

坂祝町国民健康保険

第3期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度 ~ 令和11年度



坂祝町

目次

第1章 計画の基本事項

(1) 計画の趣旨・背景	1
(2) 計画期間	1
(3) 坂祝町国民健康保険の保健事業の目的	1
(4) 計画の位置付け	2
(5) 標準化の推進	2
(6) 実施体制・関係者連携等の基本的事項	2

第2章 現状の整理

(1) 保険者の特性	3
(2) 地域資源の状況	3
(3) 前期計画等に関わる考察	3

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

(1) 人口構成と被保険者構成.....	5
(2) 医療費の分析	6
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票含む)の分析.....	9
(4) 介護費関係の分析	12

第4章 データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための戦略

..... 15

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 特定健診受診勧奨事業	16
(2) 特定保健指導	17
(3) 糖尿病の早期発見、重症化予防事業	18
(4) 高血圧症、腎機能低下重症化予防事業	19
(5) 適正受診・適正服薬(重複・多剤服用者への取り組み)	20
(6) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	21

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

- (1) 特定健康診査等実施計画とは22
- (2) 特定健診等の基本的な考え方.....23
- (3) 計画の位置づけ23
- (4) 第3期計画期間(2018年度から2023年度)における課題23
- (5) 特定健診等の実施方法25
- (6) 特定保健指導の実施方法26
- (7) 個人情報の保護28
- (8) 計画の公表・周知28
- (9) 計画の評価・見直し28

第7章 個別の保健事業及びデータヘルス計画(保健事業全体)の評価・見直し

- (1) 個別の保健事業の評価・見直し29
- (2) データヘルス計画全体の評価・見直し29

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

- (1) データヘルス計画の公表・周知29
- (2) 個人情報の取り扱い29

第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項30

第1章 計画の基本事項

(1) 計画の趣旨・背景

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国民健康保険（以下、「国保」という。）が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

坂祝町ではこのような国の動きや課題等を踏まえ、保健事業を実施するにあたり国の指針に基づいて第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定します。

(2) 計画期間

令和6年度から11年度までの計画期間とし、令和8年度に中間評価、令和11年度は最終評価を実施する予定です。

(3) 坂祝町国民健康保険の保健事業の目的

坂祝町国民健康保険（以下、「保険者（坂祝町）」という。）においては、幅広い年代の被保険者が存在します。これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び

向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えます。

(4) 計画の位置付け

・データを活用したPDCAサイクルの遂行

保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

・他の法定計画等との調和

計画は、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づく基本方針3を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画(以下「後期高齢者データヘルス計画」という。)、国保運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとしします。その際、他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要です。また、他の計画における関連事項・関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進・強化する取組等について検討し、取組を実行していくうえで連携が必要となる関係者等に共有し、理解を図るようにします。

(5) 標準化の推進

データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されています。坂祝町では、岐阜県等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとします。

(6) 実施体制・関係者連携等の基本的事項

坂祝町では、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当者が中心となって、関係者や関係機関の協力を得て、保険者(坂祝町)の健康課題を分析し、計画を策定します。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。また、保健衛生担当者や後期高齢者医療担当者、福祉担当者、介護保険担当者と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者の健康課題も踏

まえて保健事業を展開します。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等との連携強化に努めます。

本計画は、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、被保険者自身が主体的かつ積極的に健康増進に取り組むことが重要です。このため、パブリックコメントをとおして被保険者の意見を本計画に反映させます。

第2章 現状の整理

(1) 保険者の特性

KDB_「地域の全体像の把握」

坂祝町は高齢化率が28.1%（令和2年）と県内順位は高い方から34位で、平成27年度と比較して65歳以上の単身世帯は8.6%（令和2年）と増加しています。

医療	保険者 (地区)	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.0	0.2	0.3	0.3
診療所数	4.7	4.1	3.8	3.9
病床数	0.0	48.9	21.2	55.8
医師数	4.7	11.5	3.4	12.6

令和3年に町内の主要企業の工場が閉鎖し、それに伴い若い世代の人口が減少しましたが、アパートに住む人や、新しく家を建てる若い世代の方も多く、近隣市町村と比べると高齢化率は低い傾向にあります。

坂祝町は面積が狭く、町内の医療機関が5施設と少なく、近隣の市町村の医療機関に通院している方も多いです。そのため、医師会等との調整は近隣市町村や保健所と共に検討し実施しています。

(2) 地域資源の状況

地域のかかりつけ医療機関、医師会、商工会、社会福祉協議会等と連携しながら地域全体で健康支援を行っています。

(3) 前期計画等に関わる考察

前期計画の保険事業の実施期間内に新型コロナウイルス感染症の拡大の影響が大きくあり、実施方法・内容等の変更を余儀なくされました。特に対象者へのアプローチにおいて

は対面での関わりにおいて十分な換気と距離、マスクの着用などを行いながら感染防止に努めましたが、呼気を測定する禁煙の取り組みは未実施となりました。

特定健診受診率については、感染防止に重きを置いた実施体制に変更したことから、低下が続いており目標には到達しませんでした。特定保健指導の利用率については増加しました。特定健診の受診については、今まで特定健診を受けた人が、健診を受けなくなっている傾向にあります。これまでの受診者に継続した受診を促す取り組みを受診勧奨事業に取り入れていきます。また、特定保健指導対象者に対し体組成計の活用、実施期間の見直し等の実施方法を変えたことで全体の実施率は増加しましたが、積極的支援対象者の利用率の上昇はみられなかったため対策が必要と考えます。

糖尿病性腎症重症化予防については、プログラムを作成し未受診者、治療中断者との関わりを持つことができました。ハイリスク者については今後、近隣市町村と連絡票を作成し医療機関と連携を強化し、かかりつけ医より紹介していただく流れを作る予定です。また、腎機能低下につながる人への関わりを丁寧に実施していきます。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響で中断していた、禁煙への取り組みについては感染予防に努めながら再開します。対象者を拡大し、若年層への働きかけも強化していきます。

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

(1) 人口構成と被保険者構成

人口構成(岐阜県との比較)

		令和元年度		令和4年度	
		岐阜県	坂祝町	岐阜県	坂祝町
総数(人)		2,020,000人	8,168人	1,939,486人	7,986人
割合(%)	~39歳	38.8	41.6	36.2	39.4
	40~64歳	33.1	33.6	33.2	32.4
	65~74歳	14.5	13.8	14.8	15.1
	75歳~	13.6	11.0	15.9	13.1
出生率		7.7	7.6	6.2	6.8
高齢化率		28.1	24.7	30.6	28.2
死亡率		10.9	8.9	11.7	9.4

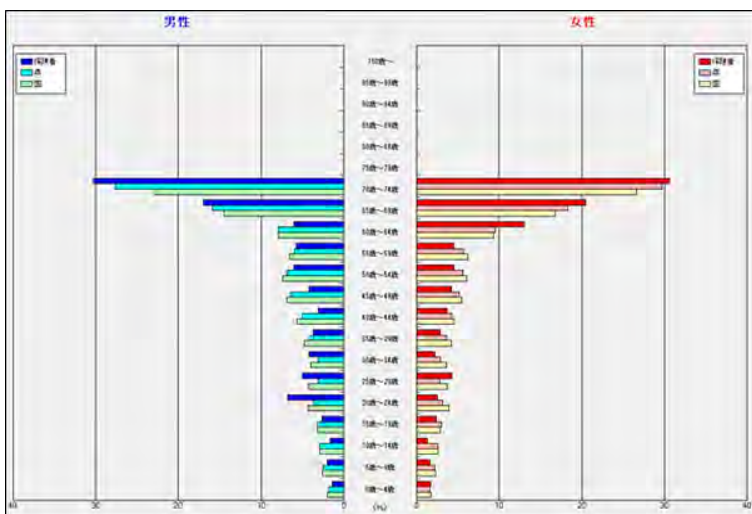
令和3年に町内の主要企業の工場が閉鎖し、人口総数、64歳以下の人口割合の減少がみられました。65歳以上人口は増加しており、この先も増加が予想されています。

坂祝町の国保被保険者構成(岐阜県との比較)

		令和元年度		令和4年度	
		岐阜県	坂祝町	岐阜県	坂祝町
総数(人)		454,442人	1,771人	409,533人	1,692人
割合(%)	~39歳	23.8	22.4	23.0	23.2
	40~64歳	30.8	28.4	31.2	27.6
	65~74歳	45.4	49.2	45.8	49.2
被保険者平均年齢		53.2	54.6	53.9	54.9
被保険者加入率		22.5	21.7	21.1	21.2

