

御殿場市国民健康保険

第3期データヘルス計画 第4期特定健康診査等実施計画

【令和6(2024)年度～令和11(2029)年度】



食育推進イメージキャラクター
ごてんばこめこ

令和6年3月
御殿場市

目次

第1章 基本的事項	
1. 計画の趣旨	1
2. 計画の目的と位置づけ	1
3. 計画期間	2
4. 実施体制・関係者連携等の基本的事項	2
第2章 御殿場市の概況	
1. 基本情報	
(1)人口及び人口構成の推移	3
(2)国保被保険者数の推移	4
第3章 前計画の実績と取組状況および課題の抽出	
1. 前計画の目標および取組の評価と評価区分	5
2. 個別保健事業の評価	
(1)特定健康診査	6
(2)特定保健指導	7
(3)重症化予防事業	8
(4)その他の保健事業	9
3. 前計画の評価から見えた課題	10
第4章 健康・医療情報等の分析と健康課題の抽出	
1. 健康・医療情報等のデータ分析	11
2. 健康・医療情報等データ分析結果から見えた健康課題	28
第5章 第3期データヘルス計画	
1. 計画の構成	29
2. 前計画と健康・医療情報等のデータ分析から見えた健康課題	29
3. 目的	30
4. 目標	30
5. 計画の全体像	30
6. 評価指標	31
7. 健康課題を解決するための個別の保健事業	32
第6章 第4期特定健康診査等実施計画	
1. 実施計画策定の趣旨	37
2. 目標値の設定	37
3. 対象者数	
(1)特定健診の対象者	37
(2)特定保健指導の対象者	38
(3)対象者数の見込み	38
4. 実施方法	
(1)特定健診	39
(2)特定保健指導	41
(3)特定健診・特定保健指導 年間スケジュール	43
第7章 計画の進行管理等について	
1. 計画の評価・見直し	44
2. 計画の公表・周知	44
3. 個人情報の取扱い	
(1)個人情報の取扱い	44
(2)守秘義務規定の遵守	45
4. 地域包括ケアに係る取組	45
巻末資料 用語解説・基準	46

第1章 基本的事項

1. 計画の趣旨

平成25(2013)年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対しレセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のため事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。また、これを受け平成26年3月に「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」の一部が改正され、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な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うことと定められました。

本市においては、平成28(2016)年度に第1期データヘルス計画(平成28年度～平成29年度)を策定し保健事業を展開してきましたが、より効果的に事業を推進するため第2期データヘルス計画の策定は関連する「特定健康診査等実施計画」と一体的に策定し、計画期間を6年としています。第2期データヘルス計画が終期を迎えることから、評価を行い新たに計画を策定するものです。

2. 計画の目的と位置づけ

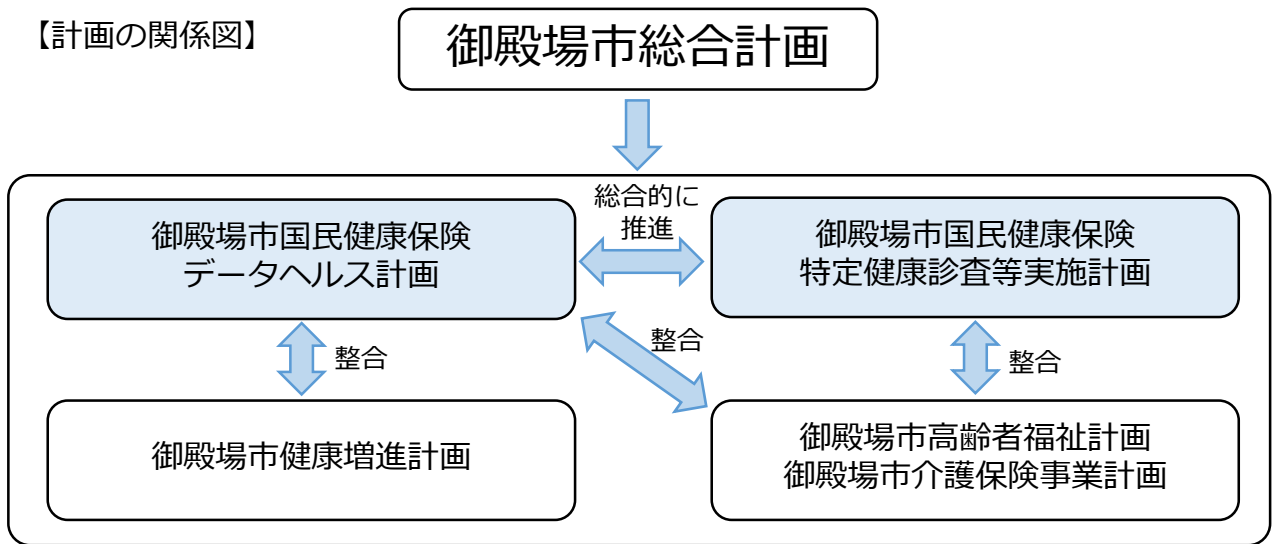
「データヘルス計画」は、「国民健康保険法(昭和33年法律第192号)に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)」に基づき、保険者が健康・医療情報を活用して被保険者の健康寿命の延伸、医療費の適正化を目指しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることを目的としています。

一方「特定健康診査等実施計画」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)第18条に規定された「特定健康診査等基本方針」に基づき、保健事業の中核である特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する事項を定める計画です。

本市では、国民健康保険加入者の健康保持増進に向け、より効果的な保健事業を推進するため両計画を一体的に策定しています。

本計画は、「御殿場市総合計画」を上位計画とし、「御殿場市健康増進計画」「御殿場市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」等や、静岡県及び静岡県後期高齢者医療広域連合の関連計画との整合性を図りながら進めます。

【計画の関係図】



3. 計画期間

本計画は令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年間とします。前半3年を前期、後半3年を後期とし令和8(2026)年度に実施する中間評価の進捗状況に応じて計画を修正展開します。

4. 実施体制・関係者連携等の基本的事項

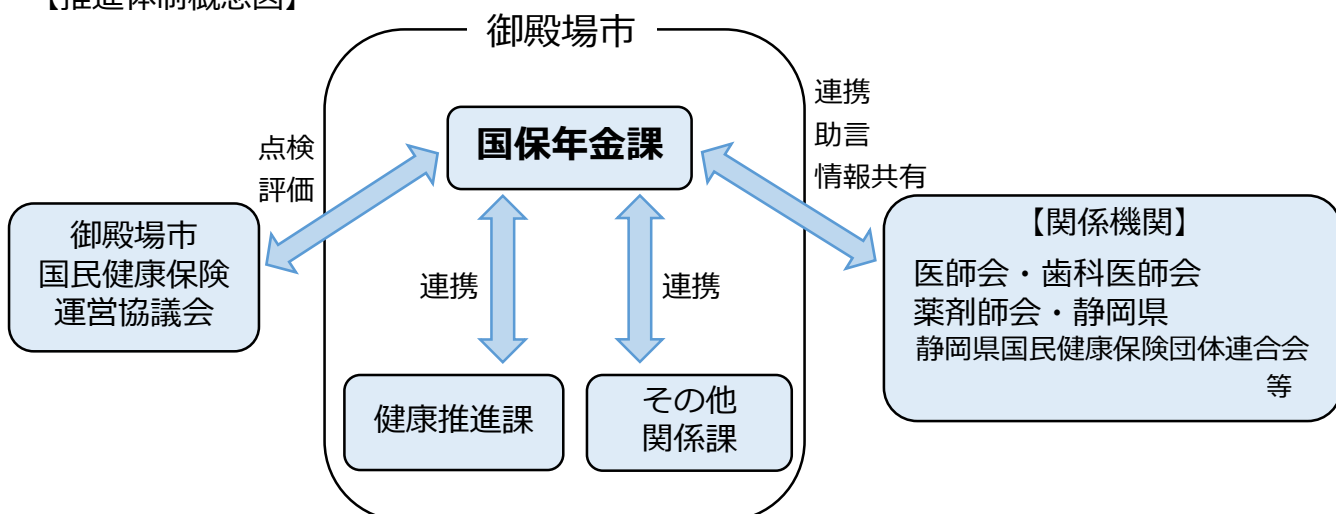
(庁内)

国保年金課を推進の主体とします。さらに「健康日本21」で示された健康課題克服に向け、健康推進課と共通の指標を設定し、事業の連携を図り効率的な実施を目指します。また国の目指す高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業についても、連続したサービス提供や関連する事業の連携強化を目指します。

(地域の関係機関等)

医師会、歯科医師会、薬剤師会、国民健康保険運営協議会、静岡県、静岡県国民健康保険団体連合会等を通じて健康・医療情報分析結果の共有、保健事業の連携に努めます。

【推進体制概念図】



第2章 御殿場市の概況

1. 基本情報

(1)人口及び人口構成の推移

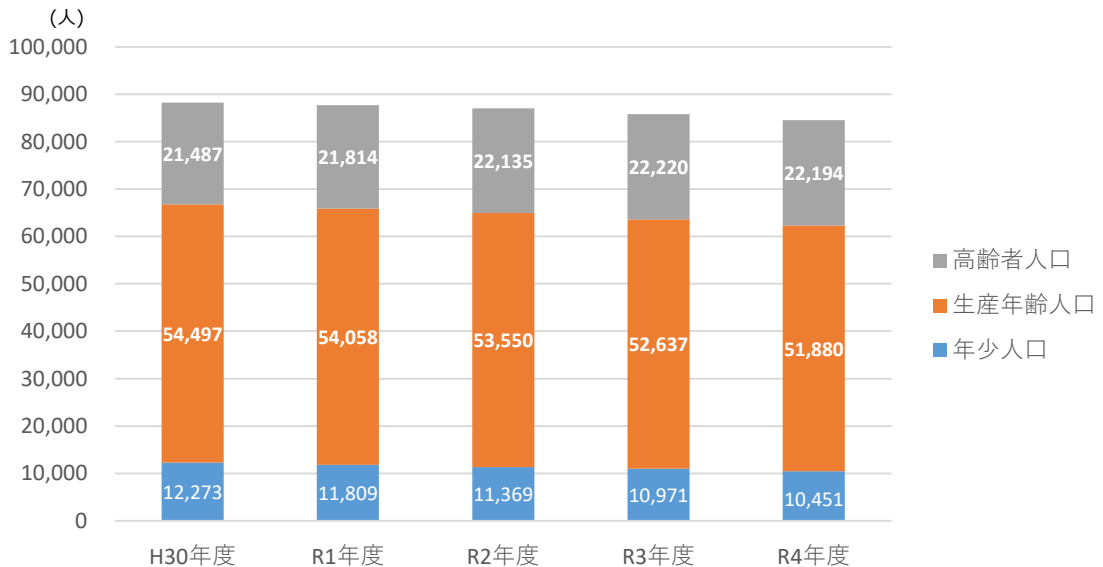
令和4年度末現在の人口は、84,525人であり、年々減少しています。人口構成を見ると、年少人口(0～14歳)、生産年齢人口(15～64歳)の割合は年々減少していますが、高齢者人口(65歳以上)は、年々増加しており、令和4年度末時点の高齢化率は25.1%となっています。

【表1】 人口及び人口構成の推移

年度	人口総数	年少人口		生産年齢人口		高齢者人口 (高齢化率)	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H30年度	88,257	12,273	13.9	54,497	61.7	21,487	24.3
R1年度	87,681	11,809	13.4	54,058	61.3	21,814	24.7
R2年度	87,054	11,369	12.9	53,550	60.7	22,135	25.1
R3年度	85,828	10,971	12.4	52,637	59.6	22,220	25.2

出典：御殿場市人口統計

【図1】 人口及び人口構成の推移



(2)国保被保険者数の推移

国保被保険者数は、令和4年度末現在で、14,134人となっています。被保険者数は年々減少する一方、被保険者に占める65歳以上の前期高齢者の割合は増加傾向にあり、5割近くを占めています。

また、過去5年間の被保険者の異動状況では、増要因としては、社会保険からの異動が7割～8割程度を占め、減要因としては、多い順に社会保険への異動が6割程度、75歳に到達したことなどによる後期高齢者医療制度への移行が1割～2割程度となっています。

今後、社会保険の適用拡大や後期高齢者医療制度への移行により、被保険者数は減少していくものと考えられます。

【表2】 国保被保険者数の推移及び人口に占める割合

年度	被保険者数			
	(人)	前期高齢者	割合(%)	人口に占める割合(%)
H30年度	16,223	7,431	45.8	18.4
R1年度	15,558	7,310	47.0	17.7
R2年度	15,481	7,406	47.8	17.8
R3年度	15,004	7,341	48.9	17.5
R4年度	14,134	6,887	48.7	16.7

出典：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）

【表3】 被保険者の異動の状況

区分		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
年度末被保険者数		16,223	15,558	15,481	15,004	14,134
増 要 因	転入	966	968	664	588	803
	社保離脱	2,646	2,754	3,000	2,747	2,641
	生保廃止	40	31	20	32	21
	出生	61	51	41	40	27
	後期高齢者離脱	0	0	2	0	1
	その他	85	56	83	99	78
	合計	3,798	3,860	3,810	3,506	3,571
減 要 因	転出	653	652	535	559	503
	社保加入	3,115	2,842	2,428	2,427	2,679
	生保開始	65	51	49	34	49
	死亡	104	116	120	129	139
	後期高齢者加入	788	720	601	703	967
	その他	154	148	154	131	104
	合計	4,879	4,529	3,887	3,983	4,441
年度別増減		▲ 1,081	▲ 669	▲ 77	▲ 477	▲ 870

出典：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）

第3章 前計画の実績と取組状況および課題の抽出

1. 前計画の目標および取組の評価と評価区分

データヘルス計画（第2期）においては、「加入者の健康寿命の延伸とQOLの向上」と「持続可能な国保運営に資するよう医療費の適正化を図る」ことを目標に、

1. 特定健康診査
2. 特定保健指導
3. 重症化予防事業

の3項目を重点保健事業として掲げ、それぞれに目標値を定めた上で各種保健事業を推進してきました。前計画の最終評価としてそれぞれの保健事業の実績と取組状況について次のとおり整理しました。なお、取組の評価を行うにあたり、評価区分をSからDまでの5段階に分け達成度を示します。

達成度	基準
S（達成）	実績値が目標値を達成している
A（順調）	順調に推移しているが、実績値が目標値に達していない
B（現状維持）	実績値の推移がほぼ横ばいである
C（低調）	実績値の推移が低迷している
D（評価困難）	評価が困難である場合

- ※ 目標値は第2期計画の中間評価で立てた数値とする
- ※ 実績は原則としてR4年度時点での数値とする
- ※ 基準年は第2期計画の中間評価を実施したR1年度時点での数値とする

2. 個別保健事業の評価

(1) 特定健康診査

評価指標	計画当初の目標値	中間評価後の目標値	実績					達成度
			H30	R1	R2	R3	R4	
特定健診受診率	60%	50.9%	45.6	46.9	45.6	50.9	51.4	S
3年連続未受診者の割合	30%未満	35%未満	-	-	44.2	42.2	41.2	A
特定健診に準じた検査助成件数	-	80件	27	61	71	62	45	C

【中間評価後の今後の方針】

- ① 健診の必要性に関する啓発について、通知物の更なる工夫に加え、個別アプローチの方法を構築する
 - ・ 健診対象年齢到達者や新規国保加入者に対する受診勧奨を強化する
 - ・ 未受診者に対する受診勧奨の取組を強化する
- ② 受診率向上のためのインセンティブの強化

中間評価後の具体的な実施内容	取組状況
新規加入者への勧奨強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規国保加入時に窓口で健診について積極的な勧奨を行うとともに、受診票の発行を行った。 ・ 継続受診につなげるため、加入翌年度にも再度受診勧奨を実施した。
健診対象年齢前(40歳未満)と健診対象年齢到達者(40-42歳)に対するフォローの強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 40歳未満の特定健診に準じた検査について、節目年齢に通知を行い周知を図った。 ・ 新規国保加入時に窓口で特定健診に準じた検査の案内を行い、受診勧奨に努めた。 ・ 健診対象年齢到達者(40-42歳)に対し、受診票送付時に健診の必要性を伝えるチラシを追加し受診勧奨の強化を図った。
通知より訴求性の高い電話アプローチを行うための基盤の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去受診者への勧奨や保健事業で使用するため、健診受診票から電話番号を取得した。
治療中者への勧奨の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関、薬局へ健診のポスターの掲示を依頼するとともに、来院者への受診勧奨について協力を依頼した。
未受診者に対する受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・ セグメント別にメッセージ性の高い通知の送付を行った。 ・ 受診率の低い傾向のあった50-54歳男性に対し、受診勧奨を強化した。
がん検診とのタイアップ強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診と同日実施可能ながん検診について実施期間等も含め検討をした。

【取組の評価】

- ・ 新規国保加入時に窓口において対面で積極的な勧奨を行ったこと、健診到達年齢(40-42歳)に対しての追加チラシの工夫、セグメント別にメッセージ性の高い受診勧奨通知を送付、健診受診者に対しインセンティブとして「健康年齢通知」を送付したこと等により、3年連続未受診者の割合が減少し、受診率の向上につながったと考えられるため、今後も継続・強化していく。
- ・ 治療中のため健診未受診の者については、主治医からの勧めにより受診に結びつく事例も見られたため今後も引き続き医師会に協力依頼をしていく。
- ・ R1年度に受診率が低い傾向が見られた男性の50-54歳の年齢層について受診勧奨を強化したところ、5年後の受診率は大きく伸び、他の年齢層との差が減少した。対策効果が上がったと考えられるため今後も継続して受診勧奨の強化を実施していく。
- ・ 40歳未満の特定健診に準じた検査は節目年齢および新規国保加入時に周知を図ってきたが、受診者数は減少傾向にある。対象者全員に周知する方法の検討およびオンラインでの申請手続き等、若年者が健診を受けやすい環境を整えることが今後の課題である。

(2) 特定保健指導

評価指標	計画当初の目標値	中間評価後の目標値	実績					達成度
			H30	R1	R2	R3	R4	
特定保健指導実施率	60.6%	46.0%	43.4	40.6	26.2	26.8	32.7	A
保健指導による保健指導対象者の減少率	31.0%	31.0%	24.3	30.9	22.1	25.4	25.3	B
受療勧奨値を抱える対象者への保健指導実施率	-	60.0%	-	-	30.4	36.7	39.6	A
体重減少3%をクリアした実施者の割合	-	積極的支援 50.0%	41.4	15.8	14.3	50.0	36.4	A
		動機付け支援 25.0%	24.7	25.7	28.2	25.2	26.9	S

【中間評価後の今後の方針】

- ① 国・県と比較し実施率の水準は良好であるため、実施率を維持する
- ② 新規対象者を優先的に実施につなげる
- ③ 高度異常値（受療勧奨値）を持つ対象者に対する質の高い取組を実施する
- ④ 保健指導スタッフの更なる質の向上を目指し、「結果の出る保健指導」につなげる

中間評価後の具体的な実施内容	取組状況
保健指導に関する業務フローは現状を維持する	・ 毎月のスタッフ打合せ時に実施状況について情報共有を行い、実施率を維持する意識の醸成を図ることができた。
新規対象者の利用対策強化 前年度実施者のフォロー方法を確立する	・ 利用勧奨対応マニュアルを作成し、利用者の確保につなげた。 ・ 新規対象者が利用しやすいよう、通知の工夫とともに、健診結果説明会として集団保健指導事業を立ち上げ実施した。新規対象者の保健指導実施率はR3(25.5%)からR4(28.0%)と大きく上昇した。 ・ 前年度実施者に対しては、手書きのコメントを入れた通知を送付した。
高度異常値を持つ者に対しては重症疾患を予防するための受診行動を促す取組を強化	・ 高度異常値を持つ対象者には積極的に介入し、面接の中で受療勧奨を実施してきた。
動機付け支援についてプログラムの見直しを行う	・ 初回面接から評価までの間の中間支援として、1か月後の手紙と記録表の送付や体組成測定の際の提供等によりモチベーションの維持につなげた。
保健指導支援スタッフの質の維持向上のための研修体制の構築	・ 体重減少3%という統一した目標を立て保健指導を実施した。 ・ 研修に積極的に参加するとともに、事例検討や面接技術の向上のためのトレーニングを行い、スタッフの質の維持向上に努めた。

