

廿日市市国民健康保険 第3期データヘルス計画及び 第4期特定健康診査等実施計画



健康はつかいち21イメージキャラクター
「ハツラツはっちゃん」

令和6年3月
廿日市市

-目次-

はじめに	5
第1部 計画の策定にあたって	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	7
2. 計画の位置づけ	10
3. データ分析期間	11
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	12
2. 医療基礎情報	18
3. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	19
第2部 第3期データヘルス計画	
第1章 過去の実施の考察	
1. 第2期データヘルス計画全体の評価	28
2. 各事業の達成状況	29
第2章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	51
2. 生活習慣病に関する分析	59
第3章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	63
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	65
第4章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	76
2. 計画の公表・周知	76
3. 個人情報の取扱い	76
4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	77
第3部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 取組の実施内容	79
2. 特定健康診査の受診状況	80
3. 特定健康診査受診率向上のための取組	81
4. 特定保健指導の実施状況	83
5. メタボリックシンドローム該当状況	86
6. 第3期計画の評価と考察	88
第2章 特定健康診査に係る詳細分析	
1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	89
2. 特定保健指導対象者に係る分析	90
第3章 特定健康診査等実施計画	
1. 目標	95
2. 対象者数推計	95
3. 実施方法	97
4. 目標達成に向けての取組	101

-目次-

第4章	その他	
	1. 個人情報の保護	102
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	102
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	102
	4. 他の健診との連携	103
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	103

はじめに

厚生労働省が平成31年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしている。またそのためには、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取組を推進することとある。健康寿命の延伸は社会全体の課題であるが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、目標達成に向けて地方自治体が担う役割は大きくなっている。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化した。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出た。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にある。

廿日市市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきた。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としている。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取組の成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定する。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	計画の策定にあたって		
第2部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	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3部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
計画の策定にあたって

第1章 計画策定について



1. 計画の趣旨

(1) データヘルス計画

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられた。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められた。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。

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



(2) 特定健康診査等実施計画

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっている。

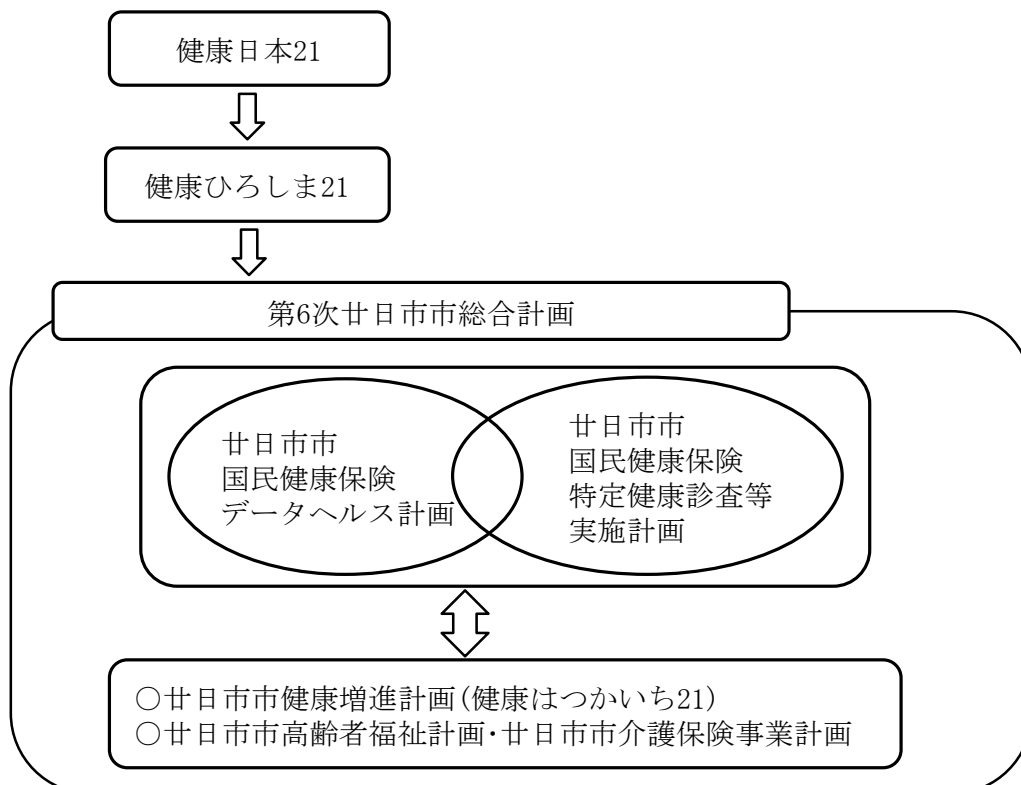
このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされた。

廿日市市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきた。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

特定健康診査等実施計画の策定に当たっては、法第19条を踏まえるとともに、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとする。

(3) 上位計画との関係

上位計画である「第6次廿日市市総合計画」をはじめとして、「廿日市市健康増進計画(健康はつかいち21)」及び「廿日市市高齢者福祉計画・廿日市市介護保険事業計画」のそれぞれの計画との整合性を図りながら計画を推進する。





(4) 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。



2. 計画の位置づけ

(1) 他計画との関係

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とする。

(2) 実施体制・関係者連携

① 保険者内の連携体制の確保

廿日市市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、保健事業担当課が主体となって行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局(福祉事務所等)等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

保健事業担当課は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保する。

② 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となる。共同保険者である広島県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、佐伯地区医師会、佐伯歯科医師会、廿日市市薬剤師会、広島県看護協会廿日市支部、広島県西部保健所管内地域活動栄養士会等の保健医療関係者、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、健康はつかいち21推進協議会、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努める。

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、国民健康保険運営協議会での協議、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努める。



3. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の画像及び電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月診療分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月診療分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

第2章 地域の概況



1. 地域の特性

(1) 人口構成

以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものである。高齢化率(65歳以上)は30.8%であり、県との比較ではほぼ等倍、同規模との比較で1.1倍となっている。また、国民健康保険被保険者数は21,936人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は19.4%である。国民健康保険被保険者平均年齢は56.0歳である。

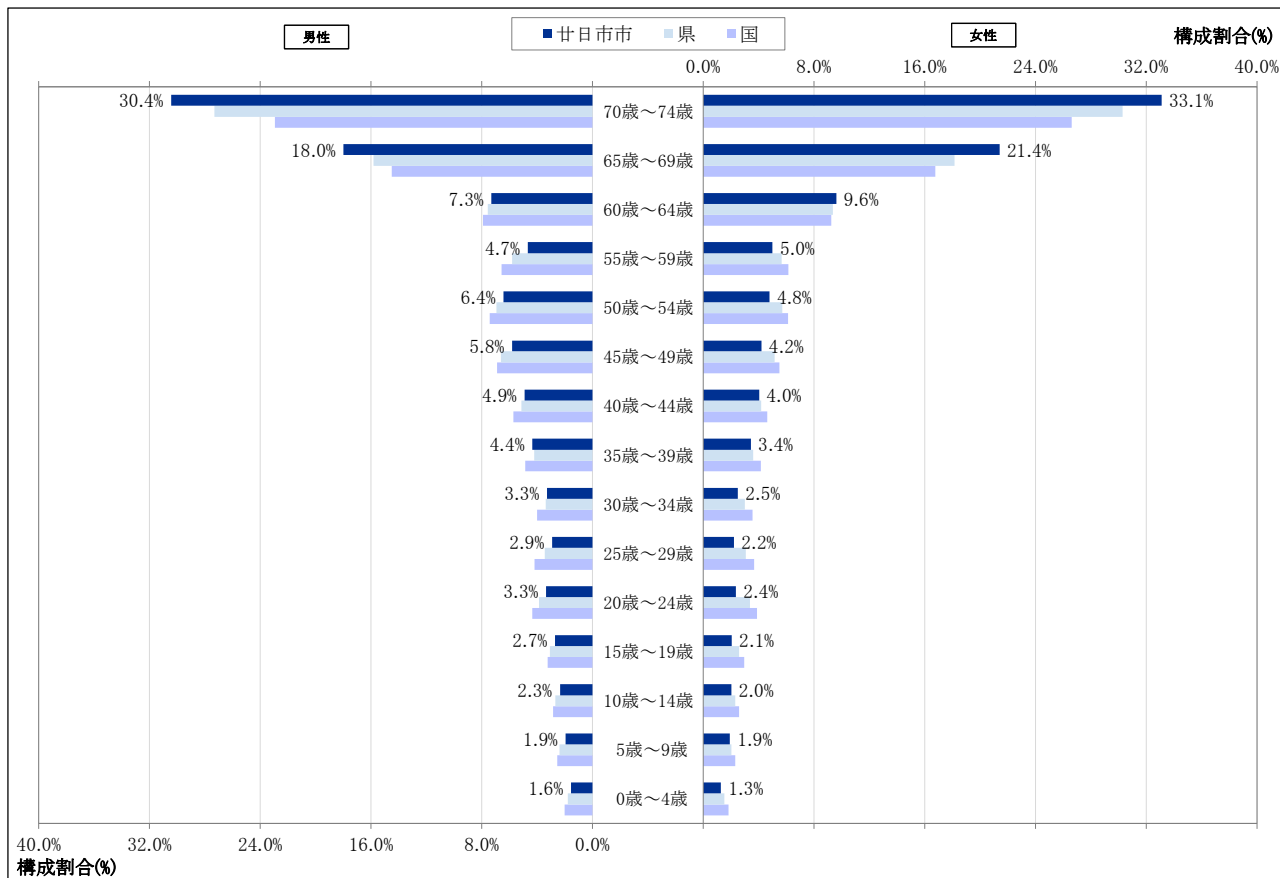
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
廿日市市	113,332	30.8%	21,936	19.4%	56.0	6.6	10.7
県	2,744,663	29.6%	528,856	19.3%	54.0	7.1	11.0
同規模	119,246	29.1%	24,276	20.4%	53.8	6.7	11.0
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

※「県」は広島県を指す。以下全ての表において同様である。

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

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」



以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数21,936人は平成30年度25,217人より3,281人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢56.0歳は平成30年度55.1歳より0.9歳上昇している。

年度別 人口構成概要

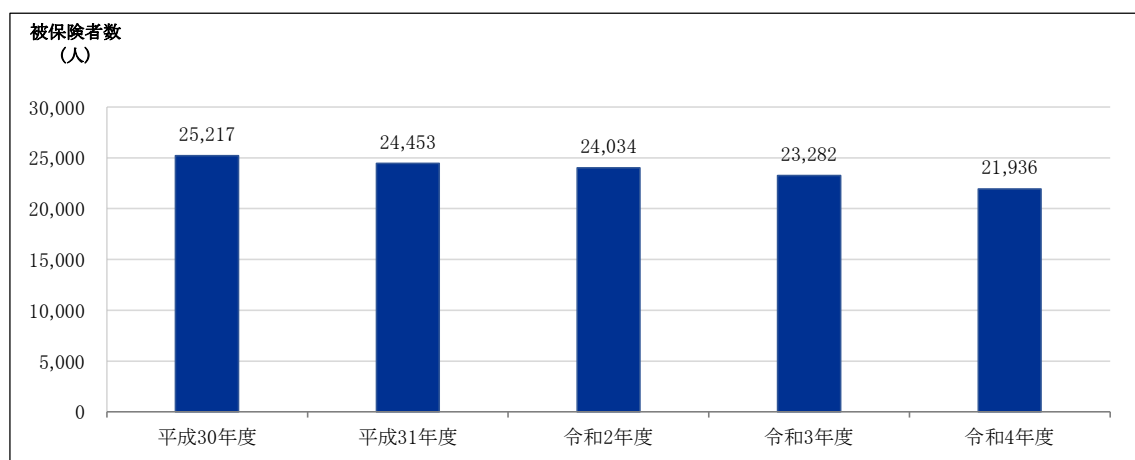
区分		人口総数 (人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
廿日市市	平成30年度	114,370	27.9%	25,217	22.0%	55.1	7.9	10.0
	平成31年度	114,370	27.9%	24,453	21.4%	55.5	7.9	10.0
	令和2年度	114,370	27.9%	24,034	21.0%	55.9	7.9	10.0
	令和3年度	114,370	27.9%	23,282	20.4%	56.1	7.9	10.0
	令和4年度	113,332	30.8%	21,936	19.4%	56.0	6.6	10.7
県	平成30年度	2,812,852	27.5%	604,660	21.5%	53.6	8.4	10.6
	平成31年度	2,812,852	27.5%	584,078	20.8%	53.8	8.4	10.6
	令和2年度	2,812,852	27.5%	572,532	20.4%	54.2	8.4	10.6
	令和3年度	2,812,852	27.5%	554,582	19.7%	54.4	8.4	10.6
	令和4年度	2,744,663	29.6%	528,856	19.3%	54.0	7.1	11.0
同規模	平成30年度	120,652	26.8%	27,239	22.6%	53.0	7.9	10.2
	平成31年度	120,865	26.7%	26,400	21.8%	53.3	8.0	10.2
	令和2年度	120,858	26.7%	25,995	21.5%	53.8	7.9	10.2
	令和3年度	120,858	26.7%	25,228	20.9%	54.1	7.9	10.2
	令和4年度	119,246	29.1%	24,276	20.4%	53.8	6.7	11.0
国	平成30年度	125,640,987	26.6%	30,811,133	24.5%	51.3	8.0	10.3
	平成31年度	125,640,987	26.6%	29,893,491	23.8%	51.6	8.0	10.3
	令和2年度	125,640,987	26.6%	29,496,636	23.5%	52.0	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6%	28,705,575	22.9%	52.2	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

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

※出生率…出生数÷人口×1,000

※死亡率…死亡数÷人口×1,000

年度別 被保険者数



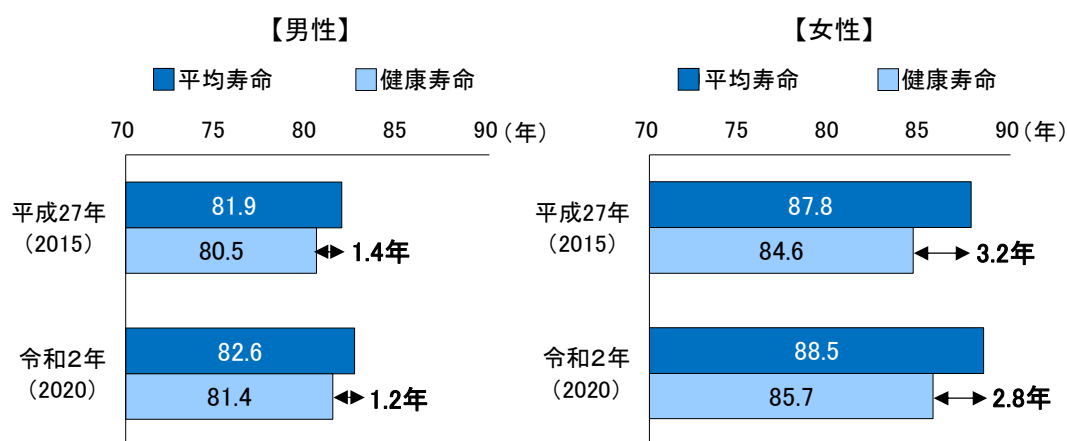
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 平均寿命と健康寿命

以下は、令和4年度における平均寿命と平均自立期間の状況を示したものである。国・県は国民生活基礎調査(アンケート)を基に「日常生活に制限のない期間の平均」を算出し、健康寿命としている。

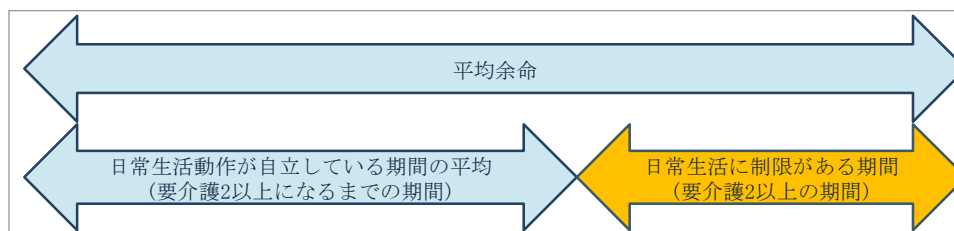
本市では、介護保険データ(要介護2～5の認定者数)等を用いて毎年算出可能な「日常生活動作が自立している期間の平均」を推定値として活用している。用いたデータは翌々年度に公開される。

介護保険の要介護認定情報から算出した廿日市市の令和2(2020)年の健康寿命は男性81.4年、女性85.7年となっており、平均寿命と健康寿命の差が短くなっている。



出典: 平均寿命…市区町村別生命表
健康寿命…KDB(国保データベース)システムを参照

【参考】平均余命と平均自立期間について



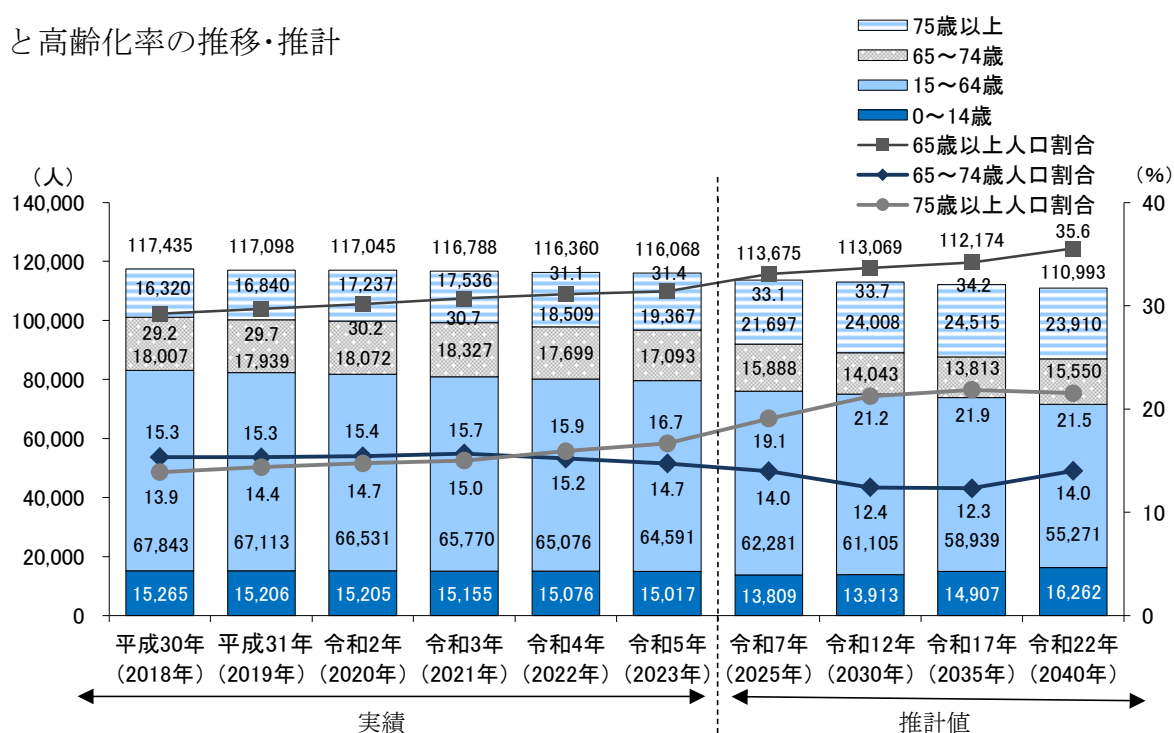


(3) 要支援・要介護者の状況

本市の住民基本台帳人口による総人口は減少傾向にあるが、全国と同様に高齢者の占める割合は上昇していくと見込まれる。

特に75歳以上の後期高齢者の伸びが大きく、令和12(2030)年には後期高齢者割合が2割を超える見込まれる。

人口と高齢化率の推移・推計

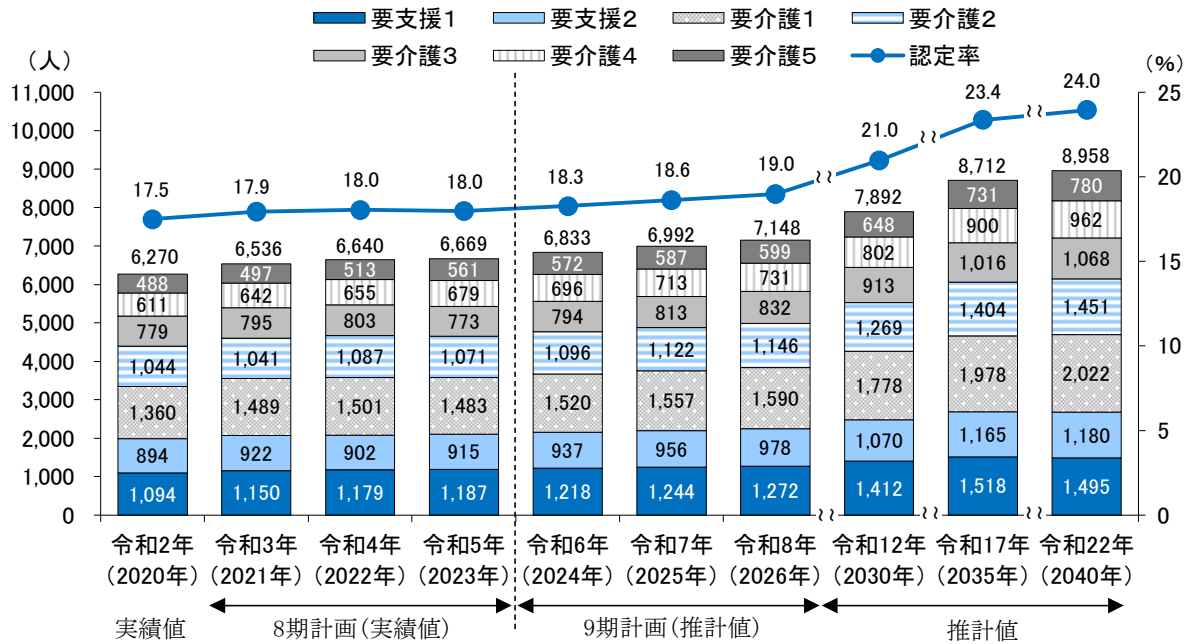


出典: 令和5年まで住民基本台帳人口・令和7年から第2期廿日市市まち・ひと・しごと創生総合戦略(令和5年3月改訂)を基とした推計人口



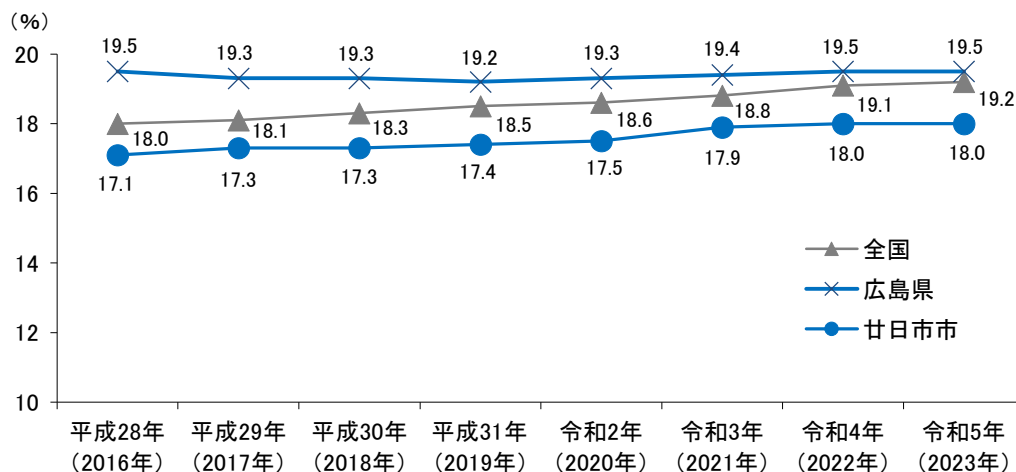
本市の要支援・要介護認定者数も増加傾向にあり、令和5(2023)年9月末時点で6,669人と、令和2(2020)年9月末と比較すると6.4%増加している。

