

第3期湖西市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第4期湖西市国民健康保険特定健康診査等実施計画

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度



令和6年3月
湖 西 市

改定履歴

版数	発行日	改定履歴
第 1 版	令和 6 年 4 月 1 日	初版発行
第 2 版	令和 6 年 11 月 21 日	第 5 章「(4)評価指標」を追加

目次

第1章 計画策定にあたって	3
1 計画策定の背景	3
2 計画の目的	3
3 計画の位置づけ	4
4 計画の期間	4
第2章 湖西市のすがた	5
1 湖西市の現状	5
(1) 人口の推移	5
(2) 平均寿命と平均自立期間	6
(3) 死亡原因	7
(4) 介護保険の状況	8
2 国民健康保険加入者の状況	9
(1) 被保険者数の推移	9
(2) 年齢階層別被保険者数	9
第3章 前計画の実績及び評価	10
1 第2期湖西市国民健康保険保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）	10
(1) 健康教育・健康相談事業	10
(2) 人間ドック等の受診費用助成事業	14
(3) 国保U-39 健診事業（令和3年度～）	14
(4) 医療費適正化事業	15
2 第3期湖西市国民健康保険特定健康診査等実施計画	17
(1) 特定健康診査	17
(2) 特定保健指導	18
3 取り組みの評価	20
(1) 評価指標	20
(2) 評価	21
第4章 データ分析に基づく健康課題	22

1	医療費の分析.....	22
	(1) 医療費の状況.....	22
	(2) 人工透析の状況.....	28
2	特定健康診査・特定保健指導に関する分析.....	29
	(1) 特定健康診査・特定保健指導に関する状況.....	29
	(2) 生活習慣病に関する状況.....	33
3	データ分析結果に基づく健康課題.....	41
第5章	これからの保健事業の取り組み.....	43
1	第3期湖西市国民健康保険保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）.....	43
	(1) 基本目標.....	43
	(2) 基本方針.....	43
	(3) 取り組み内容.....	44
	(4) 参考指標.....	55
2	第4期湖西市特定健康診査等実施計画.....	56
	(1) 特定健康診査.....	56
	(2) 特定保健指導.....	58
第6章	計画の推進.....	61
1	計画の公表及び周知.....	61
2	関係部署との連携と事業評価.....	61
3	計画の見直し.....	62
4	個人情報の保護.....	62

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景

「高齢者医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）」により、平成 20 年 4 月から保険者は 40 歳から 74 歳を対象としたメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされた。また、平成 25 年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくり及びレセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康増進のための事業計画として、保険者によるデータヘルス計画の作成・公表、事業実施及び評価等の取り組みが求められることとなった。その後、平成 26 年の「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（厚生労働省告示第 307 号）」において、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に保健事業を実施するためのデータヘルス計画を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。国は、地域の健康課題の解決を目的として、令和 2 年にデータヘルス計画の標準化等の取り組みの推進を、令和 4 年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げた。

本市においては、平成 20 年度に湖西市国民健康保険特定健康診査等実施計画を、平成 28 年度に湖西市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定した。

この度、第 2 期湖西市国民健康保険保健事業実施計画（第 2 期データヘルス計画）及び第 3 期湖西市国民健康保険特定健康診査等実施計画の計画期間が満了することに伴い、第 3 期湖西市国民健康保険保健事業実施計画（以下「第 3 期データヘルス計画」という。）及び第 4 期湖西市国民健康保険特定健康診査等実施計画（以下「第 4 期特定健診実施計画」という。）を策定する。

2 計画の目的

保健事業実施計画（データヘルス計画）は、「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」により、特定健康診査等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることを目的としている。

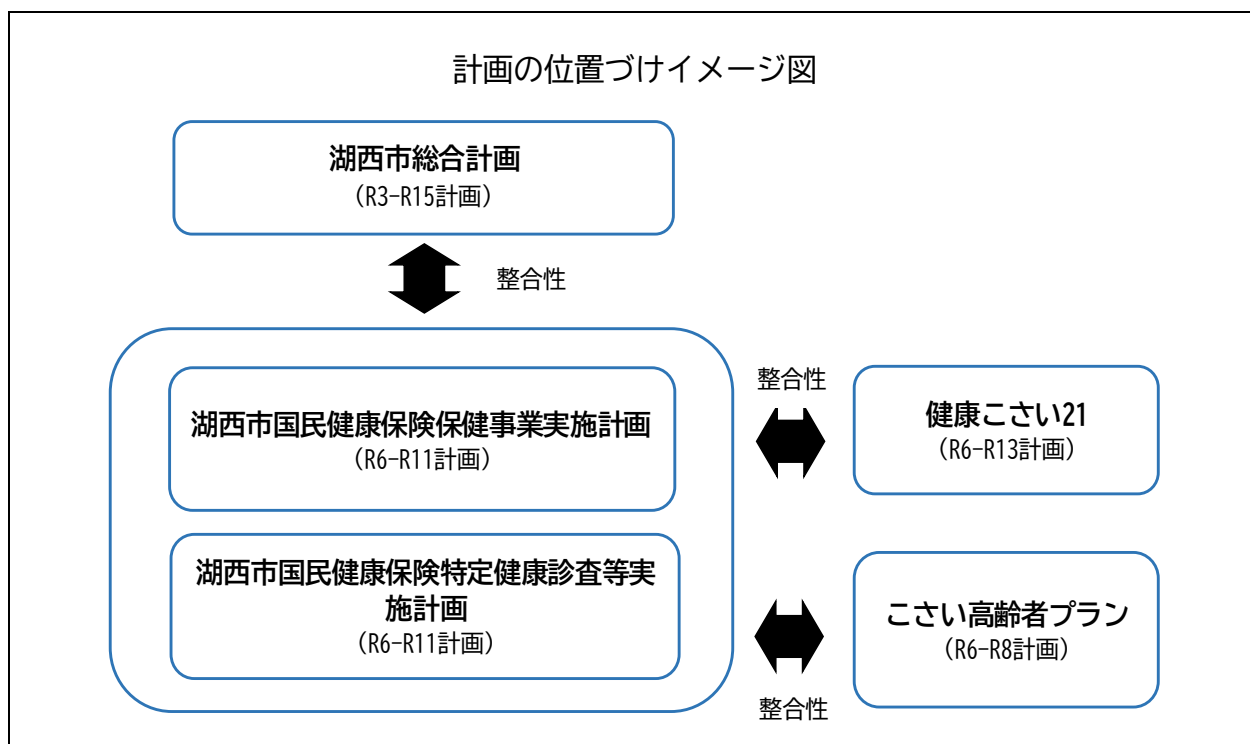
特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 18 条に規定された「特定健康診査等基本方針」に基づき、保健事業の中核である特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものである。

本計画では、対象者となる国民健康保険被保険者の健康の維持増進及び重症化予防を図り、生活習慣病などに係る医療費の増大を抑制するとともに、適正な医療受診を促進することで、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を推進する。

3 計画の位置づけ

本市では、国民健康保険加入者の健康の維持増進に向けてより効果的な保健事業を推進するため、第3期データヘルス計画と第4期特定健診実施計画を一体的に策定し、「湖西市総合計画」や健康増進法に基づく市町村健康増進計画である「健康こさい21」及び老人福祉法、介護保険法に基づく「こさい高齢者プラン」と整合性を図り、事業を実施する。

(図1-1)



4 計画の期間

本計画は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までとする。なお、法改正や国による指針の見直し及び社会情勢等の変化等により、必要に応じて見直しを行う。

	令和5 年度 (2023)	令和6 年度 (2024)	令和7 年度 (2025)	令和8 年度 (2026)	令和9 年度 (2027)	令和10 年度 (2028)	令和11 年度 (2029)
国民健康保険 保健事業実施計画	第2期	第3期					
国民健康保険特定 健康診査等実施計画	第3期	第4期					

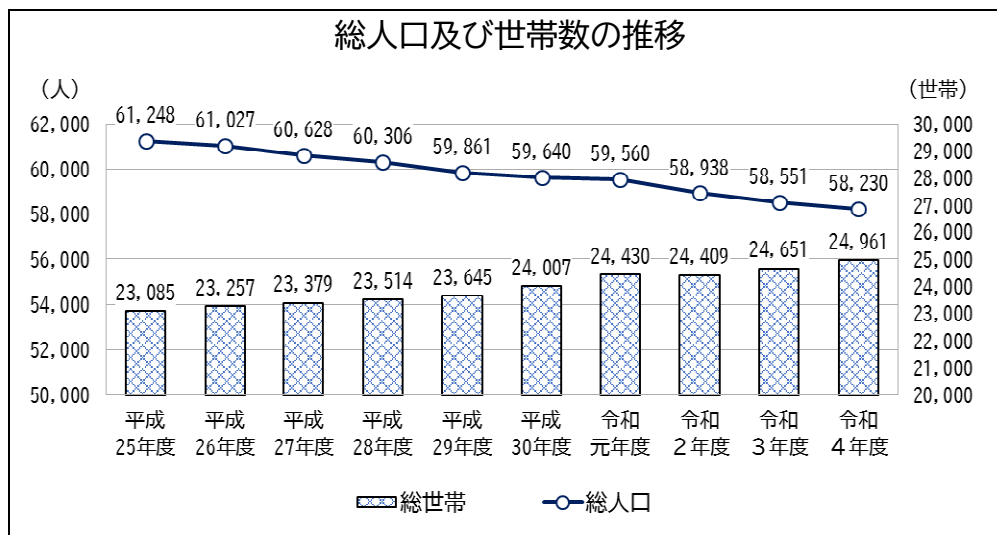
第2章 湖西市のすがた

この章では、人口の推移、国民健康保険の加入状況、被保険者等の健康状況に関わる全体像を把握します。

1 湖西市の現状

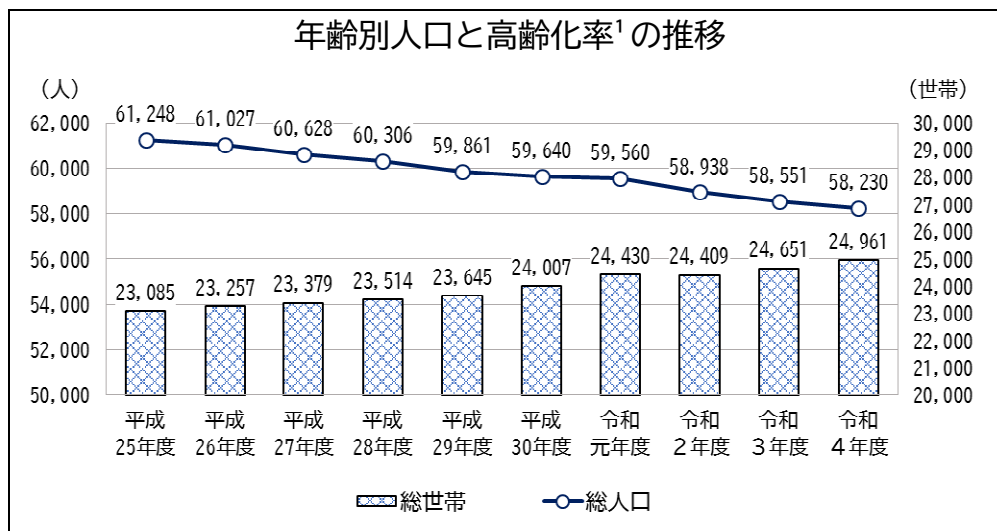
(1) 人口の推移

(図2-1)



資料：住民基本台帳（各年度末現在）

(図2-2)



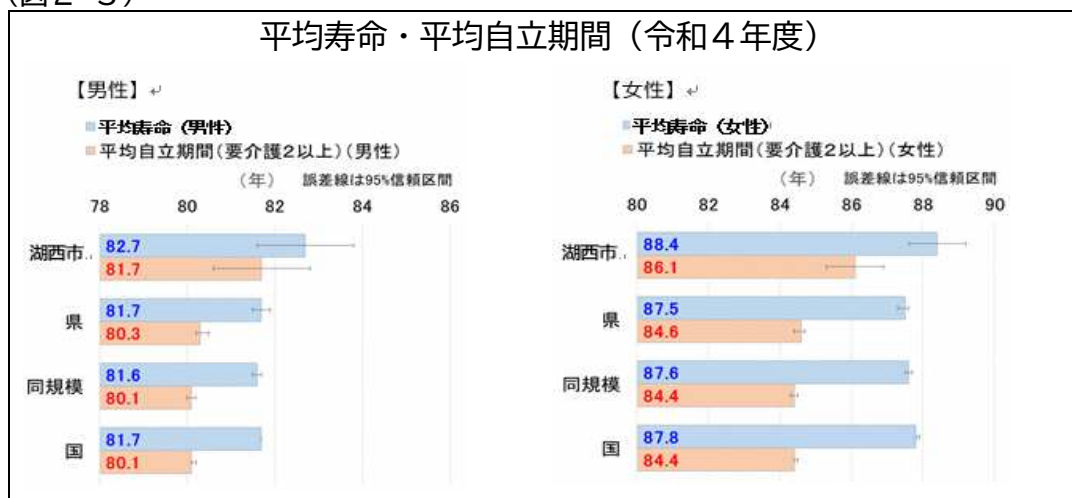
資料：住民基本台帳（各年度末現在）

本市の人口は平成25年度以降減少しているが、世帯数は増加している。また、高齢化率は毎年上昇しており、令和4年度末では、65歳以上の人口は総人口の28.7%を占めている。

¹ 高齢化率：65歳以上人口を「高齢者人口」、その総人口に占める割合をいう。

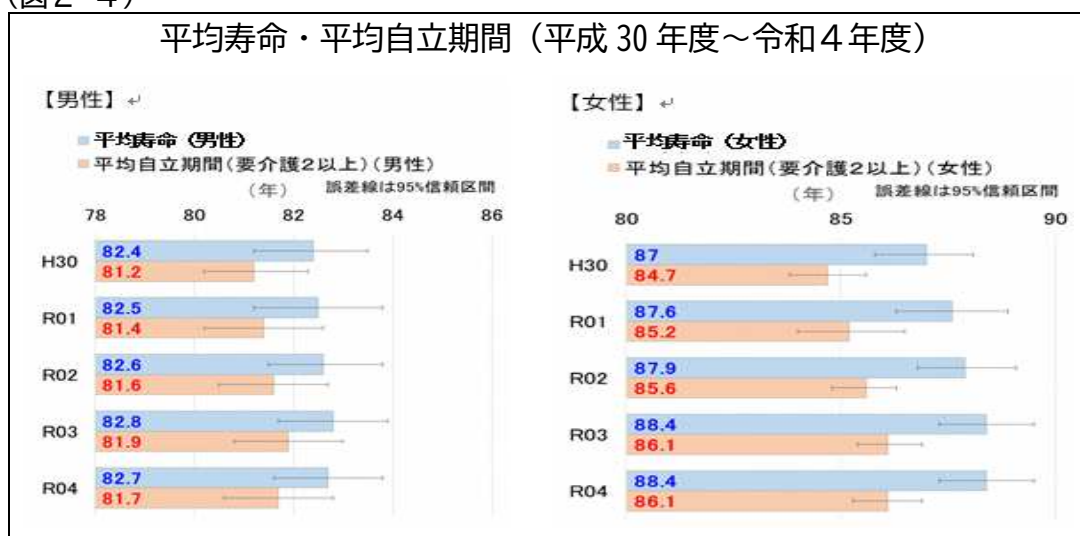
(2) 平均寿命²と平均自立期間³

(図2-3)



資料：KDB⁴システム「S21_001_地域の全体像の把握（R04年度-R02.12月末介護受給者台帳等）」
 国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツール Ver. 2.0）

(図2-4)



資料：KDB システム「S21_001_地域の全体像の把握（H30-R04年度）」
 国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツール Ver. 2.0）

令和4年度の本市の平均寿命と平均自立期間は、全国、静岡県及び同規模の自治体と比較すると、男女ともに上回っている。また、本市の平均寿命と平均自立期間は、平成30年度以降男女ともに年々長くなっている。

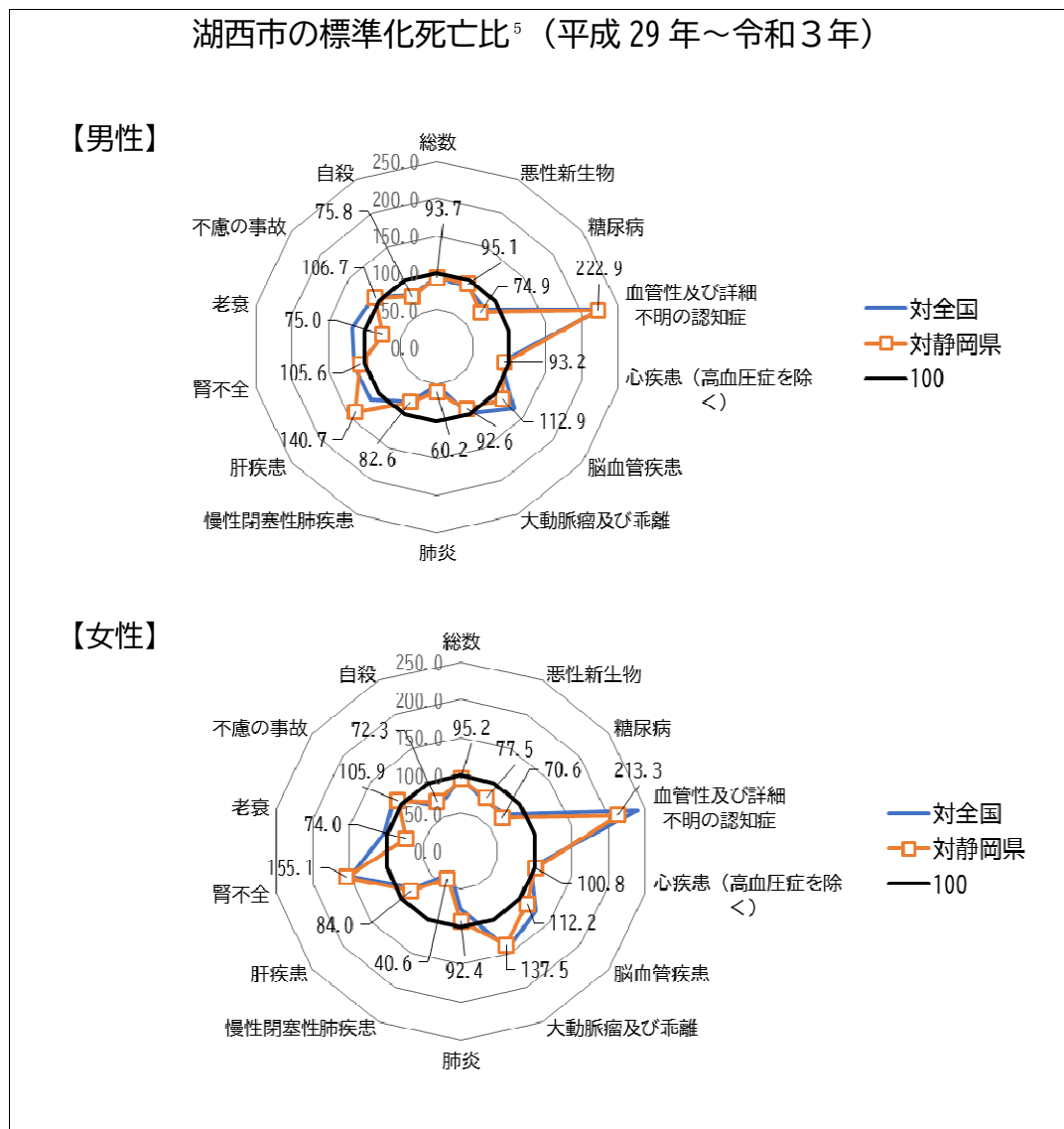
²平均寿命：0歳における平均余命。平均余命とは「各年齢の者が今後何年生きられるか」という期待値のこと。

