

第3期 保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年 3月 小値賀町

第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 2 期計画に係る評価及び考察と第 3 期計画における健康課題の 明確化	3
1.第 2 期計画に係る評価及び考察	
2.第 3 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	8
1.第 4 期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.未受診者訪問指導	
7.個人情報の保護	
8.結果の報告	
9.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 課題を解決するための保健事業	15
1.生活習慣病予防事業	
2.特定健診受診率向上対策事業	
3.歯科検診事業	
4.糖尿病性腎症重症化予防事業	
第 5 章 計画の評価・見直し	20
1.計画時期	
2.評価方法・体制	
3.計画の見直し	

第 6 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 21

1.計画の公表

2.個人情報の取扱い

第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。平成 25 年 6 月 14 日閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」への取組みを推進することが求められている。

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（以下「国指針」という）において、健康医療情報を活用して PDCA サイクル（Plan：計画、Do：実施、Check：評価、Action：改善）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・改善等を行うものとされている。

令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太 2020）」において、データヘルス計画の標準化の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革行程表 2022」において、「共通の評価指標やアウトカム（達成度）ベースでの適切な KPI（重要業績評価指数）の設定を推進する」と示された。

このような現状から、生活習慣病対策として、特定健診及び特定保健指導の実施が保険者に義務づけられ、国民の QOL の維持・向上、医療費の適正化を図っている。

当町では高齢化率が 50% を超え、国保被保険者では関節疾患をはじめ、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が疾病全体に占める割合が増加しており、医療費増加のひとつの大きな要因となっている。町民一人一人が自分自身や地域の健康づくりを意識しながら生活を送ることができるように、国指針に基づく第 3 期データヘルス計画（幅広い年代の健康課題を把握し、課題に応じた保健事業を実施する）を策定し、健康の保持・増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図っていく。

2. 計画の位置付け

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。健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施。個別保健事業を PDCA サイクルで回し、計画の見直し、次期計画に反映させる。また、後期高齢者医療・介護保険・福祉事務所とも連携して、それぞれの健康課題を共有するとともに国保被保険者の健康課題に加えて、後期高齢者等の健康課題を踏まえて保健事業を展開していく。計画の策定においては、各関係部局と連携して進めていく。

主な計画の期間と記載内容

計画名	根拠法令など	作成者	計画期間	記載内容
データヘルス計画	医療保険各法に基づく告示	保険者	●6年間 第3期（令和6年から令和11年）	◆被保険者の健康課題 ◆健康課題に対応した目標・評価指標 ◆保健事業の方法・体制等
特定健康診査等実施計画	高齢者の医療の確保に関する法律	保険者	●6年間 第4期（令和6年から令和11年）	◆特定健診・特定保健指導の実施
医療費適正化計画	高齢者の医療の確保に関する法律	都道府県	●6年間 第4期4（令和6年から令和11年）	◆医療に要する費用の見込みに関する事項 ◆住民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標 ◆医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標等
健康増進計画	健康増進法	都道府県市町村	●12年間 第3次（令和6年から令和17年）	◆健康の増進の推進に関する基本的な方向 ◆各施策の取組と目標等 （栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙等）

厚労省 データヘルス計画の作成の手引き 第3期改訂版より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされており、他計画との整合性を図る観点から、計画期間を令和6年から令和11年の6年間とする。

4. 保険者及び関係機関の役割と連携

1) 実施主体の役割

小値賀町においては、住民課保健係・健康管理センターが主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、町一体となって計画策定を進めていく。計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整える。

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会、または、専門知識を有する学識経験者などのことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会と連携・協力することで、委員の幅広い専門的知見を活用した支援等を受けることが期待される。国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行うなど、保険者を支援す

る。また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については都道府県の関与が更に重要となる。このため、町と国保連は、計画素案について県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。

5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している（平成 30 年度から本格実施）。国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。

第 2 章 第 2 期計画に係る評価及び考察と第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 第 2 期計画に係る評価及び考察

1) 第 2 期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

小値賀町は、高齢化率 51.6%（1146 人/2219 人）で、国の高齢化率 29.0%（2022 年 1 総務省人口推計）を大きく上回り、生産年齢人口に関しては、879 人（39.6%）と国の 59.4%（2023 年 2 月）を 20%も下回っている。国保被保険者の状況※は、829 人で人口（2219 人）に占める割合は 37.4%で、年齢別では 65 歳以上が 56.3%と国・県・同規模自治体と比較して 10~15%高く、国保被保険者に関しても高齢者が占める割合が高い状況にある。

標準化死亡比は国に比べて男女ともにやや高く、令和 3 年度・令和 4 年度に関しては、男性 102.9、女性 101.1 となっている。令和 2 年度から令和 4 年度、1 人当たり医療費は県内で最も低く、入院医療費に占める割合が高い疾患は、関節疾患、慢性腎不全（透析あり）、骨折となっており、外来医療費に占める割合が高い疾患は、糖尿病、高血圧、関節疾患になっている。令和 2 年から令和 4 年における患者千人当たりの「高血圧」「脳梗塞」患者数は上位 1 位から 3 位を推移している。外来医療費における高血圧の割合が高いが、一人当たり医療費が低いことから重症化予防につながっていると推測できる。

