

総社市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第4期総社市特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）



令和6(2024)年3月

総社市

目次

第1章	計画策定の概要	
1	計画策定の趣旨の背景及び目的	1
2	計画の法的根拠と位置づけ	1
3	計画期間	2
4	実施体制・関係者連携	2
第2章	総社市の概況	
1	人口と国民健康保険被保険者数	3
2	国民健康保険被保険者の推移	5
第3章	前期データヘルス計画（健康そうじゃ21）の最終評価	6
第4章	健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	
1	平均余命・健康寿命	7
2	死因	8
3	医療費	9
4	特定健康診査・特定保健指導	14
5	健診結果等（有所見率等）	17
6	生活習慣病	23
7	介護	25
8	後発医薬品・重複処方	26
9	健康課題の整理	28
第5章	データヘルス計画の目的を達成するための戦略	29
第6章	健康課題を解決するための個別の保健事業	
1	総社市国民健康保険特定健康診査	33
2	総社市国民健康保険未受診者対策	35
3	総社市国民健康保険特定保健指導	37
4	総社市糖尿病性腎症重症化予防事業	39
5	生活習慣行重症化予防における保健指導	41
6	後発医薬品・適正服薬対策事業	43
7	健康インセンティブ事業（“歩得”・“リン得”健康商品券事業）	45
第7章	計画の評価・見直し	
1	個別保健事業の評価・見直し	47
2	データヘルス計画の評価・見直し	47
第8章	計画の公表・周知	47

第9章	個人情報	の取扱い	47
第10章	地域包括ケア	に係る取組	
1	地域包括ケアシステム	のさらなる深化・推進	47
2	高齢者の保健事業	と介護予防の一体的な実施の推進	48
第11章	第4期総社市	特定健康診査等実施計画	
1	特定健康診査	の実施状況	49
2	特定保健指導	の実施状況	49
3	総社市における	目標値及び目標実施者数等の推計	50
4	特定健康診査	の実施方法	51
5	特定保健指導	の実施方法	52
6	年間スケジュール		54
7	個人情報	の保護	54
8	特定健康診査等	実施計画の公表・周知	55
9	特定健康診査等	実施計画の評価・見直し	55
参考資料	用語集		56

第1章 計画策定の概要

1 計画策定の背景及び目的

平成25年6月に閣議決定された「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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、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。また、平成26年3月に示された国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国民健康保険には、健康・医療情報を活用してP D C A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実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うことが求められています。

また、その後、平成30年4月から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の計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なK P Iの設定を推進する。」とされました。

そうした中で、総社市では、総社市国民健康保険の保険者として、健康・医療情報を活用してP D C A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、データヘルス計画を含めた健康増進計画「健康そうじゃ21」(平成27年度～令和6年度)を策定するとともに、「第3期総社市特定健康診査等実施計画」(平成30年度～令和5年度)を策定し、特定健康診査・特定保健指導を実施し、生活習慣病の有病者・予備群の減少及び健康増進に努めてきました。

これらを踏まえ、次期データヘルス計画を策定し、対象者となる国民健康保険被保険者の健康の保持増進を図り、生活習慣病などに係る医療費の増大を抑制するとともに、適正な医療受診を促進することで、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を目指します。

2 計画の法的根拠と位置づけ

データヘルス計画は、国民健康保険法第82条第11項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」により、特定健診等の結果、レセプト等の健康・医療情報を活用して、P D C A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計画として策定します。

特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものです。

岡山県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から11年度までを次期計画期間としているため、これらとの整合性を図るため、現在のデータヘルス

計画の改訂を1年早めて、「データヘルス計画」及び「特定健康診査等実施計画」を合わせもった計画として策定し、上位計画である「総社市総合計画」及び「総社市地域福祉計画」、並びに関連計画である「健康そうじゃ21」と調和のとれたものとします。

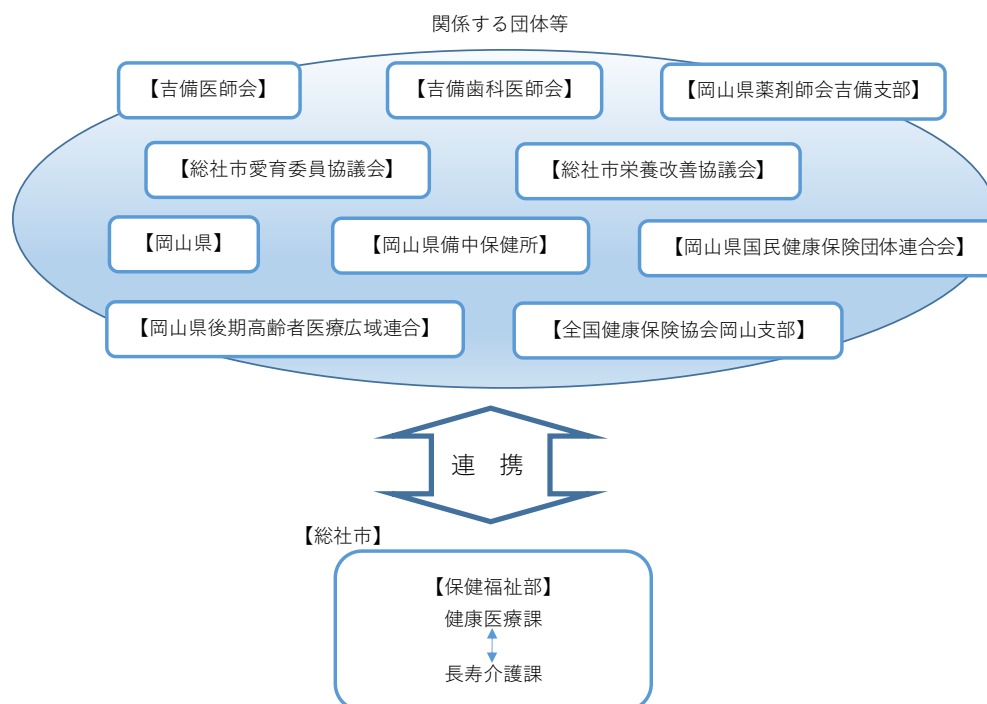
3 計画期間

計画期間は令和6(2024)年度から令和11(2029)年度の6年間とします。

4 実施体制・関係者連携

本データヘルス計画の遂行にあたっては、健康医療課が主体となり、長寿介護課と連携し、各課の保健師や栄養士等の専門職と協力して事業を推進します。

また、共同保険者である岡山県のほか、岡山県国民健康保険団体連合会、吉備医師会、吉備歯科医師会、岡山県薬剤師会吉備支部、岡山県備中保健所等の保健医療関係者や、総社市愛育委員協議会、総社市栄養改善協議会等の健康づくりボランティア、及び岡山県後期高齢者医療広域連合、全国健康保険協会岡山支部等の他の医療保険者とも連携しながら計画を推進していきます。



第2章 総社市の概況

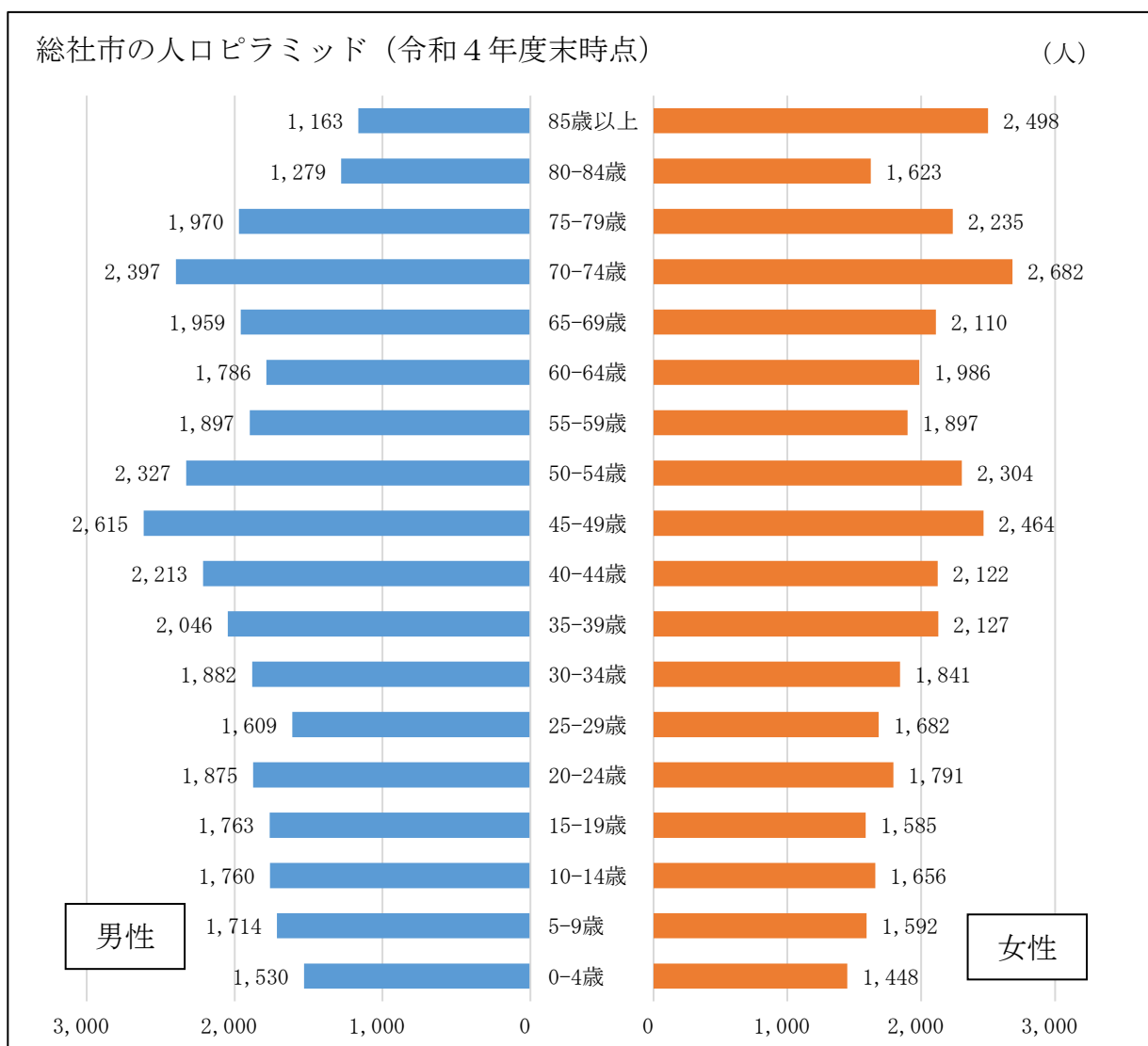
1 人口と国民健康保険被保険者数

本市の人口は69,428人です。65歳以上の高齢者人口は19,916人、高齢化率は28.7%です。

総社市の人口（令和4年度末時点）

年齢	男性	女性	合計	構成比
0歳～14歳	5,004人	4,696人	9,700人	14.0%
15歳～64歳	20,013人	19,799人	39,812人	57.3%
65歳以上	8,768人	11,148人	19,916人	28.7%
合計	33,785人	35,643人	69,428人	100.0%

資料：住民基本台帳人口



資料：住民基本台帳人口

国民健康保険の被保険者数は11,977人、そのうち特定健康診査の対象者となる40～74歳は9,763人です。年齢ごとの構成比については、65歳～74歳までの加入者が全体の半数以上を占めています。

【国保被保険者の構成（令和4年度末時点）】

[単位：人，%]

年齢構成	男性		女性		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
0～4	80	1.40	85	1.36	165	1.38
5～9	112	1.96	124	1.98	236	1.97
10～14	137	2.39	121	1.94	258	2.15
15～19	150	2.62	121	1.94	271	2.26
20～24	162	2.83	132	2.11	294	2.46
25～29	154	2.69	113	1.81	267	2.23
30～34	154	2.69	132	2.11	286	2.39
35～39	213	3.71	224	3.58	437	3.65
40～44	283	4.94	219	3.50	502	4.19
45～49	361	6.30	268	4.29	629	5.25
50～54	338	5.90	269	4.31	607	5.07
55～59	270	4.71	276	4.42	546	4.56
60～64	403	7.04	613	9.81	1,016	8.48
65～69	1,056	18.44	1,343	21.49	2,399	20.03
70～74	1,855	32.38	2,209	35.35	4,064	33.93
合計	5,728	100.00	6,249	100.00	11,977	100.00
0歳～39歳	1,162	20.29	1,052	16.84	2,214	18.49
40歳～64歳	1,655	28.89	1,645	26.32	3,300	27.55
65歳～74歳	2,911	50.82	3,552	56.84	6,463	53.96

2 国民健康保険被保険者の推移

被保険者数の過去3年間の推移をみると、毎年減少していますが、年齢構成比には大きな変化はありません。

【過去3年間における5歳階級別の被保険者数及び構成比】 [単位：人，%]

年齢構成	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
0～4	204	1.54	201	1.56	165	1.38
5～9	283	2.14	262	2.04	236	1.97
10～14	305	2.30	276	2.15	258	2.15
15～19	296	2.23	294	2.29	271	2.26
20～24	320	2.41	310	2.41	294	2.46
25～29	300	2.26	290	2.26	267	2.23
30～34	368	2.78	326	2.54	286	2.39
35～39	467	3.52	474	3.69	437	3.65
40～44	580	4.38	539	4.20	502	4.19
45～49	622	4.69	615	4.79	629	5.25
50～54	570	4.30	603	4.69	607	5.07
55～59	576	4.35	583	4.54	546	4.56
60～64	1,099	8.29	1,083	8.43	1,016	8.48
65～69	2,690	20.30	2,499	19.46	2,399	20.03
70～74	4,573	34.51	4,489	34.95	4,064	33.93
合計	13,253	100.00	12,844	100.00	11,977	100.00
0歳～39歳	2,543	19.19	2,433	18.94	2,214	18.49
40歳～64歳	3,447	26.01	3,423	26.65	3,300	27.55
65歳～74歳	7,263	54.80	6,988	54.41	6,463	53.96

第3章 前期データヘルス計画（健康そうじゃ21）の最終評価

前期データヘルス計画である「健康そうじゃ21」に掲げていた目標項目について、達成状況を評価し、次期計画策定の参考とします。

評価方法は、策定時の基準値と直近の現状値を比較することによって、達成状況を判定しました。評価基準については、目標値への達成状況により、A評価（改善かつ目標値を達成）・B評価（改善したが目標値未達成）・C評価（改善なし）・D評価（設定したが指標又は把握方法が異なるため評価困難）の4段階で中間評価を行いました。評価は計画策定時の目標値に対する評価です。

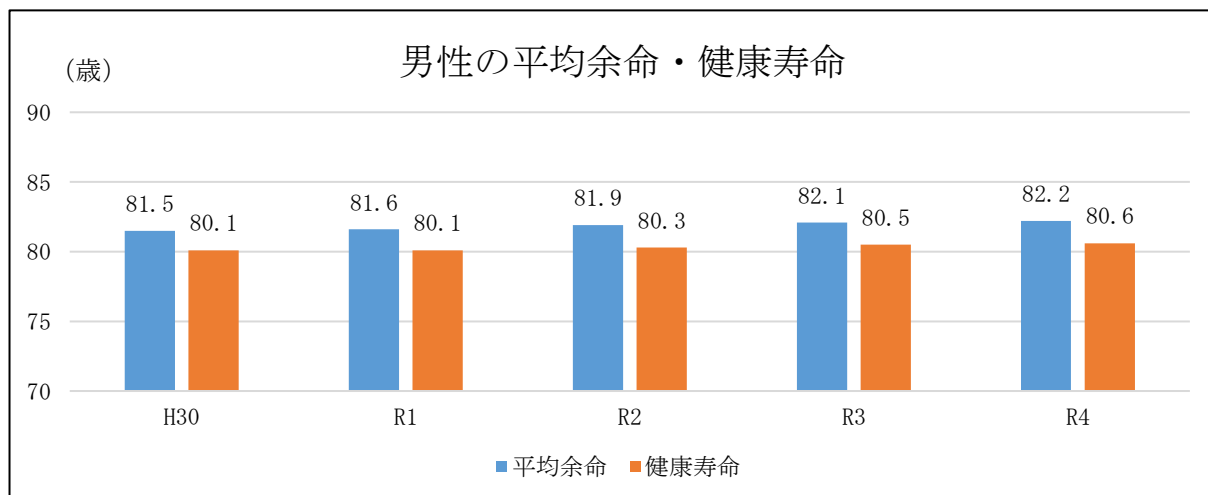
評価指標・目標項目	計画策定時	目標値	中間評価の現状値	最終評価の現状値	最終評価	出典
国保一人当たりの医療費	(H24) 349,056 円 (H24 全国値) 315,856 円	全国平均以下	(H29) 403,111 円 (H29 全国値) 362,159 円	(R3) 448,394 円 (R3 全国値) 394,729 円	C 伸び率 市 +28.5% 全国+25.0%	事業年報
特定健診受診率の向上	(H25) 27.2%	52%以上	(H29) 30.0%	(R4) 35.4%	B	特定健診等データ管理システム
脂質異常症の減少	LDL コレステロール 120 以上の割合 男性 57.6% 女性 68.5%	男性 50%以下 女性 60%以下	(H29) 男性 45.3% 女性 58.9%	(R4) 男性 46.6% 女性 61.5%	男性A 女性 B	マルチマーカー
男性のメタボリックシンドローム該当者の減少	22.7%	20%以下	(H29) 29.0%	(R4) 29.3%	C	特定健診等データ管理システム
成人男性の肥満の減少	BMI25 以上の割合 21.8%	15%以下	(H29) 22.7%	(R4) 29.8%	C	マルチマーカー
糖尿病予備軍の減少	HbA1C5.6 以上の割合 男性 56.3% 女性 55.4%	男性 50%以下 女性 50%以下	(H29) 男性 61.4% 女性 61.4%	(R4) 男性 61.5% 女性 61.0%	男性C 女性C	マルチマーカー
年間新規透析導入患者数の減少	9 人	減少	(H30) 20 人	(R4) 20 人	C	福祉課データ
特定保健指導実施率の向上	14.0%	50%	(H29) 14.0%	(R4) 48.8%	B	特定健診等データ管理システム
“歩得”健康商品券事業参加者の1日平均歩数の増加	—	8,000 歩	(H30) 7,354 歩	(R4) 7,877 歩	B	健康医療課データ

最終評価としては、目標値に対してA判定（改善かつ目標値を達成）の項目が1項目、B評価（改善したが目標未達成）4項目となっており、9項目のうち約半数は改善することができ、引き続き取り組みを推進します。しかし、メタボリックシンドロームや糖尿病、透析に関する項目は、改善に至らなかったため、さらなる取り組みの強化が必要と考えます。

