

第3期東浦町国民健康保険 データヘルス計画

2024年度（令和6年度）～2029年度（令和11年度）

2024年（令和6年）4月
東浦町国民健康保険

目次

第1章 第3期東浦町国民健康保険データヘルス計画

I	基本的事項	1
	背景と目的	
	データヘルス計画の位置づけ	
	計画期間	
	実施体制・関係者連携	
	基本情報	
	現状の整理	
II	健康・医療情報等の分析と課題	3
	平均余命等	
	医療費の分析	
	特定健康診査・特定保健指導の分析	
	レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	
	介護費関係の分析	
	その他	
III	計画全体	5
	健康課題	
	計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
	保健事業一覧	
IV	個別事業計画	6
	事業1 特定健診受診勧奨事業	
	事業2 特定保健指導実施勧奨事業	
	事業3 がん検診受診勧奨事業	
	事業4 糖尿病性腎症重症化予防事業	
	事業5 ジェネリック医薬品利用差額通知事業	
	事業6 重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業	
	事業7 健康づくり教室開催事業	
	事業8 骨折予防事業	
V	その他	19
	データヘルス計画の評価・見直し	
	データヘルス計画の公表・周知	
	個人情報の取扱い	
	地域包括ケアに係る取組	
	その他留意事項	

第2章 第4期東浦町国民健康保険特定健康診査等実施計画

I	基本的事項	21
	背景と目的	
	計画の位置づけ	
	計画期間	
	実施体制・関係者連携	
	基本情報	
	現状の整理	
II	個別事業計画	23
	事業1 特定健康診査	
	事業2 特定保健指導	
	別紙1、2	
	(参考) 関連図表	28
	(参考) 用語集	

第1章 第3期東浦町国民健康保険データヘルス計画

I 基本的事項

データ	計画の趣旨	背景と目的	2013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、健康保険組合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。2014年には「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」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った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。 これらの経緯を踏まえ、本町は、2016年3月に、第1期東浦町国民健康保険データヘルス計画（以下「第1期計画」という）を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進や疾病の重症化予防などに取り組んだ。2018年3月に、第1期計画の効果検証を踏まえた東浦町国民健康保険データヘルス計画第2期（以下「第2期計画」という）を策定し、保有するデータを活用しながら、更なる被保険者の健康の保持増進及び医療費の削減を目指した。 2018年4月に、都道府県が財政運営の責任主体としての共同保険者となり、また、2020年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」により、データヘルス計画の標準化が推進され、2022年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、データヘルス計画の進展のため、保険者共通の評価指標の設定を推進することが示された。 今般、第3期東浦町国民健康保険データヘルス計画（以下「第3期計画」という）は、被保険者の健康増進を目的に、第2期計画の効果検証を踏まえつつ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、愛知県により設定された共通評価指標と標準化された様式を使用し策定した。
		計画の位置づけ	庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努め、町の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画と調和する。また、愛知県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和を図る。
	計画期間		2024年度～2029年度
	実施体制・関係者連携	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、保険医療課と健康課が主体となって進める。
		地域の関係機関	第3期計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、東浦町医師団や知多薬剤師会をはじめ、東浦町国民健康保険事業の運営に関する協議会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 (2023年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		50,233		25,212		25,021	
国保加入者数 (人)	合計	8,615	100%	4,097	100%	4,518	100%
	0～39歳 (人)	1,847	21.4%	934	22.8%	913	20.2%
	40～64歳 (人)	2,624	30.5%	1,294	31.6%	1,330	29.4%
	65～74歳 (人)	4,144	48.1%	1,869	45.6%	2,275	50.4%
	平均年齢 (歳)	54.87		53.76		55.88	

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	知多郡医師会及び東浦町医師団は、特定健診やがん検診等重症化予防事業に関して連携する。 知多薬剤師会は、重複・多剤投与者に対する取組である「保険調剤薬局による健康相談モデル事業（愛知県事業）」に関して連携する。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導等のデータに関して連携する。 住民の健康増進のための訪問・指導等において連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、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して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動は、事業者、ボランティア、有識者等と連携するとともに、庁内においてはふくし課、健康課、商工振興課、農業振興課とも連携し、町ホームページや広報誌への掲載を積極的に行う。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	2022年度の被保険者数は8,975人（平均）であり、2018年度の10,118人（平均）から年々減少している。
	年齢別被保険者構成割合	2022年度において、39歳以下が21.6%、40歳から64歳が30.9%、65歳から74歳が47.5%であり、県平均よりも64歳以下の割合が低く、65歳から74歳の割合が高い。
	その他	地区別においては、65歳から74歳の割合が高い地区は森岡地区（50.0%）と緒川新田地区（60.0%）である。 また、39歳以下の割合が高い地区は石浜地区（28.0%）である。
前期計画等に係る考察		第2期計画では、高額医療になりやすい糖尿病性腎症や生活習慣病等の予防・早期発見及び健康増進のための5つの保健事業（※）を設定した。しかし新型コロナウイルス感染症の影響により、2020年度から2022年度において、特定健診受診率、各種がん検診受診率及びあいち健康プラザ開催講座の受講率において目標は未達となった。各事業における勧奨等の送付物については、おおよそ各指標にて目標を達成した。 （※）特定健診受診勧奨事業、がん検診受診勧奨事業、特定保健指導実施勧奨事業、意識啓発事業、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（重点保健事業）

II 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.
平均余命・平均自立期間・標準化死亡率等		・男性の「平均余命」81.4歳、「平均自立期間」79.9歳で県・国より下回る。 ・女性の「平均余命」86.9歳、「平均自立期間」83.7歳で県・国より下回る。 ・「平均余命」と「平均自立期間」の差は男性1.5歳、女性3.2歳で、いずれも県より長く、国より短い。 ・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「胃がん」「大動脈瘤・解離」「大腸がん(結腸)」、女性では「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん(結腸)」「急性心筋梗塞」「子宮がん」「大腸がん(直腸)」「くも膜下出血」「脳梗塞」である。	【図1】平均余命と平均自立期間 【図2】死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値	
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）	・2022年度（令和4年度）の「1人当たり医療費」は、26,513円で、県より高く、経年的に増加している。 ・2022年度（令和4年度）「総医療費」28.91億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）総医療費」は4.55億円である。 ・「1人当たり医療費（入院）」は、国より低い。 ・「1人当たり医療費（入院外）」「1人当たり医療費（歯科）」は、県・国より高い。 ・「10～19歳」「30～39歳」「40～49歳」の1人当たり医療費は、県・国よりも高い。 ・後期「100歳 以上」の1人当たり医療費は、県より高く、「65～69歳」は県・国と同程度、その他の年齢階級は、県・国より低い水準で推移している。	【図3】総医療費と生活習慣病総医療費の推移 【図4】被保険者1人当たり医療費 【図5】年齢階級別1人当たり医療費	
	疾病分類別の医療費	・1人当たり医療費（入院）は、「新生物」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「神経系の疾患」の順に高く、そのうち「新生物」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「神経系の疾患」が、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」の順に高く、そのうち「脳内出血」が県より高い。筋骨格系及び結合組織の疾患では「関節症」「脊椎障害」の順に高い。 ・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」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」「虚血性心疾患」「脳梗塞」の順に高く、いずれも県より高い。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。 ・「肺がん」「大腸がん」「子宮頸がん」について、1人当たり医療費が、県・国より高い。 ・「肺がん」「大腸がん」「肝がん」「前立腺がん」「子宮頸がん」について、1人当たり医療費は「2018年度（平成30年度）」と比較して「2022年度（令和4年度）」が増加している。	【図6】疾病大分類別1人当たり医療費 【図7】疾病中分類別1人当たり医療費 【図8】主要がん1人当たり医療費	A
	後発医薬品の使用割合	・2022年度（令和4年度）の後発医薬品普及率は「金額ベース」61.0%、「数量ベース」82.7%で、いずれも経年的に増加している。	【図9】後発医薬品の普及状況	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	・2022年度（令和4年度）の重複投薬者数は、「睡眠障害」5人、「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」はいずれも各1人である。	【図10】重複投薬者数の推移	
	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	・2021年度（令和3年度）「特定健診受診率」は50.4%で、県より高い水準で推移しているが、経年的に減少している。 ・2022年度（令和4年度）「性・年齢階級別特定健診受診率」は、男女の「40～44歳」、男性「50～54歳」の年齢階級で県・国より低い。 ・2021年度（令和3年度）「特定保健指導実施率」は67.7%で、県より著しく高い水準で推移している。 ・2021年度（令和3年度）「積極的支援実施率」52.5%、「動機付け支援実施率」70.9%で、いずれも県より著しく高い水準で推移している。 ・2021年度（令和3年度）特定保健指導「利用率」は69.5%、「終了率」は67.7%で、いずれも県より著しく高い水準で推移している。 ・2021年度（令和3年度）の「特定保健指導対象者の減少率」は20.1%、「特定保健指導による減少率」は23.0%で、「特定保健指導対象者の減少率」は、県より高い水準で推移している。	【図11】特定健診受診者数・受診率の推移 【図12】性・年齢階級別特定健診受診率 【図13】積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移 【図14】特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移 【図15】特定保健指導対象者の減少率の推移	B、D

特定健康 診査・特 定保健指 導の分析	特定健診 結果の状 況 (有所見 率・健康 状態)	・男性の「HDLコレステロール」が県・国よりも高く、「HbA1c」「中性脂肪」が国より高い。 ・女性の「HDLコレステロール」「収縮期血圧」「中性脂肪」「腹囲」「BMI」が県・国より高く、「HbA1c」が国より高い。 ・男性「メタボ該当者割合」「メタボ予備群割合」は、県と同程度である。 ・女性「メタボ該当者割合」「メタボ予備群割合」は、県より高い。 ・「メタボ該当者割合」は、男性の「40～44歳」「45～49歳」「50～54歳」「60～64歳」「65～69歳」、女性の「45～49歳」「65～69歳」「70～74歳」が県より高い。 ・「メタボ予備群割合」は、男性の「50～54歳」、女性の「50～54歳」「55～59歳」「65～69歳」「70～74歳」が県より高い。 ・「腎症4期」1.6%、「腎症3期」15.0%、「腎症2期以下」83.3%で、「腎症4期」「腎症3期」が県より高い。	【図16】特定健診有所見者割合 【図17】メタボ該当者・予備群割合の推移 【図18】性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合 【図19】糖尿病性腎症病期別割合	D
	質問票調 査の状況 (生活習 慣)	・「20歳時体重から10kg以上増加」「咀嚼（かみにくい）」「咀嚼（ほとんどかめない）」「飲酒日1日当たり飲酒量（1～2合未満）」は、いずれも県より高い。 ・「3食以外の間食や甘い飲物（毎日）」「1回30分以上の運動習慣なし」は県と同程度である。 ・「飲酒頻度（毎日）」は県より低い。	【図20】標準的な質問票の項目別回答者割合	D
レセプト・健診結果 等を組み合わせた分 析	・治療なし受診勧奨値以上の割合「血圧」は、男性16.7%、女性15.0%、「HbA1c」は、男性2.9%、女性0.1%、「LDLコレステロール」は、男性24.2%、女性34.1%である。 ・治療あり「HbA1c7.0以上」の割合は、男性29.5%、女性25.1%である。 ・糖尿病治療なし「腎症3期」「腎症2期以下」の人数は、経年的に増加している。	【図21】治療有無別血圧区分別該当者数 【図22】治療有無別HbA1c区分別該当者数 【図23】治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数 【図24】糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数	C、D	
介護費関係の分析	・2022年度（令和4年度）「要支援・要介護認定率」17.2%で、2021年度（令和3年度）までは増加し、2022年度（令和4年度）に減少している。 ・2022年度（令和4年度）「要支援・要介護認定率」は「要介護3・2・1」が県より高い。	【図25】要介護認定状況の推移 【図26】要介護認定状況の割合		
その他	・「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保は経年的に県より多い。 ・2022年度（令和4年度）「10万人当たり人工透析患者数」は、国保では県より多い。 ・「肺がん」「乳がん」のがん検診受診率は、県より高い水準で推移していたが、経年的に減少傾向で、2020年度（令和2年度）は県と同程度である。 ・「骨の密度及び構造の障害」の1人当たり医療費は、入院及び入院外共に60歳から急激に増加する。	【図27】糖尿病患者数の推移 【図28】人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移 【図29】がん検診受診率の推移 【図30】骨の密度及び構造の障害1人当たり医療費	C、E	

Ⅲ 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	【がん検診受診率の向上】 ・疾病大分類別1人当たりの医療費は「新生物」が入院・入院外共に高く、いずれも県より高い状況にある。 ・主要がん1人当たりの医療費は「大腸がん」「肺がん」が高い。 ・2020年度（令和2年度）のがん検診受診率が県よりも低い「大腸がん」「子宮頸がん」は、2021年度（令和3年度）以降の医療費も県より高い。		3
B	【若年層の特定健診受診率の向上】 ・特定健診受診率は県より高い水準で推移しているが、経年的に見ると減少している。 ・40歳から44歳の男女、50歳から54歳の男性の受診率は国や県の水準より低い。	✓	1
C	【重症化する恐れのある糖尿病性腎症者に対する受診への意識付け】 ・糖尿病性腎症3期及び糖尿病性腎症2期以下の「治療無し」の人数の推移は、経年的に増加している。 ・糖尿病性腎症4期及び腎症3期の割合は、県よりも高い状況にある。		4、7
D	【特定保健指導の強化】 ・「血圧」「HbA1c」「LDLコレステロール」の値において、受診勧奨値以上だが未受診者が男女共に存在する。 ・2021年度（令和3年度）において、メタボ該当者割合は、男性では40歳から44歳、女性では45歳から49歳で県より著しく高くなっている。 ・女性はメタボ該当者割合及びメタボ予備群割合ともに、経年的に県より高い傾向で推移している。 ・標準的な質問票において、「20歳時体重から10kg以上増加」していると答えた者は、2022年度（令和4年度）において37.8%であり、経年的に県よりも高い傾向で増加している。	✓	2、7
E	【若年層からの骨づくり及び高齢者の転倒予防】 ・骨折につながる「骨の密度及び構造の障害」の1人当たりの医療費は、入院及び入院外共に60歳から急激に増加している。		7、8

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す									
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						
				2022（R4）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2027（R9）	2028（R10）	2029（R11）	
i	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間	要介護2以上	（男性）79.9歳 （女性）83.7歳							2029年度（R11）の県平均と同値
ii	保健事業の効果及び医療費適正化を評価する。	1人当たり医療費	被保険者1人当たり医療費	26,513円			2022年度（R4）実績より減少				2026年度（R8）実績より減少
iii	生活習慣病の重症化を予防する。	新規透析導入患者数（人口10万人当たり人数）	人口10万人当たりの新規透析導入患者	23人			2022年度（R4）実績より減少				2026年度（R8）実績より減少
iv	生活習慣病の発症を予防する。	糖尿病有病者割合	糖尿病の有病者数（人） ／被保険者数（人）	12.1%	12.0%	12.0%	11.9%	11.8%	11.7%	11.6%	
v	生活習慣病の発症を予防する。	高血圧症有病者割合	高血圧症の有病者数（人） ／被保険者数（人）	22.2%	22.0%	21.8%	21.6%	21.4%	21.2%	21.0%	
vi	生活習慣病の発症を予防する。	脂質異常症有病者割合	脂質異常症の有病者数（人） ／被保険者数（人）	19.0%	18.8%	18.6%	18.4%	18.2%	18.0%	18.0%	

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健診受診勧奨事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導実施勧奨事業	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	がん検診受診勧奨事業	
4	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業	
5	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用差額通知事業	
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業	
7	健康教育・健康相談	健康づくり教室開催事業	
8	健康教育・健康相談	骨折予防事業	

IV 個別事業計画

事業 1		特定健診受診勧奨事業								
事業の目的		特定健診の受診率を向上させ、疾病の予防や早期治療につなげる。								
事業の概要		特定健診受診勧奨を実施する。								
対象者		特定健康診査は実施年度4月1日現在の東浦町国民健康保険加入者のうち、その年度中に40歳から74歳となる加入者（以下「受診対象者」という）を対象に実施する。勧奨事業はある時点で健診を受診していない受診対象者に対して行う。ただし、勤務先での健診など、特定健康診査と同様の内容の健診（事業主健診など）を別の機会に受診できる人は、その健診結果を東浦町に提出することで、特定健康診査の受診に変えることができることとするため受診勧奨対象外とする。								
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
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	法定報告	22.8%	22.5%	22.0%	21.7%	21.4%	21.2%	21.0%
	2	メタボリックシンドローム予備群者割合	法定報告	12.2%	12.0%	11.8%	11.6%	11.4%	11.20%	11.0%
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	特定健診実施率	法定報告	50.40%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
	2	特定健診受診者数	法定報告	3,342人	3,447人	3,580人	3,713人	3,846人	3,978人	3,978人
プロセス（方法）	周知		対象者には受診券と健診実施医療機関一覧を送付する。健診実施機関や公共施設に啓発ポスターを掲示する。町ホームページや広報誌に、健診についての記事を掲載する。健診に関する回覧を実施する。保険証などの手続き時に啓発リーフレットを配布する。							
	勧奨		未受診者へはがきでの受診勧奨を実施する。（勧奨対象者は実施年度によって検討し、実施する。）							
	実施および実施後の支援	実施形態	個別健診を実施する。（町内医療機関）							
		実施場所	ア 特定健康診査の実施は、知多郡医師会（以下「医師会」という）に委託し、医師会加入の町内医療機関のうち、厚生労働省の告示で定められた委託基準を満たした医療機関（以下「健診実施機関」という）で実施する。 イ 健診実施機関一覧の名簿は、受診対象者に「受診券」とともに送付する他、町ホームページや広報誌に掲載する。							
		時期期間	毎年6月から8月までの間を基本とし、委託先との協議の上で決定する。							
		データ取得								
		結果提供	保健指導非該当者：健診実施1か月後に健診結果を実施医療機関より対面で返却、結果を説明する。 保健指導対象者：健診実施1か月後に保健センターより案内を送付する。動機づけ支援対象者の場合、保健センターで対面で返却、結果を説明する。（集団にて実施。）積極的支援対象者の場合、保健センターで対面で返却、結果を説明する。（個別にて実施。）							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		各種健康指導教室の案内を配布している。自身が何の数値で保健指導の対象になっているかをわかるような形で結果の説明と案内の送付を行っている。							

