

第3期データヘルス計画

第3期中津市国民健康保険事業実施計画

第4期中津市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

中津市国民健康保険

目次

I 基本的事項 P1-2
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 P3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
健康課題の抽出	
III 計画全体 P4
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画 P5-13
1 特定健康診査	
2 特定保健指導	
3 重症化予防事業	
4 その他事業	
V その他 P14
データヘルス計画の評価・見直し	
データヘルス計画の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	令和4年に高齢化率が29%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し、経済の活力向上をめざす事に転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための健康保持増進に資する仕組みとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みが求められるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことが推進されている。こうした背景を踏まえ、平成26年には、「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正が行われ、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な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・改善等を行ってきた。令和2年からは政府の「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、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が進められている。今回、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	中津市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期中津市データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。なお、中津市国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とする健康増進計画と一体的に推進し、介護保険事業計画、子ども・子育て支援計画、地域福祉計画など関連計画と調和している。
計画期間		令和6年度～令和11年度
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、地域医療対策課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として中津市医師会・中津歯科医師会・中津薬剤師会その他、地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者	被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	82,817		40,558		42,259	
国保加入者数(人) 合計	15,380	100%	7,347	100%	8,033	100%
0～39歳(人)	3,067	20%	1,607	22%	1,460	18%
40～64歳(人)	4,342	28%	2,118	29%	2,224	28%
65～74歳(人)	7,971	52%	3,622	49%	4,349	54%
平均年齢(歳)	56歳		54歳		57歳	

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	中津市医師会、中津歯科医師会、中津薬剤師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防・地区組織の育成・各種健康教室・予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	後期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、自治会・商工会議所等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の 特性	被保険者数の推移	令和4年度5月時点の被保険者数は16,699人であり、平成30年度の17,343人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が20%、40-64歳が28%、65-74歳が52%であり、加入者の半分以上が高齢者である。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、治療中断者や健康状態不明者をターゲットに重症化予防事業を重点的に実施した。しかし、重症化予防教室の参加者は極めて少なく、目標は未達成であった。健康状態不明者の訪問においても、該当者と面談できる確率が低く、状態が把握できたとはいえなかった。特定健康診査実施率は低いままで、特に若い世代の特定健康診査受診率が低い。特定保健指導実施率も大きく下がっており、第3期データヘルス計画では、ハイリスク者の拾い上げと生活習慣改善支援のため、改めて特定健康診査・特定保健指導を起点とした事業を組み立てる必要がある。

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た内容	参照データ	対応する健康課題 No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等		<ul style="list-style-type: none"> ●平均寿命は、男性81.11歳、女性87.64歳。男女とも県平均より短い。(令和4年度) ●お達者年齢は、男性79.56歳、女性84.12歳。男女とも県平均より短い。(令和4年度) 	KDB地域の全体像の把握 大分県福祉保健企画課調べ	—
医療費の分析	医療費のボリューム (経年比較・性別・年齢階級別 等)	<ul style="list-style-type: none"> ●加入者は減少傾向にあるが、医療費(医科)は増加傾向にある。 ●令和4年度の一人当たり医療費(医科)35,171円で、県平均(32,909円)、国平均(27,570円)よりも高い水準である。 ●一人当たり歯科医療費は年々微増しており、国平均よりは低いが、県平均よりは高い水準である。 	MAP統計情報システム疾病分類別医療費 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	—
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ●令和4年度の一人当たり医療費は、上位5疾病において、すべて県より高い水準である。令和元年度からの推移みると、増加傾向である。上位5疾病のうち、尿路系器系の疾患・内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患における具体的な疾患は、それぞれ腎不全(28,868円)、糖尿病(18,816円)、高血圧疾患(11,128円)が最も高い。 	MAP統計情報システム疾病分類別医療費	A
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合は81.2%(令和5年度3月診療分)で、令和5年度末までに80%という国の目標に達している。 	国公表データ(毎年9月診療分と3月診療分を公開)	—
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ●同月内に同一成分で2医療機関以上からの処方があるものを重複服薬者とし、国保と後期で確認すると、経年でみるとばらつきがあるが、重複服薬者は国保から後期で1.2～2倍に増えている。 	KDB重複・多剤処方の状況	B
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ●令和4年度の特定健診受診率は33.2%で、県下最下位となっており、目標の60%には及ばない。 ●受診率は年代が上がるにつれ高くなり、60代70代が高い。(令和4年度) ●特定保健指導の実施率は17.9%で県平均(49.2%)より大幅に低い。 	性・年齢階級別特定健診実施率(法定報告)	C
	特定健診結果の状況 (有所見率・健康状態)	<ul style="list-style-type: none"> ●令和4年度の健診有所見者割合を県と比較すると、男女とも収縮期血圧・拡張期血圧の割合が県平均より高い。女性では腹囲の割合も高い。 ●内臓脂肪型症候群の該当者割合を県と比較すると、20.2%であり、県平均(19.7%)より高い。 	KDB健診有所見者状況 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	D
	質問票調査の状況 (生活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> ●生活習慣リスク保有者の割合は、肥満リスク(39.5%)、血圧リスク(70.5%)が県平均より多い。 ●生活習慣の改善意欲は全体的に低く、「改善意欲なし」が31.7%と県平均27.7%より多い。特に男性においては36.1%が改善意欲がない。 	KDB健康スコアリング KDB質問票調査の経年比較	C
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		<ul style="list-style-type: none"> ●健診未受診かつ医療機関で治療のない人が(健康状態不明者)31.9%いる。 ●健診有所見者で未治療者が45.3%いる。 	MAP統計情報システム	A
介護費関係の分析		<ul style="list-style-type: none"> ●要介護認定率は19.4%で、県平均(19.2%)とほぼ同じ水準であり、1件あたり介護給付費は63,663円と、県平均(61,467円)よりやや高い。 ●第2号被保険者の要介護認定率は0.3%となっており、要介護(支援)者の有病状況は多い方から心臓病、筋・骨格疾患、脳疾患となっている。 	KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB要介護(支援)者認定状況	E
その他		<ul style="list-style-type: none"> ●がん健診の受診率が県平均より低い傾向にある。(胃がん検診(6.3%)肺がん検診(6.9%)大腸がん検診(5.8%)乳がん検診(15.3%)子宮頸がん検診(18.8%)) ●令和4年度より、保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでいる。後期高齢者の健診受診率は17.5%と低い。要介護認定率は県下5位の高さであり、要介護認定者の改善率が4.1%と低い。要介護認定の原因は骨折や廃用性症候群が多く、医療費についても筋骨格系受診率が高く、骨折の医療費も高い。 	地域保健・健康増進事業報告 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	—

