

第3期知多市国民健康保険  
データヘルス計画（案）

及び

第4期知多市国民健康保険  
特定健康診査等実施計画（案）

令和6年度～令和11年度

令和6年 月  
知多市

# 目次

## 第3期知多市国民健康保険データヘルス計画

1	基本的事項	1
	計画の趣旨	1
	計画期間	1
	実施体制・関係者連携	1
	(1) 基本情報	2
	(2) 現状の整理	2
2	健康・医療情報等の分析と課題	3
	平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等	3
	医療費の分析	3
	特定健康診査・特定保健指導の分析	3
	レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	4
	その他	4
3	計画全体	5
	健康課題	5
	計画全体の目的・目標	5
	保健事業一覧	5
4	個別事業計画	6
	事業1 特定健康診査事業	6
	事業2 特定健康診査未受診者対策	8
	事業3 特定保健指導事業	9
	事業4 特定保健指導未利用者対策	11
	事業5 糖尿病性腎症重症化予防事業	12
	事業6 糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム	13
	事業7 糖尿病発症予防講演会	15
	事業8 ジェネリック医薬品差額通知	16
	事業9 重複服薬者への啓発通知	17
5	その他	18
	データヘルス計画の評価・見直し	18
	データヘルス計画の公表・周知	18
	個人情報の取扱い	18
	地域包括ケアに係る取組	18

## 第4期知多市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1 基本的事項	19
背景・現状等	19
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	19
2 達成しようとする目標	19
3 特定健康診査等の対象者数	19
4 実施方法	20
(1) 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	20
(2) 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】	22
(3) 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】	22
5 個人情報の保護	23
6 特定健康診査等実施計画の公表・周知	23
7 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	23
<b>参考資料</b>	
参照データ（Aicube「データヘルス図表」より）	24
用語集	38

# 第3期知多市国民健康保険 データヘルス計画（案）

# 1 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>平成19年に高齢化率21%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2016」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。</p> <p>こうした背景を踏まえ、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に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げた。</p> <p>知多市（以下「本市」という。）では、今般、これらの経緯も踏まえ、「第3期知多市国民健康保険データヘルス計画」（以下「第3期計画」という。）を策定した。</p>
	計画の位置付け	<p>本市は、被保険者の健康増進を目的に第3期計画を策定し、それに基づいて保健事業を実施し、PDCAサイクルに沿って運用する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと連携して健康課題の解決に努める。</p> <p>なお、第3期計画は、第4期知多市国民健康保険特定健康診査等実施計画と一体的に策定しており、保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施する。また、第2次健康日本21ちた計画との調和も図っている。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度
関係実施者体制連携	庁内組織	第3期計画の策定及び保健事業の運営においては、国保部門及び健康づくり部門が連携して進める。
	地域の関係機関	第3期計画の策定及び保健事業の運営においては、地域の関係機関として、医師会・歯科医師会・薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

## (1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報 (令和5年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		83,646		42,150		41,496	
国保加入者数(人) 合計		15,071	100%	7,095	100%	7,976	100%
0～39歳(人)		3,078	20.4%	1,628	22.9%	1,450	18.2%
40～64歳(人)		4,372	29.0%	2,132	30.0%	2,240	28.1%
65～74歳(人)		7,621	50.6%	3,335	47.0%	4,286	53.7%
平均年齢(歳)		53.9		57.0		55.6	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	医師会、歯科医師会、薬剤師会とは各種保健事業の実施において連携する。
国保連・国保中央会	各種データ提供等に関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携する。

## (2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度末「人口」は83,646人。 令和4年度末「国保被保険者数」は15,071人で、年々減少している。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が20.4%、40～64歳が29.0%、65～74歳が50.6%であり、被保険者の高齢化率は、ほとんど横ばいである。
前期計画等に係る考察		<p>前期計画では、健康寿命の延伸、医療費等の適正化及び国保加入者の健康力の向上を基本目標として掲げ、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上や糖尿病性腎症重症化予防事業の実施等に重点的に取り組んだ。</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防事業について、参加率は横ばいであり、目標未達であるものの、参加者の食習慣及び運動習慣の改善率はいずれも目標策定時より向上したため、第3期計画においては、引き続き重症化予防事業に注力していくとともに、併せて糖尿病発症予防事業についても今後重点的に実施する。</p> <p>特定健康診査・特定保健指導について、特定健康診査受診率は令和2年度以降低下し、特定保健指導の実施率についても目標達成には至らなかったが、国・県との比較においてはいずれも高い受診率・実施率を維持している。前期計画に引き続き、第3期計画においても、特定健康診査未受診者対策及び特定保健指導未利用者対策を重点項目に位置付け、実施していく。</p>

