

第 3 期真庭市国民健康保険データヘルス計画

第 4 期真庭市国民健康保険特定健康診査等実施計画

令和 6 年度～令和 11 年度

(2024～2029)

真庭市

令和 6 年 3 月

目次

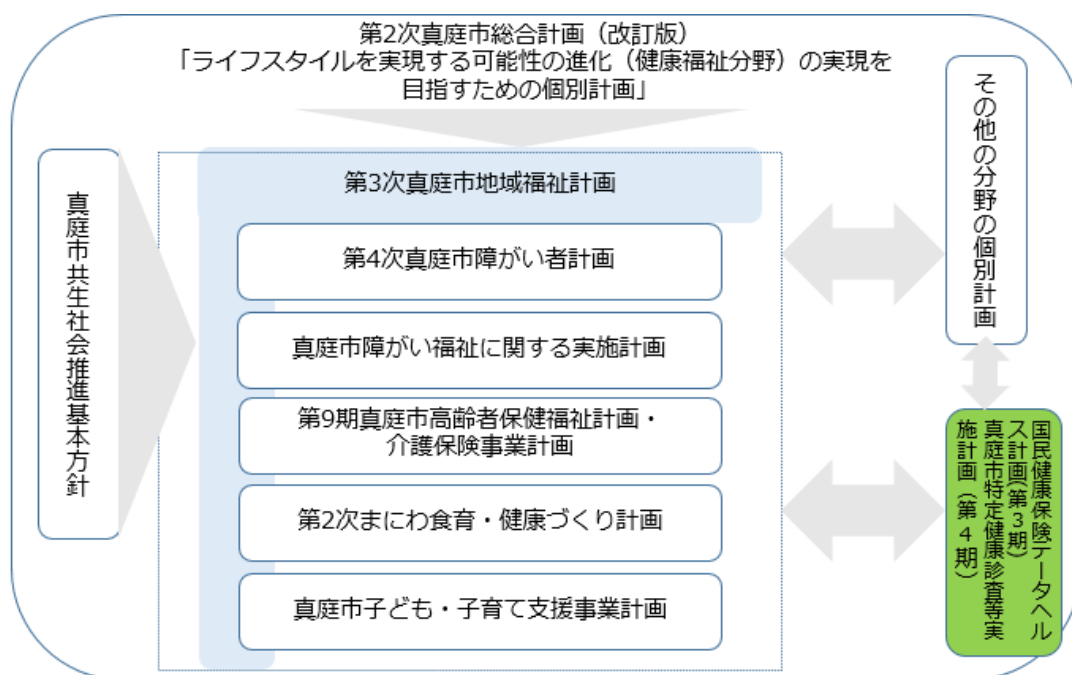
第1章	計画の基本方針	2
1.	基本的事項	2
(1)	計画の趣旨	2
(2)	計画期間	2
(3)	実施体制	2
(4)	関係者連携	2
第2章	真庭市国民健康保険の現状と評価	4
1.	保険者の特性	4
(1)	被保険者数等	4
2.	平均寿命・標準化死亡比等 SMR	5
(1)	平均寿命	5
(2)	標準化死亡比	5
3.	前期計画等に係る考察	6
4.	第2期データヘルス計画の考察	7
第3章	基本データの分析による現状把握	8
1.	医療費データの分析	8
(1)	国民健康保険医療費の概要	8
2.	特定健康診査・特定保健指導の健診データ(質問票を含む)の分析	11
(1)	特定健診・特定保健指導の実施状況	11
3.	レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	18
第4章	健康課題と対策・目標	20
1.	健康課題の抽出	20
2.	健康課題への対策	21
3.	事業実施の内容	22
4.	個別の保健事業	24
第5章	特定健康診査等の実施(第4期特定健康診査等実施計画)	29
1.	目標値	29
2.	対象者推計	29
(2)	特定健診等の対象者数	29
(3)	特定保健指導の対象者数	29
3.	実施方法	30
(1)	特定健康診査	30
(2)	特定保健指導の実施	31
第6章	その他	34
1.	データヘルス計画の評価・見直し	34
2.	データヘルス計画の公表・周知	34
3.	個人情報の取扱い	34
4.	地域包括ケアに係る取組	34
5.	その他留意事項	34

第1章 計画の基本方針

1. 基本的事項

(1) 計画の趣旨

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してP D C A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です。蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定します。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指すものとします。またこの計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、真庭市総合計画や真庭市食育・健康づくり計画等関連計画との整合性を図ります。



(2) 計画期間

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)まで(6年間)

(3) 実施体制

本市が実施する関係保健事業との連携を図り、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図ります。

(4) 関係者連携

岡山県、岡山県国民健康保険団体連合会の助言・指導を受けながら計画を推進します。また、真庭市医師会、真庭市歯科医師会、真庭市薬剤師会、特定健診実施医療機関等の関係団体が取り組む保健事業との連携を図り、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図ります。事業実施にあたり真庭市糖尿病予防戦略検討会議で情報交換を行います。

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
市町村国保	保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映します。
県・保健所	現状分析のために県が保有する健康・医療等に関するデータの提供を求めます。保健事業の計画策定や実施、事業評価への助言、特定健診受診率、特定保健指導等実施率向上に向けて支援を求めます。
国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会	支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等を進めます。KDB データの活用について支援を求めます。
後期高齢者医療広域連合	情報共有を図り、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図ります。
保健医療関係者	意見交換や情報提供を日常的に行います。保健事業の構想段階から相談します。計画策定、保健事業の実施等に積極的な参加を依頼します。
地域資源	愛育委員等健康づくりボランティアによる特定健診の啓発等(健康に関する研修等)の協力を得ます。また健康づくりの自主的な活動との連携や普及啓発を行います。

第 2 章 真庭市国民健康保険の現状と評価

1. 保険者の特性

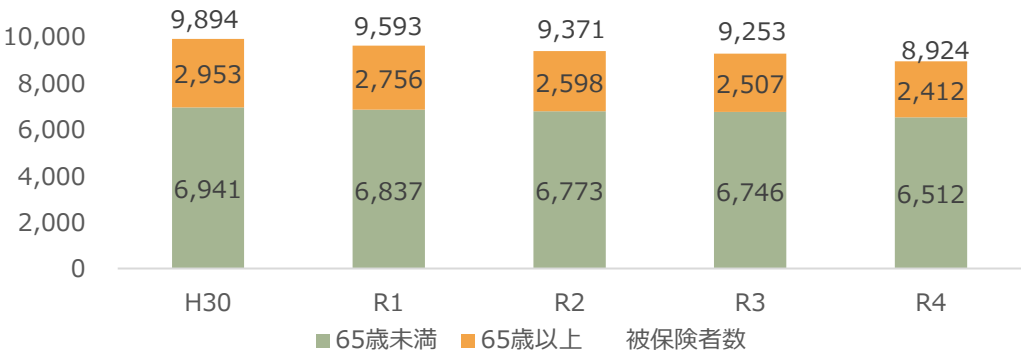
(1) 被保険者数等

被保険者数は人口減少とともに減少しています。被保険者の年齢構成では、前期高齢者(65 歳~74 歳)の割合が多くなっています。

	H30	R1	R2	R3	R4
人口総数(人)	45,682	44,978	44,245	43,424	42,586
被保険者数(人)	9,894	9,593	9,371	9,253	8,924
65 歳未満(人)	6,941	6,837	6,773	6,746	6,512
65 歳以上(人)	2,953	2,756	2,598	2,507	2,412
国保加入率(%)	21.7	21.3	21.2	21.3	21.0

資料：住民基本台帳、国民健康保険事業年報

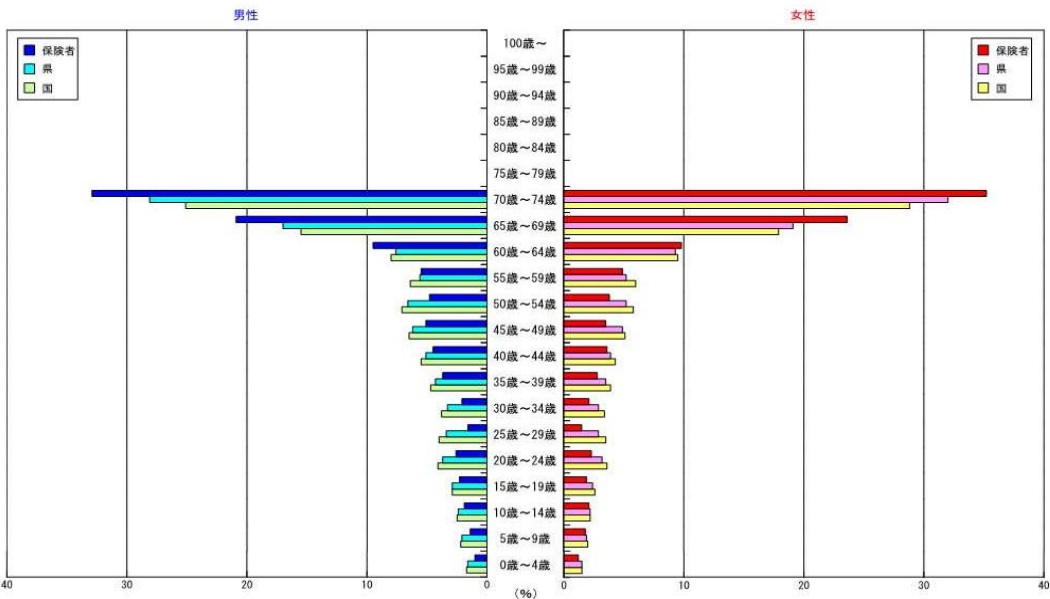
図 2-1 被保険者の推移(人)



資料：住民基本台帳、国民健康保険事業年報

令和 4 年度の被保険者の構成では、60 歳から 74 歳までの年代の被保険者は全国、岡山県と比較して多く、59 歳以下の年代は少なくなっています。

図 2-2 被保険者構成(令和 4 年度)



資料：国保 KDB システム

2. 平均寿命・標準化死亡比等 SMR

(1) 平均寿命

令和4年度の平均寿命をみると、本市の平均寿命は男性 80.5 歳、女性 87.9 歳で岡山県及び全国と比較すると、男性が若干短く、女性が若干長くなっています。

集計単位	平均寿命 (男性) (歳)	平均寿命 (女性) (歳)	標準化死亡比 (男性) (%)	標準化死亡比 (女性) (%)
真庭市	80.5	87.9	99.6	94.6
岡山県	81.0	87.7	97.8	95.9
同規模	80.4	86.9	103.4	101.4
全国	80.8	87.0	100	100

(2) 標準化死亡比

主要死因別標準化死亡比では、本市男性の死因では、岡山県と比較して、心疾患(心不全)、脳内出血、肝疾患、不慮の事故による死亡率が高い状況です。本市女性の死因は、不慮の事故による死亡率が高い状況です。(心疾患※は高血圧症を除く)

