

第3期高浜町国民健康保険 データヘルス計画 (上期 2024~2026)

第4期特定健康診査等実施計画
2024~2029

高浜町

第1章 策定にあたって

1. 背景・目的

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

- 平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として、「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」とされました。
- 平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針において、市町村国保は、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データヘルス計画を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善を行うものとされました。
- 平成30年4月からは、都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取り組みの推進も掲げられ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

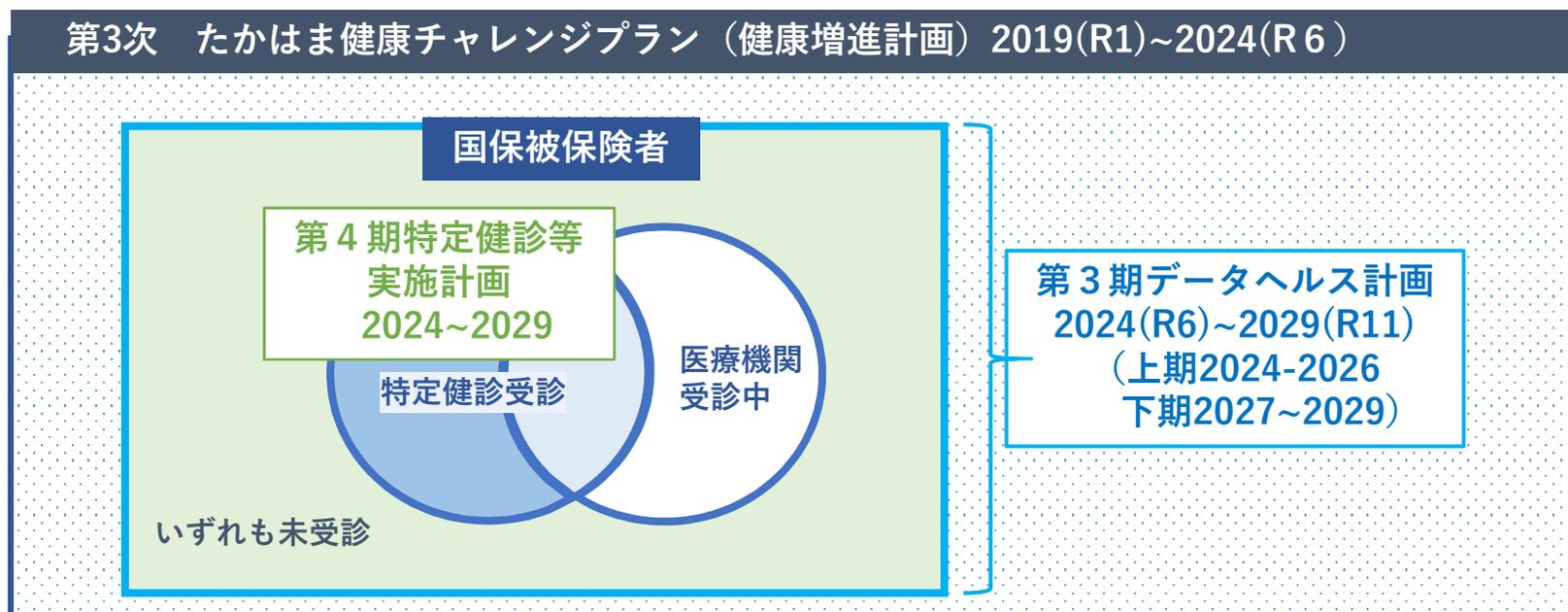
市町村国保（保険者）においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持および向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられています。

高浜町では、「第1期高浜町国民健康保険データヘルス計画」を平成26年に策定、その評価を踏まえ、平成29年には「第2期高浜町国民健康保険データヘルス計画」を策定しました。「特定健診等実施計画」につきましても同時に見直し「第3期特定健診等実施計画」は第2期データヘルス計画と一体的な計画として策定しました。

2. 計画の位置づけと計画期間

第3期データヘルス計画と第4期特定健康診査等実施計画を、一体的な計画として進めていくために、両計画ともに計画期間は2024 - 2029年の6年間とします。ただし、データヘルス計画については、PDCAサイクルに沿って効果的に進めていくために、高浜町では、2024-2026年の3年を上期計画、2027-2029年を下期計画とさらに2期に分けて取り組んでいきます。また、高浜町健康増進計画との整合性を図ることで、健康づくりを実践しやすい環境づくりを進めていきます。

本計画の実施にあたっては、国保部門と衛生部門が連携して取り組みます。

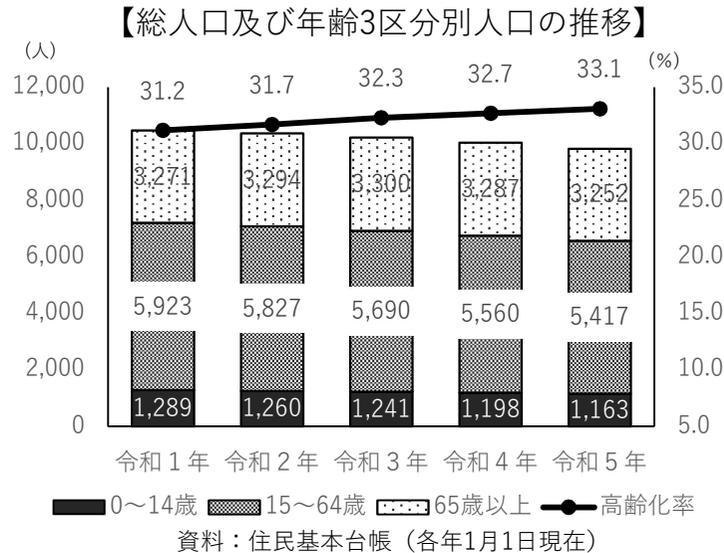


データヘルス計画策定にあたっては、健康増進法に基づく基本方針を踏まえるとともに、福井県健康増進計画、福井県医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針との調和のとれたものにする必要があります。

第2章 高浜町の状況

1. 人口構成

総人口は年々減少し今後も減少すると推計されます。なお令和2年の総人口は、平成27年の予測値よりも多く減少していました。令和5年1月の高齢化率は33.1%となっています



2. 平均寿命と健康寿命

男性の平均寿命は、平成29年は県とほぼ同じでしたが令和4年にはやや低くなっています。平均自立期間は、平成29年は県とは1.7年の差がありましたが令和4年には県より高くなっています。

女性の平均寿命は、平成29年には県より1歳長く、以後はほとんど伸びず令和4年は県と同じとなりました。平均自立期間は平成29年より低くなり、県平均より2年近く短くなっています。

【平均寿命・平均自立期間（平成29年・令和4年比較）】

		福井県		高浜町	
		H29	R4	H29	R4
平均寿命	男性	80.5	81.3	80.3	80.8
	女性	86.3	87.6	87.4	87.5
		H29	R4	H29	R2
平均自立期間	男性	79.8	80.2	78.1	80.6
	女性	84.1	84.3	84.2	82.0

資料：平均寿命、平均自立期間：KDB 地域の全体像の把握

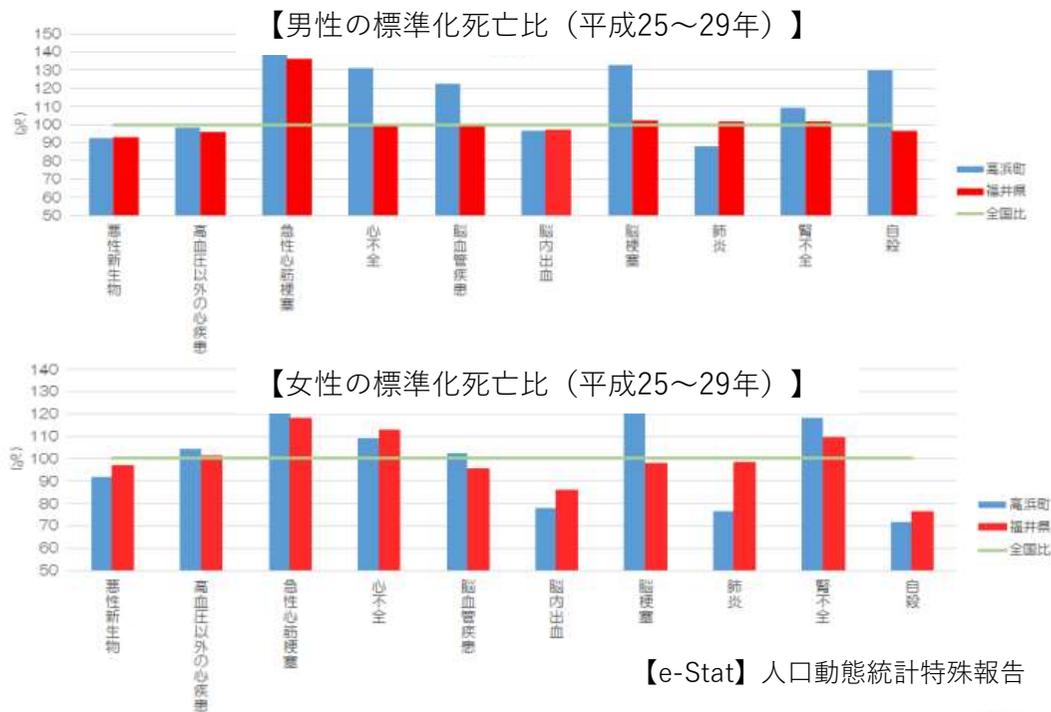
3. 死亡の状況

疾病別の標準化死亡比をみると、男女とも急性心筋梗塞、脳血管疾患、脳梗塞、腎不全が、県・国よりも高くなっています。また、男性では心不全、自殺も県・国より高くなっています。

若狭の各市町の脳梗塞、心筋梗塞のSMR(標準化死亡比)の高さは、医療環境の影響もあると思われます。住民にこれらの初期症状について啓発を行い、血管治療を行える医療機関へ速やかに受診することが大切です。また、そのためには健康診査を受け、生活習慣病の早期発見と治療により重症化を防ぐことが大切です。

4. 透析の状況

糖尿病性腎症由来の透析導入を予防していくのは医療費適正化においても重要です。高浜町の人口1万人あたりの透析者数は県平均を下回っています。新規透析導入者数は、令和3年、4年は6人で、糖尿病性腎症由来の占める割合も高くなっているため注意が必要です。



	福井県				高浜町			
	R 2	R 3	R 4	R 5	R 2	R 3	R 4	R 5
透析者数（人）	1,812	1,810	1,840	1,814	13	18	16	14
（人口1万人あたり）	23.8	23.9	24.5	24.4	12.9	17.8	16.1	14.3
新規透析導入数（人）	299	297	370	315	2	6	6	2
（人口1万人あたり）	3.9	3.9	4.9	4.2	2.0	5.9	6.0	2.0
新規透析導入に占める糖尿病性腎症由来の者	138	133	162	120	1	5	2	0
割合	46.2%	44.8%	43.8%	38.1%	50%	83.3%	33.3%	0

【透析者の状況】 福井県透析ネットワークの集計より

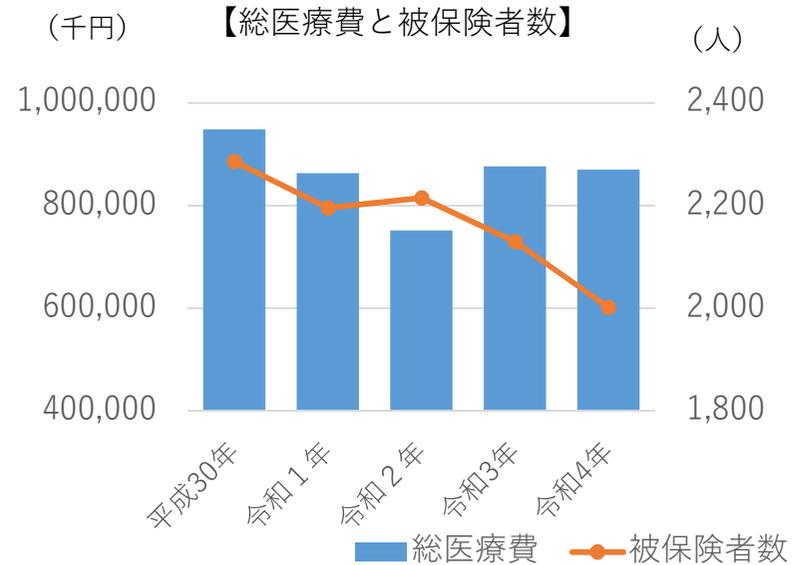
第3章 国民健康保険被保険者の医療費と健診等の状況

1. 保険者の特性

令和4年度の国保加入率は20.5%（令和5年3月末現在）で、被保険者数は年々減少傾向にあります。

年齢構成では、64歳未満が減少し65歳以上の割合が年々増加、平成30年度には65歳以上が50%を超えました。

総医療費は、ばらつきがあるものの令和元年度までは横ばいで推移していましたが、令和2年度は大きく減少しました。これは新型コロナウイルス感染症が影響していると考えられます。令和3年以降の総医療費は令和元年度とほぼ同額となっています。



福井県「国民健康保険毎月事業報告書（事業月報）」

【令和4年度の被保険者構成 県・国比較】

国・県比較		高浜町	県	国
年齢	～39歳	18.3	19.1	26.5
	40～64歳	28.9	29.5	33.1
	65～74歳	52.8	51.3	40.5

【被保険者構成 年度別経過】

年度別変化		H30	R2	R3	R4
年齢	～39歳	18.4	18.5	18.9	18.3
	40～64歳	30.0	29.1	29.2	28.9
	65～74歳	51.6	52.4	52.0	52.8

資料：国保データベース（KDB）システム 地域の全体像の把握

【高浜町の医療費諸率（年次推移）】

2. 医療費の分析

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大により、コロナ対応のための病床確保等の影響で、県・当町ともに受診率が低下し1人当たり医療費も減少しました

令和3年度以降は、1人当たり医療費・1件あたり医療費・受診率ともに、高浜町も県も大きく増加し、新型コロナウイルス感染症の流行前よりも高い数値となっています。

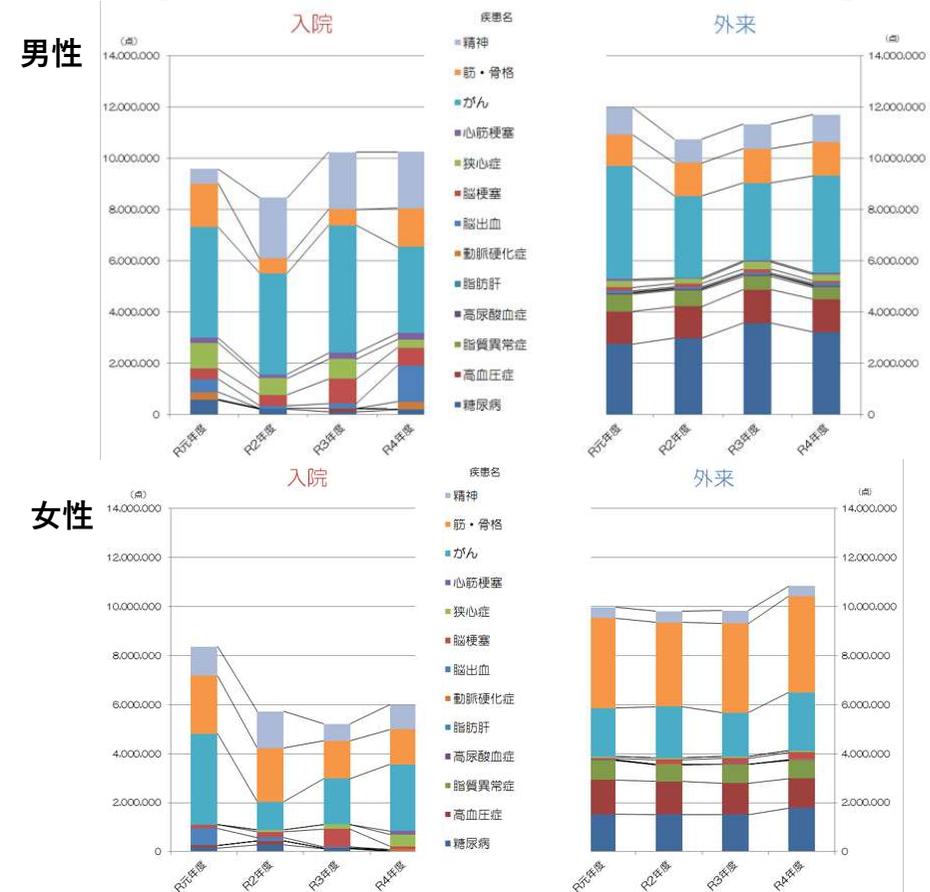
標準化医療費は、経年分析（生活習慣病）でも令和2年度は男女とも入院が減少しました。

男性は令和3年以降は入院・外来ともに増加、令和元年並みとなっています。

女性の入院は令和2年に大きく減少した「がん」は増加してきていますが、令和元年より低い値で推移しています。なお、外来については、女性では令和2年度も変化なく、令和4年度にやや増加しました。

	R2年度		R3年度		R4年度	
	高浜町	県	高浜町	県	高浜町	県
1人当たり医療費(円)	339,976	398,865	398,968	426,141	414,687	441,584
1件あたり医療費(円)	37,509	39,695	40,695	39,830	40,443	40,178
受診率(%)	906	1,005	980	1,070	1,025	1,099

【高浜町の標準化医療費 経年分析 生活習慣病】

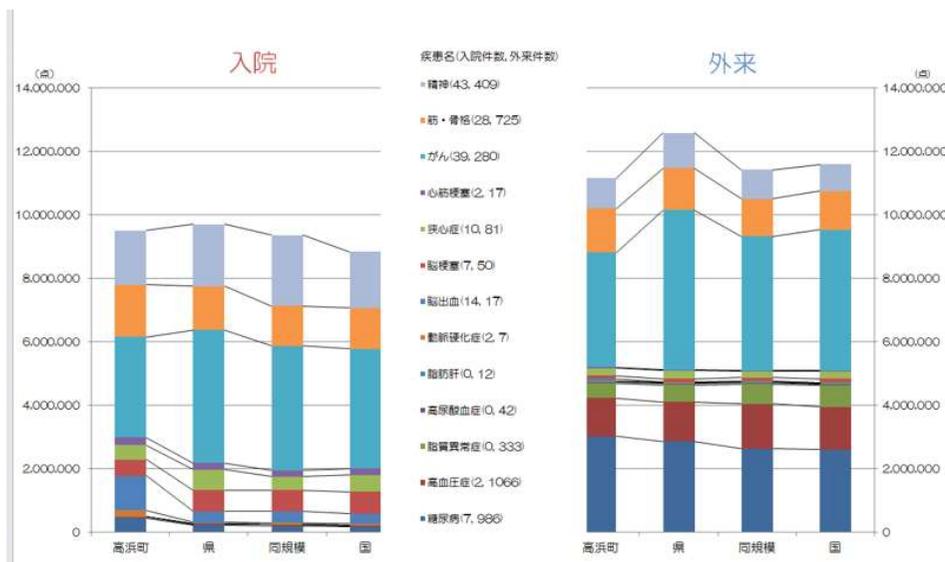


入院費、外来費、疾病構造の特徴 男性（R4）

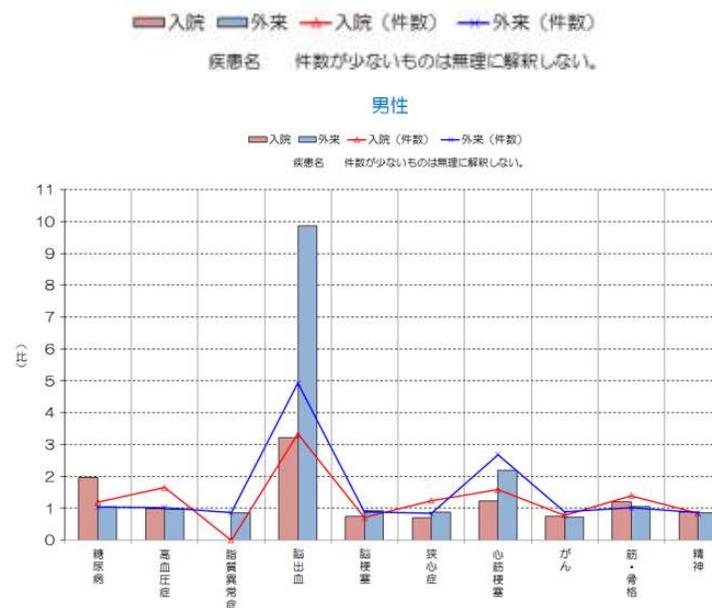
男性は入院は、県平均・同規模自治体とほぼ同じ、外来は県平均より低く、同規模自治体・国と同じとなっています。入院原因④の脳出血は、地域差指数で件数、医療費ともに県平均より高くなっています。入院は14件と増加傾向がみられています。入院原因⑤の糖尿病は地域差指数で、入院費が県平均の1.5倍より高くなっていますが、実件数は7件です。外来では、医療費の高い疾患トップ5には、県平均の1.5倍となる疾患はありません。