³平均自立期間：日常生活動作が自立している期間の平均のこと。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して算出する。

⁴KDB：国民健康保険中央会が開発した国保データベースシステム。

(3) 死亡原因

(図2-5)

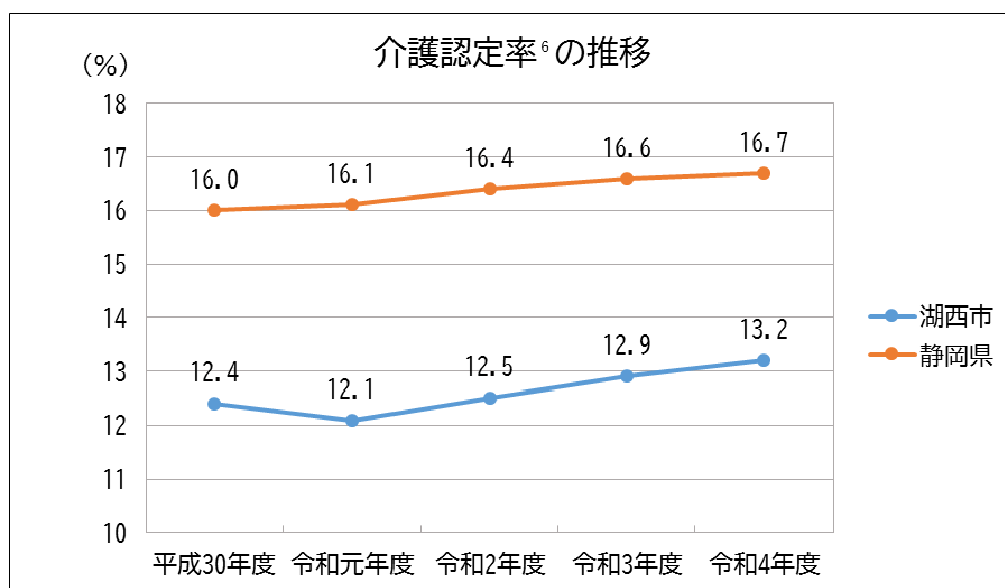


平成29年から令和3年の国の平均を100（基準）とした標準化死亡比（SMR）では、男女ともに「血管性及び詳細不明の認知症」、「脳血管疾患」、「腎不全」、「老衰」、「不慮の事故」が高くなっている。さらに、女性では「大動脈瘤及び乖離」が高くなっており、男性では「肝疾患」が高くなっている。また、県の平均を100（基準）とした標準化死亡比（SMR）では、男女ともに「老衰」以外の疾患で同じ傾向を示している。

⁵ 標準化死亡比：基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、「計算により求められる期待される死亡数」と「実際に観察された死亡数」とを比較したものをいう。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

(4) 介護保険の状況

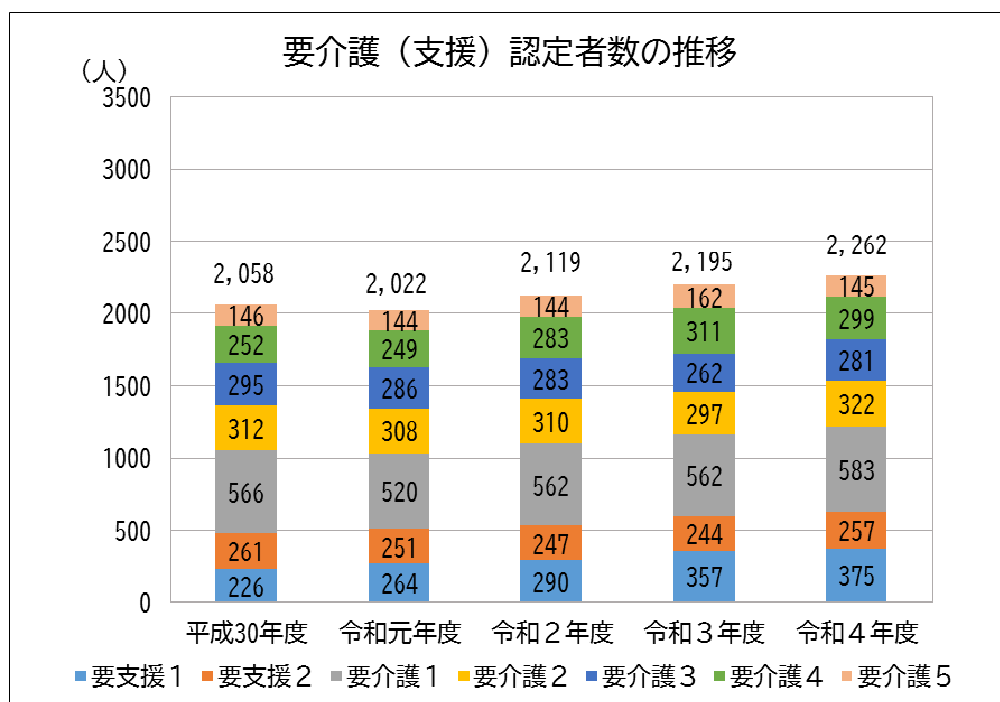
(図2-6)



資料：介護保険事業状況報告(事業年報) (H30-R04 年度)

※令和4年度静岡県介護認定率は暫定値

(図2-7)



資料：介護保険事業状況報告(事業年報)_第1号+第2号被保険者数 (H30-R04 年度)

介護認定率はおおむね横ばい傾向にあり、県に比べると割合が低い状態が続いている。また、認定者数は令和元年度に減少したものの、令和2年度以降増加している。

⁶介護認定率：第1号被保険者(65歳以上の人)に占める要支援・要介護認定者の割合。

2 国民健康保険加入者の状況

(1) 被保険者数の推移

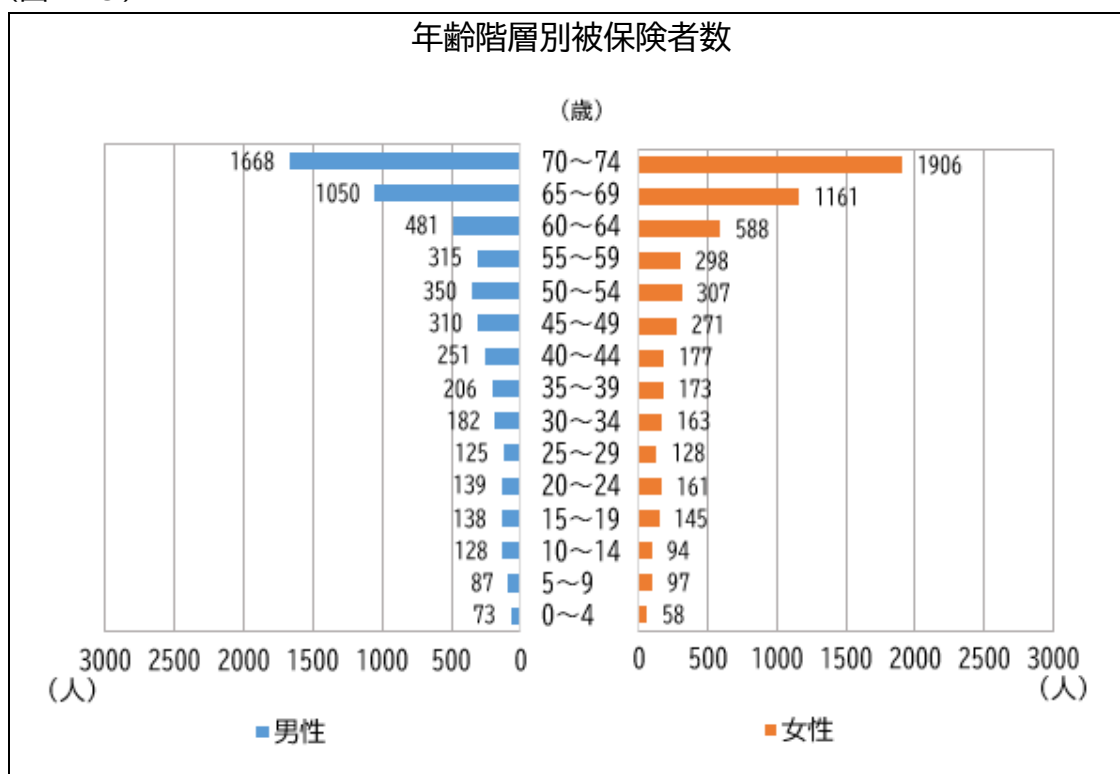
	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
被保険者数（人）	12,407	12,114	11,940	11,606	10,961
加入率（％）	20.8	20.3	20.3	19.8	18.8
被保険者世帯数 （世帯）	7,608	7,556	7,480	7,397	7,155

資料：国民健康保険事業状況報告書(事業年報)（H30-R04 年度末）

令和 4 年度の国民健康保険被保険者数は 10,961 人、国民健康保険加入率は総人口の 18.8％である。平成 30 年度以降、被保険者数、加入率、被保険者世帯数において減少している。

(2) 年齢階層別被保険者数

(図 2-8)



資料：KDB システム_人口及び被保険者の状況_年間平均被保険者数（R04 年度）

令和 4 年度の年齢階層別被保険者数は、年齢階層が高いほど被保険者数が多い。令和 4 年度年間平均被保険者数の全体 11,230 人の内、65 歳以上の被保険者は 5,785 人で、全体の 51.5％を占めている。

第3章 前計画の実績及び評価

章では、平成30年度から令和5年度までの第2期湖西市国民健康保険保健事業実施計画及び第3期特定健康診査等実施計画において取り組んだ保健事業について評価する。

1 第2期湖西市国民健康保険保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）

（1）健康教育・健康相談事業

①糖尿病性腎症重症化予防事業

目的

人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防のため、関係機関と連携して湖西市糖尿病性腎症重症化予防プログラム¹（以下「プログラム」という。）を推進するとともに、重症化リスクの高い者に受診勧奨や保健指導を実施する。

経緯

平成30年度に策定したプログラムを基に受診勧奨や保健指導へ取り組んでいたが、医療機関や薬局との連携は図れていない状況にあった。関係機関と連携した取り組みを実施するため、令和4年度に浜松医科大学医学部附属病院の腎臓内科医を中心に、プログラム改正の検討会を重ね、令和5年度から新たなプログラムで取り組みが開始した。

実施内容

●プログラム検討会（令和4年度～）

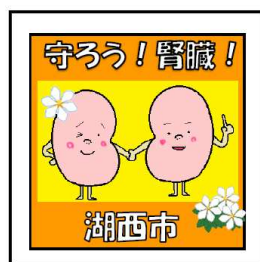
浜松医科大学医学部附属病院の腎臓内科医、市立湖西病院の糖尿病専門医、湖西市医会、浜松市薬剤師会とプログラム推進に向けた検討会を実施した。

●プログラムの実施（令和5年度改正）

- ・開業医から専門医への紹介基準を設定
- ・市立湖西病院で糖尿病性腎症予防外来を開始
- ・専門医療機関受診勧奨の実施
- ・糖尿病性腎症ハイリスク者、治療中断者への受診勧奨と保健指導の実施
- ・協力薬局による保健指導の実施
- ・腎機能に合わせた「守ろう！腎臓！シール」を作成し、腎機能が低下している人のお薬手帳へ貼付

【守ろう！腎臓！シール貼付基準】

- 赤シール ・ $eGFR^2 < 30$
 - 黄色シール ・ $30 \leq eGFR < 45$ （65歳以上）
・ $30 \leq eGFR < 50$ （65歳未満）
- （eGFR：単位はmL/分/1.73m²）



¹ 湖西市糖尿病性腎症重症化予防プログラム：人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防のため、平成30年に関係機関の役割や、受診勧奨等の実施基準など定めたプログラムを作成。

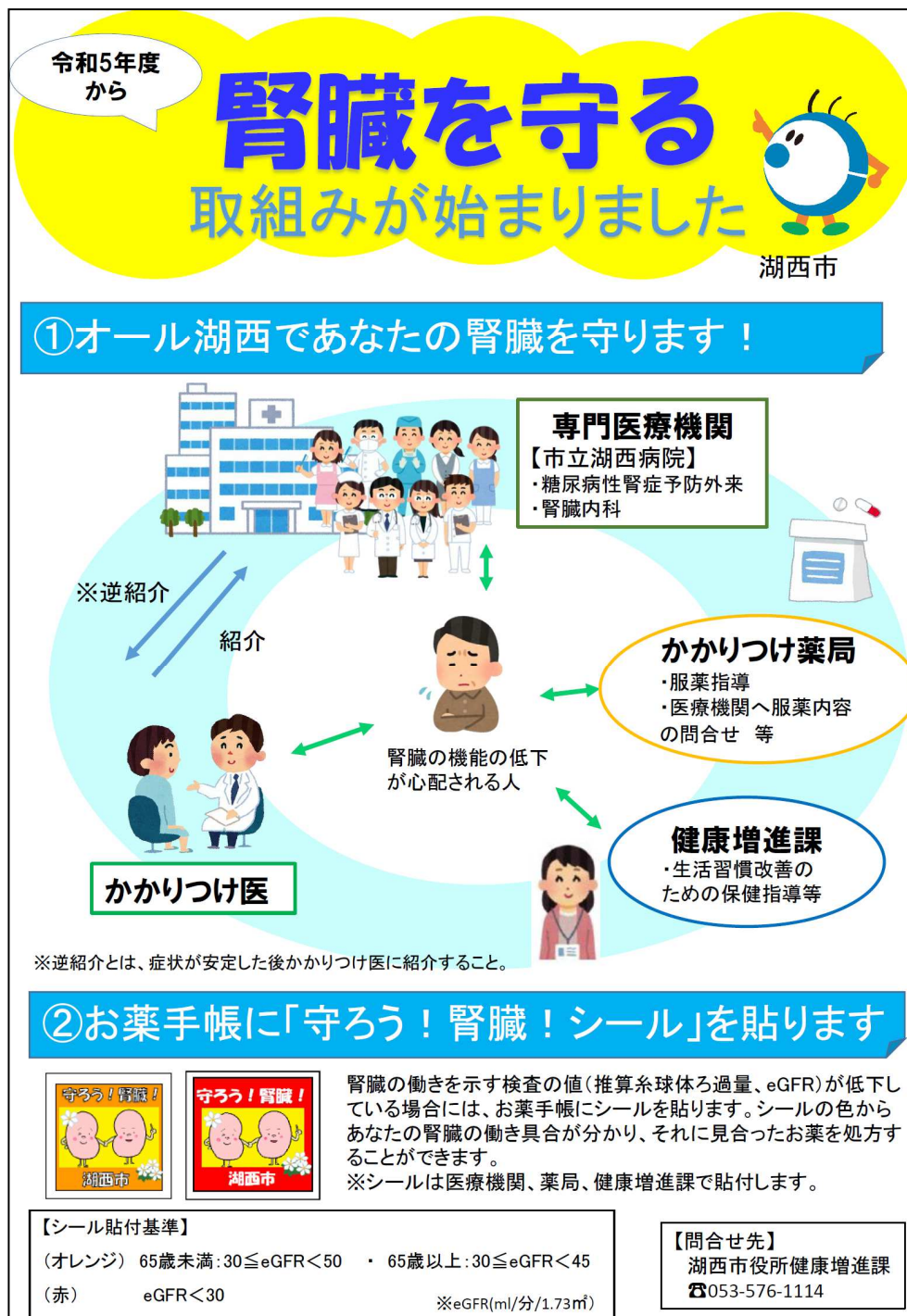
² eGFR：腎臓が正常の何パーセント程度機能しているかを推定した値。正常値は60mL/分/1.73m²以上。

実績

【受診勧奨実施数】

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
対象者数（人）	84	71	89	52	41
実施数（人）	68	26	71	34	41

参考：湖西市糖尿病性腎症重症化予防プログラム啓発用ポスター



②糖尿病予防教室

目的

糖尿病の正しい知識と生活習慣改善の方法を周知し、糖尿病の改善と重症化を予防する。

実施内容

●対象者

特定健診で HbA1c³の値が糖尿病予備群または糖尿病の基準に該当する人のうち、優先順位をつけて対象者を選定した。

●内容

保健師、管理栄養士、運動指導士による健康講話や調理実習、運動講習を実施した。

実績

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
実施回数 (回)	1 クール 3 回	1 クール 3 回	1 クール 3 回	1 クール 3 回	1 クール 2 回 ※
参加者延べ数 (人)	67	38	48	53	24

※令和 4 年度は糖尿病教室としての運動講習は行わず、健康増進課で実施する他の運動教室の参加を案内した。

③高血圧重症化予防事業（令和 5 年度～）

目的

高血圧の重症化予防のため、受診勧奨と生活習慣改善に向けた支援を行う。

実施内容

●対象者

令和 4 年度と令和 5 年度の特定健康診査の結果、Ⅱ度～Ⅲ度の高血圧に該当する人の内、治療中の者は保健指導対象、未治療の者は受診勧奨対象者とした。

●内容

保健指導：測定機器を使用し、食事や運動、塩分摂取状況をモニタリングしながら、電話での保健指導を 4 か月間継続して実施した。

受診勧奨：受診勧奨通知と、受診状況を確認するアンケートを送付。アンケートの返信がない人には電話にて状況確認を行った。



³ HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）：血糖値の過去 1 ～ 2 か月の平均をみる値

④生活習慣病予防教室

目的

生活習慣病予防に関する知識の普及のための、運動を中心とした健康教室を実施する。

経緯

平成 30 年度と令和元年度は特定健康診査の問診票において、運動が不足している人を対象とした運動中心の教室を実施してきたが、参加者が少ない状況であった。

令和 2 年度は健康増進課の市民を対象とした健康教室と同時開催で行った。

令和 3 年度からスポーツ・生涯学習課が主催する健康ウォーキングと同時開催で講話を実施した。

実施内容（令和 3 年度～）

●対象者

スポーツ・生涯学習課が主催する健康ウォーキングの参加者

●内容

保健師、管理栄養士が高血圧や糖尿病の病態や、生活習慣病の予防方法について講話を行った。

実績

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
実施回数（回）	3	3	3	2	8
参加者延べ数（人）	41	18	30	26	70



健康ウォーキングでの健康講話



(2) 人間ドック等の受診費用助成事業

目的

生活習慣病等の疾病予防、早期発見並びに早期治療を目的として人間ドック費用の一部を助成する。

実施内容

●対象者

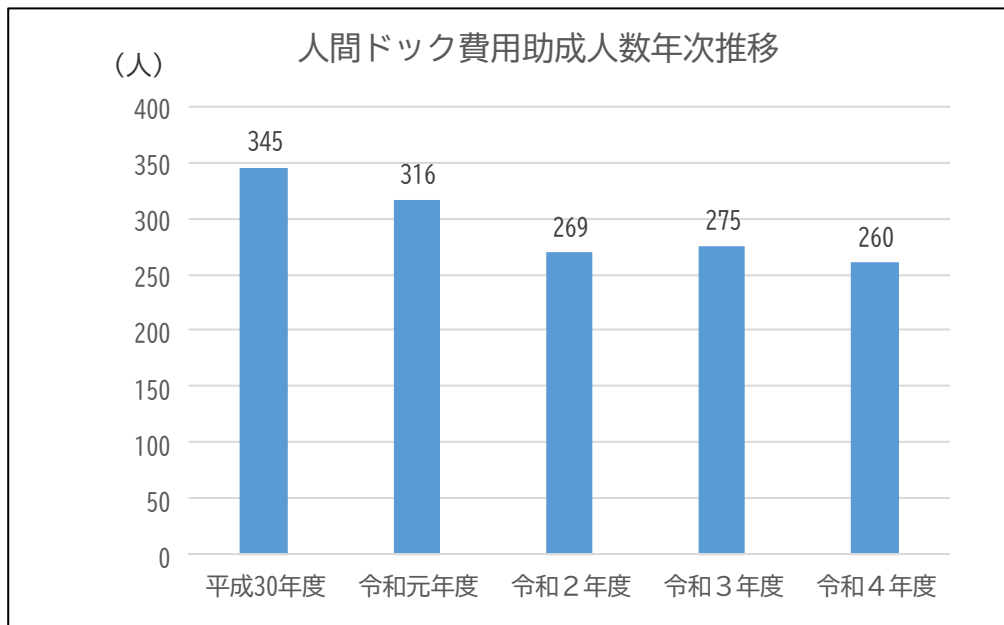
20歳～74歳まで被保険者のうち、国民健康保険に1年以上加入しており、保険税の未納がない人

