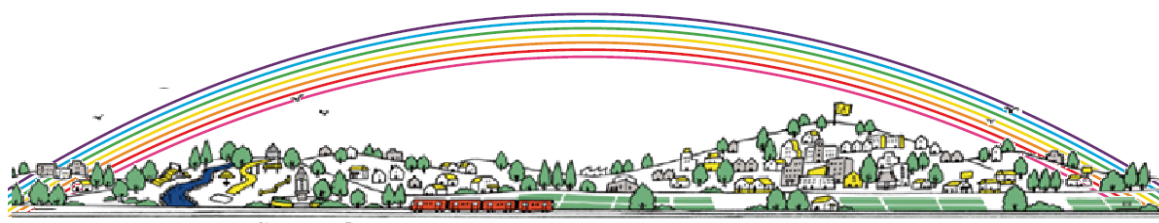


第3期阿久比町国民健康保険 データヘルス計画

第4期阿久比町国民健康保険 特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度



令和6年3月
阿 久 比 町

目次

第1章 第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画	1
I 基本的事項	2
計画の趣旨（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 健康・医療情報等の分析と課題	4
平均余命・平均自立期間・標準化死亡比等	
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	
参考データ	
III 計画全体	36
健康課題	
計画全体の目的・目標	
評価指標	
計画策定時実績	
目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画	38
事業1 特定健康診査	
事業2 特定健康診査未受診者勧奨事業	
事業3 基本健康診査受診勧奨事業	
事業4 特定保健指導	
事業5 糖尿病性腎症重症化予防事業	
事業6 ジェネリック医薬品利用差額通知事業	
事業7 重複・頻回受診者に対する訪問指導事業	
事業8 重複・多剤服薬者に対する訪問指導事業	
事業9 低栄養訪問指導事業	
事業10 人間ドック・脳ドック費用助成事業	
V その他	51
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	
個人情報への取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	

第2章 第4期阿久比町国民健康保険特定健康診査等実施計画	53
I 基本的事項	54
背景・現状等	
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	
計画期間	
II 健康・医療情報等の分析と課題	54
III 目標値等	55
達成しようとする目標	
特定健康診査等の対象者数	
IV 特定健康診査・特定保健指導の実施方法等	56
特定健康診査の実施方法	
特定保健指導の実施方法	
年間スケジュール	
個人情報保護	
V 計画の推進体制	61
特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
VI その他	61
その他事項	

第1章
第3期阿久比町国民健康保険
データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換していません。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなりました。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられました。</p> <p>こうした背景を踏まえ、平成26年に「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サイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。</p> <p>平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げました。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画を策定します。</p>
	計画の位置づけ	<p>第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画は、被保険者の健康増進を目的とし、健診・医療情報等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ため、効果的・効率的な保健事業の実施を図ります。</p> <p>なお、本計画は、町の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画や、愛知県、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も図っています。</p>
計画期間		令和6年度から令和11年度までの6か年計画です。
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、住民福祉課が主体となって進めます。
	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、知多郡医師会、半田歯科医師会、知多薬剤師会やその他地域の関係団体との連携により進めます。

基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報 (令和5年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		28,346		14,029		14,317	
国保加入者数 (人) 合計		4,698	100%	2,200	100%	2,498	100%
	0~39歳 (人)	894	19%	436	20%	458	18%
	40~64歳 (人)	1,421	30%	695	31%	726	29%
	65~74歳 (人)	2,383	51%	1,069	49%	1,314	53%
	平均年齢 (歳)	56.3		55.5		57.0	

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	知多郡医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防等に関して、半田歯科医師会、知多薬剤師会とは糖尿病性腎症重症化予防事業等に関して連携を図ります。
国保連・国保中央会	医療情報及び特定健診・特定保健指導等のデータに関して連携を図ります。
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等の一体的な実施等において連携して実施します。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会や地区組織等と連携して実施します。

現状の整理

保険者の 特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は4,698人であり、平成30年度の5,356人から年々減少傾向にあります。（図2より）
	年齢別被保険者 構成割合	令和4年度の年齢別被保険者構成割合は、39歳以下が19%、40～64歳が30%、65～74歳が51%です。
	その他	20～30歳代の被保険者の流入が多く、1年間に約60%が入れ替わります。また、国保加入率は、令和元年度は18.6%、令和3年度は17.6%と緩やかに低下していましたが、令和4年度は被用者保険の拡大の影響もあり、16.6%と一気に低下しました。
前期計画等に係る考察	第2期阿久比町国民健康保険データヘルス計画では、「特定健診の受診を中心とする健康づくり」「健診結果を活用した健康づくり」及び「医療費の適正化」の3点を基本目標として掲げ、それぞれの目標に対して保健事業を実施しました。しかし、特定健診におけるHbA1cの有所見者は多く、増加傾向にあります。また、令和2年度に集団健診を中止した際に特定健診の受診率が一気に低下し、以降受診率はコロナ禍前までの水準に戻っておらず、若い世代の受診率が低い状況は変わっていないため、第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画は改めて特定健診を起点に事業を設計します。さらに、第2期阿久比町国民健康保険データヘルス計画は医師会をはじめとした関係機関との連携や各保健事業間の連動が不十分であったと考え、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要があります。	

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・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の「平均余命」82.6歳、「平均自立期間」81.4歳で、県・国を上回っています。 ・女性の「平均余命」は、87.5歳で県・国を下回り、「平均自立期間」は、85.0歳で県・国を上回っています。 ・「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性1.2歳、女性2.5歳で、男女ともに県・国より短いです。 ・死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では「大動脈瘤・解離」「胃がん」、女性では「急性心筋梗塞」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん(直腸)」「くも膜下出血」「大腸がん(結腸)」「心疾患」です。 	図3 図4	A J	
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度「1人当たり医療費」は、27,401円で、経年的に県より高い水準で推移しています。 ・令和4年度「総医療費」16.3億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）総医療費」は2.72億円です。 ・「1人当たり医療費（入院）」は県・国より低く、「1人当たり医療費（入院外）（歯科）」は、県・国より高いです。 ・「0～9歳」「20～29歳」「40～49歳」「50～59歳」の年齢階級別1人当たり医療費は、県・国よりも高いです。 ・後期「65～69歳」の年齢階級別1人当たり医療費は、県・国より高いです。 	図7 図8 図9	A D G
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病大分類別1人当たり医療費（入院）は、「新生物」「循環器系の疾患」「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の順に高く、そのうち「新生物」「損傷、中毒及びその他の外因の影響」は県より高いです。循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高いです。 ・疾病大分類別1人当たり医療費（入院外）は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」「眼及び付属器の疾患」の順に高く、いずれも県より高いです。循環器系疾患では「高血圧性疾患」が最も高く、県より高いです。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、「糖尿病」は県より著しく高いです。 ・「肺がん」「大腸がん」「肝がん」「前立腺がん」の1人当たり医療費は、県・国より高いです。 ・「大腸がん」「肝がん」「前立腺がん」「子宮頸がん」「乳がん」1人当たり医療費は、平成30年度と比較して令和4年度が増加しています。 	図10 図11 図12	A F
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の後発医薬品普及率の「金額ベース」は63.6%で経年増加していましたが令和3年度から令和4年度にかけて減少し、「数量ベース」は84.9%で経年的に増加しています。 	図15	H
	重複・頻回受診重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の重複投薬者数は「高血圧症」1人、「脂質異常症」1人、「糖尿病」1人です。 	図16	G

特定健康 診査・ 特定保健 指導の 実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「特定健診受診率」は48.3%で、経年的に県より高い水準で推移しています。 令和4年度「性・年齢階級別特定健診受診率」は、男性「40～44歳」「55～59歳」以外、女性「45～49歳」以外が県・国より高いです。 令和4年度「特定保健指導実施率」は67.5%で、経年的に県より高いです。「積極的支援実施率」31.5%、「動機付け支援実施率」78.0%で、いずれも県より高いです。 令和4年度「特定保健指導利用率」は76.7%、「終了率」は67.5%で、県より高いです。 令和4年度「特定保健指導対象者の減少率」は15.1%、「特定保健指導による減少率」は18.1%で、いずれも県より低いです。 	図17 図18 図28 図29 図30	D E	
	特定健診 結果の状況 (有所見率 ・ 健康状態)	<ul style="list-style-type: none"> 男女とも「HbA1c」「中性脂肪」「腹囲」の有所見者割合が県・国より高いです。 「メタボ該当者割合」は、男女とも県より高いです。男性では「65～69歳」、女性では「60～64歳」が最も高いです。 「メタボ予備群割合」は、男性は県と同程度、女性は県より低い状況です。男性では「55～59歳」、女性では「45～49歳」が最も高いです。 「腎症4期」0.7%、「腎症3期」8.7%、「腎症2期以下」80.6%で、いずれも県より低いです。 	図19 図24 図25 図27	B E
	質問票調査の 状況 (生活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> 「20歳時体重から10kg以上増加」「咀嚼(かみにくい)」「飲酒日1日当たり飲酒量(1～2合未満)」「3食以外の間食や甘い飲み物(時々)」「咀嚼(ほとんどかめない)」がいずれも県より高いです。 「飲酒頻度(毎日)」「1回30分以上の運動習慣なし」は、県より低いです。 	図23	E I
しせプト・健診結果等を 組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診者のうち、治療なし受診勧奨値以上の割合「血圧」は、男性18.9%、女性21.9%、「HbA1c」は、男性1.3%、女性1.2%、「LDLコレステロール」は、男性22.8%、女性32.6%です。 健診受診者のうち、治療あり「HbA1c7.0%以上」の割合は、男性25.8%、女性14.8%です。 令和4年度糖尿病治療なし「腎症2期以下」の人数は、平成30年度より減少しています。 	図20 図21 図22 図26	B	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「要支援・要介護認定率」は15.2%で、経年的に増加傾向にあります。 令和4年度「要支援・要介護認定率」は、すべての区分で県より低いです。 	図5 図6	J	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保・後期ともに県より多いです。 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、国保・後期ともに県より多いです。 令和2年度「胃がん」「大腸がん」「肺がん」のがん検診受診率が、県より低いです。 	図13 図14 図31	C F	

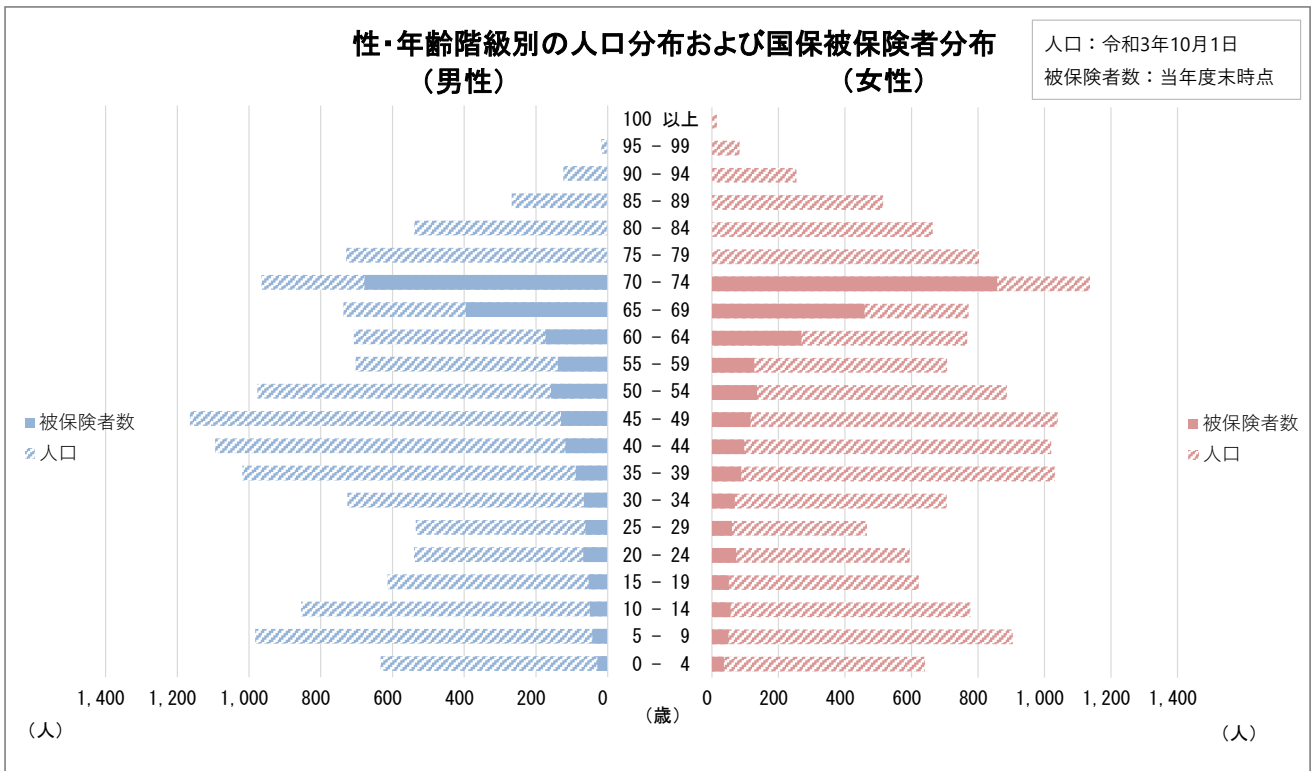
参考データ

表1 医療提供体制等の比較

	阿久比町		県	国
	実数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
病院数	0	0.0	4.2	6.5
病床数	0	0.0	878.8	1,195.2
一般診療所数	21	74.1	73.9	83.1
歯科診療所数	10	35.3	49.5	54.1

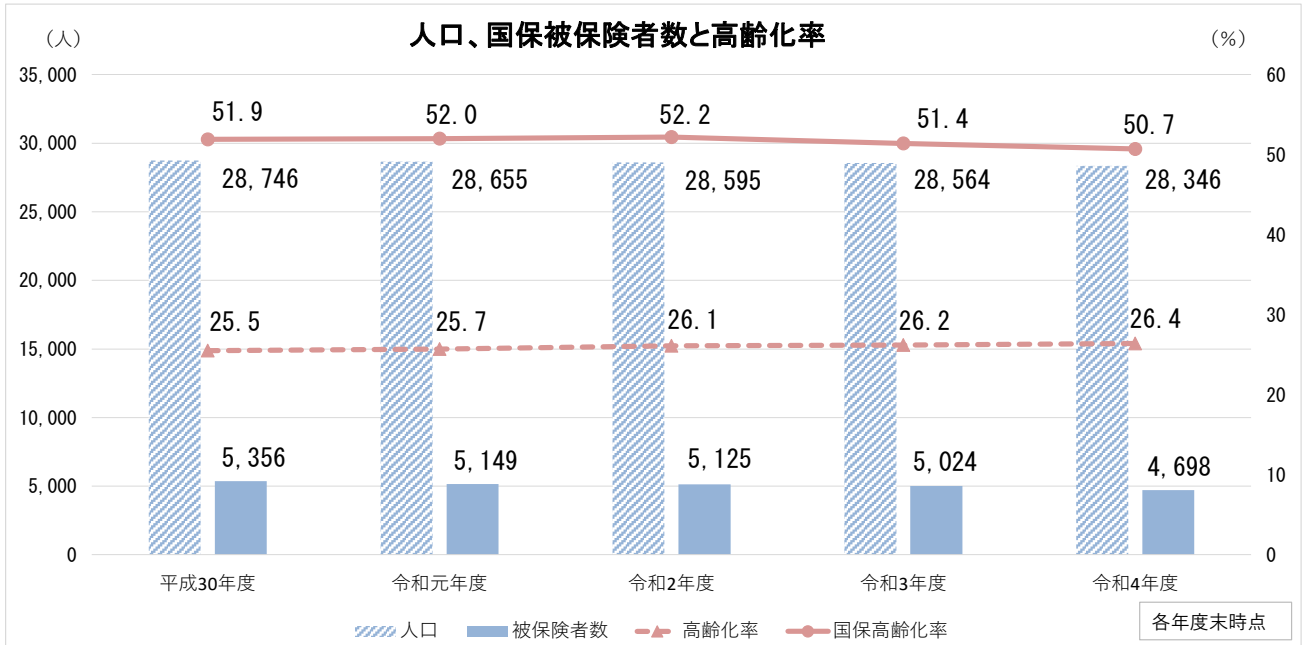
出典：e-Stat_医療施設調査・人口推計、愛知県HP

図1 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布



出典：愛知県HP、KDB_被保険者台帳

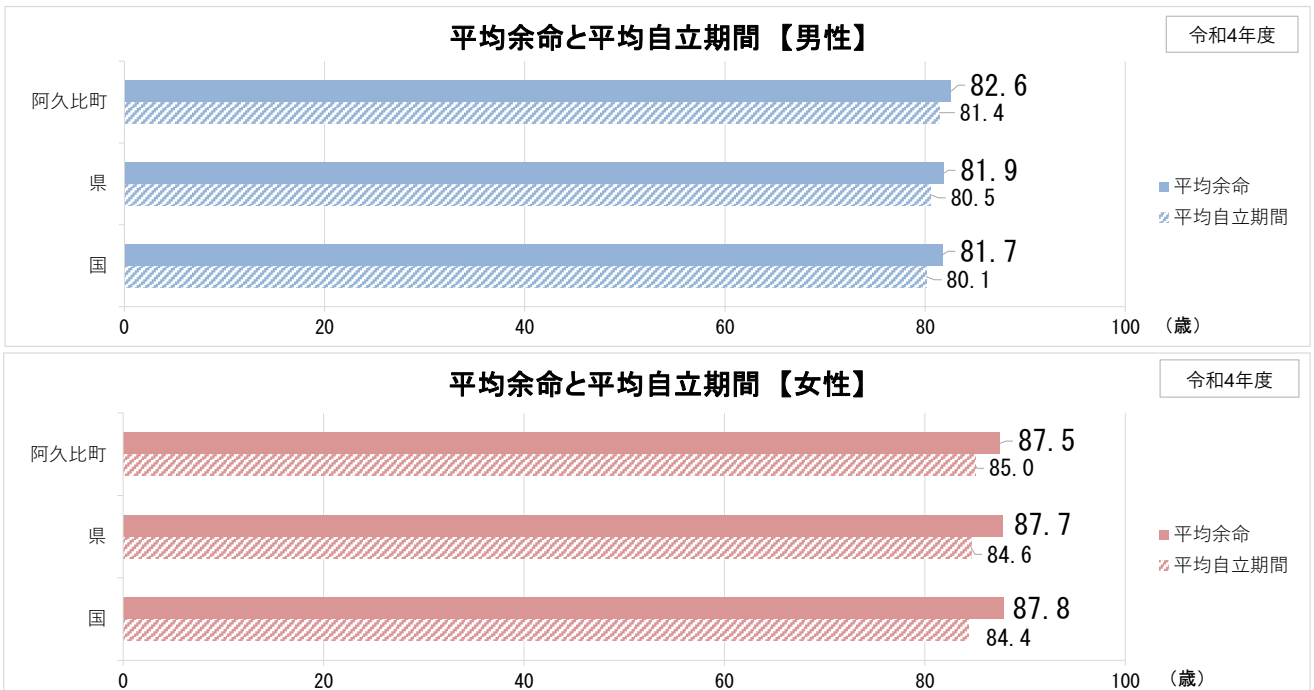
図2 人口、国保被保険者数と高齢化率



出典：指定区別年齢別男女別人口調、年齢別男女別被保険者数調

- 令和4年度「人口」は28,346人で、平成30年度から経年的に減少している状況です。
- 令和4年度「被保険者数」は4,698人で、平成30年度から経年的に減少している状況です。
- 令和4年度「高齢化率」は26.4%で、平成30年度から経年的に増加している状況です。
- 令和4年度「国保高齢化率」は50.7%で、令和2年度から経年的に減少傾向にあります。

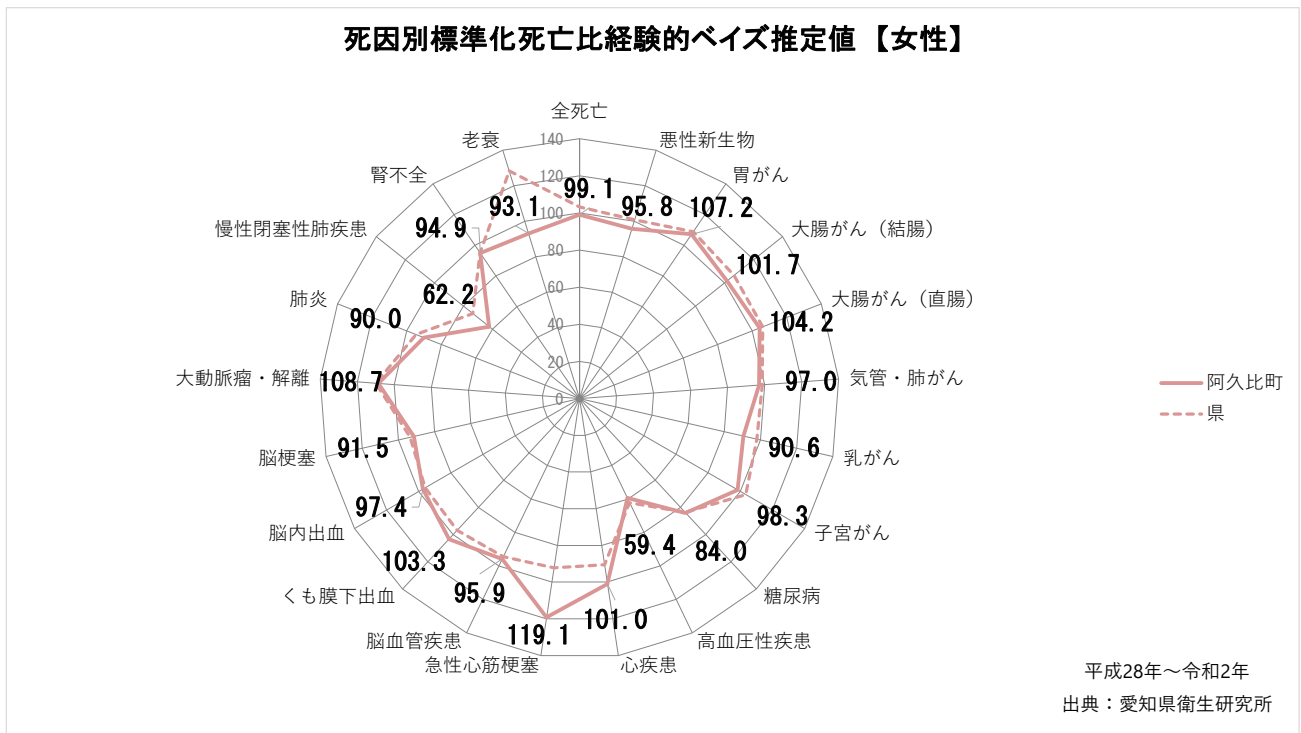
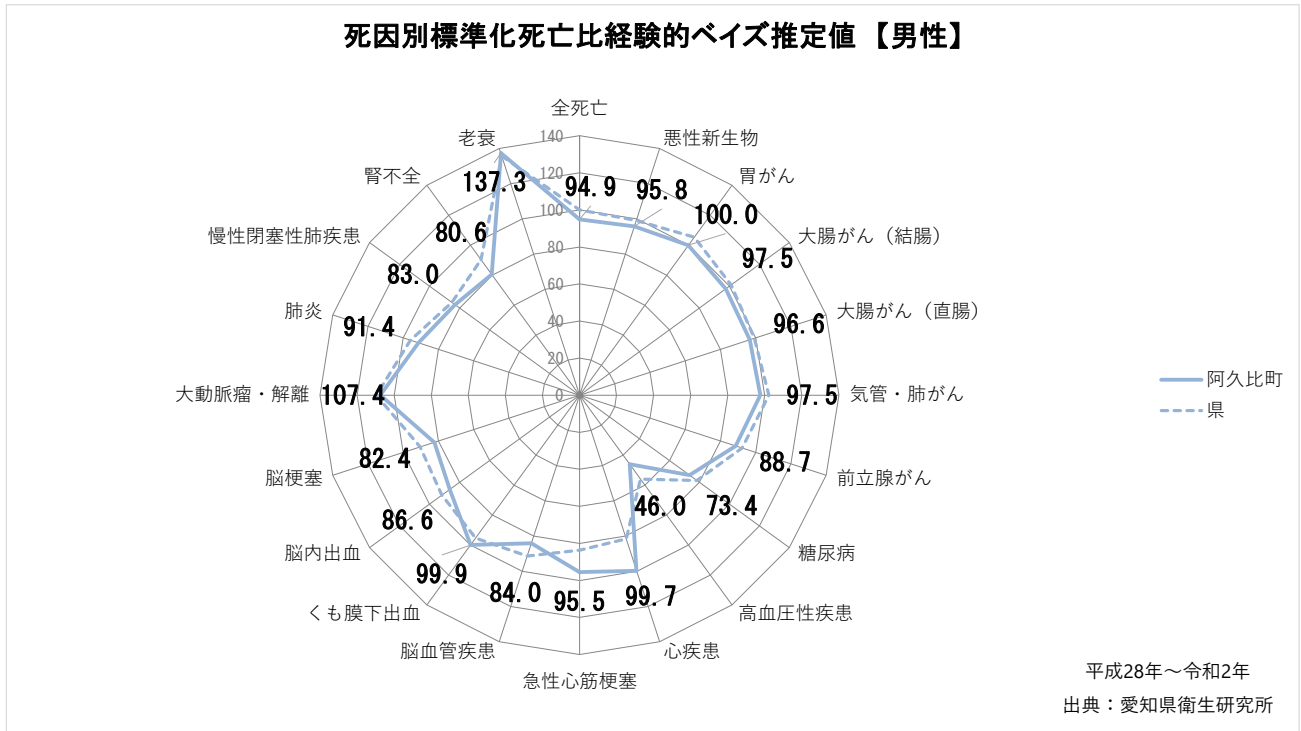
図3 平均余命と平均自立期間



