

令和5年度第3回袖ヶ浦市国民健康保険運営協議会会議次第

日時 令和5年11月16日(木)

午後3時から

場所 市役所北庁舎4階議会会議室

1 開 会

2 会長あいさつ

3 議 題

(1) 第3期袖ヶ浦市保健事業実施計画(データヘルス計画)(案)について

(2) 袖ヶ浦市国民健康保険税条例の一部を改正する条例の制定について
(産前産後保険税の減免措置について)

(3) その他

4 閉 会

第1章 計画策定の基本的な考え方

1. 背景・目的

健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業を実施するため、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針（平成26年3月厚生労働省告示）」（以下、「国指針」。）を受け、現在平成30年度～令和5年度を計画期間とした「第2期袖ヶ浦市保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下、「データヘルス計画」。）を策定し、事業を推進しています。また、データヘルス計画の標準化を推進し、全国共通の評価指標を用いることにより、地域の健康課題の抽出・明確化し、保健事業へ反映させていきます。

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

データヘルス計画は、国指針及び健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく「基本的な方針」、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）を踏まえつつ、「袖ヶ浦市総合計画」「健康ちば21（千葉県健康増進計画）」「袖ヶ浦健康プラン21」などと調和のとれたものとし、生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するための取り組みを示した特定健診等実施計画を基にデータ分析を行い、生活習慣病の発症及び重症化の予防に取り組み、国民健康保険被保険者の健康増進を図ることで、健康寿命の延伸や医療費の適正化を目指します。

3. 計画の期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

第2章 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察

Table with 7 columns: 項目, 計画策定時 (年度, 現状値), R04年度 (実績, 現状値比), 評価指標, 評価. Rows include 1.長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少, 2.3疾患重複して持つ人の割合の減少, 3.高血圧Ⅱ度以上者の割合の減少.

※評価 A:達成、B:一部達成、C:未達成

新規患者数をみると、糖尿病は減少、高血圧と脂質異常症は増加しています。

高血圧・脂質異常症・糖尿病を重複して持つ人の割合が増加しています。

- ◆ 糖尿病の新規患者数が減少していることから、慢性腎臓病の予防で取り組んでいる腎臓病地域連携パスの取り組みが、糖尿病性腎症の予防にも効果が出ていると考えられます。
◆ 特定健診の受診率の向上を図ることにより、医療費が一時的に上昇する可能性があります。入院と外来の医療費の比率にも注目し、1件あたり医療費を減少させることが必要です。
◆ 若年期から特定健診の習慣を定着させ、生活習慣病を早期から予防してメタボ該当者を増やさないようにすることが重要です。

総医療費は減少しても一人あたりや1件あたりの医療費は増加しています。

Table titled '医療費の推移' showing H30年度 and R04年度 data for 被保険者数, 前期高齢者割合, 総医療費, 一人あたり医療費, 入院, 外来.

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（第4期特定健康診査等実施計画）

Table with 7 columns: 項目, 計画策定時 (年度, 現状値), R4年度 (実績※暫定, 現状値比), 中長期評価指標, 評価. Rows include 1.特定健診受診率の増加, 2.40～50歳代の受診率向上, 3.保健指導利用率の増加, 4.保健指導対象者の減少率(指導利用者).

受診率の低下は、コロナによる受診控えと、受診率の高い層が後期高齢者医療制度に移行したことが一因であると考えられます。

集団健診を予約制に変更し、待ち時間の短縮に繋げ、受診者の増加を図りました。

- ◆ 若年層や60歳代の健診受診率の向上に努めます。
◆ 令和3年度にA1によるデータ分析での受診勧奨を行い、受診率が上昇したことから、受診勧奨方法を検証します。
◆ 保健指導の実施率は上昇しているものの、目標は達成できませんでした。今後、体制を強化して取り組みます。

第4章 第3期計画における健康課題の明確化及び目標設定

健康課題の明確化

- ◆ 糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合は、同規模市と比較して高くなっています。また、人工透析を必要とする腎不全の医療費に占める割合や1件あたりの入院費用額についても、同規模市、県、国と比較して高くなっています。
◆ 40歳から74歳でBMI25以上の率が平成30年度と比較すると約1.0ポイント上昇しており、肥満傾向にある方が増えています。また、高血圧はすべての年代で増加しています。高血圧や糖尿病などが合併症のリスクを高めるため、合併症発症前に受診勧奨や保健指導による重症化予防の取組が重要になります。
◆ 虚血性心疾患や腎不全等に共通した高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療の中断を防ぐため、保健指導の継続が重要です。

高血圧、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らしていくことを短期的な目標にします。生活習慣病は自覚症状が無いことが多いため、対象者把握のため受診率の向上に努めます。また、中長期的な目標として、虚血性心疾患や腎不全の患者の割合を減少させ、医療費の伸びを抑えることを目指します。

医療費において、軽症時に受診せず、重症化して入院する傾向が見られるため、適切な時期での受診を促し入院に係る医療費の伸びを抑えていきます。

管理目標の設定

千葉県の共通評価指標と本市の課題に応じた評価指標を追加して設定します。 ※評価指標中、色付きの項目は千葉県共通評価指標

Table with 3 columns: 健康課題, 達成すべき目的, 評価指標. Rows include 全体医療費の増加, 受診率の低下メタボ該当者の増加, 虚血性心疾患、腎不全等の医療費の増加.

第5章 課題解決に向けた個別保健事業

特定健診の受診者を増やし、重症化予防の対象者を把握します。受診勧奨を積極的に行い、個別の訪問等による勧奨や、既存事業との連携、ICTやAIなどの活用を検討していきます。また、SNSやアプリ、インセンティブ、ナッジ理論などを用いた効果的なポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチ方法を検討し、被保険者の自発的な行動変容を促すよう働きかけます。

CKD 慢性腎臓病(CKD)地域連携パスを使用した重症化予防

令和元年度から、君津木更津医師会と君津4市によって構成された慢性腎臓病(CKD)予防連携委員会で作成した「腎臓病地域連携パス」を発行しています。特定健診により対象者を把握し、かかりつけ医、専門医、市で連携を図りながら治療へとつなげ、腎臓病の重症化を予防します。また、その後の治療状況などをレセプトなどから把握し、未治療者などを対象に保健指導を行っていきます。

虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)の重症化予防

特定健診において、リスクの高い方に対し心電図検査を実施し、虚血性心疾患の所見と、生活習慣、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクと合わせて複合的に判断し保健指導に繋げていきます。保健指導の実施にあたっては保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように努めます。重症化予防のため、二次健診の実施や継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

飽食と運動不足によって生じるメタボリックシンドロームに起因し、ますます増加している心血管病に対し効率の良い予防を行う必要があります。半分以上の方は治療中となっていますが、薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。そのため、対象者との接触の機会を積極的に設け、被保険者の行動変容を促していきます。

発症予防

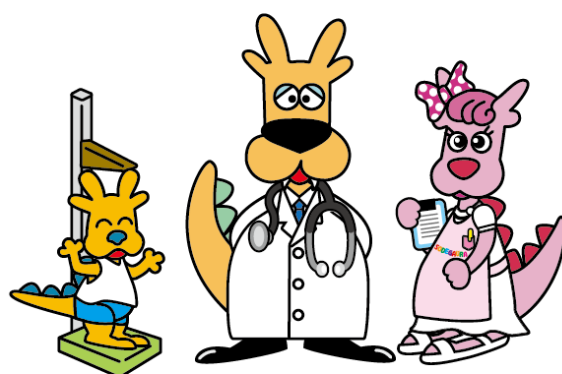
小児期から成人期までそれぞれの年代に適した生活習慣病予防対策を行います。

高齢者の保険事業と介護予防の一体的実施
令和6年度から千葉県後期高齢者広域連合から事業を受託し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業を実施していきます。

第6章 計画の評価・見直し

施策の計画目標をもとに、毎年の進捗状況に関係課で点検し、PDCAサイクルでより効率的、かつ効果的な施策の推進を目指していきます。計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

袖ヶ浦市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
(案)



令和 年 月

袖ヶ浦市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度の指標活用	
第2章 第2期計画に係る評価及び考察	9
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
(1) 第2期データヘルス計画の評価	
(2) 主な個別事業の評価と課題	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施	22
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	
2. 第3期の評価・考察	
3. 目標値の設定	
4. 対象者の見込み	
5. 特定健康診査の実施	
6. 特定保健指導の実施	
7. 記録の管理及び結果の報告	
第4章 第3期計画における健康課題の明確化	32
1. 基本的な考え方	
2. 健康課題の明確化	
3. 目標の設定	

第5章 課題解決に向けた個別保健事業	40
1. 保健事業の方向性	
2. 受診勧奨とポピュレーションアプローチ	
3. 重症化予防の取組	
(1)慢性腎臓病(CKD)重症化予防	
(2)虚血性心疾患重症化予防	
(3)肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
4. 発症予防	
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
第6章 計画の評価・見直し	60
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	61
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	62

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成 25 年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国民健康保険が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。また、平成 26 年 3 月に示された国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。))において、市町村国民健康保険には、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するための計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

また、その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、「保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このような国の動きにより、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められております。効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、データヘルス計画の標準化を推進し、共通の評価指標を用いることにより、地域における健康課題の抽出・明確化を促し、保健事業へ反映させていきます。

本市においては、平成 30 年度に作成した「第 2 期袖ヶ浦市保健事業実施計画(データヘルス計画)」及び「第 3 期特定健康診査等実施計画」の評価・分析を踏まえ、健康課題を抽出し、被保険者の健康増進、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化のため、「第 4 期特定健康診査等実施計画」を含め、「第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を一体的に策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等を掲げた成長戦略のこと

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

「保健事業実施計画(データヘルス計画)」(以下「データヘルス計画」という。)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的に保健事業を実施するために策定するものです。この計画では、特定健診等の結果、レセプトデータ、国民健康保険中央会より提供されている国保データベースシステム(KDB^{※5})等の健康・医療情報を活用し、その運用はPDC Aサイクルに沿って行います。

データヘルス計画は、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、千葉県の健康増進計画(健康ちば21)や医療費適正化計画、並びに袖ヶ浦市総合計画をはじめとする、袖ヶ浦健康プラン21、高齢者福祉計画・介護保険事業計画、国民健康保険運営方針と調和のとれたものとしします。(図表1)

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

さらに、令和5年10月に公表された「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※6}」(以下「プログラム」という。)には、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたって、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等が示されています。そのため、基本的な考え方は、プログラムに準じることとし、また、本市においては本市特有の課題に即した保健事業を展開していきます。(図表2・3・4)

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

※5 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに国民健康保険中央会より情報提供しているシステムのこと。

※6 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

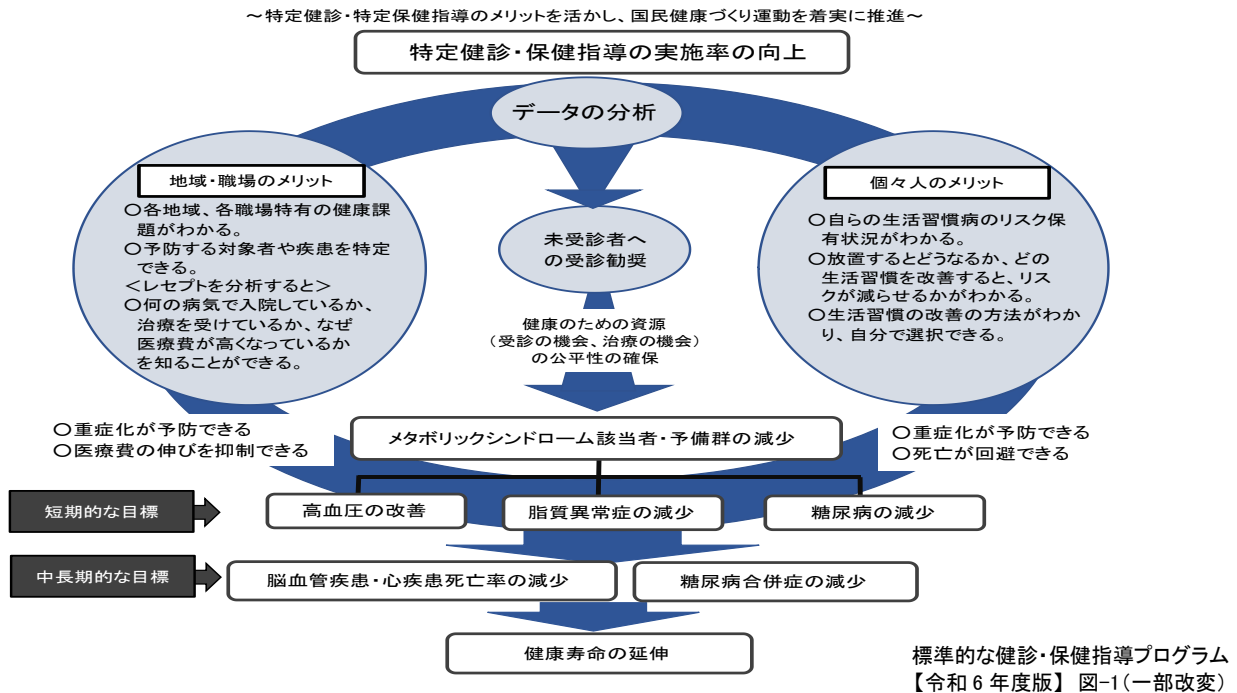
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、データヘルス計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置付け

法定計画等の位置付け

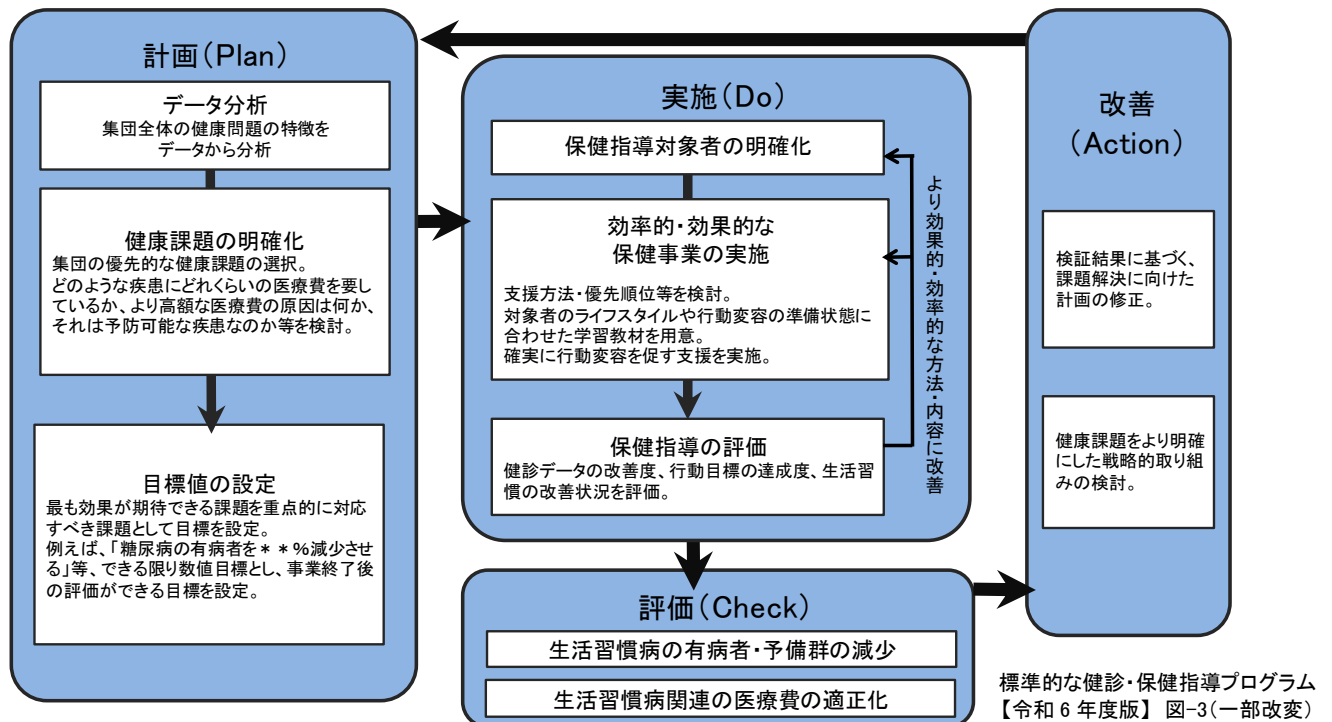
※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		千葉県医療費適正化計画		千葉県保健医療計画	高齢者福祉計画 介護保険事業計画			
健康ちば21 袖ヶ浦健康プラン21		データヘルス計画 (保健事業実施計画)		特定健康診査等実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	国民健康保険法 第82条	健康保険法 第150条	高雑法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	千葉県の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条 老人福祉法 第20条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「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の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針		
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年		
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務、都道府県・義務		
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用し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 事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価 を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考 慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保 険者・医療関係者等の協力を得ながら、 住民の健康保持・医療の効率的な提 供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通 じ、地域で切れ目のない医療の提 供、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス 提供体制の確保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重症化防止		
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期(責任年齢)、高齢期) ライフコースアプローチ(幼児期から高齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢化割合が高くなる時期に高齢期を迎える 現在の若年層・壮年層世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりを促進	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳(特定疾病※) ※初発を認めない。早期発見、早期治療による重症化 のリスクを軽減し、医療費負担を軽減する。		
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患		
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(MCOs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に親しむことによる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上の割合 アウトプット:特定健康診査実施率	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・特定健康診査受診率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等へ起因 した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後継品の活用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を促した効果的・ 効率的なサービス提供の推進	①6疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じた設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④産前産後 ⑤小児医療 ⑥特別感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルの活用による保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重症化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)		
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局、県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金			