●実施機関

市立湖西病院健診センター、浜名病院健診センター、なごみ健診クリニック、遠州病院健康管理センター、聖隷健康診断センター（住吉）、聖隷予防検診センター（三方原）、聖隷健康診断センター東伊場クリニック

実績

(図3-1)



資料：健康増進課

(3) 国保U-39 健診事業（令和3年度～）

目的

健康診断の習慣化や生活習慣の見直し等を指導し、生活習慣病の予防と健康意識の向上を図る。

経緯

令和3年度は、健診実施機関から健診結果を郵送で本人に通知し、健診日と別日に健診結果説明会を実施した。健診受診者全員を対象としたが、参加者が少なく保健指導率は7.4%という結果であった。令和4年度は、市から結果を発送することとし、基準値から外れた人に対しては、健診結果説明会で保健指導を行いながら結果を渡す方法で実施した。

実施内容

●対象者

30 歳～40 歳未満の被保険者

●内容

身体測定、血圧測定、血液検査（脂質・血糖・腎機能・肝機能）、尿検査を総合集団検診（特定健診とがん検診を同時実施）で行う。健診結果で基準値を外れた人に対し、健診結果相談会にて個別指導を行う。

実績

年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者数	121 人	99 人
保健指導対象者	121 人	55 人
保健指導実施数	9 人	34 人
保健指導実施率	7.4%	61.8%



（４）医療費適正化事業

①重複・頻回受診者指導

目的

薬剤の重複投与者や医療機関の重複多受診者の要指導者に対し、適正受診やかかりつけ医を持つことの重要性及び服薬方法や健康管理に関する保健指導等を実施し、医療費の適正化を図るとともに健康保持増進を促す。

経緯

令和5年度から多剤投与者に対する指導を開始した。

実施内容

●対象者 ア～エのいずれかに該当する人（心療内科、精神科等の受診者を除く）

ア. 重複投与者：同月内に3医療機関以上から同一薬効の投与を受けている者

イ. 重複受診者：同月内に4医療機関以上を受診している者

ウ. 多受診者：同月内に15日以上受診している者

エ. 多剤投与者：同月内に1日以上処方された薬剤が15種類以上ある者

●指導方法

対象者の診療報酬明細情報を確認し、不適切な受診が継続して行われていると判断した場合に、保健師が電話または訪問により、身体状況や生活状況の把握を行い、健康管理や服薬に関する指導助言を行う。



実績

【指導実施人数の推移】

項 目		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
重複 投与者	対象数	0 人	1 人	0 人	3 人	1 人
	実施数	0 人	1 人	0 人	3 人	1 人
重複 受診者	対象数	8 人	0 人	0 人	0 人	0 人
	実施数	6 人	0 人	0 人	0 人	0 人
多受診者	対象数	2 人	0 人	0 人	1 人	0 人
	実施数	2 人	0 人	0 人	1 人	0 人

②後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進

目的

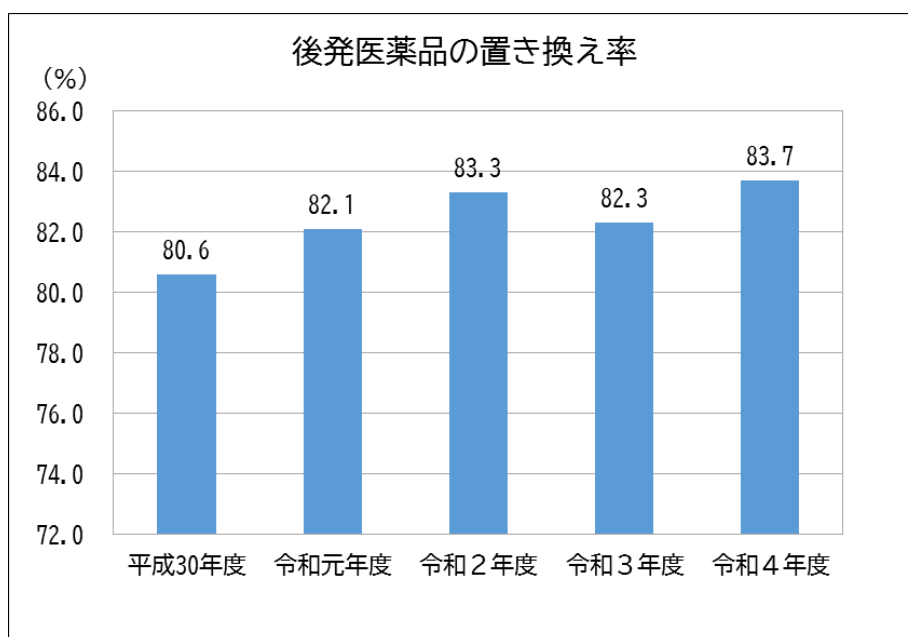
後発医薬品の利用を促進する。

実施内容

後発医薬品に切り替えた場合の差額を年 2 回通知する。啓発品の配布。

実績

（図 3-2）



資料：医薬品利用実態一覧表<国保一般+退職>【調剤のみ】（H30-R04 年度）

③医療費通知の送付

目的

被保険者に健康及び医療に関する認識を深める

実施内容

医療費の額等を通知

実績

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
通知回数(回)	6	6	6	6	6

2 第3期湖西市国民健康保険特定健康診査等実施計画

(1) 特定健康診査

目的

40 歳～74 歳の国民健康保険加入者に対し、メタボリックシンドローム⁴に着目した糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化の予防のため、生活習慣の改善を必要とする人を抽出する。

実施内容

●対象者

40 歳～75 歳未満の国民健康保険加入の被保険者とする。原則として実施年度の4月1日における加入者であり、年度途中での加入、脱退等異動のない人とする。

●実施場所

- ・市内医療機関（18 か所）で健診
- ・総合集団検診（健康福祉センター、新居地域センター）

●実施期間

令和3年度から健診期間を6か月（6月～11月）を10か月（4月～1月）に延長

●受診率向上への取り組み

- ・個人からの検査結果受領
かかりつけ医等で受けた特定健診と同様の検査結果を、市へ提出した場合にその特典として景品を進呈した。
- ・健診未受診者対策
令和2年度から、レセプトデータの分析やナッジ理論（行動経済学）に基づいた受診勧奨を専門業者に委託し、未受診者の状況に応じた内容を通知した。
- ・健診の周知
広報こさい、市役所だより、モニター広告、ウェブサイト、医療機関でのポスター掲示等の周知と、国民健康保険新規加入者に対しては、保険年金課の窓口で健診についての資料を配布した。また、令和5年度から、健康づくりの活動を行っている保健

⁴ メタボリックシンドローム：内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指す。

推進員が、市内各地区(9か所)で健診受診の啓発を行った。

・事業所との連携

被保険者に対し事業所が実施した健診結果を、事業所を通じて受領した。

実績

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
特定健診対象者(人)	9,385	9,116	9,027	8,788	8,273
特定健診受診数(人)	4,613	4,343	4,272	4,091	3,714
特定健診受診率(%)	49.2	47.6	47.3	46.6	44.9
未受診者受診勧奨数 (通)	—	—	15,686	15,100	16,510
健診データ取得(件)	—	150	153	175	145
【再掲】事業所から の提供数(件)	—	31	29	24	23

(2) 特定保健指導

目的

メタボリックシンドロームに起因する糖尿病、高血圧症、脂質異常症を改善するため、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係わる自主的、継続的な取り組みができるよう支援する。

実施内容

●対象者

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令157号。以下「実施基準」という。)第4条に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、動機付け支援⁵・積極的支援⁶とされた人。

●実施期間

通年

●実施方法

・健診結果相談会(健康福祉センター)

特定保健指導対象者へ通知を発送し、健診結果相談会で保健師または管理栄養士が初回面接を実施した。

・訪問指導

健診結果相談会へ欠席した対象者や、希望者に対して保健師と管理栄養士が訪問にて保健指導や指導の評価を実施した。

⁵ 動機付け支援：特定健康診査受診後に階層化により動機付け支援と判断された人に行われる支援で、原則1回の支援を行い、3か月後に評価を行う。(詳細はP58参照)

⁶ 積極的支援：特定健康診査受診後に階層化により積極的支援と判断された人に行われる支援で、3か月以上の複数回にわたる継続的な支援を行い、3か月以上経過後に評価を行う。(詳細はP58を参照)

- ・人間ドック受診者に対する医療機関での保健指導（令和３年～）

人間ドック受診者が、受診先の医療機関で特定保健指導が受けられるよう環境を整備した。

【特定保健指導実施医療機関】

- ・市立湖西病院健診センター ・浜名病院健診センター
- ・聖隷予防検診センター ・聖隷健康診断センター

- ・薬局での特定保健指導（令和５年度～）

平日の夜間や休日にも特定保健指導を受けることができるよう、株式会社杏林堂薬局（以下「杏林堂薬局」という。）での特定保健指導を実施した。

実績

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
特定保健指導 対象者数(人)	480	409	425	417	355
特定保健指導者数 (人)※ 1	360	304	260	292	235
特定保健指導 実施率（％）	75	74.3	61.2	70.0	66.2
健診結果相談会 参加者数(人)	134	124	142	151	124
訪問指導等個別 指導数（人） ※ 2	314	249	153	124	167
人間ドック指導数 (人)	—	—	—	8	9

※ 1 当該年度の対象者のうち、国民健康保険に 1 年間加入しており、保健指導の評価まで終了した人数。

※ 2 当該年度に個別で特定保健指導を実施した人数。（前年度未修了者も含む）



健診結果相談会

3 取り組みの評価

(1) 評価指標

(○：達成、△：目標未達成だが改善、×：実績値より低下)

評価項目	計画策定年度 (平成 28 年度)	目標値 (令和 5 年度)	実績値 (令和 4 年度)	評価
特定健診受診率 (受診者数/40 歳～74 歳被保険者数)	49.0%	60.0%	44.9%	×
特定保健指導実施率 (指導者数/対象者数)	72.5%	73.5%	66.2%	×
高血圧症（正常高値～Ⅰ度高血圧症） 該当者割合 (高血圧症基準値該当者数 /健診受診者数)	45.6%	43.5%	47.4%	×
糖尿病（HbA1c5.6%以上） 該当者割合 (HbA1c 基準値該当者数 /健診受診者数)	59.2%	59.0%	66.0%	×
医療機関との連携 (保健指導・受診勧奨において 連携できた医療機関数)	1 医院	3 医院	18 医院 (令和 5 年度)	○
特定健診問診項目「日常生活において 歩行または同等の身体活動を 1 日 1 時 間以上実施している」該当者割合 (問診項目該当者数/健診受診者数)	39.9%	45.0%	44.9%	△
運動教室参加者数	46 人	70 人	70 人	○
後発医薬品切り替え率 (数量シェア)	72.2%	75.0%	83.7%	○

(2) 評価

8項目の評価指標のうち、達成（○）3項目、目標未達成だが策定時実績より改善（△）1項目、実績値より低下（×）4項目という結果であった。

これまで、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に対して様々な取り組みを行ってきたが、ともに前計画策定時より低下している。健診未受診者の傾向などを分析し、対策を検討するとともに、医療機関や薬局などの関係機関と連携を強化し、受診率向上への更なる取り組みが必要である。

糖尿病性腎症重症化予防については、専門医、湖西市医会、浜松市薬剤師会と連携してプログラムを改正し、重症化予防に向けた体制を構築することができた。

また、令和2年からの新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、様々な取り組みが制限される中、実施方法を工夫しつつ運動する機会を提供し、教室参加者数の目標を達成することができた。しかし、特定健診結果から高血圧、糖尿病に関する項目において該当者率は増加している。生活習慣の改善により疾病予防を促すことに加え、未治療者、治療中断者などのハイリスク者に対する受診勧奨や保健指導を強化し、更なる重症化予防に取り組むことが必要である。

医療費適正化の取り組みとして、後発医薬品の切り替え率は目標を超えて達成できており、今後も継続して取り組んでいく必要がある。更に、重複・頻回受診者指導においては、精神疾患がある人を対象者から除外して実施してきたが、医療機関や薬局との連携を強化し、精神疾患を含めた対象者へ指導が行えるよう検討が必要である。

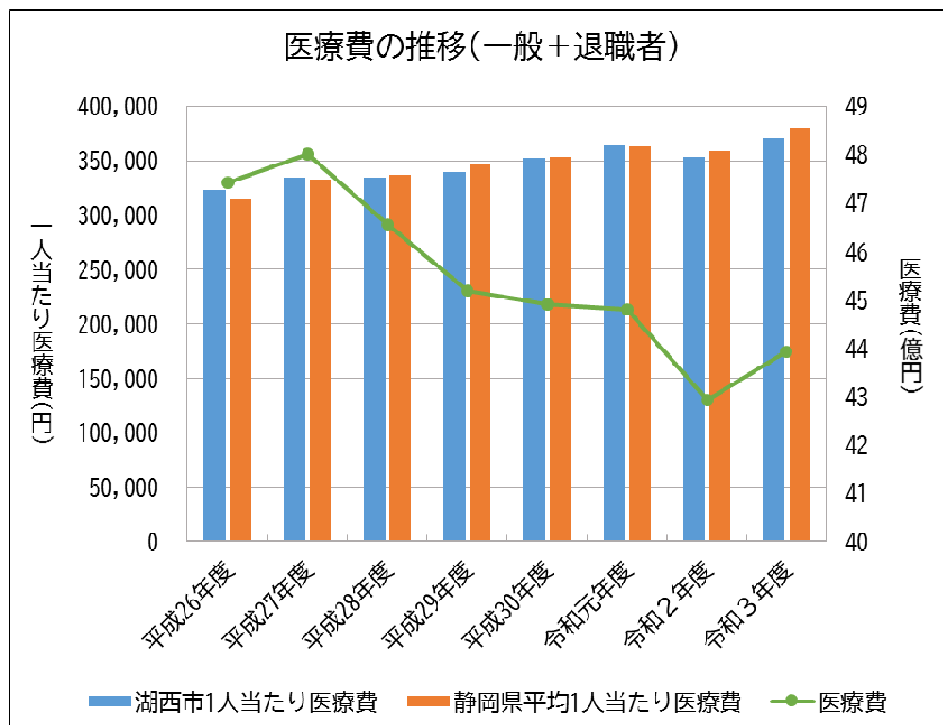
第4章 データ分析に基づく健康課題

1 医療費の分析

(1) 医療費の状況

【医療費の推移】

(図4-1)

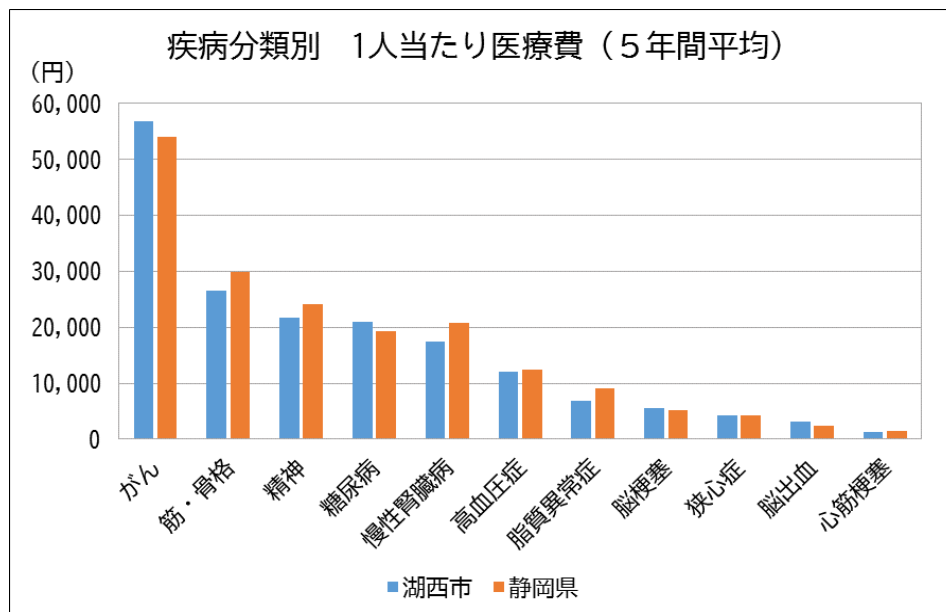


資料：国民健康保険事業状況(H26-R03 年度)

国民健康保険被保険者の減少とともに平成27年度以降の医療費はおおむね減少しているが、本市の1人当たり医療費は年々増加している。

【疾病分類別 1 人当たり医療費比較】

(図 4-2)

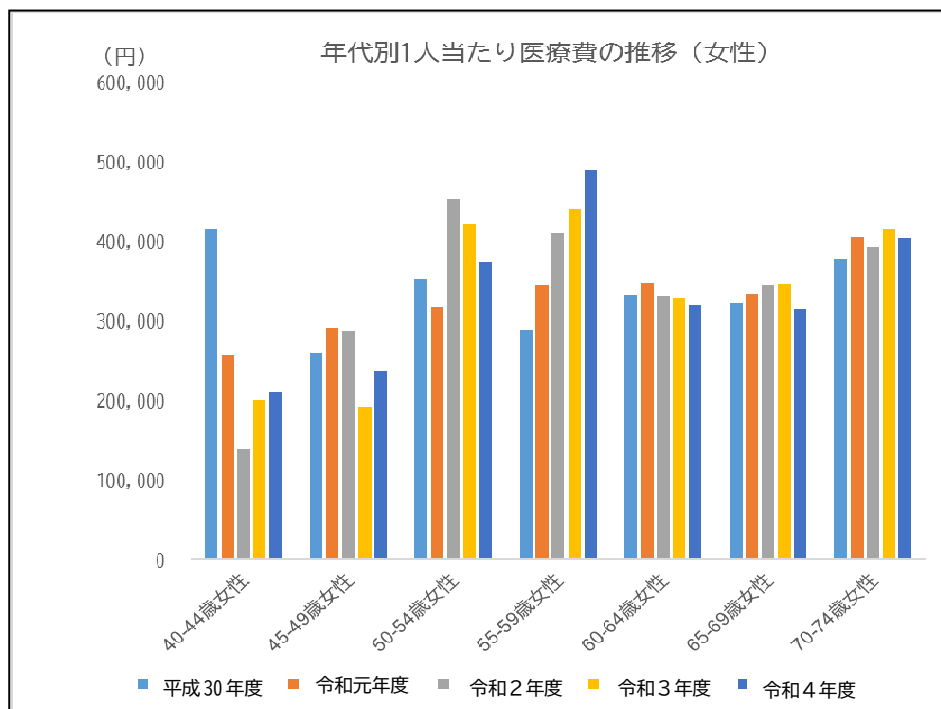
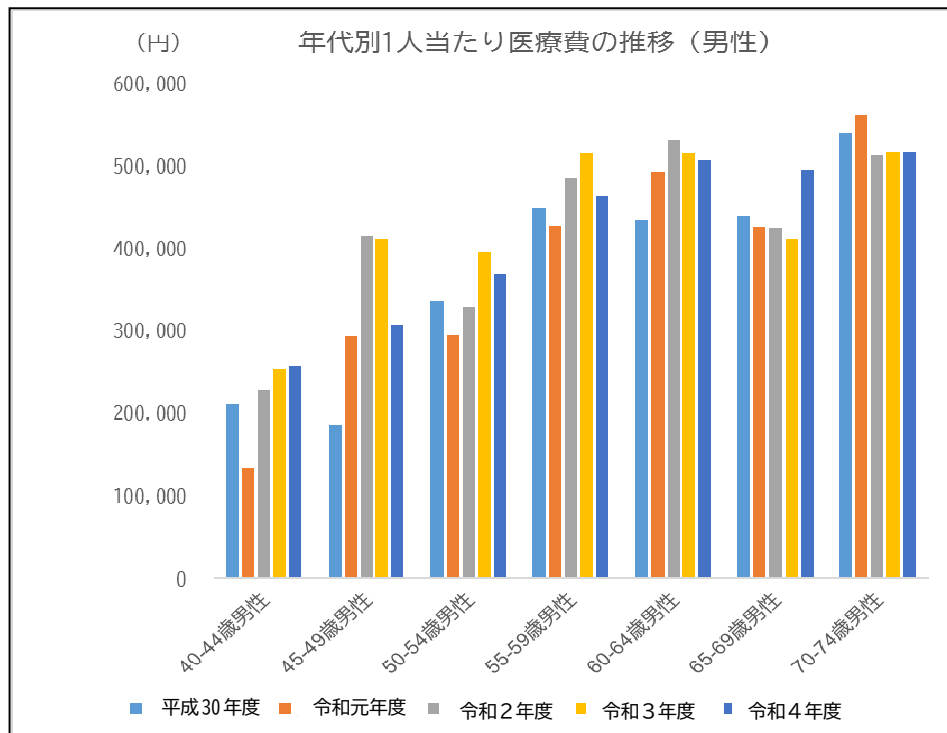


