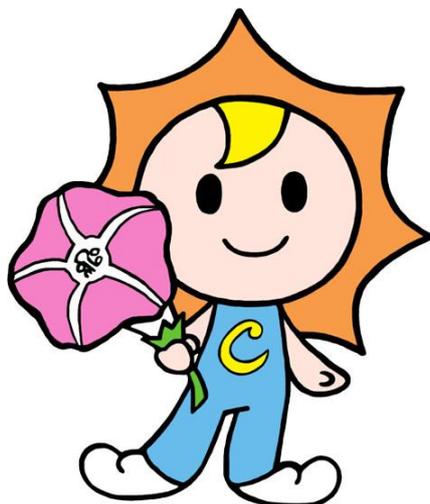


長生村国民健康保険保健事業実施計画

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～令和11年度)



令和6年3月

長生村

目次

第Ⅰ章 計画の基本情報	1
1. 基本的事項	1
(1) 計画の趣旨	1
(2) 計画の期間	2
(3) 実施体制	2
(4) 長生村国民健康保険の具体的役割、連携内容	3
2. 第2期の保健事業の取組みと評価	4
(1) 特定健康診査受診率の向上	4
(2) 循環器系疾患・高血圧予防対策	6
(3) 糖尿病重症化予防対策	7
(4) メタボ該当者の減少と運動習慣定着の普及啓発	9
3. 現状の整理	10
(1) 保険者の特性	10
(2) 地域資源の状況	10
(3) 前期計画等にかかる考察	11
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	12
1. 各種データ等の分析結果	13
(1) 標準化死亡比・死因等	13
(2) 医療費の分析	14
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	18
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析（生活習慣病重症化状況の分析）	23
(5) 介護費関係・その他の分析	26
2. 課題の整理	27
第Ⅲ章 計画全体	28
1. 本村の健康課題	28
2. データヘルス計画全体における目的・目標値	28
3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	29
4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略	29

第IV章 個別保健事業計画	30
第V章 特定健康診査等実施計画	37
1. 計画策定の概要	37
(1) 計画策定の背景	37
(2) 計画の位置付け	37
(3) 計画の期間	37
2. 長生村の状況	38
3. 国民健康保険の現状	39
(1) 国民健康保険被保険者の状況と推移	39
(2) 国民健康保険被保険者と加入率の推計	39
4. 目標	40
(1) 長生村の目標	40
5. 特定健康診査の対象者	41
(1) 特定健康診査・特定保健指導の対象者とは	41
6. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法	42
(1) 特定健診の実施方法	42
(2) 特定保健指導の実施方法	43
7. 目標実現のための施策の実施	43
(1) メタボリックシンドローム予防のための知識の普及・啓発	43
(2) 受診勧奨の推進	43
(3) 受けやすい健診の仕組み作り	43
(4) その他の記載事項	44
8. その他	44
(1) 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	44
(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	44
第VI章 その他	46

第 I 章 計画の基本情報

1. 基本的事項

(1) 計画の趣旨

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、市町村国保等保険者は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「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 1（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 PDC A 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・改善等を行うものとししました。

その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI※¹（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

長生村においても平成 28 年度に第 1 期データヘルス計画を策定、2 年後の平成 30 年度には第 2 期データヘルス計画を策定しました。さらに、令和 3 年度には第 2 期データヘルス計画の中間評価を行ったところです。

本村では、データヘルス計画に沿って、効果的・効率的な保健事業を実施してきましたが、令和 6 年度以降の第 3 期データヘルス計画策定にあたり、幅広い年代の国保被保険者の身体状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上を図り、医療費の適正化を目指します。

▼第 1 期・第 2 期データヘルス計画期間

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
第 1 期データヘルス計画	←→							
第 2 期データヘルス計画			←→					
第 2 期データヘルス計画中間評価						←→		

※ 1 KPI（重要業績評価指標）とは

目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能しているかを評価するための定量指標。「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケーター）」の略語

(4) 長生村国民健康保険の具体的役割、連携内容

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るため、住民課が中心となって、健康推進課など関係部局や関係機関の協力を得て、本村の健康課題を分析し、計画を策定します。

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行い必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

本村の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康推進課や都道府県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、住民課保険年金係が主体となって行います。住民課保険年金係では、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局（福祉事務所等）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、国保被保険者の健康課題に加えて、可能な限り、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。保健事業の評価において、被保険者の罹患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、KDBシステム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析することに努めます。

②連携体制の確保

本村の住民課保険年金係（国民健康保険）においては、保健事業の積極的な推進を図るために、健康推進課等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、村一体となって、計画の策定等を進めます。具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局（住民課保険年金係）、本村において保健事業を主に所管する健康推進課、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する福祉課のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局（福祉事務所等）等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。

③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等（以下「保健医療関係者」という。）、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）、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。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有します。

2. 第2期の保健事業の取組みと評価

●評価方法と判定区分

第2期データヘルス計画において挙げられた保健事業の取組みを評価するため、健康課題ごとに設定された目標値との比較評価（目標値評価）及び事業全体の評価（総合評価）を下表の判定区分に沿って行いました。

	目標値評価	総合評価
判定区分	A：すでに目標を達成 B：目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C：目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D：目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E：評価困難	A：うまくいっている B：まあ、うまくいっている C：あまりうまくいっていない D：全くうまくいっていない E：わからない

(1) 特定健康診査受診率の向上

①目的・目標・対象者・事業内容

目的	健診結果に基づき生活習慣の改善を促し、生活習慣病を予防する。特に生活習慣病の予防効果が期待できる壮年期（40～50歳代）の受診率向上を図る。
目標	特定健診受診率 60%（令和5年度）、40～50歳代男性の受診率を 35%、女性の受診率を 45%以上とする。
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者
事業内容	対象者の個性の分析結果に基づいた通知勧奨

②現状

・特定健診受診率

	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
長生村	45.6%	43.2%	46.3%	42.0%	45.4%	45.9%
千葉県	40.1%	40.7%	40.9%	33.0%	36.6%	38.0%

資料：特定健診・特定保健指導等実施結果状況表（千葉県国民健康保険団体連合会）

※人間ドックのみなし受診者数は含まれない。

※令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えが強く見られた年。

③取組内容

平成 30 年度	●対象者の過去 3 年間の健診データに基づいた通知勧奨 健診数値をグラフ化、健診数値パターン別に勧奨コメントを記載したハガキを作成、個別健診を促す。
令和元年度	●AI（人工知能）を活用して、健診データ及びレセプトデータを分析、受診の可能性が高い対象者に通知による勧奨を実施。
令和 2 年度	※新型コロナウイルス感染症拡大のため未実施
令和 3 年度	●未受診者の特性に応じた受診勧奨。 受診勧奨ハガキを作成・送付
令和 4 年度	●未受診者の特性に応じた受診勧奨。 受診勧奨ハガキを作成・送付

④評価

評価項目	指 標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合 評価
アウトプット	受診勧奨実施回数	1 回以上	評価：A	評価：A	評価：A
アウトカム	①特定健康診査受診率 (全体) ②特定健康診査受診率 (40～64 歳男女)	①60% ②男：35% 女：45%	①42.0% ②男：27.0% 女：36.6% 評価：C	①45.9% ②男：30.9% 女：38.2% 評価：B	評価：B

(2) 循環器系疾患・高血圧予防対策

①目的・目標・対象者・事業内容

目的	虚血性心疾患、脳梗塞など循環器系疾患にかかる患者割合、医療費増の抑制。 基礎疾患となる高血圧症の患者数の減少、有所見者割合の減少
目標	<p><中長期></p> <ul style="list-style-type: none"> ・心疾患患者数の伸びを平成 30 年度比 3%以内とする ・高血圧症患者数の伸びを平成 30 年度比—5%以上とする <p><短期></p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性の高血圧有所見者（収縮期血圧 130 以上）を 48%以内 ・女性の高血圧有所見者（収縮期血圧 130 以上）を 43%以内
対象者	40～74 歳の国民健康保険被保険者のうち、高血圧、高血糖、高コレステロール有所見者
事業内容	<p>《1》特定保健指導の実施率向上</p> <p>《2》健診結果説明会の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会（個別支援）～保健師・管理栄養士による個別面接指導 <p>《3》高血圧予防のリテラシー向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会での啓発リーフレット配布

②現状

・特定保健指導実施率

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
46.9%	45.1%	41.1%	32.0%	36.6%	39.6%

資料：特定健診・特定保健指導等実施結果状況表（千葉県国民健康保険団体連合会）

③取組内容

- ・特定保健指導の実施
- ・健診結果説明会での保健指導
- ・健診数値の見方、生活習慣病予防について保健師・管理栄養士による個別指導。
- ・実施効果評価のための血液検査

④評価

評価項目	指標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合 評価
アウトプット	健診結果説明会 実施日数	3日以上	5日 評価：A	5日 評価：A	評価：A
アウトカム	虚血性心疾患患者数	平成30年度 比3%以内	令和3年5月：169人 令和5年5月：142人 △16.0%		評価：A
	高血圧症患者数	平成30年度 比-5%以上	令和3年5月：914人 令和5年5月：828人 △9.4%		
	高血圧有所見者割合	男性48% 女性43%	男性44.8% 女性44.7% 評価：B	男性43.3% 女性45.7% 評価：B	評価：B

(3) 糖尿病重症化予防対策

①目的・目標・対象者・事業内容

目的	①糖尿病の有リスク者、患者割合の減少を目指す。糖尿病にかかる医療費の抑制。 ②虚血性心疾患、脳血管疾患など糖尿病の重症化予防。
目標	<中長期>・糖尿病の医療費の伸びを5%以内（平成30年度比）とする ・糖尿病患者数の伸びを平成30年度比-5%以上とする <短期>・男性のHbA1c有所見者割合を70%以内とする。 ・女性のHbA1c有所見者割合を70%以内とする。
対象者	糖尿病予備群、糖尿病軽度患者、血糖コントロール不良者
事業内容	●糖尿病早期患者・予備群対象プログラム 糖尿病予備群、糖尿病軽度患者を対象にした数ヶ月間の介入プログラムの 実施、運動、食事、睡眠等休養の改善方法を集団支援にて教育

②現状

令和4年度のHbA1c有所見者割合～男性：80.7%、女性：81.2% 目標から乖離の状況。

③取組内容

・糖尿病早期患者・予備群対象プログラムの取組内容

平成 30 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3回）実施。講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：平成 30 年 10 月 11 日、10 月 16 日、11 月 2 日 ・糖尿病予防栄養講座（調理実習）の実施。 講師：管理栄養士 鳴嶋廣美先生 実施日：平成 30 年 11 月 30 日 評価：HbA1c 改善率 100% (N=17)
令和元年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3回）実施。講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：令和元年 10 月 1 日、10 月 8 日、11 月 1 日 ・糖尿病予防栄養講座（調理実習）の実施。 講師：管理栄養士 鳴嶋廣美先生 実施日：令和元年 11 月 19 日 評価：HbA1c 改善率 97% (N=33)
令和 2 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3回）実施。講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：令和 2 年 9 月 10 日、9 月 17 日、10 月 1 日 ・糖尿病予防栄養講座の実施。 講師：管理栄養士 鳴嶋廣美先生 実施日：令和 2 年 10 月 29 日 評価：HbA1c 改善率 91.7% (N=23)
令和 3 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3回）実施。講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：令和 3 年 10 月 5 日、11 月 5 日、11 月 16 日 ・糖尿病予防栄養講座の実施。 講師：管理栄養士 鳴嶋廣美先生 実施日：令和 3 年 12 月 3 日 評価：HbA1c 改善率 81.8% (N=11*HbA1c 6.0 以上)
令和 4 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3回）実施。講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：令和 4 年 10 月 7 日、10 月 21 日、11 月 18 日 ・糖尿病予防栄養講座の実施。 講師：管理栄養士 鳴嶋廣美先生 実施日：令和 4 年 12 月 2 日 評価：HbA1c 改善率 100% (N=8*HbA1c 6.0 以上)

