

第2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3期一宮町特定健康診査等実施計画

《平成30年度～平成35年度》



平成30年3月

一宮町

目 次

第1章	総論	1
1.	保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	1
（1）	背景	1
（2）	データヘルス計画の位置づけ	2
（3）	計画期間	4
第2章	各論	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	8
（4）	医療の状況	9
（5）	健診の状況	11
2.	これまでの取り組み	19
3.	第1期計画に係る評価及び考察	21
4.	第2期計画における健康課題	22
5.	目的・目標の設定	23
6.	保健事業の実施体制	24
（1）	実施体制	24
（2）	実施する保健事業の概要	24
7.	その他の保健事業	25
8.	事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定	26
9.	実施計画（データヘルス計画）の見直し	27
10.	計画の公表・周知	27
11.	個人情報の保護	27
12.	その他の計画に当たっての留意事項	27
第3章	第3期特定健康診査等実施計画	28
1.	計画策定の趣旨	28
2.	計画の期間	28
3.	特定健康診査の目標値	29
4.	具体的な実施方法等	30
（1）	特定健康診査の実施方法	30
（2）	特定保健指導の実施方法	32
5.	個人情報の保護	34
6.	特定健康診査等実施計画の公表及び周知	34
7.	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	34

第1章 総論

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

（1）背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、^{※1}国保データベース(KDB)システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「すべ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保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）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。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

これまででも、一宮町においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、^{※2}ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていく計画である。

厚生労働省においては、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用して^{※3}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。

一宮町においては、保健事業実施指針に基づき、保健事業実施計画を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。

※1 国保連合会が保険者の委託を受けて行う業務を通じて管理する「医療」、「介護」、「健診」の情報等を活用し、統計情報等を保険者へ提供することで、保険者の効果的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするために構築されたシステム。

※2 対象を一部に限定しないで、集団全体へアプローチをし、リスクを下げていく考え方。

※3 Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）という4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法。

(2) データヘルス計画の位置づけ

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1、図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2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2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化に策定するものとする。

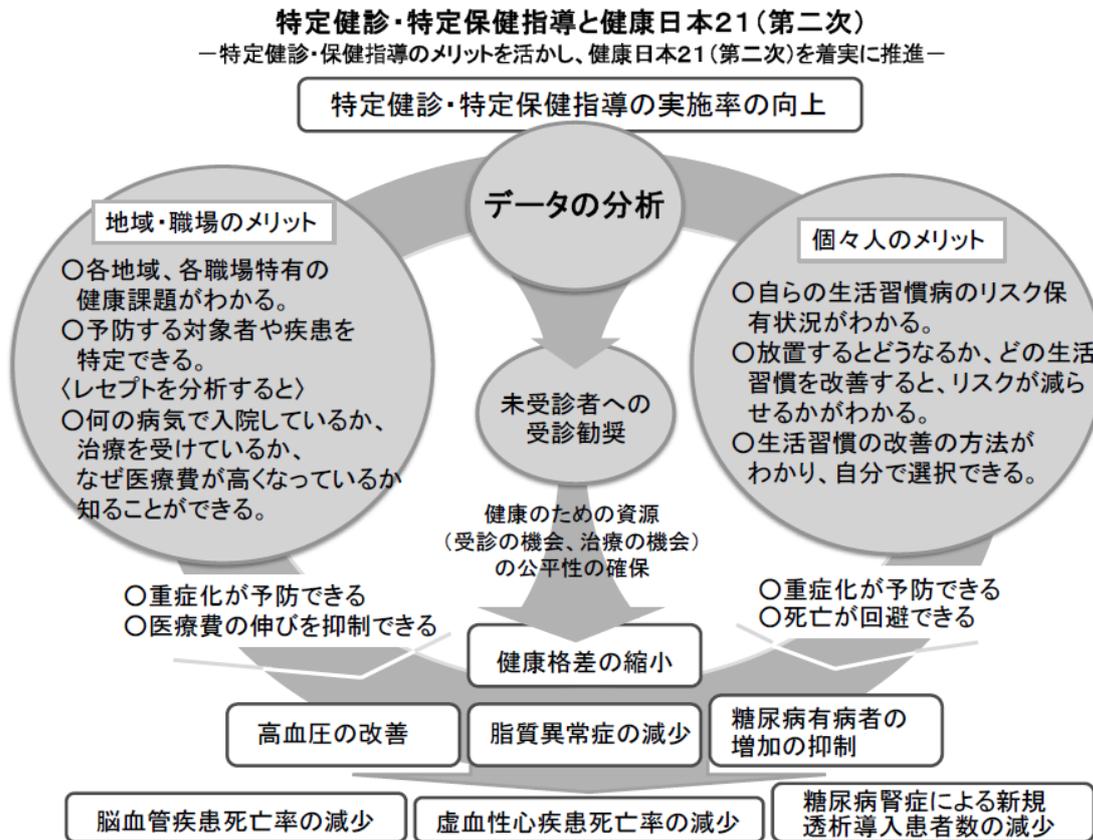


図1)

保健事業(健診・保健指導)PDCAサイクル

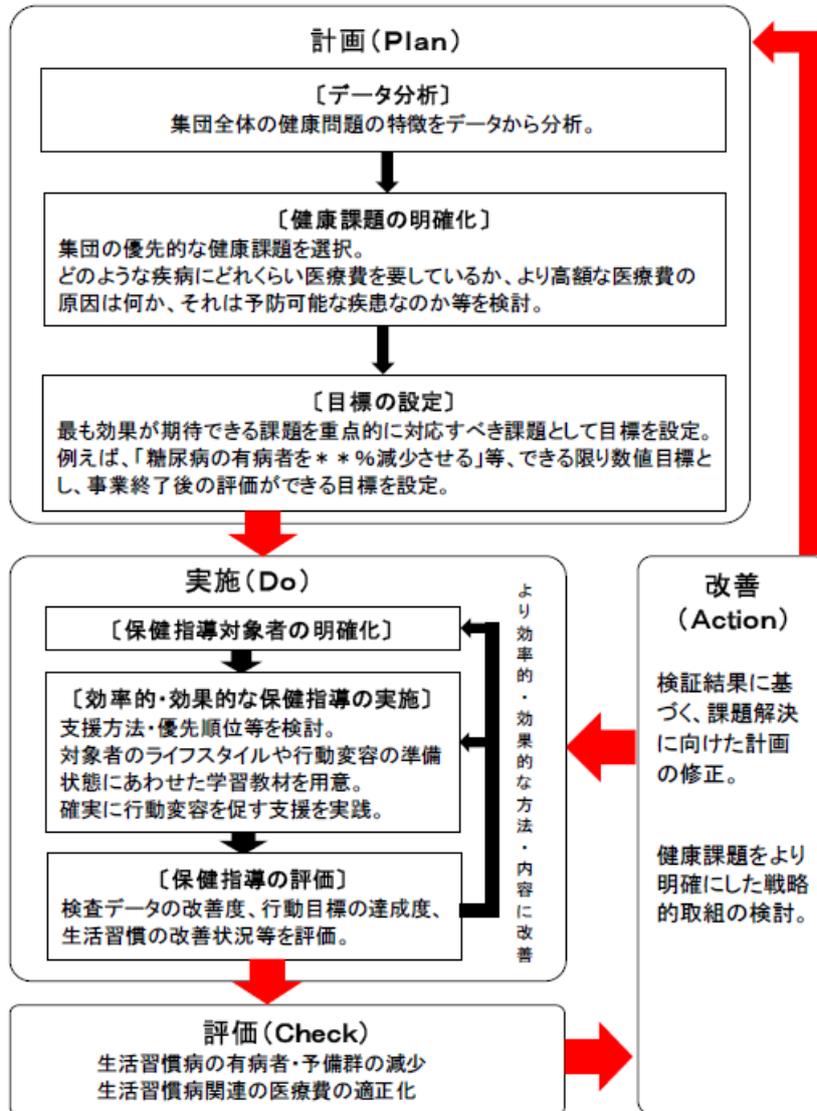


図2)

(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年一期に見直されたことを踏まえ、「第二期データヘルス計画」もその整合性を図り、平成30年度から平成35年度の6年間とする。

