

波佐見町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第 4 期特定健康診査等実施計画

令和 6 年度～令和 1 1 年度
波佐見町国民健康保険

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方.....	1
1. 背景・目的.....	1
2. 計画の位置づけ.....	1
3. 計画期間.....	1
4. 本計画策定における関係者の役割.....	2
第2章 現状の整理.....	3
1. 波佐見町の特徴.....	3
2. 被保険者の特性.....	5
3. 特定健康診査・特定保健指導の状況.....	6
4. 医療費及び関連疾患の状況.....	9
5. 介護の状況.....	19
第3章 第2期計画にかかる評価.....	20
1. 第2期データヘルス計画の評価.....	20
2. 主な個別事業の評価.....	22
第4章 第3期計画における健康課題.....	26
1. 基本的な考え方.....	26
2. 波佐見町国民健康保険の健康課題.....	26
第5章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）.....	30
1. 第4期特定健康診査等実施計画について.....	30
2. 目標値の設定.....	30
3. 特定健康診査の実施.....	30
4. 特定保健指導の実施.....	33
第6章 課題解決するための個別保健事業.....	36
1. 保健事業の方向性.....	36
2. 主な個別保健事業.....	37
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施.....	42
第7章 計画の評価・見直し.....	43
1. 評価の時期.....	43
2. 評価方法・体制.....	43
第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い.....	44
1. 計画の公表・周知.....	44
2. 個人情報の取扱い.....	44

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生 労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は健康・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（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

波佐見町国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期から第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期から第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」は、データ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査等実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。

令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

2. 計画の位置づけ

本計画は、被保険者の健康保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、長崎県健康増進計画や波佐見町健康増進計画、長崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとします。

3. 計画期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を1期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 本計画策定における関係者の役割

① 保険者（波佐見町国民健康保険）の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、子ども・健康保険課が中心となって、住民の健康の保持増進に関する部門に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、本町が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、子ども・健康保険課、長寿支援課、住民福祉課とも十分連携を図ることとします。また、保健事業の実施にあたっては、保健師や管理栄養士、事務職等の多職種で連携し、実施体制と保健事業の分担を行い推進します。

② 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である長崎県のほか、長崎県国民健康保険連合会（以下国保連）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、東彼杵郡医師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携・協力します。

町国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、町国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保健事業を展開することに努めます。

③ 被保険者の役割

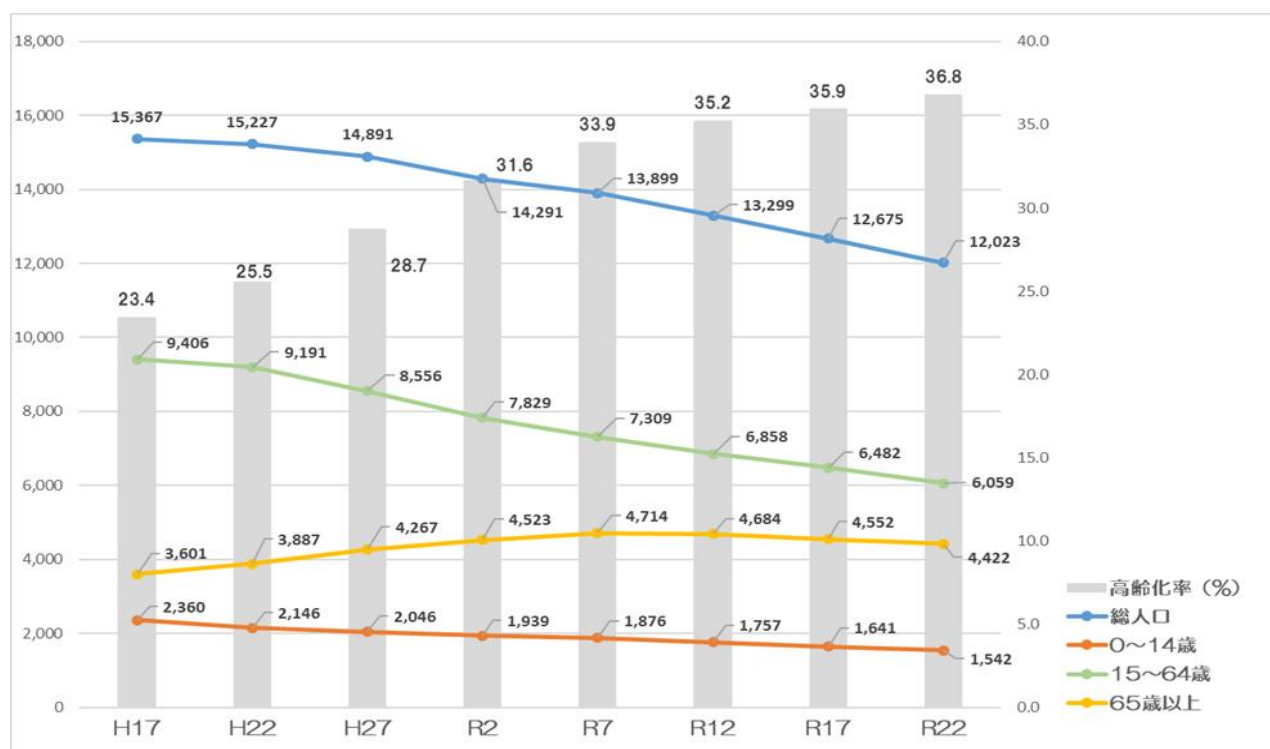
本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることからその実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て意見交換等を行ってきました。

第2章 現状の整理

1. 波佐見町の特徴

本町の人口は、第2次ベビーブームや好調な陶磁器産業においては増加傾向にあったものの、平成2年をピークに若者の流出や少子化・晩婚化の影響による人口減少が進んでおり、このまま推移すると令和7年には13,899人、令和22年には12,023人程度まで減少するといわれています。なお、この推計値12,023人と令和2年の国勢調査人口（14,291人）を比較すると、減少率は15.9%となっています。

図表1 波佐見町の人口動態

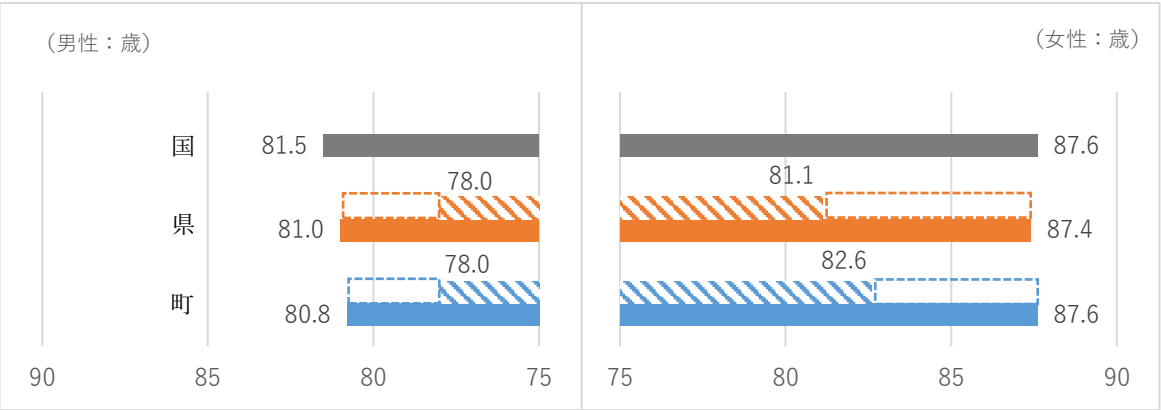


出典：波佐見町まち・ひと・しごと創生第2期総合戦略
(H17～R2：国勢調査、R7～22：国立社会保障人口問題研究所による推計)

令和4年の波佐見町の男性の平均寿命は、全国や県と比べ、やや短い傾向にあります。平均寿命と健康寿命の差について、男性より女性の方が長く、同時に医療や介護が必要な期間も長くなっています。

健康寿命は、男性は令和2年をピークに縮小傾向で、女性は令和2年以降延長傾向にあります。

図表2 平均寿命と健康寿命の比較（令和4年）



下段：平均寿命 上段斜線：健康寿命 、上段破線：医療・介護が必要な期間

出展：KDB「地域の全体像の把握」

図表3 健康寿命の推移

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性	78.8 歳	79.2 歳	79.1 歳	78.0 歳
女性	81.9 歳	81.4 歳	81.7 歳	82.6 歳

出展：KDB「地域の全体像の把握」

2. 被保険者の特性

波佐見町の人口に占める国民健康保険の加入率は 19.4%です。また、波佐見町の国保被保険者も高齢化が進み、平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 年間で、65 歳から 74 歳までの割合が、44.6%から 49.9%と 5.3 ポイント上昇しています。

図表 2 波佐見町の人口（令和 5 年 3 月 31 日時点）

（人）

	全体	男性	割合	女性	割合
人 口	14,225	6,742	47.4%	7,483	52.6%
国保被保険者数	2,757	1,392	50.5%	1,365	49.5%

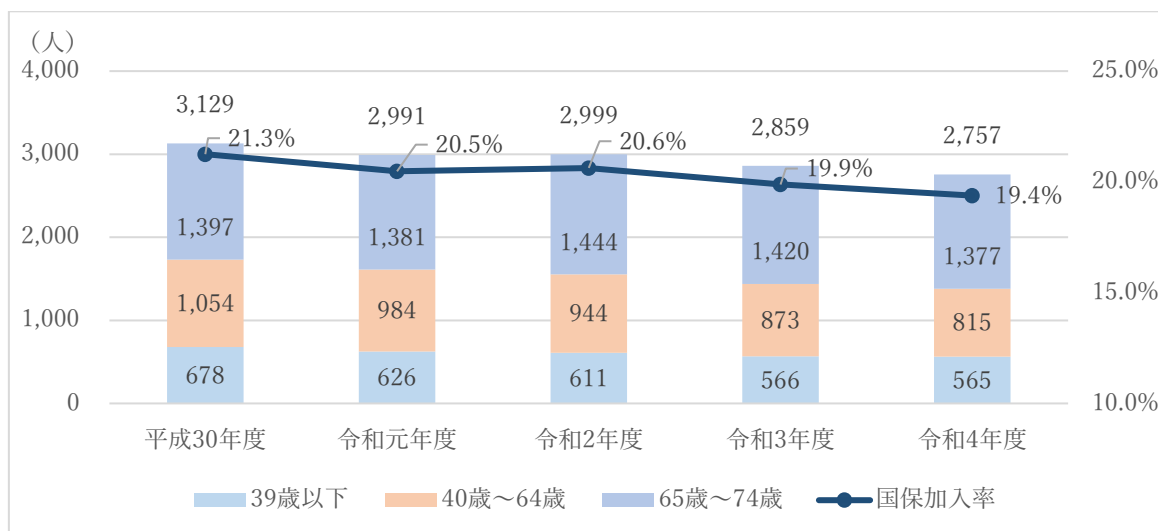
図表 3 国保被保険者の年齢階層別構成割合の変化

区分	国保加入率	39 歳以下		40 歳～64 歳		65 歳～74 歳	
		人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）
平成 30 年度	21.3%	678	21.7%	1,054	33.7%	1,397	44.6%
令和 4 年度	19.4%	565	20.5%	815	29.6%	1,377	49.9%

出展：自庁システム

被保険者数は、減少傾向にあり、平成 30 年度から令和 4 年度まで 372 人減少し、これに併せて国保加入率も減少しています。男女とも 40 歳から 64 歳までの世代の減少が顕著になっており、社会保険の適用拡大の影響などが考えられます。

図表 4 波佐見町国保の被保険者数と加入率の推移



出展：自庁システム

図表 5 波佐見町国保の性別・年齢階層別の被保険者の推移

		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	H30 比較
男	39 歳以下	349	305	320	289	287	-18%
	40 歳～64 歳	567	534	500	463	425	-25%
	65 歳～74 歳	671	692	724	712	680	1%
	計（人）	1,597	1,531	1,544	1,464	1,392	-13%
女	39 歳以下	329	321	291	277	278	-16%
	40 歳～64 歳	487	450	444	410	390	-20%
	65 歳～74 歳	716	689	720	708	697	-3%
	計（人）	1,532	1,460	1,455	1,395	1,365	-11%

