

(3)-3糖尿病重症化予防事業(75g糖負荷検査)

目的		糖尿病の早期発見・早期治療を促すため、健診結果から糖尿病予備群またはリスクが高い者に対して、75g糖負荷検査（OGTT）の勧奨を行うことによって、早期に医療受診につなげるとともに、糖尿病への進行または重症化を予防する							
対象者		HbA1c値6.0～6.4%、空腹時血糖110mg/dl以上、随時血糖140mg/dl以上のいずれかに該当する者のうち、特定健康診査の問診票において「糖尿病薬を内服している」と回答した者を除く							
事業内容		・ 健診結果返却時に、受診勧奨リーフレットを同封する ・ OGTT 勧奨文書および返信用封筒を同封する ・ 健診受診翌年度4月にOGTT勧奨した者のうち検査結果が返却されていない者を確認し、5月に再度の受診勧奨通知を送付する							
		計画策定時		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
		令和 4年度	令和 5年度						
アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合（%）	37.9	-	70.0	70.0	70.0	72.0	74.0	75.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率（%）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率（%）	38.8	13.0	70.0	70.0	70.0	70.5	71.0	72.0
	継続健診受診率（%）	69.0	-	85.0	85.0	85.0	87.0	89.0	90.0
プロセス		・ 対象者へ案内通知を送付							
ストラクチャー		・ 医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(4) 高血圧症の重症化予防事業(受診勧奨)

目的		健診で高血圧と判定された医療機関未受診者への受診勧奨を行い、受診へつなげることで、高血圧から起因する心臓病や脳卒中等の疾病を予防する							
対象者		健診結果でⅡ度高血圧以上の判定で、かつ高血圧未受診者 また、受診勧奨した者のうち、レセプトを確認できなかった者							
事業内容		・ 健診結果返却時に受診勧奨文書を同封し受診勧奨 ・ 健診翌年度4月頃に医療受診勧奨した者のレセプト確認 ・ 翌年度5月頃に連絡票の郵送または連絡票を用いて面談 ・ 健診翌年度8月頃に再度のレセプト確認 ・ 健診翌年度8月頃に電話で再勧奨							
		計画策定時		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
		令和 4年度	令和 5年度						
アウトカム	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	35.0	35.0	35.0	37.0	39.0	40.0
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	45.0	45.0	45.0	50.0	50.0	50.0
	CKD重症度分類維持・改善者割合(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	再勧奨率(%)	-	-	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
	医療機関受診率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	次年度健診受診率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
プロセス		・ 医療機関からの連絡票の返信により状況を把握し、必要に応じて保健指導等を実施する ・ 1回はコンタクトをとり、必要な場合は複数回での電話、または健康相談として面談に誘導を試みる							
ストラクチャー		・ 連絡票による、医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(5) 腎機能低下の重症化予防事業(受診勧奨)

目的		健診でⅡ度高血圧以上の判定かつ腎機能低下の者が心血管疾患や透析導入に至ることを予防する							
対象者		健診結果でⅡ度高血圧以上の判定かつ高血圧未受診者のうち、尿蛋白(2+)以上かつeGFR45mL/min/1.73m ² 未満の者 高血圧症受診勧奨した者のうち、レセプトを確認できなかった者							
事業内容		・ 健診結果返却時に受診勧奨文書を同封し受診勧奨 ・ 健診受診翌年度4月頃に医療受診勧奨した者のレセプト確認 ・ 健診受診翌年度5月頃に連絡票の郵送または連絡票を用いて面談 ・ 健診受診翌年度8月頃に再度のレセプト確認 ・ 健診受診翌年度8月頃に電話で再勧奨							
		計画策定時		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
		令和 4年度	令和 5年度						
アウトカム	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	-	-	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	CKD重症度分類維持・改善者割合(%)	-	-	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	再勧奨率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率(%)	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	次年度健診受診率(%)	-	-	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
プロセス		・ 医療機関からの連絡票の返信により状況を把握し、必要に応じて保健指導等を実施する ・ 1回はコンタクトをとり、必要な場合は複数回での電話、または健康相談として面談に誘導を試みる							
ストラクチャー		・ 連絡票による、医療機関との連携を図る ・ 保健師、管理栄養士							

(6)-1 適正受診・適正服薬事業（重複投与者に対する取組）

目的		被保険者の平均年齢は年々上昇していることから、今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する							
対象者		3か月連続して同一疾患で受診医療機関が3か所以上の者かつ同一薬効1以上 ただし、うつ、がん、認知症、統合失調症は除く							
事業内容		・ 電話または個別に訪問・指導を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後を評価 ・ 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認							
		計画策定時		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
		令和 4年度	令和 5年度						
アウトカム	共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 ③重複投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少していること	0	0	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少	前年より 減少
アウトプット	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	取組実施前後の評価	-	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	医師会・薬剤師会への相談	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		・ データ読み取り等の勉強会、医療関係課との連携会議(年2回) ・ KDBシステム等からの対象者抽出(年4回) ・ 対象者への電話または訪問実施(年1回)							
ストラクチャー		・ 八百津町国民健康保険運営協議会 ・ 保健師、管理栄養士							