* 特定健診の結果（令和 2 年度～令和 4 年度） ※は県内自治体における順位 【図表 1】

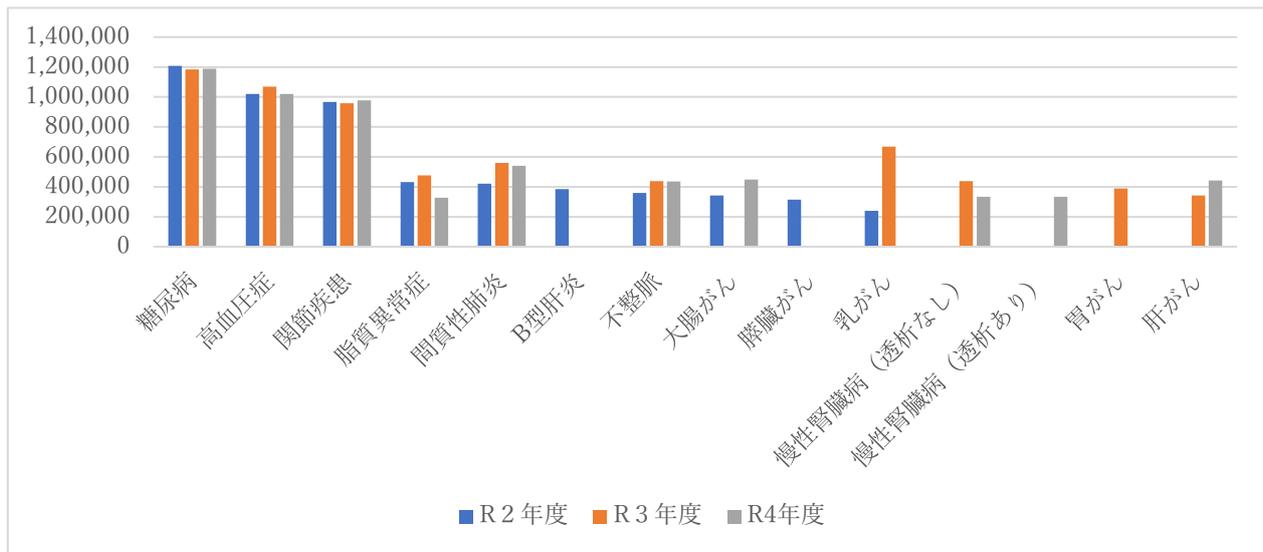
	令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度		
高血圧症（服薬）	58.6%	21 位	51.6%	21 位	54.1%	21 位	
心疾患（既往歴）	2.5%	1 位	3.5%	1 位	10.5%	21 位	
脳卒中（既往歴）	5.0%	1 位	3.2%	4 位	3.0%	3 位	
腎不全（既往歴）	0.9%	13 位	0.3%	2 位	0%	1 位	
筋・骨格系の疾患 （千人当たり患者数）	526.8 人	18 位	556.6 人	19 位	578.1 人	21 位	
外来で医療費が高い 疾病	1 位 糖尿病 2 位 高血圧症 3 位 関節疾患		1 位 糖尿病 2 位 高血圧症 3 位 関節疾患		1 位 糖尿病 2 位 高血圧症 3 位 関節疾患		
咀嚼良好な者の割合	66.9%	20 位	67.4%	20 位	63.6%	21 位	
メタボ予備軍	—		—		男性	28.2%	21 位
					女性	12.9%	21 位
メタボ該当者	—		—		男性	33.3%	13 位
					女性	15.0%	19 位
介護給付費	131,347 円	21 位	117,904 円	21 位	117,439 円	21 位	
改善の意欲なし	31.4%	8 位	28.0%	5 位	47.1%	16 位	

高血圧症に関しては早期治療（内服）することで高血圧を起因とする疾病の予防につながっていることがこの図表 1 から分かりますが、外来医療費は糖尿病・高血圧症・関節疾患が常に上位を占めており、その背景として図表 2 に示します。

【図表 2】

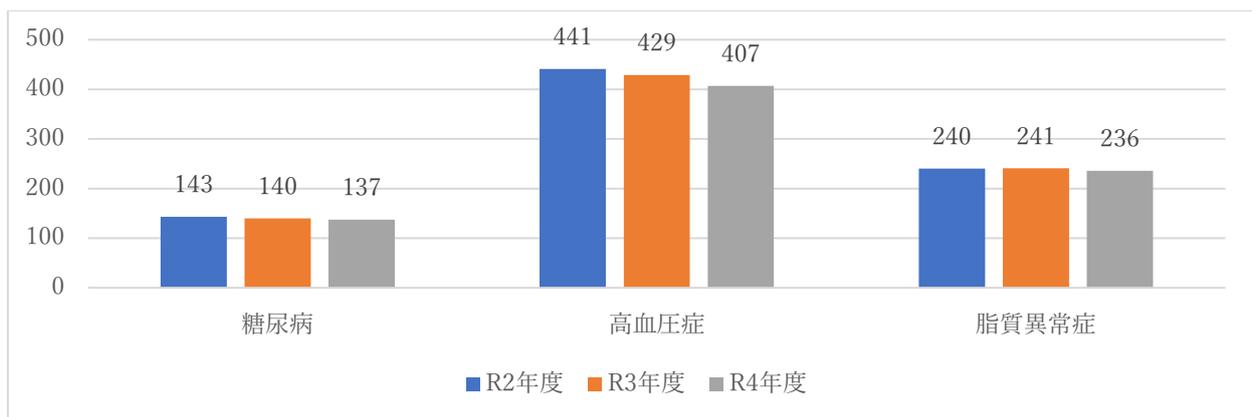
	令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
食べる速度が速い	31.2%	21 位	29.1%	16 位	33.9%	21 位
20 歳時から 10 kg 以上体重増加	39.3%	21 位	33.7%	5 位	35.0%	7 位
毎日飲酒	35.1%	21 位	32.2%	21 位	34.2%	21 位
噛みにくい	31.0%	20 位	29.7%	20 位	33.5%	21 位
ほとんど噛めない	1.6%	19 位	1.8%	20 位	0.8%	6 位
朝昼夕以外での間食	26.2%	21 位	23.1%	20 位	23.3%	19 位
1 日 30 分以上の運動習慣がない	69.3%	20 位	69.3%	22 位	60.7%	12 位

