出現率	-	16.7%	6.6%	-	16.7%	6.6%	-	16.7%	6.6%
対象者数	40～64歳の積極的支援対象者数	62	51	11	65	55	10	69	59	10
	40～64歳の動機づけ支援対象者数	34	25	9	35	27	8	37	28	9
	65～74歳の動機づけ支援対象者数	79	57	22	87	61	26	92	64	28
	特定保健指導全体の支援対象者数	175	133	42	187	143	44	198	151	47
実施者数	40～64歳の積極的支援実施者数	34	28	6	39	33	6	41	35	6
	40～64歳の動機づけ支援実施者数	19	14	5	21	16	5	22	17	5
	65～74歳の動機づけ支援実施者数	43	31	12	53	37	16	55	38	17
	特定保健指導全体の実施者数	96	73	23	113	86	27	118	90	28

\* 特定保健指導の実施者数＝対象者数（特定健診実施者数×支援出現率）×各年度特定保健指導実施率（全体目標）

## 4. 特定健康診査の実施方法

### (1) 実施方法

特定健康診査は、メルサンホール等で行う巡回型健診、健診機関で行う施設型健診、医療機関で行う個別健診を実施します。

健診業務は、特定健診実施機関に委託して実施します。

健診の申込書を全戸配布し、広報などで周知を行います。

### (2) 検査項目

特定健康診査の検査項目は、以下のとおりとします。

特定健康診査の検査項目

大項目	小項目
基本的な 健診の項目	<input type="checkbox"/> 質問票（服薬歴、喫煙歴 等） <input type="checkbox"/> 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） <input type="checkbox"/> 理学的検査（身体診察） <input type="checkbox"/> 血圧測定 <input type="checkbox"/> 血液検査 ・脂質検査（空腹時・随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） ・血糖検査（HbA1c検査、空腹時・随時血糖） ・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP）） <input type="checkbox"/> 腎機能検査（血清クレアチニン） <input type="checkbox"/> 尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な 健診の項目	<input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ＊一定の判定基準の下、医師が必要と認める者

- ・心電図 …当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧が下記の判定基準1に該当した者又は問診等で不整脈が疑われる者
- ・眼底検査…当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が下記の判定基準1又は2に該当した者
- ・貧血検査…貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

#### 【判定基準】

1. 血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上  
若しくは 拡張期血圧 90mmHg 以上
2. 血糖 空腹時血糖 126mg/dl 以上  
若しくは HbA1c6.5%以上 若しくは 随時血糖値 126mg/dl 以上

### (3) 健診結果の通知方法と情報提供内容

---

健診の結果は、保険者から受診者全員に個別に配布します。

また、健診結果とあわせて、受診者の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供し、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を改善または維持するきっかけとなるように支援を行います。

### (4) 委託基準

---

厚生労働大臣の告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」（平成25年厚生労働省告示第92号 第1）及び「特定保健指導の外部委託に関する基準」（平成25年厚生労働省告示第92号 第2）に基づき、外部委託先の選定を行います。

### (5) 未受診者対策

---

特定健康診査の未受診者対策として、以下の取り組みを進めます。本計画の策定に当たって実施したアンケート調査結果も反映し、次のような体制づくりを行い、特定健診受診率の向上を図ります。

① 広報等による啓発

広報・ホームページ、パンフレットの配布、自治会館の掲示板利用などによる啓発活動を進めます。

② 玖珠町愛育健康づくり推進協議会との連携による啓発

玖珠町愛育健康づくり推進協議会との連携により、健康診査の必要性や生活習慣病予防の必要性について周知・啓発します。

③ 医療機関等との連携による啓発

医療機関等との連携による、医療機関利用者に対して特定健康診査・特定保健指導の周知・啓発をします。

④ 事業主健診の結果等の着実な反映

事業主健診等の健診受診者や医療機関等での検査結果を確実に受領できる体制を確立し、検査結果提出の周知・啓発をします。

⑤ 個別の受診勧奨の推進

必要に応じて個別に受診勧奨を行います。



## 5. 特定保健指導の実施方法

### (1) 対象者の選定方法

特定健康診査の結果に基づき、腹囲又はBMIと追加リスク項目（血糖・中性脂肪・血圧）の保有状況により、特定保健指導が必要な「積極的支援レベル」「動機づけ支援レベル」に区分します。

