第２期 四街道市国民健康保険
保健事業実施計画（データヘルス計画）
第３期 四街道市国民健康保険
特定健康診査等実施計画

中間評価

令和３年３月

目次

第１章　計画の基本的事項 1
１．背景 1
２．目的 1
３．位置付け 2
４．計画期間 3
第２章　四街道市の現状 4
１．人口ピラミッド 4
２．国民健康保険被保険者の状況 5
３．国民健康保険被保険者の状況年齢構成 5
４．主要の死因割合 6
５．メタボリックシンドロームの状況 7
第３章　第２期四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）評価と今後の取り組み 9
１．特定健康診査受診率の向上 9
２．糖尿病の重症化予防 11
３．適正な受療・服薬の周知 14
第４章　第３期四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画評価と今後の取り組み 17
１．特定健康診査 17
　１）特定健康診査の実施内容 17
　２）特定健康診査の実施方法 18
　３）受診率向上のための方策 20
　４）評価及び今後の取り組み 21
２．特定保健指導 23
　１）保健指導プログラム 23
　２）特定保健指導の実施方法 24
　３）特定保健指導実施率向上のためのアプローチ 24
　４）特定保健指導の評価及び今後の取り組み 25

本計画では、治療のために医療機関を受診することを「医療受診」または「受療」とし、健（検）診を受ける「受診」と区別しています。

第１章　計画の基本的事項

１．背景

本市では、平成 30 年度から国民健康保険法（昭和３３年法律第１号第９２号）第８２条第４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（平成１６年厚生労働省告示第３０７号。以下「保健事業実施指針」という。）に基づき、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施を図るための第２期四街道市国民健康保険保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）、また、「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づき「第３期四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を併せて一体的に策定し、事業を推進してまいりました。

令和２年度は、６カ年計画の中間年にあたり、事業の実施状況等を総合的に評価することとなっており、これまでの実施結果、目標の達成状況、事業推進策、効果等について分析・評価を行い、事業推進にあたっての課題、今後、重点的に取り組むべき事項を考察し、中間評価としてとりまとめました。

今後、国の動向を注視するとともに、引き続き被保険者の健康増進及び中長期的な医療費適正化のため、保険者として、より一層、効果的な事業を推進してまいります。

２．目的

本計画では、特定健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報の分析から、被保険者の現状や課題を示し、課題解決のための保健事業を計画します。そして、被保険者の健康増進を効果的、効率的に実施し、医療費の適正化および削減を促進することを目的とします。

３．位置付け

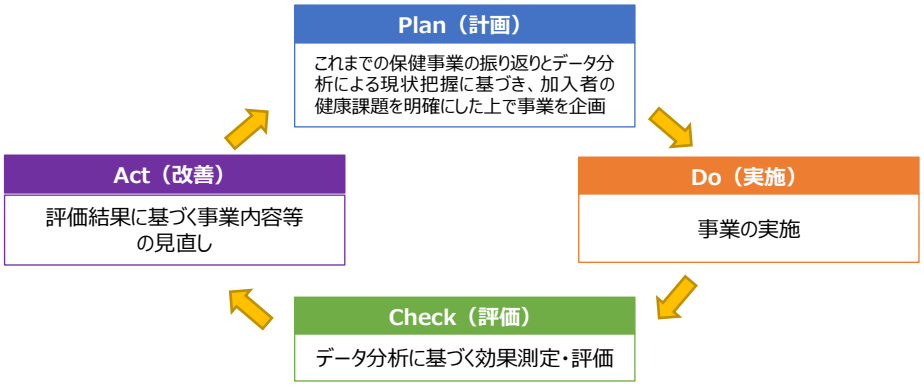
「四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第 2 期）」と「四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）第 1 期」の計画期間は平成 29 年度で同時に終了となることに加え、両計画は、ともに被保険者の健康増進を目的とした保健事業の計画である等の共通点があります。そこで、両計画の整合性を図り、一体的な策定が可能であるとする国の方針に基づき、「第 2 期四街道市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」と「第 3 期四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画」は、平成 30（2018）～令和 5（2023）年度を計画期間として、一体的に策定することとします。両計画はそれぞれ下記の特徴があり、一体的な策定により PDCA サイクルの目標値等と具体的実施方法を連動させることができます。

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、健康・医療情報を活用したうえで、PDCA サイクル（図表 1）に沿って効果的かつ効率的な実施を図るための保健事業の実施計画です。計画の策定にあたっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータ及び健康・医療情報を活用して、分析と評価を行います。

特定健康診査等実施計画では、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための指針」に基づき、特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項、成果に関する具体的な目標、適切かつ有効な実施のために必要な事項、これらについて具体的に定めます。

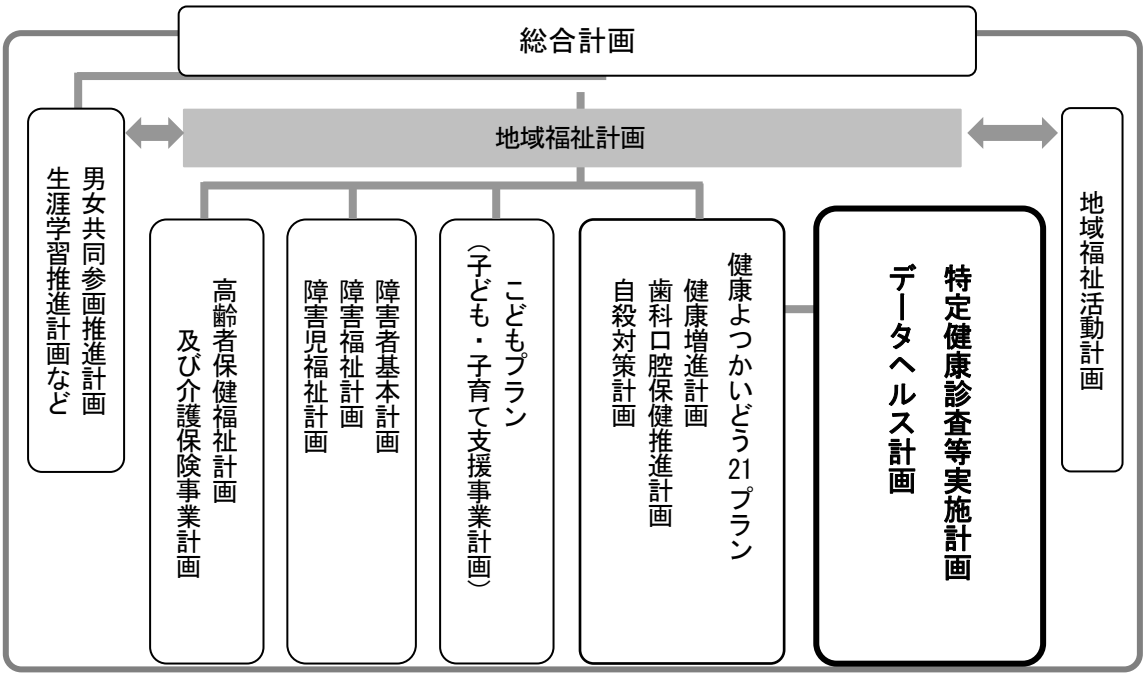
上記の両計画を一体として策定する本計画では、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画や医療費適正化計画および介護保険事業計画等の関連する計画との調和を図ります（図表 2）。

