

印西市国民健康保険第3期データヘルス計画

印西市国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画

(令和6年度～令和11年度)



令和6年3月
印西市

-目次-

第1章	計画策定について	
	1. 計画策定の趣旨	3
	2. 計画の位置づけ	4
	3. 計画期間	5
	4. 実施体制及び関係者との連携	5
	5. データ分析期間	6
	6. 計画の評価及び見直し	7
	7. 計画の公表・周知	7
	8. 個人情報の保護	8
	9. 他の健診との連携	8
	10. 地域包括ケアに係る取組	8
	11. その他	9
第2章	印西市の特性	
	1. 地域の概況	10
	2. 人口と被保険者数の推移	11
第3章	第2期データヘルス計画の考察	
	1. 計画全体の評価	15
	2. 個別保健事業の達成状況	17
第4章	健康・医療情報等の分析	
	1. 平均余命と平均自立期間	32
	2. 死亡の状況	34
	3. 医療費の分析	36
	4. 特定健康診査等データの分析	52
	5. レセプト及び特定健康診査等データの分析	64
	6. 介護に関する分析	66
	7. 後期高齢者に関する分析	68
第5章	第3期データヘルス計画	
	1. 分析結果に基づく健康課題と解決のための対策	73
	2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	79
第6章	第4期特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	107
	2. 対象者	107
	3. 実施方法	109
	4. 実施スケジュール	114
巻末資料		
	1. 用語解説集	116
	2. 疾病分類	118

第1章 計画策定について

1. 計画策定の趣旨

厚生労働省が令和元年度に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしており、健康寿命の延伸は社会全体の課題となっています。目標達成には、地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方で、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

こうした状況の中、平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」により改正された、「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」に基づき、市町村国保においては、被保険者の健康の保持増進を図るため、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の実施が求められてきました。さらに、平成30年4月からは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、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、同計画の標準化の進展に当たり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定の推進が求められています。

こうした背景を踏まえ、印西市国民健康保険においては、データヘルス計画を特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、効果的かつ効率的な保健事業を推進してきました。

このたび、印西市国民健康保険第2期データヘルス計画及び印西市国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画が令和5年度で最終年度を迎えることから、前期計画における評価・課題を踏まえ、「市町村国保が策定する特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査等の実施方法を定めるものであるため、計画期間が一致する場合にはデータヘルス計画と一体的に策定することは可能である。」とした国の通知に基づき、令和6年度から令和11年度までを共通の計画期間とする「印西市国民健康保険第3期データヘルス計画」と「印西市国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定するものです。

策定に当たっては、健康や医療情報等を分析し、被保険者の健康課題を明らかにし、優先的に取り組む課題を整理した上で、課題に対応した保健事業を実施し、被保険者の健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持・向上と、医療費の適正化を目指します。

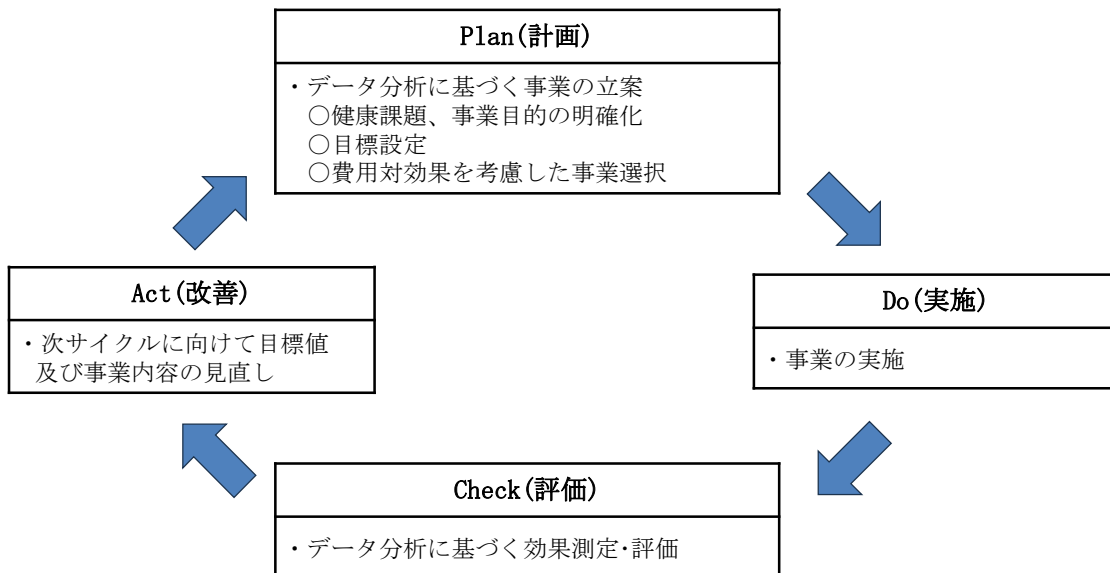
2. 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、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の実施を図るための保健事業の実施計画であり、「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」に基づき策定します。(図表1)

特定健康診査等実施計画とは、保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法等を定める実施計画であり、「高齢者の医療の確保に関する法律第19条」に基づき、特定健康診査等基本指針に即して策定します。

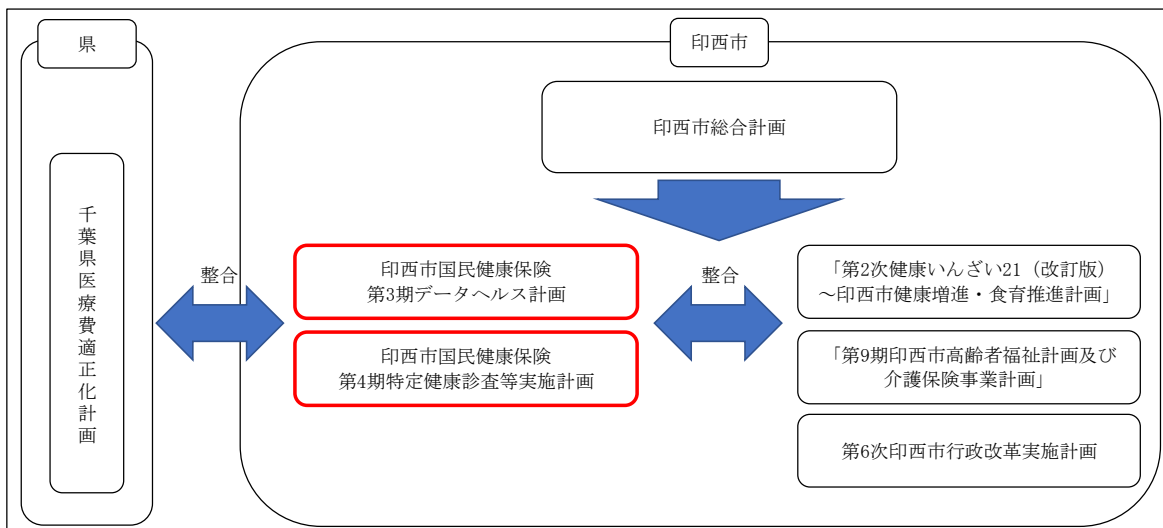
策定に当たっては、保険者として保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施できるよう両計画を一体的に策定し、「印西市総合計画」に掲げる基本構想の実現に向け、「第2次健康いんざい21(改訂版)～印西市健康増進・食育推進計画」、「第9期印西市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」、「第6次印西市行政改革実施計画」及び「千葉県医療費適正化計画」との十分な整合性を図っていくものとします。(図表2)

図表1 PDCAサイクルのイメージ



※厚生労働省資料をもとに作成しています。

図表2 他の計画との関係



3. 計画期間

計画期間については、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基づき、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. 実施体制及び関係者との連携

(1) 実施体制

本計画の策定、保健事業の実施、評価、見直し等(以下「計画の策定等」という。)は、健康増進課、高齢者福祉課等の関係部署や千葉県(以下「県」という。)、千葉県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)等の関係機関の協力を得て、国保年金課が主体となって行います。

計画の策定等に当たっては、従事職員の確保や資質向上が不可欠であることから、関係部署との連携により安定した人材の確保に努めるとともに、県や国保連主催の研修等への積極的な参加を促進しながら従事職員の技術力向上を図ります。また、計画の実効性を確保するため、外部委託の活用を進め、効果的かつ効率的な事業運営に努めます。

(2) 関係機関との連携

計画の策定等においては、関係部署だけでなく、関係機関との連携・協力も重要となります。共同保険者である県のほか、国保連や国保連に設置される千葉県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会(以下「支援・評価委員会」という。)、地域の医師会、薬剤師会等の保健医療関係者(以下「保健医療関係者」という。)、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等との連携を図りながら、本計画を推進します。

また、本計画は、被保険者の健康の保持増進を最終的な目的としており、被保険者自身が健康的な生活習慣の重要性を認識し、主体的・積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、印西市国民健康保険運営協議会(以下「運営協議会」という。)において、被保険者との議論の場を確保することにより、被保険者の意見反映に努めます。

5. データ分析期間

(1) 医療費関連データ

- ・国保データベース (KDB) システムデータ
平成30年度～令和4年度 (5年分)
- ・入院 (DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプト
単年分析
令和4年4月～令和5年3月診療分 (12か月分)
年度分析
平成30年度…平成30年4月～平成31年3月診療分 (12か月分)
令和元年度…平成31年4月～令和2年3月診療分 (12か月分)
令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分 (12か月分)
令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分 (12か月分)
令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分 (12か月分)

(2) 特定健康診査・特定保健指導関連データ

- ・特定健診等データ管理システムデータ
単年分析
令和4年4月～令和5年3月健診分 (12か月分)
年度分析
平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分 (12か月分)
令和元年度…平成31年4月～令和2年3月健診分 (12か月分)
令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分 (12か月分)
令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分 (12か月分)
令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分 (12か月分)
- ・特定健診・特定保健指導等実施結果状況表 (国保連)
- ・印西市所有特定健康診査情報データ (Excel)

(3) 介護関連データ

- ・国保データベース (KDB) システムデータ
単年分析
令和4年4月～令和5年3月分 (12か月分)
年度分析
平成30年度…平成30年4月～平成31年3月分 (12か月分)
令和元年度…平成31年4月～令和2年3月分 (12か月分)
令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分 (12か月分)
令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分 (12か月分)
令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分 (12か月分)

(4) 後期高齢者関連データ

- ・国保データベース(KDB)システムデータ
単年分析
令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)
- ・特定健診等データ管理システムデータ
単年分析
令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

6. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごと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ごとの評価指標に基づき、目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が目標値に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、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) データヘルス計画全体の評価・見直し

評価は、設定した評価指標に基づき、本計画の中間年度(令和8年度)に保健事業の実施状況や目標の達成状況の評価し、評価結果に基づき、必要に応じて、令和9年度以降の保健事業の実施内容や目標値の見直しを行います。

また、最終年度(令和11年度)に計画全体に対する最終評価を行い、評価結果を次期計画に反映させます。

なお、最終評価においては、次期計画の策定を円滑に行うため、最終年度の上半期に仮評価を行います。

(3) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健康診査受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合について、毎年度、国への法定報告により目標の達成状況の評価し、次年度の取組に活かします。

7. 計画の公表・周知

本計画は、市ホームページ等で公表するとともに、市広報紙で周知します。

なお、本計画の中間年度及び最終年度に実施する評価結果や、評価結果に基づき変更が生じた場合の変更後の計画についても、市ホームページで公表します。

特定健康診査や特定保健指導については、被保険者に対する制度への理解の周知がその実施率を高めることにつながることから、市ホームページや市広報紙において情報提供を行うとともに、関係部署や関係機関と協力しながら、積極的に周知していきます。

8. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等を遵守し、厳格な運用管理を行います。

また、業務を外部に委託する場合も同様に取り扱われるよう、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ます。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

9. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、関係部署との連携を図り、健康増進法に基づき実施する健診やがん検診等についても可能な限り連携して実施します。

10. 地域包括ケアに係る取組

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・福祉関係者等が参加する地域ケア会議等に国保保険者として参加し、国保データベース(KDB)システムのデータ等を活用した情報提供により、地域の実態把握・課題を共有し対応策を検討します。

(2) 地域で被保険者を支える事業の実施

国保データベース(KDB)システムのデータ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、健康増進課等の関係部署との連携を図りながら、当該対象集団に対する健康教育等の保健事業を実施します。

11. その他

特定保健指導については、利用者の利便性確保の観点から、ICTを活用することにより、利用者の生活環境に合わせた保健指導を実施します。

ICT活用による特定保健指導の実施に当たっては、「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(第4版)」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を踏まえ、対面で行う場合と同程度の質が確保されるよう、必要な環境・体制を確保しながら推進していきます。

また、特定保健指導の実績評価にアウトカム評価が導入されることに伴い、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元していただけるよう委託機関に働きかけていきます。



第2章 印西市の特性

1. 地域の概況

本市は、県の北西部に位置し、東京都心から約40km、成田国際空港から約15kmと優れた立地優位性を有しています。

市の中央部を横断する国道464号(北千葉道路)と北総線の沿線には、千葉ニュータウン地区や印西牧の原地区を中心とした市街地が形成されているとともに、大型商業施設やデータセンター、物流施設をはじめとする企業が立地しているなど、都市的な空間が広がっています。

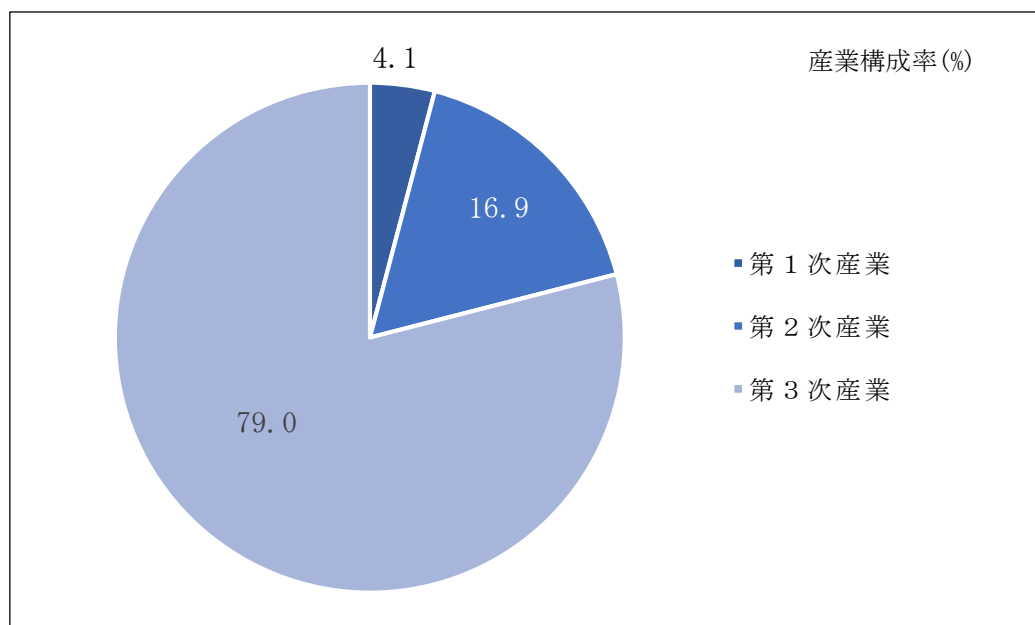
一方で市の外周部は、三方を利根川、印旛沼、手賀沼などの水辺に囲まれ、市全体を囲むように干拓地などの優良な農地が整備されているとともに、市街地近郊には、樹林地や里山などの豊かな自然環境が形成されています。

本市はこのように、都市と自然の調和がとれた美しい街であり、地理的優位性や都市環境、豊かな自然といった地域資源を最大限に活用しながら、誰もが安心して暮らせるまちづくりを進めています。

■産業構成率

本市の産業構成率は、第3次産業が79.0%を占めています。(図表3)

図表3 産業構成率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

2. 人口と被保険者数の推移

(1) 人口構成

本市の令和5年3月末時点における、人口をみると、男女ともに40歳～44歳を頂点とした、つぼ型となっていますが、典型的なつぼ型と比べると0歳～14歳も多くなっています。

(図表4)

また、高齢化率をみると、本市の令和4年度における高齢化率は23.6%で、県より低くなっています。一方で、平成30年度から令和4年度の高齢化の進展状況では、本市は1.8ポイント増で、県の増加幅に比べて、急速に進展しています。(図表5)

図表4 人口ピラミッド



出典:住民基本台帳(令和5年3月末時点)

図表5 高齢化率(本市、県の高齢化率の推移)

高齢化率(%)	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
印西市	21.8	22.3	22.7	23.2	23.6
県	26.4	26.8	27	27.3	27.5

出典:千葉県年齢別・町丁字別人口(各年4月1日現在)

※高齢化率は、65歳以上の人口の割合をさします。

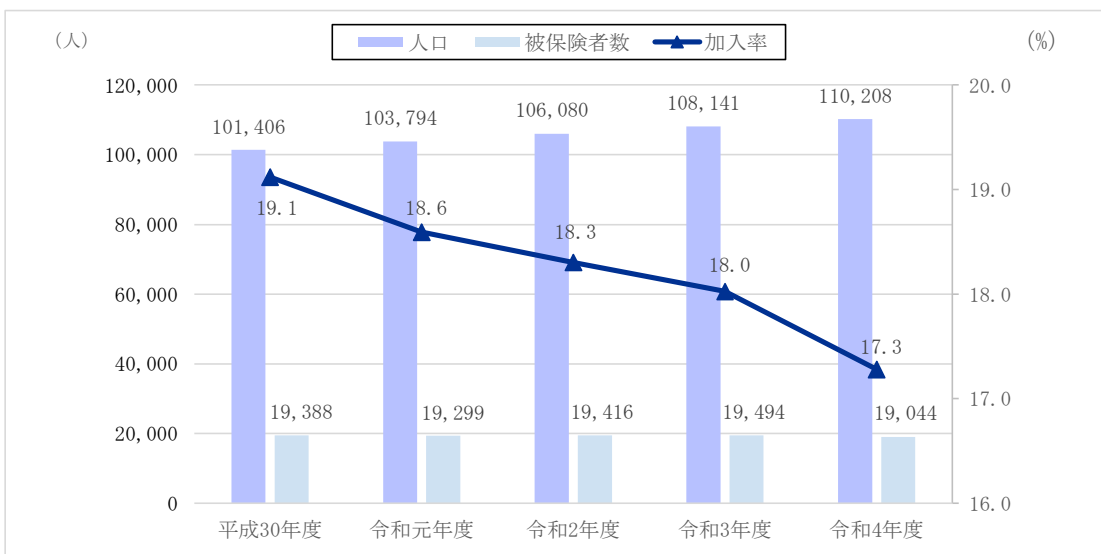
(2) 被保険者の構成

本市の平成30年度から令和4年度における、人口と被保険者数の推移をみると、人口は増加傾向ですが、被保険者数は減少傾向にあり、市の人口に占める国民健康保険加入率は、平成30年度から令和4年度で1.8ポイント減少しています。(図表6)

また、本市の令和4年度における、被保険者の構成割合をみると、男女ともに65歳～74歳が多く、男女合計では65歳～74歳で全体の50.8%を占めています。(図表7)

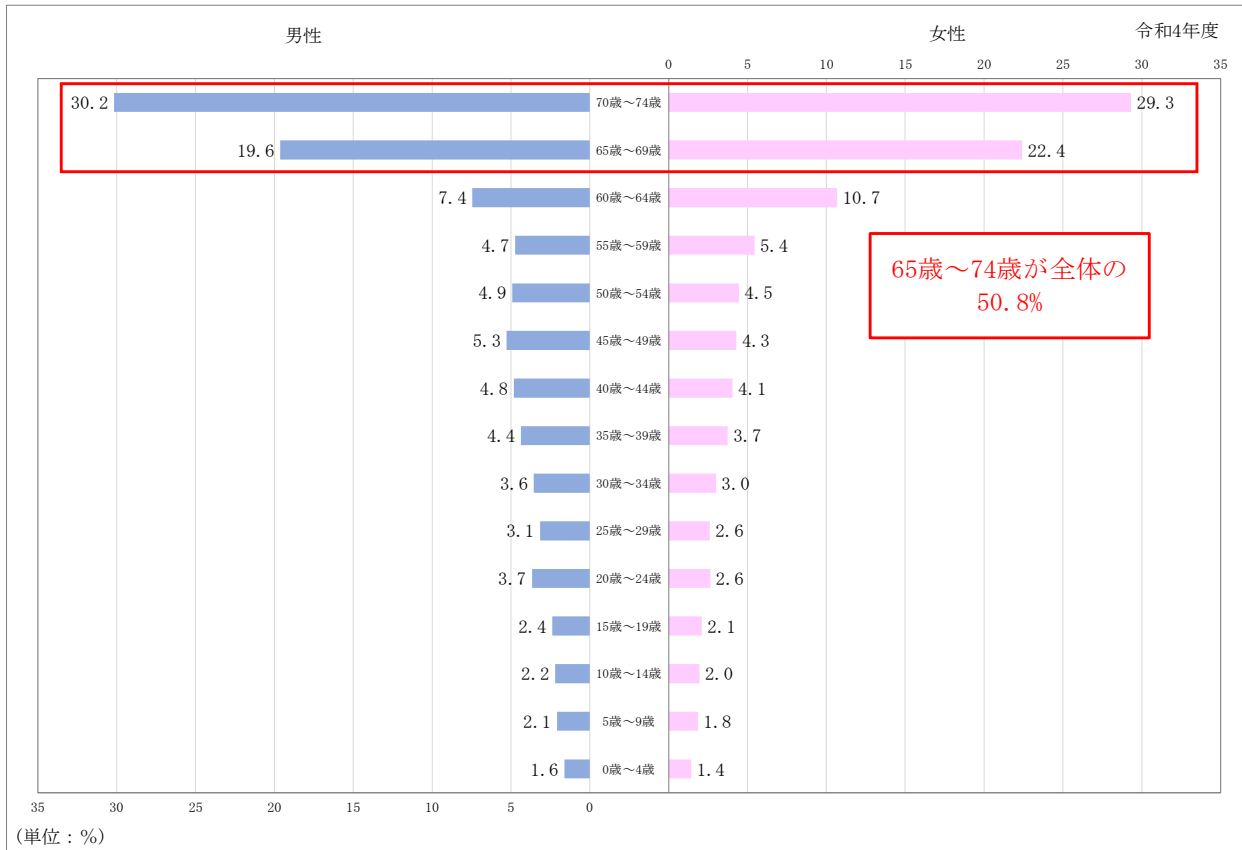
令和4年度の被保険者の増減内訳をみると、減少理由の主なものとして、「転出」、「社保加入」、「後期加入」があり、増加理由の「転入」、「社保離脱」を上回っている状況です。(図表8)

図表6 人口と被保険者数の推移



出典:住民基本台帳(各年度3月末時点)、国民健康保険事業状況報告書(各年度3月末時点)

図表7 被保険者の構成割合(性別・年齢階層別)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

図表8 被保険者の増減内訳(令和4年度)

単位:人

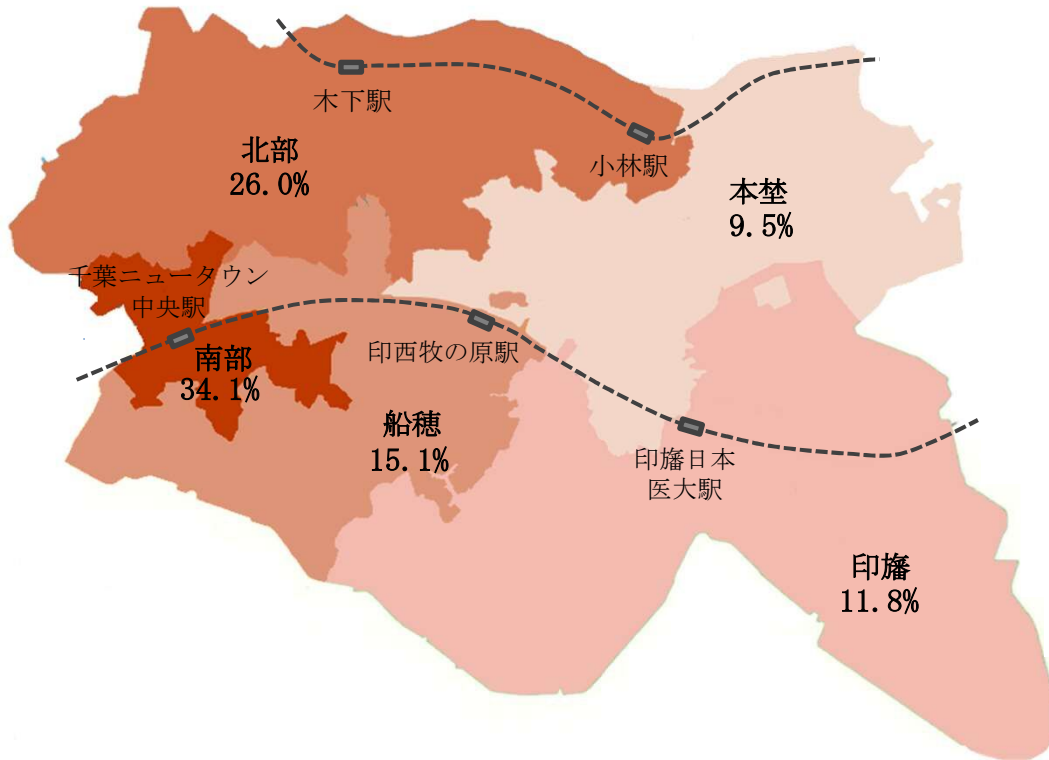
増加理由	転入	社保離脱	生保廃止	出生	後期離脱	その他	計	増減
	2,467	3,146	11	42	0	85	5,751	
減少理由	転出	社保加入	生保開始	死亡	後期加入	その他	計	
	2,150	2,489	32	144	1,219	167	6,201	-450

出典:国民健康保険事業状況報告書(令和5年3月末時点)

(3) 被保険者の分布

本市の令和4年度における、日常生活圏域別被保険者分布図をみると、市全体の被保険者数に対する各圏域の被保険者数割合では、南部圏域が34.1%と最も多く、本埜圏域が9.5%と最も少なくなっています。(図表9)

図表9 日常生活圏域別 被保険者分布図



圏域名	対応地区
北部圏域	木下・木下南・竹袋・別所・宗甫・木下東・平岡・小林・小林北・小林浅間・小林大門下・大森・鹿黒・鹿黒南・亀成・発作・相嶋・浅間前・浦部・浦部村新田・白幡・浦幡新田・高西新田・小倉・和泉・牧の台
南部圏域	小倉台・大塚・牧の木戸・木刈・武西学園台・戸神台・中央北・中央南・内野・原山・高花
船穂圏域	草深・東の原・西の原・原・泉・松崎・松崎台・結縁寺・多々羅田・武西・戸神・船尾・泉野
印旛圏域	瀬戸・山田・平賀・平賀学園台・吉高・萩原・松虫・岩戸・師戸・鎌苅・大廻・造谷・つくりや台・吉田・美瀬・舞姫・若萩
本埜圏域	中根・荒野・角田・竜腹寺・惣深新田飛地・滝・物木・笠神・行徳・川向・下曾根・中・萩埜・桜野・押付・佐野屋・和泉屋・甚兵衛・立埜原・松木・中田切・下井・長門屋・酒直ト杭・安食ト杭・将監・本埜小林・滝野・みどり台・牧の原

※集計対象は、令和4年4月～令和5年3月に資格がある人です。
 ※本市内に住民票がない人も含まれるため、各圏域の割合の合計は100%になりません。

第3章 第2期データヘルス計画の考察

1. 計画全体の評価

第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を大きく受けた中での実施となりました。同感染症拡大の影響により、被保険者は今までの日常生活を保てない状況が長く続き、その影響から、市では本計画が予定通りに進まず、保健事業の実施方法の一部を変更するなどして実施してきました。特に新規に導入した事業については、同感染症の拡大がなかった場合の実績値がないため、事業の有効性を評価することが非常に難しい状況となっています。

こうした状況を踏まえ、本計画における事業全体を次の通り評価し、必要に応じて次期計画へ反映させていきます。

特定健康診査、特定健康診査受診勧奨事業については、対象者全員への問診票の直接送付を受診券の発行に変えて、特定健康診査開始時より取り入れています。これが最も直接的な受診勧奨方法となるため、今後も継続していきます。

39歳以下健康診査受診勧奨事業については、第2期計画策定時には30歳、35歳の女性全員に問診票を送付していましたが、対象者を見直し、令和3年度からは、より健康診査の機会がないと考えられる35歳～39歳の被保険者全員に問診票を送付しています。35歳～39歳の被保険者の早期からの健診受診につながっており、この取組が、40歳以上の特定健康診査受診にもつながっていくものと考えています。

一方で、現状の対策だけでは39歳以下健康診査や40代～50代の特定健康診査の受診率の低迷を解決することができないため、令和5年度に実施した「印西市健康と食育に関する調査」の中で、健診の受診状況や健診を受けない理由、受診のために整備してほしいことなど、被保険者の特定健康診査等に対する意向の調査結果により、新たな対策を検討していきます。

特定保健指導については、初回面接の分割実施や参加勧奨通知の工夫により実施率の向上につながっているため、今後も継続していきます。一方で、個別健診受診者の特定保健指導実施率が低いことから、健診結果返却時のタイムリーな勧奨や契約医療機関での特定保健指導の実施など新たな対策について、契約医療機関と協議しながら次期計画期間内で検討していきます。また、ICTの利用により、多忙で来所による相談が受けられない人への対策を実施していきます。

