

# 木城町国民健康保険

## 木城町データヘルス計画

木城町 第3期データヘルス計画

木城町 第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）

令和6年3月策定



令和 9年3月 中間評価

令和12年3月 最終評価

木城町

# 目次

<b>第1章 基本的事項</b> . . . . .	<b>1</b>
1 計画の趣旨	
2 計画の位置づけと基本的な考え方	
3 計画期間	
4 実施体制	
5 基本情報	
<b>第2章 現状の整理</b> . . . . .	<b>4</b>
1 保険者等の特性	
2 前期計画等に係る考察	
<b>第3章 健康・医療情報等の分析、分析結果に基づく健康課題の抽出</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>第4章 特定健康・特定保健指導の実施計画</b> . . . . .	<b>24</b>
1 第4期特定健康診査等の実施計画	
2 目標の設定	
3 対象者数の見込み	
4 特定健康診査の実施方法	
5 特定保健指導の実施方法	
6 個人情報の保護	
7 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
8 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
<b>第5章 第3期データヘルス計画 計画全体</b> . . . . .	<b>31</b>
1 第3期データヘルス計画 . . . . .	<b>31</b>
(1) 保険者の健康課題	
(2) データヘルス計画全体における目的・目標	
2 健康課題を解決するための個別の保健事業 . . . . .	<b>33</b>
(1) 個別の保健事業一覧	
(2) 個別の保健事業計画	

3 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

(1) データヘルス計画の評価・見直し

(2) データヘルス計画の公表・周知

(3) 個人情報の取扱い

(4) 地域包括ケアに係る取組

(5) その他留意事項

4 用語の定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42

5 関係法令・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43

# 第1章 基本的事項

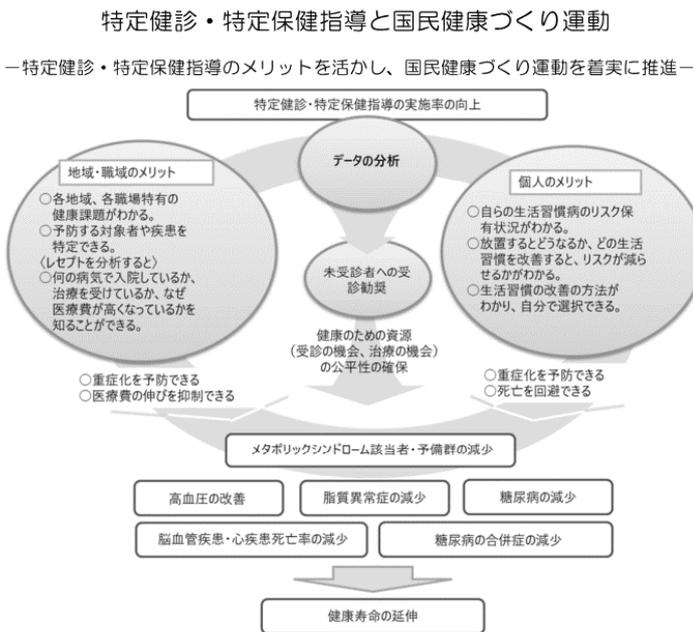
## 1 計画の趣旨

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、さらに、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施及び評価を行うものとされています。

木城町においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「第3期特定健康診査等実施計画」及び「第2期データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施しているが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、県として保有しているデータを活用しながら、比較可能な標準的指標を設けることで他市町村との比較、好事例の横展開による県全体の保険事業の発展を図り、医療費の適正化及び被保険者のQOLの維持向上を目指すことを目的とします。

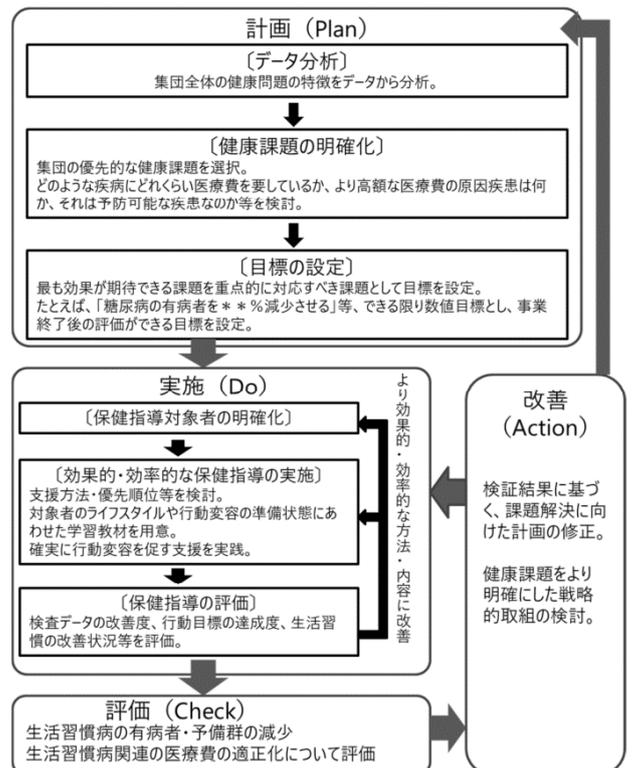
図1



標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】より抜粋

図2

保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



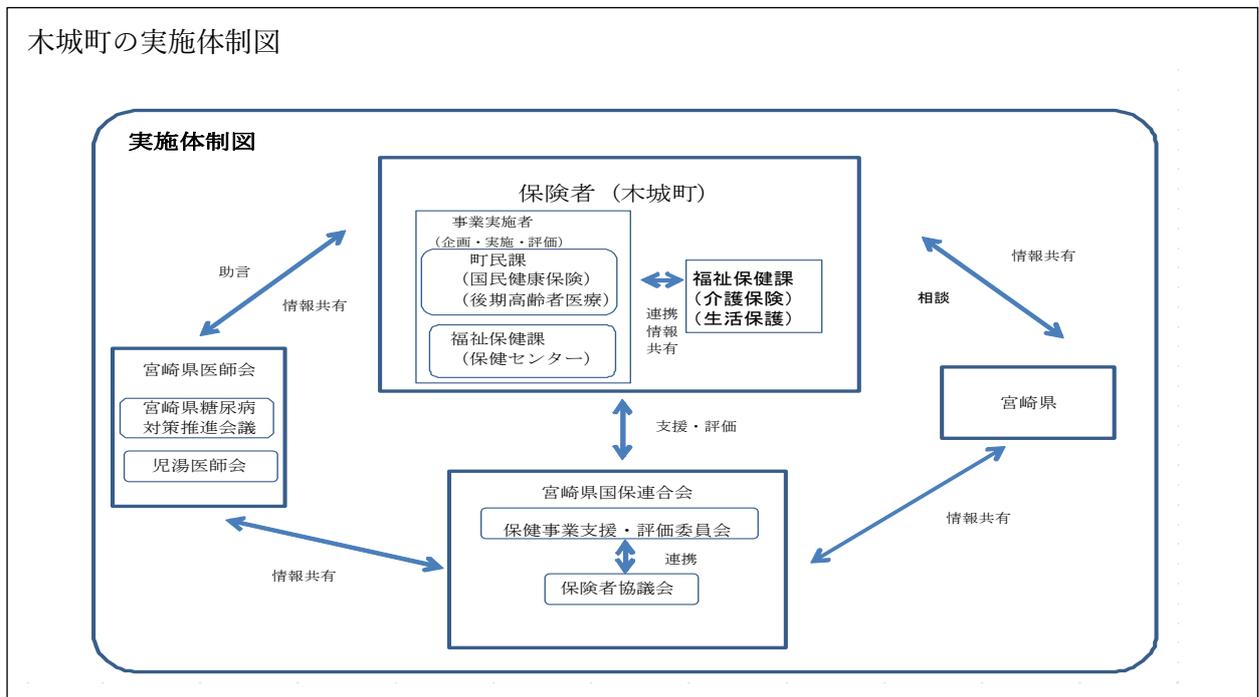
## 2 計画の位置づけと基本的な考え方

令和6年度に向けての法定計画等						
	健康日本21 健康増進計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業（支援）計画	医療費適正化計画	医療計画
法律	健康増進法 第8条、第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82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 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 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 保険局 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 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 老健局 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 医療提供体制の確保に関する基 本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年（第3次）	法定 令和6～11年（第4期）	指針 令和6～11年（第3期）	法定 令和6～8年（第9期）	法定 令和6～11年（第4期）	法定 令和6～11年（第8次）
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	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の 縮小の実現に向けて、生活習慣 病の発症予防や重症化予防を図 るとともに、社会生活を営むた めに必要な機能の維持及び向上 を目指し、その結果、社会保障 制度が維持可能なものとなるよ う、生活習慣の改善及び社会環 境の整備に取り組むことを目標 とする。	生活習慣の改善による糖尿病等 の生活習慣病の予防対策を進 め、糖尿病等を予防することが できれば、通院患者を減らすこ とができ、さらには重症化や合 併症の発症を抑え、入院患者 を減らすことができ、この結 果、国民の生活の質の維持およ び向上を図りながら医療の伸び の抑制を実現することが可能と なる。 特定健康診査は、糖尿病等の生 活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、メタボ リックシンドロームに着目し、 生活習慣を改善するための特定 保健指導を必要とするものを、 的確に抽出するために行うもの である。	生活習慣病対策をはじめとし て、被保険者の自主的な健康増 進及び疾病予防の取り組みにつ いて、保険者がその支援の中心 となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保 健事業を展開することを目指す ものである。 被保険者の健康の保持増進によ り、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 は保険者自身にとっても重要な ことである。	高齢者がその有する能力に応じ 自立した日常生活を営むことが できるように支援することや、 要介護状態または要支援状態と なることの予防又は、要介護状 態等の軽減もしくは悪化の防止 を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていく ため、国民の生活の質の維持及 び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにな っていくとともに、良質かつ適切 な医療を効果的に提供する体制 の確保を図っていく。	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。

## 3 計画期間

計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。また、計画実施期間にあたる令和8年度に中間評価見直し期間を設け、前期の振り返りと課題の把握、後期に向けた取り組みの修正等を行うよう計画するよう構成しています。

## 4 実施体制



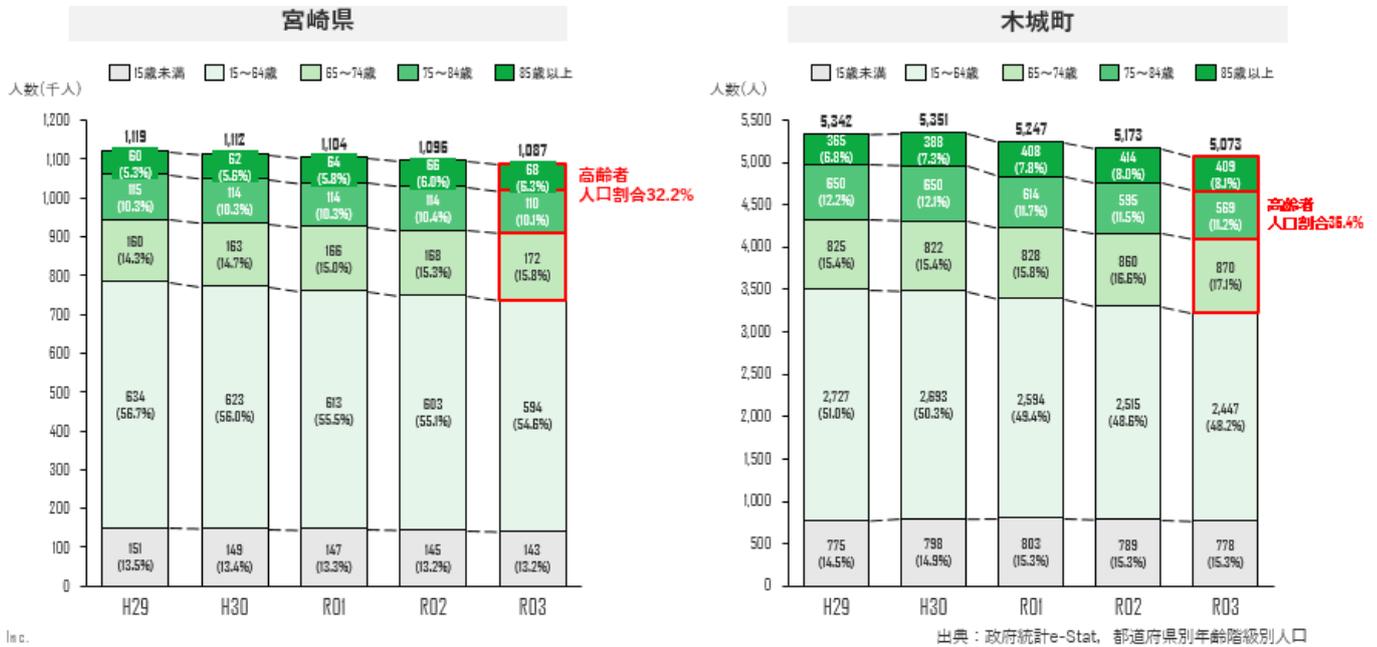
## 5 基本情報

### (1) 人口

#### <人口構成 経年推移>

木城町の人口は、年々減少傾向にあり、高齢人口も 2025 年までは増加するものの、その後は減少に転じると推計されている。

【図 3】

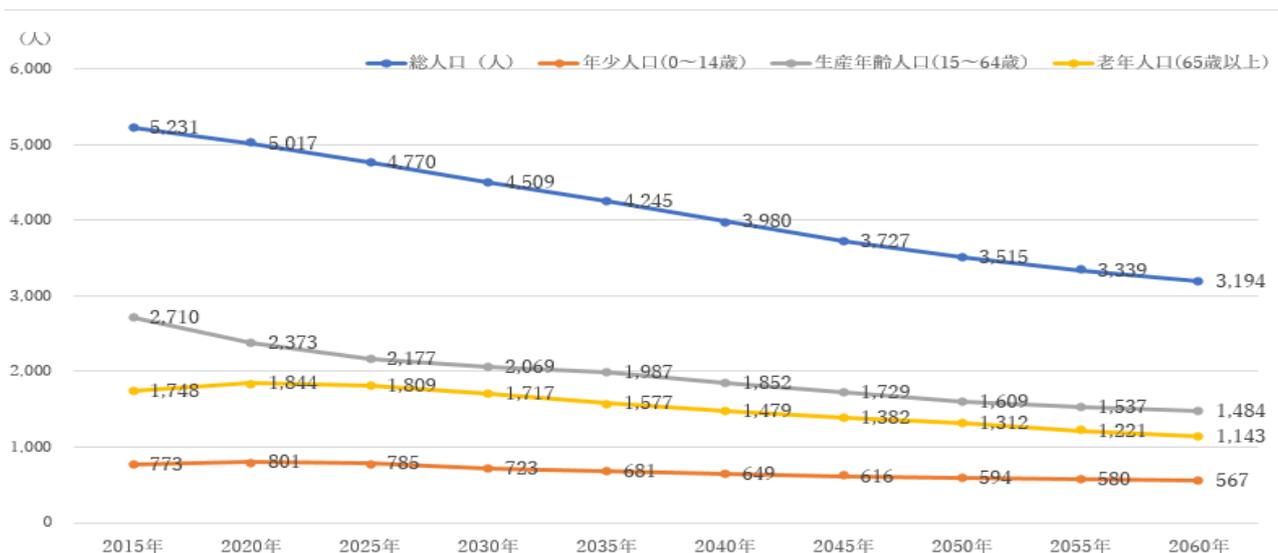


：In.c.