図表 1　PDCA サイクルとは



（注）PDCA サイクルとは Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の 4 つの行程をサイクルとして繰り返すことによって、継続的に事業を改善していく手法です。

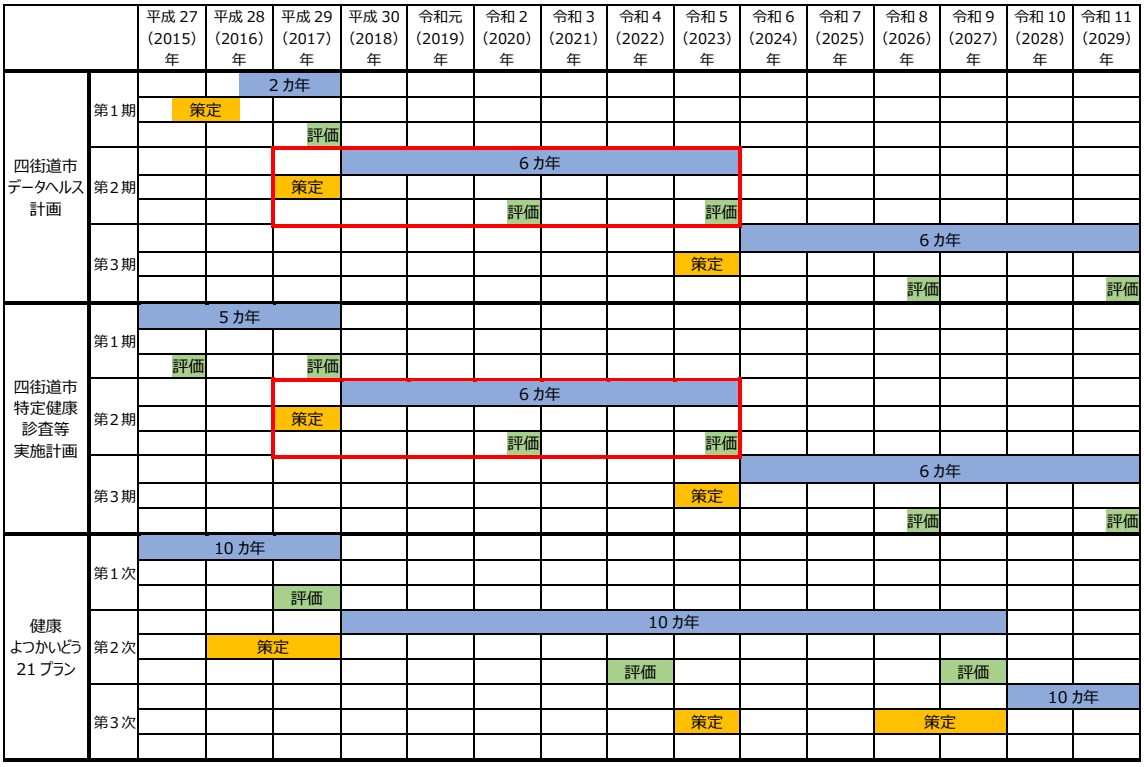
図表 2　他の計画との関係



4．計画期間

本計画は、健康よつかいどう 21 プラン（期間 10 年間）とともに、平成 30（2018）年度より施行され、令和 5（2023）年度までの 6 年間とし、3 年目にあたる令和 2 年度は、中間評価を実施します。

図表 3　他の計画との関係

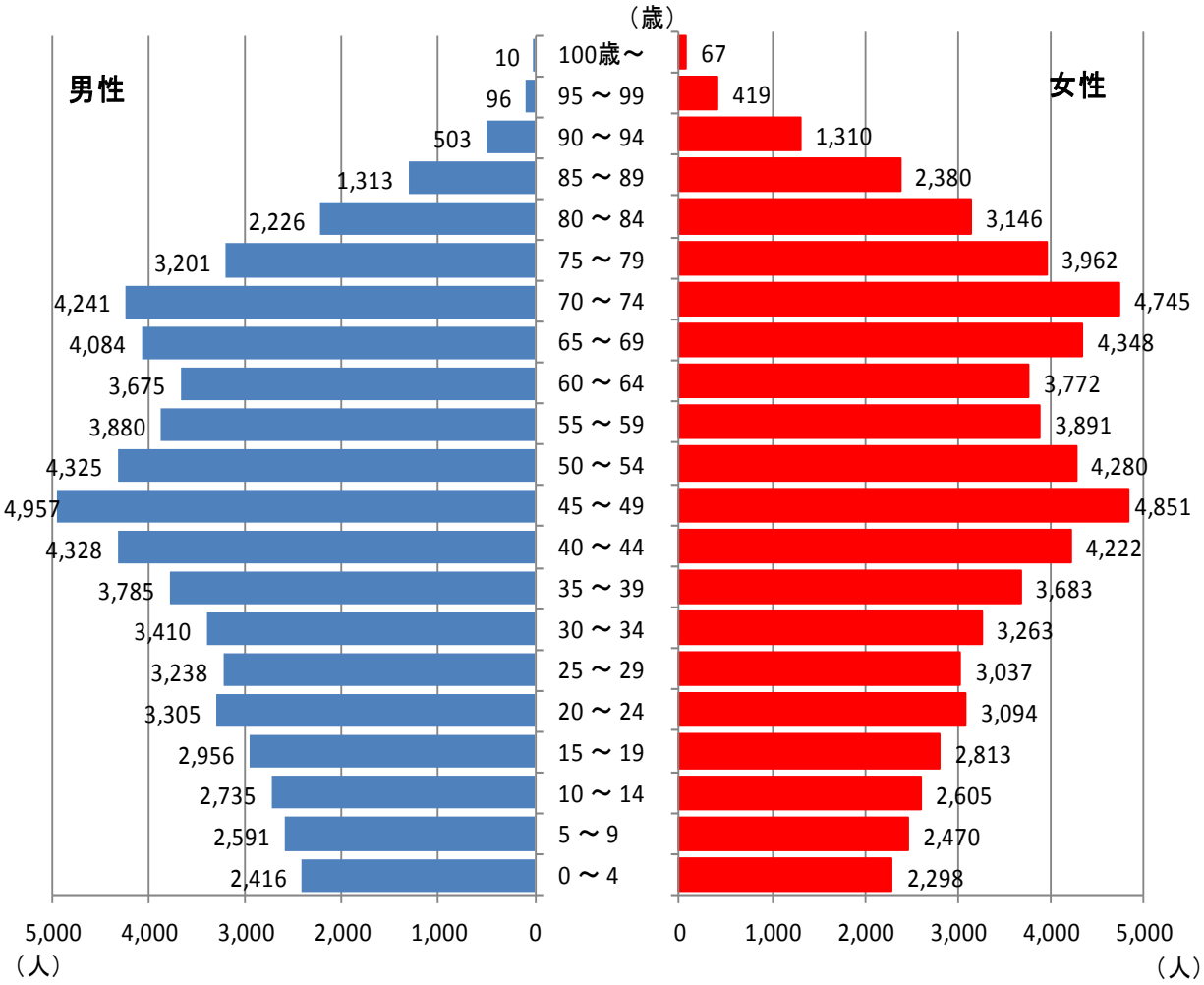


第２章　四街道市の現状

１．人口ピラミッド

日本の人口のうち男性は 40 歳代後半が最も多く、次いで 60 歳代後半から 70 歳代前半の前期高齢者が多くなっています。女性についても、40 歳代後半が最も多く、60 歳代後半から 70 歳代前半の前期高齢者が多くなっています。

