

洞爺湖町国民健康保険

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 概要版
令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

洞爺湖町データヘルス計画の目的
住民自らが自身の健康状態を把握し、生活習慣病の発症や重症化を予防する行動をとることで、 生活の質（QOL）を維持・向上することができる

1 基本的事項

1. データヘルス計画の主旨と他計画との整合性

データヘルス計画とは	特定健康診査等実施計画とは
「日本再興戦略」において、加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を推進することが示された。それに従い、PDCAサイクルに沿った効果的・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1期を6年間として策定する。	平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。したがって、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。
他計画との位置づけ	
本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、北海道健康増進計画や洞爺湖町健康増進計画、北海道医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする。	
関係者連携	
本計画は、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。また、本庁関係部局、保健衛生部局との連携により、地域特性を活かしながら、医療・介護・予防・住まい・生活支援体制を包括的に確保する。	
評価時期	評価方法
評価指標は計画の策定段階で設定する。設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を実施する。	評価は、KDB等を活用して行う。また、計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、毎年度評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

2. データヘルス計画の構成

計画書の構成
<p>計画策定に際して、まず洞爺湖町の健康課題を整理する。KDBシステムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、特に生活習慣病（※）を中心とした、洞爺湖町の保健事業によって予防可能な疾患に着目しながら分析を行う。</p> <p>続いて、整理した健康課題及び前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的及び目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。</p>
※生活習慣病の進行イメージ
<p>生活習慣病の重症化による生活機能の低下は、ある時突然発生するのではなく、自覚症状がないまま徐々に進行していく。そのため、保健指導等の保健事業を通じて、各段階で適切な介入をすることで、病気の進行を食い止めることが重要である。</p>
<pre> graph LR A[健康] --> B[不健康な生活習慣] B --> C[生活習慣病予備群 (メタボリック シンドローム)] C --> D[生活習慣病 (基礎疾患)] D --> E[重症化した 生活習慣病] E --> F[介護・死亡] </pre>
【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 *本紙P. 31

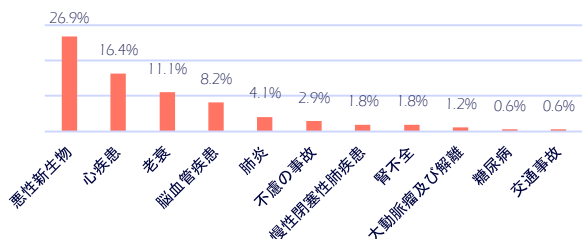
2 健康課題の整理

1. 死亡・介護・重症化した生活習慣病

【死亡】生活習慣病における重篤な疾患の死亡者数・死亡割合・標準化死亡比（SMR）

洞爺湖町の死因のうち、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の26.9%を占めている。平成22年から令和1年までの累積死亡者数で国を100としたときの標準化比は、「虚血性心疾患」が100.8、「脳血管疾患」が84.2、「腎不全」が106.6であり、いずれも死亡者数の多い死因の上位に位置している。

<疾病別死因割合 * 本紙P. 18>



<標準化死亡比（SMR） * 本紙P. 19>

死因	標準化死亡比（SMR）	
	洞爺湖町	国
虚血性心疾患	100.8	100
脳血管疾患	84.2	100
腎不全	106.6	100

【介護】介護認定者の有病状況

要介護認定者における生活習慣病の有病割合が高く、とくに「心臓病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高くなっている。

<要介護認定者の有病割合 * 本紙P. 22>

疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	道	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	207	28.6%	24.3%	24.6%	22.6%
高血圧症	355	51.1%	53.3%	50.0%	54.3%
脂質異常症	237	33.0%	32.6%	31.1%	29.6%
心臓病	419	59.2%	60.3%	55.3%	60.9%
脳血管疾患	156	22.1%	22.6%	20.6%	23.8%
がん	92	15.6%	11.8%	12.3%	11.0%
精神疾患	280	38.2%	36.8%	35.0%	37.8%
うち_認知症	179	25.0%	24.0%	21.6%	25.1%
アルツハイマー病	131	18.0%	18.1%	15.9%	19.0%
筋・骨格関連疾患	371	52.9%	53.4%	50.0%	54.1%