要支援・要介護認定者数(第2号被保険者を含む)、第1号被保険者認定率の推移・推計



出典: 令和2年から令和5年介護保険事業状況報告(各年9月末現在)・令和6年から住民基本台帳を基とした推計
人口と令和5年認定率により推計

認定率の推移



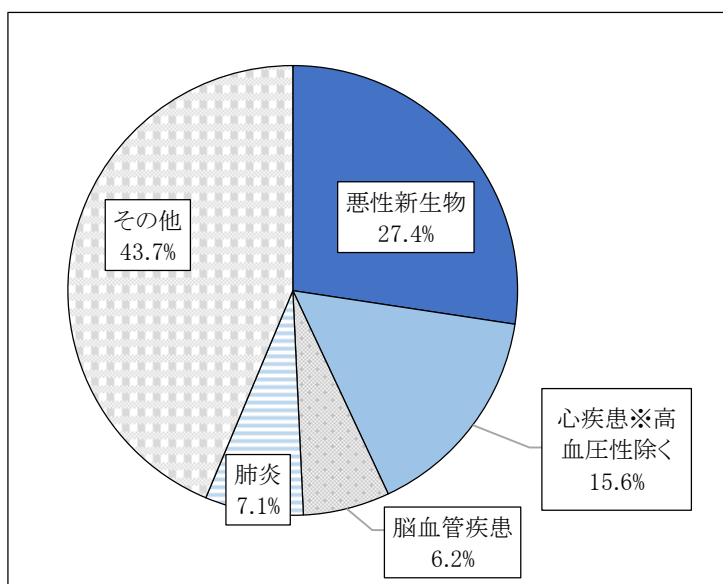
出典: 平成28年から平成4年介護保険事業状況報告月報(9月末時点)、令和5年介護保険事業状況報告月報(5月末時点)



(4) 死亡の状況

令和3(2021)年の主要死因別の死亡人数をみると、悪性新生物が330人(27.4%)、心疾患が188人(15.6%)、肺炎が85人(7.1%)となっている。

主要死因(令和3(2021)年)

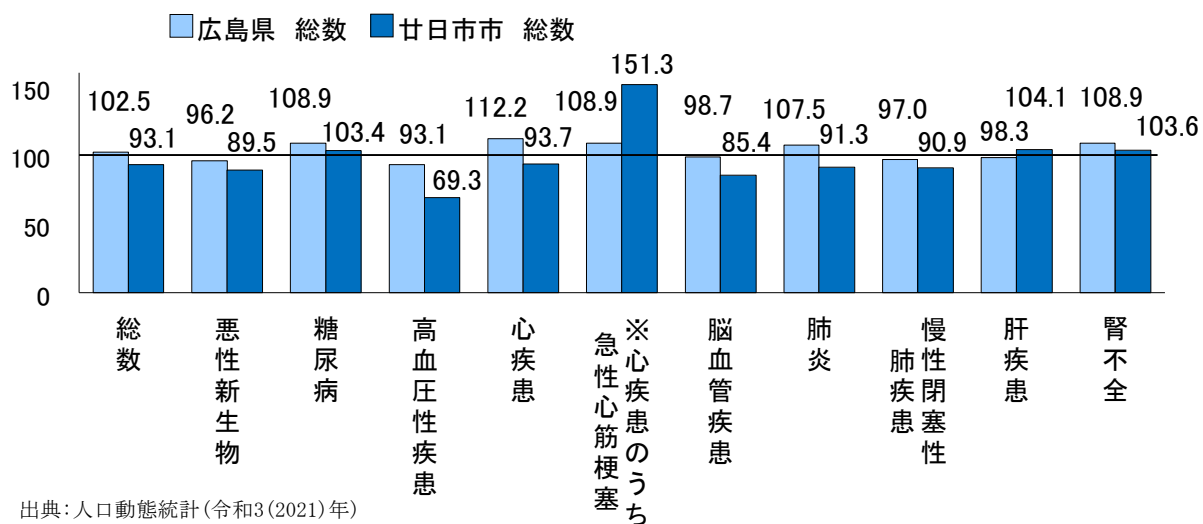


出典：人口動態統計(令和3(2021)年)

平成27(2015)年～平成31(2019)年の標準化死亡比をみると、糖尿病が103.4、心疾患のうち急性心筋梗塞が151.3、肝疾患104.1、腎不全103.6と全国平均を上回っている。

※標準化死亡比(SMR)：年齢構造の影響を取り除いた死亡率の指標。100より大きい場合は全国平均よりも死亡率が高く、100より小さい場合は全国平均よりも死亡率が低いと判断される。

標準化死亡比 選択死因別(SMR)(平成27(2015)年～平成31(2019)年)



出典：人口動態統計(令和3(2021)年)



2. 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものである。県、同規模、国よりも受診率が高い。また外来費用の割合は国、県、同規模より高く、入院費用の割合は低くなっている。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	廿日市市	県	同規模	国
受診率 ※	808.2	756.2	726.4	705.4
一件当たり医療費(円)	36,290	39,870	40,000	39,080
外来				
外来費用の割合	62.7%	59.5%	59.4%	60.4%
外来受診率	791.0	735.9	707.3	687.8
一件当たり医療費(円)	23,260	24,360	24,420	24,220
一人当たり医療費(円) ※	18,400	17,930	17,270	16,660
一日当たり医療費(円)	15,580	15,860	16,520	16,390
一件当たり受診回数	1.5	1.5	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	37.3%	40.5%	40.6%	39.6%
入院率	17.3	20.4	19.1	17.7
一件当たり医療費(円)	632,760	599,850	616,530	617,950
一人当たり医療費(円) ※	10,930	12,220	11,790	10,920
一日当たり医療費(円)	37,920	36,310	37,770	39,370
一件当たり在院日数	16.7	16.5	16.3	15.7

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

※一件当たり医療費…レセプト医療費合計÷レセプト総数

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

※受診率…レセプト数÷被保険者数×1,000



3. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

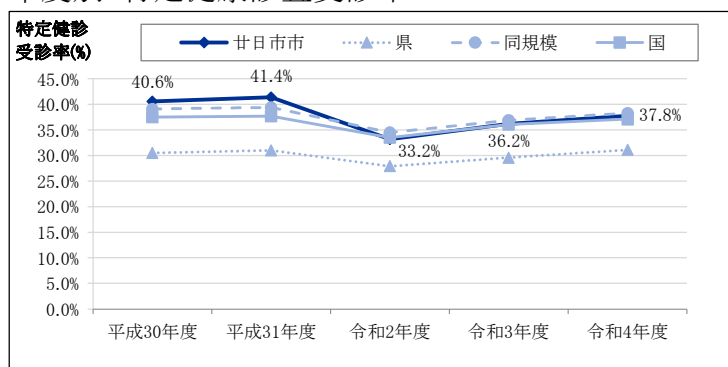
本市の平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和2年度についてはコロナ禍の影響もあり、33.2%まで下がっているがその後回復傾向である。令和4年度の特定健康診査受診率37.8%は平成30年度40.6%より2.8ポイント減少している。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
廿日市市	40.6%	41.4%	33.2%	36.2%	37.8%
県	30.5%	31.0%	27.9%	29.6%	31.1%
同規模	39.1%	39.4%	34.5%	36.9%	38.3%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.1%

出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

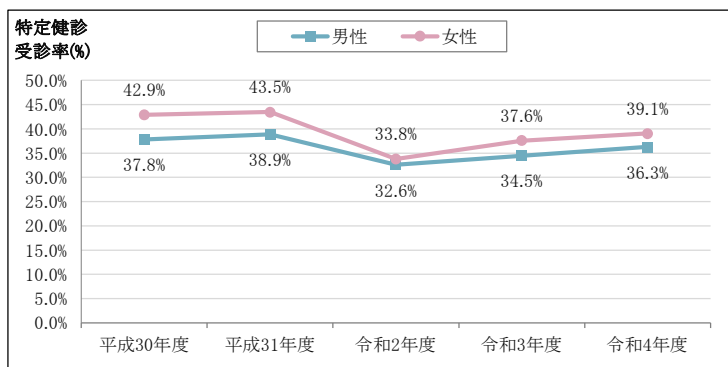
年度別 特定健康診査受診率



出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率36.3%は平成30年度37.8%より1.5ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率39.1%は平成30年度42.9%より3.8ポイント減少している。

年度・男女別 特定健康診査受診率

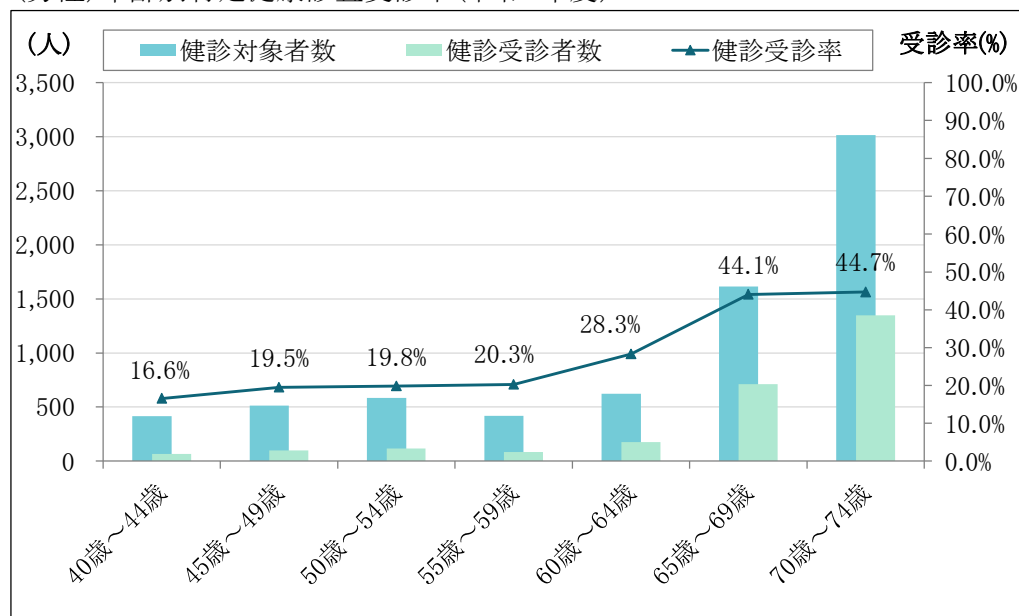


出典：国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

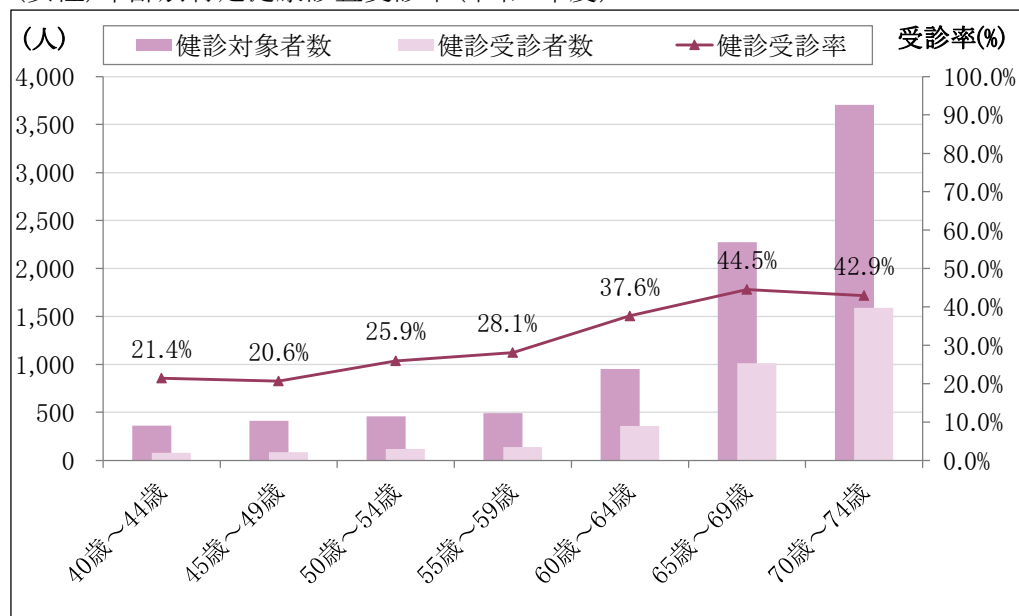


令和4年度の年齢別特定健康診査の受診率をみると、本市の平均受診率は37.8%より、男性は40歳～64歳で下回っているが65歳～74歳は上回っている。女性は40歳～59歳までは下回っているが、60歳～64歳で同等の受診率となり、65歳～74歳では上回っている。

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



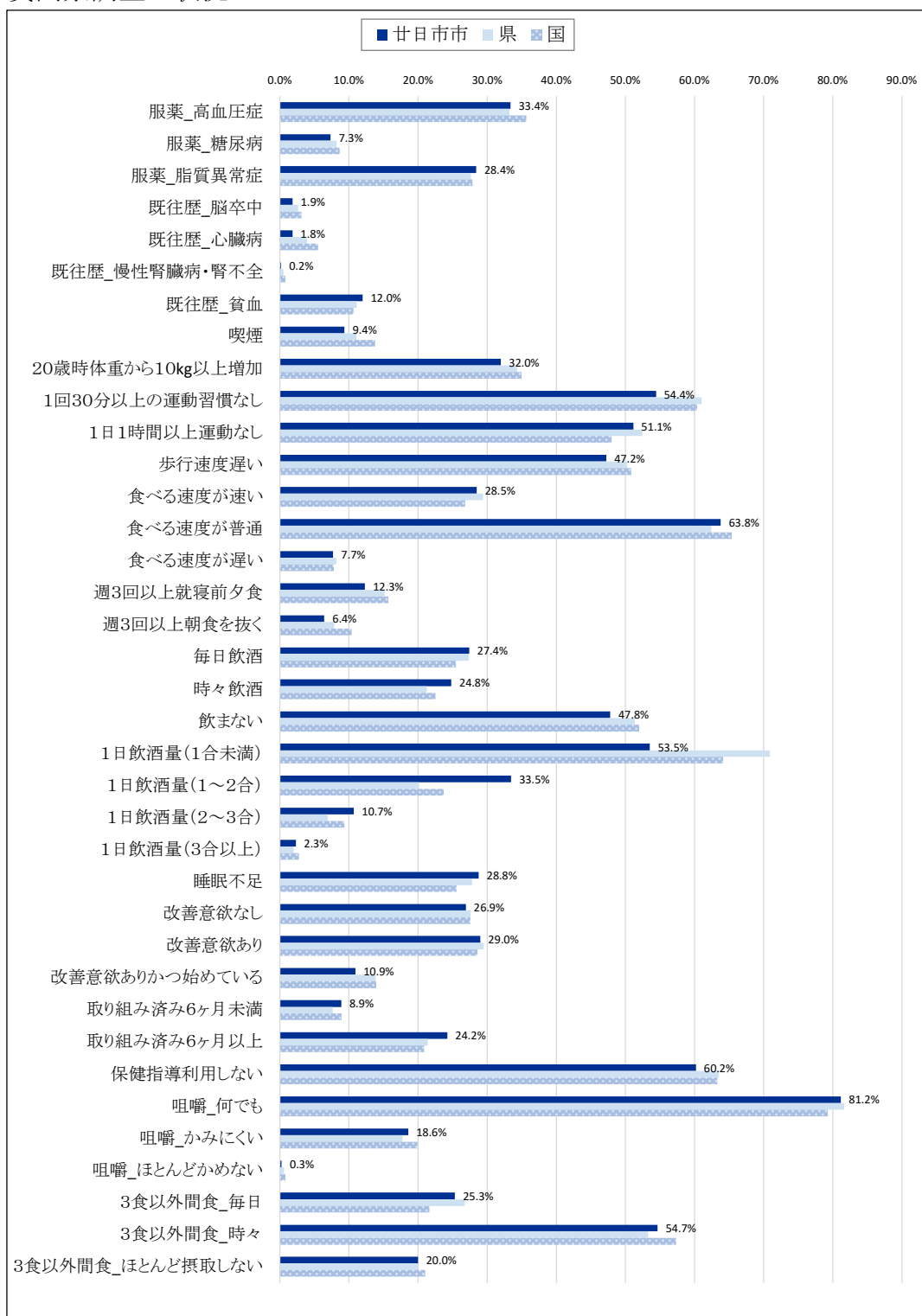
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」



以下は、令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診者の質問票調査の状況を示したものである。

本市の特徴として、睡眠不足や1日飲酒量が1合以上の人が国や県と比べて多い。

質問票調査の状況



出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」



以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものである。健診受診者全体では、LDLコレステロールの有所見者割合が最も高く、健診受診者の55.1%を占めている。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳では収縮期血圧の有所見者割合が最も高くなっている。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
廿日市市	40歳～64歳	人数(人)	321	396	283	245	51	248	484	111
		割合(%)	24.2%	29.9%	21.4%	18.5%	3.8%	18.7%	36.5%	8.4%
	65歳～74歳	人数(人)	1,045	1,614	971	551	119	1,407	2,481	358
		割合(%)	22.4%	34.6%	20.8%	11.8%	2.6%	30.2%	53.2%	7.7%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,366	2,010	1,254	796	170	1,655	2,965	469
		割合(%)	22.8%	33.6%	20.9%	13.3%	2.8%	27.6%	49.5%	7.8%
県		割合(%)	25.4%	34.2%	21.4%	14.2%	3.2%	29.9%	52.8%	7.3%
国		割合(%)	27.1%	34.9%	21.1%	14.5%	3.9%	24.8%	57.1%	6.5%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
廿日市市	40歳～64歳	人数(人)	439	281	750	9	183	307	59	197
		割合(%)	33.1%	21.2%	56.6%	0.7%	13.8%	23.2%	4.5%	14.9%
	65歳～74歳	人数(人)	2,558	968	2,551	82	973	1,258	222	1,642
		割合(%)	54.9%	20.8%	54.7%	1.8%	20.9%	27.0%	4.8%	35.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,997	1,249	3,301	91	1,156	1,565	281	1,839
		割合(%)	50.1%	20.9%	55.1%	1.5%	19.3%	26.1%	4.7%	30.7%
県		割合(%)	48.2%	21.1%	54.4%	1.3%	12.0%	8.0%	4.4%	25.6%
国		割合(%)	47.5%	21.1%	50.3%	1.3%	21.0%	18.1%	5.5%	20.6%

出典：国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況（男女別・年代別）」



以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。健診受診者全体では、予備群は10.9%、該当者は19.7%である。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は5.7%である。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,325	25.3%	73	5.5%	142	10.7%	11	0.8%	82	6.2%	49	3.7%
65歳～74歳	4,662	43.9%	103	2.2%	512	11.0%	21	0.5%	390	8.4%	101	2.2%
全体(40歳～74歳)	5,987	37.8%	176	2.9%	654	10.9%	32	0.5%	472	7.9%	150	2.5%

年齢階層	該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	181	13.7%	22	1.7%	8	0.6%	105	7.9%	46	3.5%
65歳～74歳	999	21.4%	164	3.5%	42	0.9%	497	10.7%	296	6.3%
全体(40歳～74歳)	1,180	19.7%	186	3.1%	50	0.8%	602	10.1%	342	5.7%