(6)-2適正受診・適正服薬事業(多剤投与者に対する取組)

目的		被保険者の平均年齢は年々上昇していることから、今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する							
対象者		処方薬剤数(同一月内)が20錠、同一薬剤に関する処方日数が30日以上の人ただし、うつ、がん、認知症、統合失調症は除く							
事業内容		- 電話または個別に訪問・指導を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後を評価 - 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認							
		計画策定時							
		令和4年度	令和5年度	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
アウトカム	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること	99	49	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
アウトプット	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	取組実施前後の評価	-	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	医師会・薬剤師会への相談	-	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		- データ読み取り等の勉強会、医療関係課との連携会議(年2回) - KDBシステム等からの対象者抽出(年4回) - 対象者への電話または訪問実施(年1回)							
ストラクチャー		- 八百津町国民健康保険運営協議会 - 保健師、管理栄養士							

(6)-3適正受診・適正服薬事業(薬剤の適正使用の推進に対する取組)

目的		被保険者の平均年齢は年々上昇していることから、今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。							
対象者		国保被保険者および全町民							
事業内容		・ 資格確認書更新時に同封するパンフレットにて周知 ・ 国保加入時に渡すパンフレットにて周知 ・ 広報紙に保険情報コラムとして掲載							
		計画策定時		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
		令和 4年度	令和 5年度						
アウトカム	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アウトプット	お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		・ 資格確認書更新時にパンフレットを配布							
ストラクチャー		・ 健康福祉課との連携							

(7) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

目的		高齢化率が年々上昇していることから、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする							
対象者		【ハイリスクアプローチ】 糖尿病重症化予防対象者、転倒による骨折リスクのある者 【ポピュレーションアプローチ】 全町民							
事業内容		【ハイリスクアプローチ】 - 一体的実施支援ツールから対象者を抽出し、保健師・管理栄養士等による訪問や電話による受診勧奨、保健指導、受診確認、体調確認 - 相談窓口の整備 【ポピュレーションアプローチ】 - フレイル予防に関する普及啓発等を行う - フレイル予防に関する運動および食事に関する指導・教育を行う 【データ分析】 - KDBデータを活用し、現状把握のための実態分析を行う							
		計画策定時		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
		令和 4年度	令和 5年度						
アウトカ	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組を実施	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
アウトプット	議論の場に参画 KDB等の活用により地域の課題を共有し、対応策を検討	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	前期高齢者等のハイリスク群・予備群等の抽出と支援の実施	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	-	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
プロセス		- 保健福祉医療協議会や八百津町国民健康保険運営協議会を通じて、町内の医療機関に情報共有を図る - データヘルス計画等の評価・分析値を提供することで連携を図る							
ストラクチャー		- 町民課と健康福祉課、地域包括支援センターの連携 - 保健師、管理栄養士							

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 計画作成の背景・趣旨

我が国は国民皆保険のもとで世界でも最長の平均寿命や高い保険医療水準を達成してきました。

しかし、急速な高齢化により疾病構造が変化し、国は国民の健康づくり運動において一次予防を重視するようになりました。

生活習慣病有病者や予備群を減少させ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るために、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という）により、保険者は内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健康診査」という）および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に対する保健指導（以下「特定保健指導」という）を実施しています。

特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、高血圧の改善、脂質異常症や糖尿病の減少、更に脳血管疾患・心疾患の死亡率の減少、糖尿病の合併症の減少等、健康状態の改善につながり、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながっていきます。

本町では、平成20年度から平成24年度までを第1期、平成25年度から平成29年度までを第2期、平成30年度から令和6年度までを第3期とした「特定健康診査等実施計画」を策定し、糖尿病等の生活習慣病に着目した取組を進めてきました。この実施計画は、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に作成できることから、第4期特定健康診査等実施計画は、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定し、引き続き特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に努め、目標達成をめざしていきます。

2. 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導は、「メタボリックシンドローム」に着目し、40～74歳の国保被保険者を対象としています。特定健康診査で階層化を行い、階層別に適切な保健指導を行うことで、対象者の生活習慣の改善を促し、状態の改善を図ることを目的とするものです。

この背景として、医療費適正化に関する施策についての基本方針^{※23}があります。高齢期に向けて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満等の生活習慣病の外来受療率が徐々に上昇し、75歳頃を境にして虚血性心疾患や脳卒中等の重篤な生活習慣病を中心とした入院受診率が上昇する状況があります。これらの状況は内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因する場合が多いことから、不適切な食生活や運動不足等不健康な生活習慣の改善により、若い頃からの生活習慣病予防対策を進め、糖尿病等の生活習慣病を発症する前の境界領域で食い止めることができれば、国民の生活の質の維持・向上を図りながら医療の受診率を抑制することができるという考えがあります。

