

第3期北名古屋市国民健康保険

データヘルス計画

北名古屋市特定健康診査等実施計画(第4期)

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

北名古屋市

目次

第1章 基本事項

- 1. 計画策定の背景と趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
- 2. 計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
- 3. 計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
- 4. 計画の進め方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
- 5. 実施体制・関係者連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

第2章 被保険者等の現状と分析

1. 北名古屋市の現状

- (1) 人口動態・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
- (2) 被保険者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
- (3) 平均寿命と健康寿命(平均自立期間)・・・・・・・・・・・・・・・・9
- (4) 死亡の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
- (5) 要支援・要介護の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

2. 医療費の分析

- (1) 医療費総額、一人当たり医療費の状況・・・・・・・・13
- (2) 疾病分類別医療費・・・・・・・・・・・・・・・・15
- (3) 虚血性心疾患の状況・・・・・・・・・・・・・・・・16
- (4) 脳血管疾患の状況・・・・・・・・・・・・・・・・17
- (5) 糖尿病の状況・・・・・・・・・・・・・・・・18
- (6) 人工透析の状況・・・・・・・・・・・・・・・・19
- (7) がんの状況・・・・・・・・・・・・・・・・20
- (8) ジェネリック医薬品普及の状況・・・・・・・・21

3. 特定健診・特定保健指導の現状

- (1) 特定健診の受診率及び受診者数・・・・・・・・22
- (2) 性年代別受診率と受診者数・・・・・・・・23
- (3) 特定保健指導の実施率・・・・・・・・24
- (4) 特定保健指導の実施結果・・・・・・・・24

4. 特定健診結果とレセプトから見える現状と分析

- (1) 健診受診と医療機関受診の状況・・・・・・・・25
- (2) メタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況・・・・・・・・26
- (3) 検査項目別の有所見者の割合・・・・・・・・27
- (4) 性年齢別の有所見者の割合・・・・・・・・28
- (5) 質問票調査の状況・・・・・・・・29
- (6) 腎機能の状況・・・・・・・・30
- (7) 高血圧リスクの状況・・・・・・・・31
- (8) 脂質異常症リスクの状況・・・・・・・・32
- (9) 糖尿病リスクの状況・・・・・・・・33

5. がん検診の現状

- (1) がん検診(胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん)の受診率の推移・・・・・・・・34
- (2) 国保加入者におけるがん検診受診率の状況・・・・・・・・35

第3章 前期計画の事業評価と考察	
1.目標値の達成状況一覧	36
2.個別保健事業評価 各指標の評価と考察	37
(1)特定健診受診率向上対策	37
(2)特定健診未受診者対策	38
(3)特定保健指導利用率向上対策	38
(4)糖尿病講座の充実	39
(5)有所見者への受診勧奨及びフォローアップ事業	40
(6)病態別講座	41
(7)ヘルシーダイエットスクールの充実	41
(8)健康相談コーナー事業	42
(9)成人健康相談・健診結果説明	43
(10)健康マイレージ事業	43
(11)健康ドームの活用(トレーニング室)	44
(12)ジェネリック医薬品の普及啓発	44
第4章 第3期データヘルス計画	
1.健康課題の整理	45
2.データヘルス計画の目的・目標	
(1)データヘルス計画の目的と戦略	47
(2)評価指標及び目標値	47
3.健康課題を解決するための個別保健事業	47
(1)特定健診受診率向上	48
(2)特定保健指導実施率向上	49
(3)生活習慣病発症予防(喫煙、運動習慣、がん検診)	50
(4)生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症、慢性腎臓病、循環器疾患)	51
(5)医療費適正化(ジェネリック医薬品、適正受診・適正服薬)	52
第5章 計画の推進等	
1.個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価と見直し	53
2.計画の公表・周知	53
3.個人情報の取り扱い	53
第6章 第4期特定健康診査等実施計画	
1.目標値	54
2.対象者数推計	54
3.実施方法	54
4.計画の推進	57

第1章 基本事項

1. 計画策定の背景と趣旨

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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」との方針が示されました。これを踏まえ、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」において、保険者には「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実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ことが求められています。

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月に閣議決定された「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り組みの推進」が掲げられ、令和4年12月には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KPIの設定を推進する。」とされました。

このような背景を踏まえ、北名古屋市では、被保険者の健康課題を的確にとらえ、健康課題に応じた保健事業を展開することにより、健康寿命の延伸、生活の質（QOL）の維持及び向上を図ること、また、その結果として医療費の適正化にも資することを目的としてデータヘルス計画（第1期～第2期）及び特定健康診査等実施計画（第1期～第3期）を策定し、適切かつ効果的な実施に努めてきました。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする「第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

2. 計画の期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3. 計画の位置づけ

「データヘルス計画」とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業を実施するために策定するものです。

本計画では、国の「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」や愛知県の「健康日本21あいち新計画」に示された基本方針を踏まえて、「北名古屋市総合計画」を最上位計画として「北名古屋市けんこうプラン21計画」及び「高齢者保健事業の実施計画（後期高齢者データヘルス計画）」、「北名古屋市介護保険事業計画・高齢者福祉計画」等の関係する計画と調和のとれたものとします。

また、特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなすものであり、40歳から74歳までの被保険者を対象に実施する特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画は、全年齢の被保険者を対象とします。

4.計画の進め方

本計画では、特定健診等の結果、レセプトデータ、国民健康保険中央会より提供されている国保データベースシステム(KDB)等の健康・医療情報を活用し、その運用はPDCAサイクル(P:計画→D:実施→C:評価→A:改善)を繰り返し行うことに沿って行います。

また、令和5年10月に公表された「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」には、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたって、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等が示されています。そのため、基本的な考え方は、健診・保健指導プログラムに準じることとし、本市特有の課題に即した保健事業を展開していきます。

以上を踏まえ、本市では国保データベースシステムを活用して、特定健康診査の結果及びレセプト、介護保険等のデータを分析し、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化の予防に取り組み、国民健康保険加入者の健康の保持・増進を図ることにより、健康寿命の延伸、ひいては医療費の適正化を目指します。

5.実施体制・関係者連携

本市では被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保医療課と健康課が中心となって、被保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。また、高齢者福祉部局、介護保険部局と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

計画の策定と保健事業の実施に当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国民健康保険団体連合会や国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者、市内医療機関、地域包括支援センター等の社会資源等と連携、協力します。

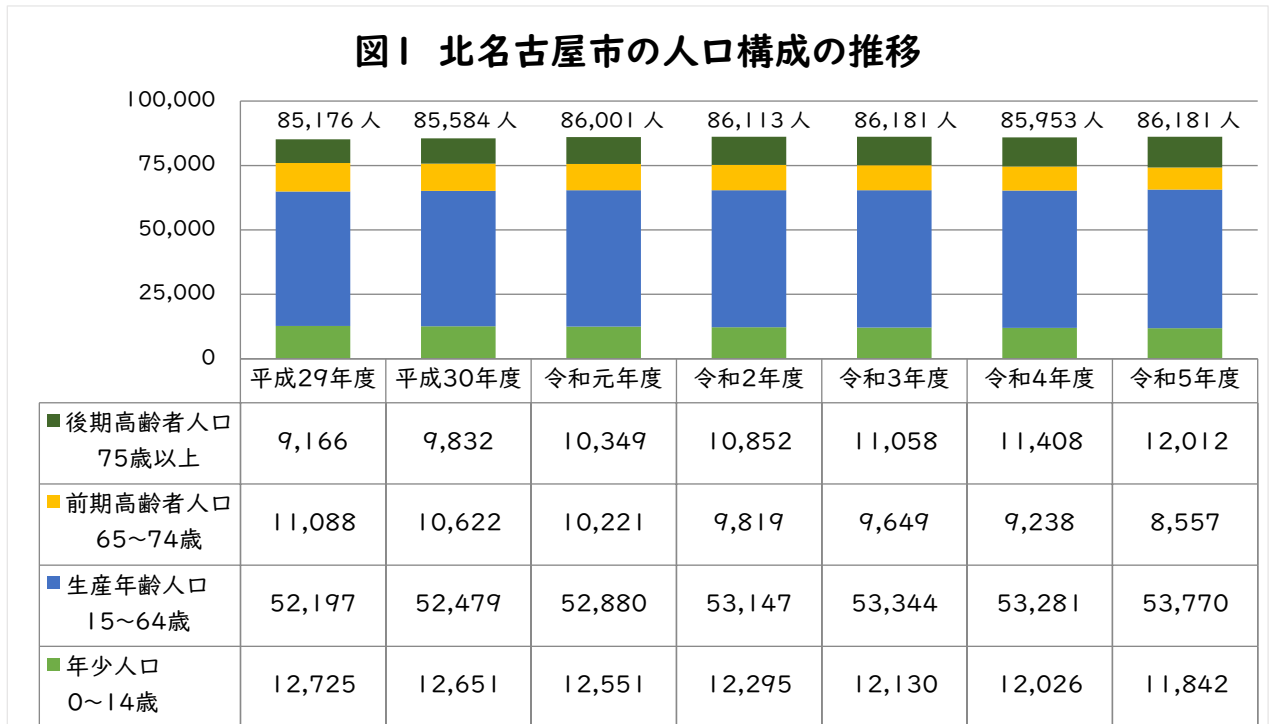
第2章 被保険者等の現状と分析

1.北名古屋市の現状

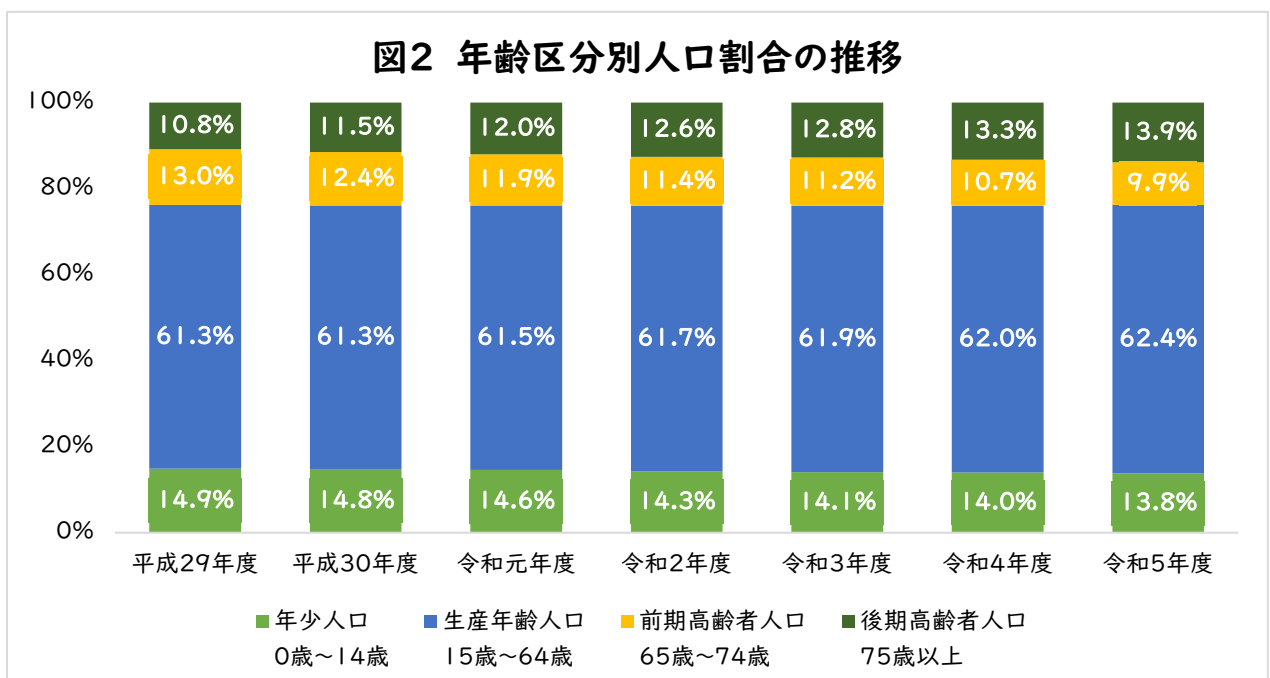
(1)人口動態

①年齢区分別人口の推移

本市の総人口は横ばい傾向となっており、令和5年には86,181人になっています。年齢区分別人口割合の推移をみると、年少人口(15歳未満)は減少傾向、生産年齢人口(15~64歳)は増加傾向、前期高齢者人口(65~74歳)は減少傾向、後期高齢者人口(75歳以上)は増加傾向で推移しています。



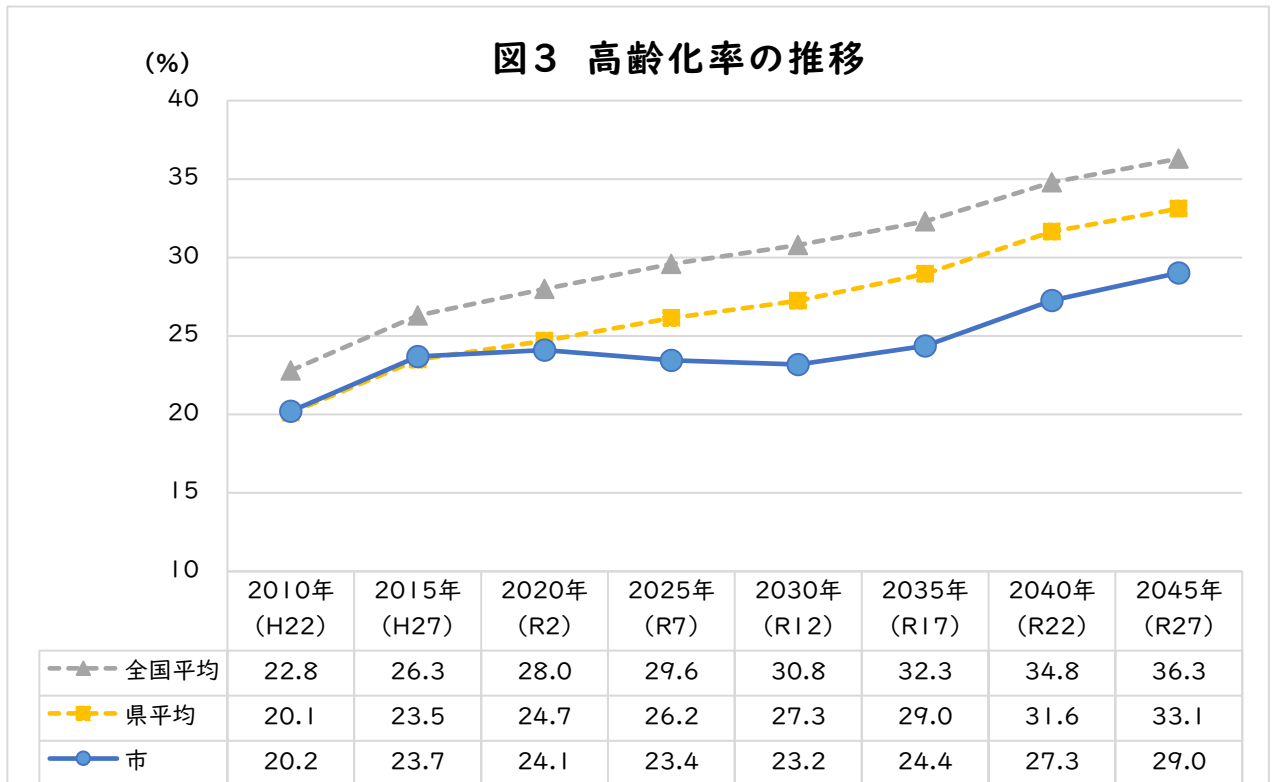
出典:住民基本台帳 各年4月1日



出典:住民基本台帳 各年4月1日

②高齡化率の推移

本市の高齡化率(65歳以上人口の割合)は平成27年度以降横ばいです。令和2年度は24.1%と全国平均・県平均を下回っています。

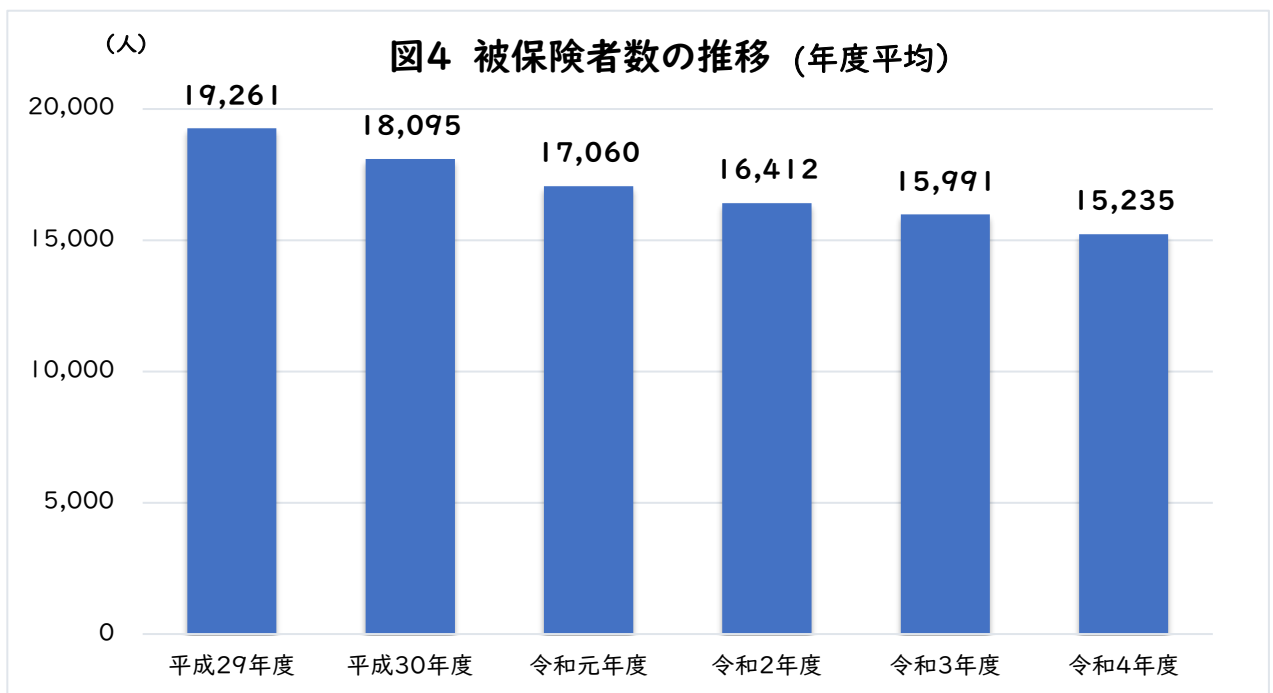


出典:平成 28 年度までは「国勢調査(総務省)」

令和 2 年度以降は「日本の地域別将来推計人口(平成 30(2018)年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

(2)被保険者の状況

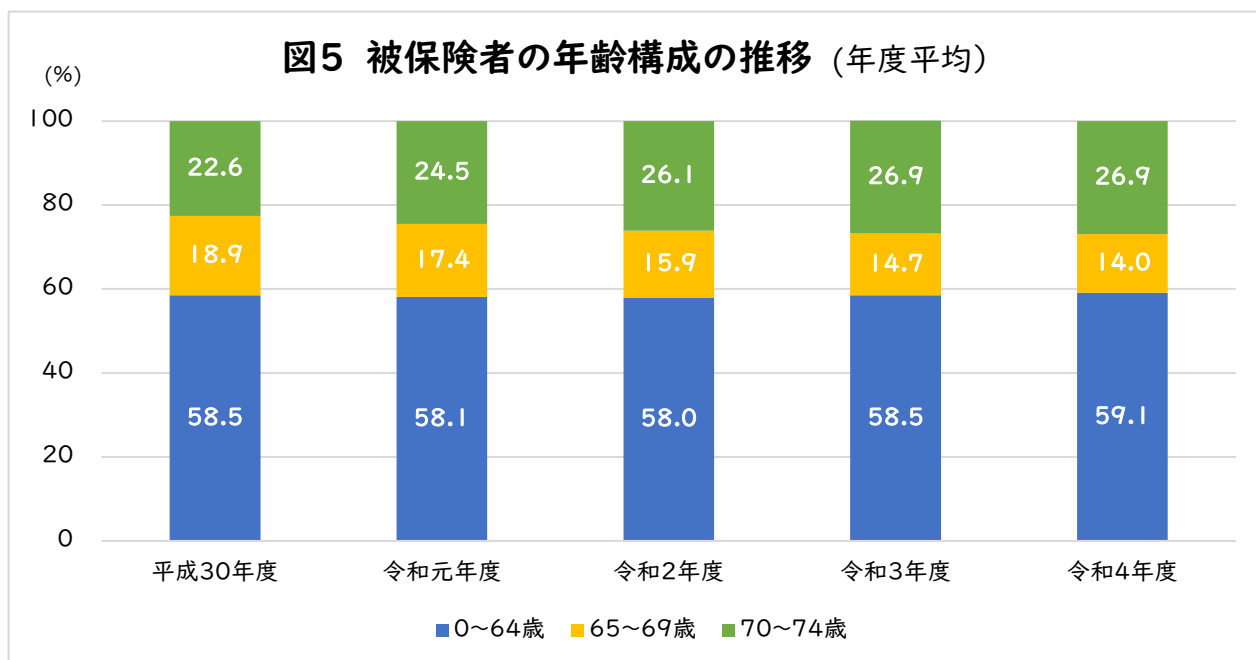
本市の国民健康保険被保険者数は、減少が続いています。



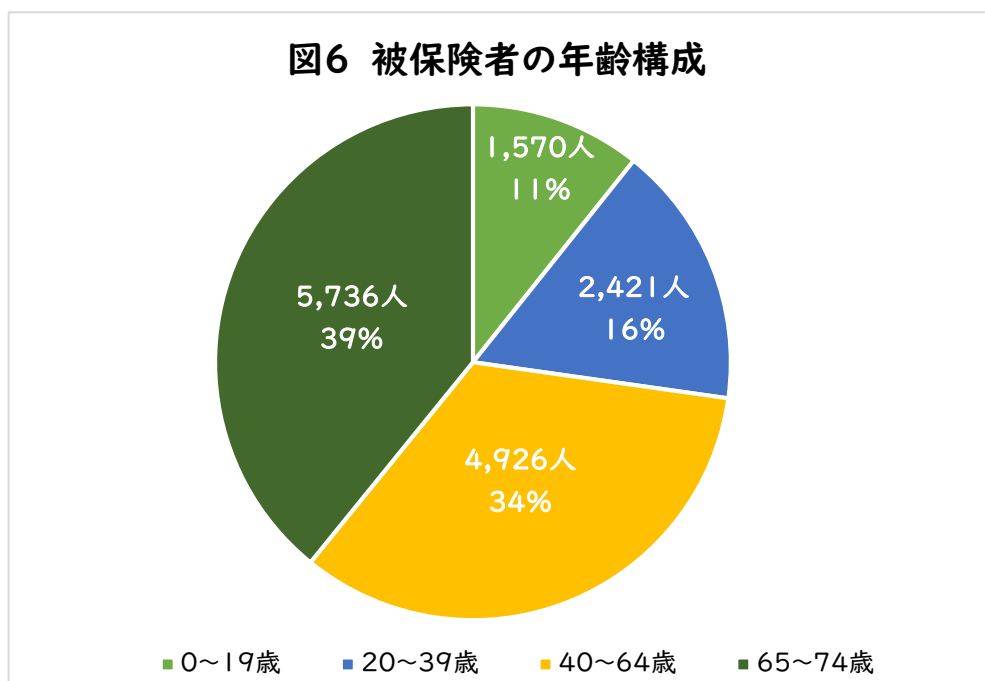
出典:「国民健康保険事業月報」

被保険者の年齢構成の推移では、70～74歳の被保険者割合が年々増加し、65～69歳の被保険者割合が年々減少しています。令和5年4月1日現在の年齢構成では、勤労世代である20～39歳が16%、40～64歳が34%、65歳以上が39%で、65歳以上が被保険者全体の約4割を占めています。