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

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

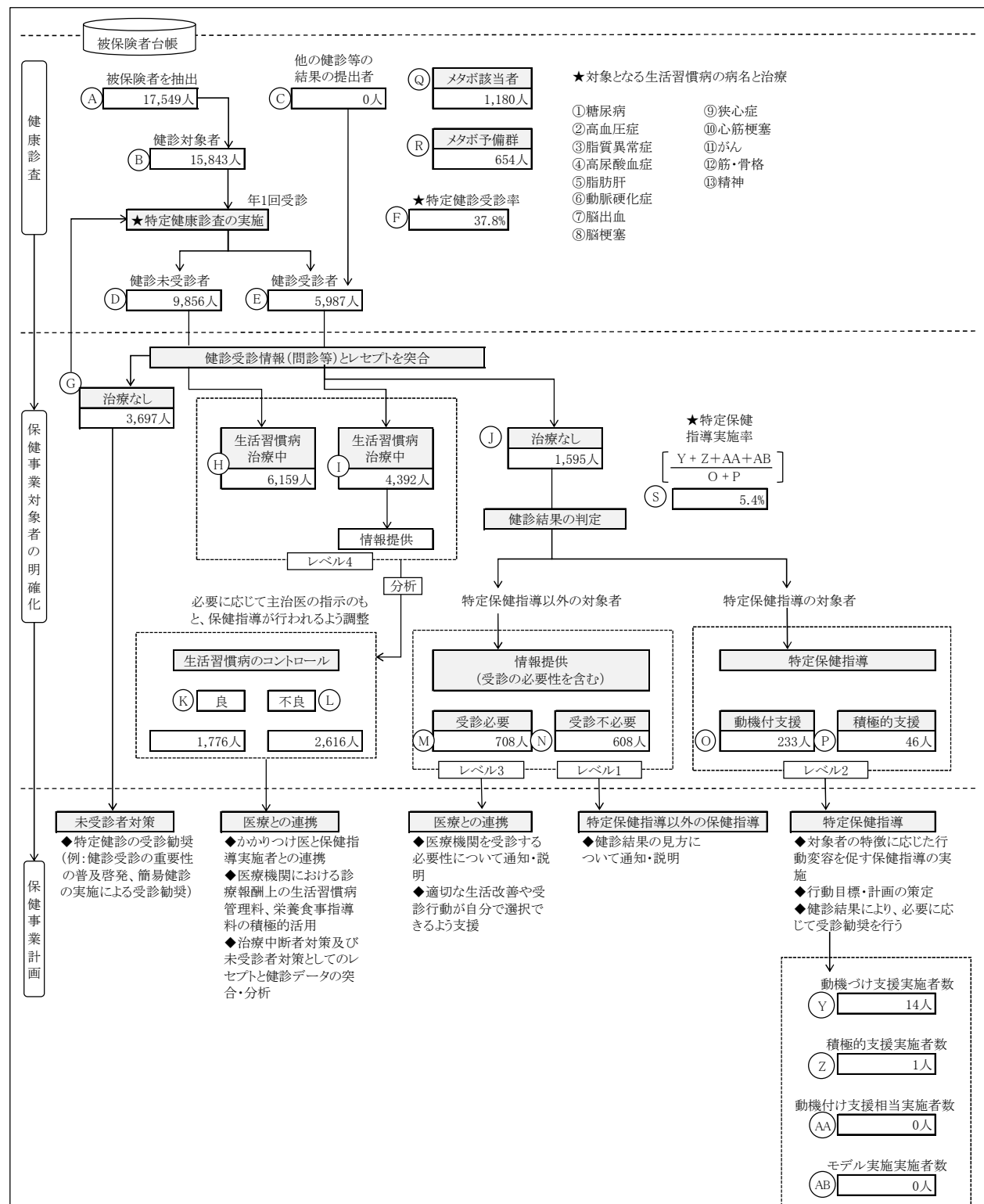
- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。



以下は、令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものである。

被保険者の階層化(令和4年度)

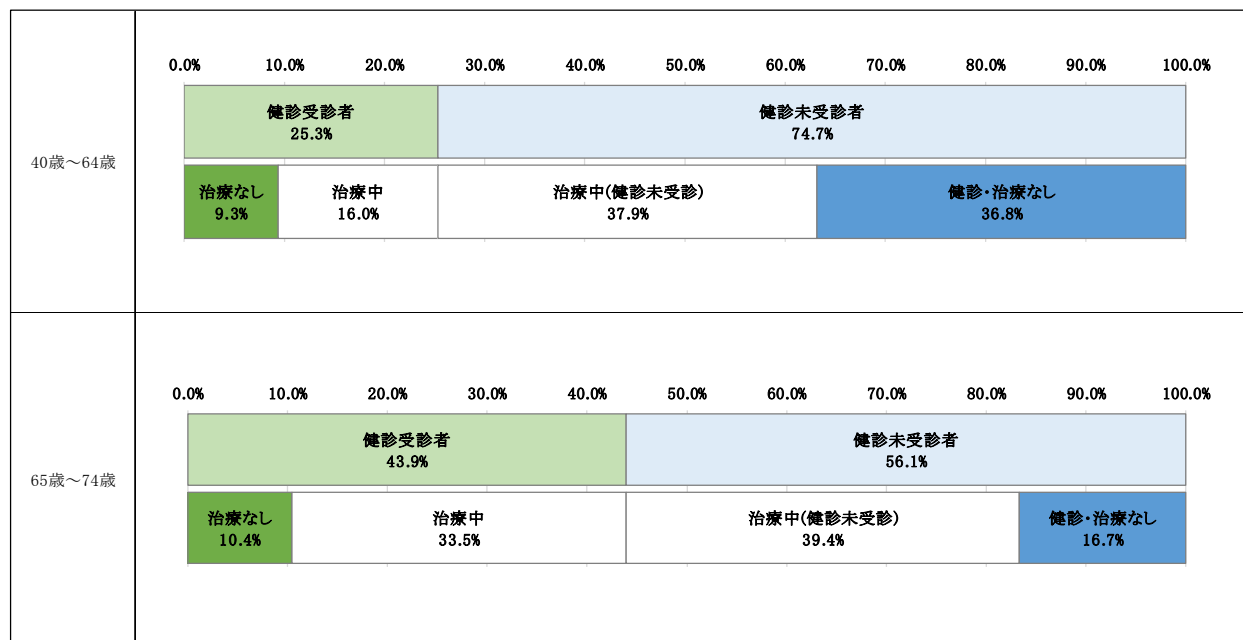


出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」



以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものである。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況（令和4年度）



出典：国保データベース（KDB）システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

※「治療中」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。



(2) 特定保健指導

本市の令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりである。

特定保健指導実施状況(令和4年度)

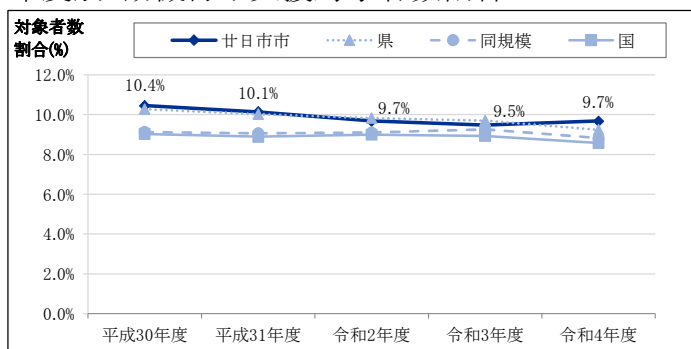
区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
廿日市市	9.7%	1.9%	11.5%	20.8%
県	9.2%	2.8%	12.0%	14.1%
同規模	8.8%	2.6%	11.5%	15.6%
国	8.6%	3.3%	11.8%	13.4%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

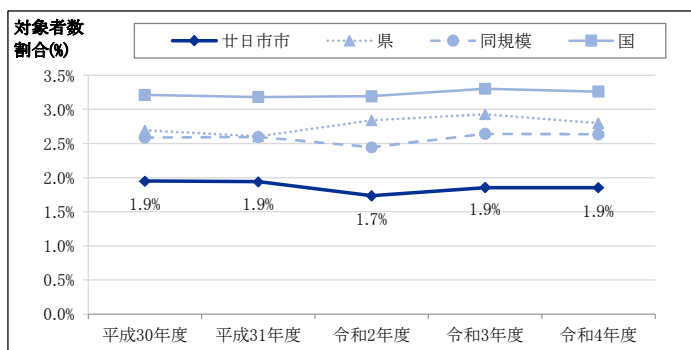
特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

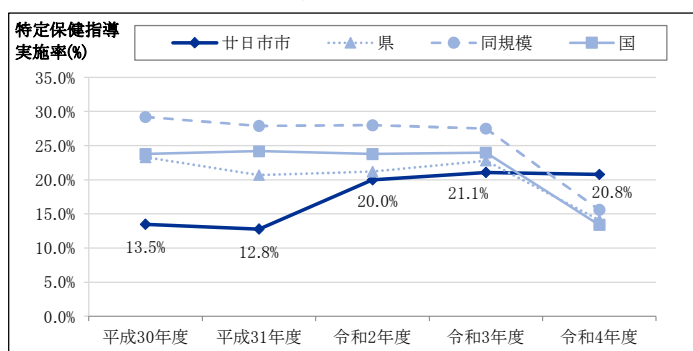
年度別 動機付け支援対象者数割合



年度別 積極的支援対象者数割合



年度別 特定保健指導実施率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

第2部
第3期データヘルス計画

第1章 過去の取組の考察



1. 第2期データヘルス計画全体の評価

以下は、第2期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	レセプトや健診等のデータ分析をもとに、効果的な保健事業を行い、被保険者の健康の向上と医療費の適正化を図る。
------	---

評価指標	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
	計画策定時 2016年度 (H28)	現状値	
健康寿命の延伸	男80.67 女84.90 (H30年度公開)	2021 (R3) 男81.6 女85.8 (R5年度公開)	健康寿命は延伸しており、保健事業などの効果が現れている。
医療費の適正化 (被保険者一人当たりの医療費、 前年度の伸び率)	380,959円 1.01%	2022 (R4) 404,978円 0.99%	一人当たりの医療費は増加傾向にあるが国の伸び率の動向と比較してみても、同等と考えられる。

一人当たりの医療費 出典：国民健康保険事業年報



2. 各事業の達成状況

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。全13事業のうち、目標達成している事業は2事業です。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
1 特定健康診査事業	2018 (H30) 年度 ～ 2023 (R5) 年度	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防する。	対象年齢の被保険者に対して特定健診を実施。
2 特定保健指導	2018 (H30) 年度 ～ 2023 (R5) 年度	被保険者が生活習慣を見直す機会をつくり、生活習慣病の予防する。	専門職による特定保健指導(動機付け支援、積極的支援)を実施。
3 生活習慣病・健康増進事業 (ポピュレーションアプローチ)	2018 (H30) 年度 ～ 2023 (R5) 年度	生活習慣病の予防、健康増進への意識啓発を図る。	健康に関するイベントや健康はつがいち21事業などを通じて、市民全体に啓発。
4 健診後フォロー事業	2018 (H30) 年度 ～ 2023 (R5) 年度	特定健診の結果を生活習慣の改善や生活習慣病の予防する。	健診結果説明会などで保健指導を実施。
5 糖尿病予防教室	2018 (H30) 年度 ～ 2019 (H31) 年度	被保険者の生活習慣病や、重症化を予防する。	生活習慣病についての知識、適切な栄養や運動習慣を取り入れるための方法などを学ぶ講座を実施。



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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)		計画策定時実績 2016年度 (H28)	目標値 2023年度 (R5)	達成状況 2022年度 (R4)	評価
特定健診受診率		38.4% (法定報告値)	60%以上	37.8% (法定報告値)	3
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 平成20(2008)年度に比べて25%減少 ※H20該当者・予備群数 742名/特定健康診査受診者数 2,625名(28.3%) (法定報告値)		27.9% (H20比較-0.4%) (法定報告値)	21.2% (H20比較-7.1%)	30.6% (H20比較+2.3%) (法定報告値)	
特定保健指導の対象者の減少率 平成20(2008)年度に比べて25%減少 ※H20特定保健指導該当者459名/2,625名(17.5%) (法定報告値)		11.0% (H20比較-6.5%) (法定報告値)	13.1% (H20比較-4.4%)	11.0% (H20比較-6.5%) (法定報告値)	
特定保健指導実施率		12.4% (法定報告値)	60%以上	20.8% (法定報告値)	4
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 平成20(2008)年度(28.3%)に比べて25%減少		27.9% (H20比較-0.4%) (法定報告値)	21.2% (H20比較-7.1%)	30.6% (H20比較+2.3%) (法定報告値)	
特定保健指導の対象者の減少率 平成20(2008)年度(17.5%)に比べて25%減少		11.0% (H20比較-6.5%) (法定報告値)	13.1% (H20比較-4.4%)	11.0% (H20比較-6.5%) (法定報告値)	
健康に関するイベントに参加する人や、健康はつかいち21の活動をする人を増やす	延べ参加者数	7,928人	増加	2,640人	4
	部会員延べ参加者数	1,349人	増加	793人	
健康と感じている人を増やす		47.9%	75.0%	81.2%	
健康寿命の延伸 できるだけ伸ばす		男80.67年 女84.90年	延伸	R3年 男81.6年 女85.8年	
年間参加者数		144人	200人	95人	2
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 平成20(2008)年度(28.3%)に比べて25%減少		27.9% (H20比較-0.4%)	21.2% (H20比較-7.1%)	30.6% (H20比較+2.3%) (法定報告値)	
年間延べ参加者数		—	200人	2020(R2)年度以降教室中止	1
生活を見直す必要があると思った割合		—	75.0%	2020(R2)年度以降教室中止	
教室前後でHbA1cが改善した人の割合		—	80%	2020(R2)年度以降教室中止	



事業名	実施年度	事業目的	実施内容
6 ハートピクス (健康教室)	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	生活習慣を見直すための具体的な方法を知る機会として、また特定保健指導参加者や終了者の受け皿として、生活習慣病の予防する。	運動教室・栄養教室・個別相談を実施。
7 生活習慣病重症化 予防事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	被保険者が生活習慣病から心疾患や腎不全などの重症化疾患へ移行することを予防する。	健診結果が基準値以上の者に対して個別訪問指導を実施し、医療機関受診や特定保健指導の参加を勧奨。
8 糖尿病性腎症重症化 予防事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	糖尿病の合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせる。	糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者に対する受診勧奨事業や、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対してかかりつけ医の協力のもと対象者を選定して保健指導事業を実施。
9 生活習慣病受診勧奨 事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	重症化を予防し、将来的な医療費増加を防ぐ。	受診を放置している被保険者に対し、受診を促す通知を発送。
10 ジェネリック医薬品 差額通知事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用促進通知により医療費適正化を図る。	ジェネリック医薬品を使用した場合に、医療費削減の効果がある被保険者に、利用促進通知を発送。
11 受診行動適正化事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	重複または頻回受診となっている被保険者に対し、受診指導を行うことで、適正受診や正しい服薬についての意識を持ってもらい、適正受診を促進し医療費の適正化を図る。	対象者に健康相談に関する通知を発送し、受診指導などを実施。
12 医療費通知事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	全世帯に受診内容を通知することで、被保険者に健康に対する知識を深めてもらい、適正受診を促進し医療費の適正化を図る。	世帯ごとに受診内容を通知。
13 レセプト情報分析 事業	2018(H30) 年度 ～ 2023(R5) 年度	健康維持・増進や医療費削減につながる事業を実施するための、医療費分析データや保健事業対象者の抽出・保健事業効果確認を行う。	レセプト情報をデータベース化し、医療費分析や保健事業対象者の抽出・保健事業効果確認の実施。



評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
年間延べ参加者数	373人	280人	206人	3
食生活と運動習慣に行動変容が見られた人の割合	—	90%	89.2%	
保健指導実施率	84.7%	80.0%	78.3%	3
次年度以降に同じ者がこの事業の対象者とならない		0人	令和3年度も令和4年度も対象者となった者9人	
対象者(通知)のうち、保健指導実施率	—	20.0%	10.9%	3
指導を受けた者が人工透析に移行しない	—	0人	0人	
通知発送の翌月から4か月間に生活習慣病による受診者率	20.4%	35.0%	13.1%	1
次年度以降に同じ者がこの事業の対象とならない	—	0人	令和3年度対象となった者が令和4年度も対象となっている (※事業内容変更のため比較困難)	
対象者への通知率	100%	100%	100%	4
普及率(数量ベース)	60.8%	80.0%	75.4%	
全必要対象者への指導実施率	28.1%	—	12.2%	3
次年度以降に同じ者がこの事業の対象にならない	平成27年度対象となった者が平成28年度も対象となっている	0人	令和3年度対象となった者が令和4年度も対象となっている	
全受診世帯への配布	100%	100%	100%	5
被保険者の健康意識の高揚及び予防医療の重要性の啓発に寄与	—	—	—	
全レセプトのデータベース化	100%	100%	100%	5
保健事業の円滑な実施	—	—	—	



1 特定健康診査事業

事業目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ることを目的に、対象年齢の被保険者に対して特定健診を実施する。
対象者	廿日市市国民健康保険被保険者のうち、40歳～75歳の者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	対象年齢の被保険者に対して特定健診を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット: 特定健康診査受診率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	45.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
達成状況	38.4%	40.6%	41.4%	33.3%	36.3%	37.8%	—

アウトカム: メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	2008 (H20) 年度28.3%に比べて25%減少 21.2% (H20比較-7.1%)
達成状況	27.9% (H20比較-0.4%)	29.6% (H20比較+1.3%)	30.4% (H20比較+2.1%)	32.6% (H20比較+4.3%)	31.3% (H20比較+3.0%)	30.6% (H20比較+2.3%)	—

アウトカム: 特定保健指導の対象者の減少率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	2008 (H20) 年度17.5%に比べて25%減少 13.1% (H20比較-4.4%)
達成状況	11.0% (H20比較-6.5%)	11.7% (H20比較-5.8%)	11.4% (H20比較-6.1%)	10.7% (H20比較-6.8%)	10.6% (H20比較-6.9%)	11.0% (H20比較-6.5%)	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー: 実施体制や予算を確保し、特定健康診査を実施した。

プロセス: 健診種別の申込件数の分析を健診期間中は月1回程度、また年間で行い、どのような健診が受診率を向上するのか分析し、取組を検討した。



事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	様々な受診勧奨の取組を行ってきたことから、受診率は徐々に改善しているが、令和2年度はコロナ禍による受診控えにより受診率が減少した。特定保健指導の対象者の減少率は目標に達しているが、メタボ該当者・予備群の減少は目標に達していない。対象者の高齢化が一因と考えられる。
	今後の方向性	国保の受診率の高い世代が、これから数年は毎年後期高齢者になる。そのため受診率の自然減の傾向が数年続き、受診率の減少に与える影響が大きい。不定期受診者を連続受診者にすることや、未受診者の掘り起こしがより一層重要である。令和5年度に開始した毎年けんしんサポート(翌年の集団健診の自動予約登録)により、令和6年度以降の受診率の向上が期待される。



2 特定保健指導

事業目的	被保険者が生活習慣を見直す機会をつくり、生活習慣病の予防をすることを目的とする。
対象者	国保特定健診の結果から国が示す基準に該当する生活習慣病のリスクが高い対象者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	専門職による特定保健指導(動機付け支援、積極的支援)を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット: 特定保健指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	45.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
達成状況	12.4%	15.6%	12.7%	19.1%	27.8%	20.8%	—

アウトカム: メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	30.6% (H20比較+2.3%)	2008 (H20) 年 度28.3%に比 べて25%減少 21.2% (H20比較-7.1%)
達成状況	27.9% (H20比較-0.4%)	29.6% (H20比較+1.3%)	30.4% (H20比較+2.1%)	32.6% (H20比較+4.3%)	31.3% (H20比較+3.0%)	30.6% (H20比較+2.3%)	—

アウトカム: 特定保健指導の対象者の減少率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	11.0% (H20比較-6.5%)	2008 (H20) 年 度17.5%に比 べて25%減少 13.1% (H20比較-4.4%)
達成状況	11.0% (H20比較-6.5%)	11.7% (H20比較-5.8%)	11.4% (H20比較-6.1%)	10.7% (H20比較-6.8%)	10.6% (H20比較-6.9%)	11.0% (H20比較-6.5%)	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー: 実施体制や予算を確保し、特定保健指導を実施した。

プロセス: 健診結果通知の中に特定保健指導の案内を送付。申込がない人へ、再度個別に案内を通知。

- ・令和2年度より個別特定健診受診者で特定保健指導該当の者には医師よりチラシを渡してもらうよう依頼した。
- ・令和2年度より特定保健指導受診勧奨訪問の対象者を拡大した。
- ・実施方法について令和2年度より特定保健指導の土日実施やICT特定保健指導を実施し仕事等で受診できない人が受診できるようにした。



事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因) ・計画策定時に12.4%であった特定保健指導実施率は、令和3年度には27.8%となり、+15.4ポイント改善している。 ・訪問による特定保健指導の勧奨での申込率は、廿日市地域（合併前の旧廿日市市）では令和4年度で27.9%と高い。案内通知にとどまらず、対象者への継続した受診勧奨が重要である。 ・健診結果通知での特定保健指導の申込は少ないため、文面の工夫など改善が必要。 ・個別健診受診者は医師から問題ないと言われた等医師からの声かけの影響も大きい。引き続き医師会への働きかけも重要。
	今後の方向性 ・特定保健指導案内通知・特定保健指導受診勧奨・人間ドック時の同日特定保健指導を継続する。 ・実施率向上のためには定期的な実施方法の見直しが必要である。



3 生活習慣病・健康増進事業(ポピュレーションアプローチ)

事業目的	生活習慣病の予防、健康増進への意識啓発を図る。
対象者	市民全体や国民健康保険被保険者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	健康に関するイベントや健康はつかいち21事業などを通じて、市民全体に啓発する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:健康に関するイベントに参加する人や、健康はつかいち21の活動をする人を増やす

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	健康に関するイベントに参加する人や、健康はつかいち21の活動をする人を増やす	—	—	—	—	—	—
達成状況	年間延べ参加者数 7,928人	6,162人	6,471人	2,302人	2,315人	2,640人	—
	年間部会員延べ参加者数 1,356人	1,393人	1,231人	670人	635人	793人	—

アウトカム:健康と感じている人を増やす

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	75.0%	—	—	—	—	—	75.0%
達成状況	47.9%	74.5%	72.8%	アンケート未実施	アンケート未実施	81.2%	—

アウトカム:健康寿命の延伸 できるだけ伸ばす

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	伸ばす	—	—	—	—	—	—
達成状況	男性80.67年 女性84.90年	男性81.3年 女性85.5年	男性81.4年 女性85.4年	男性81.4年 女性85.7年	男性81.6年 女性85.8年	男性 — 女性 —	男性 — 女性 —

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:実施体制や予算を確保し、健康に関するイベントや健康はつかいち21事業を実施した。
プロセス:関係機関と実行委員会等で協議・調整し、適切に実施出来た。



事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	コロナ禍で健康まつり等のイベントが開催できず、参加者数が減少した。健康に関心のある人の参加が多く、健康と感じている人の割合の増加や健康寿命の延伸につながった。
	今後の方向性	引き続き、市民や関係団体の主体性やネットワークづくりを推進し、計画の評価・目標に沿って、市民とともに健康づくりに取り組む体制を作っていく必要がある。部会員の減少や高齢化の課題があり、部会の再編成等も検討する。



4 健診後フォロー事業

事業目的	特定健診の結果が生活習慣の改善や生活習慣病の予防につながることを目的とする。
対象者	特定健診受診者のうち希望する者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	健診結果説明会などで保健指導を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:年間参加者数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	200人	—	—	—	—	—	200人
達成状況	144人	111人	110人	95人	86人	95人	—

アウトカム:メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	平成20 (2008) 年度に比べて 25%減少 21.2%
達成状況	27.9% (H20比較-0.4%)	29.6% (H20比較+1.3%)	30.4% (H20比較+2.1%)	32.6% (H20比較+4.3%)	31.3% (H20比較+3.0%)	30.6% (H20比較+2.3%)	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:専門職等をスタッフに配置し、血管年齢や骨密度測定等の健康チェックも実施しており、参加者にとっては満足度は高く実施出来た。