【医療】生活習慣病医療費と重症化した生活習慣病の患者数

生活習慣病医療費は、平成30年度と比較して減少している。疾病別に見た場合、「脳梗塞」「狭心症」の医療費が減少している。また、令和4年度時点で総医療費に占める疾病別の割合を国と比較すると「脳出血」の割合が高い。道と比較すると「脳出血」の割合が高い。

<生活習慣病医療費の平成30年度比較 * 本紙P. 32>

疾病名	洞爺湖町				国	道	同規模	
	平成30年度		令和4年度					
	医療費（円）	割合	医療費（円）	割合				
生活習慣病医療費	191,715,230	17.2%	165,669,630	18.7%	18.7%	16.4%	19.1%	
基礎疾患	糖尿病	52,373,100	9.2%	46,853,330	10.5%	10.7%	10.1%	11.7%
	高血圧症	27,581,530		28,199,420				
	脂質異常症	21,261,620		16,863,970				
	高尿酸血症	1,692,250		912,310				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	259,060	0.0%	202,750	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
	脳出血	7,788,360	0.7%	18,673,010	2.1%	0.7%	0.6%	0.6%
	脳梗塞	35,656,490	3.2%	17,247,730	1.9%	1.4%	1.5%	1.4%
	狭心症	20,153,020	1.8%	4,453,810	0.5%	1.1%	1.4%	1.1%
	心筋梗塞	6,286,350	0.6%	1,534,760	0.2%	0.3%	0.3%	0.4%
	慢性腎臓病（透析あり）	18,663,450	1.7%	30,728,540	3.5%	4.4%	2.3%	3.8%
総額	1,113,307,100		885,453,210					

2. 生活習慣病基礎疾患・メタボリックシンドローム(生活習慣病予備群)