図 2-3 主要死因別標準化死亡比 SMR 真庭市 男性

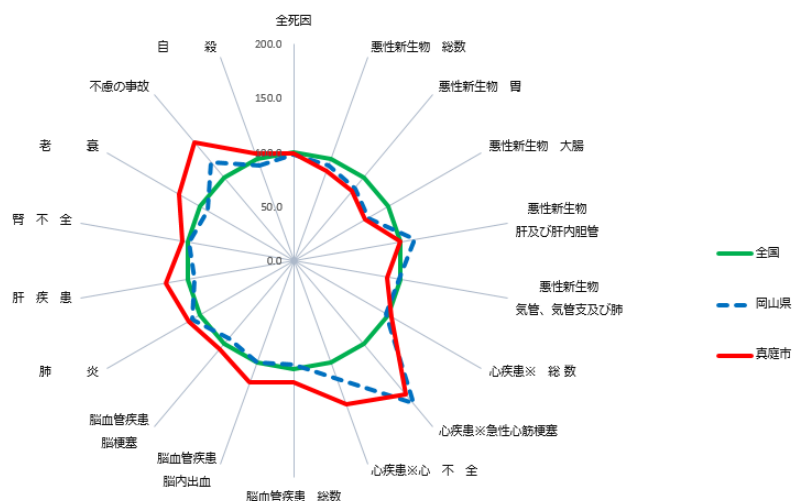
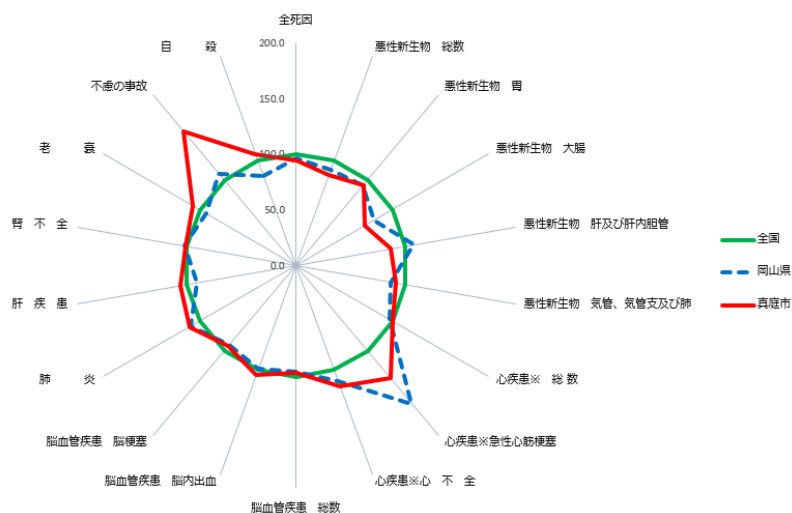


図 2-4 主要死因別標準化死亡比 SMR 真庭市 女性



資料：平成 25 年～平成 29 年人口動態保健所・市区町村別統計

3. 前期計画等に係る考察

保健事業の状況と評価

事業名	事業概要	アウトプット・アウトカム指標			判定
		H28 (2016)	R1 (2019)	R4 (2022)	
①ブルー メイトの 養成と活 動	市民の糖尿病に関する知識の向上と予防活動の活性化を目的に、地域や団体等において糖尿病予防について学ぶ場や行動を起こす場が展開できるよう、健康づくりボランティアの養成を行いました。	講座修了生 0人	講座修了生 19人	講座修了生 50人	A
		提供回数 0回	提供回数 1回	提供回数 5回	A
②特定健 康診査・ 特定保健 指導	「第3期特定健康診査等実施計画」に沿って取り組みを行い、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に向けて事業を実施しました。	特定健診 受診率 34.1%	特定健診 受診率 36.7%	特定健診 受診率 41.5%	B
		検査データ 提供率件数 未実施	検査データ 提供件数 未実施	検査データ 提供件数 218件	D
		特定保健指 導実施率 12.9%	特定保健指 導実施率 10.2%	特定保健指 導実施率 10.8%	C
③生活習 慣病予防 対策	糖尿病治療中断者・未治療者の医療機関受診勧奨、微量アルブミン尿検査事業、健診結果で血圧、血糖、脂質が基準を超えている未治療の人への医療機関受診勧奨を行いました。※平成29年度に対象者の抽出方法を見直しました。	微量アルブ ミン尿検査 受診率 未実施	微量アルブ ミン尿検査 受診率 未実施	微量アルブ ミン尿検査 受診率 56.8%	D
		医療機関 受診率 7%	医療機関 受診率 83.0%	医療機関 受診率 63.9%	C
④医療費 抑制	医療費の削減が期待できる対象者に対して差額通知を送り、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への切り替えを推奨しました。またジェネリック医薬品希望シール等を活用した普及啓発を実施しました。薬剤の多剤服用者に対して訪問、文書送付等の指導を行い医療費の適正化を図りました。	ジェネリック 医薬品 使用割合 64.0%	ジェネリック 医薬品使 用割合 74.2%	ジェネリック 医薬品使 用割合 78.2%	B

【評価尺度】A：目標達成(目標を達成している) B：改善(目標値には到達しないが、改善している)

C：未達成 D：評価困難

①ブルーメイトの養成と活動

健康ボランティアの養成において、健康・スポーツ団体を対象に募集したため、関心のある団体役員が集まったという効果がありましたが、限定された募集であったため一般市民の中から広く養成することが難しく、また令和2年度以降については新型コロナウイルス感染症により講座等の開催が困難でした。このため、各分野の専門職で構成されている真庭市糖尿病予防戦略検討会議において事業の見直しを行い、ブルーメイトの養成と活動については事業を終了し、今後ポピュレーションアプローチを行い糖尿病についての知識を知る人が増えていくよう検討をしながらすすめていきます。

②特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査受診率は上昇傾向にありますが、目標値である 60%に達していません。はがき送付による受診勧奨や、医療機関から健診結果提供を受ける「岡山県特定健診情報提供事業」を実施することで受診率上昇の要因となっています。

特定保健指導実施率は低い状態が続いていますが、指導実施医療機関との連携を強化するとともに、対象者に対して、封書、電話による利用勧奨を実施することで利用者が少しずつ増加しています。

③生活習慣病予防対策

健診結果が血糖高値・血圧高値・脂質異常値の人に対しては、医療機関の受診を促す通知を送付しており、受診状況は送付後のレセプトで確認しています。また放置している人を保健師に連絡し訪問を行っていますが、訪問できる件数が限られているため、受診行動につながるよう実施方法を検討しており、今後も医療機関への早期受診につなげていくことが必要です。

令和 2 年度から事業を開始している微量アルブミン尿検査事業については、受診券を特定健診の受診券と同時に送付することで受診への関心が高く、受診率が高い傾向にあります。受診医療機関からの指導を受けることで検査結果に関心を持ち、生活習慣の改善や毎年の健診受診を促すことで重症化を防ぐため、今後も継続して実施する必要があります。

④医療費抑制

医療費の抑制につながるジェネリック医薬品の使用割合は上昇しています。重複処方者については、対象者の絞り込みを行い、対象者への通知から面談までを実施しましたが、家庭状況に課題が多い場合があり、医療費抑制につながりにくい状況です。今後はレセプトデータの分析を行い、対象者を拡げて実施し、評価まで行う取り組みが必要です。

4.第 2 期データヘルス計画の考察

第 2 期データヘルス計画では、特定健康診査の受診率向上及び特定保健指導の実施率向上、メタボリックシンドローム該当者、および予備群の減少、生活習慣病予防対策、医療費の適正化を目標に設定し、個別の保健事業に取り組みました。令和 3 年度に中間評価を実施しました。

特定健康診査の受診率、特定保健指導実施率については、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標値には達していない状況ですが、受診率は上昇傾向にあり、引き続き受診率向上への取り組みを実施していきます。特定保健指導については、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向にあるため、特定保健指導利用率を向上させる取り組みが必要です。

生活習慣病予防への取り組みについては、本市における糖尿病予防・重症化予防対策の第 1 段階として健診啓発、運動を促すための取り組み、第 2 段階として、微量アルブミン尿検査事業の実施や医療受診勧奨事業による糖尿病や高血圧等リスク群からの腎障害進展早期発見、第 3 段階として糖尿病性腎症重症化予防を実施しました。今後も継続した取り組みが必要です。

医療費抑制についてはジェネリック医薬品使用への取り組みを行いました。医療費の削減効果の高いジェネリック医薬品への切り替えの勧奨を継続します。

第 2 期データヘルス計画における保健事業の取り組み状況を踏まえた上で、保健事業を実施し、6 か年の計画期間の中で、PDCA サイクルに基づき、継続的な事業の改善をしていくことが必要です。

第3章 基本データの分析による現状把握

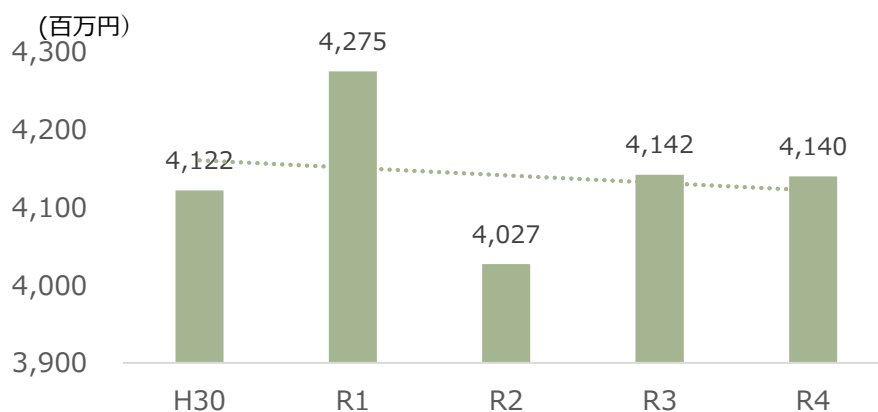
1. 医療費データの分析

(1) 国民健康保険医療費の概要

①医療費総額の推移

医療費の総額は、令和元年度に 42 億円台となり、令和 2 年度はコロナ感染症流行の影響により下がり、令和 3 年度から 4 年度は 41 億円台を推移しています。

図 3-1 医療費の推移

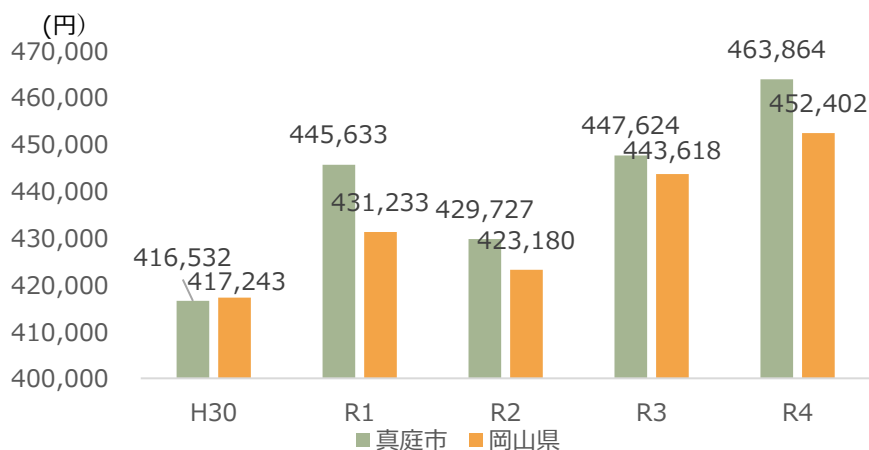


資料:国民健康保険事業年報

②一人当たり医療費の推移

一人当たり医療費は、コロナ感染症流行の影響のため令和 2 年度に下がっていますが、令和 3 年度以降は増額傾向であり、令和元年度以降は岡山県と比較して高くなっています。

