

**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)**

**第3期 四街道市国民健康保険特定健康診査等
実施計画**

平成30年3月

目次

第1章 計画の基本的事項	1
1. 背景.....	1
2. 目的.....	2
3. 位置付け	2
4. 計画期間	3
5. 関係者の役割・連携	4
1) 実施主体、関係部局.....	4
2) 外部有識者	4
3) 被保険者.....	4
第2章 四街道市の現状	5
1. 前期計画の評価	5
2. 保険者の特性	9
1) 人口・国保被保険者.....	9
2) 特定健診等の状況	12
3. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出.....	15
1) 医療費の三要素.....	15
2) 最大医療資源傷病名別 医療費の割合	19
3) 生活習慣病関連の状況.....	20
4) 新規の人工透析患者の状況.....	23
5) メタボリックシンドロームの状況.....	24
6) 生活習慣について	27
7) 薬剤処方に関する分析	29
4. 要介護認定者・後期高齢者に関する状況に係る分析	31
1) 要介護認定の状況	31
2) 要介護認定者の有病状況	32
3) 後期高齢者の医療費の状況.....	33
5. 健康課題のまとめ.....	34
1) 特定健診受診率、特定保健指導実施率について.....	34
2) 重症化の予防について.....	34
3) 適正な受療および服薬について	34
第3章 第2期 四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）	35
1. 本計画で目指すもの	35
2. 市民の健康向上と医療費の抑制.....	35
3. 取り組むべき健康課題.....	35
4. 保健事業の内容	37
1) 優先課題解決に向けた保健事業	37

2) 継続予定のその他の保健事業	43
5. 計画の評価・見直し	45
6. 計画の公表・周知	45
7. 個人情報の取り扱い	45
第4章 第3期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画	46
1. 基本方針	46
2. 目標	46
3. 対象者数推計	47
1) 特定健康診査対象者数および受診者数の見込み	47
2) 特定保健指導対象者数および受診者数の見込み	47
4. 特定健康診査の実施	48
1) 特定健康診査の実施内容	48
2) 特定健康診査の実施方法	49
3) 受診率向上のための方策	51
5. 特定保健指導の実施	52
1) 保健指導プログラム	52
2) 特定保健指導の実施方法	53
3) 特定保健指導実施率向上のためのアプローチ	53
4) 特定保健指導の評価	54
6. 特定健康診査および特定保健指導の実施期間	56
7. データ管理	56
1) 個人情報の保護、個人情報の漏洩防止	56
2) 千葉県国民健康保険団体連合会との機能分担	57
8. 広報・情報提供	57
1) 特定健診等実施計画の公表方法	57
2) 特定健診等の普及啓発	57
9. 健康づくり施策との調和	57
1) 他の健診との関係	57
2) 関係機関・団体との連携	57
資料	58

本計画では、治療のために医療機関を受診することを「医療受診」または「受療」とし、健（検）診を受ける「受診」と区別しています。

また、計画書内では、現在の元号（平成）により表記をしていますが、計画期間内に新たな元号となることから、よりわかりやすい表現とするために、一部、元号と西暦を併用しています。

第1章 計画の基本的事項

1. 背景

我が国の総人口における65歳以上の高齢化率は上昇を続け、平成28年では27.3%（総務省「人口推計」平成28年10月1日現在）と世界トップの水準になっています。今後の高齢化率の推移（予測）をみても、私たちは世界のどの国もこれまで経験したことのない超高齢社会に突入することになります。

日本人の死因の約6割は、生活習慣病*が占めています。生活習慣病*の発症や重症化は、加齢や生活習慣等の影響を大いに受けます。生活習慣病*になるリスクは、病気の発症に伴う医療費や介護給付費の増加につながるだけではなく、個人のQOL（生活の質）の低下を招きます。国民の健康づくりの一層の推進を図り、個人のQOL（生活の質）の低下を防ぐ観点からも、社会的負担を軽減する観点からも、疾病予防と健康増進、介護予防を行うことが重要です。

こうした状況のなかで、本市では「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づき、平成20年に「第1期四街道市国民健康保険特定健診等実施計画」、平成25年3月に「四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2期）」を策定し、計画に基づいた健診事業等に取り組んでまいりました。「四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2期）」は、平成29年度を最終年度として策定されております。

また、平成20年の特定健康診査（以下「特定健診」という。）ならびに特定保健指導の開始に前後し、診療報酬明細書*（以下「レセプト*」という。）の電子化が急速に進展を見ました。市町村国民健康保険においては、平成26年度に国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）等が整備され、保険者自らが健康や医療、介護に関するデータを活用し、被保険者の健康課題の分析等、保健事業の評価を行うための基盤の整備が進んできました。厚生労働省では、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）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（図表1）に沿った効果的・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（以下「データヘルス*計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとしています。

そのため、本市においても、平成28年9月に、「四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス*計画）第1期」を策定し、平成28～29年度に健康・医療情報等の分析に基づいた保健事業に取り組みました。

「*」がついている用語は、巻末の用語集に説明があります。

2. 目的

本計画では、特定健診の結果やレセプト※データ等の健康・医療情報の分析から、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します。そして、被保険者の健康増進を効果的、効率的に実施し、医療費の適正化および削減を促進することを目的とします。

3. 位置付け

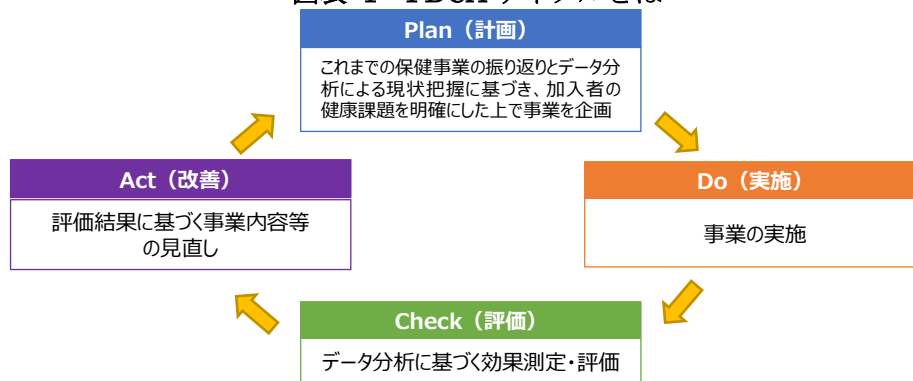
「四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2期）」と「四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス※計画）第1期」の計画期間は平成29年度で同時に終了となることに加え、両計画は、ともに被保険者の健康増進を目的とした保健事業の計画である等の共通点があります。そこで、両計画の整合性を図り、一体的な策定が可能であるとする国の方針に基づき、「第3期四街道市国民健康保険特定健診等実施計画」と「第2期四街道市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス※計画）」は、平成30(2018)～平成35(2023)年度を計画期間として、一体的に策定することとします。両計画はそれぞれ下記の特徴があります。

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、健康・医療情報を活用したうえで、PDCAサイクル（図表1）に沿って効果的かつ効率的な実施を図るための保健事業の実施計画です。計画の策定にあたっては、特定健診の結果、レセプト※等のデータ及び健康・医療情報を活用して、分析と評価を行います。

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、これらについて具体的に定めます。

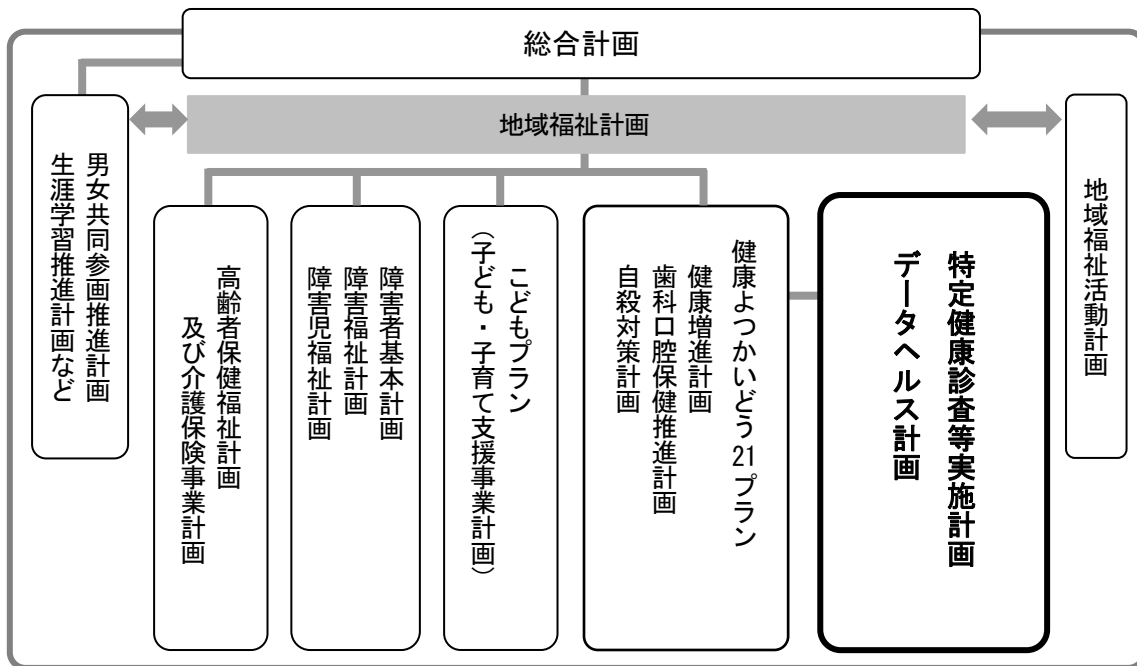
上記の両計画を一体として策定する本計画では、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画や医療費適正化計画および介護保険事業計画等の関連する計画との調和を図ります（図表2）。

図表1 PDCAサイクルとは



(注) PDCAサイクルとはPlan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)の4つの行程をサイクルとして繰り返すことによって、継続的に事業を改善していく手法です。

図表 2 他の計画との関係



4. 計画期間

本計画は、健康よつかいどう 21 プラン（期間 10 年間）とともに、平成 30（2018）年度より施行され、平成 35（2023）年度までの 6 年間となります。

図表 3 他の計画との関係

		平成 27 (2015) 年	平成 28 (2016) 年	平成 29 (2017) 年	平成 30 (2018) 年	平成 31 (2019) 年	平成 32 (2020) 年	平成 33 (2021) 年	平成 34 (2022) 年	平成 35 (2023) 年	平成 36 (2024) 年	平成 37 (2025) 年	平成 38 (2026) 年	平成 39 (2027) 年	平成 40 (2028) 年	平成 41 (2029) 年
四街道市 データヘルス 計画	第1期		策定	2カ年												
	第2期			評価	策定	6カ年	評価	評価								
	第3期								策定	6カ年	6カ年			評価		評価
四街道市 特定健康 診査等 実施計画	第1期		5カ年	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定
	第2期			評価	評価	策定	6カ年	評価	評価							
	第3期								策定	6カ年	6カ年			評価		評価
健康 よつかい 21 プラン	第1次		10カ年	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定
	第2次			評価	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年	10カ年
	第3次								策定			策定	策定			10カ年

5. 関係者の役割・連携

1) 実施主体、関係部局

本計画は、国保年金課が主体となって策定し、進行管理をしていきます。また、特定健診・特定保健指導事業をはじめとする被保険者を含む市民の健康の保持増進事業は、健康増進課と連携して事業を実施していますが、事業の推進には高齢者支援課なども関わっていることから、各課と連携して計画を推進していきます。

2) 外部有識者

保険者が実施する計画の実効性を高めるために、外部有識者等と連携・協力をします。そして、保健事業の全体像と新しい事業との関係を客観的な立場から整理したり、既存事業が新しい事業の土台として適正に位置付けられているか、ゴールは適正に設定されているかを評価します。

さらに、専門的見地から保険者への支援が積極的に行われるよう、保健医療関係者と連携・協力をします。

3) 被保険者

本計画の目的のひとつは、被保険者の健康の保持増進です。本計画の実効性を高めるためには、被保険者の一人ひとりが、身体状況を理解して健康の保持増進に主体的・積極的に取り組むことが重要です。そのためにも情報提供が適切になされるように工夫します。



第2章 四街道市の現状

1. 前期計画の評価

第1期データヘルス*計画で優先課題として目標設定した「①特定健診受診率の向上」と「②糖尿病の重症化予防」の評価は以下の通りです。

① 特定健診受診率の向上

目的	発症予防
目標	特定健診受診率を35%に向上させます。

実施年度	平成28年度	平成29年度
対象者	【勸奨通知】 40～64歳の国保加入者で8月末時点で当年度特定健診未受診の者 【電話勸奨】 勸奨通知対象者のうち、電話番号情報がある者	平成28年度と同じ。
抽出条件	当年度未受診者のうち、 ① 40-41、45、50、55、60-64歳の男性 ② 40-41、45、50-64歳の女性	当年度未受診者のうち、40歳～69歳の男女
事業内容 実施内容	若い世代の健診未受診者に対して40,50代男性、40,50代女性、60代男女の3パターンの勸奨通知（カラーの圧着ハガキ）を実施し、11月には電話による受診勸奨も行いました。	平成28年度と同じ。
実施者	業者委託	平成28年度と同じ。
実施時期	10月～11月	平成28年度と同じ。
実績	① 受診者：6,123人 ※法定報告数値（集団健診・個別健診・人間ドック受診者の内、国保資格が通年あるもの） ② 未受診者勸奨実施者：3,066人 ③ 平成28年度受診率：36.4% ④ 平成28年度未受診勸奨対象者中の受診率：9.6% ⑤ 平成28年度未受診勸奨対象者中の受診者：294人	① 受診者：6,160人（見込） ② 未受診者勸奨実施者：4,995人 ③ 平成29年度受診率：37.0%（見込） ④ 平成29年度未受診勸奨対象者中の受診率：9.0% ⑤ 平成29年度未受診勸奨対象者中の受診者：452人

特定健診未受診者勧奨事業を平成 28 年度より業者委託により強化して実施した結果、平成 28 年度は第 1 期データヘルス*計画で目標とした特定健診受診率 35%を 1.4 ポイント上回ることができました。また、平成 29 年度は、28 年度より抽出条件を広げて事業を実施した結果、受診率がさらに高くなる見込みとなっております。

しかしながら、国の市町村国保の目標である 60%には達していないため、今後も特定健診受診率向上に向けての取り組みが必要となります。特に、平成 28 年度では、未受診者勧奨対象者中の受診率は 9.6%でしたが、平成 29 年度は 9.0%に下がったため、より効果的な勧奨ができるよう事業の検討をしていく必要があります。

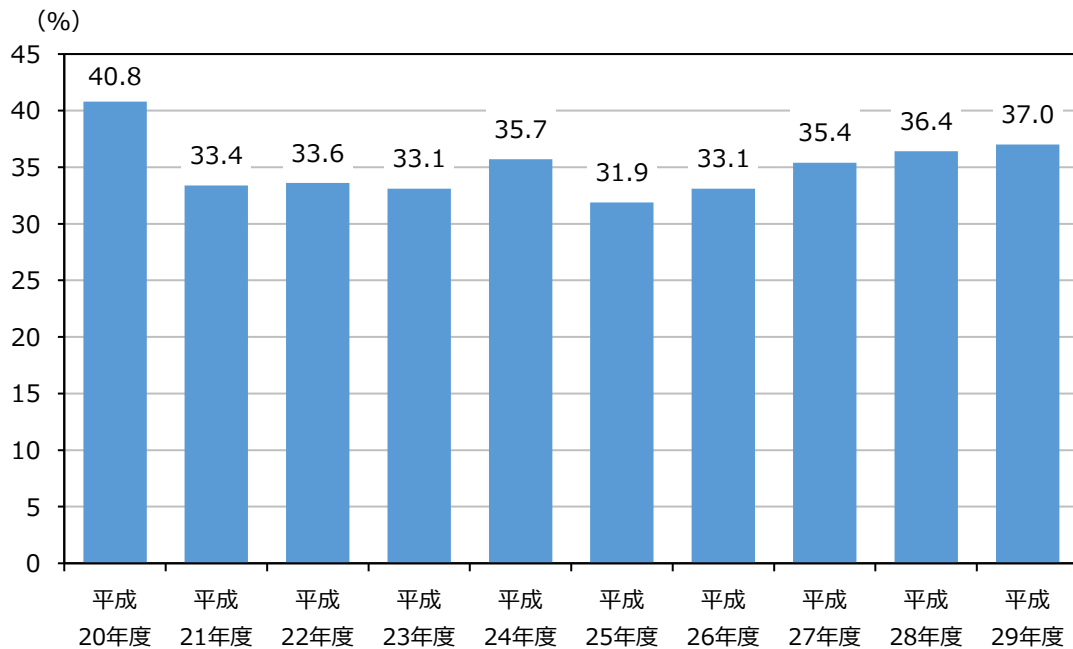
下記に平成 25 年度からの特定健診受診率向上のための取り組みを示します。

図表 4 特定健診受診率向上のための取り組み

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
受診券の個別送付			実施		
受診券封筒の大型化			実施		
集団健診の 12 月追加実施			実施		
集団健診の午後受診			実施		
集団健診の土曜日受診	4 日	3 日	3 日	3 日	3 日
集団健診の日曜日受診	—	1 日	1 日	1 日	1 日
個別健診実施			実施		
特定保健指導対象者の 拡充	集団・ 個別 6~7 月	集団・ 個別 6~7 月	集団・ 個別 6~10 月	集団・ 個別 6~10 月	集団・ 個別 6~10 月
特定保健指導 運動教室実施			実施		
広報			実施		
自治会回覧			実施		
医療機関・公的機関の ポスター掲示			実施		
未受診者勧奨			実施	業者委託	
人間ドック助成事業			実施		
肝炎ウイルス検診との 同時実施			実施		
血清クレアチニン (H4 年の基本健診から 実施)			実施		

以上の取り組みによる特定健診受診率の経年変化を示しました。平成 25 年度には 31.9% に落ち込みましたが、その後上昇し、平成 29 年度は 37.0%（平成 30 年 1 月末見込み）となっています。

図表 5 特定健診受診率の経年変化



出典：四街道市データ

しかしながら、国の市町村国保の目標である 60%には達していないため、今後も特定健診受診率向上に向けての取り組みが必要となります。



② 糖尿病の重症化予防

目的	重症化予防
短期目標	対象者が医療を受診し、翌年度の健診結果を改善することで、重症化を予防します。

実施年度	平成 28 年度	平成 29 年度
対象者	特定健診受診者のうち糖尿病の合併症予防可能なHbA1c 7.0 以上の者で医療機関未受療の者	平成 28 年度と同じ。
抽出条件	特定健診の結果でHbA1c 7.0 以上の者で糖尿病に関する直近 3 か月の国民健康保険のレセプトがないもの	平成 28 年度と同じ。
事業内容 実施内容	事業対象者に医療機関受療を促す文書送付を行い、それでも受療しない者には電話による受療勧奨・受療状況確認・生活習慣改善の支援を行いました。	平成 28 年度と同じ。
実施者	健康増進部門：保健師・栄養士・看護師	平成 28 年度と同じ。
実施時期	8 月～1 月	平成 28 年度と同じ。
実績	① 受療勧奨対象者数：51 人 ② 受療勧奨実施者数：51 人（文書送付） ③ 未受療者のうち電話による再勧奨を実施した者：13 人	① 受療勧奨対象者数：40 人 ② 受療勧奨実施者数：40 人 ③ 未受療者のうち電話による再勧奨を実施した者：10 人(見込)
評価	① 受療勧奨した者のうちの医療受診者：22 人 ② 受療勧奨した者のうちの医療未受診者：29 人 ③ 受療した者の内、翌年度の特定健診を受けてHbA1c7.0 未満になった人：4 人	/