なお、生活習慣病対策による医療費適正化効果の直接的な恩恵を享受できるのが医療保険者であること、また対象者の把握が比較的容易であり、特定健康診査や保健指導の確実な実施が期待できること等の理由から、特定健康診査・特定保健指導は、医療保険者が担うこととされています。

3. メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）によって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等のさまざまな生活習慣病が引き起こされやすくなった状態のことです。

日本内科学会等8学会^{※24}の委員で構成されたメタボリックシンドローム診断基準検討委員会が、平成17年4月に発表した「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」によって診断されます。

※23 医療費適正化に関する施策についての基本方針：高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として国が定める医療費適正化の基本方針。

※24 8学会：日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本循環器学会、日本肥満学会、日本腎臓学会、日本血栓止血学会、日本内科学会。

図表 60 メタボリックシンドロームの診断基準

診断項目	診断基準	判 定
腹 囲	男性85cm以上 女性90cm以上（※内臓脂肪面積が100cm ² 以上の状態）	必須条件
血 圧	最高（収縮期）血圧130mmHg以上 最低（拡張期）血圧85mmHg以上	どちらか、 または両方 <選択条件> 必須条件を満たした上で 2項目以上該当は「該当者」 1項目該当で「予備群」
血 糖	空腹時の血糖値110mg/dl以上	
脂 質	中性脂肪150mg/dl以上 HDLコレステロール40mg/dl未満	

資料：メタボリックシンドロームの定義と診断基準

4. 計画の位置付け

本計画は、高確法第19条に基づく「特定健康診査等実施計画」であり、実施計画に記載する内容は、基本指針第三に掲げる項目です。

- ①特定健康診査・特定保健指導の実施方法
- ②特定健康診査等の実施およびその成果に関する具体的な目標
- ③実施計画に記載すべき事項（特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項）

5. 計画策定にあたって重要となる視点

特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、その該当者および予備群の抽出を特定健康診査で行い、特定保健指導により状態の改善を図るといういわゆる「ハイリスクアプローチ※25」の考え方に立つものといえます。しかし、メタボリックシンドロームの予防、ひいては生活習慣病予防に関しては、健康な状態、あるいは子どもの頃からの生涯を通じた健康づくりを通じて全体のリスクを低減する、すなわち「ポピュレーションアプローチ※26」の視点も非常に重要であると考えられることから、計画の策定にあたっては、「ポピュレーションアプローチ」の視点も必要に応じて盛り込んでいくこととします。

6. 特定健康診査・特定保健指導にかかる目標

国が定める「特定健康診査等基本指針」に掲げる目標のもとに、八百津町国保における目標値を以下のとおり設定します。

図表 61 全国目標

項目		第1期 平成24年度 目標	第2期 平成29年度 までの保険者 全体の目標	第3期 令和5年度 までの保険者 全体の目標	第4期 令和11年度 までの保険者 全体の目標
実施に関する 目標	特定健康診査 実施率(%)	70.0以上	70.0以上	70.0以上	70.0以上
	特定保健指導 実施率(%)	45.0以上	45.0以上	45.0以上	45.0以上
成果に関する 目標	メタボリックシンドローム の該当者および 予備群等の減少率(%)	10.0以上 (平成20年度比 で平成27年度に 25.0に減少)	25.0減少 (平成20年度比)	25.0減少 (平成20年度比)	25.0減少 (平成20年度比)

資料：特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）

※25 ハイリスクアプローチ：高リスク者を対象とした保健事業。

※26 ポピュレーションアプローチ：集団全体に対して働きかけることにより、集団全体の健康リスクを軽減させ、良い方向にシフトさせること。

図表 62 各医療保険者種別の目標(全国)

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	単一健保	総合健保・ 私学共済	共済組合 (私学共済を 除く)
特定健康診査 実施率(%)	70.0以上	60.0以上	70.0以上	70.0以上	90.0以上	85.0以上	90.0以上
特定保健指導 実施率(%)	45.0以上	60.0以上	30.0以上	35.0以上	60.0以上	30.0以上	60.0以上

資料:特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

図表 63 第4期計画の目標値

区分	計画策定時実績		目標					
	令和 4年度	令和 5年度	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
特定健康診査 実施率(%)	51.7	51.6	53.0	54.4	55.8	57.2	58.6	60.0
特定保健指導 利用率(%)	25.6	26.7	57.9	62.3	66.7	71.1	75.5	80.0

資料:特定健診・特定保健指導実施結果報告(令和4年度、令和5年度)

図表 64 特定健康診査の対象者および受診者数の見込み

区分	計画策定時実績		目標					
	令和 4年度	令和 5年度	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
特定健康診査 対象者数(人)	1,772	1,661	1,604	1,554	1,504	1,454	1,404	1,354
特定健康診査 受診者数(人)	916	857	850	845	839	832	823	812
特定健康診査 実施率(%)	51.7	51.6	53.0	54.4	55.8	57.2	58.6	60.0