#### <木城町人口推計>

	実績値		推計値								
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年	
総人口 (人)	5,231	5,017	4,770	4,509	4,245	3,980	3,727	3,515	3,339	3,194	
人口 (人)	年少人口(0～14歳)	773	801	785	723	681	649	616	594	580	567
	生産年齢人口(15～64歳)	2,710	2,373	2,177	2,069	1,987	1,852	1,729	1,609	1,537	1,484
	老年人口(65歳以上)	1,748	1,844	1,809	1,717	1,577	1,479	1,382	1,312	1,221	1,143
割合 (%)	年少人口(0～14歳)	14.8%	16.0%	16.5%	16.0%	16.0%	16.3%	16.5%	16.9%	17.4%	17.8%
	生産年齢人口(15～64歳)	51.8%	47.3%	45.6%	45.9%	46.8%	46.5%	46.4%	45.8%	46.0%	46.5%
	老年人口(65歳以上)	33.4%	36.8%	37.9%	38.1%	37.2%	37.2%	37.1%	37.3%	36.6%	35.8%
	75歳以上(老年人口内訳)	18.2%	19.5%	22.9%	25.5%	26.5%	26.0%	23.7%	23.4%	23.8%	24.8%

【図 4】



(2015 年は国勢調査実測値、2020 年以降は社人研推計値)

## 第2章 現状の整理

### 1 保険者等の特性

#### (1) 被保険者数

	全体		男性		女性	
	人数	%	人数	%	人数	%
人口	4,964人	-	2,645人	53.3%	2,319人	46.7%
国保被保険者数	1,276人	-	614人	48.1%	662人	51.9%

(令和4年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別)(総計))

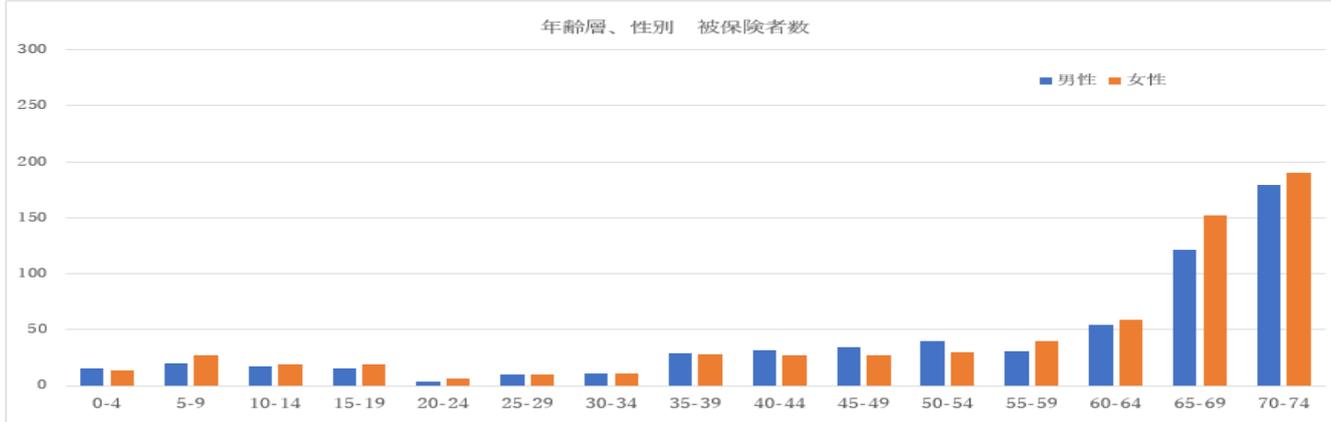
(令和4年度累計KDB被保険者構成)

#### (2) 年齢層、性別 被保険者数

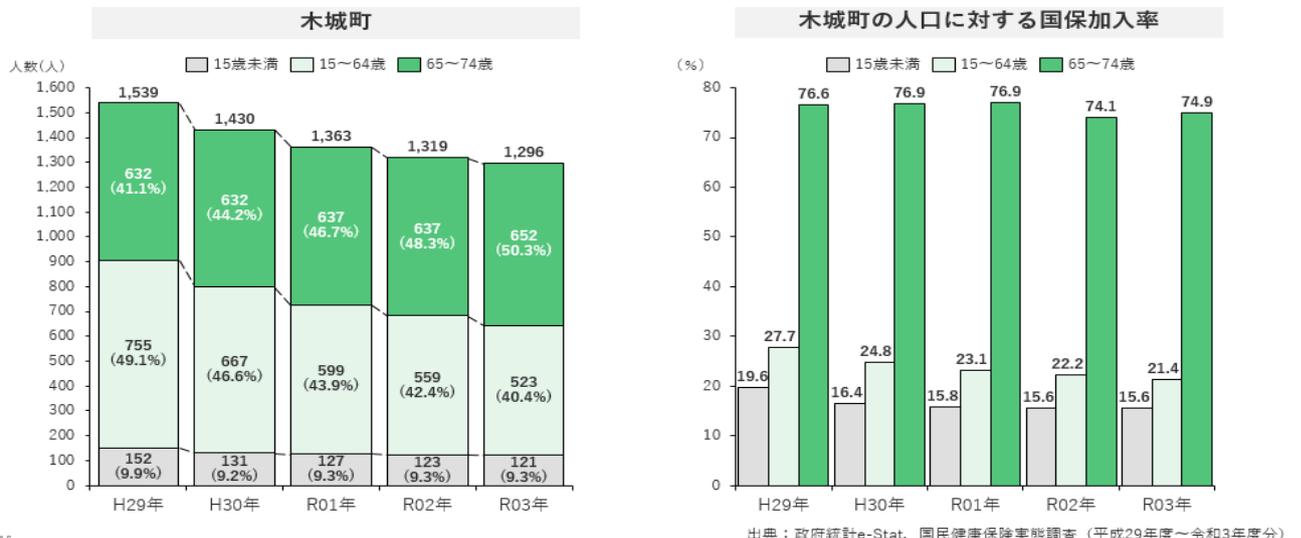
		40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性	令和2年	35人	33人	32人	35人	65人	143人	158人
	令和3年	35人	33人	34人	31人	67人	121人	180人
	令和4年	32人	34人	40人	31人	54人	121人	179人
女性	令和2年	26人	26人	21人	45人	80人	170人	169人
	令和3年	25人	27人	26人	39人	71人	157人	177人
	令和4年	27人	27人	30人	40人	59人	152人	190人

【図5】

(単位：人)



【図6】



本町の被保険者数は減少傾向にあるものの加入者に占める65～74歳の割合は増加傾向にあり、国保加入率は64歳以下では減少傾向にある。

(3) 個別事業評価

健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値				最終評価値	達成状況	現状値の把握方法
			H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
<p>・高血圧者の割合が23.4%で県・同規模団体と比較して高い。</p> <p>・慢性腎不全に係る医療費は国、県より低いですが、突出して脳血管疾患の占める割合も大きく増えて国県の平均に近づいている。</p> <p>・肥満及びメタボリックシンドロームの該当者が増えている。</p>	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60%以上	51.5%	53.0%	51.2%	52.3%	48.8%	50.2%	49.1%	—	×	法定報告
		特定保健指導実施率60%以上	77.8%	61.0%	72.6%	62.0%	65.1%	23.0%	56.9%	—	△	KDBシステム
	一人当たり医療費の伸びを対平成28年度で2.0%に抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.75%減少	3.14%	—	—	4.4%	4.4%	5.6%	4.2%	4.3%	×	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.56%減少	2.0%	—	—	8.3%	5.1%	10.8%	7.5%	7.7%	×	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(%)	0.0%	—	—	1.7%	1.7%	4.1%	0.0%	3.8%	×	
	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・予備軍の割合25%減少	15.1%	—	—	13.1%	12.6%	12.7%	13.3%	12.5%	△	KDBシステム
		健診受診者の高血圧者(収縮期血圧)の割合1%減少(130mmhg以上)	49.9%	—	—	52.5%	55.3%	55.1%	48.9%	49.3%	×	
		健診受診者の高血圧者(拡張期血圧)の割合5%減少(85mmhg以上)	21.3%	—	—	22.4%	23.1%	21.3%	21.9%	22.9%	×	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少3%(LDL12以上)	51.5%	—	—	52.3%	49.1%	55.0%	54.7%	43.1%	○	
		健診受診者の糖尿病者の割合減少9%(HbA1c5.6以上)	44.7%	—	—	44.4%	49.3%	49.8%	47.2%	50.1%	×	
糖尿病の未治療者(中断者含む)の割合減少5%		32.0%	—	—	25.6%	23.5%	28.2%	26.9%	25.8%	○		
<p>・がんによる死亡率は36.8%で国、県、同規模団体と比較して低くなっている。</p>	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん健診5%以上	4.3%	9.4%	8.8%	7.8%	5.9%	8.4%	8.5%	—	○	地域保健事業報告
		肺がん検診5%以上	6.6%	6.5%	7.0%	5.4%	3.6%	4.7%	5.9%	—	○	
		大腸がん検診15%以上	17.5%	18.9%	18.8%	23.1%	22.5%	20.5%	17.5%	—	○	
		子宮頸がん検診27%以上	22.7%	22.1%	23.5%	24.6%	18.2%	10.7%	19.7%	—	×	

・がん検診の受診率は低い ため早期発見できない ことがある。		乳がん検診 15% 以上	3.5%	22.4%	25.8%	29.7%	18.6%	21.3%	22.0%	—	○	
食事や運動、健康に対する意識の啓発	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り組みを行う実施者の割合 20%以上	14.3%	8%	8%	8%	6%	6%	7%	—	×	木城町福祉保健課
数量シェア H28年度 80.5%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	80.5%	80.0%	81.8%	86.8%	88.0%	69.4%	75.9%	75.9%	△	厚生労働省公表結果

#### (4) 特定健康診査・特定保健指導に係る取組

分野	項目	取組状況等
特定健康診査	生活習慣病の治療中である対象者への対応	個別の受診勧奨にあわせ、児湯医師会や医療機関の協力のもと、個別健診や情報提供書等の外部委託も実施してきた。今後も、医療機関の拡充を含めて検討していく。
	診療における検査データの活用	生活習慣病にかかるレセプトデータに関しては、特定健診の項目を満たすには多くの追加検査を別途行う必要があることから実施していない。
	受診期間の検討	対象者の利便性を考慮し、受診期間は5月～翌3月までとしている。受診期間については引き続き検討していく。
	実施体制の連携強化	今後も、医療機関や関係機関との相互の情報共有に努め、連携して受診率向上に向けた取組を進めていく。
	健康教育の実施	福祉保健課（保健センター、介護保険係、包括支援センター）と連携し、生活習慣病予防やフレイル予防等をテーマとした健康教育・健康相談を実施している。 今後は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を進める中で連携を強化し、高齢者の通いの場等における健康教育・健康相談などの取組を進めていく。
特定保健指導	初回面談実施	保健指導対象者の初回面談に繋がらないことも多くあった。はがきや電話による勧奨を実施。今後も継続して案内、勧奨はがき等の改善を実施していく。また、実施のあり方についても検討していく。
	結果説明・情報提供の徹底	令和元年まで、集団説明会を実施していたが、コロナ禍となり個別と郵送での結果返却となった。結果送付時に、生活習慣の見直しを後押しする内容の利用案内チラシを同封し、生活習慣改善の情報提供を実施。今後のあり方についても検討していく。

## 2 前期計画等に係る考察

### (1) 第2期データヘルス計画における保健事業の実施状況

保健事業の実施にあたり、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った。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、治療中の者へは、医療機関との連携を行った。

### (2) 第2期データヘルス計画における考察（計画全般）

第2期計画においては、国県より高い介護給付費や2号認定者数を下げ、肥満度についても男女ともに高く、高血圧と脂質異常の疾患の重なり割合が高いという背景があり、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

しかし、令和元年度から令和3年度までは新型コロナウイルス感染症の影響により、特定健診や特定保健指導の方法を変更せざるを得ない状況となり、対面での保健指導も制限されたことから、特定健診受診率及び特定保健指導率が大幅に低下することとなった。

また、外来受療率の増加・入院医療費の増加などの医療費も増加となった。介護認定率、心疾患の医療費の増加、脳血管疾患による死亡などの課題も見えてきた。重症化の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

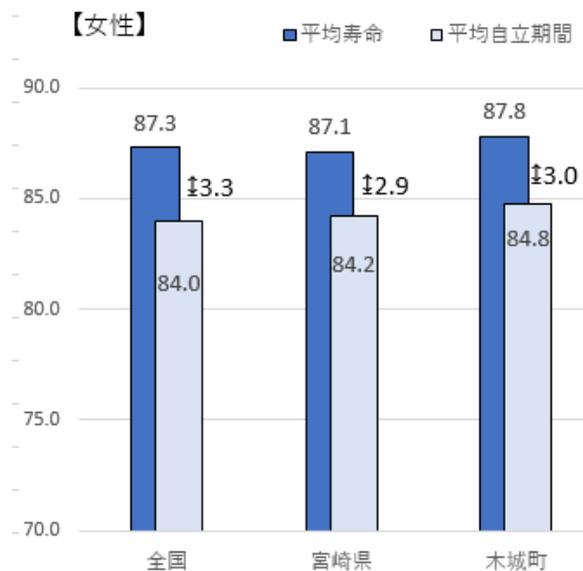
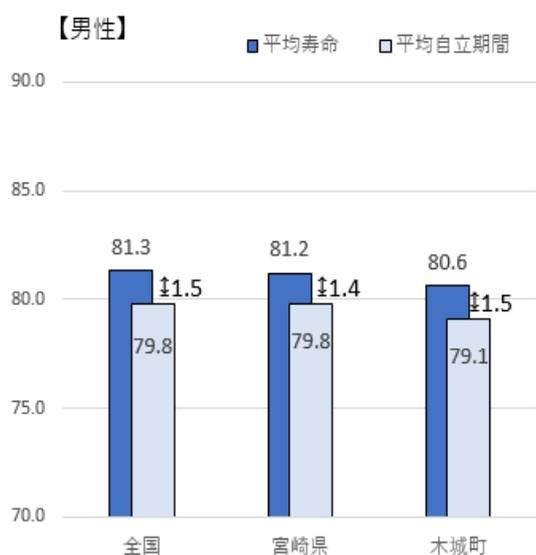
### 第3章 健康・医療情報の分析、分析結果に基づく健康課題の抽出

健康・医療情報等の大分類	分析結果	課題との対応
平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率等	<ul style="list-style-type: none"> <li>平均寿命：全国と比較すると男性は0.7低い水準。女性は0.5高い水準。</li> <li>標準化死亡率：全国と比較すると男性は4.5低く、女性も4.3低い水準。</li> <li>平均自立期間：全国と比較すると男性は0.7低く、女性も0.8高い水準</li> </ul>	A
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>性・年齢階層別受診率：高血圧の受診率は40～64歳では減少傾向にあるが、65歳以上では増加傾向にある。</li> <li>被保険者数は減少傾向にあるが、医療費は令和3年度は増加している。</li> <li>医療費の負担が大きい疾患：疾病大分類別に医療費を見ると、外来では、上位5分類で全体の69.5%を占めており、新生物、内分泌、循環器、尿路性器、骨格系の順で高い。入院でも上位5位が全体の65.8%を占め、循環器、新生物、神経、呼吸器、筋骨格の順が多い。</li> <li>医療費全体（入院+外来）では、1位 脳血管疾患 5.4%、2位慢性腎臓病（透析あり）、3位高血圧症の順であった。</li> <li>将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患疾病大分類別上位5分類のうち年々増加傾向にある疾病は、新生物、内分泌である。上位4位の尿路性器の腎不全も増加している。</li> <li>重複・頻回の受診状況：全国と比較しても低い水準。</li> <li>重複服薬の状況：全国と比較しても低い水準。</li> </ul>	A B C D
特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診及び特定保健指導の実施状況：令和4年度の特定健診受診率は49.0%。保健指導率は29.2%。どちらも全国平均よりも高い水準。</li> <li>性・年齢階層別受診率は、健診受診者の年齢階層別は、男性は60歳以上が多く、女性は45-49、65-69、70-74代が多い。保健指導実施者は男女ともに65-69の年齢層で実施者数が多い。</li> <li>各種検査項目の有所見率：全国と比較して男性は5.6%腹囲が多く、女性は2.7% BMIが多い。また、血圧+糖の割合が全国と比較して3.3%高い。</li> <li>健康状態、生活習慣の状況：1回30分以上の運動習慣なしの割合が58.4%。食事速度が早い人が全国と比較して10.5%も高い水準。</li> </ul>	A B C
レセプト・健診データ等を組み合わせ合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態不明者が50.3%（R3）おり、40代、50代の割合が多い。</li> <li>2年連続未受診者の割合が増加傾向にあり、年代別でみると41-54歳の割合が高くなっている。</li> <li>レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較等 （例）医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いこと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。</li> </ul>	A D
介護関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費の状況：介護給付は全国平均と比較して、要支援は低いが、要介護1以上の介護度全て高い水準にある。要介護5は全国よりも120,386円も高い。</li> <li>介護認定の状況：令和4年度の認定率を全国平均と比較すると、全国平均より1.7%低い。介護認定者数は減少しているが、給付費は年々増加している。</li> <li>要介護（支援）者の有病状況は、心臓病59.5%、高血圧症53.0%、筋・骨疾患48.4%、精神疾患（認知症）40.2%であるが、全国平均よりも高いものは、脳疾患24.5%（全国より1.9%）であった。</li> </ul>	B C D
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>CDK重症度分類で高リスクとなっている方で、CKD治療が行われていない方が多くいる。専門医への受診勧奨が必要。</li> </ul>	D

# I 平均寿命・平均自立期間・死因割合

【図7】 平均余命・平均自立期間（令和2年度）

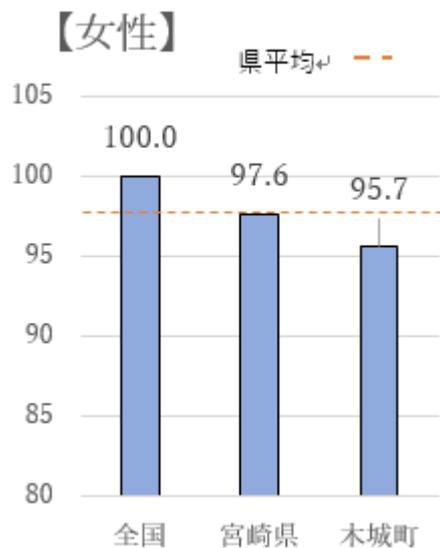
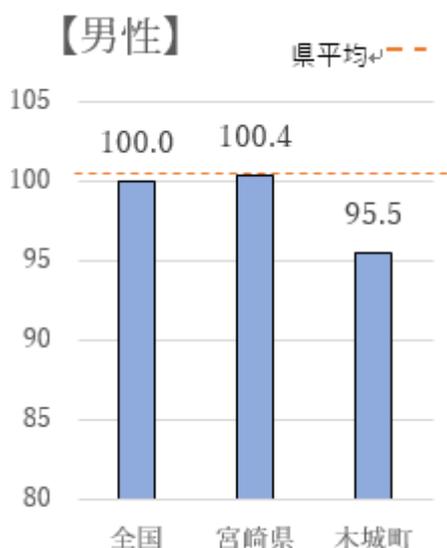
（図表・グラフ） KDB システム\_地域の全体像の把握



本町の平均自立期間は、宮崎県と比較すると、男性0.6歳、女性0.7歳高い。平均自立期間と平均余命の差は宮崎県と比較すると、男性0.1歳、女性0.1歳高い状況であるが、全国と比較すると男性は同水準で、女性は0.3歳低い。

