

# 第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

長久手市国民健康保険

## 目次

I 基本的事項	.....	1
背景と目的		
計画の位置づけ		
計画期間		
実施体制・関係者連携		
基本情報		
現状の整理		
II 第3期データヘルス計画の概要	.....	3
III 健康・医療情報等の分析と課題	.....	4
平均寿命等		
医療費の分析		
特定健康診査・特定保健指導の分析		
介護費の分析		
その他		
健康課題の抽出		
IV 第2期データヘルス計画最終評価	.....	34
計画全体の評価		
個別事業評価		
V 第3期データヘルス計画全体	.....	39
健康課題		
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値		
保健事業一覧		

VI 個別事業計画	.....	40
1 特定健康診査事業		
2 特定保健指導事業		
3 受診勧奨通知事業		
4 糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業		
5 ジェネリック医薬品利用促進事業		
6 重複・頻回受診、重複服薬指導事業		
7 若年性心筋梗塞予防事業		
8 健康づくり事業		
VII 第4期特定健康診査等実施計画	.....	48
背景・現状／基本的な考え方		
目標／実施方法／年間スケジュール		
個人情報保護		
特定健康診査等実施計画の公表・周知		
特定健康診査等実施計画の評価・見直し		
その他事項		
VIII その他	.....	52
データヘルス計画の評価・見直し		
データヘルス計画の公表・周知		
個人情報の取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
その他留意事項		



## 第3期データヘルス計画

### I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。</p>
	計画の位置づけ	<p>長久手市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期長久手市データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。なお、長久手市国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画と調和している。また、愛知県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、保険医療課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

## (1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		56,158		27,229		28,929	
国保加入者数(人) 合計		8,355	100%	3,847	100%	4,508	100%
0~39歳(人)		2,327	27.9%	1,159	30%	1,168	26%
40~64歳(人)		2,718	32.5%	1,278	33%	1,440	32%
65~74歳(人)		3,310	39.6%	1,410	37%	1,900	42%
平均年齢(歳)		51.3		49.8		52.5	

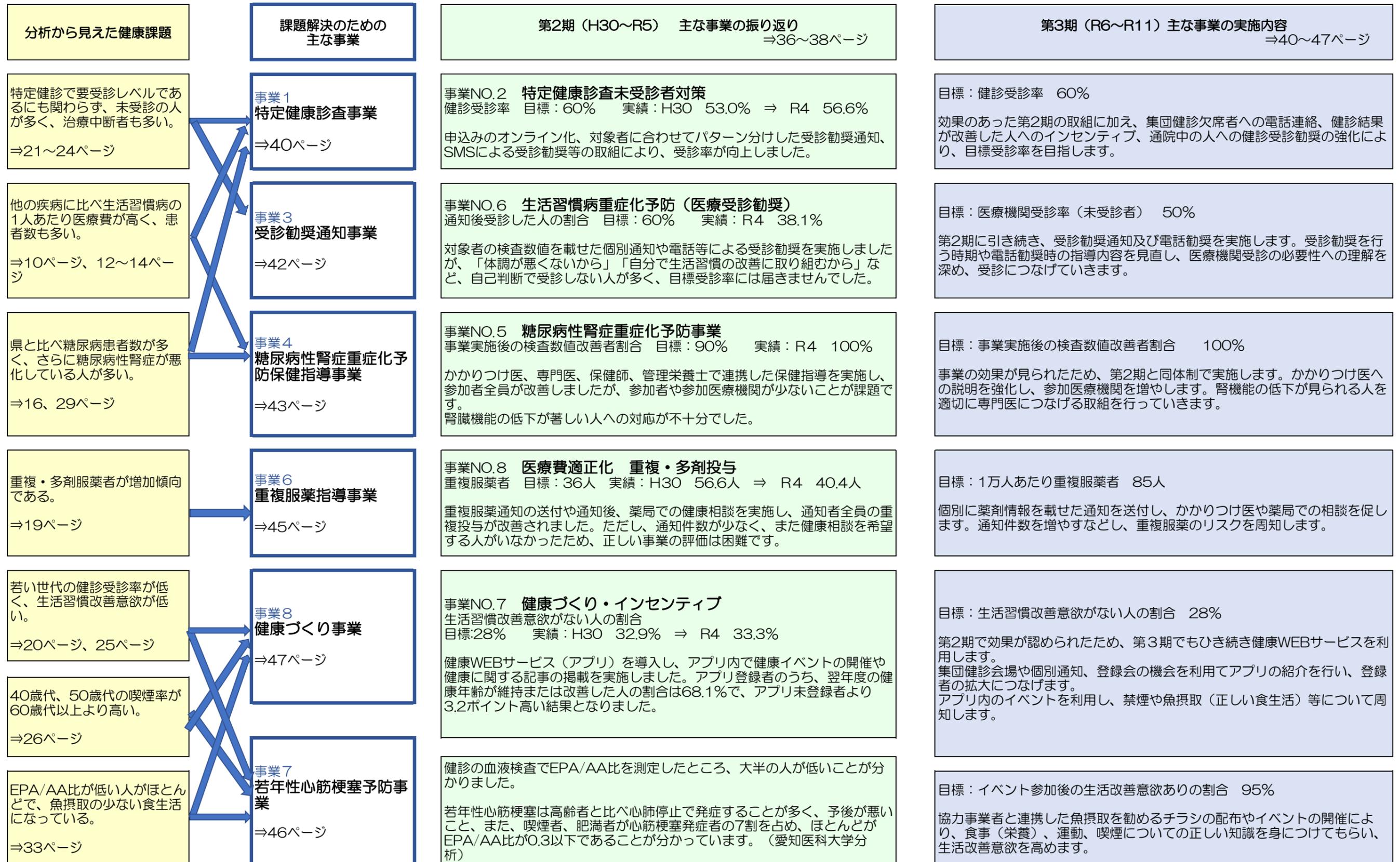
地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	東名古屋医師会長久手市医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、愛知医科大学病院とは糖尿病性腎症重症化予防事業・若年性心筋梗塞予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。

## (2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は8,355人であり、平成30年度の9,069人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が27.9%、40-64歳が32.5%、65-74歳が39.6%であり、県平均と同程度である。 (令和4年度)
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。参加者が少なかったものの、参加者の検査数値や改善意欲は改善しており内容については効果があったと考えられる。また、特定健診についても、各種取組により受診率が伸びていることから、第3期も継続して特定健診及び重症化予防事業を重点的に実施していく。 ただし、第2期は医師会をはじめとした関係機関や庁内他部署との連携が不十分であったため、地域および庁内全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

## Ⅱ 第3期データヘルス計画の概要

目標：生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す



### Ⅲ 健康・医療情報等の分析と課題

長久手市

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> <li>「平均余命」「平均自立期間」は、男女ともに県・国を上回る。</li> <li>「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性が県と同程度、国より短く、女性が県・国より短い。</li> <li>死因別標準化死亡比経験的ハイス推定値が100を超える死因は、男性では「肺炎」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「気管・肺がん」、女性では「脳内出血」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん(結腸)」である。</li> </ul>	<p>図3 図4</p>	A
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の「1人当たり医療費」は、24,731円で、経年的に増加傾向にあり、県と同程度の水準で推移している。</li> <li>令和4年度「総医療費」25.43億円、そのうち「生活習慣病(10疾病)総医療費」は3.71億円である。</li> <li>「1人当たり医療費(入院)」は、県・国より低い。</li> <li>「1人当たり医療費(入院外)」は、県・国と同程度である。</li> <li>「1人当たり医療費(歯科)」は、国より高い。</li> <li>1人当たり医療費は、「10～19歳」「20～29歳」「40～49歳」で、県・国よりも高い。</li> </ul>	<p>図7 図8 図9</p>	A
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人当たり医療費(入院)は、「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、そのうち、「新生物」が県より高い。循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳内出血」「くも膜下出血」「脳梗塞」の順に高く、そのうち、「脳内出血」「くも膜下出血」が県より高い。</li> <li>1人当たり医療費(入院外)は、「新生物」「内分泌・栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の順に高く、そのうち「新生物」が県より高い。循環器系疾患では「高血圧性疾患」「虚血性心疾患」「脳梗塞」の順に高く、そのうち、「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高い。内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、「糖尿病」は県より低い。</li> <li>「肺がん」「大腸がん」「子宮頸がん」1人当たり医療費が県・国より高い。</li> <li>「肺がん」「大腸がん」「肝がん」「子宮頸がん」「子宮体がん」1人当たり医療費は、「平成30年度」より「令和4年度」が増加している。</li> </ul>	<p>図10 図11 図12</p>	A E F
	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の後発医薬品普及率は「金額ベース」58.8%、「数量ベース」79.7%で、経年的に増加している。</li> </ul>	<p>図15</p>	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の重複受診・重複服薬者は、「睡眠障害」2人である。</li> <li>重複受診者は、経年的に、2～4人の幅で推移している。</li> </ul>	<p>図16</p>	-
特定健康診査・特定保健指導の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年度「特定健診受診率」は55.4%で、県よりも高い水準で推移している。</li> <li>令和4年度「特定健診受診率」は、男女とも全ての年齢階級で、県・国より高い。</li> <li>令和3年度「特定保健指導実施率」は12.7%で、県より低いが、「平成29年度」から「令和2年度」までは、県より高い水準で推移した。</li> <li>令和3年度「積極的支援実施率」は8.5%で県より低く、1年毎に増減を繰り返しながら推移している。</li> <li>令和3年度「動機付け支援実施率」は14.0%で、県より低い。「平成29年度」から「令和2年度」までは、県より高い水準で推移していたが「令和3年度」に減少している。</li> <li>令和3年度「特定保健指導利用率」は17.6%、「終了率」は12.7%で、いずれも県より低い。</li> <li>令和3年度「減少率」は25.1%、「特定保健指導による減少率」は33.9%で、いずれも県より高い。</li> </ul>	<p>図17 図18 図29 図30 図31</p>	B E
	<ul style="list-style-type: none"> <li>男性の「HDLコレステロール」有所見者割合が、県・国より高い。</li> <li>男性の「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「BMI」有所見者割合が、県・国より低い。</li> <li>女性は、「LDLコレステロール」有所見割合が県・国と同程度で、それ以外の項目が県・国より低い。</li> <li>「メタボ該当者割合」は、男女とも県より低い水準で推移している。</li> <li>「メタボ予備群割合」は、男性で県より高い水準、女性で県と同程度で推移している。</li> <li>「腎症4期」割合は1.0%、「腎症3期」割合は6.5%、「腎症2期以下」割合は91.9%で、「腎症4期」「腎症2期以下」が県より高い。</li> </ul>	<p>図19 図25 図26 図28</p>	B C E
	<ul style="list-style-type: none"> <li>「睡眠不足」は34.7%で、県より高い。</li> <li>「飲酒頻度(毎日)」は25.2%、「飲酒日1日当たり飲酒量(3合以上)」は3.5%、「飲酒日1日当たり飲酒量(2～3合未満)」は12.4%、「飲酒日1日当たり飲酒量(1～2合未満)」は28.5%で、いずれも県より高い。</li> <li>「1日1時間以上運動なし」は58.5%、「歩行速度(遅い)」は58.2%で、県より高い。</li> <li>喫煙率は男女ともに県より低い。女性に比べ男性の喫煙率が高く、40歳代、50歳代は60歳代以上より喫煙率が高い。</li> </ul>	<p>図23 図24</p>	D E
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>「LDLコレステロール受診勧奨判定値以上」の割合は、「治療なし」男性の26.0%、「治療なし」女性の34.2%である。</li> <li>「血圧受診勧奨値以上」の割合は、「治療なし」男性の15.7%、「治療なし」女性の12.2%である。</li> <li>「HbA1c受診勧奨値以上」の割合は、「治療なし」男性の1.7%、「治療なし」女性の0.1%である。</li> <li>「HbA1c7.0以上」の割合は、「治療あり」男性の16.1%、「治療あり」女性の8.2%である。</li> <li>「腎症3期」の「糖尿病治療なし」人数は、1～3人の低い水準で推移している。</li> <li>「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」人数の推移は減少傾向にある。</li> <li>「腎症3期」の「糖尿病治療あり」人数は、「平成30年度」から「令和2年度」に増加、「令和2年度」から「令和4年度」に減少している。</li> <li>「腎症2期以下」の「糖尿病治療あり」人数は年度により増減があり、増加傾向にある。</li> </ul>	<p>図20 図21 図22 図27</p>	B C
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度「要支援・要介護認定率」は16.9%で、令和3年度までは増加し、令和4年度に減少している。</li> <li>令和4年度「要支援・要介護認定率」は、「要介護5」「要介護1」「要支援1」の認定率が、県より高い。</li> </ul>	<p>図5 図6</p>	-
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保・後期とも県より多い。</li> <li>令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、「国保」では県より少なく、「後期」では県と同程度である。</li> <li>令和2年度「胃がん」「大腸がん」「肺がん」「乳がん」「子宮頸がん」検診受診率が、県より高い。</li> <li>60歳以下のEPA/AA比は総じて低く、約85%が0.3以下であるが、年齢の増加とともに増加傾向である。</li> </ul>	<p>図13 図14 図32 図33 図34</p>	C F

長久手市

表 1 医療提供体制等の比較

	長久手市		県	国
	実数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
病院数	2	3.3	4.2	6.5
病床数	958	1,583.8	878.8	1,195.2
一般診療所数	50	82.7	73.9	83.1
歯科診療所数	27	44.6	49.5	54.1

図 1 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布

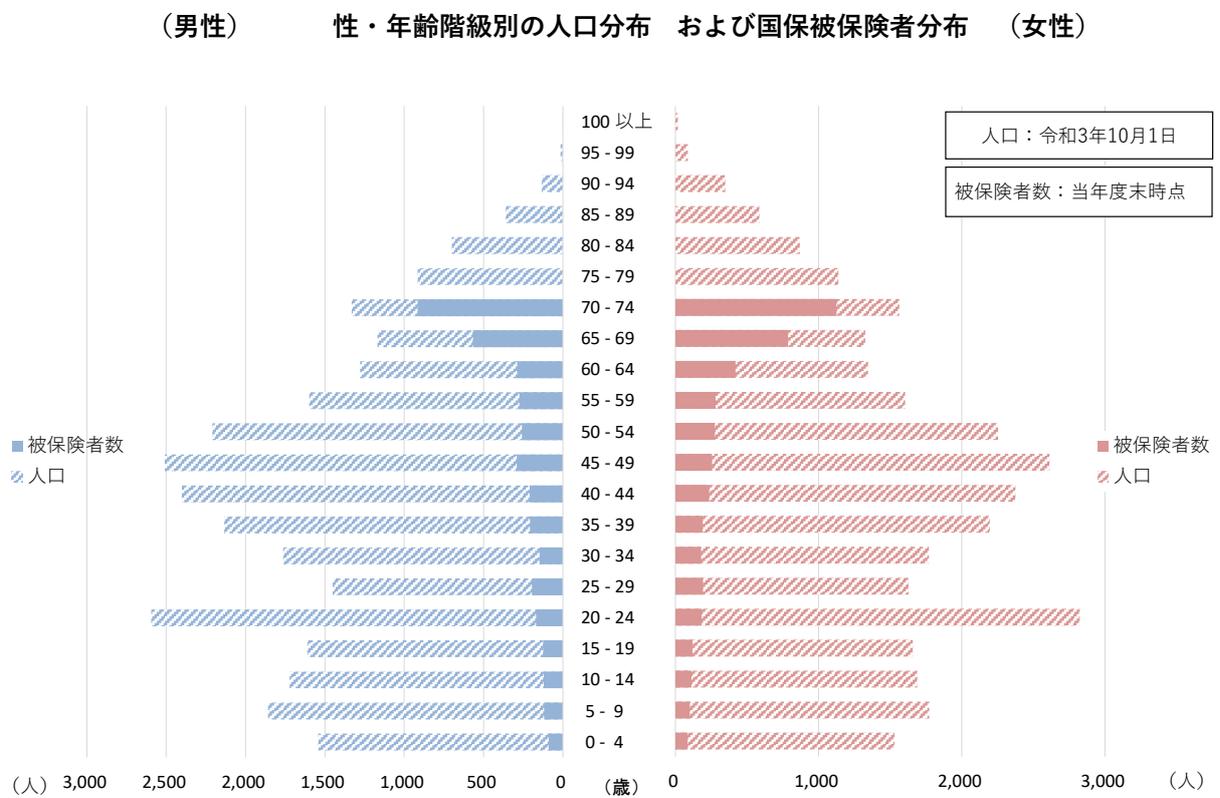
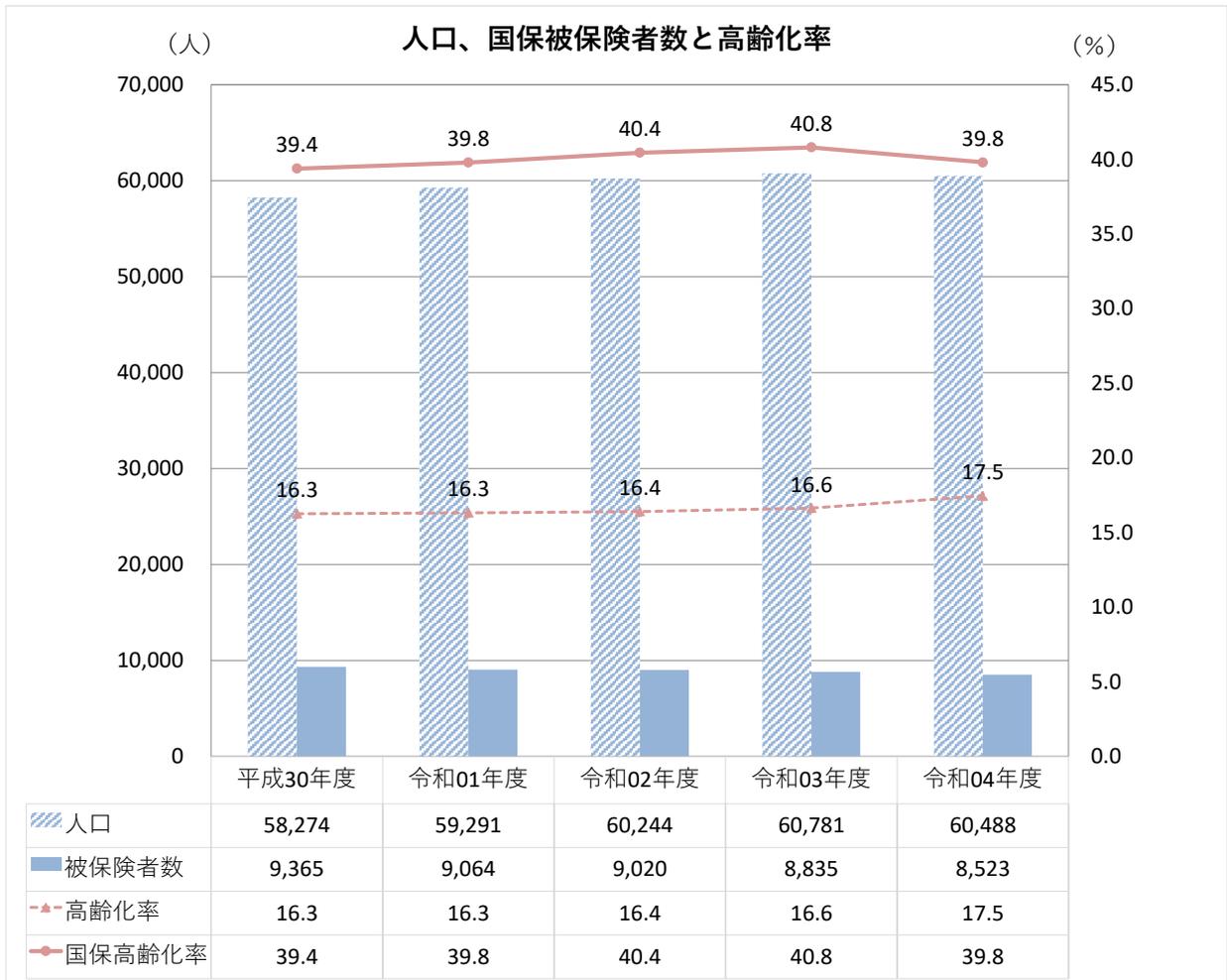
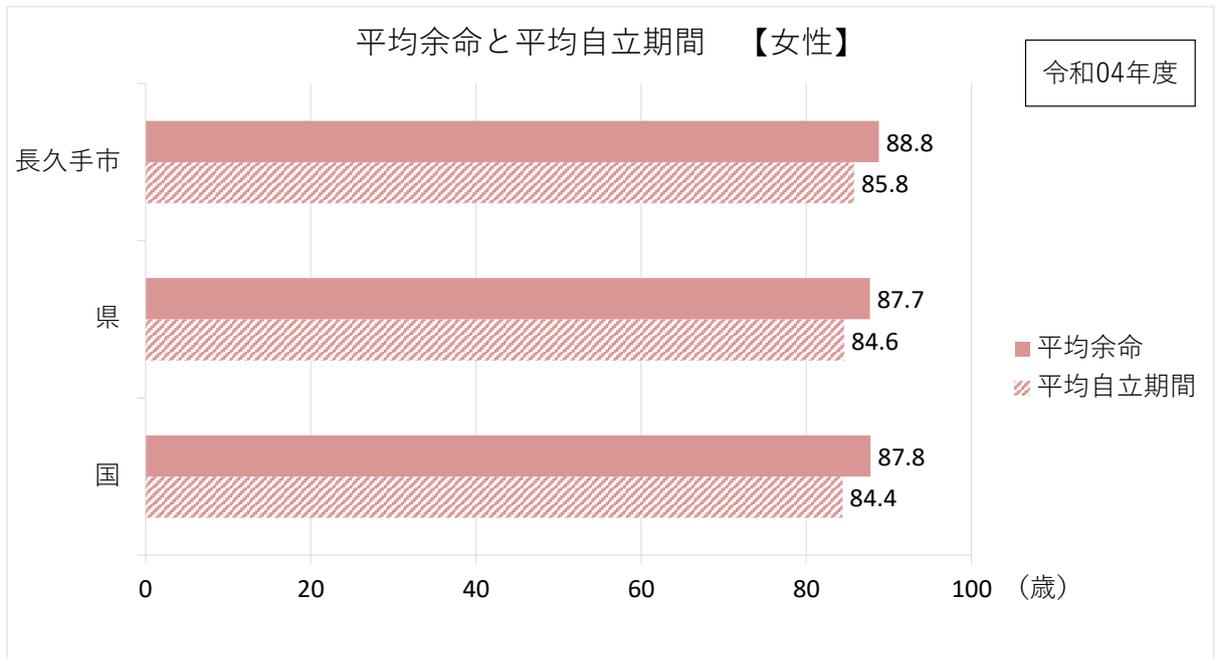
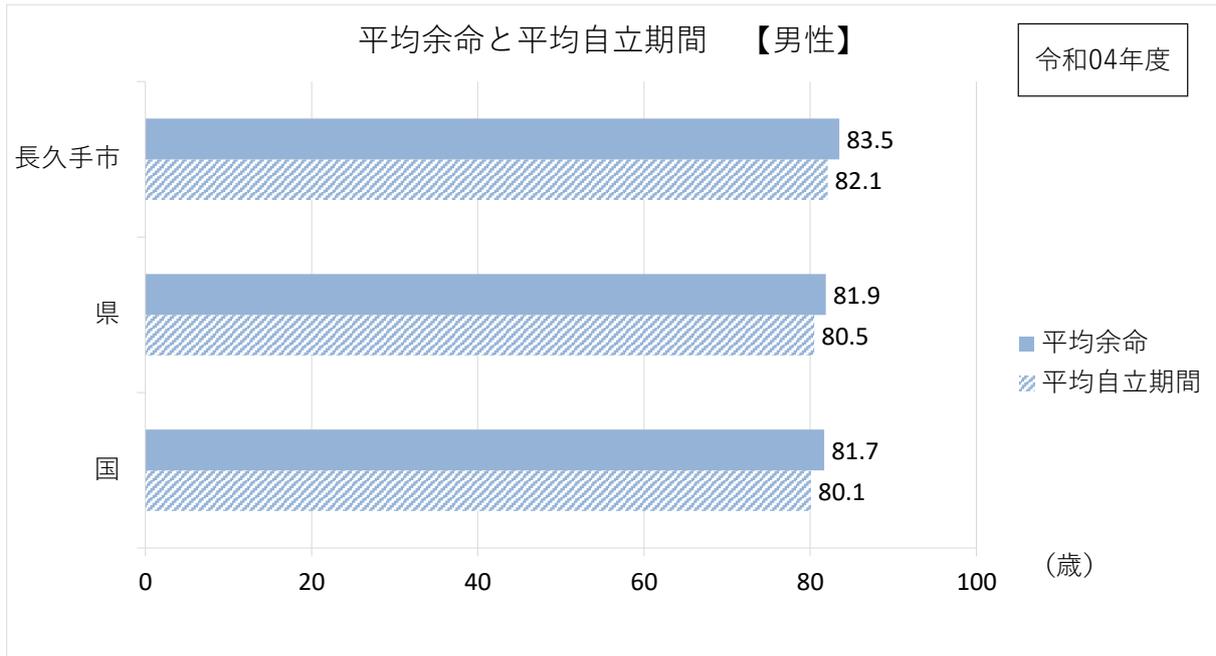