国保被保険者数は緩やかに減少しているものの、被保険者構成に大きな変化はありません。

令和4年度 坂祝町、岐阜県、国の国保被保険者の年齢階層割合 (%)



坂祝町の国保被保険者の年齢階層割合を見ると男性は60歳代後半から、女性は60歳代前半からの割合が県・国よりも高いです。

また、20歳代の男性の割合が県、国よりも高く、女性の25歳から29歳の割合も高いです。

坂祝町の国保の特徴として、国保被保険者の平均年齢が県に比べて低いことが、年齢階層別の割合からもわかります。

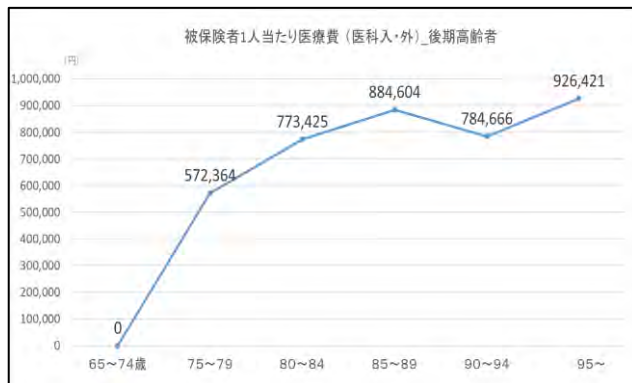
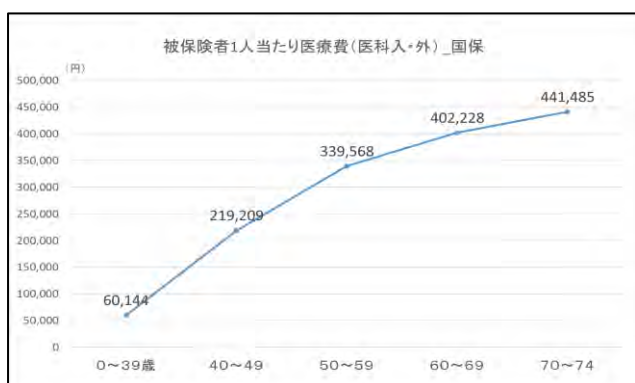
(2) 医療費の分析

国保年齢階層別被保険者数と医療費(医科入院・外来)

坂祝町 R04年度	被保険者数		件数		日数		医療費		受診率	レセプト1件当たり 医療費	被保険者1人当たり 医療費	被保険者1日当たり 医療費
	(人)	割合 (%)	(件)	割合 (%)	(日)	割合 (%)	(円)	割合 (%)	千人当たり	(円)	(円)	(円)
	医科(入・外)											
0~39歳	542	26.0%	1,638	10.3%	2,334	8.1%	32,597,850	5.1%	3,022.140	19,901	60,144	13,966.517
40~49	167	8.0%	869	5.5%	1,824	6.3%	36,607,860	5.8%	5,203.593	42,126	219,209	20,070.099
50~59	218	10.5%	1,156	7.3%	3,215	11.1%	74,025,730	11.7%	5,302.752	64,036	339,568	23,025.110
60~69	515	24.7%	5,032	31.7%	9,262	32.1%	207,147,660	32.6%	9,770.874	41,166	402,228	22,365.327
70~74	644	30.9%	7,178	45.2%	12,258	42.4%	284,316,390	44.8%	11,145.963	39,609	441,485	23,194.354
合計	2,086	100.0%	15,873	100.0%	28,893	100.0%	634,695,490	100.0%	7,609.300	39,986	304,264	21,967.102

【KDB_健康スコアリング(医療)_国保・後期高齢者】

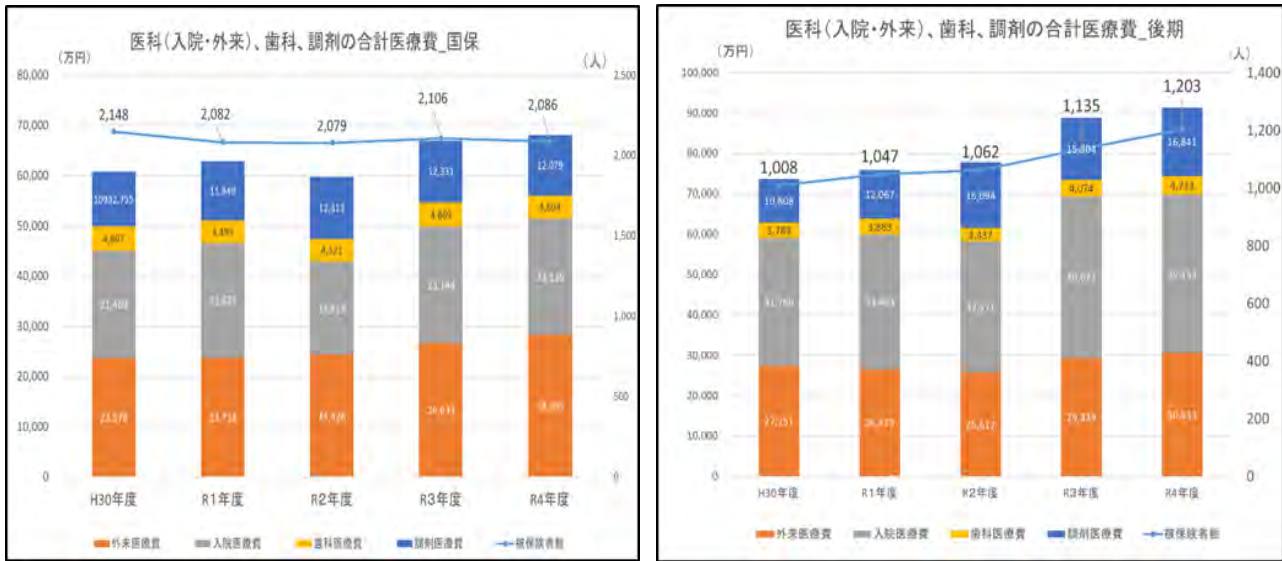
国保年齢階層別被保険者数と医療費(医科入院・外来)



【KDB_健康スコアリング(医療)_国保・後期高齢者】

本町の国保被保険者数は減少していますが、総医療費(合計医療費)は増加しています。被保険者の平均年齢が上がっていることも一つの要因と考えています。

坂祝町国保・後期高齢者の医療費の推移（医科・歯科・調剤）



国保、後期ともに上昇していますが、特に後期の増加が大きいです。今後65歳以上人口は増え続ける予測されていることから、医療費も増えていくと考えられます。さらなる、発症予防・重症化予防の取り組みが必要とされます。

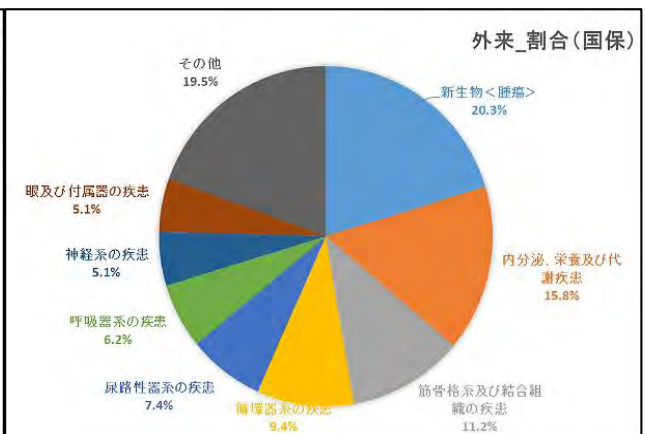
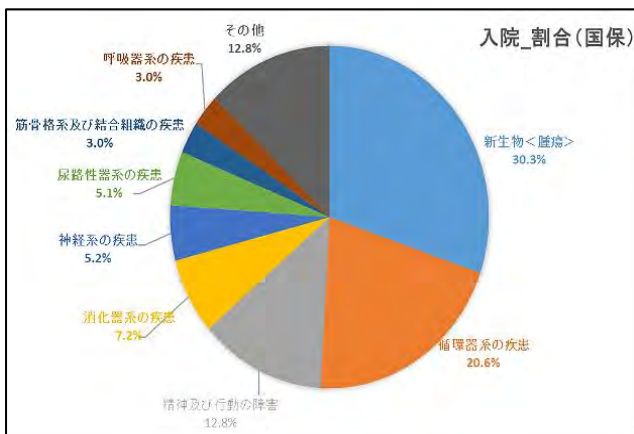
坂祝町国保の疾病別医療費分析（入院・外来）