健診異常値放置者受診勧奨事業については、基準値を市の医師会代表医の助言を得て市が独自に定め、当年度の健診結果から対象者を選定し、より一層医療の必要性が高い層に対し、電話での不安や疑問に応じた相談や受診勧奨を実施しており、70%程度の受診につながっているため、今後も継続していきます。

糖尿病性腎症重症化予防事業については、医師からの診察結果及び保健指導依頼の有無の報告を受ける方法が定着し、支援期間中の継続受診につながっているため、現在の実施方法を継続していきます。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、運動面などの生活状況が変化し、検査値等が悪化した人が多く見られましたが、感染状況が落ち着いてきているため、平時の生活習慣に戻れるよう支援していきます。

なお、糖尿病性腎症重症化予防事業の実施により医療機関との連携が進み、他事業にも好影響をもたらしているため、構築した連携体制を大切に今後も取り組んでいきます。

一方で、各事業の継続的な実施により、一部の対象者より「検査値が〇〇になったら受診するから今はいかない」などの反応があり、受診につながらない人が一定数積み上がっている状況が見られます。また、重症化が進むことで、合併症や服薬種類、病期の進行度合などの違いによって保健指導内容がより個別化してきています。このような状況に対応するため、研修会等を通じて従事職員の相談技術の向上を図っていきます。

そのほか、第2期データヘルス計画策定以降に開始した事業や見える化した事業として、CKD重症化予防事業、特定健診継続受診対策、早期介入保健指導事業、生活習慣病重症化予防における保健指導、服薬情報通知や保健指導があります。これらの事業は、改めて本計画の中に位置づけて推進していきます。

多忙な人や若年層への周知や支援に当たっては、新型コロナウイルス感染症の拡大を機にICTやSNS等の活用が進んでいるため、積極的に活用していきます。

2. 個別保健事業の達成状況

第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示します。

(1) 保健事業一覧

事業番号	事業名	事業目的	事業概要
①	特定健康診査	生活習慣病の発症や重症化予防	高齢者の医療の確保に関する法律第20条に基づき、特定健康診査を実施し、生活習慣病の該当者や予備群に、生活習慣の改善指導を実施するとともに、要医療者を適切な治療につなげます。
②	特定健康診査受診勧奨事業	特定健康診査の受診率向上	特定健康診査未受診者に、対象者の特性に合わせた効果的な勧奨通知書を送付するなどして、受診を促します。
③	39歳以下健康診査受診勧奨事業	39歳以下健康診査の受診率向上	特定健康診査の対象前となる、35歳～39歳の被保険者に、問診票を含む健康診査の案内を送付するなどして、受診を促します。
④	特定保健指導事業	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	高齢者の医療の確保に関する法律第24条に基づき、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病のリスクがある人に、保健師、管理栄養士などの医療専門職が早期介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を実施します。
⑤	健診異常値放置者受診勧奨事業	健診異常値放置者の医療機関受診率の向上	特定健康診査の結果が受診勧奨判定値以上の人に対し医療機関への受診勧奨を実施し、適切な診察や治療が受けられるように促し、生活習慣病の重症化を予防します。
⑥	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止	人工透析導入に至る最大の起因は糖尿病性腎症であり、市では糖尿病患者が多いこともあり、糖尿病性腎症から人工透析となる割合が国と比べ高い状況にあります。そこで、糖尿病性腎症の発症や重症化リスクを有する人に対し、医療機関への受診及び継続受診を勧奨し、適切かつ継続的な保健指導を実施することにより、糖尿病性腎症の発症や重症化を予防し、新規人工透析への導入を阻止、遅滞させます。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

(2) 保健事業の達成状況

事業番号	評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時 実績 平成28年度 (2016)	最終目標値	達成状況 令和4年度(2022)	評価
①	特定健康診査の周知率	100%	100%	100%	4
	特定健康診査受診率	36.4%	40.0%	38.9%	
②	対象者への通知率	100%	100%	100%	4
	特定健康診査受診率	36.4%	40.0%	38.9%	
③	対象者への通知率	100%	100%	100%	2
	対象者の39歳以下健康診査受診率	14.5%	20.0%	12.4%	
④	対象者への通知率	100%	100%	100%	2
	対象者への指導実施率	23.1%	30.0%	19.8%	
⑤	対象者への通知率 ※令和2年度以降は受診勧奨実施率	100%	100%	100%	3
	対象者の医療機関受診率 ※令和3年度以降は実施方法を変更	—	①20.0% ②70.0%	①— ②66.0%	

※アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

番号	評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時 実績 平成28年度 (2016)	最終目標値	達成状況 令和4年度 (2022)	評価	
⑥	対象者の指導実施率	—	20.0%	—	5	
	受診勧奨率	—	100%	100%		

	指導完了者の検査値維持改善率	—	80.0%	—		
	受診につながった者の割合(健診受診者からの対象者)	—	85.0%	86.8%		
	受診につながった者の割合(治療中断疑い者からの対象者)	—	50.0%	50.0%(1人/2人)		
	年度末評価					
	支援期間中受診継続者の割合	—	85.0%	86.8%		
	保健指導					
	意識行動ステージの改善率	—	75.0%	82.1%		
	生活改善率	—	75.0%	85.7%		
	前年度実施者の評価					
	管理等が良好な者(受診継続者・治療不要者)の割合	—	90.0%	95.9%		
	健診検査値が悪化した者の割合			(116人/121人)		
HbA1c7.0%以上	—	25.0%	33.3%(20人/60人)			
eGFR5ml/分/1.73m ² 以上の低下	—	30.0%	20.0%(12人/60人)			

※アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

①特定健康診査

事業目的	生活習慣病の発症や重症化予防
対象者	被保険者のうち、当年度中に40歳～74歳で、かつ当年度の一年間を通じて国民健康保険の資格を有する人
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	対象者全員に問診票等を含む受診案内を送付します。受診希望者は、集団健診または個別健診を選択し、集団健診の場合はWebまたはハガキで事前に予約し、個別健診の場合は市と契約している医療機関へ直接問い合わせをしてから受診します。人間ドック等受検費用助成制度を利用した人も、特定健康診査の検査項目を満たしている場合は、当該健診を受診したものとみなします。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:特定健康診査の周知率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム:特定健康診査受診率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	58.0%	37.0%	38.0%	38.0%	39.0%	39.0%	40.0%
達成状況	36.4%	37.6%	37.8%	28.4%	38.6%	38.9%	—

【事業全体の評価】

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

【ストラクチャー・プロセス評価】

令和2年度に新型コロナウイルス感染症の感染対策として、集団健診を中止し個別健診のみで実施したため、集団健診が減り個別健診が増えている状況です。また、令和3年度以降の集団健診の申し込みを完全予約制にしたことにより、予約率の高い会場と低い会場で差が出ていることから、会場の選定等を含めた実施体制に検討が必要です。

考察 (成功・未達要因)	40代～50代の受診率が低いことや、医療機関の受診歴はあるが、特定健康診査は受診していない人の割合が高いことから、この層に対する周知効果が出ていません。
今後の方向性	現在実施の事業は、改善を図りながら今後も継続していきます。 周知効果の出ている人については、周知方法等の更なる工夫を検討していきます。 個別健診は伸びていることから、医療機関との連携を図りながら引き続き促進していきます。 集団健診は、会場借用の制約が多い中でも、健診日時、場所、自己負担額などの見直しを行い、被保険者が利用しやすい体制づくりに取り組みます。

②特定健康診査受診勧奨事業

事業目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	当年度の特定健康診査対象者で、特定健康診査を受診していない人
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ及び特定健康診査受診歴データをもとに、特定健康診査の対象者をセグメント化し、受診勧奨対象者を選定します。選定後は、ナッジ理論を用いた効果的な勧奨通知書を作成し、対象者に送付します。送付後は、レセプト及び特定健康診査データから効果を検証します。 個別健診契約医療機関の患者の定期検査を特定健康診査に振り替えてもらうよう依頼します。 小学5年生の生活習慣病予防学習時に、養護教諭が健診受診勧奨リーフレットを配付し、家族へ健診受診を促すよう説明します。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者への通知率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム:特定健康診査受診率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	58.0%	37.0%	38.0%	38.0%	39.0%	39.0%	40.0%
達成状況	36.4%	37.6%	37.8%	28.4%	38.6%	38.9%	—

【事業全体の評価】

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

【ストラクチャー・プロセス評価】

受診勧奨方法の工夫により、受診率は令和2年度に新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け一時的に低下したものの、その後回復しています。

受診勧奨方法を増やす対策をとる間に、健康増進課、教育部局(小学校を含む)、契約医療機関、JA西印旛など、関係機関との協力体制を築くことができました。

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<p>通知による受診勧奨は、勧奨月の翌月の受診率が前年度より増加していることから効果が見られました。</p> <p>個別健診契約医療機関への、定期検査から特定健康診査への振り替え協力依頼では、健康相談利用者から、契約医療機関に促され健診を受けたとの声が聞かれたことから効果が見られました。</p> <p>小学5年生の生活習慣病予防学習時における健診受診勧奨リーフレットの説明及び配付は、長期的な取組のため効果測定が難しいものの、家族から受診を促すことは受診勧奨として有効とのデータがあるため、効果的な方法であると捉えています。</p> <p>各実施方法に一定の効果は見られるものの、目標値を達成できていません。特に、40代～50代の受診率を考慮すると、対策は十分とは言えないため、現対策の更なる工夫や新たな対策の構築が必要であると考えます。</p>
<p>今後の方向性</p>	<p>現在実施の事業は、改善を図りながら今後も継続していきます。</p> <p>人口構成率の高い70代前半が後期高齢者医療制度に移行することを踏まえると、40代～50代の受診率が低いことは大変重大な課題であることから、健診受診の実態と受診しない場合の理由、受診するために整備してほしいことなどを調査し、新たな対策を検討していきます。</p> <p>現在、若年層の受診促進策として、新たにSNSの活用を考えており、X(旧Twitter)やLINE公式アカウントからの案内を始める予定です。</p>

③39歳以下健康診査受診勧奨事業

事業目的	39歳以下健康診査の受診率向上
対象者	本市に住所を有する19歳～39歳の人
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・35歳～39歳の被保険者に、問診票を含む健康診査の案内を送付します。 ・乳幼児健診・相談事業対象者に、乳幼児健診・相談問診票の発送の際に、39歳以下健康診査の対象者や申込方法のほか、お子様連れでの健診受診が可能な医療機関の情報を同封します。 ・健康診査受診者に、健診結果の発送の際に、生活改善に関する情報を同封することで、早期からの生活改善を促します。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者への通知率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム:対象者の39歳以下健康診査受診率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	12.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
達成状況	14.5%	14.1%	13.7%	7.6%	12.7%	12.4%	—

【事業全体の評価】

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

【ストラクチャー・プロセス評価】

計画当初は、30歳及び35歳の女性全員に問診票を発行していましたが、受診率の向上につながらなかったため、対象者の見直しを行い、早期からの健診受診の定着により、40歳以上の特定健康診査受診につなげる仕組みづくりとして、令和3年度より、35歳～39歳の被保険者全員に問診票を送付することにしました。結果として、39歳以下の健康診査から40歳以上の特定健康診査への継続受診が確認でき、効果が見られました。受診率向上に向けた検討については、健康増進課の健診担当の係だけでなく、母子保健担当の係の協力を得て進めることができました。

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<p>お子様連れでの健診可能な医療機関情報の提供は、乳幼児健診時に伝えるなど、年齢に合わせた周知及び啓発に努めました。 周知方法等を工夫していますが、年々受診率の低下が見られ、令和2年度における新型コロナウイルス感染症拡大の影響による受診率の大幅な低下からは回復傾向にありますが、依然として低い状況です。</p>
<p>今後の方向性</p>	<p>現在実施の事業は、改善を図りながら今後も継続していきます。 特に、35歳～39歳の被保険者に対する問診票の送付については、早期からの健診受診が習慣化し、特定健康診査受診率の向上につながることを期待します。 現状の対策だけでは受診率の低下を抑えられない状況であるため、健診受診の実態や受診しない場合の理由、受診するために整備してほしいことなどを調査し、新たな対策を講じていきます。</p>

④特定保健指導事業

事業目的	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少
対象者	特定健康診査受診者で受診結果が特定保健指導の判定基準「積極的支援」「動機付け支援」に該当する人
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	当年度の特定健康診査受診者(人間ドック等みなし健診を含む。)を国の基準により生活習慣病のリスクに応じて階層化し、積極的支援、動機付け支援の対象と判定された人に、対象者自身で生活習慣を改善し維持するための行動目標を設定し、実践できるよう保健指導を行うほか、特定健康診査受診者全員に、特定健康診査結果と同時に健康の保持増進に役立つ情報を提供します。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者への通知率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

アウトカム:対象者への指導実施率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	58.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
達成状況	23.1%	23.5%	26.7%	9.4%	18.3%	19.8%	—

【事業全体の評価】

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

【ストラクチャー・プロセス評価】

特定保健指導のプログラムが第3期を迎え、初回面接の分割実施が可能になったことを受け、平成30年度より集団健診に採用したところ、2年間は大きな効果があり、参加率の上昇がみられましたが、その後低下しています。それでも、通知による参加勧奨より効果が見られます。

個別健診受診者や人間ドック受検者は参加勧奨通知から始まりますが、市からの勧奨通知にナッジ理論を取り入れインパクトのあるものにし、仕様を変えて勧奨及び再勧奨通知を作成したところ、参加率の上昇につながりました。

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<p>令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により集団健診を中止したことで、保健指導実施率は著しく低下しました。</p> <p>また、全体として、個別健診受診者の特定保健指導の実施率が低いことや、令和4年度において、対象者選定の遅れにより、特定保健指導の実施が令和5年度に繰り越された人がいることも、実施率低下の要因になっています。</p> <p>個別健診受診者及び人間ドック受検者に対する参加勧奨通知は同じものであり、どちらも特定保健指導の参加率の向上につながってはいますが、個別健診においては通知の工夫だけでは参加率の大幅な向上は期待できないため、別の対策が求められます。</p>
<p>今後の方向性</p>	<p>現在実施の事業は、改善を図りながら今後も継続していきます。</p> <p>個別健診受診者に対しては、健診結果返却時のタイムリーな勧奨や契約医療機関での保健指導の実施など、特定保健指導の参加につながる対策を契約医療機関と協議し、検討していきます。</p>

⑤健診異常値放置者受診勧奨事業

事業目的	健診異常値放置者の医療機関受診率の向上
対象者	①前年度の特定健康診査の結果、厚生労働省より示される受診勧奨判定値以上となる検査数値のある人かつ、特定健康診査受診後に生活習慣病(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)で医療機関を受診していない人 ②当年度の特定健康診査結果が本市の医師会代表からなる成人保健専門部会の助言から設定した早期受診勧奨値以上の人
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	①前年度の特定健康診査の結果について、レーダーチャートを用いて、検査数値をわかりやすく表示し、将来の疾病発症リスクを数値化した通知書を作成及び送付します。 ②電話連絡(不通者には手紙発送)により、特定健康診査結果を説明、生活状況を確認し、医療機関への受診を促します。勧奨後は、5か月程度後にレセプトにて受診状況を確認します。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者への通知率 ※令和2年度以降は受診勧奨実施率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	—

アウトカム:対象者の医療機関受診率 ※令和3年度以降は実施方法を変更

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	①20.0%	①20.0%	①20.0% ②—	①20.0% ②70.0%	①20.0% ②70.0%	①20.0% ②70.0%
達成状況	—	①4.2%	①7.8%	①7.3% ②85.1%	①9.7% ②71.7%	①— ②66.0%	①— ②—

【事業全体の評価】

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

【ストラクチャー・プロセス評価】

計画当初は①の通知による方法で実施していましたが、支援・評価委員会における中間評価にて、専門家から費用対効果が低いことから事業の継続を検討し、既に実施している別の方法を大切にされた方が良いとの助言を受けたため、事業を中止しました。

令和2年度から実施している②の電話勧奨による方法では、より医療が必要になる可能性の高い対象者を選定し、電話連絡による受診勧奨を行うことにしました。電話では相手の反応に沿って勧奨ができるため、「検査値の意味するところが分からない」「どこを受診してよいかわからない」「漠然とした不安がある」などの個々人の状況を受け止め、親身になって相談や勧奨を進められるため、その後の医療機関の受診率は概ね良好となっています。

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<p>受診勧奨の効果は見られますが、「数値が〇〇以上になったら受診すると決めているから」などの健康に対する持論により、受診につながらない人が、令和2年度11人、令和3年度30人、令和4年度33人と、年度ごとに一定数積み上がっていくため、受診率が低下している状況です。令和4年度は、対象者選定に遅れが出たことにより、受診勧奨から評価までの期間が十分に取れない人がいるため、受診率が低下しています。</p>
<p>今後の方向性</p>	<p>現在実施の事業は、改善を図りながら今後も継続していきます。 なお、令和4年度に、循環器内科、糖尿病代謝内科、腎臓内科の専門医との協議の機会を持ち、対象者の見直しを行い、血圧及び血糖の基準値を引き下げたことから、対象が増えることにはなりますが、適切な時期での医療機関受診の促進のため、従事職員の雇用に係る予算を増やしたり、他の業務との調整を図ったりして職員を確保しながら、事業を拡大して実施していきます。 受診勧奨に当たっては、個々人の状況を受け止めながら、親身になって相談及び勧奨が進められ、未受診が続く人にも響く働きかけができるよう、従事職員の技術力向上のための研修機会を設定します。</p>

⑥糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
対象者	①当年度の特定健康診査受診者、39歳以下健康診査受診者のうち、A:空腹時血糖126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl以上)またはHbA1c6.5%以上(令和4年度からは7.0%以上)、B:尿蛋白±以上またはeGFR60ml/分/1.73m ² 未満(70歳以上は50ml/分/1.73m ² 未満)のABの両方に該当する人で、がん、精神疾患等の疾病管理が優先される人を除く。(令和元年度以降) ②前年度健康診断を受診していない人で、過去3年間に糖尿病関連のレセプトがあるものの、医療機関受診中断が疑われる人(令和3年度。令和4年度からはレセプトに服薬関連がある人に限定する。)
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	①定期受診が確認できない人に電話連絡及び通知をし、生活状況の確認を含め医療機関への受診を促します。通知書には、医師宛ての診察依頼兼診察結果報告を同封し、診察結果の報告を依頼します。医師の診察結果から、保健指導が必要と判断された人や希望者に生活指導や栄養指導を行い、状況に応じてフォローアップを実施します。勧奨後は、4～5か月後にレセプトで受診状況を確認し、未受診や受診中断の疑いがある場合は電話連絡し状況の確認や再勧奨を行います。次年度の特定健康診査等の結果やレセプトデータで受診状況を確認し、未受診や受診中断の疑いがある人に手紙で再勧奨を行います。加えて、検査値悪化が顕著な者には状況確認、指導、場合によっては専門医を紹介します。 ②電話連絡し受診状況の確認や現在に至った経緯を聴き取り、適切な治療につながる支援を行います。受診勧奨後は、4～5か月後にレセプトで受診状況を確認します。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者の指導実施率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
達成状況	—	80.0%	実施方法変更により、達成状況はありません。				

アウトプット:受診勧奨率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	—

アウトカム:指導完了者の検査値維持改善率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	—	実施方法変更により、達成状況はありません。					

アウトカム:受診につながった者の割合(健診受診者からの対象者)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	85.0%
達成状況	—	64.3%	81.6%	97.7%	93.4%	86.8%	—

アウトカム:受診につながった者の割合(治療中断疑い者からの対象者)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	50.0%
達成状況	—	—	—	—	100%	50.0%	—

アウトカム:(年度末評価)支援期間中受診継続者の割合

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	85.0%
達成状況	—	54.2%	98.5%	97.7%	93.4%	86.8%	—

アウトカム:(年度末評価)保健指導_意識行動ステージの改善率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	75.0%
達成状況	—	58.3%	100%	55.0%	79.4%	82.1%	—

アウトカム:(年度末評価)保健指導_生活改善率

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	75.0%
達成状況	—	41.7%	100%	80.0%	67.6%	85.7%	—

アウトカム:(前年度実施者の評価)管理等が良好な者(受診継続者・治療不要者)の割合

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	90.0%
達成状況	—	—	56.5%	94.2%	95.2%	95.9%	—

アウトカム:(前年度実施者の評価)健診検査値HbA1c7.0%以上

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	25.0%
達成状況	—	—	20.0%	29.2%	37.8%	33.3%	—

アウトカム:(前年度実施者の評価)健診検査値eGFR5ml/分/1.73m²以上の低下

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	—	—	—	—	—	—	30.0%
達成状況	—	—	40.0%	4.2%	26.7%	20.0%	—

【事業全体の評価】

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

【ストラクチャー・プロセス評価】

平成30年度より開始した方法ではアウトカムが測れなかったため、令和元年度より①の通知による方法に変更し、医療機関との連携体制を整え改善を図りました。なお、市内には糖尿病や腎臓の専門医が少なく、保健指導に関わるコメディカルスタッフが揃ったクリニックも少ないことから、治療中の患者で保健指導が必要な場合には市が保健指導を実施しました。この事業を通して、医療機関との連携が進み、他の疾患の保健指導の依頼なども受けるようになり、保健事業全体に波及効果が見られています。

②の電話勧奨による方法は令和3年度より開始しましたが、国の基準により対象者を選定したところ、糖尿病と診断されたことのない人まで対象者となってしまったことから、令和4年度からは服薬レセプトのある人に限定した選定方法に改め、電話勧奨を実施しました。結果として、医療機関受診と特定健康診査受診につながった人が確認でき、効果が見られました。

事業の実施に当たっては、従事職員の確保が必要となりますが、令和4年度に増員され、事業管理がスムーズになりました。また、保健指導を担当する従事職員は、市や県の研修等により、処方薬や治療方法への理解、相談や記録方法の技術力が向上しています。

<p>考察 (成功・未達要因)</p>	<p>新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、対象者が重症化しやすいこともあり外出を控えるようになったことで、受診継続している人にも検査値の悪化が見られた時期がありました。</p> <p>医療機関への受診が確認できない人に対して、電話連絡や通知により受診勧奨を実施していますが、「数値が〇〇以上になったら受診すると決めているから」などの健康に対する持論により、受診につながらない人が年度末評価対象者で、令和元年度1人、令和2年度1人、令和3年度6人、令和4年度7人と、年度ごとに一定数積み上がっていくため、受診率が低下している状況です。</p>
--------------------------------	---

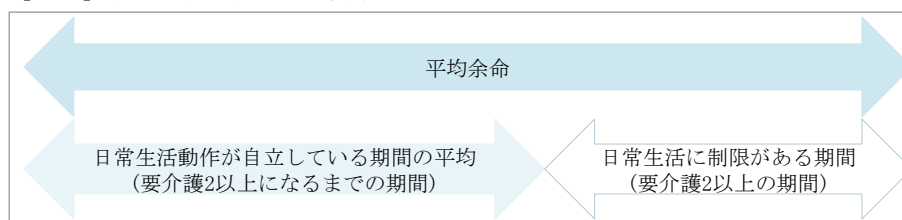
<p>今後の方向性</p>	<p>現在実施の事業は、改善を図りながら今後も継続していきます。</p> <p>令和4年度より対象者選定基準のうち、HbA1cを6.5%以上から7.0%以上に変更しています。地域の医師の糖尿病治療の方針等を注視しながら暫くはこの基準で実施していきます。</p> <p>未受診又は治療中断者が蓄積されてきており、よりリスクの高い状態にあることから、従事職員の研修による技術力の向上や、リスクが見える化されるツールの利用などにより、受診行動が取れるような勧奨方法を工夫していきます。</p> <p>長期的評価として、個々人の評価及び事業全体の評価を行っていきます。</p>
----------------------	--

第4章 健康・医療情報等の分析

1. 平均余命と平均自立期間

平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

【参考】平均余命と平均自立期間

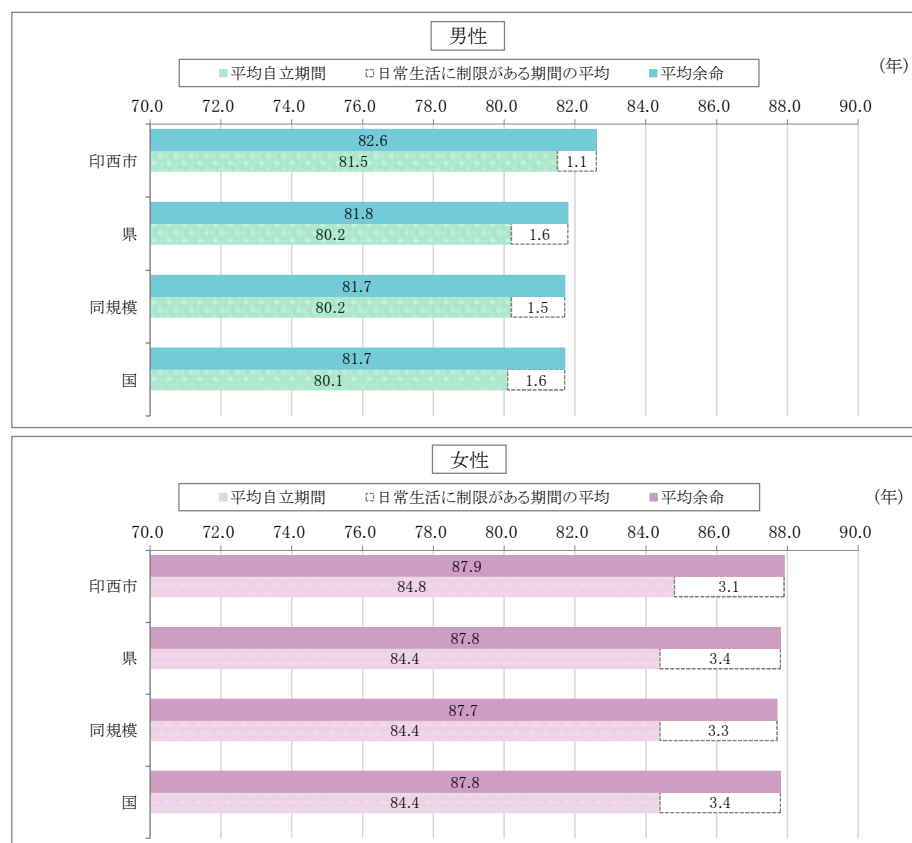


平均余命は、男性が82.6年、女性が87.9年で県より長く、平均自立期間は、男性が81.5年、女性が84.8年で、こちらも県より長くなっています。また、日常生活に制限がある期間の平均は、男性が1.1年、女性が3.1年で、ともに県より短くなっています。

(図表10)

男女ともに県よりも平均余命が長く、日常生活に制限がある期間が短いため、健康な期間が長いといえます。

図表10 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

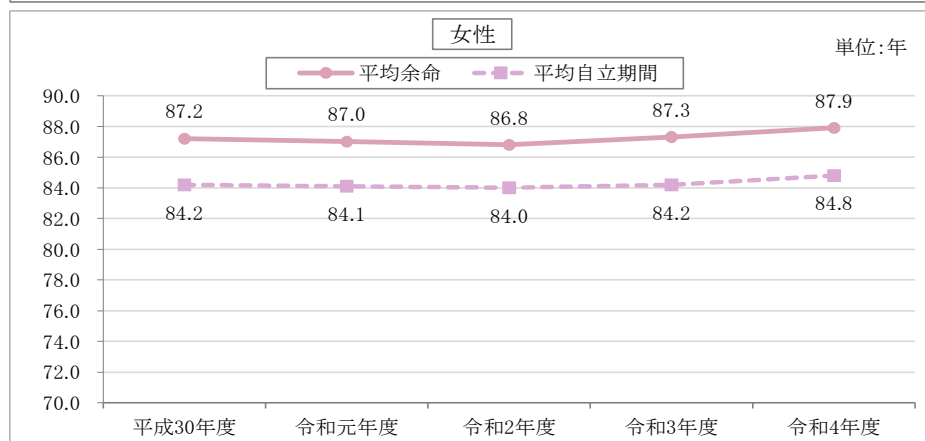
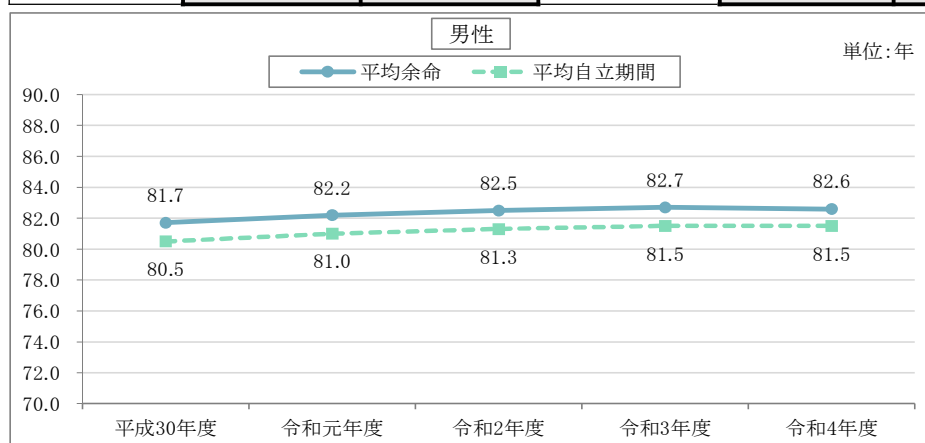
※同規模自治体とは、人口100,000人~150,000人の全国の一般市103市の平均値を示したものです。