図2 人口、国保被保険者数と高齢化率



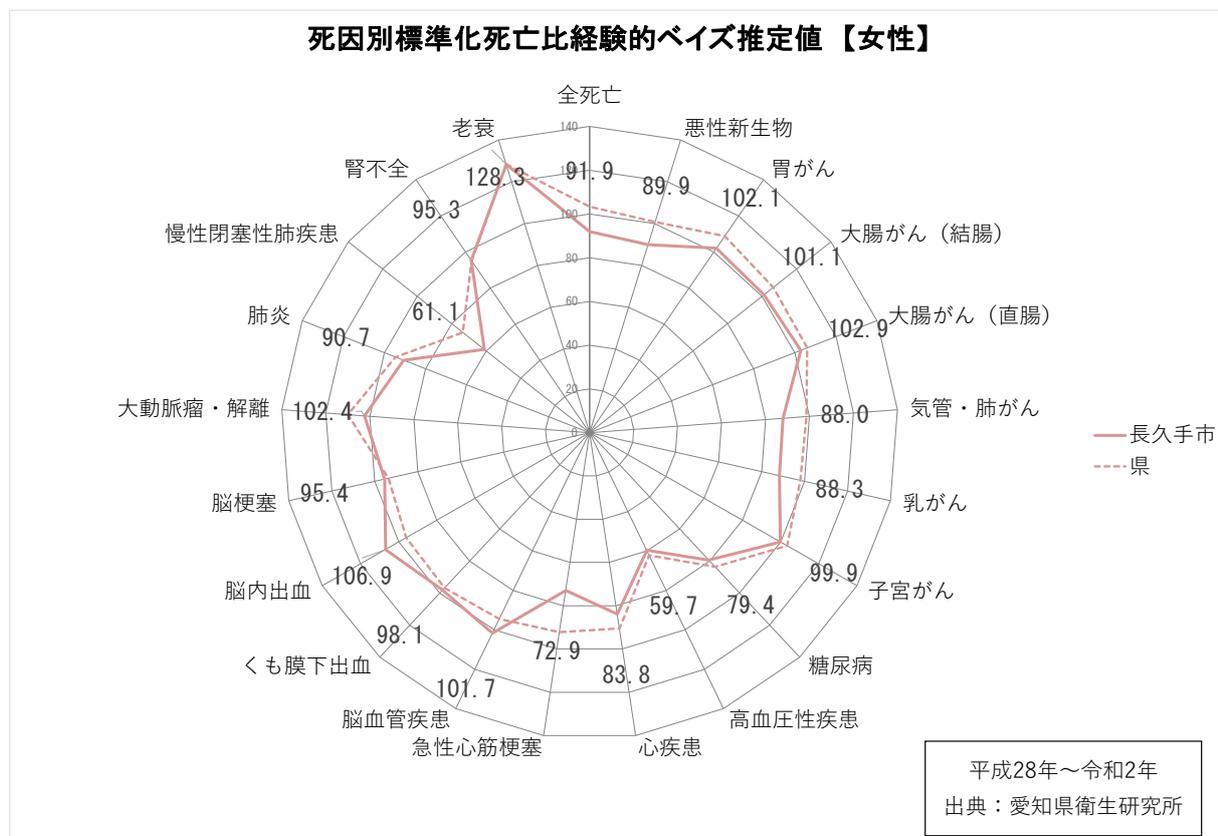
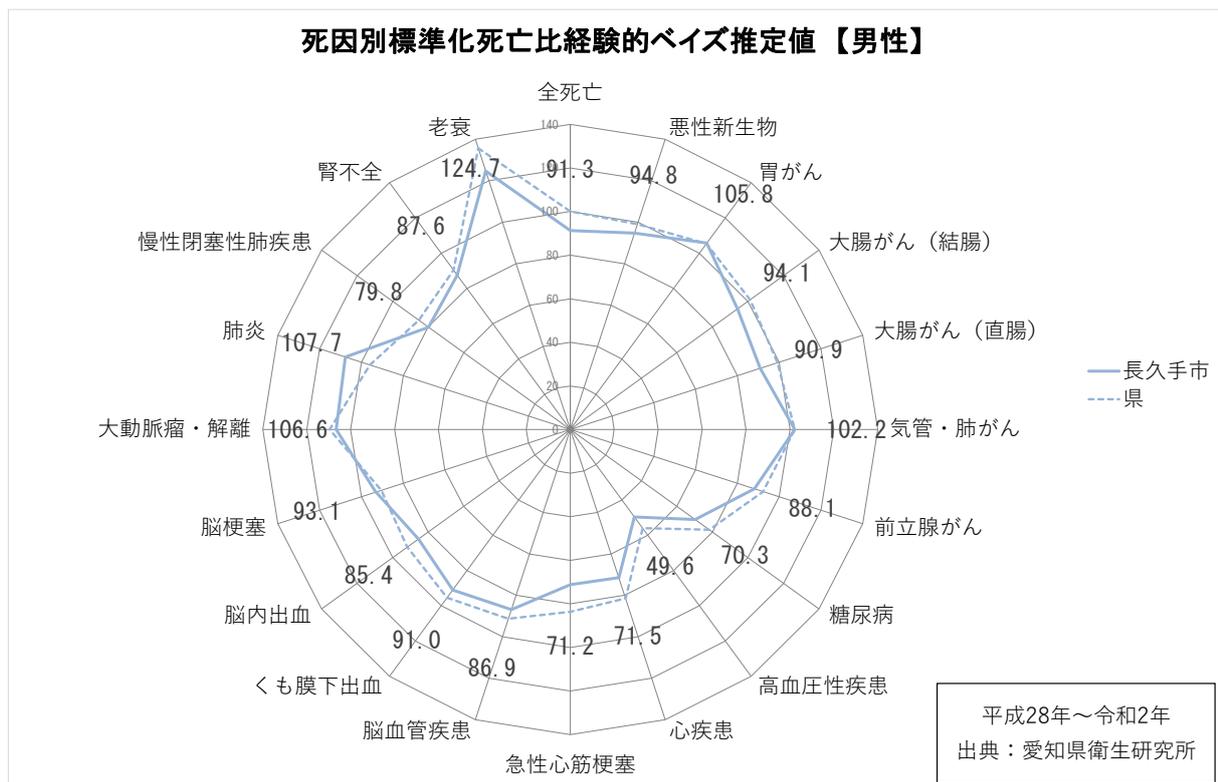
- 令和4年度「人口」は60,488人で、「平成30年度」から「令和3年度」まで増加し、「令和4年度」には減少しています。
- 令和4年度「国保被保険者数」は8,523人で、経年的に減少している状況です。
- 令和4年度「市高齢化率」は17.5%で、経年的に増加の状況です。
- 令和4年度「国保高齢化率」は39.8%で、「平成30年度」から「令和3年度」まで増加し、「令和4年度」には減少しています。

図3 平均余命と平均自立期間



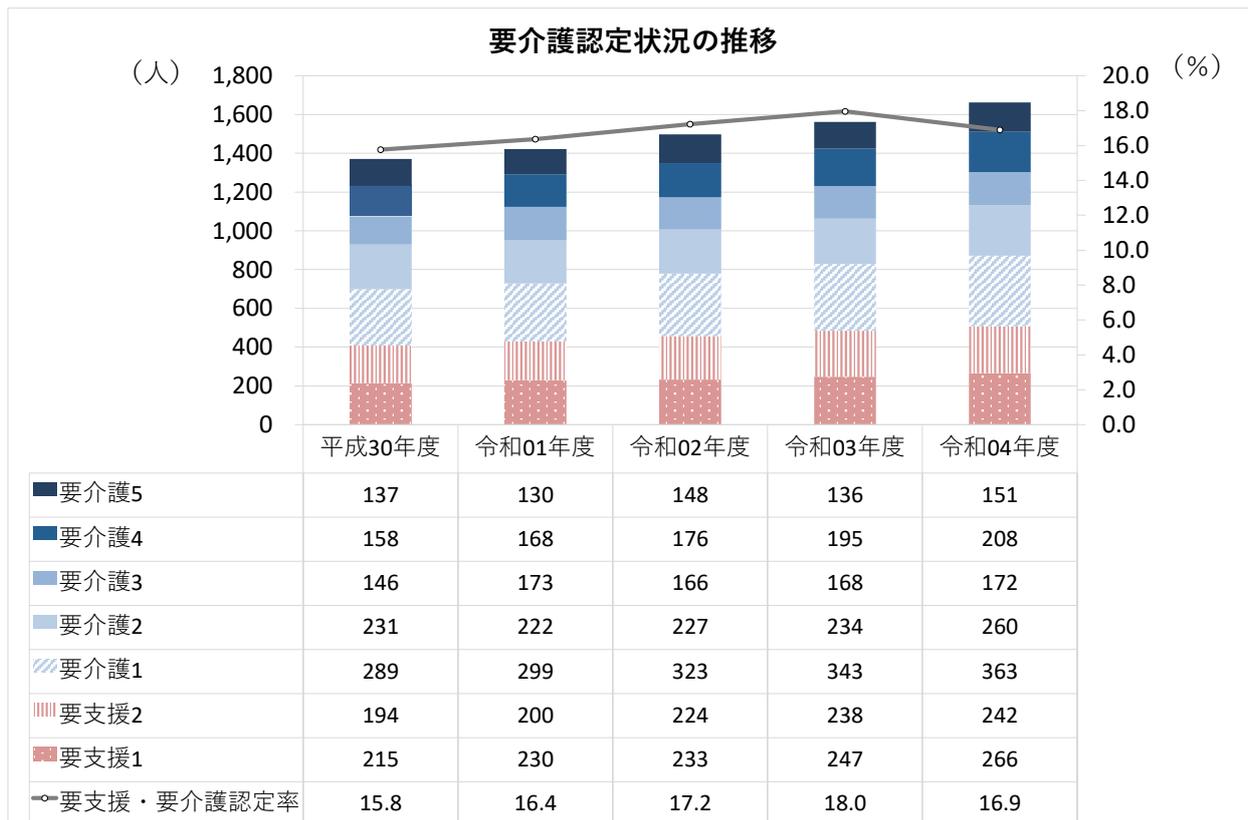
- 「男性」の「平均余命」83.5歳、「平均自立期間」82.1歳で、その差は1.4歳です。「女性」の「平均余命」88.8歳、「平均自立期間」85.8歳で、その差は3.0歳です。
- 「平均余命」「平均自立期間」は、男女ともに県・国を上回る状況です。
- 「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性は国より短く県と同程度、女性は県・国より短い状況です。

図4 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値



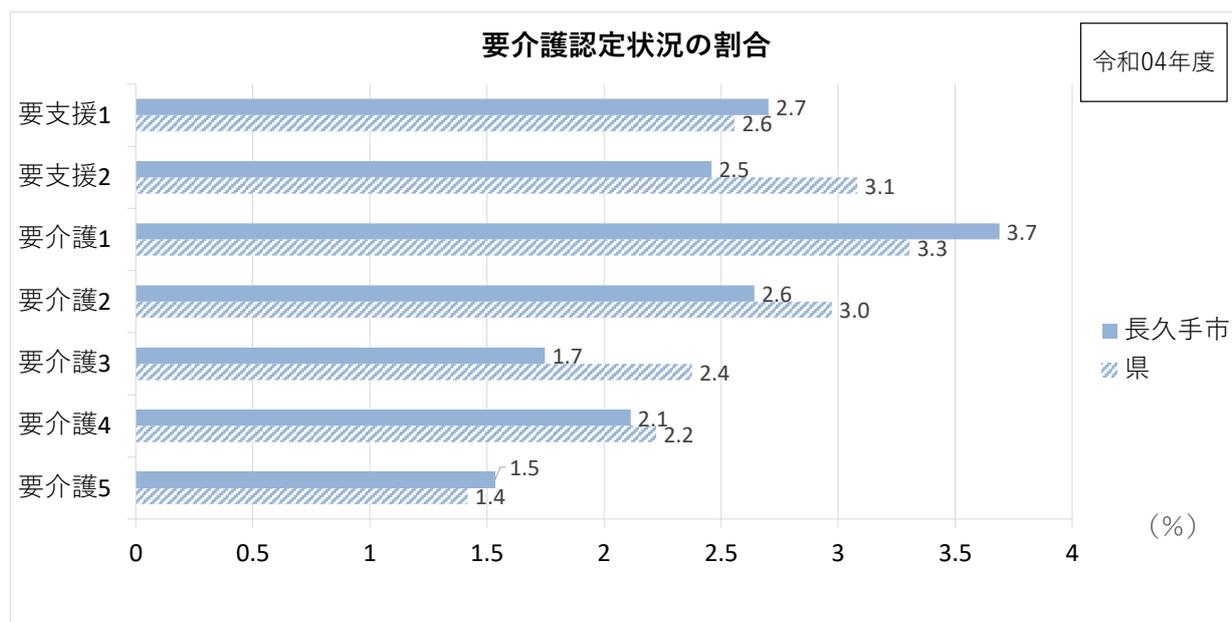
- 死因別標準化経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「肺炎」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「気管・肺がん」です。
- 女性では、「脳内出血」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん(結腸)」です。

図5 要介護認定状況の推移



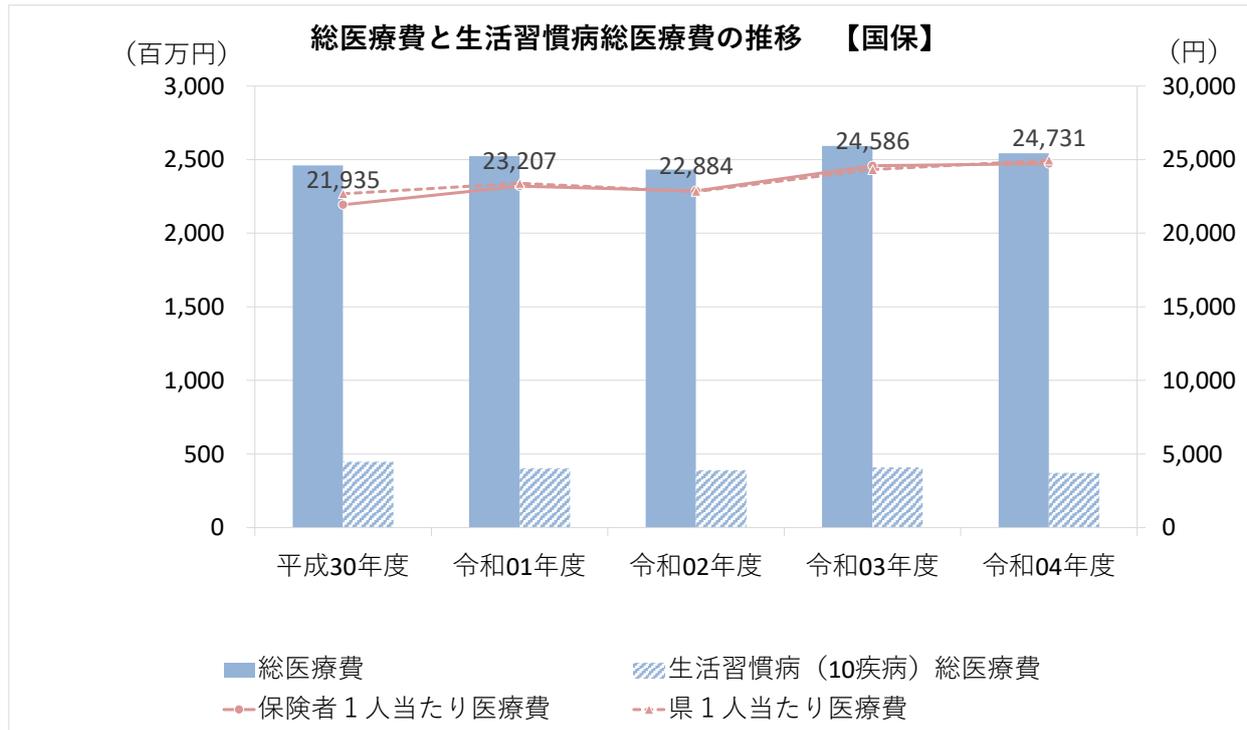
- 令和4年度「要支援・要介護認定者数」の総数は1,662人、「要支援・要介護認定率」は16.9%です。
- 「要支援・要介護認定者数」は経年的に増加している状況です。
- 「要支援・要介護認定率」の推移は、「平成30年度」から「令和3年度」にかけて増加、「令和3年度」から「令和4年度」にかけて減少している状況です。

図6 要介護認定状況の割合



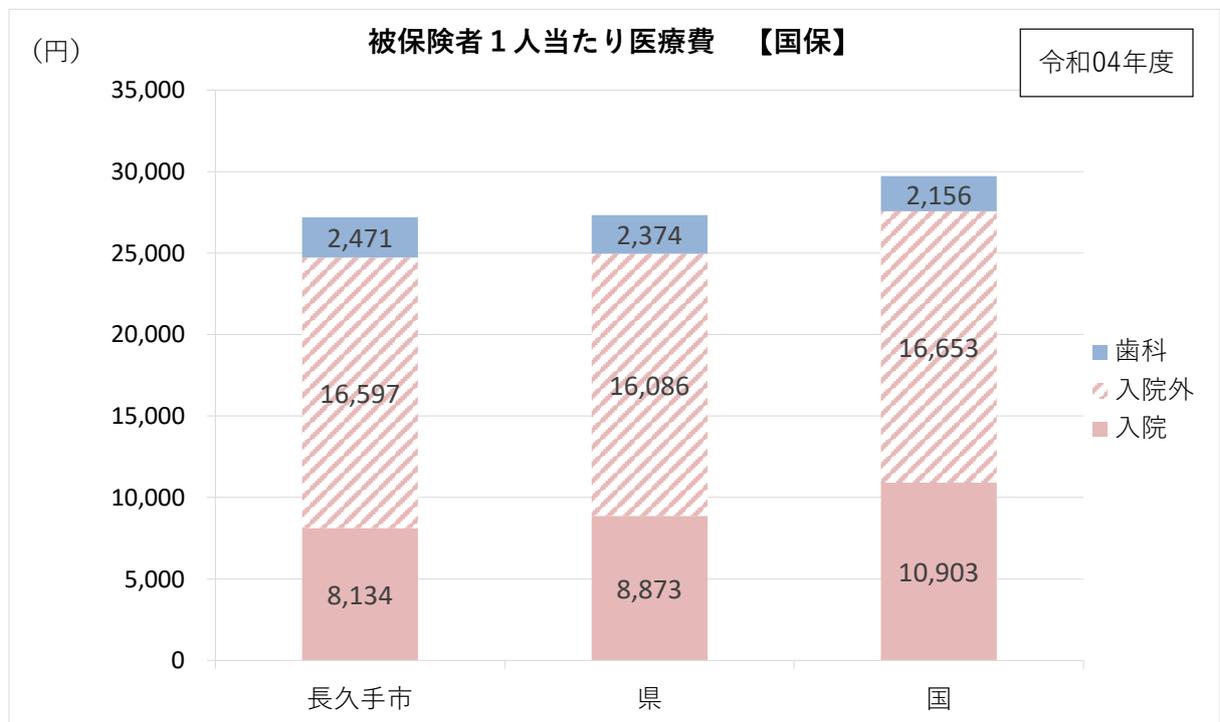
- 要介護度別の認定割合は、高い順に「要介護1」3.7%、「要支援1」2.7%、「要介護2」2.6%、「要支援2」2.5%、「要介護4」2.1%、「要介護3」1.7%、「要介護5」1.5%です。
- 「要介護1」「要介護5」「要支援1」の割合は、県より高い状況です。

図7 総医療費と生活習慣病総医療費の推移



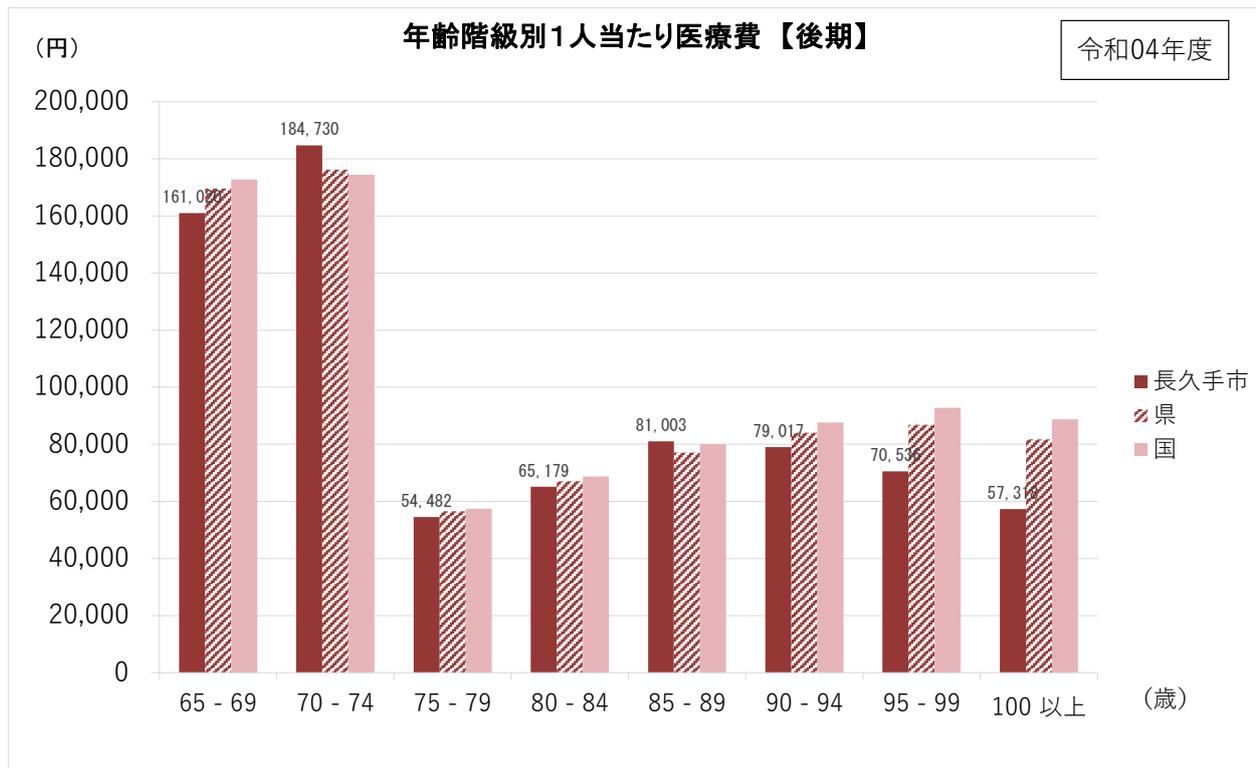
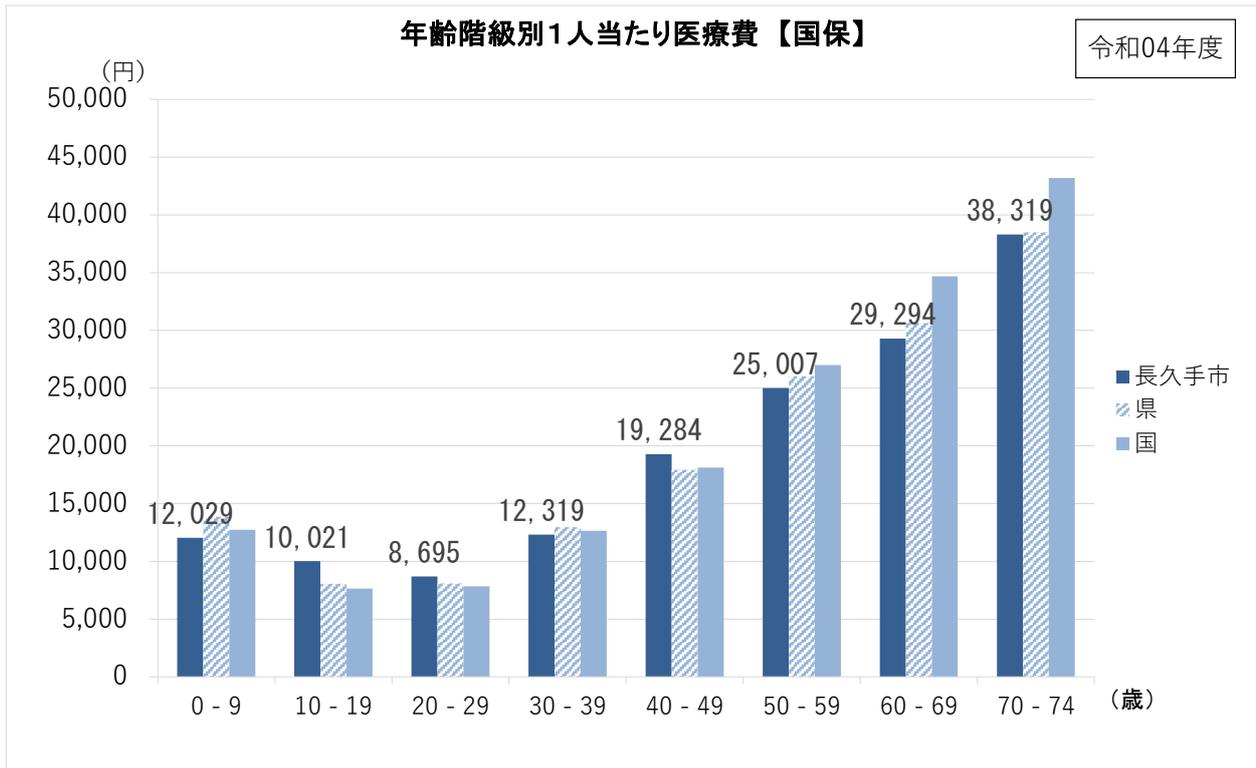
- 令和4年度の「1人あたり医療費」は、24,731円で、経年的に増加傾向にあり、県と同様の水準で推移しています。
- 令和4年度「総医療費」25.43億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）」は3.71億円です。

図8 被保険者 1人あたり医療費



- 「1人あたり医療費（入院）」は、県・国より低い状況です。
- 「1人あたり医療費（入院外）」は、県・国と同程度の状況です。

図9 年齢階級別1人当たり医療費



**【国保】**

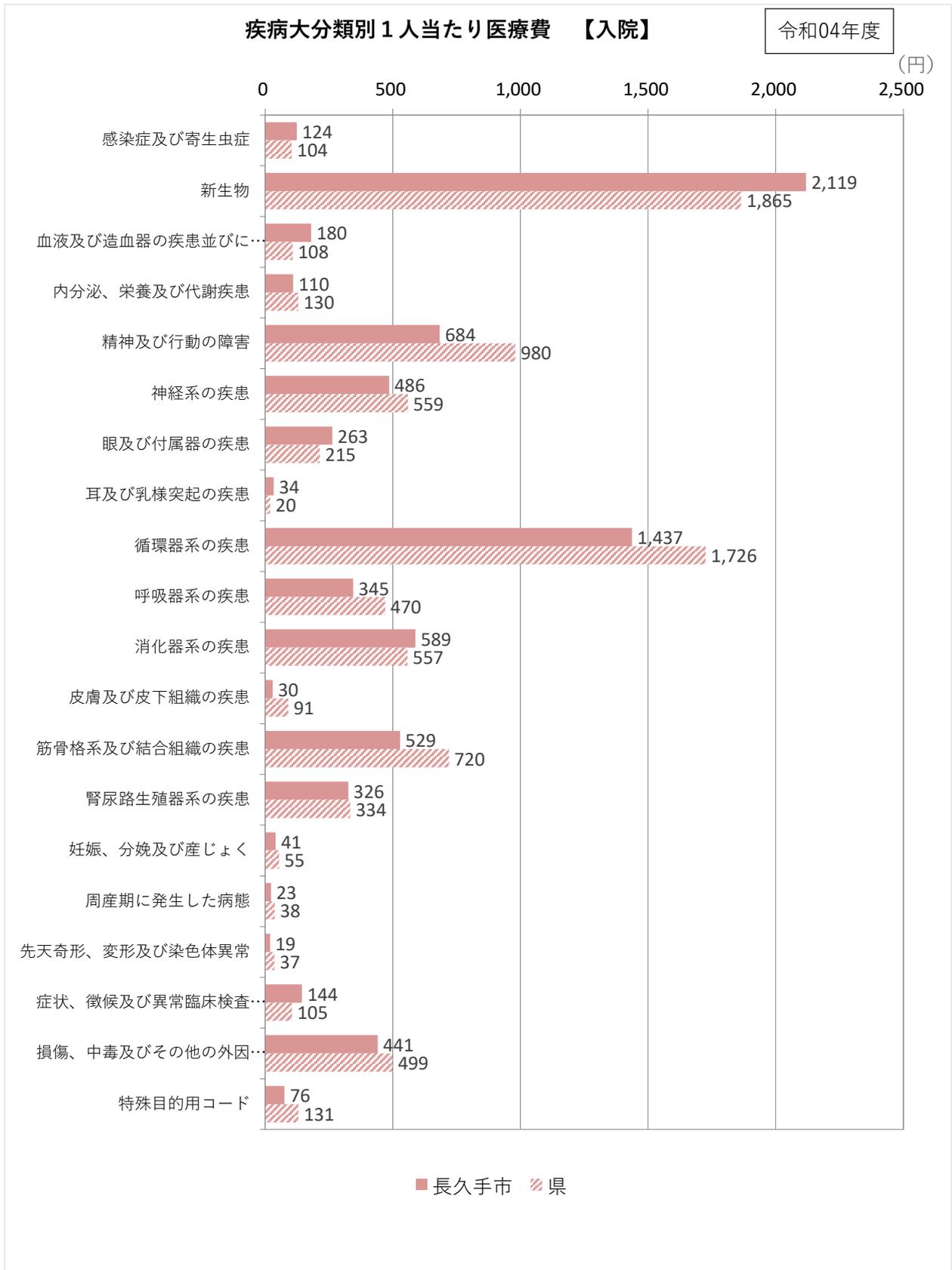
・1人当たり医療費は、「10~19歳」「20~29歳」「40~49歳」で、県・国よりも高い状況です。