※平成 29 年度の評価は未定です。

平成 28 年度に実施した糖尿病重症化予防事業については、治療中断者への課題に取り組む等の活動により、受療勧奨した 51 人中 22 人を医療機関へつなげることができました。しかしながら、その中で翌年度の HbA1c が 7.0 未満に改善した者は 4 人となっており、今後は糖尿病の重症化を防ぐために、血糖値の改善を強化するよう、事業内容を検討していく必要があります。

今後、糖尿病重症化予防を進めていくためには、糖尿病のコントロールが悪い被保険者は、医療機関受療者であっても、生活習慣改善のための保健指導の対象とし、医療機関と連携しながら、コントロールの改善を目指して保健指導を行っていくことが必要であると考えられます。

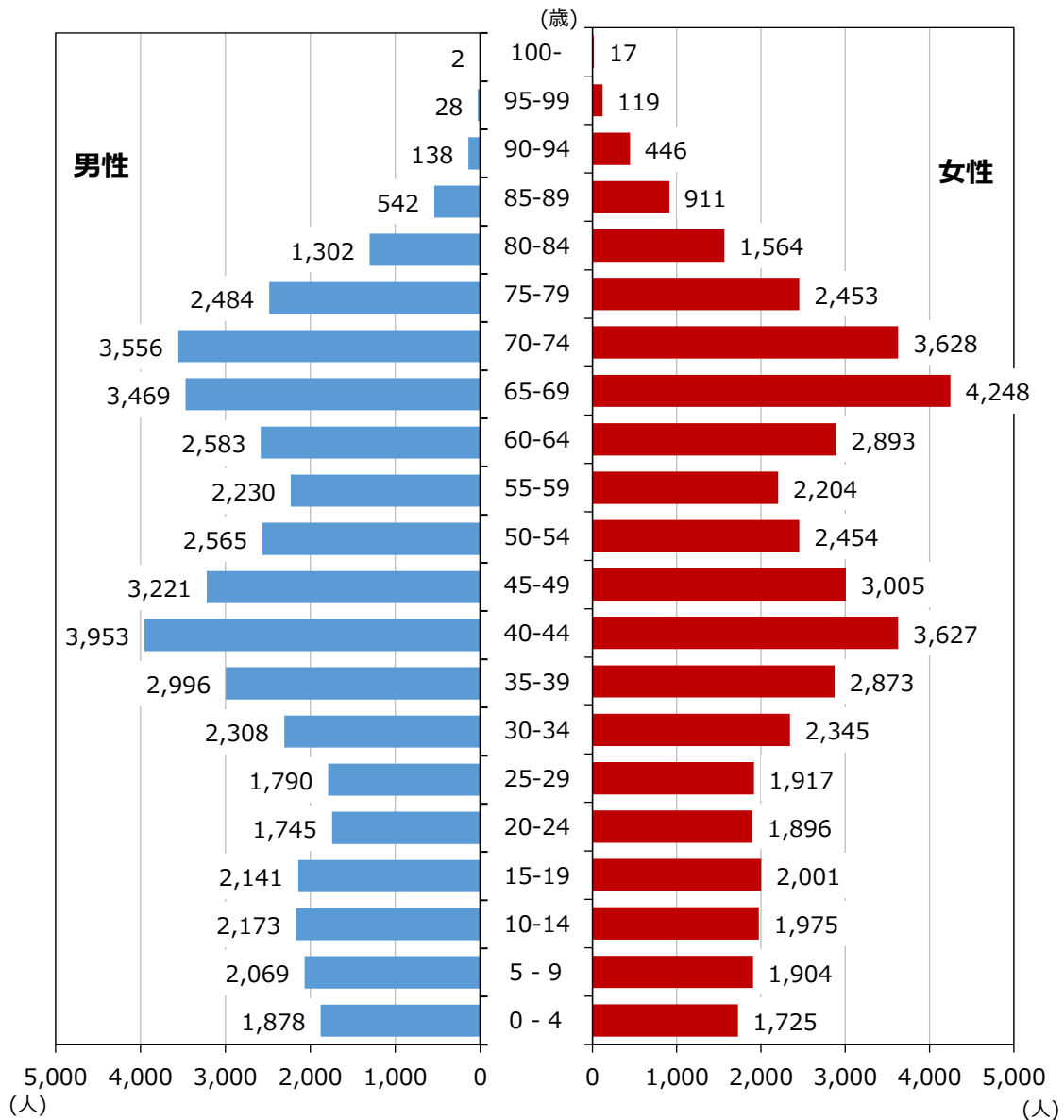
2. 保険者の特性

1) 人口・国保被保険者

【人口ピラミッド】

男性では40歳代前半が最も多く、次いで60歳代後半から70歳代前半の前期高齢者が多くなっています。女性では、60歳代後半から70歳代前半の前期高齢者が多く、次いで40歳代が多くなっています。

図表 6 人口ピラミッド

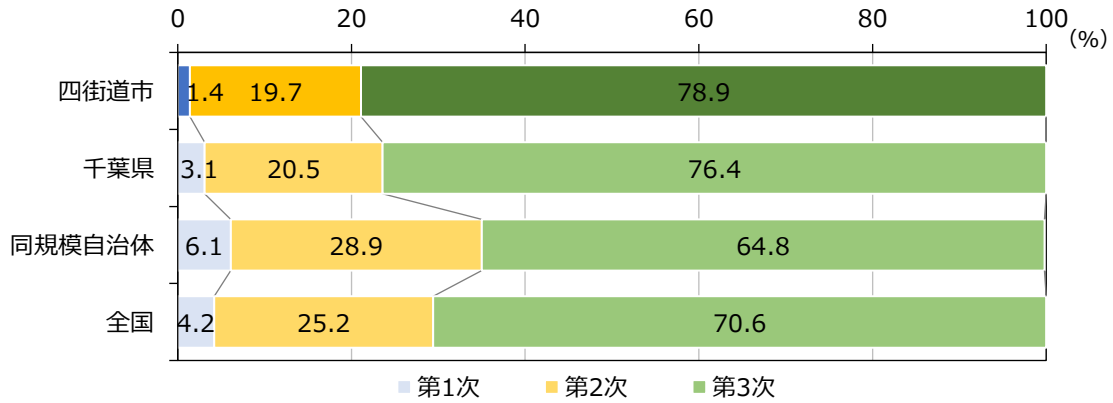


出典：平成 27 年国勢調査人口等基本集計（総務省統計局）

【産業構成率】

本市の産業構成率では、第1次産業は、1.4%となっており、千葉県・同規模自治体・全国と比べて低くなっています。また、第3次産業が78.9%と最も高くなっています。

図表 7 産業構成率（平成 25～28 年度）



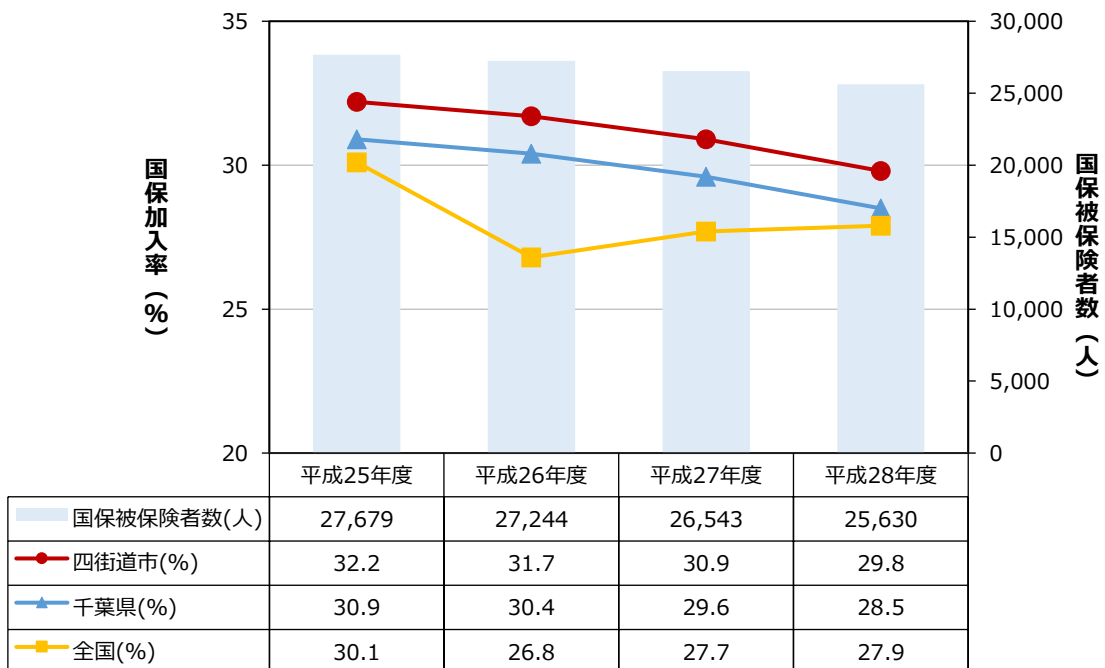
出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 25～28 年度）
（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

※同規模自治体で示されている数字は、人口 5～10 万人の市（自治体数 270）の合計から算出されたものです。

【国保被保険者の状況】

本市における国民健康保険加入率及び被保険者数は減少しています。

図表 8 国民健康保険加入者の推移（平成 25～28 年度）

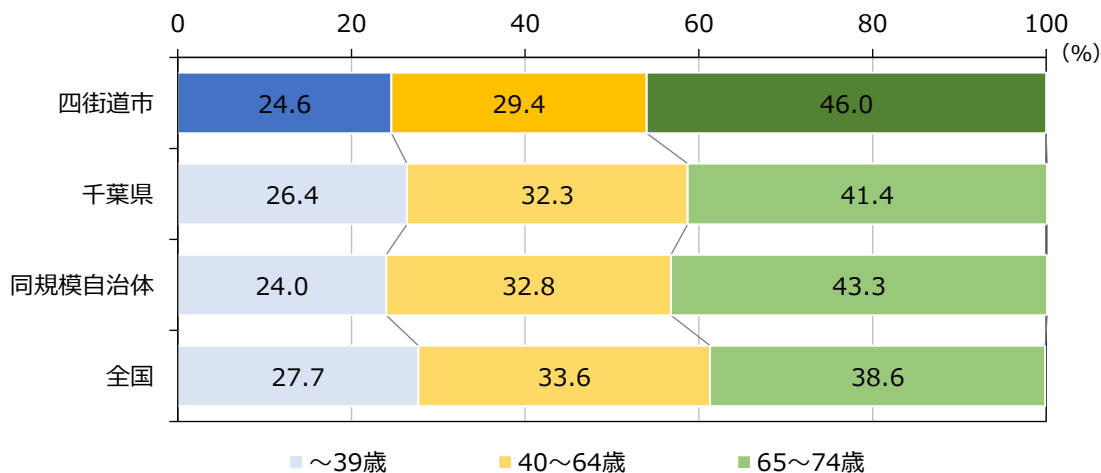


出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 25～28 年度）
（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

【国保被保険者の年齢構成】

本市における国民保被保険者の年齢構成は下記の通りです。千葉県・同規模自治体・全国と比較して、65～74歳の前期高齢者の割合が多く、46.0%となっています。

図表 9 国保被保険者の年齢構成（平成 28 年）



出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

【主要 6 疾患の死因割合】

本市における主要 6 疾患の死因割合は、千葉県・同規模自治体・全国と比較すると、がん・糖尿病・腎不全が高くなっています。これらの疾患は、生活習慣と密接に関連するため、国保被保険者一人ひとりの健康づくりへの取り組みが重要となります。

図表 10 主要 6 疾患の死因割合（平成 28 年）

全体死亡数（人）		四街道市	千葉県	同規模自治体※	全国
		470	32,991	422	741,510
死因割合（%）	がん	53.6	48.7	48.1	49.6
	心臓病	20.9	28.8	27.1	26.5
	脳疾患	13.6	14.3	16.5	15.4
	糖尿病	2.3	1.8	1.9	1.8
	腎不全	5.1	2.7	3.3	3.3
	自殺	4.5	3.7	3.1	3.3

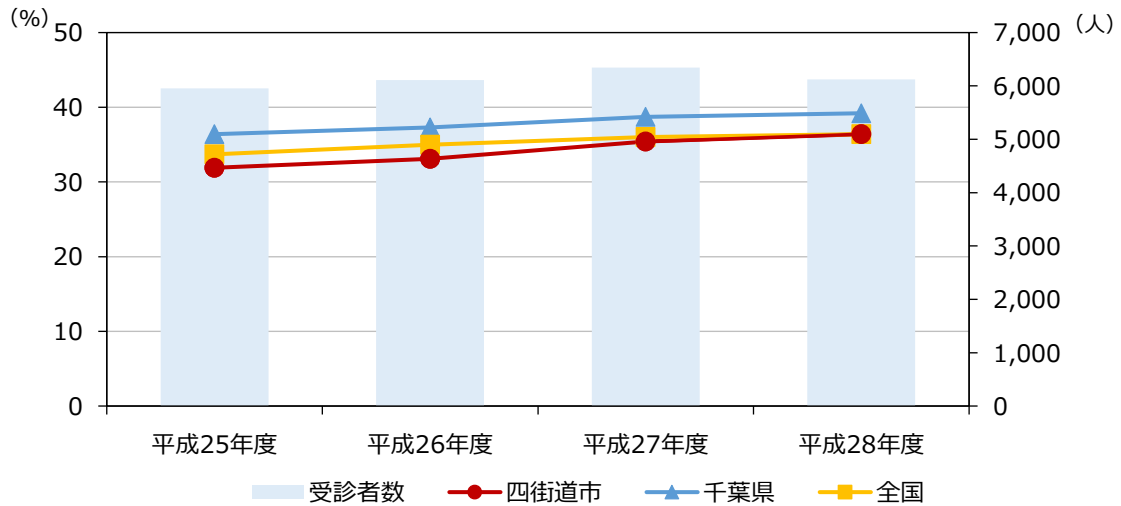
出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

※同規模自治体で示されている数字は、人口 5～10 万人の市（自治体数 270）の合計から算出されたものです。上記の同規模自治体の全体死亡数は平均人数を掲載しています（同規模自治体合計 113,995 人）。

2) 特定健診等の状況

特定健診受診率は、平成25年度から平成28年度までの4年間で4.5ポイント伸びています。また、平成28年度では36.4%となり、全国(36.4%)と並びましたが、千葉県(39.2%)よりは低くなっています。

図表 11 特定健診受診者数と受診率



出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 (抽出日：平成29年7月27日)

特定健診	四街道市			千葉県		
	受診者数 (人)	対象者数 (人)	受診率 (%)	受診者数 (人)	対象者数 (人)	受診率 (%)
平成25年度	5,956	18,655	31.9	432,320	1,186,602	36.4
平成26年度	6,112	18,464	33.1	437,734	1,173,832	37.3
平成27年度	6,342	17,925	35.4	440,376	1,138,514	38.7
平成28年度	6,123	16,840	36.4	421,128	1,074,119	39.2

特定健診	同規模自治体			全国		
	受診者数 (人)	対象者数 (人)	受診率 (%)	受診者数 (人)	対象者数 (人)	受診率 (%)
平成25年度	4,492	12,460	36.0	6,600,770	19,598,396	33.7
平成26年度	4,760	12,669	37.6	7,930,554	22,631,406	35.0
平成27年度	4,780	12,273	38.9	8,036,970	22,296,373	36.0
平成28年度	4,592	11,636	39.5	7,898,427	21,701,304	36.4

出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 (抽出日：平成29年7月27日)

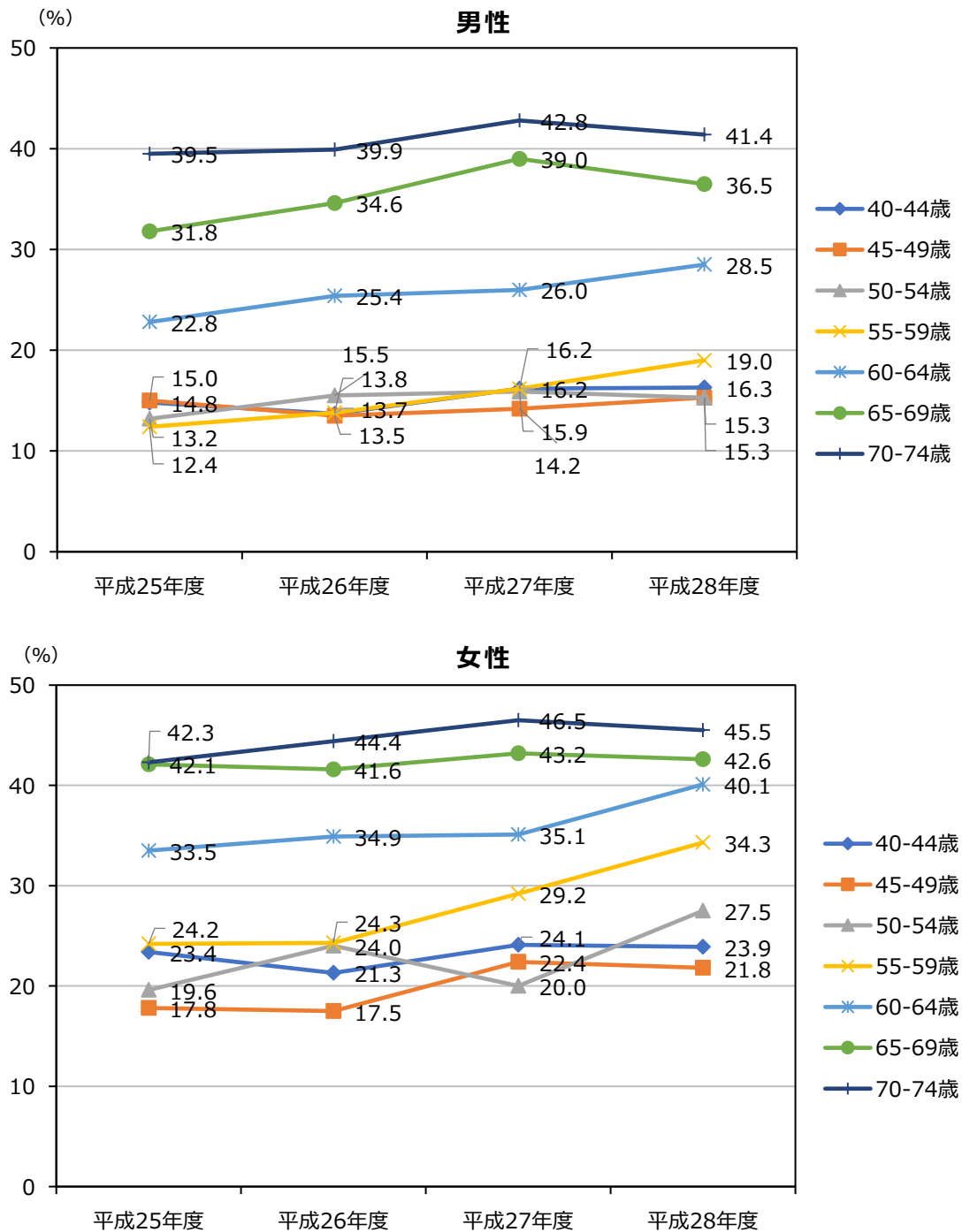
※同規模自治体で示されている数字は、人口5~10万人の市(自治体数 270)の合計から算出されたものです。