プロセス:事業実施回数・定員は、適切にタイミング良く実施出来ている。

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因) 令和2年度にコロナ禍で参加者数が減少した。メタボ該当者・予備群の減少は目標に達していない。事業の効果は一定程度あると考えられるが、参加者が限定的である。 血管年齢や骨密度測定等の健康チェックも実施しており、参加者にとって満足度は高く実施出来たため、行動変容につながると考えられる。
		今後の方向性 引き続き、健診結果を生活習慣の改善に結びつけるため、健診後のフォローとしてタイミングよく事業実施を行う。メタボ該当者・予備群の人へ効果的な周知を検討する。中山間地域においては、一定の箇所での開催ではなく、地域に出向いて個別相談を行うなど、地域の実情に合わせた開催を工夫していく。



5 糖尿病予防教室

事業目的	被保険者の生活習慣病予防や重症化予防を目的とする。
対象者	・ 特定健診結果から糖尿病のリスクがある者に通知し希望する者 ・ 過去に糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)利用した者のうち希望する者 ・ その他、市が必要と認めた者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	生活習慣病についての知識、適切な栄養や運動習慣を取り入れるための方法などを学ぶ講座を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:年間参加者数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	200人
達成状況	—	175人	130人	教室は中止 通知を120人	教室は中止 通知を72人	教室は中止 通知を65人	—

アウトカム:生活を見直す必要があると思った割合

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	75.0%
達成状況	—	74.2%	100%	教室は中止	教室は中止	教室は中止	教室は中止

アウトカム:教室前後でHbA1cが改善した人の割合

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	8割
達成状況	—	45.2%	48.2%	教室は中止	教室は中止	教室は中止	教室は中止

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:平成30年度と平成31年度は、実施体制や予算を確保し教室を実施したが、令和2年度以降はコロナ禍のため集合形式の教室は中止し、代わりに対象者に糖尿病予防の情報を郵送した。

プロセス:平成30年度と平成31年度は、講師である病院の専門職と打ち合わせを行い、適切に講座を実施出来た。令和2年度以降も、代替事業を計画し実施出来た。



事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している ①: 評価できない	考察 (成功・未達 要因) 令和2年度からコロナ禍により実施方法を変更(教室は中止し、通知のみ)したため評価は困難。 今後の 方向性 本市の状況を再分析し、現状に合った事業を第3期計画以降に実施する。
--	---



6 ハートビクス(健康教室)

事業目的	生活習慣を見直すための具体的な方法を知る機会として、また特定保健指導参加者や終了者の受け皿として、生活習慣病の予防を図ることを目的とする。
対象者	・40歳以上74歳までの者 ・健診結果説明会参加者や特定保健指導対象者に勧奨し、希望した者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	運動教室・栄養教室・運動や栄養の個別相談を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:年間延べ参加者数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	280人	—	—	—	—	—	280人
達成状況	373人	313人	281人	153人	131人	206人	—

アウトカム:食生活と運動習慣に行動変容が見られた人の割合

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	90.0%	—	—	—	—	—	90.0%
達成状況	アンケート内容見直しにより実績値不明	82.0%	90.3%	92.8%	88.9%	89.2%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:事業開始前に専門職と会議をし、目指していく方向性や課題を共有することが出来た。

プロセス:最終回のアンケートにて、約90%の参加者が「大変満足」「満足」と回答し、満足度も高く、行動変容が見られた参加者が多かった。

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因)	令和2年度にコロナ禍で参加者数が減少した。食生活と運動習慣に行動変容が見られた人の割合は約90%であり、事業の効果は一定程度あると考えられる。
		今後の方向性	引き続き、食生活と運動習慣の改善に結びつけるため、健診受診者や糖尿病性腎症重症化予防対象者、特定保健指導対象者の参加を促すため、タイミングよく事業実施を行う。



7 生活習慣病重症化予防事業

事業目的	被保険者が生活習慣病から心疾患や腎不全などの重症化疾患へ移行するのを予防することを目的とする。
対象者	特定健診(集団)の結果、特定保健指導の対象となり、さらに市が定めた基準に該当するハイリスク者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	健診結果が基準値以上の者に対して個別訪問指導を実施し、医療機関受診や特定保健指導の参加を勧奨する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:保健指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80.0%	—	—	—	—	—	80.0%
達成状況	84.7%	71.2%	83.3%	90.9%	83.7%	78.3%	—

アウトカム:次年度以降に同じ者がこの事業の対象者とならない

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	0人
達成状況	平成28年度 より事業実施	前年度と連続 対象となった人 14人	前年度と連続 対象となった人 11人	前年度と連続 対象となった人 10人	前年度と連続 対象となった人 6人	前年度と連続 対象となった人 9人	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:実施体制や予算を確保し、保健師の訪問等を実施した。

プロセス:保健師が、集団健診後の対象者(廿日市市基準:収縮期血圧160mmHgあるいは拡張期血圧100mmHg以上、HbA1c7.0以上、男性LDLコレステロール180mg/dl以上、尿たん白2+以上のいずれかに該当する者)に、重症化のための訪問または電話を行った。約半数の対象者に直接会って、健診結果の説明と受診の必要性を説明することが出来、重症化予防に一定の効果があつた。

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因)	前年度に対象になったが次年度も対象になる人が一定数いる。なぜ訪問や電話をしたのか、受診の必要性を理解できていない可能性がある。
		今後の方向性	訪問や電話は継続していく。訪問の際に、なぜ対象者となったのかを説明するため、令和2年度より使用している健診構図(血圧や血糖、コレステロール、腹囲などの健診結果から自分の体のリスクを把握する様式)や視覚的な資料を用いて、現在の状態への理解を促す。



8 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病の合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせることを目的とする。
対象者	・ 広島県作成のプログラムの対象者 (廿日市市国民健康保険加入者20歳～74歳の腎臓病期Ⅱ期～Ⅳ期までの糖尿病治療患者のうち、本人及び主治医の同意が得られた者)
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者に対する受診勧奨事業や、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対してかかりつけ医の協力のもと対象者を選定して保健指導事業を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者(通知)のうち、保健指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	20.0%
達成状況	平成29年度 から事業実施	16.3%	7.1%	2.3%	12.5%	10.9%	—

アウトカム:指導を受けた者が人工透析に移行しない

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	0人
達成状況	平成29年度 から事業実施	0人	0人	0人	0人	0人	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:医療機関へ対象者の事業の参加について相談する際には、医師から理解と協力を得られるよう対応した。
 プロセス:対象者の選別では、プログラムに沿って、レセプトに加えて健診結果からも対象者を抽出することで、対象者を増やした。廿日市市の対象者は病期Ⅲ期・Ⅳ期にしていたが令和5年度からⅡ期～Ⅳ期に拡大した。
 治療中断者受診勧奨対象者が令和5年度はレセプトからの抽出対象者のみになり対象者が減った。



事業全体の評価 5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因)	保健指導実施率は10.9%と目標に達していない。参加者で透析に移行した人はおらず、一定の成果はあると考えられる。参加率を上げるためには医師会の理解と協力が不可欠である。今後も医師会への情報提供、連携を密にしていけることが必要。
	今後の方向性	・事業参加者に対して、事業終了後のフォローが出来ていないため、その後の生活状況などの確認を行い、必要に応じてフォローを行っていく必要がある。 ・治療中断者受診勧奨については県の受診勧奨事業との選別等により効果的な方法を実施していく。



9 生活習慣病受診勧奨事業

事業目的	重症化を予防し、将来的な医療費増加を防ぐことを目的とする。
対象者	健康診査等で異常値が出た未受診者や、かつて生活習慣病の治療を受けていたにもかかわらず、一定期間、医療機関受診が確認できず、治療を中断している可能性のある者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	受診を放置している被保険者に対し、受診を促す通知を発送する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット: 通知発送の翌月から4か月間に生活習慣病による受診率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	35.0%	—	—	—	—	—	35.0%
達成状況	20.4%	—	12.7%	12.4%	12.8%	13.1%	—

アウトカム: 次年度以降に同じ者がこの事業の対象とならない

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	0人
達成状況	—	—	—	事業内容 変更のため 比較困難	事業内容 変更のため 比較困難	前年度と連続 対象者がいる	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー: 広島県が実施体制や予算を確保し、各市町で事業を実施した。
プロセス: 業者委託により実施し、結果を分析した。

事業全体の評価	5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	目標値には達していないが、勧奨通知により、一定の効果はあった。
		今後の方向性	県統一の委託事業のため、委託内容の市の自由度は限定的ではあるが、事業が効果的になるよう検討し、業者と連携する。



10 ジェネリック医薬品差額通知事業

事業目的	ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用促進通知により医療費適正化を図ることを目的とする。
対象者	調剤レセプト及び院内処方レセプト合算による上位4%で自己負担額が100円以上削減となる被保険者
事業実施年度	2018(H30)年度～2023(R5)年度
実施内容	ジェネリック医薬品を使用した場合に、医療費削減の効果がある被保険者に、利用促進通知を送付する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム:普及率(数量ベース)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	60.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	60.8%	68.3%	70.0%	73.6%	74.2%	75.4%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー:毎月データ抽出日を決めて作業を実施し、また受渡し・成果物の受領日を決めるなど業者と連携を密にし、事業を実施している。

プロセス:毎年大きな事業の見直しを検討することなく、前年同様の形で事業を実施している。

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因)	ジェネリック医薬品の普及率は国の目標値には達していないが、全国的にジェネリック医薬品が普及していることもあり、年々普及率が伸びており成果を感じている。
		今後の方向性	同様に事業をすすめていき国の普及率に目標を到達する。



11 受診行動適正化事業

事業目的	重複または頻回受診となっている被保険者に対し、受診指導を行うことで、適正受診や正しい服薬についての意識を持ってもらい、適正受診を促進し医療費の適正化を図ることを目的とする。
対象者	同じ疾病でひと月の医療機関への受診が多数である、または受診回数が頻回になっている被保険者
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	対象者に健康相談に関する通知を発送し、受診指導などを行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット: 全必要対象者への指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	全員	—	—	—	—	—	—
達成状況	28.1%	10.1%	16.3%	19.6%	21.0%	12.2%	—

アウトカム: 次年度以降に同じ者がこの事業の対象にならない

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	0人
達成状況	H27年度対象となった者がH28年度も対象となっている	前年度と連続対象者がいる	前年度と連続対象者がいる	前年度と連続対象者がいる	前年度と連続対象者がいる	前年度と連続対象者がいる	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー: 委託事業者によりスケジュール通りの事業の実施ができている。

プロセス: 成果があまり出ていないにも関わらず、事業内容の大きな変化に取り組めていない。

事業全体の評価	5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	辞退が続く人は事業の趣旨が伝わっておらず、連続で指導している人は指導の内容が伝わっていない。
		今後の方向性	事業者と再度抽出方法や指導方法を検討する。



12 医療費通知事業

事業目的	全世帯に受診内容を通知することで、被保険者に健康に対する知識を深めてもらい、適正受診を促進し医療費の適正化を目的とする。
対象者	全受診世帯
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	世帯ごとに受診内容を通知する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット: 全受診世帯への配布

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム: 被保険者の健康意識の高揚及び予防医療の重要性の啓発に寄与

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	—	—	—	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ストラクチャー: 広島県国民健康保険団体連合会に委託をすることで計画通りに事業が実施できている。

プロセス: 医療費通知の文面のみでの啓発となっており、積極的な啓発活動ができていない。

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	自己負担額のみでなく医療費総額もものっている。また、裏面に健康管理についても記載しており、健康意識にはつながっていると思われる。
	4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	今後の方向性	ホームページを今以上に活用することで、より健康意識の向上や予防医療の重要性の啓発を行う。



13 レセプト情報分析事業

事業目的	健康維持・増進や医療費削減につながる事業を実施するための、医療費分析データや保健事業対象者の抽出・保健事業効果確認を行う。
対象者	全レセプト(医科・調剤)
事業実施年度	2018 (H30) 年度～2023 (R5) 年度
実施内容	レセプト情報をデータベース化し、医療費分析や保健事業対象者の抽出を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:全レセプトのデータベース化

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム:保健事業の円滑な実施

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	—	—	—	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

--

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達 要因)	全レセプトのデータベース化は完了しているので、目標は達成しているが、レセプト情報の活用が十分でない。
	4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	今後の 方向性	今後は、レセプト情報の分析は継続し、国保データベース(KDB)システムの活用もあわせて保健事業の充実を図る。

第2章 健康・医療情報等の分析

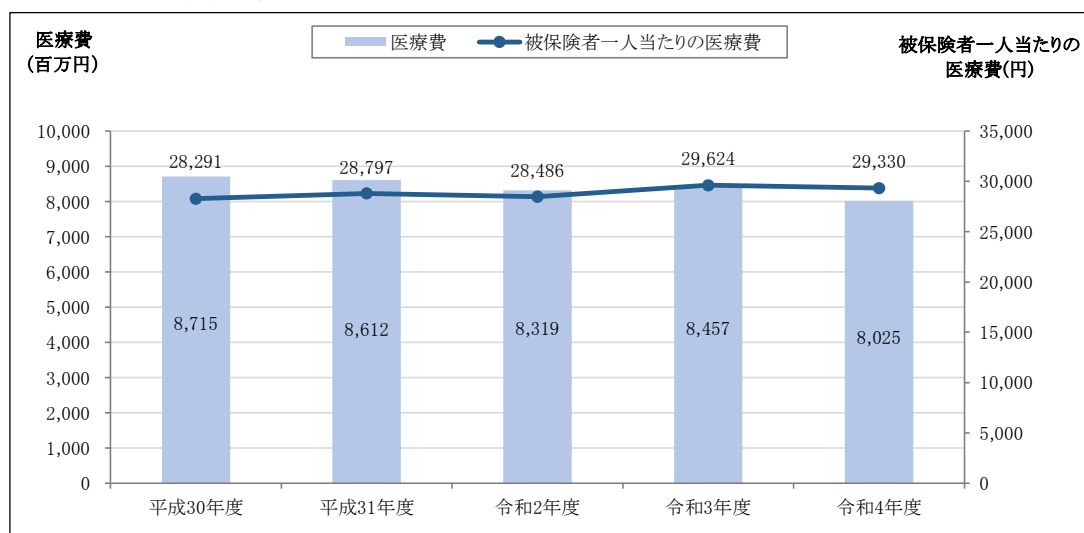


1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

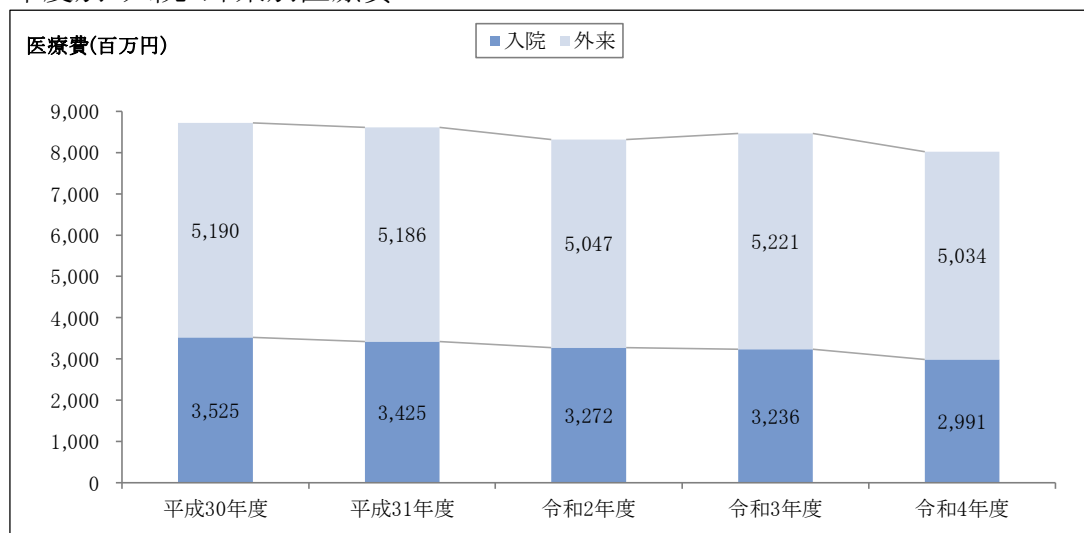
以下は、本市の医療費の状況を示したものである。

年度別 医療費の状況



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

年度別 入院・外来別医療費

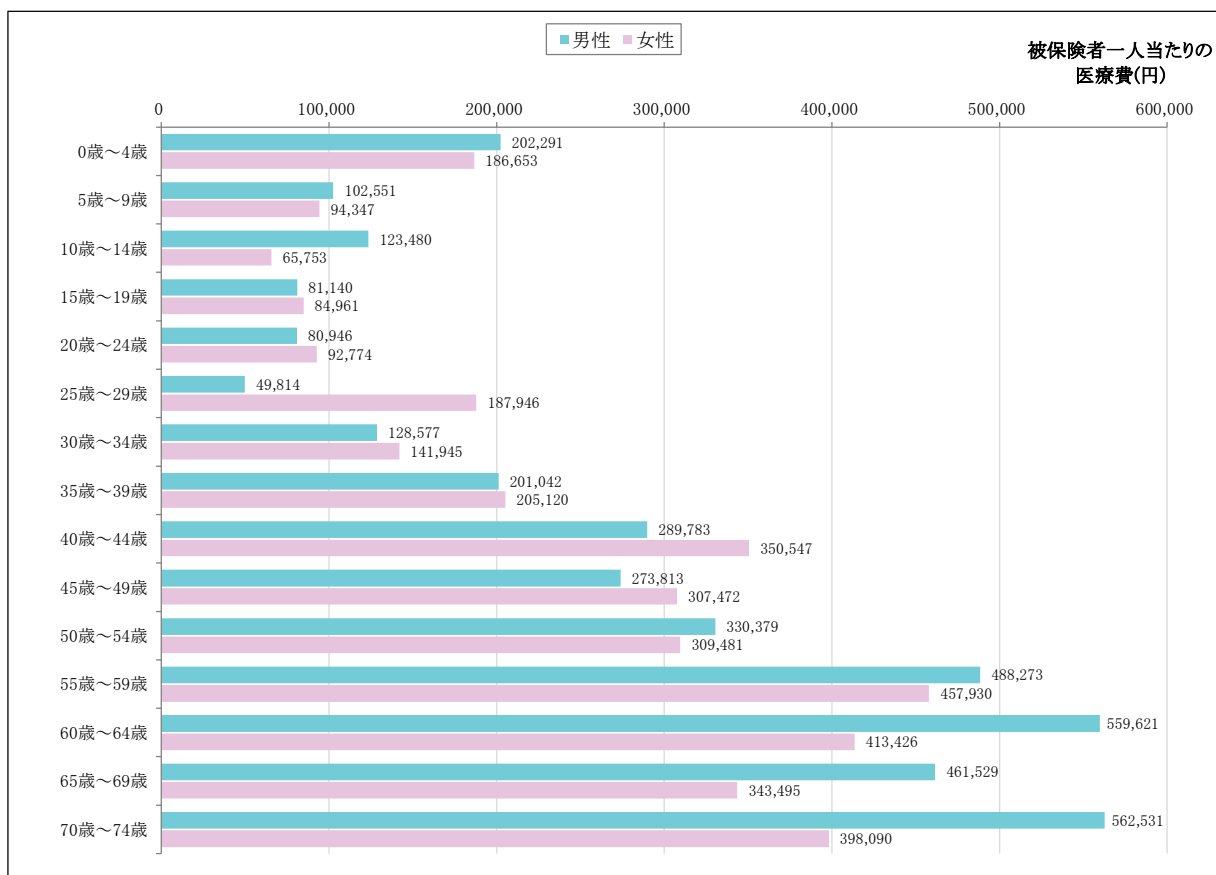


出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」



以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものである。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)

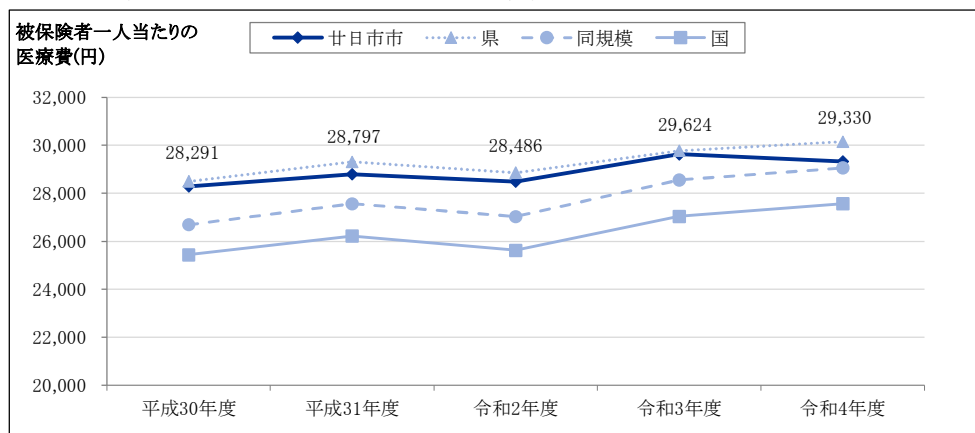


出典：国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」



以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものである。

年度別 被保険者一人当たりの医療費



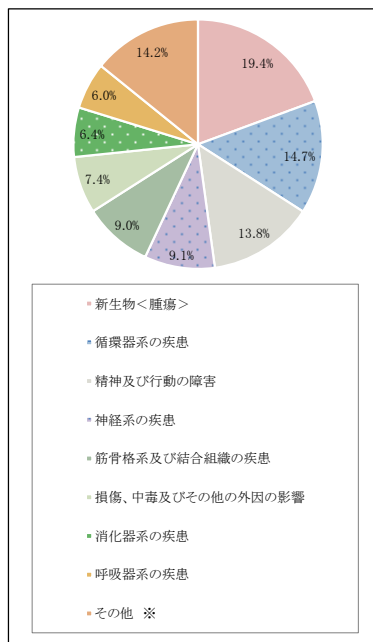
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。