医療費が高い疾患トップ5	入院	①がん ②筋骨格 ③精神 ④脳出血※ ⑤糖尿病※
※県平均の1.5倍超	外来	①がん ②糖尿病 ③筋・骨格 ④高血圧 ⑤精神

【標準化医療費（間接法年齢調整） 令和4年度 男性】



【標準化医療費の比 地域差指数（県と比較） 令和4年度生活習慣病 男性】



標準化医療費（間接法年齢調整）とは
自市町の医療費は元の値のままで、県・国の年齢別人口構成が自市町と同一だった場合に期待される医療費を計算したもの。

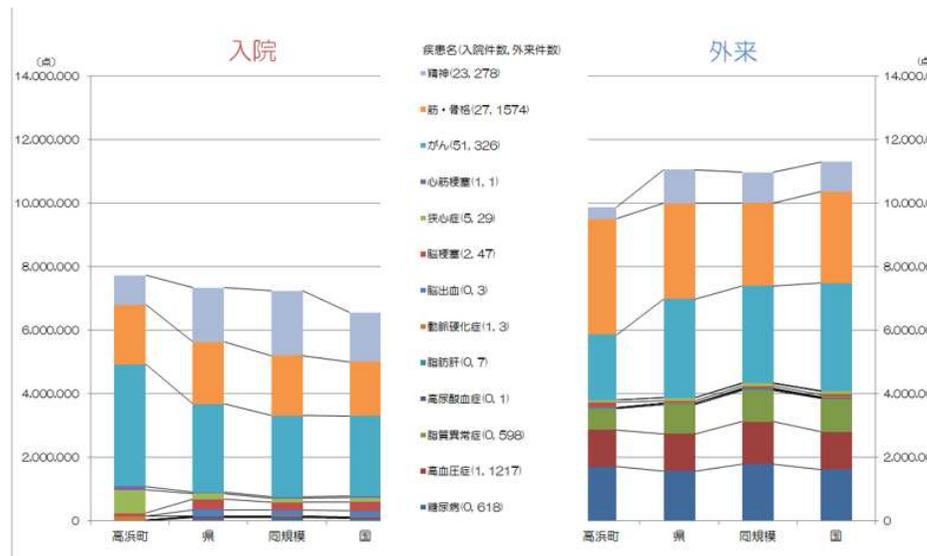
標準化医療費の比（地域差指数）とは
これを計算すれば、年齢や人口の影響を補正した上で自市町は県と比較して何倍医療費がかかっているかわかる。

入院費、外来費、疾病構造の特徴 女性（R4）

女性の標準化医療費では、入院費が、県平均・同規模自治体・国より高く、外来費が低い状況です。入院原因①がんは、地域差指数で件数、入院費ともに県の1.5倍以上となっています。④狭心症は、地域差指数で件数、入院費ともに県の1.5倍以上となっていますが、実件数は5件と少ない状況です。がんの標準化医療費は、令和2年度大きく減少し、以後、医療費・件数とも増加しています。外来では、医療費の高い疾患トップ5には、県平均の1.5倍となる疾患はありません。

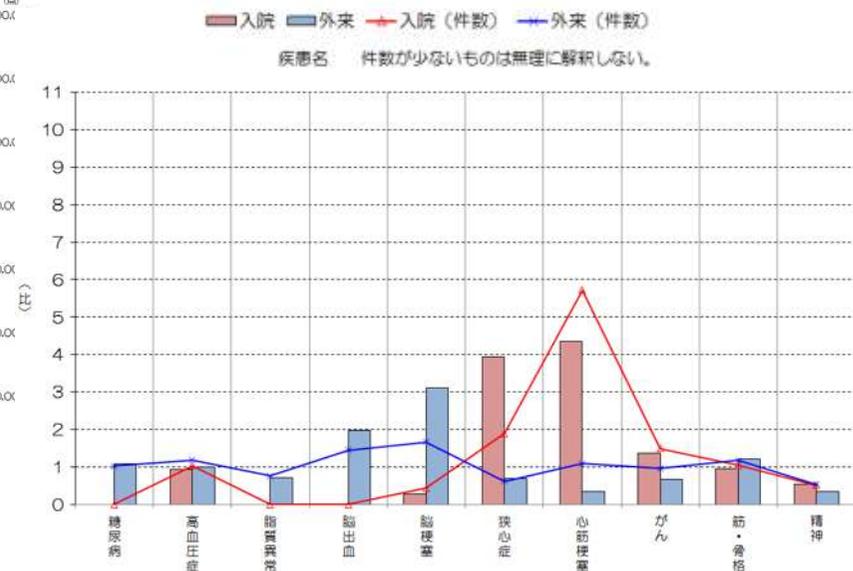
医療費が高い疾患トップ5 入院	①がん※ ②筋・骨格 ③精神 ④狭心症※ ⑤高血圧
※県平均の1.5倍超 外来	①筋・骨格 ②がん ③糖尿病 ④高血圧症 ⑤脂質異常症

【標準化医療費（間接法年齢調整） 令和4年度 女性】



標準化医療費（間接法年齢調整）とは
自市町の医療費は元の値のままで、県・国の年齢別人口構成が自市町と同一だった場合に期待される医療費を計算したもの。

【標準化医療費の比 地域差指数（県と比較）】
令和4年度生活習慣病 女性



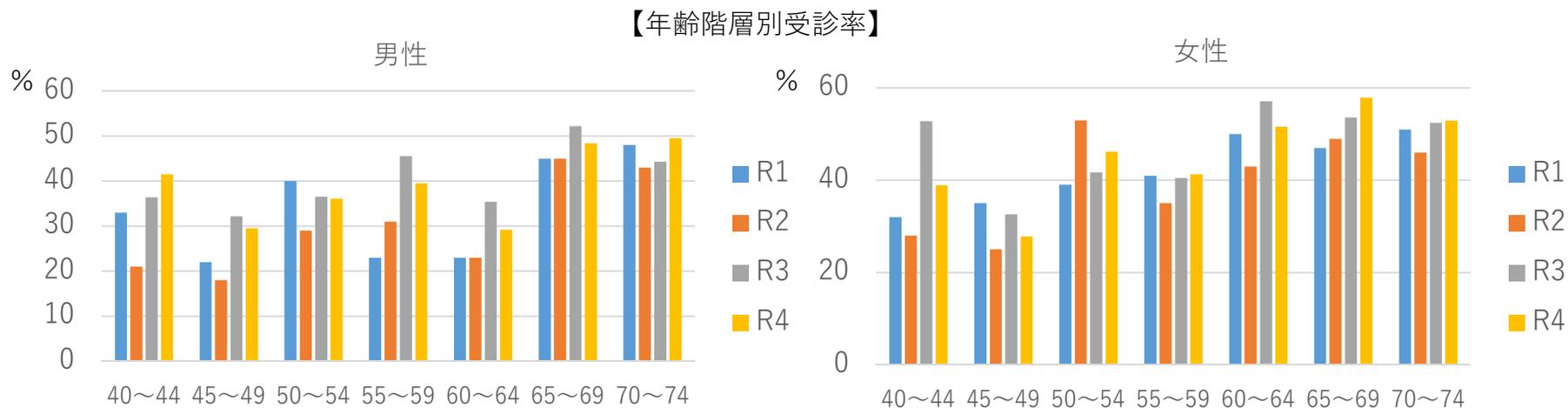
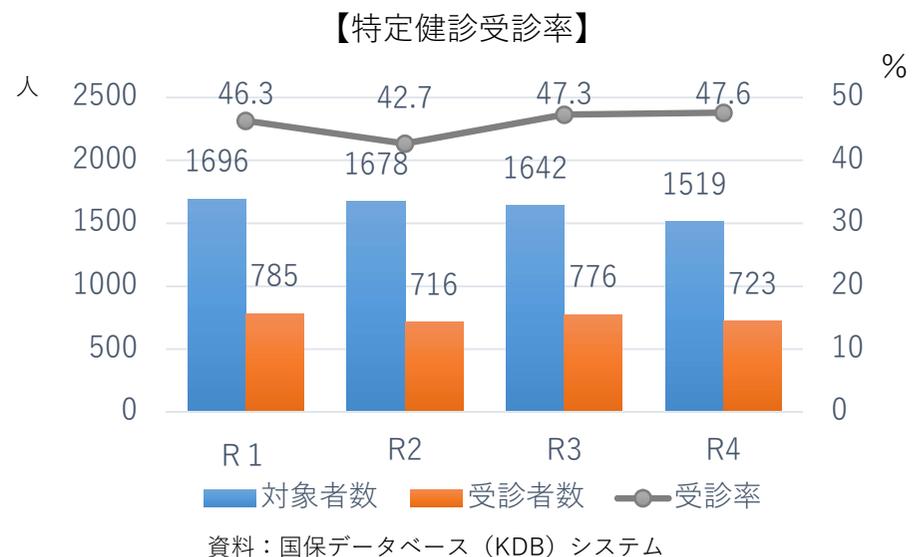
標準化医療費の比（地域差指数）とは
これを計算すれば、年齢や人口の影響を補正した上で自市町は県と比較して何倍医療費がかかっているかわかる。

3. 健診と保健指導の状況

① 特定健診

特定健診受診率

健診受診率は令和元年度には46.3%でしたが、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大により集団健診の開始時期が遅れる等があったため、42.7%にまで低下しました。しかし、令和3年度には、受診率は令和元年度よりも高い値にまで回復し、令和4年度もさらに増加しています。



特定健診データ管理システム 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

令和2年度は年齢階層別で、男女ともに大きく40代の受診率が低下しましたが、令和3年には回復しました。他の年代においても、令和3年以降は増加または横ばいとなっています。

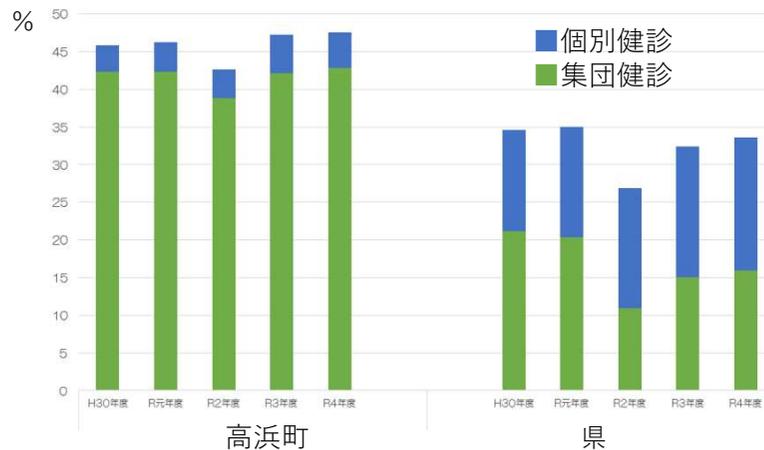
特定健診受診者の受診行動

受診行動から、令和3年度は、令和元年・令和2年連続未受診だった人の受診が増加した事が受診率の大幅な回復につながったことが分かります。また、連続受診者は、令和2年のコロナ禍でも受診を継続していたこともわかりました。

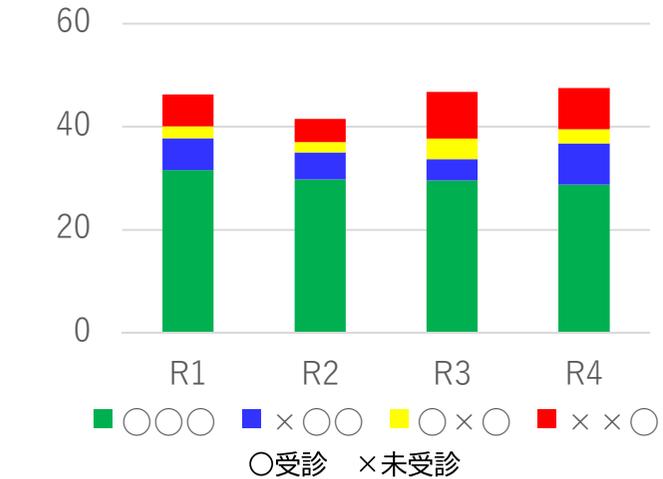
保険者別では、令和4年度の特定健診受診率は、県内で2番目となっています。3年連続受診している人が全受診者に占める割合は28.8%と県内で最も高くなっています。

県平均では、令和2年を境に個別健診の割合が集団健診を上回りました。高浜町では、令和2年以降も変わらず、受診者の9割近くが集団健診を受診しており、この傾向は今後も続くと思われます。

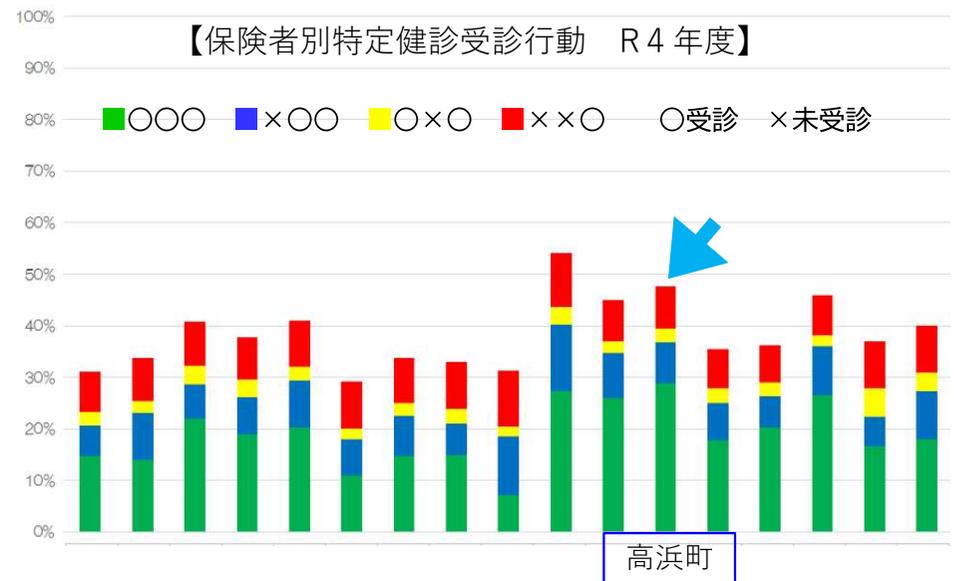
【高浜町の特定健診受診率の状況（年次推移）】



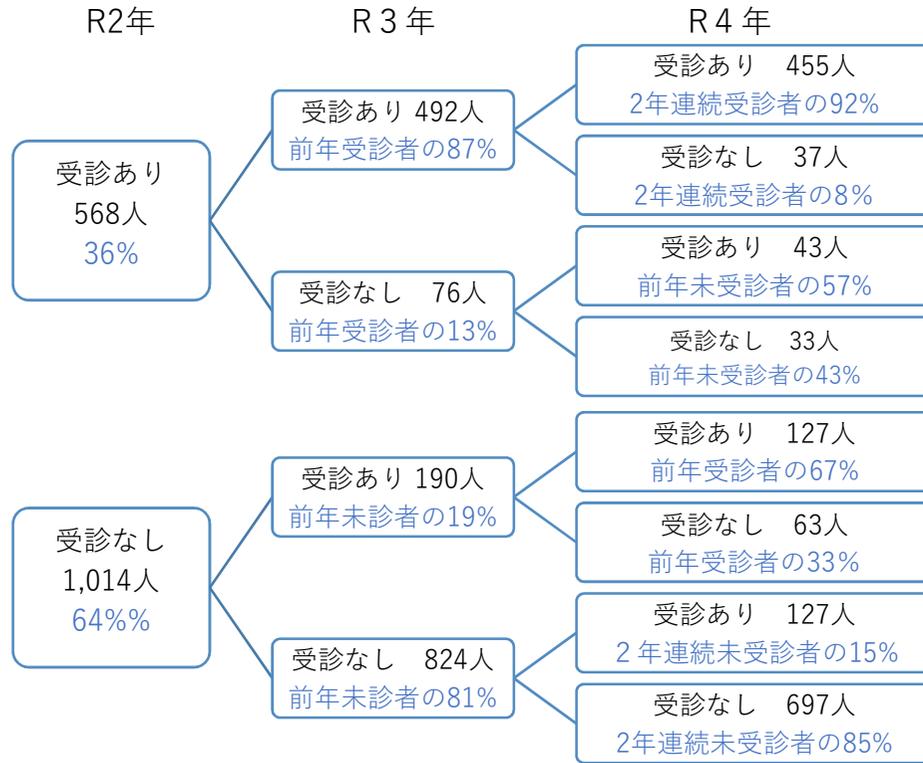
【特定健診受診行動（年次推移）】



【保険者別特定健診受診行動 R4年度】



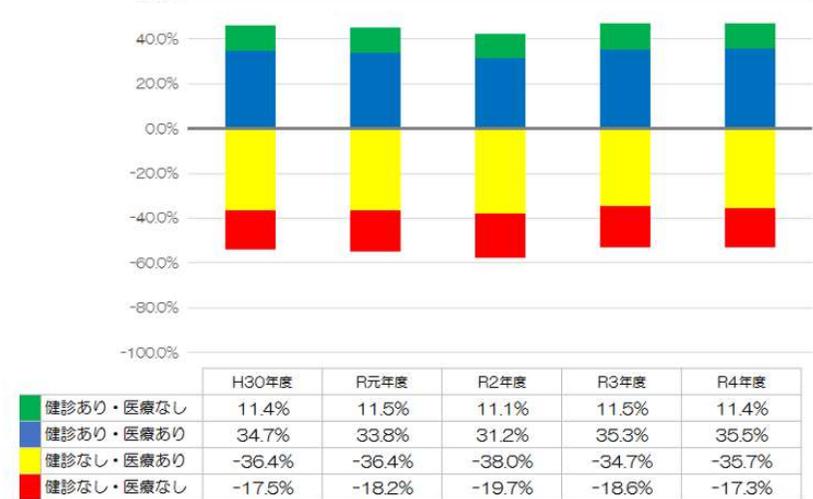
【高浜町の特定健診継続受診の状況】 40～74歳の国保加入者1,582人



健診と医療の状況では医療も健診も受診していない人が令和2年度増加しましたが、以後は毎年減少傾向が続いています。

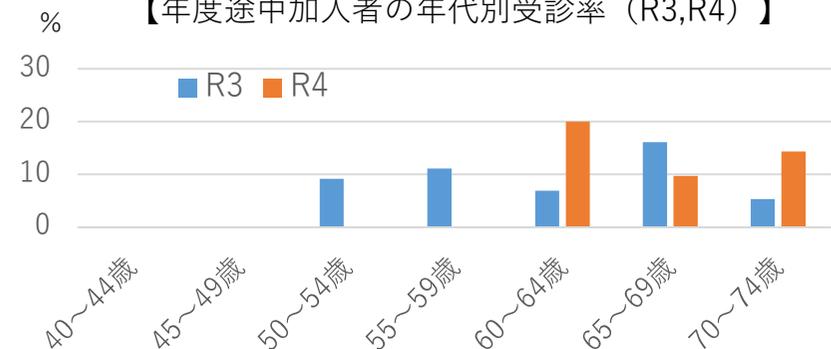
年度途中の国民健康保険加入者の年代別受診率（保険者任意実施分）が全年齢を通して低い状況です。保険の変更に伴い、特定健診受診が途切れていないか、加入翌年の受診率とあわせて対策を検討する必要があります。