【取組の評価】

- ・ 高度異常値を持つ者、新規対象者に重点を置き、積極的に介入した。その結果、新規対象者の実施率をR3年度から大きく向上することができた。新規対象者はより効果が出やすいと言われているため、今後も積極的に介入して早期の生活改善につなげていく。
- ・ 高度異常値を持つ対象者に対し面接の中で受療勧奨を実施し、実施率も上昇している。さらに優先的に関わることができるよう、今後も対象者全体で優先順位付けをしてより手厚く関わることができる体制整備が必要である。
- ・ 研修や事例検討、面接技術向上のためのトレーニングにより、指導スタッフの質の向上が図れてきており、保健指導対象者の減少や体重減少3%をクリアする者の割合が増加してきている。「結果の出る保健指導」を目指し、今後も継続的に質の維持向上に向けた取組を実施する。

(3)重症化予防事業

評価指標	計画当初の目標値	中間評価後の目標値	実績					達成度
			H30	R1	R2	R3	R4	
受療勧奨通知および直接介入者のうち受療につながった者の割合	50%	50%	-	-	49.0	57.9	49.1	B
糖尿病重症化予防二次健診の実施率	-	70%	-	61.2	52.3	49.8	41.6	C
糖尿病重症化予防保健指導実施数	10人/年	10人/年	-	-	5	6	5	B
糖尿病重症化予防支援介入者のHbA1cについて1%以上改善した者	-	30%以上	-	-	20.0	66.7	60.0	S

【中間評価後の今後の方針】

- ① 生活習慣病重症化予防として、未治療者対策を推進する
- ② 治療中者の治療効果を高められるよう生活改善を実現するため、二次健診を推進し、医師と連携を図りながら保健指導を進める
- ③ 人工透析者の実態を知り、人工透析者減少への予防の取組や評価のための基盤づくりを行う

中間評価後の具体的な実施内容	取組状況
受療が必要な者に適正受診を促す	・当市で定めた対象基準に基づき受療勧奨を実施した。業務の効率化を図り、健診から1か月程度で受療勧奨通知を発送することとした。
特定保健指導において受療勧奨を確実に（再掲）	・高度異常値を持つ対象者には積極的に介入し、面接の中で受療勧奨を実施してきた。
糖尿病治療中者について、継続的な生活改善支援を行う	・糖尿病連絡会議を開催し、二次健診について関係機関へ協力を依頼した。 ・マニュアルを作成し、二次健診受診者のうち糖尿病治療中で医師から保健指導の許可を得られた者に対し、6か月間の継続支援を実施した。
予防可能な人工透析者の人数とその実態を把握し、予防事業や評価指標へと活用する	・特定疾病証の申請時に可能な範囲で人工透析に至った経緯等について聞き取りを実施したが、本人が来所していない場合や専門職不在時の申請については聞き取りができなかった。

【取組の評価】

- ・未治療者に対する通知による受療勧奨は、基準値を定め、健診受診から期間を空けずにできるだけ早期に実施する体制を整えた。スムーズな受診につながるよう今後も早期に通知による受療勧奨を行うとともに、勧奨後レセプトが確認できなかった者への電話や訪問等による保健指導も今後実施していく必要がある。
- ・二次健診の実施率向上のため、今後も継続して関係機関へ協力依頼をしていく。
- ・糖尿病治療中者に対する継続支援は参加者数が横ばいであることが課題であるが、継続的に支援することで参加者の多くはHbA1cが1%以上改善するという効果が出ている。今後は医療機関からの対象者の紹介や継続支援実施前後および実施中の連携等について検討する必要がある。また、支援終了後のフォロー体制についても検討が必要である。
- ・人工透析に至った経緯等の聞き取りを行うことにより、今後介入すべきポイントを知ることができる。今後も実態把握を継続して課題の整理を行い、予防事業への活用につなげていく。

(4)その他の保健事業

評価指標	計画当初の目標値	中間評価後の目標値	実績					達成度
			H30	R1	R2	R3	R4	
薬剤重複者保健指導実施率	80%	80%	100	50.0	66.7	30.8	54.5	B
ジェネリック医薬品使用割合	-	80%	67.2	70.9	75.1	75.0	75.8	A
脳ドック受診者数	-	150名	176	200	99	103	119	B

【中間評価後の今後の方針】

- ① 新たな項目を追加して実施内容を整理する
- ② これまで明文化されていなかった目標値についても新たに設置する

中間評価後の具体的な実施内容	取組状況
薬剤重複者保健指導	・同様の効果のある薬剤を複数の医療機関において処方され、重複服用のある者に対し保健指導を実施。R2年度からは新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、通知による保健指導を実施した。
ジェネリック医薬品普及促進	・ジェネリック医薬品の知識の普及のため、国保加入時に窓口で説明を行うとともにジェネリック医薬品希望シールを配布している。 ・年2回ジェネリック医薬品差額通知書を送付している。
脳ドック助成	・特定健診等を受診した者を対象に脳ドック検査費用の一部助成を行っている。
生活習慣病予防についての普及啓発	・生活習慣病予防に関する情報発信を、広報やSNSのほか、地域における出張健康教室の場等で行っている。 ・健康相談や健康づくりのための出前講座について、より多くの市民に利用してもらえるよう事業の啓発を行っている。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	・R1年度に庁内検討委員会を設置し、R4年度から健康推進課が主体となり実施している。健康推進課、長寿福祉課、国保年金課の担当者間で一体的実施事業庁内連絡会議を毎月開催し、情報交換と一体的実施の取組について検討を行っている。また、定期的にワーキンググループも開催し、庁内で事業内容について検討を行っている。

【取組の評価】

- ・薬剤重複者に対しては保健指導を継続して実施しているが、多剤服用者や頻回受診者への取組はまだ行っていないため、今後実施について検討する必要がある。
- ・ジェネリック医薬品の利用促進について、啓発を行っているが使用割合は県平均よりも低い状況である。今後も取組を継続するとともに、より効果的な取組に関する情報収集を行い、必要に応じて取組内容の検討を行っていく。
- ・生活習慣病予防についての普及啓発について、当市は県内でも肥満が多い地域であり、メタボリックシンドローム該当者も増加している。肥満を含め、生活習慣病予防について広く啓発し、早期からの生活習慣改善に対する意識の向上につながるよう、今後も取組を継続・強化していく必要がある。
- ・一体的実施事業については、庁内での情報共有が密に行える環境が整っている。今後は、国民健康保険制度から後期高齢者医療保険制度に移行しても切れ目ない保健事業が行えるよう、事業連携について検討していく。

3. 前計画の評価から見えた課題

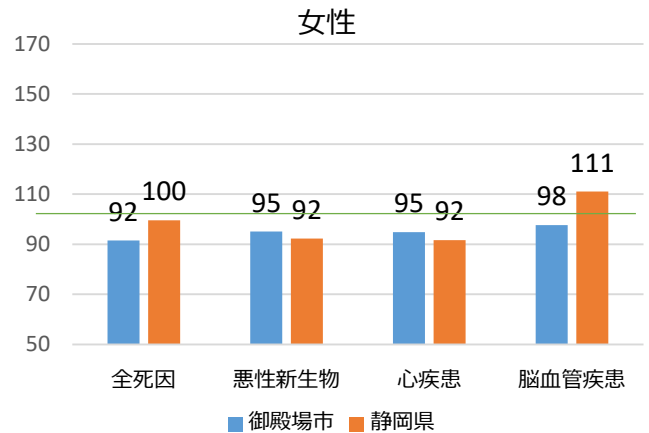
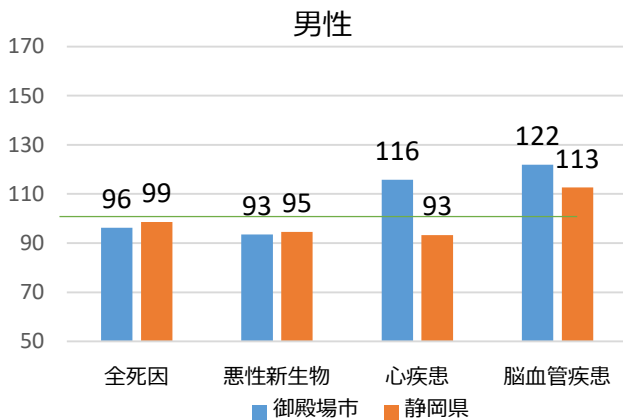
前計画の評価から見えた課題	→ 取り組むべき課題の明確化
新規国保加入者、健診対象年齢到達者(40-42歳)、受診率の低い60歳未満の男性への受診勧奨の強化により、受診率の向上につながったと考えられるが、国の目標値には届いていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口での特定健診受診勧奨の継続 ・健診対象年齢到達者へ健診の必要性について周知の継続 ・60歳未満の男性への特定健診受診勧奨の強化
40歳未満の特定健診に準じた検査について節目年齢および国保加入時に周知を図ってきたが受診者数は減少傾向にある。	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診に準じた検査の周知 ・若年者が健診を受けやすい環境づくり
特定保健指導対象者について優先順位を付け、ハイリスク者や新規対象者への介入の強化が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・重点対象者に対するより手厚い特定保健指導の実施 ・保健指導利用者の利便性の向上
保健指導対象者の減少や体重減少3%をクリアする者の割合が上昇しているが目標まで達していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・結果の出る保健指導を目指し、指導スタッフの質の維持向上を図る
二次健診の実施率が低下している。	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の実施率向上に向けた取組の実施
未治療者受療勧奨は早期に行う体制を整えることができたが、受療勧奨後レセプトが確認できなかった者へのフォロー体制が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・受療勧奨後、受診につながらない者へのフォロー体制の整備
糖尿病治療中者に対する継続支援の参加者数が横ばいであるが、継続的に支援することで参加者の多くはHbA1cが1%以上改善するという効果が出ている。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関からの対象者紹介体制の検討 ・継続支援実施前後および実施中の医療機関との連携 ・支援終了後のフォロー体制について検討する
人工透析に至った経緯等の聞き取りが不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・新規人工透析導入者の実態把握の継続と課題の整理
薬剤重複者に対する保健指導は実施しているが、多剤服用者や頻回受診者への取組は未実施である。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤重複者に加え、多剤服用者や頻回受診者への取組方法の検討
ジェネリック医薬品の使用割合が県平均よりも低い状況が続いている。	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品利用促進に関する啓発の強化
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業は市内での情報共有ができる体制が整っているが、事業の連携について検討段階である。	<ul style="list-style-type: none"> ・切れ目のない保健事業が行えるよう事業連携について検討する

第4章 健康・医療情報等の分析と健康課題の抽出

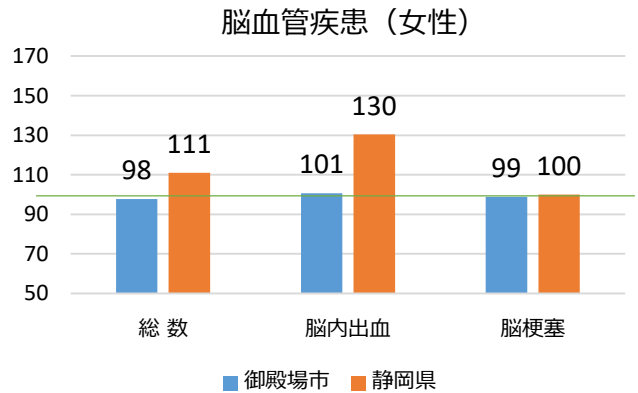
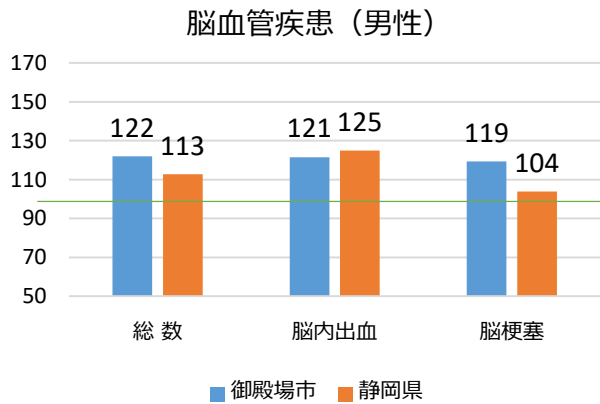
1. 健康・医療情報等のデータ分析

図表 1	標準化死亡比	出典	・人口動態特殊統計(H25-H29年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・全死因と悪性新生物では男女ともに標準の100を下回っている。心疾患、脳血管疾患は男性で高く、女性はほぼ平均である。 ・脳血管疾患は男性が122と高く、女性は平均的である。内訳をみると男性の脳内出血は121、脳梗塞119とどちらも高い。 ・心疾患は男性が116と高く、急性心筋梗塞135、心不全149とどちらも高い。女性の急性心筋梗塞は低く、心不全がやや高いが全体では低めである。 		

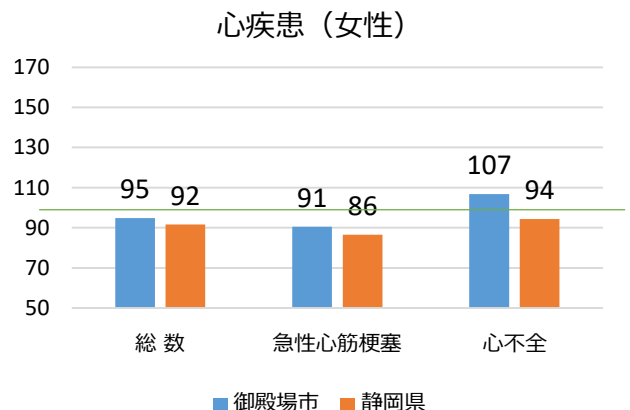
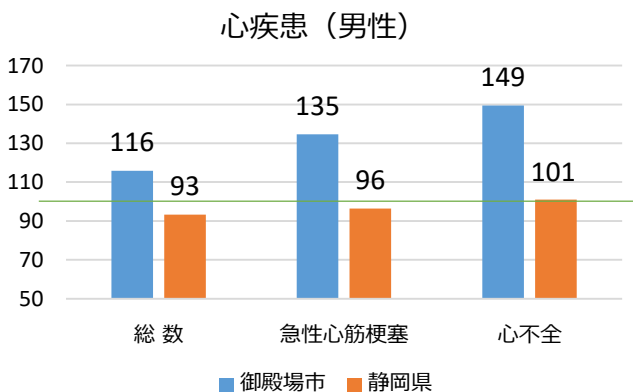
○男女別標準化死亡比



○脳血管疾患標準化死亡比



○心疾患標準化死亡比



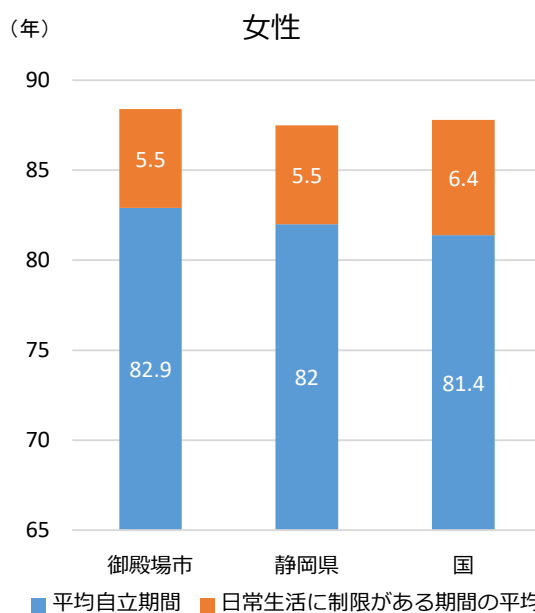
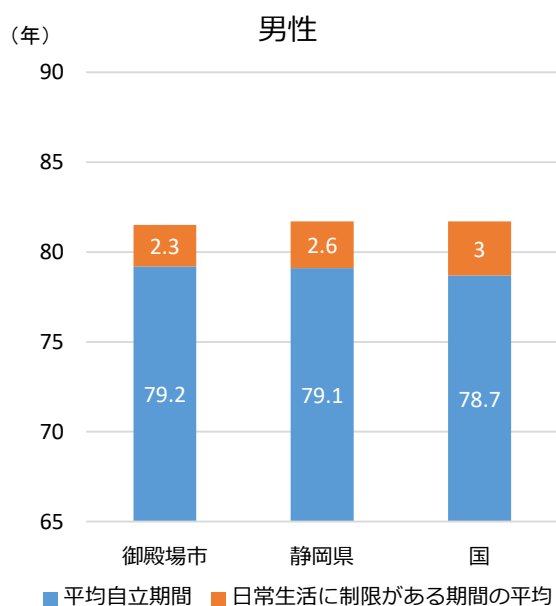
図表2	平均余命と平均自立期間 日常生活に制限がある期間の平均	出典	・KDB 地域の全体像の把握(R4年度)
データ 分析の 結果	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命は男性81.5歳、女性88.4歳で男性は県・国と同程度で、女性は上回っている。 ・要介護2以上の認定を受ける前までの健康で自立した期間である平均自立期間は、男性が79.2歳で県と同程度で国より上回っている。女性は82.9歳で、県・国よりも上回っている。 ・日常生活に制限がある期間の平均は、男性は県より0.3歳、国より0.7歳短く、女性は県と同じで国より0.9歳短い。 		

○平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均（R4年度）

区分	男性			女性		
	平均余命	平均自立期間	日常生活に制限がある期間の平均	平均余命	平均自立期間	日常生活に制限がある期間の平均
御殿場市	81.5	79.2	2.3	88.4	82.9	5.5
県	81.7	79.1	2.6	87.5	82.0	5.5
国	81.7	78.7	3.0	87.8	81.4	6.4

※平均自立期間：要介護2以上の要介護認定を受ける前までの健康で自立した期間

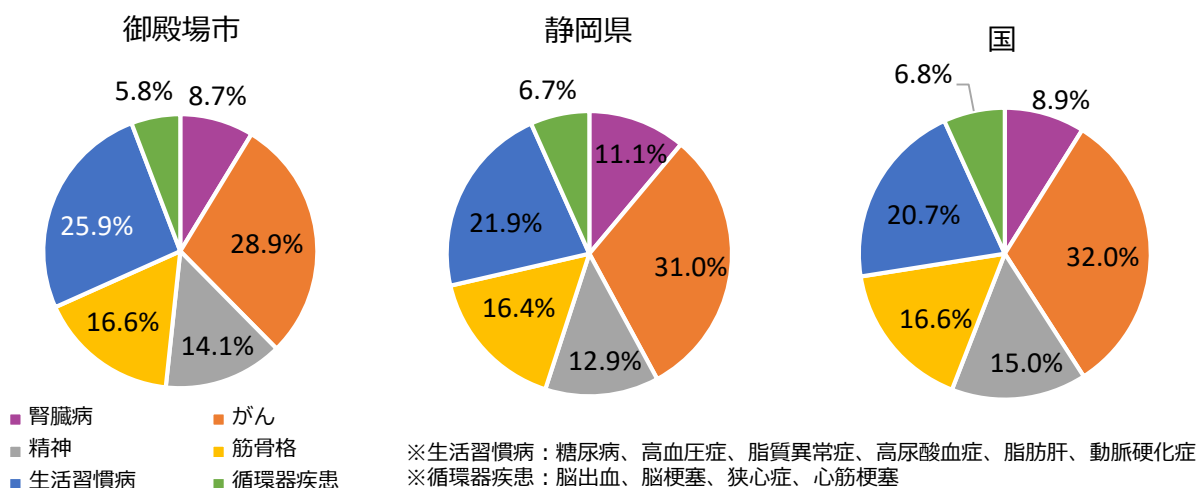
(単位：年)