#### 「積極的支援レベル」「動機づけ支援レベル」の選定基準

【特定保健指導の選定基準】

\*服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

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

### (2) 実施方法

#### ① 省令に基づく実施

特定保健指導は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第24条の厚生労働省令に基づき、実施します。

#### ② 周知・案内

要指導となった現状・課題などの情報提供をはじめ、特定保健指導を受けることやプログラムの説明を十分に行い、特定保健指導へとつなげます。

一方、特定保健指導の対象にならなかった人に対しては、健診結果の送付もしくは結果説明会の際に、生活習慣病予防などに関するパンフレットの配布を行います。

#### ③ 指導後の支援

特定保健指導は、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行い、健康的な生活習慣を維持することができるようになることが目的であり、こうした状態を一時的なものとするのではなく、継続していくことが重要となります。

そのため、特定保健指導を受けた人の健康的な生活習慣を維持していけるよう、指導後も支援を行います。

### (3) 委託基準

厚生労働大臣の告示「特定保健指導の外部委託に関する基準」（平成25年厚生労働省告示第92号 第2）に基づき、外部委託先の選定を行います。

## 6. 年間スケジュール

特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュールは、以下のとおりとします。

### 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	健診対象者の抽出 健診申込み受付	↓	代行機関との費用決算の 開始
5月	受診券等の印刷・送付 健診開始	↓	
6月	↓	保健指導対象者の抽出 利用券等の印刷・送付	
7月	↓	保健指導開始	
8月	↓	↓	
9月	↓	↓	
10月	↓	↓	
11月	↓	↓	
12月	↓	↓	
翌年 1月		↓	
2月		↓	
3月		↓	
4月		↓	
5月		↓	健診・保健指導前年度デ ータ受け取り・評価
6月		↓	実施率等、実施実績の算 出、支払基金への報告

## 第8章 計画の推進にあたって

### 1. 計画の公表・周知

本計画は、町の広報誌やホームページに掲載し周知を図ります。なお、必要に応じて、本計画のうちの一部を「特定健康診査等実施計画」として、単独で公表することがあります。

### 2. 評価の方法及び時期

計画の評価は、毎年度末に事業内容を精査する短期的な評価、計画期間の折り返しである令和8年度末に計画の進捗状況を確認する中間評価、計画期間の最終年度である令和11年度末までに計画の全体的な評価を実施します。

また、必要に応じて大分県、大分県国民健康保険団体連合会、保健事業支援評価委員会、玖珠町国民健康保険運営協議会等に助言や第三者の立場からの評価を受けることで、より実効性のある事業実施に努め、計画の期間中においても目標の達成状況や事業の実施状況の変化等により、計画の見直しが必要になった場合は修正をします。