上記の同規模自治体の受診者数、対象者数は平均人数を掲載しています。

【性別・年齢階層別 特定健診受診率】

男女共に 60 歳以上の受診率が高くなっており、年代が上がるほど高く推移しています。男性は、65 歳以上の年代の受診率が低下傾向となっています。女性は、50 歳以上 64 歳未満の年代で、受診率が向上しています。

図表 12 性別・年齢階層別 特定健診受診率

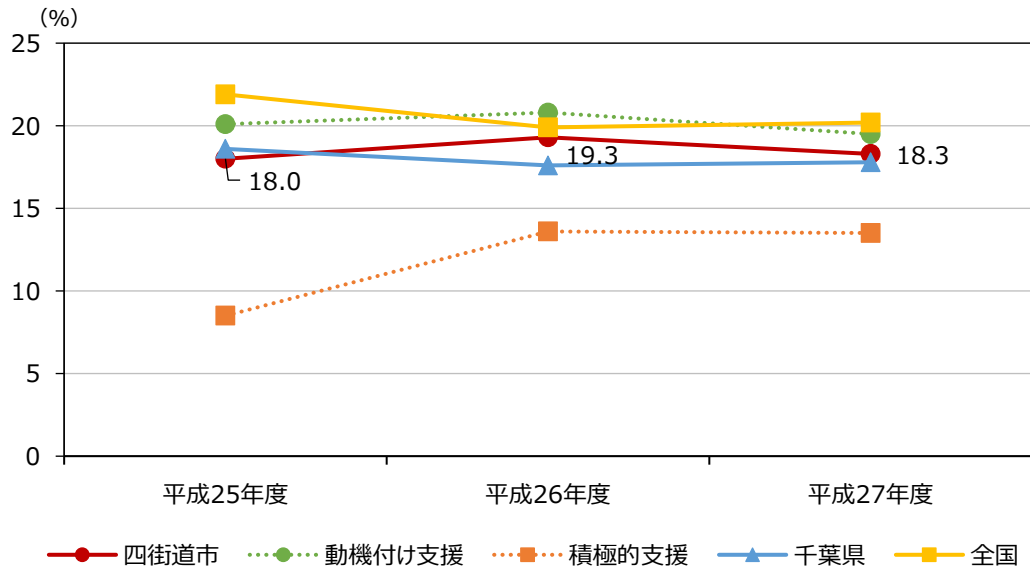


出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

【特定保健指導実施率】

特定保健指導実施率は、全国より低く、千葉県と同程度で推移しています。積極的支援^{*}の実施率は、平成 25 年度より上昇していますが、約 13%止まりとなっております。生活習慣病^{*}の予防および重症化予防のためには、実施率向上に向けて更なる対策が必要です。

図表 13 特定保健指導実施率



実施年度	特定保健指導実施率 (%)			
	四街道市	千葉県	同規模自治体	全国
平成 25 年度	18.0	18.6	26.8	21.9
平成 26 年度	19.3	17.6	26.7	19.9
平成 27 年度	18.3	17.8	28.3	20.2

出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

図表 14 動機付け支援および積極的支援実施率

実施年度	動機付け支援			積極的支援		
	対象者数 (人)	実施者数 (人)	実施率 (%)	対象者数 (人)	実施者数 (人)	実施率 (%)
平成 25 年度	571	115	20.1	130	11	8.5
平成 26 年度	548	114	20.8	140	19	13.6
平成 27 年度	601	117	19.5	141	19	13.5

出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

3. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1) 医療費の三要素

外来では、1日当たり医療費が千葉県や全国より高く、高額医療や症状が悪化してからの医療受診の可能性が疑われます。レセプト※1件当たり日数は、千葉県や全国より低いことから、通院頻度が低いことが予想されます。これらのことから、外来の1人当たりの医療点数が高くなっている原因として、受診時に症状が悪化している可能性があります。

入院では、1日当たり医療費、1件当たり日数、1人当たり件数の全てが、千葉県や全国より低くなっており、1人当たり医療点数も低くなっています。

図表 15 1日当たり医療費、1件当たり日数、1人当たり件数（平成28年度）

	外来			入院		
	四街道市	千葉県	全国	四街道市	千葉県	全国
1日当たり医療費（点数）	1,504	1,456	1,377	3,481	3,567	3,307
1件当たり日数・回数	1.4	1.5	1.6	14.9	15.2	16.0
1人当たり件数（受診率）	651.383	621.706	654.818	15.140	15.327	17.642
1人当たり医療点数	1,420	1,384	1,402	784	832	936

出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成29年7月27日）

（注）1人当たり医療点数は次ページ記載の通り1人当たり医療費×1件当たり日数・回数×1人当たり件数（受診率）で計算されます。上表の1人当たり医療点数は、各項目の四捨五入前の小数点以下まで含んだ数字で計算されているため、上表の数字で算出するとずれが生じます。



「1人当たり医療費」と「医療費の3要素」

1人当たり医療費は、ある特定の集団における医療費の水準を考える場合に用いられます。

1人当たり医療費は、**1日当たり医療費×1件当たり日数×1人当たり件数（受診率）**で算出されます。

この**1日当たり医療費、1件当たり日数、1人当たり件数（受診率）**を医療費の3要素といいます。

この3要素は、医療費のどこに問題が隠れているか、こういった状況にあるのかなどを把握するための目安として活用されています。

以下の表では、各要素の考え方や要因についてまとめました。どの要素（A～C）が、県と比べて高いか、低いかを分析することで、地域の医療費の課題やその要因、対策について考えることができます。

医療費の3要素

3要素	計算方法	考え方	影響する要因	対策（見直し点）
(A) 1日当たり医療費	医療費÷受診した日数	1日（回）の診療あるいは入院でかかる費用が高い。 （症状の程度）	高額医療、症状の長期化 検査、投薬等、高度医療の導入などの診療行為	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 疾病構造に基づく健康教育 ✓ 特定疾患の予防 ✓ 医療費適正化
(B) 1件当たり日数	受診した日数÷レセプト件数	入院の場合：入院期間が長い。 外来の場合：通院頻度が高い。 （症状の程度）	受診意識、症状の悪化 疾病の種類（慢性化）、受診動向（長期入院など）、診療行為	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 健診の充実（予防） ✓ 健康意識の高揚
(C) 1人当たり件数（受診率）	件数÷加入者数 ここでは、1000人当りに換算したもの（千人当たりの件数）	受診率が全国・県平均よりも高い場合：医療機関にかかる人の割合が高い。 受診率が増加している場合：医療機関にかかる人の割合が増加。 （健康度の悪化）	健康度の悪化 受診意識、健康に対する理解、交通の利便性、負担金、所得、医療機関数、医師数、病床数など	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 健康づくり ✓ 健康教育、相談 ✓ 健康意識の高揚

(A) × (B) × (C) = 1人当たり医療費（点数）

(A) × (B) = 1件当たり金額

(B) × (C) = 1人当たり日数

※レセプトとは、患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療報酬の明細書のことです。病院やクリニックでは診療報酬明細書、薬局での調剤は調剤報酬明細書ともいいます。

資料出典：

全国健康保険協会、資料「1人当たり医療費等の京都と全国と比較」

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/kyoto/migration/cat080/cat90-h20.pdf>（2017年11月28日アクセス）

東京薬劑健康保険組合、資料「医療費の3要素の分解図」

http://www.toyaku-kenpo.or.jp/member/info/statistics/files/01_2.pdf（2017年11月28日アクセス）

平成 28 年度のレセプト*から、本市の生活習慣病*の外来医療費点数が高い疾患は、狭心症と高尿酸血症であることがわかりました。生活習慣病*医療費の全体に占める割合は低い疾患ですが、千葉県、全国と比較して高いことから、今後の動向には留意する必要があります。

図表 16 1 保険者当たり生活習慣病の外来医療費（上位 10 項目）
（最大医療資源傷病名による分析 平成 28 年度）

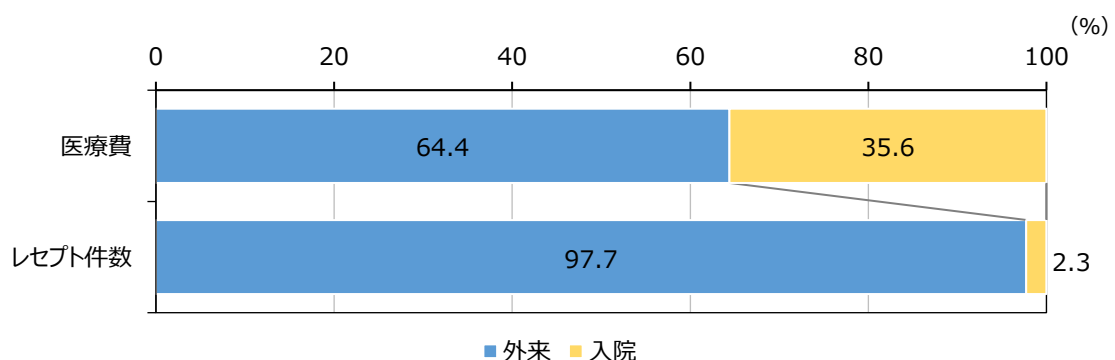
(円)

	四街道市	千葉県	全国
がん	4,118,3210	4,420,2860	2,633,1540
筋・骨格	3,957,8950	3,799,6460	2,313,1740
高血圧	2,968,4960	3,023,1130	1,969,3640
糖尿病	2,901,8890	3,324,2650	2,044,7330
精神	1,831,1820	2,130,1500	1,414,4600
脂質異常症	1,720,6370	1,787,8770	1,202,5480
狭心症	503,1530	395,7350	244,6540
脳梗塞	175,2070	238,0350	157,4600
脂肪肝	65,9310	64,7940	42,1350
高尿酸血症	59,1780	37,7350	22,4820

出典：KDB 帳票 40 医療費分析（1）細小分類（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

入院と外来の医療費では、外来の割合が高く、レセプト*件数でも外来の件数が圧倒的に多くなっています。

図表 17 入院外来での医療費と件数の割合（平成 28 年度）



出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

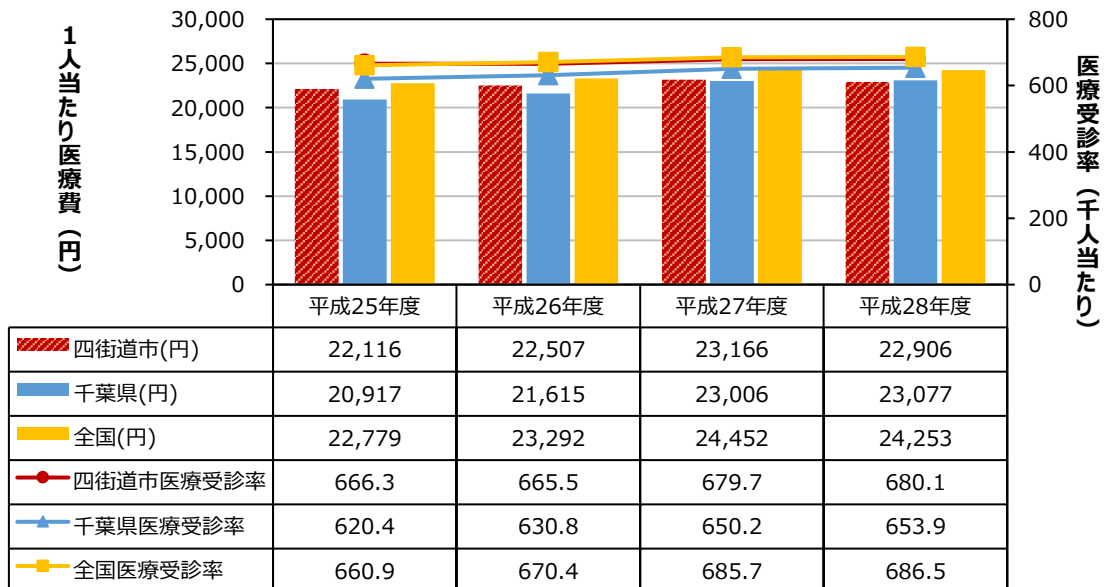
最大医療資源傷病名について

最大医療資源傷病名（医療資源を最も投入した傷病名）を用いた分析を行っています。

【1人当たり医療費・医療受診率の経年推移】

年度別の1人当たり医療費についてみると、平成25～27年では、本市は千葉県より高く、全国よりは低くなっており、平成28年では、千葉県や全国より低くなっています。医療受診率は、全国とほぼ同じ推移となっています。

図表 18 1人当たり医療費の経年推移（平成28年度）

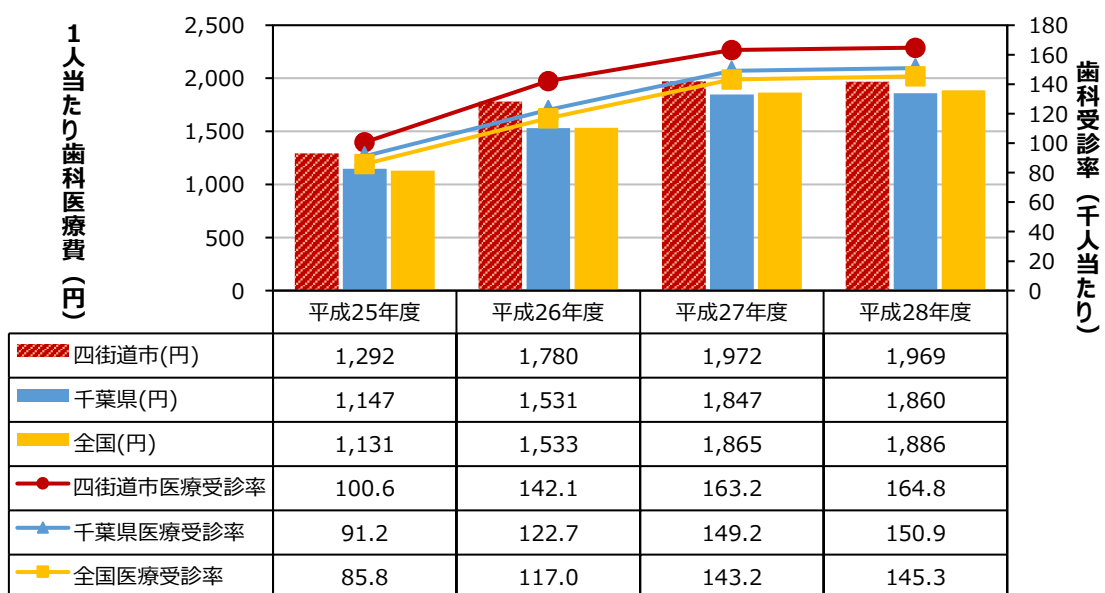


出典：KDB 帳票3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成29年7月27日）

【1人当たり歯科医療費・医療受診率の経年推移】

歯科医療費は、経年で千葉県や全国より高く推移しています。また、歯科受診率については、千葉県や全国より高く推移しています。

図表 19 1人当たり歯科医療費の経年推移（平成28年度）



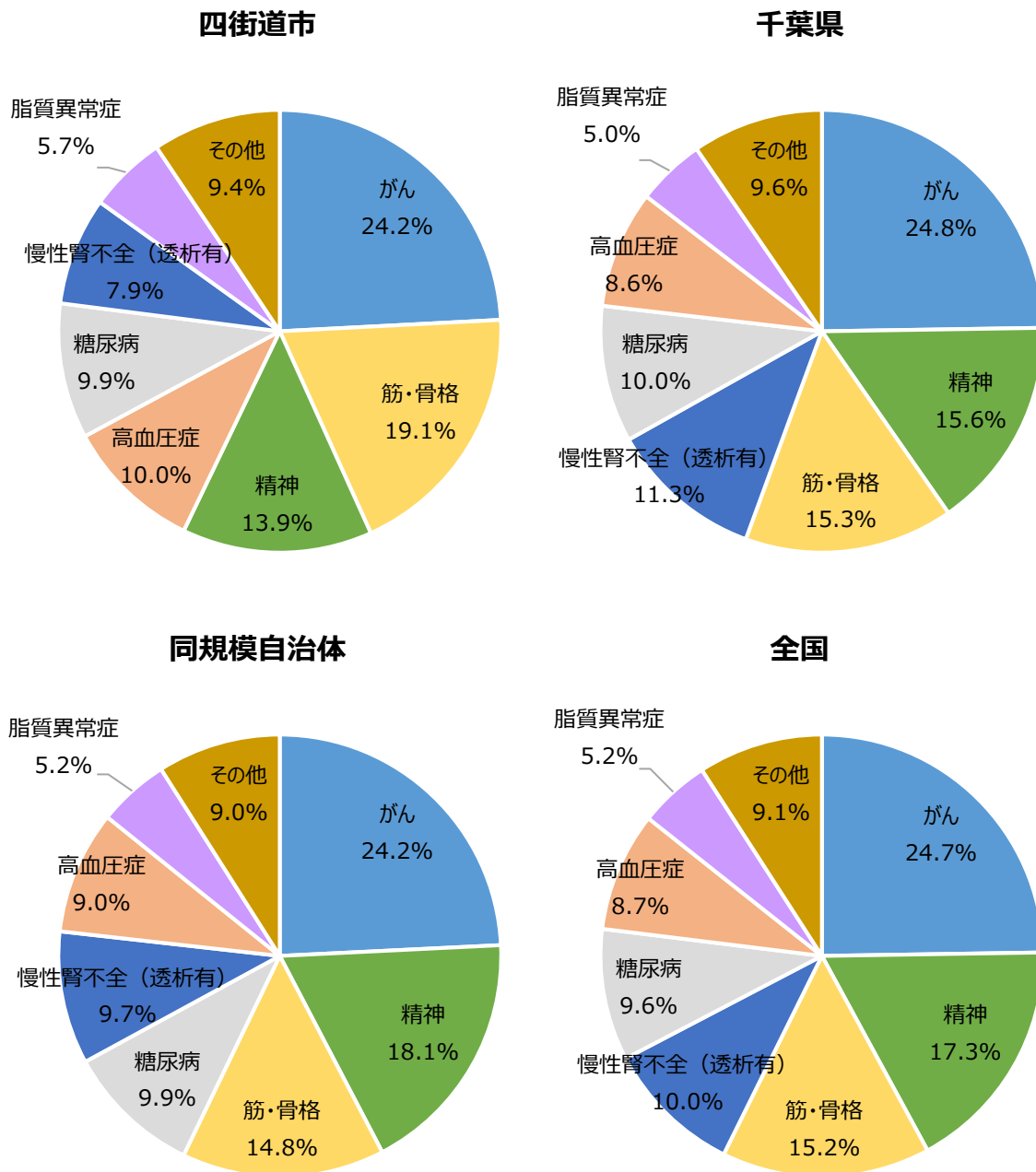
出典：KDB 帳票3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成29年7月27日）