**【後期】**

・1人当たり医療費は、「70~74歳」で県・国よりも高く、「85~89歳」で県よりも高い状況です。

・一定の障がいにより加入した「65~69歳」「70~74歳」の1人当たり医療費は、県・国と同様に、他の年齢階級に比べて高い状況です。

図10 疾病大分類別1人当たり医療費



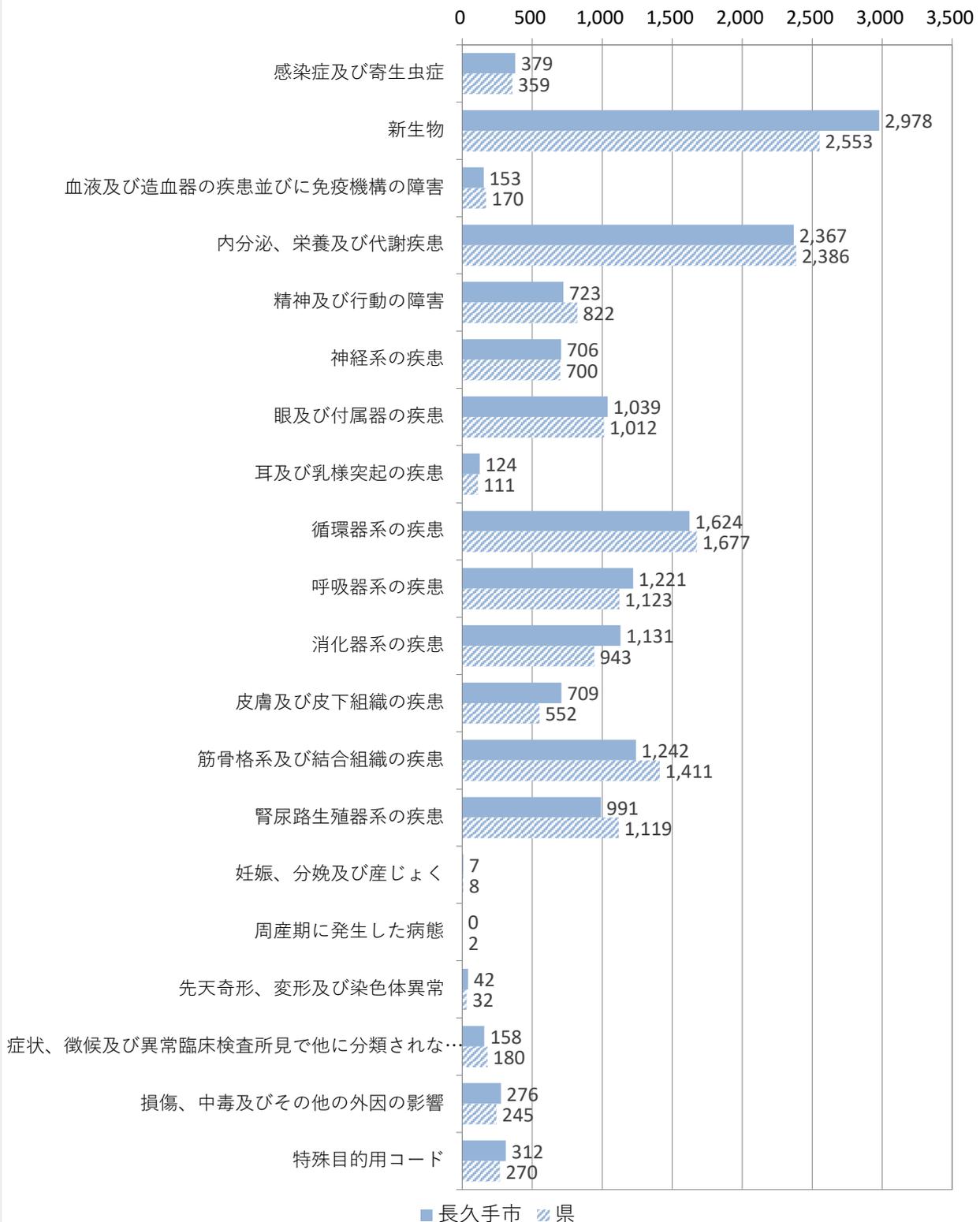
**【入院】**

• 「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、そのうち、「新生物」が県より高い状況です。

### 疾病大分類別 1人当たり医療費 【入院外】

令和04年度

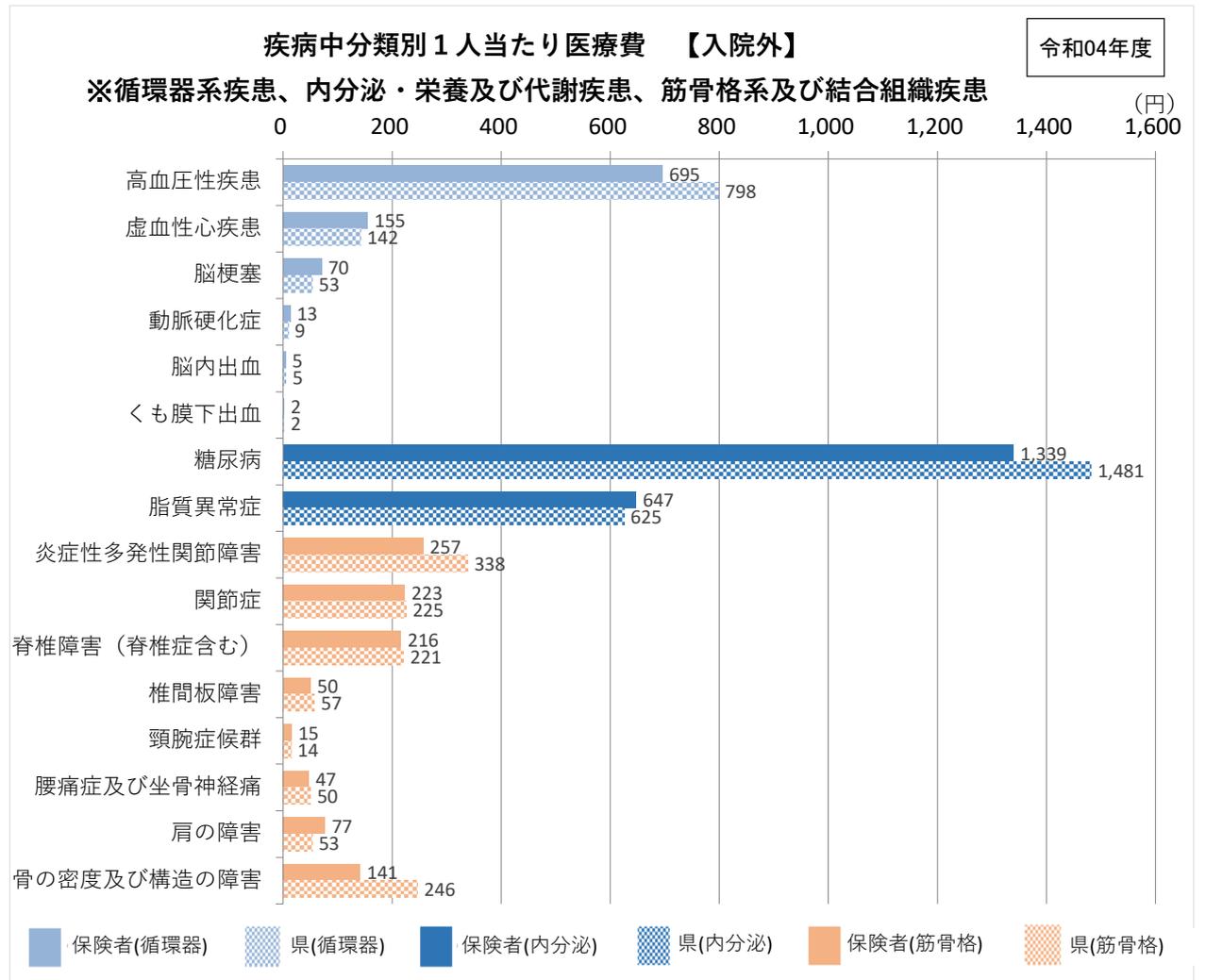
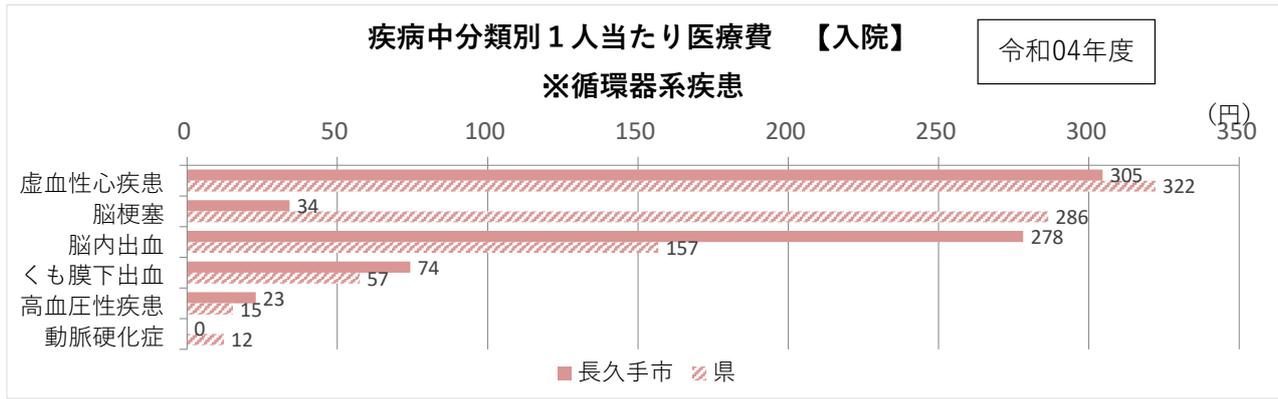
(円)



#### 【入院外】

- ・「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「呼吸器系の疾患」「消化器系の疾患」の順に高く、そのうち「新生物」「呼吸器系の疾患」「消化器系の疾患」が県より高い状況です。

図 1 1 疾病中分類別 1 人当たり医療費



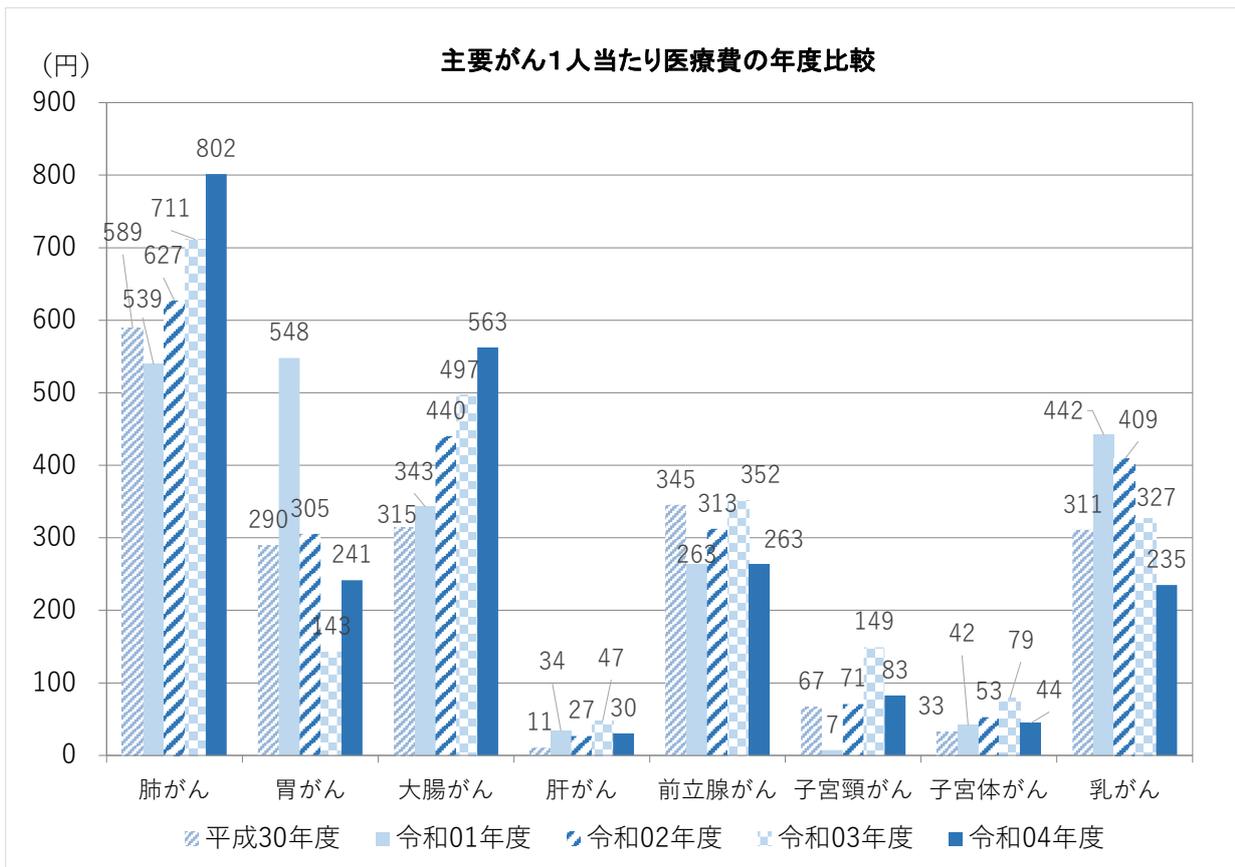
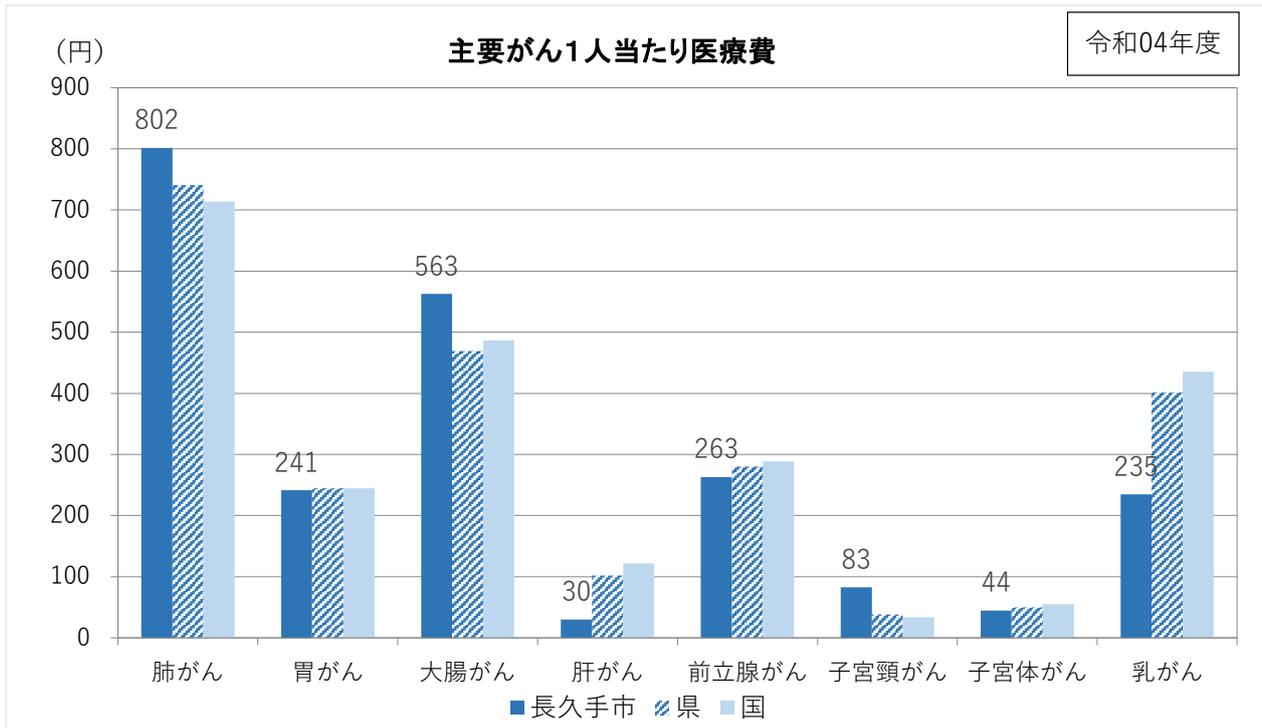
**【入院】**

• 循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳内出血」「くも膜下出血」「脳梗塞」の順に高く、そのうち、「脳内出血」「くも膜下出血」が県より高い状況です。

**【入院外】**

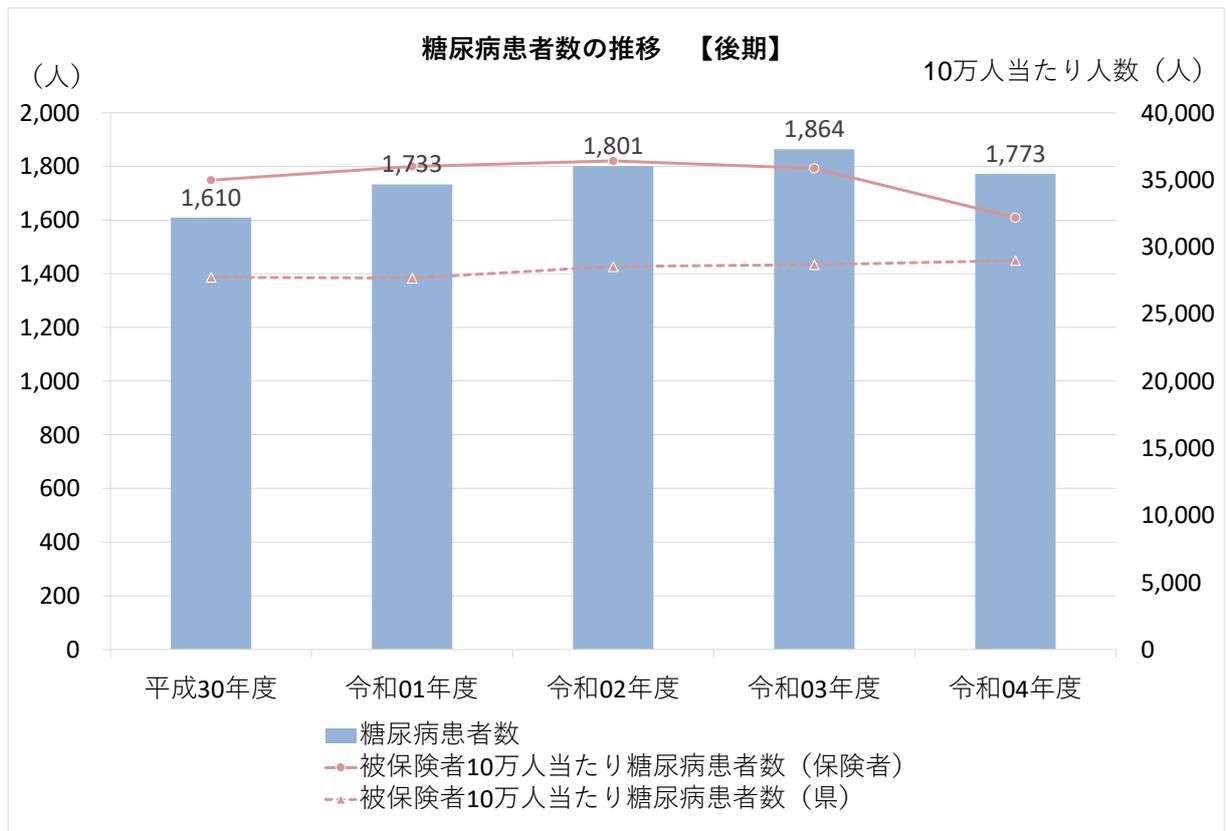
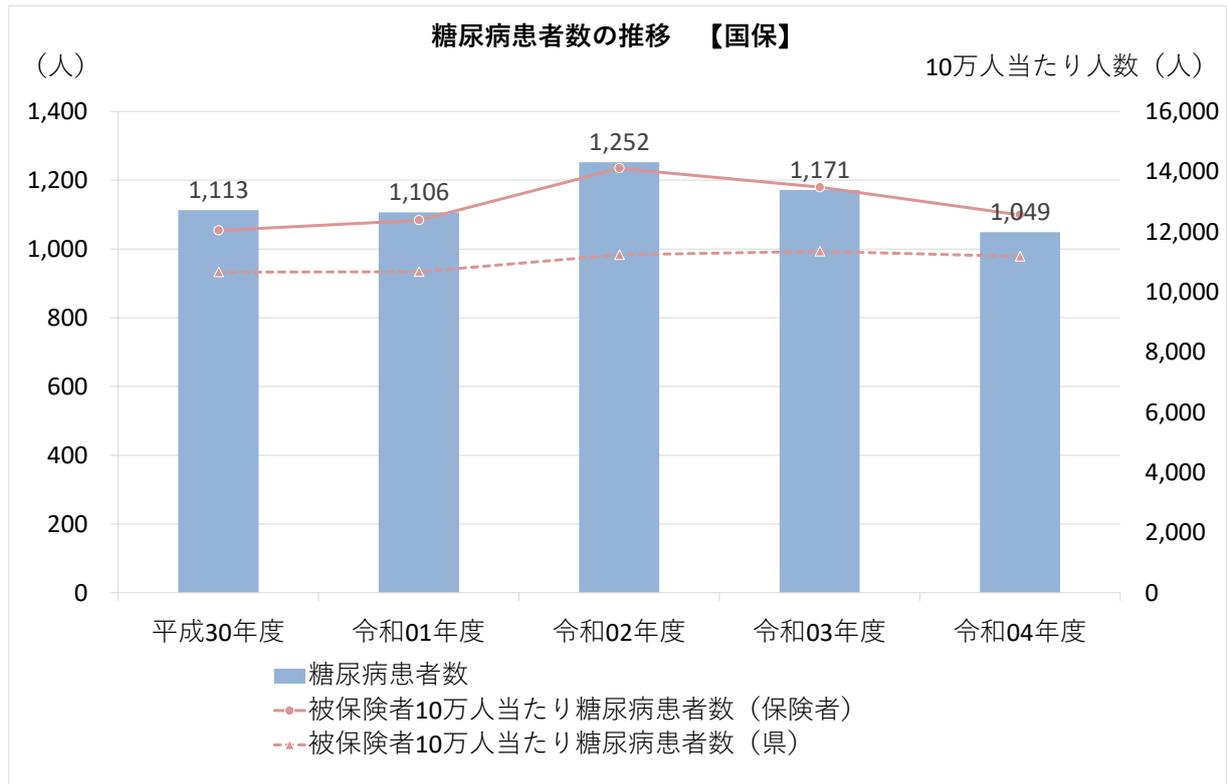
- 循環器系疾患では「高血圧性疾患」「虚血性心疾患」「脳梗塞」の順に高く、そのうち、「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高い状況です。
- 内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、「糖尿病」は県より低い状況です。
- 筋骨格系及び結合組織疾患では、「炎症性多発性関節障害」「関節症」「脊椎障害」「骨の密度及び構造の障害」の順に高い状況です。

図12 主要がん1人当たり医療費



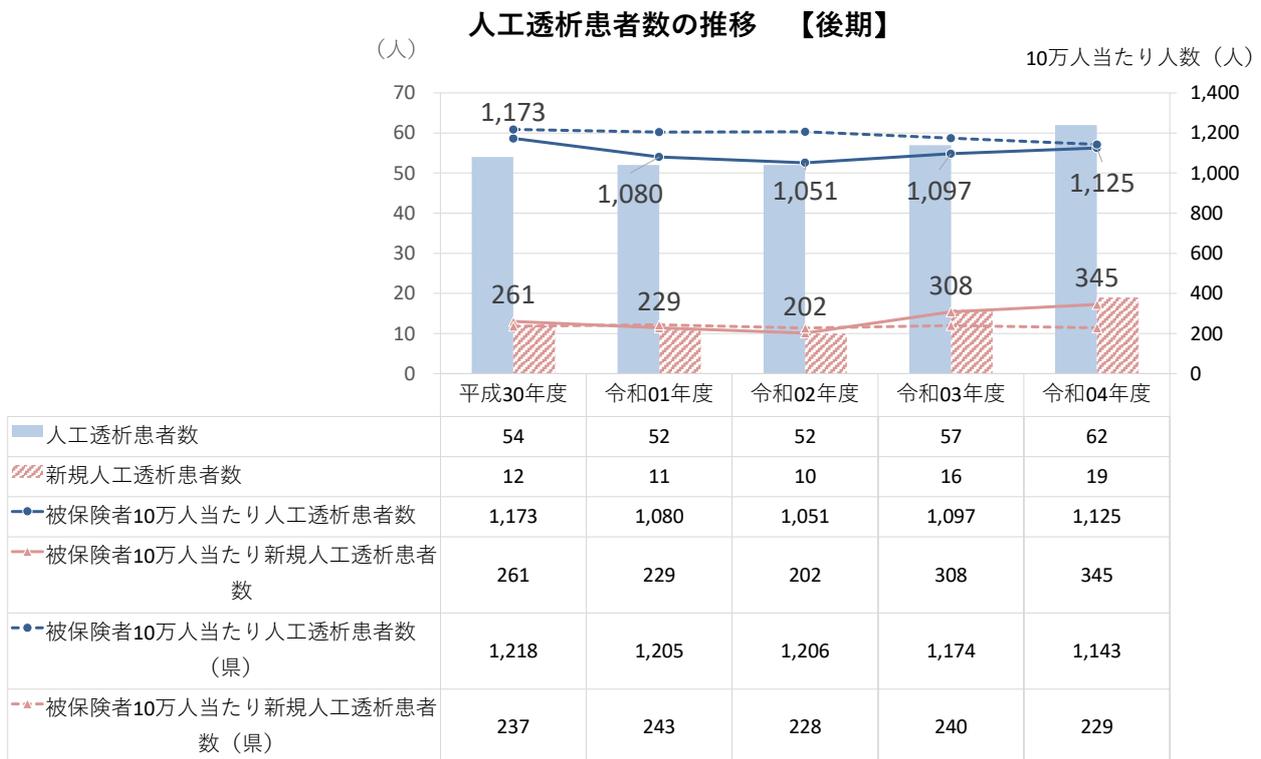
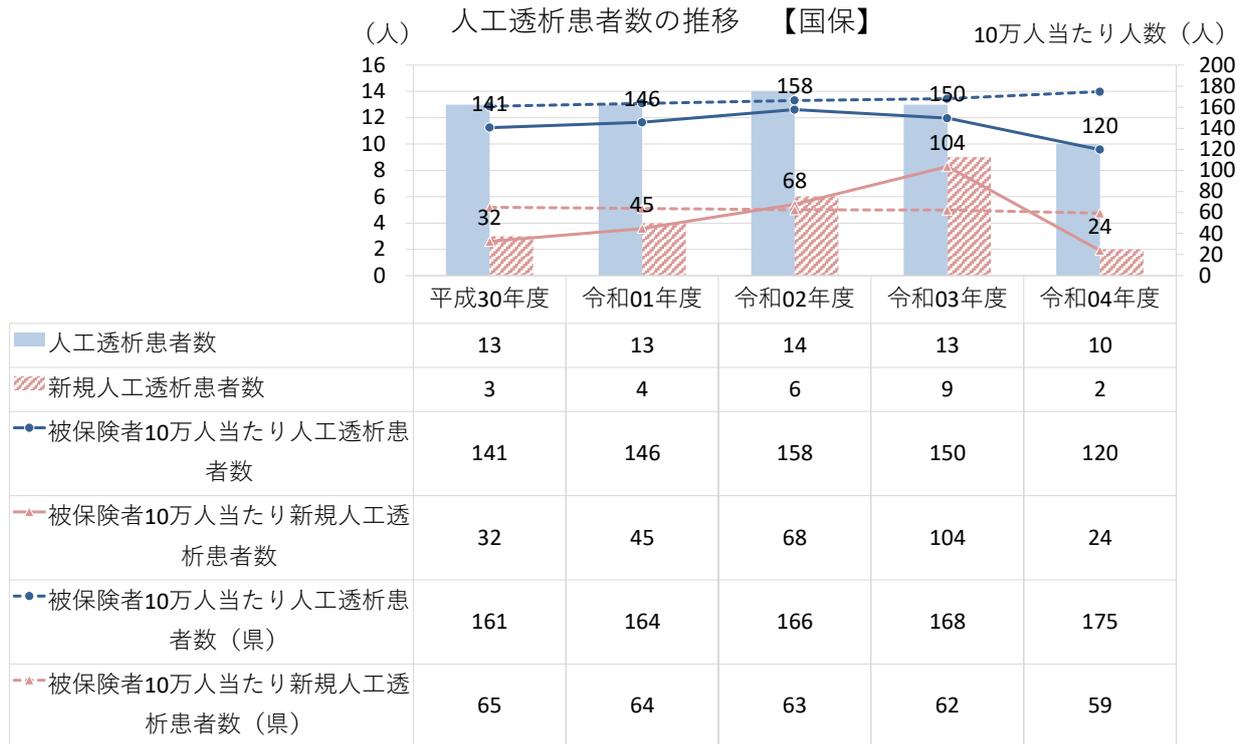
- ・「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「胃がん」「乳がん」「子宮頸がん」の順に高い状況です。
- ・「肺がん」「大腸がん」「子宮頸がん」が県・国より高い状況です。
- ・「肺がん」「大腸がん」「肝がん」「子宮頸がん」「子宮体がん」は、「平成30年度」と比較して「令和4年度」が増加している状況です。