疾病別医療費分析		国保	坂祝町	R04年度		
入院		被保険者数	2,086	医科入院 総医療費		231,774,090
順位	大分類別疾患	大分類番号	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)
1	新生物<腫瘍>	2	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	22,498,500	9.7
			2	悪性リンパ腫	12,132,110	5.2
			3	白血病	6,765,090	2.9
2	循環器系の疾患	9	1	その他の心疾患	16,388,990	7.1
			2	その他の循環器系の疾患	7,643,030	3.3
			3	脳梗塞	7,130,610	3.1
3	精神及び行動の障害	5	1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	16,352,820	7.1
			2	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	7,352,650	3.2
			3	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,863,650	2.5
4	消化器系の疾患	11	1	その他の消化器系の疾患	11,432,510	4.9
			2	胆石症及び胆のう炎	3,297,180	1.4
			3	膵疾患	841,940	0.4
5	神経系の疾患	6	1	その他の神経系の疾患	7,203,770	3.1
			2	てんかん	3,413,320	1.5
			3	パーキンソン病	1,336,690	0.6

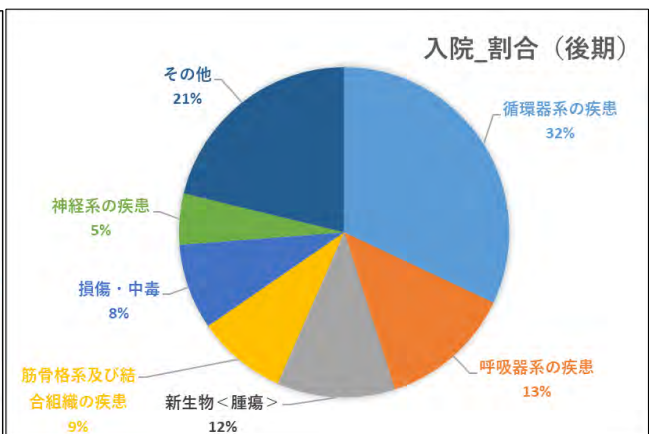
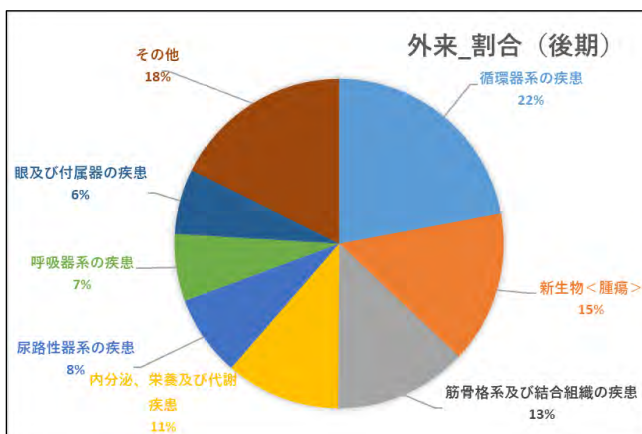
大分類別医療費のうち上位5位までを対象に中分類分析を行う。疾病分類上(中分類)上位3位まで表示する。

外来 医科外来 総医療費 401,603,290

順位	大分類別疾患	大分類番号	順位	中分類別疾患	医療費	
					医療費	割合(%)
1	新生物<腫瘍>	2	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	26,175,030	6.5
			2	胃の悪性新生物<腫瘍>	20,465,150	5.1
			3	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	10,405,600	2.6
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	4	1	糖尿病	46,982,790	11.7
			2	脂質異常症	12,000,820	3.0
			3	甲状腺障害	2,921,300	0.7
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	骨の密度及び構造の障害	11,971,440	3.0
			2	炎症性多発性関節障害	10,688,630	2.7
			3	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	5,116,880	1.3
4	循環器系の疾患	9	1	高血圧性疾患	16,530,650	4.1
			2	その他の心疾患	13,896,570	3.5
			3	虚血性心疾患	3,170,870	0.8
5	尿路器系の疾患	14	1	腎不全	20,850,990	5.2
			2	その他の腎尿路系の疾患	3,265,120	0.8
			3	前立腺肥大(症)	2,102,840	0.5



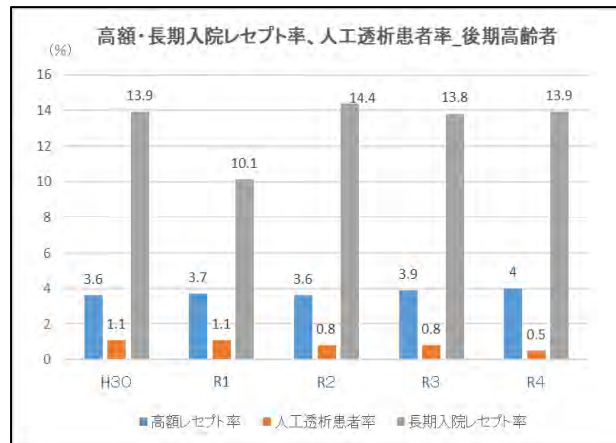
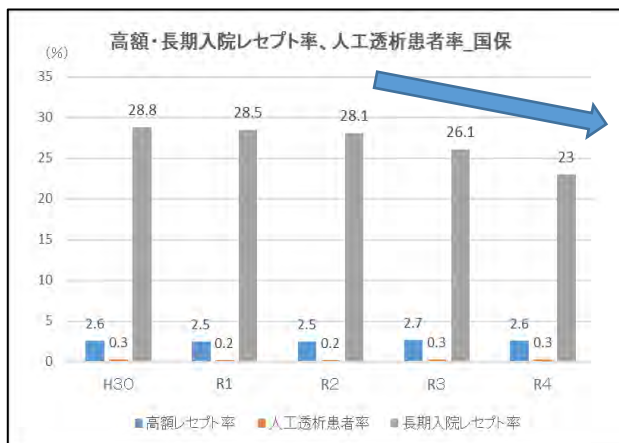
【KDB_健康スコアリング(医療)_国保】



【KDB_健康スコアリング(医療)_後期高齢者】

国保は入院外来ともに新生物<腫瘍>にかかる医療費が高く、後期は循環器系の疾患が高くなっています。コロナ禍で医療受診やがん検診の受診率低下がみられたことの影響があることも予想されます。がん検診の受診率の向上、生活習慣病の予防、重症化予防を行うことで医療費を抑えていきます。

坂祝町の高額・長期入院レセプト率・人工透析患者率（国保・後期高齢者）



KDB_健康スコアリング(医療)R4年度累計

後期高齢者に比べ、国保は長期入院レセプト割合が高く、後期高齢者は高額レセプト割合が高いです。

国保の長期入院レセプト割合は令和2年度から減少していますが、後期高齢者の変化はほとんどありません。

(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票含む)の分析

特定健診受診率(経年推移)



新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、令和2~3年度の特定健診の受診率は下がりましたが、令和4年度に46.7%まで上げることができました。

※各年度の法定報告(実績報告)

性・年齢階層別健診受診率

男性	受診率								順位
	計	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
坂祝町	44.0%	13.8%	32.1%	23.3%	23.8%	45.0%	45.7%	53.8%	8
市町村計	36.9%	20.0%	22.9%	24.3%	28.3%	33.3%	42.1%	43.9%	

女性	受診率								順位
	計	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
坂祝町	42.5%	16.7%	25.0%	12.5%	33.3%	55.3%	35.8%	51.0%	25
市町村計	43.1%	25.7%	25.8%	29.4%	34.3%	42.3%	47.3%	48.5%	

岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】_岐阜県国保連合会提供

男性の受診率は市町村平均を大きく上回っていますが、女性はやや低いです。

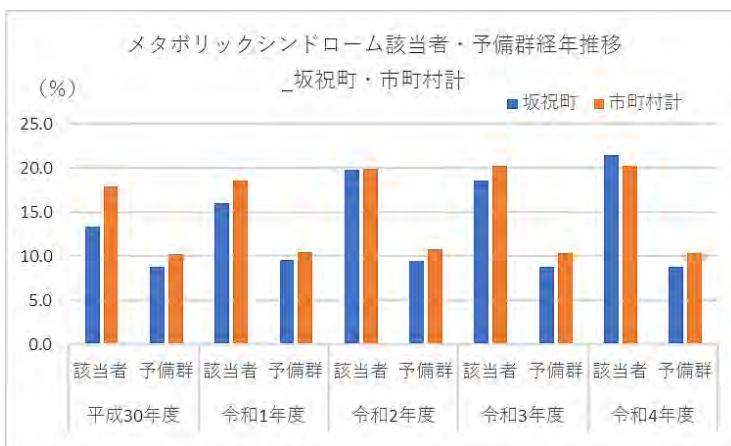
男女ともに40～44歳の受診率が低く、女性は50～54歳、65～69歳の受診率が特に低くなっています。

