

愛川町国民健康保険

第3期データヘルス計画

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

愛川町

2024年3月1日

## 目次

.....	2
<b>序章</b> .....	<b>3</b>
計画策定の趣旨 .....	<b>3</b>
計画の期間 .....	<b>5</b>
実施体制・関係者連携.....	<b>5</b>
<b>第一章 現状の整理</b> .....	<b>6</b>
<b>第一節 愛川町の特性</b> .....	<b>6</b>
第一項 人口 .....	6
第二項 主な死因.....	8
第三項 国民健康保険加入者の状況 .....	9
第四項 年代別の被保険者数と医療費の状況 .....	10
第五項 介護の状況 .....	11
<b>第二節 健康・医療情報の分析</b> .....	<b>12</b>
第一項 国民健康保険医療費の分析 .....	12
第二項 主な生活習慣病にかかる医療費の状況 .....	16
第三項 高額レセプトの状況 .....	17
第四項 人工透析患者の状況 .....	18
<b>第三節 特定健診等の状況</b> .....	<b>19</b>
第一項 特定健康診査の実施状況 .....	19
第二項 特定保健指導の実施状況 .....	21
第三項 健診結果の状況 .....	24
第四項 第3期データヘルス計画における神奈川県共通指標について .....	29
<b>第二章 健康課題</b> .....	<b>31</b>
<b>第一節 前期計画等に係る考察</b> .....	<b>31</b>
<b>第二節 健康課題の抽出</b> .....	<b>33</b>
第一項 保健事業対象者数 .....	33
第二項 保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化 .....	34
第三項 課題に対応する事業 .....	35
<b>第三節 目標</b> .....	<b>37</b>
<b>第三章 保健事業の実施計画</b> .....	<b>38</b>
<b>第一節 特定健康診査・特定保健指導</b> .....	<b>38</b>
第一項 目的 .....	38
第二項 目標値の設定 .....	38
第三項 健診の対象者 .....	39
第四項 特定健康診査の実施 .....	40
第五項 受診率向上のための取組み .....	43
第六項 特定保健指導の実施 .....	46
第七項 特定保健指導利用率向上のための取組み .....	49

第八項	年間スケジュール	50
第二節	その他の保健事業の計画	51
第一項	生活習慣病重症化予防事業	51
第二項	医療費適正化事業	56
第三項	健康意識向上のための普及啓発事業	58
第四章	計画の評価・見直し	61
第五章	個人情報の取扱い	66
第一節	データの保管方法	66
第二節	個人情報の取扱い	66
第六章	地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	66
第七章	計画の公表・周知	66

なお、                    （網掛け部分）については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に定める「特定健康診査等実施計画」とする。

## 序章

### 計画策定の趣旨

近年、急速な高齢化をはじめ、不適切な食生活や運動不足などの生活習慣によって糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、医療費に占める割合も年々増加しています。生活習慣病は自覚症状がないまま進行し、死亡や要介護状態となることの主な要因のひとつにもなっています。

この生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになったことから、平成20年度に特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられました。平成20年3月に第1期愛川町特定健康診査等実施計画を策定し、5年ごとに計画の見直しを行うとともに、運動や生活習慣の改善を促し、内臓脂肪を減少させることによって生活習慣病の発症リスクの低減を図るため、健診の具体的な実施方法等を定め、事業を実施しています。

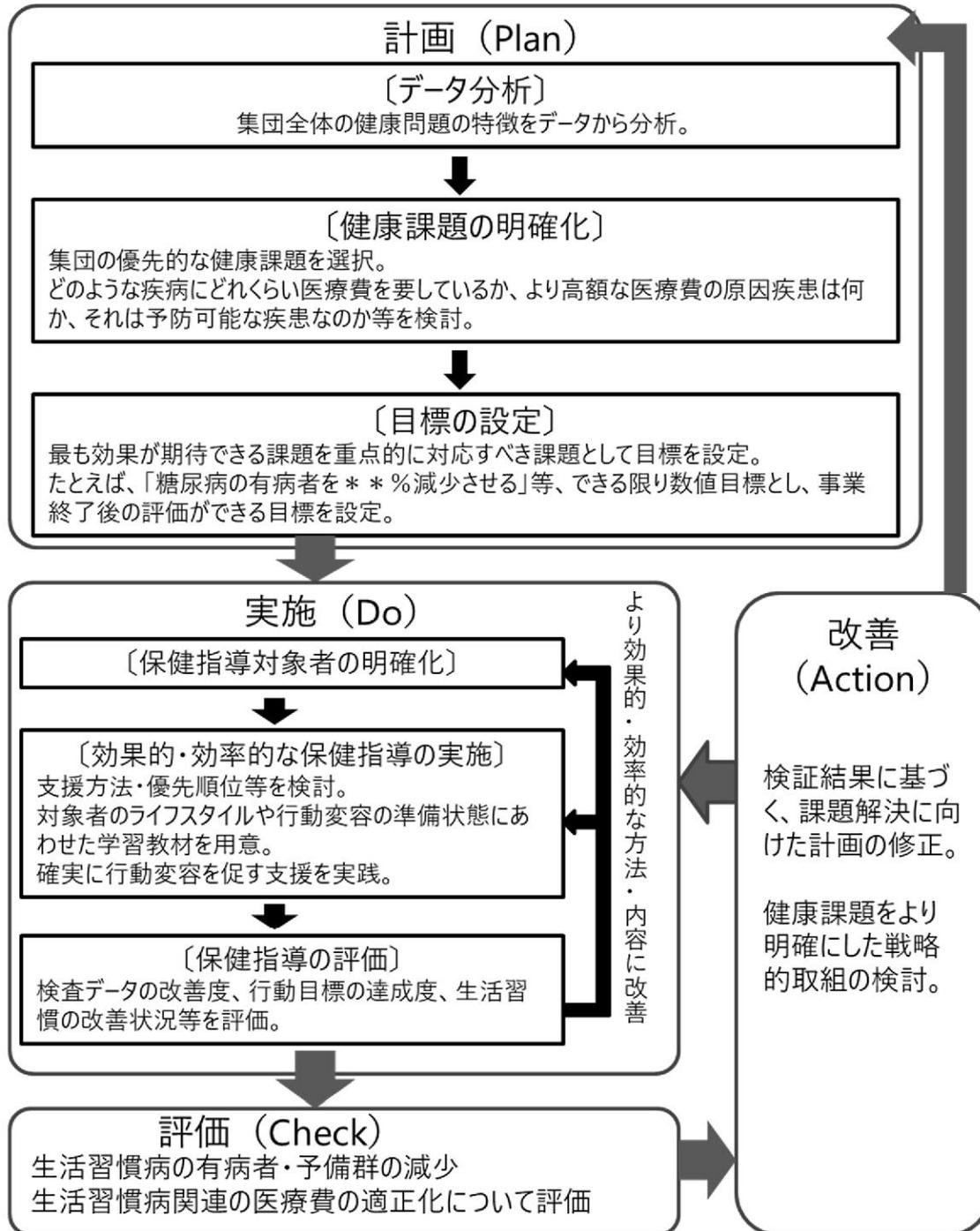
一方、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において「すべての健保組合に対し、レセプト等のデータ分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」との方針が打ち出されました。

その方針を踏まえ、厚生労働省は、平成26年3月31日に保健事業の実施に関する指針の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDC A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に保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされ、本町では、平成29年3月に第1期データヘルス計画を策定し、第2期計画については、第3期特定健康診査等実施計画と第2期データヘルス計画の改定時期及び計画期間が重なることから愛川町国民健康保険の保健事業実施計画として両計画を一体的に作成しております。

このたび、両計画の計画期間が終了することから、計画の見直し及び新たに明らかになった健康課題へ対策を行う上で、効果的かつ効率的な保健事業を展開し、被保険者一人ひとりの健康づくりへの取り組みを後押しし、健康寿命の延伸及び医療費の適正化につながることを目的に愛川町国民健康保険第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画を策定するものです。

図表 1 保健事業のPDCAサイクル

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



資料：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」

## 計画の期間

特定健診等実施計画については、「高齢者の医療の確保に関する法律」で第3期からは6年ごとに計画を策定することとされており、また、都道府県における医療費適正化計画や医療計画等が令和6年度から令和11年度までを計画期間としていることから、これらと整合性を図る観点から第3期データヘルス計画の期間についても令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とします。(図表2)

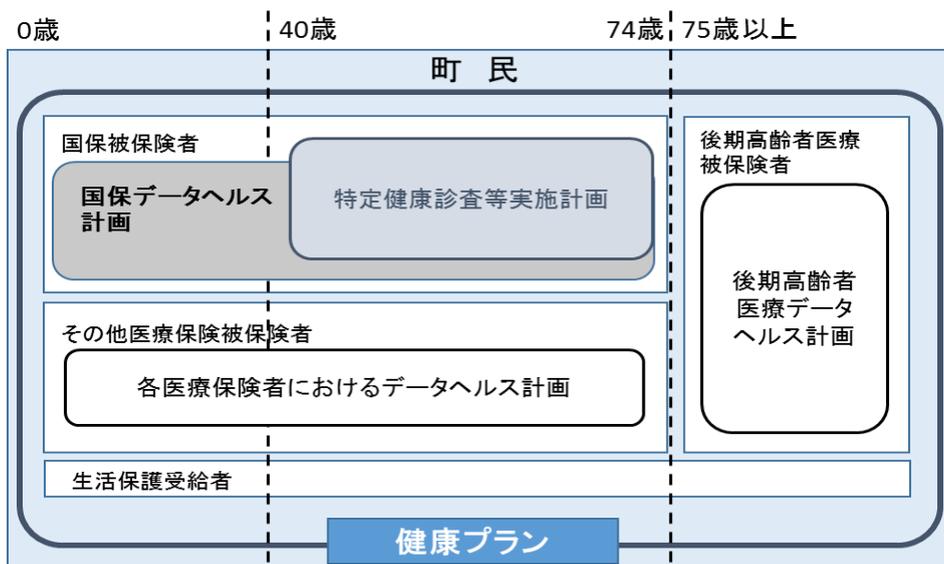
図表 2 計画期間



## 実施体制・関係者連携

特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、国民健康保険の医療保険者である愛川町が策定する計画であり、神奈川県医療費適正化計画との十分な整合性を図るものとしてします。また、本計画に基づく事業の実施等については、愛川町健康プランや特定健康診査等実施計画と整合性を図り、連携した事業の実施を進めます。

図表 3 各計画との関係



# 第一章 現状の整理

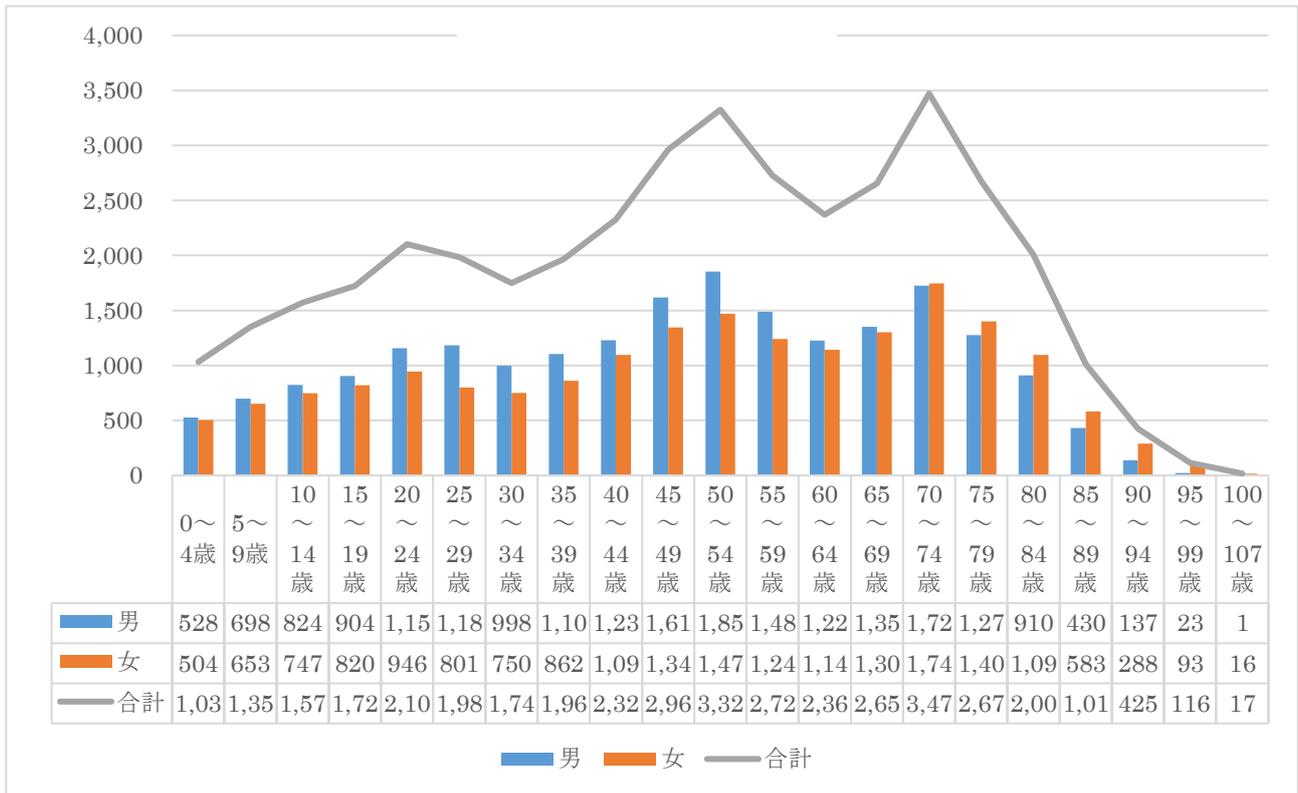
## 第一節 愛川町の特性

### 第一項 人口

本町の人口は、令和5年4月1日現在、男性20,666人、女性18,904人、合計では39,570人となっています。0歳から14歳までの年少人口は3,954人(10.0%)、15歳から64歳までの生産年齢人口は23,237人(58.7%)、65歳以上の高齢人口は12,379人(31.3%)となっています。(図表4)

人口の推移としては、総人口は減少傾向にありますが、高齢化率(総人口に占める65歳以上の割合)は平成31年(29.8%)から令和5年(31.3%)と年々増加しており、令和5年の数値は、県及び全国よりも高い高齢化率となっています。(図表5)

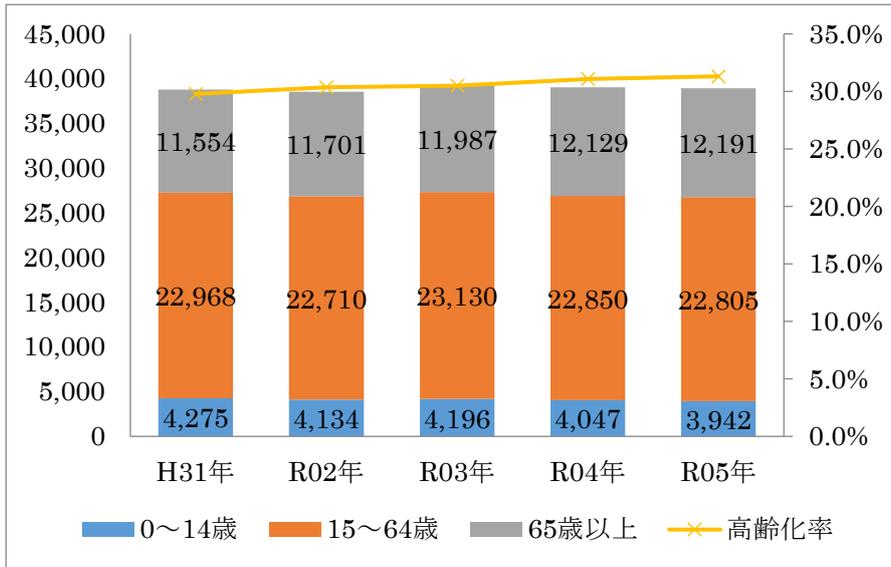
図表 4 愛川町の人口構成 (R5.4.1)



資料：住民基本台帳に基づく人口

(単位：人)

図表 5 人口の推移と高齢化率（H31～R5）



	H31年	R02年	R03年	R04年	R05年	R05年	
						神奈川県	全国
総人口(人)	38,797	38,545	39,313	39,026	38,938	9,227,901	124,751,716
高齢化率	29.8%	30.4%	30.5%	31.1%	31.3%	25.8%	29.0%

(各年1月1日時点)

資料：神奈川県年齢別人口統計調査。

高齢化が進んでいるなか健康寿命の延伸  
のための対策が重要です。



## 第二項 主な死因

### 【主な死因と割合】

主な死因の第1位はがんですが、平成26年と比較する令和元年はその割合は増加しています。がん・心疾患・脳血管疾患・老衰・肺炎が死因の第5位までを占めるのは県と同様の傾向で、全体の67.5%となっています。(図表6)

図表 6 主な死因と割合 (H26・R1)

	愛川町						神奈川県		
	H26			R1			R1		
	主な死因	実数(人)	割合	主な死因	実数(人)	割合	主な死因	実数(人)	割合
1	がん	94	24.0%	がん	120	28.3%	がん	23,974	28.6%
2	心疾患	72	18.4%	心疾患	55	13.0%	心疾患	12,488	14.9%
3	脳血管疾患	44	11.3%	脳血管疾患	44	10.4%	老衰	8,610	10.3%
4	肺炎	34	8.7%	老衰	38	9.0%	脳血管疾患	5,976	7.1%
5	老衰	23	5.9%	肺炎	29	6.8%	肺炎	5,243	6.2%
6	自殺	11	2.8%	慢性閉塞性肺疾患	15	3.5%	不慮の事故	2,729	3.3%
7	肝疾患	11	2.8%	腎不全	13	3.1%	腎不全	1,371	1.6%
8	不慮の事故	8	2.0%	不慮の事故	13	3.1%	肝疾患	1,308	1.6%
9	糖尿病	4	1.0%	肝疾患	8	1.9%	自殺	1,210	1.4%
10	腎不全	2	0.5%	自殺	8	1.9%	大動脈瘤及び解離	1,207	1.4%
11	その他	88	22.5%	その他	81	19.1%	その他	19,852	23.6%

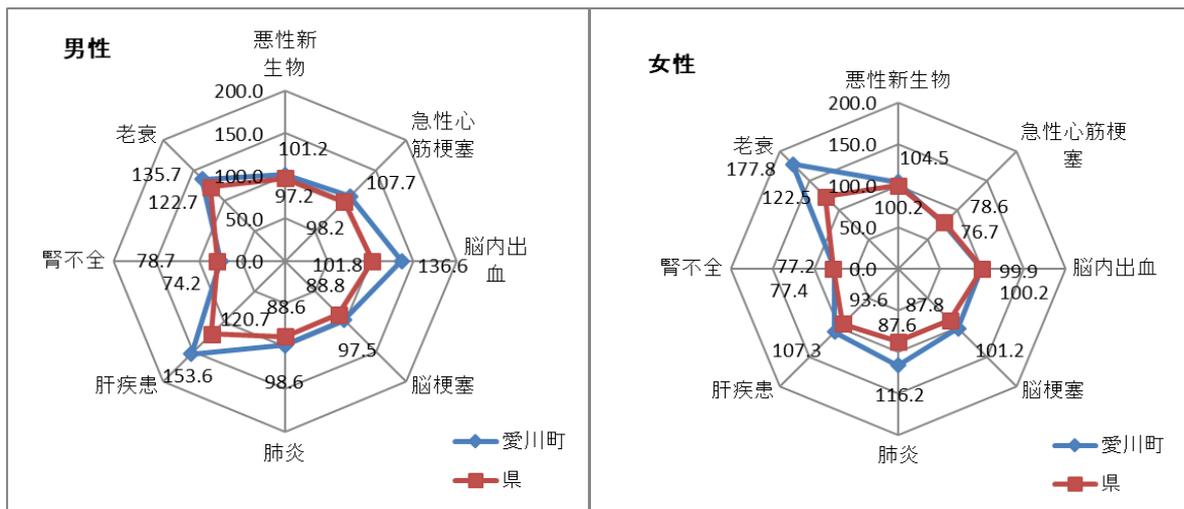
資料：平成26年・令和元年神奈川県衛生統計年報

がんには上皮内新生物を含まない。心疾患には高血圧性疾患を含まない。

### 【標準化死亡比】

全国の標準値を100とした場合の死因(標準化死亡比)について、本町と県を比較すると、男性は、肝疾患と脳内出血が、女性は、老衰と肺炎が高値となっています。(図表7)