Ⅲ 計画全体(分析に基づく健康課題と保健事業全体の目的・目標、保健事業一覧)

	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	医科医療費、歯科医療費とも増加傾向で県平均より高く、疾病分類別の一人当たり医療費は、上位5疾病においてすべて県より高い水準である。具体的な疾患名は、腎不全、糖尿病、高血圧疾患が多くを占める。	✓	34
B	重複服薬者が国保から後期で1.2~2倍に増えることから、服薬の弊害が起こる状況も増える。		6
C	特定健診の受診率が低く、生活習慣の改善意欲も県平均より低いことから、健康意識の低さが課題である。	✓	12
D	男女とも収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者割合が高く、生活習慣においても血圧リスク保有者が県平均より多い。	✓	25
E	介護認定率は県平均とほぼ同じ水準だが、1件あたり介護給付費は県平均よりやや高く、第2号保険者は心臓病、筋・骨格疾患、脳疾患を有している者が多いことから、生活習慣病の重症化による要介護認定および要介護度の悪化傾向が課題である。		4

計画全体の目的	健康寿命の延伸と医療費適正化を目指す
----------------	--------------------

計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値					
			2022(R4)	2024(R6)	2025(R7)	2026(R8)	2027(R9)	2028(R10)	2029(R11)
i 生活習慣病の重症化を予防する	高血圧者の割合	特定健康診査受診者で、収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上を満たすもの	9.7%	9.5%	9.3%	9.0%	8.7%	8.4%	8.0%
	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの結果があるものうち、HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%
ii 生活習慣を改善する	週3回以上3食以外に間食や甘いものをとる人の割合	質問票の該当質問回答者のうち、「はい」と回答した者の割合	22.4%	22.0%	21.6%	21.2%	20.8%	20.4%	20.0%
	人と比べて食べる速度が速い人の割合	質問票の該当質問回答者のうち、「はい」と回答した者の割合	29.9%	29.6%	29.3%	29.0%	28.7%	28.4%	28.0%
iii 健康意識を高める	特定健康診査継続受診率	前年度健康診査受診者のうち当該年度継続受診した者の割合	64.2%	66.0%	68.0%	70.0%	72.0%	74.0%	75.0%
	生活習慣の改善意欲のない者の割合	質問票の該当質問回答者のうち、「改善意欲なし」と回答した者の割合	31.7%	30.8%	29.9%	29.0%	28.6%	28.3%	28.0%

保健事業一覧

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業(特定健康診査等実施計画)	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業(特定健康診査等実施計画)	重点
3	重症化予防(保健指導)	糖尿病予防事業(糖尿病予防教室)	
4	重症化予防(保健指導)	生活習慣病重症化予防事業(糖尿病重症化予防教室、一病息災プログラム)	
5	重症化予防(受診勧奨)	生活習慣病受診勧奨事業(治療中断者、健診時保健指導、CKD対策)	
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複多剤服薬者訪問事業	