## 2 健康・医療情報等の分析と課題

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等		<ul style="list-style-type: none"> <li>「平均余命」「平均自立期間」は、男女ともに国・県を上回る。</li> <li>死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「大動脈瘤・解離」「大腸がん(直腸)」「胃がん」「大腸がん(結腸)」「くも膜下出血」、女性では、「胃がん」「大腸がん(結腸)」「脳梗塞」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」である。</li> </ul>	図3 図4	—
医療費の分析	医療費のボリューム(経年比較・性年齢階級別等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の「1人当たり医療費(歯科を除く)」は、27,203円/月で、経年的に、県より高い水準で推移している。</li> <li>令和4年度「総医療費」51.97億円、そのうち「生活習慣病(10疾病)総医療費」は8.28億円である。</li> <li>「1人当たり医療費(入院)」は、県より高い。</li> <li>「1人当たり医療費(入院外)」は、国・県より高い。</li> <li>「1人当たり医療費(歯科)」は、国・県より高い。</li> <li>1人当たり医療費は、60歳未満の年齢層(10～19歳を除く)で国・県より高い。</li> </ul>	図5 図6 図7	D、E、F
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人当たり医療費(入院)は、「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、「新生物」が著しく県より高い。循環器系疾患では、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高く、そのうち、「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」が県より高い。</li> <li>1人当たり医療費(入院外)は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高く、いずれも県より高い。循環器系疾患では「高血圧性疾患」が最も高く、県より高い。内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、いずれも県より高い。</li> <li>主要がんの1人当たり医療費は、「肺がん」「大腸がん」「胃がん」「乳がん」「前立腺がん」の順に高く、そのうち「肺がん」「大腸がん」「胃がん」が国・県より高い。</li> <li>すべての主要がんにおいて、1人当たり医療費は、「平成30年度」と比較して「令和4年度」が増加している。</li> </ul>	図8 図9 図10	E、F
	後発医薬品の使用割合	令和4年度の後発医薬品普及率は「金額ベース」61.6%、「数量ベース」84.7%で、いずれも経年的に増加傾向にある。	図13	D
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	令和4年度のリピート処方数は、「睡眠障害」0人、「高血圧症」1人である。	図14	D
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年度「特定健康診査受診率」は46.5%で、県よりも高い水準で推移している。</li> <li>令和4年度男性「特定健康診査受診率」は、「40～44歳」「45～49歳」が国・県より低く、それ以外のすべての年代で国・県より高い。</li> <li>令和4年度女性「特定健康診査受診率」は、「40～44歳」が県より低く、それ以外のすべての年代で国・県より高い。</li> <li>令和3年度「特定保健指導実施率」は42.3%で、県より著しく高い水準で推移している。</li> <li>令和3年度「積極的支援実施率」は15.9%で県と同程度、「動機付け支援実施率」は47.9%で、県より著しく高い。</li> <li>令和3年度「特定保健指導利用率」は49.0%、「終了率」は42.3%で、いずれも県より著しく高い。</li> <li>令和3年度「特定保健指導対象者減少率」は19.7%、「特定保健指導による減少率」は24.9%で、いずれも県より高い。</li> </ul>	図15 図16 図28 図29 図30	A、B
	特定健康診査結果の状況(有所見率・健康状態)	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査未受診者の生活習慣病等に係る1人当たり医療費は15,106円/月で、特定健康診査受診者の1人当たり医療費1,004円/月と比べて著しく高い。</li> <li>「HbA1c」「中性脂肪」「HDLコレステロール」の有所見者割合が、男女ともに国・県より高い。</li> <li>「メタボ該当者割合」は、男女とも県より高い。</li> <li>「メタボ予備群割合」は、男女とも県より低い。</li> <li>「メタボ該当者割合」は、男性では「40～44歳」「45～49歳」「50歳～54歳」「55歳～59歳」「60～64歳」、女性では、「45～49歳」「60～64歳」「65歳～69歳」が県より高い。</li> <li>「メタボ予備群割合」は、男性では全ての年齢階級が県より低く、女性では「40～44歳」「45～49歳」「55～59歳」が県より高い。</li> <li>糖尿病性腎症病期別割合について、「腎症4期」割合0.3%、「腎症3期」割合8.1%で、いずれも、県より低い。</li> </ul>	図17 図18 図23 図24 図25 図27	C、G
	質問票調査の状況(生活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「飲酒日1日当たりの飲酒量(1～2合未満)」25.3%、「咀嚼(噛みにくい)」27.0%が、県より高い。</li> <li>「睡眠不足」24.4%、「週3回以上朝食を抜く」6.7%、「1日1時間以上の運動なし」45.6%、「喫煙」10.4%が、県より低い。</li> </ul>	図22	—

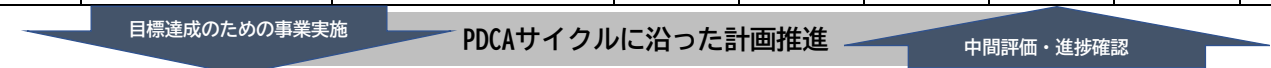
分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「LDLコレステロール受診勧奨判定値以上」の割合は、「治療なし」男性の21.8%、「治療なし」女性の32.8%である。</li> <li>・「血圧受診勧奨値以上」の割合は、「治療なし」男性の22.0%、「治療なし」女性の17.1%である。</li> <li>・「HbA1c受診勧奨値以上」の割合は、「治療なし」男性の5.2%、「治療なし」女性の2.0%である。</li> <li>・「HbA1c7.0以上」の割合は、「治療あり」男性の26.0%、「治療あり」女性の21.7%である。</li> <li>・「腎症3期」「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」人数は、経年的に増加している。</li> </ul>	図19 図20 図21 図26	—
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、県より多い。</li> <li>・令和4年度「被保険者10万人当たり人工透析患者数」は、県と同等。</li> <li>・令和2年度「乳がん」検診受診率は県より高く、「胃がん」「大腸がん」「子宮頸がん」検診受診率は県より低い。</li> </ul>	図12 図13 図31	I



3 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率は県よりも高い。	✓	1、2、3、4
B 特定健康診査受診率は特に40代男性において低くなっている。	✓	1
C 令和2年度より「メタボ該当者割合」が男女とも県よりも高い。	✓	1、3
D 1人当たり医療費は、「入院」「入院外」「歯科」において県よりも高く、年齢階級別1人当たり医療費は、60歳未満の年齢層で県よりも高い（10～19歳を除く）。	✓	1、3、8、9
E 疾病中分類別1人当たり医療費（入院）は、循環器疾患では、「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」が県よりも高く、虚血性心疾患を上回っている（県は虚血性心疾患が脳血管疾患を上回っている）。	✓	1、3、5、7
F 疾病中分類別1人当たり医療費（入院外）では、「糖尿病」「高血圧性疾患」の順に高く、いずれも県よりも高くなっている。	✓	1、3、5、7
G 特定健康診査有所見者割合は、男女ともに「HbA1c」「中性脂肪」「HDLコレステロール」において県よりも高い状況である。	✓	1、3、5、7
H 非肥満高血糖者の割合は令和4年度15.0%であり、県（9.5%）よりも高い。	✓	1、5、7
I 被保険者10万人当たりの新規人工透析患者数は、県よりも少ない状態で推移しているが、被保険者10万人当たりの糖尿病患者数（国保）は、経年的に県よりも多い状況で推移している。	✓	1、3、5、6、7