図 3-2 一人当たりの医療費



資料:国民健康保険事業年報

③ 生活習慣病に関する疾病の医療費状況

生活習慣病に関する疾病の入院医療費は高血圧症、新生物に関する医療費が高く 5 億から 6 億円台を推移しています。生活習慣病に関する疾病の外来医療費は高血圧症、脂質異常症、糖尿病に関するものが高くなっていますが、糖尿病、高血圧に関する医療費は減少しています。

図 3-3 生活習慣病に関する疾病の医療費状況（入院）

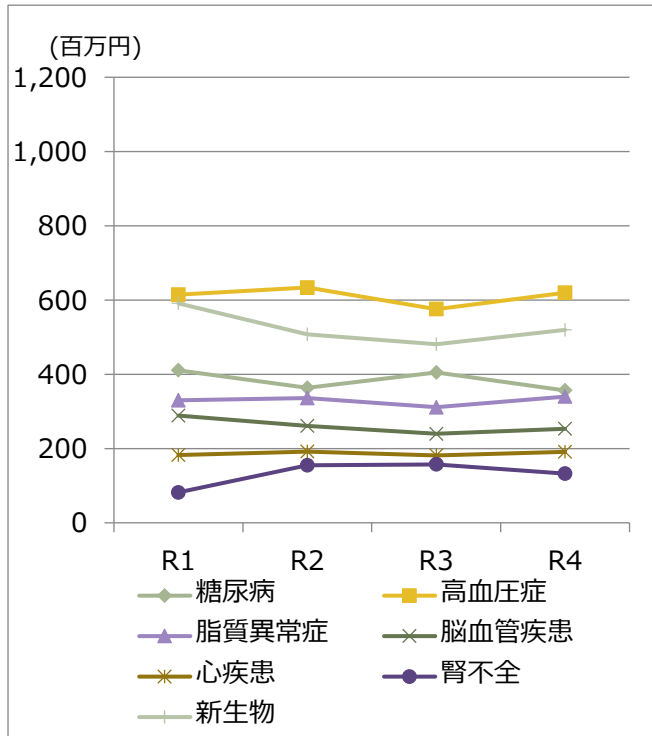
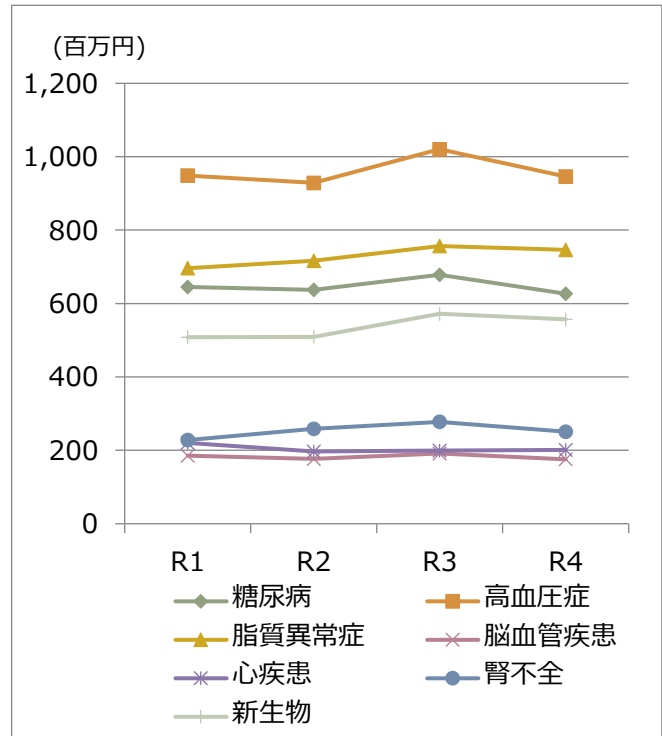


図 3-4 生活習慣病に関する疾病の医療費状況（外来）

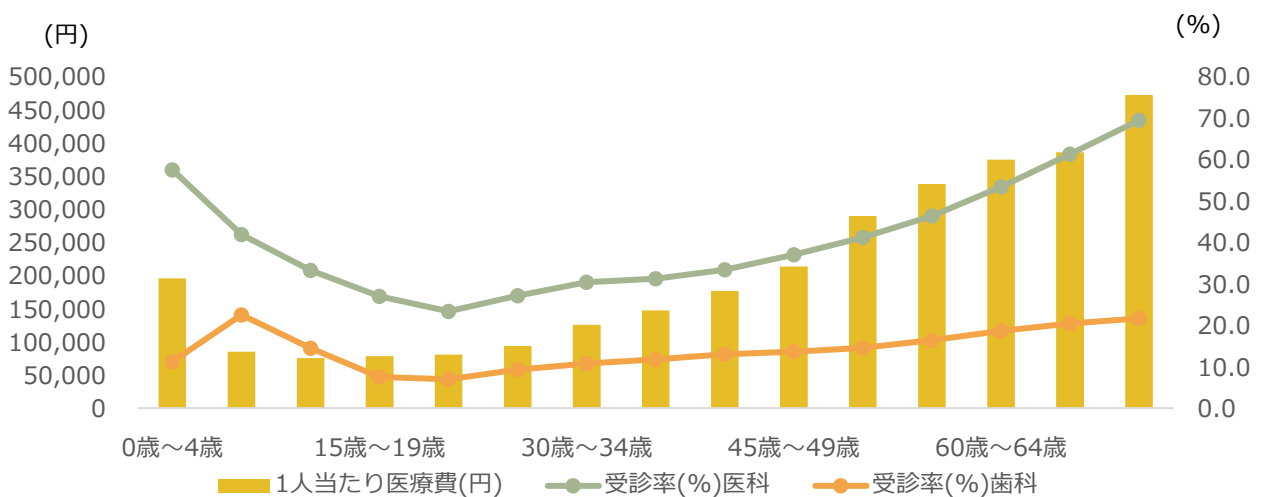


資料：国保 KDB システム

④ 年代別医療費及び医療機関受診率

令和 4 年度の年代別被保険者一人当たり医療費は出生後から徐々に減少し、10 歳～14 歳で最も低くなった後、年齢が上がるにつれて増加しています。

図 3-5 年代別医療費、医療機関受診率



資料：国保 KDB システム

⑤入院・外来別医療費(点数)の高い疾病

令和4年度における入院・外来別で医療費の高い疾病は以下のとおりです。入院では統合失調症 1 億 1,691 万円が最も高く、次いで骨折、脳梗塞の順に高くなっています。外来では高血圧症 9,676 万円が最も高くなっており、次いで糖尿病、慢性腎臓病(透析有)の順に高くなっています。

順位	分類名称 (入院)	医療費	順位	分類名称 (外来)	医療費
1	統合失調症	11,691 万円	1	高血圧症	9,676 万円
2	骨折	4,669 万円	2	糖尿病	8,357 万円
3	脳梗塞	3,985 万円	3	慢性腎臓病 (透析あり)	5,944 万円
4	関節疾患	3,774 万円	4	統合失調症	4,600 万円
5	不整脈	3,329 万円	5	脂質異常症	3,365 万円
6	慢性腎臓病 (透析あり)	3,207 万円	6	関節疾患	3,276 万円
7	大腸がん	2,764 万円	7	肺がん	3,228 万円
8	肺がん	2,507 万円	8	乳がん	2,360 万円
9	狭心症	2,158 万円	9	前立腺がん	2,199 万円
10	脳出血	1,905 万円	10	大腸がん	1,951 万円

資料：国保 KDB システム

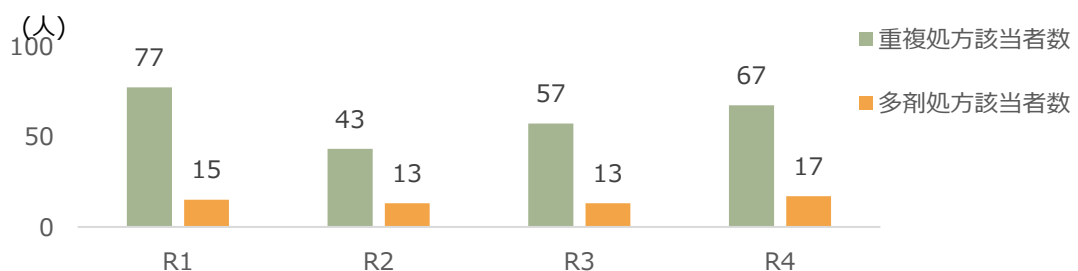
⑥重複多剤服薬者の推移

重複処方該当者はコロナ感染症により受診控えが見られた令和2年度を除き、60 人から 80 人の間で推移しています。多剤処方該当者は 10 人台を推移しています。

多剤…1 日に処方薬剤数 15 剤以上（同一月内）に該当する人数。

重複…3 以上の医療機関から重複処方が発生した薬効数 1 以上または 2 以上の医療機関から重複処方が発生した薬効数 2 以上処方された人数

図 3-6 重複多剤者の状況



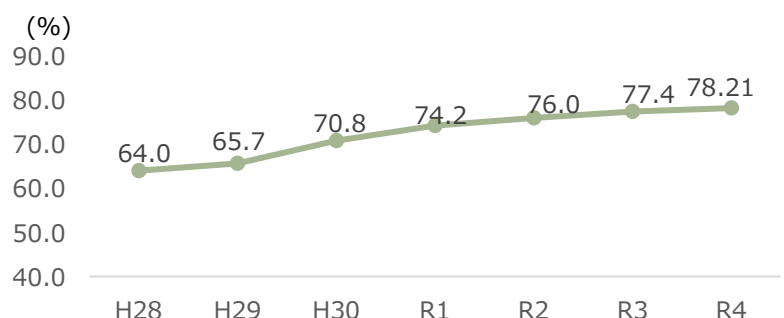
資料：国保 KDB システム

⑦ジェネリック医薬品普及率の推移

ジェネリック医薬品普及率は年々増加しています。

資料：国保連合会 後発医薬品普及率

図 3-7 ジェネリック医薬品普及率



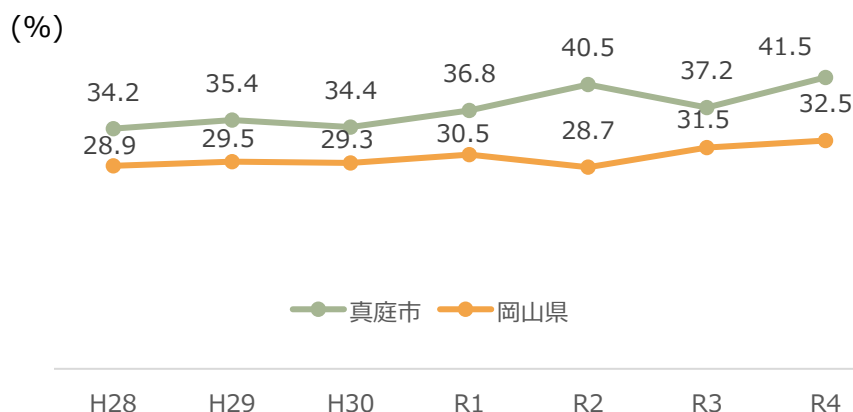
2. 特定健康診査・特定保健指導の健診データ(質問票を含む)の分析

(1) 特定健診・特定保健指導の実施状況

①特定健診受診率

受診率は平成 28 年度以降少しずつ上昇しています。令和 3 年度に一時低下し、その後、令和 4 年度は 41.5%まで上昇しました。特定健診受診率は岡山県と比較しても高くなっています。