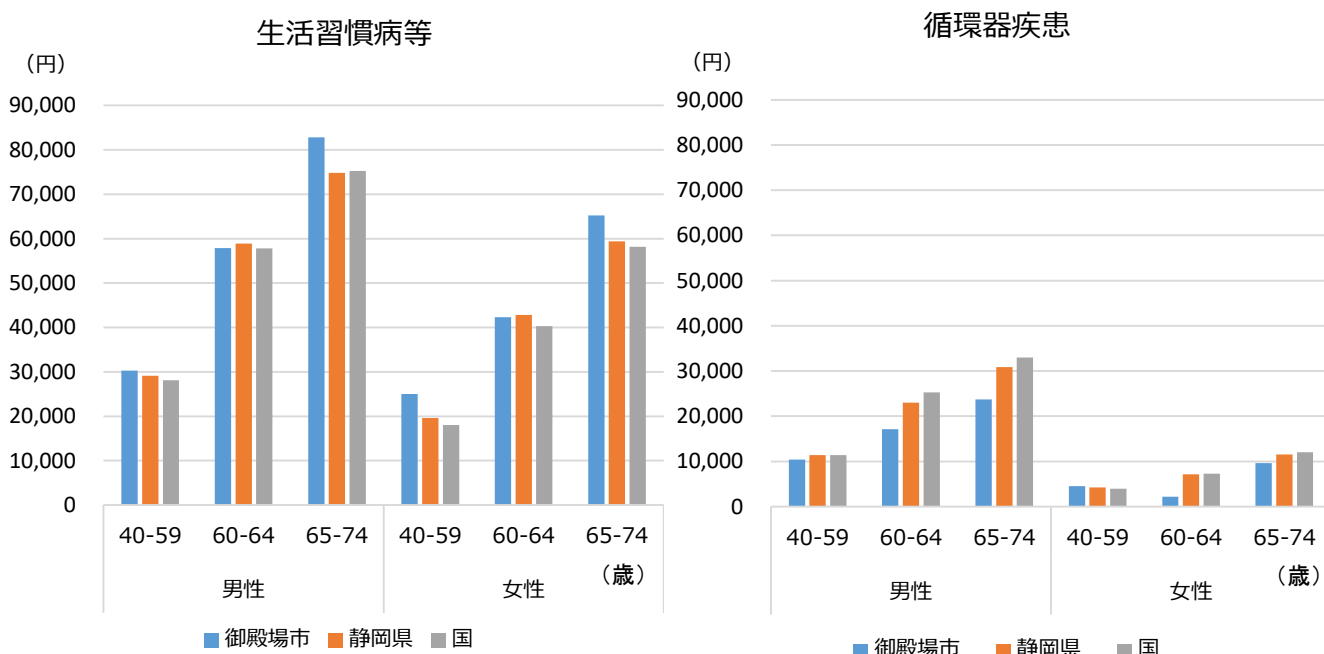
(単位：年)

図表3	医療費の状況	出典	・KDB 地域の全体像の把握(R1- R4年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病等の医療費割合(25.9%)は国(20.7%)や県(21.9%)と比較して高い。 循環器疾患の医療費割合(5.8%)は国(6.8%)や県(6.7%)よりやや低めである。 生活習慣病等の一人当たり医療費は男女ともに県や国と比較して同程度かやや高い。循環器疾患医療費は男女ともに県や国より低い傾向である。 脳出血、脳梗塞医療費の割合(2.1%)は県(4.0%)と比較して低い。一方、虚血性心疾患(3.7%)は県(2.7%)を上回っている。透析(8.1%)は県(10.6%)と比較すると低いが、国と同程度である。 糖尿病、高血圧、脂質異常の医療費は県や国よりも高い。 人工透析の医療費割合(8.1%)は県より低く、国と同等である。 御殿場市の生活習慣病等の医療費割合を見ると、高血圧、糖尿病、脂質異常は県や国よりも高い。高血圧と糖尿病は県や国が減少または横ばいであるが、御殿場市は上昇傾向にある。透析は県より低く、国とほぼ同じ水準で横ばいとなっている。 		

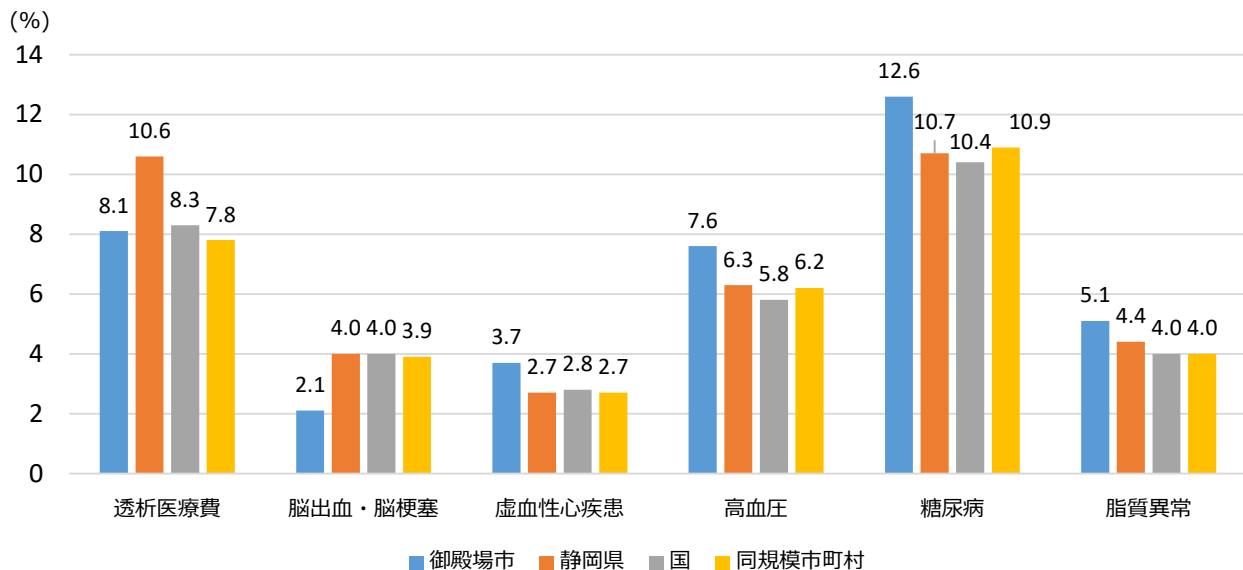
○医療費の状況 (R4年度)



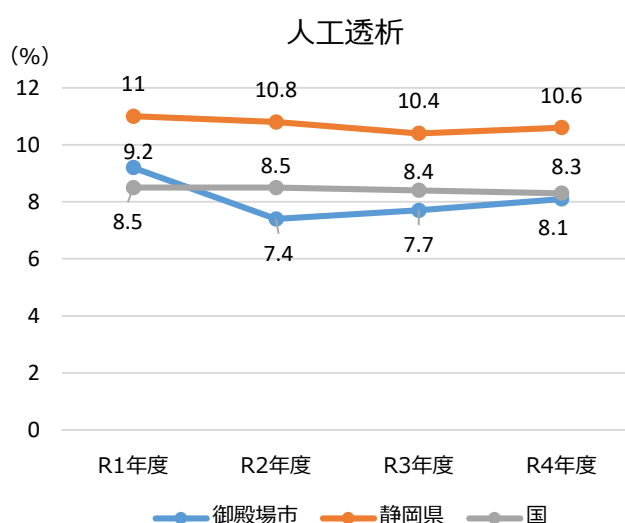
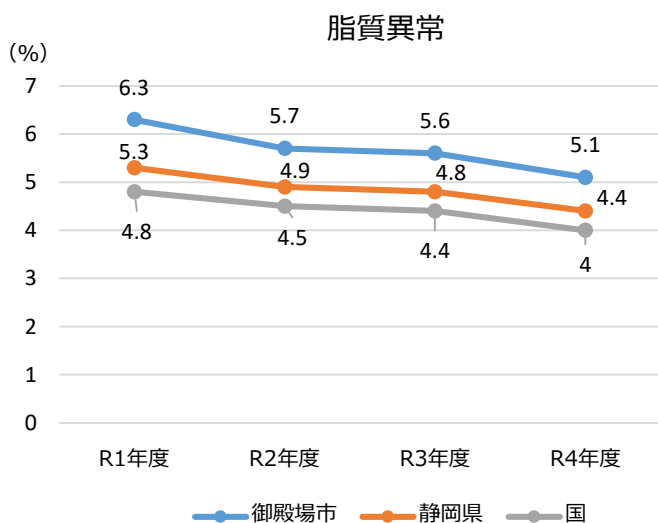
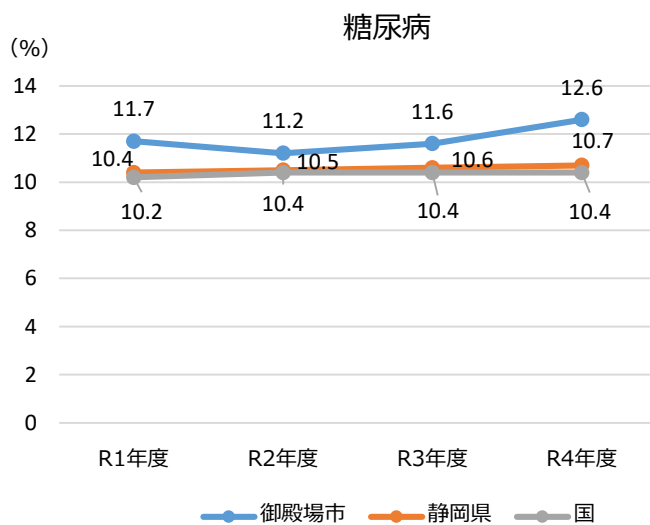
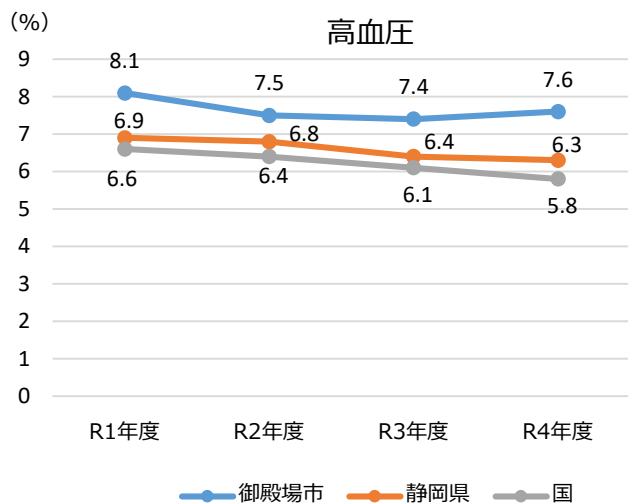
○生活習慣病等の1人当たり医療費の状況 (R4年度)



○生活習慣病等の医療費の状況（R4年度）

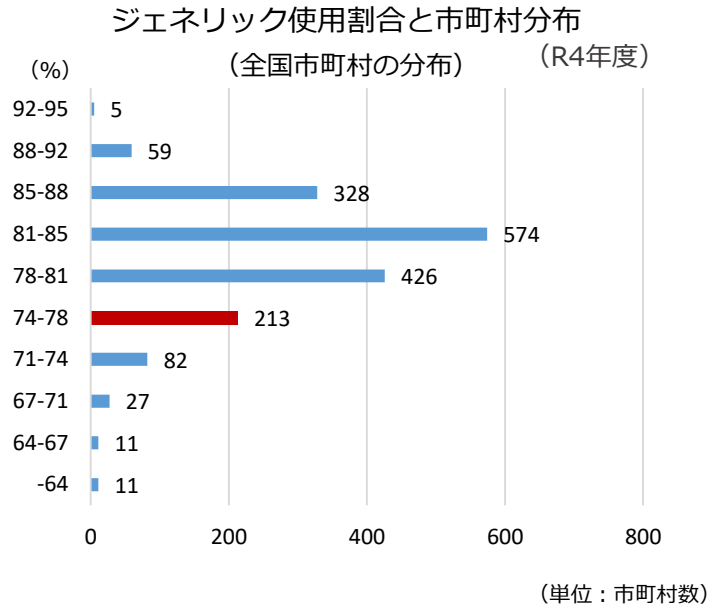
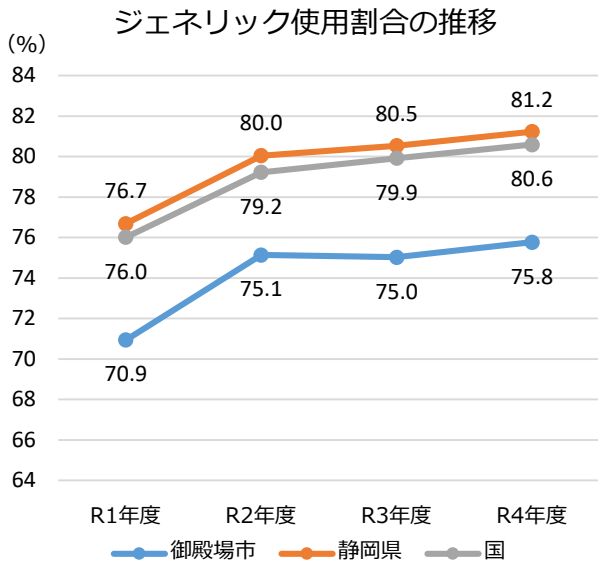


○御殿場市の生活習慣病等の医療費割合の推移



図表 4	ジェネリック医薬品使用割合	出典	・厚生労働省 保険者別後発医薬品使用割合(R1-R4年度)
データ 分析の 結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品使用割合は75.8%(R4年)であり、国80.6%や県81.2%と比較して5%程度低い。 ・使用割合を全国的に見ても平均より低い。しかし、県や国と同じく上昇傾向にある。 		

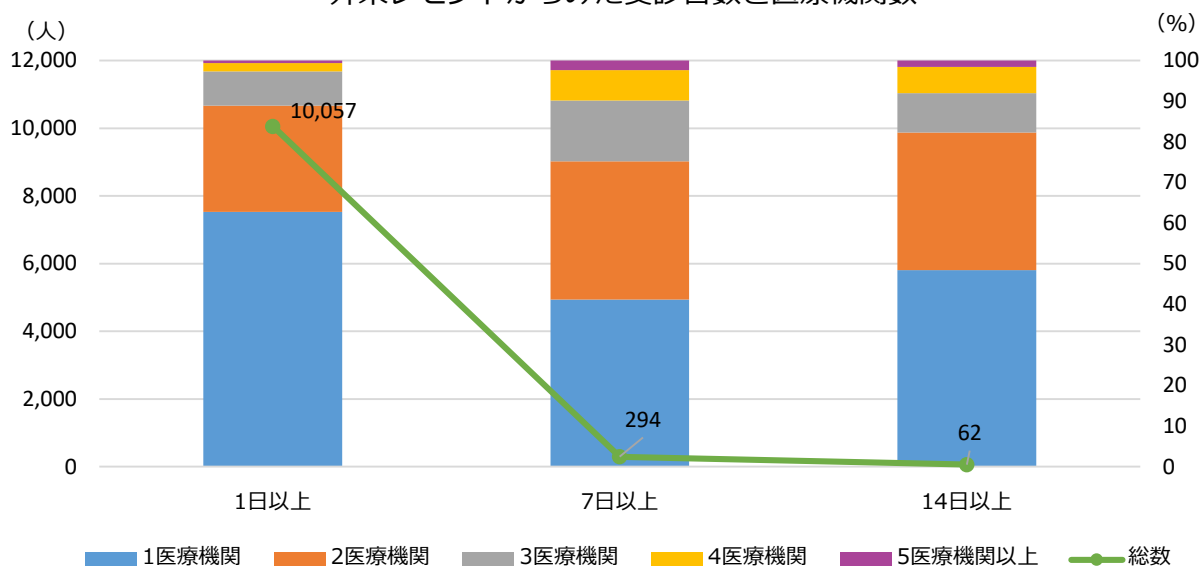
○ジェネリック医薬品使用割合



図表5	重複頻回受診、多剤服用者の状況	出典	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB 重複・頻回受診の状況(R4年3月) ・KDB 重複・多剤処方者の状況(R4年3月)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月に7日以上受診している者は2.8%で、14日以上受診している者は0.6%である。 ・14日以上を受診では、1~2医療機関が約8割を占めている。 ・1か月の処方から見た多剤服用者の状況では、7剤未満が83.9%を占めている。11剤以上服用している者は全体の5.7%を占め、15剤以上は全体の1.3%である。 		

○重複頻回受診者の状況

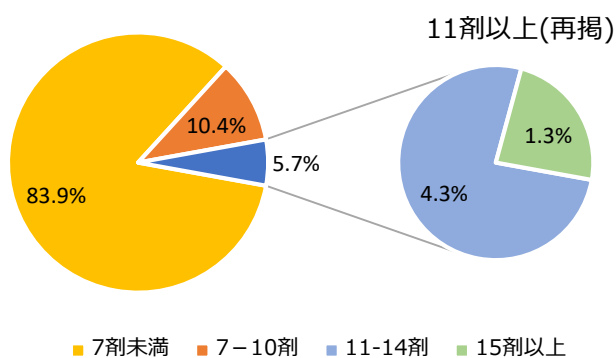
外来レセプトからみた受診日数と医療機関数



出典：KDB重複・頻回受診の状況(R4年3月)

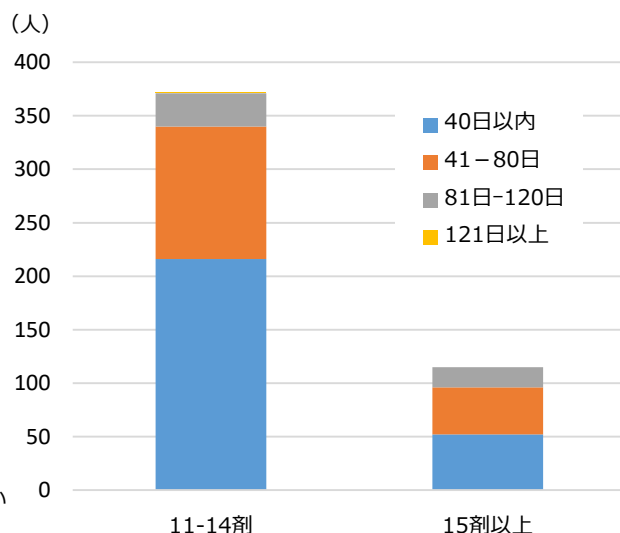
○多剤服用者の状況

処方剤数別の頻度



※小数点第2位を四捨五入しているため、割合の合計が一致していない

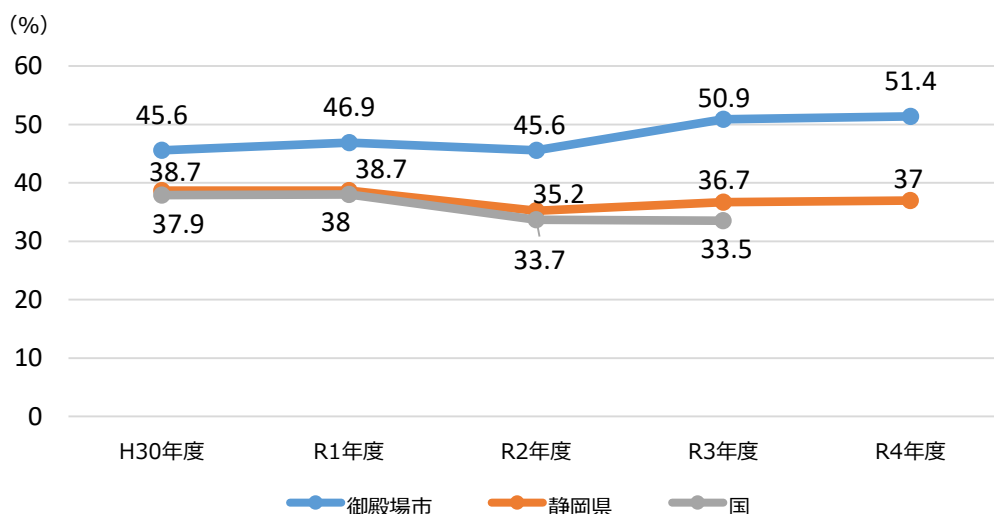
処方剤数別の処方日数別頻度



出典：KDB重複・多剤処方の状況(R4年3月)