出展：自庁システム

3. 特定健康診査・特定保健指導の状況

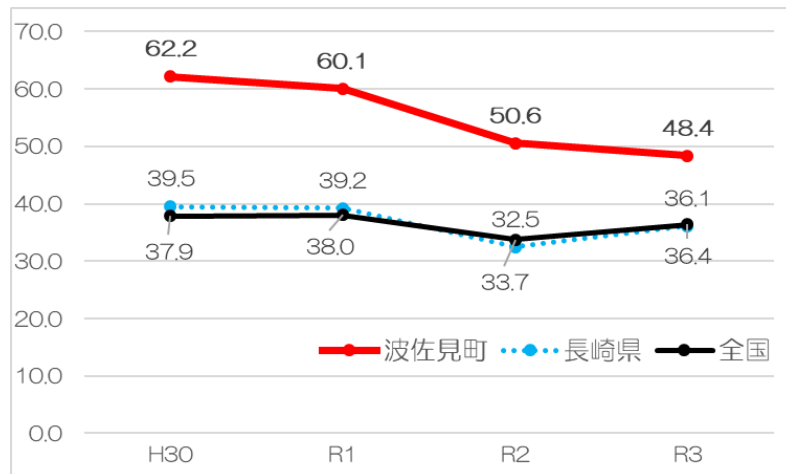
本町の特定健康診査受診率は、平成 30 年度に、受診勧奨の創意工夫に取り組んだ結果、62.2%という過去最高の受診率を記録しました。しかし、その後の新型コロナウイルス感染症の流行が拡大し、積極的な受診勧奨を控える状況が続き、令和 2 年度以降の受診率は低下し、最終的に第 3 期特定健診実施計画の目標達成には至りませんでした。しかし、全国平均及び県平均と比較すると受診率は高く推移しています。また、早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健康診査の年代別の受診率では、40～50 歳代の受診率は伸び悩む状況が続いています。

また、特定保健指導終了率については、平成 30 年度より 80%以上で推移しており、令和 2 年度には 89.4%のピーク値を達成しました。

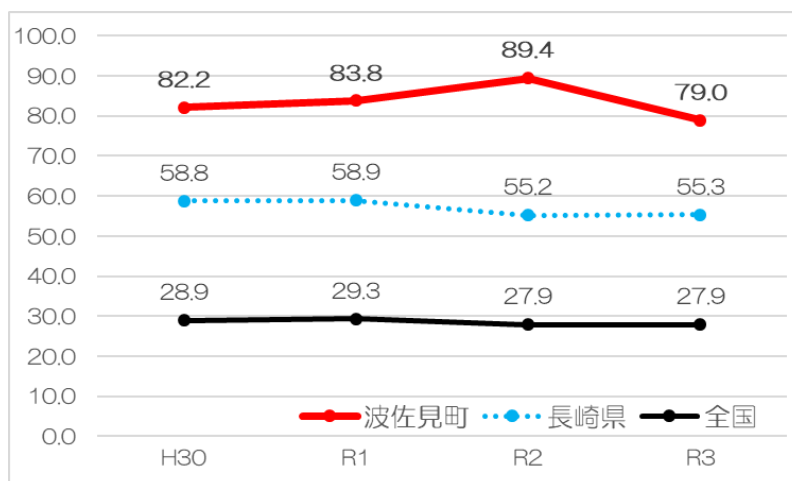
歯周疾患健診（歯科健診）は、集団健診受診者全員に対して受診を案内しており、歯科医師による歯科健診、歯科衛生士による口腔ケア指導を実施しています。また、70 歳に到達する前期高齢者に対しては、保険証交付説明会と同時に歯科衛生士による歯科相談も実施しています。令和 4 年度の本町の口腔状況をみると、咀嚼良好な者が全体の 73.4%となっており、県平均と比較しても低い状況にあります。咀嚼状況が悪くなることによって、将来のフレイルを招く低栄養のリスクを高めるため、若年代から定期的な受診による口腔状態の管理が必要です。

運動習慣の状況について、1 日 30 分以上運動をしていない人の割合で、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると 27.3 ポイント減少しています。運動習慣の獲得によって、予防できる生活習慣病もあるため、日々の生活の中で運動を習慣づける取り組みを今後も引き続き実施していく必要があります。

図表 6 特定健診受診率の推移 (%)



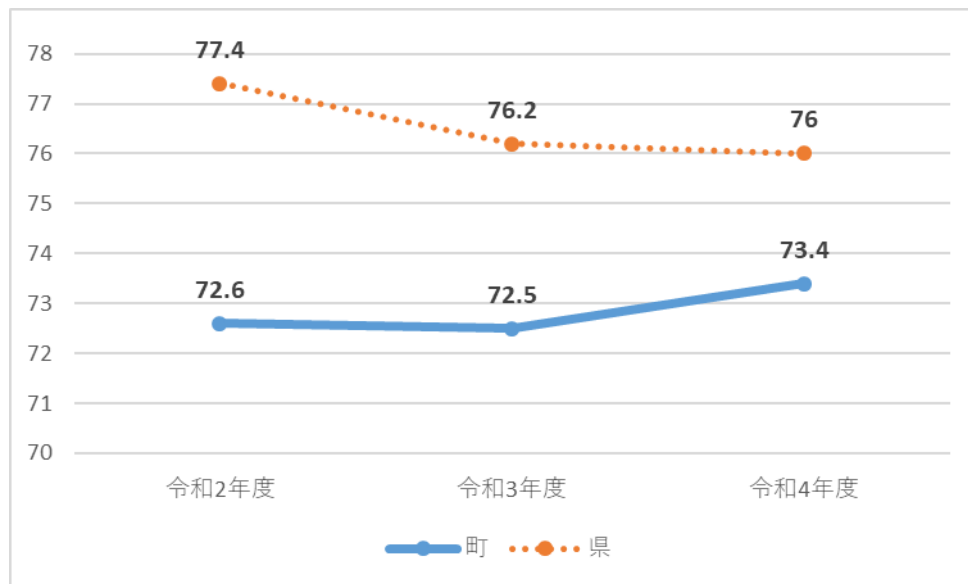
図表 7 特定保健指導率の推移 (%)



出典 (全国・県) 全国国民健康保険中央会
「市町村国保特定健診・特定保健指導実施状況」
(町) KDB「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

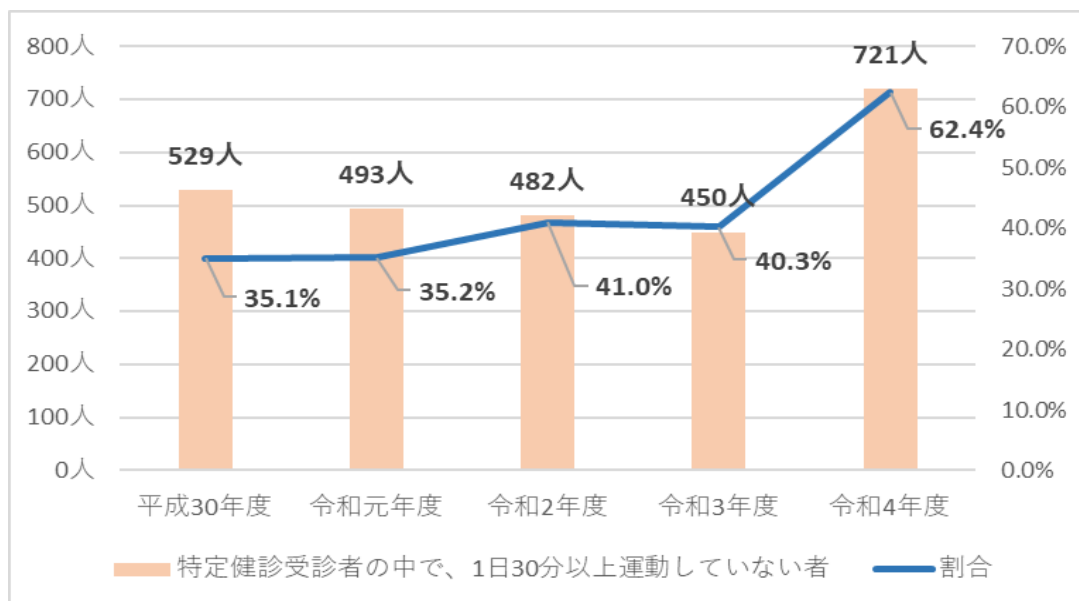
図表 8 咀嚼良好な者の割合

(%)



出典：特定健診データ管理システム（FKAC167）

図表 9 運動習慣の状況



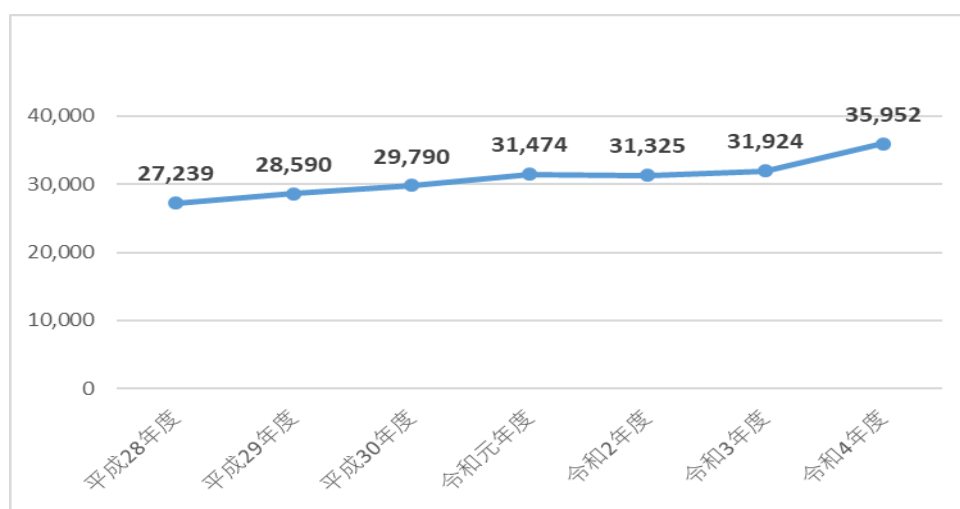
出典：特定健診データ管理システム（FKAC167）

4. 医療費及び関連疾患の状況

本町の一人当たり医療費は、令和2年度、3年度にかけて、新型コロナウイルス感染症の拡大により、受診控えと思われる影響があり伸び率が低く抑えられていましたが、その後は増加しています。

1件当たり50万円以上（5万点）となる高額レセプト件数は、令和4年度440件あり、令和2年度の359件と比較すると81件増加しています。令和4年度は総レセプト件数に対して約1%の割合ですが、総医療費に占める高額レセプトの割合は、35.6%と高い状況です。

図表 10 一人当たりの医療費の推移 (円)