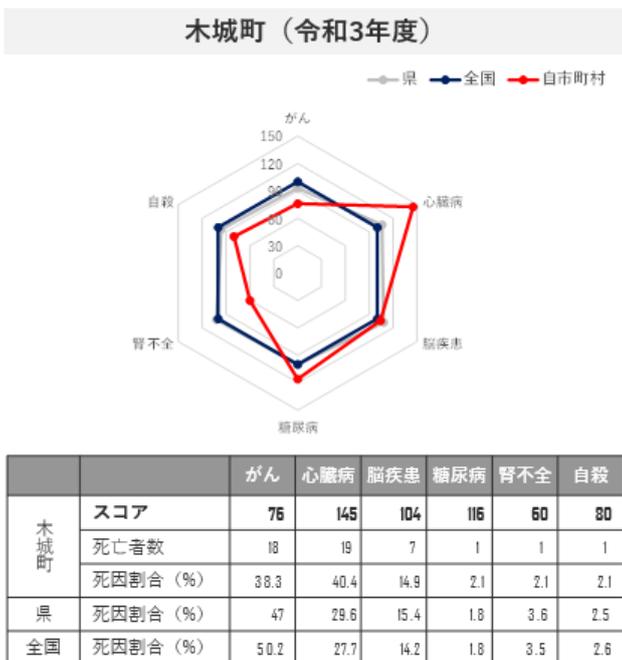
【図8】 標準化死亡率

（図表・グラフ） KDB システム\_地域の全体像の把握

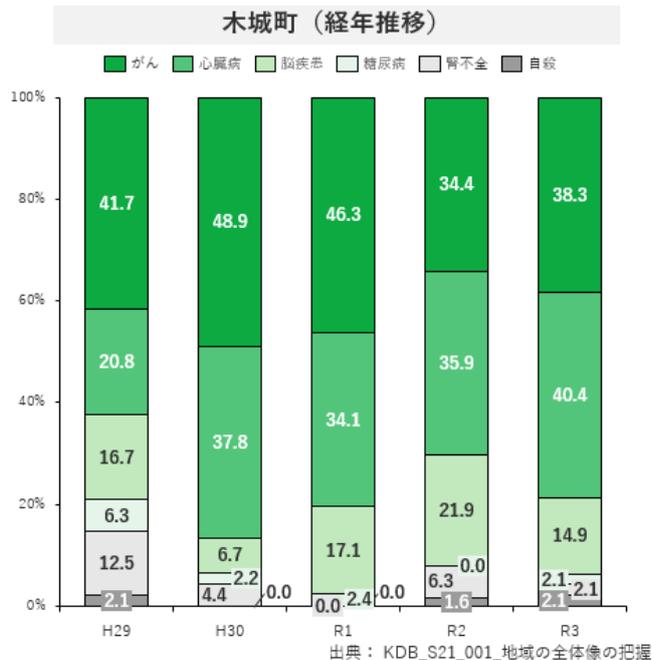


木城町の標準化死亡率は、宮崎県と比較すると男性は4.9歳、女性は1.9歳低い水準である。

【図9】 死因割合の推移



（図表・グラフ） KDB システム\_地域の全体像の把握

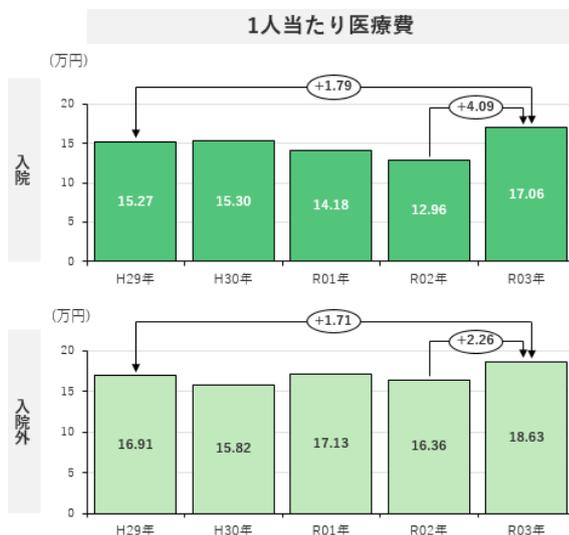


木城町の死因割合は全国、宮崎県と比べて心臓病、脳疾患、糖尿病が高い。また、経年でみても心臓病の割合が増加傾向にある。

## 2 医療費の分析

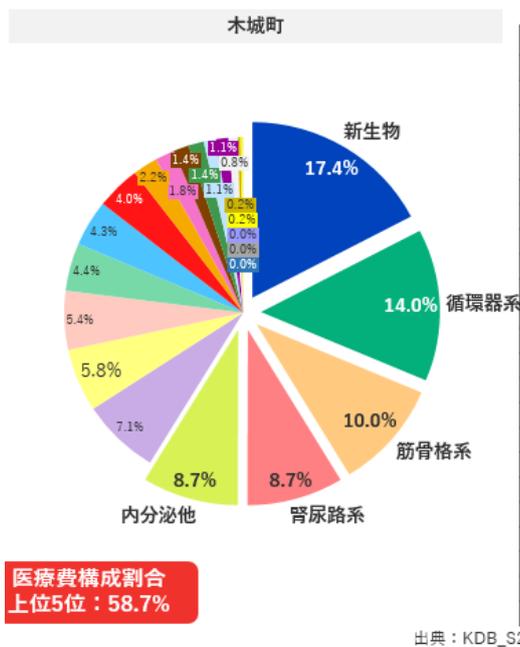
【図10】 総医療費・1人当たり医療費

（図表・グラフ） KDB システム\_市区町村別データ

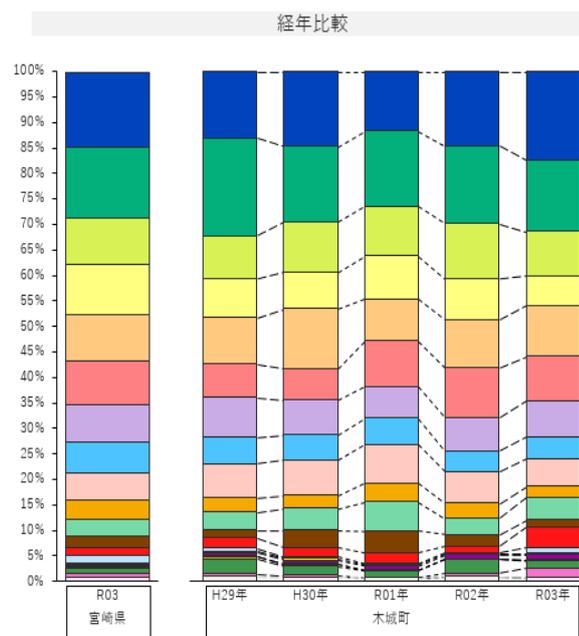


木城町の総医療費は減少傾向にあるが、令和3年度は増加している。  
被保険者の一人当たりの医療費は令和3年度 386,000円である。

【図 1 1】 医療費構成割合



(図表・グラフ) KDB システム\_疾病別医療費分析 (大分類)

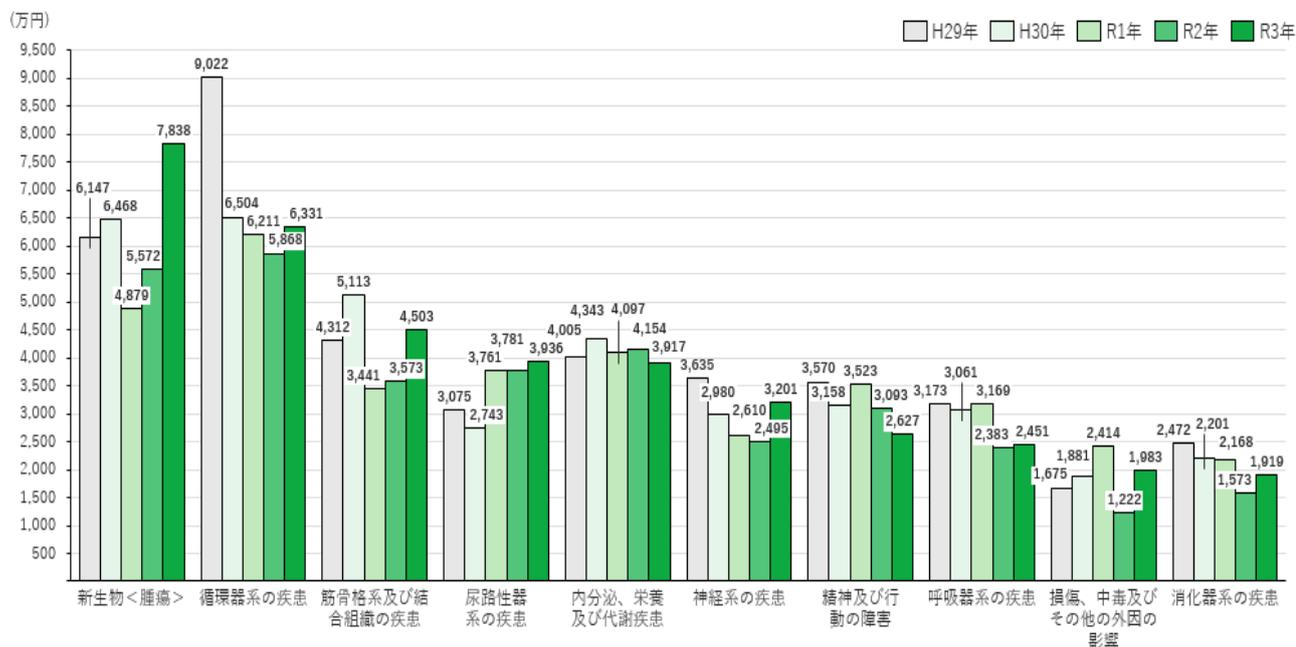


疾病大分類別に医療費を見ると、上位 5 分類で全体の 58.7%を占めており、新生物、循環器系、筋骨格系、腎尿路系、内分泌他、の順で高い。

大分類別の医療費（医科入院・医科外来）割合構造は、宮崎県と比較しても筋骨格系、腎尿路系が高く、年々増加傾向にある。

【図 1 2】 将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患>

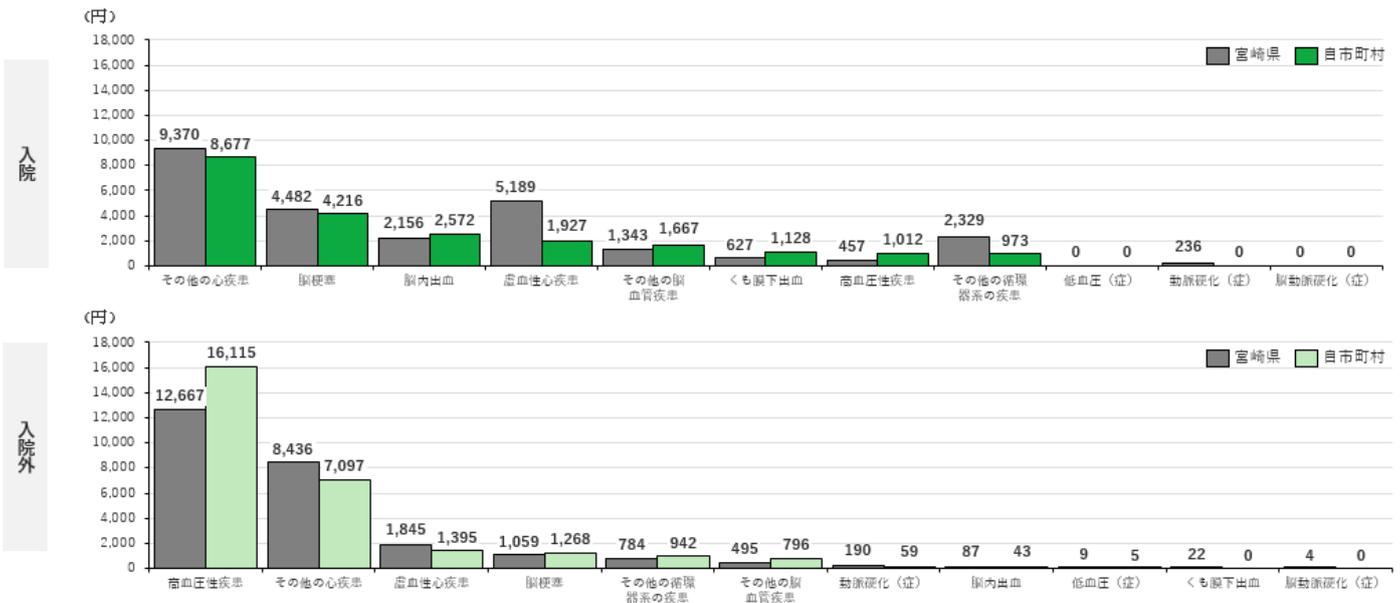
(図表・グラフ) KDB システム\_疾病別医療費分析 (大分類)



木城町の大病別医療費の上位 10 位について、経年推移をみると、新生物や筋骨格系、尿路性器系、神経系については増加傾向にあるが、内分泌系精神等は減少傾向にある。

【図 | 3】 疾病別 | 人あたり医療費(中分類)\_循環器系

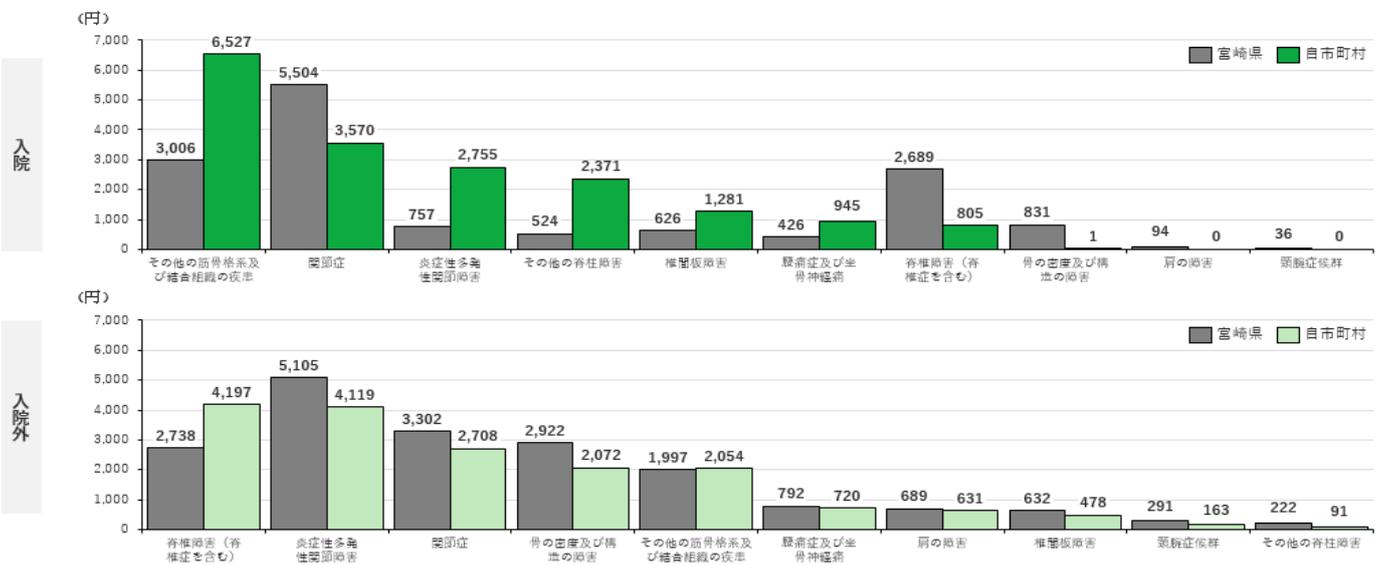
(図表・グラフ) KDB システム\_疾病別医療費分析 (中分類)



医療費構成割合の大分類について、割合が上位である循環器系を中分類での具体的な疾患を確認した。宮崎県と比較すると、入院では脳内出血やその他の脳血管疾患、外来では高血圧性疾患、脳梗塞が多い。

【図 | 4】 疾病別 | 人あたり医療費(中分類)\_筋骨格

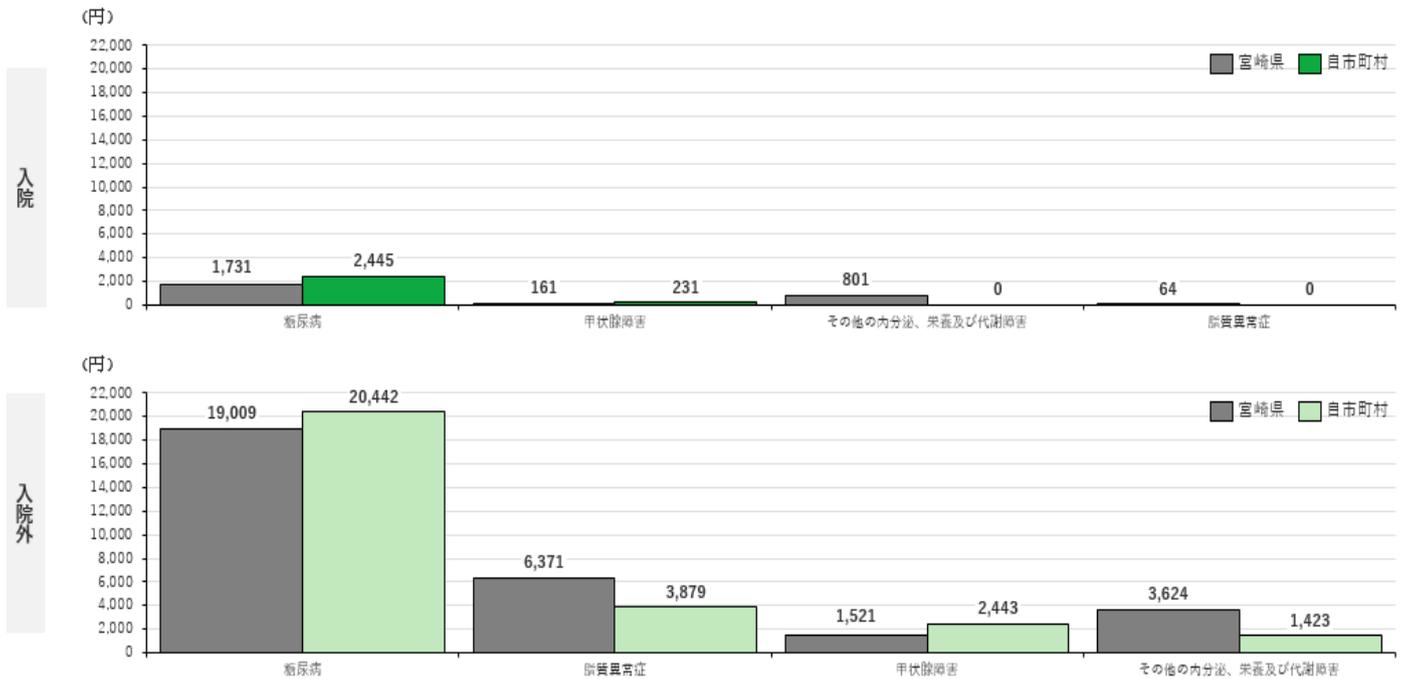
(図表・グラフ) KDB システム\_疾病別医療費分析 (中分類)



