

第3期一宮町保健事業実施事業計画（データヘルス計画）

及び第4期一宮町特定健康診査等実施計画

《令和6年度～令和11年度》



一 宮 町

# 目次

<b>第1章 計画の策定に当たって</b> .....	1
1. 計画策定の背景・目的 .....	1
2. 計画の位置づけ .....	1
3. 計画期間 .....	4
4. 計画策定の基本方針 .....	4
5. 実施体制・関係者連携 .....	4
6. 計画とSDGsの関係.....	4
<b>第2章 各論</b> .....	5
1. 一宮町の状況 .....	5
（1）人口・被保険者の状況 .....	5
（2）死亡の状況 .....	7
（3）介護の状況 .....	9
（4）医療の状況 .....	10
（5）健診の状況 .....	12
2. 第2期データヘルス計画の振り返り .....	20
（1）第2期データヘルス計画の目標評価・考察 .....	20
3. データヘルス計画の取組 .....	21
（1）第3期データヘルス計画の目指す姿 .....	21
（2）実施事業 .....	21
<b>章3章 第4期特定健康診査等実施計画</b> .....	25
1. 計画策定の趣旨 .....	25
2. 計画の期間 .....	25
3. 計画策定の背景 .....	25
4. 特定健康診査の目標値 .....	25
（1）特定健康診査の目標値 .....	25
（2）特定保健指導の目標値 .....	25
4. 具体的な実施方法等 .....	26
（1）特定健康診査の実施方法 .....	26
（2）特定保健指導の実施方法 .....	28
5. 個人情報保護 .....	29
6. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知 .....	29
7. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し .....	29
資料編 .....	30

# 第1章 計画の策定に当たって

## 1. 計画策定の背景・目的

平成25年6月14日に、日本再興戦略が閣議決定され、その中の1つのプランである「戦略市場創造プラン」に、国民の健康寿命の延伸がテーマにあげられ、「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、評価等の取組を行うことを推進することとされた。

更に、平成26年3月31日には、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※1（以下「国指針」という。）において、保険者が健康・医療情報を活用して被保険者の健康課題の分析等を行うための基盤の整備が進んでいることを踏まえ、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、保健事業の実施及び評価を行うものとした。

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・財政再生計画改革工程表2022」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定等を行うとともに、当該計画の標準化の伸展にあたり、保険者共通の指標やアウトカムベースでの適切なKPI※2の設定を推進する。」と示された。

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る。

この計画の目的は、被保険者のQOLの向上と健康寿命の延伸及び医療費の適正化を目指し、データ分析に基づく保健事業計画を策定し、それに基づく保健事業を展開し、PDCAサイクルに沿った継続的な事業を実施することである。

※1 平成16年厚生労働省告示307号

※2 Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標。

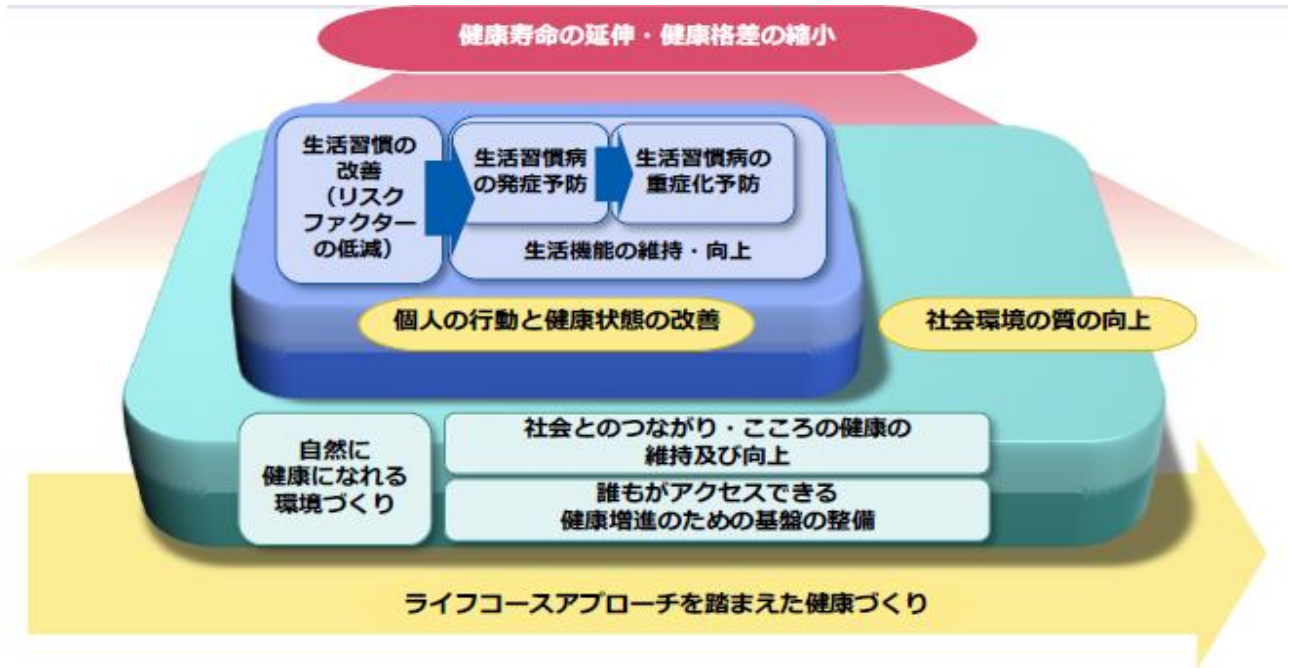
## 2. 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画である。計画の策定及び計画の事業評価にあたっては、特定健康診査の結果、レセプト、KDBシステムの健康医療情報等のデータを活用して行う。（図表1、図表2）

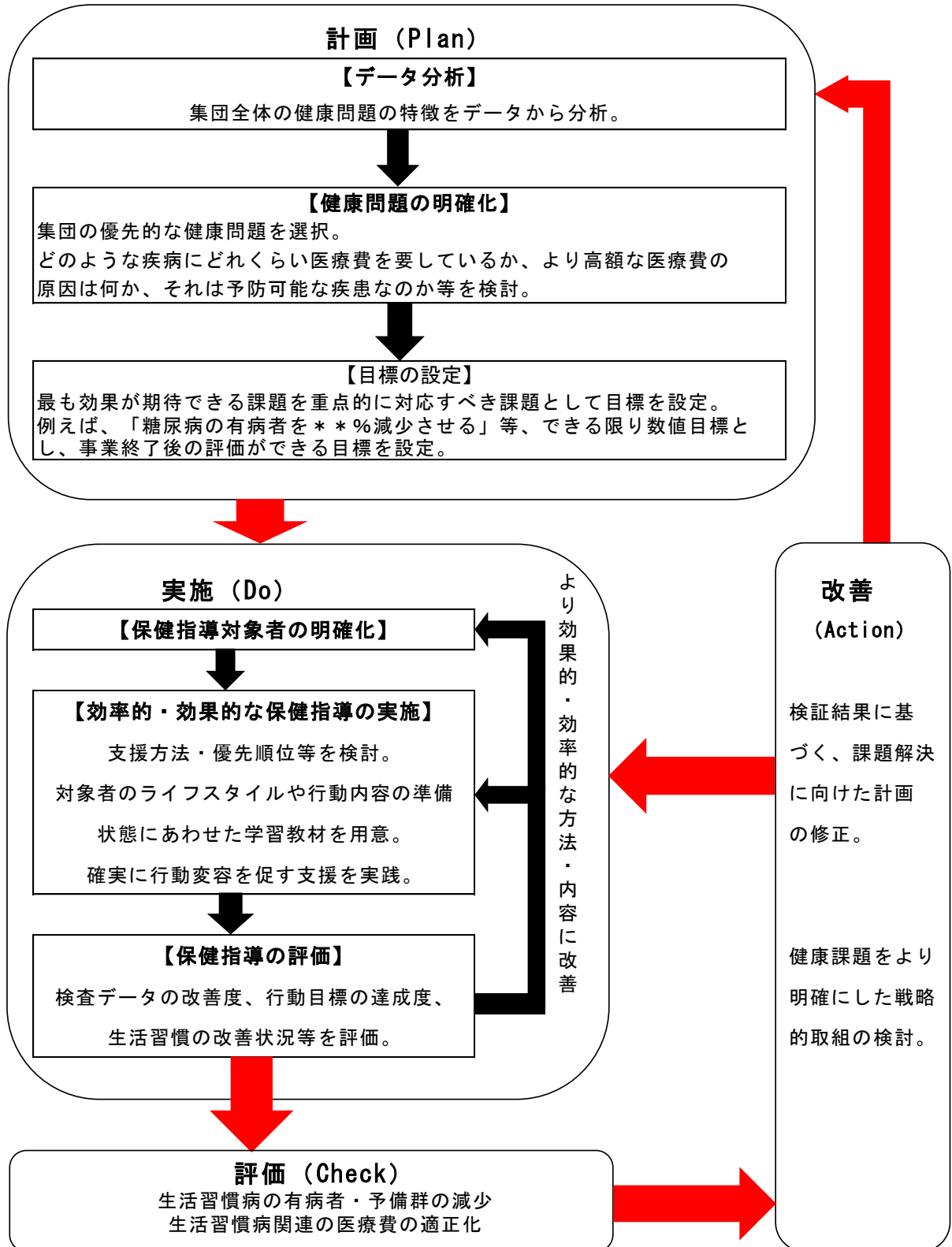
また、データヘルス計画は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第3次）」）に示された基本方針を踏まえるとともに、「健康ちば21（第3次）」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画と整合性をもって策定する。