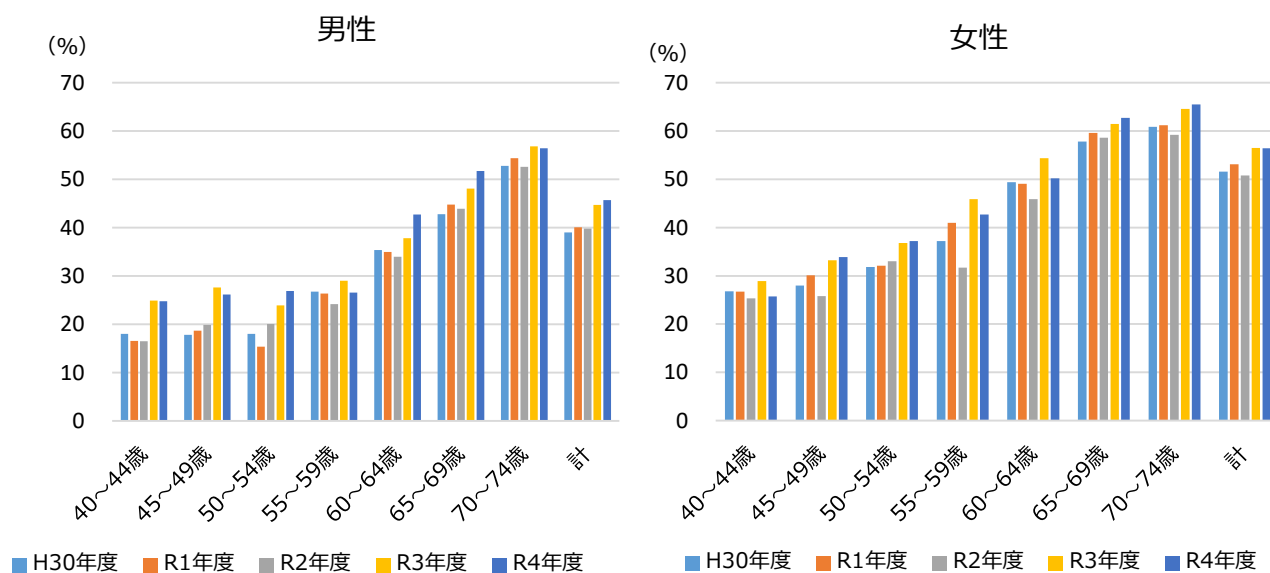
図表6	特定健康診査	出典	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等実績報告 ・独自解析特定健診結果(H30-R4年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率はH30年度からR2年度までは横ばいであったが、R3年度から50%を超え、R4年度には51.4%で県内1位の受診率となった。 ・女性の受診率はすべての年齢層で男性より高く、年齢とともに受診率が高くなる傾向が見られる。男性は60歳未満の働き世代の受診率が低い。60歳以降は男女ともに高くなる。 ・男女別年齢階級別受診率は、R1年度に受診率が低い傾向が見られた男性の50-54歳の年齢層について受診勧奨を強化したところ、5年後の55-59歳の受診率は大きく伸び、他の年齢層との差は減少しており、対策効果が上がったと考えられる。 ・過去3年間の受診状況では、R2年度とR4年度で比較すると、3年連続受診者割合が男女ともに増加している。3年連続未受診者割合が男女ともに減っており、受診率の底上げにつながっている。 ・年齢階級別の3年間の受診状況を見ても、3年連続受診者の割合はどの年齢層でも高くなっており、65歳以上では47.6%を占めている。 ・加入年齢別の受診状況では、40歳未満で加入した者はすべての年齢階級で最も受診率が低く、60歳を過ぎて加入した者の受診率はいずれも高い。 ・R4年度加入翌年の受診率は60-64歳のみ高いが、R2年度と比較するとすべての年齢階級で上昇している。 		

○特定健診受診率の推移



出典：特定健診等実績報告

○男女別年齢階級別の受診率の推移

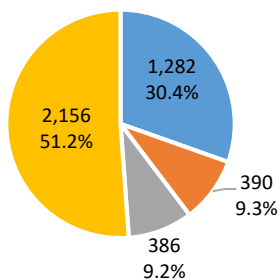


出典：特定健診等実績報告

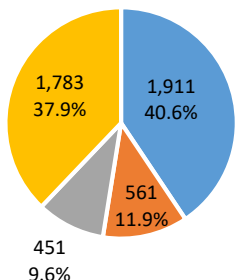
○過去3年間の受診状況

■ 3年連続受診 ■ 3年中2回受診 ■ 3年中1回受診 ■ 全て未受診

H30-R2年度 男性

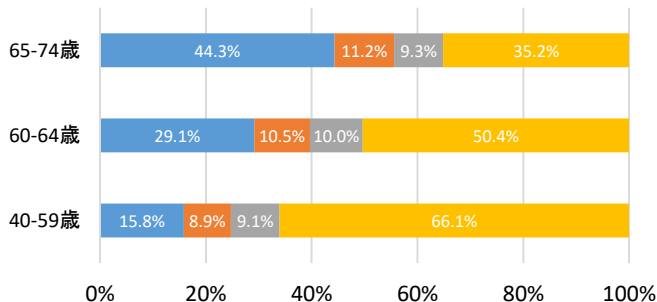


H30-R2年度 女性

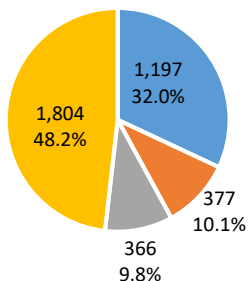


(単位：人、%)

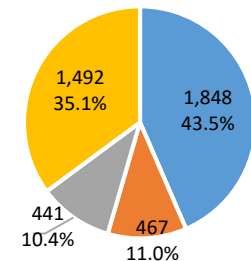
H30-R2年度 年齢階級別受診状況



R2-R4年度 男性

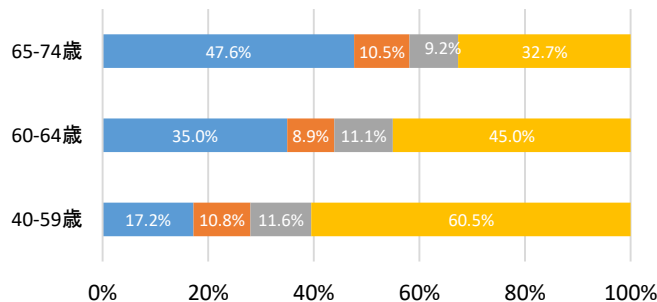


R2-R4年度 女性



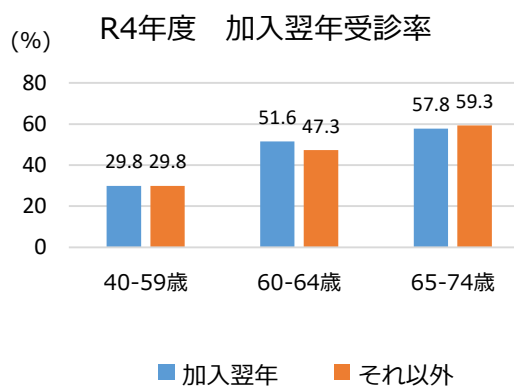
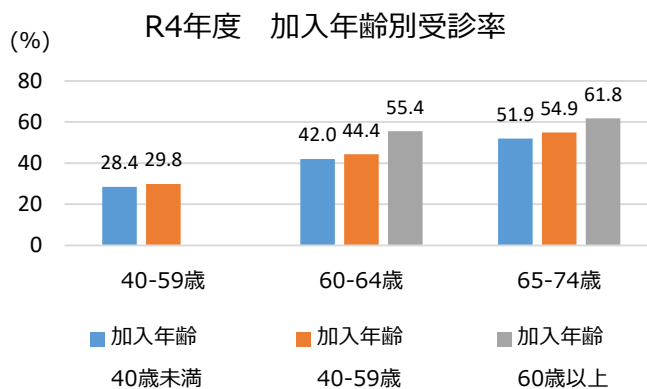
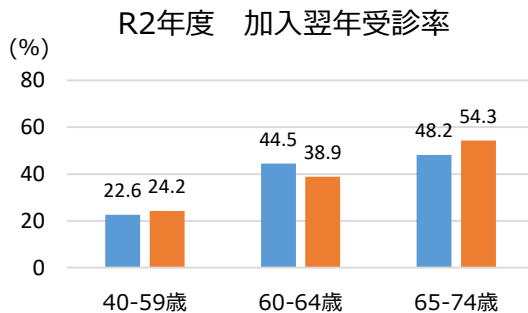
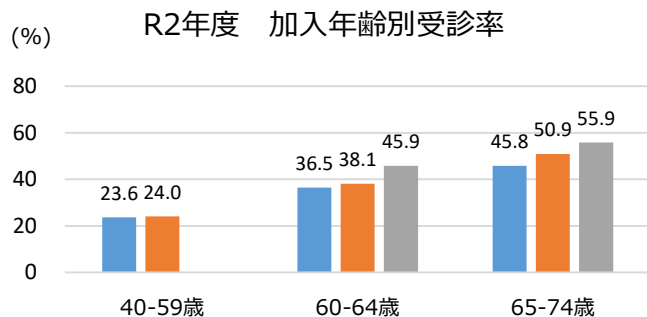
(単位：人、%)

R2-R4年度 年齢階級別



出典：独自解析特定健診結果（H30年度-R4年度）

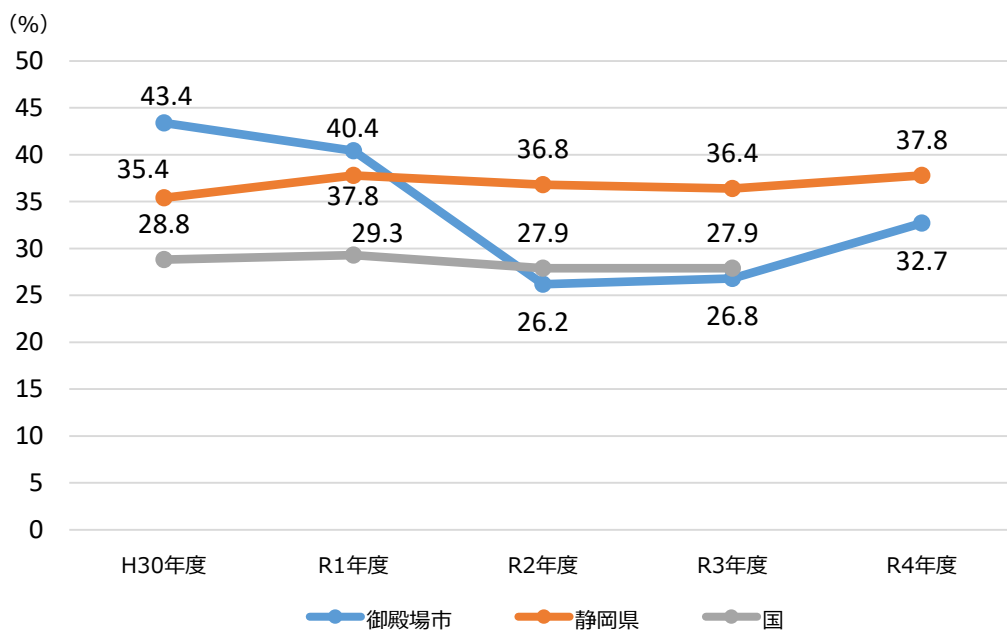
○加入年齢別受診率と加入翌年の受診率



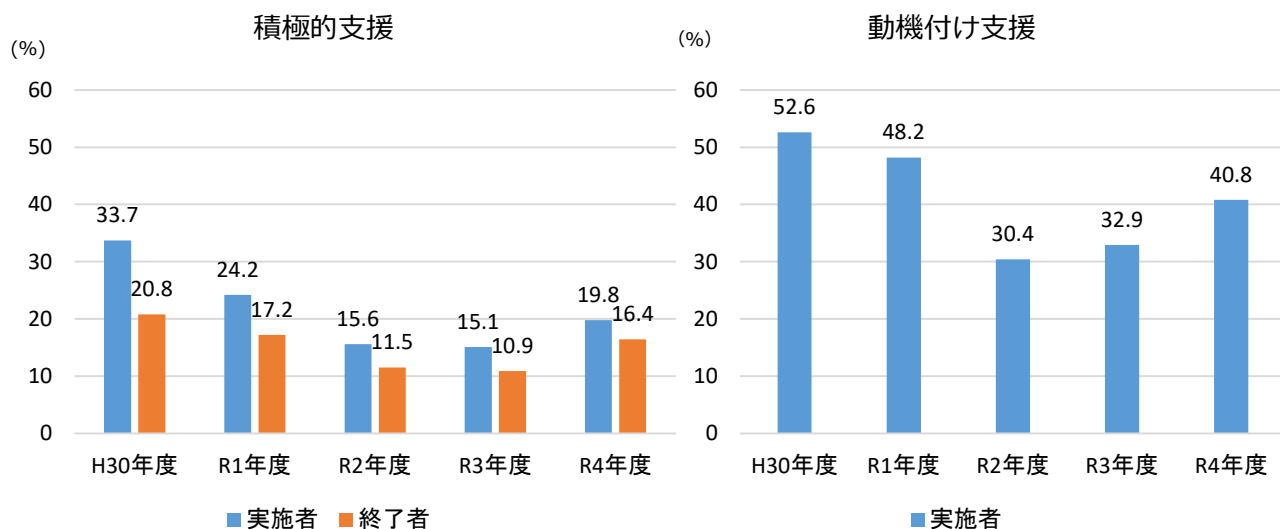
出典：独自解析特定健診結果（H30年度-R4年度）

図表7	特定保健指導の実施状況	出典	・特定健診等実績報告
データ分析の結果	<p>・H30年度は43.4%の実施率であったがR2年度に26.2%に低下、R4年度は32.7%まで上昇した。しかし、県平均には届いていない。</p> <p>・特定保健指導の実施者の推移では、積極的支援はR2年度以降、利用者と終了者の差が少なくなってきた。動機付け支援の実施者割合もR2年度以降上昇傾向にある。</p>		

○特定保健指導実施率の推移



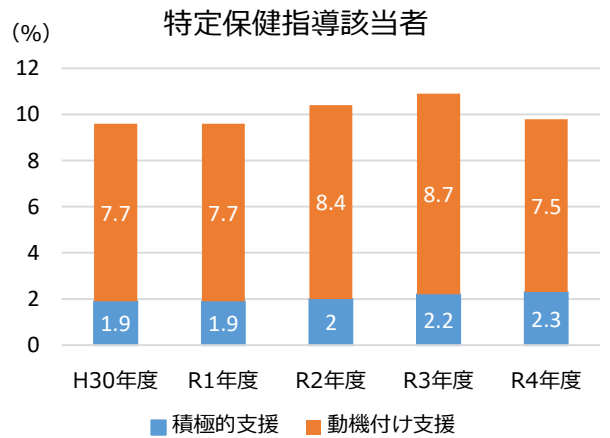
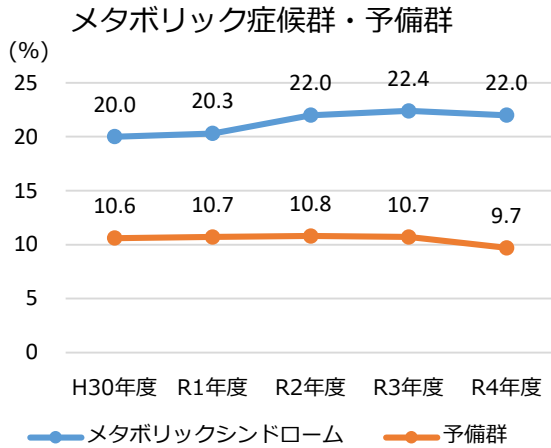
○特定保健指導実施者の推移



※積極的支援は生活習慣の見直しを行い、6か月間継続的に支援するプログラム。実施者は支援を1回以上受けた者で、終了者は途中で資格喪失等なく最後までプログラムを終了した者のこと。

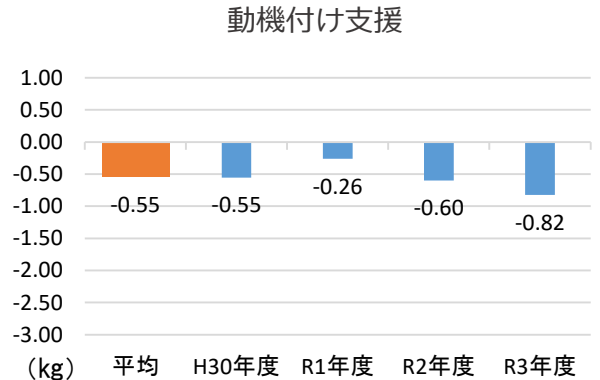
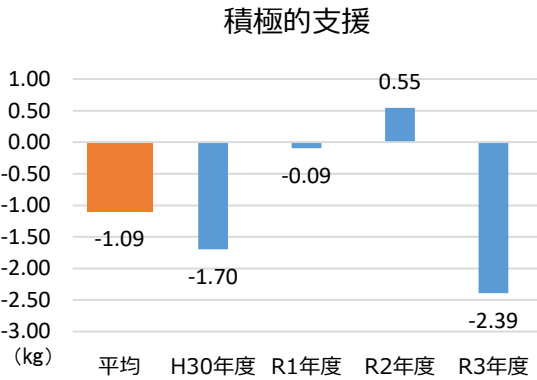
図表8	特定保健指導の効果	出典	・特定健診等実績報告 ・独自解析特定健診結果(H30-R4年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当率はH30年度(20.0%) R4年度(22.0%)と徐々に増加傾向にある。特定保健指導該当者はR3年度にかけて上昇傾向にあったが、R4年度(9.7%)とH30年度と同程度まで低下した。 ・積極的支援の翌年の健診結果から見た体重変化は年度間の差が大きく、平均で1.09kg減少となっている。動機付け支援では平均で-0.55kgだが、直近の年度では-0.82kgと減少が大きくなっている。 ・保健指導実施者で翌年の健診での体重減少が3%以上あった者は、積極的支援で14%から50%と幅があるが動機付け支援では25%程度と一定していた。 ・保健指導による保健指導対象者の減少率は25%程度でほぼ横ばいであった。 ・受療勧奨値を超える者への保健指導の実施率はR2年度(30.4%)からR4年度(39.6%)と年々上昇している。 		

○メタボ・メタボ予備群該当者、特定保健指導該当者の推移



出典：特定健診等実績報告

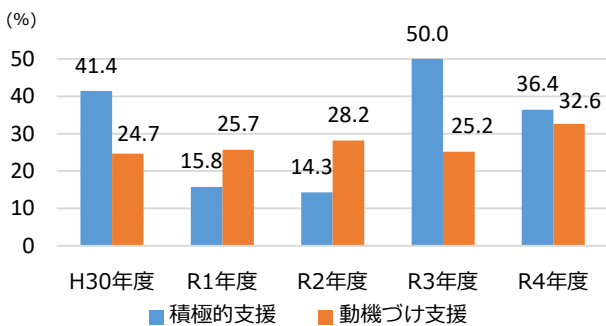
○特定保健指導実施者の体重変化



出典：独自解析特定健診結果 (H30年度-R4年度)

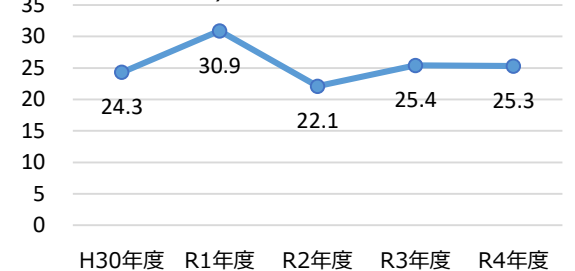
○特定保健指導の効果と実績

保健指導実施者のうち体重減少3%以上の者の割合



出典：独自解析特定健診結果 (H30年度-R4年度)