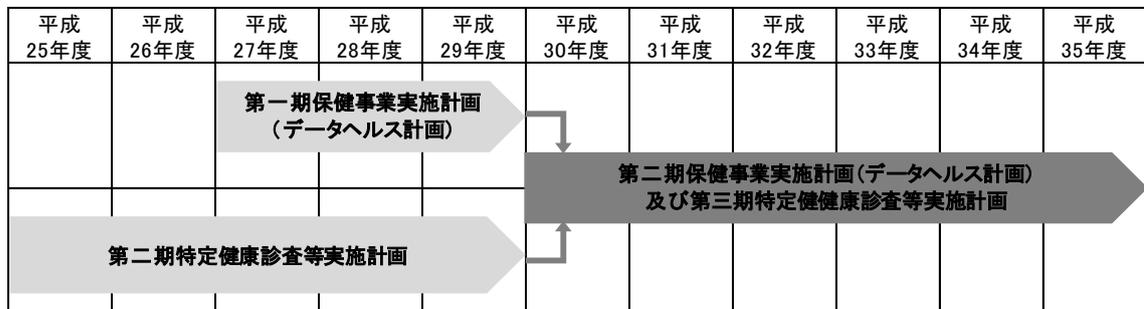


図3)

第2章 各論

1. 一宮町の状況

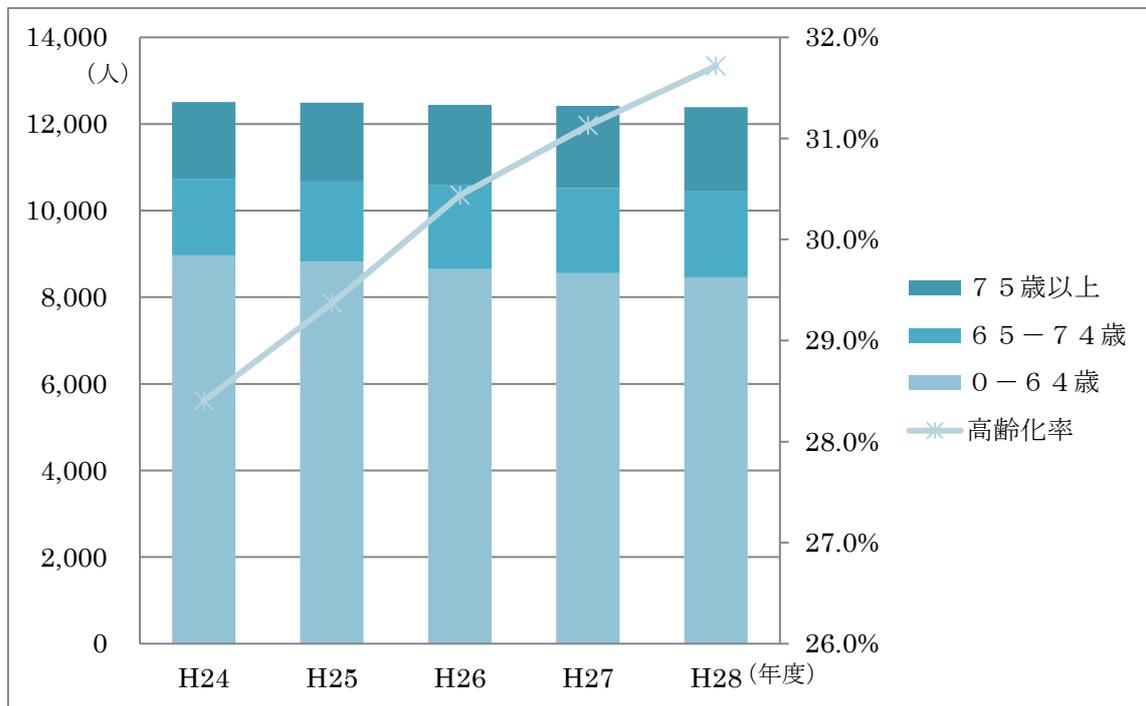
(1) 人口・被保険者の状況

一宮町の人口を過去5年間で比較すると、総人口は65人減少しているが、65歳以上の人口は392人増加しており、平成28年度の高齢化率は31.7%である。

(表1、図4)

表1) 人口構成と高齢化率

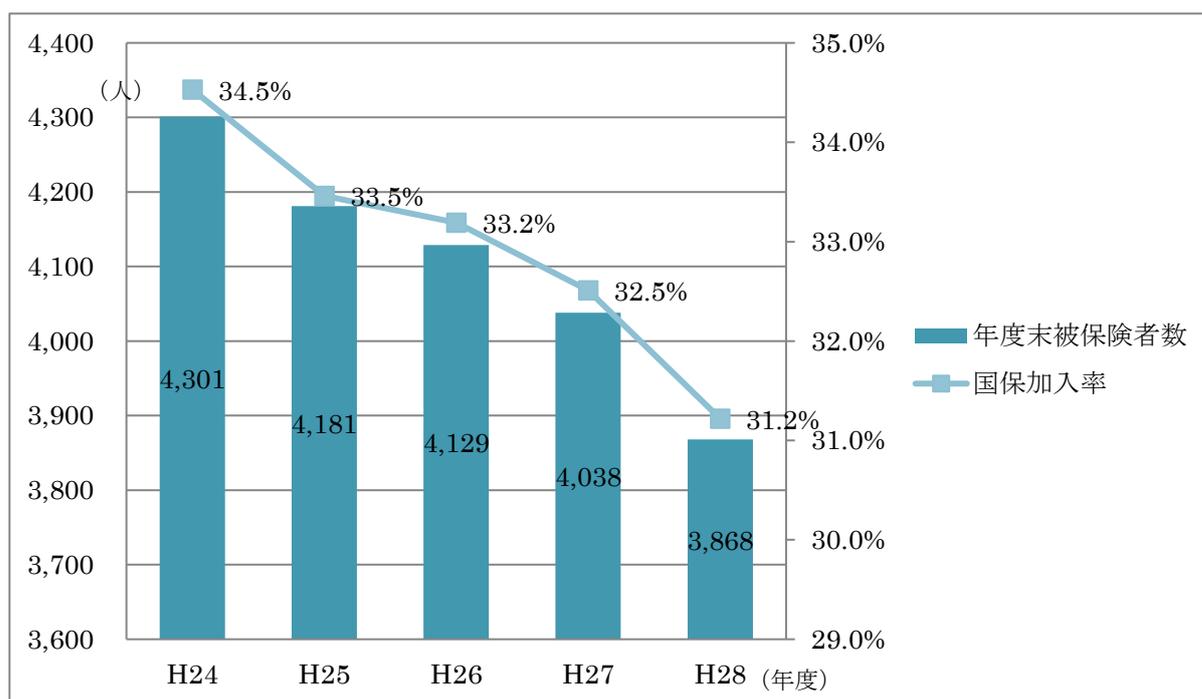
	H24	H25	H26	H27	H28
人口	12,453	12,492	12,439	12,417	12,388
75歳以上	1,772	1,819	1,840	1,892	1,947
65～74歳	1,765	1,850	1,946	1,973	1,982
0～64歳	8,966	8,823	8,653	8,552	8,459
高齢化率	28.4%	29.4%	30.4%	31.1%	31.7%



一宮町人口統計 (年度末)

図4) 一宮町の人口と高齢化率の推移

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433人減少し、平成28年度末の国保加入率は、31.2%である。(図5)



国保事業年報 (年度末)

図5) 国保加入状況の推移

年齢層別・性別の被保険者数を比較すると、男女ともに65歳から69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37.2%を占めている。(図6) 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。