なお、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体に策定するものとする。

【図表1】健康日本21（第3次）の概念図



【図表2】保健事業（健診・保健指導）PDC Aサイクル



### 3. 計画期間

計画期間は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の第19条第1項において、「特定健康診査等実施計画」の第三期計画期間が6年一期であることを踏まえ、「第3期データヘルス計画」令和6年度から令和11年度の6年間とする。

### 4. 計画策定の基本方針

本計画においては、以下の基本方針に基づき策定を進める。

- ①一宮町国民健康保険の特徴を踏まえ、計画を策定する。
- ②レセプトデータや特定健康診査の結果などの医療・健康情報を活用し、一宮町国民健康保険の健康課題を明確にする。
- ③PDCAサイクルに基づいた、効果的な保健事業を実施するための計画を策定する。
- ④医療・健康情報から抽出した健康課題の解決に向け、関係機関と連携した計画を策定する。

### 5. 実施体制・関係者連携

茂原市長生郡医師会、茂原市長生郡歯科医師会、千葉県国民健康保険団体連合会や千葉県などの関係機関と連携した計画を策定する。

### 6. 計画とSDGsの関係

SDGs (Sustainable Development Goals) とは、2015年9月の国連サミットで採択された持続可能な世界を実現するための世界共通の開発目標で、「誰一人取り残さない」世界を目指すために、2030年(令和12年)までに目指すべき17の大きなゴールと169の具体的なターゲットから構成されている。

本町では、「第2期一宮町まち・ひと・しごと創生総合戦略」において、国際社会全体の開発目標であるSDGsの目指す方向性と町の取組は、スケールの違いはあっても方向性は同様であるとし、総合戦略を構成する各分野における施策を実行することで、「ゴール3(健康と福祉)」、「ゴール10(不平等是正)」、「ゴール17(協同)」の目標達成に寄与するとともに、誰一人取り残さない社会の実現を目指す。

## 第2章 各論

### 1. 一宮町の状況

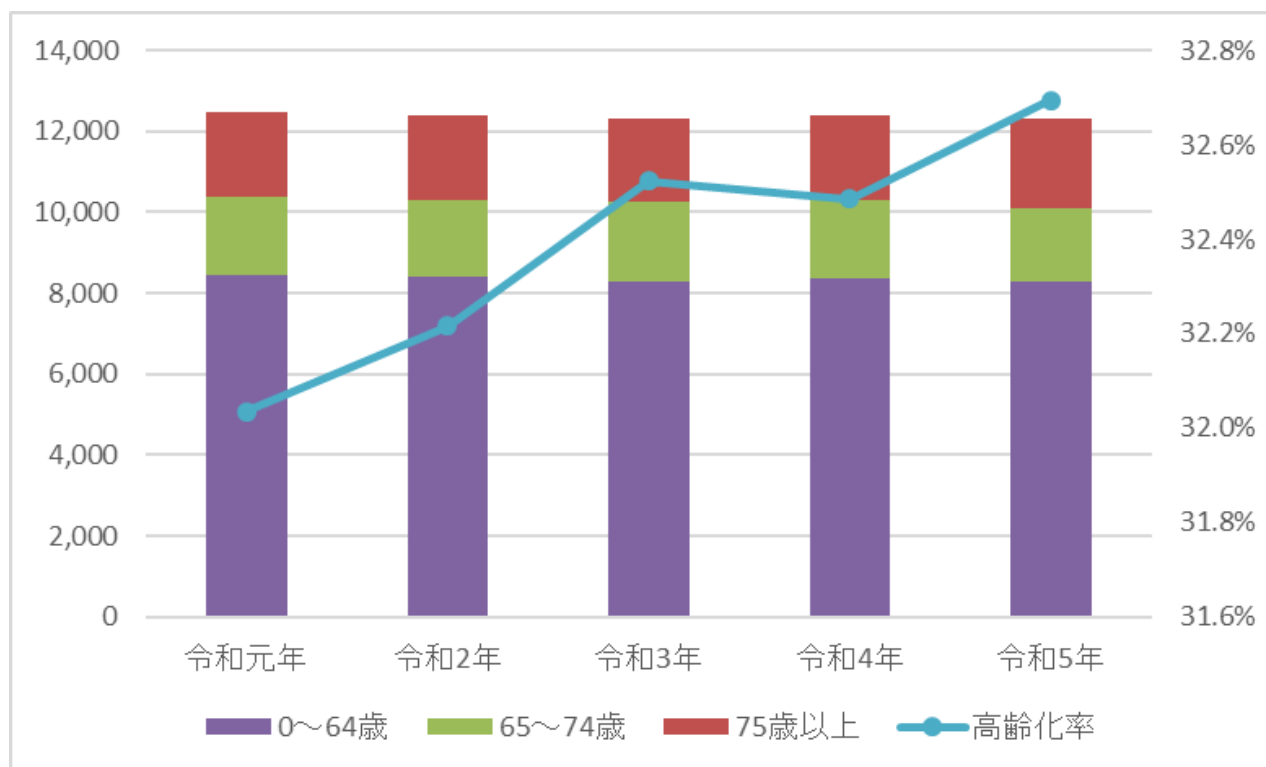
#### (1) 人口・被保険者の状況

図表3の人口構成と高齢化率では、令和5年4月1日時点の人口は1万2,302人である。一宮町の人口を過去5年間で比較すると、総人口は153人減少しているが、65歳以上の人口は32人増加しており、令和5年の高齢化率は32.69%である。

【図表3】人口構成と高齢化率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
人口	12,455	12,382	12,296	12,384	12,302
75歳以上	2,069	2,076	2,037	2,094	2,218
65～74歳	1,921	1,913	1,962	1,929	1,804
0～64歳	8,465	8,393	8,297	8,361	8,280
高齢化率	32.04	32.22	32.52	32.49	32.69

【図表4】人口と高齢化率の推移



一宮町人口統計（年度末）

【図表 5】人口及び被保険者数（令和 5 年 4 月 1 日現在）

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	12,302	100	6,093	49.5	6,209	50.5
国保被保険者数（人）	3,120	100	1,593	51.1	1,527	48.9

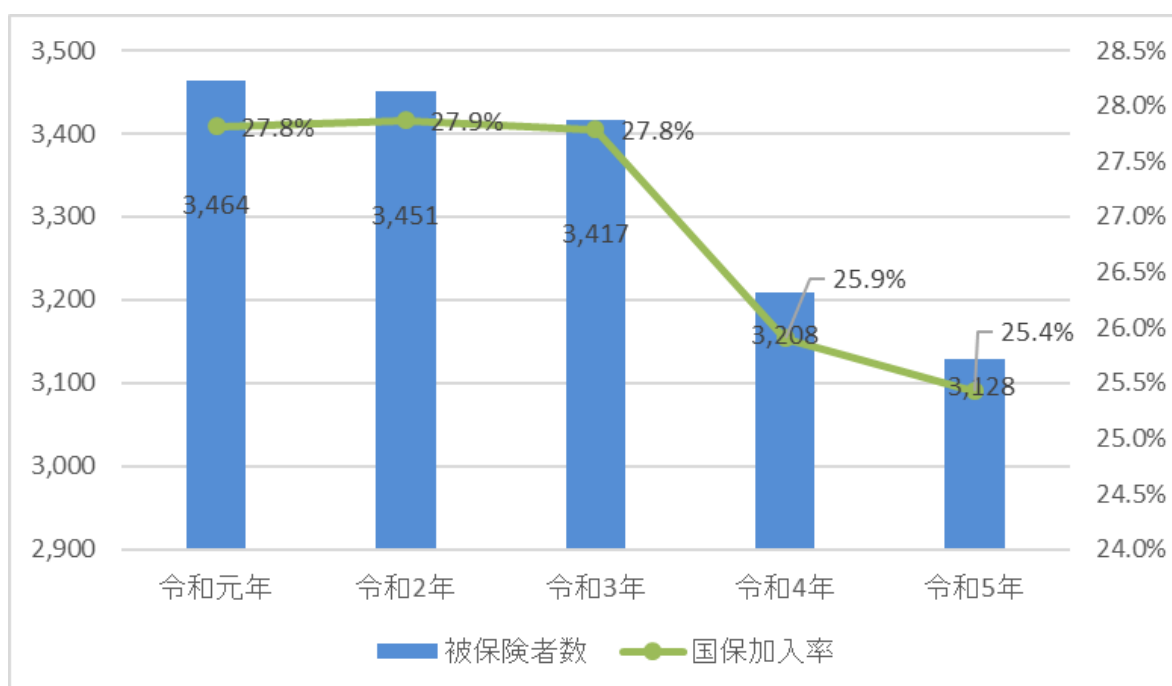
【図表 6】人口構成及び国民健康被保険者数（令和 5 年 4 月 1 日現在）

年齢区分(歳)	人口(人)		被保険者数(人)			国民健康保険 加入率(%)	
	男性	女性	男性	女性			
0～9	882	460	422	143	75	68	16.2
10～19	1,127	600	527	166	97	69	14.7
20～29	840	467	373	147	86	61	17.5
30～39	1,101	568	533	210	122	88	19.1
40～49	1,902	960	942	409	207	202	21.5
50～59	1,694	902	792	438	246	192	25.9
60～64	734	356	378	300	126	174	40.9
65～69	797	393	404	511	244	267	64.1
70～74	1,007	484	523	804	393	411	79.8
75～79	846	403	443	0	-	-	-
80～89	1,080	430	650	0	-	-	-
90～99	287	70	217	0	-	-	-
100～	5	0	5	0	-	-	-
合計	12,302	6,093	6,209	3,128	1,596	1,532	25.4