図表 7 主要死因別標準化死亡比 (H25~H29)



資料：平成25～29年人口動態保健所・市町村別統計(厚生労働省統計)

(単位：%)

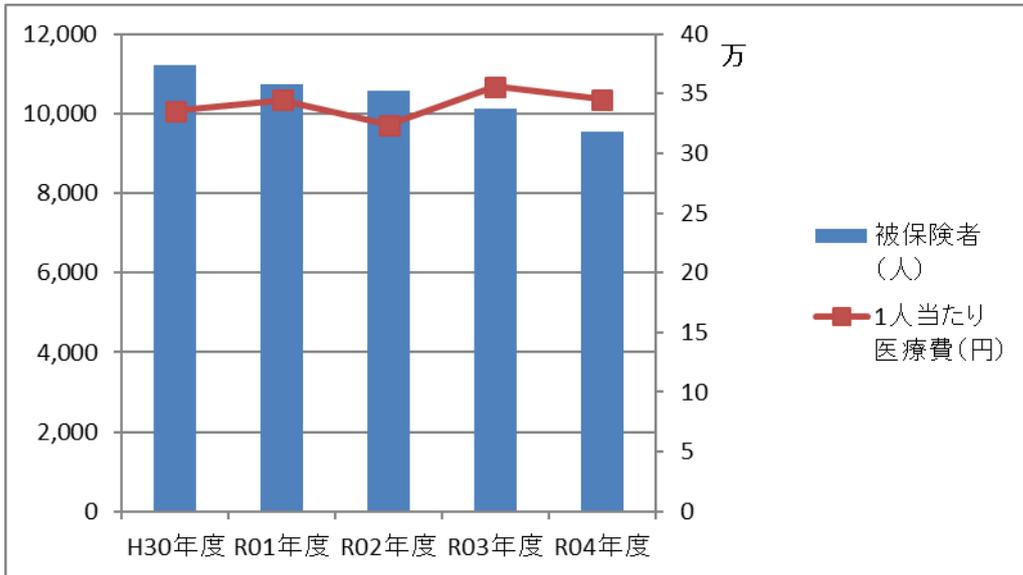
グラフ外側の数値は愛川町、グラフ内側の数値は県。図表6と分類方法は異なる。

### 第三項 国民健康保険加入者の状況

被保険者数は減少傾向が続き、令和4年度中に、10,000人の大台を割り、平成30年度末と比較すると、1,860人減少しました。一方で、1人当たりの医療費は、コロナ禍の受診控えにより、令和2年度は減少しましたが、増加傾向にあり、医療の高度化が進んでいます。

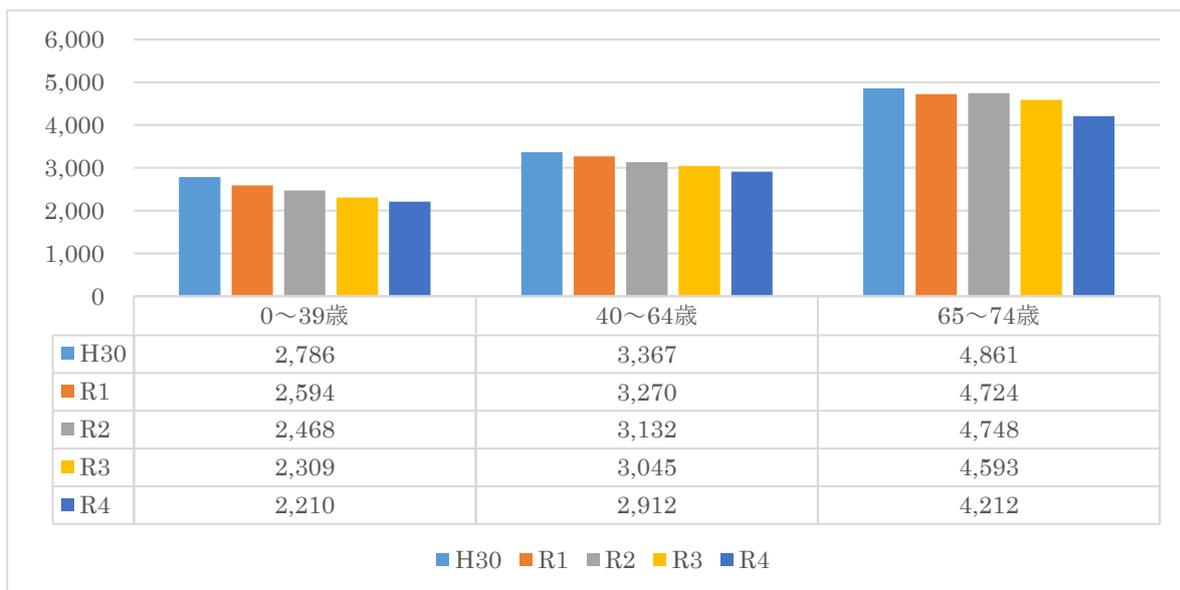
年齢区分別推移においても、すべての年代で被保険者数が減少しています。(図表8、9)

図表8 国保被保険者数と被保険者1人当たり医療費の推移 (H30～R04)



資料：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）⇒KDBシステムの帳票「市町村別データ帳票No.4」

図表9 年齢区分別被保険者数の推移 (H30～R4) (人)

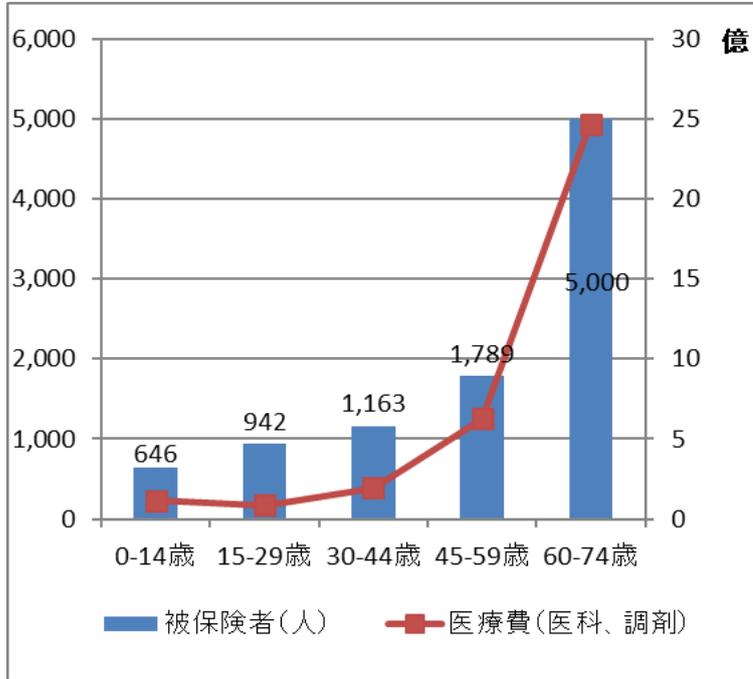


資料：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）年度末時点。

#### 第四項 年代別の被保険者数と医療費の状況

令和4年度の15歳毎の被保険者数と医療費の状況をみると、60歳から74歳までの医療費は全体の7割を超えていることから、加齢に伴い医療費が増大していることがわかります。(図表10)

図表 10 年代別の被保険者数と医療費の状況 (令和4年度)



資料：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）、KDBシステム「医療費の状況」

医療費適正化のため、効果的な保健事業を実施していく必要があります。



## 第五項 介護の状況

要介護認定者と疾病の状況です。介護認定率・1件当たり介護給付費については、全国や県に比べ介護認定率は低いですが、1件当たり給付費は高めとなっています。(図表11)

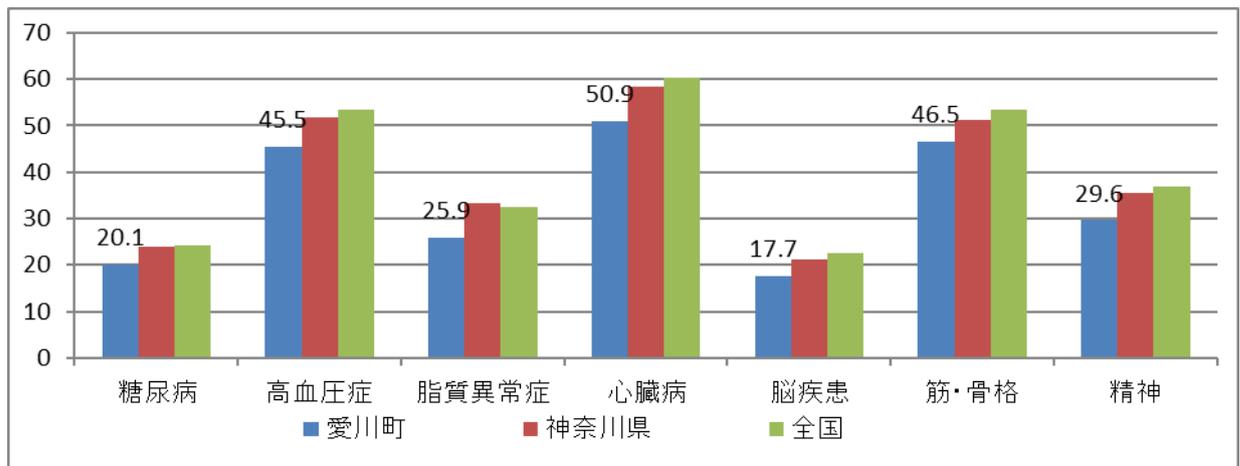
要介護認定者の有病状況については、心臓病のほか、糖尿病・高血圧症・脂質異常症といった生活習慣病の併発者が多いことがわかります。全体的な比率としては、全国や県と目立った差はありません。(図表12)

図表 11 介護認定率及び1件当たり介護給付費 (H28)

	愛川町	神奈川県	全国
介護1号認定率(%)	15.9	19.1	19.4
1件当たり給付費(円)	63,059	54,139	59,662
1件当たり居宅給付費(円)	39,704	39,383	41,272
1件当たり施設給付費(円)	287,194	299,527	296,364

資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

図表 12 要介護（支援）認定者の有病状況 (R4) (%)



資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

※ 令和4年度（実際は令和5年3月時点）の介護認定者かつ各疾病と判定したレセプト（国保・後期）を持つ介護認定者数を集計し介護認定者数で割った数。

## 第二節 健康・医療情報の分析

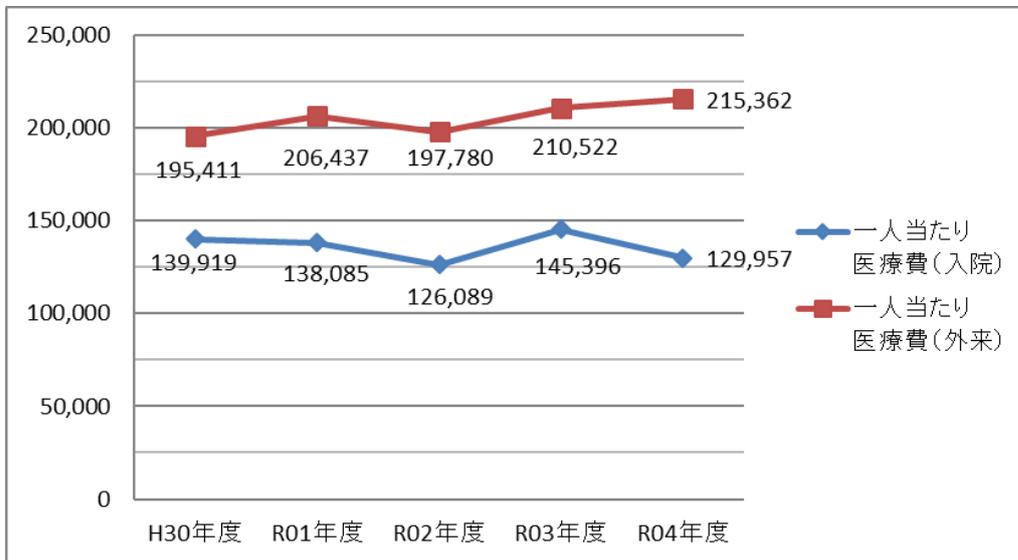
### 第一項 国民健康保険医療費の分析

#### 【入院・外来にかかる医療費】

被保険者1人当たりの医療費については、入院・外来ともに、コロナ禍の受診控えのあった令和2年度が減少しました。入院では、年々増加傾向にあり、外来では、令和4年度の減少しました。(図表13)

国・県との比較では、入院では、全国と比較すると1件当たり・1人当たり・1日当たりの医療費が低く、1件あたり日数も少ない状況ですが、県と比較すると、1件当たりが高く、1件当たりの日数が多く、重症化した方が入院していることが推測されます。外来では、受診回数が少ないのに対し、1件当たり・1人当たりの医療費が高いことから、1回の受診にかかる費用が高いことがわかります。(図表14)

図表 13 入院、外来の被保険者1人当たり医療費の推移 (H30～R4) (円)



資料：KDBシステム「市町村別データ」

図表 14 令和4年度医療費の構成比 (入院・外来)

入院	愛川町	神奈川県	全国
入院医療費の割合	37.6%	37.0%	40.1%
1件当たり医療費	599,222	650,572	619,087
1人当たり医療費	129,957	125,990	143,781
1日当たり医療費	37,565	43,801	38,734
1件当たり日数	15.95	14.85	15.98
外来	愛川町	神奈川県	全国
外来費用の割合	62.4%	63.0%	59.9%
1件当たり医療費	26,865	24,963	24,516
1人当たり医療費	215,362	214,189	214,741
1日当たり医療費	18,224	16,590	16,497
1件当たり受診回数	1.47	1.50	1.49

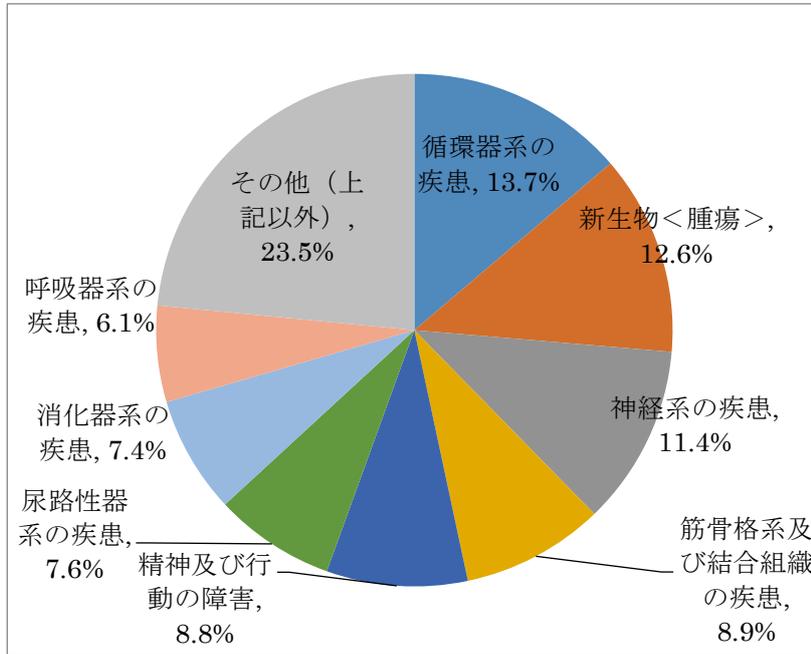
資料：KDBシステム「市町村別データ」

【疾病別医療費（大分類）】

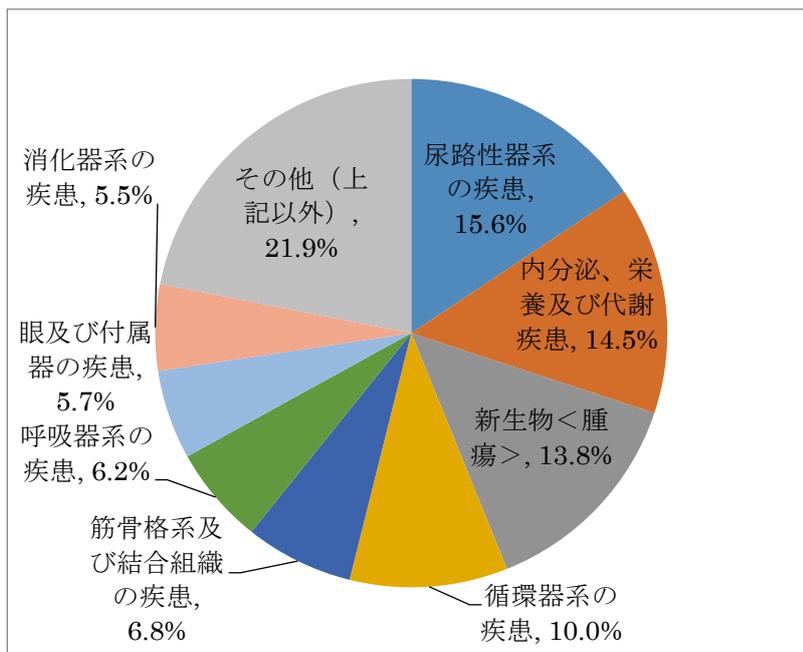
令和4年度の医療費を疾病別（大分類）に見ると、入院では、循環器系の疾患が13.7%で最も多く、次に新生物（腫瘍）、神経系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患の順となっています。また、外来では、尿路器系の疾患内分泌が最も多く、次いで栄養及び代謝疾患（糖尿病など）となっています。（図表15）

図表 15 令和4年度疾病大分類別医療費（入院、外来）（%）

<入院>



<外来>



資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

## 【疾病別医療費とレセプト件数（中分類）】

中分類による分析では、入院では心疾患や神経系の疾病が上位を占めています。外来では、腎不全が1位となっています。入院・外来を総合すると、腎不全と糖尿病が上位を占めていることがわかります。特に1位の腎不全については割合が高く、レセプト件数の割合が1.2%ですが、医療費の10.5%を占めており、レセプト1件あたりの医療費が非常に高額となっている状況です。

なお、それぞれのレセプト件数をみると、必ずしも医療費とは比例していません。（図表16）

図表 16 令和4年度疾病中分類別医療費上位10疾病とレセプト件数（入院・外来・合計）（円）

	中分類別疾患(入院)	疾病別医療費	割合	レセプト件数	割合	順位
1	その他の心疾患	77,242,150	6.2%	69	3.3%	7
2	その他の神経系の疾患	69,311,200	5.6%	130	6.3%	3
3	その他の消化器系の疾患	63,388,900	5.1%	131	6.3%	2
4	腎不全	60,640,680	4.9%	80	3.9%	4
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	54,107,880	4.4%	136	6.6%	1
6	その他の呼吸器系の疾患	52,858,930	4.3%	64	3.1%	8
7	その他の悪性新生物<腫瘍>	44,884,790	3.6%	76	3.7%	6
8	骨折	41,624,290	3.4%	54	2.6%	10
9	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	38,321,510	3.1%	63	3.0%	9
10	てんかん	36,315,270	2.9%	80	3.9%	4
	その他(上記以外の疾患)	701,095,310	56.5%	1184	57.3%	-
	入院総医療費・入院総レセプト件数	1,239,790,910		2067		

	中分類別疾患(外来)	疾病別医療費	割合	レセプト件数	割合	順位
1	腎不全	283,204,200	13.9%	831	1.1%	10
2	糖尿病	205,493,690	10.1%	6,957	9.1%	2
3	その他の悪性新生物<腫瘍>	152,859,330	7.5%	837	1.1%	9
4	高血圧性疾患	96,489,580	4.7%	7,802	10.2%	1
5	その他の神経系の疾患	74,298,890	3.6%	2,830	3.7%	5
6	その他の心疾患	73,295,330	3.6%	1,765	2.3%	7
7	その他の眼及び付属器の疾患	71,560,470	3.5%	3,927	5.1%	4
8	その他の消化器系の疾患	70,284,630	3.4%	2,695	3.5%	6
9	脂質異常症	67,467,710	3.3%	5,043	6.6%	3
10	炎症性多発性関節障害	42,674,780	2.1%	921	1.2%	8
	その他(上記以外の疾患)	903,173,040	44.3%	33,608	43.9%	-
	外来総医療費・外来総レセプト件数	2,040,801,650		76,472		