医療費構成割合の大分類について、割合が上位である筋骨格について、中分類での具体的な疾患を確認した。宮崎県と比較すると、入院では関節症や脊椎障害は低いですがそれ以外は高い傾向にある。外来では、脊椎障害が高い。

【図15】疾病別1人あたり医療費(中分類)\_内分泌>

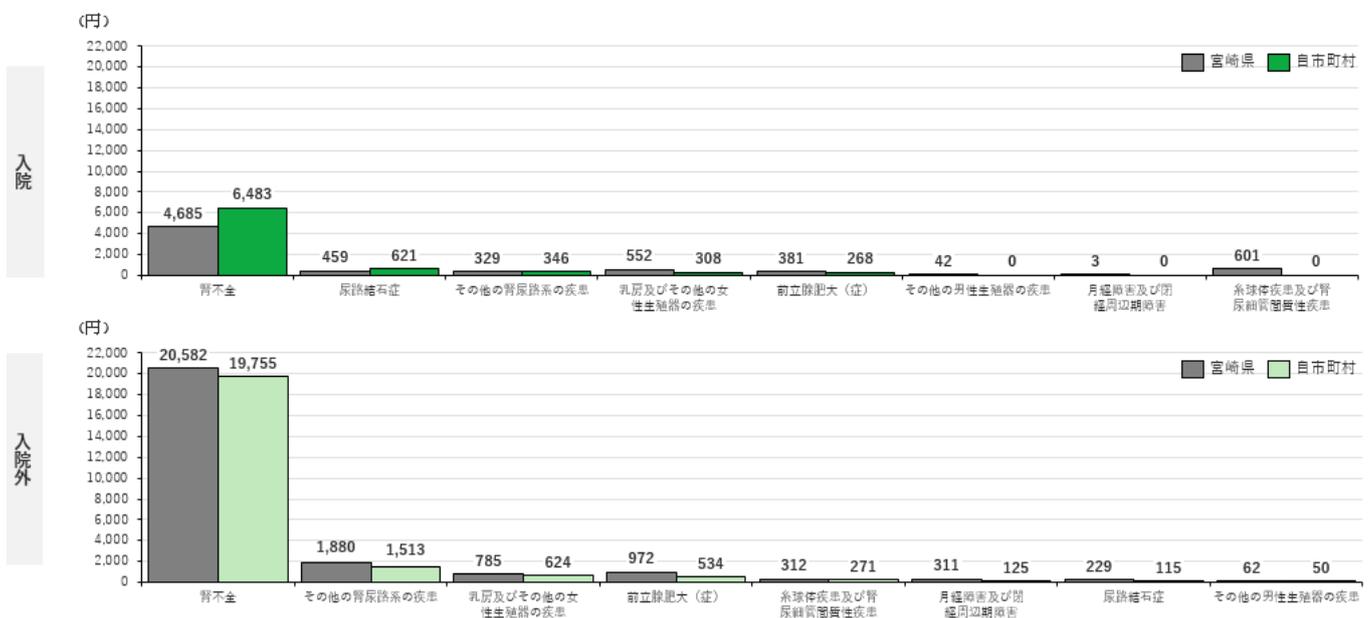
(図表・グラフ) KDBシステム\_疾病別医療費分析(中分類)



医療費構成割合の大分類について、割合が上位である内分泌について、中分類での具体的な疾患を確認した。宮崎県と比較すると、外来の甲状腺障害が高く、糖尿病は、外来・入院ともに高い。

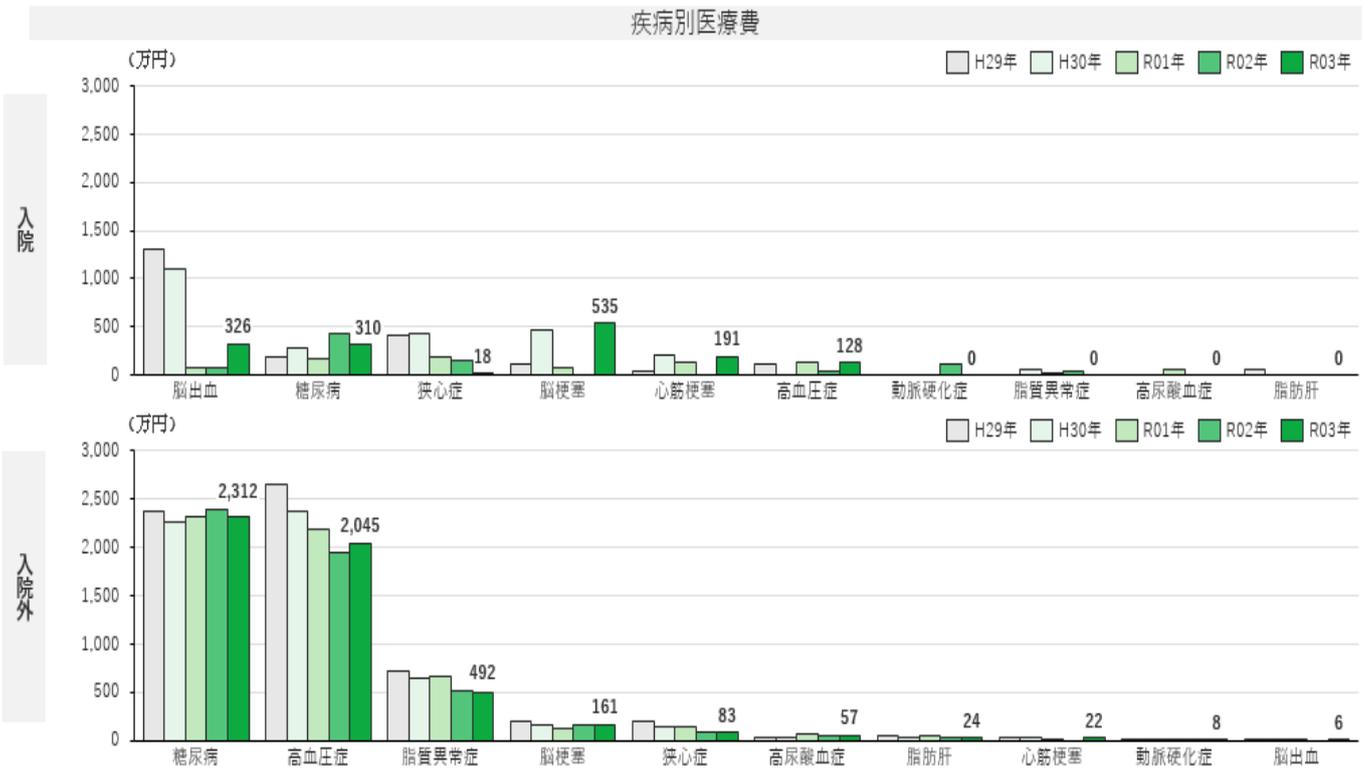
【図16】疾病別1人あたり医療費(中分類)\_腎尿路系

(図表・グラフ) KDBシステム\_疾病別医療費分析(中分類)



医療費構成割合の大分類について、割合が上位である腎尿路系について、中分類での具体的な疾患を確認した。宮崎県と比較すると、入院での腎不全、尿路結石症、その他の腎尿路系の疾患が高い。

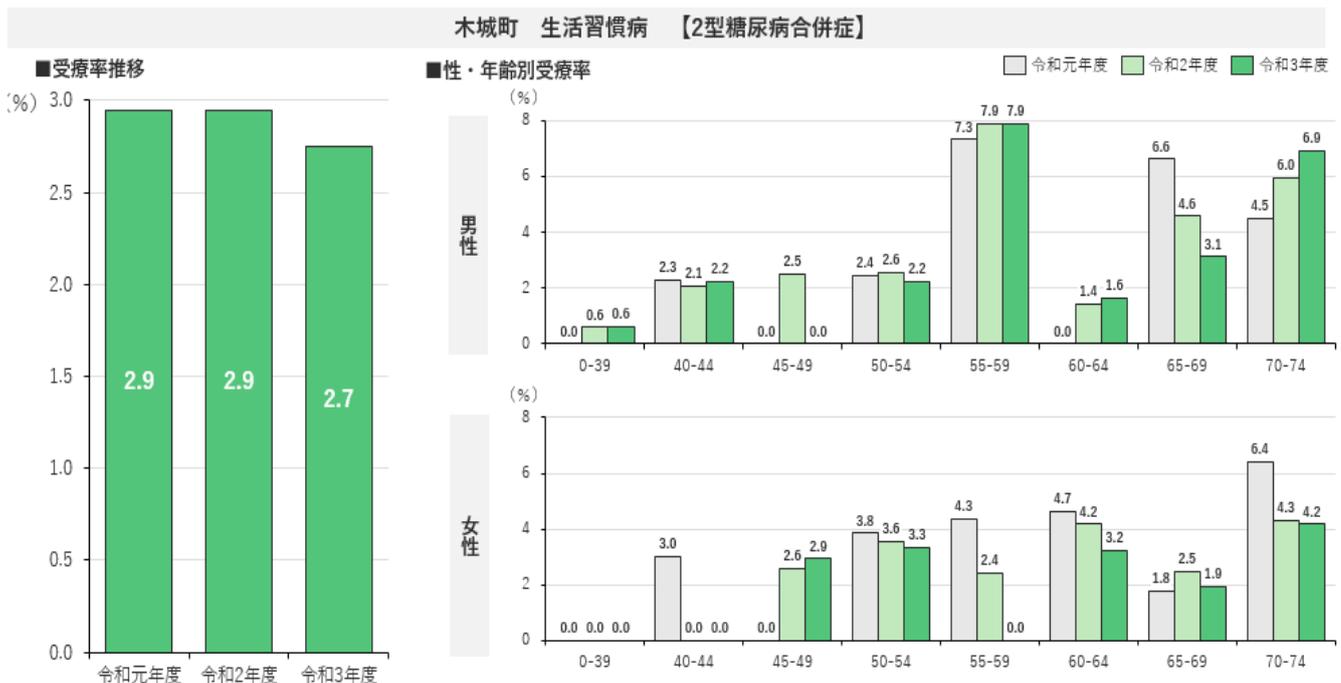
【図17】 疾病別1人あたり医療費(生活習慣病) (図表・グラフ) KDB システム\_疾病別医療費分析(生活習慣病)



木城町の生活習慣病関連の医療費を疾病別に確認すると、入院では平成29年度は脳出血が極めて高かったが減少している。しかし、令和2年度と比較すると令和3年度は増加している。また、脳梗塞も令和3年度は増加している。

外来では、糖尿病は横ばいであり、高血圧症と脂質異常症は減少傾向にある。

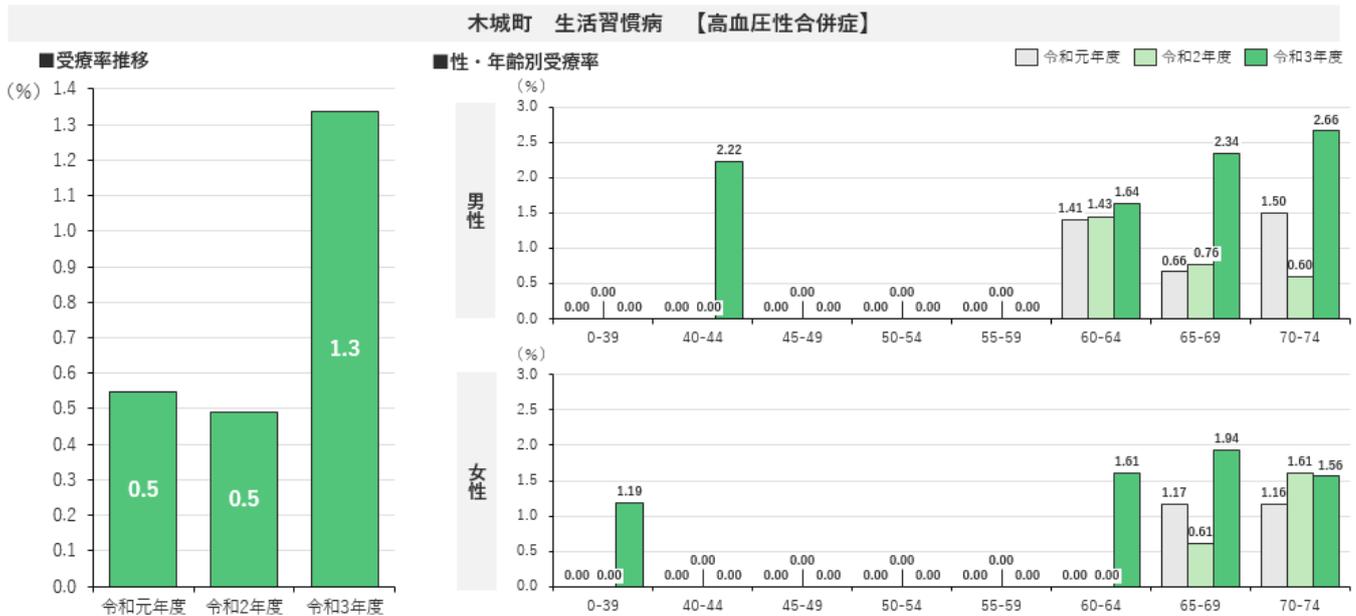
【図18】 年齢階層別受療率 (図表・グラフ) レセプト(医科)



2型糖尿病の受療率は令和2年度から令和3年度にかけ減少している。年齢階層別にみると男性の55-59歳台や70-74歳台では増加傾向にある。

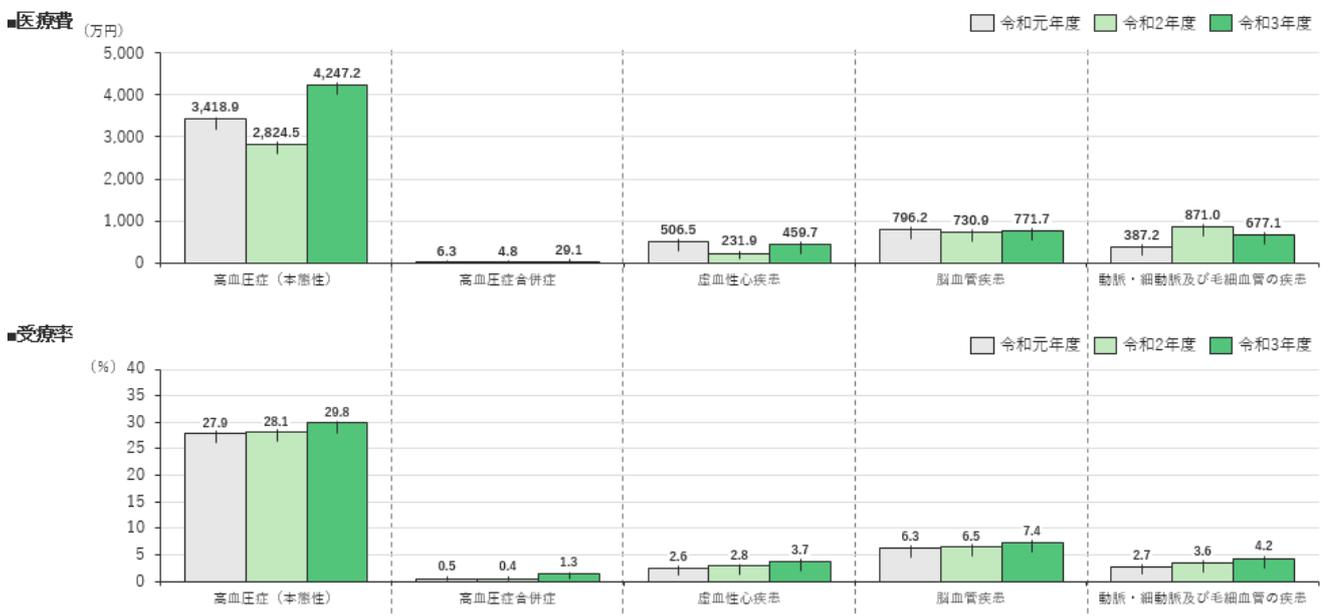
【図19】年齢階層別受療率

(図表・グラフ) レセプト(医科)