保健指導による保健指導対象者の減少率
(保健指導を受けた結果、翌年の健診で保健指導対象者が減少した割合)

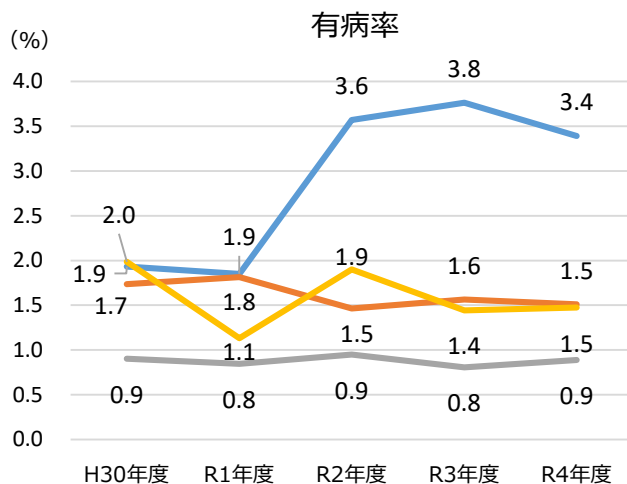
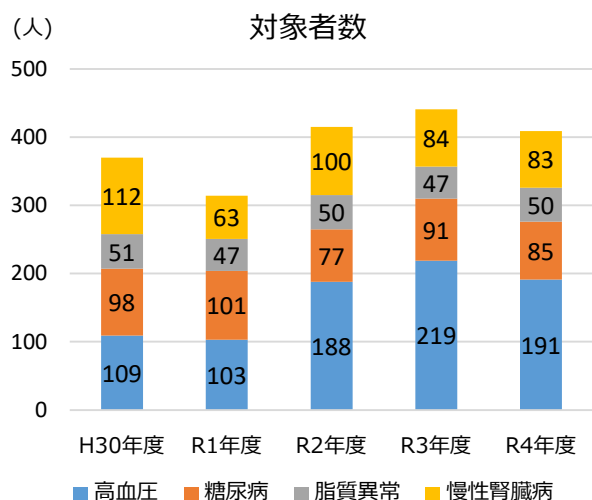


出典：特定健診等実績報告

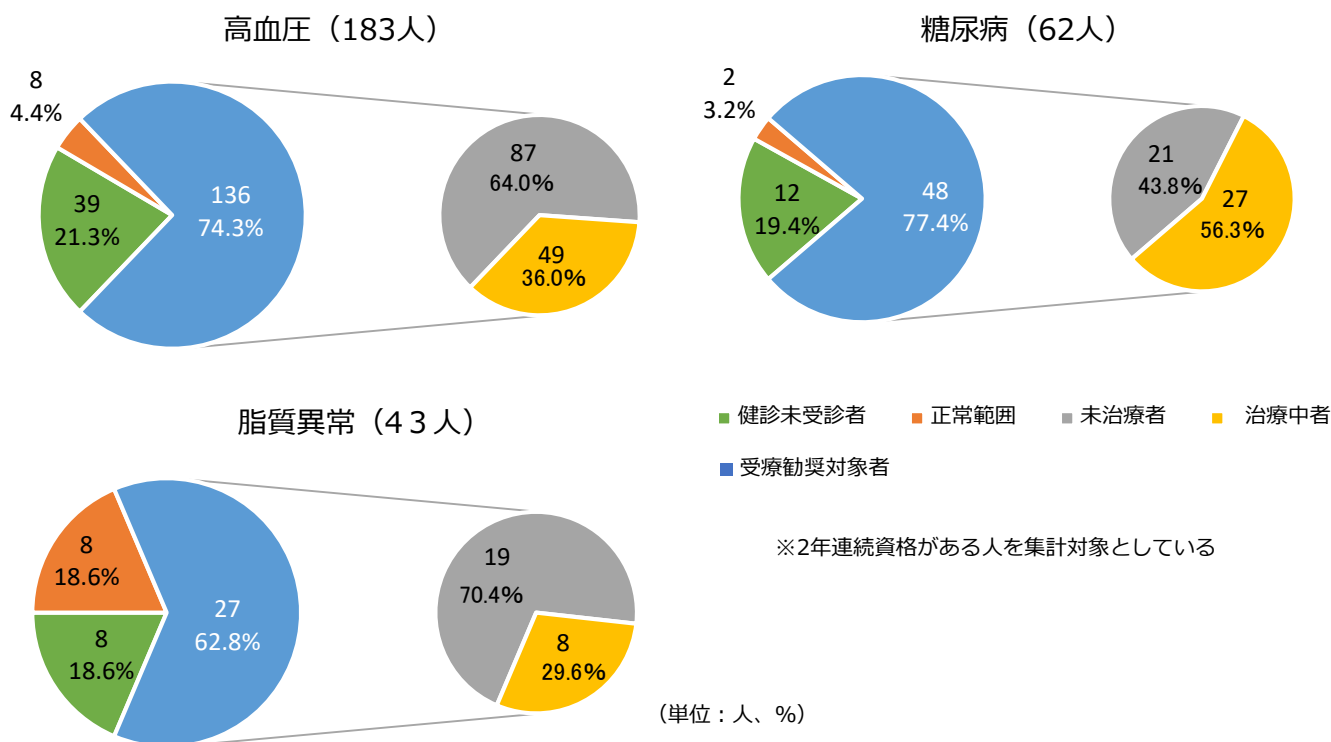
	R2年度	R3年度	R4年度
受療勧奨値を抱える者への保健指導実施率	30.4%	36.7%	39.6%

図表9	生活習慣病未治療者対策	出典	・独自解析特定健診結果(H30-R4年度)
データ分析の結果	<p>・高血圧では受療勧奨者がH30年度の109名からR4年度の191名と増加している。糖尿病は100名前後でほぼ一定となっている。脂質異常、慢性腎臓病もほぼ横ばいとなっている。高血圧に着目した事業の推進が課題である。</p> <p>・受療勧奨した者について翌年の健診結果と治療の有無を確認したところ、翌年度の健診結果でも受療勧奨値であった者は高血圧は74.3%、糖尿病77.4%、脂質異常62.8%であった。そのうち治療している者の割合は、高血圧36.0%、糖尿病56.3%、脂質異常29.6%であり、特に糖尿病で受療勧奨効果が高い。</p>		

○高度異常値で服薬していない受療勧奨対象者

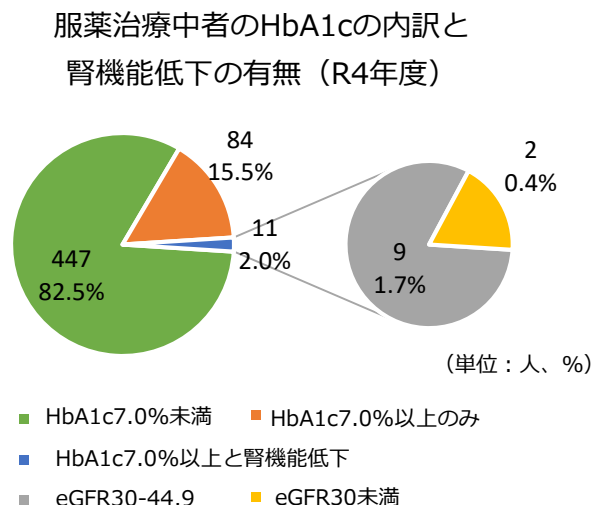
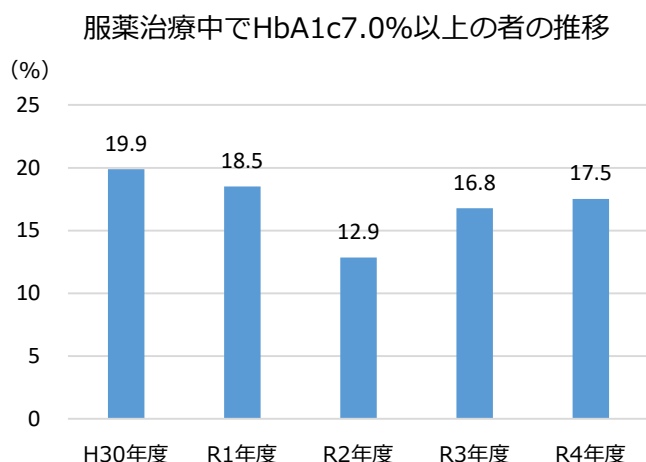


○R3年度に受療勧奨した人のR4年度健診結果と治療状況



図表10	糖尿病治療中者の状況 ※特定健診の問診において糖尿病に関する内服が「あり」と回答した者	出典	・独自解析特定健診結果(H30-R4年度)
データ分析の結果	・糖尿病治療中だが検査数値が高くコントロールが不良(HbA1c 7.0%以上)の者の割合は、H30年度(19.9%) R4年度(17.5%)と減少傾向にある。 ・糖尿病治療中者のうち82.5%はHbA1c7.0未満でコントロール良好、17.5%がコントロール不良であった。糖尿病治療中者全体の2.0%に腎機能低下(eGFR45未満)がみられる。 ・糖尿病者の服薬率は72.1%であった。糖尿病服薬中者のうち、高血圧を合併している者(70.8%)で、そのうち91.9%は高血圧も治療していたが、8.1%は未治療のままであった。糖尿病の合併症には高血圧が大きく関わるため血圧コントロールの重要性を周知する必要がある。		

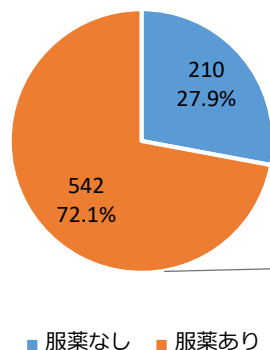
○糖尿病治療中者の状況と腎機能低下の有無



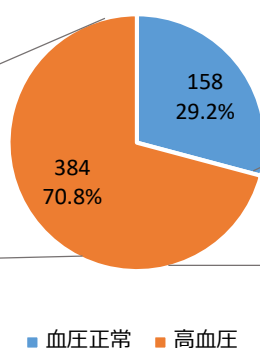
出典：独自解析特定健診結果 (H30年度-R4年度)

○糖尿病の疑いのある者(HbA1c6.5%以上)または糖尿病治療中の者の服薬状況と高血圧治療の有無 (R4年度)

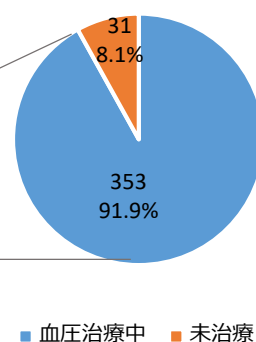
服薬による糖尿病治療の有無の割合
(特定健診の問診項目より)



糖尿病服薬ありの者の
血圧区分



糖尿病服薬ありかつ高血圧者の
高血圧治療状況



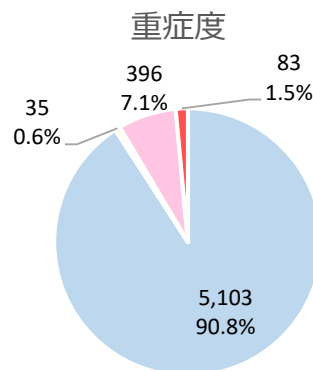
(単位：人、%)

出典：独自解析特定健診結果 (R4年度)

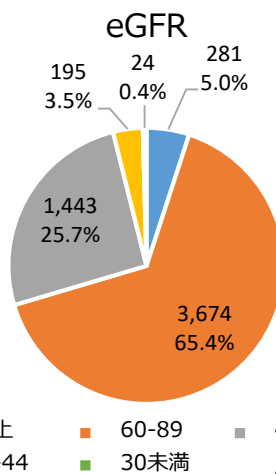
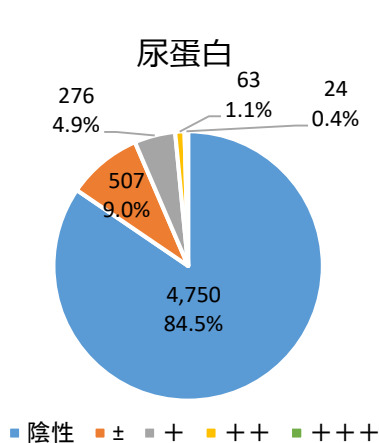
図表11	慢性腎臓病の状況	出典	・独自解析特定健診結果(R4年度)
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・eGFRと尿蛋白から慢性腎臓病リスク区分に分けた。受療勧奨値であるeGFR45未満の者は219人で全体の3.9%、尿蛋白2+以上の者は87人で全体の1.5%であった。 ・eGFRと尿蛋白から慢性腎臓病リスクの重症度を見ると、正常または経過観察90.8%、軽症0.6%、中等度7.1%、重度1.5%であった。全体の1割が慢性腎臓病の可能性があるため啓発が必要である。 ・慢性腎臓病のリスク区分で軽症から重度と区分された者の糖尿病と高血圧の合併状況を見ると、高血圧単独が47.9%、糖尿病単独が5.4%、糖尿病と高血圧を同時に合併している者は20.3%であった。 ・eGFR30未満の者のうち、慢性腎臓病の既往ありと問診において回答した者は66.7%にとどまっており、慢性腎臓病に関する啓発が必要である。 		

○特定健診受診者の慢性腎臓病のリスク区分

			eGFR				
			90以上	60-89	45-59	30-44	30未満
尿蛋白	(-)	4,750	249	3,173	1,183	136	7
	(±)	507	21	317	147	20	2
	(+)	276	11	149	91	23	2
	(2+)	63	0	29	17	8	8
	(3+)	87	24	0	6	5	8
	計	5,620	281	3,674	1,443	195	24
						219	



※尿蛋白とeGFRの測定者は異なる場合があるため、総計は一致しない



■ 正常または要観察 ■ 軽症 ■ 中等症 ■ 重症

軽症：尿蛋白(2+)以上かつeGFR60以上
 中等症：尿蛋白(-)かつeGFR30-44または尿蛋白(±)以上かつeGFR45-59
 重症：尿蛋白(-)かつeGFR30未満または尿蛋白(±)以上かつeGFR44未満

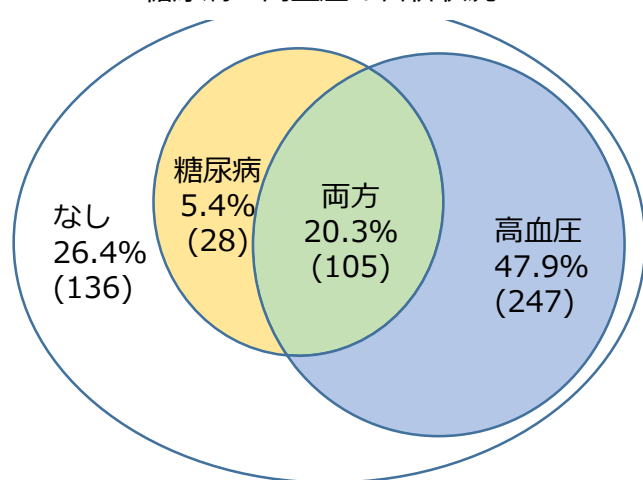
■ 陰性 ■ ± ■ + ■ ++ ■ +++

■ 90以上 ■ 60-89 ■ 45-59 ■ 30-44 ■ 30未満

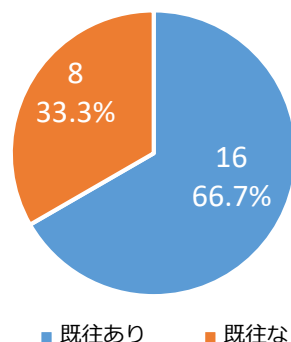
(単位：人、%)

○慢性腎臓病の可能性のある者の糖尿病・高血圧の合併状況と慢性腎臓病の認識割合

糖尿病・高血圧の合併状況



eGFR30未満で慢性腎臓病の既往ありと問診で答えた者の割合

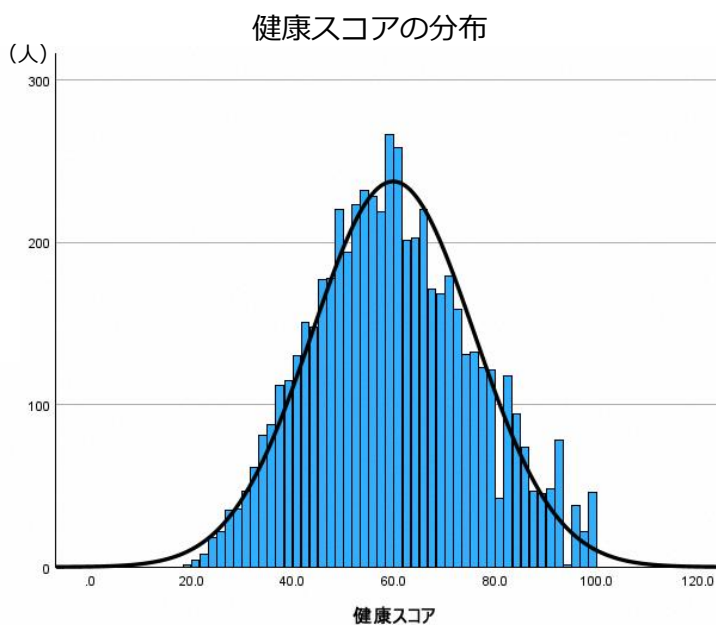
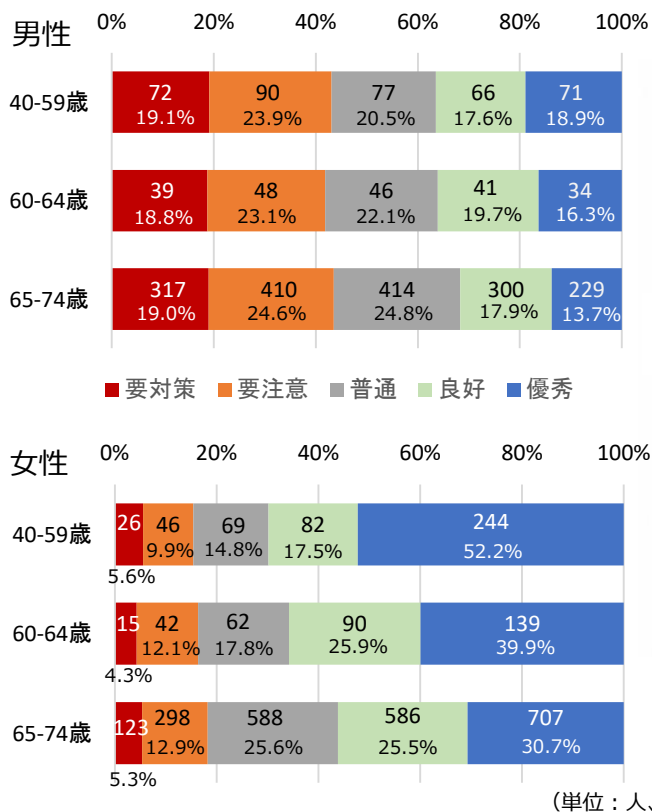


■ 既往あり ■ 既往なし

(単位：人、%)