本市の平成30年度から令和4年度における、平均余命と平均自立期間の状況を見ると、令和4年度の平均自立期間は、男性、女性ともに平成30年度より延伸しており、結果として、男性、女性の平均余命は、平成30年度より延伸しています。(図表11)

図表11 年度別・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

単位:年

年度	男性			女性		
	平均余命	平均自立期間	日常生活に制限がある期間の平均	平均余命	平均自立期間	日常生活に制限がある期間の平均
平成30年度	81.7	80.5	1.2	87.2	84.2	3.0
令和元年度	82.2	81.0	1.2	87.0	84.1	2.9
令和2年度	82.5	81.3	1.2	86.8	84.0	2.8
令和3年度	82.7	81.5	1.2	87.3	84.2	3.1
令和4年度	82.6	81.5	1.1	87.9	84.8	3.1



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 死亡の状況

本市の令和4年度の標準化死亡比は、男性93.9、女性102.8となっており、男性は県より低く、女性は県より高くなっています。(図表12)

図表12 男女別 標準化死亡比(令和4年度)

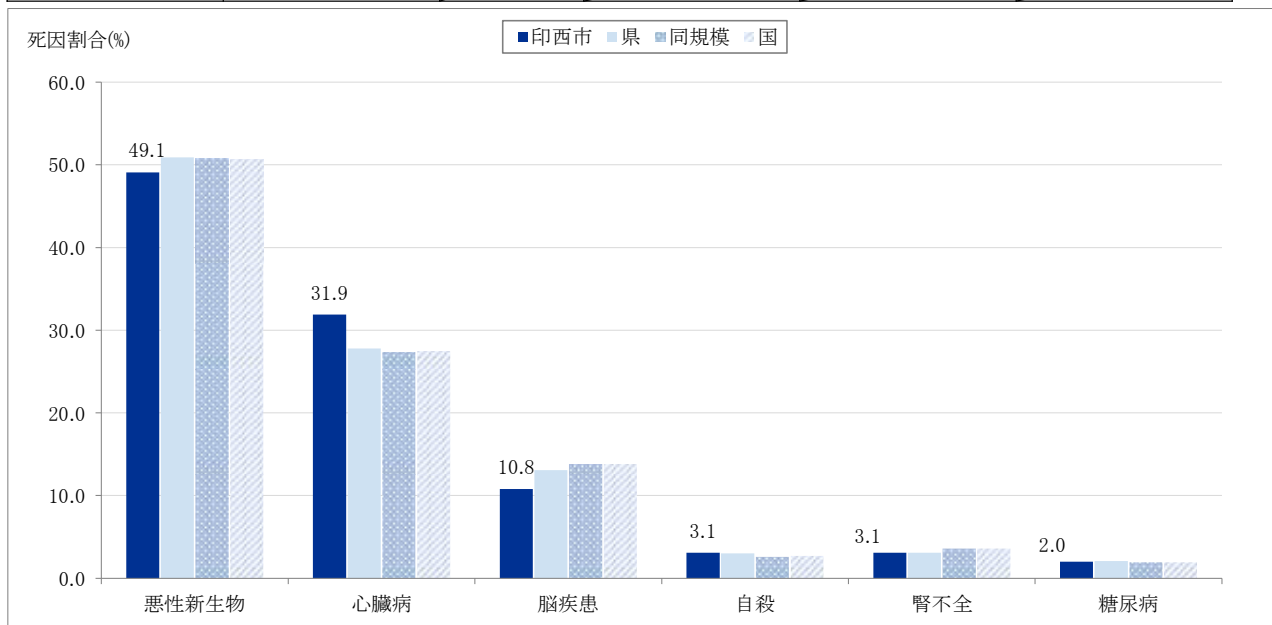
	印西市	県	同規模	国
男性	93.9	97.4	99.3	100.0
女性	102.8	100.9	100.7	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の令和4年度の主たる死因をみると、悪性新生物、心臓病、脳疾患の順に高くなっています。特に、心臓病の割合は、県に比べて高い状況であり、対策が必要です。(図表13)

図表13 主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	印西市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	223	49.1	50.9	50.8	50.6
心臓病	145	31.9	27.8	27.4	27.5
脳疾患	49	10.8	13.1	13.8	13.8
自殺	14	3.1	3	2.6	2.7
腎不全	14	3.1	3.1	3.6	3.6
糖尿病	9	2.0	2.1	1.9	1.9
合計	454				



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の平成30年度から令和4年度における標準化死亡比は、男性と比べて女性が高めに推移しています。(図表14)

図表14 年度別・男女別 標準化死亡比

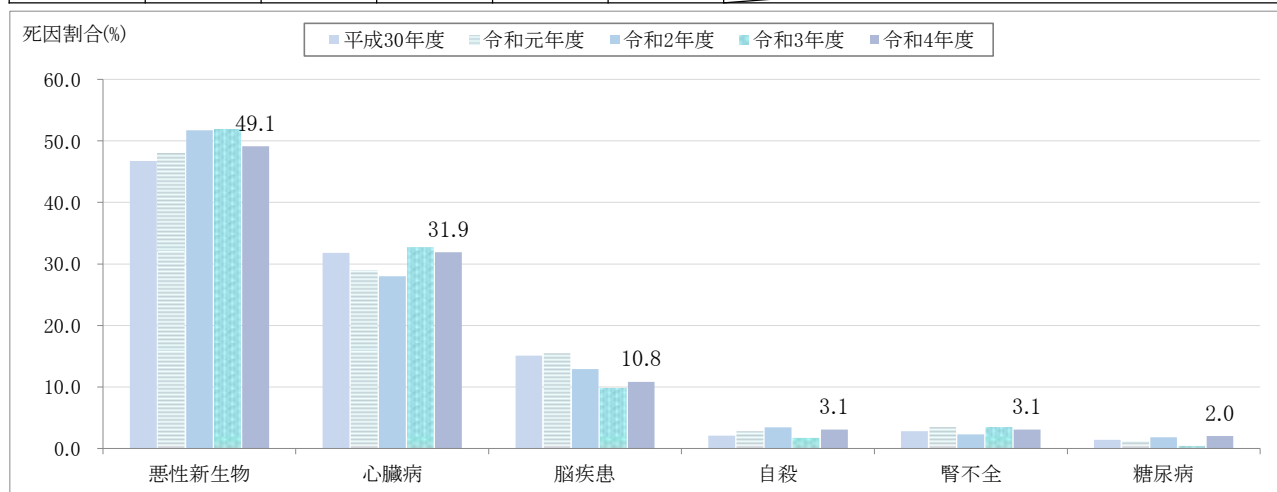
区分	男性					女性				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
印西市	91.6	91.6	91.6	93.9	93.9	103.5	103.5	103.5	102.8	102.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の状況については、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物、心臓病、自殺を死因とする人が平成30年度より増加しています。一方で、脳疾患を死因とする人は平成30年度より減少しています。(図表15)

図表15 年度別 主たる死因の状況

疾病項目	印西市									
	人数(人)					割合(%)				
	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	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
悪性新生物	198	207	229	238	223	46.7	48.0	51.7	51.9	49.1
心臓病	135	125	124	150	145	31.8	29.0	28.0	32.7	31.9
脳疾患	64	67	57	45	49	15.1	15.5	12.9	9.8	10.8
自殺	9	12	15	8	14	2.1	2.8	3.4	1.7	3.1
腎不全	12	15	10	16	14	2.8	3.5	2.3	3.5	3.1
糖尿病	6	5	8	2	9	1.4	1.2	1.8	0.4	2.0
合計	424	431	443	459	454					



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

3. 医療費の分析

(1) 医療基礎情報

本市の令和4年度における、医療基礎情報をみると、入院・外来の割合は、県と比べて外来の割合が高く、入院・外来における一件当たり医療費、一人当たり医療費、一日当たり医療費は、いずれも県より高くなっています。一方で、入院一件当たり在院日数が県よりも短いため、効率的な医療が提供できているといえます。(図表16)

図表16 医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	印西市	県	同規模	国
千人当たり受診率	671.4	665.5	726.4	728.4
一件当たり医療費(円)	42,720	40,380	40,000	39,870
一般(円)	42,720	40,380	40,000	39,870
退職(円)	0	147,470	36,330	67,230
入院				
入院費用の割合(%)	37.8	38.2	40.6	40.1
千人当たり入院率	16.7	16.1	19.1	18.8
一件当たり医療費(円)	648,240	635,550	616,530	619,090
一人当たり医療費(円) ※	10,850	10,260	11,790	11,650
一日当たり医療費(円)	43,910	41,410	37,770	38,730
一件当たり在院日数(日)	14.8	15.3	16.3	16.0
外来				
外来費用の割合(%)	62.2	61.8	59.4	59.9
千人当たり外来受診率	654.6	649.4	707.3	709.6
一件当たり医療費(円)	27,240	25,580	24,420	24,520
一人当たり医療費(円) ※	17,830	16,610	17,270	17,400
一日当たり医療費(円)	18,740	17,300	16,520	16,500
一件当たり受診回数(回)	1.5	1.5	1.5	1.5
歯科				
千人当たり歯科受診率	179.6	165.9	164.1	164.8
一件当たり医療費(円)	12,050	12,720	13,140	13,410
一人当たり医療費(円) ※	2,160	2,110	2,160	2,210
一日当たり医療費(円)	7,820	7,860	7,900	8,070
一件当たり受診回数(回)	1.5	1.6	1.7	1.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費は、1か月分相当をさします。

(2) 医療アクセスの状況

本市の令和4年度における、医療提供体制をみると、本市は県と比べて、千人当たりの病床数・医師数は多いものの、診療所数は少なくなっています。(図表17)

図表17 千人当たり医療提供体制(令和4年度)

医療項目	印西市	県	同規模	国
病院数(施設)	0.2	0.2	0.3	0.3
診療所数(施設)	2.5	3.1	3.7	4.2
病床数(床)	56.1	48.5	62.0	61.1
医師数(人)	14.5	10.9	11.5	13.8
外来患者数(人)	654.6	649.4	707.3	709.6
入院患者数(人)	16.7	16.1	19.1	18.8

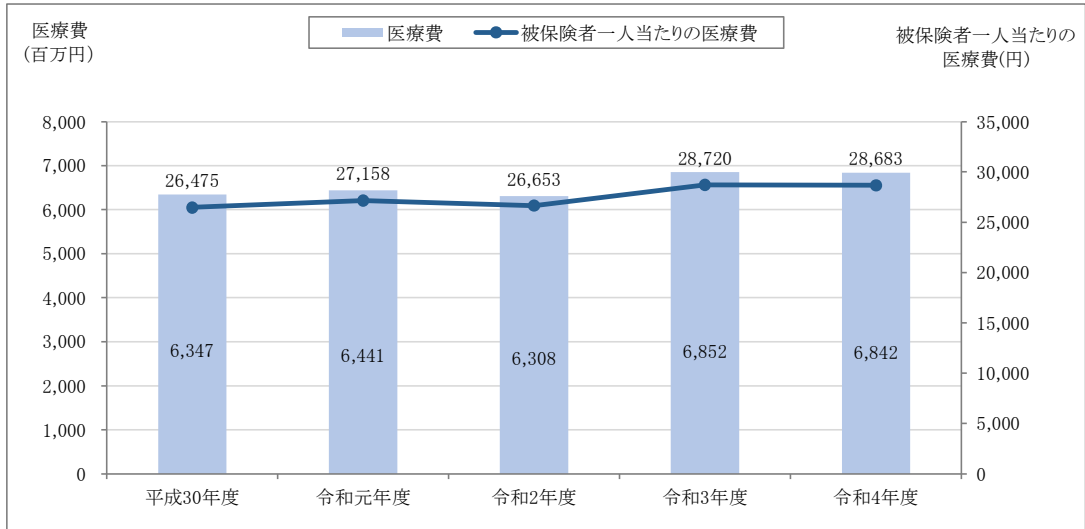
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」



(3) 医療費の状況

本市の医療費の状況をみると、被保険者数が減少する中、令和4年度の医療費は平成30年度と比べて7.8%増加しており、被保険者一人当たりの医療費は8.3%増加しています。(図表18)

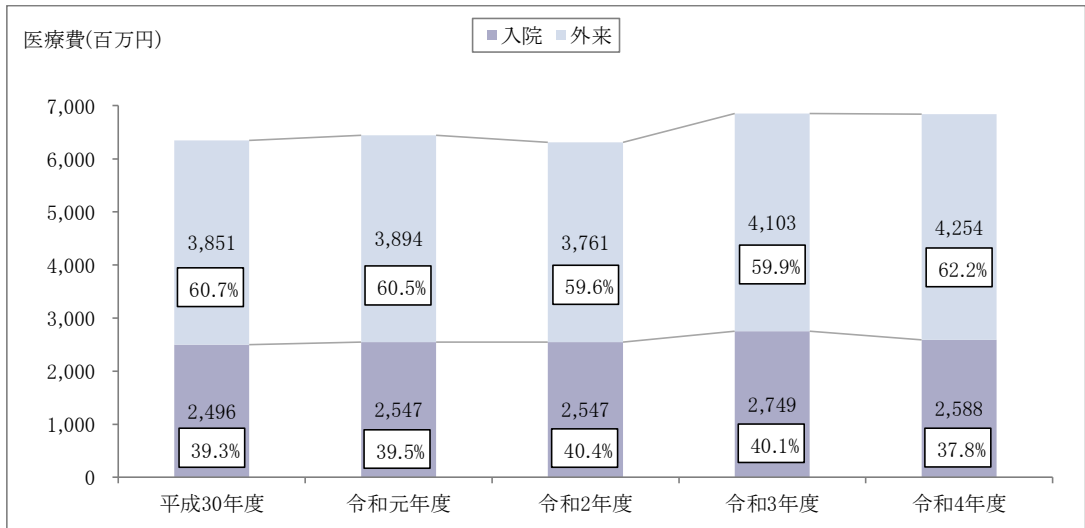
図表18 年度別 医療費の状況



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
 ※被保険者一人当たりの医療費は、1か月分相当をさします。

入院・外来別にみると、平成30年度から令和4年度にかけて、入院・外来の割合は、入院の割合が1.5ポイント減少しています。(図表19)

図表19 年度別・入院・外来別 医療費



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の年度別の被保険者一人当たりの医療費は、平成30年度から令和4年度にかけて8.3%増加しています。10.1%増加した県と比べて低いものの、高齢化の進展により医療費が増加傾向にある中、増加幅の抑制が必要です。(図表20)

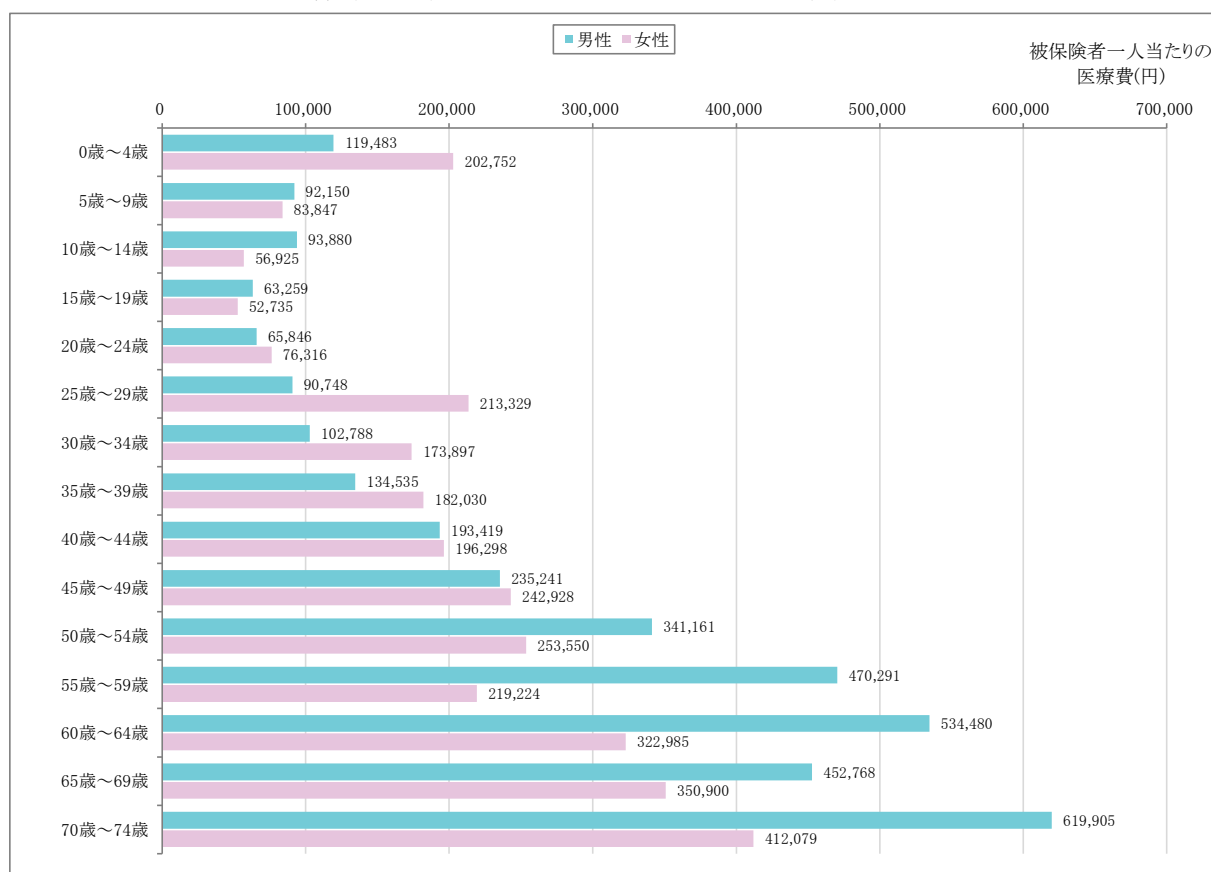
図表20 年度別 被保険者一人当たりの医療費 単位:円

年度	印西市	県	同規模	国
平成30年度	26,475	24,400	26,907	26,555
令和元年度	27,158	25,113	27,896	27,475
令和2年度	26,653	24,702	27,030	26,961
令和3年度	28,720	26,338	28,556	28,469
令和4年度	28,683	26,874	29,058	29,043

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
 ※被保険者一人当たりの医療費は、1か月分相当をさします。

令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女別・年齢階層別にみると、男性では、50歳～59歳の医療費が40歳～49歳に比べて1.9倍高くなっています。女性では、25歳～29歳で高くなり、60歳以降で再び高くなっています。(図表21)

図表21 男女別・年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

(4) 疾病別医療費の状況

ア. 大分類別医療費

令和4年度の入院医療費では、「循環器系の疾患」、「新生物<腫瘍>」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高くなっています。(図表22)

また、外来医療費では、「新生物<腫瘍>」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「尿路性器系の疾患」の順に高くなっています。(図表23)

図表22 大分類別 医療費(入院)(令和4年度)

順位	疾病項目(大分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	循環器系の疾患	485,898,270	18.8
2	新生物<腫瘍>	475,578,680	18.4
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	252,567,170	9.8
4	神経系の疾患	238,256,970	9.2
5	精神及び行動の障害	205,477,370	7.9
6	尿路性器系の疾患	162,726,860	6.3
7	損傷、中毒及びその他の外因の影響	158,920,480	6.1
8	消化器系の疾患	157,836,910	6.1
9	呼吸器系の疾患	144,552,690	5.6
10	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	44,564,290	1.7

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

図表23 大分類別 医療費(外来)(令和4年度)

順位	疾病項目(大分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	新生物<腫瘍>	713,540,820	17.1
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	553,735,400	13.2
3	尿路性器系の疾患	532,728,670	12.7
4	循環器系の疾患	408,661,680	9.8
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	345,325,850	8.3
6	眼及び付属器の疾患	334,232,910	8.0
7	消化器系の疾患	279,823,180	6.7
8	呼吸器系の疾患	226,074,750	5.4
9	神経系の疾患	185,513,360	4.4
10	精神及び行動の障害	165,157,780	3.9

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

イ. 細小分類別医療費

令和4年度の入院医療費では、「統合失調症」、「骨折」、「慢性腎臓病(透析あり)」の順に高くなっています。(図表24)

外来医療費では、「糖尿病」、「高血圧症」、「慢性腎臓病(透析あり)」の順に高くなっています。(図表25)

図表24 細小分類別 医療費(入院)(令和4年度)

順位	疾病項目(小分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	統合失調症	98,077,770	3.8
2	骨折	96,005,850	3.7
3	慢性腎臓病(透析あり)	95,879,520	3.7
4	不整脈	81,142,120	3.1
5	脳梗塞	76,566,940	3.0
6	関節疾患	70,937,370	2.7
7	狭心症	63,102,460	2.4
8	肺がん	60,212,920	2.3
9	脳出血	49,027,800	1.9
10	大腸がん	46,656,860	1.8

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

図表25 細小分類別 医療費(外来)(令和4年度)

順位	疾病項目(小分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	糖尿病	331,966,860	7.9
2	高血圧症	175,232,080	4.2
3	慢性腎臓病(透析あり)	167,994,440	4.0
4	脂質異常症	132,810,240	3.2
5	肺がん	129,541,850	3.1
6	緑内障	106,152,330	2.5
7	関節疾患	103,715,580	2.5
8	乳がん	102,559,440	2.5
9	不整脈	81,071,480	1.9
10	うつ病	76,282,810	1.8

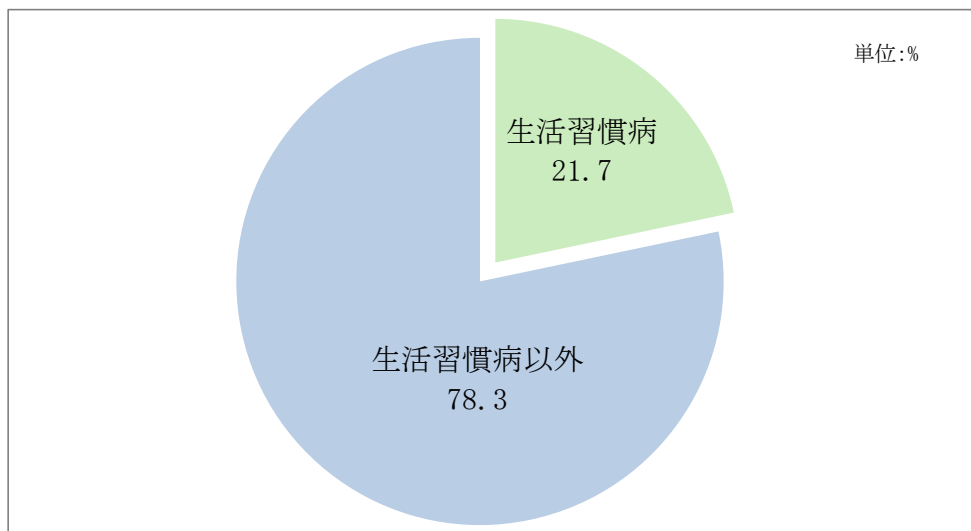
出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

(5) 生活習慣病医療費の状況

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)のレセプトより、疾病分類表における中分類単位で生活習慣病と生活習慣病以外の医療費をみると、生活習慣病の医療費は医療費全体の21.7%を占めています。(図表26)

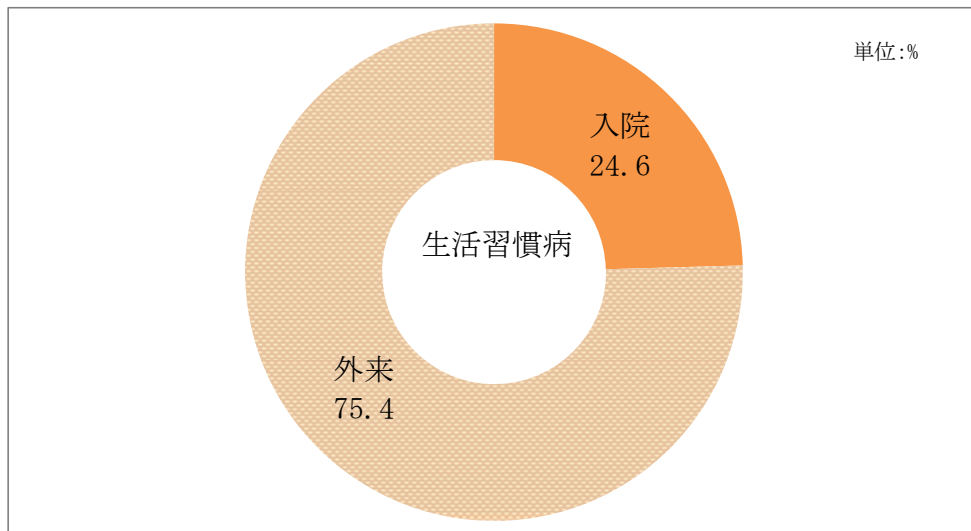
また、生活習慣病医療費に占める入院・外来医療費の割合は、「外来」が75.4%を占めています。(図表27)

図表26 医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合(令和4年度)



※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。

図表27 生活習慣病医療費に占める入院・外来医療費の割合(令和4年度)



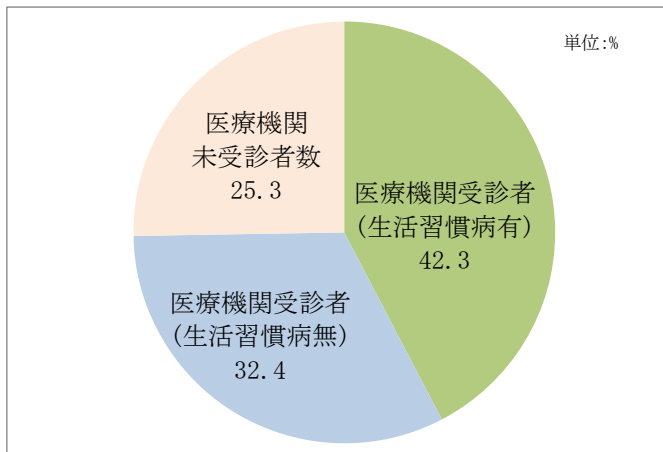
※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。

ア. 生活習慣病の罹患状況

生活習慣病で医療機関を受診している人の割合は、被保険者全体の42.3%を占めています。(図表28)

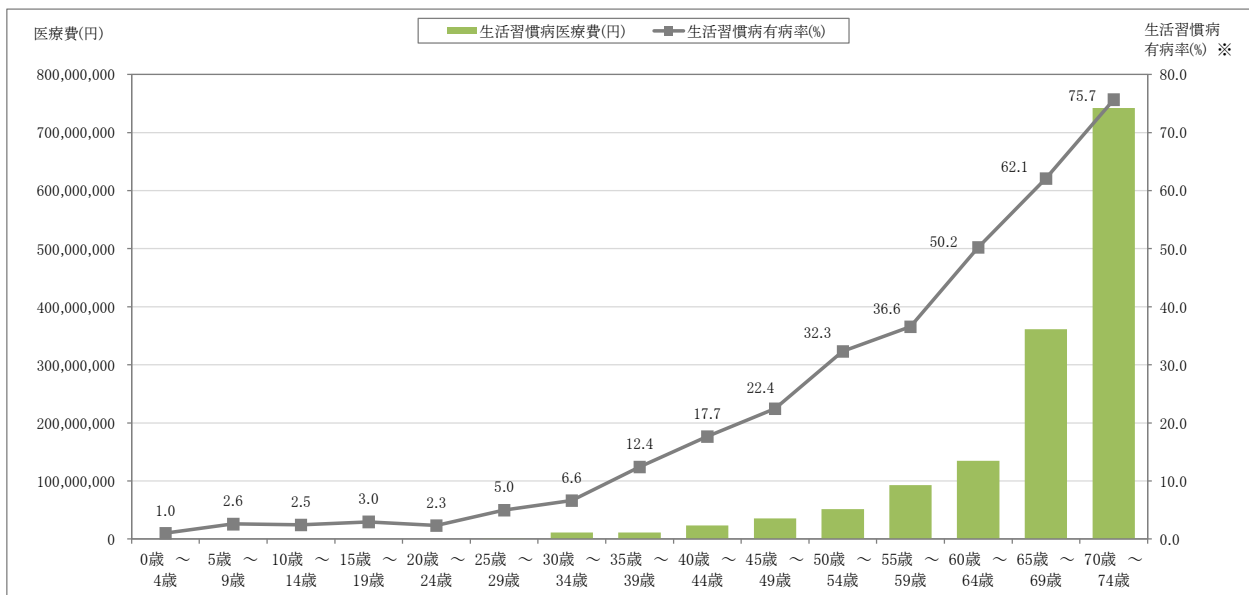
また、生活習慣病医療費と有病率をみると、年齢階層が上がるにつれて有病率が増え、医療費が増加する傾向にあり、60歳以上では有病率が50.0%を超えています。(図表29)

図表28 被保険者全体に占める生活習慣病の受診割合(令和4年度)



※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。

図表29 年齢階層別 生活習慣病医療費と有病率(令和4年度)