国民健康保険の加入状況を過去 5 年間で比較すると、加入者数は 272 人減少し、令和 5 年の国保加入率は、25.9%である。

【図表 7】国保加入者の推移

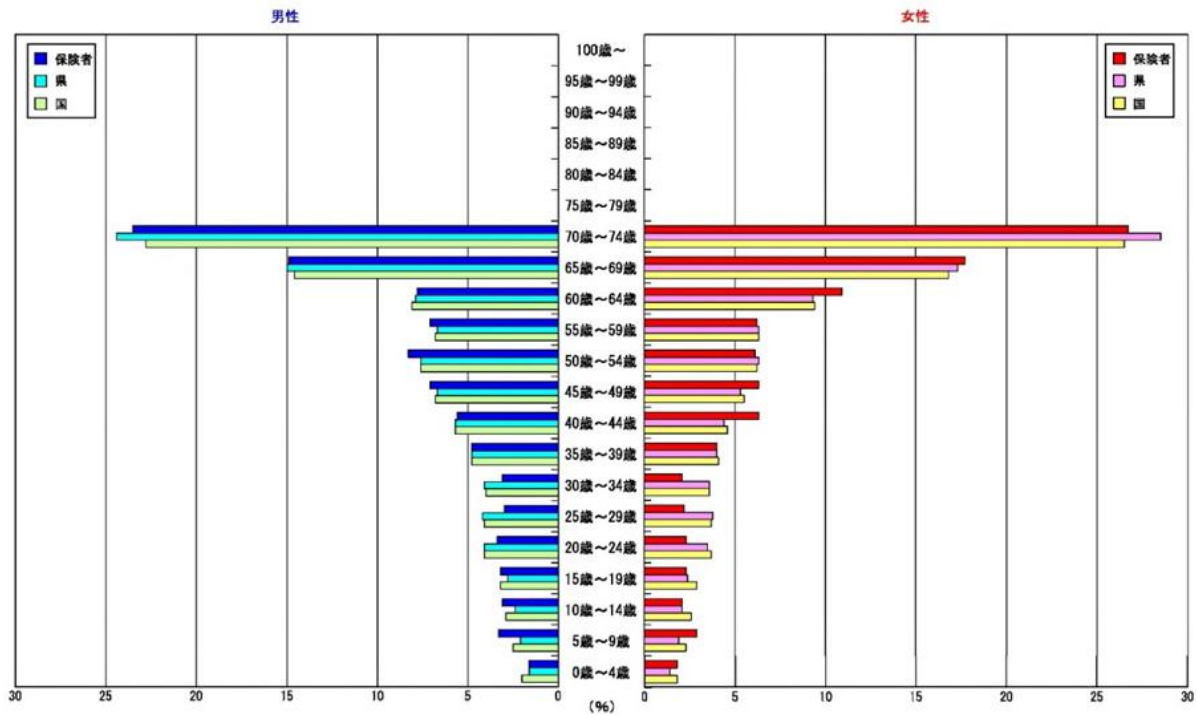
国保事業年報





年齢層別・性別の被保険者数を比較すると、男女ともに70歳から74歳までの階層の被保険者が最も多く、65歳以上の前期高齢者で16.1%を占めている。(図表8) 今後とも暫くは高齢化の進展は止まらないものと推測されるため、高齢化に伴う医療費の増大を考慮し、予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要がある。

【図表8】男女・年齢階層別被保険者数構成割合ピラミッド



## (2) 死亡の状況

一宮町の平均寿命<sup>※1</sup>は、男性 80.9 歳で県、国とほとんど変わらないが、女性は 86.2 歳と国より 0.8 歳短くなっている。健康寿命<sup>※2</sup>については、男性 79.1 歳、女性 83.8 歳と県、国より男性は 1.0 歳短くなっている。平均寿命と健康寿命との差は、男性は 1.8 歳、女性は 2.4 歳である。(図表 9) 差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費の多くを消費する期間が増大することになる。

※1 その年に生まれた者が、その後何年生きられるかという期間

※2 健康上の理由で、日常生活が制限されない期間

【図表 9】平均寿命と健康寿命（令和 4 年度累計）

項目		一宮町	県	国
平均寿命	男性	80.9	81.0	80.8
	女性	86.2	86.9	87.0
健康寿命	男性	79.1	80.2	80.1
	女性	83.8	84.4	84.4

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

令和 2 年度から令和 4 年度における、主たる死因の状況を年度別に示す。がん、心臓病、脳疾患が高い割合となっている。特に、心臓病は令和 2 年度及び令和 3 年度を国、県と比較すると約 12%以上、令和 4 年度では約 5%高くなっている。

【図表 10】年度別主たる死因の状況

疾病項目	一宮町			県			国		
	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
がん	45.3	37.3	46.7	50.5	50.5	50.9	49.8	50.2	50.6
心臓病	<b>40.0</b>	<b>41.2</b>	<b>32.7</b>	27.8	28.3	27.8	27.8	27.7	27.5
脳疾患	10.5	14.7	15.0	13.7	13.2	13.1	14.4	14.2	13.8
糖尿病	1.1	1.0	1.9	2.1	2.0	2.1	1.9	1.8	1.9
腎不全	2.1	2.9	1.9	2.8	3.0	3.1	3.5	3.5	3.6
自殺	1.1	2.9	1.9	3.1	2.8	3.0	2.7	2.6	2.7

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

### (3) 介護の状況

一宮町の介護保険の認定率は、1号被保険者は14.6%である。高齢化が進んでいる割にはさほど高くなく、県、同規模保険者平均、国より低い状況である。40歳から64歳の2号被保険者は0.3%と県、同規模保険者平均、国より低い状況である。介護給付費については、県、国よりも高くなっており、県平均の約1.2倍となっている。また、要介護認定を受けた者の医療費は、県、同規模保険者平均、国より低い状況である。

【図表 11】 介護認定の状況 (令和4年度累計)

	一宮町	県	同規模	国
1号介護認定者数 (認定率)	14.6%	17.9%	18.6%	19.4%
新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
2号認定者数 (認定率)	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%
1件当たり介護給付費 (円)	<b>67,001円</b>	57,498円	72,528円	59,662円
要介護認定者医療費	8,054円	8,770円	8,988円	8,610円

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

要介護認定者の有病状況は、糖尿病、高血圧症、心臓病、脳疾患、筋・骨格が県、国の平均より高く、特に脳疾患では、県の約1.1倍となっている。

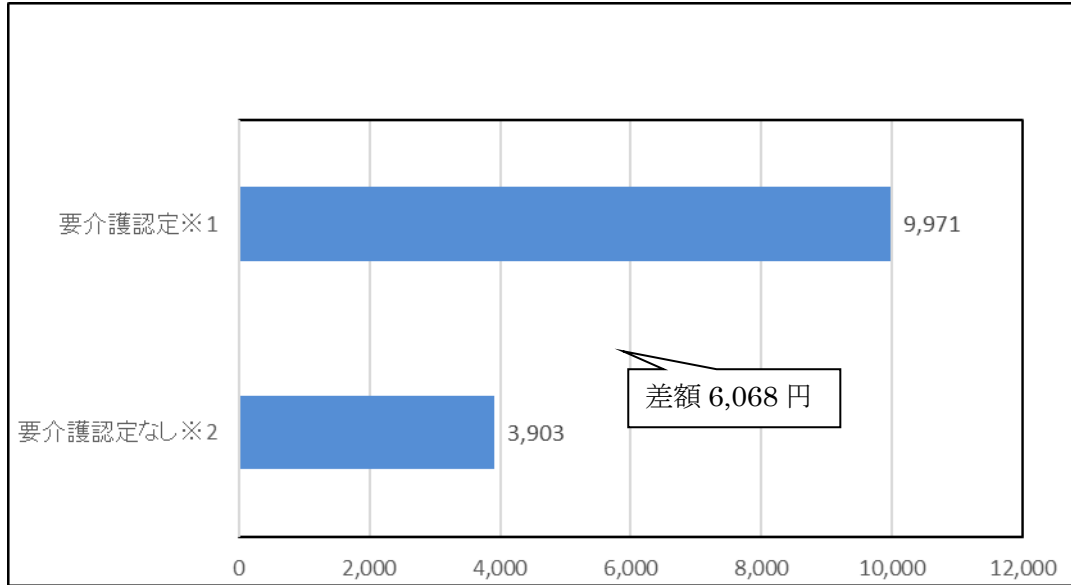
また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より6,068円も高くなっている。(図表13) 介護予防と連携して生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧、高血糖、脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある。