(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「新生物＜腫瘍＞」が最も高く、19.4%を占めている。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中分類別分析
(入院) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析
1	新生物＜腫瘍＞	19.4%
		その他の悪性新生物＜腫瘍＞ 7.9%
		良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞ 2.3%
2	循環器系の疾患	14.7%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞ 2.2%
		その他の悪性新生物＜腫瘍＞ 2.2%
3	精神及び行動の障害	13.8%
		統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 6.5%
		気分（感情）障害（躁うつ病を含む） 2.5%
4	神経系の疾患	9.1%
		その他の精神及び行動の障害 2.3%
		てんかん 1.7%
		脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 1.6%

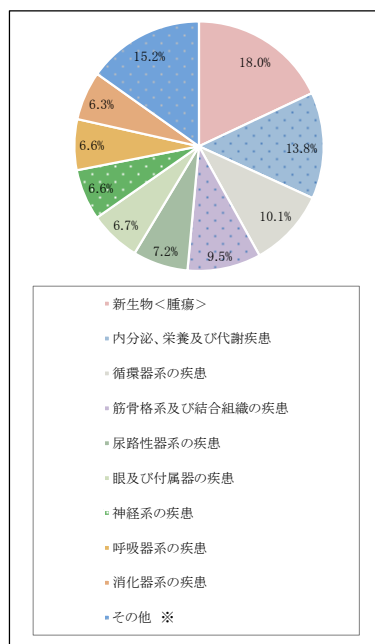
出典：国保データベース（KDB）システム「医療費分析（2）大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。



令和4年度の外来医療費では、「新生物＜腫瘍＞」が最も高く、18.0%を占めている。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中分類別分析
(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	
1	新生物＜腫瘍＞	18.0%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞
			4.8%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞
			3.8%
			乳房の悪性新生物＜腫瘍＞
			2.9%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.8%	糖尿病
			7.8%
			脂質異常症
			4.2%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害
			1.1%
3	循環器系の疾患	10.1%	高血圧性疾患
			5.1%
			その他の心疾患
			3.0%
			虚血性心疾患
			0.9%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.5%	骨の密度及び構造の障害
			2.2%
			炎症性多発性関節障害
			1.9%
			関節症
			1.6%

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。



令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、4.7%を占めている。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	374,408,320	4.7%
2	関節疾患	305,444,490	3.8%
3	慢性腎臓病(透析あり)	290,651,430	3.6%
4	統合失調症	280,974,810	3.5%
5	高血圧症	258,847,080	3.2%
6	肺がん	253,838,440	3.2%
7	脂質異常症	208,383,860	2.6%
8	うつ病	181,930,640	2.3%
9	乳がん	176,587,970	2.2%
10	骨折	157,716,730	2.0%

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

※割合…総医療費に占める割合。

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



以下は、令和4年度の生活習慣病等医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものである。

生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	10,447,760	0.3%	8	36	0.8%	7	290,216	10
高血圧症	3,186,230	0.1%	10	14	0.3%	9	227,588	11
脂質異常症	716,450	0.0%	12	7	0.1%	10	102,350	13
高尿酸血症	816,960	0.0%	11	1	0.0%	13	816,960	4
脂肪肝	690,830	0.0%	13	4	0.1%	12	172,708	12
動脈硬化症	7,703,000	0.3%	9	6	0.1%	11	1,283,833	1
脳出血	39,099,460	1.3%	5	54	1.1%	5	724,064	6
脳梗塞	72,818,180	2.4%	4	110	2.3%	4	661,983	8
狭心症	31,377,230	1.1%	6	44	0.9%	6	713,119	7
心筋梗塞	20,401,750	0.7%	7	16	0.3%	8	1,275,109	2
がん	579,530,560	19.4%	1	700	14.8%	2	827,901	3
筋・骨格	269,593,070	9.0%	3	359	7.6%	3	750,956	5
精神	411,348,980	13.8%	2	880	18.7%	1	467,442	9
その他(上記以外のもの)	1,537,378,020	51.5%		2,487	52.7%		618,166	
合計	2,985,108,480			4,718			632,706	

出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	380,154,190	7.6%	3	15,650	7.2%	4	24,291	2
高血圧症	255,660,850	5.1%	4	21,799	10.1%	2	11,728	12
脂質異常症	207,759,340	4.2%	6	16,518	7.6%	3	12,578	11
高尿酸血症	4,585,800	0.1%	10	587	0.3%	9	7,812	13
脂肪肝	9,658,270	0.2%	9	550	0.3%	10	17,560	8
動脈硬化症	4,161,010	0.1%	11	231	0.1%	11	18,013	7
脳出血	1,205,380	0.0%	13	78	0.0%	13	15,454	9
脳梗塞	20,559,740	0.4%	8	1,352	0.6%	7	15,207	10
狭心症	28,812,060	0.6%	7	1,309	0.6%	8	22,011	3
心筋梗塞	3,800,070	0.1%	12	178	0.1%	12	21,349	4
がん	899,097,640	18.0%	1	7,406	3.4%	6	121,401	1
筋・骨格	474,661,790	9.5%	2	25,024	11.6%	1	18,968	6
精神	240,431,140	4.8%	5	12,243	5.7%	5	19,638	5
その他(上記以外のもの)	2,456,702,930	49.3%		113,476	52.4%		21,650	
合計	4,987,250,210			216,401			23,046	

出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」



生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	390,601,950	4.9%	4	15,686	7.1%	4	24,901	9
高血圧症	258,847,080	3.2%	5	21,813	9.9%	2	11,867	12
脂質異常症	208,475,790	2.6%	6	16,525	7.5%	3	12,616	11
高尿酸血症	5,402,760	0.1%	13	588	0.3%	9	9,188	13
脂肪肝	10,349,100	0.1%	12	554	0.3%	10	18,681	10
動脈硬化症	11,864,010	0.1%	11	237	0.1%	11	50,059	5
脳出血	40,304,840	0.5%	9	132	0.1%	13	305,340	1
脳梗塞	93,377,920	1.2%	7	1,462	0.7%	7	63,870	4
狭心症	60,189,290	0.8%	8	1,353	0.6%	8	44,486	7
心筋梗塞	24,201,820	0.3%	10	194	0.1%	12	124,752	3
がん	1,478,628,200	18.5%	1	8,106	3.7%	6	182,412	2
筋・骨格	744,254,860	9.3%	2	25,383	11.5%	1	29,321	8
精神	651,780,120	8.2%	3	13,123	5.9%	5	49,667	6
その他(上記以外のもの)	3,994,080,950	50.1%		115,963	52.4%		34,443	
合計	7,972,358,690			221,119			36,055	

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



2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、年齢別に生活習慣病の状況を示したものである。

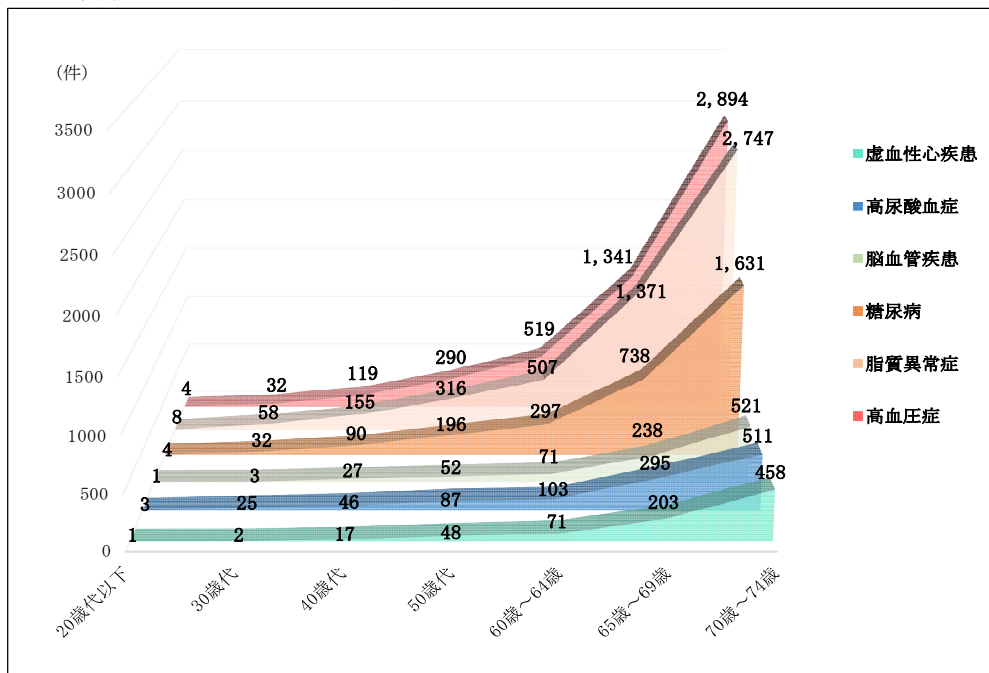
生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
20歳代以下	3,059	1,204	224	7.3%	1	0.4%	1	0.4%	0	0.0%	4	1.8%	0	0.0%
30歳代	1,651	664	284	17.2%	3	1.1%	2	0.7%	1	0.4%	32	11.3%	2	0.7%
40歳代	2,190	1,106	541	24.7%	27	5.0%	17	3.1%	7	1.3%	90	16.6%	9	1.7%
50歳代	2,342	1,423	802	34.2%	52	6.5%	48	6.0%	18	2.2%	196	24.4%	19	2.4%
60歳～64歳	2,120	1,690	994	46.9%	71	7.1%	71	7.1%	21	2.1%	297	29.9%	22	2.2%
65歳～69歳	4,614	4,246	2,401	52.0%	238	9.9%	203	8.5%	3	0.1%	738	30.7%	43	1.8%
70歳～74歳	7,545	8,335	4,611	61.1%	521	11.3%	458	9.9%	5	0.1%	1,631	35.4%	77	1.7%
全体	23,521	18,668	9,857	41.9%	913	9.3%	800	8.1%	55	0.6%	2,988	30.3%	172	1.7%
再掲														
40歳～74歳	18,811	16,800	9,349	49.7%	909	9.7%	797	8.5%	54	0.6%	2,952	31.6%	170	1.8%
65歳～74歳	12,159	12,581	7,012	57.7%	759	10.8%	661	9.4%	8	0.1%	2,369	33.8%	120	1.7%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
20歳代以下	0	0.0%	2	0.9%	0	0.0%	4	1.8%	3	1.3%	8	3.6%
30歳代	5	1.8%	1	0.4%	4	1.4%	32	11.3%	25	8.8%	58	20.4%
40歳代	7	1.3%	6	1.1%	5	0.9%	119	22.0%	46	8.5%	155	28.7%
50歳代	22	2.7%	22	2.7%	18	2.2%	290	36.2%	87	10.8%	316	39.4%
60歳～64歳	27	2.7%	18	1.8%	23	2.3%	519	52.2%	103	10.4%	507	51.0%
65歳～69歳	120	5.0%	45	1.9%	89	3.7%	1,341	55.9%	295	12.3%	1,371	57.1%
70歳～74歳	215	4.7%	90	2.0%	142	3.1%	2,894	62.8%	511	11.1%	2,747	59.6%
全体	396	4.0%	184	1.9%	281	2.9%	5,199	52.7%	1,070	10.9%	5,162	52.4%
再掲												
40歳～74歳	391	4.2%	181	1.9%	277	3.0%	5,163	55.2%	1,042	11.1%	5,096	54.5%
65歳～74歳	335	4.8%	135	1.9%	231	3.3%	4,235	60.4%	806	11.5%	4,118	58.7%

出典：国保データベース（KDB）システム「生活習慣病全体のレセプト分析」（令和4年5月診療分）

生活習慣病全体のレセプト分析



出典：国保データベース（KDB）システム「生活習慣病全体のレセプト分析」（令和4年5月診療分）



(2) 透析患者の状況

以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものである。県、同規模、国と比べると透析患者の割合は低い。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
廿日市市	21,936	50	0.23%
県	528,856	1,390	0.26%
同規模	2,500,428	9,104	0.36%
国	27,488,882	89,397	0.33%

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものである。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	53	313,360,040	5,912,454
平成31年度	55	369,527,730	6,718,686
令和2年度	55	357,213,100	6,494,784
令和3年度	48	300,917,920	6,269,123
令和4年度	50	327,419,710	6,548,394

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。



(3) 透析患者の起因

次に、人工透析に至った起因を、令和4年度のレセプトに記載されている傷病名から判定した。ただし、レセプトに「腎不全」や「慢性腎不全」のみの記載しかない場合は、起因が特定できない患者となる。

起因が明らかとなった患者のうち、67.7%が生活習慣を起因とするものであり、67.7%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症であることが分かった。

透析患者の起因

透析に至った起因	透析患者数 (人)	割合 ※ (%)	生活習慣を 起因とする疾病	食事療法等指導することで 重症化を遅延できる 可能性が高い疾病
① 糖尿病性腎症 I型糖尿病	0	0.0%	-	-
② 糖尿病性腎症 II型糖尿病	44	67.7%	●	●
③ 糸球体腎炎 IgA腎症	2	3.1%	-	-
④ 糸球体腎炎 その他	2	3.1%	-	●
⑤ 腎硬化症 本態性高血圧	0	0.0%	●	●
⑥ 腎硬化症 その他	0	0.0%	-	-
⑦ 痛風腎	0	0.0%	●	●
⑧ 起因が特定できない患者 ※	17	26.2%	-	-
透析患者合計	65			

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の画像及び電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

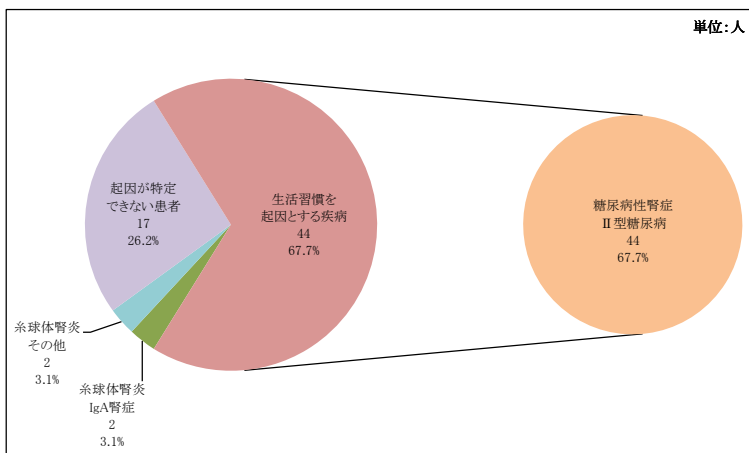
現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

※⑧起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者。

⑧起因が特定できない患者17人のうち高血圧症が確認できる患者は17人、高血圧性心疾患が確認できる患者は3人、痛風が確認できる患者は3人。高血圧症、高血圧性心疾患、痛風のいずれも確認できない患者は0人。複数の疾病を持つ患者がいるため、合計人数は一致しない。

透析患者の起因



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の画像及び電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

第3章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容



1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

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

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	生活習慣病 ・ 特定健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が高い項目がある。 ・ 医療費及び患者数上位において、生活習慣に關係する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。 ・ 透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。	1	①、②、③、④、⑤、⑥、⑦	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防と健康寿命の延伸 レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防し、健康寿命を延伸する。
B	医療費、受診行動 ・ ジェネリック医薬品の使用割合は75.4%である。 ・ 受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者が存在する。 ・ 薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在する。	2	⑧、⑨、⑩	医療費適正化と適正受診・適正服薬 ジェネリック医薬品の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

第3期データヘルス計画全体目標評価指標

評価指標	計画策定時実績 2022年度 (R4)
健康寿命の延伸	2021 (R3) 男81.6 女85.8 (R5年度公開)
医療費の適正化 (被保険者一人当たりの医療費、前年度の伸び率を国と同程度以下にする)	404,978円



評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	37.8%	41.0%	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	20.8%	27.0%	34.0%	40.0%	47.0%	53.0%	60.0%
健康と感じている人の割合	81.2%	81.5%	82.0%	83.0%	83.5%	84.0%	85.0%
メタボリックシンドロームの 該当者・予備群の減少率	30.6%	29.0%	27.0%	25.0%	23.5%	22.0%	21.2%
生活習慣に行動変容が見られ た人の割合（ハートビクス参加者）	89.2%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
健診異常値放置者の割合	13.6%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.0%
新規人工透析患者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
ジェネリック医薬品使用割合	75.4%	78.0%	79.0%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%
受診行動の変容があった人の 割合	91.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
年間100人当たりの受診率(%) (被保険者100人当たりの年間 受診回数)	1,214.4%	1,238.8%	1,251.2%	1,263.7%	1,276.3%	1,289.1%	1,302.0%



2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものである。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	1
A-②	特定保健指導利用勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	2
A-③	生活習慣病・健康増進事業 (ポピュレーションアプローチ)	健康に関するイベントや健康はつがいち21事業などを通じて、市民全体に生活習慣病の予防、健康増進への意識啓発を図る。	継続	6
A-④	健診後フォロー教室	特定健康診査の結果が生活習慣の改善や生活習慣病の予防につながるよう、健診結果説明会などで保健指導を実施する。	継続	3
A-⑤	生活習慣病予防教室	高血圧症、脂質異常症、骨粗しょう症等の生活習慣病予防や重症化予防を目的として、運動教室・栄養教室・個別相談等を実施する。	継続	5
A-⑥	健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に、医療機関への定期的な通院を促す受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	7
A-⑦	糖尿病性腎症重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、保健師・看護師等専門職による保健指導を実施する。	継続	4
B-⑧	ジェネリック医薬品使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。	継続	8
B-⑨	受診行動等適正化事業	重複または頻回受診となっている被保険者に対し、受診指導を行うことで、適正受診や正しい服薬についての意識を持ってもらう。	継続	10
B-⑩	医療費通知事業	健康や医療に対する認識を深めてもらうよう、被保険者に医療費通知を送付する。	継続	9



(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりである。

事業番号:A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	令和2年度から受診勧奨はがきを送付対象者の特性別に通知内容を変えて効果的な勧奨が出来る通知に外部委託で実施した。平成24年度から令和4年度まで、地区コミュニティなどと協働した各地区での受診率向上キャンペーンを実施した。平成31年度からの集団健診のWEB予約システムの開始(令和5年度からは人間ドックの予約も開始)や、令和5年度から登録すると毎年自動的に健診の予約が出来る「毎年けんしんサポート」を開始する等の受診勧奨の取組を行っている。平成31年度までは順調に受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んでいる。その後も受診勧奨は継続し、令和3年度以降、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	37.8%	41.0%	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	毎年けんしんサポート登録割合 登録者(特定健診)/特定健診受診者(集団) 令和6年2割で、1年に1割ずつ増加し、令和11年に7割登録を目標とする	—	20%	30%	40%	50%	60%	70%

目標を達成するための主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効利用し、民間事業者への委託を活用する。 ・受診勧奨はがきの委託業務では、対象者選定、勧奨業務全般、効果測定を行う。対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。 ・毎年けんしんサポートの登録者を増加させるため、集団健診やイベントの会場でコーナーを設置し進める。 ・佐伯地区医師会や地域の関係団体と連携し、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

・受診勧奨が効果的な過年度における不定期受診者、新規国保加入者を優先的に、年2回、勧奨通知はがきを送付している。 ・過年度における受診頻度や対象者の特性を確認するため、健診データ・レセプトデータを活用している。 ・昨年度受診者に対して受診勧奨の電話をしている。 ・毎年けんしんサポートの登録を推進する。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・受診率の向上が効果的に見込まれる対象者に、優先的に受診勧奨の通知をする。 ・昨年度受診者に対して受診勧奨の電話を継続する。 ・未受診者への新たな勧奨方法を検討し実施することで、新規受診者の掘り起こしを図る。 ・毎年けんしんサポートの登録を集団健診会場やイベント会場等で推進する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・保健事業担当課が予算編成、事業計画書作成、委託医療機関等の関係機関との連携調整、実務支援等を行っている。 ・国保担当課と連携し、予算計上、関係機関への報告等を行っている。 ・広島県国保連合会の保健事業支援を活用している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・保健事業担当課が予算編成、事業計画書作成、委託医療機関等の関係機関との連携調整・協力要請、実務支援等を行う。 ・国保担当課と連携し、予算計上、関係機関への報告等を行う。 ・広島県国保連合会の保健事業支援を活用する。
--

評価計画

アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができるため、特定健康診査の効果が上がることを意味する。
--



事業番号:A-② 特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者のうち、特定保健指導を利用していない者
現在までの事業結果	令和2年度より市保健師の訪問や電話による積極的な利用勧奨を実施したり、人間ドック後の特定保健指導を必須とする等の取組の効果により特定保健指導実施率は、令和2年度から上昇したが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	28.6%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	20.8%	27.0%	34.0%	40.0%	47.0%	53.0%	60.0%

目標を達成するための主な戦略	・特定保健指導判定値の該当者の健診結果は、訪問や結果説明会等で手渡し特定保健指導実施率上昇につなげる。 ・生活習慣病予防教室など他の事業とあわせたグループ支援を実施するなど新しい戦略を考えていく。 ・対象者の予定に合わせて市の保健師が特定保健指導を実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・特定健康診査結果により特定保健指導に該当者に対して健診結果を手渡し、健診結果の説明と特定保健指導利用勧奨を実施している。 ・市が基準を定めた重症化ハイリスク者(廿日市市基準:収縮期血圧160mmHgあるいは拡張期血圧100mmHg以上、HbA1c 7.0以上、男性LDLコレステロール180mg/dl以上、尿たん白2+以上のいずれかに該当する者)に対しては、まず医療機関への受診勧奨を実施、その後特定保健指導を案内し、生活習慣病の重症化を予防している。 ・健診結果通知の中に特定保健指導の案内を送付。申込がない人へ、再度個別に案内を通知している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・特定保健指導対象者に健診結果を手渡し、健診結果説明と特定保健指導利用勧奨を継続する。 ・重症化ハイリスク者に対しての医療機関への受診勧奨、特定保健指導の利用勧奨を継続する。 ・健診結果通知に同封する特定保健指導の案内は、内容を参加を効果的に促すものに今後も改善する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・保健事業担当課が、予算編成、委託業者との連携調整、事業計画書作成、案内文書作成・電話による参加勧奨等の事業実務等を行っている。 ・国保担当課と連携し、予算計上、関係機関への報告等を行っている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・保健事業担当課が、予算編成、委託業者との連携調整、事業計画書作成、案内文書作成・電話による参加勧奨等の事業実務を行う。 ・国保担当課と連携し、予算計上や関係機関への報告等を行う。

評価計画

・アウトカム指標は法定報告値No.29。前年度の特定保健指導による特定保健指導対象者減少率。 ・アウトプット指標「特定保健指導実施率」は、法定報告における分子「特定保健指導終了者数」を分母「特定保健指導対象者数」で除して求める。実施率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導が実施できるため、特定保健指導の効果が上がることを意味する。
--