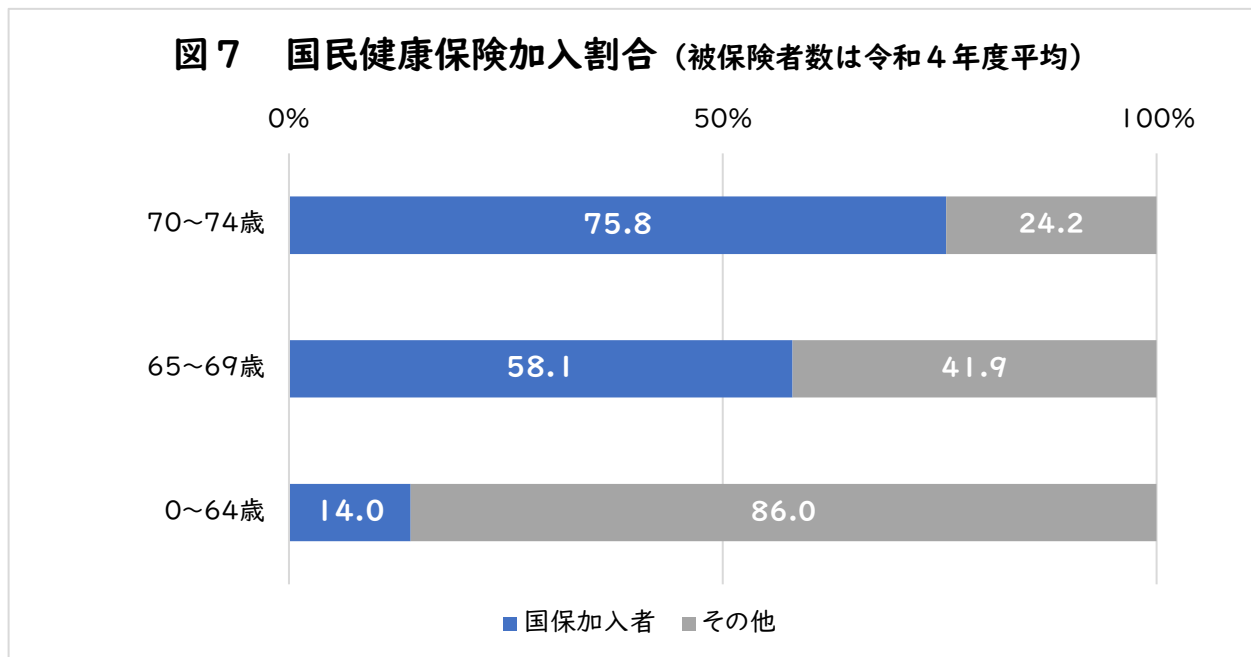
また、人口に対する国民健康保険加入率も65～69歳が約6割、70～74歳が約8割となっており、高齢者の占める割合が高くなっています。



出典：「国民健康保険事業月報」



出典：「年齢別被保険者集計表」(令和5年4月1日現在)

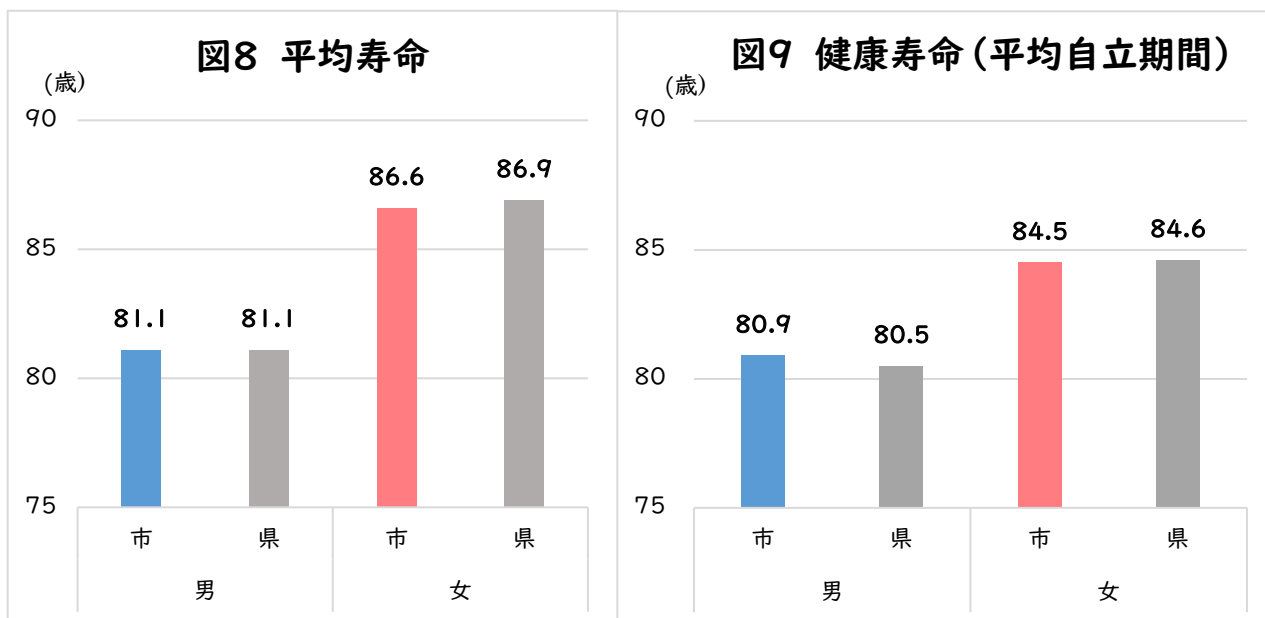


出典：愛知県「市町村別年齢別推計人口」

(3) 平均寿命と健康寿命（平均自立期間）

平均寿命とは、「出生直後の平均余命」のことで、本市の平均寿命は、男性女性ともに県と同程度であることが分かります。

一方で、健康寿命とは、「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」のことで、本市の健康寿命は、男女ともに県と同程度であることが分かります。



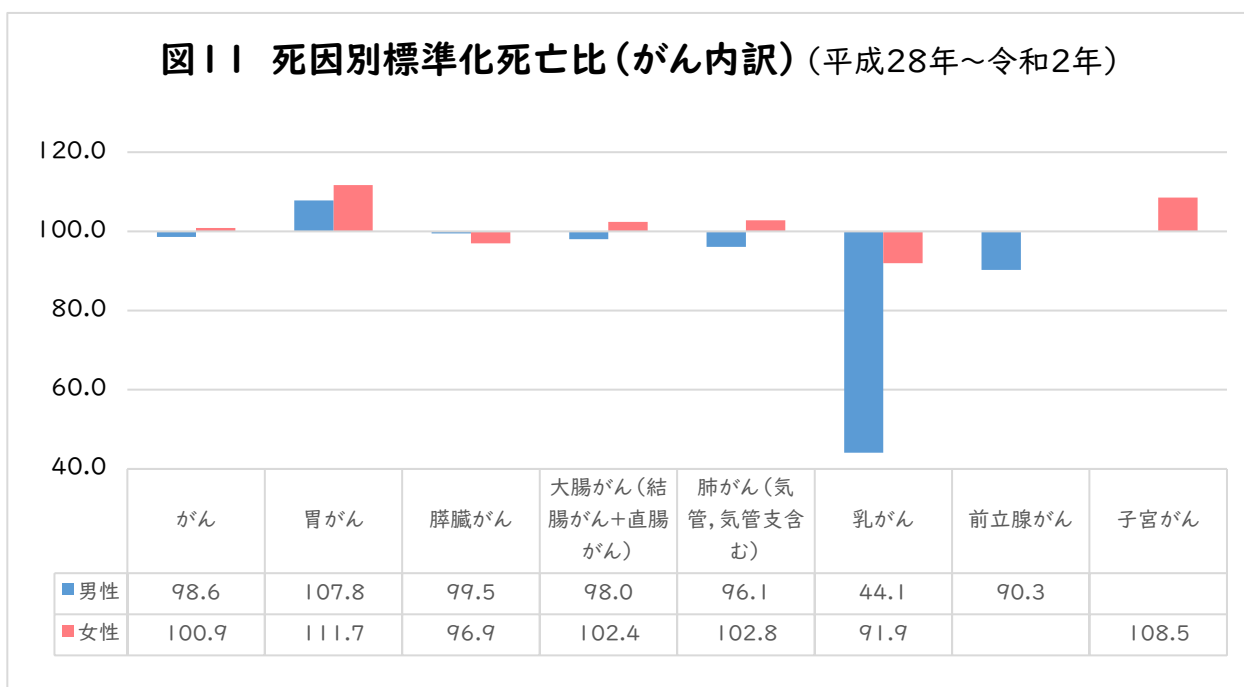
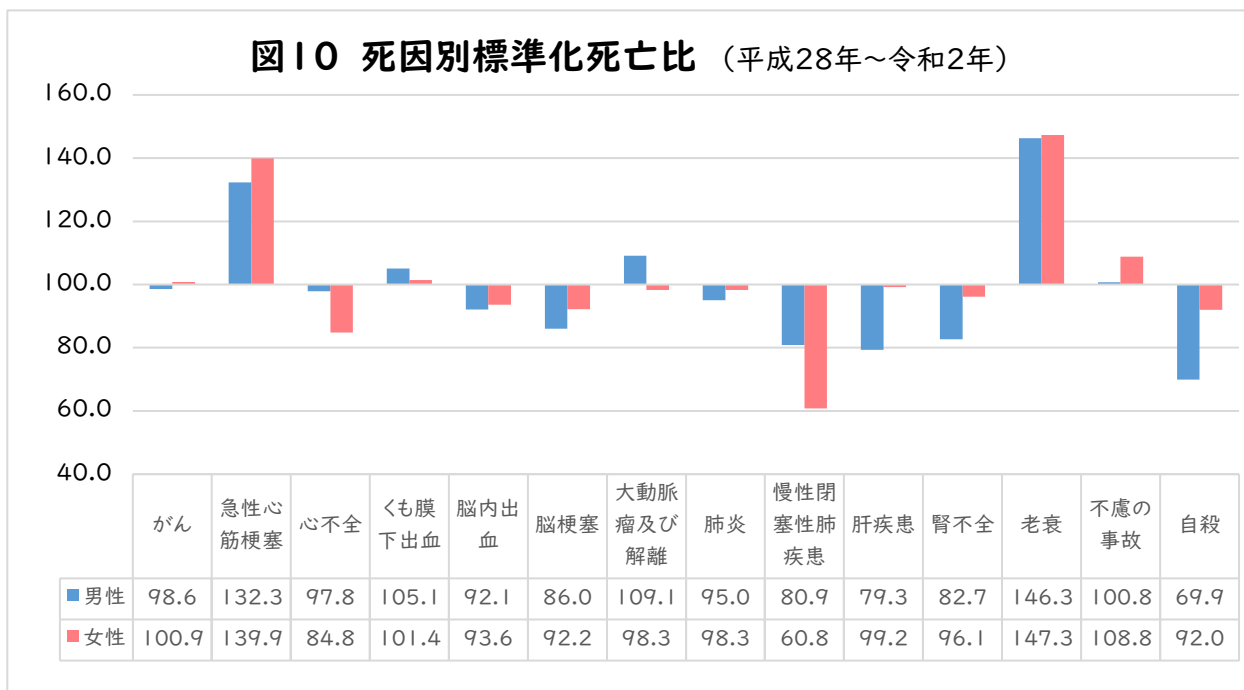
出典：「KDB システム 地域の全体像の把握」（令和4年度）

(4) 死亡の状況

死因別標準化死亡比

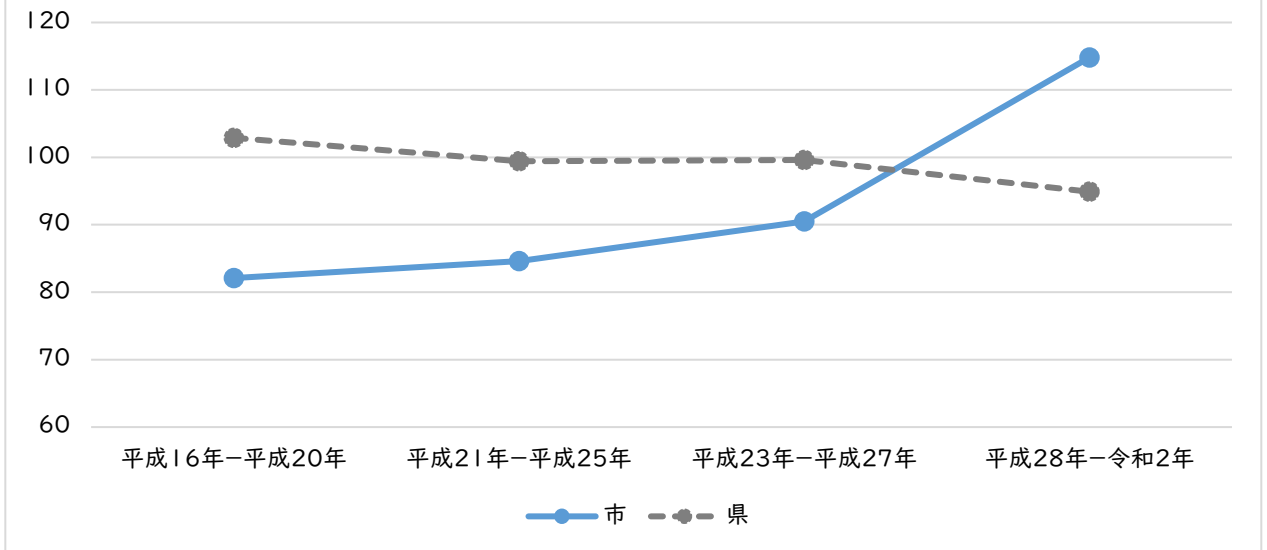
標準化死亡比とは、基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、想定される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものです。全国平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は全国平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

平成28年～令和2年の標準化死亡比によると、男女ともに「急性心筋梗塞」が130を超えており、全国平均よりも非常に高いことが分かります。また、男女ともに「胃がん」も全国平均より高い状況です。男性は、「くも膜下出血」「大動脈瘤及び解離」、女性は、「子宮がん」「大腸がん」「肺がん」が全国平均よりも高い状況です。女性の腎不全は、全国や県が横ばいまたは減少傾向であるのに比べ、本市は増加傾向です。



出典：「愛知県衛生研究所」

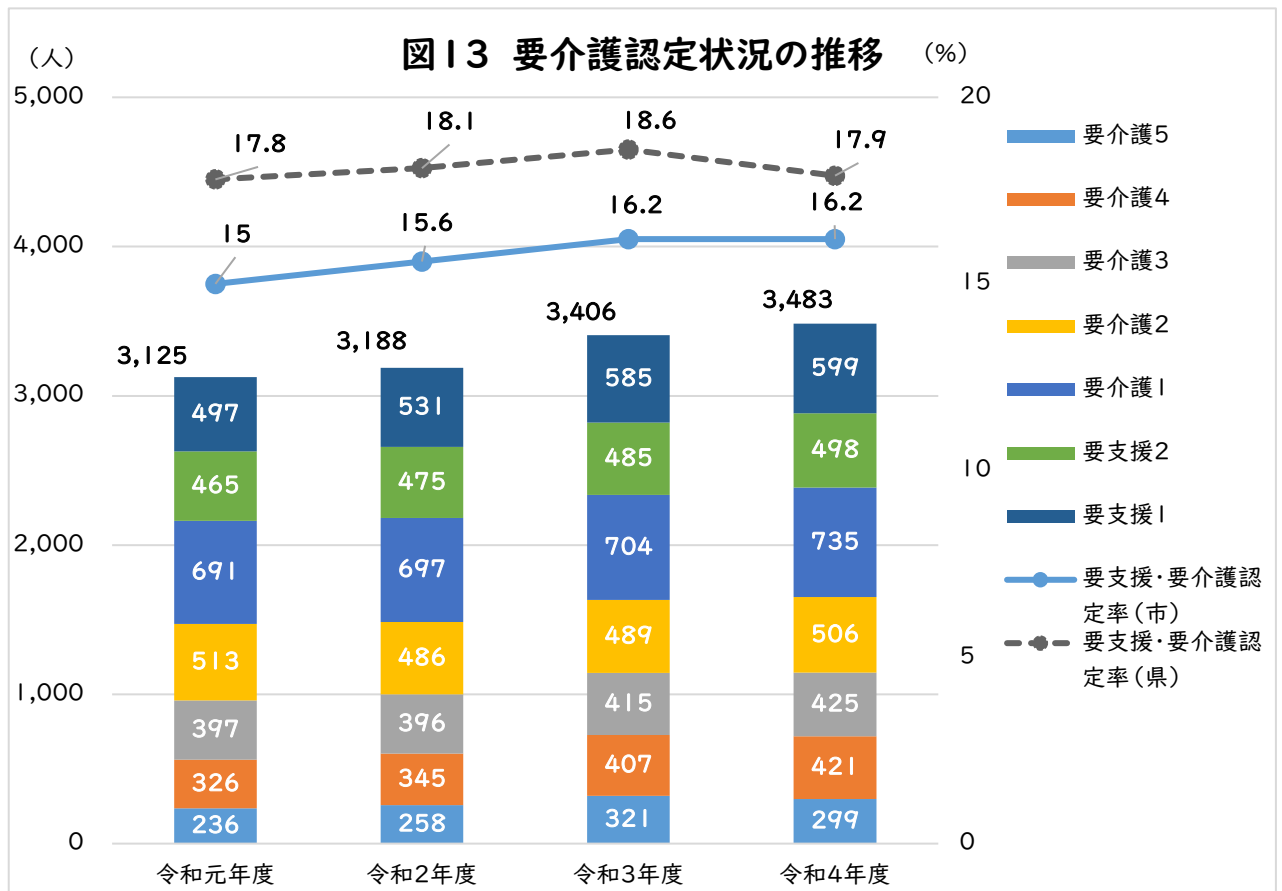
図12 死因別標準化死亡比及び主要部位ベイズ推定値
(女性の腎不全) 経年変化



出典:「愛知県衛生研究所」

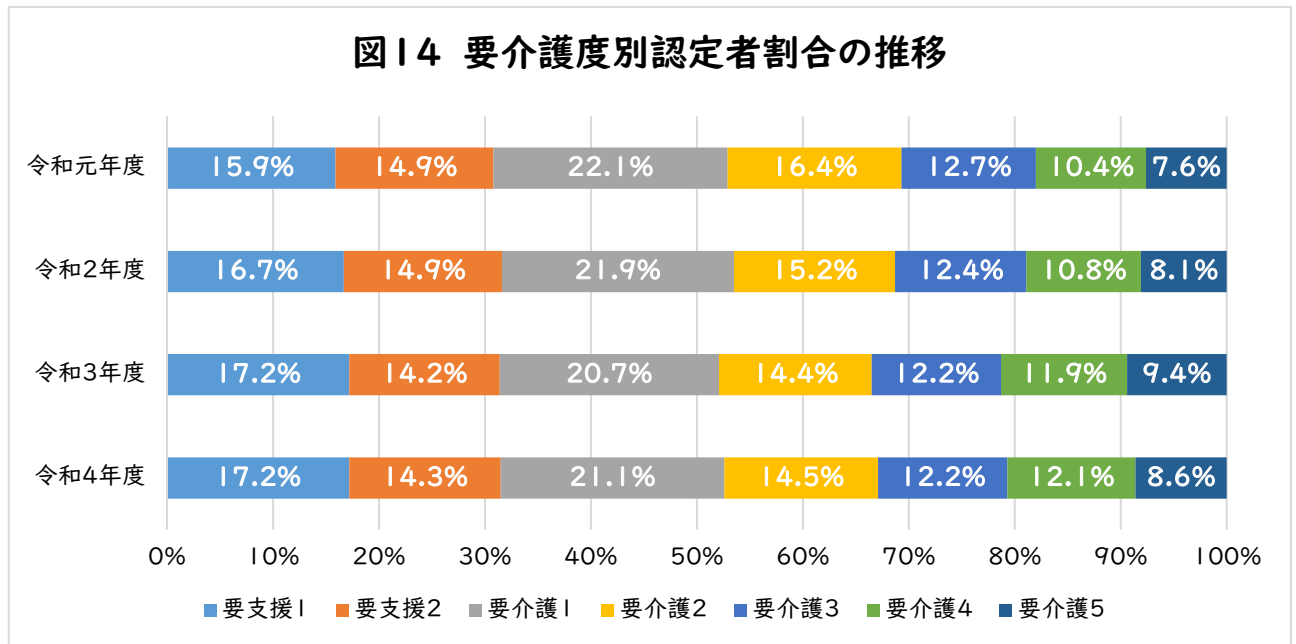
(5) 要支援・要介護の状況

本市の要支援・要介護の認定者数は、高齢化に伴い年々増加傾向にあり、令和4年度では、3,483人となっています。本市の令和4年度の要支援・要介護認定率は16.2%で、県の17.9%と比較すると低い状況です。



出典:「KDBシステム 要介護(支援)者認定状況」

認定者数の割合では、要支援2、要介護1・2・3の割合が減少し、要支援1、要介護3・4の割合が増加傾向となっています。



出典：「KDBシステム 要介護（支援）者認定状況」

また、令和4年度における要支援・要介護認定者の疾患別有病状況をみると、心臓病（60.8%）が最も高く、次いで高血圧症（54.8%）、筋・骨格（53.2%）となっています。また、県と比較すると、本市は高血圧症、認知症（再掲）、糖尿病、がんの割合が県よりも高くなっています。

表1 要支援・要介護認定者の疾患別有病状況

	市	県
心臓病	60.8%	62.4%
高血圧症	54.8%	54.6%
筋骨格	53.2%	54.7%
精神	37.0%	37.0%
認知症（再掲）	26.2%	25.5%
脂質異常症	33.4%	34.1%
糖尿病	27.4%	27.0%
脳疾患	21.6%	23.4%
アルツハイマー病	18.1%	19.1%
がん	12.2%	11.1%