【高浜町の特定健診と医療の状況（年次推移）】



福井県国民健康保険連合会編集「医療・健診等新標準データセット」
「令和4年度確定版」

【年度途中加入者の年代別受診率（R3,R4）】



年度途中加入者の受診率	R3	R4
40～64歳 受診率 (%) (受診者数/対象者数)	5.7% (4人/70人)	5.7% (4人/70人)
65～74歳 受診率 (%) (受診者数/対象者数)	12.0% (6人/50人)	11.5% (6人/52人)

地区別の受診状況

地区別の健診と医療の状況を見ると、特定健診対象者の半数をしめる高浜地区の受診率が最も低く、健診無し・医療有り、および健診も医療も受けていない人の割合が高い傾向にあります。

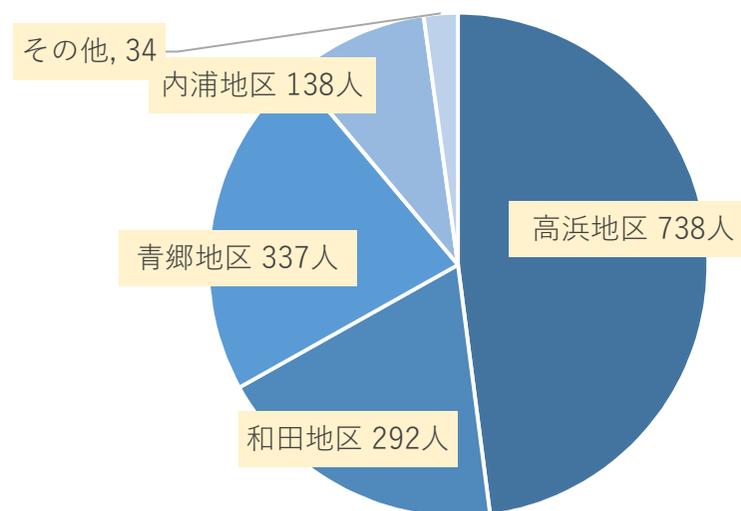
地区ごとの特定健診受診者の受診行動からは、高浜地区は他の地区と比較し、3年連続の継続受診率が低い傾向も見られ、受診が習慣化しにくいことが課題であると思われます。

令和2年は高浜・和田・青郷地区で受診率が低下、令和3年には「健診有・医療有」の方の受診が増え、受診率が回復しましたが、令和4年は横ばいとなっています。

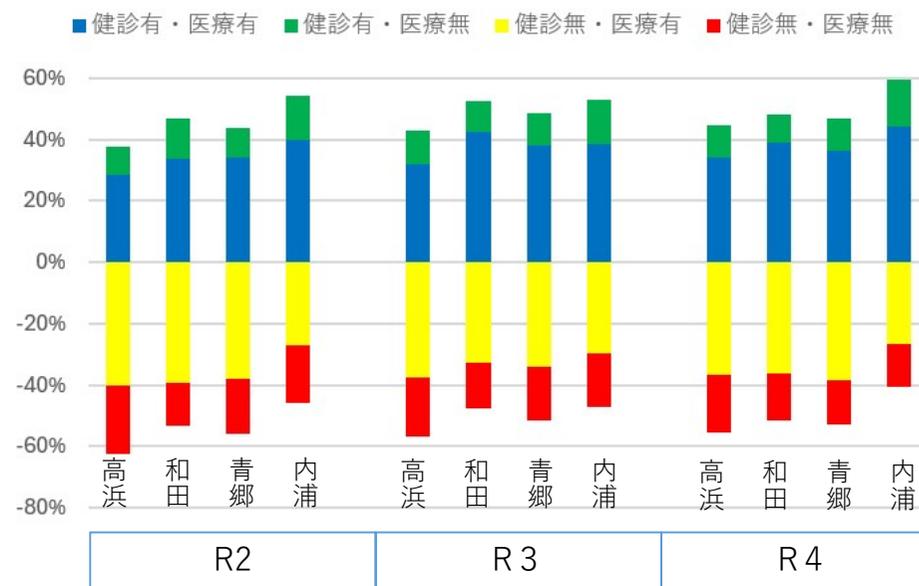
一方、内浦地区では令和2年度も受診率は前年と変わりなく、以後「健診有・医療無」の群が年々増加しています。

以上のような傾向から、地域の特性に合った受診勧奨の検討が、今後は必要になると思われます。

【地区別特定健診対象者数】



【地区ごとの特定健診と医療の状況】



がん検診の受診状況

【がん検診受診率（国民健康保険被保険者）県と比較】

		R2	R3	R4	R5
肺がん	県平均	13.0%	16.6%	未	未
	高浜町	35.9%	39.0%	未	未
大腸がん	県平均	13.6%	16.6%	未	未
	高浜町	40.5%	43.6%	未	未
胃がん	県平均	12.1%	12.4%	未	未
	高浜町	26.2%	26.5%	未	未
子宮がん	県平均	17.5%	16.5%	未	未
	高浜町	34.2%	33.3%	未	未
乳がん	県平均	19.8%	19.6%	未	未
	高浜町	39.5%	44.8%	未	未

県平均・高浜町受診率（男女計）：e-Stat政府統計
70歳未満の対象年齢における国保加入者の受診率

【高浜町がん検診受診率（国民健康保険被保険者）男女別】

		R2※	R3	R4	R5
肺がん	男性	34.9%	37.1%	38.2%	未
	女性	40.4%	40.9%	45.8%	未
大腸がん	男性	38.2%	38.7%	41.7%	未
	女性	48.6%	48.4%	51.5%	未
胃がん	男性	21.7%	29.5%	30.7%	未
	女性	20.0%	23.9%	28.8%	未
子宮がん	女性	27.2%	33.3%	36.8%	未
乳がん	女性	28.9%	44.8%	61.3%	未

高浜町男女別受診率：地域保健・健康増進事業報告
70歳未満の対象年齢における国保加入者の受診率
※R2のみ74歳未満の受診率となっているためe-Statの受診率と異なる

がんは入院外来ともに医療費の高い疾患の第1位・2位となっています。
高浜町では、特定健診もがん検診も、必要な検診をすべて受けることを勧めてきました。新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、特定健診同様がん検診の受診率も低下しましたが、他市町と比較するとそのダメージは小さく、以後も受診率は男女ともに順調に向上し続け、国民健康保険加入者の受診率は、県下で最も高くなっています。必要な検診をすべて受けることが定着してきています。

国保ヘルスアップ事業を活用した分析

国保ヘルスアップ事業を活用して、各年度における受診行動の分析を行いました。

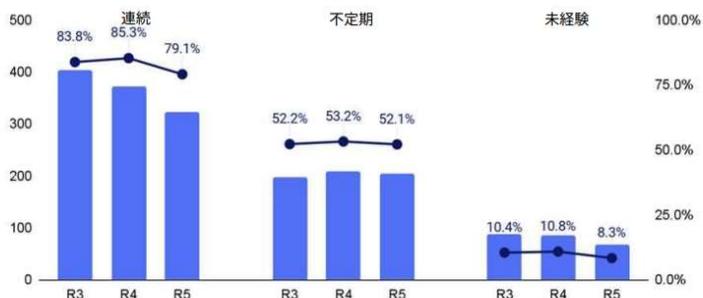
用語の定義

- 連続受診者 : 過去3年間連続で特定健診を受診している者
- 不定期受診者 : 過去3年間で1回もしくは2回特定健診を受診している者
- 未経験者 : 過去3年間で特定健診の受診歴のない者
- 前年度国保加入者 : 前年度に国保に加入した者（未経験者に該当）
- レセプトあり/なし : 生活習慣病由来の通院履歴

受診履歴別受診状況

受診履歴別×健診種別 受診者数・受診率の推移（集団健診）

令和5年度12月時点で、不定期×集団の受診率は52.1%であり、令和4年度の3月時点受診率と比較して1.1ptsの差がある。



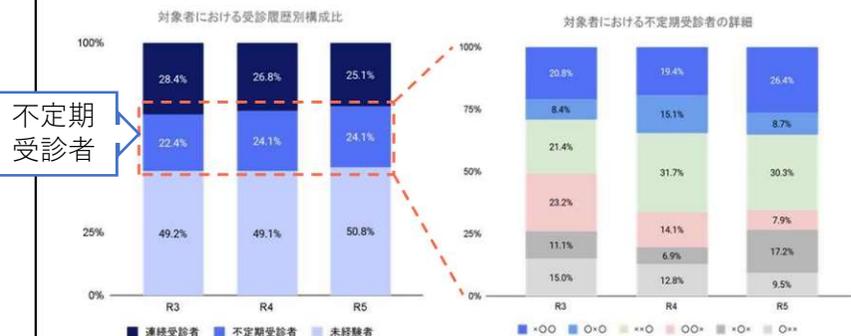
	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
R3受診者数(人)	404	198	87	689
R4受診者数(人)	371	208	86	665
R5受診者数(人)	322	203	68	593
R3受診率	83.8%	52.2%	10.4%	40.6%
R4受診率	85.3%	53.2%	10.8%	40.9%
R5受診率	79.1%	52.1%	8.3%	36.6%

※対象者、受診者の定義はp.5をご確認ください ※令和3年度は3月時点、令和4年度は3月時点、令和5年度は12月時点のデータを基に作成しております

不定期受診者の状況

過去3年受診歴 対象者における割合

令和5年度の対象者を過去3年の受診歴で分析すると、下記の対象者割合となる。



	〇〇〇	×〇〇	〇×〇	××〇	〇〇×	×〇×	〇××	×××	合計
R3対象者(人)	482	79	32	81	88	42	57	834	1,695
R4対象者(人)	435	76	59	124	55	27	50	798	1,624
R5対象者(人)	407	103	34	118	31	67	37	822	1,619

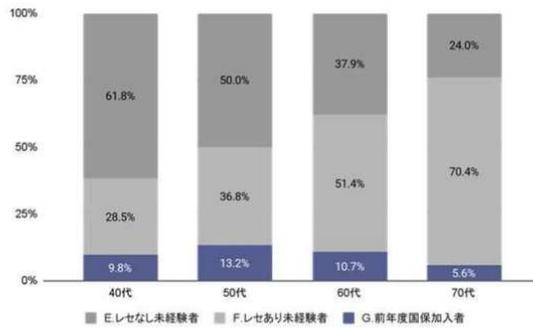
※〇：受診、×：未受診を示し、右から直近の受診状況 例) R5の〇〇×はR2受診(〇)、R3受診(〇)、R4未受診(×)を意味する

国保ヘルスアップ事業を活用した分析

健診未経験者の状況

令和5年度対象者 未経験者における年代別×受診履歴別構成比

レセあり未経験者が最も多いのは70代であり、逆に最も少ないのは40代である。



	40代	50代	60代	70代
E.レセなし未経験者	76	76	106	64
F.レセあり未経験者	35	56	144	188
G.前年度国保加入者	12	20	30	15
合計	123	152	280	267

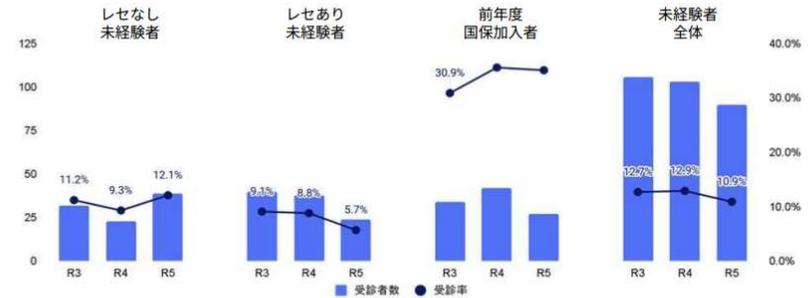
※対象者の定義はp.5をご確認ください

Copyright 2024 Cancer Scan Co., Ltd. All Rights Reserved.

19

未経験者セグメント別 受診者数・受診率の推移

令和5年度12月時点で、レセあり未経験者の受診率は5.7%であり、令和4年度の3月時点受診率と比較して-3.1ptsの差がある。



	E: レセなし未経験者	F: レセあり未経験者	G: 前年度国保加入者	未経験者全体
R3受診者数(人)	32	40	34	106
R4受診者数(人)	23	38	42	103
R5受診者数(人)	39	24	27	90
R3受診率	11.2%	9.1%	30.9%	12.7%
R4受診率	9.3%	8.8%	35.6%	12.9%
R5受診率	12.1%	5.7%	35.1%	10.9%

※対象者、受診者の定義はp.5をご確認ください ※令和3年度は3月時点、令和4年度は3月時点、令和5年度は12月時点のデータを基に作成しております

Copyright 2024 Cancer Scan Co., Ltd. All Rights Reserved.

36

40代では「レセプトなし未経験者」の割合が多く、年齢が進むにつれ「レセプトあり未経験者」の割合が増加しています。

レセプトあり・レセプトなし、いずれの未経験者も対しても受診勧奨を行っていますが、受診につながるのは10%前後で率は上がっていません。

前年度国保加入者は、35%が健診受診につながっています。

特定健診項目別有所見者状況（年度推移H30～R4）



健診有所見者の状況を県、国と比較すると次のような特徴があります。

- BMIは女性は年々増加傾向にあり、また男性は令和2年に5%増加し、県、国の平均より有所見者が高くなっています。
- HbA1cは平成29年度以降、有所見者の割合が減少を続け、令和2年度の有所見率は県・国を大きく下回りました。しかし、令和3年急増し、男女ともに受診者の7割以上が有所見となっています。
- LDLコレステロールでは、男性は横ばいもしくは減少傾向となっています。男性のグラフはメモリが細かいため、県よりもかなり高く見えますが、実際には4%程高い状態となっています。女性は高い状態が続いていて、受診者の6割に所見がみられています。

BMI、HbA1cともに、令和2,3年以降の有所見者の増加が顕著な事から、コロナ禍での生活習慣の変化が影響している可能性が考えられます。

特定健診の問診票で生活習慣の変化を把握し、対策を検討していく必要があります。また、受診控えから、医療中断している人が増加していないか確認するとともに、要医療者への受診勧奨の強化も必要です。



福井県国民健康保険連合会編集「医療・健診等新標準データセット 令和4年度 確定版」

受診勧奨者の受診状況 (R4)

	高浜町	福井県	国
受診勧奨者率	67.8%	56.8%	57.0%
受診勧奨者医療機関受診率	59.1%	51.3%	52.0%
受診勧奨者医療機関未受診率	8.7%	5.5%	5.0%
未治療率	11.3%	7.0%	6.4%

国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

- 収縮期血圧は、県、国の平均より有所見者が高い状況のまま推移しています。
- eGFRの有所見割合が、令和元年以降、男女とも増加を続け、県・国の有所見者割合を大きく上回っています。

特定健診リスクパターン別集計表から、特定保健指導対象には該当しない情報提供レベルにおいても、血糖、血圧のリスクを有する人の割合はそれぞれ5割、また両方のリスクを持つ割合も3割近くあることから、受診者全体への保健指導の充実が必要です。

受診勧奨者の受診状況は、高浜町では、特定健診受診者の受診勧奨率が、県・国より10%高いため、受診勧奨により医療機関に受診した人の割合は高くなっていますが、未受診率も県・国より高く、未治療率も高くなっています。

第1次データヘルス計画策定時から、健診受診者のうちデータが悪いにもかかわらず医療にかかっていない人の割合が他市町より高い傾向がみられ、受診勧奨に力を入れてきましたが、今後も取り組みの継続が必要です。

特定保健指導

【特定健診受診者男女別内臓脂肪症候群等該当割合】(%)

			R2	R3	R4
内臓脂肪症候群 該当者割合	男	県	35.8	34.6	35.0
		高浜町	33.5	39.5	39.8
	女	県	12.2	11.4	11.4
		高浜町	10.5	13.0	10.0
内臓脂肪症候群 予備群割合	男	県	17.9	18.2	17.7
		高浜町	21.2	14.8	17.6
	女	県	6.4	5.9	5.7
		高浜町	10.5	7.8	9.3

資料：国保データベース（KDB）システム 地域の全体像の把握

令和2年までは、内臓脂肪症候群等該当者割合は、男女とも予備群が県と比較し高い傾向が続いていました。しかし、令和3年は、男女ともに予備群割合が減り、該当者割合が急増しています。令和4年は、男性は該当者率は横ばい、予備群割合が増加しています。一方女性は、該当者割合は減り、予備群が県よりも高い状況となっています。

【特定保健指導実施状況】



特定保健指導の実施率（終了率）は令和元年度以降、健診時の保健指導と、1か月後の個別面談による初回指導の充実をはかり、加えて終了時のアンケート等の回答率を上げることで80%以上となり、以後80%台を維持しています。