※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。

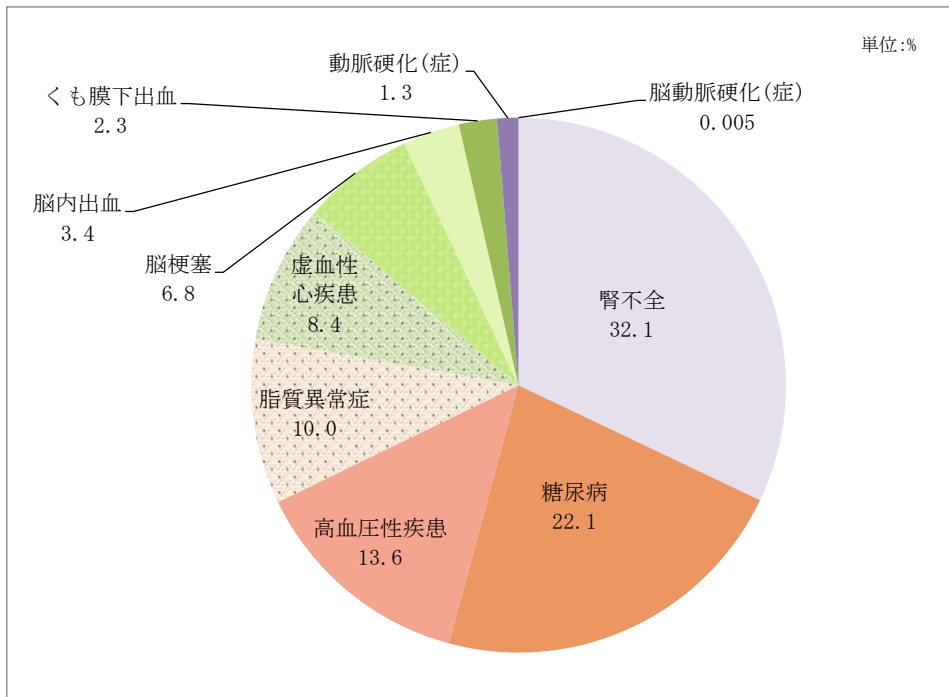
※生活習慣病有病率は、被保険者数に占める生活習慣病患者数の割合をさします。

イ. 生活習慣病疾病別医療費

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)における、生活習慣病疾病別の医療費統計をみると、医療費では、「腎不全」、「糖尿病」、「高血圧性疾患」の順に高く、「腎不全」と、「腎不全」の最大起因である「糖尿病」の2疾病で、医療費全体の54.2%を占めています。また、患者数では、「糖尿病」、「高血圧性疾患」、「脂質異常症」の順に多く、患者一人当たりの医療費では、「腎不全」、「くも膜下出血」、「脳内出血」の順に高くなっています。(図表30)

図表30 生活習慣病疾病別 医療費統計(令和4年度)

疾病分類(中分類)	医療費(円)	構成比(%)	順位	患者数(人)	有病率(%) ※	順位	患者一人当たりの医療費(円)	順位
1402 腎不全	469,992,769	32.1	1	569	2.3	7	825,998	1
0402 糖尿病	323,805,423	22.1	2	6,576	27.1	1	49,240	6
0901 高血圧性疾患	199,370,102	13.6	3	6,348	26.2	2	31,407	7
0403 脂質異常症	146,281,144	10.0	4	5,457	22.5	3	26,806	8
0902 虚血性心疾患	123,160,614	8.4	5	1,859	7.7	4	66,251	5
0906 脳梗塞	99,459,755	6.8	6	989	4.1	5	100,566	4
0905 脳内出血	50,466,995	3.4	7	204	0.8	8	247,387	3
0904 くも膜下出血	33,667,712	2.3	8	54	0.2	9	623,476	2
0909 動脈硬化(症)	18,733,671	1.3	9	918	3.8	6	20,407	9
0907 脳動脈硬化(症)	66,962	0.005	10	4	0.02	10	16,741	10
合計	1,465,005,147			10,273	42.3		142,607	



※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。
 ※有病率は、被保険者数に占める患者数の割合をさします。

(6) 人工透析患者の状況

令和4年度の被保険者に占める人工透析患者の割合は、0.50%で県より0.10ポイント高く、年度別の人工透析患者数は平成30年度と比べて25.6%増加しており、大きな課題となっています。(図表31)

一方で、患者一人当たりの人工透析医療費はやや減少しています。(図表32)

また、男女別・年齢階層別の被保険者に占める人工透析患者の割合は男性が高く、特に55歳～64歳、70歳～74歳の割合は1%を超えています。(図表33)

図表31 人工透析患者数及び被保険者に占める人工透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	人工透析患者数(人)	被保険者に占める人工透析患者の割合(%)
印西市	19,422	98	0.50
県	1,233,735	4,896	0.40
同規模	2,500,428	9,104	0.36
国	24,660,500	86,890	0.35

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

図表32 年度別 人工透析患者数及び医療費

年度	人工透析患者数(人)	人工透析医療費(円)※	患者一人当たりの人工透析医療費(円)
平成30年度	78	483,876,580	6,203,546
令和元年度	91	488,402,390	5,367,059
令和2年度	89	564,780,390	6,345,847
令和3年度	92	587,485,390	6,385,711
令和4年度	98	599,419,300	6,116,523

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費は、人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものです。

図表33 男女別・年齢階層別 被保険者に占める人工透析患者の割合

年齢階層	男性(%)	女性(%)	男女合計(%)
0歳～4歳	0.00	0.00	0.00
5歳～9歳	0.00	0.00	0.00
10歳～14歳	0.00	0.00	0.00
15歳～19歳	0.00	0.00	0.00
20歳～24歳	0.00	0.00	0.00
25歳～29歳	0.00	0.00	0.00
30歳～34歳	0.00	0.00	0.00
35歳～39歳	0.24	0.00	0.13
40歳～44歳	0.44	0.00	0.23
45歳～49歳	0.41	0.23	0.32
50歳～54歳	0.65	0.22	0.44
55歳～59歳	2.26	0.00	1.01
60歳～64歳	1.01	0.37	0.62
65歳～69歳	0.82	0.27	0.51
70歳～74歳	1.21	0.41	0.80
全体	0.79	0.24	0.50

出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

年度別の新規人工透析患者数(国保に5年以上加入している人)は、年度ごとに差がありますが、概ね7人～10人あたりで推移しています。(図表34)

図表34 新規人工透析患者数(国保継続加入者)

	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
新規人工透析患者数 (国保継続加入者)(人)	3	9	7	10	8

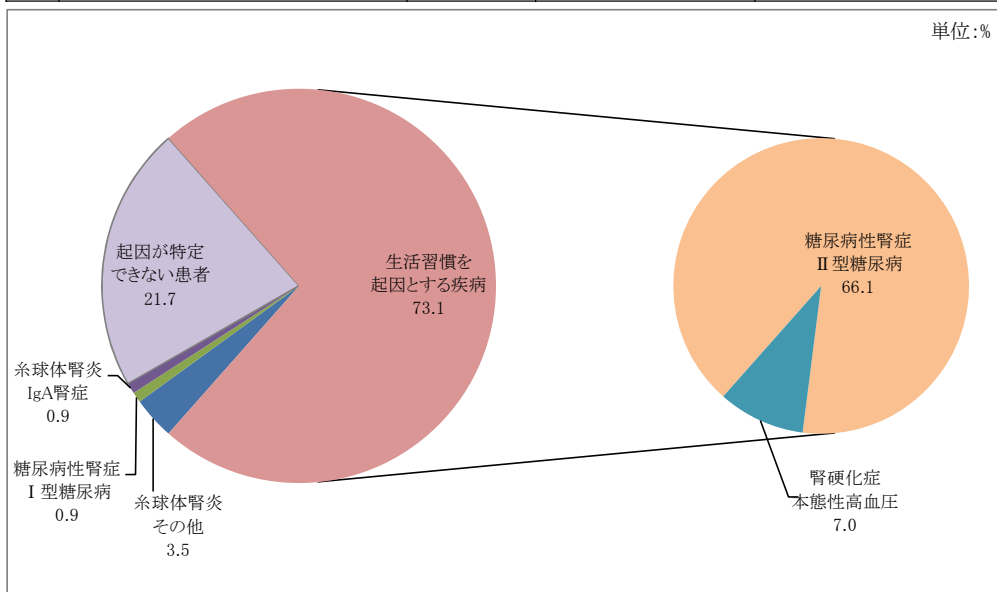
※新規人工透析患者数は、特定疾病療養受療証の交付日に、国保の加入期間が5年以上の被保険者の人数で算出します。

人工透析に至った起因を、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)のレセプトに記載されている傷病名から判定しました。ただし、レセプトに「腎不全」や「慢性腎不全」のみの記載しかない場合は、起因が特定できない患者となります。

起因が明らかとなった患者のうち、73.1%が生活習慣を起因とするもので、66.1%がⅡ型糖尿病を起因として人工透析となる、糖尿病性腎症であることがわかりました。(図表35)

図表35 人工透析患者の起因(令和4年度)

人工透析に至った起因	割合 ※ (%)	生活習慣を起因とする疾病	食事療法等指導することで重症化を遅延できる可能性が高い疾病
① 糖尿病性腎症 Ⅱ型糖尿病	66.1	●	●
② 腎硬化症 本態性高血圧	7.0	●	●
③ 糸球体腎炎 その他	3.5	-	●
④ 糖尿病性腎症 Ⅰ型糖尿病	0.9	-	-
⑤ 糸球体腎炎 IgA腎症	0.9	-	-
⑥ 腎硬化症 その他	0.0	-	-
⑦ 痛風腎	0.0	●	●
⑧ 起因が特定できない患者 ※	21.7	-	-



※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。
 ※割合は、小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合があります。
 ※⑧起因が特定できない患者とは、①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者をさします。

人工透析患者の対象医療費を分析すると、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)での患者一人当たりの医療費平均は549万円程度、このうち人工透析関連の医療費が503万円程度、人工透析関連以外の医療費が46万円程度です。(図表36)

また、本市の人工透析患者の起因では「⑧起因が特定できない患者」が21.7%おり(図表36)、国の慢性人工透析患者の原疾患割合の推移をみると、「糖尿病性腎症」に続き、「慢性糸球体腎炎」、「腎硬化症」など、CKD(慢性腎臓病)に分類されるものが多くなっています。(図表37)

図表36 人工透析患者の医療費(令和4年度)

人工透析患者の起因	割合 (%)	医療費(円) 【一人当たり】			医療費(円) 【一人当たりひと月当たり】		
		人工透析関連	人工透析関連 以外	合計	人工透析関連	人工透析関連 以外	合計
① 糖尿病性腎症 II型糖尿病	66.1	5,166,480	493,180	5,659,660	430,540	41,098	471,638
② 腎硬化症 本態性高血圧	7.0	4,383,534	353,894	4,737,428	365,294	29,491	394,786
③ 糸球体腎炎 その他	3.5	5,421,118	1,283,725	6,704,843	451,760	106,977	558,737
④ 糖尿病性腎症 I型糖尿病	0.9	5,948,220	472,760	6,420,980	495,685	39,397	535,082
⑤ 糸球体腎炎 IgA腎症	0.9	4,768,110	519,590	5,287,700	397,343	43,299	440,642
⑥ 腎硬化症 その他	0.0	-	-	-	-	-	-
⑦ 痛風腎	0.0	-	-	-	-	-	-
⑧ 起因が特定できない患者 ※	21.7	4,756,111	251,800	5,007,911	396,343	20,983	417,326
患者一人当たり 医療費平均		5,034,994	458,566	5,493,560			
患者一人当たりひと月当たり 医療費平均		419,583	38,214	457,797			

※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトを集計しています。

※⑧起因が特定できない患者とは、①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者をさします。

図表37 慢性人工透析患者 原疾患割合の推移(国)

原疾患	割合 (%)			
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
糖尿病性腎症	39.0	39.1	39.5	39.6
慢性糸球体腎炎	26.8	25.7	25.3	24.6
腎硬化症	10.8	11.4	12.1	12.8
多発性嚢胞腎	3.6	3.6	3.7	3.7
慢性腎盂腎炎、間質性腎炎	0.9	0.8	0.8	0.8
急速進行性糸球体腎炎	0.9	0.9	1.0	1.0
自己免疫性疾患に伴う腎炎	0.6	0.6	0.6	0.6
不明	10.7	11.1	10.2	9.7

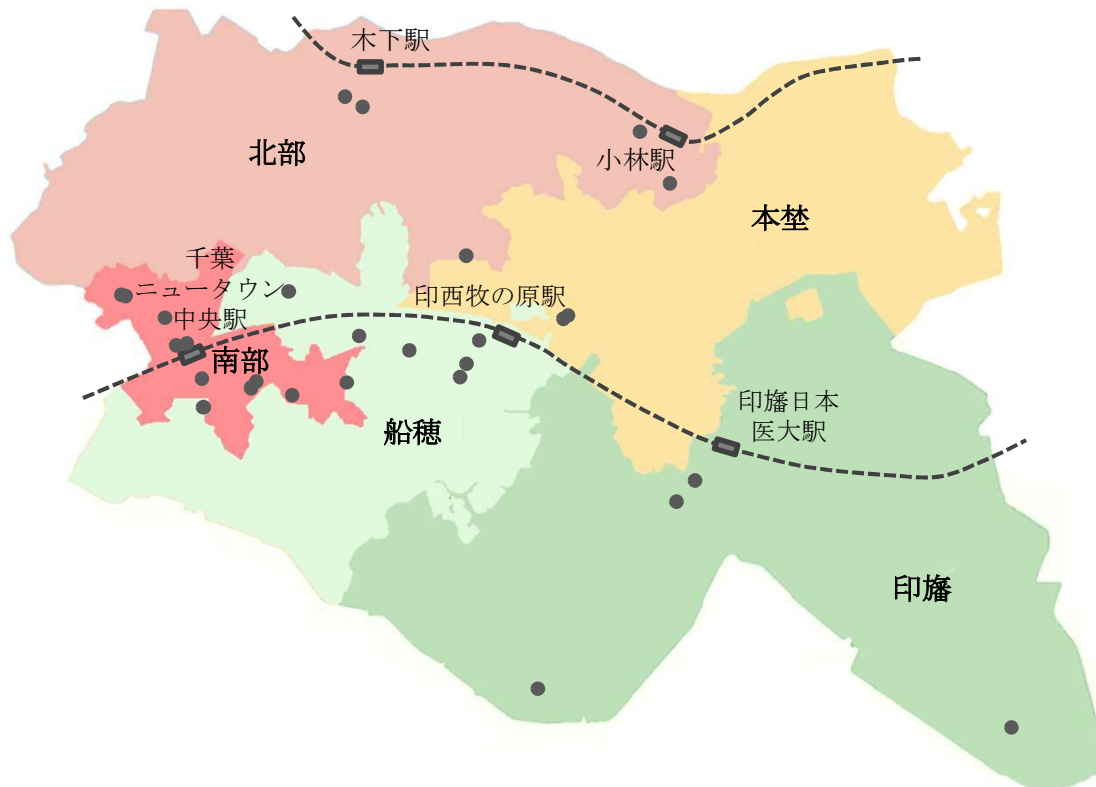
出典:わが国の慢性透析療法の現況(一般社団法人日本透析医学会)

(7) 日常生活圏域からみる医療の状況

ア. 日常生活圏域別医療機関の分布状況

本市の令和4年度における、日常生活圏域別医療機関分布図をみると、南部圏域や船穂圏域に多く、本埜圏域や印旛圏域は医療機関が少ない状況です。(図表38)

図表38 日常生活圏域別 医療機関分布図



日常生活圏域名	病院数 (施設)	診療所数 (施設)	診療所のうち、 診療科目に「内科」を 含む診療所数(施設)
北部	1	6	4
南部	0	19	9
船穂	0	16	8
本埜	0	4	2
印旛	2	5	2
合計	3	50	25

※分布図内の●は、表内の「病院」と「診療所のうち、診療科目に「内科」を含む診療所」の所在地をさします。
 ※令和5年11月現在

イ. 日常生活圏域別生活習慣病関連高額レセプト患者の分布状況

日常生活圏域別の生活習慣病関連高額レセプト患者の分布状況をみると、北部圏域、船穂圏域、印旛圏域、本埜圏域の順に多くなっており、特に、各圏域の既存地区に多い傾向があります。船穂圏域の場合には、人工透析を実施する医療機関が集中しており、西の原・原・東の原地区に腎不全患者が多いこともあり、患者の割合が高くなっています。

また、いには野小学校区に腎不全の高い傾向が見られますが、母数となる高額レセプト件数が少ないことが影響しています。(図表39)

図表39 日常生活圏域別 生活習慣病関連高額レセプト患者の分布状況

日常生活圏域名	人数 (人)	内訳 主病名に 腎不全(人)	内訳 主病名に 腎不全以外 (人)	被保険者数 (令和4年度) (人)	被保険者に対する 高額レセプト (30万円以上)の 人の割合(%)	うち、主病名 が腎不全の 人の割合(%)	詳細な地区別内訳人数 ()は腎不全
北部	84	33	51	5,093	1.65	0.64	大森小地区28(9)人、木下小地区26(11)人、 小林小地区30(13)人
南部	72	20	52	6,673	1.08	0.30	木刈小地区16(5)人、小倉台小地区17(6)人、 内野小地区21(6)人、原山地区3(0)人、高花地区15(3)人
船穂	48	20	28	2,964	1.62	0.67	船穂小地区11(3)人、草深地区10(4)人、 西の原・原・東の原地区27(13)人
印旛	36	14	22	2,317	1.55	0.60	六合小地区15(8)人、平賀小地区6(2)人、 いには野小地区4(2)人、 岩戸・師戸・鎌苅・吉田・造谷11(2)人
本埜	28	10	18	1,856	1.51	0.53	本埜小地区19(8)人、滝野・牧の原地区9(2)人
その他(市外)	1	0	1	663	0.15	0.00	市外1(0)人
総計	269	97	172	19,566	1.37	0.50	

※国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式1-1」データ(令和5年3月診療分)を分析しています。
 ※高額レセプトとは、令和5年3月診療分のレセプトのうち、一レセプト当たり30万円以上をさします。

(8) 服薬の状況

ア. ジェネリック医薬品の現状と分析

国では、平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に取り組んできました。なお、令和3年6月の閣議決定において、ジェネリック医薬品の普及率の目標値は80%以上と定められています。

① ジェネリック医薬品普及率の推移(数量ベース)

本市の令和4年度における、ジェネリック医薬品の普及率は82.0%で、少しずつ上昇しており、引き続き促進する必要があります。(図表40)

図表40 ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)

年度	割合(%)				
	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
印西市	72.4	75.8	81.1	81.4	82.0
県	74.3	76.5	79.7	80.1	81.0
国	72.5	74.9	78.2	79.2	79.9

出典:厚生労働省ホームページ(毎年度9月診療分)

② ジェネリック医薬品差額通知の発送状況及び切替効果

ジェネリック医薬品差額通知を対象者に年3回送付し、切り替えを促進しています。通知送付後は、対象者のジェネリック医薬品の使用状況を一年間集計し、切替率と効果額を算出しました。(図表41)

図表41 ジェネリック医薬品差額通知発送数、切替人数、切替率及び効果額

年度	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
通知人数(人)	3,228	2,479	2,012	1,855	1,615
切替人数(人)	663	586	337	294	286
切替率(%)	21.5	23.6	16.7	15.8	17.7
効果額(円)	5,740,562	4,782,218	3,733,437	1,983,946	1,611,837

出典:国保連データ

※令和4年度の切替人数、切替率、効果額の数値は、3回目の送付から7か月分の集計です。

イ. 重複服薬と多剤服薬

重複服薬とは、同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方され、それを服用することです。多剤服薬とは、複数の医療機関から長期(14日以上)、かつ6種類以上の薬剤を処方され、それを服用することです。

重複服薬や多剤服薬により、薬本来の効果が発揮されないばかりか、薬の効き目が強く出すぎたり、薬同士の組み合わせが悪く、逆に健康を害したり、副作用を起こす可能性が高くなったりします。特に、多剤服薬は高齢者に多く、薬の飲み忘れや飲み間違いが生じたり、薬物相互作用による副作用が起こりやすくなっています。副作用としては、ふらつき・転倒、物忘れがあり、転倒による骨折をきっかけに寝たきりや、うつ、せん妄、食欲低下、便秘、排尿障害等になるリスクが高くなります。

また、同じ効能の薬を複数処方されることにより、その分の医療費を多く支払うことになるため、医療費の負担が増えることとなります。

本市の状況は、令和4年4月から令和5年3月診療分のレセプト分析により、重複服薬者(がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析に伴うものは除く。)が131人で、令和5年3月診療分のレセプト分析により、多剤服薬者(がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析に伴うものは除く。)が211人となっています。

これまで、多剤服薬者に対しては服薬情報通知を年1回送付し、対象者に服薬状況をお知らせし、適切な服薬を促してきました。今後は、多剤服薬者と合わせ重複服薬者に対しても、適切な服薬管理及び医療機関受診を促すとともに、医療費削減に向け、保健事業を実施する必要があります。(図表42)

図表42 服薬情報通知の発送状況及び効果額

年度	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
通知人数(人)	—	—	374	333	232
効果額(円)	—	—	22,998	530,001	116,984

※毎年度、発送月を含めた4か月間のレセプトにより分析しています。

4. 特定健康診査等データの分析

(1) 特定健康診査の受診状況と分析

ア. 特定健康診査受診率の状況

本市の令和4年度における、特定健康診査受診率は38.9%で、県より0.8ポイント高くなっています。(図表43)

男女別・年齢別の特定健康診査受診率をみると、男性では40歳～59歳、女性では40歳～54歳の受診率が低く、特に男性が低い傾向にあります。(図表44)

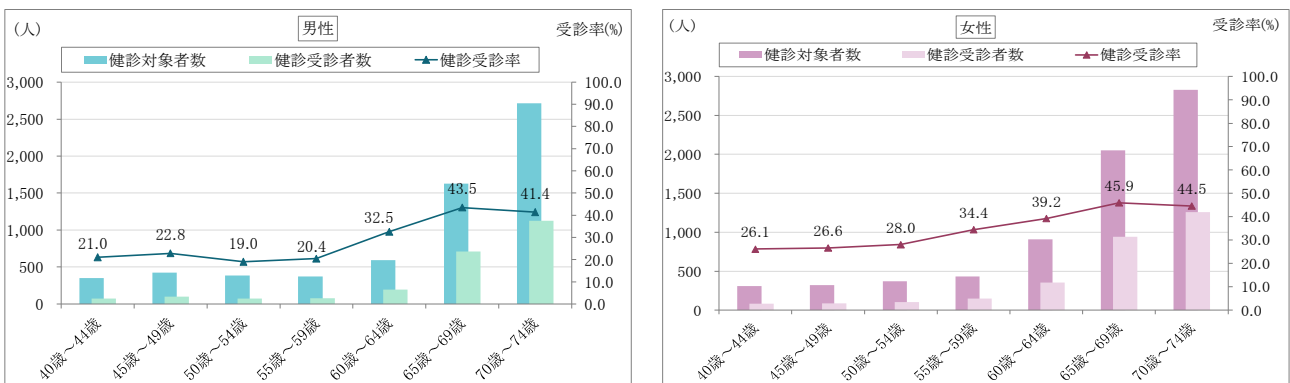
また、特定健康診査受診率県内比較一覧をみると、本市は県内54市町村中、27番目となっています。(図表45)

図表43 特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診対象者数(人)	特定健診受診者数(人)	特定健診受診率(%)
印西市	13,692	5,321	38.9
県	836,148	318,804	38.1

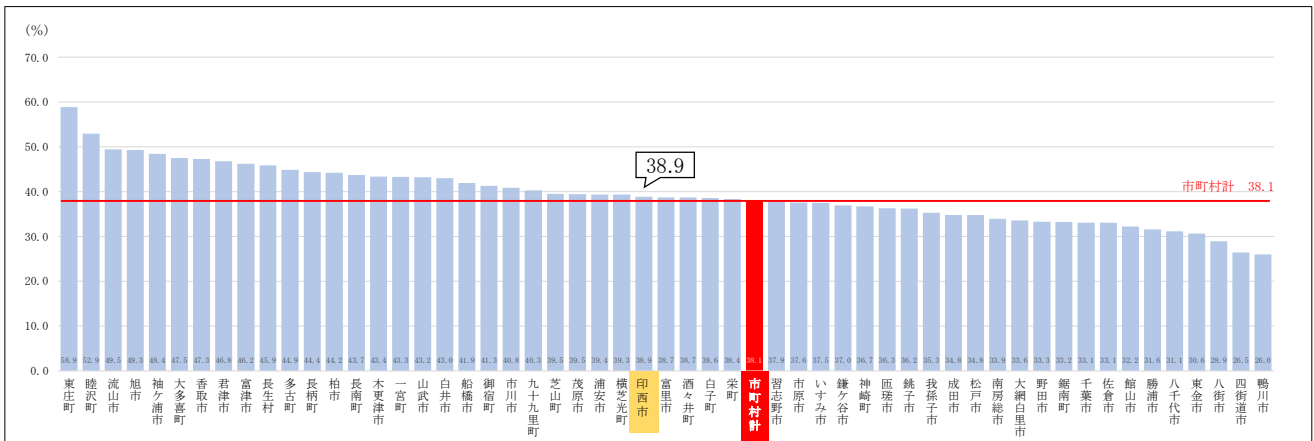
出典:法定報告値

図表44 男女別・年齢別 特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:法定報告値

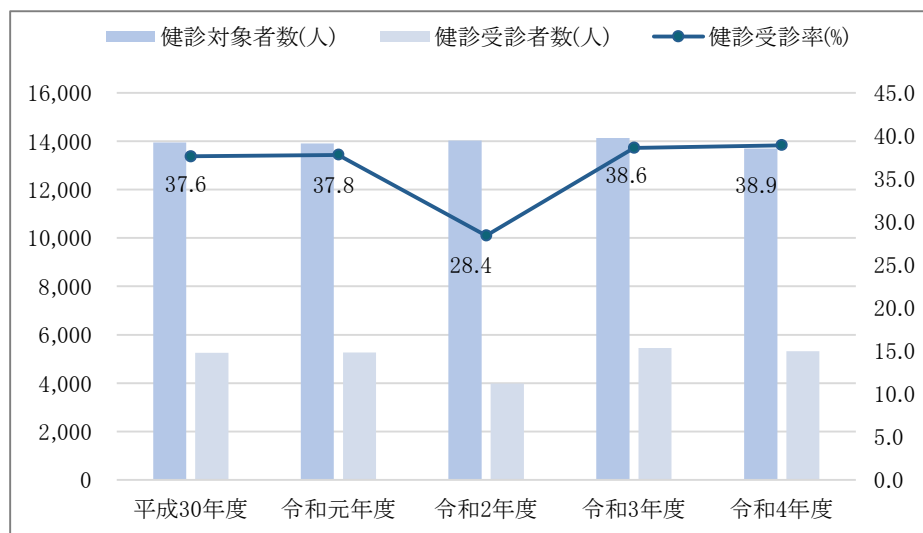
図表45 特定健康診査受診率県内比較一覧



出典:令和4年度実施分法定報告保険者別集計

本市の平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診率を年度別にみると、令和4年度の特定健康診査受診率は、平成30年度より1.3ポイント増加しており、新型コロナウイルス感染症拡大の影響が出た令和2年度からも回復傾向にあります。(図表46)

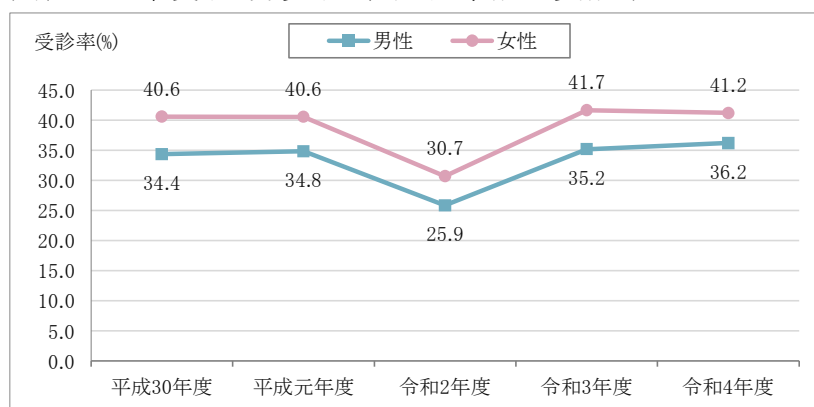
図表46 年度別 特定健康診査受診率



出典:法定報告値

男女別の特定健康診査の受診率をみると、全ての年度で女性の受診率が男性を上回っています。また、男性の令和4年度受診率は、平成30年度より1.8ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率は、平成30年度より0.6ポイント増加しています。(図表47)