資料：KDB システム_生活圏域別医療費状況(H30-R04 年度)

本市の1人当たり医療費（平成30年度から令和4年度の5年間平均）は、がん、筋・骨格、精神の順に高く、がんと糖尿病、脳梗塞、脳出血は県を上回っている。

【1人当たり医療費の年代別・性別比較】

(図4-3)



資料：株式会社 PREVENT 作成

1人当たり医療費を年代別、性別で見ると、男性は年代が上がると医療費が高くなる傾向を示しており、年次推移で見ると55歳～64歳で増加傾向となっている。女性では50歳～59歳の医療費が高くなっており、年次推移で見ると50歳～59歳、70歳～74歳で増加傾向にある。

【令和4年度国民健康保険疾病分類別医療費比較】

(図4-4)

国保 医療費の負担が大きい疾患、標準化比 ¹					
医療費分析(2) 細小分類 ²				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費(円)	医療費割合(%)	男性	女性
合計	糖尿病	232,227,020	6.2	99.7	109.0
	慢性腎臓病(透析あり)	202,526,010	5.4	76.9	99.0
	関節疾患	144,683,910	3.9	105.5	98.0
	高血圧症	131,411,110	3.5	90.4	94.4
	肺がん	110,081,210	2.9	86.4	116.6
	統合失調症	98,178,580	2.6	55.3	96.2
	うつ病	93,369,170	2.5	130.1	141.0
	不整脈	93,011,360	2.5	76.4	92.7
	脳梗塞	81,762,720	2.2	123.5	84.5
	緑内障	78,947,650	2.1	146.1	188.0
入外区分	細小分類	疾病別医療費(円)	医療費割合(%)	男性	女性
入院	脳梗塞	74,122,400	5.1	127.6	94.5
	慢性腎臓病(透析あり)	67,889,780	4.7	168.1	161.5
	統合失調症	65,759,180	4.6	40.0	105.7
	骨折	55,571,300	3.9	102.8	105.2
	関節疾患	49,979,650	3.4	63.0	110.0
	うつ病	44,711,670	3.1	154.0	169.0
	大動脈瘤	43,101,700	3.0	121.3	74.5
	肺がん	40,536,020	2.8	88.5	112.7
	不整脈	38,468,860	2.7	65.6	99.9
	白血病	34,678,160	2.4	150.0	80.4
入外区分	細小分類	疾病別医療費(円)	医療費割合(%)	男性	女性
外来	糖尿病	224,712,080	9.8	100.4	108.7
	慢性腎臓病(透析あり)	134,636,230	5.8	54.4	84.0
	高血圧症	127,948,070	5.6	90.8	94.3
	関節疾患	94,704,260	4.1	122.8	92.0
	緑内障	77,115,350	3.3	151.4	196.1
	脂質異常症	73,323,790	3.2	68.5	73.7
	肺がん	69,545,190	3.0	85.0	118.3
	不整脈	54,542,500	2.4	85.1	87.2
	うつ病	48,657,500	2.1	107.9	120.9
	小児科	44,534,430	1.9	89.8	94.2

資料：医療費・割合：KDB システム_S23_002_医療費分析(2) 大、中、細小分類(R04年度分)

標準化比：KDB システム_S23_005_細小分類(R01-R04)*国立保健医療科学院ツール

*国立保健医療科学院ツール(医療費の疾患別内訳見える化ツール KDB 細小82分類 Ver1.7)

令和4年度の国民健康保険者の入院と外来を合計した医療費負担の大きい疾患は、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)、関節疾患の順であった。

¹ 標準化比：年齢調整したうえでの対県費(県=100)を表し、標準化比あるいは地域差指数と呼ばれる。例えば、標準化比=120であれば、年齢構成の影響を補正したうえで、県よりも1.2倍医療費がかかっていることを意味する。

² 細小分類：KDB システムの「疾病別医療費分析(細小(82)分類)」に基づく分類。

【令和４年度後期高齢者保険疾病分類別医療費比較】

(図４－５)

後期 医療費の負担が大きい疾患、標準化比					
医療費分析（２）細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費(円)	医療費割合(%)	男性	女性
合計	慢性腎臓病（透析あり）	499,749,170	8.0	103.1	130.7
	骨折	329,513,950	5.3	92.0	109.1
	糖尿病	277,390,110	4.4	93.2	104.3
	関節疾患	254,791,300	4.1	87.2	86.8
	脳梗塞	240,554,440	3.9	88.9	117.1
	不整脈	240,550,410	3.9	94.2	87.4
	高血圧症	210,816,000	3.4	89.6	101.8
	前立腺がん	124,585,710	2.0	88.0	0.0
	肺がん	104,697,370	1.7	94.5	95.4
	骨粗しょう症	100,738,930	1.6	50.9	62.2
入外区分	細小分類	疾病別医療費(円)	医療費割合(%)	男性	女性
入院	骨折	306,286,240	9.9	90.1	109.3
	脳梗塞	222,924,460	7.2	91.6	123.9
	慢性腎臓病（透析あり）	192,208,370	6.2	103.4	138.3
	関節疾患	125,237,880	4.0	111.1	96.7
	認知症	92,811,080	3.0	116.0	194.2
	不整脈	89,719,720	2.9	111.0	103.8
	肺炎	87,320,220	2.8	102.0	103.8
	統合失調症	56,644,170	1.8	112.5	154.7
	脳出血	54,940,090	1.8	204.3	96.5
	大腸がん	50,616,480	1.6	106.3	92.7
入外区分	細小分類	疾病別医療費(円)	医療費割合(%)	男性	女性
外来	慢性腎臓病（透析あり）	307,540,800	9.8	102.9	127.0
	糖尿病	253,043,460	8.1	92.4	99.7
	高血圧症	204,331,880	6.5	88.3	99.9
	不整脈	150,830,690	4.8	86.0	79.2
	関節疾患	129,553,420	4.2	74.9	80.0
	前立腺がん	102,837,920	3.3	81.3	0.0
	緑内障	95,042,130	3.0	120.9	149.2
	脂質異常症	85,648,370	2.7	75.2	77.8
	骨粗しょう症	65,604,080	2.1	45.8	57.2
	肺がん	57,574,360	1.8	86.1	91.8

資料：医療費・割合：KDB システム_S23_002_医療費分析（２）大、中、細小分類（R04 年度分）

標準化比：KDB システム_S23_005_細小分類（R01-R04）*国立保健医療科学院ツール

*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツール KDB 細小 82 分類 Ver1.7）

令和４年度の後期高齢者医療保険者の入院と外来を合計した医療費負担の大きい疾患は、慢性腎臓病（透析あり）、骨折、糖尿病の順であった。

【将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患】

(図4-6)

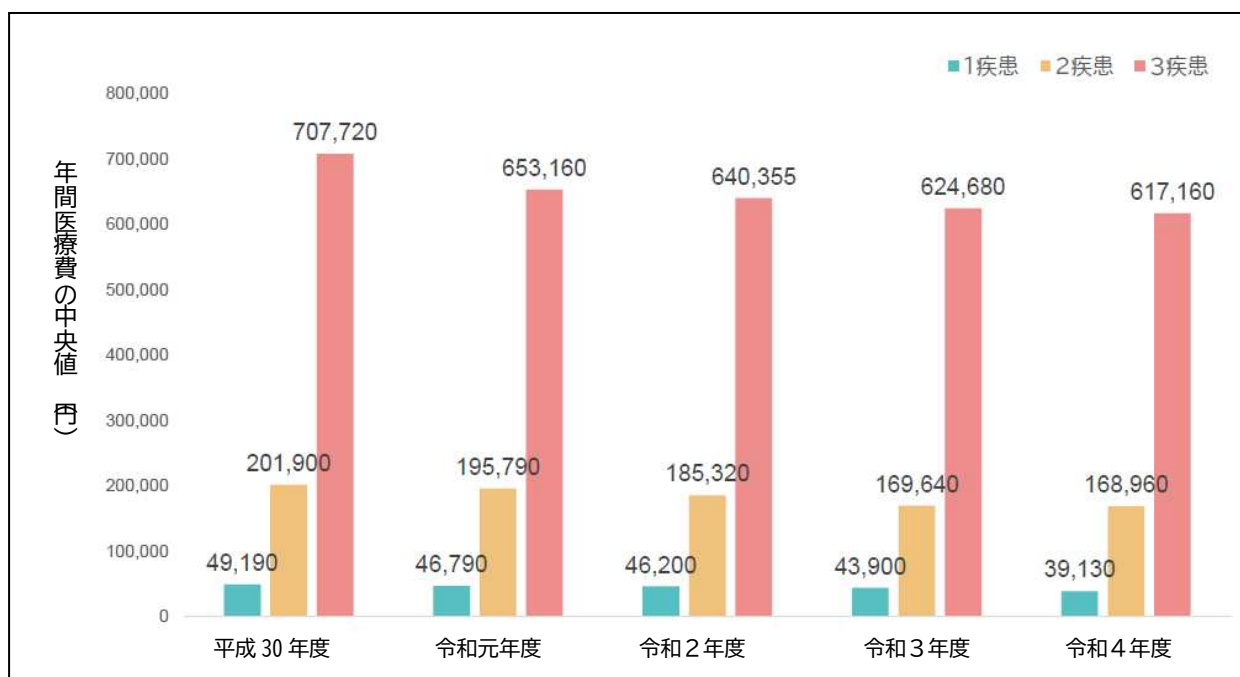
将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患					
入院	細小分類	後期-国保の医療費の差(円)	外来	細小分類	後期-国保の医療費の差(円)
	骨折	250,714,940		慢性腎臓病（透析あり）	172,904,570
	脳梗塞	148,802,060		不整脈	96,288,190
	慢性腎臓病（透析あり）	124,318,590		前立腺がん	77,135,000
	認知症	89,532,110		高血圧症	76,383,810
	関節疾患	75,258,230		骨粗しょう症	44,321,770

資料：*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツール KDB 細小 82 分類 Ver1.7）

後期高齢者医療保険者と国民健康保険者の疾病別医療費の差から、将来的に医療費の負担が増大すると予想される疾患は、医療費の高い順に、入院では骨折、脳梗塞、慢性腎臓病（透析あり）、外来では、慢性腎臓病（透析あり）、不整脈、前立腺がんが予測される。

【生活習慣病の重複と年間医療費比較】

(図4-7)



資料：株式会社 PREVENT 作成

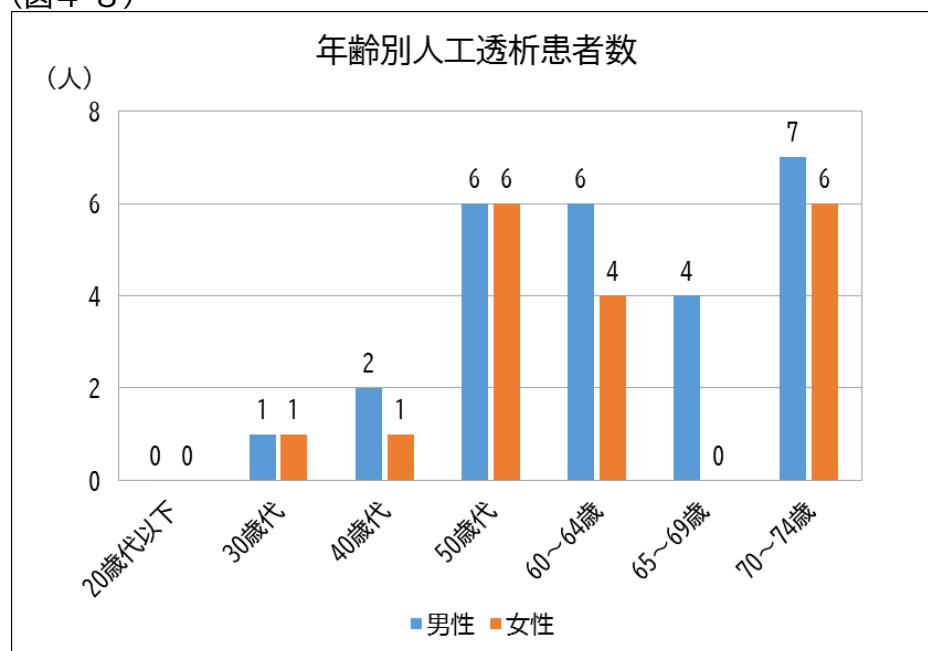
高血圧症、脂質異常症、糖尿病の3つの生活習慣病における、疾病治療の重複状況と年間医療費（中央値³）についてみると、生活習慣病の保有数が増加するにつれ医療費が大きく増加している。

³ 中央値：データを順番に並べた際に中央に位置する値。

(2) 人工透析の状況

【令和4年度年齢別人工透析患者数】

(図4-8)



資料：KDB システム_人工透析のレセプト分析（令和5年3月末時点）

人工透析患者は、高年齢層に多くみられる傾向がある。また、男女別でみると、人工透析患者数は男性の方が上回っている。

【人工透析導入者の状況】

	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
新規者数(人)	9	8	8	15	10
総数(人)	57	58	53	59	61

資料：特定疾病更新状況（毎年7月末時点）

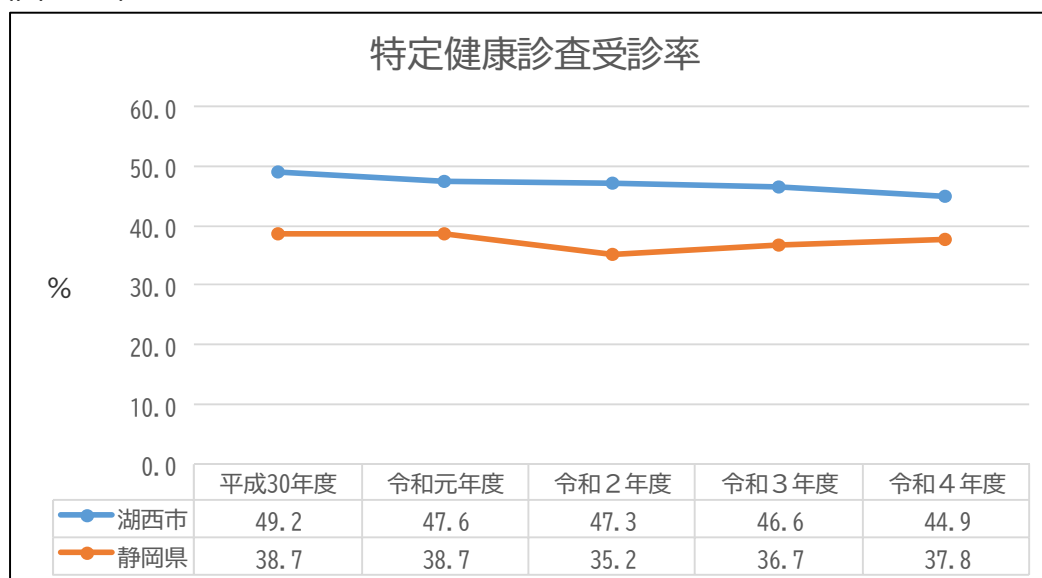
人工透析の治療に対する特定疾病療養受給者証の交付者は61人(令和4年7月末現在)で、令和4年度の新規導入者は10人であった。

2 特定健康診査・特定保健指導に関する分析

(1) 特定健康診査・特定保健指導に関する状況

【特定健康診査受診率の年次推移比較】

(図4-9)

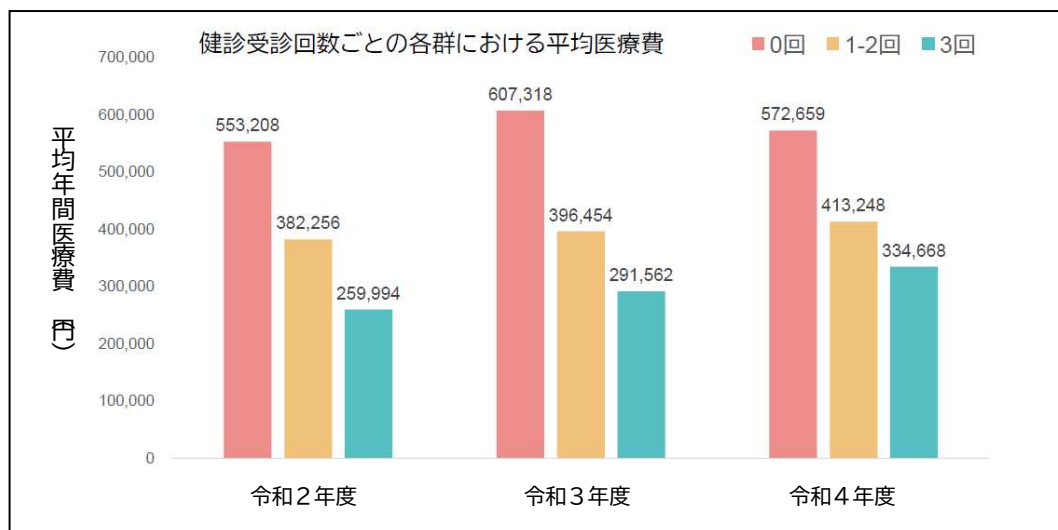


資料：法定報告（特定健康診査等実施結果集計）

特定健康診査受診率は継続して県より高く推移しているが年々減少傾向となっている。

【特定健康診査の3年間（平成30年度～令和2年度）の受診回数と医療費の比較】

(図4-10)