	中分類別疾患(入院+外来)	疾病別医療費	割合	レセプト件数	割合	順位
1	腎不全	343,844,880	10.5%	911	1.2%	8
2	糖尿病	222,169,960	6.8%	6,996	8.9%	2
3	その他の悪性新生物<腫瘍>	197,744,120	6.0%	913	1.2%	7
4	その他の心疾患	150,537,480	4.6%	1,834	2.3%	6
5	その他の神経系の疾患	143,610,090	4.4%	2,960	3.8%	4
6	その他の消化器系の疾患	133,673,530	4.1%	2,826	3.6%	5
7	高血圧性疾患	98,569,330	3.0%	7,813	9.9%	1
8	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	94,766,230	2.9%	1,513	1.9%	9
9	その他の眼及び付属器の疾患	78,852,960	2.4%	3,943	5.0%	3
10	その他の呼吸器系の疾患	72,545,500	2.2%	377	0.5%	10
	その他(上記以外の疾患)	1,744,278,480	53.2%	48,453	61.7%	-
	総医療費・総レセプト件数	3,280,592,560		78,539		

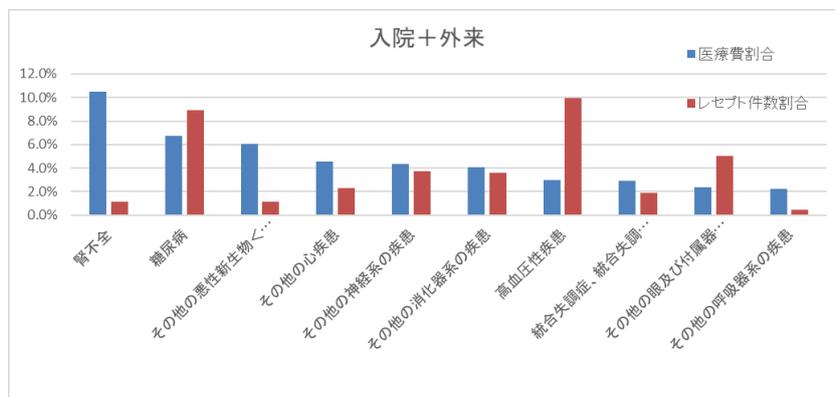
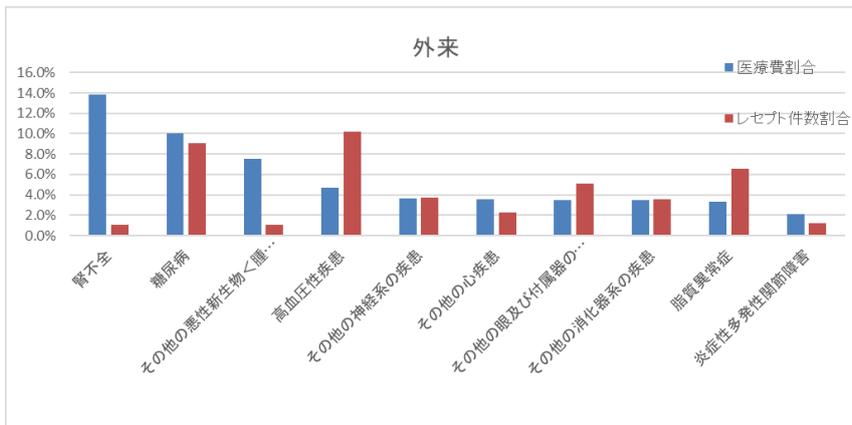
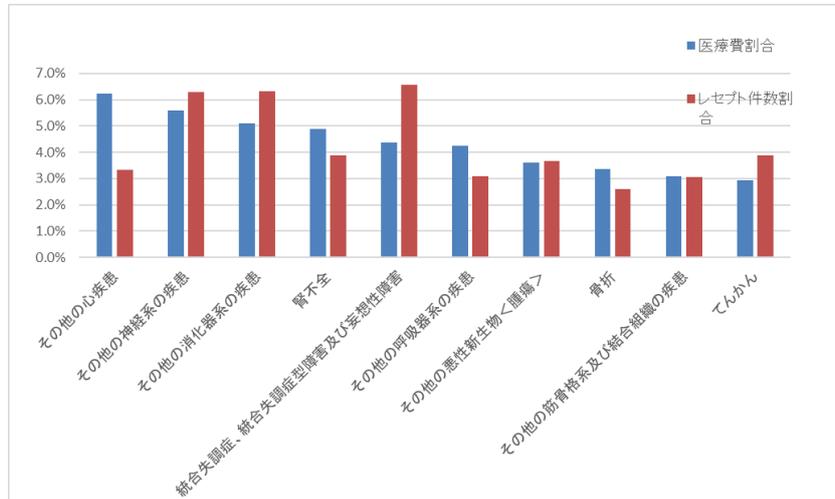
資料：KDBシステム「医療費分析（中分類）」

※疾患名の「その他」については56ページに説明を記載。

【疾病別医療費とレセプト件数（中分類）】

前ページの上位10疾病の医療費とレセプト件数を図表化したものです。入院と外来を総合してみると、腎不全やその他の悪性新生物は1件あたりの医療費が高額であること、高血圧性疾患については、1件あたりの医療費は少額であることが推測されます。

図表 17 令和4年度疾病中分類別医療費とレセプト件数の比較（入院・外来・合計）



資料：KDBシステム「医療費分析（2）大、中、細小分類」

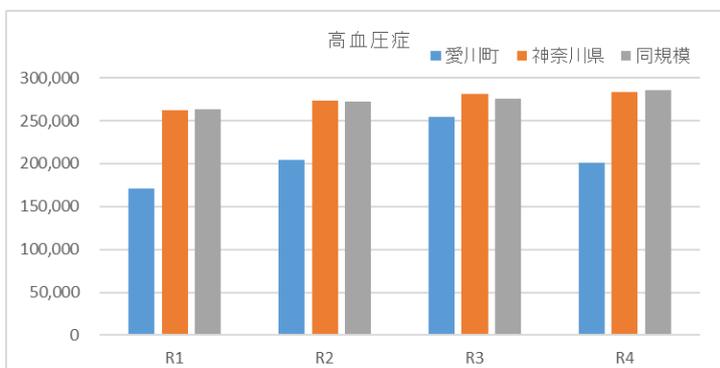
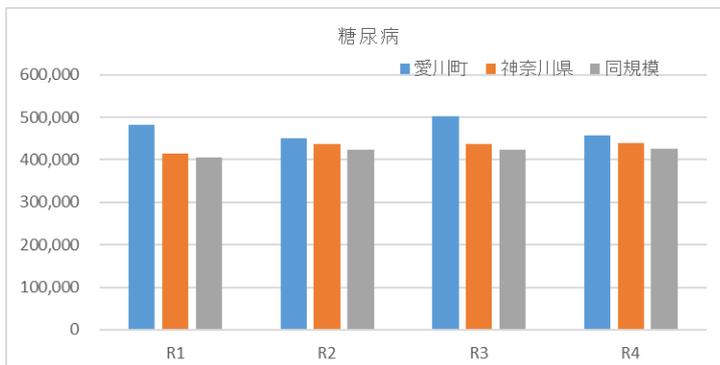
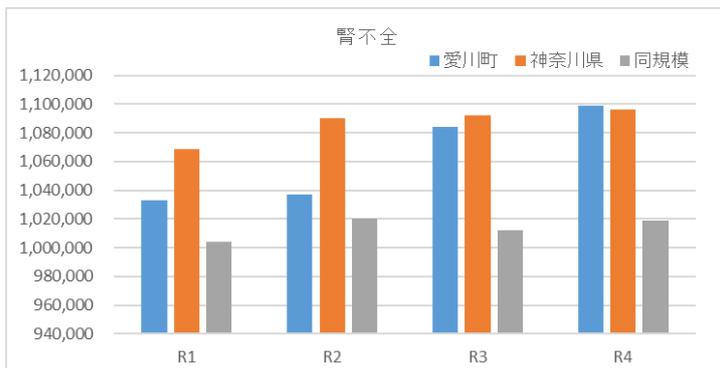
なお、疾病名称については、表記上文字数が多いものは省略（14ページ参照）。

## 第二項 主な生活習慣病にかかる医療費の状況

本町における医療費の上位を占めている腎不全・糖尿病・高血圧症について、レセプト1件あたりの医療費の推移を県・同規模保険者と比較したものです。

腎不全の1件当たり医療費は糖尿病・高血圧症よりも高く、年々増加し令和4年度は、県平均を上回っています。糖尿病については、県・同規模保険者を上回っています。高血圧症については、前項で示したとおりレセプト件数比較では1位ですが、1件当たり医療費は低めで、県・同規模と比較すると低くなっています。(図表18)

図表 18 生活習慣病にかかるレセプト1件当たり医療費の推移 (R1～R4年度)



資料：KDBシステム「疾病別医療費分析（中分類）」

(単位：円)

※ KDBシステムにおける同規模とは、全国の人口規模2万人以上の保険者（町村）の平均値

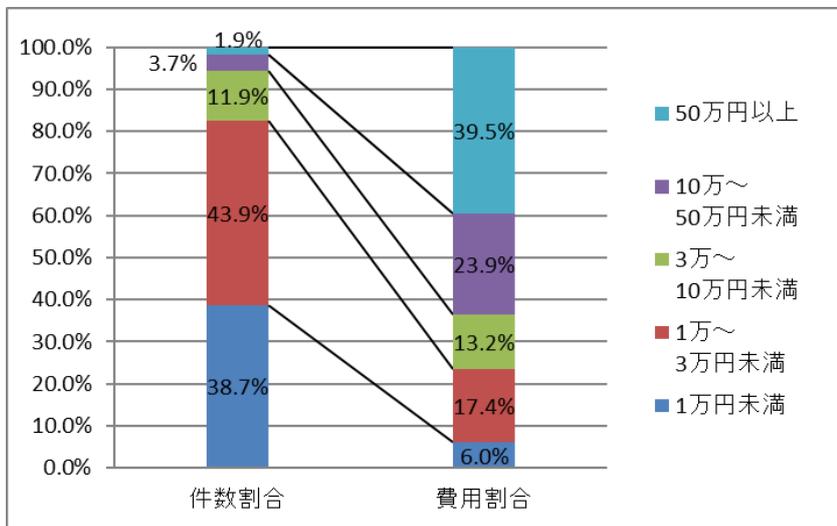
### 第三項 高額レセプトの状況

レセプトを費用額で区分してその構成割合をみると、件数割合では、3万円未満のレセプトが8割以上（82.6%）を占めていますが、費用割合では10万円以上のレセプトが6割以上（63.4%）を占めます。また、50万円以上のレセプトについては、件数割合は1.9%であるにもかかわらず、費用割合は4割近くとなっています。

疾病の状況については、件数及び費用額ではその他の悪性疾患が最も多くなっていますが、レセプト1件当たりの費用額は13位の脊椎障害（2,142,495円）、6位のその他の心疾患（1,553,300円）で、1,500,000円を超えるレセプトもあり、医療の高度化が進んでいます。（図表19、20）

図表 19 費用額別の件数及び費用額の構成割合（R5.5月診療分）

資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式1-1）基準額以上となったレセプト一覧」



図表 20 50万円以上のレセプトにおける疾病（中分類）の状況（R5.5診療分）（円）

疾病(中分類)	件数	費用額	1件当たり
1 その他の悪性新生物<腫瘍>	17	16,104,340	947,314
2 気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	8	9,173,450	1,146,681
3 腎不全	8	6,080,390	760,049
4 その他の呼吸器系の疾患	7	6,484,840	926,406
5 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5	3,897,350	779,470
6 その他の心疾患	5	7,766,500	1,553,300
7 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	4	3,203,160	800,790
8 その他の理由による保健サービスの利用者	4	3,062,250	765,563
9 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	3	1,646,290	548,763
10 脳梗塞	3	2,636,070	878,690
13 脊椎障害(脊椎症を含む)	2	4,284,990	2,142,495

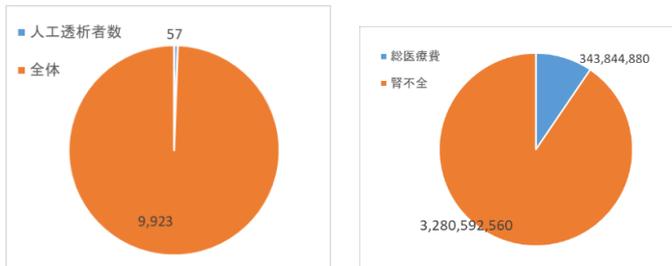
資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式1-1）基準額以上となったレセプト一覧」

### 第四項 人工透析患者の状況

腎不全が高額レセプトとなっている要因は、人工透析に係る医療費にあります。本町の令和4年12月診療分のレセプトによると、人工透析患者は57名で、被保険者数の0.59%と少ないですが、令和4年度医療費に占める腎不全の割合は10.5%と高く、1人当たりの医療費が高額であることがわかります。

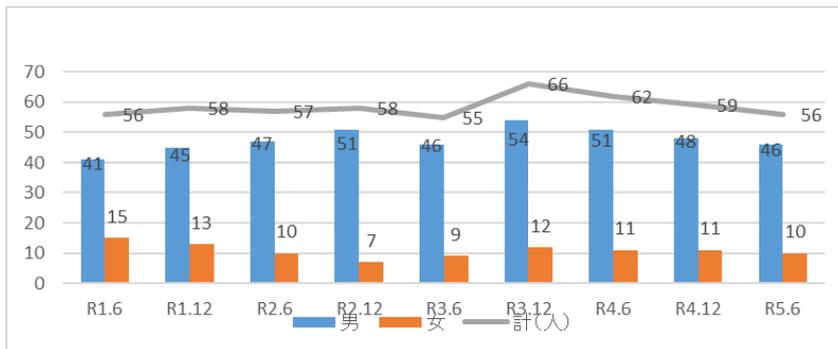
令和元年6月から半年ごとの人工透析者数の推移をみると、男性が多く、令和3年6月から令和3年12月の半年間で11名の増加の66名をピークに、その後は、緩やかに減少しています。また、人工透析患者のレセプト分析からは、そのうち約9割が高血圧症であり、さらに糖尿病などの疾病も抱えていることがわかります。(図表21、22、23)

図表 21 人工透析者数 (R4.12 診療分) と医療費 (R4 年度)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析」  
「医療費分析(2)大、中、細小分類」

図表 22 人工透析者数の推移 (人)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析」

図表 23 人工透析患者のレセプト分析 (R5.5 診療分) (人) ※人工透析患者に対する割合

年代	被保険者数	人工透析患者		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合※	人数	割合※	人数	割合※	人数	割合※
20歳代以下	1,577	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30歳代	715	1	0.1%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
40歳代	1,013	4	0.4%	1	25.0%	3	75.0%	1	25.0%	1	25.0%
50歳代	1,235	10	0.8%	5	50.0%	7	70.0%	2	20.0%	4	40.0%
60-64歳	759	7	0.9%	4	57.1%	7	100.0%	1	14.3%	4	57.1%
65-69歳	1,583	14	0.9%	10	71.4%	14	100.0%	4	28.6%	4	28.6%
70-74歳	2,669	20	0.7%	7	35.0%	18	90.0%	5	25.0%	23	115.0%
総計	9,551	56	0.6%	27	48.2%	50	89.3%	14	25.0%	37	66.1%

資料：KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析」

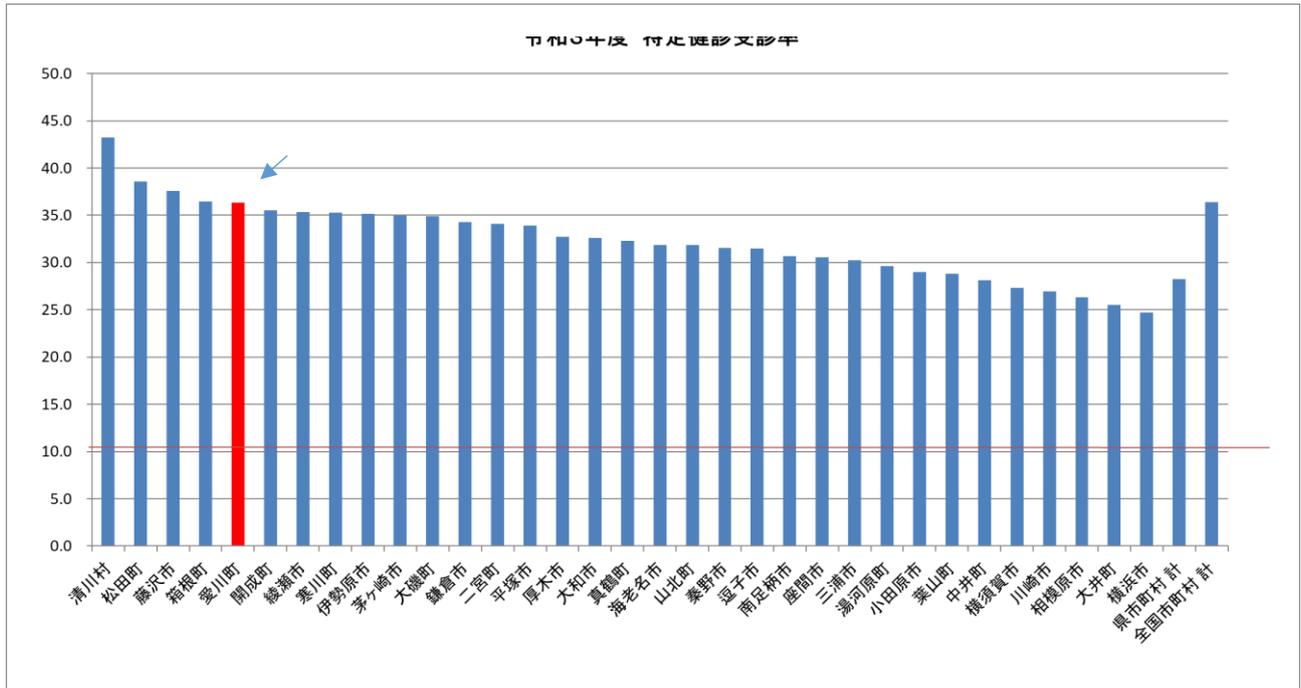
### 第三節 特定健診等の状況

#### 第一項 特定健康診査の実施状況

##### 【受診率】

本町の特定健康診査の受診率については、県内では高い順位にあり、県平均を上回っています。年度毎の推移は、ほぼ横ばいです。(図表24、25)

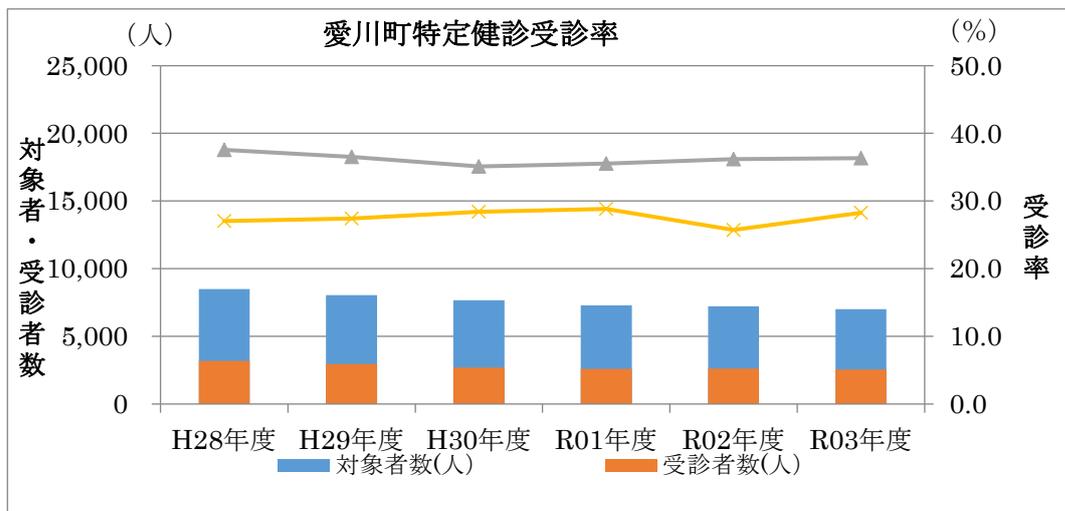
図表 24 令和3年度神奈川県内市町村特定健診受診率



資料：法定報告

(単位：%)