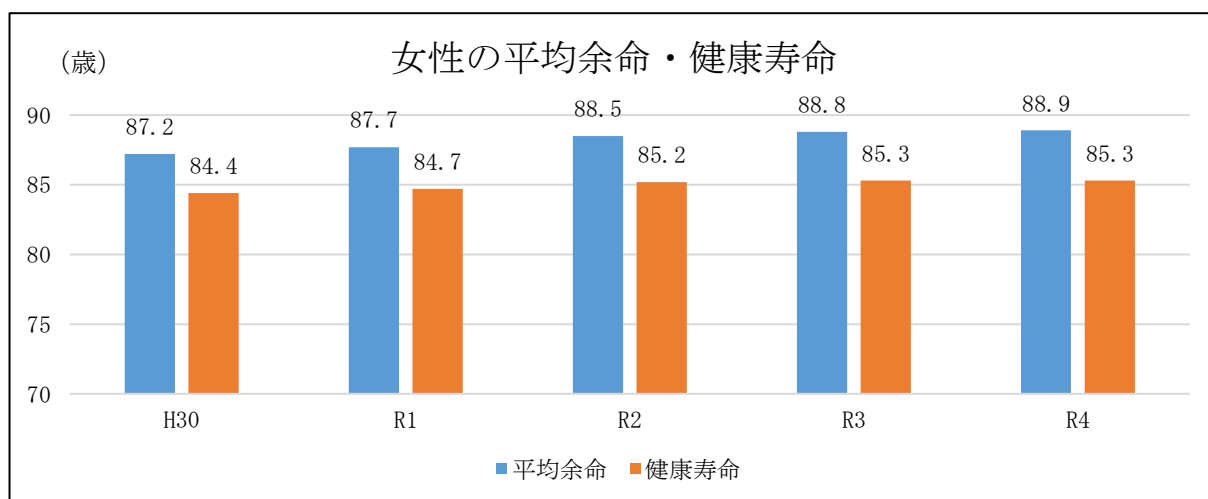
第4章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1 平均余命・健康寿命

男女とも平均余命，健康寿命は延伸していますが，平均余命と健康寿命の差である介護を必要とする期間はあまり変化していません。特に女性は平均余命と健康寿命の差が広がってきており，介護を必要とする期間が長期化する傾向にあります。



出典：KDB システム_地域の全体像の把握



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

平均余命と健康寿命の年齢差

	H30	R1	R2	R3	R4
男性	1.4	1.5	1.6	1.6	1.6
女性	2.8	3.0	3.3	3.5	3.6

【健康寿命】 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間であり、「日常生活動作が自立している期間の平均」と定義。

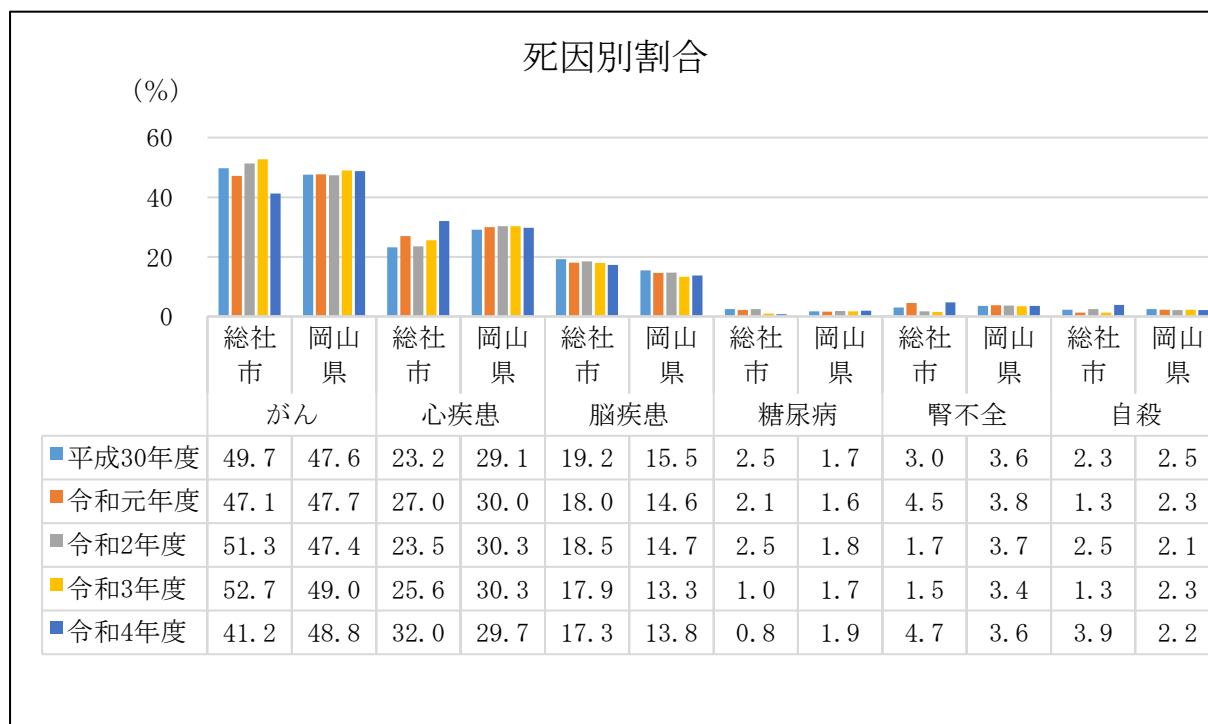
※健康な状態：日常生活動作が自立している状態（要介護2～5を除く状態）

※要介護状態：介護保険の要介護状態区分の要介護2～5の状態

2 死 因

(1) 死因別割合

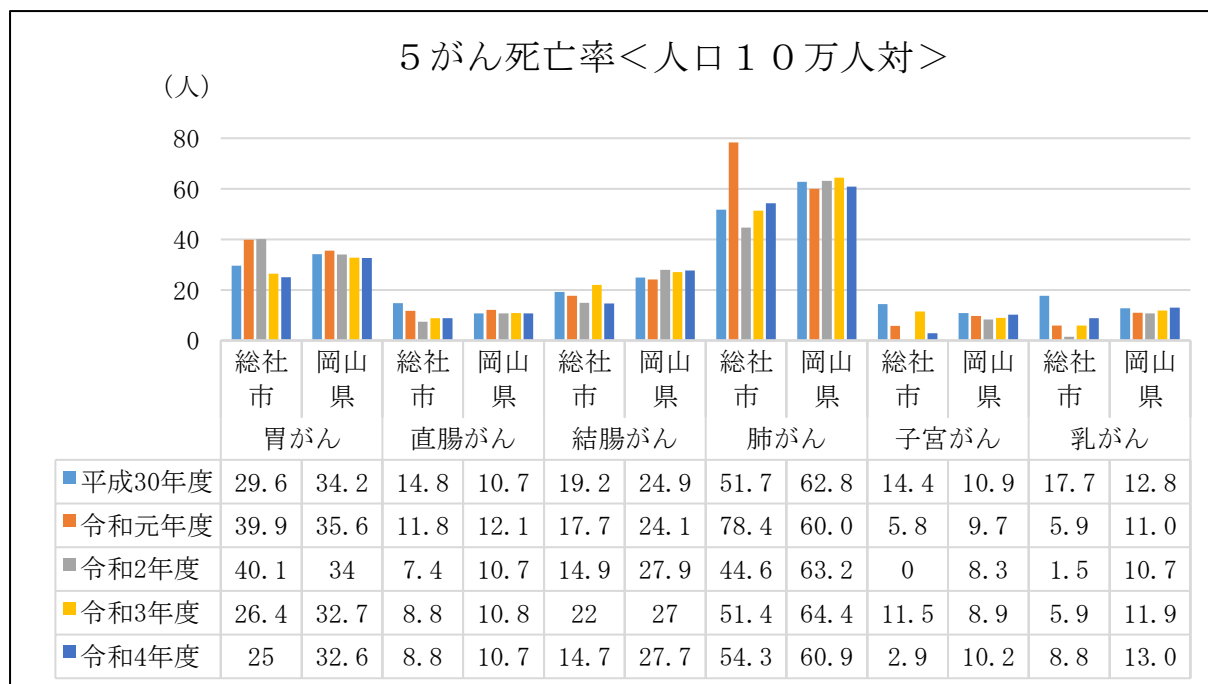
「がん」が最も高く、次いで「心疾患」となっています。「心疾患」の割合は増加傾向にあり、令和4年度は県の割合を上回っています。



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

(2) 5がん死亡率

「肺がん」が最も多く、次いで「胃がん」，「結腸がん」となっています。5がん検診のうち「肺がん」と「乳がん」の死亡率が増加傾向にあります。

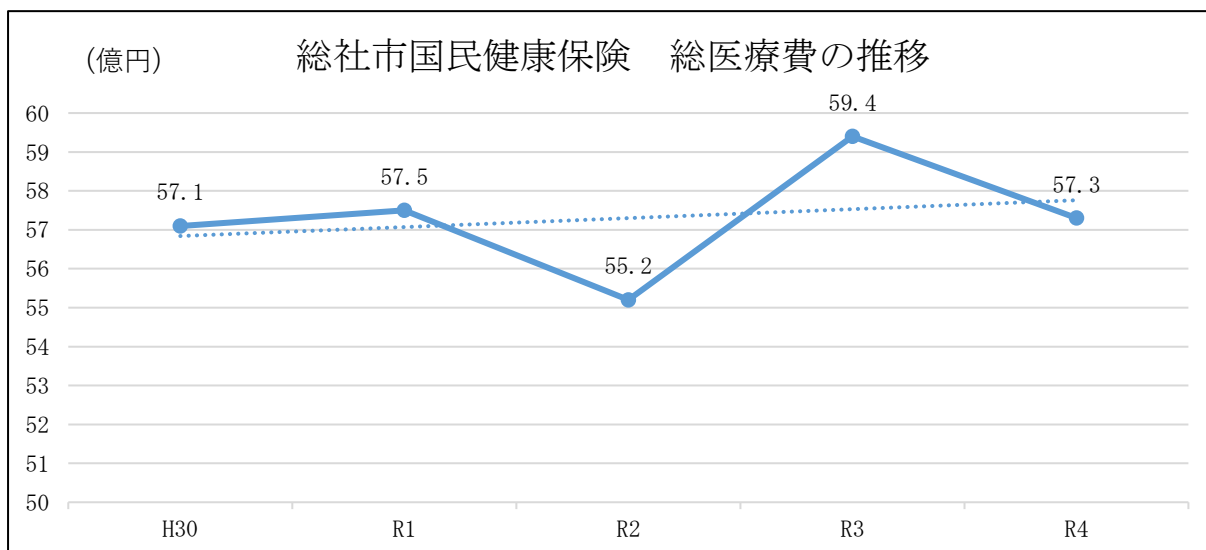


出典：備中保健所提供データ

3 医療費

(1) 総社市国民健康保険総医療費の推移

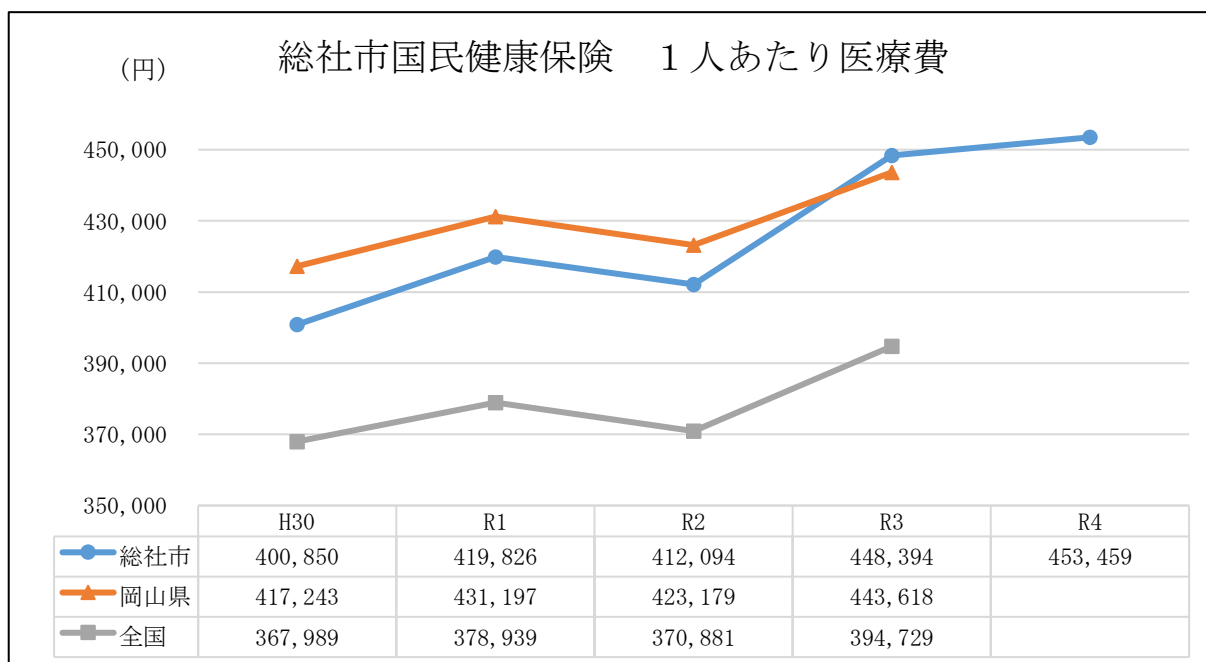
年度により増減はあるものの、増加傾向にあり、令和4年度で57.3億円となっています。



出典：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）

(2) 総社市国民健康保険1人あたりの医療費

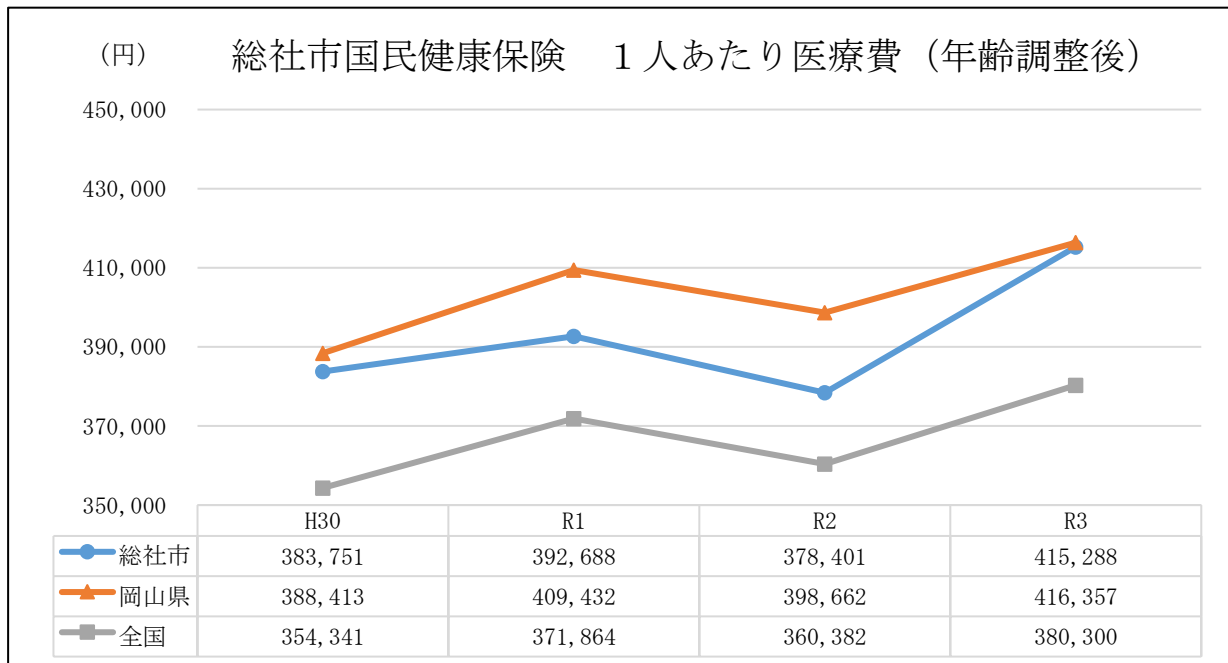
全国に比べて、高い状況で推移しており、令和3年度は岡山県よりも高くなっています。



出典：出典：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）

(3) 総社市国民健康保険 1人あたりの医療費（年齢調整後）

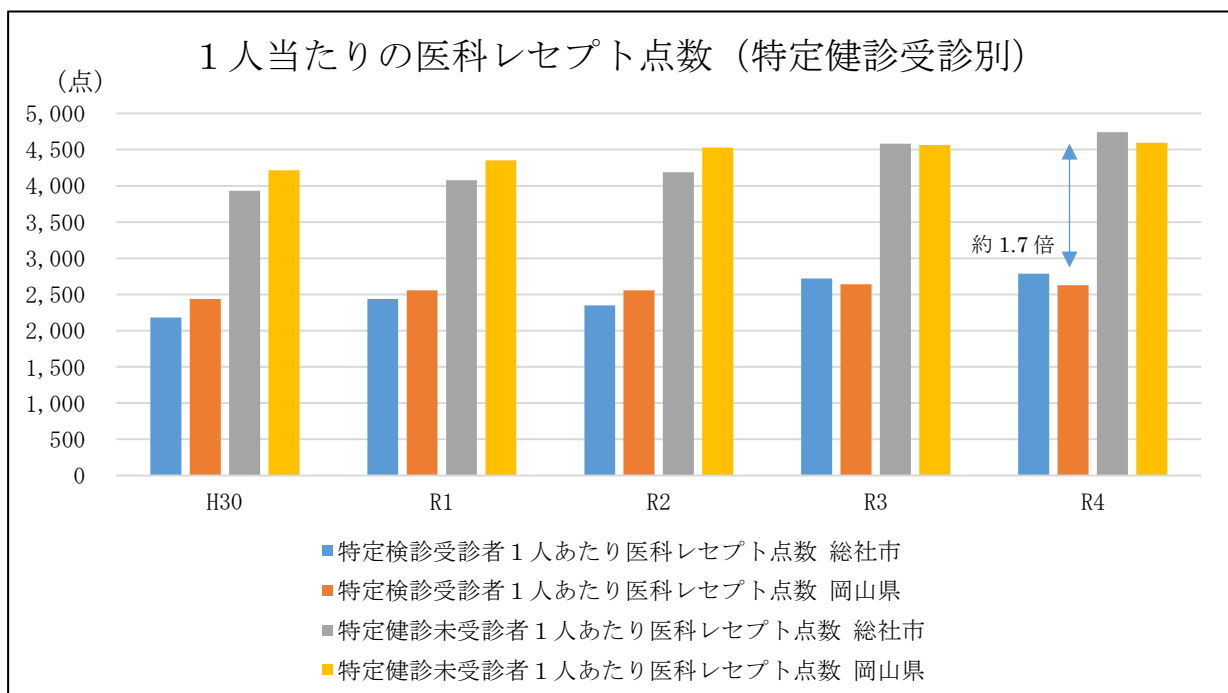
地域ごとの人口年齢構成の相違を補正した年齢調整後の医療費は、岡山県より低く推移しており、全国との差も少なくなっています。