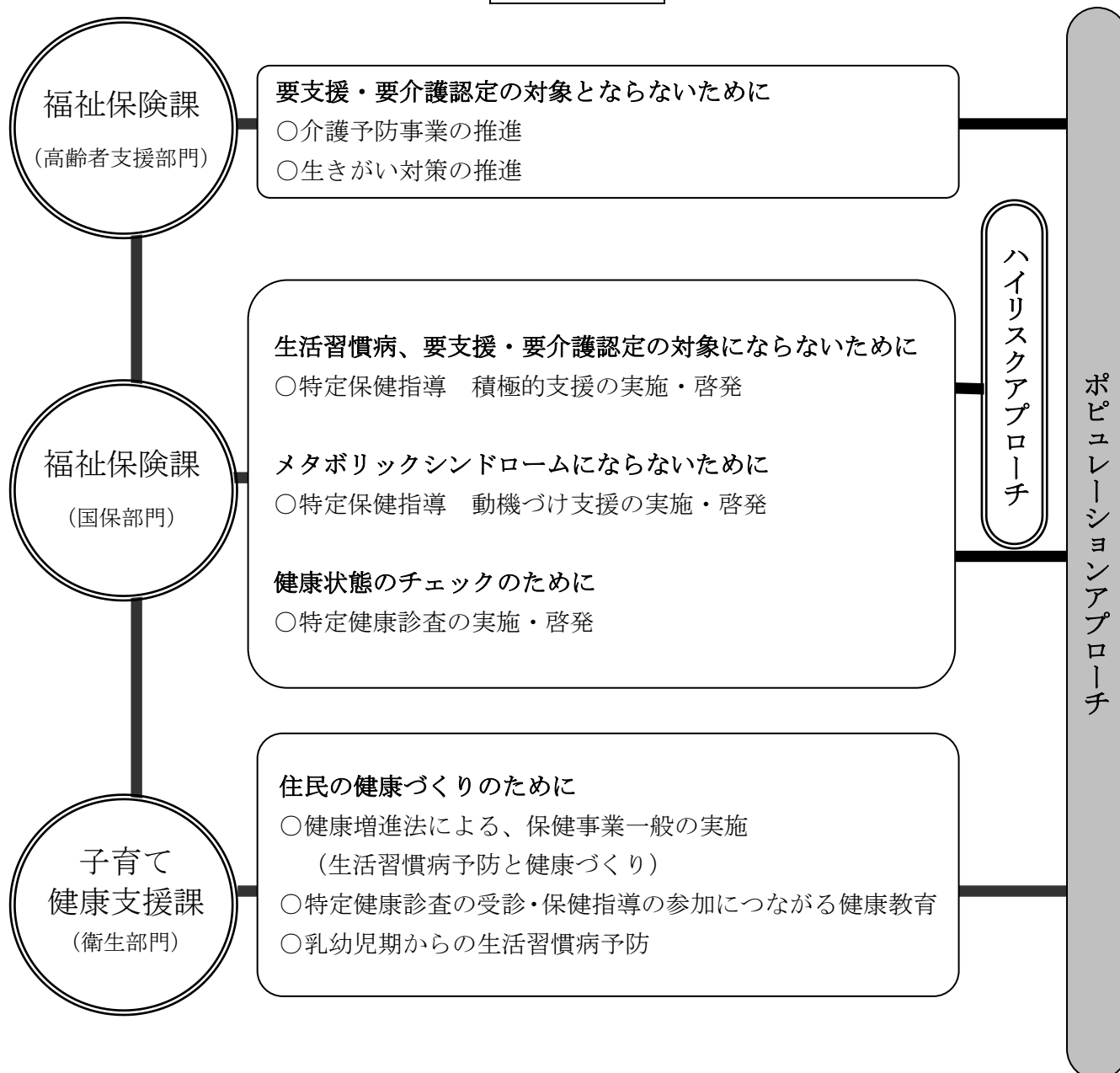
### 3. 保健事業の普及・啓発

各保健事業の目標を達成するためには、被保険者の保健事業に対する前向きな協力が必要です。被保険者の協力を得るためには、保健事業を実施することの必要性について理解を深めてもらうことが重要となりますので、特定健診受診勧奨通知、特定保健指導利用勧奨通知、医療費通知等の個別送付、ホームページ、リーフレット等を活用した広報活動、住民組織と連携しての健康教室や健康相談事業等の各種行事を活用した普及啓発をはかります。

## 4. 庁内の連携体制

データヘルス計画に基づく保健事業の積極的な推進を図るため、衛生部門の保健師・栄養士との連携を強化します。また、医療と介護の連携が必要な健康課題には、高齢者支援部門などの関係部署に情報を提供することで共通認識を持ち、地域包括ケアの観点から課題解決に取り組みます。