図表４　人口ピラミッド

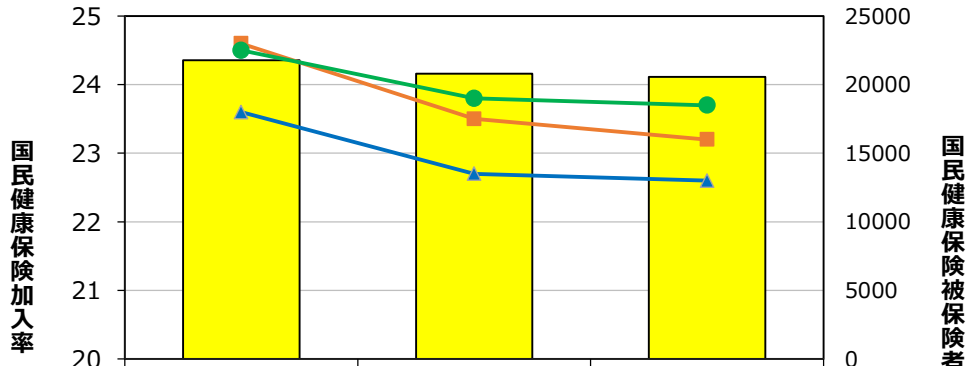


出典：「令和２年４月１日現在人口推計」（総務省統計局）

２．国民健康保険被保険者の状況

本市における国民健康保険加入率及び被保険者数は減少しています。

図表 5　国民健康保険加入者の推移（平成 30 年度～令和 2 年度）



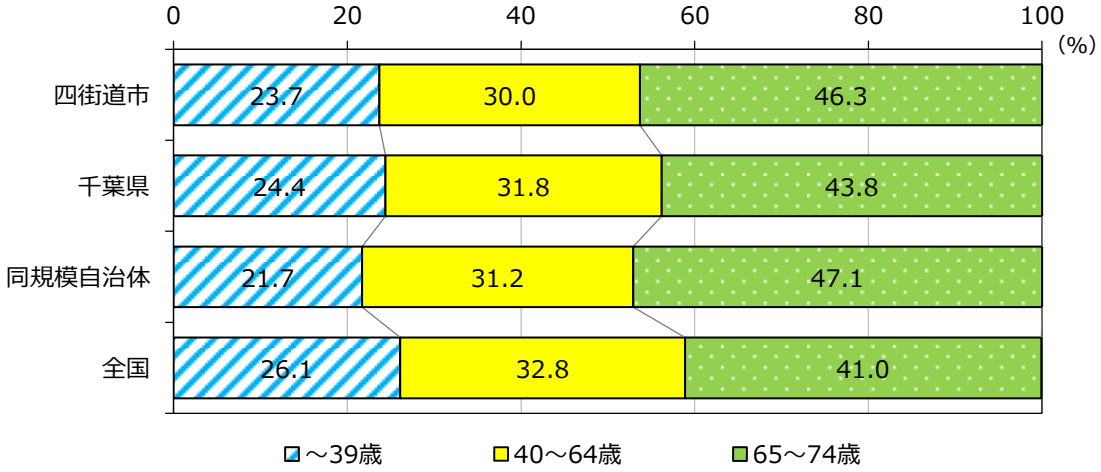
	平成30年	令和元年	令和2年（10月時点）
国保被保険者数	21,790	20,815	20,571
四街道市	24.6	23.5	23.2
千葉県	23.6	22.7	22.6
全国	24.5	23.8	23.7

出典：KDB 帳票 3　健診･医療･介護データからみる地域の健康課題（抽出日：令和 2 年 11 月 18 日）

３．国民健康保険被保険者の状況年齢構成

本市における国民健康保険被保険者の年齢構成は下記の通りです。65～74 歳の前期高齢者の割合が多く、46.3%となっています。

図表 6　国民健康保険被保険者の年齢構成（令和元年）



出典：KDB 帳票 1　地域の全体像の把握（　抽出日：令和 2 年 11 月 18 日）

※同規模自治体で示されている数字は、人口 5～10 万人の市（自治体数　253）の合計から算出されたものです。

４．主要の死因割合

本市の国民健康保険被保険者における主要の死因割合は、千葉県・同規模自治体・全国と比較すると、がん・糖尿病・腎不全が高くなっています。これらの疾患は、生活習慣と密接に関連するため、国民健康保険被保険者一人ひとりの健康づくりへの取り組みが重要となります。

図表 7　主要の死因割合（令和元年）

全体死亡数（人）		四街道市	千葉県	同規模自治体※	全国
		471	33,946	440	747,201
死因割合（%）	がん	54.9	50.5	48.4	49.8
	心臓病	23.9	27.8	28.3	27.8
	脳疾患	12.1	13.7	15.3	14.4
	糖尿病	2.3	2.1	1.9	1.9
	腎不全	4.3	2.8	3.5	3.5
	自殺	2.5	3.1	2.7	2.7

出典：KDB 帳票 1　地域の全体像の把握（抽出日：令和 2 年 11 月 18 日）

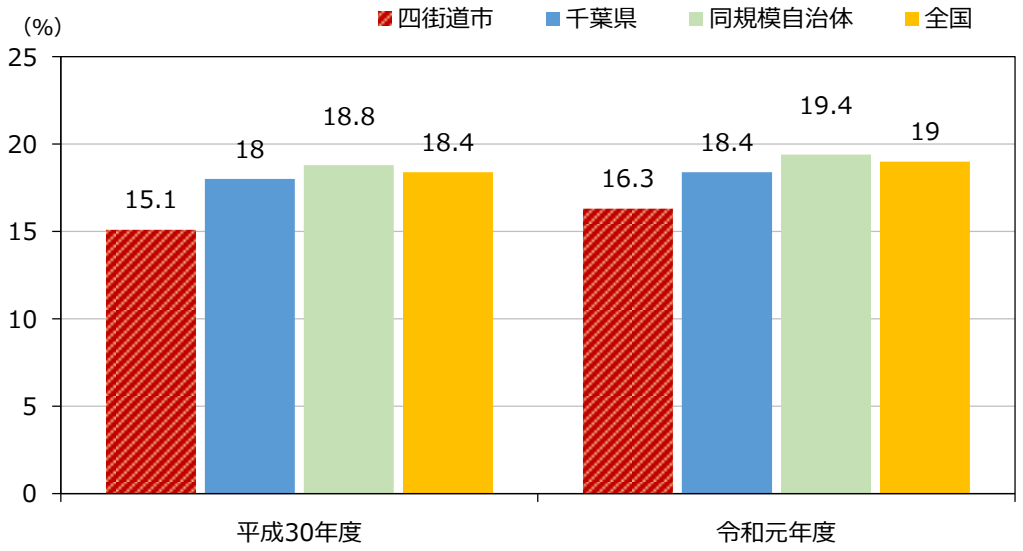
※同規模自治体で示されている数字は、人口 5～10 万人の市（自治体数　253）の合計から算出されたものです。
上記の同規模自治体の全体死亡数は平均人数を掲載しています。