IV 個別事業計画

事業 1		特定健康診査事業(特定健康診査等実施計画)									
		<p>【黄色のセル】▶特定健康診査等実施計画に記載すべき事項</p> <p>【赤字の項目】▶特定健康診査等実施計画に記載すべき事項として、主に定めるべき内容とかかれていたもの</p>									
事業の目的		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。									
背景・現状等、計画の位置づけ・計画の期間等(必要に応じて記載)		<p>1 計画策定の背景と趣旨 生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、保険者の役割として、40歳から74歳の加入者を対象とするメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための健康診査(特定健康診査)及び保健指導(特定保健指導)の実施が義務付けられている。 第3期中津市特定健康診査等実施計画では、第2期データヘルス計画の一部として位置づけ、一体的に策定し実施した。 本計画は、第3期における特定健康診査及び特定保健指導の結果を踏まえ、計画の見直しを行い、新たに第4期計画を策定するものである。</p> <p>2 計画の位置づけ 本計画は、第3期データヘルス計画の個別計画の一つに位置づけ、健康増進計画と一体的に推進するものとする。</p> <p>3 計画の期間 第4期：令和6年度から令和11年度の6か年計画 第1期(平成20年度～平成24年度)・第2期(平成25年度～平成29年度)・第3期(平成30年度～令和5年度)</p>									
事業の概要		40～74歳の被保険者に対して特定健康診査を実施する。									
アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	1	【中長期】内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	20.4%	19.5%	18.6%	17.7%	16.8%	15.9%	15.0%	
2	【中長期】内臓脂肪症候群予備群該当者割合	法定報告値	12.2%	11.8%	11.4%	11.1%	10.7%	10.4%	10.0%		
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値【実施者数(推計)/対象者数(推計)】						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	1	特定健康診査受診率	法定報告値	33.2%	48.0%	50.4%	52.8%	55.2%	57.6%	60.0%	
2	健診未受診かつ医療受診者のうち生活習慣病有の割合	KDB	67.7%	67.3%	66.8%	66.4%	65.9%	65.5%	65.0%		
対象者		40～74歳の被保険者									
対象者数の見込み					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
		特定健診対象者数(推計)(人)			11,590	11,090	10,613	10,155	9,717	9,299	
		特定健診受診者数(推計)(人)			5,563	5,589	5,603	5,605	5,597	5,579	
プロセス(方法)	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診(公民館等での健診・総合健診・健診機関での健診)と個別健診を実施する。								
		実施場所	集団健診：市内の各公民館・集会所、市内・県内の指定健診機関 個別健診：市内・県内の指定医療機関								
		実施項目	基本的な健診項目	項目	備考						
				既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む						
				自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)						
				身長、体重及び腹囲の検査							
				BMIの測定							
				血圧の測定							
				肝機能検査							
				血中脂質検査							
血糖検査											
尿検査											
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	貧血検査(ハマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)										
	心電図検査(12誘導心電図)										
	眼底検査										
独自の追加項目	血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)										
	血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)										

プロセス (方法)	実施および 実施後の支 援	時期・期間	集団健診：公民館等での健診・総合健診…5月～11月 健診機関での健診…6月～翌年3月 ※ただし、健診機関の状況によっては4月から実施可能 個別健診：6月～翌年3月 ※ただし、医療機関の状況によっては4月から実施可能 ※実施に関する全体的な年間スケジュールは別シートあり
		外部委託 の方法	厚生労働省告示第93号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保持に関する基準」において定められている「第1 特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定する。
		データ取得	みなし健診を実施する。 消防団の団員健診受診者の結果提供への働きかけ。その他、事業所からの情報提供依頼。
		結果提供	集団健診：健診実施3～4週間後に健診結果を郵送。ただし、特定保健指導担当者は、対面で返却・結果説明。 個別健診：健診実施2～4週間後に健診結果を郵送。または、次回受診時に対面で返却・結果説明。
	周知	健診日程表の全戸配布、市報および市ホームページ、国保だよりへの掲載、地区ごとの回覧、市内指定医療機関でのポスター掲示や、なかつメール、市ケーブルネットワークでの広報を実施する。	
	勧奨	対象者へ受診券を送付する。国保加入者への通知にチラシを同封する。 過去に受診歴がある者や年度途中加入者へ、通知および電話、訪問での受診勧奨を行う。	
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	公民館等での健診・総合健診では、ハイリスク者（重症高血圧者、40～60代で腹囲が85cm以上の男性・90cm以上の女性、喫煙者）に健診時保健指導を行う。	
	ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	国保の年度途中加入者への周知は保険年金課にて実施。
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬 劑師会・栄養士会など)		個別健診を県医師会に委託。	
国民健康保険団体連合会		特定健診受診券データの作成を委託。	
民間事業者		外部委託事業者にて、公民館等での健診・総合健診の予約受付をコールセンターで実施。	
その他の組織		包括連携協定による、大分県信用組合からの「健診のススメ定期」広告入り封筒の寄贈。	
他事業		がん検診、オプション検査の同時実施。受診者へ「健診のススメ応援店クーポン」を配布。	
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)		公民館等の健診・総合健診は、健診当日にハイリスク者（重症高血圧者、腹囲が85cm以上の男性・90cm以上の女性、喫煙者）への健診時保健指導を実施する。各健診機関と事前に協議し、市の担当者が受診者を振り分け、優先順位の高い者を面談会場へ誘導できる よう調整する。	
個人情報の保護	特定健診の実施結果は、中津市地域医療対策課において管理・保存し、データ管理責任者は中津市健康福祉部地域医療対策課長とする。 保存年限は、最低5年間とし、保存年限の経過後は消去・廃棄する。ただし、保険者としての分析・評価や保健指導等に活用できることから、保存容量の許す範囲で長期的に保管する。 個人データの盗難・紛失等を防止するため、個人データを取り扱う情報システムのアクセス管理(IDやパスワードによる認証等)や時間帯等の入退館管理を実施する等、安全管理措置を行う。 個人情報の取扱いに関しては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等を遵守する。外部委託の際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理監督していく。		
計画の公表・周知	中津市の市報及びホームページにて公表し、周知を行う。		
計画の評価・見直し	各年度の評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関しては中津市国民健康保険運営協議会に報告し承認を受ける。なお、法改正等により見直しの必要性が生じた場合は、適宜、実施計画の見直しを行っていくこととする。		
その他	年度途中の加入・転入者には、月次処理にて受診券及び受診案内を郵送する。 当該年度に75歳になる者が誕生日前に受診した場合の費用は、国保会計で負担する。 無保険者については国民健康保険への加入指導を行い、本人が希望する場合は健診を実施し、費用は一般会計で負担する。 後期高齢者(75歳以上)に対する健康診査等は、大分県後期高齢者医療広域連合の依頼を受け、保険年金課高齢者医療係と協力・支援する。 会場の広さ等により対応可能な会場については、各種がん検診を同時実施する。		