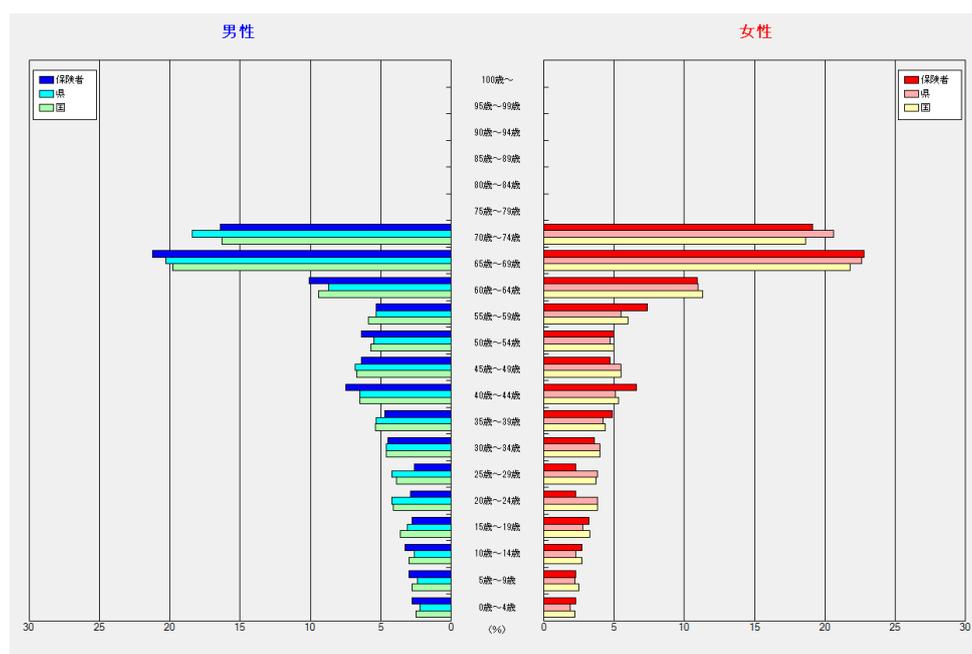


図6) 男女・年齢層別 被保険者数構成割合ピラミッド

(2) 死亡の状況

一宮町の平均寿命^{※1}は、男性 79.7 歳で県、国とほとんど変わらないが、女性は 85.8 歳と国より 0.6 歳短くなっている。健康寿命^{※2}については、男性 65.3 歳、女性 66.9 歳と県、国並みとなっている。平均寿命と健康寿命との差は、男性は 14.5 歳、女性は 19.2 歳である。(表 2) 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

表 2) 平均寿命と健康寿命

項目		一宮町	県	国
平均寿命	男性	79.7	79.9	79.6
	女性	85.8	86.2	86.4
健康寿命	男性	65.3	65.4	65.2
	女性	66.9	67.0	66.8

KDB 帳票No.1 「地域の全体像の把握」(平成 28 年度累計)

表 3) 年度別 主たる死因の状況

疾病項目	一宮町			県			国		
	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
がん	44.3	41.1	47.7	47.1	48.3	48.7	48.3	49.0	49.6
心臓病	31.1	28.8	32.6	29.0	29.1	28.8	26.6	26.4	26.5
脳疾患	17.9	20.5	9.3	15.5	14.4	14.3	16.3	15.9	15.4
糖尿病	1.9	2.7	3.5	2.0	1.8	1.8	1.9	1.9	1.8
腎不全	1.9	5.5	3.5	2.8	2.6	2.7	3.4	3.4	3.3
自殺	2.8	1.4	3.5	3.7	3.7	3.7	3.5	3.5	3.3

KDB 帳票No.1 「地域の全体像の把握」

平成 26 年度から平成 28 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。心臓病は県、国と比較すると高く、平成 27 年度と比較すると 3.8% 増加している。また、糖尿病、腎不全は県、国と比較すると高く、糖尿病については県、国の約 2 倍である。(表 3)

(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17.4%である。高齢化が進んでいる割にはそれほど高くなく、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0.2%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1.1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。

(表4)

表4) 介護認定の状況

	一宮町	県	同規模	国
1号介護認定者数(認定率)	17.4%	18.8%	20.2%	21.2%
新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
2号認定者数(認定率)	0.2%	0.4%	0.4%	0.4%
介護給付費(円)	64,998円	56,981円	68,805円	58,349円
要介護認定者医療費	7,720円	8,195円	8,196円	7,980円

KDB 帳票No.1「地域の全体像の把握」(平成28年度累計)

要介護認定者の有病状況は、糖尿病、高血圧症、心臓病、筋・骨格が県、国の平均より高く、特に高血圧症では、県の約1.2倍となっている。(表5)

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4,202円も高くなっている。(図6) 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。

表5) 要介護認定者の有病率

	一宮町	県	同規模	国
糖尿病	24.5%	20.2%	21.3%	21.9%
高血圧症	54.3%	44.6%	53.4%	50.5%
脂質異常症	25.5%	24.5%	26.6%	28.2%
心臓病	61.1%	50.3%	60.5%	57.5%
脳疾患	24.2%	22.0%	27.3%	25.3%
筋・骨格	53.8%	42.9%	51.8%	49.9%

KDB 帳票No.1「地域の全体像の把握」(平成28年度累計)

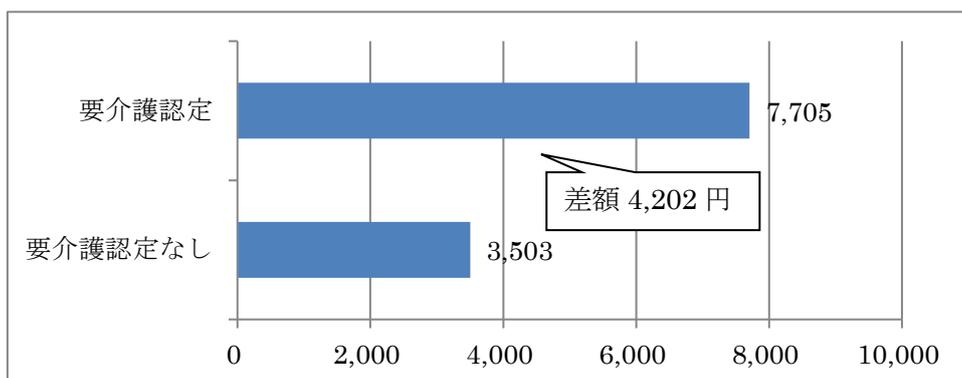


図6) 介護を受けている人と受けてない人の月平均の医療費の比較

※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÷介護受給者の医科のレセプト数

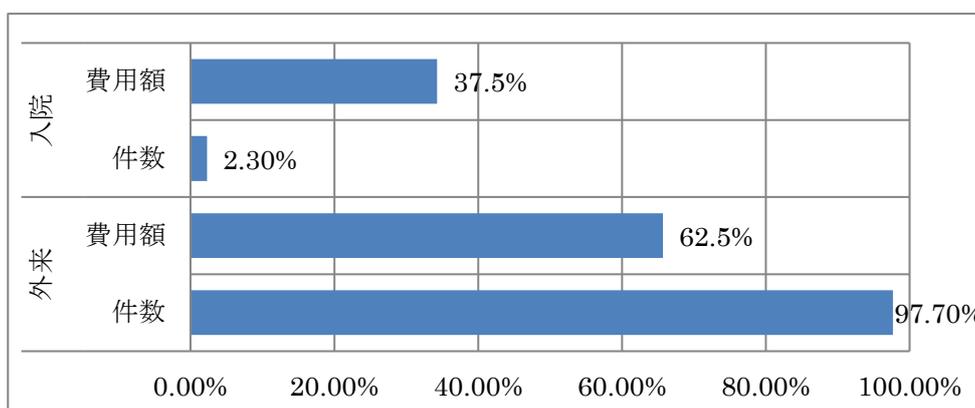
(4) 医療の状況

①1人あたり医療費

一宮町の平成28年度の1人あたり医療費は、21,761円で国、県平均より少なく、県下50位となっている。(表6) 外来と入院の費用を比較すると、入院はわずか2.3%の件数で、費用額全体の37.5%を占めている。(図7) 少数の高額医療が保険給付額の多くを費やしている構造となっている。

表6) 被保険者一人あたりの医療費

	一宮町	県	同規模	国
1人あたり医療費	21,761円	23,077円	26,568円	24,245円



KDB 帳票No.1 「地域の全体像の把握」(平成26年度累計)

図7) 全費用額または全件数に占める割合

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、脂質異常性、脳梗塞、人口透析の患者数が県、国と比較して高い。(表7)

表7) 患者1000人当たり30万円以上レセプト患者数(平成28年度累計)