出典：厚生労働省「地域差指数（参考）」を基に作成

(4) 1人当たりの医科レセプト点数（特定健診受診別）

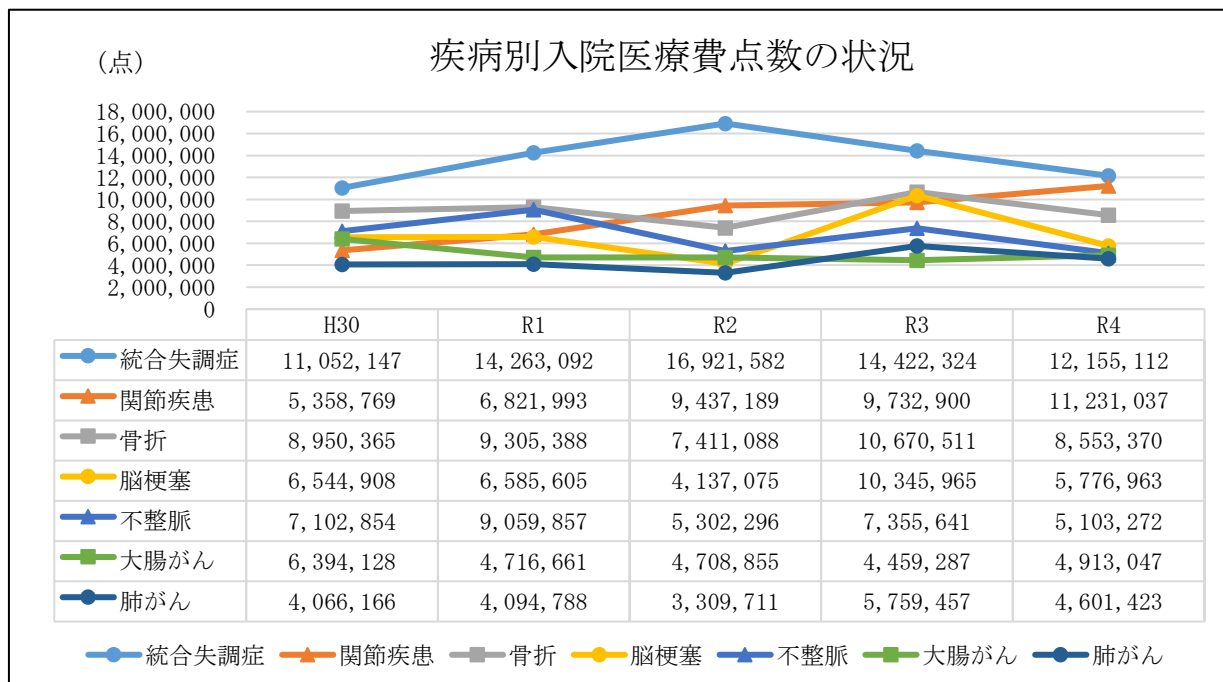
未受診者の医科レセプト点数は、受診者に比べて1.7倍程度となっており、年々増加傾向にあります。



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

(5) 疾病別入院医療費点数の状況

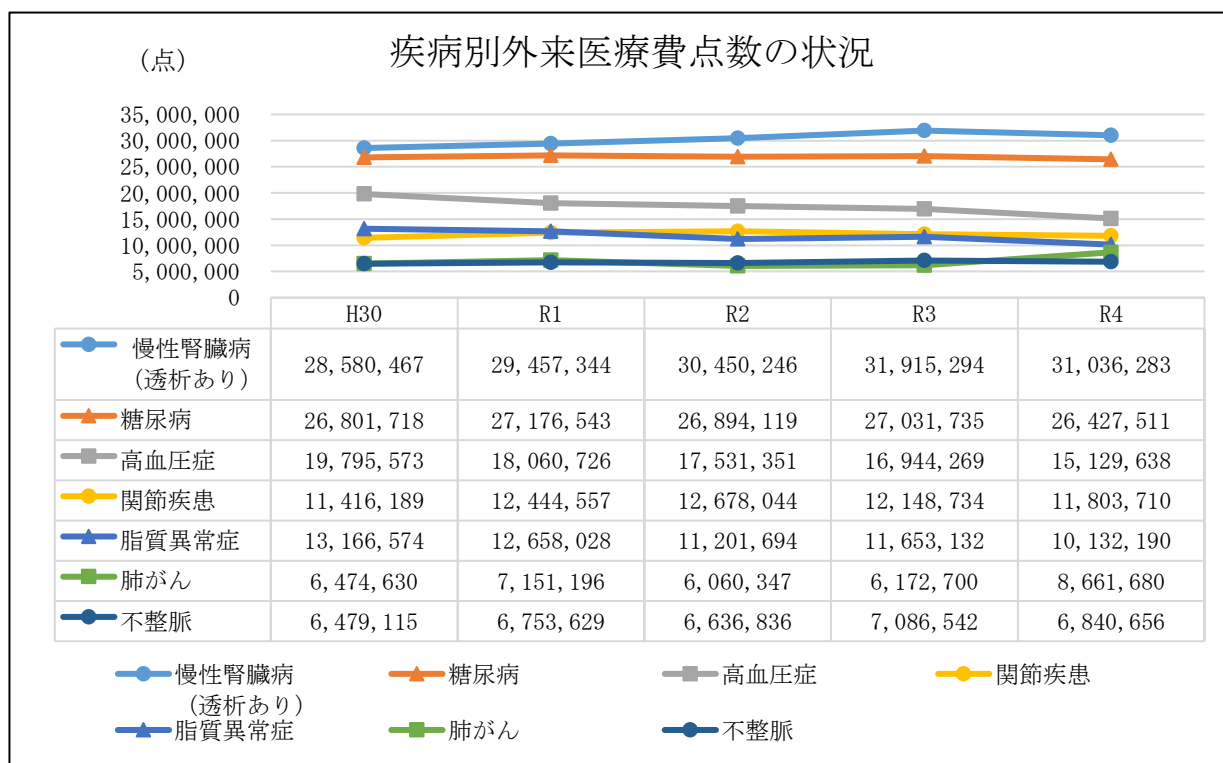
「統合失調症」が最も高いが、減少傾向がみられます。逆に近年増加傾向がみられるのは「関節疾患」となっています。



出典：KDB システム_医療費分析（1）最小分類

(6) 疾病別外来医療費点数の状況

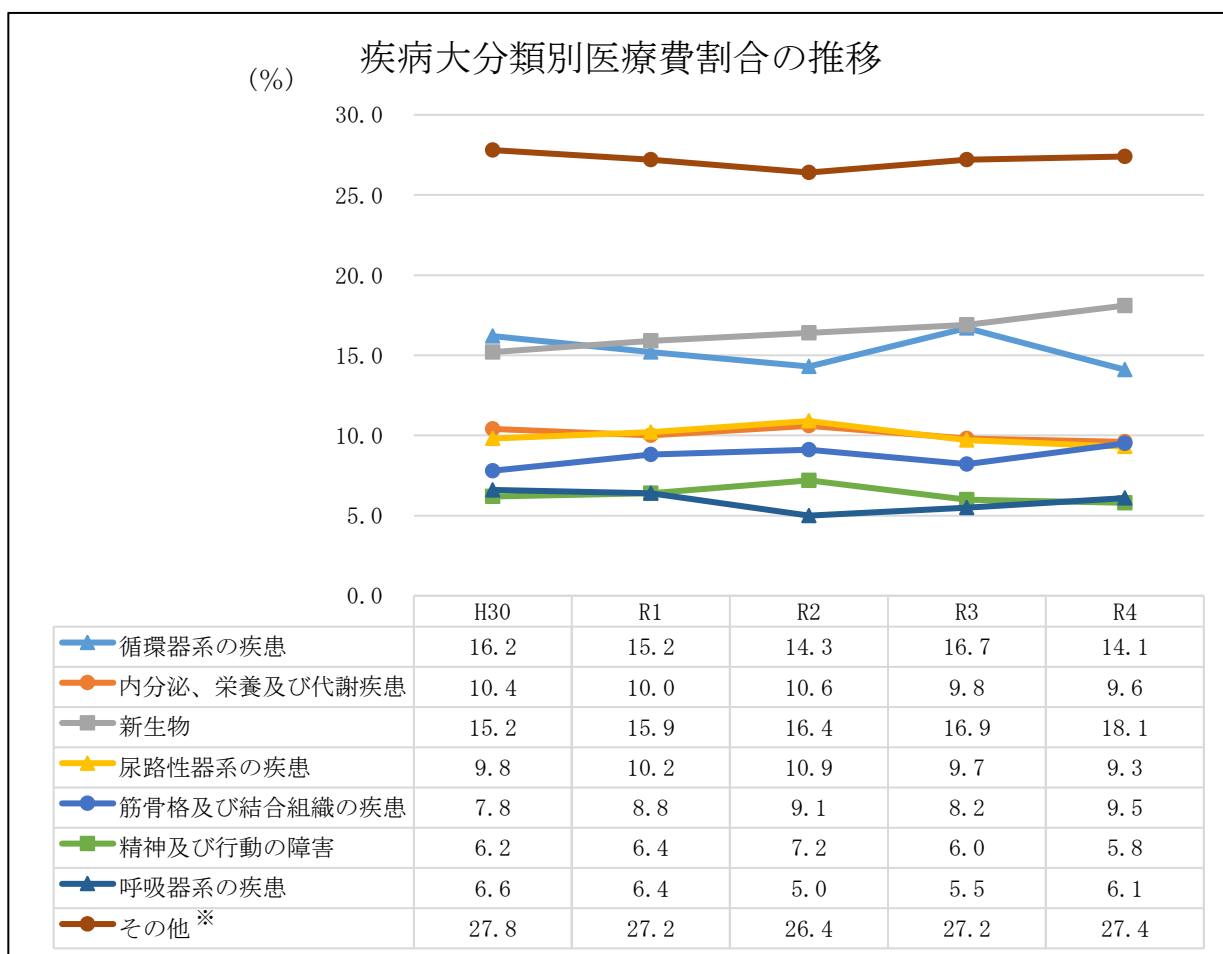
「慢性腎臓病（透析あり）」が最も高いが、令和4年度は若干減少しています。肺がんは増加傾向がみられます。



出典：KDB システム_医療費分析（1）最小分類

(7) 疾病大分類別医療費割合の推移

「新生物」，「循環器系の疾患」の割合が高くなっています。また，「新生物」は増加傾向がみられます。

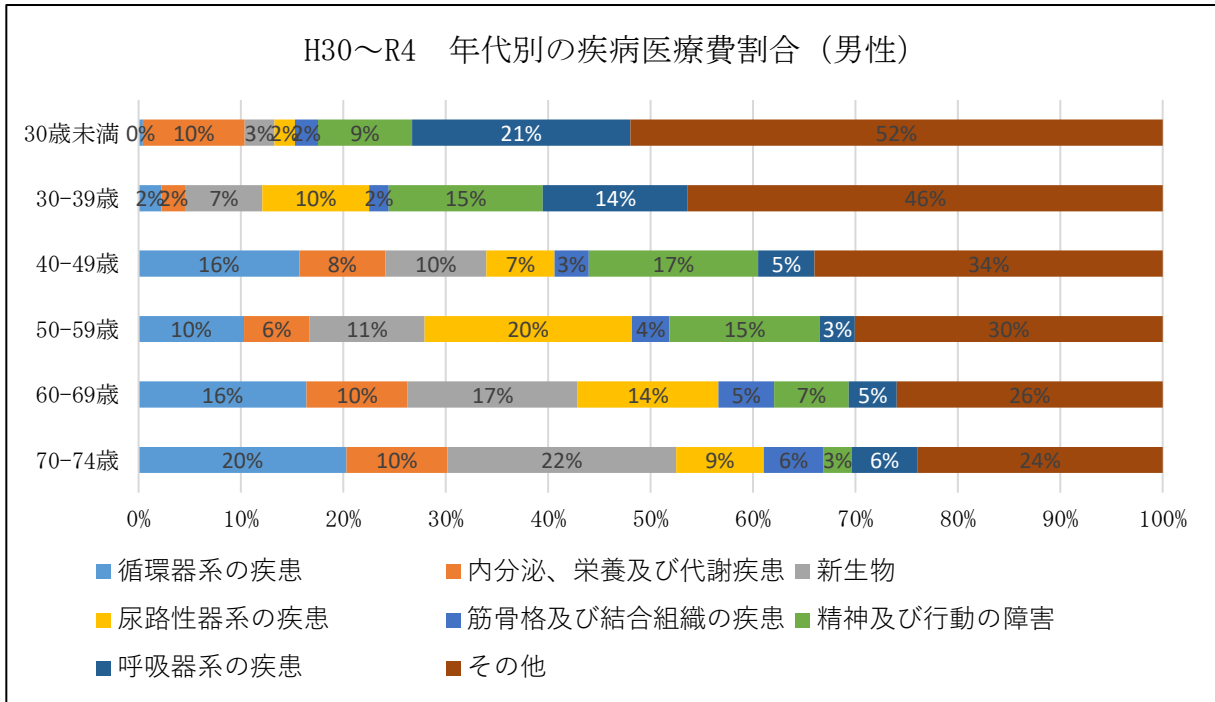


出典：KDB システム

※「その他」には，「神経系の疾患」，「消化器系の疾患」，「眼及び附属器の疾患」，「損傷、中毒及びその他の外因の影響」などが含まれます。

(8) 平成30年度～令和4年度 年代別疾病医療費割合 (男性)

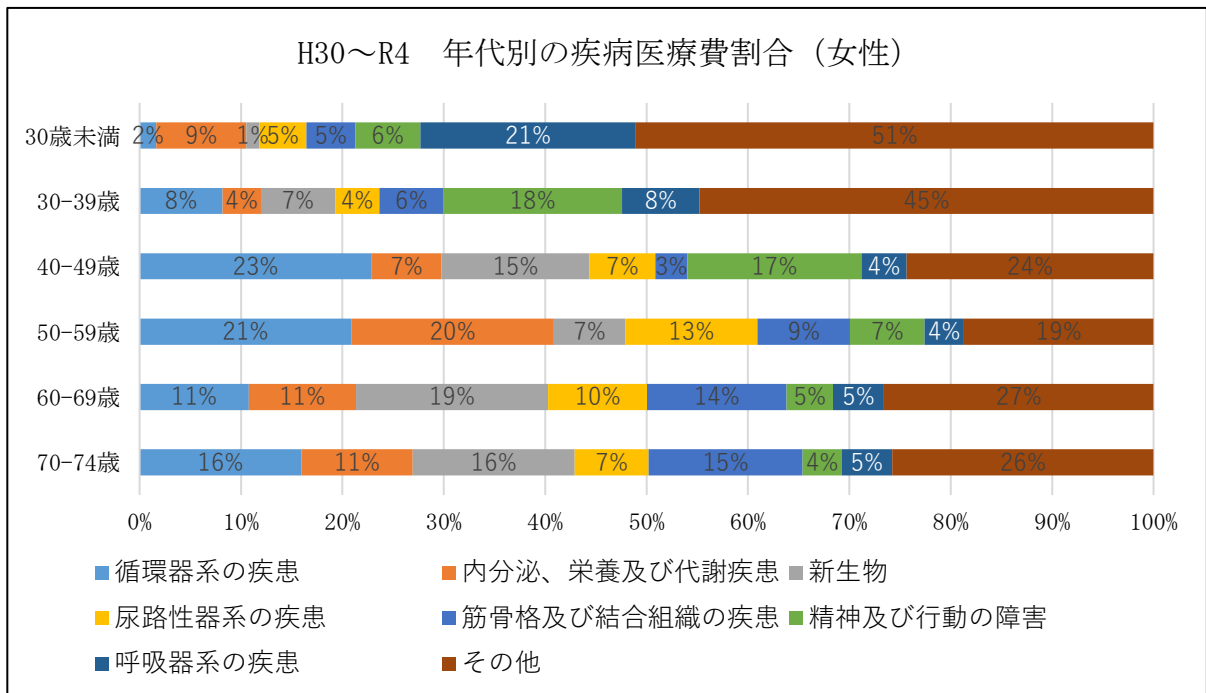
「循環器系の疾患」の割合が40歳以上から高くなりっており、「尿路系器系の疾患」は50歳代で高くなっています。「新生物」は年代があがるにつれて、割合が高くなっています。



出典：KDB システム

(9) 平成30年度～令和4年度 年代別疾病医療費割合 (女性)

男性同様、「循環器系の疾患」の割合が40歳以上から高くなっています。また、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が50歳代で高くなっています。