図表47 年度別・男女別 特定健康診査受診率



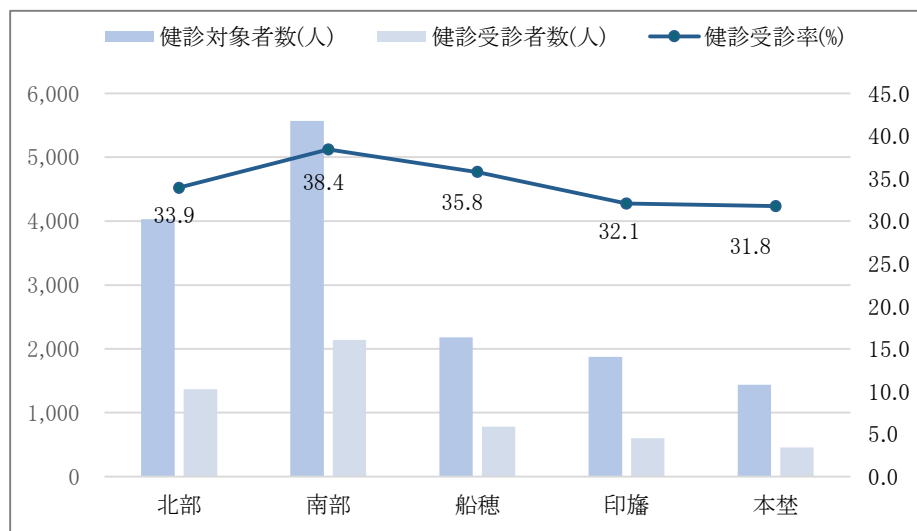
出典:法定報告値



令和4年度の特定健康診査受診率を日常生活圏域別にみると、南部圏域、船穂圏域、北部圏域の順に高くなっています。

また、医療機関が少ない北部圏域、印旛圏域、本埜圏域では特定健康診査受診率が低い傾向にあります。(図表48)

図表48 日常生活圏域別 特定健康診査受診率(令和4年度)



※被保険者の住所地の郵便番号をもとに圏域ごとに振り分け、令和4年4月～令和5年3月健診分の特定健診等データ管理システムデータを集計しています。

※受診率は、法定報告値に基づくものではありません。

イ. 特定健康診査等結果の状況

①検査項目別有所見者の状況

令和4年度特定健康診査データによる、検査項目別有所見者の状況をみると、健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の62.6%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。

16検査項目中10項目が県の有所見者割合より低くなっていますが、血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧、LDLコレステロール、及び眼底検査の6項目は県より高くなっています。

(図表49)

図表49 検査項目別 有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
印西市	40歳～64歳	人数(人)	334	384	210	205	39	275	652	83
		割合(%)	26.8	30.8	16.9	16.5	3.1	22.1	52.4	6.7
	65歳～74歳	人数(人)	958	1,384	705	459	120	1,201	2,528	241
		割合(%)	25.0	36.1	18.4	12.0	3.1	31.3	65.9	6.3
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,292	1,768	915	664	159	1,476	3,180	324
		割合(%)	25.4	34.8	18.0	13.1	3.1	29.0	62.6	6.4
県	割合(%)	27.0	35.0	20.9	13.8	3.6	21.1	58.8	5.1	
国	割合(%)	26.8	34.9	21.2	14.0	3.9	24.7	58.3	6.7	

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	Non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
印西市	40歳～64歳	人数(人)	434	257	672	6	137	236	0	123
		割合(%)	34.9	20.6	54.0	0.5	11.0	19.0	0.0	9.9
	65歳～74歳	人数(人)	2,067	741	1,978	38	604	803	0	898
		割合(%)	53.9	19.3	51.6	1.0	15.7	20.9	0.0	23.4
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,501	998	2,650	44	741	1,039	0	1,021
		割合(%)	49.2	19.6	52.2	0.9	14.6	20.4	0.0	20.1
県	割合(%)	47.7	20.1	51.3	1.2	15.0	11.6	10.3	20.2	
国	割合(%)	48.2	20.7	50.0	1.3	21.7	18.7	5.2	21.9	

出典:国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

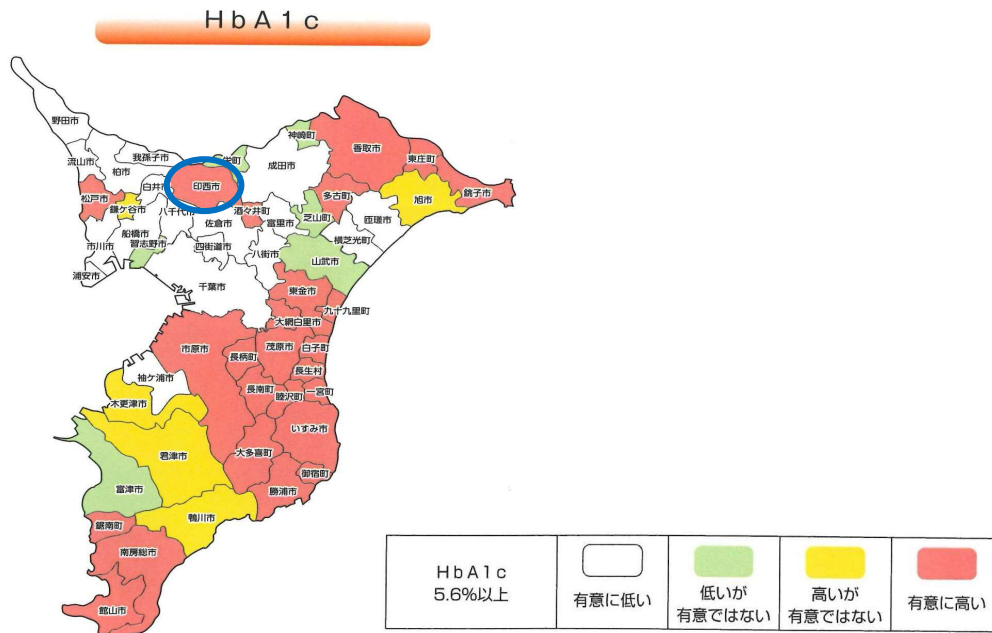
■ 検査項目等の基準値を超える人の割合の県内市町村横断比較

国保連では、県内市町村の特定健康診査の各検査項目等の基準値を超える人の割合を横断比較して、有意性があるかを4区分で判定しています。(図表50)

本市の判定を経年比較すると、内臓脂肪症候群予備群とHbA1cが調査期間を通じて他市町村と比較して該当者の割合が有意に高い状態が続いています。

その他の項目は変動がありますが、収縮期血圧については徐々に悪化している可能性があります、今後の動向に注意が必要です。(図表51)

図表50 県内市町村横断比較結果



図表51 年度別 県内市町村横断比較結果の本市の判定

項目	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 コロナ影響※	令和3年度
内臓脂肪症候群予備群割合	有意に高い	有意に高い	有意に高い	有意に高い	有意に高い
内臓脂肪症候群該当者割合	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い
BMI	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い
腹囲	高いが有意でない	有意に高い	高いが有意でない	低い有意でない	高い有意でない
収縮期血圧	有意に低い	有意に低い	低い有意でない	低い有意でない	有意に高い
拡張期血圧	高い有意でない	有意に低い	低い有意でない	有意に低い	高い有意でない
中性脂肪	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い
HDLコレステロール	高い有意でない	高い有意でない	低い有意でない	低い有意でない	低い有意でない
LDLコレステロール	低い有意でない	高い有意でない	有意に高い	高い有意でない	高い有意でない
GOT(AST)	有意に低い	有意に低い	有意に低い	有意に低い	低い有意でない
GPT(ALT)	有意に低い	低い有意でない	有意に低い	有意に低い	低い有意でない
γ-GTP	低い有意でない	有意に低い	有意に低い	低い有意でない	低い有意でない
空腹時血糖	有意に低い	有意に高い	低い有意でない	低い有意でない	高い有意でない
HbA1c	有意に高い	有意に高い	有意に高い	有意に低い	有意に高い

出典:国保連「特定健診・特定保健指導等実施結果状況表」(平成29年度～令和3年度)

※令和2年度については、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、集団健診を中止したため、受診率も例年よりも10ポイント程度低く、健康に気を使っている層が受診の中心であったり、重症化リスクの高い人が健診を避ける傾向にあり、結果についても例年とは異なるものとなっています。

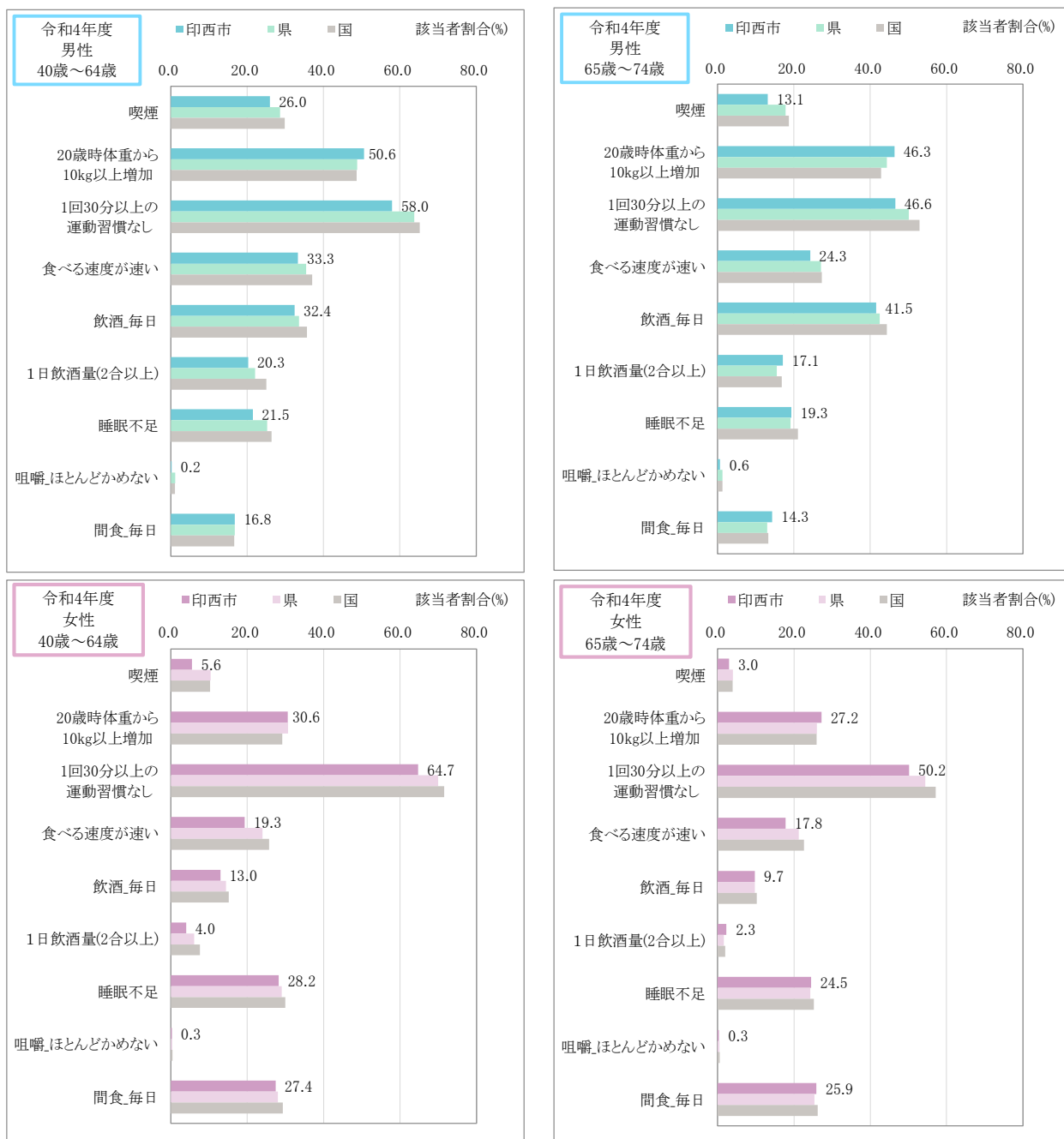
②質問票調査の状況

令和4年度の特定健康診査質問票の回答を男女別・年齢階層別にグループ分けし、県と比較しました。

男性では40歳～64歳、65歳～74歳ともに「20歳時体重から10kg以上増加」が、県より高くなっており、65歳～74歳では「1日飲酒量(2合以上)」と「間食_毎日」が、県より高くなっています。

女性では65歳～74歳の「20歳時体重から10kg以上増加」が、県より高くなっていますが、その他については同水準もしくは低くなっています。(図表52)

図表52 質問票調査の状況(令和4年度)

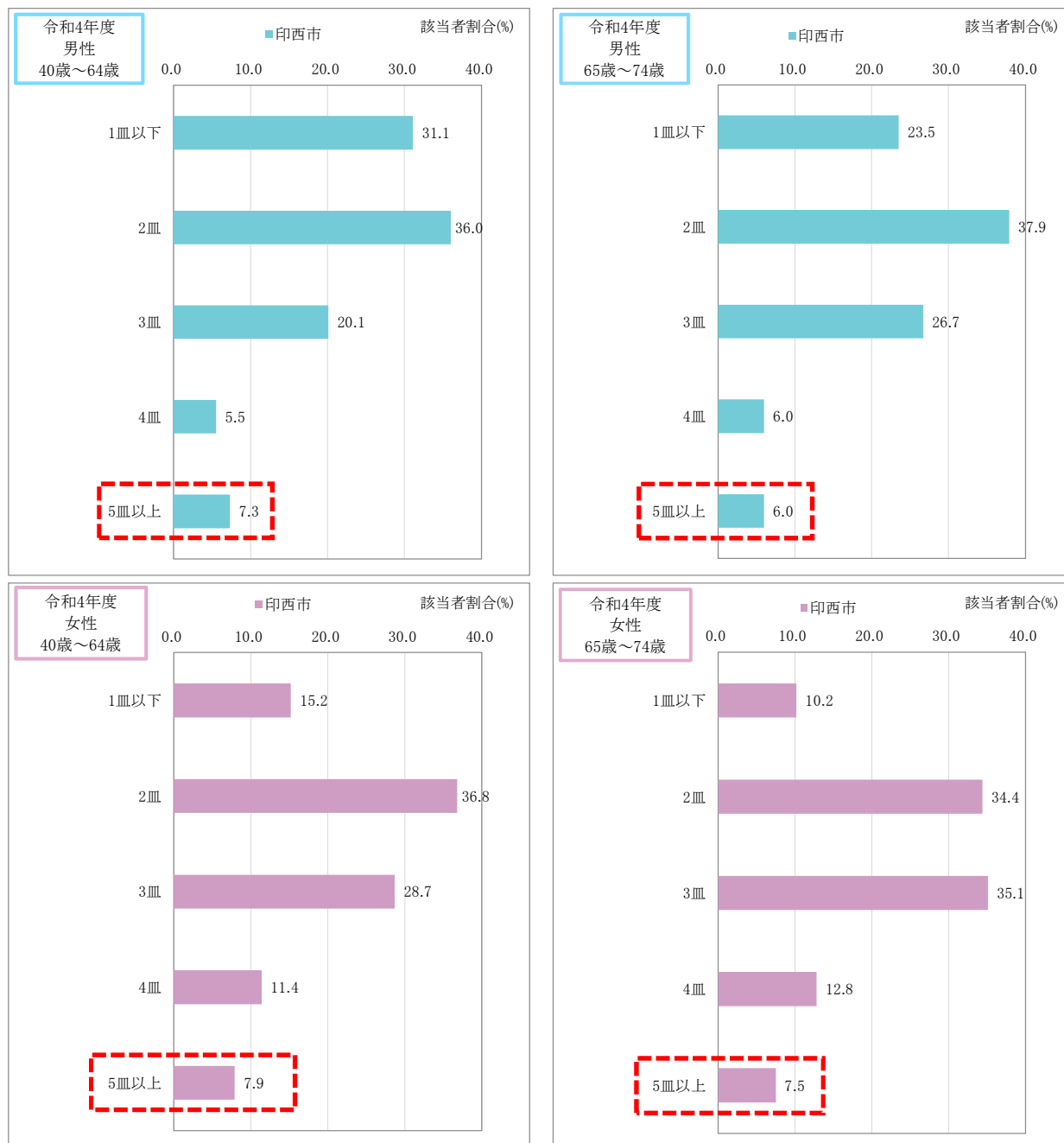


出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

本市が独自で実施している質問項目「1日に食べる野菜の皿数」を集計しました。

生活習慣病予防のためには、野菜を1日5皿以上(1皿はおおよそ70g、片手に収まる皿に一杯)の摂取が必要であると言われていますが、食べられている人は男性の40歳～64歳で7.3%、65歳～74歳で6.0%、女性の40歳～64歳で7.9%、65歳～74歳で7.5%となっています。(図表53)

図表53 質問票調査の状況(野菜)(令和4年度)



出典:印西市所有特定健康診査情報データ(Excel)

③メタボリックシンドロームの状況

令和4年度特定健診等データ管理システムデータによるメタボリックシンドローム該当状況をみると、健診受診者全体では、予備群が13.1%、該当者が18.0%です。(図表54)

図表54 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		基準該当		予備群該当		非該当	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,289	28.8	172	13.3	155	12.0	962	74.6
65歳～74歳	4,032	43.7	784	19.4	540	13.4	2,708	67.2
全体(40歳～74歳)	5,321	38.9	956	18.0	695	13.1	3,670	69.0

出典:法定報告値

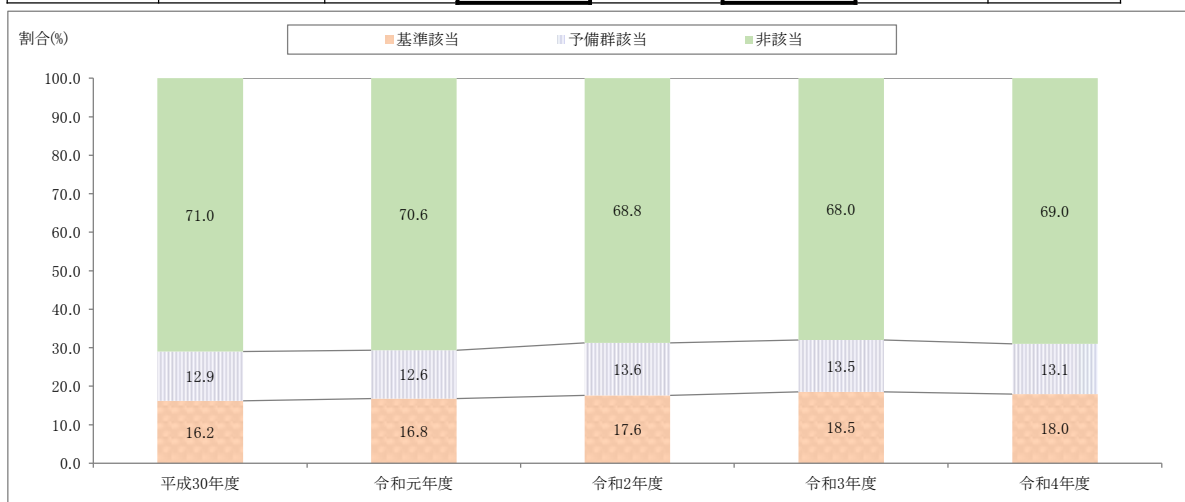
【参考】メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク(①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

メタボリックシンドローム該当状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当は平成30年度より1.8ポイント増加しており、予備群該当は平成30年度より0.2ポイント増加しています。(図表55)

図表55 年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者(人)	基準該当		予備群該当		非該当	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
平成30年度	5,244	849	16.2	674	12.9	3,721	71.0
令和元年度	5,263	882	16.8	663	12.6	3,718	70.6
令和2年度	3,982	701	17.6	542	13.6	2,739	68.8
令和3年度	5,454	1,010	18.5	734	13.5	3,710	68.0
令和4年度	5,321	956	18.0	695	13.1	3,670	69.0



出典:法定報告値

(2) 特定保健指導の実施状況と分析

ア. 特定保健指導実施率の状況

本市の令和4年度における、特定保健指導の実施率は19.8%で、県より4.9ポイント低くなっています。(図表56)

また、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別にみると、令和4年度の特定保健指導実施率は、平成30年度より3.7ポイント減少しているものの、新型コロナウイルス感染症拡大の影響が出た令和2年度よりも10.4ポイント増加しており、新型コロナウイルス感染症拡大の影響前に戻りつつあります。(図表57)

図表56 特定保健指導実施状況(令和4年度)

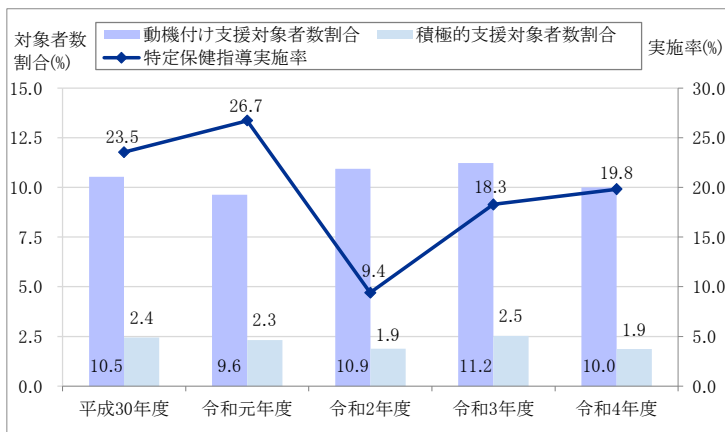
単位:%

区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
印西市	10.0	1.9	11.9	19.8
県	9.1	2.7	11.8	24.7

出典:法定報告値

※動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合は、特定健康診査を受診した人に対する割合をさします。

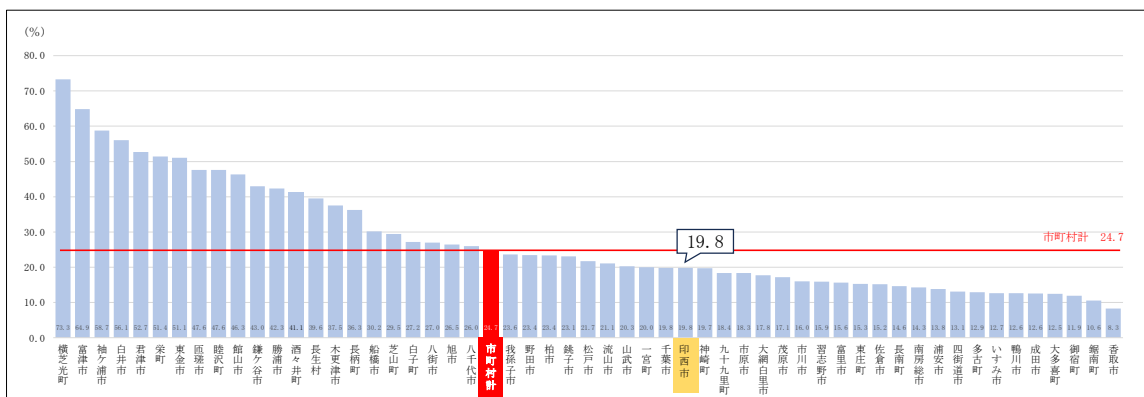
図表57 年度別 特定保健指導実施率



出典:法定報告値

特定保健指導実施率県内比較一覧をみると、本市は県内54市町村中、32番目となっています。(図表58)

図表58 特定保健指導実施率県内比較一覧



出典:令和4年度実施分法定報告保険者別集計

■ 特定健康診査実施方法別の特定保健指導実施状況

特定健康診査実施方法別の特定保健指導実施率をみると、集団健診では健診会場にて初回面接の分割実施を行っているため、特定保健指導を受けやすい環境にあることから、実施率が高くなっています。

人間ドック、個別健診は、通知により利用勧奨を行っていますが、個別健診からの保健指導実施率は、集団健診や人間ドックに比べて低い状況が続いています。(図表59)

図表59 年度別・特定健康診査実施方法別 特定保健指導実施率

健診方法	割合(%)				
	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
集団健診	32.8	40.9	-	25.1	41.4
個別健診	15.7	6.9	10.2	13.4	2.8
人間ドック	20.7	25.0	8.0	26.4	37.1

※この実施率は、年度末時点の支払い件数ベースのもので、法定報告値に基づくものではありません。

※令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止のために集団健診を実施していません。

※個別健診、人間ドックの対象者の一部は、特定保健指導の終了が次年度になることがあります。令和4年度の個別健診については対象者選定に遅れが生じたため、終了者を実施率の分子にするため、実施率が例年に比べ低くなっています。

イ. 特定保健指導対象者に係る分析

令和4年度健診分(12か月分)における、保健指導レベル該当状況をみると、積極的支援対象者割合は1.9%、動機付け支援対象者割合は10.0%です。(図表60)

また、年齢階層別保健指導レベル該当状況をみると、動機付け支援では、45歳～54歳、65歳～74歳の割合が高くなっています。(図表61)

図表60 保健指導レベル該当状況

	健診受診者数 (人)	該当レベル		
		特定保健指導対象者(人)		
			積極的支援	動機付け支援
該当者数(人)	5,321	631	99	532
割合(%) ※	-	11.9	1.9	10.0

出典:法定報告値

※割合は、特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合をさします。

【参考】特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味します。

図表61 年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)					
			積極的支援		動機付け支援		
			人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳 ～ 44歳	155	27	13	8.4	14	9.0	
45歳 ～ 49歳	183	38	18	9.8	20	10.9	
50歳 ～ 54歳	177	35	17	9.6	18	10.2	
55歳 ～ 59歳	225	34	20	8.9	14	6.2	
60歳 ～ 64歳	549	61	31	5.6	30	5.5	
65歳 ～ 69歳	1650	172	-	0.0	172	10.4	
70歳 ～ 74歳	2382	264	-	0.0	264	11.1	
合計	5321	631	99	1.9	532	10.0	

出典:法定報告値

※割合は、特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合をさします。

令和4年度の保健指導レベル該当状況を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合は平成30年度より0.5ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合は平成30年度より0.5ポイント減少しています。(図表62)

図表62 年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	5,244	680	128	2.4	552	10.5
令和元年度	5,263	629	122	2.3	507	9.6
令和2年度	3,982	511	75	1.9	436	10.9
令和3年度	5,454	750	138	2.5	612	11.2
令和4年度	5,321	631	99	1.9	532	10.0

出典:法定報告値

※割合は、特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合をさします。

5. レセプト及び特定健康診査等データの分析

令和4年度における特定健康診査と特定保健指導の実施状況から、生活習慣病に係る医療機関受診状況や医療費の傾向について分析しました。

(1) 特定健康診査対象者と医療費の関係

特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況をみると、一人当たり医療費では、健診未受診者が健診受診者より23,873円高くなっています。また、生活習慣病入院患者の割合では、健診未受診者が健診受診者より1.7ポイント高くなっています。このことから、特定健康診査受診の有無が、少なからず医療費に影響するものといえます。

(図表63)

図表63 特定健康診査受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	外来	合計
健診受診者	5,352	35.3	3,383,068	185,267,456	188,650,524
健診未受診者	9,819	64.7	19,192,616	381,942,864	401,135,480
合計	15,171		22,575,684	567,210,320	589,786,004

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		外来		合計 ※		入院	外来	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	69	1.3	2,694	50.3	2,694	50.3	49,030	68,770	70,026
健診未受診者	296	3.0	4,255	43.3	4,272	43.5	64,840	89,763	93,899
合計	365	2.4	6,949	45.8	6,966	45.9	61,851	81,625	84,666

※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトと、令和4年4月～令和5年3月健診分の特定健診等データ管理システムデータをクロス集計しています。

※生活習慣病医療費、患者数、一人当たり医療費は、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者のものをさします。

※生活習慣病患者一人当たり医療費の合計は、入院・外来の合計ではなく、健診受診者・健診未受診者ごとに、生活習慣病医療費の合計を生活習慣病患者数の合計で除して算出します。

(2) 特定保健指導対象者・非対象者と医療費の関係

令和4年度健診分(12か月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。

患者数をみると、入院・外来ともに「非対象者(服薬有)」が最も多く、医療費も高くなっています。保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬治療を要する状態を防ぐことが重要です。(図表64)

図表64 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	外来	合計	入院	外来	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	716	511,442	7,831,138	8,342,580	6	165	165
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,216	532,710	8,685,365	9,218,075	9	233	233
	情報提供 (服薬有(質問))	2,419	2,338,916	168,750,953	171,089,869	54	2,296	2,296
		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※					
			入院	外来	合計			
対象者	積極的支援、動機付け支援	716	85,240	47,461	50,561			
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,216	59,190	37,276	39,563			
	情報提供 (服薬有(質問))	2,419	43,313	73,498	74,516			

※令和4年4月～令和5年3月診療分の入院(DPCを含む。)、外来、調剤の電子レセプトと、令和4年4月～令和5年3月健診分の特定健診等データ管理システムデータをクロス集計しています。

※生活習慣病医療費、患者数、一人当たり医療費は、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者のものをさします。

※生活習慣病患者一人当たり医療費の合計は、入院・外来の合計ではなく、健診受診・健診未受診ごとに、生活習慣病医療費の合計を生活習慣病患者数の合計で除して算出します。

6. 介護に関する分析

(1) 介護保険の状況

本市の令和4年度における要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況をみると、要介護(支援)認定率は県を下回っていますが、一件当たり給付費は県を上回っています。特に要介護2以上で一件当たり給付費が県を上回っているため、要介護状態になることを予防し、悪化を防ぐ対策が必要です。(図表65)

図表65 要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	印西市	県	同規模	国
認定率(%)	14.0	17.9	18.4	19.4
認定者数(人)	3,462	313,868	-	6,880,137
第1号(65歳以上)	3,351	305,021	-	6,724,030
第2号(40～64歳)	111	8,847	-	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	61,064	57,498	60,207	59,662
要支援1	9,424	9,809	9,515	9,568
要支援2	11,921	11,999	12,671	12,723
要介護1	35,651	33,334	37,572	37,331
要介護2	48,132	41,648	46,454	45,837
要介護3	82,040	74,938	79,304	78,504
要介護4	111,803	95,894	103,642	103,025
要介護5	120,798	103,755	114,948	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別にみると、令和4年度の認定者数は平成30年度までの過去5年間で最も多いですが、認定率は最も低くなっています。(図表66)