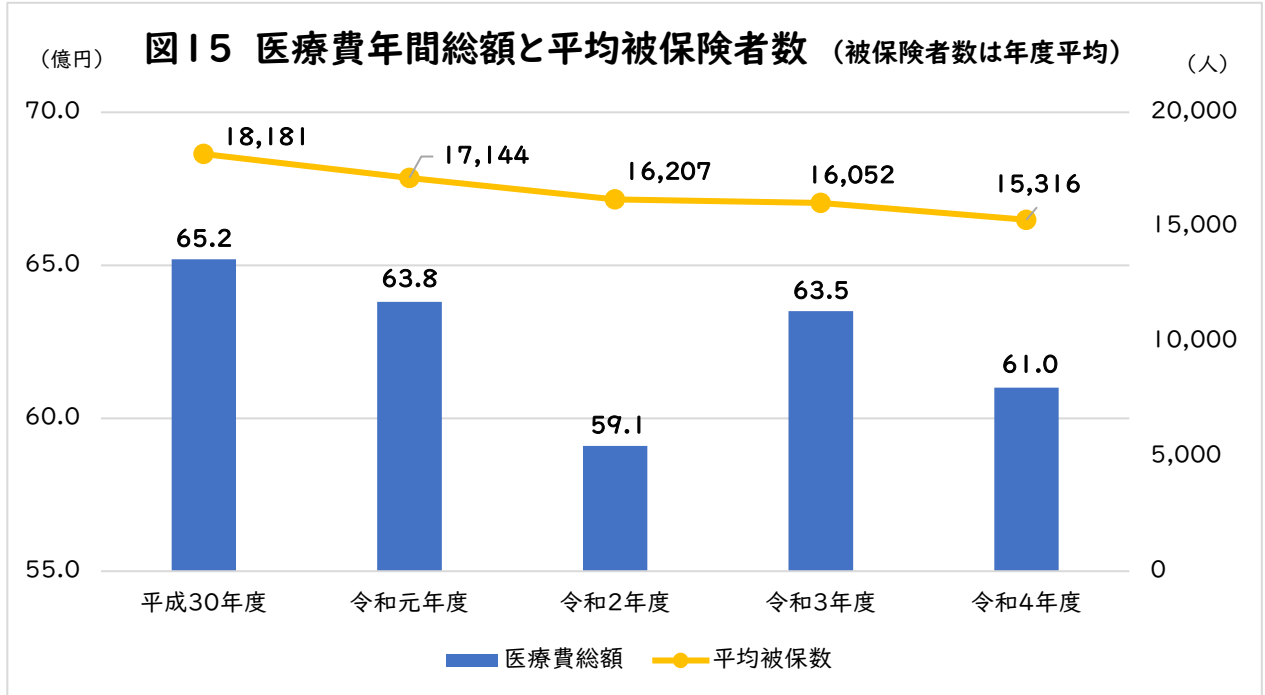
出典：「KDBシステム 地域の全体像の把握」（令和4年度）

2.医療費の分析

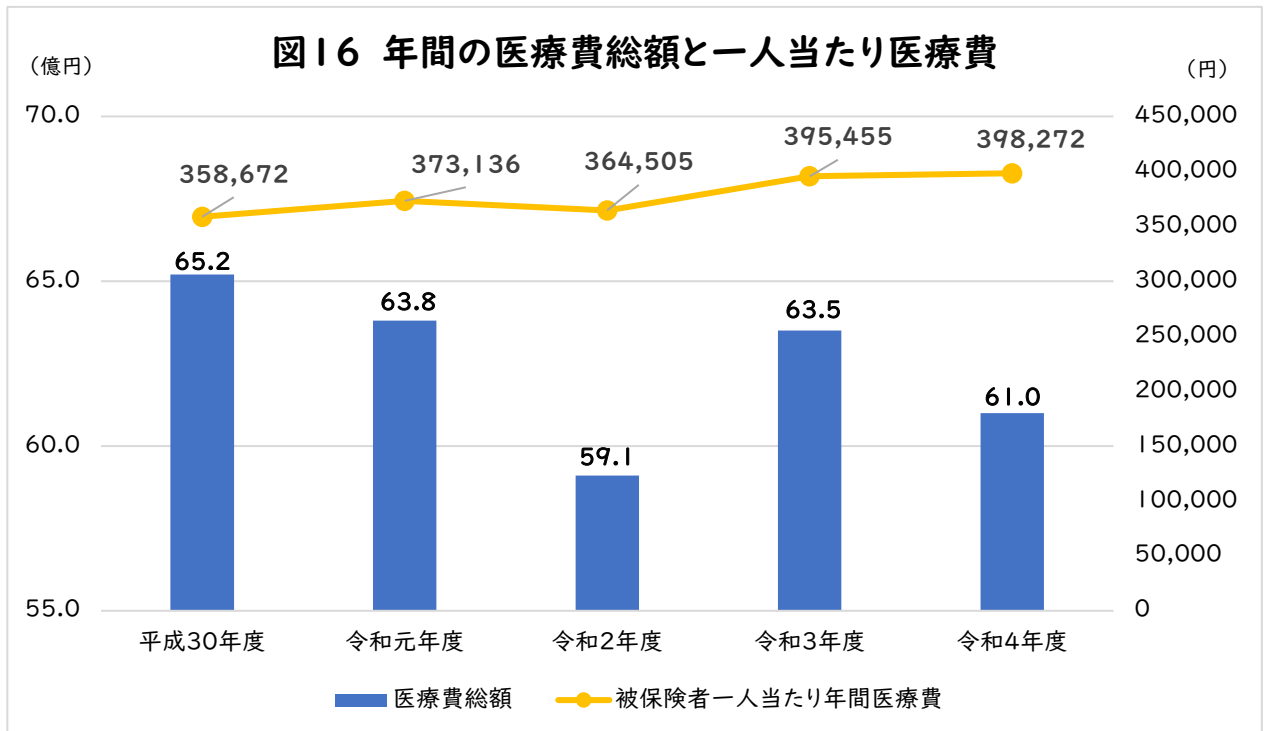
(1) 医療費総額、一人当たり医療費の状況

年間の医療費総額については、令和4年度は61億円で、平成30年度の65.2億円と比較すると4.2億円ほど減少しています。

一方で被保険者一人当たりの年間医療費は、令和4年度398,272円で、平成30年度の358,672円と比較すると、39,600円増えており、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により受診控えが発生したと思われる時期を除き、増加傾向です。

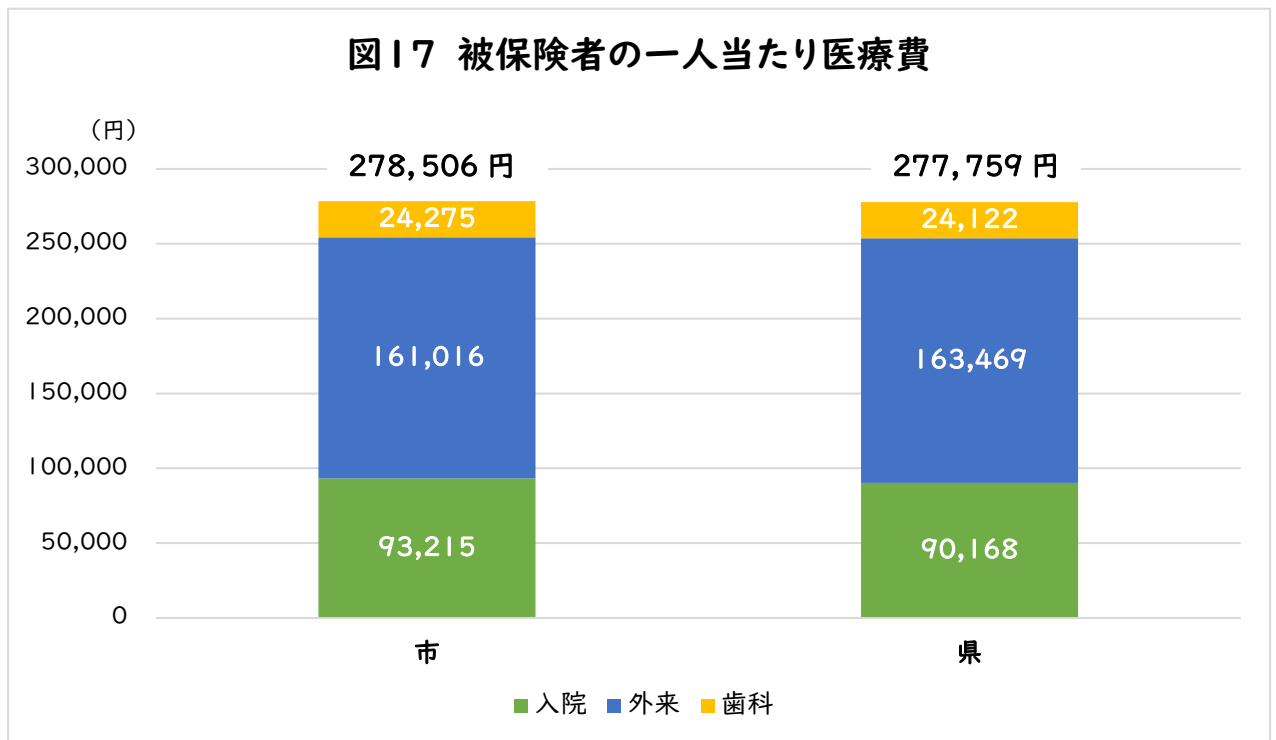


出典:「国民健康保険事業月報」「国民健康保険事業年報」(北名古屋市)



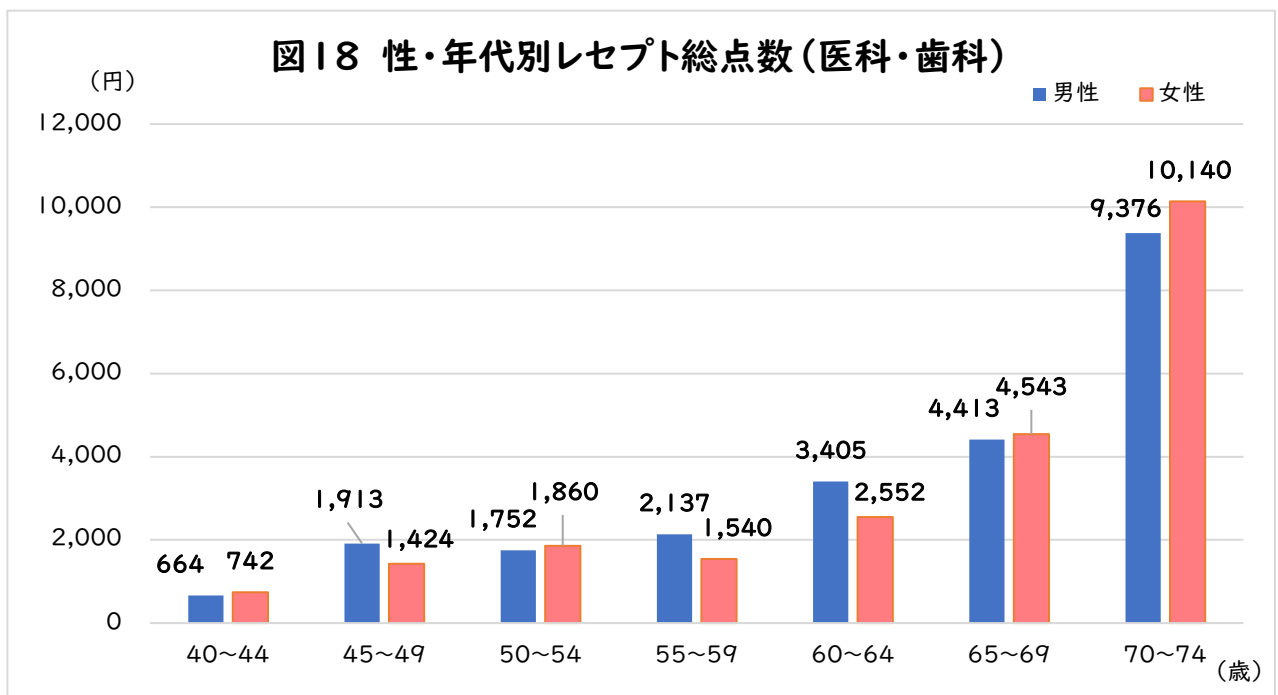
出典:「国民健康保険事業月報」「国民健康保険事業年報」(北名古屋市)

本市の令和4年度の医療分類別（入院、外来、歯科）の被保険者一人当たりの年間医療費は、278,506円で、県より747円高くなっています。入院の年間医療費は、93,215円で、県より3,047円高く、外来の年間医療費は、161,016円で、県より2,453円低い状況です。



出典：「KDB システム 健康スコアリング」（令和4年度）

年代別にレセプトの総点数をみると、最も低いのは40～44歳で、年齢とともに増加し、特に70歳以上は男女ともに急増しています。



出典：「KDB システム 医療費分析の経年比較」（令和4年度累計）

(2) 疾病分類別医療費

国民健康保険被保険者の令和4年度の入院と外来を合わせた医療費の割合は、糖尿病が最も高く、次いで高血圧症、肺がん、慢性腎臓病（透析あり）、関節疾患の順に高い状況です。

後期高齢者医療被保険者の令和4年度の入院と外来を合わせた医療費の割合は、慢性腎臓病（透析あり）が最も高く、次いで糖尿病、不整脈、骨折、関節疾患の順に高く、慢性腎臓病（透析あり）は、県6.6%と比較すると本市は7.3%と非常に高い状況です。

表2 令和4年度医療費の疾病別割合

※全体の医療費（入院+外来）を100%として計算

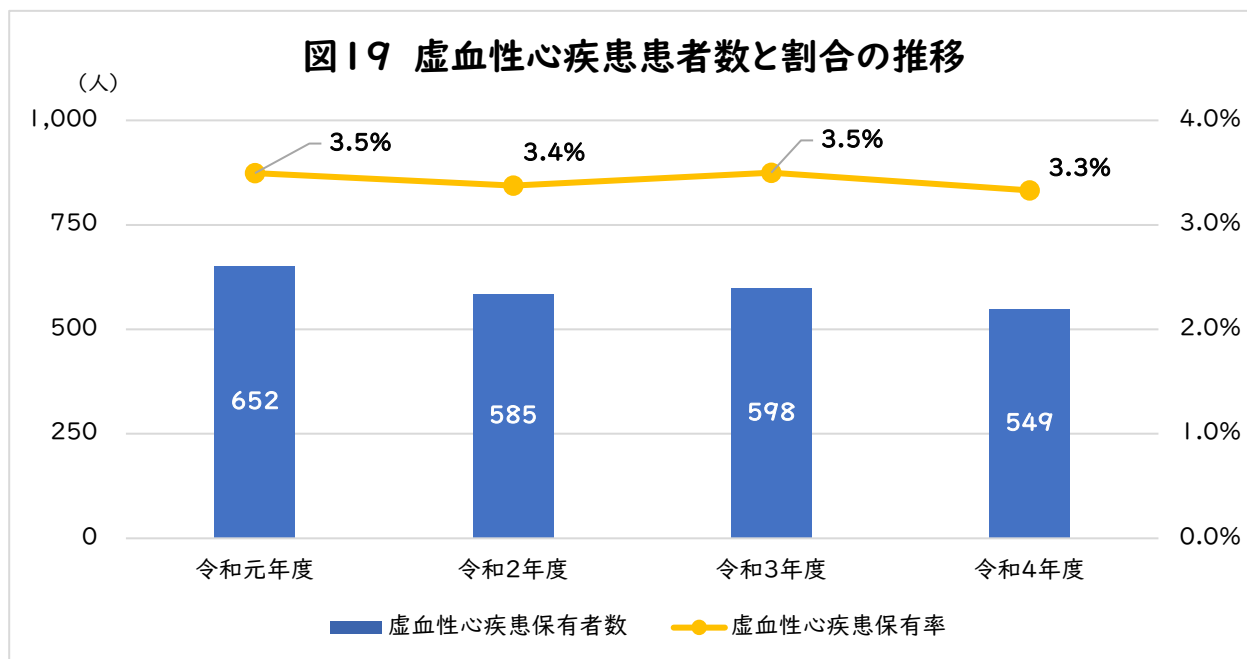
国民健康保険被保険者		
1位	糖尿病	5.3%
2位	高血圧症	3.3%
3位	肺がん	3.2%
4位	慢性腎臓病（透析あり）	3.0%
5位	関節疾患	3.0%
6位	不整脈	2.8%
7位	うつ病	2.6%
8位	統合失調症	2.6%
9位	大腸がん	2.4%
10位	脂質異常症	2.1%

後期高齢者医療被保険者		
1位	慢性腎臓病（透析あり）	7.3%
2位	糖尿病	4.3%
3位	不整脈	4.2%
4位	骨折	4.0%
5位	関節疾患	3.4%
6位	高血圧症	3.3%
7位	脳梗塞	2.9%
8位	骨粗しょう症	2.4%
9位	肺がん	1.8%
10位	脂質異常症	1.6%

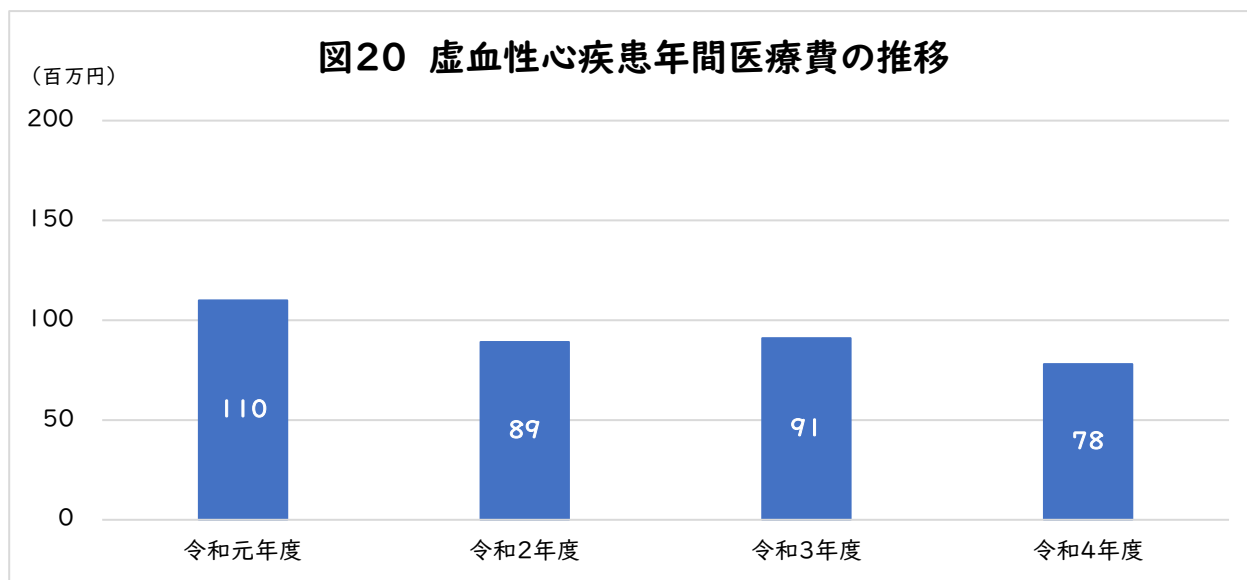
出典：「KDB システム 医療費分析（2）大、中、細小分類」

(3) 虚血性心疾患の状況

虚血性心疾患患者数は、徐々に減少傾向にあります。令和4年度は549人で、令和元年度の652人と比較すると103人減少しています。また、虚血性心疾患の年間医療費も減少しており、令和4年度は7,800万円と令和元年度の1億1,000万円と比較すると、3,200万円減っています。虚血性心疾患保有者数で除した一人当たり年間医療費が15万円から18万円かかる虚血性心疾患は、患者数の減少に伴って年間医療費も抑えられていると考えられます。



出典:「KDB システム 様式 3-5 虚血性心疾患のレセプト分析」(6月作成分)

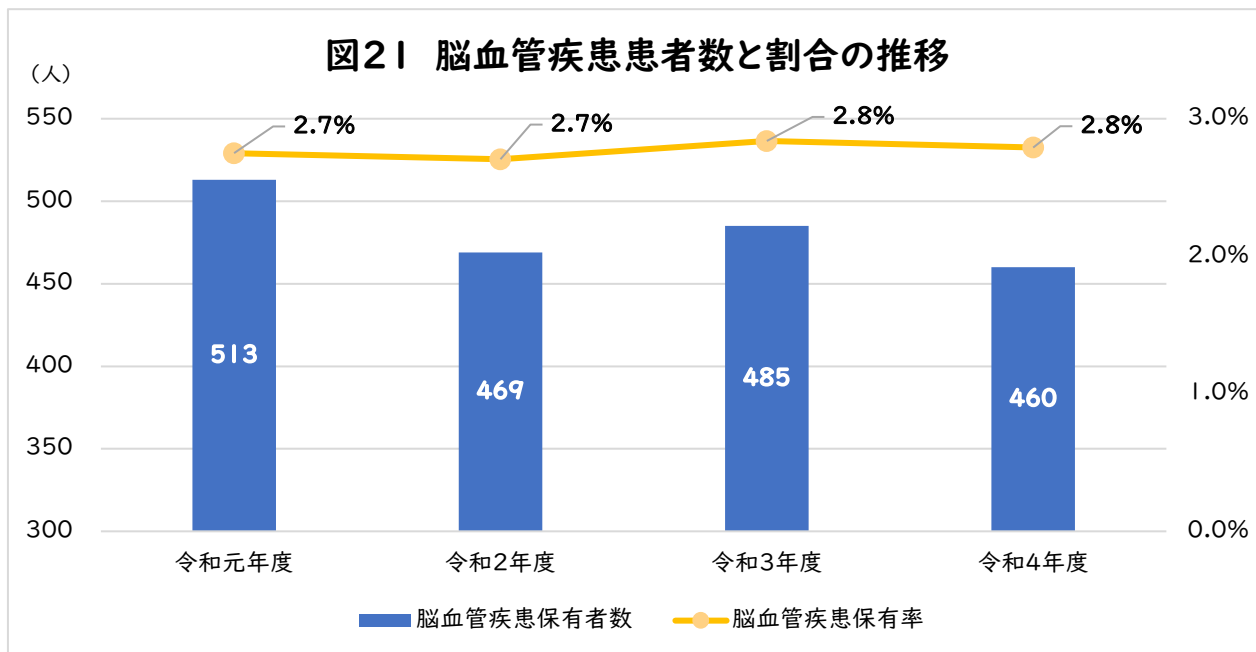


出典:「KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小分類」

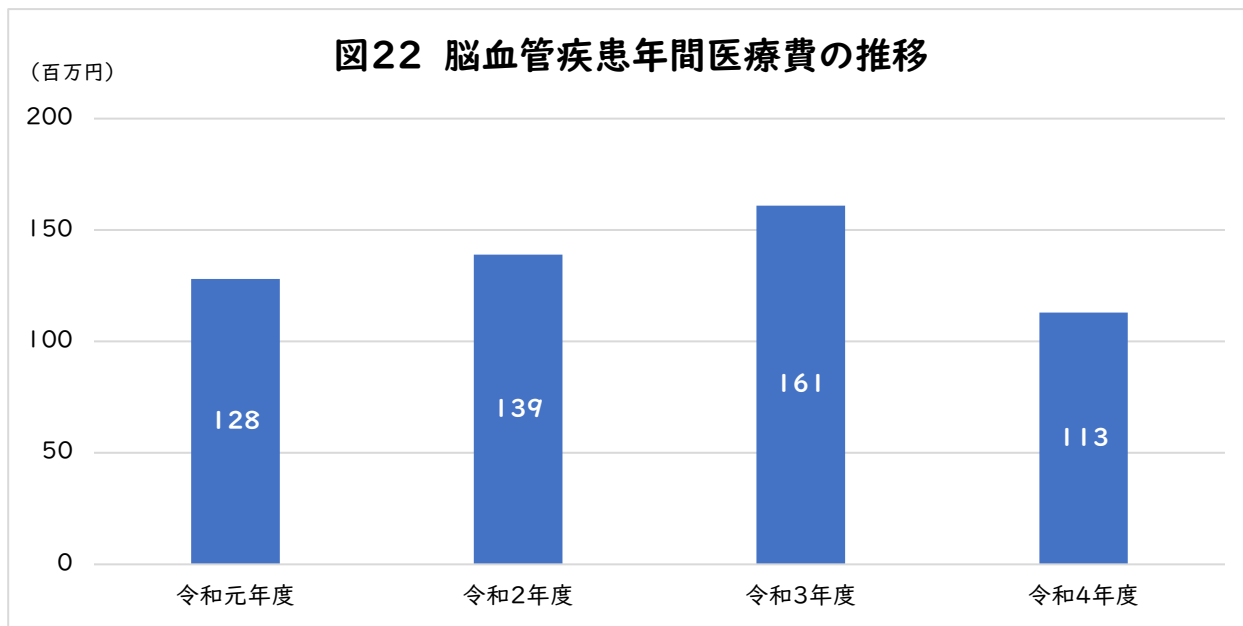
(4)脳血管疾患の状況

脳血管疾患患者数は令和3年度に一度増えたものの、全体的にみると減少傾向にあり、令和4年度は460人で、令和元年度の513人と比較すると53人減少しています。

一方、脳血管患者の年間医療費は、令和3年度までは増加傾向でしたが、令和4年度は1億1,300万円で、令和元年度の1億2,800万円と比較すると1,500万円減っています。脳血管疾患保有者数で除した一人当たりの年間医療費は、24万から34万円で推移しています。



出典:「KDB システム 様式 3-5 脳血管疾患のレセプト分析」(6月作成分)