早期発見治療、また健診受診を習慣化できるように若い世代への働きかけをしていきます。

特定健診受診勧奨の事業評価

個別案内は送っていますが、受診を忘れていたり受診するかを悩んで受けていない方は必ずいるため追加勧奨は継続して実施する必要があります。令和3年度までのコールセンターでの受診勧奨を行ってきましたが、架電できる対象者が固定電話を所有している人に限られていたため終了しました。今後ははがきによる勧奨など方法については見直しを図っていきます。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



メタボリックシンドローム該当者の割合は、岐阜県市町村計と同程度ですが、徐々に増加傾向にあります。予備群の割合は、岐阜県の平均より低く、維持の状態にあります。

岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】_岐阜県国保連合会提供

各種検査項目の有所見率

	坂祝町		岐阜県	
	R1	R4	R1	R4
肥満リスクあり	33.8	37.5	36.8	37.9
血糖リスクあり	37.1	42.1	39.3	40.1
血圧リスクあり	54.2	61.8	60.6	63.6
脂質リスクあり	43.0	49.3	43.7	45.3
肝機能リスクあり	20.7	21.5	23.7	24.0

KDB_健康スコアリング(健診)R4年度累計

健康スコアリングでは、令和元年度は肥満、血糖、血圧、脂質、肝機能の全てのリスクが県平均を下回っていましたが、令和4年度は、血糖、脂質のリスクが県平均を上回りました。令和元年度から4年度にかけてリスクありの割合は全て増加しています。

メタボリックシンドローム該当者も増加してきていることから、特定保健指導対象者に対して保健指導を行い対象者から外れるよう個別のアプローチを実施していくとともに、被保険者全体にも肥満傾向とともに血糖、脂質リスクが上がってきていることのポピュレーションアプローチも行い、被保険者自身の健康管理行動を促していきます。

健康状態、生活習慣の状況

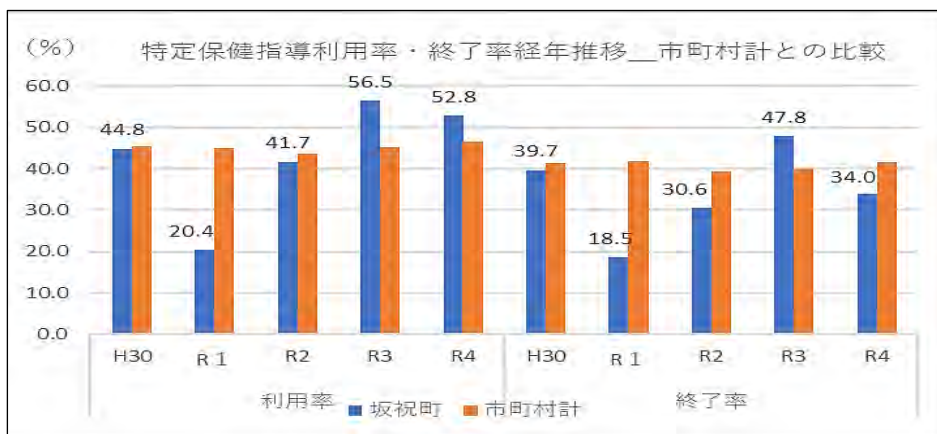
	坂祝町		岐阜県	
	R1	R4	R1	R4
喫煙習慣リスクなし	83.4	87.3	87.4	87.6
睡眠習慣リスクなし	76.3	75.1	72.9	73.3
運動習慣リスクなし	44.2	45.4	44.6	43.8
飲酒習慣リスクなし	93.9	92.3	90.3	90.1
食事習慣リスクなし	86.3	86.7	85.8	85.4

KDB_健康スコアリング(健診)R4年度累計

令和元年度は喫煙習慣リスクなしの率が低くなっていましたが、令和4年度は県平均と同程度まで増加しました。しかし、後期高齢をみると、喫煙習慣リスクなしの率が減少していることから、喫煙者が国保から後期に移行したと考えています。

特定保健指導実施率

坂祝町の保健指導利用率は令和3年度、4年度と上昇し、終了率も上昇してきていますが上げ止まりの傾向にあります。



〈令和3年度の特定保健指導の事業評価〉

特定健診利用者のほうが、体重の維持改善率が高いです。体組成計の導入により、実施率は上昇してきています。特定健指導の成果を見える化して未利用者に利用を促す際の材料として用い、今後も特定保健指導の利用を促し、実施中の保健指導効果を対象者とともに共有して、特定保健指導対象者から外れることを目指します。

(4) 介護費関係の分析

介護給付費の状況

介護	保険者 (地区)	県	同規模	国
1号認定率	14.4%	18.1%	19.4%	19.4%
1件当給付費(円)	60,762	59,511	74,986	59,662
要支援1	10,558	8,192	9,282	9,568
要支援2	14,365	11,083	13,272	12,723
要介護1	42,728	37,662	42,564	37,331
要介護2	47,472	45,957	54,114	45,837
要介護3	80,560	77,618	100,788	78,504
要介護4	103,856	98,945	137,990	103,025
要介護5	86,818	106,128	159,430	113,314
2号認定率	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%
新規認定率	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%

要介護5以外はどの介護区分も県と比べ給付費が高いです。その中でも、要介護1および要介護4は、1件当たりの給付費が県に比べて高くなっています。

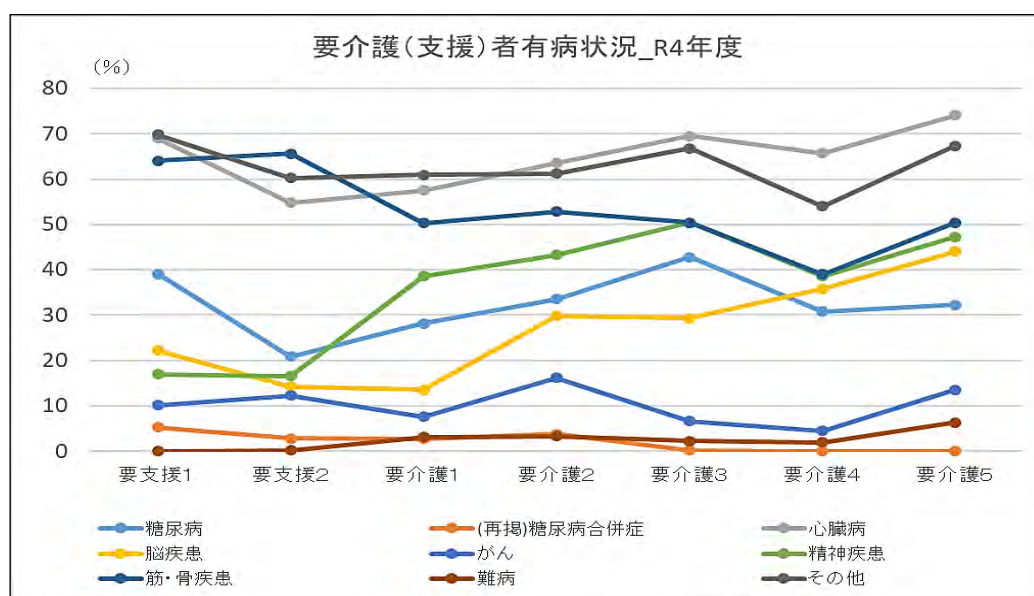
KDB_「地域の全体像の把握」R4 年度

保険者等名称	R4年度 介護 認定率	介護 居宅1人当 たり介護給付費 (前年比)	介護 施設1人当 たり介護給付費 (前年比)	R3年度 介護 認定率	認定率 R3-R4
坂祝町	14.4	93.6	95.2	15.3	-0.9