計画全体の目的		生活習慣病の発症・重症化予防を図り、生涯自立した生活を送ることができる被保険者を増やす。									
計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値							
			R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度		
i	40～64歳の特定健康診査受診率	40～64歳の被保険者のうち特定健康診査受診者の割合	男性24.7% 女性38.0%	男性26.2% 女性38.6%	男性27.0% 女性38.9%	男性27.7% 女性39.1%	男性28.5% 女性39.4%	男性29.2% 女性39.7%	男性30.0% 女性40.0%		
ii	国保加入者のヘルスリテラシー（健康に関する正しい情報を入手し、理解して活用する能力）の向上	特定健康診査継続受診率	R3:85.6%	86.9%	87.5%	88.1%	88.7%	89.4%	90.0%		
iii		特定保健指導における積極的支援の実施率	R3:15.9%	19.9%	21.9%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%		
iv		メタボリックシンドローム該当者割合	R3:22.1%	21.5%	21.2%	20.8%	20.5%	20.2%	19.9%		
v		HbA1c5.6%未満（治療無）の人の割合	23.2%	23.9%	24.2%	24.5%	24.8%	25.2%	25.5%		
vi	糖尿病の発症・重症化予防	非肥満高血糖者の割合	15.0%	14.2%	13.4%	12.6%	11.9%	10.3%	9.5%		
vii		被保険者10万人当たり新規透析患者数	39人	38人	37人	37人	36人	36人	35人		
viii	医療費の適正化	被保険者一人当たりの医療費	27,203円	上昇率 0.01%以内 (前年比)	上昇率 0.01%以内 (前年比)	上昇率 0.01%以内 (前年比)	上昇率 0.01%以内 (前年比)	上昇率 0.01%以内 (前年比)	上昇率 0.01%以内 (前年比)		
ix		脳血管疾患有病者割合	40～64歳：2.2% 65～74歳：5.1%	40～64歳：2.1% 65～74歳：5.1%	40～64歳：2.1% 65～74歳：5.1%	40～64歳：2.0% 65～74歳：5.1%	40～64歳：2.0% 65～74歳：5.1%	40～64歳：2.0% 65～74歳：5.1%	40～64歳：1.9% 65～74歳：5.1%		
x		虚血性心疾患有病者割合	40～64歳：2.0% 65～74歳：4.9%	40～64歳：1.9% 65～74歳：4.9%	40～64歳：1.9% 65～74歳：4.9%	40～64歳：1.8% 65～74歳：4.9%	40～64歳：1.8% 65～74歳：4.9%	40～64歳：1.8% 65～74歳：4.9%	40～64歳：1.8% 65～74歳：4.9%		



事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定健康診査	特定健康診査未受診者対策	重点
3	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
4	特定保健指導	特定保健指導未利用者対策	重点
5	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業	重点
6	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム	重点
7	その他	糖尿病発症予防講演会	重点
8	後発医薬品利用促進	後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知	—
9	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複服薬者への啓発通知	—

#### 4 個別事業計画

事業 1	特定健康診査事業
事業の目的	メタボリックシンドローム（メタボ）に着目した特定健康診査を実施することで、内臓脂肪の蓄積による生活習慣病の予防につなげ、地域住民の健康の向上を図る。
事業の概要	特定健康診査を実施する。
対象者	40～74歳の国保被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	メタボリックシンドローム該当者割合	特定健康診査受診者のうちメタボ該当者の割合	R3: 男性35.1% 女性13.2%	男性 34.1% 女性 12.8%	男性 33.6% 女性 12.6%	男性 33.1% 女性 12.5%	男性 32.6% 女性 12.3%	男性 32.1% 女性 12.1%	男性 31.6% 女性 11.9%
	2	特定健康診査継続受診率	特定健康診査受診者（40～64歳）のうち翌年度特定健康診査受診割合	R3: 76.6%	80.4%	82.3%	84.3%	86.2%	88.1%	90.0%
	3	特定健康診査継続受診率	特定健康診査受診者（65歳以上）のうち翌年度特定健康診査受診割合	R3: 88.3%	88.8%	89.0%	89.3%	89.5%	89.8%	90.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	被保険者のうち特定健康診査受診者の割合	47.3%	50.9%	52.7%	54.6%	56.4%	58.2%	60.0%

プロセス（方法）	周知	特定健康診査の対象者に対しては、個別に受診券及び案内を送付する。また、広報、ホームページ及びチラシ等を活用し、特定健康診査の案内、周知を図る。	
	勧奨	特定健康診査期間中に、過去の問診データを活用し、ハガキにて受診勧奨を行う。	
	実施形態	集団健診（巡回健診を含む）、個別健診	
	実施場所	<集団健診> 保健センター及びまちづくりセンター等市内公共施設8か所 <個別健診> 公立西知多総合病院を含む、市内医療機関20か所	
	時期・期間	<集団健診> 保健センター 7月下旬から9月上旬まで 市内公共施設（巡回集団健診） 9月中旬から9月末まで <個別健診> 公立西知多総合病院以外の市内医療機関 6月1日から9月30日まで 公立西知多総合病院 6月1日から翌年1月31日まで	
	データ取得	保険医療課から国民健康保険加入者のデータを取得し、対象者へ受診券を発送する。	
	結果提供	健診結果は、医師の総合判定を行った上で、受診者へ通知する。通知方法は、郵送により行う。ただし、積極的支援レベル、動機付け支援レベルに該当した方には、内容を説明しながら直接結果を渡す。	
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	38歳及び39歳の国民健康保険加入者に対し、個別に案内を送り、40歳からの特定健康診査を受診するよう、勧奨を行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 (医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等)	医師会
	国民健康保険 団体連合会	法定報告
	民間事業者	(一社) 半田市医師会健康管理センター、公立西知多総合病院
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 2