資料：国保データベース（KDB）システム 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

【特定健診・特定保健指導実施結果総括表より抜粋】

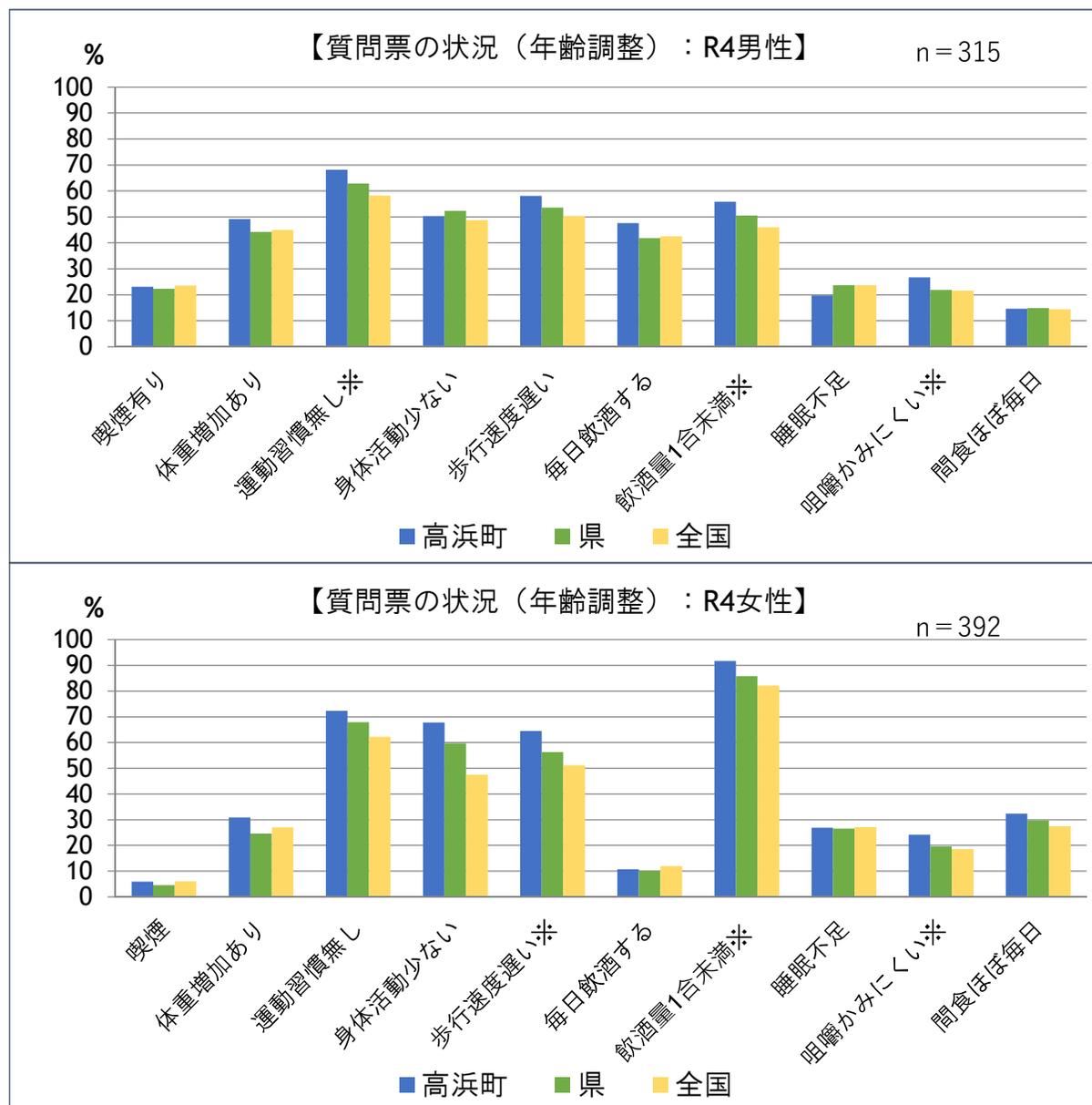
		R2	R3	R4
特定健診受診者数		716人	776人	723人
内臓脂肪症候群該当者数（割合）		150人(20.9%)	194人(25.0%)	169人(23.4%)
内臓脂肪症候群予備群者数(割合)		110人(15.4%)	85人(11.0%)	94人(13.0%)
内臓脂肪症候群該当者の減少率		17.3%	15.3%	24.4%
内臓脂肪症候群予備群該当者の減少率		8.1%	19.2%	13.4%
特定保健指導に関する事項	積極的支援対象者数（割合）	26人(3.6%)	40人(5.2%)	32人(4.4%)
	〃 特定保健指導利用者数（割合）	23人(88.5%)	34人(85.0%)	32人100(%)
	〃 特定保健指導終了者数（割合）	20人(76.9%)	33人(82.5%)	28人(87.5%)
	動機づけ支援対象者数（割合）	78人(10.9%)	94人(12.1%)	77人(10.7%)
	〃 特定保健指導利用者数（割合）	76人(97.4%)	86人(91.5%)	72人(93.5%)
	〃 特定保健指導終了者数（割合）	73人(93.6%)	81人(86.2%)	65人(84.4%)
	(小計) 特定保健指導の終了の割合	89.4%	85.1%	85.3%
服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療薬剤内服（割合）	265人(37%)	264人(34.0%)	268人(37.1%)
	脂質異常症の治療薬剤内服（割合）	169人(23.6%)	172人(22.2%)	187人(25.9%)
	糖尿病の治療薬剤内服（割合）	68人(9.5%)	64人(8.2%)	69人(9.5%)

資料：国保データベース（KDB）システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」

特定健診質問票を県、全国平均と比較すると、

- 男性では、体重増加有り・運動習慣無し・歩行速度遅い・毎日飲酒する・飲酒量1合未満かみにくいと答えた人の割合が県・国と比較して高く、運動習慣・咀嚼で有意差が見られています。飲酒に関しては、毎日飲酒すると、飲酒量1合未満の両方が高く、有意差がついていることから、飲酒頻度は多いが、適量飲酒の人も多いという状況です。
- 女性では、体重増加有り・運動習慣少ない・身体活動量少ない・歩行速度遅い・飲酒量1合未満・かみにくい・間食ほぼ毎日、が県・国より高く、歩行速度・咀嚼で有意差が見られています。毎日の間食では、65歳から74歳が特に高く、有意差がみられていました。

健診結果では、令和2年度以降、男女ともに肥満や血糖値の有所見者の増加がみられていますが、これらの生活習慣が大きく影響していると考えられます。

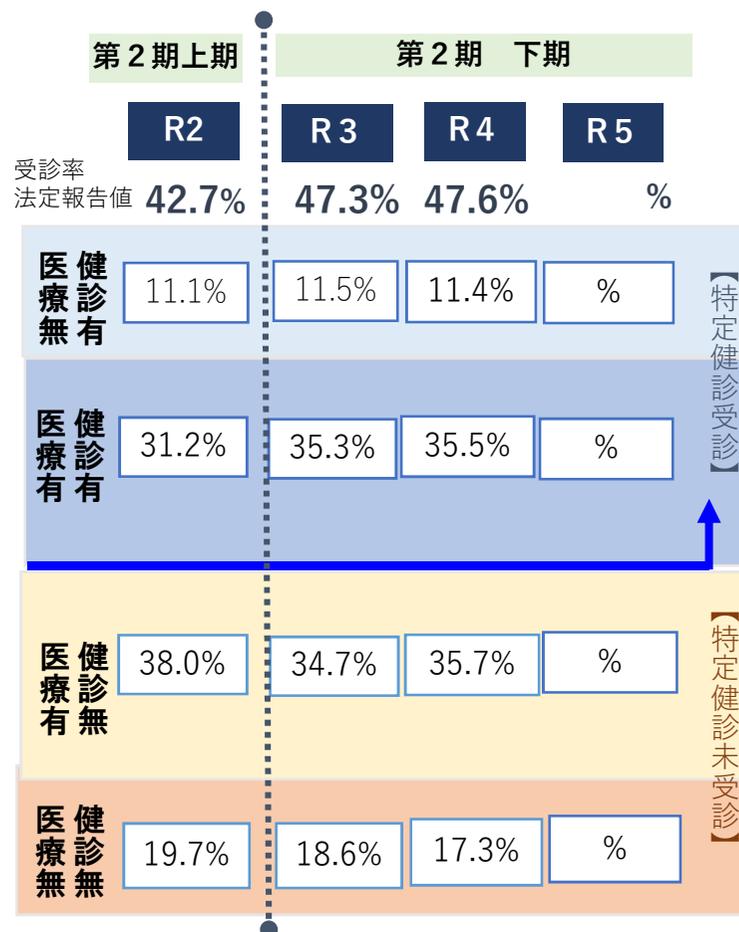


体重増加：20歳から10kg以上体重増加
 運動習慣無し：1回30分以上週2回以上の運動なし
 身体活動少ない：1日1時間以上の身体活動なし
 咀嚼：食るときかみにくい
 ※ 同規模・県・国と比べ有意な差有 (P<0.05)

第4章 第2期データヘルス計画（下期）の評価

1. 健診と医療の受診状況の変化

第2期データヘルス計画では、健康寿命の延伸を目的に、A.健診を受けることで健康になる人を増やす取り組み、B.健診も医療も受けていない人の割合を減らす取り組み、C. 受療中の人の健康管理と重症化予防の取り組みを、PDCAサイクルに沿って実施しました。特に下期は、新型コロナウイルス感染症の拡大ならびに終息後の変化にも対応できる特定健診・保健指導の新たな形を作ることで、目的の達成を目指しました。



資料：国保データベース（KDB）システム 様式5-5

A.健診を受けることで健康になる人を増やす取り組み

- ① 生活習慣改善につなげる結果返しと講座
- ② 要医療者への受診勧奨の強化

B.健診も医療も受けていない人を減らす取り組み

- ① 継続受診を促す取り組み
- ② 未受診者を減らす取り組み

C.受療中の人の健康管理と重症化予防の取り組み

- ① 健診を受けることで適切な生活習慣を実践する人を増やす取り組み
- ② 治療中断者への治療再開の受診勧奨

第1期計画から、A,B,Cの対策を進め、令和元年までは、健診受診率、健診だけを受ける人の割合、健診も医療も受ける人の割合が微増してきましたが、令和2年度は受診率が低下、健診も医療も受けない人の割合が再び20%近くまで増加しました。令和3年度はがん検診も含むすべての検診で受診率が回復し、健診も医療も受けない人の割合も減少しています。

2. 各目標値の達成状況

計画の達成状況は、アウトカム評価指標については以下のA～Eの5段階で評価しました。評価時において令和5年度の結果が出ていない指標に関しては、令和4年度の数値で評価し、次年度以降数値が確定後、再評価を行っていきます。

- A 目標達成
- B 達成できなかったが達成の可能性高い
- C 目標の達成は難しいがある程度の効果はある
- D 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
- E 評価困難

アウトプット評価指標については、実績を表に書き込んでいます。

対策A) 健診を受けることで健康になる人を増やす取り組み

- ① 健診受診が生活習慣の改善につながるように、生活習慣病治療中の方を除く受診者全員に結果を説明して返し、対象者の改善意向と生活習慣病のリスクに応じた保健指導を実施しました。
- ② 健診の結果で医療機関受診勧奨値の人に受診を勧奨しました。

対策A-① 生活習慣改善につなげる結果返しと講座

アウトカム評価

A) 目標達成
B) 達成できなかったが達成の可能性高い
C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった
D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
E) 評価困難

データの改善		R2 ベースライン	R3	R4	R5 目標値	R5	評価
	内臓脂肪症候群該当者の減少率	17.3%	15.3%	24.4%	25%		A
内臓脂肪症候群予備群該当者の減少率	8.1%	19.2%	13.4%	20%		C	

アウトカム評価

評価：A 目標達成 B達成できなかったが達成の可能性高い C目標の達成は難しいがある程度の効果はある
D目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない E 評価困難

生活習慣病リスク	評価項目	R2 ベースライン	R3 結果	R4 結果	R5		評価	備考
					目標値	結果		
高血圧 140以上 90以上※	家庭血圧を週1回以上測定している人の増加	36.8%	34.2%	37.9%	60%以上		C A B	塩分摂取に関する問診は改善傾向だが、家庭血圧測定者が横ばいで目標に遠い
	漬物・梅干し・佃煮等を毎日1回以上食べる人の減少	28.8%	26.7%	18.5%	25%以下			
	外食と家庭の食事の味付け比較 外食を濃いと感じる人の増加	58.4%	61.7%	62.9%	65%以上			
血糖高値 HbA1c 5.6以上※	ごはんの摂取量を知らない（はかったことがない）人の減少	53%	48.7%	49.7%	40%以下		C A C B A	栄養表示を見る人は増えているが、間食を毎日食べる人はR3減少したが再び増加。ごはん、食べている量の評価も必要か
	間食購入時、栄養表示を時々またはいつも見ている人の増加	50.8%	53.2%	57.3%	55%以上			
	1日1食以上食事の時に野菜から先に食べる人の増加	47%	51.7%	48.5%	60%以上			
	毎日間食を食べる人の減少	31.7%	22.3%	27.2%	25%以下			
	日常生活において1日1時間以上の身体活動をしている人の増加	47.9%	52.8%	56.1%	55%以上			
肥満 BMI25 以上※	人と比べ食べる速度が速いと答える人の減少	35.7%	36.9%	37.9%	30%以下		D C D B A B	身体活動以外は、保健指導の効果があまり出ていない傾向
	週3回以上体重をはかる人の増加	31.5%	35.9%	35.6%	50%以上			
	ごはんの摂取量を知らない（はかったことがない）人の減少	46.9%	49.5%	51.7%	40%以下			
	毎日間食を食べる人の減少	20.9%	21.4%	21.8%	20%以下			
	日常生活において1日1時間以上の身体活動をしている人の増加	33.8%	52.8%	62.1%	45%以上			
たばこ	間食購入時、栄養表示を時々またはいつも見ている人の増加	58.5%	48.5%	57.5%	60%以上		C C	横ばい傾向が続いている
	特定健診受診者（男性）の喫煙率	23.4%	23.5%	23.1%	20%以下			
飲酒	特定健診受診者（女性）の喫煙率	7.3%	5.8%	5.9%	5%以下		C C	割合は横ばいだが適量飲酒は増加
	毎日飲酒する人（男性）の減少	44%	43.5%	42.5%	40%以下			
	毎日飲酒する人（女性）の減少	10.9%	10.4%	10.7%	7%以下			

※ 健診当日および1か月後の個別指導をしている集団で評価（集団健診受診かつ高血圧・糖尿病・脂質異常いずれの治療も受けていない者）

資料：集団健診受診者の健診結果・問診・追加問診項目回答より（健康かるてシステムから集計）

各年度の介入策とアウトプット評価

青太字はアウトプット指標実績

R3の介入策		R4の介入策		R5の介入策	
i	<p>集団健診受診者（治療中を除く）に健診当日の保健指導と、1か月後の電話による結果返し（結果の説明と保健指導）を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 未治療者342人のうち331人（96.8%）に実施した 	i	<p>新たなプログラムと資材を使用し継続。</p> <ul style="list-style-type: none"> 電話指導用の新たなプログラム・資材を作成し、導入した 未治療者299人のうち277人（92.6%）に実施した 	i	<p>継続。</p> <ul style="list-style-type: none"> 未治療者257人のうち228人（88.7%）に実施した <p>必要であれば面談による指導の再開。</p> <ul style="list-style-type: none"> 電話指導の充実を今後も進めていくこととし、面談は必要時のみとした。
ii	<p>保健指導従事者にアンケートを行い、現在の電話による指導のメリットと課題を把握する。</p> <ul style="list-style-type: none"> アンケート実施・課題が把握できた 	ii	終了	ii	
iii	<p>健診当日の面談と電話による結果返し（結果説明と保健指導）を見直し、新たなプログラムを作成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 作成し、3月に完成させた 	iii	<p>新たなプログラム導入後の課題を年度途中で検討し、必要なら修正する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 上期終了後評価を行い、課題と改善策を検討、改善し下期に実施した 	iii	<p>前年度受診者の生活習慣、データの変化を評価、必要なら改善しプログラムを仕上げる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 仕上げまでできた <p>感染症終息後の指導法について検討し、次年度に向け準備する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 検討し、準備ができた
iv	<p>保健指導従事者への研修会を開催し指導の質の向上・標準化を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> 予定通り2回実施2回（5月・9月）、参加者数各回7名で、全員が参加した 	iv	<p>新たなプログラムの指導法について研修会を開催する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2回（5月・9月）開催。参加者数1回目：7人・2回目：6人 ほぼ全員が参加した <p>積極的支援の事例検討会を開催する</p> <ul style="list-style-type: none"> 開催できなかった 	iv	<p>研修会継続する</p> <ul style="list-style-type: none"> 2回（5月・9月）開催 <p>参加者数1回目：7人、2回目：6人 ほぼ全員が参加した</p> <p>事例検討</p> <ul style="list-style-type: none"> 開催できなかった
v	<p>減塩指導の見直しを行い、感染対策と両立する形式の講座を検討・開催する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 減塩指導見直し。WEB支援用資材作成 感染対策との両立は難しく未実施 	v	<p>①糖尿病予防②減量③減塩講座の開催について検討し必要に応じ開催。</p> <p>①実施無し ②体重記録表の活用を検討 ③R3作成のWEB資材を用いた指導実施。参加者数14人</p>	v	<p>継続する</p> <ul style="list-style-type: none"> ナッジを取り入れた減塩講座（2回1コースを2月に実施。参加者数13人
追加			<ul style="list-style-type: none"> 健診案内発送時に、健診までの期間に生活習慣改善を促すチラシを作成し同封した 		<ul style="list-style-type: none"> 健診案内発送時に、健診までの期間に生活習慣改善を促すチラシを作成し同封した

国保ヘルスアップ事業を活用した保健指導

保健指導の充実にに向けた取り組み

R2	結果説明をすべて電話指導に切り替え	感染予防のため、健診後の個別結果説明の面談を取りやめ、すべて電話対応とした。実施率の向上
R3	電話指導充実のための取り組み	<ul style="list-style-type: none">● 指導者向け研修会：<ul style="list-style-type: none">➢ 効果的な電話指導のコツについて➢ ナッジ理論について● 指導者アンケートの実施<ul style="list-style-type: none">➢ 電話指導の課題・既存の資材の改善点等● YouTubeを利用した保健指導（減塩講座）のモデル実施● 電話指導用プログラムと資材の開発
R4	対象者の意向にポイントを置いた保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none">● 健診当日と1か月後の電話指導プログラムの導入● 保健指導標準化のための指導記録表の導入と指導者向け研修会● 上期⇒見直し・改善⇒下期：PDCAサイクルを2回まわし、プログラムと資材の改善
R5	行動変容につながる保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none">● 健診当日と1か月後の電話指導の定着に向けた取り組み● 保健指導充実のための指導者向け研修会（令和4年度の取り組み成果の共有と「睡眠と健康」に関する講座）● ナッジ理論を組み込んだ「減塩講座」（2回1クール）の実施

A-② 要医療者への受診勧奨の強化

- A) 目標達成
- B) 達成できなかったが達成の可能性高い
- C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった
- D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
- E) 評価困難

各年度のアウトカム評価

	R2	R3		R4		R5		評価
	ベースライン	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	
健診の結果、医療機関受診が必要な人が受診する	31.3%	60%	89.1%	63%	87.2%	65%		A 受診勧奨者医療機関受診率/受診勧奨者率

R2までは、電話等にて医療機関受診が確認できたものの率を計上。

R3以降 資料：国保データベース（KDB）システム 地域の全体像の把握

各年度の介入策とアウトプット評価

青太字は、アウトプット指標実績

R3の介入策		R4の介入策		R5の介入策	
i	「要医療」（治療中は除く）には、健診結果と合わせて受診勧奨の説明文と受診結果返信用はがきを同封、電話での結果返しの際に受診勧奨を行なう ・ 122人/123人 (99.2%) に実施	i	見直した勧奨方法、資材を用いて、継続する ・ 102人/109人 (93.6%) に実施	i	継続 【実施率】 (人/人)
ii	受診結果返信用はがき未返信者に電話で受診の確認再勧奨を行う（説明1カ月後） ・ 電話勧奨未実施 再勧奨通知を送付 (73人全員)	ii	見直した方法で受診確認、再勧奨を行う。 ・ 再勧奨通知を送付 (71人全員)	ii	継続 【実施率】 (人/人)
iii	電話勧奨以後も返信用はがき未返信者に電話での再勧奨を行う。（前回勧奨2カ月後） ・ 電話勧奨は未実施 再勧奨通知を送付した	iii	見直した方法、タイミングで再々勧奨を行う。 ・ 未実施	iii	継続 【実施率】 (人/人)
iv	KDBシステムで全員の受診を確認する ・ 未実施	iv	見直したタイミングでKDBシステムで確認する ・ 確認方法の検討まで実施	iv	継続 【全員確認したか】
v	i～ivの流れを見直し、実施体系や資材の内容等を改善する。 ・ 実施した	v	課題があれば改善する ・ 勧奨のタイミングを変更した	v	課題があれば改善する 【実施したか】

対策A-① 生活習慣改善につなげる結果返しと講座の評価

- 令和2年、新型コロナウイルス感染症の影響が大きい状況下で、感染対策だけではなく、終息後の支援の形の見通しを立て下期計画を策定しました。令和3,4年は集団の健康講座の開催は見送りましたが、結果返しは3年間でPDCAサイクルを回し、「健診当日と1か月後の電話による個別支援」のプログラムを完成させ、指導の標準化も行いました。「電話指導」は受診者にも好評で、90%以上の方が参加しています。
- アウトカム指標では、内臓脂肪症候群の改善率が令和4年は目標値に近づきましたが、予備群の改善率は前年を下回るなど、年度による変動が大きい状況です。また、未治療者全員を対象とした保健指導の効果は、特定健診時の問診票から生活習慣の変化を評価していますが、年度による変動も大きく改善につながっていない生活習慣もあります。積極的支援レベルの方への継続支援のやり方にも課題があり、第3期では、「効果が出る」支援となるよう保健指導の充実が必要です。
- 平成27年から保健指導の充実と評価のために、特定健診の標準的な問診に加え、町独自の問診（10項目）を実施しています。新たな保健指導プログラムへの変更や尿中塩分の測定を開始したこともあり、問診項目の見直しの検討が必要になってきました。