図表66 年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分	認定率(%)	認定者数(人)			
		第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)		
印西市	平成30年度	15.5	3,055	2,966	89
	令和元年度	16.1	3,216	3,124	92
	令和2年度	16.2	3,202	3,113	89
	令和3年度	16.9	3,353	3,264	89
	令和4年度	14.0	3,462	3,351	111

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率をみると、心臓病や高血圧症などの生活習慣病に分類される疾病や、筋・骨格系疾患が高くなっています。また、要介護(支援)認定者の有病状況の傾向としては、県と類似しています。(図表67)

図表67 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

区分		印西市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)		3,462		313,868		674,515		6,880,137	
心臓病	実人数(人)	2,096	1	183,644	1	407,933	1	4,224,628	1
	有病率(%)	57.6		57.5		59.3		60.3	
高血圧症	実人数(人)	1,847	2	162,974	2	361,290	2	3,744,672	3
	有病率(%)	50.6		50.9		52.5		53.3	
筋・骨格系疾患	実人数(人)	1,801	3	161,565	3	358,731	3	3,748,372	2
	有病率(%)	50.4		50.4		52.1		53.4	
精神疾患	実人数(人)	1,308	4	107,379	4	247,133	4	2,569,149	4
	有病率(%)	36.7		33.7		36.1		36.8	
脂質異常症	実人数(人)	1,050	5	98,834	5	220,989	5	2,308,216	5
	有病率(%)	28.8		30.6		31.8		32.6	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別にみると、心臓病や高血圧症などの生活習慣病の有病率は減少傾向にあるものの、上位にあることは変わらないため、予防啓発や健診による早期発見、事後指導なども含めた疾病対策が必要です。

また、筋・骨格系疾患は上位を占めているうえに、その有病率は微増傾向にあります。この疾病を抱えていると転倒リスクが高まり、骨折による入院や要介護状態になるリスクも高まるため、対策が必要です。(図表68)

図表68 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

区分	印西市									
	平成30年度	順位	令和元年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位
認定者数(人)	3,055		3,216		3,202		3,353		3,462	
心臓病	実人数(人)	1,835	1	1,818	1	1,890	1	1,976	1	2,096
	有病率(%)	58.9		58.9		57.7		57.8		57.6
高血圧症	実人数(人)	1,620	2	1,587	2	1,666	2	1,741	2	1,847
	有病率(%)	51.6		51.7		50.9		50.9		50.6
筋・骨格系疾患	実人数(人)	1,576	3	1,534	3	1,599	3	1,690	3	1,801
	有病率(%)	50.3		49.9		48.6		49.7		50.4
精神疾患	実人数(人)	1,187	4	1,145	4	1,218	4	1,243	4	1,308
	有病率(%)	37.6		38.1		36.5		36.4		36.7
脂質異常症	実人数(人)	891	5	911	5	936	5	990	5	1,050
	有病率(%)	28.6		28.7		28.4		28.6		28.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

7. 後期高齢者に関する分析

(1) 医療データからみる現状

ア. 大分類による疾病別医療費

大分類による疾病別医療費をみると、入院では、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の順に高くなっています。

(図表69)

外来では、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「新生物<腫瘍>」の順に高くなっています。(図表70)

図表69 大分類別・疾病別 医療費(入院)(令和4年度)

順位	疾病項目(大分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	循環器系の疾患	1,030,924,080	20.2
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	1,030,648,800	20.2
3	損傷、中毒及びその他の外因の影響	608,402,920	11.9
4	新生物<腫瘍>	520,100,030	10.2
5	呼吸器系の疾患	359,353,160	7.1
6	尿路性器系の疾患	257,972,290	5.1
7	神経系の疾患	245,522,210	4.8
8	消化器系の疾患	235,766,230	4.6
9	精神及び行動の障害	203,911,540	4.0
10	皮膚及び皮下組織の疾患	86,411,840	1.7

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

図表70 大分類別・疾病別 医療費(外来)(令和4年度)

順位	疾病項目(大分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	循環器系の疾患	700,533,200	18.0
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	500,644,060	12.9
3	新生物<腫瘍>	496,519,090	12.8
4	尿路性器系の疾患	404,386,200	10.4
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	369,407,760	9.5
6	眼及び付属器の疾患	320,254,960	8.2
7	消化器系の疾患	279,674,900	7.2
8	神経系の疾患	219,268,920	5.6
9	呼吸器系の疾患	201,023,490	5.2
10	皮膚及び皮下組織の疾患	76,652,230	2.0

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

イ. 細小分類による疾病別医療費

細小分類による疾病別医療費をみると、入院では、「骨折」、「脳梗塞」、「関節疾患」の順に高くなっています。(図表71)

外来では、「糖尿病」、「高血圧症」、「不整脈」の順に高くなっています。(図表72)

図表71 細小分類別・疾病別 医療費(入院)(令和4年度)

順位	疾病項目(小分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	骨折	497,875,370	9.8
2	脳梗塞	277,058,380	5.4
3	関節疾患	166,951,180	3.3
4	不整脈	147,275,940	2.9
5	慢性腎臓病(透析あり)	143,583,120	2.8
6	肺炎	96,456,560	1.9
7	大腸がん	79,766,570	1.6
8	狭心症	77,999,280	1.5
9	パーキンソン病	71,943,170	1.4
10	脳出血	66,849,150	1.3

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

図表72 細小分類別・疾病別 医療費(外来)(令和4年度)

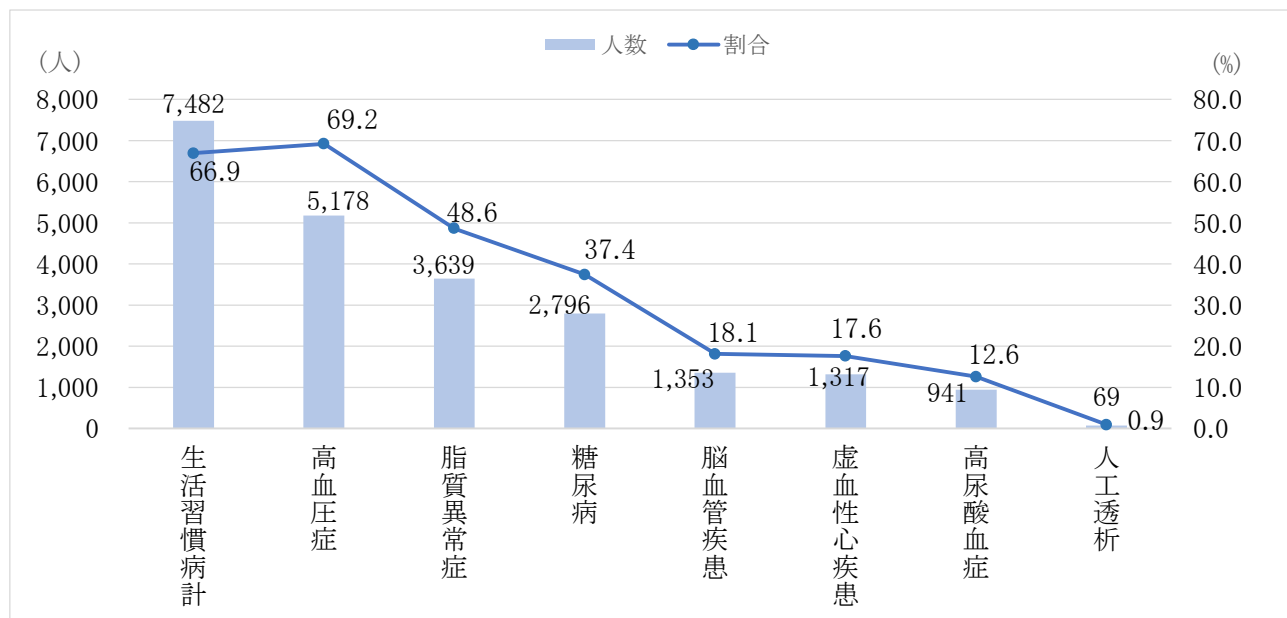
順位	疾病項目(小分類)	医療費(円)	構成比(%)
1	糖尿病	326,172,740	8.4
2	高血圧症	218,388,960	5.6
3	不整脈	196,767,700	5.1
4	関節疾患	149,256,910	3.8
5	緑内障	114,928,770	3.0
6	前立腺がん	114,504,130	2.9
7	脂質異常症	108,003,310	2.8
8	骨粗しょう症	100,822,190	2.6
9	肺がん	89,862,910	2.3
10	慢性腎臓病(透析あり)	75,789,100	1.9

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

ウ. 生活習慣病の罹患状況

生活習慣病別治療者数をみると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に多くなっています。(図表73)

図表73 生活習慣病別 治療者数



出典:国保データベース(KDB)システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和5年2月診療分)

※生活習慣病計における治療者数は、後期高齢者医療制度の対象者で、生活習慣病で医療機関を受診している人の割合をさします。

(2) 健診データからみる現状

ア. 健康診査受診率の状況

令和4年度の健診受診率は29.4%で、県に比べて低い状況が続いています。また、年々増加傾向にあった健診受診率が令和2年度は低下しており、県にも同様の状況がみられ、コロナ禍による受診控えが影響していると思われます。(図表74)

図表74 健診受診率の経年推移

単位:%

	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	令和4年度順位
印西市	31.0	31.1	25.8	28.9	29.4	県内29位
県	36.3	35.7	31.5	32.8	34.5	全国9位

出典:法定報告値

イ. 健康診査結果の状況

①検査項目別有所見者の状況

健康診査の有所見率をみると、「収縮期血圧」、「BMI」、「LDLコレステロール」の順に高くなっています。また、「BMI」「ALT」「空腹時血糖」「収縮期血圧」は、男性・女性ともに県を上回っています。

なお、「尿酸」「血清クレアチニン」については、県や国では詳細健診として医師が認めた人に実施していますが、本市では全員に実施しているため、参考値とします。また、「HbA1c」についても、県や国では食後3.5時間以上10時間未満の人への必須項目としていますが、本市では全員に実施しています。(図表75)

図表75 健診有所見率

単位:%

	印西市			県			国		
	男性	女性	総数	男性	女性	総数	男性	女性	総数
BMI	26.1	21.6	23.7	25.9	21.3	23.3	25.7	22.0	23.6
中性脂肪	1.6	0.5	1.0	1.9	1.1	1.5	2.0	1.2	1.6
ALT	2.8	1.2	1.9	1.9	1.1	1.5	1.9	1.1	1.4
空腹時血糖	7.0	4.5	5.7	6.9	3.9	5.2	7.0	4.0	5.3
HbA1c	12.4	10.2	11.2	15.2	9.4	11.9	15.1	9.8	12.0
尿酸	2.8	1.0	1.8	1.4	0.5	0.9	2.5	0.9	1.6
収縮期血圧	33.5	36.3	35.0	30.9	34.3	32.8	31.9	35.2	33.8
拡張期血圧	7.0	5.5	6.2	6.8	6.5	6.7	6.7	6.3	6.5
HDLコレステロール	2.2	0.4	1.2	2.4	0.6	1.4	3.1	0.8	1.8
LDLコレステロール	12.5	19.6	16.3	13.7	21.2	17.9	12.6	19.6	16.6
血清クレアチニン	7.6	1.7	4.4	7.1	1.2	3.8	8.1	1.7	4.4
eGFR	11.9	8.2	9.9	10.9	8.8	9.7	12.2	11.1	11.6

出典:国保データベース(KDB)システム厚生労働省様式(様式5-2)「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

※県比較として、上回っている数値に色をつけ1.2倍以上は朱字としています。

②質問票調査の状況

後期高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握するため、健診にて下記の15問を実施しています。集計結果をみると、令和3年度と同様、「運動・転倒」、「口腔機能」、「認知機能」が上位を占めています。(図表76)

図表76 質問票の集計結果

類型名	No.	質問内容	令和3年度		令和4年度		該当者率の高い順 (令和4年度)
			該当者数 (人)	該当者率 (%)	該当者数 (人)	該当者率 (%)	
健康状態	1	現在の健康状態 (あまりよくない、よくない)	249	9.8	272	9.7	9
心の健康状態	2	毎日の生活に満足 (やや不満、不満)	226	8.9	265	9.5	10
食習慣	3	1日3食食べる (いいえ)	113	4.5	146	5.2	13
口腔機能	4	半年前より固いものが食べにくい (はい)	743	29.4	774	27.7	3
	5	お茶や汁物等でむせることがある (はい)	530	21.0	616	22.0	5
体重変化	6	6か月で2～3kgの体重減少がある (はい)	267	10.6	331	11.8	8
運動転倒	7	歩く速度が遅くなった (はい)	1,450	57.4	1,567	56.0	1
	8	この1年間に転んだことがある (はい)	443	17.5	508	18.2	6
	9	運動を週1回以上している (いいえ)	815	32.2	895	32.0	2
認知機能	10	周りの人から物忘れがあると 言われる(はい)	348	13.8	412	14.7	7
	11	今日が何月何日かわからない時 がある(はい)	595	23.5	666	23.8	4
喫煙	12	たばこを吸いますか (はい)	99	3.9	102	3.6	15
社会参加	13	週に1回以上外出している (いいえ)	241	9.5	229	8.2	11
	14	家族や友達と付き合いがある (いいえ)	149	5.9	164	5.9	12
ソーシャルサポート	15	身近に相談できる人がいる (いいえ)	133	5.3	146	5.2	14

出典:各年度の後期高齢者健康調査(集団・個別)の問診票
 ※令和3年度の該当率を上回っている数値を赤字にしています。

第5章 第3期データヘルス計画

健康や医療情報等の分析結果から明らかとなった健康課題に対して優先的に取り組む課題を整理し、課題に対応した目指すべき目的、その目的を達成するための目標を定め、課題に対応した効果的かつ効率的な保健事業を実施します。

1. 分析結果に基づく健康課題と解決のための対策

以下は、前章で行った分析結果から健康課題を整理し、課題解決のための目的及び目標値を示したものです。

データ分析の結果 (令和4年度データを中心とした状況)	該当 ページ	健康課題
<p>【人口と被保険者数の推移から】</p> <p>◆人口構成 高齢化率は23.6%で、県よりも増加幅が大きくなっています。</p> <p>◆被保険者の構成 国保加入率は17.3%で、被保険者全体に占める65歳以上の割合は50.8%を占めています。今後5年～10年で国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行する年齢区分の人が多く状況です。</p>	11 12 13	被保険者の年齢構成から退職後に加入する人が多い傾向にあるため、国保加入時に健康な状態で加入してもらえるよう健康増進課との連携による、ヘルスリテラシーの向上が必要です。 急激に高齢化が進んでいるため、後期高齢者医療と切れ目のない健康支援を行う必要があります。
<p>【平均余命と平均自立期間、死亡の状況から】</p> <p>◆平均余命・平均自立期間 男性:平均余命82.6歳、平均自立期間81.5歳 日常生活に制限がある期間の平均1.1年 女性:平均余命87.9歳、平均自立期間84.8歳 日常生活に制限がある期間の平均3.1年 県に比べ平均余命、平均自立期間ともに長くなっています。</p> <p>◆死亡の状況 男女別の標準化死亡比では男性91.6%～93.9%、女性103.5%～102.8%で、女性が高めに推移しています。 主たる死因は、悪性新生物、心臓病、脳疾患の順に高く、県に比べ心臓病の割合が高くなっています。</p>	32 34 35	女性を中心に、日常生活に制限がない期間を延長させるため、後期高齢者医療との切れ目のない健康支援を行う必要があります。 心臓病の死亡割合が高いことから、心疾患の重症化予防対策が必要です。

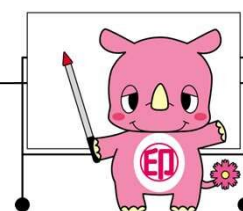
データ分析の結果 (令和4年度データを中心とした状況)	該当 ページ	健康課題
<p>【医療費の分析から】</p> <p>◆医療基礎情報 入院・外来の割合は37.8%対62.2%で、県に比べ外来の割合が高くなっています。 外来の一人当たり医療費は17,830円で、県に比べ高くなっています。</p> <p>◆医療アクセスの状況 病床数や医師数は市内に県の第3次救急指定病院があるため県に比べ多く、一方で、診療所数は県に比べ少なくなっています。</p> <p>◆医療費の状況 男女別・年齢階層別の一人当たり医療費では、男性は50代で40代の1.9倍高くなり、女性は20代で一度高くなり、その後は緩やかに上昇し、60代になり再び高くなっています。</p> <p>◆疾病別医療費の状況</p> <p>・大分類別医療費 入院：1位循環器系の疾患、2位新生物<腫瘍>、3位筋骨格系及び結合組織の疾患 外来：1位新生物<腫瘍>、2位内分泌、栄養及び代謝疾患、3位尿路器系の疾患</p> <p>・細小分類別医療費 入院：1位統合失調症、2位骨折、3位慢性腎臓病(透析あり) 外来：1位糖尿病、2位高血圧症、3位慢性腎臓病(透析あり)</p> <p>◆生活習慣病医療費の状況 医療費全体に占める割合：21.7% 被保険者全体に占める生活習慣病の受診割合：42.3% 医療費：1位腎不全、2位糖尿病、3位高血圧性疾患 患者数：1位糖尿病、2位高血圧性疾患、3位脂質異常症 患者一人当たり医療費：1位腎不全、2位くも膜下出血、3位脳内出血</p> <p>◆人工透析患者の状況 人工透析患者の原疾患は、66.1%がⅡ型糖尿病を起因とする糖尿病性腎症であり、続いて慢性糸球体腎炎、腎硬化症などCKDに分類されるものが多くなっています。 人工透析患者一人当たり医療費 549万円 (このうち、人工透析関連503万円)</p>	36 37 39 40 41 42 43 44 46 47	<p>入院医療費の割合が低いことは、重症化を防いでいる判断につながります。外来の一人当たり医療費が高いことは、原疾患の薬価が高いことや人工透析治療の影響を示唆します。</p> <p>外来医療費の主な疾病は、糖尿病、高血圧症、慢性腎臓病(透析あり)などの生活習慣病関連です。医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合、被保険者全体に占める生活習慣病の受診割合、人工透析患者の原疾患の割合などを踏まえ、糖尿病、高血圧症、腎臓病を中心とする生活習慣病の発症予防、重症化予防の充実が重要かつ不可欠になっています。特に、腎不全による人工透析は、患者や家族の負担が大きく、医療費も高額になることから、重点対策となります。</p> <p>一人当たり医療費では、男性は50代で急増しているため、40代からの保健指導の介入支援が必要です。</p> <p>がんの予防、検診による早期発見、早期治療に向けた対策の充実が必要です。</p> <p>筋骨格系及び結合組織の疾患には関節炎と骨粗しょう症が含まれ、関節炎との関連が深い適正体重の維持の促進や、骨粗しょう症検診、事後指導の充実が必要です。</p>
<p>【医療費の分析から(日常生活圏域からみる医療の状況)】</p> <p>◆日常生活圏域別医療機関の分布状況 特定の地域に偏在しており、本荘圏域、印旛圏域に少ない状況です。</p>	48 49	<p>診療所の偏在により、疾病が重症化した後に医療機関を受診する人が多い地域があります。</p> <p>同地域では特定健康診査受診率も低く、ヘルスリテラシーの向上が必要です。</p>
<p>【医療費の分析から(服薬の状況)】</p> <p>・後発医薬品の使用割合：82.0% (厚生労働省令和4年9月診療分)</p> <p>・重複服薬者(同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている人) 対象数：131人</p> <p>・多剤服薬者(複数の医療機関から長期(14日以上)、かつ6種類以上の薬剤を処方されている人) 対象者数：211人</p>	50 51 51	<p>後発医薬品の使用割合は、国の目標値80%を超えており、先発医薬品からの切替えが進んでいます。重複・多剤服薬は、副作用や薬物有害事象の発生リスクが高まるだけでなく、医療費の増加にもつながることから、地域の薬剤師会との連携により適正な服薬管理や医療機関受診に向けた支援が必要です。</p>

データ分析の結果 (令和4年度データを中心とした状況)	該当 ページ	健康課題
<p>【特定健康診査等データの分析から】</p> <p>◆特定健康診査受診率の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 年齢別受診率は、男女ともに40代～50代が低く、特に男性が低くなっています。 受診率は37%～38%台で推移しており、平成30年度に比べ、1.3ポイント増加しています。 <p>◆特定健康診査等結果の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 内臓脂肪症候群予備群やHbA1cに基準値を超える人が多く、県内他市町村に比べ有意に高い状況が続いています。 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の予備群該当は13.1%、基準該当は18.0%で、ともに増加傾向にあります。 <p>◆特定保健指導実施率の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率は19.8%で、県平均に比べ低くなっています。 特定健康診査実施方法別の特定保健指導実施状況では、集団健診41.4%、個別健診2.8%、人間ドック37.1%で、個別健診からの保健指導実施率が低くなっています。 	52 53 56 59 60 61	<p>40代～50代の特定健康診査受診率は低く、一方で、医療費の分析から、男性の一人当たり医療費は50代から急増していることから、40代～50代の受診率向上が必要です。</p> <p>内臓脂肪症候群の基準該当割合が上昇傾向にあります。</p> <p>HbA1cが高い人が多い状況が続いています。</p> <p>空腹時血糖は基準値以内で、HbA1cだけが低い状態は、糖尿病前段階であったり、食後高血糖の症状が出ていることが多いため、糖尿病予防の対策を重点的に実施する必要があります。</p> <p>また、内臓脂肪症候群予備群の割合も他市町に比べて高いため、基準該当に移行しないよう特定保健指導の利用や啓発を重点的に行う必要があります。</p> <p>特定保健指導実施率が県平均よりも低く、特に、個別健診受診者の実施率が低いことから、対策が必要です。</p>
<p>【レセプト及び特定健康診査等データの分析から】</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病患者一人当たり医療費では、健診未受診者が健診受診者より23,873円高く、生活習慣病入院患者の割合では、健診未受診者が健診受診者より1.7ポイント高くなっています。 	64	<p>一人当たり医療費を抑制するため、生活習慣病の予防や早期発見・早期治療を目的とした特定健康診査の受診を促進する必要があります。</p>
<p>【介護に関する分析から】</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護(支援)認定者の疾病別有病率では、心臓病、高血圧症といった生活習慣病に分類される疾病が上位を占めており、県と同じ傾向にあります。 筋・骨格系疾患は生活習慣病に続き上位を占めており、加えて有病率は微増傾向にあります。 	67 67	<p>要介護状態になることを防いだり、遅らせるため、生活習慣病関連の疾病にかからないよう生活習慣病の予防や重症化予防を引き続き推進する必要があります。</p> <p>また筋・骨格系疾患のある人は転倒リスクが高まり、それに伴い、骨折による入院や要介護状態になるリスクも高くなるため、フレイル対策など、筋力低下防止への取組が必要です。</p>

データ分析の結果 (令和4年度データを中心とした状況)	該当 ページ	健康課題
<p>【後期高齢者に関する分析から】</p> <p>◆医療データからみる現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大分類による疾病別医療費 <p>入院:1位循環器系の疾患、2位筋骨格系及び結合組織の疾患、3位損傷、中毒及びその他の外因の影響</p> <p>外来:1位循環器系の疾患、2位内分泌、栄養及び代謝疾患、3位新生物<腫瘍></p> <ul style="list-style-type: none"> ・細小分類による疾病別医療費 <p>入院:1位骨折、2位脳梗塞、3位関節疾患</p> <p>外来:1位糖尿病、2位高血圧症、3位不整脈</p> <p>◆健診データからみる現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率は29.4%で、県に比べ低くなっています。 ・健康診査の有所見率は収縮期血圧、BMI、LDLコレステロールの順に高くなっています。 ・質問票では、運動・転倒、口腔機能、認知機能に関する質問の該当者が上位を占めています。 	<p>68</p> <p>69</p> <p>71</p> <p>71</p> <p>72</p>	<p>筋骨格系疾患の医療費が高い特徴がありますが、関連疾患には関節炎と骨粗しょう症が含まれます。関節炎との関連が深い適正体重の維持の促進、骨粗しょう症検診や事後指導の充実が必要です。収縮期血圧の高さが要介護につながっている状況です。薬の飲み忘れ等のない、適切な医療管理を維持させるため、リスクの高い人には後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業内での取り組みで対応するとともに、後期高齢者になる前の段階から、血圧管理の正しい知識の普及を行う必要があります。</p>

データ分析の結果から明らかとなった健康課題を整理して、優先すべき課題を5つにまとめ、優先順に並べました。

<p>【課題A】 <u>心疾患、脳血管疾患、腎不全等の原因疾患となる生活習慣病の重症化予防</u></p>
<p>【課題B】 <u>生活習慣病の中でも医療費への影響が最も大きい腎不全による人工透析への新規導入の抑制</u></p>
<p>【課題C】 <u>患者数が多く、医療費への影響が出ている糖尿病、高血圧症を中心とする生活習慣病の発症予防</u></p>
<p>【課題D】 <u>多剤服薬や重複服薬による薬物有害事象の発生リスクの軽減</u></p>
<p>【課題E】 <u>要介護予防のための、年齢に切れ目のない健康支援や関係部署との連携体制の強化</u></p>



項目(優先順)	優先すべき健康課題	対応する保健事業番号	健康課題ごとの目指すべき目的
A	心疾患、脳血管疾患、腎不全等の原因疾患となる生活習慣病の重症化予防	①②	適切な医療管理、生活改善により、心疾患、脳血管疾患、腎不全等につながる生活習慣病の重症化を防ぎます。
B	生活習慣病の中でも医療費への影響が最も大きい腎不全による人工透析への新規導入の抑制	③④	医療機関への受診及び継続受診の勧奨や、適切かつ継続的な保健指導により、腎不全を予防します。
C	患者数が多く、医療費への影響が出ている糖尿病、高血圧症を中心とする生活習慣病の発症予防	⑤⑥⑦⑧⑨	特定健康診査等の推進や生活改善の啓発・支援により、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症を予防します。
D	多剤服薬や重複服薬による薬物有害事象の発生リスクの軽減	⑩⑪	服薬状況の把握により、適正で安全な服薬を促進します。
E	要介護予防のための、年齢に切れ目のない健康支援や関係部署との連携体制の強化	⑫	関係部署との連携を強化し、担当課へのデータ提供や対象者への周知・協力などを行い、年齢に切れ目のない保健事業を推進します。

個別の保健事業については、「2.健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定時 実績 令和4年度 (2022)	目標値					
		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
受診勧奨対象者のうち 医療機関受診割合 (早期受診勧奨事業)	66.0%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%
虚血性心疾患の有病割合	7.7%	7.5%	7.3%	7.1%	6.9%	6.7%	6.5%
脳血管疾患の有病割合	12.1%	12.0%	11.9%	11.8%	11.7%	11.6%	11.5%
新規人工透析患者数 (国保継続加入者)	8人	8人	8人	8人	8人	8人	8人
HbA1c8.0%以上の者の 割合	1.0%	1.0%	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%
特定健康診査受診率	38.9%	39.0%	40.0%	41.0%	42.5%	44.0%	45.0%
特定保健指導実施率	19.8%	20.0%	23.0%	26.0%	27.5%	29.0%	30.0%
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群 割合	該当者 18.0% 予備群 13.1%	17.5% 12.9%	17.2% 12.8%	16.9% 12.6%	16.6% 12.4%	16.3% 12.2%	16.0% 12.0%
糖尿病の有病割合	27.1%	26.6%	26.3%	26.0%	25.7%	25.3%	25.0%
高血圧症の有病割合	26.2%	26.0%	25.8%	25.6%	25.4%	25.2%	25.0%
HbA1c6.5%以上の者の 割合	7.8%	7.7%	7.6%	7.5%	7.4%	7.2%	7.0%
後発医薬品普及率	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%
重複・多剤投与対象者の 改善率 (上段:重複 下段:多 剤)	- 27.3%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%
要介護(支援)認定者の 疾病別有病率のうち、 筋・骨格の割合	50.4%	49.7%	49.4%	49.1%	48.6%	48.3%	48.0%
関係部署との協議回数	9回	10回	10回	10回	10回	10回	10回