５．メタボリックシンドロームの状況

【特定健康診査受診者におけるメタボ基準値の該当状況】

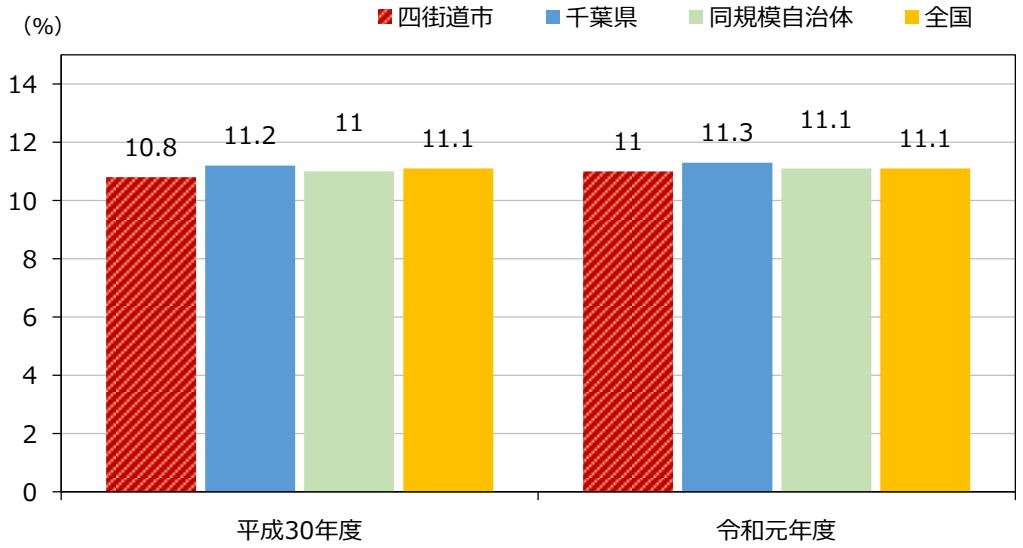
本市の国民健康保険被保険者のメタボリックシンドローム該当者（基準値等は p.8）及びメタボリックシンドローム予備群の割合は、千葉県・同規模自治体・全国と比較し、全ての年度で低くなっていますが、引き続き予防の対策が重要となります。

図表 8　メタボリックシンドローム該当者の割合の推移



出典：KDB 帳票３　健診･医療･介護データからみる地域の健康課題（抽出日：令和２年 11 月 18 日）

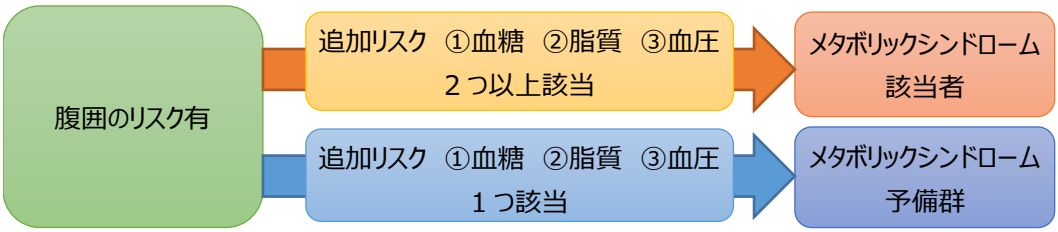
図表 9　メタボリックシンドローム予備群該当者の割合の推移



出典：KDB 帳票３　健診･医療･介護データからみる地域の健康課題（抽出日：令和２年 11 月 18 日）

※同規模自治体で示されている数字は、人口 5～10 万人の市（自治体数　253）の合計から算出されたものです。

メタボリックシンドローム予備群・該当者の判定基準



＜腹囲のリスクの判定基準＞

腹囲 男性≧85cm 女性≧90cm

腹囲 男性＜85cm 女性＜90cm かつ BMI≧25

＜追加リスクの判定基準＞

①血糖 空腹時血糖 110mg/dl 以上

又は 薬剤治療を受けている場合(質問票より)

②脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満

又は 薬剤治療を受けている場合(質問票より)

③血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

又は 薬剤治療を受けている場合(質問票より)

第３章　第２期四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）評価と今後の取り組み

１．特定健康診査受診率の向上

個別保健事業①　特定健康診査未受診者勧奨事業

目的	生活習慣病発症予防
目標	特定健康診査受診率を令和５年度までに 43%に向上させます。

評価

評価指標		平成 30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和２（2020）年度	令和３（2021）年度	令和４（2022）年度	令和５（2023）年度
【アウトカム】特定健康診査受診率（%）	指標	38	39	40	41	42	43
	実績	36.5	33.1	－	－	－	－
【アウトカム】特健康診査受診者数（人）	指標	6,172	6,344	6,511	6,672	6,827	6,976
	実績	5,573	4,839	－	－	－	－
【アウトプット】受診者勧奨実施者数（人）	指標	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500
	実績	2,975	4,484	－	－	－	－
【アウトプット】受診勧奨対象者中の受診者数（人）	指標	550	550	605	605	660	660
	実績	1,184	1,166	－	－	－	－
【アウトプット】未受診勧奨対象者中の受診率（%）	指標	10	10	11	11	12	12
	実績	39.8	21.0	－	－	－	－

【未受診者への勧奨（通知送付）】

実施年度	平成 30 年度	令和元年度
対象者	①40～74 歳の国民健康保険加入者の内、過去３年間で１回もしくは２回特定健康診査を受診している者 ②40～74 歳の国民健康保険加入者の内、過去３年間連続で特定健康診査を受診している者	①40～74 歳の国民健康保険加入者の内、過去３年間で１回もしくは２回特定健康診査を受診している者 ②40～74 歳の国民健康保険加入者の内、過去３年間連続で特定健康診査を受診している者 ③40～74 歳の国民健康保険加入者の内、前年度国民健康保険の資格を取得して、特定健康診査を受診していない者
抽出条件	上記①②対象者のうち人工知能（ＡＩ）により抽出します。	・上記①②対象者のうち人工知能（ＡＩ）により抽出します。 ・③対象者全員
事業内容 実施内容	特定健康診査未受診者を対象として、人工知能（ＡＩ）によるデータ分析に基づき、対象者の特性に合わせた勧奨資材を送付しました。	・①②特定健康診査未受診者を対象として、人工知能（ＡＩ）によるデータ分析に基づき、対象者の特性に合わせた勧奨資材を送付しました。 ・③カラーの勧奨ハガキを送付しました。
実施者	業者委託	業者委託、国保年金課
実施時期	７月～11 月	５月～11 月

個別の評価

評価指標		平成30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和2（2020）年度	令和3（2021）年度	令和4（2022）年度	令和5（2023）年度
【アウトプット】事業実施者数（人）	指標	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500
	実績	2,975	4,484	–	–	–	–
【アウトプット】未受診勧奨対象者中の受診者数（人）	指標	550	550	605	605	660	660
	実績	1,184	1,166	–	–	–	–
【アウトプット】未受診勧奨対象者中の受診率（%）	指標	10	10	11	11	12	12
	実績	39.8	21.0	–	–	–	–