対策A-② 要医療者への受診勧奨の強化の評価

- 新型コロナのワクチン接種等によるマンパワー不足から、電話による再勧奨・KDBによる確認作業ができませんでした。しかし、KDB「地域の全体像の把握」で確認すると9割近くが受診となっていました。勧奨通知（郵送）でも再・再々勧奨をすることで効果があることが分かりました。

対策B) 健診も医療も受診していない人を減らす取り組み

令和2年からの新型コロナウイルス感染拡大により、受診率が低下し、また健診申し込みや集団健診の運営がこれまでとは大きく変化しました。この変化を新たなスタイル導入の機会ととらえ、下期は令和2年に受診中断した人に再度健診を受けてもらうこと、効果的な新スタイルへの移行に力を入れ取り組みました。

- ① 健診を受診した人が翌年も継続して健診を受け、習慣化を図る、取り組みを実施しました。
- ② ナッジ理論を取り入れ、特定健診もがん検診も必要な検診はすべて申し込み受診する人を増やす取り組みと、新規対象者への受診勧奨を実施しました。

対策B-① 継続受診を増やす取り組み

各年度のアウトカム評価

評価	A) 目標達成
	B) 達成できなかったが達成の可能性高い
	C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった
	D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
	E) 評価困難

評価項目	R2 ベースライン	R3		R4		R5		評価	備考
		目標値	結果	目標値	結果	目標値	結果		
継続受診率の向上	82%	83%	87%	86%	85%	88%	%	A	令和3,4年は目標ほぼ達成
3年連続受診率の向上	85%	90%	89%	90%	92%	90%	%	A	目標達成。2年連続受診者のほとんどが翌年も受診している

毎年度アウトカム指標		R2 ベースライン	R3		R4		R5		評価
			目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	
対象者 無料 受診 率ト	50歳受診率	27.3%	30%	13.6%(3/22人)	35%	33.3%(11/33人)	40%	%(/ 人)	B
	60歳受診率	41.2%	45%	25.0%(10/40人)	50%	50.0%(12/24人)	50%	%(/ 人)	A
	70歳受診率	43.5%	45%	47.8%(55/115人)	50%	62.1%(59/95人)	55%	%(/ 人)	A

各年度の介入策とアウトプット評価

青太字は、アウトプット指標実績

R3の介入策		R4の介入策		R5の介入策	
i	健診の結果返して、受診者に結果とともに、次年に受けるべき健診内容を説明する ・331人全員に実施	i	継続。 ・277人全員に実施	i	継続。【全員に実施したか】 新たな取り組みの必要性と方法を検討する【実施したか】
ii	初回受診者全員に健康管理ファイルを手渡し、健診受診を称賛し継続受診を促す。 ・81人に配布	ii	継続 ・71名に配布	ii	継続
iii	<ul style="list-style-type: none"> 50歳、60歳、70歳の無料検診対象者の健診希望調査票に無料であることを知らせる勧奨チラシを同封する。 50歳：22人・60歳：40人・70歳115人、対象者全員に同封した 	<ul style="list-style-type: none"> 継続 無料検診の実施を対象年齢以外の人も含め全員に通知した 50歳：33人・60歳：24人・70歳：95人 年度途中、未受診者・未申込者に再勧奨を実施する 実施した 50歳：16人・60歳：9人・70歳：25人 	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【同封数】 50歳 人・60歳 人・70歳 人 継続する【実施したか】 50歳 人・60歳 人・70歳 人 		
iv	<p>集団健診会場の感染対策を徹底し、時間予約制により混雑を防ぐ 全会場で実施 14/14会場</p>	<ul style="list-style-type: none"> 継続 全会場で実施 11/11会場 時間予約制の継続に向け、システム導入を検討・R5に見送り 	<ul style="list-style-type: none"> 継続 全会場で実施 11/11会場 システムを導入する 適切なシステムがなく導入無し 		
v	<p>過去3年間に受診履歴有りてR4申し込み無しの人にセグメント分けし、受診を勧奨する 【セグメント別勧奨数】779名に6月と9月の2回実施 効果を検証する 6.7% (52名) の受診がありR4も継続とした</p>	<p>セグメントや勧奨回数等を改善して、過去3年間に受診歴ありR5申し込み無しの人に受診を勧奨する</p> <p>【改善したか】改善し実施 【セグメント別勧奨数】666名に9月と12月2回実施 4.8% (32名) 受診</p>	<p>継続する 【セグメント別勧奨数】</p>		

対策B-① 継続受診を増やす取り組み の評価

- 健診受診者が翌年も健診を受ける「継続受診率」、「3年間連続受診する率」とも目標を超えることができました。コロナ禍で継続受診率の伸び悩みに苦戦する市町の多い中、高浜町で継続受診が増えた理由として、対策B-①の各対策の効果もありますが、「待ち時間なく、安心して受けてもらえる」集団健診をスタッフ全員で作りに上げてきたことの効果が大いと感じています。特に新型コロナウイルス感染予防対策として導入した時間予約制は、受診者にとっても好評です。今後は、健診会場設定・運営をさらに充実していけるよう、マニュアル作成や見直し改善を継続していくことが大切です。
- 継続受診率を上げるための介入策として、49,50歳、59,60歳、69,70歳の2年連続無料健診を導入していますが、2年目の50,60,70歳の受診率は、各年代の受診率とほぼ同率にとどまっています。その要因として、下期において、無料対象者への独自の勧奨ができていなかったことが考えられます。
- 過去3年間に受診歴があり、該当年度申し込みが無かった人に対しては、タイプ別の勧奨（コール・リコール）を行いましたが、勧奨による効果は出にくい傾向です。来年度以降、WEB申し込み開始を予定しているので、勧奨のセグメント分けのやり方やタイミング等も合わせて見直していく必要性があります。

対策B-② 健診未受診者を減らす取り組み

評価	A) 目標達成
	B) 達成できなかったが達成の可能性高い
	C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった
	D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
	E) 評価困難

アウトカム評価

評価項目	R2 ベースライン	R3		R4		R5		評価	備考
		目標値	結果	目標値	結果	目標値	結果		
健診も医療も受けない人の減少	19.7%	19%	18.6%	18%	17.3%	16%		A	令和3,4年は目標ほぼ達成。

各年度目標のアウトカム評価

毎年度アウトカム指標	R2	R3		R4		R5		評価	
	ベースライン	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績		
前年度新規国保加入者受診率※	30.6%	40%	30.9%(34/110人)	45%	35.6%(42/118人)	50%	35.1% (27/77人)		
無料チケット対象者受診率対	40歳到達者受診率	33.3%	35%	72.7%(8/11人)	40%	31.6%(6/19人)	45%	%(/ 人)	
	49歳受診率	26.1%	30%	27.3%(9/33人)	35%	40.0%(8/20人)	40%	%(/ 人)	
	59歳受診率	37.0%	40%	45.8%(11/24人)	45%	13.3%(2/15人)	50%	%(/ 人)	
	69歳受診率	50.9%	55%	47.6%(51/107人)	60%	49.1%(56/114)	60%	%(/ 人)	
過去3年未受診者の当該年度受診率※	—	5%	11.2%	7%	9.3%	10%	12.1%		
健診希望調査票の提出率	64.6%	66%	未集計	68%	62.3%	70%		C	
がん検診受診率	肺がん検診	35.9%	39%	男性：37.1%	40%	男性：38.2%	42%		A
				女性：40.9%		女性：45.8%			
	胃がん検診	26.2%	28%	男性：29.5%	29%	男性：30.7%	30%		A
				女性：23.9%		女性：28.8%			
	大腸がん検診	40.5%	42%	男性：38.7%	43%	男性：41.7%	44%		A
				女性：48.4%		女性：51.5%			
乳がん検診	39.5%	41%	44.8%	43%	61.3%	45%		A	
子宮頸がん検診	34.2%	36%	33.3%	37%	36.8%	38%		A	

がん検診受診率：e-Statより。男女別受診率は、地域保健報告,国保被保険者受診率より。がん検診受診率対象年齢変更のため、目標値途中修正。

※ 国保ヘルスアップ事業の結果

各年度の介入策とアウトプット評価

青太字は、アウトプット指標実績

R3の介入策		R4の介入策		R5の介入策	
i ※	<ul style="list-style-type: none"> 希望調査票配布時に、チラシを同封し郵送による提出を促す 配布は健康づくり推進員・提出は郵送で実施した 次年度の申込方法の検討 検討した 	i	<ul style="list-style-type: none"> 申込方法を改善し継続する。感染予防のため調査票・健康カレンダー・チラシを同封し1,623人全員に郵送（配布・回収とも） 	i	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 健康カレンダーを検診ガイドブックに変え、調査票に同封し全員に郵送（配布・回収とも）
ii	<ul style="list-style-type: none"> 前年度国保新規加入者にリーフレットを送り健診申し込みを促す 142人に勧奨 	ii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する。 128人に勧奨 再勧奨を実施する セグメント別の勧奨に含め実施 	ii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 111人に勧奨 継続する セグメント別の勧奨に含め実施
iii	<ul style="list-style-type: none"> 40歳到達者の検診料を無料とし、健康手帳・健康管理ファイル・健診申込の説明を送る 99人（うち国保被保険者11人）に送付 	iii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 97人（うち国保加入者19人）に送付 再勧奨を実施する【再勧奨数】 	iii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 105人（うち国保加入者7人）に送付
iv	<ul style="list-style-type: none"> 49歳、59歳、69歳の無料検診対象者の健診希望調査票に無料であることを知らせる勧奨チラシを同封する。 49歳:33人・59歳:24人・69歳:107人に同封 	iv	<ul style="list-style-type: none"> 継続 対象外も含め全員に通知した 49歳:20人・59歳:15人・69歳:114人 再勧奨を実施 実施した 49歳:2人・59歳:1人・69歳:6人 	iv	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【同封数】 49歳 人・59歳 人・69歳 人 継続する【実施したか】 49歳 人・59歳 人・69歳 人
v	<ul style="list-style-type: none"> がん検診のみ申込者の検診案内に、特定健診受診勧奨通知・問診票を同封 同封した 	v	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 同封した 	v	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【同封したか】
vi	<ul style="list-style-type: none"> 健診申し込み有未受診者に再勧奨を実施する 実施した 	vi	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 実施した 	vi	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【実施したか】
vii	<ul style="list-style-type: none"> 過去3年に受診歴のない未申込者へのセグメント別受診勧奨【セグメント別勧奨数】 	vii	<ul style="list-style-type: none"> 継続が適切であると判断した場合継続する セグメント別勧奨数9月644人・11月619人 	vii	<ul style="list-style-type: none"> 必要であれば継続する【セグメント別勧奨数】
viii	<ul style="list-style-type: none"> 若狭高浜病院で町民のみ対象のセット検診を実施する 2日間実施 受診者数20人 	viii	<ul style="list-style-type: none"> 対象者、周知方法を検討し継続する 実施日数2日・受診者数19名 検討しR5も継続とした 	viii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【実施日数】【受診者数】

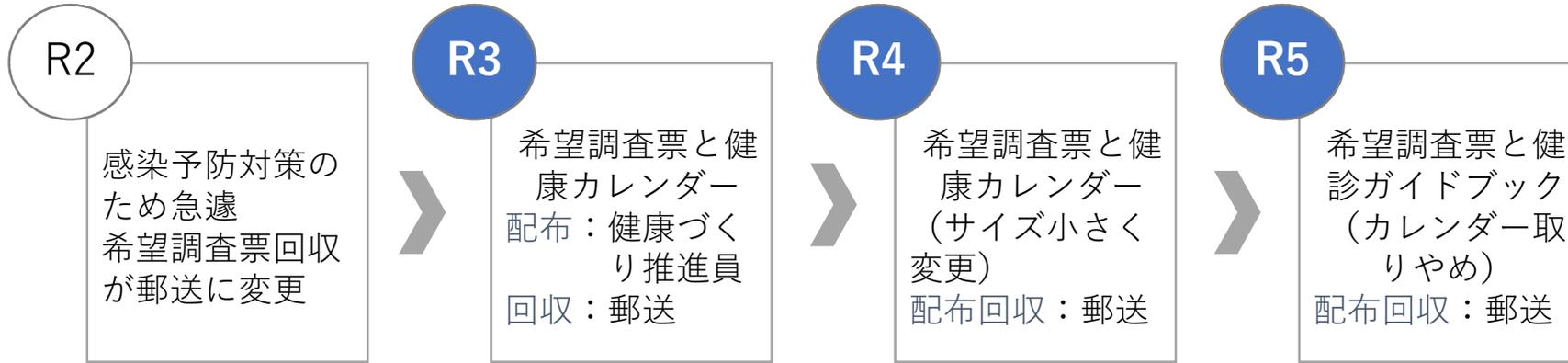
国保ヘルスアップ事業を活用した取り組み

特定健診の受診率向上の取り組み

- 対象の特性に応じた受診勧奨：不定期受診者（タイプ別）、レセプト有未受診者、レセプト無し未受診者、前年度国保加入者のセグメント分けで受診勧奨を実施しました。
- 受診行動の分析を行いました。

	勧奨方法	勧奨のねらい	受診行動の分析
R3	セグメント別の受診勧奨 (コール・リコール)	未経験者の掘り起こしとリ ピート受診者の定着	R3は受診率・リピート率が回復し ており、新型コロナウイルス感染症 の影響を強く受けたR2と比較す ると、不定期受診者の受診率が回 復傾向にある。
R4	セグメント別の受診勧奨 (コール・リコール)	リピート受診者の定着	R3より申込者が大きく減少し、前 年度受診者の離脱がみられた。会 場数も少なくなり、秋の健診前に 受診勧奨を実施したが、申込は増 えなかった。
R5	セグメント別の受診勧奨 (コール・リコール)	前年度離脱者の受診回復 申込未の者への勧奨の強化	最初の受診勧奨を申込締切後すぐ に設け実施。R4より不定期受診者 の受診率の向上、前年度受診者の 定着、医療なしの健診未受診者の 受診率も向上した。

i ※ 健診希望調査票と健診案内の配布・回収スタイルの変更



厚生労働省作成のハンドブックに、高浜町の取り組みが紹介されました。



対策B-② 健診未受診者を減らす取り組み の評価

- これまで長い間、地区の健康づくり推進員の協力で配布回収を行ってきた健診希望調査票と健康カレンダーはコロナ禍で急遽実施困難となりました。申し込み率が下がらないよう評価・見直ししながら、現状に沿った形へと3年間かけて変更しました。
- 健康格差の縮小のためにも、健診未受診者を減らす取り組みは重要ですが、新規対象となる前年度国保加入者の受診率、無料健診対象者の受診率ともに勧奨効果が低い状況のため、見直しが必要です。
- 地区による未受診者の割合も差があるため、今後地域性も視野に入れたアプローチを考えていく必要があります。
- がん検診は、オプトアウト式の希望調査票の効果もあり、毎年度すべての検診において受診率が向上しています。

事例

福井県高浜町 市の人口 10,234人 高齢化率 32.4% (令和2年9月30日当時)

郵送による回収でも高い意向調査票の回収率

福井県高浜町では、次年度向けの受診意向調査を年度末に例年行っています。令和元年度までは地域の健康推進員の方々が個別訪問で意向調査票を回収することで、66.5%と高い回収率でした。しかし、令和2年度にコロナ下で個別訪問ができなくなったことで、郵送による回収に切り替えたところ、回収率は64.6%とほとんど変化がありませんでした。

年度末に受診意向調査に答えることで翌年度に受診ができるというサイクルを毎年まわしてきたことで、受診意向調査に答えることがもはや住民の習慣になっているものと思われます。



意向調査票の回収率の推移



対策C-① 受療中の人が健診受診によりで生活習慣病の自己管理が充実する取り組み

治療中であっても健診を受ける機会を持つことで、自己管理が充実するよう集団健診当日の保健指導・健康相談を行いました。

アウトカム評価

健診も医療も受けている人の増加（情報提供含む）	R2 ベースライン	R3		R4		R5		評価
		目標値	結果	目標値	結果	目標値	結果	
	30.6%	33%	35.3%	36%	35.5%	38%		A

医療機関から、通院中の人のデータ提供を受ける	R3		R4		R5		評価
	目標値	結果	目標値	結果	目標値	結果	
医療機関からのデータ提供数	5名	2名	10名	0名	32名	0名	D
生活習慣病治療中の健診受診者の生活習慣改善については第3期で目標を数値化							

評価	A) 目標達成
	B) 達成できなかったが達成の可能性高い
	C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった
	D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
	E) 評価困難

各年度の介入策とアウトプット評価

青太字は、アウトプット指標実績

R3の介入策		R4の介入策		R5の介入策	
i	健診当日、専門職による健康相談や情報提供を行う 集団健診会場で全員に実施	i	充実して継続する 集団健診会場で全員に実施	i	継続する。 【実施者数】 【実施割合】
ii	福井県医師会と医療データ提供の契約する 契約した	ii	<ul style="list-style-type: none"> 契約を継続する。体制に課題があれば改善 契約を継続 リスト化によるデータ提供を町内医療機関に依頼する 取り組みの優先順位を考え、見送り 	ii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 【契約したか】 継続する。依頼対象医療機関を町外にも広げる 見送り
iii		iii	データ提供者にも健康相談の機会の提供や情報提供を行う データ提供のあった20名全員に実施	iii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する 【実施者数】 【実施割合】
iv		iv		iv	健診受診者、データ提供者も対象にした健康講座の実施 【開催数】 【参加者数】

対策C-① 受療中の方が健診受診によりで生活習慣病の自己管理が充実する取り組み評価

- 集団健診会場では、受療中の方にも全員専門職による健康相談を実施し、主治医との健診結果の共有を勧めました。普段通院の際に、保健指導を受ける機会のない方も多く自己管理の充実につながる機会となっています。健診有り・医療有りの方も増加傾向にあります。
- 職場で健診を受けている人も、データ提供時保健指導や情報提供を行うことで、健診を健康づくりに活かす機会となっています。
- 医師会からの医療データ提供は体制は整えましたが、提供数は少ない状況です。高浜町では、舞鶴市の医療機関に通院している人も多く、今後も増加はあまり期待できません。このような状況から依頼する対象機関を広げ、データ提供を受ける体制を整える必要性も高いとは思えないため見送りとしました。

対策C-② 重症化予防（治療中断・糖尿病重症化）の取り組み 評価

緊急連絡があった場合の受診勧奨、重症化予防としては、糖尿病治療中断者に対する治療再開を促す受診勧奨、医療機関から依頼のあったコントロール不良者に対する保健指導の実施に取り組みました。複数の目標で該当者がなかったため、体制の構築までとなっています。

アウトカム評価

重症化予防		R2ベースライン	R3	R4	R5	評価
	糖尿病治療中断者が医療機関を受診する	25%	100% (2/2人)	該当者なし	該当者なし	E 事業対象者がごく少数のため
受療中の糖尿病コントロール不良者が保健指導を受ける	—	該当者なし	該当者なし	該当者なし	E 体制を整えたが事業対象者がいなかった	

評価	A) 目標達成 B) 達成できなかったが達成の可能性高い C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない E) 評価困難
----	--

各年度の介入策とアウトプット評価

青太字は、アウトプット指標実績

R3の介入策		R4の介入策		R5の介入策	
i	検査機関より緊急連絡のあった者に電話または訪問で受診を確認し、早期の受診を促す。 該当なし	i	継続する。 【実施者数】 【実施割合】 該当なし	i	継続する。 【実施者数】 【実施割合】
ii	糖尿病治療中断者に対して受診勧奨を実施し、早期の受診を促す。 該当者2名に実施	ii	継続する。 【実施者数】 【実施割合】 該当なし	ii	継続する。 【実施者数】 【実施割合】
iii		iii	医療機関から依頼のあった者に保健指導を実施する。【実施者数】 【実施割合】 該当なし	iii	継続する 【実施者数】 【実施割合】
iv		iv	町内の医療機関との連携できるように調整する。 見送り	iv	舞鶴市内の医療機関との連携できるように調整する。【調整医療機関数】