出典 KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 本町の高額（5万点）レセプトの件数及び割合

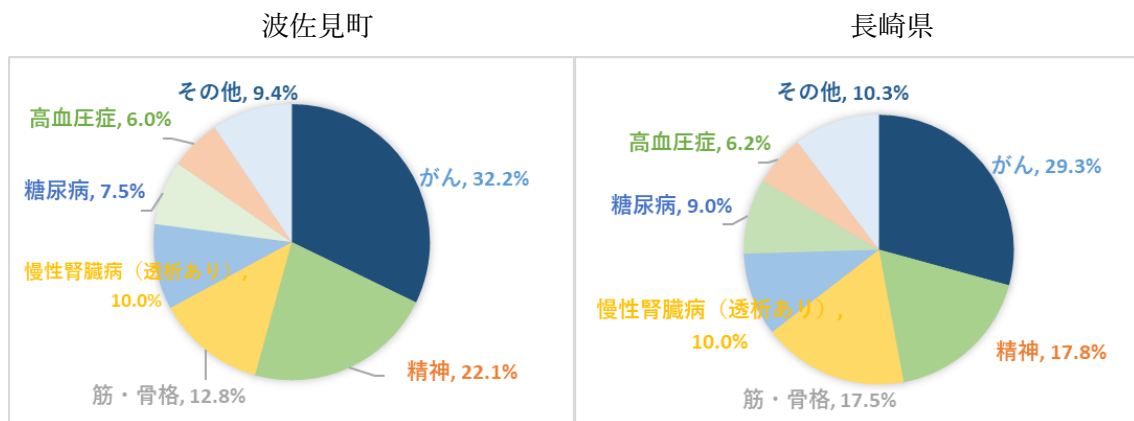
		令和2年度	令和3年度	令和4年度
A	レセプト件数(件)	46,371	46,576	45,562
B	高額レセプト件数(件)	359	408	440
B/A	総レセプト件数に占める高額レセプトの割合(%)	0.8%	0.9%	1.0%
C	医療費全体(円)	1,133,665,400	1,147,591,170	1,224,372,400
D	高額（5万点）レセプトの医療費(円)	362,915,020	372,360,030	435,573,410
E	その他レセプト（5万点未満）の医療費(円)	770,750,380	775,231,140	788,798,990
D/C	総医療費に占める高額レセプトの割合(%)	32.0%	32.4%	35.6%

出典：医療費経年分析（データホライゾン）

4－1）疾病別医療費の状況について

令和4年度の疾病別医療費の割合をみると、がんが最も高く、次いで精神、筋・骨格、慢性腎臓病（透析あり）の順となっています。慢性腎臓病（透析あり）の割合は、長崎県と同じような割合ですが、糖尿病の割合は低い状況にあります。

図表 12 疾病別医療費の割合（令和4年度）



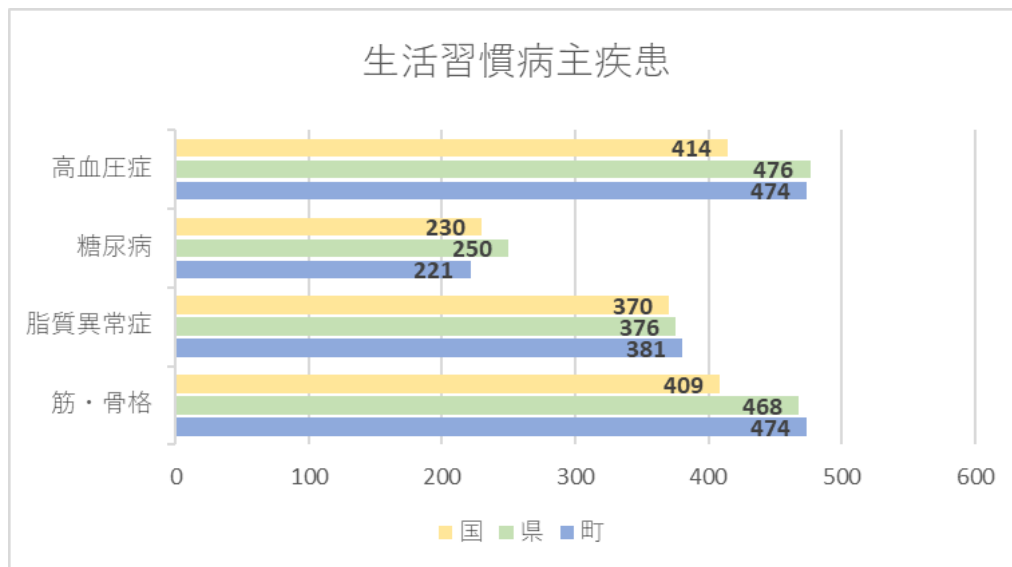
出典：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

4－2）主な生活習慣病の状況

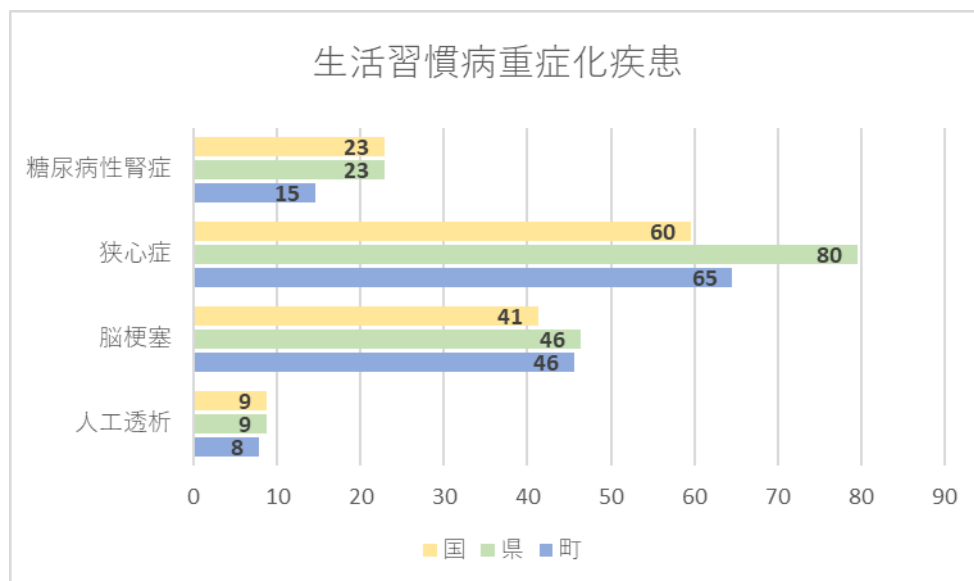
令和４年度の生活習慣病の罹患状況をみると、高血圧症、脂質異常症及び筋・骨格については国よりも多く、糖尿病については、国、県よりも少ない状況にあります。

生活習慣病が重症化したとされる疾患については、糖尿病性腎症は国よりも少なく、人工透析は国・県と同程度です。狭心症や脳梗塞については、国よりも多い状況で、基礎疾患である高血圧症が、国よりも多い割合にあるため、その発症に影響しているものと考えられます。

図表 13 患者千人当たり生活習慣病患者数（令和４年度）（人）



図表 14 患者千人当たり生活習慣病重症化疾患患者数（令和４年度）（人）

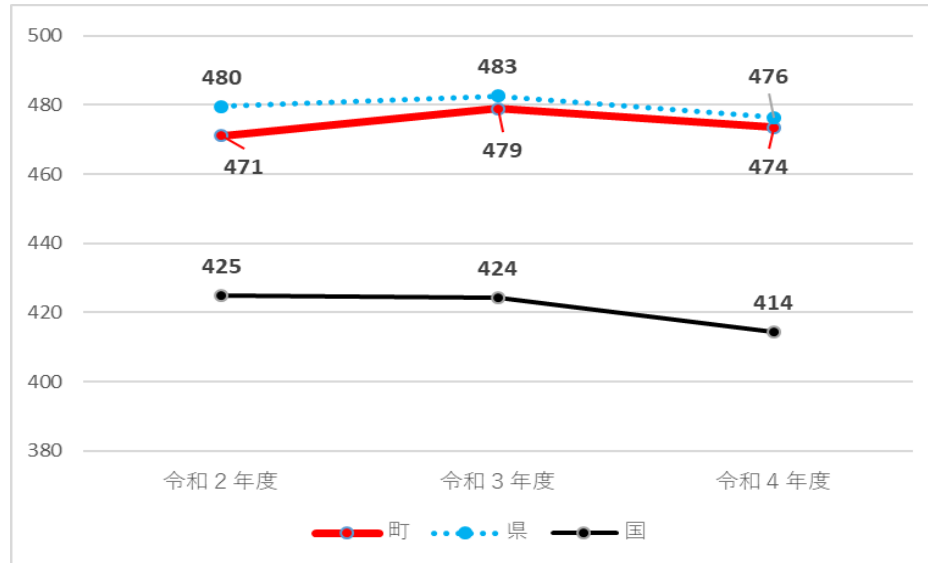


出典：KDB システム（医療費分析細小化分類）

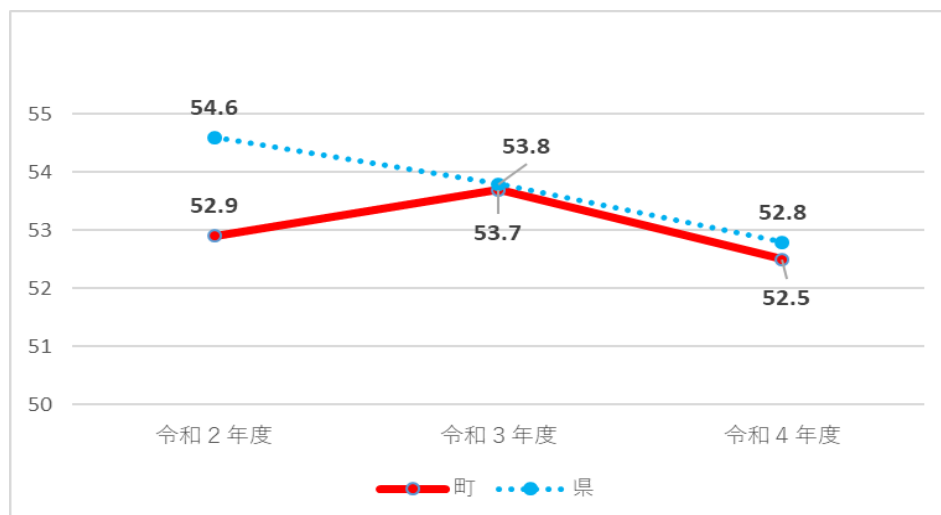
4－3）高血圧症の状況

本町の高血圧症の患者数をみると、県との比較では同程度ですが、国と比較すると高めに推移していることがわかります。また、血圧が保健指導判断値以上の割合（収縮期 $\geq$ 130、または拡張期 $\geq$ 85）は減少傾向にあるものの、令和4年度は52.5%で、特定健診受診者の半数以上の者が高血圧の状況にあります。

図表 15 患者千人当たりの高血圧症の患者数 (人)



図表 16 血圧が保健指導判断値以上の割合 (収縮期 $\geq$ 130、または拡張期 $\geq$ 85) (%)



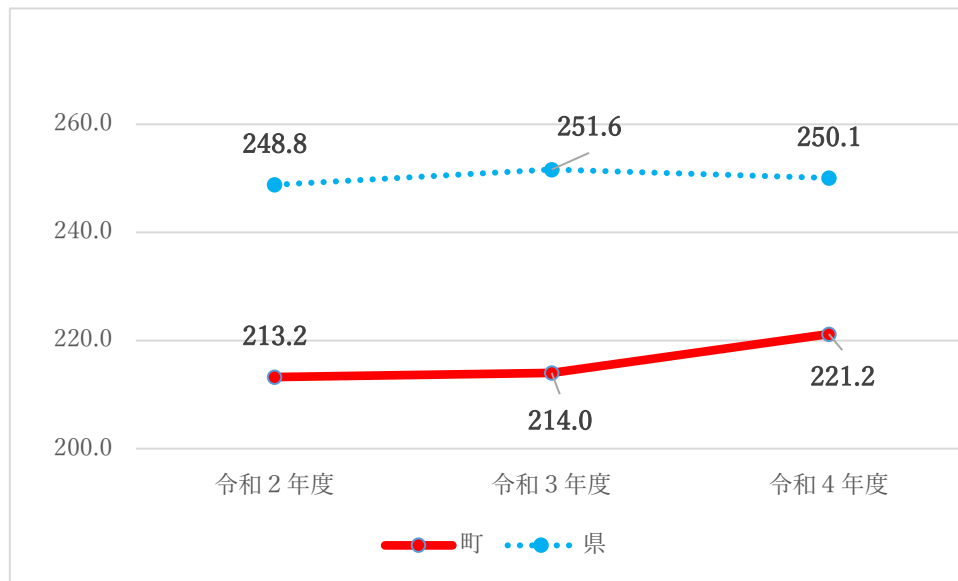
出典：KDB データ

4－4）糖尿病の状況

糖尿病の患者数は、県と比べ低い水準を推移しています。また、図表 12 より医療費についても疾病別の割合は県より低い状況にあります。

糖尿病の指標でもある HbA1c の数値について健診結果をみると、正常範囲の者は県平均と比べて高い傾向にある一方で、HbA1c8.0%以上の者は県平均より割合が高く、重症化リスクが高い患者が多い状況にあります。また、医療機関未受診者に対しても、重症化予防のための受診勧奨と治療継続の働きかけが必要です。