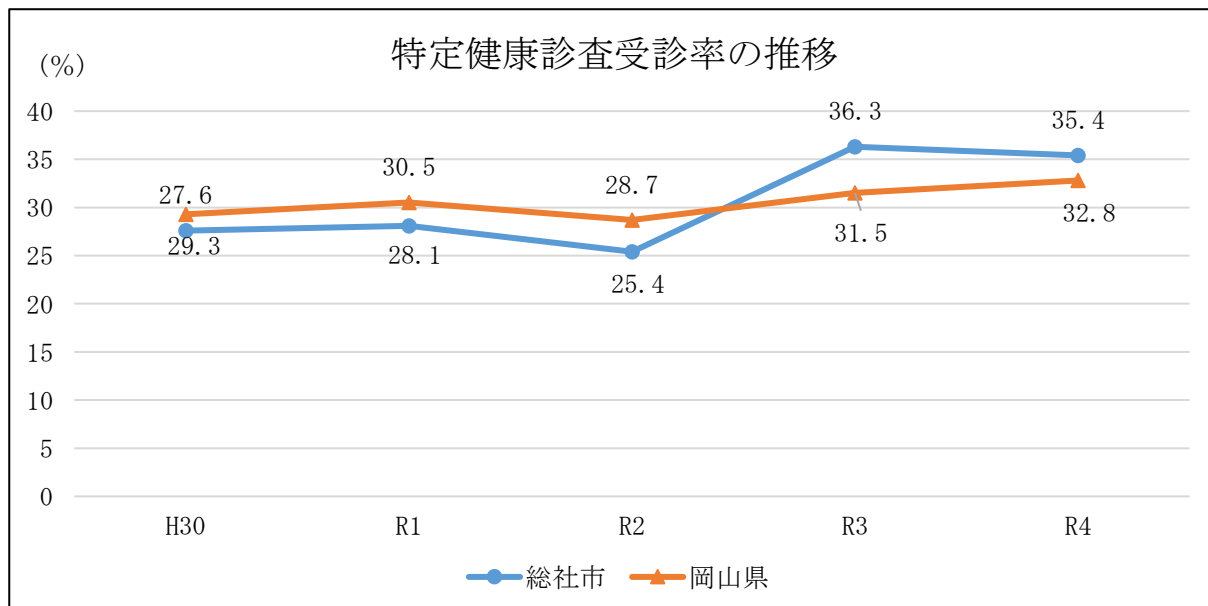


出典：KDB システム

4 特定健康診査・特定保健指導

(1) 特定健康診査受診率の推移

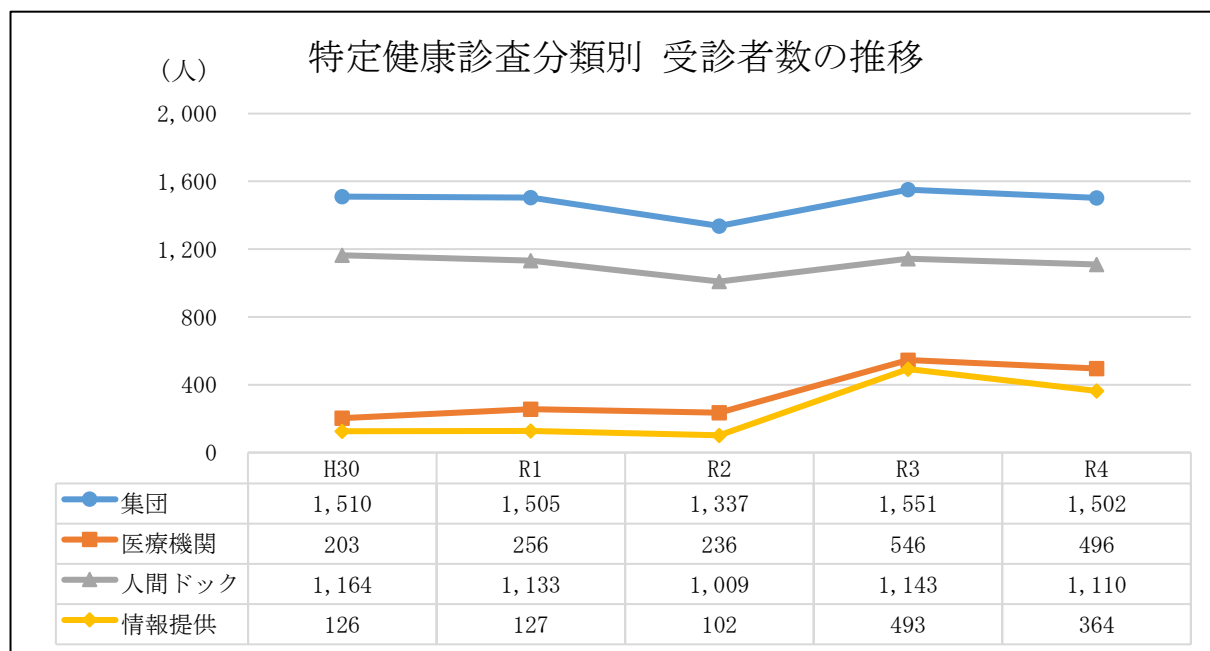
令和2年度は岡山県よりも低い状況でしたが，令和3年度に大幅に上昇し，岡山県を上回り，令和4年度も維持しています。



出典：特定健診等データ管理システム

(2) 特定健康診査分類別受診者数の推移

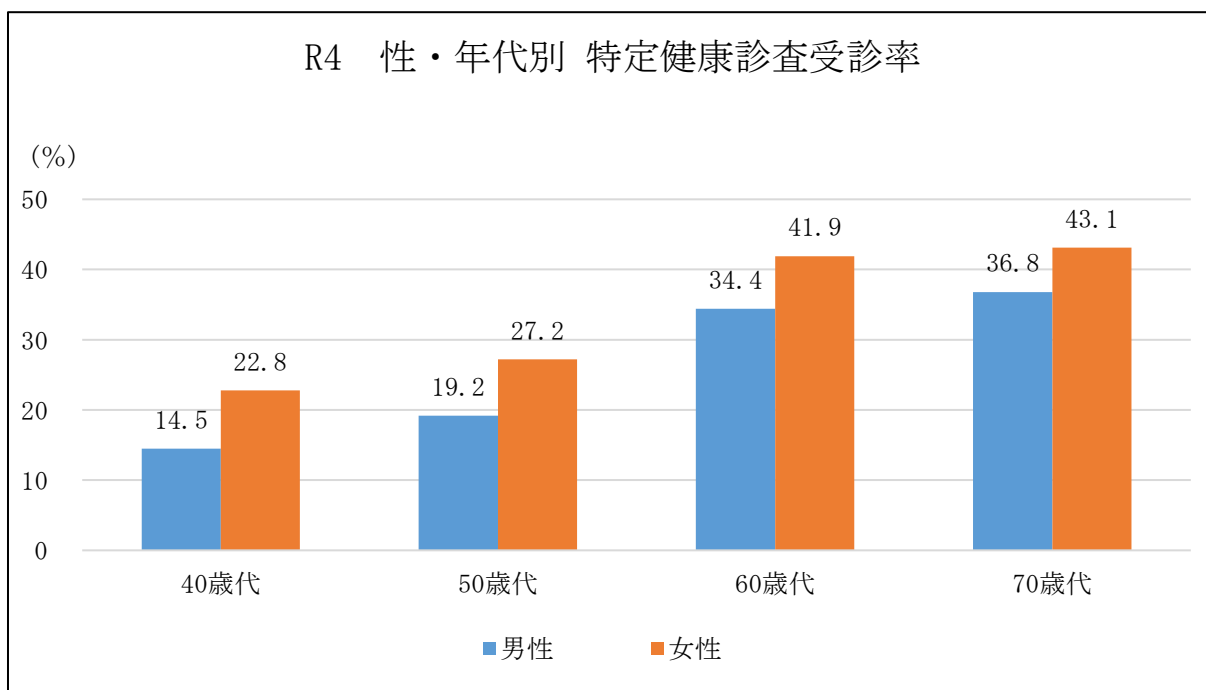
「集団健診」，「人間ドック」が高く推移していますが，令和3年度以降は「医療機関健診」，「情報提供」の大きな増加がみられます。



出典：マルチマーカー（健診データ分析ソフト）

(3) 令和4年度 性・年代別特定健康診査受診率

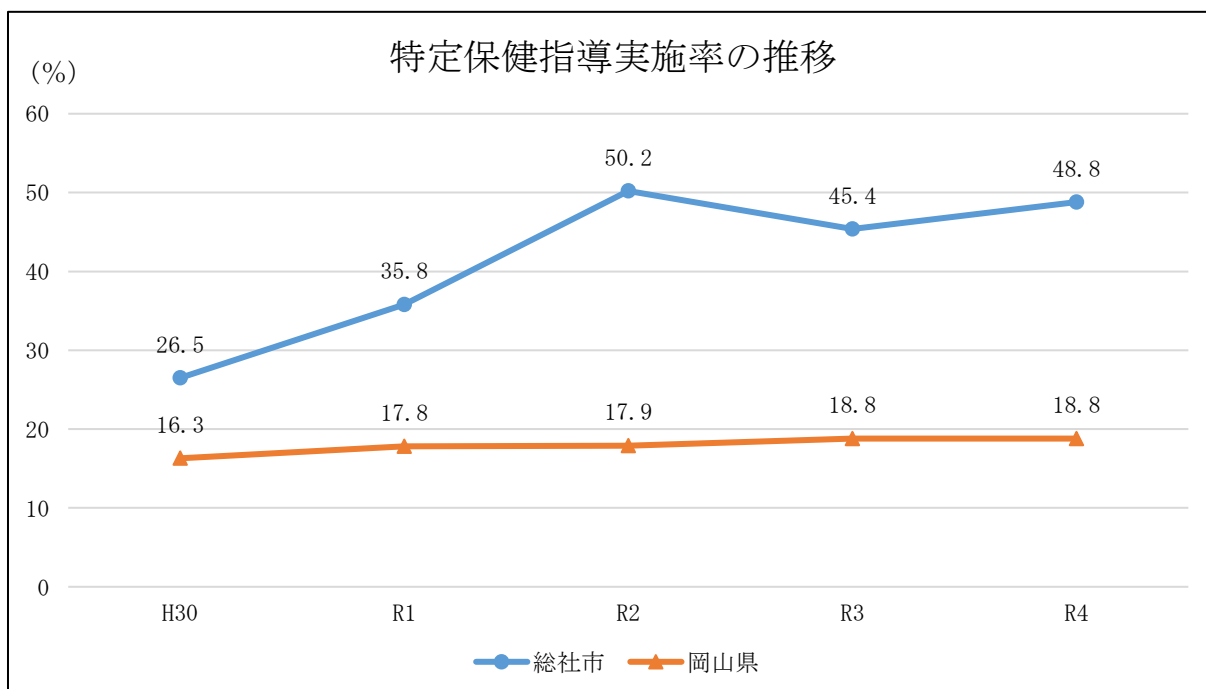
年代があがるとともに高くなっており，すべての年代で女性の割合が高くなっています。



出典：特定健診等データ管理システム

(4) 特定保健指導実施率の推移

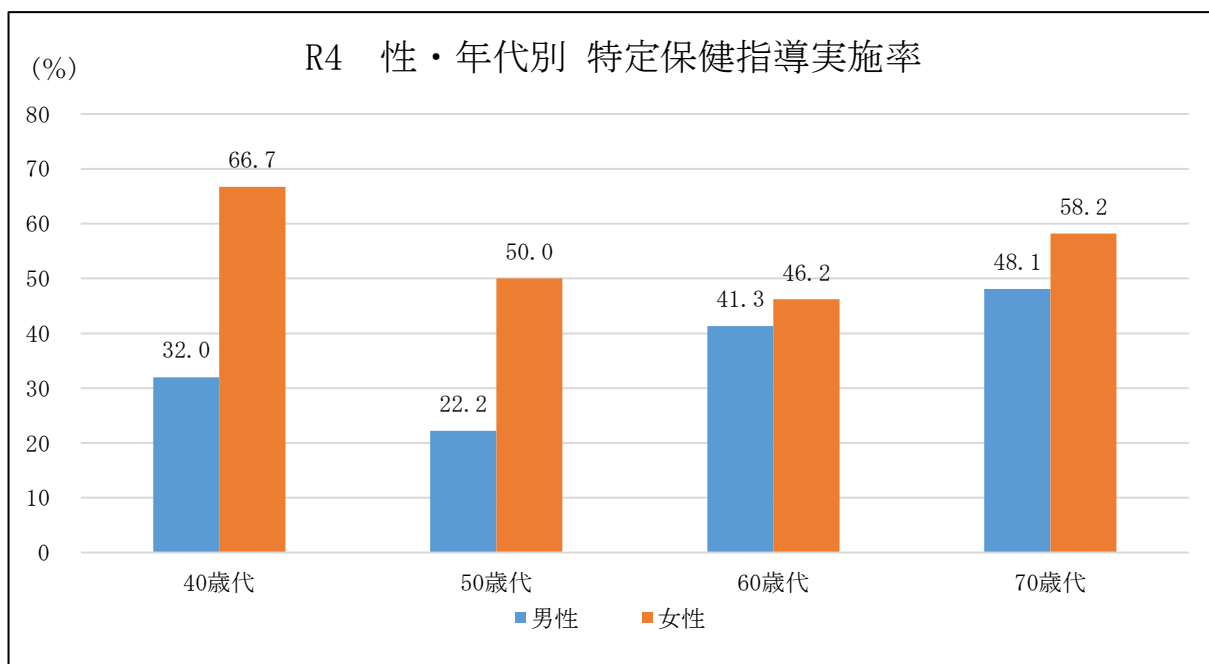
平成30年度以降大きく上昇し，岡山県に比べて高い割合で推移しています。



出典：特定健診等データ管理システム

(5) 令和4年度 性・年代別特定保健指導実施率

40歳代女性が特に高くなっています。特定健診受診率と同様に、すべての年代で女性の割合が高くなっています。

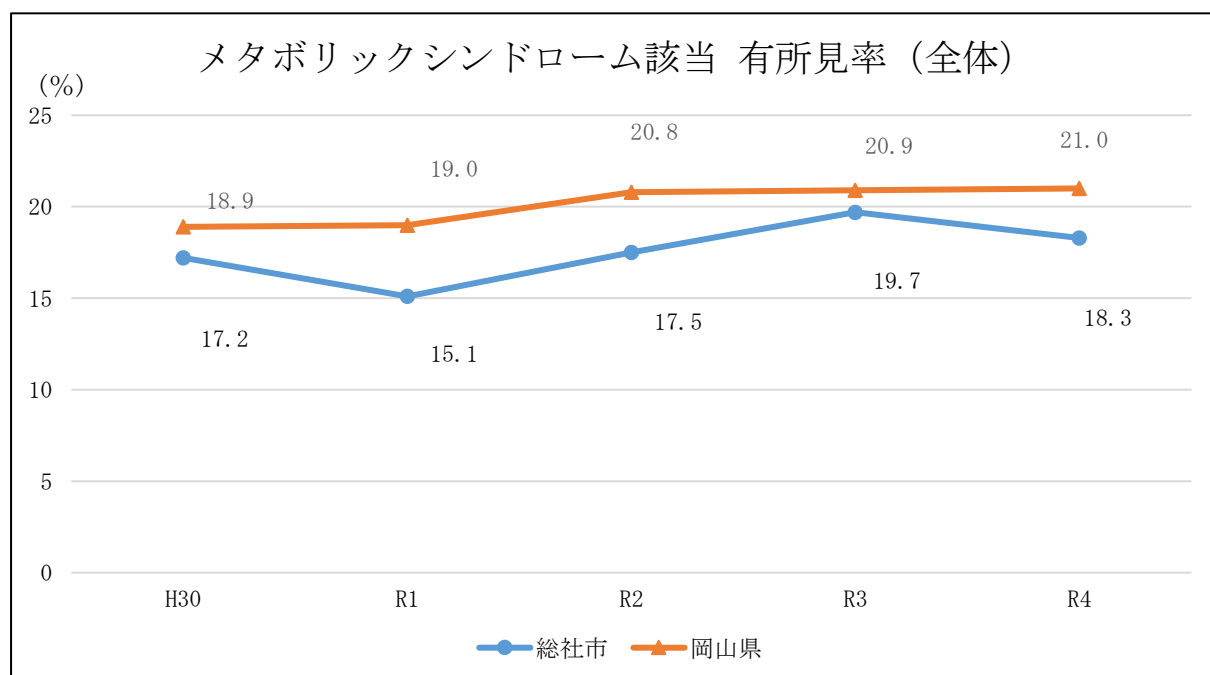


出典：特定健診等データ管理システム

5 健診結果等（有所見率等）

（1）メタボリックシンドローム該当の有所見率（全体）

岡山県より低く推移しており、令和4年度は前年度から減少してします。



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

メタボリックシンドローム該当基準

- ・ 必須項目（腹囲）に加え、選択項目①～③のうち2つ以上の項目に該当する者

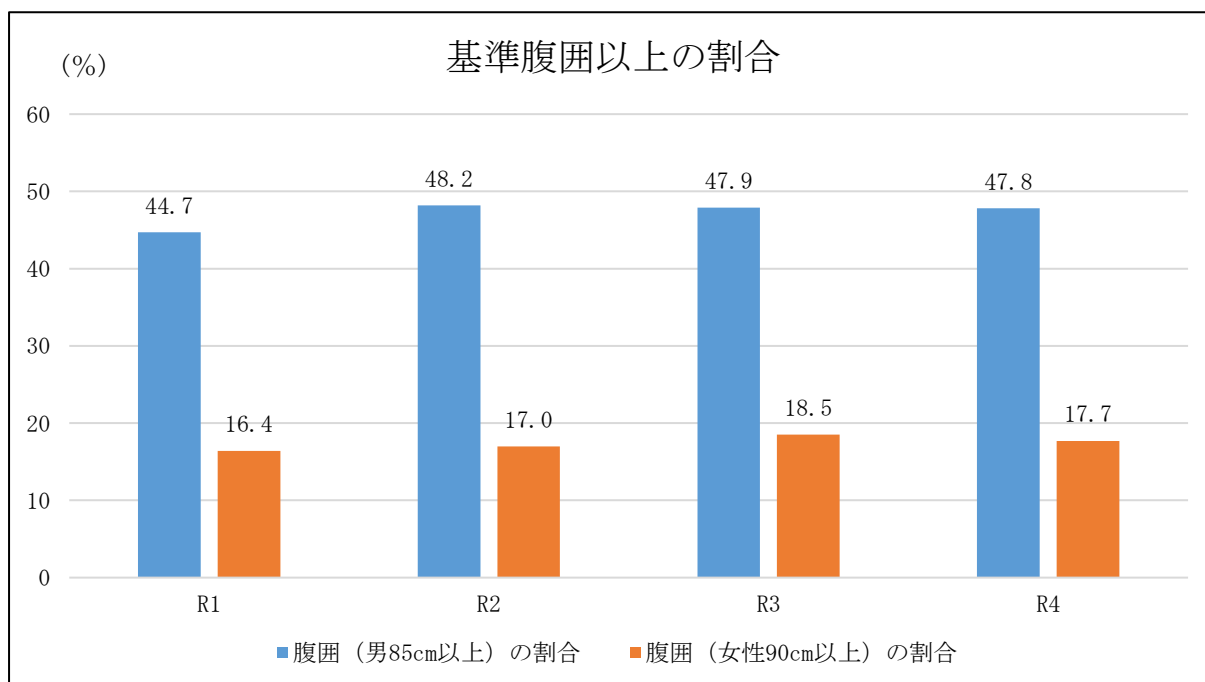
【必須項目】 腹囲：男性 85cm 以上，女性 90cm 以上

【選択項目】 ①血糖：空腹時血糖 110mg/dl 以上，または HbA1c6.0%以上，または血糖を下げる薬を服用・インスリン注射を使用

②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上，または HDL コレステロール 40mg/dl 未満，またはコレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用