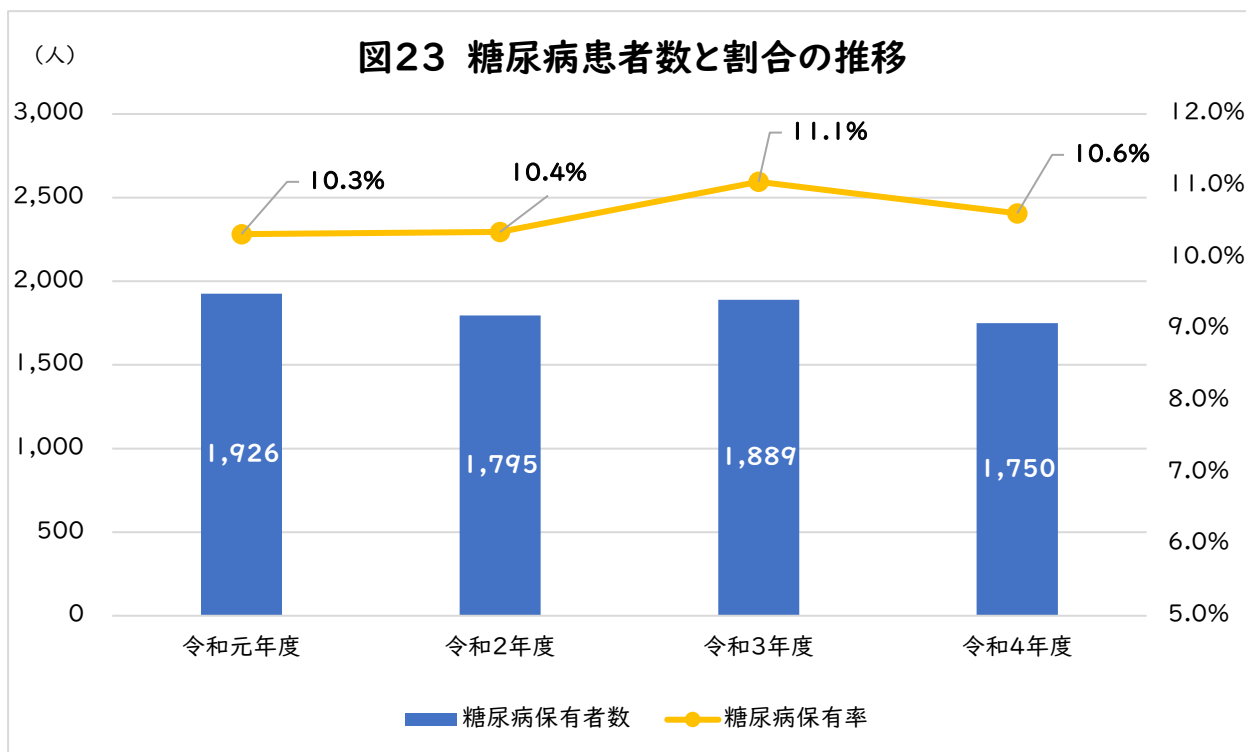


出典:「KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小分類」

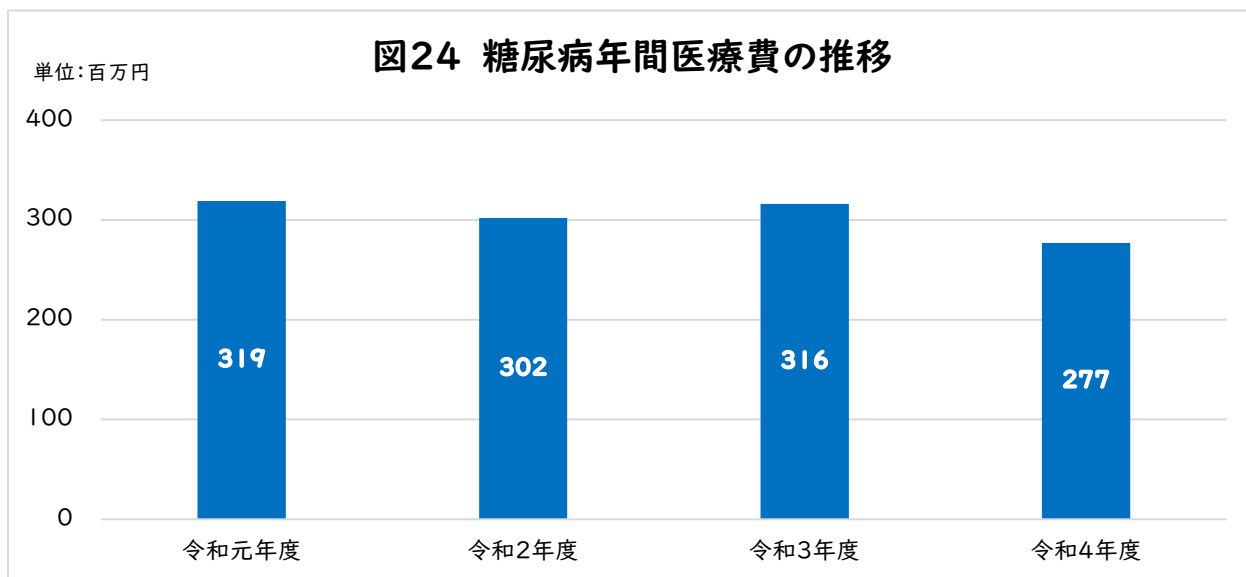
(5) 糖尿病の状況

糖尿病患者数は令和3年度に一度増えたものの、全体的にみると減少傾向にあり、令和4年度は1,750人で、令和元年度の1,926人と比較すると176人減少しています。一方、糖尿病患者の割合は、令和4年度が10.6%で、令和元年度の10.3%と比べると0.3%高くなっています。

糖尿病患者の年間医療費は、令和4年度は2億7,700万円で、令和元年度の3億1,900万円と比較すると4,200万円減っています。糖尿病保有者数で除した一人当たりの年間医療費は、16万円程度で推移していますが、患者数が多く、年間医療費が高い疾患であるため、発症予防や重症化予防は医療費の抑制に資するものと考えます。



出典:「KDB システム 様式 3-5 糖尿病のレセプト分析」(6月作成分)



出典:「KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小分類」

(6) 人工透析の状況

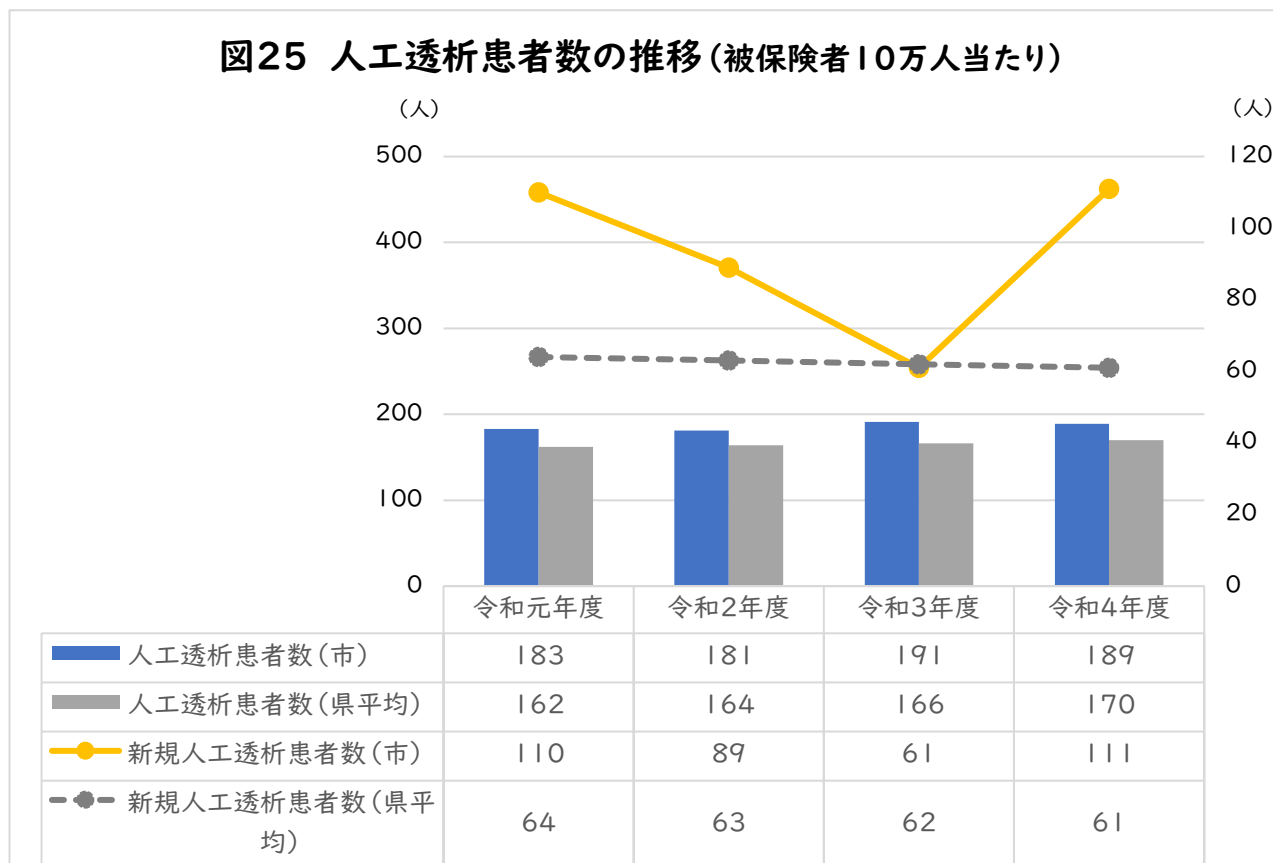
人工透析患者数の推移をみると、令和元年度から令和4年度は30人程度でほぼ横ばいです。新規人工透析患者数の累計は年度によりばらつきがあり、令和3年度は10人、令和4年度は17人です。

表3 人工透析患者数と新規人工透析患者数の推移(実数)

人工透析患者数 (各年度5月作成分)		新規人工透析患者数 (12か月の累計)	
令和元年度	32人	令和元年度	19人
令和2年度	32人	令和2年度	15人
令和3年度	31人	令和3年度	10人
令和4年度	28人	令和4年度	17人

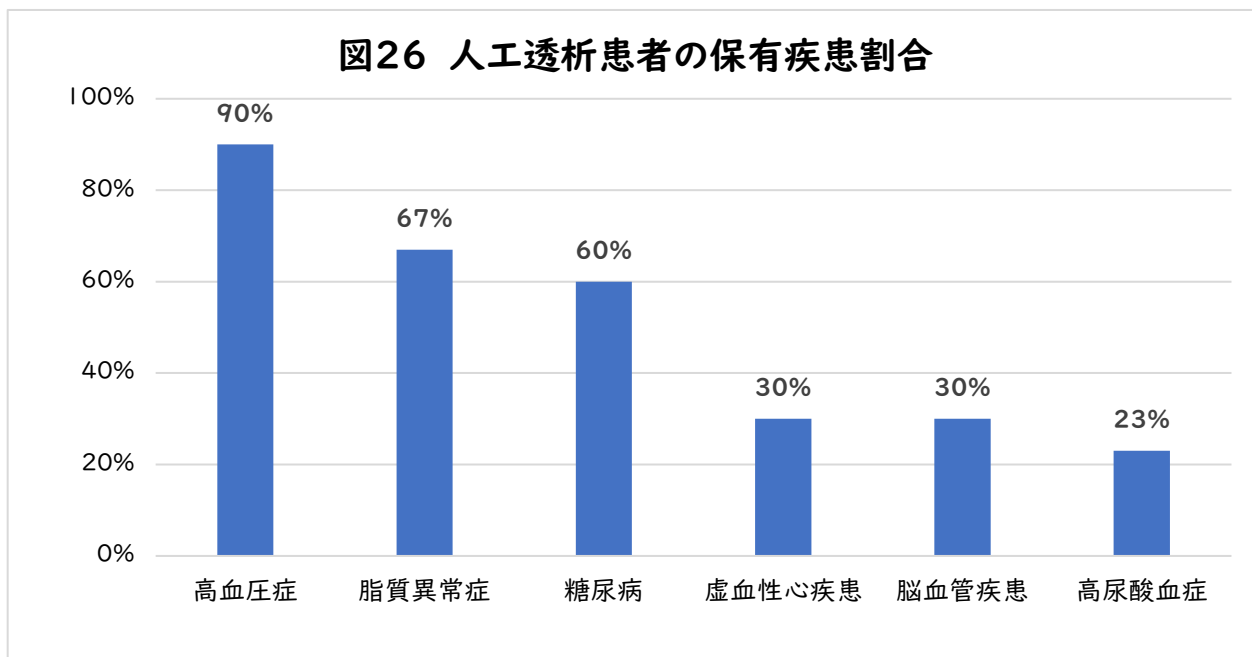
出典: 「KDBシステム 医療費の分析1)細小分類」

県と比較すると、人工透析患者数は県平均よりも多く、新規人工透析患者数の累計は、令和3年度を除いてどの年度も県平均より大幅に多い状況です。



出典: 「KDBシステム 医療費の分析1)細小分類」

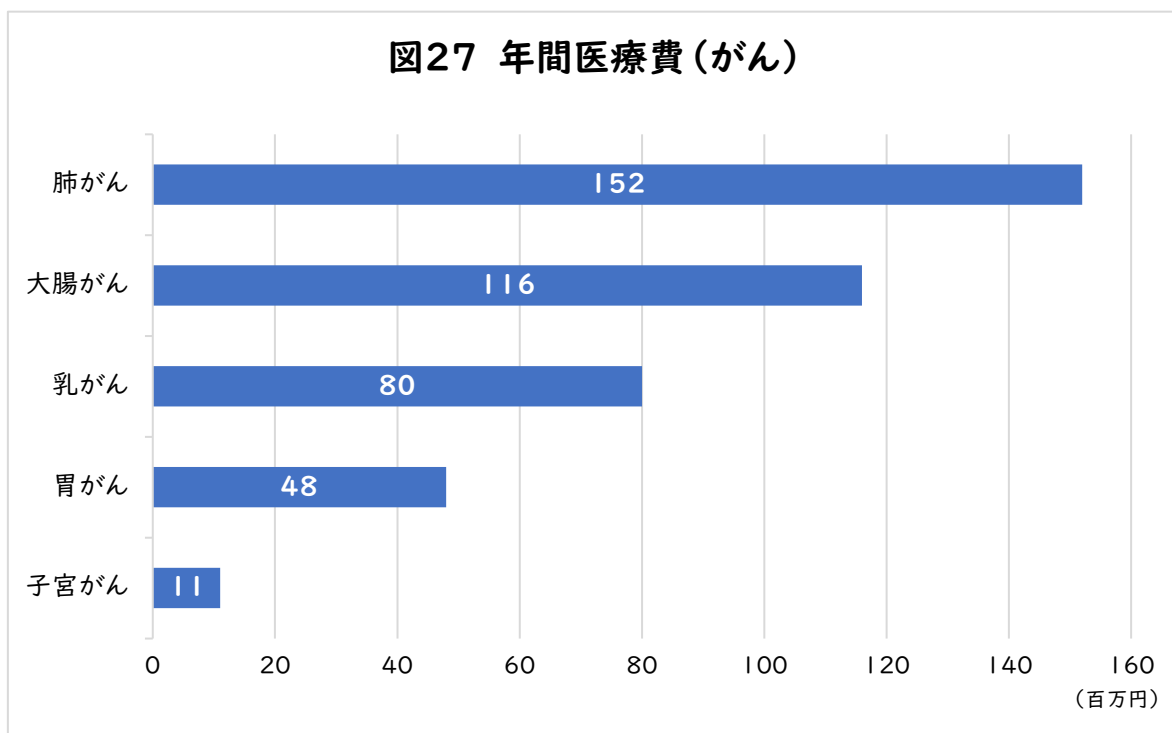
さらに、人工透析患者の保有疾患割合をみると、一番割合が高いのは、高血圧症 90%、次いで脂質異常症 67%、糖尿病 60%となっています。



出典：「KDB システム 様式 3-7 人工透析のレセプト分析」(令和 4 年度 6 月作成分)

(7) がんの状況

肺がん、大腸がん、乳がん、胃がん、子宮がんの令和 4 年度の年間医療費を見ると、肺がんが 1 億 5,200 万円と一番高く、次いで大腸がん 1 億 1,600 万円、乳がん 8,000 万円となっています。

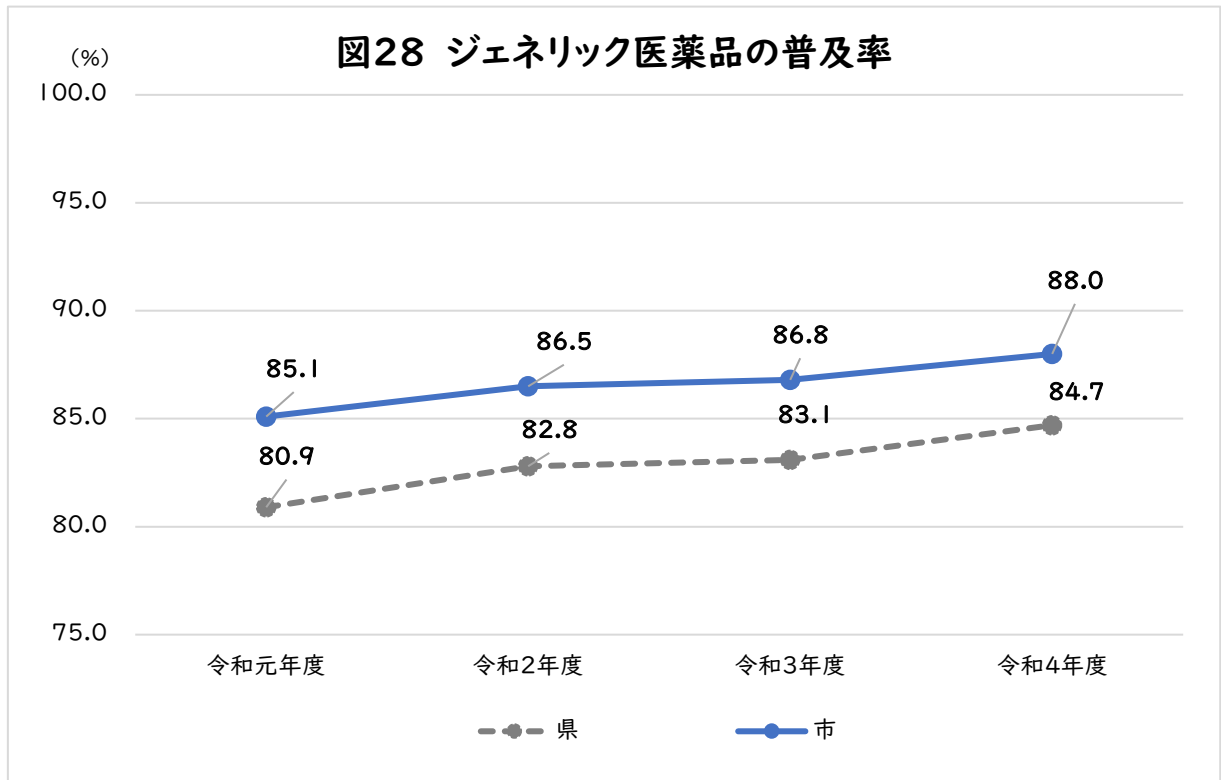


出典：「KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小分類」(令和 4 年度)

(8) ジェネリック医薬品普及の状況

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。ジェネリック医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や国民健康保険財源の改善に必要なことです。

本市のジェネリック医薬品の普及率は、令和4年度が88.0%で年々上昇傾向にあります。県と比べても本市の普及割合が高く、ジェネリック医薬品の普及は順調に進んでいることが伺えます。

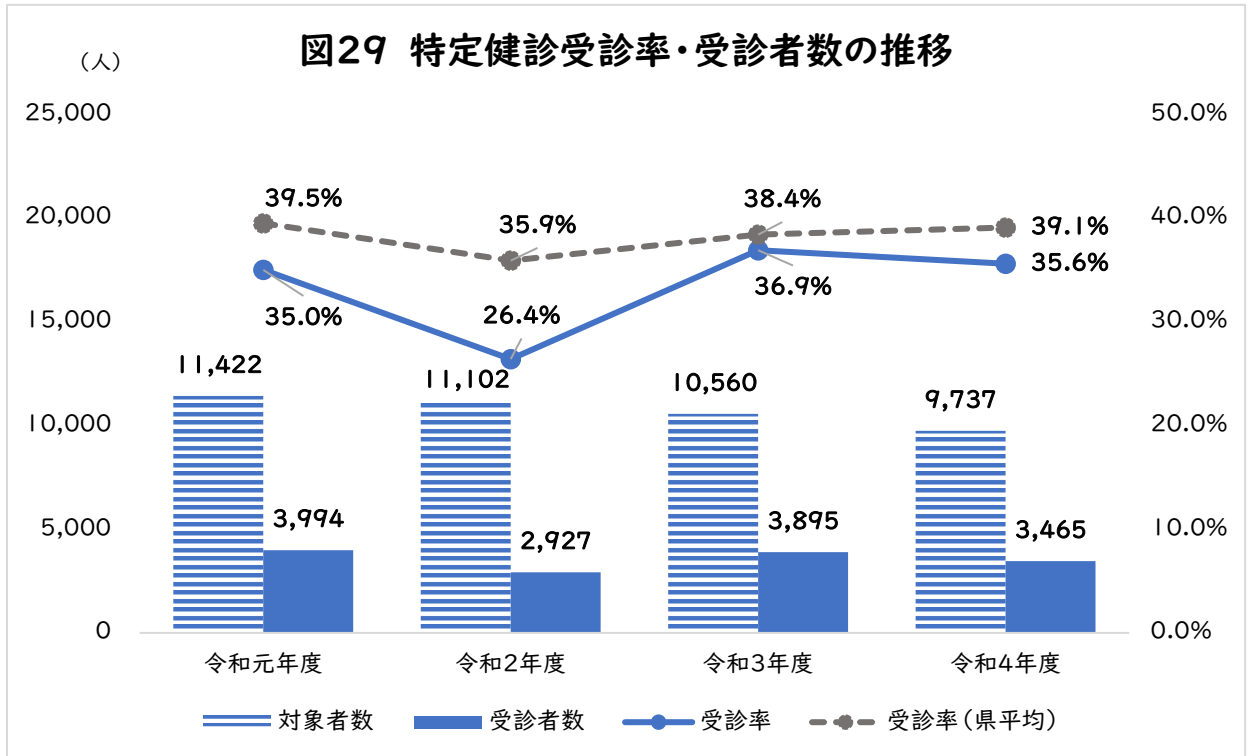


出典：厚生労働省「調剤医療費の動向」(各年度3月診療)

3. 特定健診・特定保健指導の現状

(1) 特定健診の受診率及び受診者数

特定健診の受診率は令和元年度の時点で 35%でしたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症による特定健診の実施期間の短縮や受診控えなどが影響し、受診率が大幅に減少しました。令和3年度からは新たな受診勧奨を実施したことで回復し、コロナ禍以前の水準に戻りましたが、すべての年度において県平均を下回っています。

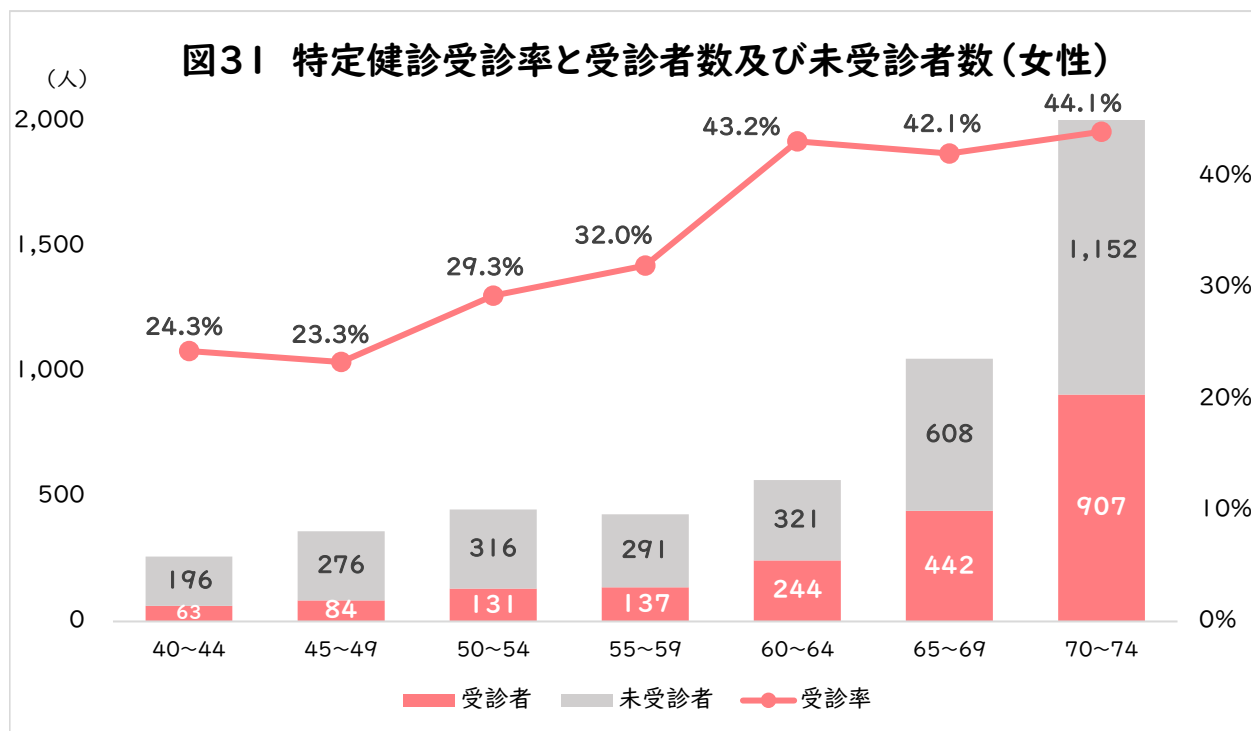
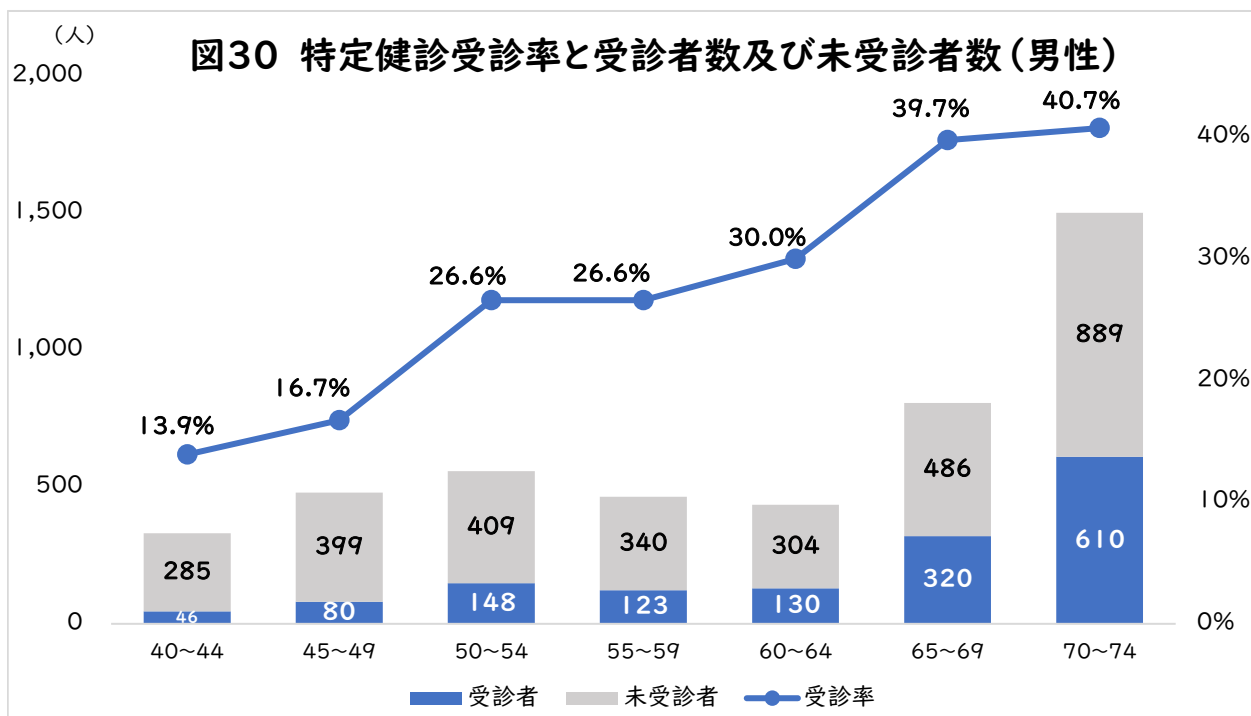