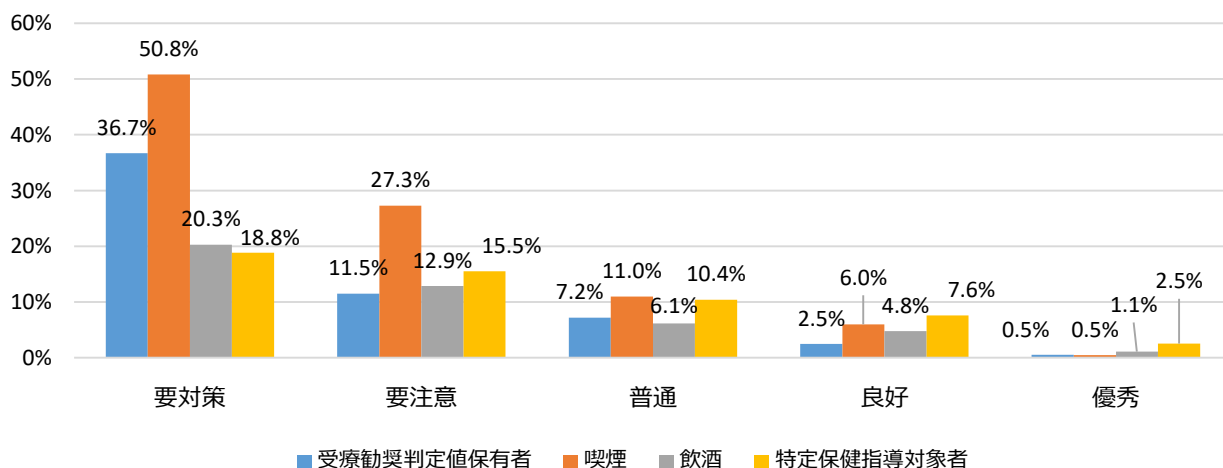
図表12	健康スコアについて	出典	・独自解析特定健診結果(R4年度)
データ分析の結果	<p>・特定健診結果から脳血管疾患・心疾患の起きにくさを点数化した健康スコアの平均は60点であった。男性は女性と比較して点数が最も低い要対策群(40点未満)が4倍も多い。優秀群(70点以上)は女性に多く、女性の60歳未満は52.2%と半数以上を占めている。男女ともに年齢が高くなるとともに優秀群が少なくなる傾向がみられる。</p> <p>・健康スコア5区分別に受療勧奨、喫煙、飲酒及び特定保健指導の対象者の割合をみるとすべてで要対策群の有所見率が最も高かった。特に喫煙と受療勧奨は要対策群の5割、および4割を占めた。</p>		

○健康スコアの分布



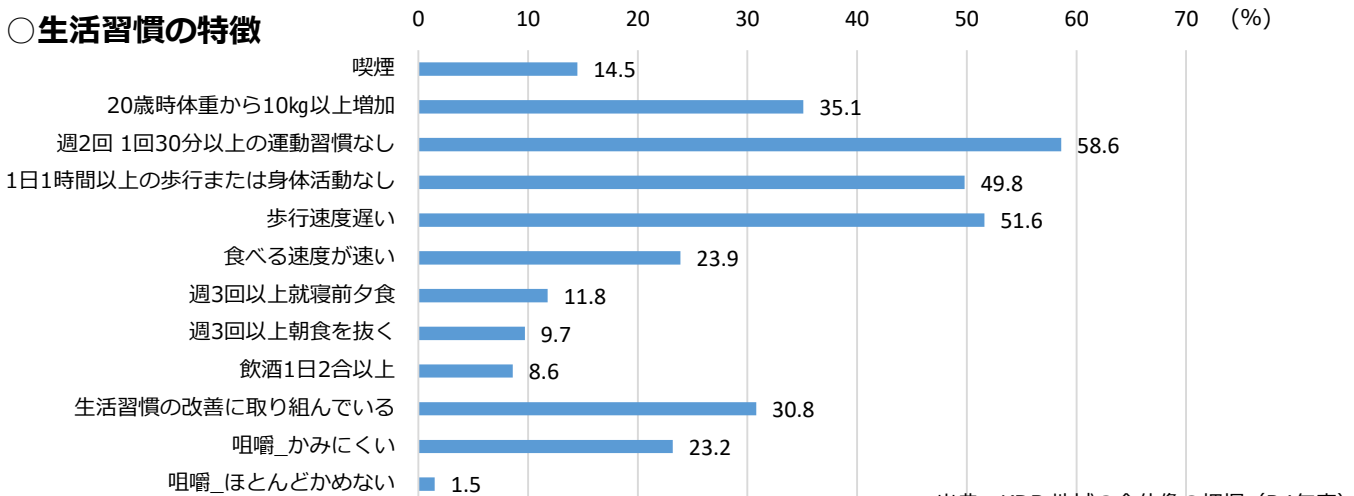
○健康スコア区分別有所見率

健康スコア5区分別の有所見率



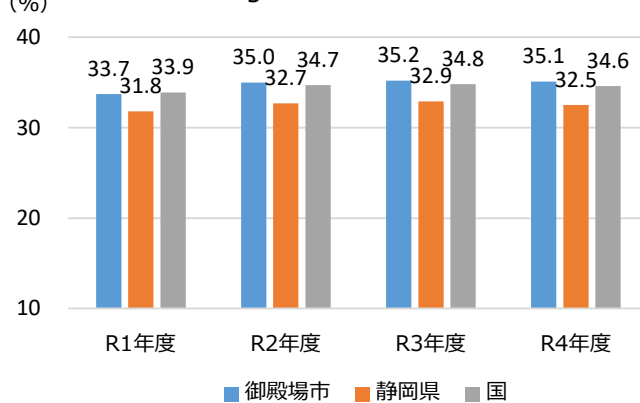
図表13	生活習慣の状況	出典	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB 地域の全体像の把握 (R1-R4年度) ・KDB 健診有所見者状況(R1-R4年度) ・独自解析特定健診結果(H30-R4年度)
データ分析の結果	<p>・体重が20歳時と比較して10kg以上増加した者が35.1%、週2日以上1回30分以上の運動習慣のない者が58.6%、1日1時間以上歩行または同等の身体活動をしていない者が49.8%、歩行速度が遅い者が51.6%であり、体重増加と運動習慣等がない者が多いことが大きな特徴である。</p> <p>・20歳からの体重増加と運動習慣がない者の割合を県と比較すると、20歳からの体重増加は県を上回っており国とは同等である。1回30分以上の運動習慣がない者の割合は県や国と同等で大きな差は見られないが6割程度を占めており課題である。1日1時間以上の身体活動がない者の割合は年度によって差があるが、国と比較すると大きく上回っている。</p> <p>・BMI25以上の肥満者の割合の推移をみると、男性は約35%、女性は約24%で横ばいである。男女ともに県や国よりも割合が高く、肥満者が多い状況である。20歳からの体重増加が多いことや運動習慣等がない者の割合が高いことが肥満の割合を高くしていることが推測されるため、これらに対する対策が必要である。</p> <p>・喫煙率は男性で約25-23%でほぼ横ばいとなっている。女性では約7%が喫煙していた。1回2合以上の飲酒率は男性で約16%-14%とやや低下傾向となっている。女性では2%程度である。</p>		

○生活習慣の特徴



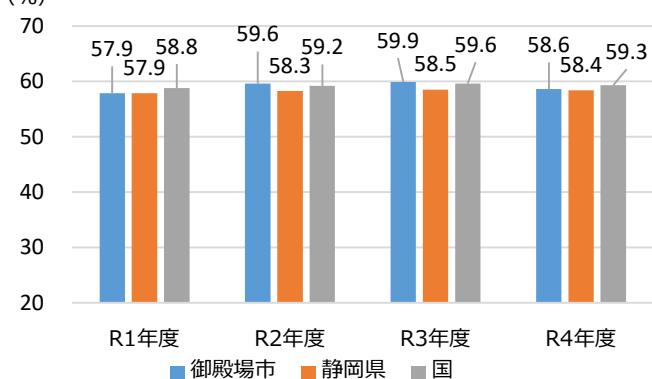
出典：KDB 地域の全体像の把握 (R4年度)

20歳から10kg以上体重増加が「はい」の割合



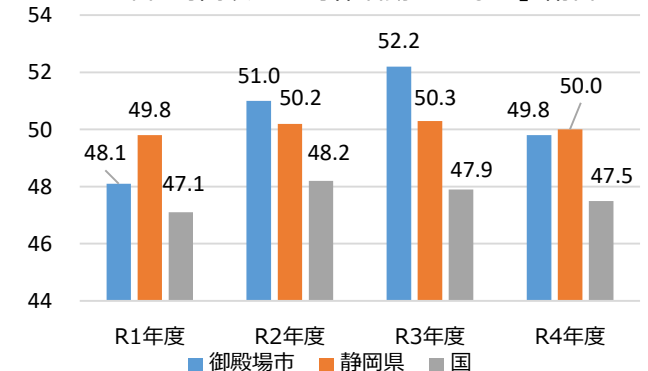
■ 御殿場市 ■ 静岡県 ■ 国

1回30分以上の運動習慣が「ない」の割合



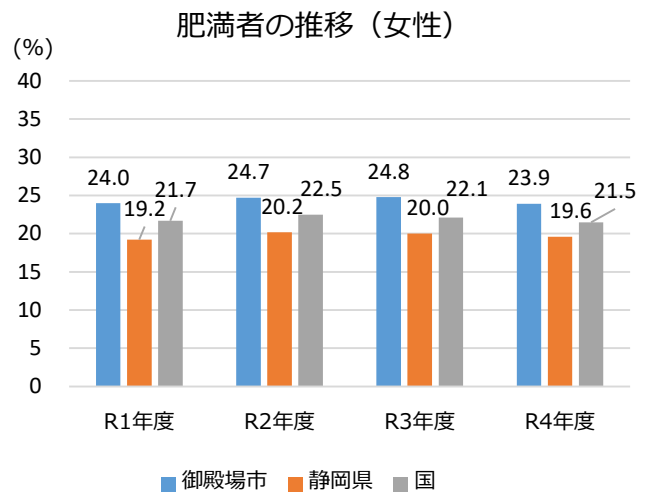
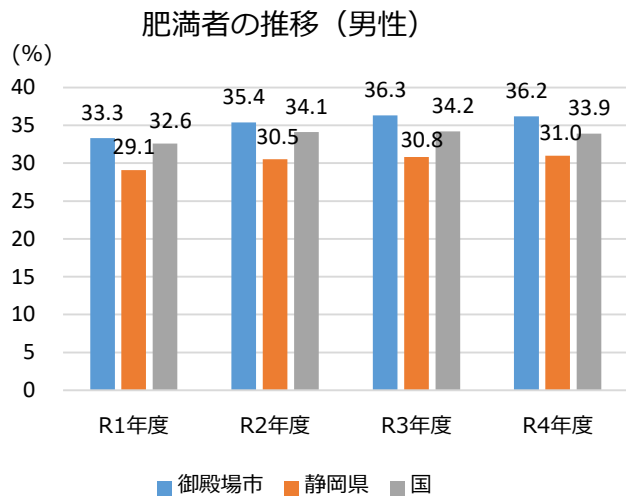
■ 御殿場市 ■ 静岡県 ■ 国

1日1時間以上の身体活動が「ない」割合



出典：KDB 地域の全体像の把握 (R1-R4年度)

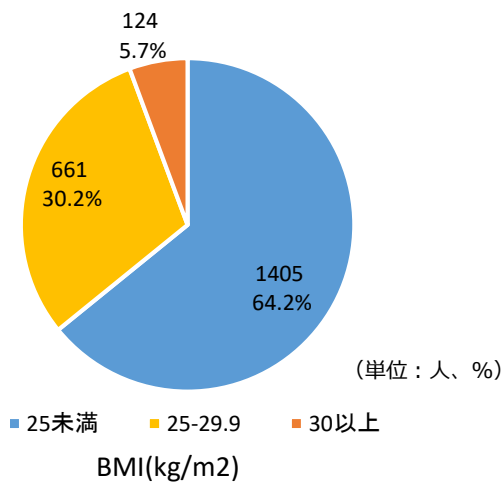
○肥満者（BMI25以上の者）の状況



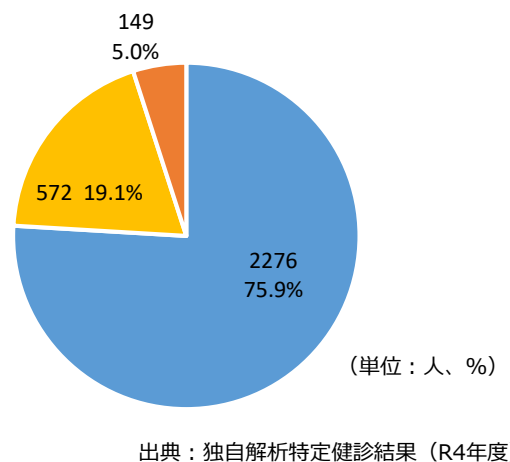
※BMI=体格指数 標準は18.5-24.9で、25以上は肥満と定義されている

出典：KDB 健診有所見者状況（R1年度-R4年度）

肥満者の状況（男性） R4年度

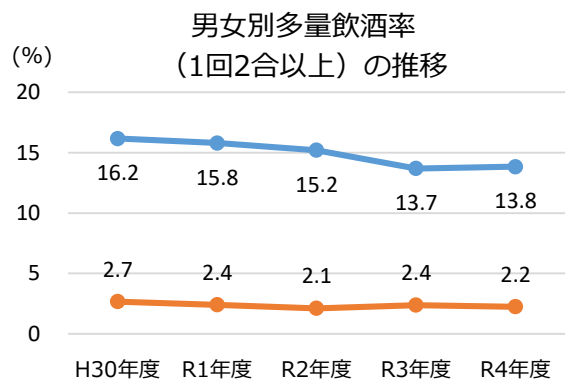
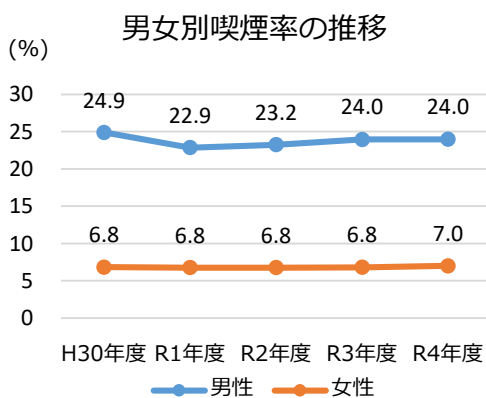


肥満者の状況（女性） R4年度



出典：独自解析特定健診結果（R4年度）

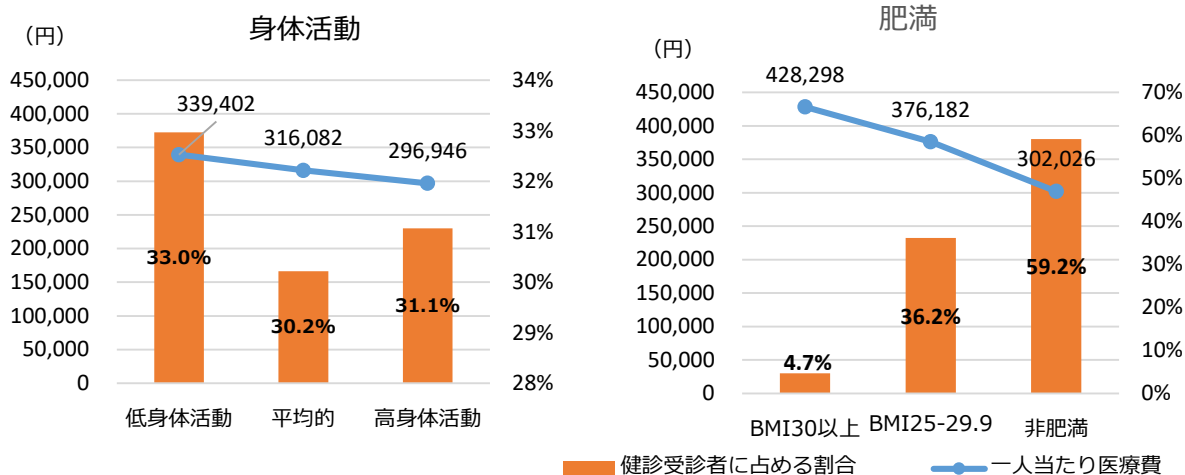
○喫煙率と多量飲酒率の推移



出典：独自解析特定健診結果（H30年度-R4年度）

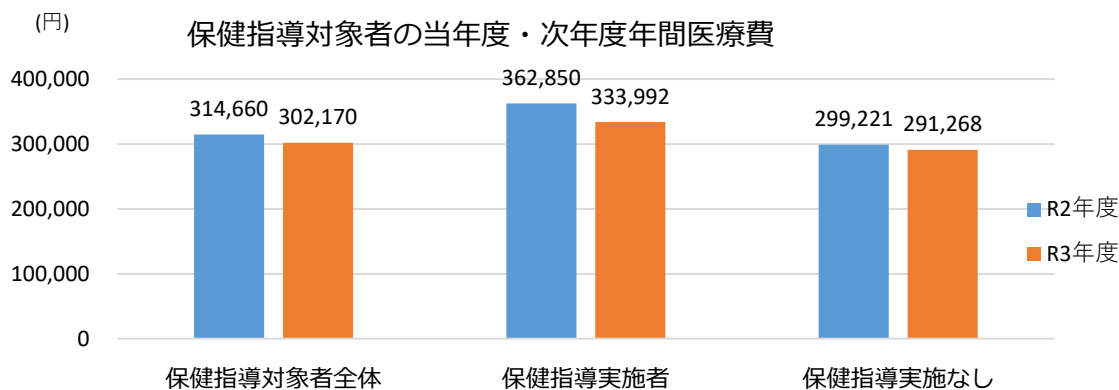
図表14	健診データ・特定保健指導等と医療費	出典	・独自解析特定健診結果(R2-R4年度) ・レセプトデータ(R3年度)
データ分析の結果	<p>・低身体活動者は高身体活動者と比較すると年間の1人当たり医療費が約42,000円高く、BMI30以上の高度肥満者では非肥満者と比較して年間で約126,000円高い。当市は運動習慣がない者と肥満の割合が高いため、これらを改善することで医療費の削減にもつながることが推測される。</p> <p>・令和2年度保健指導対象者の翌年の医療費をみると、全体で約12,500円減少していた。保健指導実施者では約29,000円減少し、保健指導実施なしの者の約8,000円と比較して医療費の減少が顕著であった。</p> <p>・健康スコア5区分別に2年以内の高額医療を起こす率を計算すると、区分が悪くなるほど高額医療の割合が高い傾向が見られた。要対策群は全体の10%を占め、高額医療を起こす割合が優秀群の2倍高かった。</p>		

○身体活動、肥満と医療費の関係

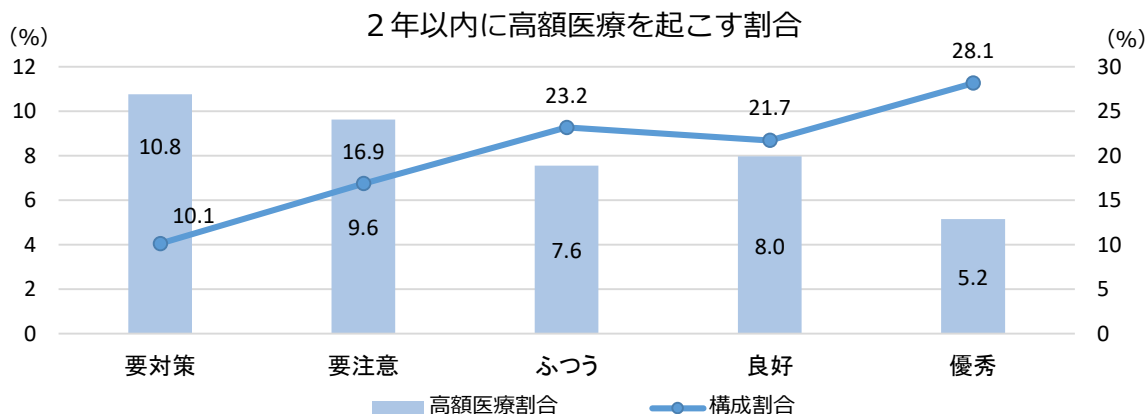


※低身体活動：1回30分以上の運動習慣がないかつ1日1時間以上の身体活動がない者
 平均的：上記のうち、どちらか1項目が該当する者
 高身体活動：上記の2項目とも該当しない者

