

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

計画期間:令和6年度(2024)~令和11年度(2029)

令和6年3月

小山町



# 目次

<b>第1章</b>	<b>計画の概要</b>	<b>1</b>
1	基本的事項	1
1—1	背景と目的	1
1—2	計画の位置づけ	1
1—3	計画期間	1
1—4	実施体制・関係者連携	2
<b>第2章</b>	<b>小山町の現状と前計画の事業の検証</b>	<b>2</b>
1	基本情報	2
2	現状の整理	3
2—1	保険者の特性	3
2—2	前計画に係る考察及び次期計画への展望	3
<b>第3章</b>	<b>健康・医療情報の分析と課題</b>	<b>4</b>
1	平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等	4
2	医療費の分析	5
2—1	医療費(経年比較・性年齢階級別 等)	5
2—2	疾病分類別の医療費	6
2—3	後発医薬品の使用割合	7
2—4	重複・頻回受診、重複服薬者割合	7
3	特定健康診査・特定保健指導の分析	8
3—1	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	8
3—2	特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)	11
3—3	質問票調査の状況(生活習慣)	12
4	レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	13
5	介護費関係の分析	15
6	その他	17
7	分析結果に基づく健康課題の抽出	19
<b>第4章</b>	<b>データヘルス計画</b>	<b>20</b>
1	計画全体の目的	20

2	評価指標(目標値).....	20
3	個別事業計画.....	21
3-1	特定健康診査事業.....	21
3-2	特定保健指導事業.....	23
3-3	糖尿病性腎症重症化予防事業.....	25
3-4	メタボ直前期通知事業.....	27
4	データヘルス計画の推進.....	28
4-1	データヘルス計画の評価・見直し.....	28
4-2	データヘルス計画の公表・周知.....	28
4-3	個人情報の取扱い.....	28
4-4	地域包括ケアに係る取組み.....	28
4-5	その他.....	29
<b>第5章</b>	<b>特定健康診査等実施計画.....</b>	<b>30</b>
1	基本的事項.....	30
1-1	目標.....	30
1-2	対象者数.....	31
1-3	実施方法.....	32
1-4	年間スケジュール.....	37
1-5	個人情報の保護.....	38
2	特定健康診査等実施計画の推進.....	38
2-1	特定健康診査等実施計画の評価・見直し.....	38
2-2	特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	38

# 第1章 計画の概要

## 1 基本的事項

### 1—1 背景と目的

保険者は、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)により、40 歳から 74 歳の被保険者を対象に内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目した特定健康診査及び特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)を実施するとともに、特定健康診査実施計画を定めることとされました。

また、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、診療報酬明細書(以下、「レセプト」という。)等のデータ分析、それに基づく被保険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・評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組み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ました。

小山町国民健康保険においては、平成 20 年度から「小山町特定健康診査等実施計画」(以下、「特定健康診査実施計画」という。)を策定するとともに、平成 29 年度から「小山町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」(以下「データヘルス計画」という。)を策定し、各種保健事業を実施しています。

この度、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」(平成 30 年度～令和5年度)の計画期間が終了となることから、引き続き、本町の健康課題の把握や効果的な事業実施方法を検討し、本町の特性に合った保健事業を展開するため、「第3期データヘルス計画」「第4期特定健康診査等実施計画」を策定します。

### 1—2 計画の位置づけ

本計画は、「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、町の総合計画を上位計画とし、「小山町保健計画」、「小山町介護保険事業計画」などの関連計画との調和を図ります。また、静岡県、静岡県後期高齢医療広域連合による関連計画との整合を図ります。

### 1—3 計画期間

令和6年度(2024 年度)～令和 11 年度(2029 年度)の6年間です。

## 1—4 実施体制・関係者連携

### (1) 庁内組織

本計画の策定及び保健事業の運営においては、国民健康保険主管課が主体となり、健康づくり主管課、介護保険主管課と連携します。

### (2) 地域の関係機関

本計画の策定及び保健事業の実施については、地域の関係機関として、御殿場市医師会・駿東歯科医師会・北駿薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進めます。

## 第2章 小山町の現状と前計画の事業の検証

### 1 基本情報

人口・被保険者	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	18,528		9,807		8,721	
国保加入者数(人) 合計	3,367		1,662		1,705	
0～39歳(人)	547	16%	261	16%	286	17%
40～64歳(人)	972	29%	507	30%	465	27%
65～74歳(人)	1,848	55%	894	54%	954	56%
平均年齢(歳)	58.1		57.9		58.2	

令和5年(2023)年3月31日時点

地域の関係機関	連携先・連携内容
保健医療関係団体	御殿場市医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して連携を図り、今後、駿東歯科医師会、北駿薬剤師会とも連携を図る
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータ分析に関して連携する
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータとの連携及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携する
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、小山町保健委員協議会、区、商工会等と連携する

## 2 現状の整理

---

### 2—1 保険者の特性

#### (1) 被保険者数の推移

令和4年度の被保険者数は3,367人であり、平成30年度の3,883人から年々減少傾向にある。年齢構成で見ると70代及び男性の50代が増加傾向にある。

#### (2) 年齢別被保険者構成割合

39歳以下が16%（県平均26.7%）、40～64歳が29%（県平均31.1%）、65～74歳が55%（県平均48.3%）であり、県平均よりも64歳以下の割合が低く、65～74歳の割合が高い。（令和4年度）

#### (3) その他

令和4年10月の社会保険適用拡大の影響により、所得のある若年層被保険者の社会保険加入が進み、国保財政に影響を与えている。

### 2—2 前計画に係る考察及び次期計画への展望

第2期データヘルス計画では、一次予防を重視した健康づくりを進めるため、特定健診、特定保健指導を実施した。受診率は50%弱で伸び悩んでおり、目標は未達成であったため、第3期計画では改めて特定健診を起点に事業を検討する。また、重症化予防事業については、令和元年度から開始したが、医療費については県を上回っており、引き続き対策が必要である。

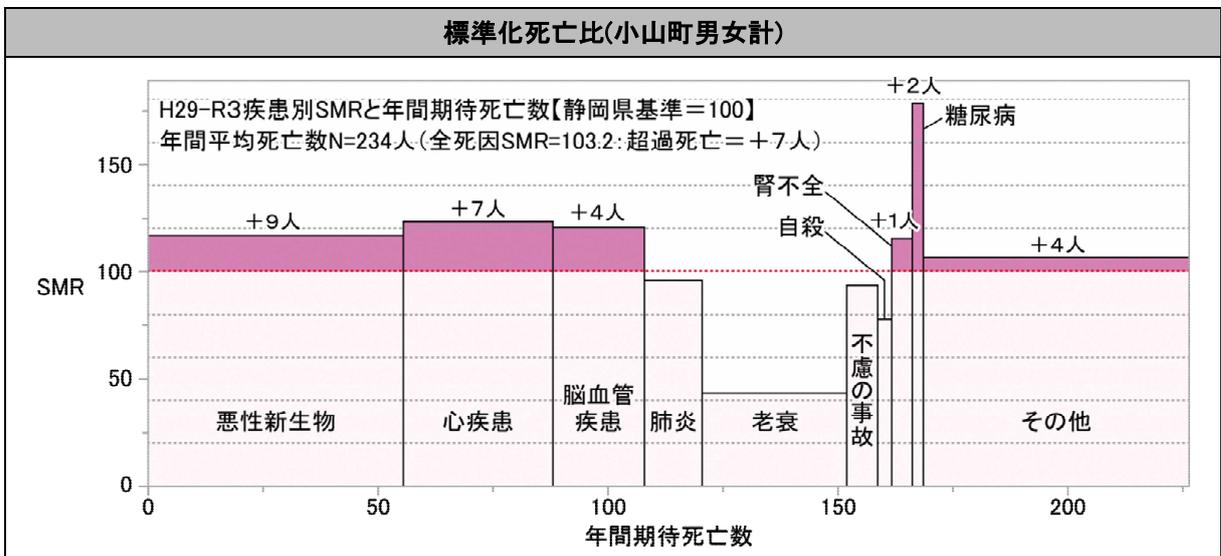
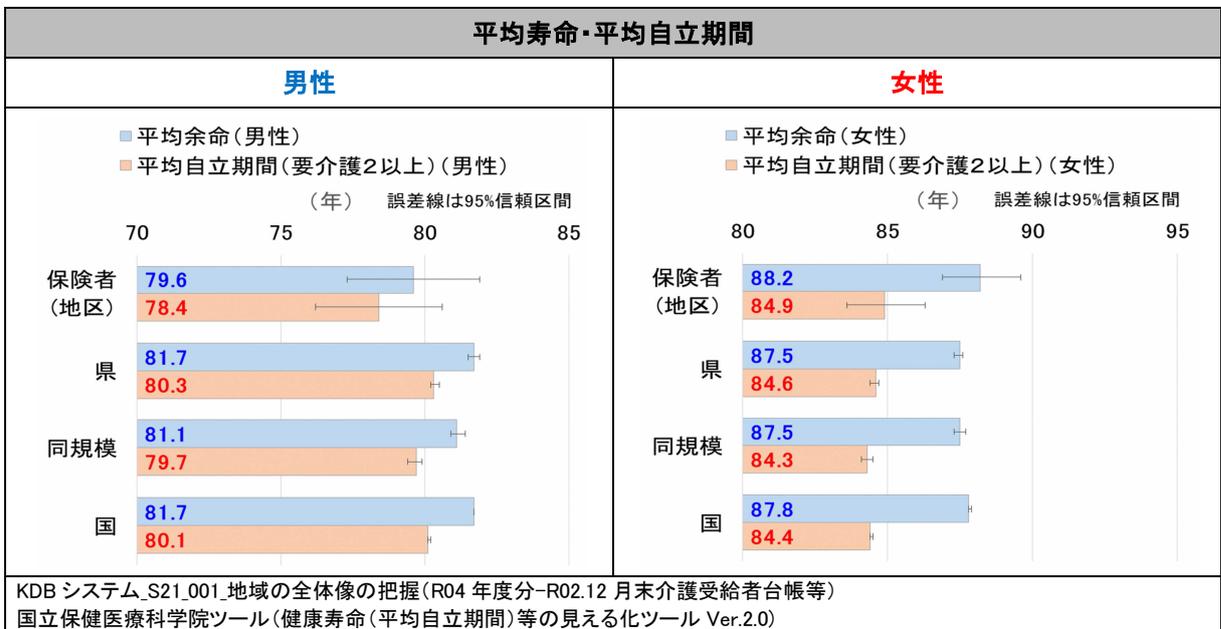
第2期計画では薬剤師会や歯科医師会との連携や各保健事業の連動が不十分であったため、地域の多職種、住民と連携し、効果的効率的な実施をする必要がある。

# 第3章 健康・医療情報の分析と課題

## 1 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容】

- 平均寿命は、男性 79.6 歳、女性 88.2 歳、男性は県よりも短く、女性は県と同水準である（令和4年度）
- 平均自立期間は、男性 78.4 年、女性 84.9 年、男性は県よりも短く、女性は県と同水準である（令和2年度のデータを反映して算出された令和4年度公表分）
- 平成 29 年から令和 3 年の年間平均死亡数は 234 人で、静岡県を基準とした全死因 SMR（標準化死亡比）は 103.2 と県と同等である
- 県と比べ、がん、心疾患、脳血管疾患による死亡が多い