④評価

・糖尿病早期患者・予備群対象プログラムの評価

評価項目	指標	目標値	中間評価値 (令和 2 年度)	最終評価値 (令和 4 年度)	総合 評価
アウトプット	介入プログラム参加者数	30 人	31 人 評価：A	29 人 評価：A	評価：A
アウトカム	糖尿病医療費（外来）	平成 30 年度 比+5%以内	令和 2 年度：86,757 千円 令和 4 年度：91,185 千円 +4.0%		評価：A
	糖尿病患者数	平成 30 年度 比-5%以上	令和 3 年 5 月：560 人 令和 5 年 5 月：542 人 △3.2%		評価：A
	HbA1c 有所見者の割合	70%以下	男性 75.5% 女性 78.3% 評価：C	男性 80.7% 女性 81.2% 評価：C	評価：C

(4) メタボ該当者の減少と運動習慣定着の普及啓発

①目的・目標・対象者・事業内容

目的	メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少。肥満者割合の減少。 運動習慣の定着
目標	・男性のメタボ該当者割合を 27.5%以下とする ・女性のメタボ該当者割合を 9.5%以下とする
対象者	メタボリックシンドローム該当者、予備群。BMI25 以上。 運動不足（1日1時間以上の運動習慣なし）の者
事業内容	運動の普及啓発 ・ウォーキングコースマップの作成 ・各種ウォーキング教室の実施

②現状

- ・質問票「1日1時間以上の運動習慣なし」の割合

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
51.8%	51.9%	49.9%	50.4%

③取組内容

平成30年度	《1》健康運動指導士による運動実践講座 計8回 対象者：BMI25以上 25人 平成31年1月～3月 《2》インターバル・ウォーキング講座 初回：平成30年6月2日 講師：松本大学講師 田邊愛子先生 活動量計を活用したウォーキングの促進 2回目：平成31年3月2日 講師：健康運動指導士 椎名祐子先生 ストレッチ、筋トレを加味したウォーキング実践
令和元年度	《1》インターバル・ウォーキング講座 初回：令和元年6月2日 講師：松本大学健康運動実践指導者 内容：インターバル・ウォーキングの理論と実践 体力測定：歩行、ロコモテストほか
令和2年度	※新型コロナウイルス感染症拡大のため未実施
令和3年度	※新型コロナウイルス感染症拡大のため未実施
令和4年度	※新型コロナウイルス感染症拡大のため未実施

④評価

評価項目	指標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合評価
アウトカム	メタボ該当者割合	男性 27.5% 女性 9.5%	男性 30.1% 女性 11.1% 評価：C	男性 37.1% 女性 13.4% 評価：C	評価：C

3. 現状の整理

(1) 保険者の特性

65歳以上の高齢化率は県、国平均を大きく上回っており、県平均を6.7ポイント以上高くなっています。少子高齢化が進展し、今後、後期高齢者数の増加が見込まれます。

第1次産業就業者割合は県平均の2.3倍となっており、比較的農業従事者が多い地域です。

平均寿命は国平均並みですが、平均自立期間（要介護2以上）では、国平均より男性で1年、女性で0.6年短くなっています。

図表1 高齢化率（65歳以上）

	長生村	千葉県	国
高齢化率（65歳以上）	34.3%	27.6%	28.7%
国保加入率	24.3%	20.4%	22.3%

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和4年度）

図表2 産業別就業者割合

	長生村	千葉県	国
第1次産業	6.7%	2.9%	4.0%
第2次産業	26.7%	20.6%	25.0%
第3次産業	66.7%	76.5%	71.0%

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和4年度）

図表3 平均寿命

	長生村	千葉県	国
男性	80.9	81.0	80.8
女性	86.6	86.9	87.0

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度）

図表4 平均自立期間（要介護2以上） ②2次医療圏単位

	長生村	千葉県	国
男性	79.1	80.2	80.1
女性	83.8	84.4	84.4

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度）

(2) 地域資源の状況

一年を通して温暖な気候であり、公園等もよく整備されており、健康づくりの取組を実践するには非常に恵まれた環境下にあります。医療・介護福祉サービス提供体制も比較的整備されています。

また、保健衛生推進員等健康づくりボランティアの活動も活発です。

(3) 前期計画等にかかる考察

①特定健康診査受診率の向上

特定健康診査を受ける機会を多くするため、集団健診のほか個別健診を導入しました。

また、年度当初の特定健康診査案内のほか、未受診者に対し受診勧奨を行ってきました。受診勧奨方法については、対象者の個性（年齢・性別・受診歴・健診データ等）に応じたきめ細やかな通知勧奨（圧着ハガキ・リーフレット）を実施し、令和元年度には46.3%に達しました。

しかし、令和2年度に流行した新型コロナウイルス感染症の影響を受け令和2年度は42.0%に下がり、その後の令和4年度は、45.9%まで回復しました。

課題としては、若年層(40～64歳)の受診率が低いことが挙げられ、令和4年度実績では男性30.9%、女性38.2%となっています。

②特定保健指導実施率の向上

外部委託機関の協力を得て、平成29年度に特定保健指導実施率46.9%を記録しました。その後は下降気味となり、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、32.0%となりました。令和3年度以降は持ち直し、令和4年度は39.6%まで回復しました。

特定保健指導の予備群割合は、減少傾向にありますが、該当者割合は増加傾向にあります。

③糖尿病の重症化予防

糖尿病の重症化予防は、本村の最優先課題ですが、糖尿病の医療費については想定通りの伸び率でしたが、患者割合はやや増加傾向の結果となっています。糖尿病の重症化が主な要因となる慢性腎臓病（人工透析有）の医療費が増えており、引き続き大きな課題といえます。（P17 図表11 参照）

また、本村はHbA1cの有所見者が多いだけでなく、HbA1c8.0%以上ハイリスク者も少なからず存在します。

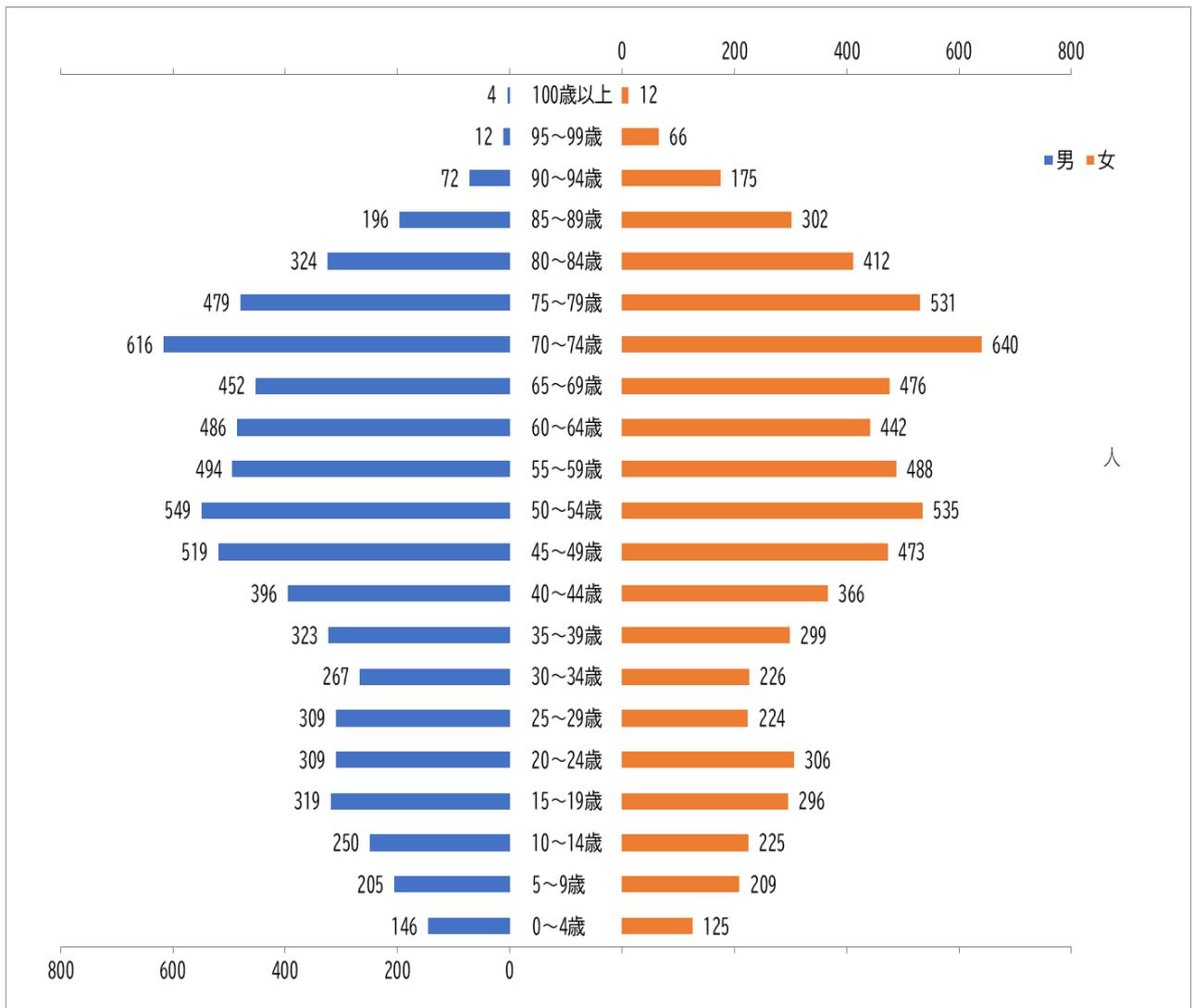
糖尿病予備群、患者を対象にした介入プログラムを平成30年度以降実施しており、効果は着実にあげているものの、さらに糖尿病性腎症など重症化予防該当者に対するアプローチが必要です。

第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題

※人口・被保険者等の基本情報（令和5年8月31日）

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	13,555	100	6,727	49.6	6,828	50.1
国保被保険者数	3,253	100	1,635	50.3	1,618	49.7

