

新上五島町国民健康保険

第3期 保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

令和**6**年度  
(2024年度)



令和**11**年度  
(2029年度)



新上五島町



## 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

---

<b>第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項</b>	<b>1</b>
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置づけ	1
3. 計画期間	2
4. 関係者が果たすべき役割と連携	2
<b>第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における課題の明確化</b>	<b>6</b>
1. 現状の整理	6
2. 第2期計画に係る評価及び考察	6
3. 健康医療情報等の分析と課題	14
4. 計画全体	43
<b>第3章 問題解決するための個別の保健事業</b>	<b>44</b>
1. 特定健診事業	44
2. 特定保健指導	46
3. 疾病予防、重症化予防のための保健指導	49
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業	52
5. 生活習慣病予防・重症化予防のための健康教育	53
6. 40歳前の若年者健診事業	55
7. 歯科口腔保健対策の推進	56
8. 保健事業と介護予防の一体的実施の推進	57
9. がん検診受診勧奨事業	59
10. 各事業の目標値一覧	60
<b>第4章 計画の評価・見直し</b>	<b>63</b>
1. 評価の時期	63
2. 評価方法・体制	63
<b>第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>64</b>
1. 計画の公表・周知	64
2. 個人情報の取扱い	64



# 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

## 1. 背景・目的

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、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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

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（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、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）を作成した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革行程表2021」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検討するとともに、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正なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示された。

このように、すべての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

新上五島町においては、国の指針、長崎県が示す長崎県版共通評価指標に基づき、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な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計画を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

## 2. 計画の位置づけ

第3期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1～2）

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとする。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とする。（図表3）

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められる。

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、長崎県医療費適正化計画（第4期）、第8次医療計画が令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、健康保険課が中心となり、保険者の健康課題を分析し、計画の策定等を進める。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施し、個別の保健事業の評価や計画を評価し、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。

#### 2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、国民健康保険団体連合会、長崎県等の有識者等、町の国保運営協議会、糖尿病対策会議等の有識者等との連携・協力が重要となる。

#### 3) 被保険者の役割

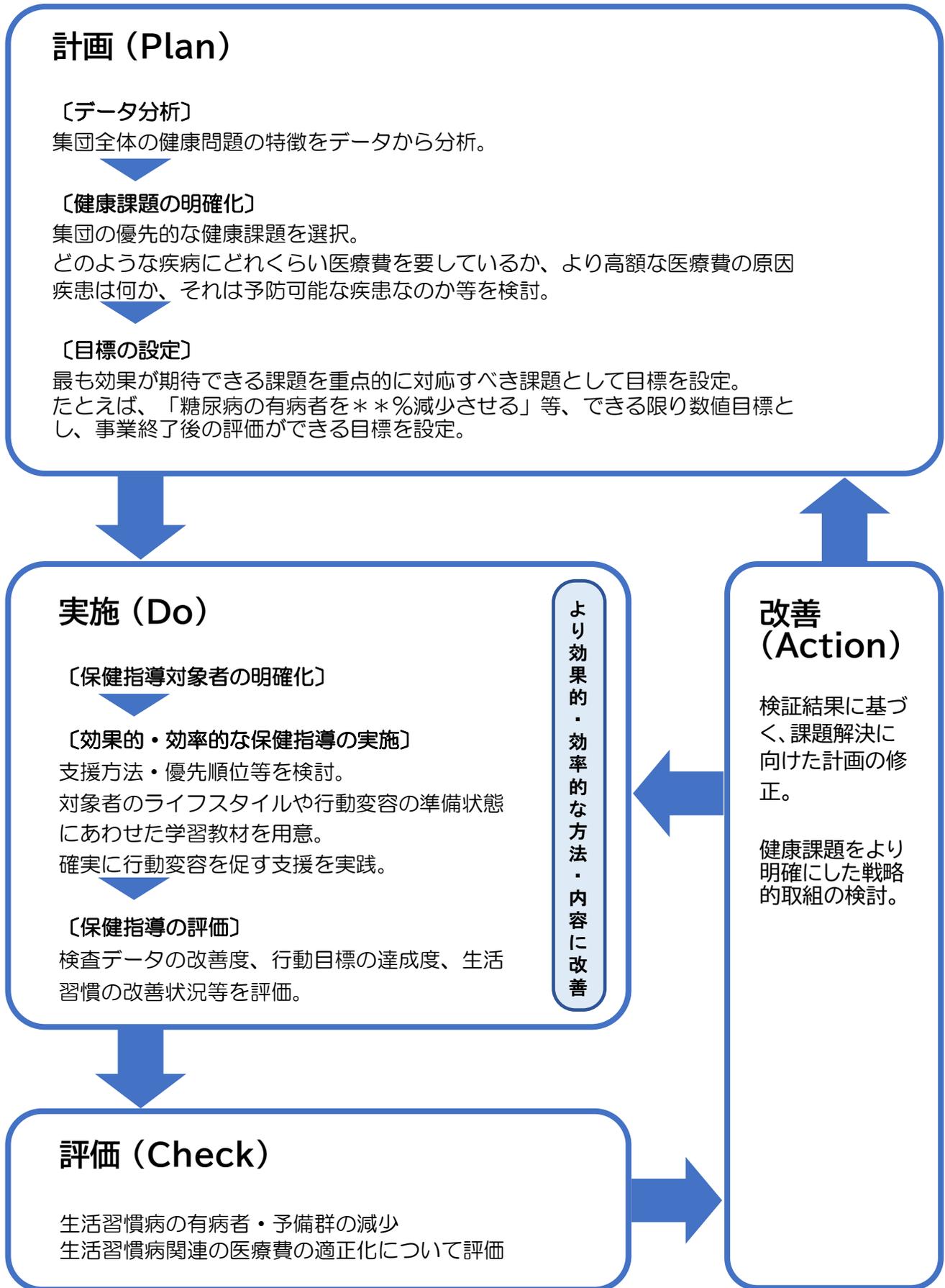
計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。

図表1 法定計画等の位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	介護保険事業(支援)計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)
法律	健康増進法第8条、第9条 第6条健康増進事業実施者 (※)	国民健康保険法第82条 健康保険法第150条 高確法第125条	高齢者の医療の確保に関する法律第19条	介護保険法第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律第9条	医療法第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年2月  国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和2年3月改正  「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の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和2年3月改正  特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 老健局 令和3年改正  介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月全部改正  医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 平成29年3月改正  医療提供体制の確保に関する基本方針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	市町村:義務 都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を利用して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を策定し、保健事業の実施及び評価を行う。	保険者は、加入者数、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮して、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成する。	地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるようにする。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援、重度化防止	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期)	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代への生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣作りにも配慮	40～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン関連疾患、他神経系疾患)	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	疾病予防・介護予防 (要介護の原因疾患) 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん ロコモティブシンドローム やせ メンタルヘルス			認知症 フレイル 口腔機能、低栄養		がん 精神疾患
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標改善に関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病の発症予防・重症化予防 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2 自然に健康になれる環境づくり ○ライフコース 1.こども 2.高齢者 3.女性	○中長期的目標 ・医療費の変化 ・医療費対効果 ・薬剤投与量の変化 ○短期目標 ・血圧、血糖値、脂質等の検査値の変化 ・生活習慣の変化(食習慣、運動習慣) ・受療行動の開始	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	①PDCAサイクルの活用に関する保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携)、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)	【入院医療費】 医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①5疾病、5事業に関する目標 ②在宅医療連携体制(地域の実情に応じて設定) <5事業> ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、保険者との連携	

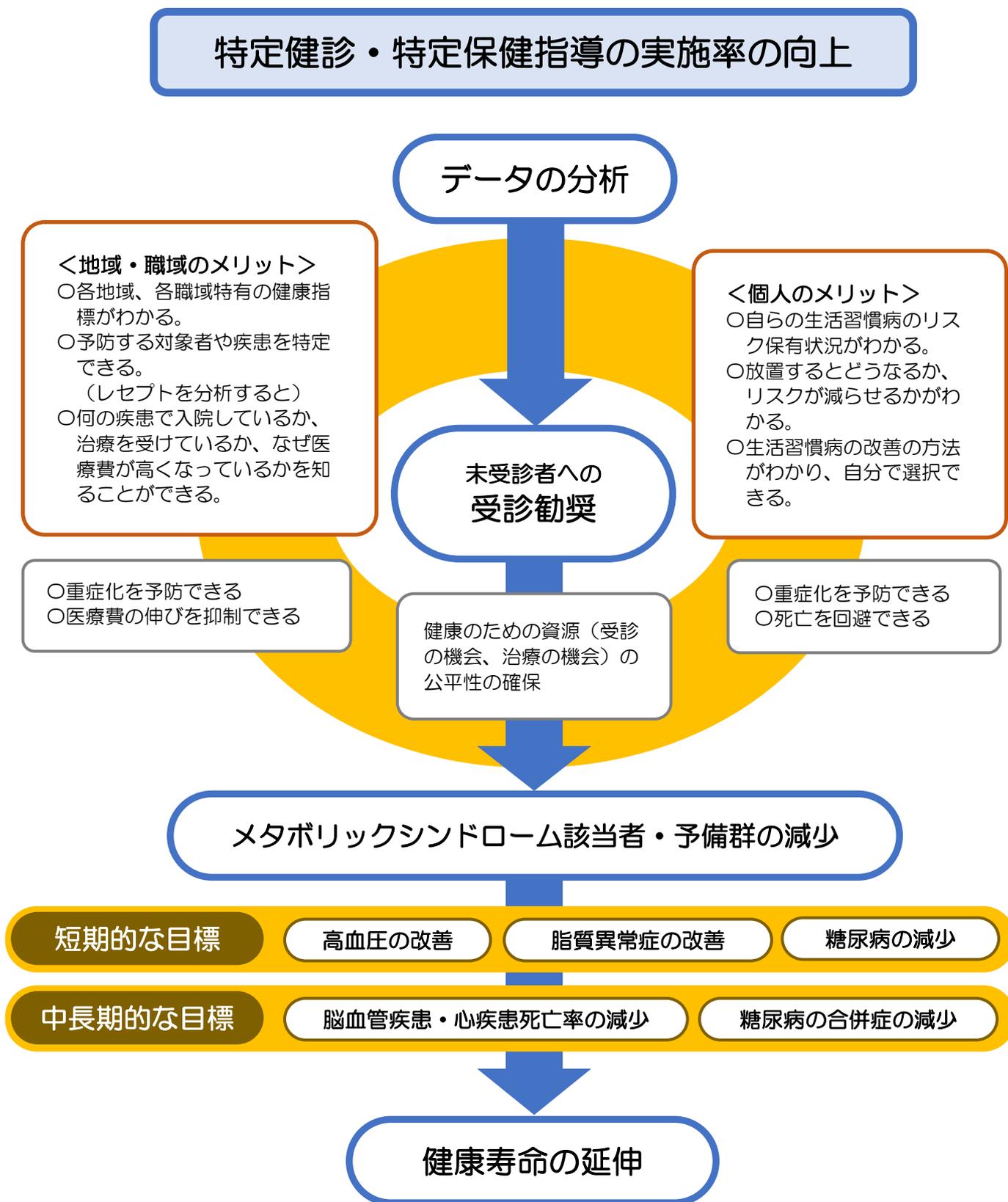
(※)健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法

図表2 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラムより

図表3 標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」一部改変  
 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動  
 ～特定健診・特定保健指導のメリットを生かし、国民健康づくり運動を着実に推進～



出典：標準的な健診・保健指導プログラムより

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における課題の明確化

第2章からは国、県が示す共通様式に基づき策定する。

### 1. 現状の整理

人口・被保険者 被保険者等の基本情報

	人口（割合）	国保被保険者（割合）
全 体	17,500（100）	4,985（100）
～39歳	3,955（22.6）	613（12.3）
40～64歳	6,073（34.7）	1,635（32.8）
65～74歳	3,430（19.6）	2,737（54.9）
75歳以上	4,042（23.1）	0（0.0）

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」 R4（累計）

保険者の特性 （図表4～5）	令和4年度の被保険者数は4,985人。 国民健康保険加入率が減少しており、同規模市町と比べると少子高齢化が進んでいる。
健康に関する 地域資源の状 況	医療機関：離島医療圏病院（入院可）1か所、離島医療圏病院（診療のみ）2か所 町立診療所、へき地診療所11か所 歯科医院：10か所、薬局：11か所 地区組織：食生活改善推進員会、健康づくり推進員 高齢者の入所施設：19か所

### 2. 第2期計画に係る評価及び考察

前期計画に 係る考察 （図表6～7）	第2期計画では、①高齢化率が高い。要介護認定率が高い。②1人当たりの医療費が増加している。その背景は糖尿病性腎症による人工透析入院費用が増加しており、外来費用額の糖尿病、高血圧の県内順位が1位と高い。③がんによる死亡率が60%と国・県に比べて高い。この3つの健康課題が挙げられ、疾病予防、早期発見のために目標を設定し、保健事業を組み立て、取り組んできた。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度から令和4年度において、特定健診受診率、各種がん検診の受診率は減少傾向、各種保健事業も実施することができなかった。健診後、電話での保健指導、結果郵送時に発病予防、重症化予防のためにパンフレットを同封することにより、改善が見られた項目もあった。
--------------------------	--

図表4 保険者の特性（その1）

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率	死亡率	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
新上五島町	17,500	42.7	4,985 (28.5%)	59.3	4.6	21	0.2	10.7	16.4	73
同規模	15,346	36	3,782 (23.2%)	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9

出典：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」R4

図表5 保険者の特性（その2）

	H30	R1	R2	R3	R4
加入率	30.6	29.6	29.6	28.9	28.7

出典：健康保険課保険医療班「国民健康保険の現状」より

図表6 第2期計画目標の達成状況一覧

データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	問題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
				初年度	中間評価	最終評価		
				H30年度(H28)	R2年度(R1)	R5年度(R4)		
特定健診等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率の伸び率を毎年0.6ポイント上昇させる	41.7%	42.5%	33.1%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）	
			特定保健指導実施率70.0%以上	67.5%	89.5%	78.4%		
			40～59歳の特定健診受診率の向上（40歳代26.4%、50歳代42.5%）	40代22.9% 50代38%	40代24.4% 50代40.5%	40代26.7% 50代24.8%		
	中長期	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人当たりの医療費の増加</li> <li>糖尿病性腎症による人工透析入院費用の増加</li> <li>外来費用額の糖尿病、高血圧の県内順位が1位</li> </ul>	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合の減少	6.0%	7.2%	7.0%	KDBシステム
				糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	1.3%	2.1%	2.4%	
				虚血性心疾患の新規発症患者数を5%減少させる	146人	85人	56人	保健事業支援システム
				脳血管疾患の新規発症患者数を5%減少させる	118人	71人	77人	
	短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>HbA1c5.6以上の割合が61.5%で県内、同規模と比較して高い</li> <li>BMI25以上の肥満者の増加</li> <li>男性のメタボ該当者の増加</li> <li>尿蛋白2+以上の有所見者が県や同規模に比べ高い</li> </ul>	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	27.7%	33.6%	30.3%	特定健診結果
				健診受診者のⅡ度高血圧者の割合を1.6%減少（160/100以上）	5.6%	4.0%	5.6%	
				健診受診者の脂質異常者の割合を5%減少（LDL140以上）	25.0%	26.3%	25.3%	
健診受診者のHbA1c6.5（治療中7.0）以上の割合を1.5%減少				9.1%	10.9%	12.1%		
HbA1cの紹介状発行者の未受診者の割合を減少				12.3%	12.9%	13.2%		
重症化予防対象者の割合の5%減少				29.2%	26.8%			
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が60.8%と全国・県に比べて高い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診受診率の増加	15.2%	14.3%	10.5%	地域保健事業報告書	
			肺がん検診受診率の増加	22.7%	21.3%	16.0%		
			大腸がん検診受診率の増加	19.5%	18.7%	13.9%		
			子宮頸がん健診受診率の増加	6.7%	6.2%	3.7%		
			乳がん検診受診率の増加	9.2%	8.4%	5.0%		
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康マイレージの取組を行う実施者の割合の増加	開始（61件）	増加傾向	423件	健康保険課		

図表7 第2期データヘルス計画の最終評価  
 <健康寿命・1人当たりの入院医療費・人工透析の医療費>

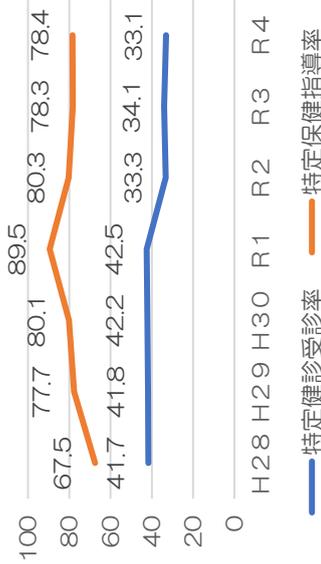
データヘルス計画全体の目標

目標		実績値							評価	達成につなげる 取組・要素 未達につなげる 背景・要因
指標	目標値	ベースライン H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		
健康寿命 *平均自立期間 (国との比較)  自立期間は市町村単 位の値(KDB)を 使用	延伸	男77.2歳 (-1.8歳) 女82.6歳 (-0.9歳)	男77.6歳 (-1.7歳) 女81.5歳 (-2.2歳)	男78.5歳 (-1.0歳) 女82.5歳 (-1.3歳)	男78.2歳 (-1.4歳) 女82.4歳 (-1.6歳)	男78.1歳 (-1.7歳) 女84.4歳 (0.4歳)	男77.8歳 (-2.1歳) 女84.4歳 (0.2歳)	男77.0歳 (-3.1歳) 女84.4歳 (0.0歳)	男c:悪化 している  女a:改善 している	令和2年度より男性 の健康寿命が短く なっており、令和 3年度に新規認定 者の原因疾患を分 析。男性74歳以下 の新規認定者が、R 3:34人(男性新規 認定者28.5%) R4:48人(男性新 規認定者29.8%) 男性の要介護2以上 の原因疾患は、1位 悪性新生物 2位脳 血管疾患の割合が高 い。
		国 男79.0歳 女83.5歳	国 男79.3歳 女83.7歳	国 男79.5歳 女83.8歳	国 男79.6歳 女84.0歳	国 男79.8歳 女84.0歳	国 男79.9歳 女84.2歳	国 男80.1歳 女84.4歳		
*参考 不健康な期間 平均寿命-健康寿命	平均寿命	男78.5歳	女86.3歳	男性80.1歳 女性86.4歳						
		男 1.3年 3.7年	男 0.9年 4.8年	男 1.6年 3.9年	男 1.9年 4.0年	男 2.0年 2.0年	男 2.3年 2.0年	男 3.1年 2.0年	平均寿命は延びてい るが、健康寿命は男 性が短くなっている ため、不健康な期間 が延びている。	
1人当たりの入院医療費  *実績値はKDBシステム の値を使用	伸び率を横ばいに する	月平均 12,953円  年平均 140,329円	前年度からの 伸び率 112.2% 14,543円	前年度からの 伸び率 100.6% 14,636円	前年度からの 伸び率 106.9% 15,646円	前年度からの 伸び率 103.2% 16,149円	前年度からの 伸び率 111.3% 17,984円	前年度からの 伸び率 92.0% 16,548円		c:悪化 している
		157,091円	157,479円	167,969円	176,516円	194,109円	177,203円	1億4,342万円 (7.0%)		
脳血管疾患、虚血性心疾患 糖尿病性腎症による透析の 医療費の伸びを抑制する  *実績値は保健事業支援 システムの値を使用	慢性腎不全(透析 有)の総医療費に 占める割合の減少 →人工透析の医療 費の割合の減少 *R1より目標値 を変更	6% 1億5,500万円 *(6.8%)	5.5% 1億7,591万円 *(7.8%)	4.2% 1億5,360万円 *(7.0%)	1億5,907万円 *(7.2%) *	1億3,948万円 (6.3%)	1億4,342万円 (7.0%)	b:変わ らない	糖尿病性腎臓病重症 化予防の取り組みを 継続していく	
		1億5,000万円 *(6.8%)	1億7,591万円 *(7.8%)	1億5,360万円 *(7.0%)	1億5,907万円 *(7.2%) *	1億3,948万円 (6.3%)	1億4,342万円 (7.0%)			

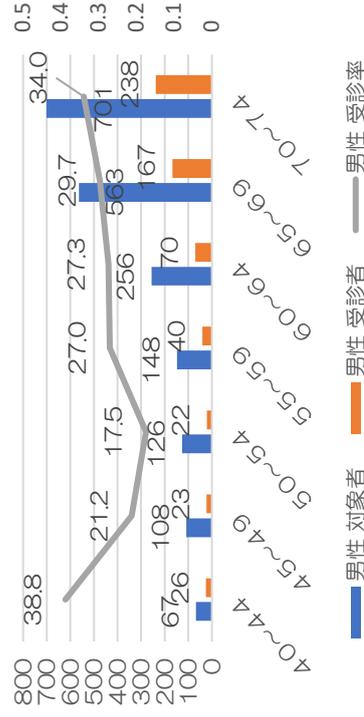
## 上記目標を達成するための個別保健事業

事業名	目標		実績値						評価	達成につながる取組・要素 未達につながる背景・要因	
	指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度			R4年度
特定健診	受診率 (法定報告)	町：毎年0.6% 上昇 R5年：45.9% (国:60%)	H28 41.7%	41.8%	42.2%	42.5%	33.3%	34.1%	33.1%	c：悪化 している	令和2年度より新型 コロナ感染症の影響 により健診ができな い期間があり、受診 率が低下してしまっ た。 定期的に外来受診を している方の未受診 者が多い。
特定保健指導	指導率 (法定報告)	町：70%以上 (国:60%)	H28 67.5%	77.7%	80.1%	89.5%	80.3%	78.3%	78.4%	a：改善 している	対象者が指導を受け やすい時間帯（休 日・時間外）に調整 している。

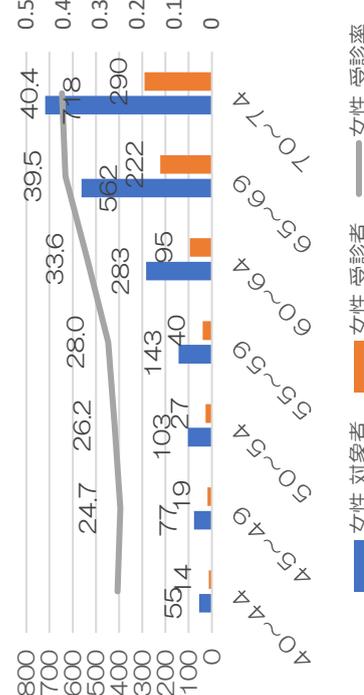
特定健診受診率・特定保健指導率



令和4年度年代別特定健診受診状況（男性）



令和4年度年代別特定健診受診状況（女性）



### 特定健診

<成功要因>

- ・電話や訪問による受診勧奨
- ・グループ健診や夜間休日健診の実施
- ・新型コロナウイルス感染症の影響で健診ができないうち期間や健診項目があるため、受診者数が減っている。
- ・40~50歳の若い世代の受診率が低い。特に男性50歳代は17.5%と低い。
- ・毎年健診を受ける継続受診者が少ない。不定期受診者（1~3年に1回受診）が多い。
- ・定期的に外来受診をしている方は、健診未受診者が多い。

### 特定保健指導

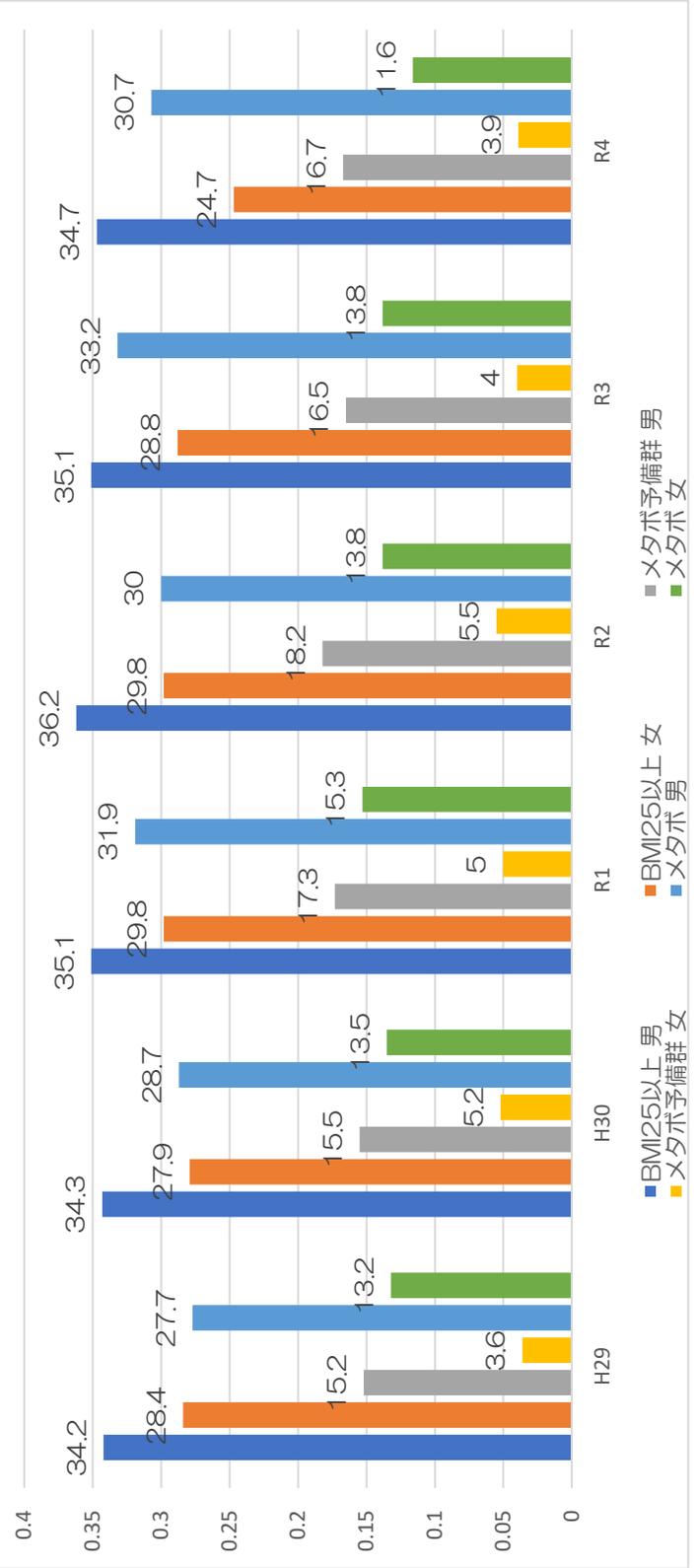
<成功要因>

- ・初回面接は比較的高い率で実施している。継続的に指導が必要な方には、次に会える機会（教室や健康器具等の貸し出し等）を計画している。
- ・未達成要因>
- ・働き盛り世代の職場によっては、時間が取れず指導を希望しない職種もある。毎年指導対象者になっている方には、指導を希望しない方もいる。