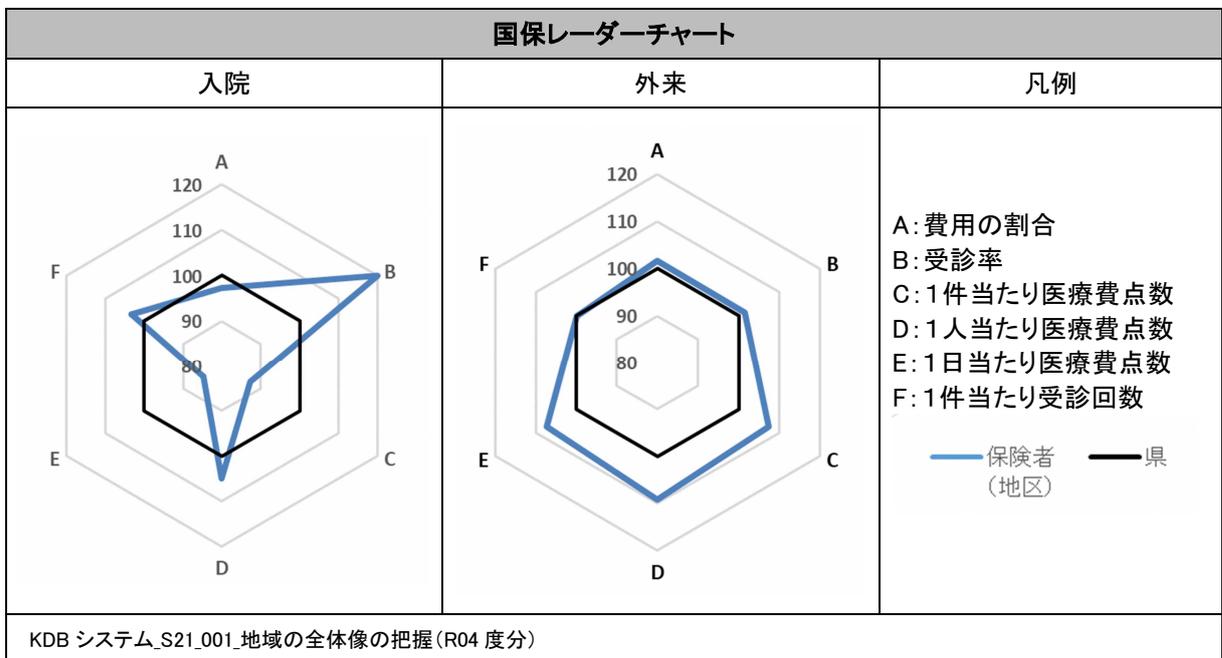


## 2 医療費の分析

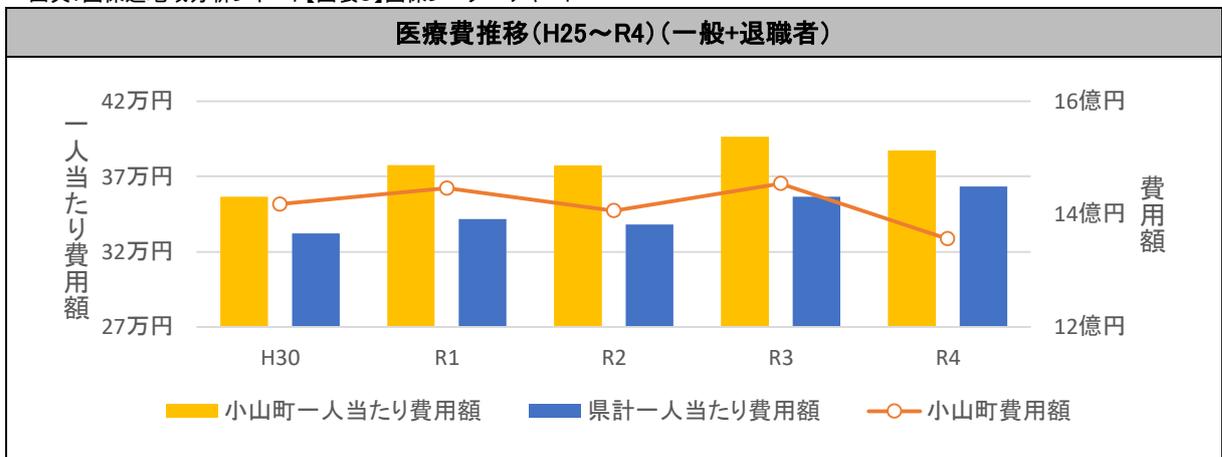
### 2—1 医療費(経年比較・性年齢階級別 等)

#### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 国保加入者の入院において受診率が県を大幅に上回っており、1人当たり医療費点数は県を上回る
- 国保加入者の外来は、受診率及び1件あたり医療費点数ともに県を上回っているため、1人当たり医療費点数は県を大きく上回る
- 本町の一人当たり医療費は、平成25年度から令和3年度にかけて増加傾向にある
- 本町の一人当たり医療費は、県の一人当たり医療費よりも高い傾向が継続している
- 本町の費用額は、被保険者の減少傾向を受け、平成25年以降下降傾向にある



出典:国保連地域分析レポート【図表9】国保レーダーチャート



出典:しずおか茶っシステム 医療費推移(一般+退職者) I1-医療費推移

## 2—2 疾病分類別の医療費

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 医療費の負担が大きい疾患は、慢性腎臓病(透析あり)、統合失調症、糖尿病、関節疾患、高血圧症の順で高く、特に慢性腎臓病(透析あり)、統合失調症については男女ともに県に比べ高くなっている
- 標準化医療費<sup>注1</sup>の差においては、統合失調症、慢性腎臓病(透析あり)の他、外来では男性の胃がん、女性の脂質異常症も県との差が大きくなっており、入院では、男性の肺炎、女性の狭心症も県との差が大きくなっている

国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比					
医療費分析(2)細小分類				標準化比/対県	
R4年度				R1-R4年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	慢性腎臓病(透析あり)	98,427,360	7.7	114.4	110.9
	統合失調症	76,622,700	6.0	170.9	219.8
	糖尿病	69,510,360	5.5	95.8	109.7
	関節疾患	46,645,230	3.7	94.6	77.1
	高血圧症	45,083,640	3.5	92.0	97.6
	脂質異常症	35,767,500	2.8	101.0	115.5
	不整脈	31,571,820	2.5	90.7	133.9
	胃がん	28,103,940	2.2	225.8	53.2
	前立腺がん	27,379,650	2.1	155.4	0.0
	乳がん	23,553,690	1.8	0.0	101.6
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
入院	統合失調症	61,518,320	13.4	190.4	259.9
	慢性腎臓病(透析あり)	31,935,390	6.9	142.9	27.1
	関節疾患	25,364,310	5.6	103.4	102.8
	大動脈瘤	18,980,530	4.1	86.0	0.0
	骨折	15,490,840	3.4	89.1	104.7
	不整脈	12,434,310	2.7	85.4	190.4
	狭心症	9,523,740	2.1	136.0	285.7
	肺がん	8,944,300	1.9	109.9	188.9
	膵臓がん	8,846,870	1.9	124.4	161.3
	肺炎	8,316,650	1.8	169.4	55.5
	入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性
外来	糖尿病	66,532,450	8.2	97.0	111.9
	慢性腎臓病(透析あり)	66,491,970	8.2	107.3	131.1
	高血圧症	44,768,560	5.5	92.9	98.6
	脂質異常症	35,756,410	4.4	101.9	115.4
	胃がん	26,219,490	3.2	341.1	43.7
	関節疾患	21,280,920	2.7	91.0	64.0
	前立腺がん	20,358,500	2.5	122.1	0.0
	乳がん	20,034,760	2.5	0.0	108.8
	不整脈	19,137,510	2.3	94.9	90.3
	統合失調症	15,104,380	1.9	125.1	132.0

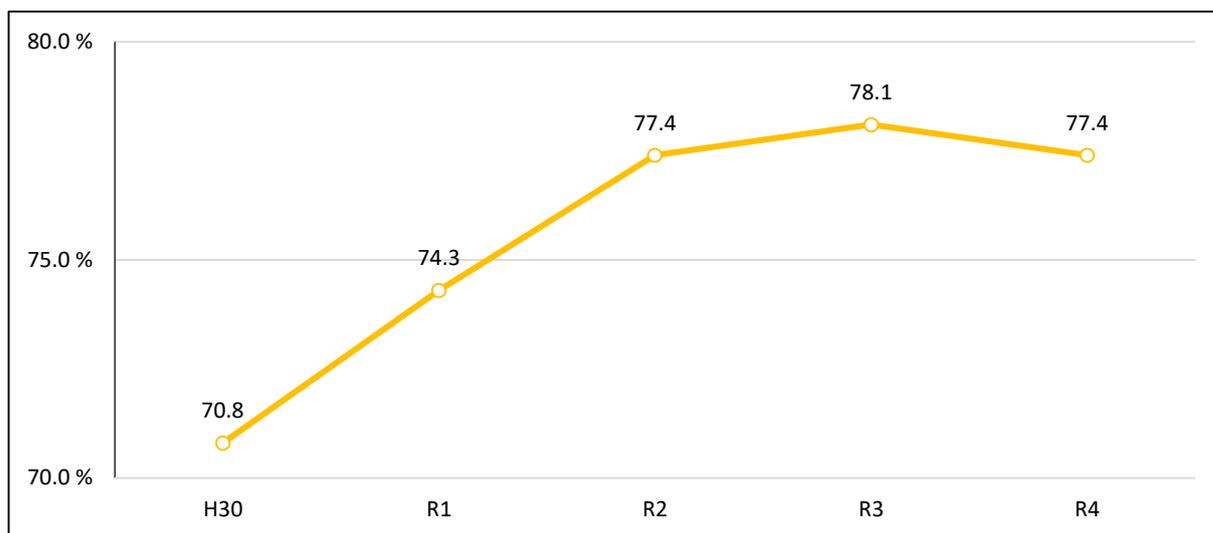
医療費・割合：KDBシステム\_S23\_002\_医療費分析(2)大、中、細小分類(R04年度)  
 標準化比：KDBシステム\_S23\_005\_細小分類(R01-R04)  
 国立保健医療科学院ツール(医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7)

出典：国保連地域分析レポート【図表 12】国保\_医療費の負担が大きい疾患、標準化比  
 注1：標準化医療費とは、県や市町の被保険者の年齢の影響を補正した医療費のこと

## 2—3 後発医薬品の使用割合

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 後発医薬品の使用割合は 77.4%(R4)と第2期データヘルス計画の基準値 76.5%(H28)と比べ伸び悩んでいる