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康課（東浦町国民健康保険の新規加入者への周知は保険医療課にて実施。）
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会及び東浦町医師団に委託する。
	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	各種教室や地区健康講話の際に、特定健診の周知や受診勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	東浦町国民健康保険の新規加入者への周知は保険医療課にて実施する。

事業 2

特定保健指導実施勸奨事業

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、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導者の減少率	法定報告	23.0%	23.0%	24.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%
	2	特定保健指導対象者減少率	法定報告	20.1%	20.1%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告	67.7%	68.0%	68.0%	68.5%	68.5%	69.0%	69.0%
	2	特定保健指導実施者数	法定報告	226人	227人	227人	229人	229人	230人	230人

プロセス (方法)	周知	町対象者には案内を送付する。医療機関、公共施設等にポスターを掲示する。	
	勸奨	勸奨ハガキを送付する。	
	実施 および 実施 後の 支援	初回面接	健診結果返却の際に初回面接を実施する。（動機づけ支援：集団で実施。積極的支援：個別で実施。）
		実施場所	東浦町保健センター
		実施内容	（１）積極的支援（保健センターが直接実施） 初回面接は、個別支援面接を実施し、保健師や管理栄養士が本人と相談しながら、生活習慣改善の支援計画を立てる。以降は、電話・面接等で支援計画実施状況を確認する。約３ヵ月後に実践成果を、電話・面接・訪問で確認する。 （２）動機付け支援（委託実施） 初回面接をグループ支援で実施し、生活習慣改善の支援計画を立て、約３ヵ月後に電話等で実践結果を確認する。委託実施日に日程の都合などで参加出来なかった場合は、個別で保健センターで実施する。
		時期 期間	初回面接：７月～１０月中に実施する。 最終評価を年度末までに実施する。
		実施後の フォロー・ 継続支援	健康教室への勸奨を行う。
	その他 （事業実施上の 工夫・留意点・ 目標等）	特定健診の結果返却と初回面接の一括実施を行う。	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	特定保健指導動機づけ支援（集団）を外部委託事業者にて実施する。
	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)	集団支援と個別支援を両方用いて実施する。

事業 3		がん検診受診勧奨事業							
事業の目的		がん検診の受診を促し、がんの早期発見、早期治療につなげる。							
事業の概要		がん検診受診の勧奨を行う。健康増進法、がん対策基本法に基づいた各種がん検診を実施する。							
対象者	選定方法	胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診：40歳以上の男女、乳がん検診：40歳以上の女性、子宮頸がん：20歳以上の女性、前立腺がん：50歳以上の男性							
	選定基準	健診結果による判定基準							
		レセプトによる判定基準							
		その他の判定基準	肺がん検診（喀痰検査）：50歳以上かつBI指数600以上						
	除外基準	過去の受診で要精密検査となり、その精密検査結果でがんと報告があった者							
	重点対象者の基準								

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	胃がん精密検査受診率	法定報告	77.8%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%
	2	肺がん精密検査受診率	法定報告	89.7%	90.0%	92.0%	94.0%	96.0%	98.0%	100.0%
	3	大腸がん精密検査受診率	法定報告	71.5%	75.0%	78.0%	81.0%	84.0%	87.0%	90.0%
	4	乳がん精密検査受診率	法定報告	88.2%	90.0%	91.0%	92.0%	93.0%	94.0%	95.0%
	5	子宮頸がん精密検査受診率	法定報告	88.2%	90.0%	92.0%	94.0%	96.0%	98.0%	100.0%

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	胃がん受診率	法定報告	4.8%	40%以上	40%以上	50%以上	50%以上	60%以上	60%以上
	2	肺がん受診率	法定報告	14.5%	40%以上	40%以上	50%以上	50%以上	60%以上	60%以上
	3	大腸がん受診率	法定報告	7.0%	40%以上	40%以上	50%以上	50%以上	60%以上	60%以上
	4	乳がん受診率	法定報告	8.0%	40%以上	40%以上	50%以上	50%以上	60%以上	60%以上
	5	子宮頸がん受診率	法定報告	7.2%	40%以上	40%以上	50%以上	50%以上	60%以上	60%以上
	6	前立腺がん受診率	受診者数/対象者数 (4月1日時点の50歳以上の男性人口)	8.4%	40%以上	40%以上	50%以上	50%以上	60%以上	60%以上

プロセス (方法)	周知		町ホームページや広報誌に、がん検診日程等についての記事を掲載する。各地区にがん検診日程等についてのちらしを回覧する。公共施設にがん検診日程表・申込票のちらしを設置する。
	勸奨		受診予約を確認し、未受診者へはがきによる受診勧奨を実施する。 無料クーポン対象者（大腸がん・乳がん・子宮頸がん）に対して、年度始めにクーポン送付と手紙による受診勧奨と、未受診者に対してはがきや封書による再勧奨を実施している。
	実施後の支援評価	結果提供	検診実施3～4週間後に郵送で結果の返却
		実施後のフォロー	健診結果表にて精密検査者数を把握し、その後精密検査結果報告書にて精密検査受診者を把握する。 精密検査対象者で精密検査未受診者に対し、電話による状況確認と精密検査の受診勧奨を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		がん検診受診時に要精密検査の必要性や検診の有効性などについて記載した資料を配布している。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		健康課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		知多郡医師会及び東浦町医師団に委託する。
	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		保険医療課により、東浦町国民健康保険被保険者は自己負担分を全額補助している。
	他事業		
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		休日（土曜日、日曜日）健診の実施や、子宮頸がん検診時には託児を実施している。

事業 4	糖尿病性腎症重症化予防事業
------	---------------

事業の目的		糖尿病性腎症のリスクの高い者における糖尿病の重症化を予防し、新規透析導入患者を減少させる。	
事業の概要		糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより治療に結びつける。	
対象者	選定方法		国保データベース(KDB)システムを活用し、40歳以上の東浦町国民健康保険被保険者における、健診結果及びレセプト情報を元に抽出する。
	選定基準	健診結果による判定基準	空腹時血糖126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl)またはHbA1c6.5%以上
		レセプトによる判定基準	受診歴なし。過去に糖尿病治療歴があるが、現在治療中断。
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者
	除外基準		がん治療患者、精神疾患患者、介護認定者、生活習慣病により定期通院している者
	重点対象者の基準		腎期不明者、糖尿病性腎症3期以上の者

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	受診勧奨後の医療受診率	受診勧奨対象者(レセ有)/受診勧奨対象者	63.0%	65.0%	68.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%
	2	保健指導事業参加者の検査値の変化	検査値変化者/保健事業参加者	31.6%	35.0%	38.0%	40.0%	42.0%	45.0%	50.0%
	3	HbA1c8.0%以上の者の割合	HbA1c8.0%以上の者の数/特定健診受診者	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.0%	1.0%	1.0%
	4	HbA1c6.5%以上の者の割合	HbA1c6.5%以上の者の数/特定健診受診者	12.5%	12.0%	11.0%	10.0%	10.0%	9.0%	8.0%

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	受診勧奨の必要な者のうち受診勧奨を実施した人数・率	受診勧奨実施者/受診勧奨対象者	58.0% (22人/38人)	70.0% (28人/40人)	80.0% (32人/40人)	90.0% (36人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)
	2	保健指導事業参加者とその割合	保健指導事業参加者/保健事業参加必要者	58.0% (22人/38人)	70.0% (28人/40人)	80.0% (32人/40人)	90.0% (36人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)

プロセス（方法）	周知	対象者に手紙と健康状態把握のためのアンケートを送付する。
	勧奨	対象者には保健指導プログラム「腎臓ケア教室」のちらしを送付し、アンケート結果をもとに、電話で教室参加の勧奨を行う。
	利用申込	腎臓ケア教室に関しては電話で申し込み受付をする。
	実施内容	腎臓ケア教室は、詳細検査を実施し、結果に応じて糖尿病性腎症の病態・治療の必要性・生活上（食事・運動）の留意事項等を説明し、受診勧奨及び保健指導を行う。病期が2期以上と判断された場合は、その後6か月間の保健指導を実施する。教室未参加者については、町保健師または管理栄養士が個別に訪問または電話等で受診勧奨・保健指導を実施する。
	時期 期間	3月に対象者選定し、4月に通知を発送する。5月に教室参加勧奨の電話をかける。6月に腎臓ケア教室を開催する。7月以降に未参加者の個別介入を行う。9月以降に教室実施結果、レセプトにより受診を確認し、受診歴がない場合には再勧奨を行う。3月に評価する。
	実施 および 実施 後の 支援	場所
	実施後の 評価	腎臓ケア教室はあいち健康プラザで実施する。個別介入は対象者の自宅訪問または保健センターで電話する。
	実施後の フォロー・ 継続支援	レセプトで受診を確認する。翌年度に受診結果の数値を確認する。
	その他 （事業実施上の 工夫・留意点・ 目標等）	翌年度の健診結果でさらに数値が上がっている場合は、電話でフォローする。
ストラクチャー（体制）	その他 （事業実施上の 工夫・留意点・ 目標等）	対象者への初回介入を8月末までに行うことで、当該年度の特定健康診査の受診確認と勧奨も行っている。
	庁内担当部署	庁内会議を実施
	保健医療関係団体 （医師会・歯科 医師会・薬剤師 会・栄養士会など）	東浦町医師団へ年度初めに事業概要・該当者紹介方法について説明し周知を行う。
	かかりつけ医・ 専門医	かかりつけ医から該当者がいた場合、連絡してもらう。
	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な事業（後期高齢者糖尿病性腎症重症化予防事業）と一緒に事業をすすめている。
	その他 （事業実施上の 工夫・留意点・ 目標等）	後期高齢者糖尿病性腎症重症化予防事業と一緒に事業を進めることで、保険が切り替わっても切れ目のない支援となるように行っている。

事業 5		ジェネリック医薬品利用差額通知事業								
事業の目的		先発医薬品より安価なジェネリック医薬品への切り替えを促すことで、医療費の抑制を目指す。								
事業の概要		ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を記載し、未利用者に通知する。								
対象者		薬剤あたり300円以上の指定医薬品（血圧降下剤、血管拡張剤、高脂血症用剤、消化性潰瘍用剤、糖尿病用剤）の先発医薬品の投薬がある40歳から74歳の東浦町国民健康保険被保険者								
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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）
アウトカム指標	1	後発医薬品使用率	後発医薬品の数量/後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量	80.0%	80.1%	80.2%	80.3%	80.4%	80.5%	80.6%
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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）
アウトプット指標	1	差額通知発送回数	対象者へハガキを送付する回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
プロセス（方法）		6月調剤レセプトと12月調剤レセプトから対象者を抽出し、8月と2月に差額通知を送付する。通知には「医療品名称」「自己負担相当額」「ジェネリック医薬品に切り替えた場合に削減できる自己負担額」を記載する。								
ストラクチャー（体制）		委託先の愛知県国民健康保険団体連合会から、差額通知書データ、圧着ハガキ及び効果検証に有用なデータが提供される。提供データ「被保険者別差額効果明細表」から、差額通知書送付後の医薬品の投薬状況及び効果額を把握し、評価する。関連事業として、ジェネリック医薬品普及啓発物を東浦町国民健康保険の新規加入者に渡している。								

事業 6		重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業								
事業の目的		重複・頻回受診、重複服薬者の健康増進及び医療費の適正化を図る。								
事業の概要		対象者の自宅を訪問し、健康状態や生活状況を把握するとともに、健康相談や適正受診・服薬指導を実施する。								
対象者		(重複受診)：4月～6月に連続して、1か月に同一疾病での受診医療機関が3か所以上である者 (頻回受診)：4月～6月に連続して、1か月に同一医療機関へ月に15回以上受診している者 (重複投薬)：4月～6月に連続して、1か月に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								
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	対象者の重複・多剤投与等の改善状況	重複・多剤投与改善者/重複・多剤投与者	14.3% (1人/7人)	14.3%	28.6%	28.6%	33%	33%	50%
	2	被保険者全体での重複・多剤投与等の率	重複・多剤投与者/被保険者	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.75%	0.75%	0.75%
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	重複・多剤投与等の者への通知率	重複・多剤投与等の通知者/重複・多剤投与等の通知必要者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	指導等への参加率	重複・多剤投与の指導の参加者/重複・多剤投与の指導必要者	28.6%	28.6%	42.0%	42.0%	50.0%	50.0%	50.0%
プロセス(方法)		対象者の自宅を訪問する。 訪問時指導内容：①身体状況や生活状況、受診状況の確認 ②かかりつけ医又は薬局、おくすり手帳の推奨による適切な受診方法の説明 ③重複・頻回受診、重複投薬による弊害の説明 ④疾病予防の説明 ⑤家庭でできる生活習慣改善方法(食事や運動など)の説明 実施後は、受診状況に改善が見られるかを把握するため、訪問指導評価表を作成し、改善が見られなければ翌年度も訪問対象者とする。								
ストラクチャー(体制)		病気以外の背景や精神的不安がある場合には、保健・介護・福祉等のサービスや窓口を案内する。 継続的に見守りが必要と判断した場合には、町の保健師に引継ぎを行う。 関連事業として、愛知県事業の「保険調剤薬局による健康相談モデル事業」に参加している。 また、2か月以上連続して重複受診及び重複服薬している者へ、自身の服薬情報を載せたリーフレットを送付している(毎月実施)。								

事業 7		健康づくり教室開催事業								
事業の目的		被保険者の健康に対する意識を高め、予防行動につなげる。								
事業の概要		運動を中心とした生活習慣を見直し、生活習慣病を予防する各種健康づくり教室を開催する。								
対象者		健康づくり教室：40歳から74歳								
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	教室参加後で腹囲が2 c m減少した人の割合	教室参加対象者の教室後身体測定での腹囲の変化（教室参加者のうち腹囲が2 c m減少した人数/教室参加者数）	52.6% (10人/19人)	60.0%	60.0%	70.0%	70.0%	80.0%	80.0%
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	教室参加人数(延人数)	保健センター・あいち健康プラザでの講座参加人数	157人(全8回/全8回)	定員数	定員数	定員数	定員数	定員数	定員数
プロセス(方法)		町施設等にチラシの設置、特定保健指導対象者へのチラシの配布などを行い、周知する。申し込み等は保健センターにて実施する。								
ストラクチャー(体制)		東浦町保健センター及びあいち健康プラザにて講座を実施する。								

事業 8		骨折予防事業								
事業の目的		住民の骨折予防に対する意識醸成を促す。								
事業の概要		転倒予防のための運動、骨を強くする食生活の改善等の住民啓発事業を実施する。								
対象者		全住民								
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	生活習慣を見直そうと思う者の割合	生活習慣を見直そうと思う者の数/各講座実施後アンケートの回答総数	—	50.0%	50.0%	60.0%	60.0%	70.0%	70.0%
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	講座の参加人数(延人数)	講座(全6回)の参加延人数	61人	定員数	定員数	定員数	定員数	定員数	定員数
プロセス(方法)		住民啓発事業を行う。 ・骨折予防月間における住民啓発イベントの開催。 ・骨折予防のための各種運動、美容、栄養に関する教室の実施。 ・ぐるぐるキャンペーン(※)の実施。 (※) 多くの人にRe-Boneグルメを食べてもらう、又は生産過程を学ぶ体験をしてもらうことで、Re-Boneグルメを周知する事業。								
ストラクチャー(体制)		ふくし課、健康課、商工振興課、農業振興課、事業者、ボランティア、有識者等が関わり、骨折予防プロジェクトとして様々な事業を展開する。								

V その他

データヘルス計画 の 評価・見直し	【評価】 毎年度、個別の保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や指標の達成状況を確認する。指標の達成状況が想定に達していない場合は、プロセスやストラクチャーが適切であったか確認の上、進捗状況を管理する。 最終年度（2029年度）には計画全体の評価を行い、次期計画の策定に結果を反映させる。 【見直し】 2026年度に、計画に掲げる指標の達成状況及び事業の実施状況の中間評価を行い、目標を達成できなかった原因や事業の必要性を検討して、次年度以降の保健事業の実施や計画の見直しに反映させる。
データヘルス計画 の 公表・周知	本計画は、健康課題への取組内容を示したものであり、被保険者や関係機関、団体のみならず、広く住民に周知する必要があることから、計画全体及び進捗状況を町ホームページに掲載する。
個人情報の 取扱い	特定健康診査及び特定保健指導に関わる個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）に基づき適正に管理する。 また、本計画策定や特定健康診査などの業務を外部に委託する際においても、同様に取扱われるよう委託契約書に定める。
地域包括ケアに係る 取組	医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支える際に直面する課題などについて話し合う「東浦町地域包括ケア推進会議」に保険者として参加し、地域包括ケアに係る課題把握に努める。 また、必要に応じ、国保データベース（KDB）システムによるデータ等を活用し、地域包括ケア担当に情報を提供する。
その他留意事項	東浦町国民健康保険特定健康診査等実施計画は、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、本計画の中に取り込み（第2章に掲載）、保健事業を一体的に推進していく。