図 3-8 特定健診受診率

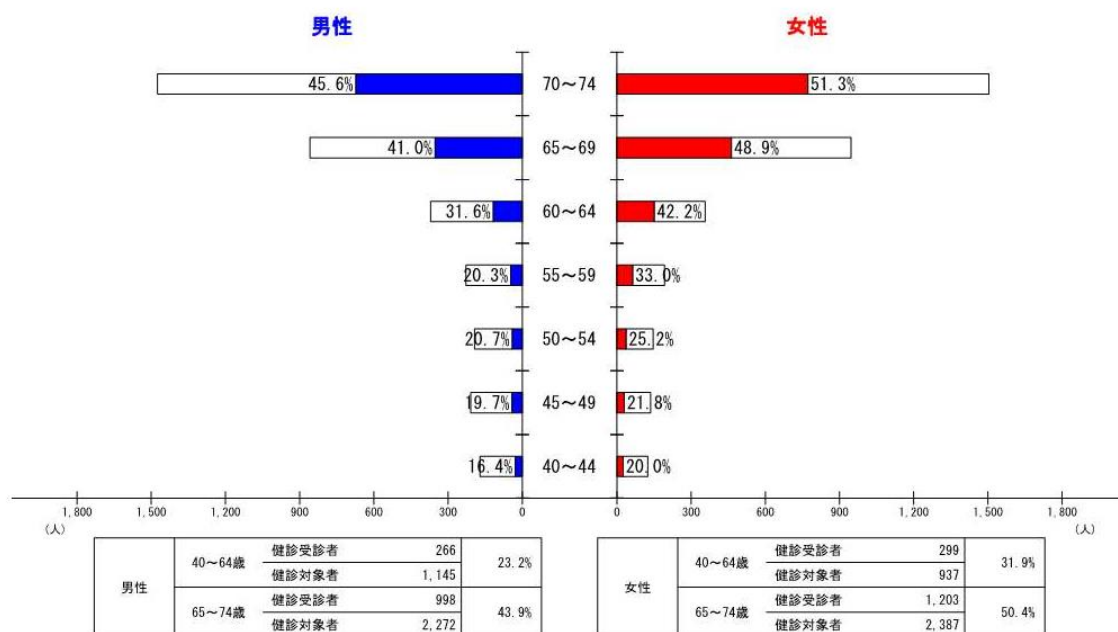


資料：法定報告

②年代別健診受診率

令和 4 年度の男女比では男性 65 歳以上、女性 60 歳以上の受診率が 40%を超えています。一方で 49 歳以下の男性の受診率が 20%未満を割り込み、低い状況です。

図 3-9 特定健診年代別性別受診状況

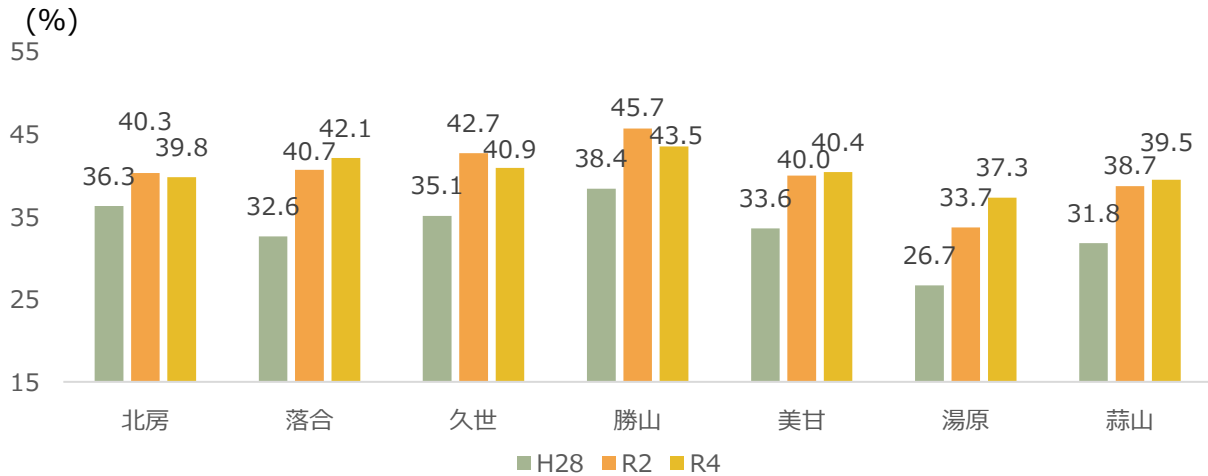


資料:法定報告

③地域別受診率推移

いずれの地域も、計画策定時の平成 28 年度と比べると令和 4 年度の実受診率は上昇しています。湯原地域の実受診率が低くなっています。

図 3-10 地域別特定健診受診状況

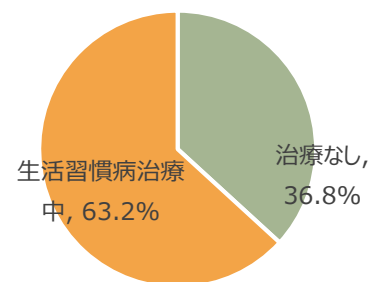


資料：国保 K D B システム

④特定健診未受診者の状況

令和 4 年度特定健診未受診者のうち、医療機関を受診していない人は 36.8%で、生活習慣病を治療している人が 63.2%となっています。

図 3-11 特定健診未受診者の内訳

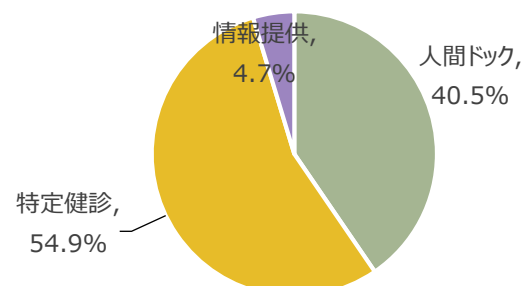


資料：国保 K D B システム

⑤特定健診受診者の状況

令和 4 年度特定健診受診者のうち、54.9%が特定健診を受診し、40.5%が国保人間ドックを受診しています。情報提供や、他の健診を受けた人は 4.7%となっています。

図 3-12 特定健診受診者の内訳

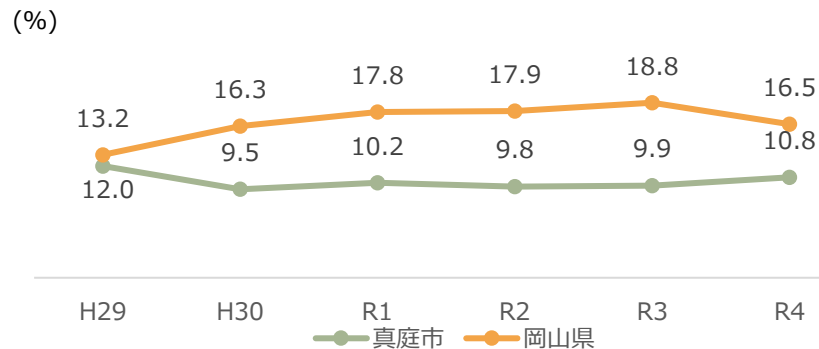


資料：特定健診システム

⑥特定保健指導の実施率

特定保健指導の実施率は平成 29 年以降 9%から 10%台を推移しています。実施率は岡山県と比較して低くなっています。

図 3-13 特定保健指導の実施率

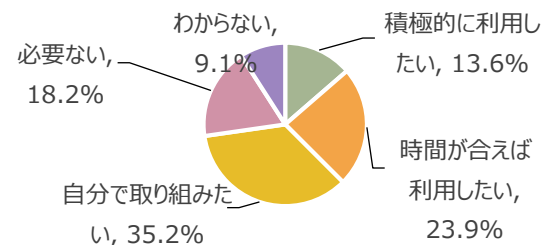


資料:法定報告

⑦特定保健指導の利用

令和 3 年度に電話による保健指導利用勧奨で実施しました、保健指導利用に関する聞き取りでは『自分で取り組みたい』と回答した人が 35.2%で最も多く、『時間が合えば利用したい』が 23.9%、『積極的に利用したい』が 13.6%となっています。

図 3-14 保健指導利用について

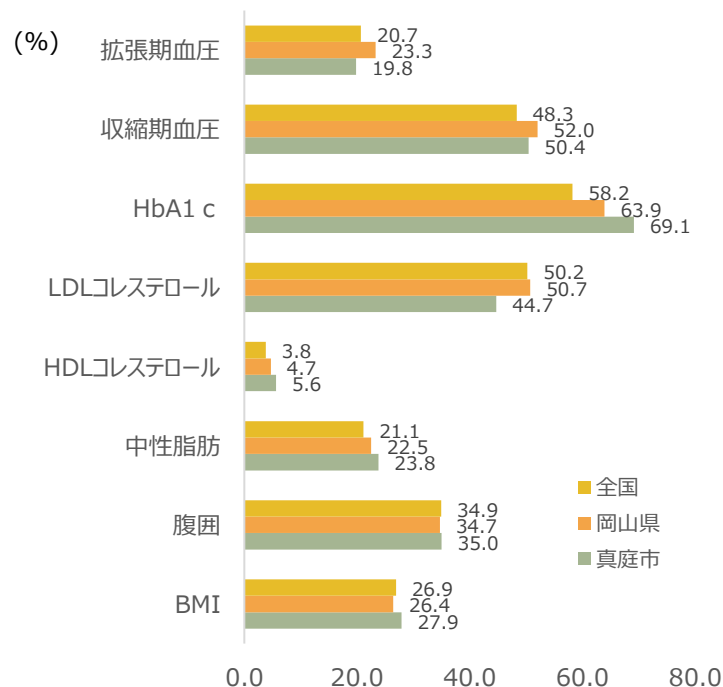


資料: 令和 3 年度特定保健指導利用調査

⑧特定健診結果有所見率

令和 4 年度の特定健診結果による所見では、HbA1c、HDL コレステロール、中性脂肪、腹囲、BMI の 5 項目については、岡山県、全国より高くなっています。