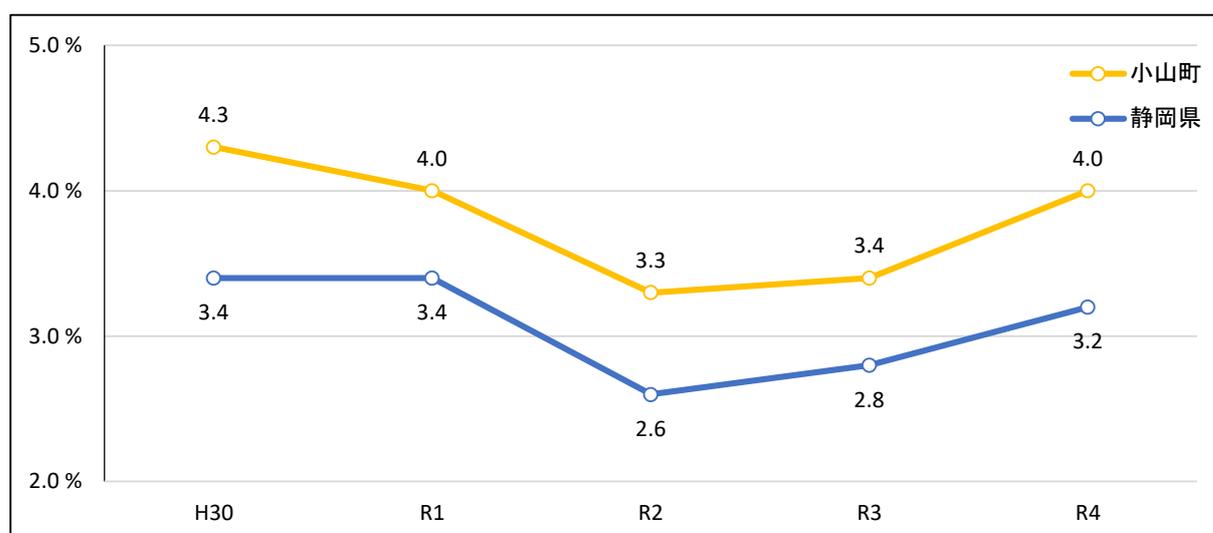


出典: 国保総合システム HOKN524 ファイル

## 2—4 重複・頻回受診、重複服薬者割合

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 多剤投薬者の割合は 4.0%と県平均(3.2%)を 1.0%弱上回っている



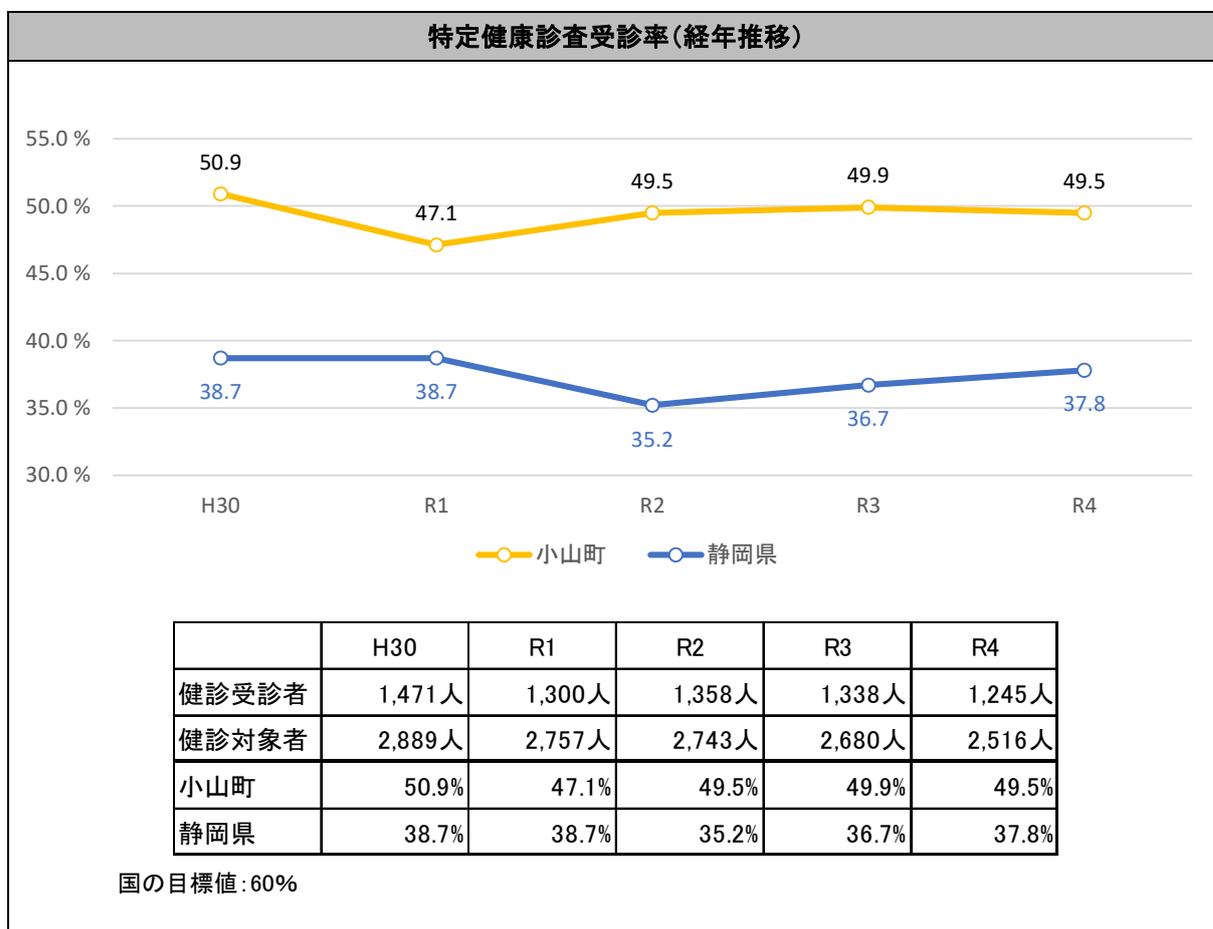
出典: 国保連地域分析レポート 共通評価指標(参考指標)

### 3 特定健康診査・特定保健指導の分析

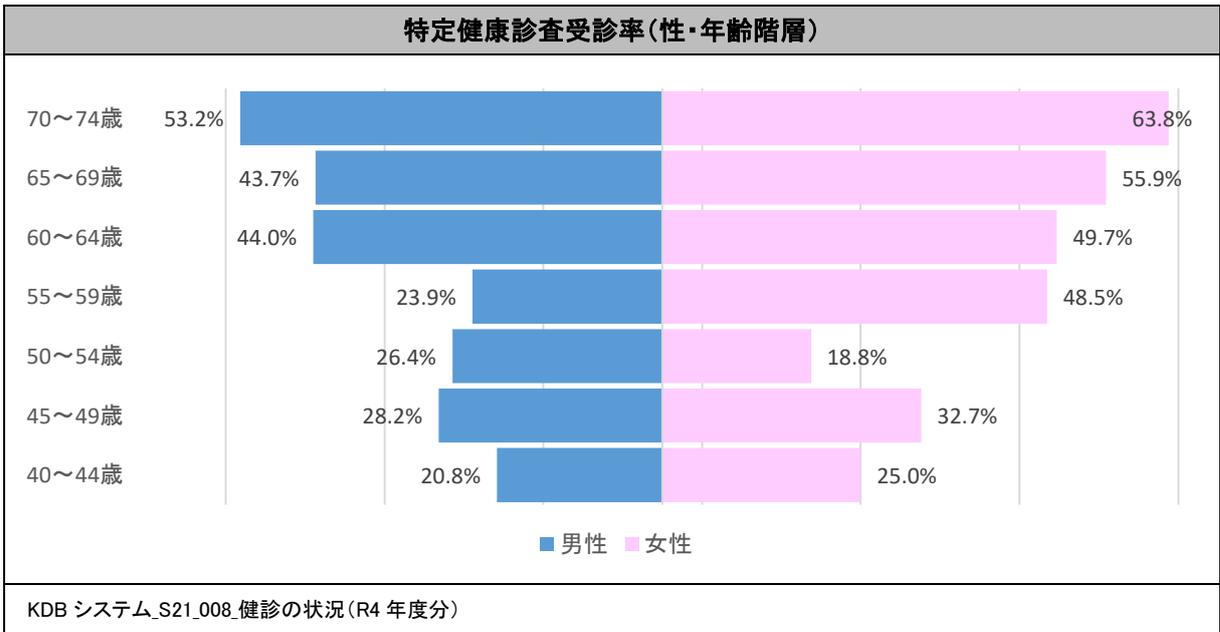
#### 3—1 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

##### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

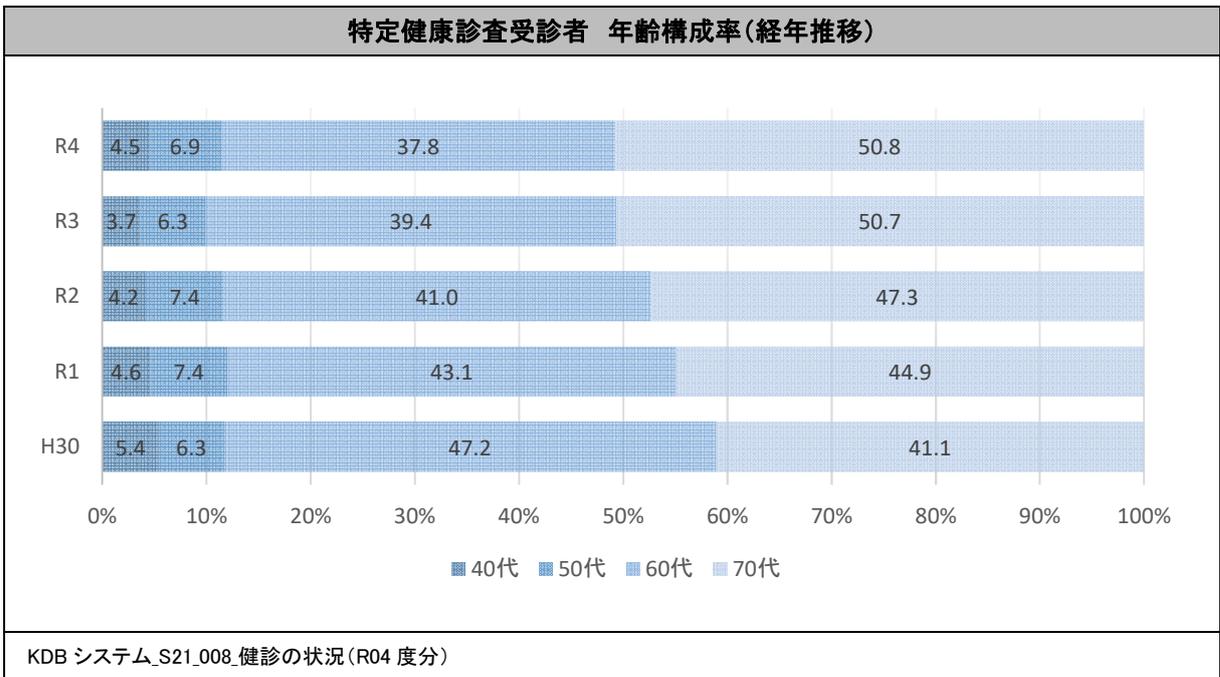
- 令和4年度の特定健診の受診率は49.5%であり、県平均(37.8%)よりも高いものの国の目標値60%には及ばない
- 令和4年度の特定健診の受診率(性・年齢別)では、60歳未満の男性、55歳未満の女性の受診率が60歳以上と比べて低い
- 令和4年度の特定保健指導の実施率は、48.1%で県平均(37.0%)よりも高いものの国の目標値60%には及ばない