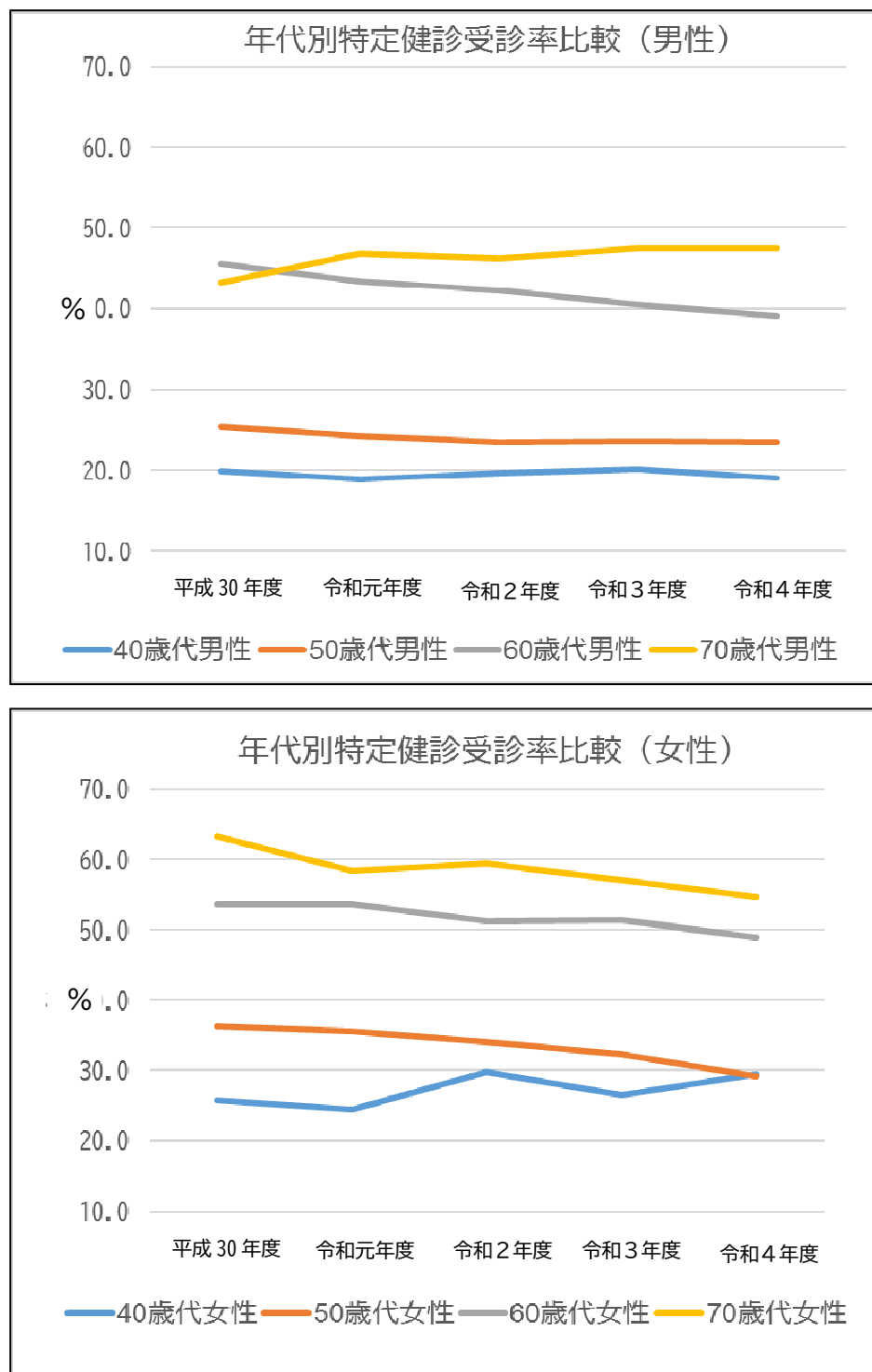


資料：株式会社 PREVENT 作成

平成30年度～令和2年度の3年間の、特定健診の受診回数ごとに、その後の平均年間医療費の状況を比較すると、特定健診の受診回数が少ないほど、医療費が高い傾向を示している。

【特定健康診査の年代別受診率の推移】

(図4-11)

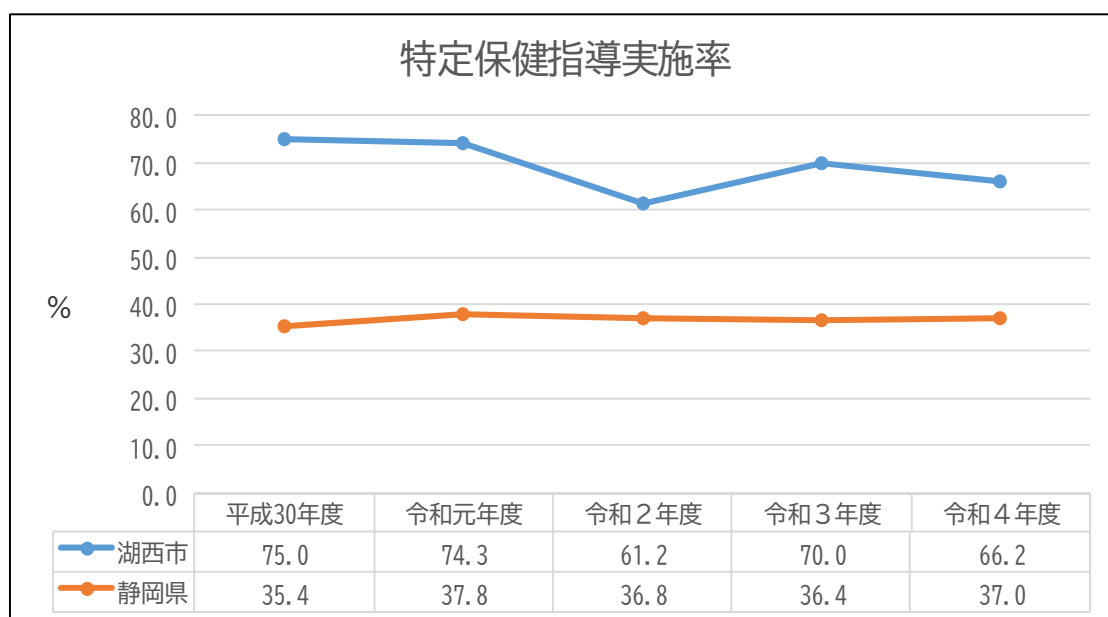


資料：株式会社 PREVENT 作成

特定健康診査の年代別の受診率をみると、男性に比べ女性の方が高く、男女ともに40歳代、50歳代が低くなっている。

【特定保健指導率の年次推移比較】

(図4-12)

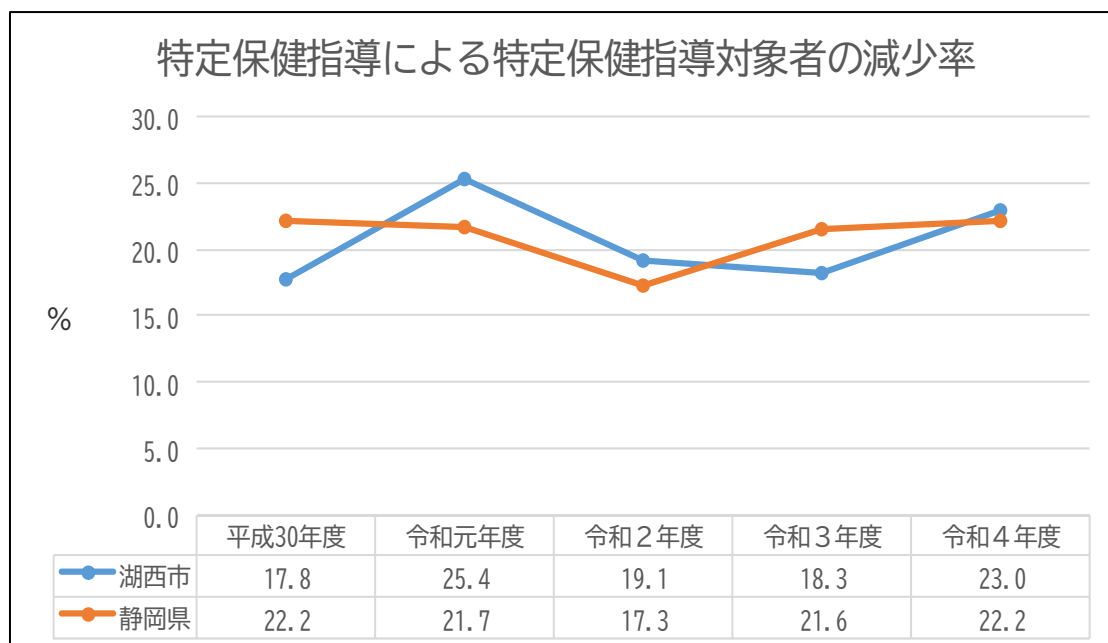


資料：法定報告（特定健康診査等実施結果集計）

特定保健指導実施率は、継続して県より高く推移しているが、減少傾向にある。

【特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率】

(図4-13)

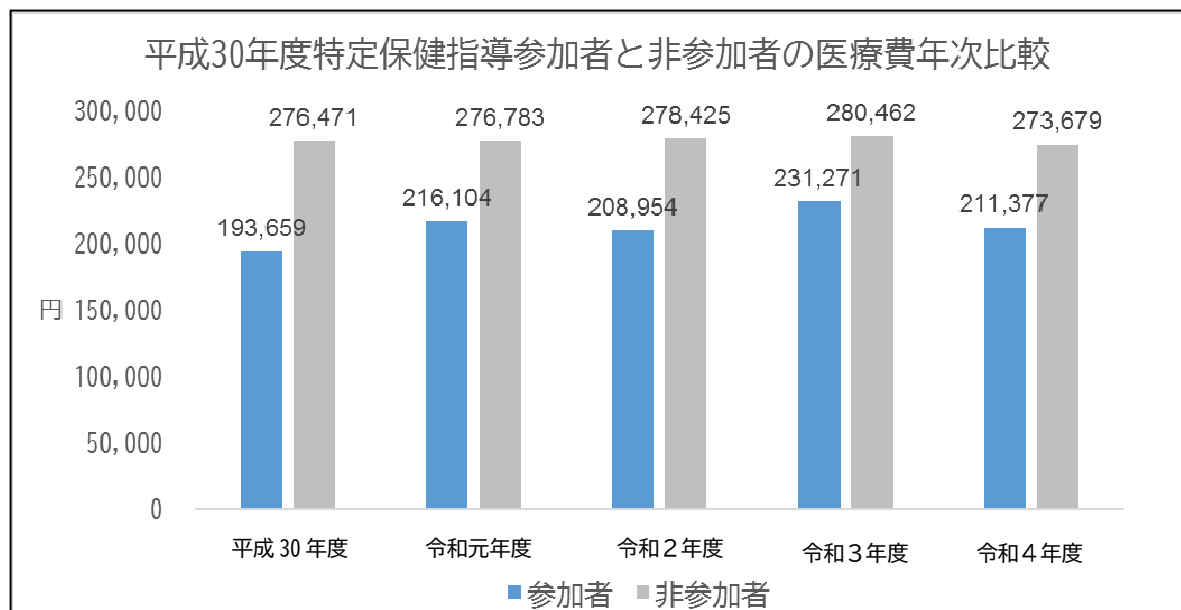


資料：法定報告（特定健康診査等実施結果集計）

前年度に特定保健指導を受けた人のうち、翌年度特定保健指導の対象になっている人がどのくらい減少しているのかを見ると、増減はあるがおおむね県と同じ傾向となっている。

【特定保健指導参加状況と医療費の比較】

(図4-14)



資料：株式会社 PREVENT 作成

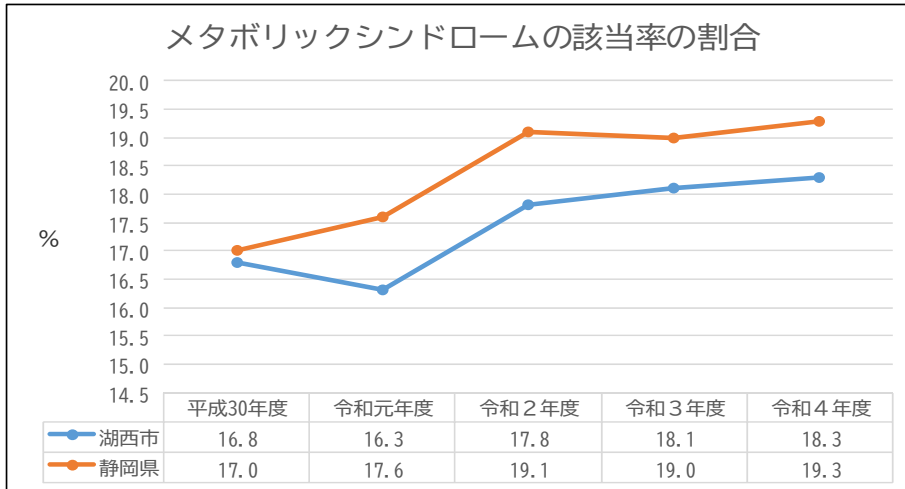
平成30年度の特定保健指導参加者と、非参加者（特定保健指導候補者）の1人当たり医療費を令和4年度まで比較すると、特定保健指導参加者の方が非参加者に比べ低額で推移している。

(2) 生活習慣病に関する状況

①メタボリックシンドロームの状況

【メタボリックシンドロームの該当者割合年次推移比較】

(図4-15)



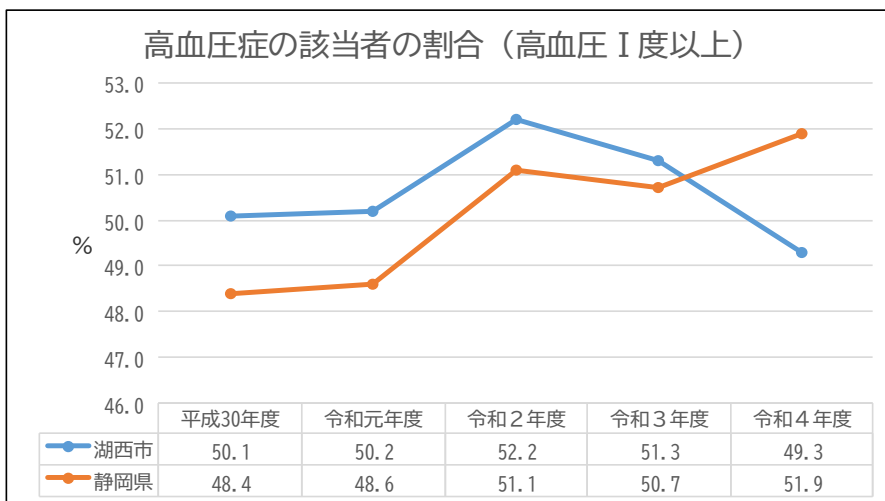
資料：KDB システム

特定健康診査結果における、メタボリックシンドロームの年次推移を見ると、県より低い水準で推移しているが、年々増加傾向にあり、平成 30 年度に 16.8%だった該当率が 18.3%まで増加している。

②高血圧の状況

【高血圧症の該当者⁴割合】

(図4-16)



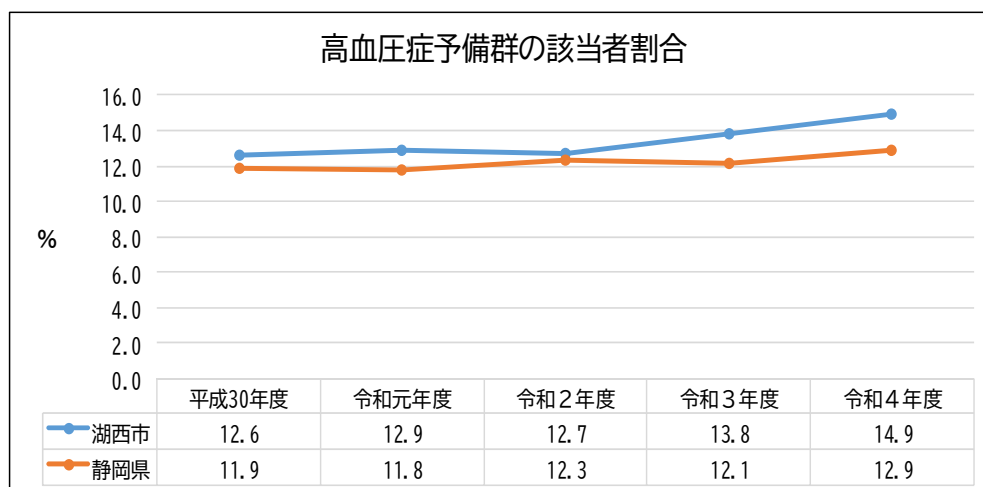
資料：KDB システム

⁴ 高血圧症の該当者：収縮期血圧 140 mm Hg 以上の人、または拡張期血圧 90 mm Hg 以上の人、もしくは血圧の薬を内服している人

特定健康診査結果における高血圧症の該当者割合は、令和3年度までは国を上回って推移しているが、令和4年度では本市の該当者割合は減少している。

【高血圧症予備群⁵の該当者割合】

(図4-17)



資料：KDB システム

高血圧症予備群の割合は、県を上回って推移しており、令和3年度から増加傾向となっている。

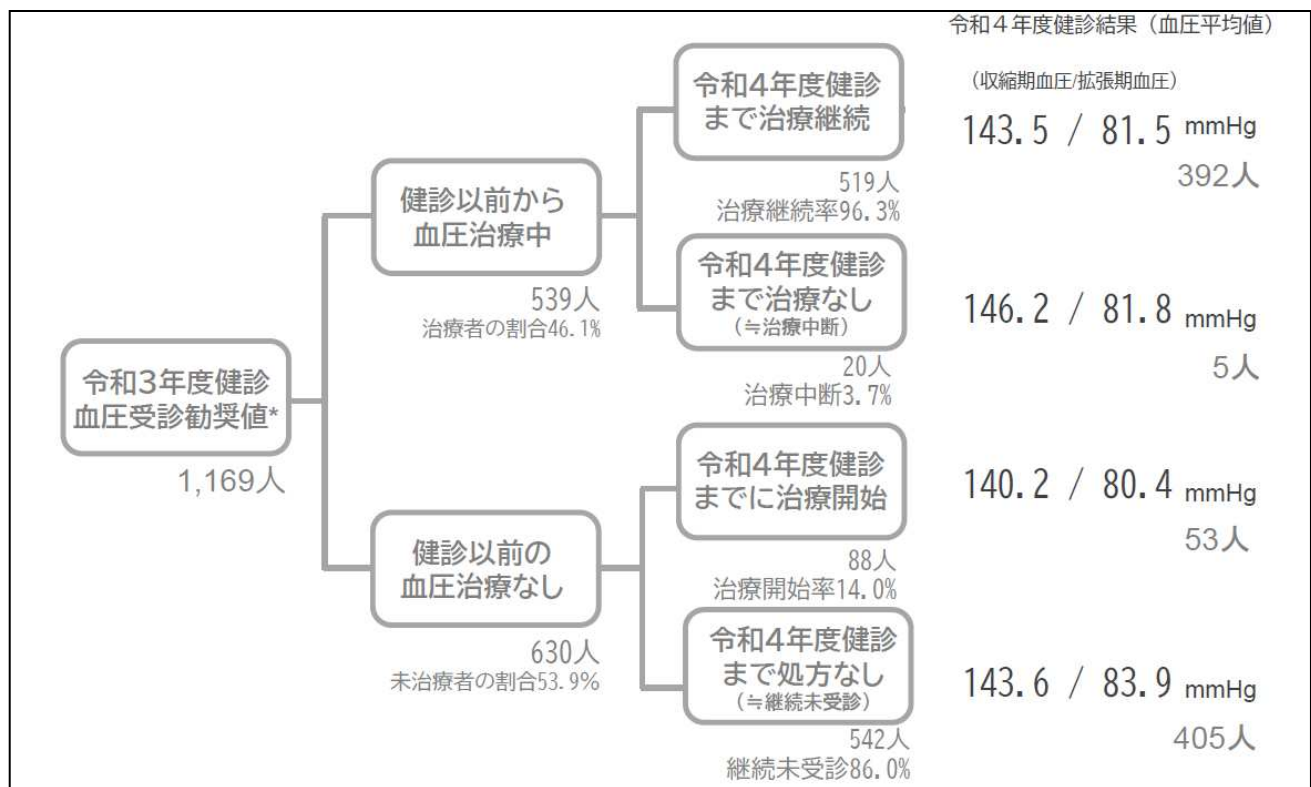
⁵ 高血圧症予備群：以下の①または②に該当し、血圧を下げる薬を服用していない人

①収縮期血圧が 130 mm Hg 以上 140 mm Hg 未満、かつ拡張期血圧が 90 mm Hg 以上

②収縮期血圧が 140 mm Hg 未満かつ拡張期血圧が 85 mm Hg 以上 90 mm Hg 未満

【高血圧受診勧奨基準⁶者の推移】

(図4-18)