図表 25 特定健診受診率の推移

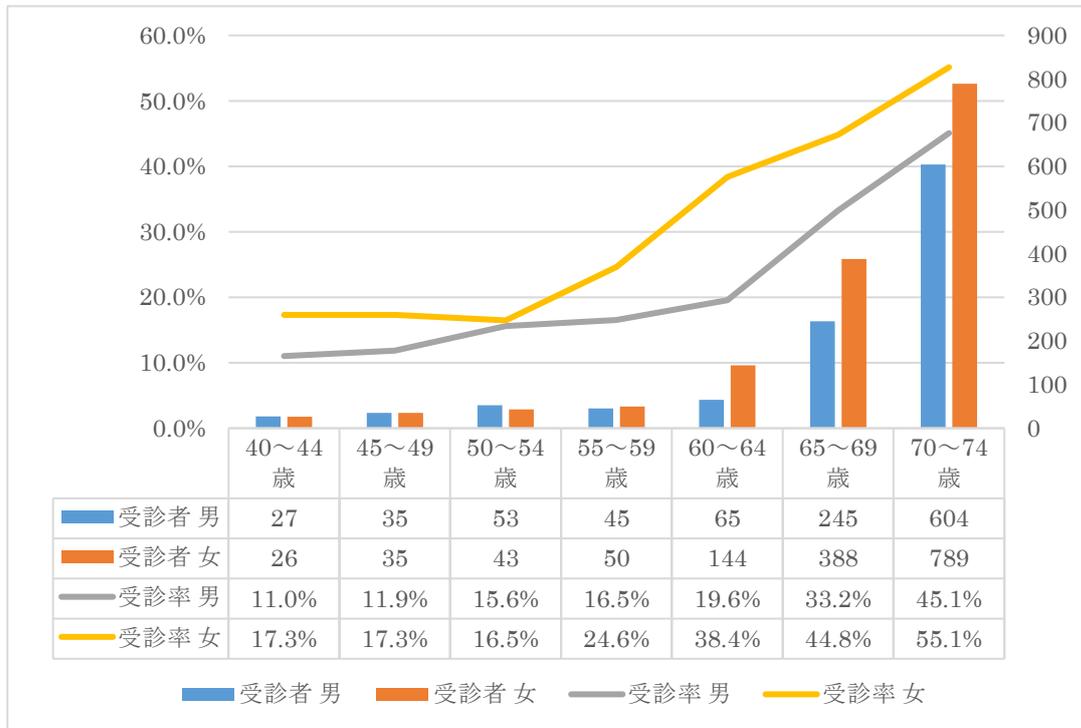


資料：法定報告

【男女別・年代別受診率】

本町の状況は、全体的に女性の受診率が高く、男女ともに年齢に比例して受診率は高くなっています。一方で、65歳未満の若年層の受診率は男女ともに低いことがわかります。(図表26)

図表 26 特定健診男女別・年代別受診者の状況 (R3年度)



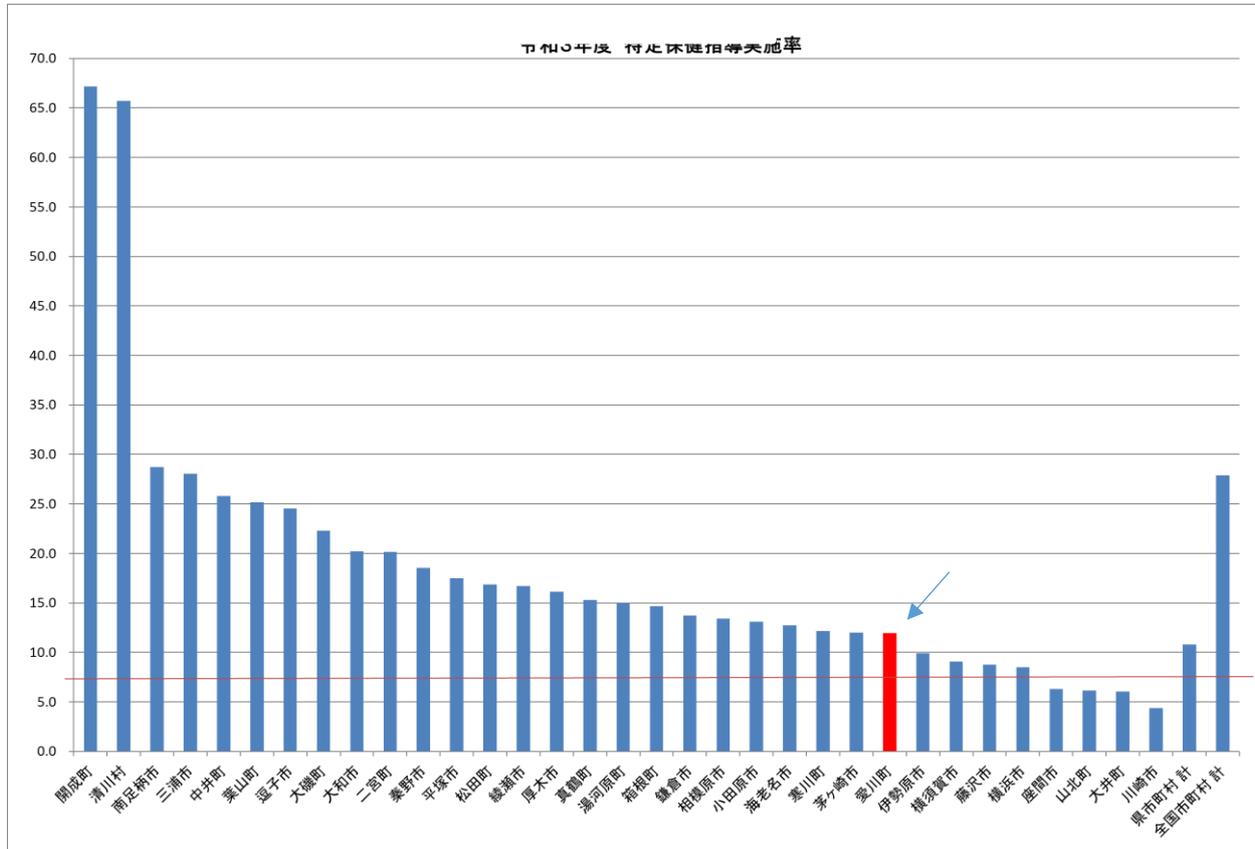
資料：法定報告

## 第二項 特定保健指導の実施状況

### 【実施率】

神奈川県内の特定保健指導の実施率は低い状況にあり、令和3年度の県内市町村平均実施率は10.8%で、全国平均の27.9%を大きく下回り、全国ワースト1位となっています。本町は、県平均を上回るものの、依然として低い状況が続いています。

図表 27 令和3年度神奈川県内市町村特定保健指導実施率



資料：法定報告

(単位：%)

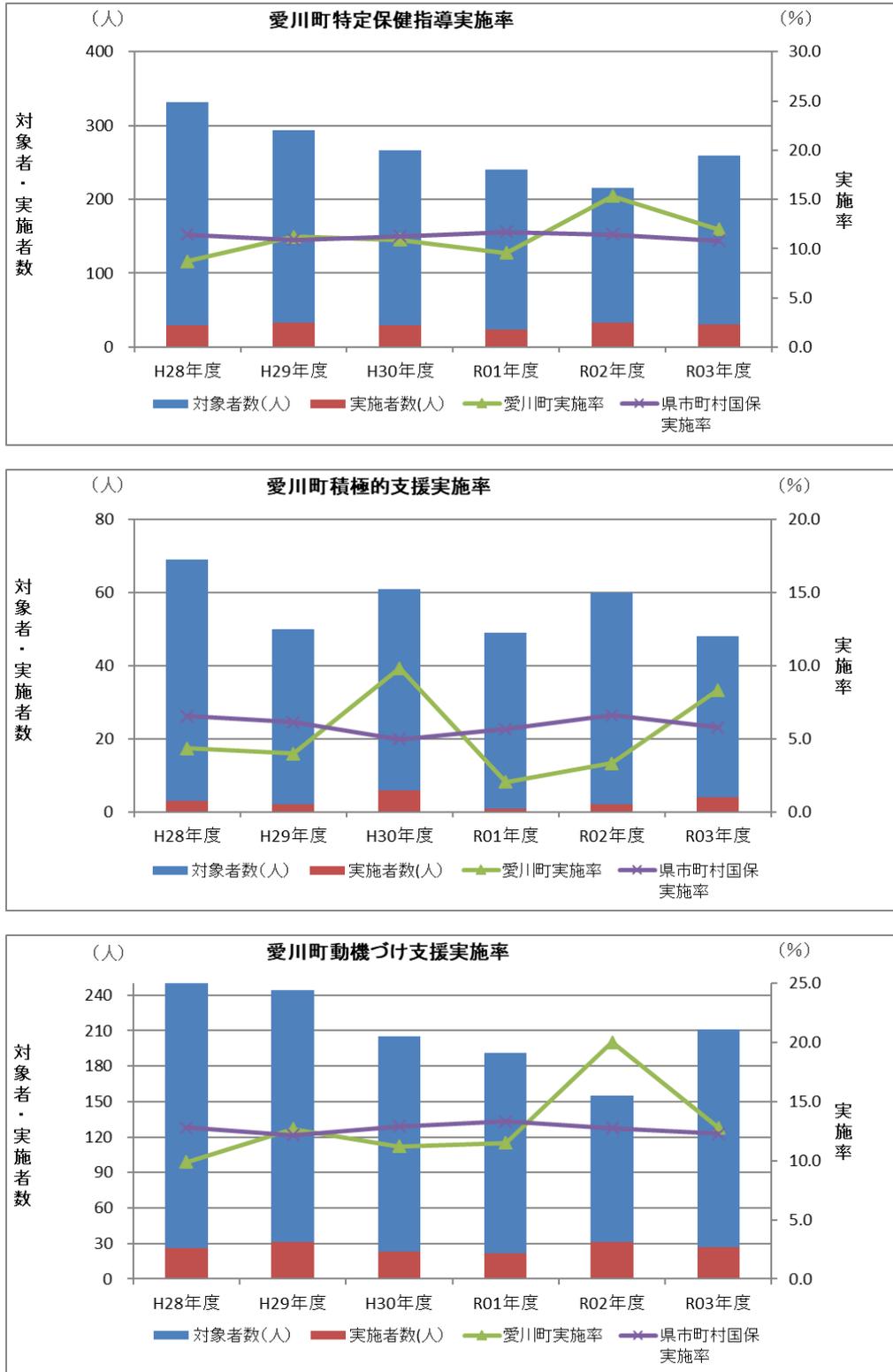
保健指導を実施して生活習慣病の重症化を防ぐことが  
健診の本来の目的です。  
保健指導の実施率向上は絶対的な目標です。



【特定保健指導の年度毎の推移】

神奈川県内の市町村国保の保健指導実施率はほぼ横ばいであるのに対し、本町の実施率は平成26年度から平成28年度にかけて大きく減少しています。ただし対象者数にも増減があります。(図表29)

図表 28 特定保健指導実施率の推移

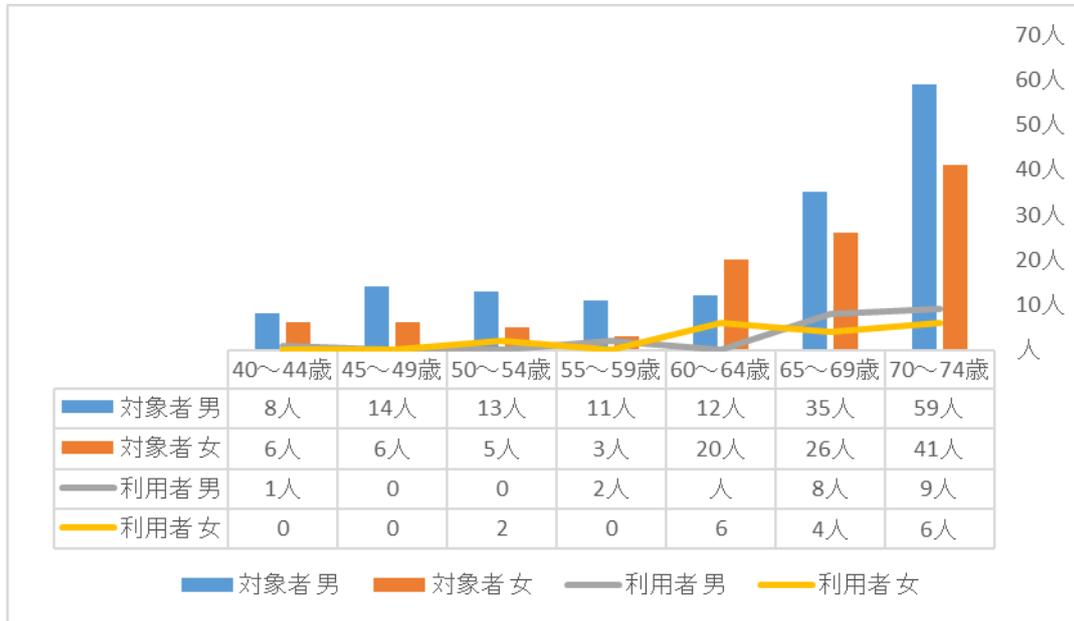


資料：法定報告

【男女別利用率】

65歳未満の利用率が低く、女性は0人が目立ちますが、全年齢における対象者数に対する利用率は、全体的に男性が低いことがわかります。(図表30)

図表 29 特定保健指導男女別利用率の状況 (令和3年度)



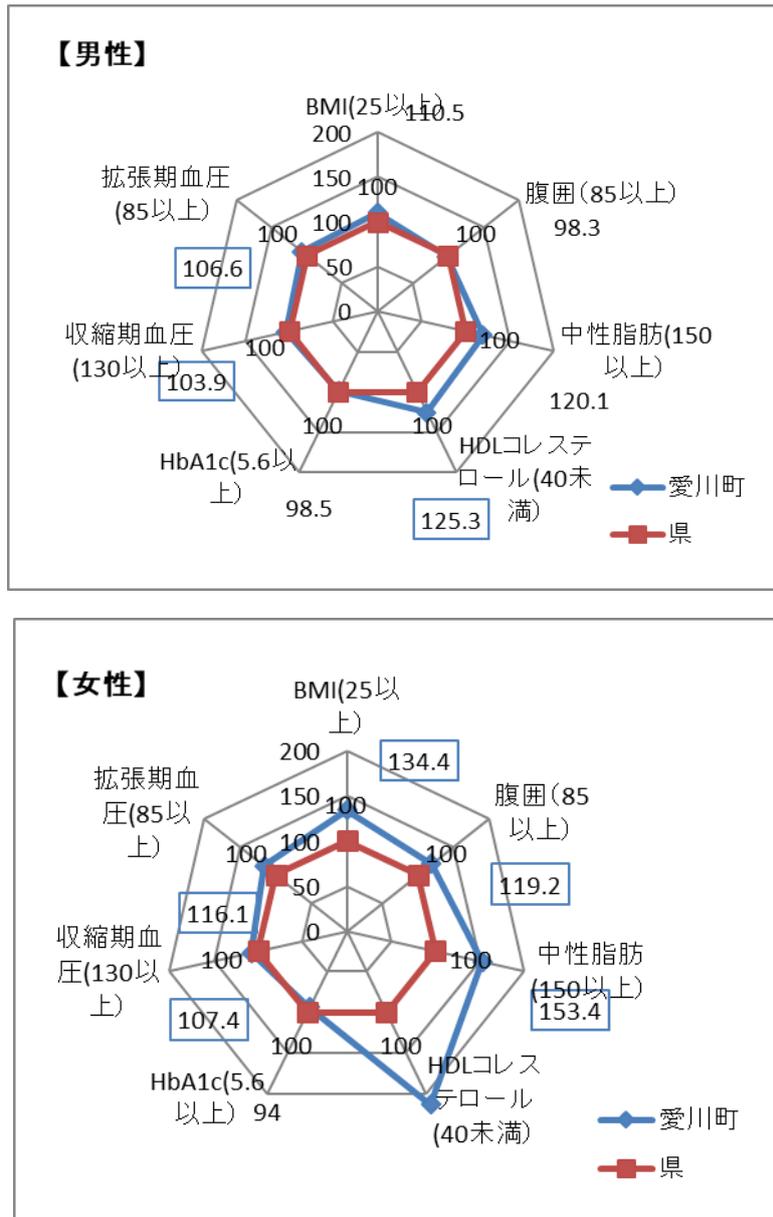
資料：法定報告

### 第三項 健診結果の状況

#### 【健診結果における有所見者の状況】

特定健康診査の結果から、有所見者の状況を、県の水準を100として年齢調整をしたうえで比較したものです。男性は中性脂肪、HDLコレステロールが、女性はBMI、腹囲、中性脂肪、HDLコレステロールが県の水準を上回っています。拡張期血圧については、男女とも県の水準を下回っています。(図表32)

図表 30 特定健診結果における有所見者の標準化比 (H28年度) (%)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式6-2-7）健診有所見者状況」

※ ( )内の基準値に該当する場合は疾病のリスクが高い。また、□で囲まれた数字は、県と比べて有意な差があることを示す。

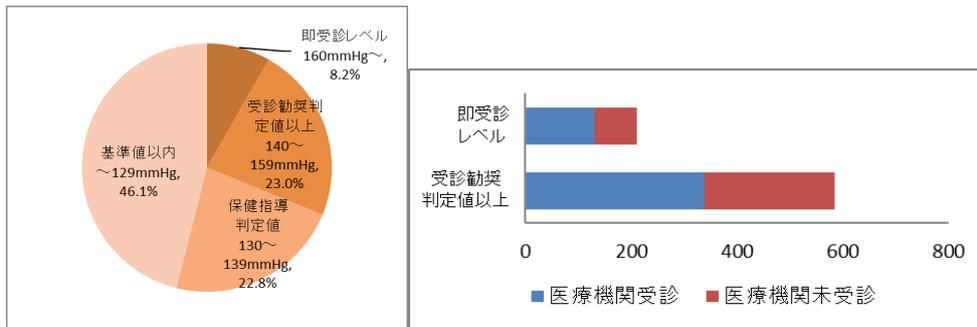
【血圧リスクの状況（収縮期・拡張期）】

収縮期血圧については、保健指導判定値以上の者が半数近くを占めています。医療機関受診については、即受診レベルでは約38%、受診勧奨値以上では42%の者が医療機関未受診（※）でした。

拡張期血圧については、約75%が基準値以内ですが、受診勧奨値以上にもかかわらず医療機関未受診の者については、即受診レベルの者は44%、受診勧奨値以上の者は52%と、収縮期血圧に比べて医療機関未受診者の占める割合は高くなっています。（図表33、34）

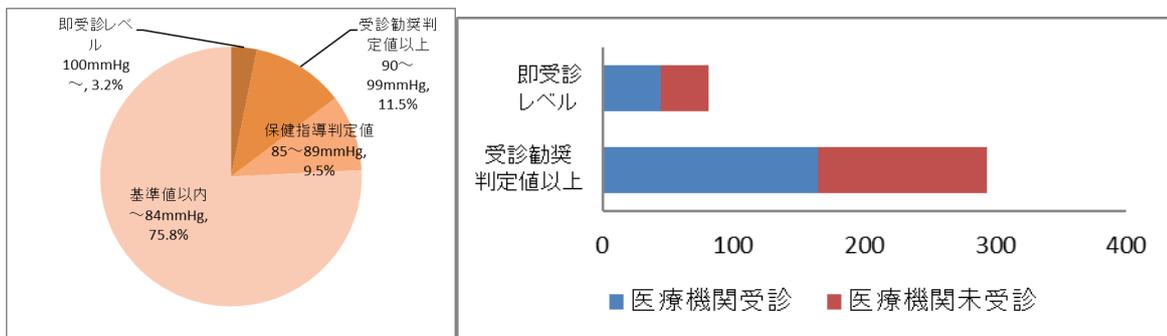
図表 31 令和3年度健診リスク判定別有所見者数等の状況（収縮期血圧）（人）

収縮期血圧	全体	男性	女性	割合	医療機関未受診	未治療（男性）	未治療（女性）
即受診レベル 160mmHg～	210	85	125	8.2%	80	34	46
受診勧奨判定値以上 140～159mmHg	585	251	334	23.0%	247	101	146
保健指導判定値 130～139mmHg	580	261	319	22.8%			
基準値以内 ～129mmHg	1,174	477	697	46.1%			
合計	2,549	1,074	1,475				



図表 32 令和3年度健診リスク判定別有所見者数等の状況（拡張期血圧）（人）

拡張期血圧	全体	男性	女性	割合	医療機関未受診	未治療（男性）	未治療（女性）
即受診レベル 100mmHg～	81	40	41	3.2%	36	22	14
受診勧奨判定値以上 90～99mmHg	293	150	143	11.5%	128	65	63
保健指導判定値 85～89mmHg	243	114	129	9.5%			
基準値以内 ～84mmHg	1,932	770	1,162	75.8%			
合計	2,549	1,074	1,475				