	一宮町	県	同規模	国
糖尿病	9,270人	9,506人	10,507人	9,307人
高血圧症	12,779人	14,100人	15,386人	13,749人
脂質異常症	7,624人	6,888人	7,970人	7,322人
脳梗塞	3,769人	3,296人	3,530人	3,166人
心筋梗塞	0.260人	0.360人	0.381人	0.350人
人工透析	6,888人	6,760人	6,046人	5,854人

KDB 帳票No.40「医療費分析(1)細小分類」(平成28年度)

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、国と比較して慢性腎不全、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の割合が高い。高血圧症については国平均の約1.35倍、慢性腎不全については国平均の約1.27倍となっている。(表8)

表8) 医療費の割合(%)

	一宮町	県	同規模	国
がん	20.9%	25.7%	23.7%	25.6%
精神	14.4%	15.2%	18.8%	16.9%
高血圧症	11.6%	8.4%	9.2%	8.6%
慢性腎不全	12.8%	11.1%	9.5%	9.7%
筋・骨格	13.2%	15.3%	15.1%	15.2%
糖尿病	10.7%	10.0%	10.3%	9.7%
脂質異常症	6.0%	5.1%	5.0%	5.3%

KDB 帳票No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(平成28年度)

(5) 健診の状況

一宮町の特定健診受診率は平成 28 年度実績 45.7%で、県内では 12 位となっている。特定保健指導実施率は 36.9%で県、国平均よりも高くなっている。(表 1 0)しかし、第 3 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。

平成 28 年度の性別・年齢別で見ると男性は 50 から 54 歳、女性では 40 から 44 歳が低くなっている。(図 1 2)

表 1 0) 特定健診・特定保健指導実施率

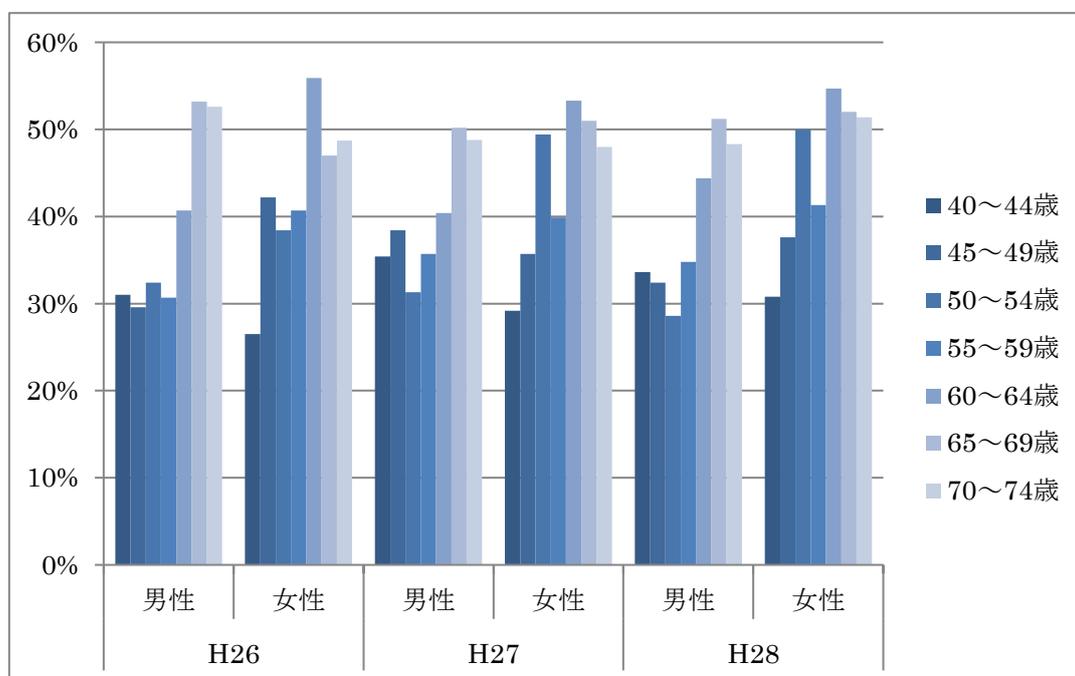
	一宮町	県	同規模	国
特定健診受診率	45.7%	39.2%	43.2%	36.4%
特定保健指導実施率	36.9%	18.4%	41.7%	21.1%

KDB 帳票No.1「地域の全体像の把握」(平成 28 年度累計)

表 1 1) 特定健診・特定保健指導実施率の推移

実施率	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度
特定健診	39.3%	40.6%	40.5%	44.5%	44.9%	45.7%
特定保健指導	30.5%	28.8%	27.7%	34.9%	36.8%	36.9%

特定健診・特定保健指導実施結果総括表



KDB 帳票No.7「健診の状況」

図 1 2) 特定健診年齢別受診率

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、同規模、国と比べて低くなっているが、男性のメタボ該当者の割合が25.9%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。(表12、表13)

非肥満高血糖の割合については、18.1%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1.95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。(表12)

表12) 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	15.4%	16.8%	17.8%	17.3%
	男	25.9%	27.6%	27.0%	27.5%
	女	6.1%	9.0%	10.1%	9.5%
	予備群率	8.6%	10.8%	10.9%	10.7%
	男	13.6%	17.8%	16.4%	17.2%
	女	4.3%	5.8%	6.3%	5.8%
非肥満高血糖		18.1%	9.3%	10.9%	9.3%

KDB 帳票No.1「地域の全体像の把握」(平成28年度累計)

表13) 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)				1,348		245		211		569		323	
健診受診者数(受診率)				582	43.2	81	33.1	66	31.3	279	49	156	48.3
腹囲85cm以上				242	41.6	34	42	23	34.8	120	43	65	41.7
腹囲のみ該当者				12	2.1	3	3.7	3	4.5	4	1.4	2	1.3
予備群 (腹囲+ 1項目)	高血糖	●		6	1	0	0	1	1.5	3	1.1	2	1.3
	高血圧症		●	57	9.8	7	8.6	6	9.1	30	10.8	14	9
	脂質異常症		●	16	2.7	7	8.6	2	3	7	2.5	0	0
	計			79	13.6	14	17.3	9	13.6	40	14.3	16	10.3
該当者 (腹囲+ 2項目 or3項目)	高血糖	●	●	16	2.7	1	1.2	1	1.5	8	2.9	6	3.8
	高血圧症	●		11	1.9	2	2.5	0	0	6	2.2	3	1.9
	脂質異常症		●	70	12	11	13.6	8	12.1	29	10.4	22	14.1
	計	●	●	54	9.3	3	3.7	2	3	33	11.8	16	10.3
計				151	25.9	17	21	11	16.7	76	27.2	47	30.1

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)		1,354		192		210		600		352	
健診受診者数(受診率)		657	48.5	65	33.9	94	44.8	317	52.8	181	51.4
腹囲90cm以上		72	11	7	10.8	11	11.7	35	11	19	10.5
腹囲のみ該当者		4	0.6	1	1.5	0	0	3	0.9	0	0
予備群 (腹囲+ 1項目)	高血糖	●									
	高血圧症		●								
	脂質異常症			●							
	計										
該当者 (腹囲+ 2項目 or3項目)		●	●	●							
		●		●							
		●	●	●							
計											

KDB 帳票No.24「厚生労働省様式 6-8」(平成 28 年度累計)

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、中性脂肪、HbA1c の項目で国、県より高くなっている。男性の 40 から 64 歳では、さらに GPT、HDL コレステロール、拡張期血圧、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 1.39 倍も高くなっている。65 から 74 歳では、BMI、中性脂肪、収縮期血圧が高く、特に HbA1c は県の約 1.31 倍も高い状況である。女性の 65 から 74 歳は、収縮期血圧、LDL コレステロールが国、県より高く、特に HbA1c が県の約 1.37 倍になっている。

(表 1 4)