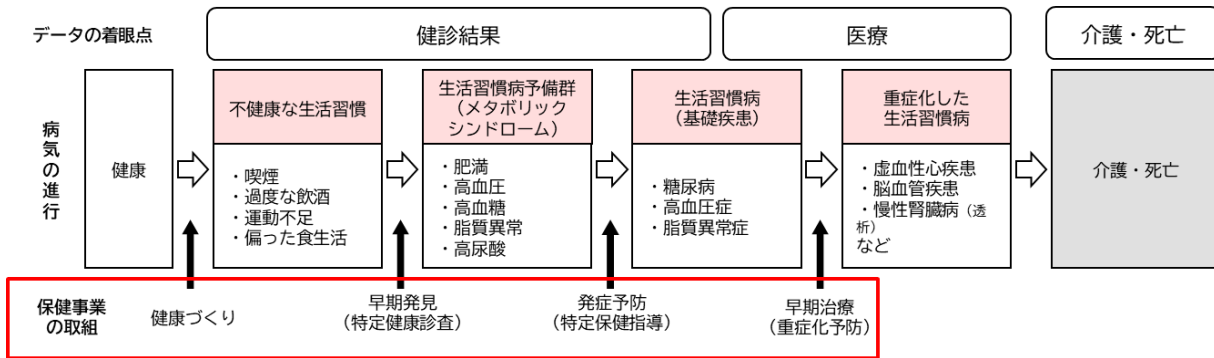
基礎疾患と重篤な疾患の重なり																																																												
<p>「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病」をはじめとした重症化した生活習慣病に至る者の多くは「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった複数の基礎疾患を有した状態で発症する。重症化した疾患を予防するためには、特定健診を通じて、疾患が重症化する前に早期発見・早期治療をすることが重要である。</p>																																																												
【健診】特定健診受診率・特定保健指導実施率	【健診】有所見者の状況																																																											
<p>「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった生活習慣病は、自覚症状がほとんどないため、定期的な健診受診による自身の健康状態の把握や、生活習慣改善のきっかけづくりが大切である。</p> <p><特定健診受診率> 特定健診は生活習慣病の早期発見を主な目的として行われており、令和4年度の特定健診受診率は27.9%であり、平成30年度と比較して4.1ポイント低下している。</p> <p><特定保健指導実施率> 特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省より引用）である。</p> <p>令和4年度の特定保健指導の対象者は55人で、このうち、特定保健指導実施率は45.5%である。</p> <p style="text-align: right;">* 本紙P. 36、43</p>	<p>有所見とは健診結果における医師の診断が、「要精密検査」または「要治療等」の者を指す。</p> <p>令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合を国・道と比較すると、「BMI」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。</p> <p><特定健診受診者における有所見者の割合 * 本紙P. 38></p> <table border="1"> <caption>特定健診受診者における有所見者の割合 (推定値)</caption> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>洞爺湖町 (%)</th> <th>国 (%)</th> <th>道 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BMI</td><td>35</td><td>25</td><td>30</td></tr> <tr><td>腰痛</td><td>35</td><td>35</td><td>35</td></tr> <tr><td>空腹時血糖</td><td>35</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr><td>HbA1c</td><td>55</td><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>収縮期血圧</td><td>55</td><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>拡張期血圧</td><td>35</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr><td>中性脂肪</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr><td>HDL-C</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>LDL-C</td><td>55</td><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>ALT</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr><td>尿酸</td><td>15</td><td>15</td><td>15</td></tr> <tr><td>血清クレアチニン</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>eGFR</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td></tr> </tbody> </table>	項目	洞爺湖町 (%)	国 (%)	道 (%)	BMI	35	25	30	腰痛	35	35	35	空腹時血糖	35	25	25	HbA1c	55	55	55	収縮期血圧	55	55	55	拡張期血圧	35	25	25	中性脂肪	25	25	25	HDL-C	5	5	5	LDL-C	55	55	55	ALT	25	25	25	尿酸	15	15	15	血清クレアチニン	5	5	5	eGFR	25	25	25			
項目	洞爺湖町 (%)	国 (%)	道 (%)																																																									
BMI	35	25	30																																																									
腰痛	35	35	35																																																									
空腹時血糖	35	25	25																																																									
HbA1c	55	55	55																																																									
収縮期血圧	55	55	55																																																									
拡張期血圧	35	25	25																																																									
中性脂肪	25	25	25																																																									
HDL-C	5	5	5																																																									
LDL-C	55	55	55																																																									
ALT	25	25	25																																																									