第2章

第4期東浦町国民健康保険特定健康診査等実施計画

第2章 第4期東浦町国民健康保険特定健康診査等実施計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	近年、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化など大きな環境変化に伴い、国民皆保険等の医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務である。 このような状況に対応するため、医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の生活習慣病の発病や重症化を予防し、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させることを目的に、2008年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57 年法律第80号。以下「法」という。）により、医療保険者に特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施が義務づけられた。 この特定健康診査等実施計画（以下「計画」という。）は、東浦町が特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するために、その実施及び成果に関する具体的な目標、実施方法等について定めるものとする。 ここでは、特定健診の定期的な受診者を増やすための啓発や勧奨などの取り組みとともに、特定健診などの実施およびその成果にかかる目標に関する基本的な事項について定め、【第4期東浦町国民健康保険特定健康診査等実施計画】とする。
	計画の位置づけ	本町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に第3期東浦町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、実施する。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協創して健康課題の解決に努める。なお、第3期計画は、町の総合計画を上位計画とし、第4期東浦町国民健康保険特定健康診査等実施計画は、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、第3期計画の中に取り込み、保健事業を一体的に推進していく。
計画期間		2024年度～2029年度
実施体制・関係者連携	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、保険医療課と健康課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、地区医師会・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 (2023年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		50,233		25,212		25,021	
国保加入者数(人) 合計		8,615	100%	4,097	100%	4,518	100%
	0～39歳(人)	1,847	21.4%	934	22.8%	913	20.2%
	40～64歳(人)	2,624	30.5%	1,294	31.6%	1,330	29.4%
	65～74歳(人)	4,144	48.1%	1,869	45.6%	2,275	50.4%
	平均年齢(歳)	54.87		53.76		55.88	

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		知多郡医師会及び東浦町医師団は、特定健診に関して連携する。
国保連・国保中央会		特定健診・特定保健指導等のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合		
その他		保健事業の周知・啓発活動は、事業者、ボランティア、有識者等と連携するとともに、庁内においてはふくし課、健康課、商工振興課、農業振興課とも連携し、町ホームページや広報誌への掲載を積極的に行う。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	2022年度の被保険者数は8,975人(平均)であり、2018年度の10,118人(平均)から年々減少している。
	年齢別被保険者構成割合	2022年度において、39歳以下が21.6%、40歳から64歳が30.9%、65歳から74歳が47.5%であり、県平均よりも64歳以下の割合が低く、65歳から74歳の割合が高い。
	その他	地区別においては、65歳から74歳の割合が高い地区は森岡地区(50.0%)と緒川新田地区(60.0%)である。また、39歳以下の割合が高い地区は石浜地区(28.0%)である。
前期計画等に係る考察		特定健康診査では、受診率は国や県よりも高い一方で減少傾向である。また、その中でも40代から50代の受診率が低いことが課題であると認識している。また、特定保健指導では特定保健指導の終了率は、愛知県を大きく上回っているが、保健指導の効果を高め、データヘルス計画でも共通指標となっている特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を減らしていくことも必要と考える。

事業 1		特定健康診査								
事業の目的		特定健診の受診率を向上させ、高齢世代の疾病の予防や早期治療につなげる。								
事業の概要		特定健康診査の受診は、各年度に1人1回とし、次のように実施。 (1) 受診券の交付 ア 受診対象者に、「特定健康診査受診券（以下「受診券」という）」を交付する。 イ 受診の際には、この「受診券」と「被保険者証」で受診資格の確認を行う。 (2) 実施項目 別紙1（27ページ）のとおりに								
対象者		実施年度4月1日現在の東浦町国民健康保険加入者のうち、その年度中に40歳から74歳となる加入者（以下「受診対象者」という）を対象に実施。ただし、勤務先での健診など、特定健康診査と同様の内容の健診（事業主健診など）を別の機会に受診できる人は、その健診結果を東浦町に提出することで、特定健康診査の受診に変えることができることとする。								
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
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	法定報告	22.8%	22.5%	22.0%	21.7%	21.4%	21.2%	21.0%
	2	メタボリックシンドローム予備群者割合	法定報告	12.2%	12.0%	12.0%	11.8%	11.8%	11.6%	11.6%
	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	特定健診実施率	法定報告	50.4%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
	2	特定健診受診者数	法定報告	3,342人	3,447人	3,580人	3,713人	3,846人	3,978人	3,978人
	3	40歳から64歳受診率	法定報告	32.6%	33.0%	33.0%	33.5%	33.5%	34.0%	34.0%
プロセス（方法）	周知		対象者には受診券と健診実施医療機関一覧を送付する。健診実施機関や公共施設に啓発ポスターを掲示する。町ホームページや広報誌に健診についての記事を掲載する。健診に関する回覧を実施する。保険証などの手続き時に啓発リーフレットを配布する。							
	勧奨		未受診者へはがきでの受診勧奨を実施する。（勧奨対象者は実施年度によって検討し、実施する。）							
	実施および実施後の支援	実施形態	個別健診を実施する。（町内医療機関）							
		実施場所	ア 特定健康診査の実施は、知多郡医師会（以下「医師会」という）に委託し、医師会加入の町内医療機関のうち、厚生労働省の告示で定められた委託基準を満たした医療機関（以下「健診実施機関」という。）で実施する。 イ 健診実施機関一覧の名簿は、受診対象者に「受診券」とともに送付する他、町ホームページや広報誌に掲載する。							
		時期期間	毎年6月から8月までの間を基本とし、委託先との協議の上で決定する。							
		データ取得								
		結果提供	保健指導非該当者：健診実施1か月後に健診結果を実施医療機関より対面で返却・結果説明する。 保健指導対象者：健診実施1か月後に保健センターより案内を送付する。動機づけ支援対象者の場合、保健センターで対面で返却・結果の説明する。（集団にて実施。）積極的支援対象者の場合、保健センターで対面で返却・結果の説明する。（個別にて実施。）							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		各種健康指導教室の案内の配布。自身が何の数値で保健指導の対象になっているかをわかるような形で結果の説明と案内の送付を行っている。							

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康課、国保の新規加入者への周知は保険医療課にて実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会及び東浦町医師団に委託する。
	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	各種教室や地区健康講話の際に特定健診の周知や受診勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	医療機関からの健診受診勧奨の実施する。

事業 2		特定保健指導
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、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。	
事業の概要	特定保健指導を実施する。	
対象者	特定健康診査の結果から、別紙2（27ページ）の表のとおり選定する。ただし、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものは、保健指導の対象者から除く。（別紙2のとおり）	

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導者の減少率	法定報告	23.0%	23.0%	24.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%
	2	特定保健指導対象者減少率	法定報告	20.1%	20.1%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%

	No	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告	67.7%	68.0%	68.0%	68.5%	68.5%	69.0%	69.0%
	2	特定保健指導実施者数	法定報告	226人	227人	227人	229人	229人	230人	230人

プロセス（方法）	周知	町対象者には案内を送付する。医療機関、公共施設等にポスターを掲示する。								
	勧奨	勧奨ハガキを送付する。								
	実施および実施後の支援	初回面接	健診結果返却の際に初回面接を実施する。（動機づけ支援：集団で実施。積極的支援：個別で実施。）							
		実施場所	東浦町保健センター							
		実施内容	（１）積極的支援（保健センターが直接実施） 初回面接は、個別支援面接を実施し、保健師や管理栄養士が本人と相談しながら、生活習慣改善の支援計画を立てる。以降は、電話・面接等で支援計画実施状況を確認する。約３ヵ月後に実践成果を、電話・面接・訪問で確認する。 （２）動機付け支援（委託実施） 初回面接をグループ支援で実施し、生活習慣改善の支援計画を立て、約３ヵ月後に電話等で実践結果を確認する。委託実施日に日程の都合などで参加出来なかった場合は、個別で保健センターで実施する。							
		時期期間	初回面接：７月～10月中に実施する。 最終評価を年度末までに実施する。							
		実施後のフォロー・継続支援	健康教室への勧奨を行う。							
		その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	特定健診の結果返却と初回面接の一括実施を行う。							

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	特定保健指導動機づけ支援（集団）を外部委託事業者にて実施する。
	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)	集団支援と個別支援を両方用いて実施する。

別紙1：特定健康診査実施項目

健診項目	
診察	問診
	身長
	体重
	BMI
	腹囲
	理化学的所見（身体測定）
	血圧
血中脂質検査	中性脂肪、HDL-コレステロール、LDLコレステロール
肝機能	AST、ALT、 γ -GT
血糖検査	ヘモグロビンA1c、空腹時血糖
貧血検査	ハマトクリット値、血色素量測定、赤血球数
腎機能検査	クレアチニン
尿酸検査	尿酸
心電図検査	12誘導心電図
尿検査	尿蛋白、尿糖、尿潜血
眼底検査※	眼底撮影

※ 眼底検査は、前年の健診結果等において一定の基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者について選択的に実施する。また、健診項目については、必要に応じて見直しを行う。

別紙2：特定保健指導対象者選定表

腹 囲	追加リスク	喫煙歴	対 象	
	① 血糖 ② 脂質 ③ 血圧		40～64歳	65～74歳
$\geq 85\text{cm}$ （男性） $\geq 90\text{cm}$ （女性）	2つ以上該当		積極的支援	動機付け
	1つ該当	あり		支援
		なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		積極的支援	動機付け
	2つ該当	あり		支援
		なし		
	1つ該当			

図1 平均余命と平均自立期間

(出典：KDB〔地域の全体像の把握〕)

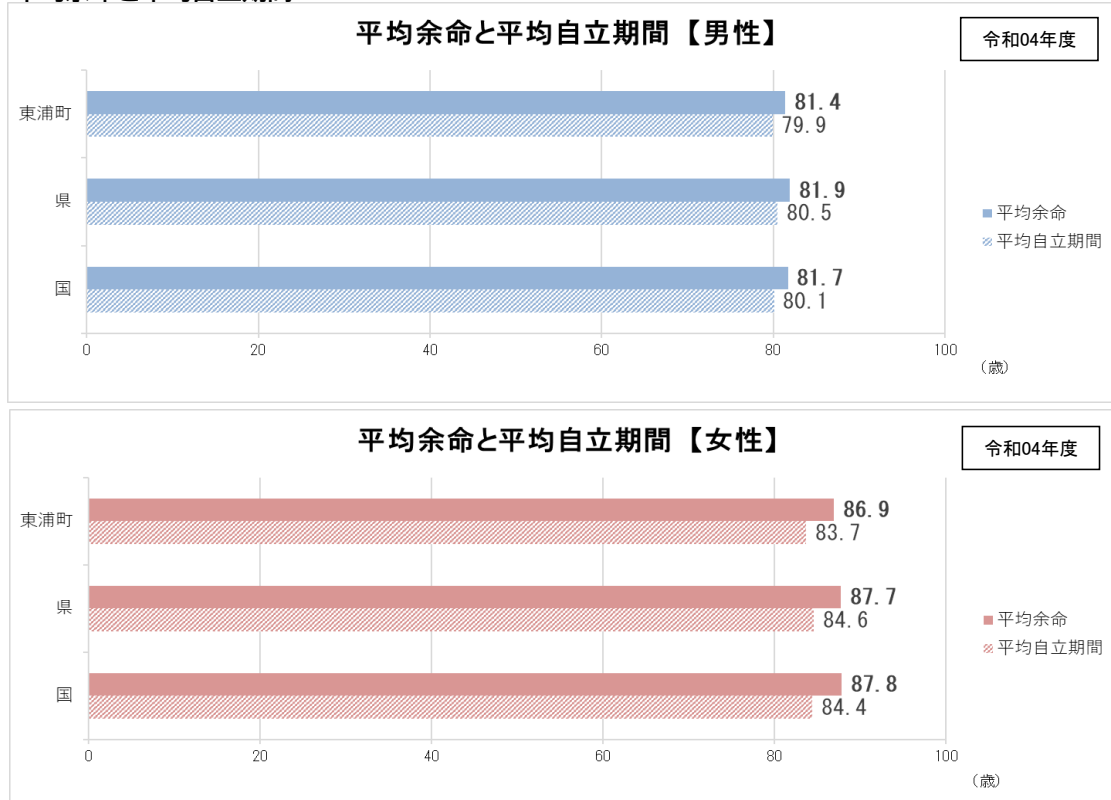


図2 死因別標準化死亡比経験的バイズ推定値

(出典：愛知県衛生研究所)

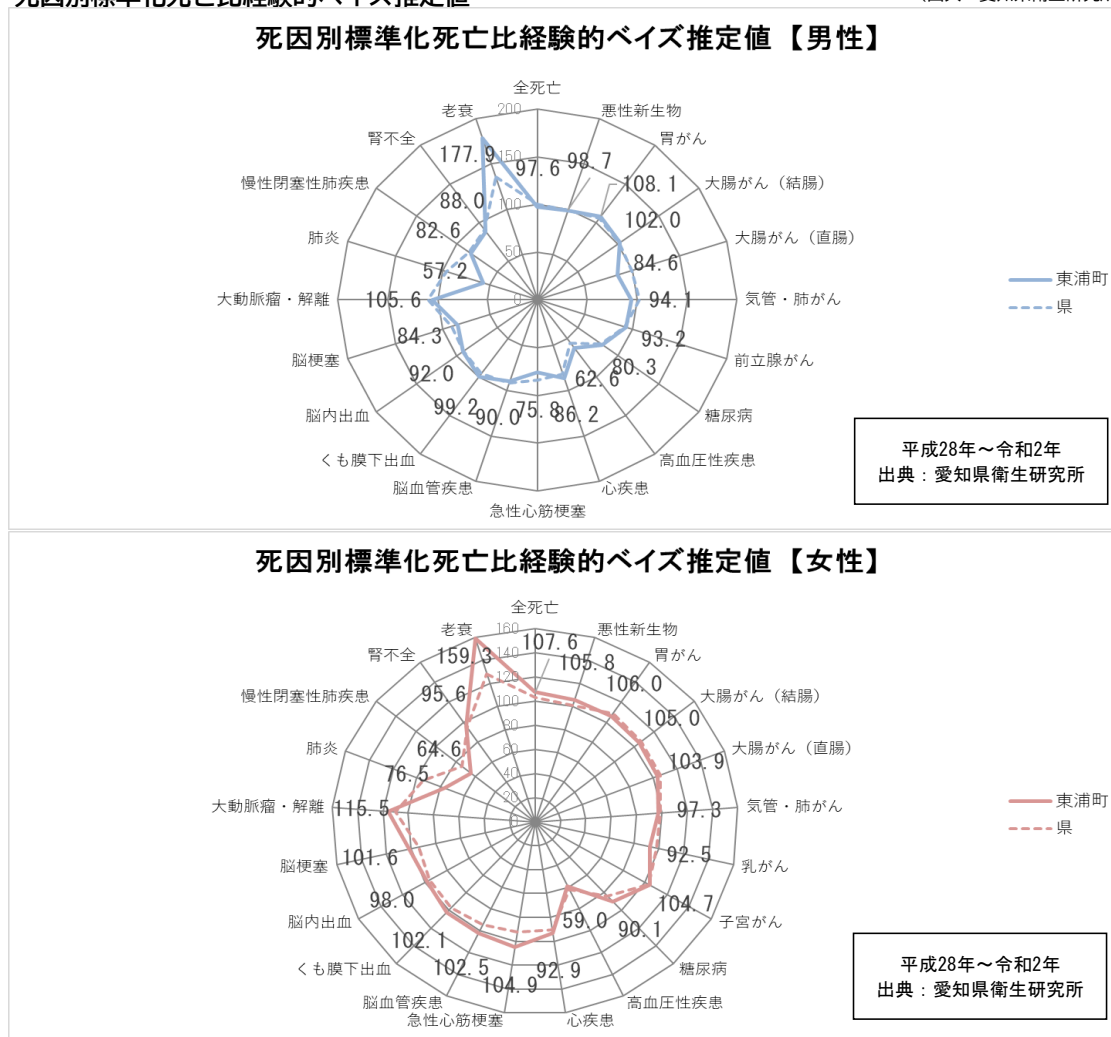


図3 総医療費と生活習慣病総医療費の推移

(出典：KDB〔医療費の状況、疾病別医療費分析（生活習慣病）〕)