表 1 4) 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		クレアチニン		
	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	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	54,099	30.8	89,673	51	49,218	28	33,925	19.3	14,589	8.3	43,166	24.5	100,233	57	19,396	11	87,040	49.5	40,345	22.9	85,409	48.6	2,734	1.6	
一宮町	合計	193	33.2	242	41.6	200	34.4	100	17.2	52	8.9	21	3.6	383	65.8	0	0	314	54	122	21	271	46.6	0	0
	40-64	76	33.5	88	38.8	88	38.8	55	24.2	25	11	6	2.6	119	52.4	0	0	90	39.6	56	24.7	109	48	0	0
	65-74	117	33	154	43.4	112	31.5	45	12.7	27	7.6	15	4.2	264	74.4	0	0	224	63.1	66	18.6	162	45.6	0	0

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		クレアチニン		
	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	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	49,143	20	41,342	16.9	38,421	15.7	20,622	8.4	3,938	1.6	35,152	14.3	138,645	56.5	3,408	1.4	106,098	43.3	35,270	14.4	144,093	58.8	380	0.2	
一宮町	合計	136	20.7	72	11	124	18.9	45	6.8	10	1.5	19	2.9	460	70	0	0	293	44.6	84	12.8	375	57.1	0	0
	40-64	56	21.3	32	12.2	37	14.1	19	7.2	4	1.5	8	3	156	59.3	0	0	89	33.8	39	14.8	133	50.6	0	0
	65-74	80	20.3	40	10.2	87	22.1	26	6.6	6	1.5	11	2.8	304	77.2	0	0	204	51.8	45	11.4	242	61.4	0	0

KDB 帳票No.23「厚生労働省様式 6-2~7」(平成 28 年度累計)

※用語については、P33 を参照

④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、食生活、睡眠については顕著な差は見えないが、就寝前夕食については県や国よりやや多く、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1.96倍）（表15）

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。

表15) 質問票調査結果

	一宮町	県	同規模	国
喫煙	14.4%	13.1%	14.6%	14.2%
運動習慣なし※1	47.1%	43.1%	47.2%	47.0%
歩行速度遅い	50.0%	46.0%	55.8%	50.3%
就寝前夕食※2	17.0%	16.1%	15.8%	15.5%
飲酒（毎日）	27.4%	24.0%	26.0%	25.6%
飲酒量（2合以上）	21.8%	11.1%	13.7%	12.0%
睡眠不足	24.2%	23.5%	24.6%	25.1%

※1：1日1時間以上の運動 KDB 帳票No.1「地域の全体像の把握」（平成28年度累計）

※2：週3回以上

⑤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。（表16）

表16) 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	52.9%	56.2%	56.7%	56.1%
受診勧奨者の医療機関受診率	46.3%	52.1%	51.7%	51.5%
受診勧奨者の医療機関非受診率※1	6.5%	4.1%	5.0%	4.5%
未治療者率※2	8.6%	5.8%	7.1%	6.1%

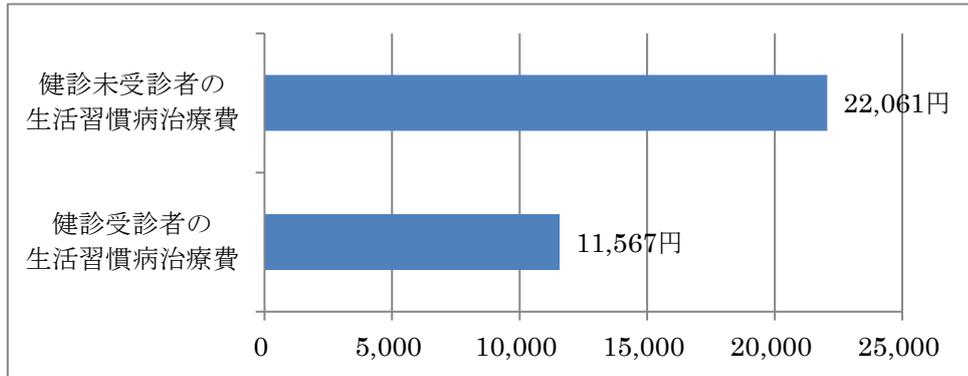
※1 レセプトが存在しない受診勧奨者

※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

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確かに高いが、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。

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10,494円高くなっている。（図17）



KDB 帳票No.3 「健診・医療・介護データかたみる地域の健康課題」（平成26年度）

図17) 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

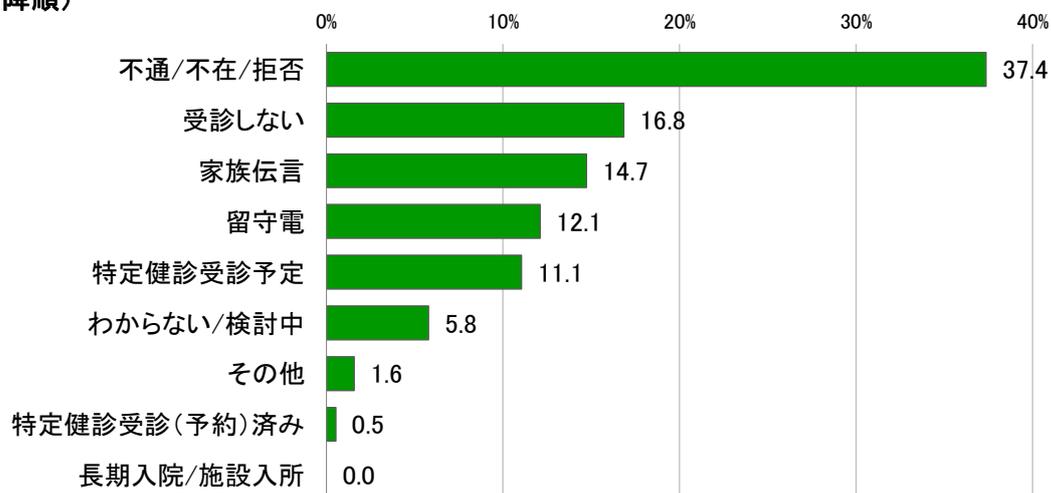
○健診未受診者の理由の把握

平成28年度特定健診集団健診未受診者に個別健診受診勧奨をする際に、特に健診受診率の低い40歳代に的を絞って、健診未受診の理由を聞き取りした。勧奨対象者は190人のうち、電話が繋がったもの（応答率48.9%）の回答は、「受診しない」が16.8%であり、「留守電」や「電話が繋がらない」ものが51.1%（非応答率）であった。性別×年代別で見ると、「受診しない」は男性の45～49歳が高く、女性は40～44歳が高くなっている。（表18）

表 1 8) 電話勧奨結果

	全体	男性		女性	
		40～44歳	45～49歳	40～44歳	45～49歳
全体	190	51	52	44	43
特定健診受診(予約)済み	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.3%	0 0.0%
特定健診受診予定	21 11.1%	3 5.9%	8 15.4%	5 11.4%	5 11.6%
わからない/検討中	11 5.8%	4 7.8%	0 0.0%	2 4.5%	5 11.6%
受診しない	32 16.8%	7 13.7%	11 21.2%	8 18.2%	6 14.0%
家族伝言	28 14.7%	9 17.6%	6 11.5%	6 13.6%	7 16.3%
留守電	23 12.1%	6 11.8%	7 13.5%	4 9.1%	6 14.0%
長期入院/施設入所	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	3 1.6%	0 0.0%	1 1.9%	2 4.5%	0 0.0%
不通/不在/拒否	71 37.4%	22 43.1%	19 36.5%	16 36.4%	14 32.6%

全体(降順)