事業名	目標		実績値							評価	達成につなげる 取組・要素 未達につなげる 背景・要因
	指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		
糖尿病性腎臓病重症化予防	糖尿病の診断がある者のうち人工透析を行っている患者の割合	1.0%	1.3% 901人中 12人	1.22% 900人中 11人	1.98% 909人中 18人	2.1% 857人中 18人	2.3% 774人中 18人	2.5% 791人中 20人	2.4% 780人中 19人	c : 悪化している	令和元年度・2年度の新規透析患者の分析を行う ・新規導入者の多くは健診未受診者 (R1:85%) が多く、また、健診受診歴はあるが、単年での受診で連続受診者は少ない。発症・重症化予防にも保健指導の介入ができていない。
//	新規透析患者を増やさない	増やさない	国保新規者数 (被保険者千割) 4人	2人 (0.3)	1人 (0.2)	4人 (0.7)	6人 (1.1)	4人 (0.7)	2人 (0.4)	c : 悪化している	
//	健診受診者のHbA1c6.5 (治療中7.0) 以上の割合	8.5% (ベース値から1.5%減少)	9.1% 190人 7.0以上49人 8.0以上18人	11.7% 233人 7.0以上62人 8.0以上15人	11.3% 218人 7.0以上54人 8.0以上12人	10.9% 206人 7.0以上59人 8.0以上12人	11.2% 152人 7.0以上43人 8.0以上 8人	8.5% 120人 7.0以上39人 8.0以上 7人	12.1% 152人 7.0以上47人 8.0以上 9人	c : 悪化している	事業の方向性 ①CKDの要因となる生活習慣病を早期に発見すること⇨特定健診 ②CKDの発症や重症化に関連する生活習慣病を予防・改善すること⇨保健指導 ・食事指導 ③発見されたCKDが適切に治療されること⇨医療との連携、紹介状発行後のフォロー
//	HbA1cの紹介状発行者の割合	10.3%	紹介状発行 57人中 7人 12.3%	紹介状発行 96人中 6人 6.3%	紹介状発行 76人中 5人 6.6%	紹介状発行 62人中 8人 12.9%	紹介状発行 57人中 11人 19.3%	紹介状発行 33人中 4人 12.1%	紹介状発行 38人中 5人 13.2%	c : 悪化している	
虚血性心疾患重症化予防	虚血性心疾患の新規発症患者数	138人 (ベース値から5%減少)	146人	107人	78人	85人	47人	61人	56人	a : 改善している	新上五島町CKD重症化予防対策基準や県版糖尿病性重症化予防プログラム等を参考にH27年より町の基準を設け、発症予防・重症化予防対策を行う
//	メタボリックシンドローム・予備群の割合	25.7% (ベース値から減少)	27.7% *メタボ 男性27.4% 女性11.5%	28.8% *メタボ 男性27.7% 女性13.2%	30.3% *メタボ 男性28.6% 女性13.6%	33.6% *メタボ 男性32.1% 女性15.2%	32.6% *メタボ 男性29.9% 女性13.8%	32.6% *メタボ 男性33.1% 女性13.8%	30.3% *メタボ 男性30.8% 女性11.7%	c : 悪化している	令和元年度をピークに徐々に減ってきている。男性は60歳代が多い。女性は改善傾向あり。

〃	健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL 140以上)	25.0%	25.2%	26.3%	28.0%	27.3%	25.3%	c : 悪化している	平成30年度をピークに改善してきている。40代男性41.7%と高い。女性50~60歳代が高い。
脳血管疾患重症化予防	脳血管疾患の新規発症者数	118人 (ベース値から5%減少)	76人	62人	63人	62人	77人	a : 改善している	新上五島町CKD重症化予防対策基準や県版糖尿病性重症化予防プログラム等を参考にH27年より町の基準を設け、発病予防・重症化予防対策を行う。
〃	健診受診者のⅡ度高血圧者の割合 (160/100以上)	5.60%	4.8%	4.0%	5.4%	4.5%	5.6%	b : 変わらない	Ⅱ度高血圧者に対して、原則面接・電話等による指導を行っている。

BMI 25以上・メタボ・メタボ予備群の割合



BMI 25以上の割合は、令和2年度までは増加傾向であったが、令和3年度以降減少傾向である。

男性のメタボリック症候群の割合がやや増加傾向にある。

上記目標を達成するための個別保健事業

事業名	目標		実績値							評価	達成につながる 取組・要案 未達につながる 背景・要因
	指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		
がん検診	胃がん検診 受診率 (精密検査受 診率)	増加	15.2% (96.3%)	16% (93.9%)	14.5% (88.6%)	14.3% (90.6%)	11% (90.0%)	10.8% (93.1%)	10.5%	c : 悪化 している	<p>&lt;未達成要因&gt;                      社会保険本人の検診                      受診者数が把握でき                      ていない。                      がん検診の受診率の                      算出方法（地域保健                      事業実績報告）                      受診率：受診者数÷                      40歳以上人口×1                      00（*子宮がん・                      乳がん検診以外）                      分母が40歳以上人                      口となっているが、                      社会保険本人は職場                      等の検診で受診する                      ため、町の検診は利                      用していない。ま                      た、船員保険の扶養                      若も令和元年度より                      船員保険でがん検診                      を受診できるように                      なっている。そのた                      め、正確な受診率の                      値ではない。                      特定健診と一緒にが                      ん検診も受けられる                      ようになっている。</p>
	肺がん検診 受診率 (精密検査受 診率)	増加	22.7% (92.4%)	22.3% (93.0%)	21.2% (78.5%)	21.3% (92.2%)	16.6% (93.3%)	16.2% (90.3%)	16.0%	c : 悪化 している	
	大腸がん検診 受診率 (精密検査受 診率)	増加	19.5% (80.1%)	19% (85.8%)	18.2% (74.9%)	18.7% (71.3%)	14.6% (70.1%)	14% (77.2%)	13.9%	c : 悪化 している	
	子宮頸がん 検診受診率 (精密検査受 診率)	増加	6.7% (100%)	6.6% (100%)	6.6% (100%)	6.2% (100%)	3.8% (100%)	5.8% (100%)	3.7%	c : 悪化 している	
	乳がん検診 受診率 (精密検査受 診率)	増加	9.2% (95.5%)	9% (97.4%)	8.3% (91.1%)	8.4% (91.4%)	4.9% (97.6%)	7.9% (91.5%)	5.0%	c : 悪化 している	

出典：R5.10月国保運営協議会資料より

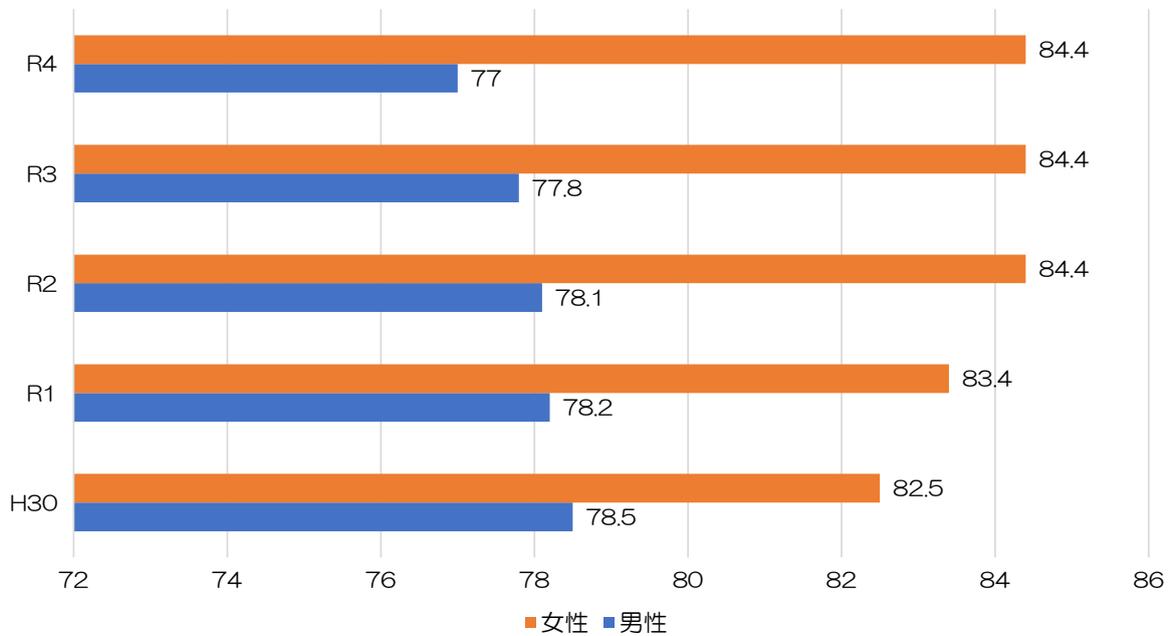
### 3. 健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類	②先の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照データ	健康課題との対応
<p>平均寿命・標準化死亡比等</p> <p>[図表] 8～11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性の平均自立期間が平成30年度から短くなっている。</li> <li>・女性の平均自立期間は長くなっている。</li> </ul> <p>【平均自立期間を短くしている疾患】</p> <p>男性 1位 がん 2位 脳血管疾患 3位 関節疾患 女性 1位 関節疾患 2位 認知症 3位 骨折転倒</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡の状況（令和3年度）</li> <li>・死因の多くを占める疾病は悪性新生物（県内でも割合が高い）</li> <li>1位 悪性新生物 2位 心疾患 3位 老衰 4位 脳血管疾患</li> <li>・40～64歳の早世の原因疾患は男女ともに悪性新生物</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」「地域の全体像の把握」</li> <li>・介護保険新規認定者の原因疾患分析</li> <li>・長崎県衛生統計年報</li> </ul>	<p>H K</p>
<p>医療費の分析</p> <p>[図表] 12～22</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者千人当たりの疾患は脂質異常症、糖尿病、筋・骨格が多い</li> <li>・外来で医療費が高い疾患（R4）</li> <li>1位 慢性腎臓病（透析） 2位 糖尿病 3位 高血圧</li> <li>・入院で医療費が高い疾患（R4）</li> <li>1位 関節疾患 2位 骨折 3位 肺がん</li> <li>・患者千人当たりの人工透析患者数は県内で最も多い</li> <li>・脳梗塞の患者千人当たり新規患者数は県と比べて少ないが、元々県が国より多い状況である</li> <li>・狭心症の患者千人当たり新規患者数は県と比べると少なくなってきた</li> <li>・脳梗塞も狭心症も、患者千人当たり新規患者数は少なくなってきたが、患者千人当たり患者数は国・県と比べて多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム「医療費分析（1）細かい分類」</li> <li>・保健事業支援システム</li> </ul>	<p>C D E G</p>
<p>特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析</p> <p>[図表] 23～45</p>	<p>【健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和2年度より受診率が減少し令和4年度は県内21位と低い</li> <li>・健診を毎年連続して受診する人の割合が低い</li> <li>・歯科検診受診率が低い</li> </ul> <p>【健診結果より】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・男性のメタボ、メタボ予備群の割合が基準値（H28）より増加している</li> <li>・LDL120以上の者の割合が国・県と比べると高い（R4）</li> <li>・HbA1c6.5以上の割合が県と比べると高い（R4：県内21位）</li> <li>・HbA1c8.0以上の割合が低い（R4：県内1位）</li> <li>・血圧130/85以上のいずれかを満たす者の割合が県平均より高い（R4：県内13位）</li> <li>・尿蛋白＋以上の者の割合が県平均に比べると低い（R4：県内6位）</li> <li>・HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合が県平均に比べると高い（R4：県内19位）</li> </ul> <p>【健診質問票より】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動習慣「1回30分以上の運動習慣なし」の割合が高い。（R4：男性57.0%、女性61.8%）</li> <li>・食習慣「週3回朝食抜き」11.2%（R4：県内20位）</li> <li>・食習慣「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者」の割合が高い（R4：県内21位）</li> <li>・食習慣「食べる速度が速い」31.3%（R4：県内20位）</li> <li>・喫煙習慣（喫煙している者）の割合が国、県と比べて高い（例年県内下位）</li> <li>・「噛みにくい」「ほとんど噛めない」と答えた人の割合が国・県に比べて高い</li> </ul> <p>【特定保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導率は、国・県と比べて高いが、特定保健指導対象者の減少率は低い</li> <li>R4 減少率：15%（男性11.7%、女性23.3%）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険法 定報告</li> <li>・KDBシステム「地域の全体像の把握」「厚生労働省様式5-2」「質問票調査の経年比較」</li> <li>・保健事業支援システム</li> <li>・国保連合会提供資料</li> <li>・株式会社キャンサーキャン特定健診受診率向上事業報告書</li> <li>・歯周病検診実績報告</li> <li>・長崎県後期広域連合提供データ</li> </ul>	<p>A B F G J</p>

<p>レセプト・健診データ等を組み合わせた分析</p> <p>[図表] 46~48</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30歳代からの生活習慣の乱れが発病、重症化し、医療費を上げることに繋がっている。若年者の健診受診勧奨、発病予防、重症化予防の取り組みを行うことにより、医療費を上げている疾患（慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、関節疾患、骨折）の経年比較を分析する</li> <li>レセプト有りで健診過去3年未経験者の割合が高い（30.6%）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町ヘルスアップ事業報告</li> <li>株式会社キャンサーキャン特定健診受診率向上事業報告書</li> </ul>	<p>B C D E F I</p>
<p>介護費関係の分析</p> <p>[図表] 49~51</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険の認定率が20.8%で国・県に比べると高い</li> <li>介護保険利用者で心臓病、筋骨格、高血圧症を持っている人の割合が高い</li> <li>低栄養（前期高齢者でBMI20以下）の者の割合が県に比べて低い（R4）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KDBシステム「地域の全体像の把握」</li> <li>「医療・介護の突合の経年比較（有病状況）」</li> <li>国保連合会提供資料</li> </ul>	<p>H</p>
<p>その他</p> <p>[図表] 52~56</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国が示しているがん検診目標受診率50%に比べると低い</li> </ul>	<p>地域保健・健康増進事業報告</p>	<p>K</p>
<p>参照データ（帳票名、データ項目名等を記載）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」「地域の全体像の把握」「医療費分析（1）細小分類」「厚生労働省様式5-2」「質問票調査の経年比較」</li> <li>保健事業支援システム「地域の特性」</li> <li>介護保険新規認定者の原因疾患分析</li> <li>長崎県衛生統計年報</li> <li>地域保健健康増進事業報告</li> <li>株式会社キャンサーキャン特定健診受診率向上事業報告書</li> </ul>		

図表 8

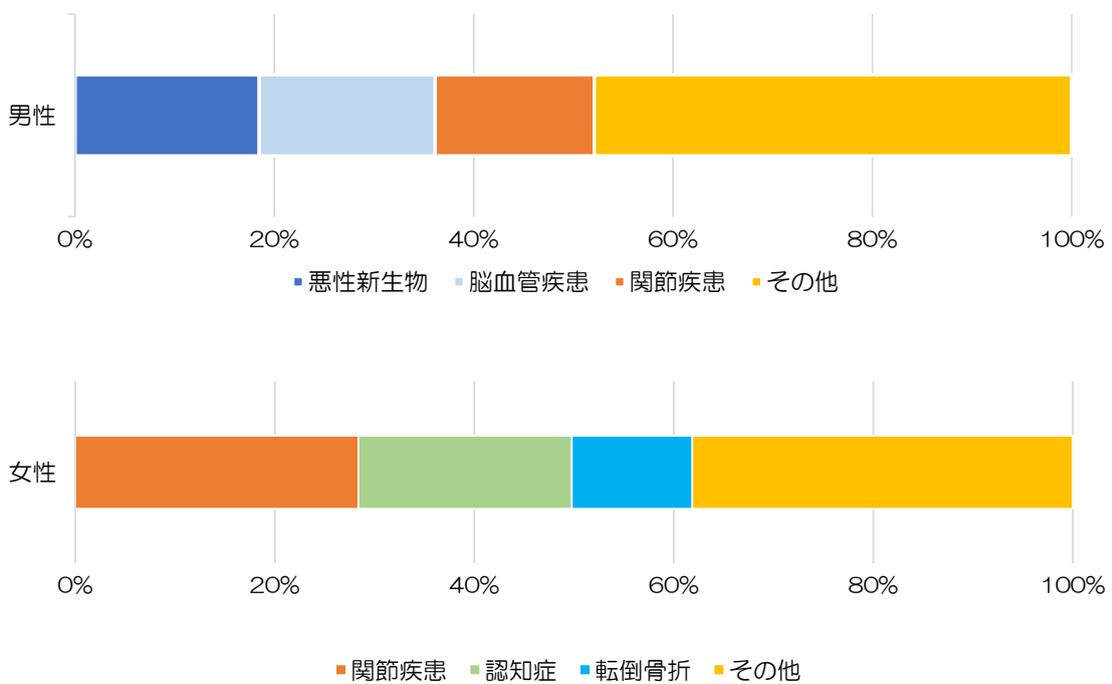
平均自立期間（要介護2以上）



出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

図表 9

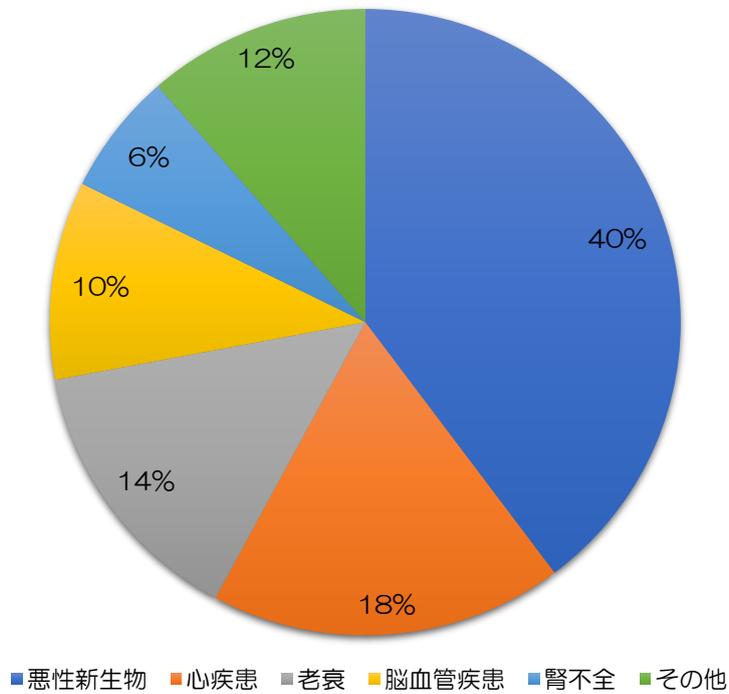
平均自立期間を短くしている疾患



出典：「介護保険新規認定者の原因疾患分析」令和4年度

図表 10

死因の疾患 (R3年度)



出典：長崎県衛生統計年報（人口動態編）特定死因死亡数、率

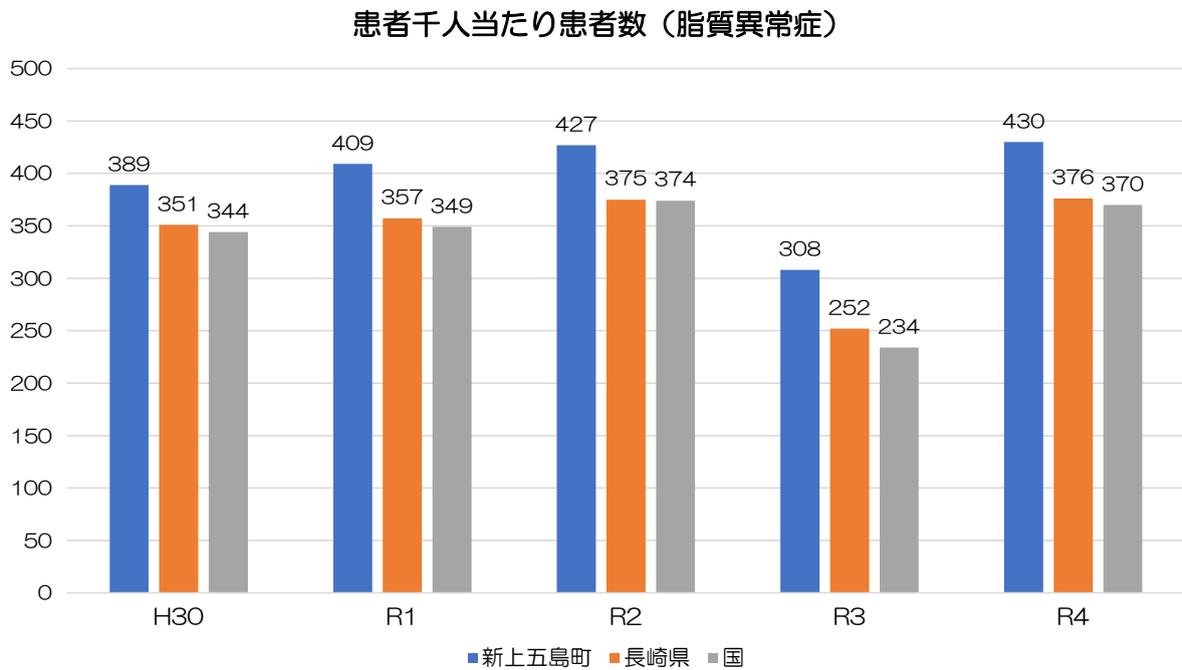
図表 11

40～64歳の早世死亡の原因疾患と死亡数

	男性	女性
1位	悪性新生物 (7人)	悪性新生物 (4人)
2位	心疾患 (1人) 脳血管疾患 (1人) くも膜下出血 (1人)	不慮の事故 (1人)

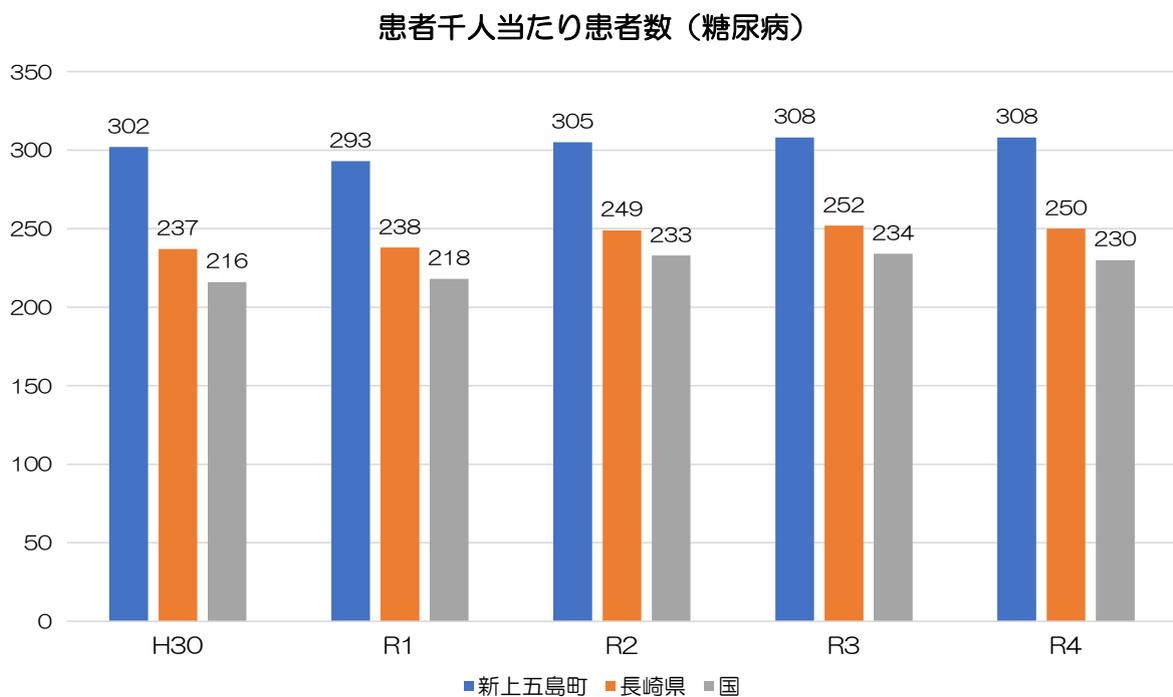
出典：長崎県衛生統計年報（人口動態編）特定死因死亡数、率

図表 12



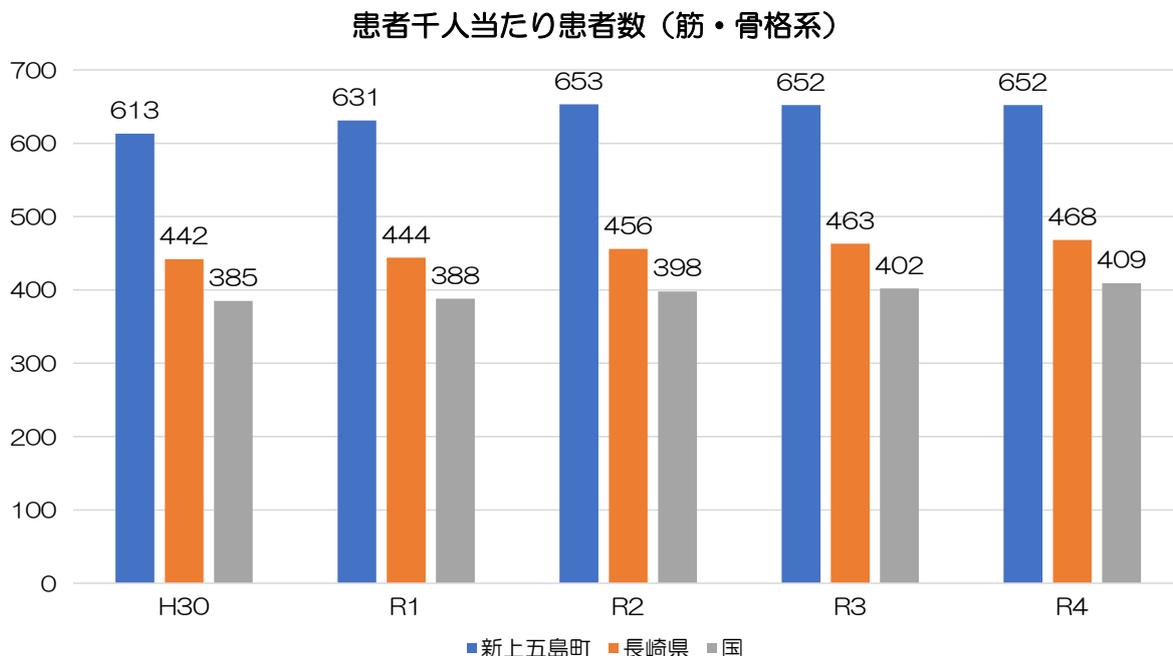
出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 13