### 庁内の連携体制

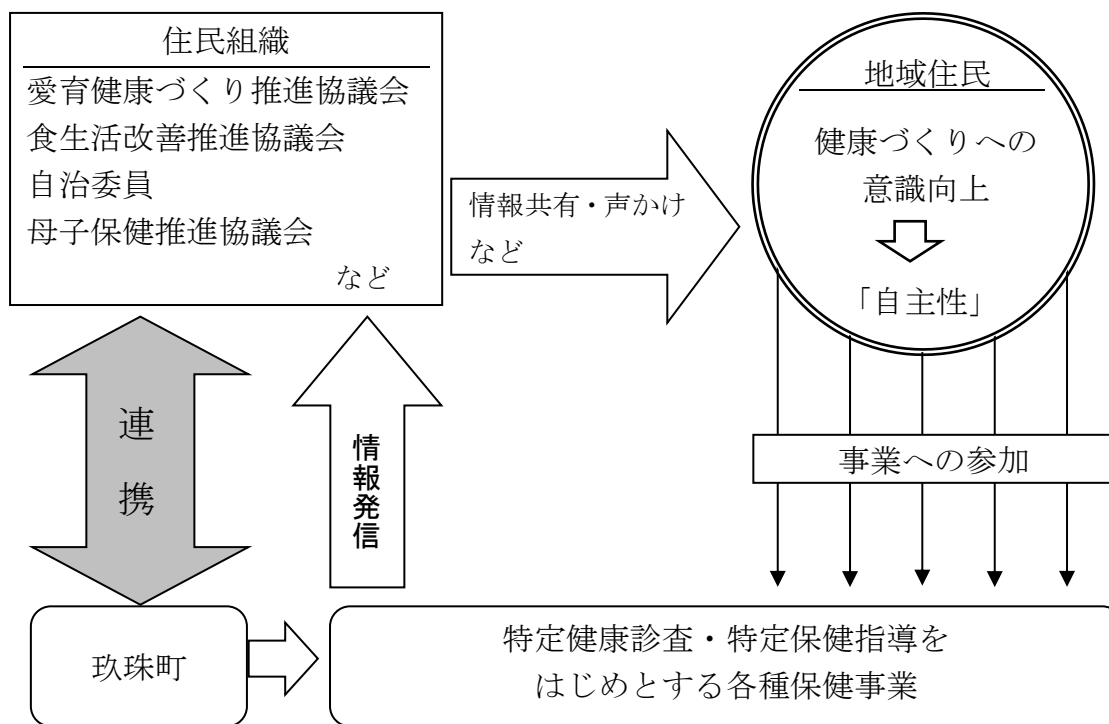


## 5. 住民組織との連携の推進

効果的な施策を進めるためには保険者、行政だけでなく、住民組織（愛育健康づくり推進協議会や食生活改善推進協議会、自治委員など）等の地域の社会資源を基点とした情報発信が大きな役割を持っています。

健康づくりにおいて円滑な取組を進めるため、これらの住民組織との連携を深めます。

### 住民組織との連携のイメージ



## 6. 個人情報の保護

保健事業やKDBデータの分析等で得られた個人情報その他の情報資産の取扱いにあたっては、個人情報保護に関する法律及び玖珠町個人情報保護条例等による規定を遵守し、個人情報の保護の観点から適切な対応を行います。

# 参考資料

## 1. 大分県共通の評価指標

計画全体の評価指標と合わせて、大分県共通の評価指標を活用し、「平均寿命」「発症予防・重症化予防」「生活改善」「特定健康診査」「特定保健指導」の数値が改善しているかなどの評価を行います。

### 大分県共通の評価指標

※令和4年度の枠組み箇所は、県平均より悪い箇所である。

※単位は、区分0平均寿命を「歳」、区分1発症予防重症化予防から4特定保健指導までを「%」とする。

区分	通番	評価指標	実績					
			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4年度県平均
0_平均寿命		平均自立期間（男性）	-	80.6	80.5	80.5	79.9	80.4
		平均自立期間（女性）	-	85.3	85.3	85.6	83.5	84.4
		「大分県お達者年齢（5か年平均）」（男性）	-	-	-	80.16	-	81.75
		「大分県お達者年齢（5か年平均）」（女性）	-	-	-	84.29	-	87.93
1_発症予防重症化予防	1	糖尿病有病率（0～74歳）（5月診療分）	12.8	12.8	12.9	14.1	14.3	13.2
	2	脂質異常症有病率（0～74歳）（5月診療分）	18.5	19.8	18.8	20.5	21.5	21.0
	3	高血圧症有病率（0～74歳）（5月診療分）	22.7	23.8	23.0	25.2	25.8	23.9
	4	人工透析有病率（0～74歳）（5月診療分）	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5
	5	新規人工透析患者数	1	4	4	1	1	-
	6	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（40～74歳）	15.0	17.2	11.7	15.9	13.8	13.3
	7	メタボリックシンドローム該当者の割合（40～74歳）	13.3	14.4	15.4	16.9	17.1	20.1
	8	メタボリックシンドローム予備群の割合（40～74歳）	13.0	12.4	13.5	12.0	12.5	10.9
	9	特定健康診査受診者のうち、HbA1c5.6～5.9の者（保健指導判定値を超える者）の割合（40～74歳）	48.5	41.2	42.5	40.7	42.2	37.2
	10	特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.0～6.4の者（保健指導判定値を超える者）の割合（40～74歳）	17.3	15.5	17.3	19.4	20.9	17.4
	11	特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.5以上の者（受診勧奨判定値を超える者）の割合（40～74歳）	8.8	8.8	8.4	9.5	9.1	10.6
	12	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0以上の者の割合（40～74歳）	1.4	1.5	1.2	0.7	1.2	1.1
	13	特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧130以上の者（保健指導判定値を超える者）の割合（40～74歳）	44.4	44.9	44.6	43.1	42.3	47.8