図表 17 患者千人当たりの糖尿病の患者数 (人)



出典：KDB データ

図表 18 HbA1c の状況 (%)

	HbA1c8.0以上の割合			HbA1c6.5以上の割合			HbA1c6.5以上で レセなしの割合（未治療者）		
	県割合	町割合	県内順位	県割合	町割合	県内順位	県割合	町割合	県内順位
令和 2 年度	1.2	1.4	16	8.8	8	6	11.2	10.2	10
令和 3 年度	1.2	0.8	5	8.9	8.3	6	12	6	1
令和 4 年度	1.2	1.5	19	9.2	8.6	6	12.5	7.8	2

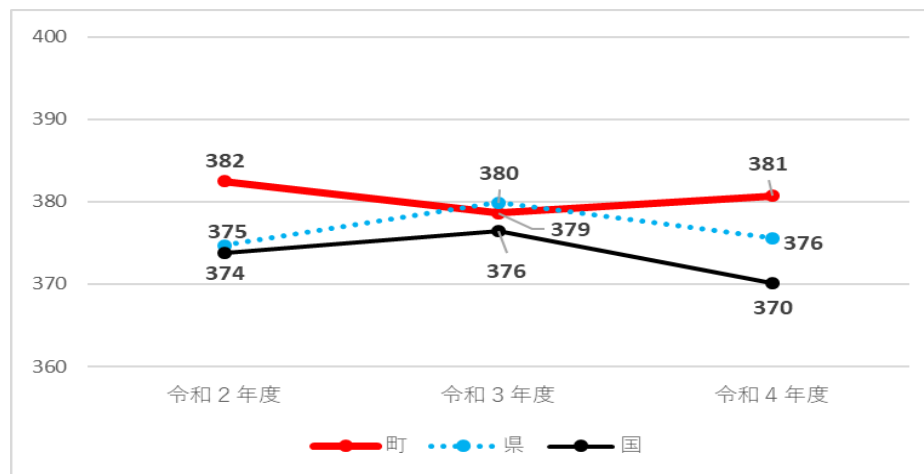
出典：KDB データ

4－5）脂質異常症の状況

脳・心血管系イベントの発症要因にもつながる、脂質異常症については県平均より多い状況にあります。特定健診受診者の内、LDL コレステロール値 160 mg/dl 以上の者の割合は、令和 4 年度は 5.8%です。脂質異常症治療者は減少傾向にありますが、依然として一定数を維持している状況です。

高血圧症や糖尿病を併せ持つ場合、脳・心血管系イベントの発症リスクは更に高くなるため、内服状況や食事・運動などの生活習慣の確認を含んだ継続的支援を行う必要があります。

図表 19 患者千人当たり脂質異常症の患者数の状況 (人)



出典：KDB データ

図表 20 LDL コレステロール値の状況 (人)

	特定健診受診者	脂質異常症治療者数	特定健診受診者のうち LDLコレステロール値 160mg/dl以上	特定健診受診者のうちLDL コレステロール値160mg/dl 以上の割合
平成30年度	1509	373	117	7.8%
令和元年度	1401	355	111	7.9%
令和2年度	1177	338	70	5.9%
令和3年度	1118	338	86	7.7%
令和4年度	1155	342	67	5.8%

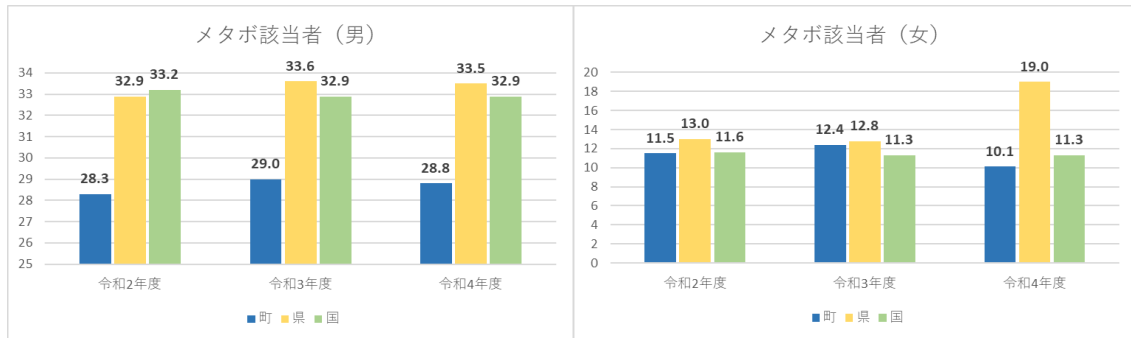
出典：特定健診管理データシステム (FKAC167)

4－6）メタボリックシンドロームの状況

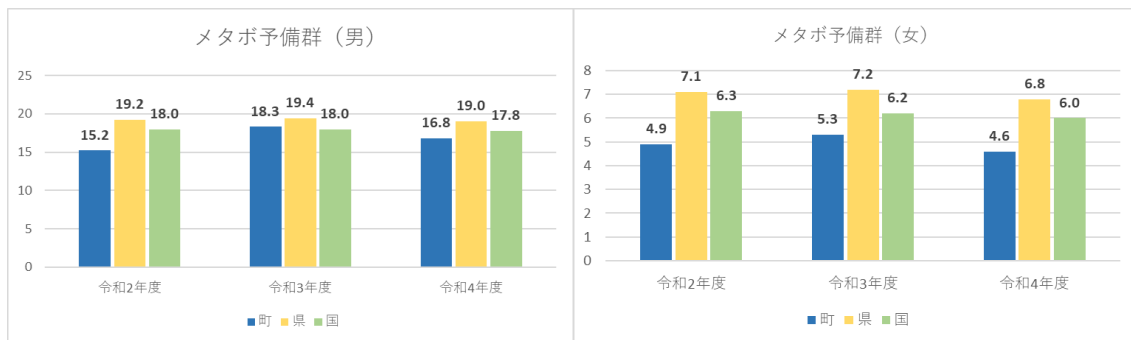
メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積が、循環器系疾患を引き起こす危険因子として、脳・心血管系イベントリスクを高める一つの指標とされています。

メタボリックシンドローム該当者の割合を国や県と比較すると、低い水準にありますが、新たな対象者を増やさない取り組みをする必要があります。

図表 21 メタボリックシンドローム該当者の割合 (%)



図表 22 メタボリックシンドローム予備群の推移 (%)

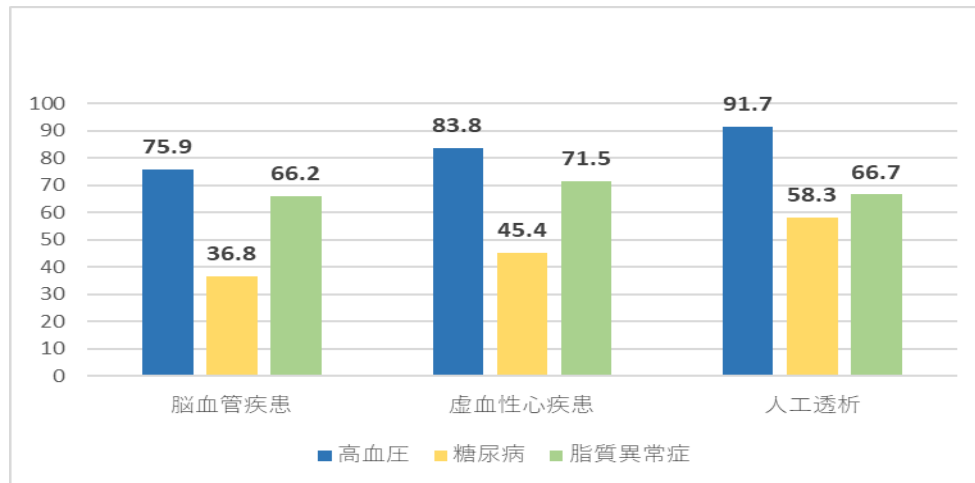


出典：KDB データ

4－7）生活習慣病と重症化疾患の関係

主な生活習慣病による重症化疾患について、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析ともに高血圧、糖尿病、脂質異常症が大きく影響しています。特に、高血圧症においては、どの疾病にも既往率が高いため重症化予防のため厳格な数値コントロールをすることが重要と考えられます。

図表 23 主な生活習慣病の既往状況（令和4年度）（％）



出典：KDB データ（レセプト分析）

また、人工透析患者数はほぼ横ばいで、年度によって新規透析患者に増減があります。令和4年度1月あたり約50万円、年間602万円の一人当たり医療費となっています。人工透析は医療費が高額で長期化する治療でもあるため、早期受診により重症化を予防する取り組み（ハイリスク者対策）が重要になります。

図表 24 人工透析患者の推移

区分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者		12人	14人	12人
新規人工透析患者		—	3人	1人
透析に至った起因	糖尿病性腎症 II型糖尿病	—	1人	1人
	糸球体腎炎 その他	—	1人	—
	起因が特定できない	—	1人	—

図表 25 人工透析にかかる医療費

医療費	透析患者全体	患者一人当たり平均	患者一人当たり ひと月当たり平均
令和4年度	72,304,650 円	6,025,388 円	502,116 円

4－8）歯科と医科の関係

歯周病は、歯を失うだけでなく、糖尿病や動脈硬化など生活習慣病にも関連することが近年の研究で分かってきていることから、適切なセルフケアや受診により歯周病を予防することが、生活習慣病の重症化予防においても重要です。

推計残存歯数階層別・生活習慣病等有病率の状況を見ると、20 本以上残存歯がある方の生活習慣病等の有病率は低く、残存歯が 20 本を下回ると 70%以上の方は生活習慣病を発症しています。

早期からの口腔ケアが、糖尿病や心筋梗塞などの重症化かつ医療費が高額になりやすい疾患の予防に寄与することから、歯科健診の受診勧奨などの推進が、歯周病の予防はもとより、生活習慣病の重症化予防にも有効であると考えられます。

図表 26 推計残存歯数階層別 生活習慣病等有病率

推計 残存歯数	生活習慣病等有病率(%)						
		糖尿病	高血圧	虚血性 心疾患	脳血管 疾患	関節 リウマチ	骨粗鬆症
0～9 本	73.3%	35.0%	45.0%	16.7%	16.7%	6.7%	21.7%
10～19 本	78.0%	29.5%	61.8%	14.5%	15.6%	6.4%	28.9%
20 本以上	54.5%	25.3%	37.0%	10.0%	9.6%	3.7%	15.7%

データ化範囲(分析対象)…歯科の電子レセプト。対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

4－9）服薬の状況

① 後発医薬品の状況

令和４年度後発医薬品の普及率で、薬剤数量ベースは 87.1%となっていますが、薬剤金額ベースでは 57.2%と減少しています。

後発医薬品差額通知を国保加入者に配布し、自己負担相当額、削減自己負担額を通知書に記入することにより、利用促進を図り、後発医薬品の普及を継続します。

図表 27 後発医薬品の利用状況の推移

区分	令和２年度	令和３年度	令和４年度
薬剤数量ベース	86.2% (82.3%)	86.8% (82.8%)	87.1% (83.5%)
薬剤金額ベース	62.9% (54.4%)	61.2% (53.3%)	57.2% (54.9%)
後発品への切替により削減可能な金額	2,442,437 円	2,261,939 円	1,544,102 円