* 外来疾患別医療費点数（高い順、年度ごとトップ10）



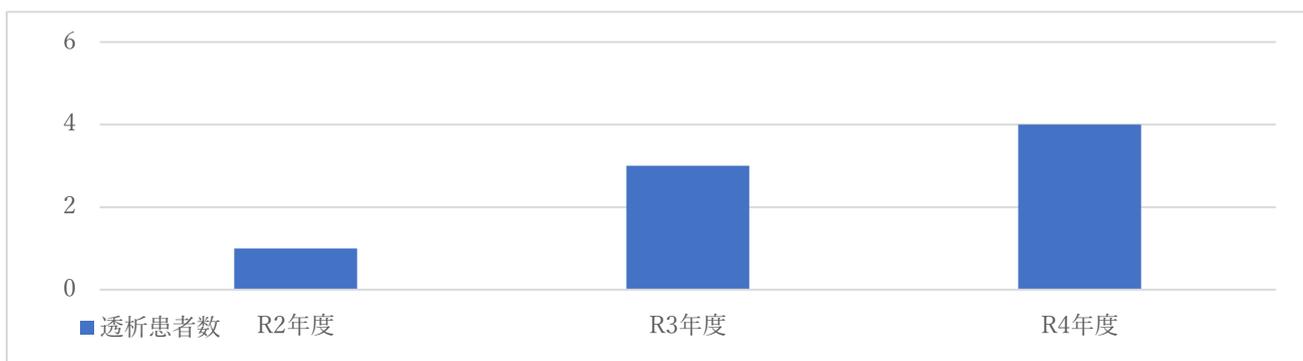
外来医療費点数では3年間糖尿病が1位である。

* 疾患別患者数

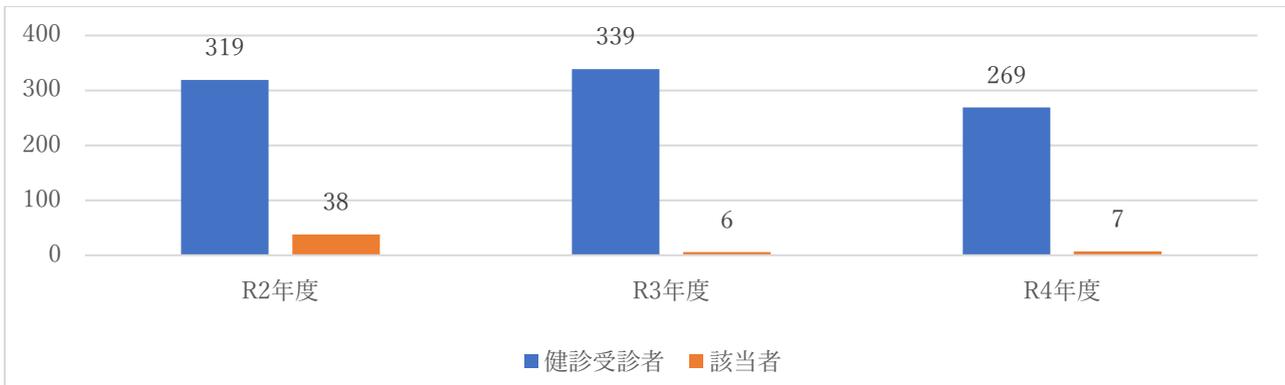


疾患別患者数では、糖尿病に比べ、高血圧症、脂質異常症の患者が多いことがわかる。患者数に比べ、外来医療費では1番高額なため、重症化予防や血糖コントロール支援が必要だと考える。また、高血圧症、脂質異常症は糖尿病の危険因子でもあり、糖尿病を発症した場合、糖尿病合併症を発症するリスクが高まる。

* 人工透析患者数



人工透析患者数は毎年徐々に増加している。人工透析の原因として、日本では糖尿病性腎症が1番多く、続いて慢性糸球体腎炎、腎硬化症の順に多い。本町でも、人工透析導入となった方は、糖尿病性腎症や糖尿病と慢性腎臓病を合併している方が最も多い状況である。



* 特定健診受診者のうち糖尿病治療中で尿蛋白が±以上又はeGFR60未満の者

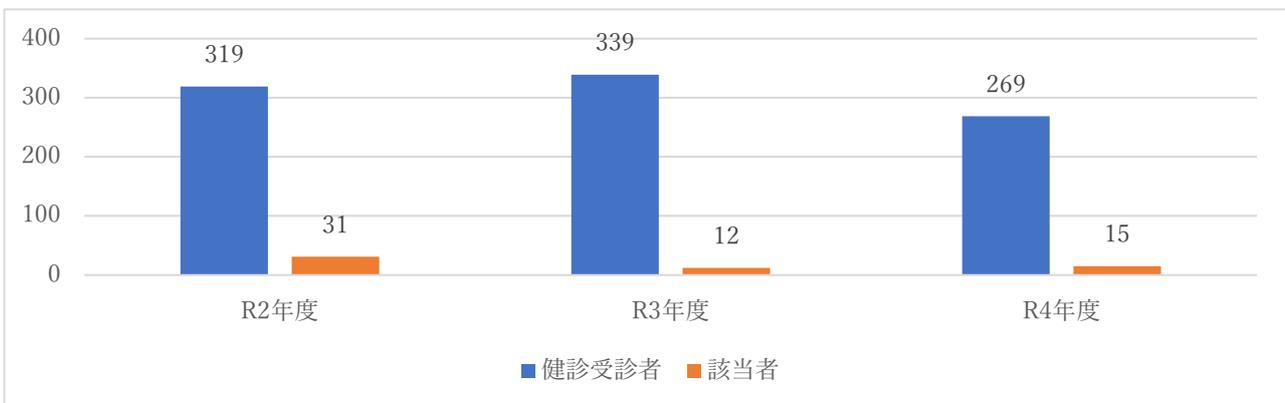
R2年度：11.9%

R3年度：1.8%

R4年度：2.6%

糖尿病治療中で、糖尿病性腎臓病のリスクがある者がR2年度12%、R3年度1.8%、R4年度2.6%とR2年度に比べ、該当者は減少していることがわかる。該当者は年々減少傾向で実数も少ないが、島内には人工透析を受けることができる医療機関がないため、引き続き糖尿病治療中で糖尿病性腎臓病や人工透析導入のリスクがあるハイリスク者に対して継続的な支援が必要である。