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示します。

事業番号	事業名称	事業概要	区分
A-①	受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨(早期受診勧奨)事業(前計画名称:健診異常値放置者受診勧奨事業)	特定健康診査の結果が受診勧奨判定値以上の人に対し医療機関への受診勧奨を実施し、適切な診察や治療が受けられるように促し、生活習慣病の重症化を予防します。	継続
A-②	生活習慣病重症化予防における保健指導事業	主治医からの診察結果報告書や保健指導依頼書に基づき、栄養指導、運動の習慣づけの支援等の生活改善指導が必要な人を把握し、医療機関と連携した支援を実施します。	新規
B-③	糖尿病性腎症重症化予防事業	人工透析導入に至る最大の起因は糖尿病性腎症であり、本市では糖尿病患者が多いこともあり、糖尿病性腎症から人工透析となる割合が国と比べ高い状態にあります。そこで、糖尿病性腎症の発症や重症化リスクを有する人に対し、医療機関への受診及び継続受診を勧奨し、適切かつ継続的な保健指導を実施することにより、糖尿病性腎症の発症や重症化を予防し、新規人工透析への導入を阻止、遅滞させます。	継続
B-④	受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨事業(CKD重症化予防事業)	CKD(慢性腎臓病)は「蛋白尿などの腎障害の存在を示す所見」または「腎機能低下」が3か月以上続く状態で、代表的なものに「慢性糸球体腎炎」や「腎硬化症」が含まれます。CKDは国の人工透析の起因の35%～40%を占める疾患であることから、CKD対策として、腎臓専門医紹介レベルの人への受診勧奨プログラムを実施します。	継続
C-⑤	特定健康診査事業(特定健康診査未受診者勧奨事業を含む)	高齢者の医療の確保に関する法律第20条に基づき、特定健康診査を実施し、生活習慣病の該当者や予備群に、生活習慣の改善指導を実施するとともに、要医療者を適切な治療につなげます。多くの人に健診を受診してもらえるように効果的な周知や受診勧奨を実施していきます。	継続
C-⑥	特定保健指導事業(特定保健指導未利用者勧奨事業を含む)	高齢者の医療の確保に関する法律第24条に基づき、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病のリスクがある人に、保健師、管理栄養士などの医療専門職が早期介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を実施します。特定保健指導の利用につながらない人には、健診結果をもとに個別に再利用勧奨を実施し、多くの人が利用できるよう働きかけていきます。	継続
C-⑦	早期介入保健指導事業(一部に前計画:39歳以下健康診査受診勧奨事業を含む)	症状が軽度なうちから生活改善意識を醸成するため、39歳以下健康診査の受診勧奨や、健診結果に基づきメタボリックシンドロームや高血糖に着目した保健指導を実施します。また、健康診査受診者全員に対し、健診結果と合わせて生活改善に関する情報を送付することで、早期からの生活改善を促します。	継続
C-⑧	特定健診継続受診対策事業	特定健康診査受診者が継続して特定健康診査を受診することで、自らの健康状態の変化にいち早く気づき、早期から生活改善等に取り組めるよう支援します。	新規
C-⑨	人間ドック等助成事業	被保険者の人間ドック及び脳ドックの受検費用の一部を助成し、生活習慣病やその他の疾病の予防、早期発見並びにその治療につなげ、被保険者の健康増進を図ります。また本事業を利用した人間ドックは特定健康診査のみなし健診とし、特定健康診査の受診率の向上につなげます。	新規

事業番号	事業名称	事業概要	区分
D-⑩	後発医薬品使用促進事業	国保連のシステムから抽出された対象者へ差額通知を送付し、先発医薬品から後発医薬品への切替を促進することで、医療費の適正化を図ります。	新規
D-⑪	重複・多剤服薬者指導事業	重複・多剤服薬のリスクを抱えている人を対象に通知を送付し、服薬行動の適正化を図ります。	新規
E-⑫	フレイル予防事業	フレイルは、高齢者にとって生活習慣病と同等かそれ以上に生活の質に関わり、介護が必要になりやすい状態であるため、フレイルに関する健康教育を通じて、介護予防の意識を高めます。	新規

※保健事業の重点・優先度は、事業番号順となります。

※区分は、前計画に位置付けられているかで判定しており、既に行っている事業についても、計画に位置付けられていない場合は新規としています。

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号:A-① 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨(早期受診勧奨)事業 (前計画名称:健診異常値放置者受診勧奨事業)

事業の目的	対象者の医療機関受診率の向上
対象者	当年度の特健康診査結果が市医師会代表医で構成する成人保健専門部会の助言により設定した早期受診勧奨値以上の検査項目がある人。 【基準値】 空腹時血糖:180mg/dl以上(受診中除く)、HbA1c:9.4%以上、血圧:39歳以下160/100mmHg以上、40歳～64歳160/100mmHg以上(受診中除く)、65歳～74歳180/110mmHg以上、中性脂肪:800mg/dl以上、LDL-cho:250mg/dl以上、GOT:200U/L、GPT:200U/L以上、γ-GTP:1000U/L以上、血色素:男8.0g/dl以下、女性6.0g/dl以下、尿酸:9.0mg/dl以上 ※高血圧については、白衣性高血圧の診断結果を過去に受領している人を除きます。
現在までの事業結果	前計画当初は、前年度の特健康診査受診者で厚生労働省が定めた受診勧奨値以上の検査値があり、かつ生活習慣病で医療機関を受診していない人を対象に、通知による受診勧奨を行い、その後の医療機関への受診率を評価していましたが、勧奨後に医療機関受診につながった人の割合は10%に満たない状況でした。令和2年度からは、当年度の健診結果をもとに、市が医師会代表医の助言を得て設定した選定基準に基づき、より医療が必要となる可能性の高い対象者を選定し、電話連絡による受診勧奨を行うことを並行して開始しました。結果として70%程度の受診につながりました。中間評価にて専門家からの助言を踏まえ、それ以降は後述の方法で実施していくよう変更しました。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績		目標値				
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	対象者の医療機関受診率	66.0%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	当年度の健診結果に基づく電話連絡による受診勧奨については、概ね良好な成果が得られているため、今後も継続していきます。なお、令和4年度に、循環器内科、糖尿病代謝内科、腎臓内科の専門医との協議の機会を持ち、そこで対象者の見直しを行い、血圧及び血糖の基準値を引き下げましたので、より適切な時期に医療機関の受診ができるよう支援していきます。 対象者の状況に合わせた受診勧奨を行うため、従事職員の確保と、従事職員の技術力向上のための研修機会を設定します。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

市の医師会代表医で構成する成人保健専門部会の助言のもとで定めた受診勧奨基準による電話での受診勧奨を行います。 ①健診結果をもとに対象者を選定します。 ②管理栄養士、保健師から対象者へ電話連絡し、通院や生活習慣等の状況を確認しながら受診勧奨や保健指導を行います。 ③通院状況について、医師からの診察結果報告やレセプトにより確認します。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

令和5年度から、循環器内科、糖尿病代謝内科、腎臓内科の専門医との協議により、血圧及び血糖の基準値を下げたことから、対象者の増加が見込まれるため、適切に対応できるよう従事職員を確保します。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・特別会計区分での予算計上ですが、国保ヘルスアップ事業の一つとして健康増進課へ執行委任しています。 ・国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。廃止前の前年度結果に基づく受診勧奨通知については外部委託により実施していました。 ・健康増進課では管理栄養士が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、予算執行等を行っています。架電による受診勧奨は管理栄養士、保健師が中心となり業務に当たっています。 ・受診勧奨、相談に関する技術力向上を目的に、令和元年度から従事職員の研修機会を設けました。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・対象者の選定基準の見直しにより対象者数が増加することが見込まれるため、受診勧奨・相談を行う従事者の確保に向け、予算の確保、従事職員の増員を行います。
- ・受診勧奨によっても、「検査値が〇〇以上になったら行くから」などの理由で受診につながらない人が毎年度積み上がっており、このような人はリスクの高い状態が継続しているため、より医療機関への受診を働きかけていけるよう、従事職員の技術力向上のための研修機会を設定していきます。

評価計画

アウトプット評価としては、対象者への受診勧奨実施者数と率割合を評価します。これは、対象者への働きかけは100%行うのが基本になるため、率だけでなく、実数の変化も参考にします。
 アウトカム評価としては、短期的評価として、受診勧奨を実施した人が受診につながったかを評価します。長期的評価としては、HbA1c8.0%以上の者の割合、虚血性心疾患の有病割合、脳血管疾患の有病割合を確認し、医療機関につながることで、疾病が重症化せずに軽度の症状でとどまる人が多くなることを評価していきます。

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施 医療機関への事業説明
通年	対象者選定、受診勧奨の実施
2月	対象者の受診状況確認(レセプト確認、アンケート調査)
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	令和4年度に基準値の見直しを行いましたので、現在のところ、大きな事業変更の予定はありませんが、各疾病のガイドライン等の見直し等に合わせて適宜見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:A-② 生活習慣病重症化予防における保健指導事業

事業の目的	治療中断者の医療機関受診率の向上及び重症化予防保健指導対象者の生活改善の促進
対象者	A:前年度のレセプトデータから、生活習慣病の治療を中断していると思われる人。 B:特定健康診査、後期高齢者健康診査、39歳以下健康診査受診者のうち、集団健診で受診した人の中で、現在、生活習慣病関連等の治療をしておらず、新規に要治療項目があった人。 C:市内医療機関を受診している患者のうち、市内在住で医師が保健指導が必要と判断した人。
現在までの事業結果	集団健診受診者でBの対象となる人については、平成13年度から健診結果に受診勧奨通知を同封し、対象者への受診が必要な項目の連絡と、担当医宛の「診察依頼兼診察結果報告書」を同封する仕組みで運用してきました。令和2年度から、「診察依頼兼診察結果報告書」の保健センターへの連絡部分を修正し、「保健指導が必要」を「栄養指導が必要」と「運動の習慣づけの支援が必要」に分けたところ、保健指導よりもイメージがしやすくなり、医療機関からの紹介数が増加しています。 令和元年度からの糖尿病性腎症重症化予防事業における医療機関との連携を機に、医療機関からの栄養指導の要望が増えたことから、医療機関からの紹介による患者への保健指導ができるよう事業化し、紹介様式を作成しました。若年層で保健指導が必要な人を特に紹介してもらいたいことを伝えたと、日頃保健センターで関わることの少ない、働き盛りの患者への指導機会を得ることができています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	治療中断疑い者への通知後、受診行動があった者の割合	27.8%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	来所保健指導実施者、運動教室参加者のうち、生活改善目標がたてられた者の割合	100%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	来所保健指導実施者、運動教室参加者のうち、生活改善が進んだ者の割合	81.0%	83.0%	83.0%	84.0%	84.0%	85.0%	85.0%
アウトプット(実施量・率)指標	治療中断疑い者への受診勧奨通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	診察結果報告にて依頼のあった人への栄養指導実施率	84.6%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
	医療機関からの紹介のあった患者への保健指導実施率	100%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	運動教室参加者数	17人	20人	21人	22人	23人	24人	25人

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	治療中断疑いの人への受診勧奨通知は、対象者の状況に合わせた治療の必要性を客観的に示しており、治療へ前向きになりにくい対象者の特性を考慮すると、一定の効果を上げているため継続していきます。 診察結果報告による栄養指導依頼や運動の継続支援、患者の保健指導依頼では、医療機関と連携して実施できているため今後は成果をフィードバックするなどして、より多くの医療機関と連携がとれるようにしていきます。 運動の継続支援では、運動の習慣がない対象者に運動の楽しさや心地よさを感じてもらい、身についた習慣を支援期間後も継続していけるよう他事業と連携して、事業内で紹介の時間を設けるなどして支援していきます。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<p>A:①外部委託により、対象者を抽出し、年に1回、医療機関への受診勧奨通知を送付します。 ②勸奨通知後、通知月を含めた3か月分のレセプトで受診状況を確認し、効果測定を行います。</p> <p>B:①健診結果に受診の案内(医療機関宛の診察依頼兼診察結果報告書)を同封します。 ②受診後に医療機関から診察結果報告が返信されるので、医師の依頼に従い日程調整の上栄養指導や運動の継続支援を実施します。 ③本人を通じて指導結果の報告を行います。 ④指導から1か月後に本人へ状況確認のアンケートを実施します。</p> <p>C:①予め医療機関に配布している様式により医師から栄養指導の依頼を受け、日程調整の上実施します。 ②本人を通じて指導結果の報告を行います。 ③指導から1か月後に本人へ状況確認のアンケートを実施します。</p>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>診察結果報告は医療機関の協力で平成13年度から続けている市オリジナルの取組のため、今後もこの連携を大切に継続していきます。医療機関からの患者紹介により若い頃からリスクを抱えている人へのアプローチができるようになったため、結果をフィードバックするなどして、多くの医療機関が利用できるよう一層働きかけていきます。</p>

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・特別会計区分での予算計上ですが、国保ヘルスアップ事業の一つとして健康増進課へ執行委任しています。 ・国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。 ・健康増進課では管理栄養士が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、予算執行等を行っています。保健指導は管理栄養士、保健師が中心となり業務に当たっています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>重症化予防対策では、合併症を引き起こしていることもあり、患者一人一人の病状や治療方針を理解した上での保健指導が求められます。そのため、指導内容が画一的なものにならないよう従事職員の指導技術の向上のための研修会を設けます。また、医療機関への指導報告を行うなどして連携を深めていきます。</p>
--

評価計画

<p>アウトプット評価としては、保健指導の実施率を事業評価します。 アウトカム評価としては、相談内容への理解が具体的な目標設定につながることから、目標設定ができることをアウトカム評価し、生活改善が進むことを成果と捉えます。</p>
--

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施 医療機関への事業説明
4月～10月	Aの対象者に対する事業 ①委託契約、打合せ ②データ提出 ③通知文作成、修正 ④通知 ⑤効果判定
通年	B、Cの対象者に対する事業 ①医療機関への事業説明 ②医療機関からの「診察結果報告での栄養指導依頼」「保健指導依頼」による保健指導 ③相談1か月後の生活改善目標達成状況アンケート調査
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	令和2年度、令和3年度に実施プログラムを変更したので、現在のところ、大きな事業変更の予定はありません。情勢の変化に合わせて見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:B-③ 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
対象者	A:当年度の特定健康診査受診者(人間ドック受検者を含む。)、39歳以下健康診査受診者のうち、 a:空腹時血糖126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl以上)又はHbA1c7.0%以上、 b:尿蛋白±以上またはeGFR60ml/分/1.73m ² 未満(70歳以上は50ml/分/1.73m ² 未満)のabの両方に該当する人。 (ただし、がん、精神疾患等他の疾病管理が優先される人を除く。) B:前年度特定健康診査を受診していない人で、過去3年間に糖尿病関連の薬剤レセプトがあり、かつ医療機関受診中断が疑われる人。
現在までの事業結果	平成30年度から事業を開始し、開始時は病期や治療方針等の状況確認を対象者本人から行っていましたが、十分な情報が得られなかった反省から、令和元年度より、医療機関からの診察結果と保健指導依頼の有無の報告に基づく実施方法に改め、医療機関と連携の取れる体制を整えました。 市内には糖尿病や腎臓の専門医が少なく、保健指導に関わるコメディカルスタッフが揃ったクリニックも少ないことから、治療中の患者でも保健指導ができる形態のプログラムとしました。この事業を通して、医療機関との連携が進み、他の疾患の保健指導の依頼なども受けるようになり、保健事業全体に波及効果が見られています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	医療機関受診率・継続率(年度末)	対象者A 86.8% 対象者B 50.0% (2人)	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	保健指導実施者意識行動ステージの改善率	82.1%	83.0%	83.0%	84.0%	84.0%	85.0%	85.0%
	保健指導実施者生活改善が進んだ者の割合	85.7%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%	90.0%
	前年度事業対象者管理等が良好な者(受診継続者・治療不要者)の割合	95.9%	96.0%	96.0%	96.0%	97.0%	97.0%	97.0%
	前年度事業対象者の健診検査値の悪化HbA1cが7.0%以上の者の割合	33.3%	30.0%	30.0%	25.0%	25.0%	20.0%	20.0%
	前年度事業対象者の健診検査値の悪化eGFRの年間5ml/分/1.73m ² 以上の低下者の割合(参考値)	20.0%	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨率	100% (71人)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導実施者数	実 51人 (延 74人)	55人	56人	57人	58人	59人	60人

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	令和元年度からの実施方法で定着してきているため、今後も医療機関との良好な連携体制を維持しながら事業を継続していきます。 事業対象者の85%程度の人が受診につながっている一方で、未受診又は治療中断者が積み上がってきています。こうした人は数年間の症状の放置により、高リスク状態にあるため、受診行動につながる勧奨ができるよう従事職員の研修による技術力の向上や、リスクが見える化されるツールの利用などにより工夫をしていきます。 長期的評価として、個々人の評価、事業全体の評価を行っていきます。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

平成30年度から事業を開始し、令和元年度より事業内容を見直し、医療機関からの診察結果と保健指導依頼の有無の報告に基づく実施方法に改め、医療機関と連携の取れる体制を整えました。
また、市内には糖尿病や腎臓の専門医が少なく、保健指導に関わるコメディカルスタッフが揃ったクリニックもあまりないことから、治療中の患者でも市が保健指導を補完できる形態で事業プログラムを作成しました。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

新型コロナウイルス感染症の影響により、運動・身体活動量の減少による検査値の悪化が見られる人が多くなっているため、影響前の活動量や生活習慣に戻せるよう運動面の支援を充実させていきます。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・特別会計区分での予算計上ですが、国保ヘルスアップ事業の一つとして健康増進課へ執行委任しています。
- ・国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。
- ・健康増進課では管理栄養士が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、予算執行等を行っています。受診勧奨や保健指導は管理栄養士、保健師が中心となり業務に当たっています。
- ・受診勧奨、相談に関する技術力向上を目的に、令和元年度から従事職員の研修機会を設けました。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

長期的な評価を行う時期になっているため、事業を実施しながら評価する時間が作れるよう調整していきます。

評価計画

アウトプット評価としては、対象者全員に受診勧奨を行うため、勧奨率と実施人数を評価します。併せて、保健指導人数も評価します。アウトカム評価としては、短期的評価として受診勧奨による医療機関受診率・継続率(年度末時点)、保健指導による意識行動ステージの改善と生活習慣の改善を評価します。中期的評価としては、前年度事業対象者の医療機関の継続受診率、健診検査値(HbA1c、eGFR)の悪化状況を評価します。長期的評価としては、新規人工透析導入者数やそのうちの起因疾患に糖尿病を有する人数を評価しますが、これは本事業だけの評価ではないため、全体評価として実施します。

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施 医療機関への事業説明
通年	Aの対象者に対する事業 対象者選定、事業の実施 ①健診結果による対象者選定⇒レセプト確認⇒対象者決定 ②対象者への事業案内(電話・通知) ③医療機関からの診察結果報告等による保健指導の実施(対象者の状況に合わせて複数回実施) ④事業案内から4～5か月後にレセプトによる医療機関受診状況確認、再受診勧奨
9月～	Bの対象者に対する事業 対象者選定、事業の実施 ①対象者リスト発行委託機関からのリスト受け取りレセプト確認⇒対象者決定 ②対象者への電話による状況確認、受診勧奨 ③医療機関からの診察結果報告等による保健指導の実施(対象者の状況に合わせて複数回実施) ④事業案内から4～5か月後にレセプトによる医療機関受診状況確認、再受診勧奨
1月～2月	当年度対象者の受診状況確認(年度末評価)(レセプト確認、電話による聞き取り) 前年度対象者の受診状況確認、健診結果確認(中間評価)(レセプト確認、健診受診状況確認、電話による聞き取り) ⇒状況悪化の人には電話相談の実施
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	令和5年度に対象者の見直しを行いましたので、現在のところ、大きな事業変更の予定はありません。情勢の変化に合わせて見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:B-④ 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨事業
(CKD重症化予防事業)

事業の目的	CKD(慢性腎臓病)患者の病期進行阻止
対象者	特定健康診査受診者、39歳以下健康診査受診者、40歳以上健康診査受診者、人間ドック受検者で、eGFR45ml/分/1.73m ² 未満もしくは、eGFR45ml/分/1.73m ² 以上60ml/分/1.73m ² 未満かつ尿蛋白2+または3+となった人。(ただし、糖尿病性腎症重症化予防の事業対象者と重なった場合は糖尿病性腎症重症化予防事業を優先する。)
現在までの事業結果	令和4年度から事業を開始しました。令和4年度は市から直接腎臓専門医への受診勧奨の形で実施しましたが、腎臓専門医から主治医へのフィードバック方法を求める意見が出たことを受け、令和5年度からは、患者から主治医に相談をするよう通知し、必要に応じて主治医から専門医を紹介してもらう方法で実施することにしました。主治医から診察結果の報告を提出してもらうことで、市での状況把握と必要な人への保健指導依頼を受けられる様式等を整え、令和5年度当初に市内の内科を標榜する各医療機関に説明を行いました。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	受診勧奨者のうち医療機関受診の割合	66.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨者の割合	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導実施率	-	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	令和4年度からの事業であるため、プログラムが確定しておらず、修正しながらより良い方法を目指す段階ではありますが、今後も医療機関との連携、協力のもと、対象者にとって有効な方法で進められるよう実施方法を確立していきます。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

令和4年度からの実施に当たっては、成人保健事業(健(検)診、保健指導)医療機関マニュアルで示し、説明を実施しました。また、同年12月に実施した循環器内科、糖尿病代謝内科、腎臓内科専門医との協議の際に、実施方法の改善を求める声があり、令和5年度にかけて、主治医から腎臓内科医を紹介してもらう現在のプログラムに変更しました。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

医療機関との連携を深め、必要な患者を腎臓専門医につなげる仕組みを構築していきます。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・特別会計区分での予算計上ですが、国保ヘルスアップ事業の一つとして健康増進課へ執行委任しています。 ・国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。 ・健康増進課では管理栄養士が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、予算執行等を行っています。受診勧奨や保健指導は管理栄養士、保健師が中心となり業務に当たっています。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

令和5年度から新たに医療機関からの依頼による保健指導を開始したため、今後も従事職員の指導力向上につながる研修機会を設け、より適切な指導ができるようにしていきます。

評価計画

<p>アウトプット評価としては、対象者全員に受診勧奨を行うため、勧奨率と実施人数を評価します。合わせて、保健指導人数も評価します。</p> <p>アウトカム評価としては、受診勧奨による医療機関受診率を評価します。長期的評価としては、新規人工透析導入者数を評価しますが、これは本事業だけの評価ではないため、全体評価として実施します。</p>

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施 医療機関への事業説明
通年	対象者選定、事業の実施 ①健診結果による対象者選定⇒レセプト確認⇒対象者決定 ②対象者への事業案内(電話・通知) ③医療機関からの診察結果報告等による保健指導の実施 ④事業案内から4～5か月後にレセプトによる医療機関受診状況確認、再受診勧奨
1月～2月	当年度対象者の受診状況確認(年度末評価)(レセプト確認、電話による聞き取り)
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	令和5年度に実施プログラムを変更しましたので、現在のところ、大きな事業変更の予定はありません。情勢の変化に合わせて見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業の目的	健康診査による生活習慣病の発症や重症化予防 特定健康診査受診率の向上
対象者	国民健康保険の被保険者のうち、毎年度、4月1日時点における加入者で、当年度において40歳～74歳の人。(ただし、妊産婦や長期入院者等を除く。)
現在までの事業結果	対象者全員への問診票の送付により、周知を行っています。 未受診者対策としては、対象者を特定健康診査受診歴や医療機関受診歴等でセグメント化し、セグメントごとの特徴に合わせた通知を作成のうえ、勧奨通知を送付しています。 受診傾向としては、集団健診が減り、個別健診が増えています。 これまでの取り組みから、40代～50代の受診率が低迷していることや、勧奨通知では、医療機関受診者で、かつ健診未受診者には効果が出ていない状況です。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値						
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)	
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査受診率	38.9%	39.0%	40.0%	41.0%	42.5%	44.0%	45.0%	
	年齢階層別受診率 (40代～50代の受診率)	40代	24.0%	25.0%	27.0%	29.0%	31.0%	33.0%	35.0%
		50代	25.8%	26.0%	30.0%	33.0%	36.0%	38.0%	40.0%
	受診勧奨通知対象者の 受診率	14.4%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	25.0%	
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への周知の 実施回数	16回	20回	20回	20回	20回	20回	20回	
	未受診者への受診勧奨 通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	対象者全員への問診票の送付については、特定健康診査に対する意識醸成の観点から重要かつ有効であると考えられるため、今後も継続していきます。周知効果の出ていない40代～50代の対象者については、健診を受けない理由や受けやすくする方法をアンケート調査し、その結果に基づき、受診につながる勧奨方法や健診の実施方法を工夫していきます。特定健康診査の実施に当たっては、健康増進課との連携により被保険者がより利用しやすい実施体制を構築していきます。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 対象者全員に問診票を直接送付しています。 特定健康診査は、集団健診、個別健診の併用により実施し、かかりつけ医や身近な公共機関で受診できるようにしています。 集団健診では、新型コロナウイルス感染症の影響を機に、予約システムを導入し、待ち時間への負担軽減を図っています。 人間ドック受検者の結果をみなし健診として取り込んでいます。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 集団健診については、できるだけ利用しやすいよう日時、場所、自己負担額などの見直しを行います。特に、人口が集中している地区での実施回数を増やしていきます。 個別健診については、医療機関との連携を深め、普段の診療上の検査を健診として総合的な身体状況の確認に活用していただくよう促進していきます。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 特別会計区分での予算計上ですが、健康増進課へ執行委任しています。 国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。 健康増進課では保健師、管理栄養士が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、契約、予算執行等を行っています。集団健診実施日の担当は、係全体で運営しています。 集団健診は健診機関、個別健診は市内医療機関等への外部委託により実施しています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康増進課が令和7年度に他施設へ移転することから、国保年金課と物理的に距離が離れるため、連携体制の強化を図っていきます。

評価計画

アウトプット評価としては、対象者への周知回数や未受診者への受診勧奨率を評価します。
 アウトカム評価としては、短期・中期評価として40代～50代の受診率を評価します。長期評価としては、特定健康診査全体の受診率を評価します。生活習慣病の発症や重症化予防についての評価は、本事業だけの評価ではないため、全体評価として実施します。

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	健診実施に向けた準備、問診票発送 医療機関への説明、契約
5月～6月	前年度健診結果入力情報の確認(交付金申請用)
6月～12月	健診実施期間 個別:26医療機関、集団:28日間(令和5年度現在)
8月末	未受診者への受診勧奨(特定健康診査)
8月～9月	前年度健診結果入力情報の確認(法定報告前確認)
9月～3月	次年度健診実施準備 予算、会場借用、各種契約に向けた調整
7月～翌年度9月	健診結果のシステムへの取り込み

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
令和5年度	市民アンケート「健康増進計画関連」による健診状況調査 ・健診受診状況 ・健診未受診理由 ・健診受診がしやすい環境を整えるための希望
令和6年度	市民結果アンケート結果を受けた改善方法の検討 ⇒関係機関との調整、令和7年度以降の予算へ随時反映
令和7年度～	改善方法を踏まえた事業の実施 ⇒予算前、年度末に効果判定し、次年度で修正し実施

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	1月～5月 事業実施に向けた詳細な計画立案
D(Do)	4月～5月 問診票作成、送付 以後、6月以降は随時作成
	6月～12月 健診実施
	7月～翌年9月 結果入力、修正
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・委託機関の実施状況確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:C-⑥ 特定保健指導事業(特定保健指導未利用者勧奨事業を含む)

事業の目的	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少 特定保健指導実施率の向上
対象者	A:特定保健指導 特定健康診査結果(人間ドック等みなし健診を含む。)を国の基準により生活習慣病のリスクに応じて階層化し、積極的支援又は動機付け支援の対象と判定された人。 B:情報提供 特定健康診査受診者全員
現在までの事業結果	平成25年度から事業を開始し、平成30年度からは集団健診受診者に健診会場で初回面接の分割実施を始め、結果として、集団健診受診者の特定保健指導の実施率は40%程度まで上がっています。 個別健診、人間ドック受検者は、令和3年に導入したナッジ理論を応用した勧奨通知により、実施率は年々上がっています。一方で、個別健診受診者の実施率は10%台と低迷しています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の割合	該当者 18.0% 予備群 13.1%	17.5%	17.2%	16.9%	16.6%	16.3%	16.0%
	特定保健指導利用者の生活習慣改善率(受託者報告)	栄養・食生活 92.6% 身体活動 54.4%	93.0%	93.0%	94.0%	94.0%	95.0%	95.0%
	特定保健指導実施率	19.8%	20.0%	23.0%	26.0%	27.5%	29.0%	30.0%
	健診方法別特定保健指導実施率 集団健診	41.4%	41.5%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	45.0%
	健診方法別特定保健指導実施率 個別健診	2.8%	15.0%	20.0%	25.0%	25.0%	30.0%	30.0%
	健診方法別特定保健指導実施率 みなし健診(人間ドック等)	37.1%	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%	39.5%	40.0%
アウトプット(実施量・率)指標	個別的な再利用勧奨通知により利用につながった人数	5人	5人	5人	6人	6人	7人	7人

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	集団健診での初回面接の分割実施については、効果が高いため、今後も継続していきます。 ナッジ理論を応用した参加勧奨通知については、毎年、通知書の仕様を変更しながら、今後も継続していきます。 個別健診受診者に対しては、特定保健指導の参加につながる対策を契約医療機関と協議しながら、本計画期間内に事業化していきます。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<p>外部委託により実施します。</p> <p>①委託契約、打合せ</p> <p>②集団健診会場での初回面接の分割実施(腹囲、BMI、血圧、前年度の血糖値データにより対象者を選定します。)</p> <p>③特定保健指導対象者の選定(集団健診は健診・保健指導委託機関、個別健診・人間ドックは市で選定の上資料を送付します。)</p> <p>④特定保健指導の実施(委託機関の保健師、管理栄養士により3か月間の支援を行います。)</p> <p>⑤委託機関からの業務報告</p>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

令和5年度から実施する対象者の状況に合わせた再利用勧奨通知については、自らの生活や症状の振り返りになることから、新たな利用につながるよう取り組んでいきます。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・特別会計区分での予算計上ですが、健康増進課へ執行委任しています。
- ・国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。
- ・健康増進課では管理栄養士、保健師が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、契約、予算執行等を行っています。
- ・個別健診、人間ドック等のみなし健診分の対象者の階層化は市で実施し、集団健診分は委託機関が行っています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・外部委託による実施は概ね良好なため、今後も委託機関との連絡調整を密にし、業務内容や成果を確認しながら実施していきます。
- ・特定保健指導プログラムの改定により、階層化基準の変更やICTの推進などの変更点があるため、適切に対応できるよう調整していきます。