図 3-15 特定健診結果有所見率

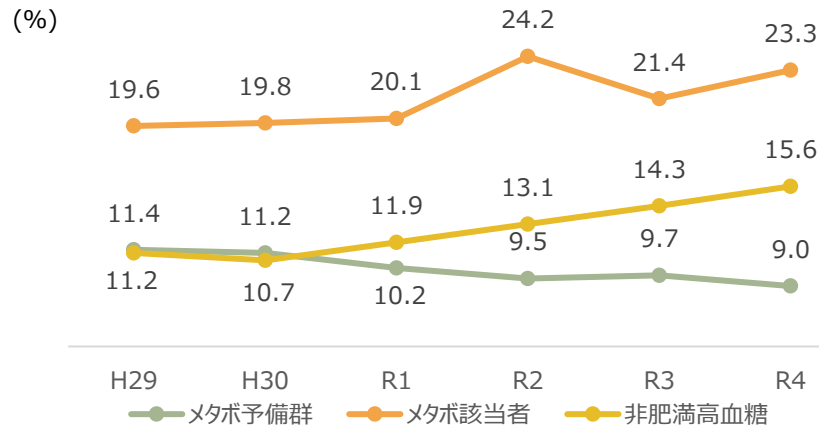


資料: 国保 K D B システム

⑨メタボ予備群非肥満高血糖該当者の割合の推移

特定健診結果によるメタボリックシンドローム基準該当者(以下メタボ該当者)は平成 29 年度から増加していますが、予備群該当者は減少しています。非肥満高血糖該当者の割合が増加しています。

図 3-16 メタボ予備群非肥満高血糖該当者の推移

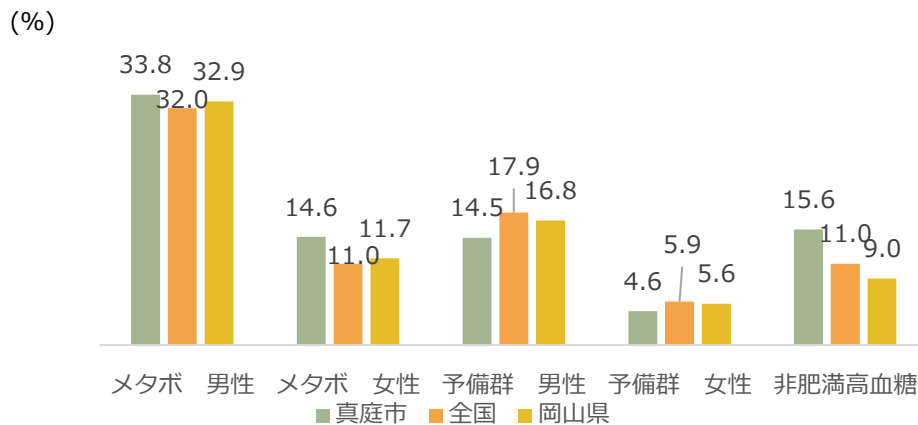


資料：国保 K D B システム

⑩メタボ予備群・非肥満高血糖該当者国県同規模比較

令和 4 年度の特定健診結果では、メタボ該当者、非肥満高血糖の該当者の割合が、全国、岡山県と比較して高い状況です。女性のメタボ該当者が高くなっています。

図 3-17 男女別メタボ予備群非肥満高血糖該当者



資料：国保 K D B システム

⑪特定健診「質問調査票」の状況

令和 4 年度特定健診に伴う質問票の状況では、岡山県と比較すると「高血圧の薬を服用している」「20 歳時体重から 10kg 以上増加」「1 回 30 分以上の運動習慣なし」と回答した人の割合が高く「飲酒しない」と回答した人の割合が低い状況です。令和元年度の本市の状況と比較すると「20 歳時体重から 10kg 以上増加している」という質問については令和元年度の本市の状況より 12 ポイント以上増加しています。

特定健康診査時間診票の状況一覧(令和4年度)

		真庭市	岡山県	真庭市 (R元年度)
服薬	高血圧	43.7	36.1	39.2
	糖尿病	11.8	8.9	10.4
	脂質異常症	31.6	29.0	27.5
既往歴	脳卒中	3.4	3.4	3.1
	心臓病	5.8	5.1	5.5
	腎不全	0.9	0.9	0.7
	貧血	12.0	11.1	10.9
喫煙		11.4	11.2	12.2
20歳時体重から10kg以上増加		47.7	35.6	35.6
1回30分以上の運動習慣なし		66.0	58.6	67.1
1日1時間以上運動なし		52.6	51.5	53.2
歩行速度遅い		57.3	53.4	56.6
咀嚼	なんでも	76.5	79.5	77.6
	かみにくい	22.8	19.8	21.6
	ほとんどかめない	0.8	0.7	0.8
食事速度	食べる速度が速い	25.8	27.1	25.8
	食べる速度が普通	66.8	64.7	66.7
	食べる速度が遅い	7.4	8.2	7.4
週3回以上就寝前夕食		14.1	13.4	14.6
飲食以朝 みや外昼 食物甘の夕 間い間食	毎日	22.1	25.9	21.0
	時々	58.8	55.5	59.0
	ほとんど摂取しない	19.1	18.6	20.0
週3回以上朝食を抜く		5.6	7.7	5.1
飲酒速度	毎日飲酒	28.4	23.9	29.4
	時々飲酒	22.4	18.5	22.3
	飲まない	49.2	57.6	48.2
1日飲酒量	1合未満	70.3	73.7	70.4
	1～2合	20.2	18.2	22.1
	2～3合	7.7	6.4	6.4
	3合以上	1.8	1.6	1.2
睡眠不足		23.9	24.7	22.9
生活改善習慣	改善意欲なし	29.6	27.2	32.2
	改善意欲あり	31.8	30.2	31.9
	改善意欲あるかつ始め	9.7	12.9	11.3
	取り組み済み6カ月未満	9.7	8.7	7.4
	取り組み済み6カ月以上	19.3	21.0	17.2
保健指導利用しない		63.8	62.7	59.5

⑫年代別有所見者の状況

特定健診有所見率の状況を男女別・年齢階層別にみると、HbA1C は、男女差は比較的小さく、年齢が上がるにつれて上昇しています。腹囲は男性が高く、年齢による変動は少ない状況です。収縮期血圧は、男性 60 から 64 歳代が高くなっています。女性は年齢とともに上昇しています。拡張期血圧は男性 60 から 64 歳代が高くなっています。LDL コレステロールは女性 60 歳代が高くなっています。中性脂肪は女性より男性が高く、年代別による差は少ない傾向です。

図 3-18 HbA1c5.6 以上

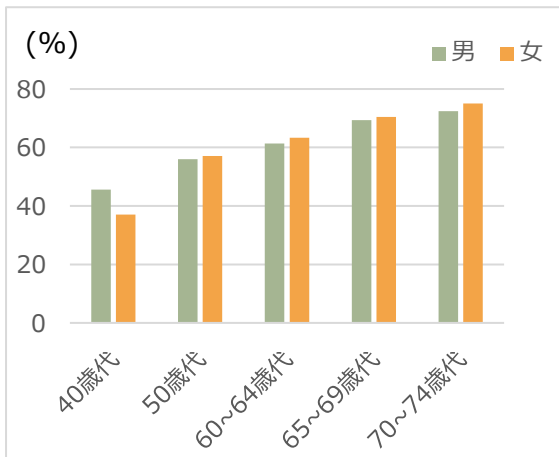


図 3-19 腹囲男性 85cm 以上・女性 90cm 以上

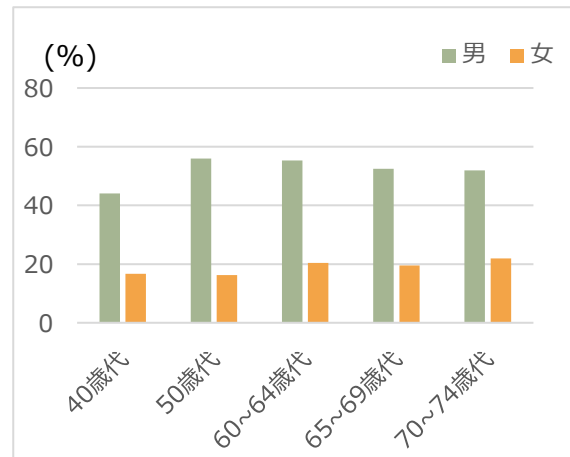


図 3-20 収縮期血圧 130mg 以上

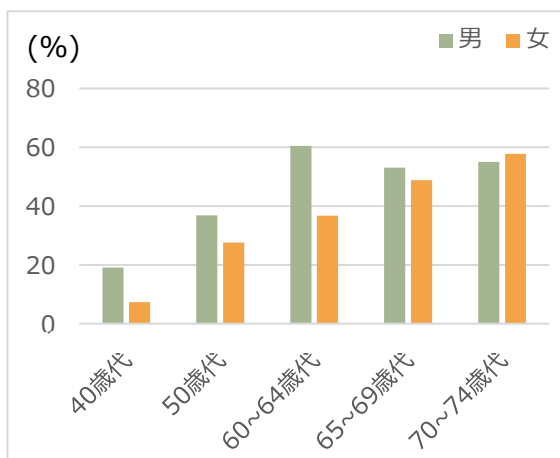


図 3-21 拡張期血圧 85mg 以上

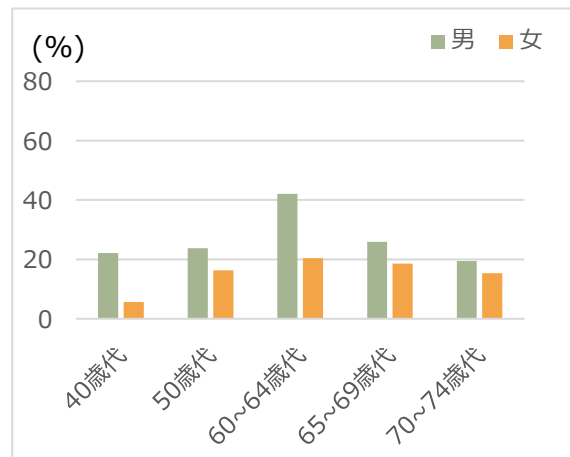


図 3-22 LDL コレステロール

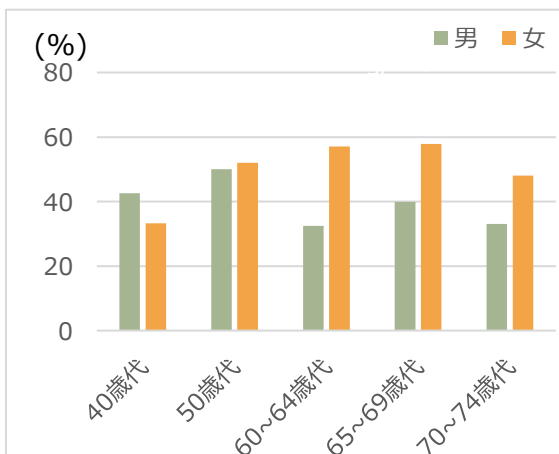
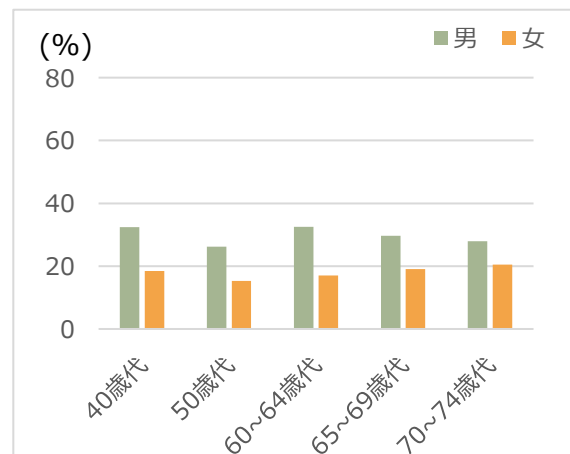


