

令和 6 年度 東海村国民健康保険保健事業実施計画

1 目的

東海村国民健康保険保健事業実施計画は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 1 項及び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 7 月 30 日厚生労働省告示 307 号）に基づき、被保険者の健康の保持増進のために保健事業を効果的に実施することを目的とする。

また、事業実施にあたっては、必要に応じて感染症防止策等を講じ、行うものとする。

2 基本方針及び事業の概要

(1) 特定健康診査，特定保健指導の推進

糖尿病，高血圧症，脂質異常症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，内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病予防のための特定健康診査及び特定保健指導を実施する。

また，被保険者の利便性と受診率向上のため，健康増進法によるがん検診等との同時受診や健診未受診者への受診勧奨，特定保健指導内容の充実など，事業実施にあたり体制の見直しと拡充を図る。

(2) 保健事業，訪問指導事業の推進

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と思われる方に対し，生活習慣病についての情報提供や運動及び食に関する教室等を実施し，生活習慣の改善を促す。

また，重複・頻回受診者に対しては訪問指導等を行い，健康状態の把握とともに医療機関の適正受診について説明を行い，医療費の適正化を図る。

(3) 疾病予防・重症化予防事業の推進

生活習慣病や疾病の早期発見に努め，健康の保持・増進を図ることを目的とし，人間ドック及び脳ドックに要する費用の一部補助（生活習慣病予防健診費補助金交付事業）を実施する。

なお，一般ドックについては，特定健康診査及びヤング健診，村で実施しているがん検診（胃がん，結核・肺がん，大腸がん），腹部超音波検診と検査項目が重複していることから，既に受診した方については補助対象外とする。

また，前年度の特定健康診査の結果において，血圧，血糖，脂質の検査数値が医療機関受診勧奨判定値以上にもかかわらず，医療機関を受診していない未治療者及び治療中断者に受診勧奨通知を送付し，生活習慣病の発症及び重症化予防に努めるとともに，茨城県が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき，特定健康診査の結果とレセプトから抽出されたハイリスク者に対し，かかりつけ医と連携を図り保健指導を実施していく。

(4) がん検診受診勧奨

第 3 期データヘルス計画において，がんは村での死因割合が最も高く，多くの医療費を要する疾病となっている。各種がん検診の受診率は，県より高い傾向にあるものの，更なる受診率向上を目指し，令和 6 年度より 40 歳以上 75 歳未満の被保険者に対するがん検診（村で実施しているがん検診のうち，胃がん検診を除く）について受診勧奨を実施する。

3 事業計画

●次に定める事業に重点をおき実施する。

事業名	特定健康診査
事業目的	メタボリックシンドロームに着目した健康診査を効果的・効率的に実施し、被保険者の健康状態の把握と生活習慣病の予防及び早期発見を図る。
対象者	40～74 歳の東海村国民健康保険被保険者
実施方法	保健センターで実施する集団健診と茨城県内の指定医療機関において実施する個別健診
実施時期	■集団健診：令和 6 年 6 月から令和 7 年 1 月まで計 29 回 ※令和 3 年度から完全予約制で実施 ■個別健診：令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日まで（茨城県医師会） 令和 6 年 5 月 1 日から令和 7 年 1 月 31 日まで（那珂医師会） ※平成 30 年度から茨城県医師会と集合契約を締結。令和 6 年度においては県内 583 ヶ所の指定医療機関での受診が可能
費用	無料

事業名	特定健康診査に係るかかりつけ医からの診療情報提供事業
事業目的	医療機関の診療時における特定健康診査該当の検査データを、被保険者の同意を得て、市町村国民健康保険が医療機関から収集することにより、特定健康診査を受診したとみなすことができるため、受診率向上とともに効率的・効果的な保健事業の実施等につなげる事ができる。
対象者	40～74 歳の東海村国民健康保険被保険者で茨城県内の指定医療機関に通院しており、次の①～③の全てを満たしている方 ① 特定健康診査未受診の方 ② 診療情報提供に同意を得られた方 ③ 特定健康診査基本項目に該当している検査をされている方
実施方法	■医療機関から医師会、茨城県国民健康保険団体連合会を通じ、診療情報の検査データの提供を受領する。
実施時期	令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日まで
費用	無料

事業名	特定健康診査未受診者への受診勧奨
事業目的	前年度の特定健康診査未受診者に対し受診勧奨を行い、受診率向上につなげる。
対象者	40～73 歳の前年度特定健康診査未受診者
実施方法	受診勧奨通知 ■過去の健診受診状況やレセプトの有無等を分析し、階層別に通知を作成し、個別健診及び集団健診の実施時期に合わせ、健診受診を啓発する通知を郵送する。
実施時期	令和 6 年 8 月、令和 6 年 11 月（予定）

事業名	特定保健指導
事業目的	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方に対し、生活習慣の改善を促し、生活習慣病の発症及び予防を図る。
対象者	特定健康診査の結果で、特定保健指導が必要と判断された方
実施方法	特定健康診査の結果通知に利用勧奨の通知を同封 ■動機付け支援 対象者との面接等を実施し、生活習慣改善のために個別の行動計画を設定し、自主的な取組みを継続的に進めるよう動機付け支援をする。さらに、3ヶ月後に評価を行う。 ■積極的支援 対象者との面接等を実施し、初回支援は、生活習慣改善のために個別の行動計画を設定し、自主的な取組みを継続的に進めるよう支援する。さらに、3ヶ月間の保健指導終了後のフォローアップを実施し、身体状況や生活習慣の改善効果が長期的に維持されるよう支援する。
実施時期	通年
費用	無料