○特定保健指導実施の有無と医療費の関係



○健康スコア区分と医療費の関係

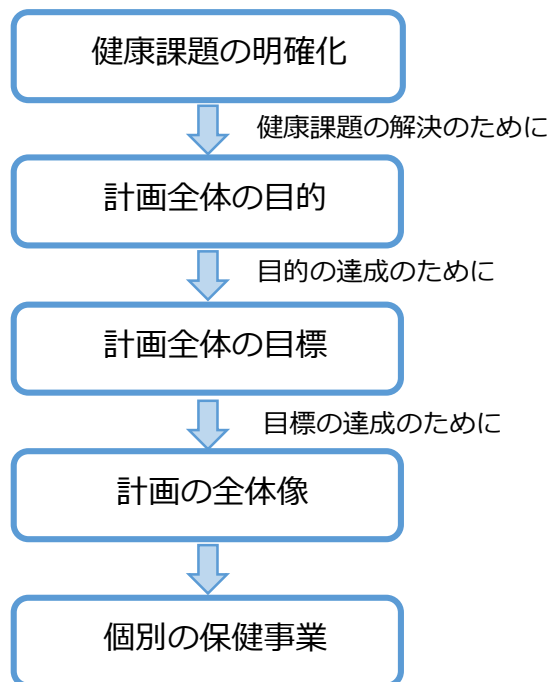


2. 健康・医療情報等データ分析結果から見えた健康課題

健康・医療情報等の分析から見えた課題	➔ 取り組むべき課題の明確化
生活習慣病の医療費が県や国と比べて高い。医療費全体では悪性新生物（がん）に次いで高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の早期発見 ・特定健診の受診率向上
透析の医療費は県と比べて低く、国と同等である。しかし透析の主要な危険因子である糖尿病と高血圧の医療費は県や国と比較して高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病への取組による人工透析への移行防止
ジェネリック医薬品の使用割合が県や国よりも低い状況が続いている。	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品利用促進に関する啓発の強化
受診率の低い傾向が見られた男性の50-54歳の年齢層に対する受診勧奨により、他の年齢層との差は減少してきた。しかし60歳未満の男性の受診率は全体の中で低い傾向が続いている。	<ul style="list-style-type: none"> ・60歳未満の男性への特定健診受診勧奨の強化
加入年齢が40歳未満の人は、すべての年齢階級の中で最も特定健診の受診率が低い。若い頃から健診受診をする習慣をつけることを促す必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・若年層への取組の強化
メタボリックシンドローム該当率は年々上昇している。メタボリックシンドローム予備群の人も含め、より多くの人に広く生活習慣病予防について啓発し、早期から生活習慣に関する意識を持ってもらう対策が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施率向上 ・生活習慣病予防の啓発
特定保健指導実施者の体重減少3%以上の者の割合や保健指導対象者の減少率は上昇傾向にあるが、目標に達していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・結果の出る保健指導を目指した指導スタッフの質の維持向上
高血圧の受療勧奨者がH30年度からR4年度にかけて2倍に増えている。脳血管疾患や心疾患の重症化予防のため、医療機関への受診勧奨を継続するとともに高血圧に対する取組が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧をはじめとした生活習慣病重症化予防 ・未治療者に対する受療勧奨の強化
糖尿病の治療率は75%でHbA1c7.0%以上の人の割合は減少傾向にある。引き続き糖尿病性腎症についての周知を行うとともに保健指導を実施していく必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病未治療者への受療勧奨の継続 ・糖尿病性腎症重症化予防の推進
健診受診者のうち約10%が慢性腎臓病の可能性があると判断された。慢性腎臓病のリスク因子である糖尿病や高血圧を合併している者の割合も高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病に関する啓発 ・慢性腎臓病への取組による人工透析への移行防止
生活習慣において、20歳時の体重から10kg以上増加した者と運動習慣のない者が多く、肥満の割合も県や国よりも高い。身体活動の低い者や肥満者はそれ以外の者と比べて1人当たり医療費が高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・運動習慣のない者の割合の減少 ・肥満者の減少
特定保健指導実施者は実施なしの者と比べて医療費の減少が大きい。	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施率向上 ・効果的な特定保健指導の実施

1. 計画の構成

計画全体は次のとおり構成します。



2. 前計画と健康・医療情報等のデータ分析から見えた健康課題

<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の早期発見 健診対象年齢到達者への健診の必要性についての周知 60歳未満の男性への受診勧奨の強化 特定健診に準じた検査の周知 若年者が健診を受けやすい環境づくり 	特定健診受診率向上
<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の実施率向上 保健指導利用者の利便性の向上 重点対象者に対する手厚い特定保健指導の実施 結果の出る保健指導を目指した指導スタッフの質の維持向上 	特定保健指導事業の充実
<ul style="list-style-type: none"> 二次健診の実施率向上 糖尿病治療中者継続支援における医療機関との連携および支援終了後のフォロー体制の検討 糖尿病未治療者への受療勧奨の継続 糖尿病性腎症の啓発と人工透析への移行防止 	糖尿病性腎症重症化予防
<ul style="list-style-type: none"> 高血圧をはじめとした生活習慣病重症化予防 未治療者に対する受療勧奨の強化 慢性腎臓病の啓発 慢性腎臓病への取組による人工透析への移行防止 新規人工透析導入者の実態把握の継続と課題の整理 運動習慣のない者の割合の減少 肥満者の減少 	生活習慣病等の重症化予防
<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品利用促進に関する啓発 	ジェネリック医薬品の利用促進
<ul style="list-style-type: none"> 切れ目のない保健事業実施のため、事業連携についての検討 	事業連携の推進

3. 目的

被保険者の健康な生活を守るために、健康診査・健康教育・健康相談・健康管理支援体制の充実を図ることを第一に、加えて医療費の適正化を図ることで国保運営の安定化に寄与することを目的とします。

4. 目標

上記目的を踏まえ個別保健事業との関連を重視するとともに、第2期データヘルス計画中間評価での目標を踏襲して大目標と中目標を定めます。

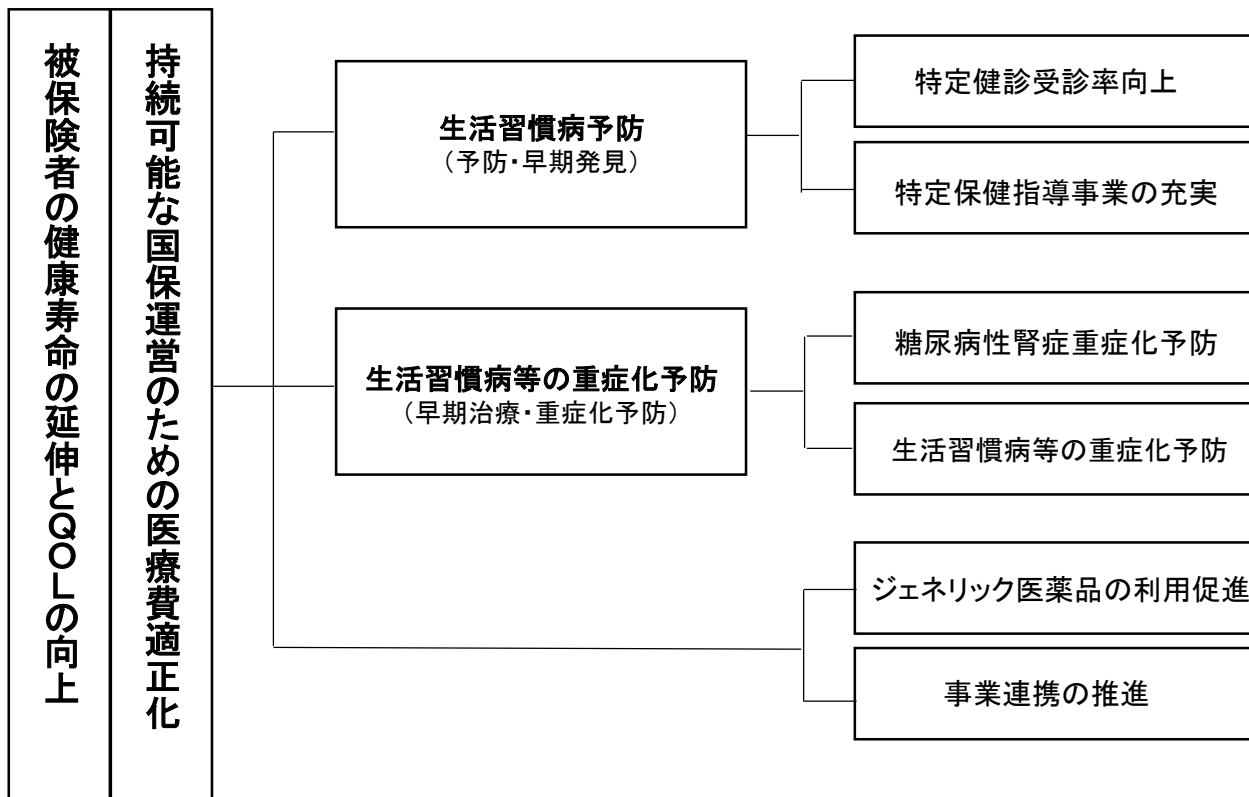
大目標

- 1 被保険者の健康寿命の延伸とQOLの向上
- 2 持続可能な国保運営に資するよう医療費の適正化を図る

中目標

- 1 重点事業を軸とした保健事業体制の強化を図り、必要な人に保健サービスを提供できる
- 2 各種保健事業を通して生活習慣病についての周知を行い、被保険者の健康に関する意識の向上を図る

5. 計画の全体像



6. 評価指標

事業名	共通	評価指標	単位	実績	目標値					
				R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定健診 受診率向上	○	特定健診受診率 (下段は国の目標値)	%	51.4	52.0	52.5	53.0	53.5	54.0	55.0 (60)
		加入翌年者の受診率	%	43.6	44.7	45.7	46.8	47.9	48.9	50.0
		60歳未満の受診率	%	30.1	31.1	32.1	33.1	34.0	35.0	36.0
		特定健診に準じた検査の受診率	%	6.5 (R5)	7.1	7.7	8.3	8.8	9.4	10.0
特定保健指導	○	特定保健指導実施率	%	32.7	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0	38.0
	○	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	%	25.3	22.2	22.9	23.7	24.5	25.2	26.0
	○	内臓脂肪症候群の該当率の割合	%	22.0	21.7	21.3	21.0	20.7	20.3	20.0
		新規対象者の特定保健指導実施率	%	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0
		受療勧奨値を抱える対象者への 特定保健指導実施率	%	39.6	39.6	39.9	40.2	40.5	40.8	41.1
		体重減少3%をクリア した利用者の割合	積極	%	36.4	38.6	40.8	43.1	45.4	47.7
	動機		%	26.9	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0
糖尿病性腎症 重症化予防	○	HbA1c8.0%以上の者の割合	%	1.46	1.1	1.1	1.0	0.9	0.9	0.8
		二次健診実施率	%	41.6	44.7	47.7	50.8	53.9	56.9	60.0
		治療中者支援プログラム実施数	人	6	10	10	10	10	10	10
生活習慣病等 の重症化予防		受療勧奨対象者の受療率	%	49.1	50.8	52.4	54.1	55.7	57.4	59.0
		慢性腎臓病の認識率 (eGFR30未満で慢性腎臓病の既往 有の人の割合)	%	9.0	12.5	16.0	19.5	23.0	26.5	30.0
	○	高血圧症有病者の割合 (高血圧Ⅰ度以上または服薬者)	%	55.8	52.3	51.8	51.4	50.9	50.5	50.0
	○	高血圧予備軍の割合 (服薬者除く)	%	11.7	12.6	12.3	12.0	11.6	11.3	11.0
ジェネリック 医薬品の 利用促進		後発医薬品使用割合	%	75.8	76.5	77.0	78.0	78.5	79.0	80.0
事業連携の 推進		一体的実施事業庁内連絡会議 開催回数	回	7	12	12	12	12	12	12

○：静岡県の共通評価指標

モニター指標（目標値を設定しない観測指標）		実績 (R4)	目標値
平均自立期間（年）	男性	79.2	
	女性	82.9	

7. 健康課題を解決するための個別の保健事業

事業1	特定健診受診率向上								
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、生活習慣病の予防を図る。ハイリスク者への対策を充実するために受診率の向上を図る。								
対象者	40歳から74歳の被保険者								
評価指標 (指標の定義)	共通	単位	R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
特定健診受診率 (下段は国の目標値) (特定健診等実績報告)	○	%	51.4	52.0	52.5	53.0	53.5	54.0	55.0 (60.0)
加入翌年者の受診率 (前年度国保加入者で当該年度に資格を有する人の受診率)		%	43.6	44.7	45.7	46.8	47.9	48.9	50.0
60歳未満の受診率 (特定健診等実績報告)		%	30.1	31.1	32.1	33.1	34.0	35.0	36.0
特定健診に準じた検査の受診率 (20-39歳の被保険者のうち受診した人の割合)		%	6.5	7.1	7.7	8.3	8.8	9.4	10.0

取り組むべき課題	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の早期発見 健診対象年齢到達者への健診の必要性についての周知 60歳未満の男性への受診勧奨の強化 連続受診につなげる取組 若年層の受診率向上
今後の取組 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への受診票等送付による受診勧奨の継続 市広報誌や戸別無線放送、SNS等による受診勧奨の強化 健診対象年齢到達者に対し、健診の必要性についての啓発パンフレットの送付 60歳未満の男性への個別受診勧奨の実施 健診期間中に未受診者へ通知による再勧奨を行う 国保加入時の窓口における受診勧奨を強化するとともに、前年度加入者を対象とした個別受診勧奨を行う 医療機関と連携した受診勧奨方法について検討する 人間ドック等で健康診断を受診した場合の市への健診結果の提出について周知を図る 60歳未満の被保険者を対象とした「特定健診に準じた検査」の周知および受診勧奨を行い、若年からの健診受診習慣の定着を図る
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診は個別健診として引き続き御殿場市医師会に委託して実施する 健診実施医療機関や薬局等に協力を依頼し、特定健診の周知を図る 健康推進課と連携し、がん検診の案内とともに特定健診についての周知を図る

事業2	特定保健指導事業の充実									
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した保健指導を通して生活習慣を改善し、生活習慣病の重症化を予防する。									
対象者	特定保健指導対象者									
評価指標 (指標の定義)	共通	単位	R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)	
特定保健指導実施率 (特定健診等実績報告)	○	%	32.7	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0	38.0	
特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率 (特定健診等実績報告)	○	%	21.4	22.2	22.9	23.7	24.5	25.2	26.0	
内臓脂肪症候群の該当者の割合 (特定健診等実績報告)	○	%	22.0	21.7	21.3	21.0	20.7	20.3	20.0	
新規対象者の保健指導実施率 (当該年度に初めて特定保健指導対象となった人に対する保健指導を実施した割合)		%	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0	
受療勧奨値を抱える対象者への 保健指導実施率 (受療勧奨の対象者で特定保健指導対象者への保健指導を実施した割合)		%	39.6	39.6	39.9	40.2	40.5	40.8	41.1	
体重減少3%をクリアした利用者の割合 (当該年度の特定健診受診時と翌年度の特定健診受診時の体重を比較し、3%以上体重減少した者の割合)	積極	%	36.4	38.6	40.8	43.1	45.4	47.7	50.0	
	動機	%	26.9	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	

取り組むべき課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導の実施率向上 ・ 保健指導実施者の利便性の向上 ・ 重点対象者に対する手厚い特定保健指導の実施 ・ 結果の出る保健指導を目指した指導スタッフの質の維持向上
今後の取組 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導対象者にわかりやすい通知の工夫をする ・ 特定保健指導対象者に対し、早期に電話勧奨ができる体制を整える ・ 医療機関からの保健指導対象者の紹介について協力依頼する ・ 保健指導実施者の利便性の向上のために I C T の活用や保健指導の実施体制等の整備を行う ・ 保健指導対象者をグループ分けし、高度異常値を持つ者や新規対象者を重点対象者として、より手厚い保健指導を実施する ・ 重症度が高い人に対して、医療機関への確実な受診に結びつける体制を整備する ・ 保健指導の質の維持向上のため、支援者のレベルに合わせた研修を継続的に実施する
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 御殿場市医師会に特定保健指導対象者の紹介について協力依頼する ・ 国保年金課と健康推進課で連携し、特定保健指導事業全体を進めていく ・ 特定保健指導の知識・技術向上のための研修への参加および支援技術向上の工夫を行う

事業3	糖尿病性腎症重症化予防									
事業の目的	糖尿病の重症化リスクの高い人に対し、受診勧奨や保健指導を実施することで、糖尿病の重症化および合併症を予防し、人工透析への移行を防止する。									
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防事業全体 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上の人 ・二次健診 糖尿病性腎症重症化予防事業全体のうち、尿蛋白(-)(±)の人 ・糖尿病治療中者生活支援プログラム 二次健診を実施した人のうち糖尿病治療中の人 									
評価指標 (指標の定義)	共通	単位	R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)	
HbA1c8.0%以上の者の割合 (KDB)	○	%	1.2	1.1	1.1	1.0	0.9	0.9	0.8	
二次健診実施率 (二次健診対象者のうち実施した者の割合)		%	41.6	44.7	47.7	50.8	53.9	56.9	60.0	
治療中者継続支援プログラム実施数 (プログラム参加者数)		人	6	10	10	10	10	10	10	

取り組むべき課題	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の実施率向上 ・糖尿病治療中者継続支援における医療機関との連携および支援終了後のフォロー体制の検討 ・糖尿病未治療者および糖尿病治療中断者に対する受療勧奨の継続 ・糖尿病性腎症に関する啓発と人工透析への移行防止
今後の取組 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診実施医療機関に対し、二次健診の実施について協力依頼を継続して行う ・糖尿病等重症化予防連絡会議において二次健診等の糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況報告を行う ・糖尿病治療中者継続支援において医療機関と支援前後および実施中の連携について検討する ・国保保健事業参加者の台帳を整備し、継続的に支援できる体制を整える ・糖尿病未治療者および糖尿病治療中断者に対して通知や電話、訪問等の受療勧奨を行い、治療に結びつける ・糖尿病性腎症重症化予防事業対象となった者に対し、糖尿病性腎症の啓発を行い、対象者自身に健康状態を認識してもらうとともに、透析をはじめとした合併症への移行を予防する
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診は継続して御殿場市医師会に委託して実施する ・国保年金課と健康推進課で連携し、糖尿病治療中者継続支援、糖尿病未治療者および糖尿病治療中断者受療勧奨を実施する <p>ケースカンファレンスを定期的に行い、指導方法等について議論し、保健指導の質の向上に努める</p> <p>また、国保保健事業に参加したハイリスク者を継続的にフォローできる体制を検討する</p>

事業4		生活習慣病等の重症化予防							
事業の目的	①脳血管疾患、心疾患、新規透析導入等の予防対策に取り組むため、対象者に合わせた保健指導および受療勧奨を行い、生活習慣病の重症化予防を図る。 ②生活習慣病予防について広く啓発し、早期からの生活習慣に関する意識の向上を図る。								
対象者	①特定健診結果で未治療かつ下記条件に該当する人 高血圧：160/100mmHg以上 糖尿病：HbA1c7.0%以上または空腹時血糖140mg/dl以上 脂質異常：LDL180mg/dl以上かつ男性 慢性腎臓病：eGFR30mL/min/1.73m ² 未満または尿蛋白2+以上 ②国民健康保険被保険者								
評価指標 (指標の定義)	共通	単位	R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
高血圧症有病者の割合 (高血圧Ⅰ度以上または服薬者の割合)	○	%	52.7	52.3	51.8	51.4	50.9	50.5	50.0
高血圧予備軍の割合 (高血圧予備軍の該当者数※)	○	%	12.9	12.6	12.3	12.0	11.6	11.3	11.0
受療勧奨対象者の受療率 (受療勧奨通知送付者のうちレセプトが確認できた者の割合)		%	49.1	50.8	52.4	54.1	55.7	57.4	59.0
慢性腎臓病の認識率 (eGFR30未満で慢性腎臓病の既往ありの者の割合)		%	9.0	12.5	16.0	19.5	23.0	26.5	30.0