事業番号:A-③ 生活習慣病・健康増進事業(ポピュレーションアプローチ)【継続】

事業の目的	健康に関するイベントや健康はつかいち21事業などを通じて、市民全体に生活習慣病の予防、健康増進への意識啓発を図る。
対象者	健康に関するイベントや交流ウォーキング等に参加する者
現在までの事業結果	健康に関するイベントや健康はつかいち21事業などを通じて、市民全体に啓発している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	健康と感じている人を増やす	81.2%	81.5%	82.0%	83.0%	83.5%	84.0%	85.0%
アウトプット(実施量・率)指標	年間延参加者の増加	2,640人						

目標を達成するための主な戦略	・ウォーキング、食育や食生活改善の推進、健康チェックや健康相談、歯科健診等を実施。 ・食育、栄養、歯、フレイル、認知症に関する展示などを行う。 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、五師士会、栄養士会、歯科衛生士会、公衆衛生協議会、消防、健康はつかいち21の関係団体、食生活改善推進員等と連携し、健康まつりを実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・広報等による周知。 ・健康まつりについては実行委員会で計画・評価等を実施。ウォーキングについては、各地区のウォーキングリーダー等が企画運営している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・健康に関するイベントの参加者が増えるよう、広報やSNSで情報を発信していく。 ・ウォーキング参加者が増えるよう地域での交流ウォーキングを活性化していく。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・保健事業担当課は、予算編成、事業計画書作成、案内文書作成・電話等で関係団体と調整する。 ・国保担当課と連携し、予算計上、関係機関への報告等を行う。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・保健事業担当課は、予算編成、事業計画書作成、案内文書作成・電話等で関係団体と調整する。 ・国保担当課と連携し、予算計上、関係機関への報告等を行う。

評価計画

参加者が増加すると、健康づくりへの関心が高まり、市民全体への健康増進、生活習慣病予防の意識が高まる。
--



事業番号:A-④ 健診後フォロー教室【継続】

事業の目的	特定健康診査の結果が生活習慣の改善や生活習慣病の予防につながるよう、健診結果説明会などで保健指導を実施する。
対象者	健康診査を受診した者
現在までの事業結果	健診結果説明会への参加が、生活習慣の改善や生活習慣病の予防につながっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合(平成20(2008)年度28.2%に比した減少率)	30.6%	29.0%	27.0%(4.2%)	25.0%(11.3%)	23.5%(16.6%)	22.0%(22.0%)	21.2%(25.0%)
アウトプット(実施量・率)指標	参加者数	95人	130人	130人	130人	130人	130人	130人

目標を達成するための主な戦略	・特定保健指導の該当者や生活習慣の改善について保健指導を受ける希望がある者等へ電話勧奨の継続。 ・血管動脈硬化模型、脂肪肝模型などの展示。 ・待ち時間を利用した生活習慣病予防の展示により、生活習慣の改善に関心を持ってもらう。 ・特定保健指導の該当者に対しては、その場で特定保健指導の実施や後日面談のご案内を実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・広報による周知をする。 ・健診結果書に案内を同封する。 ・集団健診受診者で、服薬中ではない人への参加勧奨電話を実施している。 ・令和3年度より、申込者に事前に特に聞きたいことを確認し、受付、保健師、栄養士で情報共有することで、指導に役立てている。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・広報の周知を継続する。 ・健診結果書に案内を同封する。 ・電話勧奨を継続する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は保健事業担当課とし、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、案内文書作成・参加勧奨電話・結果説明会開催等の事業実務を行っている。 ・国保担当課は、予算計上、関係機関への報告等を行っている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は保健事業担当課とし、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、案内文書作成・参加勧奨電話・結果説明会開催等の事業実務を行う。 ・国保担当課は、予算計上、関係機関への報告等を行う。

評価計画

アウトカム指標「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」は、法定報告における分子「メタボリックシンドロームの該当者・予備群数」を分母「特定健康診査受診者数」で除して求める。メタボリックシンドロームの該当者・予備群が減少すれば、健康寿命の延伸につながる。



事業番号:A-⑤ 生活習慣病予防教室【継続】

事業の目的	生活習慣病予防や重症化予防を目的として、また特定保健指導参加者や修了者の受け皿として、生活習慣病についての知識、適切な栄養や運動習慣を取り入れるための方法などを学ぶ講座を実施。
対象者	・40歳以上74歳までの者 ・特定健診結果から生活習慣病のリスクが高い者、健診結果説明会参加者、特定保健指導対象者のうち希望する者等。
現在までの事業結果	・2018(H30)年度～2019(R1)年度まで特定健康診査結果から糖尿病のリスクがある者等に対し、糖尿病予防教室を実施したが、コロナ禍により2020(R2)年度から中止し、情報提供のみにした。 ・運動・栄養・個別相談の健康教室(ハートビクス)を年6回実施している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	生活習慣に行動変容が見られた人の割合	89.2% (ハートビクス参加者)	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット(実施量・率)指標	教室開催回数	年6回	年7回以上	年7回以上	年7回以上	年7回以上	年7回以上	年7回以上

目標を達成するための主な戦略	・健康教室(ハートビクス)を継続する。 ・高血圧、脂質異常症、骨粗しょう症等の生活習慣病予防や重症化予防のための教室を開催する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・運動教室・栄養教室・運動や栄養の個別相談の健康教室(ハートビクス)を年6回実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・健康教室(ハートビクス)を継続し、特に特定保健指導対象者や健診結果で生活習慣病リスクのある者に積極的に案内する。 ・高血圧、脂質異常症、骨粗しょう症等の生活習慣病予防や重症化予防につながるよう教室を開催する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は保健事業担当課で、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、実務等を行っている。 ・国保担当課は予算計上、関係機関への報告等を行っている。 ・ハートビクスの実施前後に担当者との協議をし、方向性を確認している。また、参加者アンケートや体組成の測定を実施し、効果測定をしている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は保健事業担当課で、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、実務等を行う。 ・ハートビクスの担当者協議、参加者アンケート、血圧・体組成測定は継続する。 ・生活習慣病予防教室については、効果的な教室になるよう企画・運営・評価の方法を検討する。 ・国保担当課は予算計上、関係機関への報告等を行う。
--

評価計画

・ハートビクス及び生活習慣病予防教室の参加者アンケートは継続し、経年的に効果を評価する。
--



事業番号:A-⑥ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者
現在までの事業結果	平成24年度より、健診異常値放置者への医療機関受診勧奨を民間事業者に委託して実施。高血圧症、高血糖、脂質異常症を含めた生活習慣病対策として実施している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	通知や電話勧奨により医療機関を受診した者の割合	13.1%	16.0%	20.0%	23.0%	27.0%	31.0%	35.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	健診異常値放置者の割合 (通知数/健診受診者数)	13.6%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.0%

目標を達成するための主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、対象者選定、勧奨業務全般、効果測定とする。 ・勧奨業務は、通知文書の郵送、及び電話による受診勧奨とする。 ・佐伯地区医師会等と連携する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

・レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・当該対象者に医療機関への定期受診を促す通知文書を年1回郵送し、電話による受診勧奨を年1回実施している。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・当該対象者に医療機関への定期受診を促す通知文書を年1回郵送し、電話による受診勧奨を年1回実施する。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は保健事業担当課とし、予算編成、委託業者等関係機関との連携調整、事業計画書作成を行っている。 ・国保担当課は、予算計上、関係機関への報告等を行っている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は保健事業担当課とし、予算編成、委託業者等関係機関との連携調整、事業計画書作成を行う。 ・国保担当課は、予算計上、関係機関への報告等を行う。
--

評価計画

アウトカム指標「通知や電話勧奨により医療機関を受診した者の割合」は、分子「通知や電話勧奨により医療機関を受診した者」を分母「健診異常放置者で通知した者」で除して求める。割合が高ければ、特定健康診査の結果に基づき、医療機関への受診が必要な者に、生活習慣病の早期治療の動機づけができるため、生活習慣病の重症化を抑制することを意味する。
--



事業番号:A-⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	人工透析患者の減少
対象者	現在、糖尿病及び糖尿病性腎症で医療機関受診がある者のうち、糖尿病性腎症病期分類Ⅱ期～Ⅳ期に該当する者
現在までの事業結果	平成29年度より民間事業者へ委託して実施。当初糖尿病性腎症病期分類Ⅲ期・Ⅳ期を対象としていたが、希望者が年々減少し令和4年度からは糖尿病性腎症病期分類Ⅱ期・Ⅲ期・Ⅳ期を対象とした。参加者が少ないが、新規で人工透析をした人はいない。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	事業参加者のうち新規人工透析患者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
アウトプット(実施量・率)指標	保健指導実施者数	5人	6人	7人	8人	9人	10人	10人

目標を達成するための主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、対象者選定、参加勧奨、保健指導、事業報告とする。 ・保健指導は6か月間とし、指導実績を有する保健師・看護師等専門職が指導する。 ・佐伯地区医師会と連携する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

・特定健康診査の結果とレセプトに基づき対象者を抽出している。 ・対象者の選別では、プログラムに沿って、レセプトに加えて健診結果からも対象者を抽出することで、対象者を増やした。 ・病期Ⅲ期・Ⅳ期を対象にしていたが、令和5年度から病期Ⅱ期・Ⅲ期・Ⅳ期に拡大した。 ・令和5年度は、治療中断者受診勧奨対象者が健診異常値放置者への受診勧奨事業対象者と重なるため、レセプトからの抽出対象者のみになり対象者が減った。 ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・看護師等が6か月間の保健指導(面談2回、電話5回)を実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・特定健康診査未受診者も含めて広く対象者を抽出するため、健診データと併せてレセプトデータを活用して対象者を抽出する。 ・保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・看護師等専門職が6か月間の保健指導(面談2回、電話5回)を実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は保健事業担当課とし、予算編成、佐伯地区医師会や委託業者等の関係機関との連携調整、事業計画書作成等を担当している。 ・国保担当課は予算計上、関係機関への報告等を行っている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は保健事業担当課とし、予算編成、佐伯地区医師会や委託業者等の関係機関との連携調整、事業計画書作成等を担当する。 ・国保担当課は予算計上、関係機関への報告等を行う。

評価計画

アウトカム指標「新規人工透析患者」は、KDBシステムを活用し、3月末時点の人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。また、人工透析に至った起因疾患や、当該患者への保健指導の実施状況等も確認し、保健事業との相関を分析する。新規人工透析患者数の人数を把握することで、保健指導対象者の抽出方法、及び保健指導プログラムの適切性が検証できる。新規患者数が少なければ、健康寿命の延伸はもちろん、一人当たり500万円程度の医療費を抑制していることを意味する。



事業番号:B-⑧ ジェネリック医薬品使用促進通知事業【継続】

事業の目的	ジェネリック医薬品使用割合の向上
対象者	現在使用している先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者
現在までの事業結果	民間事業者に委託して実施し、ジェネリック医薬品使用割合は緩やかに上昇しているが、ジェネリック医薬品メーカーによる品質不正が相次いで発覚し、以降の伸び率は鈍化しており、ジェネリック医薬品に対する信頼回復が課題になっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	ジェネリック医薬品使用割合	75.4%	78.0%	79.0%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	・特別調整交付金等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、ジェネリック医薬品使用促進通知の作成、事業報告、効果測定とする。
--------------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・委託事業者がレセプトデータの分析により対象者を選定して、通知を発送している。 ・対象者は、ジェネリック医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定している。 ・通知は年6回実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・委託事業者がレセプトデータの分析により対象者を選定して、通知を発送する。 ・対象者は、ジェネリック医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定する。 ・通知は年6回実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は国保担当課とし、職員1名が担当している。 ・国保担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。 ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表等に報告している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は国保担当課とし、職員1名が担当する。 ・国保担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当する。 ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表等に報告する。

評価計画

アウトカム指標「ジェネリック医薬品使用割合」は、委託事業者から提供される帳票等を活用し、毎年11月診療分の結果を確認する。ジェネリック医薬品使用割合が高ければ、ジェネリック医薬品の利用によって本市の財政運営に寄与することが周知できていることを意味する。



事業番号:B-⑨ 受診行動等適正化事業【継続】

事業の目的	重複または頻回受診となっている被保険者に対し、受診指導を行うことで、適正受診や正しい服薬についての意識を持ってもらい、医療費の適正化を図る。
対象者	同じ病気でひと月の医療機関への受診が多数である、または受診回数が頻回になっている被保険者、同じような薬を複数医療機関において処方され処方日数が一定以上の被保険者
現在までの事業結果	民間事業者に委託して、対象者に健康相談に関する通知を発送し、受診指導などを行っている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	受診行動の変容があった人の割合	91.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット(実施量・率)指標	全必要対象者への指導実施率	12.2%	15.0%	15.0%	15.0%	18.0%	18.0%	20.0%

目標を達成するための主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

- ・レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。
- ・当該対象者に、受診行動の適正化、適正な服薬の重要性を指導している。
- ・通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。
- ・当該対象者に、受診行動の適正化、適正な服薬の重要性を指導する。
- ・通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は国保担当課とし、職員1名が担当している。
- ・国保担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
- ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表等に報告している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は国保担当課とし、職員1名が担当する。
- ・国保担当課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当する。
- ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表等に報告する。
- ・事業の拡大について、佐伯地区医師会及び廿日市市薬剤師会に共有し、今後の対策について協議の場を設ける。

評価計画

アウトカム指標「受診行動の変容があった人の割合」は、委託した民間事業者から提供される効果測定報告書を活用し、対象者の指導前後の受診状況を比較し、改善している者の割合を確認する。



事業番号:B-⑩ 医療費通知事業【継続】

事業の目的	被保険者に健康や医療に対する認識を深めてもらい、医療機関などによる不正請求を抑制し、医療費の適正化を図る。
対象者	全受診世帯
現在までの事業結果	全受診世帯(DVなど一部除外あり)に漏れなく通知を実施しているが、医療費通知が医療費控除の資料として使えるようになってからは、本来の目的ではない部分に被保険者の意識が向いている印象である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	年間100人当たりの受診率(%) (被保険者100人当たりの年間受診回数)	1,214.4 %	1,238.8 %	1,251.2 %	1,263.7 %	1,276.4 %	1,289.1 %	1,302.0 %
アウトプット(実施量・率)指標	通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	- 市ホームページ及び市広報誌を使用しての周知。 - 引き続き広島県国民健康保険団体連合会に通知の作成を依頼する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- 広島県国民健康保険団体連合会に委託し作成した通知を、市でDV等発送不可分を引き抜きし発送を行っている。 - 市ホームページ及び市広報誌に医療費通知について掲載して周知を行っている。 - 通知は年2回実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- 広島県国民健康保険団体連合会に委託し作成した通知を、市でDV等発送不可分を引き抜きし発送を行う。 - 市ホームページ及び市広報誌に医療費通知について掲載して周知を行う。 - 通知は年2回実施する。 - 本来の目的が伝わるよう市ホームページ及び市広報誌の記載内容の見直しを行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 主管部門は国保担当課で、職員1名が担当している。 - 通知の作成は広島県国民健康保険団体連合会に委託している。 - 国保運営協議会で年2回報告を行っている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- 主管部門は国保担当課で、職員1名が担当する。 - 通知の作成は広島県国民健康保険団体連合会に委託する。 - 国保運営協議会で年2回報告を行う。 - 計画策定時点で改善案はないが、必要に応じて随時見直しを行う。

評価計画

アウトカム指標「受診率」は、国保運営協議会で使用する資料内(決算案の中「受診率、療養諸費、医療費、保険者負担額」の表)のデータを使用してあり、被保険者100人当たりの年間受診回数である。(療養の給付のうち、入院、入院外、歯科の合計件数を年間平均被保険者数で除し100倍した数値) 受診率は緩やかに増加傾向にあるが、現状の本市受診率と比較して上回らないような目標とした。
--

第4章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

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

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行う。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、他保険者との連携・協力体制の整備に努める。

2. 計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努める。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理する。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとする。



4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者の増加が顕著である中、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が令和2年4月から制度化され、本市においても、健康寿命の延伸を目指し、令和3年度から事業を開始した。

本事業では、地域包括ケアシステムと連動し、前期高齢者などの国民健康保険世代からの連続した健康づくりとフレイル(加齢に伴う虚弱な状態)対策などの介護予防を一体的に実施する。具体的には次の取組を行う。

①低栄養予防指導

BMI18.5未満または20以下で体重減少があるなど、フレイル状態が心配される後期高齢者に対し、栄養指導を実施する。

②生活習慣病重症化予防事業(受診勧奨事業等)

後期高齢者健診の結果で受診勧奨判定値以上の高齢者に対し、受診勧奨などの保健指導を実施する。

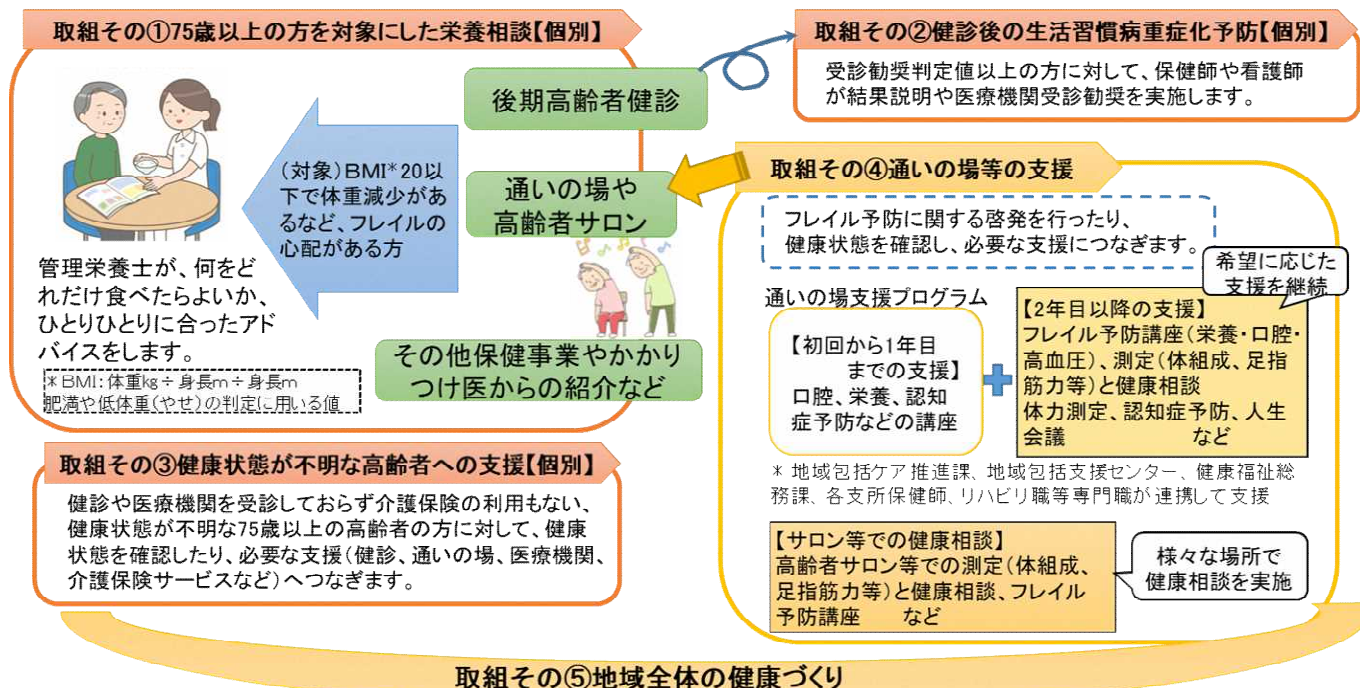
③健康状態不明者支援

健診及び医療機関の受診と介護保険の利用がない健康状態が不明な後期高齢者に対し、健康状態を把握し、必要な支援につなぐ。

④通いの場等における支援

通いの場等に専門職が出向き、健康教育・健康相談を実施すると共に、高齢者の健康状態を把握し、必要な支援につなぐ。

廿日市のフレイル予防の取組



第3部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価



1. 取組の実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取組を示したものである。

【特定健康診査】

取組	実施内容
特定健康診査の実施	実施年度中に40～74歳になる被保険者に対し、集団健診、個別健診、人間ドック、みなし健診(医療機関での検査結果や職場で受診した健診結果を提出)により実施。
特定健康診査受診率向上	平成24年度から令和4年度まで、地区コミュニティなどと協働した各地区での受診率向上キャンペーンを実施した。 平成31年度からの集団健診のWEB予約システムを開始した。 令和2年度から受診勧奨はがきを送付対象者の特性別に通知内容を変えて効果的な勧奨が出来る通知に、外部委託で実施した。 令和5年度からは人間ドックのWEB予約も開始し、登録すると毎年自動的に健診の予約が出来る「毎年けんしんサポート」を開始する等の受診勧奨の取組を行った。

【特定保健指導】

取組	実施内容
特定保健指導の実施	特定健康診査受診者のうち、国が定める基準に該当する者に対し実施する。実施方法として、市総合健康福祉センターあいプラザや市民センター等で保健指導委託業者による実施、人間ドックで特定健康診査と同日実施、市保健師による実施、ICT利用による実施をした。特定保健指導を土日に実施した。
特定保健指導実施率向上	健診結果通知の中に特定保健指導の案内を同封し送付した。 令和2年度から、特定健康診査の結果により特定保健指導の基準に該当する者に対して健診結果を手渡し、健診結果の説明と特定保健指導利用勧奨を実施した。 これらの後にも対象者で申込がない人へは再度個別に案内を通知し、電話による勧奨も行った。



2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成20年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものである。