* 糖尿病治療中でⅡ度高血圧又は内臓脂肪型症候群該当者



R2年度は9.7%、R3年度は3.5%、R4年度は5.6%と横ばいの状態である。

糖尿病と高血圧や肥満の合併は、糖尿病を進行させるだけでなく、心臓や血管に負担をかけ心筋梗塞や狭心症、そして脳血管疾患を引き起こすリスクが高まる。

(2) 医療体制

医療体制に関しては、現在、常勤医1名、非常勤医1名(3日/週)の2名体制を基本とし、専門外来(小児・循環器・整形・精神・内科(肝臓)・眼科)の専門医が定期的に来島し診察を行っているが、医師に限らず、看護職その他の専門職についても慢性的な人員不足の状態が続いている。そのなかで、年間13,858名(令和4年度)の外来患者受入れや年間126件(令和4年度)の救急患者の受入れを行っており、そのうち62名(令和4年度)に関しては、島外へ救急搬送を余儀なくされるという状況にある。また、当町は上五島医療圏に属しているが、交通の便宜上、実際

の医療圏は佐世保市となっている。専門性の高い外来受診のための移動や交通費は町民の大きな負担になっている。

※令和 5 年 6 月 30 日時点

(3) 介護給付費の状況

令和 4 年度、1 件当たりの介護給付費が県内でもっとも高くなっているが、高齢者人口に占める施設使用者の割合が多いためと分析できる。介護受給者率が低い、介護認定を受けても利用できるサービスが限られていることも要因の一つである。小値賀町の傾向として、要介護 2 以上の認定率が高く、要支援 1・2 の認定率は低い現状がある。また、要介護状態になって申請するケースが多数を占めている。

2) 第 2 期計画に係る考察

第 2 期計画では、高血圧の重症化予防に努めてきた。高血圧の外来医療費は増加しているが、脳梗塞・虚血性心疾患・慢性腎臓病については、年度ごとに多少の増減はあるものの、ほぼ横ばいで推移しているため、高血圧の早期治療が重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が令和元年の 57.3%から令和 4 年の 39.7%へ 17.6%も減少しており、特定保健指導等による早期介入の機会の減少にもつながっている。第 3 期データヘルス計画においても、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上に引き続き取組み生活習慣病・メタボリックシンドローム該当者の減少に努める必要性がある。

2. 第 3 期計画における健康課題の明確化

小値賀町の高齢化率は 50%を超えているため、高齢化に伴い増加する疾患（高血圧・糖尿病・高脂血症・悪性新生物・脳血管疾患・虚血性心疾患・骨折・歯周病）の割合も横ばいから微増で推移している。平均寿命に関しては、国と比べて男女ともに低く、小値賀町（男：80.4 歳、女：86.5 歳）、国（男：80.8 歳、女：87.0 歳）となっている。

生活習慣病の原因となるメタボ該当者・メタボ予備軍に関しては長崎県内で常に上位であり、40 代 50 代の若年層の特定健診受診率の低さも目立つ。第 1 期計画から第 2 期計画の 9 年間、高血圧の重症化予防に焦点を当て取り組んできたが、第 3 期計画では、病気を発症する前段階に対しアプローチを行う予防医学の考えに基づいた保健事業を展開する。

- 1) 特定健診受診率向上、メタボ予備軍への保健指導の強化及び若年層（40 代・50 代）への啓発活動
- 2) 成人期以降の歯科保健事業の実施
- 3) 食育の普及

3. 目標の設定

- 1) 成果目標
 - (1) 中長期目標の設定

第2期の評価やこれまでの健診・医療・介護状況を分析した結果、引き続き、虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全の患者数を減らし、総合医療費の伸び率を抑制していくことを目標とする。令和8年度には中間評価を行う。

(2) 短期目標の設定

生活習慣病の共通危険因子である高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム該当者を減らすことを目標とする。目標達成のために、特定健診受診率の向上や特定保健指導の実施率の向上に努めていく。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健診等実施計画について

わが国では、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることが出来る医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保険医療水準を達成してきた。しかしながら少子高齢化の進展、長引く景気低迷による雇用環境の変化、ライフスタイルや食生活の変化に伴う生活習慣病による医療費の増大など、さまざまな課題に直面している。

国はこのような課題に対応するため、平成20年度から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて、医療保険者に対し、内臓脂肪を要因とする生活習慣病に着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施を義務づけた。

また、同法の規定では、国が示す特定健康診査等基本指針に即し、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や実施及びその成果に係る目標値の設定、計画の作成に関する重要事項を特定健康診査等実施計画で定めることとしている。

本町においても、特定健康診査等基本指針を踏まえた実施計画を作成し、特定健康診査及び特定保健指導を実施し、生活習慣病の早期発見や発症予防を図っている。

2. メタボリックシンドロームに着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会内科系8学会が合同でメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスク低減が図られているという考え方を基本としている。

内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧は予防可能であり、また、発症した後でも血糖、血圧等をコントロールすることにより、狭心症等の心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進行や重症化を予防することが可能であるという考え方である。

メタボリックシンドロームの概念の導入により、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機付けができる

ようになっている。

3. 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧症等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが重要となる。

特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者予備軍を減少させることが目的となる。生活習慣病は自覚症状がないままに進行する為、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置付け、行動変容につながる保健指導を行う。

4. 特定健康診査・特定保健指導の目標値

第4期特定健康診査等実施計画に関して、国の「特定健康診査等基本指針」で示された特定健康診査受診率および特定保健指導実施率の計画最終年度における目標値の参酌基準に基づき、本町の第4期実施計画における各年度の目標値を次の通り設定する。

■第4期実施計画の目標値

項目	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)	国の目標値 (令和11年度)
特定健康診査受診	40%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
特定保健指導実施	70%	70%	75%	75%	80%	80%	60%
特定保健指導対象	-	-	-	-	-	25%	25%

■特定健康診査・特定保健指導の対象者の推計

各年度において、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値を達成するための対象者数及び実施者数の推計は次のとおり。

①特定健康診査

区分	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
対象者数	678人	626人	586人	540人	490人	452人
実施者数	271人	282人	264人	270人	245人	249人