尿酸	15	15	15																																																									
血清クレアチニン	5	5	5																																																									
eGFR	25	25	25																																																									
【健診】メタボリックシンドロームの状況	【健診】受診勧奨対象者の状況																																																											
<p>有所見者の中でも、メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」を指し（厚生労働省より引用）、生活習慣病の前段階と呼ぶべき状態である。</p> <p>令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は75人（18.3%）であり、平成30年度と比較して増加している。</p> <p><メタボ該当者・メタボ予備群該当者の推移 * 本紙P. 41></p> <table border="1"> <caption>メタボ該当者・メタボ予備群該当者の推移 (推定値)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>メタボ該当者数 (人)</th> <th>メタボ該当者割合 (%)</th> <th>予備群数 (人)</th> <th>予備群割合 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>平成30年度</td><td>85</td><td>15.6%</td><td>55</td><td>11.0%</td></tr> <tr><td>令和元年度</td><td>95</td><td>19.3%</td><td>45</td><td>8.0%</td></tr> <tr><td>令和2年度</td><td>120</td><td>24.3%</td><td>45</td><td>8.2%</td></tr> <tr><td>令和3年度</td><td>95</td><td>19.1%</td><td>45</td><td>9.0%</td></tr> <tr><td>令和4年度</td><td>135</td><td>28.3%</td><td>60</td><td>12.2%</td></tr> </tbody> </table>	年度	メタボ該当者数 (人)	メタボ該当者割合 (%)	予備群数 (人)	予備群割合 (%)	平成30年度	85	15.6%	55	11.0%	令和元年度	95	19.3%	45	8.0%	令和2年度	120	24.3%	45	8.2%	令和3年度	95	19.1%	45	9.0%	令和4年度	135	28.3%	60	12.2%	<p>HbA1c7.0%以上の人は12人で、平成30年度と比較すると割合は減少している。</p> <p>Ⅱ度高血圧以上の人は57人で、平成30年度と比較すると割合は増加している。</p> <p>LDLコレステロール160mg/dl以上の人は38人で、平成30年度と比較すると割合は減少している。</p> <p style="text-align: right;">* 本紙P. 46</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">平成30年度</th> <th colspan="2">令和4年度</th> </tr> <tr> <th>人数(人)</th> <th>割合</th> <th>人数(人)</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健診受診者数</td> <td>544</td> <td>-</td> <td>409</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>血糖 7.0%以上</td> <td>20</td> <td>3.7%</td> <td>12</td> <td>2.9%</td> </tr> <tr> <td>血圧 Ⅱ度高血圧以上</td> <td>34</td> <td>6.2%</td> <td>57</td> <td>13.9%</td> </tr> <tr> <td>脂質 LDL160mg/dl以上</td> <td>78</td> <td>14.3%</td> <td>38</td> <td>9.3%</td> </tr> </tbody> </table>		平成30年度		令和4年度		人数(人)	割合	人数(人)	割合	特定健診受診者数	544	-	409	-	血糖 7.0%以上	20	3.7%	12	2.9%	血圧 Ⅱ度高血圧以上	34	6.2%	57	13.9%	脂質 LDL160mg/dl以上	78	14.3%	38	9.3%
年度	メタボ該当者数 (人)	メタボ該当者割合 (%)	予備群数 (人)	予備群割合 (%)																																																								
平成30年度	85	15.6%	55	11.0%																																																								
令和元年度	95	19.3%	45	8.0%																																																								
令和2年度	120	24.3%	45	8.2%																																																								
令和3年度	95	19.1%	45	9.0%																																																								
令和4年度	135	28.3%	60	12.2%																																																								
	平成30年度		令和4年度																																																									
	人数(人)	割合	人数(人)	割合																																																								
特定健診受診者数	544	-	409	-																																																								
血糖 7.0%以上	20	3.7%	12	2.9%																																																								
血圧 Ⅱ度高血圧以上	34	6.2%	57	13.9%																																																								
脂質 LDL160mg/dl以上	78	14.3%	38	9.3%																																																								

