

第3期 四街道市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期 四街道市国民健康保険特定健康診査等
実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
四街道市

第1章 計画の基本的事項	1
1.背景	2
2.目的	2
3.位置付け	3
4.計画期間	4
5.実施体制・関係者との連携	4
6.計画の評価及び見直し	5
7.計画の公表・周知	5
8.個人情報の取扱い	6
9.地域包括ケアに係る取り組み	6
第2章 本市の特性	7
1.人口・国保被保険者	8
2.医療の状況	11
3.特定健康診査の受診状況及び特定保健指導の実施状況	21
4.平均余命と平均自立期間	31
5.介護保険の状況	33
6.死因の状況	37
7.ジェネリック医薬品普及率の状況	39
8.受診行動適正化指導対象者の状況	40
第3章 前期計画の評価	41
1.各事業の達成状況	42
第4章 第3期 四街道市国民健康保険保健事業実施計画 （データヘルス計画）	55
1.分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	56
2.計画全体の目標	56
3.健康課題を解決するための個別の保健事業	57
第5章 第4期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画	69
1.計画策定の趣旨	70
2.基本方針	70
3.実施目標	71
4.対象者数推計	71
5.実施方法	72
6.目標達成に向けての取り組み	76
7.実施スケジュール	77
巻末資料	79
1.用語解説集	80
2.疾病分類	82

第1章 計画の基本的事項

第1章 計画の基本的事項

1.背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康の保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国民健康保険(以下、「国保」という。)が同様の取組みを行うことを推進する。」ことが掲げられました。また、これを受け、「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、「市町村及び組合は(中略)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。

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、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス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切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。

このように、全ての保険者でのデータヘルス計画の策定と、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定が推進されています。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

2.目的

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在します。本計画は、特定健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報の分析を行うことで、年代別の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、被保険者の現状や課題を示し、課題解決のための保健事業を計画・実施することにより、被保険者の健康を保持・増進し、健康寿命の延伸、ひいては、医療費の適正化及び削減を目的とします。

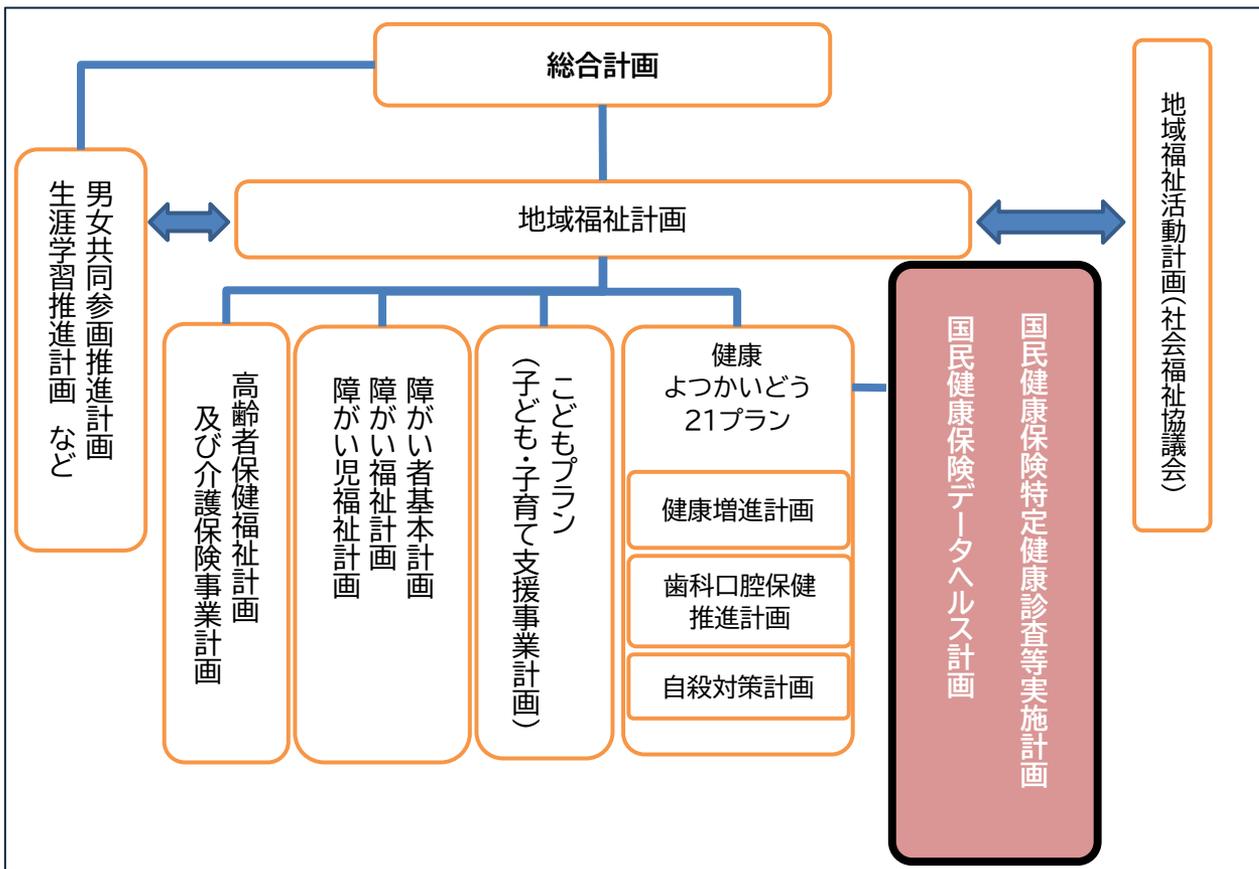
3. 位置付け

保健事業実施計画(データヘルス計画)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、保険者が特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿った保健事業を効果的かつ効率的に行うための計画です。

また、特定健康診査等実施計画では、国の「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指針」に基づき、特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項、成果に関する具体的な目標、適切かつ有効な実施のために必要な事項について定めた計画です。

本市国保においては、「第2期 四街道市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」と「第3期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画」はともに被保険者の健康増進を目的とした保健事業の計画である等の共通点があることから、両計画を一体的に策定し、効果的かつ効率的に保健事業を実施してきました。現行の両計画が令和5年度で最終年度を迎えますが、引き続き、両計画の整合性を図るため、本計画も一体的に策定することとし、県策定の医療費適正化計画、市の健康増進計画や介護保険事業計画等の関連する計画との調和を図ります。(図表1-1)

【図表1-1】市が策定している他の計画との関係



4.計画期間

「保健事業実施計画(データヘルス計画)」、「特定健康診査等実施計画」はともに令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とします。(図表1-2)

【図表1-2】計画期間

		令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和6年 (2024)	令和7年 (2025)	令和8年 (2026)	令和9年 (2027)	令和10年 (2028)	令和11年 (2029)	令和12年 (2030)
四街道市国保 データヘルス 計画	第1期									
	第2期	6カ年								
	第3期		評価	6カ年						翌期計画
四街道市国保 特定健康診査 等実施計画	第1期									
	第2期									
	第3期	6カ年								
	第4期		評価	6カ年						翌期計画
健康よっかいど う21プラン	第1次									
	第2次			10カ年				⇒1年延長		
	第3次		評価						翌期計画	

5.実施体制・関係者との連携

(1)実施体制

本市国保における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康増進課等の関係部署の協力を得て、国保年金課が主体となって行います。本市国保には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療制度や介護保険等の健康課題等を踏まえて保健事業を展開します。

なお、事業の展開にあたっては、国・県の交付金を活用することを念頭に、限りある人員・予算の範囲内で最大限の効果を発揮できるよう、費用対効果を鑑みながら行います。

また、担当職員は、研修等への積極的な参加により、資質向上に努め、PDCAサイクルに沿った事業を実施します。

(2)関係者との連携

計画の実効性を高めるためには、関係者との連携・協力が重要となります。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や同連合会内に設置される支援・評価委員会、地区の医師会や歯科医師会等の助言を得ながら、事業を実施します。

(3)他の健(検)診との連携

特定健康診査の実施にあたっては、庁内連携を図り、がん検診や歯科検診等の関連する検診と一体化した案内をするほか、大腸がん検診などにおいては、特定健康診査と同時に実施をするなど、可能な限り連携して実施します。

6.計画の評価及び見直し

(1)データヘルス計画全体の評価・見直し

評価は最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため、令和8年度に中間評価を行い、計画の最終年度である令和11年度に最終評価を行います。

評価方法は、中長期的に事業を実施するためのものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。

計画の見直しは、毎年度目標の達成状況の評価し、必要に応じて見直しを行います。

(2)個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎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。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施や計画の見直しに反映させます。

(3)特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

評価は特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

計画の見直しは、毎年度目標の達成状況の評価し、必要に応じて見直しを行います。

7.計画の公表・周知

本計画は、市政だよりや市ホームページ等で公表し、周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等を公表し、本計画の円滑な実施等について随時、関係者の意見を求めます。

8.個人情報情報の取扱い

(1)個人情報保護関係規定の遵守

個人情報保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2)データの管理

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

9.地域包括ケアに係る取り組み

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。必要に応じて、国保年金課が保有するデータの提供等により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

第2章 本市の特性

第2章 本市の特性

1.人口・国保被保険者

以下は、令和4年度における人口構成概要を示したものです。本市の高齢化率(65歳以上)は29.2%であり、県よりも1.6ポイント、国よりも0.5ポイント高くなっています。また、本市の国保被保険者数は18,256人で、本市の人口に占める国保加入率は19.7%です。

本市の国保被保険者平均年齢は52.7歳です。(図表2-1)

【図表2-1】人口構成概要(令和4年度平均)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (人口千人対)	死亡率 (人口千人対)
四街道市	92,570	29.2%	18,256	19.7%	52.7	7.4	9.3
県	6,150,178	27.6%	1,233,735	20.1%	53.3	6.5	10.1
同規模	67,878	30.4%	13,889	20.5%	54.7	6.5	11.8
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は千葉県を指します。以下全ての表において同様です。

※「同規模」は全国の自治体の中で人口が5万人～10万人未満の235自治体の平均を指します。以下全ての表において同様です。

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年7月7日抽出)

以下は、平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、本市の国保被保険者数18,256人は平成30年度21,790人より3,534人減少しており、国保加入率も、県や国と同様に毎年減少しています。(図表2-2、2-3)

【図表2-2】年度別 人口構成概要

区分		人口総数 (人)(※)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)
四街道市	平成30年度	93,737	21,790	23.2%	52.9
	令和元年度	94,845	20,815	21.9%	53.1
	令和2年度	95,149	20,215	21.2%	53.3
	令和3年度	95,651	19,344	20.2%	53.3
	令和4年度	96,161	18,256	19.0%	52.7
県	平成30年度	6,268,585	1,422,548	22.7%	52.6
	令和元年度	6,279,026	1,370,445	21.8%	52.9
	令和2年度	6,284,480	1,342,610	21.4%	53.5
	令和3年度	6,278,007	1,299,852	20.7%	53.6
	令和4年度	6,275,278	1,233,735	19.7%	53.3
国	平成30年度	126,749,000	28,039,851	22.1%	52.5
	令和元年度	126,555,000	27,083,475	21.4%	52.9
	令和2年度	126,146,000	26,647,825	21.1%	53.4
	令和3年度	125,502,000	25,855,400	20.6%	53.7
	令和4年度	124,947,000	24,660,500	19.7%	53.4

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(各年度平均)(令和5年7月7日抽出)

(※)人口総数は下記より掲載

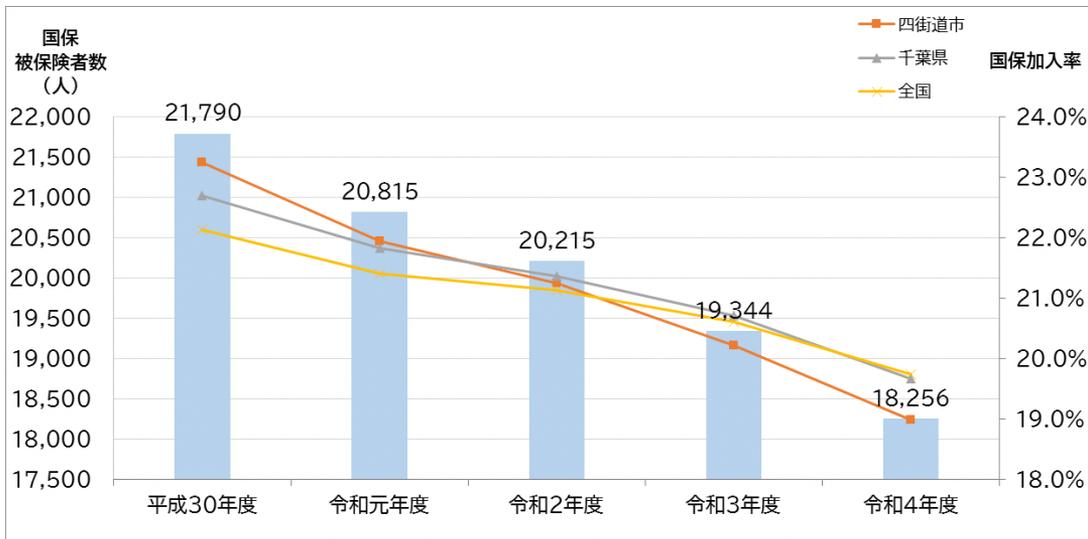
県:「令和4年千葉県毎月常住人口調査報告書(年報)」より(各年10月1日現在)

<https://www.pref.chiba.lg.jp/toukei/toukeidata/joujuu/nenpou/2022/index.html>

国:統計表「参考表2 男女別人口-総人口」より(各年10月1日現在)

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2022np/index.html>

【図表2-3】年度別 国保被保険者数・加入率(各年度平均)

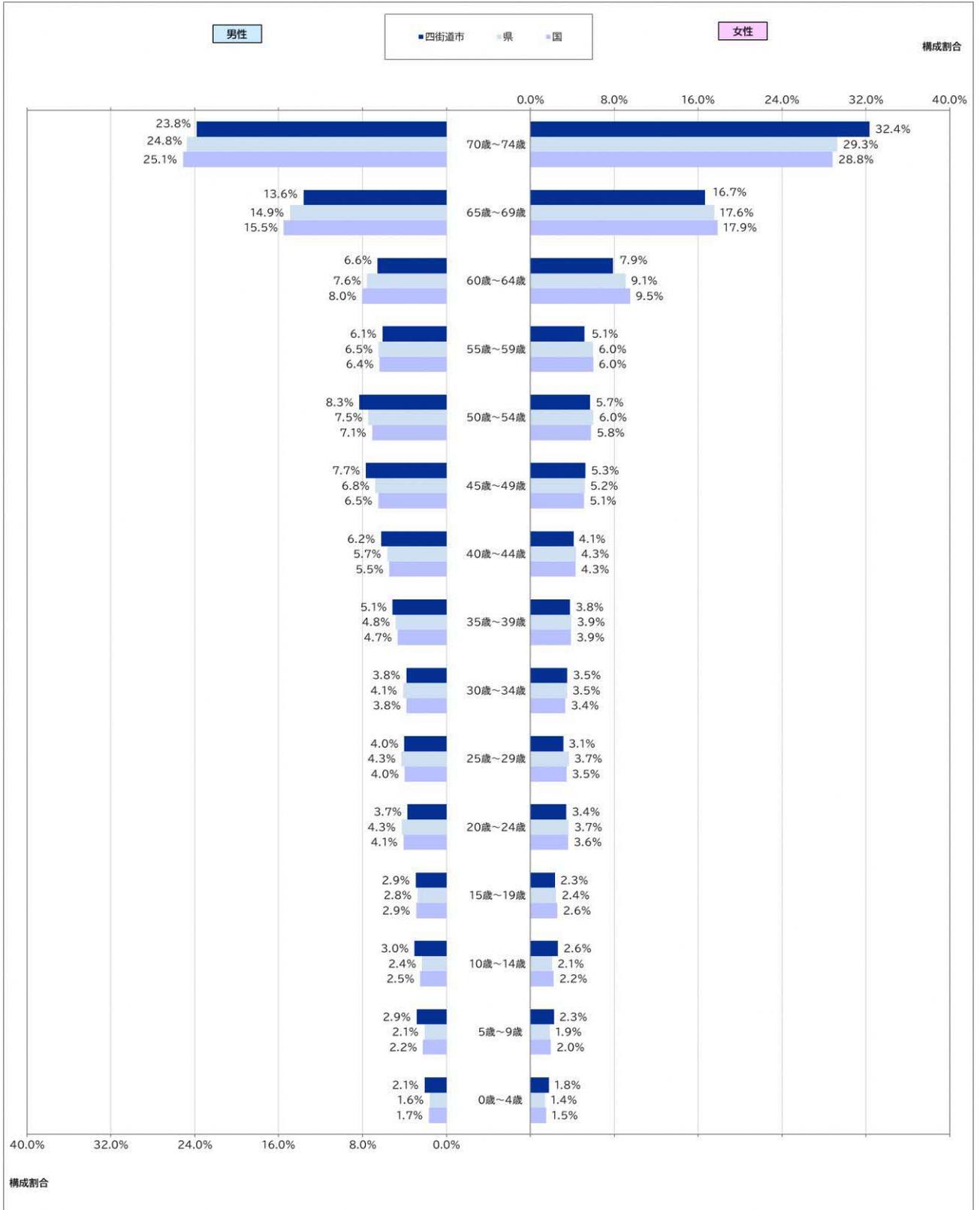


出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年7月7日抽出)

※国保被保険者数は本市のみ掲載

以下は、本市の令和4年度における国保被保険者数構成割合を示したものです。65歳以上は割合が高く、年齢が低くなるに伴い、割合は低くなる傾向にあります。(図表2-4)

【図表2-4】男女・年齢階層別 国保被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度平均)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」(令和5年7月7日抽出)

2.医療の状況

(1)医療費の基礎データ

以下は、令和4年度における、医療費の基礎データを示したものです。医科において、外来の受診率は県よりは若干高いものの、同規模や国と比較すると、低くなっています。入院の受診率は、県や同規模、国よりも低くなっています。