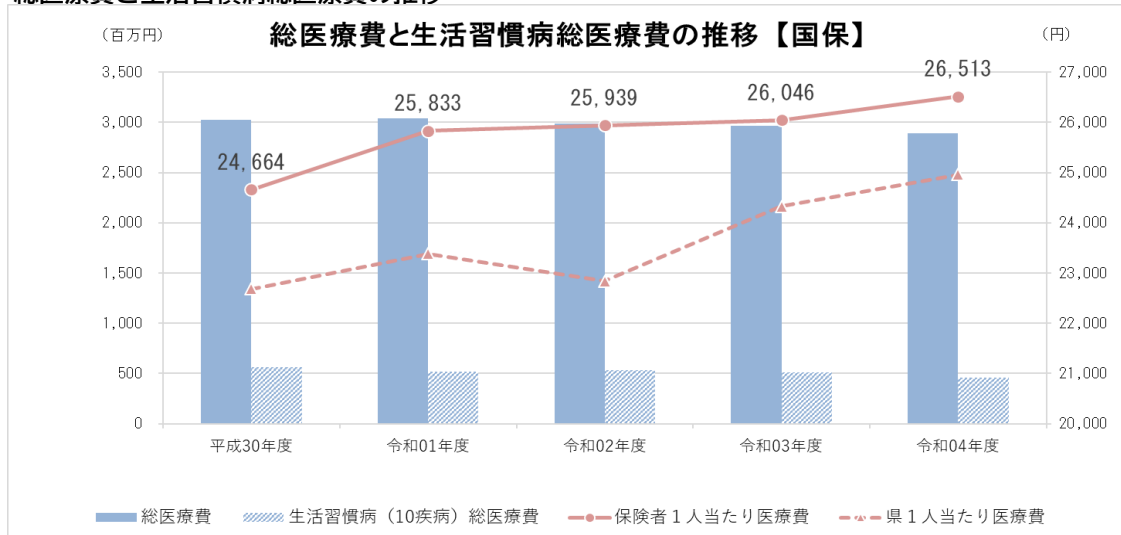


図4 被保険者1人当たり医療費

(出典：KDB〔健康スコアリング（医療）〕)

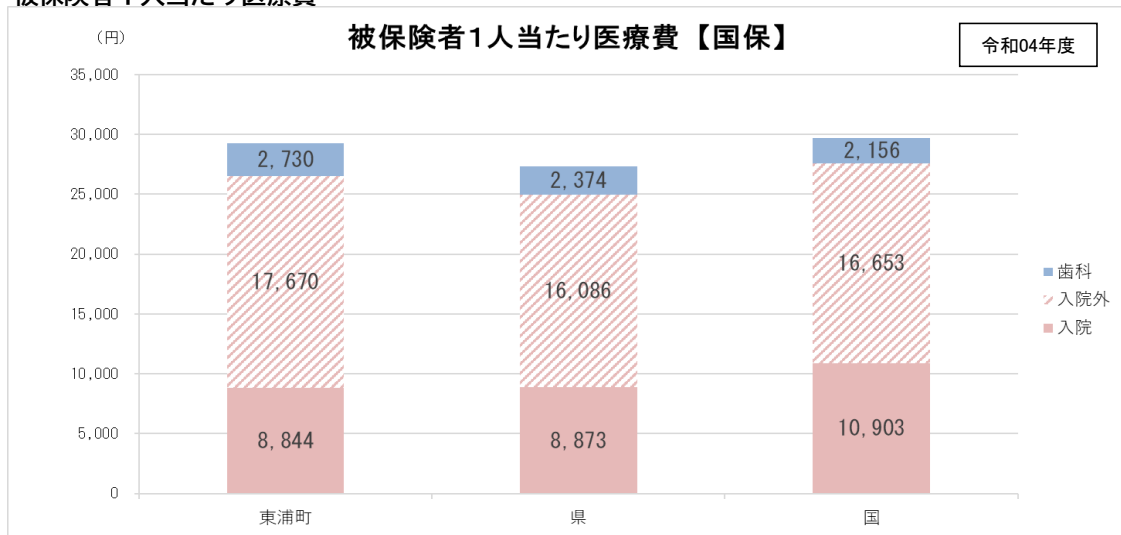


図5 年齢階級別1人当たり医療費

(出典：KDB〔医療費の状況〕)

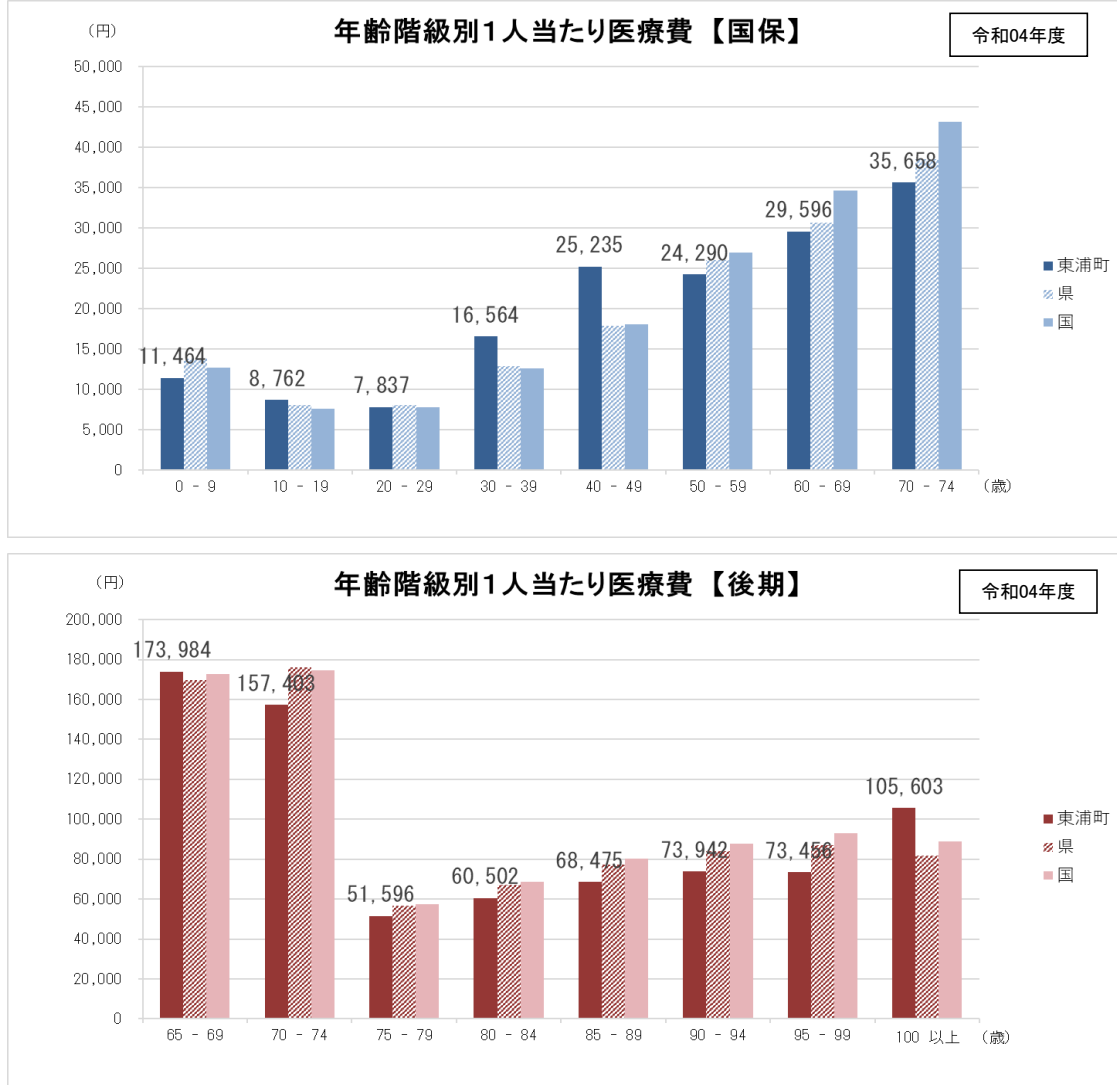
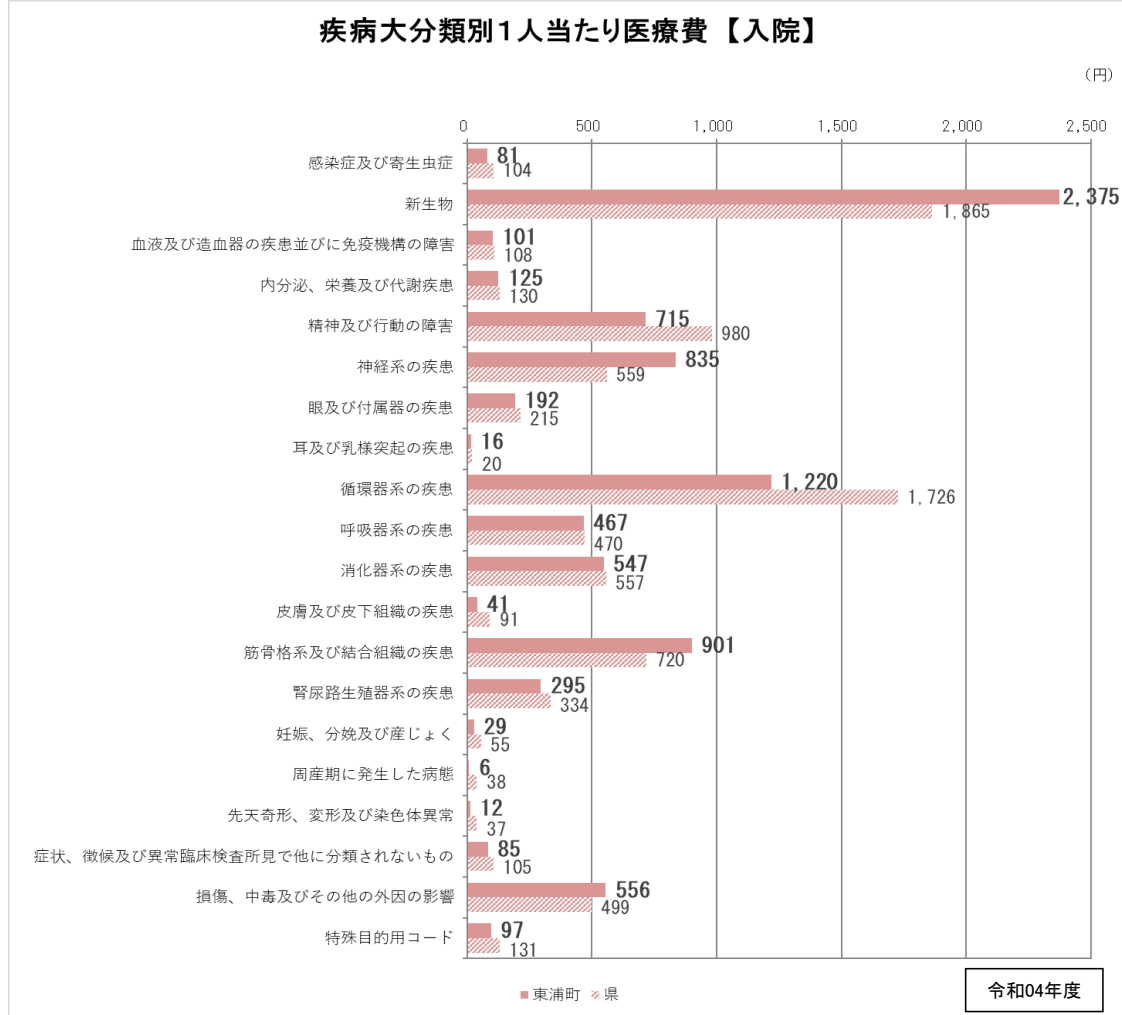


図6 疾病大分類別1人当たり医療費

(出典：KDB〔疾病別医療費分析（大分類）〕)



疾病大分類別1人当たり医療費【入院外】

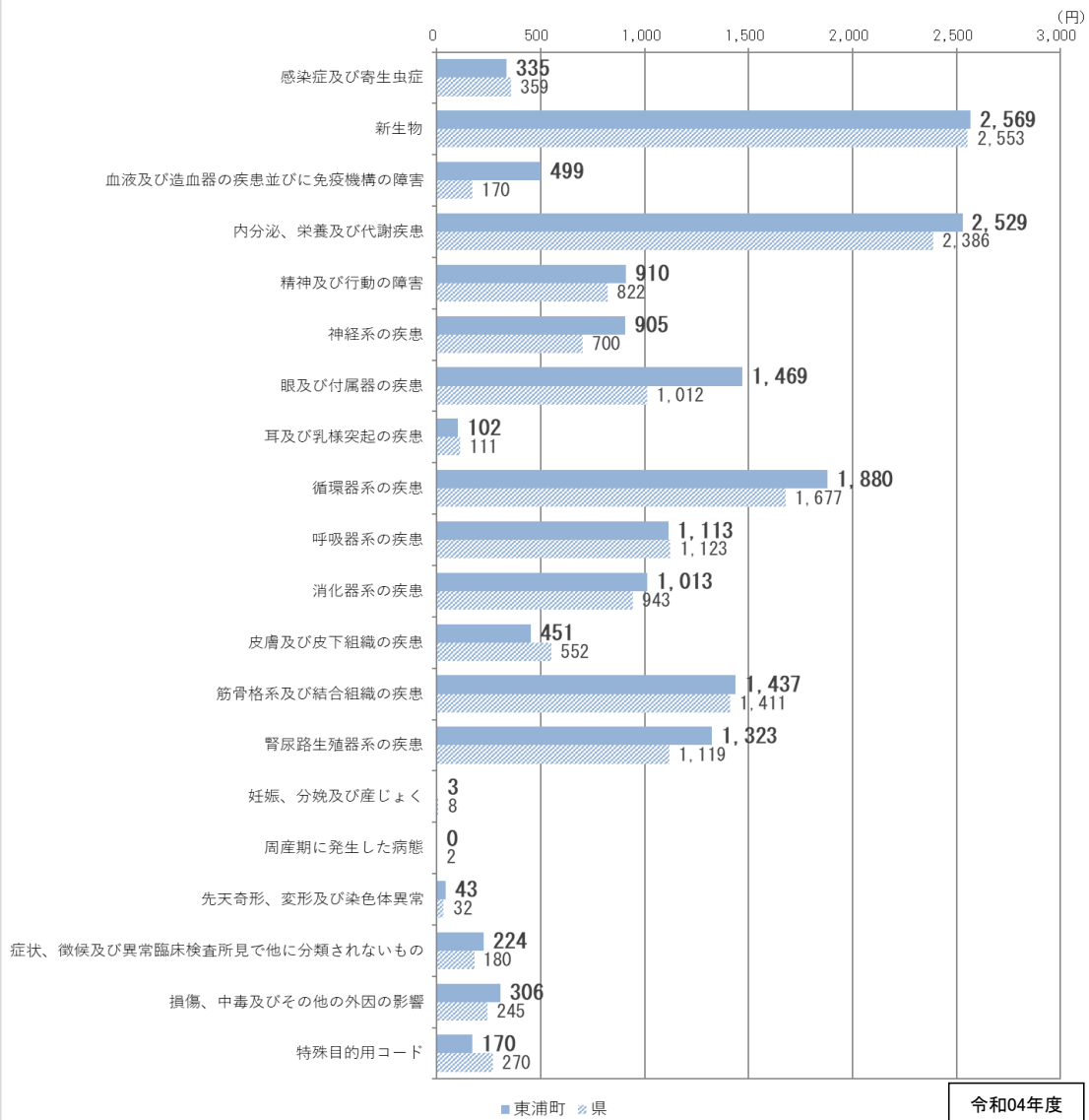


図7 疾病中分類別1人当たり医療費

(出典：KDB〔疾病別医療費分析(中分類)〕)

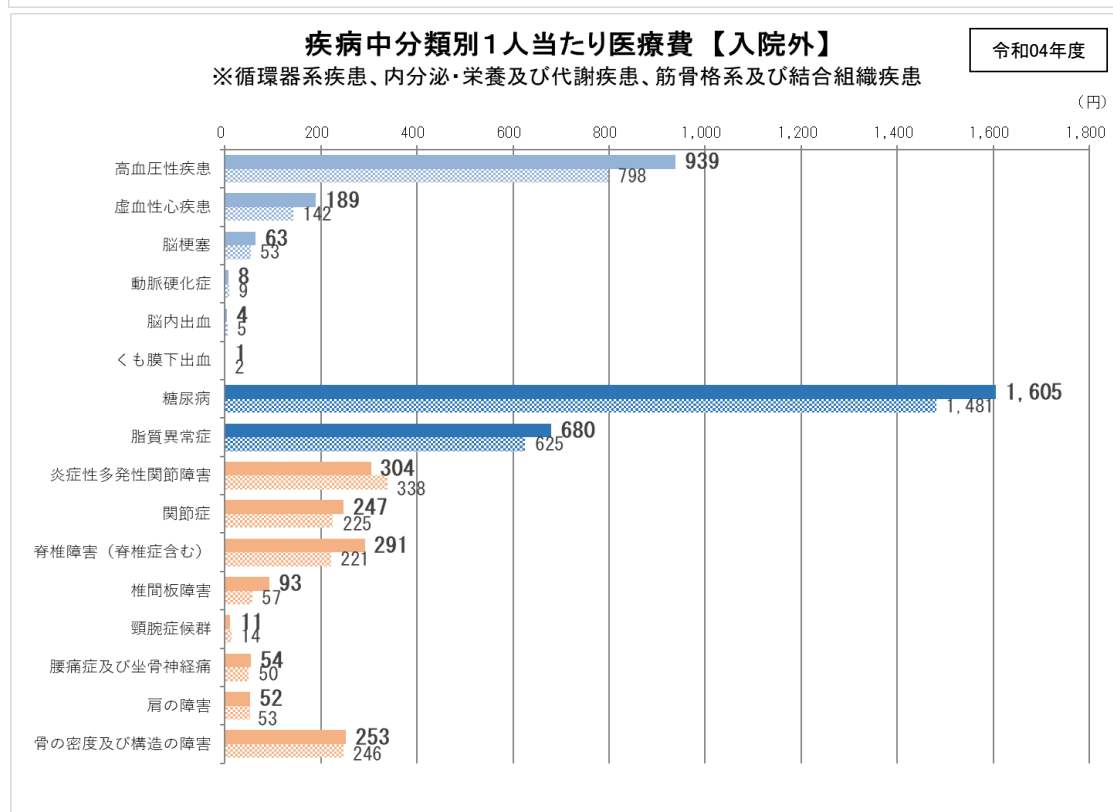
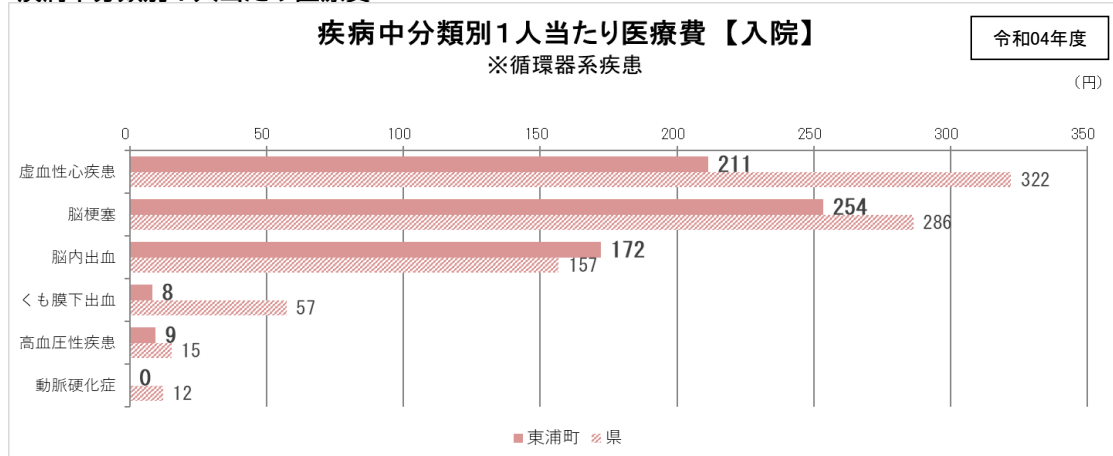