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



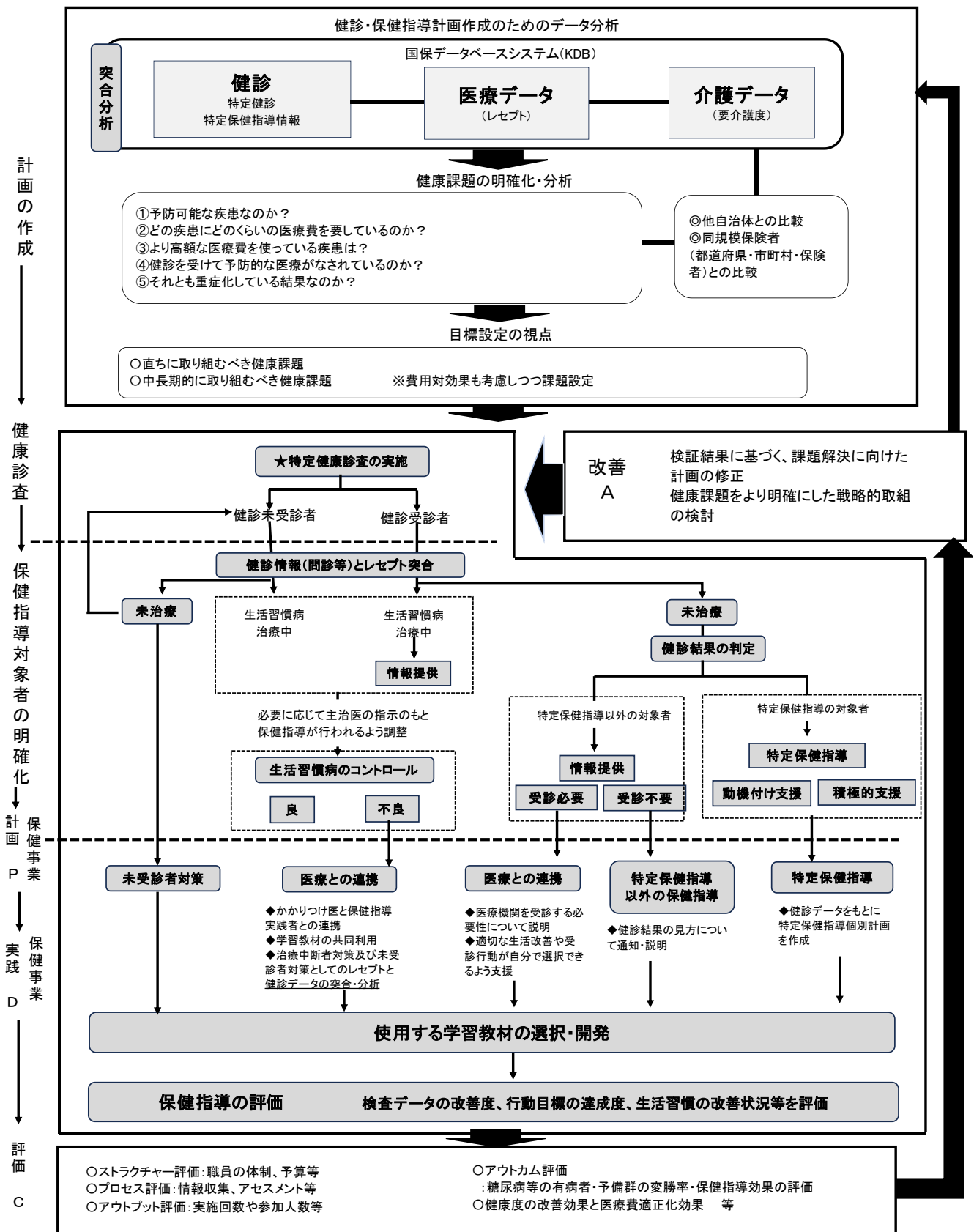
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

データヘルス計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること。」とされています。また、「国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」において、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、県における医療費適正化計画や医療計画等が令和 6 年度から 11 年度までを計画期間としているため、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

本計画は、被保険者の健康の保持増進を目的として、保健事業を積極的に推進するために、国民健康保険部局(保険年金課)が中心となって策定します。

策定にあたっては、保健衛生部局、高齢者医療部局、介護保険部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析します。

また、本計画に基づき保健事業を効果的・効率的に実施するにあたっては、関係する部局と協力し、個別の保健事業や計画を評価し、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。具体的には、計画の策定や事業実施、評価、見直しの各段階において、共同保険者である千葉県のほか、千葉県国民健康保険団体連合会、君津木更津医師会や歯科医師会、君津木更津薬剤師会薬業会及び後期高齢者医療広域連合等と連携、協力していきます。

また本計画の最終的な目的である健康の保持増進のためには、被保険者自身が健康な生活習慣に対する関心と理解を深め、健康増進に主体的、積極的に取り組むことが必要です。

そのため、計画策定にあたっては、被保険者が委員として参画する国民健康保険運営協議会を活用し、被保険者の立場からの意見を伺います。

5. 保険者努力支援制度の指標活用

国民健康保険の保険者努力支援制度は、国が保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取組内容に応じて交付金を交付する制度として、平成 30 年度から運用されています。(図表 5)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することで、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部を助成しており、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押ししています。

また、年度ごとに設定される評価指標は、国が推進している保健事業等を反映しているため、本市における保健事業等の達成度を測るものとして活用します。

図表 5 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		袖ヶ浦市	配点	袖ヶ浦市	配点	袖ヶ浦市	配点		
交付額(万円)		2302		1988		1922			
全国順位(1,741市町村中)		1215位		934位		1065位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	50	70	135	70	115	70	
		(3)メタリックフィットルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	23	40	37	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	80	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	5	90	20	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	70	100	70	100
		②	データヘルス計画の実施状況	37	40	15	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	0	30	0	30	0	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	43	50	43	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	78	95	65	100	63	100	
合計点		491	1,000	556	960	528	940		

第2章 第2期計画に係る評価及び考察

1. 保険者の特性

本市の人口は、令和4年度末において65,777人で、高齢化率は27.0%でした。(図表6)

令和2年国勢調査の数値により、本市の状況を同規模市、県、国と比較すると、高齢者の割合は低いものの、被保険者の平均年齢は55.1歳と同規模市・県・国と比べて高くなっています。

産業においては、第1次産業・第2次産業が国・県と比較して高く、農業や製造業などの身体的な負担の大きい業種に従事している方の割合が高い可能性があるため、それらを踏まえて健康課題を注視する必要があります。(図表7)

令和4年度末の国民健康保険加入率は21.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が49%を占めています。(図表8)

図表6 袖ヶ浦市の状況(令和4年度末)

	人口	高齢化率	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢	合計特殊 出生率(R3)	財政力指数 (R4)
袖ヶ浦市	65,777人	27.0%	12,403人 21.8%	55.5歳	1.36	1.09

図表7 同規模・県・国と比較した袖ヶ浦市の特性(令和2年国勢調査より)

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政力 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
袖ヶ浦市	62,900	27.1	55.1	8.7	9.6	1.1	4.6	28.4	67.1
同規模	--	30.4	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	27.6	53.3	6.5	10.1	0.8	2.9	20.6	76.5
国	--	28.7	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：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
 ※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、袖ヶ浦市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表8 国民健康保険の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	13,941人		13,552人		13,404人		12,956人		12,403人	
65～74歳	6,683人	47.9%	6,663人	49.2%	6,754人	50.4%	6,552人	50.6%	6,076人	49.0%
40～64歳	4,288人	30.8%	4,091人	30.2%	3,961人	29.6%	3,831人	29.6%	3,829人	30.9%
39歳以下	2,970人	21.3%	2,798人	20.6%	2,689人	20.1%	2,573人	19.9%	2,498人	20.1%
国保加入率	24.8%		23.9%		23.5%		22.7%		21.8%	

出典：人口統計(袖ヶ浦市)、国民健康保険事業月報

2. 第2期計画に係る評価及び考察

(1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画においては、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は、短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するための指標となる次の3疾患(以下「目標疾患」という。)、高血圧、糖尿病、脂質異常症、及びメタボリックシンドロームの減少を設定しました。

2つ目は、中長期的な目標として、計画最終年度までに達成すべき目標として、社会保障費(医療費・介護費)の縮減並びに脳血管疾患、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症(人工透析)の有病者の減少を設定しました。

ア. 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

(ア) 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は全体で減っている一方で、合併症(重症化)でもある人工透析の割合は増えています。(図表9～11)

本市は特定健康診査の結果から、治療が必要な数値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、新型コロナウイルス感染症拡大による健診受診率の低下や受診控えの影響により、適切な治療につながらないまま重症化する方が増えていることが考えられます。

図表9 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	4,608	4,087	1,137	888	3,471	3,199	
	A/被保数	41.6%	40.8%	26.2%	22.8%	51.5%	52.3%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	491	402	93	84	398	318
		B/A	10.7%	9.8%	8.2%	9.5%	11.5%	9.9%
	虚血性心疾患	C	527	420	105	74	422	346
		C/A	11.4%	10.3%	9.2%	8.3%	12.2%	10.8%
	人工透析	D	53	60	23	26	30	34
		D/A	1.2%	1.5%	2.0%	2.9%	0.9%	1.1%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 10 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	2,708	2,203	712	518	1,996	1,685	
	A/被保数	24.4%	22.0%	16.4%	13.3%	29.6%	27.5%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	287	204	57	41	230	163
		B/A	10.6%	9.3%	8.0%	7.9%	11.5%	9.7%
	虚血性心疾患	C	348	253	72	45	276	208
		C/A	12.9%	11.5%	10.1%	8.7%	13.8%	12.3%
	人工透析	D	38	39	18	18	20	21
		D/A	1.4%	1.8%	2.5%	3.5%	1.0%	1.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	185	214	65	66	120	148
		E/A	6.8%	9.7%	9.1%	12.7%	6.0%	8.8%
	糖尿病性網膜症	F	526	421	138	113	388	308
		F/A	19.4%	19.1%	19.4%	21.8%	19.4%	18.3%
	糖尿病性神経障害	G	92	80	30	22	62	58
		G/A	3.4%	3.6%	4.2%	4.2%	3.1%	3.4%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 11 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,794	3,603	956	804	2,838	2,799	
	A/被保数	34.3%	36.0%	22.0%	20.6%	42.1%	45.7%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	380	306	64	57	316	249
		B/A	10.0%	8.5%	6.7%	7.1%	11.1%	8.9%
	虚血性心疾患	C	468	387	90	63	378	324
		C/A	12.3%	10.7%	9.4%	7.8%	13.3%	11.6%
	人工透析	D	35	37	15	15	20	22
		D/A	0.9%	1.0%	1.6%	1.9%	0.7%	0.8%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

(イ) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上及びHbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度と比較したところ、有所見者の割合が増えています。また、未治療者について健診後、医療につながったかレセプト突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約38%、糖尿病で約5%いることがわかりました。

高血圧・糖尿病等の生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診受診率の向上を図りつつ、今後も受診が必要な方が適切な受診行動がとれるように受診勧奨を徹底していくことが必要です。

図表 12 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
袖ヶ浦市	5,525	55.3	4,992	52.9	349	6.3	204	58.5	408	8.2	234	57.4	153	37.5	21	5.1
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実 施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
袖ヶ浦市	5,511	99.7	4,990	100.0	225	4.1	64	28.4	240	4.8	56	23.3	13	5.4	8	3.3
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者
- ③448市町村合計…比較参考値として、ヘルスサポートラボツールを使用している市町村の合計値

(ウ)健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複している病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなります。本市の特定健康診査結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2ポイントも上昇し、その中でも3項目(血糖値、脂質の値、血糖値)すべてに該当している方が増加しました。(図表13)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しており、翌年度の健診結果を見ると、高血圧とLDL-Cは改善率が下がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者に対し、年度当初から継続受診の働きかけを行っていく必要があります。

図表 13 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	5,525 (55.3%)	1,158 (21.0%)	351 (6.4%)	807 (14.6%)	717 (13.0%)
R04年度	4,538 (50.6%)	1,047 (23.1%)	320 (7.1%)	727 (16.0%)	537 (11.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 14 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	477 (8.7%)	112 (23.5%)	151 (31.7%)	93 (19.5%)	121 (25.4%)
R03→R04	497 (10.0%)	128 (25.8%)	154 (31.0%)	59 (11.9%)	156 (31.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 15 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	349 (6.3%)	175 (50.1%)	69 (19.8%)	18 (5.2%)	87 (24.9%)
R03→R04	408 (8.2%)	190 (46.6%)	84 (20.6%)	17 (4.2%)	117 (28.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 16 LDL-C 160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	584 (10.6%)	286 (49.0%)	115 (19.7%)	37 (6.3%)	146 (25.0%)
R03→R04	576 (11.5%)	269 (46.7%)	112 (19.4%)	33 (5.7%)	162 (28.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

イ. 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

(ア)介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、第2号(40~64歳)被保険者で65人、第1号(65歳以上)被保険者で2,649人、合計2,714人と、平成30年度と比べて384人増加しています。また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しております。(図表17)

介護給付費は、平成30年度の約33億円から令和4年度は約40億円に伸びています。また、一人あたり給付費は、平成30年度と令和4年度を比較すると約12,500円増加しています。(図表18)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約4割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、要介護者中、全年齢で約8~9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置付けであると言えます。(図表19)

図表17 要介護認定者数の状況

	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
第1号被保険者	2,272人	2,401人	2,472人	2,532人	2,649人
65歳~74歳	318人	330人	343人	322人	314人
75歳以上	1,954人	2,071人	2,129人	2,210人	2,335人
第2号被保険者	58人	62人	69人	71人	65人

出典:介護保険事業状況報告(年報)

図表18 介護給付費の変化

	袖ヶ浦市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	33億2461万円	39億5920万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	219,547	232,116	274,536	259,559	290,668
1件あたり給付費(円)全体	69,364	66,644	63,298	57,498	59,662
居室サービス	42,807	44,512	41,822	39,827	41,272
施設サービス	285,216	291,891	292,502	294,486	296,364

出典: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

図表 19 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		82		317		2,358		2,675		2,757			
再)国保・後期		41		274		2,256		2,530		2,571			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	28 68.3%	脳卒中	109 39.8%	脳卒中	797 35.3%	脳卒中	906 35.8%	脳卒中	934 36.3%
			2	腎不全	7 17.1%	虚血性心疾患	51 18.6%	虚血性心疾患	699 31.0%	虚血性心疾患	750 29.6%	虚血性心疾患	755 29.4%
			3	虚血性心疾患	5 12.2%	腎不全	37 13.5%	腎不全	314 13.9%	腎不全	351 13.9%	腎不全	358 13.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	6 14.6%	糖尿病合併症	45 16.4%	糖尿病合併症	271 12.0%	糖尿病合併症	316 12.5%	糖尿病合併症	322 12.5%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			36 87.8%	基礎疾患	229 83.6%	基礎疾患	2,099 93.0%	基礎疾患	2,328 92.0%	基礎疾患	2,364 91.9%
		血管疾患合計			36 87.8%	合計	235 85.8%	合計	2,132 94.5%	合計	2,367 93.6%	合計	2,403 93.5%
		認知症			6 14.6%	認知症	38 13.9%	認知症	778 34.5%	認知症	816 32.3%	認知症	822 32.0%
		筋・骨格疾患			34 82.9%	筋骨格系	228 83.2%	筋骨格系	2,100 93.1%	筋骨格系	2,328 92.0%	筋骨格系	2,362 91.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

(イ)医療費の状況

本市の総医療費は、国民健康保険加入者の減少にともない減少していますが、一人あたり医療費は、平成30年度と比較して27,108円増えています。

また入院医療費は、レセプトの件数で見ますと、全体のわずか2%程度にも関わらず、医療費全体の約38%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して61,370円高くなっています。

医療費増加の一因となる入院を抑制するためには、生活習慣病の重症化予防への取り組みが重要となります。(図表20)

図表 20 医療費の推移

	袖ヶ浦市		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	14,176人	12,649人	--	--	--	
前期高齢者割合	6,739人 (47.5%)	6,121人 (48.4%)	--			
総医療費	45億4103万円	43億9477万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	320,332 <small>県内20位 同規模152位</small>	347,440	366,294	327,198	321,633	
入院	1件あたり費用額(円)	576,400	637,770	610,160	635,550	619,090
	費用の割合(%)	37.7	37.9	40.5	38.2	40.1
	件数の割合(%)	2.2	2.2	2.7	2.4	2.6
外来	1件あたり費用額(円)	21,570	23,150	24,470	25,580	24,520
	費用の割合(%)	62.3	62.1	59.5	61.8	59.9
	件数の割合(%)	97.8	97.8	97.3	97.6	97.4
受診率	769.5	775.144	739.503	665.538	728.39	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は袖ヶ浦市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

(ウ) 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の減少について、3 疾患における医療費の合計が総医療費に占める割合については、平成 30 年度が合計で 9.26%、令和 4 年度が 9.17%と減少しました。しかしながら、脳血管疾患については 0.05 ポイント増加、慢性腎不全で透析を受けている人は 0.21 ポイント増加し、特に慢性腎不全については、同規模、国よりも 1 ポイント以上高くなっています。(図表 21)

次に患者数では、平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患については患者数及び割合と減少していますが、人工透析については、増加しています。(図表 22)

人工透析は発症時の急性期のみならず、透析導入後、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いるため、その原因となる糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 21 中長期目標疾患の医療費の推移

			袖ヶ浦市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			45億4103万円	43億9477万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億2042万円	4億0308万円	--	--	--
			9.26%	9.17%	7.95%	9.16%	8.20%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.95%	2.00%	2.08%	2.07%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.45%	1.21%	1.42%	1.70%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.52%	5.73%	4.16%	5.09%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.33%	0.23%	0.29%	0.30%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		14.30%	16.05%	17.03%	16.85%	16.77%
	筋・骨疾患		9.49%	10.57%	8.72%	8.79%	8.71%
	精神疾患		7.95%	7.34%	8.04%	7.42%	7.88%

出典：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

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 22 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	14,176	12,649	a	907	696	745	586	61	66	
				a/A	6.4%	5.5%	5.3%	4.6%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	11,076	10,018	b	900	690	741	585	57	64	
	B/A	78.1%	79.2%	b/B	8.1%	6.9%	6.7%	5.8%	0.5%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	4,337	3,897	c	200	150	165	109	26	28
		C/A	30.6%	30.8%	c/C	4.6%	3.8%	3.8%	2.8%	0.6%	0.7%
	65~74歳	D	6,739	6,121	d	700	540	576	476	31	36
		D/A	47.5%	48.4%	d/D	10.4%	8.8%	8.5%	7.8%	0.5%	0.6%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

(2) 主な個別事業の評価と課題

ア. インセンティブ

平成 28 年度から令和元年度まで実施したガウラ健康マイレージ事業は、4 年間で延べ 8,122 件の参加があり、健康意識の向上と健康的な生活習慣の実践に一定の効果をあげることができました。一方で、若年層の参加が少ない等の課題があったこと、また、千葉県が同様の事業を開始することもあり、本事業については終了しました。

今後は、より幅広い年齢層の健康習慣の定着のため、千葉県の実施する「元気ちば！健康チャレンジ事業」について検討するとともに、ICTの活用なども視野に入れ、効果的かつ効率的な事業を展開できるよう検証していきます。

イ. 重症化予防

重症化予防については、高血圧・脂質異常症については現状値比で千人当たりの新規患者数が増加しているものの、糖尿病については減少しています。(図表 24)

平成 29 年度に君津木更津医師会協力のもと、君津地域4市合同で「慢性腎臓病(CKD)予防連携委員会」を立ち上げ、令和元年度からは慢性腎臓病(CKD)予防連携事業として、「腎臓病地域連携パス」(以下「連携パス」という。)の運用を開始しました。これにより、かかりつけ医、専門医、行政が連携するための体制が整い、対象者の受診状況の把握ができるようになっていきます。

令和元年度から令和 4 年度までの連携パスの運用状況を見ると、対象者の 56.1%が受診につながっています。(図表 23)

図表23 腎臓病地域連携パス 発行状況

	R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
特定健診受診者数	5,054人		4,535人		4,808人		4,341人	
連携パス基準該当者	676人	13.4%	670人	14.8%	698人	14.5%	646人	14.9%
腎機能	170人	3.4%	209人	4.6%	207人	4.3%	193人	4.4%
糖代謝	506人	10.0%	461人	10.2%	491人	10.2%	453人	10.4%
連携パス発行件数 (重複・資格喪失等除く)	639人	12.6%	599人	13.2%	632人	13.1%	579人	13.3%
かかりつけ医受診	340人	53.2%	341人	56.9%	357人	56.5%	325人	56.1%
二次医療機関受診	6人	0.9%	11人	1.8%	10人	1.6%	7人	1.2%