評価計画

アウトプット評価としては、個別的な再利用勸奨により保健指導につながった人数を評価します。なお、令和5年度から事業化したため、適宜修正を加えながら実施していきます。
 アウトカム評価としては、健診方法別保健指導の実施率を評価し、特に個別健診からの実施率が向上するよう実施していきます。また、特定保健指導の実施による生活改善率を確認することで、委託機関の実施内容を評価します。長期評価としては、特定保健指導実施率やメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合を評価します。

年間スケジュール

時期	市	委託業者
通年	個別健診・人間ドックの階層化による対象者選定	対象者への利用勸奨・決定通知
4月	契約、打合せ、市利用勸奨通知作成	契約、打合せ
4月～6月	前年度保健指導実施状況入力・確認(交付金前確認)	
4月下旬～3月上旬		保健指導の実施
8月～9月	前年度保健指導実施状況入力情報の確認(法定報告前確認)	
11月～	再利用勸奨原稿準備	再利用勸奨
3月	評価	評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
令和5年度～令和6年度	個別医療機関、特定保健指導委託機関との協議により、個別健診からの特定保健指導利用者の増加に向けた対策を検討します。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	1月～3月 契約内容の見直し、会場設定
	4月 年間スケジュール、実施案についての委託機関との協議
D(Do)	4月、11月 市の利用勸奨通知の作成
	通年 保健指導対象者の選定、実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認、調整
	・委託機関の実施状況確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:C-⑦ 早期介入保健指導事業
(一部に前計画:39歳以下健康診査受診勧奨事業を含む)

事業の目的	39歳以下被保険者の健康診査受診率の向上と生活改善の促進
対象者	A:39歳以下健康診査 被保険者のうち、35歳～39歳の人全員と19歳～34歳の希望者 B:早期介入保健指導 a. 集団健診会場でのワンポイント指導…腹囲:男性85cm以上、女性90cm以上またはBMI:25以上で、 血圧:135/85以上の人 b. 電話・来所による保健指導…(a)39歳以下健康診査受診者で、健診結果から特定保健指導の積極的支援や 動機付け支援相当となる人。(b)39歳以下健康診査及び特定健康診査受診者のうち40歳～64歳の人で、 HbA1c6.5%以上の人(いずれも、他の事業で支援する人を除く。) C:生活改善関連資料の配付 特定健康診査、後期高齢者健康診査、及び39歳以下健康診査受診者全員
現在までの 事業結果	Aの39歳以下健康診査については、受診率向上の対策として、令和3年度から35歳～39歳の被保険者全員に問診票を 送付しており、結果として、被保険者の受診率は39歳以下健康診査全体の受診率を上回っています。 Bの早期介入保健指導については、市の積極的な関わりにより保健指導を実施する予定でしたが、従事職員の確保が 難しく、他事業との調整の中で、緊急性が低いとして資料送付しか行えない状況でした。令和3年度に集団健診会場 で特定健康診査等委託機関による10分程度のワンポイント指導を実施し、令和4年度からは管理栄養士の人員確保が できたため、本来の電話や来所による指導が可能となりました。 Cの健診結果送付時の生活改善関連資料については、令和2年度から市の健康課題である糖尿病等の疾病やそれらを 引き起こす生活習慣に着目し、最新の情報やSNSの活用による内容の改善など工夫しながら、市オリジナル資料を作成、 提供するようにしました。健康教育や健康相談の際に参考になったとの意見を受けています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム (成果) 指標	来所による保健指導実施者 のうち、生活改善ができた 割合	未把握	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	被保険者の39歳以下 健康診査受診率	18.6%	20.0%	25.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	集団健診会場での 保健指導実施人数	12人	12人	15人	15人	16人	16人	17人
	メタボリックシンドローム に着目した保健指導実施率	75.4% (40人)	77.0%	78.0%	79.0%	79.0%	80.0%	80.0%
	HbA1cに着目した 保健指導実施率	73.8% (59人)	77.0%	78.0%	79.0%	79.0%	80.0%	80.0%
	生活改善関連資料の配付数	8,490部	8,500部	8,600部	8,650部	8,700部	8,750部	8,800部

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成する ための主な戦略	35歳～39歳の被保険者への問診票の送付は、定期的な健診受診が習慣化され、特定健康診査の受診にもつながると 期待できるため、今後も継続していきます。 きめ細かな保健指導体制を築くため、予算や保健指導従事職員の確保に努めます。 集団健診会場での指導は健診時以外に時間を作りにくい若年層への働きかけとして有効なため継続していきます。 来所による保健指導を受けられない人に電話相談を実施していますが、SNSの活用等により、より利用しやすい相談 方法を検討していきます。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 39歳以下健康診査では、35歳～39歳の被保険者全員に問診票を送付します。 早期介入保健指導では、B-aの対象者に、集団健診会場での10分程度の保健指導を外部委託により実施します。また、B-bの対象者に 来所又は電話での保健指導を実施します。(対象者の状況に応じて実施回数は変動します。) 健診受診者全員に、健診結果返却時に生活改善に関する資料を配付します。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

電話での相談が多く、生活改善目標を具体的に定めて複数回の指導を行うことが難しい場合も多いため、SNSの活用等を含め、より適切な指導ができるようプログラムを検討します。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

令和3年度から、指導の一部に外部委託を取り入れ、令和4年8月からは任期付管理栄養士の任用により、保健指導従事職員の拡充を行いました。
令和5年度から、若年層の被保険者に対する保健指導の充実のため、被保険者の39歳以下健康診査の予算を国保特別会計に移し、保健指導と一体的に取り組むようにしました。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健指導従事職員の確保により、きめ細かな指導を行い、改善状況が評価できるよう体制を構築していきます。

評価計画

アウトプット評価としては、集団健診会場での保健指導実施人数、メタボリックシンドロームに着目した保健指導実施率・実施者数、HbA1cに着目した保健指導実施率・実施者数、生活改善関連資料の配付数を評価します。
アウトカム評価としては、被保険者の39歳以下健康診査受診率、来所による保健指導実施者のうち、生活改善ができた人の割合を評価し、事業成果、方向性の判断とします。

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施
6月～12月	A:39歳以下健康診査 特定健康診査と同じスケジュールで実施
6月～3月	B:早期介入保健指導 a. 集団健診会場でのワンポイント指導…集団健診会場にて10分程度の生活改善に関する指導 b. 来所による保健指導…来所による複数回の保健指導(来所が難しい場合は電話での指導や資料送付)
6月～12月	C:生活改善関連資料の配付…健診結果返却時に配付
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	現在のところ、大きな事業変更の予定はありません。情勢の変化に合わせて見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:C-⑧ 特定健診継続受診対策事業

事業の目的	早期からの生活改善等の取組の促進
対象者	A:経年(3年)比較できる健診結果の提供 集団健診利用の特定健康診査、後期高齢者健康診査、39歳以下健康診査受診者 B:健診結果個別相談の実施 特定健康診査、後期高齢者健康診査、及び39歳以下健康診査受診者全員
現在までの事業結果	Aの経年(3年)比較できる健診結果の提供については、特定健康診査が開始された平成25年度から開始しました。Bの健診結果に関する個別相談については、平成25年度から平成30年度までは集団健診受診者に健診結果と合わせて個別相談チラシを送付していましたが、令和元年度からは個別健診受診者にも同チラシを送付したところ、来所相談人数は、平成30年の44人から令和元年度には123人となり、大幅に増えました。その後も、集団、個別の健診方法を問わずに、健診受診者が自らの変化に気づき、早期に生活改善に取り組めるよう支援しています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	保健指導により生活改善目標設定ができた者の割合	100% (59人)	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
アウトプット(実施量・率)指標	経年比較のできる健診結果の提供割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導実施者数	59人	60人	62人	64人	66人	68人	70人

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<p>集団健診で提供している経年変化の見られる結果表の使用は継続します。</p> <p>保健指導利用者が増加するよう健診結果に同封するチラシの内容を工夫していきます。</p> <p>生活改善目標の設定については、対象者本人が相談内容を自分事として捉え具体的な目標を定められるよう、健康宣言書を活用してできる限り記入していただくよう働きかけます。</p>
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<p>集団健診の健診結果については、委託機関で国が示すものと同じ様式で作成しているため、特定健康診査開始時から3か年の経年変化が見られる様式で運用しています。</p> <p>健診結果個別相談については、令和元年度から集団健診に個別健診を加え、対象者を拡充しました。相談日程の入ったチラシを健診結果返却時に配付し、申込制で相談を受けています。</p>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>マイナンバーカードにより自身の健診結果を確認できるようになるため、経年変化の確認を周知し、健診結果相談の利用を促進していきます。</p>

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・特別会計区分での予算計上ですが、国保ヘルスアップ事業の一つとして健康増進課へ執行委任しています。 ・国保年金課では健康増進課と連絡調整し、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。 ・健康増進課では管理栄養士が主担当となり、事業計画、予算編成案作成、予算執行等を行っています。保健指導は管理栄養士、保健師が中心となり業務に当たっています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>保健指導従事職員の確保に必要な予算を確保します。</p> <p>今後も従事職員の指導力向上につながる研修機会を設け、より適切な指導ができるようにします。</p>

評価計画

<p>アウトプット評価としては、経年変化の見られる結果表の配付部数と保健指導実施者数を評価します。</p> <p>アウトカム評価としては、保健指導を通じて具体的な生活改善目標を立案できた人の割合を評価します。</p>
--

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施 委託機関との契約・打合せ
6月～12月	B:健診結果個別相談の実施 ①チラシの作成 ②チラシの医療機関、健診委託機関への納品(5月) ③健診結果返却時に配付 ④申込制による相談の実施、生活改善目標の設定
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	現在のところ、大きな事業変更の予定はありません。情勢の変化に合わせて見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:C-⑨ 人間ドック等助成事業

事業の目的	人間ドック等の利用を促進し、生活習慣病の発症や重症化の予防を図ります。
対象者	国民健康保険の被保険者であり、当該年度において40歳～74歳の人
現在までの事業結果	人間ドック・脳ドック等の受検者の受検費用の一部を助成し、人間ドックを受検した場合は、市の特定健康診査を受診したものとみなして特定健康診査受診率に含めることによって、受診率向上に寄与しています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査 受診率	38.9%	39.0%	40.0%	41.0%	42.5%	44.0%	45.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	広報・HP等による周 知	17回	17回	17回	17回	17回	17回	17回

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	広報・HP等で多くの対象者に制度のことを知ってもらい、人間ドック等の受検を促進し、特定健康診査受診率の向上につなげていきます。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 市の指定医療機関で受検する場合は、事前に申請をして、市の決定通知を受検日に医療機関に提出することで、当日の支払金額が市の助成金額分を差し引いた金額となります。 市の指定医療機関以外で受検する場合は、受検が終わり、受検結果表が届いてから手続を行うことにより、後日助成金が市から支払われます。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

費用対効果を確認しながら、適宜実施方法の見直しを行います。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保年金課とし、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当します。 印西市国民健康保険運営協議会において、年1回、被保険者代表や保険医代表等に報告します。 市内及び近隣の指定医療機関と協定を締結し、連携を取ります。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

費用対効果を確認しながら、適宜実施体制の見直しを行います。

評価計画

アウトプット評価としては、「広報・HP等による周知」において、対象者への情報提供をどの程度行うことができたかを評価します。アウトカム評価としては、「特定健康診査受診率」において、特定健康診査受診者も含め、対象者自身の健康状態の把握がどの程度進んでいるかを評価します。

年間スケジュール

時期	内容
4月	指定医療機関との協定締結
通年	申請受付、支給決定、支払
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	適宜見直しを図ります。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:D-⑩ 後発医薬品使用促進事業

事業の目的	後発医薬品の使用促進
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者
現在までの事業結果	国保連への委託により、後発医薬品差額通知書を送付しており、後発医薬品の使用割合は緩やかに上昇していますが、令和2年度の後発医薬品メーカーによる品質不正の発覚をきっかけに、後発医薬品の供給不足が続いているため、使用割合の伸び率は鈍化しています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品使用割合	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	国保連への委託により、後発医薬品への切替促進事業を継続します。なお、委託内容は、後発医薬品利用差額通知の作成、サポートデスク、事業報告とします。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- ・国保連のシステムから作成する対象者リストを抽出後、職員が対象者を選定して、差額通知書を送付しています。
- ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより200円以上の差額が発生する見込みの被保険者で、循環器系、消化器系、呼吸器系、糖尿病性医薬品を服薬している人を選定しています。
- ・通知は年3回実施しています。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

費用対効果を確認しながら、適宜実施方法の見直しを行います。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・国保年金課では、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。
- ・印西市国民健康保険運営協議会において、年1回、被保険者代表や保険医代表等に報告します。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

費用対効果を確認しながら、適宜実施体制の見直しを行います。

評価計画

アウトプット評価としては、対象者への通知割合を評価します。
アウトカム評価としては、後発医薬品使用割合を評価します。国保連から提供される帳票等を活用し、厚生労働省が保険者別の後発医薬品使用割合を毎年度2回(毎年9月診療分と3月診療分)公表することを踏まえ、9月診療分の結果を確認します。

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 委託契約締結
7月、11月、3月	差額通知書の送付(年3回)
通年	コールセンターの設置(外部委託)
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	適宜見直しを図ります。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:D-① 重複・多剤服薬者指導事業

事業の目的	適正な服薬管理の促進
対象者	A:重複服薬 同一月内に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている被保険者 B:多剤服薬 多くの種類の薬剤を長期で服用している被保険者
現在までの事業結果	令和5年度に、受診行動適正化事業として、重複受診者、頻回受診者、重複服薬者を対象に、勧奨通知及び保健指導を実施しています。外部委託により実施しましたが、保健指導への参加者は1名となり事業成果が低いことから、事業の方向性を検討する必要があります。 また、令和2年度から、多剤服薬者を対象に服薬情報通知を送付しています。通知による効果は年度ごとに差があるため、一定の成果を上げられるよう事業内容等の見直しが必要となっています。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム (成果) 指標	対象者の改善率 (上段:重複服薬、 下段:多剤服薬)	- 27.3%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%	35.0% 30.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者に対する 周知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	重複及び多剤服薬者に対する事業は一体的に実施し、効果的かつ効率的な事業運営とします。 実施に当たっては、県の薬剤師派遣事業を活用し、本事業から派遣される地域薬剤師との連携のもと、外部委託により実施します。 なお、委託内容は、対象者の抽出、通知書の作成・発送、サポートデスク、効果測定とします。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 令和5年度に、受診行動適正化事業を外部委託により実施しました。実施内容は、重複受診・頻回受診・重複服薬に該当する人に保健指導への参加勧奨通知を送付し、希望者に委託機関所属の保健師による保健指導を実施するものです。事業成果として、保健指導への参加者は1人であり、参加率を上げることができませんでした。 令和2年度から、多剤服薬者を対象に、服薬状況をはじめ、適正な服薬の重要性やかかりつけ医・薬局への相談を促す内容の服薬情報通知を、外部委託により年1回送付しています。事業成果は年度ごとに差がある状況です。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

受診行動適正化事業や服薬情報通知の事業成果を踏まえ、事業内容の見直しを行い、重複服薬者と多剤服薬者に対象者を絞り、事業を一本化した上で、適正な服薬管理の促進を図っていきます。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 国保年金課では、交付金の申請、関係機関との連絡調整等を行っています。 印西市国民健康保険運営協議会において、年1回、被保険者代表や保険医代表等に報告します。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

費用対効果を確認しながら、適宜実施体制の見直しを行います。

評価計画

アウトプット評価としては、対象者への通知割合を評価します。 アウトカム評価としては、対象者の改善率を評価します。改善率は、委託業者から提供される効果測定報告書により、対象者の通知前後の受診状況や服薬状況を比較し、改善している人の割合を確認します。
--

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実績報告 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動:国保ヘルスアップ事業)実施計画 委託契約締結
6月～7月	千葉県薬剤師派遣事業への申請 地域薬剤師会との事業打合せ
8月～12月	通知送付 効果測定
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	適宜見直しを図ります。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

事業番号:E-⑫ フレイル予防事業

事業の目的	介護予防意識の向上
対象者	A:全圏域のいんざい健康ちよきん運動登録団体の継続支援講座。 B:その他地域の活動団体(社会福祉協議会支部活動や町内会等)、公民館主催事業からの依頼に応じて実施(全圏域)。 ※対象団体に合わせて回数・内容等は変更して実施します。
現在までの事業結果	令和3年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業を開始しました。この事業は同事業のポピュレーションアプローチとして位置づけられますが、対象者は後期高齢者に限っておらず、広くフレイル予防の啓発として実施しており、被保険者の参加も多くみられます。

今後の目標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	質問票フレイルリスク運動の該当率 ※独自評価指標	歩行速度が遅くなった 56.0% この1年転んだことがある 18.2% 運動習慣が週1回未満 32.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	質問票フレイルリスク栄養の該当率	1日3食 5.2% 体重減少 11.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	質問票フレイルリスク口腔の該当率	咀嚼 27.7% 嚥下 22.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	フレイルの予防方法を知っている者の割合(実施後調査)	74.4%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	実施団体数(新規団体数) ※独自評価指標	21団体	8団体	8団体	8団体	8団体	8団体	8団体

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	フレイル予防の知識は早期から身に着けておくことが予防のために有効なので、今後も高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業の中で啓発していきます。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

令和3年度から開始しました。令和3年度は試行的な実施として、日常生活圏域の中で高齢化が最も進んでいる北部圏域のみに実施し、そのノウハウをもって令和4年度から5圏域全てに実施するようにしました。当初は地域の介護予防の運動を行う団体への支援を中心にしましたが、徐々に社会福祉協議会支部や公民館事業等に実施の場を広げています。講話を1~2回実施し、フレイル質問票は講話の前後でとり、講話の内容が生活に活かされているかを確認します。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

今後も5圏域全てで毎年実施できるように、実施主体である健康増進課、高齢者福祉課と連携し進めていきます。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・本事業は、主担当課が健康増進課で、高齢者福祉課、国保年金課が協力課として3課で実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業のポピュレーションアプローチとして実施しています。 ・高齢者福祉課または健康増進課の保健師と健康増進課の管理栄養士、歯科衛生士が事業を進めています。 ・後期高齢者医療広域連合との調整を健康増進課と国保年金課で実施しています。 ・担当者打合せ年3回、課長を含む全体打合せ年2回、事業調整は随時行い連携に努めています。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

今後も健康増進課、高齢者福祉課、国保年金課で連携をとり進めていきます。

評価計画

アウトプット指標として、実施団体数を評価します。
アウトカム指標として、フレイル質問票のフレイルリスクの各項目の該当割合とフレイルの予防方法を知っている人の割合の増加を評価していきます。

年間スケジュール

時期	内容
4月～5月	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施実績報告 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施実施計画 関係3課打合せ 会計年度任用職員への事業説明・研修会の実施
6月～2月	事業の実施 対象A…2回コース(1回30分程度) 【1回目:導入及び口腔編】 保健師・歯科衛生士の講話、個別相談(希望者)、後期高齢者の質問票を実施 ※質問票の回答状況により、電話または手紙、個別相談等にて支援を実施。 【2回目:栄養編】 管理栄養士の講話、個別相談(希望者)、後期高齢者の質問票を実施 ※講話の約2週間後に実施。 対象B…1回(1時間程度) 栄養・口腔・運動等のフレイル予防に関する講話、個別相談(希望者)、後期高齢者の質問票を実施 (講話前後) ※質問票の回答状況により、電話または手紙、個別相談等にて支援を実施。 ※講話後の質問票については、講話の約2週間後に実施する。
3月	事業評価

計画期間内の事業見直し予定

時期	内容
必要時	現在のところ、大きな事業変更の予定はありません。情勢の変化に合わせて見直しを行います。

PDCAサイクル実施時期

P(Plan)	8月～9月 次年度予算に関わる計画立案
	3月～4月 事業案作成
D(Do)	4月 従事職員研修会
	通年 事業の実施
C(Check)	通年
	・スケジュール通りの進行かどうかの確認
	・個々人の受診勧奨・相談記録確認
	・予算執行状況確認
	1月～3月 年度末評価
A(Action)	通年 微調整
	7月～9月 前年度事業評価、当年度の進行状況を踏まえた次年度へ向けた事業見直し(予算に関わる見直し)
	3月 当年度事業を総括しての次年度へ向けた事業見直し

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導実施率60%以上を達成することとしています。本市においては現状分析を踏まえ、各年度の目標値を以下のとおり設定します。

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	39.0	40.0	41.0	42.5	44.0	45.0	60.0
特定保健指導実施率(%)	20.0	23.0	26.0	27.5	29.0	30.0	60.0
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0	25.0

※特定保健指導対象者の減少率は、平成20年度と比較して算出しています。

2. 対象者

(1) 特定健康診査

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる人も含む。)で、かつ、当該実施年度の一年間を通じて国民健康保険の資格を有する人を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する人は対象外とします。

■ 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	12,887	12,469	12,132	11,725	11,341	10,971
特定健康診査受診率(%) (目標値)	39.0	40.0	41.0	42.5	44.0	45.0
特定健康診査受診者数(人)	5,026	4,988	4,974	4,983	4,990	4,937

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	4,765	4,751	4,746	4,714	4,684	4,621
	65歳～74歳	8,122	7,718	7,386	7,011	6,657	6,350
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,300	1,362	1,425	1,512	1,596	1,640
	65歳～74歳	3,726	3,626	3,549	3,471	3,394	3,297

(2) 特定保健指導

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る被保険者(糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人を除く。)を対象とします。下表のとおり、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援か積極的支援に分類します。なお、65歳～74歳の人については、動機付け支援のみを実施します。

【参考】特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲/BMI	追加リスク		喫煙歴(注)	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40歳～64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				

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることをさします。

※追加リスクの基準値は以下のとおりです。

- ①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上 又は HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先)
- ②脂質:空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上

■特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	623	622	626	632	638	636
特定保健指導実施率(%) (目標値)	20.0	23.0	26.0	27.5	29.0	30.0
特定保健指導実施者数(人)	125	143	163	174	185	191

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	113	119	127	136	145	149
	実施者数(人)	40歳～64歳	23	27	34	38	41	45
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	104	111	117	125	133	138
		65歳～74歳	406	392	382	371	360	349
	実施者数(人)	40歳～64歳	20	24	29	33	38	40
		65歳～74歳	82	92	100	103	106	106

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

ア. 実施場所

- ① 集団健診：公民館等の公共施設で実施します。
(令和5年度現在、9会場)
- ② 個別健診：委託契約を締結した医療機関で実施します。
(令和5年度現在、26医療機関)

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

■ 基本的な健診項目(全員に実施)

既往歴の調査	標準的な質問票
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身体の検査	身長、体重、腹囲(内臓脂肪面積)
BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
血圧の測定	血圧
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
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コレステロール又はNon-HDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)及びHbA1c ※市独自で両項目を実施(国プログラム:空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖)
尿検査	尿糖、尿蛋白
尿酸検査	尿酸 ※市独自の項目
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む ※基本的な健診項目として実施(国プログラム:詳細な健診項目)

■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

貧血検査(ヘマトクリット値、ヘモグロビン値、赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する人又は視診等で貧血が疑われる人
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の人又は問診等で不正脈が疑われる人
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の人又は前年度の健診結果でHbA1cが6.5%以上の人

ウ. 実施時期

①集団健診:毎年6月から12月まで

②個別健診:毎年6月から12月まで

エ. 自己負担額

自己負担額は、「印西市国民健康保険特定健康診査等の自己負担に関する規則」に基づき受診者が負担するものとします。

オ. 特定健康診査の結果通知の方法

受診者全員に、結果表、生活改善リーフレット、個別相談のお知らせを通知します。集団健診受診者には郵送で、個別健診受診者には各医療機関からそれぞれの方法で通知されます。

カ. 外部委託の方法

集団健診及び個別健診ともに外部委託とし、集団健診は健診機関との個別契約、個別健診は医療機関との個別契約とします。

健診機関の選定に当たっては、厚生労働省令「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき厚生労働大臣が定める外部委託に関する基準を満たす機関とします。

キ. 周知や案内方法

対象者全員に、特定健康診査問診票と受診案内を送付します。送付後は、未受診者を対象に受診勧奨を実施します。また、市広報紙や市ホームページ等で特定健康診査に関する周知を図ります。

ク. 人間ドック助成事業データの収集

本市の人間ドック等助成事業を利用して人間ドックを受検しており、検査項目が特定健康診査と同等の場合には、特定健康診査を受診したとみなします。受検結果に基づき、対象者へ特定保健指導等の案内や健康に関する情報提供を行います。

(2) 特定保健指導

ア. 実施場所

保健センター等の公共施設(令和5年度現在、4か所)又はオンライン上で実施します。

イ. 実施時期

通年実施(面接は4月下旬から3月上旬まで)

ウ. 実施形態

外部委託により実施します。なお、個別健診受診者及び人間ドック受検者の階層化は、市の保健師や管理栄養士で実施します。

保健指導機関の選定に当たっては、厚生労働省令「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき厚生労働大臣が定める外部委託に関する基準を満たす機関とします。

エ. 案内方法

集団健診受診者には、会場にて初回面接1回目を実施し、その場で初回面接2回目の予約をした後で、利用決定通知を送付します。

個別健診受診者、人間ドック受検者及び集団健診で初回面接1回目を実施できなかった人には、利用案内通知を送付し、申し込みがあった人に利用決定通知を送付します。利用につながらなかった人には、案内通知から3か月以後に再利用勧奨通知を送付します。利用券は、問診票発送時に受診券と兼ねたセット券で発行し、利用状況に合わせて再度発行します。

オ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。3か月を継続支援期間として評価します。

本計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されていることから、これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとします。

①動機付け支援

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付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行います。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とします。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む。)、又は1グループ当たり概ね80分以上のグループ支援(ICT含む。)とされていますが、本市では個別支援を実施します。
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価します。面接又は通信を利用して実施します。

②積極的支援

支援内容	<p>特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促します。支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援します。</p>					
支援形態	<p>初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。</p> <p>○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む。)、又は1グループ当たり概ね80分以上のグループ支援(ICT含む。)とされていますが、本市では個別支援を実施します。</p> <p>○3か月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む。)、グループ支援(ICT含む。)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。</p>					
実績評価	<p>○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して実施します。</p> <p>アウトカム評価</p> <table border="1" data-bbox="336 817 1385 1099"> <tr> <td data-bbox="336 817 632 938">主要達成目標</td> <td data-bbox="632 817 1385 938"> <p>腹囲2cm・体重2kg減、又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 938 632 1099">目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td data-bbox="632 938 1385 1099"> <ul style="list-style-type: none"> ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) </td> </tr> </table> <p>プロセス評価</p> <table border="1" data-bbox="336 1160 1385 1305"> <tr> <td data-bbox="336 1160 1385 1305"> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法(個別支援(ICT含む。)、グループ支援(ICT含む。)、電話、電子メール等)による介入1回ごとの評価 ・特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	<p>腹囲2cm・体重2kg減、又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</p>	目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) 	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法(個別支援(ICT含む。)、グループ支援(ICT含む。)、電話、電子メール等)による介入1回ごとの評価 ・特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を評価
主要達成目標	<p>腹囲2cm・体重2kg減、又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</p>					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) 					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法(個別支援(ICT含む。)、グループ支援(ICT含む。)、電話、電子メール等)による介入1回ごとの評価 ・特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を評価 						

4. 実施スケジュール

	実施項目	当年度														
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
特定健康診査	対象者選定、問診票発送、医療機関への説明・契約	←→														
	前年度健診結果入力情報の確認(交付金申請用)		←→													
	特定健康診査の実施			←→												
	未受診者への受診勧奨					←→										
	前年度健診結果入力情報の確認(法定報告用)					←→										
	次年度健診準備(予算・会場借用・各種契約に向けた調整)							←→								
	健診結果のシステムへの取り込み						←→									
特定保健指導	個別健診・人間ドックの階層化による対象者選定	←→														
	契約、打合せ、市利用勧奨通知作成	←→														
	前年度保健指導実施状況入力情報の確認(交付金申請用)	←→														
	保健指導の実施	←→														
	前年度保健指導実施状況入力情報の確認(法定報告用)					←→										
	再利用勧奨									←→						
前年度の評価				←→												
次年度の計画											←→					

卷末資料

1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	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。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。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い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	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。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
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。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	日常生活圏域	当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域。
	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。

用語		説明
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、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、計算により求められる期待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ある。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。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。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	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。
	Non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

2. 疾病分類

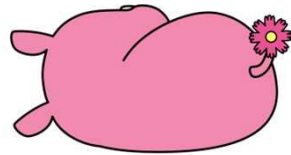
疾病分類表(2013年版)

コード	疾病分類	主な疾病		
I. 感染症及び寄生虫症				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	RSウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻痺後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物<腫瘍>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	膵癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Yahr3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	グループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿痂疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV. 腎尿路生殖器系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性陰炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性陰炎	陰炎
X V. 妊娠, 分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠, 分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	A B O因子不適合
X VII. 先天奇形, 変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形, 変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷, 中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		



印西市国民健康保険第3期データヘルス計画
印西市国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画

発行年月 令和6年3月
発行 印西市市民部国保年金課
〒270-1396 千葉県印西市大森2364番地2
TEL 0476 - 42 - 5111(代)
FAX 0476 - 42 - 8901