2) 最大医療資源傷病名別 医療費の割合

本市では、千葉県・同規模自治体・全国と比較し、2位の「筋・骨格」と3位の「精神」が逆転しています。関節症等の筋・骨格系の傷病は運動不足等の生活習慣に起因することもあり、被保険者一人ひとりの健康づくりへの取り組みが重要となります。

また、生活習慣の改善により予防可能な高血圧、糖尿病、脂質異常症で、医療費の4分の1を占めています。

図表 20 最大医療資源傷病名別 医療費（調剤報酬を含む）の割合（平成 28 年度）



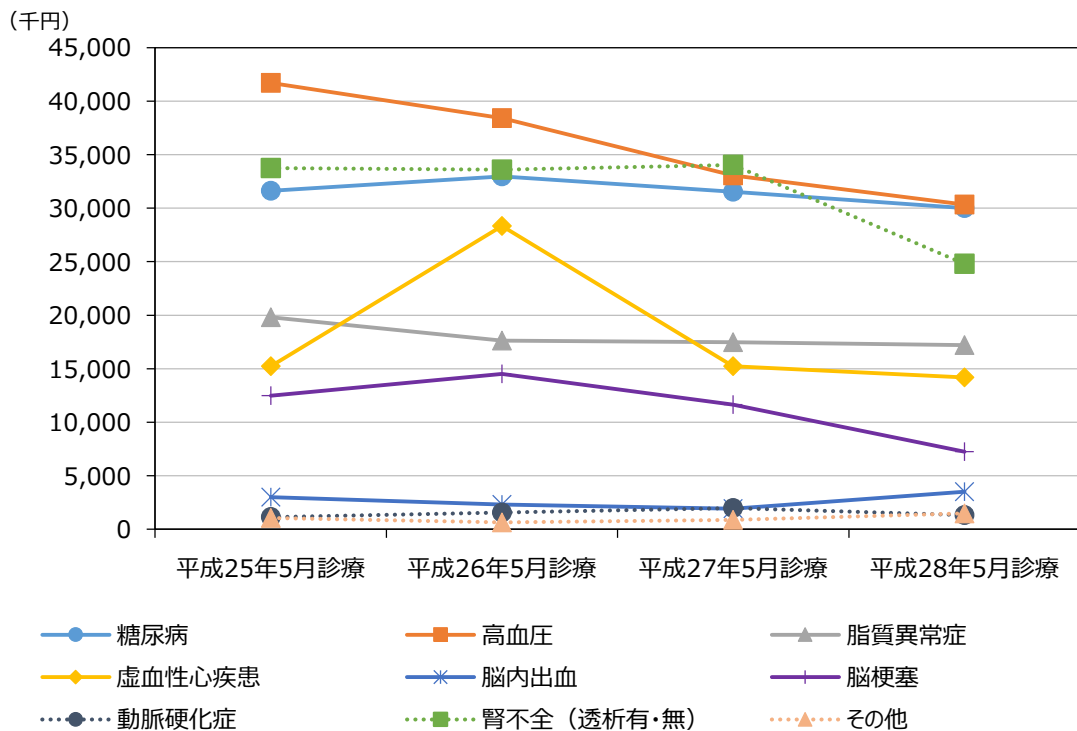
出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

3) 生活習慣病関連の状況

【生活習慣病関連の医療費】

平成 25～28 年の各年の 5 月診療分のレセプト*で生活習慣病**関連の医療費をみると、高血圧・腎不全・糖尿病によるものが高くなっています。経年でみると、高血圧・腎不全・脳梗塞の医療費は減少していますが、糖尿病はほぼ横ばい、脳内出血は増加傾向にあります。

図表 21 生活習慣病関連の医療費



(円)

	平成 25 年 5 月診療	平成 26 年 5 月診療	平成 27 年 5 月診療	平成 28 年 5 月診療
糖尿病	31,628,560	32,973,240	31,538,340	30,003,140
高血圧	41,703,140	38,403,980	33,058,990	30,339,950
脂質異常症	19,823,380	17,613,740	17,485,580	17,206,370
虚血性心疾患	15,238,290	28,348,490	15,227,190	14,196,010
脳内出血	2,992,850	2,302,080	1,915,670	3,498,270
脳梗塞	12,468,570	14,503,920	11,649,660	7,260,050
動脈硬化症	1,131,140	1,551,110	1,977,020	1,317,060
腎不全（透析有・無）	33,751,500	33,600,150	34,039,300	24,807,640

出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 平成 25～28 年 5 月診療分

(抽出日：平成 29 年 7 月 27 日)

【細小分類の傷病名による医療費の割合】

入院と外来を合わせた傷病名（細小分類）の医療費分析から、医療費に占める割合が多い順に 10 位までの状況を示します（最大医療費資源傷病名を用いた分析による）。その結果、1 位の糖尿病および 2 位の高血圧症で 1 割強を占めていました。また、慢性腎不全（透析有）が 3 位で 4.3%を占めています。これらのことから、糖尿病の重症化予防、特に糖尿病性腎症の人工透析への移行を防ぐためにも、高血圧症を減らし、糖尿病性腎症等の糖尿病合併症を防ぐ取り組みが必要であると考えられます。

図表 22 細小分類の傷病名の医療費割合（平成 28 年度）

順位	疾患名	入院+外来の 医療費に占める割合 (%)
1 位	糖尿病	5.5
2 位	高血圧症	5.4
3 位	慢性腎不全（透析有）	4.3
4 位	統合失調症	4.1
5 位	関節疾患	3.8
6 位	脂質異常症	3.0
7 位	不整脈	2.7
8 位	骨折	2.3
9 位	狭心症	2.2
10 位	C 型肝炎	2.2

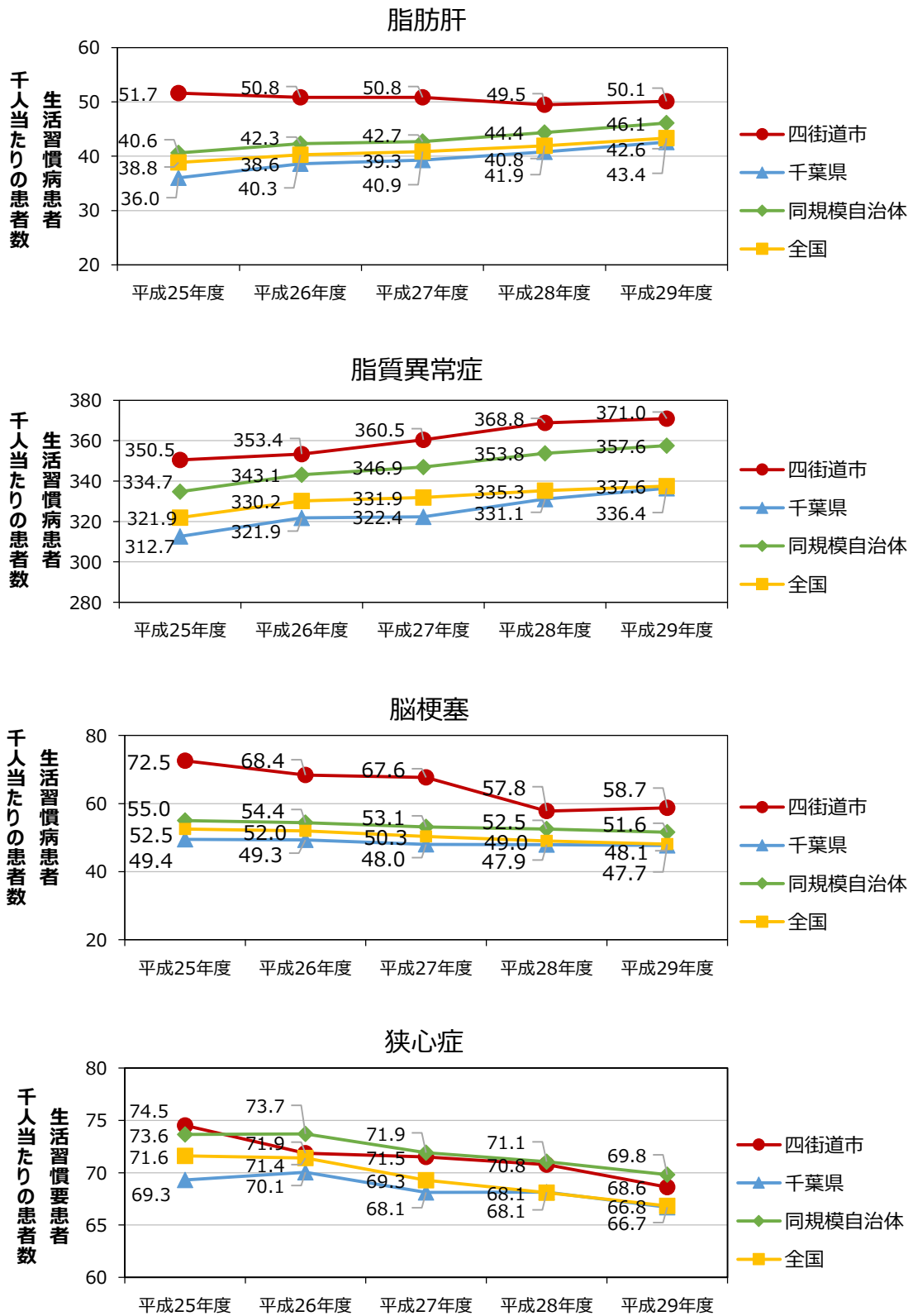
出典：KDB 帳票 41 医療費分析（2）大、中、細小分類 平成 28 年 5 月診療分
（抽出日：平成 29 年 8 月 9 日）

【生活習慣病患者の状況】

本市における平成 25～29 年度の生活習慣病*患者千人当たりの脂肪肝、脂質異常症、脳梗塞の患者数の割合は、千葉県・同規模自治体・全国に比べて高くなっています。脂肪肝、脂質異常症は、糖尿病の合併症（腎症、網膜症等）の悪化の原因となる等、生活習慣病*の悪化をもたらします。また、脳梗塞の発症は、要介護状態となる可能性があるため、対象となる国保被保険者の保健指導を徹底する等、早期からの対策が必要です。



図表 23 生活習慣病患者における主な疾患の割合（患者千人対）

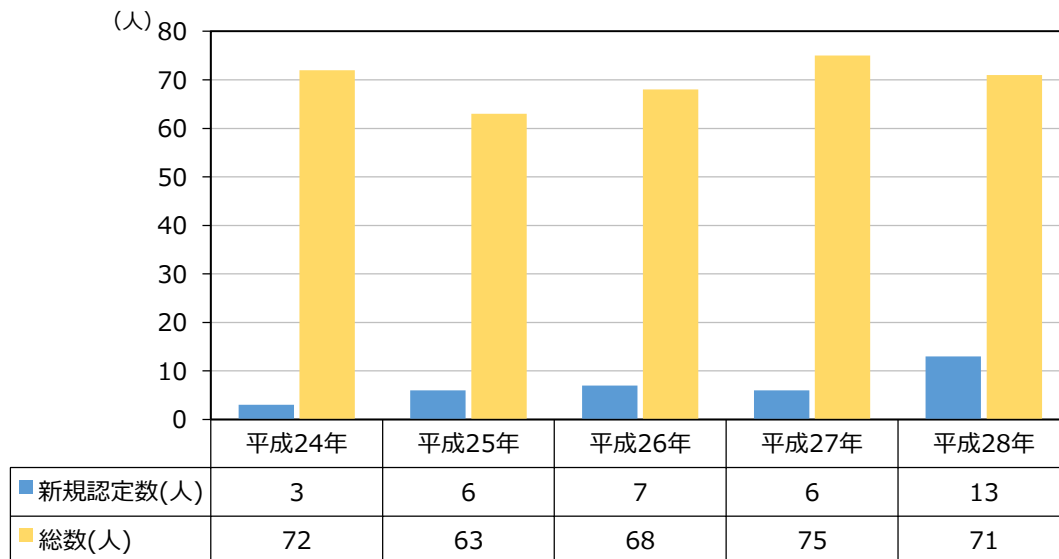


出典：KDB 帳票 40 医療費分析（1）細小分類（平成 29 年 8 月 3 日）

4) 新規の人工透析患者の状況

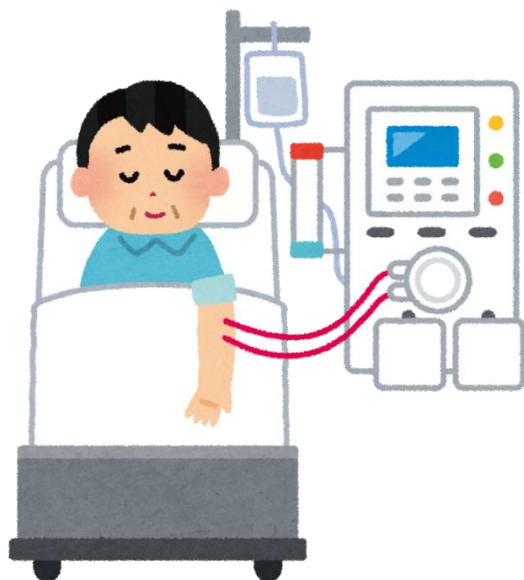
本市における新規人工透析患者数（特定疾病認定者の内、慢性腎不全によるもの的人数）を示します。新規の人工透析患者数は、年々増加しています。

図表 24 新規人工透析患者数（特定疾病認定者の内、慢性腎不全によるもの的人数）



出典：四街道市データ

※ 新規認定数は、四街道市国民健康保険前の医療保険から継続して認定されている者を除きます。慢性腎不全になって後期高齢者医療保険に移行したり、死亡したり、市外へ転出したりして資格喪失した者がいる関係で総数は合いません。

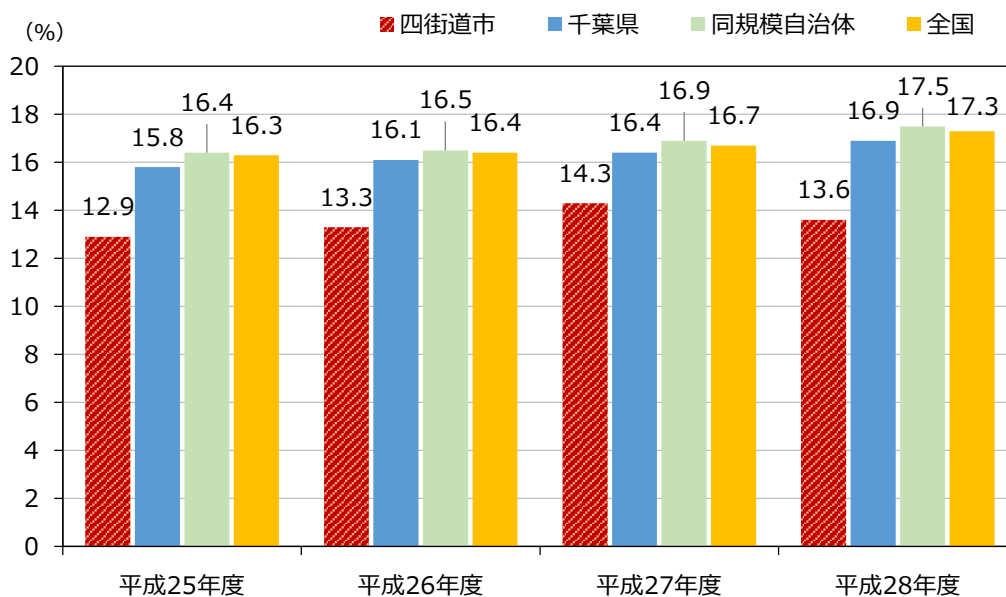


5) メタボリックシンドロームの状況

【特定健診受診者におけるメタボ基準値の該当状況】

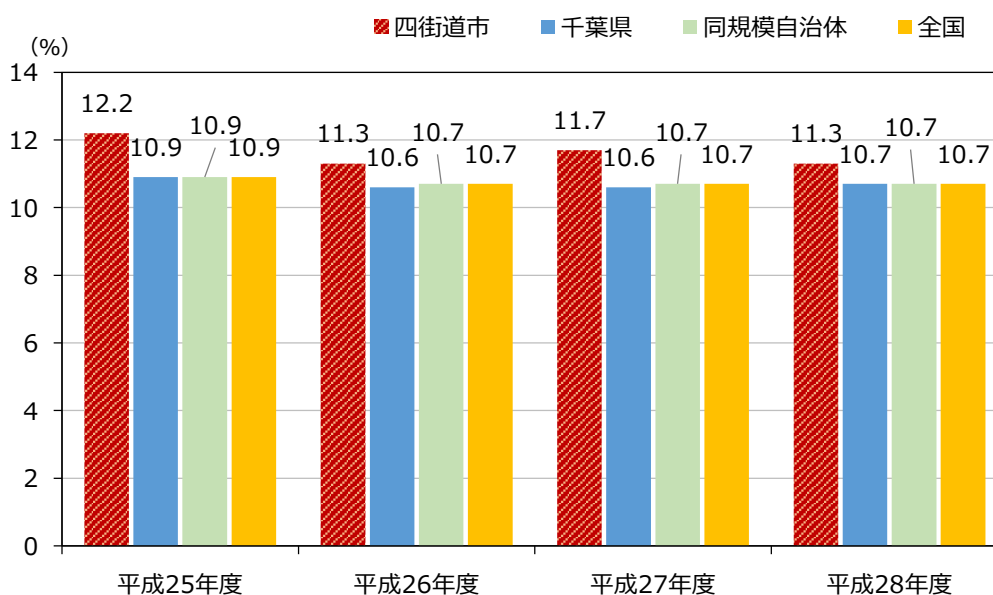
メタボリックシンドローム*該当者（基準値等は p.26）の割合は、千葉県・同規模自治体・全国と比較し、全ての年度で低くなっています。一方、メタボリックシンドローム*予備群該当者は多く、このまま放置するとメタボリックシンドローム*該当者が増加すると考えられるため、予防の対策が重要となります。

図表 25 メタボリックシンドローム該当者の割合の推移



出典：KDB 帳票3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

図表 26 メタボリックシンドローム予備群該当者の割合の推移

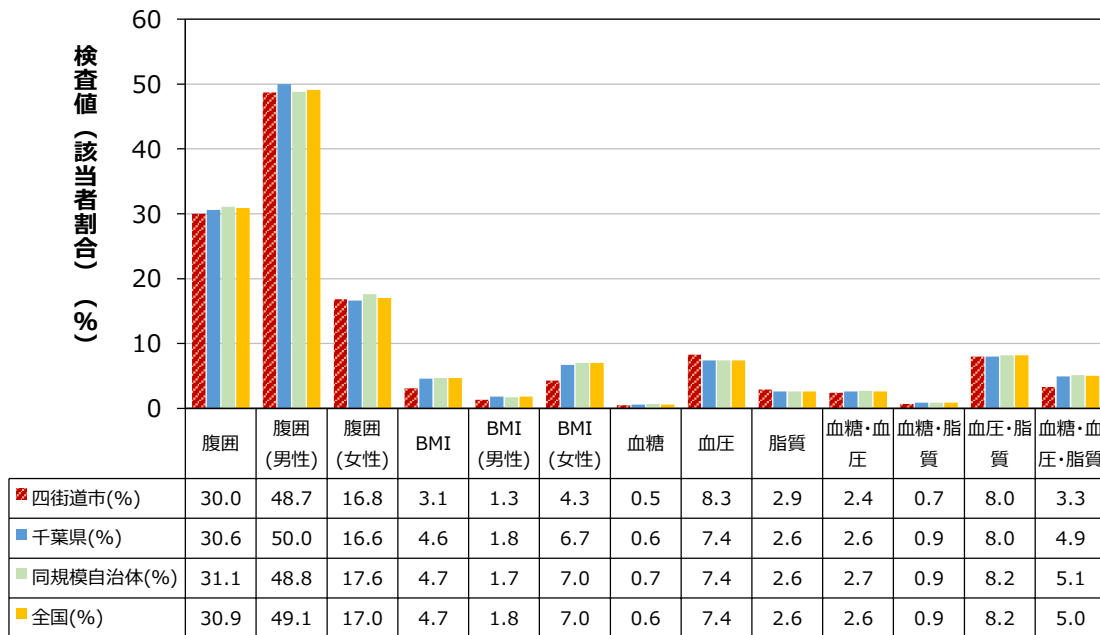


出典：KDB 帳票3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

【腹囲・BMI・血糖・血圧・脂質該当者の状況】

千葉県・同規模自治体・全国と比較して、腹囲の該当者割合は同程度ですが、BMI（下記参照）の該当者割合は低くなっています。また、血糖の該当者割合は低くなっていますが、血圧と脂質の該当者割合は高くなっています。