特定健康診査未受診者対策

事業の目的	特定健康診査の受診率を上げ、年に一度、自身の身体の状態を知る機会とする。また、かかりつけ医を作り、気軽に相談できる医師をもってもらう。
事業の概要	ナッジ理論を使い、一人一人の傾向にあった受診勧奨ハガキを送付し、受診率の向上を図る。
対象者	40～74歳の国保被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	未受診者の改善率	ハガキ送付者のうち特定健康診査を受診した人の割合	2.2%	3.0%	4.0%	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	受診勧奨ハガキ送付率	今年度未受診者（連続受診者を除く）のうちハガキを送付した割合	58.6%	56.1%	54.9%	53.7%	52.5%	51.2%	50.0%

プロセス（方法）	過去の健診結果等から受診傾向及び健康志向を分析し、心配性、面倒くさがり等のパターンに分け、それぞれの傾向にあった受診勧奨ハガキを送付する。
ストラクチャー（体制）	6月末に1回目を発送し、8月末に2回目を発送する。

事業 3

特定保健指導事業

事業の目的	対象者に、運動・栄養・口腔衛生等に関する保健指導を行うことにより、生活習慣改善を図り、脳血管疾患や虚血性心疾患等の生活習慣病予防につなげる。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	特定健康診査の受診者のうち「動機付け支援レベル」「積極的支援レベル」に該当した者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度の保健指導利用者のうち今年度指導対象外となった人の割合	R3: 24.9%	25.6%	26.0%	26.3%	26.7%	27.0%	27.4%
	2	行動変容ステージの改善率	保健指導実施者のうち、行動変容ステージが改善した人の割合	68.7%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	3	減塩に関して意識する人の割合	保健指導実施者のうち、減塩を意識すると回答した人の割合	-	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	4	腹囲2cmかつ体重2kg減少した人の割合	積極的支援者のうち腹囲2cmかつ体重2kg減を達成した人の割合	8.6%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	特定保健指導利用率	対象者のうち特定保健指導の初回面接を実施した人の割合	R3: 49.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%
	2	特定保健指導終了率	対象者のうち最終評価まで終了した人の割合	R3: 42.3%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	3	参加勧奨実施率	積極的支援者及び40・50代の動機付け支援者のうち参加勧奨できた者の割合	-	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%

プロセス（方法）	周知	・被保険者全員に特定健康診査・特定保健指導案内通知を送付する。 ・広報及びホームページを活用し、周知を図る。
	勧奨	・特定健康診査受診後、概ね3～4週間後に初回面接「健診結果説明会」の案内チラシを対象者へ送付する。 ・分割実施対象者に対しては、健診日当日に案内する。
	初回面接	健診結果返却を兼ねて「健診結果説明会」を行う。 分割実施対象者は、健診当日に面接を実施し、健診結果送付後に電話による支援を行う。
	実施場所	保健センター等
	実施内容	・初回面接：分割実施を行う。（健診受診当日、該当者に対し個別面接を行い、健診結果送付後に電話支援実施。）該当しない者へは、グループ支援による健診結果説明会を行う。 ・継続支援（積極的支援者及び動機付け支援者のうち希望者）：グループ支援、電話支援、ICTを活用した支援等 ・実績評価：電話支援、ICTを活用した支援等
	時期・期間	6月～3月
	実施後のフォロー・継続支援	相談時対応 保健指導実施者の健診結果や保健指導状況をデータベース化する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・保健指導対象者のうち分割実施の対象者でない方へは健診結果を健診結果説明会当日に手渡しする。健診結果説明会の内容としては、毎年テーマを変えて実施する。来所しない方へは当日に電話にて参加勧奨を行う。 ・ICTを活用して若年層でも参加しやすい環境を作る。 ・70代の参加者に向けては、高齢者保健事業（一体的実施）への移行を見据えた内容の情報提供を併せて行う。	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 (医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等)	医師会、歯科医師会、薬剤師会
	国民健康保険 団体連合会	
	民間事業者	健診結果説明会から測定会までの支援を委託する。
	その他の組織	商工会
	他事業	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施及び介護予防事業との連携を図る。
	その他 (事業実施上の工夫・ 留意点・目標等)	

事業 4

特定保健指導未利用者対策

事業の目的	特定保健指導未利用者への参加勧奨を行うことで実施率向上につなげ、無関心層へのヘルスリテラシーの向上を図る。
事業の概要	特定保健指導未利用者を対象に、訪問等による参加勧奨を行う。
対象者	特定健康診査の受診者のうち「動機付け支援レベル」「積極的支援レベル」に該当したが、特定保健指導の利用がない者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	特定保健指導利用率	利用勧奨者のうち特定保健指導参加につながった人の割合	15.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	利用勧奨率	未利用者のうち利用勧奨できた人の割合	58.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

プロセス (方法)	周知	特定保健指導参加勧奨チラシにより周知を図る。
	勧奨	初回面接（健診結果説明会）に来所しなかった者に対し、訪問等対象者に合わせた効果的な方法にて参加勧奨を行う。
	実施及び実施後の支援	相談時対応
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	令和5年度までは、健診結果説明会に来所しなかった者に対して電話により欠席理由の確認をするのみであった。 令和6年度以降は、訪問等により未利用者への積極的アプローチを実施し、健診結果説明会への勧奨を行う。健診結果説明会への来所が困難な方へはその場で保健指導への勧奨を行う。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 (医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等)	医師会、歯科医師会、薬剤師会
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	これまで直営で実施してきた特定保健指導を民間事業者へ委託し、その分の人員を未利用者対策に移行し、力を入れていく。

