

対馬市国民健康保険

第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)

及び 第四期特定健康診査等実施計画

【令和6年度～令和11年度】

(2024年度～2029年度)



令和6年3月

対馬市

目 次

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	1
3. 計画の期間	2
4. 実施体制・関係者連携等の基本的事項	2

第2章 現状の整理

1. 前期計画に係る考察等	3
(1) 計画の達成状況	3
(2) 個別保健事業の評価	4
【1】健診の受診率向上	4
【2】生活習慣病予防	5
【3】糖尿病性腎臓病重症化予防	6
【4】医療費適正化	7
(3) その他の取り組み	8
2. 対馬市国民健康保険の特性	10
(1) 長崎県版共通評価指標における対馬市の状況	10
(2) 人口及び国民健康保険の被保険者数の推移	11
(3) 平均自立期間及び介護の状況	13
(4) 死亡の状況	16
(5) 医療費の状況	17
(6) 特定健診・特定保健指導等の状況	20

第3章 第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)

1. 健康課題の明確化	30
2. 目的及び目標・指標・戦略	31
(1) 目的	31
(2) 目標と評価指標、戦略	32
3. 健康課題を解決するための個別保健事業	35
(1) 健診の受診率向上対策	35
(2) 糖尿病発症予防・重症化予防事業	36
(3) 生活習慣病発症予防事業	38
(4) 歯周疾患対策	39
(5) 骨折予防対策	40

第4章 第四期特定健康診査等実施計画

1. 目標	41
2. 特定健診・特定保健指導の実施方法	41

第5章 計画の推進

1. 計画の評価と見直し	49
2. 計画の公表・周知	49
3. 個人情報の取り扱い	49
4. 地域包括ケアにかかる取り組み	50

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨

わが国では国民皆保険制度のもと、質の高い保健医療サービスが提供され、健康寿命が延伸されてきました。しかし、急速な高齢化の進展等に伴い、がん、脳卒中・心筋梗塞・糖尿病などの生活習慣病が増加するとともに、医療の高度化により医療費は増大しています。医療保険者には、平成20年度から、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための健康診査（特定健診）及びその結果により、健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（特定保健指導）の実施が義務づけられ、国民健康保険の医療保険者である対馬市では、診療報酬明細書（レセプト）等の統計情報を活用して「特定健康診査等実施計画」を策定し、保健事業を実施してきました。

こうしたなか、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」を踏まえ、平成26年3月には、「国民健康保険法に基づく保健事業実施等に関する指針」が一部改正されました。同指針では、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための「保健事業の実施計画（データヘルス計画）」を策定することとされ、対馬市でも平成27年度から3か年の保健事業実施計画に続き、平成30年度から令和5年度の第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、効果的な保健事業の推進に努めてきました。令和2年7月には「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」が閣議決定され、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等の推進等が示されました。

本計画は、これまでの計画における事業の評価を踏まえて、相互の連動及び保険者共通の評価指標を念頭において「第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第四期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定するものです。

2. 計画の位置づけ

本計画は、本市の健康増進施策の基本的な計画である「第3次健康つしま21計画」の基本指針を踏まえるとともに、既存計画との整合性を図ります。

3. 計画の期間

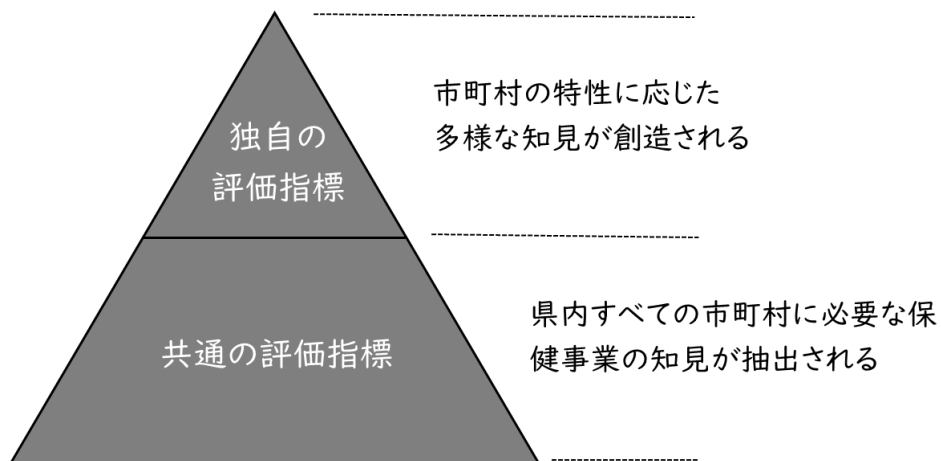
計画期間については、令和6年度から令和11年度（2029年度）までの6か年とし、中間年度である令和8年度（2026年度）を目安に、中間評価及び見直しを行います。

また、最終年度の令和11年度（2029年度）には保健事業実施結果をもとに分析を行い、その後の計画に反映させていきます。

4. 実施体制・関係者連携等の基本的事項

この計画は、保健部健康増進課が主体となり推進します。また、対馬市国民健康保険被保険者のみならず、市民を対象とする健康の保持増進に資する保健事業であるため、必要時、庁舎内の関係部局と連携し推進します。毎年の評価は健康増進課が主に実施します。

【評価指標の考え方】



第2章 現状の整理

1. 前期計画に係る考察等

(1) 計画の達成状況

自身の健康状態を把握し、生活習慣の改善や健康の保持・増進に努めることで、生活習慣病等の発症・重症化予防につなげ、将来的な医療費の抑制をめざすことを目的に個別保健事業を行ってきました。また、令和2年度には、中間評価を行い、計画の見直しを行いました。

「第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）」で掲げた目標に対する実績は、次のとおりです。

【中長期目標】

指標1：1人当たりの医療費

目標値	実績値				達成状況	出典
	H28年度 (ペ-スライ)	R2年度	R3年度	R4年度		
伸び率抑制 (同規模保険者: 下段と比較) (前年度と比較)	26,480円	29,610円 (-0.3%)	31,200円 (5.4%)	33,290円 (6.7%)	未達	KDB:地域の 全体像の把握
	27,870円	32,420円 (7.0%)	31,090円 (-4.3%)	31,540円 (1.4%)		

指標2：前期高齢者の介護認定率

目標値	実績値				達成状況	出典
	H28年度 (ペ-スライ)	R2年度	R3年度	R4年度		
維持又は減少	4.5% (H29.7月)	4.3% (R3.3月末)	4.6% (R4.3月末)	4.8% (R5.3月末)	未達	介護保険事 業状況報告

指標3：新規透析患者の割合

目標値	実績値				達成状況	出典
	H28年度 (ペ-スライ)	R2年度	R3年度	R4年度		
割合の抑制 (H28年度比)	0.03%	0.04%	0.01%	0.05%	未達	保健事業支 援システム
	ペ-スライ との比較	0.01%増	0.02%減	0.02%増		

(新規透析患者の割合=新規透析者/被保険者数)

(2) 個別保健事業の評価

実施した個別保健事業の評価及び考察は次のとおりです。一部悪化している指標はあるものの改善している指標も多くありました。しかしながら、中長期目標の達成には至っていません。現状の事業を継続していただくだけではなく、分析を深めてターゲットを絞り、効率的な事業展開を行っていく必要があります。

【1】 健診の受診率向上							
概要	目的	健診の受診率向上を図る					
	対象	30歳～75歳未満の対馬市国民健康保険加入者					
	内容	①健診の周知 ②若者健診の実施 ③特定健診未受診者への受診勧奨 ④健診受診者へのインセンティブの付与					
評価指標		目標	H28年度 (ベースライン)	実績			達成状況
				R2年度	R3年度	R4年度	
アウトプット (業務実施量)	①周知件数	増加 R2比	4	9,649	9,455	6,898	a
	②若者健診未受診者への勧奨率(%)	増加 R2比	—	53.0	60.3	100	a
	③特定健診未受診者への勧奨率(%)	増加 R2比	—	100	83.6	100	a
	④粗品配布数(人)	受診者 全員	2,868	2,617	2,619	2,477	a
アウトカム (成果)	特定健診受診率(%)	50.0	37.3	38.6	40.6	40.4	a*
	若者健診受診率(%)	20.4	10.4	8.9	11.5	12.9	
考察	<p>健診推進員による訪問及び電話勧奨を始め、コールセンターと連携した予約の獲得に努めました。健診の周知件数については、計画見直しの際、受診券に同封するチラシも健診の周知として捉えることとし、さらに、CATVによる周知も強化しました。前期(9月まで)の予約者が少ないことから、予約者の増加を狙い、前期予約者を対象とした健康づくり抽選会をR4年度から開始しました。新型コロナウイルス感染症のクラスター発生や蔓延状況により、医療機関によっては個別健診を中止した時期もありましたが、受診率は再び上昇傾向にあります。今後は、電話以外の新たな予約方法を導入し、若い世代の受診率増加に繋げていきます。</p>						

達成状況:a 改善している a* 改善しているが目標達成が危うい

【2】 生活習慣病予防								
概要	目的	生活習慣病予防及び重症化予防						
	対象	若者・特定健診対象者						
	内容	①生活習慣病予防に関する基本的知識の提供など健康教育の充実を図る(ポピュレーションアプローチ) ②生活習慣病の発症及び重症化に重点をおき、健康意識の向上のため、保健指導を強化する(ハイリスクアプローチ)						
評価指標	目標	H28年度 (ベースライン)	実績			達成状況		
			R2年度	R3年度	R4年度			
アウトプット (業務実施量)	①CATV・市報等での周知回数	増加 R2比	—	3	13	28	a	
	①集団教育実施数・参加者数	増加 R2比	—	9 74	12 597	20 553	a	
	②特定保健指導終了率(%)	60.0	49.9	54.1	49.8	62.6	a	
	②精密検査受診率(%) (血圧)	増加 R2比	—	54.7	71.3	61.1	a	
	②精密検査受診率(%) (血糖)	増加 R2比	—	64.4	74.4	62.5	c	
アウトカム (成果)	①②健診有所見率(対国標準化比)比)	BMI 男	減少	120.0	113.7	118.0	114.3	a
		女		130.0	129.6	132.0	128.3	
		血圧(収縮期) 男	減少	123.9	117.5	107.9	113.4	a
		女		140.7	123.0	123.4	117.7	
血糖 男	減少	164.6	161.0	174.2	176.6	c		
女		167.2	168.6	173.1	164.2			
生活習慣病治療中コントロール不良者の割合(%)	減少	64.3	64.1	63.4	60.6	a		
考察	特定保健指導対象者の他、肥満者やデータ不良者等に対しても個別に保健指導を行いました。市民の健康意識向上のため、年間を通し「健康ひとロメモ」をCATVで放映しました。今後は、疾患別での対象を絞った健康教育や生活習慣病予防教室の機会を増やし、自分の身体を知るきっかけづくりを行う必要があります。							

達成状況: a 改善している c 悪化している

【3】 糖尿病性腎臓病重症化予防							
概要	目的	重症化予防					
	対象	「対馬市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に準じて抽出した対象者					
	内容	対馬市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに沿った事業 ①医療機関への受診勧奨 ②ハイリスク者への保健指導					
評価指標	目標	H28年度 (ベースライン)	実績			達成状況	
			R2年度	R3年度	R4年度		
アウトプット (業務実施量)	①医療機関受診勧奨実施率(%)	対象者 全員	—	A134.0 B122.0 C163.0	A107.0 B127.0 C100.0	A133.0 B138.0 C100.0	a a a
	②保健指導実施率(%)	4.0	—	1.21	3.47	3.20	a*
アウトカム (成果)	①勧奨対象者の医療機関受診率(%)	B70.0	—	75.0	82.7	54.0	c
	②保健指導後の対象者の健診結果改善率(%) (HbA1c)	50.0	—	0.0	42.8	50.0	a
考察	医療機関受診勧奨は、対象者全員に実施できるよう、健診結果送付時に受診を促すコメントを記載しています。その後、未受診者に対する二次勧奨を行いましたが、医療機関受診率は、新型コロナウイルス感染症の急拡大のため、受診を控える傾向もあり思うように伸びませんでした。保健指導については、対象者へ事業案内を行い、同意の取れた方に、医療機関と連携し保健指導を行いました。保健指導後の健診結果改善率は目標に到達していますが、実施者数の増減や翌年度の健診受診状況により実績値も大きく変動するため、評価指標を見直す必要があります。						

A 前年度未受診者、B 今年度未受診者、C 医療中断者

達成状況: a 改善している a* 改善しているが目標達成が危うい c 悪化している

【4】 医療費適正化(後発医薬品推奨・適正受診対策)							
概要	目的	1人あたりの医療費の伸びを抑える					
	対象	①生活習慣病や慢性疾患で先発医薬品を使用している者 ②同一疾患で重複受診者または、複数医療機関からの多剤投薬者					
	内容	①後発医薬品の啓発活動 ②対象者への訪問指導 要項に沿って、対象者を絞り実施					
評価指標		目標	H28 年度 (ベース イン)	実績			達成 状況
				R2 年度	R3 年度	R4 年度	
アウトプット (業務実施量)	①通知発送率(%)	100	—	97.6	99.1	98.9	α*
	②訪問数	6	—	0	4	6	α
アウトカム (成果)	①後発医薬品の 使用率(%)	80.0	71.1	79.0	79.2	79.9	α*
	②訪問対象者の改善率* (%) (改善した数/評価 ができた訪問者数)	20.0	—	0	25.0	100	α
考察	後発医薬品の啓発活動では、薬局窓口にて後発医薬品を推奨してもらうよう市内薬局へ依頼しました。当初の評価指標である、発送数では経年評価ができていないため、対象者への発送率とし評価しました。通知に不満を抱き、希望しない被保険者への発送を控えている状況があり、目標の到達に至りませんでした。後発医薬品の使用率は、目標とほぼ変わらない値まで上昇しています。訪問対象者へ、生活状況に応じた丁寧な指導を行い、改善率100%となりました。						

達成状況: α 改善している α* 改善しているが目標達成が危うい

*改善率の評価:KDB「介入支援実施前後の比較(比較管理)個人別」を使用、訪問前後の医療費の状況(介入後医療費が下がっていることを改善とする)をみた。

(3) その他の取り組み

	事業名	対象者	R4 年度実績
特定健診・がん検診受診率向上	健康づくり抽選会 早期受診・継続受診を促すと共に、受診行動のきっかけづくりとして実施 応募者の中から抽選で賞品を贈呈	9 月(集団健診受診者含む)までの特定健診受診者	507 人
	人間ドック費用助成制度 人間ドックの検査結果提供に同意する者に対し、費用の一部を助成	特定健診対象者	60 人
	特定健診未受診者にかかる医療情報提供事業 同意が得られた者に対して、医療機関から連合会へ申請手続きを実施	特定健診対象者	22 人
	事業所健診データ取り込み 特定健診に該当する事業所健診のデータを取り込む	特定健診対象者	23 人
	消防団員健診 合同訓練の機会に合わせて出前健診を実施	国保被保険者で30歳以上の消防団員	31 人
	特定健診受診率向上推進員の活動 訪問・電話・はがき等により、未受診者に対する受診勧奨を実施	特定健診未受診者	延 6,212 人
	みんなスマイル元気のわキャンペーン 国保特定健診・がん検診及びウォーキングイベントへの参加でポイントを付与ポイントに応じた賞品を贈呈	20 歳以上の市民	45 人
	各種がん検診 胃がん検診 肺がん検診 大腸がん検診 乳がん検診 子宮頸がん検診 その他、節目健診において前立腺がん検診・骨粗鬆症検診・胸部 CT 検査・肝炎検査・腹部超音波検査を実施	40 歳以上の市民 40 歳以上の市民 40 歳以上の市民 40 歳以上の女性 20 歳以上の女性	2,450 人 3,094 人 2,676 人 1,286 人 1,176 人
	マンモサンデー 対馬病院との共催 休日に乳がん検診を実施	40 歳以上の女性	6 人