資料：保健事業支援システム

※医療機関未受診・・・「高血圧症」のレセプトが令和3年4月診療から令和4年3月診療分まで存在しない人を未治療と判定して集計。

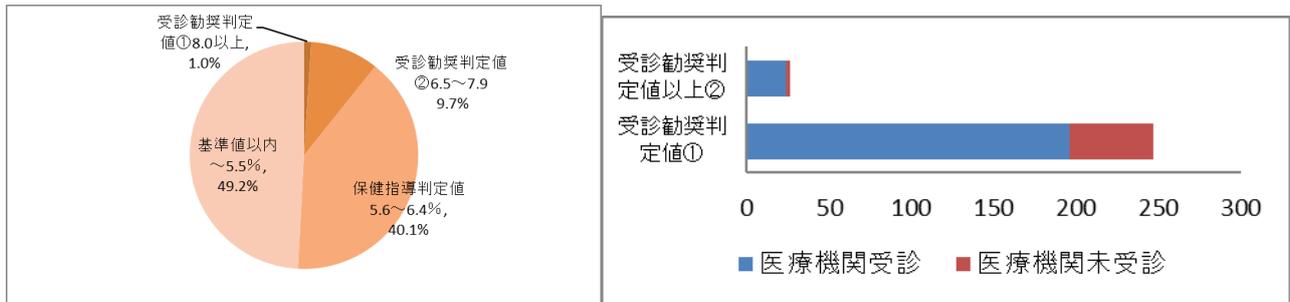
【血糖リスクの状況（HbA1c・空腹時血糖）】

HbA1cについて、保健指導判定値以上の者が5割を占めています。HbA1c 8.0以上の者では、約7%、6.5~7.9の者では、約20%の者がみ未受診となっています。

空腹時血糖については、約65%が基準値以内で、受診勧奨値以上の者のうち、約32%の者が未受診となっています。（図表35、36）

図表 33 令和3年度健診リスク判定別有所見者数等の状況（HbA1c）（人）

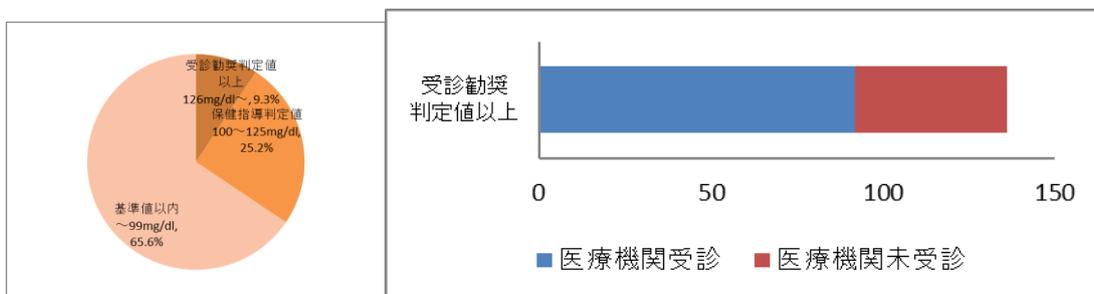
HbA1c	全体	男性	女性	割合	医療機関未受診	未治療（男性）	未治療（女性）
受診勧奨判定値以上 8.0%~	26	8	18	1.0%	2	1	1
受診勧奨判定値以上 6.5~7.9%	247	136	111	9.7%	51	30	21
保健指導判定値 5.6~6.4%	1,023	429	594	40.1%			
基準値以内 ~5.5%	1,253	501	752	49.2%			
合計	2,549	1,074	1,475				



資料：保健事業支援システム

図表 34 令和3年度健診リスク判定別有所見者数等の状況（空腹時血糖）（人）

空腹時血糖	全体	男性	女性	割合	医療機関未受診	未治療（男性）	未治療（女性）
受診勧奨判定値以上 126mg/dl~	136	66	70	9.3%	44	22	22
保健指導判定値 100~125mg/dl	368	177	191	25.2%			
基準値以内 ~99mg/dl	959	373	586	65.6%			
合計	1,463	616	847				



資料：保健事業支援システム

※医療機関未受診・・・「糖尿病」のレセプトが令和3年4月診療から令和4年3月診療分まで存在しない人を未治療と判定して集計。

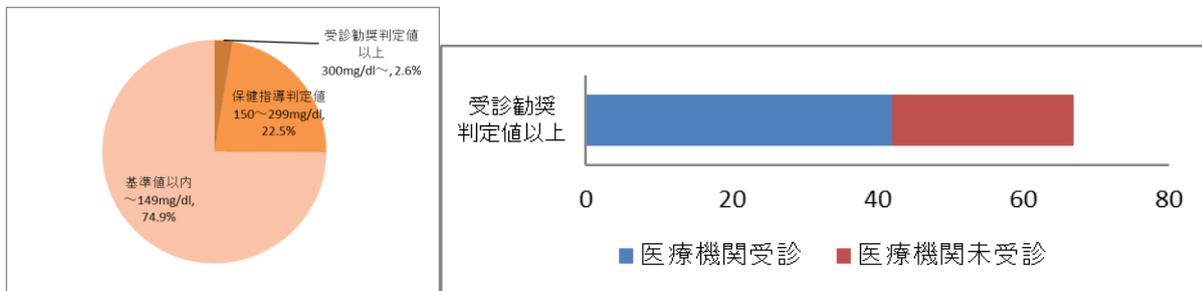
【脂質リスクの状況（中性脂肪・LDLコレステロール）】

中性脂肪については、74%が基準値以内です。受診勧奨値以上にもかかわらず医療機関を受診していない者が37%となっています。

LDLコレステロールについては、受診勧奨値以上では約67%、即受診レベルでは約45%と、医療機関未受診の割合が非常に高くなっています。（図表37、38）

図表 35 令和3年度健診リスク判定別有所見者数等の状況（中性脂肪）（人）

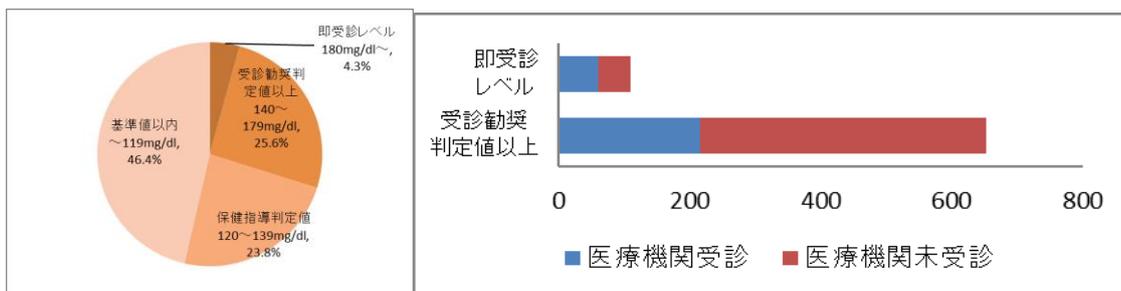
中性脂肪	全体	男性	女性	割合	医療機関未受診	未治療（男性）	未治療（女性）
受診勧奨判定値以上 300mg/dl～	67	43	24	2.6%	25	13	12
保健指導判定値 150～299mg/dl	573	283	290	22.5%			
基準値以内 ～149mg/dl	1,909	748	1,161	74.9%			
合計	2,549	1,074	1,475				



資料：保健事業支援システム

図表 36 令和3年度健診リスク判定別有所見者数等の状況（LDLコレステロール）（人）

LDLコレステロール	全体	男性	女性	割合	医療機関未受診	未治療（男性）	未治療（女性）
即受診レベル 180mg/dl～	109	30	79	4.3%	49	15	34
受診勧奨判定値以上 140～179mg/dl	652	217	435	25.6%	436	151	285
保健指導判定値 120～139mg/dl	606	244	362	23.8%			
基準値以内 ～119mg/dl	1,182	583	599	46.4%			
合計	2,549	1,074	1,475				



資料：保健事業支援システム

※医療機関未受診・・・「脂質異常症」のレセプトが令和3年4月診療から令和4年3月診療分まで存在しない人を未治療と判定して集計。

【問診結果】

受診者の問診票の結果を年齢調整し、県・全国と比較したものです。

件と比較すると、男女ともに高血圧症（服薬あり）の有意差が大きくなっています。また、男性では脳疾患が、女性では糖尿病（服薬あり）の有意差が目立ちます。生活習慣については、男性は、喫煙率・歩行速度が遅い者が多く、生活習慣改善の意欲がなく、保健指導の利用希望ないと答えた者が多くなっています。女性は、喫煙率・20歳時からの体重増加、早食い、睡眠不足の者が多い状況です。アルコールについては、女性の多量飲酒の割合が高く、男女ともに、咀嚼についての問題を抱える者が多い傾向です。（図表39）

図表 37 令和3年度特定健診問診票の結果の標準化比（％）

質問項目	男性					女性				
	該当者割合			標準化比 vs.		該当者割合			標準化比 vs.	
	愛川町	県	全国 (基準)	県 (=100)	全国 (=100)	愛川町	県	全国 (基準)	県 (=100)	全国 (=100)
服薬_高血圧症	47.8%	39.6%	41.1%	*120.7	*115.9	38.9%	28.7%	31.1%	*131.9	*121.7
服薬_糖尿病	11.9%	9.7%	11.8%	117.3	96.3	8.1%	4.7%	6.0%	*156.1	*122.8
服薬_脂質異常症	27.1%	24.6%	23.3%	109.3	*115.5	32.7%	30.1%	30.6%	104.3	102.6
既往歴_脳卒中	6.6%	4.3%	4.4%	*149.3	*144.4	2.4%	2.2%	2.2%	110.1	107.1
既往歴_心臓病	6.8%	7.9%	8.0%	89	87.7	3.8%	3.5%	3.7%	102.5	96.7
既往歴_慢性腎臓病_腎不全	0.7%	0.9%	1.0%	81.5	74.6	0.3%	0.5%	0.6%	42.7	33.2
既往歴_貧血	5.7%	6.0%	4.6%	100.1	*129.4	14.9%	16.7%	15.2%	90.2	98.9
喫煙	25.0%	22.4%	23.4%	*114.8	108.5	8.2%	6.5%	5.9%	*129.5	*144.4
20歳時体重から10kg以上増加	47.3%	45.1%	45.0%	104.3	104.7	32.2%	26.0%	27.4%	*120.3	*113.5
1回30分以上の運動習慣なし	55.5%	55.3%	58.2%	100.2	94.7	58.2%	59.2%	62.6%	98	*92.4
1日1時間以上運動なし	48.6%	46.3%	48.7%	104.6	99.2	47.5%	45.2%	48.2%	103.6	97.1
歩行速度遅い	48.8%	44.8%	49.6%	*110.0	99.1	47.6%	43.6%	50.9%	107.8	*91.9
1年間で体重増減3kg以上	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0	0.0%	0.0%	0.0%	0	0
食べる速度が速い	28.7%	30.4%	31.0%	91.2	89.0	19.0%	23.0%	23.9%	*81.8	*78.3
食べる速度が普通	63.8%	61.8%	61.3%	104.4	105.3	72.5%	69.1%	68.2%	105.3	*107.0
食べる速度が遅い	7.5%	7.9%	7.6%	96.9	99.2	8.5%	7.9%	7.9%	104.7	103.3
週3回以上就寝前夕食	23.9%	22.0%	21.7%	112.5	111.2	11.0%	10.8%	10.9%	103.5	100.7
週3回以上夕食後間食	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0	0.0%	0.0%	0.0%	0	0
週3回以上朝食を抜く	12.8%	13.9%	12.8%	93.3	102.8	8.1%	8.9%	7.8%	85.5	99
毎日飲酒	41.4%	41.6%	43.1%	101.3	98.0	10.5%	13.3%	11.7%	*81.9	93.8
時々飲酒	20.5%	24.8%	22.7%	*82.4	90.6	19.4%	24.3%	21.6%	*78.8	89
飲まない	38.1%	33.6%	34.3%	*111.3	108.7	70.1%	62.4%	66.7%	*111.4	104.4
1日飲酒量(1合未満)	43.8%	49.0%	46.7%	*89.3	93.1	77.2%	82.2%	83.3%	93.7	92.3
1日飲酒量(1~2合)	36.3%	32.2%	33.8%	*113.1	108.6	17.0%	14.3%	13.0%	122	*135.3
1日飲酒量(2~3合)	14.4%	14.5%	15.2%	102.9	99.2	4.2%	2.9%	2.9%	*163.2	*161.7
1日飲酒量(3合以上)	5.4%	4.3%	4.4%	115.9	112.3	1.6%	0.7%	0.8%	203.5	183.9
睡眠不足	19.7%	20.9%	22.7%	94.4	*85.6	29.5%	24.8%	26.0%	*122.0	*116.1
改善意欲なし	32.8%	28.5%	31.8%	*113.8	102.0	24.7%	23.0%	24.3%	107.7	102.3
改善意欲あり	23.9%	27.6%	27.5%	*87.6	*87.4	28.1%	29.7%	29.8%	93.3	92.5
改善意欲あらかつ始めている	12.0%	12.2%	12.5%	98.8	95.9	14.3%	14.5%	15.6%	97.1	90.1
取り組み済み6ヶ月未満	8.8%	9.0%	7.9%	96.4	110.3	10.4%	10.7%	9.8%	97.4	107.3
取り組み済み6ヶ月以上	22.4%	22.7%	20.2%	98.5	111.0	22.6%	22.0%	20.5%	103.3	111.2
保健指導利用しない	55.9%	61.2%	64.2%	*91.3	*87.6	54.1%	58.2%	60.8%	94.5	*90.9
咀嚼_何でも	77.3%	78.1%	77.1%	98.8	100.3	78.6%	81.3%	80.8%	96.5	97.6
咀嚼_かみにくい	21.0%	20.9%	21.6%	101.2	96.8	20.7%	18.1%	18.7%	*113.5	108.6
咀嚼_ほとんどかめない	1.8%	1.0%	1.2%	*170.4	137.2	0.7%	0.5%	0.5%	159.6	149.6
3食以外間食_毎日	13.3%	14.6%	14.1%	88.6	91.2	23.6%	26.2%	26.7%	*88.8	*87.2
3食以外間食_時々	59.9%	56.8%	56.2%	105.6	106.8	62.2%	59.1%	58.4%	105.7	*106.9
3食以外間食_ほとんど摂取しない	26.9%	28.5%	29.7%	94.5	91.1	14.3%	14.6%	14.9%	96.6	95.2

資料：KDBシステム「質問票調査の状況」

※ \*がついているものは、県、国に比べて有意な差があることを意味する。

## 第四項 第3期データヘルス計画における神奈川県共通指標について

### 【神奈川県共通指標の設定】

これまでデータヘルス計画は、厚生労働省が示す「国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」（以下「計画策定の手引き」という。）により策定し、保険者が計画の達成状況を評価する評価指標を設定し事業を実施してきましたが、保険者ごとに指標を設けているため保険者間で効果等を比較することが難しい状況にありました。

第3期計画では、厚生労働省が「国民健康保険事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」を改訂し、計画の標準化、共通指標の設置等を盛り込まれたことに伴い、県が6項目の県共通指標を設定しました。

今後、同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者と比較したり、自保険者の客観的な状況を把握したりすることができるようになります。

第3期データヘルス計画 神奈川県共通指標	
①	特定健康診査受診率
②	特定健康診査(40歳～49歳)受診率
③	特定保健指導終了率
④	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
⑤	HbA1c8.0以上の者の人数及び割合
⑥	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数及び割合

新たに設定された6項目については、第2期計画期間中の本町の状況は、県平均とほぼ同じレベル、または、良好な結果が得られていました。

### 【①特定健康診査受診率】

特定健康診査の受診率は、県平均を大きく上回り、県内でも上位となっています。

図表 38 特定健康診査受診率の推移

	R1			R2			R3		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
神奈川県	1,236,636	356,549	28.8%	1,223,888	314,861	25.7%	1,191,712	336,806	28.3%
愛川町	7,288	2,590	35.5%	7,218	2,611	36.2%	7,010	2,548	36.3%

### 【②特定健康診査(40歳～49歳)受診率】

特定健康診査(40歳～49歳)の受診率は県平均とほぼ同じですが、他の年代と比較すると、受診率の低さが目立ちます。

図表 39 特定健康診査受診率(40歳～49歳)の推移

	R1			R2			R3		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
神奈川県	184,465	27,282	14.8%	178,109	22,822	12.8%	169852.0	25764.0	15.2%
愛川町	976	124	12.7%	929	135	14.5%	875	122	13.9%

## 【③特定保健指導終了率】

特定保健指導終了率は、令和2・3年は、県平均を上回っていますが、神奈川県は、全国最下位となっており、終了率は低い状況です。

図表 40 特定保健指導終了率の推移

	R1			R2			R3		
	対象者	終了者	終了率	対象者	終了者	終了率	対象者	終了者	終了率
神奈川県	39,531	4,620	11.7%	35,005	4,001	11.4%	38,324	4,148	10.8%
愛川町	240	23	9.6%	215	33	15.3%	259	31	12.0%

## 【特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率】

特定保健指導を利用し、翌年度に特定保健指導から外れた者の割合は、年度によって大きな差がでています。

図表 41 特定保健指導終了率の推移

	R1			R2			R3		
	前年利用	今年度なし	減少率	前年利用	今年度なし	減少率	前年利用	今年度なし	減少率
神奈川県	4,649	1,209	26.0%	4,290	949	22.1%	4,232	1,151	27.2%
愛川町	36	5	13.9%	24	8	33.3%	31	6	19.4%

## 【HbA1c8.0以上の者の人数及び割合】

糖尿病のコントロール不良の指標である HbA1c8.0 以上の者の割合は、県平均とほぼ同程度となっています。

図表 42 HbA1c8.0以上の者の推移

	R1			R2			R3		
	対象者	該当者	割合	対象者	該当者	割合	対象者	該当者	割合
神奈川県	341,984	3,455	1.01%	307,697	3,464	1.13%	329,221	3,699	1.12%
愛川町	2,591	24	0.93%	2,613	33	1.26%	2,549	26	1.02%

## 【特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数及び割合】

特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数及び割合は、県平均よりも低くなっています。

図表 42 【特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数及び割合】

	R2			R3			R4		
	対象者	該当者	割合	対象者	該当者	割合	対象者	該当者	割合
神奈川県	1,223,888	21,449	1.75%	1,191,712	18,693	1.57%	1,119,859	19,095	1.71%
愛川町	7,218	105	1.45%	7,010	83	1.18%	6,555	70	1.07%

## 第二章 健康課題

### 第一節 前期計画等に係る考察

第1期データヘルス計画により実施した個別保健事業について、アウトプット・アウトカム・ストラクチャー・プロセスの4つの視点から、今後の課題や見直すべき点について考察を行いました。

#### 【第2期データヘルス計画における保健事業の実施計画】

事業名	取組（細事業）	目的・内容・対象者等
特定健康診査受診率向上対策	健診受診券の個別通知（世帯毎）	受診券を個別に送付することで、受診率の向上を図る。周知用のリーフレットや記録票の同封が可能であることから、啓発等にも活用する。
	受診勧奨（過去に受診歴のある未受診者・若年層男性の受診率向上）	過去に受診歴のある未受診者及び受診率が低い保健指導の対象者としては多い男性の受診を促すため、受診勧奨はがきを発送する。休日等に受診可能な医療機関をPRする。
	広報等による周知	町広報誌を通じて受診勧奨を行う。その他町イベント等での広報活動や窓口へのチラシの配架等を行う。
	人間ドック費用助成事業	国保加入の40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳を対象に人間ドックの費用助成を行う。結果の提出を必須としていることから、結果は特定健診に反映させる。
	健診結果データ取得数向上対策	委託医療機関外で受診した方や、実施期間外に受診した方から結果提供を受け、町の受診率に反映させる。受診券発送時や広報への掲載により周知。
特定保健指導利用率向上対策	保健指導利用率向上事業	未利用者の減少と継続利用率の向上のため、対象者に対し、通知のほかに電話勧奨等を実施する。日時の都合がつかない方には、夜間や土日、また家庭訪問による実施も可能であることを伝え、柔軟に対応する。
生活習慣病重症化予防事業	申込み者への保健指導・栄養指導の実施	前年度の健診結果より、空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上の者を対象に、保健師・管理栄養士による面談等を実施する。
	その他対象者への電話による保健指導・受診勧奨	一連の事業への参加がない者に対し、電話で保健指導を行う。医療機関の受診状況などを伺い、必要に応じた案内を実施する。
普及啓発事業	医療費通知・医療費差額通知の発送	健康に対する意識や国保制度に対する認識を深めてもらうため、医療機関の受診記録等を記載した医療費通知を発送する。また後発医薬品へ切り替えた場合の差額が300円以上になる者を対象に、医療費差額通知を発送する。
	リーフレット等の配架	国保制度や各種健診、ジェネリック医薬品についてなどのリーフレットを常時窓口に配架し、広く町民の健康意識の向上を図る。