事業 2		特定保健指導事業(特定健康診査等実施計画)									
		【黄色のセル】▶特定健康診査等実施計画に記載すべき事項 【赤字の項目】▶特定健康診査等実施計画に記載すべき事項として、主に定めるべき内容とかかかれているもの									
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。									
背景・現状等、計画の位置づけ・計画の期間等(必要に応じて記載)		<p>1 計画策定の背景と趣旨 生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、保険者の役割として、40歳から74歳の加入者を対象とするメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための健康診査(特定健康診査)及び保健指導(特定保健指導)の実施が義務付けられている。 第3期中津市特定健康診査等実施計画では、第2期データヘルス計画の一部として位置づけ、一体的に策定し実施した。 本計画は、第3期における特定健康診査及び特定保健指導の結果を踏まえ、計画の見直しを行い、新たに第4期計画を策定するものである。</p> <p>2 計画の位置づけ 本計画は、第3期データヘルス計画の個別計画の一つに位置づけ、健康増進計画と一体的に推進するものとする。</p> <p>3 計画の期間 第4期：令和6年度から令和11年度の6か年計画 第1期(平成20年度～平成24年度)・第2期(平成25年度～平成29年度)・第3期(平成30年度～令和5年度)</p>									
事業の概要		特定保健指導を実施する。									
アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法		目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	1	【中長期】特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	15.1%	15.9%	16.7%	17.5%	18.3%	19.1%	20.0%	
	2	【中長期】内臓脂肪症候群該当者の減少率	法定報告値	17.5%	17.9%	18.3%	18.7%	19.1%	19.5%	20.0%	
	3	【中長期】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	20.8%	21.5%	22.2%	22.9%	23.6%	24.3%	25.0%	
	4	※中間アウトカム 週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる人の割合	質問票で「はい」と回答した者の数/該当質問回答者総数	12.7%	12.6%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%	12.1%	
	5	※中間アウトカム 週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合	質問票で「はい」と回答した者の数/該当質問回答者総数	22.4%	22.0%	21.6%	21.2%	20.8%	20.4%	20.0%	
6	※中間アウトカム 人と比べて食べる速度が速い人の割合	質問票で「はい」と回答した者の数/該当質問回答者総数	29.9%	29.6%	29.3%	29.0%	28.7%	28.4%	28.0%		
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	1	特定保健指導実施率	法定報告値	17.9%	24.9%	31.9%	38.9%	45.9%	52.9%	60.0%	
	2	特定保健指導【積極的支援・40～64のみ】実施率(終了者の割合)	法定報告値	14.4%	17.8%	21.2%	24.7%	28.1%	31.5%	35.0%	
3	特定保健指導【動機付け支援】実施率	法定報告値	19.0%	24.1%	29.3%	34.5%	39.6%	44.8%	50.0%		
対象者	特定保健指導基準該当者 なお、重点化の考え方として、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できるハイリスク者(40歳代・50歳代の男性、糖尿病の予備群・該当者、65歳未満の者、等)に優先順位をつけて保健指導を実施する。										
	対象者の階層	腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対象						
					40～64歳	65～74歳					
		≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援					
			1つ該当	なし							
上記以外でBMI≥25		3つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援						
	2つ該当	なし									
1つ該当	なし										
対象者数の見込み					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	特定保健指導対象者数(推計)(人)				590	593	595	595	594	592	
	特定保健指導実施者数(推計)(人)				147	189	231	273	314	355	