歯科においては、受診率が県、同規模、国のいずれよりも高くなっており、一人当たり医療費は県と同額で、同規模や国を下回っています。(図表2-5)

【図表2-5】医療費の基礎データ(令和4年度)

医療項目		四街道市	県	同規模	国
医科	受診率(外来+入院)※	665.9	665.5	739.5	728.4
	一件当たり医療費(外来+入院)(円)	40,160	40,380	40,020	39,870
	外来				
	外来費用の割合	61.1%	61.8%	59.5%	59.9%
	外来受診率 ※	650.1	649.4	719.9	709.6
	一件当たり医療費(円)	25,130	25,580	24,470	24,520
	一人当たり医療費(円)	16,340	16,610	17,620	17,400
	入院				
	入院費用の割合	38.9%	38.2%	40.5%	40.1%
	入院受診率 ※	15.8	16.1	19.6	18.8
	一件当たり医療費(円)	659,930	635,550	610,160	619,090
	一人当たり医療費(円)	10,400	10,260	11,980	11,650
	一件当たり在院日数	15.5	15.3	16.3	16.0
歯科	歯科(外来+入院)				
	歯科受診率 ※	173.4	165.9	163.8	164.8
	歯科一件当たり医療費(円)	12,180	12,720	13,240	13,410
	歯科一人当たり医療費(円)	2,110	2,110	2,170	2,210

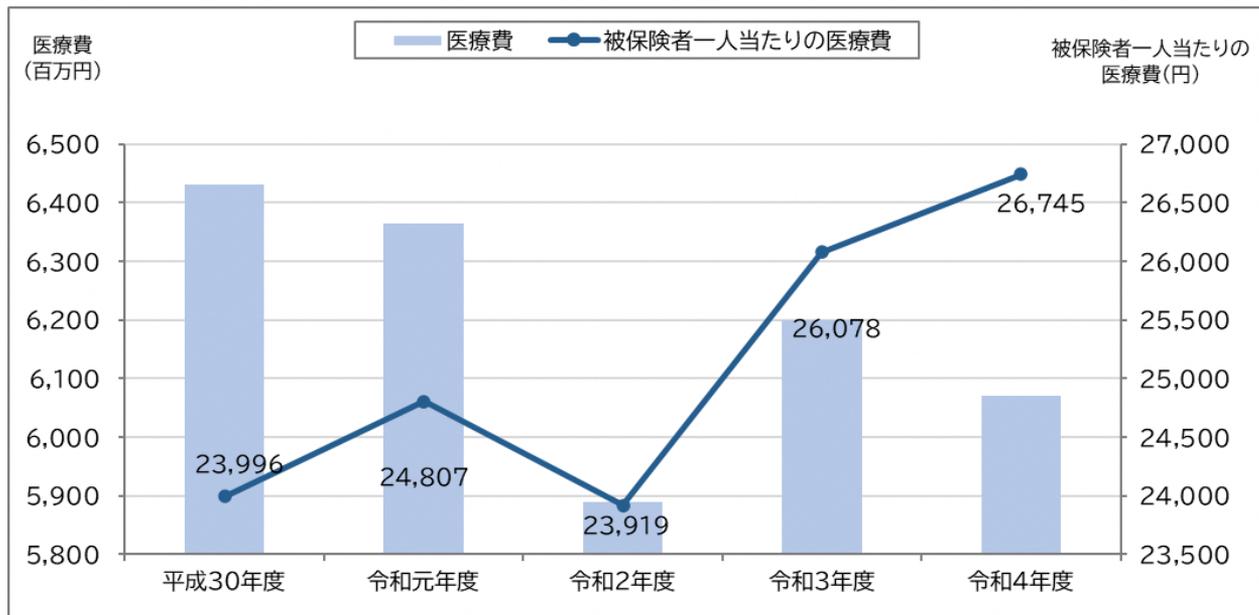
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

※受診率…1,000人当たりレセプト件数(レセプト件数÷国保被保険者数)

(2)医療費の状況

以下は、本市の医療費の状況を示したものです。医療費においては、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えの影響により、令和2年度に大きく減少したものの、令和3年度に一旦増加に転じ、令和4年度では再び減少しています。被保険者一人当たりの医療費においては、令和2年度を除く年度で、前年度より増加しています。(図表2-6)

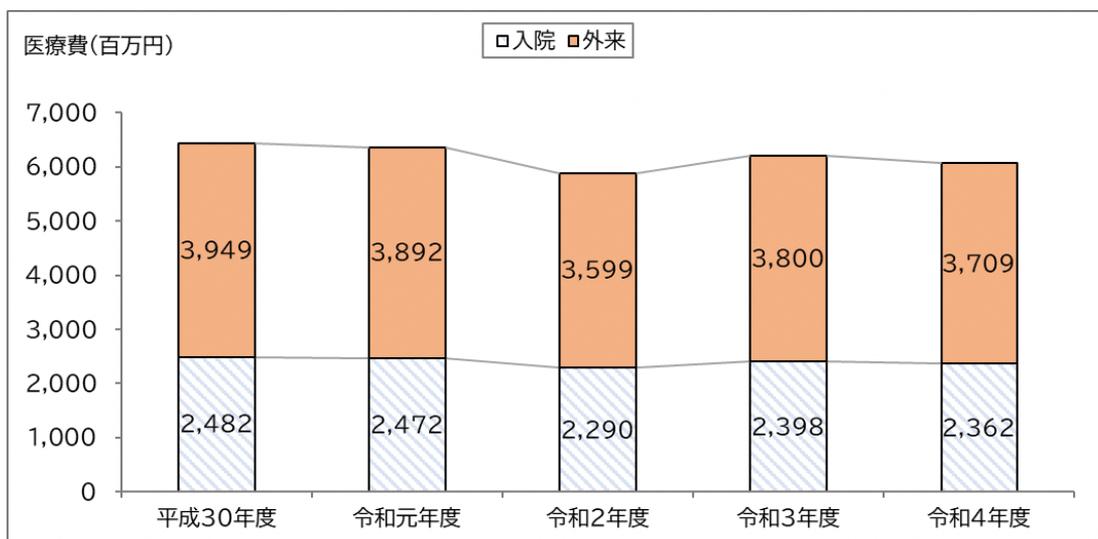
【図表2-6】年度別 医療費の状況



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年7月7日抽出)
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

以下は、本市の入院・外来別の医療費の状況を示したものです。入院・外来ともに新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えの影響により、令和2年度では大きく減少したものの、令和3年度に一旦増加に転じ、令和4年度では再び減少しています。(図表2-7)

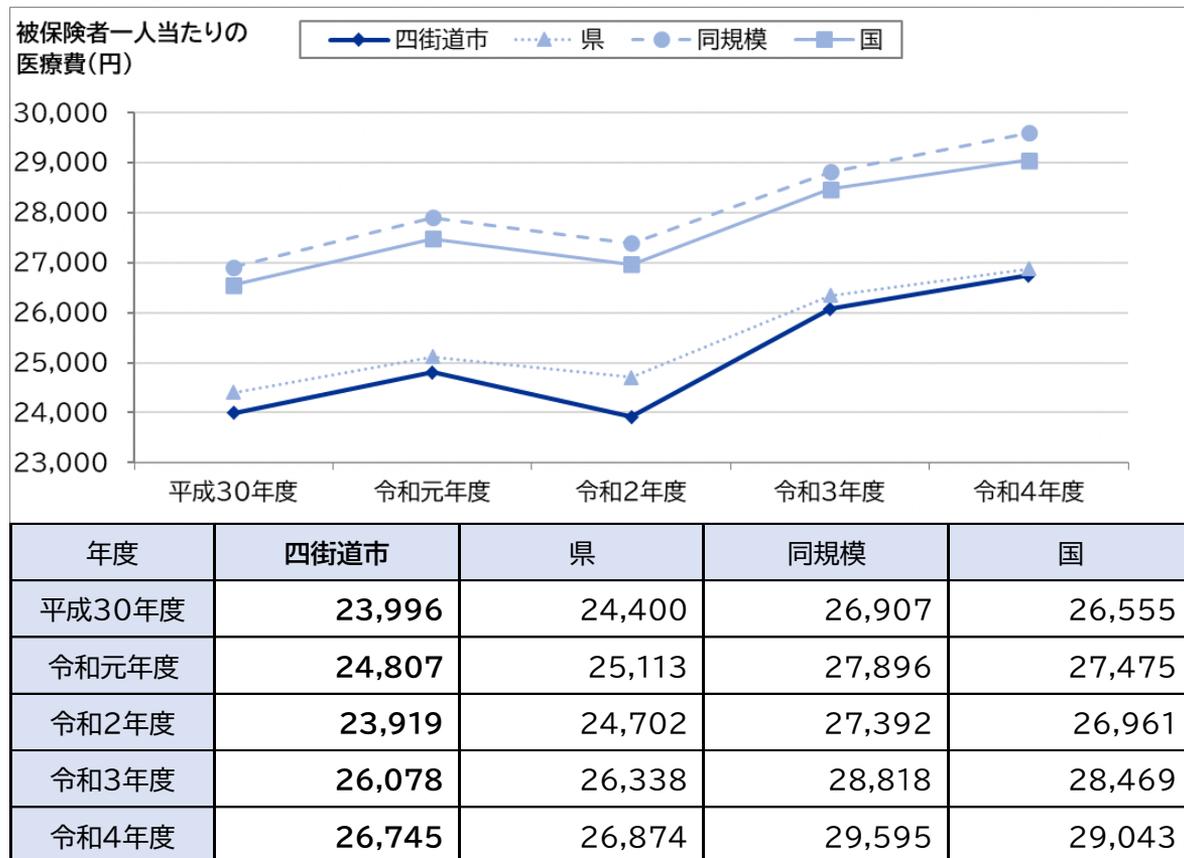
【図表2-7】年度別 入院・外来別の医療費



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。本市の被保険者一人当たりの医療費は、県、同規模、国よりも少ない状況ですが、近年増加傾向にあります。
(図表2-8)

【図表2-8】年度別 被保険者一人当たりの医療費

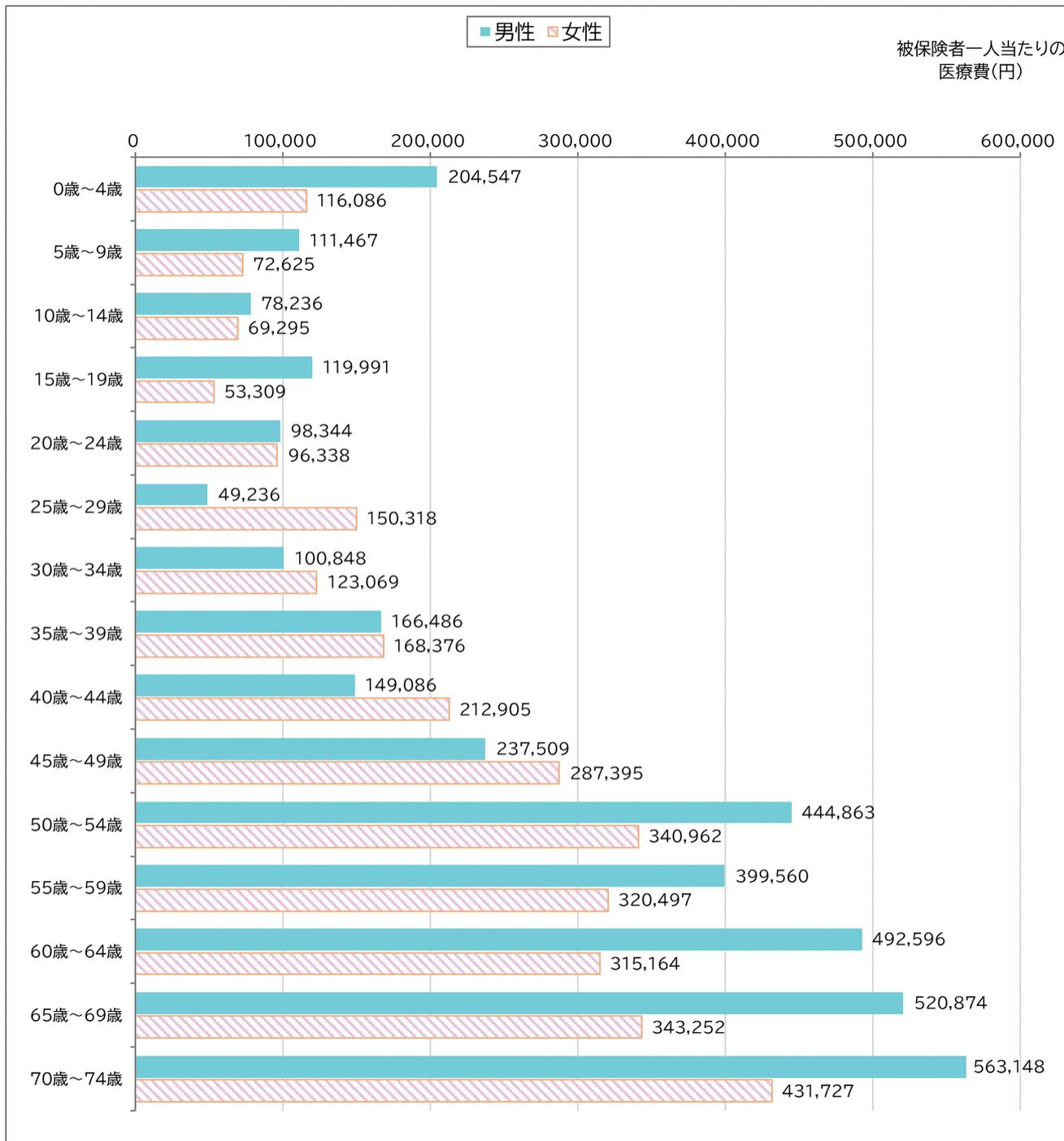


(単位:円)

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年7月7日抽出)
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

以下は、本市の令和4年度における、被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。25歳～49歳までは女性の方が高く、それ以外の年齢階層では男性の方が高くなっています。45歳以上は、男性も女性も金額が増加する傾向にあることから、年齢が低い内に疾病を発見し、早期治療につなげ、重症化を防ぐことが重要だと考えられます。(図表2-9)

【図表2-9】男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」(令和5年7月7日抽出)

(3)疾病別医療費

以下は、本市の令和4年度の医療費を細小分類別に上位10疾患を示したものです。「糖尿病」と「慢性腎臓病(透析あり)」で8.3%を占めていますが、いずれも生活習慣の改善による発症予防が見込める疾病です。(図表2-10)

【図表2-10】細小分類による医療費上位10疾患(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	302,504,210	5.0%
2	関節疾患	226,381,960	3.7%
3	慢性腎臓病(透析あり)	201,566,700	3.3%
4	統合失調症	182,090,200	3.0%
5	高血圧症	164,776,190	2.7%
6	肺がん	154,506,950	2.6%
7	不整脈	149,295,000	2.5%
8	脂質異常症	122,435,920	2.0%
9	うつ病	117,608,340	1.9%
10	骨折	110,183,550	1.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」(令和5年7月7日抽出)

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものです。
本市では、がん、筋・骨格、精神、脂質異常症、心筋梗塞において、県、同規模、国と比較して構成比が高くなっています。(図表2-11)

【図表2-11】最大医療資源傷病名別の医療費構成比(令和4年度)

傷病名	四街道市	県	同規模	国
がん	34.2%	31.7%	32.0%	32.0%
筋・骨格	16.7%	16.5%	16.4%	16.6%
精神	14.6%	14.0%	15.1%	15.0%
糖尿病	10.8%	10.8%	10.9%	10.4%
慢性腎臓病(透析有)	6.5%	9.6%	7.8%	8.3%
高血圧症	5.4%	5.5%	6.2%	5.8%
脂質異常症	4.0%	3.8%	4.0%	4.0%
脳梗塞	2.7%	2.7%	2.7%	2.7%
狭心症	2.4%	2.5%	2.1%	2.1%
脳出血	1.1%	1.2%	1.2%	1.3%
心筋梗塞	1.0%	0.7%	0.6%	0.7%
慢性腎臓病(透析無)	0.3%	0.6%	0.5%	0.6%
動脈硬化症	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

以下は、令和4年度の生活習慣病等にかかる疾病の医療費を示したものです。レセプト一件当たりの医療費で1番高額であったものは、脳出血で513,720円となっています。

(図表2-12)

【図表2-12】生活習慣病等疾病別の医療費統計(入院・外来合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比	順位	レセプト件数(件)	構成比	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
脳出血	33,905,540	0.6%	9	66	0.0%	13	513,720	1
心筋梗塞	31,813,210	0.5%	10	94	0.1%	12	338,438	2
がん	1,055,004,100	17.4%	1	5,817	3.8%	6	181,366	3
脳梗塞	83,120,380	1.4%	7	743	0.5%	8	111,871	4
狭心症	73,119,280	1.2%	8	1,078	0.7%	7	67,829	5
精神	449,841,970	7.4%	3	9,357	6.2%	5	48,075	6
筋・骨格	515,788,110	8.5%	2	16,154	10.7%	1	31,929	7
糖尿病	333,045,710	5.5%	4	11,068	7.3%	3	30,091	8
動脈硬化症	4,873,350	0.1%	11	213	0.1%	11	22,880	9
脂肪肝	4,386,530	0.1%	12	217	0.1%	10	20,214	10
脂質異常症	122,443,100	2.0%	6	9,413	6.2%	4	13,008	11
高血圧症	165,154,900	2.7%	5	13,465	8.9%	2	12,265	12
高尿酸血症	3,285,150	0.1%	13	301	0.2%	9	10,914	13
その他(上記以外のもの)	3,176,007,620	52.5%		83,151	55.0%		38,196	
合計	6,051,788,950			151,137			40,042	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」(令和5年7月7日抽出)

(4)生活習慣病患者の状況

以下は、本市の生活習慣病患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。高血圧症と脂質異常症は、生活習慣病対象者のおおよそ半数が罹患している状況です。また、全体的に年齢が上がる毎にその割合が高くなっています。(図表2-13)