資料:特定健診・特定保健指導実施結果報告(令和4年度、令和5年度)

図表 65 特定保健指導の対象者数および終了者数の見込み

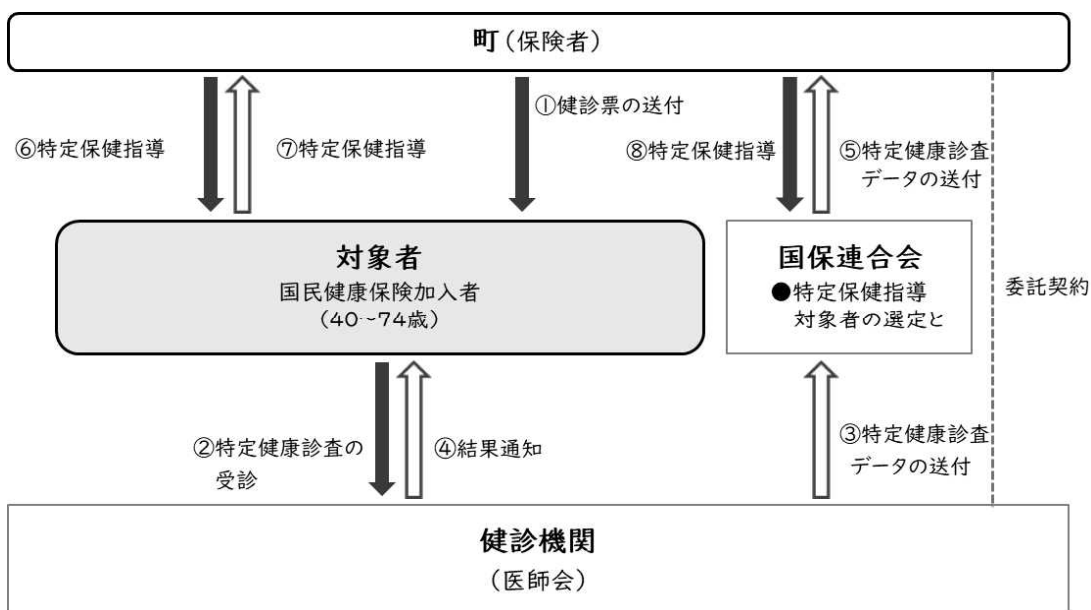
区分	計画策定時実績		目標					
	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
特定保健指導 対象者数(人)	90	86	89	89	89	89	89	89
特定保健指導 終了者数(人)	23	23	29	34	39	44	49	54
特定保健指導 利用率(%)	25.6	53.5	57.9	62.3	66.7	71.1	75.5	80.0
特定保健指導 実施率(%)	25.6	26.7	32.3	37.8	43.4	48.9	54.5	60.0

資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告（令和4年度、令和5年度）

7. 特定健康診査等の実施方法

特定健康診査および特定保健指導の実施、ならびにそれに伴う事務の全体的な流れは、概ね次のようになります。

図表 66 特定健康診査および特定保健指導の流れ



8. 特定健康診査

(1) 対象者

特定健康診査の対象者は、40歳から74歳の国保被保険者で、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除きます。

(2) 実施場所および実施時期

特定健康診査では、集団健診と個別健診を実施します。

【集団健診】

ファミリーセンターおよび各出張所において実施します。

【個別健診】

指定医療機関において実施します。

(3) 外部委託

集団健診、個別健診ともに加茂医師会に委託します。

今後、他の健診実施機関への委託が必要になった場合は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年12月厚生労働省令第157号）に基づき、厚生労働大臣が定める委託基準に則して行います。

(4) 検査項目

特定健康診査の実施項目は、次のとおりとします。「基本的な検査項目」は、対象者全員が受けるものであり、「詳細な検査項目」は、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する検査です。

また、町独自の検査項目として実施する「追加検査項目」があり、尿潜血、尿酸、クレアチニン（eGFR）、尿中食塩濃度を全対象者に実施します。

図表 67 特定健康診査の実施項目

項目			区分	備考
診察	質問(問診)		○	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
	計測	身長	○	
		体重	○	
		肥満度・標準体重	○	BMI=体重(kg)÷身長(m) ²
		腹囲	○	立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する
	理学的所見(身体診察)		○	
	血圧		○	原則2回とし、その2回の測定値の平均値とする
脂質	中性脂肪		○	やむを得ず空腹時(食後10時間以上)以外に採血を行う場合には、随時中性脂肪(食後10時間未満)による血中脂質検査を行うことも可
	HDL-コレステロール		○	
	LDL-コレステロール		○	
肝機能	AST(GOT)		○	
	ALT(GPT)		○	
	γ-GT(γ-GTP)		○	
代謝系	血糖(空腹または随時)		○	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(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことも可
	HbA1c		○	
血液一般	ヘマトクリット値		□	貧血の既往歴を有する者、または指針等で貧血が疑われる者
	血色素測定		□	
	赤血球数		□	
尿・腎機能	尿糖		○	
	尿蛋白		○	
	尿潜血		◎	全年齢に実施
	尿酸		◎	全年齢に実施
	クレアチニン(eGFR)		◎	全年齢に実施
	尿中食塩濃度		◎	全年齢に実施
心電図(12誘導心電図)			□	当該年度の特Ⓐ健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上の者または問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査			□	当該年度の特Ⓐ健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者 血圧……収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上 血糖……空腹時血糖値が126mg/dl以上、 HbA1c 6.5%以上、 または随時血糖値が126mg/dl以上 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の確認ができない場合、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。