プロセス (方法)	実施および 実施後の 支援	実施形態	集団健診及び個別健診とも市が直営で実施する。特定保健指導が委託できる場合は、委託業者の設定する形態で実施する。	
		実施場所	訪問または来所にて行う。特定保健指導が委託できる場合は、委託業者の設定する場所を実施する。	
		実施項目 (実施内容)	動機付け支援	初回面接による支援のみの原則1回とする。 初回面接(分割実施の場合は初回面接2回目)から3か月経過後、最終評価のレターを送付し、対象者に合わせた方法(面接、電話、手紙、電子メール)を活用して、取り組みについて振り返りを行い、評価を行う。
			積極的支援	初回面接による支援を行い、対象者に合わせた方法(面接、電話、手紙、電子メール)を活用して、3か月以上の継続的な支援を行い、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導を行う。必要に応じて、行動目標や計画の再設定を行う。 初回面接(分割実施の場合は初回面接2回目)から3か月経過後、最終評価のレターを送付し、対象者に合わせた方法で取り組みについて振り返りを行い、評価を行う。
			初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、健診時保健指導を初回面接(1回目)とし、健診結果返却時、電話等で初回面接(2回目)の分割実施を行う。健診時保健指導を実施していない特定保健指導対象者は、健診結果返却時に初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、医療機関から情報提供のあった者に電話連絡し実施する。また、糖尿病予防教室の対象基準に該当した特定保健指導対象者は、教室の案内を送付し、教室参加時に初回面接を実施する。
			実施後のフォロー・継続支援	最終評価終了から6か月経過後、対象者に合わせた方法(面接、電話、手紙、電子メール)で、生活習慣の改善の実践状況のフォローや、次年度健診の受診勧奨を行う。
		時期・期間	最終評価を次年度9月末までに完了する。 ※実施に関する全体的な年間スケジュールは別シートあり	
	外部委託の方法	健診機関での健診において特定保健指導が委託可能な場合は、委託業者にて実施する。 選定にあたっては、厚生労働省告示第93号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保持に関する基準」において定められている「第2 特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定する。		
	周知	健診結果にチラシを同封、または受診時に配付する。消防団の団員健診の募集時に周知する。		
	勸奨	健診結果の返却時、対面または電話で利用勧奨を行う。連絡が取れなかった者には、通知にて利用勧奨を行う。 健診時保健指導で、健診当日に利用勧奨を行う。(初回面接(1回目)の分割実施) また、みなし健診において、市への情報提供に同意が得られ特定保健指導に該当した者についても、個別に利用勧奨を行う。		
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	公民館等の健診・総合健診は、健診当日にハイリスク者(重症高血圧者、腹囲が85cm以上の男性・90cm以上の女性、喫煙者)への健診時保健指導を実施する。各健診機関と事前に協議し、市の担当者が受診者を振り分け、優先順位の高い者を面談会場へ誘導できるよう調整する。			
ストラクチャー (体制)	市内担当部署	消防団の団員健診受診者への周知については、市消防本部総務課にて実施。		
	民間事業者	健診機関での健診において特定保健指導が委託できる場合は、委託業者にて実施する。		
個人情報の保護	特定保健指導の実施結果は、中津市地域医療対策課において管理・保存し、データ管理責任者は中津市健康福祉部地域医療対策課長とする。 保存年限は、最低5年間とし、保存年限の経過後は消去・廃棄する。ただし、保険者としての分析・評価や保健指導等に活用できることから、保存容量の許す範囲で長期的に保管する。 個人データの盗難・紛失等を防止するため、個人データを取り扱う情報システムのアクセス管理(IDやパスワードによる認証等)や時間帯等の入退館管理を実施する等、安全管理措置を行う。 個人情報の取扱いに関しては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等を遵守する。外部委託の際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理監督していく。			
計画の公表・周知	中津市の市報及びホームページにて公表し、周知を行う。			
計画の評価・見直し	各年度の評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関しては中津市国民健康保険運営協議会に報告し承認を受ける。なお、法改正等により見直しの必要性が生じた場合は、適宜、実施計画の見直しを行っていくこととする。			
その他	後期高齢者(75歳以上)に対する保健指導は、大分県後期高齢者医療広域連合の依頼を受け、保険年金課高齢者医療係と協力・支援する。			

第4期特定健康診査等実施計画

特定健康診査・特定保健指導 年間スケジュール

スケジュール		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
体制整備 (予算、協議、契約等)			●医療機関への依頼				●契約に係る協議	●予算組み			●委託機関との打合せ			
周知・広報			●5月市報		●7月市報		●9月・10月・11月市報				●1月市報			
			●健診日程表の配布(各世帯)		●国保だより									
					●国保納付書同封チラシ									
			●ポスター掲示(役所、健診機関、医療機関等)	→										
			●ホームページ	→										
特定健康診査	対象者抽出		●対象者抽出											
	受診券		●受診券発送 ※4月以降加入の対象者へは随時発送											
	特定健診実施		●地区巡回健診	→								●追加健診		
			●施設健診	→										
			●個別健診	→										
	未受診者対策 <small>※必要に応じて記載</small>	電話				●過去に受診歴のある本年度未受診者への勧奨								
訪問					●前年度の途中加入者で加入後未受診者への勧奨									
通知		●なかつメール								●ハガキ				
その他					●消防団健診の結果提供についての働きかけ					●みなし健診	→			
特定保健指導	対象者抽出 利用案内			●対象者抽出・案内(健診開始後より随時)	→									
	特定保健指導実施		●前年度の継続	→										
			●指導開始(健診開始後より)	→										
	未利用者対策 <small>※必要に応じて記載</small>	電話												
		訪問												
通知						●本年度未利用者で連絡の取れていない者への勧奨	→							
その他					●糖尿病予防教室に参加した未利用者に特定保健指導を実施	→								
その他												●事業評価		