【図表2-13】生活習慣病全体のレセプト分析

分類			0歳～ 39歳	40歳～ 49歳	50歳～ 59歳	60歳～ 64歳	65歳～ 69歳	70歳～ 74歳	合計
被保険者数(人)		A	4,720	2,257	2,302	1,439	3,063	5,693	19,474
レセプト件数(件)		B	1,716	978	1,216	967	2,429	5,237	12,543
生活習慣病 対象者	人数(人)	C	443	540	760	594	1,494	3,107	6,938
	割合	C/A	9.4%	23.9%	33.0%	41.3%	48.8%	54.6%	35.6%
高血圧症	人数(人)	D	25	132	318	318	867	1,847	3,507
	割合	D/C	5.6%	24.4%	41.8%	53.5%	58.0%	59.4%	50.5%
脂質異常症	人数(人)	E	41	136	305	296	840	1,780	3,398
	割合	E/C	9.3%	25.2%	40.1%	49.8%	56.2%	57.3%	49.0%
糖尿病	人数(人)	F	37	103	221	229	547	1,138	2,275
	割合	F/C	8.4%	19.1%	29.1%	38.6%	36.6%	36.6%	32.8%
脳血管疾患	人数(人)	G	6	18	76	70	196	477	843
	割合	G/C	1.4%	3.3%	10.0%	11.8%	13.1%	15.4%	12.2%
高尿酸血症	人数(人)	H	12	34	94	68	176	328	712
	割合	H/C	2.7%	6.3%	12.4%	11.4%	11.8%	10.6%	10.3%
虚血性心疾患	人数(人)	I	7	21	42	57	158	356	641
	割合	I/C	1.6%	3.9%	5.5%	9.6%	10.6%	11.5%	9.2%

出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年5月診療分)(令和5年7月7日抽出)

(5)透析患者の状況

以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。被保険者に占める透析患者の割合は県や同規模、国と比較して割合が低くなっています。(図表2-14)

【図表2-14】透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
四街道市	18,256	50	0.27
県	1,233,735	4,896	0.40
同規模	3,472,300	12,394	0.36
国	24,660,500	86,890	0.35

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」令和5年7月7日抽出

注:分子が少ないため、割合は小数点以下第3位を四捨五入した。

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況について示したものです。患者一人当たりの透析医療費は令和4年度では、6,538,713円となっています。(図表2-15)

【図表2-15】年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析年間医療費(円)
平成30年度	54	309,265,860	5,727,146
令和元年度	56	365,341,180	6,523,950
令和2年度	58	353,162,540	6,089,009
令和3年度	57	354,256,340	6,215,024
令和4年度	50	326,935,670	6,538,713

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」(令和5年7月7日抽出)

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの1年間の総点数を医療費換算したものの。

以下は、本市の透析患者数及び被保険者に占める割合を男女別・年齢階層別に示したものです。女性よりも男性の方が割合が高くなっております。

(図表2-16)

【図表2-16】男女別・年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数 (人)	透析患者数 (人)	被保険者に占める 透析患者割合	被保険者数 (人)	透析患者数 (人)	被保険者に占める 透析患者割合	被保険者数 (人)	透析患者数 (人)	被保険者に占める 透析患者割合
0歳～64歳	10,718	26	0.24%	5,616	20	0.36%	5,102	6	0.12%
65歳～74歳	8,756	29	0.33%	3,637	19	0.52%	5,119	10	0.20%
合計	19,474	55	0.28%	9,253	39	0.42%	10,221	16	0.16%

出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)(令和5年7月7日抽出)

注:分子が少ないため、割合は小数点以下第3位を四捨五入した。

以下は、本市の透析患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。透析患者全体の89.1%が高血圧症を、61.8%が糖尿病を併存しており、脂質異常症や高尿酸血症については約半数が透析に併存しています。(図表2-17)

【図表2-17】透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C
0歳～64歳	10,718	4,877	26	0.2%	24	92.3%	19	73.1%	16	61.5%	13	50.0%
65歳～74歳	8,756	7,666	29	0.3%	25	86.2%	15	51.7%	13	44.8%	13	44.8%
合計	19,474	12,543	55	0.3%	49	89.1%	34	61.8%	29	52.7%	26	47.3%
年齢階層	虚血性心疾患		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		脳血管疾患		インスリン療法		糖尿病性神経障害	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C
0歳～64歳	10	38.5%	6	23.1%	8	30.8%	4	15.4%				
65歳～74歳	9	31.0%	6	20.7%	4	13.8%	6	20.7%				
合計	19	34.5%	12	21.8%	12	21.8%	10	18.2%	7	12.7%	4	7.3%

出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)(令和5年7月7日抽出)

注:人数が少ない項目は合計のみ記載した。

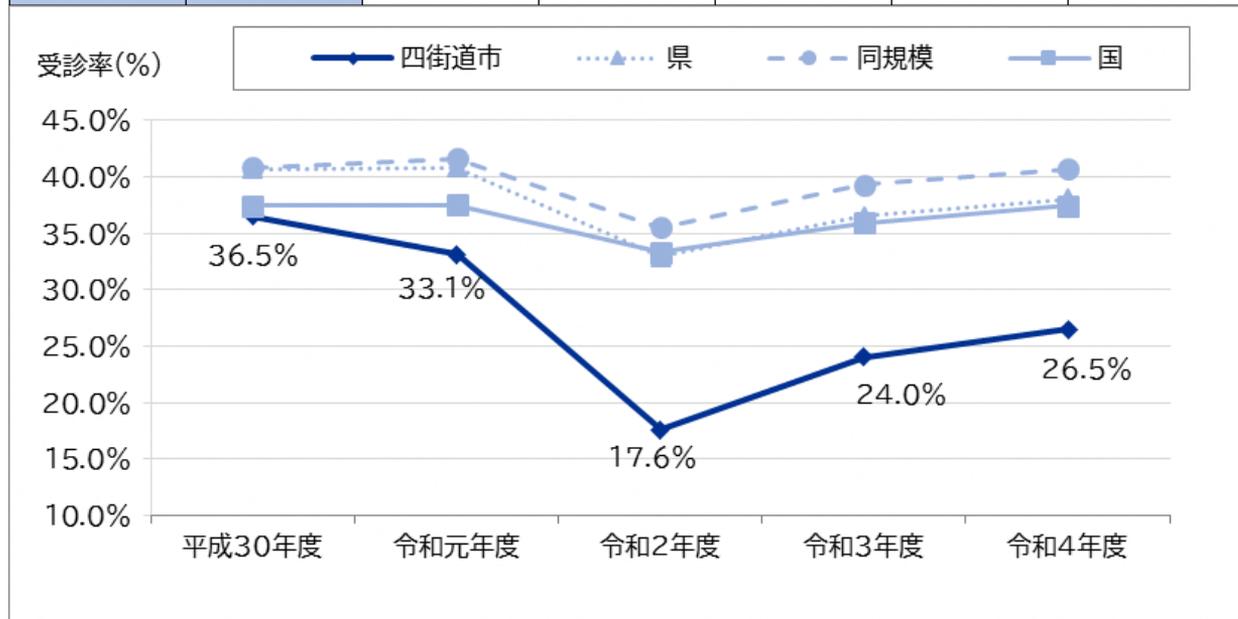
3. 特定健康診査の受診状況及び特定保健指導の実施状況

(1) 特定健康診査の受診状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。本市の令和4年度の特定健康診査受診率26.5%は平成30年度36.5%より10.0ポイント減少しており、県、同規模、国よりも低くなっています。(図表3-1)

【図表3-1】年度別の特定健康診査受診率

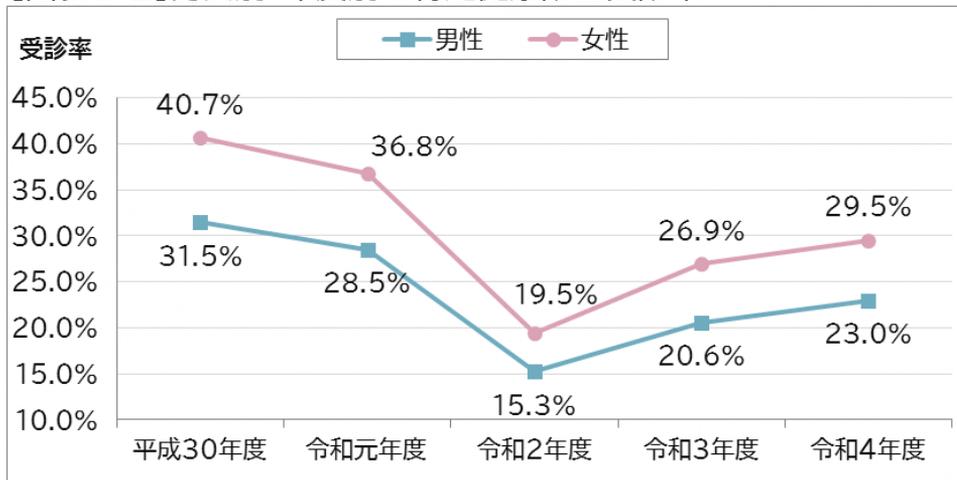
区分		特定健康診査受診率				
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
四街道市	受診率	36.5%	33.1%	17.6%	24.0%	26.5%
	受診者(人)	5,580	4,843	2,513	3,287	3,324
	対象者(人)	15,276	14,642	14,305	13,676	12,557
県	受診率	40.7%	40.8%	32.9%	36.5%	38.0%
	受診者(人)	394,221	382,145	304,794	327,438	319,211
	対象者(人)	969,060	936,468	925,818	898,112	839,906
同規模	受診率	40.8%	41.6%	35.5%	39.3%	40.7%
	受診者(人)	1,175,812	1,151,062	968,218	1,033,189	1,003,586
	対象者(人)	2,883,649	2,767,587	2,727,210	2,629,270	2,468,082
国	受診率	37.4%	37.5%	33.3%	35.9%	37.4%
	受診者(人)	7,205,521	7,027,440	6,194,855	6,501,280	6,315,537
	対象者(人)	19,280,050	18,730,323	18,588,654	18,132,392	16,907,199



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年12月4日抽出)

本市の男女別・年度別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率23.0%は平成30年度31.5%より8.5ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率29.5%は平成30年度40.7%より11.2ポイント減少しています。(図表3-2)

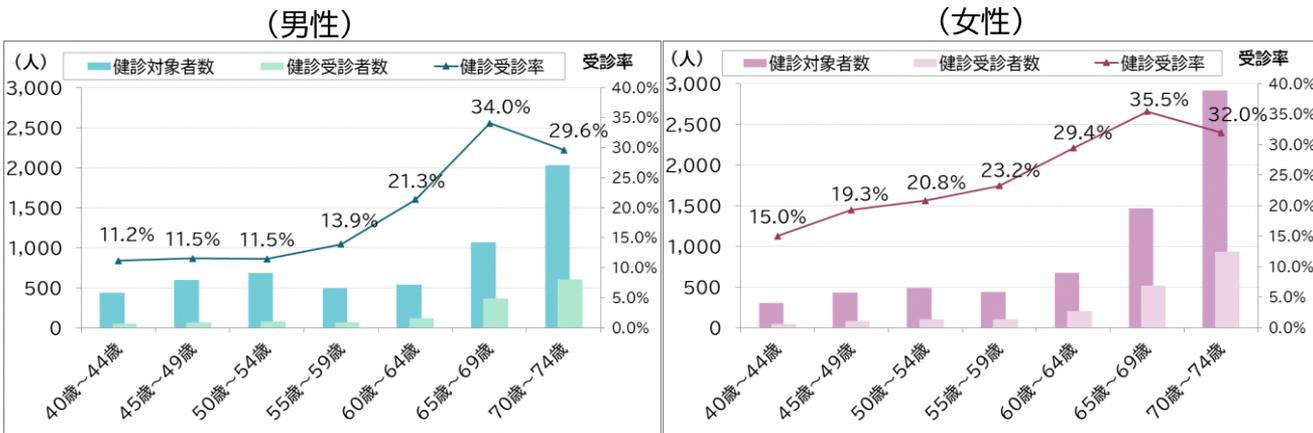
【図表3-2】男女別・年度別の特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年12月4日抽出)

以下は、本市の令和4年度における、特定健康診査受診率を男女別・年代別に示したものです。男性よりも女性が受診率が高く、また、年齢層が高い方が受診率が高くなっています。(図表3-3)

【図表3-3】男女別・年代別の特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年12月4日抽出)

以下は、令和4年度特定健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。本市の40歳～64歳の男性の有所見者割合が最も高かったのは腹囲で、同年代の女性の有所見者割合では、LDLコレステロールの割合が最も高くなっています。また、本市の65歳～74歳では、男女ともにHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。(図表3-4)

【図表3-4】男女別検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

	区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	eGFR	
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	60未満	
男性	四街道市	40歳～64歳	人数(人)	136	212	98	100	23	111	154	54	123	88	205	2	50	41	43
		割合	35.8%	55.8%	25.8%	26.3%	6.1%	29.2%	40.5%	14.2%	32.4%	23.2%	53.9%	0.5%	13.2%	10.8%	11.3%	
	四街道市	65歳～74歳	人数(人)	268	546	227	142	55	439	639	135	494	226	482	23	298	253	314
		割合	27.9%	56.8%	23.6%	14.8%	5.7%	45.6%	66.4%	14.0%	51.4%	23.5%	50.1%	2.4%	31.0%	26.3%	32.6%	
	四街道市	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	404	758	325	242	78	550	793	189	617	314	687	25	348	294	357
		割合	30.1%	56.5%	24.2%	18.0%	5.8%	41.0%	59.1%	14.1%	46.0%	23.4%	51.2%	1.9%	25.9%	21.9%	26.6%	
	県	割合	34.8%	56.8%	28.1%	20.5%	6.8%	27.8%	60.0%	9.6%	50.2%	24.8%	46.1%	2.5%	17.1%	13.8%	22.4%	
国	割合	33.9%	55.8%	28.0%	20.7%	7.2%	31.5%	59.1%	12.9%	50.8%	25.8%	44.9%	2.7%	24.4%	19.9%	23.6%		
女性	四街道市	40歳～64歳	人数(人)	348	384	259	165	16	446	1,124	38	836	373	1,155	2	357	293	437
		割合	17.6%	19.4%	13.1%	8.3%	0.8%	22.5%	56.7%	1.9%	42.2%	18.8%	58.3%	0.1%	18.0%	14.8%	22.0%	
	四街道市	65歳～74歳	人数(人)	245	293	203	105	10	361	901	29	695	272	843	2	289	242	379
		割合	16.9%	20.2%	14.0%	7.2%	0.7%	24.9%	62.1%	2.0%	47.9%	18.7%	58.1%	0.1%	19.9%	16.7%	26.1%	
	四街道市	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	348	384	259	165	16	446	1,124	38	836	373	1,155	2	357	293	437
		割合	17.6%	19.4%	13.1%	8.3%	0.8%	22.5%	56.7%	1.9%	42.2%	18.8%	58.3%	0.1%	18.0%	14.8%	22.0%	
	県	割合	21.6%	19.3%	15.4%	9.1%	1.1%	17.7%	58.2%	1.3%	46.2%	16.8%	55.4%	0.2%	12.4%	10.1%	18.5%	
国	割合	21.5%	19.1%	15.9%	9.0%	1.3%	19.9%	57.6%	1.8%	46.3%	17.0%	54.1%	0.3%	19.1%	17.2%	20.4%		

出典:国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」(令和5年12月4日抽出)

以下は、令和4年度に実施した特定健康診査のデータにおける質問票調査の状況について、示したものです。「3食以外間食 時々」の項目は県などと比較して割合が高くなっていますが、その他の項目では、良い回答内容の割合が県などと比較して高くなっています。(図表3-5)

【図表3-5】質問票調査の状況(令和4年度)