出典：KDB_地域の全体像の把握

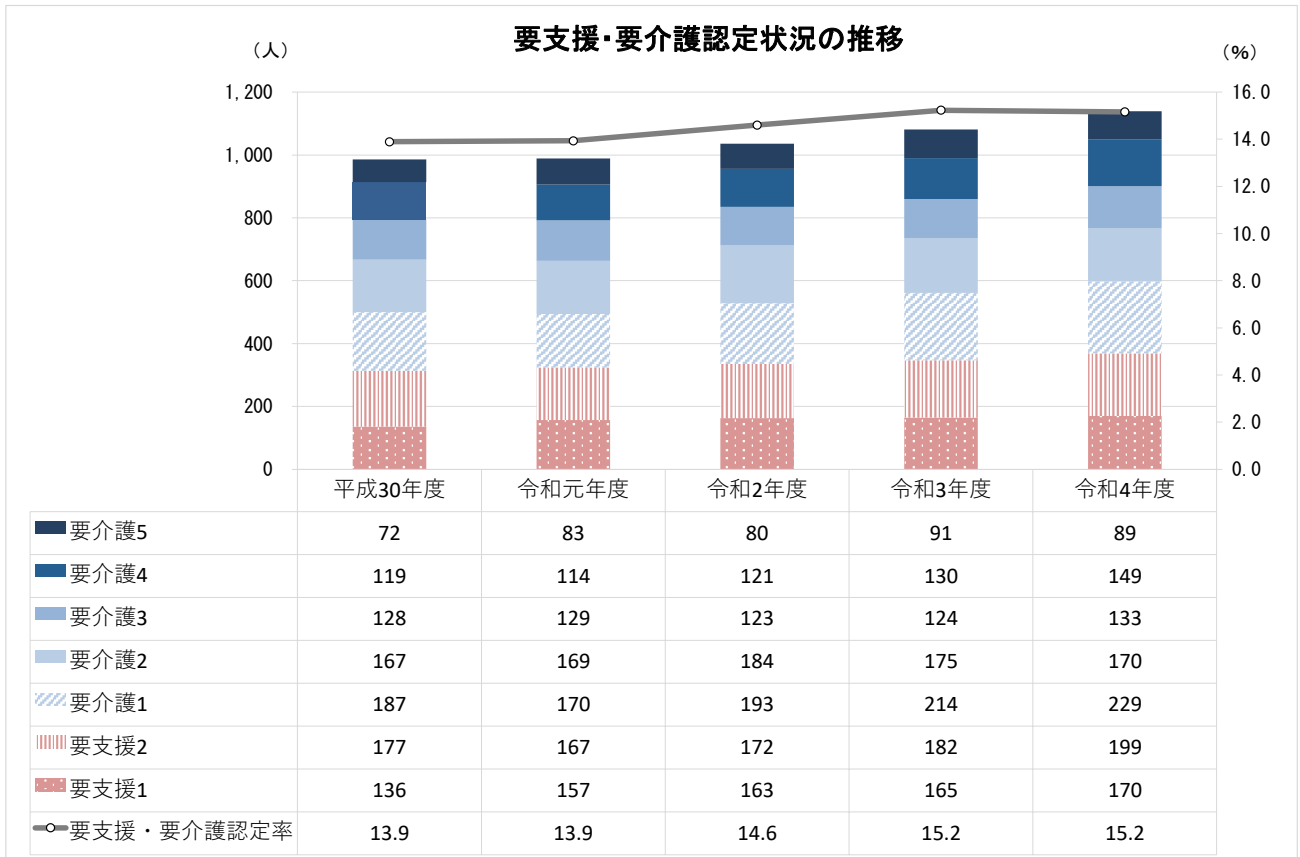
- 男性の「平均余命」は82.6歳、「平均自立期間」は81.4歳で、県・国を上回っています。
- 女性の「平均余命」は87.5歳で県・国を下回り、「平均自立期間」は85.0歳で、県・国を上回っています。
- 「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性1.2歳、女性2.5歳で、男女ともに県・国より短い状況です。

図4 死因別標準化死亡比経験的バイズ推定値



- 死因別標準化死亡比経験的バイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「大動脈瘤・解離」「胃がん」です。
- 女性では、「急性心筋梗塞」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん(直腸)」「くも膜下出血」「大腸がん(結腸)」「心疾患」です。

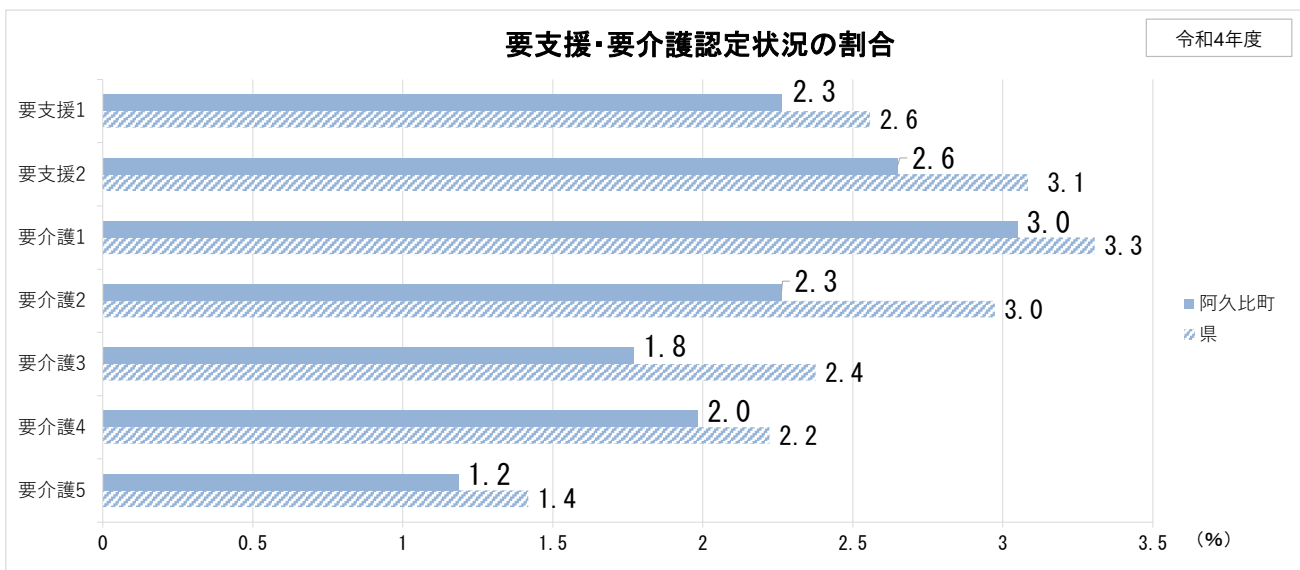
図5 要支援・要介護認定状況の推移



出典：KDB_要介護（支援）者認定状況

- 令和4年度「要支援・要介護認定者数」の総数は1,139人、「要支援・要介護認定率」15.2%で、経年的に増加傾向にあります。

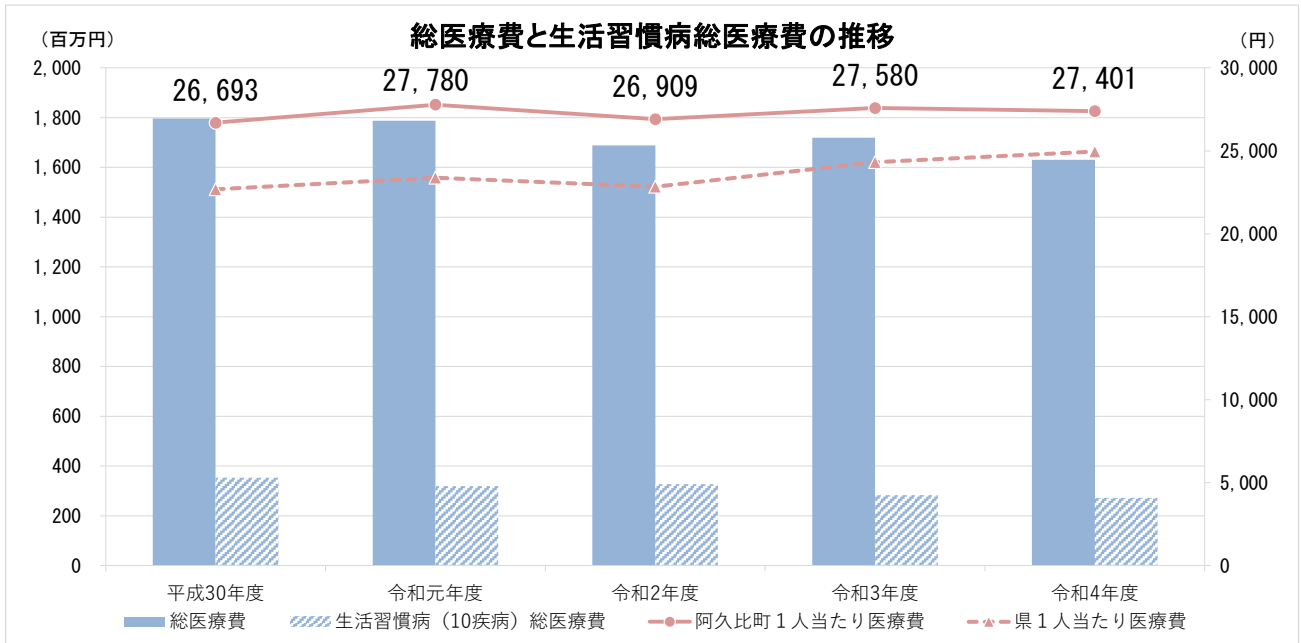
図6 要支援・要介護認定状況の割合



出典：KDB_要介護（支援）者認定状況

- 要支援・要介護度別の認定割合は、高い順に「要介護1」3.0%、「要支援2」2.6%、「要支援1」「要介護2」2.3%、「要介護4」2.0%、「要介護3」1.8%、「要介護5」1.2%です。
- すべての階級が県より低い状況です。

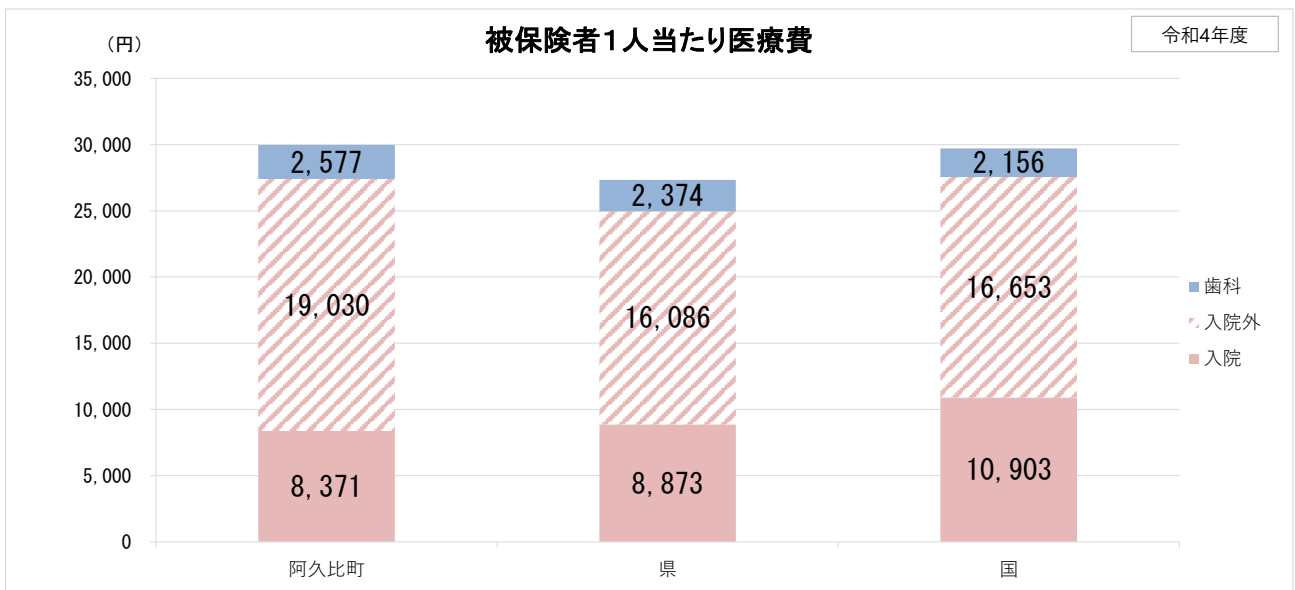
図7 総医療費と生活習慣病総医療費の推移



出典：KDB_医療費の状況、KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）

- 令和4年度の「1人当たり医療費」は27,401円で、平成30年度から増減を繰り返し、経年的に県より高い状況です。
- 令和4年度「総医療費」は16.3億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）総医療費」は2.72億円です。
- 「総医療費」は、令和3年度に増加がみられましたが、平成30年度から経年的に減少傾向です。
- 経年推移は、被保険者数の減少に伴い減少傾向がみられます。

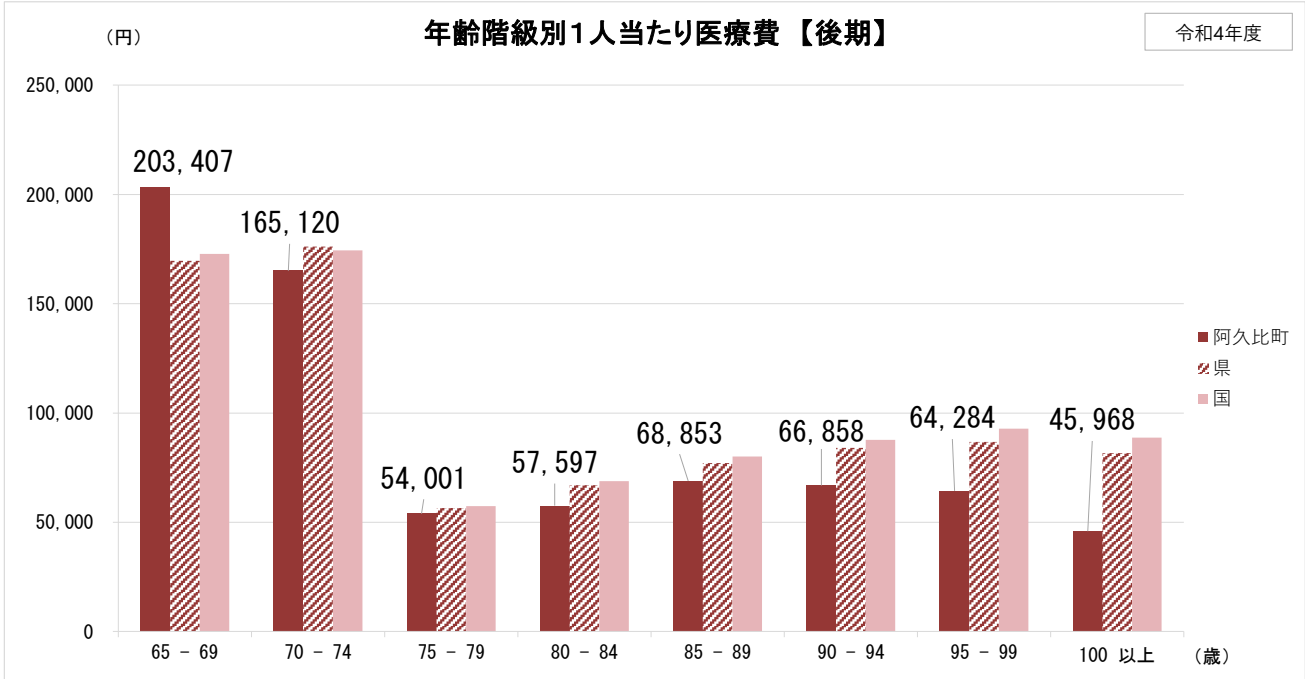
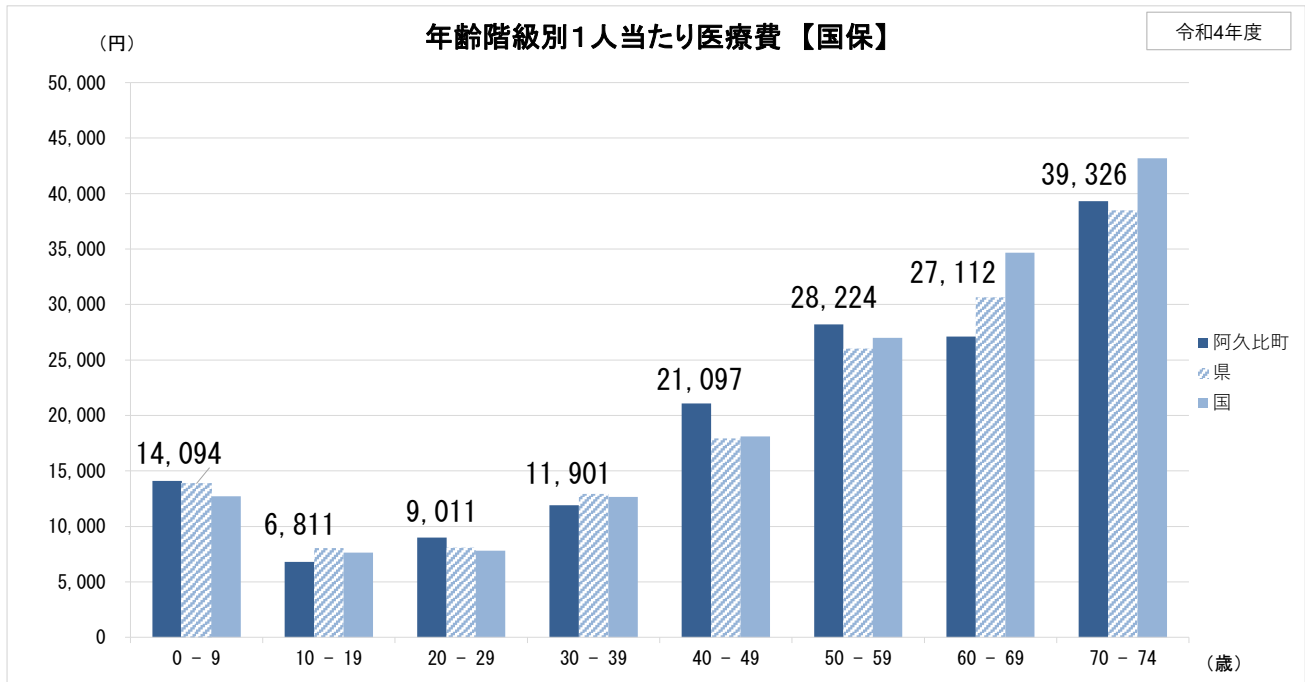
図8 被保険者1人当たり医療費



出典：KDB_健康スコアリング（医療）

- 「被保険者1人当たり医療費」の「入院」は、県・国より低い状況です。
- 「被保険者1人当たり医療費」の「入院外」は、県・国より高い状況です。
- 「被保険者1人当たり医療費」の「歯科」は、県・国より高い状況です。