	14	特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧 160 以上の者の割合 (40~74 歳)	5.3	4.5	4.1	4.7	3.7	4.8
	15	特定健康診査受診者のうち、LDL コレステロール 140 以上の者 (受診勧奨判定値を超える者) の割合 (40~74 歳)	32.7	32.3	30.5	31.4	26.9	25.6
	16	特定健康診査受診者のうち、LDL コレステロール 160 以上の者の割合 (40~74 歳)	12.3	14.5	13.3	12.9	11.3	10.2
	17	特定健康診査受診者のうち、eGFR45 未満の者 (40~74 歳)	1.6	1.6	1.6	1.6	2.1	3.0
	18	特定健康診査受診者のうち、BMI20 以下の者の割合 (65~74 歳)	16.3	16.0	17.4	18.5	19.5	17.9
	19	【咀嚼】 何でもかんで食べることができる人の割合 (40~74 歳)	79.5	78.7	78.5	76.1	73.0	77.6
	20	受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者の割合 (血糖・血圧・脂質)	-	91.4	91.3	89.9	89.4	89.9
	21	特定健康診査受診者で HbA1C6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けている者の割合	81.4	87.6	88.4	86.2	88.1	84.9
2_生活習慣	22	【栄養・食事】 週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる人の割合 (40~74 歳)	10.6	10.9	10.7	8.5	11.1	12.6
	23	【栄養・食事】 週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合 (40~74 歳)	20.5	21.0	21.0	21.3	21.1	21.1
	24	【栄養・食事】 人と比べて食べる速度が速い人の割合 (40~74 歳)	28.6	29.0	27.5	25.2	28.1	28.4
	25	【運動】 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する人の割合 (40~74 歳)	72.4	77.3	76.6	75.9	76.9	60.0
	26	【運動】 1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合 (40~74 歳)	33.6	31.1	31.7	31.9	33.5	42.1
	27	【喫煙】 たばこを習慣的に吸っている人の割合 (40~74 歳)	13.4	13.8	12.8	11.6	12.7	11.8
3_特定健康診査	28	特定健康診査実施率 (40~74 歳)	42.5	44.1	39.6	42.9	42.1	39.0
	29	健診未受診かつ医療受診者のうち生活習慣病有の割合 (40~74 歳)	-	67.7	69.0	70.7	67.3	67.3
4_特定保健指導	30	特定保健指導実施率 (終了者の割合) (40~74 歳)	41.0	36.3	34.6	38.6	38.9	49.2
	31	特定保健指導【積極的支援・40~64のみ】実施率 (終了者の割合)	30.8	12.9	25.0	29.4	20.0	34.8
	32	特定保健指導【動機付け支援】実施率 (終了者の割合) (40~74 歳)	44.8	42.6	38.9	41.4	43.4	52.7
	33	特定保健指導対象者の減少率 (40~74 歳)	28.1	16.5	16.8	17.5	9.8	18.5
	34	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (40~74 歳)	37.1	19.3	13.8	19.0	10.2	21.3

## 2. 特定健康診査の外部委託に関する基準

### 特定健康診査の外部委託に関する基準

#### ① 人員に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的及び量的に確保されていること。
- (2) 常勤の管理者（特定健康診査を実施する施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。）が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を実施する施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