※ ①収縮期血圧130以上140未満、かつ拡張期血圧90未満 ②収縮期血圧140未満かつ拡張期血圧85以上90未満（服薬者を除く）

取り組むべき課題	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧をはじめとした生活習慣病重症化予防 ・未治療者に対する受療勧奨の強化 ・慢性腎臓病に関する啓発 ・慢性腎臓病への取組による人工透析への移行防止 ・新規人工透析導入者の実態把握の継続と課題の整理 ・運動習慣のない者の割合の減少 ・肥満者の減少
今後の取組 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診後速やかに受療勧奨通知を発送する体制を維持する ・受療勧奨と特定保健指導の統一的な実施等、重症度に応じて勧奨頻度や方法を変更し、勧奨効果を高める方法を検討する ・受療勧奨後のフォロー体制を整備する ・高血圧対策について、既存の事業も含めて実施方法を検討する ・慢性腎臓病のリスクのある者に対し啓発を行うとともに、糖尿病、高血圧を中心とした支援方法の検討を行う ・運動習慣の必要性や身体活動量を増やす工夫について広く啓発を行う ・肥満、糖尿病、高血圧をはじめとした生活習慣病予防について広く啓発し、早期からの生活改善につなげる
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・御殿場市医師会に受療勧奨事業について協力を依頼する ・健康推進課と連携し、受療勧奨方法やフォロー体制、生活習慣病予防の周知について実施方法を検討する ・生活習慣病予防について広く周知するための取組に必要な予算確保を行う

事業5	ジェネリック医薬品の利用促進									
事業の目的	利用者の負担軽減と医療費適正化のため、ジェネリック医薬品の利用促進に向けた取組を行う。									
対象者	国民健康保険被保険者									
評価指標 (指標の定義)	共通	単位	R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)	
後発医薬品使用割合 (厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合)		%	75.8	76.5	77.0	78.0	78.5	79.0	80.0	

取り組むべき課題	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品利用促進に関する啓発
今後の取組 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 国保加入時に窓口にてジェネリック医薬品に関する説明とジェネリック医薬品希望シールの配布の継続 ジェネリック医薬品差額通知書を今後も継続して送付する より効果的な取組に関する情報収集を行い、必要に応じて取組内容の改善を行う
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 窓口担当者間でのジェネリック医薬品について情報共有を行う ジェネリック医薬品差額通知書の作成を静岡県国保連合会に継続して委託する

事業6	事業連携の推進									
事業の目的	健康寿命の延伸を図るため、生活習慣病等の重症化予防の取組と高齢者の生活機能の低下を防ぐ取組を一体的に実施する。									
対象者	国民健康保険被保険者および後期高齢者医療制度被保険者									
評価指標 (指標の定義)	共通	単位	R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)	
一体的実施事業庁内連絡会議開催回数 (健康推進課、長寿福祉課、国保年金課の担当者で行う会議の開催回数)		回	7	12	12	12	12	12	12	

取り組むべき課題	<ul style="list-style-type: none"> 切れ目のない保健事業実施のため、事業連携についての検討
今後の取組 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 健康推進課、長寿福祉課、国保年金課の担当者による庁内連絡会議やワーキンググループの継続 国保保健事業終了後、75歳を過ぎても支援が途切れることのないよう、保健事業の連携について検討する 国保保健事業に参加したハイリスク者を一体的実施事業に結びつける体制を検討する
実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 健康推進課、長寿福祉課、国保年金課で連携し、一体的実施事業に取り組む 国保保健事業と一体的実施事業の連携について健康推進課と検討を行う

1. 実施計画策定の趣旨

平成20(2008)年度から、生活習慣病の予防及び医療費の抑制に資するため、40歳以上の被保険者について、生活習慣病に着目した特定健康診査(以下「特定健診」という。)・特定保健指導の実施が、「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下「法」という。)により、保険者に義務付けられました。御殿場市国民健康保険(以下「御殿場市国保」という。)においても、「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」(以下「基本指針」という。)(法第18条)に基づき、「特定健康診査等実施計画」(法第19条)を策定し、特定健診及び特定保健指導を実施してきましたが、この度、前計画が期間満了を迎えることから、新たに令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までを実施期間とする「第4期特定健康診査等実施計画」を策定するものです。

2. 目標値の設定

国の基本指針における市町村国保の目標値は、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに60%となっていますが、実情分析を行い、最大限の努力により達成できる目標値であることとされています。

御殿場市国保では「第3期特定健康診査等実施計画」の中間評価を踏まえ、特定健診受診率、特定保健指導実施率の目標値を以下のとおり設定します。

〔目標値〕	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健診 受診率(%)	52.0	52.5	53.0	53.5	54.0	55.0 (60.0)
特定保健指導 実施率(%)	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0	38.0 (60.0)

※ () 内は国の定める市町村国保の目標値

3. 対象者数

(1) 特定健診の対象者

御殿場市国保被保険者のうち、40～74歳の者(当該年度中に40歳になる者を含む)を対象に実施します。ただし、実施年度の4月1日現在の被保険者で、受診日当日も国保に加入している者に限ります。なお、妊産婦等、厚生労働大臣が定める者(平成20年厚生労働省告示第3号で規定)は対象者から除きます。

年度途中で転出や会社の健康保険への加入等により資格を喪失した場合は、その時点で対象外になります。また、年度途中で御殿場市国保に加入した者で、以前加入していた健康保険で当該年度の特定健診を受診していない者が希望する場合は受診できます。

(2)特定保健指導の対象者

特定健診の結果、腹囲、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療にかかる薬剤を服用している場合を除きます。追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援対象者か積極的支援対象者となるのかが異なります。65歳から74歳の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえて、QOLの低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要であること等から積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とします。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(注)喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

(3)対象者数の見込み

後期高齢者医療制度への移行、社会保険適用拡大により、御殿場市国保被保険者数は、今後も減少傾向であると見込まれるため、特定健診・特定保健指導の対象者数も減少するものと見込まれます。また、受診者数も目標受診率に合わせて設定していますが、同様に減少していくものと見込まれます。

		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健診	対象者数	9,741	9,686	9,631	9,576	9,522	9,468
	受診者数	4,968	5,036	5,104	5,171	5,237	5,302
特定保健指導	対象者数	462	460	457	455	452	449
	実施者数	213	221	229	236	244	252

※特定健診対象者数は、令和5年3月末時点の国保被保険者数と過去5年の減少率平均から算出

※特定保健指導対象者数は、法定報告過去5年分データから対象者率を4.75%として算出

※特定健診受診者数、特定保健指導実施者数は、目標値の数値から算出

4. 実施方法

(1) 特定健診

① 実施場所

御殿場市医師会が指定する健診プログラム※の基準を満たした市内の医療機関

※厚生労働省『標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）』

② 実施項目

【御殿場市特定健診検査項目】

健診項目		御殿場市	国
診察	既往歴、服薬歴、喫煙歴 自覚症状、他覚症状	○	○
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	血圧（収縮期/拡張期）	○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○
	ALT（GPT）	○	○
	γ-GT（γ-GTP）	○	○
	血清アルブミン	◎	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	総コレステロール	◎	
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール （Non-HDLコレステロール）	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	◎	
血液学検査	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
	白血球数	◎	
	血小板数	◎	
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン（eGFR）	○	□
	尿酸	◎	
医師の判断	医師の判断（判定）	○	○

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目で実施可

◎…御殿場市追加項目

③実施期間

特定健診の実施期間は、一定の受診期間を指定(6月から10月)して実施します。なお、医療機関の受診状況等により、毎年検討することとします。

④委託の有無

御殿場市医師会への委託により実施します。

⑤受診方法

指定された期間内に受診票等の必要書類を持参の上、指定された医療機関で受診します。なお、自己負担額は500円を基本とします。

⑥周知・案内方法

個人ごとに受診票を送付し、特定健診の実施を周知するとともに、市広報及びホームページに加え、市広報無線、SNS等あらゆる機会に周知を図ります。

特定健診実施期間中に未受診者に対し受診勧奨を行います。受診勧奨に当たっては、より効果的に受診を促せるよう、方法・内容に工夫を凝らしていきます。

⑦事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

特定健診の対象となる被保険者で、事業主健診、人間ドック等他の健診を受診した方については、その健診内容のうち特定健診の実施項目と重複する部分について医療保険者での実施が不要となります。

このため、事業主健診、人間ドック等他の健診を受診した場合には、受診結果を書面で提出してもらう旨の案内を受診票送付時に同封するなどの方法により、受診結果の収集に努めます。

⑧特定健診データの保管及び管理方法

特定健診データは、原則として特定健診を受託する医師会が、国の定める電子的標準様式により、静岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」)へ提出します。

なお、事業主健診等他の健診を受診した方から収集した特定健診の結果データについては、御殿場市が国の定める電子的標準様式により、国保連にデータを提出します。

特定健診に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託します。

⑨年間スケジュール

P.43「特定健診・特定保健指導 年間スケジュール」のとおり

(2)特定保健指導

①実施場所

保健センター(健康推進課)または希望者に対してICTによる遠隔(オンライン)面談等で実施します。

②実施内容

特定保健指導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行うとともに、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生活習慣病を予防することを目的として、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」に定められた方法で実施します。第4期における変更点としては、従来のプロセス評価からアウトカム評価を原則とする内容になっています。

特定保健指導の実施に当たっては、保健師、管理栄養士等が中心となって、対象者が参加しやすい条件を整えつつ実施します。

また、被保険者の健康の保持および増進のため、特定健診の結果および診療報酬明細書等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが受診勧奨、その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努めます。

【第4期(令和6年度以降)における変更点】

特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、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、特定健診実施日から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 特定健診実施後または特定保健指導開始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、特定保健指導の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およ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。

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)

③実施時期

年間を通して実施します。

④委託の有無

無し（健康推進課において実施します。）

⑤利用方法

特定保健指導の対象者ごとに案内通知を発送します。対象者は返信、電話等にて予約を行います。

⑥周知・利用勧奨

案内通知に対して返信のない者に対しては、再通知や電話・訪問等、特定保健指導につながるように働きかけていきます。

⑦特定保健指導データの保管及び管理方法

特定保健指導のデータは、原則として実施機関(健康推進課及び国保年金課)が国の定める電子的標準様式により作成後、国保連へ提出します。

特定保健指導に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託します。

⑧年間スケジュール

P.43「特定健診・特定保健指導 年間スケジュール」のとおり

(3) 特定健診・特定保健指導 年間スケジュール

		当年度	翌年度	
4月	健診対象者の抽出 受診票の印刷(委託)		保健指導結果の分析 実施方法の見直し	
5月	市広報誌、ホームページ等にて周知 受診票の発送			
6月	特定健診の開始 (6月～10月) 健診データ受取(随時)			
7月	特定健診受診勧奨(随時) 保健指導対象者抽出(随時) 案内通知発送(随時) 特定保健指導			
8月				
9月				
10月	特定健診の終了		特定健診等実績報告 (報告用データ作成)	
11月				
12月			特定保健指導評価	
1月				
2月	健診実績の分析 実施方法の見直し			
3月				

第7章 計画の進行管理等について

1. 計画の評価・見直し

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します。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います。

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、次期計画策定を見据えて最終評価を行います。

2. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、御殿場市医師会などの関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努めます。

3. 個人情報の取扱い

(1) 個人情報の取扱い

本計画に基づく保健事業実施に係る個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)を遵守します。

また、以下に示す関連する各種ガイドラインの内容についても、周知し個人情報の取扱い等について万全を期す体制づくりを推進します。

さらに、各実施機関には、委託基準に定める基準を遵守するよう指導するものとします。

<関連法及びガイドライン>

- 個人情報の保護に関する法律
- 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン
- 健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン
- 国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン
- 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等

(2) 守秘義務規定の遵守

「国民健康保険法」及び「高齢者の医療の確保に関する法律」に規定されている守秘義務規定を遵守します。

○国民健康保険法

第120条の2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

○高齢者の医療の確保に関する法律

第30条 第28条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者(その者が法人である場合にあっては、その役員)若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

第167条 第30条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

4. 地域包括ケアに係る取組

医療、介護、介護予防、住まい及び自立した生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向け、保険者として取り組みます。

必要に応じてKDBデータなどを活用することで、ハイリスク群・予備群等のターゲット層を性年齢階層別等に着目して抽出し、関係者と共有するほか、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を踏まえ、各種保健事業について介護予防事業との連携を図っていきます。

用語解説・基準(★)

	用語	解説
あ	アウトカム(結果)	事業の目的・目標の達成度、成果の数値目標に対する評価
	アウトプット(事業実施量)	目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価
	医療費(★)	生活習慣病医療費：KDB「疾病別医療費分析（生活習慣病）」における「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、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神」の医療費
	インセンティブ	意思決定や行動を変化させるような要因、動機づけ、報酬
か	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間
	健康スコア(★)	合同会社生活習慣病予防センターにより開発された独自指標 健康スコアは特定健診の検査結果と問診票から、個人の脳卒中・循環器疾患の起こりにくさを100点満点で示したもの 要対策 0～40点 要注意 41～49点 普通 50-59点 良好 60～69点 優秀 70～100点
	後期高齢者離脱	障害認定により後期高齢者医療保険制度に加入していた者が脱退すること
さ	ジェネリック医薬品	先発医薬品(新薬)の特許期間等が過ぎた後に発売される先発医薬品と同じ有効性・安全性であることを条件に国から承認された後発医薬品
	循環器疾患	本計画で使用する「循環器疾患」は、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞とする
	人工透析	うまく働かなくなった腎臓の代わりに、体内に蓄積した余分な水分や塩分、老廃物を取り除き、血液を浄化する治療法
	スクリーニング	「ふるい分け」の意
	ストラクチャー(構造)	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するもの
	生活習慣病	「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」のことを言う。本計画で使用する「生活習慣病」は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症の疾患とし「がん」は除く
	セグメント	集団やまとまりを条件により区切った区分のこと
	積極的支援	特定健診で中等度以上の「メタボリックシンドローム」と判定された対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師、管理栄養士との面接により生活習慣改善のための計画を立て、栄養や運動、禁煙などの生活習慣の改善に取組むことを継続的に支援する保健指導のこと
た	多剤服用(ポリファーマシー)	単に服用する薬の数が多くではなく、多くの薬を服用することにより副作用や飲み間違いなどの問題につながる状態のこと
	重複受診	同じ症状について複数の医療機関を受診すること ただし最初の病院で紹介状等をもらい、別の病院を受診する場合は除く
	動機付け支援	特定健診で比較的軽度の「メタボリックシンドローム」と判定された対象者が、自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師、管理栄養士との面接により生活習慣改善のための計画を立て、栄養や運動、禁煙などの生活習慣の改善に関する指導を受け、実践(行動)・継続につなげる保健指導のこと
	特定健康診査(特定健診)	医療保険者(国保・被用者保険)が、40～74歳の加入者(被保険者・被扶養者)を対象として実施するメタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査をいう

	用語	解説
	特定健診 検査結果判定(★)	<p>【血圧】</p> <p>○保健指導判定値 収縮期130mmHg以上140mmHg未満 または 拡張期85mmHg以上90mmHg未満</p> <p>○要治療判定値 収縮期140mmHg以上160mmHg未満 または 拡張期90mmHg以上100mmHg未満</p> <p>○受療勧奨判定値 収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上</p> <p>【血糖】</p> <p>○保健指導判定値 空腹時血糖100mg/dl以上空腹時血糖126mg/dl未満 または HbA1c5.6%以上HbA1c6.5未満</p> <p>○要医療判定値 HbA1c6.5%以上7.0%未満</p> <p>○受療勧奨判定値 空腹時血糖140mg/dl以上 または HbA1c7.0%以上</p> <p>【脂質】</p> <p>○保健指導判定値 中性脂肪150mg/dl以上300mg/dl未満 または LDL120mg/dl以上140mg/dl未満 または HDL40mg/dl未満</p> <p>○要医療判定値 中性脂肪300mg/dl以上500mg/dl未満 または LDL140mg/dl以上180mg/dl未満</p> <p>○受療勧奨判定値 LDL180mg/dl以上の男性</p> <p>【肥満】 (BMI) 判定値 全年齢25kg/m²以上</p> <p>【腎機能】</p> <p>○要医療勧奨判定値 eGFR30ml/分/1.73m²以上45ml/分/1.73m²未満</p> <p>○受療勧奨判定値 eGFR30ml/分/1.73m²未満 または 尿蛋白(2+)以上</p>
	特定保健指導	医療保険者（国保・被用者保険）が、特定健診の結果から生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が多く期待できると判定された者に対して実施する保健指導をいう
な	二次健診	糖尿病性腎症の早期発見・早期治療のため、御殿場市国民健康保険特定健診の結果対象者となった者に尿中アルブミン定量検査を実施すること 【対象者】 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上の者のうち、尿蛋白(-)または(±)の者
は	標準化死亡比	(standardized mortality ratio:SMR) 年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率 その地域の年齢階級別人口と基準とする地域の死亡率から計算された期待死亡数とその地域の実際の死亡数との比で表す 100以上の場合は平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

	用語	解説
	平均自立期間	この計画においては、国保データベース（KDB）システムからデータを抽出しているため、介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義し、平均余命（下記に記載）から不健康期間を除いたものを「日常生活動作が自立している期間の平均」である健康寿命として算出し、「平均自立期間」と呼称する
	平均余命	この計画においては、国保データベース（KDB）システムからデータを抽出しているため、平均自立期間の比較対象の値として、0歳時点からその後何年生きられるかという期待値のこととする
	プロセス(過程)	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するものである
ま	慢性腎臓病	1か2のいずれか または両方が3か月以上持続した状態 1 尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか （特にたんぱく尿の存在が重要） 2 糸球体濾過量（GFR）が60未満に低下している <糸球体濾過量（GFR）とは> 腎臓は毎日約150リットルの尿の元を作っている そのうち必要なものは再利用されて毒素などの不必要なものが最終的に1から2リットルの尿に溶けた形で体外に排泄される 尿の元をつくる働きがGFRで、腎臓の機能を表す指標
	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち2つ以上を合併した状態をいう
ら	レセプト	診療報酬明細書 医療機関が保険者に医療費を請求するために、行った処置や使用した薬剤等を記載した明細書のこと 入院・外来・歯科・調剤の4種類がある
わ	ワーキンググループ	特定の課題の解決や計画の推進のため設けられた部会
英	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、肥満や低体重（やせ）の判定に用いる 日本肥満学会の定めた基準では18.5未満が「低体重（やせ）」、18.5以上25未満が「普通体重」、25以上が「肥満」で、肥満はその度合いによってさらに「肥満1」から「肥満4」に分類される
	eGFR (イージーエフアール)	腎臓における血液の濾過量のこと 血清クレアチニン（Cr）と年齢、性別より日本人のGFR 推算式を用いて推算GFR（eGFR）として評価する
	HbA1c (ヘモグロビン エーワンシー)	血液中のヘモグロビンがブドウ糖と結合した状態をいう 採血時から過去 1-2ヶ月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断や糖尿病患者の血糖コントロール状態の指標に用いられる
	ICT	(Information and Communications Technology:ICT) 情報通信技術
	KDB (国保データベース システム)	国民健康保険団体連合会が管理する情報を利活用した統計情報 保険者が行う保健事業の実施をサポートすることを目的に構築されたシステムで「特定健診・特定保健指導」「医療」「介護保険」等に係る情報を利用している
	LDL	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール
	PDCA	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ Plan（計画）→Do（行動）→Check（評価）→Action（改善）の4段階を繰り返すことによって業務を継続的に改善する
	QOL	(Quality of life : QOL) 生活の質

御殿場市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画
＜令和6(2024)年度～令和11(2029)年度＞

令和6(2024)年3月 発行

発行 御殿場市 環境市民部国保年金課
〒412-8601

静岡県御殿場市萩原483番地

電話 0550-82-4121

市HP <https://www.city.gotemba.lg.jp/>

E-Mail kokuho@city.gotemba.lg.jp



食育推進イメージキャラクター
ごてんばこめこ