図13 糖尿病患者数の推移



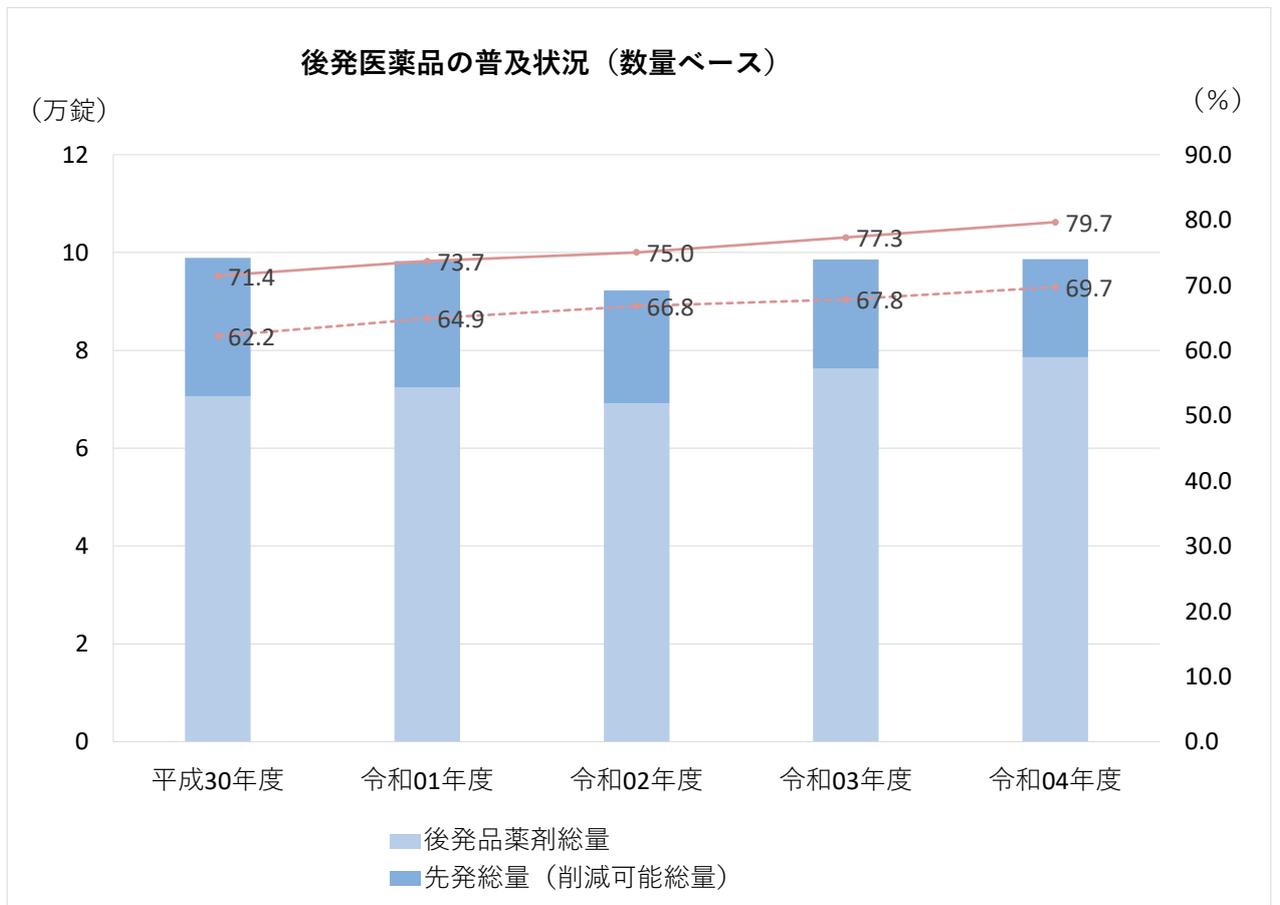
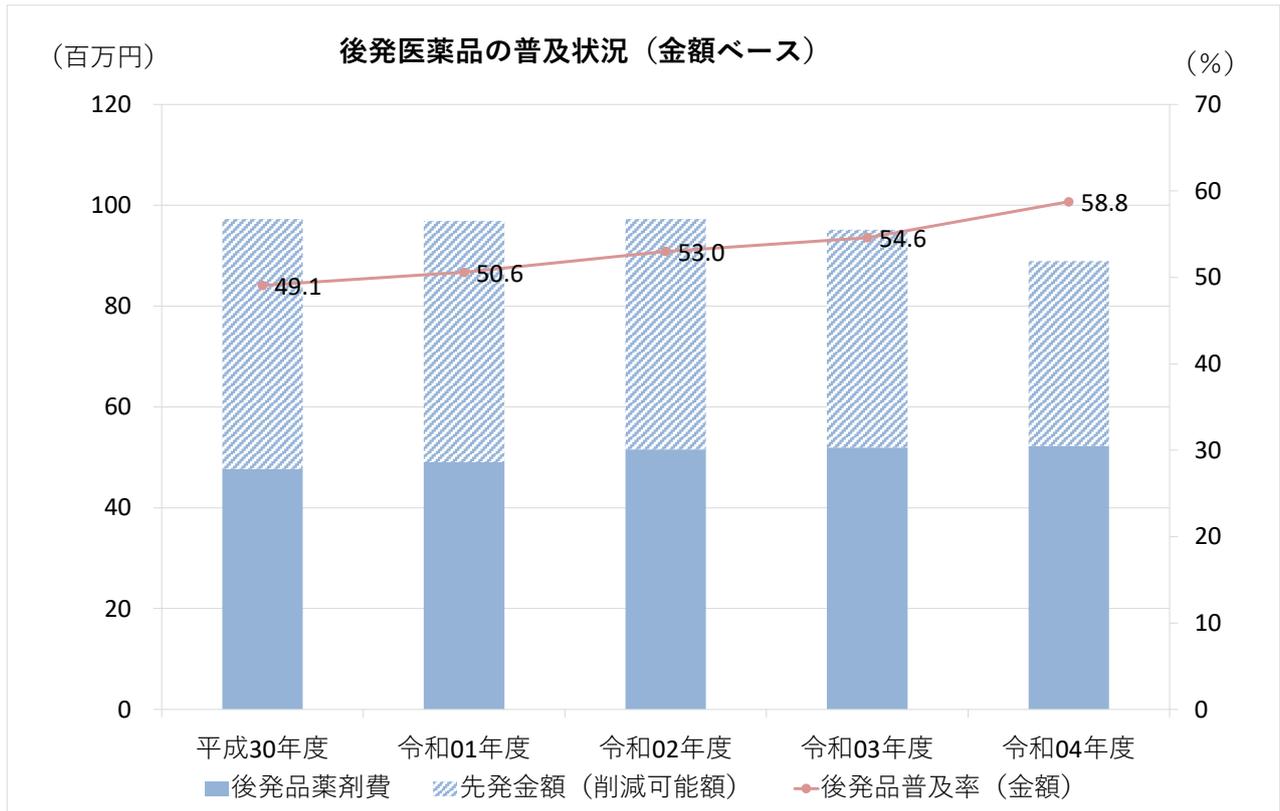
- ・令和4年度の糖尿病患者数は「国保」1,049人、「後期」1,773人です。
- ・「国保」「後期」とも、「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、県よりも高い水準で推移しています。
- ・「国保」「後期」とも、「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」が、「令和3年度」から「令和4年度」にかけて減少している状況です。

図14 人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移



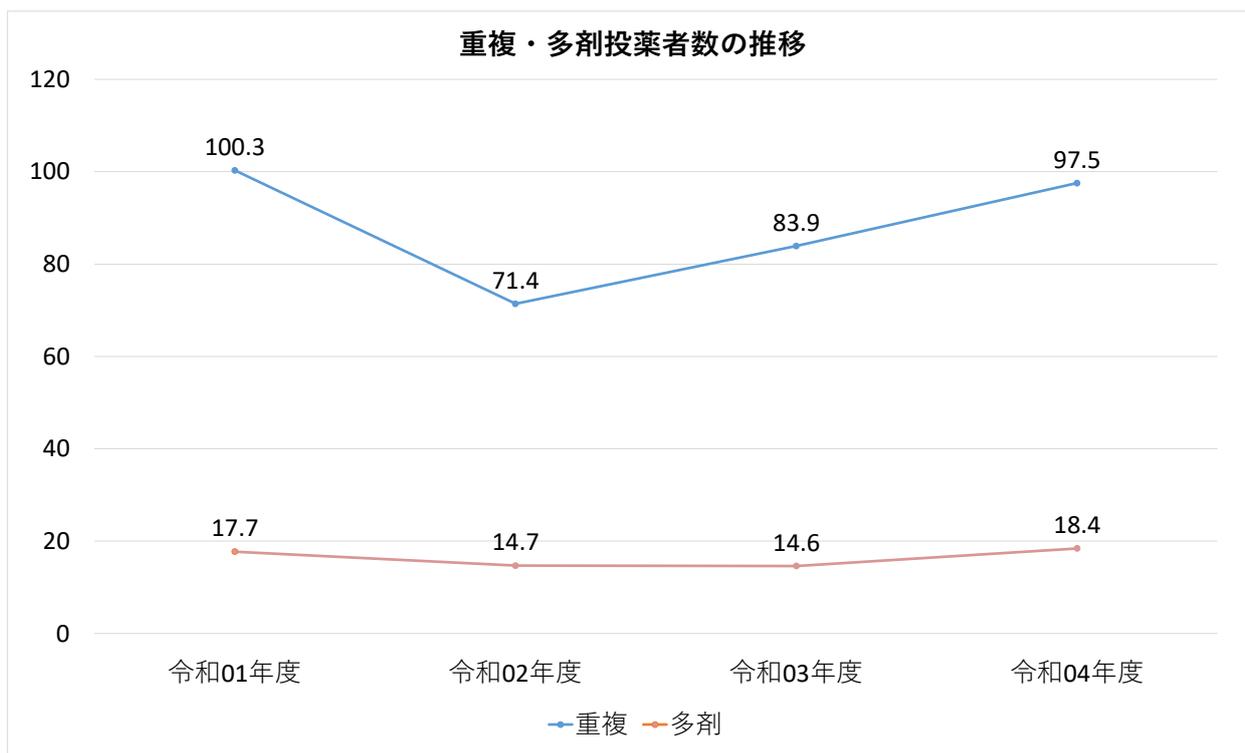
- 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、国保では「長久手市」120人、「県」175人、後期では「長久手市」1,125人、「県」1,143人で、「国保」は県より少なく、「後期」は県と同様の状況です。
- 令和4年度「10万人当たり新規人工透析患者数」は、国保では「長久手市」24人、「県」59人、後期では「長久手市」345人、「県」229人で、「国保」は県より少なく、「後期」は県より多い状況です。

図15 後発医薬品の普及状況



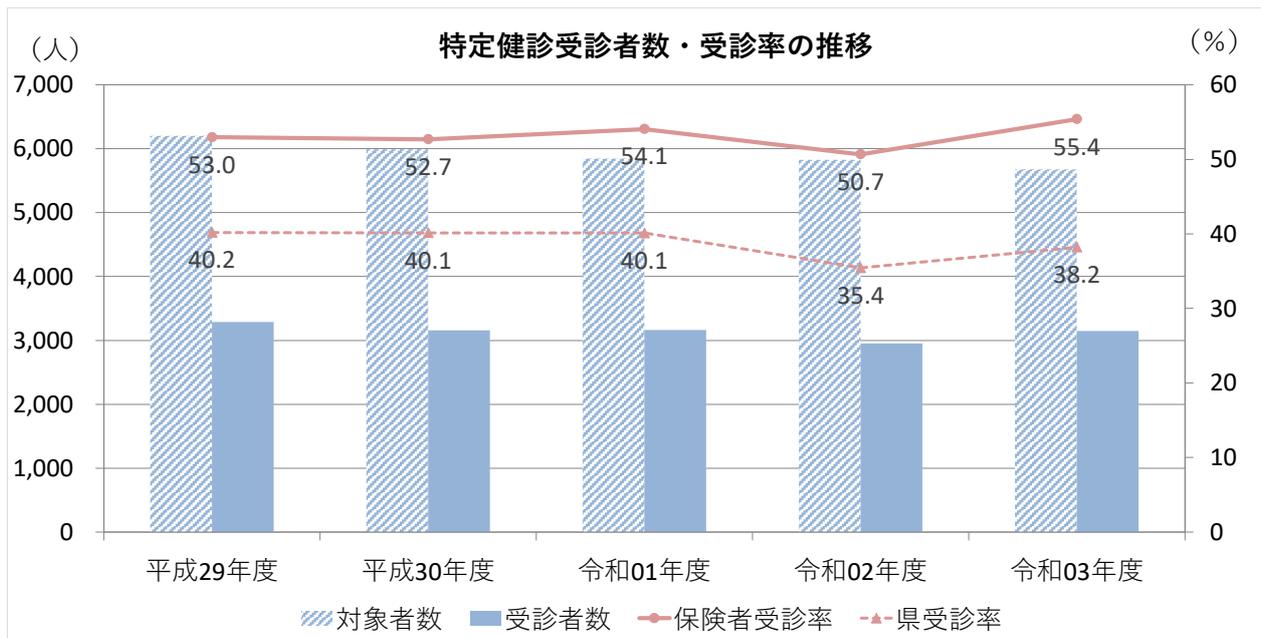
- 令和4年度の後発医薬品普及率は「金額ベース」58.8%、「数量ベース」79.7%です。
- 後発医薬品普及率の経年推移は、「金額ベース」「数量ベース」とも増加している状況です。

図16 重複・多剤投薬者数の推移



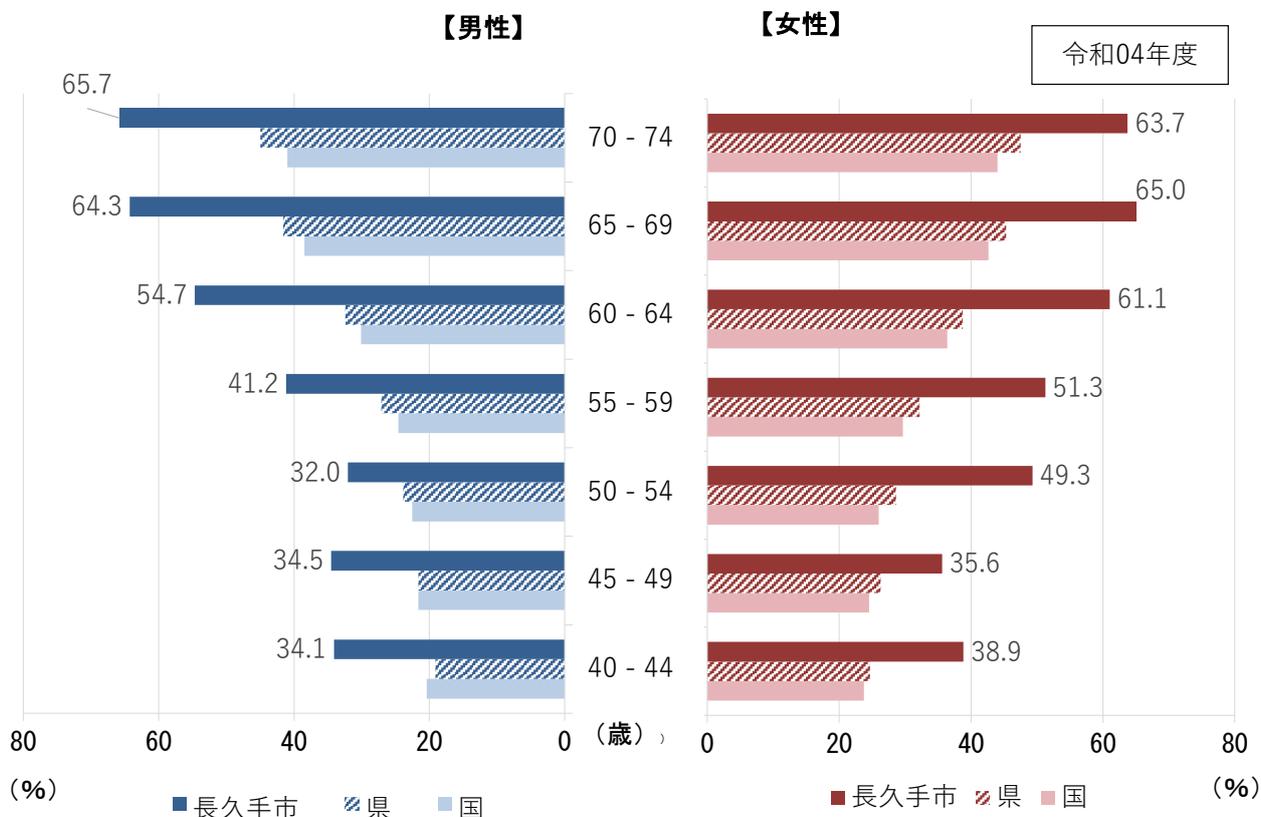
- 令和4年度の対被保険者1万人あたりの重複投薬者数は97.5人、15剤以上の多剤投薬者数は18.4人です。
- 重複投薬者数は、令和2年度に減少しましたが、その後は増加傾向です。
- 多剤投薬者数は14～19人で推移しています。

図17 特定健診受診者数・受診率の推移



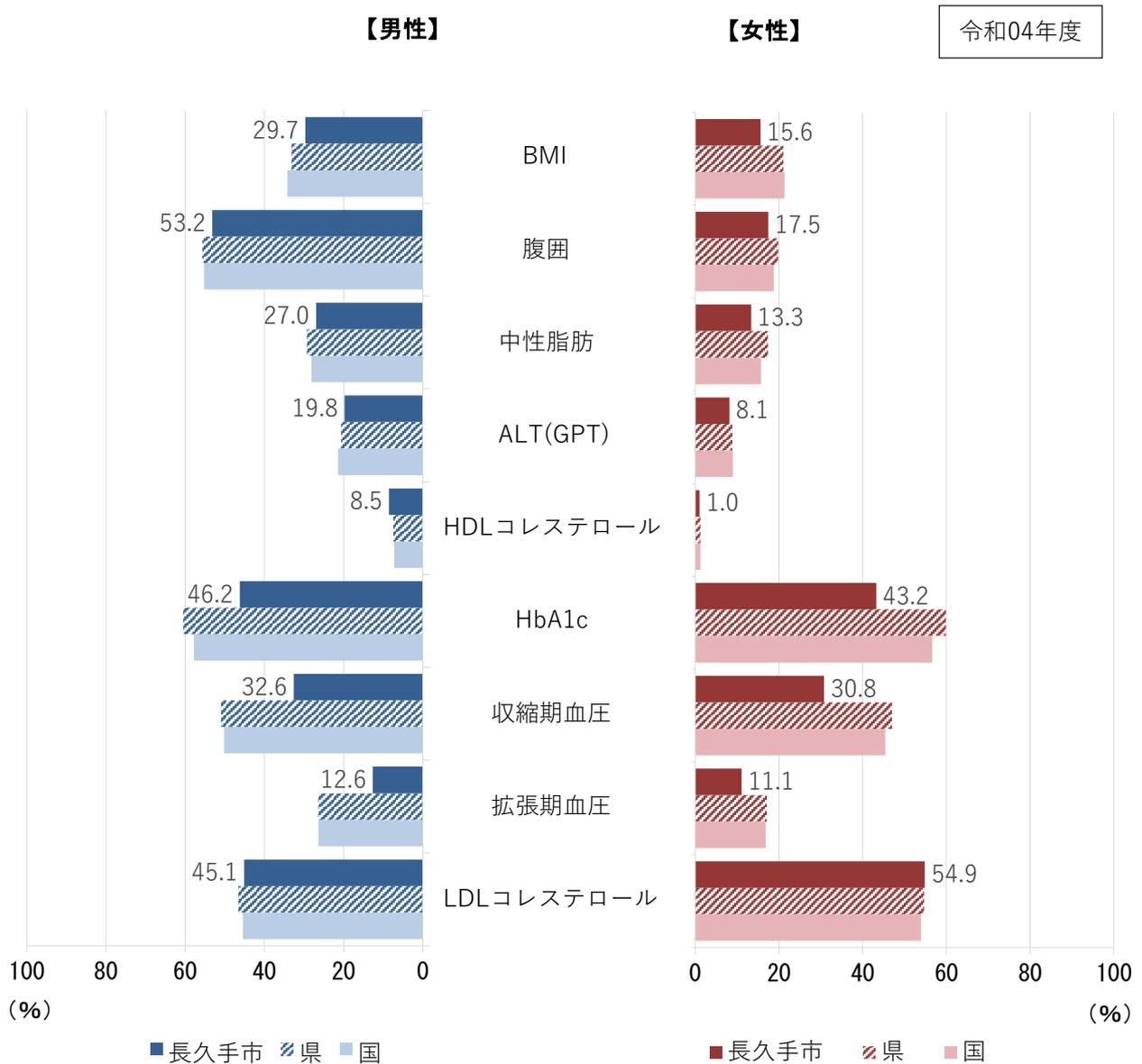
- 令和3年度の特定健診は、「対象者数」5,678人、「受診者数」3,145人、「受診率」55.4%です。
- 「受診率」よりは、県よりも高い水準で推移しています。
- 「受診率」は、市・県とも「令和2年度」に減少し、「令和3年度」に増加しています。

図18 性・年齢階級別特定健診受診率



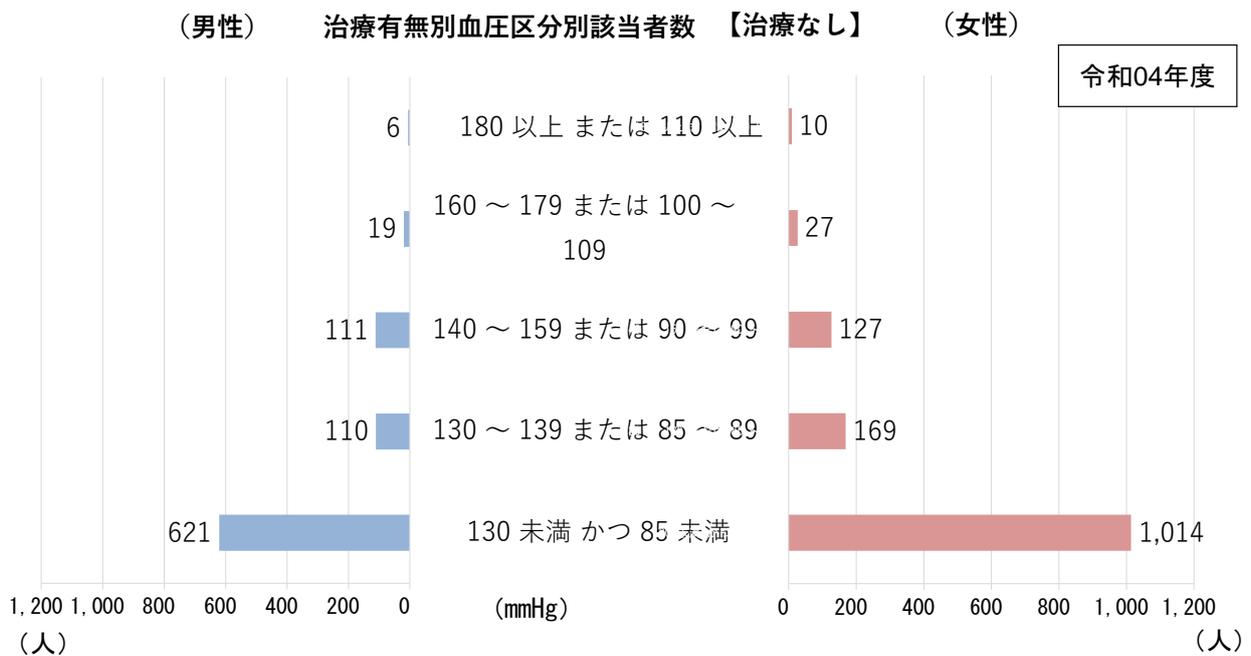
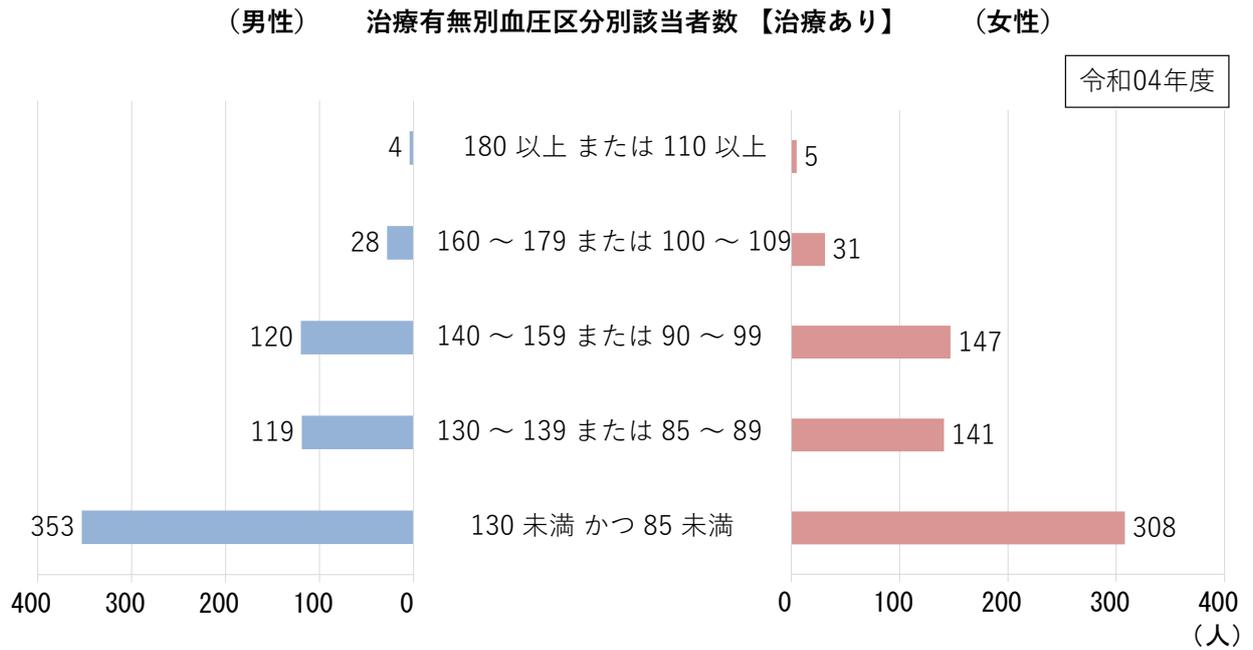
- 全ての性・年齢階級において、受診率が県・国より高い状況です。
- 受診率は年齢階級とともに増加傾向がみられます。

図19 特定健診有所見者割合



- 男性の有所見者割合は、「腹囲」53.2%、「HbA1c」46.2%、「LDLコレステロール」45.1%「収縮期血圧」32.6%の順に高く、女性の有所見者割合は、「LDLコレステロール」54.9%、「HbA1c」43.2%「収縮期血圧」30.8%、「腹囲」17.5%の順に高い状況です。
- 男性の「HDLコレステロール」有所見割合が、県・国より高い状況です。
- 男性の「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「BMI」は、県・国より低い状況です。
- 女性は、「LDLコレステロール」を除く項目で、県・国より低い状況です。