#### ② 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること。）。

#### ③ 精度管理に関する基準

- (1) 特定健康診査の検査項目について内部精度管理（特定健康診査を行う者が自ら行う精度管理（特定健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）をいう。）が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- (2) 外部精度管理（特定健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。）を定期的を受け、検査値の精度が保証されていること。
- (3) 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられるよう必要な体制が整備されていること。
- (4) 実施基準第1条第1項各号に掲げる項目のうち、検査の全部又は一部を外部に再委託する場合には、再委託を受けた事業者において、(1)から(3)までの措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

#### ④ 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する記録を電磁的方法（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式をいう。以下同じ。）により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- (3) 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。
- (4) 高齢者の医療の確保に関する法律第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (5) 個人情報保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。



- (6) 保険者の委託を受けて特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。
- (7) 特定健康診査の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

#### ⑤ 運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が適切な特定健康診査の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (4) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (5) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (6) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規定を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・従業者の職種、員数及び職務の内容
- ・特定健康診査の実施日及び実施時間
- ・特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額
- ・事業の実施地域
- ・緊急時における対応
- ・その他運営に関する重要事項

- (7) 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。
- (8) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について、衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

## 特定保健指導の外部委託に関する基準

### ① 人員に関する基準

- (1) 特定保健指導の業務を統括する者（特定保健指導を実施する施設において、動機づけ支援（実施基準第7条第1項に規定する動機づけ支援をいう。以下同じ。）及び積極的支援（実施基準第8条第1項に規定する積極的支援をいう。以下同じ。）の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいい、以下「統括者」という。）が、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (2) 常勤の管理者（特定保健指導を実施する施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。）が置かれていること。ただし、事務の管理上支障が無い場合は、当該常勤の管理者は、特定保健指導を行う施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。
- (3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価（行動計画の策定の日から6月以上経過後に行う評価をいう。）を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (4) 積極的支援において、積極的支援対象者（実施基準第8条第2項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。）ごとに、特定保健指導支援計画の実施（特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。）について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。
- (5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機づけ支援対象者（実施基準第7条第2項に規定する動機づけ支援対象者をいう。以下同じ。）又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（平成20年厚生労働省告示第10号。以下「実践的指導実施者基準」という。）第1に規定する食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機づけ支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は実践的指導実施者基準第2に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者と認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
- (8) 特定保健指導実施者（実施基準第7条第1項第2号の規定に基づき、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機づけに関する支援を行う者又は実施基準第8条第1項第2号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行う者をいう。）以下同じ。）は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会

- 等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。
- (9) 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、(4)に規定する統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。

## ② 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 個別指導を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法第25条の受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること)。

## ③ 特定保健指導の内容に関する基準

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法(平成20年厚生労働省告示第9条)に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、特定保健指導の対象者の特性並びに地域及び職域の特性を考慮したものであること。
- (2) 具体的な動機付け支援又は積極的支援のプログラム(支援のための材料、学習教材等を含む。)は、保険者に提示され、保険者の理解が得られたものであること。
- (3) 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- (4) 個別指導を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。
- (5) 委託契約の期間中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、事業者は相談に応じること。
- (6) 特定保健指導対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

## ④ 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 保険者の委託を受けて、特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。
- (3) 高齢者の医療の確保に関する法律第30条に規定する秘密保持規定を遵守すること。
- (4) 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (5) 保険者の委託を受けて特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。
- (6) インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩、不正アクセス、コンピュータ・ウイルスの侵入等を防止すること。

- ・秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点の識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。
- ・インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、特定健康診査の結果（労働安全衛生法その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を含む。この(6)において同じ。）のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知りえない質問形式のパスワードとすること等）。
- ・インターネット上で特定健康診査の結果のデータを手に入るサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。
- ・本人の同意を得られない場合における特定健康診査の結果のデータは、インターネット上で特定健康診査の結果のデータを手に入るサービスを受ける者の特定健康診査の結果のデータとは別の場所に保存することとし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。

(7) 特定保健指導結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて、特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要と本来必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

**玖珠町国民健康保険**  
**第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）**  
**・ 第四期特定健康診査等実施計画**  
**（令和6年度～11年度）**

---

令和6年3月発行  
発 行：玖珠町  
編 集：玖珠町 福祉保健課  
〒879-4492  
大分県玖珠郡玖珠町大字帆足 268 番地の5  
TEL：0973-72-1115