出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 14



出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 15

**外来医療費が高い疾患**

	H30	R1	R2	R3	R4
1位	慢性腎臓病（透析有）	慢性腎臓病（透析有）	慢性腎臓病（透析有）	慢性腎臓病（透析有）	慢性腎臓病（透析有）
2位	高血圧症	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
3位	糖尿病	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症

（出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」）

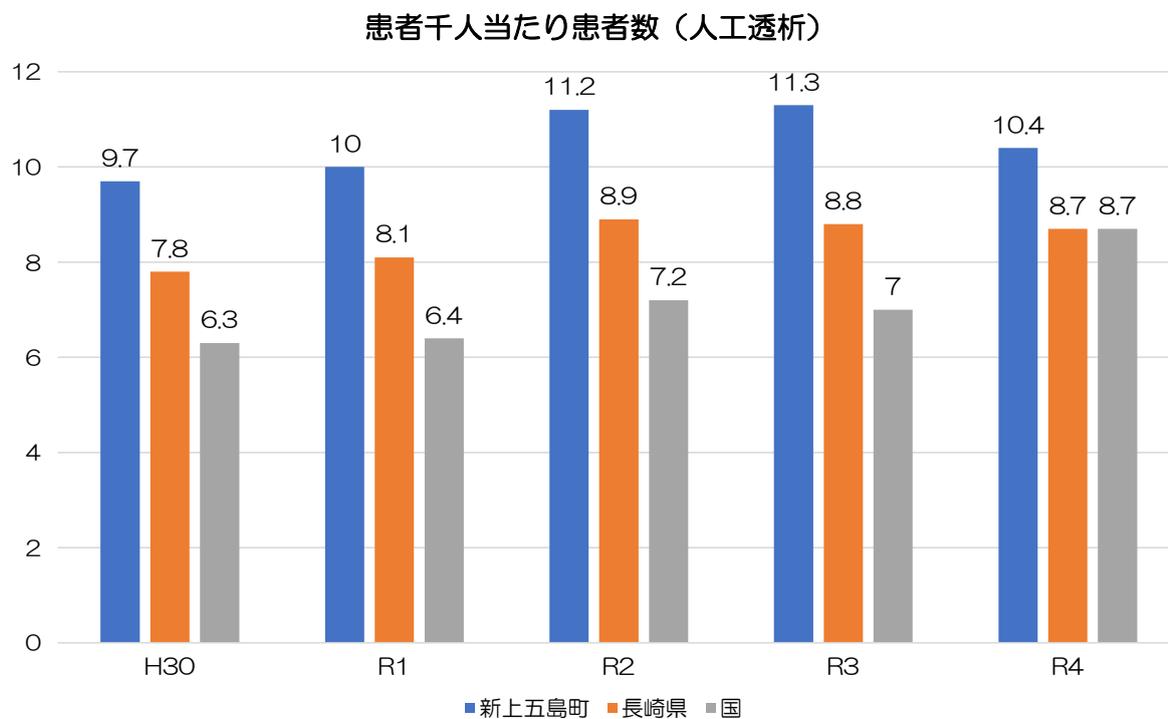
図表 16

**入院医療費が高い疾患（統合失調症を除く）**

	H30	R1	R2	R3	R4
1位	関節疾患	関節疾患	脳梗塞	骨折	関節疾患
2位	肺がん	慢性腎臓病（透析有）	肺がん	関節疾患	骨折
3位	骨折	大腸がん	大腸がん	脳梗塞	肺がん

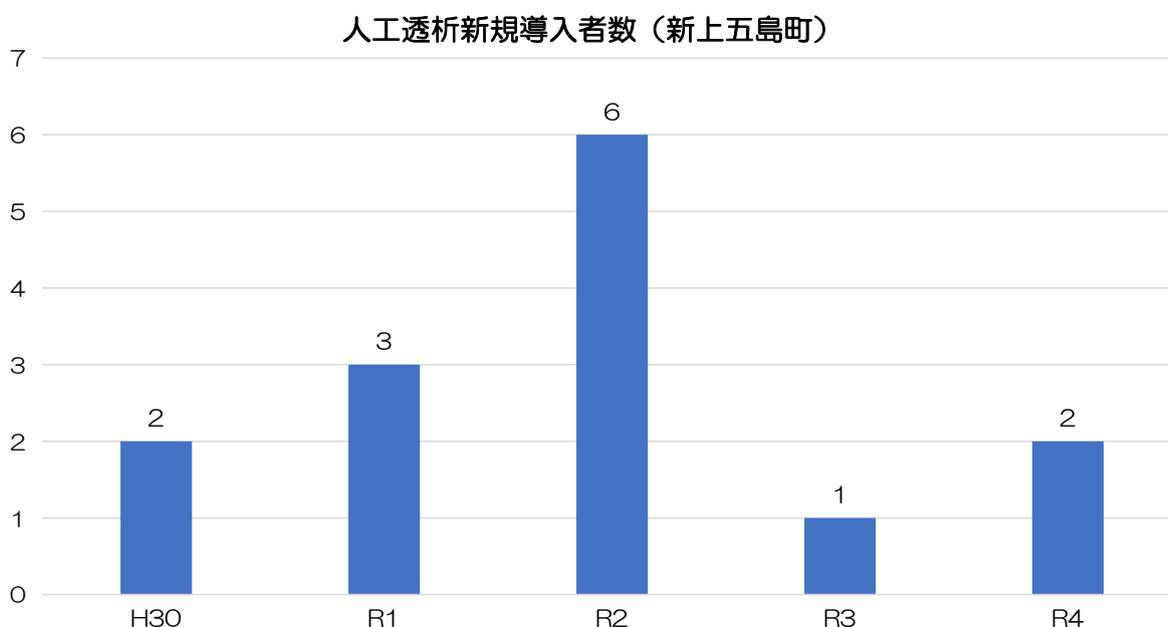
（出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」）

図表 17



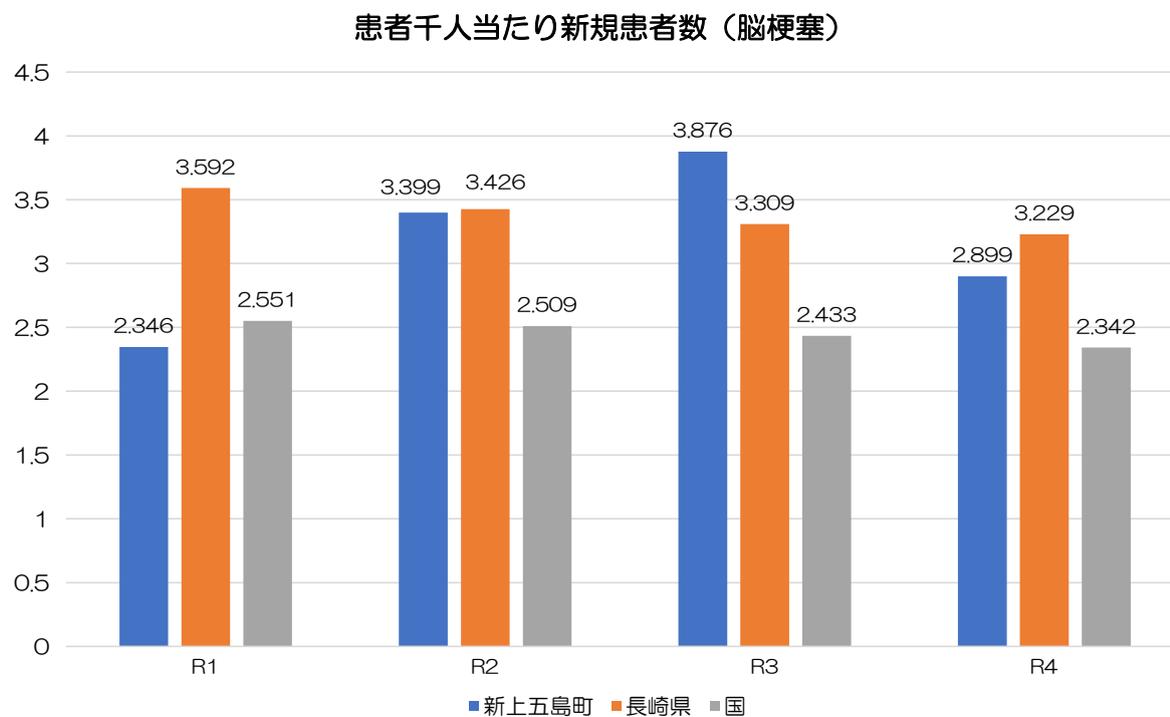
出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 18



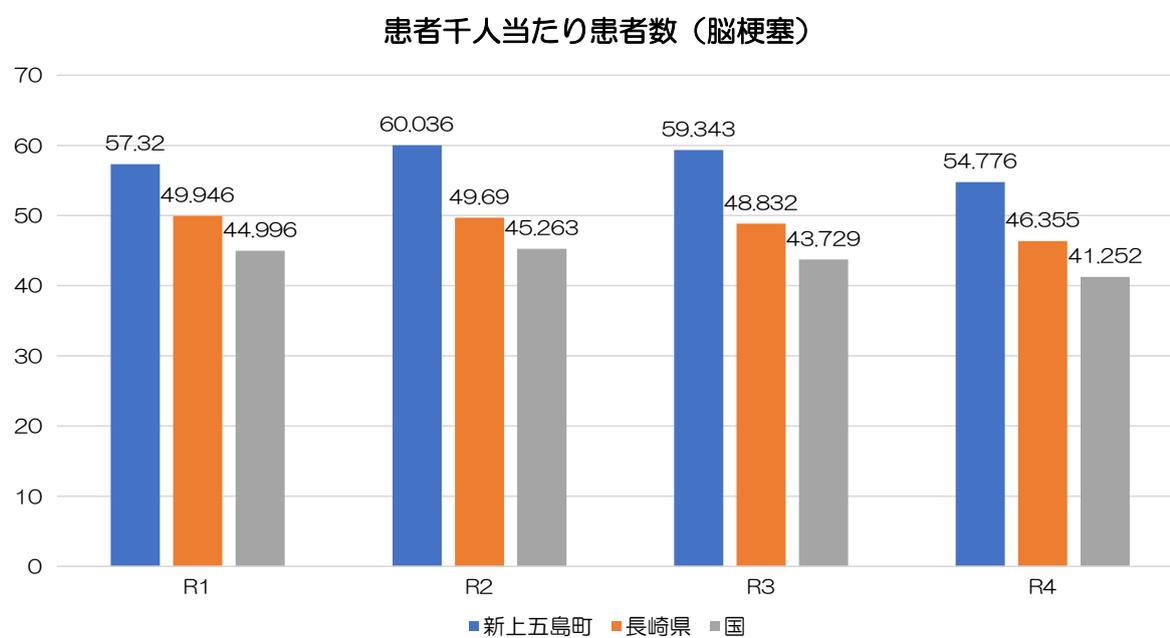
出典：保健事業支援システム

図表 19



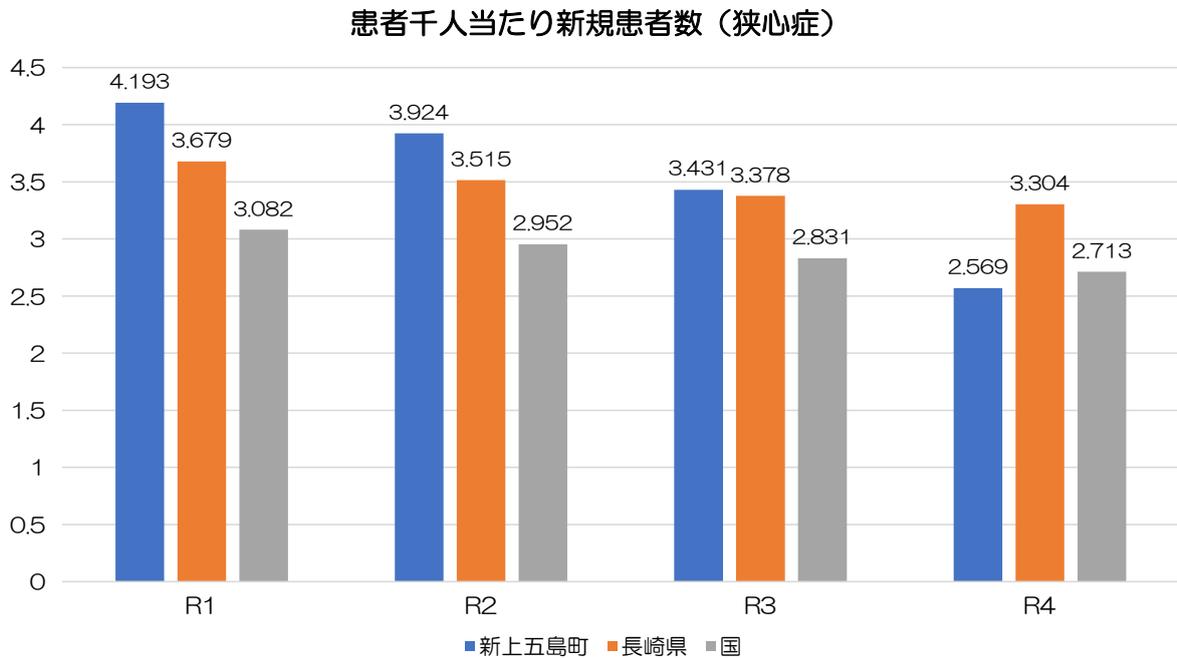
出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 20



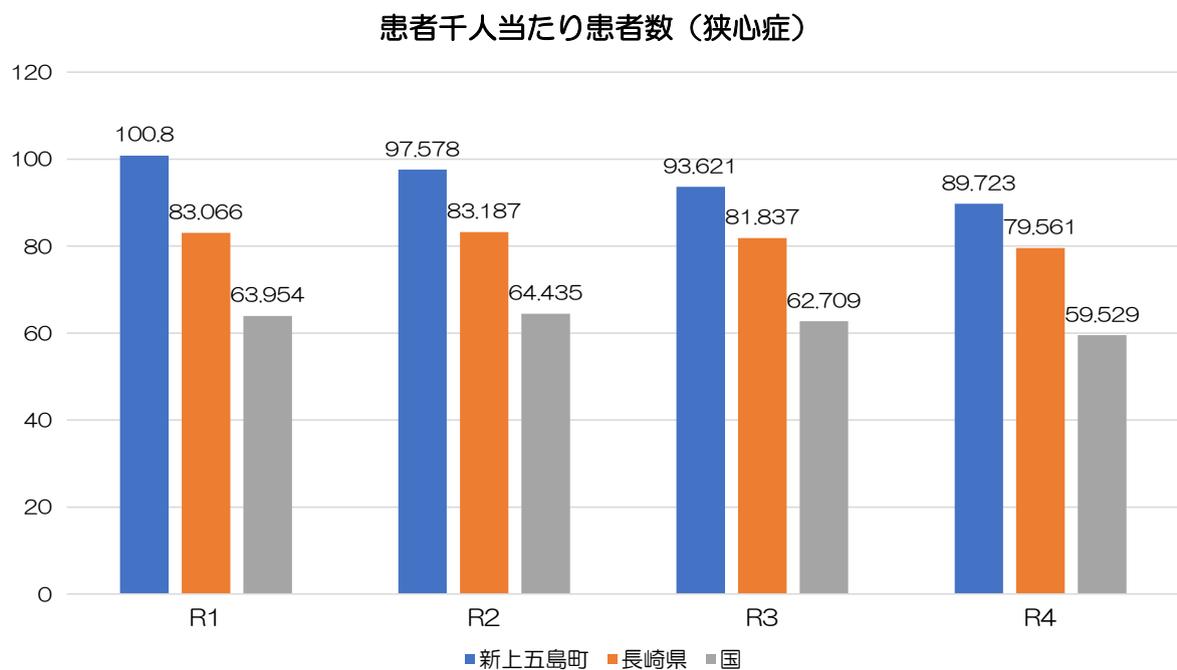
出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 21



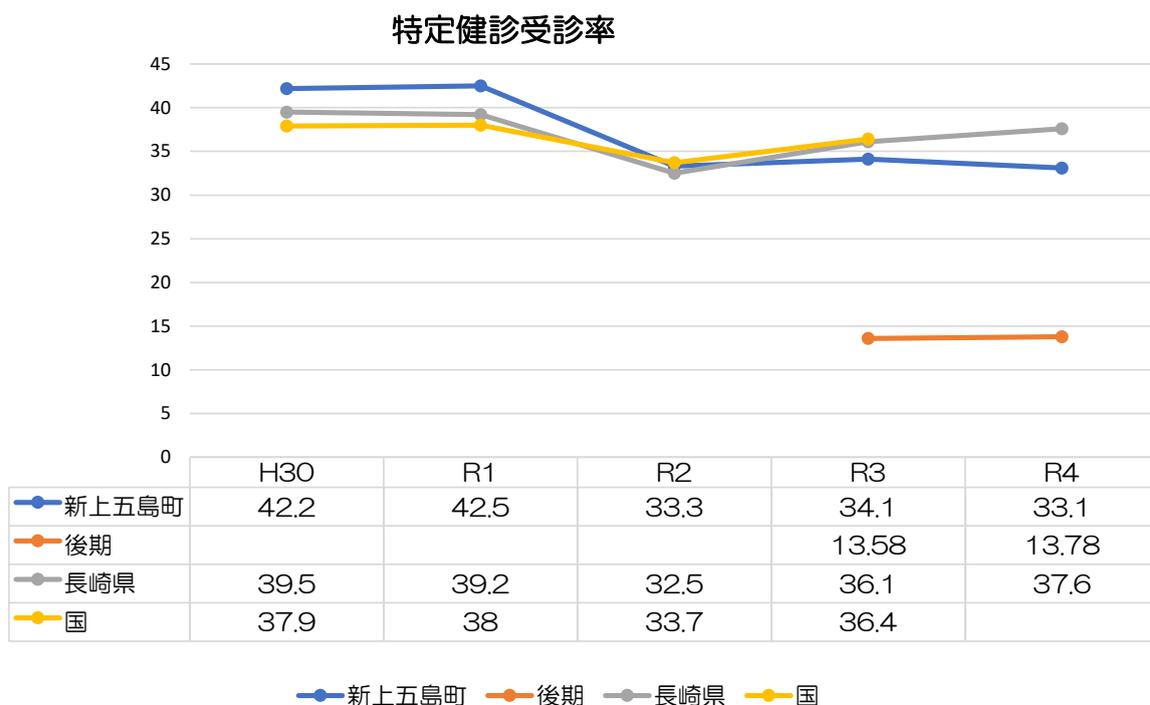
出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 22



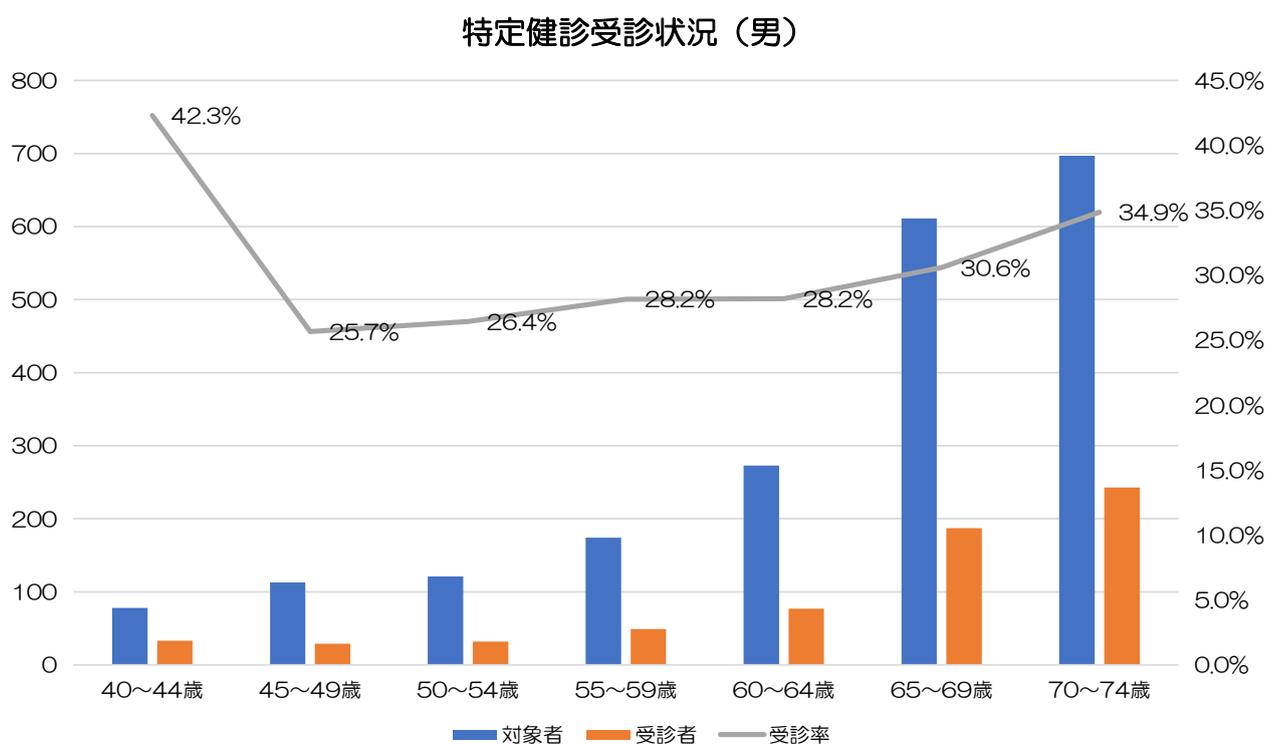
出典：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