【実施結果】

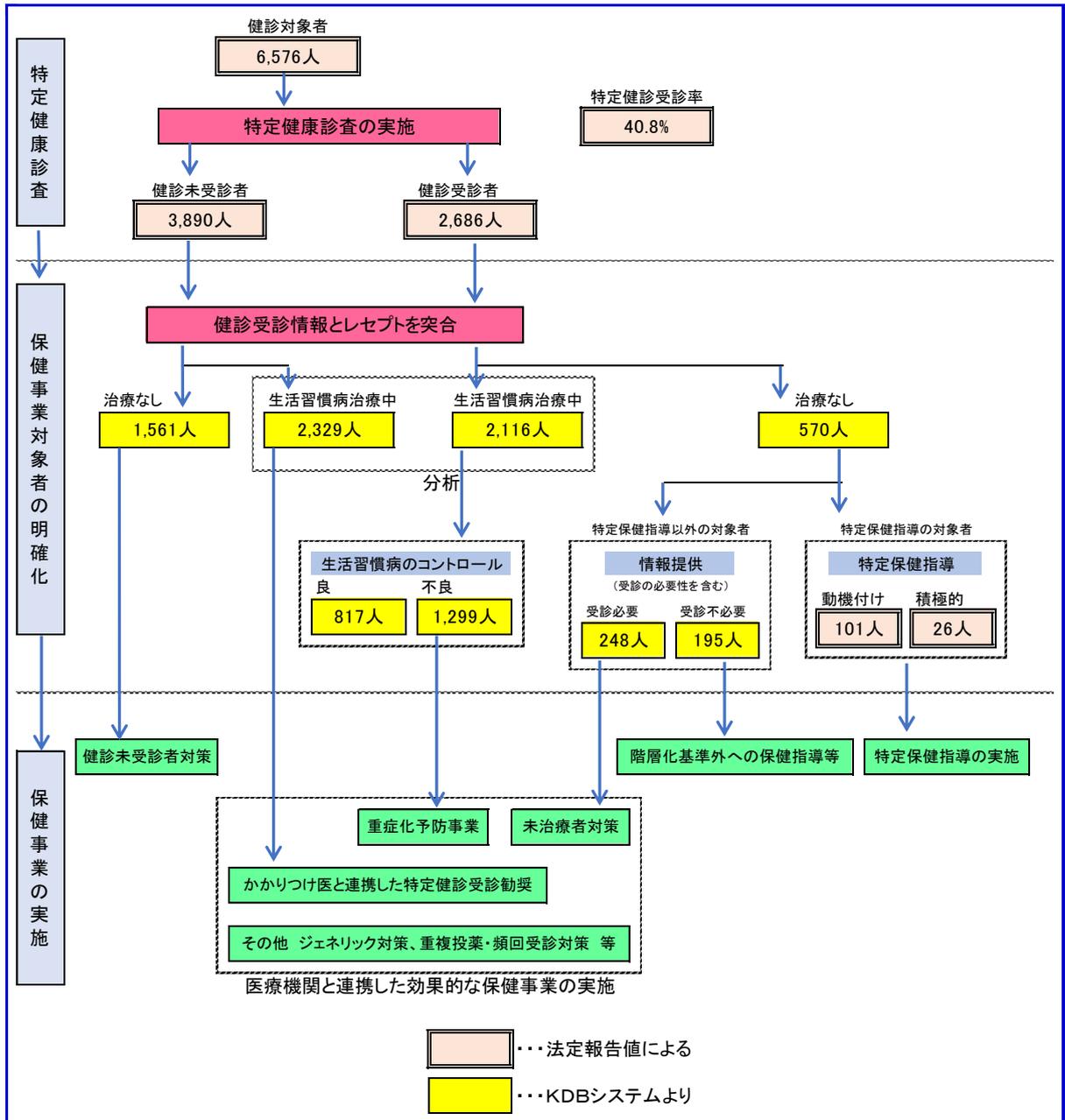
事業名	取組（細事業）	実施状況 (R4)	評価					
			ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果・成果)		
特定健康診査受診率向上対策	健診受診券の個別通知（世帯毎）	対象者全員に個別通知を実施。	個別通知やリーフレット作成のための予算は確保された。	受診者集中による受けそびれを防ぐため、早期受診の勧奨を取り入れた。	対象者への通知率100%	○	R4 40.9% (前年度+4.6%)	○
	受診勧奨（過去に受診歴のある未受診者・若年層男性の受診率向上）	R4は、通知対象者を拡大し、2回、延11,143人に通知。	R4より受診勧奨事業を強化するため、予算額を増加。	ナッジ理論を踏まえた受診勧奨を実施。	対象者への通知率100%	○		
	広報等による周知	広報掲載2回	7月と11月に広報を実施。	健診期間の後半は予約が取りにくくなるため、早期受診の必要性を周知。	掲載回数2回	○		
	人間ドック費用助成事業	負担金56人 助成金34人	予算執行率67.7%	対象者全員に個別通知を行い、制度の周知を図っている。	90件	○	特定健診受診者の2.9%に留まっている。	×
	健診結果データ取得数向上対策	2名	結果提供を反映させるための手法は整備されている。	医師会への協力依頼・被保険者への周知	受診券発送時同封チラシにて周知100%	○	結果提供をうけることはごく少数に限られている。	×
特定保健指導利用率向上対策	保健指導利用率向上事業	R4 特定保健指導終了率12.4%	特定保健指導（利用勧奨含む）の委託のための予算は確保された。	R2より特定保健指導を民間委託に切り替え、その中で勧奨事業も実施。	未利用者への利用勧奨率100%	○	R4 12.4%	×
生活習慣病重症化予防事業	申込み者への保健指導・栄養指導の実施	糖尿病重症化予防事業 7名	事業に必要な予算を確保	R4より、通常の重症化予防に加え、腎症、治療中断者への指導も開始。	抽出された対象者全数に通知を送付しているが、参加率は低い。	△	HbA1cの改善や生活の見直しに取り組まれる方が多い。	○
	その他対象者への電話による保健指導・受診勧奨	健康相談 18名 糖尿病性腎症 4名 糖尿病治療中断 13名	事業に必要な予算を確保	R4より、通常の重症化予防に加え、腎症、治療中断者への指導も開始。	事業を拡大したことに伴い、申込みの無いものへのアプローチが困難となった。	△	計17名が新たに保健指導につながった。	○
普及啓発事業	医療費通知・医療費差額通知の発送	医療費通知 10,124件 差額通知 739件	事業に必要な予算を確保	国保連合会に通知書の作成までを委託	対象者への通知発送100%	○	シェア率の80%	○
	リーフレット等の配架	リーフレット等の配架	事業に必要な予算を確保	新たにマイナ保険証に関するリーフレットを追加	リーフレットの配架、納税通知書等の郵送時を活用した周知	○		

## 第二節 健康課題の抽出

### 第一項 保健事業対象者数

令和4年度の各種保健事業の対象数は次のとおりでした。健診受診者については、階層化の結果が保健指導の対象外であっても医療機関受診を必要とする者が多い(248)ことがわかります。生活習慣病の予防や医療費適正化のためには、特定保健指導だけでなく、効果的な保健事業の実施が必要です。(図表40)

図表 44 保健指導対象者数 (R4 年度)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式(様式6-10)糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

※      の特定健診・特定保健指導に関する数値については、法定報告値に置き換え。法定報告値は健診の翌年度10月までの保健指導の結果を反映、確定するが、KDBシステムは、翌年度以降に保健指導が終了した場合でも、健診受診年度分の保健指導として追加される。よって、KDBの保健指導対象者数は今後随時加算されていく仕組みであり、表中の数値は必ずしも合計が一致しない。また、生活習慣病のコントロール不良については、受診勧奨値以上となった者を集計。

## 第二項 保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化

前項までの分析結果から読み取れる健康課題と、課題に対応する事業を導き出します。

内容	分析結果等から導き出した健康課題・現状分析	優先的な健康課題(対応が可能な課題)と対応する事業
健診データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診対象者数は減少傾向である。</li> <li>・特定健診受診率は、R3⇒R4では取り組みの強化により、4.6%上昇した。県内でも上位である。</li> <li>・健康不安の高まる高齢層の受診率が高く、若年層は対象者数も少ないが受診率が圧倒的に低い。性別では女性の受診率が高い。</li> <li>・特定保健指導終了率が低い。性別では、対象者は男性が多いが、利用者は女性の方が多い。</li> <li>・項目別では、基準値内の者が45～75%程度であり、特に収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールで基準値内の者が少ない。</li> <li>・すべての項目において、受診勧奨値を超えているが、未治療である者が存在する。</li> <li>・問診結果について、改善意欲がない・保健指導を利用しないという者が多い。</li> </ul>	<p>＜特定健康診査・特定保健指導の受診(利用)率向上対策＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率の向上。特に若年層に対する受診勧奨の強化が必要。</li> <li>・特定保健指導利用率向上。利用勧奨の強化。</li> <li>・医療機関受診者の健診受診及び保健事業利用等の促進(医師会との連携)</li> </ul> <p>⇒特定健診受診率向上事業 ⇒特定保健指導利用率向上事業 ⇒特定健康診査早期介入事業(35歳ドック・集団健診)</p>
医療費データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費については、コロナ禍の受診控えによる減少がみられてが、年々増加傾向にある。</li> <li>・60歳以上の被保険者数にかかる医療費が全体の7割超を占めている</li> <li>・疾病別にみると、腎不全が1位、糖尿病が2位で、高血圧性疾患等の生活習慣病が上位である。</li> <li>・腎不全はレセプト1件あたりの医療費が高額となっている。人工透析患者の9割が高血圧症であり、5割が糖尿病を抱えている。</li> <li>・高額レセプトの状況については、腫瘍に次いで、腎不全が多い。</li> <li>・重複投薬者が多いことから、医療費の適正化のための対策が必要。</li> </ul>	<p>＜生活習慣病重症化予防対策＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病にかかる医療費が上位を占めている。特に、腎不全(人工透析)に関係する医療費が高く、本人のQOLの向上のためにも、新規透析患者の減少させることが必要。</li> <li>・高血圧や糖尿病に関する医療費が高く、慢性腎臓病(CKD)から人工透析の導入への結び付くことから、基礎疾患となる糖尿病と高血圧症の重症化予防に取り組む必要がある。</li> <li>・特定健康診査を受診し、受診勧奨値以上のデータがあっても受診に結び付かない者がいる。未治療者・治療中断者への支援の強化。</li> <li>・介護保険利用者には生活習慣病の罹患者が多く、生活習慣病の重症化は医療費の増大だけでなく、介護給付費の増大につながる。</li> <li>・糖尿病重症化予防事業(腎機能低下なし)</li> </ul> <p>⇒生活習慣病予防相談事業 ⇒糖尿病重症化予防事業(腎機能低下なし) ⇒糖尿病性腎症重症化予防事業(腎機能低下あり) ⇒糖尿病治療中断者受診勧奨事業 ⇒健診異常値放置者受診勧奨事業</p>
介護データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定率は県・全国平均より低いが、要介護認定者は高血圧症や糖尿病等の生活習慣病を抱えている。</li> </ul>	<p>＜医療費適正化＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費の適正化を図るため、医療費通知や医療費差額通知による周知が必要。</li> </ul> <p>⇒医療費通知・医療費差額通知事業 ⇒受診行動適正化(重複服薬)保健指導事業</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関との連携。受療中の者に対しても健診受診が必要であることの周知及び治療中断者へのアプローチが必要。</li> </ul>	<p>＜普及・啓発事業＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の健康は自分で守るという視点に立ち、生活習慣の改善やフレイル予防に取り組む町民の増加、健康意識の向上が必要。</li> </ul> <p>⇒通いの場における健康相談・健康教育事業 ⇒健康相談・健康教育事業</p>



### 第三項 課題に対応する事業

前項で明確化した健康課題に対応する事業については次のとおりです。

#### ● 特定健康診査・特定保健指導受診（利用）率向上対策事業

健診の定期的な受診により、生活習慣病の早期発見・早期治療に繋がります。また、健診・保健指導ともに受診率・利用率の向上を目指す必要があります。健診については、ナッジ理論を活用した受診勧奨事業を行います。

#### 主な事業内容

- ・ 特定健康診査受診率向上事業
- ・ 特定保健指導利用率向上事業
- ・ 特定健康診査早期介入対策事業（35歳人間ドック・集団健診）
- ・ 健診結果データ取得（みなし健診）事業
- ・ 人間ドック費用助成事業

#### ● 生活習慣病重症化予防事業

生活習慣病のハイリスク者に対して保健指導・栄養指導を実施します。医療機関未受診者に対しては受療勧奨し、医療費に大きく影響することから特に糖尿病や高血圧症の重症化による腎不全（人工透析への移行）等を予防します。

#### 主な事業内容

- ⇒ 生活習慣病予防相談事業
- ⇒ 糖尿病重症化予防事業（腎機能低下なし）
- ⇒ 糖尿病性腎症重症化予防事業（腎機能低下あり）
- ⇒ 糖尿病治療中断者受診勧奨事業
- ⇒ 健診異常値放置者受診勧奨事業

## ● 医療費適正化

医療費通知・医療費差額通知の発送のほか、機会を捉え、ジェネリック医薬品の普及・啓発のため、シール付きのリーフレットを同封します。診察券やお薬手帳等に貼ることで、確実に、ジェネリック医薬品への切り替えの意思表示ができます。また、国保年金課窓口等にジェネリック医薬品等に関するリーフレットを配架し、一般にも広く周知し健康意識の高揚に繋がります。

各種普及・啓発事業により、医療機関の受診の適正化とジェネリック医薬品の普及率向上を目指し、医療費の適正化を図ります。

### 主な事業内容

- ⇒医療費通知・医療費差額通知事業
- ⇒受診行動適正化（重複服薬）保健指導事業

## ● 普及・啓発事業

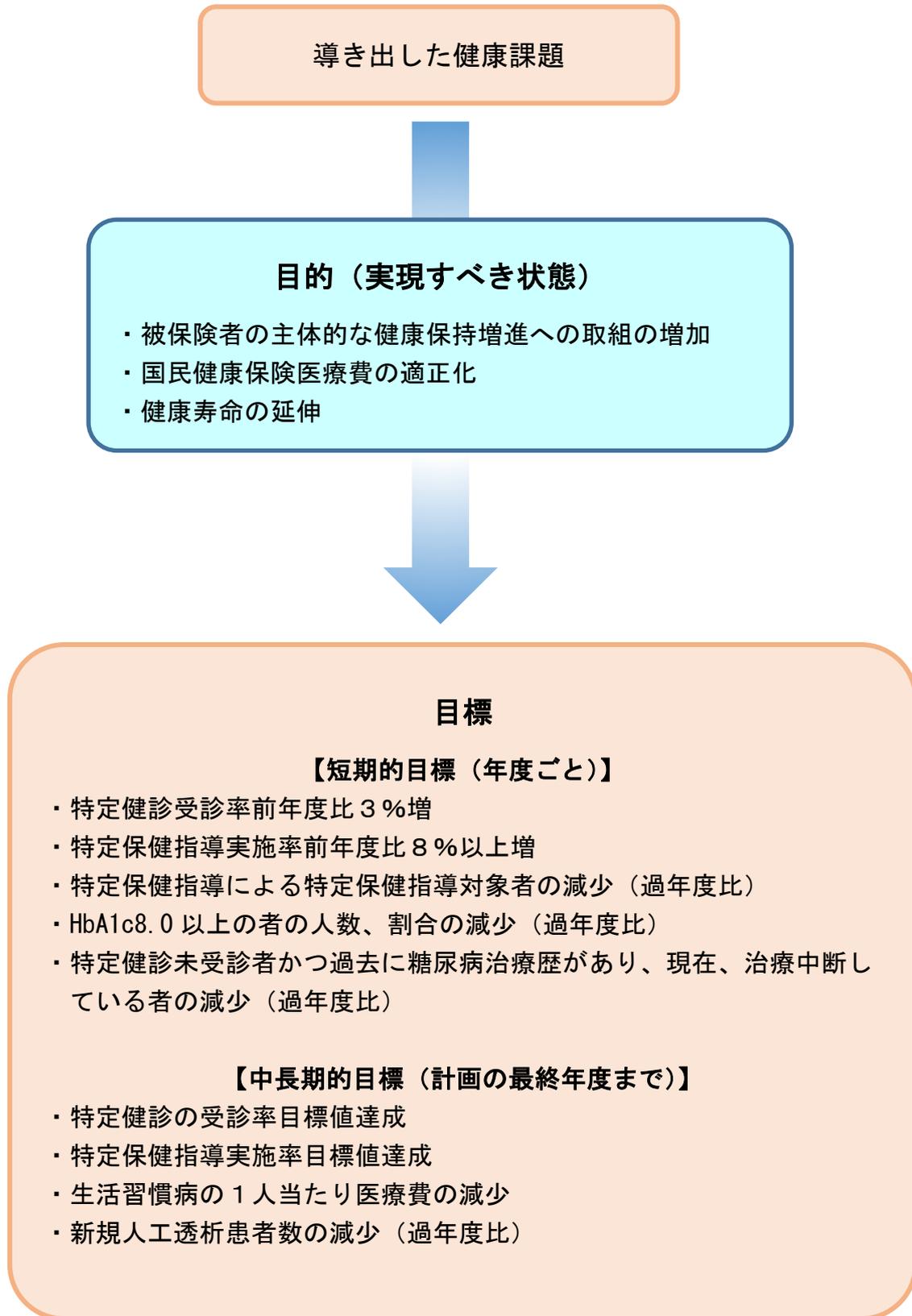
自分の健康は自分で守るという視点に立ち、生活習慣の改善やフレイル予防に取り組む町民の増加させるため、地域健康づくり事業（楽らくクラブ）等でのミニ健康講話を実施するとともに、被保険者の方が自ら相談できる場として、保健師・看護師・管理栄養士による健康相談を定例で開催します。

### 主な事業内容

- ・健康教育・健康相談事業
- ・地域健康づくり事業  
（通いの場における健康教育・健康相談事業）

### 第三節 目標

計画の策定にあたり、中期的、長期的な目標を次のとおり設定します。



## 第三章 保健事業の実施計画

### 第一節 特定健康診査・特定保健指導

#### 第一項 目的

主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としています。

生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的として、健診データをはじめ、レセプトデータや介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析し、対象となる集団全体においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及び優先すべき課題を明確化しながらPDCAサイクルを意識した保健事業を展開していきます。

#### 第二項 目標値の設定

国の特定健康診査等基本指針の目標値に基づき、各年度の目標値を次のとおり設定します。本町の総合計画等との整合性を図る観点から、特定健康診査受診率については令和10年度に60%、特定保健指導実施率については令和10年度に60%を目標とし、その後は現状維持を目指すものです。また、保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率が平成29年度実施分から公表されています。

なお、全国目標における保険者全体の第4期特定健康診査等実施計画期間（R6～R11年度）の受診率・実施率の目標については、引き続き、受診率・実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があることから、第2期の目標値である特定健診70%以上、特定保健指導45%以上を維持することとされています。

#### ● 愛川町の目標

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	20%	28%	36%	44%	52%	60%

#### ● 全国目標

	第2期 (H29年度までの 保険者全体の目標)	R4年度実績		第3期 (R5年度までの 保険者全体の目標)	第4期 (R11年度までの 保険者全体の目標)
		県平均	愛川町		
特定健康診査受診率	70%以上	12.4%	40.9%	70%以上	70%以上
特定保健指導実施率	45%以上	11.5%	12.4%	45%以上	45%以上

### 第三項 健診の対象者

#### 【対象者】

健診の実施年度中に40歳～74歳に達する国民健康保険加入者が対象となります。また、当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等移動のない者）のうち、厚生労働大臣が定める除外規定の該当者（妊産婦、海外在住、長期入院等）を除いた者が法定報告の対象者となります。

#### 【受診者推計】

算出した対象者数に目標受診率を乗じて受診者数を推計したものです。下段は国の目標値に沿って受診率を設定した場合の受診者推計です。

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診対象者数(人)	6,819	6,629	6,444	6,264	6,089	5,919
特定健診受診率目標値(%)	45%	48%	51%	54%	57%	60%
<b>特定健診受診者数(人)</b>	<b>3,069</b>	<b>3,182</b>	<b>3,286</b>	<b>3,383</b>	<b>3,471</b>	<b>3,551</b>