図8 主要がん1人当たり医療費

(出典：KDB〔疾病別医療費分析（細小分類）〕)

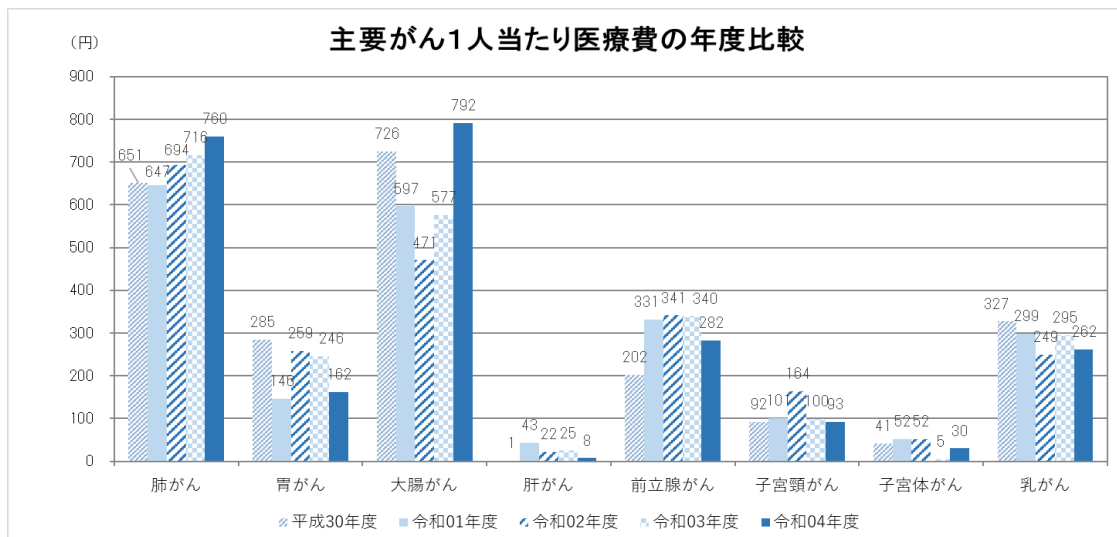
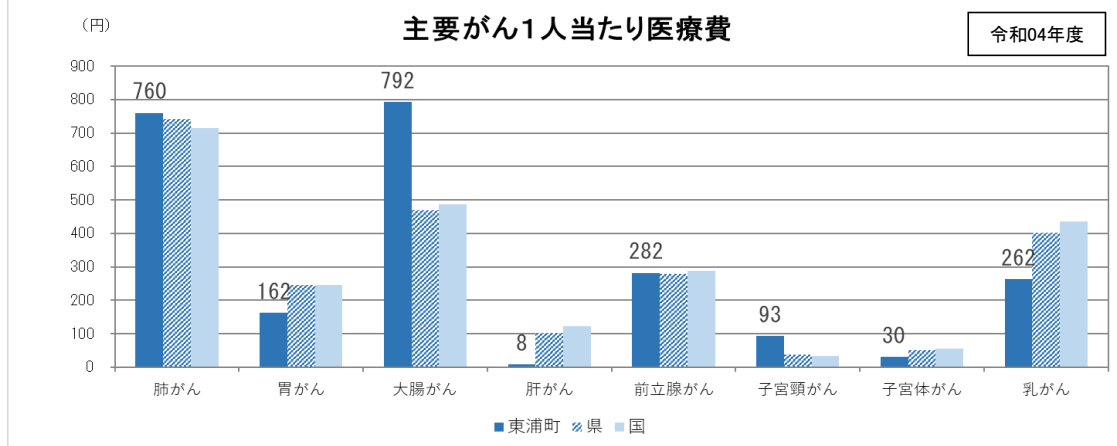


図9 後発医薬品の普及状況

(出典：国保総合システム〔保険者別医薬品利用実態（国保一般）〕)

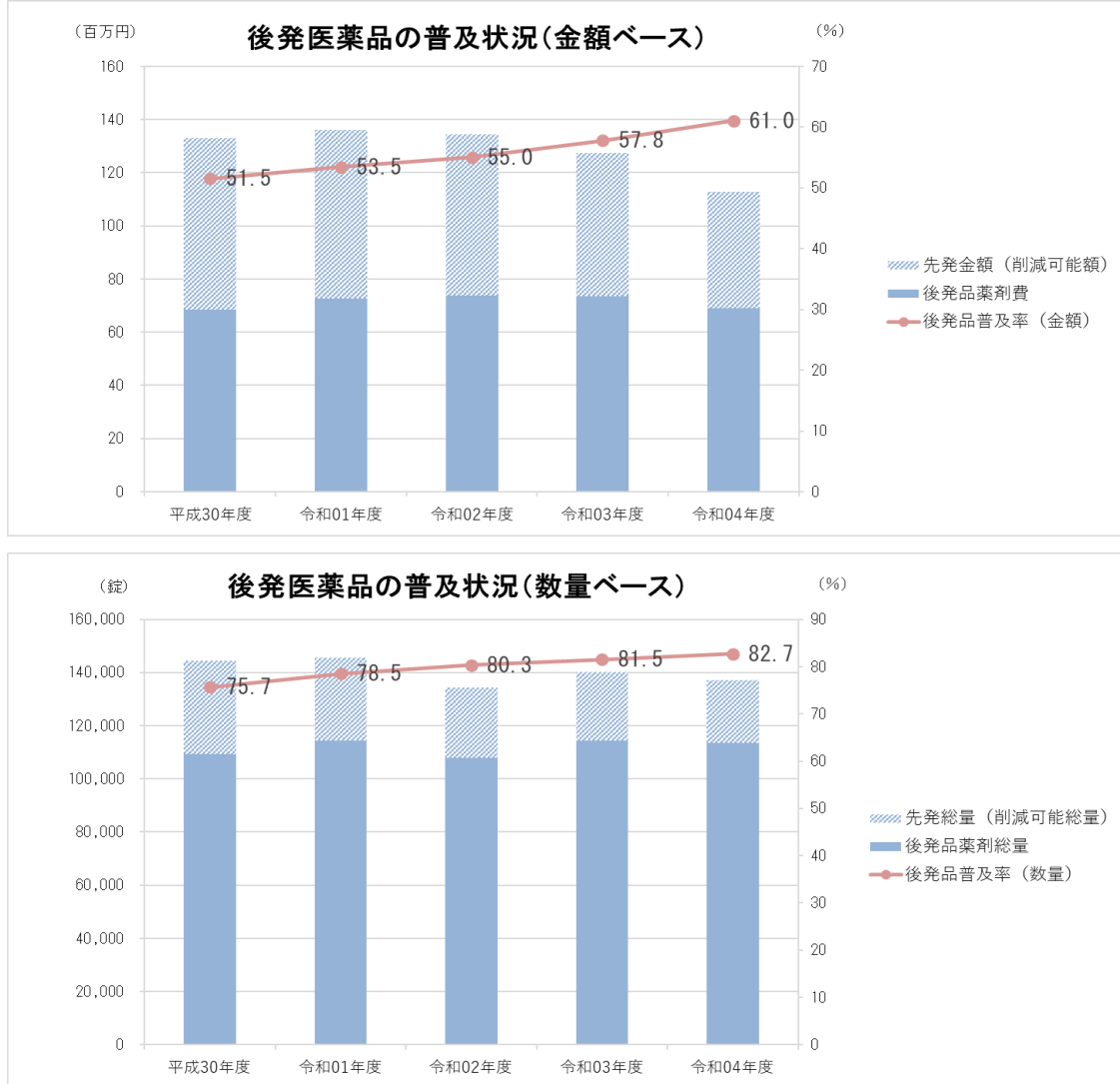


図10 重複投薬者数の推移

(出典：KDB〔被保険者台帳〕)

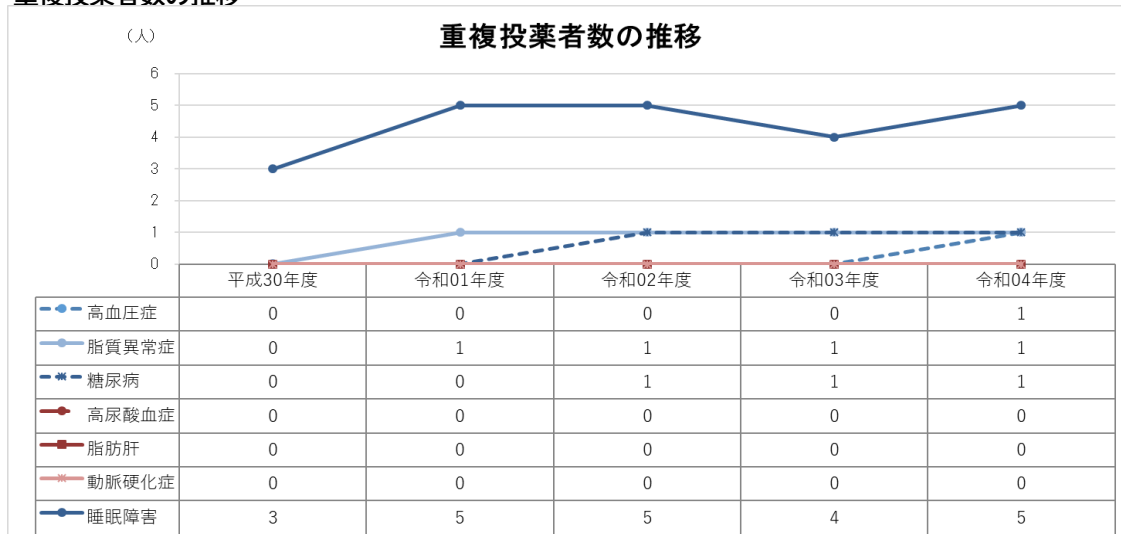


図11 特定健診受診者数・受診率の推移

(出典：法定報告)

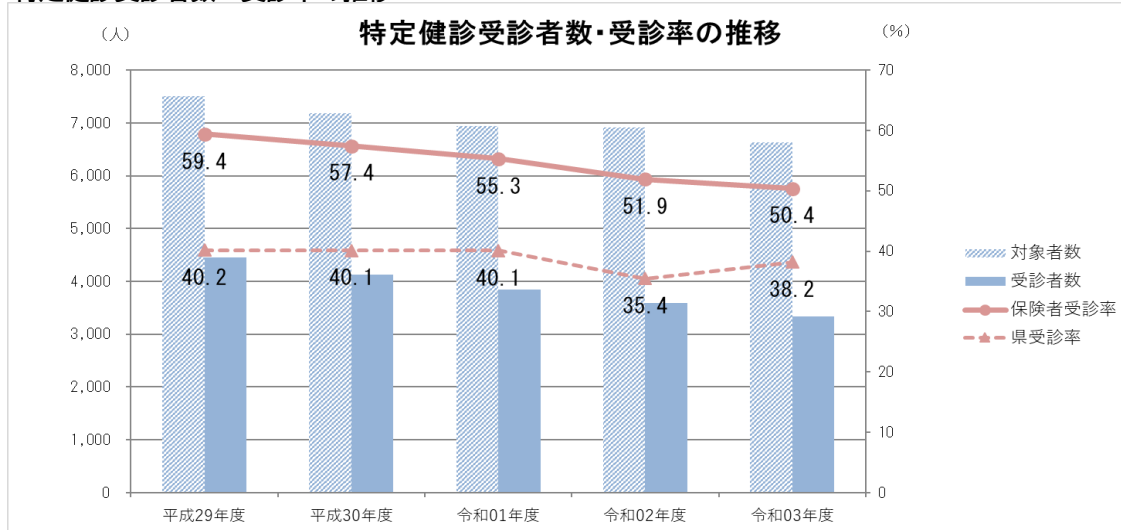


図12 性・年齢階級別特定健診受診率

(出典：KDB〔健診の状況〕)

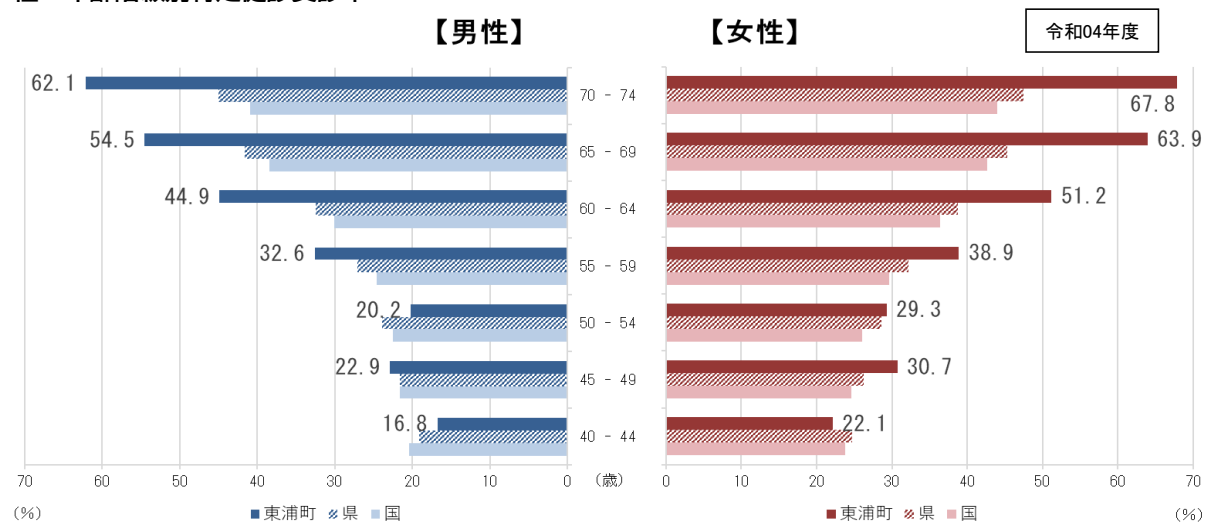


図13 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移

(出典：法定報告)