出典:AI Cube 「特定健診受診率一覧表」

(2) 性年代別受診率と受診者数

特定健診の受診状況を性年代別で見ると、いずれの年代でも女性より男性の受診率が低く、また、男女ともに40～50代の若年層の受診率が低い傾向がありました。特に、男性の40歳代は10%台と非常に受診率が低いことがわかります。

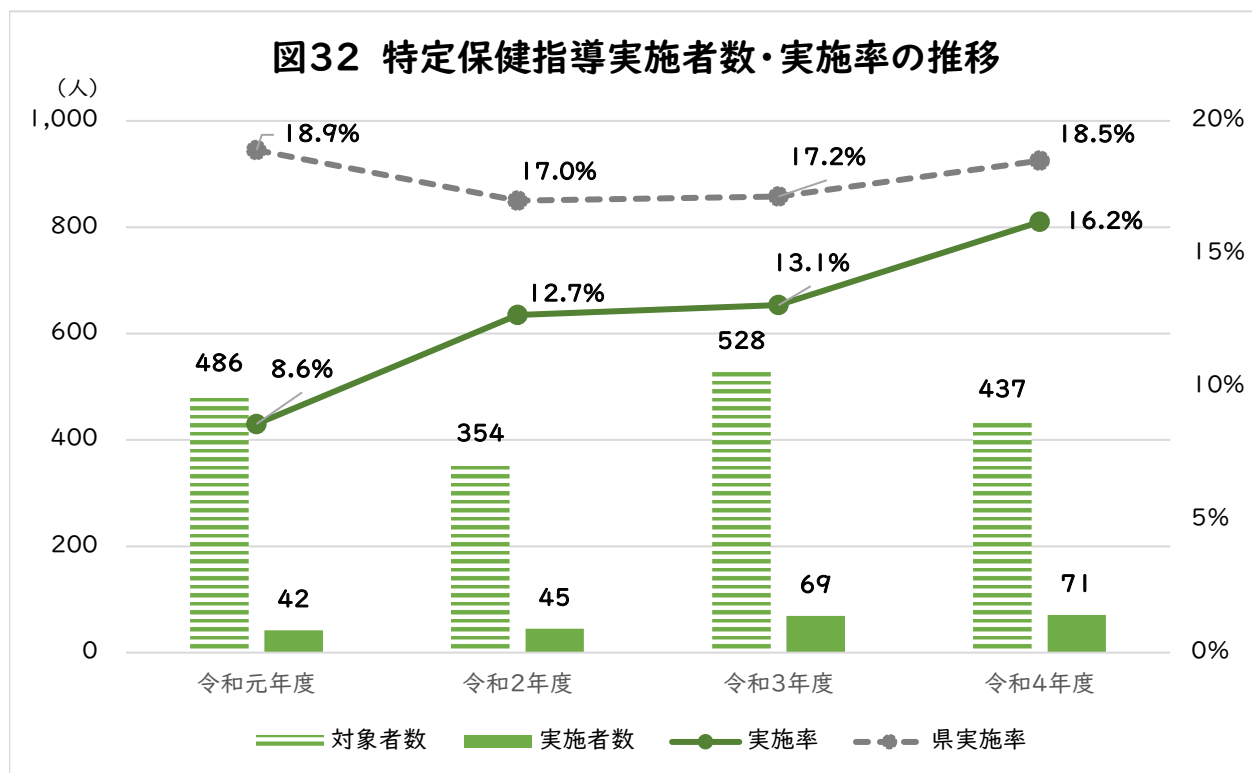
一方、70～74歳は男女ともに受診率が高いながらも、未受診者数が多い年代でもあります。したがって、40～50代の就労世代と、70代の未受診者に対する受診勧奨が必要です。



出典:「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果報告」(令和4年度)

(3) 特定保健指導の実施率

前期計画の取組みの成果により、特定保健指導の実施者、実施率ともに増加しています。しかし、県平均と比較すると依然低い水準であるため、一層の取組が必要です。



出典: AI Cube 「特定保健指導終了者及び終了率一覧表」

(4) 特定保健指導の実施結果

保健指導の支援レベル別の実施率をみると、令和元年度～令和3年度は40～64歳の動機付け支援や積極的支援の実施率は65歳以上の動機付け支援の実施率と比較して極端に低い傾向にありましたが、令和4年度はいずれの支援レベルにおいても16%程度の実施率となっています。

表4 支援レベル別 特定保健指導の実施率の推移

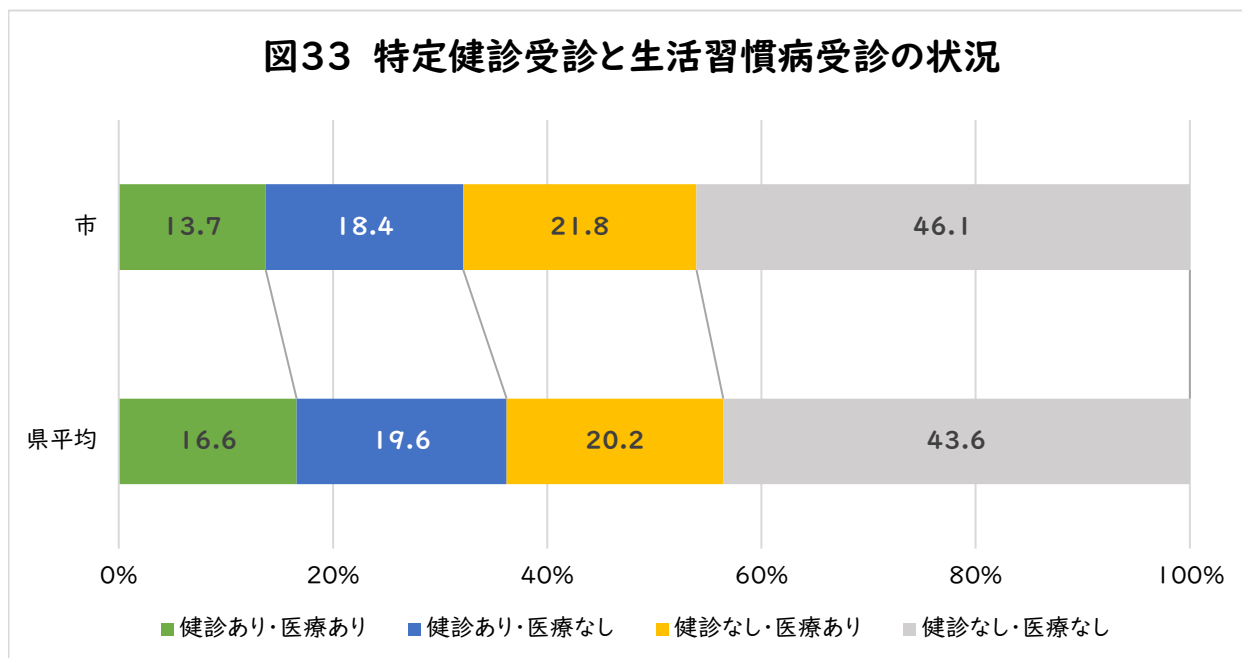
	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	対象者数	実施率	対象者数	実施率	対象者数	実施率	対象者数	実施率
	終了者数		終了者数		終了者数		終了者数	
積極的支援	127	5.5%	88	2.3%	133	9.0%	106	16.0%
	8		2		9		15	
動機付け支援 (40～64歳)	90	5.6%	62	9.7%	111	9.9%	89	16.9%
	5		6		11		15	
動機付け支援 (65歳以上)	269	10.8%	204	18.1%	284	17.3%	242	16.9%
	29		37		49		41	
総計	486	8.6%	354	12.7%	528	13.1%	437	16.2%
	42		45		69		71	

出典: 「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果報告」

4. 特定健診結果とレセプトから見える現状と分析

(1) 健診受診と医療機関受診の状況

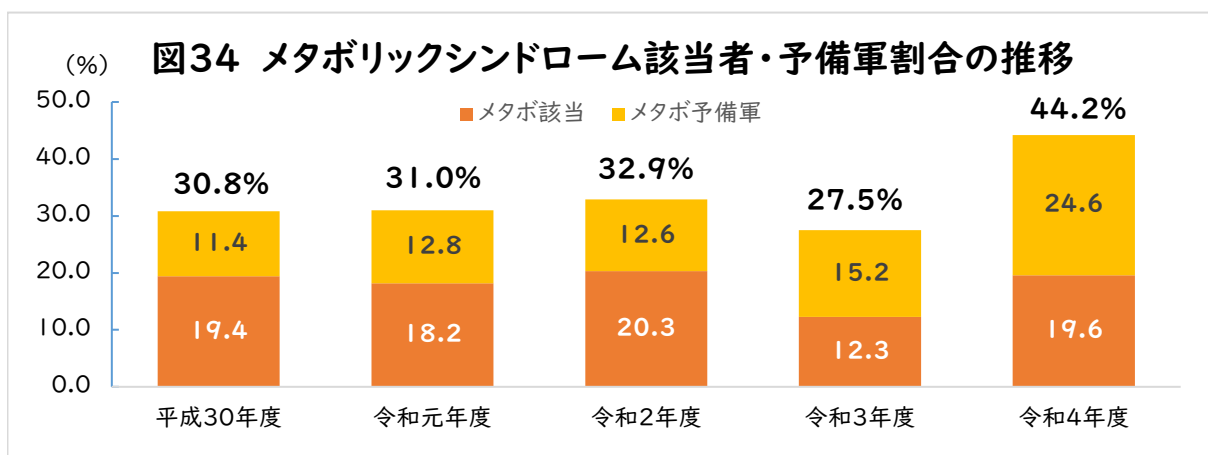
特定健診の受診状況とレセプトから生活習慣病での医療受診の状況を合わせてみると、特定健診受診も医療受診もいずれもないグループが最も多く、県平均を上回っています。また、特定健診は未受診で生活習慣病での受診があるグループも県平均を上回っているため、未受診者対策をする際は、これら2つのグループへの働きかけが必要です。



出典:AI Cube 「特定健診受診有無・生活習慣病受診有無別」(令和4年5月処理10疾病)

(2) メタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況

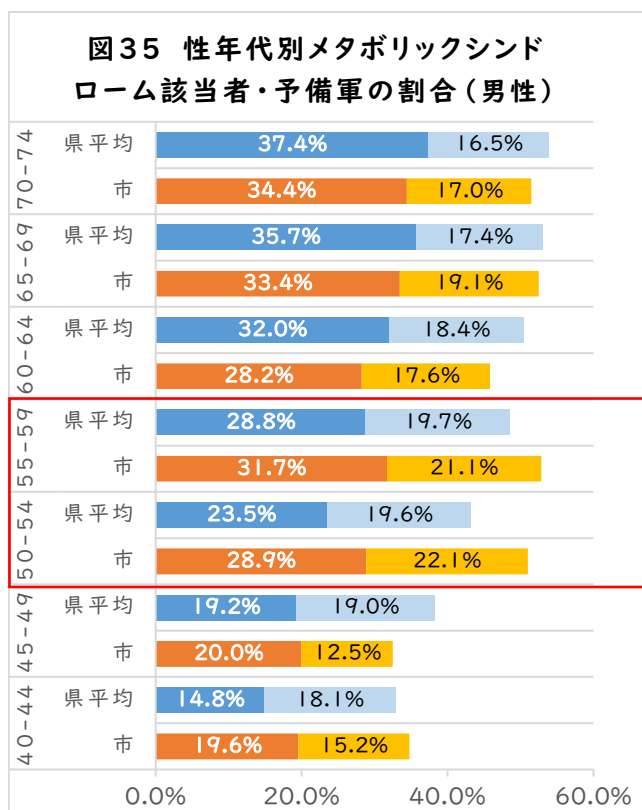
メタボリックシンドロームの該当者は令和3年度に一時的に減少したものの2割程度で推移しています。メタボ予備軍は年々増加傾向にあり、令和4年度はそれまでの2倍近くに急増しました。



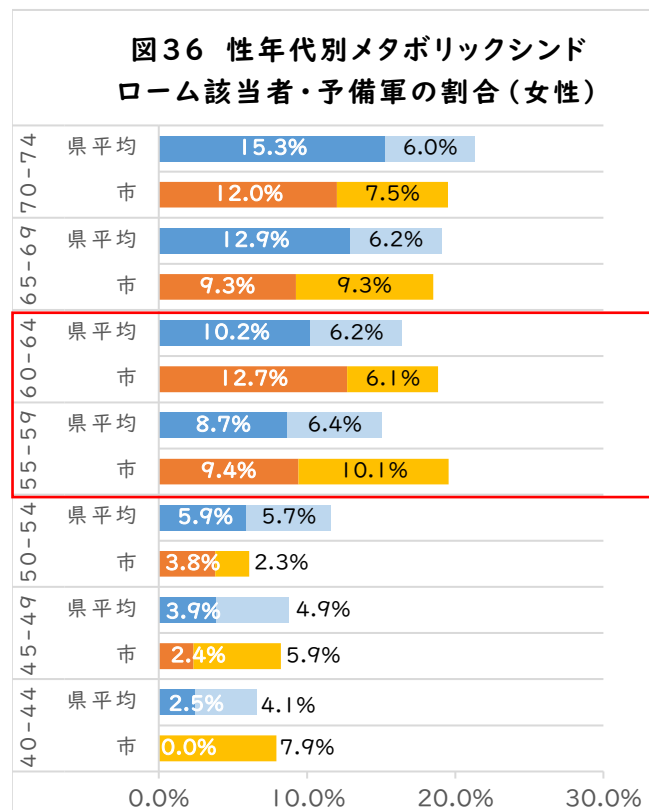
出典：KDBシステム「S21_008 健診の状況」

性年代別にみると、どの年代でも男性の該当者・予備軍の割合は女性と比較して2～3倍高く、特に50代以降では該当者・予備軍を合わせて約5割となっています。一方、女性は55歳以降から該当者・予備軍の割合が高くなっており、合わせて約2割となっています。

県平均と比較すると、男性は50～54歳、55～59歳が、女性は55～59歳、60～64歳が県平均よりも高い傾向にあることがわかります。



■メタボ該当者(県平均) ■メタボ予備軍(県平均)
■メタボ該当者(市) ■メタボ予備軍(市)



■メタボ該当者(県平均) ■メタボ予備軍(県平均)
■メタボ該当者(市) ■メタボ予備軍(市)

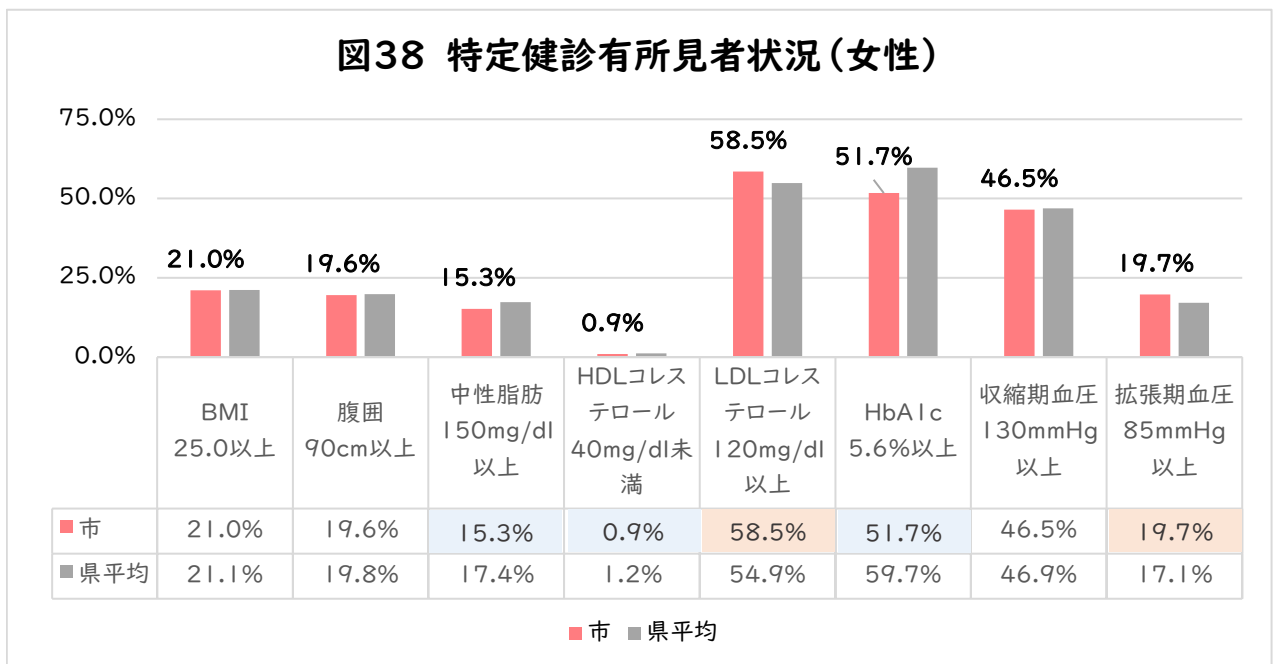
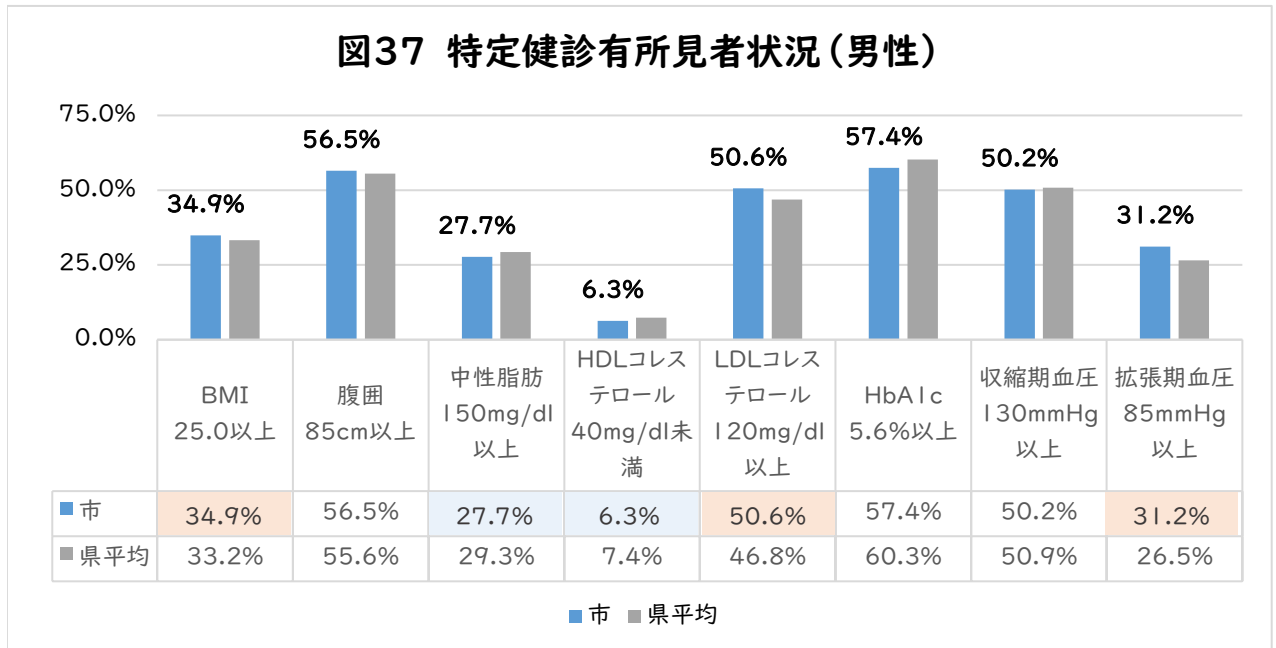
出典：KDBシステム「S21_008 健診の状況」（令和4年度）

(3) 検査項目別の有所見者の割合

特定健診の結果で保健指導勧奨値を超える有所見者の割合をみると、男女ともに LDL コレステロール、HbA1c で5割を超えています。また、男性は腹囲と収縮期血圧でも5割を超えています。