	事業名	対象者	R4 年度実績
その他健診・保健事業	後期高齢者健診	75 歳以上	606 人
	生活保護受給者に対する健診	生活保護受給者	11 人
	自身の保健医療情報を閲覧できる 仕組み マイナポータルから健診・がん検診結果が 確認できる	健診・がん検診 受診者	R4年度～
	保健指導未利用者への利用勧奨 事業	特定保健指導 未利用者	27 人へ勧奨 うち利用者1人
	効果的な保健指導プログラム開発 事業(県国保ヘルスアップ事業)	R2 年度健診受診 者のうちBMI25以 上の 40～72 歳	R3年度のみ実施 延 73人
	健康教育	市民	延 553人
	健康相談	市民	延 213人
歯科保健	成人歯科健診	19歳以上の市民	59 人
	生活歯援プログラム 節目健診受診者へアンケートを送付し、個 別に歯科指導を実施	節目健診受診者 及び妊婦	28 人
高齢者の特性を踏まえた地域保健事業	介護予防事業 介護予防自主グループの立ち上げ及び継 続支援	市民	49 箇所
	糖尿病性腎症重症化予防 後期高齢者のみ	医療機関未受診者 ハイリスク者	受診者14人 保健指導者5人
	高血圧重症化予防 後期高齢者のみ	医療機関未受診者	受診者12人
	通いの場等への積極的な関与等	通いの場(6か所) への参加者	実51人 延100人

2. 対馬市国民健康保険の特性

(1) 長崎県版共通評価指標における対馬市の状況

第三期データヘルス計画では、県内で共通の評価指標を設定することにより、同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者との比較や、自保険者の客観的な状況を把握することができるように、長崎県版共通評価指標が設定されています。対馬市の状況は、次のとおりです。

連番	共通評価指標		対馬市 (%)	長崎県 (%)	県内順位
1	です 望設 ます べて の 都 道 指 標 と 府 が 県	特定健診受診率	40.4	37.6	11
2		特定保健指導実施率	62.6	56.5	12
3		特定保健指導による保健指導対象者の減少率	22.4	20.4	4
4		HbA1c8.0以上の割合	0.8	1.2	3
5	地 府 域 の 実 情 に 応 じ て 都 道	1回30分以上の運動習慣がない者の割合	65.3	59.4	<u>18</u>
6		咀嚼良好な者の割合(50~74歳)	66.7	76.1	<u>20</u>
7		血圧が保健指導判定値以上の割合(収縮期 \geq 130または拡張期 \geq 85)	61.1	52.9	<u>20</u>
8		HbA1c6.5以上の割合	11.0	9.2	<u>20</u>
9		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	5.2	12.6	1
10		BMIが20以下の者の割合(65~74歳)	14.7	17.4	3
11	県 が 独 自 に 設 定 す る 指 標	食習慣(朝昼夕食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者の割合)	20.3	18.0	<u>18</u>
12		喫煙している者の割合	13.6	12.9	14
13		脂質異常の割合(LDL \geq 120)	44.1	47.1	6
14		尿蛋白の割合(1+以上)	5.5	6.1	9
15		要介護認定者の割合(65歳以上)	23.6	20.1	<u>21</u>

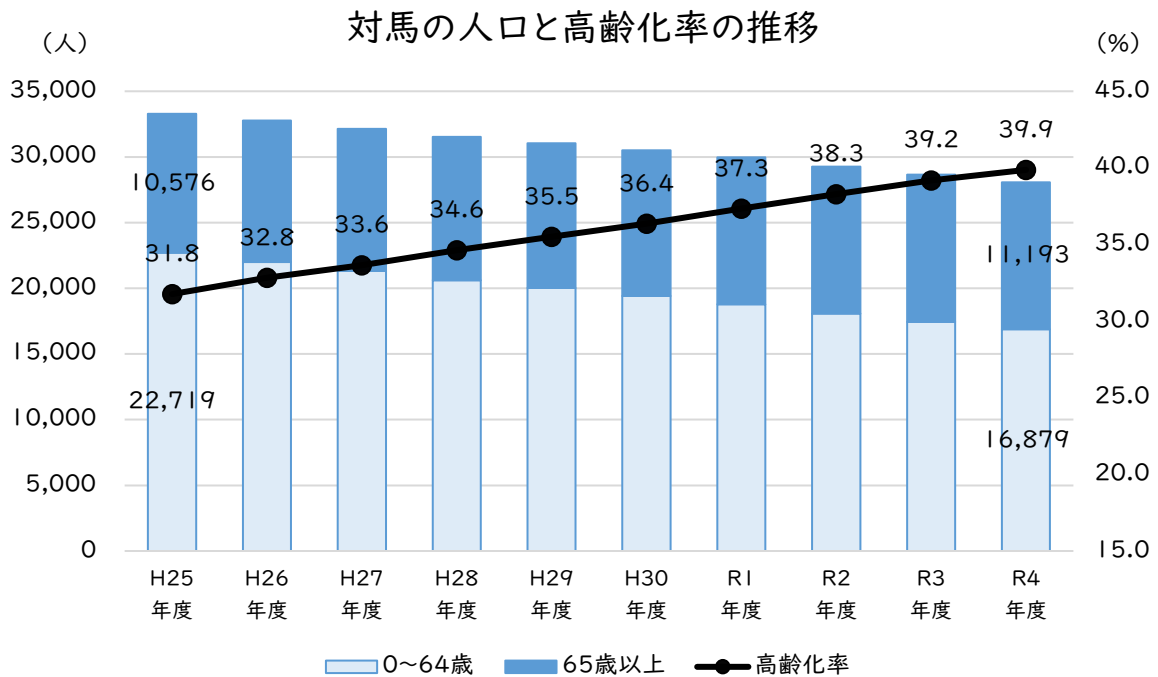
ワースト5位に入っている項目は赤字に下線

【データソース】 連番 1,2,3 法廷報告
連番 5,6,11,12 KDB 質問票調査の状況、
連番 4,7,8,9,10,13,14 KDB 健診ツリー図 集計対象者一覧
連番 15 見える化システム

(2) 人口及び国民健康保険の被保険者数の推移

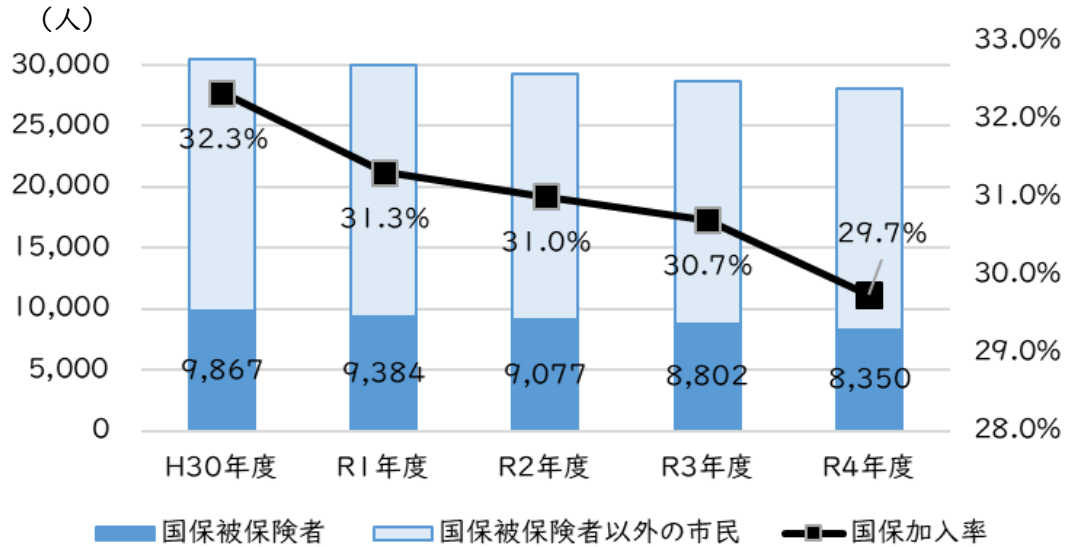
対馬市の人口は、令和4年度末 28,072 人で、平成 25 年度と比較すると、5,223 人減少しています。一方、65 歳以上の高齢者は 11,193 人で617人増加しており、高齢化率は令和4年度末で39.9%と上昇が続いています。

国民健康保険被保険者の推移をみると、人口減少と共に被保険者数も年々減少しています。同時に、国保加入率も減少しており、令和4年度では29.7%となっています。令和4年度の性別・年齢階層別被保険者数をみると、男女ともに65～69歳で急激に被保険者数が増加しています。また、70～74歳が男女ともに最も多く、60歳以上が被保険者の6割以上を占めています。



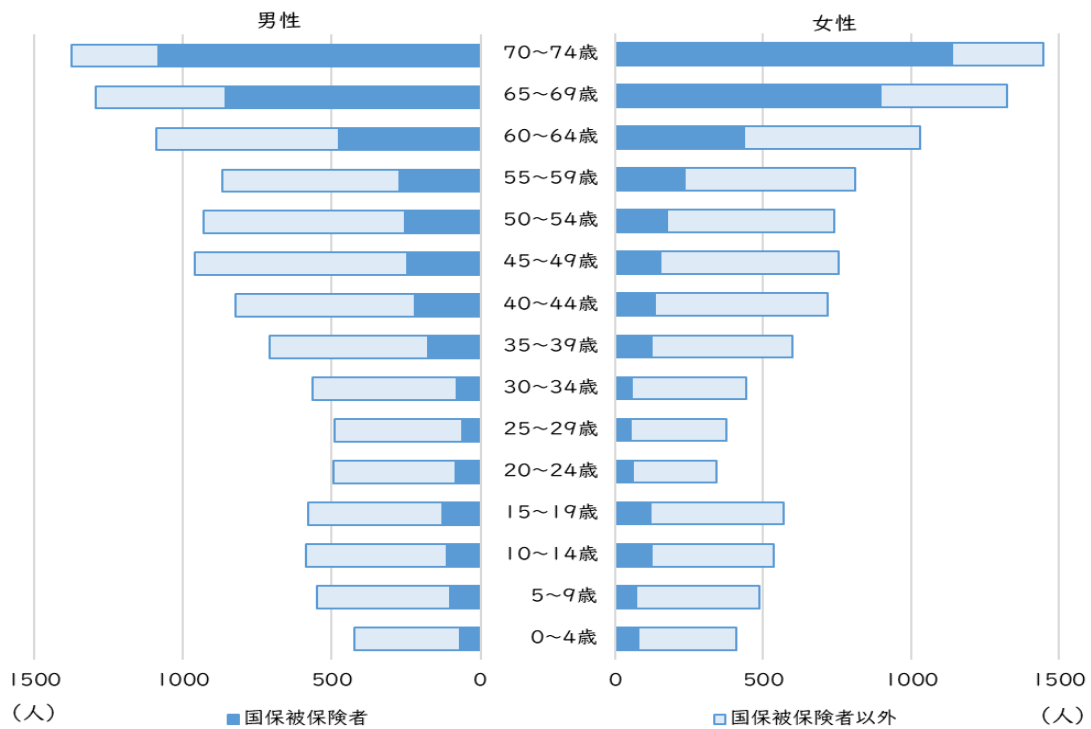
出典 住民基本台帳(各年度末現在)

国民健康保険被保険者の推移



出典 人口:住民基本台帳(年度末現在)
 国保被保険者数:厚生労働省 国民健康保険実態調査報告

性別・年齢階層別 被保険者数(R4年度)



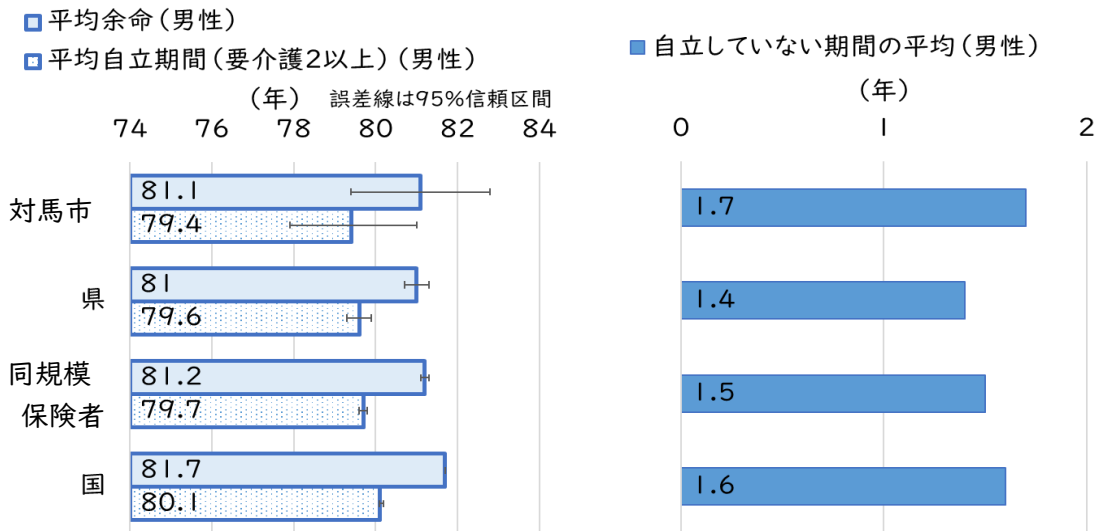
出典 人口:住民基本台帳(年度末現在)
 国保被保険者数:COKAS 国民健康保険被保険者一覧

(3) 平均自立期間及び介護の状況

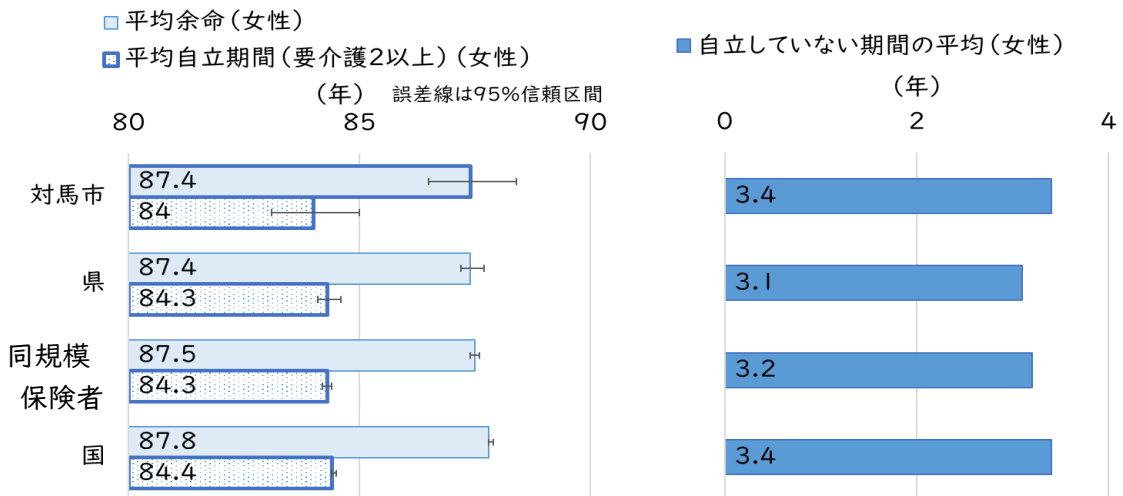
平均余命と平均自立期間から、自立していない期間の平均をみると、男性・女性ともに県・同規模保険者・国よりもその期間が長いことが分かります。また、令和元年度から令和4年度の4年間の推移をみると、自立していない期間は年々長くなっています。