図表 23



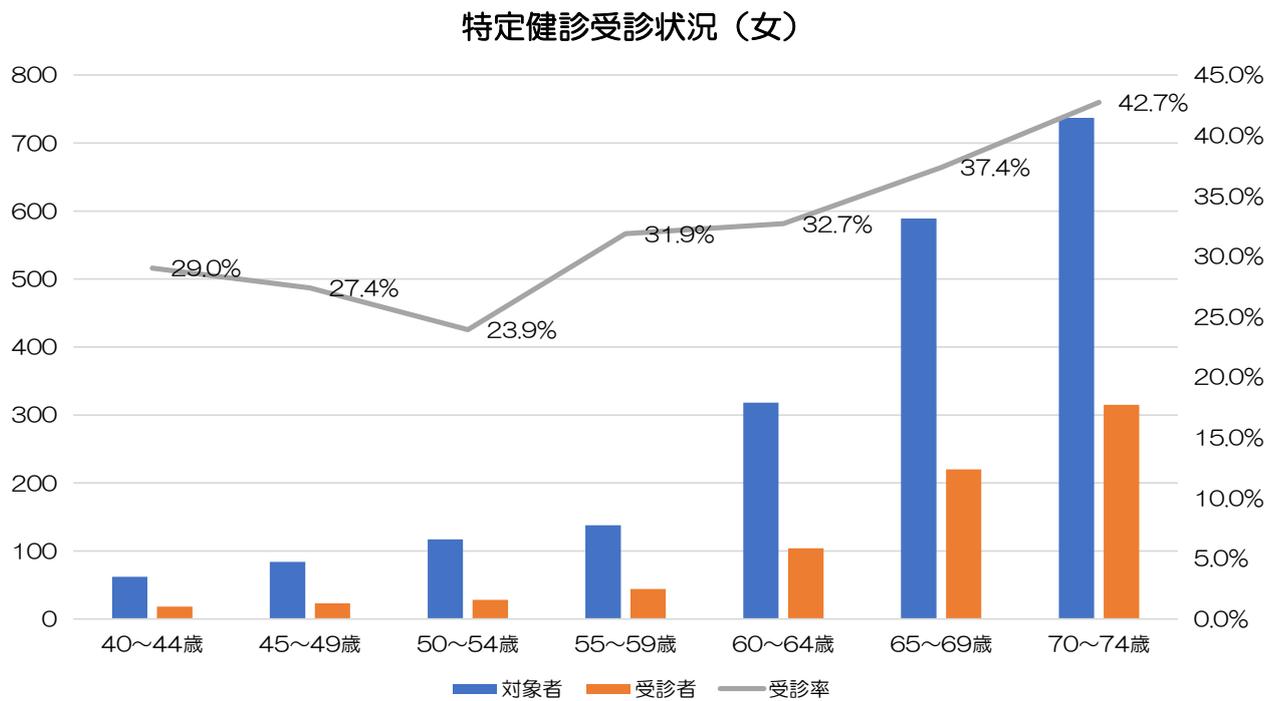
出典：国保連合会法定報告

図表 24



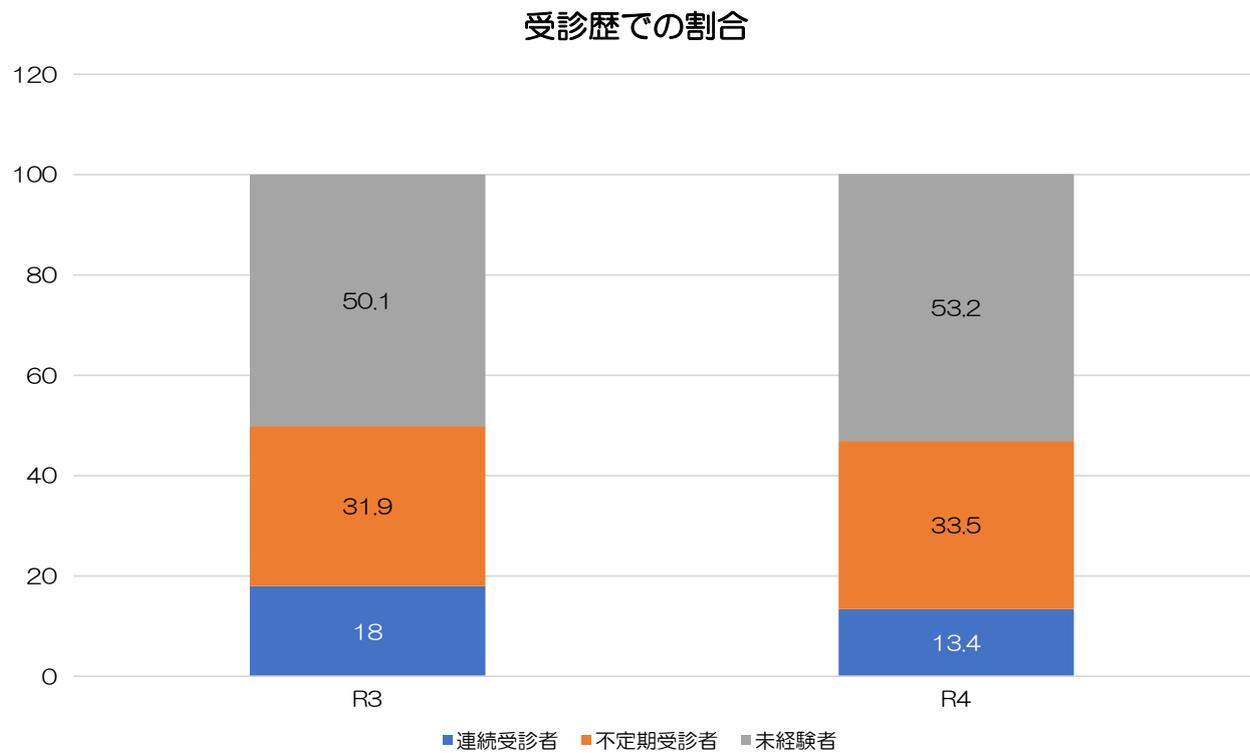
出典：国保連合会法定報告

図表 25



出典：国保連合会法定報告

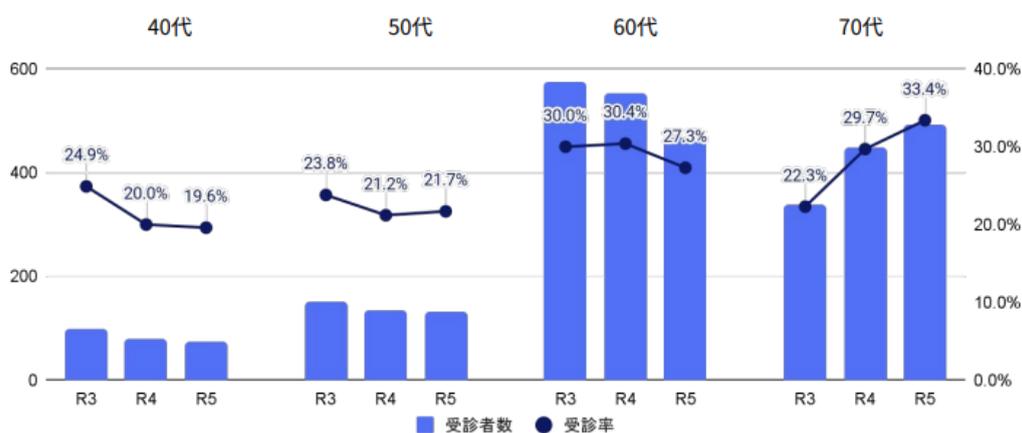
図表 26



出典：株式会社キャンサーズキャン特定健診受診率向上事業報告書

図表 27

### 年代別 受診者数・受診率の推移

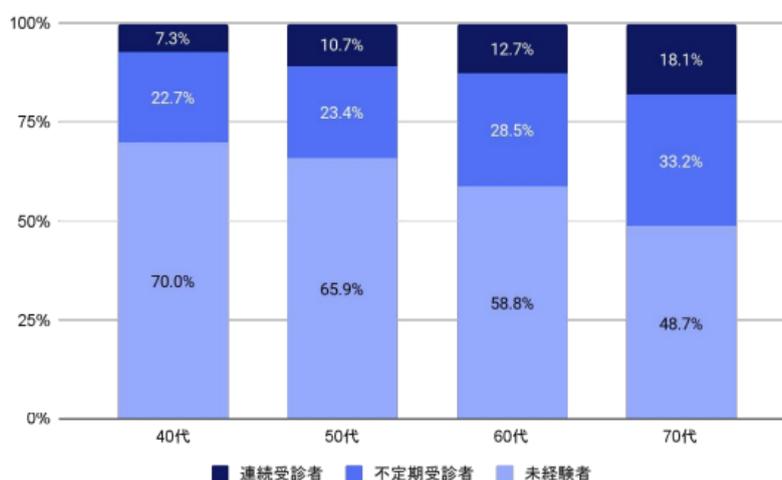


	40代	50代	60代	70代	合計
R3受診者数(人)	97	148	573	336	1,154
R4受診者数(人)	77	131	550	446	1,204
R5受診者数(人)	70	130	464	490	1,154
R3受診率	24.9%	23.8%	30.0%	22.3%	26.1%
R4受診率	20.0%	21.2%	30.4%	29.7%	27.9%
R5受診率	19.6%	21.7%	27.3%	33.4%	28.0%

出典：株式会社キャンサーズキャン特定健診受診率向上事業報告書

図表 28

### 年代別×受診履歴別構成比

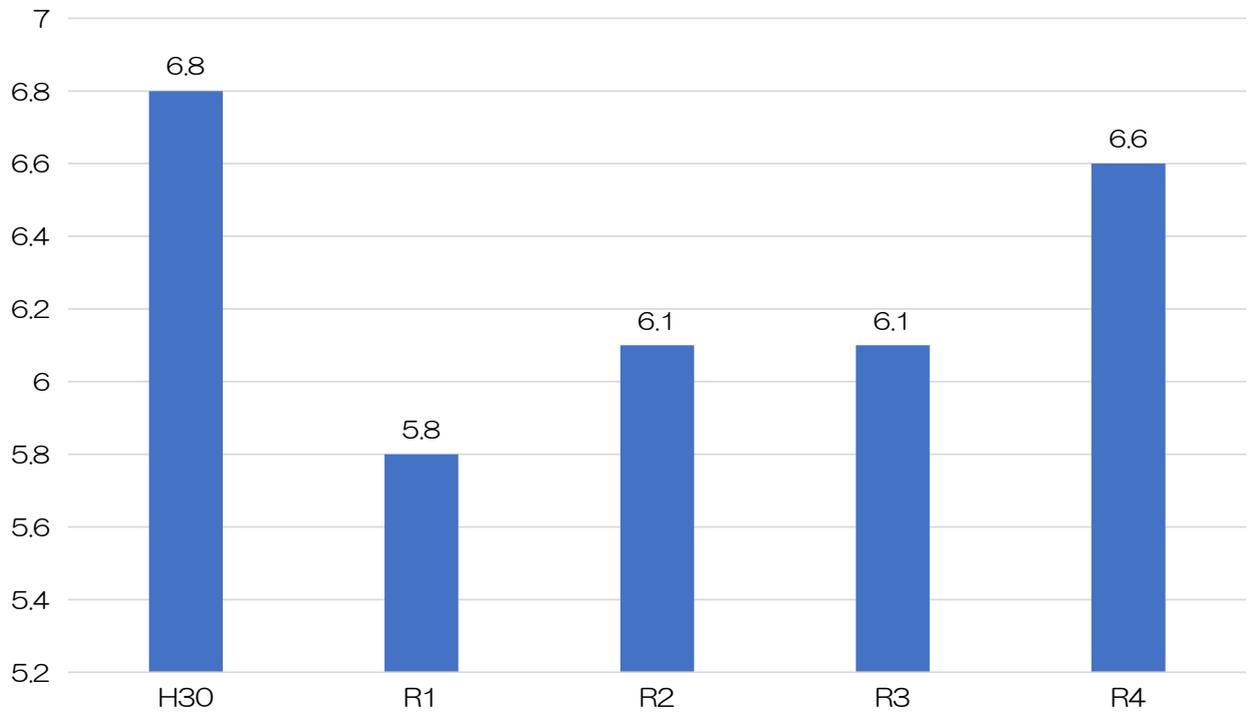


	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
40代	26	81	250	357
50代	64	140	395	599
60代	216	485	999	1,700
70代	266	487	715	1,468

出典：株式会社キャンサーズキャン特定健診受診率向上事業報告書

図表 29

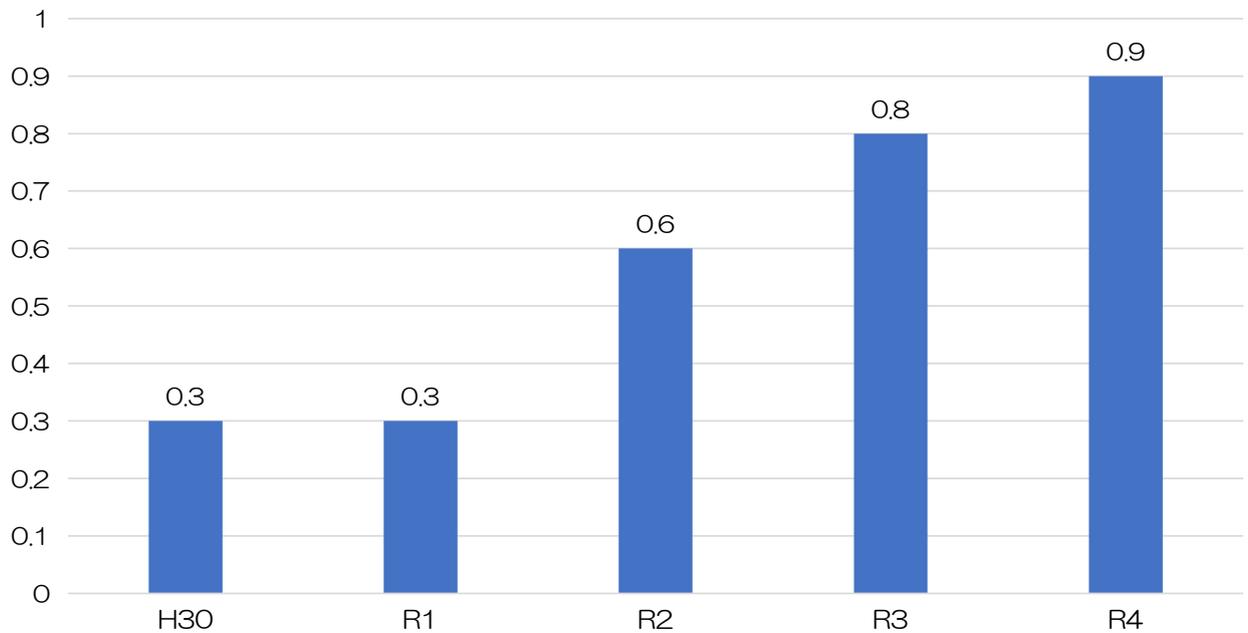
歯周病検診を受けた人の割合



出典：歯周病検診実績報告

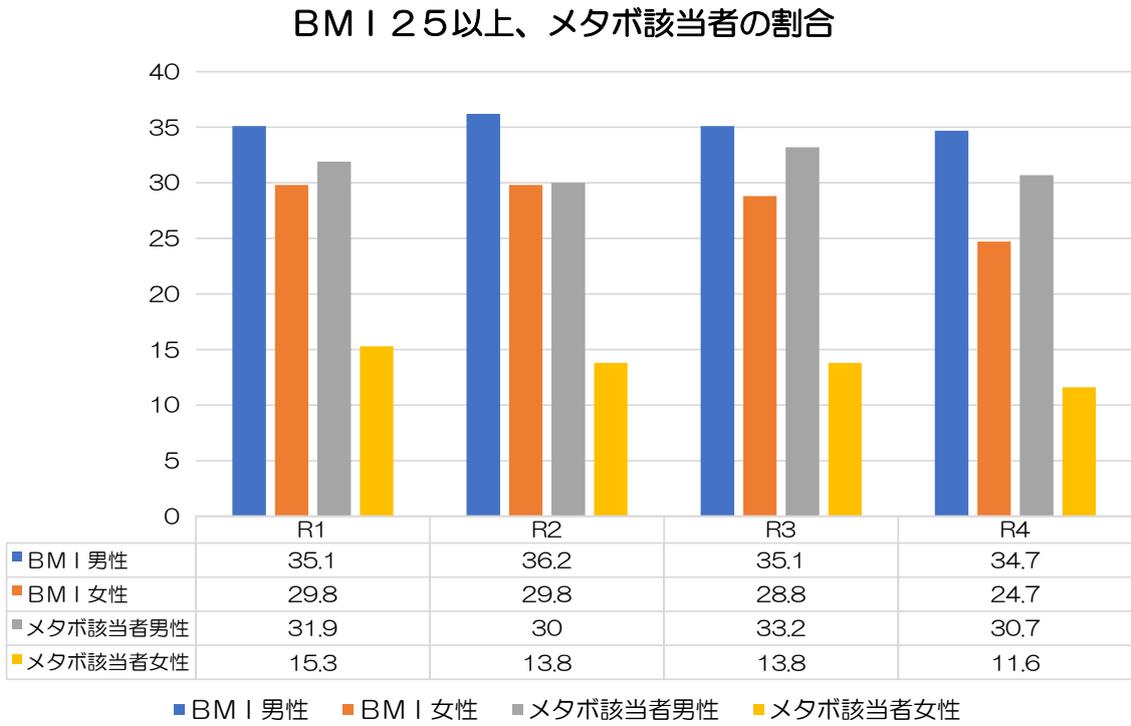
図表 30

後期高齢者医療被保険者の口腔ケア事業で  
検診を受けた人の割合



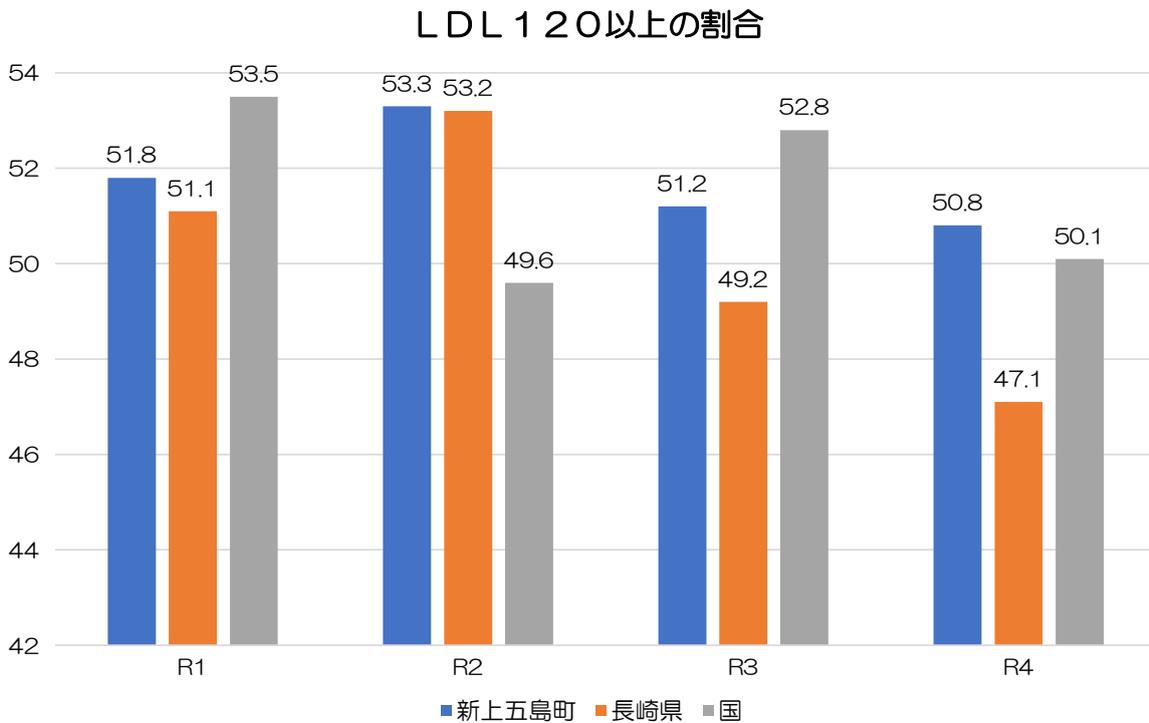
出典：長崎県後期広域連合提供データ

図表 31



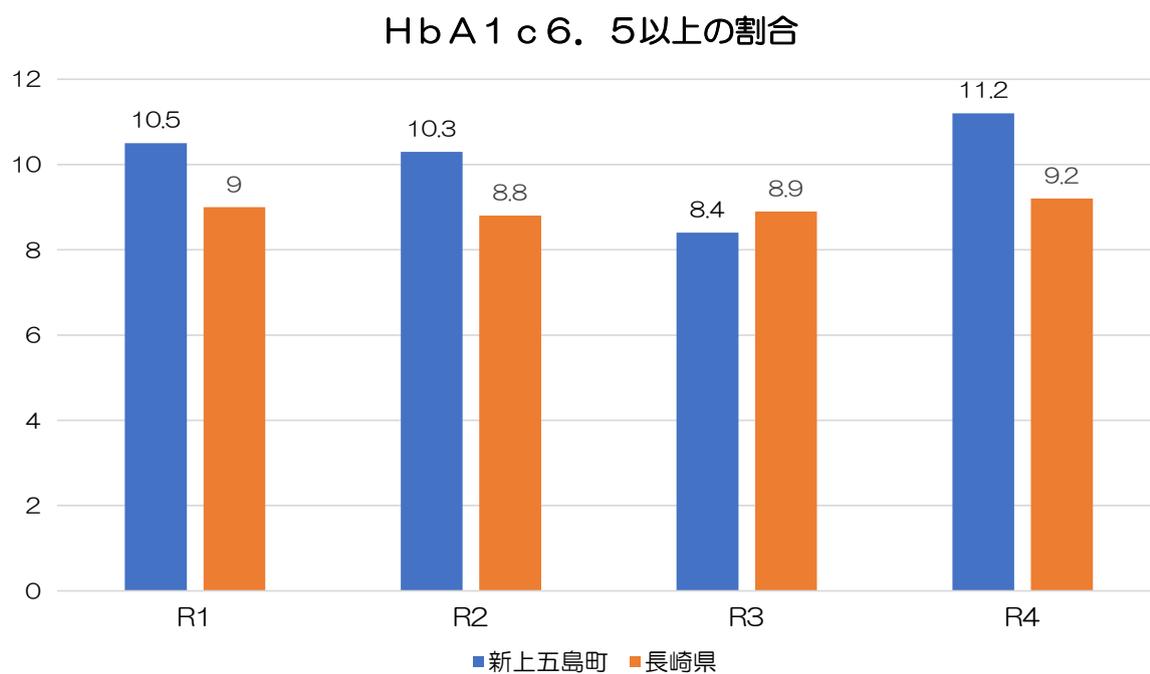
出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」、「厚生労働省様式5-2」