【評価】

平成30年度より人工知能（AI）によるデータ分析に基づき、対象者を抽出して特定健康診査未受診者勧奨事業を実施しました。

令和 2 年度については、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、未受診者勧奨事業を中止しました。

令和元年度において、特定健康診査の対象者 14,630 人、受診者数 4,839 人、受診率は33.1%でした。前年度と比較して、対象者数635人減、受診者数734人減、受診率3.4%減となっており、令和元年度の特定健康診査受診率の目標 39%を大きく下回る受診率となっているため、より効果的な勧奨事業の検討が必要となります。

【今後の取り組み】

令和3年度については、未受診者全員に勧奨通知を送付します。

また、国民健康保険新規加入者に対してチラシを配布する等の受診勧奨を行い受診率向上に努めます。

集団健診については、新型コロナウイルス感染症の影響により受診者の利便性を考慮し、令和3年度より予約制を導入する等、今後も受診環境の整備を図ります。

２．糖尿病の重症化予防

個別保健事業②　糖尿病の重症化予防

目的	糖尿病重症化予防
目標	対象者が適切な医療を受療し、翌年度の健診結果を改善することで、令和 5 年度の新規人工透析移行者を 5 人以内にします。

評価

評価指標		平成 30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和 2（2020）年度	令和 3（2021）年度	令和 4（2022）年度	令和 5（2023）年度
【アウトカム】新規人工透析移行者数（人）	指標	12	11	10	9	7	5
	実績	6	10	－	－	－	－
【アウトカム】翌年の HbA1c 値の改善率（%）	指標	10	12	14	16	18	20
	実績	27.3	28.6	－	－	－	－

【受療勧奨】

実施年度	平成 30 年度	令和元年度
対象者	特定健康診査受診者のうち HbA1 c 7.0 以上の者で医療未受療の者	特定健康診査受診者のうち HbA1 c 6.5 以上の者で医療未受療の者
事業内容 実施内容	対象者に医療機関受療を促す文書送付を行い、それでも受療しない者には電話による受療勧奨、受療状況確認、結果相談会での生活習慣改善の支援を行いました。	対象者に医療機関受療を促す文書送付を行い、それでも受療しない者には電話による受療勧奨、受療状況確認、結果相談会での生活習慣改善の支援を行いました。
実施者	健康増進課	健康増進課
実施時期	7 月～3 月	7 月～3 月

個別の評価

評価指標		平成 30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和 2（2020）年度	令和 3（2021）年度	令和 4（2022）年度	令和 5（2023）年度
【アウトプット】事業対象者数（人）	指標	40	40	40	40	40	40
	実績	55	51	－	－	－	－
【アウトプット】受療勧奨対象者への実施率（%）	指標	100	100	100	100	100	100
	実績	100	100	－	－	－	－
【アウトカム】勧奨による医療機関受療率（%）	指標	50	52	54	56	58	60
	実績	30.9	27.5	－	－	－	－
【アウトカム】対象者の次年度の特定健康診査受診率（%）	指標	40	42	44	46	48	50
	実績	49.1	54.9	－	－	－	－

【評価】

受診勧奨対象者のうち、平成 30 年度は 30.9%、令和元年度は 27.5%の人が医療機関受診につながっていますが、令和元年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり医療機関受療率が低下しているため、引き続き医療機関受診率の向上及びデータ改善に向け、受診勧奨が必要となります。

また、HbA1 c 値の改善率は、平成 30 年度が 27.3%、令和元年度 28.6%となっており、目標値を上回ることができました。

【今後の取り組み】

今後も、特定健康診査データやレセプトデータより対象者の抽出を行い、引き続き通知や電話による受診勧奨を実施します。

また、地区医師会等の外部との連携を図り、効果的な事業展開ができるように検討していきます。

【糖尿病性腎症重症化予防プログラム】

実施年度	平成 30 年度	令和元年度
対象者	実施準備期間	レセプト、特定健康診査の結果より生活習慣起因の糖尿病または腎症と考えられる者
事業内容 実施内容		人工透析への移行予防を目指し、自宅等に保健師や看護師、管理栄養士等の専門職が訪問等を行います。面接（初回、1ヶ月後、4ヵ月後）の実施や、事業開始月からは毎月 1 回電話や手紙の送付（6 回程度）による支援等、計 6ヶ月間のプログラムを行うことで、生活習慣改善の支援を行いました。
実施者		業者委託
実施時期		5 月～3 月

個別の評価

評価指標		平成 30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和 2 (2020) 年度	令和 3 (2021) 年度	令和 4 (2022) 年度	令和 5 (2023) 年度
【ストラクチャー】 庁内外の 体制構築（%）	指標	100	–	–	–	–	–
	実績	100	–	–	–	–	–
【プロセス】 実施の有無	指標	–	○	○	○	○	○
	実績	–	○	–	–	–	–
【アウトプット】 事業対象者数（人）	指標	–	若干名	5	8	10	10
	実績	–	17	–	–	–	–
【アウトプット】 広報掲載数（回/年）	指標	1	1	1	1	1	1
	実績	1	1	–	–	–	–

【評価】

令和元年度から、各医療機関に訪問し、事業の協力依頼を行うことで地区医師会と連携して糖尿病重症化予防事業を業者委託により開始することができました。

初年度の実施申込者は、17 名、指導終了者は 13 名で、目標の若干名を上回ることができました。

【今後の取り組み】

今後は、市内の医療機関通院者だけではなく、市外の医療機関通院者への保健指導を実施する等、事業内容を強化できるように検討します。

また、事業の前後で HbA1c や eGFR 値が評価ができるよう対象者への指導を強化し、検査数値を取得する等、データ改善に向け個別の状況に応じた具体的な保健指導を実施します。

３．適正な受療・服薬の周知

個別保健事業③　適正な受療・服薬の促進

目的	医療費適正化
目標	対象者の健康保持増進、疾病の重篤化予防による医療費の適正化、残薬の減少による医療費の適正化を図ります。

評価

評価指標		平成 30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和２（2020）年度	令和３（2021）年度	令和４（2022）年度	令和５（2023）年度
【アウトカム】介入前後の医療費削減率（%）	指標	20	20	20	20	20	20
	実績	7.5	28.1	－	－	－	－

【ジェネリック医薬品利用の促進】

実施年度	平成 30 年度	令和元年度
対象者	下記条件すべて該当する者 ・生活習慣病や慢性疾患等でかかる薬で長期服用の者 ・自己負担額の軽減額が１か月当り合計 200 円以上の者 ・外来で薬を処方されている者	下記条件すべて該当する者 ・生活習慣病や慢性疾患等でかかる薬で長期服用の者 ・自己負担額の軽減額が１か月当り合計 200 円以上の者 ・外来で薬を処方されている者
事業内容 実施内容	年２回、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減額を記載した通知を送付します。また、国保中央会に設置されたコールセンターで被保険者からの照会に対応します。	年２回、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減額を記載した通知を送付します。また、国保中央会に設置されたコールセンターで被保険者からの照会に対応します。
実施者	国保年金課	国保年金課
実施時期	８月、２月	８月、２月