図20 治療有無別血圧区分別該当者数



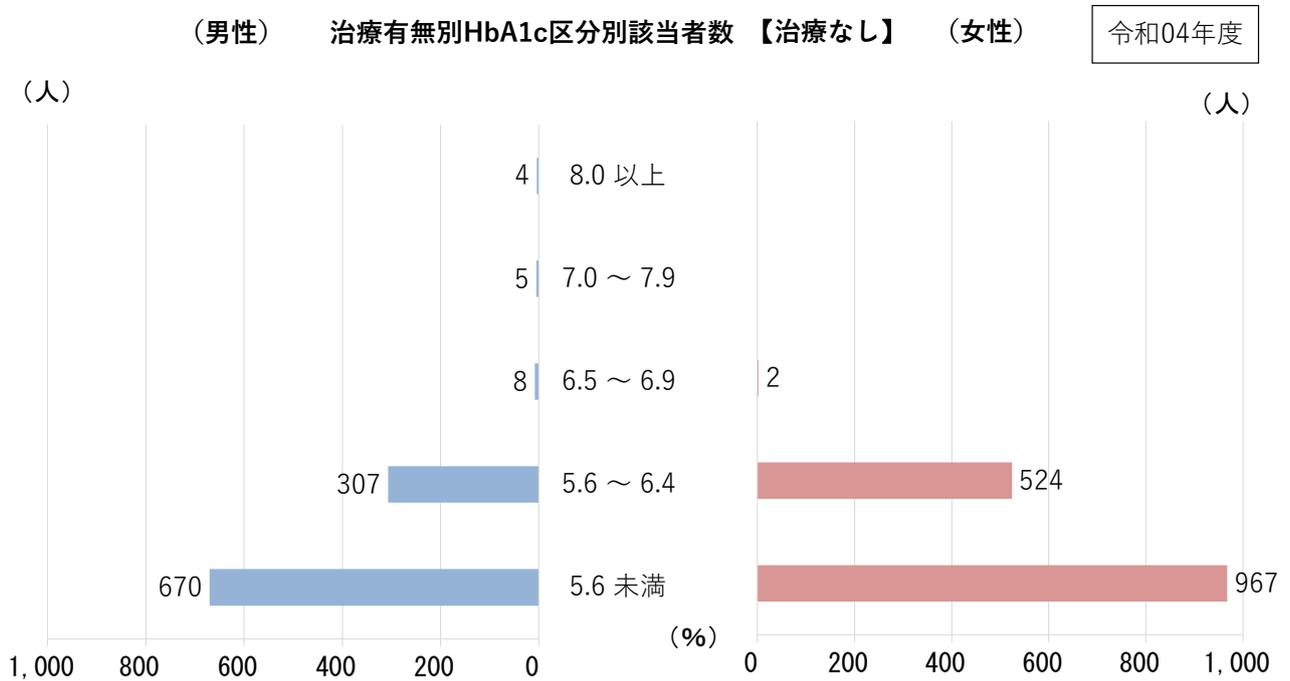
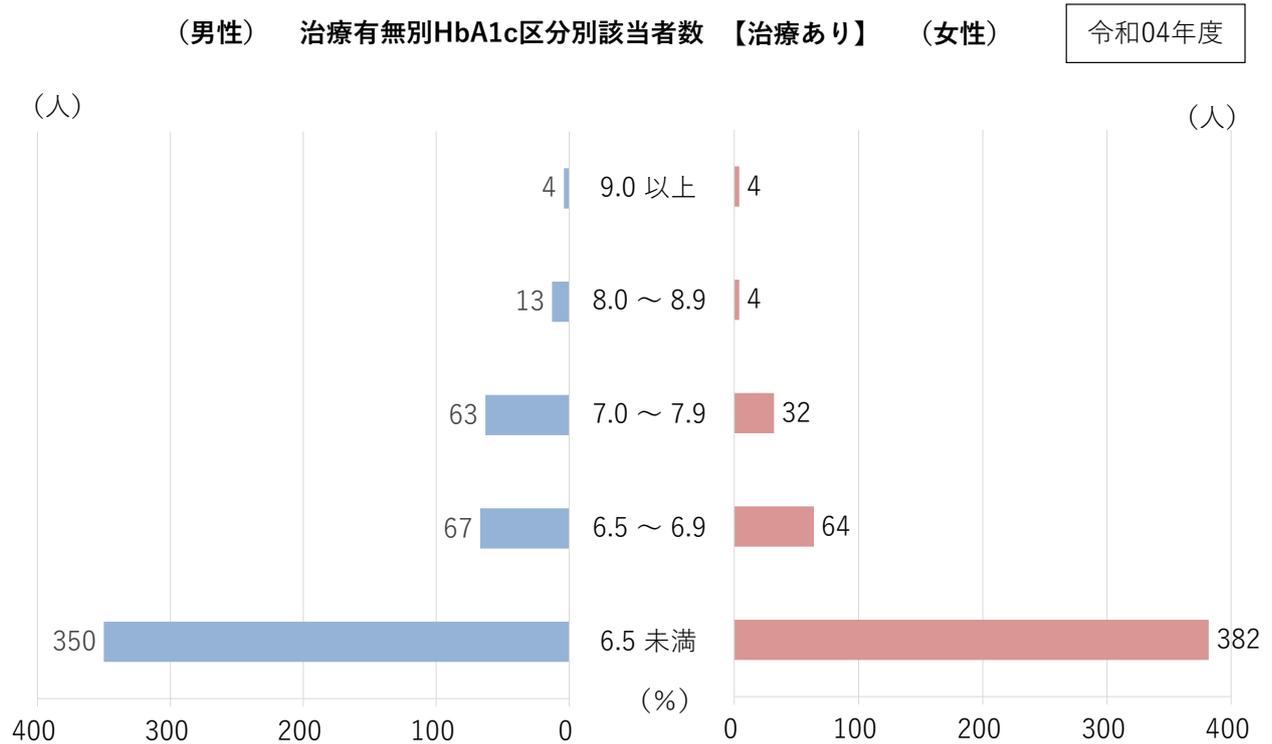
【治療あり】

- ・「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」の人は男性32人（5.1%）、女性36人（5.7%）です。

【治療なし】

- ・受診勧奨判定値「収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上」の人は、男性136人（15.7%）、女性164人（12.2%）です。
- ・すぐに医療機関の受診が必要とされる「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」の人数は、男性25人（2.9%）、女性37人（2.7%）です。

図 2 1 治療有無別HbA1c区分別該当者数



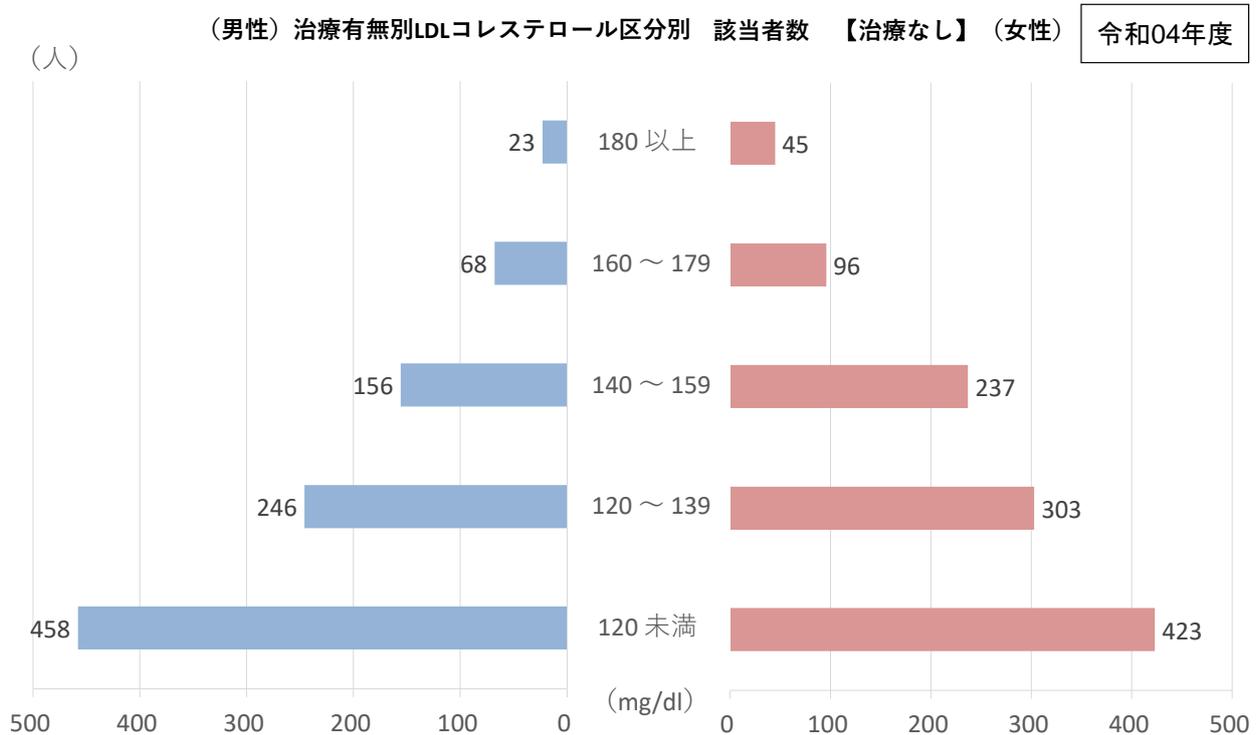
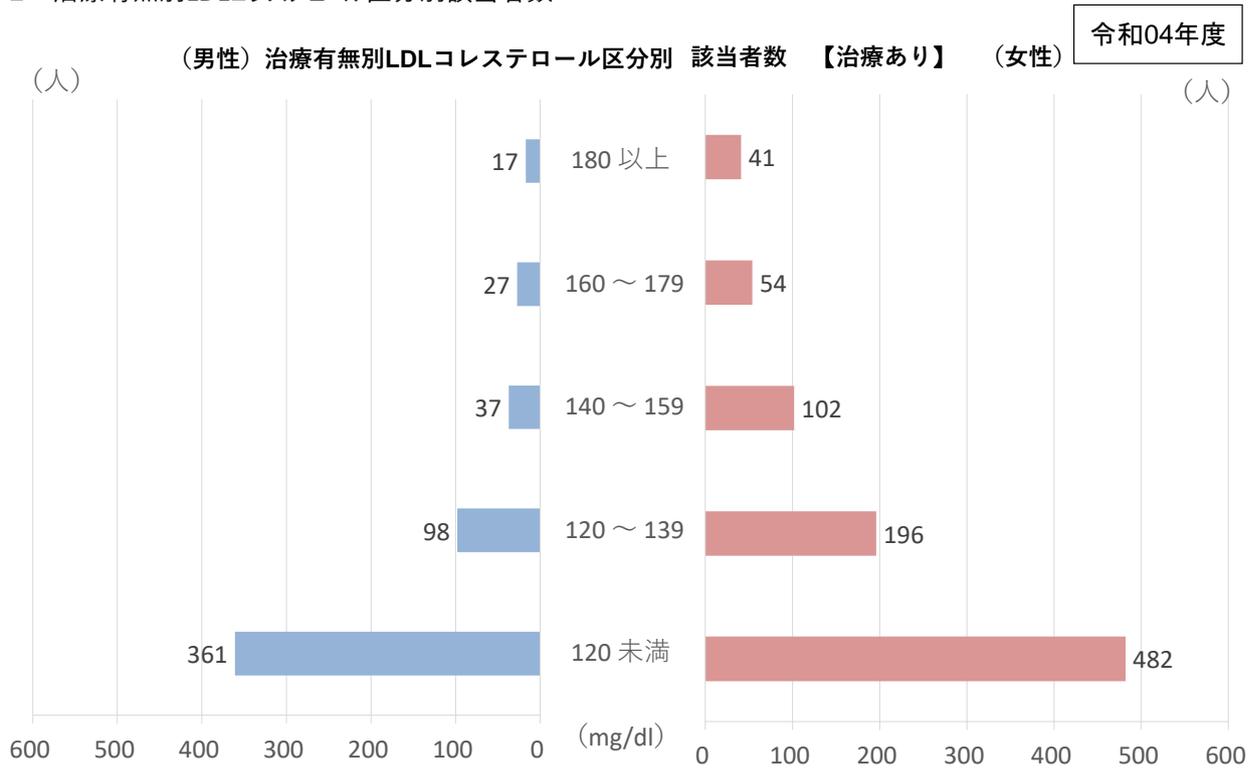
【治療あり】

- 合併症のリスクが高まる「7.0以上」は、男性80人（16.1%）、女性40人（8.2%）です。
- 治療強化が困難な際の目標値「8.0以上」は、男性17人（3.4%）、女性8人（1.6%）です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「6.5%以上」は、男性17人（1.7%）、女性2人（0.1%）です。

図 2 2 治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数



**【治療あり】**

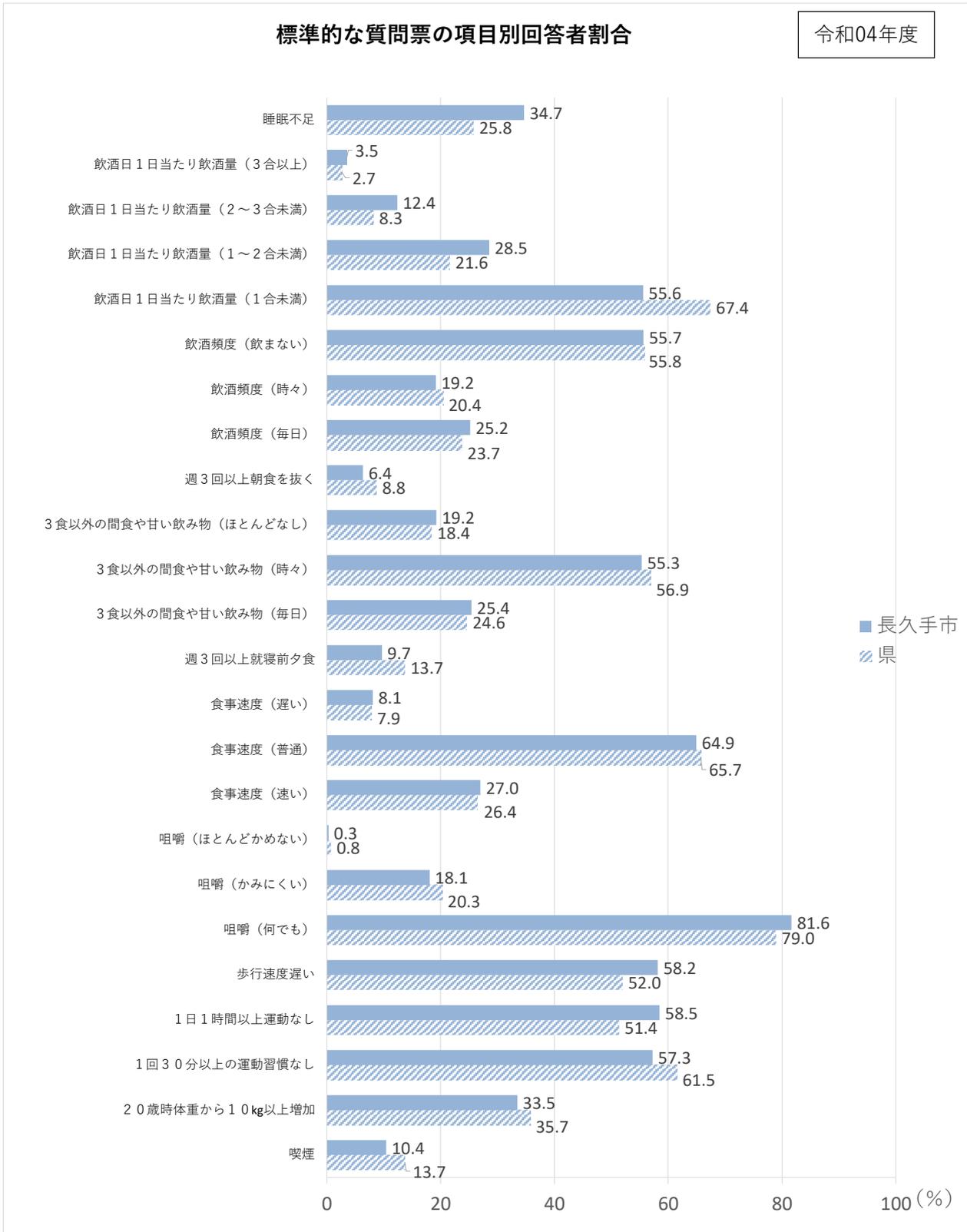
・「180mg/dl以上」は男性17人（3.1%）、女性41人（4.7%）です。

**【治療なし】**

・受診勧奨判定値「140mg/dl以上」は、男性247人（26.0%）、女性378人（34.2%）です。

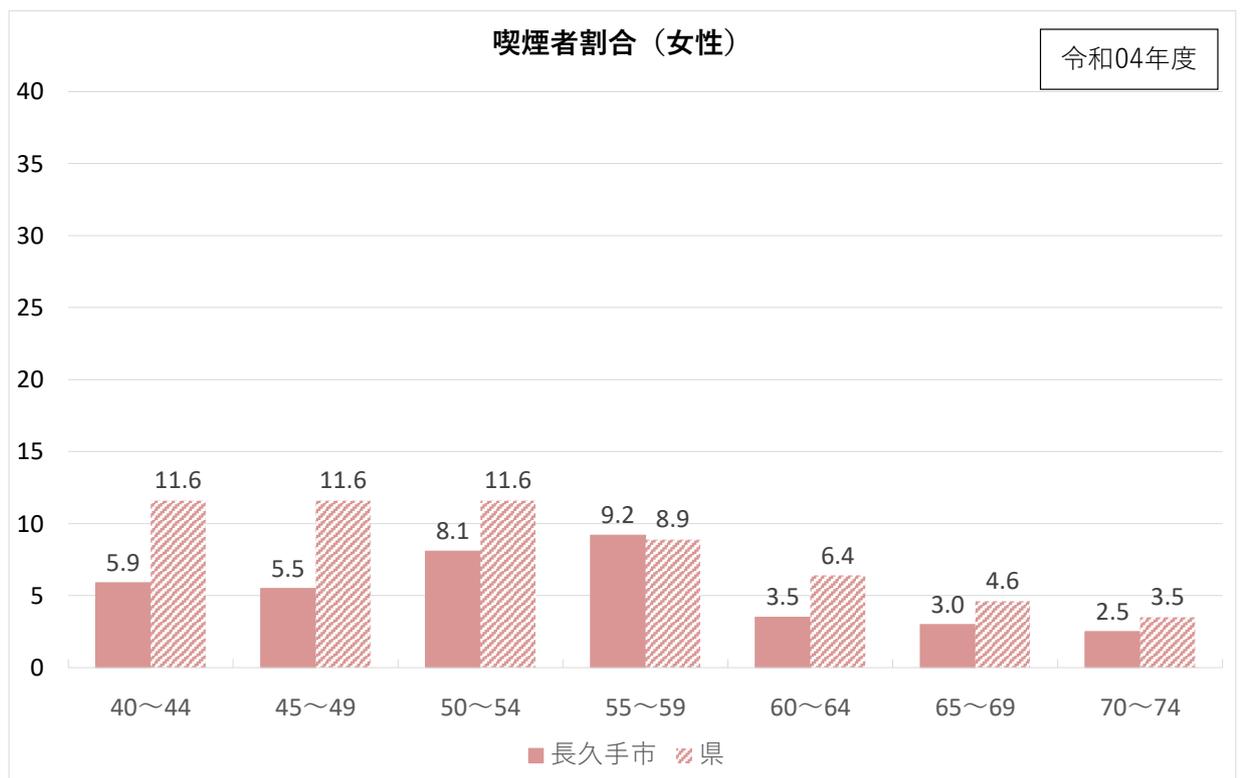
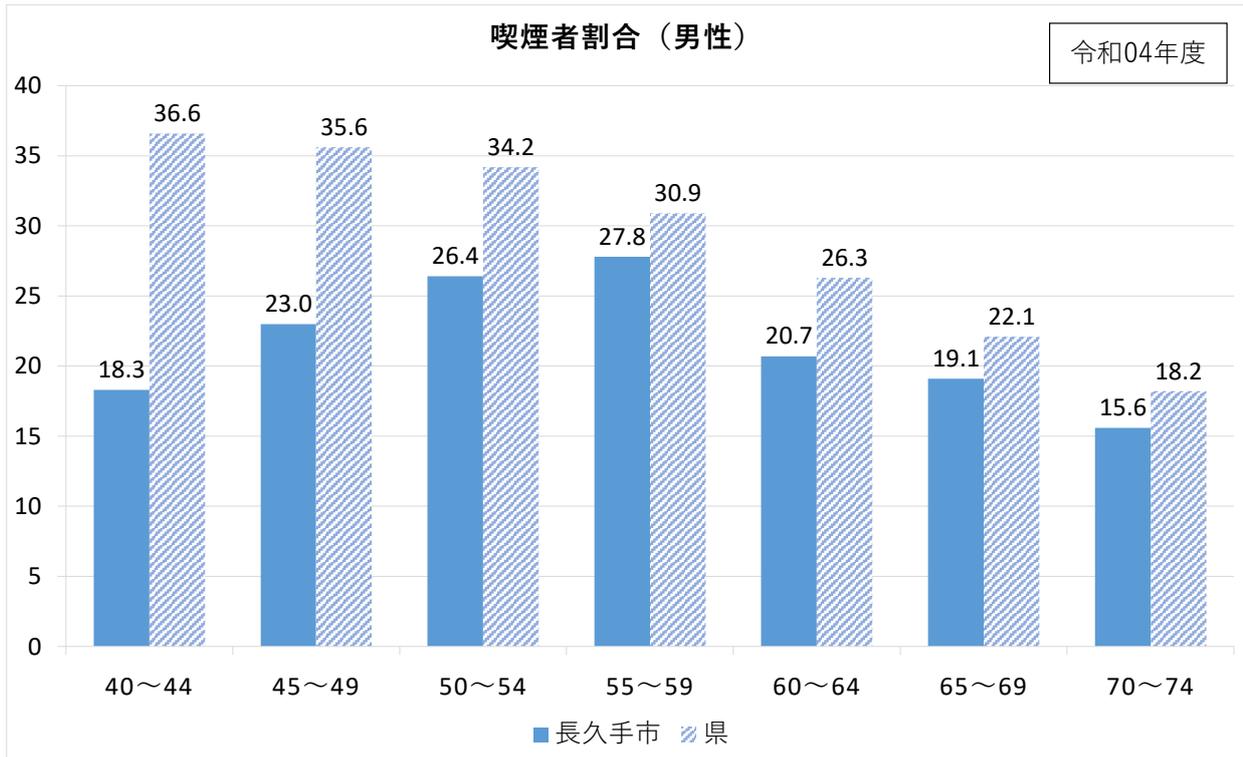
・すぐに医療機関の受診が必要とされる「180mg/dl以上」は男性23人（2.4%）、女性45人（4.1%）です。

図 2 3 標準的な質問票の項目別回答者割合



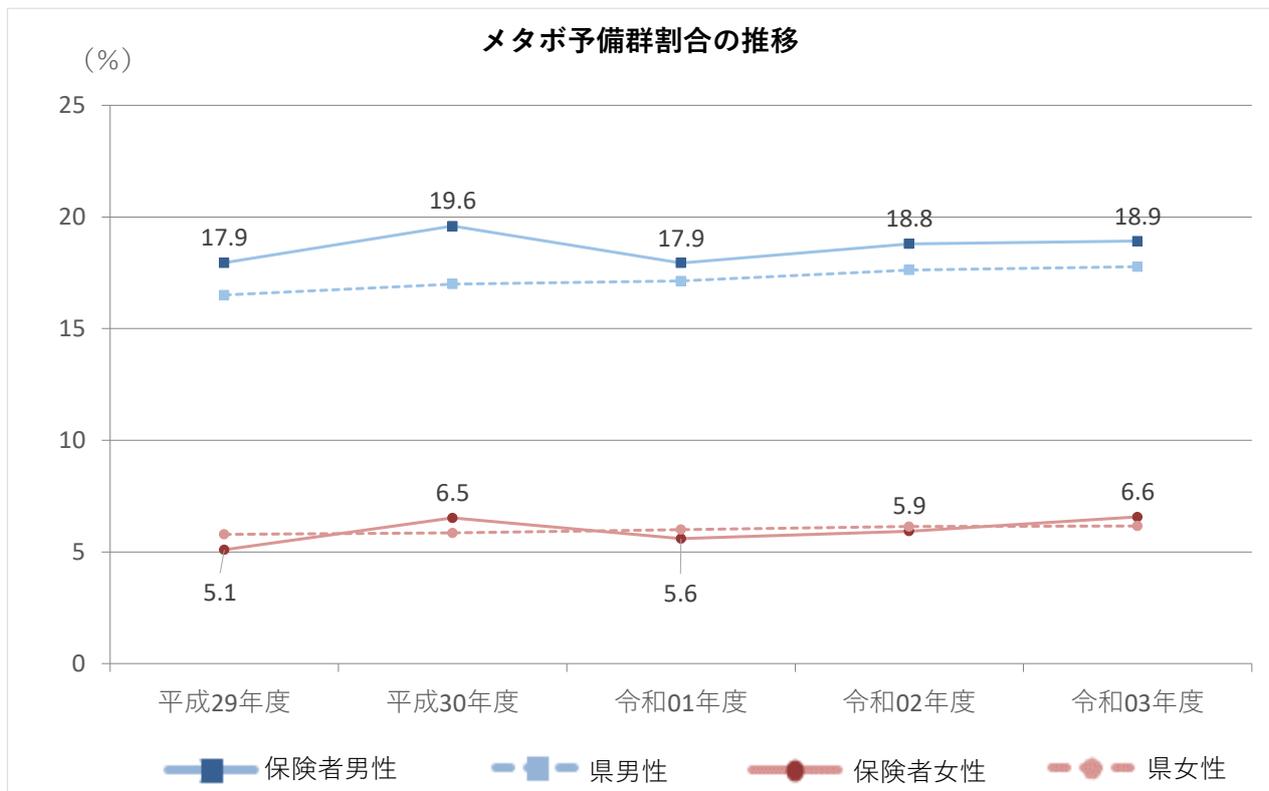
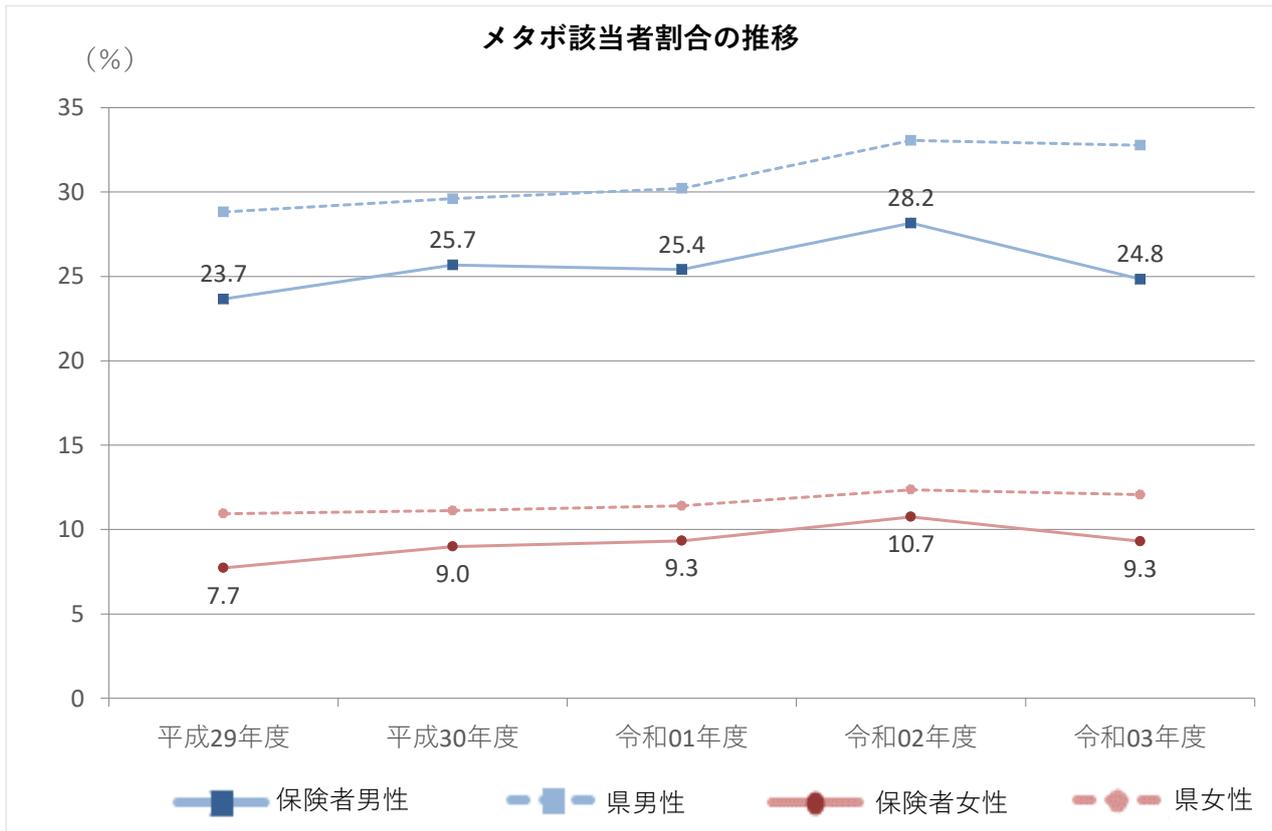
- 「睡眠不足」は34.7%で、県より高い状況です。
- 「飲酒頻度(毎日)」は25.2%、「飲酒日1日当たり飲酒量(3合以上)」は3.5%、「飲酒日1日当たり飲酒量(2~3合未満)」は12.4%、「飲酒日1日当たり飲酒量(1~2合未満)」は28.5%で、いずれも県より高い状況です。
- 「1日1時間以上運動なし」は58.5%、「歩行速度(遅い)」は58.2%で、県より高い状況です。