図表 32



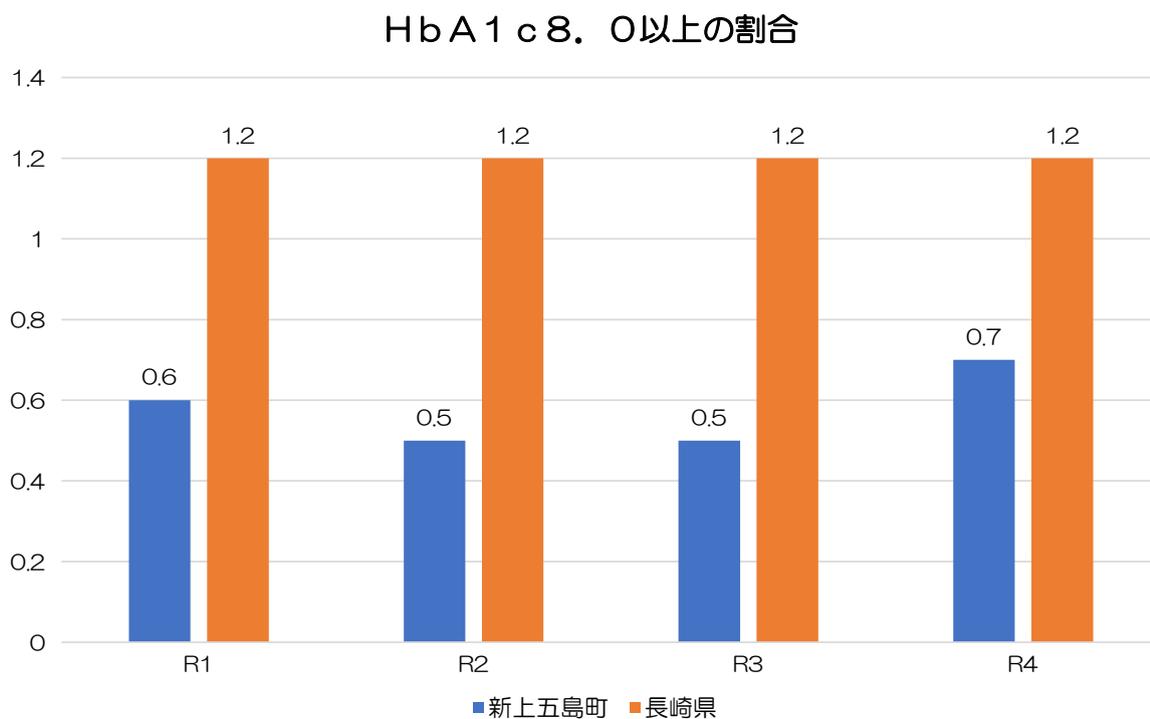
出典：KDBシステム「厚生労働省様式5-2」

図表 33



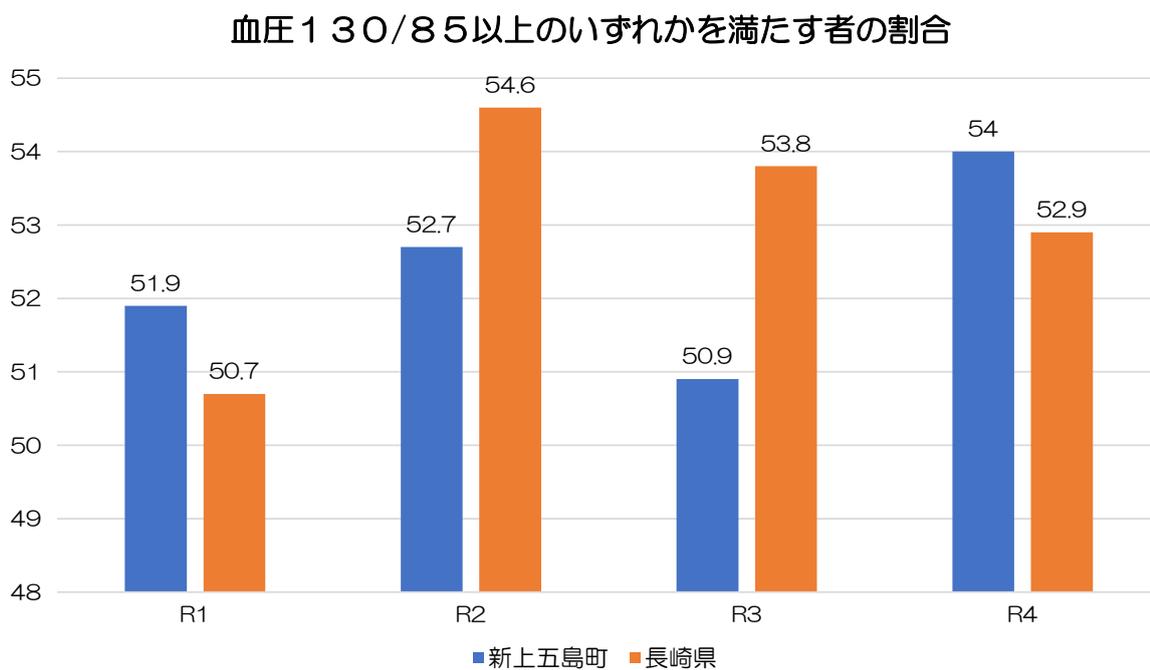
出典：保健事業支援システム

図表 34



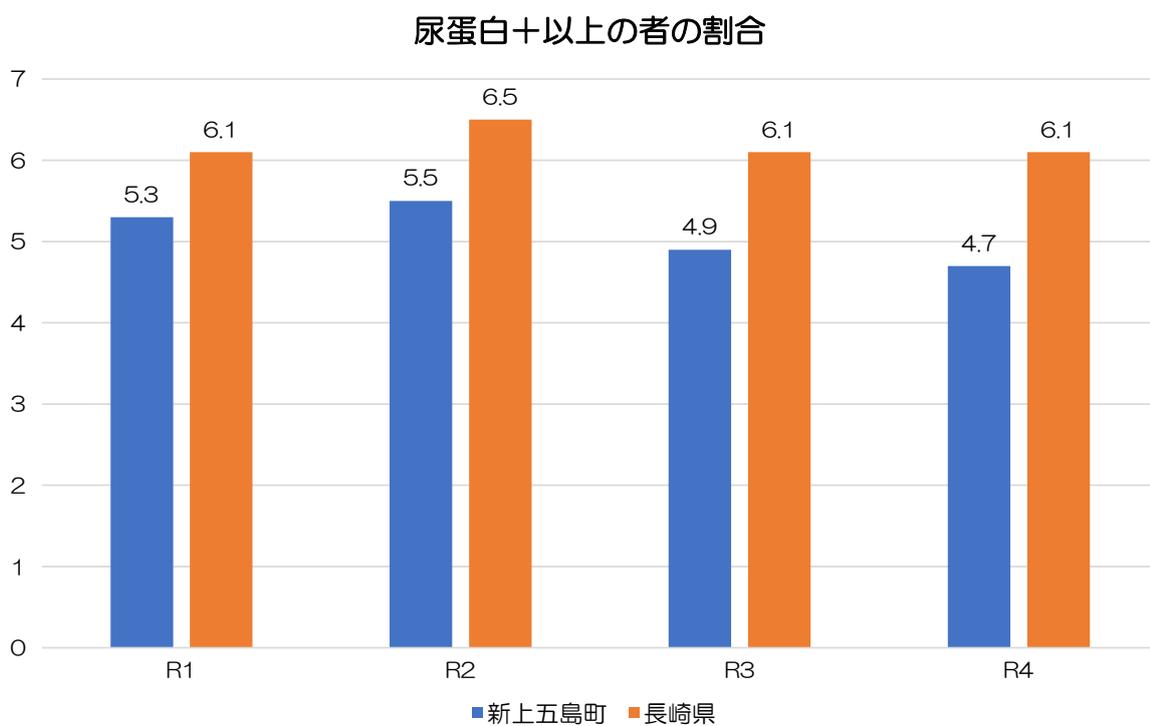
出典：保健事業支援システム

図表 35



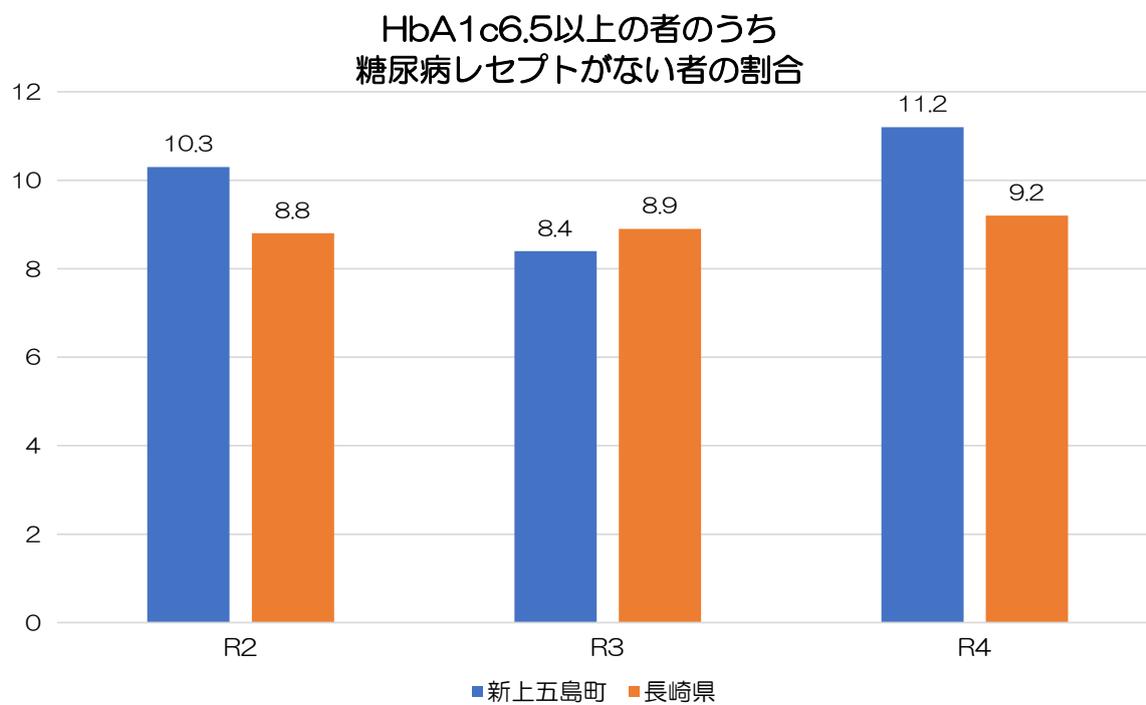
出典：保健事業支援システム

図表 36



出典：保健事業支援システム

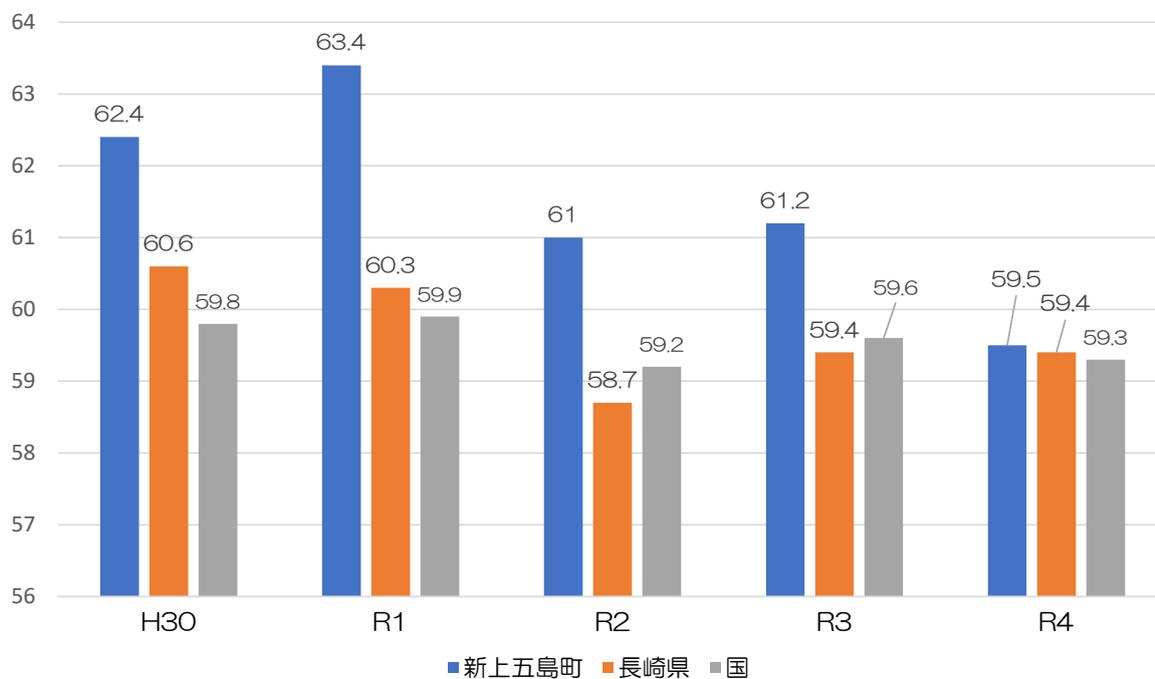
図表 37



出典：国保連合会提供資料

図表 38

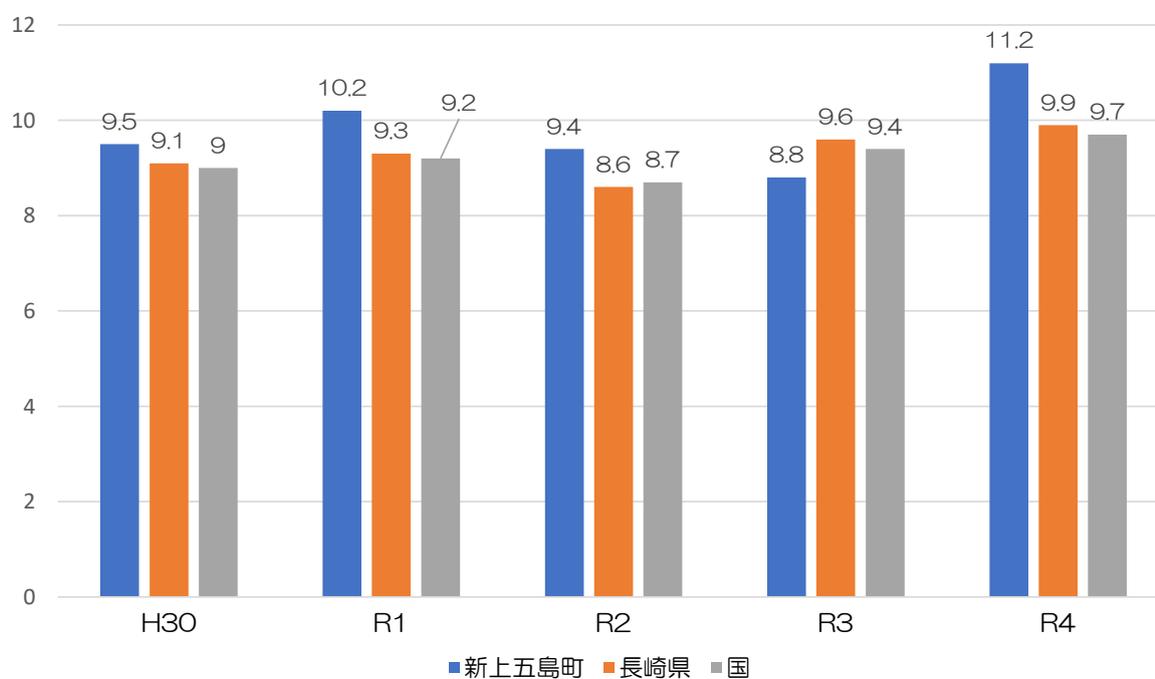
1回 30分以上の運動習慣なしの割合



出典：KDBシステム「質問票調査の経年比較」

図表 39

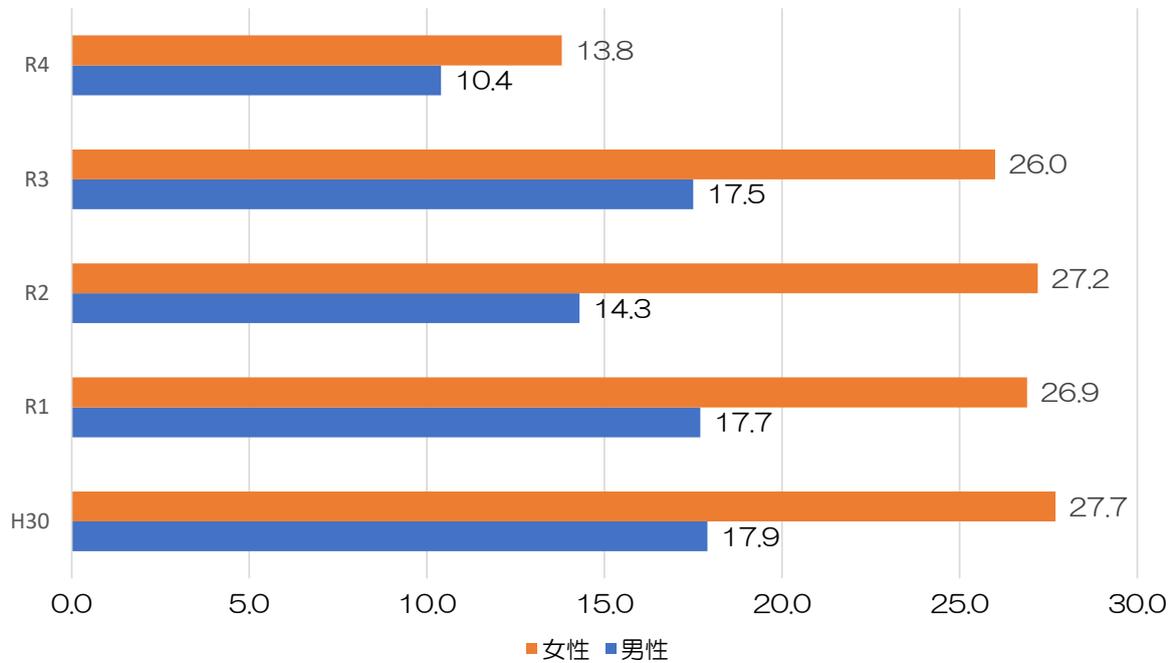
週3回以上朝食を抜いている者の割合



出典：KDBシステム「質問票調査の経年比較」

図表 40

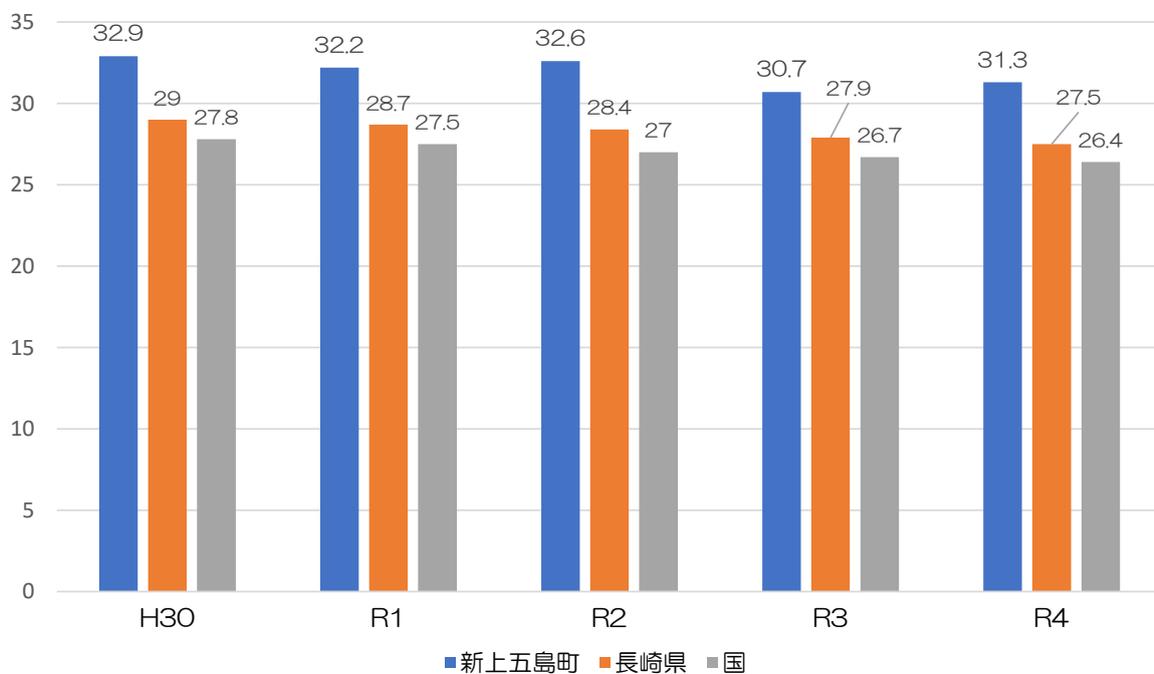
間食・甘いものを毎日摂取している者の割合



出典：KDBシステム「質問票調査の経年比較」

図表 41

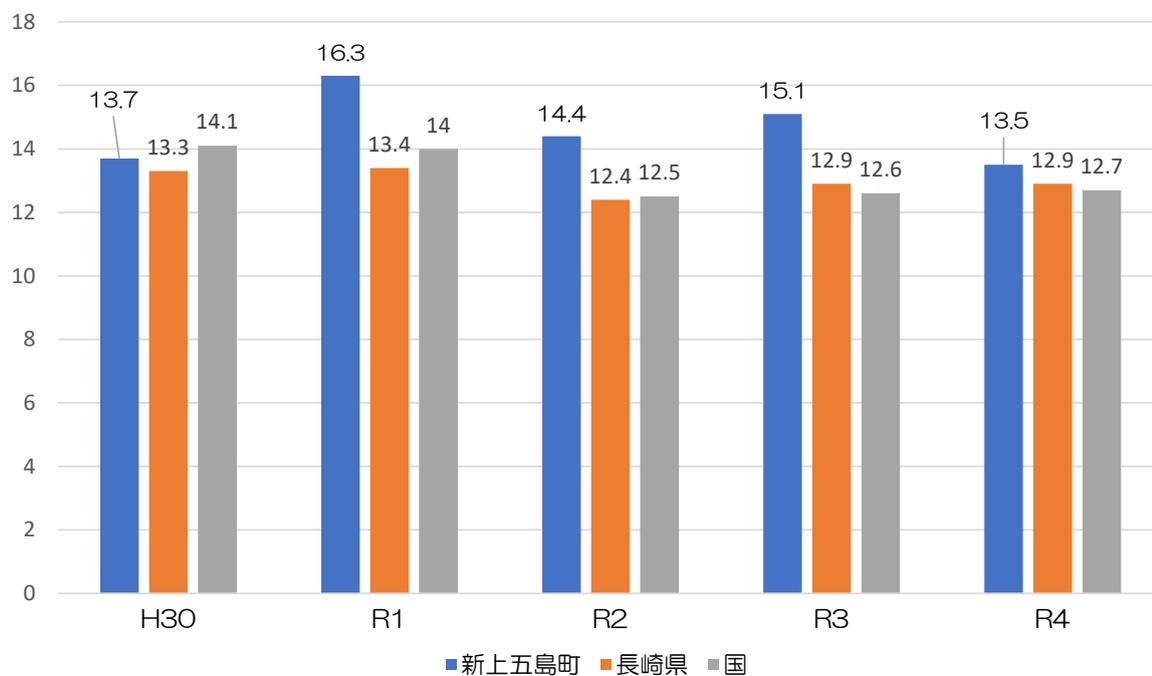
食べる速度が速い者の割合



出典：KDBシステム「質問票調査の経年比較」

図表 42

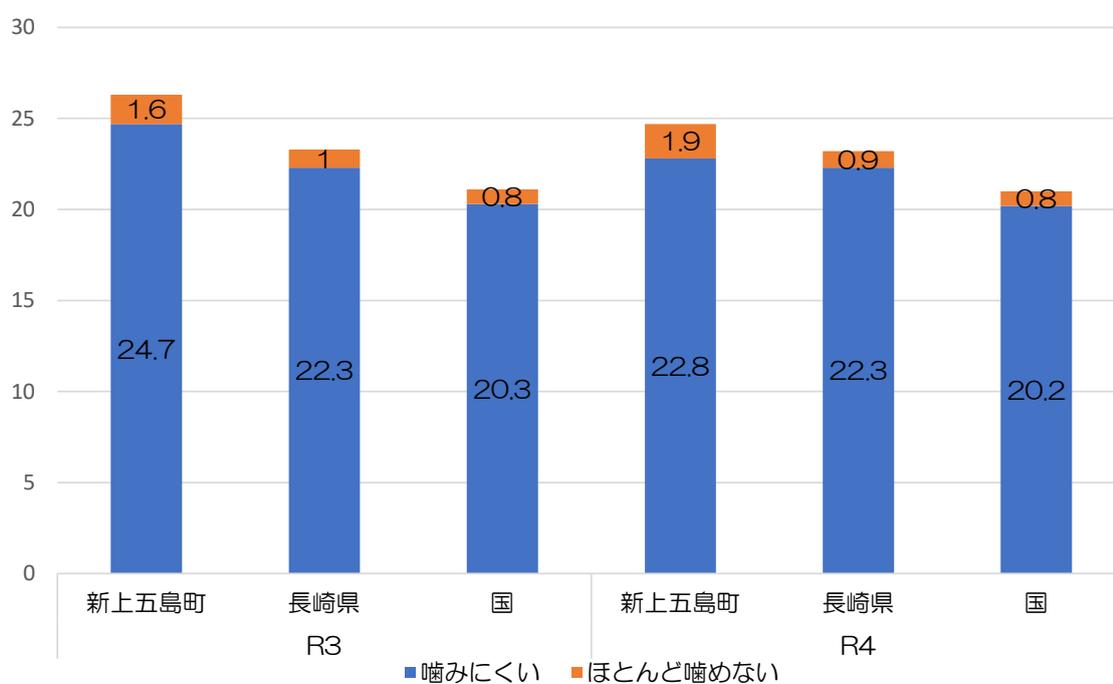
### 喫煙している者の割合



出典：KDBシステム「質問票調査の経年比較」

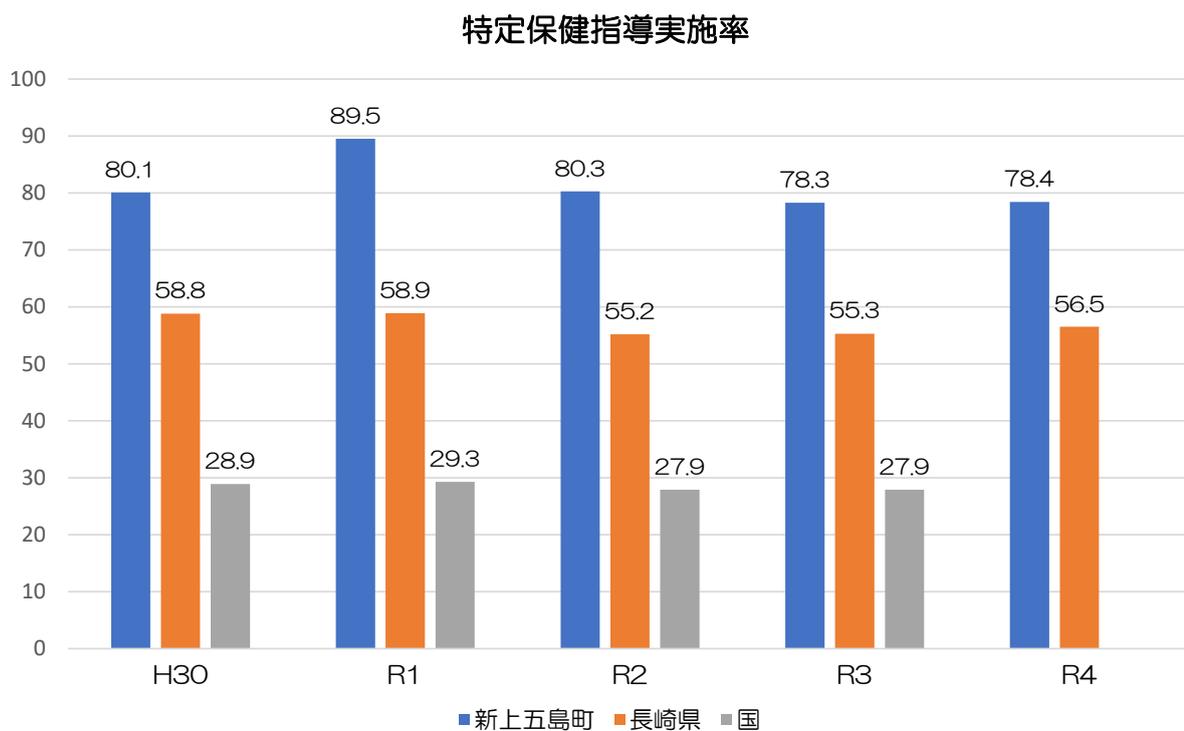
図表 43

### 「噛みにくい」「ほとんど噛めない」と答えた者の割合



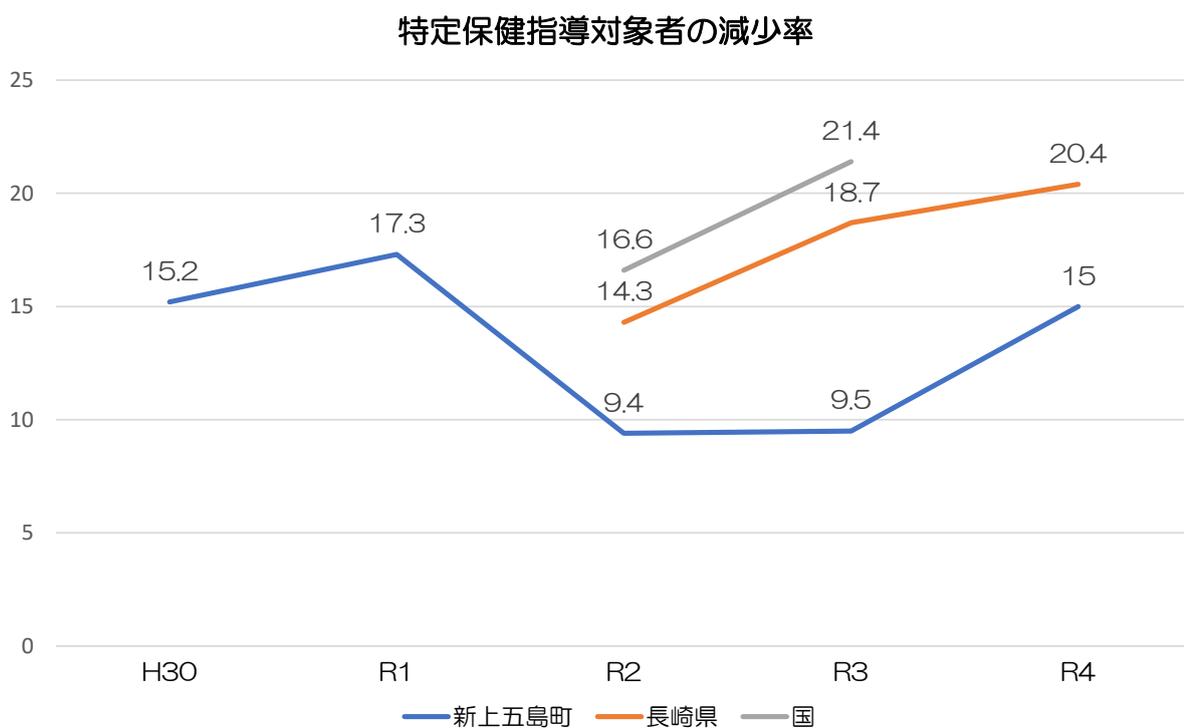
出典：KDBシステム「質問票調査の経年比較」

図表 44



出典：国保連合会法定報告

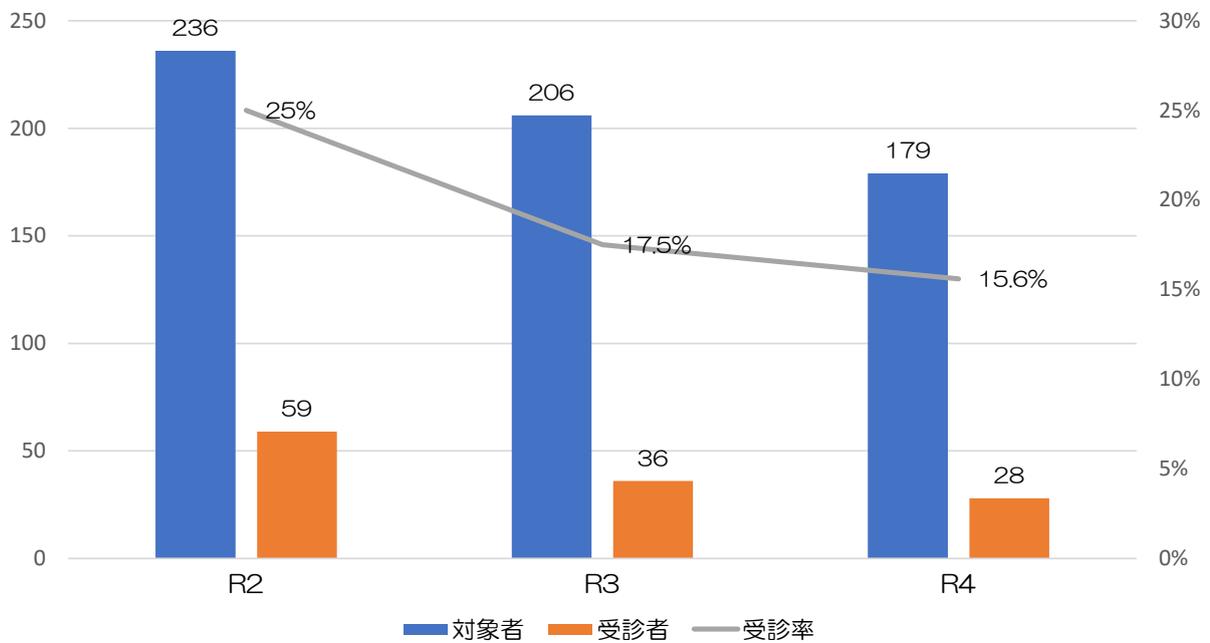
図表 45



出典：国保連合会法定報告

図表 46

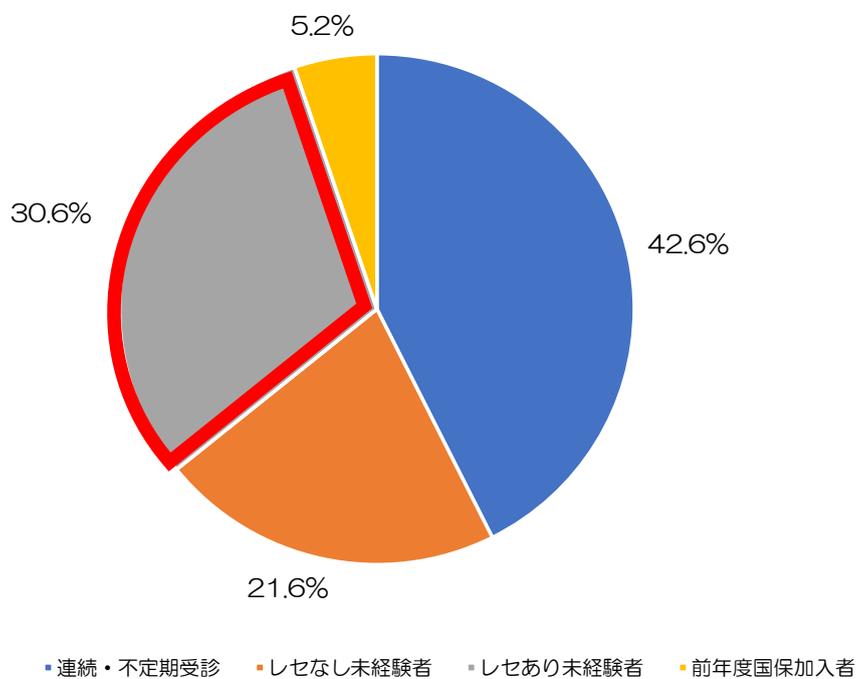
### 若年者の健診受診率 (対象：30～39歳の国民健康保険加入者)