②特定保健指導

区分	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
対象者数	30人	30人	30人	30人	30人	22人
実施者数	21人	21人	23人	23人	24人	18人

○第4期特定健診・特定保健指導の主な見直し内容

◆特定健診

①特定健診の基本的な項目及び運用は維持し、新しい健診項目・手技の追加は行わない。ただし、中性脂肪に関する保健指導判定値、階層化に用いる数値基準を変更する。

②特定健診の質問項目については、喫煙、飲酒（頻度、量）、保健指導に関する項目を修正する。

◆特定保健指導

①モデル実施の結果を踏まえ、特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入する。主要達成目標を腹囲 2cm・体重 2kg 減とする。また、生活習慣を改善するための行動変容が目的であることを踏まえ、習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣、その他の生活習慣の2か月以上の改善、腹囲 2cm・体重 2kg 減の過程である腹囲 1cm・体重 1kg 減を目標として設定する。

②従来と同じく 180 ポイントで特定保健指導終了とするが、アウトカム評価、プロセス評価を合わせた評価とする。

③ ICT を活用した特定保健指導、特定健診終了後の早期初回面接実施を促進する。

5. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については外部委託を行い、契約方法は個別契約にて契約する。健診の実施方法は、集団健診で実施する。また、健診データの受領方法は、特定健診実施機関から直接電磁記録媒体でデータの受け渡しを行う。

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する検診項目とする。

(具体的な健診項目)

①基本的な健診項目

- 1) 質問項目 (服薬歴、喫煙等)
- 2) 身体計測 (身長、体重、BMI、腹囲)
- 3) 理学的検査 (身体診察)
- 4) 血圧測定、血液検査 (中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、Non-HDL コレステロール)
- 5) 肝機能検査 (AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT (γ -GTP))
- 6) 血糖検査 (空腹時血糖、随時血糖、HbA1c)
- 7) 尿検査 (尿糖、尿蛋白)

②追加健診の項目

- 1) 貧血検査 (赤血球数、血色素量、ヘマトクリット量)
- 2) 血液検査 (血清クレアチニン及び eGFR、血清アルブミン、尿酸)
- 3) 尿検査 (尿潜血、尿中推定塩分摂取量検査、尿蛋白定量検査)

③詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)

- 1) 心電図検査
- 2) 眼底検査 (両眼実施)

4) 実施期間

5 月から翌年の 3 月末までの期間

5) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できる医療情報提供事業を活用し、医療機関との協力及び連携を行う。

6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

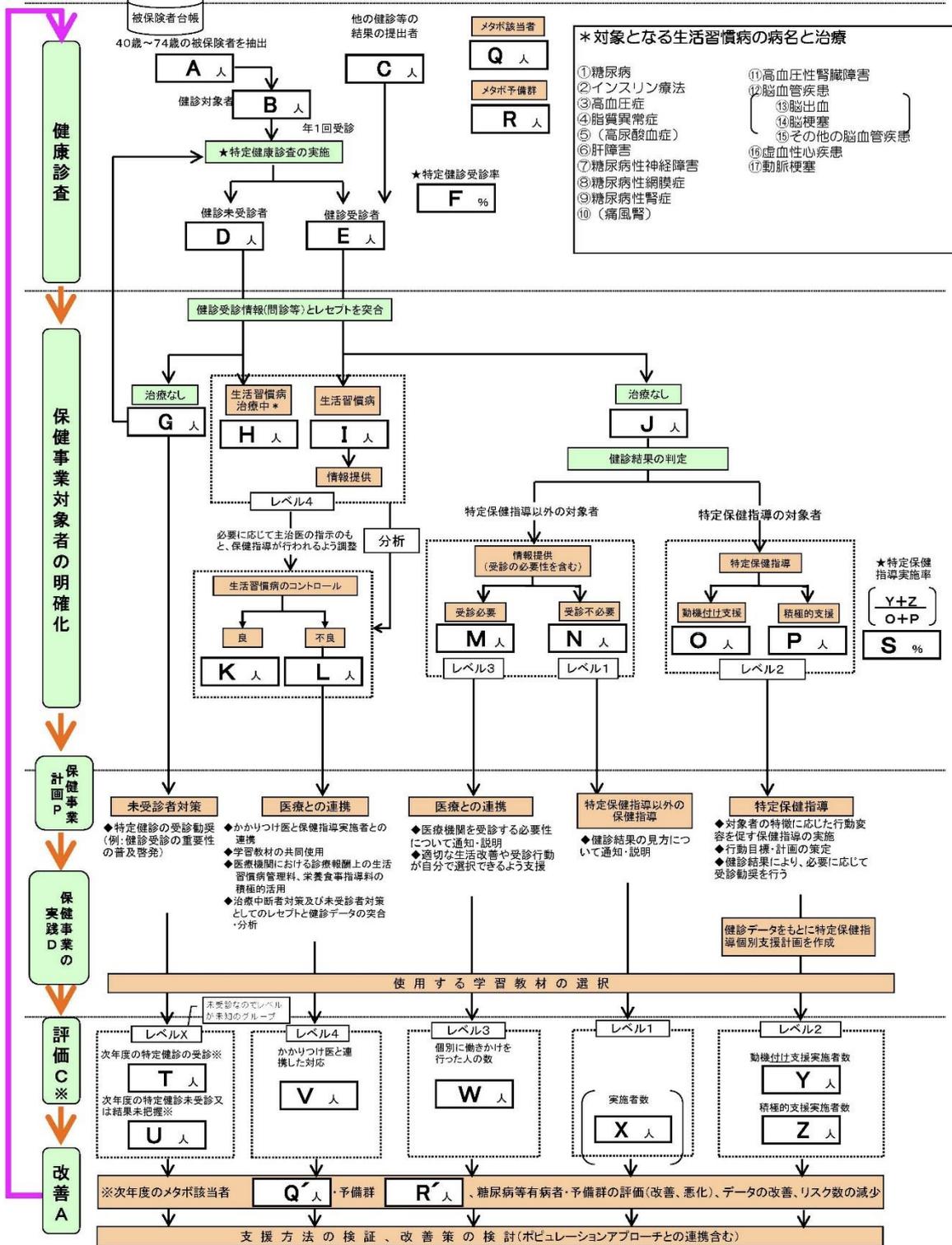
6. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者 (健康管理センター) が実施する。