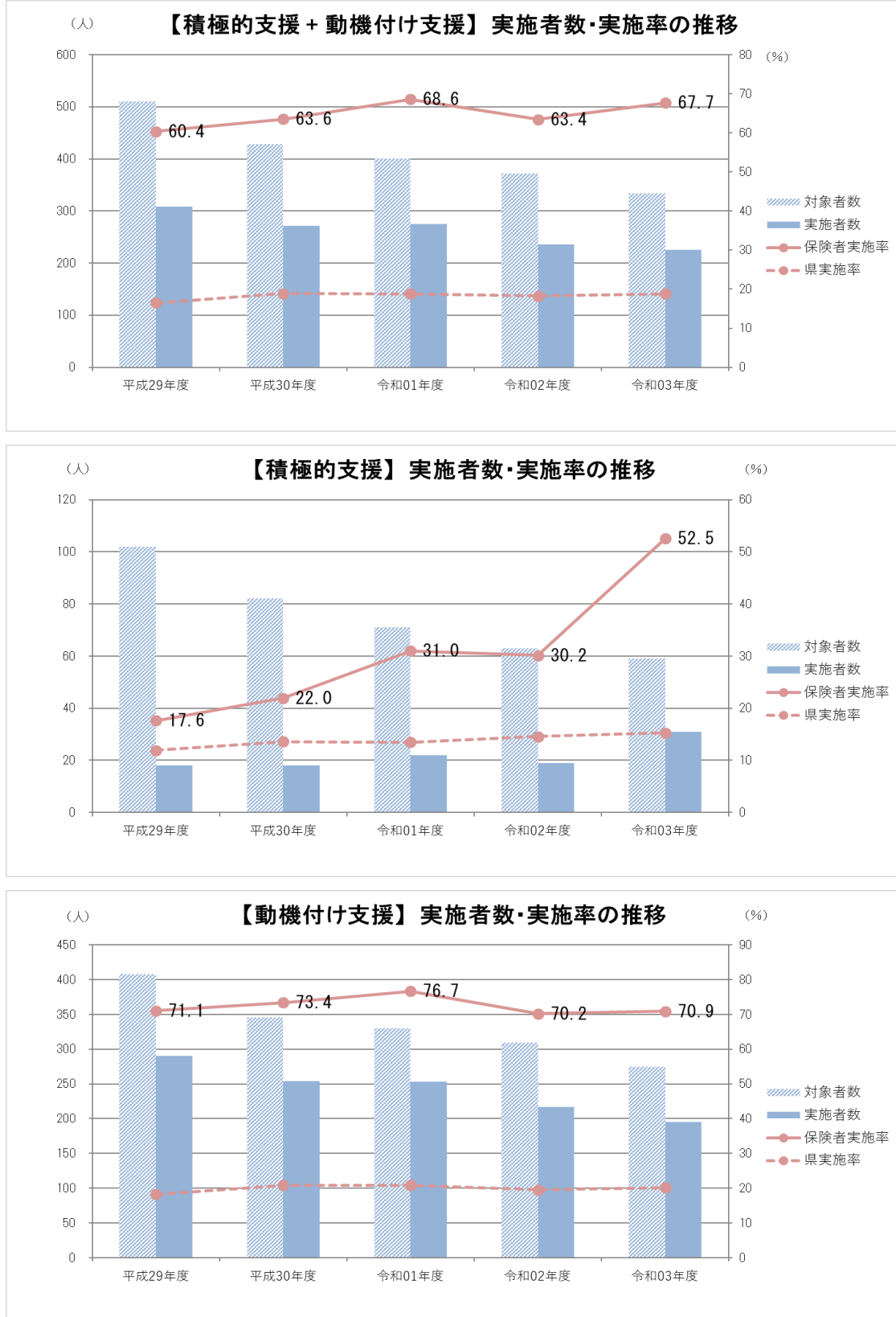


図14 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移

（出典：法定報告）

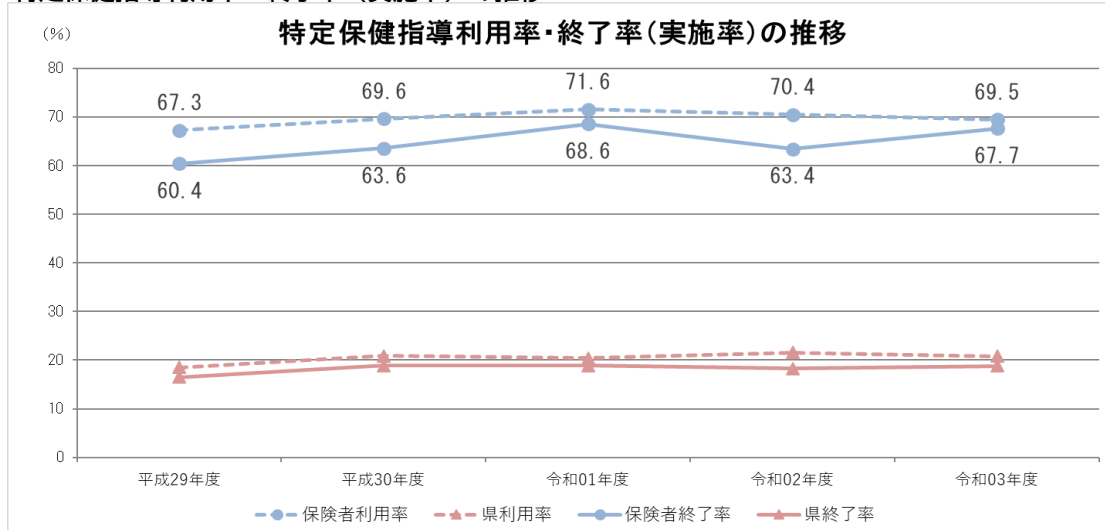


図15 特定保健指導対象者の減少率の推移

（出典：法定報告）

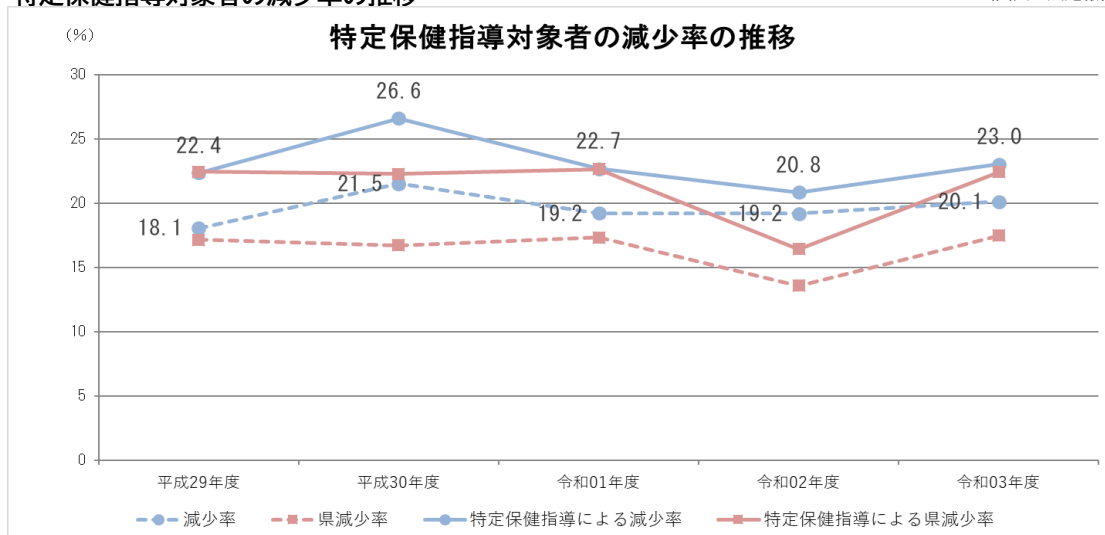


図16 特定健診有所見者割合

（出典：KDB〔厚生労働省様式（様式5-2）〕）

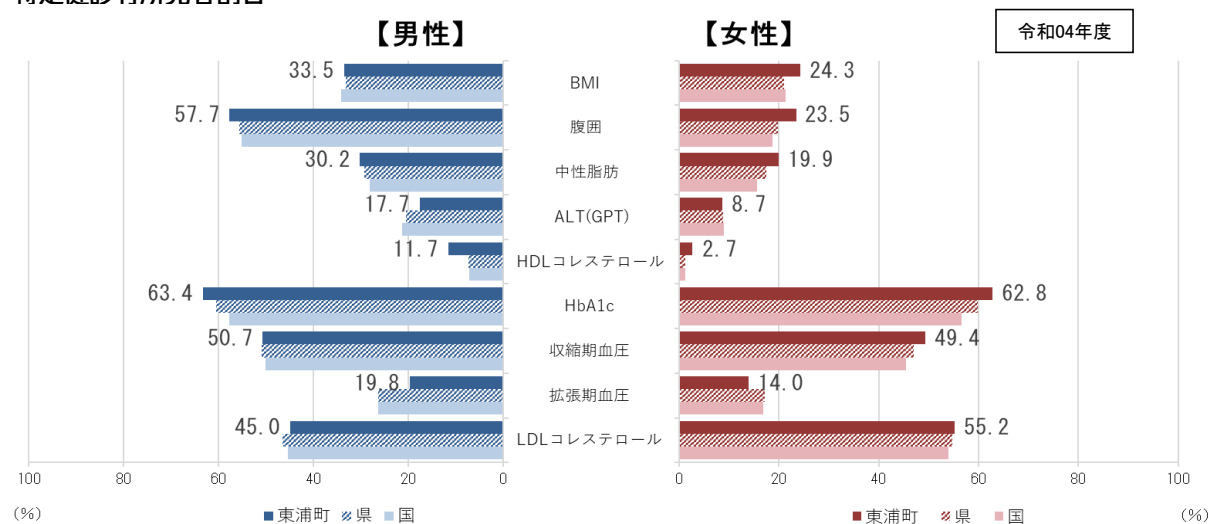


図17 メタボ該当者・予備群割合の推移

(出典：法定報告)

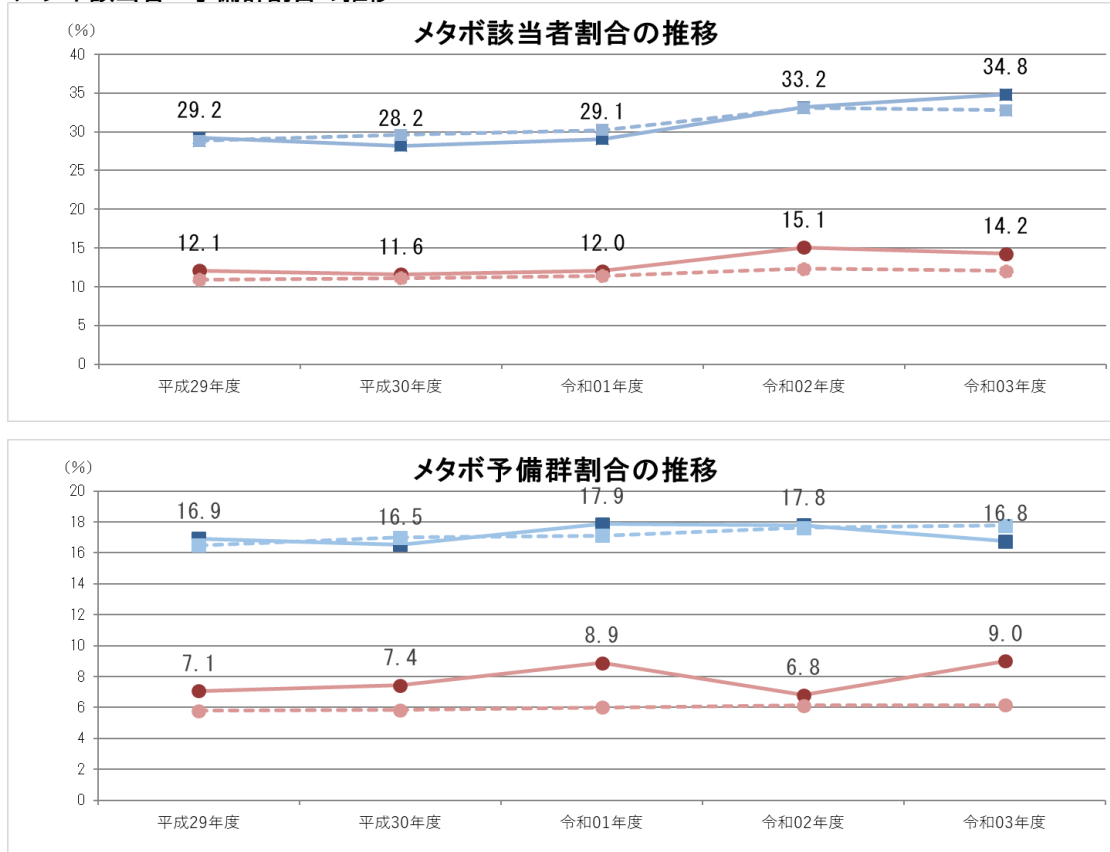


図18 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合

(出典：法定報告)

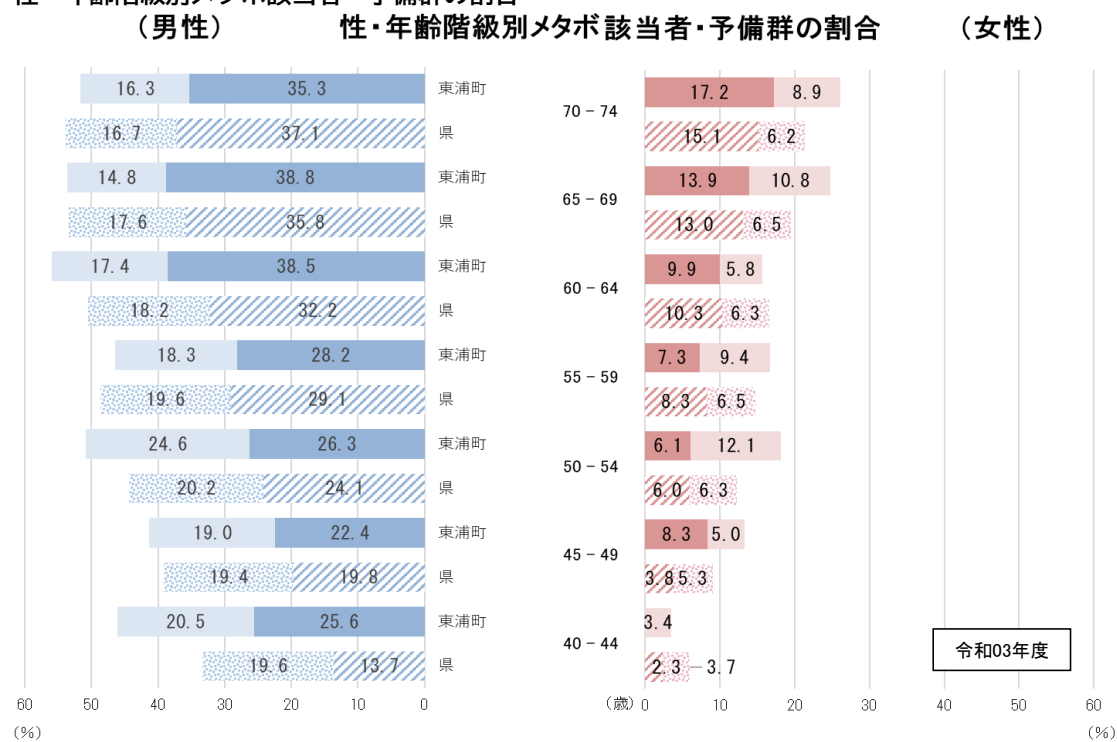


図 19 糖尿病性腎症病期別割合

(出典：KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕)

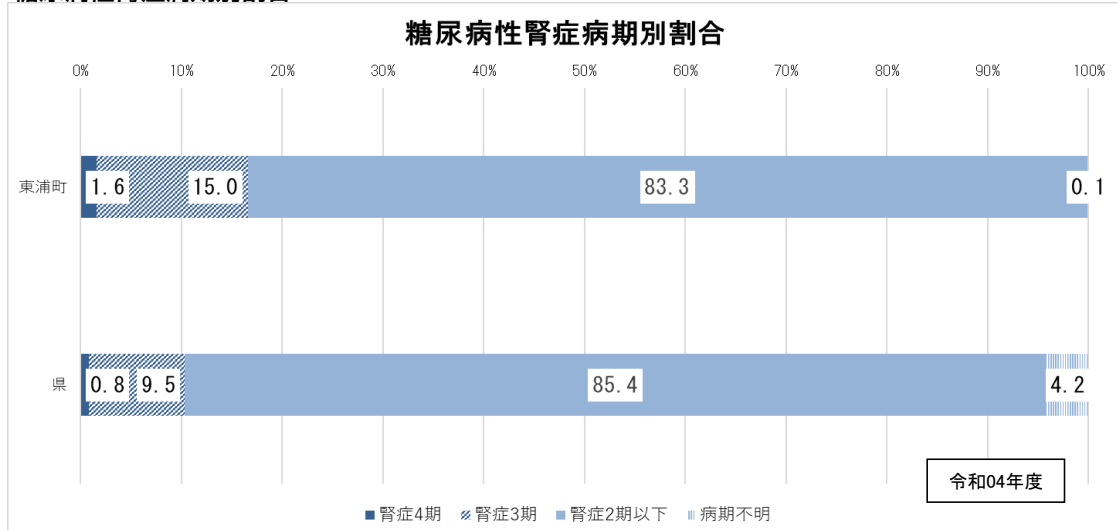


図 20 標準的な質問票の項目別回答者割合

(出典：KDB〔質問調査票の状況〕)