#### 【保健指導の実施者推計】

特定保健指導の対象者を推計し、実施率目標値により実施者数を算出したものです。

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診者数(人)	3,069	3,182	3,286	3,383	3,471	3,551
特定保健指導(対象者数)(人) ※	270	280	289	298	305	313
特定保健指導実施率目標値(%)	20%	28%	36%	44%	52%	60%
<b>特定保健指導(実施者数)(人)</b>	<b>54</b>	<b>78</b>	<b>104</b>	<b>131</b>	<b>159</b>	<b>188</b>

※ H30～R4の特定健診等法定報告より特定健診受診者における特定保健指導対象者数の平均割合から特定保健指導対象者数を算出し推計した値

目標値の達成のために、受診勧奨や  
広報を積極的に実施していきます。



## 第四項 特定健康診査の実施

### 【健診の実施場所】

個別健診であることから、受診者の利便性を考慮し、近隣の医療機関で構成された厚木医師会と委託契約を締結します。同医師会加入の医療機関のうち、町の健診の実施について同意が得られた医療機関で実施します。また、特定健康診査対象者のうち、個人的に委託医療機関以外で健康診査を受診した方や、事業主健康診査などを受診した方など、医師による健康診断を受けたことが確認でき、結果の提供があった場合は、特定健康診査を受診したものとみなします。

### 【健診の実施期間】

特定健康診査の実施期間は、5月15日から10月31日までとします。なお、委託先である厚木医師会との調整により、変更する場合があります。

また、未受診者の状況により、集団健康診査を個別健診の実施期間終了後に実施できるものとします。

### 【健診の単価及び自己負担額】

特定健康診査の委託単価は、診療報酬の改定に基づき、契約年度ごとに調整したうえで決定します。自己負担額は、愛川町特定健康診査実施要綱の規定によるものとし、令和2年度から無料としています。

### 【特定健康診査の案内方法】

特定健康診査の対象者全員に対し、「特定健康診査受診券」を世帯ごとに送付します。受診券には、特定健康診査と特定保健指導に関するリーフレットや、医療機関名簿、記録票、その他必要に応じた情報提供を記載したチラシを同封します。発送の時期は、健診開始の一週間から数日前までに配送されるように調整します。

### 【特定健康診査の周知方法】

多様な広報媒体（広報誌・ホームページ・ポスター・周知用DVD等）を活用し、特定健康診査の実施に関する周知及び受診勧奨を行います。

町で開催する各種イベントにおいても、その機会を活用し周知に努めます。

## 【健診項目】

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備軍を減少させるため、保健指導を必要とする方を的確に抽出するための健診項目とします。

特定健康診査の項目は、すべての対象者が受診する基本的な健診項目と、健診結果等に基づき医師の判断により必要に応じて実施する詳細な健診項目があります。このほか、町独自の健診項目も上乗せして実施します。

基本的な健診項目
質問票（服薬歴、喫煙歴等）
身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
理学的検査（身体診察）
血圧測定
血液検査・脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）※1
・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c）※2
・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
検尿（尿糖、尿蛋白、尿潜血）

※1 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）でもよい。

※2 やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。

詳細な健診項目
心電図検査
眼底検査
貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
血清クレアチニン検査 ※1

※1 平成30年度より詳細な健診項目として追加されたが、本町では上乗せ健診項目として平成20年度から実施しているため、今後も上乗せ項目の扱いで実施する。

上乗せ健診項目
貧血検査（白血球数）
検尿（尿潜血、尿酸）
胸部X線

## 【詳細な健診項目の実施基準】

次の一定の基準が設けられていますが、医師の判断により必要に応じて実施するものとします。

詳細な健診項目の実施基準	
心電図検査	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者または問診等において不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準または②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者 ①血圧 a 収縮期血圧 140mmHg以上 b 拡張期血圧 90mmHg以上 ②血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl以上 b HbA1c 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dl以上
貧血検査	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者
血清クレアチニン検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準または②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者 ①血圧 a 収縮期血圧 130mmHg以上 b 拡張期血圧 85mmHg以上 ②血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl以上 b HbA1c 5.6%以上 c 随時血糖 100mg/dl以上

## 【健診結果】

原則として、受診した医療機関において結果説明を受けるものとします。受診者が自分自身の健康課題を認識し、その後の生活習慣の改善への取り組みに繋げるための貴重な機会です。

健診は一度受けたら終わりではありません。  
 毎年継続して受けること、結果を確認して、  
 必要に応じて生活習慣を改善することが大切です。



## 第五項 受診率向上のための取組み

特定健康診査の受診率向上のため、次のとおり各種事業を実施します。毎年度、前年度の受診状況等を評価し、次年度に改善策を反映させます。

特定健康診査受診率向上事業		
1	目的	定期的な健康診査の受診により、生活習慣病の早期発見と早期治療及び重症化予防に繋げる
2	目標	特定健康診査の受診率の向上
3	対象者	特定健康診査の対象者(AI等を活用し、受診確率の高い者を分析)
4	事業内容	受診勧奨葉書の送付(2回)
5	実施方法	①1回目の対象者は過去3年間の連続受診者を除いた者とし、受診確率の高い者を予算の範囲内で優先的に抽出 ②1回目対象者をセグメントごとに分析し、5種類以上の葉書を作成し、対象者の属性に合わせ、ナッジ理論を活用した葉書を送付 ③2回目の対象者は、データ抽出時点での未受診者を対象とし、QRコードを活用した視覚に訴える内容を年代ごとに作成し、送付する。 ④効果を検証する。
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①4月～5月 業者選定 ②6月上旬 第1回目の葉書を送付 ③8月中旬 2回目の葉書を送付 ④1月～2月 効果検証
9	実施期間	4月から2月
10	実施場所	国保年金課 等

早期介入保健指導事業		
	目的	定期的な健康診査の受診により、生活習慣病の早期発見と早期治療及び重症化予防に繋げる
2	目標	40歳前の健康診査を実施し、若いうちからの生活習慣病予防の大切さを意識づける。
3	対象者	35歳から40歳未満の被保険者
4	事業内容	人間ドック費用助成事業(35歳) 集団健康診査
5	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>①人間ドック費用助成事業(35歳)</li> <li>・人間ドック助成事業参照</li> <li>②集団健康診査</li> <li>・特定健康診査実施期間終了後に、未受診者を対象とした集団健診において、35～40歳未満の被保険者も対象とする。</li> <li>・集団健診実施後は、「健診結果の見方について」をテーマに講演会を開催し、健診結果をその場で返却するとともに、必要な者へ保健指導を実施する。</li> <li>・講演会に来所されなかった者に対し、健診結果を個別郵送する。</li> </ul>
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> <li>①11月・12月に集団健康診査を2回程度実施。</li> <li>②12月・1月に「健診結果の見方について」講演会を開催。</li> <li>③講演会への参加の無い者に健診結果を通知。</li> </ul>
9	実施期間	11月～1月
10	実施場所	健診:健康プラザ等

特定健診結果データ取得数向上(特定健康診査受診率向上対策)		
1	目的	定期的な健康診査の受診により、生活習慣病の早期発見と早期治療及び重症化予防に繋げる
2	目標	委託医療機関以外で受診した者等のデータ(人間ドック・健康診断等)を取得し、受診率の向上に繋げる
3	対象者	40歳から74歳の被保険者
4	事業内容	健診結果データの取得のため、広報等によるPRをする。医療機関からも受診を促してもらうための協力依頼をする。
5	実施方法	①特定健診の受診券発送時に、健診結果提供依頼の記事を掲載したチラシを同封。 ②医療機関打合せ等で実施についての協力依頼
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①受診券発送時(5月ごろ) ②町保健事業(町内医療機関)打合せ(年2回開催)に出席
9	実施期間	健診開始以降随時
10	実施場所	特定健診の健診項目を含む健診の実施医療機関

## 第六項 特定保健指導の実施

### 【階層化】

健診結果を用いて、基準に沿って階層化を行います。指導の対象者は、「動機付け支援」及び「積極的支援」と判定された者となります。また、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、必要に応じて、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施します。

なお、糖尿病、高血圧または脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬中の者は、指導の対象からは除きます。また、被保険者で、職場健康診査等の結果により特定保健指導対象に該当する者についても保健指導を実施します。

その他例外的な対応等詳細な内容については、「標準的な健診・保健指導プログラム」のほか国の告示等に従い実施します。

図表 45 特定保健指導対象者の選定と特定保健指導レベルの階層化

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	動機付け支援
	1つ該当			あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当				積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			あり なし		
	1つ該当					

①血糖・・・空腹時血糖値（やむを得ない場合は食直後を除き随時血糖）

100mg/dl またはHbA1c 5.6%以上

両方を測定している場合は空腹時血糖の結果を優先

②脂質・・・中性脂肪の量が150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧・・・収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

④喫煙歴・・・質問票の回答が「あり」（①～③に該当する場合のみカウント）

### ★2年連続して積極的支援に該当した者について

1年目に比べ2年目の状態が改善（腹囲及び体重の値が一定程度減少）している者については、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当とすることが可能とされました。

### 【保健指導の実施場所】

町の公共施設（主として健康プラザ）において実施します。家庭訪問等を実施する場合があります。

### 【保健指導の実施時期】

通年とします。特定健康診査受診後、できるだけ速やかに開始します。

### 【動機付け支援】

#### ア 目的

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組を実施できるよう、保健指導を行います。

#### イ 実施者

保健師、管理栄養士

#### ウ 実施形態及び内容

面接による支援のみの原則1回とします。

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とします。

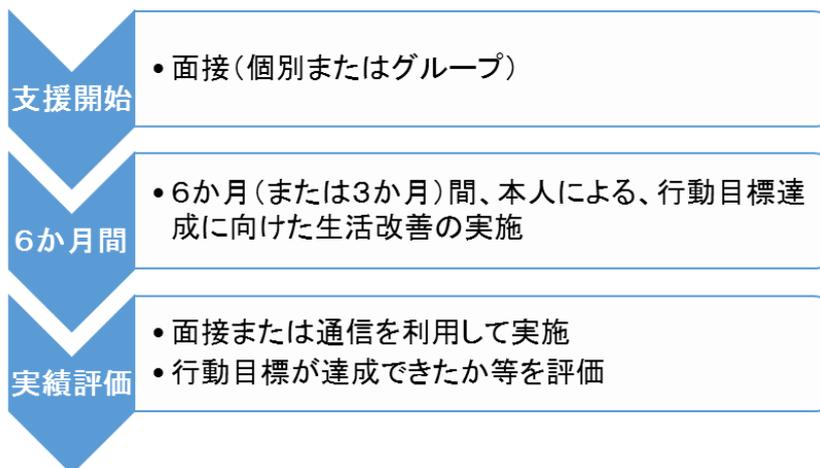
健診結果並びに、喫煙習慣、運動習慣、食事習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査（質問票等による）結果を踏まえて行います。

#### エ 実績評価

面接または通信（電話、FAX、手紙等）等を利用して実施します。なお、初回面接での行動計画作成の日から6か月経過後（または3か月経過後）に行います。

設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられたかどうかについて評価をします。

図表 46 動機付け支援の流れ



### 【積極的支援】

#### ア 目的

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的として実施します。

#### イ 実施者

保健師、管理栄養士

#### ウ 実施形態及び内容

初回時に面接による支援を行い、その後6か月以上(または3か月以上)の継続的な支援を行います。

健診結果並びに、喫煙習慣、運動習慣、食事習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査(質問票等による)結果を踏まえて実施します。

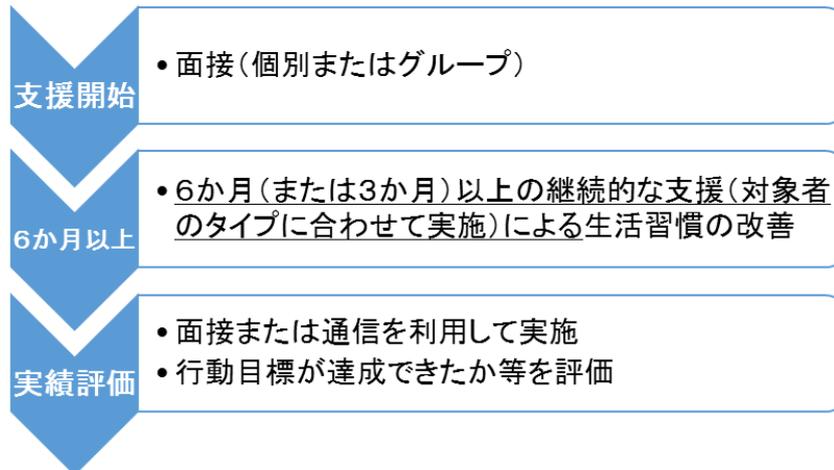
#### エ 実績評価

6か月以上(または3か月以上)の継続的な支援終了後に評価を行います。

面接あるいは通信等を利用して行います。

設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられたかどうかについて評価をします。

図表 47 積極的支援の流れ



### 【情報提供(制度上は特定健康診査に位置づけられるもの)】

特定健康診査を受診した全員に対して、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供します。特に問題とされることがない方に対しては、毎年継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらうよう伝えます。

## 第七項 特定保健指導利用率向上のための取組み

保健指導の利用率向上のため、次の取組を実施します。

特定保健指導利用率向上事業		
1	目的	健診結果より、生活習慣改善の必要がある者に対し、保健指導を実施し、対象者の行動変容を促し、生活習慣病の重症化を予防する。
2	目標	未利用者の減少と継続利用率の向上
3	対象者	40歳から74歳の被保険者のうち、健診結果により指導対象となった者
4	事業内容	利用率向上のため、対象者に対し、通知や電話による利用勧奨を行う。
5	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>①対象者に対して通知を発送 <ul style="list-style-type: none"> <li>・日時については、こちらが提示した日時で都合がつかない場合は応相談と記載し、柔軟な対応が可能であることを周知する。</li> </ul> </li> <li>②未利用者に対して電話による利用勧奨を行う <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導の必要性を説くことに加え、健康ポイントの対象となることも説明し、利用を促す。</li> <li>・土日・夜間の希望がある方には個別に日程調整を行う。また健康プラザへの来所が困難な方には、居住地に近い公民館や家庭訪問等、柔軟に対応する。</li> </ul> </li> </ul>
6	評価体制	国保年金課及び健康推進課
7	実施体制	国保年金課及び健康推進課
8	実施スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> <li>①健診終了後随時発送。初回通知のあと、申込みがなかった者に対しては再度通知する。</li> <li>②①による通知に対して反応がなかった者に対して、電話による勧奨を行う。</li> </ul>
9	実施期間	保健指導対象者抽出後随時(「第八項 年間スケジュール」参照)
10	実施場所	健康プラザ

【特定保健指導に関するその他の工夫】

・案内通知の工夫

初回面接の通知の表現を柔らかくし、文字数を少なくするなど簡素化を図り、保健指導対象者が初回面接へ気軽に臨んでもらえるよう工夫します。

・電話による勧奨

再々通知後も返答がなかった方については電話掛けをし、受けられない状況を確認します。

・保健指導の内容の工夫

その対象者の優先順位の高い2～3種の事柄をピックアップし指導するようにします。また、本人が主体的に問題に向き合い対策方法を自己決定していけるよう、一方的な「指導」にしないための工夫として、クイズ形式など楽しい雰囲気の情報提供できるような工夫をしていきます。

第八項 年間スケジュール

0	月	実施期間	備考
当該年度	4		契約準備等
	5	特定健康診査（5月15日～10月31日）	特定健診対象者の抽出
	6		周知に係る広報等
	7		
	8		特定保健指導対象者の抽出・通知の発送
	9		以後随時実施
	10		
	11		
	12		
	1	特定保健指導（対象者抽出後、随時）	
	2		
	3		
翌年度	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		法定報告（当該年度分）

## 第二節 その他の保健事業の計画

### 第一項 生活習慣病重症化予防事業

生活習慣病重症化予防相談事業		
1	目的	生活習慣病の重症化による合併症を予防するため、保健指導・栄養指導により生活習慣等の行動変容を促す。
2	目標	対象者の検査項目値の改善、生活習慣改善による行動変容者の増。
3	対象者	①特定健康診査結果において、血圧・脂質・糖・腎機能等で受診勧奨値以上の者。 ②特定健康診査において、医師から「町保健指導」と判定された者
4	事業内容	保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための指導
5	実施方法	①対象者の抽出 ②対象者宛て個別通知(検査結果を通知に記載。年齢や結果数値によって文面を変えるなど工夫をする) ③個別指導の実施 ④アンケート調査の実施(参加者に対して実施する、その後の行動変容の確認調査)
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①随時:健診結果が把握後、翌月に「町保健指導」と判定された者を抽出(随時) ②1月:特定健康診査の結果から受診勧奨値以上の者を抽出し、個別相談の案内を送付 ③1月～3月:個別相談を実施 ④効果検証
9	実施期間	7月から3月
10	実施場所	庁内相談室等

糖尿病重症化予防事業		
1	目的	生活習慣病(糖尿病)の重症化による合併症(糖尿病性腎症等)を予防するため、保健指導・栄養指導により生活習慣等の行動変容を促す。
2	目標	対象者の血糖値改善、新規人工透析移行者の減少。 事業参加者数の増。
3	対象者	①HbA1c: 6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上の者。(腎機能の低下なし) ②糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者に抽出されたが、絞り込みにより、対象外とされた者
4	事業内容	保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための指導
5	実施方法	①対象者の抽出 ②対象者宛て個別通知(検査結果を通知に記載。年齢や結果数値によって文面を変えるなど工夫をする) ③個別指導の実施 ④参加のない者に対する電話による参加勧奨及び保健指導の実施 ⑤アンケート調査の実施(参加者に対して実施する、その後の行動変容の確認調査)
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者抽出・選定 ②前年度の特定健康診査の結果より、糖尿病重症化予防事業の対象者を抽出 ③①の対象から外れた者及び②の対象者に事業の案内通知を送付 ④個別相談の実施 ⑤希望者には、3か月～6か月の継続支援を実施 ⑥効果の検証のため、アンケートの送付・回収
9	実施期間	6月から3月まで
10	実施場所	庁内相談室 等

糖尿病性腎症重症化予防事業		
1	目的	生活習慣病(糖尿病)の重症化による合併症(糖尿病性腎症等)を予防するため、保健指導・栄養指導により生活習慣等の行動変容を促す。
2	目標	対象者の血糖値改善、新規人工透析移行者の減少。 事業参加者数の増。
3	対象者	①HbA1c: 6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上の者。 かつe-GFR60未満または尿蛋白+以上の者。 ②医療レセプトの分析により、糖尿病性腎症の治療を受けていると判定された者
4	事業内容	保健師・看護師による生活習慣改善及び人工透析予防のための指導
5	実施方法	①対象者の抽出(医療レセプトの分析を含む) ②対象者宛て個別通知 ③本人からかかりつけ医に生活指導確認書の記載を依頼。 ④町へ本人から申込書、かかりつけ医より生活指導確認書を送付 ⑤保健師・看護師による6か月間の保健指導を実施 ⑥かかりつけ医には月1回保健指導の経過を報告 ⑦6か月終了後、効果検証を実施。
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①6月:糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者抽出・選定 ②7月:対象者通通知 ③8月~2月:個別指導(6か月間)相談の実施 ④3月:効果検証
9	実施期間	6月から3月
10	実施場所	庁内相談室等

糖尿病治療中断者保健指導事業		
1	目的	糖尿病の治療歴があるにも関わらず、特定健康診査が未受診で、医療への受診が無い者に対し、受診勧奨を行うことで、適正な受診行動に結び付け、糖尿病の重症化による合併症(糖尿病性腎症等)を予防する。
2	目標	受診行動の適正化 新規人工透析移行者の減少
3	対象者	糖尿病の治療歴があるにも関わらず、特定健康診査が未受診で、医療への受診が無い者(神奈川県が作成した対象者リストを活用)
4	事業内容	保健師・看護師による電話等による受診勧奨指導
5	実施方法	①県が作成した対象者リストより、本事業の対象者を選定 ②対象者宛て個別通知(検査結果を通知に記載。年齢や結果数値によって文面を変えるなど工夫をする) ③個別指導の実施 ④効果の検証
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①8月:対象者リスト收受 ②9月:医療レセプトを確認し、対象者を選定 ③10月:対象者通知 ④11月～12月:保健師等による個別指導 ⑤1～2月:効果検証
9	実施期間	6月から3月まで
10	実施場所	庁内相談室 等