事業 5

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	対象者が、医療管理の必要性を認識し、医療機関受診につなげる。
-------	--------------------------------

事業の概要	①対象者へ受診勧奨通知を発送する。 ②HbA1c8.0%以上（20～50代は7.0%以上）であった者へは、訪問による受診勧奨を行う。 ③糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラムにおける受診勧奨を行う。
-------	--

対象者	選定方法	前年度の健診結果でHbA1c、受診歴を確認する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	①③HbA1c6.5%以上。 ②訪問による受診勧奨：HbA1c8.0%以上（20～50代は7.0%以上）
		レセプトによる判定基準	①②③糖尿病に関してレセプト無し
		その他の判定基準	①③過去3年間にHbA1c値（NGSP値）6.5%以上が確認されているものの、直近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴無し（40～74歳）
	除外基準		
重点対象者の基準			

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	HbA1c6.5%以上で未治療者の割合	健診受診者のうちHbA1c6.5%以上で未治療者の割合	2.5%	2.2%	2.0%	1.8%	1.6%	1.5%	1.3%
	2	HbA1c8.0%以上で未治療者の人数	健診受診者のうちHbA1c8.0%以上で未治療者の人数	8人	7人	7人	6人	6人	5人	5人

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	受診勧奨通知の送付割合	受診勧奨対象者のうち通知を送付した人の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	訪問による受診勧奨の実施率	訪問による受診勧奨対象者のうち、受診勧奨した人の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	②訪問による受診勧奨では、事前に訪問日を指定した通知を送付する。
	勧奨	
	実施後の支援・評価	①、②については受診勧奨した日から概ね6か月後にKDBにより受診状況を確認する。対象者①で未受診者へは再度受診勧奨通知を送付する。対象者②で未受診者へは再度電話による受診勧奨を行う。対象者③で糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者へは保健指導の中で受診を勧奨する。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	糖尿病重症化のリスクが高い者へは、専門職によるアウトリーチ支援を行う。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 （医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等）	医師会、歯科医師会、薬剤師会
	かかりつけ医・専門医	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における糖尿病性腎症重症化予防事業と連携した取組を実施する。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	



事業 6

糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム

事業の目的	対象者が、糖尿病及びその合併症についての知識を深め、栄養・身体活動等の生活習慣改善の必要性を認識し、実行に移せるように支援する。		
事業の概要	6か月間の保健指導を実施する。糖尿病に関して医療機関受診中の者は、保健指導参加情報提供書等を活用し、かかりつけ医等と連携して保健指導を行う。		
対象者	選定方法	前年度、特定健康診査又は若年健康診査を受診した被保険者のうち、下記の選定基準①～③のいずれかに当てはまる者	
	選定基準	健診結果による判定基準	①HbA1c値（NGSP値）が6.5%以上 ②HbA1c値（NGSP値）が6.5%以上かつ腎機能低下の所見有（尿蛋白±以上又はeGFR45未満）
		レセプトによる判定基準	①糖尿病での医療機関未受診 ②糖尿病で医療機関受診中
		その他の判定基準	③過去3年間にてHbA1c値（NGSP値）6.5%以上が確認されているものの、直近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴無し（40～74歳）
	除外基準	がん、精神疾患、難病、認知症等治療中の者	
重点対象者の基準			

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	HbA1cの改善率（初回～最終）	参加者のうちHbA1cが改善した人の割合	50.0%	52.9%	54.3%	55.7%	57.1%	58.6%	60.0%
	2	尿中微量アルブミンの改善率	参加者のうち尿中微量アルブミンが改善した人の割合	33.3%	36.6%	38.3%	40.0%	41.7%	43.3%	45.0%
	3	行動変容ステージの改善率	参加者のうち行動変容ステージが改善した人の割合	72.2%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	4	HbA1c8.0%以上の人の割合	健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の人の割合	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	プログラム参加率	プログラムの定員に対する参加者の割合	36.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	プログラム継続率	参加者のうち最終評価まで継続した人の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	前年度の健診結果及びレセプト確認により、対象者を抽出し、プログラム参加に関する通知を送付する。	
	勧奨	参加希望者が定員に満たない場合は、優先順位をつけて電話にて勧奨する。	
	実施及び実施後の支援	利用申込	電話による申込み
		実施内容	面接3回、電話支援2回実施。面接は初回と最終時に血液検査等を実施する。
		時期・期間	6か月間
		場所	保健センター
		実施後の評価	データベース化により医師会、歯科医師会、薬剤師会に公表する。
		実施後のフォロー・継続支援	相談時対応
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	令和5年度より、医療機関受診中の方も対象者に含め、医師会等と連携し実施している。初回面接と最終評価時に血液検査等を実施することにより、対象者のモチベーション向上につなげる。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 (医師会、歯科医師会、薬剤師会、 栄養士会等)	医師会、歯科医師会、薬剤師会
	かかりつけ医・専門医	保健指導情報提供書等を活用し、連携を図る。
	国民健康保険 団体連合会	
	民間事業者	プログラム実施を委託する。
	その他の組織	
	他事業	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における糖尿病性腎症重症化予防事業と連携した取組を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・ 留意点・目標等)	医療機関受診中の者は、保健指導情報提供書等を活用して連携を図る。

事業 7

糖尿病発症予防講演会

事業の目的	対象者が、糖尿病に関する正しい知識を身につけ、発症予防につなげる。
事業の概要	糖尿病発症予防に関する講演会を実施する。
対象者	①前年度の特定健康診査の結果、HbA1c値が5.6～6.4%の者 ②糖尿病に関心のある被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	糖尿病の理解度	講演会参加者のうち糖尿病について理解できた人の割合	—	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	2	生活習慣を改善しようと思った人の割合	講演会参加者のうち生活習慣病を改善しようと思った人の割合	—	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	参加割合	対象者①の枠のうち対象者①の参加者割合	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	若年者の割合	講演会参加者のうち65歳未満の人の割合	—	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%