1号被保険者の介護保険認定率は、県・国が減少している一方、対馬市は少しずつ上昇しています。さらに、2号被保険者の介護保険認定率においても、県・国が現状を維持している一方で、対馬市は上昇していることが分かります。

介護認定者の有病状況のうち上位5疾患をみると、どの疾患も県より低くなっていますが、国より高くなっている疾患が「高血圧」「筋・骨格」「精神」です。中でも、「筋・骨格」はその差が4.8%と開いています。

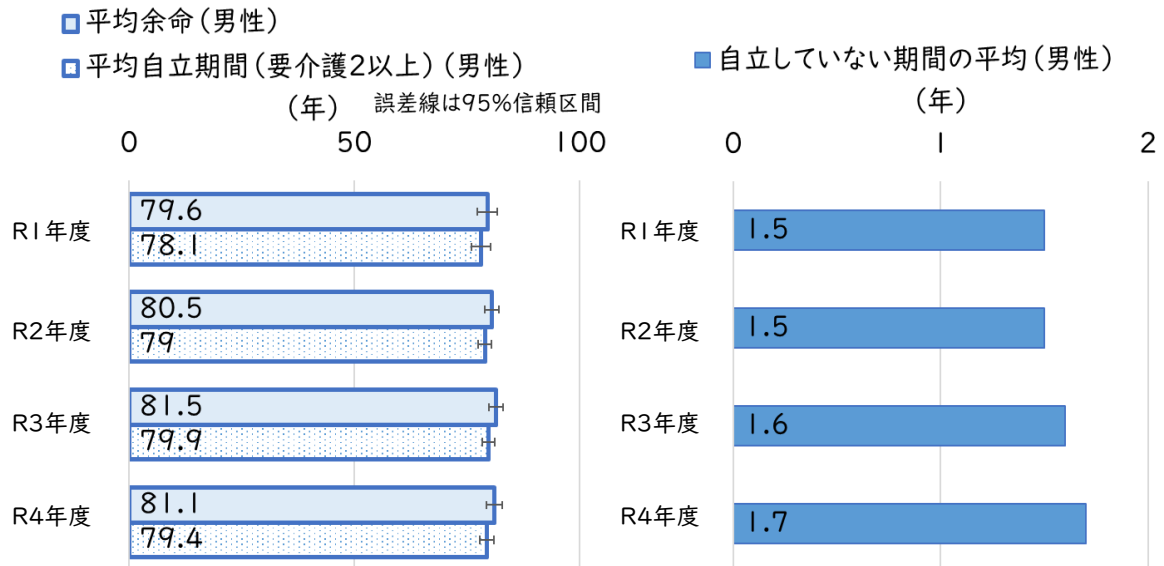


出典 KDB 地域の全体像の把握(R4年度)
平均余命と平均自立期間の見える化ツール

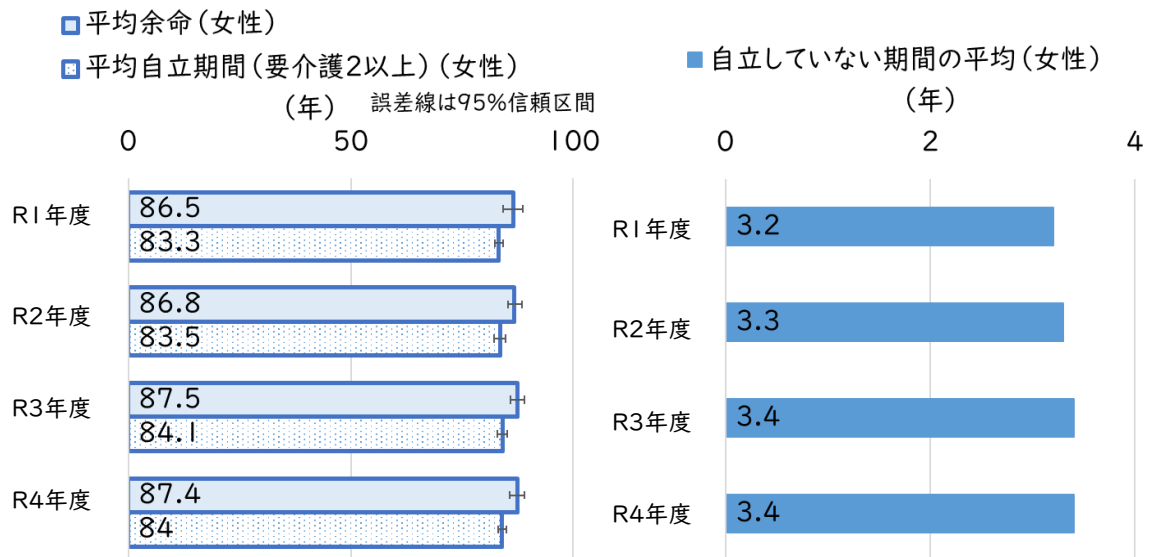


出典 KDB 地域の全体像の把握(R4年度)
平均余命と平均自立期間の見える化ツール

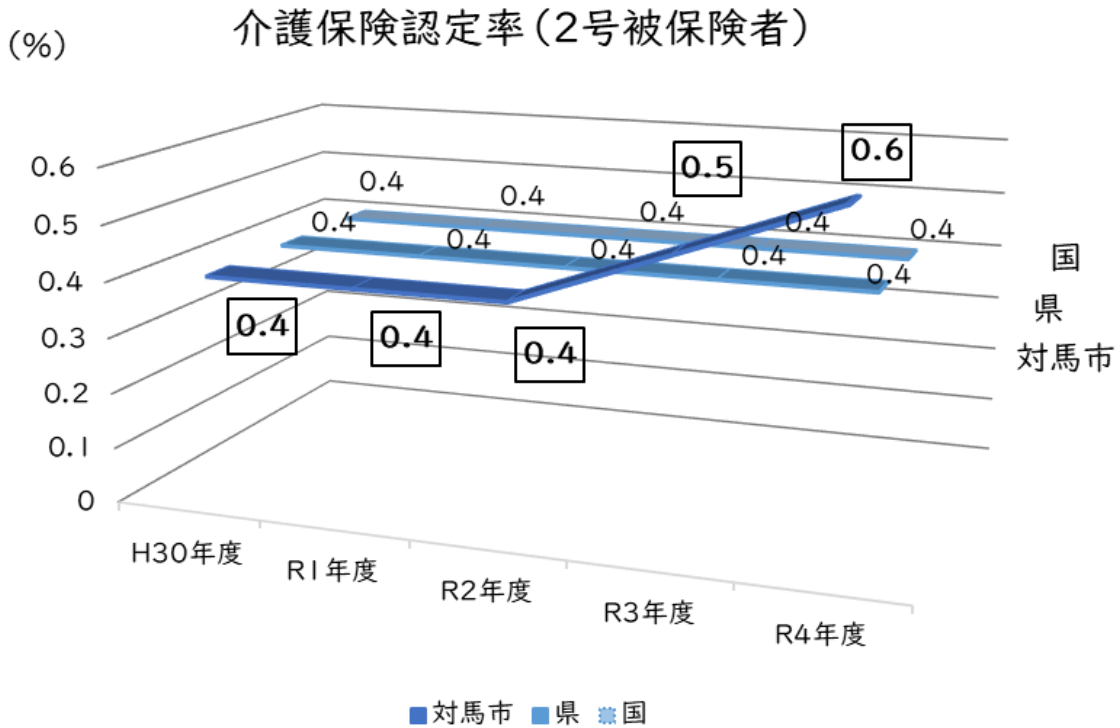
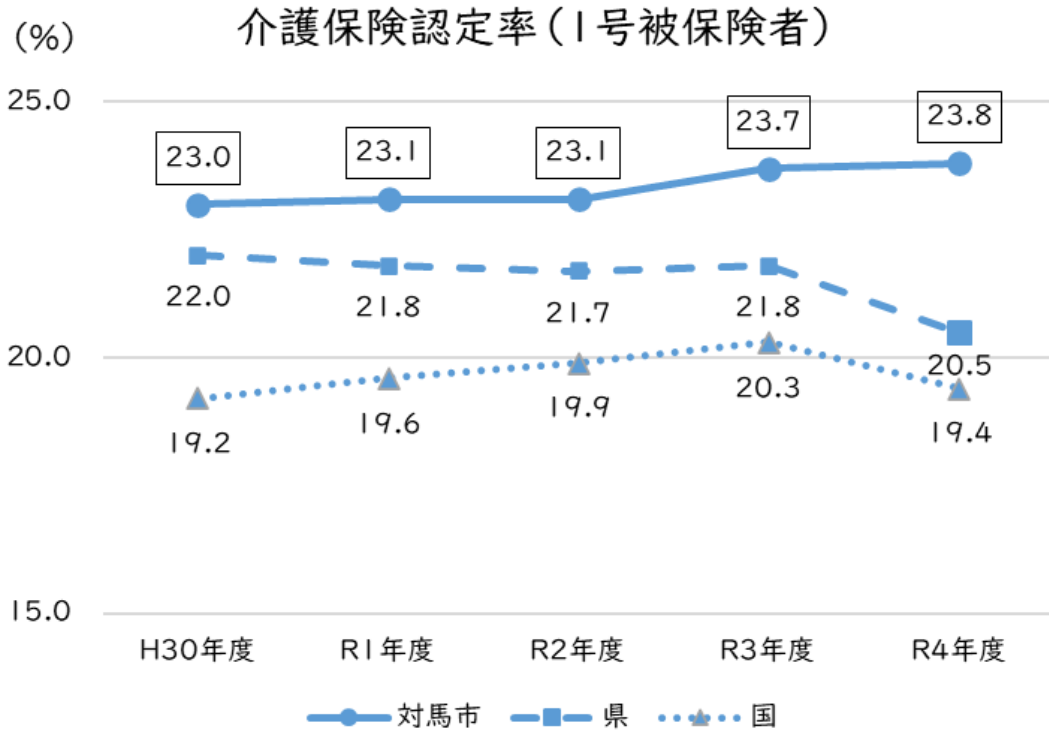
2-2 対馬市国民健康保険の特性

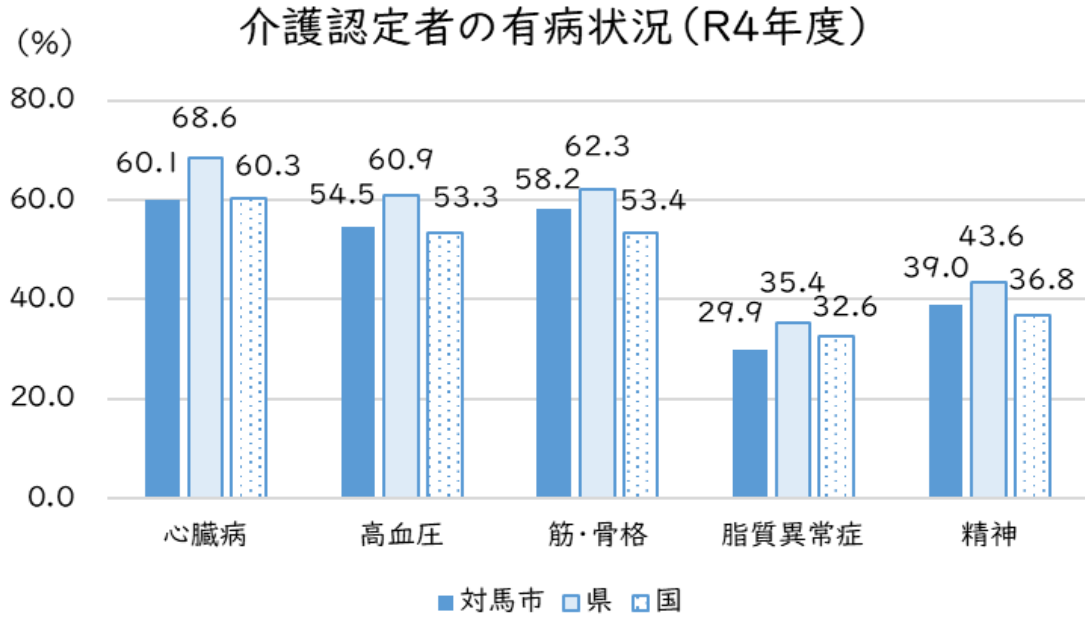


出典 KDB 地域の全体像の把握(R4年度)
平均余命と平均自立期間の見える化ツール



出典 KDB 地域の全体像の把握(R4年度)
平均余命と平均自立期間の見える化ツール

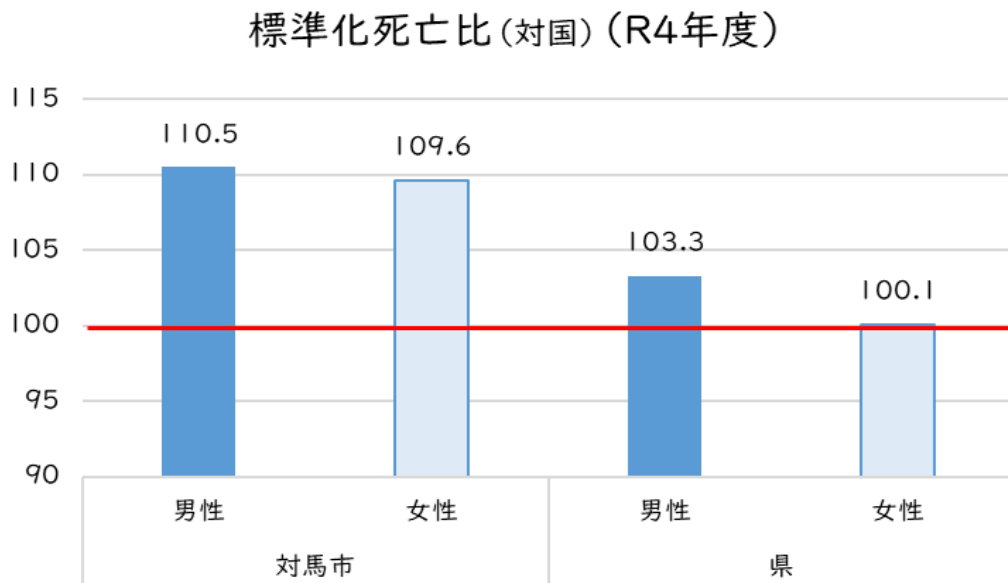




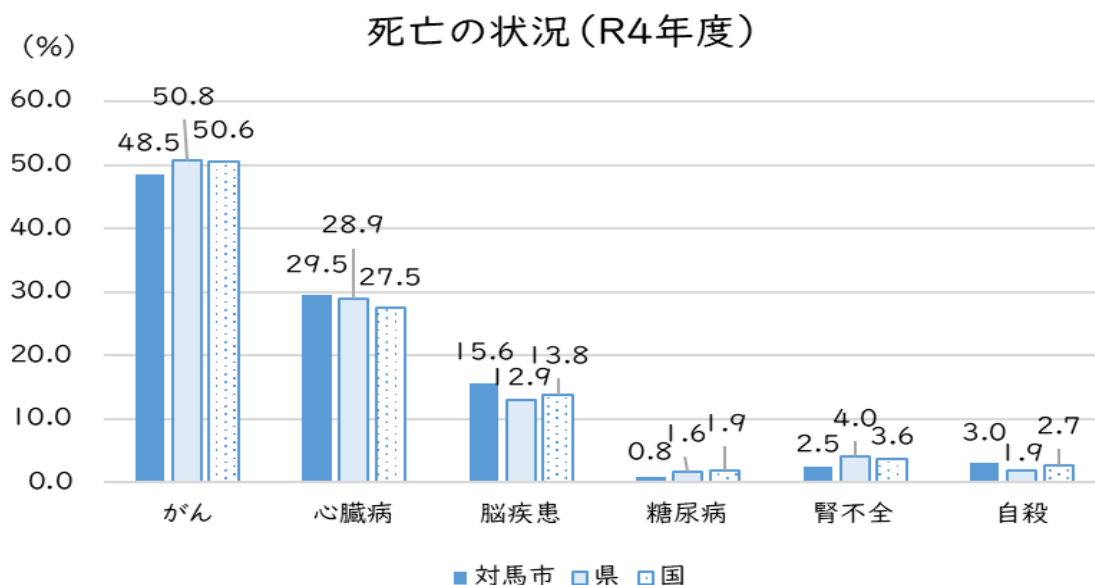
出典 KDB地域の全体像の把握 (R4年度累計)
令和4年度における上位5疾患を記載