出典: 特定健康診査法定報告

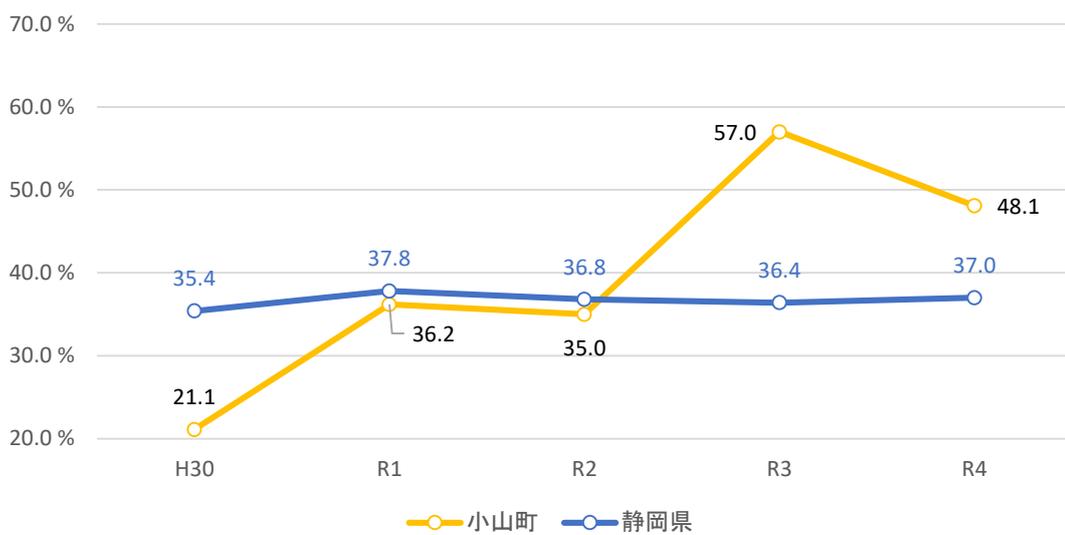


出典:国保連地域分析レポート【図表 20】特定健康診査受診率(性・年齢階層)



出典:国保連地域分析レポート【図表 21】特定健康診査受診者 年齢構成率(経年推移)

### 特定保健指導実施率(経年推移)



	H30	R1	R2	R3	R4
小山町	21.1%	36.2%	35.0%	57.0%	48.1%
静岡県	35.4%	37.8%	36.8%	36.4%	37.0%

国の目標値:60%

出典:特定保健指導法定報告

### 3—2 特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)

#### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 健診検査値については、クレアチニン、HDL、中性脂肪、BMI、腹囲、ALT(GPT)、収縮期血圧等の標準化比が県を上回っている
- HbA1c8.0以上の者の割合が、県よりも高く推移している
- 内臓脂肪症候群の該当率の割合が、県よりも高く推移している
- 高血圧症の該当者の割合が、県よりも高く推移している
- 高血圧予備軍の割合が、県よりも高く推移している

健診検査値(国保)						
	R4		R1-R4(4年平均)			
	人数		該当者割合		標準化比/対県	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
クレアチニン $\geq 1.3$	20	2	4.2%	0.4%	135.6	151.9
HDL $< 40$	44	8	9.2%	1.4%	126.7	106.9
中性脂肪 $\geq 150$	179	133	32.2%	17.5%	125.4	121.0
BMI $\geq 25$	214	179	37.0%	25.6%	124.4	131.0
腹囲 $\geq 85, \geq 90$	321	128	58.7%	19.1%	114.0	109.4
ALT(GPT) $\geq 31$	113	340	20.1%	9.7%	107.3	115.9
収縮期血圧 $\geq 130$	299	355	52.5%	47.4%	104.3	102.5
尿酸 $\geq 7.0$	68	14	14.6%	1.9%	100.8	86.3
HbA1c $\geq 5.6$	293	337	59.6%	53.8%	97.6	90.3
LDL $\geq 120$	240	387	45.0%	56.5%	93.0	98.6
血糖 $\geq 100$	147	118	25.1%	15.9%	86.5	89.6
拡張期血圧 $\geq 85$	108	108	18.5%	14.8%	80.3	99.4

KDBシステム、S21.024\_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報(R1-R4年度)  
 国立保健医療科学院ツール(「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6)

出典: 国保連地域分析レポート 【図表 25】健診検査値(国保)

健診該当者割合(%)						
項目	保険者	H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c8.0以上の者の割合	小山町	2.0	2.7	1.7	2.2	1.5
	静岡県	1.1	1.2	1.2	1.3	1.2
内臓脂肪症候群の該当率の割合	小山町	20.4	20.4	22.4	23.1	22.6
	静岡県	17.0	17.6	19.1	19.0	19.3
高血圧症の該当者の割合 (高血圧I度以上、又は服薬者)	小山町	52.2	52.8	53.8	52.8	56.9
	静岡県	48.4	48.6	51.1	50.7	51.9
高血圧予備軍の割合 (服薬者除く)	小山町	13.7	12.5	13.3	12.5	13.4
	静岡県	11.9	11.8	12.3	12.1	12.9

出典: 国保連地域分析レポート 【静岡県共通評価指標】

### 3—3 質問票調査の状況(生活習慣)

#### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

●質問票は、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)の服薬、喫煙、20歳時体重から10Kg以上増加等の項目において、男女ともに標準化比が県を上回っている

	質問票					
	R4		R1-R4(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
単位: %	男性	女性	男性	女性	男性	女性
咀嚼_ほとんどかめない	9	3	1.7%	0.5%	162.7	135.1
既往歴_心臓病	60	26	11.0%	3.8%	136.9	105.5
既往歴_脳卒中	34	17	6.3%	2.5%	134.4	104.2
食べる速度が遅い	52	55	9.5%	7.9%	122.9	111.4
1日飲酒量(1合未満)	318	604	59.3%	90.7%	121.9	104.0
喫煙	127	40	23.2%	5.8%	121.3	130.0
飲まない	234	523	42.8%	75.0%	118.4	104.4
既往歴_貧血	33	95	6.0%	13.6%	114.7	97.5
服薬_糖尿病	72	48	13.1%	6.8%	110.5	112.5
保健指導利用しない	387	501	71.3%	72.2%	109.6	117.7
20歳時体重から10kg以上増加	245	206	44.9%	29.5%	107.3	121.2
服薬_脂質異常症	153	249	28.1%	35.7%	107.0	102.1
3食以外間食_毎日	67	130	12.3%	18.7%	105.6	88.5
3食以外間食_時々	328	457	60.1%	65.6%	105.5	105.4
服薬_高血圧症	251	247	46.0%	35.4%	104.5	106.6
改善意欲あり	147	195	27.0%	28.2%	104.2	99.7
改善意欲ありかつ始めている	65	102	12.0%	14.8%	102.9	100.4
改善意欲なし	168	191	30.9%	27.6%	101.9	119.7
咀嚼_何でも	421	580	77.2%	83.4%	100.9	103.0
食べる速度が普通	346	480	63.4%	69.2%	99.7	97.3
週3回以上就寝前夕食	81	54	14.9%	7.8%	98.5	108.7
1回30分以上の運動習慣なし	291	451	53.4%	64.7%	98.0	108.0
取り組み済み6ヶ月以上	125	142	22.9%	20.6%	96.2	86.3
1日1時間以上運動なし	260	352	47.7%	50.6%	96.0	100.8
食べる速度が速い	148	159	27.1%	22.8%	94.5	105.0
歩行速度遅い	260	346	47.5%	50.0%	94.2	95.0
咀嚼_かみにくい	115	112	21.1%	16.1%	94.0	86.3
時々飲酒	119	123	21.8%	17.6%	91.9	90.1
週3回以上朝食を抜く	42	34	7.7%	4.9%	90.6	96.5
毎日飲酒	193	52	35.3%	7.4%	88.2	86.0
3食以外間食_ほとんど摂取しない	151	109	27.6%	15.7%	87.9	94.6
取り組み済み6ヶ月未満	39	61	7.1%	8.8%	86.9	87.4
睡眠不足	111	181	20.3%	26.1%	84.8	93.5
1日飲酒量(1~2合)	143	52	26.7%	7.8%	82.1	76.7
1日飲酒量(2~3合)	62	9	11.5%	1.4%	75.7	67.1
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	4	3	0.8%	0.4%	71.7	66.2
1日飲酒量(3合以上)	13	1	2.4%	0.1%	68.2	17.0
1年間で体重増減3kg以上	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
週3回以上夕食後間食	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0

KDBシステム\_S21\_007\_質問票調査の状況健診有所見者情報(R01-R04年度)  
 国立保健医療科学院ツール(質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6)

## 4 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 特定健診未受診者の生活習慣病 1件当たり医療費は、特定健診受診者よりも高くなっている
- 健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が 15.0%いる
- 高血圧の有所見者で未治療者(受診勧奨判定値以上)が 26.1%いる
- 糖尿病の治療中断者のうち6ヶ月以上中断している人が 88 人いる
- 高血圧症の治療中断者のうち 6ヶ月以上中断している人が 140 人いる

生活習慣病 1 件当たり医療費(健診受診の有無)				
	小山町特定健診受診者(円)	小山町特定健診未受診者(円)	静岡県特定健診受診者(円)	静岡県特定健診未受診者(円)
糖尿病	28,110	34,367	22,963	29,398
高血圧症	10,135	12,873	11,203	12,600
脂質異常症	10,848	13,659	11,412	13,612
高尿酸血症	6,771	10,514	7,781	9,914
脂肪肝	16,781	18,950	17,441	20,810
動脈硬化症	20,572	81,042	23,394	71,214
脳出血	-	26,713	183,052	488,363
脳梗塞	12,569	42,921	36,219	112,641
狭心症	32,173	67,216	37,295	68,731
心筋梗塞	20,467	852,385	156,103	230,899
がん	200,888	246,854	115,146	225,805
筋・骨格	28,447	37,275	22,332	37,145
精神	21,965	95,091	22,031	66,217

出典:しずおか茶っシステム 16-生活習慣病 1 件当たり医療費(健診受診の有無)

生活習慣病有所見者かつ医療未受診者(未治療者)							
	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	107 人 64.8% (-8.2)	77 人 46.7% (-14.1)	53 人 32.1% (6.0)	126 人 76.4% (-1.3)	155 人 93.9% (0.1)	111 人 67.3% (-8.1)	145 人 87.9% (-2.9)
保健指導判定値以上～ 受診勧奨判定値未満	51 人 30.9% (7.8)	45 人 27.3% (8.0)	46 人 27.9% (-4.4)	24 人 14.5% (-2.4)	8 人 4.8% (-0.5)	38 人 23% (3.0)	10 人 6.1% (-0.1)
受診勧奨判定値以上	7 人 4.2% (0.4)	43 人 <u>26.1%</u> (6.1)	66 人 40% (-1.5)	15 人 9.1% (3.7)	2 人 1.2% (0.4)	16 人 9.7% (5.1)	8 人 4.8% (1.8)
受診勧奨判定値のうち 重症度の高いレベル	5 人 3% (1.5)	14 人 8.5% (4.6)	9 人 5.5% (-4.5)	0 人 0% (-0.8)	0 人 0% (0.0)	6 人 3.6% (0.6)	3 人 1.8% (1.0)

※生活習慣病保有の有無はレセプト記載の副病を含む傷病より判定を行っています

出典:しずおか茶っシステム 健診状況医療含

小山町 健診状況と医療受診状況						
健診対象者 3,369人 100.0%	健診受診者 1,386人 41.1%	医療未受診者 165人 4.9%		受診勧奨判定値あり 101人 3.0%	重症度高レベルあり 30人 0.9%	
				受診勧奨判定値なし 64人 1.9%	重症度高レベルなし 71人 2.1%	
		医療受診者 1,221人 36.2%	生活習慣病保有あり 1,091人 32.4%		受診勧奨判定値あり 627人 18.6%	重症度高レベルあり 169人 5.0%
			生活習慣病保有なし 130人 3.9%		受診勧奨判定値なし 464人 13.8%	重症度高レベルなし 458人 13.6%
	健診未受診者 1,983人 58.9%	医療未受診者 504人 15.0%		受診勧奨判定値あり 73人 2.2%	重症度高レベルあり 15人 0.4%	
		医療受診者 1,479人 43.9%	生活習慣病保有あり 1,265人 37.5%	受診勧奨判定値なし 57人 1.7%	重症度高レベルなし 58人 1.7%	
		生活習慣病保有なし 214人 6.4%				