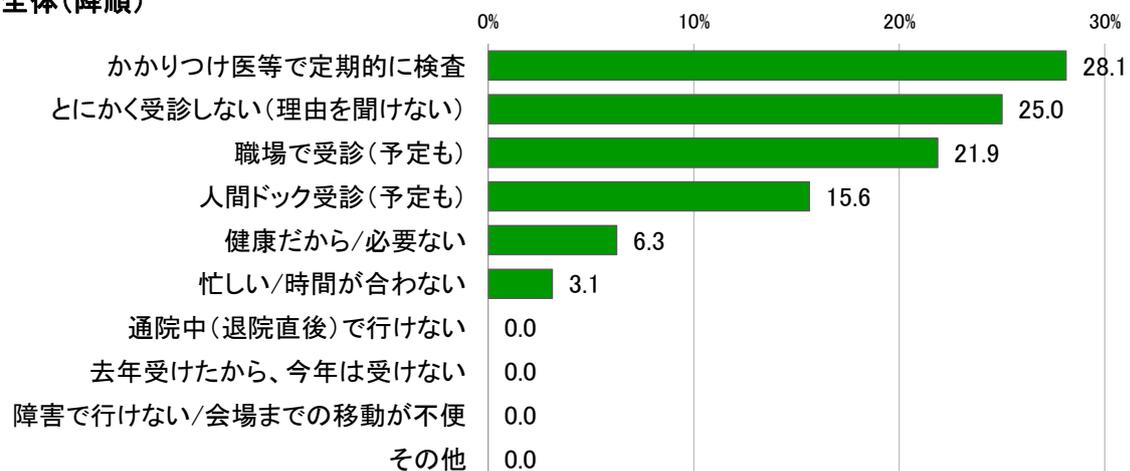
未受診理由（電話勧奨結果で「受診しない」の32人）は、上位なものは、「かかりつけ医等で定期的に検査」が28.1%と半数近くを占め、続いて「とにかく受診しない」25.0%、「職場で受診」21.9%、「人間ドック受診」15.6%、「健康だから必要ない」6.3%、「忙しい/時間が合わない」3.1%である。

性別×年代別でみると、「とにかく受診しない」は男性の40～44歳で最も高く、42.9%となっている。また、女性に比べて男性の方が「かかりつけ医で定期的に検査」の割合が高く、「職場で受診（予定）」は女性が高くなっている。（表19）

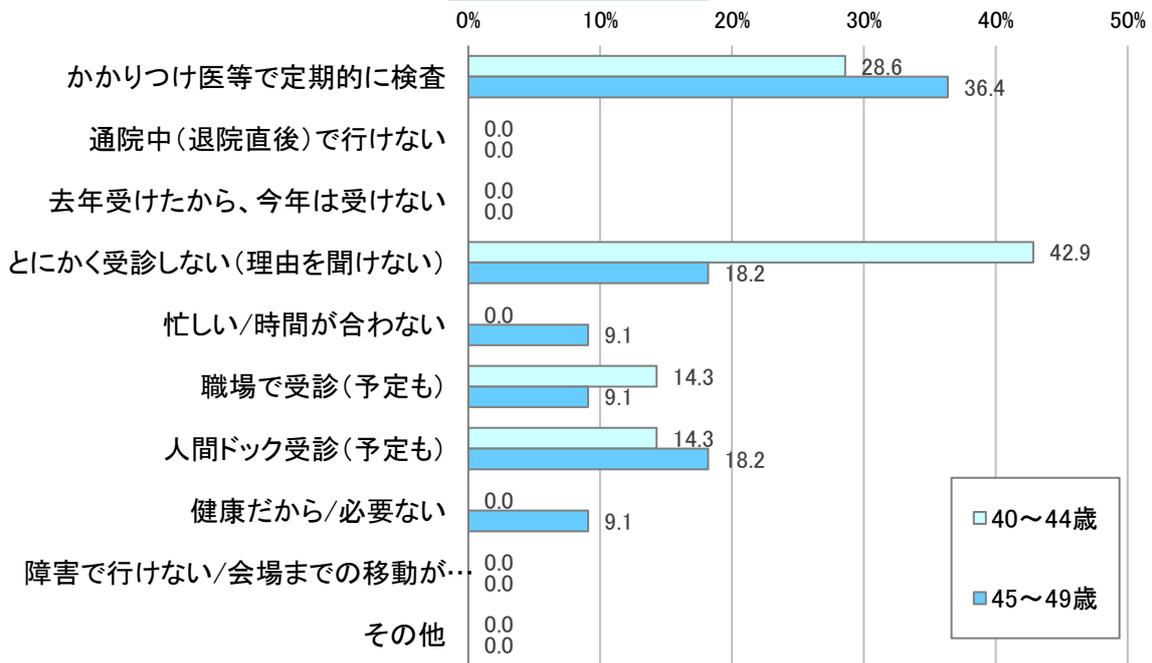
表19) 未受診理由結果

	全体	男性		女性	
		40～44歳	45～49歳	40～44歳	45～49歳
全体	32	7	11	8	6
かかりつけ医等で定期的に検査	9 28.1%	2 28.6%	4 36.4%	2 25.0%	1 16.7%
通院中(退院直後)で行けない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
去年受けたから、今年は受けない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
とにかく受診しない(理由を聞けない)	8 25.0%	3 42.9%	2 18.2%	2 25.0%	1 16.7%
忙しい/時間が合わない	1 3.1%	0 0.0%	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%
職場で受診(予定も)	7 21.9%	1 14.3%	1 9.1%	3 37.5%	2 33.3%
人間ドック受診(予定も)	5 15.6%	1 14.3%	2 18.2%	1 12.5%	1 16.7%
健康だから/必要ない	2 6.3%	0 0.0%	1 9.1%	0 0.0%	1 16.7%
障害で行けない/会場までの移動が不便	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

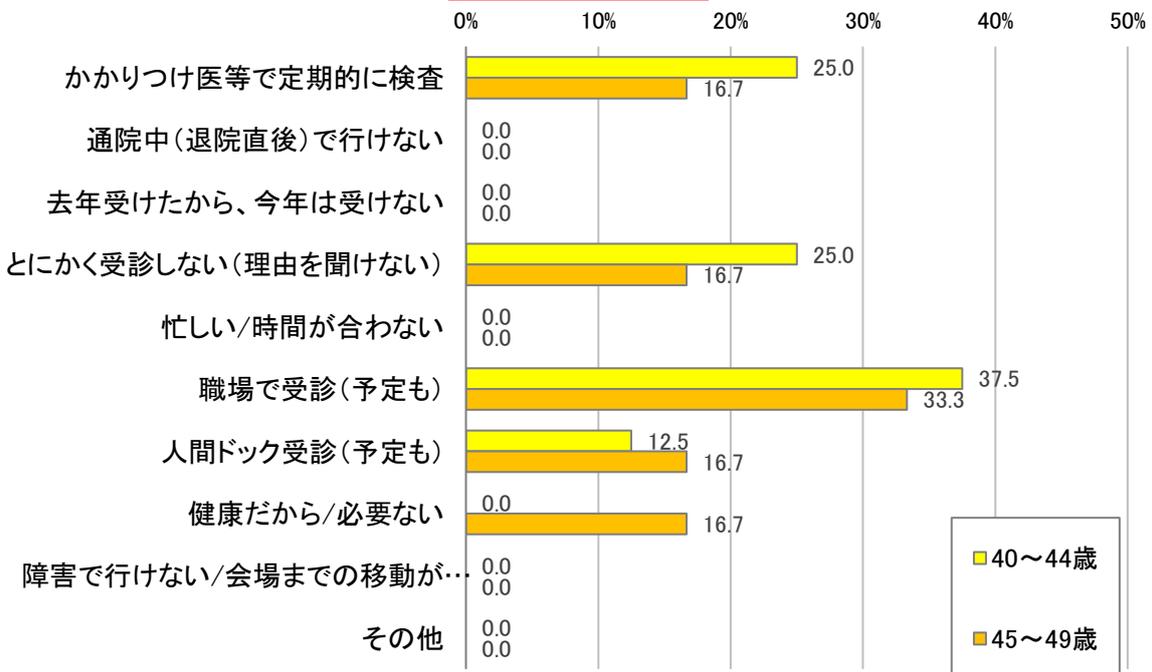
全体(降順)



【男性 × 年代別】



【女性 × 年代別】



上記のことから、「かかりつけ医等で検査している (28.1%)」、「職場で受診 (21.9%)」、「人間ドック受診 (15.6%)」が高い未受診理由となっていることより、対象者の多くは全ての検査や健診を避けている訳でなく、『普段から定期的に通院したり、医療機関が身近な存在であるため、これ以上の特定健診の受診は不要』と感じていることが判る。