図表1 長生村の人口ピラミッド



資料：住民基本台帳の男女別5歳刻み人口（令和5年8月31日）

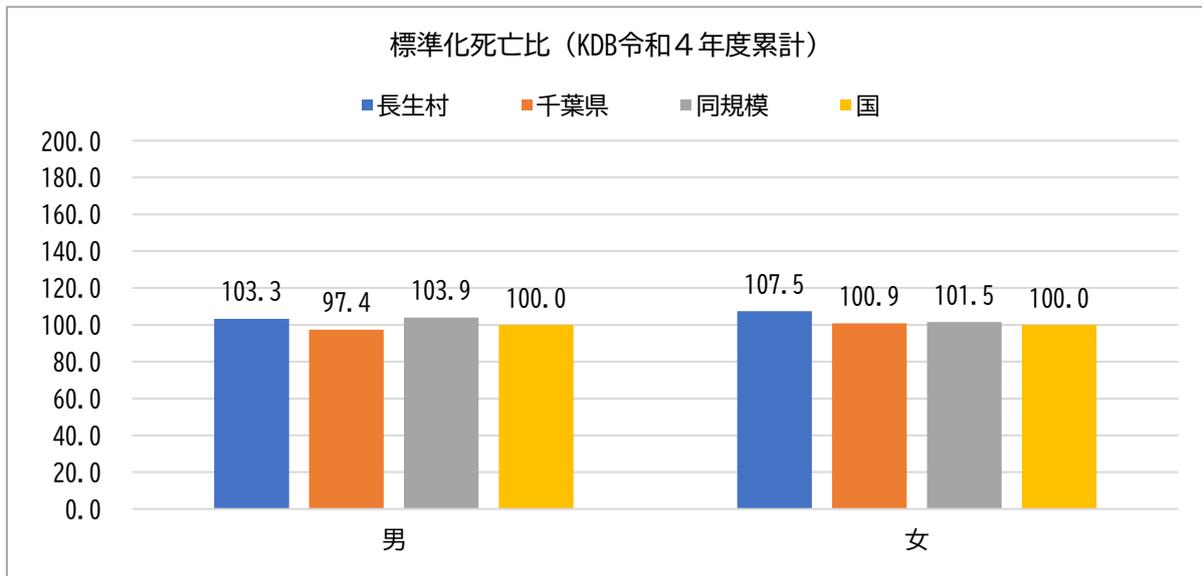
1. 各種データ等の分析結果

(1) 標準化死亡比・死因等

①標準化死亡比

男女とも千葉県、国平均を上回っています。

図表2 標準化死亡比

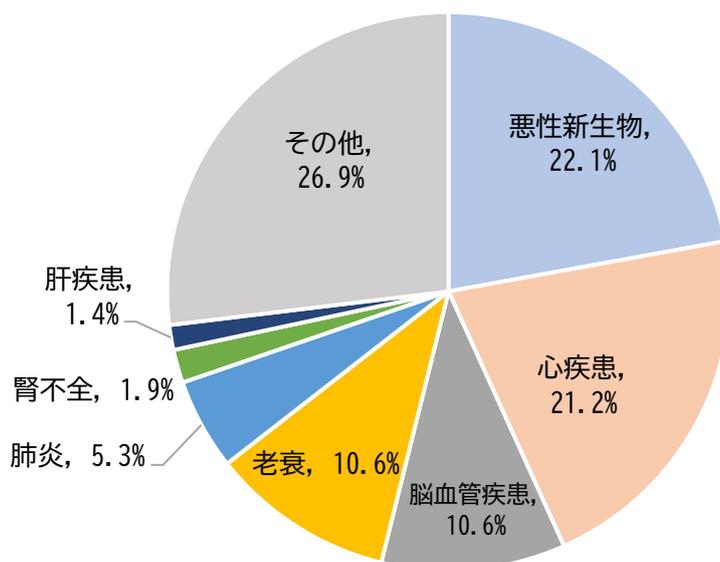


資料：KDB「地域の全体像の把握」(令和4年度)

②死因

本村の死亡率は、悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患の順となっています。

図表3 死因



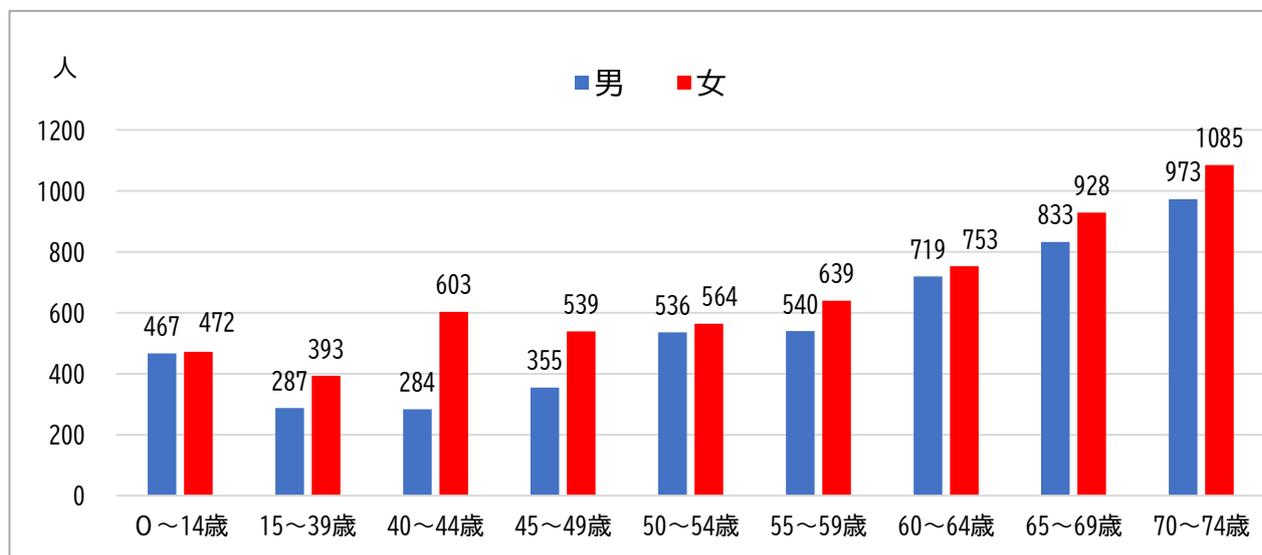
資料：令和3年千葉県衛生統計年報

(2) 医療費の分析

①年齢階層別男女別の受診率

加齢とともに受診率は高くなる傾向にあるが、女性の受診率が男性よりやや高い。

図表 4 年齢階層別受診率



資料：KDB「医療費分析の経年比較」（令和4年度累計）

※受診率～国保加入者100人当たりの受診頻度（計算式＝レセプト件数/国保加入者数×100）

②疾病別医療費分析

入院医療費では、精神や筋骨格系に関連する疾病が上位を占めていますが、脳血管疾患やがんの医療費も多くなっています。外来では、糖尿病、人工透析の医療費が目立ちます。

図表 5 疾病別入院医療費

順位	疾病名	金額
1位	統合失調症	44,721,900
2位	骨折	27,029,660
3位	関節疾患	23,211,920
4位	大動脈瘤	17,890,270
5位	脳梗塞	15,863,860
6位	慢性腎臓病（透析有）	14,569,630
7位	肺がん	13,315,770
8位	脳出血	12,612,760
9位	前立腺がん	12,487,480
10位	大腸がん	11,988,590

資料：KDB「医療費分析（1）最小分類」

図表 6 疾病別外来医療費

順位	疾病名	金額
1位	糖尿病	91,185,900
2位	慢性腎臓病（透析有）	59,731,380
3位	高血圧症	39,504,160
4位	関節疾患	30,310,720
5位	脂質異常症	28,043,290
6位	不整脈	20,592,440
7位	大腸がん	19,229,360
8位	肺がん	16,929,960
9位	緑内障	16,435,500
10位	統合失調症	16,352,030

資料：KDB「医療費分析（1）最小分類」

③重複多受診、重複服薬

1) 重複多受診・頻回受診の状況

3 医療機関以上かつ同一医療機関に1カ月間で最大10日以上受診した重複受診者は、0.1%～0.2%で推移しています。1 医療機関に1カ月間で15日以上受診した頻回受診者も0.1%～0.2%で推移しています。

図表7 重複多受診・頻回受診の状況

	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	3,819		3,715		3,617		3,544	
重複多受診	8	0.2%	4	0.1%	9	0.2%	6	0.2%
頻回受診	6	0.2%	4	0.1%	6	0.2%	7	0.2%

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

* 重複多受診：3 医療機関以上かつ同一医療機関に最大10日以上受診した被保険者

* 頻回受診：1 医療機関15日以上

2) 重複服薬の状況

2 医療機関以上から6 医薬品以上を処方された重複服薬者は、0～1人で少ないですが、30日処方日数以上かつ5 医薬品以上処方された多剤処方者は、11%～12%台となっています。

図表8 重複服薬の状況

	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	3,819		3,715		3,617		3,544	
重複処方	1	0.03%	1	0.03%	0	0.0%	1	0.03%
多剤処方	426	11.2%	426	11.5%	407	11.3%	432	12.2%

資料：KDB「重複服薬の状況」

* 重複服薬：2 医療機関以上から6 医薬品以上を処方された被保険者

* 多剤処方：30日処方日数以上かつ5 医薬品以上処方された被保険者

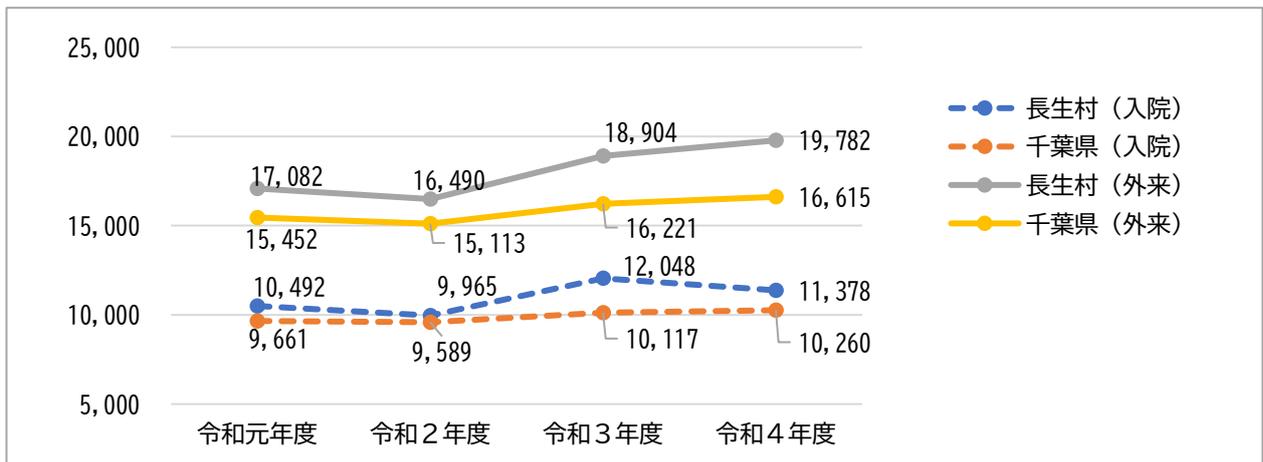
④ 1人当たり医療費の推移

本村の1人当たり医療費は、令和2年の新型コロナウイルス感染症流行による受診控えのため、令和2年度こそ下がりましたが、その後は入院、外来とも右肩上がりが増えていきます。

また、千葉県の平均と比較すると、入院、外来いずれも高くなっています。特に外来医療費は、県平均の約1.2倍（令和4年度）となっています。

図表9 1人当たり医療費・受診率の推移（1カ月間）

単位：円

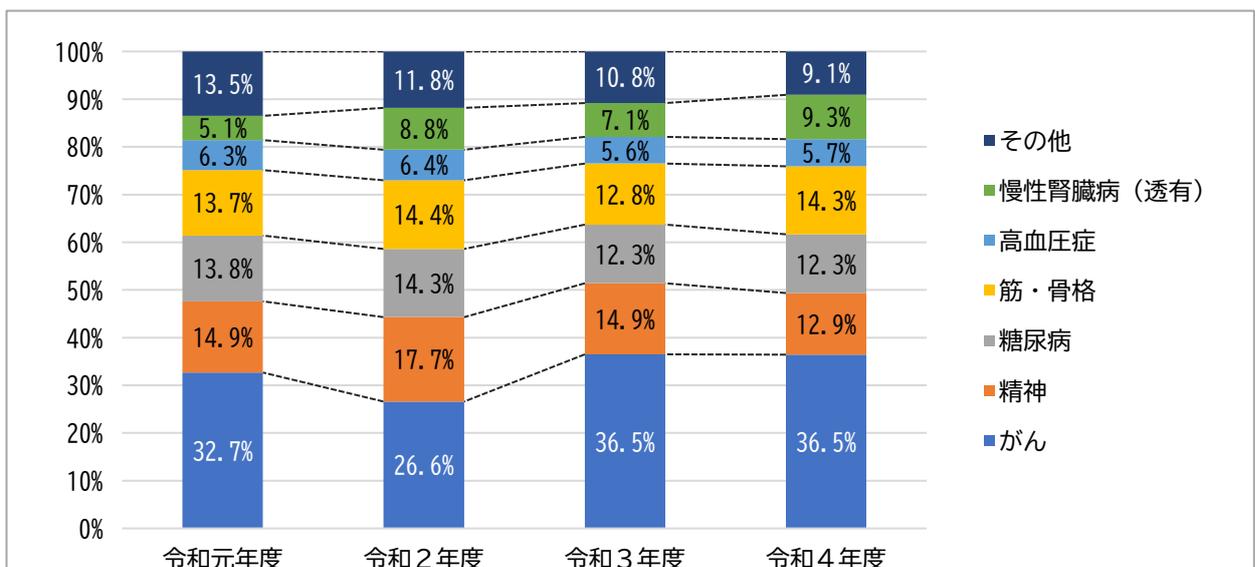


資料：KDB「市町村別データ」（令和元年度～令和4年度）

⑤ 主要疾病の医療費割合

がん、筋骨格系、糖尿病が上位を占めており、糖尿病の医療費割合は徐々に増えています。大分類の入院では循環器（心疾患・脳血管疾患等）、新生物（がん）、が上位を占めています。外来ではがん1位、内分泌（糖尿病・脂質異常症等）2位となっています。