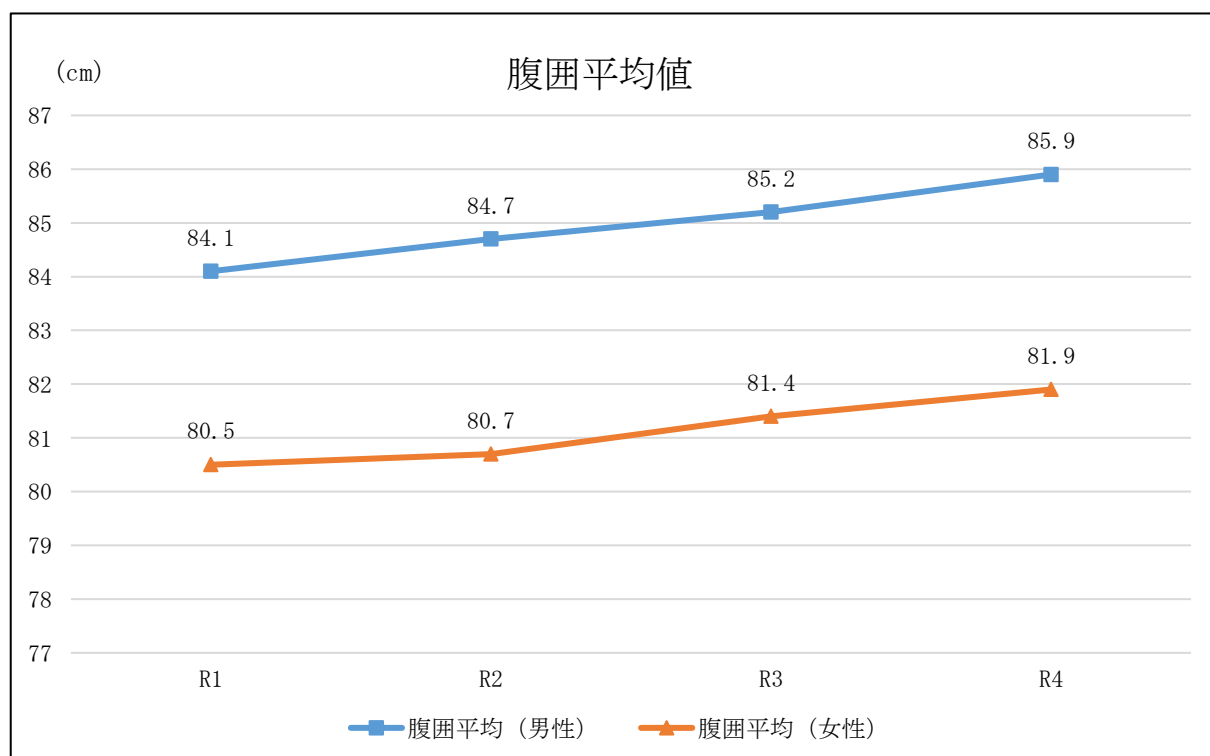
③血圧：収縮期 130mmHg 以上，または拡張期 85mmHg 以上，または血圧を下げる薬を服用

(2) 基準腹囲以上の割合（基準腹囲：男性 85cm，女性 90cm）
 女性に比べ男性の割合が高くなっており，40%代後半で推移しています。



出典：総社市慢性腎臓病（CKD）重症化予防モデル事業

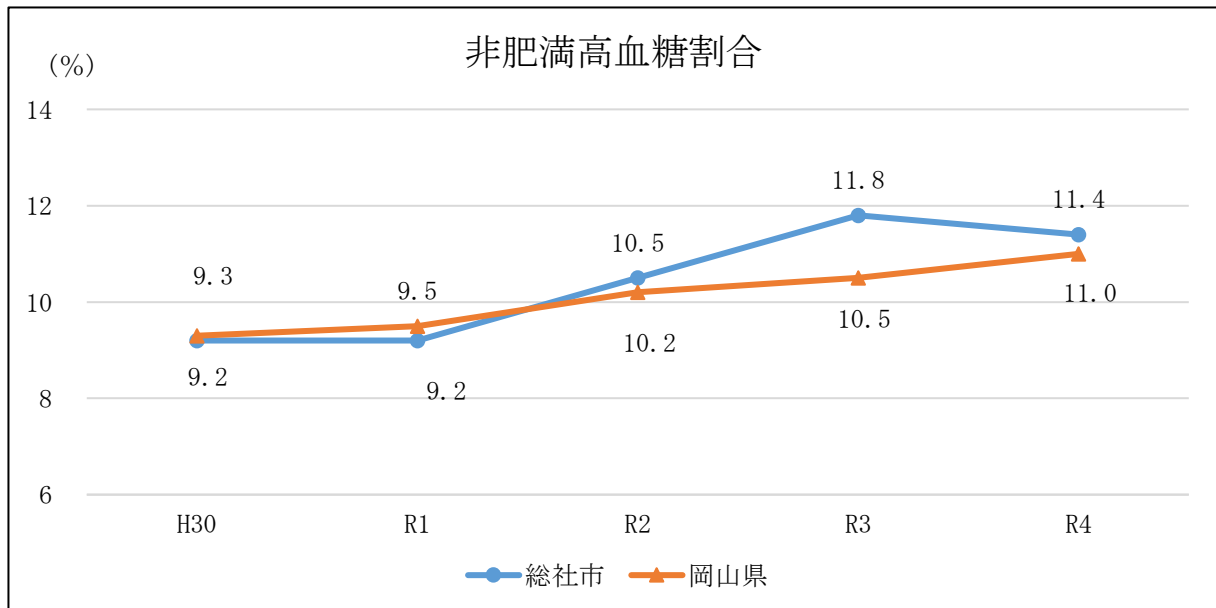
(3) 腹囲平均値の推移
 男女ともに年々増加傾向にあります。



出典：総社市慢性腎臓病（CKD）重症化予防モデル事業

(4) 非肥満高血糖割合

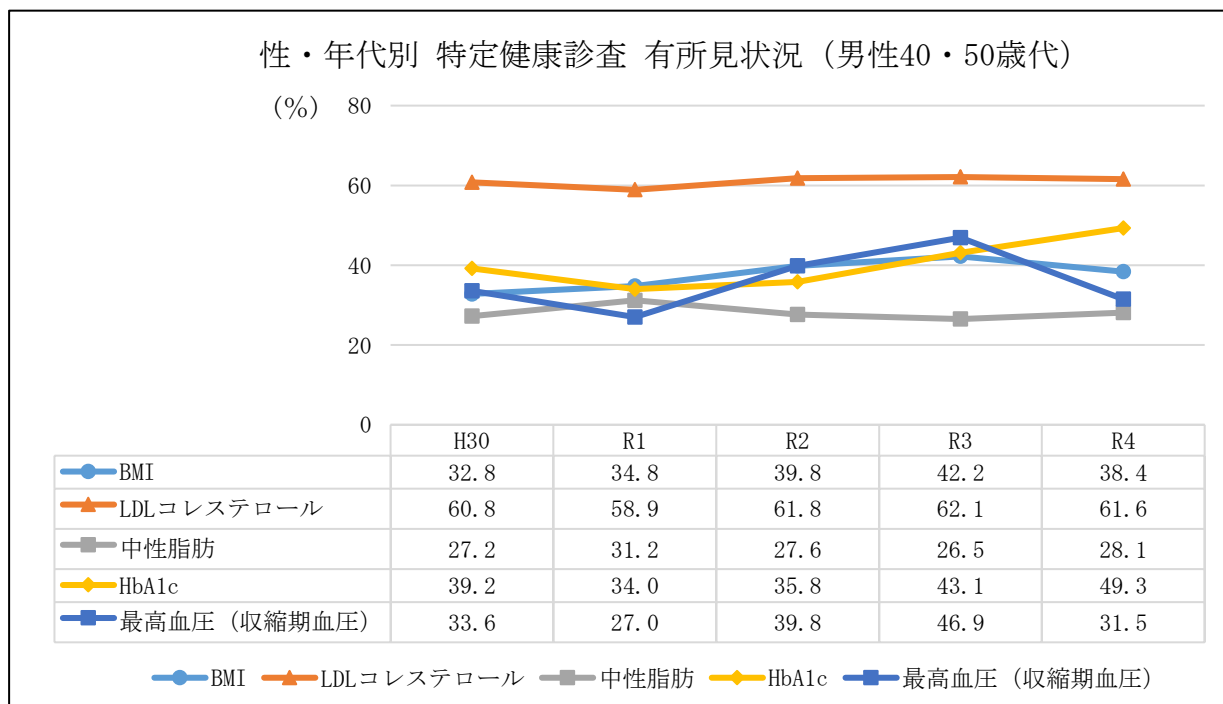
肥満を伴わない高血糖の人の割合はおおむね岡山県と同程度であり、年々増加傾向にあります。



出典：KDB システム__地域の全体像の把握

(5) 性・年代別特定健康診査有所見状況（男性40・50歳代）

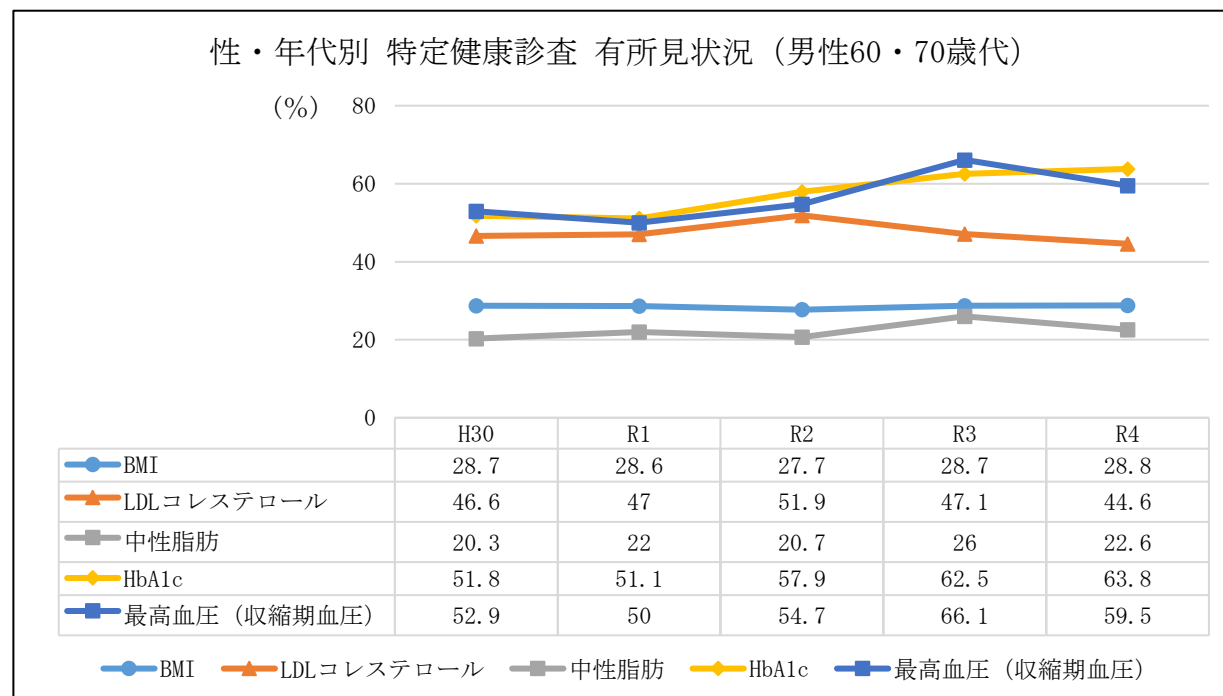
「LDLコレステロール」の有所見率が高く、「HbA1c」が増加傾向にあります。



出典：マルチマーカー（健診データ分析ソフト）

(6) 性・年代別特定健康診査有所見状況（男性60・70歳代）

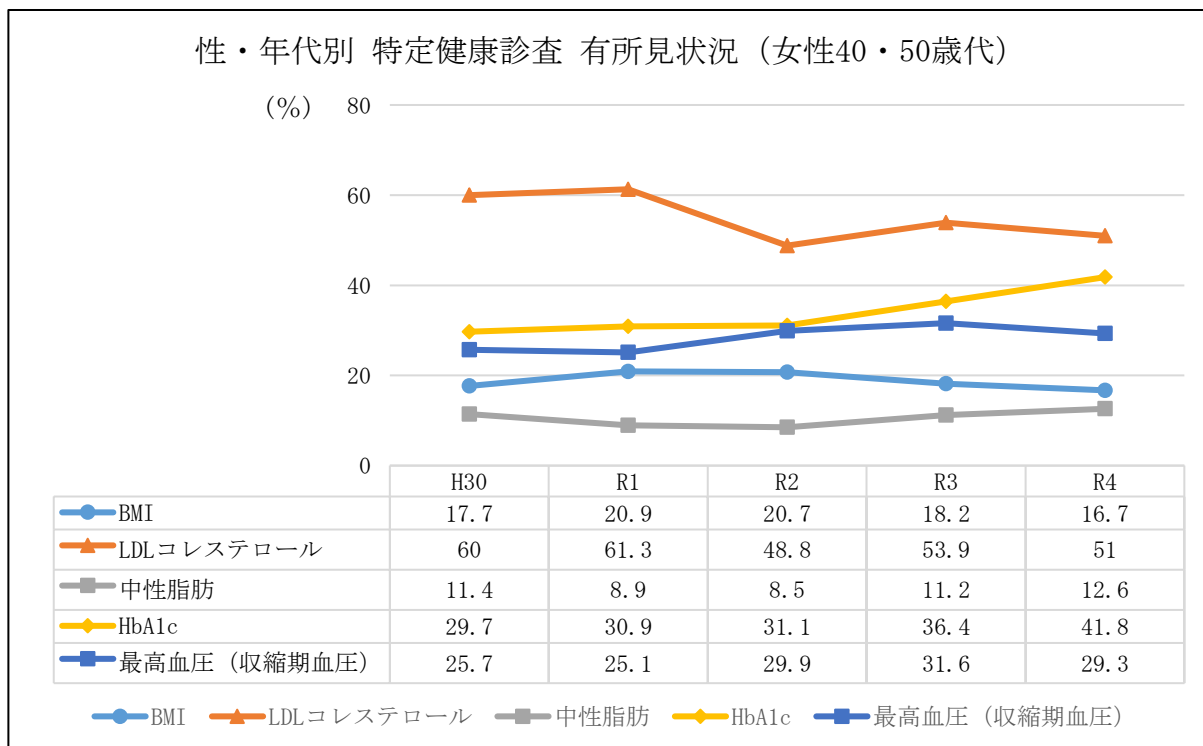
「HbA1c」，「最高血圧」の有所見率が高く、「HbA1c」が増加傾向にあります。



出典：マルチマーカー（健診データ分析ソフト）

(7) 性・年代別特定健康診査有所見状況（女性40・50歳代）

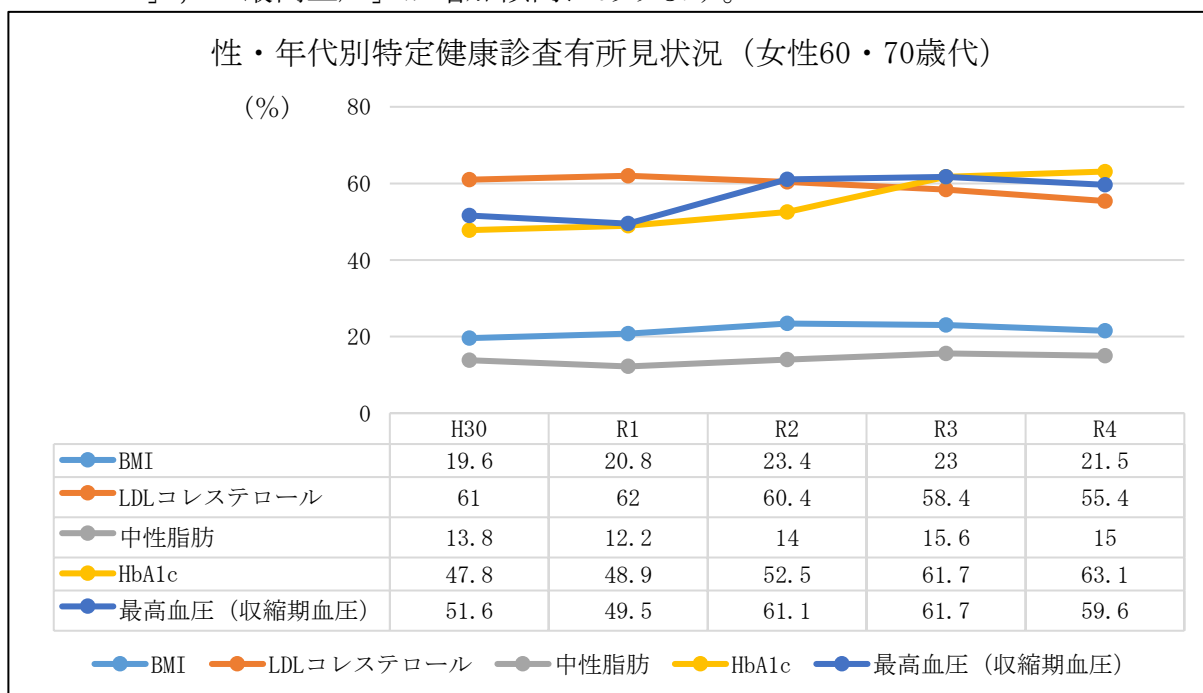
「LDL コレステロール」の有所見率が高い状況ですが、減少傾向にあります。
「HbA1c」が増加傾向にあります。