※生活習慣病保有の有無はレセプト記載の副病を含む傷病より判定を行っています

出典:しずおか茶っとシステム 健診状況医療含

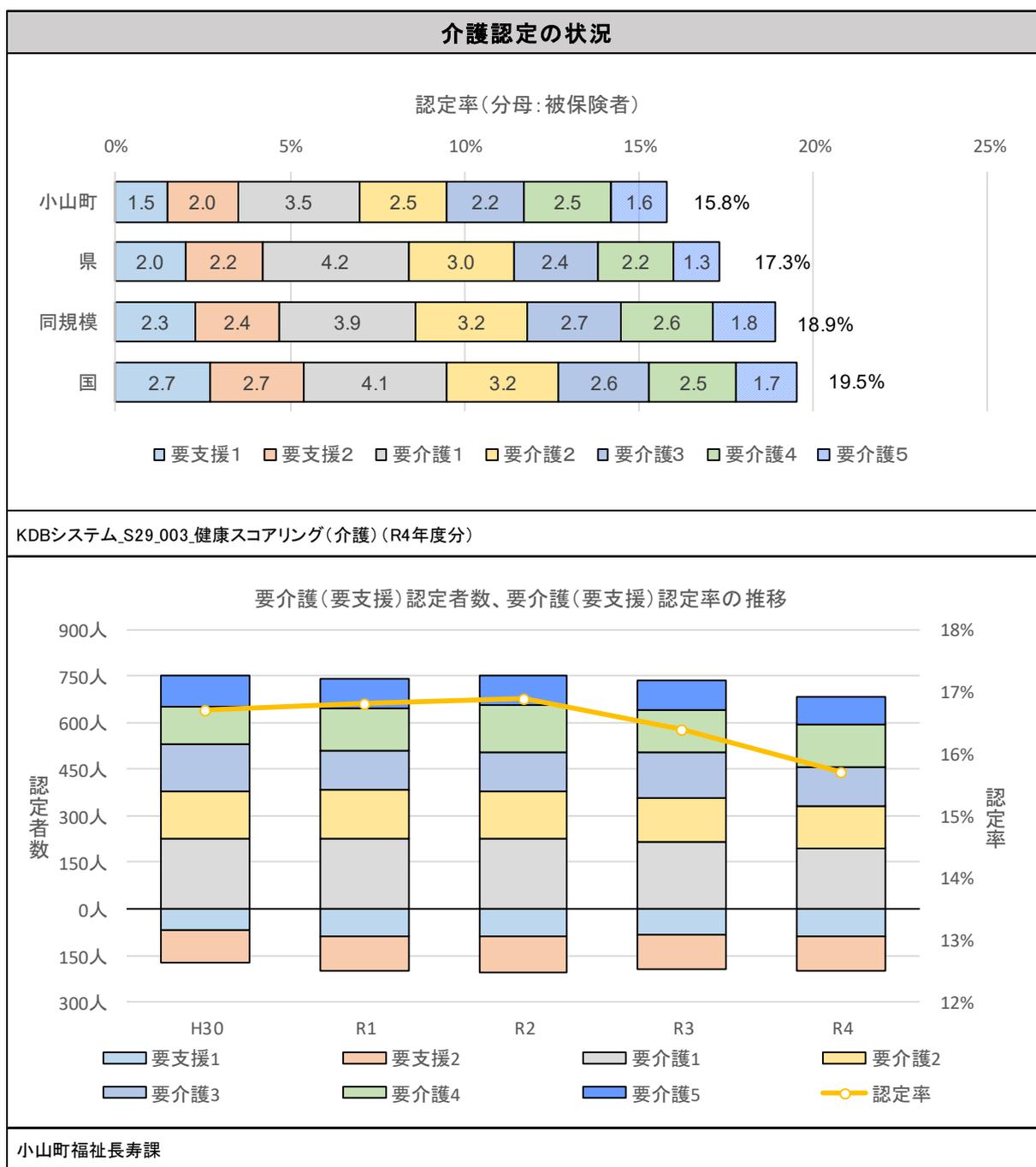
治療中断者の状況					
	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月以上
糖尿病	48人	21人	19人	20人	88人
高血圧症	87人	34人	27人	26人	140人
脂質異常症	90人	35人	23人	26人	122人

出典:しずおか茶っとシステム I10-治療中断者の状況

## 5 介護費関係の分析

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 令和4年度の介護認定率は15.8%で県(17.3%)に比べ低くなっており、認定率の推移も横ばいから減少傾向である
- 令和4年度において要介護4の介護給付費(417,338,584円)が最も高く、続いて、介護3、介護5の順で高くなっている
- 介護認定者の有病状況は、脳疾患が県より高くなっている



出典:国保連地域分析レポート【図表28】介護認定の状況、小山町福祉長寿課

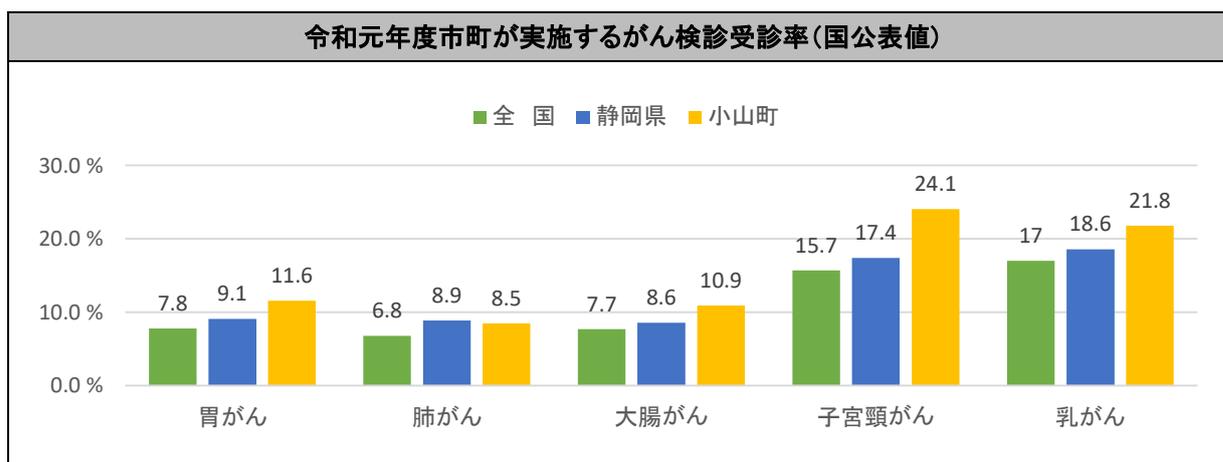
介護給付費の状況・介護認定者の有病状況							
介護給付費の状況(R4年度)							単位:円
支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計
13,506,290	29,730,605	242,774,772	223,873,026	317,473,562	417,338,584	284,485,983	1,529,182,822
介護認定者の有病状況(R4年度)							
介護認定者全体の有病状況	有病状況	小山町	県	同規模	国		
	脳疾患	24.1%	23.3%	23.1%	22.6%		
	筋・骨格	46.0%	52.7%	52.7%	53.4%		
	アルツハイマー病	11.8%	18.3%	18.6%	18.1%		
KDBシステム_S24.002_要介護(支援)者有病状況(R4年度分)							
KDBシステム_S21.001_地域の全体像の把握(R4年度分)							

出典: 国保連地域分析レポート 【図表 29】介護給付費の状況・介護認定者の有病状況

## 6 その他

### 【健康・医療情報等のデータ分析から見た内容】

- 本町のがん検診受診率は、全国や県と比較して高い傾向にある
- 後期高齢者の健診結果では肥満(BMI25以上)が27.7%、糖尿病(HbA1c6.5以上)が12.8%と県内でも高い
- 令和4年度のフレイル該当率(後期高齢者の質問票で4つ以上)は男性が29.5%、女性が30.7%である



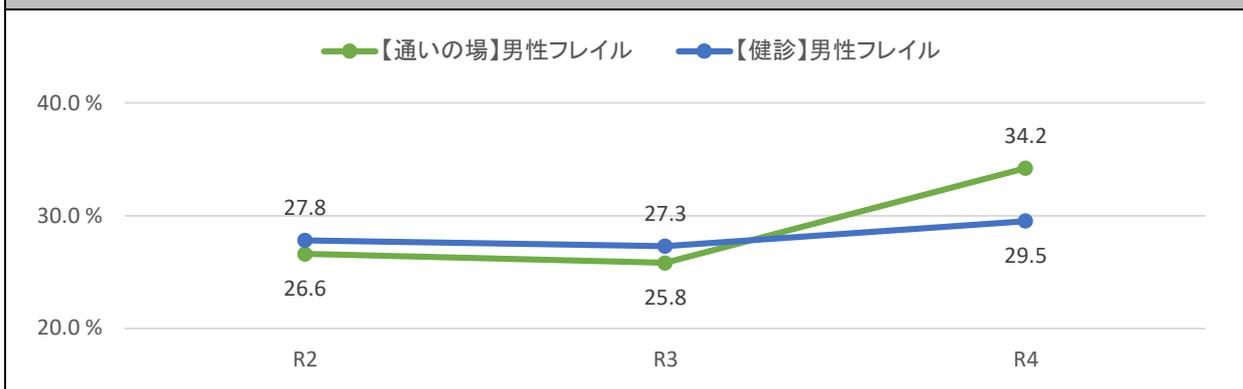
※胃がん健診受診者数は胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査の受診者数算定年齢は胃がん50歳～69歳、子宮頸がん20歳～69歳、その他は40歳～69歳

出典:令和元年度地域保健・健康増進事業報告

小山町の後期健診結果による有所見率、35市町での県内順位(R5.5.18現在)						
後期(75歳以上)	H30	R1	R2	R3	R4	R4 県平均
BMI(25以上)	26.9% 2位	28.4% 2位	28.5% 3位	25.9% 4位	27.7% 1位	21.0% -
血圧(I度以上) 140-159/90-99	30.8% 16位	29.0% 23位	30.3% 27位	27.7% 31位	34.6% 15位	24.6% -
HbA1c(6.5以上)	12.0% 7位	12.9% 7位	12.2% 7位	13.5% 5位	12.8% 11位	11.5% -
中性脂肪(300以上)	1.4% 16位	1.3% 17位	2.2% 5位	2.0% 8位	1.6% 12位	1.3% -
LDL(140以上)	14.2% 33位	15.2% 31位	16.4% 27位	15.2% 29位	13.1% 31位	15.7% -