○: 必須項目

◎: 八百津町の追加項目

□: 医師の判断による実施項目

(5) 特定健康診査検査項目の判定値

特定健康診査検査項目の判定値は次のとおりとします。

図表 68 特定健康診査検査項目の判定値

番号	項目名	データ基準		単位
		保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	
1	血圧(収縮期)	≧130	≧140	mmHg
2	血圧(拡張期)	≧85	≧90	mmHg
3	中性脂肪(空腹時) (随時)	≧150 ≧175	≧300	mg/dl
4	HDLコレステロール	<40	—	mg/dl
5	LDLコレステロール	≧120	≧140	mg/dl
6	空腹時血糖	≧100	≧126	mg/dl
7	HbA1c (ヘモグロビンA1c※1)	≧5.6※1	≧6.5※1	%
8	AST(GOT)	≧31	≧51	U/l
9	ALT(GPT)	≧31	≧51	U/l
10	γ-GT(γ-GTP)	≧51	≧101	U/l
11	eGFR※2	<60	<45	mL/min/1.73m ²
12	血色素量 [ヘモグロビン値]	≧13.0(男性) ≧12.0(女性)	≧12.0(男性) ≧11.0(女性)	g/dl

※1 HbA1c:国際標準化により、NGSP値を表記

※2 eGFR(推定糸球体濾過量):血清クレアチニンと年齢および性別から計算します。この数値が低くなると腎臓の働きが低下していることを表す

$eGFR(mL/min/1.73m^2) = 194 \times Cr - 1.094 \times \text{年齢(歳)} - 0.287$ (女性は $\times 0.739$)

資料:令和6年版標準的な健診・保健指導プログラム確定版

(6) 対象者への案内・周知方法

特定健康診査の対象者に対して、健診票を郵送し、受診を勧奨します。

広報紙やホームページ、やおつーしん（防災無線タブレット）、ケーブルテレビ、ヘルスアップフェスタでも随時情報を提供し、周知を図ります。

(7) 受診方法

受診者は、健診票とマイナ保険証または資格確認書を持参して受診します。受診者の自己負担額は、集団健診、個別健診ともに500円とします。

(8) 未受診者への対応

ファミリーセンターでは、土曜日や日曜日においても特定健康診査を実施し、未受診者の受診を促します。また、これらのスケジュールに合わせて、やおつーしんやケーブルテレビ等を通じて改めて受診を呼びかけます。

不定期受診者（過去3年連続で受診している者以外）または当該年度健診未受診者に対し、受診勧奨を行います。

未受診者の中で、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した被保険者については、健診データの提供の依頼をします。

通院中未受診者（生活習慣病を治療中の過去3年間健診未受診者）に対し、かかりつけ医療機関での検査結果の情報提供を依頼します。

(9) 結果の通知方法

受診者の検査結果は、加茂医師会で作成します。受診者全員に対し、検査結果の説明や生活習慣改善に必要な情報提供等を行います。

(10) データの管理・保管

特定健康診査にかかるデータは、原則として加茂医師会から岐阜県国民健康保険団体連合会に提出し、管理・保管は、岐阜県国民健康保険団体連合会に委託します。また、事業主健診等他の健診を受診した者から特定健康診査の結果が提出された場合は、町から岐阜県国民健康保険団体連合会にデータを提出します。