資料：株式会社 PREVENT 作成

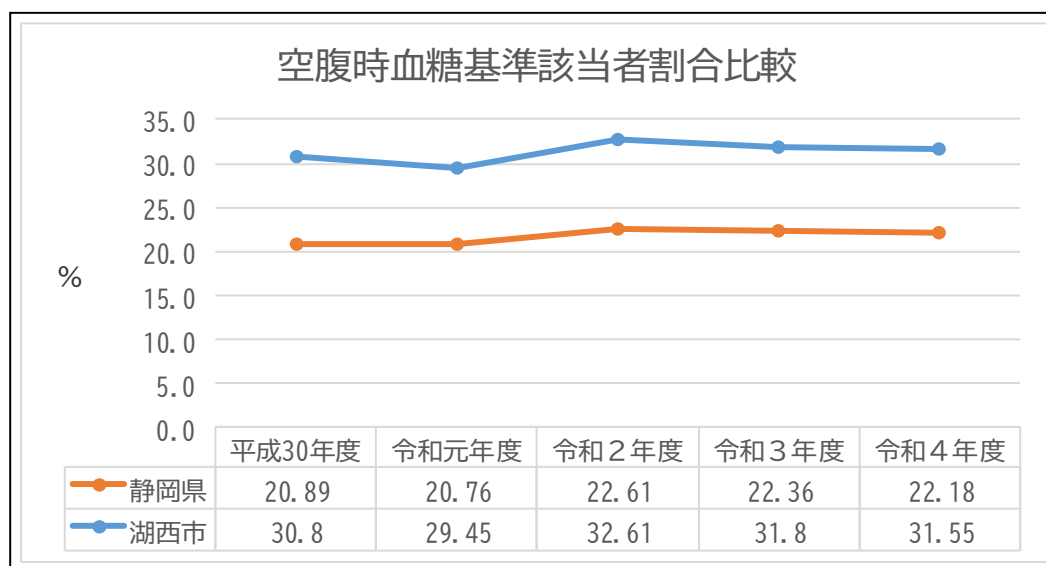
令和3年度の特定健康診査結果における、高血圧受診勧奨基準者の推移を見ると、約半数は健診前から高血圧の治療を受けており、令和4年度の健診時に治療を中断している人が20人だった。また、健診前から血圧治療がない人のうち、542人は治療が開始されておらず、令和4年度に健診を受診した405人の血圧平均値も高い傾向にあった。

⁶ 高血圧受診勧奨基準：拡張期血圧 140 mm Hg 以上または収縮期血圧 90 mm Hg 以上

③糖尿病の状況

【空腹時血糖値基準（100 mg/dl 以上）該当者割合の推移】

（図4-19）

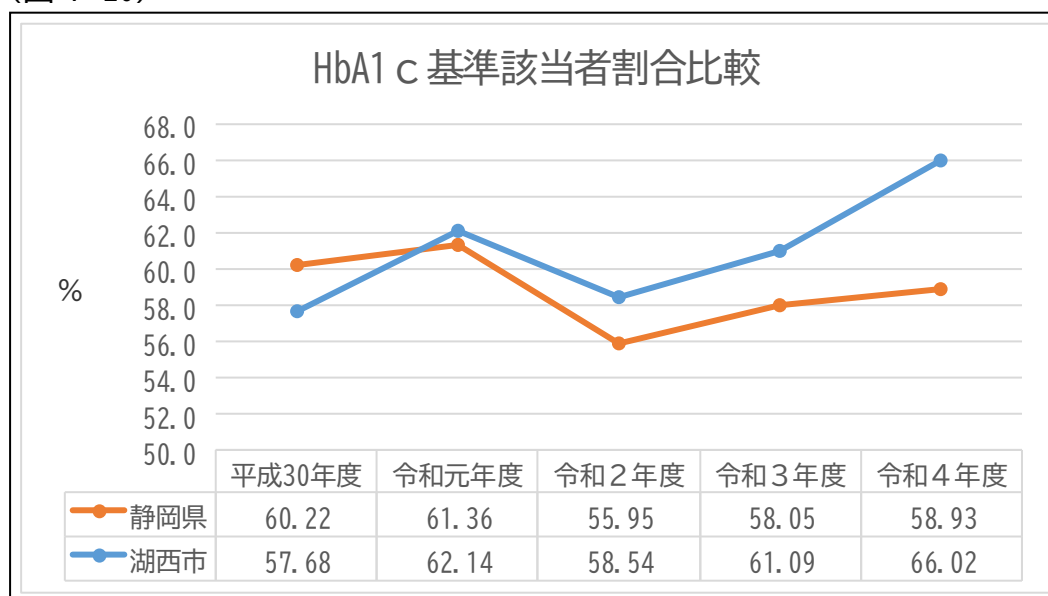


資料：しずおか茶っとシステム

特定健康診査結果における、空腹時血糖値が 100 mg/dl 以上に該当する人の割合は、おおむね横ばいであり、県より高い状況で推移している。

【HbA1c の基準（5.6%以上）該当者割合の推移】

（図4-20）

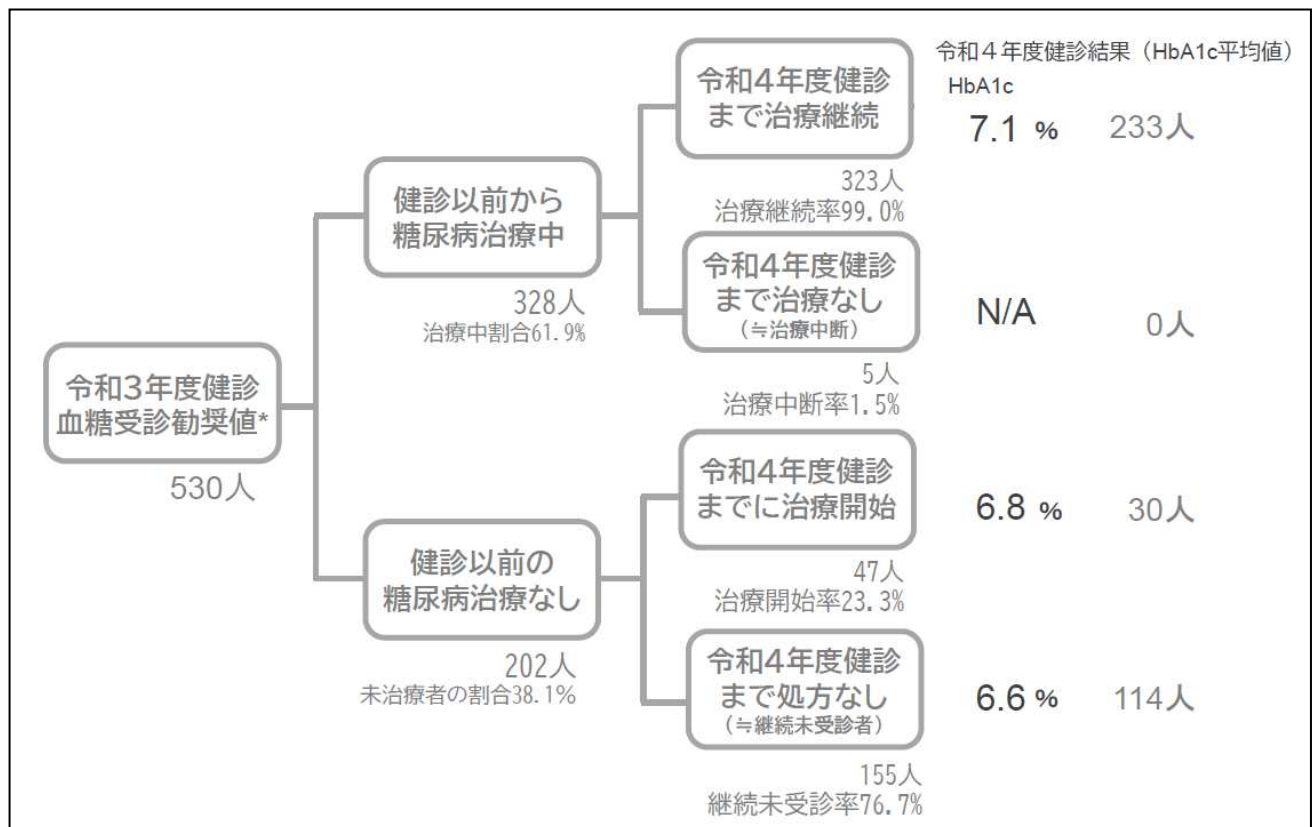


資料：しずおか茶っとシステム

特定健康診査結果における、HbA1c の値が 5.6%以上に該当する人の割合は、令和元年度から県より高い状況で推移し、令和3年度から増加している。令和4年度では 66.2%と県と比べ 7.09 ポイント高くなっている。

【血糖受診勧奨基準⁷者の推移】

(図4-21)



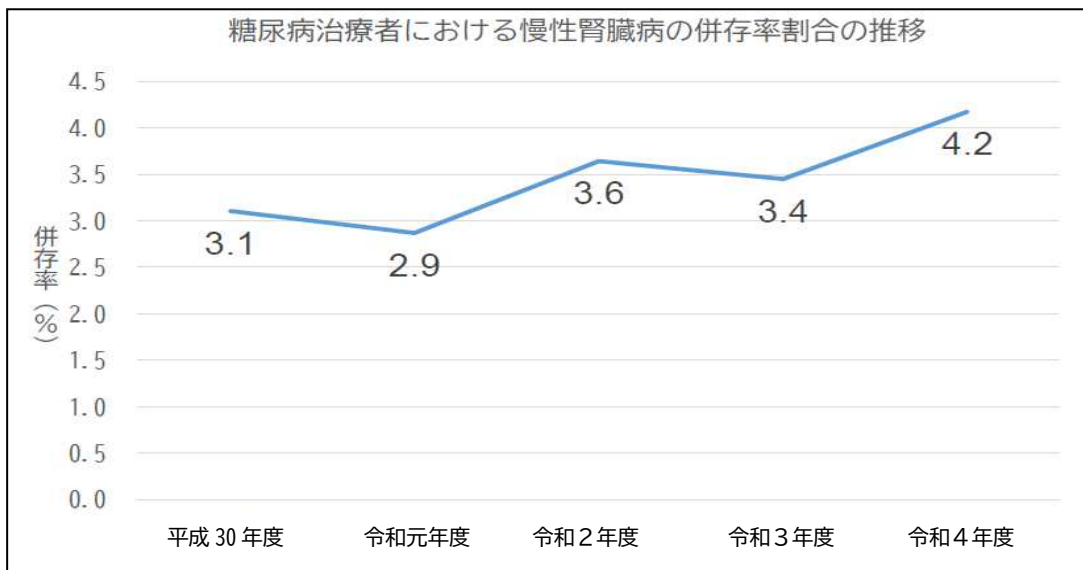
資料：株式会社 PREVENT 作成

令和3年度の特定健康診査結果における、血糖受診勧奨基準者の推移を見ると、約 61.9% が健診前から治療を受けており、令和4年度の健診時にも治療が継続できている人が多かった。しかし、治療中の人の HbA1c の平均値が 7.1% と高い状況だった。健診以前から治療がない人のうち、76.7% は内服治療が開始されていない状況であった。

⁷ 血糖受診勧奨基準：HbA1c 6.5% 以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上

【糖尿病治療中の人のうち慢性腎臓病併存割合の推移】

(図4-22)

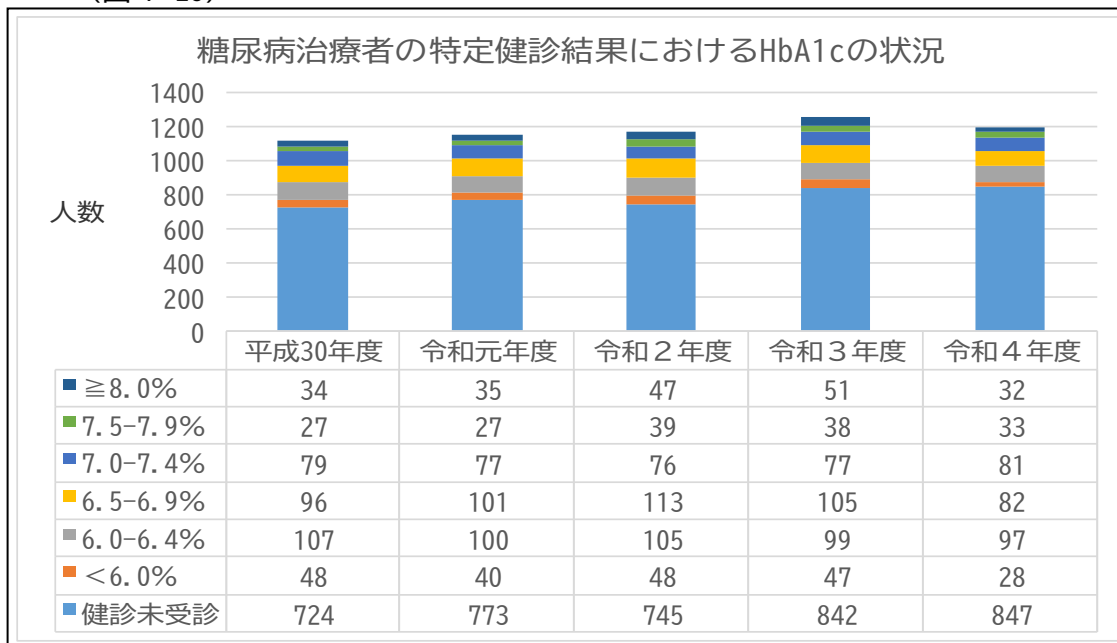


資料：株式会社 PREVENT 作成

糖尿病治療中の人のうち、慢性腎臓病の傷病名がある人の割合は年々増加傾向にある。

【糖尿病治療中の人の疾患管理状況】

(図4-23)



年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
HbA1c7.0%以上の割合 (%)	12.5	12.1	13.8	13.2	12.2
健診未受診者割合 (%)	64.9	67.0	63.5	66.9	70.6

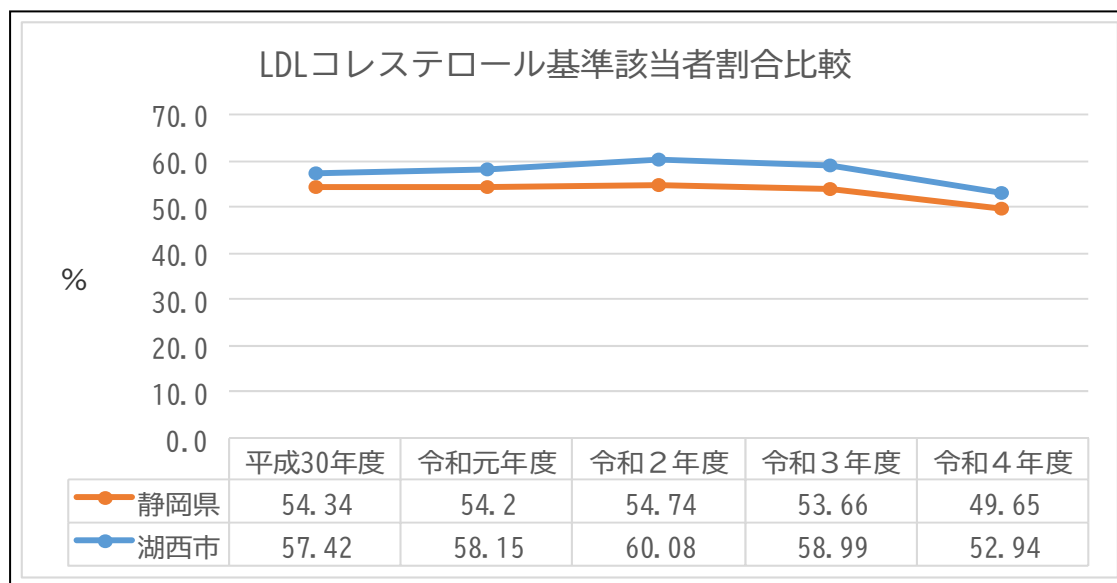
資料：株式会社 PREVENT 作成

糖尿病治療中の人の HbA1c 値は、特定健診受診者の 12～13%が HbA1c7.0%以上であり、おおむね 70%が健診未受診者となっている。

④その他の生活習慣病の状況

【LDL コレステロール基準（120 mg/dl 以上）該当者割合の推移】

（図4-24）

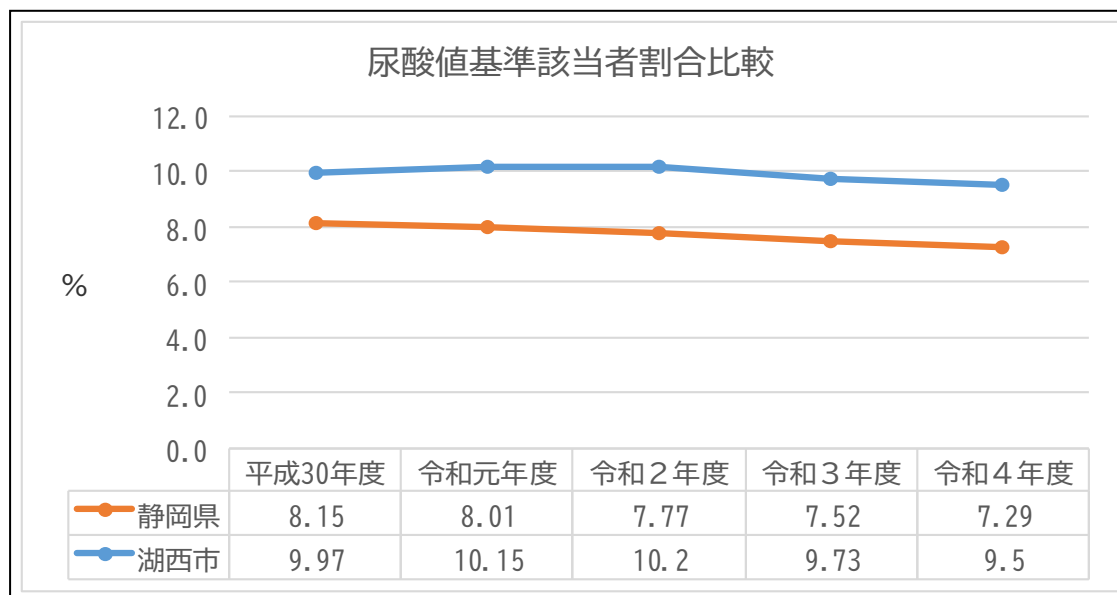


資料：しずおか茶っとシステム

特定健康診査結果における、LDL コレステロールが 120 mg/dl 以上に該当する人の割合は、県より高い状況で推移しており、令和4年度で減少しているが、おおむね横ばいである。