図9 年齢階級別1人当たり医療費



出典：KDB_医療費の状況

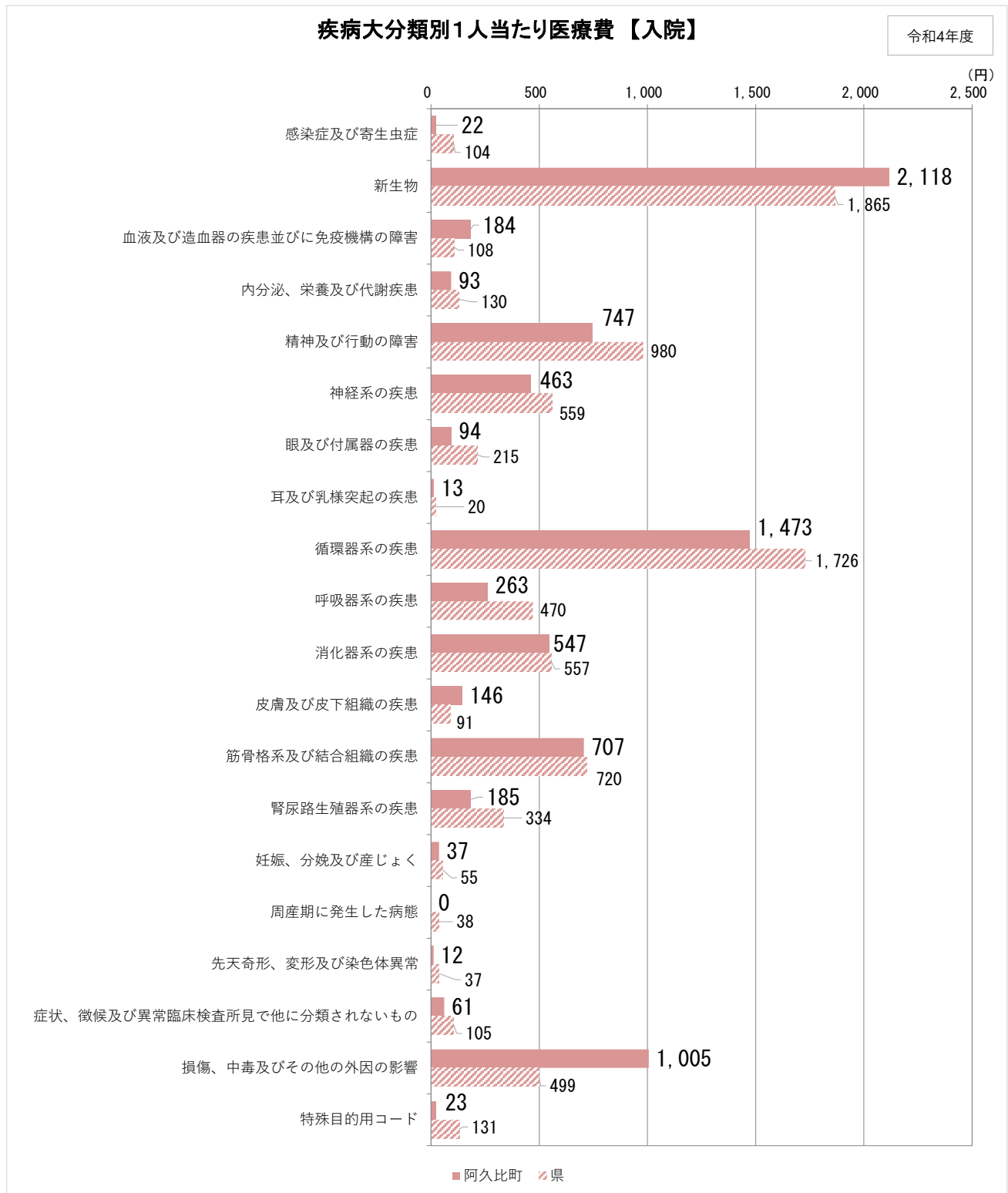
【国保】

- 「0～9歳」「20～29歳」「40～49歳」「50～59歳」の年齢階級別1人当たり医療費は、県・国よりも高い状況です。

【後期】

- 「65～69歳」の年齢階級別1人当たり医療費は、203,407円で、県・国より30,000円以上高い状況です。
- 一定の障がいにより加入した「65～69歳」「70～74歳」の年齢階級別1人当たり医療費は、県・国と同様に他の年齢階級に比べて高い状況です。

図10 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）

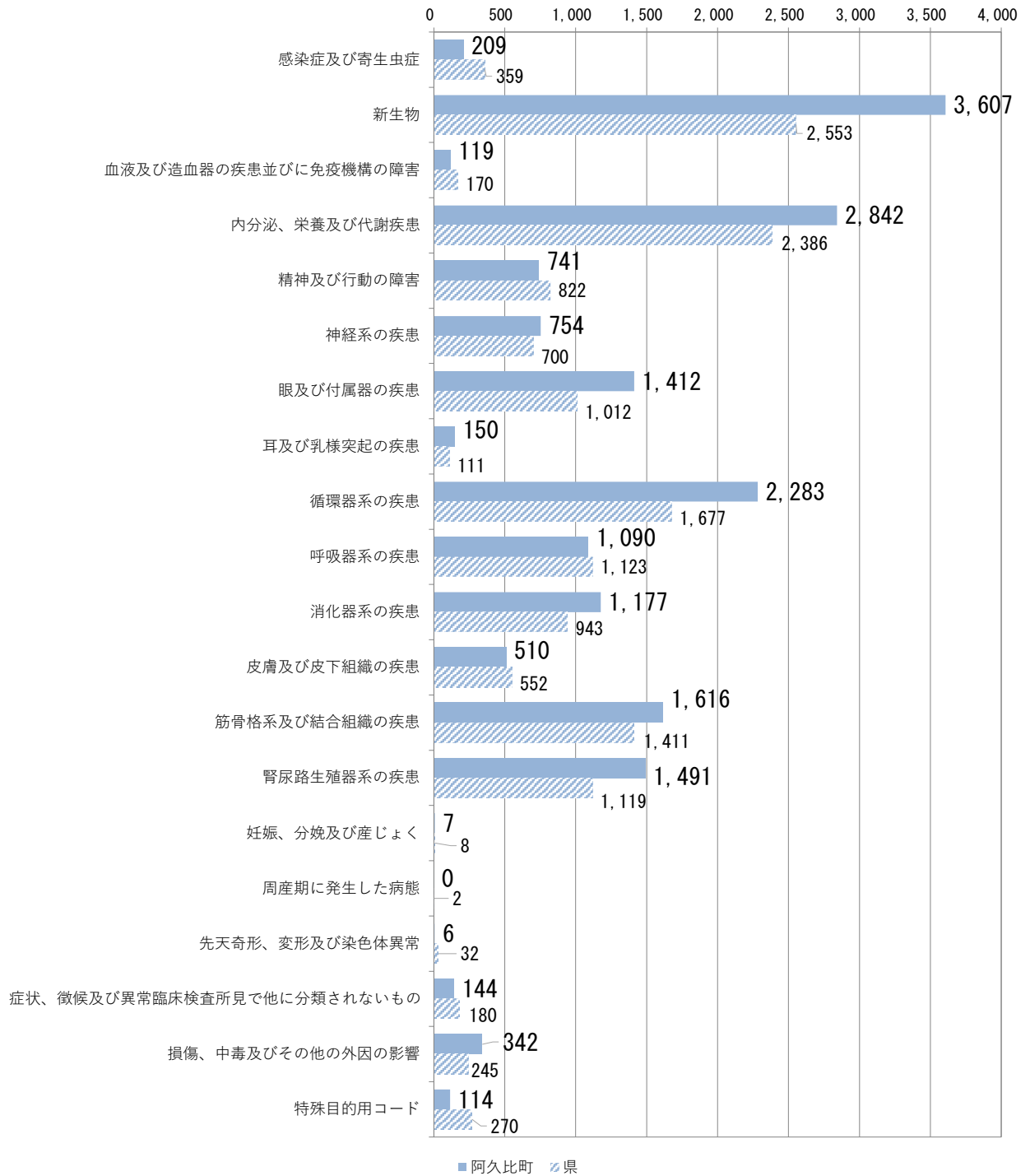
【入院】

- 「新生物」「循環器系の疾患」「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の順に高く、そのうち「新生物」「損傷、中毒及びその他の外因の影響」は、県より高い状況です。

疾病大分類別1人当たり医療費【入院外】

令和4年度

(円)

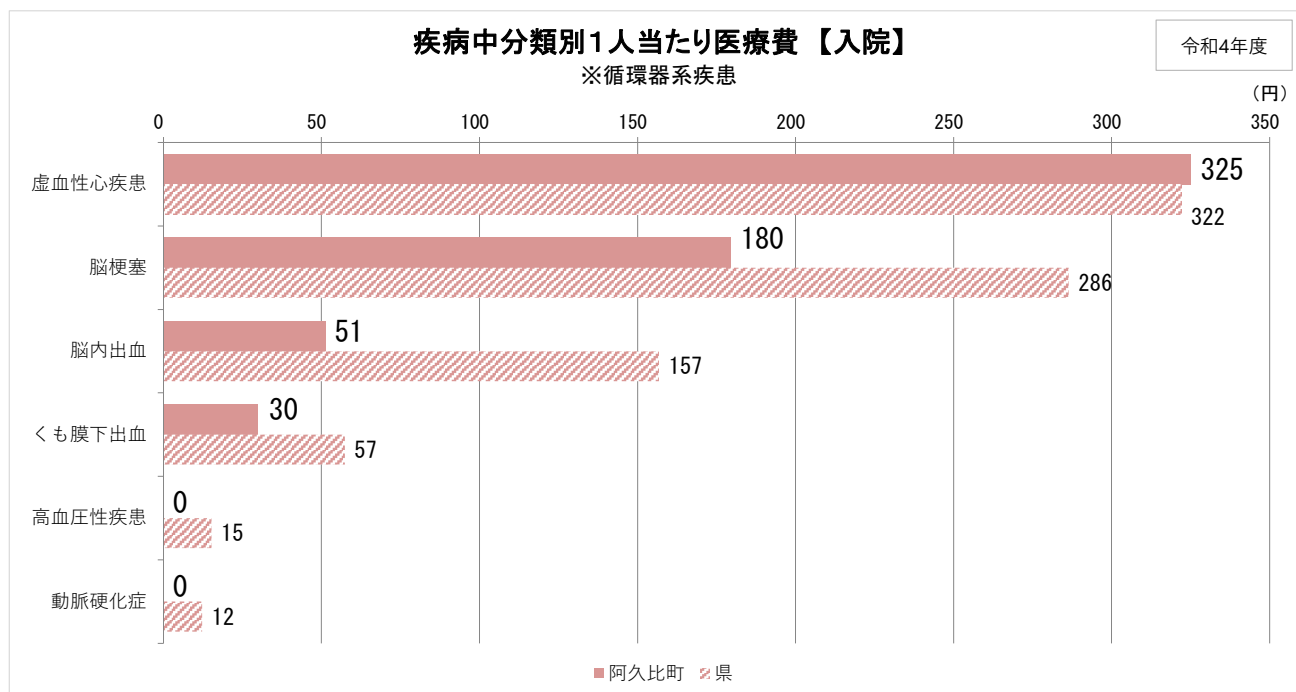


出典：KDB_疾病別医療費分析（大分類）

【入院外】

- ・「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」「眼及び付属器の疾患」の順に高く、いずれも県より高い状況です。

図11 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）

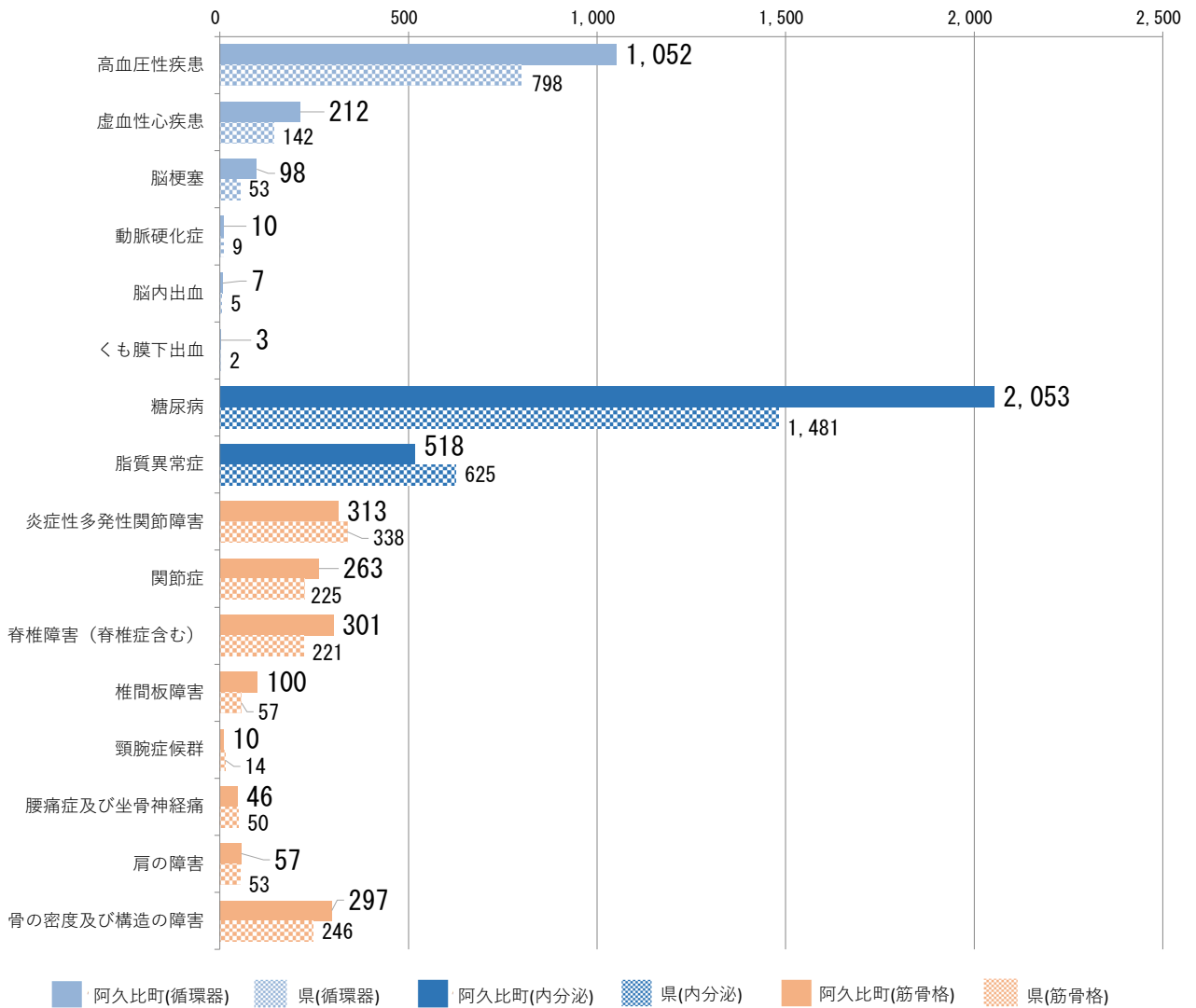
【入院】

- 循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高く、そのうち、「虚血性心疾患」は県より高い状況です。

疾病中分類別1人当たり医療費【入院外】

※循環器系疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、筋骨格系及び結合組織疾患

(円)

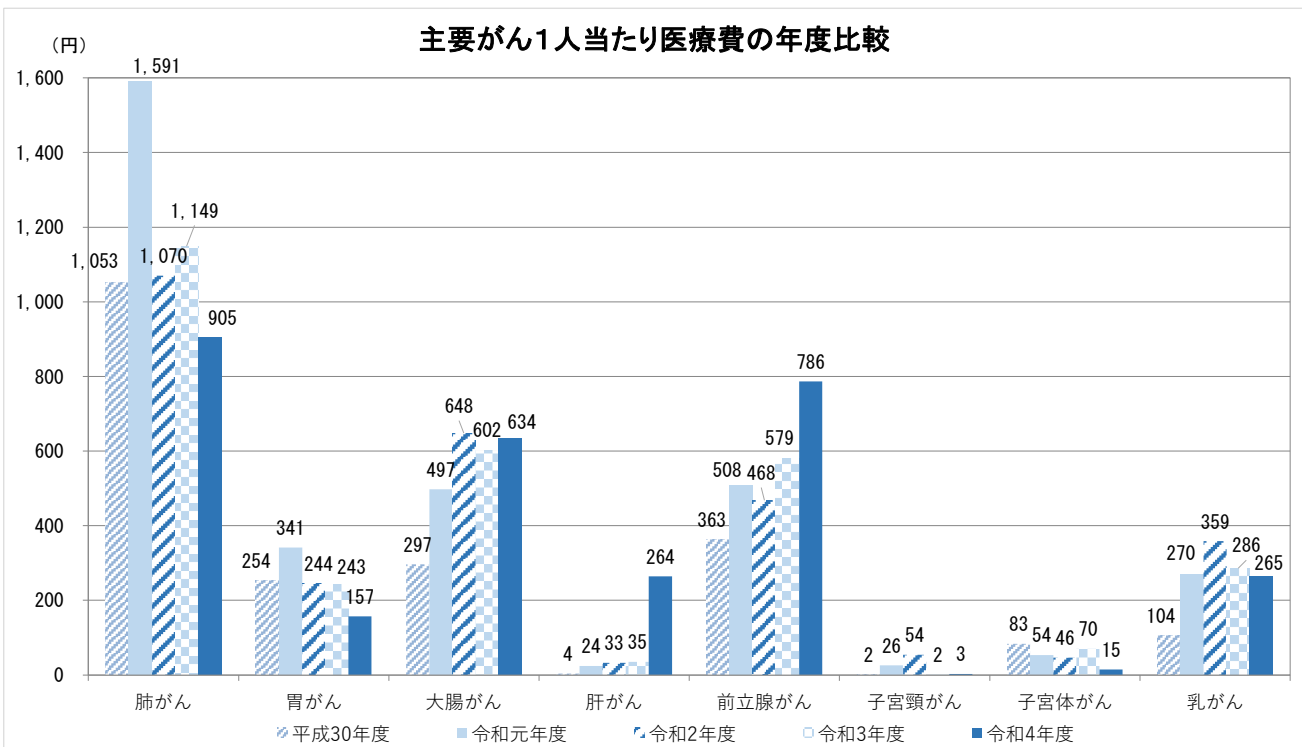
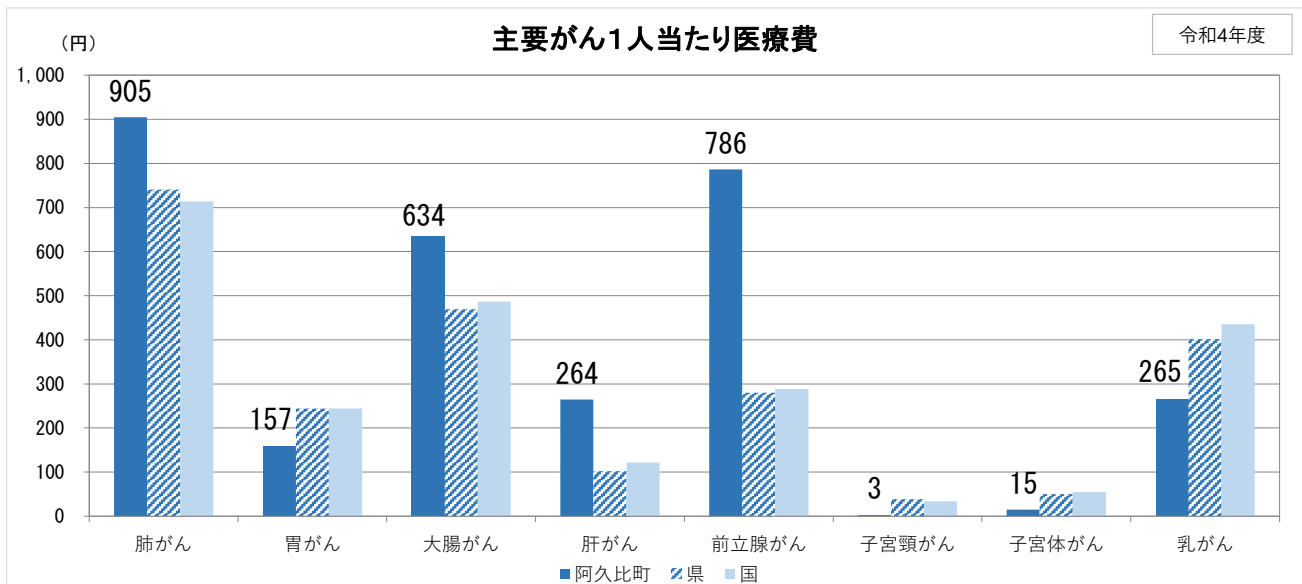


出典：KDB_疾病別医療費分析（中分類）

【入院外】

- 循環器系疾患では、「高血圧性疾患」が最も高く、県より高い状況です。
- 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、「糖尿病」は、県より著しく高い状況です。
- 筋骨格系及び結合組織疾患では、「炎症性多発性関節障害」「脊椎障害（脊椎症を含む）」「骨の密度及び構造の障害」「関節症」の順に高く、そのうち、「脊椎障害（脊椎症を含む）」「骨の密度及び構造の障害」「関節症」が県より高い状況です。

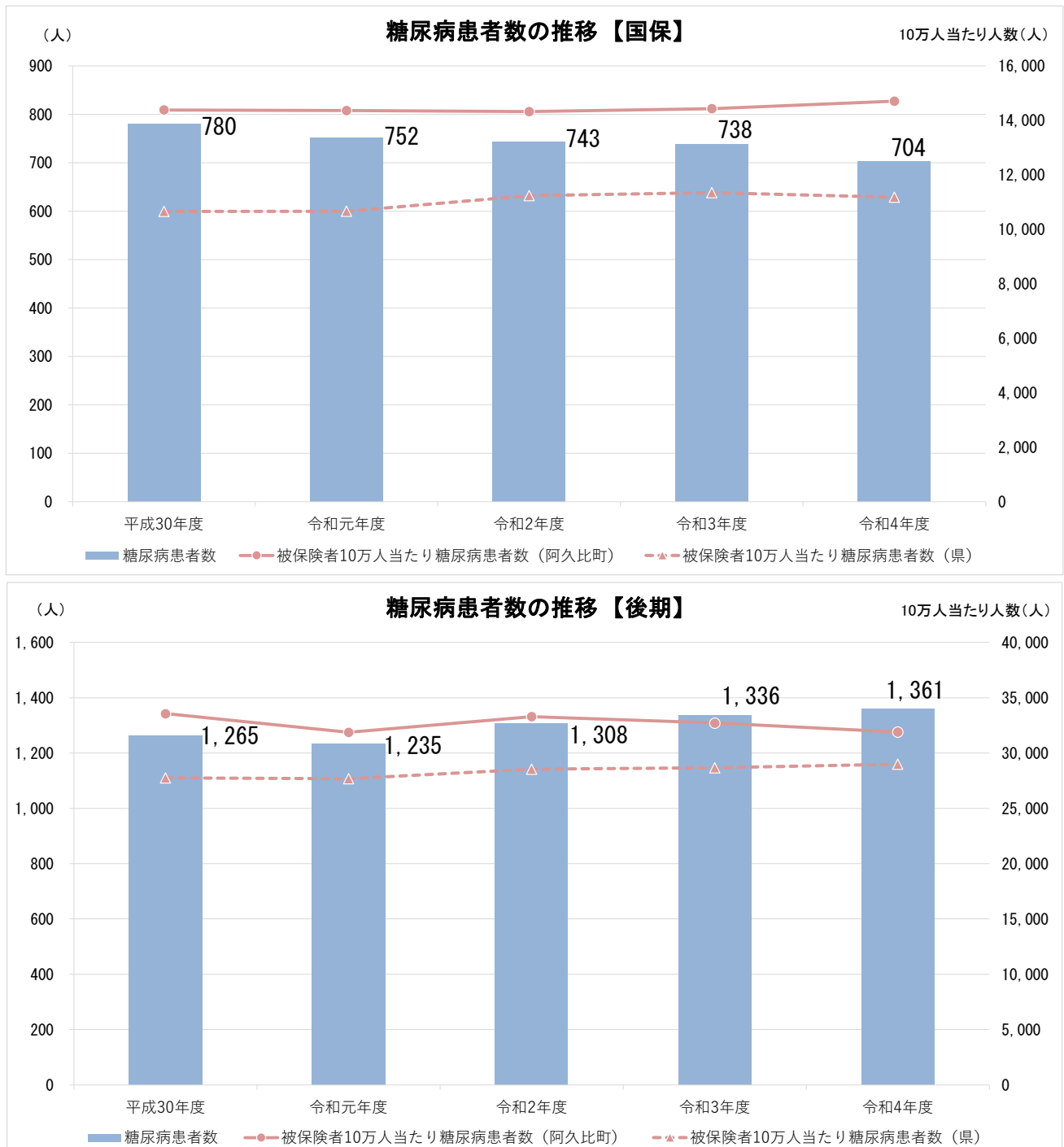
図12 主要がん1人当たり医療費



出典：KDB_疾病別医療費分析（細小分類）

- 令和4年度の主要がん1人当たり医療費は、「肺がん」「前立腺がん」「大腸がん」「乳がん」「肝がん」「胃がん」の順に高い状況です。そのうち、「肺がん」「前立腺がん」「大腸がん」「肝がん」は、県・国より高い状況です。
- 平成30年度と比較して令和4年度が高いのは、「大腸がん」「肝がん」「前立腺がん」「子宮頸がん」「乳がん」です。