1) 健診から保健指導実施の流れ (図表 3)

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年版)」参考様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

健診から保健指導実施へのフローチャート



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

2) 特定保健指導対象者数の選定と階層化の基準

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果に基づき、以下の条件により抽出します。

【特定保健指導の対象者の選定と基準】

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
≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (女性)	2つ以上に該当			
	1つ該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
		なし	動機づけ支援	
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当			
	2つ該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
		なし	動機づけ支援	
1つ該当		動機づけ支援		

3) 特定保健指導者の優先順位

特定保健指導の対象は、内臓脂肪の蓄積程度やリスク要因数によって決定する。

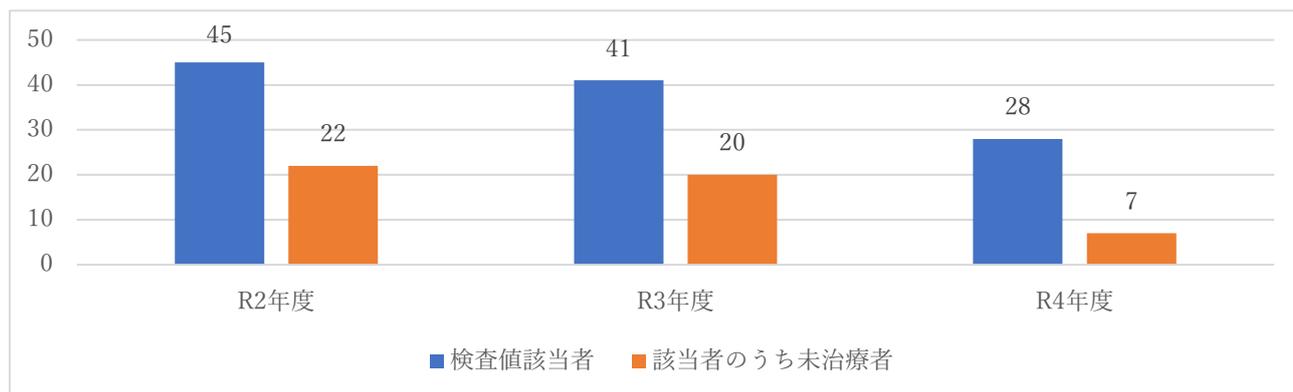
そのため、階層化の基準に基づき対象者を抽出した結果、該当数が多数にのぼる場合、生活改善により期待できる予防効果等を考慮し、以下の優先順位をもとに、絞り込みを行う。

1. 若い年齢階層（40～50歳代）
2. 健診結果が前年度と比較して悪化し、保健指導での綿密な指導が必要な者
3. 年度において、特定保健指導の対象者であったにも関わらず、保健指導を受けなかった者

7. 未受診者訪問指導

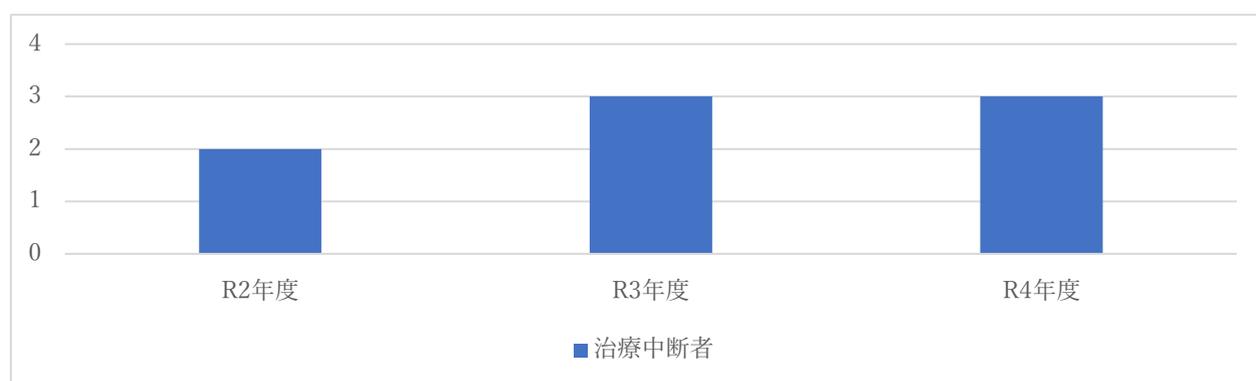
健診・医療ともに未受診の場合、生活習慣病を発症し重症化している者が多い。そのため、「第4章保健事業の内容 1. 糖尿病性腎臓病（慢性腎臓病）重症化予防事業」と合わせて、過去の健診において HbA1c6.5%以上の者のうち、直近の健診未受診者に対して、専門職が訪問を行い健診受診勧奨を実施し、健診受診率向上及び糖尿病性腎臓病の重症化予防を図る。

* HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上で医療機関未治療の者



特定健診受診者で HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上の者のうち、医療機関未治療の者の割合は R2 年度 48.8%、R3 年度 48.8%、R4 年度 25%と減少傾向にある。

* 糖尿病の治療を 6 ヶ月以上中断している者



糖尿病の治療を 6 ヶ月以上中断している者は、実数としては少ないが増加傾向であり、電話や面談等で中断理由を把握し、支援方法を検討する必要がある。

8. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および小値賀町個人情報の保護に関する法律施行条例（令和 5 年 3 月 24 日条例第 2 号）を踏まえた対応を行う。また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、健康管理システムならびに特定健康診査等データ管理システムで行う。

9. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

10. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、小値賀町ホームページに掲載し、公表、周知する。

第 4 章 課題を解決するための保健事業

健康・医療情報の分析から見えた課題を解決するために、以下の事業を実施する。なお、各保健事業の実施方法等の詳細は、個別保健事業に明記するものとする。

1. 生活習慣病予防事業

生活習慣病予防事業	
事業の目的	生活習慣を改善し、健康寿命を延伸する
対象者	40～75 歳未満の国民健康保険加入者で特定健診受診者 小値賀町在住の 40 歳以上の男女
目標	<p>メタボリックシンドローム該当者の減少 メタボリックシンドローム判定基準の 2 つ以上に該当しない</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>【メタボリックシンドローム判定基準】</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>内臓脂肪型肥満 腹囲 男性 85 cm 以上 女性 90 cm 以上</p> </div> <p style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">+</p> <p>上記に加え以下のうち 2 つ以上に該当</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: 30%;"> <p>中性脂肪 150mg/dl 以上 HDL コレステロール 40mg/dl 未満 のいずれかまたは両方</p> </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: 30%;"> <p>収縮期血圧 130mmHg 以上 拡張期血圧 85mmHg 以上 のいずれかまたは両方</p> </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: 30%;"> <p>空腹時血糖 110mg/dl 以上</p> </div> </div> </div>
事業内容	リスクレベルに応じて、保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための特定保健指導実施、運動教室企画・生活習慣病予防の健康教室開催

実施内容	<p>【特定保健指導】</p> <p>①腹囲・体重・血圧測定</p> <p>②現在の生活習慣・食生活を把握</p> <p>③対象者に合わせた目標設定（運動習慣の構築・食生活改善）を行う</p> <p>④3ヶ月後、目標達成度の確認。客観的な指標は腹囲・体重・血圧の変化</p> <p>⑤改善傾向のない方は、さらに3ヶ月後に④実施</p> <p>⑥次回特定健診採血データを確認</p>												
実施内容	<p>【壮年期運動教室】</p> <p>①壮年期（40代以上）を対象とした運動教室を企画</p> <p>②小値賀町在住の講師によるピラティス教室の開催 平日：昼12回/年（入門コース） 夜間8回/年（経験者コース）</p> <p>【健康教室】</p> <p>①小値賀町在住の者</p> <p>②高血圧・高脂血症・糖尿病等の健康教室を開催</p> <p>③地区の課題に応じた健康教室を実施</p> <p>【高血圧重症化予防】</p> <p><対象者></p> <p>①(1)特定健診受診者でかつ以下に該当する者</p> <table border="1" data-bbox="368 1171 1436 1323"> <thead> <tr> <th></th> <th>40歳以上 60歳未満</th> <th>60歳以上 65歳未満</th> <th>65歳以上 75歳未満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>収縮期血圧</td> <td>130以上</td> <td>130以上</td> <td>130以上</td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧</td> <td>80以上</td> <td>80以上</td> <td>80以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)未治療非内服者 *内服中であるが血圧コントロール不良者も該当</p> <p>(3)Drが必要と認めた者</p> <p>②上記対象者を循環器専門医による血圧相談事業（無料）でフォロー *年3回実施（2回現地・1回オンライン） *Drが必要と認めた者は、小値賀診療所循環器外来受診治療開始</p> <p>③高血圧予防教室を開催（保健指導・栄養指導）</p>		40歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	収縮期血圧	130以上	130以上	130以上	拡張期血圧	80以上	80以上	80以上
	40歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満										
収縮期血圧	130以上	130以上	130以上										
拡張期血圧	80以上	80以上	80以上										
実施体制	健康管理センター、住民課保健係												
評価指標	<p>①メタボリックシンドローム判定基準の数値が前回健診時より改善する</p> <p>②運動教室参加者が運動習慣を継続することができる</p> <p>③健康教室によって、健康への意識が変化し、行動変容のきっかけになる</p> <p>④血圧の数値に改善がみられる</p>												

2. 特定健診受診率向上対策事業

生活習慣病予防事業	
事業の目的	メタボリックシンドロームおよびそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、受診率の向上を図る。
対象者	40～75 歳未満の国民健康保険加入者
目標	国民健康保険加入者の特定健診受診率向上（最終的に対象者の 50%が受診） 40 歳～59 歳の特定健診受診率の向上（最終的に対象者の 50%が受診）
事業内容	ICT を活用した受診勧奨はがきの作成・送付 ターゲットを絞った個別受診勧奨の実施 特定健診に併せてがん検診を実施 診療情報提供書を活用したみなし健診の実施
実施内容	<p>【受診勧奨】</p> <p>①ICT を活用した受診勧奨 AI を活用し、特定健康診査データ及びレセプト情報データ等に基づく受診行動に対する意識分析を行い、対象者特性に応じた勧奨資材を作成し受診勧奨することにより、効果的に受診率向上を図る。</p> <p>②ターゲットを絞った個別受診勧奨 40～50 代の特定健診受診率はその年代における対象者の 25%前後で推移しており低い水準にあることから、個別訪問や電話による受診勧奨を実施し受診率向上を図る。</p> <p>【健診方法の工夫】</p> <p>①特定健診とがん検診の同時実施 特定健診に併せてがん検診を実施することで健診の内容を充実させ受診率の向上を図る。</p> <p>②受診しやすい健診日程の設定 40～50 歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日を含めて健診期間を設定し実施する。</p>
実施体制	健康管理センター、住民課保健係
評価指標	①国民健康保険加入者の特定健診受診率 ②40 歳～59 歳の国民健康保険加入者の特定健診受診率 ③特定健診対象者への受診勧奨率 ④40 歳～59 歳の国民健康保険加入者への受診勧奨率