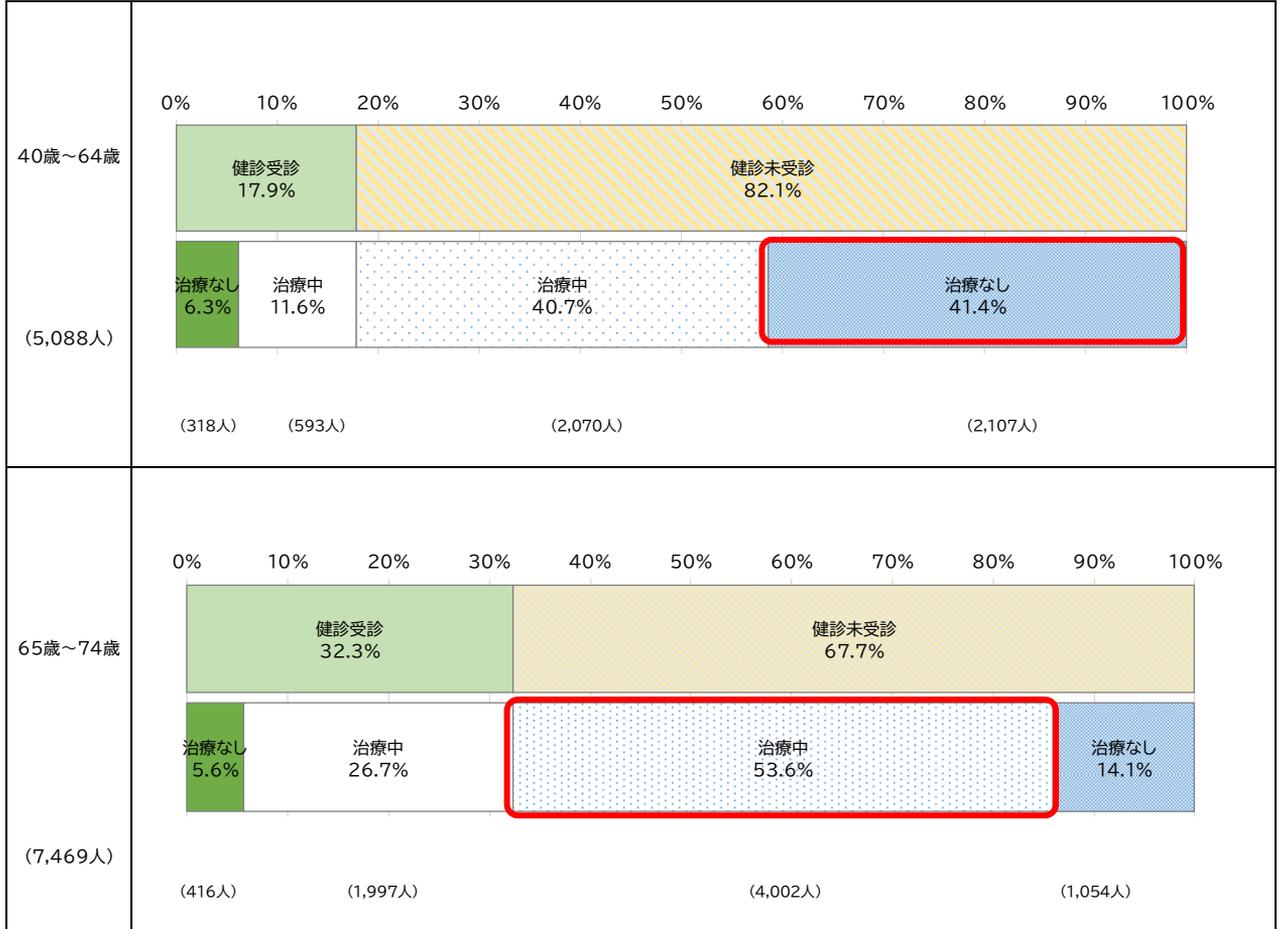
分類	質問項目	四街道市	県	同規模	国
服薬	服薬 高血圧症	29.3%	35.1%	37.4%	36.8%
	服薬 糖尿病	6.6%	8.3%	9.3%	8.9%
	服薬 脂質異常症	26.8%	28.5%	29.0%	29.1%
既往歴	既往歴 脳卒中	2.5%	3.2%	3.2%	3.3%
	既往歴 心臓病	3.8%	5.6%	6.0%	5.7%
	既往歴 慢性腎臓病・腎不全	0.7%	0.9%	0.8%	0.8%
	既往歴 貧血	10.4%	10.8%	10.6%	10.7%
喫煙	喫煙	10.3%	12.1%	12.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	31.2%	35.2%	34.5%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	53.7%	56.7%	59.7%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	44.9%	44.5%	46.5%	47.5%
	歩行速度遅い	46.1%	47.0%	51.5%	50.4%
食事	食べる速度が速い	24.2%	25.4%	25.8%	26.4%
	食べる速度が普通	68.3%	67.1%	66.3%	65.7%
	食べる速度が遅い	7.4%	7.6%	7.9%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	12.9%	15.4%	14.4%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	8.3%	10.0%	8.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	22.6%	23.5%	24.4%	24.6%
	時々飲酒	24.4%	22.8%	21.3%	22.3%
	飲まない	53.0%	53.7%	54.3%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	68.1%	68.1%	65.3%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	22.0%	21.9%	23.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	7.6%	7.9%	8.9%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	2.4%	2.2%	2.3%	2.5%
睡眠	睡眠不足	23.0%	23.7%	25.0%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	21.1%	28.3%	27.9%	27.5%
	改善意欲あり	29.7%	26.7%	27.8%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	13.2%	12.5%	13.9%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	10.6%	9.9%	8.9%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	25.4%	22.6%	21.5%	21.6%
	保健指導利用しない	54.2%	61.3%	64.6%	62.7%
咀嚼	咀嚼 何でも	81.6%	79.5%	77.9%	79.0%
	咀嚼 かみにくい	18.2%	19.8%	21.3%	20.2%
	咀嚼 ほとんどかめない	0.2%	0.7%	0.8%	0.8%
間食	3食以外間食 毎日	20.1%	21.2%	21.6%	21.7%
	3食以外間食 時々	59.4%	58.7%	58.3%	57.5%
	3食以外間食 ほとんど摂取しない	20.5%	20.1%	20.0%	20.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和5年12月4日抽出)

以下は、本市の令和4年度における特定健康診査受診の有無と生活習慣病治療の有無を示したものです。40歳～64歳においては、健康状態が不明である「健診未受診」かつ「治療なし」の群の割合が41.4%で、一番高くなっています。

また、65歳～74歳においては、「健診未受診」かつ「治療中」の群の割合が53.6%と一番高くなっています。(図表3-6)

【図表3-6】特定健康診査対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」(令和5年12月4日抽出)
 ※「治療中」…特定健康診査対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計した。

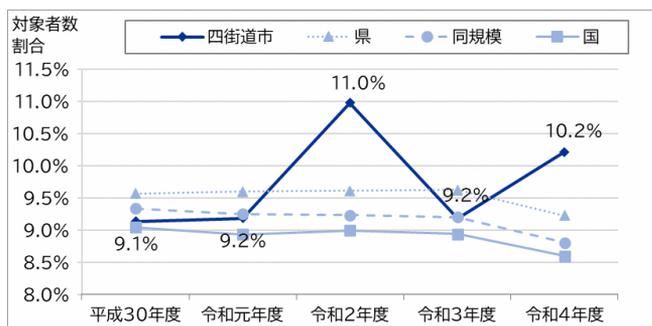
(2) 特定保健指導の実施状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の動機付け支援対象者数の割合10.2%は、県、同規模、国と比較して高くなっており、積極的支援対象者数の割合2.5%は、県、同規模、国と比較して低くなっています。(図表3-7～3-9)

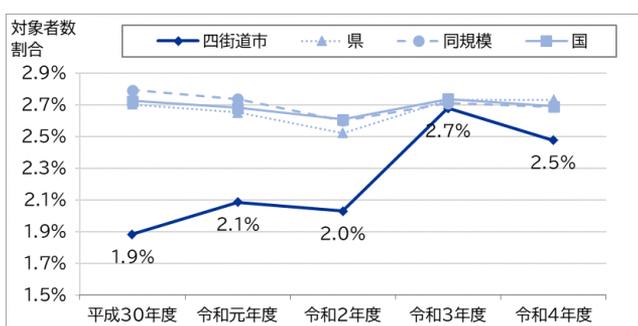
【図表3-7】年度別 動機付け・積極的支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合					積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
四街道市	9.1%	9.2%	11.0%	9.2%	10.2%	1.9%	2.1%	2.0%	2.7%	2.5%
県	9.6%	9.6%	9.6%	9.6%	9.2%	2.7%	2.7%	2.5%	2.7%	2.7%
同規模	9.3%	9.3%	9.2%	9.2%	8.8%	2.8%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

【図表3-8】動機付け支援対象者数割合



【図表3-9】積極的支援対象者数割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年7月7日抽出(図表3-8～3-10共通)

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

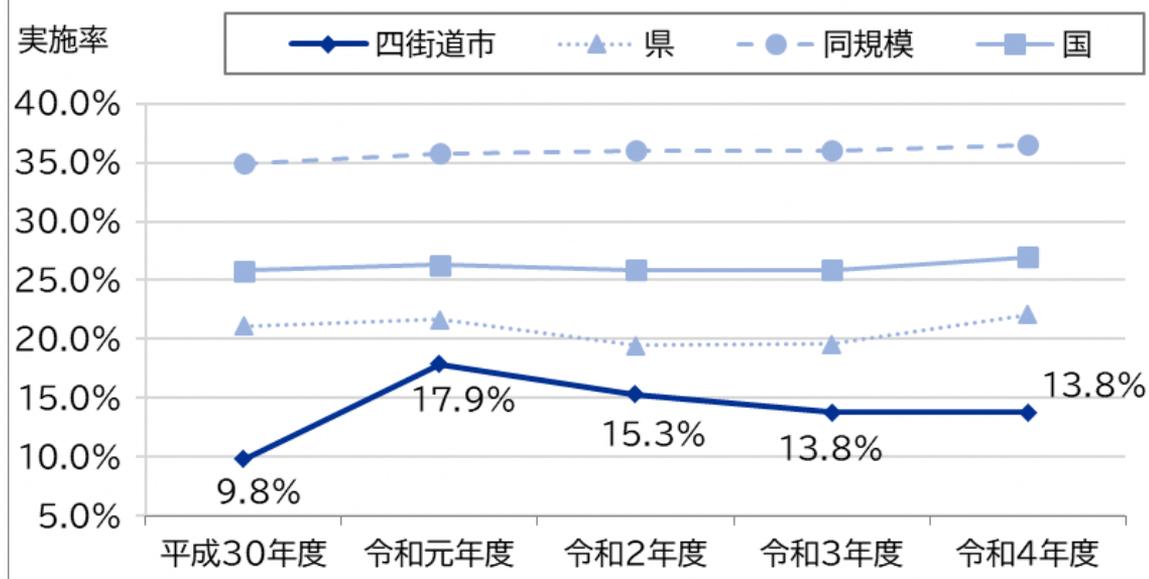
- ①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。
※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、年度別の特定保健指導実施率を示したものです。本市の令和4年度における特定保健指導実施率13.8%は平成30年度の9.8%より4ポイント増加したものの、県や同規模、国と比較して低くなっています。(図表3-10)

【図表3-10】年度別 特定保健指導実施率

区分		特定保健指導実施率				
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
四街道市	実施率	9.8%	17.9%	15.3%	13.8%	13.8%
	実施者(人)	60	98	50	54	58
	対象者(人)	615	546	327	390	421
県	実施率	21.1%	21.7%	19.5%	19.6%	22.1%
	実施者(人)	10,228	10,158	7,229	7,949	8,375
	対象者(人)	48,375	46,819	36,979	40,463	37,960
同規模	実施率	34.9%	35.8%	36.0%	36.0%	36.5%
	実施者(人)	49,812	49,443	41,230	44,293	42,126
	対象者(人)	142,621	137,995	114,609	123,134	115,306
国	実施率	25.8%	26.3%	25.9%	25.9%	27.0%
	実施者(人)	218,876	214,422	185,902	197,035	192,578
	対象者(人)	848,324	816,249	718,928	759,406	712,349



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月4日抽出

以下は、動機付け支援と積極的支援のそれぞれについて、特定保健指導の実施率を示したものです。本市の動機付け支援と積極的支援の令和4年度における実施率は平成30年度より増加したものの、県や同規模、国と比較して低くなっています。
(図表3-11、3-12)

【図表3-11】年度別 特定保健指導実施率(動機付け支援)

区分		動機付け支援実施率				
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
四街道市	実施率	11.0%	18.9%	16.3%	15.9%	15.4%
	実施者(人)	56	84	45	48	52
	対象者(人)	510	445	276	302	338
県	実施率	23.3%	24.0%	21.7%	21.5%	24.4%
	実施者(人)	8,778	8,806	6,342	6,777	7,148
	対象者(人)	37,719	36,687	29,292	31,525	29,303
同規模	実施率	38.7%	39.6%	39.6%	39.6%	40.1%
	実施者(人)	42,526	42,227	35,390	37,642	35,467
	対象者(人)	109,783	106,507	89,428	95,129	88,382
国	実施率	28.8%	29.3%	28.7%	28.9%	30.1%
	実施者(人)	187,764	184,163	159,761	167,907	163,457
	対象者(人)	651,985	627,902	557,338	581,507	542,698

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月4日抽出

【図表3-12】年度別 特定保健指導実施率(積極的支援)

区分		積極的支援実施率				
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
四街道市	実施率	3.8%	13.9%	9.8%	6.8%	7.2%
	実施者(人)	4	14	5	6	6
	対象者(人)	105	101	51	88	83
県	実施率	13.6%	13.3%	11.5%	13.1%	14.2%
	実施者(人)	1,450	1,352	887	1,172	1,227
	対象者(人)	10,656	10,132	7,687	8,938	8,657
同規模	実施率	22.2%	22.9%	23.2%	23.7%	24.7%
	実施者(人)	7,286	7,216	5,840	6,651	6,659
	対象者(人)	32,838	31,488	25,181	28,005	26,924
国	実施率	15.8%	16.1%	16.2%	16.4%	17.2%
	実施者(人)	31,112	30,259	26,141	29,128	29,121
	対象者(人)	196,339	188,347	161,590	177,899	169,651

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月4日抽出

(3)メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年度における特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム(メタボ)該当状況を示したものです。本市のメタボ該当は18.0%で、県、同規模、国よりも割合が低く、予備群該当とメタボ非該当はそれぞれ12.5%と69.5%で、県、同規模、国よりも割合が高くなっています。(図表3-13)

【図表3-13】メタボリックシンドローム該当状況

	健診受診者数 (人)	メタボ該当 (人)	メタボ割合	予備群人数 (人)	予備群割合	メタボ非該当 (人)	非該当割合
四街道市	3,324	598	18.0%	415	12.5%	2,311	69.5%
県	319,211	64,942	20.3%	36,103	11.3%	218,166	68.3%
同規模	1,003,586	209,401	20.9%	110,817	11.0%	683,368	68.1%
国	6,315,537	1,300,692	20.6%	699,274	11.1%	4,315,571	68.3%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月4日抽出

本市のメタボ予備群の中では、血圧が基準を超えていた者の割合が一番高く、該当者の中では「血圧+脂質」の追加リスクを持っている者の割合が一番高くなっています。(図表3-14)

【図表3-14】メタボリックシンドローム該当状況(四街道市)(令和4年度)

年齢階層	健診対象者		健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
40歳~64歳	5,088		911	17.9%	65	7.1%	118	13.0%	6	0.7%	80	8.8%	32	3.5%
65歳~74歳	7,469		2,413	32.3%	64	2.7%	297	12.3%	25	1.0%	200	8.3%	72	3.0%
全体(40歳~74歳)	12,557		3,324	26.5%	129	3.9%	415	12.5%	31	0.9%	280	8.4%	104	3.1%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
40歳~64歳	120	13.2%	15	1.6%	12	1.3%	67	7.4%	26	2.9%
65歳~74歳	478	19.8%	89	3.7%	20	0.8%	243	10.1%	126	5.2%
全体(40歳~74歳)	598	18.0%	104	3.1%	32	1.0%	310	9.3%	152	4.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」令和6年1月9日抽出

※メタボリックシンドローム判定基準

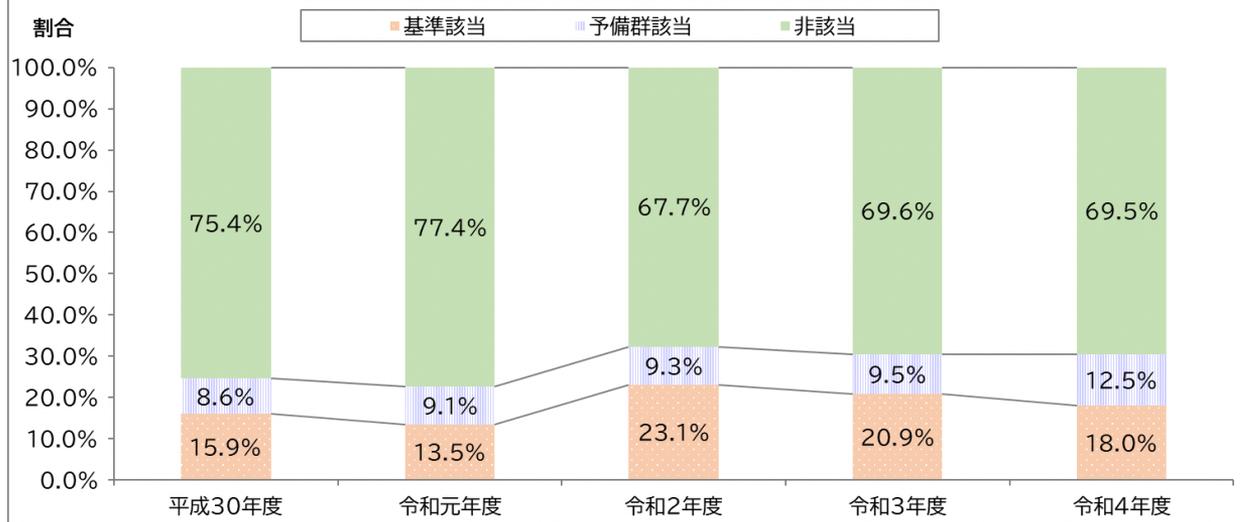
腹囲	追加リスク(①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。
 ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
 ②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
 ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
 ※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当18.0%は平成30年度15.9%より2.1ポイント増加しており、予備群該当12.5%は平成30年度8.6%より3.9ポイント増加しているのに対し、非該当69.5%は平成30年度75.4%より5.9ポイント減少しています。(図表3-15)

【図表3-15】年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)	基準該当		予備群該当		非該当	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
平成30年度	4,949	789	15.9%	426	8.6%	3,734	75.4%
令和元年度	4,388	593	13.5%	399	9.1%	3,396	77.4%
令和2年度	2,324	536	23.1%	215	9.3%	1,573	67.7%
令和3年度	2,979	622	20.9%	283	9.5%	2,074	69.6%
令和4年度	3,324	598	18.0%	415	12.5%	2,311	69.5%



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月4日抽出

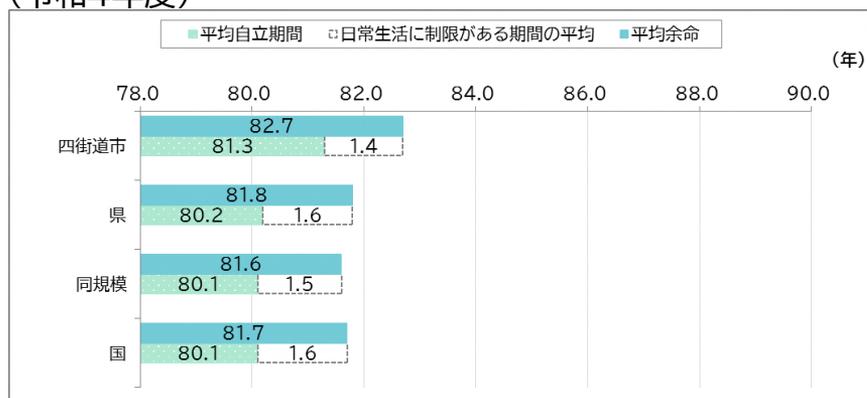
※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

