

第3期データヘルス計画  
及び  
第4期特定健康診査実施計画  
(素案)

令和6年度～令和11年度

令和6年度3月  
いなべ市国民健康保険

第3期データヘルス計画

<p>計画の趣旨</p>	<p>背景と目的</p>	<p>我が国では、国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる医療体制が確立され、世界最高水準の平均寿命と保健医療水準を達成している。しかしながら、医療技術の進歩や急速な少子高齢化の進展など社会環境の大きな変化や、生活スタイルの変化、健康格差の拡大などにより、疾病構造が変化し生活習慣等の慢性疾患が増加していることから、平成18年6月に「医療制度改革関連法」が成立し、平成20年4月には、この改革の大きな柱の一つである「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、医療保険者に対して、40歳以上75歳未満の被保険者を対象とする特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられた。</p> <p>また、近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。平成25年6月14日に閣議決定された「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ことが求められるようになった。こうした背景を踏まえ、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が一部改定され、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、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされた。さらにその後、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、保険者のデ</p>
--------------	--------------	---

		<p>ータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。</p> <p>いなべ市国保においても、平成28年3月に、「いなべ市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を、平成30年に3月に「第2期いなべ市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、保健衛生部門（健康子ども部健康推進課）と連携し、効果的な保健事業の推進に努めてきた。</p> <p>第3期いなべ市国民健康保険事業実施計画（データヘルス計画）においてもこれまでの取組を振り返るとともに、いなべ市の健康課題の解決に向け、効果・効率的な保健事業を実施することにより、市民の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、医療費の適正化に資することを目的に策定する。</p>
	<p>計画の位置づけ</p>	<p>「保健事業実施計画（データヘルス計画）」は、国民健康保険法第82条に基づく保健事業の実施等に関する指針により、全ての保険者に策定が求められており、保険者がレセプトデータを分析し、重点的に取り組むべき課題や目標を明らかにすることで、健康・医療情報を活用して特定健康診査等実施計画をPDCAサイクル（図1）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、「特定健康診査等実施計画」は、高齢者の医療確保に関する法律（以下「高確法」という。）第19条の規定により市町村に義務化されており、本市が国民健康保険の保険者として、厚生労働大臣が定める特定健康診査等基本指針に基づき、保健事業の中核である特定健診及び特定保健指導の実施に関する事項を定める計画である。</p>

計画期間	令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	<p style="text-align: center;">いなべ市の実施体制図</p> <pre> graph TD     subgraph Left [関係医療機関等]         L1[三重県医師会]         L2[三重県糖尿病対策推進協議会]         L3[いなべ医師会]         L4[薬剤師会]         L5[薬剤師会]     end      subgraph Center [保険者 いなべ市]         subgraph Top [事業実施者 企画・実施・評価]             T1[保険年金課]             T2[健康推進課]         end         T1 &lt;--&gt; T2         T1 &lt;--&gt; T3[長寿福祉課]     end      subgraph Bottom [三重県国民健康保険課]         B1[保健介護福祉課]     end      Right[三重県国民健康保険課]      Left -- 助言 --&gt; Center     Left -- 情報提供 --&gt; Center     Center -- 連携 --&gt; Right     Center -- 支援・評価 --&gt; Bottom     Bottom -- 情報提供 --&gt; Right     Right -- 情報提供 --&gt; Center     Right -- 相談 --&gt; Center   </pre>

## II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題 No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● いなべ市における平均寿命は男性で 81.0 歳、女性で 86.9 歳であった。これは同規模市町村と比較した場合、男性ではやや長く、女性では同じ水準である（同規模市町村での平均寿命（男性）80.4 歳、（女性）86.9 歳）。</li> <li>● <b>標準化死亡比*</b>については、いなべ市で男性が 101.3、女性が 104.4 であった。同規模市町村との比較においては、男性はやや低く、女性はやや高かった（同規模市町村での標準化死亡比（男性）103.4、（女性）101.4）。</li> </ul> <p>*標準化死亡比：基準死亡率と対象地域の人口を用いて、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較することが可能になる。</p>	基-2	—	
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 主傷病分析による入院医療費は、統合失調症関連の医療費が突出して高い。次いで生活習慣病や悪性新生物関連の医療費が挙がる（図表ア-1、ア-2）。</li> <li>● 主傷病分析外来医療費は、生活習慣病関連の医療費が上位を占めている。高血圧、糖尿病、腎不全、脂質異常症での医療費は毎年上位である（図表ア-4）。</li> <li>● 高額医療費（年間 30 万円以上）への移行において「糖尿病」や「整形外科疾患」、「消化器疾患」の罹患が大きく関与している結果であった（図表ア-7、8）。</li> <li>● また生活習慣病を複数罹患していくにつれて大きな医療費の増大を認めていた（図表ク-4）。</li> <li>● 一人当たり医療費の推移としては、2018 年度から 2022 年度において大きな変化はなかった（図表ア-5）。</li> <li>● 過去 5 年間で一人当たり医療費の増加率は年率 +0.72%であった（図表ア-5）。</li> <li>● 第四期三重県医療費適正化計画における推計ツールを用いて、令和 5 年度と令和 11 年度の一人当たり医療費の伸び率を算出したところ、1.08 であったとのことで、過去 5 年間の上昇率に収めることができれば、シミュレーションの増加見込み未満の推移となる（<b>三重県における共通評価指標</b>）。</li> <li>● 年代別の一人当たり医療費においては、男性では年度によってばらつきが大きい傾向を認めた。一方で女性においては、年代が上がるごとに一人当たり医療費の増大を認め、また 2018 年度～2022 年度にか</li> </ul>	図表ア-1 図表ア-2 図表ア-4 図表ア-7 図表ア-8 図表ク-4 図表ア-5 図表ア-10	A B

		けて微増傾向であった（図表ア-10）。		
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 図表カ-1では、1レセプトあたりに占める後発医薬品の割合を示している。1レセプトあたり3.6～3.9の医薬品の処方があり、この件数の傾向は5年間でほとんど変わらない。一方で、そのうちに占める後発医薬品の割合は年々増えていることが分かる。</li> <li>● また、後発医薬品のある医薬品のみを集計においても後発品への移行が5年間で大きく進められていることがわかった（図表カ-2）。</li> </ul>	図表カ-1 図表カ-2	—
	多重・重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>重複服薬*</b>ならびに<b>多剤服薬*</b>に該当するものは、生活習慣病の治療に関連する「高血圧治療薬」「脂質異常症治療薬」「糖尿病治療薬」などが上位を占めていた。是正の要否について精査は必要である（図表キ-1）。</li> <li>● 年代別の分析においては、70歳代での件数割合が高く、是正標的となる（図表キ-2）。</li> </ul> <p>*重複服薬：同時期に複数の医療機関を受診し、同じ効能の薬が重複して処方され服薬している状況</p> <p>*多剤服薬：同じ疾患・症状に対して必要以上に多くの種類の薬が処方され服薬している状態</p>	図表キ-1 図表キ-2	—
特定健診・特定保健指導の分析	特定健診結果・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 図表エ-2には、いなべ市、県、同規模市町村、国の特定健診受診率の推移を示した。いなべ市は、過去5年間特定健診の受診率は50%以上を超えており、相対的に見て高い水準である。</li> <li>● 三重県における共通評価指標としての目標値は健診受診率60%以上であり引き続きの向上施策に取り組んでいく必要がある（<b>三重県における共通評価指標</b>）。</li> <li>● 図表エ-3には、年代別の特定健診受診率の推移を示した。男女ともに50代・60代と40・50代での健診受診率に差があることが特徴であり、男女ともに10%近い差がある。</li> <li>● 地区別での分析では、北勢地区、員弁地区、藤原地区ではいずれも特定健診受診率が30代後半から40%代と増加傾向である（図表エ-4）。</li> <li>● 一方で、大安地区では2018年度から2022年度に向けて特定健診の受診率は増加傾向ではあるものの、他の3地区と比較し受診率は、5%程度の差がある（図表エ-4）。</li> <li>● 特定保健指導の実施率については、県、同規模市町村、国と比較しても低い水準にあり、今後の改善の必要がある（図表オ-1）。</li> </ul>	図表エ-2 図表エ-3 図表エ-4 図表オ-1	C
	特定健診の状況（有所見率・健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定健診受診者のうちの高血圧、脂質異常、糖尿病の有所見率は5年間で大きな変化はない。それぞれ高血圧、脂質異常が30%程度、糖尿病の有所見率</li> </ul>	図表ク-5	A B

状態)	<p>が10%程度である(図表ク-5)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療中の方における有所見率に限定してみると、高血圧症で40%台、糖尿病では60%台と有所見率の高さが目立った(図表ク-6)。糖尿病では治療中の方のHbA1c*<math>\geq</math>8%の方の割合も年度でばらつきがあるものの、10%程度で推移していた(図表ク-9)。脂質異常症については、20%程度と比較的治療中の方の管理状況は良好であった。</li> <li>● 高血圧症については、健診結果でII度高血圧*以上と判定された方の中にも約半数程度は降圧薬1剤で治療されている方が含まれており、適切な受診行動の確認は必要である(図表ク-7)。</li> <li>● 全健診受診者のうち、HbA1c<math>\geq</math>8.0%以上(三重県における共通評価指標)である方は、約1.0%前後で推移していた。三重県における共通評価指標の目標値は1.0%以下であり、引き続きの改善が必要。該当者の多くは糖尿病治療中の方であった(図表ク-11)。</li> <li>● また、HbA1cの増加に伴って、糖尿病治療薬の処方が増えていることが分かり、適切な治療のステップアップが行われている結果がうかがえた。その一方で管理不良である方に対しては市の保健指導を含めた追加でのアプローチの必要性を示唆する結果であった(図表ク-10)。</li> <li>● 健診受診者ならびに糖尿病治療中の方におけるCKDステージG3b*以降の方の割合は増加傾向にあり、糖尿病や高血圧症の重症化予防による腎疾患対策の重要性がうかがえた(図表ウ-2、ウ-3)。</li> </ul> <p>*HbA1c：糖尿病を判定する指標の一つであり、血中のヘモグロビンが糖と結合している割合を示します。慢性的に血糖値が高い場合はHbA1cの数値が高くなります。</p> <p>*II度高血圧：高血圧の重症度は、高血圧治療ガイドライン2019(日本高血圧学会)で定められます。II度高血圧は、診察室血圧で収縮期血圧が160-179mmHgかつ/または拡張期血圧が100-109mmHgとなります。</p> <p>*CKDステージG3b：慢性腎臓病(chronic kidney disease；CKD)は、その進行度に応じてG1～G5で分類され、ステージごとの治療や指導が行われます。</p>	<p>図表ク-6 図表ク-7 図表ク-9 図表ク-10 図表ク-11 図表ウ-2 図表ウ-3</p>	
質問票調査の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定健診で聴取する運動・身体活動に関する3つの問診項目*の「はい」の個数と、その方の身体活動量には関連があることが報告されている(川上ら、日本公衛誌、2010.)</li> <li>● この4段階での身体活動レベルと年代ごとの割合を集計した。いなべ市では年代における運動習慣の有無の差が小さい傾向であった(図表エ-9)。</li> <li>● 経年変化では、40歳代男性の運動習慣を有する方</li> </ul>	<p>図表エ-9 図表エ-10 図表エ-11 図表エ-12 図表エ-13 図表エ-14 図表エ-16</p>	E

	<p>の割合の増加が目立った（図表エ-9）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 有所見率との関連においては、運動習慣レベルが高くなるにつれて高血圧ならびに脂質異常の有所見率が低下していく傾向を認めた（図表エ-10）。</li> <li>● 食習慣の問診結果では、「人と比べて食べる速度が速い」「就寝2時間以内に夕食をとることが3回以上ある」「朝食を抜くことが週に3回以上ある」のいずれにおいても年代で該当率に差があり、若年層ほど該当率が高かった（図表エ-11）。</li> <li>● 食習慣と有所見率の関連については、回答に年齢の影響が大きいことから明らかな関連性を検出することはできなかった（図表エ-12）。</li> <li>● 飲酒習慣については、性別で習慣に大きな違いがあり、男性において「毎日飲む人の割合」「1合以上飲む人の割合」は高かった（図表エ-13）。</li> <li>● 特に「1合以上飲む人」の質問項目において該当者と非該当者において糖尿病の有所見率に大きな違いを認めた（図表エ-14）。</li> <li>● 同様に20歳からの体重10kg以上増加の有無においても糖尿病の有所見率に大きな違いを認めた（図表エ-16）。</li> </ul> <p>*3つの問診項目：運動・身体活動に関する特定健診での3つの問診</p> <p>①1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。</p> <p>②日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。</p> <p>③ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。</p>		
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<p>■高血圧</p> <p>図ク-7には、高血圧治療中の方における疾病管理状況をまとめている。高血圧治療中かつ特定健診受診者では、そのうち40%程度は健診結果ではI度高血圧以上であることが分かった（図表ク-7）。図表イ-1では、2021年度特定健診において高血圧受診勧奨基準*に該当した方が、健診受診以前での血圧の治療有無別に、治療があった場合の2022年度健診までの受診継続有無、ならびに治療がなかった方の場合には治療開始有無を追跡したフロー図を示している。2021年度特定健診において血圧受診勧奨基準に合致した血圧未治療者が、翌年度健診までに高血圧治療を開始する割合は12.7%と低い水準であった。</p> <p>■脂質異常症</p> <p>図表イ-2には、2021年度特定健診において脂質受診勧奨基準に該当した方が、健診受診以前での脂質の治療有無別に、治療があった場合の2022年度健診までの受診継続有無、ならびに治療がなかった方の場合には治療開始有無</p>	図表ク-7 図表イ-1 図表イ-2 図表イ-3 図表ク-9	A B C

	<p>を追跡したフロー図を示している。2021 年度健診での受診勧奨基準に該当した方の約 8 割は健診以前の脂質異常症未治療者であった。脂質異常症は治療開始後の疾病管理は比較的良好であり、フロー図からも未治療者が治療を開始すると、翌年の健診結果は大きく改善することがうかがえる。一方で受診勧奨基準に合致した方の翌年度健診までに治療開始した割合は 11.8%と低い水準であった。</p> <p>■糖尿病</p> <p>図表イ-3 には、2021 年度特定健診において糖尿病受診勧奨基準に該当した方が、健診受診以前での糖尿病の治療有無別に、治療があった場合の 2022 年度健診までの受診継続有無、ならびに治療がなかった方の場合は治療開始有無を追跡したフロー図を示している。健診での糖尿病受診勧奨基準に該当した方のうち、その時点で糖尿病が未治療であった方が翌年度健診までに受診を開始する割合は 25.2%と他の 2 疾患と比較すると、早期に治療開始を促すことができていた。</p> <p>一方で治療中の方の管理不良率は高く、糖尿病治療中の方の 40%以上が HbA1c7.0%以上で推移し、約 10%は HbA1c8.0 以上と管理不良者の割合も多い（図表ク-9）。また糖尿病治療中の方では特定健診未受診者が 6 割程度いることもいなべ市における平均的な健診受診率を大きく下回っており、また健康課題の把握という意味でも大きな課題である（図表ク-9）。</p> <p>また、糖尿病治療中において「慢性腎臓病の診断」や「CKD ステージ 3b 以降」の方の割合は年々増加傾向にあり、糖尿病性腎症対策の重要性が高まっている（図表ウ-2、3）。</p> <p>受診勧奨基準：厚生労働省の定める特定健診後の医療機関へ受診勧奨が推奨される基準  <a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000967510.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000967510.pdf</a>。</p>		
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険利用者や介護保険料の推移としては 4 年間の増加で大きな増加は認めなかった（図表コ-1）。</li> <li>● 介護保険利用者の保有疾患の特徴として、脳血管疾患は、介護度に関わらず多くの方が保有していた（図表コ-2）。</li> <li>● 認知症は、要支援では少なく要介護の方での保有率が高かったことより、認知症の罹患が要介護への移行に繋がっていることを示唆していた（図表コ-2）。</li> <li>● 骨折は要支援 1-2 ならびに要介護 1-2 での保有率、関節症は要支援 1-2 での保有率が高かった。整形外科疾患の罹患による日常生活制限が介護保険（特に</li> </ul>	図表コ-1 図表コ-2 図表コ-3	D

	要支援)の利用開始へ関連している可能性も考えられ、筋力維持や運動習慣獲得ならびに適切な栄養管理を含めた変形性関節症の発生予防の必要性がうかがえた(図表コ-3)。		
その他	<p>■特定健診</p> <p>健診無関心層(3年連続健診未受診者)については、過去5年間で約40%前後にて推移(図表エ-9)。県内の実績が30.3~54.1%であり存在率としては平均的ではあった。ただし、後述のように連続未受診者ではその後の脳心血管疾患発症や医療費増大のリスクが高いことが分かっており、改善に取り組む必要がある(三重県における共通評価指標)。</p> <p>図表エ-5には、2018年度~2020年度の3ヵ年における特定健診の受診回数と、2020年度~2022年度までの「生活習慣病治療開始率」ならびに「脳心血管疾患発症(新規入院)」との関連を示した。3年間一度も健診を受けなかった方では健診を1度以上受けたことがある方と比較し、生活習慣病の治療開始率は低かった。その一方で、健診を1度も受けなかった方では、脳心血管疾患の発症率は高かった。これは特定健診を受診することが生活習慣病の早期発見、早期治療に繋がり、その後の脳心血管疾患の発症率の低下に寄与している可能性を示唆していると考えられる。</p> <p>同様に2018年度~2020年度での健診受診回数と年間医療費との関連をまとめた(図表エ-6)。2020年度~2022年度にかけていずれの年度でも健診受診回数が多いほど、平均年間医療費は低い傾向であった。一方で、この集計では2018年度以前からの高額医療費の影響を除外できないため、2018年度時点で年間医療費が10万円未満であった方に対象を絞っての医療費の集計も実施した(図表エ-7)。2018年度時点では3グループの医療費には差がなかったものの、その後の医療費増加率には差を認め、2018年度~2020年度まで毎年健診受診をしていた方では最も医療費の増加が緩やかであった。</p> <p>特定健診における課題としては、健診受診率の高いいなべ市において受診率が突出して低い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・40-50代</li> <li>・糖尿病治療中の方</li> <li>・大安地区</li> </ul> <p>ならびに脳心血管疾患発症予防および医療費適正化の観点より</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3年連続未受診者の健診受診率の向上(健康無関心層の改善)</li> </ul> <p>が挙げられる。</p>	図表エ-19 図表エ-5 図表エ-6 図表エ-7	C

	<p><b>■精神疾患</b></p> <p>いなべ市における入院医療費の第1位はここ5年間変わらず「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」である。入院医療費の上位を占める疾患ではあるものの、生活習慣病と違い生活様式で予防できる明確なエビデンスはない。適切な治療ならびに疾病管理、環境調整が重要である。</p> <p>保健事業としての予防的介入ではなく、患者が健やかに生活していけるための相談窓口の啓発など地域での支援体制を整えていくことの重要性が大きい。</p>		
--	---	--	--

	健康課題	対応する保健事業
A	腎不全予防・脳心血管疾患発症予防としての生活習慣病管理状態の改善（高血圧症/糖尿病）	事業 1
B	生活習慣病重症化予防（重複罹患予防）	事業 2
C	特定の層における特定健診受診率の向上（健康無関心層の改善） 対象：40-50 代の男女、糖尿病治療中の方、3 年連続健診未受診者	事業 3
D	前期高齢者に向けたロコモティブシンドローム発生予防（筋力・運動習慣の維持、適切な栄養状態）	事業 4
E	若年層における健康増進（20 歳からの体重増加の抑制、適切な飲酒習慣の確保）	事業 5

## 第4期特定健康診査等実施計画

### 1 特定健康診査・保健指導の対象となる生活習慣病

#### (1) 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている。いなべ市でも入院・入院外の疾患別医療費においてがん、脳血管疾患、腎疾患、高血圧、糖尿病等が上位である。

また、生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、過去5年間増加傾向であった。

市民の生涯にわたって生活の質の維持・向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組が重要であり、喫緊の課題となっている。

#### (2) 生活習慣病の発症予防

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このような経過をたどることは、国民の生活の質（QOL）の低下を招くものであるが、これは若い時からの生活習慣病の予防により防げるものである。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることも避けることができる。また、その結果として、中長期的には医療費の増加を抑えることも可能となる。

### 2 達成しようとする目標値の設定

「第3期の実施率の目標」を国の特定健康診査等基本指針で示す目標に従い次のとおり定める。

#### 第3期の実施率の目標（％）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査実施率	55	56	57	58	59	60
特定保健指導実施率	20	30	40	50	55	60

### 3 特定健康診査等対象者

いなべ市国民健康保険における特定健康診査は、いなべ市国保被保険者で特定健康診査実施年度中に40～74歳になる者で、除外規定に該当する人を除き対象とする。

#### <除外規定>

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者

- 1 妊産婦
- 2 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- 3 国内に住所を有しない者
- 4 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 5 病院又は診療所に6か月以上継続して入院している者
- 6 高確法第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者

#### 第3期特定健康診査の対象者及び受診者の見込み(人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対 象 者	5,800	5,600	5,400	5,300	5,200	5,100
受 診 者	3,480	3,360	3,240	3,180	3,120	3,060

## 4 特定健康診査等の実施方法

### (1) 特定健康診査の実施

#### ① 実施場所

特定健康診査の実施にあたっては、被保険者が受診しやすい健診の実施体制を維持することが重要である。前期計画に引き続き、保健衛生部門（健康こども部 健康推進課）の協力の下、各種がん検診とセットにした人間ドックとし身近な公共施設に出向く集団検診や市内の医療機関で受診できる方法など、利便性の向上に配慮する。

#### 特定健康診査実施体制

健診方法	場 所	回 数	実 施 期 間
個別健診方式	県内受託医療機関	随時	7月から11月
集団健診方式 (人間ドック)	公共施設（市役所など）	随時	7月頃

#### ② 実施項目

国が定める特定健康診査の実施項目は、特定健康診査がメタボリックシンドロームに着目したものであることから、メタボリックシンドロームの判定に必要最低限の項目のみが法定化される。

#### いなべ市国保特定健康診査の実施項目

種 別	検 査 項 目
基本的な健診項目	質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、腹囲、BMI) 理学的検査(視診、触診、打聴診)、血圧測定 脂質検査(HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪) 肝機能検査(GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP) 血糖検査(HbA1cまたは空腹時血糖) 尿検査(尿、蛋白)
県内医師会・巡回ドック共通項目	心電図検査(12誘導心電図) 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
詳細な健診項目	眼底検査 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施
追加健診項目	腎機能検査(尿素窒素、クレアチニン)、尿酸検査 肝機能検査(アルブミン)、尿酸代謝検査(尿酸)、尿潜血検査

#### ③ 実施期間

いなべ市国保特定健康診査の実施期間は、7月1日から11月30日とする。

#### ④ 外部委託の方法

特定健康診査は、医師会と集合契約により実施します。人間ドックについては、個別契約にて対応する。

#### ⑤ 周知、案内方法

- ・受診券及び受診案内は対象者個人に郵送し、個別に案内する。
- ・市広報誌「リンク」及びホームページに受診方法等を掲載する。
- ・ケーブルテレビ市広報番組で特定健康診査受診案内を行う。

⑥ 受診券の交付方法

いなべ市国保特定健康診査の受診券は、6月に全対象者に一齐に送付する。また、人間ドック希望者を把握するため、送付時期に先がけて、昨年度の受診内容を基に健診受診申込を送付する。前年度と同様の検診項目の場合は改めての申し込みを必要としないことで利便性を向上させる。受診券には、受診券整理番号、氏名、性別、生年月日、有効期限及び受診上の注意事項を印字する。

健診の受診は、受診券の提出及び被保険者証の確認の2つを要件とする。

⑦ その他

いなべ市国民健康保険の被保険者で個人的に受診した人間ドック、事業主健診及びその他特定健康診査の実施項目を含む健診を受診した場合は、高齢者の医療の確保に関する法律第20条に基づき、その結果の提出をもって特定健康診査を受診したものとみなす。

(2) 特定保健指導の実施

① 保健指導対象者の抽出方法

特定健康診査の結果、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人を除いて、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る人を、特定保健指導の対象者に選定する。さらに、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援と積極的支援に区別する。特定健診受診者のうち、動機付け支援対象者及びHbA1c 6.5以上の者で2年連続高値及びその年度で新規高値になった人とe-GFRの値が59以下でHbA1cの値が6.0～6.4の人を保健指導対象者とする。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹 囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴※2	対象	
			40～64歳	65～74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	あり		
上記以外で BMI ※1 ≥25 Kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

※1 BMI：肥満判定基準で、体重(kg)÷{身長(m)×身長(m)}で算出され、BMIが18.5以上25.0未満を標準、25.0以上を肥満としています。

※2 喫煙歴：現在、たばこを習慣的に吸っている。「今までに合計100本以上」、または「6ヶ月以上吸っている者」であり最近1ヶ月間も吸っている者

<追加リスク>

- ①血糖空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c の場合 5.6%以上
- ②脂質中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③血圧収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

② 特定保健指導の支援の内容

保健指導は、人間ドックについては実施可能な機関への委託により実施し、市の直営においても実施する。

ア 情報提供

特定保健指導の対象者（リスクの比較的高い者）であるか否かに関わらず、特定健康診査を受診した者全員に年 1 回健診結果と同時に実施する。

イ 動機付け支援

支援内容は、医師による講話（講演会）と具体的に実践可能な行動目標を立て、6 か月以上経過後に実績評価を行う。

ウ 重症化予防（糖尿病予備群）

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的に実施する。

支援期間と頻度は、個別面接による支援及び集団での教室を組み合わせ 6 か月以上の継続的な支援を行う。完了までの期間は、行動計画作成の日から 6 か月以上経過後に実績評価を行う。

エ 積極的支援

対象者が自らの健康状態を自覚し、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者が選択できるよう支援する。

③ 実施場所

実施場所は、医療機関又は公共施設としますが、対象者の希望により訪問することも可能とする。

④ 実施期間

実施期間は、4 月 1 日から翌年 3 月 31 日とする。

⑤ 外部委託の方法

いなべ市の実施する特定健康診査及び特定保健指導は、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関との委託契約で実施する。

ただし、特定健康診査の受診券の発行及び特定保健指導の案内については、市から対象者へ送付する。

⑥ 周知案内方法

特定保健指導は、特定保健指導対象者に対し特定健康診査受診後に案内文書を郵送する。

(3) 年間の事業実施スケジュール

	特定健診	特定保健指導	
		動機付け支援	積極的支援
4月			
5月			
6月	受診券一斉発送		
7月	特定健康診査実施		
8月		健診結果登録	
9月		受診結果に基づく保健指導	
10月	途中加入者分追加発送 未受診者受診勧奨		
11月			
12月			
1月			
2月	次年度用申込書発送		
3月			

## 個別保健事業計画

### 【事業1】生活習慣病治療中の管理不良者に対する重症化予防事業

目的：高血圧症/糖尿病治療者の管理状態の改善

内容：対象者・実施方法等

対象者：

- ・高血圧治療中の方のうち、Ⅱ度高血圧以上である方
- ・糖尿病治療中の方のうち、HbA1c $\geq$ 8.0%である方
- ・高血圧症もしくは糖尿病治療中の方のうち、CKD ステージが 3a 以降である方

実施方法：

保健師・管理栄養士等による生活習慣改善支援。

3 か月～6 か月間での対面、電話指導を含めた保健指導を実施する。

糖尿病と生活習慣の関連や参加者の状況に合わせた運動習慣・食習慣についてのアドバイス、服薬アドヒアランスの確認、等

評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	高血圧治療中の方のうち、Ⅱ度高血圧以上の割合	5.4	5.3	5.2	5.1	5.0	4.9	4.8
	糖尿病治療中の方のうち、HbA1c $\geq$ 8.0%の割合	6.6	6.5	6.4	6.3	6.2	6.1	6.0
	CKD ステージ 3b 以降の方の人数	7.5	7.4	7.3	7.2	7.1	7.0	6.9
アウトプット	参加者数	10	10	10	10	10	10	10
プロセス	対象者は適切に抽出できる 適切な時期に受診勧奨を実施できる 事業全体をスケジュールどおり実施する							
ストラクチャー	予算を確保する 人員を確保する 関係課・関係機関との連携を図る（委託先）							

【事業2】生活習慣病の重症化予防事業

目的：生活習慣病の重複罹患の発生予防

内容：対象者・実施方法等

対象者：

- ・生活習慣病のいずれかを治療中の方のうち、治療をしていない生活習慣病において健診にて厚生労働省の受診勧奨基準に該当する方

内容：保健師や管理栄養士等からの健康情報を提供する教室の開催

評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	教室後アンケートにて意識変容のあったものの割合	88	90	92	94	96	98	100
	翌年度健診結果での有所見率	48.6	47	46	45	44	43	42
アウトプット	教室実施回数 参加者数	10	10	10	10	10	10	10
プロセス	適切な時期に案内ができる 事業全体をスケジュールどおり実施する							
ストラクチャー	予算を確保する 人員を確保する 関係課・関係機関との連携を図る							

【事業 4】 前期高齢者に向けたロコモティブシンドローム発生予防

目的：介護保険利用への移行予防

内容：対象者・実施方法等

対象者：

- ・ 65 歳以上の前期高齢者において、
  - ・ 運動習慣のない方（3 項目の問診にて「はい」の個数がゼロ）
  - ・ BMI $\geq$ 25 の方
  - ・ 前年度の健診からの体重減少率が 3%以上の方

内容：保健師や管理栄養士等からの健康情報を提供する教室の開催

評価指標・目標

区 分	指 標	目 標 値						
		策定時	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	変形性関節症の有病率	7.1	7.0	6.9	6.8	6.7	6.6	6.5
	翌年度健診での運動習慣の改善	40.3	50	60	70	80	90	100
アウトプット	教室実施回数 参加者数	10	10	10	10	10	10	10
プロセス	適切な時期に案内ができる 事業全体をスケジュールどおり実施する							
ストラクチャー	予算を確保する 人員を確保する 関係課・関係機関との連携を図る							

### 【事業5】若年層における健康増進

目的：若年層における適切な生活習慣の獲得（体重増加予防、飲酒習慣）

内容：対象者・実施方法等

対象者：

- ・若年層

内容：自営業の方の集会や若年層の方が集まる場所でのチラシ配布やポスター掲示  
ポイントインセンティブ（歩数や健診受診）などの健康増進事業

#### 評価指標・目標

区分	指標	目標値						
		策定時	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	若年層（40-50代）の健診受診率の増加	13.5	20	30	40	50	55	60
	若年層の前年度からの体重増加者割合の削減	26.8	25	24	23	22	21	20
プロセス	適切な時期に通知ができる 事業全体をスケジュールどおり実施する							
ストラクチャー	予算を確保する 人員を確保する 関係課・関係機関との連携を図る							

#### 地域包括ケアに係る取り組み

（前計画の記載のままになっています。内容の確認をお願いします）

（1）地域包括ケアシステムという視点での全体像の課題について

### ① 医療・介護サービスに関する相談先の周知

訪問診療のニーズはかなり高いことが分かったが、訪問診療を希望する場合に、相談先を知っている市民の割合は少なく、同様に、訪問や通所での介護サービスを希望する場合でも、相談先を知っている市民の割合も少ない。

### ② 地域包括ケアシステムの一体的推進

通常、自治体は、高齢者福祉計画・介護保険事業計画に加えて、障がい・子ども子育てや住生活、健康増進、母子保健、食育推進など多くの行政計画を立案していますが、これまで地域医療計画は県の管轄になっていて自治体にそれを作成する部署は存在しない。また、これらの行政施策は、それぞれが地域包括ケアシステムの一部ではあるが、各部署で独立して進められているのが現状で、地域包括ケアシステムの構築に向けて「共通の目標と指標・優先順位」を設定して進められるケースは稀である。自治体においては、各部署で策定される各種行政計画の調整、整合性、目標の共有を図ることが求められています。

従来、地域包括ケアシステムは、高齢者に限定されたものとして推進される傾向があったが、高齢者に限定せず、障がい者や子供と親、健常者も含めたすべての住民にとっての仕組みであることを認識して取り組むことが求められます。

## (2) 地域包括ケアシステムの対策について

### ① 地域包括ケアシステムの周知・啓発

地域包括ケアシステムの概念である「自助・互助・共助・公助」において、その原点は、図1の植木鉢の「本人の選択と本人・家族の心構え」である。「自助」とは「自分のことは自分でする本人」であり、「互助」とは家族と地域の住民である。行政施策や保険制度による「共助・公助」が有効に機能するためには、「自助・互助」がまずしっかり住民の意識の中に定着する必要があります。

そのために、自治体として、広報誌のみではなく、地域のあらゆる集まりの機会を活用して行政側が住民側に足を運び、あくまで住民主体の視点で地域の課題を把握・抽出し、地域包括ケアシステムの重要性やその背景、住民ひとり一人とその家族が自分たちの責任においてやらなければならないこと、その上で行政から受けることができるサービスについて、座談会や説明会を開催して、住民への周知と啓発を図る努力が求められます。

### ② 保健・医療・福祉の大規模化の支援

住民にとっては医療だけが重要なのではなく、介護や福祉の充実に加え、あらゆる年齢層の住民が参加する地域コミュニティづくりも含めた総合的な取り組みが求められます。単一のサービスではなく、保健・医療・福祉に係るサービスを複合的に展開する大規模な社会福祉法人等の事業者の育成もそれに関するひとつの方向性である。資源（ヒト・

モノ・カネ) が乏しい地方においては大規模化・複合化を選択する方が運営の効率化と地域密着型のサービス展開が可能となる。自治体としてその支援対策について検討します。

### ③ 各種行政施策の統合化と顔の見える関係づくり

医療も含めた地域包括ケアシステムを効率的に推進するためには、市の行政組織の各部署で策定される各種行政計画の調整、整合性、目標・指標の定量化と共有化、優先順位の決定を図るための組織づくりを行います。

市と地域医師会が協働し、医療・介護・福祉の各種団体の構成員が定期的に協議・情報交換できるワークショップや勉強会等を行う協議体を設置・開催し、多職種同士の顔の見える関係づくりを推進します。

地域の個別課題の解決と、更にこれら個別課題を整理して市全体として取り組むべき重要課題を抽出し、行政と医療・介護を含めた多職種による課題解決のための取り組みが求められる。このための手段として、医療と介護分野の専門職及び行政職が集まる地域ケア会議の重要性が増しています。

### ④ 地域包括支援センターの体制強化

平成 27 年度の制度改正では、地域支援事業の包括的支援事業に、保険者が取り組むべき事業として、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備、地域ケア会議の強化など、地域包括支援センターが地域づくりに係る多方面の活動が位置付けられており、地域包括ケアシステムの推進のためには地域包括支援センターの体制強化が重要です。

### ⑤ 多職種間での情報連携

資源が乏しい地方において、医療と介護サービスの生産性を高めるためのインフラとして ICT (Information and Communication Technology 情報通信技術) を活用した事業者・担当者間の情報連携は欠かせません。どのようなシステムを採用するかは慎重に協議する必要がありますが、システム導入について自治体として対策を検討します。

## 計画の評価・見直し

特定健康診査・特定保健指導は、できる限り多くの対象者に確実に実施することによってメタボリックシンドロームのリスクのある人を減らしていくことが重要である。

このため、毎年度、作成した実施計画に沿って目標値の達成状況の確認を行うとともに、実施体制、周知方法、委託業者の選定方法、保健指導方法等について、いなべ市国民健康保険運営協議会において評価と検証を行う。

また、評価の結果、本計画の目標設定、取り組むべき事業の実施方法、スケジュール等

の見直しを行う。

## 計画の公表・周知

本実施計画は、いなべ市のホームページ等に全文または概要を掲載して公表し、周知に努める。

## 個人情報の取扱い

### (1) 記録の保存方法等

特定健康診査の実施結果は、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、三重県国民健康保険団体連合会に提出され、保管する。

特定健康診査に関するデータは、原則5年間保存する

### (2) 個人情報保護対策

特定健康診査や特定保健指導で得られる個人情報に関しては、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法第57号）」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）（令和4年1月）」、「いなべ市個人情報保護条例」と同条例施行規則等を遵守して取り扱う。

保険者の役職若しくは職員又はこれらの職にあった者に対して、個人情報の漏洩を防止するため、「国民健康保険法（平成20年4月1日施行分）」及び「高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年4月1日施行分）」等に定める守秘義務規定等の周知を図る。なお、特定健康診査や特定保健指導の委託の際には、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、委託先の契約遵守状況を管理する。