【図表 12】 要介護認定者の有病率 (令和4年度累計)

	一宮町	県	同規模	国
糖尿病	<b>24.7%</b>	23.7%	22.9%	24.3%
高血圧症	<b>54.4%</b>	50.9%	54.1%	53.3%
脂質異常症	29.9%	30.6%	30.2%	32.6%
心臓病	<b>62.3%</b>	57.5%	60.7%	60.3%
脳疾患	<b>24.4%</b>	21.3%	23.5%	22.6%
筋・骨格	<b>54.1%</b>	50.4%	53.1%	53.4%

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

【図表 13】 介護を受けている人と受けてない人の月平均の医療費の比較



※1 介護受給者の医科レセプト総費用額÷介護受給者の医科のレセプト数

※2 介護受給者以外の医科レセプト総費用額÷介護受給者以外の医科のレセプト数

#### (4) 医療の状況

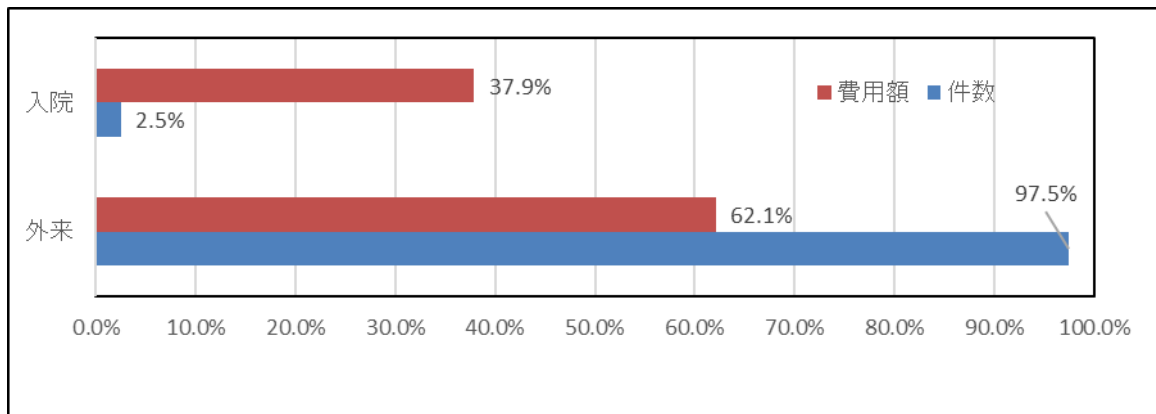
##### ① 1人当たり医療費

一宮町の令和4年度の1人当たり医療費は、25,422円で国、県平均より少なく、県下51位となっている。(図表14) 外来と入院の費用を比較すると、入院はわずか2.5%の件数で、費用額全体の37.9%を占めている。(図表15)

【図表 14】 被保険者一人あたりの医療費

	一宮町	県	同規模	国
1人当たり医療費	25,422円	26,657円	30,653円	27,570円

【図表 15】 全費用額または全件数に占める割合



KDB 帳票「地域の全体像の把握」

## ②高額になる疾患

医療費が高額になっている疾患では、患者千人当たりの30万円以上のレセプト患者数をみると、糖尿病、高血圧症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、人工透析の患者数が国と比較して高い。

【図表 16】患者 1000 人当たり 30 万円以上レセプト患者数（令和 4 年度累計）

	一宮町	県	同規模	国
糖尿病	<u>11.413 人</u>	11.846 人	12.722 人	11.114 人
高血圧症	<u>16.485 人</u>	17.356 人	18.682 人	16.136 人
脂質異常症	9.669 人	9.970 人	11.078 人	9.682 人
高尿酸血症	3.276 人	5.159 人	5.662 人	4.665 人
脂肪肝	0.317 人	0.522 人	0.684 人	0.557 人
動脈硬化症	1.215 人	3.204 人	2.810 人	2.733 人
脳出血	<u>2.642 人</u>	1.173 人	1.298 人	1.119 人
脳梗塞	<u>3.593 人</u>	3.685 人	3.676 人	3.315 人
狭心症	<u>4.755 人</u>	4.874 人	4.401 人	4.132 人
心筋梗塞	<u>0.423 人</u>	0.472 人	0.423 人	0.401 人
人工透析	<u>7.397 人</u>	7.951 人	6.928 人	6.423 人
がん	9.405 人	12.754 人	13.210 人	12.227 人

KDB 帳票「医療費分析(1)最小分類」

## ③医療費総額に対する主要疾病の割合

医療費の割合は、県、国と比較して精神、慢性腎不全、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の割合が高い。精神、慢性腎不全については国の約 1.23 倍となっている。特に、脂質異常症については医療費の割合が突出している。

【図表 17】医療費の割合（％）

	一宮町	県	同規模	国
がん	27.0%	31.8%	32.0%	32.2%
精神	<u>18.1%</u>	13.9%	15.1%	14.7%
高血圧症	<u>6.8%</u>	5.5%	6.6%	5.9%
慢性腎不全	<u>10.1%</u>	9.5%	7.8%	8.2%
筋・骨格	13.0%	16.6%	16.1%	16.7%
糖尿病	<u>11.0%</u>	10.8%	11.2%	10.4%
脂質異常症	<u>5.0%</u>	3.8%	3.8%	4.1%

KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

## (5) 健診の状況

一宮町の特定健診受診率は令和4年度実績43.3%で、県内では16位となっている。特定保健指導実施率は20.0%で県、国平均よりも低くなっている。しかも、第4期特定健診等実施計画の最終目標60%に比べると未だ大きな乖離があり、一層の受診率向上のための努力は必要である。

令和4年度の性別・年齢別で見ると男性は45歳から49歳、女性では50歳から54歳が低くなっている。

【図表 18】 特定健診・特定保健指導実施率（令和4年度累計）

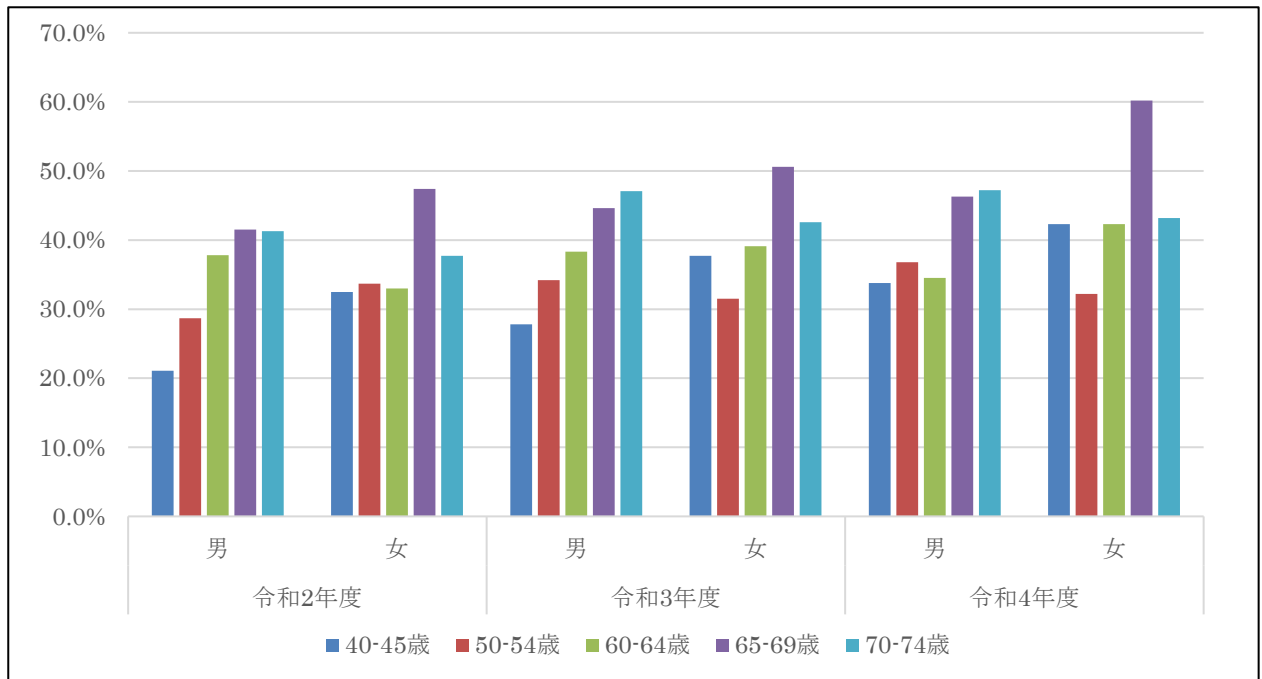
	一宮町	県	同規模	国
特定健診受診率	<b>43.3%</b>	38.1%	45.1%	37.6%
特定保健指導実施率	<b>20.0%</b>	21.4%	44.8%	24.6%