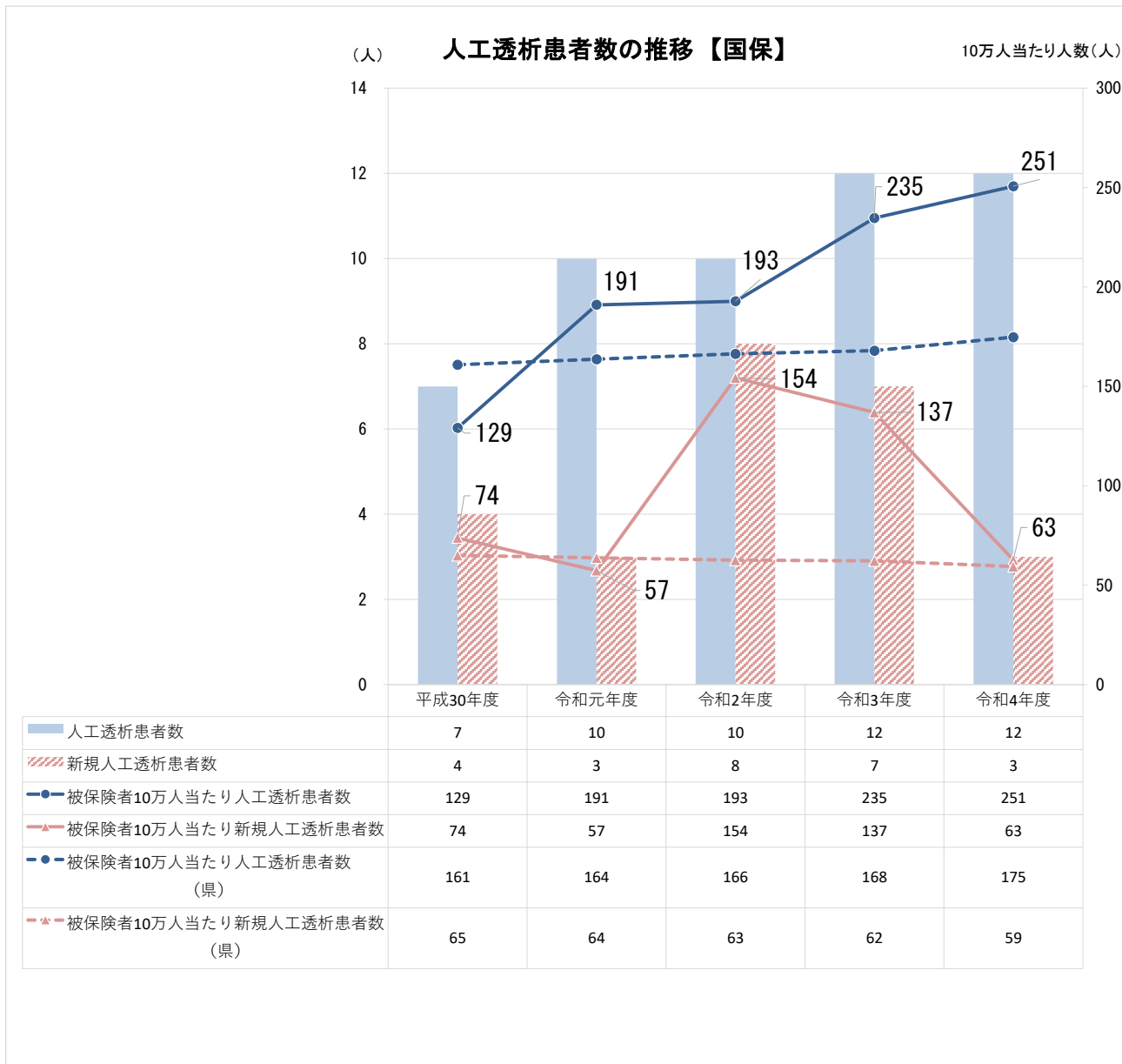
図13 糖尿病患者数の推移



出典：KDB_医療費分析 (1) 細小

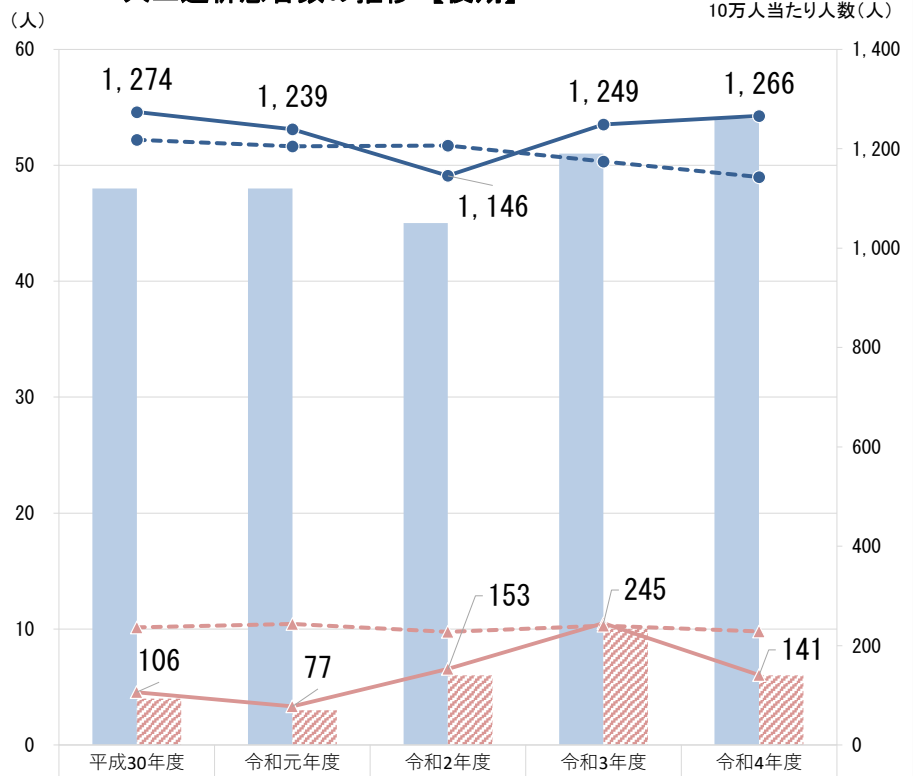
- 令和4年度の「糖尿病患者数」は、「国保」704人、「後期」1,361人です。
- 「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、「国保」「後期」とも、経年的に県よりも高い水準で推移しています。
- 「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」の「国保」は、平成30年度に比べて令和4年度は増加し、「後期」は、平成30年度に比べて令和4年度は減少している状況です。

図14 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

人工透析患者数の推移【後期】

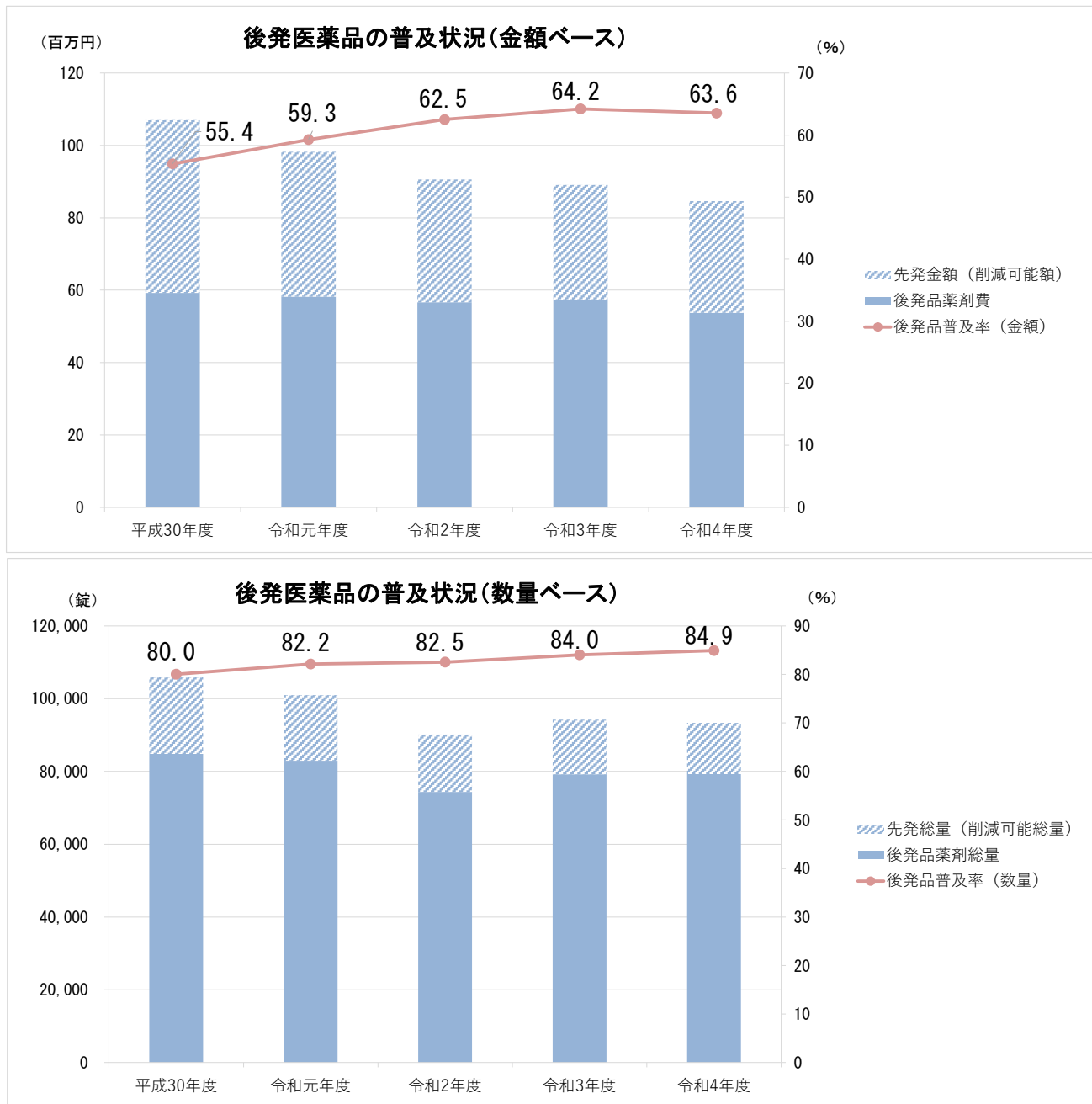


人工透析患者数	48	48	45	51	54
新規人工透析患者数	4	3	6	10	6
被保険者10万人当たり人工透析患者数	1,274	1,239	1,146	1,249	1,266
被保険者10万人当たり新規人工透析患者数	106	77	153	245	141
被保険者10万人当たり人工透析患者数 (県)	1,218	1,205	1,206	1,174	1,143
被保険者10万人当たり新規人工透析患者数 (県)	237	243	228	240	229

出典：KDB_医療費分析（1）細小分類

- 令和4年度の「被保険者10万人当たり人工透析患者数」は、「国保」では阿久比町251人、県175人、「後期」では阿久比町1,266人、県1,143人で、「国保」「後期」とも県より多い状況です。
- 令和4年度の「10万人当たり新規人工透析患者数」は、「国保」では阿久比町63人、県59人、「後期」では阿久比町141人、県229人で、「国保」は県より多い状況です。

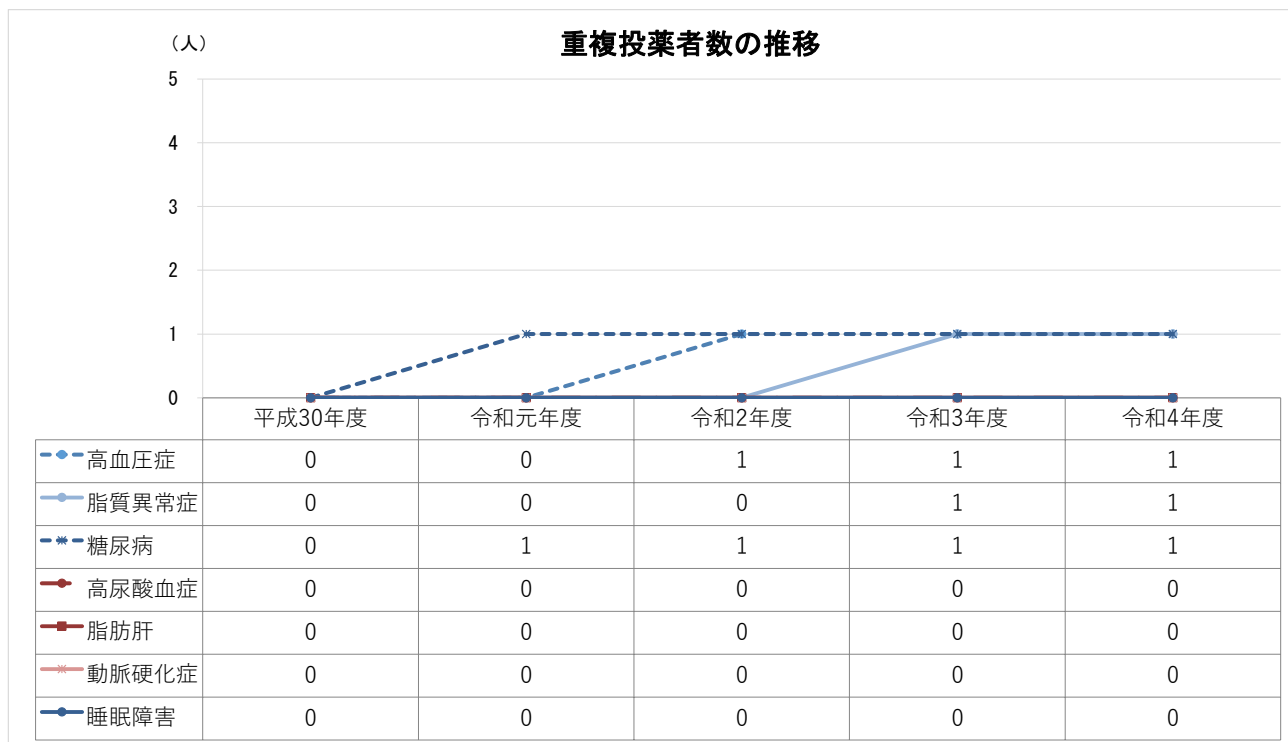
図15 後発医薬品の普及状況



出典：国保総合システム_医薬品利用実態

- 令和4年度の「後発医薬品普及率」は、「金額ベース」63.6%、「数量ベース」84.9%です。
- 「後発医薬品普及率」の経年推移は、「金額ベース」は平成30年度から令和3年度は経年増加していましたが令和4年度に減少、「数量ベース」は経年的に増加している状況です。

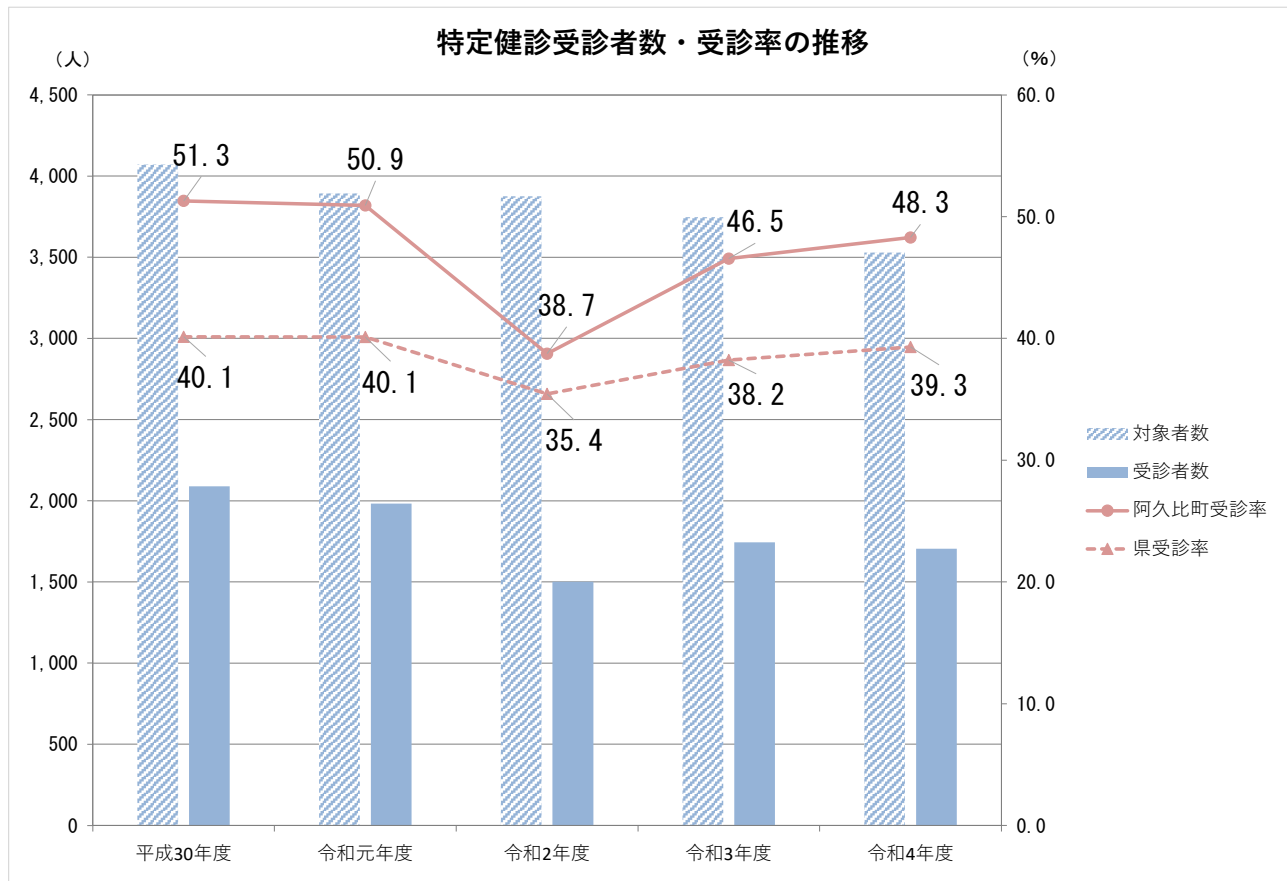
図16 重複投薬者数の推移



出典：KDB_被保険者台帳

- 令和4年度の重複投薬者数は、「高血圧症」1人、「脂質異常症」1人、「糖尿病」1人です。

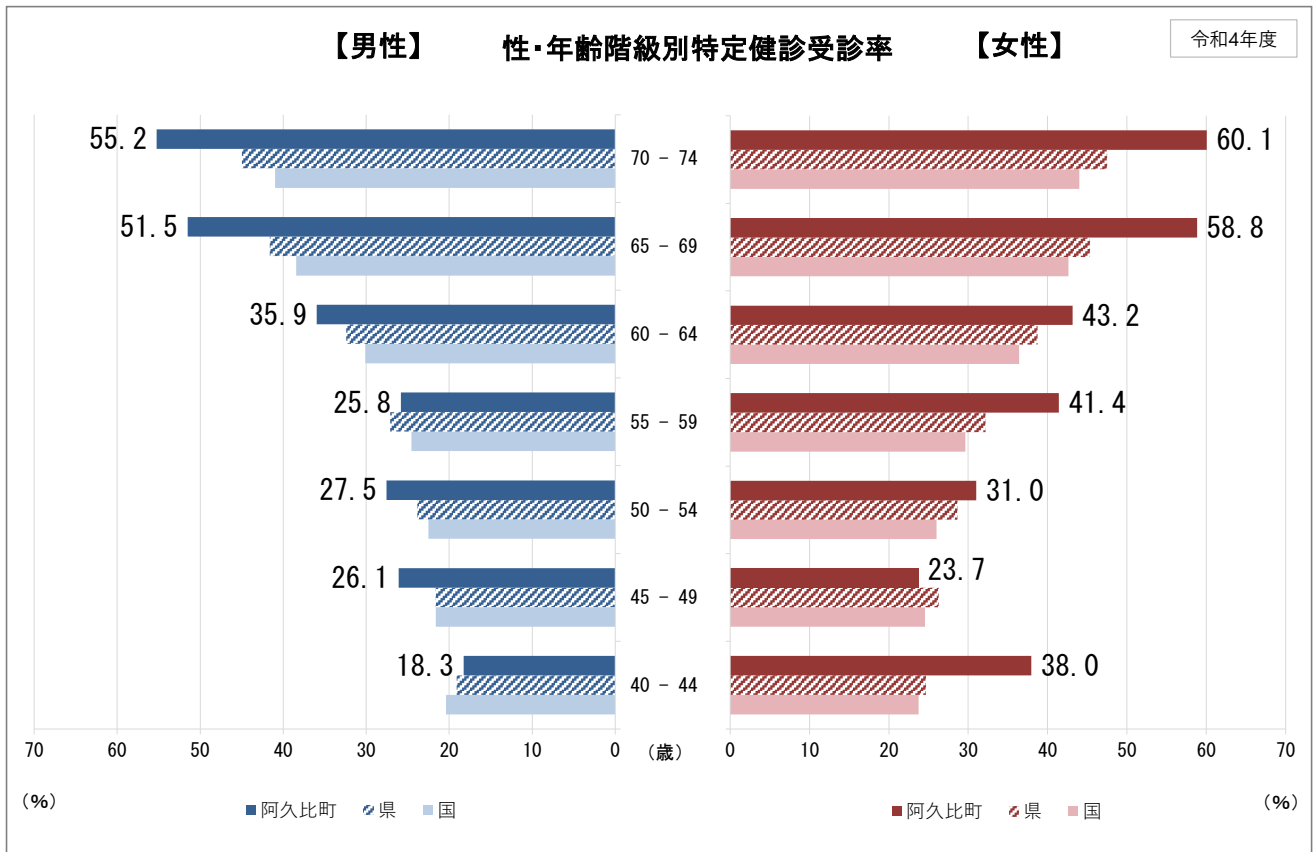
図17 特定健診受診者数・受診率の推移



出典：法定報告

- 令和4年度の特定健診は、「対象者数」3,529人、「受診者数」1,704人、「受診率」48.3%です。
- 「受診率」は、経年的に県より高い水準で推移していますが、阿久比町、県ともに、令和2年度は減少し令和3年度、令和4年度は上昇しています。