対策C-② 重症化予防（治療中断・糖尿病重症化）の取り組み評価

- 体制は整えましたが、対象者は少なく該当なしの年もある状況です。目標数値の設定は現実的ではなく、対象者が出た際に適切に対応できるように体制を整えておくことと、その際には全員に対応することを目標とするのが現実的であると思われます。

保険者努力支援制度による評価

保険者努力支援制度とは、国保保険者による医療費適正化への取り組み等保険者機能の強化を促す観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、都道府県や市町村ごとに保険者としての取り組み状況や実績を点数化し、それに応じて国から交付金を交付することで国保の財政基盤を強化する制度で、平成30年度から本格実施されました。

交付額は、各評価指標の得点に被保険者数を乗じた総得点に応じ、国が予算額1千億円（市町村分500億円、都道府県分500億円）を按分の上、全市町村・全都道府県に交付します。令和2年度からは、抜本的な強化が図られ予防・健康づくりの強化に新規で500億円が追加されています。

評価指標には、保険者共通の指標と国保固有の指標があります。指標や配点については毎年度の見直しが行われ、市町は年に1回採点を行います。

	R1	R2	R3	R4	R5
総得点／配点（満点）	523／880	595／995	459／1000	651/960	563/940
交付額（万円）	356.2	386.4	299.9	494.9	451.3

令和3年度は得点が取れず、交付額も低くなっていましたが、令和4,5年はともに県平均得点を上回り、交付額も伸びています。評価項目別にみると、得点が伸び悩んでいる項目がいくつかあります。（次頁に採点表記載）

【保険者努力支援制度（取り組み評価分）採点表】

	評価指標	R2	R3	R4	R5
共通①	(1) 特定健診受診率	0/190～ ▲70	10/190～ ▲90	100/190～ ▲90	80/190～ ▲90
	(2) 特定保健指導実施率				
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率				
共通②	(1) がん検診受診率	40/70	35/70	45/70	50/75
	(2) 歯科健診				
共通③	重症化予防の取り組み	120/120	120/120	110/120	75/100
共通④	(1) 個人へのインセンティブ	65/110	65/110	40/60	65/65
	(2) 個人へのわかりやすい情報提供				
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50/50	45/50	50/50	50/50
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	90/130	10/130～ ▲10	105/130～ ▲10	40/130～ ▲10
	(2) 後発医躍進の使用割合				
固有①	収納率向上	55/100	0/100	25/100	25/100
固有②	データヘルス計画の取組	40/40	40/40	30/30	25/25
固有③	医療通知の取組	25/25	25/25	20/20	15/15
固有④	地域包括ケアの推進	25/25	20/30	20/40	20/40
固有⑤	第三者求償の取組	27/40	34/40	38/50～▲5	50/50
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	58/95～▲30	70/95～▲30	68/100～▲30	68/100～▲30
総得点/総配点		595/995	459/1000	651/960	563/940

3. 第2期データヘルス下期計画評価から特定健診・保健指導の課題整理

- ① **健診も医療も受けていない人は減少傾向ですが、健康格差を生まないためには、さらに対象者の特性を理解し対策を進めていくことが必要です**
 - 令和2年度に20%近くまで増加していましたが、以後は少しずつ該当者の割合は減少し始めています。該当者の割合や減少傾向は、地区によって差が生じてきています。
 - これまでは、「レセ無し・健診無し」を一つのセグメントとして受診勧奨を行ってきましたが、効果はあまり出ていません。今後は、さらに対象者の特性に応じた勧奨方法を検討していくことが必要です。
- ② **新たな保健指導スタイルができましたが、生活習慣やデータの改善には課題があります**
 - 下期で、指導者がデータから改善目標を提案するのではなく、受診者の関心や意欲を引き出すことで、受診者自らが改善したい生活習慣を選び実践につなげる指導スタイルができました。
 - 今後は、新たなスタイルでのデータや生活習慣の変化を評価しながら、効果の出る支援へと充実を図ることが必要です。
 - 積極的支援対象者への継続支援を計画的に進めることが難しい状況です。
- ③ **健診結果で要医療でも医療機関の受診をしない人が、まだ多い状態です。**
 - 高浜町は、健診結果で要医療となる人の割合が県に比べて高い状況です。要医療者には、勧奨・再勧奨を行うことで受診した人は増加していますが、受診していない人もまだ多くいます。
- ④ **集団健診をより充実させていくことが、継続受診にも保健指導の充実にも有効です**
 - 県下市町の多くで個別健診の受診割合が増えている中、高浜町では9割近くの方から集団健診が選ばれています。これまでも、健診会場でその都度改善を行ってきましたが、そのノウハウを今後に引き継いでいけるような仕組み作りも必要です。
 - より分かりやすく快適に受けられる集団健診となるように、事前の案内・当日の流れ・予約の仕組み等の効率化や見直し等を進めていきます。

第5章 第3期特定健診等実施計画の評価

評価	A) 目標達成
	B) 達成できなかったが達成の可能性高い
	C) 目標の達成は難しいがある程度の効果はあった
	D) 目標達成は困難、介入策の効果があるとは言えない
	E) 評価困難

		H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
特定健診受診率	目標値	—	47%	49%	50%	53%	56%	60%	
	実績	45.3%	45.9%	46.3%	42.7%	47.3%	47.6%		C
特定保健指導実施率	目標値	51.8%	55%	60%	62%	63%	64%	65%	
	実績	51.8%	54.0%	84.0%	89.4%	85.1%	85.3%		A
再掲	積極的	実績	81.8%	47.8%	71.4%	76.9%	82.5%	87.5%	A
	動機づけ	実績	76.9%	55.3%	88.5%	97.4%	86.2%	93.5%	A

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	目標	評価
内臓脂肪症候群該当者の減少率	21.4%	20.7%	25%	17.3%	15.3%	24.4%	%	25%	B
内臓脂肪症候群予備群該当者の減少率	20.2%	14.6%	16.3%	8.1%	19.2%	13.4%	%	25%	C

資料：国保データベース（KDB）システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」

第6章 第3期（上期：2024(R6)～2026(R8)) データヘルス計画

1. 計画の目的と保健事業

目的：被保険者の健康寿命の延伸

国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸のため、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を実施します。

保健事業：

★ 目的達成のため第3期（上期）データヘルスで注力すべき取り組み

対策A 健診を受ける事で健康になる人を増やす取り組み

- ★ ① 健診と保健指導により、生活習慣とデータ改善につなげる取り組み
- ② 要医療者への受診勧奨の強化

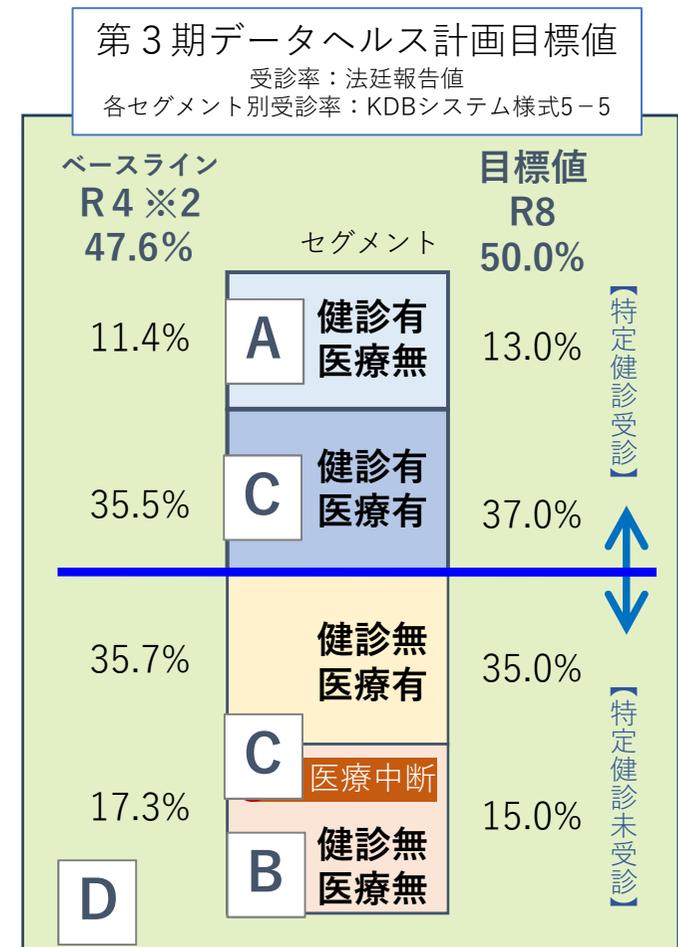
対策B 健診も医療も受診していない人を減らす取り組み

- ★ ① 継続受診者を増やす取り組み
- ★ ② 健診未受診者を減らす取り組み

対策C 受療中の人々の健康管理の推進と重症化予防の取り組み

- ① 健診を受ける事で適切な生活習慣を実践する人を増やす取り組み
- ② 治療中断者への治療再開への受診勧奨・糖尿病重症化予防

- ※1 対策D 健康づくりを実践しやすい環境づくり第3次たかしま健康チャレンジプランにより推進します。
- ※2 ベースライン：計画策定時にはR5の数値が確定していないためR4（仮）をベースラインとし、R5の数値確定後差し替えます



2. 保健事業の展開

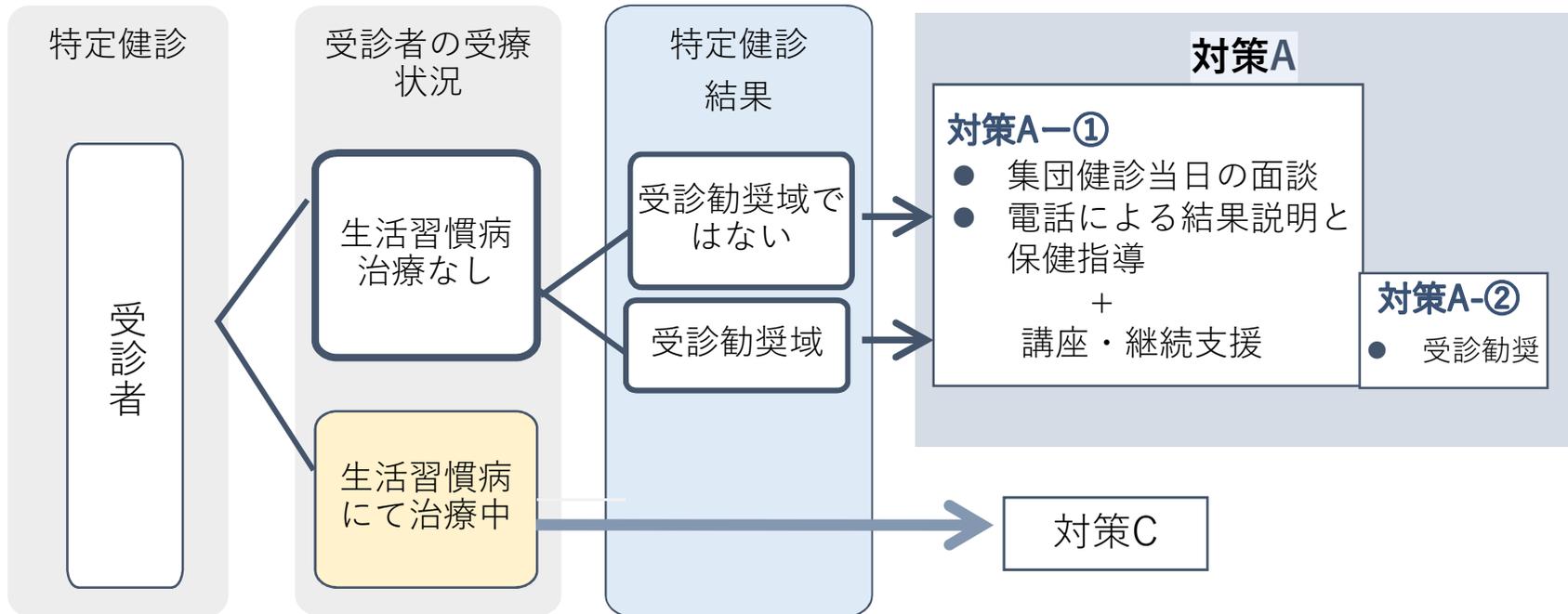
★ 目的達成のため第3期（上期）データヘルスで注力すべき取り組み

1) 対策A. 健診を受ける事で健康になる人を増やす取り組み

- ★ 対策A-① 健診と保健指導により、生活習慣とデータ改善につなげる取り組み

健診受診がきっかけになり、生活習慣とデータの改善につながるように、生活習慣病治療中の方を除く受診者全員に、対象者の改善意向と生活習慣病のリスクに応じた保健指導を行います。

- 対策A-② 要医療者への受診勧奨の強化



★ 対策 A-①. 健診と保健指導により、生活習慣とデータ改善につなげる取り組み

第2期データヘルス計画の取り組みで「健診と1か月後の保健指導は一連の流れで受ける」ことが受診者に定着しました。第3期は、「効果が出る」指導となるよう、健診前の介入(iii)・継続支援(v・vi)の充実・評価指標の見直し(iv)に注力し進めていきます。

進め方

★ 目的達成のため第3期(上期)データヘルスで注力すべき取り組み

【R6】保健指導の評価指標見直しと継続支援の強化により、保健指導の効果が上がる

- i. 集団健診受診者(治療中の人を除く)に健診当日の面談と1か月後の電話による保健指導を行う。
- ii. 保健指導従事者への研修を行い、指導の標準化を図る。
- iii. 健診案内に同封する生活習慣改善を促すチラシを見直し、送付。 ★
- iv. A-①の取り組みを評価する指標の検討。(ヘルスリテラシーの変化等) ★
- v. 電話指導後の継続支援(特に積極的支援レベルへの)の充実のための事例検討。 ★
- vi. 継続支援のための講座や個別指導の見直し・実施。 ★
- vii. 職場で受けた健診データの提供者にも、健康相談・保健指導を実施する。

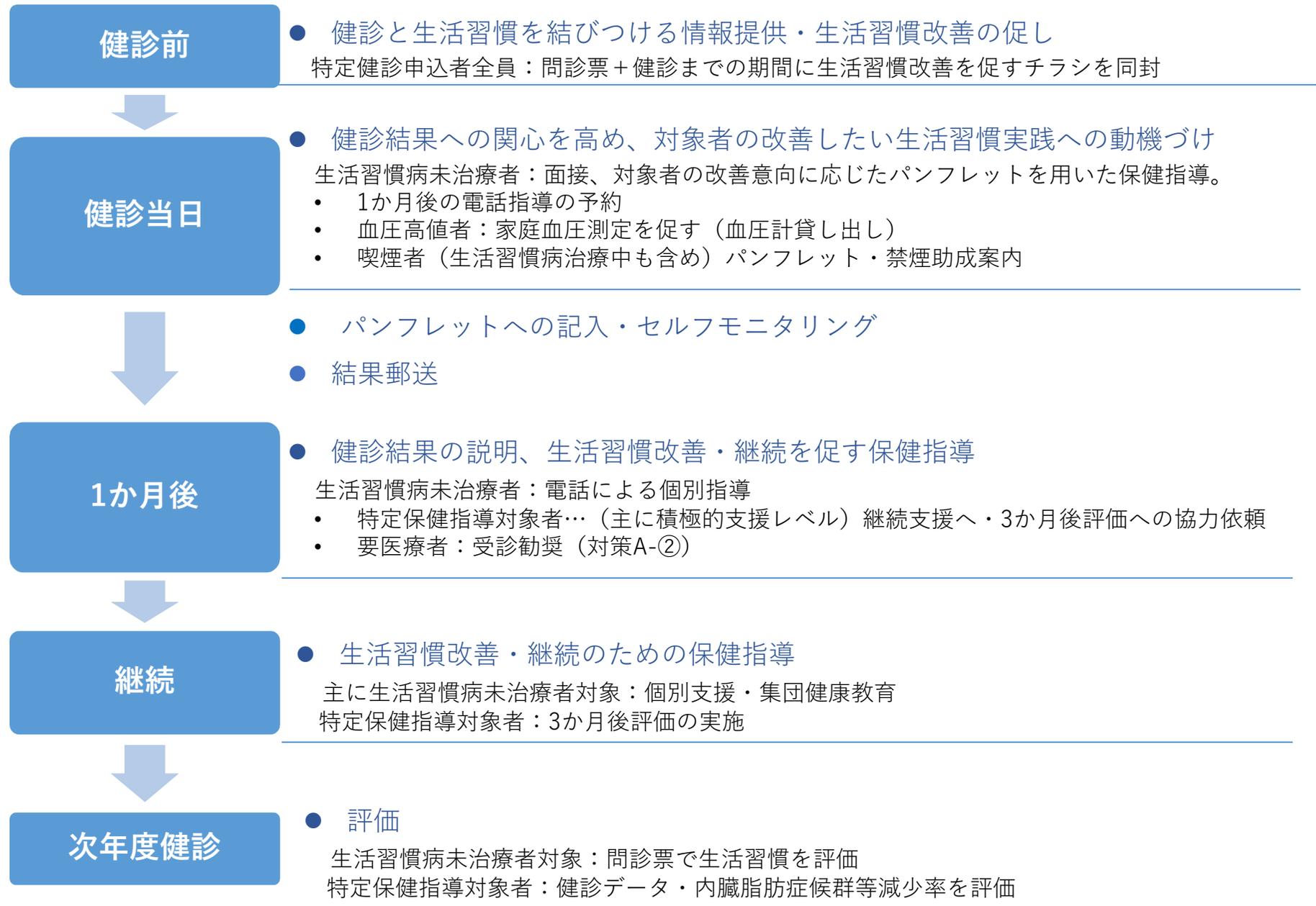
【R7】健診時の保健指導と継続支援で、生活習慣を改善する人が増える

- i. 継続する。必要なら見直しを行う。
- ii. 継続する。
- iii. 改善して、継続する。 ★
- iv. 決定した指標を、特定健診問診項目(高浜町オリジナル)に反映する。(追加・変更) ★
- v. 継続する。 ★
- vi. 継続。継続支援のための動画コンテンツの配信等を検討する。 ★
- vii. 継続する。

【R8】健診受診がきっかけとなり生活習慣が改善され、生活習慣病が予防できる

- i ~ iii. 継続する。
- iv. 追加した指標を次期データヘルス計画に盛り込む。 ★
- v. 継続する。 ★
- vi. 継続。R6,7の取り組みから、継続支援のスタイルを決め、充実へとつなげる。 ★
- vii. 継続する。

【対策A-① 取り組みの流れ】



アウトカム指標と目標値

データの改善		R4 (暫定) ベースライン	R6	R7	R8
	内臓脂肪症候群該当者の減少率		24.4%	25%	25%以上
内臓脂肪症候群予備群該当者の減少率		13.4%	15%	17%	20%

生活習慣の改善	生活習慣病リスク	R4 (暫定) ベースライン	R8 目標値	評価項目
	高血圧 140以上 90以上	37.9% 18.5% 62.9%	50%以上 15%以下 65%以上	家庭血圧を週1回以上測定している人の増加 漬物・梅干し・佃煮等を毎日1回以上食べる人の減少 外食と家庭の食事の味付け比較 外食を濃いと感じる人の増加
	血糖高値 HbA1c 5.6以上	49.7% 57.3% 48.5% 27.2% 56.1%	40%以下 60%以上 60%以上 20%以下 60%以上	ごはんの摂取量を知らない（はかったことがない）人の減少 間食購入時、栄養表示を時々またはいつも見ている人の増加 1日1食以上食事の時に野菜から先に食べる人の増加 毎日間食を食べる人の減少 日常生活において1日1時間以上の身体活動をしている人の増加
	肥満 BMI25以上	37.9% 35.6% 51.7% 21.8% 62.1% 57.5%	30%以下 50%以上 40%以下 20%以下 65%以上 60%以上	人と比べて食べる速度が速いと答える人の減少 週3回以上体重をはかる人の増加 ごはんの摂取量を知らない（はかったことがない）人の減少 毎日間食を食べる人の減少 日常生活において1日1時間以上の身体活動をしている人の増加 間食購入時、栄養表示を時々またはいつも見ている人の増加
	たばこ	23.1% 5.9%	20%以下 5%以下	特定健診受診者（男性）の喫煙率 特定健診受診者（女性）の喫煙率
	飲酒	42.5% 10.7%	40%以下 7%以下	毎日飲酒する人（男性）の減少 毎日飲酒する人（女性）の減少
	ヘルスリテラシーの向上	R7ベースライン		R6に評価指標を決定し、R7年度の特定健診問診票に導入（合わせて他の評価指標も見直す）予定