4.平均余命と平均自立期間

以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つで、平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

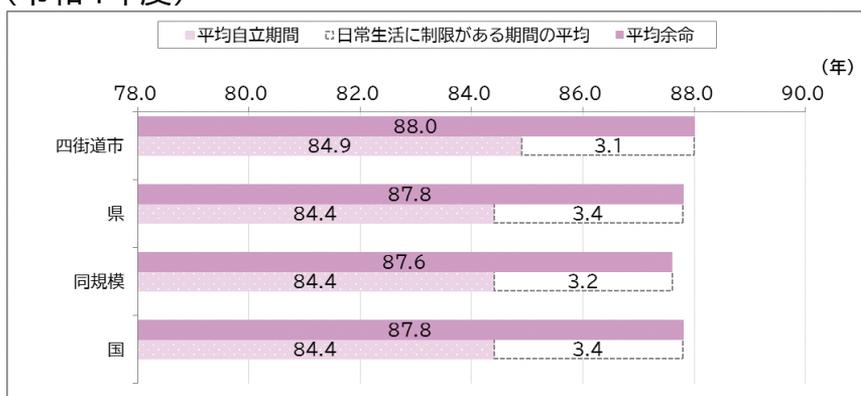
本市の男性の平均余命は82.7年、平均自立期間は81.3年となっています。日常生活に制限がある期間の平均は1.4年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本市の女性の平均余命は88.0年、平均自立期間は84.9年となっています。日常生活に制限がある期間の平均は3.1年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。(図表4-1、4-2)

【図表4-1】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(男性)
(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年7月7日抽出

【図表4-2】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(女性)
(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年7月7日抽出

【参考】平均余命と平均自立期間について



※平均余命…0歳時点の平均余命。

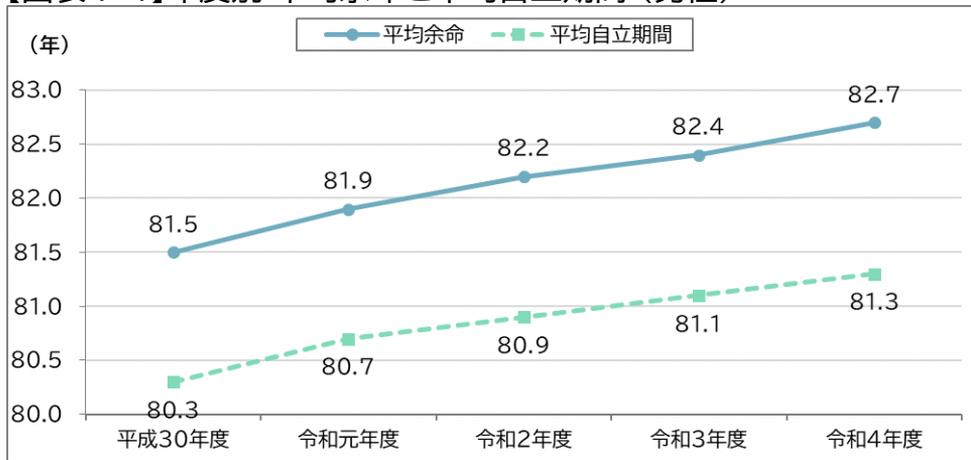
以下は、平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。本市の男性における令和4年度の平均自立期間81.3年は平成30年度80.3年から1年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.9年は平成30年度83.8年から1.1年延伸しています。(図表4-3～4-5)

【図表4-3】男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

区分	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
四街道市	82.7	81.3	1.4	88.0	84.9	3.1
県	81.8	80.2	1.6	87.8	84.4	3.4
同規模	81.6	80.1	1.5	87.6	84.4	3.2
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4

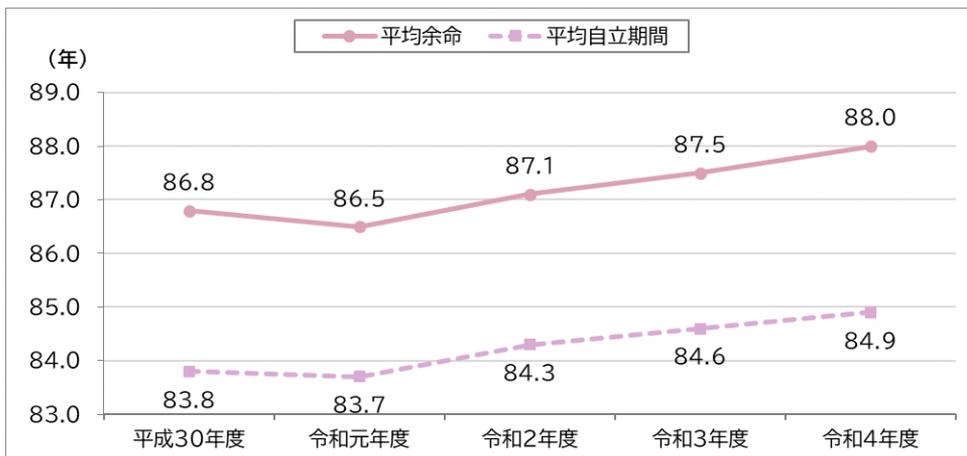
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

【図表4-4】年度別 平均余命と平均自立期間(男性)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

【図表4-5】年度別 平均余命と平均自立期間(女性)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

5.介護保険の状況

(1)要介護(支援)認定状況

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別・介護度別に示したものです。第1号認定者数は毎年増加しており、第1号認定率も毎年高くなっています。(図表5-1)

【図表5-1】年度別 要介護(支援)認定者数及び認定率

区 分	四街道市				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
第1号被保険者数(人)(A) (65歳以上)	26,727	27,078	27,203	27,296	27,200
第1号認定者計(人)(B)	3,449	3,626	3,896	4,064	4,217
要支援1(人)	494	565	640	659	713
要支援2(人)	544	590	605	636	662
要介護1(人)	701	714	732	765	806
要介護2(人)	577	534	564	598	601
要介護3(人)	413	462	494	515	518
要介護4(人)	428	444	519	549	567
要介護5(人)	292	317	342	342	350
第1号認定率(B/A)	12.9%	13.4%	14.3%	14.9%	15.5%
第2号認定者数(人) (40~64歳)	69	68	72	78	69
要介護(支援)認定者数 合計(人)	3,518	3,694	3,968	4,142	4,286

出典:介護保険事業状況報告(各年度 年度末時点の数値)

(KDB帳票では令和2年度以前の第1号被保険者数が令和3年度の数値に上書きされてしまうことから、本図表はKDB帳票を採用していないため、図表5-2と数値が異なるものがある。)

以下は、令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。一件当たり給付費は、県、同規模、国と比較して低くなっています。

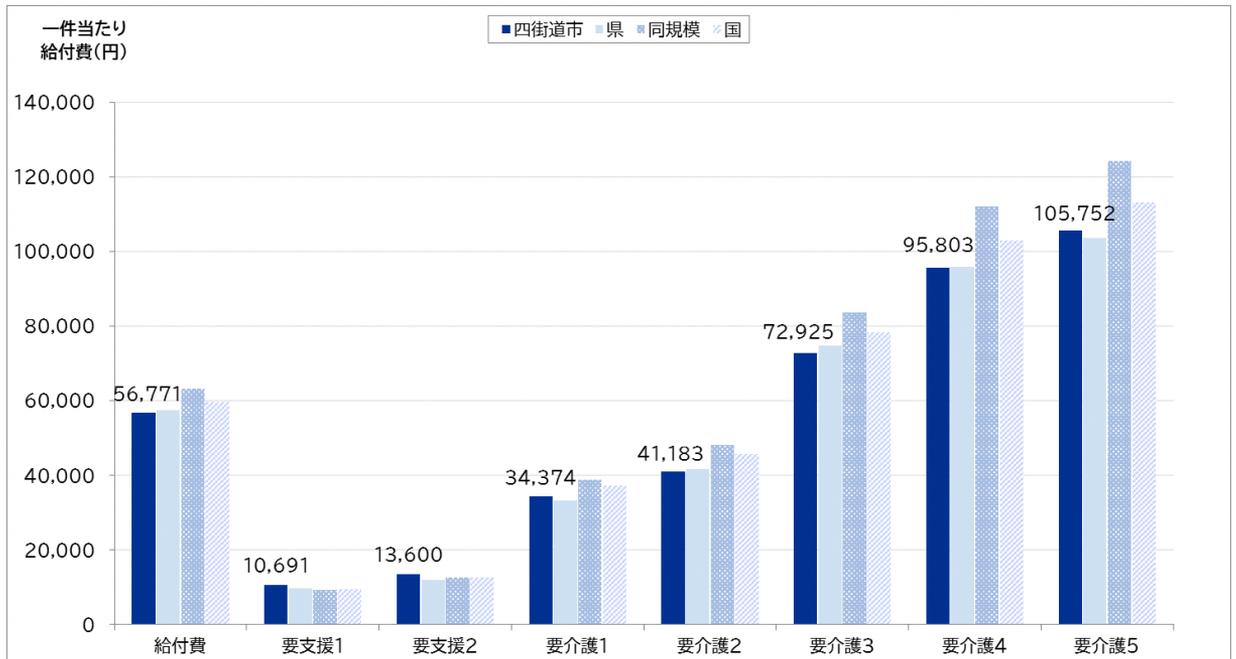
(図表5-2、5-3)

【図表5-2】要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度平均)

区分	四街道市	県	同規模	国
認定率	15.8%	17.9%	18.1%	19.4%
認定者数(人)	4,389	313,868	952,873	6,880,137
第1号(65歳以上)	4,309	305,021	932,725	6,724,030
第2号(40～64歳)	80	8,847	20,148	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	56,771	57,498	63,298	59,662
要支援1	10,691	9,809	9,411	9,568
要支援2	13,600	11,999	12,761	12,723
要介護1	34,374	33,334	38,933	37,331
要介護2	41,183	41,648	48,210	45,837
要介護3	72,925	74,938	83,848	78,504
要介護4	95,803	95,894	112,119	103,025
要介護5	105,752	103,755	124,487	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

【図表5-3】要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度平均)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

(2)要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病状況を示したものです。本市の疾病別の有病者数を合計すると13,304人となり、これを認定者数の実数で除すと3.03となり、認定者は平均で3疾病を有していることがわかります。

また、糖尿病、脳疾患、悪性新生物の有病率は、県、同規模、国のいずれよりも高くなっています。(図表5-4、5-5)

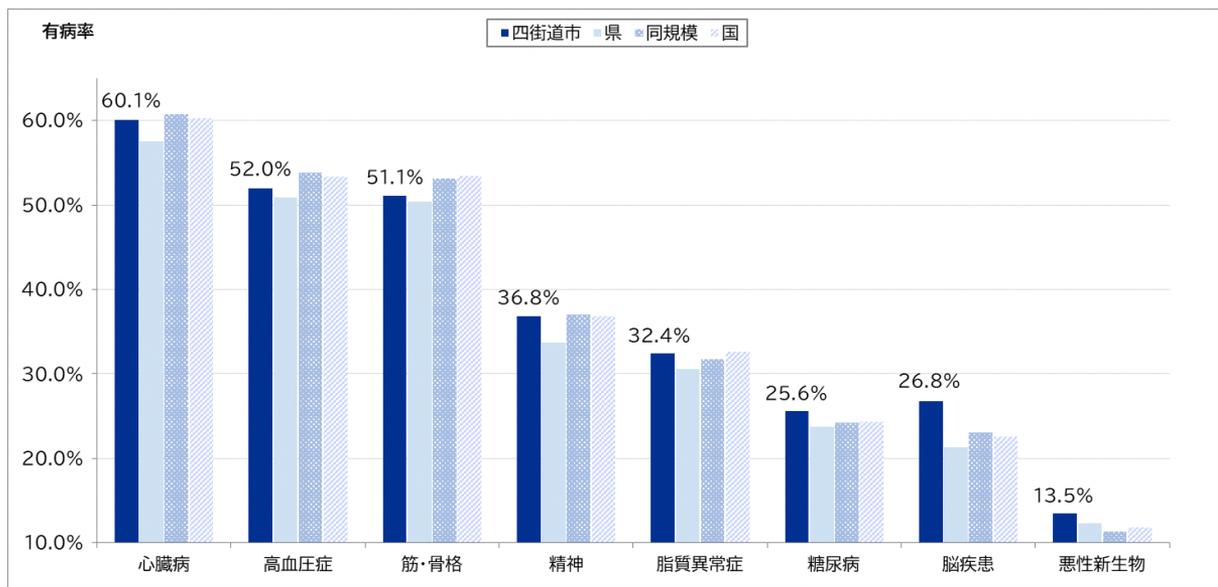
【図表5-4】要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

区分	四街道市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	4,389		313,868		952,873		6,880,137	
心臓病	実人数(人)	2,666	183,644	1	590,733	1	4,224,628	1
	有病率	60.1%	57.5%	1	60.8%	1	60.3%	1
高血圧症	実人数(人)	2,337	162,974	2	523,600	2	3,744,672	3
	有病率	52.0%	50.9%	2	53.8%	2	53.3%	3
筋・骨格	実人数(人)	2,294	161,565	3	516,731	3	3,748,372	2
	有病率	51.1%	50.4%	3	53.1%	3	53.4%	2
精神	実人数(人)	1,607	107,379	4	358,088	4	2,569,149	4
	有病率	36.8%	33.7%	4	37.0%	4	36.8%	4
脂質異常症	実人数(人)	1,473	98,834	5	312,282	5	2,308,216	5
	有病率	32.4%	30.6%	5	31.8%	5	32.6%	5
糖尿病	実人数(人)	1,161	76,084	6	237,003	6	1,712,613	6
	有病率	25.6%	23.7%	6	24.2%	6	24.3%	6
脳疾患	実人数(人)	1,153	67,100	7	221,742	7	1,568,292	7
	有病率	26.8%	21.3%	7	23.1%	7	22.6%	7
悪性新生物	実人数(人)	613	39,603	8	111,991	8	837,410	8
	有病率	13.5%	12.3%	8	11.3%	8	11.8%	8
合計	有病者 延べ人数(人)	13,304	897,183		2,872,170		20,713,352	
	認定者一人当たり 有病数(※)	3.03	2.86		3.01		3.01	

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

※認定者一人当たり有病数=有病者延べ人数÷認定者数

【図表5-5】要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

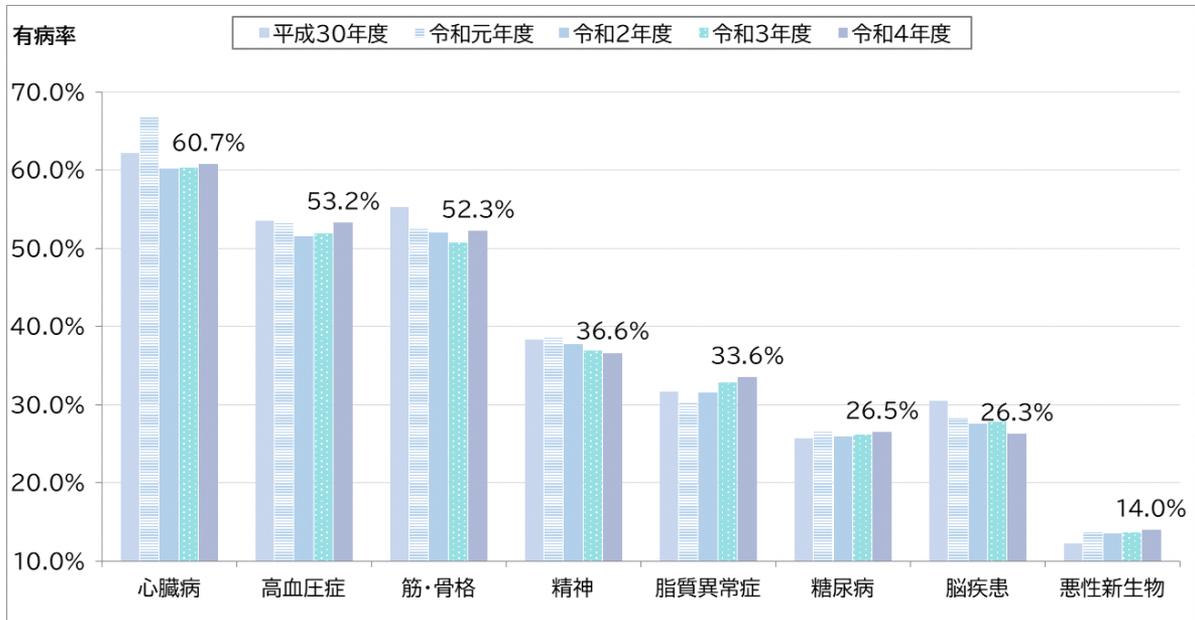
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病状況を年度別に示したものです。令和4年度の順位を平成30年度と比較して有病率が上がっているのは「糖尿病」、「脂質異常症」、「悪性新生物」となっています。(図表5-6、5-7)