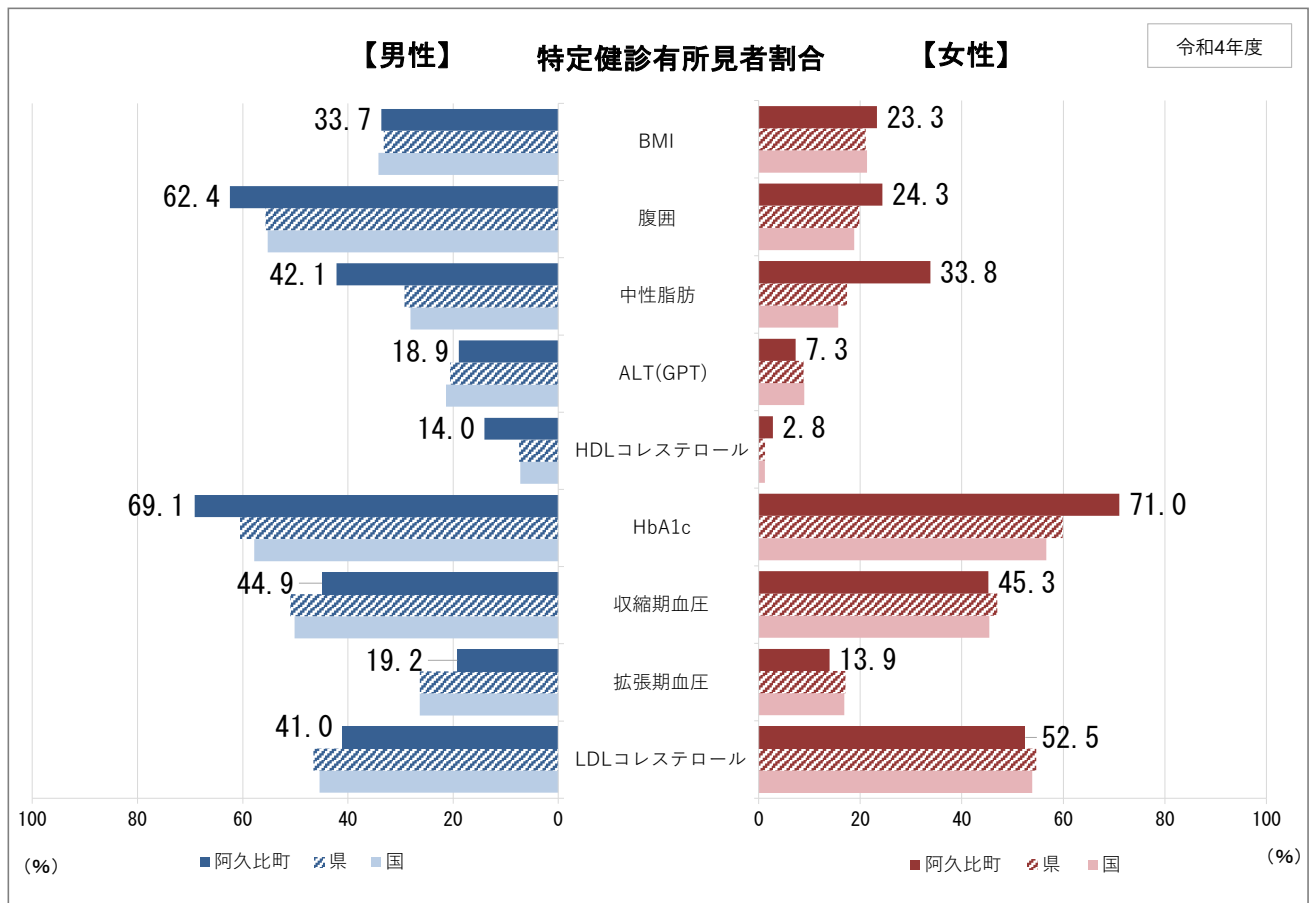
図18 性・年齢階級別特定健診受診率



出典：KDB_健診の状況

- 特定健診受診率は年齢階級が上がるとともに高くなる傾向がみられ、男性では「40~44歳」の受診率が最も低く、国よりも低い状況で、女性では「45~49歳」の受診率が最も低く、県よりも低い状況です。
- 男性では「40~44歳」「55~59歳」、女性では「45~49歳」の年齢階級以外の受診率は県・国より高い状況です。

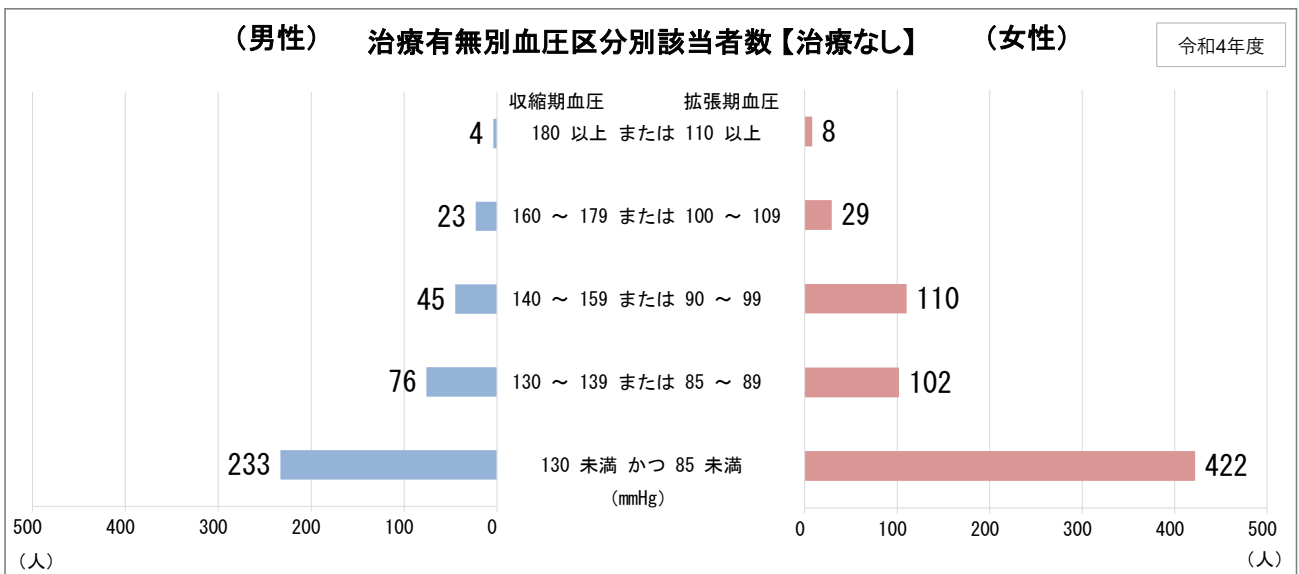
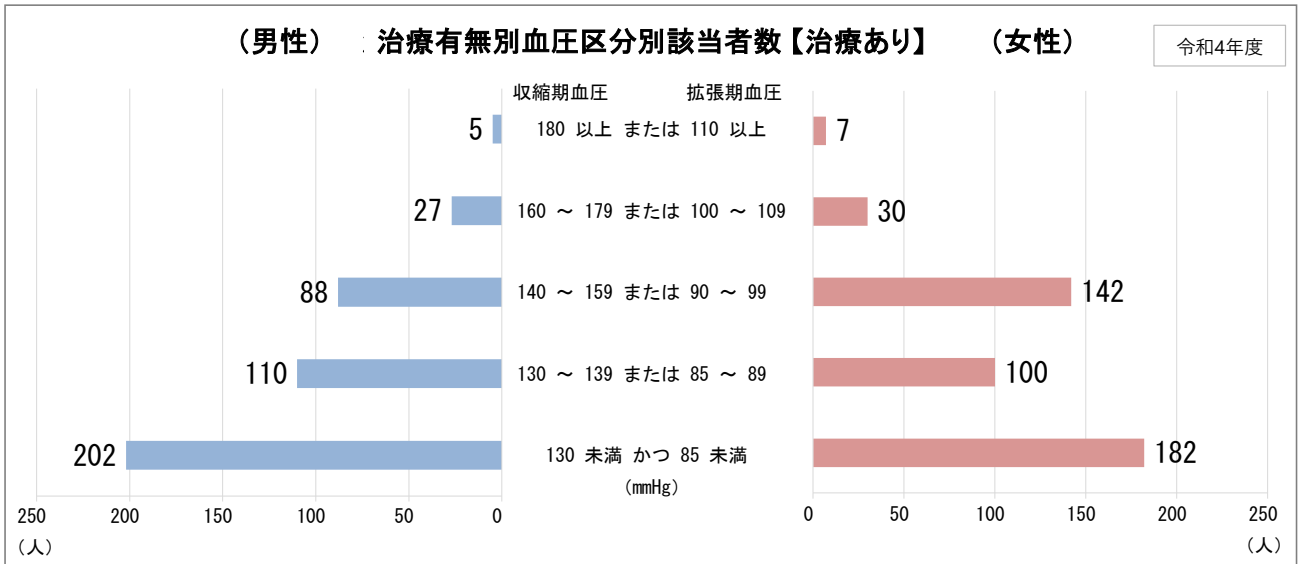
図19 特定健診有所見者割合



出典：KDB_厚生労働省様式5-2

- 男性の特定健診有所見者割合は、「HbA1c」69.1%、「腹囲」62.4%、「収縮期血圧」44.9%の順に高く、女性の特定健診有所見者割合は、「HbA1c」71.0%、「LDLコレステロール」52.5%、「収縮期血圧」45.3%の順に高い状況です。
- 「HbA1c」「中性脂肪」「腹囲」「HDLコレステロール」の有所見者割合は、男女ともに県・国より高い状況です。

図20 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）

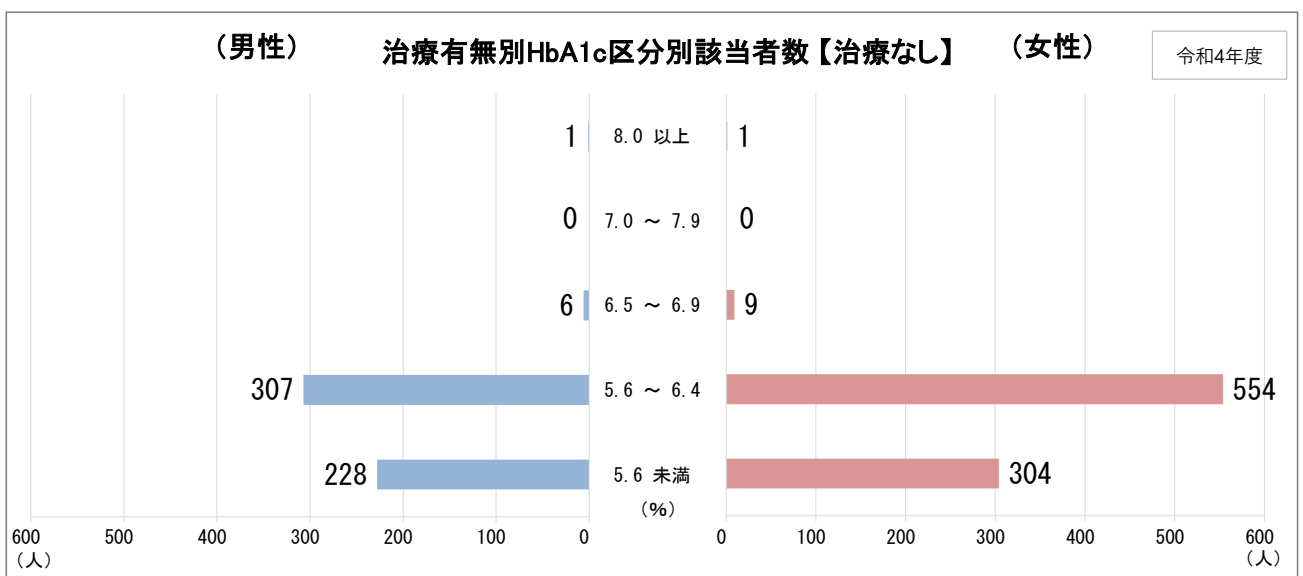
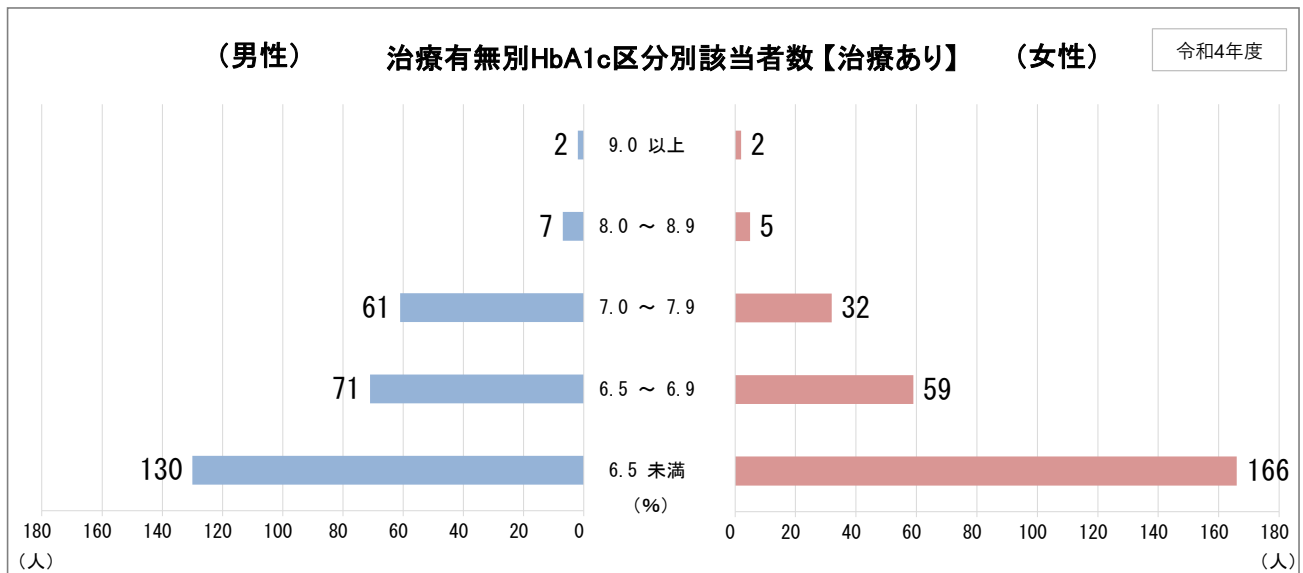
【治療あり】

- 「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は男性32人(7.4%)、女性37人(8.0%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上」は、男性72人(18.9%)、女性147人(21.9%)です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は、男性27人(7.1%)、女性37人(5.5%)です。

図21 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）

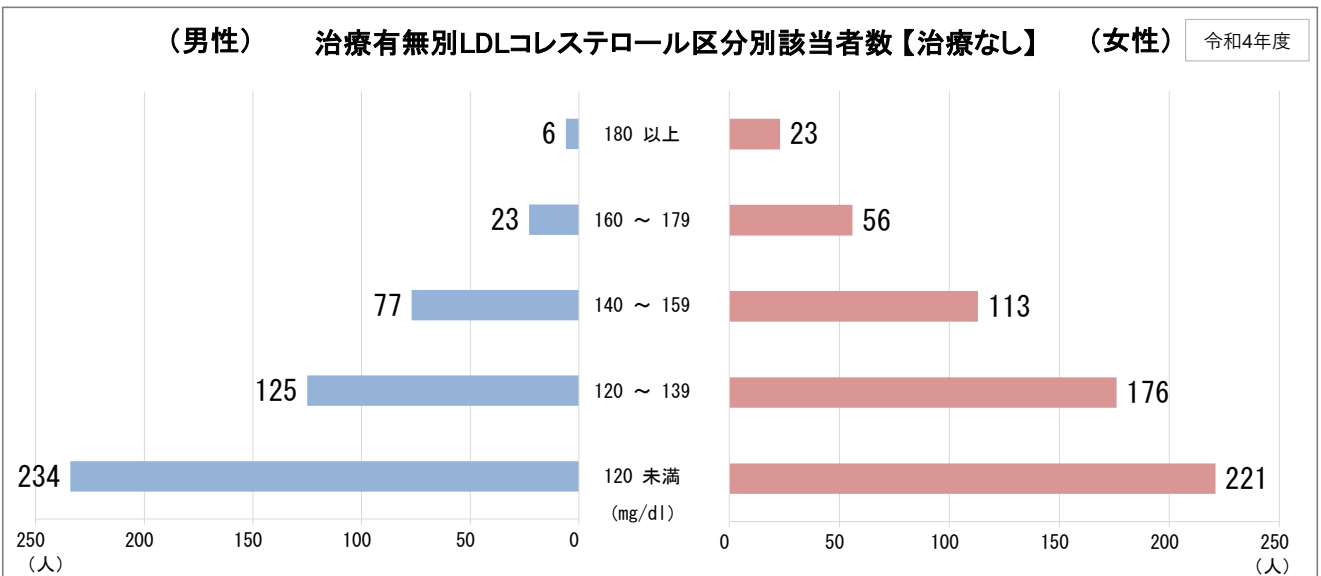
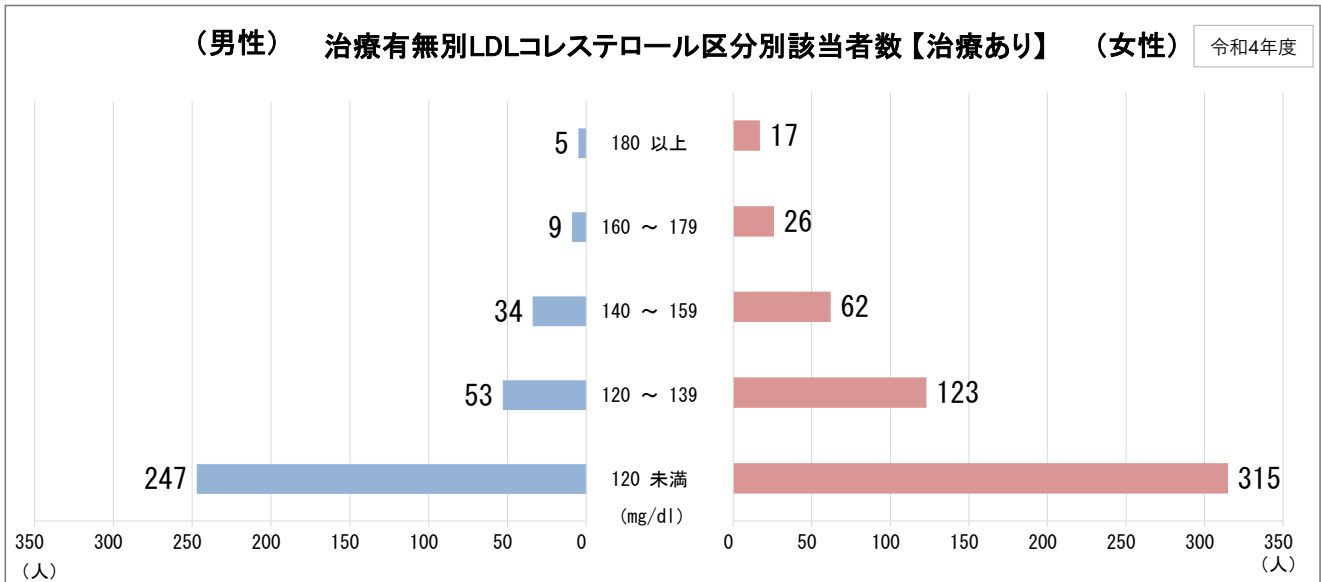
【治療あり】

- 合併症のリスクが高まる「HbA1c7.0%以上」は、男性70人(25.8%)、女性39人(14.8%)です。
- 治療強化が困難な際の目標値「HbA1c8.0%以上」は男性9人(3.3%)、女性7人(2.7%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「HbA1c6.5%以上」は男性7人(1.3%)、女性10人(1.2%)です。

図22 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）

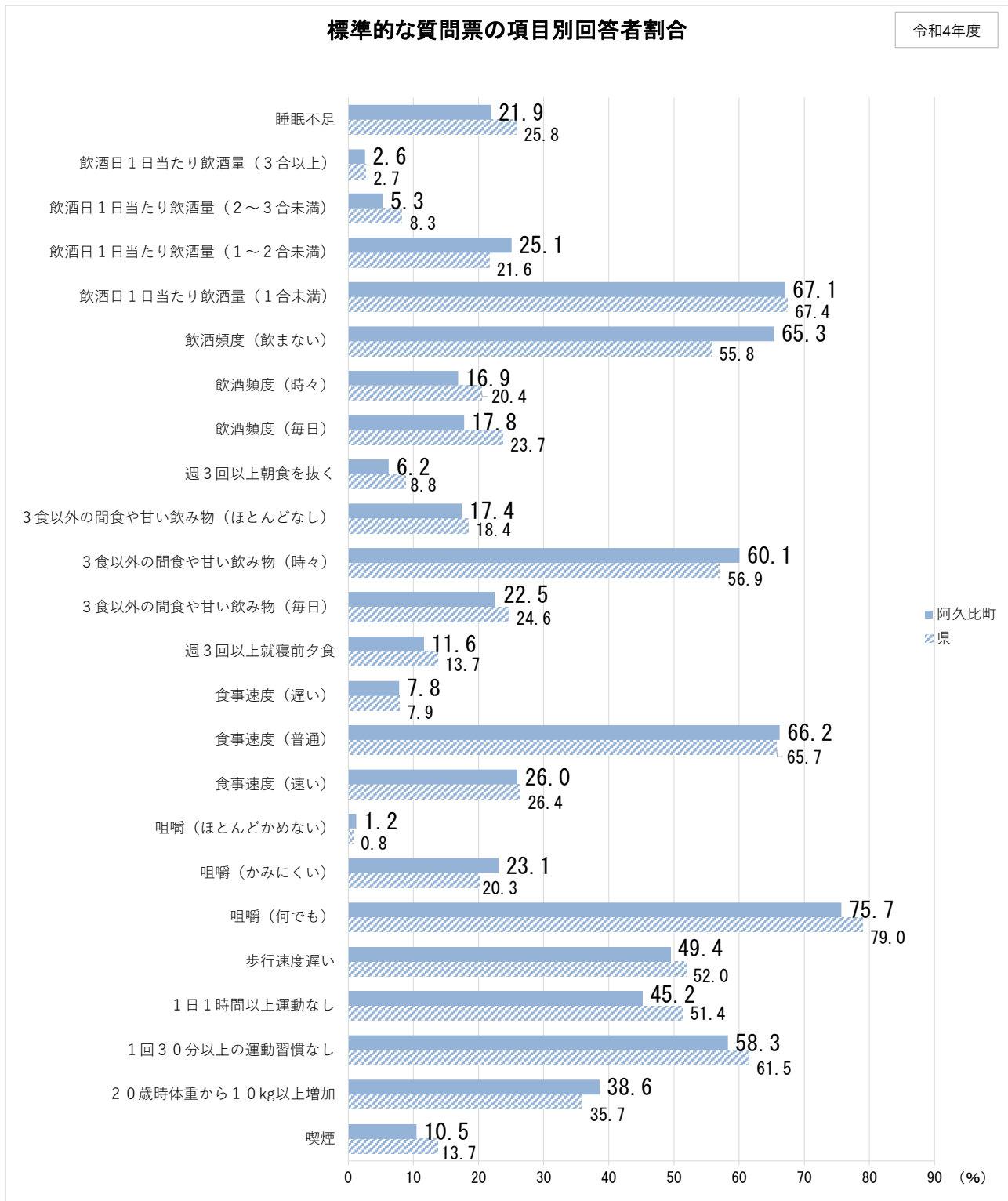
【治療あり】

- 「LDLコレステロール180mg/dl以上」は、男性5人(1.4%)、女性17人(3.1%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「LDLコレステロール140mg/dl以上」は、男性106人(22.8%)、女性192人(32.6%)です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「LDLコレステロール180mg/dl以上」は、男性6人(1.3%)、女性23人(3.9%)です。