図表10 医療費割合の推移（最大医療資源傷病名による、調剤報酬を含む）



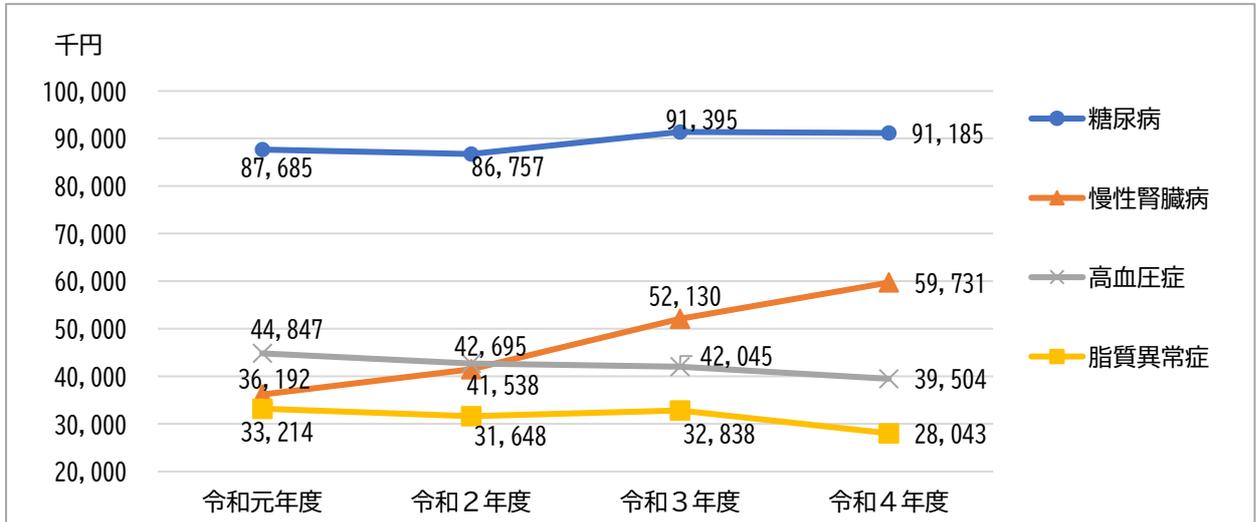
資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

⑥生活習慣病の医療費の推移

生活習慣病の外来医療費の推移をみると、高血圧症、脂質異常症が減少傾向にある一方で、糖尿病が微増、人工透析治療を要する慢性腎臓病については、右肩上がり増加しています。

図表 11 生活習慣病医療費（1年あたり）の推移（外来）

単位：千円



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和元年度～令和4年度）

⑦生活習慣病の患者数・割合の推移

糖尿病、人工透析の患者割合が、顕著に増えています。

図表 12 生活習慣病の患者数・割合の推移

疾病名	調査月	令和2年5月			令和3年5月			令和4年5月			令和5年5月		
		性別	被保険者数	患者数	割合	被保険者数	患者数	割合	被保険者数	患者数	割合	被保険者数	患者数
糖尿病	男性	1,856	309	16.6%	1,787	309	17.3%	1,735	319	18.4%	1,651	297	18.0%
	女性	1,834	235	12.8%	1,806	251	10.4%	1,785	261	14.6%	1,699	245	14.4%
	計	3,690	544	14.7%	3,593	560	15.6%	3,520	580	16.5%	3,350	542	16.2%
高血圧	男性	1,856	460	24.8%	1,787	461	25.8%	1,735	455	26.2%	1,651	426	25.8%
	女性	1,834	420	22.9%	1,806	453	25.1%	1,785	456	25.5%	1,699	402	23.7%
	計	3,690	880	23.8%	3,593	914	25.4%	3,520	911	25.9%	3,350	828	24.7%
虚血性心疾患	男性	1,856	105	5.7%	1,787	100	5.6%	1,735	103	5.9%	1,651	91	5.5%
	女性	1,834	72	3.9%	1,806	69	3.8%	1,785	68	3.8%	1,699	51	3.0%
	計	3,690	177	4.8%	3,593	169	4.7%	3,520	171	4.9%	3,350	142	4.2%
脳血管疾患	男性	1,856	97	5.2%	1,787	100	5.6%	1,735	89	5.1%	1,651	86	5.2%
	女性	1,834	69	3.8%	1,806	91	5.0%	1,785	95	5.3%	1,699	76	4.5%
	計	3,690	166	4.5%	3,593	191	5.3%	3,520	184	5.2%	3,350	162	4.8%
人工透析	男性	1,856	7	0.4%	1,787	7	0.4%	1,735	8	0.5%	1,651	7	0.4%
	女性	1,834	5	0.3%	1,806	7	0.4%	1,785	9	0.5%	1,699	9	0.5%
	計	3,690	12	0.3%	3,593	14	0.4%	3,520	17	0.5%	3,350	16	0.5%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」 ※患者割合＝患者数÷国保被保険者数

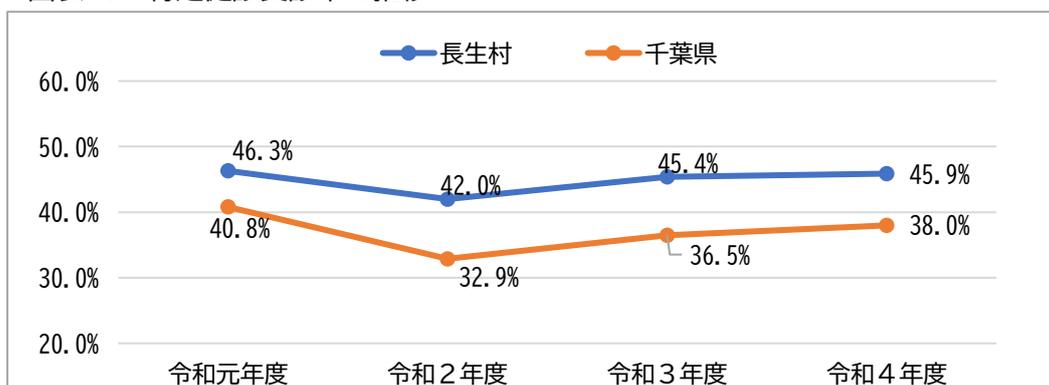
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

①特定健診受診率

本村の特定健診受診率は、県平均よりも高い水準で推移しているものの、令和2年度に流行した新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えもあり、伸び悩んでいます。

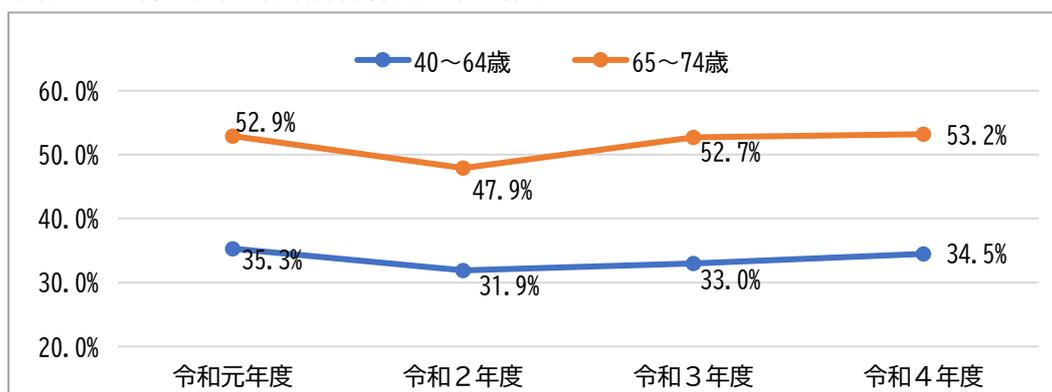
特に若年層（40～64歳）の受診率が低い水準で留まっており、課題となっています。

図表 13 特定健診受診率の推移



資料：法定報告、県データ（KDB「市町村別データ（令和元年度～4年度）」）

図表 14 特定健診年齢階層別受診率の推移



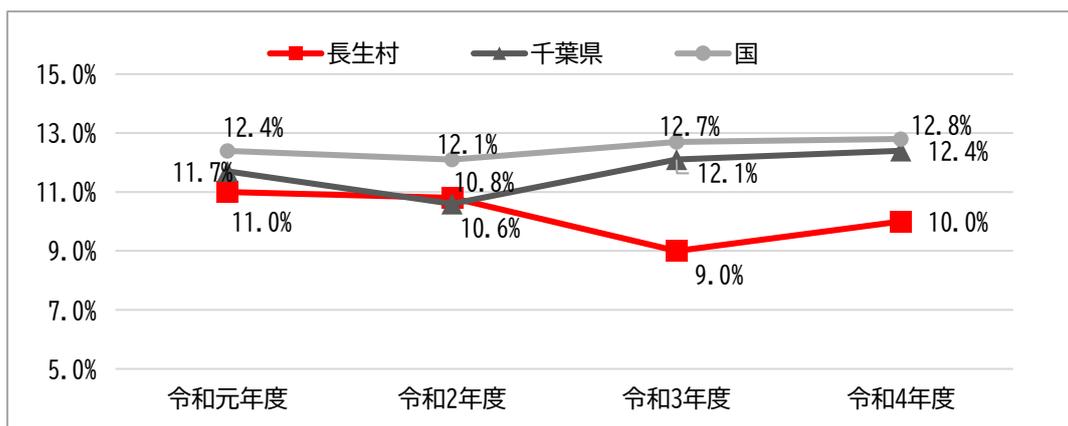
資料：法定報告

図表 15 特定健診年齢階層別・男女別受診率の推移

性別	年齢階層	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	40～64歳 (%)	32.1	27.0	27.9	30.9
	65～74歳 (%)	52.5	48.1	50.9	52.6
女性	40～64歳 (%)	38.6	36.6	37.7	38.2
	65～74歳 (%)	53.2	47.8	54.5	53.8