出典：市町ヘルスアップ事業報告

図表 47

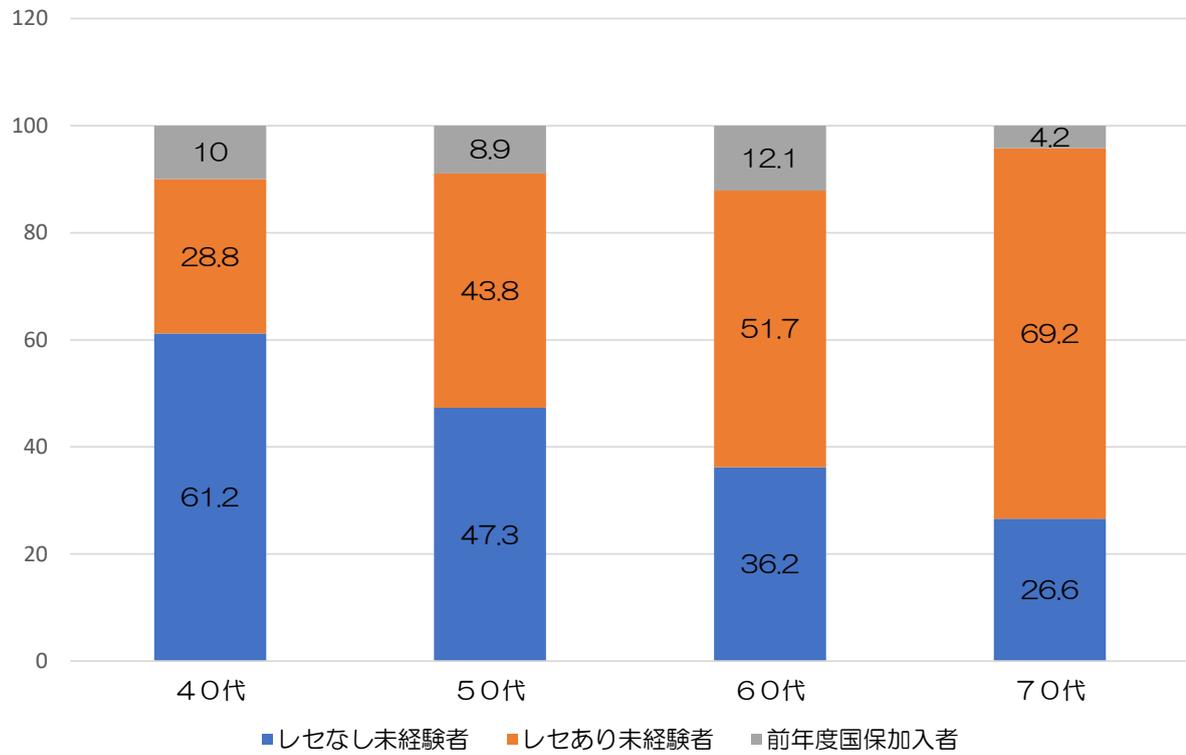
### 健診対象者セグメント別分布



出典：株式会社キャンサーズキャン特定健診受診率向上事業報告書

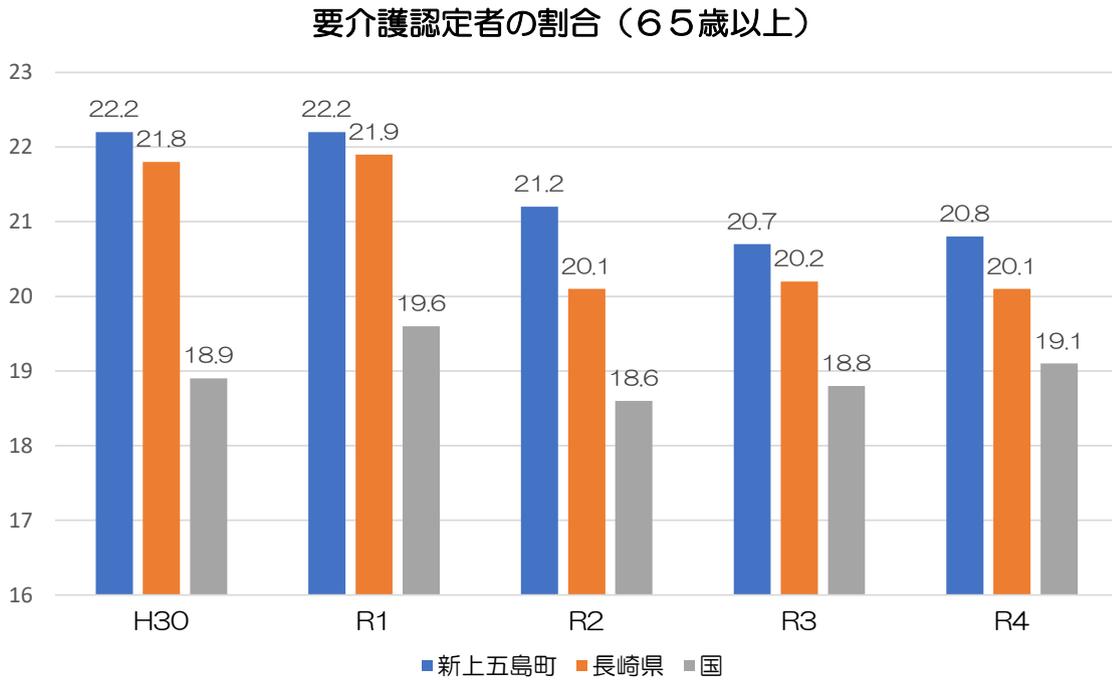
図表 48

### 年齢別未経験者の受診歴



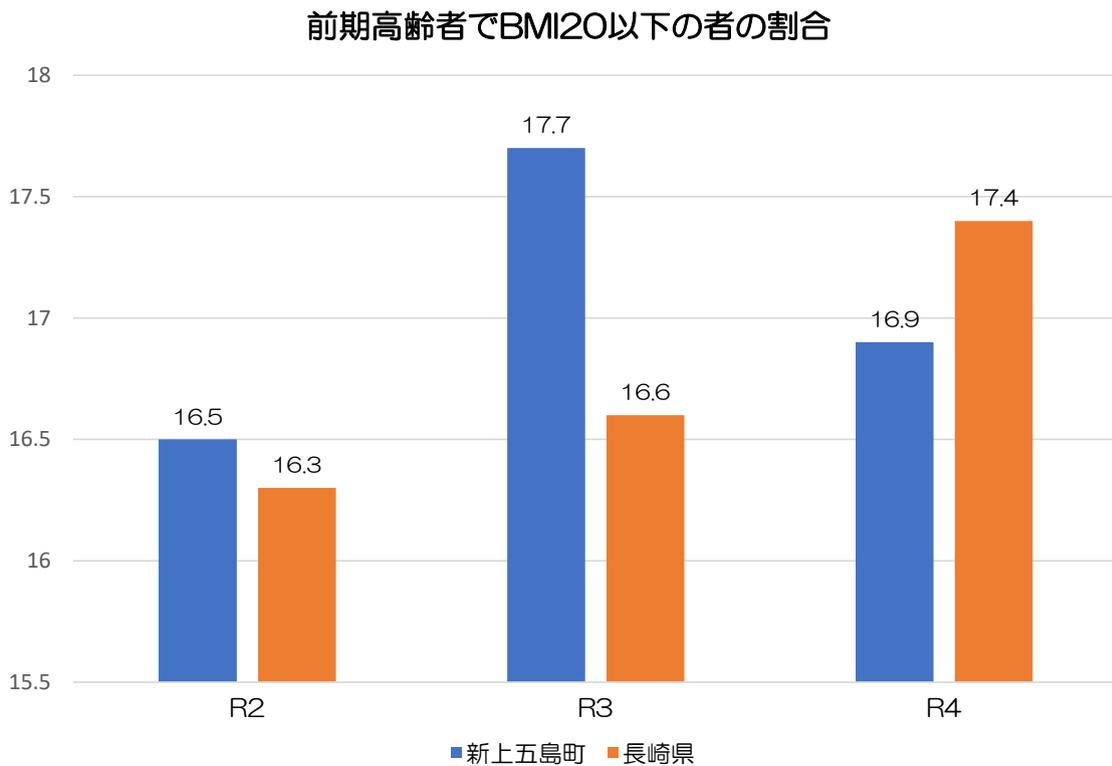
出典：株式会社キャンサーズキャン特定健診受診率向上事業報告書

図表 49



出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

図表 50



出典：国保連合会提供資料

図表 51

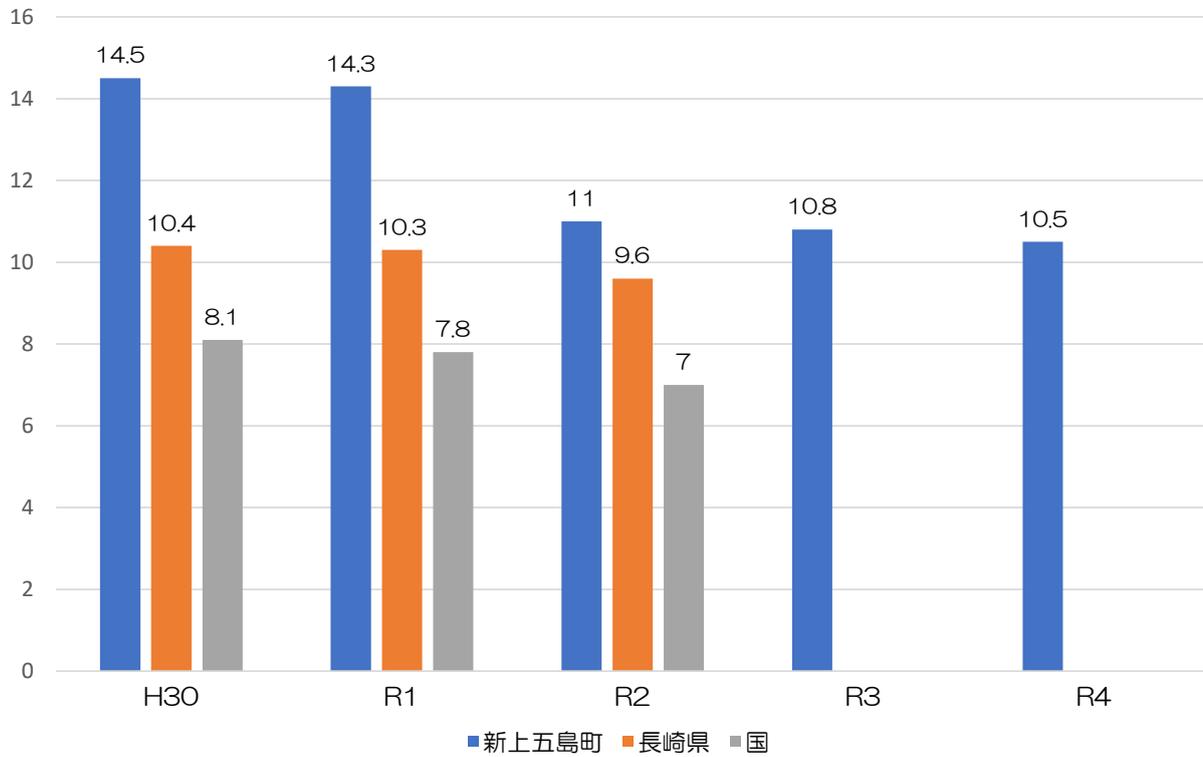
新上五島町の介護保険利用者の有病状況

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
1位	心臓病 (69.0%)	心臓病 (69.5%)	心臓病 (69.0%)	筋・骨格 (68.8%)
2位	筋・骨格 (68.8%)	筋・骨格 (69.2%)	筋・骨格 (67.8%)	心臓病 (68.6%)
3位	高血圧症 (64.0%)	高血圧症 (64.4%)	高血圧症 (64.5%)	高血圧症 (64.3%)

出典：KDBシステム「医療・介護の突合の経年比較（有病状況）」

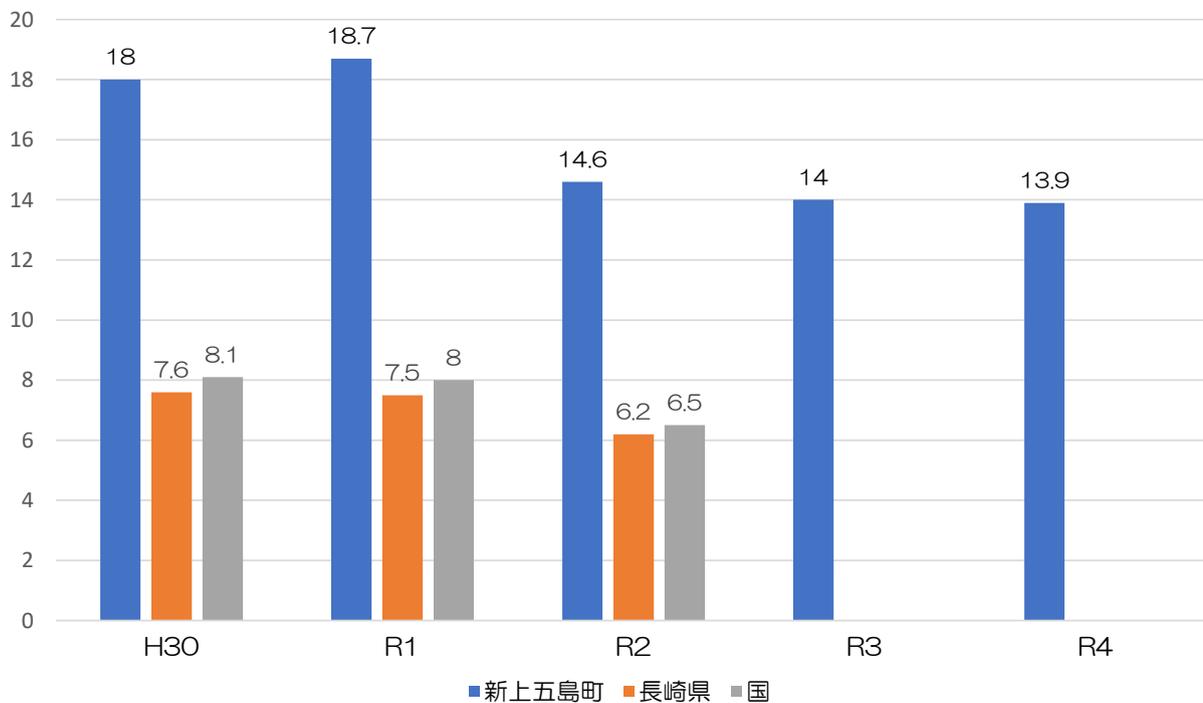
図表 52

胃癌検診受診率

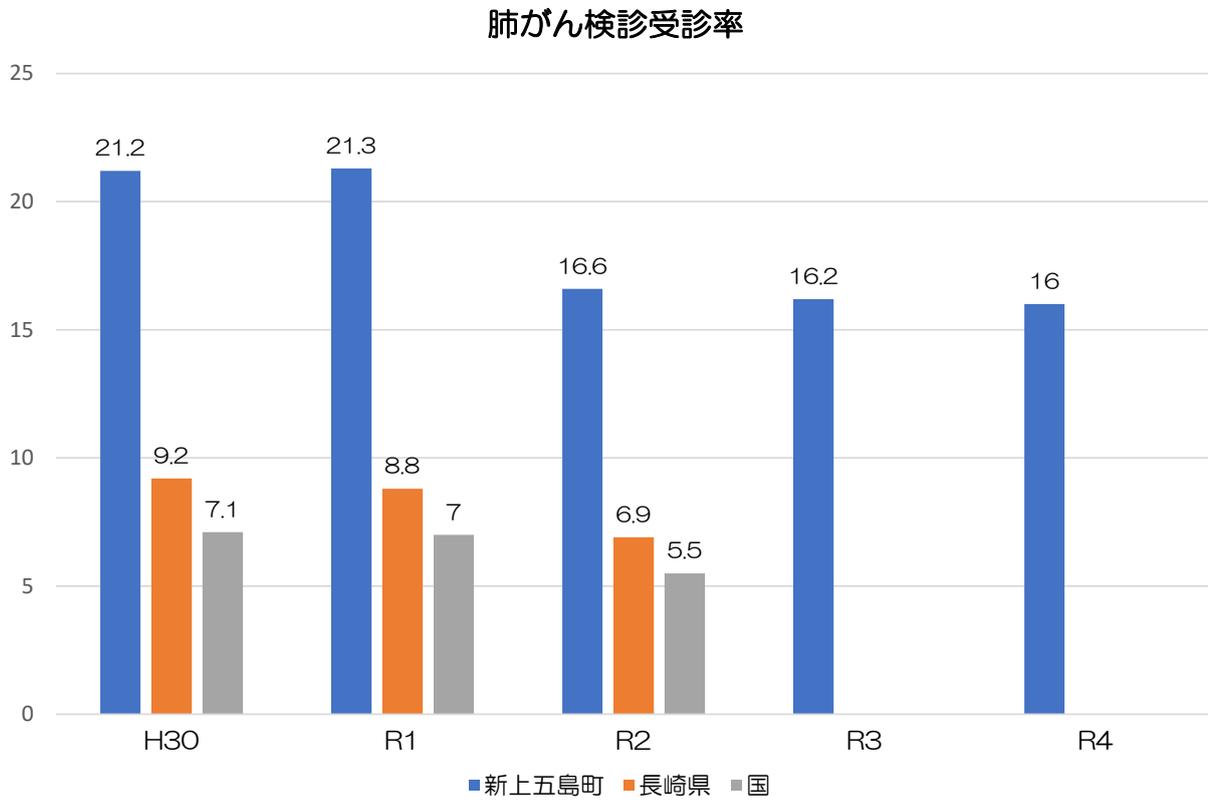


図表 53

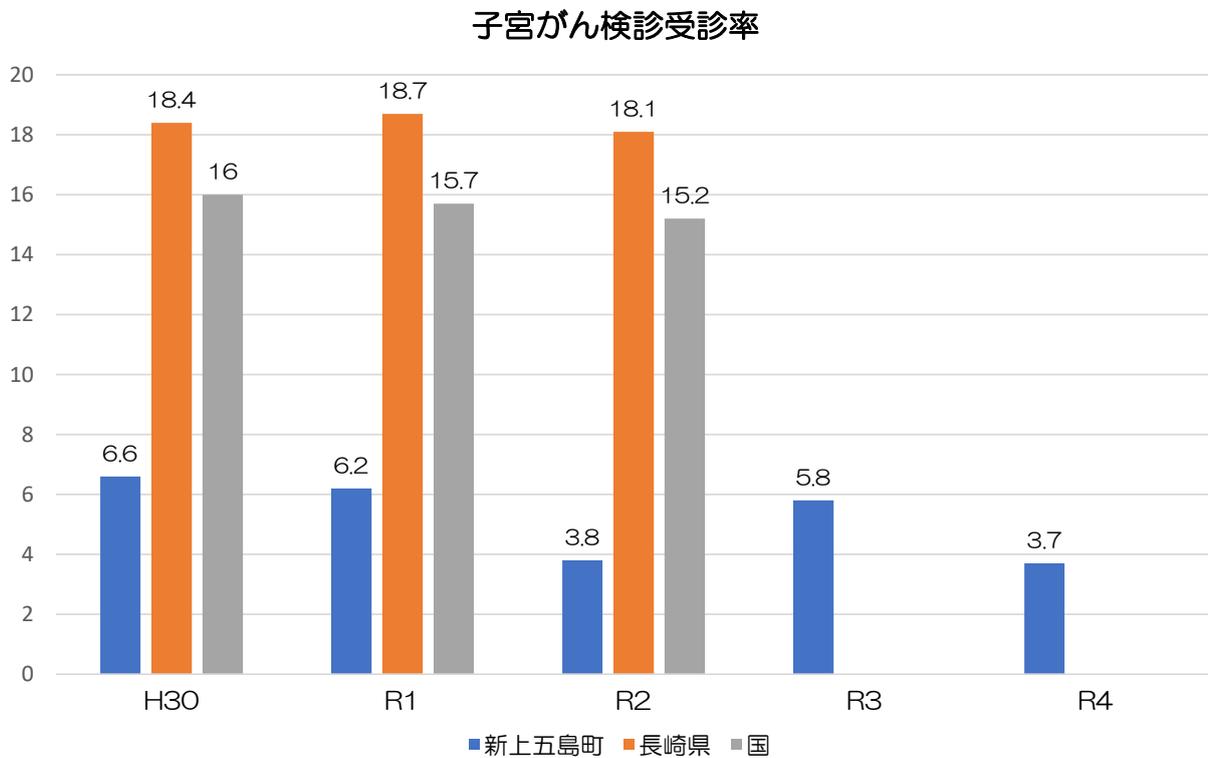
大腸がん検診受診率



図表 54

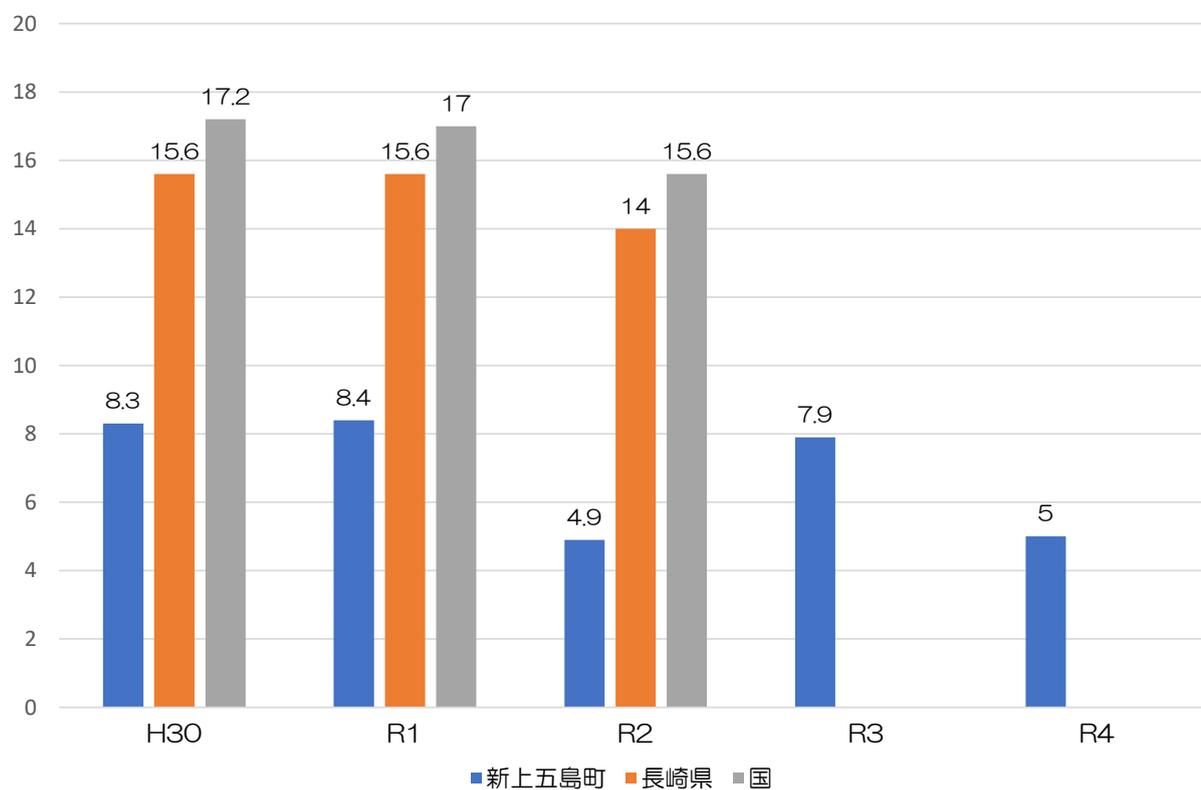


図表 55



図表 56

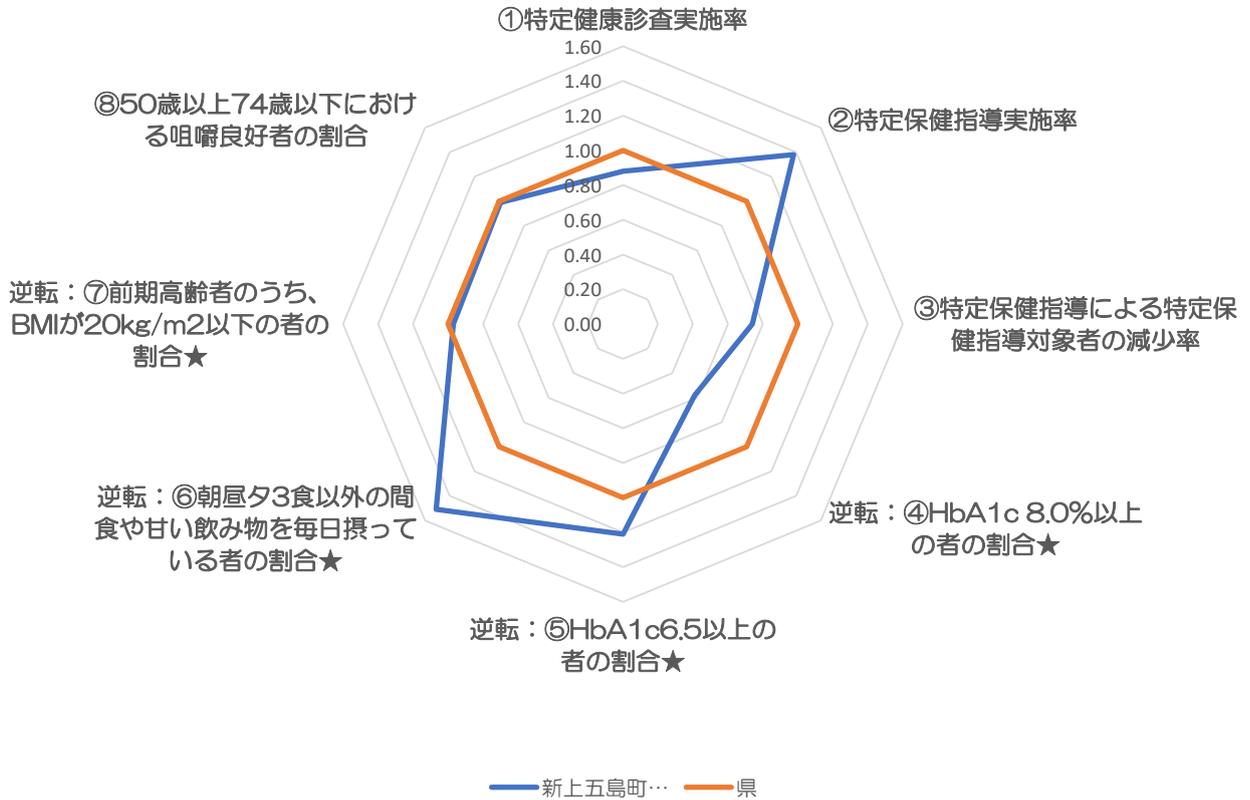
### 乳がん検診受診率



出典：地域保健・健康増進事業報告

図表 57

新上五島町の各指標値の実績と県平均値との比較の見える化



(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	新上五島町 (a/b) or (100-a)/(100-b)	県	新上五島町 (a)	県 (b)
①特定健康診査実施率	0.88	1.00	33.1	37.6
②特定保健指導実施率	1.38	1.00	78.4	56.5
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.74	1.00	15	20.4
逆転：④HbA1c 8.0%以上の者の割合★	0.58	1.00	0.7	1.2
逆転：⑤HbA1c6.5以上の者の割合★	1.21	1.00	11.2	9.2
逆転：⑥朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者の割合★	1.51	1.00	27.2	18
逆転：⑦前期高齢者のうち、BMIが20kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合★	0.97	1.00	16.9	17.4
⑧50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	0.99	1.00	75.1	76