事業名	重複・頻回受診者及び重複服薬者への訪問指導
事業目的	重複・頻回受診及び重複服薬をしている被保険者に対し、訪問により健康状態の把握とともに受診状況を確認し、医療費に対する意識の向上と医療費の適正化を図る。
対象者	■重複受診：同一傷病について、同一月内に同一診療科目につきレセプト4枚以上（4医療機関）保有する方 ■頻回受診（多受診）：同一傷病について、同一月内に同一診療科目（外来）を15回以上受診している方 ※ただし、整形外科に該当する多受診においては、レセプトを確認した結果、急性期ではないと思われる受診が平均20回以上3ヶ月継続している場合について訪問を行う。 ■重複服薬者：重複受診者（同一傷病について、同一月内に、同一診療科目につきレセプト4枚以上（4医療機関）保有する者）を抽出した際、レセプトを確認し、同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている者
実施方法	個別訪問
実施時期	通年

事業名	食生活改善指導事業
事業目的	■医療費の適正化及び重症化予防の観点から、生活習慣病予備群の被保険者に対し、食生活改善の行動変容を促し、適切な食生活を継続できるよう支援する。
対象者	■前年度の特定健康診査結果で、血圧、血糖、脂質いずれかの数値が保健指導判定値以上の者（特定保健指導の該当者を除く） ※対象者の項目及び基準値等については変更になる可能性あり
実施方法	■簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）を用い、食事アセスメントを実施

	■アセスメントの結果に基づき、管理栄養士が個別に食生活指導を実施 ■指導後の行動変容確認のため、再度簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）を用い、食事アセスメントを実施
実施時期	■令和6年9月～令和7年2月（予定）

事業名	生活習慣病重症化予防事業
事業目的	■特定健康診査とレセプトデータを突合させ、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）に関する未治療者と治療中断者を抽出し、医療機関への受診勧奨を実施することで、国保被保険者の健康増進及び医療費の適正化を図る。
対象者	■前年度の特定健康診査結果において、下記健診値が医療機関への受診勧奨判定値以上の未治療者及び治療中断者（特定保健指導の対象者は除く） ・高血圧：収縮期血圧（140mmHg以上）、拡張期血圧（90mmHg以上） ・糖尿病：空腹時血糖（126mg/dl以上）、HbA1c（6.5%以上） →下記「糖尿病性腎症重症化予防事業」に詳細記載 ・脂質異常：空腹時または随時中性脂肪（300mg/dl以上）、またはLDLコレステロール（140mg/dl以上） ※対象者の基準値等については変更になる可能性あり。
実施方法	■未治療者及び治療中断者に対し、医療機関への受診を促す勧奨通知を送付 ■通知後3ヶ月後程度を目安にレセプトで受診状況を確認 ■勧奨後に健診を受診した被保険者については、健診結果の確認を行う ■レセプトで受診が確認できない者に対し、電話又は訪問による状況の聞き取りと再勧奨を実施
実施時期	■令和6年9月～令和7年3月（予定）

事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業
事業目的	特定健康診査の結果やレセプトデータにおいて、医療機関の受診が必要であると判断されたにも関わらず受診をしていないハイリスクの有所見者に対し、受診勧奨及び保健指導を実施することで、早期治療のための受診や生活習慣の改善に導き、生活習慣病の予防や重症化予防を図る。
対象者	【受診勧奨対象者】 ■空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上の者 ■過去に糖尿病治療歴がある者で、直近1年間において糖尿病受療歴がない者 ※若い年齢からの介入がより効果が高いため、年齢層を考慮する。 ■過去3年間程度の健診データで、空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上が確認されているものの、直近1年間において健診受診歴や糖尿病受療歴がない者 【保健指導対象者】 ■HbA1c7.0%以上で次のいずれかに該当する者 ・尿蛋白（±）以上 ・eGFR60ml/分/1.73m²未満 ※若い年齢からの介入がより効果が高いため、年齢層を考慮する

	※対象者から除外する者 ・1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者 ・糖尿病に関する服薬・運動・栄養等の療養上の管理を行っている者 (生活習慣病管理料，糖尿病透析予防指導管理料等の診療報酬における加算の算定対象となっている者) ・認知機能障害のある者 ・かかりつけ医が保健指導の対象から除外することが望ましいと判断した者 ■その他，保険者が必要と認める者 ※保健指導対象者については，医師会へ相談し助言を受け決定するため，毎年変更になる可能性あり。
実施方法	医師会及び各医療機関と連携を図り，病院への受診勧奨及び重症化予防のための保健指導を行う。(村内医療機関で受療中である者を対象とする)
実施時期	令和6年10月～令和7年3月(予定)

●特定保健指導及び糖尿病性腎症重症化予防の保健指導については，健康増進課の保健師及び管理栄養士が実施する。

事業名	がん検診受診勧奨
事業目的	未受診者に対する受診勧奨を行い，受診率向上につなげる。
対象者	40～74歳の各種がん検診未受診者
実施方法	受診勧奨はがき(予定) ■胃がん検診を除く各種がん検診の未受診者に対し，男女別で通知を作成し，集団健診の実施時期に合わせ，受診啓発の資材を郵送する。
実施時期	令和6年9月(予定)