資料：法定報告

図表 16 新規健診受診率※の推移



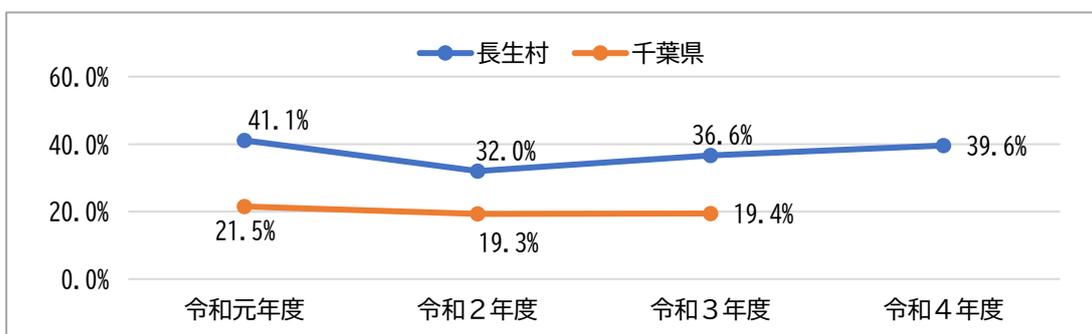
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

※新規受診率～特定健康診査を初めて受診した者の割合（新規受診者数÷健診受診者総数）

②特定保健指導実施率

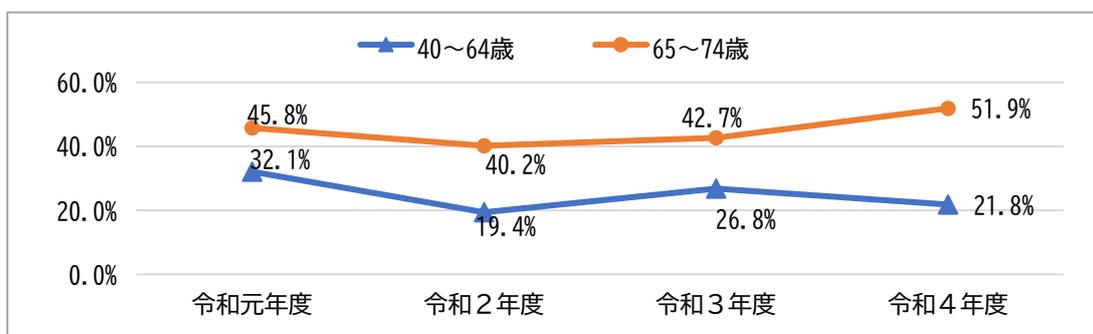
本村の特定保健指導実施率は、県平均を大きく上回っています。新型コロナウイルス感染症流行の影響で令和2年度に一旦、下がりましたが、徐々に回復しつつあります。年齢階層別では、健診受診率同様、若年層の保健指導実施率が低くなっています。

図表 17 特定保健指導実施率の推移



資料：法定報告、県データ（KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

図表 18 特定保健指導年齢階層別実施率



資料：法定報告

③特定保健指導による特定保健指導対象者減少率

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（前年度特定保健指導を受け当年度対象から外れた者÷前年度特定保健指導利用者数）は、改善していないリピーターが残っていく傾向にあるため低下傾向にあります。

図表 19 年齢階層別特定保健指導減少率

性別	年代	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	40～64歳	27.3	15.4	20.0	25.0
	65～74歳	13.6	22.9	16.7	0.0
	全年代	16.4	21.3	17.1	8.0
女性	40～64歳	21.4	5.6	25.0	7.7
	65～74歳	14.7	20.0	14.3	17.4
	全年代	16.7	14.0	17.5	13.9
総計	40～64歳	24.0	9.7	23.5	14.3
	65～74歳	14.1	21.9	15.5	10.0
	全年代	16.5	18.3	17.3	11.5

資料：法定報告

④特定保健指導対象者の発生率

特定保健指導の実施効果や生活習慣病予防を目的としたポピュレーションアプローチにより、特定保健指導対象者の発生率は減少傾向にあります。

図表 20 特定保健指導対象者の発生率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者	163	169	145	134
集計対象者（健診受診者）	1,270	1,158	1,202	1,147
発生率	12.8%	14.6%	12.1%	11.7%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～4年度）

⑤有所見者割合

男女とも、HbA1c、中性脂肪が県、国平均より多くなっています。

また、女性の肥満（BMI）有所見者割合が県、国平均より多くなっています。

図表 21 健診有所見者割合

有所見者割合（男性）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				長生村	千葉県	国
BMI	34.5	35.5	34.4	34.6	34.6	34.2
中性脂肪	32.7	28.9	29.6	35.8	28.2	28.1
HDLコレステロール	9.6	6.4	6.2	6.0	6.8	7.2
LDLコレステロール	43.3	45.1	37.1	33.7	46.0	45.6
HbA1c	75.5	75.1	74.4	80.7	60.4	57.8
収縮期血圧	44.8	60.4	52.0	43.3	50.1	50.2
eGFR	28.3	24.7	29.8	35.0	22.5	22.0

有所見者割合（女性）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				長生村	千葉県	国
BMI	24.2	26.7	25.8	24.6	21.5	21.4
中性脂肪	19.0	16.9	23.3	19.6	15.5	15.6
HDLコレステロール	1.8	1.5	3.5	1.1	1.1	1.2
LDLコレステロール	51.7	48.1	41.6	44.0	55.3	54.0
HbA1c	78.3	76.4	75.0	81.2	58.6	56.6
収縮期血圧	44.7	57.1	48.9	45.7	46.1	45.4
eGFR	25.7	23.4	29.9	32.5	18.5	19.6

資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」（令和元年度～4年度）

⑥生活習慣（質問票データ）

運動不足の傾向がみられるほか、飲酒量が県や国に比べ、多くなっています。

また、咀嚼良好（口腔内の状況が良い者）の割合は、県や国に比べ、低くなっています。

図表 22 質問票

単位：%

質問票項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				長生村	千葉県	国
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	62.5	63.9	61.1	61.0	56.9	60.4
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	51.8	51.9	49.9	50.4	44.4	48.0
週3回以上就寝前に夕食をとる人	16.1	15.0	14.7	14.3	15.4	15.7
3食以外の間食（甘いもの）	20.5	18.9	18.9	20.3	21.1	21.6
週3回以上朝食を抜く人の割合	6.7	6.5	8.8	8.1	9.9	10.3
咀嚼良好（50歳以上74歳以下）	76.2	74.1	73.5	73.4	78.9	78.3
2合以上の飲酒	20.4	18.1	20.7	19.6	9.7	12.1

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

⑦メタボリックシンドローム予備群・該当者割合

メタボリックシンドローム該当者割合は、増加傾向にあります。特に、男女とも 65～74 歳の増加率が大きくなっています。一方、予備群の割合は、40～64 歳の年代で増加傾向にあります。

図表 23 メタボリックシンドローム予備群・該当者割合

項目	年代	性別	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
該当者	40～64歳	男性	26.3	28.7	29.1	27.2
		女性	9.1	12.6	12.5	11.5
		総計	17.0	19.3	19.3	18.6
	65～74歳	男性	31.5	37.6	35.7	40.9
		女性	11.9	10.9	12.2	14.0
		総計	21.5	24.0	23.3	26.7
	全年代	男性	30.1	35.4	34.1	37.0
		女性	11.1	11.4	12.3	13.3
		総計	20.2	22.6	22.2	24.3
予備群	40～64歳	男性	10.2	15.4	13.4	17.2
		女性	4.1	5.2	3.6	4.4
		総計	6.9	9.5	7.7	10.2
	65～74歳	男性	13.3	14.3	13.5	10.5
		女性	4.3	4.7	4.6	2.1
		総計	8.7	9.4	8.8	6.1
	全年代	男性	12.4	14.5	13.5	12.4
		女性	4.3	4.9	4.3	2.8
		総計	8.2	9.4	8.5	7.3

資料：法定報告

(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析（生活習慣病重症化状況の分析）

①糖尿病の重症化予防対象者

糖尿病の診断の目安とされる HbA1c6.5%以上の方の割合は、増加傾向にあり、令和4年度は健診受診者の14.5%でした。うち、HbA1c6.5%以上で治療なしの方は、令和4年度3.1%でした。（図表25）

また、重度のハイリスク者として判定される HbA1c8.0%以上の該当者は、令和4年度で1.6%でした。（図表26）

図表 24 HbA1c6.5%以上

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	18	77	95	14	76	90	9	79	88	13	80	93
女	16	32	48	17	36	53	16	42	58	15	58	73
計	34	109	143	31	112	143	25	121	146	28	138	166
集計対象者数			1,270			1,158			1,202			1,147
割合 (計÷集計対象者数)			11.3%			12.3%			12.1%			14.5%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～4年度）

図表 25 HbA1c6.5%以上かつ治療なし

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	5	12	17	6	9	15	3	12	15	3	13	16
女	6	5	11	8	3	11	3	6	9	5	14	19
計	11	17	28	14	12	26	6	18	24	8	27	35
集計対象者数			1,270			1,158			1,202			1,147
割合 (計÷集計対象者数)			2.2%			2.2%			2.0%			3.1%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～4年度）

図表 26 HbA1c8.0%以上

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	3	7	10	3	4	7	4	6	10	4	10	14
女	3	3	6	4	3	7	4	4	8	1	3	4
計	6	10	16	7	7	14	8	10	18	5	13	18
集計対象者数			1,270			1,158			1,202			1,147
割合 (計÷集計対象者数)			1.3%			1.2%			1.5%			1.6%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～4年度）

②糖尿病患者の重症化状況

糖尿病の重症化による糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者割合は、横ばいで推移していますが、人工透析の患者割合は増加傾向にあります。

図表 27 糖尿病患者の重症化状況

		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
糖尿病患者	男性	309		309		319		297	
	女性	235		251		261		245	
	計	544		560		580		542	
糖尿病性腎症	男性	21	6.8%	32	10.4%	31	9.7%	29	9.8%
	女性	8	3.4%	18	7.2%	21	8.0%	19	7.8%
	計	29	5.3%	50	8.9%	52	9.0%	48	8.9%
脳血管疾患	男性	44	14.2%	47	15.2%	45	14.1%	48	16.2%
	女性	25	10.6%	28	11.2%	29	11.1%	28	11.4%
	計	69	12.7%	75	13.4%	74	12.8%	76	14.0%
虚血性心疾患	男性	63	20.4%	53	17.2%	56	17.6%	56	18.9%
	女性	31	13.2%	37	14.7%	38	14.6%	35	14.3%
	計	94	17.3%	90	16.1%	94	16.2%	91	16.8%
人工透析	男性	3	1.0%	3	1.0%	4	1.3%	3	1.0%
	女性	2	0.9%	5	2.0%	5	1.9%	6	2.4%
	計	5	0.9%	8	1.4%	9	1.6%	9	1.7%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

※割合を求める計算式：糖尿病の重症化による各合併症人数÷当年度の糖尿病患者数×100

③高血圧の保健指導値以上対象者

保健指導が必要な保健指導値（収縮期血圧 130mmHg 以上かつまたは拡張期血圧 85mmHg 以上）以上の対象者は、令和4年度で半数近い 46.5%でした。

図表 28 血圧保健指導値以上

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40~64歳	65~74歳	計									
男	51	166	217	71	279	350	68	242	310	58	188	246
女	66	232	298	89	271	360	68	248	316	56	231	287
計	117	398	515	160	550	710	136	490	626	114	419	533
集計対象者数			1,270			1,158			1,202			1,147
割合 (計÷集計対象者数)			40.6%			61.3%			52.1%			46.5%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～4年度）

④高血圧の重症化状況

高血圧の重症化による脳血管疾患の患者割合は、令和4年度では高血圧患者15.9%を占めており、横ばいで推移しています。高血圧の重症化による虚血性心疾患は令和4年度14.0%で減少傾向にあります。