平成24年度から特定健診
無料化開始

特定健康診査受診率及び目標値

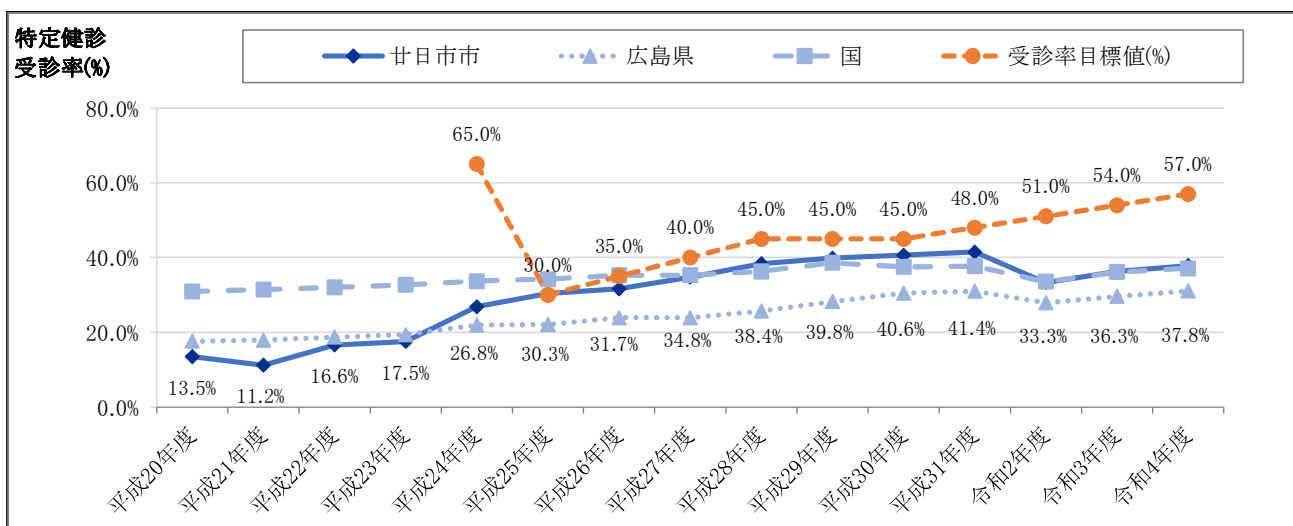
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	19,456	19,688	19,485	19,795	19,830	19,948	19,883	19,563
特定健康診査受診者数(人)	2,625	2,197	3,238	3,468	5,323	6,049	6,293	6,801
特定健康診査受診率(%)※	13.5%	11.2%	16.6%	17.5%	26.8%	30.3%	31.7%	34.8%
受診率目標値(%)					65.0%	30.0%	35.0%	40.0%

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査対象者数(人)	18,883	18,425	18,037	17,517	17,474	16,916	15,791
特定健康診査受診者数(人)	7,243	7,335	7,331	7,260	5,818	6,140	5,975
特定健康診査受診率(%)※	38.4%	39.8%	40.6%	41.4%	33.3%	36.3%	37.8%
受診率目標値(%)	45.0%	45.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。

※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。

※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。



3. 特定健康診査受診率向上のための取組

特定健康診査の受診率向上のため、以下のような取組を実施してきました。

H
22
取組
開始

- ・廿日市市独自の追加検査の開始
心電図・貧血検査・腎機能検査
など20項目を追加実施

H
24
取組
開始

- ・特定健診無料化
- ・コールセンターの開設
- ・健診体制の整備
日曜健診の実施
託児の実施
無料送迎バスの運行
みなし健診事業開始
人間ドックの定員数増加
- ・健診PR
圧着ハガキと電話での受診勧奨
個別医療機関訪問開始
PRビデオ作成
医師会定例会への毎月状況報告
公衆衛生推進協議会と連携
- ・受診率向上キャンペーン開始
(1地区)平良地区コミュニティ

H
25
取組
開始

- ・健診体制の整備
集団健診を全て総合健診体制に拡充
- ・キャンペーン(3地区)
平良地区コミュニティ
廿日市市地御前地区自治会
活気ある浅原を創る会

H
26
取組
開始

- ・健診PR
みなし健診の周知を強化
- ・キャンペーン(5地区)
阿品台コミュニティ
佐方アイラブ自治会
宮内公民館企画運営委員会
活気ある浅原を創る会
宮島地域コミュニティ推進協議会

H
27
取組
開始

- ・健診体制の整備
生活習慣病・がん検診センター大野を
受診機関に追加
- ・健診PR
商工会議所との連携
小中学生の保護者向け啓発
- ・キャンペーン(5地区)
新たに商店街や大野地区でも実施
廿日市駅通り商店会
串戸地区自治協議会
津田・四和ふれあいまちづくりの会
友和地区コミュニティ推進協議会
大野第8区

H
28
取組
開始

- ・健診PR
ティッシュ配布
(ゆめタウン、乳幼児健診)
JA総代会、廿日市食品衛生協会へ
協力依頼
- ・受診勧奨結果の集計
受診しない理由を確認して集計
- ・若年層への受診勧奨
スマホdeドックの活用(現在廃止)
協会けんぽ加入者家族への受診勧奨
- ・キャンペーン(5地区)
四季が丘地区コミュニティづくり
協議会
阿品地区コミュニティをすすめる会
廿日市市連合女性会佐伯支部
津田女性会
玖島地区コミュニティ推進協議会
大野第10区

H
29
取組
開始

- ・健診PR
個別医療機関窓口でのPR
(見本の受診券ラミネート配布)
個別医療機関みなし健診の再周知
- ・治療中の情報提供期間
実施期間の延長(～2月まで)
- ・若年層への受診勧奨
協会けんぽ加入者家族の特定健診
をがん検診と同日受診。
- ・キャンペーン(4地区)
宮園地区自治会連合会
原地区コミュニティ推進協議会
玖島地区コミュニティ推進協議会
大野第7区



更なる向上を
目指して
取組ます！



H
30
取組
開始

- ・キャンペーン(4地区)
廿日市市地御前地区自治会
佐方アイラブ自治会
大野第2区
大野第6区

R3
取組
開始

- ・キャンペーン(1地区)
大野第9区

H
31
取組
開始

- ・申込の利便性向上
集団健診WEB予約開始
- ・キャンペーン(4地区)
平良地区コミュニティ
串戸地区自治協議会
廿日市市連合女性会
佐伯支部友和女性会
大野第4区

R4
取組
開始

- ・キャンペーン(2地区)
大野第 5区
大野第11区

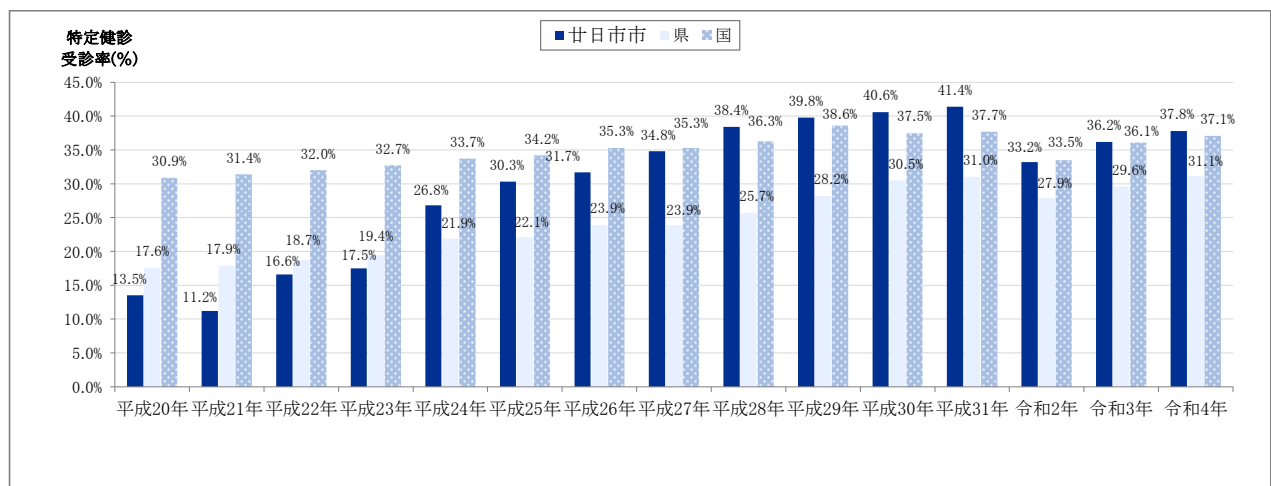
R2
取組
開始

- ・効果的な受診勧奨
受診勧奨はがきの内容の見直し
(AIを活用し対象者の特性別に効果的な
通知内容に変更)
- ・検査項目の見直し
県統一の項目に変更

R5
取組
開始

- ・申込の利便性向上
人間ドックWEB予約
毎年けんしんサポート
(登録すると毎年自動的に
健診予約が出来るシステム)

特定健診 受診率の推移





4. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものである。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	459	350	570	570	747	717	681	703
特定保健指導利用者数(人)	107	57	94	75	51	178	107	92
特定保健指導実施者数(人)※	57	99	75	60	50	89	110	99
特定保健指導実施率(%)※	12.4%	28.3%	13.2%	10.5%	6.7%	12.4%	16.2%	14.1%
実施率目標値(%)					45.0%	20.0%	30.0%	40.0%

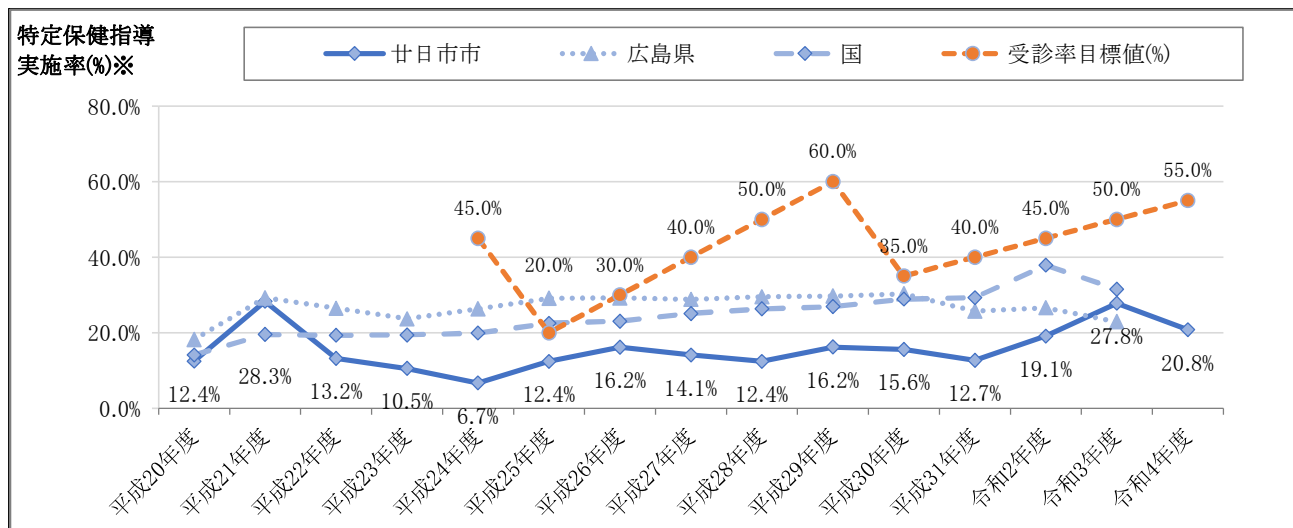
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	798	871	860	830	623	652	659
特定保健指導利用者数(人)	138	158	145	118	139	153	136
特定保健指導実施者数(人)※	99	141	134	105	119	181	137
特定保健指導実施率(%)※	12.4%	16.2%	15.6%	12.7%	19.1%	27.8%	20.8%
実施率目標値(%)	50.0%	60.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。



以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものである。

積極的支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	120	95	175	195	208	192	152	125
積極的支援利用者数(人)	12	2	12	8	11	47	18	5
積極的支援実施者数(人)※	4	9	11	5	8	18	23	14
積極的支援実施率(%)※	3.3%	9.5%	6.3%	2.6%	3.8%	9.4%	15.1%	11.2%

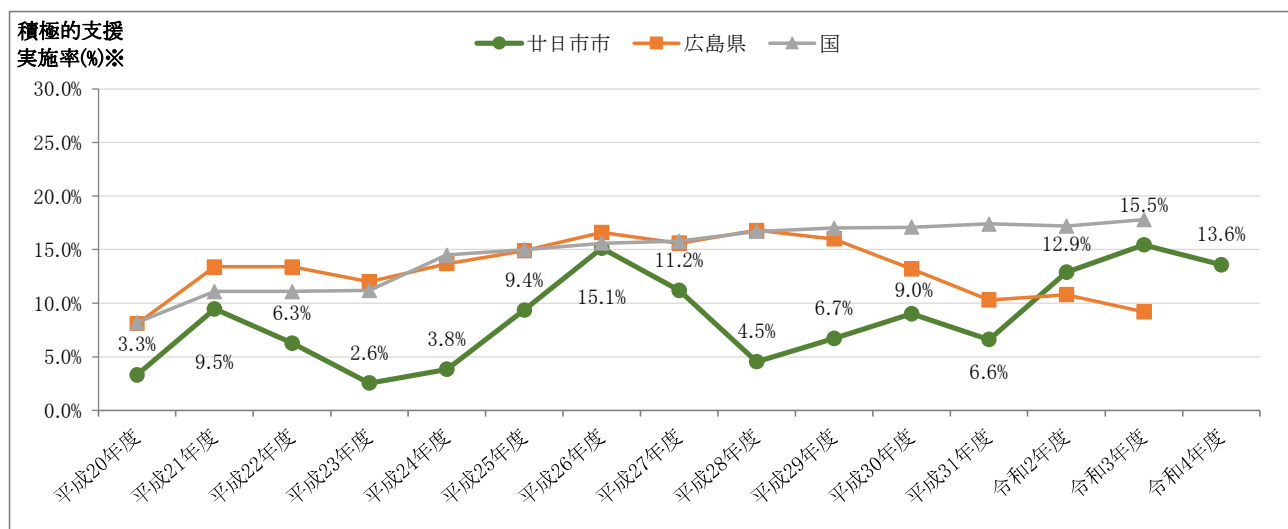
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	132	134	133	136	93	110	103
積極的支援利用者数(人)	19	13	19	17	9	16	15
積極的支援実施者数(人)※	6	9	12	9	12	17	14
積極的支援実施率(%)※	4.5%	6.7%	9.0%	6.6%	12.9%	15.5%	13.6%

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。



動機付け支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	339	255	395	375	539	525	529	578
動機付け支援利用者数(人)	95	55	82	67	40	131	89	87
動機付け支援実施者数(人)※	53	90	64	55	42	71	87	85
動機付け支援実施率(%)※	15.6%	35.3%	16.2%	14.7%	7.8%	13.5%	16.4%	14.7%

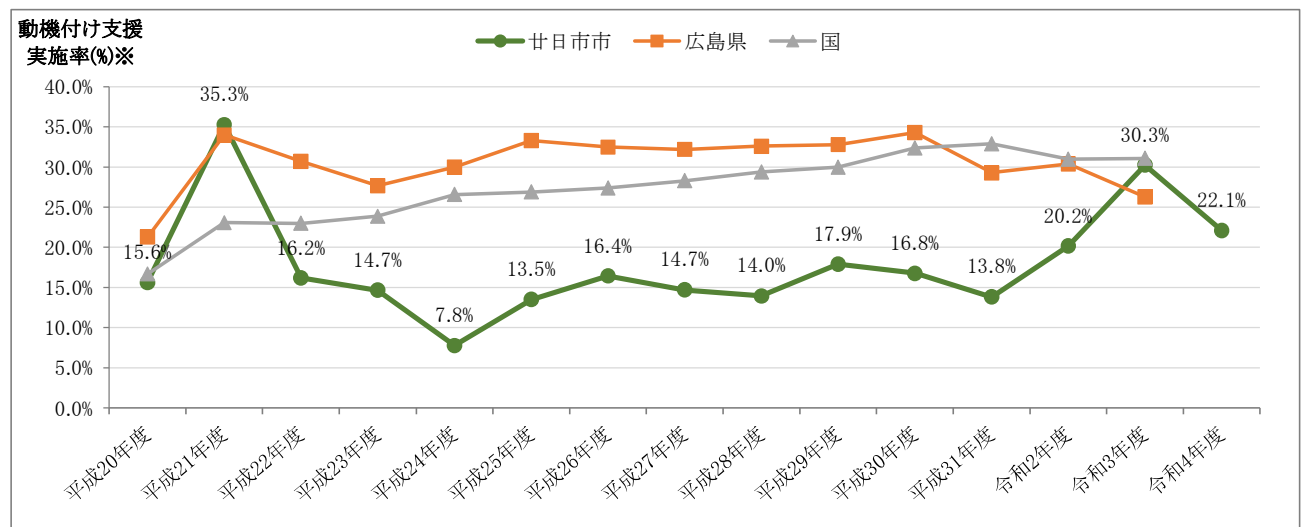
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	666	737	727	694	530	542	556
動機付け支援利用者数(人)	119	145	126	101	130	137	121
動機付け支援実施者数(人)※	93	132	122	96	107	164	123
動機付け支援実施率(%)※	14.0%	17.9%	16.8%	13.8%	20.2%	30.3%	22.1%

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。



5. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。基準該当は19.8%、予備群該当は10.9%である。

メタボリックシンドローム該当状況

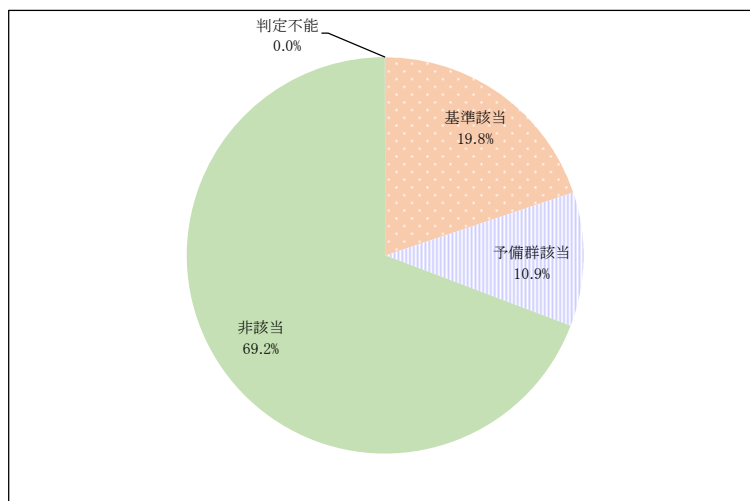
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	5,953	1,181	651	4,120	1
割合(%) ※	-	19.8%	10.9%	69.2%	0.0%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。



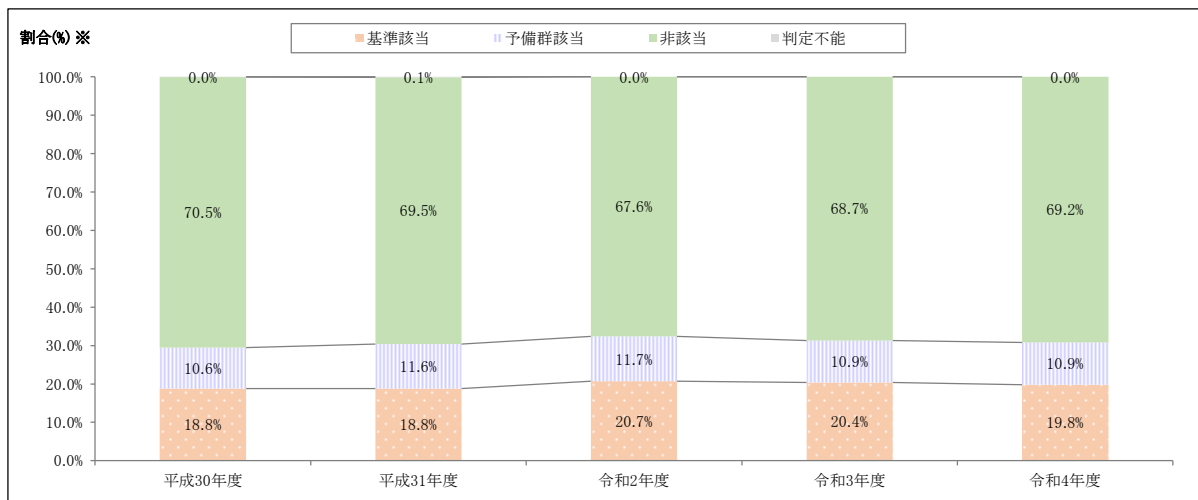
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当19.8%は平成30年度18.8%より1.0ポイント増加しており、予備群該当10.9%は平成30年度10.6%より0.3ポイント増加している。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	7,027
平成31年度	7,033
令和2年度	5,798
令和3年度	6,135
令和4年度	5,953

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	1,323	18.8%	748	10.6%	4,954	70.5%	2	0.0%
平成31年度	1,321	18.8%	815	11.6%	4,891	69.5%	6	0.1%
令和2年度	1,198	20.7%	679	11.7%	3,920	67.6%	1	0.0%
令和3年度	1,250	20.4%	669	10.9%	4,216	68.7%	0	0.0%
令和4年度	1,181	19.8%	651	10.9%	4,120	69.2%	1	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。



6. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
アウトプット (実施に関する目標)	特定健康診査受診率	平成31年度までは受診率は順調に伸長し41.4%になった。令和2年度に新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、33.3%に落ち込んだ。令和3年度以降受診率は緩やかに上昇し、令和4年度は37.8%に上昇したが、令和4年度目標値57.0%には達していない。
	特定保健指導実施率	実施率は長年低く平成31年度は12.7%であった。令和2年度から「保健師の訪問による利用勧奨・保健指導実施」や、「土日実施」「ICTを利用した特定保健指導の実施」により利用しやすい環境を整えたため、実施率は20%前後に上昇した。令和4年度は20.8%であるが、令和4年度目標値55.0%には達していない。
アウトカム (成果に関する目標)	特定保健指導対象者の減少率 2023(令和5)年度に、2008(平成20)年度17.5%に対して25.0%減少の13.1%(平成20年度比較-4.4%)	特定保健指導対象者は年々減少し、令和4年度は11.0%となっており、令和5年度目標値の13.1%を達成している。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
プロセス	○特定健康診査:健診種別の申込件数の分析を健診期間中は月1回程度、また年間でい、どのような健診が受診率を向上するのか分析し、取組を検討した。 ○特定保健指導:健診結果通知の中に特定保健指導の案内を送付。申込がない人へ、再度個別に案内を通知。 ・令和2年度より個別特定健診受診者で特定保健指導該当の者には医師よりチラシを渡してもらうよう依頼した。 ・令和2年度より特定保健指導受診勧奨訪問を全地域で実施した。 ・実施方法について令和2年度より特定保健指導の土日実施やICT特定保健指導を実施し仕事等で受診できない人が受診できるようにした。
ストラクチャー	実施体制や予算を確保し、特定健康診査・特定保健指導を実施した。

第2章 特定健康診査に係る詳細分析



1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものである。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の52.6%である。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の42.8%であるが、生活習慣病患者一人当たり医療費は健診未受診者のほうが高くなっている。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	5,953	35.1%	4,905,005	227,989,223	232,894,229
健診未受診者	11,003	64.9%	33,265,094	403,114,681	436,379,776
合計	16,956		38,170,100	631,103,905	669,274,004