出典：マルチマーカー（健診データ分析ソフト）

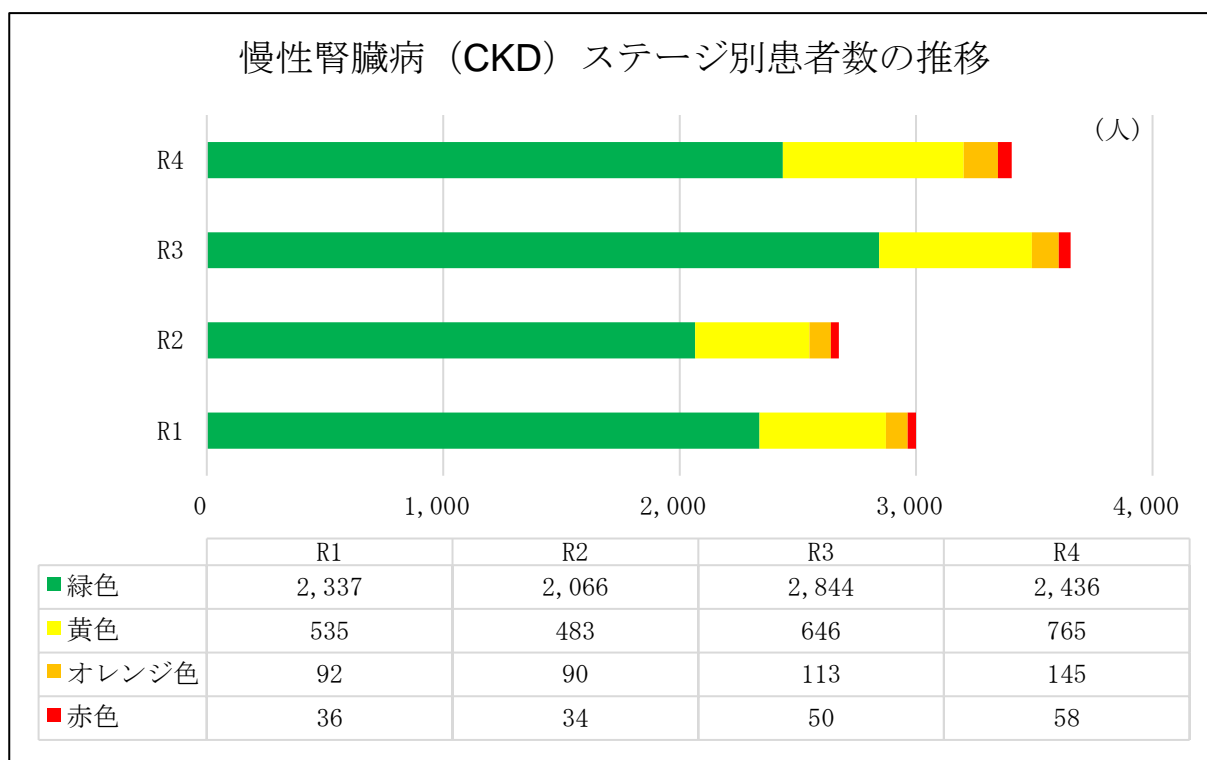
(8) 性・年代別特定健康診査有所見状況（女性60・70歳代）

「HbA1c」，「最高血圧」，「LDL コレステロール」の有所見率が高く，
「HbA1c」，「最高血圧」が増加傾向にあります。



出典：マルチマーカー（健診データ分析ソフト）

(9) 慢性腎臓病 (CKD) ステージ別患者数の推移
重症度の高い赤色及びオレンジ色の割合が増加しています。



出典：総社市慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防モデル事業

CKDの重症度分類 (CKD診療ガイド2012)^a

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			30未満	30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分 /1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

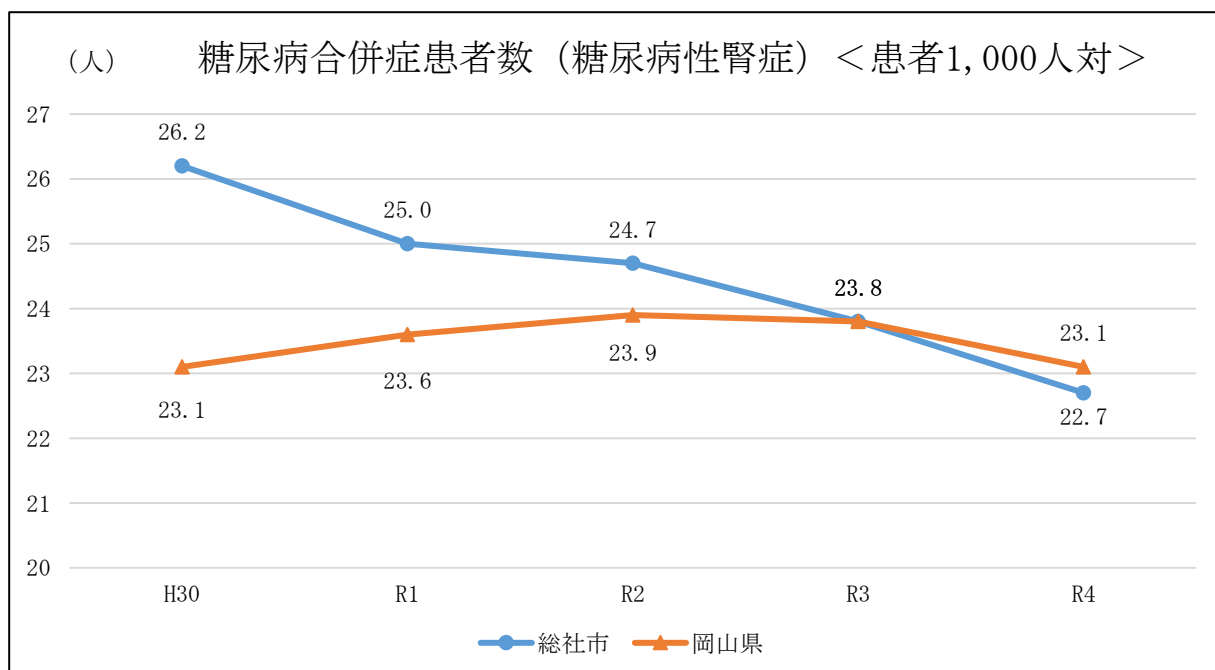
重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

出典：CKD診療ガイド2012

6 生活習慣病

(1) 糖尿病合併症患者数（糖尿病性腎症）

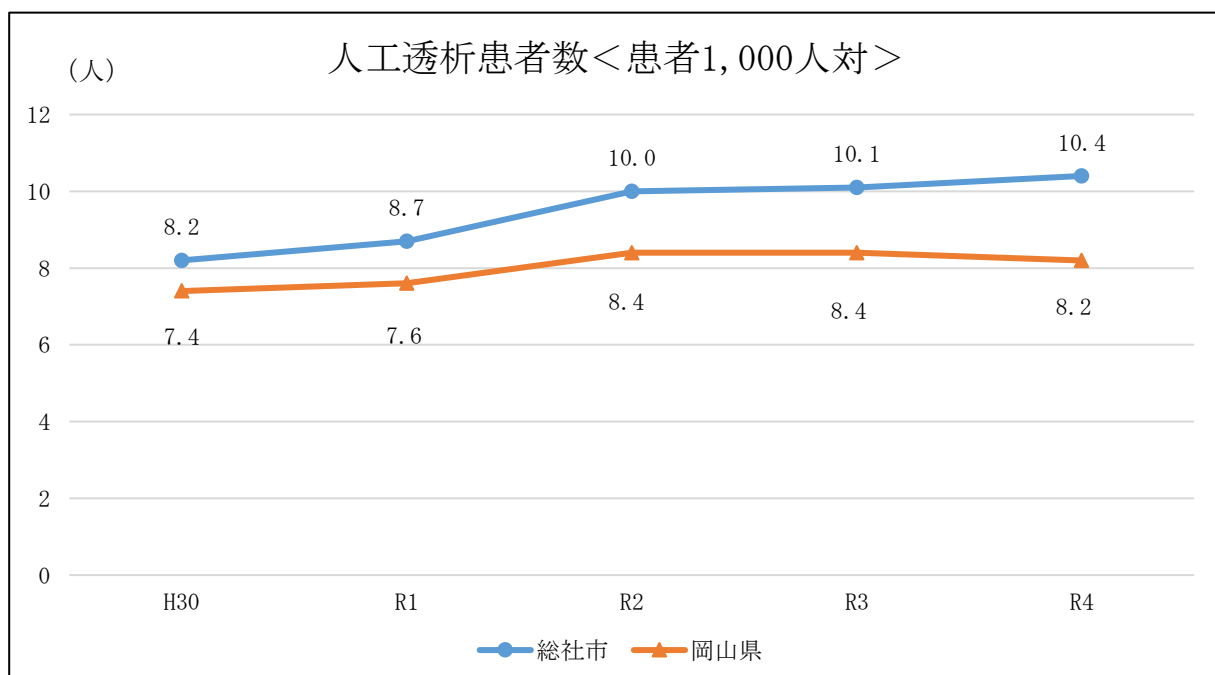
減少傾向にあり，令和4年度は岡山県を下回っています。



出典：KDB システム_医療費分析（1）最小分類

(2) 人工透析患者数

増加傾向にあり，岡山県を上回っている状況です。



出典：KDB システム_医療費分析（1）最小分類

(3) 令和4年度生活習慣病患者数

高血圧症、脂質異常症の順に多くなっており、他機関との比較では、脂肪肝の比率が高くなっています。

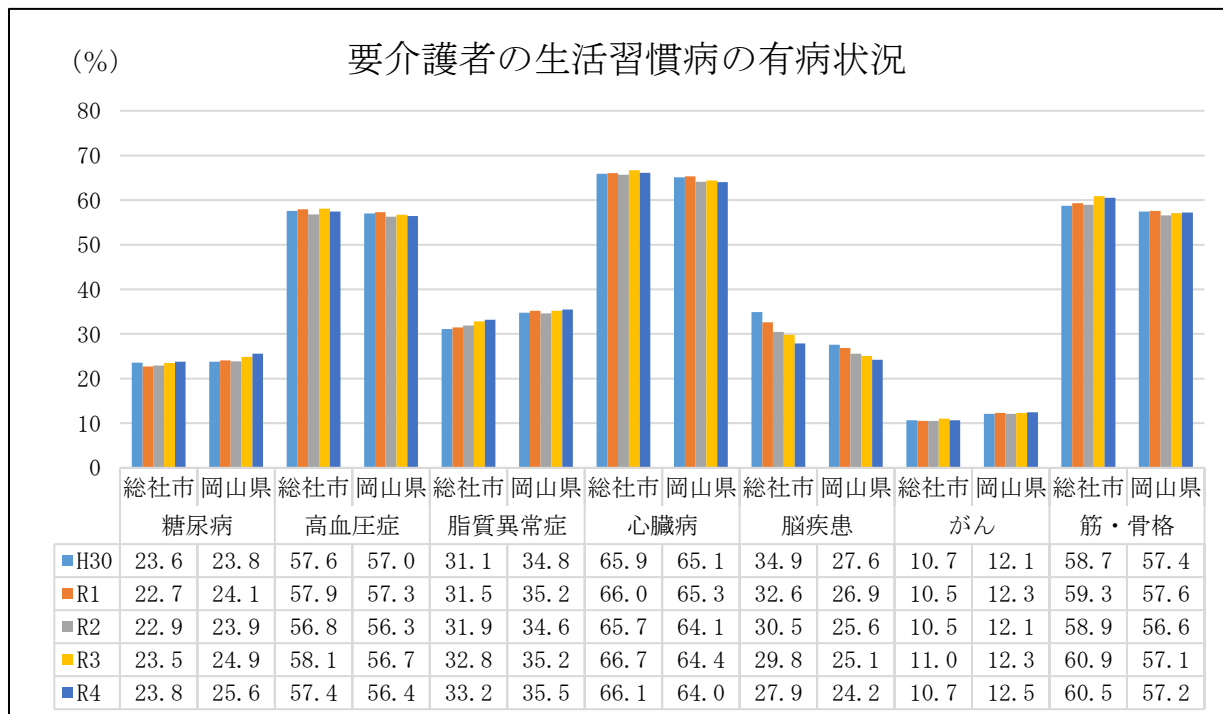
生活習慣 病名	生活習慣病患者数<患者 1,000 人対> (R4) (単位:人)						
	総社市	国	県	同規模	国との比		
					総社市	県	同規模
高血圧症	460	401	419	439	<u>1.15</u>	1.04	1.09
脂質異常症	412	358	383	384	<u>1.15</u>	1.07	1.07
筋・骨格	409	398	420	414	1.03	1.06	1.04
糖尿病	240	222	232	240	1.08	1.05	1.08
がん	101	107	182	108	0.94	1.70	1.01
脂肪肝	77	51	67	54	<u>1.51</u>	1.31	1.06
高尿酸血症	73	84	88	88	0.87	1.05	1.05
狭心症	50	60	55	63	0.83	0.92	1.05
脳梗塞	43	41	45	45	1.05	1.10	1.10

出典: KDB システム_医療費分析(1) 最小分類

7 介護

(1) 要介護者の生活習慣病の有病状況

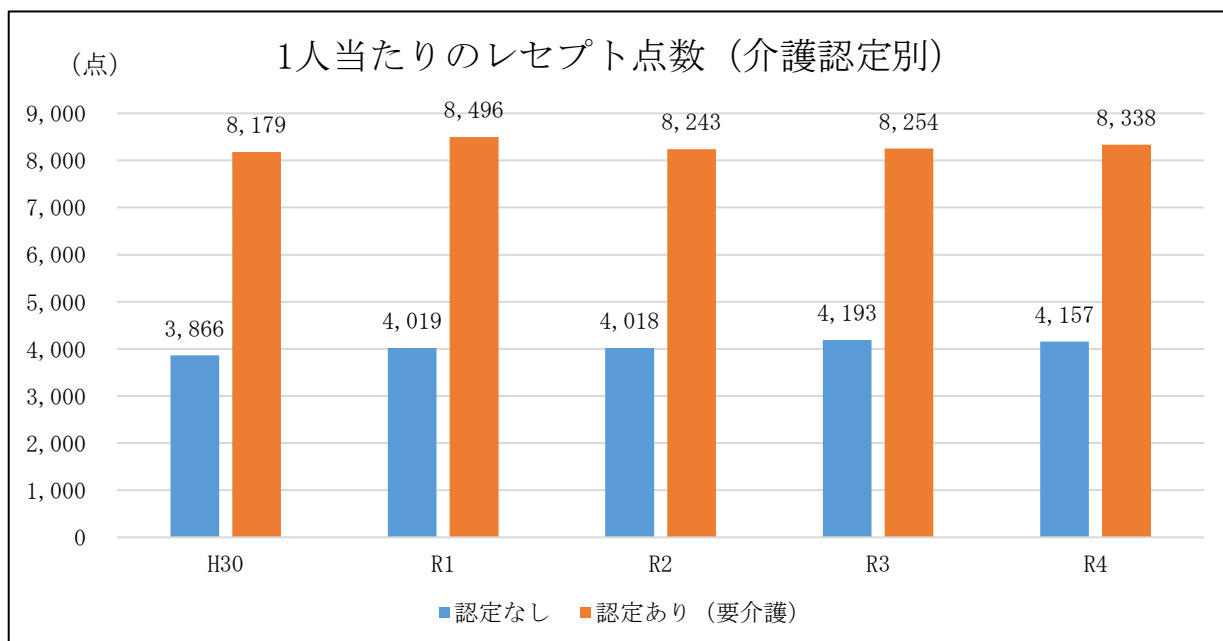
「高血圧症」，「心臓病」，「筋・骨格」が高くなっており，いずれの疾病も岡山県より有病割合が高い状況です。また，「脂質異常症」が増加傾向にあります。



出典：KDB システム__地域の全体像の把握

(2) 1人当たりのレセプト点数（介護認定別）

「認定あり（要介護）」が「認定なし」の約2倍となっています。

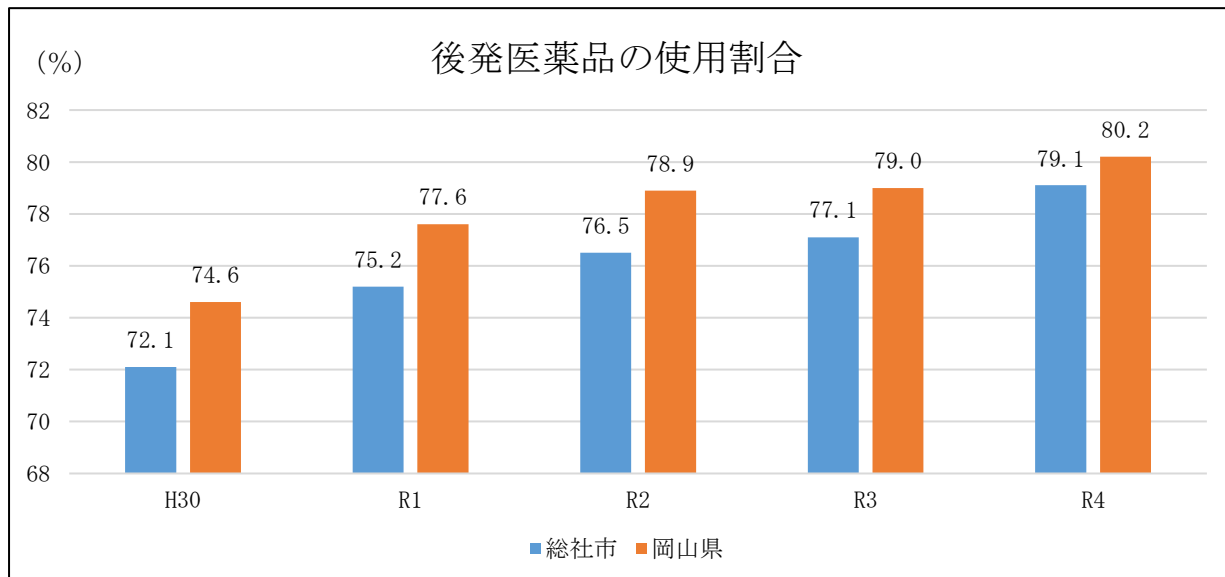


出典：KDB システム__地域の全体像の把握

8 後発医薬品・重複処方

(1) 後発医薬品の使用割合

増加傾向にあり、令和5年3月時点では79.1%となっています。岡山県の使用割合より低くなっており、国の目標である80%に届いていません。



出典：厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」

(2) 処方薬効数（同一月内）

令和5年3月の状況では、同月内に15種類以上の処方を受けた人は20人です。

単位：人

		処方薬効数（同一月内） R5.3月分											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日 数	1日以上	6,293	5,202	4,019	2,900	2,019	1,354	881	586	363	230	20	0
	15日以上	5,301	4,661	3,716	2,772	1,962	1,329	868	579	360	228	20	0
	30日以上	4,548	4,017	3,224	2,437	1,745	1,200	800	535	344	222	20	0
	60日以上	2,228	2,025	1,715	1,345	988	694	475	333	218	143	14	0
	90日以上	947	864	744	605	442	323	231	166	114	76	7	0
	120日以上	401	375	327	266	193	144	106	80	63	42	4	0
	150日以上	186	173	145	118	82	58	41	31	24	17	1	0
	180日以上	118	111	93	74	52	35	26	19	15	12	1	0

出典：KDB システム__重複多剤処方の状況

(3) 複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）

令和5年3月の状況では、2医療機関以上から2以上の同一薬効薬の処方を受けた人は76人です。

単位：人

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内） R5.3月分				
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上
重複処方を受けた人	2医療機関以上	320	76	14	4	0
	3医療機関以上	12	8	4	2	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0