高血圧性合併症の受療率は令和2年度から令和3年度にかけて増加している。男性の40-44歳台と女性の0-39歳台での若年層でも増加傾向にある。

【図20】高血圧関連疾病統計



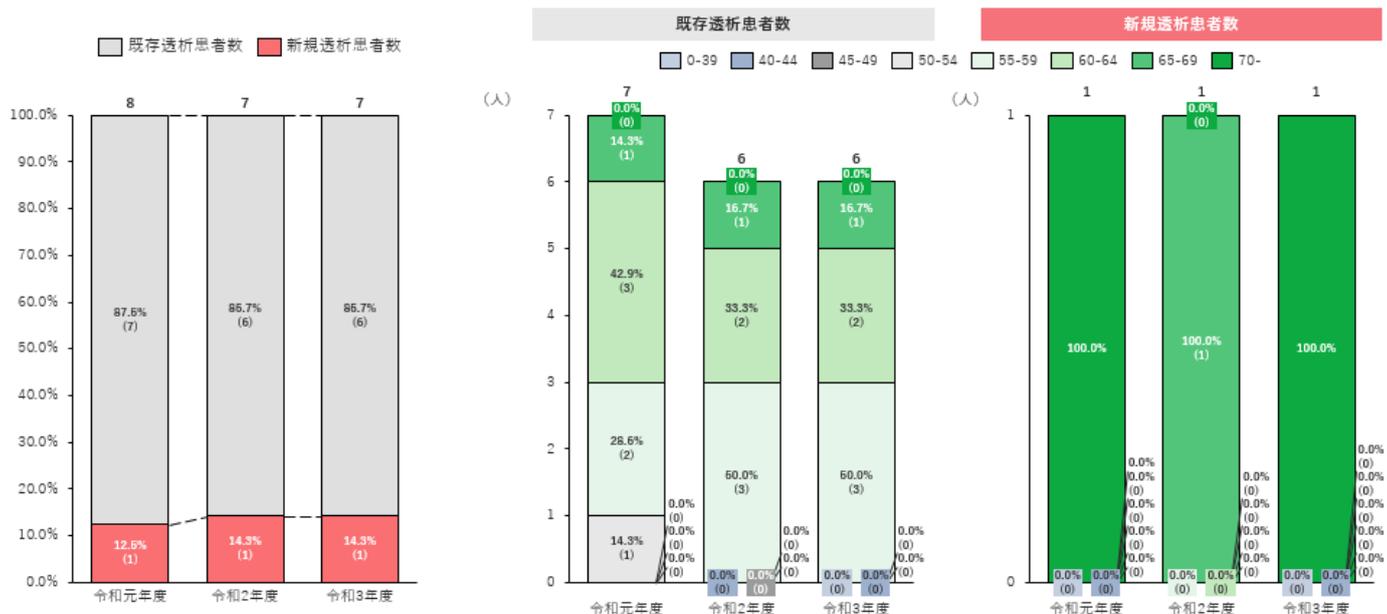
血圧関連疾病の医療費は、本態性高血圧症が令和2年度から令和3年度にかけて増加しており、受診率は各疾患で年々増加している。

【図 2 1】人工透析者数

(図表・グラフ) KDB システム\_市区町村別データ

■既存・新規透析患者推移

■既存・新規透析患者 年齢別推移



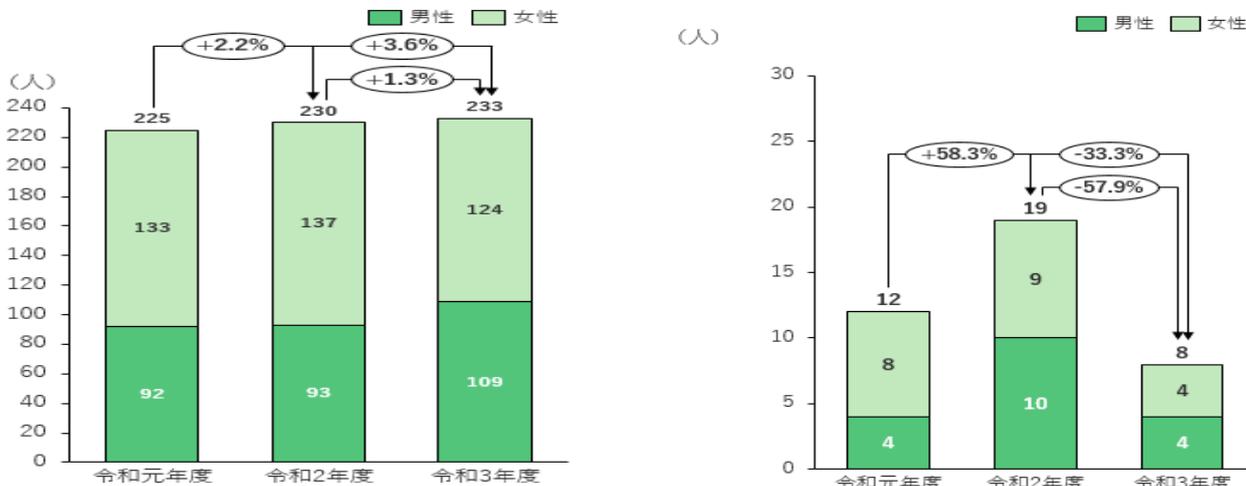
木城町の人口透析者総数は 7-8 人で推移している。50 歳台での患者が多く、新規患者は 60 歳台となっている。

【図 2 2】重複・頻回受診

(図表・グラフ) レセプト (医科)

■重複受診者数推移

■頻回受診者数推移

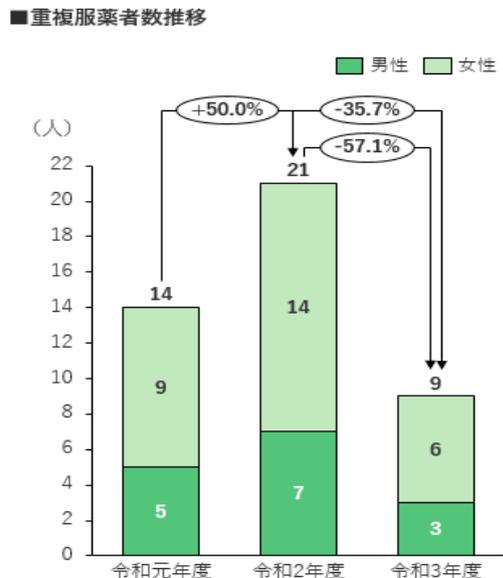


同月内で同じ傷病名 (標準病名) で 2 医療機関以上に受診している重複受診者は、若干ではあるが年々増加している。年代別にみると、65 歳以降から大きく増加している。

同月内に同一医療機関に 15 回以上受診している頻回受診者は、経年でみると令和 2 年度には増加しているが、令和 3 年度には大きく減少している。

【図23】重複服薬

(図表・グラフ) レセプト(医科)



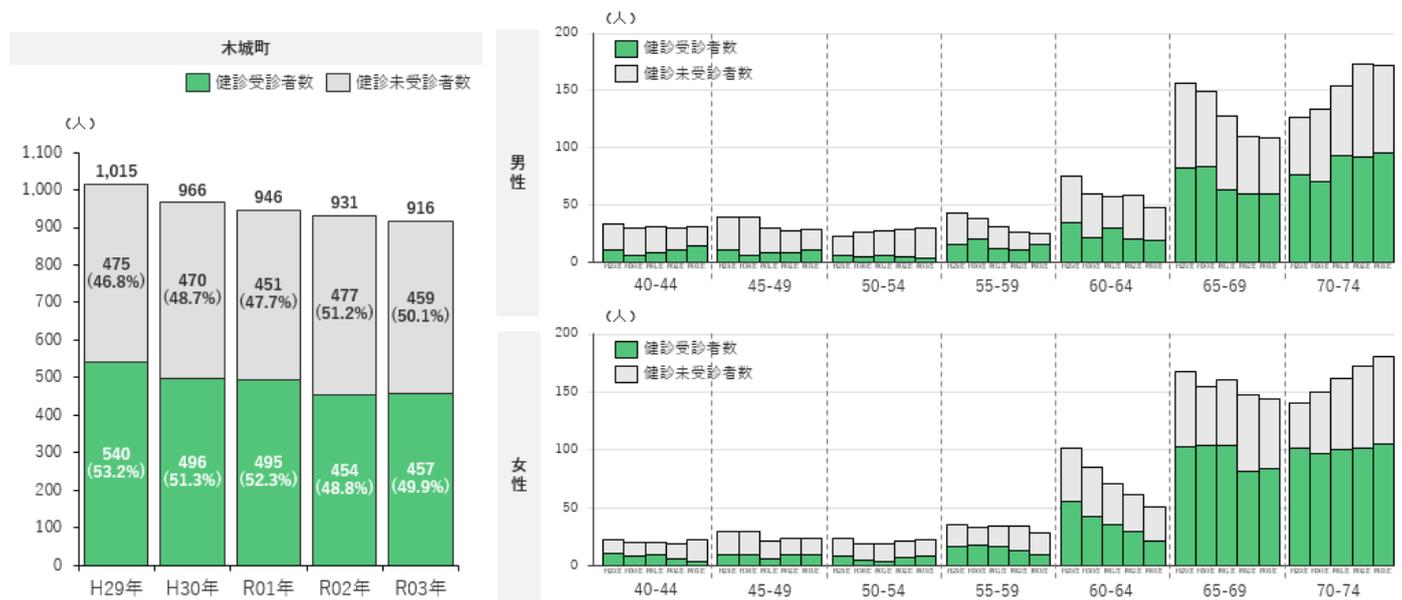
同月内に同一成分で2種類以上の投薬がある重複服薬者は、経年でみると、令和2年度で増加したものの令和3年度で減少した。年齢階層別でみると各年代で減少している。

### 3 特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析

【図24】特定健診受診率と健診受診者・未受診者割合

(図表・グラフ)

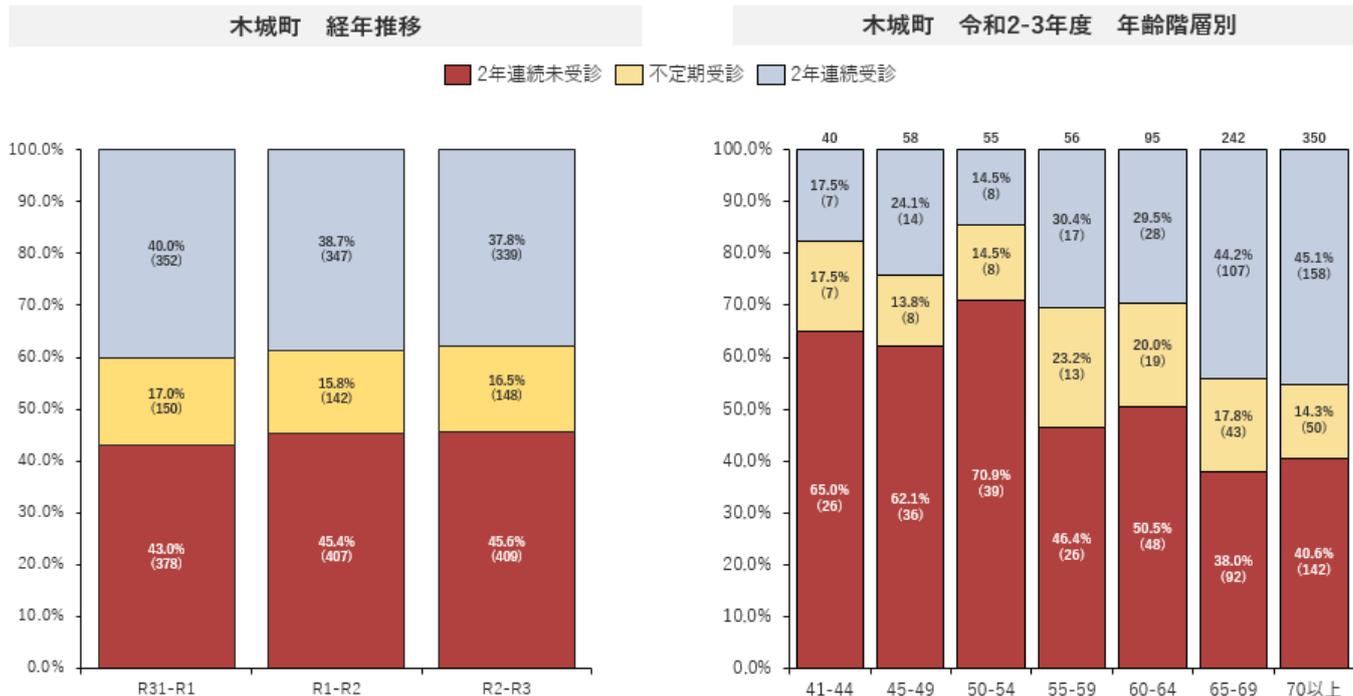
KDBシステム\_健診の状況



特定健診受診者数は年々減少しており、受診率も年々減少している。年代別にみると、40-59歳の受診率が低く、その年代以降は受診率は増加している。

【図 2 5】 特定健診の 2 年連続健診未受診者の割合変化

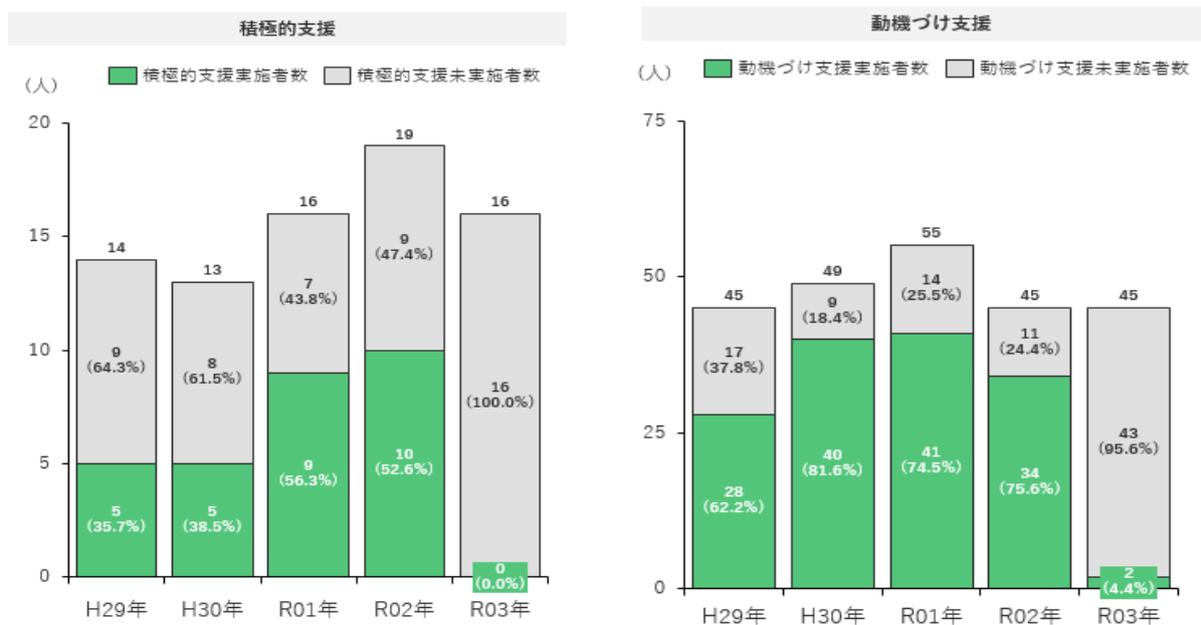
(図表・グラフ) KDB システム\_健診の状況



2年連続未受診者の割合が45%、不定期受診が15~16%で約6割が定期受診をしていないことがわかる。年代別にみると41-54歳で連続未受診の割合が高くなっている。

【図 2 6】 特定保健指導実施率、動機づけ支援・積極的支援者数

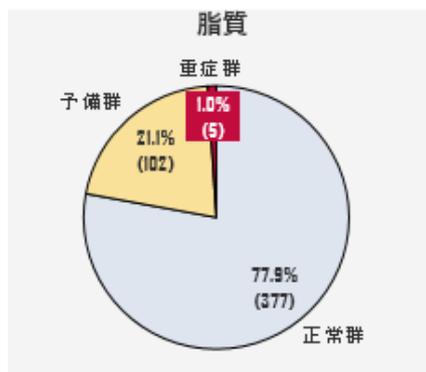
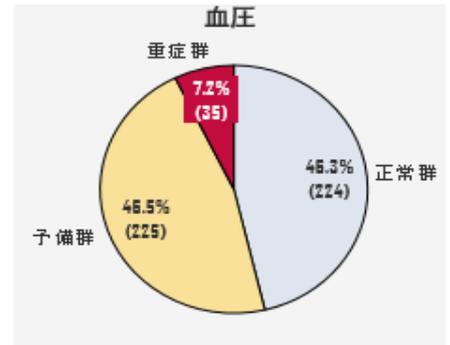
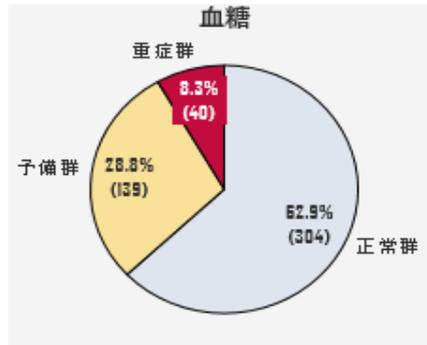
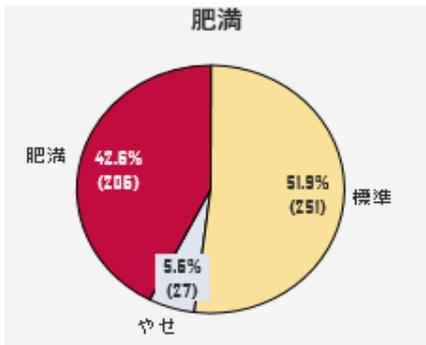
(図表・グラフ) 厚労省, 2019~2020年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(保険者別)・KDB システム\_健診の状況



平成29年度から令和3年度の経年推移をみると、積極的支援・動機づけ支援対象者ともに横ばいであるが、令和3年度の保健指導実施率が大きく減少している。令和3年度のマンパワー不足が要因の一つと考えられる。

【図 2 7】 有所見の状況

(図表・グラフ) 健診データ



【有所見判定定義】

肥満	BMI	腹囲	血圧	収縮期血圧	拡張期血圧
やせ	<18.5	男性:<85	正常群	<130	<85
標準	18.5 ≦ and <25	女性:<90	予備群	130 ≦ and <160	85 ≦ and <100
肥満	25 ≦	男性:85 ≦ 女性:90 ≦	重症群	160 ≦	100 ≦