介護認定率は0.9%減少しています。

施設1人当たり介護給付費が前年比で6減少し、居宅1人当たり介護給付費も減少しています。

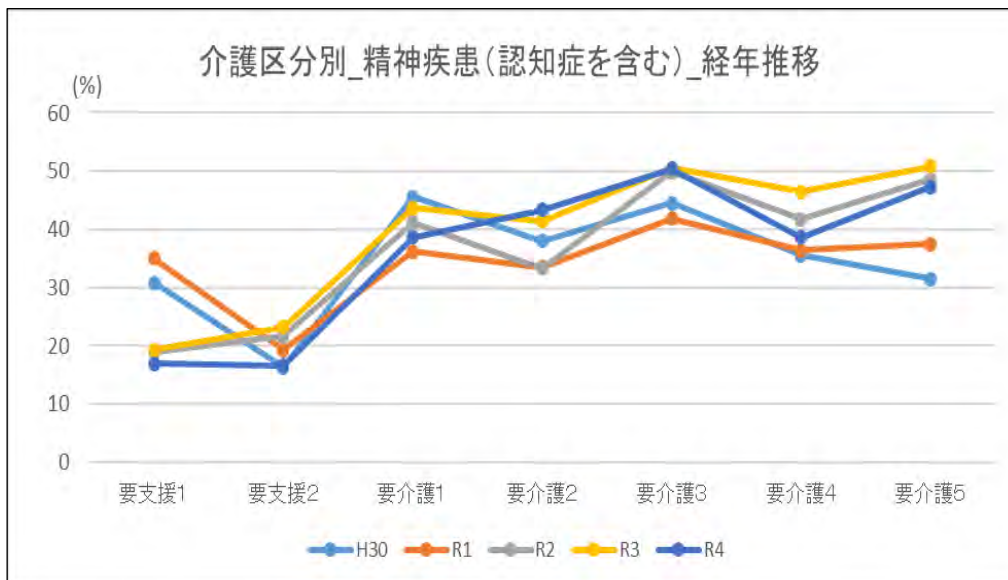
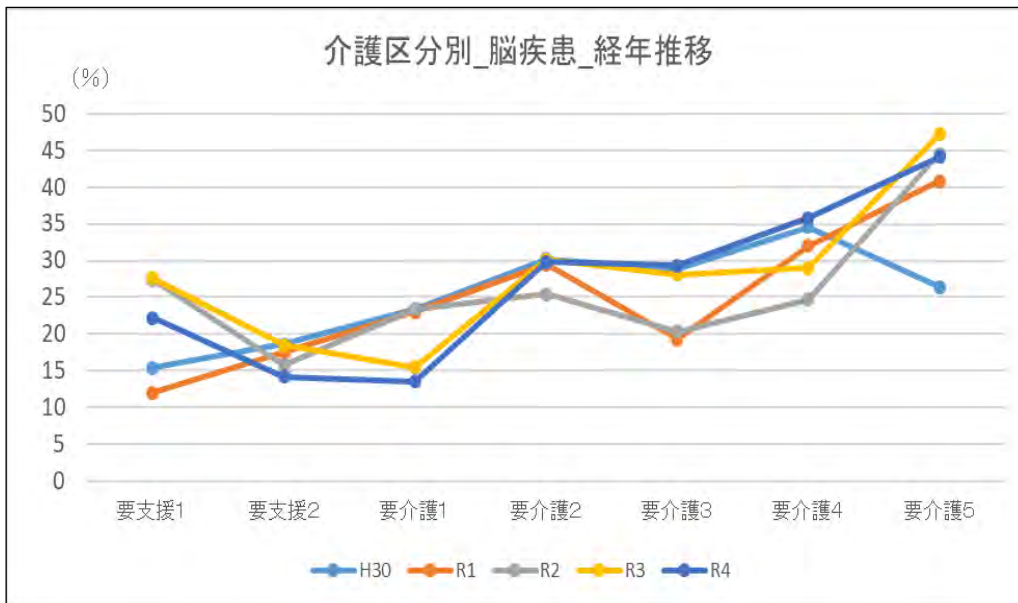
介護認定者と有病状況



どの疾患も要介護5では有病率が年々増加してきています。脳疾患、精神疾患は介護度が上がるにつれ、有病率が上がります。

要介護5認定者において、脳卒中を含む脳疾患の保有割合が、平成30年度に比べて10ポイント以上上がっています。また要介護3認定者においては2人に1人が認知症を含む精神疾患を保有し増加傾向にあります。

このことから、介護認定を受ける人たち、多くの介護を要する人が増加していないことがわかります。



今後も国保部門では、介護につながる生活習慣病の予防を意識しながら保健事業を進めていきます。

第4章 データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための戦略

以下は分析結果から明らかになった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

Ⅲ 計画全体

坂祝町

①課題項目		②健康課題		③優先する健康課題		④対応する保健事業番号	
A		特定健診の受診率は43.2%と、県平均を上回っているが、メタボリックシンドロームの該当者が3人に1人、予備群が5人に1人という状況である。受診率をあげることで予備群のうちから関わりをもって、該当に移行することを防ぐための支援ができるようになる。これまで実施してきたコールセンターの勧奨は、対象に限られており効果も低迷してきたことから、圧着ハガキでの勧奨に変える。また、効果の高かった情報提供事業は継続していく。					
B		特定保健指導の実施率56.5%・終了率47.8%は増加してきているが、積極的支援は伸び悩んでいる。特定保健指導の利用者のほうが、翌年度の体重維持改善率が高いという結果が得られており、指導の効果が出ている。このことを今まで伝えることができていなかったため、今後は見える化して、未利用者の利用促進につなげていきたい。また、体組成計の活用は実施の前後で変化を確認することができ、利用者のモチベーション維持につながっている。引き続き活用していきたい。					
C		当町では、国保の外来に掛かる医療費の第2位は内分泌、栄養及び代謝疾患であり、重症化により医療費が増加することが考えられ、予防の対策を図る必要がある。糖尿病の重症化予防では、これまで個別の関わりにより医療機関受診につなげてきた。未受診者、治療中断者への受診勧奨については、これまでの取り組みの中で、出来る限り同じ者が数年単位で継続して関わることで、受診につながったケースがあった。今後も継続して取り組んでいく。また、ハイリスク者における医療機関との連携については、これまでなかなか進んでいなかった。当町の医療機関の受診環境から加茂管内の他市町村や保健所と連携しながら、連携の流れを作れるように取り組んでいきたい。					
D		当町では、国保・後期共済、生活習慣病予防の治療に多くの医療費を使っている。標準化死亡率(SMR)において男女ともに急性心筋梗塞が国よりも高い状況である。また、介護認定者における有病状況では、脳疾患が多い。これらのことから、循環器疾患への対策が必要。特定健診の所見においては、高血圧症の有所見保有割合は県と比較し、同程度であるが、高血圧症は慢性疾患であるため、継続的な生活習慣のコントロールと医療機関受診をすすめ、事後指導を充実させていきたい。					
E		当町は人口が少なく、年度でばらつきはあるものの、過去4年のうち2年は死因における腎不全の率が県平均を上回っていた。腎不全は1件当たりの医療費が高くなり、介護につながりやすい人工透析への移行期間を延ばすとともに、糖尿病や高血圧症の重症化予防と合わせて腎機能低下の取り組みも実施していく必要がある。まだまだ、腎機能低下を認識していない方も多くあり、まずは健診を受診して自身の腎機能を把握していただくこと、経年変化をみていけるように継続受診の勧奨とグラフを活用して指導を実施していきたい。					
F		当町は一人当たり医療費の増加がみられ、特に外来における医療費の増加が大きい。また、今後も医療費の増加が見込まれることから、適正化の取り組みを行う必要がある。重複多剤服用者を減少させることは医療費の適正化だけでなく、医薬品の有効性確保や副作用防止につながるため、基準にそって指導を実施していく。					
G		当町でも全国的な傾向と同様にこれからますます75歳以上の後期高齢者が増加していくと予想される。後期高齢者の医療費分析では、筋・骨格に係る医療費割合が県や国と比べ高く、25.5%を占めている。入院、入院外の1件当たりの点数は、糖尿病の増加がみられている。このことから、フレイル予防や糖尿病の重症化予防を実施していく必要があると考える。					