【図表5-6】年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

区分	四街道市										
	平成30年度	順位	令和元年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	
認定者数(人)	3,575		3,827		4,039		4,225		4,389		
心臓病	実人数(人)	2,222	1	2,391	1	2,431	1	2,549	1	2,666	1
	有病率	62.2%		66.9%		60.2%		60.3%		60.7%	
高血圧症	実人数(人)	1,913	3	2,041	2	2,080	3	2,191	2	2,337	2
	有病率	53.5%		53.3%		51.5%		51.9%		53.2%	
筋・骨格	実人数(人)	1,975	2	2,009	3	2,101	2	2,145	3	2,294	3
	有病率	55.2%		52.5%		52.0%		50.8%		52.3%	
精神	実人数(人)	1,372	4	1,483	4	1,524	4	1,561	4	1,607	4
	有病率	38.4%		38.8%		37.7%		36.9%		36.6%	
脂質異常症	実人数(人)	1,130	5	1,163	5	1,274	5	1,385	5	1,473	5
	有病率	31.6%		30.4%		31.5%		32.8%		33.6%	
糖尿病	実人数(人)	919	7	1,013	7	1,048	7	1,105	7	1,161	6
	有病率	25.7%		26.5%		25.9%		26.2%		26.5%	
脳疾患	実人数(人)	1,091	6	1,083	6	1,112	6	1,175	6	1,153	7
	有病率	30.5%		28.3%		27.5%		27.8%		26.3%	
悪性新生物	実人数(人)	437	8	521	8	545	8	577	8	613	8
	有病率	12.2%		13.6%		13.5%		13.7%		14.0%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

【図表5-7】年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

6.死因の状況

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、死因の状況を年度別に示したものです。

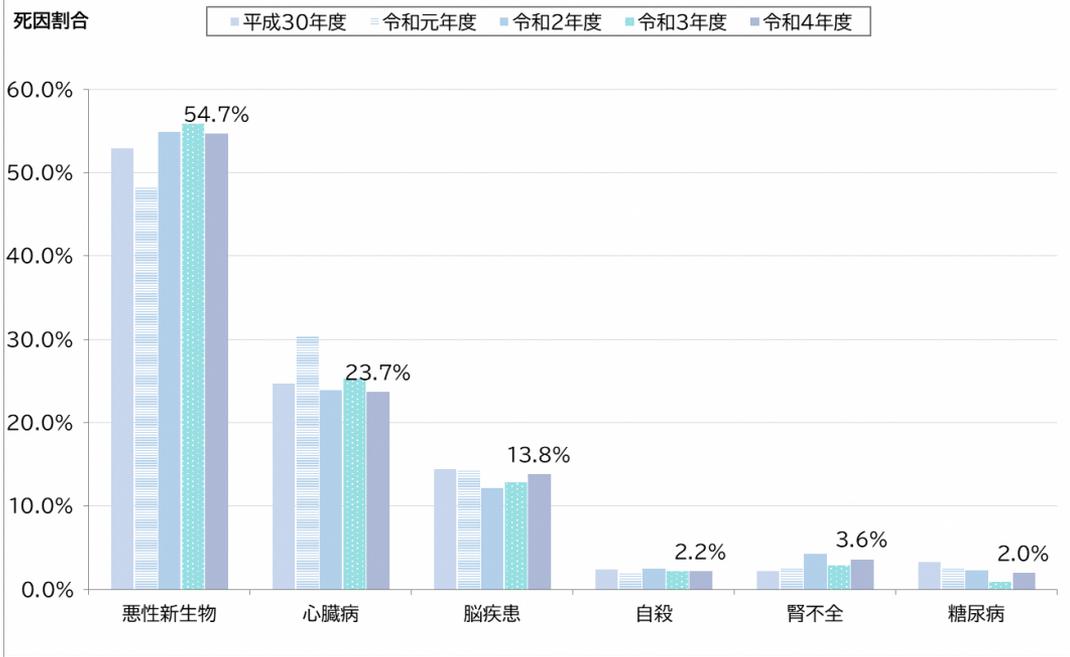
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数277人は平成30年度238人より39人増加、脳疾患を死因とする人数70人は平成30年度65人より5人増加、腎不全を死因とする人数は平成30年度10人より8人増加しています。(図表6-1、6-2)

【図表6-1】年度別 主たる死因の状況

疾病項目	四街道市									
	人数(人)					割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	238	228	267	254	277	52.9%	48.4%	54.9%	55.9%	54.7%
心臓病	111	143	116	115	120	24.7%	30.4%	23.9%	25.3%	23.7%
脳疾患	65	67	59	58	70	14.4%	14.2%	12.1%	12.8%	13.8%
自殺	11	9	12	10	11	2.4%	1.9%	2.5%	2.2%	2.2%
腎不全	10	12	21	13	18	2.2%	2.5%	4.3%	2.9%	3.6%
糖尿病	15	12	11	4	10	3.3%	2.5%	2.3%	0.9%	2.0%
合計	450	471	486	454	506					

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

【図表6-2】年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和5年7月7日抽出)

以下は、平成30年度から令和4年度における、死因の割合を年度別に示したものです。
本市の令和4年度における、悪性新生物を死因とする割合は、県、同規模、国と比較して、いずれも高くなっています。（図表6-3～6-5）

【図表6-3】年度別 主たる死因の割合(県との比較)

疾病項目	四街道市					県				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	52.9%	48.4%	54.9%	55.9%	54.7%	50.2%	50.7%	50.5%	50.5%	50.9%
心臓病	24.7%	30.4%	23.9%	25.3%	23.7%	28.8%	27.5%	27.8%	28.3%	27.8%
脳疾患	14.4%	14.2%	12.1%	12.8%	13.8%	13.7%	13.9%	13.7%	13.2%	13.1%
自殺	2.4%	1.9%	2.5%	2.2%	2.2%	3.1%	2.9%	3.1%	2.8%	3.0%
腎不全	2.2%	2.5%	4.3%	2.9%	3.6%	2.7%	2.8%	2.8%	3.0%	3.1%
糖尿病	3.3%	2.5%	2.3%	0.9%	2.0%	1.6%	2.1%	2.1%	2.0%	2.1%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年7月7日抽出

【図表6-4】年度別 主たる死因の割合(同規模との比較)

疾病項目	四街道市					同規模				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	52.9%	48.4%	54.9%	55.9%	54.7%	49.0%	48.6%	48.4%	49.0%	49.4%
心臓病	24.7%	30.4%	23.9%	25.3%	23.7%	27.3%	28.0%	28.3%	28.0%	27.8%
脳疾患	14.4%	14.2%	12.1%	12.8%	13.8%	15.7%	15.5%	15.3%	15.0%	14.7%
自殺	2.4%	1.9%	2.5%	2.2%	2.2%	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.6%
腎不全	2.2%	2.5%	4.3%	2.9%	3.6%	3.3%	3.3%	3.5%	3.6%	3.6%
糖尿病	3.3%	2.5%	2.3%	0.9%	2.0%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年7月7日抽出

【図表6-5】年度別 主たる死因の割合(国との比較)

疾病項目	四街道市					国				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	52.9%	48.4%	54.9%	55.9%	54.7%	50.5%	49.9%	49.8%	50.2%	50.6%
心臓病	24.7%	30.4%	23.9%	25.3%	23.7%	26.8%	27.4%	27.8%	27.7%	27.5%
脳疾患	14.4%	14.2%	12.1%	12.8%	13.8%	14.8%	14.7%	14.4%	14.2%	13.8%
自殺	2.4%	1.9%	2.5%	2.2%	2.2%	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%
腎不全	2.2%	2.5%	4.3%	2.9%	3.6%	3.3%	3.4%	3.5%	3.5%	3.6%
糖尿病	3.3%	2.5%	2.3%	0.9%	2.0%	1.8%	1.9%	1.9%	1.8%	1.9%

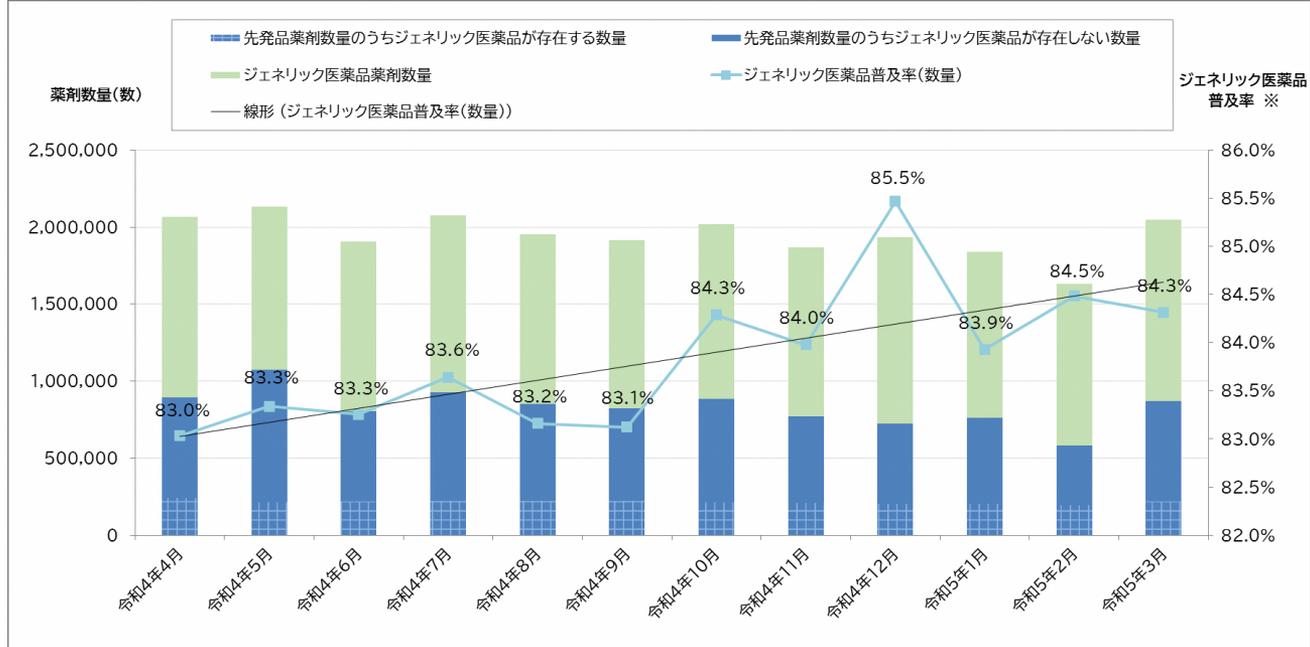
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年7月7日抽出

7.ジェネリック医薬品普及率の状況

先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えを患者に促し薬剤費の削減を図ります。ジェネリック医薬品への切り替えは複数の疾病に対して行うことができるため、多くの患者に対してアプローチできる利点があります。

以下は、本市のジェネリック医薬品普及率について、令和4年4月～令和5年3月診療分の状況を示したものです。令和4年度におけるジェネリック医薬品普及率(数量ベース)は平均で83.8%となっています。(図表7-1)

【図表7-1】令和4年度ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)



	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月	平均
ジェネリック医薬品普及率(数量)	83.0%	83.3%	83.3%	83.6%	83.2%	83.1%	84.3%	84.0%	85.5%	83.9%	84.5%	84.3%	83.8%

出典：千葉県国民健康保険団体連合会 帳票「数量シェア集計表」より

※ジェネリック医薬品普及率…ジェネリック医薬品薬剤費/(ジェネリック医薬品薬剤費+先発品薬剤費のうちジェネリック医薬品が存在する金額範囲)

ジェネリック医薬品とは
 ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、新薬(先発医薬品)の特許が切れた後に製造販売される、新薬と同一の有効成分を同一量含み、効き目が同等な医薬品のことです。ジェネリック医薬品は開発費用を抑えられるため、低価格となり、医療の質を落とすことなく経済的負担が軽くなります。

8. 受診行動適正化指導対象者の状況

ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関を受診している「重複受診」、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している頻回処方があった「頻回受診」をしている患者については、正しい医療受診に導く指導が必要となります。

以下は、本市の指導対象者数の分析結果を示したものです。

令和4年7月～令和5年6月審査分の各月のレセプトにおける同一薬剤名の重複処方があった人のリストから、処方が重複している重複受診者の月数を集計しました。その結果、下記の重複月数での重複処方者が認められました。(図表8-1、8-2)

【図表8-1】重複受診者数(令和4年7月～令和5年6月審査分)

	重複受診の重複月数				
	1か月	2か月	3か月	4か月以上	合計
対象者数 (人)	16	3	2	4	25

【図表8-2】重複処方内容(令和4年7月～令和5年6月審査分)

「112:睡眠鎮静剤, 抗不安剤」
「114:解熱鎮痛消炎剤」
「117:精神神経用剤」
「131:眼科用剤」
「223:去たん剤」(※たん切り)
「226:含嗽剤(がんそうざい)」(※うがい薬)
「232:消化性潰瘍用剤」
「239:その他の消化器官用薬」
「255:痔疾用剤(じしつようざい)」
「264:鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤」
「267:毛髪用剤(発毛剤、脱毛剤、染毛剤、養毛剤)」

また、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している頻回処方があった「頻回受診者」の令和4年7月～令和5年6月審査分のレセプトから、複数月に渡る受診者を集計しました。その結果、下記の回数の頻回受診者が認められました。(図表8-3)

【図表8-3】頻回受診者数(令和4年7月～令和5年6月審査分)

	頻回受診の重複月数				
	1回	2回	3回	4回以上	合計
対象者数 (人)	363	40	8	11	422

※頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に15回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

第3章 前期計画の評価

第3章 前期計画の評価

1.各事業の達成状況

(1)特定健康診査未受診者勧奨事業

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健康診査未受診者勧奨事業	平成30年度～令和5年度	生活習慣病発症予防	
			【当年度 未受診者への勧奨(通知送付)】 40～74歳の国保加入者の内、当年度8月末時点で特定健康診査未受診の者の中から若年層から優先して抽出する。 特定健康診査未受診者を対象として、性・年代別に、パターン別の勧奨通知を送付する。
			【当年度 未受診者への勧奨(電話)】 「当年度 未受診者への勧奨(通知送付)」事業の対象者の内、電話番号の情報がある者を対象とし、集団健診最終日程前に、電話による受診勧奨を行う。
			【過去3年間未受診者への勧奨】 40～64歳の国保加入者の内、過去3年間特定健康診査未受診者を対象とし、受診票を送付した後の6・7月頃に電話勧奨を行い、健診受診を促す。
			【受診勧奨についての情報提供】 国民健康保険被保険者を含む市民を対象に生活習慣病の知識の普及と特定健康診査についての情報提供(広報の健康コラム・HPでのPR、国保窓口での勧奨等)を行う。

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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)		計画策定時 実績 平成28年度 (2016)	目標値 令和5年度 (2023)	達成状況 令和4年度 実績(2022)	評価
事業 指標	受診勧奨実施者数 受診勧奨対象者中の受診者数 受診勧奨対象者中の受診率	3,066人 294人 9.6%	5,500人 660人 12.0%	6,976人 1,430人 20.5%	3
	特定健康診査受診率 特定健康診査受診者数	36.4% 6,123人	43.0% 6,976人	26.5% 3,320人	
事業実施者数 受診勧奨対象者中の受診者数 受診勧奨対象者中の受診率		3,066人 294人 9.6%	3,500人 420人 12.0%	6,976人 1,430人 20.5%	5
事業実施者数 受診勧奨対象者中の受診者数 受診勧奨対象者中の受診率		3,066人 294人 9.6%	1,500人 180人 12.0%	0人 (※ 現計画策 定後にAIによ る勧奨に切り替 えたため)	1
事業実施者数 受診勧奨対象者中の受診者数 受診勧奨対象者中の受診率			2,000人 240人 12.0%	0人 (※ 現計画策 定後にAIによ る勧奨に切り替 えたため)	1
広報掲載数			7回/年	1回/年	2

(1) 特定健康診査未受診者勧奨事業(アウトプット・アウトカム評価)

アウトプット: 受診勧奨実施者数(人)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		5,500	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500
達成状況	3,066	2,975	4,484	0	4,000	6,976	

アウトプット: 受診勧奨対象者中の受診者数(人)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		550	550	605	605	660	660
達成状況	294	1,184	1,166	0	451	1,430	

アウトプット: 受診勧奨対象者中の受診率(%)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	9.6	10.0	10.0	11.0	11.0	12.0	12.0
達成状況	9.6	39.8	26.0	0	11.3	20.5	

アウトカム: 特定健康診査受診率(%)

アウトカム…事業の成果を評価

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	55.0	38.0	39.0	40.0	41.0	42.0	43.0
達成状況	36.4	36.5	33.1	17.6	24.0	26.5	

出典: 特定健診・特定保健指導実施結果報告(法定報告)

アウトカム: 特定健康診査受診者数(人)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値	11,310	6,172	6,344	6,511	6,672	6,827	6,976
達成状況	6,123	5,573	4,839	2,513	3,275	3,320	

出典: 特定健診・特定保健指導実施結果報告(法定報告)

(1)特定健康診査未受診者勧奨事業【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

当初予定していた電話による勧奨事業は、AIによる勧奨通知の実施や新型コロナウイルス感染症の影響により、実施を見送りましたが、健康増進課と連携し、毎年度特定健康診査の勧奨事業を実施することができました。

広報の掲載については、紙面の都合で計画していた回数には至りませんでした。毎年度1回は掲載しました。

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因) 勧奨方法の変更と新型コロナウイルス感染症の影響により、平成30年度から令和3年度までは、目標とした勧奨数を達成できませんでしたが、令和4年度においては、目標値より多く勧奨することができました。 また、受診勧奨を実施した者の中で、当年度に特定健康診査を受診した者の割合は令和2年度を除くすべての年度で目標を達成しました。
	今後の方向性	・健診事業の周知を図るため、特定健康診査未受診者全員に勧奨通知を送付します。 ・対象者の特性に合わせた通知内容を検討し、効果的かつ効率的な勧奨事業を実施します。 ・通知回数は年2回(6・11月頃)とします。 ・受診率向上のため、定期通院中の者の結果データを特定健康診査の結果とみなす手法を検討します。

(2)糖尿病の重症化予防

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
糖尿病の重症化予防	平成30年度～令和5年度	糖尿病重症化予防	
			<p>【医療の受診勧奨】 特定健康診査受診者の内、HbA1c7.0以上の者で医療未受診の者を対象に医療機関受診を促す文書送付と電話による受診勧奨・受診状況確認・生活習慣改善の支援を行う。</p>
			<p>【重症化予防プログラム】 ①2型糖尿病患者、若しくは②過去に糖尿病薬使用歴のある者、③若しくは空腹時血糖126mg/dl以上、④HbA1c6.5%以上の者の中から抽出。自宅等に保健師や看護師、管理栄養士等の専門職が訪問等を行う。面接の実施、毎月1回電話、手紙の送付(5回程度)による支援等、計6ヶ月間のプログラムを行う。</p>
<p>【糖尿病についての情報提供】 国保被保険者を含む市民を対象に糖尿病の知識と治療の重要性の普及(広報への掲載、チラシやパンフレットの配布)</p>			