糖尿病の新規患者数は減少していることから、連携パスの運用については効果的であると評価できます。今後、さらに連携パスでの受診率を上げていくためには、保健師等による受診勧奨を実施するとともに、かかりつけ医と専門医との更なる連携強化が必要となります。

ウ. がん検診

各種がん検診については、検診種別や年度ごとに増減があるものの、令和 4 年度の現状値比では子宮がん検診以外は受診率が低下しています。

がん検診は疾病の早期発見・治療に繋がるため、今後も継続して実施するとともに、受診率向上のため実施内容や方法について検討が必要です。

エ. 医療費適正化

医療費適正化については、総医療費で比較したところ、加入者の減少に伴い令和 2 年度は 1.6 億円減少し、令和 4 年度では現状値比で 4.1 億円減少しています。令和 2 年度の減少は、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えや公費負担の拡大が影響していると考えられますが、総じて減少傾向にあるといえます。

医療費適正化に対する事業として、重複受診者、頻回受診者に対する指導及びジェネリック医薬品の利用促進に取り組んできましたが、医療費の削減に一定の効果があつたと評価できます。

総医療費については、特定健診受診率や特定保健指導実施率が向上し、重症化予防の取組が進むと一時的に上昇する傾向にありますが、今後も現在の取り組みを継続して実施するとともに、総医療費を削減するだけでなく、入院と外来の医療費の比率など、医療費の構造の変化にも注目していく必要があります。

オ. 介護予防

介護事業利用者の健康維持、特定健康診査受診者の介護予防を図るため、百歳体操参加者への受診勧奨や集団健診でのミニ測定会（骨密度や脳年齢の測定）の実施について、高齢者支援課と連携し、事業を行ってきました。

今後は、現在連携している事業だけでなく、他事業でも連携がとれないか関係課と協議をし、さらに効果的な取り組みにしていくことが必要となります。

カ. 予防事業

予防事業として、若年期健康診査、人間ドック助成事業、人間ドック精密検査受診勧奨事業を実施しました。

若年期健康診査については、令和 4 年度の現状値比で 185 人減、2.2 ポイント減少しています。

若年期の健康診査では、40 歳で特定健康診査の対象者になる前に健康診査の習慣を定着させ、また、対象者には保健指導を実施することで、生活習慣病を早期から予防し、メタボ該当者や予備群を増やさないようにすることが重要です。今後も市民への周知・啓発を行い、受診率の向上に努めます。

人間ドック助成事業については、令和 4 年度の現状値比で 70 人増加しています。また、精密検査受診勧奨については、平成 30 年度から開始しましたが、おおむね増加傾向にあります。

人間ドックの費用助成は、疾病の早期発見・早期治療に効果的であると同時に、人間ドックの結果の一部を特定健康診査結果としてみなすことで、特定健康診査の受診率向上にも寄与しています。

また、精密検査等の所見のあつた方に受診を促すことで、ドック受診後の早期治療を推進しています。

いずれの事業も取り組みを継続し、疾病の予防に努めていきます。(図表 24)

キ. 健康啓発事業

健康啓発事業として、関係課の協力のもと、スマートダイエット教室、生活習慣病予防講演会、三学大学による健康等講演会を実施しました。

新型コロナウイルス感染症拡大により、事業を実施できない期間もありましたが、市民の健康意識の向上や健康に関する知識を深めることで、健康増進につなげることができました。

なお、三学大学による健康等講演会については、現状の実施方法では効果検証等が難しいため、令和元年度の実施をもって事業を廃止しました。

今後は現在の事業を継続しつつ、ICTを活用した事業を検討するなどより効果的な事業実施について並行して検討していきます。

(3)アウトプット・アウトカム評価

計画策定時の現状値及び各年の実績値については次のとおりとなります。

図表 24 アウトプット・アウトカム評価

評価指標		短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	現状把握	毎年度	現状把握	R05	現状把握
	0.2%減				4%台
					千人当り新規患者数の減
					千人当り新規患者数の減
					千人当り新規患者数の減
					R4評価時に同病種中平均に近づく

評価指標		短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	現状把握	毎年度	現状把握	R05	現状把握
					前年度比減

項目	計画策定時 年度	現状値	実績												評価
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		現状値比		
			実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比			
1.長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少(千人当りの新規患者数)	H28		10.92人	-	11.42人	0.51人	11.85人	0.43人	12.70人	0.85人	12.05人	▲0.65人	0.22人	B	
(1)高血圧	H28	8.28人	9.83人	-	10.34人	0.50人	11.10人	0.77人	11.56人	0.45人	10.35人	▲1.20人	2.07人	B	
(2)脂質異常症	H28	14.91人	12.97人	-	10.78人	▲2.19人	11.46人	0.68人	11.40人	▲0.06人	11.93人	0.53人	▲2.98人	A	
(3)糖尿病	H28														
2.3疾患重複して持つ人の割合の減少	H28														
(1)男性割合	H28	31.1%	32.0%	-	32.1%	0.1%	33.9%	1.8%	33.4%	▲0.5%	35.0%	1.6%	3.9%	C	
(2)女性割合	H28	11.5%	12.8%	-	12.3%	▲0.5%	14.6%	2.3%	14.2%	▲0.4%	13.9%	▲0.3%	2.4%	C	
3.高血圧Ⅱ度以上者の割合の減	H28	6.6%	6.6%	-	6.8%	0.2%	7.5%	0.7%	8.2%	0.7%	7.2%	▲1.0%	0.6%	C	

1.(1)(2)(3)長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患(千人当りの新規患者数)…生活習慣病新規患者数(当月発症)÷患者数×1000
 2.3疾患重複して持つ人の割合…分母：健診受診者数(法定報告値)、分子：高血圧・脂質異常症・糖尿病のいずれかを重複して持つ者
 3.高血圧Ⅱ度以上者の割合…分母：健診受診者数(全件)、分子：収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上の者

項目	計画策定時 年度	実績	実績												評価
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		現状値比		
			実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比			
4.医療費に関する評価	H28	4,807,446	4,541,032	-	4,560,913	19,881	4,395,047	▲165,866	4,432,706	37,659	4,394,769	▲37,937	▲412,677	A	
(1)総医療費の減少	H28														
4.(1)総医療費…DPC、医科、調剤セブへの決定点数の合計×10※累計時は年度内の合計を算出															

(千円)

※評価「A」：達成…目標を達成しているもの。「B」：一部達成…目標値の設定の良いものについて、毎年度の評価指標から目標の一部達成と判断できるもの。「C」：未達成…目標を達成していないもの。(現状値による)

図表 24 アウトプット・アウトカム評価

項目	計画策定時		実績											
	年度	現状値	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		現状値比	
			実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比		
各種がん検診														
胃がん検診	H28	22.7%	20.0%	-	18.4%	▲1.6%	12.4%	▲6.0%	16.1%	3.7%	17.8%	1.7%	▲4.9%	
子宮がん検診	H28	30.3%	28.0%	-	29.0%	1.0%	27.1%	▲1.9%	28.7%	1.6%	30.5%	1.8%	0.2%	
乳がん検診	H28	27.8%	32.2%	-	30.4%	▲1.8%	22.9%	▲7.5%	29.5%	6.6%	27.6%	▲1.9%	▲0.2%	
肺がん・結核検診	H28	35.8%	34.0%	-	30.3%	▲3.7%	29.1%	▲1.2%	30.3%	1.2%	29.0%	▲1.3%	▲6.8%	
大腸がん検診	H28	27.3%	26.3%	-	23.8%	▲2.5%	21.7%	▲2.1%	22.9%	1.2%	21.4%	▲1.5%	▲5.9%	
若年期健康診査														
実施者数	H28	422人	373人	-	330人	▲43人	307人	▲23人	298人	▲9人	237人	▲61人	▲185人	
実施率	H28	17.2%	19.2%	-	17.0%	▲2.2%	15.8%	▲1.2%	20.6%	4.8%	15.0%	▲5.6%	▲2.2%	
人間ドック														
受診者数	H28	595人	683人	-	703人	20人	571人	▲132人	653人	82人	665人	12人	70人	
精密検査受診勧奨件数	H28	0件	98件	-	234件	136件	172件	▲62件	163件	▲9件	179件	16件	179件	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めることになっています。

なお、第1期及び第2期は計画期間を5年としていましたが、県の医療費適正化計画や保健医療計画、データヘルス計画が計画期間を6年としていることを踏まえ、第4期以降はデータヘルス計画と一体的に策定します。

2. 第3期の評価・考察

(1) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成30年度には53.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表25)

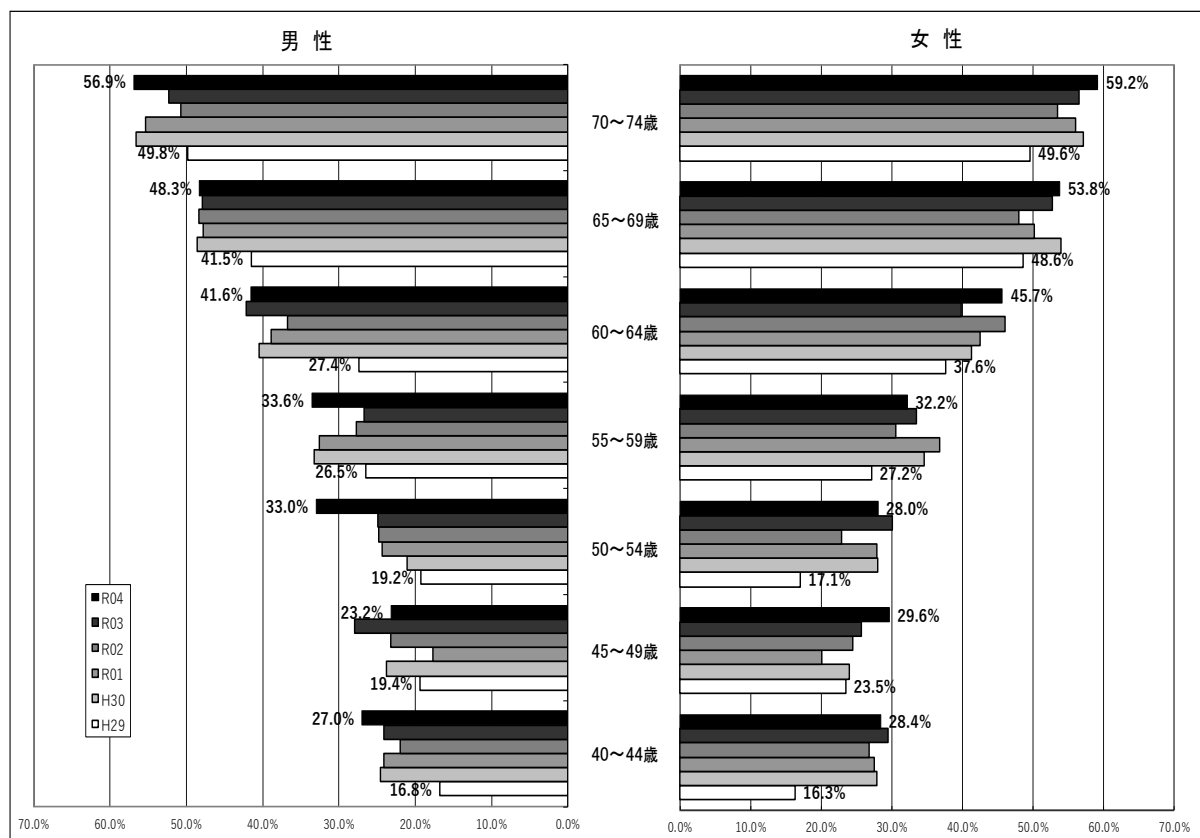
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表26)

図表25 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	5,299	5,054	4,535	4,808		健診受診率 60%
	受診率	53.1%	51.7%	46.9%	51.0%		
特定保健指導	該当者数	684	616	507	574		特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.9%	12.2%	11.2%	11.9%		
	実施者数	379	375	365	327		
	実施率	55.4%	60.9%	72.0%	57.0%		

出典：特定健診法定報告データ

図表 26 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 個別事業の評価と課題

ア. 特定健康診査

特定健康診査の受診率については、計画策定時の現状値と比較すると、令和4年度で3.9ポイント減少しています。各年度の前年度比を見ると、令和2年度に4.8ポイントと大きく減少しており、令和3年度に増加したものの、令和4年度ではまた2.6ポイント減少しています。

これは新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えの影響が大きいと思われます。また、受診率の最も高い70~74歳の受診者が後期高齢者医療制度に移行していくことも、受診率低下の一因であると考えられます。

集団健診の受診者数は現状値比で59人増加、継続受診率は現状値比で0.3ポイント減少しました。また、40~50歳代の受診率については現状値比で0.6ポイント増加していますが、女性の割合は3.1ポイント減少しています。

未受診者対策として訪問による受診勧奨や通知による受診勧奨を継続して行ってきましたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大を受け、通知による受診勧奨を中止しました。また令和3年度は、AIによるデータ分析及び通知勧奨を実施し、受診率の上昇を図ることができました。

国民健康保険加入者の年齢構成の変化や感染症の拡大などの影響を受け、目標の60%は達成しなかったものの、受診勧奨の方法や対象者の選定により受診率向上に一定の効果が得られ

たものと評価しています。今後も継続して年齢や性別など対象者の特徴に応じた訪問勧奨や通知勧奨を実施するとともに、AIやICTを活用した受診率向上への取り組みについて積極的に検討していきます。(図表 27)

イ. 特定保健指導

特定保健指導の利用率については、台風被害や、新型コロナウイルス感染症等の影響により、受診率が低下し、対象者数が減少したことなどの影響で各年度の増減が大きくなりました。令和 4 年度の現状値比では 17.6 ポイント増加していますが、目標値には届きませんでした。

特定保健指導対象者の減少率は、令和元年度、令和 2 年度と増加したものの、令和 3 年度からは減少に転じ、令和 4 年度の現状値比では 1.2 ポイント減少しています。

高血圧・脂質異常症の新規患者数については現状値比で増加しており、糖尿病も含めた 3 疾患を重複して持つ人の割合も増加しています。特に男性は 35.0%と高く、女性と比較すると 2 倍以上の割合となっています。(図表 27)

特定保健指導の利用率については、計画期間中に目標を達成した年があったものの、最終的には目標値には届きませんでした。高血圧などの疾患リスクについては悪化していることから、改善のためにさらなる保健指導の強化・充実が重要と考えます。

特定保健指導は、保険年金課(国民健康保険部門)と健康推進課(衛生部門)が連携を図ることで、体制の強化・人材の確保を行ってきました。特定保健指導の利用率が目標を達成したことから、現在の体制と実施方法が効果的であると評価できるため、今後も継続して連携体制を維持していきます。

また、対象者にとってより保健指導を利用しやすい環境を作るため、休日等に保健指導を実施するなど実施方法について検討を行い、対象者の生活習慣の改善支援に努めていきます。

図表 27 アウトプット評価

評価指標			
短期	評価時期	評価指標	中長期
		1%増	60%
		現状把握	
		20人増	
		0.20%	80.5%
	毎年度	1%増	34%
		1%増	30%
		1%増	41%
		2%増	60%
		現状把握	

項目	実績																評価
	計画決定時		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度						
	年度	現状値	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	実績	前年比	現状値		
1.特定健診受診率の増加	H27	52.3%	53.1%	-	51.7%	▲1.4%	46.9%	▲4.8%	51.0%	4.1%	48.4%	▲2.6%	▲3.9%	C			
(1)治療中の情報提供数	H27	現状把握	現状把握	-	現状把握	-	現状把握	-	現状把握	-	現状把握	-	-	-			
(2)集団健診受診者数の増加	H27	241人	288人	-	502人	214人	294人	▲208人	326人	32人	300人	▲26人	59人	B			
(3)継続受診率の向上	H27	79.3%	80.1%	-	81.9%	1.8%	80.6%	▲1.3%	72.6%	▲8.0%	79.0%	6.4%	▲0.3%	C			
2.40～50歳代の受診率向上	H27	27.4%	32.3%	-	29.5%	▲2.8%	25.9%	▲3.6%	31.3%	5.4%	28.0%	▲3.3%	0.6%	C			
(1)男性割合	H27	22.0%	27.0%	-	23.5%	▲3.5%	22.0%	▲1.5%	26.0%	4.0%	22.8%	▲3.2%	0.8%	C			
(2)女性割合	H27	34.4%	38.5%	-	36.6%	▲1.9%	30.5%	▲6.1%	37.8%	7.3%	31.3%	▲6.5%	▲3.1%	C			
3.保健指導利用率の増加	H27	38.6%	58.7%	-	60.9%	2.2%	72.0%	11.1%	57.0%	▲15.0%	56.2%	▲0.8%	17.6%	C			
4.保健指導対象者の減少率(指導利用者)	H27	27.1%	26.3%	-	28.4%	2.1%	30.8%	2.4%	27.5%	▲3.3%	25.9%	▲1.6%	▲1.2%	-			

1.(3)継続受診率…分母：集計年度受診者数、分子：集計年度及び前年度連続受診者数
 4.保健指導対象者の減少率…分母：前年度保健指導対象者数、分子：前年度保健指導対象者のうち集計年度保健指導対象でなくなった者

※評価：A：達成…目標を達成しているもの。「B：一部達成」…目標値の設定のないものについて、毎年度の評価指標から目標を一部達成と判断できるもの。「C：未達成」…目標を達成していないもの。(現状値による)

3. 目標値の設定

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、国の目標値として 60%を掲げています。特定健康診査を受診することは、自身の健康状況について確認するよい機会となります。

そのため、特定健康診査受診率を国の示す目標値に近づけることで健康状態が改善するよう努めます。また、特定保健指導の実施率は、国の目標値に近づいています。特定保健指導を利用することで生活習慣の改善を支援していけるよう取り組んでいきます。

図表28 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.5%	61.0%	61.5%	62.0%	63.0%

4. 対象者の見込み

特定健康診査の受診対象者数は、国民健康保険被保険者数の減少に伴い、今後は減少が見込まれます。また、特定保健指導の対象者数については、メタボ該当者やメタボ予備群などを減少させることにより、保健指導対象者の割合を減少させるよう取り組んでいきます。

図表29 特定健康診査・特定保健指導対象者の見込み

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診対象者数	9,713人	9,592人	9,542人	9,480人	9,387人	9,263人
特定健診受診率(目標)	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定健診受診者数	5,342人	5,755人	5,725人	5,688人	5,632人	5,558人
特定保健指導対象者数	641人	691人	658人	626人	591人	556人
特定保健指導実施率(目標)	60.0%	60.5%	61.0%	61.5%	62.0%	63.0%
特定保健指導実施者数	385人	418人	402人	385人	367人	350人

5. 特定健康診査の実施

(1)実施方法

ア. 個別健診

君津木更津医師会と個別契約の形態で健診体制を整備します。

実施場所は、君津木更津医師会との契約で登録した医療機関(健診実施機関)とします。

イ. 集団健診

健診委託業者との個別契約により実施します。

実施場所は、市保健センター、各公民館等で行います。

(2) 特定健康診査委託基準

高確法第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健康診査実施機関については、袖ヶ浦市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.city.sodegaura.lg.jp/soshiki/hoken>