プロセス (方法)	周知	市内地区回覧板及びホームページにより周知を図る。
	勧奨	対象者①への個別通知を行う。
	実施及び実施後の支援	糖尿病発症予防のための講演会を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	血糖の自己測定を体験できるコーナーを作り、意識づけとする。 チラシを年代別に分けて作成し、若年層の参加率向上をねらう。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 (医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等)	公立西知多総合病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会
	国民健康保険 団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	知多半島医療圏の中核病院と連携し、医師と管理栄養士に講演を依頼する。

## 事業 8

## 後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知

事業の目的	調剤料の自己負担及び保険者負担の軽減を図る。
事業の概要	対象者へ啓発通知を送付することにより、後発医薬品への切り替えを促す。
対象者	30歳以上の国保被保険者のうち、後発医薬品の利用による差額が200円以上等の者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	後発医薬品使用割合（数量）	調剤料金額（代替不可先発医薬品分を除く）に占める後発医薬品の使用割合（数量シェア）	84.7%	85.0%以上	85.0%以上	85.0%以上	85.0%以上	85.0%以上	85.0%以上

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	対象者への通知率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	対象者を把握し、年2回（6月調剤分→8月頃、12月調剤分→翌年2月頃）に分けてハガキにて通知を行う。
----------	--

ストラクチャー（体制）	愛知県国保連合会へ委託する。
-------------	----------------

事業 9

重複服薬者への啓発通知

事業の目的	不適正受診・重複服薬の減少
事業の概要	対象者への通知送付による、重複服薬に関する啓発を行う。
対象者	2か月連続して同じ効能・効果を持つ薬を、2つ以上の医療機関から処方されている者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	通知による重複服薬状況の改善割合	対象者のうち、通知送付後に重複服薬状況が解消された者の割合	対象者なし	100%	100%	100%	100%	100%	100%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット指標	1	重複服薬者への通知送付率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重複服薬者を把握する。</li> <li>・薬を重複して服薬している人は、薬の効能が重複し、健康を害するおそれがある旨等を啓発するため、通知を送付する。</li> </ul>
----------	---

ストラクチャー（体制）	愛知県国保連合会へ委託する。
-------------	----------------

## 5 その他

<p>計画の評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、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。 計画で設定した評価指標に基づき、進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の関係機関等と連携を図る。</p>
<p>計画の公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページ等を通じて周知を行う。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>(1) 基本的な考え方 本市における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び知多市個人情報保護法施行条例（令和4年知多市条例第22号）によるものとする。 (2) 遵守すべき法令・ガイドラインなど 遵守すべき法令・ガイドラインとして、法、条例、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日厚生労働省）、健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日厚生労働省）、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（平成17年3月31日厚生労働省）、匿名データの作成・提供に係るガイドライン（平成21年2月17日総務省）に基づき、個人情報の保護に努める。</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>(1) 高齢者の自立した生活を支援するため、地域課題の把握やネットワーク強化、政策形成を目的とした議論の場である自立支援型地域ケア会議に保険者として出席する。 (2) KDBを活用し、ハイリスク者等支援が必要な被保険者を支援するため、介護部門や後期高齢者部門と連携し、日常生活域に着目して対象者を抽出する。 (3) 市内各地でラジオ体操や脳トレ、百歳体操等の健康づくりに自主的に取り組むグループの育成及び活動を支援する。</p>

# 第4期知多市国民健康保険 特定健康診査等実施計画（案）

## 1 基本的事項

背景・現状等	<p>市の特定健康診査は、集団健診を基本としていたが、平成27年10月から公立西知多総合病院での個別健診を実施し、平成29年度からは、市内医療機関でも個別健診を実施している。</p> <p>受診率の推移は、平成25年度から令和元年度まで46%から49%までの間だったが、新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和2年度から令和4年度までの受診率は、44%台に落ち込んだ。</p> <p>令和5年度から、受診率向上のため新たな受診勧奨として、ナッジ理論を使った受診勧奨を実施している。</p>
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	<p>健康で長生きすることは万人の願いである。健康に関する情報や知識への関心が高まっている一方、糖尿病等の生活習慣病は、現在の我が国における死亡や要介護状態となること等の主な原因の1つにもなっている。生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、定期的に健診を受けることが健康を維持する上で重要である。しかしながら、健診受診率の現状は十分なものとは言えない。</p> <p>このため、確実に健診を受けることで自らの健康状態を把握し、健診結果に基づく保健指導により生活習慣の改善を図り、生活習慣病を予防する取組を進めることが重要である。「健診なくして健康長寿なし」との考え方のもと、市民一人一人が主体的に健診を受けることが必要となっている。</p>
計画期間	令和6年度～令和11年度

## 2 達成しようとする目標

	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
特定健康診査受診率	50.9%	52.7%	54.6%	56.4%	58.2%	60.0%
特定保健指導の利用率	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.6%	26.0%	26.3%	26.7%	27.0%	27.4%

## 3 特定健康診査等の対象者数

	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
【特定健康診査】 対象者数	12,000人	11,600人	11,200人	10,800人	10,400人	10,000人
【特定健康診査】 目標とする受診者数	6,108人	6,113人	6,115人	6,091人	6,053人	6,000人
【特定保健指導】 対象者数	678人	679人	679人	676人	672人	666人
【特定保健指導】 目標とする対象者数	407人	414人	421人	426人	430人	433人