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

【図表 19】 特定健診・特定保健指導実施率の推移

実施率	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診	44.5%	44.3%	45.4%	37.2%	41.0%	43.3%
特定保健指導	31.4%	27.9%	23.7%	13.2%	9.4%	20.0%

【図表 20】 特定健診年齢別受診率



KDB 帳票「健診の状況」

## ①特定健診の結果

糖尿病など生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、高血圧・高血糖・脂質異常・肥満のうち、3個以上合併した場合の危険率は正常の者の30倍以上にも達するとされている。

また、内臓脂肪の蓄積は、高血圧・高血糖・脂質異常の悪化を促し、心疾患や脳血管疾患につながるといわれている。

一宮町においては、メタボリックシンドローム該当者の割合が県、国と比べて高く、男性のメタボ該当者の割合が35.1%と女性より高くなっており、そのうち、メタボ該当者では「高血圧＋脂質異常症」が多く、メタボ予備群では高血圧症が最も多くなっている。

非肥満高血糖の割合については、18.7%であり、県、国に比較すると目立って高くなっており、国の約2.08倍となっている。糖尿病患者数が単に多いだけでなく、高血糖の誘因となる栄養摂取状況などに問題があるのではないかと推測される。

【図表 21】 メタボ該当・予備群、非肥満高血糖（％）

項目		一宮町	県	同規模	国
メタボリックシンドローム	該当者率	20.9%	20.2%	21.4%	20.3%
	男	35.1%	32.9%	32.1%	32.0%
	女	8.4%	11.0%	12.1%	11.0%
	予備群率	8.8%	11.3%	11.2%	11.2%
	男	13.9%	18.3%	17.0%	17.9%
	女	4.4%	6.2%	6.2%	5.9%
	非肥満高血糖	<b>18.7%</b>	9.2%	11.0%	9.0%

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

【図表 22】 メタボ該当者・予備群の状況

男性				40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数(40~74歳)				1,134		178		229		339		388	
健診受診者数(受診率)				462	40.7	51	28.7	84	36.7	144	42.5	183	47.2
腹囲85cm以上				242	52.4	17	33.3	43	51.2	82	56.9	100	54.6
腹囲のみ該当者				16	3.5	1	2.0	4	4.8	5	3.5	6	3.3
予備群 (腹囲+ 1項目)	高血糖	高血圧症	脂質異常症										
	●			5	1.1	0	0.0	3	3.6	2	1.4	0	0.0
		●		44	9.5	2	3.9	9	10.7	14	9.7	19	10.4
			●	15	3.2	4	7.8	4	4.8	6	4.2	1	0.5
計				64	13.9	6	11.8	16	19.0	22	15.3	20	10.9
該当者 (腹囲+ 2項目 or3項目)	●	●		26	5.6	1	2.0	3	3.6	9	6.3	13	7.1
	●		●	14	3.0	1	2.0	1	1.2	7	4.9	5	2.7
		●	●	68	14.7	6	11.8	10	11.9	21	14.6	31	16.9
	●	●	●	54	11.7	2	3.9	9	10.7	18	12.5	25	13.7
計				162	35.1	10	19.6	23	27.4	55	38.2	74	40.4
女性				40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数(40~74歳)				1,140		159		178		412		391	
健診受診者数(受診率)				523	45.9	61	38.4	74	41.6	219	53.2	169	43.2
腹囲85cm以上				69	13.2	9	14.8	8	10.8	31	14.2	21	12.4
腹囲のみ該当者				2	0.4	0	0.0	1	1.4	1	0.5	0	0.0
予備群 (腹囲+ 1項目)	高血糖	高血圧症	脂質異常症										
	●			5	1.0	3	4.9	0	0.0	2	0.9	0	0.0
		●		13	2.5	1	1.6	2	2.7	7	3.2	3	1.8
			●	5	1.0	1	1.6	1	1.4	2	0.9	1	0.6
計				23	4.4	5	8.2	3	4.1	11	5.0	4	2.4
該当者 (腹囲+ 2項目 or3項目)	●	●		13	2.5	1	1.6	0	0.0	7	3.2	5	3.0
	●		●	4	0.8	1	1.6	0	0.0	3	1.4	0	0.0
		●	●	6	1.1	1	1.6	0	0.0	2	0.9	3	1.8
	●	●	●	21	4.0	1	1.6	4	5.4	7	3.2	9	5.3
計				44	8.4	4	6.6	4	5.4	19	8.7	17	10.1

KDB 帳票「厚生労働省様式 5-3」



主要健診項目のうち有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、男性・女性ともに BMI、HbA1c、収縮期血圧、クレアチニンの項目で国、県より高くなっている。男性では、さらに中性脂肪 LDL コレステロールが高くなっている。特に中性脂肪は県の約 1.28 倍も高くなっている。65 から 74 歳では、クレアチニンが高く、県の約 1.33 倍も高い状況である。また、女性では、さらに HDL コレステロール、尿酸、拡張期血圧が国、県より高くなっており、特に 65 から 74 歳は、尿酸値が県の 2 倍になっている。

【図表 23】 健診データのうち健診有所見者の男女別の状況

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国	34.2		55.3		28.1		21.4		7.1		31.4		57.8		12.4		50.2		26.4		45.6		2.5	
県	47,321	34.8	77,221	56.7	38,115	28.0	28,025	20.6	9,248	6.8	37,882	27.8	81,655	60.0	12,980	9.5	68,168	50.1	33,765	24.8	62,940	46.2	3,325	2.4
一宮町	180	<b>39.0</b>	242	52.4	166	<b>35.9</b>	82	17.7	28	6.1	21	4.5	350	<b>75.8</b>	15	3.2	267	<b>57.8</b>	119	25.8	225	<b>48.7</b>	17	<b>3.7</b>
合計	64	13.9	80	17.3	73	15.8	44	9.5	15	3.2	7	1.5	113	24.5	3	0.6	77	16.7	55	11.9	98	21.2	2	0.4
40-64	116	25.1	162	35.1	93	20.1	38	8.2	13	2.8	14	3.0	237	51.3	12	2.6	190	41.1	64	13.9	127	27.5	15	<b>3.2</b>
65-74																								

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国	21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		19.6		56.5		1.8		45.3		16.9		54.1		0.3	
県	40,345	21.5	35,958	19.1	28,635	15.2	17,012	9.0	2,111	1.1	33,189	17.7	108,880	57.9	2,495	1.3	86,090	45.8	31,409	16.7	104,025	55.3	444	0.2
一宮町	115	<b>22.0</b>	69	13.2	72	13.8	42	8.0	7	<b>1.3</b>	13	2.5	423	<b>80.9</b>	15	<b>2.9</b>	268	<b>51.2</b>	97	<b>18.5</b>	264	50.5	4	<b>0.8</b>
合計	51	11.0	28	6.1	28	6.1	14	3.0	4	0.9	4	0.9	142	30.7	3	0.6	73	15.8	33	7.1	99	21.4	1	0.2
40-64	64	13.9	41	8.9	44	9.5	28	6.1	3	0.6	9	1.9	281	<b>60.8</b>	12	<b>2.6</b>	195	42.2	64	13.9	165	35.7	3	<b>0.6</b>
65-74																								

KDB 帳票「厚生労働省様式 5-2」

## ②生活習慣（問診調査）の分析

質問票から見えた一宮町の特徴は、喫煙、運動習慣、飲酒、睡眠については顕著な差は見えないが、歩行速度、就寝前夕食については県や国より多く、飲酒量については、県や国よりかなり多い。（2合以上の飲酒は県の1.90倍）（図表24）

当町において、高血糖、糖尿病患者・予備群が相対的に多いことと飲酒量の関係がありそうである。飲酒に伴い、過食が誘発され、超過エネルギー、糖質の摂り過ぎが推測される。

【図表24】 質問票調査結果（令和4年度累計）

	一宮町	県	同規模	国
喫煙	13.1%	12.1%	13.8%	13.8%
運動習慣なし※1	44.4%	44.7%	48.8%	48.0%
歩行速度遅い	<b>54.7%</b>	47.0%	54.9%	50.8%
就寝前夕食※2	<b>17.1%</b>	15.6%	15.5%	15.8%
飲酒（毎日）	24.7%	23.5%	25.8%	25.5%
飲酒量（2合以上）	<b>19.2%</b>	10.1%	13.2%	12.2%
睡眠不足	23.8%	23.9%	24.5%	25.6%

※1：1日1時間以上の運動

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

※2：週3回以上

## ③受診勧奨者の医療機関受診状況

健診後、最も重要なことは医療機関での再検査、或いは要医療と判定された方が直ちに受診することであるが、当町は受診勧奨者の非受診率、要医療の未治療者率が県や国に比べると高くなっている。