3. 歯科検診事業

歯科検診事業	
事業の目的	むし歯と歯周病に対する行動変容を促し将来の歯の喪失を防止する。
対象者	30 歳、40 歳、30 歳、40 歳、50 歳、60 歳、70 歳の節目の小値賀町民
目標	短期目標：令和 8 年までに歯科検診率 3 %を達成。 長期目標：令和 11 年までに歯科検診率 7 %を達成
事業内容	① 30 歳・40 歳・50 歳・60 歳・70 歳の住民を対象とする節目歯科検診を実施 ② 検診未受診者に対して、受診勧奨や啓発・広報活動を実施 ③ 健康管理システム管理を活用して抽出した対象者に対し、歯科保健指導の案内通知と歯科医療機関の受診勧奨を実施。 ④ 成人期以降を対象とする歯科教室を開催
実施内容	<p>【歯科検診】</p> <p>① 対象者を抽出し、案内通知を行う。</p> <p>② 受診結果において「要指導」「要精査」と判定された者に対し、歯科衛生士のブラッシング指導を実施するとともに、歯科保健指導のパンフレットを配布する。</p> <p>③ 検診未受診者に向けた、歯科検診の勧奨や周知、広報活動を実施</p> <p>【歯科研修会】</p> <p>① 成人期以降を対象とした歯科教室を企画、開催する。</p> <p>※参考 R5 年度 3 件（健康管理センター2 件、地域包括センター1 件）</p>
実施体制	委託先歯科医療機関
評価指標	① KDB データにおける、40 歳以上 74 歳以下における咀嚼が良好な者の割合（咀嚼_何でもかんで食べることができる）の増加 ② 歯科検診受診率の増加 ③ かかりつけ医に対する定期歯科受診率の増加

4. 糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病性腎臓病重症化予防事業	
事業の目的	糖尿病の重症化を予防し、人工透析導入患者を増やさない。
対象者	<p>小値賀町在住の 40 歳以上の男女</p> <p>【受診勧奨】</p> <p>①HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖 126mmHg/dl 以上の者の医療機関未治療者</p> <p>②糖尿病の治療を 6 ヶ月以上中断している者</p> <p>【保健指導】</p> <p>①糖尿病治療中で尿蛋白が±以上又は eGFR60ml/分/1.73m²未満の者</p> <p>②糖尿病治療中でⅡ度高血圧以上又は内臓脂肪型症候群該当者</p> <p>(* 指導除外対象者)</p> <p>①がん等で終末期にある者</p> <p>②明らかな認知機能障害がある者</p> <p>③かかりつけ医が除外すべきと判断した者</p>
目標	<p>未治療者、治療中断者を減少させ、糖尿病合併症患者を増やさない。</p> <p>糖尿病合併症の重症化を予防し、人工透析患者を増やさない。</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【糖尿病の 3 大合併症発症】 ※参考</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <pre> graph TD A[糖尿病] --> B["①神経の障害 (糖尿病性神経障害)"] B --> C["②視力の障害 (糖尿病性網膜症)"] C --> D["③腎臓の障害 (糖尿病性腎臓病)"] D --> E[人工透析] </pre> </div> <div style="flex: 1; padding-left: 10px;"> <p>糖尿病を治療しない状態が長く続くと、血管が傷つき、手足のしびれや感覚が鈍くなるなどの症状が見られます。</p> <p>目の中の血管が傷つき、視力の低下や、悪化すると失明の恐れもあります。</p> <p>腎臓の働きが悪くなります。状態が悪化すると、人工透析を行う必要があります。</p> <p>人工透析を受けるためには、島外への定期的な通院が必要になります。</p> </div> </div> </div>

事業内容	特定健診結果やレセプト情報から対象者を抽出し、電話、文書、面談等での医療機関受診勧奨、保健指導を実施。										
実施内容	<p>【受診勧奨】</p> <p>①特定健診結果やレセプト情報から抽出項目該当者を抽出。</p> <p>②電話、文書、面談等で特定健診や医療機関への受診勧奨を実施。</p> <p>③受診状況の確認</p> <p>④受診がなかった者へ電話、文書、面談等で再勧奨を実施。</p> <p>【保健指導】</p> <p>①特定健診結果から該当者を抽出。</p> <p>②本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象として保健指導を実施。</p> <p>③月に1度（計3回）電話又は面談で保健指導を行う。</p>										
実施体制	住民課保健係、健康管理センター										
評価指標	<p>【受診勧奨】</p> <p>○対象者における受診勧奨の実施率。</p> <p>○受診勧奨後の受診率。</p> <p>【保健指導】</p> <p>○保健指導に同意した者に対する指導実施の割合。</p> <p>○保健指導実施後、血糖コントロール目標に達成した者の割合 〈一般的な HbA1c 目標値（日本糖尿病学会）〉</p> <table border="1" data-bbox="352 1106 1439 1252"> <thead> <tr> <th></th> <th>血糖値正常化を目指す際の目標</th> <th>合併症予防のための目標</th> <th>治療強化が困難な際の目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td>6.0 未満</td> <td>7.0 未満</td> <td>8.0 未満</td> </tr> </tbody> </table> <p>○腎機能が維持又は改善した者の割合 eGFR の数値が現在より ± 5 で改善・悪化判断。</p> <p>○尿蛋白の検査数値が維持又は改善した者の割合。</p> <p>(例) ++ ⇒ + 改善 + ⇒ ++ 悪化 ++ ⇒ ++ 維持</p>				血糖値正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標	HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満
	血糖値正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標								
HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満								

第 5 章 計画の評価・見直し

1. 評価時期

計画の見直しについては、3年後の令和9年度に進捗状況の確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の計画の策定を円滑に行うための期間も考慮しながら、評価を行う。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・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ことを求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標で評価が

求められている。

評価については、健診データやKDB等を活用し、中間評価・最終評価を定期的に行う。

※評価における4つの指標

【図表4】

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の確保・KDBシステム活用のための研修
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導の手順・資料は揃っているか・必要なデータの確保・スケジュール通りに実施できているか
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導実施率・計画した保健事業の実施状況・保健指導実施数、受診勧奨数
アウトカム (保健事業の成果)	<ul style="list-style-type: none">・目標達成度(医療費、疾患別の患者数の変化)・個別保健事業への住民の参加率

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表

計画については、国指針において公表するものとされており、町ホームページへの掲載等を行うことで、被保険者や保健医療関係者に対して周知をしていく。

2. 個人情報の取扱い

小値賀町において、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、庁舎内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。