2. これまでの取り組み

	緊急対応が必要な対象者への訪問指導
対象者	第1期データヘルス計画で抽出された緊急対応者42人
事業内容	緊急対応者（ハイリスク者）に対し、訪問指導を実施 ヒアリング内容 ・治療の有無を確認 ・服薬が適正に為されているか ・治療効果 ・現在の体調 ・食事、睡眠等生活習慣の状況確認
実施方法	訪問指導（対象者の希望で保健センターでの面接、電話で対応する）
実施体制	保健師
結 果	実施者数 32人 ⇒治療している者 25人 治療していない者 7人 〈実施方法〉訪問19人 ・ 電話9人 ・ 面接2人 ・ その他2人 拒否 3人 不在 7人
課題と考察	eGFRについて説明することで、対象者が数値に注目するようになった。 また、訪問で対応することで、家族からも対象者の生活習慣を確認することができた。 実施者の8割弱が治療中であり、今後、医療機関との連携が課題である。

	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
対象者	HbA1cが6.5以上または腎機能低下で受診勧奨の者
事業内容	医療機関への受診勧奨通知を行なうと同時に、特定健診結果相談会の案内リーフレットを通知する。また、申込がない対象者については、電話勧奨により、相談会の案内をする。 相談会：管理栄養士による個別相談
実施方法	案内通知・電話勧奨・個別相談会
実施体制	委託
結 果	【平成27年度】通知 156人 参加者 59人 （参加率37.8%） 【平成28年度】通知 182人 参加者 40人 （参加率21.9%） 【平成29年度】通知 172人 参加者 人 （参加率 %）
課題と考察	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。

	糖尿病予防教室
対象者	特定健診受診者
事業内容	講演会 2回 (運動・栄養) 講師：健康運動指導士・薬剤師・心理カウンセラーの資格を所有 健康測定 (血管年齢・自律神経機能評価)
実施方法	特定健診結果に教室の案内を同封し周知 講演会前に健康測定の実施 2時間程度の講演会 (運動実技も含む)
実施体制	委託
結 果	【平成27年度】参加者 <1回目> 42人 <2回目> 54人 【平成28年度】参加者 <1回目> 51人 <2回目> 33人 【平成29年度】参加者 <1回目> 34人 <2回目> 20人
課題と考察	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。

	特定健診未受診者対策
対象者	集団健診 (6月) 未受診者
事業内容	12月末まで実施している個別健診の受診を勧奨する。
実施方法	ハガキ (年齢、性別ごとに内容を変える) 通知 電話 (電話番号が判明している者)
実施体制	委託
結 果	【平成27年度】発送 1,631人 個別健診受診 43人 【平成28年度】発送 1,651人 個別健診受診 35人 【平成29年度】発送 1,615人 個別健診受診 39人
課題と考察	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。(平成26年度1人) 電話勧奨で未受診者の状況を把握することができた。受診しない理由では「かかりつけ医等で定期的に検査をしている。」が多い。医療機関との連携も必要である。

3. 第1期計画に係る評価及び考察

課題 1	疾病別医療費では腎不全、糖尿病と糖尿病関連が上位を占めている。																						
目 標	1. 新規透析者0人とする。 2. 健診受診者のうち、健診数値 HbA1c5.6 以上の割合を男女とも 60%以下にする。																						
結 果	<p>〔新規透析者〕</p> <table border="1"> <tr> <td>平成27年度</td> <td>2人</td> </tr> <tr> <td>平成28年度</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>平成29年度</td> <td>1人</td> </tr> </table> <p>*転入者は含めず</p> <p>〔HbA1c5.6 以上〕</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>全体</th> <th>男</th> <th>女</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成27年度</td> <td>899人 (71.1%)</td> <td>413人 (67.8%)</td> <td>486人 (74.2%)</td> </tr> <tr> <td>平成28年度</td> <td>940人 (75.9%)</td> <td>435人 (74.7%)</td> <td>505人 (76.9%)</td> </tr> <tr> <td>平成29年度</td> <td>984人 (76.2%)</td> <td>459人 (75.2%)</td> <td>525人 (77.1%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*健康カルテから抽出</p>	平成27年度	2人	平成28年度	5人	平成29年度	1人		全体	男	女	平成27年度	899人 (71.1%)	413人 (67.8%)	486人 (74.2%)	平成28年度	940人 (75.9%)	435人 (74.7%)	505人 (76.9%)	平成29年度	984人 (76.2%)	459人 (75.2%)	525人 (77.1%)
平成27年度	2人																						
平成28年度	5人																						
平成29年度	1人																						
	全体	男	女																				
平成27年度	899人 (71.1%)	413人 (67.8%)	486人 (74.2%)																				
平成28年度	940人 (75.9%)	435人 (74.7%)	505人 (76.9%)																				
平成29年度	984人 (76.2%)	459人 (75.2%)	525人 (77.1%)																				
評 価	新規透析者は、平成29年度は0人であり、目標を達成できたが、HbA1c5.6以上の割合は男女とも60%以下の目標に達することができなかった。引き続き、糖尿病の重症化予防が必要である。																						

課題 2	特定健診の受診率が低く、健康状況の把握ができない。																
目 標	受診率 50%以上																
結 果	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>全体</th> <th>男</th> <th>女</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成27年度</td> <td>1,264人 (44.9%)</td> <td>609人 (43.2%)</td> <td>655人 (46.6%)</td> </tr> <tr> <td>平成28年度</td> <td>1,239人 (45.7%)</td> <td>582人 (43.0%)</td> <td>657人 (48.3%)</td> </tr> <tr> <td>平成29年度</td> <td>1,291人</td> <td>610人</td> <td>681人</td> </tr> </tbody> </table> <p>*平成29年度は、健康カルテから抽出</p>		全体	男	女	平成27年度	1,264人 (44.9%)	609人 (43.2%)	655人 (46.6%)	平成28年度	1,239人 (45.7%)	582人 (43.0%)	657人 (48.3%)	平成29年度	1,291人	610人	681人
	全体	男	女														
平成27年度	1,264人 (44.9%)	609人 (43.2%)	655人 (46.6%)														
平成28年度	1,239人 (45.7%)	582人 (43.0%)	657人 (48.3%)														
平成29年度	1,291人	610人	681人														
評 価	<p>集団健診未受診者にハガキ、電話で受診勧奨を実施することで、個別健診の受診者は増加したが、目標の50%に達しなかった。また男性の受診率が低い状況である。引き続き、受診行動につなぐことが期待できる内容の個別通知で、受診勧奨を実施していく。</p> <p>受診しない理由として、「かかりつけ医等で定期的に検査をしている。」が多いことから、医療機関と連携した受診勧奨も必要である。</p>																

4. 第2期計画における健康課題

課題1

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。

対策1 糖尿病の重症化予防対策

- ① 糖尿病性腎症重症化予防対象者への訪問指導
(対象:千葉県糖尿病性腎症プログラム「2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者」の対象者への訪問指導)
- ② 糖尿病の重症化が懸念される対象者に対する保健指導
(対象: HbA1c が 5.6 以上の者)
- ③ 糖尿病予防の講演会

課題2

上記で述べたように、前回の計画に引き続き、糖尿病対策が当町の最優先健康課題であるが、対象者の把握には、被保険者の健康状況を把握していることが必要である。当町の特定健診受診率は、50%以下であり半数以上の方の健康状況を把握できていないことが現状である。健診未受診者には、そういったリスクを持つものや、すでに医療機関の受診が必要なものもいるため、特定健診の受診率を上げることが必要である。

対策3 特定健診の受診率の向上

- ③特定健診未受診者対策
 - ・はがきによる勧奨通知の送付 (対象: 集団健診未受診者)

4. 目的・目標の設定

(1) 目的

今回の計画の目的は、被保険者の健康寿命の延伸と年々増大する医療費の適正化を図るものである。そのために、医療費は高額で死亡率が高く、要介護の原因疾患となっている虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の予防は重要である。