図 3-23 中性脂肪 150mg 以上

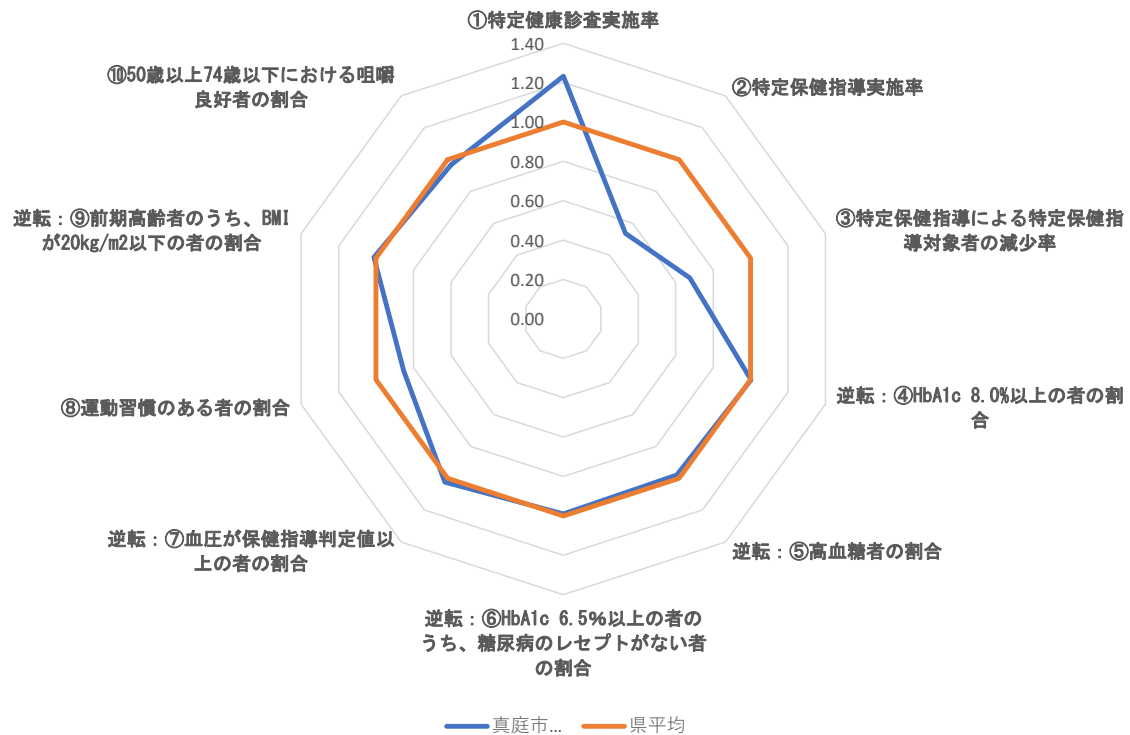


⑬各指標の実績と岡山県平均値との比較

令和４年度の真庭市の各指標値を岡山県平均と比較すると「①特定健診実施率」は高く「⑧運動習慣のある者の割合」が低い状況です。「特定保健指導実施率」、「特定保健指導実施による特定保健指導対象者の減少率」が特に低くなっています。

図 3-24 真庭市の各指標の実績と岡山県平均値との比較

真庭市の各指標値の実績と岡山県平均値との比較



(単位：%)

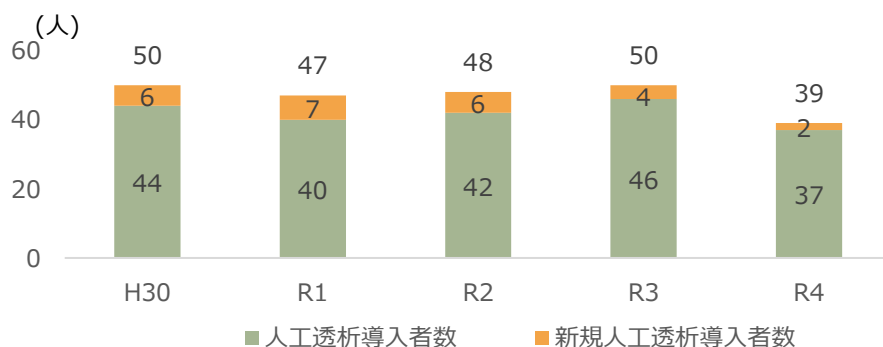
	レーダーチャートの数値		実績値	
	真庭市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	真庭市 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.23	1.00	41.54	33.72
②特定保健指導実施率	0.54	1.00	10.79	20.12
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.67	1.00	14.81	21.95
逆転：④HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.00	1.00	1.02	1.23
逆転：⑤高血糖者の割合	0.98	1.00	11.81	10.05
逆転：⑥HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	0.99	1.00	15.12	14.32
逆転：⑦血圧が保健指導判定値以上の者の割合	1.02	1.00	52.10	53.21
⑧運動習慣のある者の割合	0.85	1.00	34.01	39.90
逆転：⑨前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	1.01	1.00	17.60	18.56
⑩50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	0.97	1.00	76.28	78.78

3. レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

①人工透析導入者の推移

人工透析導入者数は令和 4 年度に減少しており、新規人工透析導入者数は令和 3 年度から減少しています。

図 3-25 人工透析導入者の推移



資料：国保データベース（KDB）システムを活用した保険者向け統計資料

②糖尿病性腎症該当者の推移

特定健診受診者のうち、腎症の病期および糖尿病治療有無の組み合わせごとの対象者の一覧による推移では、健診受診有のうち糖尿病なし及びありの人数は令和 3 年度以降大きく変動はありません。腎症 3 期、2 期の人は減少しています。健診有のうち糖尿病治療なしの人は減少しています。

●健診受診者からの把握

	(人)				
	H30	R1	R2	R3	R4
健診対象者	7,512	7,358	7,292	7,140	6,678
健診受診者	2,720	2,738	2,801	2,584	2,567
健診有のうち糖尿病なし	2,147	2,147	2,173	2,000	1,987
健診有のうち糖尿病あり	573	591	628	584	580
腎症 4 期	3	3	5	2	3
腎症 4 期のうち治療あり	3	3	5	2	3
腎症 4 期のうち治療なし	0	0	0	0	0
腎症 3 期	61	55	45	53	42
腎症 3 期のうち治療あり	56	50	41	49	40
腎症 3 期のうち治療なし	5	5	4	4	2
腎症 2 期	495	512	568	529	402
腎症 2 期のうち治療あり	470	481	521	493	372
腎症 2 期のうち治療なし	25	31	47	36	30

●健診未受診、レセプトデータからの把握

令和 4 年度の健診が未受診で、糖尿病に該当するレセプトが発生している人 (人)

	H30	R1	R2	R3	R4
レセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名があるもの	1,513	1,196	1,149	1,180	1,090
健診未受診治療なし	118	82	65	50	57

資料：国保データベース（KDB）システムを活用した保険者向け統計資料

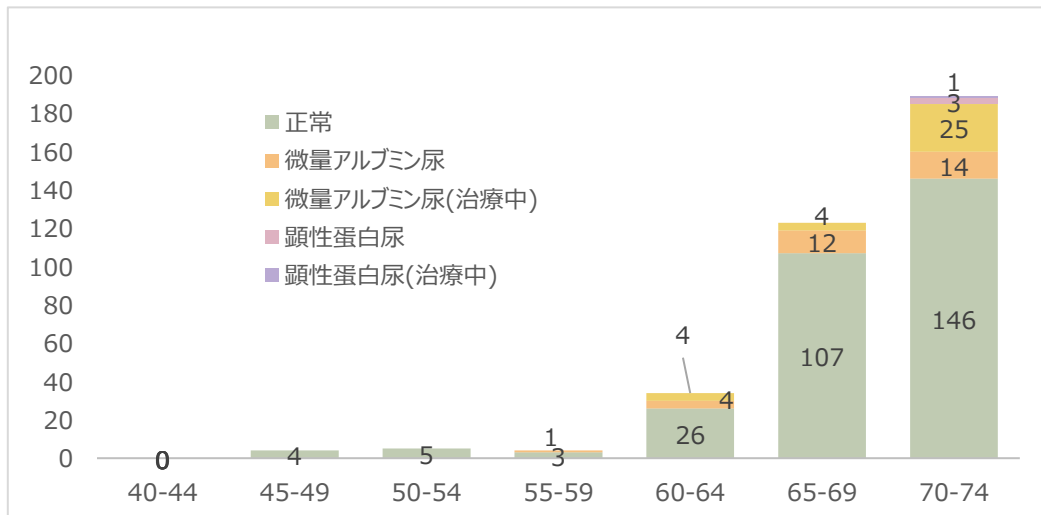
③微量アルブミン尿検査事業検査結果の推移

微量アルブミン尿検査受診率は 50 から 60%を推移しています。検査結果は受診者の 8 割が正常でした。

	R2	R3	R4
対象者(人)	349	546	632
受診者(人)	223	307	359
正常	187	251	291
受診勧奨	19	30	31
受診勧奨（治療中）	16	23	33
顕性蛋白尿(要治療)	1	0	3
顕性蛋白尿（治療中）	0	3	1
受診率(%)	63.9	56.2	56.8

④微量アルブミン尿検査結果の内訳

令和 4 年度微量アルブミン尿検査の実施状況では 65 歳以上の受診者が多く、59 歳以下では対象者が少なく受診が少ない状況です。70 歳以上の年代では 25 人が微量アルブミン治療中でした。



資料：微量アルブミン尿検査事業実施結果

⑤受診者の改善状況

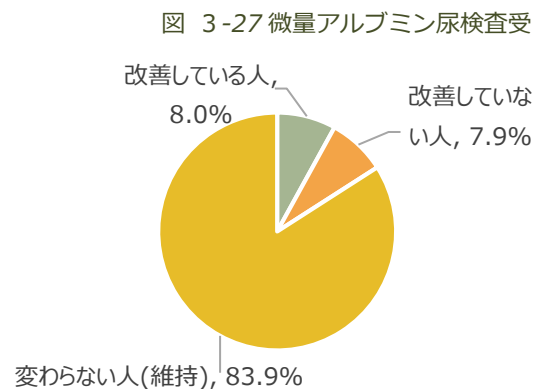
令和 2 年度から令和 4 年度に続けて検査を受診している人の、検査結果の改善状況では、結果が変わらない人(維持)が 83.9%、改善している人が 8.0%、改善していない人が 7.9% でした。