県平均と比較してみると、男女ともに LDL コレステロールと収縮期血圧の割合が高く、また、男性は BMI の割合も高いことがわかります。

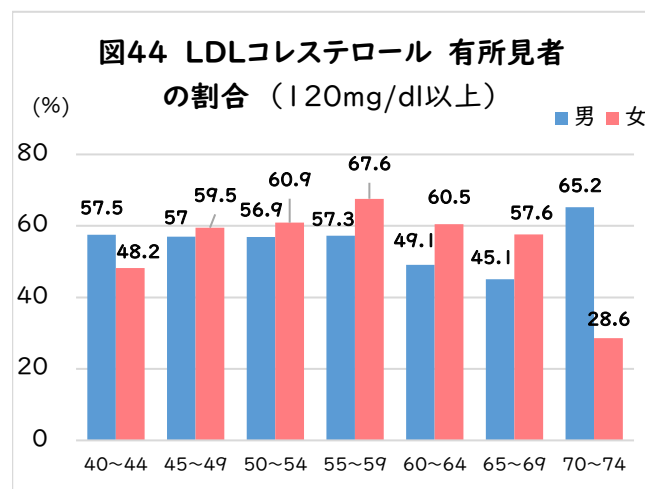
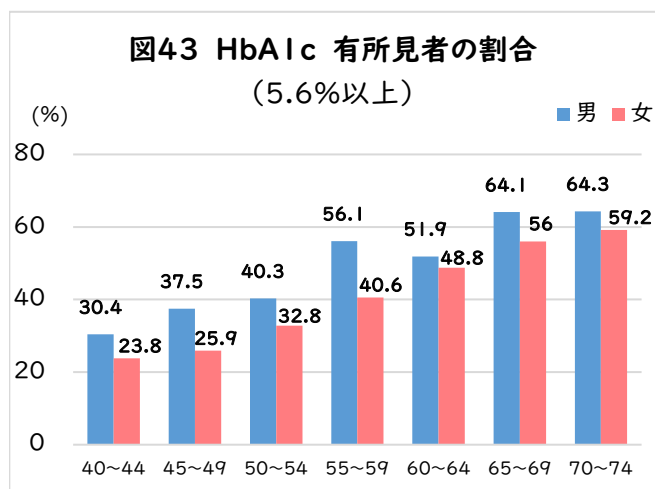
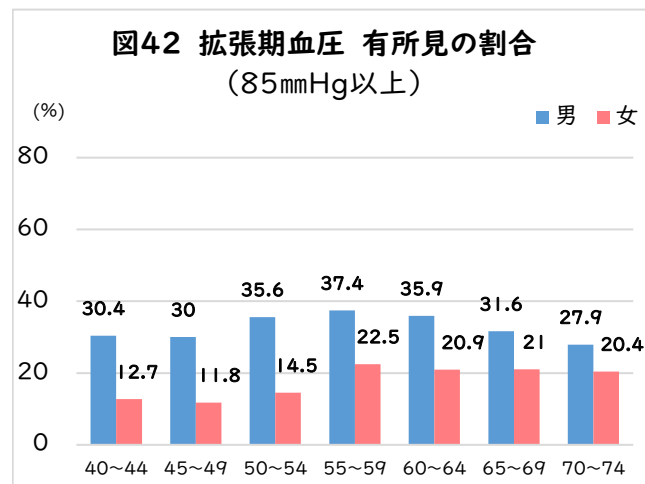
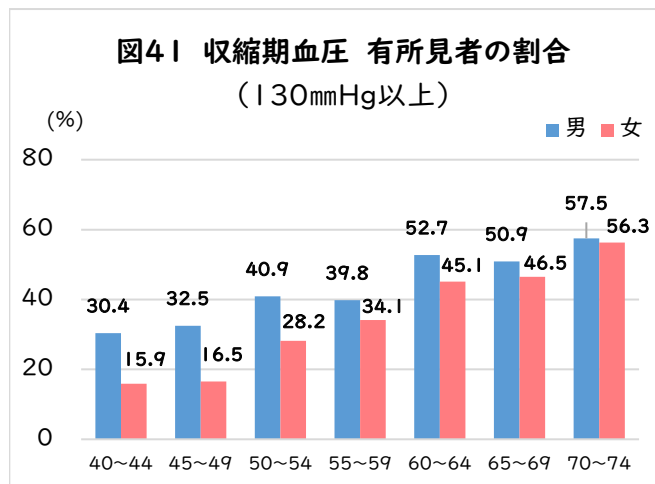
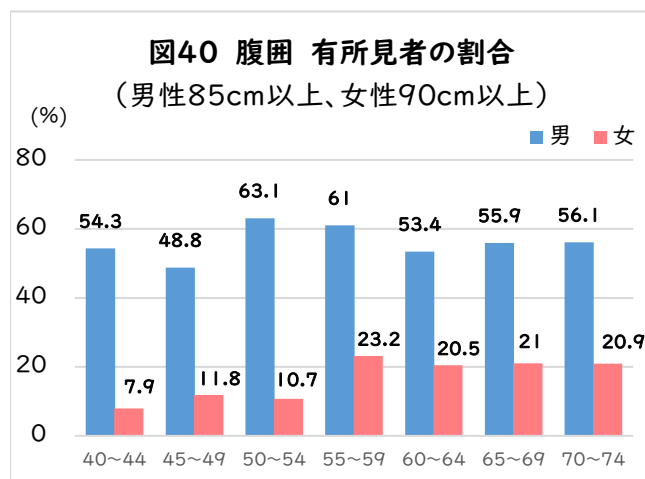
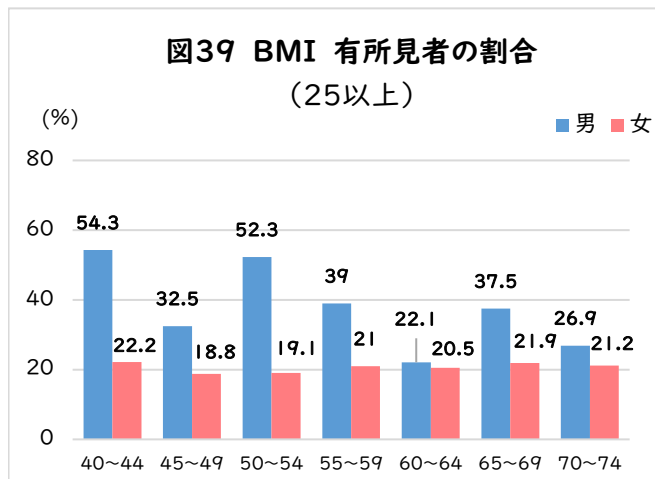
県平均と比較して95%以下の場合…水色の網掛け、105%以上の場合…橙色の網掛け



出典:KDB システム「厚生労働省様式 様式 5-2 健診有所見者状況」(令和 4 年度)

(4) 性年齢別の有所見者の割合

男性の腹囲の有所見者はどの年代でも高く、女性は55歳以上で割合が増加しています。血圧の場合は、収縮期血圧は年代が上がるごとに割合が高くなりますが、拡張期血圧は55～59歳をピークに山型の傾向があります。HbA1cも年代が上がるごとに割合が高くなっています。ほとんどの検査項目で男性の方が女性よりも有所見者の割合が多いですが、LDLコレステロールは45歳以上で女性の方が有所見者の割合が高くなっています。



出典:KDB システム「厚生労働省様式 様式 5-2 健診有所見者状況」(令和 4 年度)

(5) 質問票調査の状況

特定健診の質問票の結果を県平均と比較して見ると、服薬状況では、糖尿病、脂質異常症の服薬者の割合が低いことがわかります。

生活習慣では、「食事を噛んで食べる時の状態」、「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を摂取している」、「一日の飲酒量」について、県と比較して高い割合でした。

表5 特定健診 質問票回答結果

県平均と比較して95%以下の場合…水色の網掛け、105%以上の場合…橙色の網掛け

		市	県平均
1	服薬(高血圧)	34.7	35.3
2	服薬(糖尿病)	8.2	9.3
3	服薬(脂質異常症)	25.6	29.0
4	既往歴(脳卒中)	3.1	3.1
5	既往歴(心臓病)	5.3	5.4
6	既往歴(慢性腎臓病・腎不全)	0.6	0.8
7	既往歴(貧血)	12.8	12.5
8	現在の習慣的な喫煙	13.5	13.9
9	20歳時体重から10kg以上増加	34.6	35.8
10	1回30分以上、週2日以上、1年以上の運動習慣がない	64.1	61.7
11	日常生活で歩行同等または身体活動を1日1時間以上実施していない	53.8	51.4
12	同世代の同性と比較して歩行速度が速い	52.2	52.0
13	食事を噛んで食べる時の状態(何でも噛んで食べることができる)	77.0	79.0
	食事を噛んで食べる時の状態(かみにくい)	22.1	20.2
	食事を噛んで食べる時の状態(ほとんどかめない)	0.9	0.8
14	人と比較して食べる速度(速い)	28.2	26.4
	人と比較して食べる速度(普通)	63.9	65.7
	人と比較して食べる速度(遅い)	8.0	7.9
15	就寝前2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	14.2	13.9
16	朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を摂取している(毎日)	30.2	24.7
	朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を摂取している(時々)	52.9	56.9
	朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を摂取している(ほとんどない)	16.8	18.4
17	朝食を抜くことが週3回以上ある	8.7	8.9
18	飲酒頻度(毎日)	22.4	23.8
	飲酒頻度(時々。休肝日あり)	19.3	20.5
	飲酒頻度(ほとんど飲まない)	58.3	55.7
19	1日の飲酒量(1合未満)	65.7	67.1
	1日の飲酒量(1~2合)	21.2	21.8
	1日の飲酒量(2~3合)	9.7	8.3
	1日の飲酒量(3合以上)	3.4	2.7
20	睡眠で休息が取れている	26.8	25.9

出典:KDBシステム「健康課題の把握(地域の全体像の把握)」(令和4年度)

県平均と比較して特徴のあった次の質問項目について、経年で同様の傾向があるかを確認したところ、質問項目16の「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を摂取している(毎日)」は、令和元年度から4年度すべて県平均より高い傾向がみられました。

表6 特定健診 質問票回答結果(経年比較)

県平均と比較して95%未満の場合…水色の網掛け、105%以上の場合…橙色の網掛け

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	市	県平均	市	県平均	市	県平均	市	県平均
食事を噛んで食べる時の状態 (かみにくい)	19.7	19.9	19.3	20.4	20.4	20.5	22.1	20.2
人と比較して食べる速度(速い)	27.0	27.0	25.6	26.9	26.4	26.8	28.2	26.4
朝昼夕3食以外の間食や甘い 飲み物を摂取する(毎日)	26.0	22.9	25.0	23.4	26.6	24.2	30.2	24.7
飲酒頻度(毎日)	24.8	24.1	24.5	23.8	24.3	23.6	22.4	23.8
1日飲酒量(3合以上)	1.5	2.6	1.3	2.5	1.5	2.5	3.4	2.7

出典:KDBシステム「健康課題の把握(地域の全体像の把握)」

(6) 腎機能の状況

腎機能の状態を示す eGFR(推算糸球体濾過量)の区分ごとにみると、腎機能が軽度から中程度低下とされる60未満(G3a~G5)の人が892人で全体の23.2%を占めています。また、同様に腎機能の検査である尿蛋白については、受診勧奨域とされる「2+以上」の人が55人(1.4%)います。

表7 特定健診結果(腎機能)

				受診者 3,815人			
				尿蛋白			
				-	±	1+	2+以上
				3,289人	332人	139人	55人
e G F R 区 分	G1	正常または高値 90以上	280人 (7.3%)	242	22	12	4
	G2	正常または軽度低下 60~89	2,643人 (68.9%)	2,321	218	79	25
	G3a	軽度から中程度低下 45~59	779人 (20.3%)	649	77	38	15
	G3b	中等度から高度低下 30~44	102人 (2.7%)	67	15	9	11
	G4	高度低下 15~29	10人 (0.3%)	9	0	1	0
	G5	末期腎不全 15未満	1人 (0.03%)	1	0	0	0

出典: AI Cube「CKD 重症度分類」(令和4年度)

(7) 高血圧リスクの状況

特定健診結果とレセプト情報から、3疾患（高血圧・脂質異常・糖尿病）の治療の有無別に、高血圧のリスクの状況を見たところ、3疾患の治療がないグループに 535 人（13.9%）と高い割合で受診勧奨が必要な人がいることがわかります。

一方、3疾患治療中のグループにも、中等症～重症とされるⅡ度～Ⅲ度の高血圧である人が 172 人（4.5%）おり、医療の管理下にあるものの重症化リスクが非常に高い状態です。

表8 特定健診結果（血圧） ※実施者 3,837 人

		3 疾患治療中		3 疾患治療なし	
		1,841 人 (48.0%)		1,996 人 (52.0%)	
		高血圧治療なし	高血圧治療中	受診勧奨レベル	正常高値血圧以下
		479 人 (12.5%)	1,362 人 (35.5%)	535 人 (13.9%)	1,461 人 (38.1%)
正常高値以下	2,688 人 (70.1%)	368 人	859 人	-	1,461 人
Ⅰ度 (140/90 以上)	794 人 (20.7%)	84 人	358 人	352 人	-
Ⅱ度 (160/100 以上)	289 人 (7.5%)	18 人	126 人	145 人	-
Ⅲ度 (180/110 以上)	66 人 (1.7%)	9 人	19 人	38 人	-

出典：AI Cube「特定健診結果集計表（糖尿病、脂質、HDL と中性脂肪、高血圧）」（令和 4 年度）

(8) 脂質異常症リスクの状況

同様に、3疾患（高血圧・脂質異常・糖尿病）の治療の有無別に、LDL コレステロールで脂質異常のリスクの状況を見たところ、3疾患の治療がないグループに 813 人（21.2%）と非常に高い割合で受診勧奨が必要な人がいることがわかります。

一方、3疾患治療中のグループでは、高 LDL コレステロール血症の診断基準値である 140 mg/dl 以上である人が 1,195 人（31.1%）と 3 割を超え、160 mg/dl 以上でも 522 人（13.2%）と重症化リスクが高い状態である人が多い状況です。

表9 特定健診結果（LDL コレステロール） ※実施者 3,837 人

		3 疾患治療中		3 疾患治療なし	
		1,841 人 (48.0%)		1,996 人 (52.0%)	
		脂質異常治療なし	脂質異常治療中	受診勧奨レベル (140 以上)	140 未満
		826 人 (21.5%)	1,015 人 (26.5%)	813 人 (21.2%)	1,183 人 (30.8%)
120 未満	1,741 人 (45.4%)	350 人	706 人	-	685 人
120~139	901 人 (23.5%)	224 人	179 人	-	498 人
140~159	673 人 (17.5%)	158 人	92 人	423 人	-
160 以上	522 人 (13.6%)	94 人	38 人	390 人	-

出典：AI Cube「特定健診結果集計表（糖尿病、脂質、HDL と中性脂肪、高血圧）」（令和 4 年度）

(9) 糖尿病リスクの状況

糖尿病のリスクについても同様に、3疾患（高血圧・脂質異常・糖尿病）の治療の有無別に、HbA1c の値を見たところ、3疾患の治療がないグループでは 54 人（1.4%）が受診勧奨が必要な人で、高血圧や脂質異常のリスクの状況と比較すると、低い割合です。

一方、3疾患治療中のグループでは、合併症予防のための血糖コントロール目標である HbA1c7.0%を超えている人が 171 人（4.5%）で、うち、HbA1c 8.0%を超えている方が 36 人（0.9%）います。

表 10 特定健診結果（血糖：HbA1c） ※実施者 3,836 人

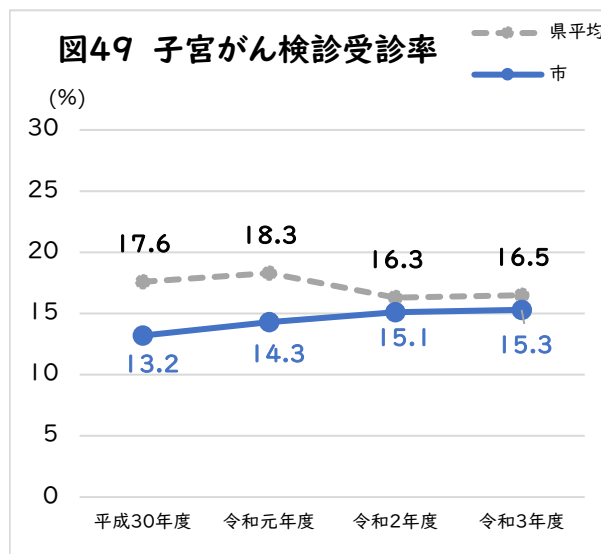
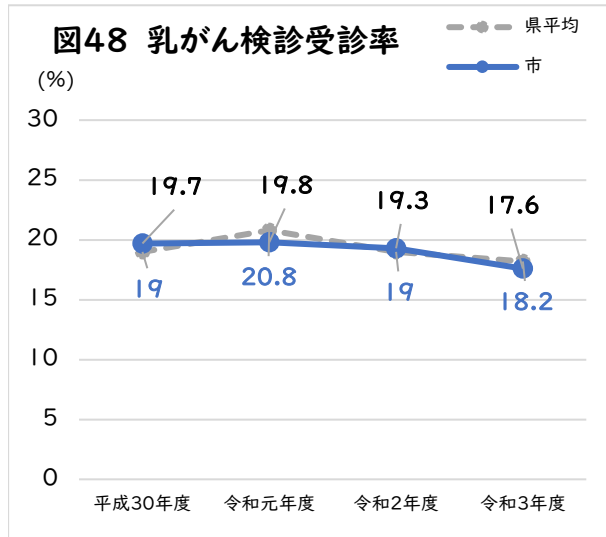
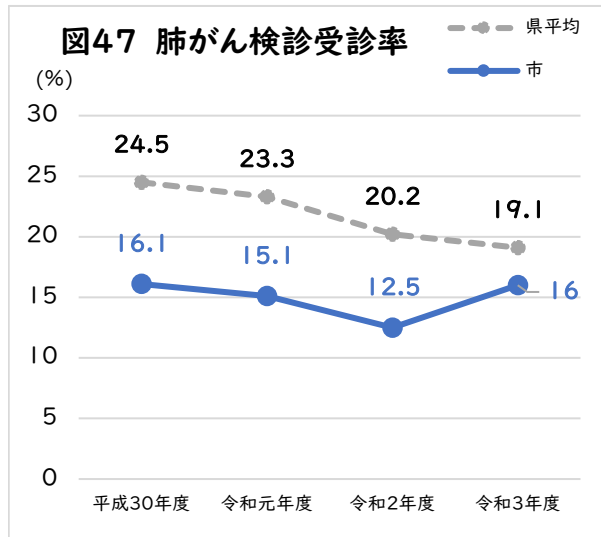
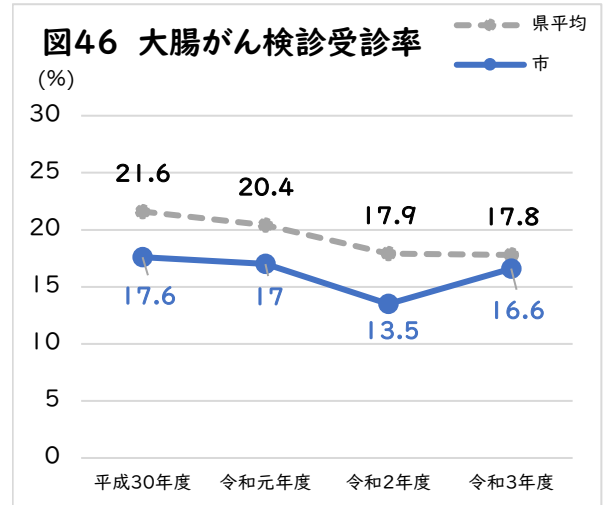
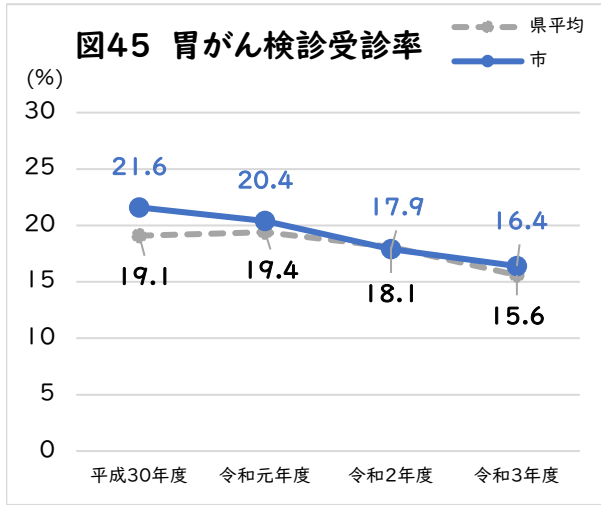
		3 疾患治療中		3 疾患治療なし	
		1,840 人 (48.0%)		1,996 人 (52.0%)	
		糖尿病治療なし	糖尿病治療中	受診勧奨レベル (HbA1c6.5%以上)	HbA1c6.5 未満
		1,524 人 (39.7%)	316 人 (8.3%)	54 人 (1.4%)	1,942 人 (50.6%)
6.5%未満	3,488 人 (90.9%)	1,434 人	112 人	-	1,942 人
6.5~6.9%	177 人 (4.6%)	58 人	88 人	31 人	-
7.0~7.9%	135 人 (3.5%)	28 人	92 人	15 人	-
8.0%以上	36 人 (0.9%)	4 人	24 人	8 人	-

出典：AI Cube「特定健診結果集計表（糖尿病、脂質、HDL と中性脂肪、高血圧）」（令和 4 年度）

5.がん検診の現状

(1)がん検診(胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん)の受診率の推移

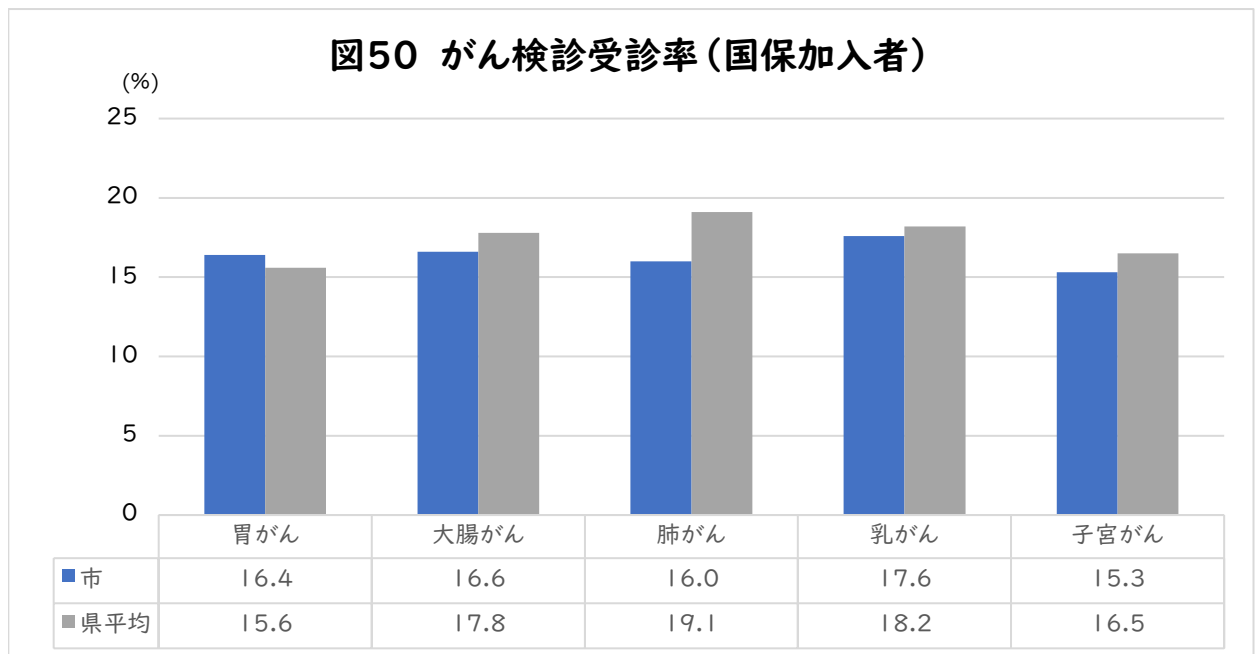
がん検診の受診率を県平均と比較してみると、胃がんと乳がんはほぼ同等の水準で推移していますが、大腸がん、肺がん、子宮がんは県平均よりも低い受診率で推移しています。



出典:「e-stat[地域保健・健康増進事業報告]」

(2) 国保加入者におけるがん検診受診率の状況

国保加入者におけるがん検診受診率を県平均と比較したところ、胃がんは県平均より高く、大腸がん、肺がん、子宮がんは県平均よりも低い受診率であることがわかります。乳がんは県と同程度です。このうち、大腸がん検診と肺がん検診は毎年受診することを推奨されるがん検診であるため、特定健診と同時実施するよう勧奨していく必要があります。



出典:「 e-stat[地域保健・健康増進事業報告] 」(令和3年度)

第3章 前期計画の事業評価と考察

前期計画においては、その目的を「健康寿命の延伸」「生活習慣病の重症化予防」「医療費の抑制」に定めて、4つの目標と12の保健事業を実施してきました。

この章では、これらの個別事業の達成状況を評価し、計画全体の最終評価をまとめます。

1. 目標値の達成状況一覧

計画策定時の平成28年度と最終評価時の令和4年度を比較すると、人工透析新規患者数は国保、後期ともに増加し、生活習慣改善を実践する者の割合は減少して悪化がみられた一方で、一人当たりの生活習慣病疾病別医療費は減少しました。