事業 3	糖尿病予防事業(糖尿病予防教室)
-------------	-------------------------

事業の目的	特定健診受診者のうち糖尿病予備群を対象に、健康教育を行い、糖尿病に対する知識の普及と、生活習慣改善への行動変容につなげることで、糖尿病への移行を抑える。
-------	--

事業の概要	教室を集団形式で実施。保健師と栄養士による講話（病態・栄養・運動）。生活習慣の振り返り及び3ヶ月後の目標や行動計画の設定。 1.5ヶ月後にフォローシート郵送。目標や行動計画の再確認を行う。 3ヶ月後に血液検査の実施（特定健診と同項目）。検査結果の返却及び3ヶ月間の取り組み状況、生活習慣の改善状況の確認を行う。
-------	---

対象者	選定方法	地区、総合健診、健診機関（中津市医師会総合健診センター、日田市医師会立日田検診センター）、指定医療機関の特定健診受診者より選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c値が5.6～6.4%で、治療中でない者。（HbA1c値が6.5%かつ空腹時血糖値が126mg/dl以上で要精密判定のため、一部HbA1c値が6.5%以上の者も含む）
		レセプトによる判定基準	—
		その他の判定基準	—
	除外基準	糖で要精密となった者、糖尿病治療中の者。	
重点対象者の基準	—		

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	教室参加者の3ヶ月後の血液データが改善した割合	教室参加者・血液検査	65.1%	65.5%	65.8%	66.1%	66.4%	66.7%	67.0%
	2	教室参加者の3ヶ月後の生活習慣が改善した割合	教室参加者・生活の振り返りシート	84.1%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	88.0%	88.0%
	3	特定健康診査受診者のうち、HbA1c5.6～5.9の者	HbA1c5.6～5.9の者/健診受診者数	32.5%	31.8%	31.1%	30.4%	29.7%	29.0%	28.0%
	4	特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.0～6.4の者	HbA1c6.0～6.4の者/健診受診者数	13.8%	13.3%	12.8%	12.3%	11.8%	11.4%	11.0%

アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	教室参加率	特定健診受診者のうち参加者数	8.0%	9.0%	9.5%	10.0%	10.5%	11.0%	11.0%
	2	教室終了率	教室参加者のうち3ヶ月後の血液検査実施者	86.3%	88.0%	88.5%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

プロセス（方法）	周知	対象者には個別に教室の案内を封書で通知をする。 通知文書は、昨年度の実績や参加者の声など対象者の興味を引く内容を検討する。	
	勧奨	・申し込み期限1週間前の時点で申し込み者が5名未満の場合、対象者のうちHbA1c6.0%以上の者や昨年度教室に参加していない者を優先に電話連絡を行い、教室参加を促す。 ・特定保健指導対象者で糖尿病予防教室対象者は保健指導の連絡の際に教室参加を促す。	
	実施および実施後の支援	利用申込	電話またはネットで申し込み。
		実施内容	【教室】 ①保健師・栄養士による講話（病態・栄養・運動）、簡単な運動体験 ②自身の生活習慣の振り返り。3か月後の目標・行動計画の設定。 【中間支援】 教室参加1.5ヶ月後フォローシート郵送。目標や行動計画の再確認を行う。 【評価】 教室参加3ヶ月後に血液検査の実施（特定健診と同項目）。
		時期・期間	特定健診受診後に対象者を選定し、案内送付。実施期間は3カ月間。
		場所	市の公共施設（教育福祉センターなど）
		実施後の評価	教室参加3ヶ月後に血液検査の実施（特定健診と同項目）。検査結果の返却及び3ヶ月間の取り組み状況、生活習慣の改善状況の確認を行う。
		実施後のフォロー・継続支援	—
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	教室参加の他、個別面談も可能であることを案内する。希望者に対して保健師・栄養士が個別指導を実施する。評価として、面談3カ月後、血液検査を実施する。		

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	地域医療対策課
	民間事業者	・中津市医師会総合健診センター、日田市医師会立日田検診センター、地域保健支援センター、指定医療機関 ・中津市医師会総合健診センターと3ヶ月後の採血日程を調整、評価時に使用する血液検査を委託。
	他事業	特定保健指導対象者で糖尿病予防教室対象者には積極的に教室への参加を促す。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	前年度と比較し、教室対象者が多い場合は会場や使用する部屋、教室実施回数について検討する。 基本的には保健師1名、栄養士1名の2名で教室を運営する。申し込み人数が15名を超える場合はスタッフを増員する。