※（ ）は県の割合

② 多剤服薬者の状況

複数医療機関から内服薬が長期(14 日以上)・６種類以上の内服薬を処方されている長期多剤服用者は、70 歳以上で被保険者の 10%以上となっています。複数の診療科・医療機関の受診により、薬の数が多くなることがありますが、処方薬全体が把握されていないこと等により起こることがあります。

多くの薬を服用することにより副作用や薬害有害事象を起こす可能性があるため、お薬手帳の利用を促し、多剤服用の可能性のある患者本人や処方した医療機関へ通知を行い、確認を行います。

図表 28 長期多剤服薬者の状況（対象診療年月は令和４年 12 月～令和５年 3 月診療分）

		40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～
被保険者数(人)	A	120	127	136	154	285	571	801
長期服薬者数(人)	B	7	14	11	11	32	80	139
長期多剤服薬者数(人)	C	3	5	4	10	14	43	82
被保険者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	C/A	2.5%	3.9%	2.9%	6.5%	4.9%	7.5%	10.2%
長期服薬者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	C/B	42.9%	35.7%	36.4%	90.9%	43.8%	53.8%	59.0%

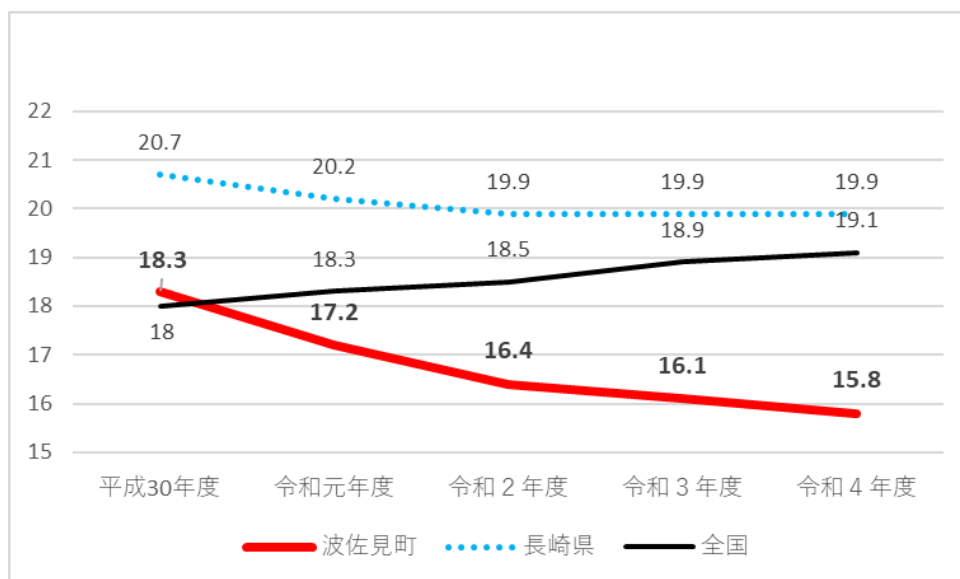
データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト

5. 介護の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、1号（65歳以上）被保険者4,691人に対し、認定率は15.8%で、全国・県と比較すると比率は低く推移しています。また、要介護認定率は平成30年度と比較すると2.5ポイント減少しており、年々減少傾向にあります。

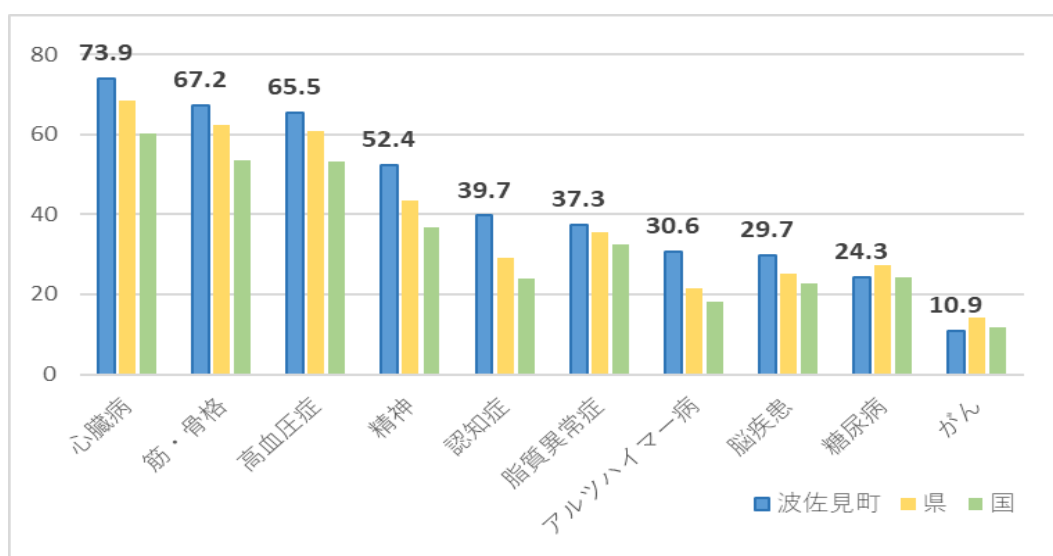
また、介護認定者の有病状況（主要疾患）を見ると、循環器系疾患である心臓病や高血圧症が上位を占めており、次いで筋・骨格疾患が続いています。

図表 29 要介護認定率の推移 (%)



出典：厚生労働省「見える化システム」（長寿支援課より提供）

図表 30 要介護者の有病状況（主要疾患の比較） (%)



出典：KDB 地域の全体像の把握

第3章 第2期計画にかかる評価

1. 第2期データヘルス計画の評価

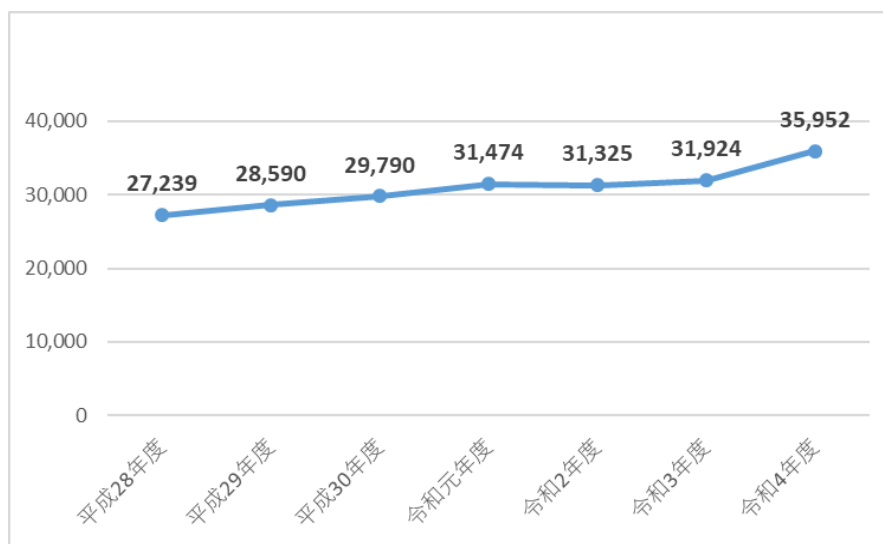
【第2期データヘルス計画の目標と結果】

目標① 一人あたりの医療費を平成28年度の27,239円と比較して、10%下げるとともに、総医療費に対する入院費の割合を45%以下にする。

（結果）図表31のとおり、令和4年度の一人あたり医療費は35,952円となっており、平成28年度より増加傾向にあります。また、総医療費に対する入院費の割合についても令和4年度において52.9%となっており、ともに目標を達成することができませんでした。

図表31 一人あたり医療費の推移

(円)



出典 KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表32 医療費に対する外来・入院の割合

(%)

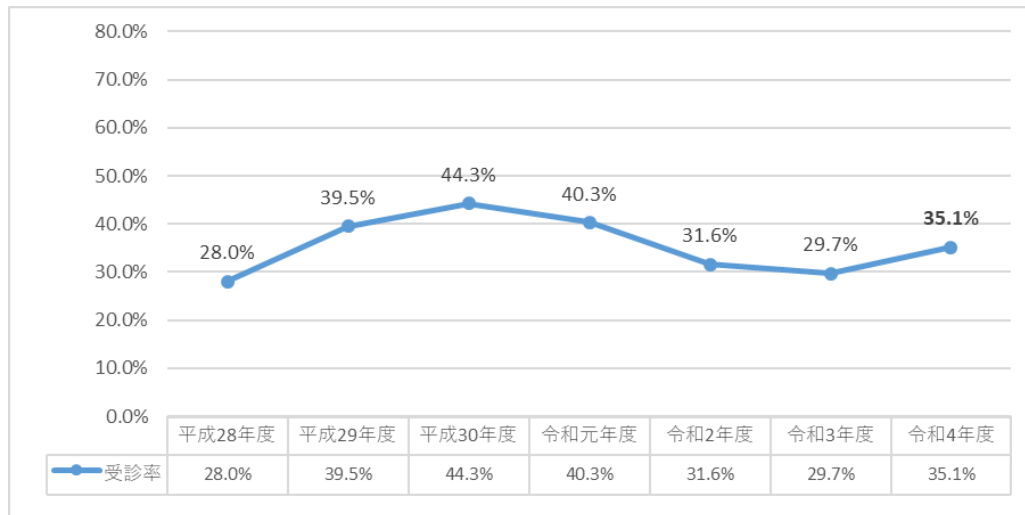
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総医療費に対する 外来費の割合	49.0	49.9	49.7	50.0	49.7	52.3	47.1
総医療費に対する 入院費の割合	51.0	50.1	50.3	50.0	50.3	47.7	52.9

出典：KDB 地域の全体像の把握

目標② 40歳・50歳代の特定健診受診率を35%以上にする。

（結果）図表33のとおり、令和4年度については35.1%で目標を達成することができました。また、コロナ禍以前は増加傾向にあったものの、令和2年度と令和3年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり減少しました。

図表33 40歳代・50歳代の特定健診受診率



出典：法定報告

目標③ 糖尿病治療中でHbA1c7.0%以上の者を20%減らす。

（結果）図表34のとおり、令和4年度の糖尿病治療者の内、HbA1c7.0%以上の割合は39.0%で目標を達成することができませんでした。

図表34 糖尿病治療者の血糖コントロールの推移

(人)

	特定健診受診者	糖尿病治療者	糖尿病治療者のうち HbA1c7.0以上の者	糖尿病治療者のうち HbA1c7.0以上の割合
平成28年度	1188	103	38	36.9%
平成29年度	1310	115	32	27.8%
平成30年度	1509	144	69	47.9%
令和元年度	1401	145	62	42.8%
令和2年度	1177	114	41	36.0%
令和3年度	1118	113	40	35.4%
令和4年度	1155	118	46	39.0%

出典 特定健診等データ管理システム（FKAC167）

2. 主な個別事業の評価

① 特定健診受診率向上対策事業

被保険者に対して、特定健診の受診率向上に向けた様々なアプローチに取り組みました。生活習慣病の早期発見・重症化予防のためにも、特定健診を受診しやすい体制づくり、受診の必要性を理解し受診行動につながるような周知等に努めました。

○主な取り組み

<インセンティブの付与>

- ・2年連続、3年連続で受診している被保険者（法定報告対象者）に対して、町内で利用できる商品券：2年連続 500 円、3年連続 1,000 円を贈呈。
- ・各自治会と受診率向上対策委託業務契約を結び、各自治会からの受診勧奨を実施し、目標（受診率 60%以上）達成の自治会に対しては、自治会へ助成金を贈呈。