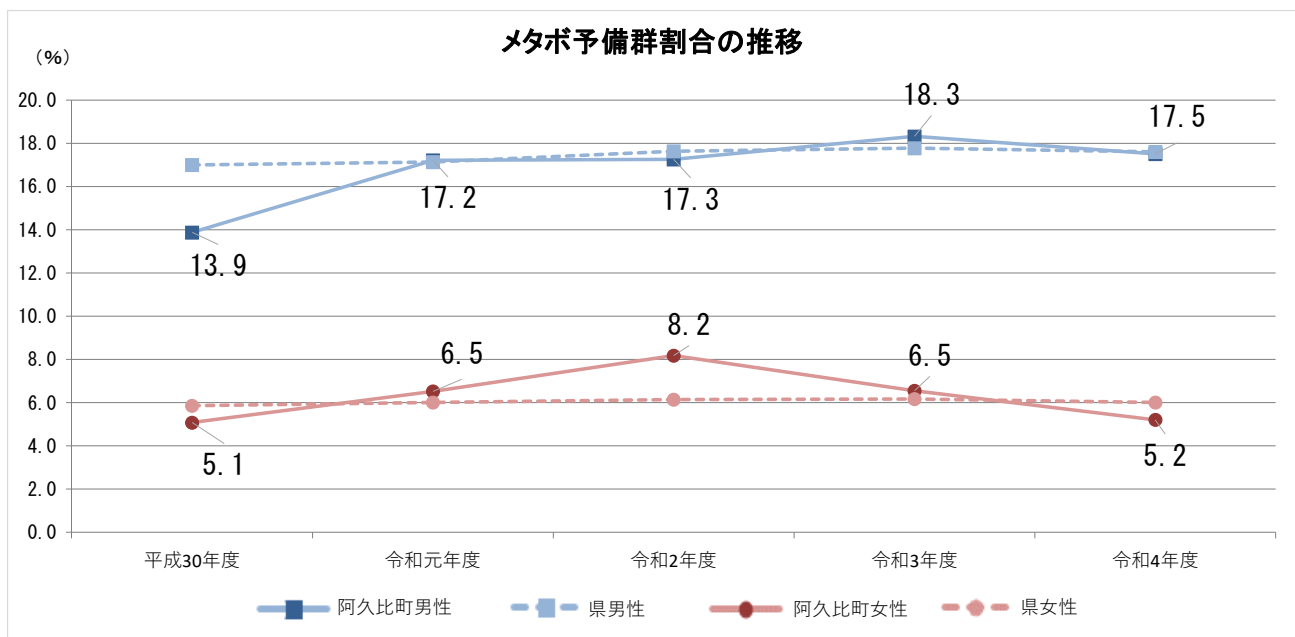
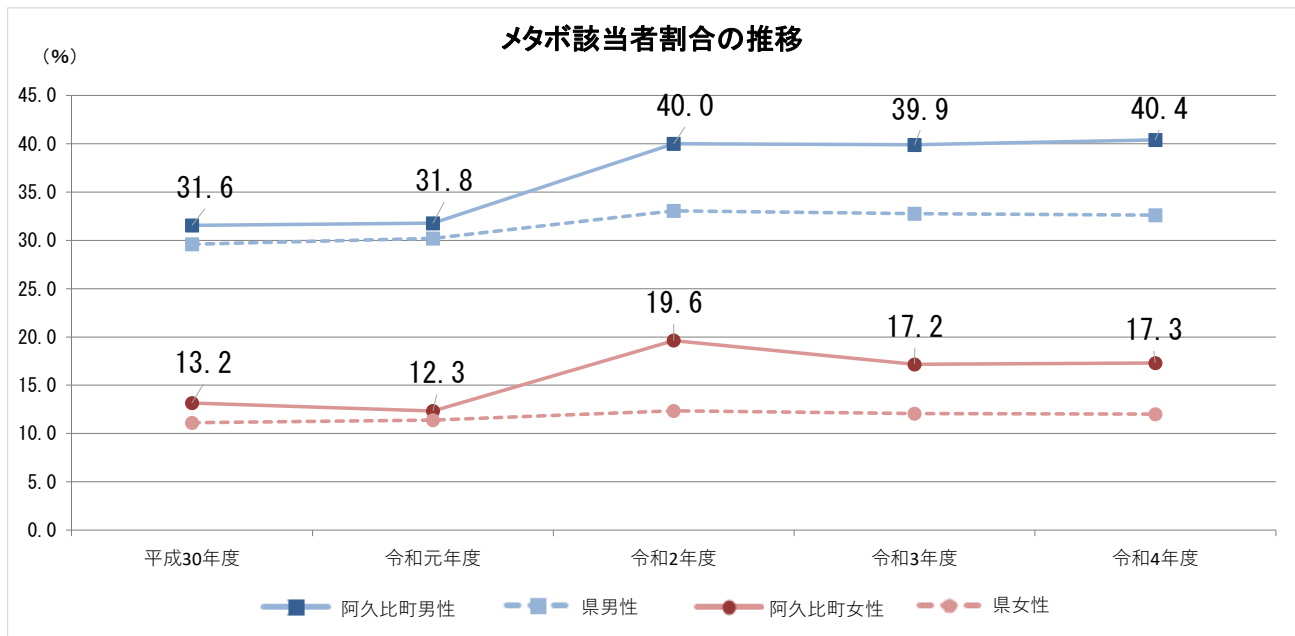
図23 標準的な質問票の項目別回答者割合



出典：KDB_質問票調査の状況

- 「20歳時体重から10kg以上増加」は38.6%、「咀嚼(かみにくい)」23.1%、「飲酒日1日当たり飲酒量(1~2合未満)」25.1%、「3食以外の間食や甘い飲み物(時々)」60.1%でいずれも県より高い状況です。
- 「咀嚼(ほとんどかめない)」1.2%は、県より著しく高い状況です。
- 「飲酒頻度(毎日)」は17.8%、「1回30分以上の運動習慣なし」は58.3%で、県に比べ低い状況です。

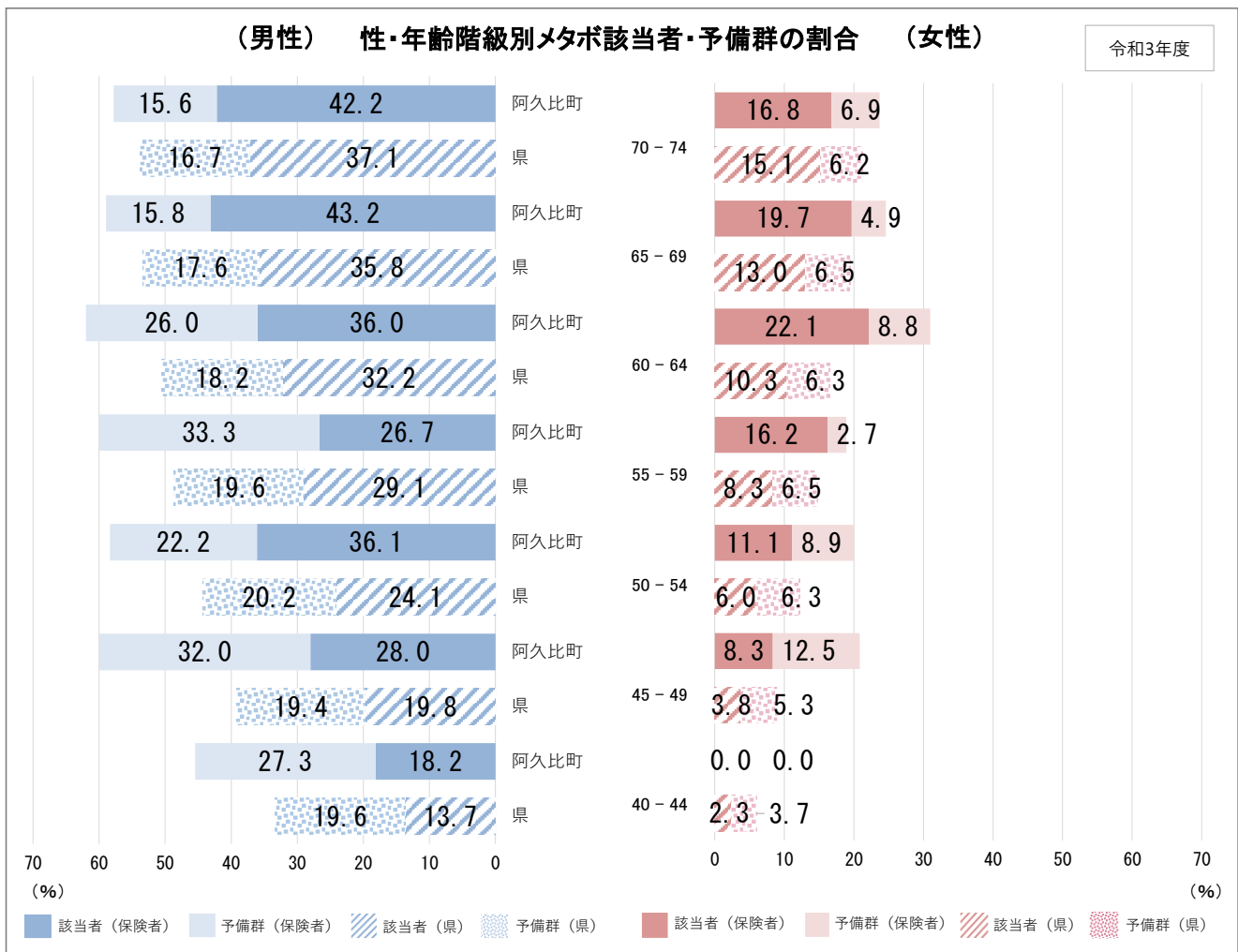
図24 メタボ該当者・予備群割合の推移



出典：法定報告

- 令和4年度のメタボ該当者割合は、男性40.4%、女性17.3%で、平成30年度以降は男女ともに県より高い状況です。
- 令和4年度のメタボ予備群割合は、男性17.5%で県と同程度、女性5.2%で県より低い状況です。

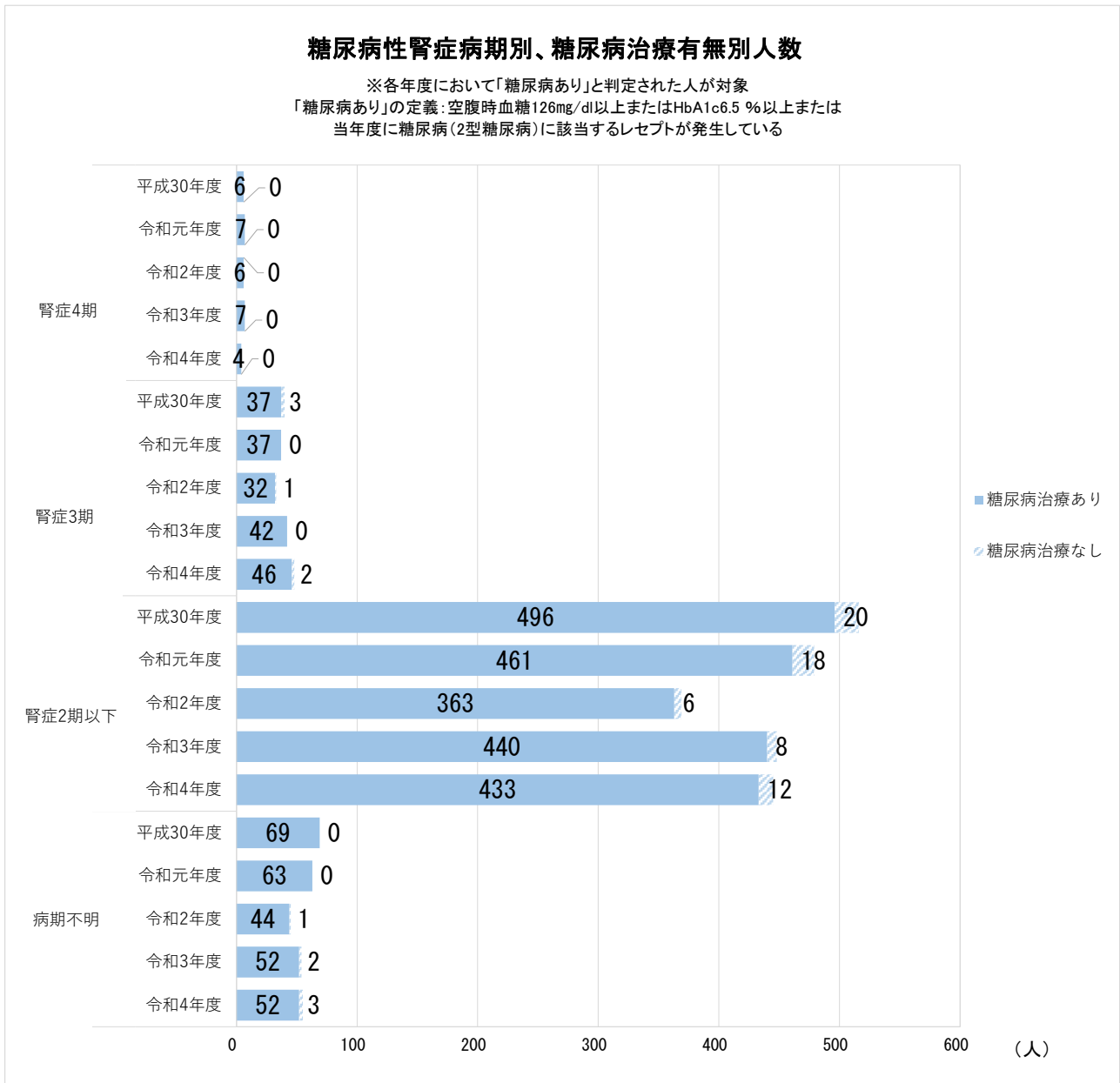
図25 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



出典：法定報告

- 性・年齢階級別メタボ該当者割合は、男性は「65～69歳」、女性では「60～64歳」の年齢階級が最も高く、男女とも県よりも高い状況です。
- 性・年齢階級別メタボ予備群割合は、男性は「55～59歳」、女性では「45～49歳」の年齢階級が最も高く、男女とも県よりも著しく高い状況です。

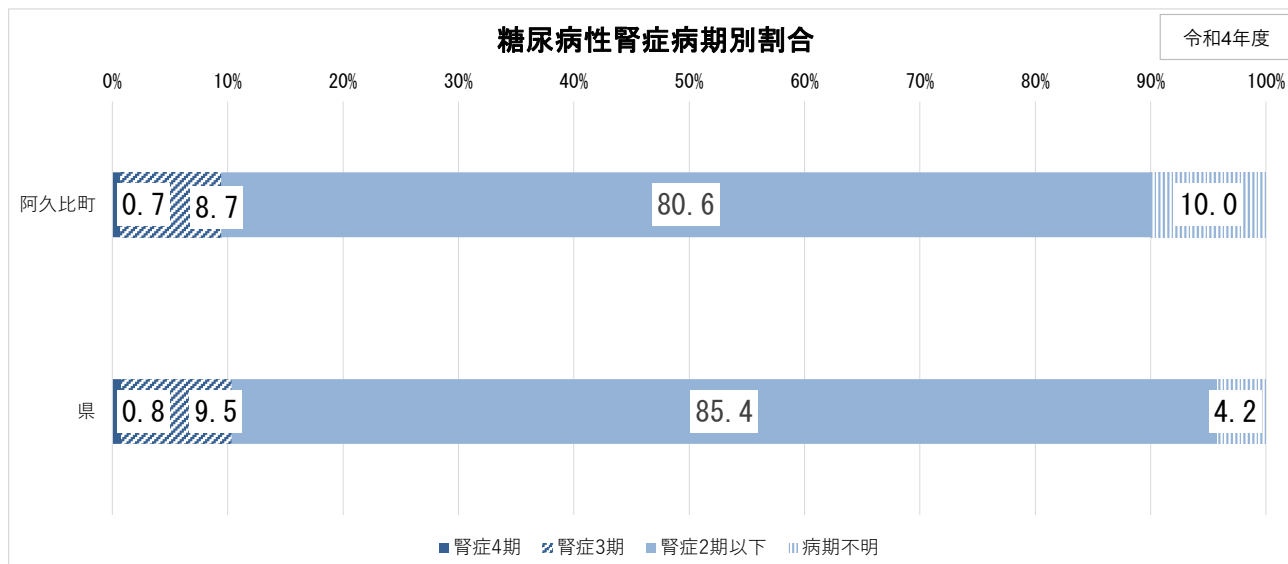
図26 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数



出典：KDB_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）

- 「腎症3期」の「糖尿病治療なし」人数の推移は、平成30年度の3人から、令和4年度は2人と減少しています。
- 「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」人数の推移は、平成30年度の20人から、令和4年度は12人と減少しています。
- 「腎症3期」の「糖尿病治療あり」人数の推移は、平成30年度から令和2年度まで経年的に減少傾向がみられ、その後増加しており、平成30年度の37人と比較すると、令和4年度は46人と増加しています。
- 「腎症2期以下」の「糖尿病治療あり」人数の推移は、平成30年度から令和2年度まで経年的に減少傾向がみられ、その後増減していますが、平成30年度の496人と比較すると、令和4年度は433人と減少しています。

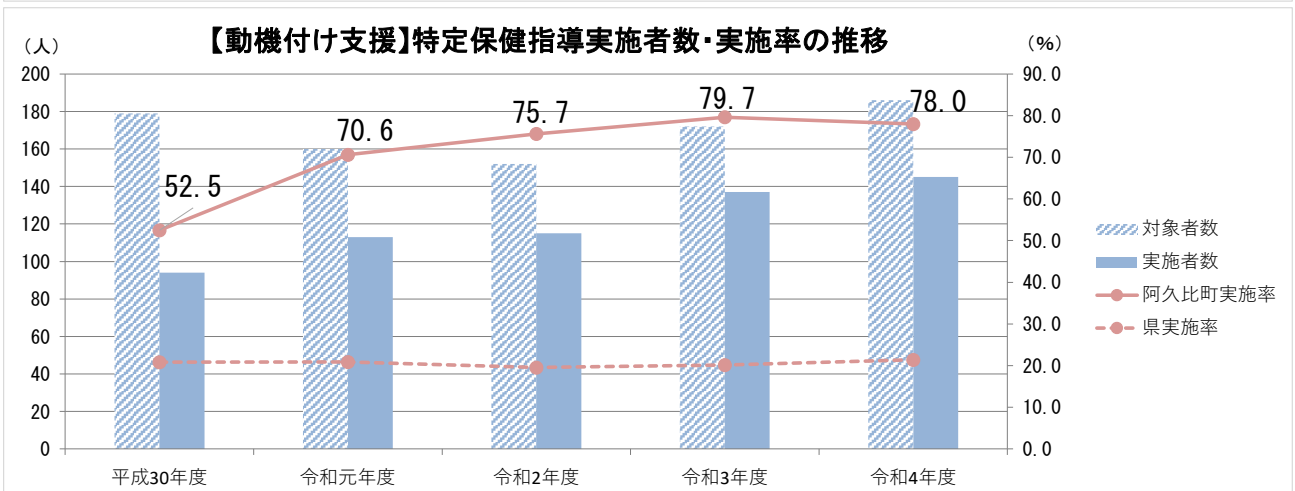
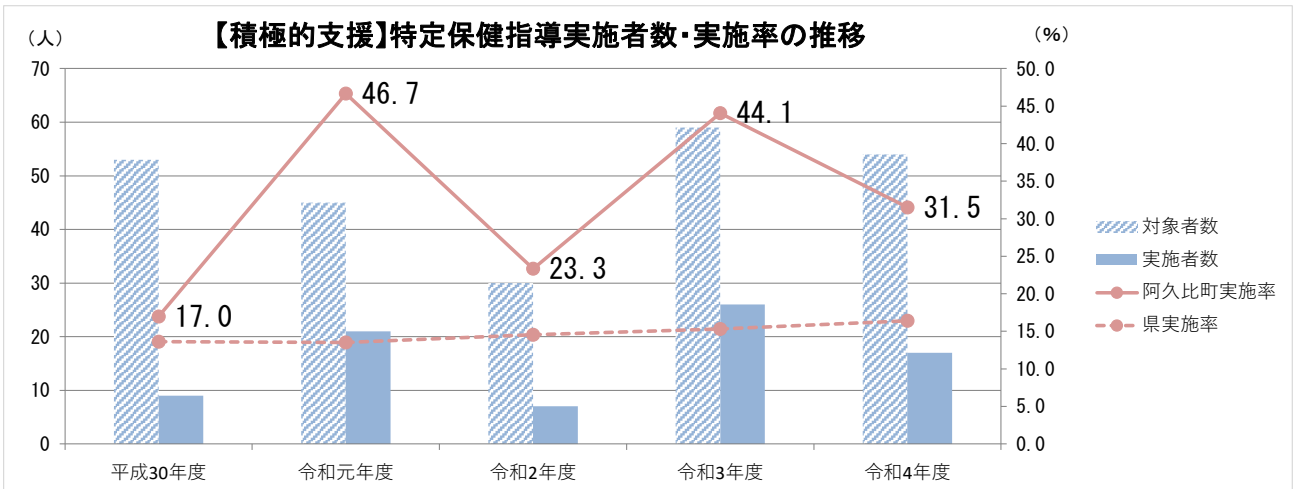
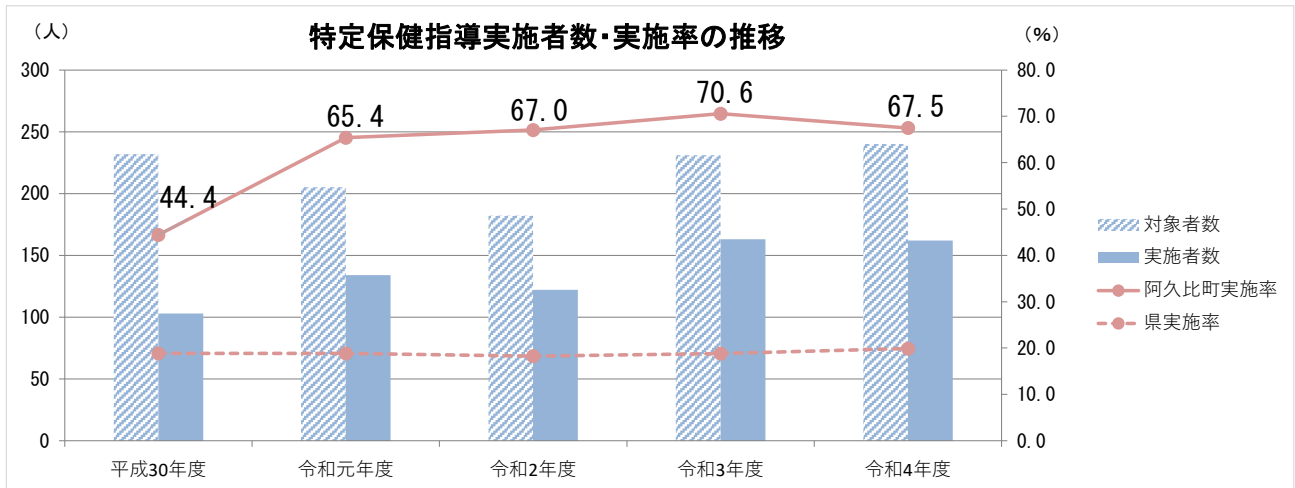
図27 糖尿病性腎症病期別割合