事業 4	生活習慣病重症化予防事業(糖尿病重症化予防教室、一病息災プログラム)
-------------	---

事業の目的	生活習慣病の重症化を予防し、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症、新規透析導入者の抑制を図る。		
事業の概要	定期的に医療機関を受診するとともに、歯科医による歯周病チェック、薬剤師による服薬治療、保健師・管理栄養士による保健・栄養指導などの個別支援を行うことで生活習慣の改善を図る(一病息災プログラム)特に糖尿病の治療中のものに対しては集団教室を実施し、糖尿病の正しい知識の普及と生活習慣改善への行動変容につなげる。(糖尿病教室)		
対象者	選定方法	生活習慣病で治療中の70歳未満のもの	
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg以上で尿蛋白(+)以上またはeGFR30以上60未満またはeGFR60~70で1年間で5以上低下のもの、腎症3期に該当するもの(糖尿病教室)前年度健診結果において、空腹時血糖値126mg/dlもしくはHbA1c6.5%以上かつ、尿蛋白±~以上、eGFR60未満
		レセプトによる判定基準	前年度生活習慣病治療に関する内服レセプトが確認できるもの
		その他の判定基準	主治医からの紹介があったもの
	除外基準	透析中、がん治療中、精神疾患治療歴のあるもの、認知機能障害のあるもの	
重点対象者の基準	—		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	参加者のHbA1cの改善の割合	教室や一病息災プログラムに参加したもののうちHbA1cが改善した者の割合	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	2	新規透析者数の減少	1年間の新規透析者数	16.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	3	特定健康診査受診者のうちeGFR45未満のもの	eGFR45未満のもの/健診受診者数	3.0%	2.8%	2.6%	2.5%	2.3%	2.1%	2.0%
	4	特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.5以上の者	HbA1c6.5以上の者/健診受診者数	10.6%	10.1%	9.9%	9.6%	9.3%	9.1%	9.0%
	5	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0以上の者	HbA1c8.0以上の者/健診受診者数	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	糖尿病教室の参加者数	実施報告	4.0%	10.0%	10.0%	15.0%	15.0%	20.0%	20.0%
	2	糖尿病継続参加率	参加者のうち毎回参加したものの割合	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	医療機関からの紹介数	参加者のうち医療機関から紹介されものの割合	0	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%
	4	プログラム実施者数(人)	実施報告	3	4	5	6	7	9	10

プロセス(方法)	周知	市報掲載、医療機関でのポスター掲示	
	勧奨	対象者へ通知と電話にて勧奨を行う	
	実施および実施後の支援	利用申込	参加者は電話またはネットで申込。に市より主治医へ連絡し、指示票をもらう。
		実施内容	一病息災プログラムでは月に1回の保健師・管理栄養士の面接にて保健指導・栄養指導を実施。期間中2回の歯周病検診と歯科指導実施。糖尿病教室では、全4回の集団教室を実施。事前に生活習慣、糖尿病の知識に関するアンケート、食事調査を実施。2回目的の教室で個別面接を実施し、目標設定。
		時期・期間	一病息災プログラムは6か月間、糖尿病教室は全4回
		場所	市の公共施設(教育福祉センターなど)、自宅訪問
		実施後の評価	一病息災プログラムでは、プログラム終了時のかかりつけ医での血液検査の結果 糖尿病教室では、最終回で、アンケート、目標シートの作成を行い、意識の変化、行動変容について確認
		実施後のフォロー・継続支援	支援レター1回、1年後、検査値確認の通知を送り、改善状況の確認を行う。
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	SATシステムを使用して、食事内容の見える化を実施。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	地域医療対策課
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	中津市医師会へ年度当初、文書にて事業内容の説明、患者紹介、指示票作成の協力依頼。一病息災プログラムでは中津歯科医師会と歯周病検診契約
	かかりつけ医・専門医	中津市医師会を通じて市内医療機関へポスター掲示、患者紹介を依頼。かかりつけの患者が教室参加となった場合の指示票作成への協力依頼。
	国民健康保険団体連合会	対象者抽出に国保連合会から提供される糖尿病性腎症対象者一覧を使用
	その他の組織	糖尿病療養指導士の会へ講師派遣を依頼(糖尿病教室)
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	糖尿病性腎症重症化予防体制整備検討会

事業 5

生活習慣病受診勧奨事業(治療中断者、健診時保健指導、CKD対策)

事業の目的	生活習慣病重症化を防ぐために、未受診者および中断者を早期治療につなげる。
-------	--------------------------------------

事業の概要	健診の要精密者への受診勧奨、糖尿病治療中断者への訪問、健診時重症高血圧領域の者への保健指導の実施し、早期受診を促す。
-------	--

対象者	選定方法	レセプトと特定健診の結果により選定。	
	選定基準	健診結果による判定基準	健診結果において要精密になったもの。 健診時の血圧が160/100mmHg以上のもの
		レセプトによる判定基準	昨年度糖尿病(内服)レセプトがあり、直近6か月以内に開するレセプトなしのもの
		その他の判定基準	医療機関からの紹介(糖尿病受診中断者)
	除外基準	透析中、がん治療中、精神疾患治療歴のあるもの、認知機能障害のあるもの 直近の特定健診結果にて糖代謝問題なしのもの	
重点対象者の基準	—		