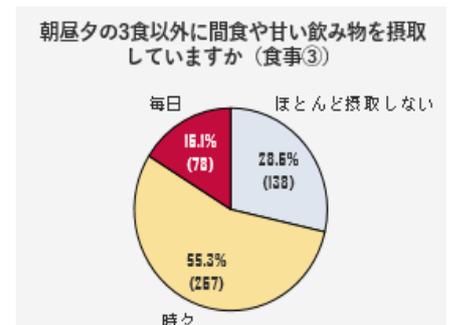
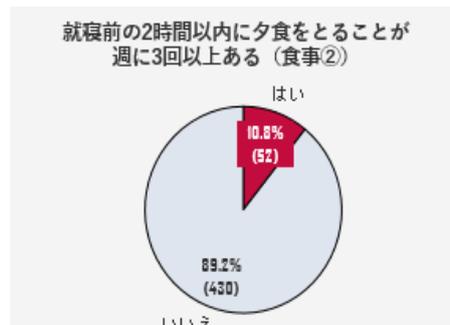
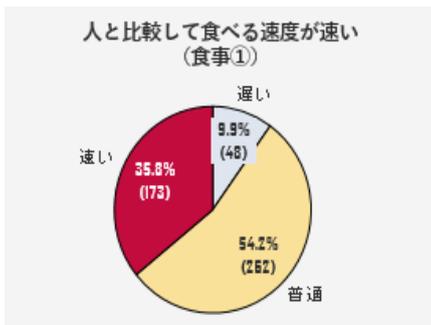
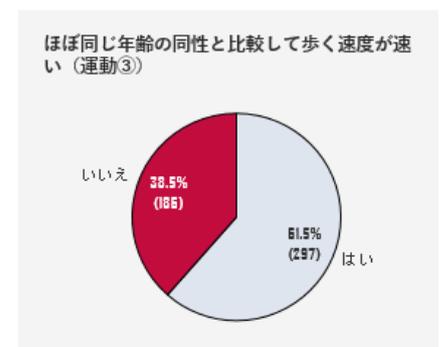
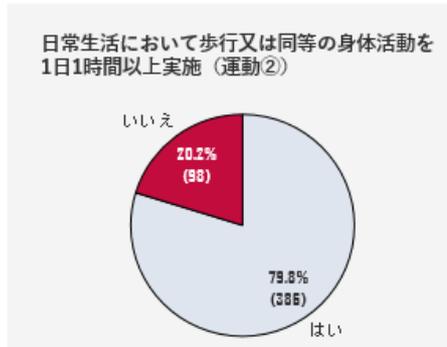
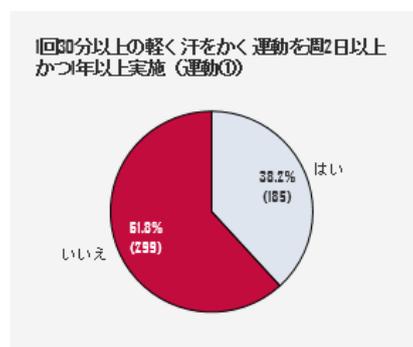
  

血糖	空腹時血糖値	HbA1c	脂質	中性脂肪	HDL
正常群	<100	<5.6	正常群	<150	40 ≦
予備群	100 ≦ and <126	5.6 ≦ and <6.5	予備群	150 ≦ and <500	35 ≦ and <40
重症群	126 ≦	6.5 ≦	重症群	500 ≦	<35

健診データをもとに木城町の有所見状況について確認したところ、肥満の割合が半数近くあり、その他重症群は血圧の正常群が半数以下で予備群と同程度の割合であることがわかる。

【図 2 8】 問診の状況

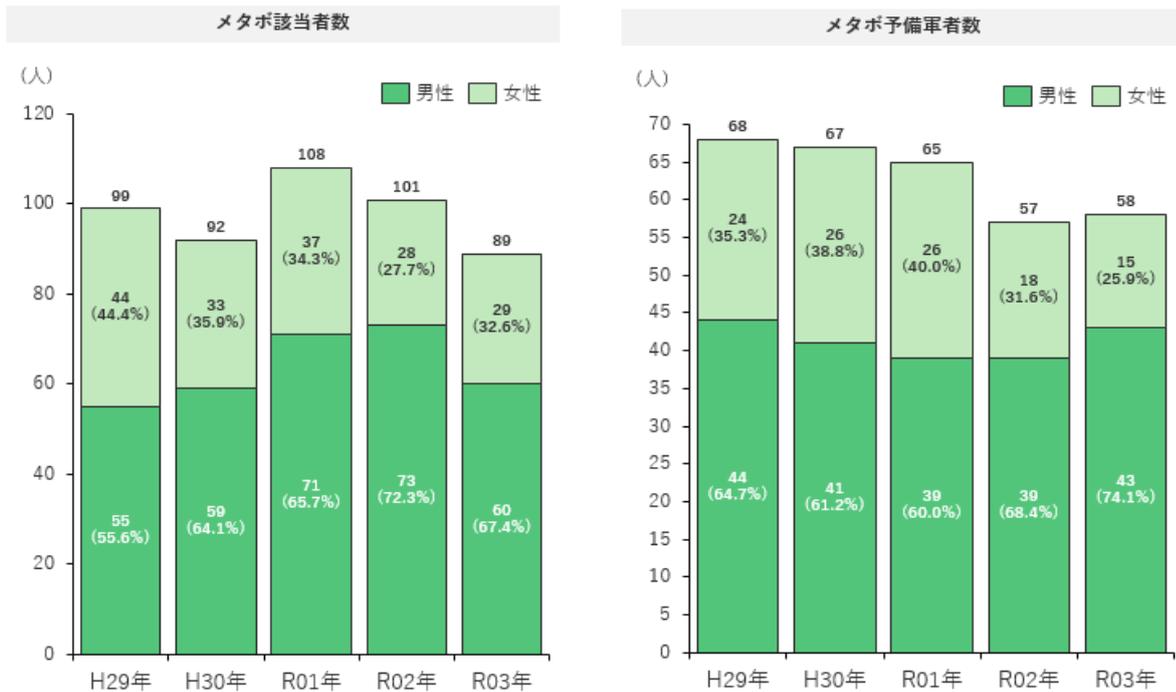
(図表・グラフ) 健診データ



健診データをもとに木城町の食事に関する問診について確認したところ、食事①では 35.8%が食べる速度が速いと回答している。また、食事③の時々と毎日を含めると 71.4%が 3 食以外の間食をしていると回答している。

【図29】メタボリックシンドローム該当率・メタボリックシンドローム予備群該当率

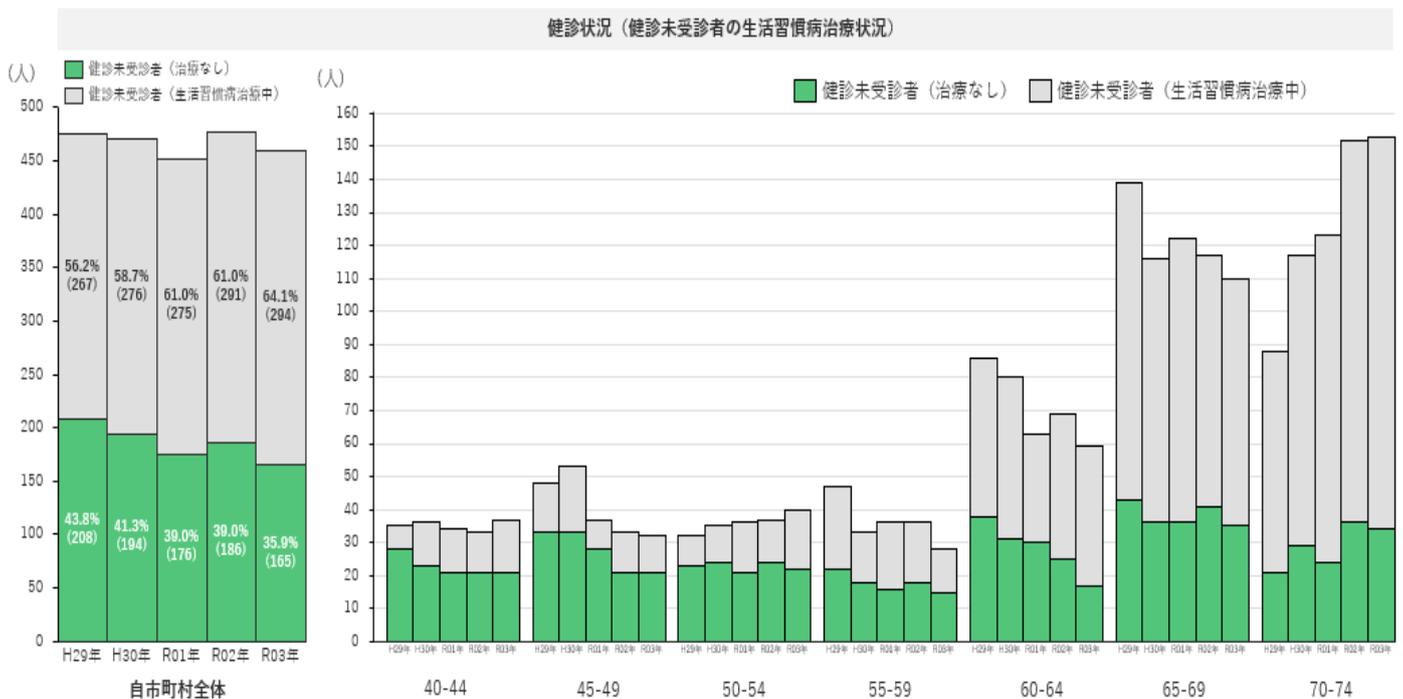
(図表・グラフ) KDBシステム\_健診の状況



メタボリックシンドローム該当者数及びメタボリックシンドローム予備軍者数を確認すると、男性の割合が約7割と圧倒的に多い。

【図30】健診未受診者の受診状況

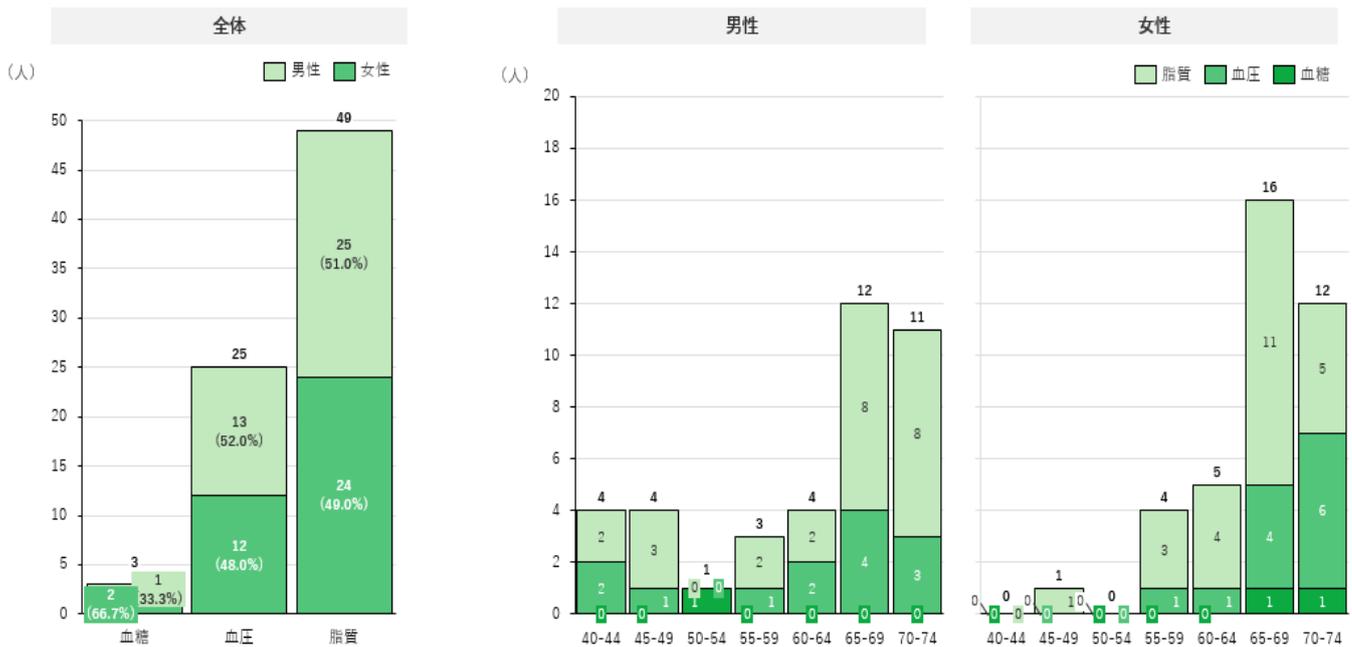
(図表・グラフ) KDBシステム\_厚生労働省様式(様式5-5)



健診未受診者のうち、約6割が生活習慣病治療中、約4割が生活習慣病治療は行っていないことがわかる。この傾向は、平成29年度から令和3年度の経年推移でもほぼ変化がみられない。

【図 3 1】 発症予防（受診勧奨域の数値保有者における受診状況）

（図表・グラフ）

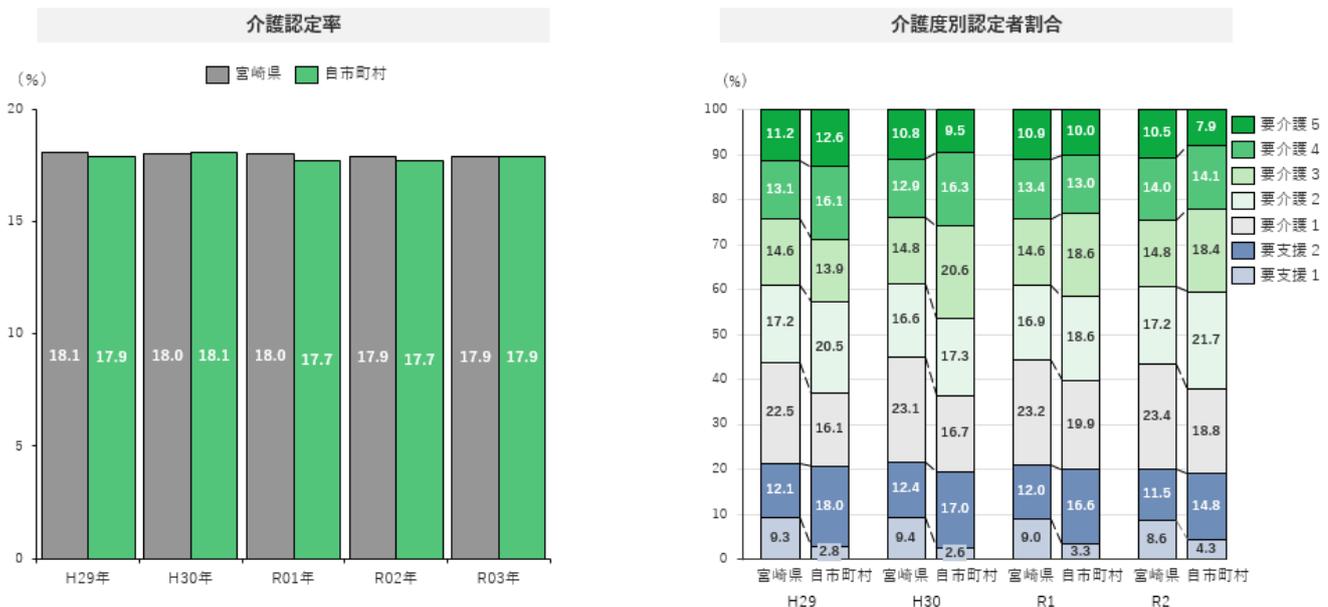


健診受診者のうち、異常値があるにもかかわらずその後の医療機関受診確認ができない者がどの程度いるのか、治療放置者の保有リスクを、性年齢階層別に確認した。男女ともに 65-74 歳の治療放置者が多く、男性では脂質と血圧、女性では脂質の該当者が多い。

#### 4 介護費関係の分析

【図 3 2】 介護認定率

（図表・グラフ） ・KDB システム\_地域の全体像の把握・政府統計 e-Stat，介護保険事業状況報告（2017～2020 年度）

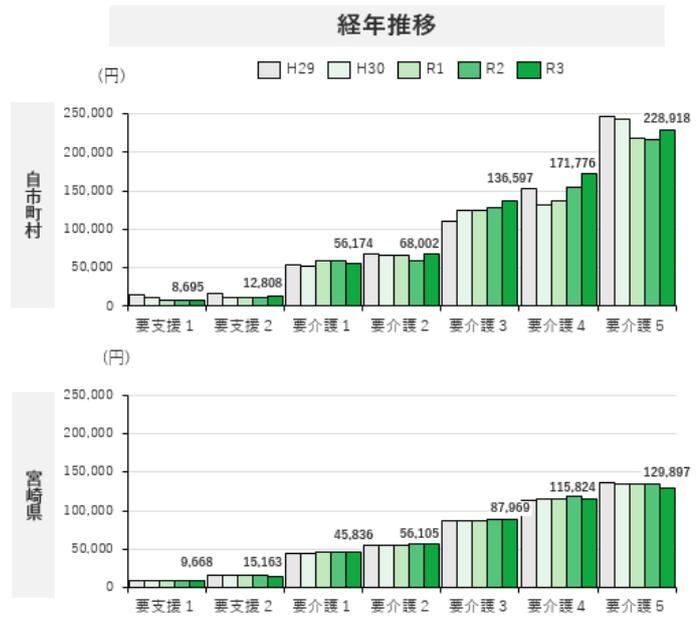
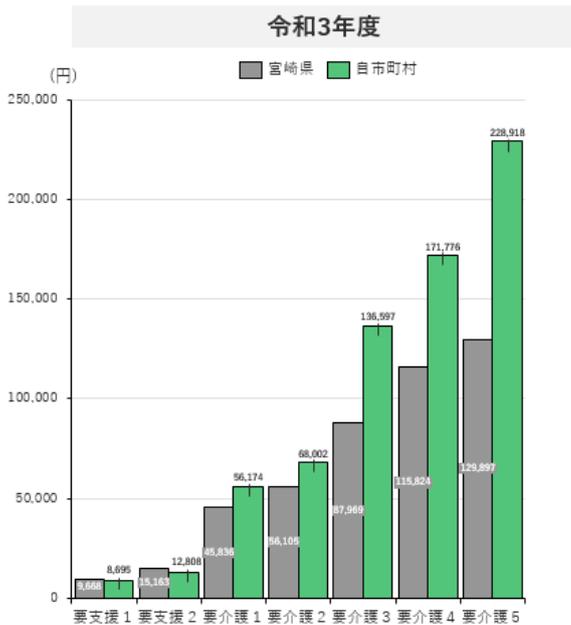