出典：KDB_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）

- 「腎症4期」0.7%、「腎症3期」8.7%、「腎症2期以下」は80.6%で、いずれも県より低い状況です。

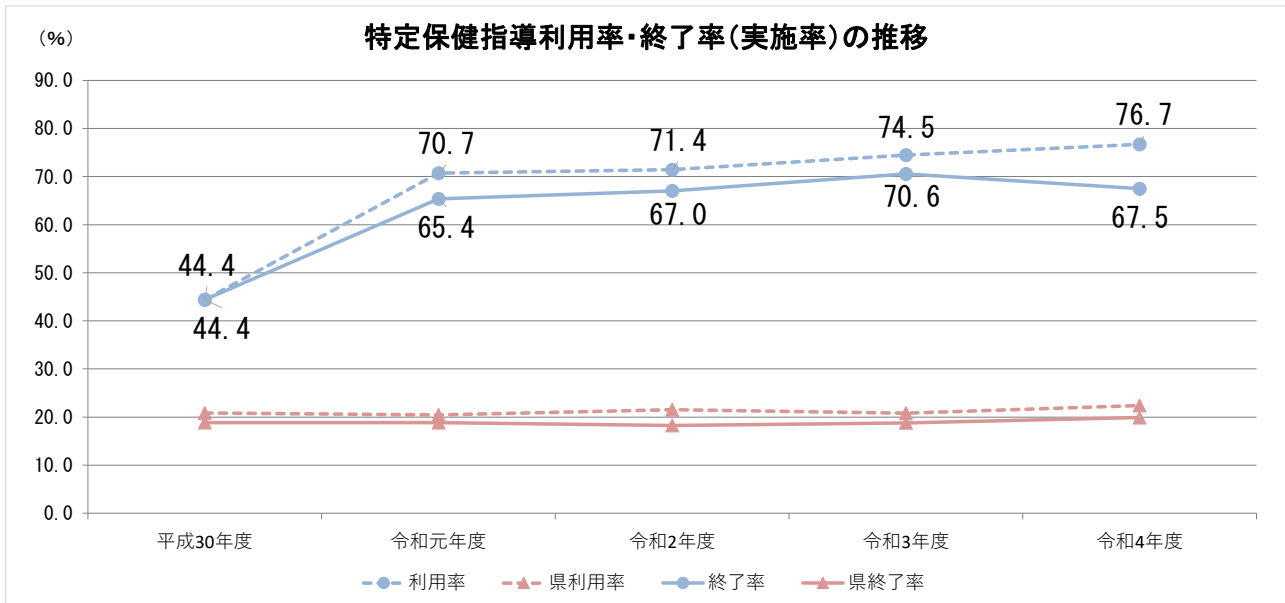
図28 特定保健指導実施者数・実施率の推移



出典：法定報告

- 令和4年度の「特定保健指導実施率」は67.5%で、県より著しく高い水準で推移しています。
- 令和4年度の「積極的支援の特定保健指導実施率」は31.5%、「動機付け支援の特定保健指導実施率」は78.0%で、県より著しく高い状況です。
- 「特定保健指導実施率」は、「積極的支援」「動機付け支援」とともに、平成30年度から令和元年度にかけて大きく上昇しました。

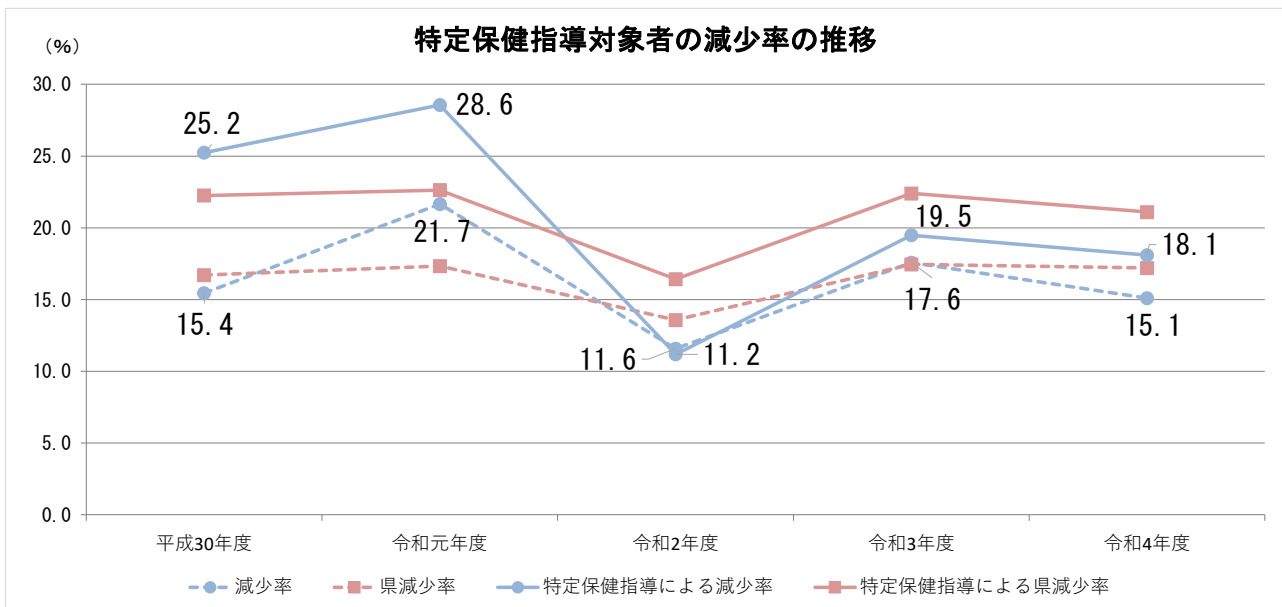
図29 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移



出典：法定報告

- 特定保健指導の令和4年度の「利用率」は76.7%、「終了率」は67.5%で、県より著しく高い水準で推移しています。
- 特定保健指導の「利用率」「終了率」ともに令和元年度に大きく上昇し、その後令和4年度まで高い水準で推移しています。

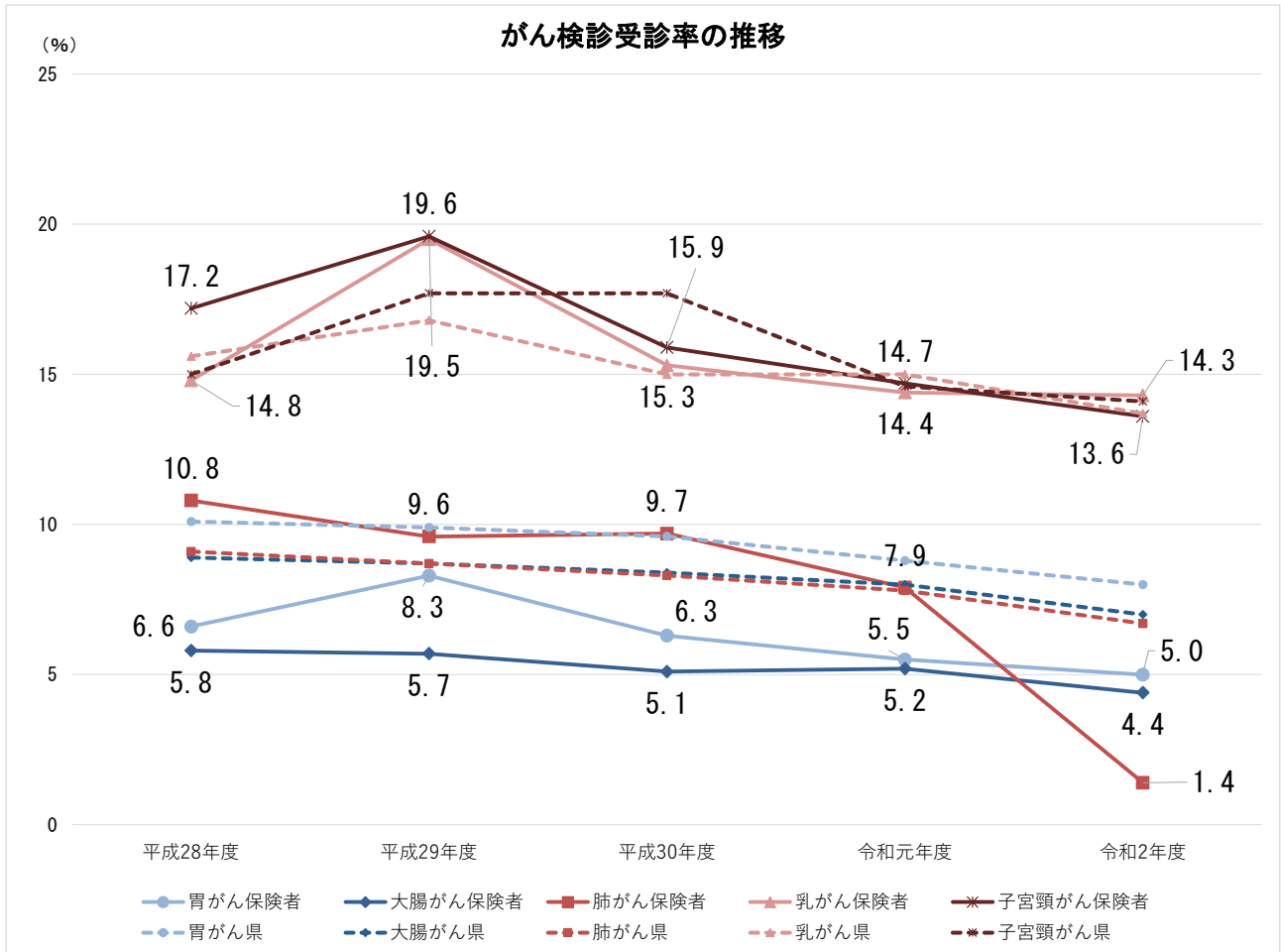
図30 特定保健指導対象者の減少率の推移



出典：法定報告

- 令和4年度の「特定保健指導対象者の減少率」は15.1%、「特定保健指導による減少率」は18.1%で、いずれも県より低い状況です。
- 「特定保健指導対象者の減少率」「特定保健指導による減少率」いずれも経年的に増減を繰り返しています。

図31 がん検診受診率の推移



(%)

年度	胃がん検診		大腸がん検診		肺がん検診		乳がん検診		子宮頸がん検診	
	阿久比町	愛知県	阿久比町	愛知県	阿久比町	愛知県	阿久比町	愛知県	阿久比町	愛知県
平成28年度	6.6	10.1	5.8	8.9	10.8	9.1	14.8	15.6	17.2	15.0
平成29年度	8.3	9.9	5.7	8.7	9.6	8.7	19.5	16.8	19.6	17.7
平成30年度	6.3	9.6	5.1	8.4	9.7	8.3	15.3	15.0	15.9	17.7
令和元年度	5.5	8.8	5.2	8.0	7.9	7.8	14.4	15.0	14.7	14.6
令和2年度	5.0	8.0	4.4	7.0	1.4	6.7	14.3	13.7	13.6	14.1

出典：e-Stat_地域保健・健康増進事業報告

- 令和2年度のがん検診受診率は「胃がん」5.0%、「大腸がん」4.4%、「肺がん」1.4%、「乳がん」14.3%、「子宮頸がん」13.6%で、「胃がん」「大腸がん」「肺がん」は県より低い状況です。

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	1人当たり医療費は経年的に県より高い水準で推移しており、1人当たり医療費（入院外）は、「高血圧性疾患」が県より高く、「糖尿病」は県より著しく高いです。死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値では、男性は「心疾患」「くも膜下出血」、女性は「心筋梗塞」「心疾患」「くも膜下出血」が県より高い状況です。	✓	1,4,5
B	特定健診結果では、男女とも「HbA1c」「腹囲」「中性脂肪」の有所見者割合が県・国より高いです。	✓	1,4,5
C	「10万人当たり糖尿病患者数」「10万人当たり人工透析患者数」が、国保・後期ともに県より多いです。	✓	5
D	1人当たり医療費は、「20～29歳」「40～49歳」が県・国よりも高いです。特定健診受診率は、男性では「40～44歳」「55～59歳」、女性では「45～49歳」が県・国より低い状況です。		1,2,3
E	特定健診質問票で「20歳時体重から10kg以上増加」と回答した人の割合が県より高いです。メタボ該当者割合は、男女とも県より高く、男性では「65～69歳」、女性では「60～64歳」が最も高いです。特定保健指導対象者の減少率、特定保健指導による減少率のいずれも県より低いです。	✓	1,4
F	「新生物」の1人当たり医療費は入院、入院外ともに、県より高いです。1人当たり医療費は、「肺がん」「大腸がん」「肝がん」「前立腺がん」で県・国より高く、平成30年度と比較すると、「大腸がん」「肝がん」「前立腺がん」「子宮頸がん」「乳がん」で増加しています。「胃がん」「大腸がん」「肺がん」のがん検診受診率が県より低いです。		10
G	令和4年度「1人当たり医療費」は27,401円で、経年的に県より高い水準で推移しています。「1人当たり医療費（入院外）（歯科）」は、県・国より高いです。		5,6,7,8
H	令和4年度の後発医薬品普及率の「金額ベース」は63.6%で経年増加していましたが、令和3年度から令和4年度にかけて減少し、「数量ベース」は84.9%で経年的に増加しています。		6
I	1人当たり医療費（入院外）（歯科）は、県・国より高いです。また、特定健診質問票の咀嚼にて、「かみにくい」「ほとんどかめない」と回答した人の割合は県より高い状況です。		9
J	「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男女ともに県・国より短く、「要支援・要介護認定率」は全ての区分で県より低いですが、「要支援・要介護認定率」が経年的に増加傾向にあります。		9

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します。
----------------	----------------------------------

計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
			R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
i	生活習慣病の重症化を予防する	高血圧の者の割合	特定健診受診者のうち、①②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧≧140mmHg ②拡張期血圧≧90mmHg	26.6%	26.0%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%
ii		HbA1c7.0%以上の者の割合	特定健診受診者のうち、HbA1c7.0%以上の者の割合	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%
iii		被保険者10万人当たりの新規人工透析患者数	被保険者10万人当たりの新規人工透析患者数	63人	62人	62人	61人	60人	60人	59人
iv	若年層から健康意識を高める	40歳代の特定健診受診率	特定健診受診率 男性 40～44歳 45～49歳 女性 40～44歳 45～49歳	18.8% 26.3% 39.0% 24.2%	19.0% 26.5% 39.5% 24.5%	19.3% 26.8% 40.0% 24.8%	19.5% 27.0% 40.5% 25.0%	19.8% 27.3% 41.0% 25.5%	20.2% 27.7% 41.5% 26.0%	20.5% 28.0% 42.0% 26.5%
v	メタボ該当者を削減する	特定保健指導対象者の減少率 特定保健指導による減少率	特定保健指導対象者の減少率 特定保健指導による減少率	15.1%	15.4%	15.7%	16.0%	16.4%	16.7%	17.0%
				18.1%	18.4%	18.7%	19.0%	19.4%	19.7%	20.0%
vi	疾病の早期発見・早期治療について普及する	がん検診受診率	胃がん検診 大腸がん検診 肺がん検診 乳がん検診 子宮がん検診	5.0% 4.4% 1.4% 14.3% 13.6%	5.3% 4.6% 3.2% 14.4% 14.3%	5.6% 4.8% 5.0% 14.5% 15.0%	5.9% 5.0% 6.8% 14.6% 15.7%	6.2% 5.2% 8.6% 14.7% 16.4%	6.5% 5.4% 9.8% 14.8% 17.1%	6.8% 5.6% 12.2% 14.9% 17.8%
vii	医療費の適正化を推進する	1人当たり医療費	1人当たり医療費	27,401円	27,500円	27,500円	27,600円	27,700円	27,700円	27,800円
viii		後発医薬品普及率	金額ベース 数量ベース	63.6% 84.9%	64.0% 85.3%	64.3% 85.7%	64.7% 86.1%	65.1% 86.5%	65.5% 86.9%	65.8% 87.3%
ix	口腔機能の維持・向上について普及する	質問票の咀嚼項目の回答割合	特定健診質問票 「かみにくい」 「ほとんどかめない」	23.1% 1.2%	23.1% 1.2%	22.9% 1.1%	22.9% 1.1%	22.8% 1.0%	22.8% 1.0%	22.7% 1.0%
x	平均自立期間を延伸する	平均自立期間（要介護2以上）	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	男性 81.4歳 女性 85.0歳	81.6歳 85.2歳	81.8歳 85.4歳	82.0歳 85.6歳	82.2歳 85.8歳	82.4歳 86.0歳	82.6歳 86.2歳

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査	重点
2	特定健康診査	特定健康診査未受診者勧奨事業	
3	その他	基本健康診査受診勧奨事業	
4	特定保健指導	特定保健指導	重点
5	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業	重点
6	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	
7	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診者に対する訪問指導事業	
8	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・多剤服薬者に対する訪問指導事業	
9	その他	低栄養訪問指導事業	
10	その他	人間ドック・脳ドック費用助成事業	

IV個別事業計画

事業 1	特定健康診査
------	--------

事業の目的	主としてメタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、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	特定健康診査を実施する。
対象者	国民健康保険被保険者のうち実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）。 ただし、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第3号で規定する者）を除く。

項目	No.	評価指標	評価対象 ・ 方法	計画 策定時 実績	目標値					
				R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	1	【中長期】 高血圧の者 の割合	KDBシス テム介入支 援対象一覧 より把握	26.6%	26.0%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%
	2	【中長期】 HbA1c7.0 %以上の者 の割合	KDBシス テム介入支 援対象一覧 より把握	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%
	3	【短期】 生活習慣改 善意欲がな い人の割合	法定報告値	39.6%	39.0%	38.5%	38.0%	37.5%	37.0%	36.5%
アウトプット 指標	1	特定健康診 査受診率	法定報告値	48.3%	52.5%	54.0%	55.5%	57.0%	58.5%	60.0%

プロセス（方法）	周知	対象者には受診券と集団健診の日程や個別健診の実施医療機関リストを掲載した案内を送付する。そのほかに、町の広報誌およびホームページなどで周知する。	
	勧奨	一定時期に未受診である者に対し、過去5年程度の受診傾向などによって通知内容を変えて勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診と個別健診を実施する。
		実施場所	集団健診：町内各4小学校、町勤労福祉センター 個別健診：町内の11医療機関
		時期・期間	集団健診：5月～10月 個別健診：5月～10月
		データ取得	事業主健診等の健診受診者に対し、結果を提供していただけるよう通知などで働きかけを行う。
		結果提供	【集団健診】 健診実施1ヶ月～1ヶ月半後に健診結果を郵送。 特定保健指導対象者や受診勧奨対象者等に対し、健診約1ヶ月半後に健診結果説明会を開催。 特定保健指導対象者のうち健診時に初回面接の分割実施ができていない者については、電話にて結果の説明等を行い郵送。 【個別健診】 健診実施約1ヶ月後に健診結果を対面で返却・結果説明を実施。 特定保健指導対象者や受診勧奨対象者等に対し、健診約2ヶ月後に健診結果説明会を開催。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	健診結果で高血圧やHbA1cが高値の者に対し、集団健診受診者には健診結果票送付時に健康教室の案内を同封し、個別健診受診者には健康教室の案内を送付する。		
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	住民福祉課医療年金係（国民健康保険担当部局）	
	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）	健診を郡医師会へ委託	
	国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ管理システムを利用し健診結果の登録等について支援を受けている。	
	他事業	集団健診にて肺がん検診と同時に実施する。	

事業 2

特定健康診査未受診者勧奨事業

事業の目的	特定健康診査受診率の向上や健康意識の向上を目的として行う。
事業の概要	対象者の過去5年程度の健診受診状況等を確認し、受診状況等に応じて通知内容を変えて受診勧奨を行う。
対象者	一定時期に特定健診や人間ドックを受診していない者。ただし、住所地特例者や要介護3～5の者等を除く。

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
				R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	1	未受診者勧奨を実施した対象者が健診を受診した割合	年度末の実績	29.7%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	40.0%
	2	特定健診受診率の上昇（前年比）	年度末の実績	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
アウト プット 指標	1	未受診者勧奨実施率	年度末の実績	86.5%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

プロセス (方法)	KDBより過去5年程度の健診受診状況等を把握し、その受診状況等に応じて通知内容を変えて勧奨通知を送付する。
ストラクチャー (体制)	健診結果データを保有している健診実施機関との連携体制を構築し、一定時期の健診受診者情報を得る。

事業 3

基本健康診査受診勧奨事業

事業の目的	若年層の健診受診率は低い状況が続いており、特定健診前の年齢から、健診を受診することの習慣付けや健康意識の向上を目的として、健診受診の大切さの周知や健診受診勧奨を実施する。
事業の概要	年度の健診開始前の時期に、基本健康診査（39歳までの若年者健診）の受診勧奨と健康管理や健診受診の大切さなどの周知について、個別通知を行う。
対象者	国民健康保険に加入中の、今年度30歳、35歳、39歳になる者。

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
				R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	1	【中長期】 40～44歳の特定健診受診率	法定報告値	(男性) 18.8% (女性) 39.0%	19.0%	19.3%	19.5%	19.8%	20.2%	20.5%
	2	【短期】 受診勧奨を実施した者のうち、健診を受診した者の割合	年度末の実績	11.7%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%	15.0%
	3	【短期】 昨年度受診勧奨を実施した者のうち、今年度の健診を受診した者の割合	年度末の実績	7.7%	8.5%	9.0%	9.5%	10.0%	10.0%	10.0%
アウトプット 指標	1	受診勧奨実施率	年度末の実績	98.9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	年度の健診開始前の時期に受診勧奨及び健康管理や健診受診の大切さなどについて個別通知を行う。
ストラクチャー (体制)	基本健康診査の実施主体である衛生部門と連携体制を構築し、受診者の情報を得て評価を実施する。

事業 4

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	特定保健指導基準該当者。

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
				R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	1	【中長期】 内臓脂肪症 候群該当者 割合	法定報告 値	27.0%	26.7%	26.4%	26.0%	25.7%	25.4%	25.0%
	2	【短期】 特定保健指 導による特 定保健指導 対象者の減 少率	法定報告 値	18.1%	18.4%	18.7%	19.0%	19.4%	19.7%	20.0%
アウトプット 指標	1	特定保健指 導実施率	法定報告 値	67.5%	68.5%	69.5%	70.5%	71.5%	72.5%	73.5%

プロセス（方法）	周知	対象者に対し、個別通知を行う。	
	勧奨	結果説明会に来所されなかった方に対し、訪問や電話、通知での勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	初回面接	【集団健診受診者のうち特定保健指導対象者に該当した場合】 健診日に初回面接1回目を実施し、健診結果返却時に電話にて初回面接2回目を行う。 【個別健診受診者のうち特定保健指導対象者に該当した場合】 健診実施約2ヶ月後に結果説明会の案内を送付し、案内の日程にて初回面接を行う。
		実施場所	集団健診会場及び町保健センター
		実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、動機付け支援対象者のうち希望者と積極的支援対象者に対し、指導期間中に血液検査を行う。
		時期・期間	【集団健診受診者のうち特定保健指導対象者に該当した場合】 初回面接は分割実施（健診日当日及び健診結果返却時（健診受診後1ヶ月～1ヶ月半後））で行い、最終評価を年度末までに完了する。 【個別健診受診者のうち特定保健指導対象者に該当した場合】 初回面接は健診実施約2ヶ月後に行い、最終評価を年度末までに完了する。
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了時に必要に応じて地区別の健康教室等につなげ、次年度の健診受診勧奨についても行う。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	指導期間中の進捗状況及び結果については、町保健センターより報告を得る。	
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康介護課保健係（保健センター）に執行委任。	
	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）	特定健診を委託する郡医師会阿久比町医師団に対し、個別健診の手引きにて対象者の周知を行い、健診結果返却時の結果説明の際に役立てていただいている。	
	国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ管理システムを利用し保健指導対象者の指導結果登録等について支援を受けている。	
	他事業	特定健診の集団健診時に初回面接の分割実施を行う。がん検診等に来所した際に声掛けをし、初回面接や継続支援を行う。	
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	町保健センターと連携体制を構築し、効果的な指導方法について協議する。	