(4) 死亡の状況

死亡の状況は、国を100とした標準化死亡比では男性・女性ともに高く、さらに、県よりも高いことがわかります。また、死亡の状況を見ても、「脳疾患」「自殺」が県や国より高くなっています。



出典 KDB地域の全体像の把握 (年度累計)



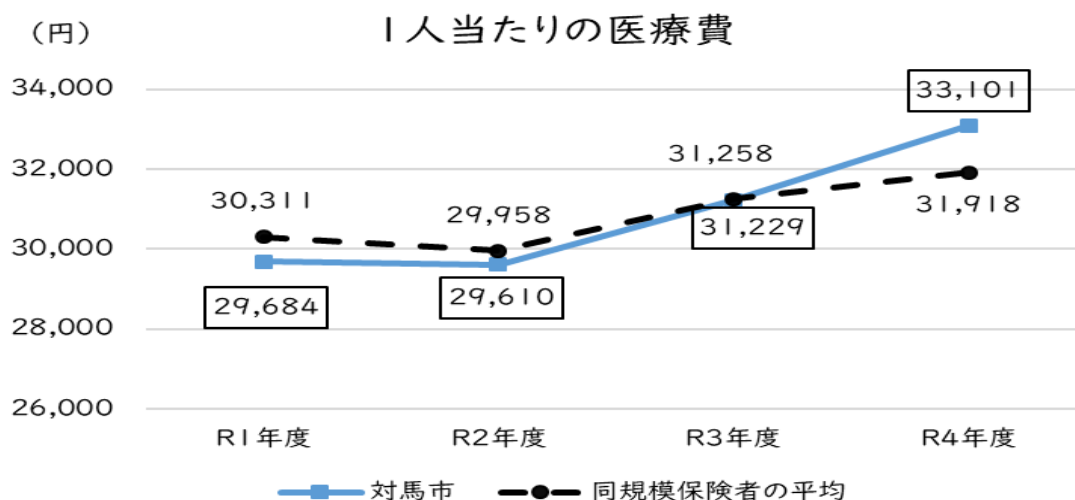
出典 KDB地域の全体像の把握(年度累計)

(5) 医療費の状況

1人当たりの医療費は上昇しており、令和4年度では同規模保険者の平均より高くなっています。全体の医療費(入院+外来)を100%とした場合の医療費は、「慢性腎臓病(透析あり)」が5.4%、「関節疾患」が5.3%、「糖尿病」が4.8%となっています。

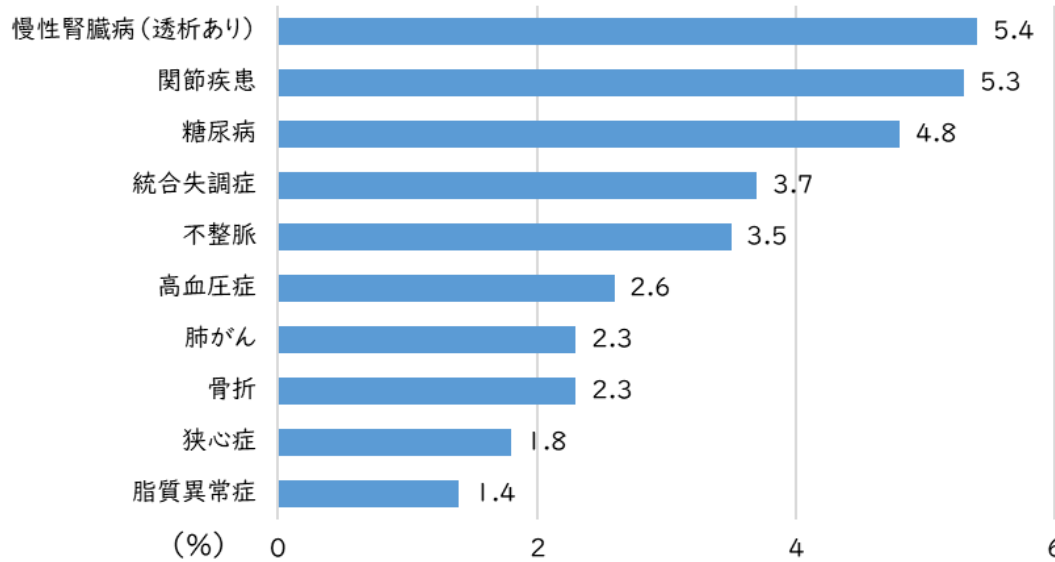
入院の疾病別医療費点数をみると、「関節疾患」「骨折」の順に多く、外来においては「糖尿病」「慢性腎臓病(透析あり)」の順に多くなっています。

健診受診者と未受診者を比較すると、県・同規模保険者・国のいずれにおいても健診未受診者の方が医療費は高くなっています。対馬市においても、未受診者の医療費は受診者の約4.9倍で、32,642円の差となっています。



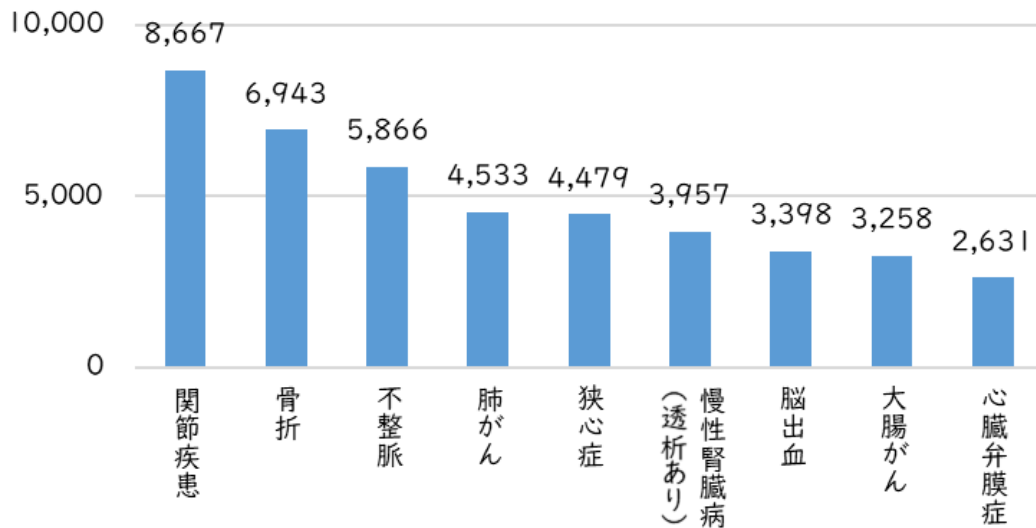
出典 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

医療費(入院+外来)を100%とした場合の構成割合(R4年度)

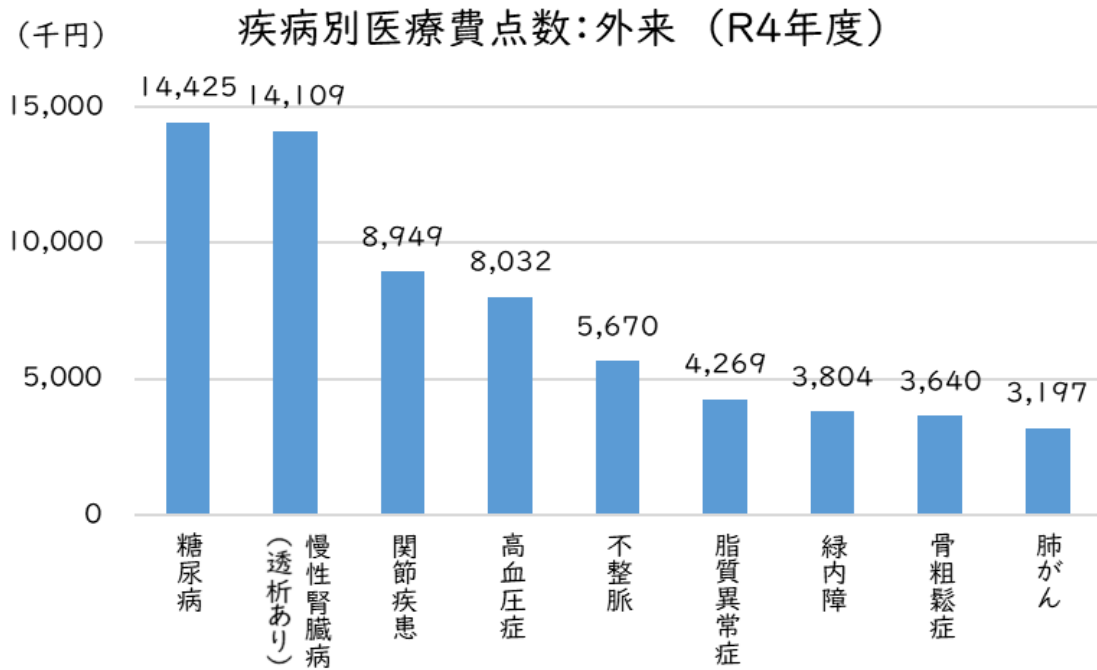


出典 KDB医療費分析(2)大、中、細小分類R4年度累計

(千円) 疾病別医療費点数:入院 (R4年度)

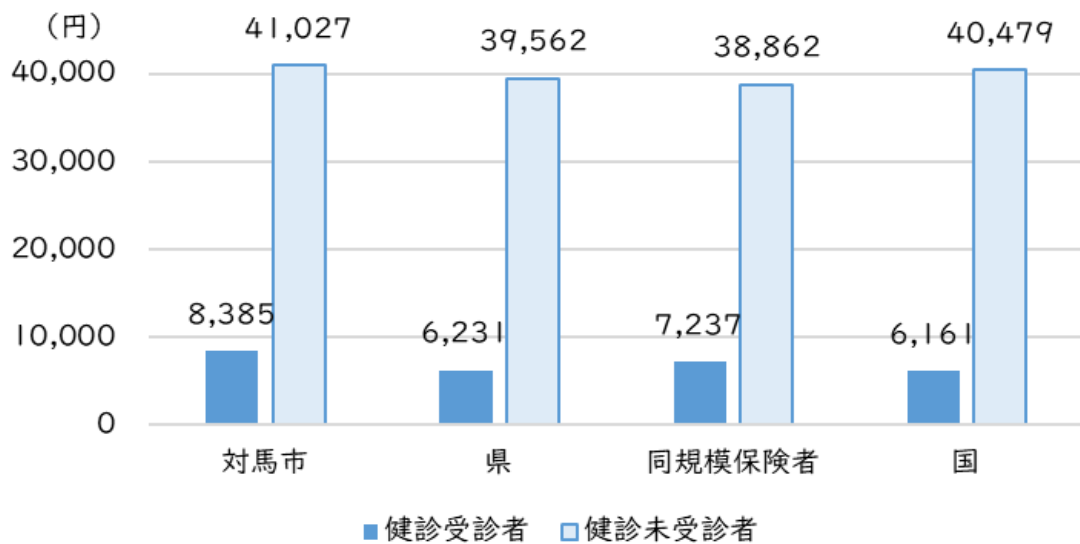


出典 KDB医療費分析(1)細小分類:疾病分析



出典 KDB医療費分析(1)細小分類:疾病分析

健診受診者・未受診者の一人当たり医療費 (R4年度)



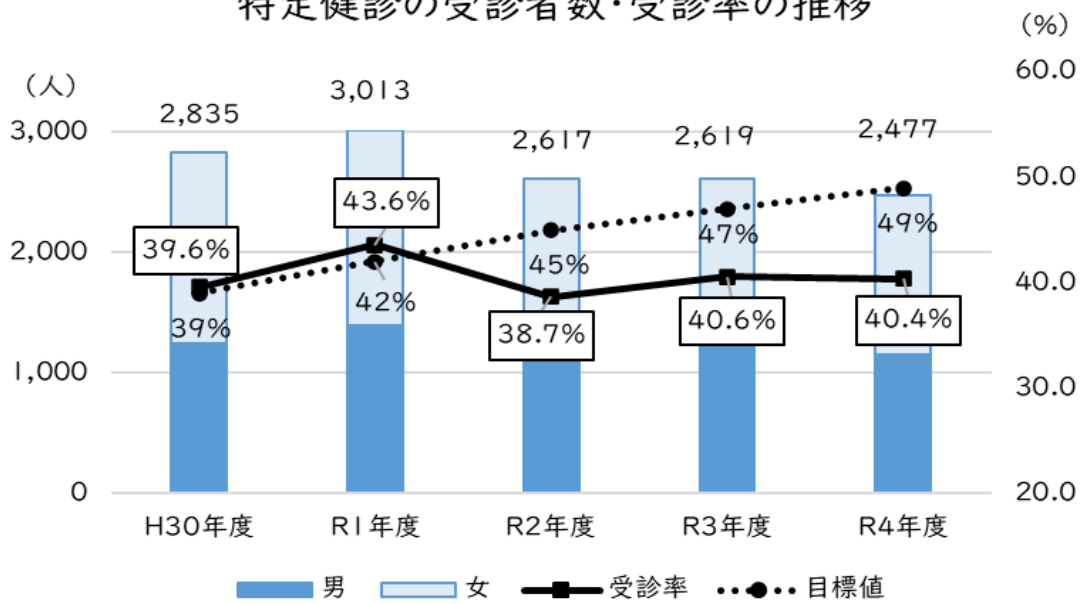
出典 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(6) 特定健診・特定保健指導等の状況