【尿酸値基準（7.0 mg/dl 以上）該当者割合の推移】

（図4-25）



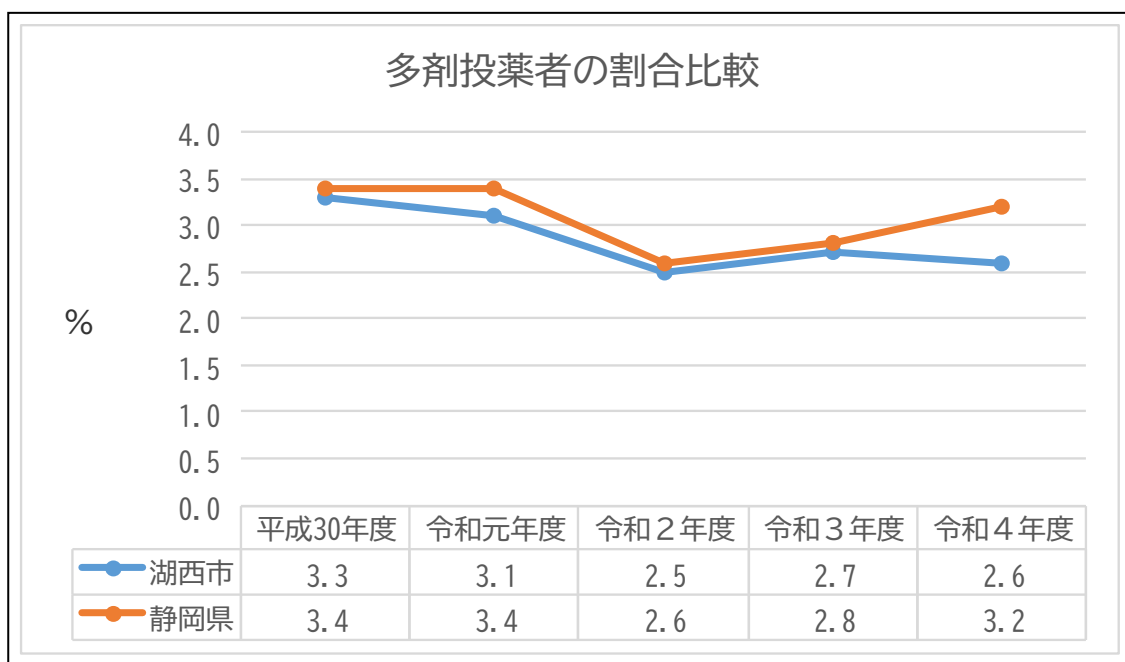
資料：しずおか茶っとシステム

特定健康診査結果における、尿酸値が 7.0 mg/dl 以上に該当する人の割合は、おおむね横ばいであり、県より高い状況で推移している。

⑤多剤投薬者の状況

【多剤投薬者の割合の推移】

(図4-26)



資料：しずおか茶っとシステム

多剤投薬者の割合は、県よりも低い状況で推移しており、減少傾向にある。

3 データ分析結果に基づく健康課題

課 題	分析結果
①特定健診受診率が低下している	・40歳～59歳の男女の受診率（図4-11）が他の年代に比べ低い状況にある。年代別、性別の1人当たり医療費（図4-3）は、男性では55歳～64歳、女性では50歳～59歳が高くなっており、生活習慣病の予防や重症化予防のため、40歳代、50歳代の健診受診は重要である。 ・特定健診3年連続未受診者（図4-10）の医療費は、3年間連続して受診している人に比べ高くなっている。健診を受診し生活習慣の改善や、早期受診へつなげることが疾病の予防や重症化を予防するために必要である。 ・糖尿病治療中の人の健診未受診の割合（図4-23）がおおむね7割と多い状況にある。治療中の人が健診を受けることで糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った働きかけが行えるなど、重症化予防に対する取り組みも行えるため、医療機関と連携し、治療中の人の検査結果が受領できる体制整備が必要である。
②特定保健指導の実施率が低下している	・高血圧症、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病が重複すると医療費が高額となるため（図4-7）、疾患が重複しないよう早期に保健指導を実施し、生活習慣病を予防することが重要である。 ・特定保健指導による指導対象者の減少率（図4-13）をみると、おおむね2割程度となっている。よりアウトカム評価（成果が出たことへの評価）が得られるよう、保健指導の質の向上に向けた取り組みが必要である。 ・特定保健指導の参加者と非参加者を比較（図4-14）すると、参加者1人当たり医療費が低い結果となった。より多くの人に保健指導を実施することが、生活習慣病の予防や重症化予防となるため、保健指導の質の向上と同時に、実施率を上げる取り組みが重要である。
③総医療費における糖尿病の占める割合が大きい	・疾患分類別医療費比較（図4-4）をみると、糖尿病が最も高くなっている。また、1人当たり医療費（図4-2）においては、糖尿病の医療費は県より高くなっている。特定健康診査の結果を見ても、HbA1cが5.6%以上に該当する人の割合（図4-20）は増加しており、糖尿病の予防と重症化予防の取り組みは重要である。

④総医療費における慢性腎臓病の占める割合が大きく、腎不全の死亡率も国や県を上回っている	・疾患分類別医療費比較（図4-4）をみると、慢性腎臓病（透析あり）にかかる医療費が総医療費の2位であり、後期高齢者保険疾病分類別医療費比較（図4-5）においては、慢性腎臓病（透析あり）が1位で、男女ともに県の標準化比を上回っている。湖西市の標準化死亡比（図2-5）においても、「腎不全」の死亡率が国や県を上回っており、慢性腎臓病への対策が必要である。 ・糖尿病患者の慢性腎臓病併存率（図4-23）が増加傾向にあり、人工透析の原因疾患で多い糖尿病性腎症への対策を継続して行うなど、重症化予防への取り組みが重要である。
⑤高血圧症に関係する疾患（脳血管疾患等）の死亡率が県や国に比べ高い	・湖西市の標準化死亡比（図2-5）では、「血管性及び詳細不明の認知症」、「脳血管疾患」、「腎不全」、女性では「大動脈瘤及び乖離」が県や国に比べると高く、高血圧に関係する疾患が多い。また、疾患分類別医療費比較（図4-4）をみると、高血圧症にかかる総医療費は上位に入っているため、高血圧に対する重症化予防の取り組みは重要である。 ・特定健診結果において、高血圧症予備群の該当者割合（図4-17）は増加傾向にある。また、特定健診において、血圧が受診勧奨値にあっても、健診後に治療を開始している人が少ない状況（図4-18）がある。重症化予防の取り組みと合わせて、高血圧の予防や家庭血圧の測定など、血圧の適切な管理についての周知と啓発が重要である。

第5章 これからの保健事業の取り組み

1 第3期湖西市国民健康保険保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）

（1）基本目標

「健康寿命の延伸と医療費の適正化」

健康で自立した生活が送れる「健康寿命の延伸」は、全ての年代において共通した願いである。平均寿命が延伸する現在、生活習慣病、重症化予防により、平均寿命と健康寿命との差を短縮することができれば被保険者ひとりひとりのQOL（生活の質）の向上、さらに医療費全体の抑制につながっていくものである。生活習慣の問題点に気づき、自ら生活改善に取り組み継続できるよう支援していくことが保険者の役割である。

（2）基本方針

●基本方針1 生活習慣病の予防と早期発見

＜取り組み項目＞

- (1) 特定健診受診率向上【課題①】
- (2) 特定保健指導実施率向上【課題②】
- (3) 人間ドック等の受診費用助成【課題①②】

●基本方針2 生活習慣病の重症化予防

＜取り組み項目＞

- (4) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進【課題③④】
- (5) 生活習慣病重症化予防（高血圧症）【課題④⑤】

●基本方針3 30歳代からの健康づくりへの取り組み

＜取り組み項目＞

- (6) U-39 健診、保健指導の継続実施【課題①⑤】

●基本方針4 適正化医療の推進

＜取り組み項目＞

- (7) 重複・頻回受診等指導【P22 前計画の評価】
- (8) 後発医薬品の利用促進【P22 前計画の評価】

(3) 取り組み内容

①特定健診受診率向上

事業目的	特定健診の受診率を向上させ、特定保健指導や医療機関への受診につなげることで、生活習慣病の予防と重症化を予防する
対象者	40 歳～74 歳国民健康保険加入者
実施計画	◆周知方法 ・広報こさい、市役所だより、モニター広告、ウェブサイトでの周知 ・国保新規加入者に対して、保険年金課の窓口で健診についての資料を配布する ・健康づくりに関係する団体による健診の啓発 ・医療機関や薬局での特定健診ポスター掲示 ・土曜日に健診を実施している医療機関の周知 ◆受診勧奨 ・健診未受診者に対し、レセプトデータの分析やナッジ理論（行動経済学）に基づいた通知による受診勧奨を実施（外部委託） ・3年連続健診未受診者に対して、優先順位をつけて健診案内通知以外の受診勧奨を行う ◆実施形態 ・個別健診とがん検診と同時に受診できる総合集団検診を実施する ◆実施場所 【個別健診】市内医療機関 【総合集団検診】健康福祉センター・新居地域センター ◆実施期間 【個別健診】4月～1月 【総合集団検診】9月～10月 ◆データ取得 ・静岡県国民健康保険団体連合会からデータを取得する ◆結果提供 ・医療機関で特定健診と同様の検査項目を実施した場合に、個人からのデータ提供を受ける ・事業所で実施する健診結果のデータ提供を受ける ・データ提供の協力事業所を拡大する ・医療機関から、治療で行った検査結果の情報提供が受けられる体制を整備する ◆その他 ・人間ドック、脳ドック等への費用助成の実施（20歳～74歳で湖西市国民健康保険に1年以上加入しており、保険税の未納がない人）

ストラクチャー (体制)	担当部署：健康増進課 協力機関：湖西市医会・浜松市薬剤師会 結果提供：湖西市社会福祉協議会・社会福祉法人南浜名湖会 受診勧奨：外部委託業者 その他の組織：湖西市保健推進委員会						
アウトカム指標 (成果)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
特定健診受診率	44.9%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0% 以上
特定健診受診率 (40歳～59歳)	28.1%	28.5%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0% 以上
アウトプット 指標 (実施量)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
健診(検査) 結果受領件数 (個人・事業所・ 医療機関等)	145 件	170 件	195 件	220 件	245 件	270 件	300 件 以上

②特定指導実施率向上

事業目的	特定保健指導の実施率を上げ、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることで、生活習慣病の予防と重症化予防を図る
対象者	特定健診の結果、特定保健指導該当者
実施計画	◆周知方法 ・対象者へ健診結果相談会等の面談案内を送付（薬局での保健指導の案内を同封） ◆勧奨 ・健診結果相談会欠席者へ訪問する ◆実施方法 【健診結果相談会】 健康福祉センター（おぼと）で保健師または管理栄養士による初回面接を実施し、継続支援や評価は、訪問や電話または手紙にて行う 【人間ドック実施医療機関での保健指導】 人間ドックの助成を受け健診を受診した人に対し、受診医療機関で健診と同日に初回面接を実施する。継続支援や評価は人間ドック実施医療機関の方法で行う

	【薬局での保健指導】 薬局で管理栄養士による初回面接を行い、継続支援や評価は薬局の方法で行う（休日、夜間対応可） ◆実施期間 ・通年 ◆実施後のフォロー ・対象者に対し、健康教室や運動教室等の情報提供を行う ・目標に向けた取り組みを継続するための資料を提供する ・生活習慣改善の動機付けと継続のために、コーちゃん健康マイレージを紹介する ◆その他 ・保健指導実施機関を拡大する						
ストラクチャー （体制）	担当部署：健康増進課 協力機関：湖西市医会・浜松市薬剤師会・人間ドック実施医療機関 受診勧奨：外部委託業者 その他の組織：湖西市保健推進委員会						
アウトカム指標 （成果）	実績	目 標					
	令和4年度 （2022）	令和6年度 （2024）	令和7年度 （2025）	令和8年度 （2026）	令和9年度 （2027）	令和10年度 （2028）	令和11年度 （2029）
内臓脂肪症候群 の該当率	18.3%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0% 以下
特定保健指導に よる特定保健指 導対象者の 減少率	22.2%	22.5%	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0% 以上
アウトプット 指標 （実施量）	実績	目 標					
	令和4年度 （2022）	令和6年度 （2024）	令和7年度 （2025）	令和8年度 （2026）	令和9年度 （2027）	令和10年度 （2028）	令和11年度 （2029）
特定保健指導 実施率	66.2%	67.5%	69.0%	70.5%	72.0%	73.5%	75.0% 以上

③人間ドック等の受診費用助成

事業目的	生活習慣病等の疾病予防、早期発見並びに早期治療を目的として、人間ドック費用の一部を助成する						
対象者	20 歳から 74 歳までの被保険者のうち、国民健康保険に 1 年以上加入しており、保険税の未納がない人						
実施計画	◆周知方法 ・ 広報こさいへ記事掲載・特定健診の案内へ掲載・ウェブサイトへ掲載 ・ 国民健康保険新規加入者へ窓口にて資料を配布 ◆実施方法 指定の医療機関で人間ドックまたは脳ドックを受診する費用の一部を助成する 【指定医療機関（令和 5 年度）】 市立湖西病院健診センター、浜名病院健診センター、 なごみ健診クリニック、遠州病院健康管理センター、 聖隷健康診断センター（住吉）、聖隷予防検診センター（三方原）、 聖隷健康診断センター東伊場クリニック ◆実施期間 ・ 通年						
ストラクチャー （体制）	担当部署：健康増進課 協力機関：人間ドック実施医療機関						
アウトカム指標 （成果）	実績	目 標					
	令和 4 年度 （2022）	令和 6 年度 （2024）	令和 7 年度 （2025）	令和 8 年度 （2026）	令和 9 年度 （2027）	令和 10 年度 （2028）	令和 11 年度 （2029）
内臓脂肪症候群 の該当率	18.3%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0% 以下
アウトプット 指標 （実施量）	実績	目 標					
	令和 4 年度 （2022）	令和 6 年度 （2024）	令和 7 年度 （2025）	令和 8 年度 （2026）	令和 9 年度 （2027）	令和 10 年度 （2028）	令和 11 年度 （2029）
人間ドック 受診者数 （人間ドック＋ 脳ドック）	260 人	266 人	273 人	280 人	287 人	294 人	300 人 以上

③糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進

事業目的	糖尿病性腎症重症化のリスクが高い人に対し、医療機関、薬局、行政が連携した取り組みを行うことで、腎不全や人工透析への移行を抑制する
対象者	40 歳から 74 歳までの国民健康保険加入者のうち以下の基準に該当している人 (1) 専門医療機関への受診勧奨 ①糖尿病性腎症予防外来（市立湖西病院）受診勧奨基準 【糖尿病性腎症第 2 期・第 3 期】 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上かつ 尿蛋白 1+以上、またはアルブミン定量（尿）30mg/gCr 以上 ②腎臓内科受診勧奨基準（市立湖西病院） 以下のいずれかに該当する人 ・糖尿病性腎症第 4 期（eGFR30ml/分/1.73 m²未満） ・eGFR 45ml/分/1.73 m²未満（糖尿病所見なし） ・尿蛋白 2+以上（糖尿病所見なし） ・かかりつけ医が必要と判断 (2) 受診勧奨と保健指導 ①ハイリスク者 ●空腹時血糖 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上または HbA1c6.5%以上の者かつ、アまたはイに該当する人（糖尿病患者を含む） ア.尿蛋白 0.50g/gCr 以上または検尿試験紙で尿蛋白 1+以上 イ.eGFR が下記に該当する人 ・ eGFR60ml/分/1.73 m²未満（50 歳未満） ・ eGFR50ml/分/1.73 m²未満（50 歳以上 70 歳未満） ・ eGFR45ml/分/1.73 m²未満（70 歳以上） ●糖尿病を伴わず、アまたはイに該当する人 ア.eGFR45ml/分/1.73 m²未満 イ.尿蛋白 2+以上 ②医療機関未受診者 過去 3 年間のうち、直近の特定健診において空腹時血糖 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上または HbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近 1 年間のレセプトにおける糖尿病受療歴がない人 ③糖尿病治療中断者 過去に糖尿病治療歴があるものの、最近 1 年間のレセプトにおける糖尿病受診歴がない人

実施計画	◆周知方法 ・ウェブサイトへの掲載 ・医療機関、薬局でのポスター掲示 ◆勧奨 ・専門医療機関受診勧奨対象者、ハイリスク者、未受診者に対しては個別通知にて受診勧奨 ・治療中断者には電話で受診勧奨を行う ◆実施方法 (専門医療機関への受診勧奨) ・専門医療機関受診対象基準に該当した人へ、市からかかりつけ医に受診するように通知する。 ・かかりつけ医では、本人の状況を確認し、必要時専門医療機関へ紹介する。 ・専門医療機関受診後は、原則かかりつけ医にて継続診療を行う (受診勧奨・保健指導) ・対象者へ通知し、健診結果相談会または薬局での保健指導へ誘い掛けをする ・相談会に欠席した人に対して訪問指導を行う ・治療中断者には通知や電話、訪問等を行い、体調や生活状況を確認しながら受診勧奨をする (守ろう！腎臓！シールの貼付) ・腎機能に合わない薬の処方があった場合に、薬局で処方医に確認できるよう、腎臓機能の低下がある人のお薬手帳に「守ろう！腎臓！シール」を貼付する ◆実施期間 ・通年 ◆実施後のフォロー・継続支援 ・プログラム推進のため、年間3回程度検討会を開催し、課題の検討や進捗管理、評価を行う ◆その他 ・糖尿病教室等を実施し、糖尿病に関する知識の普及を図る						
ストラクチャー (体制)	担当部署：健康増進課 実施機関：専門医療機関（市立湖西病院 腎臓内科、糖尿病・内分泌内科）、湖西市医会、浜松市薬剤師会						
アウトカム指標 (成果)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
人工透析新規導入者数	10 人	10 人	9 人	9 人	8 人	8 人	7 人以下

アウトプット 指標 (実施量)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
専門医療機関 受診率	-	25%	26%	27%	28%	29%	30% 以上
受診勧奨実施率 (治療中断)	-	80% 以上	80% 以上	80% 以上	80% 以上	80% 以上	80% 以上

⑤生活習慣病重症化予防（高血圧症）

事業目的	生活習慣病の重症化リスクが高い人に対し、適切に医療機関へ受診すること及び、治療中断者が再度治療につながることで、脳血管疾患や腎不全を予防する。
対象者	40 歳から 74 歳までの国民健康保険加入者のうち以下の①～②の基準に該当している人 ①特定健診の結果、Ⅱ～Ⅲ度高血圧の基準に該当し、かつ高血圧未治療の人 ②過去に高血圧治療歴があり、最近 1 年間のレセプトにおける高血圧受診歴がない人
実施計画	◆周知方法 ・対象者へ受診勧奨と合わせた通知による周知 ・高血圧に関する情報提供を広報誌や健康教育で周知する ◆実施方法 【高血圧未治療者への受診勧奨】 ・受診勧奨の案内と同時に受診状況や生活状況を確認するアンケートを行う ・返送されたアンケート内容を確認し、未治療の者に電話かけを行い、受診行動につながるよう指導を行う ・アンケートの返信のない人に対し、電話かけをおこない状況確認をする 【治療中断者】 ・電話かけを行い、体調や生活状況を確認しながら受診勧奨を行う ◆実施期間 ・6月に高血圧未治療者への受診勧奨通知を送付し、7月からアンケートの返信がない人や未受診の人へ電話かけを行う ・6月から治療中断者に対する電話かけを行う ・2月頃に対象者のレセプトを確認し、受診状況を把握する ◆実施後のフォロー・継続支援 ・受診状況を確認し、未受診だった者は次年度も重症化予防の対象者として受診勧奨を継続する ◆その他 ・高血圧の病態や、家庭血圧測定、高血圧予防について広報誌や健康教育を実施し、広く市民へ周知する。

	・健康づくりに関する団体の活動で、高血圧や減塩等についての知識の普及を依頼する						
ストラクチャー (体制)	担当部署：健康増進課 協力機関：湖西市医会、浜松市薬剤師会 その他の組織：保健推進委員会・食育に関するボランティア						
アウトカム指標 (成果)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
高血圧症の 該当者割合	49.4%	49.0%	48.5%	48.0%	47.5%	47.0%	46.5% 以下
高血圧予備群の 割合	14.9%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0% 以下
アウトプット 指標 (実施量)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
受診勧奨後の 受診率	-	40%	42%	44%	46%	48%	50% 以上