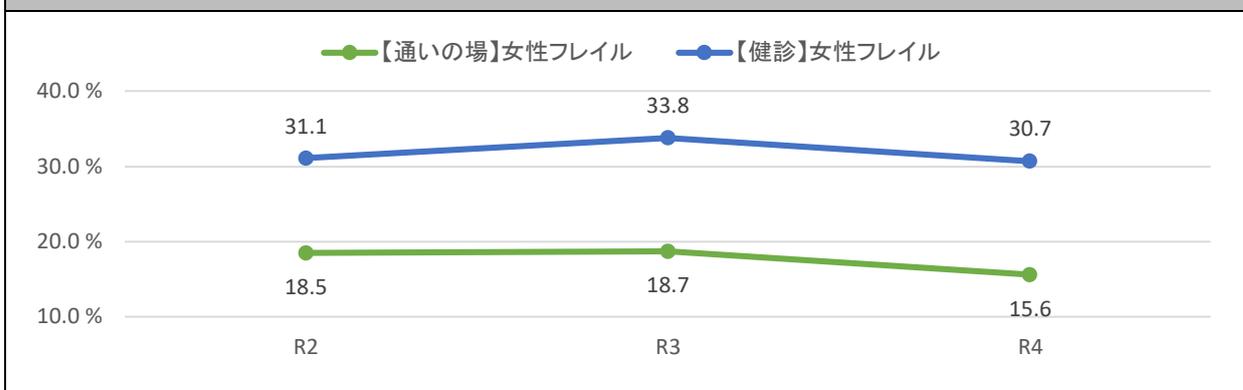
出典:福祉長寿課資料

男性フレイル該当率の推移(通いの場、後期健診)【質問票で4個以上をフレイルと定義】



出典: 福祉長寿課資料

女性フレイル該当率の推移(通いの場、後期健診)【質問票で4個以上をフレイルと定義】



出典: 福祉長寿課資料

## 7 分析結果に基づく健康課題の抽出

健康・医療情報に基づいた被保険者の健康状態、疾患構成等の分析結果から、小山町が抱える健康課題は以下のとおりです。

### A 高血圧

- 高血圧症の該当者の割合が、県よりも高く推移している
- 高血圧予備軍の割合が、県よりも高く推移している
- 健診質問票にて高血圧症の服薬の項目において、男女ともに標準化比が県を上回っている
- 高血圧の有所見者で未治療者(受診勧奨判定値以上)が26.1%いる
- 高血圧症の服薬者の標準化比が、男女ともに県を上回っている

### B 糖尿病

- HbA1c5.6以上の割合が、令和元年から令和4年の平均で男性59.6%、女性53.8%で糖尿病の重症化予防が課題である
- HbA1c8.0以上の割合が、県よりも高く推移しており、糖尿病の重症化予防が課題である
- 健診質問票にて糖尿病の服薬の項目において、男女ともに標準化比が県を上回っている

### C 肥満

- 内臓脂肪症候群の該当率の割合が、県よりも高く推移している
- 健診検査値の中性脂肪、BMI、腹囲の標準化比が県を上回っている

### D 慢性腎臓病

- 医療費負担が大きい慢性腎臓病(透析あり)は、男女ともに県に比べ高くなっている
- 健診検査値のクレアチニンの標準化比が県を上回っている

### E 被保険者の健康意識の低さ

- 特定健診未受診者の生活習慣病1件当たり医療費は、特定健診受診者よりも高くなっている
- 健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が15.0%いる
- 令和4年度の特定健診の受診率(性・年齢別)では、60歳未満の男性、55歳未満の女性の受診率が60歳以上と比べて低い
- 令和4年度の特定健診の受診率は49.5%であり、県平均(37.7%)よりも高いものの国の目標値60%には及ばない

上記A～Eの健康課題を保健事業の実施により解決を目指していきます。

## 第4章 データヘルス計画

### 1 計画全体の目的

第3章で抽出した小山町が抱える健康課題から計画全体の目的を以下のとおり設定します。

**メタリックシンドロームの予防と高血圧症、糖尿病の発症  
及び重症化予防を図り、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指す**

### 2 評価指標(目標値)

計画全体の目的の達成度を評価する評価指標(目標値)を以下のとおり設定します。

目的	★	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
健康意識 の向上	E	特定健康診査受診率	49.5%	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%	51.5%	52.0%
生活習慣を改善する	ABC	特定保健指導実施率	48.1%	48.5%	49.0%	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%
	ABC	特定保健指導対象者の減少率	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%	25.5%	26.0%
	C	内臓脂肪症候群の該当率の割合	22.6%	22.2%	21.7%	21.3%	20.9%	20.4%	20.0%
生活習慣病の重症化を予防する	BD	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.50%	1.45%	1.40%	1.35%	1.30%	1.25%	1.20%
	AD	高血圧症有病者の割合(高血圧Ⅰ度以上、又は服薬者)	56.9%	56.0%	55.0%	54.0%	53.0%	52.0%	51.0%
	A	高血圧予備群の割合(服薬者除く)	13.4%	12.8%	12.8%	12.7%	12.7%	12.6%	12.5%

★:対応する健康課題

#### モニター指標

小山町の被保険者の健康状況の把握、他の市町や県との比較のため、モニター指標を以下のとおり設定します。

平均自立期間 計画策定時実績 男性:78.4年 女性:84.9年  
(令和2年度のデータを反映して算出された令和4年度公表分)

### 3 個別事業計画

小山町では、健康課題の解決を目指すため、4つの保健事業を実施します。個別事業計画は以下のとおりです。

#### 3—1 特定健康診査事業

事業の目的	メタボリックシンドロームの早期発見と糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とする
事業の概要	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を実施する
対象者	40-74歳の被保険者
実施方法	<p><b>【周知】</b></p> <p>①対象者へ受診開始時期に受診票を送付する</p> <p>②「広報おやま」や町のホームページ等に掲載して周知を図るとともに、新聞、リーフレット等で特定健康診査の必要性等について意識の啓発を図る</p> <p>③無線放送の活用や健康フェスタなどのイベント会場における受診勧奨、所管課及び関係課が実施する保健事業等の参加者へのPR、所管課及び関係課窓口などにおけるPRを通じて受診率向上を図る</p> <p><b>【勧奨】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者への受診勧奨等啓発活動</li> </ul> <p>①未受診者に対し、文書等による受診勧奨を行う</p> <p>②おやま健康フェスタにおいて「特定健診コーナー」ブースを設置し、特定健診の啓発を行う</p> <p>③特定健診受診票送付時に、健診未受診に関するアンケートはがきを同封し、健診を受けない理由を記入し返送してもらうことにより、健診を受けない理由や人間ドックの受診の有無等の把握に努める</p> <p><b>【実施及び実施後の支援】</b></p> <p>(実施形態)御殿場市医師会が指定する医療機関で個別健診を実施する</p> <p>(実施場所)御殿場市医師会が指定する町内の医療機関</p> <p>(時期・期間)6月～10月までの5ヶ月間を基本とする</p> <p>(データ取得)事業主健診や人間ドックを受けた者へ結果提供を依頼する</p> <p><b>【健診結果の説明】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診実施医療機関において、医師から直接手渡しし、結果を説明する</li> <li>・「要医療」対象者に対する受診勧奨を行うほか、健診結果の見方や生活習慣病に関する基本的な知識など、生活習慣を見直すきっかけとなる健康に関する情報提供を行う</li> <li>・情報提供は、特定健康診査の受診者全員を対象とする</li> <li>・保険者として十分な説明が行えるよう、情報提供パンフレットを用意し、医師による健診結果説明時に配布する</li> </ul> <p><b>【その他】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳、41歳は無料で特定健診を受診できる</li> <li>・20～39歳の者へ特定健診に準じた検査を行うことで若年から健診の意識を高める</li> </ul>

実施体制		<p>【庁内担当部署】国民健康保険主管課</p> <p>【保健医療関係団体】御殿場市医師会に委託し、町内医療機関で実施</p> <p>【受診勧奨体制】</p> <p>未受診者へのアプローチとして、受診勧奨通知の作成等を専門業者に業務委託</p> <p>【その他の組織】小山町保健委員協議会と連携し、地域活動を通して健診のPRをする</p> <p>【他事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前立腺がん検診、大腸がん検診、肝炎ウイルス検診を同時実施できる</li> </ul> <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保新規加入者の手続きの際、窓口において特定健診の受診を積極的に案内する</li> <li>・健診データは、町の健康管理システムにおいて、がん検診や予防接種のデータと共に一元的に管理する</li> </ul>							
		項目	No	評価指標	計画策定時 実績	目標値			
令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)					令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群の該当率の割合	22.6%	22.2%	21.7%	21.3%	20.9%	20.4%	20.0%
	2	特定健康診査受診率	49.5%	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%	51.5%	52.0%
アウトプット指標	1	受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### 3—2 特定保健指導事業

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した保健指導を行い生活習慣病の予防を図る
事業の概要	特定健診の結果、支援対象者になった者に対し特定保健指導を実施する
対象者	特定健診の結果、「動機付け支援」「積極的支援」になった者
実施方法	<p><b>【周知】</b></p> <p>①特定保健指導対象者に、通知により指導の開始を周知し、通知による案内のほか電話や訪問等による利用勧奨を行い、保健指導の実施率向上に努める</p> <p>②「広報おやま」や町のホームページ、無線放送等で保健指導の必要性について周知を図るとともにリーフレット等を配布し、意識啓発を図る</p> <p><b>【勧奨】</b></p> <p>・医療機関が健診結果説明の際に利用勧奨を行い、申込みのない対象者に対しては通知を行う</p> <p><b>【実施及び実施後の支援】</b></p> <p>(初回面接) 申込みのあった対象者については、来所による面接を行い、申込みのない者については家庭訪問等による面接を行う</p> <p>(実施場所) 小山町健康福祉会館(ふじみセンター)、自宅等</p> <p>(実施内容)</p> <p>・標準的な健診・保健指導プログラムに基づき、内臓脂肪の蓄積に着目し、生活習慣病リスク数に応じた保健指導対象者の選定を行い、「動機付け支援」、「積極的支援」に区分する</p> <p>・対象者が身体のメカニズムと生活習慣の関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容に結びつくように支援を行う</p> <p>・設定した行動目標を、対象者が自主的かつ継続的に行えるよう定期的・継続的な面談等による支援と3ヶ月以上経過後に実績の評価を行い、保健師、管理栄養士により対象者の生活習慣に合った指導を行う</p> <p>(時期・期間) 特定健康診査受診後から随時実施し、最終評価は初回面接終了後、3ヶ月以上経過後に実施する</p> <p>(実施後のフォロー・継続支援) 電話、メール、面接、ICT を活用する</p> <p><b>【その他】</b></p> <p>特定保健指導は、保健指導対象者に選定された者全員を対象とする</p> <p>・訪問による積極的な介入を行う</p> <p>・ICT を利用した保健指導の実施</p> <p>・20～39 歳の者への特定健診に準じた検査で生活習慣病リスクありと判定された者に対しても保健指導を実施する</p>
実施体制	<p><b>【庁内担当部署】</b>国民健康保険主管課、健康づくり主管課</p> <p><b>【保健医療関係団体】</b>御殿場市医師会</p> <p><b>【国民健康保険団体連合会】</b>利用券附番</p> <p><b>【民間事業者への委託】</b>個人の管理栄養士、保健師に委託</p> <p><b>【他事業】</b>重症化予防事業の保健指導と一部連動</p>

項目	No	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
<b>【その他】</b> ・実施率向上のため医療機関で健診結果返却する際に、利用勧奨をする ・市内連携を強化し、若い世代からの生活習慣病に関するポピュレーションアプローチの方法を 検討、工夫する									
アウトカム指標	1	特定保健指導対象者の減少率	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%	25.5%	26.0%
	2	高血圧症有病者の割合（高血圧Ⅰ度以上の割合）	56.9%	56.0%	55.0%	54.0%	53.0%	52.0%	51.0%
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	48.1%	48.5%	49.0%	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%