◆特定健診の状況

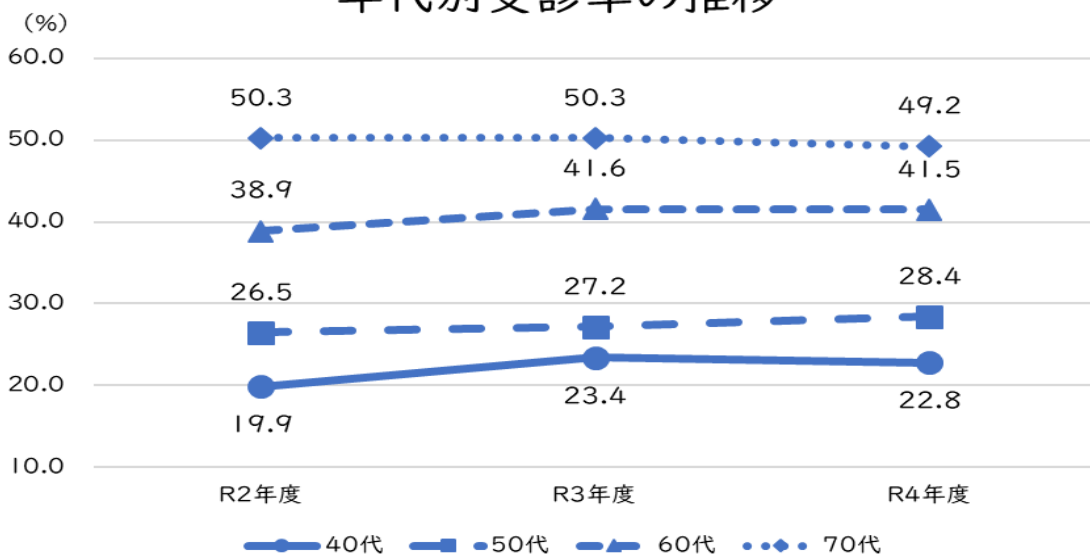
特定健診の受診率は、令和元年度までは目標値を達成していましたが、令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響を受け受診率は低下し、令和4年度になっても受診率は伸び悩む状況が続いています。また、年代別受診率の推移をみると、年代が高くなるにつれて受診率も高くなる傾向があります。40代 50代の受診率は低く、働き盛り世代や若い世代の受診率を重点的に伸ばしていく必要があります。

特定健診の受診者数・受診率の推移



出典 法定報告

年代別受診率の推移

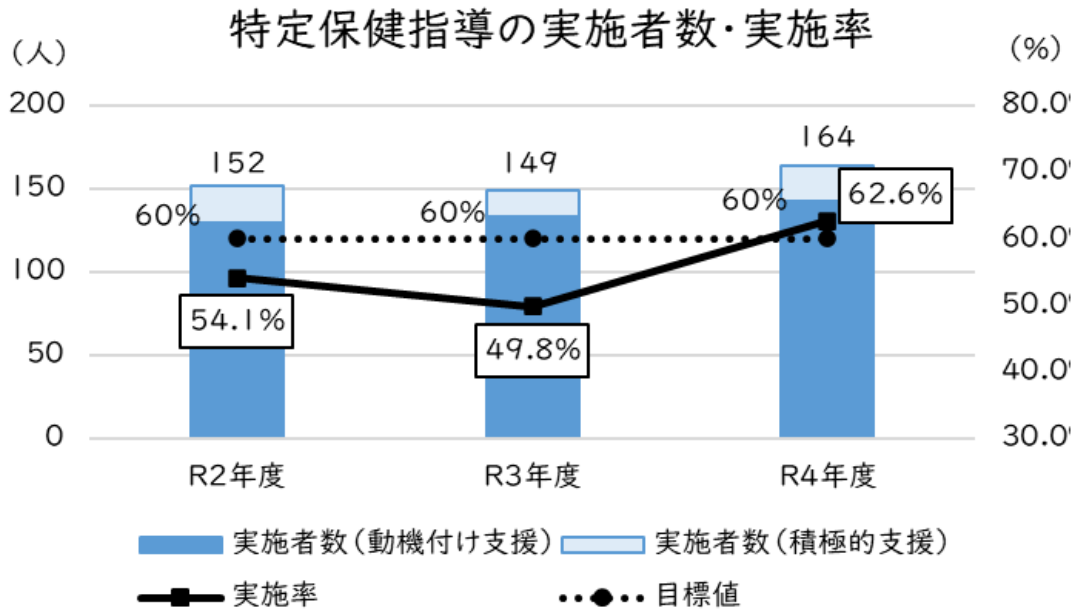


出典 法定報告

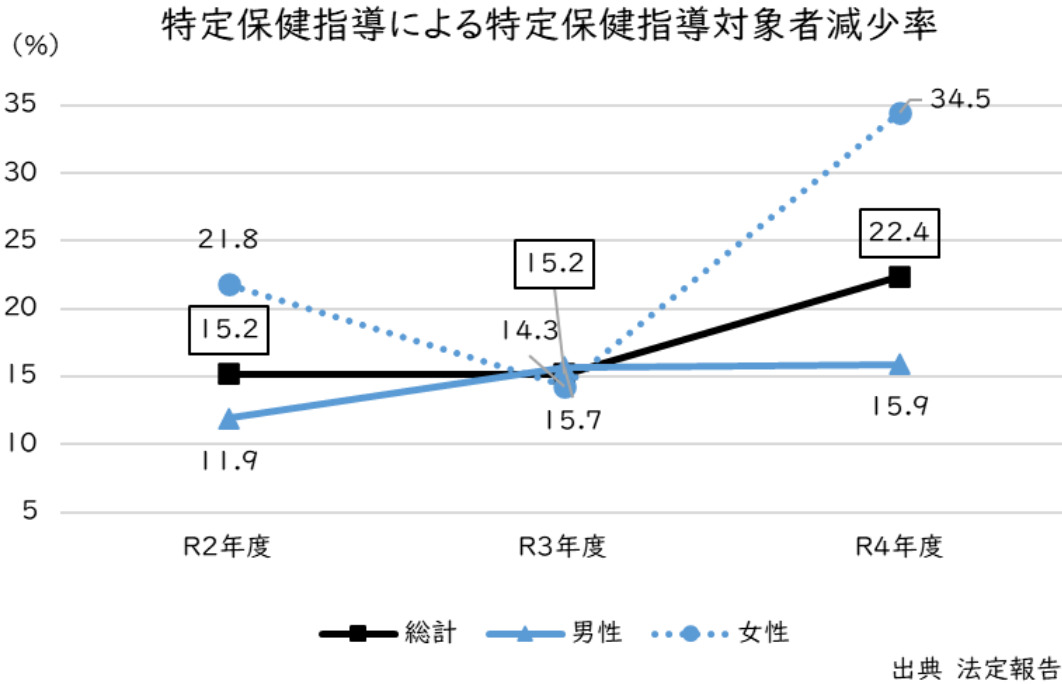
◆特定保健指導の状況

特定保健指導の実施率の推移をみると、未達成が続いていましたが、令和4年度は62.6%と目標値60%を達成することができました。これは、受診日当日の初回面接を取り入れたことによる効果だと考えます。特定保健指導による対象者の減少率は、令和4年度では22.4%となっており、特に女性の減少率が大きく影響しています。

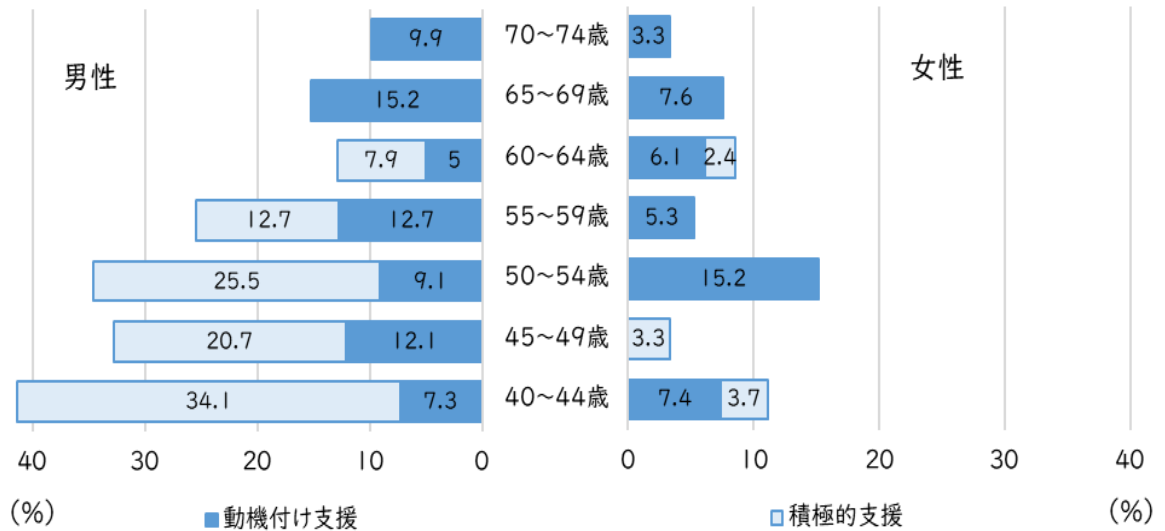
特定健診受診者に占める特定保健指導対象者は男性の割合が高く、積極的支援の対象者も男性に多いことがわかります。



出典 法定報告



特定健診受診者に占める特定保健指導対象者の割合 (R4年度)

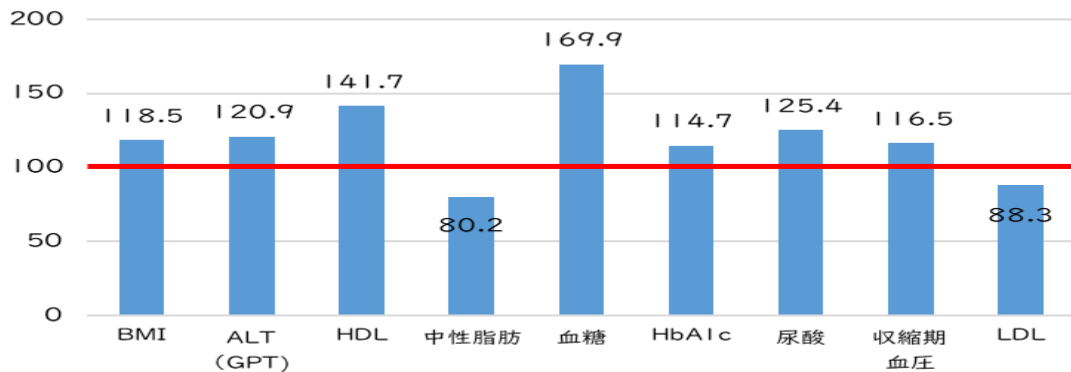


◆健診結果（生活習慣病）の状況

特定健診結果の有所見者状況をみると、男女共に「血糖」「HDL」が県・国との標準化比において特に高くなっています。また、肥満の割合について、男性は微増傾向、女性は微減傾向にあり、男女共に県内ワースト3位です。対県（国）標準化比においても高い状況です。また、血糖値（HbA1c）6.5以上の者の割合は、県と比較すると高く、その差は大きくなっています。一方、血糖値（HbA1c）8.0以上の者の割合は、県と比較すると低く、その差は大きくなっています。さらに、糖尿病のレセプトがある者のうち、特定健診受診の有無をみると、6割以上が特定健診を受診していないことがわかります。

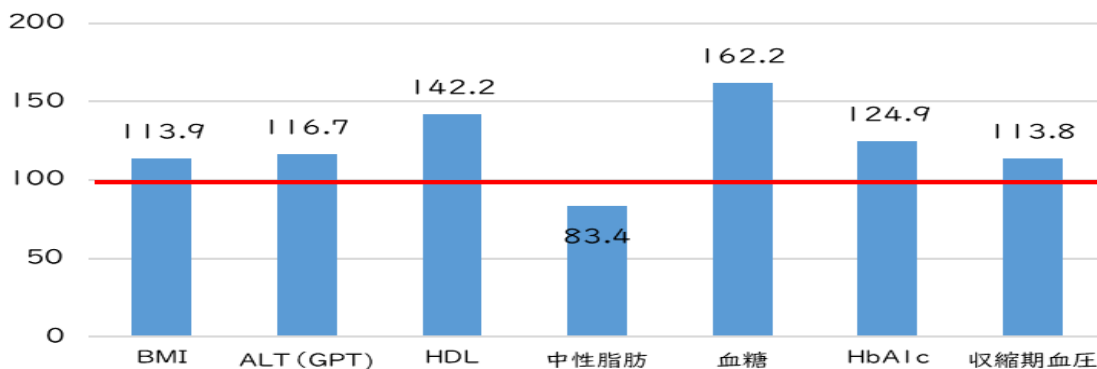
血圧が保健指導判定値以上の者の割合を県と比較してみると、県より高いことがわかります。また、県は微減している一方で、対馬市は横ばいの状態です。メタボ該当者・予備軍の有所見者状況の県との比較では、県とほぼ変わらない項目が多い中、「血糖・血圧」「血糖・血圧・脂質」の項目で県との差が出ており、県より高いことがわかります。

健診有所見者状況：男性【国との比較】（R4年度）



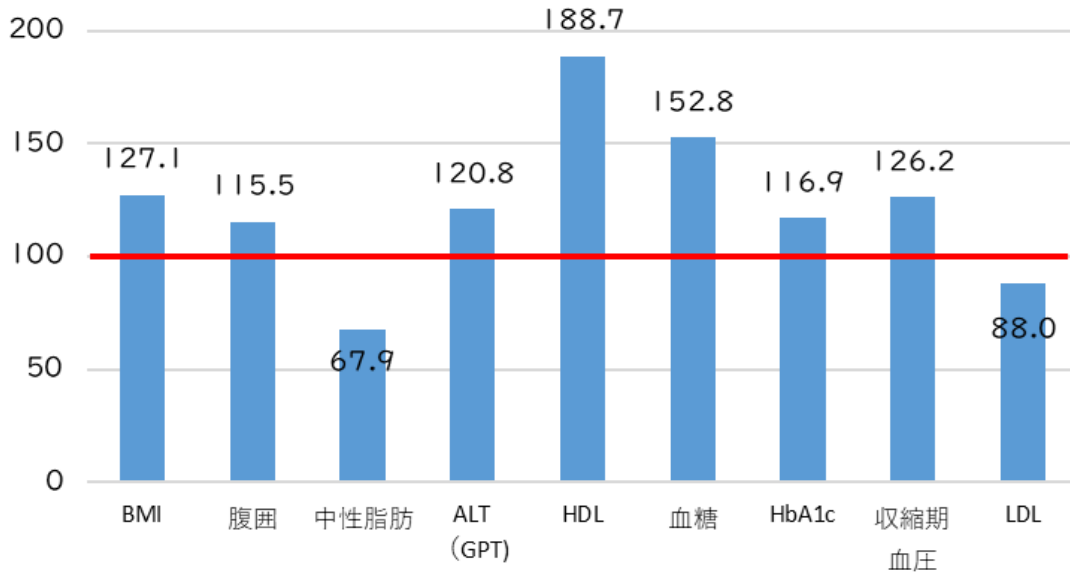
出典 KDB厚生労働省様式（5-2）R4より標準化比を算出国の基準を100とし有意差がある項目のみ記載

健診有所見者状況：男性【県との比較】（R4年度）



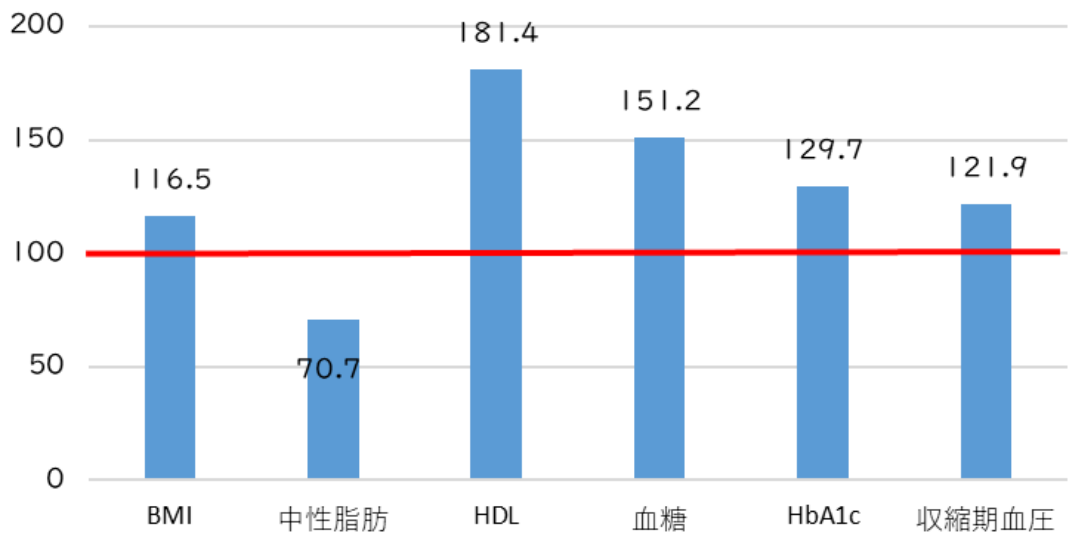
出典 KDB厚生労働省様式（5-2）R4より標準化比を算出県の基準を100とし有意差がある項目のみ記載