図表 27 腹囲・BMI・血糖・血圧・脂質該当者割合（平成 28 年度）



出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

※BMI (Body Mass Index)

肥満や低体重（やせ）の判定に用い、下記の計算式で算出します。日本肥満学会の定めた基準では、18.5 未満が「低体重（やせ）」、18.5 以上 25 未満が「普通体重」、25 以上が「肥満」となります。

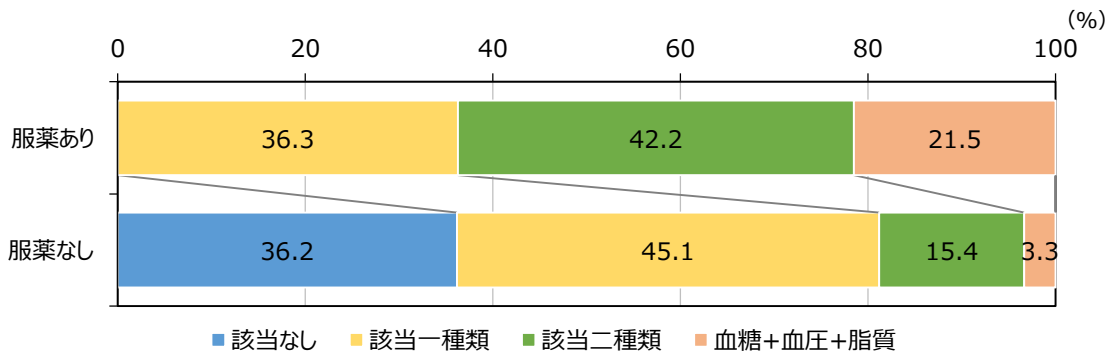
$$\langle \text{計算式} \rangle \quad \text{BMI} = [\text{体重 (kg)}] \div [\text{身長 (m) の 2 乗}]$$

【服薬の有無とメタボ基準値の該当状況】

特定健診受診者について、服薬の有無別に血糖、血圧、脂質の 3 つの検査値がメタボ*基準値に該当しているかどうかを検討しました。服薬をしているにも関わらず、21.5%が血糖、血圧、脂質の 3 種類ともメタボ*基準値に該当していました。2 種類に該当しているのは 42.2%、1 種類に該当しているのは 36.3%でした。何らかの治療をしているにも関わらず、生活習慣病*の発症に関わる血糖、血圧、脂質の良好なコントロールが得られていない人がいると考えられます。

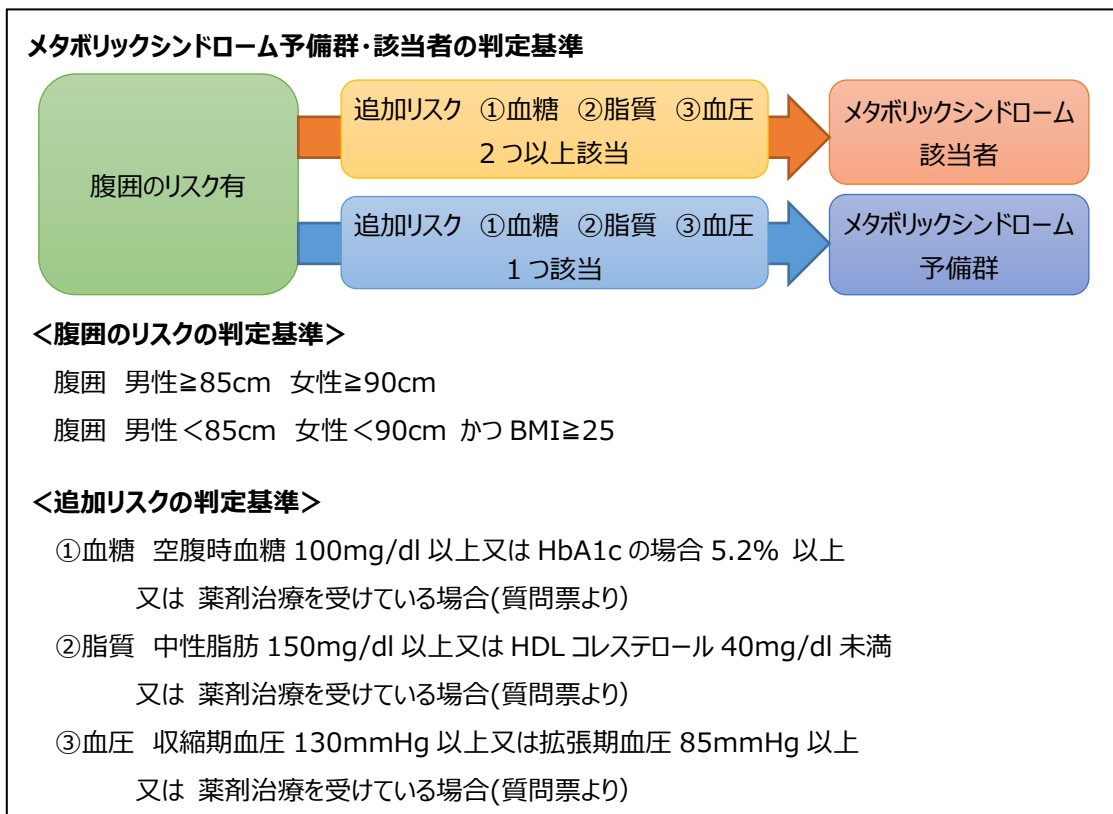
また、服薬なしの人でも、メタボ*該当となっている検査値が 1 種類ある人が 45.1%、2 種類では 15.4%、3 種類が 3.3%となっており、治療が必要にも関わらず、未治療となっている人がいる可能性が示唆されました。

図表 28 服薬の有無と健診結果メタボ基準値該当率（平成 28 年度）



	服薬あり		服薬なし	
該当なし	0	0.0%	1,286	36.2%
該当一種類	897	36.3%	1,602	45.1%
該当二種類	1,044	42.2%	549	15.4%
血糖+血圧+脂質	531	21.5%	119	3.3%
合計	2,472	100.0%	3,556	100.0%

出典：KDB 帳票 54（抽出日：平成 29 年 8 月 3 日）



6) 生活習慣について

生活習慣等の特定健診の結果について、千葉県や全国と比較して全ての項目で千葉県や全国より良い結果となっています(図表 29)。また、千葉県や全国と比べて生活習慣の改善意欲は高く、既に改善に取り組んでいる人が約半数いるということが示されました(図表 30)。

図表 29 生活習慣

質問票調査	喫煙			睡眠不足			20歳時体重から10kg以上増加			1年間で体重増減3kg以上		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	663	6,031	11.0	1,337	6,016	22.2	1,683	6,027	27.9	1,010	6,026	16.8
千葉県	46,692	355,222	13.1	63,685	270,414	23.6	87,173	272,337	32.0	49,088	272,920	18.0
全国	1,048,171	7,360,946	14.2	1,584,002	6,324,804	25.0	2,047,756	6,386,075	32.1	1,234,462	6,341,975	19.5

質問票調査	1回30分以上の運動習慣なし			1日1時間以上運動なし			歩行速度遅い		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	2,839	6,025	47.1	2,644	6,023	43.9	2,791	6,016	46.4
千葉県	149,819	272,649	54.9	116,475	272,537	42.7	126,375	271,763	46.5
全国	3,761,302	6,402,263	58.7	2,991,854	6,383,172	46.9	3,178,697	6,302,169	50.4

質問票調査	食べる速度が速い			食べる速度が普通			食べる速度が遅い		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	1,326	6,025	22.0	4,240	6,025	70.4	459	6,025	7.6
千葉県	67,074	271,017	24.7	184,034	271,017	67.9	19,909	271,017	7.3
全国	1,636,988	6,315,062	25.9	4,152,661	6,315,062	65.8	525,413	6,315,062	8.3

質問票調査	週3回以上就寝前夕食			週3回以上夕食後間食			週3回以上朝食を抜く		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	640	6,029	10.6	420	6,027	7.0	397	6,027	6.6
千葉県	43,262	272,663	15.9	25,823	272,670	9.5	22,834	272,393	8.4
全国	983,474	6,368,628	15.4	743,581	6,325,456	11.8	540,374	6,332,940	8.5

質問票調査	毎日飲酒			時々飲酒			飲まない		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	1,423	6,026	23.6	1,254	6,026	20.8	3,349	6,026	55.6
千葉県	66,218	280,129	23.6	63,796	280,129	22.8	150,115	280,129	53.6
全国	1,760,104	6,882,879	25.6	1,514,321	6,882,879	22.0	3,608,454	6,882,879	52.4

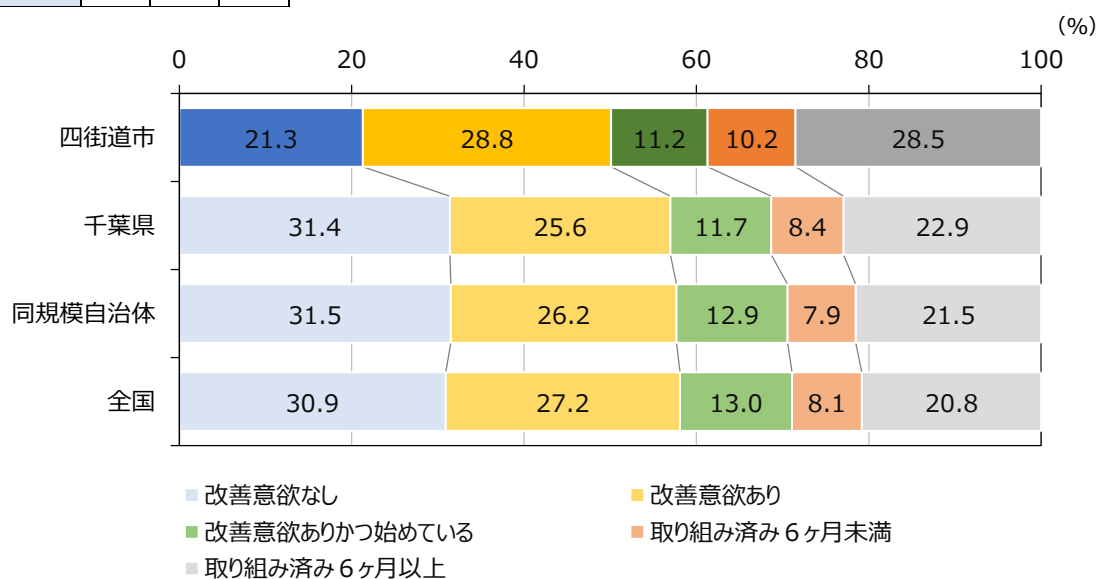
質問票調査	1合未満			1～2合			2～3合			3合以上		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	3,241	4,560	71.1	941	4,560	20.6	299	4,560	6.6	79	4,560	1.7
千葉県	137,358	207,836	66.1	48,657	207,836	23.4	17,356	207,836	8.4	4,465	207,836	2.1
全国	3,118,433	4,862,144	64.1	1,158,318	4,862,144	23.8	452,785	4,862,144	9.3	132,608	4,862,144	2.7

出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

図表 30 質問票調査項目「生活改善意欲」について（平成 28 年度）

質問票調査	改善意欲なし			改善意欲あり			改善意欲ありかつ始めている			取り組み済み 6ヶ月未満			取り組み済み 6ヶ月以上		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	1,282	6,009	21.3	1,728	6,009	28.8	673	6,009	11.2	614	6,009	10.2	1,712	6,009	28.5
千葉県	84,114	268,254	31.4	68,703	268,254	25.6	31,499	268,254	11.7	22,629	268,254	8.4	61,309	268,254	22.9
全国	1,958,854	6,343,065	30.9	1,722,921	6,343,065	27.2	826,695	6,343,065	13.0	512,078	6,343,065	8.1	1,322,517	6,343,065	20.8

質問票調査	保健指導利用しない		
	有所見者数	回答者総数	有所見者割合(%)
四街道市	3,093	6,006	51.5
千葉県	165,513	290,156	57.0
全国	3,809,328	6,411,394	59.4



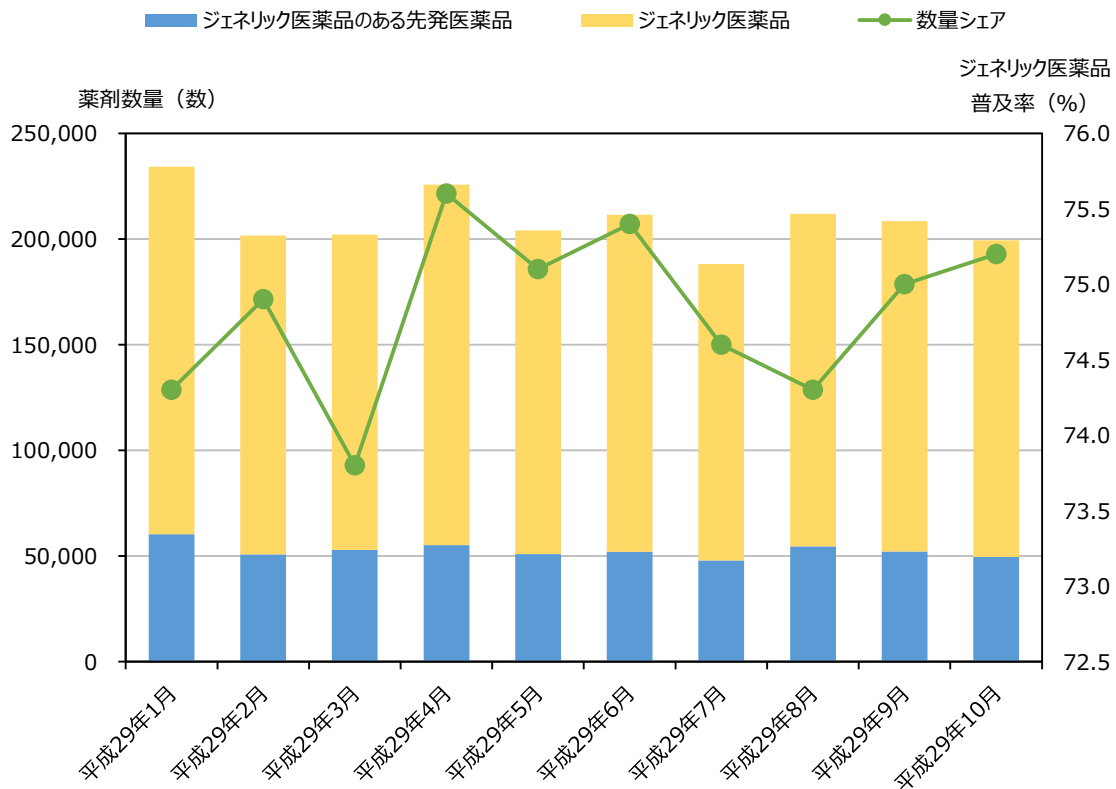
出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

7) 薬剤処方に関する分析

【ジェネリック医薬品（下記参照）の利用状況】

本市では、ジェネリック医薬品の普及を促進する保健事業を実施しており、平成29年のデータでは普及率は毎月75%前後で推移しています。

図表 31 ジェネリック医薬品の普及率



出典：四街道市データ



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。ジェネリック医薬品を希望される場合には、医師・薬剤師にご相談ください。

【重複処方者の状況】

平成 29 年 3～6 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 32 重複処方者の状況

重複月数	人数	%
1ヶ月	329	84.6
2ヶ月	46	11.8
3ヶ月	6	1.5
4ヶ月	8	2.1
合計	389	100.0

出典：四街道市データ

【重複処方の内容】

4 か月間のうち、3 か月以上重複していた方のほとんどが湿布等の重複でした。医療費の浪費を防ぐためには、処方確認等の働きかけが必要であると考えられます。複数の薬効別分類での重複処方がみられた 1 名については、処方に問題がないか、専門職の確認が必要です。

① 重複処方 4 ヶ月

処方内容	人数
「264:鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤」のみ	6 名
「264:鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤」「131:眼科用剤」	1 名
「264:鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤」「112:睡眠鎮静剤、抗不安剤」 「117:精神神経用剤」「233:健胃消化剤」等	1 名

② 重複処方 3 ヶ月

処方内容	人数
「264:鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤」のみ	4 名
「131:眼科用剤」のみ	1 名
「264:鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤」「333:血液凝固阻止剤」	1 名

出典：四街道市データ

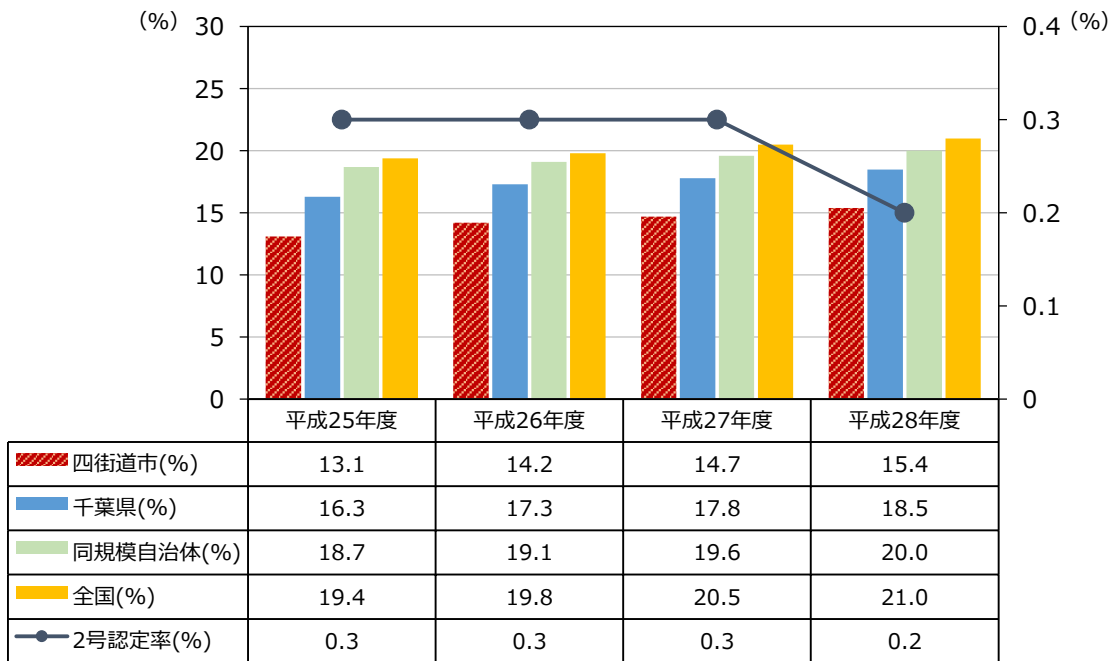
4. 要介護認定者・後期高齢者に関する状況に係る分析

本市では、65歳以上の被保険者が、被保険者全体の46.0%（平成28年度・P11 図表9再掲）を占めていることから、要介護認定者や後期高齢者の状況から健康課題を示します。