出典：KDBシステム__重複多剤処方の状況

9 健康課題等の整理

健康・医療情報等の分析により、明らかとなった健康課題は、以下のとおりです。

項目	健康課題等	分類
平均余命 健康寿命	<p>【課題】介護期間が長期化する傾向にある。</p> <p>【方向性】健康寿命を延ばし，介護期間を縮めていく。</p>	A
死因	<p>【課題】死因は「がん」，「心疾患」，「脳疾患」の順に多く，「心疾患」は増加傾向にある。</p> <p>【方向性】高血圧予防など生活習慣病予防を推進していく。</p>	B
医療費	<p>【課題】1人当たりの医療費（年齢調整後）は国より高く増加傾向にある。</p> <p>【課題】「新生物」，「循環器系の疾患」の医療費割合が高い。</p> <p>【課題】「循環器系の疾患」の割合は，40歳代以上から高くなっている。</p> <p>【方向性】高血圧予防を中心とした取り組みを実施し，被保険者の健康保持増進と医療費適正化を進めていく。</p>	C
特定健康診査 特定保健指導	<p>【課題】40歳代（特に男性）の受診率が低い。</p> <p>【方向性】健康診査の継続受診につなげる。また，未受診者に対し，積極的な受診勧奨を行い，健診の受診定着化につなげる。</p>	D
健診結果等 (有所見率等)	<p>【課題】男女ともにHbA1c やLDL コレステロールの有所見の割合が高い。</p> <p>【課題】腹囲が基準値以上の人の割合は横ばいであるが，腹囲の平均値は上昇傾向にある。</p> <p>【方向性】メタボリックシンドロームを中心とした疾病予防を図り，生活習慣の改善を進めていく。</p>	E
生活習慣病	<p>【課題】患者1,000人あたり人工透析患者数が岡山県よりも高く，増加傾向にある。</p> <p>【課題】生活習慣病患者数は，高血圧症，脂質異常症の順に多く，脂肪肝の比率が他機関と比べ高い。</p> <p>【方向性】生活習慣病重症化予防のさらなる強化をしていく。</p>	F
後発医薬品・ 重複処方	<p>【課題】後発医薬品の使用割合は増加傾向にあるが，国の目標値には届かない。</p> <p>【方向性】医療費適正化の観点から，普及啓発を強化していく。</p>	G

第5章 データヘルス計画の目的を達成するための戦略

前期データヘルスの最終評価や健康課題等の整理を踏まえ、データヘルス計画で目指す目的を下記のとおり設定します。

○データヘルス計画全体の目的

- ・ 被保険者の健康の保持増進及び健康寿命の延伸
- ・ 医療費の適正化

上記の目的を達成するために必要な4つの目標を設定し、個別保健事業を実施します。

- 目標1. 定期的に健診を受診し、自らの健康状態の把握に努める人を増やします。
- 目標2. 特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者や生活習慣病予備軍の減少を図ります。
- 目標3. 生活習慣病重症化予防を図ります。
- 目標4. 医薬品の適正使用、後発医薬品の使用促進を図ります。

各目標を達成するために、各個別保健事業を実施します。

目標1. 定期的に健診を受診し、自らの健康状態の把握に努める人を増やします。

目指す方向性	個別保健事業	指標	健康課題
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康寿命を延ばし、介護期間を縮めていく。 ・ 健康診査の継続受診につなげる。また、未受診者に対し、積極的な受診勧奨を行い、健診の受診定着化につなげる。 	①総社市国民健康保険特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査受診率（共通）※ 	A
	②総社市国民健康保険未受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合（共通）※ 	B D

※岡山県が示した共通評価指標

目標 2. 特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者や生活習慣病予備軍の減少を図ります。

目指す方向性	個別保健事業	指標	健康課題
<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命を延ばし、介護期間を縮めていく。 糖尿病や高血圧症を中心とした疾病予防を図り、生活習慣の改善を進めていく必要がある。 	③総社市国民健康保険特定保健指導	・特定保健指導実施率（共通）※	A
	⑦健康インセンティブ事業	・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（共通）※	B
		・血圧が保健指導判定値以上の者の割合（共通）※	D
		・特定保健指導（初回）実施率	E
		・運動習慣のある者の割合（共通）※	

※岡山県が示した共通評価指標

目標 3. 生活習慣病重症化予防を図ります。

目指す方向性	個別保健事業	指標	健康課題
<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病重症化予防のさらなる強化をしていく。 	④総社市糖尿病性腎症重症化予防事業	・HbA1c 8.0%以上の者の割合（共通）※	B
	⑤生活習慣病重症化予防における保健指導	・高血糖者の割合（共通）※	C
		・HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合（共通）※	F
		<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導（初回）実施率 ・血圧が保健指導判定値以上の者の割合（共通）※ 	

※岡山県が示した共通評価指標

目標 4. 医薬品の適正使用, 後発医薬品の使用促進を図ります。

目指す方向性	個別保健事業	指標	健康課題
<ul style="list-style-type: none"> ・医療費適正化の観点から、普及啓発を強化していく。 	⑥後発医薬品・適正服薬対策事業	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品使用割合 ・重複・多剤処方者指導後のレセプト改善数 ・後発医薬品使用割合等の医療機関への情報提供回数 	G

第6章 健康課題を解決するための個別保健事業

①総社市国民健康保険特定健康診査

事業の目的	内臓脂肪型肥満に着目した「特定健康診査」によって生活習慣病のリスクを早期に発見し、生活習慣病の予防・改善につなげます。					
対象者	40～74歳の総社市国民健康保険加入者					
現在までの事業結果	特定健診の受診方法には、集団健診・医療機関での健診・人間ドックの費用給付・検査結果の情報提供の4つがあります。					
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	対象者数	10,204人	9,922人	9,803人	9,471人	8,925人
	受診者数	2,816人	2,790人	2,490人	3,439人	3,161人
	受診率	27.6%	28.1%	25.4%	36.3%	35.4%

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	特定健康診査受診率	35.4%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
(成果)指標	前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	19.65%	県平均以下かつ計画策定時実績より減少					

今後の実施方法（プロセス）

<p>1 実施方法</p> <p>集団健診・医療機関健診・人間ドック費用給付・検査結果の情報提供の4つの方法で実施します。</p> <p>2 効果的な事業実施に向けた取組</p> <p>①広報活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者ごとに受診券の発券及び案内の送付を行い、実施を周知します。なお、広報紙、健康カレンダー、市ホームページ等で健診の必要性等について意識啓発を図るとともに、愛育委員等により受診勧奨を図ります。 ・医療機関での受診勧奨を実施します。

- ・国民健康保険被保険者証送付時に特定健診のチラシを同封します。

②受診環境の整備

- ・Web予約の強化をします。
- ・“歩得”・“リン得”健康商品券事業（インセンティブ事業）と連携し、「健診（検診）受けたよポイント」を行います。
- ・特定健診とがん検診（女性のがん検診も含む）が同時に受診できるようにします。がん検診のほかにも心電図・眼底検査を希望者に実施し、クレアチニン・尿酸は全員に追加実施します。
- ・休日の健診を実施します。
- ・医療機関との連携を強化します。
- ・若いときから健康意識を持ってもらえるよう、郵送型健診を実施します。
- ・医療機関でのポスター掲示により、健康づくりに関する必要な知識の周知を図ります。

今後の実施体制（ストラクチャー）

医師会・委託先健診機関・市内及び近隣医療機関との連携
愛育委員協議会・栄養改善協議会との連携

②総社市国民健康保険未受診者対策

事業の目的	国保特定健診未受診者に対し、効果的に受診勧奨を行っていくことで生活習慣病予防や疾病の重症化予防につなげ、医療費の適正化を図ります。															
対象者	40～74歳の総社市国民健康保険加入者															
現在までの事業結果	<p>H27年度から未受診者対策として取り組みを実施しています。</p> <p>H31：受診勧奨通知及び訪問による受診勧奨をしています。</p> <p>H31～R4：おかやま在宅保健師等の会「ももの会」会員による、未受診者への電話での受診勧奨を実施しています。</p> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>電話</th> <th>予約 受診予定者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H31</td> <td>498</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>766</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>553</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>493</td> <td>150</td> </tr> </tbody> </table> <p>R3～R4：特定健診・特定保健指導受診歴などのデータに基づき対象者を抽出し、AIによるナッジ理論を活用し、対象者の特性にあった5種類の文書により勧奨通知を送付しています。（事業を委託して実施）</p> <p>R3:3回勧奨（9月8日：7,594件・1月7日7365件・2月2日2,386件）</p> <p>R4:2回勧奨（9月20日：7,088件・11月22日：6,985件）</p>		電話	予約 受診予定者	H31	498	63	R2	766	102	R3	553	65	R4	493	150
	電話	予約 受診予定者														
H31	498	63														
R2	766	102														
R3	553	65														
R4	493	150														

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査受診率	35.4%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

今後の実施方法（プロセス）

<p>1 実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅保健師等の会による電話での受診勧奨をします。 ・特定健診・特定保健指導受診歴などのデータに基づき対象者を抽出し、AIによるナッジ理論を活用し、対象者の特性にあわせた種類の違うデザインの勧奨通知を送付します。

2 効果的な事業実施に向けた取組

- ・受診勧奨通知後に、電話勧奨を行うことでより効果的な勧奨を実施します。
- ・より効果的な受診勧奨時期、内容、方法を検討します。
- ・受診勧奨通知後に合わせて、がん検診時の声かけや回覧を実施します。

今後の実施体制（ストラクチャー）

委託先事業実施機関、在宅保健師等の会との協議・連携

医師会・医療機関との連携

愛育委員協議会、栄養改善協議会との連携

③総社市国民健康保険特定保健指導

事業の目的	<p>内臓脂肪の蓄積に着目し、対象者のリスク数に応じた個別の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、生活習慣病を予防することを目的とします。</p>																																			
対象者	<p>国保特定健康診査（集団健診、医療機関での健診、人間ドック費用給付、情報提供）を受診した者のうち、階層化の結果、動機付け支援・積極的支援に該当となった者</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">腹囲</th> <th rowspan="2" style="width: 20%;">追加リスク ①血糖②脂質③血圧</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">④喫煙歴</th> <th colspan="2" style="width: 55%;">対象</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">40～64 歳</th> <th style="width: 20%;">65～74 歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥85cm（男性）</td> <td>2 つ以上該当</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">積極的支援</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>≥90cm（女性）</td> <td>1 つ該当</td> <td style="text-align: center;">あり</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">なし</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で BMI ≥25</td> <td>3 つ該当</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">積極的支援</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>2 つ該当</td> <td style="text-align: center;">あり</td> </tr> <tr> <td>1 つ該当</td> <td style="text-align: center;">なし</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					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）	2 つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援	≥90cm（女性）	1 つ該当	あり			なし			上記以外で BMI ≥25	3 つ該当	/	積極的支援	動機付け支援	2 つ該当	あり	1 つ該当	なし		
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）	2 つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援																																
≥90cm（女性）	1 つ該当	あり																																		
		なし																																		
上記以外で BMI ≥25	3 つ該当	/	積極的支援	動機付け支援																																
	2 つ該当	あり																																		
	1 つ該当	なし																																		
現在までの事業結果	<p>平成 30 年度から特定健診（集団健診）当日の腹囲、BMI 値が基準値以上の者に直営での初回面接を実施しており、令和 2 年度からはタブレットを導入した保健指導を行っています。</p> <p>集団健診の結果、積極的支援の対象となった者、及び集団健診以外の健康診査の結果、特定保健指導の対象となった者へは、全員に個別通知・電話により利用勧奨を行い、希望者へ委託機関による保健指導を実施しています。実施率向上のために令和元年度から“歩得”健康商品券事業（インセンティブ事業）にて「参加したよポイント」の対象としました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">平成 30 年度</th> <th style="width: 15%;">令和元年度</th> <th style="width: 15%;">令和 2 年度</th> <th style="width: 15%;">令和 3 年度</th> <th style="width: 15%;">令和 4 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者数</td> <td style="text-align: center;">317 人</td> <td style="text-align: center;">302 人</td> <td style="text-align: center;">289 人</td> <td style="text-align: center;">372 人</td> <td style="text-align: center;">322 人</td> </tr> <tr> <td>修了者数</td> <td style="text-align: center;">84 人</td> <td style="text-align: center;">108 人</td> <td style="text-align: center;">145 人</td> <td style="text-align: center;">169 人</td> <td style="text-align: center;">157 人</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td style="text-align: center;">26.5%</td> <td style="text-align: center;">35.8%</td> <td style="text-align: center;">50.2%</td> <td style="text-align: center;">45.4%</td> <td style="text-align: center;">48.8%</td> </tr> </tbody> </table>						平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	対象者数	317 人	302 人	289 人	372 人	322 人	修了者数	84 人	108 人	145 人	169 人	157 人	実施率	26.5%	35.8%	50.2%	45.4%	48.8%							
	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度																															
対象者数	317 人	302 人	289 人	372 人	322 人																															
修了者数	84 人	108 人	145 人	169 人	157 人																															
実施率	26.5%	35.8%	50.2%	45.4%	48.8%																															

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.89%	県平均以上かつ計画策定時実績より増加					
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	58.01%	県平均以下かつ計画策定時実績より減少					
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	48.8%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	特定保健指導（初回）実施率	52.2%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

今後の実施方法（プロセス）

<p>1 実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診で当日の腹囲、BMI値が基準値以上の者については、健診当日にもれなく初回面接を実施します。 ・ 集団健診以外の健康診査の結果、特定保健指導の対象となった者へは、健診後の個別通知や電話によるフォローを行い、利用勧奨を実施します。 <p>2 効果的な事業実施に向けた取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ タブレットを用いた特定保健指導により、前年度と数値の比較を行いながら効果的な特定保健指導を行います。 ・ 歩数計を活用し、運動習慣の定着を図ります。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診当日特定保健指導を実施するための健診委託機関との連携 ・ 特定保健指導委託機関との連携
--

④総社市糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	特定健診の結果，血糖値などの健診項目の値が受診勧奨判定値以上の者について，医療機関への適切な受診勧奨を行うことにより，疾病の重症化を予防し，医療費の適正化を図ります。				
対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラム－岡山方式－の基準に基づき，特定健康診査及びレセプトデータから抽出する。①かつ②に該当した者を対象とする。 ①2型糖尿病域（空腹時血糖 126mg/dl 以上（随時血糖 200mg/dl）または HbA1c6.5%以上） ②糖尿病服薬なし または 治療中断者				
現在までの事業結果	通知の送付や訪問等により糖尿病性糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨を実施。通知を送付した者には，1～4週間後に電話による受診勧奨を行う。 プログラムを実施している医療機関を受診し，プログラム対象者となれば検査や治療，保健指導を継続的に受ける。（半年間）				
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	実施医療機関	25/27	25/28	21/27	22/25
	対象者数	15人	90人	129人	155人
	情報提供書提出数	-	-	11人	45人
	プログラム参加者	5人	12人	7人	21人
	医療機関受診者	13人	73人	91人	126人

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値				
			R4	R6	R7	R8	R9
アウトカム (成果) 指標	HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.12%	県平均以下かつ計画策定時実績より減少				
	高血糖者の割合	9.12%	県平均以下かつ計画策定時実績より減少				
	HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	14.80%	県平均以下かつ計画策定時実績より減少				

今後の実施方法（プロセス）

1 実施方法

- ・ 健診結果到着後速やかに対象者を抽出し、受診勧奨を行います。
- ・ 対象者や医療機関と連絡をとりながら継続受診を促します。

2 効果的な事業実施に向けた取組

- ・ 通知だけでなく、訪問や電話により効果的に医療機関への受診勧奨を行います。

今後の実施体制（ストラクチャー）

- ・ 年1回以上国保ミーティング（糖尿病対策推進会議）を行い、吉備医師会、保健所と協議しながら事業を実施します。
- ・ 岡山県、岡山大学病院とデータ分析を行い、事業評価を行います。

⑤生活習慣病重症化予防における保健指導

事業の目的	<p>特定健診の結果， 血圧などの健診項目の値が受診勧奨判定値以上の者について， 医療機関への適切な受診勧奨を行うことにより， 疾病の重症化を予防し， 医療費の適正化を図ります。</p>															
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧 ①高血圧のみ：血圧 140/90mmHg 以上 ②高リスク：高血圧治療ガイドライン 2019 の脳心血管病リスク階層化に基づく ・ CKD ①尿たんぱく（+）以上 ②eGFR45 以上 60 未満かつ尿たんぱく（±）以上 ③eGFR45 未満 ④eGFR45 以上 60 未満かつ尿たんぱく（-） ・ LDL コレステロール 140mg/dl 以上 															
現在までの事業結果	<p>集団健診当日， 食生活や生活習慣についての聞き取りを行い， かかりつけ医の有無などを確認しています。高血圧該当者へは血圧手帳を用いて受診勧奨を実施しています。結果送付時には， CKD④， LDL 該当者にパンフレットを活用して情報提供を行うとともに高血圧①②， CKD①～③該当者に電話， 訪問にて家庭血圧測定の推奨と受診勧奨を実施しています。その後， 結果返却時から約 3 カ月後に健診後のおたずねを送付し， 受診状況確認しています。</p> <p>疾病の重症化予防のためにも継続的な受診が重要となることから， 集団健診受診者のうち初受診者に対し， 健診結果の見方の説明， 継続受診の勧奨を， 実施前年度未受診者に対し， 未受診理由の聞き取り， 継続受診の勧奨を実施しています。また， 健診結果経年表（マルチマーカー）を活用し， 経年で健診結果の推移を数値やグラフで見える化することでそれぞれの結果を分かりやすく伝えるよう工夫しています。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">高血圧該当者の中で、服薬していない人の割合</p> <p style="text-align: center;">収縮期血圧140mmHg以上、あるいは拡張期血圧90mmHg以上で高血圧該当者のうち、高血圧服薬なし *今回はレセプトとの照合ができたため通院有無での判断はできず</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧該当者のうち服薬なし(人)</td> <td>558</td> <td>550</td> <td>819</td> <td>597</td> </tr> <tr> <td>高血圧該当者のうち服薬なし(%)</td> <td>60.6</td> <td>56.5</td> <td>56.4</td> <td>55.1</td> </tr> </tbody> </table> </div>		2019	2020	2021	2022	高血圧該当者のうち服薬なし(人)	558	550	819	597	高血圧該当者のうち服薬なし(%)	60.6	56.5	56.4	55.1
	2019	2020	2021	2022												
高血圧該当者のうち服薬なし(人)	558	550	819	597												
高血圧該当者のうち服薬なし(%)	60.6	56.5	56.4	55.1												

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値				
		R4	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム (成果) 指標	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	58.01%	県平均以下かつ計画策定時実績より減少				

今後の実施方法（プロセス）

1 実施方法

- ・対象者に合わせたパンフレットを用いて情報提供を行うとともに、電話や訪問による生活習慣改善に関する指導や受診勧奨を行います。
- ・健診受診後のきめ細やかなフォローを行い、健診の継続受診を促します。