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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)		計画策定時 実績 平成28年度 (2016)	目標値 令和5年度 (2023)	達成状況 令和4年度 実績(2022)	評価
事業 指標	新規人工透析移行者数	13人	5人	4人	5
	翌年の HbA1c 値の改善率	13.0%	20.0%		1
事業対象者数		51人	40人	28人	2
医療受診勧奨対象者への実施率		100%	100%	100%	
勧奨による医療機関受診率 対象者の次年度の特定健康診査受診率		43.1% (22人/51人)	60.0% 50.0%	39.3% (11人/28人)	2
事業対象者数			10人	3人	2
広報掲載数			1回/年	1回/年	5

(2)糖尿病の重症化予防【アウトカム・アウトプット評価】

アウトカム:新規人工透析移行者数(人)

アウトカム…事業の成果を評価

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		12	11	10	9	7	5
達成状況	13	6	10	6	7	4	2

アウトカム:翌年の HbA1c 値の改善率(%)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		10.0	12.0	14.0	16.0	18.0	20.0
達成状況		27.3	28.6	33.3	26.7		

【①医療受診勧奨】

アウトプット:事業対象者数(人)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		40	40	40	40	40	40
達成状況	51	55	51	61	34	28	

アウトプット:医療受診勧奨対象者への実施率(%)

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

アウトカム:勧奨による医療機関受診率(%)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
達成状況	43.1	30.9	27.5	29.5	44.1	39.3	

アウトカム:対象者の次年度の特定健康診査受診率(%)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0
達成状況		50.9	25.5	41.0	35.3		

(2)糖尿病の重症化予防【アウトプット、ストラクチャー、プロセスによる評価】

【②重症化予防プログラム(保健指導)】

アウトプット:事業対象者数(人)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値			若干名	5	8	10	10
達成状況			13	6	4	3	2

【③糖尿病についての情報提供】

アウトプット:広報掲載数(回/年)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		1	1	1	1	1	1
達成状況		1	1	1	1	1	1

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

対象医療機関に事業の協力依頼を行い、毎年度糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施することができました。

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因) 新規人工透析移行者数は各年度とも目標値よりも少ない状況でした。 また、対象者の翌年度のHbA1cの改善した者の割合は、目標値を上回っています。 医療受診勧奨については、事業対象者について、医療機関の受診につながった者の割合と特定健康診査の受診につながった者の割合が目標を下回っています。 また重症化予防プログラムについては、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、事業対象者が年々減ってきている状況です。
	4:改善している	
3:横ばい		
2:悪化している		
1:評価できない		
	今後の方向性	新規人工透析移行者を減らすため、引き続き、受診勧奨と保健指導を実施していきます。 対象者の確保に向け、特定健康診査受診率向上対策や、対象者の抽出基準の検討に加え、かかりつけ医への協力依頼を行い、より効果的な事業を目指します。

(3)適正な医療受診・服薬の促進

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
適正な受診・服薬の促進	平成30年度～令和5年度	対象者の健康保持増進・ 疾病の重篤化予防・ 残薬の減少による 医療費の適正化	<p>【ジェネリック医薬品利用の促進】</p> <p>①生活習慣病や慢性疾患等がかかる薬で長期服用の者 ②自己負担額の軽減額が1か月当たり合計200円以上の者 ③外来で薬を処方されている者</p> <p>上記に該当する者に年2回、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減額を記載した通知を送付する。 また、国保中央会に設置されたコールセンターで被保険者からの照会に対応する。</p>
			<p>【重複処方者・頻回受診者への介入】</p> <p>千葉県国民健康保険団体連合会からの重複・頻回受診者リストに基づき、年1回程度、対象者を選定し、案内文書を作成する。 案内文書には健康相談や健康管理に関する内容、受診・服薬・生活状況等を把握する内容、適正受診を促進する内容などの必要な助言を盛り込む。</p>

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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標	計画策定時実績 平成28年度 (2016)	目標値 令和5年度 (2023)	達成状況 令和4年度 実績(2022)	評価
事業実施回数(回/年)	2回	2回	2回	5
ジェネリック医薬品普及率(%)	75.0	76.0	83.8	
対象者への送付実施率(%)	100	100	100	3
介入前後の医療費削減率(%)		20.0	14.0	

(3)適正な医療受診・服薬の促進【アウトプット・アウトカム評価】

【①ジェネリック医薬品利用の促進】

アウトプット:事業実施回数(回/年)

アウトプット…実施量、実施率を評価

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

アウトプット:ジェネリック医薬品普及率(%)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		75.0	75.0	75.0	76.0	76.0	76.0
達成状況		77.4	80.2	82.7	82.7	83.8	

【②重複処方者・頻回受診者への介入】

アウトカム:介入前後の医療費削減率(%)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
達成状況		7.5	28.1	-14.0	7.0	14.0	

アウトプット:対象者への送付実施率(%)

	計画策定時点 平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
目標値		100	100	100	100	100	100
達成状況		100	100	100	100	100	100
重複送付数 (件) (参考)		2	4	3	4	2	5
頻回送付数 (件) (参考)		8	8	8	11	11	10

(3)適正な医療受診・服薬の促進【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ジェネリック医薬品利用の促進については、千葉県国民健康保険団体連合会への委託により毎年度2回通知することができました。

重複処方者・頻回受診者への介入については、千葉県国民健康保険団体連合会より提供される重複・頻回受診者リストに基づき、毎年度案内文書を送付することができました。

事業全体の評価 5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因)	ジェネリック医薬品利用の促進は計画期間全て、目標を達成できました。 重複処方者・頻回受診者への介入についても、選定した対象者へ案内文書の送付をすることができました。
	今後の方向性	ジェネリック医薬品利用の普及率の上昇に向け、引き続き、ジェネリック医薬品差額通知の送付やジェネリック医薬品利用希望カードケースの配布を実施していきます。 重複処方者・頻回受診者に対しては、通知の送付等により、対象者にアプローチを実施し、重複受診や頻回受診の抑制を目指します。

第4章
第3期 四街道市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4章

第3期 四街道市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	生活習慣病等 ・特定健康診査・特定保健指導の受診率が低く、市及び国の目標に達していません。 ・特定健康診査は、特に40～50歳代の男性の受診率が低くなっています。 ・メタボリックシンドローム予備群が千葉県や全国より多くなっています。 ・死因構成割合や医療費において、悪性新生物(がん)が高い傾向にあります。 ・透析患者の内、高血圧症を併存している割合が89.1%と高くなっています。 ・生活習慣病等の疾病別医療費(入院・外来合計)のレセプト一件当たりの医療費において、脳出血が一番高額となっており、約50万円となっています。	1	①、②、③	生活習慣病の早期発見・早期治療 生活習慣病の早期発見・早期改善につながる基礎となる特定健康診査の受診者を増やし、高血圧症などの生活習慣病になる前に適切な保健指導を行うことで、生活習慣病の罹患を防ぎます。 また、悪性新生物(がん)などの様々な疾病の早期発見につながる人間ドック受検時等の費用助成を行い、受検を促進することで、被保険者の健康保持増進に寄与します。
B	糖尿病性腎症重症化予防 ・透析患者の内、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多くなっています。 ・人工透析の1人当たり医療費は年間約650万円を要しています。	2	④、⑤、⑥	糖尿病性腎症重症化予防 レセプトデータ、特定健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な医療受診や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防します。
C	医療費、医療受診行動 ・後発医薬品の使用割合は令和4年度において、83.8%となっています。 ・医療受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診に該当する被保険者が存在します。	3	⑦、⑧	医療費適正化と適正受診・適正服薬 後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図ります。

個別の保健事業については「3.健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載します。

2. 計画全体の目標

予防可能である生活習慣病の罹患、死亡を減らし、健康寿命の延伸、医療費の適正化を促進する

まずは特定健康診査の受診者を増やし、疾病を早期発見し、軽症うちに医療へつなげることを最優先に取り組みます。そしてQOL(生活の質)に多大な影響を及ぼし、医療費を押し上げる割合の高い人工透析の原因となる糖尿病の重症化を予防することに、優先して取り組みます。糖尿病性腎症による人工透析者を増加させないことで、医療費を抑制するとともに、糖尿病の合併症等の予防及び悪化を防ぐことにより、健康寿命の延伸を目指します。

3.健康課題を解決するための個別の保健事業

(1)保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、計画にて実施する事業一覧を示します。

項目	事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A (生活習慣病の早期発見・早期治療)	①	特定健康診査受診勧奨事業	特定健康診査の未受診者全員に勧奨通知を送付します。通知は対象者の属性に合わせた内容を検討し、実施方法は毎年度見直します。	継続	✓
	②	短期人間ドック等費用助成	特定健康診査の受診率向上のため、みなし受診として効果的な短期人間ドックを推進します。また、本市における脳疾患の課題解決のため、脳ドック受検費用の助成も踏まえた検討を行います。	【拡大】	✓
	③	特定保健指導利用勧奨事業	特定健康診査の結果から、特定保健指導の対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施します。勧奨資材等は毎年度見直しを実施します。	継続	
B (糖尿病性腎症重症化予防)	④	糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)	医科レセプトや特定健康診査の結果から、人工透析へ移行するリスクが高い者を抽出し、保健師や看護師等の専門職による保健指導を実施します。	継続	✓
	⑤	糖尿病性腎症重症化予防事業(医科受診勧奨)	特定健康診査の結果から抽出した対象者の医科レセプトを確認し、医科未受診と思われる者について、医科受診勧奨を行います。	継続	
	⑥	糖尿病性腎症重症化予防事業(歯科受診勧奨)	医科レセプトや特定健康診査の結果から抽出した対象者の歯科レセプトを確認し、歯科未受診と思われる者について、歯科受診勧奨を行います。	【新規】	✓
C (医療費適正化と適正受診・適正服薬)	⑦	後発医薬品使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知します。	継続	
	⑧	重複・頻回受診者対策事業	多くの種類の薬剤を長期で服用している者や1月に何度も受診する頻回受診者に対し、適切な医療受診を促すことを目的とした案内文書を送付します。	継続	

(2)各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号:A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者の内、特定健康診査未受診者
現在までの事業結果	特定健康診査の受診勧奨は平成26年度より、毎年度実施しているものの、目標値に達していません。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率(法定報告数値)	26.5%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者を活用して実施します。 ・対象者の特性に合わせた通知内容を検討し、効果的かつ効率的な勧奨事業を実施します。 ・健康増進課と連携しながら、市内医療機関との連携体制を構築することで、地域の社会資源を活用します。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・過年度における不定期受診者を主な対象者として、集団健診の日程に合わせ、年2回(6・11月頃)に勧奨通知文書を送付しています。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健診事業の周知を図るため、特定健康診査未受診者全員に勧奨通知を送付します。 ・対象者の特性に合わせた通知内容を検討し、効果的かつ効率的な勧奨事業を実施します。 ・通知回数は年2回(6・11月頃)とします。 ・受診率向上のため、定期通院中の者の結果データを特定健康診査の結果とみなす手法を検討します。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康増進課とし、各課より職員1名が担当しています。 ・国保年金課は、予算編成や契約、交付金申請等の事務、健康増進課は、関係機関との連携調整や実務支援を担当しています。 ・国保年金課と健康増進課で連携し、市内医療機関への事業説明及び協力要請を行っています。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康増進課とし、各課より職員1名が担当します。 ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、交付金申請等の事務、健康増進課は実務支援を担当します。 ・国保年金課と健康増進課で連携し、市内医療機関への事業説明及び協力要請を行います。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求めます。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができる上に、受診者の健康状態に応じた市の保健事業へつなげることができます。</p>
--

事業番号:A-② 短期人間ドック等費用助成【拡大】

事業の目的	特定健康診査受診率向上・被保険者の健康の保持増進
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者の内、所定の要件を満たす者
現在までの事業結果	短期人間ドック受検費用の助成は平成21年度より実施しており、特定健康診査の受診方法の1つとして定着しています。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率(法定報告数値)	26.5%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%
アウトプット(実施量・率)指標	ドック費用助成実施者数	884人	900人	900人	900人	900人	900人	900人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、短期人間ドック受検時の費用を一部助成を行うことで、特定健康診査の受診方法の1つとします。 助成にあたっては、本市国保の財政状況を鑑みながら、近隣市町村の助成状況を踏まえ、脳ドックへの費用助成も含めて助成事業の在り方を検討します。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 短期人間ドック受検費用の助成は平成21年度より実施しており、特定健康診査の受診方法の1つとなっています。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療制度と合わせ、協定医療機関を確保するなど助成事業を利用しやすい環境づくりに努めます。 被保険者の健康保持増進に効果的な事業の在り方を検討します。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 国保年金課内の国保担当と後期高齢者医療制度担当で連携し、予算編成や契約、交付金申請等の事務を担当しています。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 国保年金課内の国保担当と後期高齢者医療制度担当で連携し、予算編成や契約、交付金申請等の事務を担当します。 必要に応じて、健康増進課の助言を求め、今後の制度の在り方を検討します。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求めます。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができる上に、受診者の健康状態に応じた市の保健事業へつなげることができます。</p>
--

事業番号:A-③ 特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果から、特定保健指導判定値に該当する者
現在までの事業結果	民間事業者への委託により、対象者に利用勧奨を実施していますが、特定保健指導実施率は横ばいとなっており、国が定める目標60%とは乖離しています。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率(法定報告数値)	13.1%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への利用勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施します。 ・利用率向上に向けて案内文書はカラー刷りとし、対象者の属性に合わせたものとし、案内文書送付後には、電話勧奨を実施します。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施しています。 ・利用率向上に向けて案内文書はカラー刷りとし、対象者の属性に合わせたものとし、案内文書送付後には、電話勧奨を実施しています。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施します。 ・利用率向上に向けて案内文書はカラー刷りとし、対象者の属性に合わせたものとし、案内文書送付後には、電話勧奨を実施します。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康増進課とし、各課より職員1名が担当しています。 ・国保年金課は、予算編成や契約、交付金申請等の事務、健康増進課は実務支援を担当しています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康増進課とし、各課より職員1名が担当します。 ・国保年金課は、予算編成や契約、交付金申請等の事務、健康増進課は実務支援を担当します。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定保健指導実施率」は、法定報告における分子「特定保健指導終了者数」を分母「特定保健指導対象者数」で除して求めます。実施率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導を実施し、より多くの対象者の健康保持増進に寄与することができます。</p>

事業番号：B-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)【継続】

事業の目的	人工透析患者の減少
対象者	糖尿病や糖尿病性腎症で医療機関を受診している者の内、かかりつけ医の紹介がある者
現在までの事業結果	令和元年度より民間事業者に委託して実施しているものの年々利用者が減ってきています。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	新規人工透析患者	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
アウトプット(実施量・率)指標	保健指導利用者数	3人	5人	5人	5人	5人	5人	5人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施します。 ・健康増進課と連携しながら、市内医療機関との連携体制を構築します。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施しています。 ・利用者数を増やすため、かかりつけ医への事業協力依頼を行っています。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施します。 ・利用者数を増やすため、かかりつけ医への事業協力依頼を行ったり、対象者の抽出基準の検討を行います。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康増進課とし、各課より職員1名が担当しています。 ・国保年金課は、予算編成や契約、交付金申請等の事務、健康増進課は実務支援を担当しています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康増進課とし、各課より職員1名が担当します。 ・国保年金課は、予算編成や契約、交付金申請等の事務、健康増進課は実務支援を担当します。

評価計画

<p>アウトカム指標「新規人工透析患者」は、人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数(特定疾病認定者数の中の人工透析者の内、国保加入日≠特定疾病認定日の者)を確認する。新規人工透析患者数の人数を把握することで、長期的に保健指導対象者の抽出方法及び保健指導プログラムの適切性が検証できる。新規透析患者数が少なければ、健康寿命の延伸に加え、1人当たり650万円程度の医療費を抑制していることを意味する。</p>
--

事業番号：B-⑤ 糖尿病性腎症重症化予防事業(医科受診勧奨)【継続】

事業の目的	人工透析患者の減少
対象者	特定健康診査の結果がHbA1c6.5以上の者で、直近3か月に「糖」に関する医科レセプトがない者
現在までの事業結果	受診勧奨を実施した約半数を医療受診につなげることができました。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)
アウトカム(成果)指標	新規人工透析患者	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
アウトプット(実施量・率)指標	医科への受診勧奨対象者に対する勧奨した者の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施します。 ・事業対象者を増やすため、特定健康診査の勧奨事業を重点的にを行い、候補者の増加を目指します。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施に必要な経費の内、補助対象となる経費は国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用しながら、健康増進課職員が実施しています。 ・事業対象者を増やすため、まずは特定健康診査の受診勧奨を行い、候補者の増加を目指しています。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施に必要な経費の内、補助対象となる経費は国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用しながら、実務は健康増進課職員が実施します。 ・事業対象者を増やすため、まずは特定健康診査の受診勧奨を行い、候補者の増加を目指します。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・国保年金課と健康増進課の各課より職員1名が担当しています。 ・国保年金課は、予算編成、交付金申請等の事務、健康増進課は実務を担当しています。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国保年金課と健康増進課の各課より職員1名が担当します。 ・国保年金課は、予算編成、交付金申請等の事務、健康増進課は実務を担当します。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「新規人工透析患者」は、人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数(特定疾病認定者数の中の人工透析者の内、国保加入日≠特定疾病認定日の者)を確認します。新規人工透析患者数の人数を把握することで、長期的に保健指導対象者の抽出方法及び保健指導プログラムの適切性が検証できます。新規透析患者数が少なければ、健康寿命の延伸に加え、1人当たり650万円程度の医療費を抑制していることを意味します。</p>