【図表25】 受診勧奨者の医療機関非受診及び未治療者

	一宮町	県	同規模	国
受診勧奨者率	55.8%	56.9%	58.4%	57.0%
受診勧奨者の医療機関受診率	<b>49.3%</b>	52.5%	52.4%	52.0%
受診勧奨者の医療機関非受診率※1	<b>6.5%</b>	4.4%	6.0%	5.0%
未治療者率※2	<b>7.8%</b>	5.6%	7.4%	6.1%

※1 レセプトが存在しない受診勧奨者

※2 健診受診日を起点に6ヶ月レセプトが存在しない受診勧奨者

#### ④新規人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移をみると、令和4年度の特定疾病療養受給証交付数は12人で、毎年新規対象者が発症していますが、65歳以上の患者は後期高齢者医療保険へ移行しているため、令和元年度と患者数は同数になっています。

【図表 26】人工透析患者数

人工透析患者数	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定疾病療養受給証交付数	12	14	14	12
新規男性	0	1	1	1
新規女性	0	1	1	1
新規合計	0	2	2	2

特定疾病療養受給証台帳

⑤特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみる。

令和4年度において、血糖値ではHbA1c6.5%以上の人は、102人で特定健診受診者の10.4%を占めており、令和元年度と比較すると割合は増加している。

血圧では、I度高血圧以上の人は、263人で特定健診受診者の26.7%を占めており、令和元年度と比較すると割合は増加している。

脂質ではLDL-C140mg/dl以上の人は、242人で特定健診受診者の24.6%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少している。

【図表 27】 特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		1000	-	923	-	992	-	985	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	53	5.3%	41	4.4%	36	3.6%	50	5.1%
	7.0%以上8.0%未満	25	2.5%	31	3.4%	38	3.8%	37	3.8%
	8.0%以上	20	2.0%	15	1.6%	14	1.4%	15	1.5%
	合計	98	9.8%	87	9.4%	88	8.9%	102	10.4%
血圧	I度高血圧	182	18.2%	198	21.5%	204	20.6%	203	20.6%
	II度高血圧	38	3.8%	49	5.3%	41	4.1%	51	5.2%
	III度高血圧	9	0.9%	11	1.2%	11	1.1%	9	0.9%
	合計	229	22.9%	258	28.0%	256	25.8%	263	26.7%
脂質 (LDL-c)	140-160mg/dl 未満	158	15.8%	131	14.2%	136	13.7%	136	13.8
	160-180mg/dl 未満	82	8.2%	65	7.0%	58	5.8%	67	6.8
	180mg/dl 以上	48	4.8%	23	2.5%	25	2.5%	39	4.0
	合計	288	28.8%	219	23.7%	219	22.1%	242	24.6

※血圧の定義

KDB 帳票「健診の状況」

I度高血圧とは、収縮期血圧 140-159mmHg かつ/または拡張期血圧 90-99mmHg

II度高血圧とは、収縮期血圧 160-179mmHg かつ/または拡張期血圧 100-109mmHg

III度高血圧とは、収縮期血圧 180mmHg 以上かつ/または拡張期血圧 110mmHg 以上

【図表 28】 特定健診受診者における糖尿病の有病割合

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40歳から74歳の糖尿病患者数	415	15.5%	365	13.6%	380	14.3%	376	15.0%

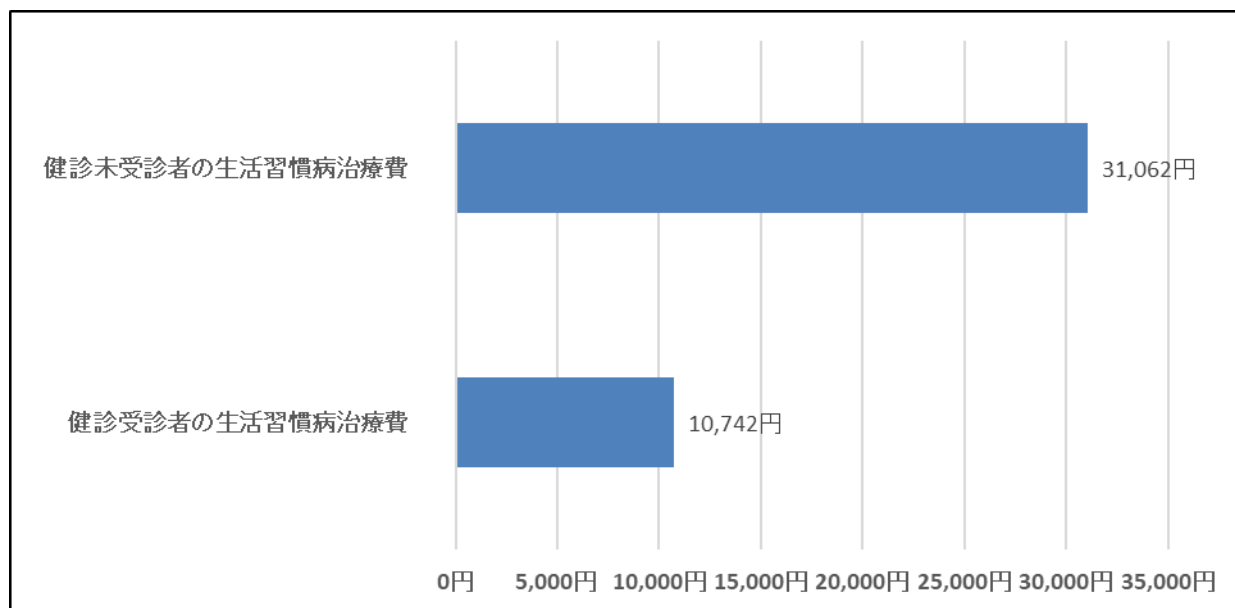
KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析」

## ⑥未受診者の状況

一宮町の受診率は、県や国と比較すると高いが、未受診者は受診対象者の半数以上であり、特に早期発見、早期の生活習慣改善が有効な若年層の受診率は男女とも高齢層に比べると低くなっており、特に男性は30%台の前半に留まっている。(図表20)

健診受診のメリットは、早期発見、早期治療、早期の生活習慣改善による医療費の節減であるが、健診受診者と未受診者の1人当たり医療費(入院+外来)の差は、当町においても歴然としている。未受診者の医療費は、健診受診者より20,320円高くなっている。

【図表29】 特定健診の受診有無と生活習慣病にかかっている治療費



## 2. 第2期データヘルス計画の振り返り

### (1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

第2期データヘルス計画の中期目標及び短期目標について、下記のとおり評価した。

評価について
目標値と比較して下記の4段階で評価 a. 改善している b. 変わらない c. 悪化している d. 評価困難

	対策（事業）	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	評価
中長期的目標	糖尿病性腎症重症化予防対象者への訪問指導	(令和5年度) 新規透析者0人	2	0	2	2	2	c
	糖尿病の重症化が懸念される対象者に対する受診勧奨及び保健指導		31	47	33	28	33	b
	糖尿病予防の講演会参加者	-	77	52	33	19	34	b
短期目標	特定健診	50%以上	44.3	45.6	37.3	41.2	43.3	b
	動機付け支援	45%以上	30.6	25.4	6.1	5.3	19.0	c
	積極的支援	45%以上	20.5	19.0	31.6	18.6	22.7	c
	人間ドック助成事業	-	91	89	82	93	104	d

#### 総合評価と今後の方向性

一宮町の医療費の割合では慢性腎不全、糖尿病が上位を占めていることから、糖尿病の重症化予防は最優先課題である。

また、健診結果では非肥満高血糖が多い。非肥満高血糖の該当者は、糖尿病のリスクを持っているにもかかわらず、メタボには該当しないため、特定保健指導の対象とならない。そのような対象者にも、適切な医療機関の受診や保健指導を実施し、糖尿病のリスクを減らすことが必要である。

糖尿病予防講演会参加者には重症化予防の意識づけはできたが、参加率は低い。健診結果を返してからの実施であり、受診者の意識は低いようだ。参加率が増加するような周知方法、内容等の検討が必要である。

また、健康測定を希望して参加する者も多かった。参加者のアンケート結果では、好評な意見が多いため、今後も継続して実施しながら、糖尿病予防の意識づけをしていきたい。40・50歳代の参加者が少ないため、若い世代の参加者が増えるような、アプローチ、内容の検討が必要である。

未受診者に受診勧奨することで、個別健診受診者が増加した。受診しない理由は、かかりつけ医等で定期的に検査をしていることが予想されるため、医療機関との連携も必要である。

### 3. データヘルス計画の取組

#### (1) 第3期データヘルス計画の目指す姿

平成30年度から令和5年度までの6か年を計画とする第2期データヘルス計画では、「特定健診を受診し、生活習慣改善に向けた行動変容を促進することにより、生活習慣病の発症とその重症化を予防する」ことを目指し、事業を推進してきた。

第3期データヘルス計画においても、この方向性を基盤とし、目指す姿を設定する。

##### ①目指す姿

健康課題の解決により、生活の質（QOL）を高め、健康格差を縮小し、医療費の適正化や健康寿命の延伸を図り、一人ひとりが「暮らしやすい」「暮らして良かった」と思えるまち、心身ともに健やかに暮らせるまちを目指すため、以下の事業を実施する。