2 効果的な事業実施に向けた取組

- ・健診後速やかに対象者の抽出を行い、健診結果返却時の健康意識が高まっている状況で受診勧奨を行い受診に繋がります。
- ・血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の習慣化と測定値の見える化で受診の必要性を伝えます。
- ・経年結果表のグラフを用いて腎機能の低下を分かりやすく説明します。

今後の実施体制（ストラクチャー）

- ・年1回以上国保ミーティング（糖尿病対策推進会議）を行い、吉備医師会、保健所と協議しながら事業を実施します。
- ・岡山県、岡山大学とデータ分析を行い、事業評価を行います。

⑥後発医薬品・適正服薬対策事業

事業の目的	被保険者の費用負担の軽減及び医療費の適正化を図ります。
対象者	①医薬品等の利用があった被保険者のうち、後発医薬品に切り替えた場合に費用の軽減が認められる者 ②重複処方者：同月内に2以上の医療機関から同一薬効薬を3か月連続で処方された方のうちレセプトを確認し選定した者 ③多剤処方者：同月内に2以上の医療機関から15種類以上の薬を3か月連続で処方された方のうちレセプトを確認し選定した者
現在までの事業結果	・後発医薬品の使用割合は年々増加しており、R4では75%を超えました。 ・重複・多剤処方者として病名と3医療機関受診の条件で選定した対象者へ訪問指導を実施し、受診・健康状態の確認と保健事業利用の呼びかけを行いました。

今後の目標値

指標	⑥評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品使用割合 (毎年度3月診療時点)	79.10%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	重複・多剤処方者指導 後のレセプト改善数 (人)	2	3	3	4	4	4	4
アウトプット (実施量・率) 指標	後発医薬品使用割合等 の医療機関への情報提供回数	2	3	3	3	3	3	3
	保健指導実施数(人)	2	5	5	6	6	6	6

今後の実施方法（プロセス）

1 実施方法 <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品に切り替えることにより自己負担額が300円/月以上軽減される方へ差額通知を送付します。被保険者へ希望シールを配付し、啓発に努めます。医療機関へ使用割合の現状を共有し協力依頼を実施します。 ・重複・多剤処方者はKDBシステム、レセプトからそれぞれ対象者を抽出。対象者への個別通知、保健師・保険年金係職員の個別訪問・電話による保健指導を実施します。指導後3か月以上経過
--

してレセプトで状況を確認します。

- ・ホームページに後発医薬品利用促進及び医療費適正化啓発記事を掲載します。

2 効果的な事業実施に向けた取組

- ・対象者の基準，抽出方法を見直します。
- ・重複・多剤処方者への通知内容の検討をします。

今後の実施体制（ストラクチャー）

医師会，歯科医師会，薬剤師会と連携し事業を推進します。

KDB システムを活用しながら事業評価等を行います。

⑦健康インセンティブ事業（“歩得”・“リン得”健康商品券事業）

事業の目的	歩数や自転車の走行距離に応じてポイントを付与することで、運動習慣の定着化を推進し、医療費の適正化や健康状態の改善を図ります。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総社市民または総社市在勤者 ・ 申込時点で20歳以上の方
現在までの事業結果	<p>< “歩得”健康商品券 ></p> <p>【R元年度】 参加者 3,287人 平均歩数 8,142歩 参加事業所 13事業所</p> <p>【R2年度】 参加者 4,262人 平均歩数 8,289歩 参加事業所 19事業所</p> <p>【R3年度】 参加者 4,550人 平均歩数 7,874歩 参加事業所 23事業所</p> <p>【R4年度】 参加者 4,433人 平均歩数 7,877歩 参加事業所 24事業所</p> <p>< “リン得”健康商品券 ></p> <p>【R3年度】 参加者 207人 平均走行距離 1,696km</p> <p>【R4年度】 参加者 172人 平均走行距離 1,976km</p>

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 指標	運動習慣のある者の割合	54.70%	県平均以上かつ計画策定時実績より増加					
	“歩得”健康商品券事業参加者平均歩数	7,877歩	8,000歩	8,000歩	8,000歩	8,000歩	8,000歩	8,000歩
アウトプット (実施量・率) 指標	“歩得”健康商品券事業参加者	4,433人	-	-	-	-	-	-
	“リン得”健康商品券事業参加者	172人	-	-	-	-	-	-
	“歩得”・“リン得”健康商品券事業参加者	-	5,500人	5,500人	5,500人	5,500人	5,500人	5,500人

今後の実施方法（プロセス）

1 実施方法

< “歩得”健康商品券 >

・歩数計またはスマートフォンアプリを使用して歩数を測定し、歩数に応じてポイントを獲得します。

・健診（検診）を受診することや、指定講座等に参加すること等でポイントを獲得します。

< “リン得”健康商品券 >

・自転車に走行距離計測機器を設置し、自転車の走行距離を測定し、走行距離に応じてポイントを獲得します。

・健診（検診）を受診することや、指定講座等に参加すること等でポイントを獲得します。

2 効果的な事業実施に向けた取組

・各種団体、事業所等にPR用チラシを配布します。

・新たなポイントの追加し、参加するきっかけをつくります。

・インターネット申込により参加者の利便性を確保します。

今後の実施体制（ストラクチャー）

・運動教室や健康チェック等のイベントを実施する民間事業者等との連携を推進します。

・総社市が健康分野における協定を結んでいる神奈川県大和市との連携をします。

・市デジタル化推進室と連携し、市の公式ラインを用いて参加するイベントを実施することでDX化を推進します。

第7章 計画の評価・見直し

1 個別保健事業の評価・見直し

個別保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施方法や実施体制が適切であったか等確認の上、達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

2 データヘルス計画の評価・見直し

①評価の時期

設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、また、本計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に最終評価を行います。

年度	6	7	8	9	10	11
スケジュール	・中間評価			・最終評価		

②評価方法・体制

計画は、中長期的な保険事業の運営を行うものであることを踏まえ、アウトカム指標を中心とした評価を行います。

また、評価に当たっては、必要に応じ庁内各課・関係団体と連携して行います。

第8章 計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

第9章 個人情報の取扱い

データヘルス計画策定や保健事業実施に当たっては、活用するデータの種別が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工するなど統計情報と個人情報を扱う場合もあることから、個人情報の取扱いに当たっては、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適切に管理します。

また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

第10章 地域包括ケアに係る取組

1 地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した生活を営んでいくためには、現行の介護保険制度を維持しながら、いわゆる団塊の世代すべて

が75歳以上となる2025年はもちろんのこと、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見据えた、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが求められます。

国保部局として、地域包括ケアシステムの構築に向けた部局横断的な議論の場に参加し、KDB等を活用したデータ提供等により地域課題を共有し、対応策の検討を行っていきます。

2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から、保健事業と介護予防事業を一体的に実施することでフレイルを予防し、健康寿命の延伸を目指します。

第 11 章 第 4 期総社市特定健康診査等実施計画

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、本市における国民健康保険被保険者に対する特定健診検査及び特定保健指導の方法及びその成果に関する具体的な目標等について定めるものです。

1 特定健康診査の実施状況

特定健診受診率向上のため、第 3 期総社市特定健康診査等実施計画（H30 年度～R5 年度）に基づき、受診勧奨などの取り組みを実施し、受診率は上昇傾向にありますが、目標値には達していません。

【受診率・目標達成率などの状況】

項目	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値 A	33%	37%	42%	47%	52%
対象者数 B	10,204 人	9,922 人	9,803 人	9,471 人	8,925 人
受診者数 C	2,816 人	2,790 人	2,490 人	3,439 人	3,161 人
受診率 D(C/B)	27.6%	28.1%	25.4%	36.3%	35.4%
目標達成率 E(D/A)	83%	80%	60%	77%	68%

2 特定保健指導の実施状況

対象者数は年度によりばらつきがあります。令和 4 年度は前年度に比べ対象者、終了者ともに減少しましたが、実施率は前年度より上昇しています。実施率は、令和元年度から令和 3 年度まで目標を達成しており、高い実施率を維持しています。

【実施率・目標達成率などの状況】

項目	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値 A	30%	35%	40%	45%	50%
対象者数 B	317 人	302 人	289 人	372 人	322 人
修了者数 C	84 人	108 人	145 人	169 人	157 人
実施率 D(C/B)	26.5%	35.8%	50.2%	45.4%	48.8%
目標達成率 E(D/A)	88%	102%	126%	101%	98%

3 総社市における目標値及び目標実施者数等の推計

(1) 目標値

第3期計画における特定健康診査及び保健指導の実施状況を踏まえ、第4期計画期間における目標値を次のとおり定めます。目標値の設定に当たっては、国が示す特定健康診査等基本指針に示された目標値を踏まえて設定しています。

項目	R6	R7	R8	R9	R10	R11
①特定健康診査	40%	44%	48%	52%	56%	60%
②特定保健指導	50%	52%	54%	56%	58%	60%

※保険者全体の第3期計画期間の実施率の目標については、特定保健指導実施率は目標を達成した年度もあつたが、特定健診実施率は目標とかい離がありました。引き続き、実施率の向上に向けて取り組みを進めていく必要がある為、総社市においても令和11年の実施目標は市町村国保の目標を設定しています。

(2) 特定健康診査の目標実施者数の推計

項目	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数 (推計値)	9,195人	8,910人	8,634人	8,366人	8,107人	7,856人
目標値	40%	44%	48%	52%	56%	60%
目標実施者数	3,678人	3,920人	4,144人	4,350人	4,540人	4,713人

(3) 特定保健指導の目標終了者数の推計

項目		R6	R7	R8	R9	R10	R11
全 体	対象者数	368人	392人	414人	435人	454人	471人
	目標値	50%	52%	54%	56%	58%	60%
	目標終了者数	184人	204人	224人	244人	263人	283人
動機付け支援 (推計値)	対象者数	311人	331人	350人	368人	384人	398人
	目標終了者数	175人	194人	213人	233人	251人	269人
積極的支援 (推計値)	対象者数	57人	61人	64人	67人	70人	73人
	目標終了者数	9人	10人	11人	11人	12人	13人

4 特定健康診査の実施方法

(1) 実施項目

健診項目は、国が定める実施基準による他、被保険者の健康づくりに役立てるため、腎機能検査（血清クレアチニン）・代謝系検査（尿酸）を追加しています。

区 分	内 容
基本的な健診項目	問診，身体計測（身長・体重・BMI・腹囲），内科診察，血圧測定，尿検査（糖，蛋白），血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は随時中性脂肪）），HDL コレステロール，LDL コレステロール（空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合，Nom-HDL コレステロールでも可），肝機能検査（AST，ALT， γ -GT），血糖検査（空腹時血糖又は HbA1c，やむを得ない場合は随時血糖）
詳細な健診項目※1	貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査
追加健診項目※2	血清クレアチニン検査・尿酸，心電図検査，眼底検査

※1 詳細な健診項目については、一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施

※2 血清クレアチニン検査は実施基準では詳細な健診の項目とされ、尿酸は健診項目にありませんが、総社市では独自に追加項目として実施しています。なお、心電図検査及び眼底検査は集団健診受診者の内、希望者のみとしています。

(2) 実施方法

- ア 保健センターや地区分館等で集団健診により実施しています。
- イ 主に市内医療機関での健診により実施しています。
- ウ 人間ドック費用給付を実施しています。
- エ 検査結果の情報提供により実施しています。

(3) 実施時期

- ア 集団健診は7月から翌年1月に実施しています。
- イ 医療機関での健診は6月から翌年2月に実施しています。
- ウ 人間ドック費用の助成は4月から翌年3月末までに受診したものを対象としています。
- エ 検査結果の情報提供は4月から翌年3月末までに受診したものを対象としています。

(4) 委託の有無

- ア 集団健診は健診機関へ委託しています。
- イ 医療機関での健診は市内及び近隣医療機関へ委託しています。

(5) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

事業主健診や生活習慣病の治療のため医療機関等で健診を受診している場合には、受診結果を提供してもらうように受診券送付時に案内チラシ等で周知を行います。受診結果の提供があった場合には、市においてデータ登録を行うとともに、健康増進に必要な情報提供を行います。

(6) 周知方法

ア 健診の実施

対象者ごとに受診券の発券及び案内の送付を行い、実施を周知します。

なお、広報紙、健康カレンダー、市ホームページ等で健診の必要性等について意識啓発を図るとともに、愛育委員等により受診勧奨を図ります。

イ 健診結果

集団健診受診者については、健診機関から結果を受領し、保険者から直接受診者あて通知します。

医療機関健診受診者については、医療機関から受診者に直接通知します。

(7) 健診データの受領方法及び管理方法

健診データは、委託健診機関から岡山県国民健康保険団体連合会を通じ送付された電子データを月単位に受領して、総社市で保管します。

なお、保管年数は5年とします。

5 特定保健指導の実施方法

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き及び標準的な健診・保健指導プログラムに基づき実施します。

(1) 実施場所

市役所等で実施します。

(2) 対象者の抽出方法

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64 歳	65～74 歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2 つ以上該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当			
上記以外で BMI ≥25	3 つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2 つ該当			
	1 つ該当			

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※糖尿病、高血圧症、高脂血症の治療に係る薬剤を服薬している人は、対象者から除外す

る。

※65～74歳の方は、追加リスクの数で積極的支援に該当する場合でも動機付け支援となる。

ア 動機付け支援

a) 支援期間・頻度

保健師，管理栄養士などにより，原則1回の面接による支援を行います。また，初回面接から3ヶ月以上経過後に面接又は通信を利用して実績評価を実施します。

b) 支援内容

対象者本人が，自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき，自ら目標を設定し，行動に移すことのできる内容とします。

c) 実績評価

面接または通信により行動目標の達成状況並びに身体状況及び生活習慣の変化についての確認を行い，評価結果について支援対象者に提供します。

イ 積極的支援

a) 支援期間・頻度

支援開始時に動機付け支援と同様の内容の面接支援を行います。その後3ヶ月以上の継続的な支援として，面接や通信により支援を実施します。また，3ヶ月以上経過後に身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて面談や通信で確認します。

b) 支援内容

対象者本人が，自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき，自ら目標を設定し，行動に移すことのできる内容とします。アウトカム評価とプロセス評価を合計し180ポイント以上の支援を実施します。中盤に身体状況や生活習慣の変化の把握のための中間評価を行い，評価に基づき，支援終了まで，引き続き支援を行います。

c) 実績評価

面接または通信により確認を行い，評価結果について支援対象者に提供します。または継続的な支援の最終回とともに実施します。

ウ 情報提供

特定健康診査受診者全員に，結果の見方や個人の生活習慣，その改善に関する基本的な情報についてのパンフレット等を用いて，必要な情報提供を行います。

(3) 実施時期

年間を通じて実施します。

(4) 委託の有無

特定保健指導業務受託機関へ委託して実施するほか、市の保健師、管理栄養士が実施します。

(5) 周知方法

個別に対象者へ案内を送付します。

(6) 保健指導データの受領方法及び管理方法

委託機関実施に係る保健指導データは、岡山県国民健康保険団体連合会を通じ送付された電子データを月単位に受領して、総社市で保管します。

なお、保管年数は5年とします。

(7) 特定保健指導対象者の選出（重点化）の方法

特定保健指導は、原則としてすべての対象者に実施することとします。

ただし、対象者数が当初予定を超えた場合については、予防効果が多く期待できる層を優先的に実施するという観点から、以下の基準に基づき対象者の選出を行うものとします。

①年齢が若い対象者を優先します。（特に60歳未満の対象者）

②健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援から積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化、より綿密な保健指導が必要になった対象者とします。

③前年度に保健指導を受けなかった者を優先します。

6 年間スケジュール

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
特定健康診査	→健診案内 →未受診者通知・追加案内 →受診券発送 →医療機関での健診（6月～2月）・集団健診（7月～1月）											
特定保健指導	→ 通年実施（健診後、指導の案内発送）											

7 個人情報保護

個人情報の取扱いに関しては、「総社市個人情報の保護に関する法律施行条例(令和4年12月21日総社市条例第26号)」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日付け、個情第534号、医

政発0414第6号，薬生発0414第1号，老発0414第1号)「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成16年12月27日厚生労働省)」に基づいて行います。

なお，特定健康診査・特定保健指導を外部に委託する際は，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るなど，個人情報の保護に努めるものとします。また，特定健診・保健指導の結果データは関係法令等に基づいて適正に管理します。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条3に基づき，特定健康診査等実施計画を定め，又はこれを変更したときは，遅滞なくこれを市ホームページに掲載し，公表するものとします。

9 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 基本的な考え方

特定健康診査等は，糖尿病等の生活習慣病有病者及びその予備軍の減少を目的として特定健診受診率，保健指導実施率に係る目標を掲げ，計画的に実施するものです。この目的に資する事業とするために，具体的な評価内容を設定し，毎年度，事業の実施状況及び成果に関する評価を行うとともに実施方法等の見直しを行います。

(2) 評価方法

目標で設定した特定健康診査・特定保健指導の目標値の達成状況及びその経年変化の推移について把握し，毎年度評価していきます。

前年度の特定健康診査等の結果データから作成する国への実績報告を評価として活用します。

(3) 見直し

計画の中間年度にあたる令和8年度に中間評価及び見直しを行い，令和11年度に最終評価を行うこととします。

参考資料 用語集

行	用語	解説
あ行	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別から GFR を推算したもの。GFR は腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が 1 分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFR が 1 分間に 60ml 未満の状態または尿たんぱくが 3 か月以上続くと CKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	HDL コレステロール	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	LDL コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	KDB システム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	後発医薬品	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	高齢化率	全人口に占める 65 歳以上人口の割合。 高齢化率が 7 % を超えた社会のことを「高齢化社会」、 高齢化率が 14 % を超えた社会のことを「高齢社会」、 高齢化率が 21 % を超えた社会のことを「超高齢社会」という。
さ行	CKD	慢性腎臓病 ①尿異常，画像診断，血液，病理で腎障害の存在が明らかかな状態。

		②腎臓のはたらきの指標となるGFR（糸球体ろ過量）が、「60ml/分/1.73 m ² 」未満である。 ①、②のいずれか、または両方が3か月以上持続する状態をいいます。
	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支

		援」，その予備群には「動機付け支援」，それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された，規制緩和等によって，民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり，日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
は行	BMI	体格指数の一つで，肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ，体重（kg）/身長（m ² ）で算出される。
	PDCA サイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで，業務の改善や効率化を図る手法の一つ。
	フレイル	健康な状態と要介護状態の中間の段階を指す。
ら行	レセプト	病院などが患者に対して治療を行った際，費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。