図表 29 高血圧の重症化状況

		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
高血圧患者	男性	460		461		455		426	
	女性	420		453		456		402	
	計	880		914		911		828	
脳血管疾患	男性	76	16.5%	82	17.8%	70	15.4%	70	16.4%
	女性	53	12.6%	65	14.3%	80	17.5%	62	15.4%
	計	129	14.7%	147	16.1%	150	16.5%	132	15.9%
虚血性心疾患	男性	85	18.5%	80	17.4%	86	18.9%	75	17.6%
	女性	57	13.6%	59	13.0%	55	12.1%	41	10.2%
	計	142	16.1%	139	15.2%	141	15.5%	116	14.0%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

※割合を求める計算式：高血圧症の重症化による各合併症人数÷当年度の高血圧症患者数×100

(5) 介護費関係・その他の分析

①介護給付費の状況（1件当たり給付費（円））

1件当たり介護給付費は県、国平均より高くなっています。

図表 30 1件当たり介護給付費

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
長生村	62,267	65,801	64,543	61,153
千葉県	58,977	59,584	58,382	57,498
国	61,336	61,864	60,703	59,662

資料：KDB「地域の全体像の把握」

②介護認定率の状況

介護認定率は、県、国平均に比べ低くなっています。

図表 31 介護認定率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
長生村	15.3%	15.8%	16.3%	16.0%
千葉県	17.6%	18.1%	18.7%	17.9%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

③フレイル予防

65歳以上の前期高齢者のうちBMI20以下の保健事業対象者*の割合は、令和4年度16.2%で、やや増加傾向にあります。

図表 32 65歳以上の前期高齢者のうちBMI20 kg/m²以下

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
BMI20kg/m ² 以下（前期高齢者）	143	105	128	131
集計対象者（前期高齢者）	906	830	864	810
割合	15.8%	12.7%	14.8%	16.2%

資料：健診ツリー図（令和元年度～4年度）

※高齢者保健事業対象者については、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向けた取組について（令和2年4月）」の中で、「KDBを活用した高齢者保健事業対象者の抽出条件」の低栄養部門の一つとしてBMI20 kg/m²以下を挙げています。

2. 課題の整理

項 目	分析結果から導き出された課題
平均寿命・健康寿命 死因・標準化死亡比	<ol style="list-style-type: none"> 1. 女性の平均寿命が県、国平均よりやや短くなっています。(P10) 2. 男女とも健康寿命(平均自立期間)が県、国平均よりも短くなっています。 3. 死因上位はがん(1位)、心疾患(2位)となっています。(P13) 4. 男女とも国平均に比べ、標準化死亡比が高くなっています。(P13)
・医療費データ ・レセプト・健診データ を組み合わせた分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来の医療費では糖尿病が最も多く、微増傾向にあります。(P14) 2. 人工透析を要する慢性腎臓病の医療費が大きく増加しています。(P17) 3. 糖尿病性腎症は糖尿病の約9%(R4)で、増え続けています。(P24) 4. 糖尿病、高血圧の患者割合は微増傾向となっています。(P17) 5. HbA1c6.5%以上「治療なし」の受診勧奨が課題となっています。(P23) 6. 糖尿病ハイリスク者(HbA1c8.0%以上)は1.6%であり、血糖コントロール不良者の存在が課題となっています。(P23) 7. 糖尿病患者の16.8%、高血圧患者の14.0%の方が、重症化し虚血性心疾患となっています。(P24, 25)
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若年層の受診率の低さが課題となっています。(P18) 2. 特定健康診査受診率は継続的な受診勧奨事業の実施にもかかわらず伸び悩んでいます。新規の受診率低迷も一因です。(P18, 19) 3. 有所見割合では、男女ともにHbA1cの有所見者割合が80%以上であり、国、県平均より際立って高くなっています。(P21) 4. 生活習慣では、運動不足、過剰飲酒が課題となっています。(P21) 5. 男性のメタボリックシンドローム該当者は、一貫して増加傾向にあり、令和4年度は37.0%となっています。(P22)
介護データ その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護認定率が県、国平均より低い一方で、1件当たりの介護給付費が国平均より高くなっています。(P26) 2. 高齢者の保健事業対象者(BMI20以下)は16.2%(R4)で、メタボリックシンドロームと合わせてロコモ対策も必要です。(P26)

第Ⅲ章 計画全体

1. 本村の健康課題

①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	特定健康診査受診率の向上	2	1
B	特定保健指導実施率の向上	3	2, 3
C	糖尿病重症化予防対策	1	4, 5
D	生活習慣病重症化予防対策	4	4, 6

2. データヘルス計画全体における目的・目標値

⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
A	特定健診受診率の向上	特定健診受診率60%	45.9%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	60.0%
A	若年層の受診率向上	40～50歳代の健診受診率45%以上	34.5%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%	43.0%	45.0%
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率60%	39.6%	44.0%	47.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%
C	糖尿病重症化予防該当者の減少	HbA1c8.0以上該当者割合1%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
C	糖尿病予備群・患者割合の減少	糖尿病患者割合(患者数÷被保険者数)	16.5%	15.8%	15.5%	15.2%	14.9%	14.5%	14.0%
C	高血糖該当者割合の減少	HbA1c有所見者割合(男女とも60%以下)	男80.7% 女81.2%	75.0%	72.0%	70.0%	68.0%	64.0%	60.0%
D	虚血性心疾患の減少	虚血性心疾患患者割合(患者数÷被保険者数)	4.9%	4.0%	3.8%	3.6%	3.4%	3.2%	3.0%
D	高血圧の予防・改善	血圧保健指導値以上割合の減少	46.5%	42.0%	41.0%	40.0%	39.0%	37.0%	35.0%
D	メタボリックシンドロームの減少	メタボリックシンドローム該当者割合	24.3%	23.0%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.0%

3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	健診受診対象者の個性・状況（受診歴・年齢性別など）に応じた通知勧奨	3
2	特定保健指導	4
3	特定健診受診者のフォローアップ（健診結果説明会）	5
4	糖尿病予備群（境界域・軽度患者、血糖コントロール不良者）を対象にした生活習慣改善指導	2
5	糖尿病重症化予防対象者に対する保健指導	1
6	ウォーキング普及啓発のための健康教育（運動実践教室）	6

4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	受診勧奨業務実績のある民間会社への委託の検討。受けやすい受診環境の整備（個別健診の充実、DX化への対応）
B, C, D	保健師・管理栄養士等専門職を有する保健指導支援機関への委託の検討、衛生部門（健康推進課）との連携強化。ICT技術の導入検討。

第IV章 個別保健事業計画

事業番号	1
------	---

①事業名称	健診受診対象者の個性・状況（受診歴・年齢性別など）に応じた通知勧奨
②事業の目的	特定健診受診率向上
③対象者	40～74歳の特定健診受診対象者
④現在までの事業結果	第2期計画を通じ、毎年度通知勧奨を実施。AI導入も試みましたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり令和4年度の健診受診率は45.9%に留まっている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率	45.9%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者に対する受診勧奨回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回

⑨目標を達成するための主な戦略	対象者の受診歴や過去の健診データなど個別状況に応じた通知勧奨を続ける。
-----------------	-------------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・AIを活用した受診勧奨（レセプト分析により受診確率の高い対象者を優先的に勧奨）の実施。 ・対象者の個性（年齢・性別）、受診歴で異なる受診傾向に合わせた通知勧奨（はがき送付）の実施

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

過去の健診データなど、より対象者の状況に応じた勧奨を行う。集団健診の際に継続受診勧奨を行う。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民課保険年金係、委託先、健康推進課の3者の連携

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康推進課の支援強化を図り、日常の保健活動の中で受診勧奨を実施していく。

⑭評価計画

受診勧奨結果（受診ヒット率）について、性別、年齢別に調査し、評価を行う。

事業番号	2
------	---

①事業名称	特定保健指導事業
②事業の目的	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少
③対象者	特定健診の結果、メタボリックシンドローム予備群・該当者と判定された者
④現在までの事業結果	第2期計画を通じ、男女ともにメタボリックシンドローム該当者割合は増加傾向にある。(男性30%台)

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	メタボリックシンドローム該当者割合	24.3%	23.0%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	39.6%	44.0%	47.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	集団健診後の特定保健指導の実施。リピーターを飽きさせないプログラムの導入
-----------------	--------------------------------------

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<p>動機付け支援については村健康推進課の管理栄養士、保健師が実施。積極的支援については、委託保健指導支援機関による実施。対象者が利用しやすい場を提供するなど保健指導を受けやすい環境づくりを実施してきた。</p>
--

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>特定保健指導実施率を向上させるため利用勧奨、脱落防止の方策を検討する。</p>
--

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>住民課保険年金係、委託先、健康推進課の三者の連携</p>

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>委託先との連携を強化するとともに健康推進課との支援強化を図り、村保健師・管理栄養士が日常の保健活動の中で保健指導を実施していく。</p>

⑭評価計画

<p>保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の変化を評価する。</p>
--

事業番号	3
------	---

①事業名称	健診受診者へのフォローアップ（個別指導－健診結果説明会）
②事業の目的	特定健康診査の数値改善、高血圧等生活習慣病の予防、特定健診継続受診率向上
③対象者	当年度の特定健康診査受診者
④現在までの事業結果	集団健診終了後に健診結果説明会を開き（概ね5～7日間実施）、高血圧等予防改善指導を実施。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	血圧保健指導値以上割合の減少	46.5%	42.0%	41.0%	40.0%	39.0%	37.0%	35.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	健診結果説明会開催日数	5日	7日	7日	7日	7日	7日	7日

⑨目標を達成するための主な戦略	エビデンスに基づいた評価と広報戦略
-----------------	-------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

集団健診終了後、特定保健指導と連動した健診結果説明会（個別支援）の実施

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

健診受診者全員に対する情報提供

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民課保険年金係、健康推進課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

住民課保険年金係、健康推進課

⑭評価計画

血圧保健指導値以上の者の割合の減少、高血圧症患者割合の減少、健診結果説明会への参加者割合の増加

事業番号	4
------	---

①事業名称	糖尿病予備群（境界域・軽度患者、血糖コントロール不良者）を対象にした生活習慣改善指導
②事業の目的	耐糖能異常、糖尿病患者の重症化を未然に防ぐ
③対象者	HbA1c有所見者（HbA1c5.6%～6.4%） 糖尿病患者（HbA1c6.5%以上 ⑩医師の許可を必要とする）
④現在までの事業結果	生活習慣改善指導を受けた対象者のHbA1c改善率 （R2年度91.7%、R3年度81.8%、R4年度100%）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム（成果）指標	糖尿病患者割合の減少	16.5%	15.8%	15.5%	15.2%	14.9%	14.5%	14.0%
アウトプット（実施量・率）指標	生活習慣改善指導教室の終了者数	29人（P8）	60人	70人	80人	90人	100人	110人

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導支援機関への委託継続。エビデンスに基づいた評価と広報戦略
-----------------	----------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

住民課保険年金係、健康推進課と委託機関の連携による介入プログラム（糖尿病療養指導士等による4回の集団支援+2ヶ月間のセルフモニタリング）の実施。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣改善指導教室参加者のフォローアップと継続的評価 在宅保健師によるハイリスク者に対する電話指導（50人程度）
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民課保険年金係、健康推進課、専門の外部委託機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

住民課保険年金係、健康推進課、専門の外部委託機関

⑭評価計画

糖尿病患者割合の減少、HbA1c有所見者（6.5%以上）割合の減少

事業番号	5
------	---

①事業名称	糖尿病重症化予防対象者に対する保健指導
②事業の目的	糖尿病の重症化による糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患など合併症の予防
③対象者	HbA1c6.5%以上かつ未治療の者、糖尿病治療中断者、糖尿病ハイリスク者で血糖コントロール不良の者
④現在までの事業結果	茂原市長生郡統一マニュアルを活用した糖尿病性腎症重症化予防事業の実施