資料：集団健診受診者の健診結果・問診・追加問診項目回答より（健康かるてシステムから集計）

各年度の介入策とアウトプット指標

【 】内は、アウトプット指標

R6の介入策		R7の介入策		R8の介入策	
i	集団健診受診者（治療中を除く）に健診当日の保健指導と、1か月後の電話指導（結果の説明と保健指導）を行う。【全員に実施したか】	i	継続する。必要なら見直す。 【見直しをしたか】 【全員に実施したか】	i	継続する 【全員に実施したか】
ii	保健指導従事者への研修会を開催し指導の質の向上・標準化を図る。 【開催回数】 【参加者数】	ii	継続する 【開催回数】 【参加者数】	ii	継続する 【開催回数】 【参加者数】
iii	健診案内に同封する生活習慣改善を促すチラシを見直して、送付 【見直したか】 【同封したか】	iii	改善して継続する 【改善したか】 【チラシを同封したか】	iii	継続する 【チラシを同封したか】
iv	対策A-①の取り組み効果を評価する指標の検討・見直す（ヘルスリテラシーの変化等） 【見直したか】	iv	決定した指標を、特定健診問診項目（高浜町オリジナル）に反映する（追加・修正）。 【追加・修正したか】	iv	見直した問診項目等を、下期データヘルス計画の指標として使用する。【実施したか】
v	電話指導後の継続支援（特に積極的支援レベル）の充実のための事例検討を実施する。【実施したか】	v	継続する。事例検討の結果、必要であれば、継続支援のプログラムを作成する。【実施回数】	v	継続する【実施回数】
vi	継続のための講座や個別指導等を見直し・実施する【見直しをしたか】 【開催数】 【参加人数】	vi	<ul style="list-style-type: none"> 継続する。【開催数】 【参加者数】 動画コンテンツの導入の検討【検討したか】 導入するなら準備【準備をしたか】	vi	<ul style="list-style-type: none"> 継続する。【開催数】 【参加者数】 動画コンテンツ等のツール導入した継続支援の方法を確立させる。 【支援方法が確立したか】
vii	職場で受けた健診データ情報提供者に保健指導を行う【実施数】 【実施率】	vii	継続する 【実施数】 【実施率】	vii	継続する 【実施数】 【実施率】

A-② 要医療者への受診勧奨の強化

健診の結果、医療機関受診が必要な者は、確実に医療につなぐ必要があります。受診の必要性を説明し受診勧奨を行い、医療機関を受診したか確認を行います。

進め方

【R6】健診の結果、医療機関受診が必要な人が受診する

- i 健診の結果「要医療」と判定された人（治療中は除く）には、健診結果と合わせて受診勧奨の説明文と受診結果返信用はがきを同封。電話での結果返しの際に受診勧奨を行う。
- ii 受診結果返信用はがき未返信者に電話または通知で受診の再勧奨を行う。（説明1カ月後）
- iii 勧奨後も返信用はがき未返信者に電話または通知で再々勧奨を行う。（前回勧奨2カ月後）
- v i～ivの流れを見直し、実施体制や資材の内容等を改善する。

【R7】勧奨・確認方法の改善で確実に勧奨を行ない、要医療者の受診率が上がる

- i 見直した勧奨方法、資材を用いて、継続する。
- ii～v 介入方法と時期を見直し、実施する。

【R8】健診の結果、医療機関受診が必要な人が確実に受診する。

- i～v 継続する。

各年度の目標とアウトカム指標

【 】内は、アウトカム指標とその目標値

減少 未受診率の		R4(暫定) ベースライン	R6	R7	R8
	受診勧奨者の医療機関未受診率※		8.7%	8.0%以下	7.0%以下

※国保データ（KDB）システム「地域の全体像の把握」

各年度の介入策とアウトプット指標

【 】内は、アウトプット指標

R6の介入策		R7の介入策		R8の介入策	
i	「要医療」（治療中は除く）には、健診結果と合わせて受診勧奨の説明文と受診結果返信用はがきを同封。電話での結果返しの際に受診勧奨を行なう 【実施率】（ 人 / 人）	i	見直した勧奨方法、資材を用いて、継続する 【実施率】（ 人 / 人）	i	継続 【実施率】（ 人 / 人）
ii	受診結果返信用はがき未返信者に電話または通知で受診の確認再勧奨を行う（説明1カ月後） 【実施率】（ 人 / 人）	ii	見直した方法で受診確認、再勧奨を行う。 【実施率】（ 人 / 人）	ii	継続 【実施率】（ 人 / 人）
iii	電話勧奨以後も返信用はがき未返信者に電話または通知での再勧奨を行う。（前回勧奨2か月後） 【実施率】（ 人 / 人）	iii	見直した方法、タイミングで再々勧奨を行う。 【実施率】（ 人 / 人）	iii	継続 【実施率】（ 人 / 人）
iv	i～iiiの流れを見直し、勧奨時期や資材の内容等を改善する。 【実施したか】	v	課題があれば改善する 【実施したか】	v	課題があれば改善する 【実施したか】

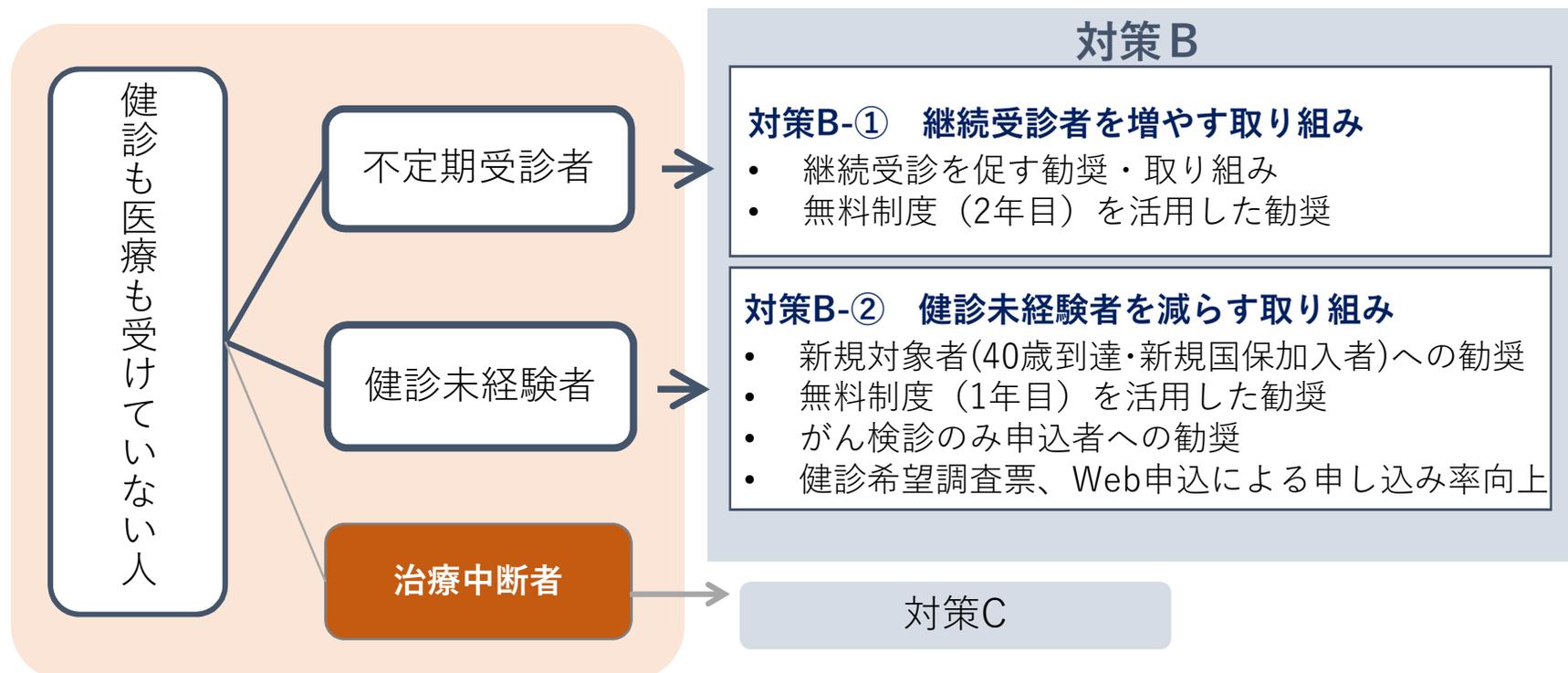
2) 対策B. 健診も医療も受診していない人を減らす取り組み

データヘルス計画では第1期から、健診も医療も受けていない人を減らすために、継続受診者を増やす対策・健診未経験者を減らす対策を進めてきました。令和2年度の新型コロナウイルス感染症拡大では、健診の申し込みや集団健診の運営等で急な変更が相次ぎましたが、長年のスタイルを見直す機会ととらえ、希望調査票の提出を郵送に変え、時間予約制を健診に導入しました。

第3期では、さらに新しい試みも取り入れ、健診も医療も受診していない人を減らす取り組みを進めていきます。なお、この集団に含まれる「治療中断者」に関しては、対策Cで取り組みます。

★目的達成のため第3期（上期）データヘルスで注力すべき取り組み

- ★ **対策B-①** 継続受診者を増やす取り組み
健診を一度受診した人が、特定健診もがん検診も継続受診するよう取り組みます。
- ★ **対策B-②** 健診未経験者を減らす取り組み
対象者の特性に合った勧奨で、健診をうけたことがない人が受診につながるよう取り組みます



★ B-①. 継続受診者を増やす取り組み

受診者の9割近くが集団健診を選んでいるのが、高浜町の大きな特徴です。満足度の高い健診の提供をこれまでも心がけてきましたが、第3期では集団健診の充実をPDCAサイクルで進める仕組み化（iii）・無料健診2年連続受診者の増加に力を入れます（ii）。

進め方

★ 目的達成のため第3期（上期）データヘルスで注力すべき取り組み

【R6】前年度健診受診者が継続して受診する

- I. 健診の結果返して、受診者に結果とともに、次年度に受けるべき健診種類を説明する。
- II. 50歳、60歳、70歳の人の対象の検診をすべてを無料とし、2年連続の受診を促す。勧奨方法を見直し実施。★
- III. 集団健診会場の見直しで、短時間で快適な受診環境を提供する。★
- IV. 過去3年間に受診履歴のある人でR6申し込み無しの人への受診勧奨を、前年度までの取り組みを見直し実施。

【R7】前年度健診受診者が継続して受診する

- I. 継続する。
- II. R6の効果検証し、勧奨法をさらに改善し実施する。★
- III. 継続する。効率化を図る。★
- IV. R6の効果検証し、勧奨法をさらに改善して継続する。

【R8】全ての健診受診者が、継続受診の必要性が理解できセット受診を継続する。

- I. 継続する。新たな取り組みの必要性を検討する。
- II. 継続する。下期以降の取り組みの継続と方法を検討する。★
- III. 継続する。効率化の実践。★
- IV. 継続する。

アウトカム指標と各年度の目標値

評価項目	R4（暫定） ベースライン	R6	R7	R8
継続受診率の向上	85%	86%	87%	88%
3年連続受診率の向上	92%	90%以上	90%以上	90%以上

継続受診率：国保データベース（KDB）システムで評価

評価項目		R4（暫定） ベースライン	R6	R7	R8
無料健診対象者の 受診率向上	50歳	33.3%	35%	40%	45%
	60歳	50%	52%	54%	55%
	70歳	62.1%	63%	65%	67%

各年度の介入策とアウトプット指標

【 】内は、アウトプット指標

R6の介入策		R7の介入策				R8の介入策																			
i	健診の結果返して、受診者に結果とともに、次年に受けるべき健診種別を説明する 【全員に実施したか】	i	継続。 【全員に実施したか】			i	継続。 【全員に実施したか】 新たな取り組みの必要性と方法を検討する【検討したか】																		
ii	<ul style="list-style-type: none"> 50歳、60歳、70歳の無料検診対象者の健診希望調査票に無料を記載。勧奨法を見直し受診勧奨・再勧奨【見直したか】 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>50歳</th> <th>60歳</th> <th>70歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>記載数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		50歳	60歳	70歳	記載数				勧奨数				再勧奨数				ii	勧奨方法を検討し継続する 【検討したか】			ii	継続する。 下期以降の取り組みの継続と方法を検討【検討したか】		
	50歳	60歳	70歳																						
記載数																									
勧奨数																									
再勧奨数																									
iii	集団健診がスムーズに受診してもらえよう会場ごとの評価・改善を実施 【実施会場数】 / 会場	iii	<ul style="list-style-type: none"> 継続 【実施会場数】 / 会場 集団健診の効率化を検討【検討したか】 			iii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【実施会場数】 / 会場 効率化の実践【実施したか】 																		
v	過去3年間に受診履歴有りてR6申し込み無しの人に、従来の方法を見直し受診を勧奨する 【見直したか】 【セグメント別勧奨数】	v	勧奨時期や内容等を改善して、過去3年間に受診歴ありR7申し込み無しの人に受診を勧奨する 【改善したか】 【セグメント別勧奨数】			v	継続する 【セグメント別勧奨数】																		

★ B-②.健診未受診を減らす取り組み

健診も医療も受けていない人を減らす取り組みは、健康格差を生まないためにも重要ですが、勧奨効果が少ないのが現実です。第3期では、新たに健診のWeb申し込みの導入（i）、合わせてこれまで取り組んできた新規対象者への介入（ii,iii）無料健診による受診きっかけづくり（iv）の勧奨を見直し効果を上げること、3年連続未受診者の特性に合った勧奨（vii）に注力します。

進め方

★ 目的達成のため第3期（上期）データヘルスで注力すべき取り組み

【R6】 Web申し込みの導入と対象者の特性に合った勧奨で、新たな受診者が増える

- i 健診申し込みを希望調査票（郵送）に加え、Web申し込みを導入し、効果を検証する。★
- ii 前年度の国保新規加入者に、健診申し込みを促す。年度途中国保加入者への健診案内を検討する。★
- iii 40歳到達者の検診を無料とし、健康手帳・健康管理ファイル・検診申込の説明書を送付し受診を促す。★
- iv 49、59、69歳の人を対象に、対象検診をすべて無料とし受診を促す。★
- v がん検診のみの申込者への案内の際、特定健診のメリットを伝えるリーフレットを送り同時受診を促す。
- vi 健診を申し込んだが受診しなかった人に対し、再勧奨を実施する。
- vii 過去3年間に受診歴のないR6未申込者への勧奨方法を見直し、勧奨を行う。（特に、医療無しを強化）★
- viii 対象者や周知方法を検討し、高浜病院で町民のみ対象のセット検診を2日間実施する。

【R7】 健診希望調査票とWeb申込みにより申し込みが増加する。

- i 申し込み方法を改善し 継続する。★
- ii 継続する。必要であれば年度途中の国保加入者へ健診を案内する。★
- iii～vi 継続する。
- vii R6の効果を検証し、改善して継続する。★
- viii 継続の必要性も含めて検討する。

【R8】 今まで健診を申し込まなかった人が、必要な検診をセットで申し込み受診する

- i 健診希望調査票とWeb申し込みによる健診申し込みを増やす。★
- ii～vii 改善し、継続する。
- viii 継続が必要であれば継続。

アウトカム指標と各年度の目標値

健診も医療も受けない人の減少		R4 (暫定) ベースライン	R6	R7	R8
		17.3%	17%	16%	15%
		R4 (暫定) ベースライン	R6	R7	R8
前年度新規国保加入者受診率		37.9%	38%	39%	40%
無料対象者受診率	40歳	31.6%	35%	38%	40%
	49歳	40.0%	42%	43%	45%
	59歳	13.3%	30%	35%	42%
	69歳	49.1%	55%	58%	60%
過去3年間未受診の当該年度受診率		12.1%	12%	13%	14%
特定健診申し込み率 (申込数/対象者数)		—	ベースライン		
がん検診受診率	肺がん検診	男性38.2% 女性45.8%	男性39% 女性46%	男性40% 女性47%	男性41% 女性48%
	胃がん検診	男性30.7% 女性28.8%	男性32% 女性29%	男性33% 女性30%	男性34% 女性31%
	大腸がん検診	男性41.7% 女性51.5%	男性43% 女性52%	男性44% 女性53%	男性45% 女性54%
	乳がん検診	61.3%	62%	63%	64%
	子宮頸がん検診	36.8%	38%	39%	40%