<予約の工夫>

- ・過去に集団健診を受診したことがある者について、年度当初に集団健診日程で予約割付をした案内を受診券と送付。（R3.R4.は過去3年受診者、R5.は前年度受診者を割付）
- ・特定健診対象 40 歳到達者に対して、集団健診の予約割付をした案内と受診券を送付。
- ・集団健診の予約方法として、電話予約に加えて町公式 LINE を活用した予約受付を行うことで、24 時間予約が可能な体制を整備し、働く世代が予約しやすい環境づくりを実施。

<個別勧奨>

- ・ICT を活用した受診勧奨はがきを集団健診の日程に合わせて年 2 回送付。集団健診日程が終了する年度末の時期には、個別健診の勧奨を実施。
- ・国保途中加入者（転入者含む）に対して、健康保険手続きの際に特定健診の受診案内を実施。

② 糖尿病性腎症重症化予防

平成 28 年度から糖尿病の合併症である糖尿病性腎症の進行による人工透析導入を予防するため、前年度の健診結果から対象者を抽出し、かかりつけ医との連携に基づいた約 6 か月の保健指導を実施しています。

また、平成 30 年度から、「長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を基本とし、医療機関未受診者や治療中断者に対する受診勧奨、糖尿病発症ハイリスク者の保健指導を実施しています。管理栄養士を中心として、血糖コントロール不良状態のハイリスク者等から優先的に指導に当たり、かかりつけ医や近隣の医療機関と情報連携を行い、受診勧奨及び受診後の治療継続支援に取り組みました。さらに、レセプトや特定健康診査受診状況から治療中断者（かつ特定健康診査未受診者）を抽出し、医療機関や特定健康診査の受診勧奨も行っています。

図表 35 ハイリスク者に対する保健指導

	R2	R3	R4
対 象 者	52 人	35 人	28 人
実施者数	10 人	3 人	4 人
実 施 率	19.2%	8.6%	14.3%

出典：町独自糖尿病関連管理データ

図表 36 糖尿病性腎症重症化予防対象者（HbA1c6.5%以上）

	R2	R3	R4
健 診 受 診 者	1,177 人	1,118 人	1,155 人
血糖値有所見者	92 人	93 人	106 人
割 合	7.8%	8.3%	9.2%

出典：町独自糖尿病関連管理データ

③生活習慣病予防教室

<糖尿病予防>

糖尿病発症とその合併症の予防のため、全町民公開型の糖尿病予防教室を開催し、保健師による糖尿病の病態生理説明、管理栄養士による食事のポイント講話を行いました。

また、令和 3 年度には、県のヘルスアップ事業「効果的な保健指導の検証」に参加し、委託先の長崎県立大学との協同により、血糖変動を見える化したリブレを活用した教室を開催し、その後の医療費適正化に対する効果検証も行っているところです。

<高血圧症予防>

高血圧予防教室として、保健師による高血圧症の病態生理説明、管理栄養士による食事のポイント講話、ウォーキングなど有酸素運動の実践教室を開催しました。

また、重症化予防対策として、高血圧Ⅱ度以上の未治療者及び治療中断者に対し、医療機関受診勧奨、家庭血圧測定と記録、減塩を含む食事指導、ウォーキング等の有酸素運動指導を実施しました。家庭血圧測定の習慣化に向けて、血圧記録ノートの配布や血圧計の貸し出しも行いました。

特定健診の血圧Ⅱ度以上の割合をみると、全体の約 3 %で推移していますが、その内、未治療者は 45～55%を占めています。今後も引き続き、家庭血圧測定の推奨と高血圧改善の生活指導を実施し、未治療者には、医療機関受診勧奨を行うとともに、治療中の者には服薬状況の確認を行い、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

図表 37 特定健診受診者の高血圧の割合

	R2	R3	R4
健診受診者	1,177 人	1,118 人	1,155 人
血圧Ⅱ度以上	40 人	33 人	43
割 合	3.4%	3.0%	3.7%
(内)治療あり	18 人	18 人	21
割 合	45.0%	54.5%	48.8%

出典：特定健診等データ管理システム

***成人における血圧値の分類（参考）**

分 類	収縮期血圧		拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80
正常高値血圧	120～129	かつ	<80
高値血圧	130～139	かつ/または	80～89
I 度高血圧	140～159	かつ/または	90～99
Ⅱ度高血圧	160～179	かつ/または	100～109
Ⅲ度高血圧	≧180	かつ	≧110

高血圧治療ガイドライン 2019

<ステップ台運動教室>

令和 3 年度に参加した長崎県ヘルスアップ事業「効果的な保健指導の検証」で、ステップ台運動を実施した参加群に、体力向上がみられた結果*を受けて、令和 4 年度と令和 5 年度は長崎県立大学との協定により「ステップ台運動教室」を開催しました。

入院レセプトから、骨折対策は波佐見町の課題であり、長崎県全体でも今後力を注いでいくべき課題と示されており、後期高齢者医療費対策としても必須の健康課題です。転倒予防に必要な骨格筋力向上に効果的なステップ台運動の普及を目指して、令和 6 年度以降は、町単独事業として教室の開催を継続していきます。

***令和 3 年度国保ヘルスアップ事業の内容**

方法：日常生活における階段の上り（5～7 メッツ）の活動強度に相当する体力（健康寿命の延伸に必要な体力と考えられる）をステップ台昇降時の乳酸値で測定し、自宅で昇降運動を 12 週間継続した後の体力（乳酸値の上がり方）と比較する。

結果：全身持久力を乳酸閾値強度（徐々に運動の強度を上げていった際に血液中の乳酸濃度が急増するポイント≡無理なく運動ができる強度）で評価したところ、12 週間後に体力が増加した人数は 12 名中 9 名（75%）であった。

第2期データヘルス計画に掲げる個別保健事業の目標と実施結果のまとめは以下のとおりです。

なお、令和5年度の実施率は翌年度に確定するため、未記載です。

(%)

関連計画		課題を解決するための目標		初期値	第2期データヘルス計画						最終評価	
								中間評価				最終評価
					H28	H29	H30	R1	R2	R3		R4
特定健診等計画	特定健診受診率60%以上		45.6	55.6	62.2	60.1	50.6	48.4	52.2		B	
	特定保健指導実施率60%以上		73.1	63.7	82.2	83.8	89.4	79.0	81.0		A	
	特定保健指導対象者の減少率25%		17.1	16.7	26.6	13.2	16.5	15.7	24.0		B	
データヘルス計画	中長期	1人あたりの医療費減少率10%		27,239円	28,590円	29,790円	31,474円	31,325円	31,924円	35,952円	B	
		(初期値：H28医療費と比較した増減率)			+5%	+9.4%	+15.5%	+15.0%	+17.2%	+32.0%		
		医療費に対する入院割合45%		51.0	50.1	50.3	50.0	50.3	47.7	52.9	B	
		40歳・50歳代の受診率35%		28.0	39.5	44.3	40.3	31.6	29.7	35.1	A	
		糖尿病治療中でHbA1c7.0以上の者の減少率20%		36.9	27.8	47.9	42.8	36.0	35.4	39.0	B	
保険者努力支援制度	短期	がん検診受診率（40～69歳）	胃がん検診 40%	男	8.7	9.3	8.5	7.7	6.0	6.2	4.6	B
				女	9.7	9.3	8.4	7.8	6.0	5.5	3.7	B
			肺がん検診 50%	男	12.2	11.5	11.1	10.1	11.1	5.9	8.4	B
				女	15.1	13.3	12.5	11.7	13.4	7.0	9.9	B
			大腸がん検診 44%	男	10.2	9.8	9.7	8.9	9.4	4.9	7.6	B
				女	14.6	13.4	12.1	11.4	11.9	6.3	8.8	B
			子宮頸がん検診 52%		23.4	21.7	21.2	20.7	18.1	17.2	15.5	B
			乳がん検診 60%		14.4	29.7	29.2	28.4	25.6	25.4	24.8	B

評価・・・A：達成 B：未達成・改善が必要 C：事業継続が困難 D：評価不能

第4章 第3期計画における健康課題

1. 基本的な考え方

健康課題においては、第2期計画の評価を踏まえ、健診情報や医療データを活用して、被保険者の健康状態等进行分析し、波佐見町の健康状態を明確化することができました。

また、生活習慣病の発症予防や重症化予防のために、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病予備群、生活習慣病の発症、さらには重症化・合併症へと悪化させない取り組みを継続的に実施することが重要です。

特に、本町においては入院医療費が全体医療費に占める割合が大きく、医療費を逼迫させているため、重症化させない・入院させないような取り組みが必要です。

2. 波佐見町国民健康保険の健康課題

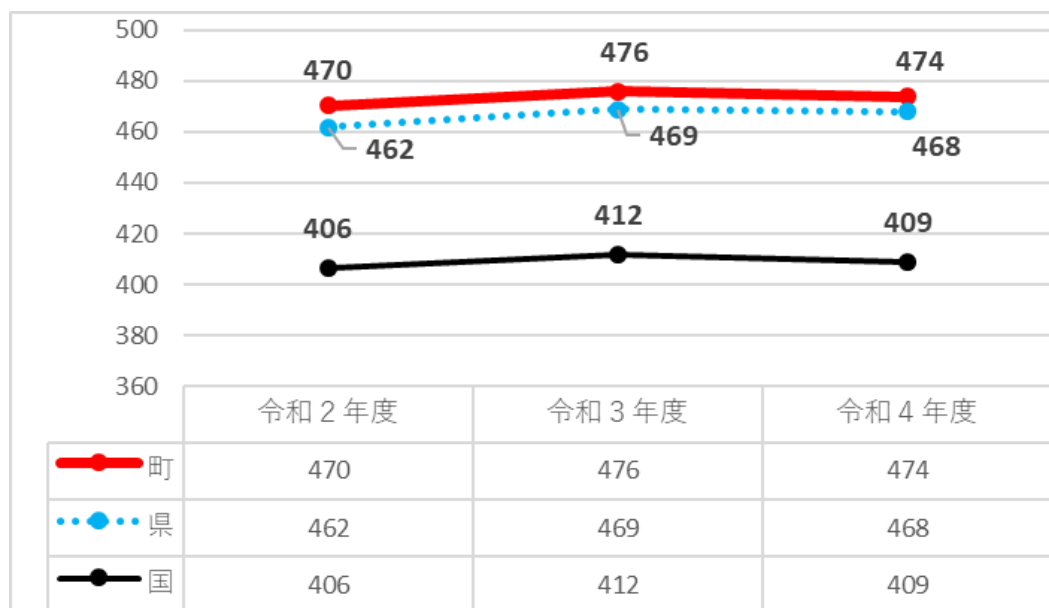
1) 糖尿病重症化リスクが高い

本町においては、図表 17 より糖尿病患者数は県平均よりも少なく推移しており、また、図表 18 より未治療者も少ない傾向にあることがわかります。一方で、図表 18 よりHbA1c8.0%以上の者が県内では高い割合となっており、糖尿病の重症化やそれに伴う合併症の進行が懸念される状況にあります。重症化予防のためにも、適切な治療や受診継続を促す必要があります。