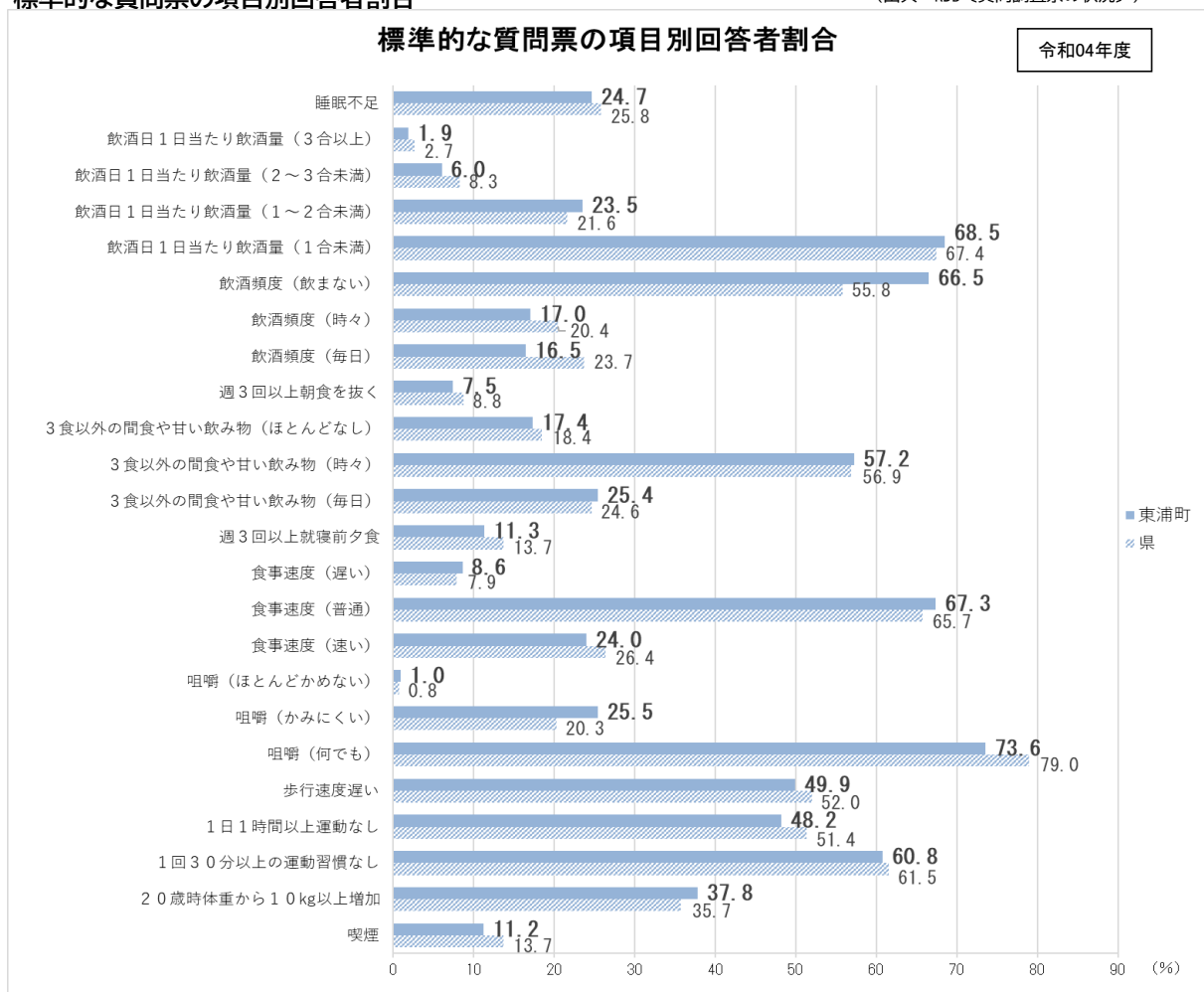


図2 1 治療有無別血圧区分別該当者数

(出典：KDB【介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）】)

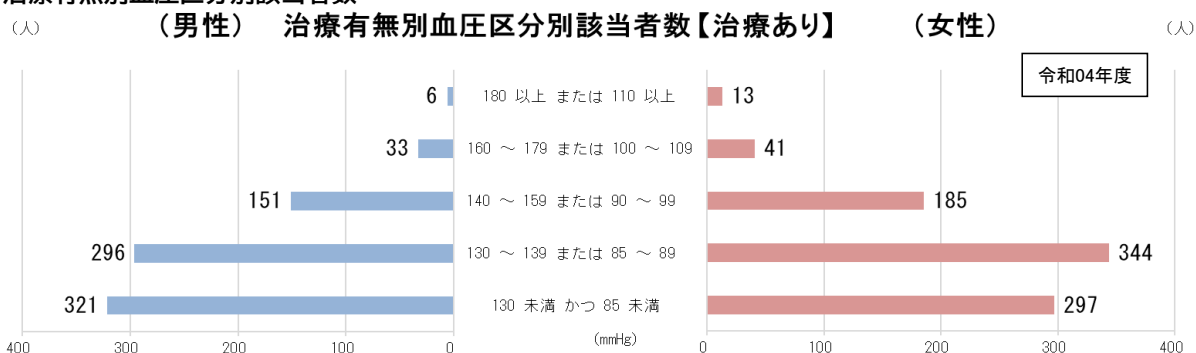


図2 2 治療有無別HbA1c区分別該当者数

(出典：KDB【介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）】)

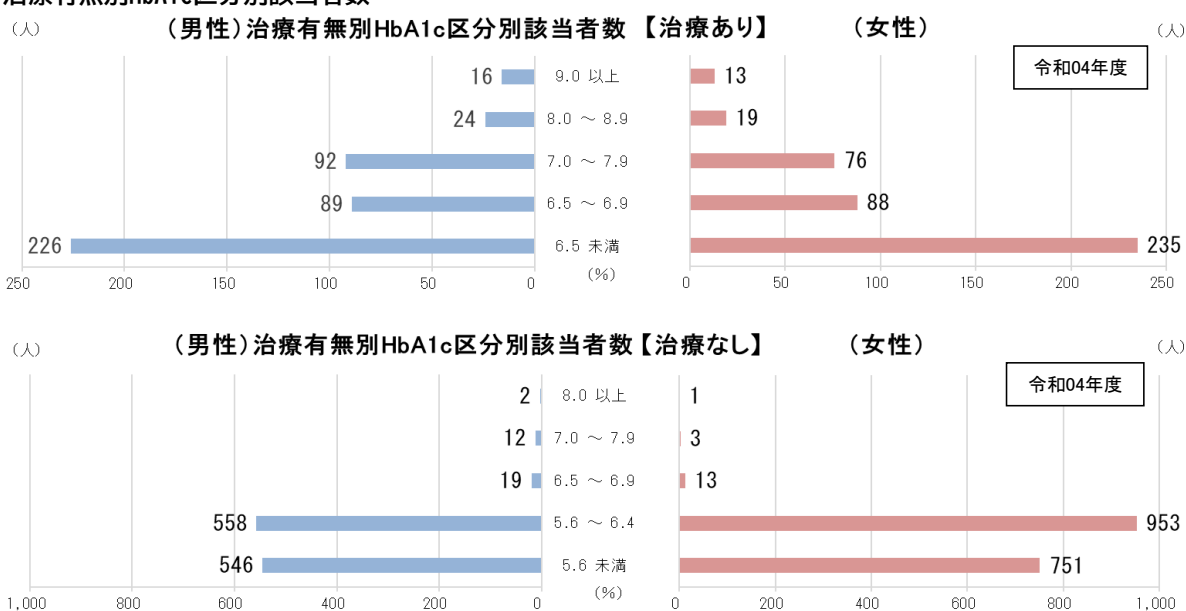


図2-3 治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数

(出典：KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕)

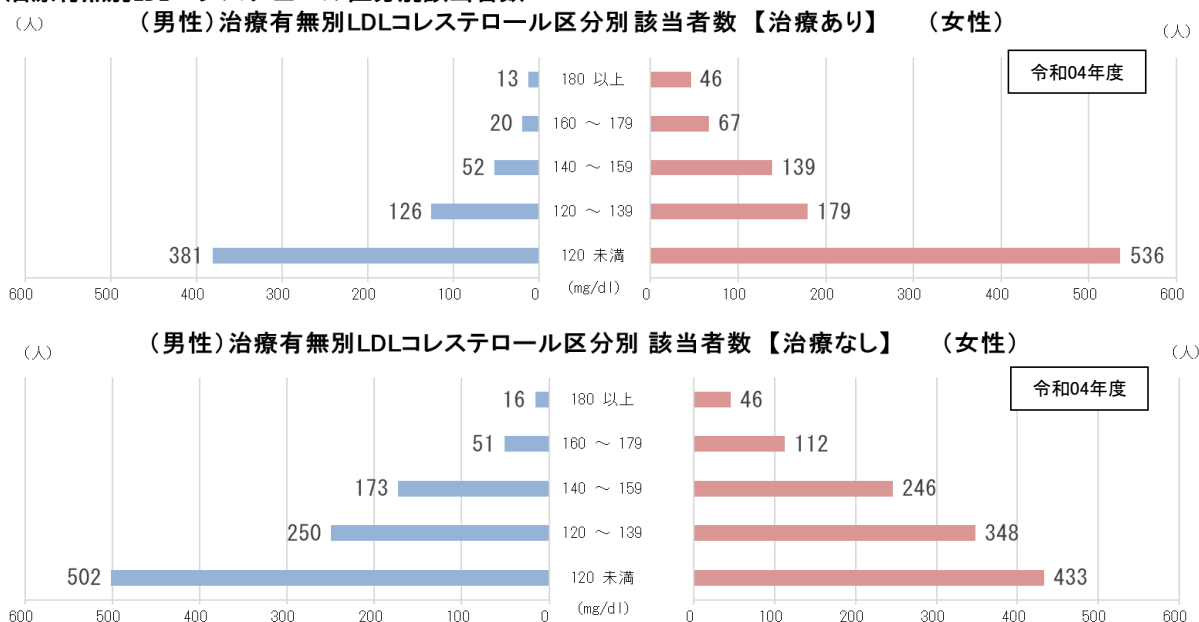


図2-4 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数

(出典：KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕)

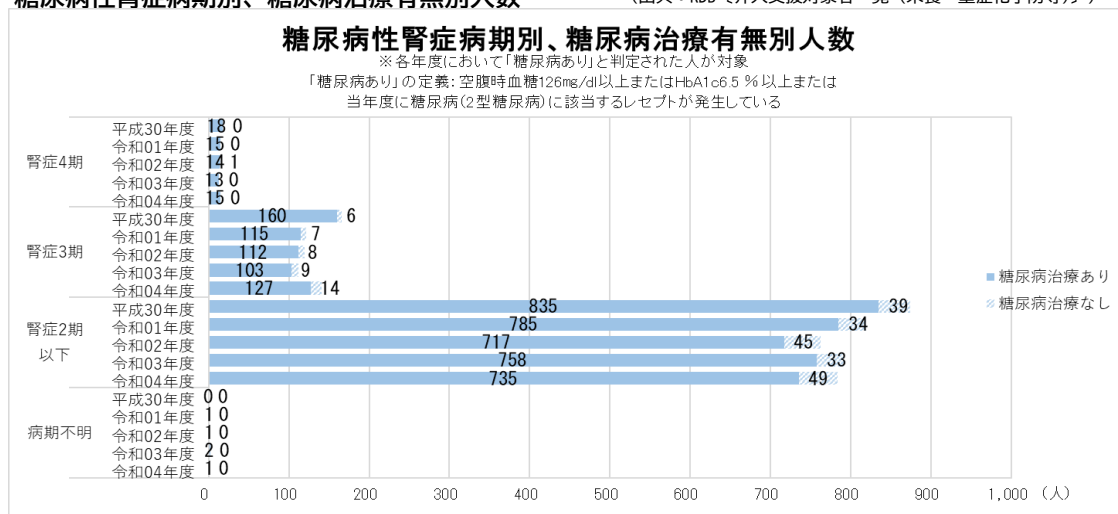


図25 要介護認定状況の推移

(出典：KDB〔要介護（支援）者認定状況〕)

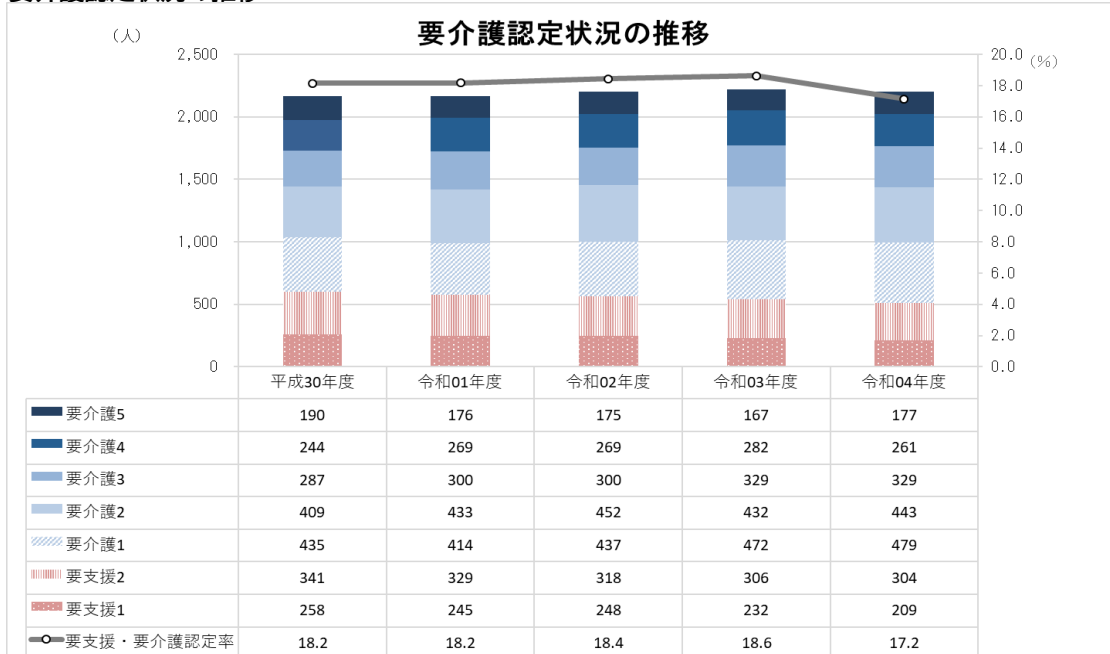


図26 要介護認定状況の割合

(出典：KDB〔要介護（支援）者認定状況〕)

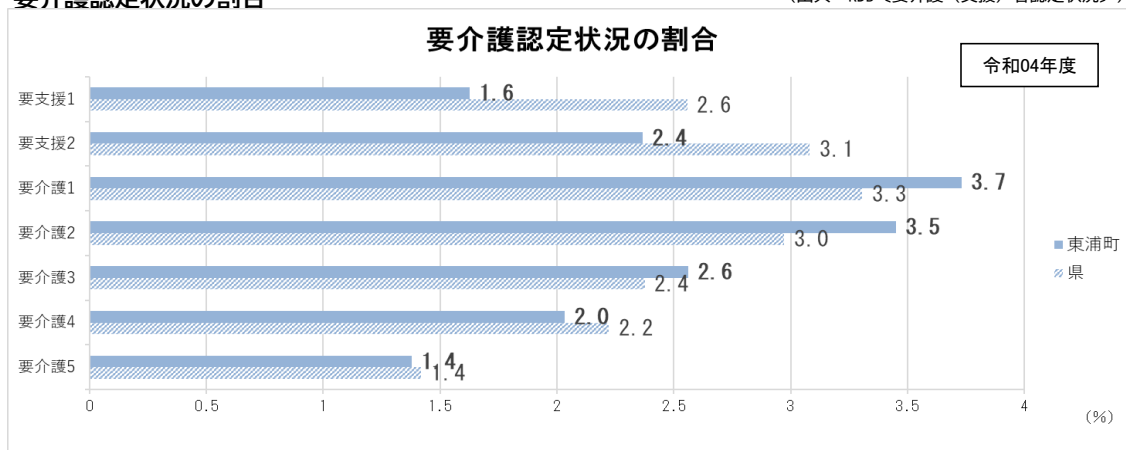


図2-7 糖尿病患者数の推移

(出典：KDB〔医療費分析（1）細小分類〕)

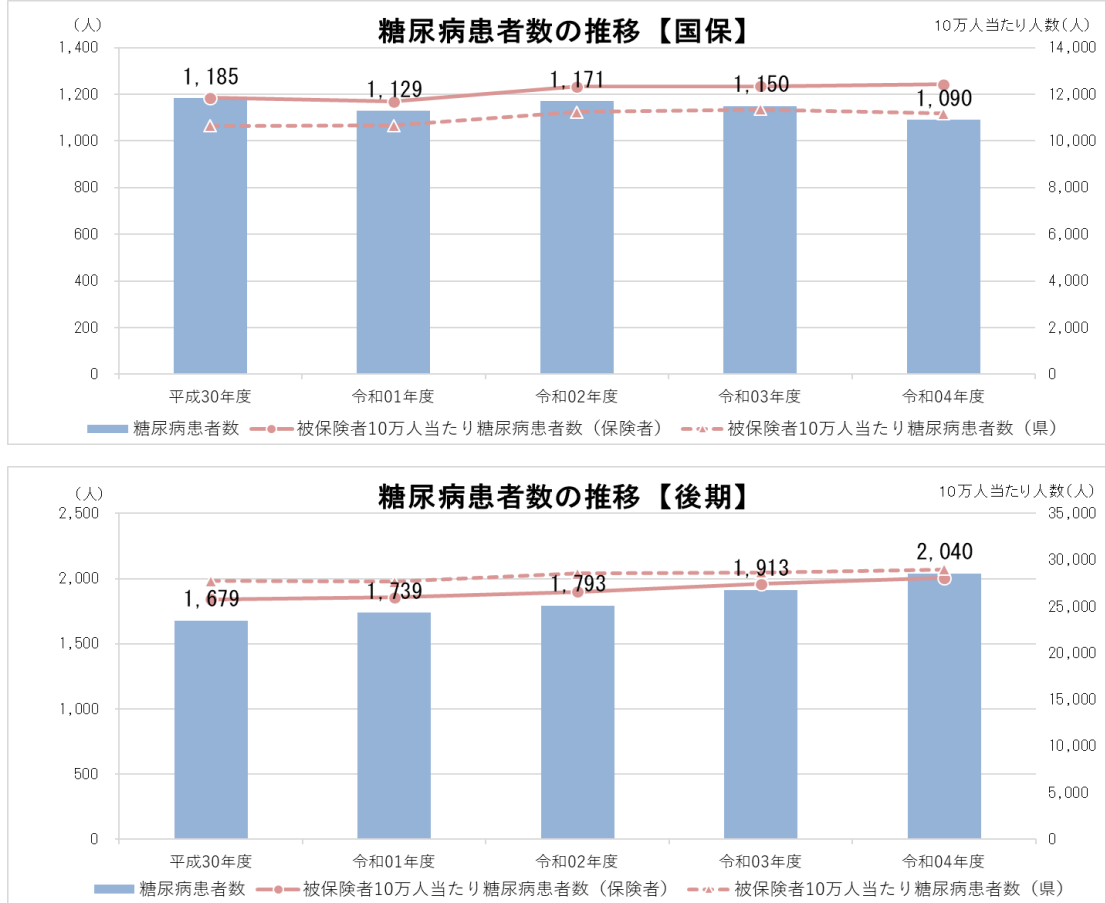


図28 人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移

(出典：KDB〔医療費分析（1）細小分類〕)