特定健康診査に関するデータは、原則として5年間保存します。

9. 特定保健指導の実施方法

(1) 実施場所および実施時期

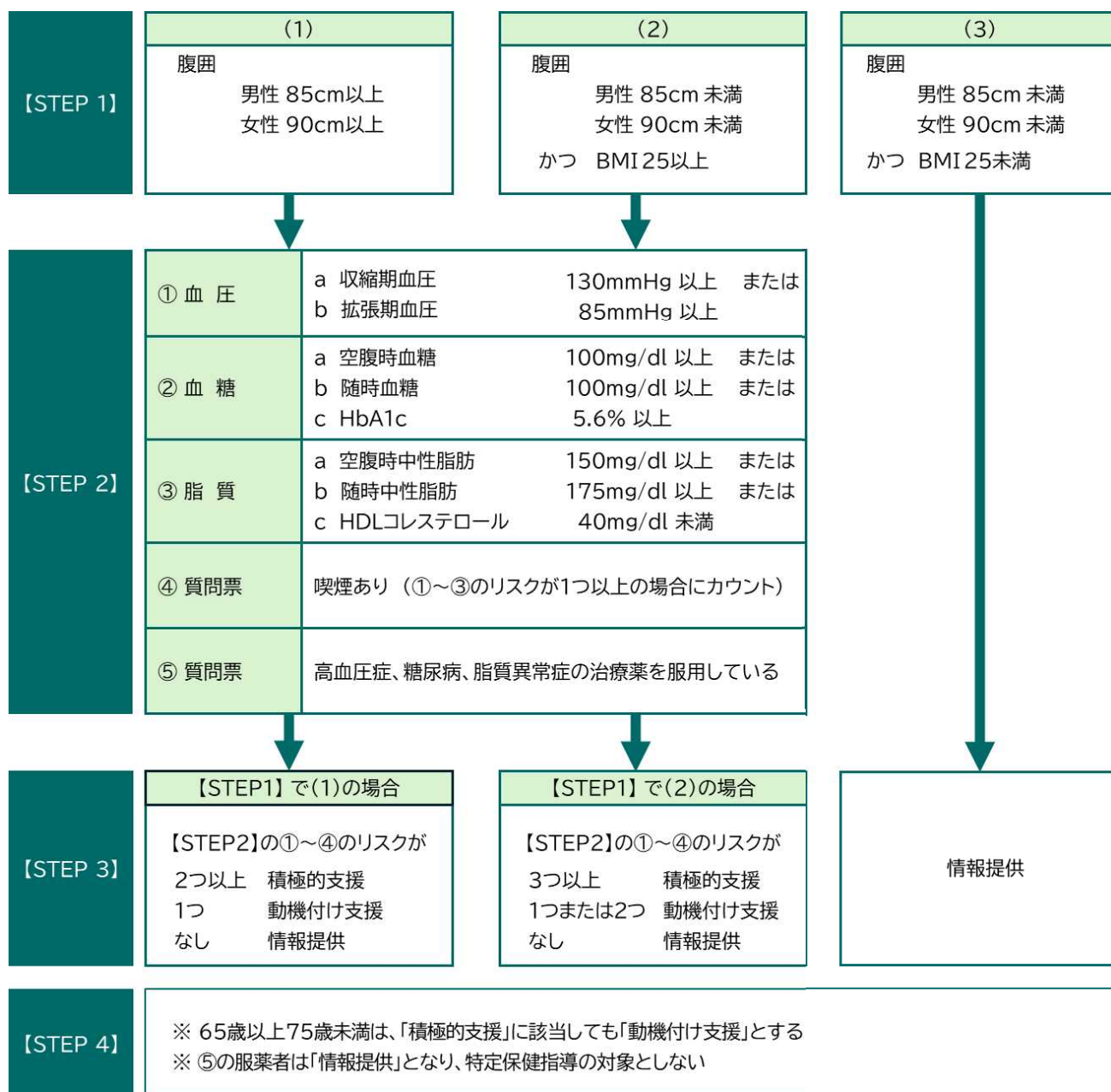
オンラインまたは健康福祉課で実施します。

特定保健指導については、町の保健師または「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年12月厚生労働省令第157号）に基づき、厚生労働大臣が定める委託基準に則して、保健指導機関に委託します。

(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導対象者を明確にするため、特定健康診査結果から対象者をグループに分類（階層化判定）して保健指導を実施します。

図表 69 特定保健指導の階層化判定



(3) 実施内容

① 動機付け支援

保健師または管理栄養士の面接による指導のもと、生活習慣の改善に向けた行動目標や行動計画を対象者とともに作成し、生活習慣改善の取組に係る動機付けに関する支援を行います。

原則1回の支援とし、3か月経過後に行動目標や行動計画の達成度、身体状況や生活習慣の変化について電話支援等による実績評価を行います。

図表 70 動機付け支援の内容

区分	内容
周知方法	該当者へ個別通知
実施場所	オンラインまたは健康福祉課
実施内容	● 保健師または管理栄養士の面接による支援（原則1回） ・ 健康診査の結果や生活習慣についての振り返り ・ メタボリックシンドロームについての説明 ・ 食事・運動・喫煙等の生活習慣の改善に関する指導 ・ 行動目標および行動計画の作成等
	● 面接から3か月経過後に実績評価の実施 ・ 3か月間の取組の聞き取りと振り返り ・ 行動目標や行動計画の達成状況の確認 ・ 身体状況や生活習慣の変化等の確認

② 積極的支援

保健師または管理栄養士の面接による指導のもと、生活習慣の改善に向けた行動目標や行動計画を対象者とともに作成し、生活習慣改善の取組に対する働きかけを、個別支援および電話支援等を組み合わせ、3か月以上にわたり継続的に行います。