図 2 4 年代別喫煙者割合



- 喫煙率は、男女とも県より低い水準です。
- 女性に比べ、男性の喫煙率が高く、40歳代、50歳代は60歳代以上より喫煙率が高くなっています。

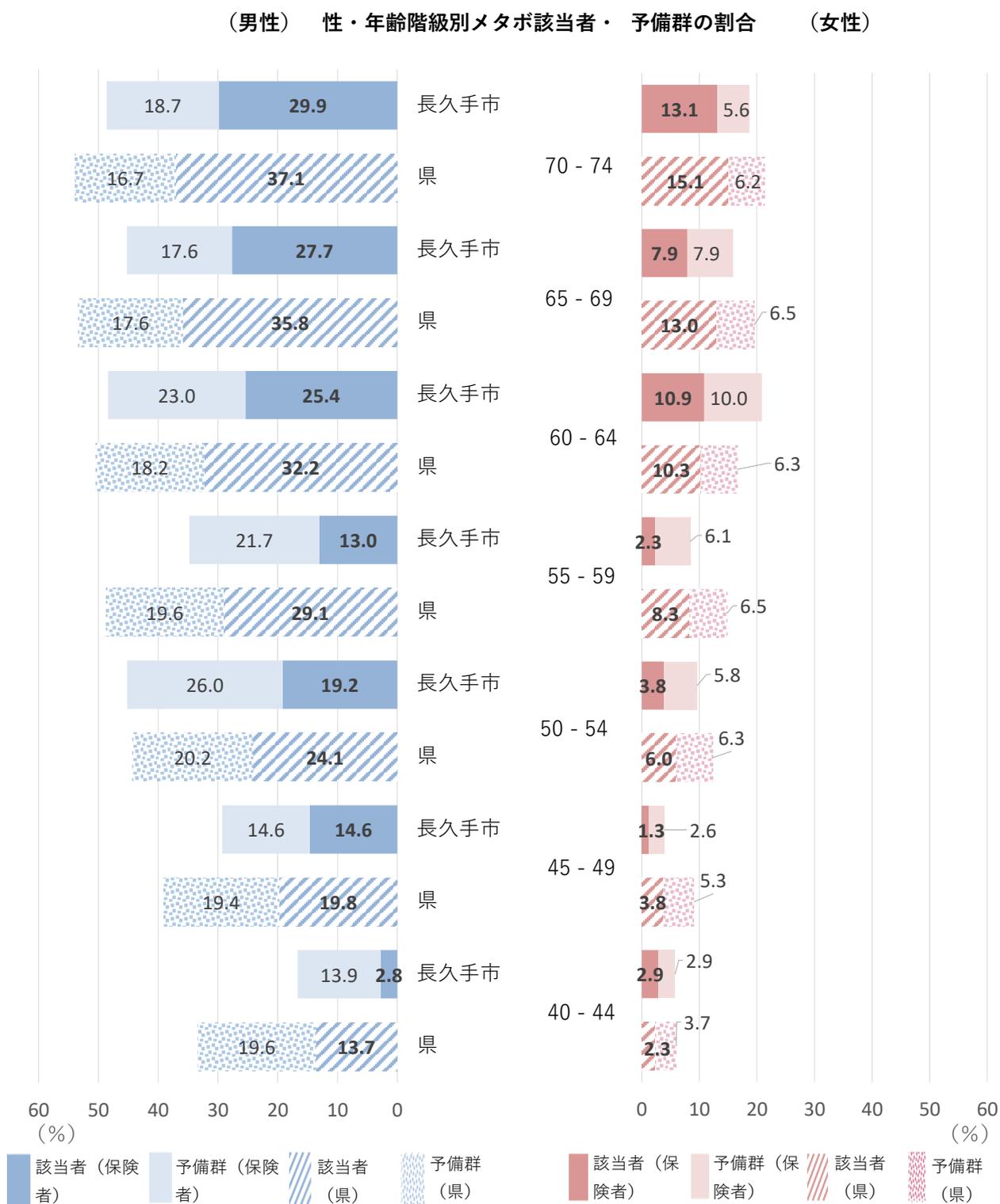
図 2 5 メタボ該当者・予備群割合の推移



- 令和3年度「メタボ該当者割合」は、男性24.8%、女性9.3%で、男女とも県より低い水準で推移しています。
- 令和3年度「メタボ予備群割合」は男性18.9%、女性6.6%で、男性は県より高い水準で、女性は県と同程度の水準で推移しています。

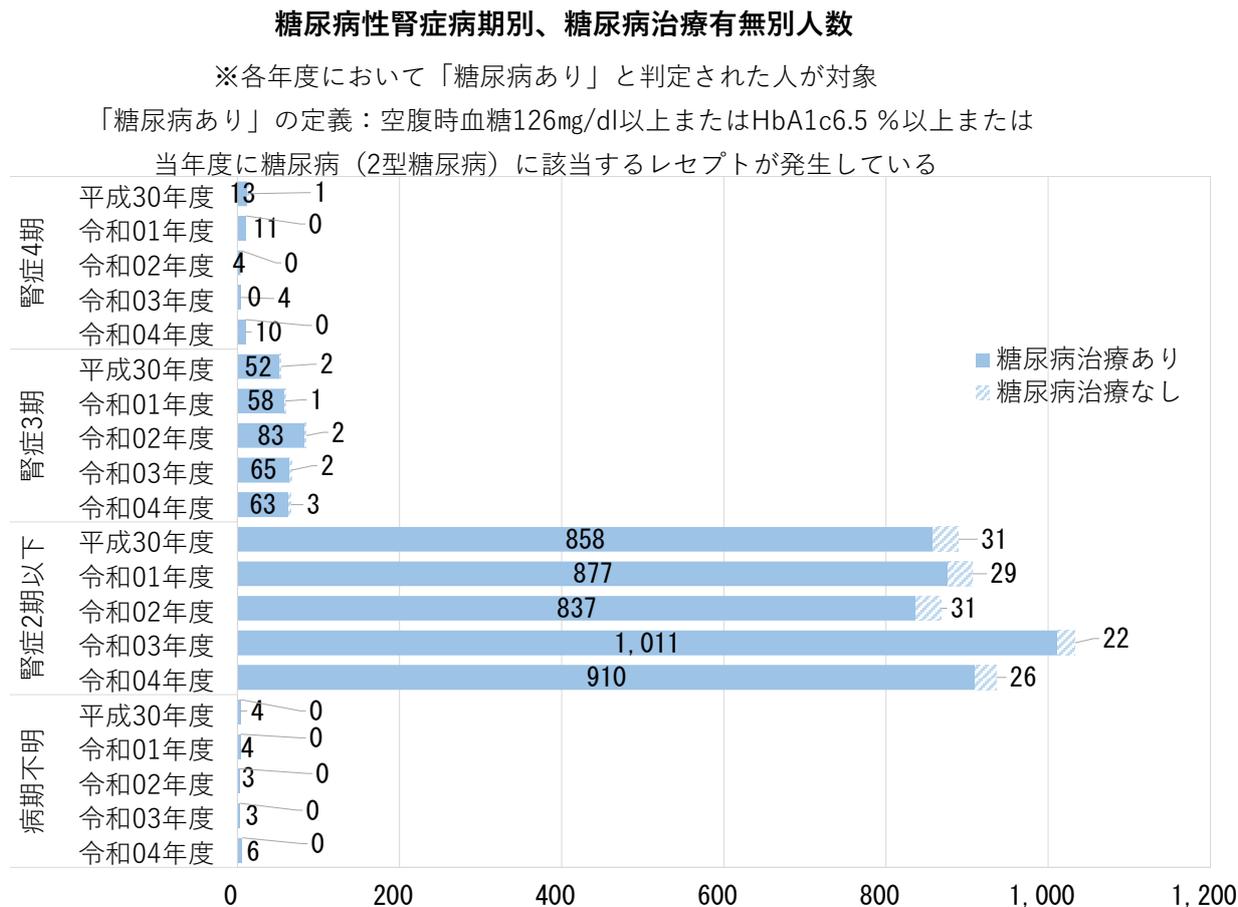
図 2 6 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合

令和03年度



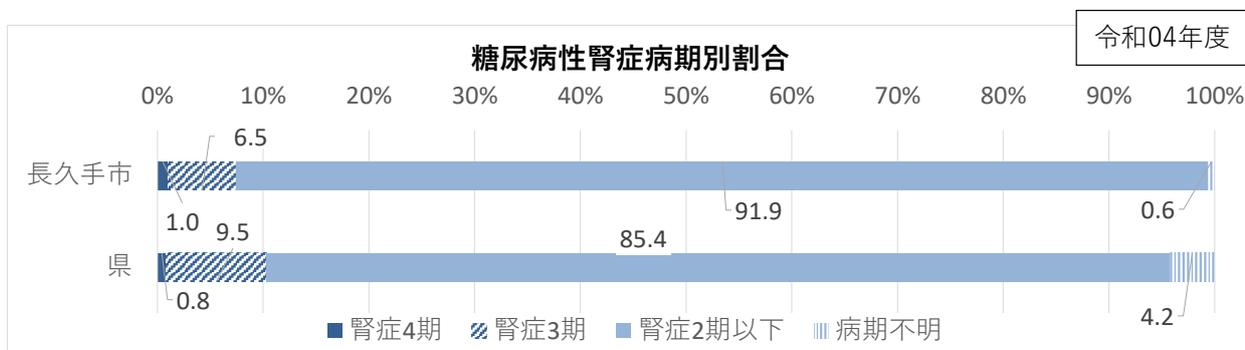
- 男性の「メタボ該当者割合」は、全ての年齢階級で県より低い状況です。
- 女性の「メタボ該当者割合」は、「40~44歳」「60~64歳」で県より高く、それ以外の年齢階級で県より低い状況です。
- 男性の「メタボ予備群割合」は、「50~54歳」「55~59歳」「60~64歳」「70~74歳」で県より高い状況です。
- 女性の「メタボ予備群割合」は、「60~64歳」「65~69歳」で県より高い状況です。

図 2 7 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数



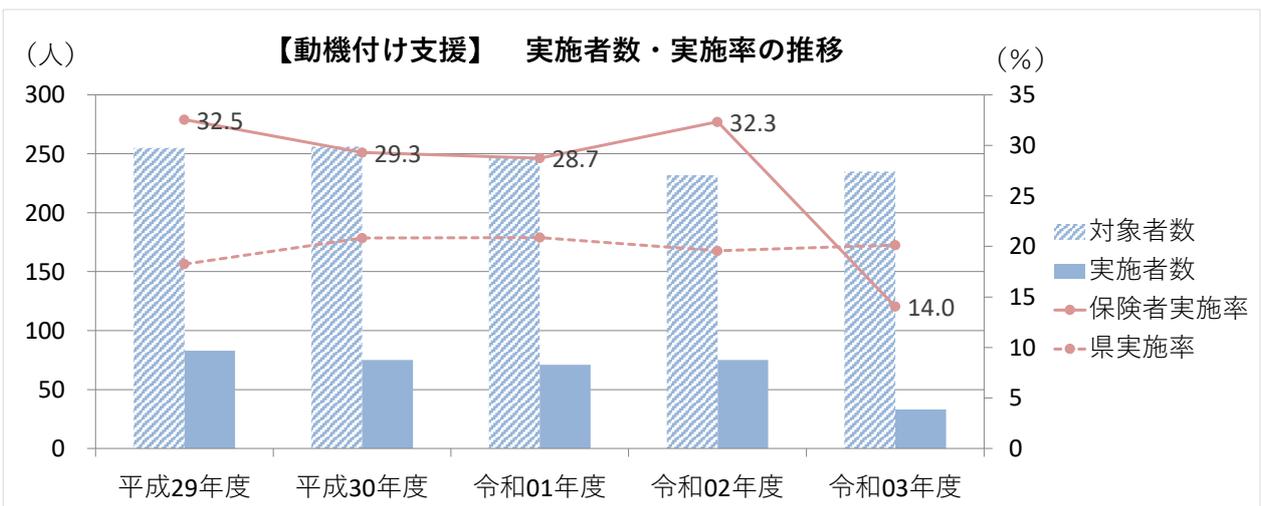
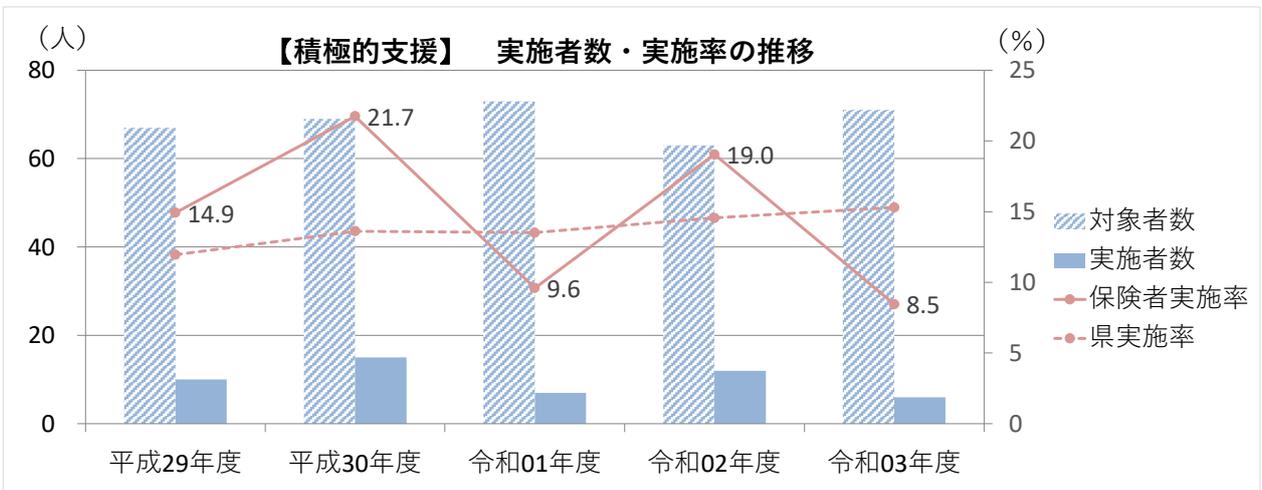
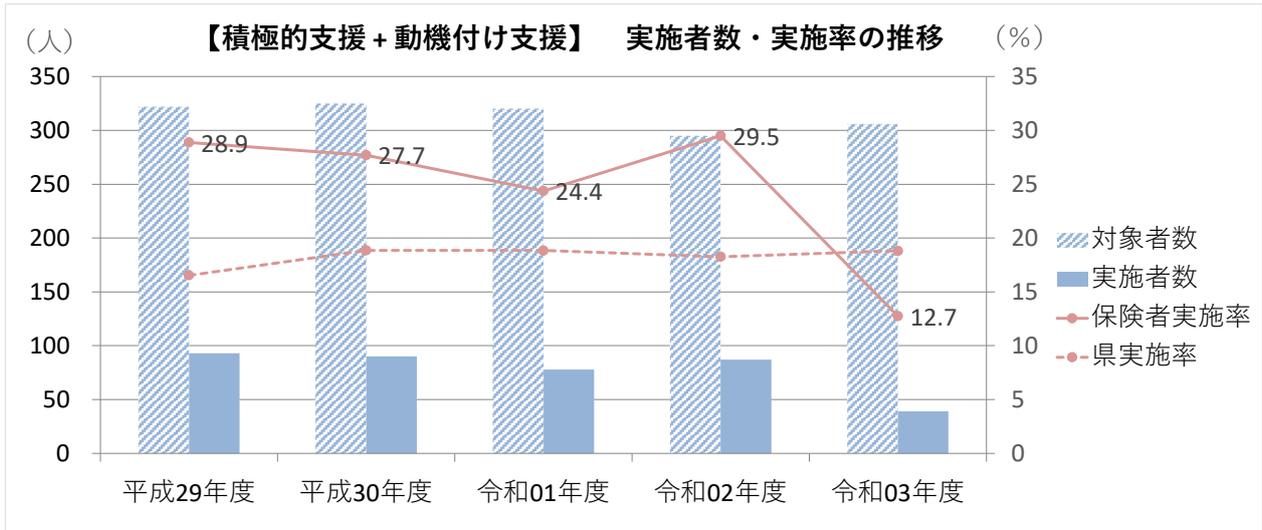
- ・「腎症3期」の「糖尿病治療なし」人数は、「平成30年度」2人、「令和4年度」3人で、低い水準で推移しています。
- ・「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」人数の推移は、「平成30年度」31人から、「令和4年度」26人と、減少傾向がみられます。
- ・「腎症3期」の「糖尿病治療あり」人数は、「平成30年度」から「令和2年度」にかけて増加、「令和2年度」から「令和4年度」にかけて減少している状況です。
- ・「腎症2期以下」の「糖尿病治療あり」人数の推移は、年度により増減がみられたものの、「平成30年度」858人から、「令和4年度」910人と、増加している状況です。

図 2 8 糖尿病性腎症病期別割合



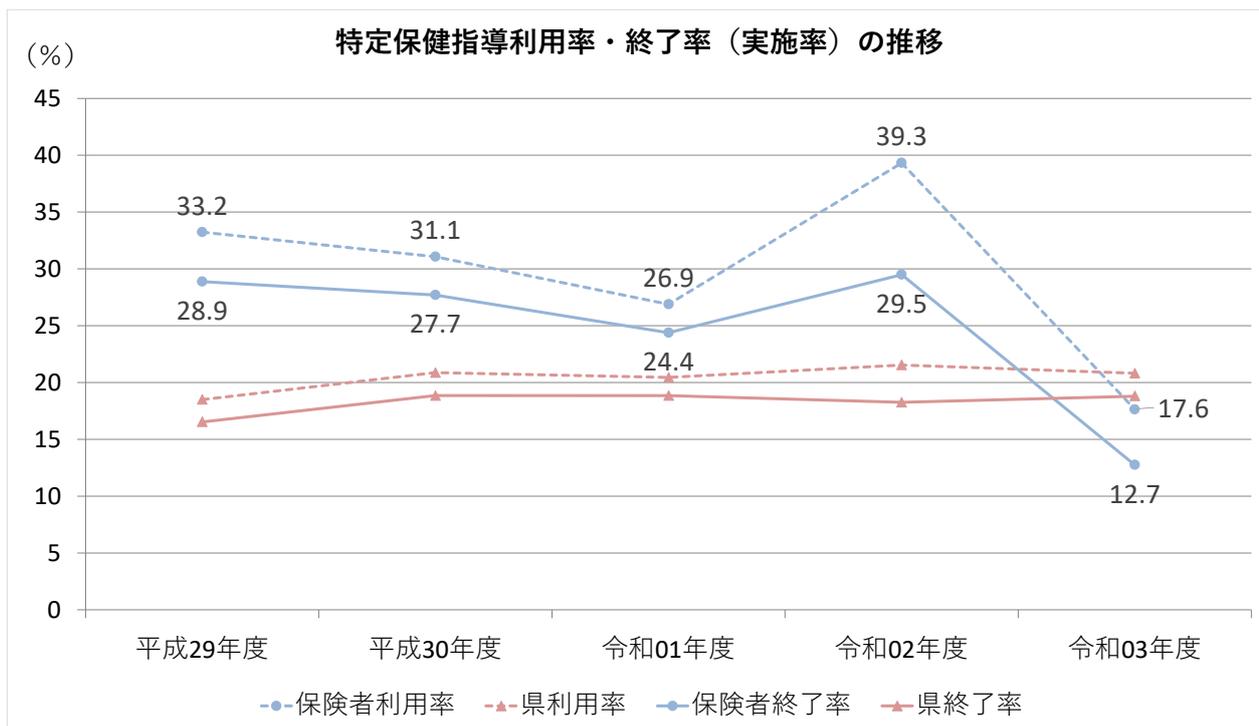
- ・「腎症4期」は1.0%で県より高い状況です。
- ・「腎症3期」は6.5%で県より低い状況です。
- ・「腎症2期以下」は91.9%で、県より高い状況です。

図 2 9 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移



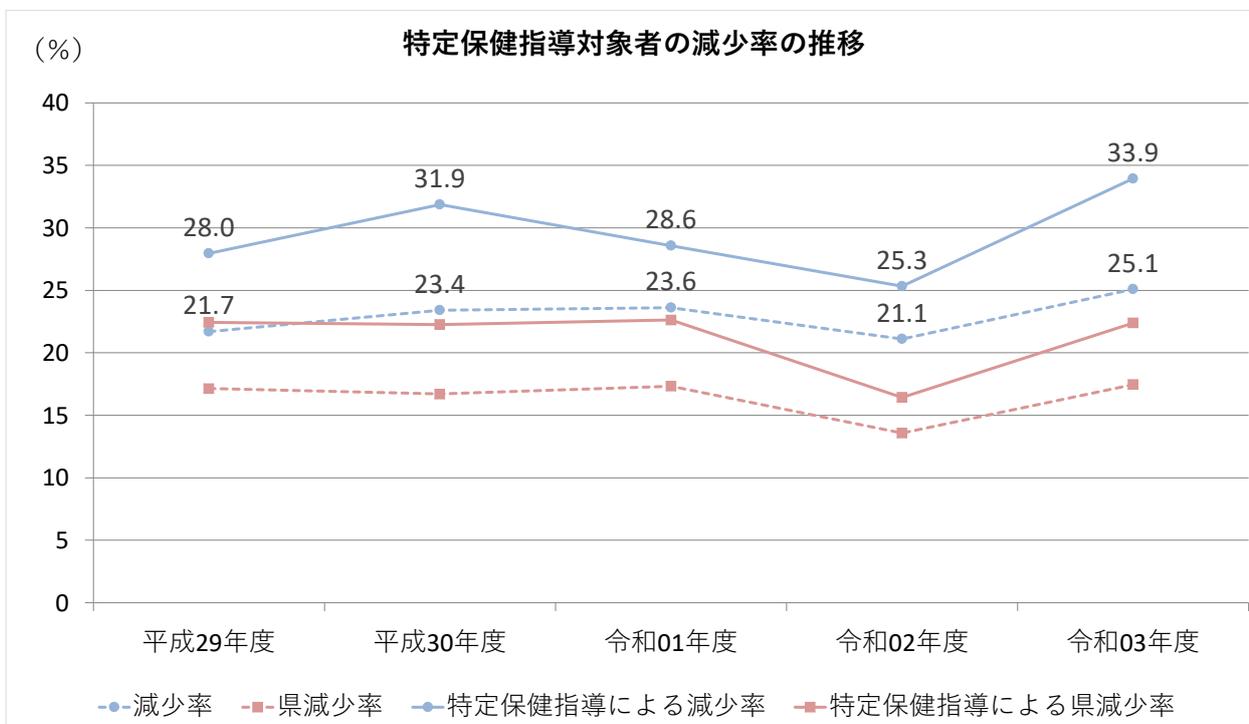
- 令和3年度「特定保健指導実施率」は12.7%で、県より低い状況ですが、「平成29年度」から「令和2年度」までは、県より高い水準で推移しました。
- 令和3年度「積極的支援実施率」は8.5%で、県より低い状況です。経年推移は、1年毎に増減している状況です。
- 令和3年度「動機付け支援実施率」は14.0%で、県より低い状況ですが、「平成29年度」から「令和2年度」までは、県より高い水準で推移しました。

図30 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移



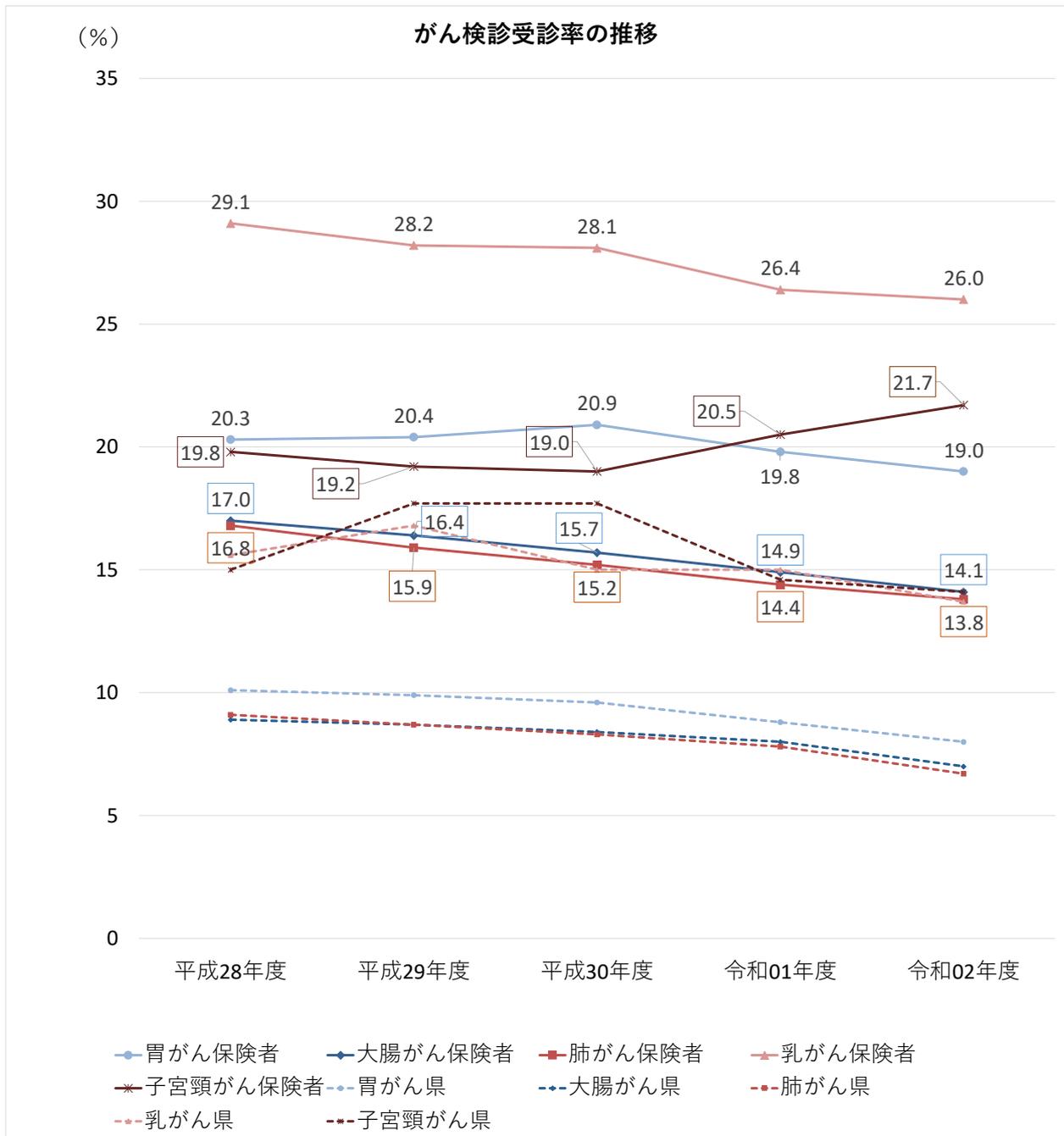
- 令和3年度特定保健指導「利用率」は17.6%、「終了率」は12.7%で、いずれも県より低い状況です。
- 「利用率」「終了率」とも、「平成29年度」から「令和2年度」までは県より高い水準で推移しましたが、「令和3年度」は著しく減少し、県より低い状況です。

図31 特定保健指導対象者の減少率の推移



- 令和3年度「減少率」は25.1%、「特定保健指導による減少率」は33.9%で、いずれも県より高い状況です。
- 「減少率」、「特定保健指導による減少率」の推移は、県より高い水準で推移しています。

図 3 2 がん検診受診率の推移



令和2年度がん検診受診率は「胃がん」は県の8.0%に対し19.0%、「大腸がん」は県の7.0%に対し14.1%、「肺がん」は県の6.7%に対し13.8%、「乳がん」は県の13.7%に対し26.0%、「子宮頸がん」は県の14.1%に対し21.7%で、いずれも県より高い状況です。

図 3 3 年代別EPA/AA比（令和4年度集団健診受診者のうち60歳以下）

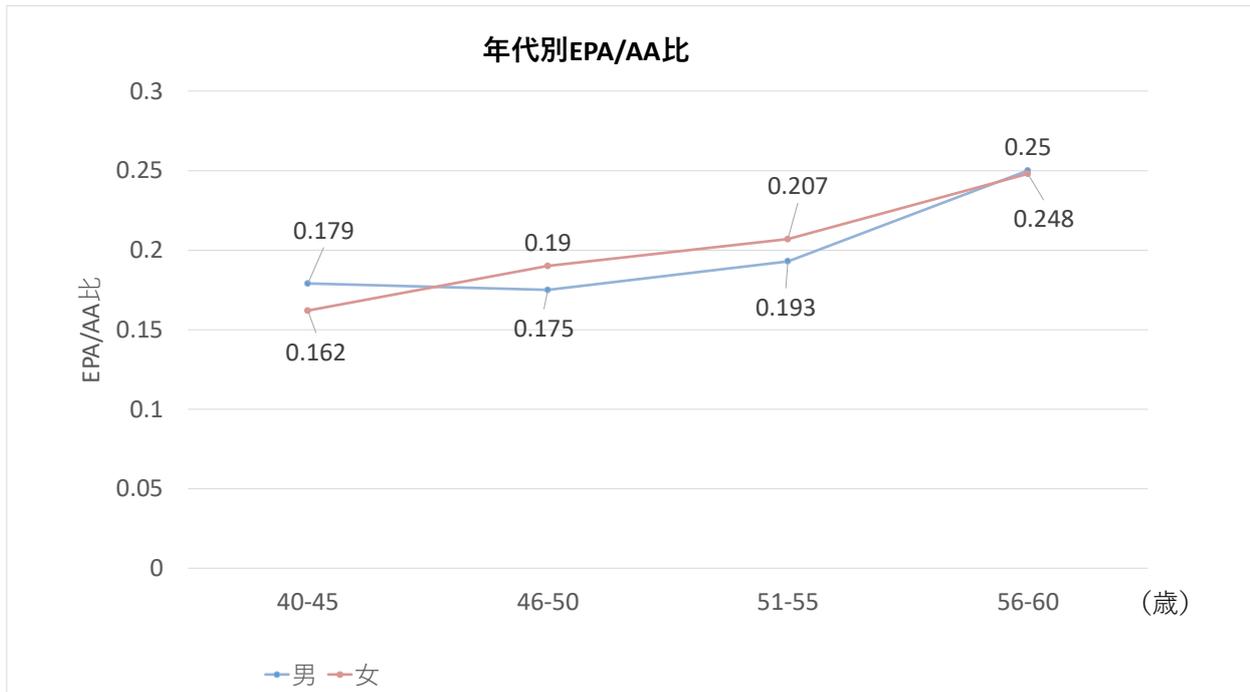
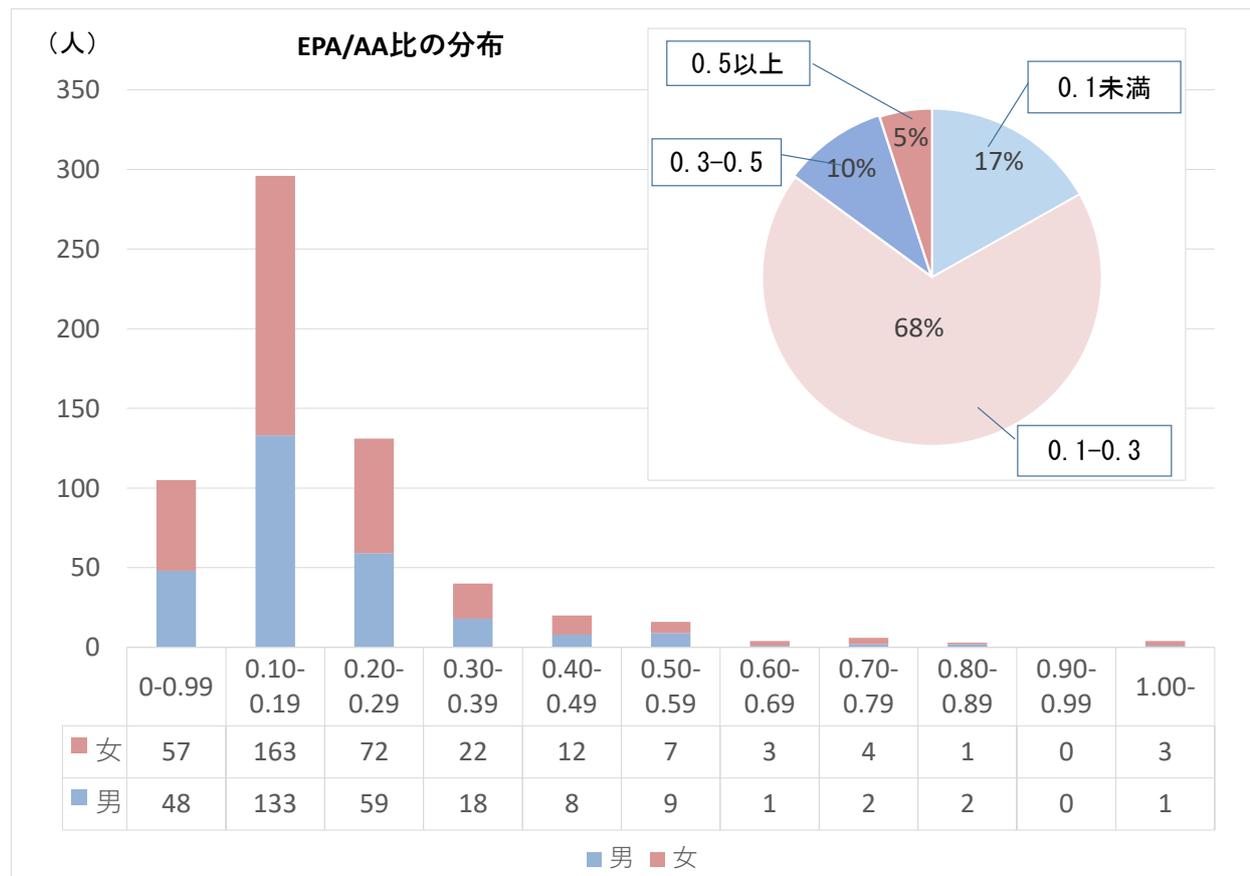


図 3 4 EPA/AA比の分布（令和4年度集団健診受診者のうち60歳以下）



- 全体的にEPA/AA比が低い結果であるが、年齢とともにEPA/AA比が増加する傾向が見られた。
- 全体の約85%の人がEPA/AA比が0.3以下であり、約半数の人が0.2以下となっている。

IV 第2期データヘルス計画最終評価  
計画全体の評価

策定時の健康課題	策定時の目的・目標	目標		実績値						評価判定	目的・目標の達成状況		今後の方向性 (個別事業の評価結果を踏まえて)
		指標	目標値	計画策定時 基準値29年 (ベースライン)	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度		達成に繋がる 取組・要素	未達成に繋がる 背景・要因	
1 死因、疾病別医療費割合で多いのは生活習慣病である。	1 特定健康診査でリスクの早期発見・予防ができることから、特定健康診査の受診率の向上や特定保健指導実施率の向上が必要である。	平均寿命 (歳) 出典：KDB 地域の全体像の把握	-	男80.2 女86.6	男81.3 女87.3	-	-	-	-	A	特定健康診査の受診勧奨で往復ハガキや圧着はがきの使用、対象者の健診情報とレセプト状況からパターン分けしたはがきの作成、オンライン申込みの導入などを実施したことにより、特定健康診査受診率の向上につながった。 ・特定保健指導実施者は数値の改善がみられた。 健康推進課と協力して、特定健診とがん検診の同時実施をしている。	特定健康診査の受診者の増加に伴い、特定保健指導の対象者が増加したこと、対応する職員の不足していることより、特定保健指導の実施率が減少した。 ・市委託医療機関以外（市外）で受診する人もいる。 ・保健指導の母数を減らす工夫。	・健診受診勧奨 パターン分けして送付した受診勧奨はがきのそれぞれの効果を検証し、通知内容を改善する。 ・保健指導 初回面談分割実施やオンライン面談を引き続き取り入れる。 保健指導利用勧奨通知を工夫する。 ・市委託医療機関以外で受診した人の把握。
		平均自立期間 (年) (要介護2以上) 出典：KDB 健康スコアリング(医療)	-	男80.4 女84.4	男80.4 女85.1	男80.5 女84.8	男80.9 女85.2	男81.5 女85.4	男82.1 女85.8	A			
		死因割合 (生活習慣病) (%) 出典：衛生年報	-	悪性新生物 28.6 心疾患 11.6 脳血管疾患 6.9 腎不全 0.9 大動脈瘤・解離 0.6 糖尿病 0.9	30.6 10.4 8.5 2.9 0.3 0.0	-	-	-	-	E			
		標準化死亡比 出典：KDB 地域の全体像の把握	-	がん 心臓病 脳疾患 糖尿病 腎不全	-	0.2 0.1 0.0 0.0 0.0	0.2 0.1 0.0 0.0 0.0	0.1 0.1 0.0 0.0 0.2	0.2 0.1 0.0 0.0 0.0	E			
		疾病別医療費割合(大分類)	-	【入院】 新生物 25.8 循環器 17.8 精神 8.1 【外来】 内分泌 17.1 循環器 13.1 新生物 10.7	22.7 22.3 9.9	27.3 0.7 8.4	25.5 20.0 9.6	25.2 22.0 8.1	26.7 16.9 8.5	E			
		特定健康診査受診率 (%) 出典：KDB 地域の全体像の把握	60	53.0	52.7	54.1	50.5	54.8	56.6 【暫定値】	B+			
		特定保健指導実施率 (%) 出典：KDB 地域の全体像の把握	40	28.9	27.7	24.4	29.5	16.0	36.0 (暫定)	B+			
		特定保健指導による対象者減少率 (%)	30	28.0	31.9	28.6	25.3	33.9	25.5	A			



2 疾病別医療費割合で最も多いのは、糖尿病である。	2 糖尿病は、重症化すると糖尿病性腎症等の合併症を引き起こすため、重症化予防が必要である。また、重症化し人工透析や手術、入院が必要になると多大な医療費がかかるため、事前に予防する必要がある。	疾病別医療費割合（中分類）（%）	-	糖尿病 6.3 高血圧症 4.6 脂質異常症 4.2 肺がん 3.5 不整脈 2.7	5.4 3.9 3.8 2.7 2.6	5.0 3.4 3.6 2.3 3.1	5.3 3.4 3.4 2.7 2.4	5.2 3.0 3.0 2.9 3.5	5.4 2.9 2.7 3.2 2.7	E	人工透析の新規患者数は減少しているが、重症化してから国保に加入してくる人がほとんどであるため、人工透析にいたる経過は不明である。	新型コロナウイルスの影響で受診控えがあったこともあり、R1年度は健診有所見者が増加した。その後改善傾向にあるが、HbA1cの有所見者割合が依然として高い状況である。	・必要な人を確実に医療につなげるための受診勧奨や比較的症状の軽い人への個別指導などに取り組む。 ・より重症化リスクの高い人を抽出し、人工透析や手術などに移行させないように専門医、かかりつけ医、薬剤師、栄養士が連携して治療や個別指導を行う。
		千人あたり人工透析新規患者数（人）	0	0.089	0.055	0.075	0.119	0.172	0.042	B-			
		健診有所見者状況（%）	-	中性脂肪 20.1 LDL 59.0 HbA1c 40.8 収縮期血圧 36.6 eGFR 20.8	20.0 54.1 43.0 36.9 20.8	20.3 57.1 36.7 34.5 18.9	21.6 57.2 43.0 39.9 17.9	19.7 53.9 45.3 37.8 17.5	19.2 50.6 44.4 31.5 20.2	B-			
		健診結果リスク保有者割合（%）	-	血糖リスク 25.5 血圧リスク 50.8 脂質リスク 37.7 肝機能リスク 23.7	27.4 51.6 38.6 24.1	27.7 49.9 38.1 23.8	26.7 54.8 41.1 25.0	27.5 52.6 40.9 24.1	26.1 48.2 41.3 23.9	B+			
3 LDLコレステロールの有所見者が国や県と比較多い。関連する飲酒習慣ありや運動習慣なし、生活習慣改善意欲なしの割合が高い。	3 コレステロールなどの脂質異常症は、脳梗塞や心筋梗塞を引き起こすため、原因となる過食、飲酒、運動不足等の生活習慣の改善を促進する必要がある。	特定保健指導対象者減少率（%）	-	21.7	23.4	23.6	21.1	25.1	-	A	チラシや広報などで、生活習慣のリスクを周知したことや健康WEBサービス（スマホアプリ）で自ら健康管理に取り組む人が増えたことから、特定保健対象者の減少や生活習慣改善の向上につながった。	受診勧奨により服薬者が増えたことも要因とはなっているが、健診結果リスク保持者が増加している。健康づくり教室を開催したが、参加者の半数以上が後期高齢者であり、国保加入者への効果的な事業が行えなかった。	・40～50代の現役世代でも無理なく生活改善に取り組めるようスマホアプリを継続し、効果的な情報発信や参加したくなるイベントの開催など、工夫する。
		1日1合以上の飲酒習慣ありの割合（%）	35.0	43.6	46.5	47.0	36.6	42.6	44.4	D			
		1日1時間以上運動なしの割合（%）	45.0	61.6	64.3	63.6	59.3	58.2	58.6	B+			
		生活改善意欲なしの割合（%）	28.0	40.3	32.9	33.3	28.9	30.6	33.3	B-			
4 多剤・重複服薬者がおり、年齢が上がるごとに薬剤の多い人が増加している。	4 多剤服薬者の健診結果を分析し、健康被害を把握する必要がある。同種・同効薬剤の重複服薬による健康被害をなくすため、自分が飲んでる薬について正しい知識を持ってもらう必要がある。	一月あたり多剤（6剤以上）服薬者数（人）（年度平均） KDB 多剤・重複服薬	1,000	1,051	1,223	1,190	1,044	1,083	1,098	C	お薬手帳やかかりつけ薬局について、チラシ、広報等で周知した。薬剤師会と連携して、ポリファーマシーに関するポスターやチラシを作成し、市内医療機関、薬局等に掲示した。	6剤以上の服薬であっても、すべて治療に必要な場合もあり、一律に通知することが難しい。重複服薬について、国保連合会に委託し通知作成を行っているが、対象とする薬剤に限られているため、対象者がほとんどいない。レセプト分析により禁忌薬剤を抽出したが、レセプト病名だけでは、症状の重症度がわからないため、健康被害につながる処方であるかが分からず、通知対象を絞り込むことが困難であった。	・医師会、薬剤師会の理解を得た上で、服薬通知を送付する。また、通知後対象者が服薬指導を受けられる体制を整える。 ・薬の飲み間違い、飲み忘れ等で意図せず服薬に影響を与えてしまうことがあるため、服薬に関する啓蒙啓発活動に取り組んでいく。 ・お薬手帳やかかりつけ薬局について周知し、医療機関や薬局において他機関で処方されている薬を確認してもらうことで、服薬リスクを抑える。
		一月あたり重複服薬者数（人）（年度平均） KDB 多剤・重複服薬	50	59	56.6	52.1	42.4	40.9	40.4	A			



個別事業評価

【評価判定区分】 A：達成 B+：改善 B-：やや改善 C：変わらない D：悪化 E：判定不能

No.	事業名	目的・対象・内容	アウトプット	指標	目標値	計画策 定時の 基準値 29年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	評価判定 (A～D)	成功要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	未達成要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	今後の事業の方向性 (判定、ストラクチャー・プロセス評価から)
			アウトカム												
1	特定健康診査	目的	アウトプット	特定健康診査受診者数(人)	3,360人	3,285	3,156	3,160	2,952	3,145	3,062	B-	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導実施者は数値の改善がみられた。</li> <li>市で未受診理由を把握している者のうち、「職場で受診」「他で受診」と理由を把握している者については、個別に通知し、健診結果提供につながった。</li> <li>健診結果提供者に自己負担金額に応じてインセンティブを付与した。</li> <li>通常時期の健診を受診し損ねた者に通知し、冬期に追加日程で健診を実施した。また、集団健診で土曜日も1日設定した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診結果提供者が翌年度、市の特定健診に変更していることもあり、健診結果提供者が思うように増えなかった。職場の健診や人間ドッグを受診した人への幅広い周知が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>申込み者数、受診者数の動向を見ながら、追加日程での健診を実施する。</li> <li>職場健診の結果提供を増やす必要があるため、商工会や企業に協力を依頼し、健診結果提供者を増やす。</li> </ul>
		対象		健診結果提供依頼送付件数(件)	-	-	-	77	67	39	92	A			
		内容		特定保健指導対象者数(人)	-	322	325	320	295	306	274	B+			
2	特定健康診査未受診者対策	目的	アウトカム	往復はがきによる受診勧奨実施率(%)	100	-	-	100	100	-	-	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査の受診勧奨で、往復はがきや圧着はがきの使用、対象者の健診とレポートの情報からパターン分けしたはがきの作成などを実施したことにより、特定健康診査受診率の向上につながった。パターン分けは、当初6パターンで実施し、R4年度は7パターンにて送付。</li> <li>また、申込みしていたが受診を忘れてる人に案内のはがきを送付し、集団健診の場合は日程変更を促したことにより、受診につながった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通院中で定期的に検査をしているため特定健診を受診しないという人が多い。また、市が健診を委託している医療機関以外をかかりつけとしている人もいるため、対応が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>当初の計画では、健診未受診者にスマホドッグ(簡易血液検査)を実施し、次年度の健診への動機付けにすることとしていたが、自己採血が難しいため、中止した。</li> <li>パターン分けした通知については、個別の状況に合わせたメッセージを伝えることができ、効果的であると思われるため、継続する。ただし、対象者及びメッセージごとの効果を検証し、より効果的な通知になるよう毎年工夫していく。</li> <li>SMSでの勧奨についても、そのまま健診の予約画面に誘導したり、未受診理由を答える画面に誘導するなどして、効果的に活用していく。また、送信メッセージについても、「規律」「タイムリー」「インセンティブ」等を使い分け、より効果的な文面を検討する。</li> <li>オンライン申込みの導入により、集団健診の当日キャンセルが減少し、受診者の増加につながったため、今後も継続する。</li> </ul>
		対象		パターン分けした通知による受診勧奨実施率(%)	100	-	-	-	-	100	100	A			
		内容		SMS受診勧奨送信件数(件)	-	-	-	-	-	-	125	A			
		特定健診未申込者に対して、受診勧奨通知を送付する。 R1、R2年度 往復はがきによる受診勧奨 R3年度～ 健診受診歴、健診所見有無及び生活習慣病における医療機関受診有無により、パターン分けし、対象者に合わせた受診勧奨の通知を行う。 R4年度～ 受診勧奨通知に加え、SMSを送信する。  ・オンラインで健診の申込みできるようにする。(R3～)		特定健診受診率(%) (法定報告)	60	53	52.7	54.1	50.5	54.8	56.6	A			
				往復はがきからの申込件数(件)	145	-	-	414	258	-	-	A			
				受診勧奨通知発送者のうち健診申込者の割合(%)	-	-	-	-	-	4.2	9.2	B+			
3	特定保健指導	目的	アウトプット	特定保健指導実施率(%)	40.0	28.9	27.7	24.4	29.5	12.7	40.5	C	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回面談実施者の1割程度が途中脱落者となっている。電話や手紙で継続的に連絡をしているが、脱落させない工夫が必要である。</li> <li>健康管理アプリによるオンライン保健指導の利用者が少ない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導の対象者を減らす対策が必要である。</li> <li>集団健診の場合、医師による初回分割実施案内は効果的なため、今後も継続する。</li> <li>個別健診受診者の受診医療機関での特定保健指導実施方法の検討が必要である。</li> </ul>
		対象		オンライン特定保健指導実施者数(人)	-	-	-	-	-	1	4	D			
		内容		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(%)	22.0	24.9	28.0	26.9	25.3	33.9	26.5	A			
				特定保健指導利用による翌年度の保健指導対象者減少率(%)	30	28	31.9	28.6	25.3	33.9	25.5	A			
4	特定保健指導利用勧奨	目的	アウトプット	利用勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団健診会場で特定保健指導の分割実施を行ったことで、利用者が増加した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導を利用しない理由については「すでに自分で気をつけて取り組んでいる」などが多い(数値の改善はなし)。</li> <li>複数回、利用勧奨として電話連絡や通知を行っているが、応答の無い者が多い。特に毎年保健指導に該当している者に連絡をつけられていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回分割実施により利用者が増加したため、継続して行う。健診当日にBMIと腹囲、血圧等の数値が基準以上の人すべてに実施することで、対象者を確実に特定保健指導につなげる。その際に、つながりやすい連絡先や時間帯を確認し脱落者となるのを防ぐ。</li> <li>初回分割実施を委託することにより、市の人員が少なくても対応できるため、委託による実施を継続する。</li> <li>「自分でやる」といった人へモデル実施の参加を促す。</li> </ul>
		対象		特定保健指導分割実施者数(人)	60	-	-	14	23	31	49	B-			
		内容		特定保健指導利用率(%)	41%	33.2	31.1	26.9	39.3	17.6	40.4	B+			







No.	事業名	目的・対象・内容		アウトプット	指標	目標値	計画策 定時の 基準値 29年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	評価判定 (A～D)	成功要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	未達成要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	今後の事業の方向性 (判定、ストラクチャー・プロセス評価から)
				アウトカム												
7	健康づくり ・インセンティブ	目的	特定健康診査の結果によると、国や愛知県と比較して、運動習慣のない人及び生活習慣の改善意欲がない人の率が高い。生活習慣病の予防改善には、適度な運動を継続的に行う必要があるため、定期的に教室を開催し、市民の健康増進と生活習慣病の予防改善を図る。	アウトプット	健康づくり教室新規参加者数	30	-	-	20	37	-	-	A	レベルにあった教室を開催することで、どの年代の人でも参加しやすく、終了後のアンケートでは「講師の説明」の項目に対し90%以上の人が「満足」と回答した。 健康アプリの導入により、ウォーキング等のイベント参加者が増え、より多くの人に健康づくりに取り組んでもらえるようになった。	教室に参加する人は、すでに健康意識が高い人が多く、事業に参加することが対象者の運動意欲に大きく影響を与えているのかどうかの判断が難しい。 教室に参加している人の多くが60歳以上であり、介護予防教室と内容が重複するため長寿課のいきいきライフ推進事業と統合した。	健康WEBサービス（アプリ）により、幅広い年齢層で健康づくりに取り組めるようになり、アプリ利用者について健康年齢が維持・改善している人の割合も多くなっているため、今後も継続する。アプリ登録者をさらに拡大するため、登録の勧奨や登録会の開催などを検討する。また、イベント参加者の動向を分析し、イベントの内容や時期を検討していく。
		対象	市民	アウトプット	アプリ内イベント参加者数（延べ人数）	-	-	-	-	118	408	404	A			
		内容	対象者のレベルにあわせた2種類の運動教室を月に1回ずつ開催する。健康WEBサービス（アプリ）により、健康記事を配信したり、アプリ内でイベントを開催する。	アウトカム	生活習慣の改善意欲無しと答えた人の割合	28.0	40.3	32.9	33.3	28.9	30.6	33.3	A			
				アウトカム	イベント参加者のうち、翌年度の健診で健康年齢が前年度と比較し維持または改善した人の割合	-	-	-	-	-	69.1	R5の健診結果で評価	A			
				アウトカム	アプリ登録者のうち、翌年度の健診で健康年齢が前年度と比較し維持又は改善した人の割合	登録者 未登録者	-	-	-	-	68.1 64.9	R5の健診結果で評価	A			
8	重複・多剤投与 医療費適正化	目的	重複・禁忌服薬による健康被害を防ぐ	アウトプット	服薬通知送付率	100%	-	-	100%	100%	100%	100%	A	通知を送付した者については、全員重複投与が解消されているが、送付件数が少ないため、正しい評価は難しい。 また、県のモデル事業として実施した保険医療薬局による健康相談モデル事業に参加し、18名に対し、服薬通知を送付した。（ただし、薬局での相談に結びついた人はいなかった。）	・市と連携している市内薬局と連携してお薬講座を令和元年度末から実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響で中止となった。 ・服薬通知重複だけでなく禁忌や漫然投与対策についても、令和元年度中に実施する予定であったが、薬剤師会とさらなる調整が必要になったため、延期となった	事業実施には医師会、薬剤師会の理解、協力が不可欠であるため、引き続き丁寧な説明を行う。 保険医療薬局による健康相談モデル事業について、通知対象者は多数いるため、市として実施し、送付対象者を増やしていく。実施後には効果検証を行い、結果を薬剤師会に報告する。 かかりつけ薬局やお薬手帳について周知し、薬局だけではなく医療機関でもお薬手帳を提示するよう引き続き呼びかける。
		対象	①3か月以上連続して、1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている者 ②対象疾病は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、睡眠障害	アウトカム	重複服薬者（年度平均）	20人減	-	56.6	52.1	42.4	40.9	40.4	A			
		内容	健診・医療・服薬情報データ分析による重複・禁忌服薬者の抽出を行い、対象者へ服薬情報を通知し、薬局での相談を勧める。	アウトカム	通知送付者のうち重複が解消された人の割合	対象者の25%	-	-	100%	100%	100%	100%	A			
9	後発医薬品 使用促進 医療費適正化	目的	後発医薬品の使用を促進し、医療費の削減につなげる。	アウトプット	通知対象者に対する勧奨はがきの送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A	3回通知の対象者の設定を変え、様々な方へ通知が行くようにしている。 その他、個人ごとに切り替え可能な薬剤や薬の効能、切り替えによる削減額を明記した通知を作成し送付した。 協会けんぽと連携し、各医療機関・薬局宛に後発医薬品の処方状況等をお知らせした。	レセプト数が多い市内の病院において、後発医薬品の使用率が30%台となっており、全体的な使用率を引き下げている。	・対象者へのはがきによる勧奨を継続する。 ・R4年度から開始した、ジェネリック切り替え前後の薬代、変更可能な医薬品情報（最安値の薬とよく使われている薬）、薬の効能等を明記した詳しい通知については、効果検証を行い、効果が見られた場合、送付件数を増やして実施する。 ・薬局や市内クリニックでは後発医薬品の利用率が高くなっているため、利用率の低い病院に対し、働きかけをする。 ・後発医薬品の利用率向上については、市だけで行うより同じ医療機関の利用が多い他の保険者と連携して事業を実施した方が効果的であるため、引き続き協会けんぽと連携して事業を進める。
		対象	①中枢神経系剤・末梢神経系剤・不整脈剤・血圧下降剤・血管拡張剤・高脂血症剤・消化性潰瘍剤・鎮痛・鎮痒、収斂、消炎剤、その他血液・体液剤・糖尿病用剤以外の医薬品を使用している被保険者②解熱鎮痛消炎剤・不整脈剤・血圧降下剤・血管拡張剤・高脂血症剤・消化性潰瘍剤・鎮痛・鎮痒、収斂、消化剤・その他の血液・体液剤・糖尿病用剤を使用している被保険者③中枢神経系用剤・末梢神経系用剤 以外の医薬品を使用し、投与期間が14日以上の被保険者（公費負担者番号が設定されている者は除く）	アウトプット												
		内容	差額が300円以上になる被保険者に対しハガキによる勧奨	アウトカム	ジェネリック医薬品利用率の向上（数量ベース）	70%	59.8%	61.4%	64.3%	66.5%	68.1%	69.7%	A			



V 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A 生活習慣病の医療費が高く、患者数も多い。1人あたり医療費については、入院で「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、外来で「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の順に高い。循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高い。	✓	1,2,3,4,5,6
B 脂質で保健指導対象レベルの該当率が県より高い。特に、LDLコレステロールについては、要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診が多く、治療中断者も多い。	✓	1,2,3
C 非肥満性高血糖割合は県と比べて低いものの、糖尿病性腎症第4期の割合は1.0%で県より高い。		1,4
D 40代、50代は60代以上より喫煙率が高く、特に男性の50代の喫煙率が高い。		2,7,8
E 健診受診率が特に40～50代男性の健診受診率が低く、生活習慣の改善意欲も低いことから、健康意識の低さが課題である。		1,7,8
F 血液検査でEPA/AA比を測定したところ大半が低く、年齢とともにEPA/AA比が増加している。若年層については魚摂取の少ない食生活となっており、若年性心筋梗塞のリスクが高くなっている。		7

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。							
計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
i	生活習慣病の重症化を予防する。	高血圧者の割合	18.2%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%
ii		HbA1c8.0%以上の者の割合	0.8%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%
iii		LDLコレステロール140mg/dl以上の者の割合	26.0%	25.0%	24.0%	23.5%	23.0%	22.5%	22.0%
iv	生活習慣を改善する。	40代50代男性の喫煙率	(40～44歳) 18.3% (45～49歳) 23.0% (50～54歳) 26.0% (55～59歳) 27.8%	17.0%	16.0%	15.5%	15.0%	14.5%	14.0%
v	若年層から健康意識を高める。	生活習慣改善意欲がない人の割合	33.3%	32.0%	31.0%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%
vi	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間（要介護2以上）	(男性) 82.1歳 (女性) 85.8歳	(男性) 82.5歳 (女性) 86.0歳	(男性) 82.8歳 (女性) 86.2歳	(男性) 83.1歳 (女性) 86.4歳	(男性) 83.4歳 (女性) 86.6歳	(男性) 83.7歳 (女性) 86.8歳	(男性) 84.0歳 (女性) 87.0歳

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	受診勧奨通知事業	重点
4	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業	重点
5	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用促進事業	
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診、重複服薬指導事業	
7	健康教育・健康相談	若年性心筋梗塞予防事業	
8	健康教育・健康相談	健康づくり事業	



## VI 個別事業計画

<b>事業 1</b>	<b>特定健康診査事業</b>
-------------	-----------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定健康診査を実施する。また、特定健康診査の受診を促進する。
対象者	40から74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健康診査受診率	法定報告値	56.6%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
	2	【中長期】内臓脂肪症候群該当者の減少率	法定報告値	26.5%	26.7%	26.9%	27.1%	27.3%	27.5%	27.7%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診勧奨を送付した人のうち、健診を受診した人の割合	受診者数/通知発送者数	9.2%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%
	2	SMS受診勧奨を送付した人のうち、健診を受診した人の割合	受診者数/SMS送信実施者数	19.2%	19.5%	19.6%	19.7%	19.8%	19.9%	20.0%

プロセス (方法)	周知	対象者には健診案内を送付する。また、前年度個別健診受診者には受診票と健診実施機関等の案内を送付する。その他、健康アプリからの通知、広報やホームページでの周知、市内医療機関での案内を実施する。	
	勧奨	健診未申込者に対し、健診受診歴・健診所見有無・生活習慣病における医療機関受診有無等によりパターン分けした個別の受診勧奨通知の送付やSMS送信を実施する。また、集団健診欠席者に対し、電話等で日程の変更を促す。	
	実施および 実施後の 支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。
		実施場所	集団健診：保健センター、市内施設 個別健診：市内の指定医療機関21か所（うち眼底のみ受診可能3か所）
		時期・期間	集団健診：6月～2月 個別健診：5月～10月
		データ取得	事業者健診や人間ドック等の健診受診者に対し結果提供を依頼する。提供者にはインセンティブを付与する。健診未受診者理由で他の健診を受診と回答した人に対し、個別通知を送付し提供を促す。
		結果提供	集団健診：健診実施約3週間後に結果の見方を同封の上、健診結果を郵送。 個別健診：健診実施1週間後に健診結果を対面で返却・結果説明
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診の申込みをオンラインでできるようにする。 集団健診受診者で受診勧奨値を超えている者には医療機関受診勧奨チラシを同封する。 健診結果が良好である者、前年度と比較し改善した者に対しインセンティブを付与し、セルフメディケーションを促進する。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	個別健診を医師会に委託
	国民健康保険団体連合会	健診結果の管理、健診結果による分析
	民間事業者	外部委託事業者にて健診案内、受診勧奨ハガキの作成、SMS送信を実施する。
	他事業	がん検診との同時実施
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	ハイリスク者（受診勧奨値、特定保健指導対象者）は健診機関から保険医療課へ連絡し、フォローする連携体制を構築する。（目標：集団健診は100%、個別健診は50%以上で連携）

事業 2

特定保健指導事業

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。また、特定保健指導の利用を促進する。
対象者	特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導実施率	法定報告値	40.5%	43.0%	45.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
	2	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	25.5%	27.0%	28.0%	28.5%	29.0%	29.5%	30.0%
	3	特定保健指導対象者減少率	法定報告値	22.8%	25.0%	27.0%	29.0%	31.0%	33.0%	35.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	利用勧奨通知発送後の保健指導利用率	利用者数/通知発送者数	-	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	2	アプリによる利用勧奨後の保健指導利用率	利用者数/アプリによる勧奨実施者数	12.1% (4人/33人)	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%

プロセス (方法)	周知	対象者に個別で周知する。 ・ 個別健診受診者には、健診結果の返却時に医療機関から案内し、チラシを渡す。 ・ 集団健診受診者で腹囲、BMI、血圧で特定保健指導に該当した人には、健診会場で案内する。 ・ 健診結果を確認後、市役所から対象者に電話、通知等でお知らせする。	
	勧奨	健診結果を確認後、電話及び通知、スマホアプリにより、随時、利用勧奨を行う。電話等による勧奨で利用しなかった人を対象に、特定保健指導該当項目等によりパターン分けした通知を年1回程度送付する。(一斉発送)	
	実施および 実施後の 支援	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、腹囲、BMI、血圧で判定できる場合は健診当日に分割実施を行い、後日、初回2回目の電話指導を実施する。分割実施できなかった対象者については、健診結果返却の機会を捉えて実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施2か月後に案内を送付し、申込に基づいて実施する。
		実施場所	分割実施は集団健診の会場。そのほかは、委託業者の設定する場所(市役所等)で実施する。 希望者にはICTによるオンラインの保健指導を実施する。
		実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。
		時期・期間	6月～翌年6月 初回面談から実績評価まではおおむね3か月
		実施後のフォロー・ 継続支援	特定保健指導終了後は必要に応じて健康アプリの利用等につなげる。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	途中脱落者については、委託事業者から報告を得るようにし、市役所で指導を引き継ぐ。(目標：報告率100%)		

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	特定健診を委託する市医師会と会員向けに説明会を開催し、対象者への周知に協力を得る。
	国民健康保険団体連合会	特定保健指導実施結果の管理、特定保健指導実施結果と健診結果に基づく分析
	民間事業者	外部委託事業者による特定保健指導の実施、パターン分けした利用勧奨通知の作成
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築する。(目標：対象者の健康課題や特定保健指導事業の評価指標を委託事業者と共有)

事業 3

受診勧奨通知事業

事業の目的		生活習慣病のリスク保有者のうち未受診者および治療中断者を早期治療につなげる。
事業の概要		生活習慣病のリスク保有者のうち、未受診、受診中断者及び腎機能低下者に受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す。
対象者	選定方法	未受診者：当該年度の健診結果（血糖、血圧、脂質）及びレセプトにより選定。詳細な選定基準は、毎年医師会と協議のうえ決定。 治療中断者：レセプト情報（生活習慣病受診状況）から選定。 腎機能低下者：当該年度の健診結果（尿蛋白、eGFR）及びレセプトにより選定。
	選定基準	健診結果による判定基準 未受診者：【血糖】空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上 【血圧】収縮期160以上または拡張期100以上 【脂質】中性脂肪500以上またはHDL-C35未満またはLDL-C180以上 腎機能低下者：尿蛋白+、またはeGFR30以下、または尿蛋白±かつeGFR59以下
		レセプトによる判定基準 未受診者：健診前3か月間に生活習慣病での医療機関受診が確認できない人 治療中断者：期間内（おおむね16か月間）に生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）の傷病（疑い除く）があり、その薬剤処方がある人のうち、4か月以上医療機関の受診がない人。 腎機能低下者：健診前3か月間に医療機関受診が確認できない人
	重点対象者の基準	未受診者：【血糖】空腹時血糖150以上またはHbA1c8.0以上 【血圧】収縮期180以上または拡張期110以上 【脂質】中性脂肪500以上またはHDL-C25未満またはLDL-C200以上

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	HbA1c6.5以上で未受診の者の割合	Alcube「糖尿病フローチャート」でHbA1c6.5以上（受診勧奨レベル）の割合	1.6%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%
	2	I度高血圧以上で未受診の者の割合	Alcube「高血圧フローチャート」でI度高血圧以上（受診勧奨レベル）の割合	14.3%	14.2%	14.1%	14.0%	13.9%	13.8%	13.7%
	3	LDL-C140以上で未受診の者の割合	Alcube「LDL-Cフローチャート」でLDL140以上（受診勧奨レベル）の割合	34.9%	34.7%	34.5%	34.3%	34.1%	33.9%	33.7%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	医療機関受診率（未受診者）	発送者うち、通知発送後6か月以内に受診があった者の割合（電話勧奨、アンケート等で受診が確認できた者）	-	35.0%	40.0%	43.0%	46.0%	48.0%	50.0%
	2	医療機関受診率（中断者）	同上	-	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%	62.0%	64.0%
	3	医療機関受診率（腎機能低下者）	同上	-	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%

プロセス（方法）	勧奨	通知発送の4か月後にレセプトを確認し、受診がないものに対し、保健師、管理栄養士から受診勧奨（電話）を実施する。
	実施後の支援・評価	通知発送の6か月後に、それぞれレセプトで受診状況を確認する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	受診勧奨判定値以上の対象者を、ハイリスク者と通常リスク者に分類し、ハイリスク者に対し優先的に電話勧奨を行う。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険医療課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図り、対象者の選定基準は毎年度合意を得る体制をとる。
	かかりつけ医・専門医	専門医に通知の内容について助言をもらう。
	国民健康保険団体連合会	評価においてKDB及びAlcubeを利用する。
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者を抽出し、個別通知を作成する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	対象者の選定基準と医療機関への受診率に関しては医師会と共有し、基準検討などのその後の対策に生かす体制とする。（目標：終了後に医師会への報告会を実施）

事業 4

糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化による、人工透析や入院、手術に伴う医療費を減少させる。事業対象者の各数値が改善され、保健指導時における本人の健康意識が改善又は維持される。また、事業終了後もかかりつけ医と専門医の連携が保たれ、重症化する前に専門医が介入できるようになる。		
事業の概要	糖尿病性腎症重症化リスクが高い者に対し、かかりつけ医、糖尿病専門医、管理栄養士、保健師が連携して、生活習慣改善・栄養指導、服薬指導を行う。専門医からかかりつけ医に対し投薬や治療方針等についてのアドバイスをを行う。		
対象者	選定方法	健診結果、レセプト、既往歴等から、数年以内に人工透析または虚血性心疾患のリスクがある者を抽出し、専門医、かかりつけ医と協議した上で対象を選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	BMI、血糖、血圧、脂質、eGFR、尿糖、尿蛋白、喫煙を総合的に評価
		レセプトによる判定基準	既往歴、服薬薬剤
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者
除外基準	専門医による治療を受けている者、eGFR30未満の者		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	参加者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診におけるHbA1cレベルが維持・改善した人の割合	維持 77.8% 改善 22.2%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
	2	参加者のプログラム後の検査値改善者割合	事業終了時の医療機関での血液検査等で検査数値が維持・改善した人の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	参加者の健康に関して意識改善した人の割合	事業実施後アンケートにおいて、意識が改善した人の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施率	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	23.6% (13人/55人)	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	2	参加医療機関数	対象者の事業参加意が得られた医療機関の数	4	5	6	6	6	6	6

プロセス (方法)	勧奨	かかりつけ医から対象者に対し、事業の説明をした上で、参加勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	利用申込	かかりつけ医に参加意思を伝え、個人情報に関する同意書提出
		実施内容	かかりつけ医、専門医からの指導方針に基づき委託者の管理栄養士、保健師が生活習慣改善・栄養指導、服薬指導を行う。事業開始時及び終了時に専門医による面談を実施し、専門医からかかりつけ医に対し投薬や治療方針等についてのアドバイスをを行う。
		時期・期間	管理栄養士、保健師による指導期間：1か月程度（その後2か月間フォローアップ）
		場所	自宅または市役所
		実施後の評価	プログラム終了時（約3か月後）のかかりつけ医での血液及び尿検査の結果で評価。翌年度の健診結果で評価。
		実施後のフォロー・継続支援	翌年度以降、プログラム中の取組が継続できているかフォロー電話を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	栄養指導等で健康管理アプリを利用し、参加者が食事や体重計等の写真をとり、スマートフォンで歩数を計測するだけで、栄養素の分析や体重等の経過を記録することができるようにする。（目標：アプリ利用者の割合90%）		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	市医師会に対し、前年度の事業報告、当該年度の事業説明を行う。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医：抽出された者の中から対象者を選定し、事業説明及び参加勧奨を行う。対象者に対する、事業開始前後に参加者の治療方針、検査数値、処方薬等についての報告書を作成する。専門医：プログラムの開始時と終了時に参加者と面談を行う。かかりつけ医に対し、投薬や治療方針等についてアドバイスをを行う。
	民間事業者	委託事業者にて対象者の抽出を行う。管理栄養士、保健師等による生活習慣改善・栄養指導、服薬指導を行い、指導内容をかかりつけ医、専門医に随時共有する。栄養指導等に利用する健康管理アプリを提供する。
	他事業	腎機能の低下により、本事業の対象から除外した者を、適切に専門医につなげる取組を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	プログラムの最後に、専門医からかかりつけ医に対し個別紹介基準によるアドバイスをを行う事で、事業終了後もかかりつけ医と専門医の連携が保たれ、重症化する前に専門医が介入できるようにする。

事業 5

ジェネリック医薬品利用促進事業

事業の目的	ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の削減につなげる。
事業の概要	先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代や変更可能な薬の情報、薬の効能等を個別に通知する。
対象者	切り替え可能な先発医薬品が処方されている者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	ジェネリック医薬品利用率（数量ベース）	保険者別後発医薬品使用割合（3月診療分） （厚生労働省発表）	69.7%	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	国保連合会作成の差額通知送付者のジェネリック医薬品切り替え率（数量ベース）	切替人数/通知集約人数（5月審査時点） （差額通知書通算集計表）	29.6% 60人 /203人	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	2	国保連合会作成の差額通知送付者のジェネリック医薬品切り替え効果額	差額通知書通算集計表6～5月審査分の効果額総計	614,988円	—	—	—	—	—	—
	3	委託業者による個別通知送付者のジェネリック医薬品切り替え率	切替人数/通知人数	—	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%
	4	委託業者による個別通知送付者のジェネリック医薬品切り替え効果額	通知後一年間の削減額	—	—	—	—	—	—	—

プロセス (方法)	周知	保険証一斉更新等の機会を捉え、パンフレットにジェネリック医薬品について記載し配布する。
	勧奨	ジェネリック医薬品希望シールを配布する。
	実施および実施後の支援	通知後のジェネリック医薬品への切り替えの状況（数量、金額）を確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	ジェネリック医薬品利用率の低い医療機関に対し、働きかけを行う。 年齢層や処方されている薬剤数、薬剤名等を分析し、医療費の削減効果の高い対象者を選定した上で、通知する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	市内医療機関に対し、ジェネリック医薬品の利用について協力依頼する。
	国民健康保険団体連合会	差額通知を作成する。
	民間事業者	委託事業者にてレセプトから対象者を抽出し、個別通知を作成する。

事業 6

重複・頻回受診、重複服薬指導事業

事業の目的	重複・禁忌薬剤による健康被害を予防する
事業の概要	対象者に対し、服薬情報を通知する。また、かかりつけ医、薬剤師と連携して保健指導を実施する。
対象者	同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている人や疾病禁忌の薬剤が処方されている者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	重複服薬者（3医療機関以上から1以上の重複処方がある者及び2医療機関から2以上の重複処方がある者）	対被保険者1万人あたり重複投薬者数（努力支援制度報告様式重複・多剤投与者数による）	98人	95人	92人	90人	88人	86人	85人
	2	通知送付者のうち、かかりつけ医又は薬剤師等に相談した者の割合	通知後の聞き取り等により確認	—	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
	3	通知送付者のうち、処方改善された者の割合	通知送付者のうち、通知6か月後のレセプトで重複、禁忌薬剤が解消された者の割合	—	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	通知送付者のうち、保健指導実施者の割合	面談、電話等による保健指導実施者の割合	—	80%	80%	80%	80%	80%	80%

プロセス（方法）	周知	重複・禁忌薬剤による健康被害について、広報等で広く周知する。
	勧奨	対象者に対し、個別に服薬情報を載せた通知を送付する。
	実施および実施後の支援	通知送付後、対象者に対し電話等により、保健指導を実施し、処方薬についてかかりつけ医等へ相談するよう案内する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	かかりつけ医、薬剤師等と連携して保健指導を実施する。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険医療課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	医師会、薬剤師会に通知内容、指導内容について相談し、事業実施について合意を得る。
	民間事業者	委託事業者にてレセプトから対象者を抽出し、個別通知を作成する。通知送付者からの通知内容等についての質問や相談に応じる。

事業 7

若年性心筋梗塞予防事業

事業の目的	食事（栄養）、運動、喫煙について正しい知識を身につけてもらうことで、心筋梗塞の発症者を減少させ、被保険者一人当たりの心筋梗塞入院医療費を減少させる
事業の概要	EPA摂取を始めとする適切な食事、禁煙、適切な運動を促進する。 イベントの開催により、食事（栄養）、運動、喫煙について正しい知識を身につけてもらい、生活改善意欲を高める。 子ども向けに喫煙防止教育を実施し、子どもから親へ喫煙のリスクを伝えてもらうことで、親世代の禁煙につながる。
対象者	全被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	40代50代男性の喫煙率	特定健診受診者のうち喫煙者の割合 *KDB帳票「質問票調査の状況」の値	(40~44歳) 18.3% (45~49歳) 23.0% (50~54歳) 26.0% (55~59歳) 27.8%	17.0%	16.5%	16.0%	15.2%	14.6%	14.0%
	2	イベント参加後、生活習慣を改善したいと回答した者の割合	イベント実施後アンケートで集計	91.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	3	喫煙防止教育後、親向けのチラシと子どもからの話で、生活習慣を改善したいと回答した者の割合	実施後アンケートの回答から集計（改善意欲ありの回答数/回答件数）	—	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	イベント開催回数	イベント開催回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	2	イベント参加者	イベントに参加した人数（うち、国保被保険者数）	40人（10人）	40人（10人）	40人（10人）	40人（10人）	40人（10人）	40人（10人）	40人（10人）
	3	チラシ作成数	作成したチラシの種類	1種類	4種類	4種類	4種類	4種類	4種類	4種類
	4	チラシ配布場所	チラシ配布施設数	—	4か所	6か所	8か所	8か所	8か所	8か所
	5	喫煙防止教室開催回数	教室開催回数	—	6回	6回	6回	6回	6回	6回

プロセス（方法）	周知	広報、ホームページ、子育てアプリ等への掲載や個別通知でイベントについて周知する。 EPA摂取を促進するレシピについて、市内店舗の食品売り場（鮮魚コーナー）等にチラシを配置する。（旬の魚などを取り入れ、季節ごとにチラシを作成する。）
	実施および実施後の支援	イベント参加者のうち、健康リスクの高い人には個別で保健指導を実施する。 喫煙防止教育において、家族にも見てもらえるパンフレット配布する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	イベントの申込みをオンラインでできるようにする。 後のアンケートをオンラインで実施する。（目標：回答率30%）

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険医療課
	かかりつけ医・専門医	専門医にレシピや食事（栄養）、運動、喫煙についての周知内容について助言をもらう。 イベントや講習会において、専門医から喫煙、肥満、魚の摂取不足によるリスクについて周知してもらう。
	民間事業者	協力事業者により、チラシの配置やイベントの開催について市内店舗との調整を行う。 また、レシピを紹介するチラシを作成する。イベント開催時には、各種計測機器で計測を行う。（骨密度、血管年齢、野菜摂取量等）
	その他の組織	子育て部門、教育部門と連携し、チラシの配布や子育てアプリを使った周知を行う。 衛生部門と連携し、子ども向け禁煙教室を実施する。
	他事業	健康づくり事業のアプリを活用し、食事（栄養）、運動、喫煙について周知する。

事業 8

健康づくり事業

事業の目的	健康に関する正しい知識や運動習慣を身につけ、生活改善意欲を高める。
事業の概要	健康WEBサービス（アプリ）により、健診結果を健康度を示す指標である「健康年齢」を使って分かりやすく提供する。また、対象者の健康状態に合わせた健康記事を提供したり、アプリ内で健康に関するイベントや毎日の歩数の記録などの取組に応じてポイントを付与する。
対象者	40歳以上の被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	生活習慣改善意欲がない者の割合	特定健診の質問票で生活習慣改善意欲なしの割合 *KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	33.3%	32.0%	31.2%	30.4%	29.6%	28.8%	28.0%
	2	健康年齢が維持、又は改善した者の割合	翌年度の健診で健康年齢が前年度と比較し維持又は改善した者の割合	アプリ未登録者 64.9% アプリ登録者 68.1% イベント参加者 69.1%	—	—	—	—	—	—
					69.0%	69.0%	70.0%	70.5%	71.0%	71.5%
					70.0%	71.0%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	アプリ内でのイベント開催回数		5回	5回	5回	5回	5回	5回	5回
	2	イベント参加者数	イベント参加者延べ人数（エントリーが必要なイベント）	404人	450人	480人	500人	520人	540人	560人
	3	イベントにおけるポイント獲得者数	イベントで目標を達成しポイントを獲得できた者の人数	287人	300人	330人	350人	370人	390人	400人
	4	アプリ登録者数	年度末時点のアプリ登録者数	669人	700人	730人	760人	790人	820人	850人

プロセス (方法)	周知	対象者にアプリ登録の案内を個別に送付する。
	勧奨	特定保健指導等の案内の機会を捉え、アプリ登録の案内を同封する。集団健診会場でアプリについて周知する。
	実施および実施後の支援	アプリ内でイベント開催のお知らせを行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	アプリ登録の案内送付後、アプリの登録会を開催し、スマートフォンへの登録や歩数計との連携を補助する。またイベント参加方法やその他使い方についても説明する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課
	民間事業者	委託業者にてアプリを提供し、アプリ内イベントを実施する。登録会ではアプリの使い方等を説明する。
	他事業	特定保健指導対象者にはアプリ内で案内し、オンラインで特定保健指導の予約、利用ができる。

## Ⅶ 第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	死因、疾病別医療費割合で多いのは生活習慣病である。
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	特定健康診査でメタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握し、リスクの高い者に対し指導を行うことで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。

1 達成しようとする目標						
	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
特定健康診査の実施率	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
特定保健指導の実施率	43.0%	45.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少率	27.0%	29.0%	31.0%	33.0%	35.0%	37.0%

2 特定健康診査等の対象者数						
	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
【特定健康診査】 対象者数	5,738	5,565	5,398	5,236	5,078	4,925
【特定健康診査】 目標とする実施者数	3,299	3,227	3,157	3,089	3,021	2,955
【特定保健指導】 対象者数	352	345	337	330	323	316
【特定保健指導】 目標とする実施者数	151	155	158	158	158	158

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	40歳から74歳の被保険者
実施場所	<集団健診> 保健センター、市内施設 <個別健診> 市内指定医療機関21か所（うち、眼底のみ受診可能3か所）
法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項目	備考
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧	収縮期、拡張期
肝機能検査	AST(GOT)、ALT (GPT)、 $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（または随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（またはNon-HDLコレステロール）
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c（空腹時以外の採血でHbA1cを測定しない場合は、随時血糖）
尿検査	尿糖、尿蛋白
医師の判断	医師の診断（判定）
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備考
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値、血色素量（ヘモグロビン値）、赤血球数
心電図	
眼底検査	
血清クレアチニン（eGFR）	
実施時期又は期間	<集団健診> 6月～2月 <個別健診> 5月～10月
外部委託の方法	<①外部委託の有無> 有 <②外部委託の契約形態> 個別契約
周知や案内の方法	対象者には健診案内を送付する。また、前年度個別健診受診者には受診票と健診実施機関等の案内を送付する。その他、健康アプリからの通知、広報やホームページでの周知、市内医療機関での案内を実施する。
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	特定健診未受診者に対し行うアンケートで確認できた事業者健診等の健診受診者に対し、結果提供を依頼する。また、健診案内への記載や個別通知により、健診結果の提供を広く周知する。結果提供者に対してはインセンティブを付与する。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	集団健診受診者には結果の見方が分かるようチラシを同封の上、健診事業者から健診結果を郵送する。ただし、特定保健指導、受診勧奨等の必要がある場合は、個別通知を同封の上、市から郵送、または直接返却の上保健指導を実施する。

### 3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者	下記表中、積極的支援または動機付け支援の対象者				
対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象	
				40～64歳	65～74歳
	≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
		1つ該当	あり		
			なし		
	上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
2つ該当		あり			
1つ該当		なし			
実施場所	分割実施は集団健診の会場。そのほかは、委託業者の設定する場所（市役所等）で実施する。 希望者にはICTによるオンラインの保健指導を実施する。				
実施内容	動機付け支援	初回面接（分割実施あり、対面またはオンライン） 実績評価（電話、手紙、メール、オンライン）			
	積極的支援	初回面接（分割実施あり、対面またはオンライン） 継続支援（電話、手紙、メール、オンライン） 実績評価（電話、手紙、メール、オンライン）			
実施時期又は期間	6月～翌年6月 初回面談から実績評価まではおおむね3か月				
外部委託の方法	<①外部委託の有無> 有 <②外部委託の契約形態> 個別契約				
周知や案内の方法	対象者に個別で周知する。 ・個別健診受診者には、健診結果の返却時に医療機関から案内し、チラシを渡す。 ・集団健診受診者で腹囲、BMI、血圧で特定保健指導該当した人には、健診会場で案内する。 ・健診結果を確認後、市役所から対象者に電話、通知等でお知らせする。				

### 3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】

特定健康診査・特定保健指導	年度当初	特定健康診査予約受付、特定健康診査受診票の送付
	年度の前半	特定健康診査、特定保健指導の実施 健診未申込者への受診勧奨送付
	年度の後半	健診未受診者への受診勧奨送付 次年度健診実施機関の選定 次年度健診案内の送付

4 個人情報の保護	
記録の保存方法	特定健康診査等データ管理システムに登録する。
保存体制、外部委託の有無	個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の公表方法	本計画については、ホームページを通じて公表する。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	広報誌等を通じた周知のほか、様々な機会を捉えて県、国民健康保険団体連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
特定健康診査等実施計画の評価方法	年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。評価に当たっては、市の関係機関および広域連合と連携を図る。
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い計画の見直しを行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。

7 その他事項	
健診結果から、リスクの高い者に対して適切な保健指導、医療機関受診勧奨を実施するとともに、健診結果が良好であった者や前年度より改善した者に対し、インセンティブを付与することで、セルフメディケーションを促進する。	

## VIII その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の関係機関および広域連合と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページを通じて公表する。また広報誌等を通じて周知のほか、様々な機会を捉えて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有する。 これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。</p>