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	HbA1c8.0以上該当者割合1%	1.6% (P23)	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨及び保健指導	実施 (参加者~0名)	実施	実施	実施	実施	実施	実施

⑨目標を達成するための主な戦略	医師会、協力医療機関とのさらなる連携を図る。
-----------------	------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

健診結果説明会等の場で糖尿病のハイリスク者に対し保健指導を実施してきた。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

マニュアルに沿ったプログラムの実施

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民課保険年金係、健康推進課、医師会、協力医療機関、管内市町

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

住民課保険年金係、健康推進課、医師会、協力医療機関、管内市町との連携強化

⑭評価計画

透析患者数、対象者の数値改善（eGFR等）、HbA1c8.0%以上の者の割合
--

事業番号	6
------	---

①事業名称	ウォーキング普及啓発のための健康教育（運動実践教室）
②事業の目的	運動習慣の定着率向上、メタボリックシンドローム該当者・予備群、肥満者（BMI）の減少
③対象者	国保被保険者
④現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症流行前年までウォーキング普及事業（教室の開催及び年間を通してのウォーキング実践モニタリング）＊令和2年度以降は未実施

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
			2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）
アウトカム（成果）指標	メタボリックシンドローム該当者割合	24.3%（P22）	23.0%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.0%
アウトプット（実施量・率）指標	運動習慣のある者の割合（1日30分以上）	39.0%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	地域サークルへの参加など村をあげての運動づくり気運を高める企画立案、啓蒙活動
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

健康推進課主催によるウォーキング普及啓発、運動教室の実施（令和元年度まで）

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

委託業者を活用した運動教室の実施。介護予防の一体的実施事業での実施、スマートウォッチなどITを活用した健康・体力づくり事業の実施の検討

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民課保険年金係、健康推進課、専門の外部委託機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

住民課保険年金係、健康推進課、地域包括支援センター、専門の外部委託機関との連携

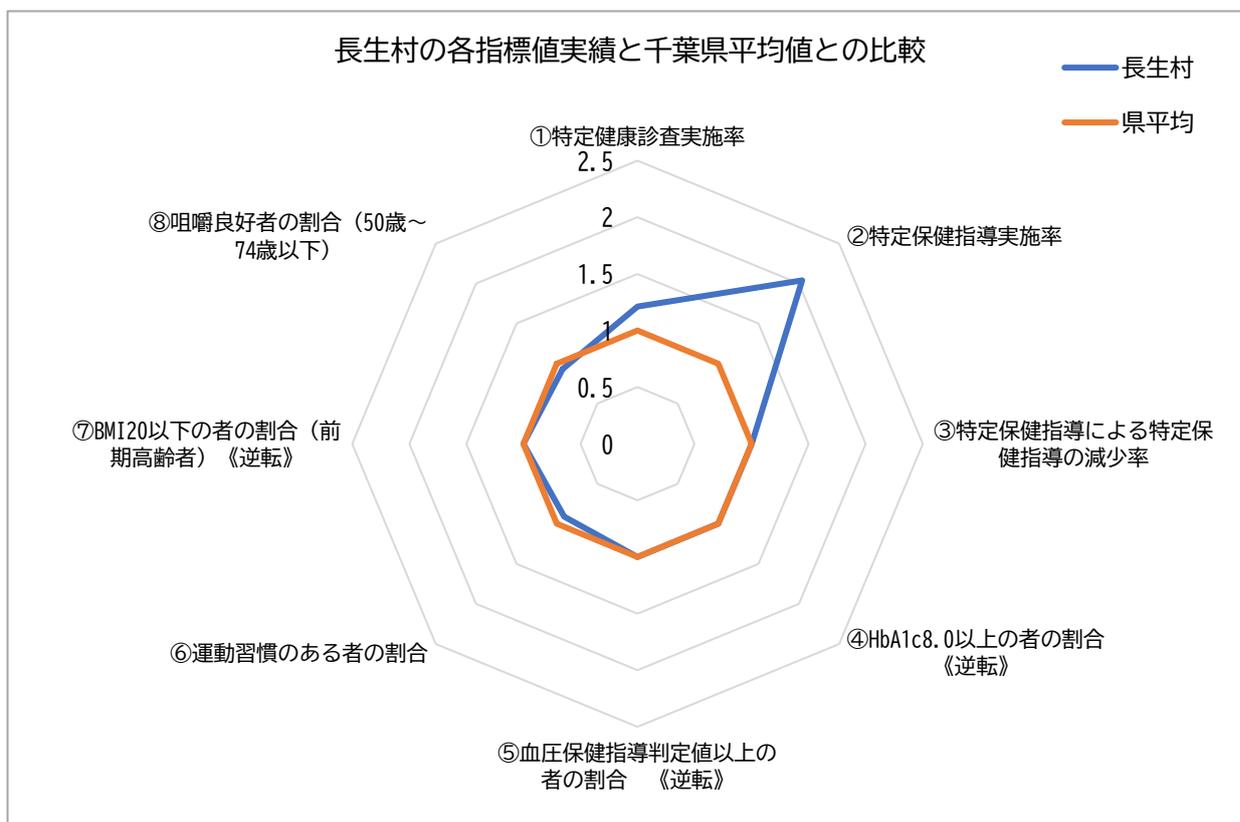
⑭評価計画

1回30分以上の運動習慣（ウォーキングの習慣）の無い人を50%以下にする。

※共通指標（県平均値との比較）

	レーダーチャートの数値		実績値	
	長生村	県平均	長生村 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.21	1.00	45.9	38.0
②特定保健指導実施率	2.04	1.00	39.6	19.4
③特定保健指導による特定保健指導の減少率	1	1.00	11.5	県集計中
④HbA1c8.0以上の者の割合《逆転》	1	1.00	1.6	県集計中
⑤血圧保健指導判定値以上の者の割合《逆転》	1	1.00	46.5	県集計中
⑥運動習慣のある者の割合	0.91	1.00	39.0	43.1
⑦BMI20以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	1	1.00	16.2	県集計中
⑧咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	0.93	1.00	73.4	78.9

※レーダーチャートの数値：(a) / (b) 但し《逆転》の計算式は(100-a)/(100-b)となります



第V章 特定健康診査等実施計画

1. 計画策定の概要

(1) 計画策定の背景

国は、死亡要因の6割で国民医療費の3分の1を占める虚血性心疾患や脳血管疾患などの生活習慣病対策を重要課題としています。

若年時からの不適切な食生活や運動不足など不健康な生活習慣が、やがて糖尿病、高血圧、脂質異常症などの発症を招き、通院、投薬が始まっても生活習慣の改善がないと、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症に至る過程をたどることになります。

糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化は、その過程で内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与していることから、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ、適度な運動や栄養バランスの取れた食生活などの生活習慣の改善を行うことにより、発症リスクの低減を図ることが可能となります。

また、生活習慣病は健診による早期発見や適切な治療及び生活習慣を改善することにより重症化を防ぐことが可能です。疾病が重症化し、生活の質が低下する前に、対策を講じることが必要です。

そこで、長生村は、目標を定め、計画に基づき事業を実施するために、長生村国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画(以下「本計画」とする。)を策定します。

本村では、平成20年度を初年度として5年を一期とする特定健康診査等実施計画に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施に取り組んできました。

特定健康診査等第3期実施計画（以下「第3期実施計画」とする。）が令和5年度で終了することから、第3期実施計画の実施結果を踏まえ、計画の見直しを行い、本計画を策定します。

(2) 計画の位置付け

本計画の策定は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定により、市町村の義務とされており、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものです。

なお、本計画は「長生（ながいき）健康プラン21」「長生村国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」と整合を図りながら策定します。

(3) 計画の期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度の6年間とします。

2. 長生村の状況

平成30年度からの総人口は減少傾向にあります。年齢階層別にみると0歳から39歳の若い年代は減少傾向にあり、65歳以上の高齢者、特に75歳以上の後期高齢者が増加し、少子高齢化が加速しています。

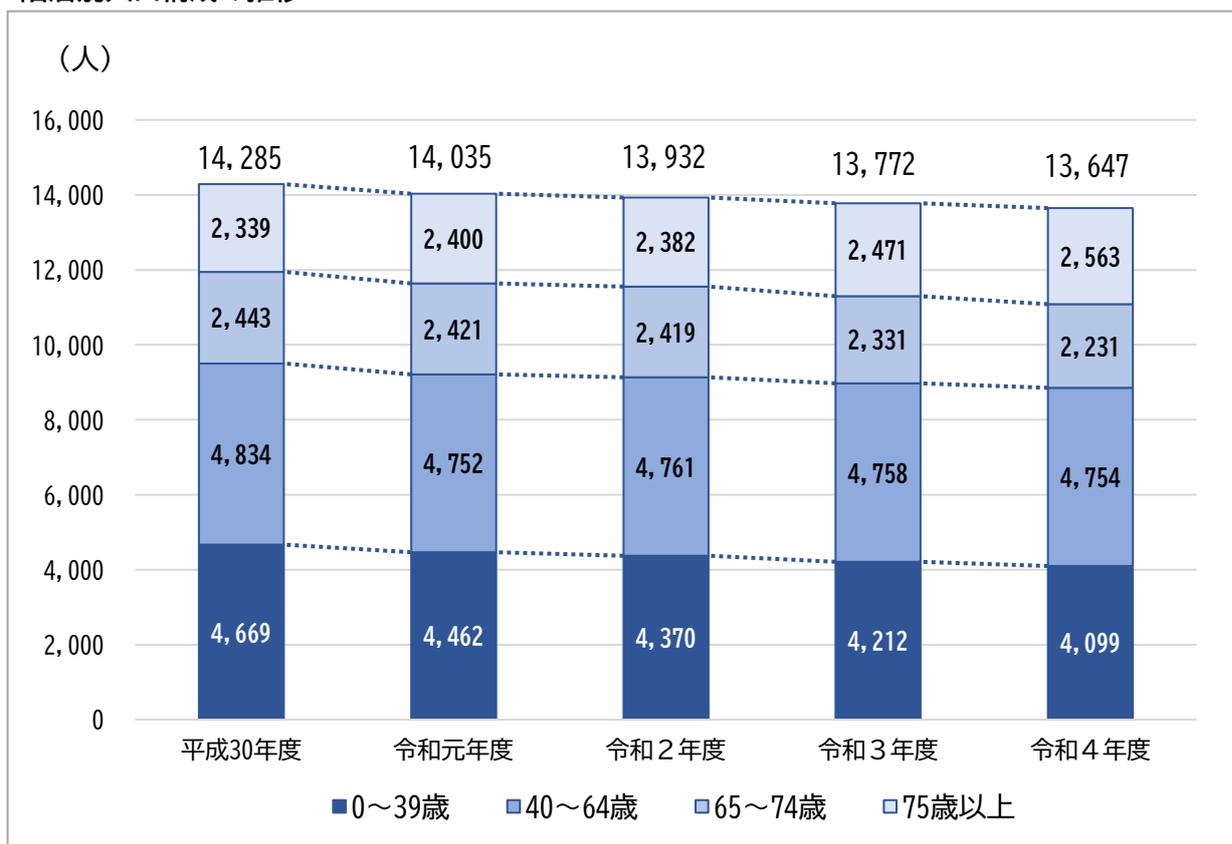
階層別人口構成の推移

単位：人

	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
総人口	14,285	14,035	13,932	13,772	13,647
0～39歳	4,669	4,462	4,370	4,212	4,099
40～64歳	4,834	4,752	4,761	4,758	4,754
65～74歳	2,443	2,421	2,419	2,331	2,231
75歳以上	2,339	2,400	2,382	2,471	2,563