健診有所見者状況：女性【国との比較】（R4年度）

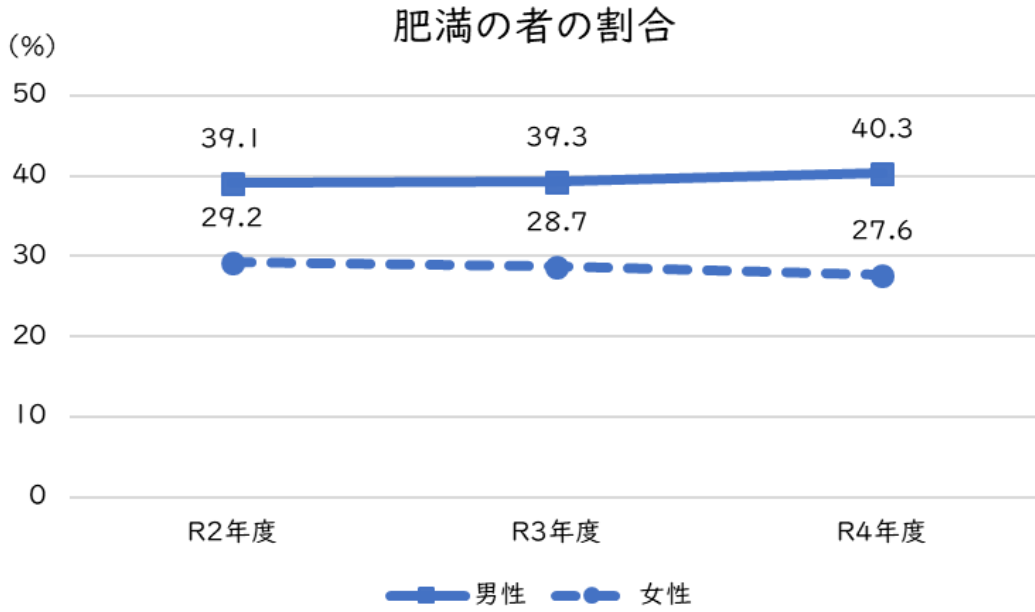


出典 KDB厚生労働省様式(5-2)R4より標準化比を算出
 国の基準を100とし有意差がある項目のみ記載

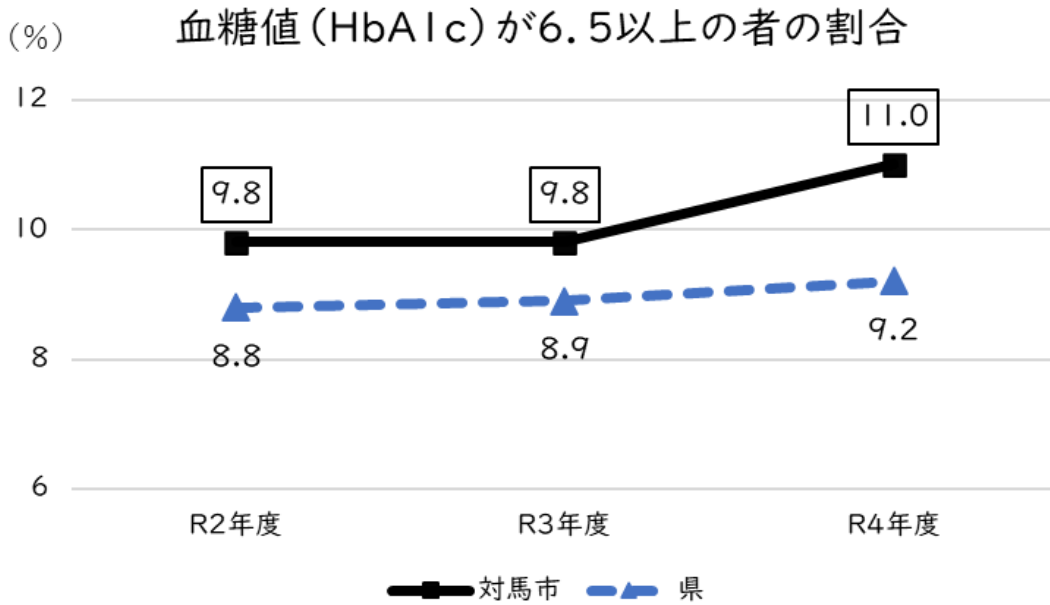
健診有所見者状況：女性【県との比較】（R4年度）



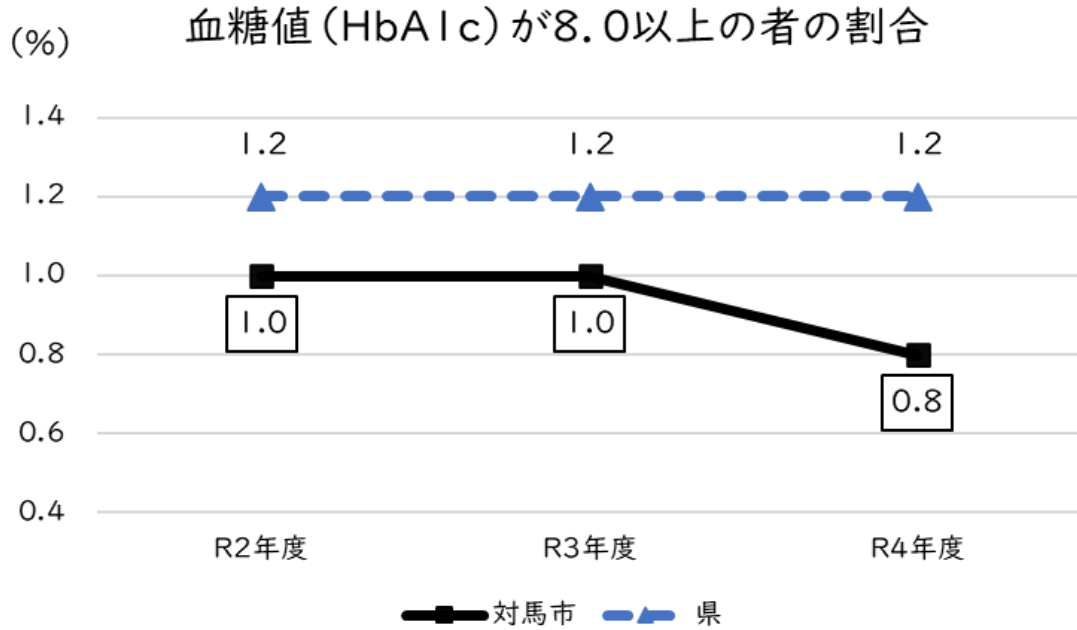
出典 KDB厚生労働省様式(5-2)R4より標準化比を算出
 県の基準を100とし有意差がある項目のみ記載



出典 KDB厚生労働省様式(5-2)

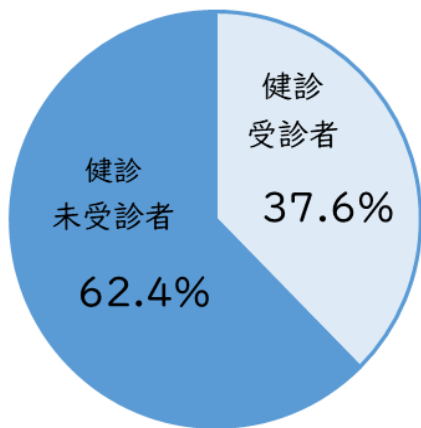


出典 KDB健診ツリー図:集計対象者一覧



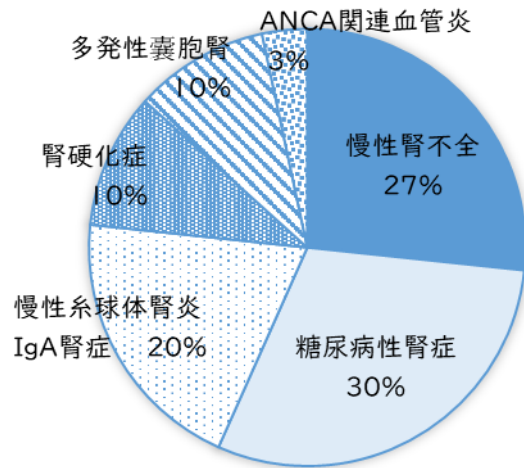
出典 KDB健診ツリー図:集計対象者一覧

糖尿病レセプトがある者の健診受診の有無 (R4年度)

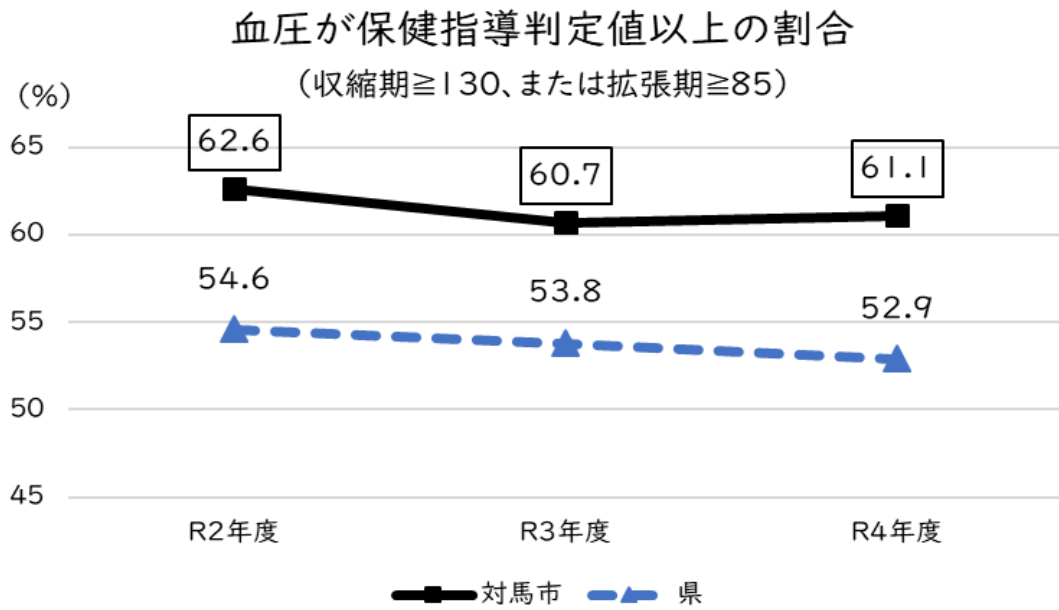


出典 KDB介入支援対象者一覧

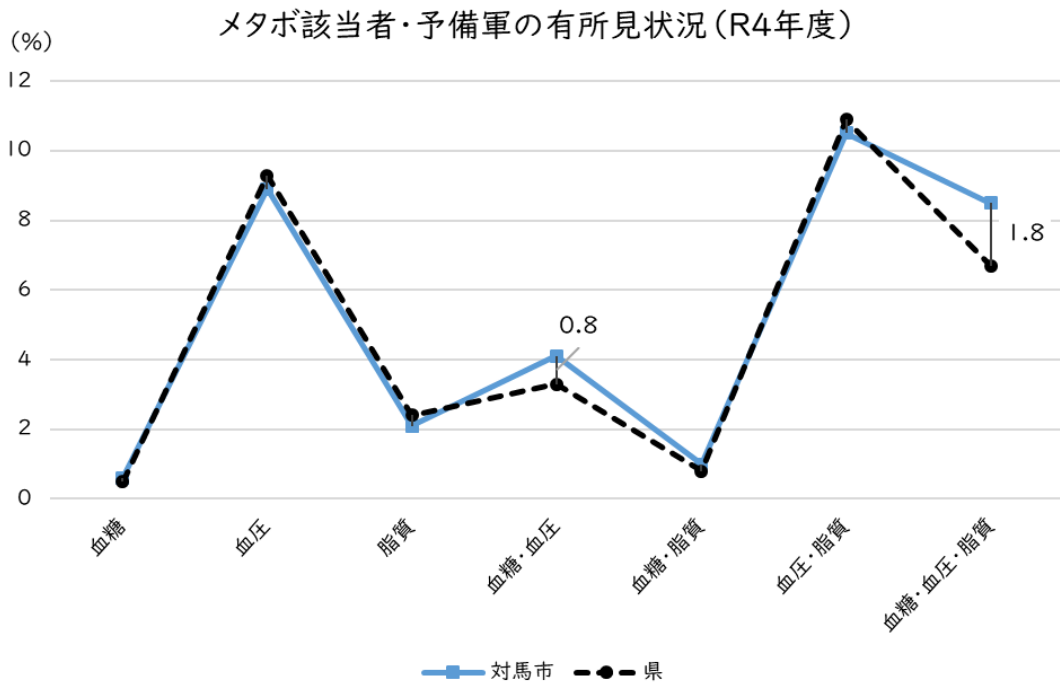
人工透析の原因疾患



出典 R5.9月更生医療データ



出典 KDB健診ツリー図 集計対象者一覧



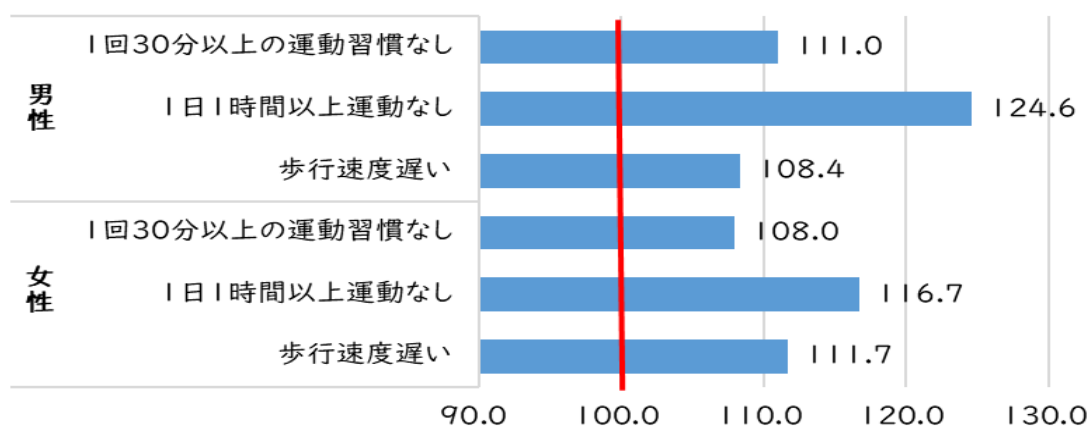
出典 KDB地域の全体像の把握 (R4年度累計)