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

⑤項目(=①)		⑥中目的		⑦評価指標		⑧計画策定時実績		⑨目標値				
						R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
A・B	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(法定報告)		43.2		45	45	47	47	49	49	
		特定保健指導実施率(法定報告)		47.8		48	48	49	49	50	50	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		46.2		20	20	20	20	20	20	
C	糖尿病等の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合		1.6		1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合		4.5		4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	
D	高血圧の重症化の予防	収縮期血圧維持・改善者割合										
		拡張期血圧維持・改善者割合										
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化										
F	重複多剤服用者の減少	保険者努力支援:共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少		減少		減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		保険者努力支援:共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少		減少		減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
G	地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画		実施		実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
		保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施		実施		実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点優先度
1	特定健康診査受診勧奨事業	1
2	特定保健指導	2
3	糖尿病等重症化予防事業	3
4	高血圧の重症化予防事業	3
5	腎機能低下の重症化予防	3
6	適正受診・適正服薬	4
7	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	5

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです

(1) 特定健診受診勧奨事業

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度(R3)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)		2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
							数値	評価			数値	評価
特定健診の受診率を向上し、疾病の予防・早期発見・治療につなげること。	アウトカム指標(成果)	特定健診受診率	39.5				42.0				44.5	
	アウトプット指標(実施量・率)	受診勧奨を実施した割合										
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ			令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価			
対象者	前々年度の健診結果総合判定Cで、前年度健診未受診者											
	6月の集団健診未受診者全員											
時期	集団健診開始前の5月頃											
	追加健診、個別健診開始前の8月頃											
方法	訪問や電話、手紙等で受診勧奨を実施する。リーフレット等を用いて、受診の必要性を伝える。											
	①圧着ハガキによる受診勧奨。(対象者をグループ分けし、文言を変える) ②情報提供事業の活用 ③個人で受診した健診の情報提供者へインセンティブを提供する。											
実施回数・量	訪問1回、留守の場合は2回。それでも会えない場合は電話や手紙等を行う。											
	圧着ハガキ、情報提供事業、インセンティブの案内は対象者毎に1回。											
連携体制・予算・人員	受診勧奨の計画、対象者を抽出を行う保健師1名 受診勧奨の訪問、電話を行う非常勤保健師1名											
事業について気づいたこと	個別案内は送っているが、受診を忘れていたり受診するか悩んで受けていない方は必ずいるため追加勧奨は継続して実施する必要がある。 ただし、これまでのコールセンターでの受診勧奨は架電できる対象者が限られており、勧奨方法は変えていく。 また、よりハイリスクの方の受診勧奨を実施していくことで重症化予防に取り組んでいく。											

(4) 特定保健指導

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
特定保健指導を実施することで、生活習慣を改善し、疾病の重症化を予防すること	アウトカム指標 (成果)	利用者のうち、体重2kg、腹囲2cm改善した者の割合		20.0	20.0	20.0		20.0	20.0	20.0		
		翌年度以降の保健指導レベルの維持・改善率		60.0	60.0	60.0		60.0	60.0	60.0		
	アウトプット指標 (実施量・率)	特定保健指導の利用率	56.5	57.0	57.0	59.0		59.0	61.0	61.0		
		特定保健指導の終了率	47.8	48.0	48.0	50.0		50.0	52.0	52.0		
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
特定保健指導利用勧奨事業	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価				
	対象者	特定保健指導の基準に該当する者 (医療受診を優先させる者やその他除外者あり)										
	時期	①集団健診終了後の7月、10月頃 ②9月以降の個別健診は結果返却後随時										
	方法	①事前に特定保健指導の説明と生活習慣の聞き取り票を送付し、健診後の結果相談会の際に初回面談を行う。その際にこれまでの特定保健指導利用者の改善状況を伝えたり、メジャーや体重記録用紙、体組成計測定の活用をうながし利用を促進する。 ②特定保健指導に該当する方へ個別通知を実施。返信がない場合は、訪問や電話等で勧奨を行う。										
	実施回数・量	面談前の案内1回 初回面談後のフォローは対象者毎に実施										
	連携体制・予算・人員	計画、案内、特定保健指導を行う保健師1名 特定保健指導を実施する職員2名、非常勤職員1名										
	事業してきて気づいたこと	特定健診利用者のほうが、体重の維持改善率が高い。見える化して未利用者にも利用を促す際の材料として用いたい。										

(5) 糖尿病の早期発見、重症化予防事業

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
							数値	評価			数値	評価	
糖尿病等重症化予防事業	糖尿病の未治療者や治療中断者へ受診勧奨を行うことにより、医療機関を受診し重症化を予防できること。 また、治療中のコントロール不良の者について医療機関と連携し改善をはかること。	指標(成果)	HbA1c値維持・改善者割合	85.70	85.80	85.90	86.00		86.30	86.70	87.00		
		アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.00	100.00	100.00	100.00		100.00	100.00	100.00		
			医療機関受診率	77.80	77.80	77.90	78.00		78.30	78.50	79.00		
			次年度健診受診率	85.70	85.80	85.90	86.00		86.30	86.70	87.00		
	実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
	対象者	①特定健診の結果、HbA1c6.5以上または、空腹時血糖126以上で医療機関未受診の者 ②治療中断が疑われる者 ③医療機関からの紹介があった血糖コントロール不良者											
	時期	①集団健診終了後の7月、10月頃 ②集団健診終了後の7月、10月頃 ③随時											
	方法	①特定健診の結果相談会の際に保健指導、栄養指導を実施する。その後受診確認を行う ②KDB、台帳等により治療中断が疑われるものについて、訪問や電話等で状況の確認を行う。治療中断の者へは受診勧奨を実施し、その後の受診状況の確認を行う。 ③医療機関からの紹介を受けて、栄養指導等を実施する。町内医療機関との会議等の場で取り組みを周知する。											
	実施回数・量	①保健指導、栄養指導1回。その後は受診状況に応じて対応する。 ②受診勧奨の訪問や電話等を1回。その後は受診状況に応じて対応する。 ③保健指導、栄養指導1回。その後は初回指導の状況により継続支援。											
連携体制・予算・人員	計画、対象者の抽出等を行う保健師1名 受診勧奨、受診状況の確認等を行う非常勤職員1名												
事業として気づいたこと	可能な限り面談により、必要時糖尿病手帳を渡しながらか受診勧奨を実施している。このことで、直接本人の考えや状況を把握できるため、引き続きこの方法で実施をしていく。また、出来る限り同じ者が受診勧奨をすることで、これまでの経過を把握しながら介入ができて受診につながったケースもあるため、継続して取り組んでいく。 ハイリスク者の医療機関連携は今まで実績がないが、管内で統一様式を作成し医療機関の負担を軽減できるとよい。												
OGTTの勧奨													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度		
							数値	評価			数値	評価	
(糖尿病重症化予防事業用) OGTTの勧奨	アウトカム指標(成果)	HbA1c値維持・改善者割合	75.0	75.3	75.7	76.0		76.3	76.7	77.0			
糖尿病の前段階で気づくことで、早いうちに生活習慣等の改善に取り組み、糖尿病に移行せずに健康な状態を保つことができること。	アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0			
		医療機関受診率	45.9	46.5	46.7	47.0		48.0	49.0	50.0			
		次年度健診受診率	96.9	96.9	96.9	96.9		96.9	96.9	97.0			
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価									
対象者	健診の結果、HbA1c6.0~6.4の方												
時期													
方法	保健師または管理栄養士から、健診の結果とともにOGTTについて説明を実施。												
実施回数・量													
連携体制・予算・人員													
事業として気づいたこと													

(6) 高血圧症、腎機能低下重症化予防事業

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）														
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度 (R3)	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)			
							数値	評価			数値	評価		
高血圧の重症化予防	高血圧で未治療者に保健指導、医療機関への受診勧奨を実施することで受診につなげ、高血圧から起因する心臓病や脳卒中などの疾病を予防する。	アウトカム指標(成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合											
			拡張期血圧 維持・改善者割合											
		アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率		80.0	80.0	82.0		82.0	85.0	85.0			
			医療機関受診率		60.0	60.0	62.0		62.0	65.0	65.0			
			次年度健診受診率											
		家庭血圧の記録の提出率												
	実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価					
	対象者	収縮期血圧140mmHg、拡張期血圧90mmHg以上の者のうち医療機関未受診者												
	時期	集団健診終了後の7月、10月頃												
方法	特定健診の結果相談会の際に保健指導(家庭血圧の測定指導等)、栄養指導を実施する。受診勧奨を行う。その後、約3か月後に受診確認を行う													
実施回数・量	保健指導、栄養指導1回。その後は受診状況に応じて対応する。													
連携体制・予算・人員	計画、対象者の抽出等を行う保健師1名 受診勧奨、受診状況の確認等を行う非常勤職員1名													
事業について気づいたこと														
腎機能低下の重症化予防	腎機能低下のみられる者に保健指導、医療機関への受診勧奨を実施することで受診につなげ、腎機能低下による人工透析の導入を予防する。	アウトカム指標(成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合											
			拡張期血圧 維持・改善者割合											
			CKD重症度分類の変化											
		アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率		80.0	80.0	82.0		82.0	85.0	85.0			
			次年度健診受診率		60.0	60.0	62.0		62.0	65.0	65.0			
	実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価					
	対象者	特定健診の受診者のうち、eGFRが60未満の者												
	時期	集団健診終了後の7月、10月頃												
	方法	特定健診の結果相談会の際に保健指導(eGFRのグラフの説明等)、栄養指導を実施する。医療機関未受診者には必要時、受診勧奨を行い、約3か月後に電話等で受診確認を行う。												
実施回数・量	保健指導、栄養指導1回。その後は受診状況に応じて対応する。													
連携体制・予算・人員	計画、対象者の抽出等を行う保健師1名 受診勧奨、受診状況の確認等を行う非常勤職員1名													
事業について気づいたこと														