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	41	0.7%	3,132	52.6%	3,132	52.6%	119,634	72,793	74,360
健診未受診者	163	1.5%	4,689	42.6%	4,707	42.8%	204,080	85,970	92,709
合計	204	1.2%	7,821	46.1%	7,839	46.2%	187,108	80,694	85,377

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の画像及び電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

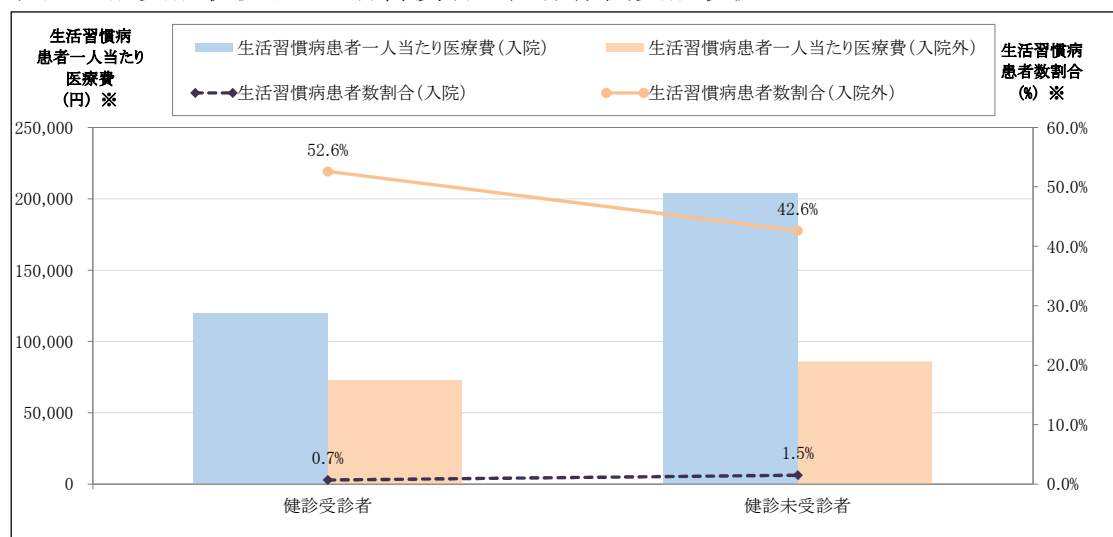
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の画像及び電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。



2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものである。積極的支援対象者割合は1.8%、動機付け支援対象者割合は9.7%である。

保健指導レベル該当状況

	健診受診者数 (人)	該当レベル ※※					
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		判定不能
			積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)	
該当者数(人)	5,953	686	107	579	2,881	2,384	2
割合(%) ※	-	11.5%	1.8%	9.7%	48.4%	40.0%	0.0%

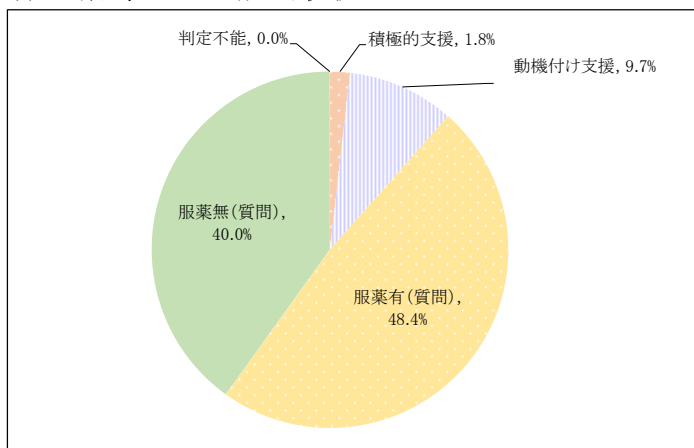
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※※情報提供…特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の対象者にならなかった人。

保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。



また、年齢階層別保健指導レベル該当状況は以下のとおりである。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)			
		積極的支援		動機付け支援	
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳 ～ 44歳	149	26	14 9.4%	12	8.1%
45歳 ～ 49歳	183	40	20 10.9%	20	10.9%
50歳 ～ 54歳	236	49	25 10.6%	24	10.2%
55歳 ～ 59歳	226	24	12 5.3%	12	5.3%
60歳 ～ 64歳	546	69	36 6.6%	33	6.0%
65歳 ～ 69歳	1,729	181	0 0.0%	181	10.5%
70歳 ～	2,884	297	0 0.0%	297	10.3%
合計	5,953	686	107 1.8%	579	9.7%

年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供 ※※				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳 ～ 44歳	149	11	7.4%	112	75.2%	0	0.0%
45歳 ～ 49歳	183	19	10.4%	124	67.8%	0	0.0%
50歳 ～ 54歳	236	32	13.6%	155	65.7%	0	0.0%
55歳 ～ 59歳	226	66	29.2%	136	60.2%	0	0.0%
60歳 ～ 64歳	546	209	38.3%	268	49.1%	0	0.0%
65歳 ～ 69歳	1,729	875	50.6%	672	38.9%	1	0.1%
70歳 ～	2,884	1,669	57.9%	917	31.8%	1	0.0%
合計	5,953	2,881	48.4%	2,384	40.0%	2	0.0%

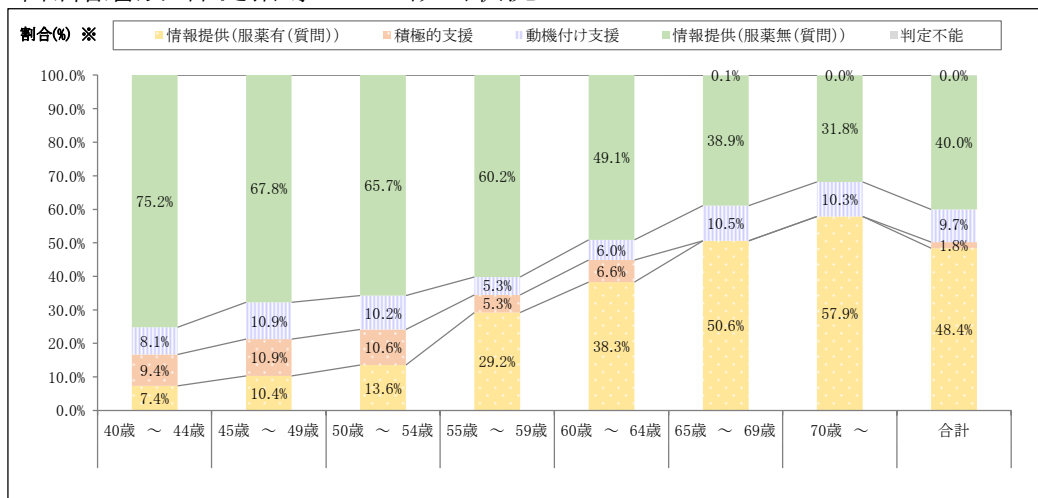
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※※情報提供…特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の対象者にならなかった人。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。



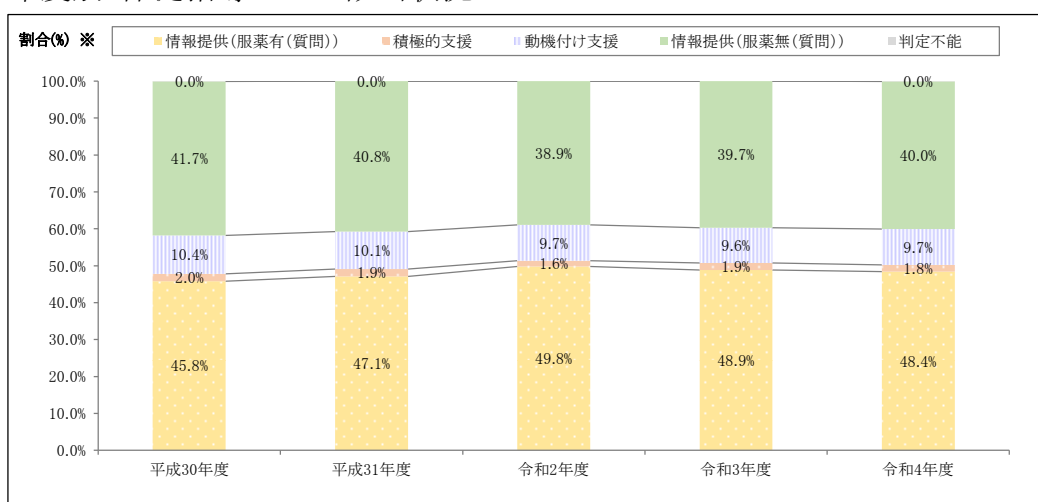
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合1.8%は平成30年度2.0%から0.2ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合9.7%は平成30年度10.4%から0.7ポイント減少している。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
			積極的支援		動機付け支援	
			人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	7,027	871	138	2.0%	733	10.4%
平成31年度	7,033	850	137	1.9%	713	10.1%
令和2年度	5,798	655	94	1.6%	561	9.7%
令和3年度	6,135	705	119	1.9%	586	9.6%
令和4年度	5,953	686	107	1.8%	579	9.7%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	7,027	3,221	45.8%	2,932	41.7%	3	0.0%
平成31年度	7,033	3,316	47.1%	2,866	40.8%	1	0.0%
令和2年度	5,798	2,887	49.8%	2,256	38.9%	0	0.0%
令和3年度	6,135	2,997	48.9%	2,433	39.7%	0	0.0%
令和4年度	5,953	2,881	48.4%	2,384	40.0%	2	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

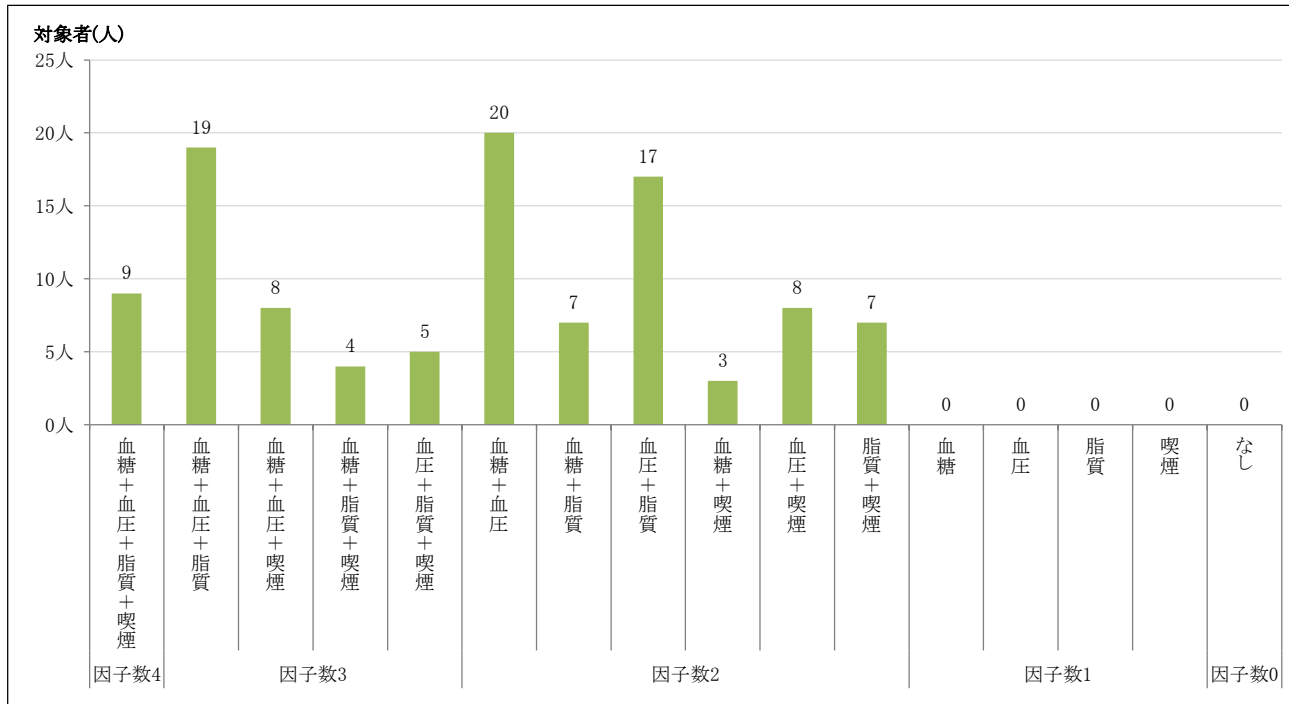
※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。



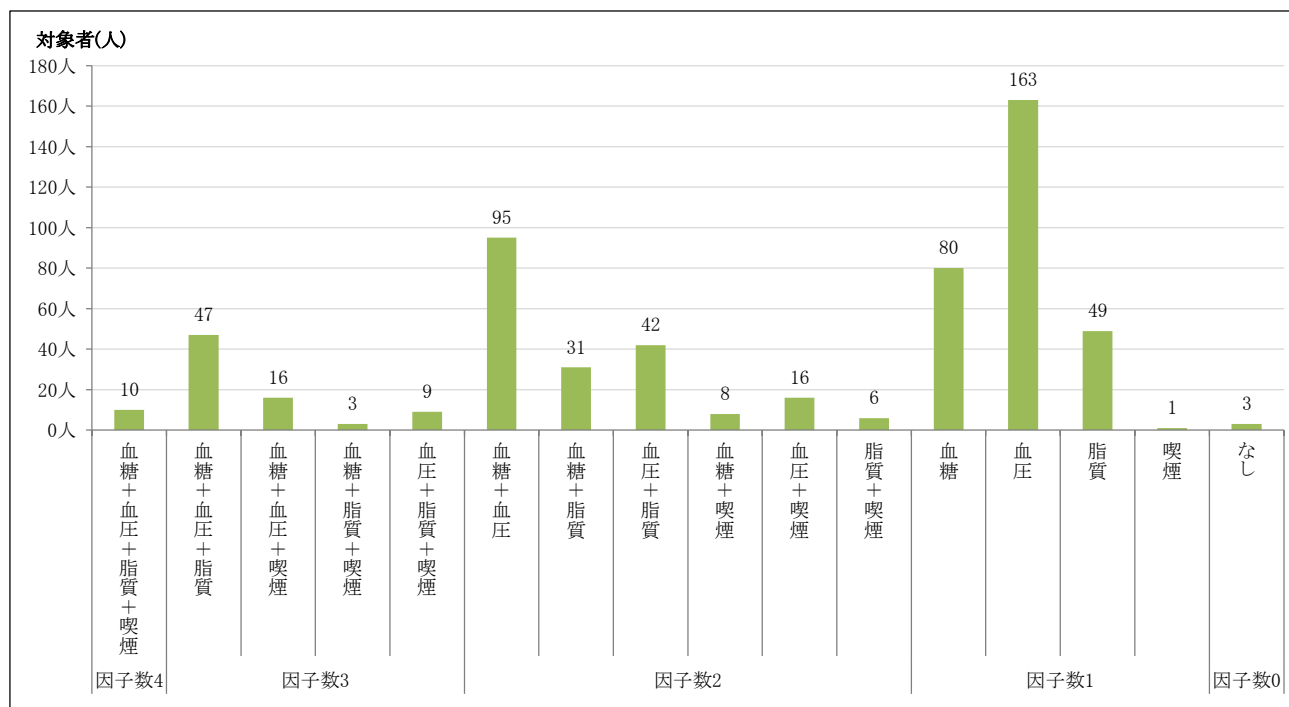
(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものである。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。



(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類した。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものである。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要である。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	686	246,873	3,274,020	3,520,894	1	91	91
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,384	168,326	5,878,069	6,046,395	3	173	173
	情報提供 (服薬有(質問))	2,881	4,489,806	218,837,134	223,326,940	37	2,868	2,868

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	686	246,873	35,978	38,691
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,384	56,109	33,977	34,950
	情報提供 (服薬有(質問))	2,881	121,346	76,303	77,869

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の画像及び電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

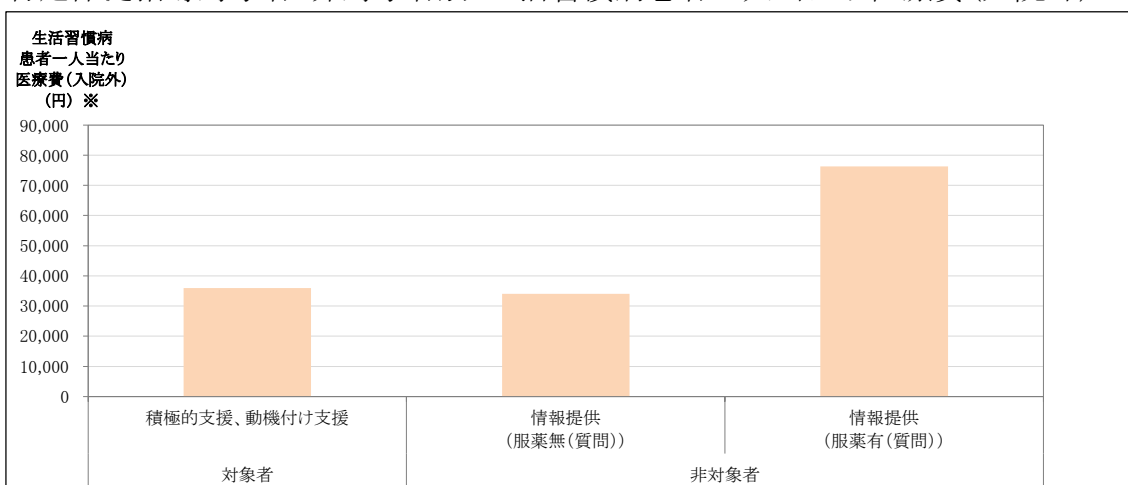
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の画像及び電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

第3章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしている。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	44.0%	47.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	32.0%	38.0%	43.0%	49.0%	54.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	13,894	13,055	12,255	11,619	10,895	10,303
特定健康診査受診率(%) (目標値)	44.0%	47.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	6,113	6,136	6,250	6,274	6,210	6,182

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	5,067	4,854	4,724	4,555	4,361	4,166
	65歳～74歳	8,827	8,201	7,531	7,064	6,534	6,137
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,658	1,771	1,963	2,062	2,137	2,193
	65歳～74歳	4,455	4,365	4,287	4,212	4,073	3,989



(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	719	730	757	768	769	774
特定保健指導実施率(%) (目標値)	32.0%	38.0%	43.0%	49.0%	54.0%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	230	277	326	376	415	464

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	148	161	181	192	201	209
	実施者数(人)	40歳～64歳	48	61	79	93	109	126
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	130	140	155	163	170	176
		65歳～74歳	441	429	421	413	398	389
	実施者数(人)	40歳～64歳	40	52	65	79	90	104
		65歳～74歳	142	164	182	204	216	234



3. 実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

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

②実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で、集団健診、個別健診、人間ドック、みなし健診※により実施する。

※本人の同意の元、医療機関での健診結果や職場で受診した健診結果を市に提出することで特定健診を受診したこととみなすこと。

イ. 実施項目

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

■基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む



ウ. 実施時期

4月から3月に実施する。

エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送する。また、広報やホームページ等で周知を図る。

(2) 特定保健指導

① 対象者

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

特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

② 実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ特定保健指導実施委託業者により市総合健康福祉センター・市民センター等、人間ドック実施医療機関等で実施する。

イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施する。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されている。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとする。



動機付け支援

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

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。	
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。	
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。	
	アウトカム評価	
	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm)以上の減少
	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)
実績評価	プロセス評価	
	・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価	



ウ. 実施時期

4月から3月に実施する。

エ. 案内方法

特定保健指導の基準に該当する者に対しては、健診結果通知の中に特定保健指導の案内を同封し送付する。

また、集団健診の受診者で特定保健指導の基準に該当する者に対しては、訪問等により健診結果を手渡しまたは郵送する。健診結果の説明と特定保健指導の必要性を説明し、利用勧奨を実施する。

これらの通知後にも、対象者で申込がない人へは再度個別に案内を通知、電話による勧奨を行う。



4. 目標達成に向けての取組

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取組を示したものである。

【特定健康診査】

	取組
継続実施	・コールセンターの設置 ・特定健診無料化 ・総合健診体制(集団健診) ・土日総合健診体制(集団健診) ・託児実施(集団健診) ・人間ドック、医療機関との個別健診実施体制 ・追加健診項目(血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、心電図、眼底検査、貧血検査) ・健診ウェブ予約システム(集団健診・人間ドック)の継続。 ・健診受診勧奨(健康はつかいち21推進協議会等との連携やあいプラザまつり等のイベントによる健診PR) ・受診勧奨はがき送付(令和2年度から健診受診時の質問票やレセプトから対象者を分析し、心理特性に合わせた受診勧奨の内容で送付) ・電話による受診勧奨 ・毎年けんしんサポートシステムの実施(令和5年度からウェブ予約時等に受診時期などの希望情報を登録することで、毎年自動的に健診の予約が出来るシステム)
令和6年度以降	・集団健診について、受診者の少ない会場の1日を受診者の多い会場に振り替えて実施する。令和5年度に夏場の集団健診受診者が少なく、秋から冬の受診者が多かったため、委託事業者と調整し、夏場の日程を避けて設定する。 ・受診勧奨はがきについては、特に受診勧奨効果の高い不定期受診者を重点的に送付する。 ・令和5年度からの毎年けんしんサポートの導入により、令和6年度以降の受診率向上が期待出来る。

【特定保健指導】

	取組
継続実施	・特定健診受診者全員に特定保健指導のチラシを配布 ・人間ドックの同日特定保健指導と積極的声かけを実施する。 ・(集団健診)積極的支援対象者のうち受療レベル対象者と動機付け支援対象者へ、保健師による結果説明と受療・保健指導参加勧奨訪問等を実施(全地域)。 ・(個別健診)健診結果説明時、かかりつけ医より特定保健指導のチラシを渡してもらい、特定保健指導の参加を勧奨する。 ・市総合健康福祉センターや市民センター等で行う特定保健指導の土・日曜日実施。
令和6年度以降	勧奨資材の見直し検討、訪問や電話等での勧奨の継続、医療機関等と連携した声かけを行う。



1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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等に準じて、厳格な運用管理を行う。

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

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄する。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とある。主に参加者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取組方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、ホームページ等で公表し、広く周知を図る。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとする。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努める。

(2) 実施方法の改善

アウトカム評価による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進する。