3か月経過後には面接、電話等による実績評価を行います。その際、アウトカム評価とプロセス評価の合計が180ポイント(p)以上の支援となることを条件とします。

図表 71 積極的支援の内容

区分	内容
周知方法	該当者へ個別通知
実施場所	オンラインまたは健康福祉課
実施内容	●保健師または管理栄養士の面接による支援 - 健康診査の結果や生活習慣についての振り返り - メタボリックシンドロームについての説明 - 食事・運動・喫煙等の生活習慣の改善に関する指導 - 行動目標および行動計画の作成等
	●面接後、電話等による定期的・継続的な支援 - 期間中の取組の聞き取りと振り返り - 行動目標や行動計画の達成状況の確認 - 身体状況や生活習慣の変化等の確認
	●面接から3か月経過後、実績評価の実施 3か月間の取組の聞き取りと振り返り - 行動目標や行動計画の達成状況の確認 - アウトカム評価とプロセス評価の合計180ポイント以上で実績評価を実施 ポイントが未達の場合は、フォローアップで継続的な支援を行い再評価する

(注)2年連続積極的支援者には、動機付け支援相当の支援を実施

2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善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（初回面接と実績評価は必須だが、その間の必要に応じた支援は180ポイント未満でもよい）の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととする

対象者は、1年目に積極的支援の対象者に該当し、かつ、積極的支援（3か月以上の継続的な支援の実施を含む）を終了した者で、2年目も積極的支援対象者に該当し、1年目に比べ2年目の状態が改善している者に限る。また、状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、1年目と比べて2年目の腹囲および体重の値が次のとおり一定程度減少していると認められる者とする

BMI<30 腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少している者

BMI≧30 腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している者

図表 72 実績評価における各項目のポイント

アウトカム評価	腹囲2cm・体重2kg減	180p
	腹囲1cm・体重1kg減	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低10分間以上
	グループ支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低40分間以上
	電話	支援1回当たり30p 支援1回当たり最低5分間以上
	電子メール等	支援1往復当たり30p
	特定健康診査の初回面接	20p
	特定健康診査後1週間以内の初回面接	10p

③ 情報提供

特定健康診査受診者全員に対して、健診結果の提供にあわせて、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。なお、情報提供については、実施医療機関が行うこととします。

(4) 対象者への周知

特定保健指導の対象者への案内は、階層化された後に通知します。さらに、通知発送後に返信のない場合は電話もしくは郵便等の方法を用いて、利用勧奨を行います。

(5) 被保険者負担額（自己負担額）

特定保健指導の対象者には積極的な利用勧奨を行う必要があるため、自己負担はなしとします。

(6) 特定保健指導を受けない者や途中脱落者への対応

電話、電子メール等により、継続的に保健指導を受けるように勧奨します。

(7) データの管理・保管

特定保健指導に係るデータの管理・保管は、健康福祉課で行います。

町は、岐阜県国民健康保険団体連合会にデータを提出します。

特定保健指導に関するデータは、原則として5年間保存します。

10. 特定健康診査および特定保健指導実施率向上に向けた取組

(1) 特定健康診査の受診率向上に向けた取組

① 特定健康診査の周知・啓発

- ・ 広報紙、ホームページへの掲載、やおつーしん、ケーブルテレビ
- ・ 公共施設、医療機関等でのポスター掲示
- ・ 役場窓口等でのパンフレット・チラシの配布
- ・ 関係機関との連携により周知・啓発の協力を要請

② 未受診者への対策

特定健康診査の未受診者に対し、適切な受診行動に繋げるため、未受診者の分析を行い、属性分類をした上で、通知による受診勧奨を実施していますが、本計画の目標の達成に向け、今後更なる受診率の向上を図る必要があります。本計画では、未受診者への訴求性を高めるため、勧奨方法の見直しや、オンラインを活用した申し込み方法等、多様化する生活様式に合わせ、個別性を重視した取組を推進します。

③ 受診体制の充実

- ・ 土曜日・日曜日健診の実施
- ・ 個別健診と集団健診の併用
- ・ がん検診との同時実施
- ・ 地域への巡回
- ・ 未受診者に対して受け皿となるよう受診期間への配慮を行う等の体制を整備する

④ 受診勧奨の充実

- ・ 治療中の者に対する特定健康診査の受診勧奨
- ・ 老人クラブ、自治会、商工会等の地域組織を活用した健診受診の呼びかけ

(2) 特定保健指導の利用率向上に向けた取組

- ・ 初回面接の際、特定保健指導の主旨についての説明や経年的なデータの提示による継続受診の促進を実施
- ・ 連絡の取れない対象者に対して、時間帯・方法を変えながら複数回の連絡に努める
- ・ 行動目標や行動計画の見直しを適宜行い、利用者の意欲を維持するとともに、最終評価までの3～6か月間だけでなく、その後の健康管理も可能となるよう、健康教室や健康相談等の健康増進事業の利用促進を図り、特定保健指導の効果を高める
- ・ 特定保健指導実施者の質の向上
- ・ 民間事業者に委託し、ICTを活用した遠隔支援を取り入れることで、利便性の向上を図る