4. 計画全体

- ★長期目標：健康寿命の延伸
- ★中期目標：虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病、糖尿病性腎症、骨折転倒予防
- ★短期目標⇒健診を受けましょう：糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボ、フレイル予防

県の示した評価項目（図表 67）に基づき目標を設定する。

保険者の健康課題				被保険者の健康に関する課題				データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標							
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	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 2022年度(R4)	⑨目標値									
								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	特定健診受診者が年々低下している。毎年連続して受診する人の割合が低い。	1	1	A	特定健診・特定保健指導	特定健診の受診率	33.1	35.0	37.0	40.0	43.0	46.0	50.0				
B	生活習慣病になりやすい生活習慣を持つ者が多い。	3	3 4 5			特定保健指導実施率	78.4	70以上	70以上	70以上	70以上	70以上	70以上				
C	高血圧は外来医療費が高い疾患の第3位。脳血管疾患を引き起こす原因疾患の1つ	3 5	3 5			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	15.0 男性11.7 女性23.3	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0				
D	脂質異常症は、人口千人当たりの患者数が多い疾患。心疾患を引き起こす原因疾患の1つ	3 5	3 5	B	生活習慣病予防 ①生活習慣の改善	運動習慣「1日30分以上運動習慣なし」の割合	59.5	59.0	58.5	58.0	57.5	57.0	56.0				
E	糖尿病は人口千人当たりの患者数、外来医療費が高い疾患。	4 5	3 4 5			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	27.2	25.0	24.0	23.0	22.0	21.0	20.0				
F	メタボ、肥満が様々な疾病を引き起こす恐れがある。	2	1 6			咀嚼「50歳以上74歳以下の何でも噛んで食べることができる者」の割合	75.1	76.5	77.0	77.5	78.0	79.0	80.0				
G	人工透析千人当たりの患者数が県内で最も多い。	4	3 4 5			喫煙習慣「喫煙している者」の割合	13.5	12.5	12.5	12.0	11.5	11.5	11.0				
H	要介護認定者の割合が高い。	8	8	C	生活習慣病予防 ②高血圧の改善	血圧130/85以上の者の割合	54.0	53.5	53.0	52.5	52.0	51.0	50.0				
I	若年（30～39歳）の若年者健診受診率が低い。	6	6	D	生活習慣病予防 ③脂質異常症の改善	LDL120以上の者の割合	50.8	49.0	48.5	48.0	47.0	46.0	45.0				
J	口腔の問題を抱えている人が多い。	7	7	E	生活習慣病予防 ④糖尿病の改善	HbA1c6.5以上の者の割合	11.2	10.5	10.0	9.5	9.0	8.5	8.0				
K	各種がん検診の受診率が低い。	9	9			HbA1c8.0以上の者の割合	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5				
						蛋白尿+以上の者の割合	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.0				
				F	生活習慣病予防 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制	HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合	14.9	14.5	14.0	13.5	13.0	12.5	12.0				
						メタボ該当者の割合（男女）	男性30.8 女性11.6	男性30.5 女性11.5	男性30.2 女性11.4	男性29.9 女性11.3	男性29.6 女性11.2	男性29.3 女性11.1	男性29.0 女性11.0				
						メタボ予備群該当者の割合（男女）	男性16.7 女性4.0	男性16.5 女性4.0以下	男性16.3 女性4.0以下	男性16.1 女性4.0以下	男性15.9 女性4.0以下	男性15.7 女性4.0以下	男性15.6 女性4.0以下				
						BMI25以上の者の割合（男女）	男性34.9 女性24.9	男性34.8 女性24.8	男性34.7 女性24.7	男性34.6 女性24.6	男性34.5 女性24.6	男性34.4 女性24.5	男性34.3 女性24.4				
				G	生活習慣病の重症化予防	人口千人当たりの人工透析患者数	10.4	9.8	9.6	9.4	9.2	9.0	8.8				
				H	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	要介護認定者の割合	20.8	20.5	20.0	19.7	19.4	19.2	19.0				
						前期高齢者の低栄養（BMI20以下）の者の割合	16.9	16.6	16.3	16.0	15.6	15.3	15.0				
				I	40歳前の若年者健診受診	若年者（30～39歳）の特定健診受診率	15.6	20.0	24.0	28.0	32.0	36.0	40.0				
				J	歯科口腔対策	歯周病検診受診率	6.6	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5				
						後期高齢者医療被保険者の口腔ケア事業受診率	0.9	1.1	1.3	1.5	1.7	1.9	2.1				
				K	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0	13.5				
						大腸がん検診受診率	13.9	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0				
						肺がん検診受診率	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0				
						子宮がん検診受診率	3.7	4.5	5.5	6.5	7.5	8.5	10.0				
						乳がん検診受診率	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0	11.0				

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。  
（注2）実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。  
（注3）目標値は、必要な年度に記載。

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	特定健診事業
B C D E F G	特定保健指導
B C D E F G	発病予防、重症化予防のための保健指導
E G	糖尿病性腎症重症化予防事業
B C D E F G	高血糖や高血圧等の生活習慣病予防・重症化予防のための健康教育
I	40歳前の若年者健診事業
J	歯科口腔保健対策の推進
H	保健事業と介護予防の一体的実施
K	がん検診受診勧奨

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健診事業	1
2	特定保健指導	2
3	発病予防、重症化予防のための保健指導	3
4	糖尿病性腎症重症化予防事業	4
5	高血糖や高血圧等の生活習慣病予防・重症化予防のための健康教育	5
6	40歳前の若年者健診事業	7
7	歯科口腔保健対策の推進	8
8	保健事業と介護予防の一体的実施の推進	6
9	がん検診受診勧奨事業	9



### 第3章 問題解決するための個別の保健事業

#### 1. 特定健診事業

事業番号 1	①事業名称 特定健診事業（図表58～59）
②事業の目的	特定健診の受診率を向上させ、生活習慣病の予防や早期発見、早期治療につなげる。
③対象者	特定健康診査は実施年度4月1日現在で新上五島町国民健康保険加入者のうち、その年度中に40歳～74歳となる加入者を対象に実施する。受診勧奨はある時点で健診を受診していない者に勧奨を行う。職場での健診、病院等受診者で健診と同等の検査を行っている者は、その結果を提出することで受診に変えることができる。
④現在までの事業結果	受診勧奨を行ってきたが、受診率が年々低下している。健診を毎年連続して受診する人の割合が低い。

#### 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	特定健診連続受診率	13.4%	15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	23.0%	25.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診受診率	33.1%	35.0%	37.0%	40.0%	43.0%	46.0%	50.0%

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	特定健診受診勧奨を実施する。 ・新規受診者の掘り起こし ・毎年健診受診者を増やす ・受けやすい健診体制づくり
-----------------	---

現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月 実施医療機関、健診項目を広報誌へ掲載</li> <li>・6月 電話による夜間健診受診勧奨</li> <li>・7月 健康保険証配布時に健診案内通知を同封</li> <li>・8月 国保ヘルスアップ事業（県実施事業）による受診勧奨              集団健診前に未受診者全員に受診券発行</li> <li>・8～9月 電話による集団健診受診勧奨、過去に健診を受けた人で連続受診していない人を対象に、優先順位をつけて受診勧奨</li> <li>・病院での個別健診受診強化月間を定めての受診勧奨</li> <li>・60歳代をターゲットに個別の受診勧奨</li> <li>・医療機関での受診勧奨（かかりつけ医への協力依頼）</li> </ul> ※ 国保ヘルスアップ事業（県実施事業）… 株式会社キャンサーズキャンが提供する、案内ハガキの個別郵送による受診勧奨事業 受診勧奨を実施している集団健診前に実施（R5～）
---

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

<ul style="list-style-type: none"> <li>・役割分担をして受診勧奨              地区組織：健康づくり推進員、食生活改善推進員による受診勧奨              庁舎内関係機関：包括支援センター、福祉課等を通して受診勧奨              国民健康保険の窓口で年度途中の加入者へ健診のお知らせ配布</li> <li>・各医療機関での個別健診、健康事業団の集団健診の実施</li> <li>・夜間、休日健診の実施</li> <li>・医療機関との役割分担</li> </ul>
--

#### 評価計画

<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率（法定報告）</li> <li>・健診連続受診者（R5～国保ヘルスアップ事業（県実施事業）による受診勧奨、委託先キャンサーズキャンの分析データより）</li> </ul>
--

図表58 特定健診第4期（2024年度以降）における変更点

特定健康診査の見直し	<p>(1) 基本的な健診の項目                  血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。</p>
	<p>(2) 標準的な質問票                  喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。</p>

図表59 新上五島町特定健診検査項目

	検査項目	国	新上五島町
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γGT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	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)		
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	●	●
	随時血糖	○	○
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血		○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値		□
	血色素量		□
	赤血球数		□
その他	心電図		□
	眼底検査	○	□
	血清クレアチニン (eGFR)	□	○
	尿酸	□	○

○：必須項目、□：医師の判断に基づき実施する項目、●いずれかの項目の実施で可  
 健診項目に関しては、必要に応じて見直しを行う。

## 2. 特定保健指導

事業番号 2 ①事業名称 特定保健指導 (図表60~62)

②事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の予防を図る。
③対象者	特定保健指導基準該当者
④現在までの事業結果	特定保健指導を実施してきたが、保健指導対象者減少率が低い。メタボ、メタボ予備群の割合が増加している。

### 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	1. メタボ該当者の割合	男性30.8% 女性11.6%	男性30.5% 女性11.5%	男性30.2% 女性11.4%	男性29.9% 女性11.3%	男性29.6% 女性11.2%	男性29.3% 女性11.1%	男性29.0% 女性11.0%
	2. メタボ予備群該当者の割合	男性16.7% 女性4.0%	男性16.5% 女性4%以下	男性16.3% 女性4%以下	男性16.1% 女性4%以下	男性15.9% 女性4%以下	男性15.7% 女性4%以下	男性15.6% 女性4%以下
	3. BMI 25以上の者の割合	男性34.9% 女性24.9%	男性34.8% 女性24.8%	男性34.7% 女性24.7%	男性34.6% 女性24.6%	男性34.5% 女性24.6%	男性34.4% 女性24.5%	男性34.3% 女性24.4%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率 (参考：特定保健指導者数)	78.4% (77人)	70%以上 (75人)					

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	特定保健指導を実施し、指導プログラム内容の見直しを行う。
-----------------	------------------------------

### 現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

- ・健診結果より、メタボ判定・特定保健指導判定を行う
- ・特定保健指導該当者へ連絡し、面談を行う
- ・積極的支援該当者に対し、健康づくり等の事業、健康教育への参加を促す
- ・初回面談の3か月後以降、状況確認及び次年度の健診受診勧奨を行う
- ・効果的な指導を行うため使用教材を統一する
- ・積極的支援該当者のフォロー体制を整備する
- ・実施方法を従事スタッフ間で統一する

### 現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

- ・従事スタッフ間で情報共有を行い、指導プログラムを作成、実施
- ・専門職の役割分担

### 評価計画

- ・メタボ該当者の割合、メタボ予備群該当者の割合 (KDB「地域の全体像の把握」)
- ・BMI25以上の者の割合 (KDB「厚生労働省様式5-2」)
- ・特定保健指導実施率 (法定報告)
- ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (法定報告)

図表60 特定保健指導第4期（2024年度以降）における変更点

特定保健指導の見直し	<p>(1) 評価体系の見直し                  特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm、体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm、体重1kg減をその他目標として設定した。</p>
	<p>(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和                  特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるように条件を緩和することとした。</p>
	<p>(3) 糖尿病等の生活習慣病にかかる服薬を開始した場合の実施率の考え方                  特定健康診査実施後または特定保健指導後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないこと。</p>
	<p>(4) 糖尿病等の生活習慣病にかかる服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外                  服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。</p>
	<p>(5) その他の運用の改善                  看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。</p>

図表61 健診、保健指導年間スケジュール

	特定健診	特定保健指導	その他
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>○健診対象者の抽出</li> <li>○診療情報提供、個別健康診査実施の依頼</li> <li>○特定健診の開始</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診をはじめとした各種健診の住民周知</li> <li>○がん検診、各種検診の開始</li> </ul>
5月		○対象者の抽出、保健指導の開始	
6月			○代行機関（国保連合会）を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月			○前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月	↓		
3月	○健診の終了	↓	

図表62 【特定保健指導の階層化判定】

項番	腹囲	追加リスク		保健指導レベル	
		①血圧②脂質③血糖	④喫煙歴	40～64歳	65～74歳
(1)	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		
(2)	(1)以外で BMI $\geq$ 25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
		2つ該当	あり		
			なし		
(3)	(1)(2)に該当しない または (1)(2)に該当し追加リスク「治療薬の服薬あり」	/	/	情報提供 (特定保健指導対象外)	

出典：「国民健康保険中央会」

●積極的支援

医師や保健師などにより、3か月以上の継続的な支援を行います。

初回アドバイス後、約3～6か月後に実施状況を確認します。

●動機付け支援

医師や保健師などが面接によるアドバイス（原則1回）を行います。

初回アドバイス後、約3～6か月後に実施状況を確認します。

### 3. 疾病予防、重症化予防のための保健指導

事業番号 3	①事業名称 発病予防、重症化予防のための保健指導 (図表63～64)
--------	------------------------------------

②事業の目的	平均自立期間を短くしている疾患や、死因疾患の中でも予防可能な疾病（心疾患、脳血管疾患）の発病予防、重症化予防に取り組み、血管変化における共通リスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症を減らしていく。
③対象者	健診結果について、町独自の基準に該当する者（図表64）
④現在までの事業結果	町独自の基準を設け、該当する者に保健指導を実施しているが、人工透析の千人当たりの患者数が県内1位と高い。

#### 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	1. 心疾患の新規患者数	56人	56人	54人	53人	52人	51人	50人
	2. 脳血管疾患の新規患者数	77人	76人	75人	74人	73人	72人	71人
	3. LDL 120以上の者の割合	50.8%	49.0%	48.5%	48.0%	47.0%	46.0%	45.0%
	4. HbA1c 6.5以上の者の割合	11.2%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%
	5. 血圧 130/85以上のいずれかを満たす者の割合	54.0%	53.5%	53.0%	52.5%	52.0%	51.0%	50.0%
	6. HbA1c 6.5以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合	14.9%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	介入ができた者の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	健診結果（血圧・血糖・脂質・BMI等の項目）について、町独自の基準を設け保健指導者を選定し、保健指導を行う。
-----------------	--

#### 現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

<ul style="list-style-type: none"> <li>・町独自の基準に基づき、保健指導者を選定</li> <li>・町独自の基準については、各医療機関に周知し、連携を図る</li> <li>・使用教材の選定</li> <li>・該当者に合った教材を選定</li> <li>・専門職による保健指導を実施</li> <li>・専門職間での役割分担</li> <li>・紹介状が発行されている者に対する受診確認、フォロー体制の整備</li> <li>・実施方法を従事スタッフ間で共有</li> <li>・連絡が取れない者へは保健指導教材を同封</li> </ul>
---

#### 現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事スタッフ間で情報共有</li> <li>・従事スタッフの役割分担の明確化</li> </ul>
---

#### 評価計画

<ul style="list-style-type: none"> <li>・心疾患の新規患者数、脳血管疾患の新規患者数（フォーカス）</li> <li>・LDL120以上、HbA1c6.5以上、血圧130/85いずれかを満たす者、HbA1c6.5以上の者のうちレセプトがない者（長崎県国保連合会データ）</li> </ul>
--

## 問題解決するための個別保健事業（保健事業の方向性）

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。

図表63 紹介状発行基準

### ●特定健康診査における紹介状発行基準

検査項目	紹介状発行対象者	検査項目	紹介状発行対象者
収縮期血圧	160～	空腹時血糖	126～
拡張期血圧	100～	HbA1c	6.5～
中性脂肪	300～	クレアチニン	男1.3～
HDL-c	～29		女1.0～
LDL-c	180～	eGFR	～49
AST (GOT)	51～	検尿	糖(+)以上
ALT (GPT)	51～		蛋白(2+)以上
γGTP	101～		潜血(2+)以上
尿酸	9.0～		蛋白・潜血ともに(+)以上

### ●CKD重症化予防対策（75歳未満）

検査項目	対象基準	
	紹介状発行対象者	コントロール不良者
収縮期血圧	160～	180～
拡張期血圧	100～	110～
HbA1c	7.0以上（65～74歳は7.5以上）	
eGFR	69歳以下50未満、70～74歳40未満	
検尿	蛋白(2+)以上	
	蛋白、潜血ともに(+)以上	

図表64 保健指導対象者基準

●発病予防、重症化予防の保健指導基準

検査項目		訪問・面接・連絡			ちらし同封	
		～64歳	65～74歳	75歳～		
発病予防	糖	HbA1c	6.0～6.4*	6.5～*	7.0～	*空腹時血糖126～、HbA1c5.6～はちらし同封
	脂質	LDL-c	160～	160以上/100以上		
腎	検尿	蛋白+以上*	*			*尿蛋白±またはeGFR60未満
	eGFR	60未満				
その他	初めての健診	○	○			
	保健師判断					

重症化予防	腎	eGFR	70歳未満50未満	70歳以上40未満
		検尿	①尿蛋白2+以上 ②尿蛋白・潜血ともに+以上	Ⅱ度高血圧以上 で左記①②該当
	糖	治療中	7.0以上	7.5以上
		未治療	6.5以上	7.0以上
血圧	治療中	Ⅲ度高血圧以上（180以上/110以上）		

●若年高血圧予防

40～59歳の血圧未治療者で、収縮期血圧140以上または拡張期血圧90以上

●後期高齢者の保健指導基準

検査項目	保健指導対象	方法	
健診結果から	低栄養防止	BMI18.5未満かつ1年間で2kg以上の体重減少	低栄養アセスメントシート実施、握力測定、ちらし（低栄養防止）
	その他の重症化予防	1. 要精密、要医療（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の者（治療中の者を除く）。 2. 高血圧治療中で以下のいずれかに該当する者 ①GFR40未満、②Ⅲ度高血圧（180/110）以上、③Ⅱ度高血圧（160/100）以上で尿蛋白2+以上または尿蛋白+かつ尿潜血+以上	・個別相談、連絡、健診結果にちらし同封し送付（数値、経年的な状態を考慮） ・保健指導連絡票発行と判断された者には同意の有無を確認する。
	その他のフレイル	高齢者の質問票 ⑦歩行速度、⑧転倒で「はい」、⑨運動習慣、⑩外出で「いいえ」と回答した者	ちらし同封（おうち時間の見直し、活動UP）
健康状態不明者	高齢者の質問票 ④咀嚼、⑤嚥下で「はい」と回答した者	ちらし同封（お口の健康体操）	
健康状態不明者	昨年度とその前の年の2年間健診未受診、かつ医療機関受診なし、かつ介護認定なし	訪問・面接・連絡	

#### 4. 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業番号 4 ①事業名称 糖尿病性腎症重症化予防事業

②事業の目的	人工透析の原因となっている糖尿病性腎症の重症化を予防することにより、高額医療である人工透析新規導入者の減少を目指す。
③対象者	<p>75歳未満</p> <p>1.糖尿病未治療者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>空腹時血糖126mg/dl以上（随時血糖200mg/dl以上）またはHbA1c6.5以上の未治療者</li> <li>直近半年に糖尿病用剤の処方がない者</li> </ul> <p>2.糖尿病治療中</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病性腎症の病期第2・3・4期と思われる者           <ul style="list-style-type: none"> <li>①尿蛋白+以上、②eGFR50未満（70～74歳 40未満）</li> </ul> </li> <li>血糖コントロール不良者 HbA1c7.0以上（65～74歳 HbA1c7.5以上）</li> <li>Ⅱ度高血圧（160/100）以上</li> <li>主治医より依頼があった場合</li> </ul> <p>75歳以上</p> <p>1.医療機関未受診者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>前年度健診でHbA1c7.0以上の者のうち医療機関未受診者</li> </ul> <p>2.糖尿病治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>通院中の者で最終の受診月から6カ月以上経過しても受診した記録がない者</li> </ul> <p>3.ハイリスク者（糖尿病治療者で以下のいずれかに該当する者）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HbA1c7.5以上</li> <li>尿蛋白+以上</li> <li>Ⅱ度高血圧（160/100）以上</li> <li>主治医より保健指導の依頼があった者</li> </ul>
④現在までの事業結果	長崎県版プログラムに基づき、町独自の基準を設けて保健指導を実施している。また、主治医との連携が必要な者に対しては、保健指導連絡票を発行し主治医と連携している。

#### 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	1. 人工透析新規導入者数	2人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
	2. 人口千人あたりの人工透析患者数	10.4人	9.8人	9.6人	9.4人	9.2人	9.0人	8.8人
アウトプット (実施量・率) 指標	1. HbA1c 8.0以上の者の割合	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%
	2. 尿蛋白+以上の者の割合	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.0%

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	重症化のリスクがある人は主治医との連携を強化し、フォロー体制を構築する。
-----------------	--------------------------------------

現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

- ・長崎県版プログラムに基づき、町独自の基準を設定
- ・基準を基に保健指導者を選定
- ・使用教材の選定
- ・専門職による保健指導を実施
- ・主治医との連携が必要な場合、本人の了解を得た後保健指導連絡票を活用
- ・専門職間での役割分担
- ・従事スタッフ間で情報を共有、実施方法を検討

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

- ・役割分担に従事スタッフ間で明確化
- ・重症化リスクがある人は、専門職が医療機関と連携を図るシステムを構築

評価計画

- ・人工透析新規導入者の人数（フォーカス）
- ・人口千人当たりの人工透析患者数（KDB「医療費分析（1）細小分類」）
- ・HbA1c8.0以上の者の割合（長崎県国保連合会データ）
- ・尿蛋白+以上の者の割合（長崎県国保連合会データ）

## 5. 高血糖や高血圧等の生活習慣病予防・重症化予防のための健康教育

事業番号 5	①事業名称 高血糖や高血圧等の生活習慣病予防のための健康教育
--------	--------------------------------

②事業の目的	健康寿命を延伸するために、予防可能な心疾患・脳血管疾患・骨折転倒・慢性腎臓病の疾患の発病、重症化予防を目指し、適切な生活習慣へ行動変容ができるよう支援を行う。
③対象者	前年度健診で保健指導対象者に該当した者
④現在までの事業結果	コロナ感染症の拡大により集団教育が中止となることもあったが、感染症対策に配慮しながら少人数で実施。

### 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	1. 運動習慣「1日30分以上運動習慣なし」の割合	59.5%	59.0%	58.5%	58.0%	57.5%	57.0%	56.0%	
	2. 食習慣「3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者」の割合	27.2%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%	
	3. 喫煙習慣「喫煙している者」の割合	13.5%	12.5%	12.5%	12.0%	11.5%	11.5%	11.0%	
	4. LDL 120以上の者の割合	50.8%	49.0%	48.5%	48.0%	47.0%	46.0%	45.0%	
	5. HbA1c 6.5以上の者の割合	11.2%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%	
	6. 血圧 130/85以上のいずれかを満たす者の割合	54.0%	53.5%	53.0%	52.5%	52.0%	51.0%	50.0%	
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 運動教室	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	
	2. 食事講習会	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	予防可能な心疾患・脳血管疾患・骨折転倒・慢性腎臓病の発病、重症化を予防するために健康教育を実施する。
-----------------	--

### 現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2～3月頃 次年度健康教育予定立案 関係機関と日程調整等打ち合わせを行う</li> <li>・ 教室実施前 前年度健診結果を整理し、各種健康教育の対象者抽出を行う 関係機関、従事スタッフ間で打ち合わせを行う</li> <li>・ 教室対象者へは通知、電話で参加を促す</li> <li>・ 実施後は従事スタッフで実施方法の検討、次回の打ち合わせを行う</li> <li>・ フォロー教室の実施</li> </ul> <p>(運動教室)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リプレ健康教育、運動健康教育を同時実施</li> <li>・ 関係機関と日程等の打ち合わせを行う</li> <li>・ 前年度健診結果で血糖値が高い者へ通知。また保健指導を受けた者へ電話連絡し参加を促す</li> <li>・ 4回1クールで実施</li> <li>・ これまでに運動教室へ参加した者へのフォロー教室を実施 (R5)</li> </ul> <p>(食事講習会)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診事後指導時、参加を促す</li> <li>・ 食生活改善推進員の協力により、地域住民への参加を促す</li> <li>・ 旧町単位で実施</li> </ul>
--