2) 骨折による入院患者数が多い

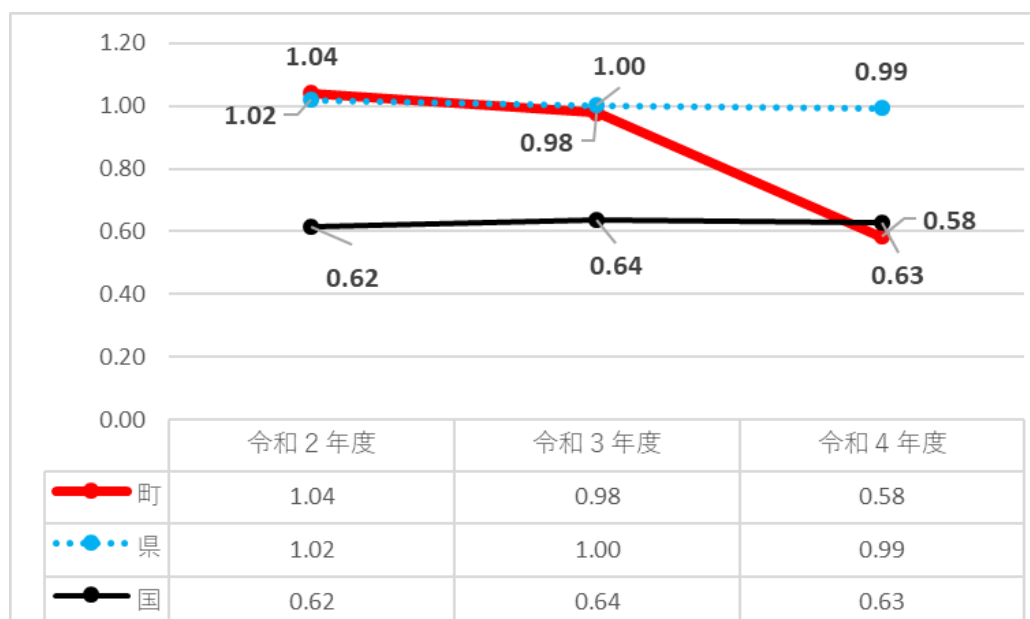
令和2年度と令和4年度を比較すると、本町の筋・骨格疾病対象者はほぼ横ばいとなっていますが、国や県と比べると多い状況にあります。また、骨折による入院患者は令和2年度から徐々に減少傾向にありますが、いずれにしても、骨折は原因（外傷、過度の運動、病気等）を知ることによって予防ができることがあります。骨粗鬆症ハイリスク者に対する受診勧奨や治療状況の確認、転倒予防に効果的な運動、骨密度を維持強化する栄養指導を通して、骨折に至らない身体づくりのための生活習慣を確立する必要があります。

図表 38 患者千人当たり筋・骨格系疾患の患者数 (人)



出典 KDB データ

図表 39 被保険者千人当たり骨折での入院レセプト件数の割合



出典 KDB データ

3) 脳・心血管系イベントの発症者が多い

図表 14 より国と比較して狭心症や脳梗塞の患者数が多くなっています。また、図表 23 より脳血管疾患・虚血性心疾患において 75%以上の者が高血圧症を有しており、基礎疾患の高血圧症の予防や厳格な数値コントロールを行うことが重要と考えられます。また、重症度においては医療費の増大だけでなく介護費の増加にもつながるため、発症させないための支援が必要とされます。

4) 咀嚼状態が良好でない者が多い

歯科の状況においては、図表 8 のとおり、咀嚼良好な者の割合が県内でも低い順位となっています。

将来的に考えると、咀嚼ができない、噛みにくい等の咀嚼状態の悪化は、バランスの良い食事の摂取に影響し、低栄養リスクを高めます。また、偏った食事は、骨粗鬆症や糖尿病などの生活習慣関連疾患の発症や進行を引き起こすリスクを高めるため、適切な口腔ケア習慣の獲得に加えて、歯科医療機関での定期観察・治療につながるような対策が必要です。

3. 第3期データヘルス計画の目標設定

データヘルス計画の目的である、「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」の達成に向けて特定健診・医療費情報を分析した結果、本町の健康課題が見えてきました。

国が示す指針を基本として、特定健診及び特定保健指導による健康づくり、生活習慣病の重症化予防、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の3つの分野において目標を設定します。目標を達成するために取り組む個別保健事業については、第6章で後述します。

図表 40 第3期データヘルス計画管理目標

	達成すべき目的	課題解決のための目標	実績		データソース
			初期値 R6 (R4)	目標 R11 (R10)	
Ⅰ 特定健診・特定保健指導による健康づくり	特定健診受診率向上	特定健診受診率60%以上	52.2%	60%	法定報告 ※第6章に掲載
	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率60%以上	81.0%	65%	
Ⅱ 生活習慣病の重症化予防	生活習慣の改善	運動習慣「1回30分以上運動習慣なし」の割合の減少	62.4%	60%	特定健診 データ管理 システム (FKAC167)
		咀嚼が良好な者の割合向上 (50歳以上74歳以下)	74.3%	76.5%	
	高血圧の改善	基準値外の者の減少 (収縮期血圧 ≥ 130 mmHg、拡張期血圧 ≥ 85 mmHg)	53.7%	51.5%	
	糖尿病の改善	HbA1c6.5%以上の者の割合減少	9.2%	8.0%	
		HbA1c8.0%以上の者の割合減少	1.4%	0.8%	
		HbA1c6.5%以上の者のうち、 糖尿病レセプトなしの者の割合減少	30.2%	27.0%	
Ⅲ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	低栄養傾向の者の減少	BMIが $20\text{kg}/\text{m}^2$ 以下の者の割合の減少 (前期高齢者65歳～74歳)	18.1%	15.9%	

第5章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期および第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期は実施計画を6年1期として策定します。

2. 目標値の設定

下記のとおり、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の目標値を設定します。

	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
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上

3. 特定健康診査の実施

① 実施体制

実施方法	委託先	実施時期	実施場所
集団健診	長崎県健康事業団 (がん検診を同時実施)	5月・8月・11月 (土日や夜間健診を実施)	波佐見町総合文化 会館 波佐見町農村環境改善セ
個別健診	東彼杵郡医師会	4月～3月	委託先医療機関
委託基準	健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理が求められるため、国の委託基準（「特定健康診査及び保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に厚生労働大臣が定める者」）を満たす健診機関を選定します		
対象者	波佐見町町国民健康保険加入者で、当該年度に40歳～74歳となる加入者また年度途中で75歳に達する加入者については、75歳の誕生日の前日までとします。		
費用	自己負担なし		
代行機関	特定健診にかかる費用の請求・支払い代行は、長崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。		
周知・案内方法	個別通知、町広報、ホームページ、町広報紙への掲載、有線テレビ・SNSの活用、庁舎や町内医療機関などのポスター掲示など		

なお、第3期に引き続き、波佐見町国民健康保険被保険者が1人でも多く受診することができるよう、様々なライフスタイルを考慮し、地域集会場での集団健診に加え、より身近な医療機関での個別健診など、地域に密着した方法で実施するなど、利便性を考慮し、被保険者のニーズを踏まえ、受診しやすい健診体制の提供に努めます。

② 特定健康診査実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する、国が定めた項目に加え、追加の検査を実施します。なお、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定にかえられます。(実施基準第1条第4項)

図表 41 特定健康診査検査項目

区分	項目名		区分	項目名	
診察	既往歴	○	血糖検査	空腹時血糖	●
	服薬歴	○		HbA1c	○
	喫煙歴	○		随時血糖	●
	自覚症状	○	尿検査	尿糖(定性)	○
	他覚症状	○		尿蛋白(定性)	○
身体計測	身長	○		尿蛋白(定量)	★*
	体重	○		尿潜血(定性)	★*
	腹囲	○		尿中推定塩分摂取量	★*
	BMI	○	血液学検査	ヘマトクリット値	□
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○		血色素数(ヘモグロビン値)	□
肝機能検査	AST(GOT)	○		赤血球数	□
	ALT(GPT)	○	その他	心電図	□
	γ-GT(γ-GTP)	○		眼底検査	□
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●		血清クレアチニン(eGFR)	□
	随時中性脂肪	●		尿酸	★
	HDLコレステロール	○	医師の判断	医師の診断(判定)	○
	LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール)	○			

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれかの項目の実施で可、★…町独自、★*…町独自(集団健診のみ)

③ 健診結果の通知方法

- ・ 結果は波佐見町が対象者に送達・郵送にて通知します。
- ・ 特定保健指導対象者や生活習慣病のリスクが高い者等は訪問にて結果説明及び保健指導を行います。

※ 結果通知書には、健診項目の結果数値と判定結果、保健指導レベル、メタボリックシンドローム判定結果、コメントなどを記載

※ 結果の見方のチラシ、対象者の結果に合わせた情報提供書、特定保健指導対象者へのチラシ、保健指導教室のチラシ等を同封

④ 短期総合健診（人間ドック）の健診データ収集方法

被保険者が波佐見町と委託契約を締結した医療機関で人間ドックを受診した場合は、契約医療機関から健診結果データ（特定健診と同等の検査項目実施している場合）を提供してもらい、特定健診受診率に反映させます。

※当該年度において集団健診の受診がない者に限る。

7) 特定健診の実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 42 特定健診実施スケジュール

	前年度	当年度	翌年度
4月		◎健診機関との契約 ◎健診対象者の抽出 ◎受診券の印刷・送付 (特定健診の開始)	◎特定保健指導の継続実施
5月		◎特定健診の開始	◎健診データ抽出（前年度） ◎受診実績確認
6月		◎健診データの受取 ◎保健指導対象者の抽出 ◎特定保健指導の開始	
7月		◎各月で費用決済	
8月			
9月			◎受診・実施率実績の算出 ◎連合会へ報告（法定報告）
10月	契約準備		
11月			
12月			
1月			
2月			
3月		◎当年度特定健診受付終了	

4. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者である波佐見町が実施します。

1) 「標準的な健診・保健指導プログラム」の変更に対応

令和6年度以降は、厚生労働省が示す「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」第4版による変更に対応して、「標準的な健診・保健指導プログラム」を運用します。

特定保健指導の見直し（変更点）

ア 評価体系の見直し

特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲 2 cm・体重 2 kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲 1 cm・体重 1 kg減をその他目標とします。

イ 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和

特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から 1 週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和します。

ウ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方

特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とします。

エ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外

服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとします。

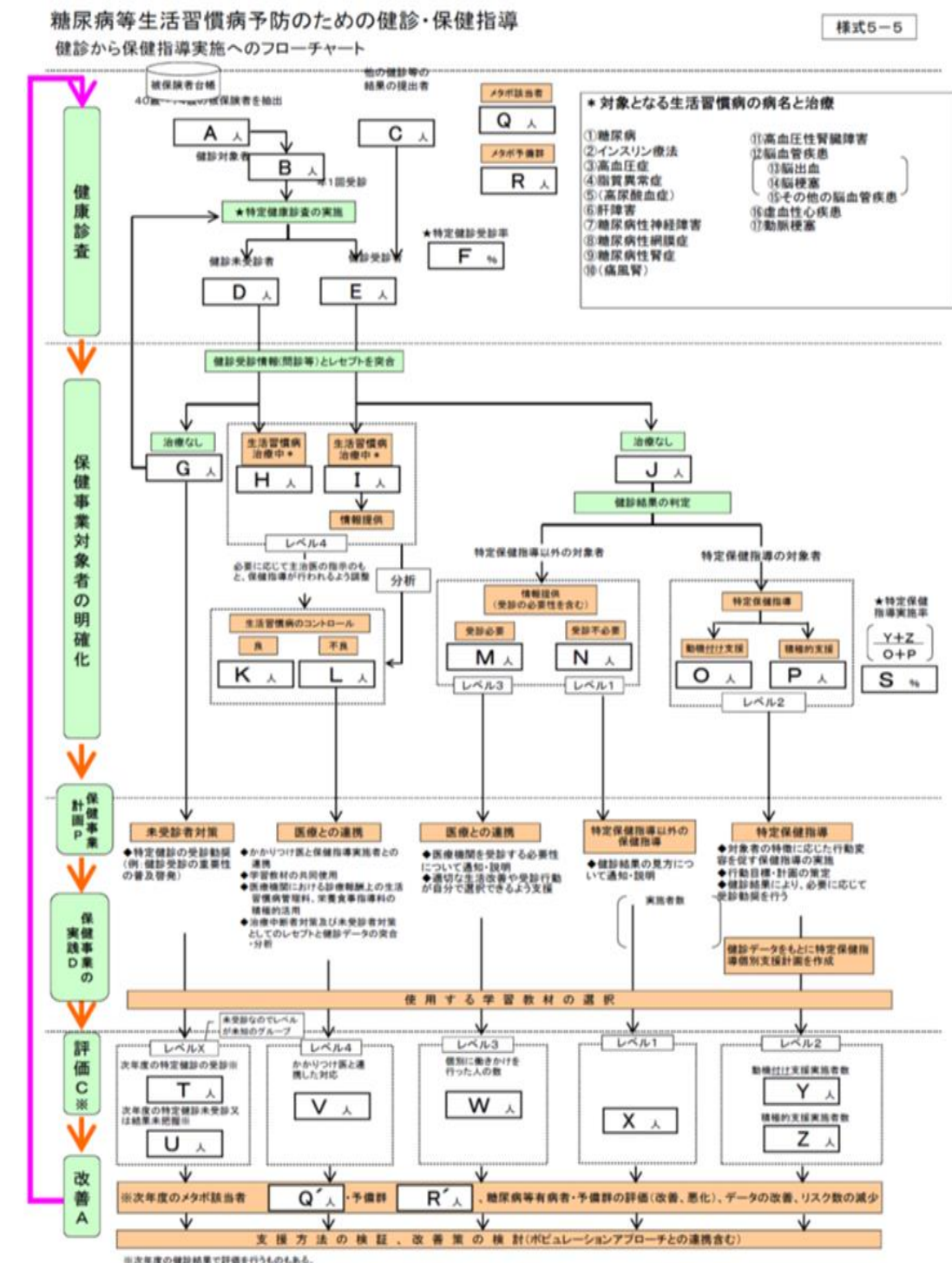
オ その他の運用の改善

看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長します。

2) 特定健康診査から特定保健指導実施の流れ

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」様式 5-5 をもとに、特定健康診査結果から内臓脂肪蓄積に着目して、特定保健指導の対象者を階層化し選定し、保健指導対象者に対する保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 43 特定保健指導の対象者（階層化）