認定率を県と比較すると、同等水準である。平成 29 年度から令和 3 年度までの経年でみても認定率は横ばいの状態である。

介護度別認定者割合を確認すると、要支援 2、要介護 2、3 の認定者の割合が宮崎県より多い。

【図 3 3】介護給付費

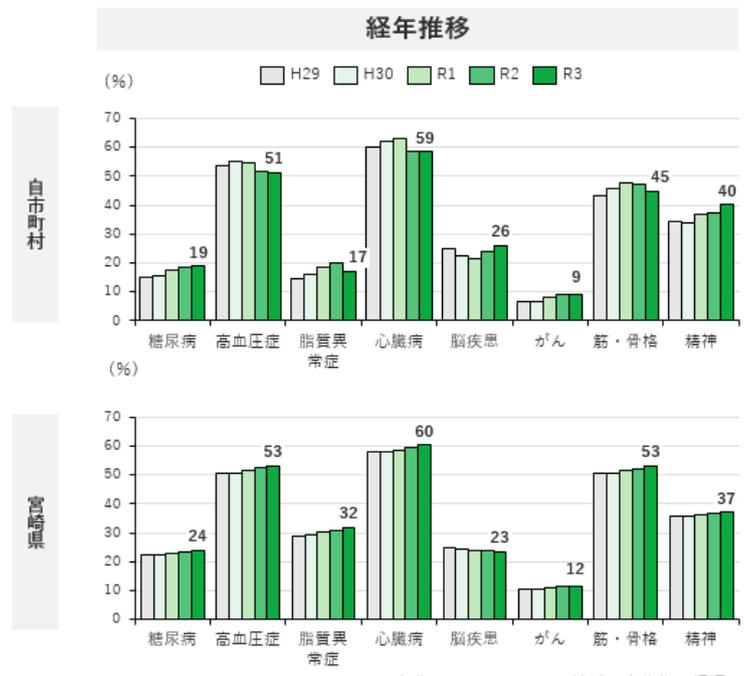
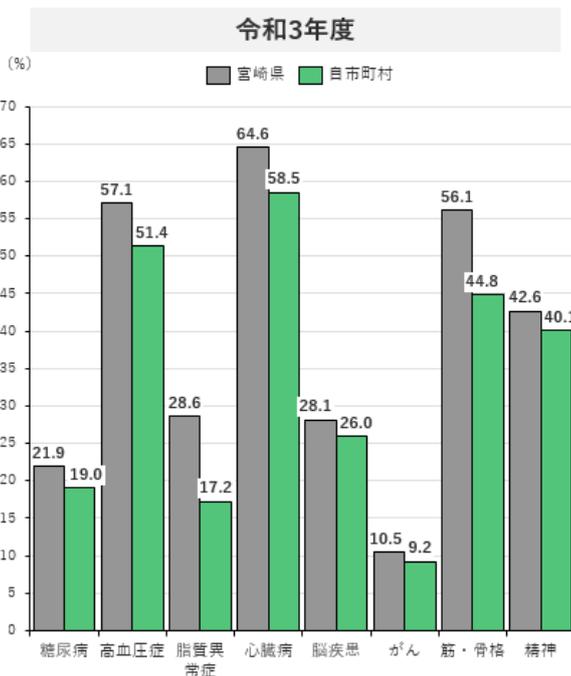
(図表・グラフ) KDB システム\_地域の全体像の把握



宮崎県と比較して、要介護1以降の介護度で介護給付費が高く、要介護3、4、5は大きく上回っている。

【図 3 4】介護認定者の有病状況

(図表・グラフ) KDB システム\_地域の全体像の把握



介護認定者の有病状況を確認すると、すべての疾患で宮崎県より低い。その中でも増加傾向にあるのは糖尿病、脳疾患、精神である。

## 5 その他

【図35】後発医薬品の使用状況

(図表・グラフ) レセプト(医科、歯科、調剤、DPC)

		R3.4	R3.5	R3.6	R3.7	R3.8	R3.9	R3.10	R3.11	R3.12	R4.1	R4.2	R4.3
令和3年度	DPC	90.23%	90.21%	94.66%	97.43%	95.26%	95.22%	83.13%	92.34%	80.49%	93.04%	90.42%	85.14%
	医科入院	85.69%	80.50%	79.14%	79.20%	78.88%	80.36%	81.45%	78.70%	78.98%	79.36%	77.54%	80.95%
	医科入院外	57.52%	53.31%	62.86%	59.71%	55.90%	58.67%	59.97%	60.41%	63.28%	64.21%	61.83%	62.79%
	歯科入院	100.00%				99.29%							
	歯科入院外	47.79%	23.86%	33.12%	41.49%	39.46%	50.74%	51.58%	36.06%	46.32%	46.04%	44.57%	47.66%
	調剤	90.37%	89.08%	88.99%	90.40%	90.43%	90.48%	90.58%	90.83%	90.30%	91.66%	91.31%	90.10%
	総計	84.42%	82.52%	83.52%	83.58%	82.98%	82.99%	83.39%	83.84%	84.18%	85.35%	84.67%	84.10%

「令和5年度末までに後発医薬品の数量シェアをすべての都道府県で80%以上」という目標に対しては達成している状況である。

## 第4章 特定健診・特定保健指導の実施計画

### 1 第4期特定健康診査等の実施計画

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定める。

第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は6年を1期として策定している。

### 2 目標値の設定

	目標値 (%)					
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診実施率	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
特定保健指導実施率	50.0	53.0	55.0	57.0	59.0	60.0

### 3 対象者数の見込み（各年度4月1日時点の推計値）

			推計 (人)					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	40～64歳	300	295	290	285	280	275
		65～74歳	550	540	530	520	510	500
		合計	850	835	820	805	790	775
	受診者数	40～64歳	110	110	110	110	110	110
		65～74歳	300	300	300	300	300	300
		合計	410	410	410	410	410	410
特定保健指導	対象者数	40～64歳	10	8	6	8	6	5
		65～74歳	10	10	10	7	6	5
		合計	20	18	16	15	12	10
	受診者数	40～64歳	7	6	4	6	4	4
		65～74歳	7	8	8	5	4	4
		合計	14	14	12	11	8	8

<特定健診年間スケジュール>

特定健診・ 特定保健指導	年度当初	< 4月>初旬：人間ドックの申込受付開始 < 5月>上旬：健診案内 下旬：集団（地区巡回）健診 < 6月>集団健診 特定保健指導及び重症化予防保健指導 情報提供案内通知 受診勧奨個別訪問 < 7月>集団検診 特定保健指導及び重症化予防保健指導 受診勧奨個別訪問 < 8月>特定保健指導及び重症化予防保健指導 < 9月>第1回受診勧奨通知 受診勧奨個別訪問 < 10月>集団健診 < 11月>特定保健指導及び重症化予防保健指導 < 12月>特定保健指導及び重症化予防保健指導 < 1月>第2回受診勧奨通知 受診勧奨個別訪問 特定保健指導及び重症化予防保健指導 < 2月>集団健診 特定保健指導及び重症化予防保健指導 < 3月>特定保健指導及び重症化予防保健指導
	年度の前半	10月：前年度の実施結果の検証や評価、翌年度の事業計画
	年度の後半	11月：次年度の委託契約の設定準備（実施機関との調整）、予算編成
月間スケジュール		毎月10日請求支払

#### 4 特定健康診査の実施方法

##### (1) 健診項目

健診項目は、実施基準第1条に定められた「基本的な健診項目」と、「実施基準に関する大臣告示」（厚生労働省告示第4号平成20年1月17日）に基づき実施することができる「詳細な健診項目」を実施する。

なお、木城町国民健康保険では、第1期計画から腎不全及び糖尿病にかかる医療費の伸びを踏まえて、基本的な健診項目において選択項目とされている空腹時血糖とヘモグロビンA1cの両方を受診者全員に実施した。

また、法定項目の他に、腎不全の進行状態を把握する血清クレアチニン検査、腎機能低下の因子のひとつと言われている血清尿酸検査、がんや栄養障害の因子のひとつと言われている貧血検査、循環器系疾患など生活習慣病の重症化進展の指標となる心電図検査も全員に追加した。

血清クレアチニン検査・心電図検査については、第3期計画から「実施基準に関する大臣告示」の中で、詳細な健診の項目に追加されることになったが、本町では、生活習慣病重症化予防の取組を推進していることから、引き続き追加項目として受診者全員に実施する。

〈基本的な健診の項目：健診対象者全員が受ける項目〉

健診項目		内容
質問（問診）		食事・運動習慣、服薬歴、喫煙習慣、飲酒、歯科口腔保健、特定保健指導の受診歴（※1）など
身体計測		身長、体重、BMI、腹囲
理学的所見		身体診察
血圧測定		収縮期血圧、拡張期血圧
血液検査	脂質検査	空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪（※1）、HDL コレステロール、LDL コレステロール
	血糖検査	空腹時血糖又は随時血糖、ヘモグロビンA1c
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT (GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)
	腎機能検査	血清クレアチニン（※2）、eGFR（※2）
	尿酸検査	血清尿酸（※2）
尿検査		尿糖、尿蛋白

（※1）第4期に変更となった項目、（※2）木城町国民健康保険独自の追加項目

〈詳細な健診の項目：一定の基準の下、医師の判断により選択的に受ける項目〉

健診項目		内容
心電図検査※		－
眼底検査		－
貧血検査※		赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値

※全員に実施するが、医師が必要と認めた場合は詳細な健診として実施する。

## （2）実施場所

- ①集団健診：木城町保健センター、各地区（川原公民館、中原公民館）を基本とし、利便性を考慮した形態での実施も検討する。
- ②個別健診：木城クリニック、川南病院、国立病院機構宮崎病院、脳ドック（医療機関へ委託）を基本とするが、受診率や受診者の利便性等を考慮し個別医療機関の拡大を検討する。
- ③情報提供：委託医療機関、人間ドック費用助成を行った者

## （3）実施時期

- ①集団健診：5月～翌年2月
- ②個別健診：5月～翌年3月

## （4）外部委託の方法

- ①集団健診：健診実施機関へ個別契約により委託。
- ②個別健診：町内医療機関と近隣医療機関へ個別契約により委託。
- ③情報提供書：児湯医師会や医療機関との契約により委託。人間ドック助成については、対象者からの申し出により実施。

※特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(5) 周知や案内の方法

- ・毎年度、対象者全員に個別案内文書を発送。未受診者へ個別案内文書（2回）を発送。
- ・広報紙、ホームページへの記載。
- ・委託医療機関へのポスターの設置。
- ・対象者へのパンフレット配布 等。

(6) 診療情報の提供や事業者健診等のデータ収集

- ・案内文書送付の際に、事業者健診の結果情報提供についての依頼を行い、受診者本人より結果を受領する。

(7) 医療機関との連携

- ・医療機関で特定健診と同等の検査を受けている場合、受診者本人の同意の下、検査結果の提出を本人あるいは実施医療機関へ依頼する。
- ・治療中であっても特定健康診査の対象となるため、かかりつけ医から対象者への受診勧奨について、医療機関と連携を図る。

## 5 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者の選定

実施基準第4条に基づき、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、積極的支援、動機付け支援とされた人に対して、特定保健指導を実施する。

〈特定保健指導対象者（階層化）基準〉

健診結果の判定			特定保健指導レベル	
腹囲/BMI	追加リスク	④喫煙 (※)	年齢区分	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64 歳	65～74 歳
≧85 cm (男性) ≧90 cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≧ 25 kg/m <sup>2</sup>	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	/		

BMI (体格指数) = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖: 空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c 5.6% 以上 (空腹時血糖の判定値を優先)

②脂質: 空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dl 以上) または HDL コレステロール 40 mg/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

④喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

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

(2) 実施方法

○支援内容及び支援形態

目 的							
<p>特定健診の結果から、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意思による行動変容によって内臓脂肪の蓄積に起因する健康課題を改善し、健康的な生活を維持することで、生活習慣病への移行を予防する。</p>							
指導レベル	支援内容	支援期間等					
動機付け支援	<p>初回面接による支援のみの原則1回とする。</p> <p>○初回面接 1人当たり 20 分以上の個別支援(ICT 含む)、または1グループ(1グループはおおむね8人以下)当たりおおむね 80 分以上のグループ支援(ICT 含む)。</p> <p>○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。</p>	原則1回の支援					
積極的支援	<p>初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。</p> <p>○初回面接 1人当たり 20 分以上の個別支援(ICT 含む)、または1グループ(1グループはおおむね8人以下)当たりおおむね 80 分以上のグループ支援(ICT 含む)。</p> <p>○3か月以上の継続的な支援 アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180 ポイント以上の支援を実施することを条件とする。個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせて行う。</p> <p>○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用する。</p> <p>アウトカム評価</p> <table border="1" data-bbox="357 1503 1217 1843"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> <p>プロセス評価</p> <table border="1" data-bbox="357 1924 1217 2049"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援種別による評価(個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul> </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援種別による評価(個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>	3か月以上
主要達成目標	・腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少						
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援種別による評価(個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>							

動機付け支援は、初回面接から3か月経過後に実績評価を行う。

積極的支援は、初回面接から実績評価を行うまでの期間を3か月以上経過後とする。特定健診結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価を行う。

### (3) 実施場所

- ①集団健診：木城町保健センターへの来所や訪問等で実施。
- ②個別健診：木城町保健センターへの来所や訪問等で実施。
- ③情報提供：木城町保健センターへの来所や訪問等で実施。

### (4) 実施時期

6月～翌年3月

### (5) 実施方法

- ・直営：保健指導は外部委託は行わず、直営のみの実施とする。

### (6) 周知や案内の方法

- ・対象者へ個別通知を行う。

### (7) 特定保健指導対象者の重点化の方法

特定保健指導は、階層化によって対象者になった全員に実施することを基本とするが、必要に応じて、効果的・効率的に実施するための優先順位付けを行う。方法については、標準的な健診・保健指導プログラム及び円滑な実施に向けた手引きを参考とする。

## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等を遵守するとともに、木城町個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行う。

また、外部委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

### (2) 記録の管理・保存方法

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」に準じて、個人の健康情報を漏洩しないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

## 7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、実施計画を作成・変更時は、遅延無くホームページ等への掲載により公表する。

特定健康診査等の普及啓発のため、全対象者へのパンフレット等の配布や公共施設へのポスター掲示、広報紙・ホームページへの掲載等を行う。また、県によるテレビやYouTubeなどの広報活動を推進する。

## 8 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導の対象者）の減少率については、毎年度達成状況を評価する。

実施計画の見直しについては、目標達成状況の評価結果を活用し、必要に応じて、あるいは令和9年度（2027年度）中に中間評価を行う。

## 第5章 第3期データヘルス計画 計画全体

### I 第3期データヘルス計画

#### (1) 保険者の健康課題

項目	健康課題	優先度	保健事業との対応
A	心疾患による死亡者増加と医療費増大	1	1.2.3.4
B	糖尿病の増加と重症化による医療費増大	3	1.2.3
C	高血圧の増加と重症化による医療費増大	2	1.2.4
D	腎疾患の重症化による医療費増大	4	1.3.4

#### (2) データヘルス計画全体における目的・目標

項目	データヘルス計画全体における	評価指標	策定時 (%)	目標値 (%)						
				令和4年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年
A	生活習慣病を早期に見出し、重症化を予防する。	特定健康診査実施率	49.0	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0	
		特定健康診査実施率の年齢階層別指標	40～64歳	37.0	37.5	38.5	39.5	40.5	41.5	43.0
			65～74歳	55.7	56.2	57.2	58.2	59.2	60.2	60.7
		特定保健指導実施率	29.2	50.0	53.0	55.0	57.0	59.0	60.0	
		特定保健指導実施率の年齢階層別指標	40～64歳							
			65～74歳							
		特定保健指導対象者の減少率	9.4	13.0	15.0	17.0	19.0	21.0	23.0	
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の年齢階層別指標	40～64歳	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0
65～74歳	17.7		18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0		

B D	糖尿病 患者の 減少に より、 医療費 も減少 する。	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.08	1.06	1.04	1.02	1.0	0.9	0.8	
		HbA1c8.0% 以上の者の 割合の年齢 階層化別指 標	40～64歳	1.12	1.10	1.08	1.06	1.04	1.02	1.0
			65～74歳	1.9	1.9	1.7	1.5	1.3	1.1	1.08
		高血糖者の割合	10.2	9.5	9.2	9.0	8.8	8.6	8.4	
C D	高血圧 患者の 減少に より医 療費も 減少す る。	血圧 160mmhg/90mmhg 以上の者の割合	11.1	10.5	10.0	9.5	9.0	8.5	8.0	
		血圧 160mmhg/90mmhg 以上の者の割合の年齢階 層別指標 (40歳～64歳)	5.3	5.0	4.8	4.6	4.4	4.2	4.0	
		血圧 160mmhg/90mmhg 以上の者の割合の年齢階 層別指標 (65歳～74歳)	5.78	5.5	5.2	4.9	4.6	4.3	4.0	
D	糖尿病 や高血 圧の未 治療者 を減ら す。	HbA1c6.5%以上のうち 糖尿病のレセプトがない 者の割合	35.4	32.0	30.0	28.0	25.0	23.0	22.0	
		血圧が保健指導判定値以 上の者の割合	51.2	50.0	49.0	48.0	47.0	46.0	45.0	