(4) 特定健康診査実施項目

特定健康診査の健診項目は、国の指針である「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」に基づき、以下の内容を健診項目として設定します。

ア. 基本的な健診項目

実施基準に規定されている次の項目について、全ての受診者に実施します。

検査項目	実施内容
既往歴の調査	服薬歴、既往歴等(喫煙習慣にかかる調査を含む)
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)
身長、体重及び腹囲の検査	身長
	体重
	腹囲
BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
血圧の測定	収縮期血圧
	拡張期血圧
肝機能検査	AST(GOT)
	ALT(GPT)
	γ -GT(γ -GPT)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 ※1
	随時中性脂肪
	総コレステロール(non-HDLコレステロール含む)※2
	HDL-コレステロール
	LDL-コレステロール
血糖検査	空腹時血糖 ※3
	随時血糖
	HbA1c ※4
尿検査	尿糖
	尿蛋白

※1 特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

※2 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)でもよい。

※3 特定健康診査においては、空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

※4 やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

イ. 追加健診項目

循環器疾患、糖尿病、腎臓疾患の発症予防のために、追加健診項目として血清尿酸を全ての受診者に実施します。

ウ. 詳細な健診項目

当該年度または前年度の健診結果等において、厚生労働大臣が定める判定基準に該当する方のうち、医師が必要と認める方については、詳細な健診を実施します。

ただし、貧血検査と腎機能検査については、腎臓疾患の重症化予防のため、判定基準に該当しない方も含めて、全ての受診者に実施します。

検査項目	実施内容	実施の条件
貧血検査※	赤血球数	貧血の既往歴を有する者、または視診等で貧血が疑われる者
	血色素量	
	ヘマトクリット値	
腎機能検査※	血清クレアチニン (eGFR含む)	当該年度の特定健康診査等の結果等において下記の基準に該当した者のうち、医師が必要と認める者 ①収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上 ②空腹時血糖100mg/dl以上、またはHbA1c5.6%以上、または随時血糖100mg/dl以上
心電図		当該年度の特定健康診査等の結果等において下記の基準に該当した者、または問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認める者 ・収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上
眼底検査		前年度の特定健康診査等の結果等において下記の基準に該当した者 ・空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上、または随時血糖126mg/dl以上

(5) 健診費用

特定健康診査の健診費用は袖ヶ浦市で負担することとし、自己負担金は徴収しません。

(6) 実施時期

6月～9月（個別健診）

集団健診については利用施設等と調整しながら検討し、利用しやすい環境を整えます。

(7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健康診査の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨をしてもらうため、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

(8) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、千葉県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(9) 健診の案内方法

受診率及び実施率を向上させるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、年間をとおして加入者に対し周知広報活動を行います。

6. 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の基本的な考え方

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣病を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を実践し、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とします。

特定保健指導は、保険者が直接実施します。

図表 30

○第4期(2024年以降)における変更点		特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)
特定保健指導 の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。	
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。	
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。	
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。	
	(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。	

(2) 健診から保健指導実施の流れ

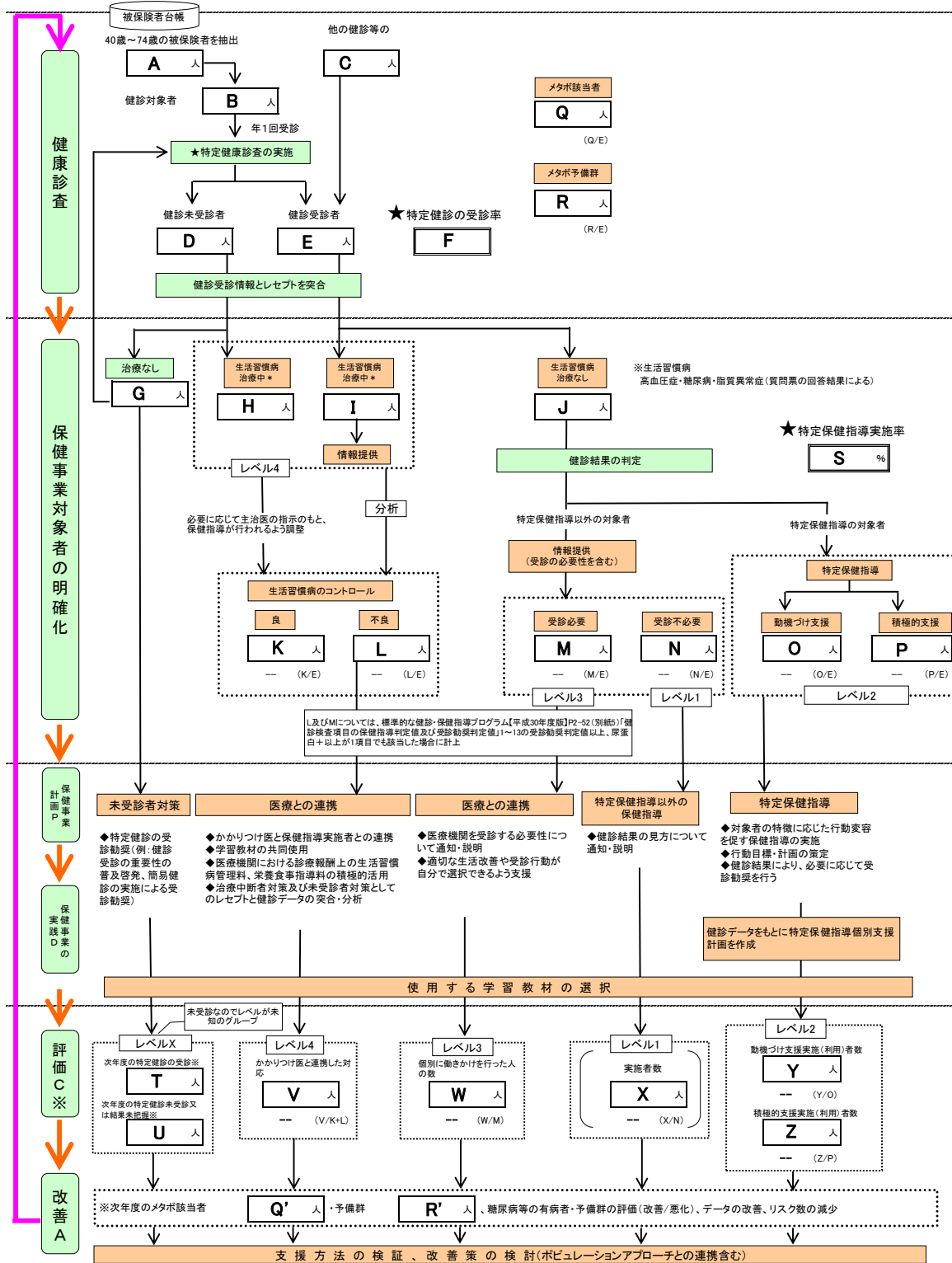
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表31)

また、保健指導対象者の見込みをたて、優先順位をつけて支援をしていきます。年間実施スケジュールを作成し、PDCAサイクルで実践していくため進捗状況管理をしていきます。

図表 31 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



出典:ヘルサポータルツール

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 32 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付	◎前年度利用者の評価継続	◎啓発チラシ等の配布
5月	◎個別健康診査の依頼		
6月	◎特定健康診査の開始 (個別 ~9月末) (集団 ~11月)		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
8月			
9月	◎個別健診の終了		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告(法定報告)
10月		◎利用券の登録	
11月	◎集団健診の終了		
12月			
1月			
2月			
3月			◎医療機関へ翌年度実施について説明

7. 記録の管理及び結果の報告

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

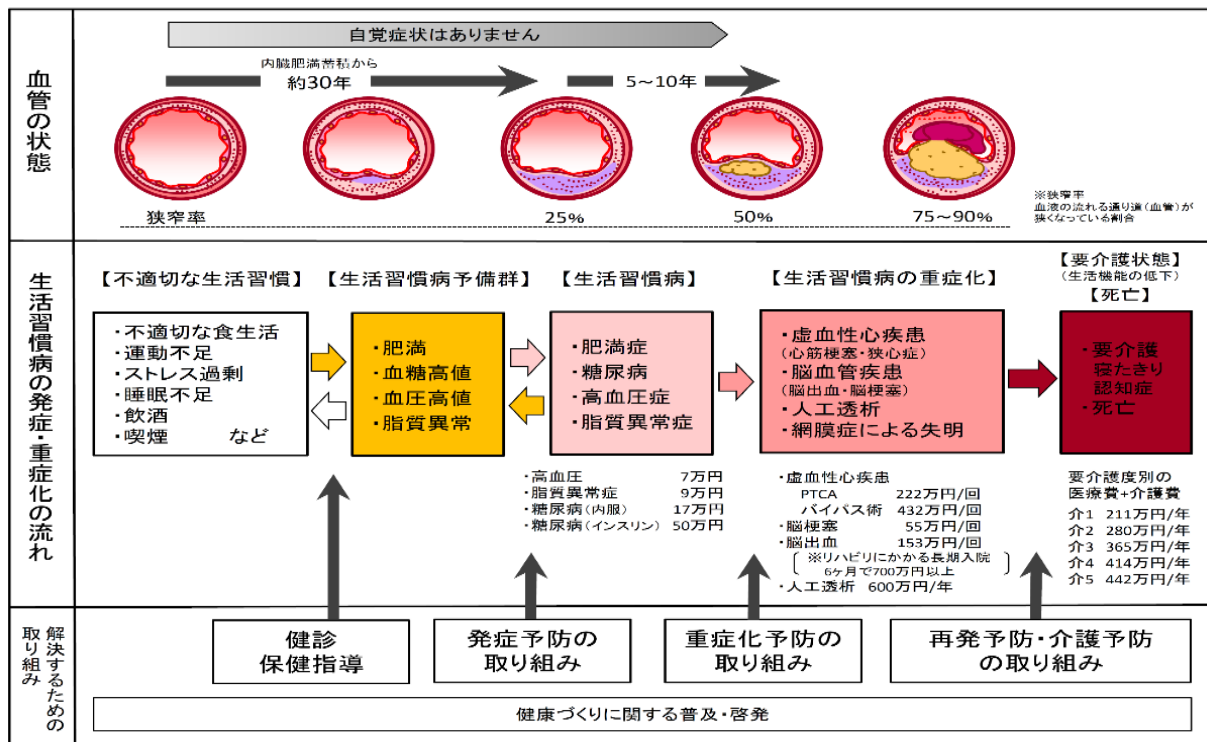
※計画の公表・周知及び個人情報の取扱いについては「第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い」に総括して掲載します。

第4章 第3期計画における健康課題の明確化

1. 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する方を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善する方を増加させることが必要となります。

図表 33 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2. 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に移行することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいのですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国民健康保険では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、総医療費に占める前期高齢者の医療費割合は過半数を超えています。また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化や複数の慢性疾患につながるため、本市と千葉県後期高齢者広域連合は、健康課題の分析結果等を共有し、連携できるよう努めます。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保

険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる方に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

(1)医療費分析

国民健康保険の被保険者数は年々減少していますが、一人当たりの医療費については、令和2年度に新型コロナウイルス感染症拡大の影響で減少したものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり約70万円となり、国民健康保険被保険者の約2倍と高い状況です。(図表34)

本市では、短期的目標疾患の糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合が、同規模市と比べて高く、腎不全の医療費に占める割合も、同規模市、県、国と比べて高い状況です。(図表35)

図表34 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		14,176人	13,811人	13,623人	13,155人	12,649人	8,804人
総件数及び 総費用額	件数	134,127件	128,958件	116,847件	122,404件	120,583件	130,184件
	費用額	45億4103万円	45億6091万円	43億9505万円	44億3271万円	43億9477万円	61億5401万円
一人あたり医療費		32.0万円	33.0万円	32.3万円	33.7万円	34.7万円	69.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表35 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	袖ヶ浦市	43億9477万円	28,251	5.73%	0.23%	2.00%	1.21%	6.05%	3.43%	2.11%	9億1220万円	20.8%	16.1%	7.34%	10.57%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	---	26,874	5.09%	0.30%	2.07%	1.70%	5.75%	2.91%	2.00%	---	19.8%	16.8%	7.42%	8.79%
	国	---	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	---	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	袖ヶ浦市	61億5401万円	59,955	6.74%	0.61%	4.06%	1.53%	4.67%	3.47%	1.24%	13億7301万円	22.3%	13.6%	3.29%	11.7%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	---	62,641	4.34%	0.45%	3.76%	2.00%	4.42%	2.98%	1.43%	---	19.4%	12.2%	2.96%	12.1%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：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

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

高額レセプト(1件あたり80万円以上)については、国民健康保険では毎年800件～1,500件程度のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、令和4年度で約4,700件と、年度によって4～6倍に増加していることがわかります。(図表36)

高額レセプトの状況ですが、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国民健康保険では平成30年度が一番多く88件で1億円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は70件と件数が減り、費用額も約7,700万円と減っています。一方、後期高齢者においては、430件発生し、約5億円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表37)

また、虚血性心疾患では、国民健康保険では平成30年度が一番多く97件ですが、令和元年度から令和3年度まで、件数・金額ともに減少傾向にあったものの、令和4年度では件数が44件、金額が約6,500万円と、前年度と比べて2倍となっています。(図表38)

図表36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	761人	435人	421人	433人	426人	705人
	件数	B	2,174件	816件	782件	776件	1,439件	4,775件
		B/総件数	1.62%	0.63%	0.67%	0.63%	1.19%	3.67%
	費用額	C	30億4611万円	11億0264万円	11億0418万円	10億5147万円	20億7759万円	62億8544万円
C/総費用		67.1%	24.2%	25.1%	23.7%	47.3%	102.1%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表37 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	37人		21人		27人		25人		22人		48人		
		D/A	4.9%		4.8%		6.4%		5.8%		5.2%		6.8%		
	件数	E	88件		31件		54件		37件		70件		430件		
		E/B	4.0%		3.8%		6.9%		4.8%		4.9%		9.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.9%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	3	5.6%	3	8.1%	0	0.0%	70-74歳	4	0.9%
		50代	15	17.0%	2	6.5%	4	7.4%	5	13.5%	2	2.9%	75-80歳	108	25.1%
		60代	40	45.5%	15	48.4%	13	24.1%	11	29.7%	33	47.1%	80代	223	51.9%
		70-74歳	33	37.5%	14	45.2%	34	63.0%	18	48.6%	33	47.1%	90歳以上	95	22.1%
	費用額	F	1億1771万円		3836万円		6859万円		4490万円		7774万円		5億1441万円		
F/C		3.9%		3.5%		6.2%		4.3%		3.7%		8.2%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	51人	21人	25人	16人	19人	26人							
		G/A	6.7%	4.8%	5.9%	3.7%	4.5%	3.7%							
	件数	H	97件	26件	29件	21件	44件	116件							
		H/B	4.5%	3.2%	3.7%	2.7%	3.1%	2.4%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	4	3.4%
		50代	4	4.1%	2	7.7%	0	0.0%	6	28.6%	4	9.1%	75-80歳	48	41.4%
		60代	43	44.3%	5	19.2%	6	20.7%	7	33.3%	16	36.4%	80代	52	44.8%
		70-74歳	50	51.5%	19	73.1%	22	75.9%	8	38.1%	24	54.5%	90歳以上	12	10.3%
	費用額	I	1億3424万円	3948万円	4299万円	3319万円	6529万円	1億7440万円							
I/C		4.4%	3.6%	3.9%	3.2%	3.1%	2.8%								

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 39 は、健診・医療・介護のデータをひとつの図にまとめ、国民健康保険から後期高齢者医療制度までを一体的に分析したものです。また、図表 40 から図表 43 は、図表 39 の結果から着目すべき点について、抜き出したものです。

図表 40 では、①被保険者数が 40～64 歳までは減少していますが、65 歳～74 歳は 640 名、75 歳以上では 1,275 名増え、高齢化率の比較的低い袖ヶ浦市でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

また、⑮の体格をみると、40～74 歳の年齢層で、BMI25以上の率が約 1.0 ポイント高くなっており、肥満傾向にある方が増えていることがわかります。

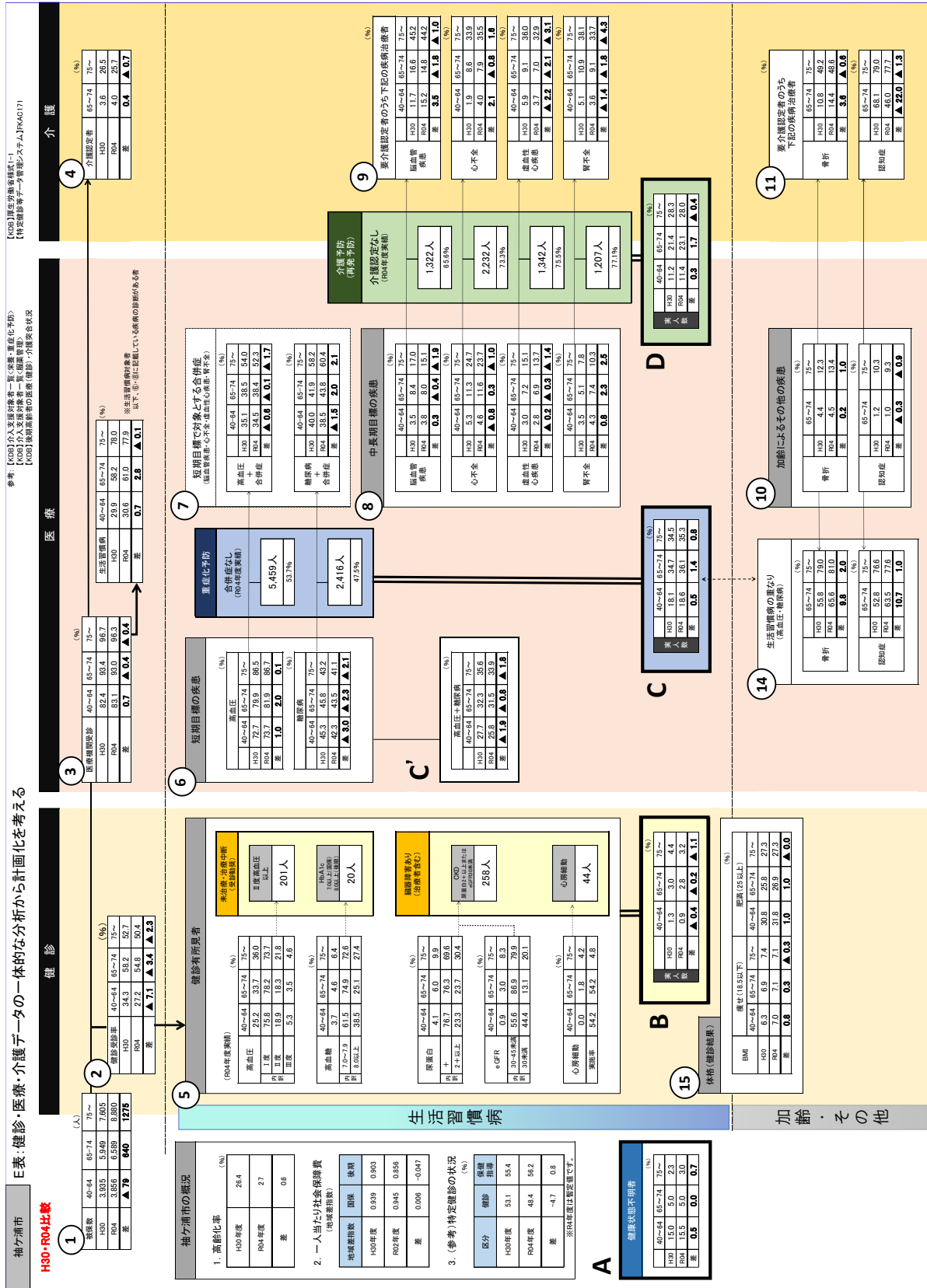
図表 41 の「健診有所見状況」をみると、各年代で割合が増えているものが多く、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 42 の「短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況」をみると、糖尿病の治療者の割合はすべての年代で減少している一方、高血圧についてはすべての年代で増加しています。また、糖尿病と合併症を持つ人の割合が、65 歳以上で高くなっています。高血圧や糖尿病などの短期目標疾患が合併症のリスクを高めるため、合併症発症前に、受診勧奨や保健指導による重症化予防の取組が重要になります。

図表 43 の中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)の状況において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患の 40 歳～64 歳で 0.3 ポイント増加、心不全の 65 歳～74 歳で 0.3 ポイント増加しています。また、腎不全はすべての年代で割合が増えています。

「(1)医療費分析」で、医療費に占める割合が同規模市町村・県・国と比較して高い「高血圧」「糖尿病」「腎不全」が、この一体的分析においても課題であることがわかります。

図表 39 健診・医療・介護データの体系的な分析



図表 40 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数(人) ※75歳以上は後期高齢者			② 健診受診率(%)			⑤ 体格(健診結果)(%)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	26.5	3,935	5,949	7,605	34.3	58.2	52.7	6.3	6.9	7.4	30.8	25.8	27.3
R04	25.7	3,856	6,589	8,880	27.2	54.8	50.4	7.0	7.1	7.1	31.8	26.9	27.3

図表 41 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%		
H30	58	4.3	(36)	252	7.3	(95)	362	9.0	(80)	35	2.6	(3)	158	4.6	(8)	58	1.4	(3)	12	0.9	51	1.5	159	4.0	2	0.1	30	0.9	106	2.6
R04	64	6.1	(20)	265	7.3	(85)	425	9.5	(96)	39	3.7	(4)	167	4.6	(15)	78	1.7	(1)	12	1.1	59	1.6	187	4.2	0	--	35	1.0	9	0.2

図表 42 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)						高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.4	93.4	96.7	29.9	58.2	78.0	72.7	79.9	86.5	45.3	45.8	43.2	27.7	32.3	35.6	35.1	38.5	54.0	40.0	41.9	58.2						
R04	83.1	93.0	96.3	30.6	61.0	77.9	73.7	81.9	86.7	42.3	43.5	41.1	25.8	31.5	33.9	34.5	38.4	52.3	38.5	43.8	60.4						

図表 43 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.5	8.4	17.0	3.0	7.2	15.1	5.3	11.3	24.7	3.5	5.1	7.8	11.7	16.6	45.2	5.9	9.1	36.0	1.9	8.6	33.9	5.1	10.9	38.1
R04	3.8	8.0	15.1	2.8	6.9	13.7	4.6	11.6	23.7	4.3	7.4	10.3	15.2	14.8	44.2	3.7	7.0	32.9	4.0	7.9	35.5	3.6	9.1	33.7

(3) 解決を目指す健康課題の優先順位付け

第2期計画の考察や健康課題の明確化で整理した結果、現在の本市の医療費は、糖尿病や高血圧、腎不全の医療費に占める割合が、同規模市、県、国と比べて高い状況です。また、レセプトの点数が高額となる脳血管疾患や虚血性心疾患では、被保険者の後期高齢者医療制度への移行等に伴い被保険者数が減少したことから、平成30年度と比べて件数や医療費は減少していますが、後期高齢者医療では件数・金額がともに増えています。一方、治療者の状況では、生活習慣病の治療者、特に高血圧の治療者及び腎不全の治療者が増えています。

メタボリックシンドローム、糖尿病及び高血圧は、血管疾患の一般的なリスク因子であり、これらの進行により、腎不全や虚血性心疾患などを発症する可能性が高まることが確認されています。

そのため、本計画の目標である健康寿命の延伸や医療費の適正化を図るためには、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドロームの減少を優先的な課題とします。

なお、具体的な取組方法については、第5章に記載していきます。

3. 目標の設定

(1) 管理目標

ア. データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標

保険者には、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施することが求められており、それらを念頭に計画を策定します。改善までのプロセスを継続することによって、より良い成果をあげていくことが期待できます。

そのため、評価の目的、評価指標、時期、目標値、結果の活用について明確にします。評価指標については、千葉県の共通評価指標の基本評価指標にあわせて、本市の課題に応じた追加評価指標を設定します。(図表44)

イ. 短期的な目標の設定

腎不全、虚血性心疾患の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療機関での受診が必要な方への適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、受診を中断している方についても適切な保健指導を行います。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることに重点を置きます。

ウ. 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果を踏まえ、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い腎不全、虚血性心疾患の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。ただし年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管

も傷んでくることを考慮すると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、最低限、医療費の伸びを抑え、現状を維持することを目標とします。

また、軽症時に受診せず、重症化してから入院する傾向が見られることから、重症化予防、医療費の適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

(2) 管理目標の設定

図表 44 第3期データヘルス計画目標管理一覧

健康課題	達成すべき目的	評価指標	計画策定時 (現状値)	中間評価	最終評価	
			R04年度	R08年度	R11年度	
全体医療費の増加	医療費の構造変化により、医療費全体の伸びを抑制する	1 一人あたりの医科医療費/月	28,251円	現状値比減	現状値比減	
		2 特定健康診査受診率 (法定報告値)	48.4%	60.0%	60.0%	
受診率の低下 メタボ該当者の増加	特定健診及び特定保健指導を通じて、メタボ該当者や重症化予防対象者を減らす	3 年齢階層別特定健康診査受診率 (法定報告値)	40～49歳	2.7%	3.3%	3.3%
			50～59歳	4.7%	5.8%	5.8%
			60～69歳	16.8%	20.8%	20.8%
			70～74歳	24.2%	30.1%	30.1%
		4 特定保健指導実施率 (法定報告値)	56.2%	61.0%	63.0%	
		5 メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合 (法定報告値)	該当者	22.9%	現状値比減	現状値比減
予備群	11.9%		現状値比減	現状値比減		
6 特定保健指導対象者の発生率	41.1%	現状値比減	現状値比減			
虚血性心疾患、腎不全等の医療費の増加	虚血性心疾患、腎不全等の発症予防のため、高血圧や糖尿病の有病者を減らす	7 糖尿病の有病割合	10.9%	現状値比減	現状値比減	
		8 高血圧者の有病割合	21.1%	現状値比減	現状値比減	
	9 虚血性心疾患、腎不全等による医療費の伸びを抑制する	9 受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合	56.1%	58.0%	60.0%	
		10 新規人工透析患者数の減少(国保継続加入者)	5人	現状維持	現状維持	
		11 HbA1c6.5%以上の者の割合	10.0%	現状値比減	現状値比減	
		12 虚血性心疾患の有病割合	2.8%	現状値比減	現状値比減	

1一人あたりの医科医療費/月…医科入院・外来レセプトの総点数×10÷被保険者数 (総点数は年度内の平均、被保険者数は直近月の値を使用)

6特定保健指導対象者の発生率…分母：健診受診者 (法定報告値)、分子：保健指導判定値の者

7糖尿病の有病割合…糖尿病と判定したレセプトを持つ被保険者を集計 (糖尿病人数÷被保険者数×100) ※作成年月：各年度の3月分、被保険者数：各年度の1月時点

8高血圧者の有病割合…高血圧症と判定したレセプトを持つ被保険者を集計 (高血圧症人数÷被保険者数×100) ※作成年月：各年度の3月分、被保険者数：各年度の1月時点

9受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合…CKDパス発行状況「かかりつけ医からの返送率」 (かかりつけ医からの返送件数÷パス発行件数 (実数) ×100) ※各年度翌年度9月末時点集計

10新規人工透析患者数の減少(国保継続加入者)…国保特定疾病受領証発行者数より集計、該当年度中の新規特定疾病受領証発行者のうち、国保加入日から5年以上経過している者の人数

※各年度末時点集計

第5章 課題解決に向けた個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、腎不全、虚血性心疾患の共通のリスクとなる糖尿病、高血圧及びメタボリックシンドロームの減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症及び進展の抑制を目指し、「慢性腎臓病（CKD）重症化予防」「虚血性心疾患重症化予防」「肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」に取り組みます。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

「ポピュレーションアプローチの取組」としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知し、自発的で継続的な行動変容を促すよう働きかけていきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 受診勧奨とポピュレーションアプローチ

特定健康診査は、生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防、保健指導等を通じた予防医療の推進、ひいては医療費や介護費等、社会保障費の削減や健康寿命の延伸へとつながる端緒となるものです。そのため、市としては、特定健康診査の継続受診対策・未受診者対策に傾注し、受診勧奨を積極的に行います。個別の訪問等による勧奨や、関係部署等との連携を図り、既存事業（百歳体操等）を活用した受診勧奨やポピュレーションアプローチを行います。また、ICT や AI などを活用し対象者の特性に応じた勧奨を行うなど、効率的で効果的な実施方法を検討・実施していきます。

また、生活習慣病の発症予防に向け、効果的なポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチ方法を検討し取り組んでいきます。生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について、対象グループや対象地域を明確化し、保健指導等と連携しながら対象者や参加者の自発的で継続的な行動変容を促すよう働きかけていきます。

- (1) SNSやアプリを使用した健康ポイント制度などを利用したポピュレーションアプローチ
- (2) 対象者を絞ったインセンティブ
- (3) ナッジ理論^{※7}を用いた行動変容

※7 ナッジ理論：ナッジ(nudge)とは、英語で「軽くつつく、行動をそっと後押しする」という意味の言葉。経済的なインセンティブや行動の強制をせず、行動変容を促す戦略・手法のこと。

3. 重症化予防の取組

(1) 慢性腎臓病(CKD)重症化予防

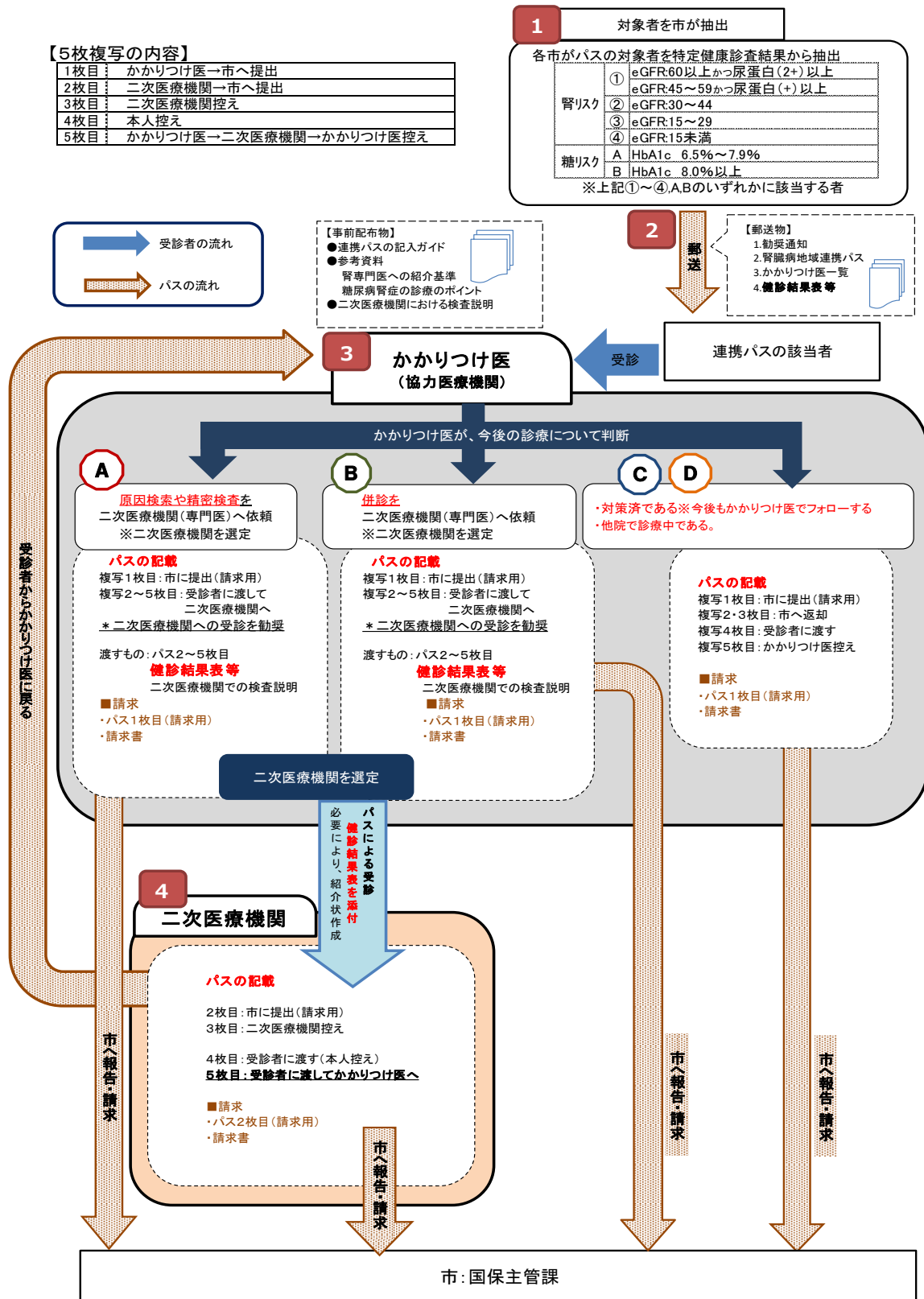
ア. 基本的な考え方

慢性腎臓病(CKD)重症化予防の取組にあたっては、平成 29 年度に君津木更津医師会の協力ののもと、千葉県国民健康保険団体連合会君津支部において「慢性腎臓病(CKD)予防連携委員会(以下、委員会)」を設置し、地域における慢性腎臓病(CKD)のさまざまな課題に対し、検討を行ってきました。

令和元年度からは「腎臓病地域連携パス(以下、連携パス)」を作成し、かかりつけ医・専門医・行政が連携する仕組みを構築し、運用しています。

今後も、連携パスを活用した取組を進めるとともに、委員会において運用状況の評価、検討、見直しを随時行い、医療機関と協力して実施していきます。(図表 45)

図表 45 腎臓病地域連携パス 運用フロー



出典：慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会

イ. 対象者の明確化

(ア) 特定健診結果に基づく連携パス対象者

(腎リスク)

- ①eGFR60 以上かつ尿蛋白(2+)以上 または eGFR45~59 かつ尿蛋白(+)以上
- ②eGFR30~44
- ③eGFR15~29
- ④eGFR15 未満

(糖リスク)

- ⑤HbA1c 6.5%~7.9%
- ⑥HbA1c 8.0%以上

(イ) 国保データベース(KDB)システムに基づく対象者

重症化予防の観点から特定健診未受診者、糖尿病を含む生活習慣病等の治療中断者を、KDB を活用して抽出し、優先度に応じた保健指導を実施します。

ウ. 保健指導の実施

(ア) 慢性腎臓病重症度分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

平成 30 年度の特定健診より、腎機能を評価する指標である血清クレアチニンやe-GFR が詳細検査項目となりましたが、本市においては、重症化予防の観点から保険者独自の追加項目として受診者全員に実施しています。科学的根拠に基づく課題設定から CKD 保健指導対象者の優先順位をつけた抽出を行い、個人のリスクに応じた保健指導を実施します。

慢性腎臓病の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。袖ヶ浦市においては、特定健診受診者を慢性腎臓病重症度分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行っていきます。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表 46)

図表 46 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	3 薬物療法
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-12 糖尿病による網膜症	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-13 眼(網膜症)	3-5 その薬はもしかして「α グリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアソリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きますか
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

エ. 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

(ア)短期的評価

a. 受診勧奨者に対する評価

- (a) 医療機関受診率
- (b) 医療機関未受診者への再勧奨数

b. 保健指導対象者に対する評価

- (a) 保健指導実施率
- (b) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化
 - 尿蛋白の変化

オ. 実施期間及びスケジュール

- 8月～ 当該年度健診結果による対象者の抽出、連携パス発行、台帳記入(通年)
- 随時 未受診者への再勧奨(パス発行後2カ月目安)
- 9月末 前年度実績取りまとめ
- 不定期 必要に応じて慢性腎臓病(CKD)予防連携委員会開催

(2) 虚血性心疾患重症化予防

ア. 基本的な考え方

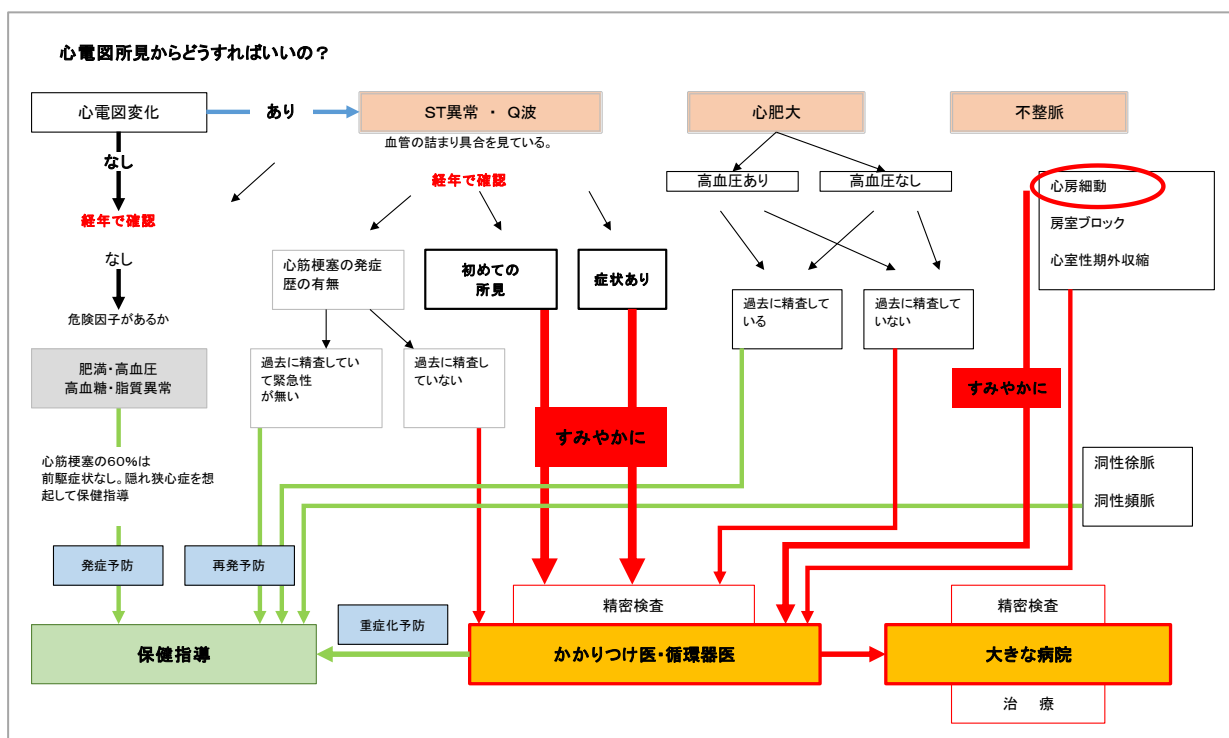
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管疾患予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

イ. 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、**図表 47** に基づいて考えます。

図表 47 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(イ) 重症化予防対象者の抽出

a. 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査であり、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)との見解もあることから、心電図検査における ST 変化が見られる場合は、心筋虚血を推測し、血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市においては、心電図検査を 2,572 人(56.6%)に実施し、そのうち有所見者が 891 人(34.6%)

でした。所見の中でも脚ブロックが 190 人(21.3%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 48)

また、有所見者のうち ST 変化や異常 Q 波といった虚血性心疾患の指標となる所見がみられる人が有所見者の 10%程みられており、早めの受診勧奨が必要な状況です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 49 では、特定健診受診者における心房細動の有所見者の状況をみています。心房細動は脳梗塞のリスクであり、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

図表 48 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A		有所見者数 B		異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
	人数	実施率	人数	割合B/A	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	2,572	56.6	891	34.6	18	2.0%	81	9.1%	40	4.5%	67	7.5%	44	4.9%	190	21.3%	34	3.8%	118	13.2%	
内訳	男性	1,116	57.5	448	40.1	12	2.7%	27	6.0%	24	5.4%	43	9.6%	30	6.7%	113	25.2%	34	7.6%	61	13.6%
女性	1,456	56.0	443	30.4	6	1.4%	54	12.2%	16	3.6%	24	5.4%	14	3.2%	77	17.4%	0	0.0%	57	12.9%	

R4年度特定健康診査受診者 袖ヶ浦市調べ

図表 49 心房細動有所見者状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,939	2,599	1,114	57.5%	1,455	56.0%	28	2.5%	6	0.4%	--	--
40代	133	146	63	47.4%	60	41.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	194	263	103	53.1%	160	60.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	630	955	373	59.2%	530	55.5%	11	2.9%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70~74歳	982	1,235	575	58.6%	705	57.1%	17	3.0%	5	0.7%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値は、70~79歳

出典:ヘルスサポートラボツール

b. 心電図以外からの把握

心電図検査で異常が無い、または心電図検査を実施していない場合でも、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状がないため。)積極的に保健指導を行う必要があります。

これまでの特定健康診査では、受診者の約50%の心電図の実施であったため、リスクがある場合も早期受診につながっていなかった可能性があります。

そのため、早期発見・治療につながらず、心筋梗塞や狭心症等の疾患を引き起こしてしまった可能性もあります。

そのようなリスクを軽減するためにも、心電図検査を全員に実施することを検討する必要があります。医療費等の社会保障費が増大していく中、予防可能な疾患の予防活動を実施していくことが重要です。

ウ. 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者の状況に応じて保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要にもかかわらず未受診である場合、また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携して保健指導を行います。

(イ) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。二次健診を検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- a. 形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- b. 血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(ウ) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な方への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を管理します。

エ. 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の方には血管リスクの低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

オ. 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ、KDB 等の情報を活用し、年 1 回実施します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

カ. 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

(3) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

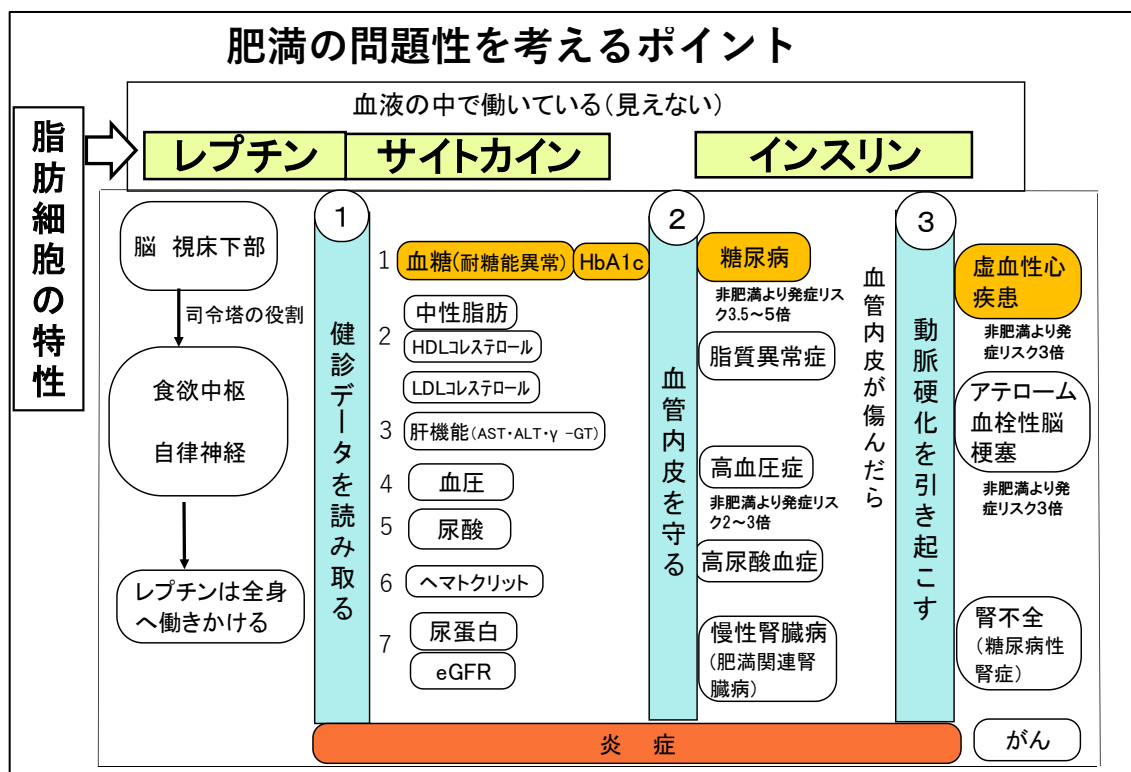
ア. 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

また、「標準的な健診・保健指導プログラム」中では「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうるのが望ましい。」とされています。

上記を基本的な考え方とし、**図表 50**に基づき取り組んでいきます。

図表 50 肥満の問題性を考えるポイント



イ. 肥満の状況

(ア) 肥満度分類に基づき、実態把握を行い、優先順位をつけて保健指導を実施します。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけて保健指導を実施します。

肥満があることにより、有所見の割合が高くなっています。肥満を改善することが高血圧・糖尿病等の有所見者を減少させることにつながります。

図表 51 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
					肥満				高度肥満			
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	1,122	3,416	359	929	267	803	67	111	17	11	8	4
			32.0%	27.2%	23.8%	23.5%	6.0%	3.2%	1.5%	0.3%	0.7%	0.1%
再掲 男性	455	1,484	194	459	157	413	28	41	6	5	3	0
			42.6%	30.9%	34.5%	27.8%	6.2%	2.8%	1.3%	0.3%	0.7%	0.0%
再掲 女性	667	1,932	165	470	110	390	39	70	11	6	5	4
			24.7%	24.3%	16.5%	20.2%	5.8%	3.6%	1.6%	0.3%	0.7%	0.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ. 対象者の明確化

図表 52 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	1,939	133	194	630	982	2,599	146	263	955	1,235	
メタボ該当者	B	688	34	57	248	349	359	9	38	130	182	
	B/A	35.5%	25.6%	29.4%	39.4%	35.5%	13.8%	6.2%	14.4%	13.6%	14.7%	
再掲	① 3項目全て	C	214	5	17	74	118	106	1	16	32	57
		C/B	31.1%	14.7%	29.8%	29.8%	33.8%	29.5%	11.1%	42.1%	24.6%	31.3%
	② 血糖＋血圧	D	105	2	5	37	61	41	1	5	20	15
		D/B	15.3%	5.9%	8.8%	14.9%	17.5%	11.4%	11.1%	13.2%	15.4%	8.2%
	③ 血圧＋脂質	E	340	27	31	124	158	203	6	17	74	106
		E/B	49.4%	79.4%	54.4%	50.0%	45.3%	56.5%	66.7%	44.7%	56.9%	58.2%
④ 血糖＋脂質	F	29	0	4	13	12	9	1	0	4	4	
	F/B	4.2%	0.0%	7.0%	5.2%	3.4%	2.5%	11.1%	0.0%	3.1%	2.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 53 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,939	688	35.5%	528	76.7%	160	23.3%	2,599	359	13.8%	314	87.5%	45	12.5%		
40代	133	34	25.6%	15	44.1%	19	55.9%	146	9	6.2%	3	33.3%	6	66.7%		
50代	194	57	29.4%	33	57.9%	24	42.1%	263	38	14.4%	31	81.6%	7	18.4%		
60代	630	248	39.4%	184	74.2%	64	25.8%	955	130	13.6%	118	90.8%	12	9.2%		
70～74歳	982	349	35.5%	296	84.8%	53	15.2%	1,235	182	14.7%	162	89.0%	20	11.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 54 腹囲と有所見の状況

収縮期血圧の状況

140以上 29.2%		該当者		収縮期血圧											
				130未満		130～139		140以上		(再掲)					
										140～159		160～179		180以上	
				人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40～74	計	全数	4,538	1,884	42	1,331	29.3	1,323	29.2	1,046	23.0	233	5.1	44	1.0
		腹囲なし 基準未満	2,804	1,262	45	793	28.3	749	26.7	588	21.0	135	4.8	26	0.9
		腹囲あり 基準以上	1,734	622	36	538	31.0	574	33.1	458	26.4	98	5.7	18	1.0
	男	腹囲なし 85未満	795	387	49	208	26.2	200	25.2	159	20.0	35	4.4	6	0.8
		腹囲あり 85以上	1,144	438	38	346	30.2	360	31.5	299	26.1	49	4.3	12	1.0
		女	腹囲なし 90未満	2,009	875	44	585	29.1	549	27.3	429	21.4	100	5.0	20
	腹囲あり 90以上	590	184	31	192	32.5	214	36.3	159	26.9	49	8.3	6	1.0	
(再掲) 40代 50代	計	腹囲なし 基準未満	456	314	69	83	18.2	59	12.9	47	10.3	10	2.2	2	0.4
		腹囲あり 基準以上	280	132	47	63	22.5	85	30.4	71	25.4	12	4.3	2	0.7
	男	腹囲なし 85未満	140	97	69	26	18.6	17	12.1	13	9.3	3	2.1	1	0.7
		腹囲あり 85以上	187	89	48	43	23.0	55	29.4	51	27.3	3	1.6	1	0.5
	女	腹囲なし 90未満	316	217	69	57	18.0	42	13.3	34	10.8	7	2.2	1	0.3
		腹囲あり 90以上	93	43	46	20	21.5	30	32.3	20	21.5	9	9.7	1	1.1

拡張期血圧の状況

90以上 10.6%			該当者		拡張期血圧											
					80未満		80～90		90以上		(再掲)					
					人	%	人	%	人	%	90～99		100～110		110以上	
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
40～74	計	全数	4,538	2,372	52	1,576	34.7	479	10.6	468	10.3	99	2.2	23	0.5	
		腹囲なし 基準未満	2,804	1,604	57.2	895	31.9	173	6.2	239	8.5	55	2.0	11	0.4	
		腹囲あり 基準以上	1,734	768	44.3	681	39.3	306	17.6	229	13.2	44	2.5	12	0.7	
	男	腹囲なし 85未満	795	429	54.0	269	33.8	110	13.8	66	8.3	26	3.3	5	0.6	
		腹囲あり 85以上	1,144	475	41.5	460	40.2	187	16.3	166	14.5	32	2.8	11	1.0	
	女	腹囲なし 90未満	2,009	1,175	58.5	626	31.2	63	3.1	173	8.6	29	1.4	6	0.3	
腹囲あり 90以上		590	293	49.7	221	37.5	119	20.2	63	10.7	12	2.0	1	0.2		
(再掲) 40代 50代	計	腹囲なし 基準未満	456	300	65.8	109	23.9	47	10.3	33	7.2	11	2.4	3	0.7	
		腹囲あり 基準以上	280	116	41.4	96	34.3	68	24.3	52	18.6	10	3.6	6	2.1	
	男	腹囲なし 85未満	140	82	58.6	42	30.0	16	11.4	9	6.4	5	3.6	2	1.4	
		腹囲あり 85以上	187	73	39.0	63	33.7	51	27.3	38	20.3	7	3.7	6	3.2	
	女	腹囲なし 90未満	316	218	69.0	67	21.2	31	9.8	24	7.6	6	1.9	1	0.3	
		腹囲あり 90以上	93	43	46.2	33	35.5	17	18.3	14	15.1	3	3.2	0	0.0	

HbA1cの状況

HbA1c 10.0%			該当者		HbA1c											
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7～7.9		8以上	
					人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40～74	計	全数	4,535	2,037	44.9	1,475	32.5	570	12.6	250	5.5	146	3.2	57	1.3	
		腹囲なし 基準未満	2,801	1,432	51.1	895	32.0	294	10.5	106	3.8	58	2.1	16	0.6	
		腹囲あり 基準以上	1,734	605	34.9	580	33.4	276	15.9	144	8.3	88	5.1	41	2.4	
	男	腹囲なし 85未満	793	430	54.2	207	26.1	82	10.3	33	4.2	30	3.8	11	1.4	
		腹囲あり 85以上	1,144	424	37.1	359	31.4	175	15.3	104	9.1	54	4.7	28	2.4	
	女	腹囲なし 90未満	2,008	1,002	49.9	688	34.3	212	10.6	73	3.6	28	1.4	5	0.2	
腹囲あり 90以上		590	181	30.7	221	37.5	101	17.1	40	6.8	34	5.8	13	2.2		
(再掲) 40代 50代	計	腹囲なし 基準未満	456	325	71.3	98	21.5	23	5.0	3	0.7	4	0.9	3	0.7	
		腹囲あり 基準以上	280	133	47.5	87	31.1	34	12.1	8	2.9	8	2.9	10	3.6	
	男	腹囲なし 85未満	140	102	72.9	28	20.0	6	4.3	1	0.7	2	1.4	1	0.7	
		腹囲あり 85以上	187	94	50.3	58	31.0	19	10.2	4	2.1	6	3.2	6	3.2	
	女	腹囲なし 90未満	316	223	70.6	70	22.2	17	5.4	2	0.6	2	0.6	2	0.6	
		腹囲あり 90以上	93	39	41.9	29	31.2	15	16.1	4	4.3	2	2.2	4	4.3	

尿蛋白の状況

尿蛋白+ 5.4%			該当者		尿蛋白					
					-		±		+以上	
			人	人	%	人	%	人	%	
40～74	計	全数	4,530	3,833	84.6	452	10.0	245	5.4	
		腹囲なし 基準未満	2,802	2,493	89.0	218	7.8	91	3.2	
		腹囲あり 基準以上	1,728	1,340	77.5	234	13.5	154	8.9	
	男	腹囲なし 85未満	795	683	85.9	75	9.4	37	4.7	
		腹囲あり 85以上	1,140	865	75.9	158	13.9	117	10.3	
	女	腹囲なし 90未満	2,007	1,810	90.2	143	7.1	54	2.7	
腹囲あり 90以上		588	475	80.8	76	12.9	37	6.3		
(再掲) 40代 50代	計	腹囲なし 基準未満	455	405	89.0	40	8.8	10	2.2	
		腹囲あり 基準以上	280	214	76.4	47	16.8	19	6.8	
	男	腹囲なし 85未満	140	121	86.4	17	12.1	2	1.4	
		腹囲あり 85以上	187	144	77.0	28	15.0	15	8.0	
	女	腹囲なし 90未満	315	284	90.2	23	7.3	8	2.5	
		腹囲あり 90以上	93	70	75.3	19	20.4	4	4.3	

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 52)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 53)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、心・脳血管疾患を発症した事例から、多くがメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起し、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると推測されます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(ア) 対象者の選定基準の考え方

- メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な方には、適切な受診に向けた保健指導を行います。
- 治療中の方へは、治療中断し心血管疾患を起さないための保健指導と併せ、減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- 特定保健指導対象者へは、生活習慣や食生活の改善等に向けた保健指導を実施します。

(イ) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

エ. 保健指導の実施

(ア) 保健指導

対象者への保健指導に際しては、メタボリックシンドロームの診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

(イ) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査が必要な場合があります。

以下の検査について、受診勧奨と併せて、以下の検査を二次検査としての導入に向けて検討する必要があります。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていく必要があります。(図表 55)

母子保健法による乳幼児健診や健康相談の実施に併せ、ライフサイクルに応じた保健指導を実施します。

図表 55 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法									
		母子保健法	児童福祉法 児童福祉法	学校保健安全法	労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)						
2 計画		健康増進法									
		健康増進法 健康増進法第21(第1項)・神戸市健康プラン21 データヘルス計画【保健事業実施計画】									
3 年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳		6歳～14歳	15～18歳	19歳～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 (13条)	産後 1年以上 以内	乳幼児健康診査 (第12・13条)	保育所・幼稚園 健康診査	小児 健康診査 (第11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)	定期健康診査 (第66条)	定期健康診査 (第18・20・21条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者 健康診査 (第125条)
4 健康診査 (根拠法)	妊婦前		乳児	3歳児	保育園 / 幼稚園 児	小学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	労働安全衛生規則 (第13・44条)	労働安全衛生規則 (第13・44条)	
	妊婦中	95mg/dl以上		1.6歳児							
5 対象者	血糖										
	HbA1c	6.5%以上									
健康 内容	50GCT	1時間値 140mg/dl以上									
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上									
健康 内容	(診断) 妊娠 糖 尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c 6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上を満たすもの									
	身長 体重										
健康 内容	BMI										
	肥満度										
健康 内容	尿糖	(+)以上									
	糖尿病 家族歴										

重症化予防

発症予防

糖尿病 (耐糖能異常) の問題を解決するためにライフサイクルで考える ー 基本的考え方 ー (ライフサイクルで、法に基づき健康診査をみてみました)

5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

(2) 事業の実施

本市では、令和 6 年度より千葉県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施していく予定です。

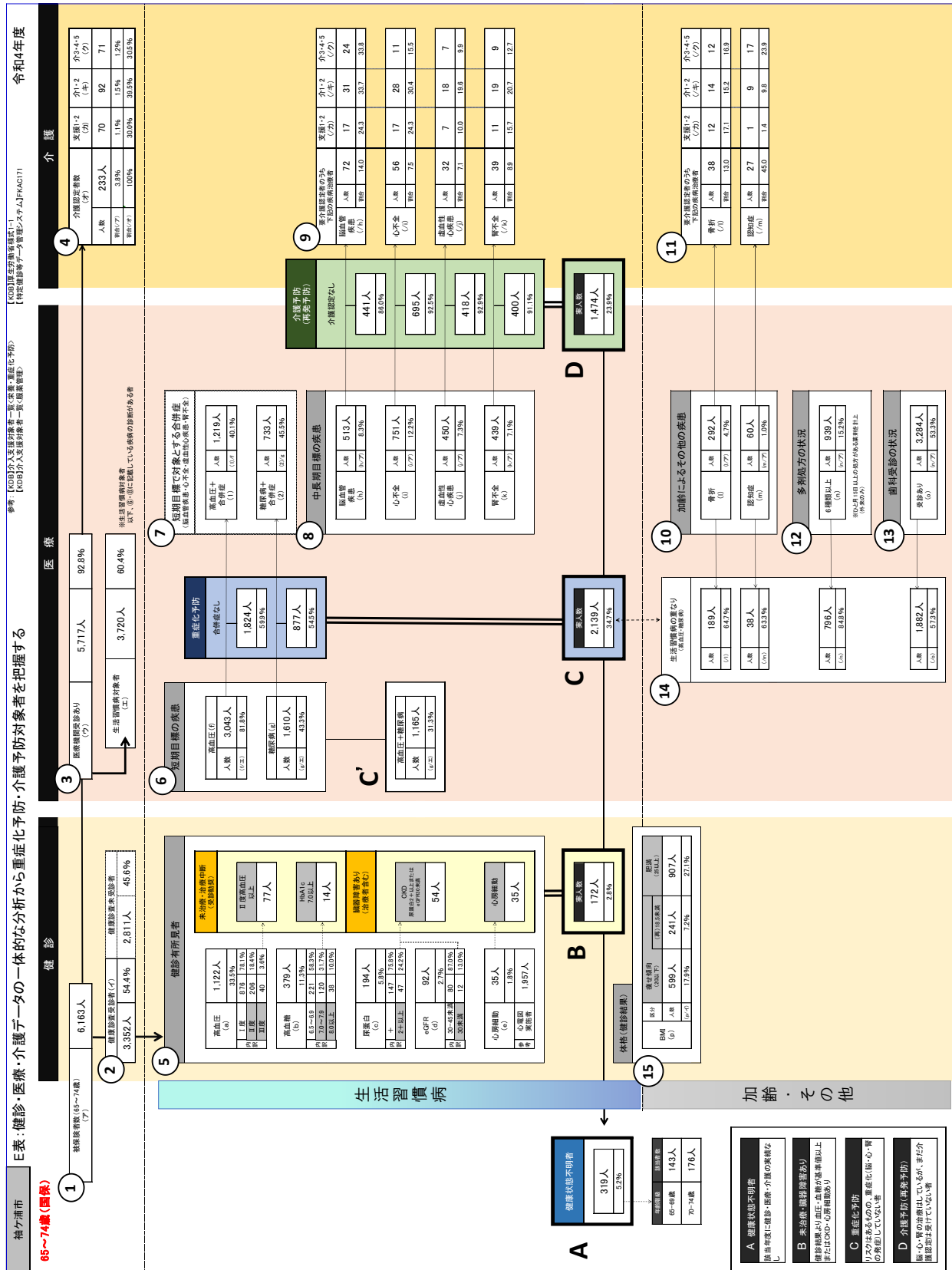
具体的には、

ア. 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を保健衛生部局に配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

イ. 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 56 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(65~74歳)



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、君津木更津医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等において、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ます。

参考資料

参考資料1 国・県・同規模と比べてみた袖ヶ浦市の位置

参考資料2 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料3 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料4 HbA1c の年次比較

参考資料5 血圧の年次比較

参考資料6 LDL-C の年次比較

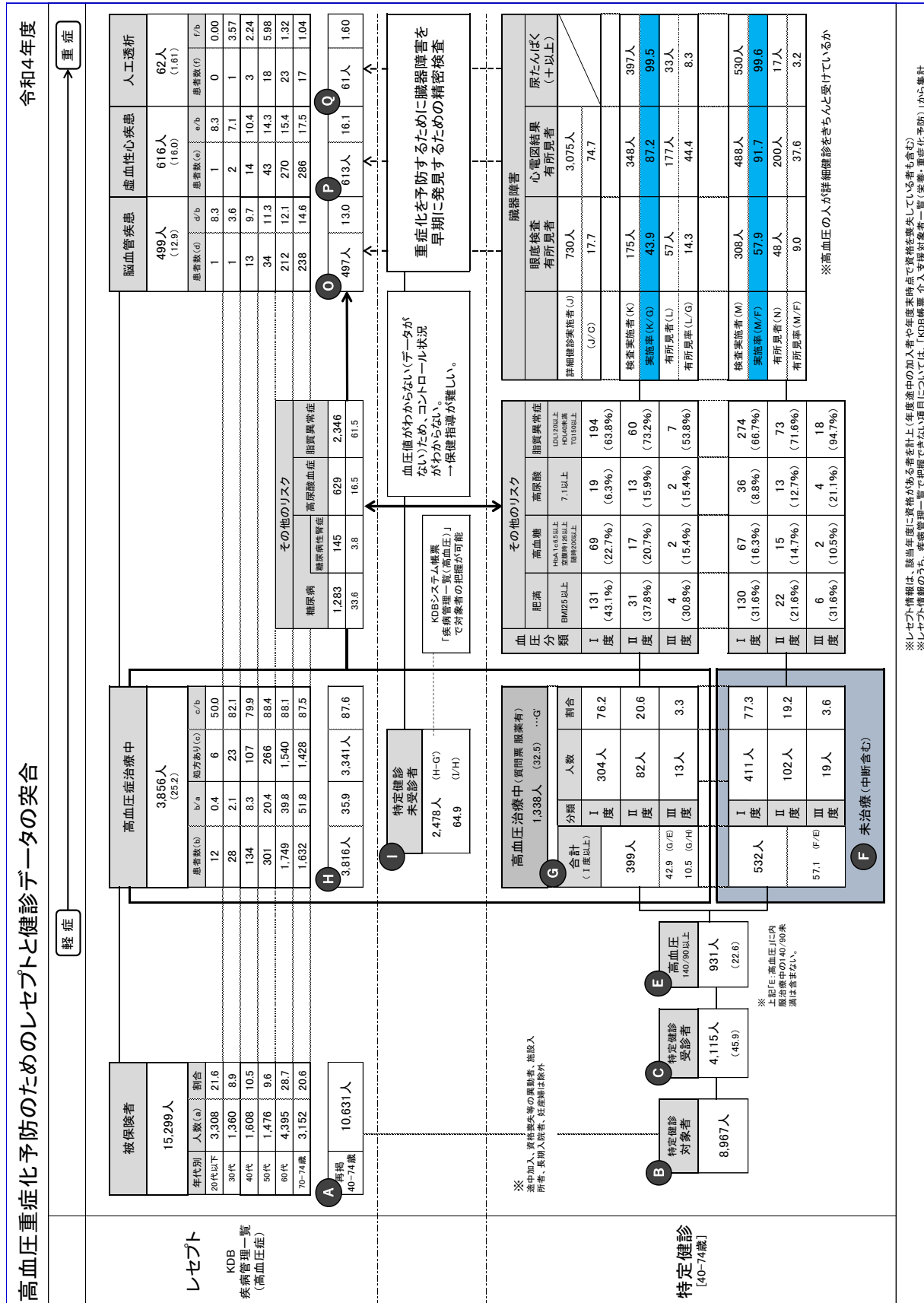
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた袖ヶ浦市の位置

R04年度

項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		62,900		16,969,503		6,150,178		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)	17,057	27.1	5,164,670	30.4	1,699,991	27.6	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況	
			75歳以上	7,779	12.4	---	---	859,767	14.0	18,248,742	14.8	KDB_NO.3	
			65～74歳	9,278	14.8	---	---	840,224	13.7	17,087,063	13.9	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			40～64歳	20,777	33.0	---	---	2,103,730	34.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下	25,066	39.9	---	---	2,346,457	38.2	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	4.6		5.6		2.9		4.0		KDB_NO.3	
			第2次産業	28.4		28.6		20.6		25.0		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第3次産業	67.1		65.8		76.5		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.4		80.7		81.0		80.8			
女性			86.4		87.0		86.9		87.0		KDB_NO.1		
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.8		80.1		80.2		80.1		地域全体像の把握		
		女性	83.5		84.4		84.4		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	102.2		100.3		97.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	107.5		101.2		100.9		100		
			死因	がん	173	51.8	53,892	49.4	17,709	50.9	378,272	50.6	
				心臓病	98	29.3	30,362	27.8	9,663	27.8	205,485	27.5	
				脳疾患	44	13.2	16,001	14.7	4,555	13.1	102,900	13.8	
				糖尿病	3	0.9	2,063	1.9	747	2.1	13,896	1.9	
	腎不全	8		2.4	3,958	3.6	1,065	3.1	26,946	3.6			
	自殺	8	2.4	2,854	2.6	1,050	3.0	20,171	2.7				
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
			男性										
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		2,675 15.4		932,725 18.1		305,021 17.9		6,724,030 19.4		
			新規認定者		52 0.3		15,476 0.3		5,516 0.3		110,289 0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	5,169 8.7		2,980,586 13.3		735,246 9.6		21,785,044 12.9		
				要介護1.2	28,117 47.3		10,399,684 46.4		3,576,948 46.6		78,107,378 46.3		
				要介護3以上	26,122 44.0		9,019,896 40.3		3,361,960 43.8		68,963,503 40.8		
	2号認定者		82 0.39		20,148 0.36		8,847 0.42		156,107 0.38				
	②	有病状況	糖尿病	600 21.7		237,003 24.2		76,084 23.7		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	1,411 51.1		523,600 53.8		162,974 50.9		3,744,672 53.3			
			脂質異常症	739 26.8		312,282 31.8		98,834 30.6		2,308,216 32.6			
			心臓病	1,543 55.7		590,733 60.8		183,644 57.5		4,224,628 60.3			
脳疾患			470 17.4		221,742 23.1		67,100 21.3		1,568,292 22.6				
がん			289 10.0		111,991 11.3		39,603 12.3		837,410 11.8				
筋・骨格			1,360 48.5		516,731 53.1		161,565 50.4		3,748,372 53.4				
精神			836 30.0		358,088 37.0		107,379 33.7		2,569,149 36.8				
③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		232,116 3,959,201,047		274,536 1,417,885,670,317		259,559 441,248,703,872		290,668 10,074,274,228,869			
		1件当たり給付費(全体)		66,644		63,298		57,498		59,662			
		居宅サービス		44,512		41,822		39,827		41,272			
		施設サービス		291,891		292,502		294,486		296,364			
④	医療費等	要介護認定別	8,396		8,654		8,770		8,610				
		医療費(40歳以上)	3,519		4,013		3,881		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		12,649		3,472,300		1,255,033		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			65～74歳	6,121 48.4				537,359 42.8		11,129,271 40.5			
			40～64歳	3,897 30.8				407,801 32.5		9,088,015 33.1			
			39歳以下	2,631 20.8				309,873 24.7		7,271,596 26.5			
	加入率		20.1		20.5		20.1		20.0				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1 0.1		1146 0.3		289 0.2		8,237 0.3		KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数	42 3.3		12,471 3.6		3,780 3.1		102,599 4.2			
			病床数	409 32.3		206,222 59.4		59,824 48.5		1,507,471 61.1			
			医師数	70 5.5		34,837 10.0		13,396 10.9		339,611 13.8			
			外来患者数	758.4		719.9		649.4		709.6			
入院患者数		16.8		19.6		16.1		18.8					
③	医療費の状況	一人当たり医療費		347,440		366,294		327,198		321,633		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		受診率		775.144		739.503		665.538		728.39			
		外来	費用の割合	62.1		59.5		61.8		59.9			
			件数の割合	97.8		97.3		97.6		97.4			
		入院	費用の割合	37.9		40.5		38.2		40.1			
			件数の割合	2.2		2.7		2.4		2.6			
1件あたり在院日数		15.4日		16.3日		15.3日		16.0日		KDB_NO.1 地域全体像の把握			

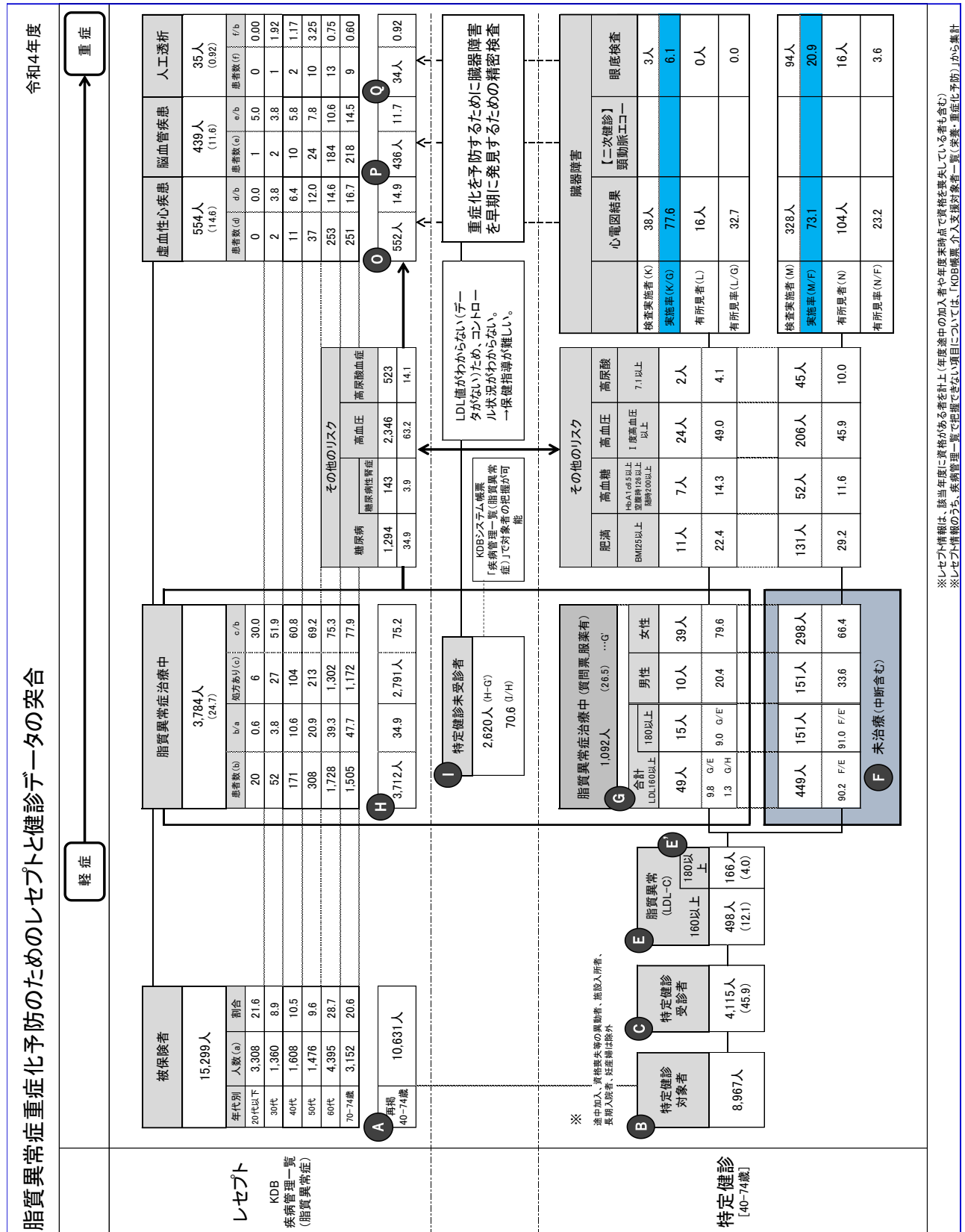
5	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	705,382,740	29.2	32.0	31.7	32.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題								
			慢性腎不全(透析あり)	251,950,690	10.4	7.8	9.6	8.3									
			糖尿病	265,738,650	11.0	10.9	10.8	10.4									
			高血圧症	150,601,680	6.2	6.2	5.5	5.8									
			脂質異常症	92,773,870	3.8	4.0	3.8	4.0									
			脳梗塞・脳出血	88,061,300	3.6	3.9	3.9	4.0									
			狭心症・心筋梗塞	53,130,540	2.2	2.7	3.2	2.8									
			精神	322,683,990	13.3	15.1	14.0	15.0									
			筋・骨格	464,717,070	19.2	16.4	16.5	16.6									
			5	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	123		0.1	299	0.2	203	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分 析(中分類)		
糖尿病	853	0.6					1,297	0.9	1,002	0.8	1,108	0.9					
脂質異常症	79	0.1					61	0.0	41	0.0	51	0.0					
脳梗塞・脳出血	5,976	4.5					6,621	4.5	5,915	4.7	5,803	4.5					
虚血性心疾患	3,661	2.8					4,143	2.8	4,613	3.7	3,767	2.9					
腎不全	3,164	2.4		4,389	3.0	5,114	4.1	3,956	3.1								
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症		11,783	5.5	11,711	5.4	9,328	4.6	9,602	5.0						
		糖尿病		20,648	9.6	20,415	9.4	18,306	9.0	16,800	8.8						
		脂質異常症		7,254	3.4	7,802	3.6	6,516	3.2	6,731	3.5						
		脳梗塞・脳出血		986	0.5	937	0.4	791	0.4	793	0.4						
		虚血性心疾患	1,510	0.7	1,875	0.9	1,686	0.8	1,641	0.9							
腎不全	20,647	9.6	17,220	7.9	18,300	9.0	15,297	7.9									
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,936		2,421		1,749		KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題						
				健診未受診者	11,235		13,441		13,305			13,715					
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,803		6,937		5,456			6,161					
				健診未受診者	30,833		38,519		41,506			40,479					
7	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	2,561	58.9	570,451	57.0	181,593	57.1	3,596,444	57.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
				医療機関受診率	2,384	54.9	517,308	51.7	167,552	52.7	3,309,456		52.5				
				医療機関非受診率	177	4.1	53,143	5.3	14,041	4.4	286,988		4.6				
				健診受診率	4,346		1,000,718		318,190		6,298,477						
6	①	特定健診の 状況 県内市町村数 57市町村 同規模市区町村 数 250市町村	メタボ	受診率	48.4		40.5		37.8		37.1	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
				特定保健指導終了者(実施率)	185	35.7	27603	24.0	4,416	11.7	120,964		17.0				
				非肥満高血糖	342	7.9	102,023	10.2	29,398	9.2	587,042		9.3				
				該当者	995	22.9	208,728	20.9	64,682	20.3	1,296,671		20.6				
					男性	647	35.0	144,025	32.7	44,192	32.9		892,064	32.9			
				女性	348	13.9	64,703	11.5	20,490	11.1	404,607		11.3				
				予備群	517	11.9	110,533	11.0	36,008	11.3	697,484		11.1				
					男性	335	18.1	76,831	17.5	24,608	18.3		482,161	17.8			
				女性	182	7.3	33,702	6.0	11,400	6.2	215,323		6.0				
				総数	1,648	37.9	350,299	35.0	111,714	35.1	2,197,173		34.9				
					男性	1,081	58.5	242,077	55.0	76,225	56.8		1,511,273	55.8			
				女性	567	22.7	108,222	19.3	35,489	19.3	685,900		19.1				
				BMI	206	4.7	48,377	4.8	15,012	4.7	295,931		4.7				
					男性	29	1.6	6,884	1.6	2,122	1.6		42,970	1.6			
				女性	177	7.1	41,493	7.4	12,890	7.0	252,961		7.1				
				予備群レ ベル	血糖のみ	18	0.4	6,756	0.7	2,056	0.6		39,478	0.6			
					血圧のみ	396	9.1	78,007	7.8	25,176	7.9		493,703	7.8			
					脂質のみ	103	2.4	25,770	2.6	8,776	2.8		164,303	2.6			
					血糖・血圧	140	3.2	31,353	3.1	9,205	2.9		189,081	3.0			
血糖・脂質	35	0.8	10,708		1.1	3,425	1.1	65,318	1.0								
血圧・脂質	517	11.9	97,072		9.7	30,844	9.7	615,856	9.8								
血糖・血圧・脂質	303	7.0	69,595		7.0	21,208	6.7	426,416	6.8								
7	①	問診の状況	服薬		高血圧	1,691	38.9	373,879	37.4	111,675	35.1	2,317,105	36.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
					糖尿病	406	9.3	92,922	9.3	26,300	8.3	562,183	8.9				
					脂質異常症	1,399	32.2	289,844	29.0	90,741	28.5	1,832,887	29.1				
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	114	2.6	31,270	3.2	10,027	3.2	199,640	3.3				
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	382	8.8	57,833	6.0	17,681	5.6	350,181	5.7				
					腎不全	19	0.4	7,870	0.8	2,761	0.9	51,756	0.8				
					貧血	470	10.8	102,266	10.6	34,184	10.8	654,459	10.7				
				8	③	生活習慣の 状況	喫煙	540	12.4	127,080	12.7	38,619	12.1		801,381	12.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
							週3回以上朝食を抜く	350	8.1	77,923	8.4	27,741	10.1		554,322	9.7	
週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0				0.0	0	0.0	0	0.0						
週3回以上就寝前夕食(H30～)	628	14.5	134,485				14.4	42,613	15.4	842,792	14.7						
週3回以上就寝前夕食	628	14.5	134,485				14.4	42,613	15.4	842,792	14.7						
食べる速度が速い	1,002	23.1	237,947				25.8	69,768	25.4	1,505,931	26.4						
20歳時体重から10kg以上増加	1,534	35.3	319,214				34.5	97,135	35.2	1,983,155	34.6						
1回30分以上運動習慣なし	2,493	57.4	553,929				59.7	156,659	56.7	3,393,761	59.3						
1日1時間以上運動なし	2,043	47.0	433,733				46.5	122,798	44.5	2,719,669	47.5						
睡眠不足	1,144	26.4	232,620				25.0	65,293	23.7	1,425,302	24.9						
毎日飲酒	1,031	23.7	234,701				24.4	66,313	23.5	1,480,096	24.6						
時々飲酒	840	19.3	205,343				21.3	64,260	22.8	1,342,031	22.3						
一日飲 酒量	1合未満	2,613	71.2				417,259	65.3	148,898	66.1	2,799,815	65.6					
	1～2合	732	19.9				150,449	23.5	47,826	21.9	985,705	23.1					
	2～3合	257	7.0	56,944	8.9	17,246	7.9	376,961	8.8								
	3合以上	70	1.9	14,740	2.3	4,734	2.2	107,343	2.5								

参考資料2 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者名付上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報は、該当年度に資格がある者名付上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報は、該当年度に資格がある者名付上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)

参考資料3 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)、※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB疾患介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料4 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H30	3,321		1,290	38.8%	1,227	36.9%	474	14.3%	157	4.7%	117	3.5%	56	1.7%	110	3.3%	44	1.3%
R01	3,112		1,174	37.7%	1,203	38.7%	446	14.3%	134	4.3%	110	3.5%	45	1.4%	91	2.9%	23	0.7%
R02	3,297		1,177	35.7%	1,290	39.1%	504	15.3%	152	4.6%	123	3.7%	51	1.5%	99	3.0%	31	0.9%
R03	3,146		955	30.4%	1,285	40.8%	562	17.9%	172	5.5%	118	3.8%	54	1.7%	114	3.6%	31	1.0%
R04	3,107		943	30.4%	1,183	38.1%	558	18.0%	198	6.4%	155	5.0%	70	2.3%	140	4.5%	45	1.4%
R05	3,095		1,049	33.9%	1,200	38.8%	493	15.9%	174	5.6%	124	4.0%	55	1.8%	114	3.7%	33	1.1%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H30	3,321	1,290 38.8%	1,227 36.9%	474 14.3%	330 9.9%	173 5.2%	112 33.9%	218 66.1%	9.9%	
R01	3,112	1,174 37.7%	1,203 38.7%	446 14.3%	289 9.3%	155 5.0%	85 29.4%	204 70.6%	9.3%	
R02	3,297	1,177 35.7%	1,290 39.1%	504 15.3%	326 9.9%	174 5.3%	104 31.9%	222 68.1%	9.9%	
R03	3,146	955 30.4%	1,285 40.8%	562 17.9%	344 10.9%	172 5.5%	119 34.6%	225 65.4%	10.9%	
R04	3,107	943 30.4%	1,183 38.1%	558 18.0%	423 13.6%	225 7.2%	131 31.0%	292 69.0%	13.6%	
R05	3,095	1,049 33.9%	1,200 38.8%	493 15.9%	353 11.4%	179 5.8%	103 29.2%	250 70.8%	11.4%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H30	362	10.9%	21	5.8%	34	9.4%	89	24.6%	90	24.9%	88	24.3%	40	11.0%	83	22.9%	29	8.0%
	R01	344	11.1%	13	3.8%	43	12.5%	84	24.4%	87	25.3%	80	23.3%	37	10.8%	71	20.6%	20	5.8%
	R02	347	10.5%	16	4.6%	26	7.5%	83	23.9%	82	23.6%	101	29.1%	39	11.2%	84	24.2%	22	6.3%
	R03	359	11.4%	5	1.4%	36	10.0%	93	25.9%	94	26.2%	91	25.3%	40	11.1%	87	24.2%	22	6.1%
	R04	435	14.0%	9	2.1%	34	7.8%	100	23.0%	105	24.1%	128	29.4%	59	13.6%	121	27.8%	36	8.3%
	R05	396	12.8%	13	3.3%	29	7.3%	104	26.3%	93	23.5%	108	27.3%	49	12.4%	103	26.0%	29	7.3%
治療なし	H30	2,959	89.1%	1,269	42.9%	1,193	40.3%	385	13.0%	67	2.3%	29	1.0%	16	0.5%	27	0.9%	15	0.5%
	R01	2,768	88.9%	1,161	41.9%	1,160	41.9%	362	13.1%	47	1.7%	30	1.1%	8	0.3%	20	0.7%	3	0.1%
	R02	2,950	89.5%	1,161	39.4%	1,264	42.8%	421	14.3%	70	2.4%	22	0.7%	12	0.4%	15	0.5%	9	0.3%
	R03	2,787	88.6%	950	34.1%	1,249	44.8%	469	16.8%	78	2.8%	27	1.0%	14	0.5%	27	1.0%	9	0.3%
	R04	2,672	86.0%	934	35.0%	1,149	43.0%	458	17.1%	93	3.5%	27	1.0%	11	0.4%	19	0.7%	9	0.3%
	R05	2,699	87.2%	1,036	38.4%	1,171	43.4%	389	14.4%	81	3.0%	16	0.6%	6	0.2%	11	0.4%	4	0.1%

参考資料5 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H30	3,358	921	27.4%	579	17.2%	1,098	32.7%	632	18.8%	104	3.1%	24	0.7%
R01	3,150	803	25.5%	541	17.2%	1,026	32.6%	658	20.9%	106	3.4%	16	0.5%
R02	3,342	945	28.3%	596	17.8%	1,051	31.4%	630	18.9%	103	3.1%	17	0.5%
R03	3,182	873	27.4%	658	20.7%	937	29.4%	605	19.0%	94	3.0%	15	0.5%
R04	3,151	818	26.0%	640	20.3%	932	29.6%	632	20.1%	116	3.7%	13	0.4%
R05	3,135	876	27.9%	689	22.0%	844	26.9%	605	19.3%	105	3.3%	16	0.5%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再発	Ⅲ度高血圧	割合	
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療				
											人数
H30	3,358	1,500 44.7%	1,098 32.7%	632 18.8%	128 3.8%	61 47.7%	67 52.3%	24 0.7%	14 58.3%	10 41.7%	3.8%
R01	3,150	1,344 42.7%	1,026 32.6%	658 20.9%	122 3.9%	60 49.2%	62 50.8%	16 0.5%	10 62.5%	6 37.5%	3.9%
R02	3,342	1,541 46.1%	1,051 31.4%	630 18.9%	120 3.6%	59 49.2%	61 50.8%	17 0.5%	9 52.9%	8 47.1%	3.6%
R03	3,182	1,531 48.1%	937 29.4%	605 19.0%	109 3.4%	48 44.0%	61 56.0%	15 0.5%	9 60.0%	6 40.0%	3.4%
R04	3,151	1,458 46.3%	932 29.6%	632 20.1%	129 4.1%	65 50.4%	64 49.6%	13 0.4%	5 38.5%	8 61.5%	4.1%
R05	3,135	1,565 49.9%	844 26.9%	605 19.3%	121 3.9%	57 47.1%	64 52.9%	16 0.5%	11 68.8%	5 31.3%	3.9%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H30	1,385	41.2%	236	17.0%	253	18.3%	487	35.2%	342	24.7%	57	4.1%	10	0.7%
	R01	1,336	42.4%	187	14.0%	250	18.7%	470	35.2%	367	27.5%	56	4.2%	6	0.4%
	R02	1,393	41.7%	242	17.4%	267	19.2%	471	33.8%	352	25.3%	53	3.8%	8	0.6%
	R03	1,374	43.2%	214	15.6%	315	22.9%	447	32.5%	337	24.5%	55	4.0%	6	0.4%
	R04	1,453	46.1%	223	15.3%	317	21.8%	486	33.4%	363	25.0%	56	3.9%	8	0.6%
R05	1,413	45.1%	242	17.1%	344	24.3%	439	31.1%	324	22.9%	59	4.2%	5	0.4%	
治療なし	H30	1,973	58.8%	685	34.7%	326	16.5%	611	31.0%	290	14.7%	47	2.4%	14	0.7%
	R01	1,814	57.6%	616	34.0%	291	16.0%	556	30.7%	291	16.0%	50	2.8%	10	0.6%
	R02	1,949	58.3%	703	36.1%	329	16.9%	580	29.8%	278	14.3%	50	2.6%	9	0.5%
	R03	1,808	56.8%	659	36.4%	343	19.0%	490	27.1%	268	14.8%	39	2.2%	9	0.5%
	R04	1,698	53.9%	595	35.0%	323	19.0%	446	26.3%	269	15.8%	60	3.5%	5	0.3%
R05	1,722	54.9%	634	36.8%	345	20.0%	405	23.5%	281	16.3%	46	2.7%	11	0.6%	

参考資料6 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値				受診勧奨判定値			
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H30	3,358	1,719	51.2%	784	23.3%	505	15.0%	215	6.4%	135	4.0%
	R01	3,150	1,579	50.1%	836	26.5%	456	14.5%	176	5.6%	103	3.3%
	R02	3,337	1,620	48.5%	848	25.4%	485	14.5%	238	7.1%	146	4.4%
	R03	3,182	1,549	48.7%	820	25.8%	502	15.8%	200	6.3%	111	3.5%
	R04	3,151	1,559	49.5%	792	25.1%	490	15.6%	194	6.2%	116	3.7%
男性	H30	1,726	995	57.6%	361	20.9%	230	13.3%	86	5.0%	54	3.1%
	R01	1,611	888	55.1%	400	24.8%	204	12.7%	79	4.9%	40	2.5%
	R02	1,713	916	53.5%	419	24.5%	219	12.8%	107	6.2%	52	3.0%
	R03	1,647	882	53.6%	401	24.3%	227	13.8%	88	5.3%	49	3.0%
	R04	1,652	910	55.1%	378	22.9%	237	14.3%	86	5.2%	41	2.5%
女性	H30	1,632	724	44.4%	423	25.9%	275	16.9%	129	7.9%	81	5.0%
	R01	1,539	691	44.9%	436	28.3%	252	16.4%	97	6.3%	63	4.1%
	R02	1,624	704	43.3%	429	26.4%	266	16.4%	131	8.1%	94	5.8%
	R03	1,535	667	43.5%	419	27.3%	275	17.9%	112	7.3%	62	4.0%
	R04	1,499	649	43.3%	414	27.6%	253	16.9%	108	7.2%	75	5.0%
R05	1,492	697	46.7%	395	26.5%	244	16.4%	105	7.0%	51	3.4%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合
					再)180以上	未治療	治療	再掲	割合	
H30	3,358	1,719 51.2%	784 23.3%	505 15.0%	350 10.4%	318 90.9%	32 9.1%	10.4%	4.0%	
R01	3,150	1,579 50.1%	836 26.5%	456 14.5%	279 8.9%	250 89.6%	29 10.4%	8.9%	3.3%	
R02	3,337	1,620 48.5%	848 25.4%	485 14.5%	384 11.5%	348 90.6%	36 9.4%	11.5%	4.4%	
R03	3,182	1,549 48.7%	820 25.8%	502 15.8%	311 9.8%	277 89.1%	34 10.9%	9.8%	3.5%	
R04	3,151	1,559 49.5%	792 25.1%	490 15.6%	310 9.8%	274 88.4%	36 11.6%	9.8%	3.7%	
R05	3,134	1,577 50.3%	786 25.1%	473 15.1%	298 9.5%	255 85.6%	43 14.4%	9.5%	3.3%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値				受診勧奨判定値				
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H30	795	23.7%	498	62.6%	187	23.5%	78	9.8%	21	2.6%	11	1.4%
	R01	810	25.7%	508	62.7%	195	24.1%	78	9.6%	20	2.5%	9	1.1%
	R02	876	26.3%	534	61.0%	211	24.1%	95	10.8%	22	2.5%	14	1.6%
	R03	861	27.1%	528	61.3%	217	25.2%	82	9.5%	24	2.8%	10	1.2%
	R04	938	29.8%	580	61.8%	222	23.7%	100	10.7%	26	2.8%	10	1.1%
R05	987	31.5%	645	65.3%	212	21.5%	87	8.8%	28	2.8%	15	1.5%	
治療なし	H30	2,563	76.3%	1,221	47.6%	597	23.3%	427	16.7%	194	7.6%	124	4.8%
	R01	2,340	74.3%	1,071	45.8%	641	27.4%	378	16.2%	156	6.7%	94	4.0%
	R02	2,461	73.7%	1,086	44.1%	637	25.9%	390	15.8%	216	8.8%	132	5.4%
	R03	2,321	72.9%	1,021	44.0%	603	26.0%	420	18.1%	176	7.6%	101	4.4%
	R04	2,213	70.2%	979	44.2%	570	25.8%	390	17.6%	168	7.6%	106	4.8%
R05	2,147	68.5%	932	43.4%	574	26.7%	386	18.0%	168	7.8%	87	4.1%	

袖ヶ浦市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

発行年月 令和 年 月
企画・編集 袖ヶ浦市市民子育て部保険年金課
〒299-0292
袖ヶ浦市坂戸市場1番地1
TEL 0438-62-3031

袖ヶ浦市国民健康保険税条例の一部を改正する条例の制定について (出産した被保険者に係る国民健康保険税の免除措置)

1 概要

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」の施行に伴い、令和6年1月1日から出産した被保険者に係る産前産後期間相当分の保険税を免除する措置が創設されたことを踏まえ、袖ヶ浦市国民健康保険税条例について必要な改正を行う。

2 根拠法令等

- ・全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）
- ・全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（令和5年政令第243号）
- ・全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（令和5年厚生労働省令第95号）
- ・地方税法（昭和25年法律第226号）
- ・地方税法施行令（昭和25年政令第245号）
- ・地方税法施行規則（昭和29年府令第23号）

3 主な内容

出産した被保険者に係る保険税の免除措置は、子育て世帯の経済的負担の軽減、次世代育成支援等の観点から、産前産後期間相当分（単胎妊娠4ヶ月 多胎妊娠6ヶ月：出産予定日（出産日）の属する月の前月（多胎妊娠の場合は3月前）から出産予定月の翌々月までの期間）の保険税（均等割額、所得割額）を免除する。

なお、従来の低所得者の応益分軽減が適用されている場合は、軽減後の均等割額を免除する。

【所得割額】 出産した被保険者の所得割額（医療分、後期分、介護分）を期間相当分免除

所得割額 × 1/12 × 月数

【均等割額】 （単胎妊娠4ヶ月：多胎妊娠：6ヶ月）

均等割額 × 1/12 × 月数

4 財源措置

国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4

地方負担分に対しては一般会計からの法定繰入金

5 近隣市の予定

君津地域3市とも12月議会で改正予定

6 今後の予定

令和5年第5回（11月招集）議会定例会に袖ヶ浦市国民健康保険税条例の一部改正について上程予定

（令和6年1月1日施行、令和5年度分の国民健康保険の保険税のうち令和6年1月以後の期間に係るもの及び令和6年度以後分の年度分の当該保険税から適用）

産前産後の保険税が免除されます

令和6年1月1日から施行

令和6年1月1日から出産する方の産前産後期間の保険税(所得割額・均等割額)が免除されます。免除を受けるためには、原則、世帯主または被保険者からの届け出が必要です。

◇対象の方

令和5年11月以降に産まれた方。(妊娠85日以上で死産・流産・人工妊娠中絶の場合も対象)

◇保険税(所得割額・均等割額)免除期間

【単胎妊娠の場合】

出産予定日(または出産日)が属する月の前月から4か月間

【多胎妊娠(双子や三つ子など)の場合】

出産予定日(または出産日)が属する月の3か月前から6か月間

※保険税が賦課限度額に達している世帯の場合、免除が適用されても保険税が変わらない場合があります。



単胎/多胎	出産予定日	保険料が免除される期間										免除期間
		令和5年			令和6年							
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月		
単胎	令和6年4月							出産				4か月
多胎	令和6年4月							出産				6か月
単胎	令和5年11月	×	出産	×								1か月
単胎	令和5年12月		×	出産								2か月
単胎	令和6年1月			×	出産							3か月

制度開始前 ← | → 令和6年1月1日制度開始

※令和6年1月1日より制度開始のため、令和5年12月以前の期間については免除となりません。

◇申請方法

申請に必要なものをお持ちの上、袖ヶ浦市役所保険年金課、平川・長浦行政センターに備え付けの届出書に必要事項を記入してください。郵送・電子申請による届出も可能です。

出産予定日の6か月前から申請できます。

- ・郵送の場合は下記連絡先の住所に必要な書類一式を郵送してください。
- ・電子申請の場合は右記のQRコードからご申請をお願いいたします。

バー
コード

◇申請に必要なもの

- ①母子健康手帳などの出産予定日・多胎妊娠の有無を確認できる書類
(出産後に届け出を行う場合には、出産した被保険者と子の身分関係を確認できる書類)
- ②本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカードなど)

◇お問合せ

袖ヶ浦市の国民健康保険に加入されている方は下記連絡先に

【連絡先】 〒299-0292 袖ヶ浦市坂戸市場1番地1 袖ヶ浦市役所 保険年金課
【直通電話】 ◇国保資格給付班 0438-62-3031 ◇後期・賦課徴収班 0438-62-3092

それ以外の方は各保険者にお問い合わせください。