※判定基準（アルブミン/クレアチニン比）

改善している人…「受診勧奨→正常」の
ように結果が改善している人

改善していない人…「正常→受診勧奨」の
ように結果が改善していない人

変わらない人(維持) 「正常→正常」の
ように結果が変わらない人



資料：微量アルブミン尿検査事業実施結果

第4章 健康課題と対策・目標

1. 健康課題の抽出

	分析結果	健康課題	該当頁
医療費情報から見る分析	<医療費の概況> 総医療費は令和元年度を除き、41 億円台で推移していますが、一人当たり医療費は平成 30 年度から令和 4 年度にかけて増加し、令和 2 年度に一時低下したものの令和 3 年度から再び増加に転じています。	被保険者数の減少に伴い、総医療費は減少傾向にあります。一方、一人当たり医療費は新型コロナウイルス感染症が流行した令和 2 年度を除き増加していることから、引き続き被保険者の健康保持増進及び医療費適正化を目的とした対策が必要です。	8
	年代別被保険者一人当たり医療費は 14 歳以降年齢とともに増加し、50 歳、70 歳から特に高くなっています。	医療受診が少ない 50 歳代以下の若い年代から健康に関心を持ち、健康管理を行うことが必要です。	9
	<標準化死亡比、生活習慣病に関する疾病の医療費の状況> 主要死因別標準化死亡比では死因として心不全の割合が全国、岡山県と比較して高い状況です。 また高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)が医療費の高い疾病となっています。	高血圧症、脳血管疾患及び心血管疾患のような生活習慣病への対策を継続していくことが必要です。 後期高齢者医療に移行する場合にも切れ目ない支援が必要です。	5 10
実施結果、特定健康診査・特定保健指導情報から見る分析	<特定健診の状況> 特定健診受診率は年々上昇していますが、伸び率は低く、目標値に及ばない状況です。	特定健診受診率を向上させ、より多くの被保険者の健康リスクを把握することが必要です。	11
	年代別受診率では 59 歳以下の男性、49 歳以下の女性の受診率が 30%に達していない状況です。	若年層に対しての受診勧奨や 40 歳以前の健康診査の実施について取り組むことが必要です。	11
	地域別受診率では平成 28 年度以降 7 地域中 4 地域で受診率が上昇しています。	地域の健康ボランティアである愛育委員を中心に健診の啓発を行います。	12
	健診未受診者のうち 36.8%の人が治療中です。受診者のうち 4.7%の人が市への健診結果の提供により健診を受診したとみなされた人です。	レセプト分析等のデータにより対象者を抽出し、健診結果の提供を依頼し結果提供を受けることでデータの把握し受診率向上を図ります。	12
	<特定保健指導の状況> 特定保健指導実施率は 9%から 10%代を推移しています。令和 4 年度は 10.8%へ上昇しているものの、岡山県平均と比較して低い状況です。また特定保健指導対象者の減少率も岡山県の平均より低い状況です。	特定保健指導終了率を向上させ、より多くの被保険者の生活習慣の改善を促すことが必要です。	13

	保健指導未利用者へのアンケートで「自分で取り組みたい」という回答が 35.2%、「時間が合えば取り組みたい」という回答が 23.9%で実施体制の検討が必要です。	引き続き市内の医療機関による保健指導、個別訪問での保健指導を実施します。また新たに ICT を活用した保健指導を取り入れ保健指導の機会を増やすことで利用率向上に繋がります。	13
	＜健診結果による所見の状況＞ HbA1c、HDL コレステロール、中性脂肪、腹囲、BMI については、岡山県、全国より高くなっています。	該当者が特定保健指導を利用し、生活改善を促す取り組みが必要です。また受診勧奨判定値を超えた対象者に医療機関受診を促す取り組みを継続して実施することが重要です。	14
	＜特定健診「質問調査票」の状況＞ 20 歳時体重から 10kg 以上増加している人、1 回 30 分以上の運動習慣のない人が岡山県と比較して多くなっています。	地域や関係団体と連携して、市民が健康に関心を持ち、健診受診、運動へのきっかけづくりや継続に繋がる取組が必要です。新たにデジタルインセンティブの取り組みを実施し、運動の習慣化、生活習慣の改善、受診率向上を図ることが必要です。	15
保健事業に関する分析	＜糖尿病性腎症対象者の推移＞ 糖尿病性腎症の該当者は減少していますが、糖尿病は医療費の高い疾病となっています。	糖尿病予防・重症化予防対策として実施している未治療中断者への医療受診勧奨や微量アルブミン尿検査事業を継続して実施することが必要です。	9 10 18
	＜重複・多剤投薬者の状況＞ 重複、多剤処方数は増加していく傾向にあります。ジェネリック医薬品の利用は増加傾向です。	重複する検査や投薬、多量の投薬により体に悪影響を与えてしまう心配があります。また、医療費の増大も招くため、重複受診者・重複投薬者・多剤投与者を減らすための対策が必要です。	10

2. 健康課題への対策

本市国民健康保険被保険者の状況を分析すると、平均寿命は全国や岡山県と変わらないものの、前期高齢者の割合が高く、医療の高度化も伴い、一人当たり年間医療費は増加傾向にあります。

また、医療費の中で大きな割合を生活習慣病が占めており、各種データから得られた結果より、生活習慣病の予防を図ることや、生活習慣病の各種疾病を重症化させないことが医療費の伸びの抑制に資すると確認できました。生活習慣を改善し特定健康診査の受診、健診体制を良好に保つことが被保険者一人ひとりの生活の質の向上になり、さらには医療費適正化につながることを認識しました。前データヘルス計画期間中は、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率について目標を達成することができませんでしたが、引き続き生活習慣の改善、特定健診の受診勧奨、特定保健指導の利用率向上により生活習慣病の発症及び重症化予防を目指します。

本市の第 3 期データヘルス計画は次のとおり目標を定めることとします。

【1】生活習慣病の対策

【2】生活習慣病等重症化予防対策

【3】適正受診対策

3. 事業実施の内容

事業名・実施		概要	目標		関連する事業
			事業実施量 (アウトプット)	結果 (アウトカム)	
特定健康診査					
特定健康診査	継続	国民健康保険に加入している40歳から74歳の人を対象に市内の委託医療機関において健康診査を実施	対象者全員 7,300人 受診者数 1,600人/年	計画に定める 受診率の達成	【1】
人間ドック	継続	国民健康保険に加入している40歳から74歳の人を対象とした人間ドックを希望者に市内の委託医療機関において実施	1,200人/年		【1】
特定健康診査 未受診者受診 勧奨	継続	対象者抽出、ハガキによる勧奨 (委託)	5,000人/年		【1】
情報提供	継続	医療機関、職場健診、JA厚生連からの健診結果を提供	200人/年		【1】
40歳以下の健康診査	新規	実施内容を検討する	-	-	【1】
特定保健指導					
特定保健指導	継続	特定保健指導対象者へ積極的支援、動機付け支援を実施。	対象者 280人 実施者数 30人/年	計画に定める 受診率の達成	【1】
未利用者勧奨	継続	封書による利用勧奨、 電話による利用勧奨(委託)	100名/年		【1】
ICTによる保健指導	新規	内容を検討し実施(委託)	-		【1】
糖尿病対策					
微量アルブミン尿検査	継続	糖尿病性腎症の早期発見早期治療のための検査を実施	対象者 500人/年	受診率 60%	【2】
未治療・中断者医療受診勧奨	継続	糖尿病治療を中断している人、健診結果が糖尿病基準に該当している未治療の人への医療受診勧奨	対象者 30人	勧奨後の受診率	【2】
重症化予防指導	継続	保健指導プログラムの利用勧奨	-	-	【2】
医療機関受診勧奨	継続	血糖、血圧、中性脂肪の健診結果が異常値の人へ医療機関の受	50人/年	勧奨後の受診率	【2】

		診を勧奨する文書、啓発パンフレット送付、保健指導の実施			
がん検診					
がん検診と健診の同時実施	継続	人間ドック、健診と同時実施の広報	-	-	【1】 【2】
歯科検診	新規	実施内容を検討する	-	-	
重複多剤服薬対策	継続	基準検討(委託)	300件/年1回	基準検討	【3】
後発医薬品推進	継続	ジェネリック医薬品へ切り替えた場合の軽減額の通知を送付 ジェネリック希望シールを保険証に同封し配布	対象者へ通知 150件/年3回	ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)80%	【3】
医療費通知	継続	被保険者に自身の医療費を把握してもらうため、総医療費を記載した通知を送付	2回/年	-	【3】
健康づくり・インセンティブ	新規	市民ポイントまにこいのヘルスケア機能を構築し、健康行動(健診受診、健康イベント参加、歩数、運動習慣)に対してインセンティブを付与する	R6年度から実施	-	【1】
高齢者保健・介護予防と保健事業一体的事業	新規	介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。	R6年度から実施	-	



4. 個別の保健事業

事業番号	1	事業名称	特定健診未受診者対策
------	---	------	------------

事業の目的	特定健康診査受診率の向上により、早期発見・治療につなげます。毎年特定健康診査を受診して自分の数値を確認することを啓発していきます。若年層の受診率の向上を目指します。
対象者	40歳以上74歳未満の被保険者及び40歳未満の被保険者
現在までの事業結果	特定健診は、その後の特定保健指導や保健事業の起点となることから、ナッジ理論を活用した未受診者への個別勧奨、治療中の人を対象とした健診結果の提供依頼等の受診率向上のための取組を進めており、受診率は平成28年度以降、少しずつ上昇しています。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定実績	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	特定健診受診率	41.5%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率指標)	情報提供件数	143件	150件	160件	170件	180件	190件	200件
アウトプット (実施量・率指標)	人間ドック件数	1,237件	1,230件	1,200件	1,200件	1,200件	1,200件	1,200件

目標を達成するための主な戦略	健診受診勧奨事業の委託、人間ドック実施、若い世代から健診への意識を高めるための40歳未満を対象とした健診の実施体制について検討します。
現在までの実施方法 (プロセス)	特定健診受診勧奨事業は外部委託により、データ分析による対象者抽出をし、個別具体的なメッセージを記載したハガキを送付しました。みなし健診対象者把握のため情報提供依頼様式を該当者に送付しました。人間ドックの実施、健診とがん検診の同時実施をすすめました。その他、市の発行する健診、がん検診等に関する情報を記載した健康ガイドブックを作成し愛育委員が戸別配布することによる受診勧奨、広報紙掲載、告知放送、窓口職員の啓発ポロシャツ着用による広報を行いました。
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	特定健診受診勧奨事業は引き続き外部委託により実施し、データ分析により、対象者の特性に合わせたハガキを作成し送付します。また治療中を理由に未受診となっている対象者に対し、健診情報提供依頼を送付します。健診、人間ドックについてあらゆる媒体を活用した広報を行います。若年層の健康意識の向上と健診等の実施率向上のための周知・啓発を行います。
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	市民課において実施し、受診勧奨ハガキの作成、送付は委託により実施します。
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	現在の実施体制の継続と、事業担当者及び健康推進課の連携を充実させます。
評価計画	受診率の目標値は、中間評価時に見直し、国の定める目標値に近付けるよう検討します。