## 4 実施方法

### (1) 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】

対象者	40～74歳の国保被保険者	
実施場所	<集団健診> 保健センター及びまちづくりセンター等市内公共施設8か所 <個別健診> 公立西知多総合病院を含む、市内医療機関20か所	
法定の実施項目		
基本的な健診項目		
	項目	備考
	問診	
	身長・体重・BMI・腹囲	
	理学的検査	
	血圧	
	中性脂肪	
	HDLコレステロール	
	LDLコレステロール	
	総コレステロール	市が行う追加項目
	GOT (AST)	
	GPT (ALT)	
	γ-GTP	
	ALP	市が行う追加項目
	総蛋白量	市が行う追加項目
	血糖 (随時)	市が行う追加項目
	HbA1c	市が行う追加項目
	アルブミン	市が行う追加項目
	白血球数	市が行う追加項目
	血小板	市が行う追加項目
	平均赤血球容積	市が行う追加項目
	平均赤血球色素量	市が行う追加項目
	平均赤血球色素濃度	市が行う追加項目
	血清鉄	市が行う追加項目
	尿酸	市が行う追加項目
	尿素窒素	市が行う追加項目
	尿糖	
	尿蛋白	
	尿潜血	市が行う追加項目
	ウロビリノーゲン	市が行う追加項目

医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備考
血色素量	
赤血球数	
ヘマトクリット値	
血清クレアチニン	
心電図検査	
眼底検査	
実施時期又は期間	<集団健診> 保健センター 市内公共施設（巡回集団健診） 7月下旬から9月上旬まで 9月中旬から9月末まで <個別健診> 公立西知多総合病院以外の市内医療機関 6月1日から9月30日まで 公立西知多総合病院 6月1日から翌年1月31日まで
外部委託の方法	<外部委託の有無> 有 <外部委託の契約形態> 単価契約
周知や案内の方法	特定健康診査の対象者に対しては、個別に受診券及び案内を送付する。また、広報、ホームページ及びチラシ等を活用し、健診の案内、周知を図る。
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	商工会より、商工会主催の健診を受診した者のうち国民健康保険被保険者の健診結果を提供してもらい、データを収集する。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	健診結果は、医師の総合判定を行った上で、受診者へ通知する。 通知方法は、郵送により行う。ただし、積極的支援レベル、動機付け支援レベルに該当した方には、内容を説明しながら直接結果を渡す。

## (2) 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者		特定健康診査の受診者のうち「動機付け支援レベル」「積極的支援レベル」に該当した者			
対象者の階層	対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象 40～64歳
		≥85cm (男性)	2つ以上該当	あり	積極的支援
		≥90cm (女性)	1つ該当		
		上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	あり	積極的支援
			2つ該当		
			1つ該当		
実施場所		保健センター等			
実施内容	動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面接：分割実施を行う。（健診受診当日、該当者に対し個別面接を行い、健診結果送付後に電話支援実施。）該当しない者へは、グループ支援による健診結果説明会を行う。</li> <li>・継続支援（希望者のみ）：グループ支援、電話支援、ICTを活用した支援等</li> <li>・実績評価：電話支援、ICTを活用した支援等</li> </ul>			
	積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面接：分割実施を行う。（健診受診当日、該当者に対し個別面接を行い、健診結果送付後に電話支援実施。）該当しない者へは、グループ支援による健診結果説明会を行う。</li> <li>・継続支援：グループ支援、電話支援、ICTを活用した支援等</li> <li>・実績評価：電話支援、ICTを活用した支援等</li> </ul>			
実施時期又は期間		6月～翌年3月			
外部委託の方法		<外部委託の有無> 対象者の一部を初回面談から最終評価まで委託 <外部委託の契約形態> 指名競争入札			
周知や案内の方法		<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者全員に特定健康診査・特定保健指導案内通知を送付する。</li> <li>・広報及びホームページを活用し周知を図る。</li> <li>・健診受診後、概ね3～4週間後に初回面接「健診結果説明会」の案内チラシを対象者へ送付する。</li> <li>・分割実施対象者に対しては、健診日当日に案内する。</li> </ul>			
特定保健指導対象者の重点化（重点化の考え方等）		若年者の実施率が低いことから、積極的支援者及び40～50代の動機付け支援者には電話による参加勧奨を行う。また、様々なライフスタイルに対応できるようICTを活用した支援等を取り入れて行う。			

## (3) 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】

特定健康診査・ 特定保健指導	年度当初	受診券・案内を送付する。
	年度の前半	集団健診、巡回集団健診、個別健診を実施する。
	年度の後半	個別健診（一部）を実施する。健診結果を随時通知する。次年度の準備を行う。
月間スケジュール		階層化・重点化を随時実施する。委託料の請求支払日（毎月6日）

## 5 個人情報保護

記録の保存方法	特定健康診査・特定保健指導の記録・データについては、5年間保存して管理を行う。
保存体制、外部委託の有無	事業委託機関との契約書には、データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業員の監督、個人情報保護の厳重な管理、目的外使用の禁止等を定める。

## 6 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画の公表方法	データヘルス計画と統合し、公表をする。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	特定健康診査の対象者に対しては、個別に受診券及び案内を送付する。また、広報、ホームページ及びチラシ等を活用し、特定健康診査の案内、周知を図る。

## 7 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健康診査等実施計画の評価方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査・特定保健指導の実施率について、目標値と比較してその達成状況を検証し、さらなる実施率の向上のための対策を検討する。</li> <li>・健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行うことにより、前年度以前の保健指導による予防の効果を評価することや、健診結果が「受診勧奨」となった者の受療状況の確認をする。</li> <li>・突合データを用いて、個人や対象集団ごとに、健診・保健指導プログラムの評価を客観的に行うためには、どのような健診・保健指導の指標・項目等を抽出すればよいか整理を行う。</li> <li>・保健師、管理栄養士等は健診・保健指導データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うことが効果的かを検討する。</li> <li>・健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査（県民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データなどから確認しうる地域集団の健康課題の特徴を把握するとともに、対象集団の健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因を把握する。</li> </ul>
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	<p>目標達成に向けて、健診未受診者や保健指導未利用者、メタボリックシンドローム該当者等の減少のための対策として、実施体制や実施方法の見直しが必要となる。そのため、他健診との受診方法のあり方、保健指導の実施体制、指導内容、勧奨方法、周知方法等の見直しを行う。特定健康診査・特定保健指導の実施結果を国民健康保険運営協議会に報告して事業の評価を行い、委員の意見を取り入れながら見直しを行う。</p>