(7) 適正受診・適正服薬(重複・多剤服用者への取り組み)

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画 (今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標)												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
重複投与者に対する取り組み	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標 (成果)	共通指標⑤(1) 重複投与者に対する取り組み ③重複投与者数 (对被保険者1万人) が前年度から減少していること									
		アウトプット指標 (実施量・率)	対象者への通知・訪問回数 (改善状況の確認も含む)	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	
			取組実施前後の評価	1回	1回	1回	1回		1回	1回	1回	
			医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
対象者	同一月に同一薬剤の処方3医療機関以上から受けており、2か月以上継続している者。ただし、がん、うつ病、統合失調症、認知症を除く。											
時期	7月、11月、3月末にKDB等で確認を行い、その後訪問を実施する。											
方法	抽出条件に該当した、すべての対象者に対して保健師が訪問する。(複数医療機関に受診しているが心配事はないか健康相談をしながら、必要に応じて指導を行う。)											
実施回数・量	抽出作業3回、訪問は対象者につき1回。											
連携体制・予算・人員	町内の加茂医師会員、加茂歯科医師会員へ運営協議会の際に相談する。											
事業について気づいたこと												

(8) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値								
					2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
坂祝町は高齢化率が28.1%(令和2年)と県内順位は高い方から34位で、平成27年度と比較して65歳以上の単身世帯は8.6%(令和2年)と増加していることから、国保の視点で地域包括ケアに資する取り組みを行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上が図れるようにする。	指標(成果)	アウトプット指標(実施量・率)	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取り組みの実施	実施あり	実施あり	実施あり		実施あり	実施あり	実施あり			
			地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に関保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の健康課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に関保部局として参画	実施あり	実施あり	実施あり		実施あり	実施あり	実施あり			
			KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取り組み等）	実施あり	実施あり	実施あり		実施あり	実施あり	実施あり			
			医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取り組みの実施	実施あり	実施あり	実施あり		実施あり	実施あり	実施あり			
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													
地域包括ケアに対する取り組み	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価					
	対象者	①特定健診、後期高齢者健診を受診した結果中性脂肪150mg/dl以上の者 ②国民健康保険被保険者、後期高齢者医療被保険者											
	時期	①7月と10月 ②8月											
	方法	①健診の結果対象者に該当するものを国保部局が抽出し、衛生担当へ提供する。 ②国保運営協議会でKDB等を活用したデータ提供等により地域の健康課題や糖尿病性腎症重症化予防の取り組み等についてを説明し連携体制を構築する。											
	実施回数・量	①6月と9月の集団健診のあとに1回ずつ ②年に1回											
	連携体制・予算・人員												
	事業について気づいたこと												

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

(1) 特定健康診査等実施計画とは

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針(以下「基本方針」)に即して、特定健康診査等実施計画(以下「実施計画」)を定めます。

実施計画は、保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成するものであり、必要事項を簡潔・明瞭に整理しました。

なお、この計画は、2023年3月厚生労働省保険局から出された「特定健康診査等実施計画策定の手引き」(第4版)により、実施計画と第3期データヘルス計画と一体的に作成することが可能とされています。坂祝町は実施計画の該当箇所がわかるよう章を分けることとしました。

＜特定健診・保健指導実施計画に関する全体概要＞

	平成20年度～	平成25年度～	平成30年度～	令和6年度～
実施計画期間	【第1期】 特定健康診査等 実施計画期間	【第2期】 特定健康診査等 実施計画期間	【第3期】 特定健康診査等 実施計画期間	【第4期】 特定健康診査等 実施計画期間
実施内容	医療保険者での特定健康診査及び特定保健指導の実施について、制度発足	＜特定健診・保健指導＞ ・特定健診項目のデータ変更 ・HbA1c検査の国際基準変更 ・積極的支援(支援B)の必須解除対応 ・服薬者(保険者による健診実施後半月分)の取り扱い変更対応	＜特定健診＞ ・基本及び詳細な健診項目の見直し ・その他5項目見直し ・特定健診の結果に関する情報提供 ・質問票の見直し ＜保健指導＞ ・行動計画の実績評価の時期の見直し ・初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止 ・特定健診当日に初回面接を開始するための運用方法の改善 ・2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導の弾力化等	＜特定健診＞ ・質問票の見直し ・検査項目の変更 ・採血時間の追加 等 ＜保健指導＞ ・早期介入評価の追加 ・特定健診当日から1週間以内での初回面接の分割実施を可能とする対応 ・支援Aと支援Bの廃止 ・モデル実施の廃止 ・評価体系の変更 等

(2) 特定健診等の基本的な考え方

区分	特定健診等
健診・保健指導の関係	メタボリックシンドローム予防のための保健指導を必要とする人を抽出する健診
特徴	結果を出す保健指導
目的	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容
内容	対象が代謝等のメカニズムと生活習慣の関係を理解して、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導（「動機付け支援」「積極的支援」）を行う
方法	健診結果の経年変化および将来予測を踏まえた保健指導 データ分析→集団としての健康課題の設定→保健指導の計画的実施
評価	アウトカム（結果）評価
実施主体	医療保険者

特定健診等は、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導を行うことにその特色があります。これは、内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与していることが、近年、明らかとなっていることから、内臓脂肪を蓄積している人に対して運動や食事等の生活習慣の改善を促し、内臓脂肪を減少させることにより、生活習慣病の予防を行うことができるという考えに基づくものです。

特定健診等の考え方

(3) 計画の位置づけ

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づく「特定健診等実施計画」です。国の「特定健診等基本指針」に即して、次の事項を定めています。

- 1) 特定健診等の具体的な実施方法に関する事項
- 2) 特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 3) 前2号に掲げるもののほか、特定健診等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

(4) 第3期計画期間(2018年度から2023年度)における課題

第3期計画期間での実施状況やその評価を踏まえ、第4期の計画に反映させます。

1) 特定健診・特定保健指導の実施率の分析

第3期計画期間における特定健診・特定保健指導の実施率の目標の達成状況について坂祝町では第3期計画においての達成目標として特定健診実施率は60%、特定保健指導の実施率45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率25%(2008年度比)としてい

ました。

特定健診実施率については、令和元年度において50%を超えたものの、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響から医療とともに健診の受診控えがあり、翌年度には20ポイント落ち込みましたが徐々に回復傾向になってきています。

特定保健指導率についても新型コロナウイルス感染拡大の影響もありましたが、特定健診の結果説明を丁寧に実施し、利用者への感染予防の徹底により安心して保健指導が受けられる環境づくりをすることで実施率が大きく低下せず、令和3年度に目標達成できました。保健指導実施時期と感染拡大時期が重なることで、利用に繋がれなかったことに注目し、今後は面談方法を見直し、従来の方法に加えICTの活用を検討していきます。

%	特定健診実施率	特定保健指導実施率	メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率
目標値	60.0	45.0	25.0
平成30年度	49.7	39.7	28.6
令和元年度	51.8	18.5	29.2
令和2年度	31.7	30.6	27.3
令和3年度	43.2	47.8	46.2
令和4年度	46.7	34.0	8.0

メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率は、ほとんどの年度で達成されています。特定保健指導において特定保健対象者から外れることや、腹囲・体重の減少について、対象者と共有することを意識した関わり方が達成につながりました。来年度以降も減少率を維持できるような対象者の状況の把握に努めます。