1) 要介護認定の状況

要介護認定者の割合は、千葉県・同規模自治体・全国と比較し少ないですが、微増の傾向にあります。介護給付費についても、千葉県・同規模自治体・全国と比較し低額で推移しています。

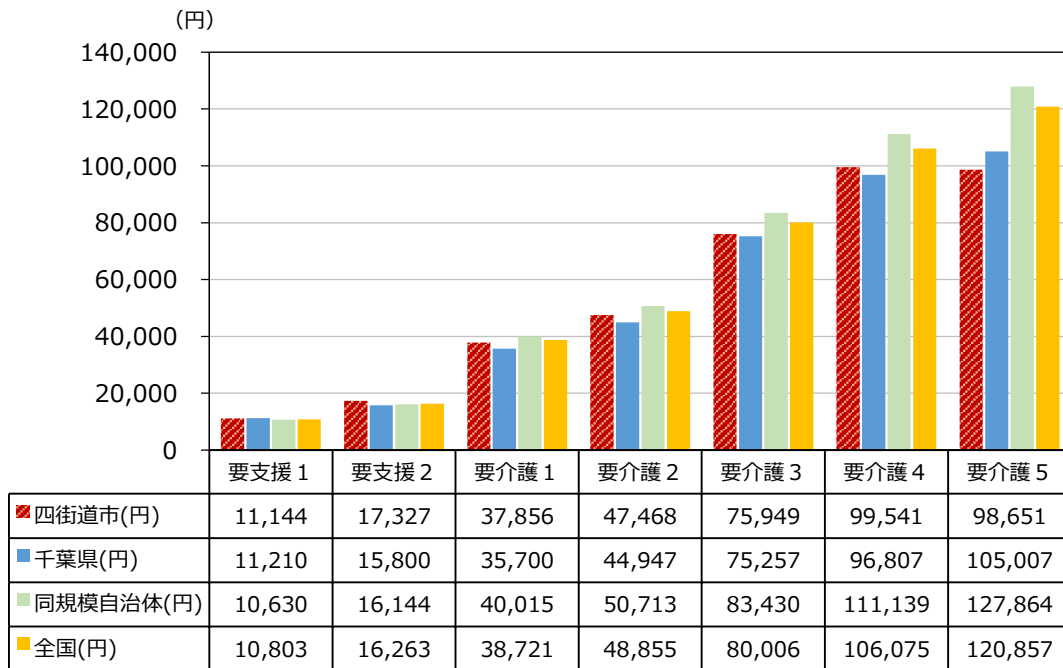
図表 33 要介護（支援）認定者割合の推移（平成25～28年度）



出典：KDB 帳票1 地域の全体像の把握（抽出日：平成29年7月27日）



図表 34 介護レセプト1件当たり介護給付費の状況（平成28年度）

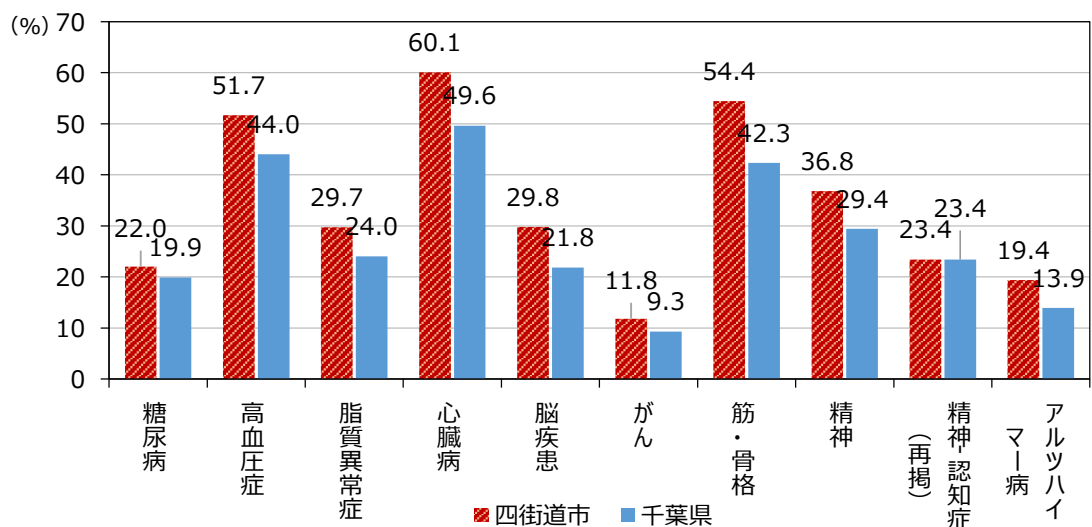


出典：KDB 帳票1 地域の全体像の把握（抽出日：平成29年7月27日）

2) 要介護認定者の有病状況

千葉県と比較すると、高血圧症、脂質異常症、心臓病、脳疾患、筋・骨格系、精神、アルツハイマー病の有病者割合が多くなっています。高血圧症、脂質異常症、筋・骨格系の疾患は、若年期からの健康的な生活習慣を身につけることで予防できる可能性があります。また、脳疾患やアルツハイマー病は、糖尿病等の生活習慣病*罹患者は発症し易いことが示されており、このことから生活習慣病*予防は重要となります。

図表 35 要介護（支援）認定者の有病者の割合：本市と千葉県（平成28年度）

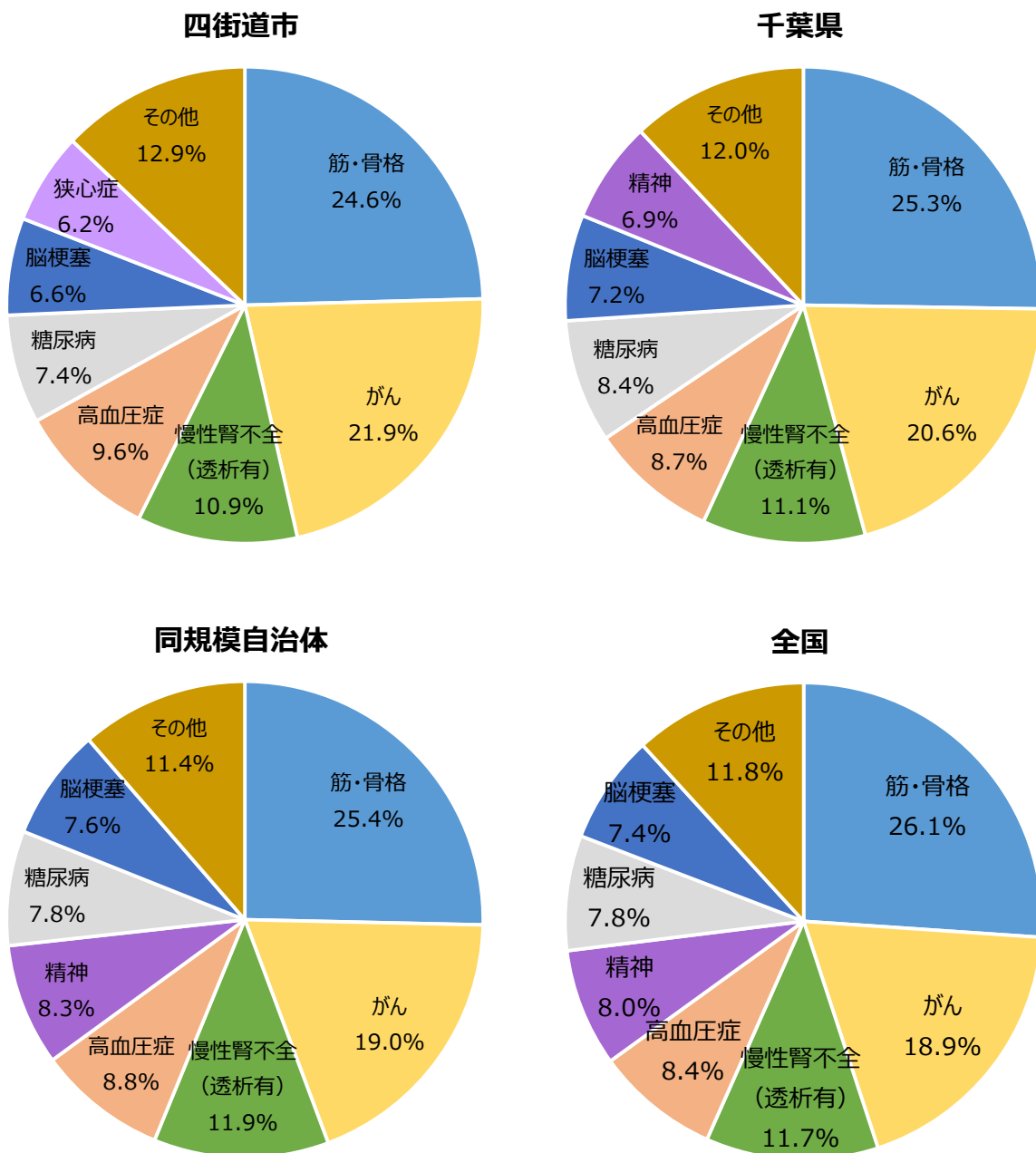


出典：KDB 帳票1 地域の全体像の把握（抽出日：平成29年7月27日）

3) 後期高齢者の医療費の状況

最大医療資源傷病名による後期高齢者の医療費の分析では、本市・千葉県・同規模自治体・全国ともに、筋・骨格系の疾患が一番多くの医療費を占めています。本市では、狭心症、がん、高血圧症が千葉県より医療費に占める割合が多くなっています。狭心症や高血圧症を予防するためにも、若年期から、健康的な生活習慣を身につけることが求められます。

図表 36 後期高齢者の最大医療資源傷病名による医療費（調剤報酬を含む）の割合
(平成 28 年度)



出典：KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

5. 健康課題のまとめ

1) 特定健診受診率、特定保健指導実施率について

本市の平成 28 年度の特定健診受診率は 36.4%となっています。また、平成 27 年度の特定保健指導実施率は 18.3%となっています。いずれも全国の目標値である 60%には達していません。

特定健診は、特に 40～50 歳代の男性、40～50 歳代前半の女性の受診率が低くなっています。特定健診の受診率を上げ、多くの人が早期に自分の健康状態をチェックし、生活習慣病※を早期に発見し、治療を行うことが重要です。また、本市では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ることから、特定健診の広報等を通じて、健康習慣についての働きかけを広く市民にすることが必要です。また、インセンティブ制度※を活用した取り組みも有効であると考えられます。

特定保健指導においては、生活習慣病※発症のリスクがより高い対象者への積極的支援※の実施率が低くなっています。多くの人が生活習慣改善に取り組み、生活習慣病※発症のリスクを減らすことによって、結果的に医療費を抑えることになります。

生活習慣病※患者の中では、脳梗塞を併発している人が多くなっています。脳梗塞の発症を予防するためにも、特定保健指導を通じて、高血圧、高血糖、脂質異常を改善するための取り組みが必要です。

2) 重症化の予防について

最大医療資源傷病名による分析から、本市では生活習慣病※が全体の 4 割を占めています。千葉県や全国に比べて、筋・骨格系の疾患の割合が高いこと、メタボ※予備群が多いこと、生活習慣病※患者における脂質異常症、脂肪肝の割合が多いことから、食生活、運動、飲酒などの生活習慣の見直しが必要です。特に脂質異常症は、糖尿病の合併症（腎症、網膜症等）発症等のリスクの 1 つとなり、今後は糖尿病の重症化が懸念されます。

また、医療費に占める割合の上位 3 つが糖尿病、高血圧症、慢性腎不全（透析有）であること、人工透析の新規の患者が年々増えていることから、今後は糖尿病重症化予防の取り組みを進める必要があります。

3) 適正な受療および服薬について

本市では通知等の取り組みにより、ジェネリック医薬品の利用は 75%と進んでおります。

重複処方、医療費の無駄遣いとなるだけではなく、重大な健康被害をもたらす可能性があります。今後は、薬剤処方適正化に向けた地域の体制づくりと、市民へのかかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師制度の啓発活動とともに、重複処方者への介入が必要です。また、適切な受療を促進することも重要です。

第3章 第2期 四街道市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）

1. 本計画で目指すもの

本計画の目的は、被保険者の健康課題の解決のための保健事業を計画することで、予防可能な生活習慣病*の罹患や死亡を減らし、健康寿命の延伸、医療費の適正化を促進することです。

本市においては、まずは健診受診者を増やし、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および悪化を防ぐことにより、健康寿命の延伸を目指します。

2. 市民の健康向上と医療費の抑制

本市においては、特に前期高齢者率が千葉県・同規模自治体・全国と比べて高く、今後は後期高齢者率の増加が見込まれるため、1人当たりの医療費の増加が予想されます。一般的に、年齢が高くなるにつれ血圧や血糖値の上昇が起こることから、後期高齢者の増加と共に生活習慣病*の受療者が増加し、医療費は増加すると考えられます。

生活習慣病*は、未治療の状態が長期に及ぶことで重症化し、健康度を著しく悪化させます。生活習慣病*の重症化は、要介護状態となる大きな原因となっており、重症化予防は健康寿命の延伸にもつながります。そして、生活習慣病*の重症化による人工透析や脳梗塞等は、医療費へ大きく影響します。

今後、本市における医療費の上昇を防ぐためには、市民一人ひとりが健康づくりに取り組み、生活習慣病*を早期に発見し、生活習慣を見直したり、早期受療による重症化予防が重要となります。そのためには、特定健診の受診率を向上させて、生活習慣病*の早期発見、早期受療者を増やすことが必要となります。新規受療者が増加した場合、一時的な外来件数・医療費の増加が予想されますが、将来的な医療費の抑制につながります。

3. 取り組むべき健康課題

本計画では、中長期的な目標を前章第5項でまとめられた健康課題のうち、第1期データヘルス*計画でも優先課題として取り上げた「特定健診受診率の向上」、「糖尿病重症化の予防」に、「適正な受療・服薬の促進」を加えた3つの健康課題に取り組むこととします。そして、課題解決に向けての目標を設定しました。この目標値は年度ごとに見直していきます。

優先課題 1：特定健診受診率の向上

生活習慣病*は自覚症状がなく、進行して初めて自覚症状が出る疾患であるため、まずは健診の機会を提供し、一人ひとりの状態に応じた保健指導を実施することが必要です。そして、市民自らが特定健診を受診し、自身の健康状態を把握することにより、生活習慣病*の発症予防・重症化予防につなげることが大切です。

【課題解決のための取り組み】

- 特定健診受診率の向上に取り組みます。
- インセンティブの活用等、効果的な方法を計画していきます。

優先課題 2：糖尿病の重症化予防

我が国において、平成 23 年より透析患者における糖尿病性腎症の割合が一番多くなっており、その割合は増加し続けています（平成 28 年 日本透析医学会資料より）。本市においても、新規人工透析患者を減らすために、糖尿病の重症化予防に取り組むことが必要です。

【課題解決のための取り組み】

- 特定健診の結果、高血糖の者で医療未受診者に対しては、健診結果相談会または特定保健指導で個別面接を行い、受療勧奨・受療状況確認・生活習慣改善の支援を行います。
- 既に医療機関で受診されている人には、かかりつけ医と連携した上で生活習慣の改善を図ります。

優先課題 3：適正な受療・服薬の周知

本市において、同一薬剤名の重複処方があった人のうち、複数の薬効別分類での重複処方が見られました。重複服用による健康被害や飲み残し等による医療費の浪費につながるため、処方内容に対する聞き取りや健康管理の情報提供等を行う必要があります。

【課題解決のための取り組み】

- ジェネリック医薬品の普及を進めます。
- 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助言を盛り込んだ案内文書の送付を行います。
- 医師会、薬剤師会等と連携し、地域における健康づくりの体制を整備します。

4. 保健事業の内容

1) 優先課題解決に向けた保健事業

個別保健事業① 特定健診未受診者勧奨事業

目的	生活習慣病発症予防
目標	特定健診受診率を平成 35 (2023) 年度までに 43%に向上させます。

第 2 期計画評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトカム評価 (成果・効果)	特定健診受診率 (%)	38	39	40	41	42	43
	特定健診受診者数 (人)	6,172	6,344	6,511	6,672	6,827	6,976
アウトプット評価 (事業量による評価)	受診者勧奨実施者数 (人)	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500	5,500
	受診勧奨対象者中の受診者数 (人)	550	550	605	605	660	660
	未受診勧奨対象者中の受診率 (%)	10	10	11	11	12	12

【当年度 未受診者への勧奨 (通知送付)】 (継続)

対象者	40～74 歳の国保加入者の内、当年度 8 月末時点で特定健診未受診の者の中から若年層から優先して抽出します。
事業実施内容	特定健診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します。
実施者	業者委託
実施時期	9～10 月
その他 検討事項	なお、本計画による対象者の抽出条件や勧奨時期、実施量等は、毎年の事業評価により、本計画の目的達成に向けて、より効果的に実施できる可能性がある場合は臨機応変に対応します。

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	事業実施者数 (人)	4,500	4,500	4,000	4,000	3,500	3,500
	未受診勧奨対象者中の受診者数 (人)	450	450	440	440	420	420
	未受診勧奨対象者中の受診率 (%)	10	10	11	11	12	12

【当年度 未受診者への勧奨（電話）】（継続）

対象者	「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ます。
事業実施内容	集団健診最終日程前に、電話による受診勧奨を行います。
実施者	業者委託
実施時期	10～11月

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	事業実施者数 (人)	2,500	2,500	2,000	2,000	1,500	1,500
	未受診勧奨対象者中の 受診者数 (人)	250	250	220	220	180	180
	未受診勧奨対象者中の 受診率 (%)	10	10	11	11	12	12

【過去3年間未受診者への勧奨】（新規）

対象者	40～64歳の国保加入者の内、過去3年間特定健診未受診者
事業実施内容	受診票を送付した後の6・7月頃に電話勧奨を行い、健診受診を促します。
実施者	業者委託
実施時期	6～7月

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	事業実施者数 (人)	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000
	未受診勧奨対象者中の 受診者数 (人)	100	100	165	165	240	240
	未受診勧奨対象者中の 受診率 (%)	10	10	11	11	12	12

【受診勧奨についての情報提供】（継続）

対象者	国民健康保険被保険者を含む市民
事業実施内容	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）
実施者	健康増進課、国保年金課
実施時期	広報掲載は6～12月

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	広報掲載数 (回/年)	7	7	7	7	7	7

個別保健事業② 糖尿病の重症化予防

目的	糖尿病重症化予防
目標	対象者が適切な医療を受療し、翌年度の健診結果を改善することで、平成 35（2023）年度の新規人工透析移行者を 5 人以内にします。