## 參考資料

## 参考資料（用語集）

### <あ行>

#### 1 AI Cube（アイ キューブ）

愛知県国民健康保険団体連合会が独自に開発した医療費分析システムとして、ポータルサイトを構築し、KDBシステムでは出力されない帳票を提供する。

#### 2 アウトカム指標・アウトプット指標

アウトカム指標とは、個別事業の成果を測るための指標。アウトプット指標とは、事業の実施量や実施率を測るための指標

#### 3 HDLコレステロール

善玉コレステロールとも呼ばれ、血液中にあって動脈硬化の原因となるコレステロールを取り除き、肝臓へ運ぶ働きをする。基準値は40mg/dl以上

#### 4 LDLコレステロール

悪玉コレステロールとも呼ばれ、肝臓から全身の細胞へコレステロールを運ぶ働きがあり、数値が高くなると、血管に沈着して動脈硬化の原因になる。基準値は120mg/dl未満

### <か行>

#### 5 血圧（収縮期血圧・拡張期血圧）

心臓が最も強く収縮し、血管に最大の圧力がかかるときが収縮期（最高、最大）血圧で、基準値は130mmHg未満。逆に最も拡張したときが拡張期（最低、最小）血圧で、基準値は85mmHg未満

#### 6 KDBシステム

国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。医療費・特定健康診査情報等のデータを国・県・同規模保険者間で比較できる。

#### 7 後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用割合（数量）

$$\frac{（代替可能後発品数量 + 代替不可後発品数量）}{（代替可能後発品数量 + 代替不可後発品数量 + 代替可能先発品数量）} \times 100$$
の算式で算定した金額

#### 8 高齢化率

総人口に対して65歳以上の高齢者人口が占める割合

### <さ行>

#### 9 死因別標準化死亡比経験的バイズ推定値

地域間の死亡状況を簡便に示すための一つの指標。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

#### 10 生活習慣病10疾病

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞のこと

## <た行>

### 11 特定健康診査（特定健診）

平成20年4月から開始された、40歳～74歳までの被保険者を対象とする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で、40歳代から増える生活習慣病や循環器疾患を早期に発見することを目的とする。

### 12 特定保健指導

健診結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方などを対象に実施される。腹囲又はBMIに加えて、脂質・血圧・血糖などの追加リスクの多少及び年齢により、動機付け支援の対象となるか積極的支援の対象となるかが決まる。

## <な行>

### 13 ナッジ理論

「ナッジ（nudge:そっと後押しする）」とは、行動を制限するのではなく、きっかけを与えることによって、対象が自発的によりよい選択ができるよう誘導すること。ナッジ理論とは、それをを用いて行動変容を促すための理論

## <は行>

### 14 一人当たり医療費

参照データ図5・図7による一人当たり医療費は、歯科を除く診療費及び調剤費の合計により算定（一月当たりの金額）

参照データ図6による一人当たり医療費は、診療費及び調剤費の合計により算定（一月当たりの金額）

### 15 非肥満高血糖者

腹囲が基準値内（男性：85cm未満、女性：90cm未満）の者のうち、空腹時血糖110mg/dl以上又はHbA1c（NGSP値）6.0%以上の者

### 16 BMI

体格指数のことで、体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）で算出。18.5以上25未満を標準としている。

### 17 PDCAサイクル

Plan(計画) - Do(実施) - Check(評価) - Action(改善)のサイクルを繰り返すことで、業務の改善や改革を行う手法

### 18 HbA1c（NGSP値）【ヘモグロビン・エー・ワン・シー（エヌジーエスピー値）】

1～2か月間の平均的な血糖の状態がわかり、日々変動する血糖値とは異なり数値が比較的安定している。5.6%以上は保健指導の対象で、6.5%以上は受診勧奨となるレベル

### 19 ヘルスリテラシー

健康に関する正しい情報を入手し、理解して活用する能力

<ま行>

20 メタボリックシンドローム（メタボ）

メタボは、内臓脂肪の蓄積を共通要因として、高血圧、高血糖、脂質異常等を引き起こした状態で、その結果として、血管の損傷や動脈硬化が生じ、虚血性心疾患、脳血管性疾患等の発症リスクが高くなる。

<や行>

21 有病者率

被保険者のうち、特定の疾患（循環器系疾患等）の患者の占める割合（人数ベース）

<ら行>

22 レセプト

診療報酬明細書のこと。患者に対してどのような診断・検査がなされたか、どのような治療が行われ、どの薬剤がどのくらい処方されたかが記載されている。





梅香る わたしたちの緑園都市

**第3期知多市国民健康保険  
データヘルス計画（案）  
及び  
第4期知多市国民健康保険  
特定健康診査等実施計画（案）  
令和6年 月策定**

知多市健康文化部保険医療課

〒478-8601 知多市緑町1番地

電話 0562-36-2653 (直通) FAX 0562-32-1010

URL <https://www.city.chita.lg.jp>

E-mail [hoken@city.chita.lg.jp](mailto:hoken@city.chita.lg.jp)

知多市健康文化部健康推進課

〒478-0017 知多市新知字永井2番地の1

電話 0562-54-1300 (直通) FAX 0562-55-3838

URL <https://www.city.chita.lg.jp>

E-mail [hokennet@city.chita.lg.jp](mailto:hokennet@city.chita.lg.jp)