(3) 重症化予防に向けた取組

- ・ 健診結果を活用した、健康教育事業の検討
- ・ 健診結果から糖尿病、高血圧症等の重症化リスクの高い者に対し、適切な医療機関の受診を促すとともに、必要に応じて保健指導を行う
- ・ 特定保健指導の対象者のうち、リスクの高い者に対し、医療機関への適切な受診について確実に説明する

11. ポピュレーションアプローチの推進

特定健康診査によるメタボリックシンドロームの階層化と、それに基づく保健指導の実施という「ハイリスクアプローチ」とともに、より健康な状態、あるいは、より若い世代からメタボリックシンドロームにならないための主体的な健康づくりを町民一人ひとりが理解し、実践できるよう「ポピュレーションアプローチ」の視点に立った施策を推進します。

町民課と健康福祉課は、同じ目的をもったパートナーであることから、ともに「ポピュレーションアプローチ」の視点に立った施策を推進します。また、教育課等庁内関連各課との連携を図ります。

健康福祉課では、栄養や運動に関する各種健康教室や健康相談等を開催し、これらへの参加促進を図ります。また、広報紙、やおつーしん等の媒体により、保健事業に関する情報提供や町民の主体的な健康づくりに向けた意識啓発に努めます。

教育課では総合型地域スポーツクラブ「チャレンジクラブ802」の一層の推進、町民課・健康福祉課では、「ヘルスアップフェスタ」の開催、参加者の一層の拡大に努めます。

12. 個人情報の保護

特定健康診査および特定保健指導で得られる健康情報等の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」を踏まえた対応を行うとともに、「八百津町個人情報保護法施行条例」を遵守します。

また、特定健康診査および特定保健指導に関する各種業務を受託した事業者についても、同様の取扱いとするとともに、業務によって知り得た情報については、業務委託契約終了後も含めて守秘義務を徹底します。

書類の紛失や盗難等個人レベルでの情報の管理にも十分留意することとし、これらを取扱う者に対して、その内容の周知を図ります。

13. 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

図表 73 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

	対象者の抽出	健診票の送付	集団健診	個別健診	特定保健指導	実施実績等の評価 (前年度)
4月						
5月						
6月	● ↓					
7月		●				
8月				● ↓		
9月			● ↓		● ↓	
10月						● ↓
11月						
12月						
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						

14. 特定健康診査等実施計画の公表・周知および計画の評価・見直し

(1) 計画の公表と周知の方法

本計画は、広報紙およびホームページで公表します。また、関係機関に冊子を配備して、自由に閲覧できる体制を整えます。

(2) 計画の進行管理

本計画の進行管理および評価・見直しは、「八百津町国民健康保険運営協議会」で行います。

(3) 特定健康診査等のデータ管理システム

健診データの管理、保健指導対象者の選定と階層化等の業務および費用決済業務については、国保連合会の「特定健康診査等データ管理システム」を利用することとします。

(4) 計画の評価の視点

特定健康診査・特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病有病者およびその予備群の減少を目的として、特定健康診査受診率・特定保健指導利用率に係る目標を掲げ計画的に実施するものですが、この目的に資する事業とするためには、具体的な評価内容を設定し、毎年度、事業の実施状況および成果に関する評価、経年的変化からの評価を行うとともに、各事業の実施評価から、翌年度の実施方針を検討します。

また、健診データから対象者を継続的にフォローし、下記の内容で健診結果等の変動を見ます。

- ① 健診受診状況・メタボリックシンドロームの該当状況
- ② 健診有所見者状況
- ③ 特定保健指導利用状況
- ④ 特定保健指導実績評価の結果
- ⑤ 有病者状況等および各事業の実施評価等

第6章 個別の保健事業およびデータヘルス計画の評価・見直し

1. 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。そのためにも対象者、事業実施者等の名簿を保管し、KDB^{※27}を活用して評価していきます。

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

2. データヘルス計画全体の評価・見直し

(1) 評価の時期

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

(2) 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。評価にあたっては、地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の観点から、八百津町国保における保健事業の評価を岐阜県後期高齢者医療広域連合と共有しながら、岐阜県国民健康保険課、岐阜県国民健康保険団体連合会とともに令和9年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

※27 KDB：国保データベースを示す略語。国民健康保険保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

第7章 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、岐阜県国民健康保険課、岐阜県国民健康保険団体連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。

これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載します。

第8章 個人情報の取扱い

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

なお、個人情報の取扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたります。

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

第9章 地域包括ケアに係る取組およびその他の留意事項

地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援等部局横断的な議論の場に町民課として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討します。

また、KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、町民課として当該ターゲット層に対する支援（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）を実施するとともに、地域支援事業に町民課として参画します。

医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組を実施します。

第3期 八百津町保健事業実施計画(データヘルス計画)

八百津町国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画

発行日 令和7年3月

発 行 八百津町

住 所 〒505-0392

岐阜県加茂郡八百津町3903番地2

T E L (0574) 43-2111

F A X (0574) 43-0969