以上のことにより、国から提示された前計画と同じ目標値を次期計画に引継ぎます。

2) 事業成果の分析

評価指標として、特定健診の結果の変化(特定保健指導対象者の割合、メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率、肥満者の割合、血液検査の結果等)、特定保健指導対象者の減少、糖尿病等の生活習慣病の有病者割合の変化、医療費の変化(1人当たり医療費等)があります。

※データヘルス計画の「第3章健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出」に提示したデータと分析を参照。(P4)

3) 事業体制の評価

特定健診・特定保健指導の実施体制の評価指標として、職員の体制(職種・職員数・職員の配置状況等)、予算、実施時期、実施設置設備の状況があります。

令和4年度までの評価として特定健診・特定保健指導の実施率の分析、事業成果の分析から現状の事業体制が維持できるよう国保と保健センターが協力して実施していきます。

(5) 特定健診等の実施方法

1) 実施場所・実施時期

特定健診の実施場所・実施時期

区分	実施場所	実施時期
集団健診	保健センター	6月、9月
個別健診	加茂医師会委託医療機関	9月～翌年1月

2) 実施項目

特定健診の実施項目

区分	項目内容		
基本的な健診項目	問診	服薬歴及び喫煙習慣の状況等に係る調査	
	理学的検査	身体診察	
	身体計測	身長、体重、BMI、腹囲	
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)	
	血液化学検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール	
	血糖検査	空腹時血糖、HbA1c	
	尿検査	尿糖、尿蛋白	
尿潜血		坂祝町独自の上乗せ項目	
詳細な健診項目	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値	医師の判断で実施
	心電図検査	医師の判断で実施	
	眼底検査		
	腎機能検査	血清クレアチニン	受診者全員に実施
その他の健診項目	腎機能検査	eGFR	坂祝町独自の上乗せ項目
	痛風検査	尿酸	
	尿検査	尿中塩分濃度測定	

3) 周知・案内

- ① 特定健診受診対象者に、特定健診の健診票・案内等を個別に送付します。
- ② 特定健診の案内について、広報及びホームページの掲載、デジタルサイネージ等に掲示します。
- ③ 特定健診未受診者に対して、8月に通知による受診勧奨を行います。

4) 受診方法

- ①特定健診受診対象者は6月に保健センターで実施する集団健診を受診します。
- ②集団健診を受診できなかった方は、9月の追加健診または9月から翌年1月の間に実施する個別健診を受診します。
- ③健診実施期間は、国保の資格を確認の上、特定健診を実施します。

5) 健診結果の通知

- ①特定健診(集団健診)受診者には、保健師から健診結果を説明し結果通知をお渡しします。
- ②特定健診(個別健診)受診者には、健診実施医療機関の医師から健診結果を説明し結果通知をお渡しします。

6) 人間ドック等の受診結果の活用

国保被保険者で、人間ドック等を受診した者は、その健診結果を町に提出することで、特定健診を実施したとみなされます。

(6) 特定保健指導の実施方法

1) 実施者・実施回数及び実施期間

実施者	区分	実施回数及び実施期間
保健センター 保健師・管理栄養士	動機づけ支援	原則1回の面接と3ヶ月後の評価を実施
	積極的支援	初回面接、3か月以上の継続支援と6ヶ月(3ヶ月)後の評価を実施

2) 実施内容

特定健診の結果から、断層化により生活習慣病の発症のリスクが高く、生活習慣の改善により予防効果が期待できる方を対象として、健康に関する自己管理ができるように、保健師、管理栄養士等の専門職がサポートします。

個別面談で目標設定をし、その後3~6か月間継続支援を実施し、最終評価をおこないます。

3) 実施方法

特定保健指導の対象者に初回面談の案内を送付します。集団健診の受診者へは、結果の返却と同時に初回面談を実施します。

4) 第4期の変更点について

①基本的な健診の項目と変更点

特定健診の結果より特定保健指導の対象者を選定するにあたっては、国で示す判定基準に基づいて実施しています。

- ・特定健診・特定保健指導における保健指導判定値等について、健診の実施のしやすさの観点から、第3期より、随時採血が認められた経緯等を踏まえ、日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」の変更に伴い、食事の影響が大きい中性脂肪の基準値に、随時採血時の値が追加されます。

【標準的な健診・保健指導プログラム】

○平成30年度版
 ① 特定健診の基本的な項目（別紙1参照）
 質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP））、血糖検査^a（空腹時血糖）

○令和6年度版
 ① 特定健診の基本的な項目（P.75別紙1参照）
 質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査（空腹時中性脂肪^a、やむを得ない場合には随時中性脂肪（空腹時（絶食10時間以上）以外に採血を行う））、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール^b）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP））、血糖検査^{c,d}（空腹時血糖又はHbA1c^e検査、やむを得ない場合には随時血糖）、尿検査（尿糖、尿蛋白）。

【保健指導判定値】

		第3期	第4期
保健指導判定値	中性脂肪	150 mg/dl	空腹時150 mg/dl 随時175 mg/dl

②基本的な特定保健指導の断層化の基準の変更

中性脂肪の基準値に随時採血時の値が加わったことにより、特定保健指導の階層化の基準が変更になります。また受診勧奨判定値も随時中性脂肪が追加され、HDLコレステロールの受診勧奨値は第4期から削除されます。

【階層化】

- ・階層化の基準が変更されます。

第3期	中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
第4期	空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）又はHDLコレステロール40mg/dl 未満

○特定保健指導の選定基準

項目	追加リスク		①喫煙 ^a	対象 ^b	
	①血圧	②脂質		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	なし	あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
上記以外で BMI ≥25 kg/m ²	2つ該当	1つ該当	あり なし	積極的 支援	動機付け 支援

【メタボリックシンドローム判定】

- ・メタボリックシンドローム判定は「空腹時中性脂肪」→「随時中性脂肪」の順に判定することとし、どちらも150mg/dl以上をリスク判定とします。

【受診勧奨判定値】

- ・随時中性脂肪の受診勧奨判定値が追加されました。

項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導 判定値	受診勧奨判定値(注) (判定値を超えるレベルの場合、再検査や生活習慣改善指導等を含め医療機関での管理が必要な場合がある。)	単位
1	収縮期血圧	≥130	≥140	mmHg
2	拡張期血圧	≥85	≥90	mmHg
3	空腹時中性脂肪	≥150	≥300	mg/dl
4	随時中性脂肪	≥175	≥300	mg/dl
5	HDLコレステロール	<40	-	mg/dl

HDLコレステロールの受診勧奨値は第4期から削除されます。

(7) 個人情報の保護

特定健診および特定保健指導に関する個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」、「坂祝町個人情報保護条例」に基づいて取り扱います。

また、特定健診に関する業務を外部に委託する際は、個人情報の厳正な管理や、目的外利用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

特定健診および特定保健指導の結果に関するデータは原則、5年間保管します。

(8) 計画の公表・周知

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、実施計画を作成・変更時は、遅滞無く公表することが義務付けられています。そのため、計画を町のホームページに掲載し、公表します。

(9) 計画の評価・見直し

特定健診および特定保健指導は、できる限り多くの対象者に効果的・効率的に実施することによって、メタボリックシンドロームによるリスクを有する者を減らしていくことが重要です。そのため、特定健診および特定保健指導を計画的に実施していきながら、事業内容の充実・改善に向けて継続的に取り組みます。

本計画に定めた事業の実施状況について、目標値の達成状況を定期的に評価していきます。

1) 特定健診受診率・特定保健指導の実施率

前年度の受診率等を確認し、達成度を把握します。

2) 特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導およびその他の保健事業の効果の指標として特定保健指導対象者の減少率を把握します。

第7章 個別の保健事業及びデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し

（1）個別の保健事業の評価・見直し

- ・個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。なお、そのために対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDB を活用して評価していきます。
- ・事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮します。
- ・目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

（2）データヘルス計画全体の評価・見直し

①評価の時期

- ・設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。

②評価方法・体制

- ・計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。
- ・評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を後期高齢者医療広域連合と共有しながら、県国保課、国保連ともに令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

（1）データヘルス計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版も作成します。

（2）個人情報の取り扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在しますが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱います。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが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、確保されるよう措置を講じます。なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたります。

※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和4年1月(令和4年9月一部改正)個人情報保護委員会)

第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

第5章「IV個別の保健事業」の「地域包括ケアシステムの取り組み、高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取り組み」に準じます。(P18)