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標  
ストラクチャー実施内容

(運動教室)

- 専門職が計画
- 関係機関（長崎県立大学）と打ち合わせを行い共同で実施

(食事講習会)

- 専門職による事前打ち合わせを行い、実施
- 計画、実施、事業の評価を行う

評価計画

- 健診結果でLDL120以上の者の割合、HbA1c6.5以上の者の割合、血圧130/85以上のいずれかを満たす者の割合、を経年で見て教室の内容を検討

## 6. 40歳前の若年者健診事業

事業番号 6 ①事業名称 40歳前の若年者健診事業

②事業の目的	早い時期（30～39歳）から生活習慣を見直す機会を与え、自分の健康について関心を持たせることで、40歳からの特定健診受診に繋げる。
③対象者	実施年度中に30～39歳になる者で、健診受診時点で国民健康保険加入者。
④現在までの事業結果	若年者（30～39歳）の健診受診率が低迷している。

### 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	若年者（30～39歳） 2年連続健診受診率	56.0%	56.5%	57.0%	57.5%	58.0%	59.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	若年者（30～39歳） 健診受診率	15.6%	20.0%	24.0%	28.0%	32.0%	36.0%	40.0%

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	若年者特定健診受診勧奨を実施する。
-----------------	-------------------

現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

- ・4月 個別案内通知（夜間健診、集団健診）し周知
- ・電話、LINEによる予約
- ・6月 実施前年度に受診した者で、実施年度に申し込みがない者に対して電話での受診勧奨
- ・職域の健康教育時、健診受診勧奨

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

- ・医療機関での健診は、日にちを限定して夜間、休日健診を実施
- ・集団健診を平日と土日に実施

評価計画

- ・若年者（30～39歳）2年連続受診者数、若年者（30～39歳）健診受診率（市町村国保ヘルスアップ事業）

## 7. 歯科口腔保健対策の推進

事業番号 7

①事業名称 歯科口腔保健対策の推進

②事業の目的	口腔機能を維持することにより生活機能を維持できる。
③対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検診は節目に該当する者、後期高齢者。</li> <li>・ オーラルフレイル予防は特定健診、後期高齢の健診を受けた者で口腔に問題を抱えている者（特定健診：「噛みにくい」「ほとんど噛めない」と答えた者。後期高齢の健診：「固いものが食べにくくなった」「お茶や汁物でむせることがある」と答えた者。）</li> </ul>
④現在までの事業結果	実施年度中に30歳から10歳刻みで歯周病検診、75歳からは「お口のいきいき健康支援事業（歯科健診と健康指導実施）」（後期広域連合）を実施しているが、受診率は低迷している。

### 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	1. 歯周病検診受診率	6.6%	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%
	2. 後期高齢者医療被保険者の口腔ケア事業受診率	0.9%	1.1%	1.3%	1.5%	1.7%	1.9%	2.1%
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 「噛みにくい」と答えた者の割合	22.8%	22.6%	22.4%	22.2%	22.0%	21.8%	21.6%
	2. 「ほとんど噛めない」と答えた者の割合	1.9%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%
	3. 「固いものが食べにくくなった」と答えた者の割合	26.7%	26.5%	26.3%	26.1%	25.9%	25.7%	25.5%
	4. 「お茶や汁物でむせることがある」と答えた者の割合	21.3%	21.1%	20.9%	20.7%	20.5%	20.3%	20.1%
	5. 咀嚼「50歳以上74歳以下の何でも噛んで食べることができる者」の割合	75.1%	76.5%	77.0%	77.5%	78.0%	79.0%	80.0%

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	<p>歯科健診受診勧奨を実施する。</p> <p>オーラルフレイルを予防するための健康教育を実施する。</p>
-----------------	---

現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

- ・ 年度中に20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳の節目に該当する者を抽出し歯周病検診案内の通知を郵送
- ・ 後期高齢者の歯科健診は、広域連合より対象者を抽出し、健診案内の通知を郵送
- ・ 職域、通いの場での健康教育の際に歯科健診の受診勧奨
- ・ 歯科衛生士を雇用し、集団健診結果説明等で健康教育、口腔に問題を抱えている者に対して個別健康相談を行う
- ・ 年度当初に町内の歯科医院と委託契約を行う

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

- ・ 役割を分担し、対象者の抽出、案内通知発送準備、委託契約を行う
- ・ 専門職の役割分担により、健康教育、健康相談を実施

評価計画

- ・ 「噛みにくい」と答えた者の割合、「ほとんど噛めない」と答えた者の割合、「固いものが食べにくくなった」と答えた者の割合、「お茶や汁物でむせることがある」と答えた者の割合（KDBシステム「質問票調査の経年比較」国保・後期）
- ・ 歯周病検診受診率（町で集計している「歯周病健診実績報告」）
- ・ 後期高齢者口腔ケア事業受診率（長崎県後期広域連合提供データ「後期高齢者医療被保険者の口腔ケア事業」）

## 8. 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

事業番号 8

①事業名称 保健事業と介護予防の一体的実施の推進（図表65～66）

②事業の目的	長崎県後期広域連合（以下、広域連合）を実施主体とし、受託を受け、高齢者の健康課題の把握やフレイル対策等の介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を実施し、健康増進を図る。
③対象者	新上五島町に住民票のある75歳以上の者（施設入所者を除く）
④現在までの事業結果	広域連合より委託を受け、計画・実施・評価しながら実施（R3～）

### 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	1. 要介護認定者の割合	20.8%	20.5%	20.0%	19.7%	19.4%	19.2%	19.0%
	2. 前期高齢者の低栄養（BMI 20以下）の者の割合	16.9%	16.6%	16.3%	16.0%	15.6%	15.3%	15.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 健康状態不明者の人数	86人	78人	70人	60人	57人	54人	51人
	2. 認知機能低下疑いの者の割合	45.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	3. 生活習慣病に占める筋骨格系の医療費の割合	34.5%	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少
	4. 患者千人当たりの筋骨格の患者数	652人	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少
	5. 咀嚼機能低下の者の割合	32.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	広域連合より委託を受け、保健事業と介護予防の一体的実施を推進する。
-----------------	-----------------------------------

現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

- ・4月 前年度の実施報告書作成、広域連合へ提出
- ・5～6月 今年度の計画書作成、広域連合へ提出
- ・9月 次年度意向調査
- ・11月 計画書の修正
- ・広域連合主催推進会議への参加
- ・関係機関との会議

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

- ・事業の企画、調整等を医療専門職（保健師）を配置
- ・専門職によるKDBシステムを活用した健康課題の分析、対象者の把握
- ・専門職による個別支援（重症化予防対策、各種フレイル対策、健康不明者対策）を実施
- ・通いの場での専門職の健康教育、健康相談を実施

評価計画

- ・広域連合への毎年の計画書、実施報告書により評価
  - ・要介護認定者の割合、前期高齢者の低栄養の者の割合（国保連合会データ）
  - ・健康状態不明者対象（KDBシステムより抽出）
  - ・認知機能低下疑い、咀嚼機能低下疑い（介護予防・日常生活圏ニーズ調査の結果）
  - ・生活習慣病に占める筋骨格系の医療費の割合（KDBシステム「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」）
  - ・患者千人当たりの筋骨格の患者数（KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」）
- ※健康状態不明者、認知機能低下疑い、咀嚼機能低下疑い、生活習慣病に占める筋骨格系の医療費の割合、患者千人当たりの筋骨格の患者数は第9期介護保険事業計画（令和6年度～令和8年度）により評価

図表65 保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施

広域連合より委託され、取り組んでいる保健事業

	R2	R3	R4	R5
低栄養	委託事業 を実施し ていない	○	○	○
口腔		○		
服薬 (重複・多剤等)				
重症化予防 (糖尿病性腎症)			○	○
重症化予防 (その他の重症化予防)			○	○
重症化予防 (身体フレイル予防)				
健康状態不明者		○	○	○

出典：広域連合へ提出する一体的実施計画書策定時の事業

図表66 保健事業のハイリスク対象者人数・割合

(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者/被保険者数)

	R2	R3		R4		R5	
		対象人数	割合	対象人数	割合	対象人数	割合
被保険者数		4,071		3,996		4,028	
低栄養	委託事業 を実施し ていない	5	0.1	9	0.2	12	0.3
口腔		107	2.6	107	2.7	86	2.1
多剤						478	11.9
睡眠薬						42	1
身体フレイル		132	3.2	117	2.9	100	2.5
重症化予防 (コントロール不良者)		23	0.6	10	0.3	15	0.4
重症化予防 (糖尿病中断者)		72	1.8	149	3.7	266	6.6
重症化予防 (基礎疾患保有+フレイル)		162	4	421	10.5	113	2.8
重症化予防 (腎機能不良未受診者)		0	0	1	0	0	0
健康状態不明者		63	1.5	66	1.7	55	1.4

出典：KDBシステム「後期高齢者データ」を一体的実施・実践支援ツールより抽出

## 9. がん検診受診勧奨事業

事業番号 9	①事業名称 <b>がん検診の受診勧奨</b>
②事業の目的	がんの早期発見、早期治療のためにがん検診を推進する。
③対象者	新上五島町に住民票があり、胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診は実施年度中に40歳以上になる者、子宮がん検診は20歳以上になる女性、乳がん検診は30歳以上になる女性。
④現在までの事業結果	各種がん検診を実施しているが、年々受診率は低下している。

### 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	がん検診を受診して精密検査票発行者で受診した者の割合							
	1. 胃がん検診 (X線)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2. 胃がん検診 (内視鏡)	90.3%	91.0%	92.0%	93.0%	94.0%	95.0%	96.0%
	3. 大腸がん検診	87.4%	90.0%	91.0%	92.0%	93.0%	94.0%	95.0%
	4. 肺がん検診	92.3%	93.0%	94.0%	95.0%	96.0%	97.0%	98.0%
	5. 子宮がん検診	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット (実施量・率) 指標	6. 乳がん検診	94.1%	95.0%	96.0%	97.0%	98.0%	99.0%	100.0%
	1. 胃がん検診受診率	10.5%	11.0%	11.5%	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%
	2. 大腸がん検診受診率	13.9%	14.5%	15.0%	15.5%	16.0%	16.5%	17.0%
	3. 肺がん検診受診率	16.0%	16.5%	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%	19.0%
	4. 子宮がん検診受診率	3.7%	4.5%	5.5%	6.5%	7.5%	8.5%	10.0%
	5. 乳がん検診受診率	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%	11.0%

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	がん検診受診勧奨を実施する。
-----------------	----------------

現在の実施方法を踏まえ、見直した今後の改善案、目標プロセス実施内容

- ・4月 広報、ホームページへ実施医療機関、検診項目等を掲載
- ・各医療機関での検診は本庁、各医療機関へ電話で予約
- ・集団検診は電話、LINEで予約
- ・病院での個別健診受診勧奨時にがん検診受診勧奨
- ・各種健康づくりイベント等で受診勧奨
- ・職域での健康教育時に受診勧奨

現在の実施体制を踏まえ、見直した今後の改善案、目標ストラクチャー実施内容

- ・役割分担し、受診勧奨
- ・各医療機関での受診勧奨

評価計画

- ・死因の疾患（長崎県衛生統計年報（人口動態編）特定死因死亡数、率）
- ・がん検診を受診して精密検査票発行者で受診した者の割合、胃がん検診受診率、大腸がん検診受診率、肺がん検診受診率、子宮がん検診受診率、乳がん検診受診率（地域保健・健康増進報告）

10. 各事業の目標値一覧

事業番号 1		①事業名称 特定健診事業						
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	特定健診連続受診率	13.4%	15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	23.0%	25.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診受診率	33.1%	35.0%	37.0%	40.0%	43.0%	46.0%	50.0%

事業番号 2		①事業名称 特定保健指導						
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	1. メタボ該当者の割合	男性 30.8% 女性 11.6%	男性 30.5% 女性 11.5%	男性 30.2% 女性 11.4%	男性 29.9% 女性 11.3%	男性 29.6% 女性 11.2%	男性 29.3% 女性 11.1%	男性 29.0% 女性 11.0%
	2. メタボ予備群該当者の割合	男性 16.7% 女性 4.0%	男性 16.5% 女性 4%以下	男性 16.3% 女性 4%以下	男性 16.1% 女性 4%以下	男性 15.9% 女性 4%以下	男性 15.7% 女性 4%以下	男性 15.6% 女性 4%以下
	3. BMI 25以上の者の割合	男性 34.9% 女性 24.9%	男性 34.8% 女性 24.8%	男性 34.7% 女性 24.7%	男性 34.6% 女性 24.6%	男性 34.5% 女性 24.6%	男性 34.4% 女性 24.5%	男性 34.3% 女性 24.4%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率 (参考：特定保健指導者数)	78.4% (77人)	70%以上 (75人)					

事業番号 3		①事業名称 発病予防、重症化予防のための保健指導						
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	1. 心疾患の新規患者数	56人	56人	54人	53人	52人	51人	50人
	2. 脳血管疾患の新規患者数	77人	76人	75人	74人	73人	72人	71人
	3. LDL 120以上の者の割合	50.8%	49.0%	48.5%	48.0%	47.0%	46.0%	45.0%
	4. HbA1c 6.5以上の者の割合	11.2%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%
	5. 血圧 130/85以上のいずれかを満たす者の割合	54.0%	53.5%	53.0%	52.5%	52.0%	51.0%	50.0%
	6. HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合	14.9%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	介入ができた者の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

事業番号 4		①事業名称 糖尿病性腎症重症化予防事業						
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	1. 人工透析新規導入者数	2人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
	2. 人口千人あたりの人工透析患者数	10.4人	9.8人	9.6人	9.4人	9.2人	9.0人	8.8人
アウトプット (実施量・率) 指標	1. HbA1c 8.0以上の者の割合	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%
	2. 尿蛋白+以上の者の割合	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.0%

## 事業番号 5

## ①事業名称 高血糖や高血圧等の生活習慣病予防のための健康教育

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	1. 運動習慣「1日30分以上運動習慣なし」の割合	59.5%	59.0%	58.5%	58.0%	57.5%	57.0%	56.0%
	2. 食習慣「3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者」の割合	27.2%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%
	3. 喫煙習慣「喫煙している者」の割合	13.5%	12.5%	12.5%	12.0%	11.5%	11.5%	11.0%
	4. LDL 120以上の者の割合	50.8%	49.0%	48.5%	48.0%	47.0%	46.0%	45.0%
	5. HbA1c 6.5以上の者の割合	11.2%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%
	6. 血圧 130/85以上のいずれかを満たす者の割合	54.0%	53.5%	53.0%	52.5%	52.0%	51.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 運動教室	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール
	2. 食事講習会	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール

## 事業番号 6

## ①事業名称 40歳前の若年者健診事業

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	若年者(30~39歳) 2年連続健診受診率	56.0%	56.5%	57.0%	57.5%	58.0%	59.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	若年者(30~39歳) 健診受診率	15.6%	20.0%	24.0%	28.0%	32.0%	36.0%	40.0%

## 事業番号 7

## ①事業名称 歯科口腔保健対策の推進

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	1. 歯周病検診受診率	6.6%	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%
	2. 後期高齢者医療被保険者の口腔ケア事業受診率	0.9%	1.1%	1.3%	1.5%	1.7%	1.9%	2.1%
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 「噛みにくい」と答えた者の割合	22.8%	22.6%	22.4%	22.2%	22.0%	21.8%	21.6%
	2. 「ほとんど噛めない」と答えた者の割合	1.9%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%
	3. 「固いものが食べにくくなった」と答えた者の割合	26.7%	26.5%	26.3%	26.1%	25.9%	25.7%	25.5%
	4. 「お茶や汁物でむせることがある」と答えた者の割合	21.3%	21.1%	20.9%	20.7%	20.5%	20.3%	20.1%
	5. 咀嚼「50歳以上74歳以下の何でも噛んで食べることができる者」の割合	75.1%	76.5%	77.0%	77.5%	78.0%	79.0%	80.0%

## 事業番号 8

## ①事業名称 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

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	1. 要介護認定者の割合	20.8%	20.5%	20.0%	19.7%	19.4%	19.2%	19.0%
	2. 前期高齢者の低栄養 (BMI20以下) の者の割合	16.9%	16.6%	16.3%	16.0%	15.6%	15.3%	15.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 健康状態不明者の人数	86人	78人	70人	60人	57人	54人	51人
	2. 認知機能低下疑い者の割合	45.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	3. 生活習慣病に占める筋骨格系の医療費の割合	34.5%	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少
	4. 患者千人当たりの筋骨格の患者数	652人	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少	維持～減少
	5. 咀嚼機能低下の者の割合	32.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少

## 事業番号 9

## ①事業名称 がん検診の受診勧奨

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	がん検診を受診して精密検査票発行者で受診した者の割合							
	1. 胃がん検診 (X線)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2. 胃がん検診 (内視鏡)	90.3%	91.0%	92.0%	93.0%	94.0%	95.0%	96.0%
	3. 大腸がん検診	87.4%	90.0%	91.0%	92.0%	93.0%	94.0%	95.0%
	4. 肺がん検診	92.3%	93.0%	94.0%	95.0%	96.0%	97.0%	98.0%
	5. 子宮がん検診	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	6. 乳がん検診	94.1%	95.0%	96.0%	97.0%	98.0%	99.0%	100%
アウトプット (実施量・率) 指標	1. 胃がん検診受診率	10.5%	11.0%	11.5%	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%
	2. 大腸がん検診受診率	13.9%	14.5%	15.0%	15.5%	16.0%	16.5%	17.0%
	3. 肺がん検診受診率	16.0%	16.5%	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%	19.0%
	4. 子宮がん検診受診率	3.7%	4.5%	5.5%	6.5%	7.5%	8.5%	10.0%
	5. 乳がん検診受診率	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%	11.0%

## 第4章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う。

### 2. 評価方法・体制

保険者は、健診・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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む)。</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順、教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか</li><li>・スケジュールどおり実行できているか</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・保健事業を計画どおり実施できたか</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・設定した目標に達することができたか(検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)</li></ul>

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向などの保健指導に係る被保険者分については、定期的に評価を行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保連合会からの助言、指導等を受けるものとする。

## 第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌等を通じた周知のほか、地域の医療機関などには各種協議会等で周知する。

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

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁舎内利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

図表67

第3期データヘルス計画における長崎県版共通評価指標

項目	指 標	基準値 (長崎県の実績)	データソース	国・県※	
I 特定健診・特定保健指導による健康づくり					
1	特定健康診査受診率	36.1%(R3)	法定報告	◎	
2	特定保健指導実施率	55.3%(R3)	法定報告	◎	
3	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.7%(R3)	法定報告	◎	
II 生活習慣病予防					
4	生活習慣の改善	運動習慣(「1回30分以上運動習慣なし」の割合)	59.4%(R3)	KDB S21_007:質問票調査の状況	○
5		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)	17.3%(R3)	KDB S21_007:質問票調査の状況	△
6		50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合(咀嚼_何でもかんで食べることができる)	76.2%(R3)	KDB S21_007:質問票調査の状況	○
7		喫煙習慣(喫煙している者の割合)	12.9%(R3)	KDB S21_007:質問票調査の状況	△
8	高血圧の改善	①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧 $\geq$ 130mmHg ②拡張期血圧 $\geq$ 85mmHg	53.8%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	○
9	脂質異常症(高脂血症)の改善	LDLコレステロール120以上の者の割合	49.2%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	△
10	糖尿病の改善	HbA1c6.5以上の者の割合	8.9%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	○
11		HbA1c8.0以上の者の割合	1.2%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	◎
12	蛋白尿の改善	尿蛋白+以上の者の割合	6.1%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	△
13	糖尿病有病者の増加の抑制	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	12.4%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	○
III 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施					
14	要介護認定者数の減少	要介護認定者の割合(65歳以上)	20.1% (R4.9月時点)	見える化システム	△
15	低栄養傾向(BMI20以下)の者の減少	BMIが20kg/m以下の者の割合(前期高齢者)	16.6%(R3)	KDB S26_001:健診ツリー図 S26_026:集計対象者一覧	○

※「国・県」欄について

- ・すべての都道府県で設定することが望ましい指標…「◎」
  - ・地域の実情に応じて都道府県が設定する指標…「○」
  - ・県が独自に設定する指標…「△」(指標を設定する根拠については、別紙「県独自指標の設定理由(第3期データヘルス計画における長崎県版共通評価指標)」を参照)
- } 指標を設定する根拠については、『国民健康保険データヘルス計画策定の手引き(R5.5.18改正)』P38以降を参照

# 新上五島町第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画の概要

計画期間: 令和6年度～令和11年度

計画の目的 : 国民健康保険被保険者の健康の保持増進⇒「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」

データ分析・健康課題

データ分析・健康課題・  
生活習慣から考えられること

対策の柱(重点目標)

保健事業の実施・戦略

## 1. 健康寿命

男性の平均自立期間が平成30年度から短くなっている  
女性の平均自立期間は長くなっている

【平均自立期間を短くしている疾患】

男性 1位 がん 2位 脳血管疾患 3位 関節疾患  
女性 1位 関節疾患 2位 認知症 3位 骨折転倒

## 2. 死亡の状況(令和3年度)

死因の多くを占める疾病はがんである(県内でも割合が高い)  
1位:がん 2位:心疾患 3位:老衰 4位:脳血管疾患

## 3. 医療費

人口千人当たり患者数の脂質異常症、糖尿病、筋・骨格が多い

\*県内1位(R4・R3)

【外来で医療費が高い疾病】

1位:慢性腎臓病(透析) 2位:糖尿病 3位:高血圧

【入院で医療費が高い疾病】

1位:関節疾患 2位:骨折 3位:肺がん

\*人工透析の人口千人当たりの患者数 県内1位

## 4. 特定健診 令和2年度より受診率が減少し令和4年度33.1%(県内21位)と低い

特定健診を毎年連続して受診する者の割合が低い

【健診結果より】(1位が最も良い)

メタボ・メタボ予備群の割合が増加している

LDL120以上の者の割合が国・県平均に比べると高い

HbA1c6.5以上の割合が県平均に比べると高い(県内21位)

HbA1c8.0以上の割合が低い(県内1位)

血圧130/85以上のいずれかを満たす者の割合が県平均より高い

(県内13位)

蛋白尿+以上の者の割合が県平均に比べると低い(県内6位)

HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合が

県平均に比べると高い(県内19位)

## 5. 特定保健指導

特定保健指導率は、国・県平均に比べて高いが、特定保健指導対象者の減少率は低い

減少率 R4:15% (男性11.7% 女性23.3%)

## 6. がん検診

がん検診受診率は、国・県平均より低い

## 7. 歯科口腔

噛みにくい、ほとんど噛めないと答えた者の割合が国・県平均に比べて高い

## 8. 介護関係

介護保険の認定率が20.8%で国・県平均に比べると高い

1. 平均自立期間を短くしている疾患や死因疾患の発病予防・重症化予防への対策が必要である。予防可能な心疾患・脳血管疾患・骨折転倒・慢性腎臓病の疾患を中期目標の疾患として取り組む。

2. 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析)血管変化における共通リスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム該当者を減らしていく取り組みは継続して必要であり、医療費を引き下げることが可能である。

3. 特定健診の受診率が低く、生活習慣病の予防や早期発見・早期治療につながっていない。

4. 毎年連続して健診を受診する者の割合が低い。そのため、継続して保健指導を受けていない者が多い。

5. 特にBMI25以上・メタボ該当者や高血糖(HbA1c6.5以上)の者の支援について強化していく必要がある。

6. 生活質問票より、生活習慣病になりやすい生活習慣(食事、運動、喫煙)を持つ者が多い。

7. がんの早期発見、早期治療のために、がん検診をより推進する必要がある。

8. 健康寿命延伸するために、効果的な健康づくり事業、介護予防事業を一体的に実施する必要がある。

9. 早食いと肥満の関連性が明らかになっている。また、よく噛まないで口周辺の筋肉が低下し、口腔機能が虚弱化する(=オーラルフレイル)ため、改善が必要である。

1. 特定健診・特定保健指導による健康づくり  
\*①特定健診の受診率向上 特定健診受診率 目標40%以上  
\*②特定保健指導率 現状維持(70%以上)  
\*③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率20%以上

## 2. 生活習慣病予防

### ◆生活習慣の改善

\*④運動習慣「1日30分以上運動習慣なしの者」の割合を減らす  
\*⑤食習慣「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者」の割合を減らす

\*⑥咀嚼「50歳以上74歳以下の何でも噛んで食べることができる者」を増やす

\*⑦喫煙習慣「喫煙している者」の割合を減らす

### ◆高血圧の改善

\*⑧血圧130/85以上の者の割合を減らす

### ◆脂質異常症の改善

\*⑨LDL120以上の者の割合を減らす

### ◆糖尿病の改善

\*⑩HbA1c6.5以上の者の割合を減らす

\*⑪HbA1c8.0以上の者の割合を減らす

\*⑫蛋白尿+以上の者の割合を減らす

### ◆糖尿病有病者の増加の抑制

\*⑬HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合を減らす

⑭メタボ・メタボ予備群該当者の割合を減らす

⑮BMI25以上の者の割合を減らす

## 3. 生活習慣病の重症化予防

⑯新規透析患者数を減らす

⑰脳血管疾患・虚血性心疾患の患者割合を減らす

## 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

\*⑱要介護認定者の割合を減らす

\*⑲低栄養(BMI20以下)の者の割合(前期高齢者)を減らす

## 5. データヘルスの推進のための関係機関との連携強化

\*は、長崎県版共通評価指標

## 生活習慣

【健診質問票より】(21位が最も低い)

○運動習慣「1回30分以上の運動習慣がない者」の割合が高い(男性57.0%、女性61.8%)

○食習慣「週3回朝食を抜く者」の割合が高い(11.2%、県内20位)

○食習慣「朝昼夕3食以外に間食や甘い飲み物を毎日摂っている者」の割合が高い(27.2%、県内21位)

○食習慣「食べる速度が速い者」の割合が高い(31.3%、県内20位)

○喫煙習慣「喫煙している者」の割合が国・県平均に比べて高い

住民のみなさんが取り組むこと(健康づくり計画)

- 特定健診・がん検診・歯科健診を受ける
- 食事以外の間食・甘い飲み物を毎日摂らない
- 朝食を毎日食べる ● 野菜を毎食食べる
- よく噛んで食べる
- 1日30分以上の運動を週2日行う
- 喫煙本数を減らす
- 体重測定・血圧測定を定期的に行う