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者の割合(血糖・血圧・脂質)	受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者/受診勧奨判定区分該当者	89.3%	90.0%	93.0%	95.0%	97.0%	97.0%	100.0%
	2	特定健診受診者でHbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けている者の割合	HbA1c6.5%以上のうち糖尿病治療中のもの/HbA1c6.5%以上の者	83.6%	85.0%	85.0%	90.0%	92.0%	92.0%	95.0%
	3	特定健診受診者のうちeGFR45未満のもの	eGFR45未満の者/健診受診者数	3.0%	2.3%	2.2%	2.2%	2.1%	2.1%	2.0%

アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	面接実施率(中断者)	訪問本人と面接できた割合	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	受診勧奨実施率	電話で受診勧奨できたものの割合	88.8%	90%	90%	95%	95%	97%	100%

プロセス(方法)	周知	広報(市報・ホームページ)で健診精密受診勧奨、中断者への受診勧奨を実施していることを周知。 健診結果に同封する情報提供用紙に治療継続の必要性について掲載
	勧奨	糖尿病受診中断者については年間3回(5月、9月、1月)3か月以上受診歴の無いものを抽出し、レセプトの確認を行ったうえで対象者へ家庭訪問を実施。生活状況の確認、受診勧奨を実施する。 健診要精密者については、健診結果通知後2週間を目安に電話による受診勧奨を実施。連絡がつかない者については、1回目のフォローより約2か月後、医療機関からの返信やレセプトを確認し、再度受診勧奨。受診から半年たっても未受診の者については、通知にて受診勧奨(月1回対象者を抽出し送付)
	実施後の支援・評価	3か月ごとにレセプトを確認する。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診中断者については、健診の受診状況の有無を確認し、健診未受診の場合はあわせて受診勧奨実施する。

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	地域医療対策課
	かかりつけ医・専門医	精密検査の実施、精密検査結果の返信を依頼
	国民健康保険団体連合会	KDB、DHPなど国民健康保険団体連合会提供のシステムより対象者の抽出、レセプト確認
	民間事業者	契約健診機関へ健診当日の振り分けを依頼。 中津市医師会総合健診センターでは、精密検査結果のとりまとめを依頼。

事業 6	重複多剤服薬者訪問事業
-------------	--------------------

事業の目的	同一疾患での多医療機関受診者（重複多受診）と、多剤投与者に対して、訪問による健康相談や生活指導を行うことにより、健康保持と疾病の早期回復を目指すとともに、適正医療への理解を求めることで、国保医療費の適正化を図る。	
事業の概要	①重複多受診者・②多剤投与者に対し、訪問指導を実施する	
対象者	選定方法	国保連合会が作成抽出するリスト ①「重複多受診事業対象者リスト」、②「服薬管理介入支援対象者リスト」より抽出する
	選定基準	健診結果による判定基準 ①重複薬剤数が「3」以上の者のうち、1カ月以上、3医療機関以上に受診している者。 ②30日で20剤以上の薬剤処方があるもの
	除外基準	①精神科受診歴のあるもの、また同等とみなされるもの ②精神科受診歴のあるもの、

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	訪問前と訪問後のレセプトの変化（解消率）	訪問から3か月以上経過した月のレセプトで受診・服薬状況の改善	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	対象者のうち、かわかりが持てた人の割合	訪問・電話した中で状況の確認ができた数	69.2%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	対象者へ事前通知を実施する
	勧奨	対象者へ訪問を実施し、保健指導を行う
	実施および実施後の支援	(1)事前準備：対象者それぞれの受診状況、服薬状況をレセプトにて確認（KDBにて） (2)特定健診システムより、受診状況の確認 (3)対象者へ事前に訪問事業の案内を郵送（相談内容・訪問時期の案内）、必要に応じて事前に連絡し、日程調整 (4)対象者へ聞き取り訪問 (5)面接できた場合、重複受診の理解（本人の認知）・多剤服用の理解（本人の認知）、その理由（本人像・病識・服薬状況・社会的状況などの確認） (6)適正受診への理解を求める（健康手帳・お薬手帳の活用） (7)生活習慣改善への支援（生活実態の把握と生活指導） (8)不在の場合、訪問の形跡を残して帰る（お手紙など） (9)不在者へ電話連絡し(9)(4)について確認 (10)訪問後、3か月をめぐりにレセプトで通院、服薬状況を確認 (11)改善がなければ再訪問
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	KDBシステムでレセプト状況・特定健診の受診状況等を確認後、訪問を実施している。訪問実施時期、対象者抽出の時期

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	地域医療対策課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	医師会・薬剤師会へ事業実施の通知
	国民健康保険団体連合会	対象者リストの作成・提供
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	対象者の選定基準の決定・訪問スタッフの確保、実施時期、関係機関との連携

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する。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、費用対効果の視点も考慮して行う。目標の達成状況が想定に達していない場合は、原因や事業の必要性等を検討して次年度の事業や計画の見直しに反映させる。また、中間時点で進捗状況・中間評価を行うとともに、最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価にあたっては、市の関係機関および広域連合と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、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る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、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り扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>医療・介護・予防・住居・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話し合いに保険者として参加する。KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による訪問活動などにより働きかけを行う。地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室の開催、ボランティアの育成を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>—</p>