事業の目的		糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対し、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、糖尿病や糖尿病性腎症の重症化を予防し、腎不全や人工透析への移行、それに伴う医療費の増大を防止することを目的とする。	
事業の概要		糖尿病や糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、レセプトにて糖尿病や糖尿病性腎症での通院が見られない者に対し、受診勧奨及び生活習慣改善について指導を行う。	
対象者	選定方法	健診結果および過去1年程度のレセプトを元に判定	
	選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の健診結果でHbA1c6.5% 以上かつ糖尿病や糖尿病性腎症での医療機関未受診の者
		レセプトによる判定基準	糖尿病や糖尿病性腎症の通院歴がある者で最終の受診日から6ヵ月経過してもレセプトにおける糖尿病や糖尿病性腎症の受診歴がない者
		その他の判定基準	過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受診歴がない者
	除外基準	透析中の者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、要介護認定者など	
	重点対象者の基準	尿たんぱく（+）以上、eGFR60mL/min/1.73m ² 未満	

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	血液検査実施者のHbA1c改善率	1~2月に実施する血液検査結果	66.7%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	2	健診結果による対象者の受診勧奨後の医療機関受診率	年度末にレセプトにて確認	43.8%	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	60.0%
アウトプット指標	1	健診結果による対象者の受診勧奨実施率	年度末の実績	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	健診結果による対象者の個別指導実施率	年度末の実績	71.9%	73.5%	75.0%	77.5%	80.0%	80.0%	80.0%

プロセス (方法)	周知	対象者に通知を送付する。
	勧奨	対象者に受診勧奨及び個別指導通知を発送。個別指導に来所した者には指導時にも受診勧奨を実施。年度末に受診状況を確認し、個別指導を実施できていない医療機関未受診者には訪問や電話で勧奨する。
	実施後の支援・評価	11～12月に1～2月に実施する血液検査の通知を送付。申し込みのない者には電話で血液検査の勧奨を行うとともに、受診勧奨及び個別指導を実施。年度末にレセプトで受診状況を確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	経年的に対象者の状況を把握し、対策を検討する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民福祉課医療年金係（国民健康保険担当部局）
	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)	10月に開催する町医師団打ち合わせ会にて、事業の経過や実績等について報告を実施し、助言をいただく体制を構築。
	かかりつけ医・専門医	個別指導実施後、指導内容を記録した情報提供書を本人を通じてかかりつけ医へ渡していただく。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムでレセプトデータの確認等を行う際に、必要に応じて支援していただく。
	他事業	特定保健指導対象者で本事業の対象基準にも該当した者については、特定保健指導にて受診勧奨及び個別指導を実施。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	町保健センターの管理栄養士と対象者の選定基準や指導内容について検討する体制を構築。	

事業 6

ジェネリック医薬品利用差額通知事業

事業の目的	被保険者の自己負担の軽減と国民健康保険の健全な運営を図る。
事業の概要	3ヶ月に一度、ジェネリック医薬品利用差額通知を送付する。
対象者	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の医療費削減額が一定額（1薬剤あたり100円、1被保険者あたり300円）以上の被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	後発医薬品普及率	国保総合システム医薬品利用実態	(金額ベース) 63.6% (数量ベース) 84.9%	64.0%	64.3%	64.7%	65.1%	65.5%	65.8%
アウトプット指標	1	通知送付回数	年度末の実績	4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回

プロセス（方法）	愛知県国民健康保険団体連合会に通知を作成していただき、被保険者情報の確認や除外対象者の引き抜きを行い送付。
ストラクチャー（体制）	愛知県国民健康保険団体連合会に委託して通知を作成。

事業 7

重複・頻回受診者に対する訪問指導事業

事業の目的	国民健康保険被保険者の健康増進及び医療費の適正化を図る。
事業の概要	訪問通知を送付後、訪問指導を実施する。
対象者	<p>【重複受診者】 3ヶ月連続して、1ヶ月に同一疾病での受診医療機関が3ヵ所以上ある者</p> <p>【頻回受診者】 3ヶ月連続して、1ヶ月に同一医療機関での受診が15回以上ある者</p> <p>ただし、重複受診者・頻回受診者ともに適切な受診がされていると考えられる者は、対象外とする。</p>

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
				R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	1	聞き取りで不適正受診と判断した者の、指導実施後の不適正な医療機関受診状況の減少率	年度末に電話での聞き取りやレセプトにて確認	実施 済み	実施	実施	実施	実施	実施	実施
アウト プット 指標	1	指導実施率 (訪問・面談・電話を含む)	年度末の実績	実施 済み	実施	実施	実施	実施	実施	実施

プロセス (方法)	KDBシステムの「重複・頻回受診者の状況」より、診療月ごとに重複受診者は1ヶ月3ヶ所以上受診している者、頻回受診者は1ヶ月15回以上受診している者を抽出し、上記対象者を抽出、選定する。
ストラクチャー (体制)	毎年事業計画を作成し、年度末には評価を実施する。

事業の目的	被保険者の適正な服薬を促し医療費削減を目指し、重複・多剤投薬による健康被害を予防、対象者の健康増進を図る。
事業の概要	訪問通知を送付後、訪問指導を実施する。
対象者	<p>【重複服薬者】 3ヶ月連続して、1ヶ月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている者（対象薬剤については、「糖尿病」「高血圧」「脂質異常症」「高尿酸血症」「脂肪肝」「動脈硬化症」「睡眠障害（入眠剤のみ）」に対し適用のあるもの）</p> <p>【多剤服薬者】 2ヶ月連続して、1ヶ月の処方薬効数が15以上の者（「がん」「認知症」「うつ」「統合失調症」の傷病名がある者を除く）</p>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
アウトカム指標	1	聞き取りで不適服薬と判断した者の、指導実施後の不適正な服薬状況の減少率	年度末に電話での聞き取りやレセプトにて確認	実施済み	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
アウトプット指標	1	指導実施率（訪問・面談・電話を含む）	年度末の実績	実施済み	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

プロセス（方法）	<p>【重複服薬者】 愛知県国民健康保険団体連合会が実施する「重複服薬者に対する文書等作成事業」にて、対象者を抽出し、保険者専用ネットワークにて報告を受ける。さらに、AI Cubeにより重複投薬対象者の帳票を抽出し、愛知県国民健康保険団体連合会の報告と相違がないか確認する。</p> <p>【多剤服薬者】 KDBシステムの保健事業介入支援管理より上記基準に従い多剤投薬対象者を抽出する。</p>
ストラクチャー（体制）	郡医師会阿久比町医師団や知多薬剤師会阿久比支部の先生方に、必要に応じて適宜相談して事業を実施する。

事業 9

低栄養訪問指導事業

事業の目的	低栄養状態を予防・改善することで、フレイルや要介護状態への移行を防止し、自立して生活できる期間の延伸や医療費、介護保険給付費等の削減を目的とする。
事業の概要	対象者に対し、訪問通知を送付後、訪問指導を実施する。
対象者	町で実施する特定健診を当年度受診した者で、以下の①～④全てに該当する者 ① 当年度に65歳以上になる者 ② 昨年度の健診より2kg以上の体重減少あり ③ BMI20以下 ④ Alb3.9以下 ただし、要支援・要介護認定サービス受給者、がん疾患で治療中の者を除く

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標	1	訪問実施者の行動変容（改善行動の実施率）	年度末の実績	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%
	2	握力の維持・上昇	年度末の実績	100%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット指標	1	訪問実施率	年度末の実績	66.7%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%

(プロセス)	周知	対象者に対し、通知を送付する。
	実施および実施後の支援	対象者に対し、訪問通知を送付後、訪問指導を実施する。初回訪問時に継続支援が必要と判断した者に対し、初回訪問後約3ヶ月後に再度訪問し、状況把握及び訪問指導を実施する。
(ストラクチャー)	庁内担当部署	住民福祉課医療年金係（国民健康保険担当部局）
	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）	町医師団打ち合わせ会（医師会）、在宅医療・介護連携推進協議会（医師会、歯科医師会、薬剤師会の代表が出席）にて、事業内容や実績等の報告を行い、助言をいただく。
	民間事業者	在宅医療・介護連携推進協議会（社会福祉協議会、訪問看護ステーション、介護支援事業所等の代表が出席）にて、事業内容や実績等の報告を行い、助言をいただく。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	高齢者の一体的実施事業にて、後期高齢者に対して同じような内容の事業を実施しており、切れ目なく支援していく。 健康介護課介護保険係（介護保険担当部局）の協力のもと、要支援・要介護認定サービス受給者について対象者より除外する。 保健師と管理栄養士の2名で実施し、保健指導内容について個別ケースごとに協議を行う。

事業 10

人間ドック・脳ドック費用助成事業

事業の目的	国民健康保険被保険者の疾病の予防、早期発見及び早期治療を推進し、健康の維持増進を図る。
事業の概要	人間ドック・脳ドックの受診における費用助成を行う。
対象者	以下の全てを満たす者 ① 人間ドック及び脳ドックの受診日において被保険者であること。 ② 助成を受ける年度中に満40歳から満74歳までの年齢になること。 ③ 国民健康保険税を滞納していない世帯に属していること。 ④ 入院又は妊娠をしていないこと。

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
				R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム指標	1	特定健康 診査受診 率	法定報告 値	48.3%	52.5%	54.0%	55.5%	57.0%	58.5%	60.0%
アウトプット指標	1	人間ドッ ク・脳 ドック受 診率	年度末の 実績	5.5%	5.7%	6.0%	6.3%	6.5%	6.7%	7.0%

プロセス (方法)	周知	広報（年2回）及び加入時のチラシにて周知。
	勧奨	その年度の受診状況に応じて、11月頃に当年度に40・43・45・48・50・55・60歳になる被保険者に対し勧奨通知を送付。
	実施および 実施後の支援	人間ドック受診後の結果、特定保健指導対象者及び糖尿病性腎症重症化予防事業対象者に対して通知を送付し、個別指導を実施。
ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	住民福祉課医療年金係（国民健康保険担当部局）
	民間事業者	半田市医師会健康管理センターに委託。半田市医師会健康管理センター以外での人間ドック・脳ドック受診に対する費用助成を令和4年度に開始。
	他事業	人間ドック受診後の結果、特定保健指導対象者及び糖尿病性腎症重症化予防事業対象者に対して通知を送付し、個別指導を実施。

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行います。</p> <p>計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行います。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、町ホームページ等を通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図ります。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いに関しては、阿久比町個人情報保護条例及び各種関係法令・ガイドライン等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（在宅医療・介護連携推進協議会等）に保険者として参加します。</p> <p>KDBシステムによるデータなどを活用して健康課題やハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階級別等に着目して抽出し、庁内関係者と協議し共有します。その後、町内の関係機関と共有を図り助言等をいただき、地域包括ケアの推進に努めます。</p> <p>これらにより抽出された健康課題やターゲット層に対しては、保健師等の専門職による保健事業の対象の見直しや新規事業の企画へとつなげます。</p> <p>また、地域住民の参加する介護予防を目的とした健康教室等の開催を行い、フレイル予防等の知識の普及、啓発を行っていきます。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>保健事業を効率的・効果的に実施するため、保健事業に従事する保健師、管理栄養士等は積極的に県等が実施する研修を受講し、事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に努めます。</p> <p>また、医療保険部門と衛生部門とのジョブローテーション（資質向上のため、人材育成計画に基づき、職務の異動を行うこと）により、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの効果的な組み合わせや、国民健康保険と後期高齢者医療制度など、制度の垣根を越えて一体的に事業を企画立案できる人材の育成に努めます。</p>

第2章
第4期阿久比町国民健康保険
特定健康診査等実施計画

I 基本的事項

<p>背景・現状等</p>	<p>我が国では国民皆保険のもとで世界でも最長の平均寿命や高い保険医療水準を達成してきました。しかし、急速な高齢化により疾病構造も変化し、悪性新生物、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因や医療費において占める割合が高くなっています。</p> <p>特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。</p> <p>本町では、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、平成20年度から平成24年度までを第1期、平成25年度から平成29年度までを第2期、平成30年度から令和5年度までを第3期とした「阿久比町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、糖尿病等の生活習慣病に着目した特定健康診査及び特定保健指導を実施してきました。</p> <p>本計画は、国民健康保険被保険者に対する特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査及び特定保健指導の実施並びにその成果に関する基本事項について定めるもので、計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6か年です。</p> <p>今回の「第4期阿久比町国民健康保険特定健康診査等実施計画」の作成に当たっては、生活習慣病の予防・早期発見、早期治療、糖尿病の重症化予防などの観点から、「第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画」との整合性を図り、糖尿病の発症と重症化予防、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少、健康管理意識の向上により、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図っていきます。</p>
<p>特定健康診査等の実態における基本的な考え方</p>	<p>特定健康診査及び特定保健指導の対象となる生活習慣病は、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群です。これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を引き起こす病態であり、それぞれが重複した場合、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなり、逆に内臓脂肪を減少させることで、それらの発症リスクの低減が図れるという考え方に基づくものです。</p> <p>特定健康診査及び特定保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的として実施します。</p>
<p>計画期間</p>	<p>令和6年度から令和11年度までの6か年計画です。</p>

II 健康・医療情報等の分析と課題

<p>健康・医療情報等の分析と課題</p>	<p>第1章第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画のII健康・医療情報等の分析と課題に記載してあるとおり、健康・医療情報等の分析を実施し、課題を抽出しました。</p>
-----------------------	---

Ⅲ 目標値等

達成しようとする目標						
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査の実施率	52.5%	54.0%	55.5%	57.0%	58.5%	60.0%
特定保健指導の実施率	68.5%	69.5%	70.5%	71.5%	72.5%	73.5%
40～44歳の特定健診受診率	男性 19.0% 女性 39.5%	19.3% 40.0%	19.5% 40.5%	19.8% 41.0%	20.2% 41.5%	20.5% 42.0%
高血圧の者の割合	26.0%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%
HbA1c7.0%以上の者の割合	5.6%	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%
内臓脂肪症候群該当者割合	26.7%	26.4%	26.0%	25.7%	25.4%	25.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.4%	18.7%	19.0%	19.4%	19.7%	20.0%

特定健康診査等の対象者数						
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数	3,645人	3,470人	3,350人	3,245人	3,160人	3,090人
特定健康診査目標とする実施者数	1,910人	1,875人	1,860人	1,850人	1,850人	1,850人
特定保健指導対象者数	270人	260人	255人	250人	240人	225人
特定保健指導目標とする実施者数	185人	180人	180人	180人	175人	165人

IV 特定健康診査・特定保健指導の実施方法等

特定健康診査の実施方法	
対象者	<p>国民健康保険被保険者のうち実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）。</p> <p>ただし、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第3号で規定する者））を除く。</p>
実施場所	<p><集団健診> 町内各4小学校、町勤労福祉センター</p> <p><個別健診> 町内の11医療機関</p>
法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項目	備考
問診	既往歴（服薬歴及び喫煙習慣の調査を含む）、自覚症状の調査
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
理学的所見 （身体診察）	他覚症状の検査
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
脂質検査	中性脂肪（空腹時、やむを得ない場合は随時）、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）
血糖検査	HbA1c
尿検査	尿糖、蛋白尿、他3項目（尿潜血、PH、ウロビリノーゲン（町独自の基本的健診項目））
生化学検査	アルブミン、尿酸（町独自の基本的健診項目）
血液学的検査	白血球、血小板、MCV、MCH、MCHC（町独自の基本的健診項目）
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備考
心電図検査	<p>当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上もしくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者</p> <p>上記以外の者には町独自で受診者全員に実施</p>
眼底検査	<p>当該年度の健診結果等において、以下のいずれかに該当する者</p> <p>①収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上</p> <p>②HbA1cが6.5%以上</p>
貧血検査	<p>赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値</p> <p>貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者</p> <p>上記以外の者には町独自で受診者全員に実施</p>
血清クレアチニン検査 （eGFRを含む）	<p>当該年度の健診結果等において、以下のいずれかに該当する者</p> <p>①収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧が85mmHg以上</p> <p>②HbA1cが5.6%以上</p> <p>上記以外の者には町独自で受診者全員に実施</p>

実施時期 又は期間	<p><集団健診> 5月～10月</p> <p><個別健診> 5月～10月</p>
外部委託の方法	<p><①外部委託の有無> 有</p> <p><②外部委託の契約形態> 知多郡医師会、知多郡医師会阿久比町医師団との三者契約</p>
周知や案内 の方法	<p>対象者には受診券と集団健診の日程や個別健診の実施医療機関リストを掲載した案内を送付する。その他に、町の広報誌およびホームページなどで周知する。</p>
事業者健診等の 健診受診者の データ収集方法	<p>結果を提供していただけるよう通知などで働きかけを行う。</p>
その他（健診結 果の通知方法や 情報提供等）	<p><集団健診></p> <p>健診実施1ヶ月～1ヶ月半後に健診結果を郵送。</p> <p>特定保健指導対象者や受診勧奨対象者等に対し、健診約1ヶ月半後に健診結果説明会を開催。</p> <p>特定保健指導対象者のうち健診時に初回面接の分割実施ができていない者については、電話にて結果の説明等を行い郵送。</p> <p>健診結果で高血圧やHbA1cが高値の者に対し、健診結果郵送時に健康教室の案内等を同封。</p> <p><個別健診></p> <p>健診実施約1ヶ月後に健診実施医療機関にて、健診結果を対面で返却・結果説明を実施。</p> <p>特定保健指導対象者や受診勧奨対象者等に対し、健診約2ヶ月後に健診結果説明会を開催。</p> <p>健診結果で高血圧やHbA1cが高値の者に対し、健康教室の案内等を送付する。</p>

特定保健指導の実施方法

<p>対象者</p>	<p>特定保健指導基準該当者（下記表のとおり） ただし、追加リスクの①血糖②脂質③血圧の治療に係る薬剤を服用している者を除く</p> <p>追加リスク ①血糖…HbA1c5.6%以上 ②脂質…空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）又はHDLコレステロール40mg/dl未満 ③血圧…収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上</p>				
	<p>対象者の階層</p>	<p>腹 囲</p>	<p>追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧</p>	<p>④喫煙歴</p>	<p>対 象</p> <p>40～64歳 65～74歳</p>
<p>≥85cm (男性) ≥90cm (女性)</p>		<p>2つ以上該当</p>	<p>あり</p>	<p>積極的支援</p>	<p>動機づけ支援</p>
<p>1つ該当</p>		<p>なし</p>			
<p>上記以外で BMI ≥25</p>		<p>3つ該当</p>	<p>あり</p>	<p>積極的支援</p>	<p>動機づけ支援</p>
		<p>2つ該当</p>			
		<p>1つ該当</p>			
<p>実施場所</p>	<p>集団健診会場及び町保健センター</p>				
<p>実施内容</p>	<p>動機付け支援</p>	<p>集団健診は初回面接を分割実施にて行う（健診日当日及び健診結果返却時） 個別健診は初回面接を健診実施約2ヵ月後に個別通知にて案内し、来所にて実施 途中脱落者を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、希望者に対し1～2月に血液検査を実施 初回面接より3ヶ月以上経過した時点で最終評価を行う（年度末までに完了する）</p>			
	<p>積極的支援</p>	<p>集団健診は初回面接を分割実施にて行う（健診日当日及び健診結果返却時） 個別健診は初回面接を健診実施約2ヵ月後に個別通知にて案内し、来所にて実施 面接や電話等で期間中の支援を複数回行う 途中脱落者を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、1～2月に血液検査を実施 初回面接より3ヶ月以上経過した時点で最終評価を行う（年度末までに完了する）</p>			

<p>実施時期 又は期間</p>	<p>集団健診後の初回面接は分割実施にて行う（健診日当日及び健診結果返却時（健診受診1ヶ月～1ヶ月半後）） 個別健診後の初回面接は健診実施約2ヶ月後に実施 最終評価を年度末までに完了する</p>
<p>外部委託の方法</p>	<p>〈外部委託の有無〉 無</p>
<p>周知や案内 の方法</p>	<p>対象者に対し、個別通知を実施 結果説明会に来所されなかった方に対し、訪問や電話、通知での勧奨を実施</p>
<p>特定保健指導対象者の重点化 (重点化の考え方等)</p>	<p>特定保健指導の目的は、生活習慣病の発症や重症化を予防することにあるため、特定健康診査及び特定保健指導の実績等を総合的に勘案し、生活習慣病になるリスクの高さに応じて優先順位をつけ、レベルに応じた保健指導を実施する。具体的には下記により特定保健指導対象者の絞り込み等を行うこととする。 〈重点化のポイントについて〉 ①年齢：特定保健指導の効果が高いとされている年齢が比較的若い層 ②特定健康診査結果：特定健康診査結果の分析から、より綿密な生活改善が必要になった者 ③問診結果等：特定健康診査の標準的な問診項目等の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者</p>

年間スケジュール		
特定健康診査・特定保健指導	年度当初	4月下旬に特定健康診査対象者に受診券を一括発送。 転入者や年度途中の国保加入者にはその都度受診券を交付。
	年度の前半	5月中旬から特定健康診査を随時実施。 6月下旬から特定健康診査結果を受領し、特定保健指導対象者に対し、電話や面談などにて初回面接を実施。それ以外で他の事業に該当しない者には健診結果を郵送。 個別健康診査受診者は受診した医療機関にて健診結果を受領。 8月上旬に、7月下旬までに健診を受けていない者に対し受診勧奨通知を送付。
	年度の後半	初回面接以降随時、積極的支援対象者に対し継続して支援を実施。 10月中旬で特定健康診査受診期間終了。 11月～12月頃に支払い請求手続きを実施し、特定健康診査結果データを受領。その後、特定健診等データ管理システムへ特定健康診査結果をアップロード。 特定保健指導対象者に血液検査通知を送付し、積極的支援対象者については血液検査の申込がない者に対し電話で勧奨。 1月～2月に血液検査を実施。 2月～3月に血液検査結果を送付、電話にて説明を行う。 3月に特定保健指導データを作成し、特定健診等データ管理システムへ特定保健指導結果をアップロード。 初回面接後3ヶ月以上経過した者から、年度末までに最終評価を順次実施。

個人情報保護	
記録の保存方法	個人情報の取扱いに関しては、阿久比町個人情報保護条例及び各種関係法令・ガイドライン等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。
保存体制、外部委託の有無	特定健康診査結果及び特定保健指導記録については、住民福祉課及び健康介護課にてデータ及び紙媒体で原則5年間保存します。 また、国が定める電子標準様式で愛知県国民健康保険団体連合会に提出し、原則5年間保存します。

V 計画の推進体制

特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の公表方法	本計画については、町ホームページ等を通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図ります。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発については、町ホームページや広報等を通じて行います。

特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
特定健康診査等実施計画の評価方法及び見直しに関する考え方	特定健康診査、特定保健指導の評価は年度ごとに行うとともに、評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行います。 また、実施した評価の状況から計画の見直しを行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行います。

VI その他

その他事項
<p>特定健康診査後の特定保健事業を効果的に実施するため、保健事業に従事する保健師、管理栄養士等は積極的に県等が実施する研修を受講し、事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に努めます。</p> <p>また、医療保険部門と衛生部門とのジョブローテーション（資質向上のため、人材育成計画に基づき、職務の異動を行うこと）により、特定健康診査・特定保健指導とポピュレーションアプローチとの効果的な組み合わせを企画立案できる人材の育成に努めます。</p>

第3期阿久比町国民健康保険データヘルス計画
第4期阿久比町国民健康保険特定健康診査等実施計画

発行日：令和6年3月

発行・編集：阿久比町民生部住民福祉課

住所：〒470-2292

愛知県知多郡阿久比町大字卯坂字殿越50番地

TEL：0569-48-1111（代表）

FAX：0569-48-0229