第 2 期計画評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトカム評価 (成果・効果)	新規人工透析 移行者数（人）	12	11	10	9	7	5
	翌年の HbA1c 値の 改善率（%）	10	12	14	16	18	20

【受療勧奨】（継続）

対象者	特定健診受診者のうち H b A 1 c 7.0 以上の者で医療未受療の者
事業実施 内容	対象者に医療機関受療を促す文書送付と電話による受療勧奨・受療状況確認・生活習慣改善の支援を行います。
実施者	平成 30（2018）年度 健康増進課 平成 31（2019）年度より 業者委託
実施時期	7 月～3 月
その他 検討事項	対象者については、事業実施時の状況を鑑み、年度ごとに検討します。

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	事業対象者数（人）	40	40	40	40	40	40
	受療勧奨対象者への 実施率（%）	100	100	100	100	100	100
アウトカム評価 (成果・効果)	勧奨による医療機関 受療率（%）	50	52	54	56	58	60
	対象者の次年度の 特定健診受診率（%）	40	42	44	46	48	50

【重症化予防プログラム】平成 31 (2019) 年度実施予定 (新規)

対象者	① 2 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する予定です。 ただし、いずれも千葉県版糖尿病重症化予防プログラムをベースに、医師会と協議の上決定します。
事業実施内容	人工透析への移行予防を目指し、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います。面接（初回、1ヶ月後、4ヵ月後）の実施や、事業開始月からは毎月 1 回電話や手紙の送付（5 回程度）による支援等、計 6ヶ月間のプログラムを行うことで、生活習慣改善の支援を行う予定です。 ただし、いずれも千葉県版糖尿病重症化予防プログラムをベースに、医師会と協議の上決定します。
実施者	平成 31 (2019) 年度より 業者委託
実施時期	7 月～3 月
その他検討事項	詳しい事業内容は今後の検討とします。

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
ストラクチャー評価 (体制づくり)	庁内外の体制構築 (%)	100	—	—	—	—	—
プロセス評価 (過程)	実施の有無	—	○	○	○	○	○
アウトプット評価 (事業量による評価)	事業対象者数 (人)	—	若干名	5	8	10	10

【糖尿病についての情報提供】 (新規)

対象者	国民健康保険被保険者を含む市民
事業実施内容	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）
実施者	健康増進課、国保年金課
実施時期	随時
その他検討事項	広報掲載以外の具体的な事業については、今後の検討とします。

個別の評価指標※

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	広報掲載数 (回/年)	1	1	1	1	1	1

個別保健事業③ 適正な受療・服薬の促進

目的	医療費適正化
目標	対象者の健康保持増進、疾病の重篤化予防による医療費の適正化、残薬の減少による医療費の適正化を図ります。

第2期計画評価指標※

	評価指標	平成30 (2018) 年度	平成31 (2019) 年度	平成32 (2020) 年度	平成33 (2021) 年度	平成34 (2022) 年度	平成35 (2023) 年度
アウトカム評価 (成果・効果)	介入前後の 医療費削減率 (%)	20	20	20	20	20	20

【ジェネリック医薬品利用の促進】(継続)

対象者	下記条件すべて該当する者 ・生活習慣病や慢性疾患等でかかる薬で長期服用の者 ・自己負担額の軽減額が1か月当り合計200円以上の者 ・外来で薬を処方されている者
事業内容 実施内容	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します。 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します。
実施者	国保年金課
実施時期	8月、2月

個別の評価指標※

	評価指標	平成30 (2018) 年度	平成31 (2019) 年度	平成32 (2020) 年度	平成33 (2021) 年度	平成34 (2022) 年度	平成35 (2023) 年度
アウトプット評価 (事業量による評価)	事業実施回数 (回/年)	2	2	2	2	2	2
	ジェネリック医薬品 普及率 (%)	75	75	75	76	76	76

【重複処方者・頻回受療者への介入】（新規）

対象者	<p>【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療をしている者（診療所からの紹介や検査のための重複受療は除く。）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。</p> <p>【頻回受療者】 同一の傷病について、同月内に同じ診療科を外来にて15回以上受療しており、それが3ヶ月以上連続している者。</p>
事業内容 実施内容	<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、案内文書を作成します。</p> <p>案内文書には健康相談や健康管理に関する内容、受療・服薬・生活状況等を把握する内容、適正受療を促進する内容などの必要な助言を盛り込みます。</p> <p>また、薬剤師会や医師会に助言を求めたり、近隣自治体との情報共有をしたりすることで外部との連携を図り、効果的な事業展開ができるよう検討していきます。</p>
実施者	国保年金課
実施時期	8月～12月

個別の評価指標*

	評価指標	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
ストラクチャー評価 (体制づくり)	庁内体制の構築 (進捗) (%)	100	—	—	—	—	—
プロセス評価 (過程)	外部組織との連携 (進捗) (%)	50	75	100	—	—	—
アウトプット評価 (事業量による評価)	対象者への 送付実施率 (%)	100	100	100	100	100	100

※対象者等は事業内容を検討する際に設定します。

2) 継続予定のその他の保健事業

目的	事業名	概要	対象者	実施状況	実施者
人間ドック受検に要した費用の一部を助成することにより、健康保持増進を図る。	人間ドックの助成	【実施期間】通年 【実施方法】条件を満たす国保加入者に短期人間ドックの費用の7割(上限25,000円)を支給する。	以下の助成条件を満たす人 ・本市国民健康保険に1年以上継続して加入していること ・受検日において40歳以上75歳未満であること ・国民健康保険税を完納している世帯に属すること ・当該年度の特定健康診査を受診していないこと	申込者数 平成25年度：769件 平成26年度：885件 平成27年度：931件 平成28年度：966件	国保年金課
特定健診後適切に医療受診をすることで生活習慣病の予防や重症化を予防する。	要医療者未受診勧奨	健診後4か月以上経過しても医療受診結果の報告がない人へ受診勧奨の案内と報告書を送付する。	当年度特定健診の結果判定が要医療の人で、4か月以上経っても市へ受診報告のない人	通知対象者のうち年度内医療受診率(報告者) 平成25年度：13% 平成26年度：17%	国保年金課 健康増進課
対象者自らが生活習慣を振り返り、健診の結果が改善しないし悪化しないよう促すことで生活習慣病を予防する。	健診結果相談会	【実施期間】8月～1月の9日間 【実施方法】保健センターほか市内2か所にて実施、予約制個別面接 【自己負担】なし	特定健診の結果、要指導の判定が出た40～74歳の者 1,026人	平成28年度：参加率8.5% 参加者数87人	健康増進課
特定健診の結果、HbA1cが要指導の対象者に対し、教室を開催し、行動変容を促す。	ヘルス&ビューティーダイエットクラス	【実施期間】年1回 【実施方法】4回コース(医師による講演+運動+栄養実習) 【自己負担】なし	特定健診の結果、HbA1c5.6～6.4の40～64歳の女性145名	平成28年度：参加率9.6% 参加者数14人 (他一般公募にて9人参加)	健康増進課
運動習慣が少ない30～40歳代男性へ、健康教育を行い自らの健康を振り返る機会とし、運動習慣の定着や健康行動への誘導をねらう。	親子リフレッシュエクササイズ&パパッとクッキング	【実施期間】年2回 【実施方法】3回コース(健康教育+運動+栄養実習) 【自己負担】なし	年長～小学3年生までの子を持つ、運動習慣のない30～40歳代男性	平成28年度：参加親子18組	健康増進課

目的	事業名	概要	対象者	実施状況	実施者
運動習慣が少ない 30～40 歳代女性へ健康教育を行い自らの健康を振り返る機会とし、運動習慣の定着や健康行動への誘導をねらう。	はじめてコア・エクササイズ	【実施期間】 年 1 回 【実施方法】 5 回コース (健康教育 + 運動 + 栄養実習) 【自己負担】 なし	運動習慣のない 30～40 歳代女性	平成 28 年度 : 参加者数 23 人	健康増進課
健康情報の提供	健康教育	特定健診の待合を利用し、健診結果の見方、COPD・CKD・歯周疾患予防について健康教育	保健センターの特定健診受診者	平成 28 年度 : 2,584 人	健康増進課
スポーツやイベントに参加し、自らの体について振り返る機会を提供し、健康に関する意識付けを行う。	スポーツ de 健康大作戦	【実施方法】 朝ごはんクイズ：イベント参加親子にクイズを実施。回答と解説のミニ健康教育を行う。 参加者・正解者へ景品。 測定コーナー：血圧、体組成測定、骨密度測定を行い、結果の説明と健康教育。 【実施期間】 年 1 回	市民	平成 28 年度 : 市民参加者 1,208 人 朝ごはんクイズ 111 人 血圧測定 39 人 体組成測定 78 人 骨密度測定 94 人	スポーツ振興課 健康増進課
被保険者の医療費への意識を高め、医療費適正化を図る。	医療費通知の送付	【実施方法】 診療を受けた国民健康保険加入者へ医療機関名や費用額を記載した通知を送付。 【実施期間】 5 月・8 月・11 月・2 月 (年 4 回)	国保被保険者	平成 28 年度 : 発送件数 72,866 件	国保年金課
患者調査を行うことで、過誤、不正請求の防止を図るとともに、被保険者に医療費の適正化のための啓発を行う。	柔道整復療養費の適正化	【実施方法】 民間業者に業務委託する。 申請書を点検した結果、疑義がある者に対し、柔道整復師への正しいかかり方、アンケートを送付する。 【実施期間】 通年	国保被保険者	平成 28 年度 : 発送件数 1,035 件	国保年金課

5. 計画の評価・見直し

評価については、KDB システムの情報を活用し、毎年行います。また、データについては経年変化、千葉県・同規模自治体・全国保険者との比較を行い、優先課題を設定します。

計画期間の最終年度（平成 35（2023）年度）に、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況に関する調査及びデータ分析を行い、実績に関する評価を行います。この結果は、計画（目標値の設定、取り組むべき事業等）の内容の見直しに活用し、次期計画の参考とします。また、計画の期間中においても、目標の達成状況や事業の実施状況の変化等により計画の見直しが必要になった場合は、必要に応じて修正します。

6. 計画の公表・周知

策定した計画は、市のホームページに掲載するとともに、国保年金課窓口において、閲覧可能な状態で配置して公表し、周知を行います。

7. 個人情報の取り扱い

本計画の個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン、四街道市個人情報保護条例（平成 15 年四街道市条例第 1 号）等を遵守します。

第4章 第3期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画

平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、40歳から74歳の加入者（被保険者及び被扶養者）を対象とする、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）の実施が、医療構造改革における医療保険者の役割分担として義務付けられています。本計画では、高齢者の医療の確保に関する法律第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、本市の目標等を以下のように定めます。

1. 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診を受け、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。特定健診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。
- 特定健診の結果、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。
- 特定健診の結果、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、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。

2. 目標

国では、計画最終年度の平成35（2023）年度における市区町村の目標値について、特定健康診査受診率60.0%、特定保健指導実施率60.0%の達成を推奨していますが、本市の現状を鑑み、各年度の目標値は以下のように定めます。

特定健康診査受診率および特定保健指導実施率の目標値

	平成30 (2018) 年度	平成31 (2019) 年度	平成32 (2020) 年度	平成33 (2021) 年度	平成34 (2022) 年度	平成35 (2023) 年度
特定健康診査 受診率 (%)	38.0	39.0	40.0	41.0	42.0	43.0
特定保健指導 実施率 (%)	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0

3. 対象者数推計

1) 特定健康診査対象者数および受診者数の見込み

平成 30 (2018) 年度から平成 35 (2023) 年度までの特定健康診査対象者数および受診者数について、各年度の見込みを示します。

特定健康診査対象者数および受診者数の見込み

	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
特定健康診査 対象者数 (人)	16,458	16,267	16,076	15,885	15,694	15,503
特定健康診査 受診率 (%) (目標値)	38.0	39.0	40.0	41.0	42.0	43.0
特定健康診査 受診者数 (人)	6,172	6,344	6,511	6,672	6,827	6,976

2) 特定保健指導対象者数および受診者数の見込み

平成 30 (2018) 年度から平成 35 (2023) 年度までの特定保健指導対象者数および受診者数について、各年度の見込みを示します。

特定保健指導対象者数および受診者数の見込み

	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 33 (2021) 年度	平成 34 (2022) 年度	平成 35 (2023) 年度
特定保健指導 対象者数 (人)	715	727	740	747	758	765
特定保健指導 実施率 (%) (目標値)	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
特定保健指導 実施者数 (人)	143	153	163	172	182	191

4. 特定健康診査の実施

1) 特定健康診査の実施内容

特定健康診査は、40 歳以上 75 歳未満の国保被保険者を対象に、以下の項目を実施します。(これらの項目は、国が示した「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」(平成30年4月、厚生労働省健康局)第2編第2章に記載に基づきます。)

特定健康診査の項目

<基本的な健診の項目>

- 質問項目
- 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
- 身体診察、血圧測定
- 血液検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール)
- 肝機能検査(AST、ALT、 γ -GT)
- 血糖検査(空腹時血糖及びHbA1c)
- 尿検査(尿糖、尿蛋白)
- 腎機能検査(クレアチニン)

<詳細な健診*の項目(医師の判断で実施)>

- 医師の判断により実施

* 詳細な健診は、次の基準に該当し、医師が必要と認める場合に実施します。但し、最近の検査結果が明らかな人、高血圧、心臓病等で医療管理中の人は除きます。

心電図検査：検査結果等において、①血圧または②不整脈の項目について、下記基準に該当した人。

眼底検査：検査結果等において、①血圧または③血糖の項目について、下記の基準に該当した人。

貧血検査：貧血の既往歴を有する人、または視診等で貧血が疑われる人。

<判定基準>

当該年度の検査値

- ① 血圧：a 収縮期 140mmHg 以上 / b 拡張期 90mmHg 以上
- ② 問診で不整脈が疑われる者

前年度の検査値

- ③ 血糖：a 空腹時血糖値 126mg/dl 以上 / b HbA1c の場合 6.5 (NGSP) 以上
c 随時血糖 126mg/dl 以上 (食後3時間半~10時間未満)

2) 特定健康診査の実施方法

① 特定健診対象者の抽出

四街道市国民健康保険加入者のうち、実施年度中に 40 歳～74 歳の誕生日を迎える方が特定健診の対象となります。ただし、当該年度を通じて国民健康保険に加入していることが条件となります。対象者の抽出は市が行います。

② 特定健診対象者への通知

特定健診の対象者全員に、受診券と問診票を兼ねた受診票を郵送します。

特定健診の実施については、市政だよりに掲載するほか、回覧板を通じた周知、市のホームページへの掲載などを行い、多くの被保険者が、特定健診を受診できるようにうながします。

③ 特定健診の実施

特定健診は、四街道市国民健康保険が実施主体となり、健診機関への委託により行います。委託に当たっては、所定の基準*を満たした健診機関を選定します。

特定健診は、保健センター・公民館・小学校等の会場で行う集団健診と、市が指定する市内の診療所等で受診する個別健診の 2 種類を設定しており、被保険者が受けやすい方法を選ぶことができます。また、市が費用の一部を助成する人間ドックについても、特定健診として扱います。

* 所定の基準：①人員に関する基準、②施設・設備等に関する基準、③精度管理に関する基準、④健診結果等の情報の取り扱いに関する基準、⑤運営等に関する基準

健診の種類	集団健診	個別健診	人間ドック
実施期間	6、7、11、12月の指定された日	6月～12月	通年
費用等	自己負担 500 円	自己負担 1,000 円	検査費用の 7 割を助成 (上限 25,000 円)
備考		各自で医療機関に予約が必要	



④ 特定健診結果の集計と階層化の実施

特定健診の結果は、被保険者の健康管理に役立てるために、集計の上、被保険者本人に通知します。

健診結果は、千葉県国民健康保険連合会にも送られ、統計的な処理が行われます。

◆特定健診結果による階層化の基準◆

健診結果			特定保健指導
肥満	高血糖・脂質異常 ・高血圧の該当 (いずれも下記の判定基準に該当する場合)	喫煙	
腹囲 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2つ以上該当	有	積極的支援
		無	
	1つ該当	有	動機付け支援
		無	
	該当無し	有	情報提供
		無	
上記以外で BMI=25 以上	3つ該当	有	積極的支援
		無	
	2つ該当	有	動機付け支援
		無	
	1つ該当	有	動機付け支援
		無	
	該当無し	有	情報提供
		無	

※65歳以上の被保険者については、「積極的支援」ではなく「動機付け支援」となります。

<判定基準>

- ① 血糖：a 空腹時血糖値 100mg/dl 以上 / b HbA1c の場合 5.6%以上
 - ② 脂質：a 中性脂肪 150 mg/dl 以上 / b HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
 - ③ 血圧：a 収縮期 130mmHg 以上 / b 拡張期 85 mmHg 以上
- ※糖尿病、脂質異常症、高血圧症などで投薬治療中の者は、上記にかかわらず「情報提供」。

⑤ 健診結果の通知

特定健診の結果は、被保険者の健康管理に役立てるために、集計の上、被保険者本人に通知します。

健診結果は、健診実施から概ね 6 週間後に被保険者に通知します。(集団健診受診者には市役所から郵送。個別健診受診者は、実施した医療機関より通知)

特定保健指導の対象者には、別途利用案内を郵送します。

3) 受診率向上のための方策

特定健診の受診率を向上させるため、さまざまな方策を講じます。

① 情報提供の工夫

- 市政だよりや市のホームページを利用して、特定健診の情報を国保被保険者に積極的に提供します。
- さまざまな保健事業を通じて、特定健診についての情報を提供します。
- 特定健診の通知が強く意識されるよう、大判の封筒で通知を郵送します。
- 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。

② 多様な機会の活用

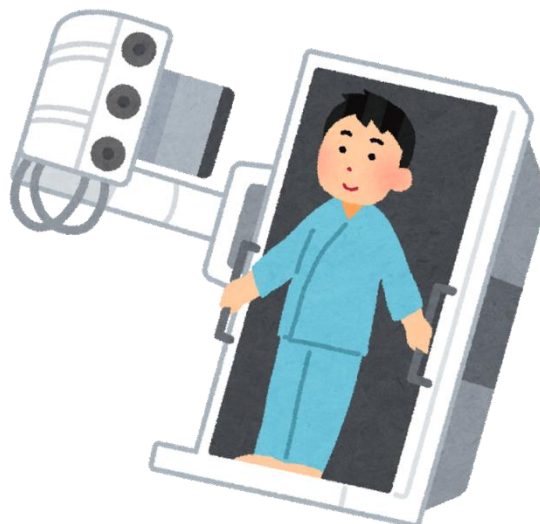
- 特定健診の受診機会を増やすため、集団健診、個別健診のほか、人間ドックの受検費用の一部を市が助成します。
- 肝炎ウイルス検診との同時検診を行っています。
- 個別健診の期間を延長します（平成 30 年度より 10 月→12 月）。
- みなし受診として、本人からの情報提供、医師会への依頼等の検討を行います。

③ 地域資源の活用

- 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を行います。
- 保健推進員の活動、健康づくりサークルや高齢者の健康クラブなどを接点に、特定健診に関する情報を提供します。
- 自治会、町内会を通じて特定健診についての情報提供を行います。