個別の評価

評価指標		平成 30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和２（2020）年度	令和３（2021）年度	令和４（2022）年度	令和５（2023）年度
【アウトカム】事業実施回数（回/年）	指標	2	2	2	2	2	2
	実績	2	2	－	－	－	－
【アウトカム】ジェネリック医薬品普及率（%）	指標	75	75	75	76	76	76
	実績	77.4	80.2	－	－	－	－

【評価】

ジェネリック医薬品普及率は、平成 30 年度は 77.4%、令和元年度は 80.2%と年々ジェネリック医薬品の普及率は上昇しています。また、令和元年度は国の目標である普及率 80%を達成しました。

【今後の取り組み】

引き続き普及率の上昇に向け、ジェネリック医薬品差額通知の送付や国民健康保険新規加入時にジェネリック医薬品促進のカードケースの配布を行います。

【重複処方者・頻回受療者への介入】

実施年度	平成 30 年度	令和元年度
対象者	【重複処方者】 同一の傷病について、同月内に複数の医療機関の同じ診療科で受療をしている者（診療所からの紹介や検査のための重複受療は除く。）のうち、1ヶ月あたり3医療機関3枚以上で、投薬または検査等の重複が複数の診療月で確認された者。 【頻回受療者】 同一の傷病について、同月内に同じ診療科を外来にて 15 回以上受療しており、それが3ヶ月以上連続している者。	【重複処方者】 同一の傷病について、同月内に複数の医療機関の同じ診療科で受療をしている者（診療所からの紹介や検査のための重複受療は除く。）のうち、1ヶ月あたり3医療機関以上で、投薬または検査等の重複が複数の診療月で確認された者。 【頻回受療者】 同一の傷病について、同月内に同じ診療科を外来にて 15 回以上受療しており、それが3ヶ月以上連続している者。
事業内容 実施内容	千葉県国民健康保険団体連合会からの重複・頻回受診者リストに基づき、年1回程度、対象者を選定し、案内文書を作成します。 健康相談や健康管理に関する内容、受療・服薬・生活状況等を把握する内容、適正受療を促進する内容のチラシを送付しました。	千葉県国民健康保険団体連合会からの重複・頻回受診者リストに基づき、年1回程度、対象者を選定し、案内文書を作成します。 健康相談や健康管理に関する内容、受療・服薬・生活状況等を把握する内容、適正受療を促進する内容のチラシを送付しました。
実施者	国保年金課	国保年金課
実施時期	8月	8月

個別の評価

評価指標		平成 30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和2（2020）年度	令和3（2021）年度	令和4（2022）年度	令和5（2023）年度
【ストラクチャー】 庁内体制の構築（進捗）（%）	指標	100	–	–	–	–	–
	実績	100	–	–	–	–	–
【プロセス】 外部組織との連携（進捗）（%）	指標	50	75	100	–	–	–
	実績	0	0	–	–	–	–
【アウトプット】 対象者への送付実施率（%）	指標	100	100	100	100	100	100
	実績	100	100	–	–	–	–

【評価及び課題】

対象者への送付実施率は平成 30 年度、令和元年度ともに 100%で、目標を達成することができました。

また、本市の重複受診の要因となる主な上位疾病は、不眠症や便秘症、また、頻回受療については、筋骨格系及び結合組織の疾患が多いことが把握できました。

【今後の取り組み】

重複受診や頻回受診が抑制できるよう、通知の送付等で受診者に対しアプローチを実施します。

第４章　第３期四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画評価と今後の取り組み

１．特定健康診査

１）特定健康診査の実施内容

特定健康診査は、40 歳以上 75 歳未満の国民健康保険被保険者を対象に、以下の項目を実施します。（これらの項目は、国が示した「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」（平成 30 年 4 月、厚生労働省健康局）第 2 編第 2 章に記載に基づきます。）

特定健康診査の項目

<基本的な健診の項目>
- ○ 質問項目
- ○ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ○ 身体診察、血圧測定
- ○ 血液検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）
- ○ 肝機能検査（AST、ALT、γ-GT）
- ○ 血糖検査（空腹時血糖及び HbA1c）
- ○ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ○ 腎機能検査（クレアチニン）

<詳細な健診*の項目（医師の判断で実施）>
- ○ 医師の判断により実施

＊ 詳細な健診は、次の基準に該当し、医師が必要と認める場合に実施します。但し、最近の検査結果が明らかな人、高血圧、心臓病等で医療管理中の人は除きます。

心電図検査：検査結果等において、①血圧または②不整脈の項目について、下記基準に該当した人。
眼底検査：検査結果等において、①血圧または③血糖の項目について、下記の基準に該当した人。
貧血検査：貧血の既往歴を有する人、または視診等で貧血が疑われる人。

<詳細な健診判定基準>

当該年度の検査値
① 血圧：a 収縮期 140mmHg 以上 ／ b 拡張期 90mmHg 以上
② 問診で不整脈が疑われる者

前年度の検査値
③ 血糖：a 空腹時血糖値 126mg/dl 以上 ／ b HbA1c の場合 6.5（NGSP）以上
c 随時血糖 126mg/dl 以上 （食後３時間半～10 時間未満）

２）特定健康診査の実施方法

① 特定健康診査対象者の抽出

四街道市国民健康保険加入者のうち、実施年度中に 40 歳～74 歳の誕生日を迎える方が特定健康診査の対象となります。

② 特定健康診査対象者への通知

特定健康診査の対象者全員に、受診券と問診票を郵送します。

特定健康診査の実施については、市政だよりに掲載するほか、回覧板を通じた周知、市のホームページへの掲載などを行い、多くの被保険者が、特定健康診査を受診できるように促します。

③ 特定健康診査の実施

特定健康診査は、四街道市国民健康保険が実施主体となり、健診機関への委託により行います。委託に当たっては、所定の基準*を満たした健診機関を選定します。

特定健康診査は、保健センター・公民館・小学校等の会場で行う集団健診と、市が指定する市内の診療所等で受診する個別健診の 2 種類を設定しており、被保険者が受けやすい方法を選ぶことができます。また、市が費用の一部を助成する人間ドックについても、特定健康診査として扱います。

＊ 所定の基準：①人員に関する基準、②施設・設備等に関する基準、③精度管理に関する基準、④健診結果等の情報の取り扱いに関する基準、⑤運営等に関する基準

健診の種類	集団健診	個別健診	人間ドック
実施期間	6、7、11、12 月の指定された日	4 月～12 月	通年
費用等	自己負担 500 円	自己負担 1,000 円	検査費用の 7 割を助成（上限 25,000 円）
備考	令和 3 年度より予約が必要	各自で医療機関に予約が必要	