◆質問票の状況

特定健診における質問票では、「1回30分以上の運動習慣なし」の質問において県内ワースト4位であり、県の割合よりも高い状況です。さらに、県及び国との標準化比においても、運動に関する3つの項目（「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」）において、男女共に、県や国より高いことがわかります。

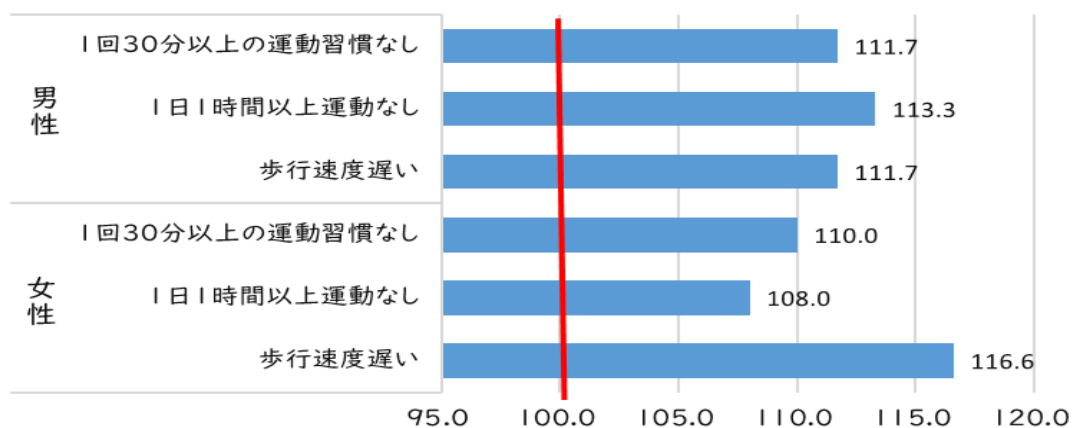
同様に、「噛みにくい」「ほとんど噛めない」の質問においては、県内ワースト2位・3位であり、咀嚼機能が低下している人の割合はかなり高い状況です。県及び国との標準化比においても、「何でも噛める」は男女共に県や国より低く、「かみにくいことがある」は県や国より高いことがわかります。

運動に関する質問票調査の状況【県との比較】（R4年度）



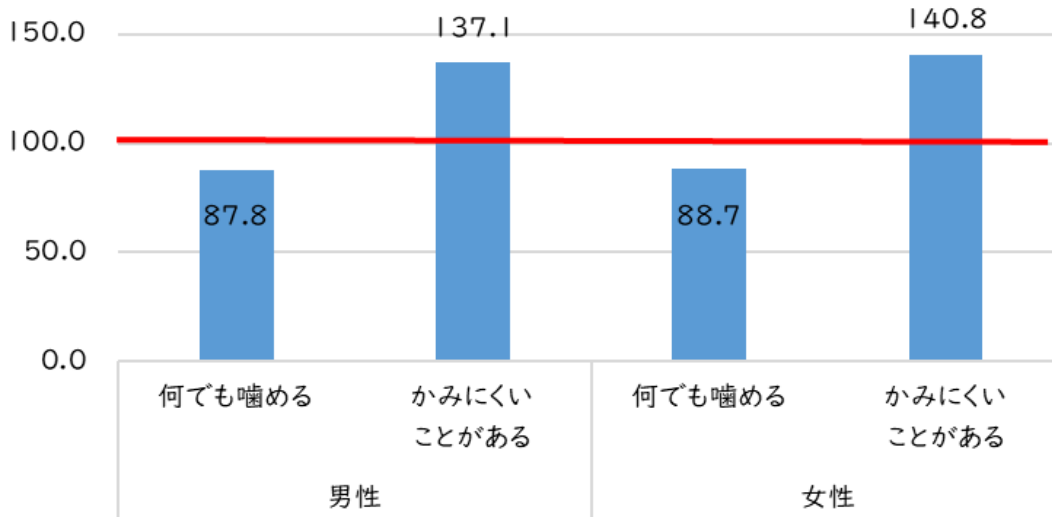
出典 KDB質問票調査の状況R4より標準化比を算出
県の基準を100とし有意差がある項目のみ記載

運動に関する質問票調査の状況【国との比較】（R4年度）



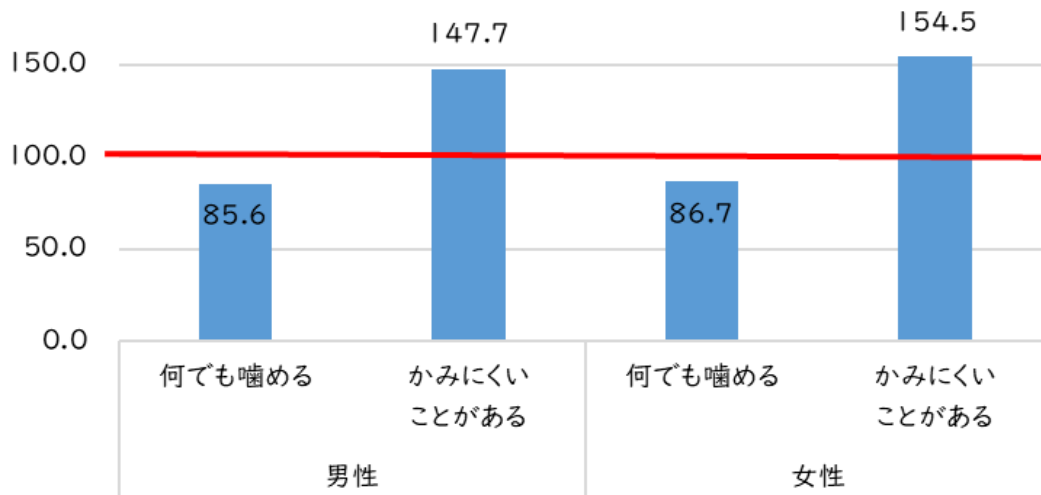
出典 KDB質問票調査の状況R4より標準化比を算出
国の基準を100とし有意差がある項目のみ記載

咀嚼に関する質問票調査の状況【県との比較】(R4年度)



出典 KDB質問票調査の状況R4より標準化比を算出
県の基準を100とし有意差のある項目のみ記載

咀嚼に関する質問票調査の状況【国との比較】(R4年度)



出典 KDB質問票調査の状況R4より標準化比を算出
国の基準を100とし有意差のある項目のみ記載

第3章 第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)

1. 健康課題の明確化

第2章の対馬市国民健康保険の特性から見えてきた健康課題は、次のとおりです。

	課題の把握
健診	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健診の受診率は目標値に達していません。 特に、40歳・50歳代の受診率が低い状況です。 2. 肥満の人の割合が、県・国より高い状況です。 3. 運動習慣がない人の割合が、県・国より高い状況です。 4. 咀嚼機能が低下している人の割合が、県・国より高い状況です。 5. 血糖・HDLの有所見者が、県・国より高い状況です。 6. 糖尿病のレセプトは、健診未受診者が6割を超えています。 7. 血圧が保健指導判定値以上である者の割合が高い状況です。 8. メタボ該当・予備軍のうち複数の疾患(血糖・血圧・脂質)を併せ持つ者の割合が県より高い状況です。
医療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 標準化死亡比は、国より高い状況です。 2. 一人当たりの医療費は上昇しています。 健診未受診者の一人当たり医療費は受診者に比べて高い状況です。 3. 外来においては糖尿病、入院においては関節疾患・骨折の医療費点数が高い状況です。
介護	<ol style="list-style-type: none"> 1. 要介護認定者の割合は県内ワースト1位です。 2. 人口は減少し、高齢化率は上昇しています。 3. 自立していない期間が、男女共に年々長くなっています。 4. 介護認定者の有病状況において、国との差は「筋・骨格」が1番大きくなっています。

2. 目的及び目標・指標・戦略

(1) 目的

前述した健康課題の把握から、予防可能な生活習慣病等、6年間の計画において優先する健康課題及び目的を下記に示します。

	優先する健康課題	計画全体における目的
1	特定健診の受診率が低い	健康状態を把握する者が増える
2	HbA1c6.5以上の者の割合が高い	血糖値や糖尿病を改善する者が増える
3	外来においては糖尿病、入院においては関節疾患・骨折に医療費点数が高い	
4	血圧が保健指導判定値以上である者の割合が高い	血圧の値を改善する者が増える
5	男女共に肥満の割合が高い	生活習慣を改善する者が増える
6	咀嚼機能が低下している人が多い	
7	運動習慣がない人の割合が高い	

(2) 目標と評価指標、戦略

◆データヘルス計画全体における目標と評価指標

本計画では、生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指します。そのための、データヘルス計画全体における対馬市の6年後の指標を、次のとおり設定し評価します。(★長崎県版共通評価指標)

目標:特定健診の受診率を伸ばし、自分の健康状態を把握する者を増やします。						
評価指標1	特定健康診査受診率 ★					
計画策定時	目標値					
R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
40.4%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%

第四期特定健康診査実施計画に準ずる(法定報告)

目標:ハイリスクアプローチを強化し、血糖値や糖尿病が改善する者を増やします。						
評価指標2	HbA1c6.5以上の者の割合 ★					
評価指標3	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合 ★					
計画策定時	目標値					
R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
11.0%	10.8%	10.7%	10.5%	10.4%	10.2%	10.1%
5.2%	維持又は減少	維持又は減少	維持又は減少	維持又は減少	維持又は減少	維持又は減少

(KDB 健診ツリー図 集計対象者一覧)

目標:骨粗鬆症検診の受診率を伸ばし、自分の骨密度を把握する者を増やします。						
評価指標4	骨粗鬆症検診の受診率					
計画策定時	目標値					
*R5(暫定)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
13.1%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%

*R5年度以降、対象者を拡大して実施しており、R4年度実績値では目標値との比較ができないため、計画策定時のデータはR5(暫定)とする。(健康管理システム)

3-2 目的及び目標・指標・戦略

目標:保健指導を充実させ、血圧の値が改善する者を増やします。						
評価指標5	血圧が保健指導判定値以上の割合 ★ (収縮期 \geq 130、又は拡張期 \geq 85)					
計画策定時	目標値					
R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
61.1%	60.4%	59.7%	59.0%	58.3%	57.6%	57.0%

(KDB 健診ツリー図 集計対象者一覧)

目標:ハイリスクアプローチを強化し、生活習慣が改善する者を増やします。						
評価指標6	肥満の割合					
評価指標7	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ★					
計画策定時	目標値					
R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
男 40.3%	男 39.8%	男 39.4%	男 38.9%	男 38.5%	男 38.0%	男 37.6%
女 27.6%	女 27.2%	女 26.9%	女 26.5%	女 26.2%	女 25.8%	女 25.5%
22.4%	22.7%	22.9%	23.2%	23.4%	23.7%	24.0%

(KDB 帳票 様式5-2) (法定報告)

目標:歯科衛生士による個別指導やポピュレーションアプローチを通して、口腔機能が向上する者を増やします。						
評価指標8	50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合 ★ (咀嚼-何でも噛んで食べることができる)					
計画策定時	目標値					
R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
66.7%	67.4%	68.2%	69.0%	69.8%	70.6%	71.4%

(KDB 質問票調査の状況)

目標:様々な保健事業を通して、運動習慣がない者の割合を減らします。						
評価指標9	運動習慣がない者の割合 ★ (「1回30分以上運動習慣なし」)					
計画策定時	目標値					
R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
65.3%	64.8%	64.3%	63.8%	63.3%	62.8%	62.3%

(KDB 質問票調査の状況)

◆データヘルス計画の目標を達成するための戦略

- 戦略1. 現状の特定健診受診勧奨も継続しつつ、受診率が低い40歳～50歳代をターゲットに、情報通信技術 (ICT) を活用した事業を展開します。
- 戦略2. 第二期計画の振り返りにより見えてきた、地域に出向き、肥満・高血糖・高血圧・咀嚼機能低下など、ハイリスク者へのアプローチを行います。
- 戦略3. 運動については、肥満や高血糖・骨折・関節疾患等とのつながりが深いため、他の事業と連動させながら運動指導も行います。
- 戦略4. 市の歯科衛生士によるポピュレーションアプローチや個別指導を行うとともに、歯周疾患検診の拡大及び受診勧奨を強化します。

3. 健康課題を解決するための個別保健事業

データヘルス計画全体の目標を達成するために、次の事業に取り組みます。

(1) 健診の受診率向上対策								
事業の目的	受診率向上に向けた各種取り組みの実施により、特定健診の受診者を増やすことで健康課題を把握し、生活習慣病の発症及び重症化予防につなげる。							
対象者	30歳～74歳の国保被保険者							
実施期間	通年							
実施場所	対象者自宅、各種広報媒体、イベント会場							
指標	評価指標	計画策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット	40歳～50歳代特定健診未受診者への受診勧奨率(%)	94.0	100	100	100	100	100	100
	CATV・市報・SNS等を活用した特定健診の周知(回)	21	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加
アウト カム	40歳～50歳代の特定健診受診率(%)	25.6	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	30.0
	特定健診対象者の2年連続受診率(%)	77.0	78.0	80.0	82.0	84.0	86.0	86.0
目標を達成するための主な戦略		情報通信技術 (ICT) を活用した健診の周知や受診勧奨の実施。健診の Web (LINE) 予約の導入。						
実施方法	現状の方法は継続して実施しながら、デジタル推進課との連携を図り、新たに ICT を活用した健診の周知及び受診勧奨、Web (LINE) 予約システム等を導入することで、受診率が低い40～50歳代の若い世代や働き世代の特定健診受診率向上を図る。市医師会と連携し、治療中の未受診者に対するみなし健診の周知を強化する。							
実施体制	庁内連携 1回/1～2か月、市医師会との連携							
評価計画	受診率の低い40～50歳代の特定健診受診率及び2年連続受診率を年度毎に確認し、受診勧奨の効果ならびに受診の定着を評価する。							

(2) 糖尿病発症予防・重症化予防事業①								
事業の目的	HbA1c6.5以上の者の割合を低下させる。							
対象者	健診受診者で HbA1c6.5以上の者							
実施期間	通年							
実施場所	市の公共施設(各コミュニティセンター)							
指標	評価指標	計画策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット	対象者に対する 糖尿病教室開催数(回)	—	1	1	1	3	3	3
アウト カム	糖尿病教室開催後の食事改善 率(%) (分母:教室参加者)	—	—	前年よ り増加	前年よ り増加	前年よ り増加	前年よ り増加	前年よ り増加
	糖尿病教室開催後の運動改善 率(%) (分母:教室参加者)	—	—	前年よ り増加	前年よ り増加	前年よ り増加	前年よ り増加	前年よ り増加
目標を達成するための主な戦略		糖尿病教室の開催、糖尿病啓発イベントの開催、CATV 文字放送の活用、ポスター掲示						
実施方法	疾患別での対象を絞った集団教室の企画・立案ができなかったため、地域に出向いて目標が達成できなかった高血糖の健康教室や生活習慣病予防教室の機会を増やし、自分の身体を知るきっかけづくりを行う。							
実施体制	庁内連携 1回/1~2か月							
評価計画	糖尿病教室開催後、教室参加者の年度末時点での生活習慣の変化(食事・運動)について評価する。これまでの実績がないため、令和6年度実績を基にして評価していく。また、中間評価の際は過去の実績と現状を考慮して最終年度までの目標値を設定する。							