各年度の介入策とアウトプット指標

【 】内は、アウトプット指標

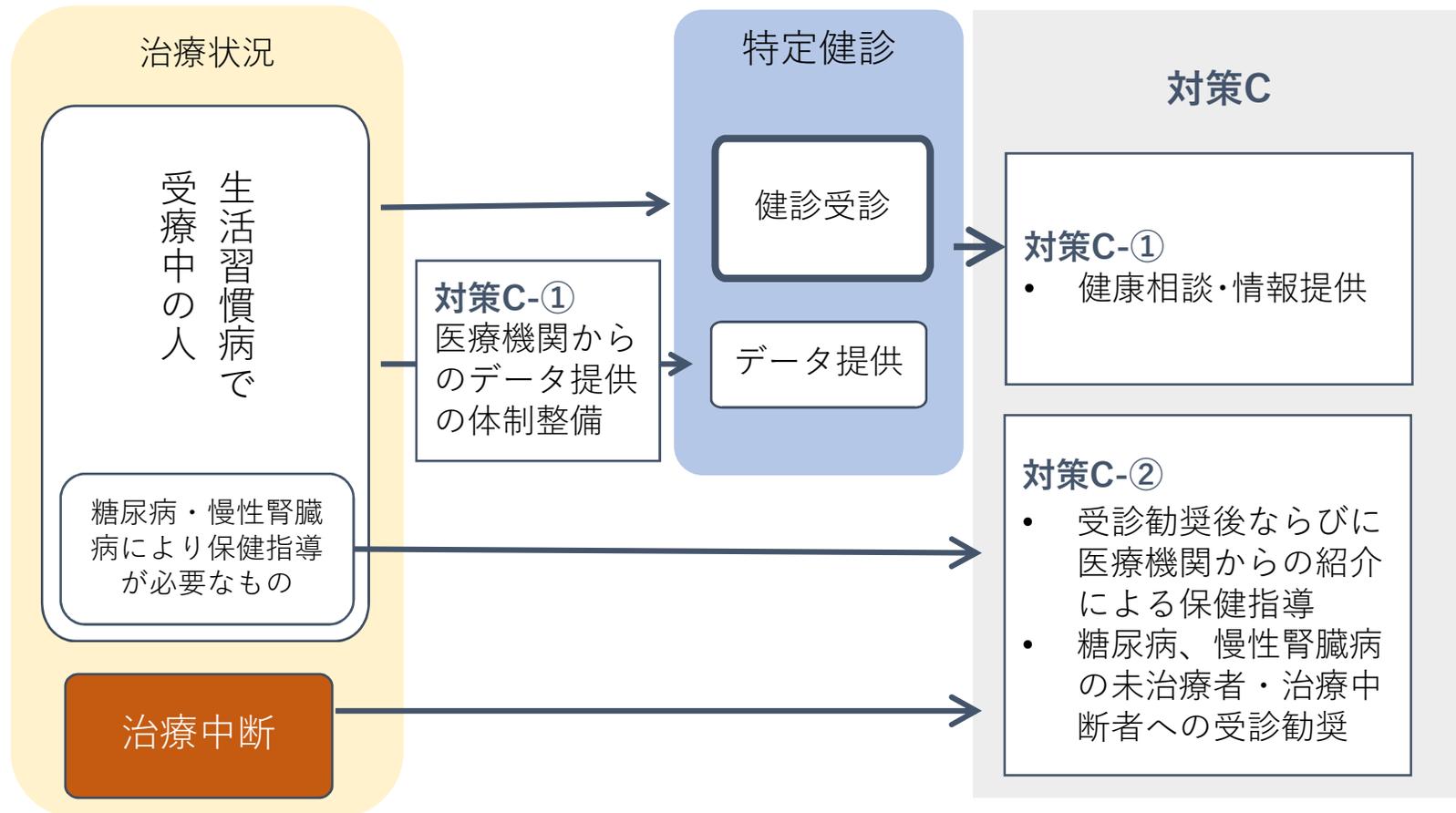
R6の介入策		R7の介入策		R8の介入策																																																	
i	<ul style="list-style-type: none"> 希望調査票に加え、Web申込を導入する【実施したか】 調査票【配布数】・【申込者数】 Web申込の検証【検証したか】 	i	<ul style="list-style-type: none"> 申込方法を改善し継続する。【改善したか】 調査票【配布数】・【申込者数】 継続する【検証したか】 	i	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【改善したか】 【配布数】 【申込者数】 申込方法確定【確定できたか】 																																																
ii	<ul style="list-style-type: none"> 前年度国保新規加入者に健診申し込みを促す。【勧奨数】 【再勧奨数】 年度途中国保加入者への案内を検討【検討したか】 	ii	<ul style="list-style-type: none"> 改善し、継続する【改善したか】 【勧奨数】 【再勧奨数】 必要であれば年度途中国保加入者への案内の実施【実施者数】 	ii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【勧奨数】 【再勧奨数】 継続する【実施者数】 																																																
iii	<ul style="list-style-type: none"> 40歳到達者に健康手帳・健康管理ファイル・申込の説明を送る【送付数/対象者数】 再勧奨を行う【再勧奨数】 	iii	<ul style="list-style-type: none"> 継続する【送付数/対象者数】 継続する【再勧奨数】 	iii	<ul style="list-style-type: none"> ファイル等を見直し継続する【改善したか】 【送付数/対象者数】 継続する【再勧奨数】 																																																
iv	<ul style="list-style-type: none"> 49歳、59歳、69歳の無料検診対象者の希望調査票に無料を記載。勧奨法を見直し受診勧奨・再勧奨【見直したか】 <table border="1" data-bbox="369 845 840 1045"> <thead> <tr> <th></th> <th>49歳</th> <th>59歳</th> <th>69歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>記載数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		49歳	59歳	69歳	記載数				勧奨数				再勧奨数				iv	<ul style="list-style-type: none"> 勧奨法を検討し、継続する【検討したか】 <table border="1" data-bbox="974 845 1444 1045"> <thead> <tr> <th></th> <th>49歳</th> <th>59歳</th> <th>69歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>記載数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		49歳	59歳	69歳	記載数				勧奨数				再勧奨数				iv	<ul style="list-style-type: none"> 継続する。 下期以降の取り組みの継続と方法を検討【検討したか】 <table border="1" data-bbox="1512 845 1982 1045"> <thead> <tr> <th></th> <th>49歳</th> <th>59歳</th> <th>69歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>記載数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>再勧奨数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		49歳	59歳	69歳	記載数				勧奨数				再勧奨数			
	49歳	59歳	69歳																																																		
記載数																																																					
勧奨数																																																					
再勧奨数																																																					
	49歳	59歳	69歳																																																		
記載数																																																					
勧奨数																																																					
再勧奨数																																																					
	49歳	59歳	69歳																																																		
記載数																																																					
勧奨数																																																					
再勧奨数																																																					
v	がん検診のみ申込者の検診案内に、特定健診受診勧奨通知・問診票を同封【同封したか】	v	継続する【同封したか】	v	継続する【同封したか】																																																
vi	健診申し込み有未受診者に再勧奨を実施する【実施したか】	vi	継続する【実施したか】	vi	改善し継続する【改善したか】 【実施したか】																																																
vii	過去3年受診歴のない未申込者へのセグメント別受診勧奨【見直したか】 【セグメント別勧奨数】 【健診無・医療無への勧奨強化できたか】	vii	効果検証し、改善し継続する【改善したか】 【セグメント別勧奨数】	vii	改善し、継続する【改善したか】 【セグメント別勧奨数】																																																
viii	対象者・周知方法を見直し、若狭高浜病院で町民のみ対象のセット検診を実施する【見直したか】 【実施日数】 【受診者数】	viii	勧奨方法を改善し、継続する【改善したか】 【実施日数】 【受診者数】 今後の継続も含め検討【検討したか】	viii	継続する【実施日数】 【受診者数】																																																

3) 対策C. 受療中の人の健康管理の推進と重症化を予防する取り組み

生活習慣病の治療中であっても生活習慣に関するサポートを受ける機会がない人が存在します。また、受療中の人の生活習慣病の自己管理の充実と、糖尿病等の重症化を予防する取り組みに力を入れていきます。

対策C-① 健診を受ける事で、生活習慣病の自己管理が充実する取り組み

対策C-② 治療中断者への治療再開への受診勧奨・糖尿病重症化予防の取り組み



対策C-① 受療中の人が健診受診によりで生活習慣病の自己管理が充実する取り組み

治療中であっても健診を受ける機会を持つことで、自己管理が充実するよう保健指導・情報提供を行います。

進め方

【R6】 受療中の健診受診者が健診を受診の際に、健康相談や情報提供を受ける。

- i 健診当日、専門職による健康相談や生活習慣病の自己管理に必要な情報提供を行う。
- ii 医療機関より医療データ提供を受けるため、県医師会と契約を継続する。

【R7】 受療中の健診受診者への健康相談等の充実

- i 情報提供の内容を充実させ継続する。
- ii 継続する。

【R8】 受療中の健診受診者が充実した保健指導を受ける

- i 継続する。
- ii 継続する。

アウトカム指標と各年度の目標値

	R4（暫定） ベースライン	R6	R7	R8
健診も医療も受けている人の 増加（情報提供含む）	35.5%	36%	36.5%	37%

各年度の介入策とアウトプット指標

R6の介入策		R7の介入策		R8の介入策	
i	健診当日、専門職による健康相談 や情報提供を行う 【全員に実施したか】	i	充実して継続する 【全員に実施したか】	i	継続する。 【全員に実施したか】
ii	福井県医師会と医療データ提供の 契約する 【契約したか】	ii	契約を継続する。体制に課題があれば改善 【契約したか】	ii	継続する 【契約したか】

対策C-② 重症化予防（治療中断・糖尿病重症化）の取り組み

検査データの悪化がある場合は、受診確認を行い、必要に応じて主治医と連携し保健指導を行います。受療中断者には、治療を再開するように、医療機関と協力し治療につなげます。

進め方

【R6】 受療中断者や検査データが悪化している者が、医療機関を速やかに受診する。 医療機関から依頼を受け重症化予防の保健指導を実施する

- i 検査機関より緊急連絡のあった者に、電話または訪問で受診を確認し、早期の受診を促す。
- ii 糖尿病治療中断者に対して受診勧奨を実施し、早期の受診を促す。
- iii 受療中でコントロール不良者への保健指導依頼があった場合、保健指導を実施する

【R7】 受療中断者や検査データが悪化している者が、医療機関を速やかに受診する。 医療機関から依頼を受け重症化予防の保健指導を実施する

- i 継続する。
- ii 継続する。
- iii 継続する

【R8】 受療中断者や検査データが悪化している者が、医療機関を速やかに受診する。 医療機関から依頼を受け重症化予防の保健指導を実施することで、重症化予防につながる

- i 継続する。
- ii 継続する。
- iii 継続する。

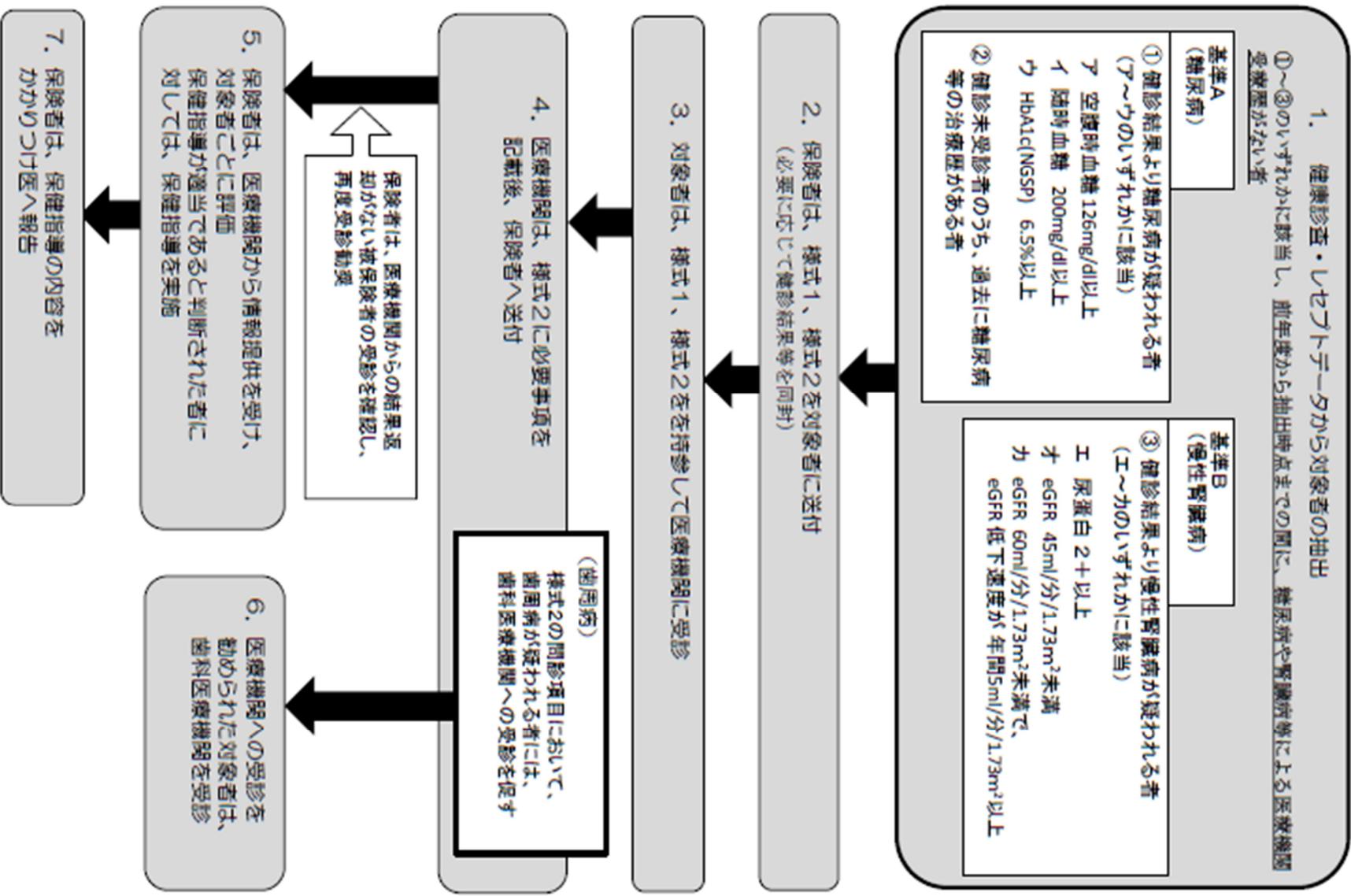
アウトカム指標と各年度の目標値

重症化予防		R4 ベースライン	R6	R7	R8
	糖尿病治療中断者が医療機関を受診する	該当者なし	該当者が全員医療機関を受診する		
受療中の糖尿病コントロール不良者が保健指導を受ける	該当者なし	該当者が全員保健指導を受ける			

各年度の介入策とアウトプット指標

R6の介入策		R7の介入策		R8の介入策	
i	検査機関より緊急連絡のあった者に電話または訪問で受診を確認し、早期の受診を促す。 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】	i	継続する。 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】	i	継続する。 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】
ii	糖尿病治療中断者に対して受診勧奨を実施し、早期の受診を促す。 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】	ii	継続する。 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】	ii	継続する。 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】
iii	医療機関から依頼のあった者に保健指導を実施する。【体制は整えてあるか】 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】	iii	継続する 【体制は整えてあるか】 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】	iii	継続する 【体制は整えてあるか】 【実施者数】 【該当者全員に実施したか】

【参考】受診勧奨のフロー図



3 保険者努力支援制度の取り組み

現在得点が低い指標については、被保険者の健康増進、保険者機能の強化の観点からも、確実に得点を得られるように対策を進めていきます。

【保険者努力支援制度（取り組み評価分）採点表】

	評価指標	R5	目標	対策
共通①	(1) 特定健診受診率	80/190～ ▲90	110	上位3割の受診率を狙う
	(2) 特定保健指導実施率			実施率は常に60%以上を維持する
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群減少率			指導内容の見直しで減少率を上げる
共通②	(1) がん検診受診率	50/75	45	
	(2) 歯科健診			
共通③	重症化予防の取り組み	75/100	85	禁煙指導の検討
共通④	(1) 個人へのインセンティブ	65/65	65	
	(2) 個人へのわかりやすい情報提供			
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50/50	50	
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	40/130～ ▲10	90	後発医薬品使用頻度80%以上を目標とし、ナッジ理論を取り入れた被保険者への勧奨や、医療機関への協力を依頼する
	(2) 後発医躍進の使用割合			
固有①	収納率向上	25/100	25	口座振替の促進・滞納者の納付相談会の増加
固有②	データヘルス計画の取組	25/25	25	
固有③	医療通知の取組	15/15	15	
固有④	地域包括ケアの推進	20/40	40	高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施
固有⑤	第三者求償の取組	50/50	50	
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	68/100～▲30	70	
総得点/総配点		563/940	670/940	県平均558点

R5年度 得点が低かった項目を色付け

第7章 第4期特定健診等実施計画

国の定める特定健康診査等基本方針において、国民健康保険の保険者は、特定健康診査・特定保健指導を実施することにより、2029年度における実施率を特定健康診査が60%、特定保健指導が60%を達成できるように求められています。

1. 目標値の設定

	R5 (R4暫定)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率	47.6%	48%	49%	50%	53%	56%	60%
特定保健指導実施率	85.3%	85～90%を維持					
内臓脂肪症候群該当者の減少率	24.4%	25%	25%以上				
内臓脂肪症候群予備群の減少率	13.2%	15%	17%	20%	21%	23%	25%

2. 対象者の見込み

40～74歳被保険者数見込みより、健診対象外となる人数（130人と想定）を除いた数を特定健診対象者数とした。
 特定保健指導対象者数は、出現率をR6は受診者の18%、以後受診率が上がるにつれ2年ごとに1%上がると試算。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診対象者数	1,313	1,210	1,123	1,036	930	858
特定健診受診者数	630	593	562	549	521	515
特定保健指導対象者数	113	107	107	104	104	103
特定保健指導実施者数	99	94	94	91	91	90

3. 特定健診実施方法

項 目	内 容
対 象	高浜町国民健康保険被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中に40歳から74歳となる者
健診項目	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>1. 基本的な健診の項目</p> <ul style="list-style-type: none"> • 既往歴（服薬歴、喫煙歴） • 自覚症状及び他覚症状の有無の検査（理学検査） • 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） • 血圧測定 • 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） • 脂質検査（中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール） • 血糖検査（空腹時（随時）血糖 HbA1c） • 尿検査（尿蛋白 尿糖） </div> <div style="width: 35%;"> <p>2. 詳細な健診の項目 （受診者全員に実施）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 心電図検査 • 眼底検査 • 貧血検査（赤血球数 ヘモグロビン値、ヘマトクリット値） • クレアチニン（eGFRによる腎機能評価を含む） <p>3. 高浜町独自の項目</p> <ul style="list-style-type: none"> • 生活習慣に関する問診（10項目） • 尿中塩分測定 </div> </div>
実施期間	当該年度の5月～1月末
実施形態	<p>1 集団健診（地区巡回健診） 外部委託 地区の公民館や保健福祉センターを巡回して実施。 全会場、がん検診、肝炎ウイルス検査、骨密度検診と合わせた総合検診として行う</p> <p>2 個別健診 契約した医療機関での健診</p>
自己負担	1,000円（ただし、無料チケット対象年齢=40、49、50、59、60、69、70歳は無料） ※その他：年度末年齢75歳の方で74歳時点で特定健診を受診した者は無料（※その他の検診が無料なため）
周知方法	検診希望調査票の全戸配布、健診ガイドブック、個別通知、町の広報や有線放送等

4. 特定保健指導実施方法

項 目	内 容																							
対 象	<p>厚生労働省が示すメタボリックシンドロームの判定基準に沿って階層化し実施する</p> <table border="1" data-bbox="1115 411 1968 863"> <thead> <tr> <th rowspan="2">腹 囲</th> <th rowspan="2">追加リスク ①血糖②脂質③血圧</th> <th rowspan="2">喫煙</th> <th colspan="2">対 象</th> </tr> <tr> <th>40～64歳</th> <th>65～74歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">男性85cm以上 女性90cm以上</td> <td>2つ以上該当</td> <td>/</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="2">動機づけ支援</td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で BMI25以上</td> <td>3つ該当</td> <td>/</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="3">動機づけ支援</td> </tr> <tr> <td>2つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table> <p>①情報提供 健診受診者全員を対象に健康情報を結果と同時に提供</p> <p>②動機づけ支援 健診結果から自らの生活習慣改善の必要性に気づき、自ら目標設定し、実行に向けた支援実施</p> <p>③積極的支援 健診結果から生活習慣を振り返り、生活習慣改善の継続的実行に取り組む支援の実施</p>	腹 囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	喫煙	対 象		40～64歳	65～74歳	男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援	1つ該当	あり なし	上記以外で BMI25以上	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援	2つ該当	あり なし	1つ該当	/
腹 囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧				喫煙	対 象																		
		40～64歳	65～74歳																					
男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援																				
	1つ該当	あり なし																						
上記以外で BMI25以上	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援																				
	2つ該当	あり なし																						
	1つ該当	/																						
実施期間	当該年度の5月～3月末																							
実施形態 および 方法	<p>町の直営で実施。 データヘルス計画に基づき、特定保健指導判定基準に該当しなくても、生活習慣病の治療を受けていない者に対しては、全員に集団健診当日並びに結果が出た後（概ね1か月後）に個別の保健指導を行う。 積極的支援レベルに関しては、生活習慣改善を継続して実行していけるように支援を行う。 動機づけ支援、積極的支援は、標準的な健診・保健指導プログラム（厚労省）に基づき実施する。</p>																							
自己負担	無 料																							
質の向上	<p>改善率向上に向けた支援を実施するため、支援プログラム並びに媒体の開発を行う。 保健指導従事者に対しては、支援の標準化を図るために、保健指導の研修会を定期的に開催する。</p>																							

第7章 計画の取り扱い

1. 計画の公表・周知

策定した計画は、町の広報誌やホームページに掲載します。

2. 計画の推進

本計画については、年度ごとに短期的P D C Aサイクルを繰り返しながら、取り組みの成果や課題・問題点などを整理し、アウトカム指標に取り組みの推進を図ります。また、計画期間6年度を上期と下期に分け、中長期的なP D C Aサイクルを回し、3年度の間評価時点で、計画全体の成果や課題・問題点などを整理し、計画の見直しを行います。

3. 事業運営上の留意点

本計画の実施にあたっては、国保部門と衛生部門が連携して取り組みます。

4. 個人情報の保護

町は、特定健診で得られる健康情報及びレセプト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、これに基づくガイドライン、並びに高浜町個人情報保護条例等をふまえた対応を行います。

その際には、受診者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分な配慮をした上で、効果的・効率的な保健事業を実施します。