④ 特定健康診査結果の集計と階層化の実施

特定健康診査の結果は、被保険者の健康管理に役立てるために、集計の上、被保険者本人に通知します。

健診結果は、千葉県国民健康保険連合会にも送られ、統計的な処理が行われます。

◆特定健康診査結果による階層化の基準◆

<table>
<tr><th colspan="3">健診結果</th><th rowspan="2">特定保健指導</th></tr>
<tr><th>肥　満</th><th>高血糖・脂質異常
・高血圧の該当
（いずれも下記の判定基準に該当する場合）</th><th>喫　煙</th></tr>
<tr><td rowspan="6">腹囲
男性　85cm 以上
女性　90cm 以上</td><td rowspan="2">２つ以上該当</td><td>有</td><td rowspan="3">積極的支援</td></tr>
<tr><td>無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">１つ該当</td><td>有</td></tr>
<tr><td>無</td><td>動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当無し</td><td>有</td><td rowspan="2">情報提供</td></tr>
<tr><td>無</td></tr>
<tr><td rowspan="8">上記以外で
BMI=25 以上</td><td rowspan="2">３つ該当</td><td>有</td><td rowspan="3">積極的支援</td></tr>
<tr><td>無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">２つ該当</td><td>有</td></tr>
<tr><td>無</td><td rowspan="4">動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">１つ該当</td><td>有</td></tr>
<tr><td>無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当無し</td><td>有</td><td rowspan="2">情報提供</td></tr>
<tr><td>無</td></tr>
</table>

※65 歳以上の被保険者については、「積極的支援」ではなく「動機付け支援」となります。

＜判定基準＞
① 血糖：a　空腹時血糖値　100mg/dl 以上　／　b　HbA1c の場合　5.6%以上
② 脂質：a　中性脂肪　150 mg/dl 以上　／　b　HDL コレステロール　40 mg／dl 未満
③ 血圧：a　収縮期　130mmHg 以上　／　b　拡張期　85 mmHg 以上
※糖尿病、脂質異常症、高血圧症などで投薬治療中の者は、上記にかかわらず「情報提供」。

⑤ 健診結果の通知

特定健康診査の結果は、被保険者の健康管理に役立てるために、集計の上、被保険者本人に通知します。

健診結果は、健診実施から概ね 6 週間後に被保険者に通知します。（集団健診受診者には市役所から通知。個別健診受診者は、実施した医療機関より通知）

特定保健指導の対象者には、別途利用案内を通知します。

３）受診率向上のための方策

特定健康診査の受診率を向上させるため、さまざまな方策を講じていきます。

①情報提供の工夫

- ○　市政だよりや市のホームページを利用して、特定健康診査の情報を国民健康保険被保険者に積極的に提供しました。
- ○　さまざまな保健事業を通じて、特定健康診査についての情報を提供しました。
- ○　特定健康診査の通知が強く意識されるよう、大判の封筒で通知を郵送しました。
- ○　がん検診との受診券の一体化を行い、受診する健（検）診の該当年をわかりやすくしました。
- ○　新型コロナウイルス感染症の影響により、受診者の利便性を図るため、令和 3 年度より集団健診を予約制で実施する予定です。

②多様な機会の活用

- ○　特定健康診査の受診機会を増やすため、集団健診、個別健診のほか、人間ドックの受検費用の一部を市が助成します。
- ○　肝炎ウイルス検診との同時検診を行っています。
- ○　大腸がん検診との同時検診を行っています。
- ○　個別健診の期間を延長しました。
  （平成 30 年度：6 月～12 月　令和元年度：4 月～12 月）
- ○　みなし受診*として、本人からの情報提供をしてもらっています。

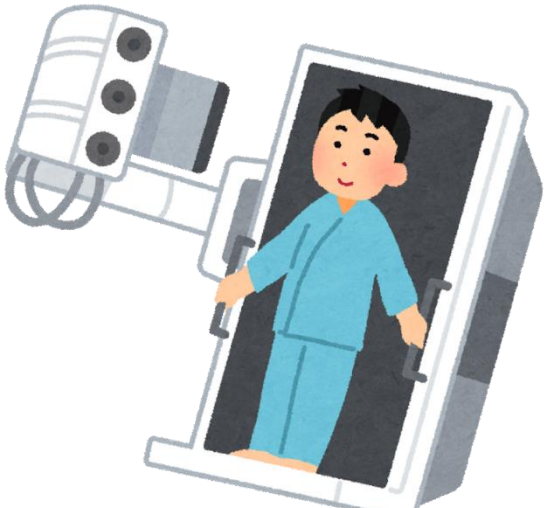
＊みなし受診：職場健診や受診中の病院で実施した検査結果を持っている方が、その結果を市に提供することで特定健康診査を受診したとみなすこと

③地域資源の活用

- ○　制度の周知を図るため、医療機関や市の施設等にポスターの掲示を行っています。
- ○　保健推進員の活動、健康づくりサークルや高齢者の健康クラブなどを接点に、特定健康診査に関する情報を提供します。
- ○　自治会、町内会を通じて特定健康診査についての情報提供を行っています。

④個人へのインセンティブ（健康ポイント　よつも！）

- ○　特定健康診査やがん検診の受診者にインセンティブ（健康ポイント　よつも！）を付与し、市民自らの健康づくりへの動機付けを図っています。



４）評価及び今後の取り組み

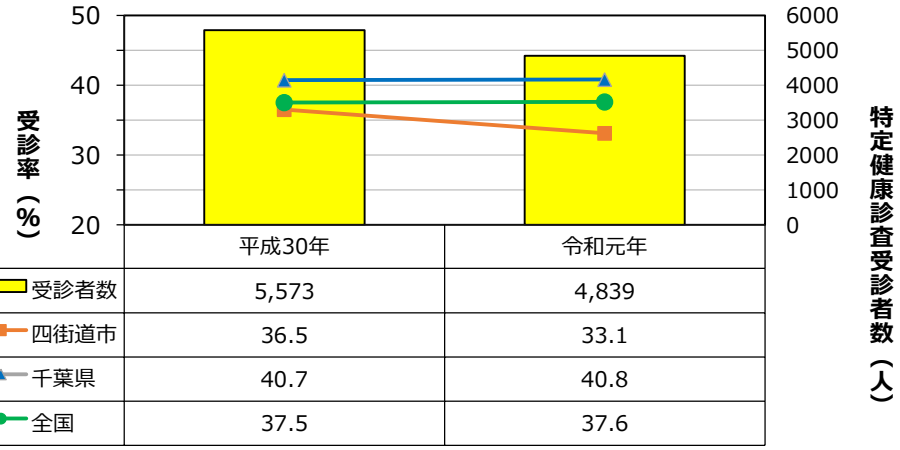
①全体の受診率

令和元年度において、特定健康診査の対象者 14,630 人、受診者数 4,839 人、受診率は 33.1%でした。前年度と比較して、対象者数 635 人減、受診者数 734 人減、受診率 3.4%減となっており、目標 39%を大きく下回る受診率となっています。また、千葉県、全国と比較しても受診率が低くなっています。（図表 10）

今後は、未受診者のうち特に 40 代・50 代の受診率の低い層に向けたアプローチが重要となり、より効果的な勧奨事業の検討が必要となります。

評価指標		平成 30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和 2 (2020) 年度	令和 3 (2021) 年度	令和 4 (2022) 年度	令和 5 (2023) 年度
特定健康診査受診率（%）	指標	38	39	40	41	42	43
	実績	36.5	33.1	－	－	－	－