3) 特定保健指導の内容

特定保健指導は、階層化によって、「動機付け支援」「積極的支援」に分けられます。支援該当者は、専門職である医師・保健師又は管理栄養士による保健指導の対象になります。保健指導の対象とならなかった方には「情報提供」を行います。

【動機付け支援】

専門職は個別面接で、特定健康診査の結果説明を行い、対象者が自身の生活習慣を振り返ることで、改善が必要な習慣に気づき、その改善に向けた取組可能な具体的な目標を立てることができるよう支援を行います。3 か月経過後には、対象者の健康状態や生活習慣の確認と評価を行います。

【積極的支援】

動機付け支援の内容に加えて、電話や通知、訪問等の面接により、3 か月以上の継続した支援を行います。

【情報提供】

対象者が健康診査の結果を確認する中で、生活習慣病予防の必要性を理解し、生活習慣の見直しや改善に役立つ情報を提供します。

4) 特定保健指導実施目標

特定保健指導全体の実施率の目標は、第 5 章 2 で 65%以上としています。それぞれの保健指導レベルの目標実施率を掲げて保健指導に取り組めます。

図表 44 特定保健指導実施率（保健指導レベル別）

保健指導レベル	目標実施率
動機付け支援	95%以上
積極的支援	65%以上

第6章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎臓病、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる実施していく必要があります。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そこでは、自分の健康の理想の姿を正しく捉え、そこを目指した生活習慣を獲得するためにヘルスリテラシーを高める支援が必要です。特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、その実施にあたっては、第5章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 主な個別保健事業

1) 慢性腎臓病・糖尿病性腎臓病重症化予防

【目的】

重症化リスクがある人が、慢性腎臓病・糖尿病性腎臓病重症化予防を図ることができる。

【対象者】

①慢性腎臓病重症化予防

以下いずれかに該当する者

- ・ 高血圧治療中でⅡ度高血圧（160/100）以上
- ・ eGFR50 未満(70 歳未満)または eGFR40 未満（70 歳以上）
- ・ 尿たんぱく 2 + 以上または尿たんぱく + 以上が過去 3 年以上続いている

②糖尿病性腎臓病重症化予防

- ・ 糖尿病治療中で HbA1c7.0%以上
- ・ 糖尿病治療中で eGFR50 未満（70 歳未満）または eGFR40 未満（70 歳以上）
- ・ 糖尿病治療中で尿たんぱく + 以上

【実施方法】

- ①特定健康診査結果から、上記対象を選定する。
- ②対象者について「医療機関連絡票」により、町内かかりつけ医との情報共有及び指導指示確認を行う。
- ③同意を得た対象者に対して、約 6 か月間の支援を実施する。支援は、電話や訪問による、内服状況の確認、食事調べを基本として、改善が必要と思われる習慣について、本人の気づきを促しながら目標を確認しながら、指導と励ましを行う。
- ④介入後、対象者の生活習慣及び内服状況に改善が見られたことを確認して、支援終了とする。また、介入結果について、かかりつけ医に報告を行う。支援終了とした後も、レセプトや健診の結果を確認し、必要時、指導を行っていく。

【目標】

指 標	単位	現状 (R4)	目 標
新規透析患者の人数	人	1	増加させない
Ⅱ度高血圧以上の割合（治療中内）	%	4.0	減少
HbA1c8.0%以上の割合（治療中内）	%	1.5	減少

【評価方法】

特定健康診査の結果や KDB 等の情報を活用し、糖尿病管理台帳の更新を随時行い、年 1 回、目標の達成状況の確認を行う。

2) 生活習慣病重症化予防

【目的】

血圧、脂質異常などの重症化リスクがある人が、腎臓病・虚血性心疾患・脳血管疾患の予防を図ることができる。

【対象者】

- ・Ⅱ度高血圧以上に該当する者
- ・LDL コレステロール 180 mg/dl 以上に該当する者
- ・心電図所見に、不整脈（期外収縮、心房細動等）や心肥大、心血管の虚血が疑われる者

【実施方法】

ハイリスクアプローチとして、対象者に応じた個別保健指導を実施する。

基本支援としては、電話や訪問により、生活習慣及び治療状況を確認し、治療が必要であるにも関わらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行い、食事や運動習慣については、振り返りを行い、本人の気づきを促しながら、目標に向けた指導と励ましを行う。

治療中の対象者については、かかりつけ医との連携を図りながら保健指導を行う。

【目標】

指 標	単位	現状（R4）	目 標
Ⅱ度高血圧以上の割合	%	3.7	減少
LDL180 mg/dl 以上の割合	%	1.5	減少
心電図有所見の割合	%	21.0	減少

【評価方法】

特定健康診査の結果や KDB 等の情報を活用し、年 1 回、目標の達成状況の確認を行う。

3) 若年者健診・若年者保健指導

【目的】

20 歳代から肥満・メタボリックシンドロームについて理解を深め、必要な生活習慣を獲得し、生活習慣病の予防を図ることができる。

【対象者】

年度末年齢が 19～39 歳の国民健康保険加入者

【実施方法】

①健康診査

- ・特定健康診査の健診項目と同様とし、会場は総合健診と同時実施で行う。

②保健指導

- ・特定保健指導対象者と同等の区分の方へは、同様の保健指導を行う。
- ・健康診査の結果、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行う。

【目標】

指 標	単位	現状 (R4)	目 標
40 歳代のメタボ該当者の割合	%	14.3	減少

【評価方法】

特定健康診査の結果や KDB 等の情報を活用し、年 1 回、目標の達成状況の確認を行う。

4) 健診後結果説明会

【目的】

特定健診受診者が健診結果から、自身の健康状態について理解し、将来に発症し得る病気のリスクを抑えるために必要な生活習慣（食事・運動・喫煙・睡眠等）の改善に取り組むことができる。保健師や管理栄養士による個別面接は、受診者の認知行動を高める支援になるため、可能な限り対面で行う結果説明会を開催する。

【対象者】

年度末年齢が 40～74 歳の国民健康保険加入者

【実施方法】

①個別健診

- ・特定保健指導対象者、ハイリスク者（データが前回よりも悪化している者等）に対して、個別面接の案内を行い、本人来庁もしくは訪問により個別指導を実施する。
- ・指導の中で、具体的な生活改善が必要と思われる者に対しては、健診事後教室（運動教室、高血圧予防教室等）の案内をする。

②集団健診

- ・特定保健指導対象者全員に対して、初回面接もしくは継続支援を行う。
- ・健康診査の結果、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行う。
- ・指導区分に該当しなかった者についても、生活習慣の振り返りを含めた情報提供を行う。
- ・具体的な生活指導が必要と思われる者に対しては、健診事後教室（運動教室、高血圧予防教室等）の案内をする。

【目標】

指 標	単位	現状 (R5)	目 標
集団健診後結果説明会の実施率	%	93.6	増加

【評価方法】

年 1 回、目標の達成状況の確認を行う。

4) 特定健康診査受診率向上

(1) 受診率向上の取組

【目的】

被保険者が、生活習慣を振り返り、ヘルスリテラシーを高めるためには、毎年特定健診を受診することが重要で、自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかるよう、受診率向上のための取組を重点的に行い、受診しやすい環境づくりを図る。

【実施方法】

- ・ 集団健診は総合健診として、がん検診と同時実施する。
- ・ 健診受診にかかる費用を無料にする。
- ・ 継続受診者については、健診日の割り付けを行う。
- ・ 県と連携により、ナッジ理論を取り入れた ICT の活用として、対象者の行動セグメント別の受診勧奨通知を行う。

【目標】

特定健康診査受診率の向上（数値目標は第 5 章に記載）

【評価方法】

毎年実施する特定健康診査受診率の法定報告値で評価する。

(2) 短期総合健診

【目的】

特定健診だけでなく、より多くの臓器を対象とすることで、生活習慣病やがんなどの病気を早期発見するとともに、結果によって得られたデータから食生活や生活習慣を見直し、生活習慣病の予防、健康維持・増進することを目的とする。

【実施方法】

町内医療機関と委託契約を結び実施

費用に関しては下記のとおり

検診項目	検診費用 (消費税含)	波佐見町国保負担額 (消費税含)	受診者負担額 (消費税含)
短期総合検診	28,000円	25,500円	2,500円
〃 (30歳代)	36,000円	32,500円	3,500円

【目標】

特定健診受診率の向上、生活習慣病の早期発見・重症化予防

【評価方法】

毎年実施する特定健康診査受診率の法定報告値で評価する。

(3) 脳ドック検診

【目的】

脳血管疾患や脳腫瘍といった脳の疾病を見つけるための検査を行うことで、発症すると命に関わる恐れのある脳卒中を早期発見すること。

【実施方法】

県内 2 医療機関と委託契約を結び実施

費用に関しては、全体費用の約 8 割を補助する。

優先対象年齢：満 43 歳、48 歳、53 歳、58 歳、63 歳、68 歳

（毎年度定員を設け、上記対象年齢者を第一優先とし、定員に達しない場合は、対象年齢外の者も受診可能とする。）

【目標】

特定健診受診率の向上

生活習慣病の早期発見・重症化予防

【評価方法】

毎年実施する特定健康診査受診率の法定報告値で評価する。

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、前期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図るためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

波佐見町は、令和 3 年度より長崎県後期高齢者広域連合より本事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、令和 6 年度以降も引き続き事業を行っています。

具体的には、

①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護等の関係機関との連携調整を行います。

②地域を担当する医療専門職（保健師、管理栄養士、歯科衛生士）を配置し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう子ども・健康保険課と長寿支援課で連携をしています。また、ポピュレーションアプローチとして、町内の通いの場等で、健康教室やフレイルチェック（後期高齢者の質問票）を実施しています。

第7章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健康診査の国への実績報告後のデータを用いて、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していきます。

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

データヘルス計画は、本町ホームページ等にて公表します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。



波佐見町国民健康保険

第3期データヘルス計画

(第4期特定健診等実施計画)

発行年月	令和6年3月
発行	長崎県波佐見町
編集	波佐見町子ども・健康保険課
〒859-3791	
長崎県東彼杵郡波佐見町宿郷660番地	
TEL	0956-85-2111
FAX	0956-85-2337