④ 個人へのインセンティブ

- 特定健診やがん検診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。



5. 特定保健指導の実施

1) 保健指導プログラム

◆動機付け支援※

目的	対象者が自らの生活習慣をふり返り、行動目標を立てられるようになるとともに、指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることをめざします。
対象者	健診結果・質問票から生活習慣改善が必要とされた被保険者で、生活習慣を変えるに当たって意思決定の支援が必要な人。
期間／頻度	原則として1回の支援を行います。
内容	自分の生活習慣の改善点や伸ばすべき行動等に基づき、自ら目標を設定し行動に移せる内容とします。 対象者の生活習慣や行動変容ステージを把握し、生活習慣改善を動機付けるため、面接による支援及び3か月後の評価を行います。
支援形態	<ul style="list-style-type: none"> ●面接による支援：1人20分以上の個別支援または1グループ80分以上のグループ支援を行います ●3か月後の評価：電話、eメール、ファクシミリ、手紙等の通信手段を利用して行います。

◆積極的支援※

目的	「動機付け支援」に加え、定期的・継続的な支援により、自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定してその達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後にはその生活が継続できることをめざします。
対象者	健診結果や質問票から、生活習慣の改善が必要な被保険者を抽出し、継続的な支援が必要な方を対象とします。
期間／頻度	3か月以上継続的に支援します
内容	対象者の生活習慣や行動変容ステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解することを促すとともに、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行います。 具体的に達成可能な行動目標は何か、優先順位をつけながらともに考え、対象者自身が選択できるよう支援します。 支援計画に基づき、行動が継続できるよう定期的・継続的に支援します。初回の面接から3か月以上の継続的な支援と、血液検査を実施し、評価を行います。
支援形態	<ul style="list-style-type: none"> ●初回の面接：1人20分以上の個別支援、または1グループ80分以上のグループ支援を行います。 ●3か月以上の継続的な支援：個別支援のほか、電話、eメール、ファクシミリ、手紙等の通信手段を組み合わせながら支援します。 ●3か月後の評価：電話、eメール、ファクシミリ、手紙等の通信手段を利用して行います。

2) 特定保健指導の実施方法

① 指導対象者の抽出

- 健診結果をもとに、指導の対象になる方を抽出します。
- 特定健診の結果、多数の被保険者が特定保健指導の対象者となる場合は、保健指導の有効性や指導を担う人的資源を考慮し、指導対象者の抽出(重点化)を行います。重点化の考え方として、以下の点を考慮します。

【年齢が比較的若いこと】

若い頃から自分の生活習慣を振り返り、行動を変容していくことが重要です。将来の生活習慣病予防という点でも有効な方策です。

【自主的に参加する意欲があること】

行動変容を促していくためには、対象者の意欲（行動変容ステージ）を的確に把握することが重要です。保健指導に自主的に参加する意欲があることは、自らの生活習慣を省みて行動変容する取り組みに、主体的・継続的に実行できる人が多いと考えられるためです。

【高血糖であること】

本市では、糖尿病の受診率が上昇傾向にあります。糖尿病は重症化すると多くの合併症を引き起こし、QOL（生活の質）の低下を招くことにつながります。健診結果で高血糖が指摘された方は、しっかりと糖尿病予防に取り組むことが重要です。

【過去に保健指導に参加しておらず、かつ生活習慣病のリスクが高まっていること】

自分の健康についての意識があまり高くなく、一方で検査値の悪化など、疾病のリスクが高い方に対して、生活習慣の改善を促すことが重要です。

② 特定保健指導の利用勧奨

- 保健指導の対象者には、個別に案内を送付します。
- 保健指導対象者全員に、電話による利用勧奨を行います。

③ 特定保健指導の実施

- 保健指導は、四街道市国民健康保険が実施主体として実施します。運営は、多様な利用機会の確保と、より多くの方が保健指導を受けられるよう、外部の専門機関に委託します。
- 対象者が参加しやすいよう、曜日・時間帯の選択ができるよう日程を設定します。
- 保健指導にあたっては、視覚教材等を活用し、基礎知識の理解を進めます。
- 個人の課題認識・目標設定にあたっては、個別面接を通じて個々の特徴や生活背景を踏まえた支援を行います。

3) 特定保健指導実施率向上のためのアプローチ

① 情報提供の工夫

特定健診の結果、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。

② 多様な機会の活用

特定保健指導は、保健センターを拠点に行います。効果的な実践を行うため、外部の専門機関に運営を委託します。

③ 地域資源の活用

- 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を行います。
- 保健推進員の活動、健康づくりサークルや高齢者の健康クラブなどで、特定保健指導の重要性を伝えていきます。
- 自治会、町内会を通じ、特定健診とともに特定保健指導についての情報提供を行います。

4) 特定保健指導の評価

特定保健指導の目標は、行動変容によって生活習慣の改善を促し、その結果として糖尿病等の生活習慣病^{*}の有病者や予備群の減少をめざすものです。長期的には医療費の低下にもつながります。

このような成果が数値データとして表れるのは、長期間かかることが想定されるので、短期的に評価が可能な項目について、評価を行うこととします。

① 個人を対象とする評価

特定保健指導を受けた参加者の行動目標の達成度、生活習慣の改善状況や、検査値の改善度を評価します。検査値に関しては、年度ごとの特定健診の結果と対比して評価を行います。特定保健指導の内容・方法をより効果的なものにし、質を向上するために活用します。

評価は、保健指導実施者が一義的な責任を持ち行います。

	評価項目	評価指標	評価手段	評価時期	評価責任者
プロセス	・自己管理意欲の向上 ・健康知識の獲得 ・食事、運動、喫煙等の行動変容	・行動変容ステージ（準備状態）の変化 ・行動目標の達成度 ・生活習慣改善状況	・面接時の観察 ・終了時アンケート ・健診時質問票	・初回面接の6か月後 ・翌年次の健診	・保健指導実施者
アウトカム	・健診データの改善	・肥満度（腹囲、BMI） ・検査値（血圧、血糖、脂質） ・メタボリックシンドロームのリスク	・健診データ	・5か月後の血液検査 ・翌年次の健診	・保健指導実施者

② 集団を対象とする評価

特定保健指導を受けた被保険者を全体として評価します。検査値の改善度やメタボリックシンドローム*該当者、予備群の割合、生活習慣の改善状況などを集計し、集団としての成果を明らかにするとともに、性別・年齢階層別などの対象特性による成果の違いや、指導を受けていない集団とも比較し評価を行います。

評価は、保健指導実施者が行うほか、アウトカム評価については保険者（市）も行います。

	評価項目	評価指標	評価手段	評価時期	評価責任者
プロセス	・食事、運動、喫煙等の行動変容	・生活習慣改善状況	・個人評価の集計	・1年後 ・3年後	・保健指導実施者
アウトカム	・健康状態の改善	・肥満度(腹囲、BMI) ・検査値(血圧、血糖、脂質) ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	・健診データ ・疾病統計	・1年後 ・3年後 ・5年後	・保健指導実施者 ・保険者(市)

③ 事業を対象とする評価

特定保健指導の対象者把握から保健指導の実施における一連の流れについて、適切に実施されたかを評価します。また、参加者の満足度などの質的な面の評価、外部連携、社会資源の活用、人的資源の確保、費用対効果など、ストラクチャー（構造）評価の視点も取り入れます。評価は、保健指導実施者と保険者（市）が行います。

	評価項目	評価指標	評価手段	評価時期	評価責任者
プロセス	・保健指導技術 ・指導に用いた支援材料 ・指導記録	・生活習慣改善度	・指導過程（記録）の振り返り ・カンファレンス（援助過程の検討会）	・指導終了後	・保健指導実施者
ストラクチャー	・資源の効果的な活用	・資源（物資、人材、財源等）の投入状況 ・委託件数、委託率	・社会資源の活用状況 ・委託状況	・1年後	・保険者（市）
アウトプット	・適切な対象者選定 ・対象者に対する適切な支援方法の選択 ・参加者の満足度	・受診者に対する保健指導対象者の割合 ・目標達成率 ・満足度 ・脱落理由	・個人、集団評価の集計 ・アンケート	・1年後	・保険者（市）
アウトカム	・各対象者に他愛する適切な行動目標設定 ・参加者の積極性	・目標達成度 ・指導参加継続率（脱落率） ・翌年度の特定健診受診率	・個人、集団評価の集計 ・健診データ	・1年後	・保険者（市）

6. 特定健康診査および特定保健指導の実施期間

	特定健診			特定保健指導 (6月、7月受診まで)		特定保健指導 (8月～12月受診まで)		
	集団健診	個別健診	未受診勧奨	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)	
4月			実施					
5月								
6月	健診実施	健診実施						
7月								
8月								
9月								
10月			実施	・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援	・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・継続的な支援	・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援	・継続的な支援	
11月	健診実施							
12月								
1月			・評価 ・指導結果 の評価 ・事業の評価	・評価 ・指導結果 の評価 ・事業の評価	・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・評価 ・指導結果 の評価 ・事業の評価	・個別通知 ・電話勧奨 ・面接支援 ・継続的な支援		
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								

7. データ管理

1) 個人情報の保護、個人情報の漏洩防止

- 特定健診・特定保健指導に関するデータや記録は、重要な個人情報です。個人情報の保護に関する法律や四街道市個人情報保護条例等を踏まえ、厳格な運用・管理を行います。
- 庁内においては、国保年金課長をデータ管理責任者とし、特定健診・特定保健指導に関するデータを適切に管理します。
- 特定健診・特定保健指導に関する業務を委託する場合は、個人情報の管理や目的外使用の禁止等について契約書に明示し、その徹底を求めるとともに、委託先の管理体制をチェックします。
- 特定健診・特定保健指導のデータは実施年度から5年間保存します。保存期間を経過したものは、庁内の所定の手続き等を踏まえ、確実に廃棄・処分し、外部への流出等を防ぎます。

2) 千葉県国民健康保険団体連合会との機能分担

特定健診・特定保健指導は、市が保険者として推進していくものですが、健診結果は千葉県国民健康保険団体連合会に送付され、電子データとして保存されます。医療機関を受診した際のレセプト※データも国保連において処理されており、蓄積された健診結果等のデータとレセプト※データの分析により、健診・保健指導の計画、評価や保健指導内容の改善などに活かすことが可能となります。豊富なデータを活用し、その管理を確実にするため、国保連との分担・連携をしながら適切な運用に努めます。

8. 広報・情報提供

1) 特定健診等実施計画の公表方法

策定した計画は、市のホームページに掲載するとともに、国保年金課窓口において、閲覧可能な状態で配置して公表し、周知を行います。

2) 特定健診等の普及啓発

特定健診・特定保健指導は、市民が健康な生活を維持継続するために重要な制度です。そこで国保被保険者にその目的・意義、重要性を周知し、理解を得ることが必要です。広報紙や本市のホームページ等を用いて情報提供するとともに、多様な場や機会を通じて普及啓発を進めます。

新たに国保に加入する被保険者には、加入手続きの際に特定健診等の案内を配布し、周知を図ります。

9. 健康づくり施策との調和

1) 他の健診との関係

年度途中で国保に加入した被保険者で特定健診を受けていない方及び75歳になる年度の加入者については、特定健診実施期間に限り、市国保単独事業として健診を実施します。

特定健診の対象とならない40～74歳の生活保護受給者については、国保加入者の特定健診と同時期に健診を実施します。

2) 関係機関・団体との連携

千葉県と連携して特定健診受診率の向上に努めるとともに、県や国に対し特定健診の精度管理や特定保健指導機関の育成策の実施を働きかけていきます。

資料

① 全体の経年変化

項目			平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	
国保被保険者の状況	① 国保の状況	被保険者数 (人)	26,500	26,543	25,630	23,926	
		65～74 歳 (%)	43.6	43.9	44.9	46.0	
		40～64 歳 (%)	30.7	30.8	30.1	29.4	
		39 歳以下 (%)	25.7	25.3	25	24.6	
	② 医療の概況	病院数 (千人当たり)	0.2	0.2	0.2	0.2	
		診療所数 (千人当たり)	1.7	1.8	1.9	2.1	
		病床数 (千人当たり)	35.9	36.7	38.0	40.7	
		医師数 (千人当たり)	3.9	3.9	4.0	4.3	
		外来患者数 (千人当たり)	649.3	641.9	651.3	660.0	
		入院患者数 (千人当たり)	16.2	15.3	15.1	16.8	
	③ 医療費の状況	1 人あたり医療費 (円)	22,507 (22 位)	23,166 (31 位)	22,906 (39 位)	23,549 (33 位)	
		受診率 (千人当たり)	665.518	679,692	680,054	666,674	
		外来	費用の割合 (%)	61.3	62.4	64.4	61.8
			件数の割合 (%)	97.6	97.7	97.7	97.5
		入院	費用の割合 (%)	38.7	37.6	35.6	38.2
			件数の割合 (%)	2.4	2.3	2.3	2.5
		1 件あたり在院日数	14.5	15.2	14.9	15.1	
	④ 医療費分析 (総額に占める割合)	新生物 (%)	23.4	20.8	24.2	27.1	
		慢性腎不全 (%)	9.1	10.5	7.9	8.4	
		糖尿病 (%)	9.7	10.0	9.9	9.3	
高血圧症 (%)		11.0	10.5	10.0	7.9		
精神 (%)		13.2	13.3	13.9	14.1		
筋・骨格疾患 (%)		15.8	19.0	19.1	15.8		

項目				平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	
国 保 被 保 険 者 の 状 況	⑤	費用額	入院	糖尿病 (円/件)	604,033 (28 位)	546,332 (42 位)	609,395 (24 位)	628,949 (26 位)
				高血圧症 (円/件)	630,190 (30 位)	588,953 (38 位)	540,302 (44 位)	613,020 (36 位)
				脂質異常症 (円/件)	596,921 (28 位)	587,895 (31 位)	498,057 (44 位)	656,925 (18 位)
				脳血管疾患 (円/件)	664,632 (26 位)	704,123 (19 位)	578,562 (48 位)	618,681 (40 位)
				心疾患 (円/件)	750,541 (14 位)	589,964 (42 位)	491,431 (49 位)	767,375 (20 位)
				腎不全 (円/件)	725,570 (37 位)	787,963 (19 位)	605,807 (36 位)	795,623 (19 位)
				精神 (円/件)	534,680 (3 位)	551,859 (6 位)	497,977 (22 位)	509,106 (18 位)
				悪性新生物 (円/件)	604,824 (46 位)	574,402 (43 位)	579,907 (35 位)	617,368 (37 位)
			外来	糖尿病 (円/件)	34,654 (41 位)	35,400 (35 位)	33,363 (46 位)	36,940 (34 位)
				高血圧症 (円/件)	28,361 (48 位)	29,270 (44 位)	28,037 (48 位)	29,766 (39 位)
				脂質異常症 (円/件)	26,165 (47 位)	26,700 (41 位)	26,088 (42 位)	26,634 (47 位)
				脳血管疾患 (円/件)	32,985 (55 位)	32,980 (54 位)	29,876 (57 位)	33,912 (55 位)
				心疾患 (円/件)	43,317 (40 位)	43,575 (36 位)	45,384 (31 位)	45,438 (42 位)
				腎不全 (円/件)	175,012 (36 位)	186,751 (28 位)	158,602 (51 位)	190,567 (33 位)
				精神 (円/件)	28,582 (39 位)	27,621 (45 位)	26,853 (48 位)	27,649 (51 位)
悪性新生物 (円/件)	45,577 (46 位)	45,868 (49 位)	48,599 (43 位)	58,000 (27 位)				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 1人あたり	健診受診者 (点)	3,297	3,410	2,947		
			健診未受診者 (点)	10,262	8,986	10,184		
		生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者 (点)	9,502	9,754	8,462		
			健診未受診者 (点)	29,576	25,708	29,242		
⑦	健診・ レセ実合	受診勧奨者 (%)		55.6	57.5	55.4		
		医療機関 受診率 (%)		51.1	53.6	51.2		
		医療機関 非受診率 (%)		4.6	3.9	4.2		

項目		平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	
介護保険認定者の状況	① 介護保険	1号認定者割合 (%)	14.3	14.7	15.4	12.7
		新規認定者割合 (%)	0.3	0.3	0.4	0.2
		2号認定者割合 (%)	0.3	0.3	0.2	0.3
	② 有病状況	糖尿病	23.7	23.8	22.0	23.0
		高血圧症 (%)	51.9	53.1	51.7	53.5
		脂質異常症 (%)	29.0	29.7	29.7	30.6
		心臓病 (%)	60.4	62.0	60.1	61.9
		脳疾患 (%)	30.6	31.4	29.8	31.3
		がん (%)	12.0	11.7	11.8	12.4
		筋・骨格 (%)	53.2	54.7	54.4	54.7
		精神 (%)	35.1	36.6	36.8	37.0
	③ 介護給付費	1件あたり給付費(全体) (円)	55,497	54,626	54,438	55,350
		居宅サービス (円)	39,219	38,075	38,201	39,197
		施設サービス (円)	273,646	277,532	277,922	278,640
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり(点)	10,760	9,109	7,668	8,085
	認定なし(点)	3,325	3,480	3,567	3,717	

出典：KDB 帳票 1 地域の全体像の把握（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

KDB 帳票 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（抽出日：平成 29 年 7 月 27 日）

② 用語集

あ行	インセンティブ制度	予防・健康づくりに取り組む個人に対してインセンティブを提供することで「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、健康無関心層も含めて生活習慣改善への取り組みを推進する事業。
さ行	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因となる疾患の総称です。日本人の三大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされています。
	積極的支援	特定保健指導の積極的支援は、自分自身の健康状態をよく認識してもらい、どうしてそういう状態になったのか運動や食事など生活習慣との関係を理解してもらい、自分で生活習慣の改善を実行できるよう、医師や保健師・管理栄養士らとともに計画を立て、3～6カ月にわたる指導・支援が行われます。
た行	データヘルス	近年、健診やレセプトなどの健康医療情報は、平成20年の特定健診制度の導入やレセプトの電子化にともない、その電子的管理が進んでいます。これにより、従来は困難だった電子的に保有された健康医療情報を活用した分析が可能となってきました。データヘルスとは、医療保険者がこうした分析を行った上で行う、加入者の健康状態に即したより効果的・効率的な保健事業を指します。
	動機付け支援	特定保健指導の動機付け支援は、メタボリックシンドローム該当者に実施されます。現在の自分の健康状態と生活習慣との関係などをよく理解してもらい、生活改善を実行する動機付けのための指導が原則1回行われます。

は行	(保健事業の) 評価指標	保健事業の評価指標は、ストラクチャー評価（構造）、プロセス評価（過程）、アウトプット評価（事業実施量）、アウトカム評価（結果）の4つの観点から行います。保健事業の評価は、事業の見直しや改善、次年度の企画・立案につなげるために行います。	
		ストラクチャー評価	保健事業を実施するための仕組みや体制の評価
		プロセス評価	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動の評価
		アウトプット評価	目的・目標の達成のために行われる事業の結果の評価
		アウトカム評価	事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標の評価
ま行	メタボリックシンドローム（メタボ）	内蔵肥満に高血圧・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まねきやすい病態です。	
ら行	レセプト（診療報酬明細書）	患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のことです。医療機関が被保険者毎に月単位で作成されます。	

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)

第3期 四街道市国民健康保険特定健康診査等実施計画

平成30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 : 043-421-6125 (直通) FAX : 043-424-8931