#### (2) 実施事業

健康課題を解決し目指す姿を実現するため、各種保健事業を実施し、以下に、保健事業の内容及び評価指標と目標数値を示す。

各保健事業の実施に当たっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの減少を目指すため、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果の改善に向けて取り組みを進めていく。

その際、「メタボリックシンドローム等の予防（ポピュレーションアプローチ）」と「生活習慣病の重症化予防（ハイリスクアプローチ）」の2つの取組を重点事業と位置づけ両輪で実施する。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会の提供と健康状態に応じた保健指導の実施も重要となることから、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上に努める。その実施にあたっては、「第4期特定健康診査等実施計画」に準ずるものとする。

さらに、個人への働きかけだけでなく、ポピュレーションアプローチの取組として、生活習慣病予防の重要性を広く周知するとともに、目指す姿の達成を確実に成し遂げていくため、総医療費で大きな割合を占める悪性新生物（がん）や骨折の発症予防、生活習慣病と関わりのある歯周病等の予防へむけた歯と口腔の健康づくり及びこころの健康づくりも併せて推進する。また、医療費等の情報発信、地域全体で健康づくりに取り組みやすい環境をつくるための仕組みづくりを推進する。

なお、実施する保健事業は、各年度において内容の見直しなどを行い、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な事業実施を推進する。

##### ①メタボリックシンドローム等の予防

###### ア. 特定健診未受診者対策事業

新規受診者はもとより、継続受診者の増加を図るため、受診勧奨を実施するとともに、勤務先等の受診者に健診結果の情報提供を呼びかけ、受診率向上を図る。

###### ◆事業内容

- a. 特定健診受診率の向上のため、属性を考慮して対象者を抽出し、ハガキや電話による受診勧奨を実施するほか、対象者の健診受診状況調査や未受診の理由に係る分析を推進する。

b. 特定健診を受診せずに勤務先の健診や人間ドックなどを受診した者に対し、健診結果の提供を依頼する。

c. 特定健診の周知強化を図るため、町広報誌等への掲載、公共機関へのポスター掲示や地区活動での情報提供を推進する。

#### イ. 特定保健指導実施率向上事業

1人でも多くの被保険者の皆様が生活習慣の改善に取り組めるよう、生活習慣病に関する知識や生活習慣改善の重要性について、保健指導を実施する。

##### ◆事業内容

a. 集団健診後の結果報告会の内容の充実を図る。

b. 医療機関と連携し、個別健診受診者に対して勧奨を実施する。

c. 健診結果をもとに、自分の体の状態を知り、生活習慣との関連を理解することで、疾病予防、生活習慣病予防へ取り組むための保健指導を実施する。

d. ICTを活用し、保健指導をより利用しやすい環境を整える。

#### ウ. 人間ドック等費用助成事業

人間ドック等の検査費用の一部助成を実施し、被保険者の生活習慣病のリスクの早期発見を促進する。

##### ◆事業内容

a. 被保険者に対し、人間ドック及び脳ドック検査費用の一部助成を実施する。

### ②生活習慣病の重症化予防

#### ア. 医療機関への受診勧奨事業

生活習慣病の重症化を予防するため、特定健診の結果から、精密検査が必要な者に対する医療機関への受診勧奨を実施し、生活習慣病の早期の治療開始を促します。

##### ◆事業内容

a. 対象者に対し、通知の送付及び電話により医療機関への受診勧奨を実施する。

#### イ. 重症化予防事業

特定健診の結果から、生活習慣病が重症化するリスクの高い者を抽出します。茂原市長生郡糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、医療機関との連携のもと、糖尿病性腎症や慢性腎臓病（CKD）が重篤な状態に進行・重症化しないよう、専門職が受診勧奨、保健指導を実施する。

##### ◆事業内容

a. 糖尿病性腎症、慢性腎臓病（CKD）の重症化予防を目指し、生活習慣改善に向けた保健指導を実施する。

b. 人工透析への移行を防止することを目指し、糖尿病性腎症、慢性腎臓病（CKD）の重症化リスクの高い者や、未受診者・治療中断者に対して、受診勧奨や医療機関と連携して保健指導を実施する。



### ③個別疾病の予防（生活習慣病以外の疾病の予防）

#### ア．がん検診事業

死亡原因の第1位を占めるがんの早期発見・早期治療を促進するため、各種がん検診を実施する。

##### ◆事業内容

- a. 厚生労働省の指針に基づき20歳以上の町民を対象に、がん検診を実施します。

#### イ．骨粗しょう症検診事業

骨粗しょう症予防を推進するため、骨粗しょう症検診を実施する。

##### ◆事業内容

- a. 各年度4月1日現在で20歳、25歳、30歳、35歳、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の女性を対象に、骨粗しょう症検診を実施する。

#### ウ．歯科保健推進事業

歯と口腔の健康や疾病予防などに対する被保険者の意識向上と健康増進を図るため、乳幼児から高齢者までの各年代において歯科保健推進事業を実施する。

##### ◆事業内容

- a. 2歳児を対象とした、歯科医師による診察、歯科衛生士によるブラッシング指導を実施する。

#### エ．こころの健康づくり事業

メンタルヘルスやうつ病の正しい知識の啓発や相談窓口の周知を実施する。

##### ◆事業内容

- a. 相談窓口カードの配布を推進する。

### ④給付の適正化（その他の保健事業）

#### ア．ジェネリック医薬品普及促進事業

限られた医療資源の有効活用、被保険者の負担額の軽減や医療費適正化を図るため、先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えを促進する。

##### ◆事業内容

- a. 先発医薬品使用者に対し、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の効果額（医療費削減可能額）を通知する。
- b. 町ホームページなどの様々な媒体により、ジェネリック医薬品の利用促進に係る啓発を実施する。

#### イ．頻回・重複受診者対策事業

医療費の適正化及び医療費削減を図るため、適正受診に係る普及啓発を実施する。

##### ◆事業内容

- a. 頻回受診者の把握と適正受診を促進するための保健指導を実施する。
- b. 町ホームページなどの様々な媒体により、重複受診を行うことによるリスクやデメリット、セルフメディケーションの効果に関する啓発を実施する。

#### ウ．重複・多剤服薬者対策事業

服薬者の重篤な健康状態の回避と不要な薬剤の処方を抑制することにより医療費の削減を図るため、適正な服薬を推進する。

◆事業内容

- a. 重複服薬などを行うことによるリスクやお薬手帳の活用に関する普及啓発を実施する。
- b. 薬剤師や保健師による適正服薬指導を実施する。

(3) 数値目標

目指す姿の実現のため、事業実施を踏まえ、数値目標を以下のとおり設定する。

◇目標の設定

目標	評価指標		基準値	目標値
	健康寿命の延伸	男性	【令和4年度】79.1歳	【令和11年度】延伸
	女性	【令和4年度】83.8歳	【令和11年度】延伸	
	特定健診受診率		【令和4年度】43.3%	【令和11年度】60.0%
	動機付け支援実施率		【令和4年度】19.0%	【令和11年度】60.0%
	積極的支援実施率		【令和4年度】22.7%	【令和11年度】60.0%
	HbA1c6.5%以上の割合		【令和4年度】10.4%	【令和11年度】減少
	I度高血圧以上の割合		【令和4年度】26.7%	【令和11年度】減少
	脂質140mg/dl以上		【令和4年度】26.7%	【令和11年度】減少

## 章 3 章 第 4 期特定健康診査等実施計画

### 1. 計画策定の趣旨

本計画は、国の定める特定健康診査等基本方針に基づく計画として、制度創設の趣旨、国の健康づくりの施策の方向、一宮町の第 3 期実施計画の評価などを踏まえて策定するものです。本町においては、当該計画に基づき、一宮町国民健康保険の被保険者を対象として、特定健診及び特定保健指導を効果的・効率的に推進する。

### 2. 計画の期間

本計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とする。

### 3. 計画策定の背景

平成 20 年度から、生活習慣病の予防及び医療費の抑制に資するため、40 歳以上の被保険者について、生活習慣病に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、保険者に義務付けられた。

これを受け、一宮町国民健康保険においても、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針」に基づき、「特定健康診査等実施計画」を策定し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防などの取組を推進している。

### 4. 特定健康診査の目標値

国の基本方針では、市町村国保は特定健診受診率 60%、特定保健指導実施率 60%を掲げていますが、実情分析を行い、最大限の努力により達成できる目標値を設定することとされている。

一宮町国民健康保険では、第 3 実施計画の実施状況及びデータ分析の結果を踏まえ、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値を以下のとおり設定する。

#### (1) 特定健康診査の目標値

令和 6 年度から令和 11 年度までの特定健康診査の目標値

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
対象者(推計)	2,403 人	2,363 人	2,323 人	2,283 人	2,243 人	2,203 人
受診者(推計)	1,081 人	1,134 人	1,185 人	1,233 人	1,279 人	1,322 人
受診率(目標)	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