健診異常値放置者受診勧奨事業		
1	目的	生活習慣病の重症化による合併症を予防するため、受診が必要な者に対し、適切な治療が受けられる受診勧奨を行い、定期的な通院に結び付ける。
2	目標	受診行動の適正化
3	対象者	特定健康診査において、糖・血圧・脂質に関する値が受診勧奨値以上の者
4	事業内容	受診勧奨通知の送付 保健師による受診勧奨や生活習慣改善のための指導
5	実施方法	①対象者の抽出(前年度特定健康診査結果及び医療レセプトを分析) ②対象者宛て個別通知(検査結果を通知に記載。年齢や結果数値によって文面を変えるなど工夫をする) ③保健師による受診勧奨・生活改善のための保健指導を実施 ④効果の検証
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①7月:対象者抽出・選定 ②8月:個別通知を発送。 ③9月～10月:保健指導催 ④1月～2月:効果検証
9	実施期間	7月から2月
10	実施場所	国保年金課 等

## 第二項 医療費適正化事業

## 医療費通知・医療費差額通知発送事業（普及啓発事業）

1	目的	健康に対する意識や国保制度に対する認識を深めていただくとともに、ジェネリック医薬品への切り替えによる医療費の適正化を図ることを目的とする。
2	目標	ジェネリック医薬品のシェア率の向上と、長期的な目標として医療費の適正化を図る。
3	対象者	国民健康保険被保険者
4	事業内容	医療機関の受診記録等を記載した医療費通知の発送。 後発医薬品に切り替えた場合の差額が一定額以上の者に対する医療費差額通知の発送。
5	実施方法	①②連合会委託事業につき、発送時期に合わせて処理を実施。納品された各種通知（ハガキ）を発送する。
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①医療費通知を年4回発送 ②医療費差額通知を年2回発送
9	実施期間	同上
10	実施場所	国保年金課

### 受診行動適正化(重複服薬)保健指導事業

1	目的	健診結果や医療レセプトの分析から抽出された重複投薬者に対し、薬を重複して飲むと、薬本来の効果がでないばかりか、薬の働きが強くなり出たり、薬同士の組み合わせが悪く副作用を起こす可能性が高くなるポリファーマシーについての保健指導を行い、適正な服薬を促す。
2	目標	適正な服薬行動を身に着ける。
3	対象者	重複服薬の処方のある者
4	事業内容	個別通知の送付 保健師・看護師による服薬指導
5	実施方法	①対象者の抽出(前年度特定健康診査結果及び医療レセプトを分析) ②対象者宛て個別通知 ③保健師・看護師による服薬指導 ④効果の検証
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①7月:対象者抽出・選定 ②8月:個別通知を発送。 ③9月～10月:保健指導催 ④1月～2月:効果検証
9	実施期間	7月から2月
10	実施場所	国保年金課 等

## 第三項 健康意識向上のための普及啓発事業

健康相談・健康教育事業		
1	目的	特定健康診査の結果について、気軽に相談できる場を確保し、生活習慣病の予防に取り組む住民が増加することで、医療費適正化及びQOLの向上に結び付ける。
2	目標	自分自身の健康について、健診結果を正しく理解し、生活習慣の改善に取り組む住民が増加する。
3	対象者	健康相談を機能する者
4	事業内容	①月1回、定例での健康相談を行う。 ②老人クラブや各種団体から、健康に関する講話の講師派遣の要望があった場合、保健師または管理栄養士による健康教育を実施する。
5	実施方法	①月1回、定例での健康相談 ②希望があった場合、随時、健康相談を実施
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①6月～11月まで、月1回、事前予約制による健康相談実施 ②希望のあった場合、随時
9	実施期間	7月から2月
10	実施場所	庁内相談室 等

地域健康づくり事業(通いの場における健康教育・健康相談)		
1	目的	地域健康づくり事業(楽らくクラブ)において、ミニ健康講話や健康相談を行うことで、フレイルや生活習慣病の重症化予防についての意識啓発を図る
2	目標	地域健康づくり事業(楽らくクラブ)の活性化及びフレイルや生活習慣病の重症化予防についての知識を持つ者の増加
3	対象者	地域健康づくり事業(楽らくクラブ)の参加者
4	事業内容	保健師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士等による健康講話や健康相談の実施
5	実施方法	①町からの応援メニュー利用希望調査の実施 ②各クラブごとの年間計画表の作成 ③健康講話・健康相談の実施 ④高齢者の質問票による効果検証
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	①前年度2月:町からの応援メニュー利用希望調査の実施 ②前年度3月:年間計画表の作成・代表者への送付 ③4月～3月:年間計画表に基づき、健康講話・健康相談を実施 ④3月:効果検証
9	実施期間	4月から3月
10	実施場所	国保年金課 等

## 健康意識向上対策(普及啓発事業)

1	目的	医療費差額通知等の対象者以外にも、ジェネリック医薬品等への切り替えを促し、国保制度等について理解を深めていただくことで、広く町民の健康意識の向上を図る。
2	目標	町民の健康意識の向上
3	対象者	被保険者を含む町民
4	事業内容	広報等への掲載やリーフレットの配布・配架等により、医薬品に係る情報を発信する。
5	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保年金課窓口や健康プラザ等に、リーフレット等を配架。</li> <li>・国民健康保険被保険者証一斉更新に合わせ、ジェネリック医薬品啓発のためのシール付きリーフレットを同封する。</li> </ul>
6	評価体制	国保年金課
7	実施体制	国保年金課
8	実施スケジュール	通年。シール付きリーフレットは国民健康保険被保険者証の更新時に同封するほか、新規加入者には随時発送。
9	実施期間	同上
10	実施場所	国保年金課及び健康プラザ

## 第四章 計画の評価・見直し

計画における事業評価については、取組内容における評価指標に基づき毎年評価し、P D C Aサイクルにより事業の見直しを行います。また計画全体の評価として、3年後（中間評価）と最終年度（最終評価）に事業全体の達成状況と目標への効果を確認します。

また、他の保険者と比較したり、自保険者の客観的な状況を把握したりするため、県が設定した6項目の県共通指標により、効果検証を行います。

第3期データヘルス計画 神奈川県共通指標	
①	特定健康診査受診率
②	特定健康診査(40歳～49歳)受診率
③	特定保健指導終了率
④	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
⑤	HbA1c8.0以上の者の人数及び割合
⑥	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数及び割合

	実績値	目 標 値					
	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
①	40.9% (29.5%)	45%	48%	51%	54%	57%	60%
②	19.9 (15.5%)	20%	25%	30%	35%	40%	45%
③	12.4% (11.5%)	20%	28%	36%	44%	52%	60%
④	33.3% (26.9%)	前年度のデータよりも増加					
⑤	1.27% (1.02%)	前年度のデータよりも減少					
⑥	1.07% (1.71%)	前年度のデータよりも減少					

※下段は神奈川県平均

事業名	取組（細事業）	目的・内容・対象者等
特定健康診査受診率向上対策	健診受診券の個別通知（世帯毎）	受診券を個別に送付することで、受診率の向上を図る。周知用のリーフレットや記録票の同封が可能であることから、啓発等にも活用する。
	特定健康診査受診率向上事業	1回目は、過去の受診歴や生活行動等をAIを活用して分析し、対象者の特徴に合わせたナッジ理論を活用した受診勧奨葉書を作成し送付する。2回目はQRコードを活用し、対象者の年代に合わせた視覚に訴える内容の受診勧奨葉書を作成し送付する。
	広報等による周知	町広報誌を通じて受診勧奨を行う。その他町イベント等での広報活動や窓口へのチラシの配架等を行う。
	人間ドック費用助成事業	国保加入の（35）・40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳を対象に人間ドックの費用助成を行う。結果の提出を必須としていることから、結果は特定健診に反映させる。
	早期介入保健指導事業	国保に加入する35歳の者を対象に人間ドックの費用助成を行う。また、35～40歳までの国保被保険者を対象に、集団による特定健康診査と同等の健康診査を実施するとともに、階層化を行い、受診者全員に対し、必要な保健指導を行う。
	健診結果データ取得数向上対策	委託医療機関外で受診した方や、実施期間外に受診した方から結果提供を受け、町の受診率に反映させる。受診券発送時や広報への掲載により周知。
特定保健指導利用率向上対策	特定保健指導保健指導利用率向上事業	未利用者の減少と継続利用率の向上のため、対象者に対し、通知のほかに電話勧奨等を実施する。
生活習慣病重症化予防対策	生活習慣病予防相談事業	特定健康診査の結果で受診勧奨値以上の者、及び、かかりつけ医より「町保健指導」と判定された者を対象に、保健師・管理栄養士による健康相談を行う。
	糖尿病重症化予防事業	空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上の者を対象に、保健師・管理栄養士による面談等を実施する。
	糖尿病性腎症重症化予防事業	空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上の者で腎機能の低下がみられる者に対し、6か月間の専門的な保健指導を行う。
	糖尿病治療中断者保健指導事業	過去に糖尿病の治療歴があるものの、特定健康診査が未受診で、医療機関の受診を行っていない者に対し、通知・電話による受診勧奨を行い、適正受診につなげる。
	健診異常値放置者受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨値以上の検査データがあるが、受診行動に結び付いていない者に対し、通知及び電話による受診勧奨を行う。
医療適正化・普及啓発	医療費通知・医療費差額通知の発送	健康に対する意識や国保制度に対する認識を深めてもらうため、医療機関の受診記録等を記載した医療費通知を発送する。また後発医薬品へ切り替えた場合の差額が300円以上になる者を対象に、医療費差額通知を発送する。
	受診行動適正化（重複服薬）保健指導事業	健診結果や医療レセプトの分析から抽出された重複投薬者に対し、ポリファーマシーについての保健指導を行い、適正な服薬を促す。
	健康相談・健康教育事業	特定健康診査の結果について、気軽に相談できる場を確保し、生活習慣病の予防に取り組む住民が増加することで、医療費適正化及びQOLの向上に結び付ける。
	地域健康づくり事業（通いの場における健康相談・健康教育事業）	地域健康づくり事業（楽らくクラブ）において、ミニ健康講話や健康相談を行うことで、フレイルや生活習慣病の重症化予防についての意識啓発を図る。
	リーフレット等の配架	国保制度や各種健診、ジェネリック医薬品についてなどのリーフレットを常時窓口配架し、広く町民の健康意識の向上を図る。





事業名	評価指標				評価手段	評価時期
	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果・成果)		
特定健康診査受診率向上対策	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	対象者への通知率 100%	受診率向上（前年度比5%）	法定報告	次年度11月
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	対象者への通知率 100%	受診率向上（前年度比5%）	通知対象者の受診状況の確認	次年度受診勧奨実施時期まで
	他課（広報主管課）との調整	計画的な掲載依頼調整	掲載回数2回以上	受診率向上（前年度比5%以上）	法定報告	次年度11月
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	助成件数	年間 100名	人間ドック助成件数	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	受診者数	年間 30名	受診者数	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	医師会への協力依頼・被保険者への周知	受診券発送時同封チランにて周知 100%	結果提供者 10名以上	データ取得件数	次年度事業開始まで
特定保健指導利用率向上対策	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	未利用者への利用勧奨率 100%	利用率向上（当該年度目標値達成）	法定報告	次年度11月
生活習慣病重症化予防事業	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	通知者に対する参加率 20%	参加者の検査データの改善と行動変容が見られた者の増	健診結果の確認・アンケート結果	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	通知者に対する参加率 20%	参加者の検査データの改善と行動変容が見られた者の増	健診結果の確認・アンケート結果	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	通知者に対する参加率 10%	参加者の検査データの改善と行動変容が見られた者の増	健診結果の確認・アンケート結果	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	通知者に対する電話勧奨率 50%	受診行動に結び付いた者の割合 50%	健診結果及び医療レセプトの確認	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	対象者の抽出	通知者に対する架電件数の割合 50%	受診行動に結び付いた者の割合 50%	健診結果及び医療レセプトの確認	次年度事業開始まで
医療適正化・普及啓発	人員確保・予算	計画的な電算処理・発送準備	対象者への通知発送 100%	シェア率の維持・拡大	連合会還元データ	次年度
	人員確保・予算	対象者の抽出	通知者に対する架電件数の割合 50%	重複服薬が改善された者の割合 50%	医療レセプトの確認	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	利用者数 30人	参加者の検査データの改善と行動変容が見られた者の増	健診結果及び医療レセプトの確認	次年度事業開始まで
	人員確保・予算	企画立案・実施・評価の流れを設定	参加者数 延500人	高齢者の質問票の結果の変化	高齢者の質問票	次年度事業開始まで
	人員確保・予算、他課・他機関との調整	内容の検討	リーフレットの配架、納税通知書等の郵送時を活用した周知			

## 第五章 個人情報取扱

### 第一節 データの保管方法

特定健康診査の記録は、国の定める電子的標準様式により保管します。このデータの保管及び管理については、神奈川県国民健康保険団体連合会へ委託します。

なお、保管の期間は原則として5年間です。

### 第二節 個人情報の取扱い

本町における個人情報の取り扱いについては、「愛川町個人情報保護条例」、「愛川町情報セキュリティポリシー」、「高齢者の医療の確保に関する法律」、「レセプト情報・特定健康診査等の提供に関するガイドライン（厚生労働省 平成25年8月現在）」その他関係法令を遵守し、適切な管理に努めます。

## 第六章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

高齢化率は年々上昇しており、それに比例して介護保険サービスを利用する被保険者も増加していくことが予想されます。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、早急に、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することが重要です。

今後、生活習慣病と介護認定率との関係性の分析をはじめ、介護主管課における会議等への参加や健診結果等の情報共有など、介護分野に積極的に関わっていくよう努めます。

このほか、関係各課との連携、医師会等の関係団体との協力により、各事業を効率的、効果的に実施していきます。

## 第七章 計画の公表・周知

第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画については、町ホームページへの掲載、情報コーナーへの配架により公表・周知します。

なお、第4期特定健康診査等実施計画に該当する部分のみを抽出して公表する場合があります。

## 参考

### ● 高齢者の医療の確保に関する法律(抜粋)

(特定健康診査等基本指針)

第18条 厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。)の適切かつ友好な実施を図るための基本的な指針(以下「特定健康診査等基本指針」という。)を定めるものとする。

(特定健康診査等実施計画)

第19条 保険者は、特定健康診査・特定保健指導基本指針に即して、6年毎に、6年を1期として、特定健康診査・特定保健指導の実施に関する計画(以下「特定健康診査・特定保健指導実施計画」という。)を定めるものとする。

2 特定健康診査・特定保健指導実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- (1) 特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法に関する事項
- (2) 特定健康診査・特定保健指導の実施及びその成果に関する具体的な目標
- (3) 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査・特定保健指導の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 保険者は、特定健康診査・特定保健指導実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

### ● 高齢者の医療の確保に関する法律施行令

(法第18条第1項に規定する法令で定める生活習慣病)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律(以下「法」という。第18条第1項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪(腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。)の蓄積に起因するものとする。

### ● KDBシステム・保健事業支援システム

正式名称は「国保データベースシステム」。国民健康保険中央会が構築したシステムで、平成26年10月から運用開始となった。特定健診・特定保健指導等に関する記録や、医療、介護等に係る情報の突合・加工等により作成した統計情報等の閲覧が可能。

システムから出力可能な帳票は、表計算や他のシステム等で加工・編集もできることから、ニーズに沿った活用が可能であり、また医科と調剤レセプトの紐付けにより、疾病統計や保健指導の対象者の絞り込みなどにも利用できる。

一部帳票の集計方法として「最大医療資源傷病名」による分析を採用しており、医療のレセプトデータから、最も医療資源(診療行為、医薬品、特定機材)を要したものを集計することで、地域において医療負担の割合の大きい疾病を明らかにし、原因を究明することができる。

なお、「最大医療資源傷病名」による集計については、初診料等の傷病名と関係のない医療行為は対象外となり、複数の傷病名に該当するような診療行為は、その診療行為に紐づくすべての傷病名にそれぞれ加算される仕組みである。

保健事業支援システムについては、KDBのデータを元に、国民健康保険団体連合会が開発した保健事業の対象者を抽出するためのツール。

### ● 法定報告(第一章第三節ほか)

高齢者の医療の確保に関する法律第142条に基づき、特定健康診査・特定保健指導の結果について報告すること。報告対象者は、法律の定める特定健康診査・特定保健指導の対象者から、年度中の資格喪失者、及び厚生労働大臣が定める除外者を除いたものとなる。また、法定報告数値とは、法定報告において使用した数値で、除外者等を除いた数値。

厚生労働大臣が定める除外者

- ・以下の項目に該当する者
- 一 妊産婦
- 二 刑事施設、労役場その他これに準ずる施設に拘禁されている者
- 三 国内に住所を有しない者
- 四 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 五 病院又は診療所に6月以上継続して入院している者
- 六 高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者

## ● 大分類・中分類（第一章第二節）

異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類である。最新の分類は、第10回目の改訂版として、1990年の第43回世界保健総会において採択されたものであり、ICD-10（1990年版）と呼ばれている。現在、我が国では、その後のWHOによるICD-10のままの改正の勧告であるICD-10（2003年度版）に準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」を作成し、統計法に基づく統計調査に使用されるほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されている。

なお、中分類の「その他」の主な疾病については次のとおり。

- その他の悪性新生物・・・胃、結腸、直腸、肺、乳房、子宮、悪性リンパ腫等を除いたもの。口腔、小腸、肛門、皮膚、腎尿路、脳など。
- その他の心疾患・・・高血圧性疾患、虚血性心疾患、大動脈瘤（乖離）等を除いたもの。慢性リウマチ性心疾患、心筋症、心不全、肺動脈弁障害など。
- その他の内分泌、栄養及び代謝障害・・・甲状腺障害、糖尿病を除いたもの。肥満・代謝障害など。
- その他の消化器系の疾患・・・う蝕、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、肝疾患（アルコール性、中毒性等）、胆石症及び胆嚢炎等を除いたもの。食道炎、胃食道逆流症、急性虫垂炎、ヘルニア、潰瘍性大腸炎、肛門部及び直腸部の膿瘍、腹膜炎など。
- その他の呼吸器系の疾患・・・急性上気道感染症、インフルエンザ、肺炎、喘息、慢性副鼻腔炎等を除いたもの。肺気腫、扁桃肥大、呼吸不全など。
- その他の眼及び付属器の疾患・・・結膜炎、白内障、屈折及び調節の障害（遠視、近視、乱視等）を除いたもの。麦粒腫、角膜炎、網膜剥離、緑内障、視覚障害（視野欠損、色覚異常等）など。

## ● 血圧・血糖・脂質について

### 血圧

- 収縮期血圧・・・心臓が収縮したときの血圧。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧が最も高くなるため、最高血圧とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さ（血管抵抗）と血液量（心拍出量）によって決まる。血液の粘度が高くなったり、血管が硬化したりすると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。140mmHg以上で高血圧と診断される。
- 拡張期血圧・・・心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さ（血管抵抗）と血液量（心拍出量）によって決まる。血液の粘度が高くなったり、血管が硬化したりすると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。90mmHg以上で高血圧と診断される。

### 血糖

- HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）・・・過去1～2ヶ月間の血糖値の平均を調べるもので、6.5%以上の場合は糖尿病が強く疑われる、受診が必要となる基準値とされる。
- 空腹時血糖・・・食事の後、一定時間を空けた空腹の状態、血液中に糖がどのくらいあるかを調べるもので、126mg/dl以上は受診が必要となる基準値とされる。

➤

## 脂質

- 中性脂肪・・・血液中に含まれる脂質で、人間の体を動かすエネルギー源となる物質だが、血液中の中性脂肪値が高すぎると「脂質異常症」という状態になり、全身の血管の動脈硬化が進む原因となる。基準値としては中性脂肪値が150mg/dl以上となると脂質異常症とされる。
- LDLコレステロール・・・コレステロールは血液中では脂質とタンパク質の集合体であるリポタンパク質の形で存在し、LDLはコレステロールを肝臓から血中や組織へ運ぶという重要な役割を担っている。しかし血管壁に沈着しやすいため、血液中に必要以上に取り込まれると蓄積されて内壁が肥厚し、動脈硬化を引き起こす原因となる。140mg/dl以上となると脂質異常症と診断される。

### ● 特定健診結果の各種リスクの状況における判定基準（第一章第三節第三項）

詳細な判定基準及び本人に対する結果通知における情報提供の文例は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編健診別添資料「健診結果とそのほか必要な情報の提供（フィードバック文例集）」に掲載。

愛川町国民健康保険  
第3期データヘルス計画  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

愛川町民生部国保年金課

〒243-0392 神奈川県愛甲郡愛川町角田 251 番地 1

電話 046-285-2111

ファクス 046-286-5021