資料：総人口：住民基本台帳（各年度末日時点）

階層別人口構成の推移



3. 国民健康保険の現状

(1) 国民健康保険被保険者の状況と推移

平成 30 年度からの総人口推移は、平成 30 年度以降減少傾向にあります。国民健康保険被保険者数は平成 30 年度 3,763 人から令和 4 年度は 3,296 人と減少傾向にあり、国民健康保険加入率は 26.3%から 24.2%と 2.1 ポイント減少しています。

国民健康保険被保険者の状況と推移

単位：人・%

	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
総人口	14,285	14,035	13,932	13,772	13,647
国民健康保険被保険者数	3,763	3,618	3,549	3,469	3,296
国民健康保険加入率	26.3	25.8	25.5	25.2	24.2

※総人口：住民基本台帳（各年度末日時点）

※国民健康保険被保険者数：国民健康保険事業状況報告（事業年報）

(2) 国民健康保険被保険者と加入率の推計

令和 6 年度からの総人口の推計は、令和 11 年度まで減少しています。被保険者は減少傾向にあり、今後も令和 6 年度 3,192 人から令和 11 年度は 2,730 人と減少が予測され、国民健康保険加入率は 23.9%から 22.1%と 1.8 ポイントの減少の見込みです。

国民健康保険被保険者と加入率の推計

単位：人・%

	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
総人口	13,372	13,177	12,977	12,779	12,570	12,370
国民健康保険被保険者数	3,192	3,093	2,997	2,904	2,815	2,730
国民健康保険加入率	23.9	23.5	23.1	22.7	22.4	22.1

※総人口：長生村人口ビジョン（第 2 版令和 2 年 3 月）

※国民健康保険被保険者数：人口推計値をもとに過去の国民健康保険加入率にて推計

4. 目標

(1) 長生村の目標

①目標設定の考え方

本村においては、令和11年度の目標値を国の示す基本指針に即して設定します。令和6年度からの目標値は医療費の動向や過去の健康診査結果など、村の実情を踏まえて設定し、目標達成に必要な実施体制の確保を図ることとします。

②特定健康診査の達成目標値

令和6年度の特定健康診査の実施者数を1,287人、実施率を49%と定めます。令和11年度の実施者数1,381人、実施率60%を目指します。

特定健康診査実施者の推計と実施率

単位：人・%

		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
目標値		49%	51%	53%	55%	57%	60%
40歳～64歳	合計	531	543	554	564	574	593
	男性	274	282	289	296	303	314
	女性	257	261	265	268	271	279
65歳～74歳	合計	756	762	767	770	772	788
	男性	356	355	354	351	348	352
	女性	400	407	413	419	424	436
合計	合計	1,287	1,305	1,321	1,334	1,346	1,381
	男性	630	637	643	647	651	666
	女性	657	668	678	687	695	715

※目標値：特定健康診査実施者数÷特定健康診査対象者数(人口推計値をもとに国民健康保険加入率にて推計)

③特定保健指導の達成目標値

令和6年度の特定保健指導の実施者数を55人、実施率を44%と定めます。令和11年度の実施者数80人、実施率60%を目指します。

特定保健指導実施者の推計

単位：人・%

		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
目標値		44%	47%	50%	53%	57%	60%
40歳～64歳		25	27	29	31	33	37
65歳～74歳		30	32	34	37	40	43
合計		55	59	63	68	73	80

※目標値：特定保健指導実施者数÷P41特定保健指導対象者の推計(合計)

(人口推計値をもとに国民健康保険加入率にて推計)

5. 特定健康診査の対象者

(1) 特定健康診査・特定保健指導の対象者とは

①特定健康診査の対象者・算定方法

特定健康診査の対象者は、実施年度中に 40 歳から 74 歳の国民健康保険加入者（実施年度中に 40 歳になる 40 歳未満の者及び 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者のうち、年度途中での加入・脱退など異動のない者や、妊産婦などの厚生労働大臣が定める除外規定に該当しない者が対象者となります。

②特定保健指導の対象者・選定方法

特定健康診査の結果により階層化し、特定保健指導対象者を選定します。対象者選定は、内臓脂肪の蓄積（腹囲、BMI）に着目し、生活習慣病のリスク要因（血糖、血圧、脂質など）の数により階層化を行います。なお、質問票により糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は、特定保健指導の対象外となります。

特定保健指導対象者の階層化

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

④喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

特定保健指導対象者の推計

単位：人

		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
40 歳～64 歳	対象者	56	56	57	59	59	62
	積極支援	20	20	20	21	21	22
	動機付け支援	36	36	37	38	38	40
65 歳～74 歳	対象者	68	69	69	69	69	71
	動機付け支援	68	69	69	69	69	71
合 計		124	125	126	128	128	133

※人口推計値をもとに国民健康保険加入率にて推計

6. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診の実施方法

①対象者

特定健康診査の対象者は、実施年度中に 40～74 歳になる長生村国民健康保険被保険者とする。
なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める方は、対象者から除く。

②実施場所

集団健診：長生村保健センター

個別健診：長生村と契約した医療機関

③実施項目

「標準的な健診・保健指導プログラム」（以下「標準プログラム」）により示された標準的な問診及び検査項目とする。選択検査等の実施基準についても標準プログラムを基準としつつ、既往歴や当日の本人の状況により弾力的に実施するものとする。（別紙「標準的な質問票」・「特定健康診査の項目」参照）平成 25 年度から貧血検査及び腎機能を簡単に測れる血清クレアチニン検査を検査項目に加える。なお、受診時にその他の検査又は診療が必要になった場合は、特定健診に係る検査項目についてのみ、費用を支払う。

④実施時期

集団健診：6月～7月

個別健診：6月～12月

⑤実施方法

受診者は「受診券」と「問診票」を持参し、自己負担費用を支払い受診する。

⑥外部委託及び委託形態

- ・委託先選定基準は、以下の基準を満たしていることを委託の条件とする。
 - a. 必須項目を検査できる。
 - b. 検査制度が確保できる。
 - c. 電子媒体で健康診査結果を提出できる。
 - d. データ管理・個人情報管理が徹底できている。
- ・集団健診：茂原市長生郡医師会と契約し、巡回健診を実施する。
- ・個別健診：茂原市長生郡医師会を通じた加盟医療機関及び長生村国民健康保険が必要と認め、個別に契約した医療機関で健診を実施する。

⑦周知・案内方法

特定健康診査実施前までに、「特定健康診査標準的質問票、受診券」を健診のお知らせとともに郵送等する。

(2) 特定保健指導の実施方法

①対象者

「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」と判定された受診者全員。

なお、介入必要度が高い65歳未満の「積極的支援」者には重点的に保健指導を実施する。

②内容及び時期

別紙2「特定健康診査・保健指導年間実施スケジュール」参照

③情報提供

健診終了後1～2箇月後を目途に健診結果の経年変化及び有所見項目に関する注意事項を記した資料を基に個別指導を行う。

④動機づけ支援

健診終了後1～2箇月後を目途に初回面接を実施。生活習慣改善に向けての目標設定を行う。面接は保健師、管理栄養士等で実施する。対象者1人当たり20分以上実施する。実施日数については、対象者数に応じて適宜調整する。中間評価として血液検査を実施する。

6箇月後に、身体測定・最終面接・アンケート等により目標達成状況を確認する。

⑤積極的支援

健診終了後1～2箇月後を目途に初回面接を実施。生活習慣改善に向けての目標設定を行う。面接は保健師、管理栄養士等で実施する。対象者1人あたり20分以上実施する。実施日数については、対象者数に応じて適宜調整する。

初回面接後1箇月以内に、継続支援への参加希望を受付、6箇月の個別運動の行動計画と食事の行動計画を実施する。中間評価として血液検査を実施する。

6箇月後に、電話・メール・アンケート等により目標達成状況を確認する。

7. 目標実現のための施策の実施

(1) メタボリックシンドローム予防のための知識の普及・啓発

①健康展等の活用

メタボ予防について重点的に展示するほか、特定健診や保健指導の結果等を展示し、肥満予防のための知識の普及・啓発に努めます。

②長生村保健衛生推進員の活動

食生活から肥満を予防するための活動を支援します。

(2) 受診勧奨の推進

①長生村保健衛生推進員の活動

保健衛生推進員を通じて地域住民への受診勧奨に努めます。

(3) 受けやすい健診の仕組み作り

がん健診等他の健診との連携についてもそれぞれの実施に支障が無い様、各健診担当課と十分連携して実施するよう努めます。

(4) その他の記載事項

特定保健指導によるハイリスクアプローチの実施に加え、ポピュレーションアプローチとして既存組織の活用により、多くの人をカバーする仕組みづくりを推進するよう努めます。

8. その他

(1) 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

村ホームページ等を利用し、本制度にかかる周知を図ります。

(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

進捗・達成状況については毎年評価し、必要に応じて計画の見直しを実施することとします。

また、健診対象年齢や追加の検査項目については、医師会と協議しながら検討していきます。

既に生活習慣病で医療機関に受診している方で、年度内に同様の検査を行っている方は、かかりつけ医と相談のうえ受診するよう促します。

その他、特に定めのないものについては、「標準的な健康診査・保健指導プログラム」に基づき実施することとする。

※「特定健康診査・保健指導年間実施スケジュール」

	特定健康診査	特定保健指導（積極的支援）	特定保健指導（動機づけ支援）
4月	・受診券、受診票作成	・前年度実施結果分析	・前年度実施結果分析
5月	・村広報誌等による広報 ・集団健診受診券・受診票配布 ・個別健診受診券・受診票配布		
6月	・集団健診実施 ・個別健診開始		
7月	・集団健診実施		
8月		・初回面接実施	・初回面接実施
9月		・特定保健指導開始	・特定保健指導開始
10月			
11月			
12月	・個別健診終了		
1月			
2月			
3月		・特定保健指導終了	・特定保健指導終了

第VI章 その他

データヘルス計画の 評価・見直し	<p>KDBシステムの情報を活用し、個別の保健事業の進捗確認を行い、毎年度評価します。さらに、その結果を踏まえて、最終年度となる令和11年度前期（令和8年度）に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の中間評価を行い、その評価に基づき、見直した内容を次期計画に反映させます。</p>
データヘルス計画の 公表・周知	<p>策定した計画は、村の広報やホームページに掲載するほか、概要版を作成し、より分かりやすく被保険者及び市民に発信します。</p>
個人情報の取扱い	<p>個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び長生村個人情報保護法施行条例（令和5年3月10日条例第1号）を遵守し、個人情報の保護に努めます</p>
地域包括ケアに 係る取組	<p>「健康増進計画・食育推進計画「長生（ながいき）健康プラン21」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時関係機関等と連携を図りながら取組むこととします。</p> <p>国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、健康事業や介護予防、生活支援の対象となる人を抽出し、医療機関未受診者、医療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施します。</p> <p>さらに、令和6年度以降については「高齢者の保健事業と介護予防一体的実施」を積極的に推進していきます。</p> <p>また、地域ケア個別会議や推進会議に参画し、介護や医療等の専門職、地域の多様な関係者と情報共有を図り、高齢者の自立支援や住み慣れた生活を地域全体で支援していくための地域包括ケアの体制づくりを目指していきます。</p>
その他留意事項	<p>データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営にかかわる担当者は、千葉県国保連合会が実施するデータヘルスに関する研修に積極的に参加し、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします</p>

長生村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

《令和6年度～令和11年度》

発行 千葉県 長生村 令和6年3月

編集 長生村 住民課

住所 〒299-4394
千葉県長生郡長生村本郷1-77

電話 0475-32-2115

F a x 0475-32-1486