事業番号: B-⑥ 糖尿病性腎症重症化予防事業(歯科受診勧奨)【新規】

事業の目的	人工透析患者の減少
対象者	医科レセプトや特定健康診査の結果などから、糖尿病またはその疑いのある者を抽出し、その内の歯科レセプトがない者
現在までの事業結果	糖尿病は歯周病と相互に悪い影響を与えるため、対象者の歯周病予防に向けた保健事業の実施が必要で す。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム (成果) 指標	新規人工透析患者	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
アウトプット (実施量・率) 指標	歯科への受診勧奨対象者 に対する勧奨した者の割合		100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施します。 ・事業対象者を増やすため、まずは特定健康診査の受診勧奨を行い、候補者の増加を目指します。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施に必要な経費の内、補助対象となる経費は国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用しながら、実施します。 ・事業対象者を増やすため、まずは特定健康診査の受診勧奨を行い、候補者の増加を目指します。 ・事業実施に当たっては、地区医師会や歯科医師会の助言・協力を仰ぎ、連携して実施します。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国保年金課と健康増進課の各課より職員1名が担当します。 ・国保年金課は、予算編成、交付金申請等の事務、健康増進課は実務支援を担当します。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「新規人工透析患者」は、人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数(特定疾病認定者数の中の人工透析者の内、国保加入日≠特定疾病認定日の者)を確認します。新規人工透析患者数の人数を把握することで、長期的に保健指導対象者の抽出方法及び保健指導プログラムの適切性が検証できます。新規透析患者数が少なければ、健康寿命の延伸に加え、1人当たり650万円程度の医療費を抑制していることを意味します。</p>

事業番号：C-⑦ 後発医薬品使用促進通知事業【継続】

事業の目的	後発医薬品使用割合の向上
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者
現在までの事業結果	千葉県国民健康保険団体連合会に委託して実施しており、近年の後発医薬品使用割合は緩やかに上昇傾向です。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	後発医薬品使用割合	83.8%	84.5%	85.0%	85.5%	86.0%	86.5%	87.0%
アウトプット(実施量・率)指標	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用し、千葉県国民健康保険団体連合会への委託により実施します。 ・委託業務は、後発医薬品利用差額通知の作成、サポートデスク、事業報告とします。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・千葉県国民健康保険団体連合会のシステムから作成する対象者リストを抽出後、職員が対象者を選定して、差額通知を発送しています。 ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより200円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定しています。 ・通知は年2回実施しています。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・千葉県国民健康保険団体連合会のシステムから作成する対象者リストを抽出後、職員が対象者を選定して、差額通知を発送します。 ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより200円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定します。 ・通知は年2回実施します。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課とし、職員1名が担当しています。 ・国保年金課は、予算編成、関係機関との契約事務、通知発送などの実務を担当しています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は国保年金課とし、職員1名が担当します。 ・国保年金課は、予算編成、関係機関との契約事務、通知発送などの実務を担当します。

評価計画

<p>アウトカム指標「後発医薬品使用割合」は、千葉県国民健康保険団体連合会から提供される帳票等を活用し、後発医薬品使用割合を確認します。後発医薬品使用割合が高ければ、様々な臨床試験を通して先発医薬品と同等の安全性が確保されていることや後発医薬品の利用によって本市の健全な国保財政運営に寄与できていることを意味します。</p>
--

事業番号：C-⑧ 重複・頻回受診者対策事業【継続】

事業の目的	医療費の適正化
対象者	【重複処方者】 同一の傷病について、同月内に複数の医療機関の同じ診療科で受診をしている者(診療所からの紹介や検査のための重複受診は除く。)のうち、1ヶ月あたりのレセプト枚数が3枚以上で、投薬または検査等の重複が複数の診療月で確認された者 【頻回受診者】 同一の傷病について、同月内に同じ診療科を外来にて15回以上受診しており、それが3ヶ月以上連続している者
現在までの事業結果	千葉県国民健康保険団体連合会から提供される重複・頻回受診者のリストに基づき、平成29年度より年1回、対象者を選定し、案内文書の送付を行っています。

今後の目標 ※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度(2022)	令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	被保険者(※)に対する事業対象者の割合 (※各年度における年度平均の被保険者数)	/	削減	削減	削減	削減	削減	削減
アウトプット(実施量・率)指標	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への案内文書には健康相談や健康管理に関する内容、受診・服薬・生活状況等を把握する内容、適正受診を促進する内容などの必要な助言を盛り込みます。 事業実施にあたっては、国等の動向を注視し、交付金を最大限活用できるよう事業を進めます。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 千葉県国民健康保険団体連合会から提供される重複・頻回受診者リストに基づき、対象者を選定しています。 対象者に対し、年1回案内文書を送っています。 案内文書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証しています。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 千葉県国民健康保険団体連合会から提供される重複・頻回受診者リストに基づき、対象者を選定します。 対象者に対し、年1回案内文書を送ります。 案内文書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証します。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保年金課とし、職員1名が担当しています。 国保年金課は、予算編成、関係機関との契約事務、通知発送などの実務を担当しています。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保年金課とし、職員1名が担当します。 国保年金課は、予算編成、関係機関との契約事務、通知発送などの実務を担当します。

評価計画

アウトカム指標「被保険者(※)に対する事業対象者の割合」は、その割合が減少していれば、中長期的には、本事業を行ったことの成果があったと言えます。
--

(3)保健事業評価指標一覧

個別保健事業の評価指標の一覧は下記のとおりです。

事業番号	評価指標	計画策定時	目標値					
		実績	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)
A-① 特定健康診査 受診勧奨事業	特定健康診査受診率 (法定報告数値)	26.5%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%
	対象者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
A-② 短期人間ドック等費用助成	特定健康診査受診率 (法定報告数値)	26.5%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%
	ドック費用助成 実施者数	884人	900人	900人	900人	900人	900人	900人
A-③ 特定保健指導 利用勧奨事業	特定保健指導実施率 (法定報告数値)	13.1%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
	対象者への利用勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B-④ 糖尿病性腎症 重症化予防事業 (保健指導)	新規人工透析患者	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
	保健指導実施者数	3人	5人	5人	5人	5人	5人	5人
B-⑤ 糖尿病性腎症 重症化予防事業 (医科受診勧奨)	新規人工透析患者	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
	対象者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B-⑥ 糖尿病性腎症 重症化予防事業 (歯科受診勧奨)	新規人工透析患者	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
	対象者への受診勧奨実施率		100%	100%	100%	100%	100%	100%
C-⑦ 後発医薬品使用 促進通知事業	後発医薬品使用割合	83.8%	84.5%	85.0%	85.5%	86.0%	86.5%	87.0%
	事業対象者に対する通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
C-⑧ 重複・頻回受診者 対策事業	被保険者(※)に対する 事業対象者の割合 (※各年度における年度平均の 被保険者数)		削減	削減	削減	削減	削減	削減
	事業対象者に対する通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(4)千葉県共通評価指標

前期計画までは、評価指標の数や種類が各市町村で異なっており、データヘルス計画の成果等を比較することが困難であったことから、本計画では、都道府県単位で計画を標準化することが求められ、千葉県においても、下記の評価指標が定められました。

(基本評価指標)

	評価指標												帳票 該当箇所・算出方法	備考
	令和6年度 (2024)		令和7年度 (2025)		令和8年度 (2026)		令和9年度 (2027)		令和10年度 (2028)		令和11年度 (2029)			
	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県		
健康寿命(平均自立期間)													KDB「地域の全体像の把握」 平均自立期間(要介護2以上)	
一人当たりの医科医療費													KDB「市区町村別データ」 1人当たり医科医療費(入・外)	・医療費についてはひと月ごと医療費を確認する。 (累計時は年度内の平均)
特定健康診査														
特定健康診査受診率													特定健康診査管理システム 特定健康診査・特定保健指導 実施結果報告 TKCA011	・法定報告数値
特定保健指導														
特定保健指導実施率													特定健康診査管理システム 特定健康診査・特定保健指導 実施結果報告 TKCA011	・法定報告数値
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群割合													特定健康診査管理システム 特定健康診査・特定保健指導 実施結果報告 TKCA011	・法定報告数値
重症化予防														
糖尿病の有病割合													KDB 厚生労働省様式 「様式3-2糖尿病のレセプト分析」	・糖尿病の割合(40歳から74歳) ・数値目標を設定せず、参考値とする。
高血圧症の有病割合													KDB 厚生労働省様式 「様式3-3 高血圧のレセプト分析」	・高血圧症の割合(40歳から74歳) ・数値目標を設定せず、参考値とする。
受診勧奨対象者のうち 医療機関受診割合													KDB「介入支援実施後の比較(栄養・重症化予防等)個人別」	・市の保健事業の実施方法に合わせて対象者を設定する。 ・事前にKDBシステムの「介入支援対象者の絞り込み(栄養・重症化予防)」により受診勧奨対象者を絞り込み、登録が必要となる。 (該当年度の医療情報「傷病名」について○(実施する保健事業の対象となる傷病名)の数÷受診勧奨対象者)
新規人工透析患者数の 減少(国保継続加入者)														・「特定疾病療養受療証(人工透析が必要な慢性腎不全)」により人数及び継続年数等を確認する。 ・継続加入は5年以上とする。 ・継続期間は国保に加入した日から特定疾病療養受療証を交付した日までとする。
HbA1c6.5%以上 の者の割合													KDB「健診ツリー図」 (「健診受診者」を押下し、「集計対象者一覧」画面へ)CSV出力	数値目標を設定せず、参考値とする。 (HbA1c6.5%以上の人数÷HbA1cが0ではない人数)

(追加評価指標)

	評価指標												帳票 該当箇所・算出方法	備考
	令和6年度 (2024)		令和7年度 (2025)		令和8年度 (2026)		令和9年度 (2027)		令和10年度 (2028)		令和11年度 (2029)			
	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県	四街道市	千葉県		
後発医薬品普及率													国保総合システムの保険者 サービスシステム 「後発医薬品差額通知書作成業務」の「数量シエア集計表」	
重複・多剤投与対象者の 改善率													「重複・多剤処方」の状況	・対象者及び検査値の改善率についての評価基準は市において設定する。 (※ 3医療機関以上から重複処方されていたが1年後には1医療機関からの処方へと改善した場合)

第5章
第4期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1. 計画策定の趣旨

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「法」という。)により、平成20年4月から、医療保険者は被保険者に対し、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健康診査(特定健康診査)及び保健指導(特定保健指導)を実施することとされました。

本市国保においても、法第18条及び第19条に定められている特定健康診査等実施計画に記載すべき事項について、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導を実施してきました。

このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度から令和11年度を計画期間とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 基本方針

- 被保険者一人ひとりが年に一回は確実に特定健康診査を受け、メタボリックシンドロームのリスクを自ら知ることが重要です。特定健康診査をより多くの被保険者が受診できるよう、健診方法を工夫するとともに、被保険者への啓発を推進します。
- 特定健康診査の結果、健康上のリスクがある場合は特定保健指導を受け、自らの生活習慣における問題を自覚し、望ましい健康行動を実践していくことが重要です。参加しやすく、継続して取り組めるような保健指導の内容・方法を取り入れます。
- 特定保健指導を通じ、食生活や運動などの習慣を、健康的な行動様式に変える(行動変容を促す)ことが重要です。一人ひとりの生活の背景や意欲などをしっかりと把握しながら、それぞれの方にふさわしい保健指導プログラムを用いて支援します。
- 特定健康診査の結果、医療機関の受診が必要と判定された場合は、重症化防止のために早期に医療機関に受診することが重要です。重症化しない段階で必要な医療を受けるよう、医療の受診勧奨に努めます。また、判定の結果、要指導と要医療の境界にある場合には、行動変容によって医療を要しない状態を維持し、健康な状態に戻せるよう、医療と保健指導とが連携した仕組みづくりを進めます。

3.実施目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上を達成することとしていますが、本市においては、過去の実績から、各年度の目標値を以下のように定めます。

【目標値】

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)	(参考) 令和11年度 市町村国保 全国目標
特定健康診査 受診率(%)	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	60.0
特定保健指導 実施率(%)	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	60.0

4.対象者数推計

(1)特定健康診査等の対象者数及び受診者数の見込み

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

【対象者及び受診者数等の見込み】

特定健康診査							
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)	(参考) 令和11年度 市町村国保 全国目標
対象者数(人)	12,208	11,762	11,332	10,918	10,519	10,135	
受診者数(人)	3,784	3,764	3,740	3,712	3,682	3,649	
受診率(%)	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	60.0
特定保健指導							
	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)	(参考) 令和11年度 市町村国保 全国目標
対象者数(人)	424	422	419	416	412	409	
終了者数(人)	85	89	92	96	99	102	
実施率(%)	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	60.0

5.実施方法

(1)特定健康診査

①対象者

実施年度中に40歳～74歳になる国保被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除きます。

②実施方法

ア.実施場所

- ・特定健康診査は、健診機関への委託により実施します。
- ・特定健康診査は、保健センターで行う集団健診と市が指定する市内の診療所等で受診する個別健診の2種類を設定します。
- ・市が費用の一部を助成する短期人間ドックについても、特定健康診査として扱います。

イ.実施項目

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

■基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
腎機能検査(クレアチニン) (市独自で全員に実施)	eGFRによる腎機能の評価を含む

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値

ウ.実施時期

- ・集団健診 6・7月頃と11・12月頃に実施します。
- ・個別健診 4月～12月を実施期間とします。
- ・人間ドック 1年度を通して助成を行います。

エ.案内方法

特定健康診査の対象者全員に、健康増進課で実施する他の検診と合わせた受診票を郵送します。

特定健康診査の実施については、市政だより・市のホームページへ掲載を行うほか、市内関係機関でポスター掲示などを行い、多くの被保険者が、特定健康診査を受診できるように促します。

オ.健診結果の通知

特定健康診査の結果は、被保険者の健康管理に役立てるために、受診日から概ね6週間後に被保険者本人に通知します。

(集団健診受診者は市役所から、個別健診受診者は実施した医療機関より郵送します。)

特定保健指導の対象者には、別途利用案内を郵送します。

(2)特定保健指導

①対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除きます。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質:空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

②実施方法

ア.実施方法

専門業者への委託により実施します。

イ.実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。本計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健康診査実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めます。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行います。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とします。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価します。面接または通信手段を利用して行います。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促します。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援します。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行います。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む) ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入方法による評価)も併用して評価します。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="257 1207 1310 1491"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="257 1551 1310 1696"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

6.目標達成に向けての取り組み

以下は、本計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

取り組み	実施内容
① 情報提供の工夫	<p>市政だよりや市のホームページ等を利用して、特定健康診査の情報を国保被保険者に積極的に提供します。</p> <p>がん検診との受診票の一体化を行い、受診する健(検)診の該当年をわかりやすくします。</p>
② 多様な機会の活用	<p>・特定健康診査の受診機会を増やすため、集団健診、個別健診のほか、人間ドックの受検費用の一部を市が助成します。</p> <p>・人間ドック受検の費用助成については、近隣市町村の実施状況を踏まえ、脳ドック受検への費用助成も含めた事業の在り方を検討します。</p> <p>大腸がん検診や肝炎ウイルス検診と同時に行える体制づくりに努めます。</p> <p>個別健診の実施機会を確保できるよう市内医療機関に働きかけます。</p> <p>・定期的にかかりつけ医で検査しているなどの理由により、特定健康診査を受診していなくても特定健康診査と同等の検査結果を保有している方に、結果提供の依頼をします。</p> <p>・定期的にかかりつけ医で検査している方の検査結果について、かかりつけ医から情報提供を受けられる体制について調査研究を行います。</p>
③ 地域資源の活用	<p>制度の周知を図るため、医療機関や市の施設等にポスターの掲示の依頼を働きかけます。</p>
④ 個人へのインセンティブの付与	<p>特定健康診査やがん検診等の受診者にインセンティブを付与し、市民自らの健康づくりへの動機付けを図ります。</p>

【特定保健指導】

取り組み	実施内容
① 情報提供の工夫	<p>特定健康診査の結果から、指導対象となった方には個別に案内を送付するとともに、電話による利用勧奨を行います。</p>
② 多様な機会の活用	<p>効率的に事業を行うため、外部の専門機関に実施を委託します。</p> <p>保健センターを拠点に実施しますが、ICTを活用した面談等も推進します。</p>
③ 地域資源の活用	<p>制度の周知を図るため、市内医療機関や市の施設等にポスターの掲示の依頼を働きかけます。</p>
④ 個人へのインセンティブの付与	<p>特定健康診査やがん検診等の受診者にインセンティブを付与し、市民自らの健康づくりへの動機付けを図ります。</p>

7.実施スケジュール

特定健康診査及び特定保健指導のスケジュールは下記のとおりです。

		特定健康診査			特定保健指導前半 (4～7月受診まで)		特定保健指導後半 (8月～12月受診まで)			
		集団健診	個別健診	受診勧奨	動機付け支援(前半)	積極的支援(前半)	動機付け支援(後半)	積極的支援(後半)		
当年度	4月		健診実施							
	5月									
	6月	健診実施		実施						
	7月									
	8月									
	9月									
	10月									
	11月	健診実施		実施	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・継続的な支援 ・評価 ・指導結果の評価 ・事業の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・積極的な支援 ・評価 ・指導結果の評価 ・事業の評価 				
	12月									
	1月									
2月										
3月										
翌年度	4月								<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・継続的な支援 ・評価 ・指導結果の評価 ・事業の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・継続的な支援 ・評価 ・指導結果の評価 ・事業の評価
	5月									
	6月									
	7月									
	9月									

卷末資料

1.用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	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。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、生涯受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。略して「特定健診」ともいう。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	腹囲	ハその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。

用語		説明
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

2. 疾病分類

疾病分類表(2013年版)

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

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

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

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

第3期 四街道市国民健康保険保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第4期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画

令和6年3月

発行 四街道市健康こども部国保年金課

〒284-8555 四街道市鹿渡無番地

TEL:043-421-2103(直通)