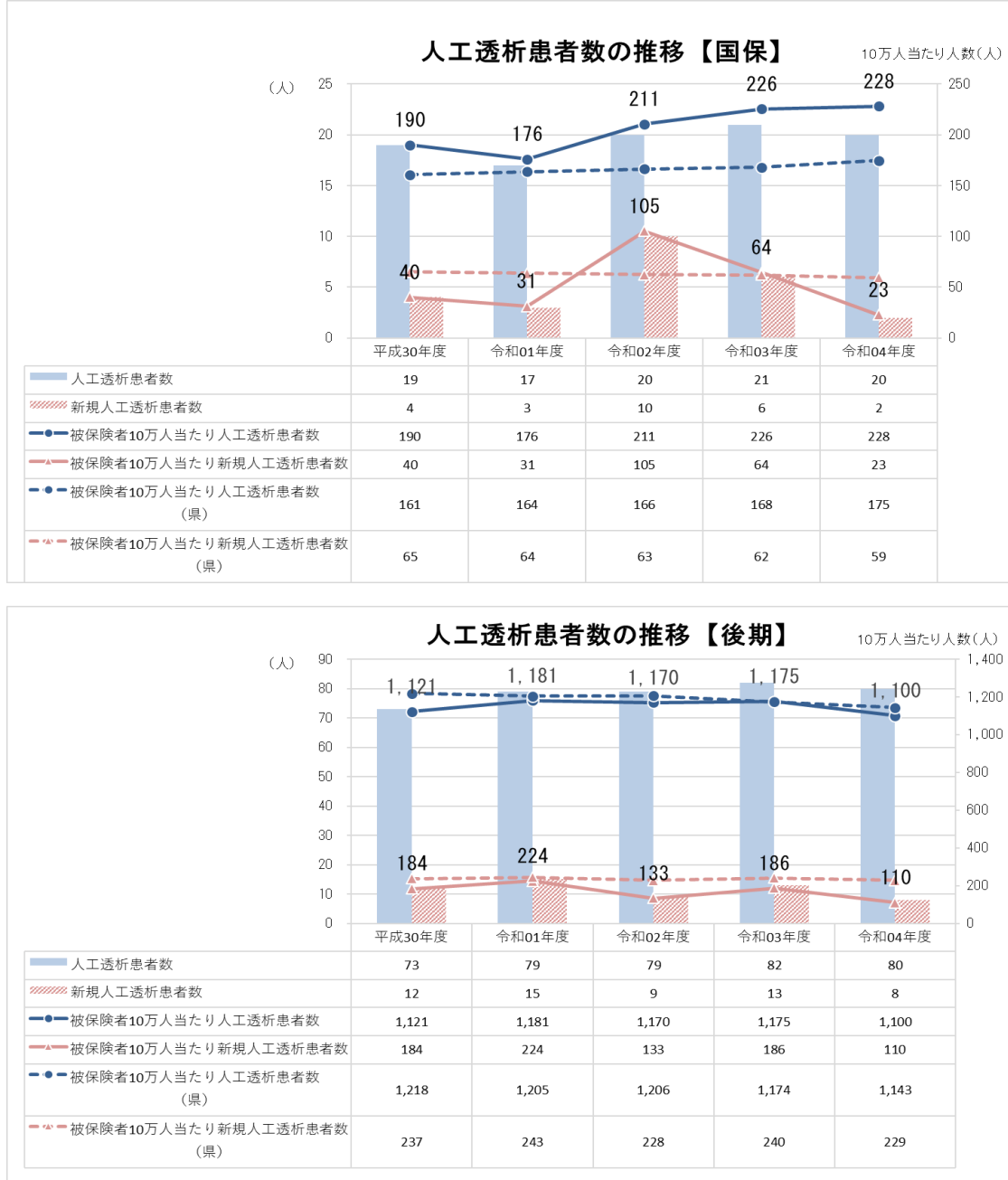


図2-9 がん検診受診率の推移

(出典：e-Stat〔地域保健・健康増進事業報告〕)

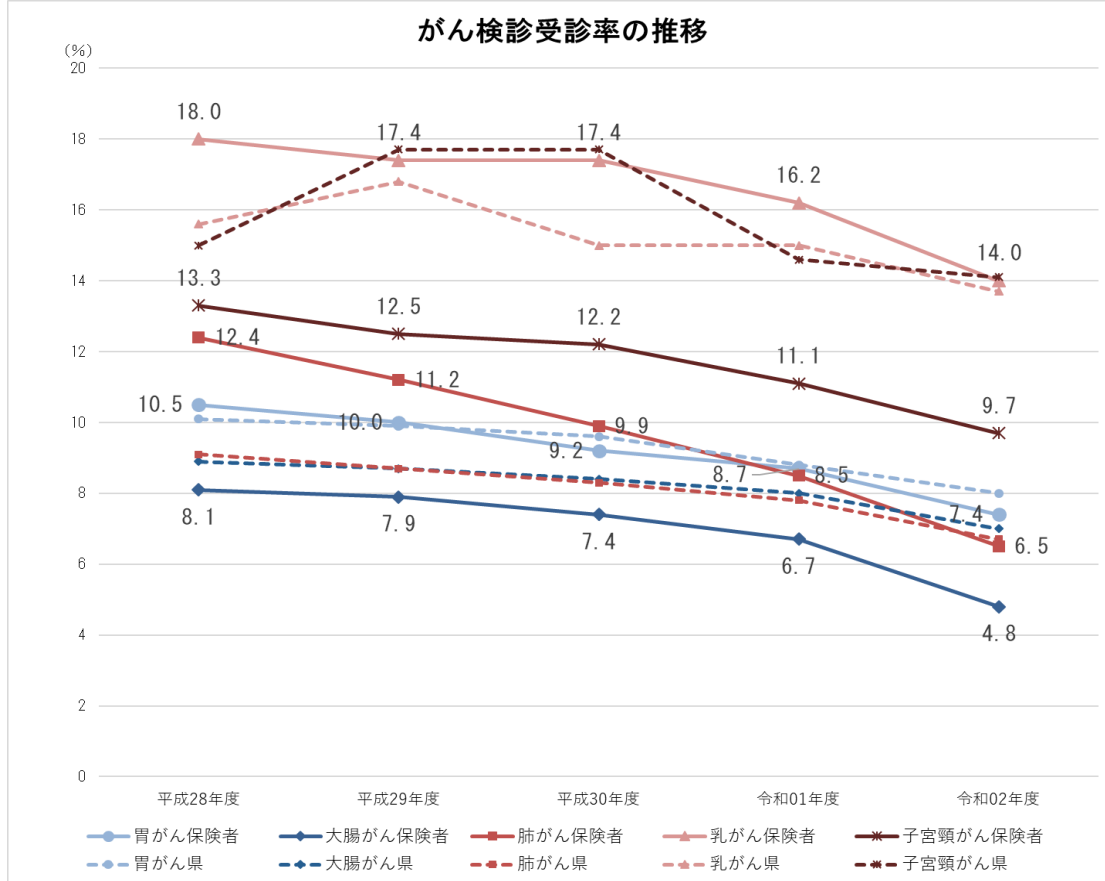
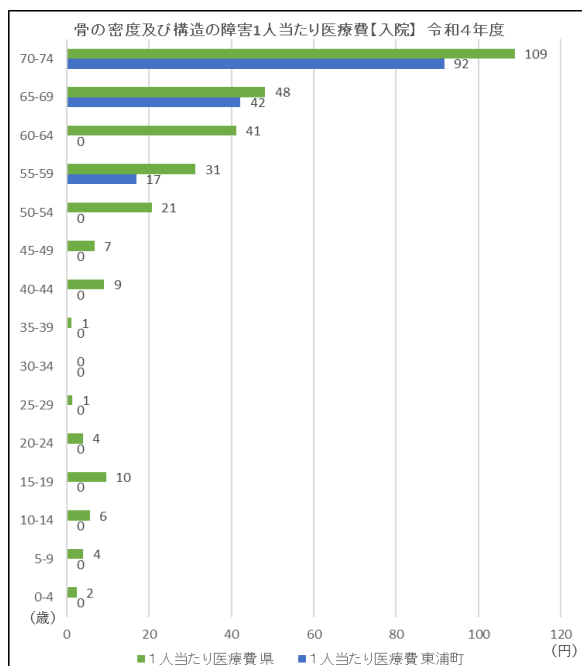
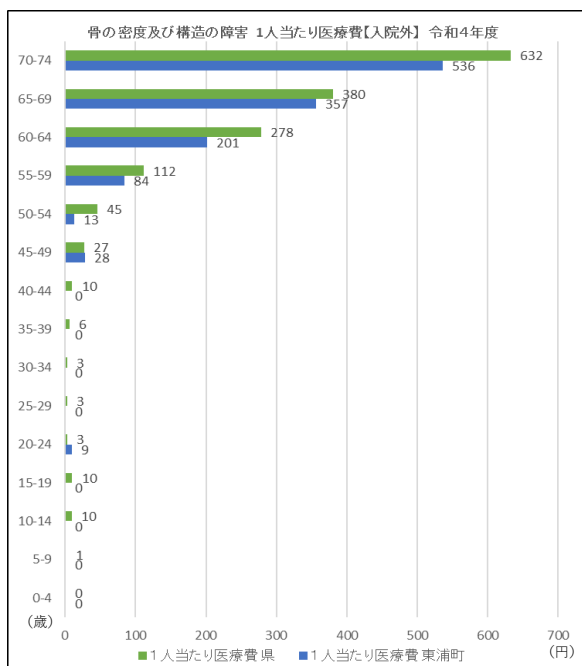
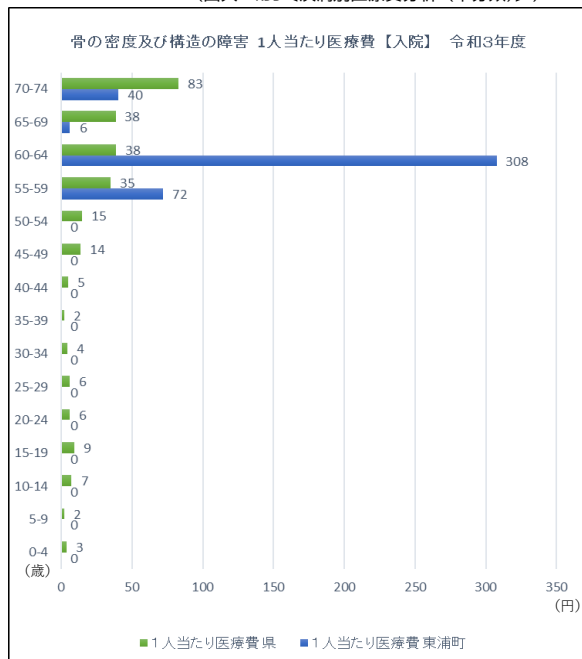
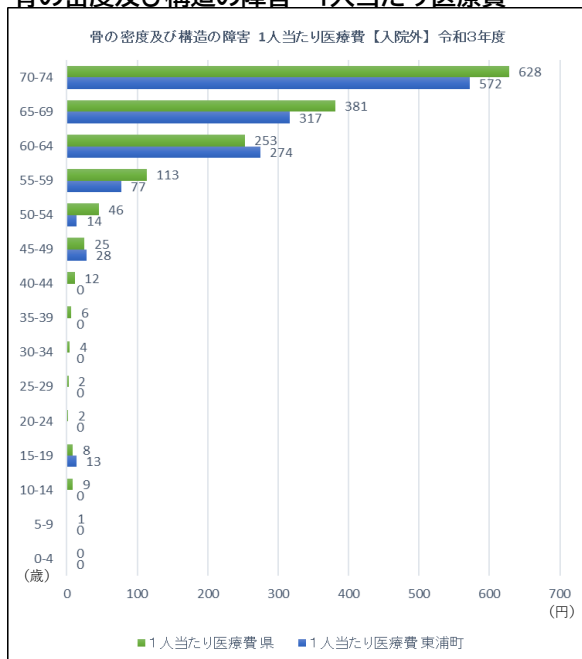


図30 骨の密度及び構造の障害 1人当たり医療費

(出典：KDB〔疾病別医療費分析（中分類）〕)



あ行

◆アウトカム指標

設定した目標に達することができたか等を示す指標。成果指標ともいう。

◆アウトプット指標

計画した保健事業を実施したか等を示す指標。

◆HDL コレステロール

余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。

◆LDL コレステロール

肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。

か行

◆国保データベース（KDB）システム

国保中央会が「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」などに係る情報を利活用して保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム。

さ行

◆ジェネリック医薬品（後発医薬品）

新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に販売される、新薬と同じ有効成分を同量含み、基本的に同じ効能・効果を持つ薬品。

新薬（先発医薬品）に対して「後発医薬品」とも呼ばれている。患者さんにとっては、先発医薬品と同等の薬を使いながら、薬代にかかる自己負担額を軽減できるメリットがあり、医療費保険財源の節減につながる。

◆脂質異常症

中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域をはずれた状態をいう。動脈硬化の主要な危険因子であり、放置すれば脳梗塞や心筋梗塞などの動脈硬化性疾患をまねく原因となる。

◆若年層

統計においては、15 歳から 24 歳または 15 歳から 34 歳程度とされることが多いが、この計画の特定健診受診においては、54 歳までを指すこととする。

◆新生物

正常な組織細胞は、必要以上に分化分裂を行わないように調節を受けているが、そこからはずれ自立的に増殖を始めるようになった組織。良性のものと悪性のものに分けられる。

◆生活習慣病

食習慣・運動習慣・休養・喫煙・飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群のこと。この計画においては、国保データベース（KDB）システムからデータを抽出しているため、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、がん、筋・骨格、精神の疾患をいう。

た行

◆地域包括ケア

高齢者やその家族が安心して暮らすことができるよう、在宅での自立した生活の支援や介護者家族の支援などの福祉サービスを提供し、医療・介護・福祉の関係者の連携により、地域ケア体制の充実を図る。

◆特定健康診査（特定健診）

平成 20 年度から保険者が行う、糖尿病などの生活習慣病に関する健康診査のこと。年 1 回、40 歳以上 75 歳未満の方を対象に、腹囲測定や血圧・血糖・脂質・尿検査・肝機能検査といった基本的な検査と、喫煙歴などの生活習慣について問診を行う。

◆特定保健指導

特定健診の結果から、健康の保持に努める必要がある方に対して行う保健指導のこと。

メタボに着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、生活習慣病を予防することを目的に実施される。

「積極的支援」、「動機付け支援」に区分された人を対象に保健指導を行う。

積極的支援	メタボリスクが重なりだした段階の人への支援
動機付け支援	メタボリスクが現れ始めた段階の人への支援

は行

◆被保険者

国民健康保険に加入している者のこと。

◆平均自立期間

この計画においては、国保データベース（KDB）システムからデータを抽出して

いるため、介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義し、平均余命（下記に記載）から不健康期間を除いたものを「日常生活動作が自立している期間の平均」である健康寿命として算出し、「平均自立期間」と呼称する。

◆平均余命

この計画においては、国保データベース（KDB）システムからデータを抽出しているため、平均自立期間の比較対象の値として、0歳時点からその後何年生きられるかという期待値のこととする。

◆バイズ推定値

年齢分布と人口規模を調整し、人口構成の異なる市町村間での比較を可能とする指標。全国の平均を100としている。

◆HbA1c（ヘモグロビンエー・ワン・シー）

糖化ヘモグロビンがどのくらいの割合で存在しているかをパーセント（%）で表したもの。HbA1cは1～2か月前の血糖値を反映するので、当日の食事や運動など短期間の血糖値の影響を受けない。

◆保険者

市町村国保においては、都道府県及び市町村（特別区を含む）のこと。

ま行

◆メタボリックシンドローム（メタボ）

内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧のいずれか2つ以上を合わせもった状態にあること。その予備群とは、高血糖、脂質異常、高血圧のいずれか1つの要因をもっている状態のこと。

や行

◆要介護認定

寝たきりや認知症などにより常時介護を要する状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度などの日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合、介護保険制度による介護サービスを受けることができる。

ら行

◆レセプト

患者が受けた診療について、医療機関が保険者へ保険診療分を請求する診療報酬明細書のこと。



第3期東浦町国民健康保険データヘルス計画

2024 年（令和6年）3月

発行 東浦町

編集 東浦町 健康福祉部 保険医療課 健康課