3. 洞爺湖町で暮らす人の生活習慣

【健診】生活習慣の状況
<p>特定健診受診者の質問票の回答状況から、洞爺湖町における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向が把握できる。</p> <p>令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、「喫煙」「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「間食毎日」の回答割合が高い。</p> <p style="text-align: right;">* 本紙P. 48</p>

4. 健康課題まとめ

洞爺湖町で暮らす人が、いつまでも自分らしく元気に生活するためには、取組のポイントに応じた健康課題の整理と健康課題を解決するための保健事業の立案を行い、疾病の段階が進まないように取り組むことが重要である（下図）。



健康課題・考察	
◀重症化予防（がん以外）	
【課題】 #1 「慢性腎臓病（透析あり）」、「脳出血」、「脳梗塞」による入院の割合が高い #2 「心疾患」、「肺炎」、「脳血管疾患」の死亡数が多い #3 健診受診者のうち、「血圧」「脂質」が受診勧奨の状態にあるにもかかわらず未治療の者が一定数いる #4 健診受診者のうち、「血糖」の治療歴があるにもかかわらず、数値改善に至っていない者が多い	【考察】 死亡や介護、入院の要因として「脳血管疾患」や「心疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」が把握され、これらは予防可能な疾患であることから、中長期的に減らしていきたい疾患である。 これらの疾患を減らしていくためには、特定健診を受けて医療が必要と判断された者を早期に医療に繋げることが重要であり、洞爺湖町では、特に「血圧」の未治療者や「血糖」のコントロール不良が多いことを踏まえて重症化予防に取り組む必要があると推測される。
◀重症化予防（がん）	
【課題】 #1 「悪性新生物」による死因の割合が高い	【考察】 死亡に起因する疾患として「肺がん」「肺がん」が把握され、一方でそれらを早期発見するための検診受診率は、「肺がん」「肺がん」が国よりも低くなっている。したがって、早期発見・早期治療により、SMRの低下につなげる必要があると推測される。
◀生活習慣病発症予防・保健指導	
【課題】 #1 早期からの生活習慣改善がなされず「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」を発症することで、定期的な外来通院が必要になる人が多い #2 メタボ該当者が多い（女） #3 メタボ予備群が多い（男女） #4 BMI (25以上)、ALT (GPT) (31以上)、空腹時血糖 (100以上)、収縮期血圧 (130以上)、拡張期血圧 (85以上)、血清クレアチニン (1.3以上)、eGFR (60未満) の有所見者が多い（男女） #5 特定保健指導実施率が低い【事業課題】	【考察】 令和3年度の保健指導実施率は24.2%と国よりも低いが、生活習慣病（「高血圧症」「糖尿病」「慢性腎臓病」等）を発症してしまうことで定期的な通院が必要にならないように、メタボ（予備群含む）に該当した者を中心に特定保健指導を利用していただき、生活習慣の改善に取り組んでもらうことが必要であると推測される。
◀早期発見・特定健康診査	
【課題】 #1 特定健診受診率が低い【事業課題】	【考察】 令和3年度の特定健診受診率は28.9%と国よりも低いが、引き続き健康状態不明者（健診なし医療なし）の者が346人存在している。自覚症状が乏しい生活習慣病において自身の健康状態を早期に把握するために、特定健診のさらなる受診率の向上が必要である。
◀健康づくり	
【課題】 #1 喫煙者が多い（男女） #2 1回30分以上運動習慣なし該当者が多い（男女） #3 咀嚼（かみにくい）該当者が多い（男女） #4 朝昼夜3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）該当者が多い（男女） #5 1日飲酒量（2～3合）該当者が多い（男女）	【考察】 特定健診受診者の質問票回答状況から、「習慣的に飲酒・喫煙をする」「運動不足」の人が多く傾向がうかがえる。将来の生活習慣病を予防するために、日頃から正しい生活習慣の獲得のための取り組みが必要であると推測される。

3 データヘルス計画の目標と個別保健事業

健康課題を解決することで短期的、中・長期的に達成されると期待されるデータヘルス計画の目標と、それらを達成するための個別保健事業計画について記載する。

1. データヘルス計画の目標

記載事項		評価指標	開始時	目標値	目標値基準
目 標	最終目標	平均自立期間(要介護2以上)	男性：78.9年 女性：83.7年	男性：79.2年 女性：84.0年	道、5カ年 平均値参考
		ジェネリック医薬品使用率	87.8%	85%以上	町実績
	中・長期目標 (3～6年後)	新規人工透析患者数	0人	0人	維持
		新規脳血管疾患患者数	24人	20人	抑制
		新規虚血性心疾患患者数	20人	20人	抑制
		総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費	16.0%	10.0%	減少
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費	4.2%	4.0%	抑制
		総医療費に占める慢性腎臓病(透析あり)の医療費	6.0%	3.5%	減少
	短期目標 (各年)	HbA1c8.0%以上の割合	0.5%	0.5%	抑制
		HbA1c7.0%以上の割合	2.9%	2.9%	抑制
		HbA1c6.5%以上の割合	7.4%	7.4%	抑制
		Ⅲ度高血圧以上の割合	2.7%	1.2%	減少
		Ⅱ度高血圧以上の割合	14.0%	7.0%	減少
		Ⅰ度高血圧以上の割合	36.3%	29.4%	減少
		LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	2.7%	2.7%	抑制
		LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	9.3%	9.3%	抑制
		LDLコレステロール140mg/dl以上の割合	27.2%	27.2%	抑制
		メタボ該当者数	75人	65人	抑制
		メタボ予備群該当者数	50人	44人	減少
		健康状態不明者へ状況確認し必要なサービスにつながった割合	100%	100%	維持
喫煙者数	80人	60人	抑制		
運動習慣のない者の数	248人	200人	減少		
1日飲酒量が多い者の数	5人	3人	抑制		