目標		実績値			評価判定
指標	目標値	計画策定時 基準値（ベースライン） （平成28年度）	中間評価時 （令和元年度）	最終評価時 （令和4年度）	
健康寿命 （平均自立期間）	延伸	男性：78.5歳 女性：80.5歳	男性：79.0歳 女性：81.2歳	男性：78.3歳 女性：80.9歳	C
健康状態不明者の割合 （健診未受診かつレセプトなし）	減少	40.3%	39.7%	40.6%	C
人工透析新規患者数 （千人あたり）	減少	国保 0.125人 後期 0.191人	国保 0.188人 後期 0.246人	国保 0.187人 後期 0.210人	D
生活習慣病保有者率 （13疾病）	減少	33.3%	34.4%	34.2%	C
生活習慣改善を実践する者の割合 （特定健診問診票）	増加	33.3%	26.5%	26.0%	D
生活習慣病疾病別医療費 （一人当たり）	減少	高血圧症 入院 274円 外来 14,787円 糖尿病 入院 1,304円 外来 15,522円 慢性腎臓病 入院 2,633円 外来 6,434円 虚血性心疾患 入院 3,865円 外来 1,952円 脳血管疾患 入院 5,238円 外来 1,235円	高血圧症 入院 217円 外来 12,170円 糖尿病 入院 1,037円 外来 15,230円 慢性腎臓病 入院 4,001円 外来 8,333円 虚血性心疾患 入院 5,066円 外来 1,425円 脳血管疾患 入院 6,737円 外来 813円	高血圧症 入院 194円 外来 10,215円 糖尿病 入院 940円 外来 15,720円 慢性腎臓病 入院 1,396円 外来 8,983円 虚血性心疾患 入院 3,780円 外来 1,342円 脳血管疾患 入院 6,659円 外来 792円	B

【評価判定区分】A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

2 個別保健事業評価 各指標の評価と考察

【目標1】 特定健診受診率の向上

特定健診受診率向上対策については、未受診者の受診勧奨や予約不要の集団健診の実施など、効果的な手法を模索して推進してきたことの成果により、受診率は向上しつつあります。また、特定保健指導についても、集団健診会場で直接勧奨したり、ナッジ理論に基づいた勧奨通知を発送することで、利用者が増加しました。しかし、いずれも国の定める目標値には及ばず、さらなる受診率向上、実施率向上が必要です。

(1) 特定健診受診率向上対策 **重点課題**

実施計画					
【目的】特定健診を実施し、生活習慣病の予防を図る。					
【対象】40～74歳の国保加入者					
【内容】①対象者全員に受診券を一斉発送(5月末) ②11月時点での未受診者に予約不要の集団健診への受診勧奨はがきを送付					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
①受診券送付枚数(率) (5月一斉発送)	100% 100%	基準年度 H29年度 13,911通(100%)	12,995通 (100%)	11,664通 (100%)	A
②受診勧奨はがき発送件数	100% 100%	基準年度 H29年度 3,061通(100%)	3,842通 (100%)	2,821通 (100%)	A
アウトカム指標	目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
①特定健診受診率の向上	46% 60%	基準年度 H29年度 34.1%	35.1%	35.3% (R5.3時点)	B
②受診勧奨対象者の受診率	20% 30%	基準年度 H29年度 10.4%	13.9%	21.1%	B
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診率は増加したものの目標値には遠く、さらなる受診率向上対策が必要である。 ・予約不要の集団健診は定着し、毎年一定数の受診者を確保できている。また、受診勧奨や健診の実施体制の変更等の影響によって個別健診の受診者が増加し、主要な医療機関の予約ができなくなった際に、受診者の受け皿としても機能したことから、今後も継続して実施するのが望ましい。 ・令和2年度に新型コロナウイルス感染症による健診期間を短縮した際や、令和4年度に集団健診の実施体制が変更となり実施日数が大きく減少した際には、受診率への影響が顕著に表れた。個別健診のキャパシティーは十分に確保されているが、集団健診の需要も高いため、集団健診の実施日数や定員数は現状を維持する必要がある。(概ね年間20日) ・個別健診の受診者は増加したが、さらなる受診者の獲得が課題である。 					

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

(2) 特定健診未受診者対策 **重点課題**

実施計画					
【目的】未受診者に対し、受診機会の増加等受診しやすい環境整備を行う。					
【対象】40～74歳の国保加入者					
【内容】未受診者に向けた受診勧奨はがきを郵送。					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
①はがき郵送枚数(中間)	100% 100%	基準年度 H29年度 3,697人(100%)	3,865人 (100%)	8,884人 (100%)	A
②はがき郵送枚数(最終)	100% 100%	基準年度 H29年度 3,059人(100%)	3,842人 (100%)	9,095人 (100%)	A
③受診勧奨電話人数	100% 100%	基準年度 H30年度 120人(3.0%)	144人 (3.7%)	- (実施なし)	E
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
①健診受診率の向上	46% 60%	基準年度 H29年度 34.1%	35.1%	35.3% (R5.3時点)	B
②予約不要の集団健診の受診者数	200人 200人	基準年度 H29年度 152人	216人	150人	C
③長期(3年間)未受診者の減少	45% 45%	55.6%	64.6%	56.7%	A
④3年連続受診者の増加	45% 45%	24.2%	17.1%	39.4%	B
考察・課題					
<p>・予約不要の集団健診への勧奨通知を自庁で作成し送付していたが、それに加えて令和3年度より未受診勧奨を外部に委託し、AI(人工知能)で判定された対象者の傾向に合わせた通知の送り分けを実施した。</p> <p>・勧奨通知の発送対象者が拡大されたことで、受診勧奨対象者の受診率も増加傾向にあるが、健診なし・医療ありの未受診者(医療機関受診歴はあるが健診未受診)の受診率が伸び悩んでいることから、かかりつけ医療機関での受診勧奨を依頼するなど、医療機関と連携を取りながら効果的なアプローチを行っていく必要がある。</p>					

【評価判定区分】A(達成)B(改善)C(変化なし)D(悪化)E(評価不能)

(3) 特定保健指導利用率向上対策 **重点課題**

実施計画					
【目的】生活習慣病のリスク保有者に対し特定保健指導を実施し、生活習慣の改善と合併症を予防する。					
【対象】特定保健指導対象者					
【内容】特定保健指導の勧奨通知の送付、保健師等による電話勧奨					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (平成28年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
①利用勧奨電話の件数	100% 100%	基準年度 H30年度 207人(65.3%)	137人 (37.6%)	149人 (55.4%)	D
②保健指導終了者への継続フォロー率	100% 100%	基準年度 H29年度 30人(42.3%)	実施なし	実施なし	E

アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (平成 28 年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和 4 年度)	評価 判定
保健指導終了率の向上	35% 60%	4.7%	8.6%	12.4%	B
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導利用勧奨方法の工夫として、令和4年度から勧奨通知に返信用アンケートを同封して参加の意思を確認している。勧奨通知と電話勧奨のみだった場合と比べて、多くの反応が得られて実施率向上につながっていることから、今後も継続して実施する。 ・保健指導実施率向上を目的に、令和3年度から集団健診当日に短時間の保健指導を行い、特定保健指導の利用勧奨を行ったところ、保健指導の参加率が大きく向上した。 ・実施率向上に向けた取り組みを様々行っているが目標値や県平均には至っていないことから、さらなる取り組みが必要である。 ・新規の特定健診受診者で初めて特定保健指導に該当した者と、連続して特定保健指導に該当した者に対する、それぞれ効果的なアプローチ方法を検討する必要がある。 					

【評価判定区分】 A (達成) B (改善) C (変化なし) D (悪化) E (評価不能)

【目標2】生活習慣病重症化予防

令和2年度より糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開始に伴い、保健事業の実施方法や評価方法等を見直しました。また、新型コロナウイルス感染症により事業の継続が困難となった事業があったため、計画策定時から単純な評価を行うことはできない事業がありましたが、一定の成果がみられた事業もありました。生活習慣病重症化予防については、長期的な取り組みと評価が必要になることから、今後は、国保の被保険者だけでなく、後期高齢者医療の被保険者と一体的に取り組んでいくことが重要になると考えられます。

(4)糖尿病講座の充実 **重点課題**

実施計画					
【目的】糖尿病治療中の方へ生活習慣改善に向けた支援を行うことにより、合併症の発症リスクを軽減する。					
【対象】おおむね65歳以下の糖尿病治療中の者(受診勧奨値以上の未受診者を含む)					
【内容】6か月間全8回コースの集団型食事運動支援プログラム					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (平成 29 年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和 4 年度)	評価 判定
①参加者数/勧奨通知発送人数	15人	15人/82人 (18.3%)	8人/81人 (9.9%)	8人/81人 (9.9%)	D
②同窓会出席者数/対象者数	35%	26.7%	27.3%	20人/116人 (17.2%)	D
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (平成 29 年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和 4 年度)	評価 判定
①HbA1c 維持改善割合	70%	60%	87.5%	100%	A
②体重の維持・減量者割合	95%	90%	75%	75%	D

③食事・運動の実行期・維持期の者の割合の変化	食事 90%	25%→75%	38%→63%	28.6%→100%	A
	運動 60%	25%→50%	50%→100%	100%→100%	A

考察・課題

- 対象者の条件が限定されたことから、対象者数が減少したことで参加者が減少したが、8名程度を維持している。
- 令和5年度より、講座の勧奨通知に現在の治療状況を確認するアンケートを入れたことで、不参加者でも対象者の健康状態、通院状況が把握できるようになった。
- かかりつけ医からの紹介者がいない年度もあり、改めて市内医療機関への協力を求めていく必要がある。
- コロナ禍により支援方法を変更せざるを得なかったが、工夫をすることで行動変容を促すことはできた。健康サポートジムの休止及び閉鎖により運動支援の回数が減ったことが減量につながらなかった可能性がある一方で、食事の改善を中心にHbA1cについては改善できている。
- 糖尿病講座の同窓会では、取り組みを維持している人もいるが、数値が元通りになってしまった方も多いため、講座終了後も維持できるような支援を行っていくことが、今後の課題である。

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

(5) 有所見者への受診勧奨及びフォローアップ事業 **重点課題**

⇒令和2年度より糖尿病性腎症重症化予防プログラムの受診勧奨として実施

実施計画					
<p>【目的】 有所見者に対して生活習慣の見直しや受診勧奨をすることで、生活習慣病の重症化を予防する。</p> <p>【対象】 (1)当該年度の特定健診受診者で、年度末年齢70歳未満の者のうち、空腹時血糖またはHbA1cが受診勧奨値以上で、問診票より薬剤治療を行っていない者</p> <p>(2)年度末年齢65歳未満の者で、KDBシステムより糖尿病未治療または治療中断が疑われる者</p> <p>【内容】 電話または通知による受診勧奨及び保健指導</p>					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (令和2年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
事業対象者のうち、受診勧奨を行った割合	100%	未受診者 26人 (100%) 中断者 18人 (100%)	/	未受診者 11人(100%) 中断者 9人(100%)	A
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値 (ベースライン) (令和2年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
医療機関受診を開始した者の割合	80%以上	未受診者 16人 (61.5%) 中断者 0人(0%)	/	未受診者 4/11人 (36.3%) 中断者 1/9人(11.1%)	D
<p>考察・課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 有所見者への受診勧奨においては、健診結果通知直後に電話等で受診勧奨を行うことで、対象者からは良好な反応が得られた。 令和2年度に糖尿病性腎症重症化予防プログラムとしての実施に変更し、対象者や実施方法を変更した。当初は、糖尿病未治療で高血圧等での通院がある者が含まれていたため、勧奨後に医療受診があった者の割合が見かけ上高かったが、評価時は高血圧や脂質異常での服薬がある者を対象者から除いたことで、アウトカム評価が悪化したように見えている。 受診勧奨対象者となった者を翌年度の糖尿病講座の対象者としたことにより、受診勧奨後の受診状況を直接聞き取りができた。保健指導へつなぐことで数値改善を図ることができた。 中断者への受診勧奨については、毎年連続して対象になる者も多いため、受診再開率が低い。電話番号不明であるため電話勧奨はできないが、受診勧奨通知での効果が狙い通りには得られていないことから、実施方法の検討が必要である。 					

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

(6) 病態別講座(脂質・血糖・血圧・たばこ)の充実

⇒令和3年度より血糖・脂質・血圧の講座は終了し、血圧・脂質の個別受診勧奨を実施

実施計画					
<p>【目的】特定保健指導の対象にならない有所見者に対して情報提供を行うことにより生活習慣改善の動機付けをする</p> <p>(1) 非肥満者向け病態別受診勧奨(血圧・脂質)</p> <p>【対象】当該年度の特定健診で、肥満を有さない者のうち、血圧、中性脂肪、LDL が基準値以上の者</p> <p>【内容】指導媒体を郵送し、生活習慣改善を促す</p> <p>(2) COPD 講座(たばこ)</p> <p>【対象】特定健診の問診項目で、喫煙ありの者に勧奨通知を送付</p> <p>【内容】医師による講話と健康測定</p>					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
①通知送付人数(率) 脂質	設定なし	375人	257人	77人(100%)	E
血糖		520人		65人(100%)	
血圧		332人			
COPD	設定なし	700人	499人	458人	E
②参加率 COPD	30人	27人(3.9%)	中止	25人	D
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
生活習慣を改善すると 答えた者の割合(COPD)	90%	基準年度 平成29年度 75%	中止	3/25人(12%)	D
考察・課題					
<p>・非肥満者向け病態別受診勧奨については、当初の指標が設定されていないため評価ができなかった。リーフレット送付だけでは受診行動を促しにくいと、基準値を引き上げて対象者を絞り、リスクの高い者への強力な受診勧奨が必要である。</p> <p>・COPD 講座については、コロナ禍で肺年齢測定ができなくなったため、協定締結企業の協力を得てベジチェックなどの健康測定を取り入れた。禁煙以外にも健康へ意識を向けるきっかけづくりとなるよう工夫をしたが、生活習慣改善の意欲がある者の割合は低迷している。</p>					

【評価判定区分】A(達成)B(改善)C(変化なし)D(悪化)E(評価不能)

(7) ヘルシーダイエツトスクールの充実

⇒令和3年度より運動支援型の教室を終了し、肥満者向け保健指導として実施

実施計画					
<p>【目的】生活習慣病リスク保有者への個別指導により、メタボリックシンドローム発症の予防や改善を図る。</p> <p>【対象】健診結果で肥満者及び特定保健指導対象者(社会保険加入者分)</p> <p>【内容】個別保健指導</p>					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (令和3年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
参加者数/肥満者数(参加率)	18人 (30%)	9人		12人	B
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (令和3年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
①体重3%減量者の割合	50%	22%		0%	D
②食事の実行期・維持期の者の 割合の変化	80.0%	-		50%	D

③運動の実行期・維持期の者の割合の変化	60.0%			50%	D
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で元気測定室・健康サポートジムが休止されて以降、ヘルシーダイエットスクールの代替事業として、肥満者向け保健指導（動機付け支援相当）を実施した。集団健診当日保健指導で特定保健指導の仮予約をした者のうち、情報提供レベルになった者についても特定保健指導と同内容で支援を行うものであったが、ヘルシーダイエットスクールのような実践型の講座ではなく、座学のみであったため、アウトカム指標の達成状況は低かった。 ・今後は運動実技を中心とした新しい支援方法を検討する。 					

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

【目標3】 健康意識の向上

新型コロナウイルス感染症の影響で、保健事業が計画通りに実施できなかつたり、休止せざるを得ないものもあつたため、代替の事業を実施しましたが、効果的に実施ができず最終評価が「D(悪化)」となる事業が多くありました。

(8) 健康相談コーナー事業 ⇒ 令和2年度より集団健診当日保健指導の実施へ変更

実施計画					
【目的】健康意識が高まっている集団健診時に、保健師・管理栄養士が個別に面接し、自分の健康状態や健診結果について自覚を促す。特定保健指導や各種健康講座、必要な場合は医療機関の受診につなげる。					
【対象】ヤング・特定健診で腹囲・服薬条件の該当者					
【内容】集団健診の場で10分程度の個別面接。健診結果に基づき、簡易目標を立て継続指導につなげる。					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (令和2年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
当日保健指導実施割合	100%	100%		100%	A
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (令和2年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
①要フォロー者の取組み継続割合	100%	89.5%		23.2%	D
②保健指導該当者のうち保健指導につながった者の割合	100%	50.0%		21.8%	D
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> ・当初は健康相談コーナーとして、特定健診の結果をもとに簡単な指導を実施した上で、ヘルシーダイエットスクールや特定保健指導の勧奨をした。多くの受診者に声をかけることができ事業参加者の確保に繋げることができた。 ・令和2年度からは、特定保健指導の利用率向上に焦点を当て、集団特定健診受診者の中でみなし対象者(腹囲該当、服薬なし)にのみ実施し、特定保健指導日の仮予約をとつた。仮予約をすることで、健診結果通知後の電話勧奨時にスムーズに予約につなげることができた。 ・特定保健指導の実施率をより高めるために、効果的な実施方法を検討していく必要がある。 					

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

(9) 成人健康相談・健診結果説明

実施計画					
【目的】身体や心の健康全般について市民が誰でも気軽に利用できる相談事業である。健診結果についての相談も行う。					
【対象】市民					
【内容】一般健康相談、血圧測定、尿検査、栄養相談、心の相談					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
①利用件数	150件 200件	79件	70件	31件	D
②利用件数の中で、健診結果説明者数	100件 150件	72件	53件	23件	D
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、令和2年度から令和4年度までは予約制で実施した結果、相談件数が減少した。令和5年度からは、予約不要に戻して従来通り気軽に利用できる相談の場としたが、相談件数は増加していない。 ・相談に来たきっかけは、集団健診結果の同封チラシを見た方が大半を占めていたため、今後も健診結果にチラシを同封する。 					

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

(10) 健康マイレージ事業

実施計画					
【目的】個人にインセンティブを提供し、健康づくりに主体的に取り組む市民の増加を図る。					
【対象】市民					
【内容】チャレンジシート(大人用、子ども用)の配布、まいかカードの交付、まいかカード交付者へ参加賞の配布					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
チャレンジシートの配布枚数	46,000枚	46,000枚	42,009枚	48,324枚	C
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成29年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価 判定
①まいかカードの交付者数	600枚 800枚	447人	412人	250	D
②全市民に対する交付割合 (人口86,000人を基準)	0.7% 0.9%	0.5%	0.5%	0.3%	D
③まいかカードの新規交付者数	300人 400人	251人	127人	87人	D
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染拡大防止のため、令和2年度からふれあいフェスタが中止され、まいかカード交付者限定のお楽しみ抽選会は終了した。令和3年度からはまいかカード交付者全員に参加賞を配布しているが、まいかカードの配布数は年々減少している。また、新規参加者の割合も減少している。 ・より多くの市民に健康づくりに取り組む機会を提供できるよう、広報や公式LINE等で周知し、参加者の確保に努める必要がある。 					

【評価判定区分】 A(達成) B(改善) C(変化なし) D(悪化) E(評価不能)

(11)健康ドームの活用(トレーニング室) ⇒令和2年度から休止。令和5年に事業終了

実施計画					
【目的】生活習慣病の予防・改善、介護予防を目指し、元気測定の実施と個々に応じた運動実践の場を提供する。 【対象】市民 【内容】元気測定の運営、トレーニング室の運営					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成28年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
①トレーニング室延べ利用者数	37,000人	31,783人	33,971		B
②エクササイズパス発行数	500枚	352枚	393枚		B
③シニアパス発行数	1,700枚	1,484枚	1,556枚		B
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> 健康サポートジムのスタッフによる積極的な継続勧奨や、広報の特集等での周知により利用人数は年々増加した。 ※令和元年度については3月の1か月間休止しているため、実質11か月での人数 令和2年3月から健康サポートジムを休止し、令和5年度に廃止された。 令和5年度から新たな事業として、運動の機会の提供となる運動支援を行った。 					

【評価判定区分】A(達成)B(改善)C(変化なし)D(悪化)E(評価不能)

【目標4】医療費適正化

ジェネリック医薬品の普及率は目標値を達成し、高い水準を維持しています。

(12)ジェネリック医薬品の普及啓発

実施計画					
【目的】医療費の抑制 【対象】先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤軽減額が200円以上で、35歳以上の被保険者 【内容】7月・10月診療分で各500人を上限とし、年2回通知(1回目に通知した者は除く)					
アウトプット指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成28年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
差額通知送付対象者数(率)	対象者全員 (100%)	1,000人 (100%)	709人 (100%)	252人 (100%)	A
アウトカム指標	中間目標値 最終目標値	計画策定時 基準値(ベースライン) (平成28年度)	中間評価時 (令和元年度)	最終評価時 (令和4年度)	評価判定
①ジェネリック医薬品への切替率	15% 20%	10.5%	5.8%	7.1%	D
②ジェネリック医薬品利用率(数量ベース)	80%以上	76.3%	85.1%	87.8%	A
考察・課題					
<ul style="list-style-type: none"> 切替率が目標値を達成しなかったのは、ジェネリック医薬品の利用率が計画策定時に比べて10%以上上昇(76.3%→87.8%)したことにより、同医薬品の利用・普及が広まってきたため、切替率が伸び悩んだものと推察される。 年換算すると、ジェネリック医薬品への切替により、被保険者及び保険者の負担額軽減に大きな役割を果たすことから引き続き啓発を行っていく必要はある。 					

【評価判定区分】A(達成)B(改善)C(変化なし)D(悪化)E(評価不能)

第4章 第3期データヘルス計画

1.健康課題の整理

本市の健康課題を分析すると、平均寿命、健康寿命ともに県平均と同等ですが、男女ともに急性心筋梗塞の死因別標準化死亡比が著しく高いことがわかりました。

医療費の中で大きな割合を占めているのが、心疾患、脳血管疾患の主要な原因となりうる高血圧症、糖尿病等の生活習慣病であることから、これら生活習慣病の重症化をさせないことは健康寿命の延伸ならびに医療費の伸びの抑制に資すると考えられます。また、特定健診の結果からは、男性の肥満等の有所見者が多いことや、血圧・脂質・血糖の値が受診勧奨値以上でも適切な医療につながっていない者が多いことが課題であると明らかになったため、特定保健指導でのメタボリックシンドロームの改善と、有所見者への適切な受診勧奨等の取り組みが必要です。

一方で、特定健診の受診率が県平均を下回り、健診も医療にもつながっていない健康状態不明者の割合が多いことから、特定健診の受診率向上が保健事業の大きな柱になると考えます。

死亡・要介護状態	
男女ともに「急性心筋梗塞」の死因別標準化死亡比が著しく高い。	図 10 (P10)
要支援・要介護の認定者数は増加傾向で、保有疾患は心臓病、高血圧症、筋・骨格が多く、いずれも保有率が5割を超えている。	図 13 (P11) 表 1 (P12)
医療費・疾病の状況	
一人当たり医療費は増加傾向である。	図 16 (P13)
入院と外来を合わせた医療費を疾病分類別にみると、糖尿病が最も高く、次いで高血圧症、肺がん、慢性腎臓病(透析あり)の順に高い。後期高齢者医療においては慢性腎臓病(透析あり)が最も高く、県よりも高い水準である	表 2 (P15)
人工透析患者数は県平均より高く、また、新規人工透析患者数は県平均より著しく高い。(県平均の1.8倍)	図 25 (P19)
人工透析患者の保有疾患割合は、高血圧症が90%で最も多く、次いで、脂質異常症(67%)、糖尿病(60%)である。	図 26 (P20)
特定健診受診率・特定保健指導実施率	
特定健診受診率が県平均を下回っている。(市35.6%、県平均39.1%)	図 29 (P22)
特定健診の受診率は男女ともに40~50代の若年層で低い。特に男性の40代は10%台と非常に低い。70~74歳は受診率は高いが、男女ともに未受診者数が多い。	図 30 (P23) 図 31 (P23)
特定保健指導の実施率が県平均を下回っている。(市16.2%、県平均18.5%)	図 32 (P24)
未受診者のうち、「健診なし・医療あり」の者が2割を超え、また「健診なし・医療なし」の健康状態不明者の割合が県平均より高い。(市46.1%、県平均43.6%)	図 33 (P25)
生活習慣病のリスク	
メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合は増加傾向である。どの年代でも男性の該当者・予備軍は女性より高く、特に50代以降では該当者・予備軍を合わせると5割を超えている。	図 34~36 (P26)
特定健診の有所見者の割合をみると、男女ともにLDLコレステロール、HbA1cが5割を超え、男性は腹囲と収縮期血圧でも5割を超えている。	図 37 (P27) 図 38 (P27)

質問票の「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を摂取している(毎日)」の該当者が県平均より高い。	表 6 (P30)
特定健診受診者で、高血圧の受診勧奨レベルの者が多い(13.9%)。3疾患治療中であっても中等症以上の者が4.5%いる。	表 8 (P31)
特定健診受診者で、LDL コレステロールの受診勧奨レベルの者が多い(21.2%)。3疾患治療中であっても160 mg/dl以上が13.2%いる。	表 9 (P32)
その他(がん)	
男女ともに胃がんの死因別標準化死亡比が高い。女性は大腸がん、肺がん、子宮がんも高い。	図 11 (P10)
がんの年間医療費は肺がん(1億5,200万円)が最も高く、次いで、大腸がん(1億1,600万円)が高い。	図 27 (P20)
国保被保険者のがん検診の受診率は、大腸がん、肺がん、子宮がんで県平均よりも低い。このうち、肺がんは県平均と比較して著しく低い。(市16.0%、県平均19.1%)	図 50 (P35)