#### (2) 特定保健指導の目標値

令和 6 年度から令和 11 年度までの特定保健指導の目標値

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
対象者(推計)	130 人	126 人	122 人	118 人	114 人	110 人
実施者(推計)	52 人	55 人	59 人	61 人	64 人	66 人
実施率(目標)	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

## 4. 具体的な実施方法等

### (1) 特定健康診査の実施方法

#### ①【対象者】

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む。）ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

#### ②【実施場所】

集団健診：一宮町保健センター

個別健診：一宮町国民健康保険と契約した各医療機関

#### ③【実施項目】

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師の判断により必要とした場合に実施する「詳細な検診項目」に基づき実施する。

特定健康診査に併せて、肝炎ウイルス検査、前立腺がん検診等を同時実施する。

#### 「基本的な健診項目」

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	
BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
血圧の測定	
肝機能検査	GOT(AST)、GPT(ALT)、 $\gamma$ -GTP
血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

「詳細な健診項目」（医師の判断による追加項目）

項目	実施できる条件
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張血圧 90 mm Hg 又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 血圧：収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張血圧 90 mm Hg 血糖：空腹時血糖値が 126mg/dl 以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。
血清クレアチン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 血圧：収縮期 130 mm Hg 以上又は拡張期 85 mm Hg 以上 血糖：空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上

貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチン検査、尿酸検査を、詳細健診対象者以外の全ての受診者にも一宮町任意の追加項目として実施する。

④【実施時期】

集団健診：6月頃

個別健診：6月～12月

⑤【外部委託及び委託形態】

委託先選定基準：以下の基準を満たしていることを委託の条件とする。

- ・必須項目を検査できる。
- ・検査の精度が確保できている。
- ・電子媒体で健康診査結果を提出できる。
- ・データ管理・個人情報管理が徹底できている。

集団健診：茂原市長生郡医師会と契約し、巡回健診を実施する。

個別健診：茂原市長生郡医師会と契約し、加盟医療機関で実施する。

⑥【周知・案内・実施率の向上方策】

特定健康診査等の受診率の向上につながるよう、次のとおり周知や案内を行う。

- ・対象者に特定健康診査実施の約2週間前までに、「特定健康診査受診券」及び「問診票」を健診のお知らせとともに郵送により交付する。
- ・町の広報紙、ホームページ、防災無線等により周知する。
- ・継続した健診の受診や未受診者への受診勧奨を行い、受診率向上を図る。
- ・新規受診者を増加させるために周知活動を行う。

(2) 特定保健指導の実施方法

①【対象】

特定健康診査を受診した結果、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」に沿った階層化により積極的支援・動機付け支援と判定された者および、町が特定保健指導を必要と決定した者。

②【内容及び時期】

特定健康診査・特定保健指導年間スケジュール

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
健 診	集 団		⇒										
	個 別			⇒									
保 健 指 導	初回面接 情報提供					⇒							
	「動機付け支 援」 3ヵ月後評価					⇒			評価				
	「積極的支 援」					⇒							評価
発 送	受診券 問診票通知		⇒							在宅型			
	健診結果通知					⇒							
	個別面接呼出 し通知					⇒							

「情報提供」 : 健診終了後1~2ヶ月後を目処に、「動機付け支援」者への面接と同時に予約制で面接を実施。健診結果の経年変化及び有所見項目に関する説明、生活習慣改善の指導を、町保健師、管理栄養士及び雇い上げの保健師、管理栄養士で行う。

「動機付け支援」 : 健診終了後1~2ヶ月後を目処に、外部保健指導支援機関の保健師、管理栄養士

等により初回面接を実施し、生活習慣改善に向けての目標設定を行う。対象者1人あたり概ね40分の個別面接を実施。初回面接後、3ヶ月経過後に実績評価を行う。

「積極的支援」： 健診終了後1～2ヶ月後を目処に、外部保健指導支援機関の保健師、管理栄養士等により初回面接を実施し、生活習慣改善に向けての目標設定を行う。対象者1人あたり概ね40分の個別面接を実施。初回面接後、3ヶ月以上の継続的な支援を行い、6ヶ月経過後に実績評価を行う。在宅型により6ヶ月間の電話や手紙などの支援を実施する。

### ③【自己負担額】

特定保健指導にかかる本人負担は無料とする。

### ④【外部委託】

動機付け支援及び積極的支援は、外部保健指導支援機関への委託により行う。

## 5. 個人情報保護

特定健康診査等のデータは、健診機関より電子媒体で受領し、保健指導データとともに一宮町が管理するシステムにおいて適切に管理する。データは特定健診・保健指導に係る事業においてのみ使用するものとし、外部へは持ち出さないこととする。なお、事業評価等を行うために外部機関又は業者へデータを提供する場合に限っては、すべてのデータを個人が特定できないよう加工した上で提供することとし、外部機関や業者に情報の管理を徹底させる。受益者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的、効率的な健診・保健指導を実施する。

## 6. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

一宮町ホームページへの掲載と、広報紙等を利用し、本制度に係る周知を図る。

## 7. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画をより実効性の高いものとするためには、達成状況の点検・評価だけで終わるのではなく、点検・評価の結果を活用し、実施計画の記載内容等を、実施に即したより効果的なものにするために、適宜見直しを行うものとする。

その他、特に定めのないものについては、「標準的な健康診査・保健指導プログラム」に基づき実施することとする。

## 資料編

### 用語集

腎不全	腎炎などの病気で、血液を濾過する「糸球体」の網の目がつまってしまうと腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる。このような状態を腎不全という。また、腎臓の働きが正常の30%以下に低下した状態をいう。
高血圧性疾患	高血圧があると、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さなくてはならず、筋肉が厚くなって心肥大を起こす。さらに高血圧が続くと、徐々に心臓は疲弊し、その結果、心臓のポンプ機能が低下し、心不全を起こすようになる。このように、高血圧が原因で心臓に障害の起きた状態を高血圧性心疾患という。
統合失調症	幻覚や妄想、興奮などの激しい症状のほか、意欲の低下や感情の起伏の喪失、引きこもりなどの精神症状を呈する疾患である。
BMI	$BMI = (\text{体重 kg}) \div (\text{身長 m})^2$ は肥満の指数で、体脂肪率とも関連している。肥満は生活習慣病の原因となり、BMI=25以上は注意が必要である。
腹囲	内臓脂肪の蓄積のめやすで、男性は85cm以上、女性は90cm以上である場合、内臓脂肪面積（腹部CT画像）100cm <sup>2</sup> 以上に相当する。
中性脂肪	体内で最も多い脂肪で、糖質がエネルギーとして脂肪に変化したもの。過食過飲や運動不足で上昇し、高い状態が続くと皮下脂肪や内臓脂肪になって体重が増加したり、動脈硬化を進展させたり、脳梗塞や心筋梗塞の原因になる。
GPT	蛋白質の元となるアミノ酸を合成する酵素で、主に肝臓に多く含まれているため、肝機能検査として重要な項目である。
HDL-C	善玉コレステロールといわれるもので血管にたまったコレステロールを肝臓に運び、動脈硬化を予防する働きがある。運動することで増加し、喫煙で低下する。
血糖値	血液内のブドウ糖の濃度であり、体のエネルギー源として大切な役割をしている。主にインスリンというホルモンにより、血糖値は一定の範囲内にコントロールされており空腹時109mg/dl以下が標準である。
HbA1c	ブドウ糖と結合した赤血球ヘモグロビンの割合。過去1~2カ月間の平均的血糖値を反映するので、糖尿病患者の血糖値コントロールの評価に用いる。
尿酸	蛋白質の一種であるプリン体が代謝される際に生じるもので、飲酒や肉食、腎機能障害時に上昇する。高い状態が続くと、血液中に尿酸があふれ、高尿酸血症から痛風や尿路結石、腎臓障害などが起こる。
血圧	心臓が収縮し血液を送り出す時の血圧を最高血圧、拡張した時の血圧を最低血圧という。収縮期（最高）/拡張期（最低）が130/85mmHg未満を「正常血圧」、120/80mmHg未満を「至適血圧」としている。肥満や運動不足、ストレス、過飲が高血圧の原因になりやすく、放置すると動脈硬化が進行し、脳卒中や心筋梗塞、腎障害の原因になる。
LDL-C	肝臓で合成されたコレステロールを末梢へ輸送をしている悪玉のコレステロールであり、動脈硬化を進行させ、脳梗塞や心筋梗塞の原因となる。
eGFR(推定腎糸球体濾過量)	年齢、性別、血清クレアチニン値から算出される数値で、腎機能障害の指標となる。腎臓が老廃物を尿へ排出する能力を示しており、この値が低いほど腎臓の動きが悪い。



第3期一宮町保健事業実施事業計画（データヘルス計画）  
及び第4期一宮町特定健康診査等実施計画  
《令和6年度～令和11年度》

発行 千葉県 一宮町 令和6年3月

編集 一宮町 住民課・福祉健康課

住所 〒299-4396

千葉県長生郡一宮町一宮 2457 番地

電話 0475-42-1423

F a x 0475-42-1426