(2) 糖尿病発症予防・重症化予防事業②								
事業の目的		糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（ハイリスク者）に対して、医療機関と連携して受診勧奨及び保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、健康増進と医療費の増加抑制を図る。						
対象者		前年度の特健診結果・レセプトデータ等から抽出（市独自の基準設定）した対象者						
実施期間		通年						
実施場所		対象者自宅						
指標	評価指標	計画策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット	保健指導実施数（保健指導実施に同意した者）	6	対象者 全員	対象者 全員	対象者 全員	対象者 全員	対象者 全員	対象者 全員
アウト カム	保健指導実施後のHbA1c改善率（％）（分母：指導実施者）	50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	55.0	56.0
	保健指導実施後の食事改善率（％）（分母：指導実施者）	100	100	100	100	100	100	100
目標を達成するための主な戦略		受診勧奨、ハイリスク者への保健指導						
実施方法		これまでの糖尿病性腎臓病重症化予防事業を継続する。健診結果送付時に医療機関受診を促すコメントを記載する。その後、未受診者には二次勧奨を行う。保健指導については、対象者へ事業案内を行い、本人とかかりつけ医の同意が取れた方に、医療機関と連携して保健指導を行う。						
実施体制		庁内連携 1回／1～2か月						
評価計画		保健指導を行った者の数値の変化・生活習慣の変化について評価する。						

(3) 生活習慣病発症予防事業								
事業の目的	健診結果を生かして、運動や食生活などの生活習慣の改善を行い、適正体重を保つことで、生活習慣病(特に高血圧)の発症を予防する。							
対象者	30歳以上の国保被保険者							
実施期間	通年							
実施場所	公共施設、対象者自宅、イベント会場							
指標	評価指標	計画策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット	健康教室開催数(回)	0	1	1	1	3	3	3
	血圧の精密検査受診率(%)	62.2	63.0	63.0	63.5	63.5	64.0	64.0
アウト カム	教室開催後の生活習慣の改善率(分母:教室参加者)(%)	—	—	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加
	肥満者への個別保健指導実施率(分母:対象者)(%)	78.7	79.0	80.0	81.0	82.0	83.0	84.0
	ウォーキングイベントの参加者数(人)	470	500	500	550	600	650	700
	県健康アプリ利用者数(人)	311	600	700	800	850	900	950
目標を達成するための主な戦略	テーマや対象を絞った集団健康教育の実施							
実施方法	個別保健指導かつ精密検査受診勧奨を継続して行う。加えて、ハイリスク者への教室をモデル的に行い、効果的な実施内容や方法を検討していく。ポピュレーションアプローチとして、ウォーキングイベントへの参加勧奨や県健康アプリの利用促進を行い、健康意識及び自己管理能力の向上を図る。							
実施体制	庁内連携 1回/1~2か月 市医師会との連携							
評価計画	教室参加者の一定期間後の行動変容を評価する。これまでの実績がないため、令和6年度実績を基にして評価していく。また、中間評価の際は過去の実績と現状を考慮して最終年度までの目標値を設定する。さらに、ウォーキングイベントの参加者数や県健康アプリの利用数を、市民の運動習慣の意識を図る指標とし、評価していく。							

3-3 健康課題を解決するための個別保健事業

(4) 歯周疾患対策								
事業の目的	歯及び口腔内の健康維持と歯科保健に関する意識の啓発を図る。							
対象者	20歳以上の国保被保険者							
実施期間	通年							
実施場所	市内歯科診療所、公共施設、地域の集会所、イベント会場							
指標	評価指標	計画策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット	歯科保健指導実施率 (%)	27.7	30.0	30.3	30.6	30.9	31.2	31.5
	歯周疾患検診受診勧奨率 (%)	—	—	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加
アウト カム	歯科保健指導実施者の口腔状態の改善状況 (%)	—	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
	歯周疾患検診受診者における国保被保険者の割合 (%)	—	—	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加	前年より増加
目標を達成するための主な戦略		マンパワーや事業の優先順位を考慮すると、現在の取り組みを継続しつつ可能な範囲で事業を拡大することが望ましい。既存の事業がより効果的な取り組みとなるよう工夫を続ける。						
実施方法	生活歯援プログラムを継続する。お口の健康に関する情報提供や歯周疾患検診の周知啓発を行う。対象者に受診券を送付し受診を促すとともに、特定健診受診者のうち歯周疾患検診未受診者への受診勧奨を強化する。							
実施体制	市歯科医師会との協議会 年2回、保健所主催協議会 年1回							
評価計画	対象者の生活習慣と検診受診への行動変容にて評価を行う。歯周疾患検診の対象者や実施方法等の変更により、これまでの実績がないため、令和6年度実績を基にして評価していく。また、中間評価の際は過去の実績と現状を考慮して最終年度までの目標値を設定する。							

(5) 骨折予防対策								
事業の目的		骨粗鬆症予防のための生活習慣を知り、骨粗鬆症検診にて将来的に起こる可能性の高い骨粗鬆症や骨折の発生を予防する。						
対象者		40歳以上の市民						
実施期間		通年						
実施場所		各集団型女性がん検診会場や節目健診実施医療機関及びイベント会場						
指標	評価指標	計画策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット	骨密度検査後、個別保健指導の実施率(%)	—	100	100	100	100	100	100
	イベントにおける骨密度検査の実施回数	—	1	2	2	3	3	3
アウト カム	検診後の精密検査受診率(%)	50.0	50.0	55.0	60.0	60.0	65.0	65.0
目標を達成するための主な戦略		イベントでの骨密度検査の実施機会を増やす。						
実施方法		骨粗鬆症検診については、集団型女性がん検診と同時に受診機会を設定し、対象者への受診勧奨を積極的に行い、また、結果に応じた指導を健診当日に実施する。イベントでの骨密度検査実施によって、自身の骨密度を知る機会を増やす。						
実施体制		庁内連携 1回/1~2か月、医療機関や薬局と連携し、社会資源を有効活用していく。						
評価計画		検診受診率や精密検査受診率、保健指導実施率の変化について経年的に評価し、目標の達成状況を確認する。						

第4章 第四期特定健康診査等実施計画

1. 目標

第四期特定健康診査等実施計画では、近年の本市の実施率と今後の取り組みによる効果を見込み、令和11年度の目標値を、特定健診の受診率は52.0%、特定保健指導の実施率は65.0%とします。

◆特定健診・特定保健指導の対象見込み数

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診	6,048	5,801	5,567	5,346	5,138	4,943
特定保健指導	260	249	239	225	211	198

◆第四期計画における年度別目標値

	現状値 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診 受診率	40.4%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%
特定保健指導 実施率	62.6%	63.0%	63.4%	63.8%	64.2%	64.6%	65.0%

2. 特定健診・特定保健指導の実施方法

特定健診・特定保健指導の実施内容は、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」(2023年3月厚生労働省保健局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室)に記載されている内容に準拠しています。

◆特定健診の対象者

対馬市国保の被保険者のうち、実施年度中に40~74歳となる者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)を対象に、年1回実施します。

ただし、妊産婦・刑務所入所者・海外在住者・長期入院者等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

◆特定健診の実施方法及び実施場所

個別型健診:対馬市医師会及びその他の医療機関に委託し、市内の協力医療機関において実施します。

集団型健診:早朝及び休日も自宅近隣で受診できるよう地域の集会施設等を会場として実施します。

◆特定健診の検査項目

検査項目は、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく厚生労働省令「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条に定められた「基本的な検査項目」と「実施基準に関する大臣告示(厚生労働省告示第265号平成29年8月1日)」に基づき実施することができる「詳細な健診項目」を実施します。なお、対馬市が独自に追加する「追加健診項目」に基づき実施します。

【基本的な健診項目】

実施基準に規定されている次の項目について、すべての受診者に実施します。

項目	実施内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む。
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI	BMI=体重(kg)÷身長(m) ²
血圧の測定	収縮期血圧 拡張期血圧
肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量・HDLコレステロール・LDLコレステロール 空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

【詳細な健診項目】

厚生労働大臣が定める基準に該当する者のうち、医師が必要と認めるものについては、詳細な健診を実施します。

項目	実施できる条件				
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHgもしくは拡張期血圧90mmHg以上または問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	<p>当該年度の特定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</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上、または、随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定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、前年度の特定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。</p>	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(NGSP値)6.5%以上、または、随時血糖値が126mg/dl以上
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(NGSP値)6.5%以上、または、随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	<p>当該年度の特定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</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または、随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または、随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または、随時血糖値が100mg/dl以上				

【対馬市独自の追加健診項目】

循環器疾患・腎疾患・糖尿病等の発生予防のために、次の項目を基本的な項目に追加し、すべての受診者に実施します。

項目	実施内容
血糖検査	HbA1c(ヘモグロビン・エーワンシー)
腎機能検査	血清クレアチニン・血清尿酸・尿潜血
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
心電図検査	12誘導心電図

*血清クレアチニン検査及び貧血検査については、詳細健診の対象となるものは詳細健診項目として実施するものとします。

◆実施時期

個別型健診:当該年度の5月から翌年2月

集団型健診:10月頃(年度により委託機関と調整)

◆案内方法

対象者には、特定健康診査受診券と受診内容が掲載されたちらしを個別に郵送します。また、広報やホームページ・ポスター等で周知を図ります。

◆自己負担金

原則として、特定健診受診にかかる本人負担は無料とします。

◆委託の有無

個別型健診は、対馬市医師会及び島内医療機関へ委託(令和4年度10医療機関)

集団型健診は、健診機関への委託

◆代行機関

長崎県国民健康保険団体連合会を代行機関とし、費用決済・健診データの登録・法定報告等の事務処理を委託します。

・代行機関名 長崎県国民健康保険団体連合会

・所在地 長崎市今博多町8番地2

◆特定健診受診者を増やす取り組み

特定健診の受診率向上のため、ポピュレーションアプローチと連動した下記の取り組みを推進します。

受診率向上のための取り組み
<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率向上推進員による個別受診勧奨 (訪問・はがき勧奨・電話勧奨等、対象者の特性に応じた勧奨方法を検討し実施します。) ○健診コールセンターとの連携 ○がん検診との同日実施 ○健康づくり抽選会の開催 ○かかりつけ医の協力による受診勧奨 ○人間ドック費用助成制度の周知 ○事業所健診の情報提供依頼 ○医療情報提供事業の周知 ○インセンティブの付与 ○若者健診の実施 ○消防団員健診の実施・拡大 ○飛び込み健診可能な医療機関の周知 ○土日・休日、出前健診の検討

◆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の選定と保健指導レベルの階層化を行い、動機付け支援・積極的支援とされた人に対して特定保健指導を実施します。

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧		④喫煙歴	40～64 歳	65～74 歳
	2つ以上該当	1つ該当			
男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	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 BMI25以上	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	—	—		

①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、HbA1c5.6%以上または随時血糖が100mg/dl 以上（原則として空腹時血糖又は HbA1c を測定することとし、空腹時以外は HbA1c を測定する。やむを得ず空腹時以外においてHbA1c を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。空腹時血糖値及び HbA1c の両方を測定している場合、空腹時血糖の値を優先とする。）

②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上または随時中性脂肪175mg/dl 以上（原則として空腹時中性脂肪を測定することとする。やむを得ず空腹時中性脂肪を測定しない場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を行うことを可とする）またはHDLコレステロール 40mg/dl 未満

③血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上に該当する者（糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療にかかる薬剤を服用している者を除く）

◆特定保健指導対象者と支援方法

保健指導レベル	支援方法	
動機付け支援	初回面接	保健師、管理栄養士が対象に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のための支援を行います。
	実績評価	初回面接から3か月経過後、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認・評価を行います。
積極的支援	初回面接	保健師、管理栄養士が対象に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のための支援を行います。
	継続的支援	3か月以上の継続的な支援を行います。 ※食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項についての実践的な指導、取り組みを維持するための励まし等
	実績評価	初回面接から3か月経過後、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認・評価を行います。

*積極的支援における継続的な支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少		180p
	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少		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	支援種別	個別支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低10分以上
		グループ支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低40分以上
		電話	支援1回当たり30p 支援1回当たり最低5分以上
		電子メール等	支援1往復当たり30p
	早期実施	健診当日の初回実施	20p
		健診後1週間以内の初回面接	10p

【特定保健指導対象者以外の者】

保健指導レベル	対象者	支援方法
個別保健指導	BMI25 以上の肥満者のうち定期通院のない者	特定保健指導に準じた方法
受診勧奨域の者	対馬市特定健診判定基準にて「要精査」と判定された者	生活改善の必要性和医療機関の受診勧奨
生活習慣病コントロール不良	生活習慣病治療中の者で特定保健指導の追加リスク基準に該当する者	かかりつけ医との連携 レセプト状況の確認と生活習慣改善の支援
情報提供 (受診不必要)	上記対象者以外	適切な生活改善と次年度の健診の受診勧奨

◆実施方法及び実施時期

保険者が直接実施します。委託医療機関から結果が届き次第、対象者の状況に応じて個別指導にて実施します。委託については、保健指導の効果的な実施を考慮し、随時検討していきます。

◆自己負担

特定保健指導にかかる本人負担は無料とします。

第5章 計画の推進

1. 計画の評価と見直し

本計画に掲げた事業・取り組みに関しては、KDB 等を活用して可能な限り客観的な数値結果に基づいた進捗状況の評価を、年度毎に行います。その際は、費用対効果の観点も考慮して行うこととし、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て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。さらに、計画期間の中間年度にあたる令和8年度と最終年度にあたる令和11年度においては、目標達成状況及び事業実施状況の評価を行い、新たな課題や状況を踏まえ、数値目標を含めた計画の見直しを図ります。

なお、今後、分析結果に関する知見や国の動向により、必要な場合には計画期間内においても計画の見直しを行うこととします。

2. 計画の公表・周知

「特定健康診査・特定保健指導実施計画」に関しては、『高齢者の医療の確保に関する法律』の第19条第3項において、“保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、またはこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない”と定められています。また「データヘルス計画」についても被保険者である市民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す。よって、本計画は、市ホームページに掲載し公表します。

3. 個人情報の取り扱い

本計画の作成・事業実施及び評価等における個人情報の取り扱いについては、対馬市個人情報保護法施行規則（令和5年3月20日規則第12号）、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及びこれに基づくガイドライン「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月個人情報保護委員会）を遵守するものとし、適正な管理に努めます。

4. 地域包括ケアにかかる取り組み

「地域包括ケアシステム」とは、「重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・生活支援・介護予防・住まいが一体的に提供される仕組み」のことを言います。

本市では、「みんなでつくろう!いつまでも安心して健やかに暮らせる島 対馬」を基本理念とし、高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画が策定されており、国保保健事業を推進するにあたり、地域包括ケアの視点も重視する必要があります。

国保被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合は高く、医療の必要性も高まることから、高齢者が地域で元気に暮らし、医療・介護サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、非常に重要となっています。要介護状態になる原因として生活習慣病の重症化によるものも多く、このうち虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等は生活習慣の改善により予防が可能となります。このため、国保被保険者の生活習慣病の重症化予防等を推進することが要介護認定者の減少、市民一人一人の健康寿命の延伸につながります。

健康課題を解決するために実施する保健事業のほか、国保データベース(KDB)等の医療・健診データを活用し、生活習慣病予防や介護予防が必要な被保険者を抽出し、長寿介護課と健康課題等の情報共有を図り、介護予防自主グループを継続支援するなど、被保険者が安心して住み慣れた地域で暮らすことができる地域づくりに資するよう努めます。

対馬市国民健康保険
第三期データヘルス計画
第四期特定健康診査・特定保健指導実施計画
【令和6年度～令和11年度】
(2024年度～2029年度)

令和6(2024)年3月 発行

発行 対馬市保健部 健康増進課
住所 〒817-1292 対馬市豊玉町仁位380番地
電話 0920-58-1116