保健推進委員会の地区活動における減塩講話

⑥U - 39 健診、保健指導の継続実施

事業目的	40 歳代～50 歳代の特定健診受診率が低いことから、30 歳代から健診を実施することで健康診断を受けることを習慣化する。また、早期から生活習慣の見直し等を指導することで、生活習慣病の予防と健康意識の向上を図る。
対象者	30 歳～39 歳の国民健康保険加入者
実施計画	◆周知方法 【健診】 対象者へ個別通知 【保健指導】 健診結果において、要指導または要受診対象者へ健診結果相談会の案内を通知する ◆実施方法 【健診】 ・ 総合集団検診（特定健診・がん検診）と同時に実施 ※個別健診は実施していない ・ 健診結果の通知は、特に問題がない人には郵送にて通知 - 健診結果に異常値がある人には健診結果相談会で手渡す 【保健指導】 ・ 健診結果相談会にて、保健師または管理栄養士から健診結果を説明しながら保健指導を行う ・ 健診結果相談会は、参加者が利用しやすいように平日の昼間だけでなく、夜間、土曜日の昼間にも開催する ・ 参加の連絡がない人には電話かけを行い、個別で日程調整して指導を行う ・ 直接の指導が難しい人には郵送で結果を通知する ◆実施期間 【健診】 ・ 9 月～10 月 【保健指導】 ・ 11 月～12 月 ◆実施後のフォロー・継続支援 ・ 保健指導実施後、必要な人には電話で受診確認等を実施する ・ 過去に保健指導対象となっている人には、過去のカルテ情報を確認しながら経年変化を踏まえた指導を実施する
ストラクチャー (体制)	担当部署：健康増進課 その他の組織：保健推進委員会・食育に関するボランティア

アウトカム指標 (成果)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
特定健診受診率 (40歳～59歳)	28.1%	28.5%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0% 以上
内臓脂肪症候群 の該当率	18.3%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0% 以下
アウトプット 指標 (実施量)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
U-39 保健指導 実施率	61%	80% 以上	80% 以上	80% 以上	80% 以上	80% 以上	80% 以上

⑦重複・頻回受診等指導

事業目的	重複投与者や重複多受診者の要指導者に対し、適正受診やかかりつけ医をもつことの重要性及び服薬方法や健康管理に関する保健指導等を実施し、医療費の適正化を図るとともに健康保持増進を促す。
対象者	国民健康保険被保険者のうち①～④のいずれかに該当し、投薬や受診が不適切と判断された人 ①重複投与者：同月内に3機関以上から同一薬効の投薬を1か月以上処方されている人 ②重複受診者：同月内に同じ疾病分類で合計15日以上受診している人 ③多受診者：同月内に同じ疾病分類で合計15日以上受診している人 (1日間に同一医療機関の複数診療科を受診した場合は1日と数える) ④多剤投与者：同月内に1日以上処方された薬剤が15種類以上ある人
実施計画	◆実施方法 【指導方法】 ・保健師が電話または訪問等により指導を行う。 【指導内容】 ・身体状況、生活状況の把握及び健康管理に関する保健指導 ・服薬に関する指導、助言 ・かかりつけ医の推奨等、適切な医療機関受診に関する指導、助言 【重複投与、多剤投与対策に関する体制整備】 向精神薬等の重複処方や多剤投薬によるポリファーマシー⁸を防ぐために、関係機関と連携し、処方内容の改善できる体制を整備する。

⁸ ポリファーマシー：単に服用する薬剤が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用誤飲、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態をいう。服薬アドヒアランスとは、患者が自身の病気を受入れ、医師の指示に従い、積極的に服薬治療を受けることをいう。

ストラクチャー (体制)	担当部署：健康増進課 連携機関：湖西市医会、浜松市薬剤師会、静岡県西部保健所						
アウトカム指標 (成果)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
多剤投薬者の率	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	2.0% 以下
アウトプット 指標 (実施量)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
重複・頻回受診 等指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑧後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進

事業目的	後発医薬品の利用を促進することで、医療費を削減する						
対象者	19歳以上の国民健康保険被保険者のうち、後発医薬品に切り替える事により、差額が200円以上見込まれる投薬がある人						
実施計画	◆実施方法 後発医薬品に切り替えた場合の差額が記載された資料を、年間2回、個別通知する						
ストラクチャー (体制)	担当部署：保険年金課 情報提供：静岡県国民健康保険団体連合会						
アウトカム指標 (成果)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
後発医薬品 置き換え率	83.7%	83.8%	83.8%	83.9%	83.9%	84.0%	84.0% 以上
アウトプット 指標 (実施量)	実績	目 標					
	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
個別通知 実施回数	2回／年	2回／年	2回／年	2回／年	2回／年	2回／年	2回／年

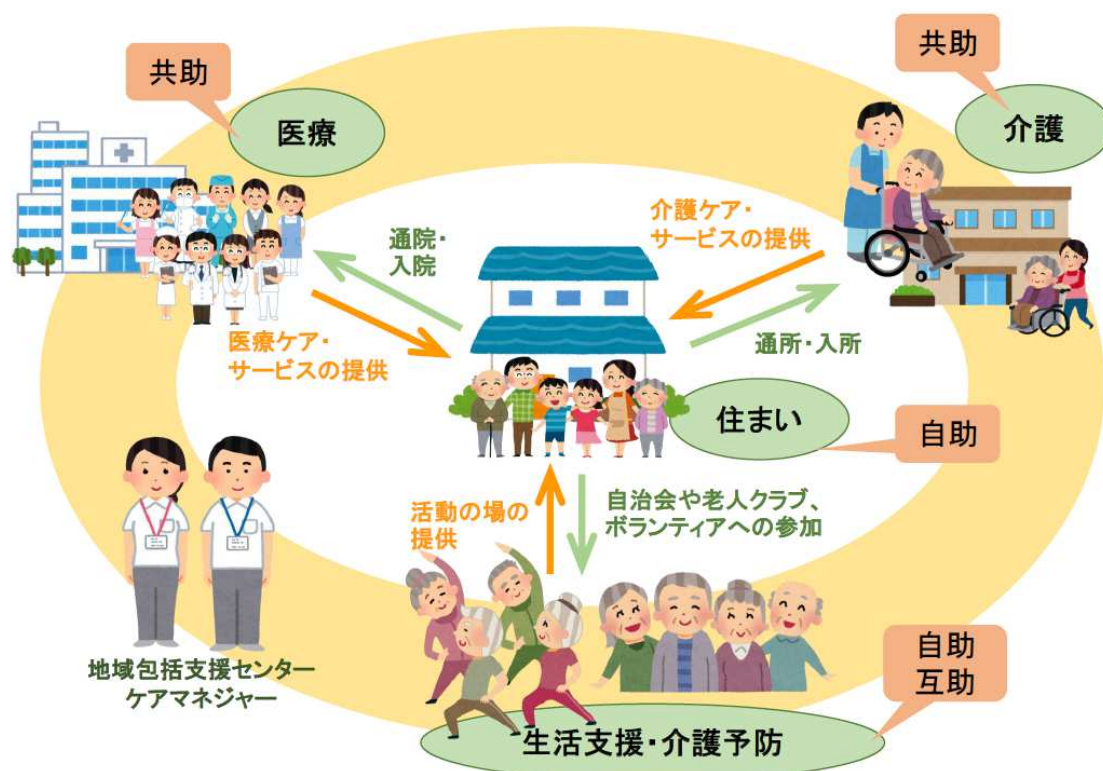
⑨地域包括ケアシステムの推進と連携

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう医療、介護、保健、福祉、住まいの支援が包括的に確保される体制づくりが必要である。

地域包括ケアシステム推進のための、医療・介護の専門職など多職種で構成される在宅医療・介護連携推進協議会へ保険者として参加する。

また、保健部門、介護部門と連携して、高齢者の健康づくりや介護予防の取り組みを、後期高齢期へ切れ目なく一体的に実施していく。

【地域包括ケアシステムの姿】



(4) 参考指標

静岡県の取り組むべき課題を踏まえて設定された静岡県共通評価指標のうち、取り組み内容に記載されている以外の項目を、参考指標として設定する。

		実績	目 標					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
HbA1c 8.0%以上の者の割合		1.2%	1.2%以下	1.2%以下	1.2%以下	1.2%以下	1.2%以下	1.2%以下
平均自立期間	男性	81.7年	81.7年以上	81.7年以上	81.7年以上	81.7年以上	81.7年以上	81.7年以上
	女性	86.1年	86.1年以上	86.1年以上	86.1年以上	86.1年以上	86.1年以上	86.1年以上

2 第4期湖西市特定健康診査等実施計画

(1) 特定健康診査

①対象者

40歳～75歳未満の国民健康保険加入の被保険者とする。原則として実施年度の4月1日における加入者であり、年度途中での加入、脱退等移動のない人とする。

②時期

毎年4月～1月に実施する。(特定健康診査受診券、質問票、その他の対象となる各種がん検診の受診券を同封し、毎年4月に対象者全員に送付する。)

③健診方法

ア) 個別健診(湖西市医会へ委託し市内の医療機関で健診を実施)

イ) 総合集団検診(聖隷予防健診センターへ委託し、各種がん検診と合わせて健診を実施)

④健診結果通知

健診実施医療機関にて健診結果の説明を行うとともに、必要な人へ生活習慣病予防に向けた情報提供や、受診勧奨をする。また、特定保健指導対象者に対し利用を勧める。

⑤費用負担

特定健康診査の委託単価は、委託先と協議の上決定する。自己負担額については、健診費用の一部を徴収することとし、金額は委託単価等に応じて決定する

⑥健診項目

健診項目は、『特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準』(平成19年厚生労働省令157号。以下「実施基準」という。)の第1条に定められた「基本的な健診項目」と『実施基準に関する大臣告示』(厚生労働省告示第4号平成20年1月17日)に基づき行うことができる「詳細な健診項目」を実施する。

なお、本市では糖尿病対策として、基本的な健診項目において選択項目とされている空腹時血糖とHbA1cの両方を全員に実施する。

また、腎不全の進行状況を把握する血清クレアチニン検査、腎機能低下の因子のひとつと言われている血清尿酸検査を追加で実施する。

【健診項目一覧】

区 分	内 容		特定健康診査項目	
			基準項目(国)	湖西市実施項目
基本的な健診項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		○	○
	自覚症状及び他覚症状の検査		○	○
	身体計測	身長 ・ 体重	○	○
		腹囲 ・ BMI	○	○
	理学的検査	身体診察	○	○
	血圧測定	収縮期血圧	○	○
		拡張期血圧	○	○
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪	○	○
		随時中性脂肪※1		
		HDL-コレステロール	○	○
		LDL-コレステロール	○	○
		non-HDL コレステロール※2	○	○
	肝機能	AST (GOT)	○	○
		ALT (GPT)	○	○
		ガンマ-GT (ガンマ-GTP)	○	○
	代謝系検査	HbA1c	何れかの項目の実施で可	○
		空腹時血糖		○
		随時血糖 ※3		○
		血清尿酸		○
	尿検査	尿糖	○	○
		尿蛋白	○	○
詳細な健診項目	腎機能検査	血清クレアチニン	医師の判断により実施	○
	貧血検査	赤血球数		医師の判断により実施
		血色素量		
		ヘマトクリット値		
	心機能	12 誘導心電図		
	眼底検査			

※1 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は食直後(食後開始時から3.5時間未満)を除き、随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。

※3 空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が400ml/dl以上や食後採血のためLDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールを用いて評価した場合であっても、血中脂質検査を実施したとみなすこと。

※2 原則として空腹時血糖値またはHbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖を可とする。随時血糖(食直後を除き)の場合は、「食後3.5時間以上10時間未満」の設定であること。※食直後＝食後3.5時間未満

【詳細な健診項目及び実施条件】

貧血検査については、医師の判断により実施。心電図については、当該年度の血圧、眼底検査については、当該年度の健診結果等において、血圧、または血糖の項目について判定基準に該当した人のうち、医師が必要と認める者。

⑦特定健康診査想定数

	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
想定対象者数 (人)	8,273	8,211	8,113	8,056	7,984	7,927	7,879
想定実施者数 (人)	3,714	3,694	3,731	3,786	3,832	3,884	3,939

(2) 特定保健指導

①対象者の選定

実施基準第4条に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた人に対し、特定保健指導を実施する。

【特定保健指導対象者（階層化）基準】

特定健診結果をもとに腹囲、BMI とリスク（危険因子）の数により階層化（危険度の判定）を行う。ただし、生活習慣病に関する薬を服用している場合は、特定保健指導の対象外となり、「情報提供」の対象になる。

【特定保健指導対象者（積極的支援・動機付け支援）】

腹囲	追加リスク		対象	
	1) 血糖 2) 脂質 3) 血圧	4) 喫煙歴	40～64 歳	65 歳以上
男性 85 cm 以上 女性 90 cm 以上	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 BMI25 以上	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	—		

※BMI：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）『BMI＝22 が病気になりにくい体重と身長とのバランスがとれた状態』

●追加リスク

- 1) 血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c5.6%以上
- 2) 脂質：中性脂肪 150 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 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上
- 4) 喫煙：喫煙歴あり

②支援内容

ア. 情報提供

生活習慣病の特性や生活習慣病の改善に関する事項について、リーフレット等により特定健康診査受診者全員に情報を提供する。

イ. 動機付け支援

初回面接による支援（保健師または管理栄養士との面接）を行い、対象者自ら生活習慣の改善に係る行動計画を立て、3か月経過後に評価を行う。支援は原則1回とする。

●初回面接

1人当たり20分以上の個別支援（メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識、生活習慣改善の必要性と指導、行動目標の作成）を面接にて行う。（ICTも含む）

●評価

初回面接から3か月経過後に、設定した行動目標が達成されているか、身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。評価方法は、面接、電話、手紙等で行う。

ウ. 積極的支援

初回面接による支援（保健師または管理栄養士との面接）を行い、対象者自ら生活習慣の改善に係る行動計画を立て、3か月以上の継続的な支援を行う。

●初回面接

1人当たり20分以上の個別支援（メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識、生活習慣改善の必要性と指導、行動目標の作成）を面接にて行う。（ICTも含む）

●3か月以上の継続的な支援

アウトカム評価（成果が出たことへの評価）とプロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）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。個別支援（ICTを含む）、電話、手紙（電子メール）等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。

●3か月以上経過後の評価

アウトカム指標を原則とし、プロセス評価も併用して評価する

【アウトカム指標】

主要達成目標	◆腹囲2 cm・体重2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に0.024を乗じた体重（kg）以上かつ、同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少
目標未達成の場合の行動変容評価指標	◆腹囲1 cm・体重1 kg減 ◆生活習慣病予防につながる行動変容 （食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）

【アウトプット指標】

- ◆支援種別による評価（個別支援、グループ支援、電話、電子メール、チャット等）
- ◆健診後早期の保健指導実施を評価

③外部委託契約の形態

個々の医療機関や事業所と個別に契約を結び、受託者が提供する場所で行う。

④利用の方法

対象者へ健診結果相談会と、相談会以外で特定保健指導を利用できる場所についての案内を送付する。相談会に参加できない場合は別日で個別面接または訪問で対応する。

⑤実施場所

健康福祉センター、特定保健指導を実施している医療機関

⑥費用負担

無料

⑦特定保健指導総定数

	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
想定対象者数 (人)	355	350	354	359	364	368	374
想定実施者数 (人)	235	236	244	253	262	270	280

⑧利用・終了率向上対策

- ・保健指導は、対象者に応じた場所、時間等を設定し利便性を高める
- ・総合集団検診の委託医療機関と連携し、特定健康診査後の保健指導の初回面接の分割実施の積極的導入
- ・健診実施医療機関との連携強化
- ・特定保健指導者の資質向上

第6章 計画の推進

1 計画の公表及び周知

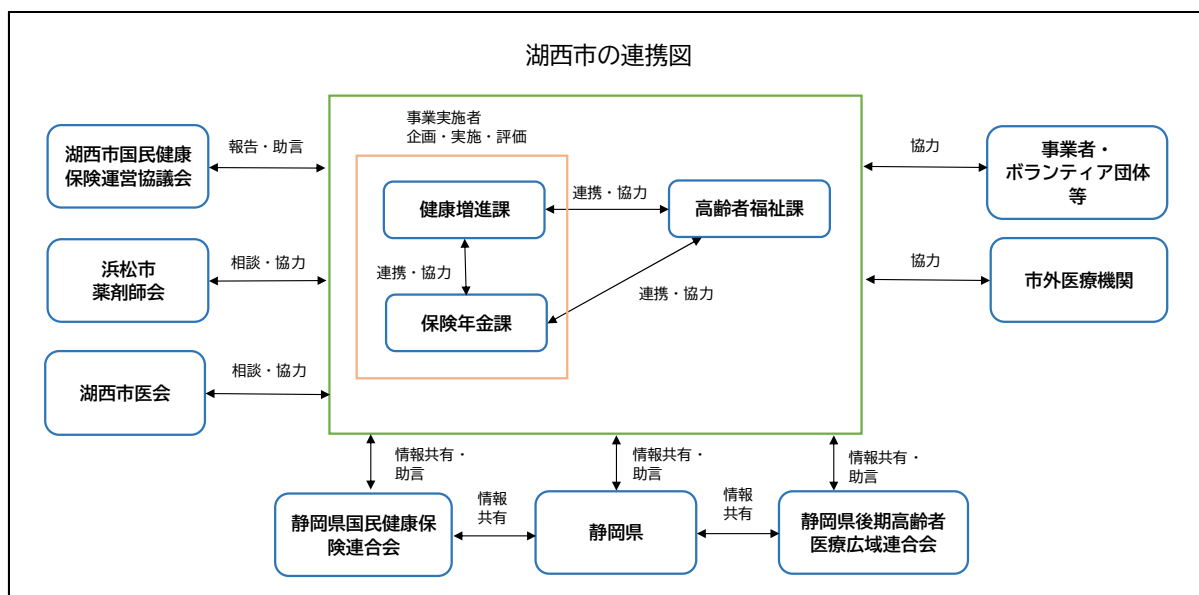
策定した計画は、市のウェブサイト等に公表し、周知する。

2 関係部署との連携と事業評価

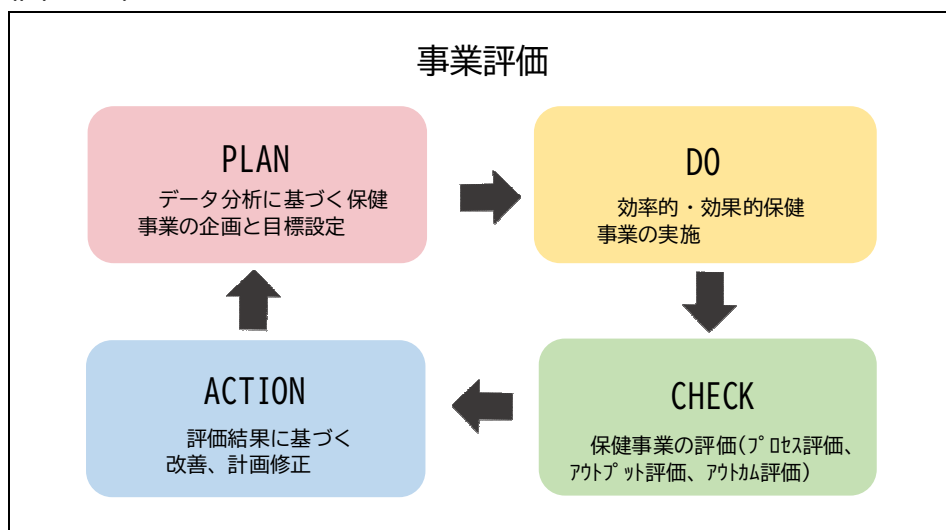
特定健康診査や特定保健指導を効果的にするために、介護部門等関係部署と連携を強化し、課題解決に取り組むものとする。

また、設定した目標の達成状況については、毎年度 PDCA サイクルに沿って評価を行い、湖西市国民健康保険運営協議会に報告する。

(図6-1)



(図6-2)



3 計画の見直し

最終年度となる令和 11（2029）年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を踏まえ計画の改訂を行う。なお、この計画をより実効性の高いものとするため、必要時に見直すこととする。

4 個人情報の保護

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）によるものとする。