### 3—3 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病性腎症への進行を予防し、人工透析導入者の減少を目指す
事業の概要	<p>a: 特定健診の二次健診として対象者の尿中アルブミン検査を実施し、糖尿病性腎症の早期発見、早期介入を行う</p> <p>b: 糖尿病性腎症Ⅰ、Ⅱ期で尿中アルブミン検査未実施の者、Ⅲ期で糖尿病の受診歴のない者に受診勧奨通知を送付する</p> <p>c: 糖尿病治療中断者、未治療者への訪問による受診勧奨と保健指導を実施する</p>
対象者	<p><b>【選定方法】</b></p> <p>ab: 特定健診の結果、糖尿病性腎症のリスクがある者</p> <p>c: 糖尿病の治療を中断していると思われる者、特定健診の結果、HbA1c7.0%以上で糖尿病に関するレセプトがない者</p> <p><b>【選定基準】</b></p> <p>a: 特定健診の結果、空腹時血糖 126mg/dL(随時血糖 200)以上又はHbA1c6.5%以上の者のうち、尿たんぱく(-)(±)の者</p> <p>b: 特定健診の結果、糖尿病性腎症Ⅲ期以上のハイリスク者で医療機関未受診と思われる者、糖尿病性腎症Ⅰ、Ⅱ期で尿中アルブミン検査を実施していない者</p> <p>c: 糖尿病治療中断者と特定健診の結果 HbA1c が 7.0%以上で、糖尿病に関するレセプトがない者</p> <p>(その他の判定基準)</p> <p>a: 保健指導については、医師が必要と認めた者</p> <p><b>【除外基準】</b></p> <p>c: 透析中の者、がんで治療中の者 等</p>
実施方法	<p><b>【周知】</b></p> <p>ab: 尿中アルブミン検査については、該当する場合、健診実施医療機関から説明し、二次健診として実施し、保健指導が必要と医師が認めた者については通知を送付する</p> <p>c: 治療中断者、未治療者については通知後、訪問を行う</p> <p><b>【勧奨】</b></p> <p>b: アルブミン検査未実施者とⅢ期以降で糖尿病の受診歴がない者に対し、受診勧奨通知を実施する</p> <p>c: 糖尿病治療中断者と健診の結果 HbA1c7.0%以上でレセプトにより受診が確認できない者に訪問による受診勧奨と保健指導を実施する</p> <p><b>【実施及び実施後の支援】</b></p> <p>(実施内容)</p> <p>a: 尿中アルブミン検査は、特定健診の二次健診として実施する</p> <p>a: 医師により指導が必要とチェックされた項目について管理栄養士が保健指導を実施する</p> <p>b: 受診勧奨通知を送付し受診の有無について回答を返信してもらう</p> <p>c: 通知を送付後、保健師による訪問を実施する</p> <p>(時期・期間) 健診終了後から随時実施</p>

		<p>(実施場所)小山町健康福祉会館(ふじみセンター)、自宅等</p> <p>(実施後の評価)</p> <p>a:保健指導を実施した者は、次年度の健診において検査値の変化を確認する</p> <p>bc:受診勧奨により受診したかどうかをレセプトにより確認する</p> <p>(実施後のフォロー・継続支援)指導の状況や内容について健診医療機関へ報告する</p>							
実施体制		<p>【庁内担当部署】c:国民健康保険主管課がレセプトと健診結果から対象者を抽出</p> <p>【保健医療関係団体】御殿場市医師会、健診実施医療機関</p> <p>【かかりつけ医・専門医】</p> <p>・健診実施医療機関では、二次健診の実施と保健指導対象者の選定を行い、国民健康保険主管課は、医師からの指示内容に基づき指導の上、実施後に医療機関に報告書を提出する</p> <p>【国民健康保険団体連合会】レセプトの確認方法やデータ抽出方法などについて助言</p> <p>【民間事業者への委託】保健指導や訪問は個人の管理栄養士、保健師に委託</p> <p>【その他の組織】糖尿病等重症化予防連絡会議において事業について助言を求める</p> <p>【他事業】特定保健指導と一部連動</p>							
項目	No	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	1	HbA1c8.0%以上の割合	1.5%	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%
	2	a:保健指導対象者の翌年度のHbA1c改善割合	80.0%	80.5%	81.0%	81.5%	82.0%	82.5%	83.0%
	3	bc:受診勧奨により受診につながった割合	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	62.0%
アウトプット指標	1	a:尿中アルブミン検査実施率	57.1%	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%
	2	a:保健指導実施率	88.8%	89.0%	89.0%	89.5%	89.5%	90.0%	90.0%
	3	bc:受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 3—4 メタボ直前期通知事業

事業の目的		特定健診結果の推移や生活改善アドバイスを送付することにより、健康意識の向上とメタボリックシンドロームを回避する							
事業の概要		特定健診結果をもとにメタボリックシンドロームになる可能性のある者を抽出し、その該当者に対して個人の特性を重視した生活習慣改善のアドバイスが記載された通知を送付することにより、メタボリックシンドロームの予防を図る							
対象者		メタボリックシンドロームの基準値を超える可能性がある者							
実施方法		<p>【周知】対象者に個別通知する</p> <p>【勸奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の健診結果を表示し、糖尿病専門医監修による健診結果値の推移を考慮した個別の生活習慣改善アドバイスを記載し、生活習慣改善を促進する</li> </ul> <p>【実施及び実施後の支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診が始まる少なくとも3か月以上前に通知し、対象者は個人の特性を重視した生活習慣改善アドバイスを実践することにより、メタボリックシンドロームにならない生活習慣を身につける</li> </ul> <p>【その他】メタボリックシンドロームになる前の対象者に通知し、一次予防をする</p>							
実施体制		<p>【庁内担当部署】国民健康保険主管課</p> <p>【民間事業者への委託】通知の作成等を専門業者に業務委託</p> <p>【その他】委託業者と情報共有し、連携を図り取り組む、個人情報保護に配慮する</p>							
項目	No	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	1	高血圧予備軍の割合 (服薬者除く)	13.4%	12.8%	12.8%	12.7%	12.7%	12.6%	12.5%
アウトプット指標	1	事業対象者数に対する 通知物の発送の割合	(R5) 事業開始	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## 4 データヘルス計画の推進

---

### 4—1 データヘルス計画の評価・見直し

前述の目標指標について評価を行います。これら成果が数値データとして現れるのが数年後になることが予測されるため、短期的な評価として所管課による当該年度の実施状況把握を中心に行い、事業実施方法等について検証を行います。

また、小山町の国民健康保険事業の運営に関する協議会において、特定健康診査実施計画とともに毎年実施状況の報告を行います。

なお、計画期間内であっても検証に基づき、必要に応じて記載内容の見直しを行うなど柔軟に対応します。

### 4—2 データヘルス計画の公表・周知

本計画については、町のホームページ等で公表し、小山町国民健康保険被保険者をはじめ広く町民に周知します。

また、あらゆる機会を捉えて、関係機関・関係団体との連携・協力のもと、啓発活動の推進を図ります。

### 4—3 個人情報の取扱い

保健事業の記録の取扱いにあたり、個人情報保護の観点から、個人情報保護に関する法律、同法に基づく「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等を踏まえた対応を図るとともに、小山町個人情報保護法施行条例を遵守し、適切な対応を図ります。

保健事業の受託者についても同様の取扱いとするとともに、業務により知り得た情報については守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

被保険者の利益を最大限尊重するため、個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的な保健事業を行います。

### 4—4 地域包括ケアに係る取組み

小山町は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築に関する取組みを介護保険主管課を中心に進めています。また、地域共生社会の実現に向けて、包括的支援体制(重層的支援体制)の構築に関する取組みを福祉主管課を中心に進めています。

システムの構築については、医療・介護・保健・福祉などの関係各部局との連携が必須であり、多機関協働による課題解決体制が必要です。庁内におけるこれらの会議に国保主管課として参加し、課題等を関係者と共有します。

## 4—5 その他

健康づくり主管課における保健事業、介護保険主管課における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施や介護予防事業等のポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチと連携しながら、効果的効率的な保健事業を実施していきます。

## 第5章 特定健康診査等実施計画

### 1 基本的事項

#### 1—1 目標

特定健康診査等実施計画に設定する目標については、特定健康診査等基本指針において、各医療保険者が設定すべき二つの目標と、令和11年度(実施計画終了年度)時点における目標値が掲げられており、各保険者の目標値はその値を踏まえて設定することとされています。

各医療保険者が設定すべき二つの目標とは、実施に関する目標(特定健康診査実施率と特定保健指導実施率)です。

令和11年度時点における市町村国保の目標値は以下のとおりです。

特定健康診査の実施率	60%以上
特定保健指導の実施率	60%以上

本町における目標値は、近年の目標値の推移から以下のとおり設定します。

#### (1) 特定健康診査の実施に係る目標

令和元年度から令和4年度までの特定健康診査の実施率の平均は49.0%です。このことから、49.0%を現状の実施率とします。令和6年度から実施率を年度あたり0.5%向上することを目標とし、令和11年度の目標を52.0%とします。各年度の目標値は以下のとおりです。

	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
特定健康診査の実施率	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%	51.5%	52.0%

#### (2) 特定保健指導の実施に係る目標

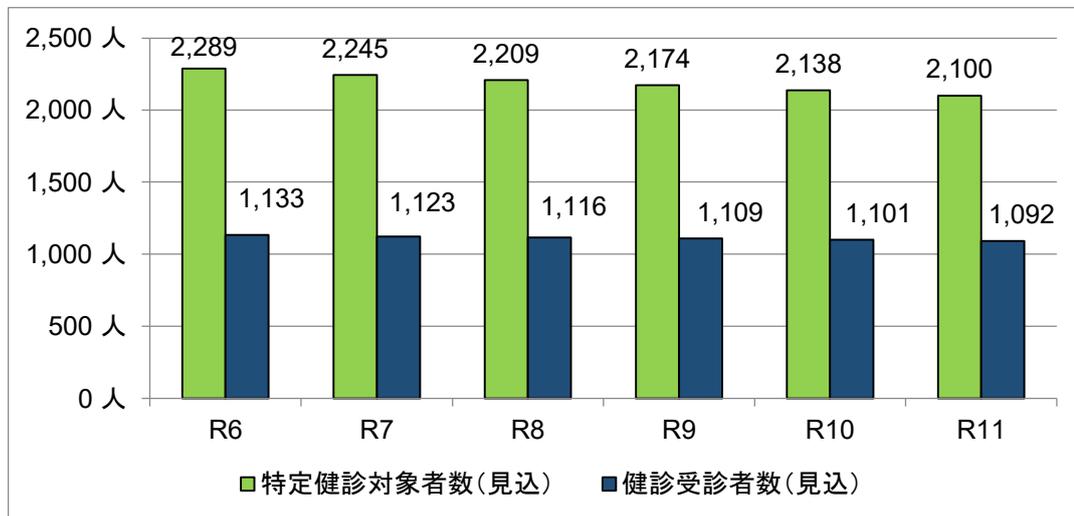
小山町の特定保健指導の実施率は、被保険者数が他市町と比べて少なく安定しないことから、令和4年度の特定保健指導の実施率である48.1%を基に、令和6年度から実施率を年度あたり0.5%向上することを目標とし、令和11年度の目標を51.0%とします。各年度の目標値は以下のとおりです。

	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
特定保健指導の実施率	48.5%	49.0%	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%