一宮町においては、医療費の割合が高い人工透析の原因である糖尿病性腎症を予防することを目指します。

(2) 目標の設定

課題	対策（事業）	中長期的目標 (平成 35 年度)	短期目標 (平成 32 年度)
1. 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	①糖尿病性腎症重症化予防対象者への訪問指導	対象者のうち、新規透析者 0 人にする。	対象者のうち、新規透析者 0 人にする。
	②糖尿病の重症化が懸念される対象者に対する保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者のうち、新規透析者 0 人にする。 ・健診受診者のうち、健診数値 HbA1c5.6 以上の割合を男女とも 60% 以下にする。 	対象者のうち、翌年度の健診数値 HbA1c5.6 以上の割合を 65% 以下にする。
	③糖尿病予防の講演会		
2. 特定健診の受診率が低く、健康状況の把握ができていない。	④特定健診未受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ・ハガキによる受診勧奨 ・電話勧奨 	受診率 50%以上	受診率 2 ポイント上昇

5. 保健事業の実施体制

(1) 実施体制

一宮町においては、住民課保険年金係と福祉健康課健康係が連携し、本計画に沿った事業を展開することとする。

(2) 実施する保健事業の概要

<p>①糖尿病腎症重症化予防対象者への訪問指導</p>	<p>対象：千葉県糖尿病腎症プログラム「2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者」 事業内容：対象者に対し、随時、訪問指導を実施する。 ヒアリング内容 ・治療の有無を確認 ・服薬が適正に為されているか ・治療効果 ・現在の体調 ・食事、睡眠等生活習慣の状況確認</p>
<p>②糖尿病の重症化が懸念される対象者に対する保健指導</p>	<p>対象：HbA1cが6.5以上の者 事業内容：・健康教室の案内リーフレットを通知する。 ・運動・食生活改善を目的とした集団支援 4回 ・簡易健康測定を初回、最終回に実施する。 ・フォローアップ教室を開催（3回）</p>
<p>③糖尿病予防の講演会</p>	<p>対象：特定健診受診者 事業内容：・健康づくり講演会 ・簡易健康測定</p>
<p>④特定健診未受診者対策</p>	<p>・はがきによる勧奨通知の送付 対象：集団健診未受診者 事業内容：集団健診の未受診者に対して、個別健診の受診勧奨を行う。 年齢、性別ごとに分類した内容で通知する。</p>

6. その他の保健事業

健康・医療情報の分析からの課題を解決するために、以下の保健事業を実施します。

① 特定健康診査

疾病の早期発見、早期治療を目的に、心電図、眼底検査を全員に実施する。

② 特定保健指導

対象者に、生活習慣が改善されるよう、保健師・管理栄養士等による保健指導を行なう。

③ 30歳代健康診査

職場等で健康診査の受診機会のない18歳～39歳までの町民を対象に特定健康診査同様の健診を実施し、結果に応じた保健指導を行なう。

④ 各種がん検診

集団検診として実施し、精密検査対象者へ受診勧奨する。

⑤ 小児生活習慣病予防検診

小児期から生活習慣病のリスクファクターを認識し、将来の生活習慣病予防につなげるために、小学校4年生と中学校1年生に、身体計測、血圧測定、血清脂質検査を行う。

⑥ 人間ドック費用助成

疾病の早期発見・生活習慣病予防、健康保持促進のために、人間ドック、脳ドックの受診費用の一部助成を行う。

⑦ 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

7. 事業実施計画(データヘルス計画)の評価方法の設定

評価指標となる目標値

対策（事業）	目標値	評価方法
①糖尿病性腎症重症化予防対象者への訪問指導	【中長期的目標】 (平成 35 年度) 対象者のうち、新規透析者 0 人	・緊急対応となった対象者のうち、国民健康保険特定疾病療養受療証を発行した人数。
	【短期目標】 (平成 30 年度から平成 32 年度) 対象者のうち、新規透析者 0 人	
②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 ③糖尿病予防の講演会	【中長期目標】 (平成 35 年度) 対象者のうち、新規透析者 0 人	・糖尿病の重症化が懸念される対象者のうち、国民健康保険特定疾病療養受療証を発行した人数。
	健診受診者のうち、健診数値 HbA1c 5.6 以上の割合を男女とも 60%以下にする。	・KDB 帳票「厚生労働省様式(様式 6-2~7) 健診有所見者状況」の HbA1c の数値。
	【短期目標】 (平成 30 年度から平成 32 年度) 健診受診者のうち、健診数値 HbA1c 5.6 以上の割合を男女とも 60%以下にする。	・KDB 帳票「厚生労働省様式(様式 6-2~7) 健診有所見者状況」の HbA1c の数値。
④特定健診未受診者対策	【中長期目標】 (平成 35 年度) 受診率 50%以上	・特定健診受診率(法定報告の数値)
	【短期目標】 (平成 30 年度から平成 32 年度) 受診率 2 ポイント上昇	・特定健診受診率(法定報告の数値)

8. 実施計画(データヘルス計画)の見直し

計画の見直しは、最終年度となる平成 35 年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行う。

国保データベース (KDB) システムにより、受診率・受療率、医療の動向等を定期的に把握する。

また、特定健診の国への実績報告のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき重症化予防事業の実施状況は毎年とりまとめ、国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

9. 計画の公表・周知

策定した計画は、町のホームページに掲載するなどして広く周知する。

10. 個人情報の保護

一宮町における個人情報の取り扱いは、一宮町個人情報保護条例によるものとする。

11. その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者(国保、衛生、介護部門等)が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設ける。

第3章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 計画策定の趣旨

我が国では国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度が確立され、質の高い保健医療サービスが提供されてきた。しかし医療技術の進歩や少子高齢化の進展などによる医療費の増加などの環境変化の中、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとするのが求められている。

また、近年、生活スタイルや志向、価値観の多様化などを背景に、生活習慣病に起因する有病者が増加しており、治療重点の医療から、疾病予防を重視した保健医療体制への転換が必要となってきた。国はこのような状況に対応するため、平成20年4月に「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、保険者にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられた。

一宮町国民健康保険においても、実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査及び特定保健指導の実施並びにその成果に係る目標に関する基本的な事項について定めた「一宮町特定健康診査等実施計画」（第1期 計画期間：平成20年度～平成24年度、第2期 計画期間：平成25年度～平成29年度）を策定し、事業を実施してきた。

本計画は、第2期における特定健康診査及び特定保健指導の実施結果等を踏まえ、計画の見直しを行い、新たに第3期計画を策定するものである。

2. 計画の期間

第1期特定健康診査等実施計画及び第2期特定健康診査等実施計画は5年を1期としていたが、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第1項において、「特定健康診査等実施計画」が6年1期に見直されたことを踏まえ、第3期特定健康診査等実施計からは6年1期として策定する。なお、計画期間は平成30年度から平成35年度とする。

3. 特定健康診査の目標値

第2期計画期間の実施率の実績や、国が定めた目標値を参考として、一宮町国民健康保険における第3期計画期間の達成目標値を設定する。

国が定めた目標値

- ◆特定健康診査受診率 60%
- ◆特定保健指導実施率 60%

(1) 特定健康診査の目標値

平成30年度から平成35年度までの特定健康診査の目標値

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
対象者(推計)	2,633人	2,593人	2,555人	2,517人	2,480人	2,443人
受診者(推計)	1,185人	1,245人	1,303人	1,359人	1,414人	1,466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

平成30年度から平成35年度までの特定健康診査の目標値

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
対象者(推計)	178人	187人	195人	204人	212人	220人
実施者(推計)	71人	82人	94人	106人	119人	132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)、 γ -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140mmHg以上若しくは拡張血圧90mmHg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140mmHg以上若しくは拡張血圧

	<p>90 mm Hg</p> <p>血糖：空腹時血糖値が 126mg/dl 以上</p> <p>ただし、当該年度の特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。</p>
<p>血清クレアチン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)</p>	<p>当該年度の特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</p> <p>血圧：収縮期 130 mm Hg 以上又は拡張期 85 mm Hg 以上</p> <p>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</p>

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：5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】

特定健康診査等の実施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、地区での周知活動を行う。

(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」 6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ヶ月後を目処に町保健師、管理栄養士及び雇い上げの保健師、管理栄養士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20～30分実施する。初回面接後の6ヶ月後にアンケートを郵送し、提出または電話・郵送・FAXにより、目標達成状況を確認する。

「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】

積極的支援のみ、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必要がある場合に限っては、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である。
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、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に、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 ² 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2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3期一宮町特定健康診査等実施計画
《平成30年度～平成35年度》

発行 千葉県 一宮町 平成30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