2. 代表的な個別保健事業計画

◀重症化予防

継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健診受診者のうち、血糖値が要医療レベル（糖尿病が疑われる者）でなおかつ、町独自で設定した尿蛋白、eGFR、血圧値の基準を満たす者に対して、医療機関への受診勧奨や医療機関の受診有無を確認し必要に応じて保健・栄養指導を実施。
継続	生活習慣病等重症化予防事業	町指定の各調剤薬局に患者が持参する処方箋から生活習慣病関連薬の増量や種類変更があった者に対し、重症化予防として、事業の説明および同意を得て希望者に対し実施。 気になる症状等があればかかりつけ医に情報提供を行い、薬剤師が最大6ヶ月を1クールとする支援（2～3回）、治療継続者に対する重症化予防を実施。
継続	服薬指導事業	レセプトデータのうち、1度でも複数の異なる医療機関から同一薬効かつ1回の処方日数が14日以上、処方期間に4日以上重なりのある方に対して原則対象者が利用している町内調剤薬局薬剤師へ情報提供を行い、薬剤師が3ヶ月を1クールとする支援（2回）、来局または自宅訪問し自己調整への指導や生活リズムに合わせた内服時間の指導、飲みづらさや飲み忘れに関する指導や相談・助言等を実施する。
新規	高血圧重症化予防事業	特定健診受診者のうち、血圧値がⅡ度以上の医療未受診者について、適切な受診勧奨を実施する。

◀生活習慣病発症予防・保健指導

継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	特定保健指導	特定健診の結果及び質問項目により階層化し、生活習慣の改善が必要な対象者に対し、保健指導・助言を行う。

◀早期発見・特定健診

継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	特定健康診査	生活習慣病予防のため、メタボリックシンドロームに着目して定められた項目についての検査を行う。
継続	健康診査（19～39歳）	特定健診の対象外となる19～39歳の町民に対し、特定健診と同様の項目についての検査を行う。
継続	健康診査（後期高齢者）	75歳以上の町民に対し、特定健診と同様の項目についての検査に加え、運動機能低下に関する項目などを追加して実施する
継続	産後スクリーニング検査	妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病等、妊娠を期に発病する恐れのある生活習慣病を早期に発見するため、4か月健診を受診する母に対して血圧測定・尿検査を実施する。

◀健康づくり

継続/新規	個別事業名	事業の概要
継続	健康増進・普及啓発事業	健康に関する知識や技術の普及啓発、参加型イベントの開催などを推進する。

◀介護予防・一体的実施

継続/新規	個別事業名	事業の概要
R4～継続	健康教育・健康相談	老人クラブや高齢者が集まる交流の場、サロン等でフレイルや口腔機能等の健康教育および必要な方に健康相談を実施。
R4～継続	健康状態不明者の把握	過去1年間健診未受診および介護保険サービス未使用者に対する状況確認を実施。