## 1—2 対象者数

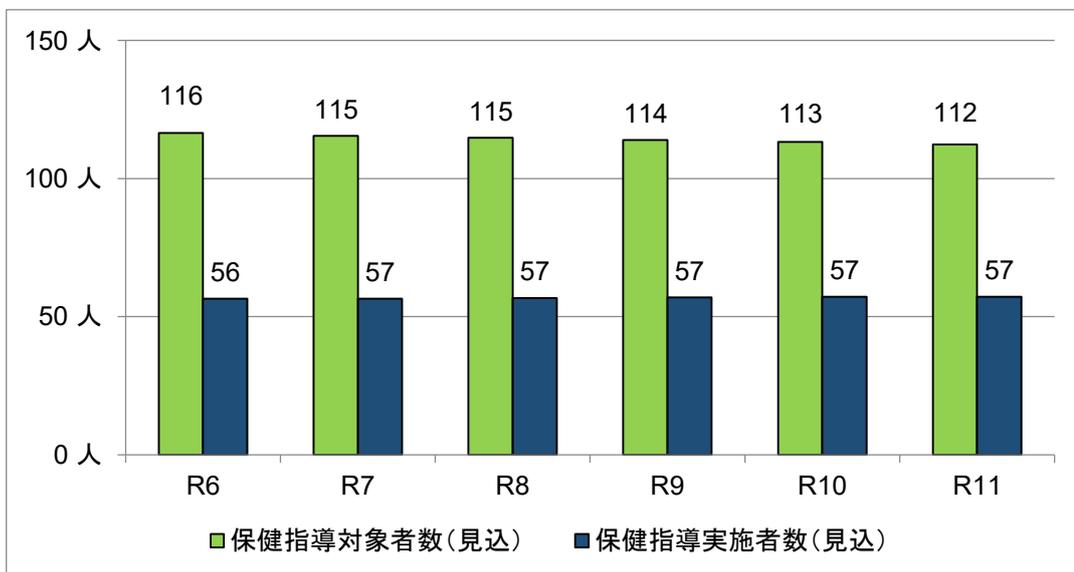
### (1) 特定健康診査の対象者の推計

令和6年度から令和11年度の特定健康診査の対象者数及び受診者数は、人口減少に伴い減少を見込んでいます。



### (2) 特定保健指導の対象者の推計

特定健康診査対象者は減少しますが、保健指導実施者数は、目標値の上昇に伴い、増加を見込んでいます。



## 1—3 実施方法

### (1) 特定健康診査

本町の地域性、対象者の利便性等を考慮し、医療機関で受診する「個別健診方式」で特定健康診査を実施します。

#### ① 実施場所

特定健康診査は、小山町総合計画の基本目標である「健康で笑顔あふれるまち」の取組みの一環と捉え、子どもから高齢者までの一貫した健康づくりのための保健事業を担っている御殿場市医師会が指定する医療機関で実施します。

#### ② 実施項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の第1条に定められている項目とします。基本的な健診項目と医師の判断によって追加実施する詳細な項目を実施します。

#### ③ 実施時期

特定健康診査の実施時期は、6月から10月までの5ヶ月間を基本とします。

#### ④ 特定健康診査の外部委託

町民の利便性を配慮し、身近な健診場所での受診が可能となるよう御殿場市医師会への業務委託により行います。

業務委託にあたり、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託基準に即して実施します。

特定健康診査の結果については、業務委託により御殿場市医師会においてデータ化します。

特定健康診査項目

項 目		本町の特定健康診査	備 考
身体計測	身長	○	
	体重	○	
	腹 囲	○	
	BMI	○	
理学的所見(身体診察)		○	
血圧	収縮期/拡張期	○	
脂質代謝	中性脂肪	○	空腹時又は随時
	HDL-コレステロール	○	
	LDL-コレステロール	○	
	総コレステロール	○	
肝機能	AST(GOT)	○	
	ALT(GPT)	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	
	アルブミン	○	
糖代謝	血糖	○	空腹時又は随時
	ヘモグロビン A1c	○	
	尿糖	○	
腎機能	尿蛋白	○	
	尿潜血	○	
	血清クレアチニン	○	
	eGFR	○	
貧血・その他	赤血球数	○	
	白血球数	○	
	血色素量	○	
	ヘマトクリット値	○	
	血小板数	○	
痛風	尿酸	○	
心電図検査		○	
眼底検査		■	医師が認めた者
尿中アルブミン検査		■	医師が認めた者

○：全員を対象に実施、■：医師が必要と認めた場合に実施

## ⑤健診の周知案内方法

### ■受診勧奨の充実

対象となる被保険者一人ひとりに受診票及び受診機関リスト等を送付し、特定健康診査の実施を周知します。受診票送付時に、各医療機関の診療日・受付時間のわかる「お知らせ」を同封します。なお、「広報おやま」や町のホームページ等に掲載して周知を図るとともに、新聞、リーフレット等で特定健康診査の必要性等について意識の啓発を図ります。また、無線放送の活用や健康フェスタなどのイベント会場における受診勧奨、所管課及び関係課が主催する保健事業等の参加者へのPR、所管課及び関係課窓口などにおけるPRを通じて受診率アップを図ります。

### ■未受診者情報の活用

特定健康診査未受診者について、年齢や性別等に配慮した、より効果的な受診勧奨を実施します。

## ⑥事業主健診等の健診受診者の健診データ収集方法

特定健康診査の受診票送付時に返信用葉書を同封し、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診する(した)被保険者について把握し、健診結果の提出を依頼します。

### 【高齢者の医療の確保に関する法律】

(特定健康診査)

第20条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

(特定健康診査等に関する記録の提供)

第27条 保険者は、加入者の資格を取得した者があるときは、当該加入者が加入していた他の保険者に対し、当該他の保険者が保存している当該加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

3 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

4 前3項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者、後期高齢者医療広域連合又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

## ⑦その他

### ■健診結果の分かりやすい情報提供等

健診結果については、健診実施医療機関において、医師から直接手渡しし、「要医療」対象者に対する受診勧奨を行うほか、健診結果の見方や生活習慣病に関する基本的な知識など、生活習慣を見直すきっかけとなる健康に関する「情報提供」<sup>注2</sup>を行います。情報提供は、特定健康診査の受診者全員を対象とし、保険者として十分な情報提供が行えるよう、情報提供パンフレットを用意し、医師による健診結果説明時に配布します。

注2:「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康的な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供と合わせて、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することをいう。

## (2) 特定保健指導

特定健康診査の階層化の結果により抽出された特定保健指導対象者に対し、特定保健指導を実施します。

特定保健指導は、個別支援又はグループ支援の形態をとり、原則として面接を基本に保健指導を行います。対象者の希望により、ICTを活用した遠隔面接による保健指導を実施します。

### ①実施場所

個別訪問又は小山町健康福祉会館（ふじみセンター）等において、特定保健指導を行います。また、必要に応じて地域の拠点施設を利用して、グループ支援を実施します。

### ②実施内容

標準的な健診・保健指導プログラムに基づき、内臓脂肪の蓄積に着目し、生活習慣病リスク数に応じた保健指導対象者の選定を行い、「動機付け支援」<sup>注3</sup>、「積極的支援」<sup>注4</sup>に階層化した上で、対象者が身体のメカニズムと生活習慣の関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容に結びつくように支援を行います。保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組みに資する適切な働きかけを継続して行うとともに、計画の進捗状況の評価及び実績評価（策定の日から3ヶ月以上経過後における評価をいう）を行います。

#### 注3、注4：特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙*	対象	
	①血圧 ②脂質 ③血糖		40～64 歳	65～74 歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI≥25kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

（表注）喫煙の斜線欄は階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する

\*質問票において「以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う

追加リスク数の判定は以下の検査結果及び質問票からカウントする

①血圧高値 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 又は b 拡張期血圧 85mmHg 以上

②脂質異常 a 空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl 以上） 又は b HDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血糖高値 a 空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl 以上 又は b HbA1c(NGSP)5.6%以上

・①②③の治療に係る薬剤を服用している者は、特定保健指導の対象にならない

### ③特定保健指導対象者の選定(重点化)の方法

#### ア 基本的な考え方

特定保健指導の対象者は階層化により抽出された対象者全員とします。

#### イ 優先順位の考え方

通知による保健指導の開始の周知のほか、次の者には電話や訪問等での利用勧奨を行い、保健指導の実施率向上に努めます。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機付け支援レベル、動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緊密な保健指導が必要となった対象者
- 前年度、積極的支援及び動機付け支援対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けなかった対象者

### ④実施時期

特定保健指導は、特定健康診査受診後可能な限り早期に実施し、翌年度6月からの特定健康診査において、対象者自身が特定保健指導による実践の成果を確認できるものとします。また、初回面接の最終実施時期は年度内とします。

### ⑤特定保健指導の実施方法

特定保健指導は、階層化により抽出された者全員を対象として管理栄養士又は保健師が個別面接を実施するほか、ICTを活用した遠隔実施や訪問指導を実施するなど、対象者に合った支援体制を構築していきます。

### ⑥周知・案内の方法

特定保健指導対象者に、通知により指導の開始を周知します。通知による案内のほか電話や訪問等による利用勧奨を行い、保健指導の実施率向上に努めます。

なお、「広報おやま」や町のホームページ、無線放送等で保健指導の必要性について周知を図るとともにリーフレット等を配布し、意識啓発を図ります。

### ⑦特定保健指導の見える化の推進

特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元します。また、アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握します。

## 1—4 年間スケジュール

特定健康診査、特定保健指導等の年間スケジュールは以下のとおりとします。

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月 5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>●健診対象者の抽出及び受診票の送付</li> <li>●個別健康診査実施の依頼</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>●特定健康診査をはじめとした各種健診の広報</li> </ul>
6月	<ul style="list-style-type: none"> <li>●特定健康診査の開始</li> </ul>	(随時、健診データ受け取り)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●後期高齢者健診開始</li> <li>●特定健診に準じた検査の開始</li> </ul>
7月		<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者の抽出(随時)</li> </ul>	
8月		<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者に通知</li> <li>●保健指導の開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●未受診者への個別勧奨</li> <li>●途中加入者への通知</li> </ul>
9月			<ul style="list-style-type: none"> <li>●前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了</li> </ul>
10月	<p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●特定健康診査の終了</li> </ul>		
11月			
12月			<ul style="list-style-type: none"> <li>●前年度法定報告の公表</li> </ul>
1月			
2月			
3月		(初回面接は年度内に終了)	

## 1—5 個人情報保護

特定健康診査等の記録の取扱いにあたり、個人情報保護の観点から、個人情報保護に関する法律、同法に基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を踏まえた対応を図るとともに、小山町個人情報保護法施行条例を遵守し、適切な対応を図ります。

特定健診・特定保健指導の実施結果は標準的な電子データファイルで効率的に管理を行い、原則として5年間保存します。

特定健康診査等の受託者についても、同様の取扱いとするとともに、業務により知り得た情報については守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

被保険者の利益を最大限尊重するため、個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的な特定健康診査・特定保健指導を行います。

## 2 特定健康診査等実施計画の推進

---

### 2—1 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

評価は、目標値(1-1目標参照)について行います。しかし、本計画の成果が数値データとして現れるのが数年後になることが予測されるため、短期的な評価として所管課による当該年度の実施状況把握を中心に行い、事業実施方法等について検証を行います。

また、小山町の国民健康保険事業の運営に関する協議会において、データヘルス計画とともに毎年実施状況の報告を行います。

なお、計画期間内であっても検証に基づき、必要に応じて記載内容の見直しを行うなど柔軟に対応します。

### 2—2 特定健康診査等実施計画の公表・周知

保健事業の取組方針等については、町のホームページ等で公表し、小山町国民健康保険加入者をはじめ広く町民に周知し、事業の趣旨への理解を促し、協力を得られるように努めます。

また、あらゆる機会を捉えて各種情報提供はもとより、関係機関・関係団体との連携・協力のもと、啓発活動の推進を図ります。





富士山頂と金太郎のまち おやま

小山町国民健康保険保健事業実施計画

---

発行 小山町住民福祉部住民課

〒410-1395 静岡県駿東郡小山町藤曲 57-2

TEL: 0550-76-6100 FAX: 0550-76-4770

E-mail: juumin@fuji-oyama.jp

---

令和6年3月