2. データヘルス計画の目的・目標

(1) データヘルス計画の目的と戦略

前期計画の目標を一部踏襲して、次の4つを本計画の目的として定めます。

1. 健康寿命の延伸
2. 生活習慣病の発症予防
3. 生活習慣病の重症化の予防
4. 医療費の抑制

(2) 評価指標及び目標値

上記の目的の実現に向けて、「評価指標」及び「目標値」を設定します。
本計画全体における目標に対する評価指標については次のとおりです。

計画の目的	評価指標	計画策定時 基準値 (令和4年度)	目標値(※)	
			中間評価 (令和8年度)	最終評価 (令和11年度)
健康寿命の延伸	健康寿命(平均自立期間)	男性 80.9 女性 84.5	延伸	延伸
	健康状態不明者の割合(%)	46.1	44.5	43.0
生活習慣病の 発症予防	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の 割合(%)	44.2	35.0	25.0
	国保加入者の肺がん検診受診率(%)	16.0	18.0	20.0
生活習慣病の 重症化の予防	高血圧リスク保有者(Ⅱ度以上)の割合(%)	9.2	8.6	8.0
	脂質リスク保有者(LDL160以上)の割合(%)	13.6	12.8	12.0
	糖尿病リスク保有者(HbA1c8.0%以上)の割合(%)	0.9	0.8	0.7
	人工透析新規導入患者数(人) ※人口10万人あたり	111	95	80
医療費の抑制	一人当たり医療費(万円)	30.2	30.0	30.0

※中間評価、最終評価年度に確認できる最新の結果にて評価を行うものとする。

3. 健康課題を解決するための個別保健事業

上記の評価指標の目標値を達成するため、次の5つの保健事業を展開します。

1. 特定健診受診率向上
2. 特定保健指導実施率向上
3. 生活習慣病発症予防(喫煙、運動習慣、がん検診)
4. 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症、慢性腎臓病、循環器疾患)
5. 医療費適正化(ジェネリック医薬品、適正受診・適正服薬)

1. 特定健診受診率向上									
事業の目的		特定健診未受診者への受診勧奨を行い、受診率を上げることで生活習慣病の予防、早期発見へ繋げる。							
事業の概要		(1) 受診勧奨はがきの送付 (2) かかりつけ医からの受診勧奨							
対象者		(1) 特定健診対象者(受診券発送者) (2) 市内医療機関通院中の特定健診対象者							
アウトカム		評価指標	計画策定時	目標値					
		特定健診受診率 (法定報告)	R4 35.6%	R5 36.5%	R6 37.5%	R7 39.0%	R8 40.5%	R9 42.0%	R10 43.5%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		勧奨対象者受診率 (受診者/勧奨対象者)	R4 31.4% 3,279人	R5 32.5%	R6 35%	R7 37.5%	R8 40%	R9 42.5%	R10 45%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		健診なし・医療なしの 者の割合	R4 46.1%	R5 45.5%	R6 45%	R7 44.5%	R8 44%	R9 43.5%	R10 43%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		健診なし・医療ありの 者の割合	R4 21.8%	R5 20.5%	R6 19%	R7 17.5%	R8 16%	R9 14.5%	R10 13%
アウトプット		評価指標	計画策定時	目標値					
		第1回受診勧奨 発送者数、率	R4 100% 8,884人	R5 100%	R6 100%	R7 100%	R8 100%	R9 100%	R10 100%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		第2回受診勧奨 発送者数、率	R4 100% 9,095人	R5 100%	R6 100%	R7 100%	R8 100%	R9 100%	R10 100%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		予約不要健診 発送者数、率	R4 100% 2,821人	R5 100%	R6 100%	R7 100%	R8 100%	R9 100%	R10 100%
プロセス		成果を上げるための 方法・プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・健診・レセプト情報を活用し、勧奨通知の送り分けを実施する。 ・健診未経験者及び予約不要の集団健診を受診したことがある者に対し、予約不要の集団健診や追加日程の案内を送付する。 ・受診勧奨のパンフレット等を作成し、かかりつけ医や調剤薬局から健診受診を促す。 						
		実施量を上げる ための方法	<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な受診勧奨を実施するための対象者を検討し、その対象に合う内容の勧奨をする。 ・勧奨を年に複数回(2~3回程度)実施する。時期については効果的な時期を検討する。 						
ストラクチャー		成果を上げるための 実施体制と連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施日を設定する等、十分な実施回数と休日の開催など受診しやすい環境を整備する。また、予約しやすい方法(コールセンター・Web予約)を設定する。 ・個別健診の実施方法や実施場所について、わかりやすく周知をする。 ・予約不要の集団健診を年間1日以上実施する。追加日程は手軽なWeb予約とする。 ・健診の実施に関する周知を広報等で適切な時期に行う。 ・医師会、薬剤師会等と連携し、受診勧奨への協力を依頼する。 						
		実施量を上げるための 実施体制と連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の受診歴やレセプト情報を利用し、対象者を分類する。 ・対象者の特性に応じてデザインや文面を委託業者と協議の上、勧奨通知を作成する。 						

2. 特定保健指導実施率向上									
事業の目的		特定健診結果から生活習慣病のリスク保持者に対して特定保健指導を実施し、生活習慣の改善と肥満の是正により将来起こりうる合併症を予防する。							
事業の概要		(1) 保健指導対象者への効果的な勧奨（郵送、電話） (2) 集団健診時の保健指導仮予約							
対象者		(1) 特定健診受診者のうち、「積極的支援」「動機付け支援」の特定保健指導の対象者 (2) 集団特定健診を受診し、腹囲該当かつ服薬なしの者							
アウトカム		評価指標	計画策定時	目標値					
		メタボリックシンドローム 該当者・予備軍者割合	R4 44.2%	R5 41%	R6 38%	R7 35%	R8 31.7%	R9 28.4%	R10 25%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		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） （今年度非該当者/昨年度利用者）	R4 23.9%	R5 25%	R6 26%	R7 27%	R8 28%	R9 29%	R10 30%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		特定保健指導対象者の 減少率（法定報告） （今年度非該当者/昨年度対象者）	R4 19.9%	R5 21%	R6 22%	R7 23%	R8 24%	R9 25%	R10 26%
アウトプット		評価指標	計画策定時	目標値					
		保健指導実施者数・率 （法定報告）	R4 16.2%	R5 16.6%	R6 17.0%	R7 17.6%	R8 18.2%	R9 18.8%	R10 19.4%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		特定保健指導初回支援 実施者数・率（実数ベース）	R4 25.4%	R5 26%	R6 27%	R7 28%	R8 29%	R9 30%	R10 31%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		集団健診当日保健指導 仮予約者数・率	R4 87.4% 125人	R5 90%	R6 90%	R7 90%	R8 90%	R9 90%	R10 90%
プロセス	成果を上げるための 方法・プログラム	・対象者の特性に合わせた支援を実施する。 （例）実施日の工夫：土日・個別、支援方法の工夫：ICT、面談							
	実施量を上げる ための方法	・健診結果通知後、速やかに利用勧奨を行う。 ・対象者から積極的に参加申込みできるよう、利用勧奨通知の内容を検討する。 ・保健指導当日キャンセルを防ぐために、案内通知や電話等でリマインドをする。							
ストラクチャー	成果を上げるための 実施体制と連携体制	・効果的な支援のため、委託業者や雇いあげ保健師等とプログラム内容や指導媒体を十分に検討する。							
	実施量を上げるための 実施体制と連携体制	・集団及び個別保健指導の日程・日数を適切に設定する。 ・利用勧奨から保健指導の実施まで年間スケジュールをあらかじめ計画する。 ・利用勧奨の電話で効果的な動機付けを行えるようマニュアルを整備する。 ・医師会、委託医療機関と連携し、スムーズな保健指導の実施体制を整える。							

3. 生活習慣病発症予防（喫煙、運動習慣、がん検診）

事業の目的	(1) 喫煙: COPD や禁煙に関する知識の啓発をすることで習慣的な喫煙率を下げる。 (2) 運動習慣: 運動習慣の定着により、生活習慣病の発症を予防することができる。 (3) がん検診: がん検診の受診勧奨を行うことにより、がん検診受診率を向上させる。							
事業の概要	(1) 喫煙: COPD 予防講座の実施(年1回)。喫煙者及び喫煙者の同居家族に対して、COPD や禁煙に関する知識を啓発する。 (2) 運動習慣: ダイエットスクール(3か月)を実施。減量を目的とした実践的な運動講座。 (3) がん検診: 特定健診対象者に特定健診と合わせて肺がん検診の受診勧奨を行う。							
対象者	(1) 喫煙: 喫煙者及び喫煙者の同居家族 (2) 運動習慣: 特定健診及びヤング特定健診受診者のうち、運動習慣がない者 (3) がん検診: 特定健診対象者							
アウトカム	評価指標	計画策定時	目標値					
	習慣的な喫煙率	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
		13.5%	13.4%	13.3%	13.2%	13.1%	13.0%	13.0%
	評価指標	計画策定時	目標値					
	運動習慣がない者の割合 ①1回30分以上の運動習慣 ②1日1時間以上の身体活動	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
		運動習慣 64.1% 身体活動 53.8%	運動習慣 63.5% 身体活動 53.5%	運動習慣 63% 身体活動 53%	運動習慣 62.5% 身体活動 52.5%	運動習慣 62% 身体活動 52%	運動習慣 61.5% 身体活動 51.5%	運動習慣 61% 身体活動 51%
	評価指標	計画策定時	目標値					
肺がん検診受診率 (国保加入者)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	
	男性 13.8%	男性 14%	男性 15%	男性 16%	男性 17%	男性 18%	男性 19%	
	女性 15.8%	女性 16%	女性 17%	女性 18%	女性 19%	女性 20%	女性 21%	
アウトプット	評価指標	計画策定時	目標値					
	COPD 予防教室 参加率(定員30名)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
		83.3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	評価指標	計画策定時	目標値					
	ダイエットスクール 初回参加率(定員24名)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
		未実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%
評価指標	計画策定時	目標値						
がん検診勧奨率・数 (勧奨者数/特定健診対象者数)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	
	未実施	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
プロセス	成果を上げるための方法・プログラム	・講座案内の中で、喫煙者本人のみでなく同居家族へのメッセージも掲載する。(COPD 予防講座) ・離脱者や欠席者が出ないよう、継続的に参加の支援をする。(ダイエットスクール) ・講座の内容を講師とすり合わせ、参加者の行動変容を促すことができるものにする。						
	実施量を上げるための方法	・講座の勧奨や受診勧奨通知の内容を検討し、適切な時期に効果的な勧奨を行う。 ・講座の勧奨通知送付後、申し込みのない者への電話勧奨を行う。						
ストラクチャー	成果を上げるための実施体制と連携体制	・実施内容、使用する媒体は関係者内で検討する。 ・医師会と連携し、がん検診の勧奨通知と合わせてかかりつけ医療機関において、がん検診の声掛けをしてもらうよう依頼する。						
	実施量を上げるための実施体制と連携体制	・禁煙外来を掲げている医療機関と連携し、講師を依頼する。 ・協定締結企業の協力のもと健康測定を行い、関心の低い喫煙者の参加を促す。 ・事業に従事するマンパワーと予算を確保する。						

4. 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症、慢性腎臓病、循環器疾患)									
事業の目的		糖尿病、高血圧、脂質異常症などのリスクが高い未受診者が適切に受診することを支援する。また、他の生活習慣病で受診していても糖尿病の治療が開始されていない者や糖尿病治療中で血糖のコントロールが不良な者に対して生活習慣の改善の実践を促すことで、血糖値の改善を目指す。							
事業の概要		(1) 血糖値や血圧が高値で継続的な受診がない者に対する受診勧奨を行う。 (2) 糖尿病を有する者への継続的な保健指導を行う。(糖尿病講座)							
対象者		(1) 受診勧奨 ①DKD:HbA1c7.0%以上で服薬なし ②CKD:Ⅱ度高血圧(160/100)以上、 またはⅠ度高血圧(140/90)以上かつeGFR45未満で服薬なし ③中断者:65歳未満で、糖尿病未治療または治療中断が疑われる者 (2) 保健指導 糖尿病性腎症第1~3期かつHbA1c6.5%~10.0%かつ血圧・脂質・血糖のいずれか服薬治療中							
アウトカム		評価指標	計画策定時	目標値					
		受診勧奨対象者のうち医療機関受診に繋がった割合(未受診者)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
			36.4% 4人	50%	50%	50%	50%	50%	50%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		保健指導参加者のHbA1c維持改善割合	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
評価指標	計画策定時	目標値							
保健指導参加者の生活習慣改善率(食事・運動)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10		
	食事100% 運動100%	食事100% 運動100%	食事100% 運動100%	食事100% 運動100%	食事100% 運動100%	食事100% 運動100%	食事100% 運動100%		
アウトプット		評価指標	計画策定時	目標値					
		実施対象者のうち、受診勧奨を行った割合	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
			100% 11人	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		評価指標	計画策定時	目標値					
		事業対象者のうち、保健指導に参加した者の割合	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
			9.8%	12%	12%	12%	12%	12%	12%
評価指標	計画策定時	目標値							
同窓会参加者の割合	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10		
	17.2%	20%	20%	20%	20%	20%	20%		
プロセス	成果を上げるための方法・プログラム	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨の電話や通知で受診の動機付けを行えるよう、内容を検討する。 食事の改善や運動の改善を継続的に実践できるようなプログラムを検討し、個別の支援を含めた手厚いフォローを行う。 保健指導のフォローアップ支援として年1回講座を実施し健康維持の継続を図る。 							
	実施量を上げるための方法	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の結果が本人に通知されたら、速やかに対象者を抽出し、受診勧奨を行う。 前年度の健診結果をもとに対象者を抽出し、参加勧奨の通知をする。現在の治療状況のアンケートを行うことで、参加への動機づけと対象者全体の状況把握を行う。 同窓会対象者への現在の治療状況や取り組み状況のアンケートを行うことで、欠席者を含めた現状の把握を行う。 							
ストラクチャー	成果を上げるための実施体制と連携体制	<ul style="list-style-type: none"> 健康課、国保医療課の担当間で実施内容、使用する媒体及び様式について検討する。 保健指導の委託業者と、事業前後の打合せのほか、事業期間中もカンファレンスで情報共有や支援方針の検討を行う。 							
	実施量を上げるための実施体制と連携体制	<ul style="list-style-type: none"> 健康課、国保医療課職員間で実施方法やスケジュール、役割分担などを検討する。 医療機関説明会などを通じて、前年度の実績報告や今年度の事業説明をし協力を得る。 必要に応じて市内医療機関の医師に直接報告や依頼を行い、円滑なプログラムの推進を図る。 							

5. 医療費適正化(ジェネリック医薬品、適正受診・適正服薬)

事業の目的	被保険者の医療費の自己負担を軽減するとともに、増加し続ける医療費の抑制を図る。							
事業の概要	ジェネリック医薬品の利用を促進する。							
対象者	国民健康保険加入者のうち35歳以上で、先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減が見込まれる者							
アウトカム	評価指標	計画策定時	目標値					
	ジェネリック医薬品への切替率	R4 7.1%	R5 7.5%	R6 9.0%	R7 10.5%	R8 12.0%	R9 13.5%	R10 15.0%
	評価指標	計画策定時	目標値					
	ジェネリック医薬品の利用率	R4 87.8%	R5 89.0%	R6 90.0%	R7 90.0%	R8 90.0%	R9 90.0%	R10 90.0%
	評価指標	計画策定時	目標値					
	ジェネリック医薬品差額通知発送数	R4 252	R5 500	R6 500	R7 500	R8 500	R9 500	R10 500
アウトプット	評価指標	計画策定時	目標値					
	ジェネリック医薬品差額通知発送率	R4 100%	R5 100%	R6 100%	R7 100%	R8 100%	R9 100%	R10 100%
	評価指標	計画策定時	目標値					
	ジェネリック医薬品差額通知発送率	R4 100%	R5 100%	R6 100%	R7 100%	R8 100%	R9 100%	R10 100%
プロセス	成果を上げるための方法・プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータを基に対象者を選定し通知を送信する。 ・年2回効果測定を実施する。 						
	実施量を上げるための方法	<ul style="list-style-type: none"> ・切り替えによる軽減額が1円以上あれば通知対象とする。 						
ストラクチャー	成果を上げるための実施体制と連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ・納税通知書に同封するパンフレットや市ホームページ等でジェネリック医薬品についての周知を図る。 						
	実施量を上げるための実施体制と連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ・事業に要する予算を確保する。 						

第5章 計画の推進等

1. 個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価と見直し

個別の保健事業の評価については毎年度実施し、目標値の達成状況の評価します。達成状況の評価結果や健康課題の変化等、必要に応じて個別保健事業の実施計画を見直します。

また本計画では、最終年度となる令和11年度に総合的な評価を行うこととし、令和8年度には中間評価を行い、後半に実施する計画に繋げていきます。

2. 計画の公表・周知

本計画は、市ホームページ等で公表します。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令及び北名古屋市個人情報保護条例等を遵守するものとします。また、業務を外部に委託する際も同様に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、個人情報の取り扱いについて万全の対策を講じるものとします。

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

1.目標値

令和6年度から11年度の受診率・実施率の目標値は次のとおりとする。

表6-1 年度別目標値 (％)

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査の受診率	37.5	39.0	40.5	42.0	43.5	45.0
特定保健指導の実施率	17.0	17.6	18.2	18.8	19.4	20.0

2.対象者数推計

表6-2 年度別目標値 (人)

		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査	対象者	9,950	9,200	8,600	8,100	7,650	7,250
	実施者	3,731	3,588	3,483	3,402	3,328	3,263
特定保健指導	対象者	478	459	446	435	426	418
	実施者	81	81	81	82	83	84

※特定保健指導対象者数は、令和2年度～令和4年度の特定保健指導対象者割合を参考に、12.8%と仮定し算出した。

3.実施方法

(1) 実施場所

ア 特定健康診査

実施場所は、北名古屋市健康ドーム(以下「健康ドーム」という。)での集団健診と西名古屋医師会に加入する医療機関での個別健診とする。

イ 特定保健指導

実施場所は、主に健康ドームにおいて実施する。

(2) 実施項目

ア 特定健康診査

法定の健診項目を実施する。また、市独自の追加健診項目として、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血を実施する。

イ 特定保健指導

国が示す、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」を基本に保健指導レベル(動機づけ支援・積極的支援)に応じた内容の保健指導を実施する。

①動機付け支援

初回面接時に、特定健康診査の結果並びに本人の生活習慣を踏まえた支援および行動計画を作成し、3か月以上経過後に計画の達成度、生活習慣の変化の評価を行う。

②積極的支援

初回面接の後、3か月以上の継続的な支援を行い、当該3か月から6か月以上経過後に計画の達成度、生活習慣の変化の評価を行う。

継続的な支援についてはポイント制を導入して最低限必要な指導量を定めることにより、効果的な保健指導を行う。

(3) 実施時期及び期間

ア 特定健康診査

事前に受診券・特定健診受診券・問診票・健診ガイド等関係書類を被保険者へ送付し、被保険者は受診方法(集団健診又は個別健診)を選択し受診する。

①集団健診

6月から12月までの期間で市が設定した日程とし、被保険者が予約をして受診する。

②個別健診

6月から12月までの期間で、被保険者が個々の医療機関へ予約等をして受診する。

イ 特定保健指導

健診実施後、健診結果を基に速やかに階層化し、特定保健指導の対象者を抽出する。抽出後、対象者へ特定保健指導案内を送り、申込者に利用券を送付する。また、申込みのない者には電話勧奨を行い、その必要性を伝え申込みを促す。

(4) 外部委託の方法

外部委託者の選定に当たっては、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関であることとする。

外部委託の契約形態は、個別契約を基本とする。

ア 特定健康診査

①集団方式

民間の健診機関へ委託する。

②個別方式

西名古屋医師会に加入する医療機関へ委託する。

イ 特定保健指導

特定保健指導を実施している民間機関及び医療機関へ委託する。

(5) 周知や案内の方法

ア 周知の方法

市広報紙・ホームページに掲載し、適宜案内チラシを配布する。

イ 受診案内の方法

対象被保険者に直接健診案内を郵送する。

ウ 受診券・利用券や受診案内の配布方法

対象被保険者に直接受診券・利用券や受診案内を郵送する。

(6) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

ア 協力・連携体制の構築

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう、事業主と事前に十分な協議・調整を行う。

また、必要であれば、受診券・利用券や案内等の送付も含めた包括的な協力・連携体制を構築する。

イ 契約や覚書の締結

協議・調整が整ったときは、契約や覚書を交わし、データの受領方法、頻度や時期、受領に関する経費負担、個人情報の保護等を明らかにしておく。

(7) 受診券・利用券

ア 様式

国の様式を参考とし、機能的でわかりやすいものを作成する。

イ 発行時期等

受診券は、基本的に一括で健診実施期間までに被保険者へ個別に郵送する。また必要に応じて都度、発行とする。

利用券は都度、特定保健指導申込者へ個別に郵送する。

(8) 代行機関

保険者間又は保険者及び健診機関・保健指導機関における特定健康診査等に要する費用の請求及び支払を円滑に処理することや受診券・利用券の発行及び健診データの管理などを代行する機関として、国保連合会に委託する。

(9) 年間スケジュール等

表6-3 年間・随時スケジュール

		特定健康診査	特定保健指導
年間スケジュール	年度当初	<ul style="list-style-type: none"> ・実施機関との委託契約締結 ・健康診査対象者の抽出 ・契約医療機関説明会 ・受診券の発送準備 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施機関との委託契約締結
	年度前半	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査の開始 ・前年度の実施結果の評価 ・未受診者への受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ・前年度保健指導終了
	年度後半	<ul style="list-style-type: none"> ・翌年度の健診計画の検討 ・予算化 ・健康診査終了 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導開始 ・翌年度の保健指導計画の検討 ・予算化
随時スケジュール		<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査データの受領(毎月) ・費用決済(毎月) ・受診券の随時発送 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導対象者の抽出 ・指導通知郵送 ・勧奨電話

4.計画の推進

(1) 計画の評価及び見直し

本計画では、特定健康診査・特定保健指導の実施率について、毎年、前年度の結果を確認するなかで、翌年度の保健事業を計画し、効率的・効果的な事業展開を図る。また最終年度となる令和11年度に総合的な評価を行うこととし、令和8年度には中間評価を行い、後半に実施する計画につなげていく。

また、健康課題の変化や国の動向等により、必要な場合には関係部局の職員と協議し、計画の修正・見直しを行う。

(2) 計画の公表・周知

本計画は、市ホームページで公表する等、広く市民に周知する。

(3) 個人情報の保護

ア 記録の保存方法等

①保存方法

特定健康診査・特定保健指導の実施結果データは、代行機関である国保連合会に保存を委託する。

②保存体制

市は、国保連合会とネットワークを構築し、特定健康診査・特定保健指導実施結果データの閲覧、必要帳票の印刷等を行う。また、他の記録媒体へのダウンロードも可能とするが、保存はしない。

担当部長を情報管理責任者、担当課長を情報管理者として、日常的な整理、安全性の確保を図る。

イ 管理ルールの制定

個人情報の管理は、北名古屋市個人情報保護条例、北名古屋市情報セキュリティ規程及び北名古屋市電子計算処理管理運用規程により実施する。

①委託する場合の遵守事項の設定

特定健康診査・特定保健指導の実施や健診・保健指導データの管理、分析等を外部に委託する際には、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るとともに、委託先の契約遵守状況を管理していく。

②データ授受におけるルール付け

保健指導機関、医療保険者、事業主や個人、データ管理・分析の委託先、国等へデータを提供する場合、それぞれの相手先別に、誰が、相手先の誰までに、どの項目・範囲まで、どのような利用目的に限り提供するのか、提供に当たっての関係者の承諾の有無や守秘義務契約等の有無等、整理して明確にする。

(4) 留意事項

健康課が実施するがん検診等との調整を図るため、前年度に、翌年度の健康診査スケジュール等の打合せを行い、受診率等の向上に努める。