図表 10　特定健康診査受診者数と受診率

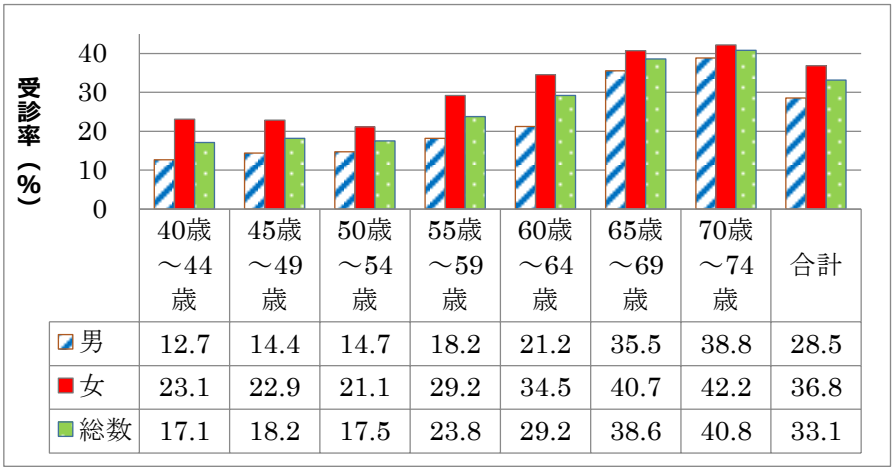


出典：KDB 帳票３　健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：令和 2 年 11 月 18 日）

②性・年齢階級別の受診率

四街道市国民健康保険における性別の特定健康診査受診率は、どの年代も男性よりも女性の方が高く、年齢階級別では 70 代で最も高く、40 代、50 代が低い状況です。（図表 11）

図表 11　性・年齢階級別特定健康診査受診率（令和元年度）



	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	合計
男	12.7	14.4	14.7	18.2	21.2	35.5	38.8	28.5
女	23.1	22.9	21.1	29.2	34.5	40.7	42.2	36.8
総数	17.1	18.2	17.5	23.8	29.2	38.6	40.8	33.1

出典：特定健診等データ管理システム帳票　特定健診結果総括表（抽出日：令和 2 年 10 月 15 日）

２．特定保健指導

１）保健指導プログラム

◆動機付け支援

目　　的	対象者が自らの生活習慣をふり返り、行動目標を立てられるようになるとともに、指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指します。
対　象　者	健診結果・質問票から生活習慣改善が必要とされた被保険者で、生活習慣を変えるに当たって意思決定の支援が必要な人。
期間／頻度	原則として 1 回の支援を行います。
内　　容	自分の生活習慣の改善点や伸ばすべき行動等に基づき、自ら目標を設定し行動に移せる内容とします。 対象者の生活習慣や行動変容ステージを把握し、生活習慣改善を動機付けるため、面接による支援及び 3 か月後の評価を行います。
支援形態	●面接による支援：1 人 20 分以上の個別支援または 1 グループ 80 分以上のグループ支援を行います ●3 か月後の評価：電話、e メール、ファクシミリ、手紙等の通信手段を利用して行います。

◆積極的支援

目　　的	「動機付け支援」に加え、定期的・継続的な支援により、自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定してその達成に向けた実践(行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後にはその生活が継続できることを目指します。
対　象　者	健診結果や質問票から、生活習慣の改善が必要な被保険者を抽出し、継続的な支援が必要な方を対象とします。
期間／頻度	3 か月以上継続的に支援します
内　　容	対象者の生活習慣や行動変容ステージ(準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解することを促すとともに、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行います。 具体的に達成可能な行動目標は何か、優先順位をつけながらともに考え、対象者自身が選択できるよう支援します。 支援計画に基づき、行動が継続できるよう定期的・継続的に支援します。初回の面接から 3 か月以上の継続的な支援と、血液検査を実施し、評価を行います。
支援形態	●初回の面接：1 人 20 分以上の個別支援、または 1 グループ 80 分以上のグループ支援を行います。 ●3 か月以上の継続的な支援：個別支援のほか、電話、e メール、ファクシミリ、手紙等の通信手段を組み合わせながら支援します。 ●3 か月後の評価：電話、e メール、ファクシミリ、手紙等の通信手段を利用して行います。

２）特定保健指導の実施方法

①指導対象者の抽出

○　健診結果をもとに、指導の対象になる方を抽出します。

○　特定健康診査の結果、多数の被保険者が特定保健指導の対象者となる場合は、保健指導の有効性や指導を担う人的資源を考慮し、指導対象者の抽出(重点化)を行います。重点化の考え方として、以下の点を考慮します。

【年齢が比較的若いこと】

若い頃から自分の生活習慣を振り返り、行動を変容していくことが重要です。将来の生活習慣病予防という点でも有効な方策です。

【自主的に参加する意欲があること】

行動変容を促していくためには、対象者の意欲（行動変容ステージ）を的確に把握することが重要です。保健指導に自主的に参加する意欲があることは、自らの生活習慣を省みて行動変容する取り組みに、主体的・継続的に実行できる人が多いと考えられるためです。

【高血糖であること】

本市では、糖尿病の受診率が上昇傾向にあります。糖尿病は重症化すると多くの合併症を引き起こし、QOL（生活の質）の低下を招くことにつながります。健診結果で高血糖が指摘された方は、しっかりと糖尿病予防に取り組むことが重要です。

【過去に保健指導に参加しておらず、かつ生活習慣病のリスクが高まっていること】

自分の健康についての意識があまり高くなく、一方で検査値の悪化など、疾病のリスクが高い方に対して、生活習慣の改善を促すことが重要です。

②特定保健指導の利用勧奨

○　保健指導の対象者には、個別に案内を送付します。

○　保健指導対象者全員に、電話による利用勧奨を行います。

③特定保健指導の実施

○　保健指導は、四街道市国民健康保険が実施主体として実施します。運営は、多様な利用機会の確保と、より多くの方が保健指導を受けられるよう、外部の専門機関に委託します。

○　対象者が参加しやすいよう、曜日・時間帯の選択ができるよう日程を設定します。

○　保健指導にあたっては、視覚教材等を活用し、基礎知識の理解を進めます。

○　個人の課題認識・目標設定にあたっては、個別面接を通じて個々の特徴や生活背景を踏まえた支援を行います。

３）特定保健指導実施率向上のためのアプローチ

①情報提供の工夫

特定健康診査の結果、指導対象となった方には個別に案内を送付するとともに、電話による利用勧奨を行います。

②多様な機会の活用

特定保健指導は、保健センターを拠点に行います。効果的な実践を行うため、外部の専門機関に運営を委託します。

③地域資源の活用

○　制度の周知を図るため、医療機関や市の施設等にポスターの掲示を行います。

○　保健推進員の活動、健康づくりサークルや高齢者の健康クラブなどで、特定保健指導の重要性を伝えていきます。

○　自治会、町内会を通じ、特定健康診査とともに特定保健指導についての情報提供を行います。

４）特定保健指導の評価及び今後の取り組み

評価指標		平成30（2018）年度	令和元（2019）年度	令和２（2020）年度	令和３（2021）年度	令和４（2022）年度	令和５（2023）年度
特定保健指導実施率（%）	指標	20	21	22	23	24	25
	実績	14.8	22.9	－	－	－	－

特定保健指導の実施率は、平成 30 年度は 14.8%、令和元年度は 22.9%でした。

令和元年度については、目標の 21.0%を上回りましたが、全国目標である 60.0%には達していないため、引き続き手紙や電話による利用勧奨、健診当日による初回面談の実施を行います。