## 2 健康課題を解決するための個別の保健事業

### (1) 個別の保健事業一覧

番号	事業分類	事業名称	事業概要	優先度
1	特定健康診査・特定保健指導対策	特定健診実施率向上事業	健康状態を把握できる人を増やし、データを活用した受診勧奨、啓発活動を行う。	1
2	特定健康診査・特定保健指導対策	保健指導実施率向上事業	保健指導実施率の向上により、生活習慣病リスク保有者の増加を抑制する。データを活用し、対象者に合わせた保健指導を実施する。	4
3	生活習慣病重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業	重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、データを活用した早期発見と予防を行う。受診勧奨判定値を超えた人に対して、適切に医療機関の受診を促進する。	2
4	生活習慣病重症化予防	高血圧重症化予防事業	重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、データを活用した早期発見と予防を行う。受診勧奨判定値を超えた人に対して、適切に医療機関の受診を促進する。	3

## (2) 個別の保健事業計画

### 事業Ⅰ：特定健診実施率向上事業

事業の目的	データを活用した特定健診未受診者へ受診勧奨を実施することで特定健診実施率の向上を図り、生活習慣病の早期発見及び早期予防を図る。									
事業の概要	データを活用して優先順位を決める。また、2年連続受診者を増やすことで継続した受診につなげる。									
対象者	特定健診未受診者									
目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データを活用して受診勧奨の優先順位の順に個別訪問事業の強化を図る。</li> <li>・個別健診の拡充など、受診しやすい方法を検討する。</li> </ul>									
ストラクチャー (実施体制)	<p>&lt;庁内担当部署&gt; 予算の確保 福祉保健課（保健センター）に特定健診の実施を委託 町民課（保険係）にて対象者を抽出</p>									
	<保健医療関係団体> 個別医療機関に特定健診の実施を業務委託									
	<国保連合会> 研修等の支援を受ける。システムについての指導助言を受ける。									
	<他事業> その他の健診等での特定健診の周知や受診勧奨の実施									
プロセス (実施方法)	周知	対象者に対し受診期間前に受診券の送付。 広報、ホームページ、無線放送、LINE等での周知。								
	勧奨	未受診者に対して、年2回のハガキによる勧奨、個別訪問を実施。								
	支援	実施形態：集団健診、個別健診、 データ取得：情報提供書、人間ドック、脳ドック 結果提供：集団健診は郵送、個別（面談、訪問） 個別健診は医師が対面にて説明返却								
	その他	個別医療機関の拡充や対象者が受けやすい体制の検討								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
				R4年	R6年	R7年	R8年	R9年	R10年	R11年
アウトプット (実施量・率)評価指標	受診勧奨通知	未受診者への通知率	未受診者への通知送付率を集計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	受診勧奨広報率	広報回数	広報誌、HP、LINE等での回数	5回	10回	10回	10回	10回	10回	10回
アウトカム (成果)評価指標	特定健診受診者の増加	特定健診受診率(%)	法定報告	42.4%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	健康状態不明者の減少	40～64歳の健康状態不明者の率(%)	DHP高齢者コックピットより抽出	17.6%	17.1%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%	14.5%

## 事業2：保健指導実施率向上事業

事業の目的	特定保健指導の実施により、生活習慣病発症リスクのある対象者へ早期に介入することで、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図る。									
事業の概要	保健指導対象者を選定し、データを活用しながら対象者にあわせた保健指導を実施する。									
対象者	特定保健指導対象者（国の基準に基づく）									
目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者が利用しやすい保健指導を検討する（健診当日保健指導の実施やICTを活用した保健指導等）</li> <li>・未利用者への利用勧奨、個別訪問の実施。</li> <li>・成果に応じたインセンティブ事業の展開</li> </ul>									
ストラクチャー（実施体制）	<庁内担当課> 予算の確保									
	<庁内関連課> 福祉保健課（保健センター）が対象者を特定し実施する。									
	<保健医療関係団体> 情報連携シートを活用し連携体制をとる									
	<国保連合会> 研修等の支援を受ける。システムについての指導助言を受ける。									
プロセス（実施方法）	周知	対象者には利用券を送付。								
	勧奨	未利用者に対し、はがきや電話等による利用勧奨、訪問を実施。								
	支援	<p>初回面接：特定健診結果データにより対象者を特定し案内を送付。申込みに基づき実施。</p> <p>実施内容：利用者の特徴・属性に寄り添った効果的な指導を実施。 途中脱落者を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣等のモニタリングを行う。</p> <p>実施時期：通年実施 実施期間：積極的支援は6ヶ月間。動機づけ支援は3か月間の支援</p>								
	その他	利用者の利便性向上のため、実施場の拡大やICTによるオンラインの保健指導の実施等を検討。								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
				R4年	R6年	R7年	R8年	R9年	R10年	R11年
アウトプット（実施量・率） 評価指標	初回保健指導率	動機づけ支援保健指導実施率（初回）	法定報告	71.4%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%	80.0%
		積極的支援保健指導実施率（初回）	法定報告	65.2%	68.0%	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%
	保健指導終了率	動機づけ支援保健指導実施率	法定報告	71.4%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%	76.0%
		積極的支援保健指導実施率	法定報告	30.4%	33.0%	36.0%	39.0%	42.0%	45.0%	48.0%
アウトカム（成果） 評価指標	保健指導効果	保健指導対象者減少率	法定報告	9.4%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	23.0%

### 事業3：糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	人工透析に至った起因を分析した結果、半数以上がⅡ型糖尿病を起因として透析となる糖尿病性腎症であることがわかった。生活習慣病を起因とした糖尿病性腎症の方に対し、生活習慣の改善を促し重症化を予防することで人工透析への移行を防止し、健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図る。									
事業の概要	宮崎県糖尿病予防、糖尿病性腎症重症化予防指針（第Ⅰ期）に基づき、健診やレセプト等で抽出されたハイリスク者や治療中断者に対する受診勧奨や保健指導、治療中断者に対する医療機関と連携した保健指導を行う。									
対象者	当該年度特定健診結果で以下の所見がある未治療者及び治療中断者 1) HbA1c6.5%以上かつ空腹時血糖 126 mg/dl 2) 内服治療中の方で HbA1c7.5%以上									
目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者に合わせた保健指導の展開</li> <li>医療機関等の他機関との連携</li> <li>医療費分析等からの対象者の決定</li> </ul>									
ストラクチャー (実施体制)	< 市内担当課 > 予算の確保									
	レセプトデータ等による効果検証を民間業者へ業務委託し実施。									
	< 市内関連課 > 福祉保健課（保健センター）が対象者を特定し実施する。									
プロセス (実施方法)	勧奨	特定健診結果から対象者を選定し、面談の案内を送付。 医療機関未受診者に対し、電話、手紙、訪問を実施。								
	支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の明確化 糖尿病管理台帳（DHパイロット）にて管理する。</li> <li>案内方法 段階に応じて、郵送（説明文同封）、個別面接に分けて案内。</li> <li>3ヶ月後、レセプトを確認し、医療機関受診のない方に対して、電話、訪問を実施する。</li> </ul>								
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康相談の実施。</li> <li>健康教育の実施。</li> </ul>								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
				R4年	R6年	R7年	R8年	R9年	R10年	R11年
アウトプット (実施量・率) 評価指標	保健指導実施率	保健指導実施率	保健指導者数/対象者	10.8%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%
	受診勧奨実施数	受診勧奨実施率	受診勧奨者数/治療中断者	-	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
アウトカム (成果) 評価指標	受診率	医療機関受診率	受診者/治療中断者の受診勧奨者数	-	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%
	保健指導効果	糖尿病性腎症の方の割合	DHP 糖尿病コックピットより	9.2%	9.0%	8.8%	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%

	保 健 指 導 効 果	腎不全の方 の割合	DHP 糖尿 病コックピ ットより	8.8%	8.4 %	8.0%	7.8%	7.6%	7.4%	7.2%
--	-------------------	--------------	-------------------------	------	----------	------	------	------	------	------

#### 事業4：高血圧症重症化予防事業

事業の目的	高血圧性疾患は、医療費、患者数においていずれも上位にある。重症化リスクのある方に対し、生活習慣の改善や医療機関への受診につなげることで、重症化予防と健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図る。									
事業の概要	特定健診の結果から高血圧で医療機関への受診が必要と思われる方を特定し、未受診者の場合、受診勧奨を行う。									
対象者	特定健診の結果、受診勧奨値の判定を受けた方。									
目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理台帳での対象者把握。</li> <li>・個別訪問、個別面談、電話、手紙での対応。</li> <li>・対象者に合わせた保健指導の展開。</li> </ul>									
ストラクチャー (実施体制)	<市内担当課>予算の確保。									
	レセプトデータ等による効果検証を民間業者へ業務委託し実施。									
	<市内関連課>福祉保健課（保健センター）が対象者を特定し実施する。									
プロセス (実施方法)	周知	特定健診結果からデータを活用し、対象者を選定し送付する。								
	勧奨	医療機関未受診者に対し、電話、手紙、訪問を実施する。								
	支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の明確化 受診勧奨値を超える方をリスト化し、優先順位をつけて管理する。</li> <li>・案内方法 段階に応じて、郵送（説明文同封）、個別面接に分けて案内する。</li> <li>・3ヶ月後、レセプトを確認し、医療機関受診のない方に対して、電話、訪問を実施する。</li> </ul>								
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康相談の実施。</li> <li>・健康教育の実施。</li> </ul>								
指標	項目	評価指標	評価対象・ 方法	策定時	目標値					
				R4年	R6年	R7年	R8年	R9年	R10年	R11年
アウト プット (実施 量・率) 評価指 標	保健 指導 実施 率	保健指導 実施率	保健指導者 数/対象者	15.3 %	16.0 %	17.0 %	18.0 %	19.0 %	20.0 %	21.0 %
	受診 勧奨 実施 数	受診勧奨 実施率 (治療中 断者)	受診勧奨者 数/治療中 断者	-	30.0 %	35.0 %	40.0 %	45.0 %	50.0 %	55.0 %
	啓発	高血圧に 関する啓 発回数	広報誌等 での啓発 回数	2回	4回	4回	4回	5回	5回	5回
アウト カム (成果) 評価指 標	受診 率	医療機関 受診率	医療機関受 診者/治療 中断者の受 診勧奨者数	-	40.0 %	45.0 %	50.0 %	55.0 %	60.0 %	65.0 %
	保健 指導 効果	40～64 歳のⅡ度 高血圧の 方の割合	DHP	9.2%	9.0%	8.8%	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%

	保 健 指 導 効 果	血 圧 が 保 健 指 導 判 定 値 以 上 の 者 の 割 合	DHP	51.2 %	50.0 %	49.0 %	48.0 %	47.0 %	46.0 %	45.0 %
--	-------------------	---	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

### 3 その他

<p>(1) データヘルス 計画の評価・見直し</p>	<p>(1) 個別事業計画の評価・見直し 個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、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る。</p> <p>(2) データヘルス計画の評価・見直し 設定した評価指標に基づき、データヘルス計画全体の中間評価を令和8年度に行い、最終年度（令和11年度）の目標に向けて取り組みを検討する。</p>
<p>(2) データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>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。そのため、特定健康診査等実施計画及び趣旨の普及啓発については、法第18条の規定に基づき、行政掲示板並びにホームページ等への掲載において公表するものとし、広報誌、各種通知・各団体との連携や出前講座、保健事業等を通じた啓発パンフレットの配布により周知する。</p>
<p>(3) 個人情報の取扱い</p>	<p>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、庁内等での利用、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り扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>(4) 地域包括ケアに係る取組</p>	<p>介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国民健康保険被保険者及び後期高齢者医療被保険者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行う。また、関係機関と連携を実施しながら、被保険者を支えるための地域づくりや人材育成を推進していく。</p>
<p>(5) 一体的実施事業における連携</p>	<p>一体的実施事業は、高齢者の心身の多様な課題に対し、きめ細やかな支援を実施するため、本町においても令和3年度から本格的に実施している。</p> <p>健康・医療・介護のデータを活用して地域の健康課題の分析・対象者の把握を行うとともに、関係機関と連携し、高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）の双方の取組を行っていく。</p>
<p>(6) その他留意事項</p>	<p>特定健診以外の健（検）診との関係</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者医療被保険者を対象とした健診 国民健康保険から移行した後期高齢者医療被保険者については、法に基づく保健事業として健診が実施されるため、特定健診の枠組みを活用して実施する。</li> <li>39歳以下を対象とした「わけもん健診」 特定健診に該当しない若年層については、健康増進法の観点から、健診習慣と早期の介入による重症化予防を目的として、特定健診の枠組みを活用して実施する。</li> <li>被用者保険被扶養者を対象とした健診 被用者保険被扶養者の特定健診については、本町が実施する健診会場にて受診できる体制を構築し、その結果を共有することで、将来の国民健康保険加入に備える。</li> <li>生活保護受給者に対する健診 各医療保険に属さない生活保護受給者については、健康増進法に基づき、特定健診の枠組みを活用して実施する。</li> </ol>

	<p>5. がん検診 被保険者のがん検診受診率向上に向けて、国民健康保険の立場から出来る限り協力をしていく。</p> <p>前立腺がん検診と胸部X線撮影、胃がん検診、胃がんリスク検診は地区巡回を含め健診と同時に実施できる体制を維持していく。</p> <p>その他のがん検診についても健診会場での周知・広報を進めていく。</p> <p>6. 歯科検診 生活習慣病予防対策の1つとして、歯科検診による歯周病ケアと口腔ケアを推進する。</p> <p>7. 肝炎ウイルス検査 特定健診の際に同時に実施できる体制が出来ているので、継続して実施する。</p>
--	---

#### 4 用語の定義

用語	説明
診療報酬明細書 (レセプト)	保健医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類。患者ごとに毎月1枚作成し、各月に実際に行った診療内容と個々の診療行為に要した費用の額を記入するもので、請求書の明細を示すために作成されている。
国保データベース(KDB)システム	国保データベース(KDB)システムは国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実務をサポートすることを目的として構築されたシステムのこと。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。
平均自立期間	日常生活に介護を要しない期間の平均を指す。ここでは、介護保険法の要介護認定における1号被保険者（65歳以上）の「要介護2～要介護5」を介護を要する状態とした。
特定健康診査	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査のこと。40歳～74歳が対象で、糖尿病や心臓病、脳卒中等の生活習慣病を早期発見し、重症化を防ぐことを目的とする。
特定保健指導	<p>特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して医師や保健師、管理栄養士等が対象者1人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣病を見直すためのサポートをすること。</p> <p>腹囲やBMI、リスク（下記の①～④）に応じて階層化を行い、「積極的支援」「動機づけ支援」「情報提供」の3つに分類される。</p> <p>①血糖:空腹時血糖 100 mg/dl 以上又は HbA1c 5.6%以上          ②脂質:中性脂肪 150 mg以上又は HDL コレステロール 40 mg/dl 未満          ③血圧:収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上          ④質問票:喫煙あり</p> <p>※血糖、脂質、血圧で薬の服用がある場合は、特定保健指導に含まない。          ※65歳以上の方は、積極的支援となった場合でも動機づけ支援とする。</p>
メタボリックシンドロームの基準該当及び予備群該当	<p>メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪蓄積に加えて、血糖や脂質(HDL コレステロールと中性脂肪)、血圧が一定以上の値を示している場合をいう。内臓脂肪の蓄積により、動脈硬化が進行しやすく、心筋梗塞や脳卒中を発症しやすくなる。</p> <p>このうち、「メタボリックシンドローム基準該当」とは、腹囲(男性 85 cm以上、女性 90 cm以上)に加えて、下記①から③の項目のうち2つ以上該当する場合をいう。また、「メタボリックシンドローム予備群該当」とは、腹囲(男性 85 cm以上、女性 90 cm以上)に加えて、下記①から③の項目のうち1つ該当する場合をいう。</p> <p>①血糖:空腹時血糖 110 mg/dl 以上(HbA1c 6.0%以上に相当)          ②脂質:中性脂肪 150 mg以上又は HDL コレステロール 40 mg/dl 未満          ③血圧:収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上</p> <p>※血糖、脂質、血圧で薬の服用がある場合は、それぞれの項目に含める。</p>
ジェネリック医薬品（後発医薬品）	医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を、他の製薬会社が製造・供給する医薬品のことです。開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、薬の価格を安く抑えることができる。

5 関係法令

法令	説明
高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者の適切な医療の確保を図るため、医療費適正化推進計画、保険者による健康診査、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者医療制度の創設等について定めた法律。
高齢者の医療の確保に関する法律第18条	「特定健康診査等基本指針」について定めている（以下、1項抜粋）。 国は、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を定める。
特定健康診査等基本指針	特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査及び特定保健指導の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項並びに特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項を定めるもの。
高齢者の医療の確保に関する法律第19条	特定健康診査等実施計画について定めている。 保険者は「特定健康診査等基本指針」に即して、「特定健康診査等実施計画」を定めるものとする。
医療費適正化計画	「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成する。
特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準	「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準を定めたもの。 《第1条》 特定健康診査の項目を定めている。 《第16条》 特定健康診査及び特定保健指導の実施の委託に関して定めている。
高齢者の医療の確保に関する法律第28条	特定健康診査及び特定保健指導の実施の委託に関して定めている。 保険者は、特定健康診査等について、健康保険法第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所その他適当と認められるものに対し、その実施を委託することができる。また保険者は、自らが保存する特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しその他必要な情報の提供についても定めている。
国民健康保険法第82条	市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。（第1項抜粋）
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	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)を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととする。