

第1章 基本的事項

1. 計画の趣旨・計画の位置づけ

(1) 制度の背景と目的

①データヘルス計画について

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、国保データベースシステム（以下「KDB システム」という。）等の整備により、保険者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められている。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」のなかで「全ての健康保険組合に対して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。」とされ、保険者は医療データ・健診データ・介護データ等を活用した保健事業を推進することとされた。

今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ※から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められている。

こうした背景を踏まえ、厚生労働省においては、平成 26 年 3 月、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（国指針）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画（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ものとしている。

大田市においては、平成 16 年厚生労働省告示第 307 号「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」（以下「保健事業実施指針」という。）に基づき、「大田市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「データヘルス計画」という。）を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等の保健事業の実施及び評価・改善等を行うものとする。

本計画は、医療保険者に集積させる健康診査、保健指導、診療報酬明細書（レセプト）、介護保険等のデータを分析し、課題を抽出し、その課題に応じた保健事業を実施する、すなわち PDCA サイクルに沿って保健事業を行うことにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持および向上を図り、結果として、医療費の適正化に資することを目的とする。

※ポピュレーションアプローチとは

多くの人々が少しずつリスクを軽減させることで、集団全体に多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体の分布をシフトさせる手法。

生活習慣病におけるポピュレーションアプローチでは、健康づくりの「国民運動化」「全住民を対象とした活動」として、メタボリックシンドロームの概念の定着や具体的な施策プログラムの提示がされている。

②特定健康診査等実施計画について

平成 20 年 4 月に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」では、メタボリックシンドロームに着目した、生活習慣病予防のための特定健康診査及び特定保健指導を医療保険者が実施することが義務付けられ、大田市においても平成 20 年 3 月に「大田市特定健康診査等実施計画」を策定、さらに平成 25 年度から平成 29 年度の「第 2 期大田市特定健康診査等実施計画」、平成 30 年度から令和 5 年度の「第 3 期大田市特定健康診査等実施計画」により事業を推進してきた。

高齢化の急速な進展と生活習慣病が増加し、死亡原因でも生活習慣病が半数を超え、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 であることから国、県、医療保険者がそれぞれ目標を定めそれぞれの役割に応じた取組が重要となっている。

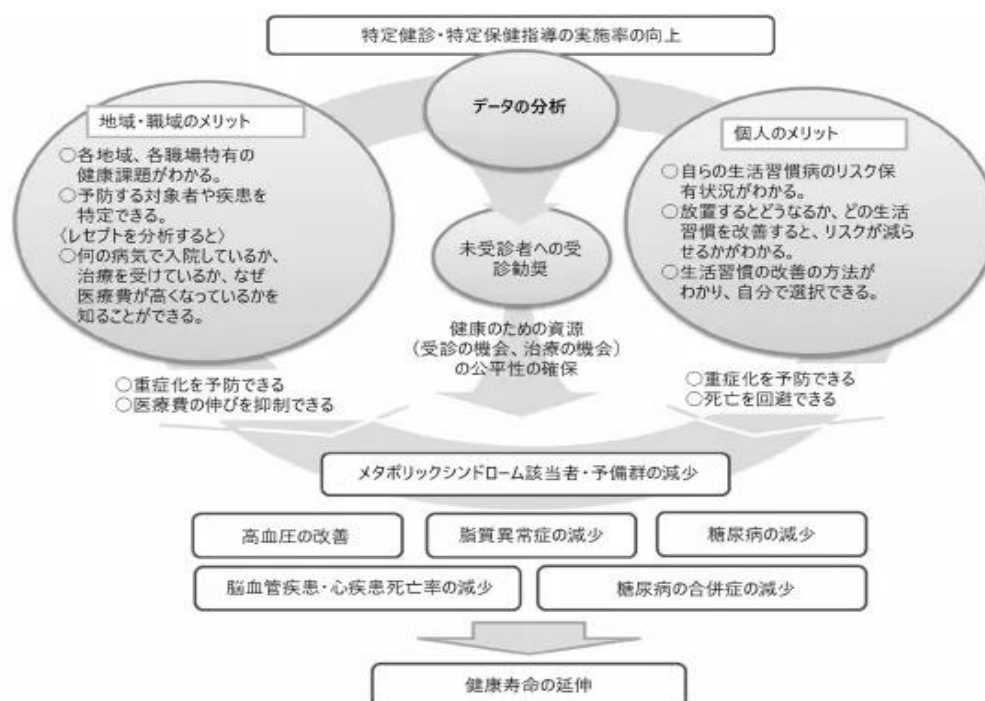
特に、不健康な生活習慣による生活習慣病の発症、重症化の過程で、メタボリックシンドロームが大きく影響している。

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満に加え、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合には、狭心症や心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳出血や脳梗塞等の脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることで、それらの発症リスクの低減が図られるという考えを基本としている。

特定健康診査は、40 歳から 74 歳の被保険者を対象に、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームの該当者や予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする人を選び出すことに加え、一人ひとりの被保険者が受診をきっかけとして、自分の健康状態を把握し、健康の維持増進に役立てるために実施する。

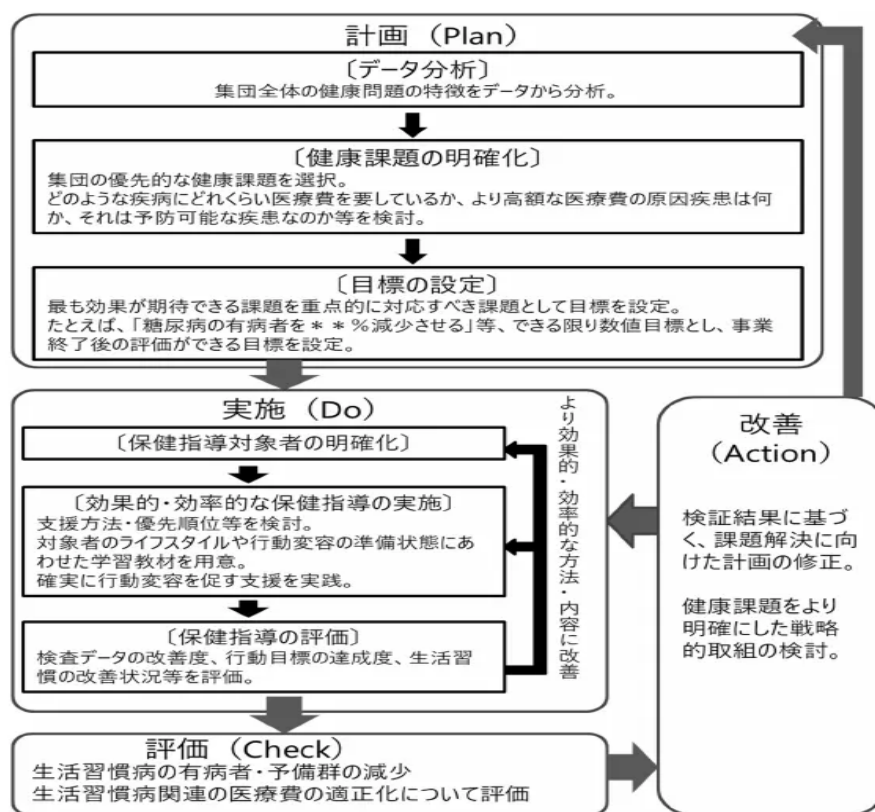
なお、より効果的に事業を推進するため、「第 3 期大田市データヘルス計画」に、「第 4 期特定健康診査等実施計画」を包含して一体的に推進するものとする。

図表 1 特定健診・特定保健指導の実施率の向上



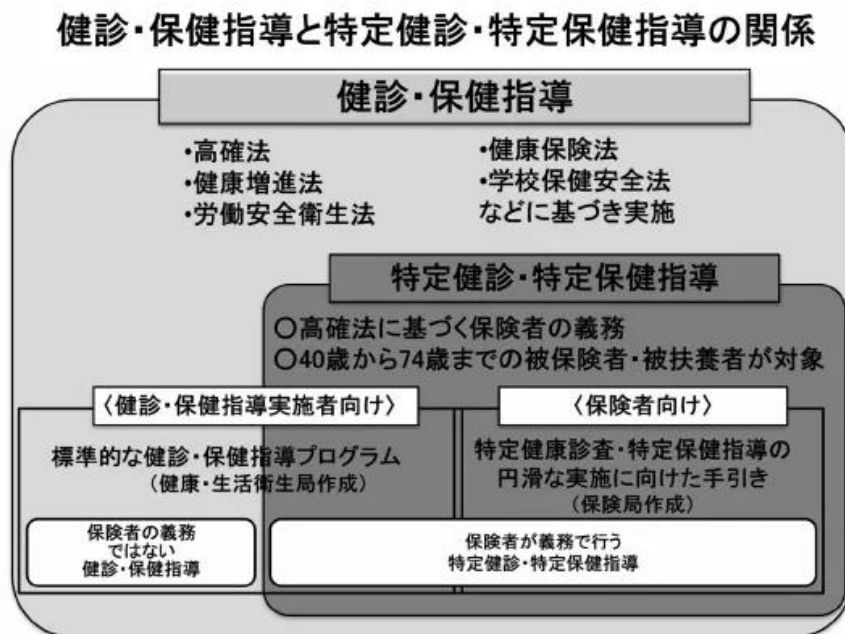
出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）

図表 2 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）

図表 3 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



出典：厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト

(2) 計画の位置づけ

本計画に基づく事業の実施等は、本市の健康増進法に基づく健康増進計画「おおだ健やかプラン（第4期健康増進計画、第3期食育推進企画）」と、その他関連する計画との整合性を図り、連携した事業の実施を進めます。

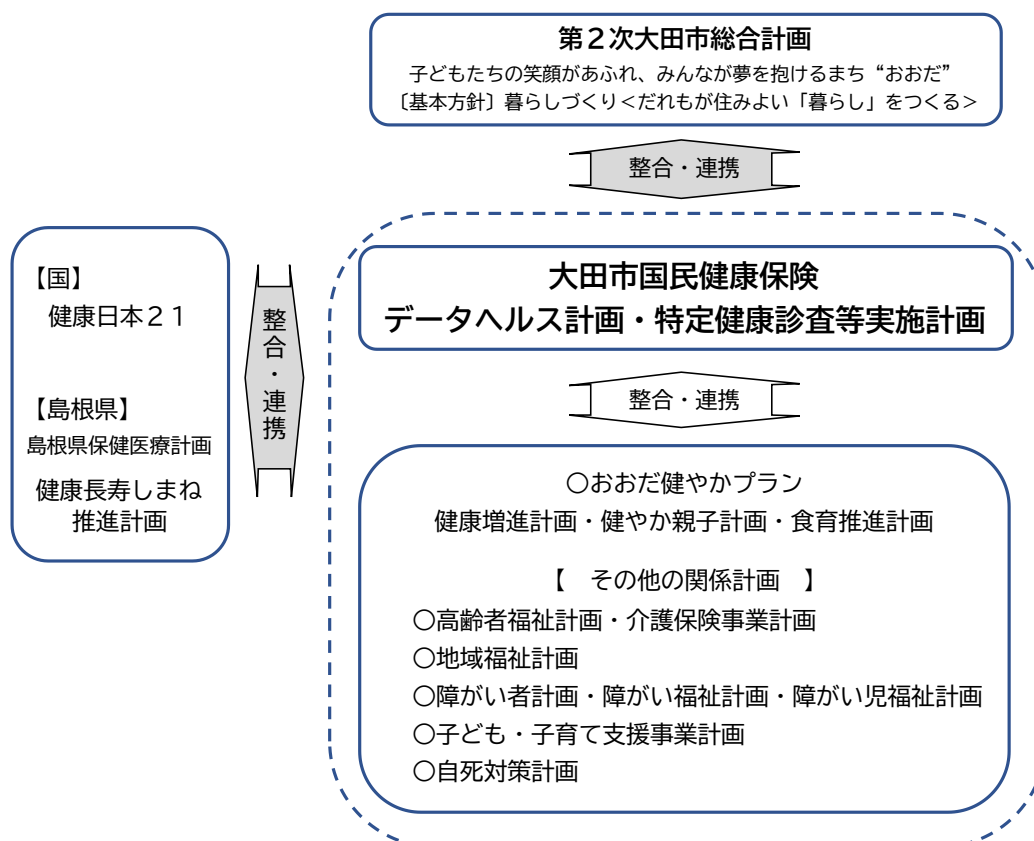
図表4 計画の位置づけ

計画名	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	健康増進計画
根拠法令	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	健康増進法 第8条 第9条
指針等	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	特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針
計画策定者	医療保険者	医療保険者	市町村
対象者	被保険者	被保険者（40歳～74歳）	全住民

(3) 他の計画との関係性

本計画は、「健康日本21（第三次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「島根県保健医療計画」「健康長寿しまね推進計画（第三次）」、本市の「第2次大田市総合計画」及び「おおだ健やかプラン」との連携を図る。

図表5 データヘルス計画・特定健康診査等実施計画の位置づけ



2. 計画期間

計画期間については、島根県における医療費適正化計画や医療計画等の期間との整合性を図るため、令和6年度から令和11年度までの6か年とする。

3. 実施体制・関係者連携

(1) 関係部局連携による実施体制

市民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、市一体となって、国保担当部局と関係部局（健康増進部門、介護部門）とが互いに連携を図るものとする。

計画策定にあたっては国保部門が実施主体となり、関係部局と共に計画立案、進捗管理、評価と見直しを行う。

計画の実施にあたっては、健康増進部門、介護部門等と連携しながら、健康診断、保健指導等を実施する。

(2) 外部有識者等の参画

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、保健医療関係者等との意見交換、情報提供、保健事業の相談などを通じ、保健医療に係る専門的見地から支援を受けるなど連携に努める。

また、国保連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置された支援・評価委員会から、積極的な保険者への支援等、専門的知見を活用するよう努める。

平成30年度以降、「国民健康保険都道府県化」により都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体であり、共同保険者となっていることから、島根県と連携し保険者機能の強化を図る。

また、他の医療保険者等（医師会、歯科医師会、薬剤師会、外部有識者等）と健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等に努めることが重要であり保険者協議会等を活用した連携促進に努める。健康診断、保健指導等への協力、計画の効果的な実施のための助言を得る。

計画策定にあたっては、被保険者の立場からの意見を国民健康保険運営協議会等の場を通じて反映できるよう努めることとする。

第2章 現状の整理

1. 大田市の現状

(1) 人口構成

本市の総人口は昭和 60 年以降、年々減少している。人口構成をみると、年少人口（15 歳未満）及び生産年齢人口（15～64 歳）が年々減少している一方で、高齢者人口（65 歳以上）は増加し高齢化率は 40% を超え、今後も人口の減少、高齢化の進展が続くものと予想される。

(2) 国保被保険者の状況

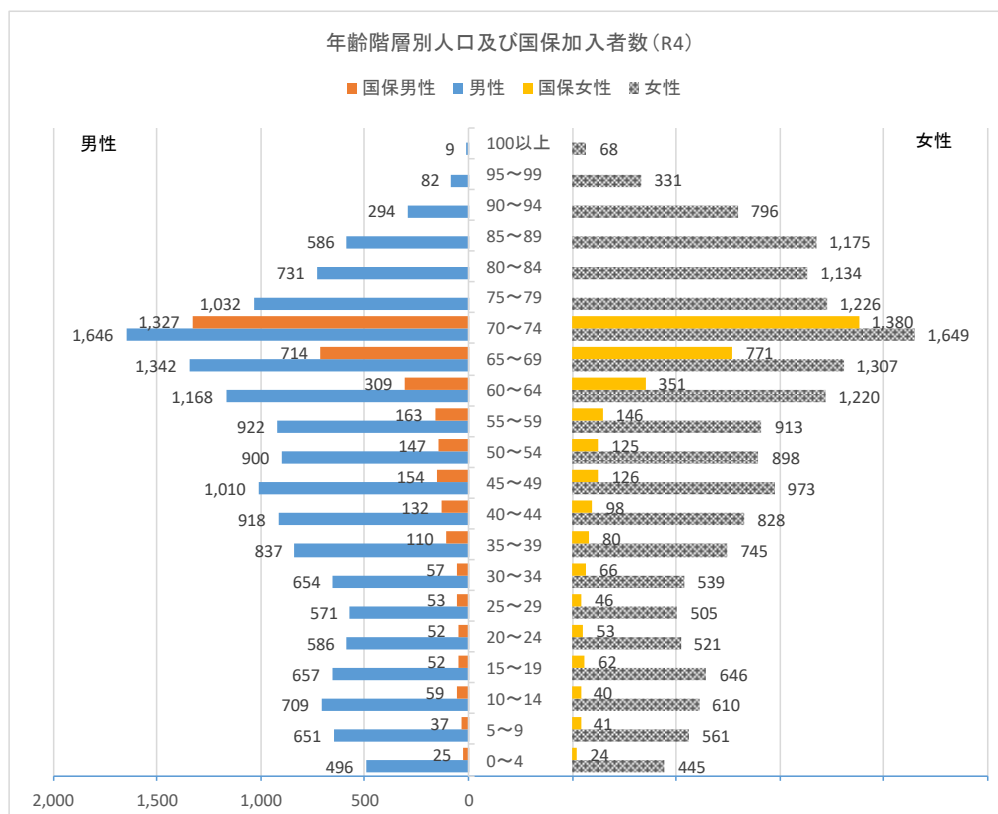
国民健康保険加入率は低下傾向にあるが、65～74 歳の構成割合は県・同規模平均・国のいずれよりも高い状況である。

図表 6 国民健康保険加入者の推移

	人口総数	国保加入率	被保険者数 (平均)	65歳以上		後期高齢者医療 被保険者数 (平均)
				人口	高齢化率	
平成30年度	33,417	22.5%	7,507	13,313	40.1%	7,768
令和元年度	32,848	22.2%	7,289	13,258	40.6%	7,708
令和2年度	32,307	22.1%	7,129	13,221	41.2%	7,583
令和3年度	32,299	21.7%	7,055	13,193	40.8%	7,431
令和4年度	31,793	21.1%	6,712	13,088	41.2%	7,517

「統計でみる島根の国保」「島根県後期高齢者医療広域連合HP」より

図表 7 年齢階層別人口及び国保加入者数（令和4年度）



人口はR4.9.30時点、国保加入者はFocus抽出

(3) 介護や死亡の情報分析

①死亡の状況

男性の1位は悪性新生物、2位は心疾患、3位は脳血管疾患である。女性の1位は悪性新生物となっている。全国や島根県と比べて、心疾患や脳血管疾患の割合が高い。

図表8 死亡の状況

単位：％

	男性			女性		
	大田市	島根県	全国	大田市	島根県	全国
1位	悪性新生物 (29.6)	悪性新生物 (30.1)	悪性新生物 (30.3)	悪性新生物 (21.9)	悪性新生物 (20.5)	悪性新生物 (22.7)
2位	心疾患 (13.4)	心疾患 (12.7)	心疾患 (14.0)	心疾患 (18.0)	老衰 (16.8)	心疾患 (16.0)
3位	脳血管疾患 (7.6)	脳血管疾患 (7.2)	脳血管疾患 (7.1)	脳血管疾患 (11.8)	心疾患 (15.5)	老衰 (14.6)
4位	肺炎 (4.1)	老衰 (5.8)	肺炎 (6.4)	老衰 (6.4)	脳血管疾患 (8.7)	脳血管疾患 (7.8)
5位	老衰 (3.7)	肺炎 (5.1)	老衰 (5.1)	肺炎 (2.8)	肺炎 (3.4)	肺炎 (5.2)

出典：人口動態統計（平成30年～令和4年の合計値）

②主要死因の年齢調整死亡率

男女ともに悪性新生物が全国や島根県に比べて高い傾向にある。また、男性では自死が、女性では心疾患や脳血管疾患が島根県と比べて高い傾向にある。

図表9 主要死因の年齢調整死亡率

単位：人口10万対

	男性			女性		
	大田市	島根県	全国(単年)	大田市	島根県	全国(単年)
悪性新生物	100.7	87.7	84.4	64.3	51.6	54.8
心疾患	22.7	25.4	32.2	8.3	6.5	9.0
脳血管疾患	9.5	14.4	16.6	7.1	5.7	7.2
不慮の事故	8.3	10.2	10.3	2.7	2.5	3.5
自死	22.6	21.6	19.8	5.5	7.7	9.3

出典：島根県健康指標データベース(SHIDS)

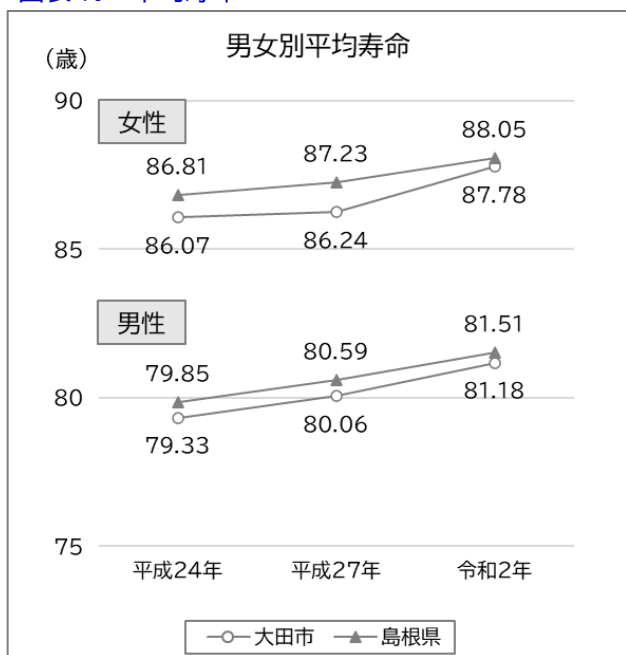
※大田市、島根県は、令和2年を中間年とした5年間(平成30～令和4年)平均

③平均寿命と 65 歳の平均余命、平均自立期間

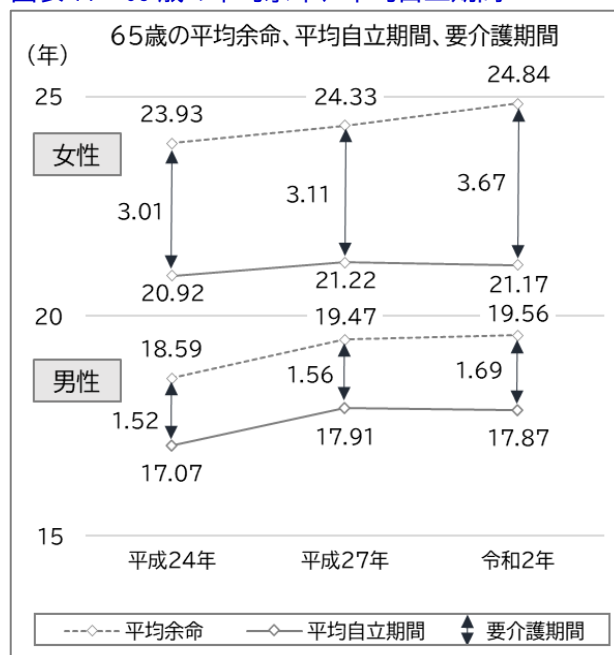
平均寿命について、令和 2 年は、男性が 81.18 年、女性が 87.78 年で、平成 27 年と比較すると伸びてる。

65 歳の平均余命は男女とも伸びているが、健康寿命の指標である 65 歳平均自立期間が短くなっていることに伴い、要介護期間が長くなっている。

図表 10 平均寿命



図表 11 65 歳の平均余命、平均自立期間



出典：島根県健康指標データベース (SHIDS)

※平成 24 年は、平成 24 年を中間年とした 5 年間（平成 22～26 年）平均
 ※平成 27 年は、平成 27 年を中間年とした 5 年間（平成 25～29 年）平均
 ※令和 2 年は、令和 2 年を中間年とした 5 年間（平成 30～令和 4 年）平均

④介護情報

介護保険の第1号被保険者数および介護認定率は近年ほぼ横ばいの状況である。介護や介助が必要になった主な原因については、生活習慣を要因とする疾病（脳卒中、心臓病、糖尿病等）がほぼ半数の47.2%を占めており、特に男性前期高齢者（65～74歳）の割合が多い。個々の要因別では「高齢による衰弱」21.4%が最も多く、次いで「骨折・転倒」19.8%、「その他」17.3%の順となっている。現在治療中、または、後遺症のある疾病では、「高血圧」の割合が46.9%と最も多く、次いで「目の病気」19.8%、「糖尿病」16.9%の順となっており、生活習慣病の割合が多くなっている。令和3年の死亡の状況では、本市の上位を占めている悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の割合が県、全国と比較して高い。

これらは生活習慣病に起因するものが多く、生活習慣病予防が重要であり、青・壮年期からの保健事業が介護予防にもたらす効果は高いと想定できる。

図表 12 第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者の推移

（単位：人）

区 分		H30	R1	R2	R3	R4	R5
第1号被保険者数（A）		13,680	13,598	13,591	13,460	13,369	13,317
要介護認定者数	要支援1	296	286	294	331	364	379
	要支援2	420	458	449	446	440	426
	要介護1	753	738	751	741	777	778
	要介護2	511	522	542	538	497	470
	要介護3	357	416	401	361	345	362
	要介護4	375	357	353	366	356	370
	要介護5	337	344	344	341	316	326
	計（B）	3,049	3,121	3,134	3,124	3,095	3,111
認定率（B/A）		22.3%	23.0%	23.1%	23.2%	23.2%	23.4%
増減率		4.7%	2.3%	0.4%	△0.3%	△0.9%	0.5%

出典：介護保険事業状況報告（各年度3月末）

図表 13 介護や介助の必要になった主な原因について

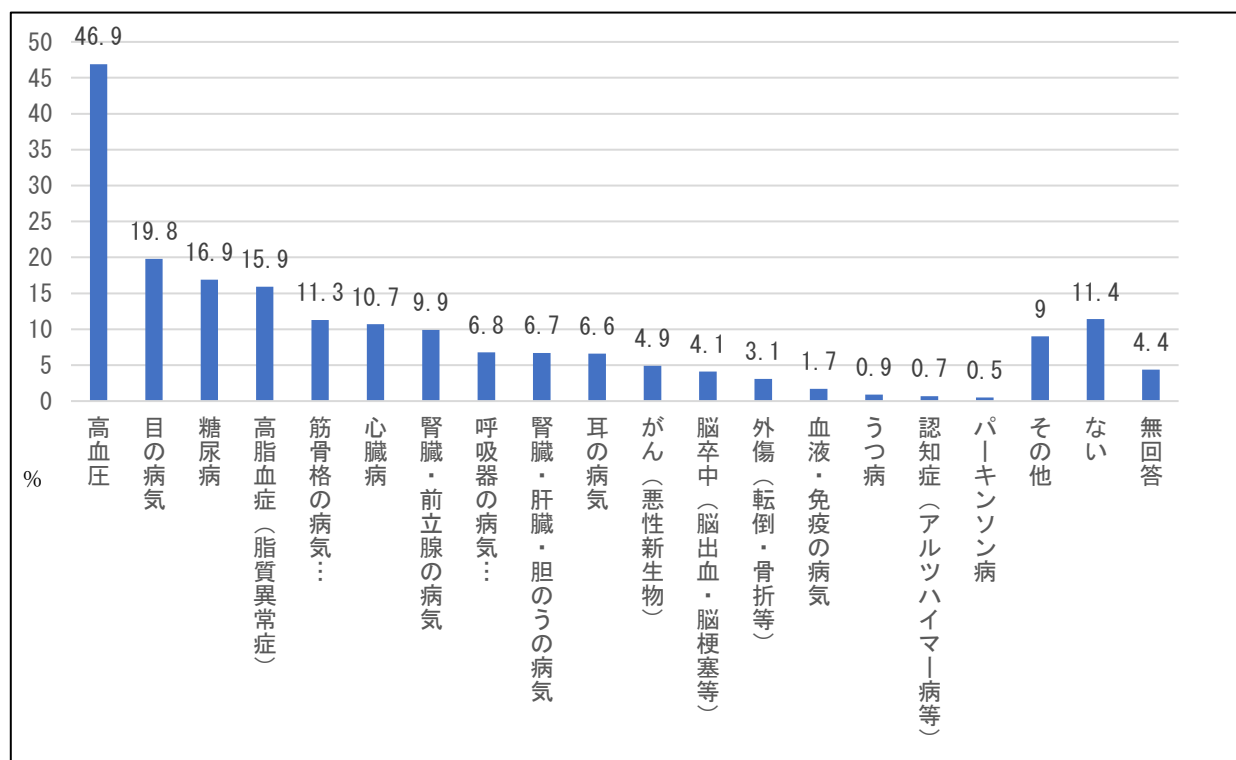
(%)

	全体	男性		女性	
		65～74歳	75歳以上	65～74歳	75歳以上
	248人	34人	57人	20人	137人
生活習慣病のみ再掲	47.2	70.6	52.6	30.0	41.7
1 高齢による衰弱	21.4	8.8	15.8	10.0	28.5
2 骨折・転倒	19.8	8.8	7.0	25.0	27.0
3 その他	17.3	14.7	14.0	30.0	17.5
4 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	14.1	14.7	17.5	20.0	11.7
5 心臓病	12.1	11.8	12.3	-	13.9
6 糖尿病	11.3	26.5	10.5	-	9.5
7 視覚・聴覚障害	10.5	20.6	15.8	5.0	6.6
8 無回答	10.1	8.8	7.0	5.0	12.4
9 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎当等）	9.7	17.6	12.3	15.0	5.8
10 関節の病気（リウマチ等）	9.3	8.8	1.8	10.0	12.4
11 脊椎損傷	8.9	-	8.8	5.0	11.7
12 がん（悪性新生物）	7.3	14.7	7.0	10.0	5.1
13 認知症（アルツハイマー病等）	4.8	5.9	3.5	5.0	5.1
14 パーキンソン病	4.4	11.8	1.8	5.0	3.6
15 腎疾患（透析）	2.4	2.9	5.3	-	1.5
16 不明	1.2	-	1.8	-	1.5

65～74歳：前期高齢者、75歳以上：後期高齢者

出典：令和4年度実施大田市高齢者の生活に関するアンケート（介護予防・日常生活圏域調査）

図表 14 疾病の状況〔R5.1 実施大田市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果〕



第3章 前期計画等に係る考察

1. 目標値の評価

ベースラインとして実績値を見比べて下記の4段階で評価

a:改善している(目標達成が危ぶまれるものを「a*」)/b:変わらない/c:悪化している/d:評価困難

目標		実績値		評価	
指標	目標値	平成 30 年度	令和 4 年度		
一次予防 生活習慣病対策					
	生活習慣病に関する健康教育実施率 (各地区 1 回以上達成)	100%	66.7% 18/27 地区	77.8% 21/27 地区	a *
二次予防 健診受診率向上対策、予備群対策					
	特定健康診査受診率	60%	46.8%	50.6%	a *
	未受診者勧奨の受診割合	30%	24%	28.3%	a *
	特定保健指導実施率	60%	15.7%	25.3%	a *
	高血圧者の年齢調整有病率	男性：36% 女性：23%	男性：44.4% 女性：32.4%	男性：46.3% 女性：32.9%	c
	糖尿病の年齢調整有病率	男性：22% 女性：12%	男性：14.8% 女性：8.3%	男性：15.3% 女性：9.4%	c
三次予防 生活習慣病重症化予防対策（ハイリスク者対策）					
	血糖コントロールが不良の者（糖尿病有病者で HbA1c8.0%以上の者）の割合	11%以下	10%	6.9%	a
	患者千人当たり人工透析患者数	6.0 人	8.8 人	9.0 人	c
医療費適正化対策					
	ジェネリック切替割合	80%以上	77.00%	85.84%	a

2. 特定健康診査受診率向上への取組

国の示した参酌標準（60％）を目標に取り組んできたが、令和4年度受診率は50.6％（前年度比＋0.6％）と、未だ目標値には達していない。その一方で、国・県の受診率を見ても、目標を達成することは安易なことではなく、他市町村も伸び悩んでいるのが現状である。

現在、本市の受診率は、県内8市の中では上位にある。男女別比較では、男性より女性が受診率は高い状況にあり、年齢が上昇するにつれ、受診率が上昇していく傾向にある。一方で40～50代の受診率は低調となっており、特に40～59歳までの男性の受診率、50～54歳の女性の受診率は3割にも満たず、受診率の低さが課題となっている。

一方で、未受診者訪問や未受診理由に応じた受診勧奨通知によって受診につながる方もおり、受診率の向上は有効な手段であると考えられる。また、未受診者訪問により、未受診理由を把握することができ、「医療機関で治療中」「生活習慣病での治療中」を理由に未受診である方が一定数いることから、受診率向上のため治療中健診未受診者を健診受診につなげることができるよう、医療機関との連携を強化する必要がある。

また、若年層だけでなく、退職に伴い国保加入者が増える60歳代に対しても、国保加入後、スムーズに健診受診につながるような受診勧奨の工夫が必要である。

3. 特定保健指導率向上への取組

本市は、特定保健指導率向上を目指して取り組んできたが、保健指導実施率は令和4年度25.3%と、国の示した参酌基準（60%）より大幅に低い現状がある。令和2年度からは完全直営で特定保健指導を開始したことで、徐々に実施率は向上してきていたが、利用者の固定化や脱落者が多いこと等により実施率が伸び悩んでいる。そのため、委託による実施の検討や医療機関との連携を強化することで、より利用しやすい体制を整備していく必要がある。

4. 生活習慣病重症化予防への取組

糖尿病有病者率が県と比較して高いという健康課題がある本市では、糖尿病対策に重点をおき、HbA1c 値区分をもとに対象者を絞り、医療機関と行政が連携して取り組んできた。

特に、新規人工透析患者数は島根県と比較して高い状態が続いていることから、令和3年度から重症化予防を重点とした糖尿病性腎症重症化予防事業を開始した。治療中断者への受診勧奨を継続的に行い、重症化のリスクの高い人へ効果的にアプローチすることにより、また、ハイリスク者への保健指導として医療機関との連携のもと、6か月間の保健指導を実施している。

また、生活習慣病の重症化予防として、特定健康診査の結果で、受診勧奨判定値以上の人への事後指導訪問に取り組んできた。しかし、特定健康診査結果や医療費の分析結果より、メタボリックシンドローム該当者割合は増加し、県や同規模市と比較しても多い傾向にあり、予備群該当者割合は減少している。これは予備群であった者がメタボリックシンドローム該当者へ移行したものと予測される。

また、糖尿病の有病率は、男女ともに増加しており、とくに男性の有病率の上昇は顕著になっている。さらに、糖尿病合併症新規患者数も増加しており、人工透析の患者の増加が今後さらに見込まれるため、さらなる対策強化が必要と考える。

5. 個別保健事業の評価

(1) 一次予防 生活習慣病予防対策

一次予防 生活習慣病予防対策

ベースラインとして実績値を見比べて下記の4段階で評価

a:改善している(目標達成が危ぶまれるものを「a*」)/b:変わらない/c:悪化している/d:評価困難

事業名	目標		実績値						評価
	指標	目標値	ベースライン(H29)	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	

◇健康教育事業・健康相談事業

健康教育	実施回数	増	128回	107回	97回	79回	71回	70回	b
	64歳以下のべ人数		668	599	412	603	503	393	
	64歳以下割合		26.5%	23.2%	18.8%	29.5%	32.2%	29.2%	
	65歳以上のべ人数		1,850	1,981	1,781	1,439	1,058	953	
	65歳以上割合		73.5%	76.8%	81.2%	70.5%	67.8%	70.8%	
	合計(人)		2,518	2,580	2,193	2,042	1,561	1,346	
健康相談	実施回数	増	63回	54回	68回	44回	57回	53回	b
	64歳以下のべ人数		197	250	221	179	279	184	
	64歳以下割合		23.3%	26.4%	23.2%	22.0%	37.3%	35.9%	
	65歳以上のべ人数		649	696	731	636	468	328	
	65歳以上割合		76.7%	73.6%	76.8%	78.0%	62.7%	64.1%	
	合計(人)		846	946	952	815	747	512	

◇保健衛生普及事業

人間ドック受診率			92.7%	91.4%	91.5%	72.2%	65.2%	70.2%	a*
	受診者(人)	100%	292	297	334	325	313	330	
	定員(人)		315	325	365	450	480	470	

事業名	成功要因	未達要因	事業の方向性
-----	------	------	--------

◇健康教育事業・健康相談事業

健康教育	・事業対象者には就労者が多く、地区での健康教育・相談対象者は高齢者が多くを占める。	・コロナ禍による実施回数及び参加者の減少	・青壮年期への健康教育を重点的に実施
健康相談	・64歳以下の参加者の増加するも、減少してきている。これについては、コロナの影響もあると思われる。	・コロナ禍による参加者の減少	・青壮年期への健康相談を重点的に実施

◇保健衛生普及事業

人間ドック受診率	・大田市立病院の協力で一日外来ドックの定員増(100→150人)あり、受診者増加に繋がった。 ・特定健診と比べて、65歳以上の受診者割合が高い傾向にある。	・コロナ禍により定員に対する受診率はやや低調 ・60歳未満の受診者は数名。自己負担金もあり特定健診と比べて受診率が低い。	・今後も受診者増に向け取り組む
----------	--	---	-----------------

(2) 二次予防 健診受診率向上対策・予備群対策

二次予防 健康受診率向上対策・予備軍対策

事業名	目標		実績値						評価
	指標	目標値	ベースライン (H29)	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	

◇特定健康診査受診率向上事業・特定健診未受診者勧奨事業

特定健康診査受診率	単年度目標	60%		50%	52%	54%	56%	58%	a*
	受診率		46.3%	46.8%	47.8%	48.6%	50.0%	50.6%	
	受診者数(人)		2,770	2,705	2,706	2,728	2,726	2,601	
	男性		41.9%	42.6%	43.6%	44.6%	45.1%	46.9%	
	女性		50.6%	51.0%	52.1%	52.4%	54.8%	54.2%	
	対象者(人)		5,984	5,779	5,657	5,611	5,454	5,141	
特定保健指導実施率	単年度目標	40%		15%	20%	30%	40%	50%	a*
	受診率		8.8%	15.7%	22.2%	27.7%	39.0%	25.3%	
	受診者数(人)		24	38	45	72	78	43	
	男性		9.8%	10.5%	24.1%	26.7%	31.9%	22.5%	
	女性		7.1%	28.2%	18.6%	29.5%	54.8%	32.0%	
	対象者(人)		273	242	203	260	200	170	
◇受診勧奨判定値以上者支援事業	勧奨割合	90%	74.9%	71.3%	82.2%	71.3%	78.2%	100%	a*
	実施者数(人)		200	119	106	224	169	129	
	対象者(人)		267	167	129	314	216	129	
	生活習慣病予防行動のある者(複数回答)		355	—	226	442	368	260	

成功要因	未達要因	事業の方向性
・職員が医療機関に訪問し、医師に対して事業の内容や依頼事項を伝え、協力体制を築いている。 ・かかりつけ医の協力により、市主催の集団検診廃止後も受診率の低下は防げている。 ・R2年度から実施している人工知能(AI)を活用した受診勧奨通知の送付及び保健師による訪問勧奨により、効果が現れている。	・コロナ禍により受診率はやや低調	・今後も受診率向上を継続し、疾病の早期発見や、被保険者が自らの健康状態を知り生活習慣改善に取り組む活動につなげる。
・直営の保健師・栄養士が研修を受け保健指導の技術を習得し、関わり方など対象者に合わせた保健指導を行うことで、途中脱落者を出さないようにしている。 ・令和3年度から保健指導対象になった方へは、健診結果返しの時に、かかりつけ医から本人へ直接チラシを渡してもらうことでスムーズに指導へと繋がった。	・直営で実施することで、どうしても健診受診から保健指導に入るまでにかなりの時間を要してしまい、生活習慣の行動変容への気づきが遅れてしまうことがある。 ・健診結果返しのときに、医師から「異常なし」と言われてしまうと、「必要ない」と断られることがある。	・R6年度から外部委託を検討しており、健診結果反映直後からすぐに指導に入ってもらい、本人の行動変容につなげる。 ・外部委託することで、夜間・休日にも指導に入ることが出来、若い世代へ介入しやすくなる。 ・直営の保健師・栄養士も保健指導が出来るように研修の受講を受け、技術の習得を行う。全てを外部委託するのではなく、直営の保健師・栄養士を希望する方には、対応できる体制をとる。
・直接訪問・電話等で指導を行うことで、保健師が本人の生活習慣を確認して生活習慣病予防の指導を実施することで、本人の生活の振り返りと今後の生活習慣について考えるきっかけとなった。 - また、対象者のうち、8割以上の方が「食事」「運動」「家庭血圧」等生活習慣病予防行動につながる行動変容へつなげることが出来ている。	・不在者の方もおり、なかなか会えず目標には到達していないが、そういった方には、生活習慣の改善の必要性など分かりやすいパンフレットなどを郵送し、自身で行動変容できるように行っている。	・本事業により行動変容につながったと考えられるので、今後も継続して事業を実施する。 ・受診勧奨を行うことで受診に結びついた。(訪問対象者の中には「治療中の方」「医師の判断で治療を受ける必要がない」と判断された方や、健診後「異常なし」と医師から指導されている方もおられた。今後受診勧奨基準について医師会と協議を行っていく必要がある。)

(3) 三次予防 生活習慣病重症化予防対策

三次予防 生活習慣病重症化予防対策

◇糖尿病性腎症重症化予防事業（新規事業）

事業名	目標		実績値						評価
	指標	目標値	ベースライン (H29)	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	
受診勧奨実施率	実施者数	10%					13.10%	15.30%	a*
	対象者数						31	42	
	受診勧奨を行った対象者のうち 受診に繋がった割合						236	274	
	受診者数	30%					19.40%	26.10%	
	実施者数						6	11	
	実施者数						31	42	
	保健指導実施率						15.20%	13.50%	
	実施者数	10%					7	5	
	対象者数						46	37	
	保健指導に参加した者の 腎機能（eGFR）の維持・改善率	50%					71.40%	40.00%	
	実施者数						5	5	
	対象者数						7	37	

成功要因	未達要因	事業の方向性
【受診勧奨】 ・ハガキ送付後、タイムリーに電話、訪問を実施。 ・受診状況の確認、未治療・中断理由の把握、体調の確認、治療開始・再開の勧奨を、相手の状況に応じて実施した。 ・経済的な問題等、多問題を抱えるケースを発見することができ、関係機関と連携し、適切な支援につなげることができた。 【保健指導】 ・本人への通知前に、かかりつけ医へ事業説明を行ったため、かかりつけ医からの利用勧奨により実施に至ったケースもあった。 ・通知後、市から電話で利用勧奨を行った。 ・かかりつけ医と管理栄養士がカンファレンスを行い、本人の病態や生活背景等を共有し、より効果的な保健指導を実施できた。 ・6か月間の保健指導により、季節にあった食生活のポイントや生活改善の支援をすることができた。	【受診勧奨】 ・電話または訪問して状況確認を行うと、経済的な問題や薬害などの問題を抱えているケースもあり、すぐに受診勧奨につなげることが適切でないケースも見受けられた。 ・白衣性高血圧等を理由に、かかりつけ医から継続的な受診は必要ないと言われているケースも多くあり、その場合は、家庭での血圧測定や特定健診の継続的な受診を促した。	【受診勧奨】 ・対象者について、他事業と重複する可能性があるため、対象者抽出条件の整理が必要。 【保健指導】 ・連携するかかりつけ医は年々増えているが、更なる連携により、実施者数を増やす。 ・評価指標について、腎機能の維持・改善率は他の指標と評価時期が異なるため、当該年度中に評価できる指標に変更する必要がある。 ・毎年連続して対象にあがってくる人へのアプローチについて、どうすべきか検討する。

(4) 医療費適正化対策

医療費適正化対策

◇医療費適正化事業

事業名	目標		実績値						評価
	指標	目標値	ベース ライン (H29)	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	
重複・多受診者への保健指導	保健指導率	100%	77.8%	88%	92%	95%	100%	100%	a
	実施者数		14	15	24	41	7	4	
	対象者数		18	17	26	43	7	4	
医療費通知	通知率	100%		100%	100%	100%	100%	100%	b
	発送件数			17,178	17,008	16,520	16,830	16,764	
後発医薬品差額通知 後発医薬品切替割合		80%		77.00%	82.07%	84.05%	85.04%	85.84%	a
	通知件数			1,202	401	574	863	730	
成功要因		未達要因			事業の方向性				
・ R3年度より事前にレセプト確認により必要受診者は訪問指導対象外とし、訪問指導を実施。お薬手帳の活用、かかりつけ医を持つことの必要性など、適正な受診行動の促しや保険制度の案内ができた。					・ 対象者の状況把握に留まっている現状から、指導後の追跡調査の実施まで、さらに踏み込んだ指導を行っていくことが必要。 ・ 重複・多剤投与者への指導体制も整える。				
・ 国保連への委託により保険者側の事務的負担なく案内実施できた。					・ 自身の受診状況を把握してもらうことで、医療受診にかかる行動変容の一助となっているため、今後も継続して実施する。				
・ 厚労省が掲げる「80%（数量ベース）」の目標を達成することができた。					・ 差額通知を継続する。データを保健指導の際に活用する等、さらに後発医薬品の普及を促進し、医療費抑制に努める。				

第4章 大田市の現状から見た健康課題

1. 医療費等の分析

被保険者数が減少していることや、市としてレセプト点検や保健事業の実施などにより医療費抑制に努めており、費用額総額は減少傾向にあるものの、1人当たり費用額は年々増加傾向にある。本市における令和4年度の医療費の上位疾患は、悪性新生物、腎不全、統合失調症等の精神疾患、糖尿病である。また、件数上位の疾患は、高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病等が上位を占めており、精神疾患を除いて、これらは生活習慣病が主因である場合が多いことから、予防対策が可能な疾患でもある。

早期発見・早期治療をすることにより、医療費抑制にも繋がることから、特定健康診査の受診率を向上させるほか、高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の発症及び重症化予防を行っていく必要がある。

図表 15 費用額の経年経過

費用額総額（千円）

レセプト種類	H30	R1	R2	R3	R4
医科入院	1,465,030	1,470,404	1,383,353	1,349,876	1,281,516
医科入院外	1,206,431	1,226,676	1,158,266	1,185,079	1,205,557
歯科入院	12,763	11,990	12,807	6,532	13,519
歯科入院外	168,840	156,564	160,579	163,516	158,634
調剤（医科）	660,338	650,159	627,930	644,004	621,885
調剤（歯科）	363	728	612	503	679
調剤（その他）	92	48	23	16	62
合計	3,513,856	3,516,570	3,343,570	3,349,526	3,281,853

1人当たり費用額（円）

レセプト種類	H30	R1	R2	R3	R4
医科入院	193,225	199,620	191,972	190,553	188,458
医科入院外	159,118	166,532	160,736	167,290	177,288
歯科入院	1,683	1,628	1,777	922	1,988
歯科入院外	22,268	21,255	22,284	23,082	23,329
調剤（医科）	87,093	88,265	87,140	90,910	91,454
調剤（歯科）	48	99	85	71	100
調剤（その他）	12	7	3	2	9
合計	463,447	477,406	463,998	472,830	482,625

出典：Focus システム

図表 16 費用額の経年経過

費用額上位10疾病

(Focusシステムより)

順位	疾病（122分類）	件数	H30費用額（千円）	件数	R4費用額（千円）	構成比
1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	891	244,662	975	245,650	8.1%
2	腎不全	799	281,268	772	237,341	7.9%
3	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,809	211,576	1,605	187,753	6.2%
4	糖尿病	6,393	170,532	5,912	166,276	5.5%
5	その他の心疾患	2,248	163,380	2,197	141,641	4.7%
6	その他の消化器系の疾患	2,256	106,619	2,616	121,826	4.0%
7	高血圧性疾患	9,766	132,502	9,237	114,132	3.8%
8	その他の神経系の疾患	2,147	92,747	2,150	105,314	3.5%
9	その他の眼及び付属器の疾患	4,063	70,914	5,047	97,198	3.2%
10	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	301	87,716	284	94,745	3.1%
	合計（その他含む）	73,511	3,235,584	68,821	3,023,188	

うち入院

順位	疾病（122分類）	件数	H30費用額（千円）	件数	R4費用額（千円）	構成比
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	473	172,931	393	150,949	12.2%
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	155	129,111	144	114,725	9.3%
3	その他の心疾患	117	97,755	68	66,212	5.4%
4	その他の消化器系の疾患	170	58,182	148	59,855	4.8%
5	その他の神経系の疾患	89	48,689	108	52,922	4.3%
6	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	56	43,841	50	41,393	3.4%
7	関節症	19	18,159	38	40,148	3.3%
8	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	70	37,324	68	39,029	3.2%
9	骨折	73	43,499	65	38,801	3.1%
10	その他の呼吸器系の疾患	61	46,324	51	34,755	2.8%
	合計	2,563	1,412,301	2,116	1,235,210	

うち入院外

順位	疾病（122分類）	件数	H30費用額（千円）	件数	R4費用額（千円）	構成比
1	腎不全	731	230,365	721	203,642	11.4%
2	糖尿病	6,369	161,849	5,878	154,518	8.6%
3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	736	115,551	831	130,925	7.3%
4	高血圧性疾患	9,756	130,078	9,228	111,206	6.2%
5	その他の眼及び付属器の疾患	4,038	59,323	5,027	88,230	4.9%
6	脂質異常症	6,742	100,348	6,186	81,920	4.6%
7	その他の心疾患	2,131	65,626	2,129	75,429	4.2%
8	その他の消化器系の疾患	2,086	48,436	2,468	61,972	3.5%
9	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	245	43,875	234	53,352	3.0%
10	その他の神経系の疾患	2,058	44,057	2,042	52,393	2.9%
	合計	70,948	1,823,283	66,705	1,787,978	

出典：Focus システム

図表 17 費用額の経年経過

件数上位10疾病

(Focusシステムより)

順位	疾病（122分類）	件数	H30費用額（千円）	件数	R4費用額（千円）	構成比
1	高血圧性疾患	9,766	132,502	9,237	114,132	13.4%
2	脂質異常症	6,745	100,707	6,188	82,370	9.0%
3	糖尿病	6,393	170,532	5,912	166,276	8.6%
4	その他の眼及び付属器の疾患	4,063	70,914	5,047	97,198	7.3%
5	その他の消化器系の疾患	2,256	106,619	2,616	121,826	3.8%
6	その他の心疾患	2,248	163,380	2,197	141,641	3.2%
7	その他の神経系の疾患	2,147	92,747	2,150	105,314	3.1%
8	関節症	2,001	42,888	1,899	60,213	2.8%
9	胃炎及び十二指腸炎	1,896	35,972	1,725	32,868	2.5%
10	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,809	211,576	1,605	187,753	2.3%
	合計（その他含む）	73,511	3,235,584	68,821	3,023,188	

入院

順位	疾病（122分類）	件数	H30費用額（千円）	件数	R4費用額（千円）	構成比
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	473	172,931	393	150,949	18.6%
2	その他の消化器系の疾患	170	58,182	148	59,855	7.0%
3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	155	129,111	144	114,725	6.8%
4	その他の神経系の疾患	89	48,689	108	52,922	5.1%
5	その他の心疾患	117	97,755	68	66,212	3.2%
6	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	70	37,324	68	39,029	3.2%
7	骨折	73	43,499	65	38,801	3.1%
8	その他の呼吸器系の疾患	61	46,324	51	34,755	2.4%
9	腎不全	68	50,904	51	33,700	2.4%
10	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	56	43,841	50	41,393	2.4%
	合計	2,563	1,412,301	2,116	1,235,210	

入院外

順位	疾病（122分類）	件数	H30費用額（千円）	件数	R4費用額（千円）	構成比
1	高血圧性疾患	9,756	130,078	9,228	111,206	13.8%
2	脂質異常症	6,742	100,348	6,186	81,920	9.3%
3	糖尿病	6,369	161,849	5,878	154,518	8.8%
4	その他の眼及び付属器の疾患	4,038	59,323	5,027	88,230	7.5%
5	その他の消化器系の疾患	2,086	48,436	2,468	61,972	3.7%
6	その他の心疾患	2,131	65,626	2,129	75,429	3.2%
7	その他の神経系の疾患	2,058	44,057	2,042	52,393	3.1%
8	関節症	1,982	24,728	1,861	20,065	2.8%
9	胃炎及び十二指腸炎	1,896	35,972	1,721	32,050	2.6%
10	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	1,504	28,147	1,381	21,620	2.1%
	合計	70,948	1,823,283	66,705	1,787,978	

出典：Focus システム

2. 特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析

(1) 特定健康診査の受診率等の推移

対象者は年々減少しているが、受診率は上昇傾向にある。しかし、目標受診率には達していないため、引き続き、医療機関との連携強化や効果的な未受診者勧奨により受診率の向上を目指す。

図表 18 特定健康診査等受診率の推移

区分	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
目標値	50%	52%	54%	56%	58%
受診率	46.8%	47.8%	48.6%	50.0%	50.6%
対象者数	5,779	5,657	5,611	5,455	5,141
受診者数	2,705	2,706	2,728	2,726	2,601

出典：令和 4 年度 大田市成人保健事業統計

(2) 性別・年代別受診率

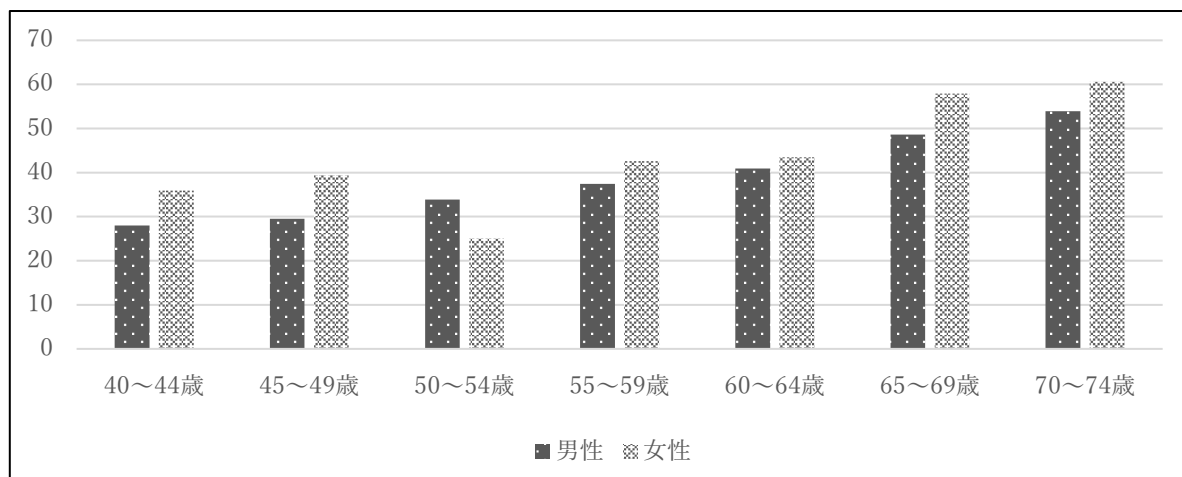
男女別比較では、男性より女性の受診率が高い状況である。年齢が上昇するにつれ、受診率が上昇していく傾向にある。一方で 40～50 代の受診率は低調となっており、特に 40～49 歳の男性の受診率や 50～54 歳の女性の受診率は 3 割にも満たず、受診率の低さが課題となっている。

図表 19 特定健康診査の性別年代別実施率（令和 4 年度）

年齢区分	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率 (%)	対象者数	受診者数	受診率 (%)
40～44 歳	107	30	28.0	78	28	35.9
45～49 歳	129	38	29.5	104	41	39.4
50～54 歳	121	41	33.9	96	24	25.0
55～59 歳	131	49	37.4	115	49	42.6
60～64 歳	264	108	40.9	301	131	43.5
65～69 歳	673	327	48.6	722	418	57.9
70～74 歳	1,132	610	53.9	1,168	709	60.6
総計	2,557	1,201	47.0	2,584	1,400	54.2

出典：令和 4 年度 大田市成人保健事業統計

図表 20 特定健康診査の性別年代別実施率（令和 4 年度）



出典：令和 4 年度 大田市成人保健事業統計

(3) 特定健康診査未受診理由について

未受診者に対して訪問を行い、面接や不在者アンケートで未受診理由を把握した。未受診理由としては「定期的に通院・治療中」と回答した人が一定数いることから、医療機関との連携を強化し、治療中健診未受診者を健診受診につなげることで、受診率向上を目指す必要がある。また、「健康に自信がある、自覚症状がない」と回答した人の割合も高く、健診を受ける必要性の啓発が必要である。

図表 21 特定健康診査の未受診理由（令和4年度）

未受診理由（令和4年度）	40歳代 （%）	50歳代 （%）	60歳代 （%）	70歳代 （%）	全体 （%）
1. 定期的に通院・治療しているから	0.0	0.0	2.5	6.7	2.6
2. 職場で健診を受診しているから	2.3	4.2	13.3	6.7	9.0
3. 国保の健診以外の健診を受けている	0.0	0.0	5.8	0.0	3.0
4. 健康に自信がある、自覚症状がない	11.4	16.7	15.0	11.1	13.7
5. 受診結果を聞くのが怖い	0.0	0.0	2.5	2.2	1.7
6. 忙しい	13.6	16.7	7.5	4.4	9.0
7. 受診しにくい	2.3	0.0	1.7	0.0	1.3
8. その他	11.4	16.7	15.8	24.4	16.7
9. 訪問時受診済	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
不明	59.1	45.8	35.8	44.4	42.9

出典：令和4年度 大田市成人保健事業統計

(4) 特定健康診査結果の経年変化

メタボリックシンドローム該当者、有所見者割合、複合リスク等、多くの項目において、県よりも高い状況にあり、特定保健指導や重症化予防事業等の個別支援を強化することにより、それらの該当者割合を下げる必要がある。

図表 22 特定健康診査の経年結果

メタボリックシンドローム該当者		(%)						
項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県(R4)
該当者	男性	32.2	31.8	34.5	34.6	34.5	34.2	32.6
	女性	12.7	12.3	12.3	11.4	13.9	12.9	12.0
予備群	男性	15.2	17.4	16.3	17.0	17.1	16.2	16.3
	女性	5.7	6.4	6.7	6.8	5.9	6.6	5.8

有所見者割合の経年変化		(%)						
項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県(R4)
腹 囲	男性	51.3	53.9	55.7	56.2	55.4	54.2	52.9
	女性	20.3	20.9	21.5	20.4	21.7	21.3	19.5
BMI	男性	1.4	2.2	1.2	1.4	1.2	1.8	1.5
	女性	8.0	6.5	7.3	8.8	7.9	8.0	6.5
血 糖		0.9	0.9	0.7	0.5	0.6	0.7	0.6
血 圧		6.4	7.7	7.2	8.2	7.5	7.7	7.6
脂 質		2.8	2.7	3.1	2.7	2.8	2.6	2.2

複合リスク者の経年変化		(%)						
項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県(R4)
血糖＋血圧		3.2	3.7	4.0	3.4	3.4	3.0	3.1
血糖＋脂質		1.7	0.8	1.0	1.4	1.1	1.2	1.0
血圧＋脂質		9.4	9.3	9.8	9.7	10.7	10.3	10.0
血糖＋血圧＋脂質		7.2	7.3	7.5	7.6	7.9	8.2	7.0

年齢調整有病率		(%)						
項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県(R4)
高血圧	男性	38.2	46.4	43.6	47.6	46.9	46.1	47.6
	女性	26.7	33.5	32.8	34.5	32.4	33.4	34.3
糖尿病	男性	16.7	16.5	16.7	16.4	15.1	15.0	14.0
	女性	9.8	8.6	9.8	9.4	9.0	9.3	6.7
脂質異常症	男性	41.7	47.4	45.0	48.4	47.2	45.6	44.8
	女性	39.0	48.2	50.4	48.9	46.5	51.8	47.0

(市町村国保特定健康診査等結果データ)

(5) 特定保健指導の状況

図表 23 特定保健指導終了率の推移

	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
目標値	15%	20%	30%	40%	50%
対象者	242 人	203 人	260 人	200 人	170 人
終了者	38 人	45 人	72 人	78 人	43 人
終了率	15.7%	22.2%	27.7%	39.0%	25.3%

出典：令和 4 年度 大田市成人保健事業統計

3. 分析に基づく健康課題

医療費・健診・介護等の分析を行い、大田市の健康課題を以下の通りまとめた。

健康課題		優先する健康課題
①	・費用額の上位には悪性新生物、腎不全、統合失調症、糖尿病がある。 ・特に、外来費用額上位は慢性腎臓病(透析あり)、糖尿病、高血圧症、脂質異常症となっている。	健康課題①
②	・疾患別件数の上位(高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病)、主要死因の上位約60%(悪性新生物、心疾患、脳血管疾患)ともに生活習慣病を起因としている。	
③	・特定健診受診率は上昇傾向にあり、県受診率より上回っているが目標値には届かず。特に40～59歳までの男性の受診率が低い。	
④	・平均寿命と平均自立期間は県と比較して男性は同じ、女性はやや低い。 ・介護認定率及び要介護者の有病状況が上昇しており県よりも高い割合。	
⑤	・糖尿病および慢性腎臓病での医療費は増加傾向にある。特定健診結果において糖尿病有病者の割合は男女とも県平均より高い(特に70～74歳)。 ・腎機能低下者数や有所見率の割合が増加している。患者千人あたり人工透析患者数も県平均より多い。	健康課題②

これらの健康課題より、今後の方向性を以下の通りまとめた。事業の詳細は次章に記載する。

医療費・疾病状況

- 一人当たり医療費が高く増加傾向にあるため、医療費適正化の取組が必要。
- 生活習慣病の医療費が高く、生活習慣病は介護や死亡の要因ともなるため、生活習慣病の発症予防から重症化予防までの取組が必要。

保健事業

- 生活習慣を改善するため、保健指導の利用を促す取組や実施方法の改善が必要
- 青・壮年期に対する生活習慣病予防のため、ポピュレーションアプローチの充実が必要
- 受診勧奨判定値を超えた未受診者・治療中断者への受診勧奨が必要
- 医療機関等と連携した生活習慣病対策が必要

第5章 第3期 データヘルス計画

前章の健康課題を解決するために、計画の目的、目標達成のための戦略を次のように定める。

1. 目標の考え方

目的	健康寿命の延伸
目標	○特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の増加 ○新規人工透析導入者割合の減少

【重点課題と目標達成のための戦略】

重点課題①	生活習慣病を起因とする疾病が「疾患別件数」及び「主要死因」の上位を占めている。
戦 略	健診受診、保健指導を通じて被保険者一人ひとりに健康に対する意識を持たせて、生活習慣病予防のための生活習慣の改善を図る。

重点課題②	糖尿病および慢性腎臓病での医療費は増加傾向にある。特定健診結果において糖尿病有病者の割合は男女とも県平均より高い（特に70～74歳）。 腎機能低下者数や有所見率の割合が増加している。患者千人あたり人工透析患者数も県平均より多い。
戦 略	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者等に対して医療機関と連携して保健指導を行い、腎不全・人工透析への移行を防ぐ。

2. 目標値の設定（中長期目標）及び保健事業の取組

項 目	基準 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)	データ元
メタボリックシンドローム該当者割合	男性：34.5 女性：13.9	男性：30.0 女性：10.0	市町村国保 特定健康診 査等結果デ ータ
高血圧者の年齢調整有病率〔県共通指標〕	男性：46.9 女性：32.4	男性：42.0 女性：27.5	
糖尿病年齢調整有病率〔県共通指標〕	男性：15.1 女性：9.0	男性：14.0 女性：8.0	
脂質異常症年齢調整有病者率〔県共通指標〕	男性：47.2 女性：46.5	男性：42.0 女性：41.0	
脳血管疾患 年齢調整死亡率（全年齢） （人口10万対）〔県共通指標〕	男性：116.3（※R1） 女性：83.2（※R1）	男性：102.1 女性：61.9	SHIDS（島根 県健康指標 データベース システム）
虚血性心疾患 年齢調整死亡率（全年齢） （人口10万対）〔県共通指標〕	男性：45.7（※R1） 女性：22.3（※R1）	男性：36.1 女性：15.1	

※R1 を中間年とした（H29～R3）5年平均

(1)	一次予防 生活習慣病予防対策	① 健康教育事業	
		② 健康相談事業	
目的		短期目標（単年度）	中長期目標（令和11年度）
・生活習慣病の予防、その他健康に関することがらについて、正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、健康の保持増進に努める。		・青壮年期を対象とした健康教育、健康相談の実施人数の増 ・健康教育、健康相談の市民参加率の増	・生活習慣病に関する健康教育、健康相談実施人数増 ・生活習慣病有病率の減
(2)	二次予防 健診受診率向上対策、予備群対策	① 特定健康診査受診率向上事業	
		② 特定健康診査未受診者勧奨事業	
		③ 保健衛生普及事業	
		④ 特定保健指導事業	
		⑤ 受診勧奨判定値以上者支援事業	
目的		短期目標（単年度）	中長期目標（令和11年度）
・メタボリックシンドローム等の生活習慣病またはその危険因子を早期に発見し、栄養や運動等の生活指導や適切な治療と結び付けることにより、これらの疾患等を予防し、市民の健康の保持・増進を図る。		・40～59歳の受診率の増 ・継続受診者の割合維持 ・60～65歳の新規受診者増 ・人間ドック受診者の増 ・メタボリックシンドローム該当者の減（男女ともに） ・複合リスク該当者の減 ・血糖有所見者の減 ・糖尿病予備群推定数の減	・特定健康診査受診率：60％ ・未受診勧奨者の受診割合：30％ ・がん死亡率の減 ・特定保健指導実施率：60％ ・高血圧者の年齢調整有病率：男性42％、女性27.5％ ・糖尿病有病率：男性14％、女性8％
(3)	三次予防 生活習慣病重症化予防対策	① 治療中断者受診勧奨事業	
		② 慢性腎臓病重症化予防事業	
目的		短期目標（単年度）	中長期目標（令和11年度）
・生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症、慢性腎臓病の重症化による人工透析等を予防する。		・受診勧奨の実施率 ・受診勧奨により医療につながった者の割合 ・保健指導の実施率 ・保健指導実施者の疾病管理の維持・改善率	・血糖コントロールが不良な者（糖尿病有病者でHbA1c8.0％以上の者）の割合：1.1以下 ・患者千人当たり人工透析患者数：8.0人
(4)	医療費適正化対策	① 後発医薬品普及促進事業	
		② 重複・頻回受診者への保健指導事業	
		③ 重複・多剤服薬者対策事業	
		④ 医療費通知事業	
目的		短期目標（単年度）	中長期目標（令和11年度）
・差額通知等の取組を通じて、後発医薬品の利用を促進し、医療費の適正化を図る。 ・通知や訪問指導等を行うことで適切な受診及び服薬を促し、不適正な受診や服薬を減少させる。		・後発医薬品切替率 ・後発医薬品切替による医療費削減額 ・保健指導実施割合 ・通知後の改善割合（医薬品種類、重複服薬）	・後発医薬品普及率の増 ・重複・頻回受診割合の減 ・重複服薬者数の減 ・多剤服薬者数の減

3. 具体的な取組事業計画

(1) 一次予防 生活習慣病予防対策

事業名	①健康教育 ②相談事業						
健康課題	疾患別件数の上位（高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病）、主要死因の上位約 60％（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）とともに生活習慣病を起因としている。						
目 的	①健康教育 生活習慣病の予防、その他健康に関することがらについて、正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、健康の保持増進に努める。 ②健康相談 健康相談は、心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行い、家庭における健康管理に資することを目的とする。						
具体的内容	※対象者、方法、実施者等 【対象者】 大田市に居住地を有する 40 歳から 64 歳までのものを対象とする。ただし、健康教育の対象者の状況によっては、対象者に代わってその家族等を対象とすることができる。 【実施方法・実施者】 ①健康教育 ・地域の団体（サロン、自治会、職域等）の要望により、随時実施 ・事業所での相談：包括連携協定の活用、事業所健診での実施 ・知識経験を有する保健師、管理栄養士、歯科衛生士、運動実践指導者等を講師として、健康教室、講演会、学習会等を開催する。 ②健康相談 ・本庁、支所窓口、仁摩保健センター、温泉津保健センターでの相談：予約制 ・各地区まちづくりセンター等での相談：健康教育と同時開催 ・事業所での相談：包括連携協定の活用、事業所健診での実施 ・栄養相談：医療機関から診療情報提供書のあった方への食生活相談 ・知識経験を有する保健師、管理栄養士、歯科衛生士、運動実践指導者、看護師、事務等を担当者として、健康に関する指導及び助言を行う。また、必要に応じて血圧測定、体組成測定、握力測定等を実施する。						
評価指標	区 分	指 標			指標の定義、評価時期など		
	アウトプット	・ 健康教育実施地区の数 ・ 健康相談実施回数			健康相談：体組成測定等の実施回数		
	アウトカム	・ 健康教育壮年期実施割合 ・ 事業所健康教育の実施回数			40～64 歳までの人数/参加延べ人数（健康増進事業）		
	プロセス	・ 事業所向けチラシの配布数			包括連携協定事業所による配布数		
	ストラクチャー	・ 実施体制の構築					
評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
健康教育 実施地区の数	21 地区	22 地区	23 地区	24 地区	25 地区	26 地区	27 地区
健康相談 実施回数増	27 回	28 回	29 回	30 回	31 回	32 回	33 回
健康教育実施率 (壮年期対象)	34.5％	35.5％	36.5％	37.5％	38.5％	39.5％	40.5％
事業所向け チラシの配布数	100 枚	100 枚	120 枚	120 枚	130 枚	140 枚	150 枚
実施体制の構築 (スタッフミーティング)	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年

(2) 二次予防 健診受診率向上対策、予備群対策

事業名	① 特定健康診査受診率向上事業 ② 特定健康診査未受診者勧奨事業 ③ 保健衛生普及事業
健康課題	・特定健診受診率は上昇傾向にあり、県受診率より上回っているが目標値には届かず。 ・特に 40～59 歳までの男性、40～54 歳までの女性の受診率が低い。
目的	・健診未受診者に対して、健診の必要性の周知を図り、健診をきっかけに自らの健康状態を知ることで、生活習慣の改善に取り組むことができるよう支援するとともに、受診率の向上を目指す。 ・疾病の早期発見及び早期受診、治療につなげることで地域全体の健康に資する
具体的内容	※対象者、実施期間、実施方法等 ①特定健康診査受診率向上事業 ・対象者：40 歳以上 75 歳未満の国民健康保険加入者 ・受診期間：6～12 月 【受診しやすい環境整備】 通知方法：6 月に受診券等一斉発送。 年度途中加入者（4 月 1 日遡及加入者を含む）への受診券発送。 【関係機関との連携強化 個別健診】 実施方法：かかりつけ医からの受診勧奨 特定健診開始前にかかりつけ医（医療機関）へ訪問、説明及び協力依頼。 事業所健診に併せて集団検診の実施。（J A厚生連や協会けんぽ） 【職場等受診した者の健診結果の把握】 実施方法：受診券発送時にチラシによる周知、関係機関や事業所との連携。 【広報・啓発】 ・全戸配布：3 月健康カレンダー（各種健診・健康相談等掲載） 市広報：毎月健康ガイド（健診実施日等）、7 月国保だより ・国保加入世帯へ郵送：7 月保険証送付時に周知チラシ同封 ・その他 随時音声告知放送・市ホームページへの記事掲載・県央保健所に懸垂幕を設置（9 月～12 月） ②特定健康診査未受診者勧奨事業 【AI を活用した受診勧奨通知の実施】 ・対象者：国保連合会を通して業者と委託し過去の受診傾向からナッジ理論を活用して選定する。 ・実施期間：年 3 回（6 月、11 月、3 月） ・6 月、11 月 受診勧奨通知の送付 ・3 月 受診者への健康年齢の通知（受診結果（過去分含む）から算出） ・実施方法：国保連合会と連携し、受診対象者への健康年齢の表示及びナッジ理論（行動変容の促し）を活用した個々への訴求力の高い通知文書を送付する受診勧奨事業の仕組みづくりを行う。 【保健師による未受診者訪問】 ・対象者 過去 5 年間、未受診や不定期受診者で通院歴がない年度末年齢 41、45、50、55、60、65、70 歳までの被保険者のうち優先順位の高い方。また、国保新規加入者で未受診の方。 ・実施期間：9～11 月頃 ・実施方法：保健師が訪問または電話にて受診勧奨を実施し、受診状況や未受診理由を把握する。不在の方に対しては、アンケートを送付し、未受診理由を把握する。特定健診と同項目の検査を職場や通院中の医療機関等ですでに受けられている場合、その結果を把握し、特定健診を受診したとみなす。 ③保健衛生普及事業 人間ドック及びがん検診に係る自己負担の助成事業を継続する。 ・対象者 40 歳以上（子宮頸がんのみ 20 歳以上） 外来ドック 290 人、脳ドック 180 人 大腸がん、胃がん、肺がん、子宮頸がん（HPV 検査）、乳がん ・実施方法：医療機関（個別）、集団 ・広報・啓発：健康カレンダー、市広報、随時音声告知、市ホームページ

評価指標	区 分	指 標		指標の定義、評価時期など				
	アウトプット	<u>短期目標</u> ・ 40～54 歳の受診率の増加 ・ 国保加入者の新規受診者の増加 ・ 人間ドック受診率の増加 ・ 受診勧奨割合		・ 受診者/対象者×100 (FOCUS) ・ 受診者/新規勧奨者×100 ・ (訪問＋勧奨通知者) / 勧奨対象者×100				
		<u>中長期目標</u> (R11 年度) ・ 特定健康診査受診率		・ 受診率 60%				
	アウトカム	・ 勧奨者の受診行動割合		受診者/受診枠×100				
	プロセス	・ 実態やニーズの把握		未受診理由の把握				
	ストラクチャー	・ 訪問指導者連絡会の開催		年 1 回実施				
評価指標		計画 策定時	目標値					
			R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
特定健診受診率向上 〔県共通指標〕		50.6%	52.0	53.5	55.0	56.5	58.0	60%
勧奨者の受診行動割合		28.3%	28.6%	28.9%	29.2%	29.5%	29.8%	30%
状況把握者割合		72.5%	75.4%	78.3%	81.2%	84.1%	87.0%	90%
人間ドック受診率		68.7%	70.6%	72.5%	74.4%	76.3%	78.2%	80.0%

事業名	④ 特定保健指導事業							
健康課題	疾患別件数の上位（高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病）、主要死因の上位（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）ともに生活習慣病を起因としている。 特定保健指導終了率は、令和３年度まで徐々に上昇させることが出来ていたが、令和４年度以降減少に転じ、第３期計画（国）の目標値（60％）には届いていない状況にある。また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、横並びもしくは上昇傾向にある。							
目 的	メタボリックシンドローム等生活習慣病またはその危険因子を早期に発見し、栄養や運動等の生活指導や適切な治療に結びつけることによって、これらの疾病等を予防し、市民の健康の保持・増進を図ることを目的とする。							
具体的内容	※対象者、方法、実施者等 ④ 特定保健指導事業 【利用しやすい環境づくり】 ・対象者：特定健康診査受診者のうち、特定保健指導対象者（※） （※）積極的支援及び動機付け支援 ・実施期間：個別 10 月～3 月 ・実施機関：直営（各地区担当保健師・栄養士）、委託（保健指導専門機関） ・実施期間：初回指導後、行動計画の実績評価を 3 か月経過後（積極的支援では 3 か月以上の継続的な支援が終了後）に実施。 【かかりつけ医との連携強化】 ・実施時期：6～12 月 ・実施機関：健診受診医療機関から、健診結果説明に合わせた保健指導利用勧奨 【広報・啓発】 ・実施内容：①広報誌への記事掲載、②ポスター掲示、③市ホームページに特定保健指導の詳細について紹介、④ケーブルテレビによる PR							
評価指標	区 分		指 標		指標の定義、評価時期など			
	アウトプット		短期目標 ・特定保健指導実施率の増加		・特定保健指導終了者数/ 特定保健指導対象者			
			中長期目標（R11 年度） ・特定保健指導実施率		・受診率：60％			
	アウトカム		・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の増加		・分母のうち今年度特定保健指導の対象者でなくなった者の数/ 前年度特定保健指導利用者数			
	プロセス		・利用者と実施者の満足度		アンケート			
ストラクチャー		・委託業者との連携		打合せの回数				
評価指標		計画策定時（R4）	目標値					
			R6	R7	R8 （中間評価）	R9	R10	R11 （最終評価）
特定保健指導実施率 〔県共通指標〕		25.3	30.0	36.0	42.0	48.0	54.0	60.0
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率〔県共通指標〕		20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0

事業名	⑤ 受診勧奨判定値以上者支援事業（特定健診事後指導訪問事業）						
健康課題	主要死因の上位（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）の主な原因は、生活習慣病（高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病）であり、大田市は国・県と比較しても生活習慣病の原因となる疾患別件数の割合が高い。						
目 的	特定健診受診者のうち、受診勧奨判定値を超えている人に対し、受診状況を確認した上で事後指導を実施し、合併症及び重症化予防を図る。						
具体的内容	※対象者、方法、実施者等 【対象者】 前年度に特定健康診査を受けた方で下記の受診勧奨判定値のいずれかに該当し、生活習慣のレセプトがなく、2年間訪問面接歴のない方。 受診勧奨判定値（生活習慣病重症化予防） ・ 血圧受診勧奨判定値（収縮期血圧 140 以上または拡張期血圧 90 以上）の者 ・ 血糖受診勧奨判定値（空腹時血糖 126 以上または HbA1c6.5 以上）の者 ・ 脂質受診勧奨判定値（LDL140 以上または中性脂肪 300 以上または HDL34 以下）の者 【実施期間】4 月～ 【実施方法】 ・ 保師が家庭訪問または電話を行い、生活実態の把握を行った上で受診勧奨及び生活習慣のための指導を行う。連絡がつかない場合は、郵送により医療機関受診等の勧奨を行う。						
評価指標	区 分	指 標			指標の定義、評価時期など		
	アウトプット	短期目標 ・ 勧奨割合			・（訪問+勧奨通知者）/勧奨対象者×100		
	アウトカム	短期目標 ・ 勧奨者の受診行動割合 中長期目標（R11 年度） ・ メタボリックシンドローム該当者の減少			・ 受診者/勧奨者×100		
	プロセス	対象者の選定割合			20% 訪問対象者/該当者×100		
	ストラクチャー	訪問指導者連絡会の開催			1 回		
評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
受診行動割合	18.3%	18.6	18.9	19.2	19.5	19.8	20%
メタボリックシンドローム該当者の減少	男性：34.2 女性：12.9	男性：33.5 女性：12.5	男性：33.0 女性：12.0	男性：32.5 女性：11.5	男性：32.0 女性：11.0	男性：31.0 女性：10.5	男性：30.0 女性：10.0

(3) 三次予防 生活習慣病重症化予防対策

事業名	① 治療中断者受診勧奨事業 ② 糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病重症化予防事業（ハイリスク者への保健指導）							
健康課題	・糖尿病および慢性腎臓病での医療費は増加傾向にある。 ・糖尿病年齢調整有病率は男女とも県平均より高い。 ・腎機能低下者数や有所見率の割合増加。患者千人あたり人工透析患者数も県平均より多い。							
目的	生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症、糖尿病性腎症を含めた慢性腎臓病の重症化による人工透析等を予防する。							
具体的内容	①治療中断者への受診勧奨 対象者：糖尿病で通院する患者で最終の受診日から概ね6か月以上受診が確認できない者 実施方法：レセプトデータから対象者を抽出し、個人通知等により治療中断の理由を把握し、必要時医療機関へ受診勧奨する。その後受診が確認できない者には、再勧奨を行う。 ②ハイリスク者への保健指導 対象者：生活習慣病で通院中の者でかかりつけ医が必要と認める者、また特定健診結果等より、慢性腎臓病のリスクが高いと思われる者 実施方法：特定健診結果から基準該当者を抽出し、かかりつけ医と連携した保健指導を行う。							
評価指標	区 分		指 標			指標の定義、評価時期など		
	アウトプット		短期目標 （治療中断者への受診勧奨） ・受診勧奨実施率の増加 ・治療再開者の割合の増加 （ハイリスク者への保健指導） ・保健指導実施率の増加 ・保健指導実施者の疾病管理の維持・改善率の増加（HbA1c） 中長期目標（R11年度） ・HbA1c8.0以上の者の割合 ・糖尿病性腎症からの新規人工透析導入者割合			短期目標 ・受診勧奨実施率＝受診勧奨実施者数／事業対象者数×100 ・治療再開者の割合＝治療再開者数／受診勧奨実施者数×100 ・保健指導実施率＝保健指導実施者数／事業対象者数×100 ・対象者抽出時のHbA1cと指導終了時のHbA1cを比較し、維持改善した者の人数／実施者数×100 評価時期：事業終了後 中長期目標（共通指標）		
	アウトカム							
	プロセス		・医療機関との連携状況			医療機関とのカンファレンス実施回数		
	ストラクチャー		・従事スタッフとの検討会			検討会の回数		
評価指標		計画策定時 R4	目標値					
			R6	R7	R8 （中間評価）	R9	R10	R11 （最終評価）
受診勧奨実施率		15.3%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
治療再開者の割合		26.1%	27%	28%	29%	30%	31%	32%
保健指導実施率		13.5%	15%	18%	20%	23%	25%	28%
保健指導実施者の疾病管理の維持・改善率（HbA1c）		40.0%	42%	44%	46%	48%	50%	52%

(4) 医療費適正化対策

事業名	① 後発医薬品普及促進 ② 重複・頻回受診者への訪問指導 ③ 重複・多剤服薬者対策 ④ 医療費通知事業		
健康課題	医療費の費用総額は減少しているが、一人当たり医療費については全体的に増加傾向にあり、そのうち外来受診や調剤について増加している。		
目的	・差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることで、医療費の適正化を図る。 ・重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤服薬の該当者に対して、通知や保健指導等を行うことで適切な受診と服薬を促し、ひいては不適正と考えられる受診や服薬を減少させる。 ・医療費通知を通じて、自身の受診状況等の振り返りを促す。		
具体的内容	① 後発医薬品普及促進事業 【実施方法】 5月～7月診療分を対象に、後発医薬品への切替効果が高いと見込める被保険者全員に切り替えた場合の自己負担額軽減例を送付し、後発医薬品の切替を促す。（年3回） 【周知】 ・ジェネリック医薬品希望カード・シール付きのリーフレットを国保証更新時に配布 ・国保だより（毎年7月発行）に記事掲載 ・県央保健所に懸垂幕を設置（9月～12月） ② 重複・頻回受診者への訪問指導事業 重複・頻回受診者に対して、保健師等が訪問・面談により状況把握を行い適正な受診行動を促す。 ・対象者の抽出： 11月～12月、大田市国保重複・多受診者等の訪問指導実施要領に基づき実施 ・事業実施スタッフ会の開催 ・訪問指導： 1月～3月、レセプトを保健師が確認のうえ必要な者に対して訪問指導を実施 (4) 事業評価・次年度事業の検討 3月 ③ 重複・多剤服薬者対策事業 重複・多剤服薬者全員に対して服薬情報を通知し、かかりつけ医やかかりつけ薬局への相談を促す。また、必要に応じて保健師等が架電・訪問により状況把握を行い、適正な服薬行動を促す。併せてお薬手帳の一冊化の必要性を周知する。 ・通知対象者：複数の医療機関を受診し、処方日数が14日以上薬剤を多数処方されている者 ・通知方法：処理対象診療月（4か月間）の重複・多剤投与が疑われる被保険者に対して通知書を発送（年1回）。通知後に対象者のレセプト（4か月間）を確認し、通知による効果の分析を実施。 ・個別対応：通知対象者のレセプト詳細を確認のうえ、必要な者に対して架電や訪問による現状の聴取や保健指導を実施。 ・事業評価：通知や個別対応後に、本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認し、実施前後の評価を行う。 ④ 医療費通知事業（年4回） 合計1か年分の医療受診状況等を記載した医療費通知を被保険者全員に送付する。		
評価指標	区分	指標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット アウトカム	<u>短期目標</u> ・後発医薬品切替率 ・後発医薬品切替による医療費削減額 ・通知後の改善割合 ・重複頻回受診が改善 <u>中長期目標（R11年度）</u> ・後発医薬品普及率の増加 ・重複処方者数の減少 ・多剤処方者数の減少	（医薬品種類、重複服薬） （数量ベース） （対被保険者1万人） （対被保険者1万人）
	プロセス	・データ分析年1回	対象者の選定割合10%
	ストラクチャー	・スタッフ会の開催	年1回

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画 策定時	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
後発医薬品切替率	41.37%	42.8	44.3	45.8	47.2	48.6	50%
後発医薬品切替による 医療費削減額	550 千円	595	640	685	725	765	800 千円
重複頻回受診の改善率	25%	25.5%	26%	27%	28%	29%	30%
改善割合 医薬品種類	37.5% 36/96 人	39.6	41.7	43.8	45.9	48.0	50%
改善割合 重複服薬	50.0% 8/16 人	51.7	53.4	55.1	56.8	58.4	60%
後発医薬品普及率 (数量ベース)	85.84%	86.5	87.2	87.9	88.6	89.3	90%
重複処方者数 (対被保険者 1 万人)	69 人	64 人	61 人	58 人	55 人	52 人	50 人
多剤処方者数 (対被保険者 1 万人)	24 人	22 人	21 人	20 人	18 人	16 人	15 人

第6章 第4期 特定健康診査等実施計画

1. 目標値

特定健康診査・特定保健指導の実施目標については、最終目標値が国の基本指針により示されており、その目標値に則して設定し、達成する必要がある。

【第4期計画における国の目標値（市町村国保）】

項 目	令和 11 年度 目標値
① 特定健康診査の実施率	60%以上
② 特定保健指導の実施率	60%以上

【大田市の目標値】〔県共通指標〕

	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
特定健康診査の実施率	52.0	53.5	55.0	56.5	58.0	60%
特定保健指導の実施率	30.0	36.0	42.0	48.0	54.0	60.0
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0

特定健康診査および特定保健指導の実施率目標を達成するため、第3期の取り組みを引き続き継続するとともに、更なる実施率の向上を目指して既存事業の評価・改善を行う。

- ① 健診等が受けやすい環境づくりとして、個人通知の実施、個人負担の無料化、訪問・電話による受診勧奨を実施します。
- ② セット検診としてがん検診と併設して実施します。
- ③ 広報誌、ホームページ、ケーブルテレビ、ポスター掲示、地域イベント等において周知、啓発を図ります。
- ④ 医師会への協力依頼（かかりつけ医からの勧奨）を行います。
- ⑤ 健康への意識向上が重要なことから、地域で実施される健康づくり活動（健康教育、健康づくり推進事業等）と連携し、受診につながるよう勧奨します。
- ⑥ 未受診者への訪問等を継続し、継続受診の必要性等を意識付けしていきます。

2. 対象者数

大田市国民健康保険の過去の加入者数をもとに今後の加入者数を推計すると、下表のとおりとなる。計画の目標年次である令和 11 年度まで、加入者数は年々減少する見通しとなっている。

図表 24 40～74 歳の国民健康保険被保険者数の推計

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
6,530 人	6,353 人	6,181 人	6,014 人	5,851 人	5,693 人

※H30～R4 年度の平均対前年度比率 97.3%で計算

また、推計加入者数に過去 5 年間の平均対象者割合（対象者/加入者数）を乗じて特定健康診査の対象者数を推計すると、下表のとおりとなる。

図表 25 40～74 歳の特定健診対象者数の推計

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
5,054 人	4,917 人	4,784 人	4,654 人	4,528 人	4,406 人

※H30～R4 年度の平均対象者割合（対象者/加入者数）77.4%で計算

（1）目標とする特定健康診査の予定実施者数

前述の推計対象者数に、本計画の目標特定健診実施率を乗じて目標受診者数を試算すると、令和 6 年度で 2,628 人、令和 11 年度では 2,643 人となっている。

図表 26 特定健康診査の予定実施者数の推計

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
2,628 人	2,630 人	2,631 人	2,629 人	2,626 人	2,643 人

（2）特定保健指導の推計対象者数

前述の特定健康診査目標受診者数の試算に、特定保健指導の対象となりうる者の割合（過去 5 年間の平均対象者割合）を乗じて、特定保健指導の対象者数を推計すると、次表のとおりとなる。推計対象者数に特定保健指導の目標実施率を乗じた数を特定保健指導終了者数とする。

図表 27 特定保健指導対象者数の推計

	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
推定対象者数	207 人	207 人	207 人	207 人	207 人	208 人
終了者数	62 人	74 人	86 人	99 人	111 人	124 人

※H30～R4 年度の平均対象者割合（保健指導対象者数/健診受診者数）7.9%で計算

3. 特定健康診査の実施方法

(1) 実施形態及び実施場所

特定健康診査は、対象者の利便性を考慮し、医療機関に委託をして実施する個別健康診査（6月～12月）と、その他人間ドックの形態で実施する。

(2) 実施項目

①基本的な健康診査の項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づいて、すべての対象者が受診する項目は次のとおりとする。

図表 28 特定健康診査の実施基準

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が 20 未満の者、もしくは BMI が 22 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認めるときは省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI の測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミン酸オキサセチクトランスアミナーゼ（AST（GOT）） 血清グルタミンピロリットランスアミナーゼ（ALT（GPT）） ガンマグルタミルトランスフェロチナーゼ（ γ -GTP）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（血清トリグリセリド）の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量 空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c（HbA1c）、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

②大田市国民健康保険が独自に実施する健康診査の項目

大田市国民健康保険の独自の取組みとしてすべての対象者が受診する項目は次のとおりとする。

図表 29 大田市国民健康保険が独自に実施する検査項目

項目	備考
代謝系検査	尿酸
腎機能検査	血清クレアチン eGFR（推算糸球体ろ過量）

③詳細な健康診査の項目

対象者のうち、医師の判断により必要と認められた人は、次のうちから必要な項目を受診するものとする。医師の判断基準は下記の通り。

図表 30 詳細な検査項目

追加項目	実施できる条件（判断基準）	
貧血検査（ハマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図検査（12誘導心電図）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上又は問診等で不整脈が疑われる者	
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次のいずれかの基準に該当した者	
	血圧	収縮期 140mmHg 以上 拡張期 90mmHg 以上
	血糖	空腹時血糖値 126mg/dl 以上、 HbA1c（NGSP 値）6.5%以上 随時血糖値 126mg/dl 以上
ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することが出来ない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。		

(3) 周知・案内

①周知

周知の徹底と受診率を高めるため、以下のような方法によって周知を図る。

- ・ 特定健診未受診者には、訪問や個人通知により、受診勧奨を行う。
- ・ 広報おおだやホームページ等に関連情報を掲載する。
- ・ ケーブルテレビを利用して広報を行う。
- ・ 対象者が多く集まる場所において広報活動を行う。
- ・ 商工会議所、商工会、農業協同組合などと連携し、特定健診及び特定保健指導受診の呼びかけを行う。
- ・ 新規に大田市国民健康保険に加入された方に対し、受診勧奨を行う。

②案内

特定健康診査受診の案内は、大田市国民健康保険が「特定健康診査受診券」及び「受診機関リスト」等を、受診開始日までに対象者に個別で郵送して行う。

(4) 委託基準

特定健康診査の受診率の向上を図るためには、対象者のニーズを踏まえた対応が必要である。一方で、特定健康診査を委託するにあたっては、価格競争が起き、精度管理が適切に行われないなど健康診査の質が考慮されない事態を招く恐れもある。

このようなことがないよう、委託先の選定にあたっては、厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を満たすことを最低の条件とする。

(5) 事業者健康診査等の受診者のデータ収集方法

労働安全衛生法に基づき事業主に義務付けられている健康診査を受診した人のデータについては、可能な限り事業主から一括で磁気媒体を用いて大田市国民健康保険に提出するよう求めます。これが不可能な場合は、個別に直接大田市国民健康保険に提出するよう個人に求めます。

4. 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者の選定と階層化の方法

特定保健指導の対象者は、国民健康保険加入者のうち、特定健康診査実施年度中に 40 歳から 74 歳で、実施年度の 1 年間を通じて国民健康保険に加入している人とする。また、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は、対象から除く。

特定保健指導としては、特定健康診査の結果に基づき、健康の保持に努める必要がある人に対して、「動機付け支援」「積極的支援」を毎年度実施する。動機付け支援と積極的支援の対象者を選定（階層化）する基準は次のとおりとする。

図表 31 対象者の階層化の基準

腹 囲	追加リスク		④喫煙歴	対 象	
	①血糖	②脂質	③血圧	40～64 歳	65～74 歳
≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (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) 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

追加リスク

① 血糖 空腹時血糖 100 mg/dl 以上、HbA1C の場合 5.6% (NGSP 値) 以上、または随時血糖 100 mg/dl 以上

② 脂質 中性脂肪 150 mg/dl 以上、または随時中性脂肪 175 mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満

③ 血圧 収縮期血圧 130 mm Hg 以上、または拡張期血圧 85 mm Hg 以上

※糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人を除く。

(2) 実施項目

①動機付け支援

支援期間・頻度

原則 1 回の面接による支援を行う。

支援は初めの 1 回だが、初回面接から実績評価までの期間は、行動計画作成の日から 3 ヶ月以上経過後までの期間とする。

支援内容・支援形態

対象者本人が自分の生活習慣の改善すべき点等を自覚し、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

特定健康診査の結果ならびに喫煙習慣・運動習慣・食習慣・休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価を行うものとする。

面接による支援の内容

一人あたり 20 分以上の個別支援、または 1 グループ（概ね 8 名以下）あたり 80 分以上のグループ支援として、次のような内容の面接を行うものとする。

- 生活習慣と健康診断結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識、それらが対象者本人の生活に及ぼす影響の認識等から生活習慣改善の必要性について説明する。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活が続けるデメリットを説明する。
- 食事・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定について支援するとともに、必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- 体重及び腹囲の計測方法について説明する。
- 対象者とともに行動目標及び行動計画を作成する。

実績評価

面接又は通信（電子メール、電話、FAX、手紙等）を利用し、次のような内容で実績評価を行うものとする。通信を利用する場合は、保健指導機関と指導対象者が双方向のやり取りを行い、評価に必要な情報を得るものとする。

- 個々の対象者に対する特定保健指導の効果について評価を行う。
- 設定した行動目標が達成されているかどうか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかどうかについて評価する。
- 必要に応じて評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、3 ヶ月以上経過後に特定保健指導実施者により評価を行い、評価結果を対象者に提供する。

②積極的支援

支援期間・頻度

初回時に面接による支援を行い、その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。

完了までの期間は、初回面接（行動計画作成の日）から3ヶ月以上経過後の実績評価までの約3ヶ月間とする。対象者の状況等に応じ、6ヶ月経過後に評価を行う場合や、3ヶ月評価終了後に独自のフォローアップ等を行うこともある。

支援内容・支援形態

特定健康診査の結果ならびに喫煙習慣・運動習慣・食習慣・休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、対象者の生活習慣や行動変容の状況を把握し、その年及び過去の特定健康診査の結果等を踏まえ、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解できるように促すものとする。

初回面接による支援の内容

一人あたり20分以上の個別支援、または1グループ（概ね8名以下）あたり80分以上のグループ支援として、次のような内容の面接を行うものとする。

- 自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取り組みを継続して行うことができる内容とし、身体状況及び生活習慣の改善を重視する。
- 健康診断結果及び生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、対象者の生活習慣や行動の変化の状況を把握し、対象者が自らの身体状況の変化を理解できるよう促す。
- 対象者の健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。
- 対象者が具体的に達成可能な行動目標について、優先順位をつけながら、対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する
- 対象者が行動目標を達成するために必要な特定保健指導支援計画を作成し、対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及び評価、計画の変更等を行う。
- 対象者が行動を継続できるように定期的に支援する。
- 積極的支援を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う。

3 ヶ月以上の継続的な支援の内容

ポイント制に基づき、アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180 ポイント以上の支援を実施することを条件とする。

なお、2 年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している人については、動機付け支援相当として 180 ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととする。

図表 32 継続的な支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲 2.0 cm 以上かつ、 体重 2.0 kg 以上減少※		180 p
	腹囲 1.0 cm 以上かつ、 体重 1.0 kg 以上減		20 p
	食生活の改善		20 p
	運動習慣の改善		20 p
	喫煙習慣の改善（禁煙）		30 p
	休養習慣の改善		20 p
	その他の生活習慣の改善		20 p
プロセス評価	支援種別	個別支援	支援 1 回あたり 70 p 支援 1 回あたり最低 10 分以上
		グループ支援	支援 1 回あたり 70 p 支援 1 回あたり最低 40 分以上
		電話	支援 1 回あたり 30 p 支援 1 回あたり最低 5 分以上
		電子メール等	支援 1 回あたり 30 p 1 往復＝特定保健指導実施者と対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等に通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の初回面接	20 p
		健診後 1 週間以内の初回面接	10 p

※当該年度の特定健康診査の結果に比べて減少している場合

ポイントの算定にかかる留意事項

同日に複数の支援を行った場合は、いずれか 1 つの支援のみをポイントの算定対象とする。また、同日に同一の支援を複数回行った場合であっても、ポイントの算定対象となるのは 1 回の支援のみとする。

特定保健指導と直接関係のない情報（次回の約束や雑談等、特定保健指導の実施と直接かわりのない情報をいう。）のやり取りはポイントの算定対象とならない。

電話支援又は電子メール支援を行うにあたり、行動計画の作成及び提出を依頼するための電話等によるやり取りは、ポイントの算定対象とならない。

生活習慣病予防につながる行動変容については、実績評価の時点で生活習慣の改善が 2 カ月以上継続している場合に達成と評価する。

実績評価

面接又は通信（電子メール、電話、FAX、手紙等）を利用し、動機付け支援と同様の内容で実績評価を行うものとする。通信を利用する場合は、保健指導機関と指導対象者が双方向のやり取りを行い、評価に必要な情報を得るものとする。

（３）実施形態

特定保健指導は、市の保健師・看護師・管理栄養士による直営の形、又は特定保健指導業務受託機関へ委託する形で実施する。

（４）周知・案内

特定保健指導対象者には、個人通知等により利用勧奨を行う。

（５）委託基準

特定保健指導の実施率の向上を図るためには、対象者のニーズを踏まえた対応が必要である。特定保健指導の質を確保するため、委託先の選定にあたっては、厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を満たすことを条件とする。

５．年間スケジュール等

図表 33 特定健診、特定保健指導スケジュール

月	毎年度実施項目
4 月	委託契約
5 月	受診券の送付、医療機関回り
6 月	
7 月	
8 月	
9 月	未受診者訪問
10 月	法定報告
11 月	次年度予算組み
12 月	
1 月	
2 月	事後指導訪問
3 月	

特定健康
診査
実施期間

特定保健
指導
実施期間

第7章 計画の評価・見直し等

1. 評価の基本的事項

本計画では、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が求められています。

これまでの保健事業の振り返りや、健康・医療情報を分析することで現状の課題を明らかにし、課題に応じた事業を計画（Plan）し、計画に沿った事業を実施（Do）します。事業の評価（Check）にあたっては、評価指標に沿って実施した事業の効果を把握します。また、評価した結果に基づいて事業の改善・見直し（Action）を図っていきます。

各計画の目標で示した評価指標に沿って事業の進捗状況を管理するとともに、計画期間の中間時点及び最終年度には、計画の推進体制にある関係機関等に意見を求め、目標達成状況等を評価します。

2. 計画の評価・見直し

（1）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する。

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、翌年度の保健事業の実施や本計画の見直しに反映させる。

（2）計画全体の評価・見直し

①年度評価

本計画の事業や取組について、KDB システム等の情報を活用して、目標達成状況の評価し、次年度保健事業の内容等の見直しを行う。

②中間評価

本計画の中間年度である令和 8 年度に、評価指標に基づき進捗状況の確認と評価を行う。

③最終評価

本計画の最終年度である令和 11 年度に、掲げた目標の達成状況の評価を行い、数値目標を含めた計画の見直しを行う。

3. 評価方法・体制

最終年度となる令和 11 年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行い、計画全体の見直しを行うこととする。ただし、毎年度評価をする中で、見直しの必要が生じた場合は、随時見直しを行うこととする。

KDB システムに健診・医療・介護のデータが毎月収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は保健指導にかかわる保健師・管理栄養士等が自身の担当地区の被保険者分について必要に応じて分析を行う。

また、特定健康診査の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。

市民課と健康増進課の連携のもと、有識者として島根県関係者の参画、助言を得ることにより評価を行い、国保連合会の保健事業支援・評価委員会における評価を必要に応じて受けながら見直しを行う。

4. 計画の公表・周知

策定した計画は、市ホームページ等に掲載し、広く市民及び関係機関等に周知する。

5. 個人情報の取り扱い

(1) 記録の保存方法等

特定健康診査・特定保健指導の実施結果は電子ファイルで集積し、島根県国民健康保険団体連合会に委託して7年間管理、保存し、7年を経過したデータについては随時廃棄を行う。

セキュリティ対策としては、島根県国民健康保険団体連合会でのサーバー室への入退室時には暗証番号入力を必要とし、市町村とのネットワークについてはデータを暗号化した上で、ログインパスワードの設定を行っている。

(2) 管理上のルール

KDB システムや Focus システムを活用する場合は、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工するなどした統計情報と、健診結果やレセプト内の個別の個人情報と存在する。後者における個人情報の取り扱いについては「大田市個人情報保護条例（平成 17 年 10 月 1 日）」及び「個人情報の保護に関する法律」、同法に基づくガイドライン（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）に基づいて慎重に取り扱うこととする。

特定健康診査等に携わる職員、また、関係各課などの職員などに対し、個人情報の保護の理念とガイドラインを周知徹底する。

また、特定健康診査等に携わる委託事業者、関連する団体などにも個人情報の保護の理念とガイドラインの周知を徹底し、委託事業者に対しては、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、契約遵守状況の管理を行う。

2. 国保保険者の立場からの参画

要介護認定を受けることになった病因は、生活習慣病に起因する割合が高く、その対策として青・壮年期からの「生活習慣病重症化予防事業」等の取組を行うことで、国保保険者としてできる介護予防に繋がるものとする。

従来から医師や歯科医師と介護支援専門員との連携推進のため、介護支援専門員協会と医師会や地域包括支援センターで、意見交換する等協力体制を築いている。

さらに令和5年度からは一体的事業を実施しており、医療・介護・福祉・保健部局にて KDB 等を活用した分析データを共有し、前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）するなど、地域課題の把握や対応策検討を行っている。

なお、「保険者努力支援制度」の評価指標の一つに、地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況が設けられ、国保の視点からの地域包括ケア推進の取組が評価されている。

3. 保険者努力支援制度について

国保都道府県化に伴い、保険者における医療費適正化や保健事業等の取組を評価し、基準を達成した保険者に対して財政支援される「保険者努力支援制度」が創設された。

今後も本計画を通して医療費適正化を図るうえで本制度を意識し、評価項目の拡大に向けて、可能な限り実施する努力を行うとともに、本制度を含む公費を財源とした新たな事業実施の可能性について検討する。