4 特定健診受診率・特定健康指導実施率の目標と主な取組

1. 特定健診受診率・特定保健指導の実施方法

	特定健康診査	指特定保健導
対象者	洞爺湖町国保加入者のうち40歳から74歳になる人	特定健診結果において腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に該当する人（※階層化基準を参照）
実施期間	【集団検診】4月から2月（年3回） 【個別健診】4月から2月	通年実施
実施内容	<p>【基本的な健診項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状） ・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI） ・血圧 ・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（Non-HDLコレステロール）） ・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） ・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、または随時血糖） ・尿検査（尿糖、尿蛋白） <p>【詳細な健診項目】（医師が必要と判断した場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心電図 ・眼底検査 ・血液学検査（貧血検査） ・血清クレアチニン検査 	<p>【初回面談】</p> <p>生活習慣改善のための行動計画を設定</p> <p>【積極的支援】（6か月間）</p> <p>初回面談（年1回）、以降6か月間に定期的な電話、訪問による支援</p> <p>3か月後に中間評価、6か月後に最終評価を実施</p> <p>【動機付け支援】</p> <p>初回面談（年1回）、6か月後に実績評価</p>
事業者健診等の健康データの収集方法	<ul style="list-style-type: none"> ・本人から提供された「労働安全衛生法」に基づく健康診断、人間ドックの結果データを、受診率に反映することを検討する。 ・特定健診と同等の検査項目を検査済みの場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、受診率に反映することを検討する。 	

2. 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は令和11年度までに特定健診受診率を45.0%、特定保健指導実施率を53.0%に引き上げるように設定する。

特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	30%	32%	35%	38%	41%	45%
特定保健指導実施率	45%	47%	49%	51%	53%	53%

特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		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	対象者数（人）	1,444	1,435	1,389	1,344	1,297	1,251	
	受診者数（人）	434	459	484	509	534	559	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	56	60	63	66	69	73
		積極的支援	10	10	11	11	12	13
		動機付け支援	46	50	52	55	57	60
	実施者数（人）	合計	25	28	31	34	37	39
		積極的支援	4	5	6	6	7	7
		動機付け支援	21	23	25	28	30	32

3. 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

「現在の受診者を減少させない（継続受診）」、「新たな受診につなげる（新規受診）」、「年齢層にあった施策」の考えのもと受診者数・実施者数を意識した取組を実施・検討する。

特定健診

取組項目	取組内容	
1. 受診勧奨	はがきによる受診勧奨/新たなツールを活用した架電による受診勧奨/受診時の翌年度受診予約の受付	
	検討項目	医師・薬剤師からの受診勧奨（要協力）
2. 利便性の向上	早朝・休日健診の実施/自己負担額の免除（国民健康保険の被保険者）/がん検診との同時受診/車両送迎（対象者の拡大）	
	検討項目	予約サイトの開設/病院と連携した個別健診受診の推進（要協力）
3. 健診データ収集	連合会の特定健診システム等を活用	
	検討項目	個人・病院から健診データの提供を受ける仕組み（要協力）
4. インセンティブの付与	検討項目	受診者に対する特典の配布（商品券・入浴券・抽選等）
5. 啓発	町広報紙等による周知/集まりへの講師の派遣/国保加入時の受診勧奨・PR強化/周知内容の見直し（受診のメリットや医療費が高いことによるデメリット等）	
	検討項目	講演会・説明会等の開催（要協力）

特定保健指導

取組項目	取組内容
1. 利用勧奨	架電による利用勧奨
2. 早期介入	集団健診の健診結果返却時に保健指導を実施
3. インセンティブの付与	町内トレーニングルームの6ヵ月間無料券を配布
4. 新たな保健指導方法の検討	経年データ、ツールを活用した保健指導

※特定健診指導階層化と基準

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象年齢	
	(血糖・血圧・脂質)		40-64歳	65歳-
男性≥85cm 女性≥90cm	2つ以上該当	なし/あり	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 ²		3つ該当	なし	
	あり		積極的支援	
	2つ該当	あり	積極的支援	
		なし		
1つ該当	なし/あり	動機付け支援		

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）