事業番号	2	事業名称	特定保健指導利用勧奨事業
------	---	------	--------------

事業の目的	健康寿命の延伸・医療費の適正化に向けて、特定健診の結果、生活習慣病リスクがある人に対して特定保健指導を実施します。 特定保健指導の利用勧奨電話の実施や勧奨通知、ICTを活用した特定保健指導の実施体制の構築などで特定保健指導終了率の向上を図ります。
対象者	特定健診の結果により特定保健指導に該当した人、特定保健指導未利用者
現在までの事業結果	特定保健指導は利用率が低く、県平均と比較しても低い状況にあります。利用率は低調に推移しています。令和2年度から未利用者勧奨事業として、対象者を抽出して電話勧奨を実施しました。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定実績	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	特定保健指導実施率	10.8%	15.0%	18.0%	21.0%	24.0%	27.0%	30.0%
アウトプット (実施量・率指標)	利用勧奨件数	100件	100件	100件	100件	100件	100件	100件

目標を達成するための主な戦略	特定保健指導の利用勧奨資材や勧奨通知の送付、電話による勧奨、ICTを活用した特定保健指導機関を実施して指導の機会を広げることで、特定保健指導終了率の向上を図ります。 真庭市医師会、真庭保健所と連携して利用しやすい体制、質の担保について検討します。
現在までの実施方法 (プロセス)	令和2年度から未利用者勧奨事業として、対象者約50名に電話にて勧奨を実施。令和3年度250人、令和4年度100人を委託によるに電話、訪問による利用勧奨を行いました。令和4年度からは電話勧奨の前に市から利用勧奨に関する文書を送付し、送付後1週間程度から委託事業所が電話による利用勧奨を行い、未利用理由などの聞き取りをしました。令和4年度の電話による利用勧奨対象者100人のうち49人は利用しないという回答で、32人は電話が不通で、不通の場合は委託事業所が随時訪問しました。
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	利用者に対しての、電話、文書、訪問による利用勧奨を引き続き実施します。電話に出ない人が多く、対象者に事前に委託している事業所から利用状況を確認するための電話がある旨を文書で通知し、随時訪問などを実施します。また利用勧奨を行った際に把握した未利用理由や医療機関へのアンケートなどをもとに、利用しやすい体制、質の担保に向けて改善できるよう検討します。
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	市民課において実施し、利用勧奨事業は委託により電話や訪問により実施しました。
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	現在の実施体制の継続し、事業担当者及び健康推進課の連携により充実させます。現在契約している市内医療機関、事業所のほかに保健指導委託機関(ICT対応)を活用し、より利用しやすい体制を整備します。
評価計画	実施率の目標値は、中間評価時に見直します。

事業番号	3	事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業
事業の目的	糖尿病治療中断者・未治療者の人へ治療確認、健診結果から該当した人に実施する微量アルブミン尿検査、糖尿病性腎症重症化予防保健指導により、腎不全、人工透析への移行を防止し、健康寿命の延伸と高額な医療費の発生を抑制します。		
対象者	ア 糖尿病治療中断者・未治療者 イ 特定健診の結果から次の基準に該当した人(HbA1cの値が6.0%以上、収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧80mmHg以上、尿たんぱくが(－)または(±) ウ レセプトデータより、Ⅱ型糖尿病性腎症の病期が2期または3期の人、 ①HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上 ②尿たんぱく＋以上③血清クレアチニン検査を行っている場合はGFR30 (ml/分/1.73m ²) 未満※ ①及び②又は③に該当する人		
現在までの事業結果	ア 糖尿病治療中断者・未治療者数は減少傾向。 イ 微量アルブミン尿検査受診率は50%以上で推移しています。 ウ 利用実績なし。		

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定実績	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	新規人工透析導入者(人)	2	策定時より減少	策定時より減少	策定時より減少	策定時より減少	策定時より減少	策定時より減少
アウトプット (実施量・率指標)	治療状況確認回答率	34.2%	35.0%	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率指標)	微量アルブミン検査受診率	57.6%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	60.0%

目標を達成するための主な戦略	糖尿病未治療、治療中断者への治療状況確認及び受診勧奨、微量アルブミン尿検査事業を継続して実施することにより、糖尿病や高血圧などのリスクのある人の腎障害進展早期発見、治療開始につなげます。糖尿病性腎症重症化予防保健指導により末期腎不全への進展を予防します。		
現在までの実施方法 (プロセス)	ア 特定健診の結果またはレセプト情報から糖尿病の未治療もしくは治療中断と思われる人に治療状況を確認するアンケートの実施、リーフレットによる情報提供を行います。改善しない人には担当地域の保健師が電話、訪問などを行いました。 イ 一度検査の対象となった人には毎年受診券を送付して微量アルブミン尿検査を実施しました。 ウ 対象者のうち同意を得られた人に糖尿病治療専門医療機関で保健指導を実施しました。		
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	ア、イの未治療中断者、検査結果が改善しない人には専門職による働きかけを行います。 ウすでに治療中の対象者は、同意を得て糖尿病治療専門医療機関につなげる方法について検討が必要です。		
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	ア 糖尿病治療中断者・未治療対象者の状況を、担当者がレセプト、アンケートの回答有無等で確認し、担当地域の保健師が訪問、電話等しました。 イ 微量アルブミン尿検査事業では、市から受診券を対象者に送付し、対象者が受診後、医療機関から市へ報告のあった検査結果をもとに、対象者に通知しました。 ウ 保健指導については、基準に該当する人で同意を得られた人に糖尿病治療専門医療機関で保健指導を実施する体制を整備しました。		
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	現在の実施体制の継続と、事業担当者及び健康推進課の連携を充実させます。		
評価計画	ア 糖尿病治療中断・未治療者数については国保連合会(国保KDB システムを活用した保険者向け統計資料等)により提供されるCKD対象者一覧を活用し、該当者数を毎年確認します。 イ 微量アルブミン尿検査は、対象者数を前年度の健診結果、受診者数を医療機関からの検査結果報告により把握します。 ウ 保健指導利用者数により把握します。		

事業番号	4	事業名称	医療機関受診勧奨
------	---	------	----------

事業の目的	循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指し、未受診者を医療機関受診、治療につなげ重症化を予防します。
対象者	前年度特定健康診査及び国保人間ドック等の健診結果により、下記の基準に該当する人で、治療のために医療機関を受診していない人 ア 血糖高値 HbA1c値が6.5以上 イ 血圧高値 収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上 ウ 脂質異常値 LDLコレステロール180mg/dL以上または中性脂肪500以上
現在までの事業結果	令和2年度から上記対象者に対し、受診勧奨を促す通知を発送しました。 令和4年度発送者数 ア 5人 イ 28人 ウ 36人

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定実績	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	医療機関受診率	63.9%	65.0%	65.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率指標)	通知送付数	43人	50人	50人	50人	50人	50人	50人

目標を達成するための主な戦略	医療機関の受診を促す通知、リーフレットを送付し、受診が確認できない人に訪問・電話等により受診勧奨を行います。 前年度特定健康診査及び国保人間ドック等の健診結果により ・収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上、 ・LDLコレステロール180mg/dL以上 ・中性脂肪500以上 ・HbA1c値が6.5以上
現在までの実施方法 (プロセス)	対象者に医療機関の受診を促す通知、リーフレットを送付し、受診が確認できない人に訪問・電話等により指導を実施しました。
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	受診勧奨の時期を早めに実施し、リーフレットの内容や健診結果の内容を記載し、なぜ受診が必要か対象者が理解できるものとするよう検討します。
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	事業担当者、地区担当保健師、かかりつけ医と連携します。
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	現在の実施体制の継続と、事業担当者及び健康推進課の連携を充実させます。
評価計画	必要な人が医療機関を受診し、さらに必要な治療を受けたことを確認するため、通知送付後3か月を目途にレセプトにより受診状況を確認します。

事業番号	5	事業名称	適正受診勧奨事業
事業の目的	ジェネリック医薬品個別差額通知や、重複・頻回受診者、多剤投与者等への適正受診勧奨を通じて、医療費の適正化および健康被害の防止を図ります。		
対象者	ア 重複・頻回受診対策事業(主な対象者) ・ 重複投薬者:同一月に同一薬効の医薬品を複数機関から処方されている人。 ・ 多剤投与者:同一月に薬剤を複数機関から一定数処方されている人。 イ ジェネリック医薬品普及促進事業 ・ ジェネリック医薬品へ変更した場合の自己負担額に一定額以上の差額が出る人。		
現在までの事業結果	ア 重複・頻回受診対策事業 令和2年度から令和4年度は特に重複する薬剤が多い数名に、通知の送付、保健師の訪問指導を行いました。 イ ジェネリック医薬品普及促進事業 平成26年度からジェネリック医薬品個別差額通知発送を開始しました。 被保険者証更新時や新規交付時にジェネリック希望シールを配布しています。		

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定実績	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	ア 通知後の改善割合	未実施	策定時より 上昇	策定時より 上昇	策定時より 上昇	策定時より 上昇	策定時より 上昇	策定時より 上昇
アウトプット (実施量・率指標)	イ 後発医薬品普及率	78.2%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率指標)	通知数	300件	300件	300件	300件	300件	300件	300件

目標を達成するための 主な戦略	ア 令和6年度から外部委託により実施し、実施に当たっては抽出基準や実施方法などを真庭市医師会、真庭市薬剤師会と情報連携します。 イ ジェネリック医薬品個別差額通知の送付業務を岡山県国民健康保険団体連合会に委託して実施します。		
現在までの実施方法 (プロセス)	ア 多くの医療機関から重複する薬剤が処方されている重複投薬者を抽出し、適正な受診を促す通知を送付し健康被害のリスクの高い対象者へは保健師による保健指導を実施しました。 イ ジェネリック医薬品普及促進事業 国保連合会に対象者の抽出、はがき印字発送を委託し、切り替えにより自己負担額に一定額以上の差額が出る人へジェネリック医薬品個別差額通知を送付しました。		
今後の実施方法(プロセス)の改善案、 目標	ア 令和6年度から対象者抽出、通知作成送付を外部委託し、対象者を拡大して実施します。基準の設定や実施方法については真庭市医師会、真庭市薬剤師会と協議し実施します。 イ 引き続き、岡山県国民健康保険団体連合会に委託し、年3回実施します。		
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	ア 担当者が対象者の服薬状況をKDBシステム介入支援で抽出し、服薬状況を確認して特に重複している薬剤の多い人(5医療機関以上)を抽出し、1ヵ月に処方された薬剤の一覧を記載した文書と服薬状況のお問合せ票を作成し送付しました。服薬情報は担当地域の保健師に情報共有し、保健師が訪問、お問合せ票に記載されている項目を確認し保健指導を行いました。 イ 岡山県国民健康保険団体連合会に、ジェネリック医薬品個別差額通知対象者の抽出、印字発送を委託し実施しました。		
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、 目標	現在の実施体制の継続及び通知書作成送付と送付に伴う指導業務は外部委託により実施します。事業担当者及び健康推進課の連携を充実させます。		
評価計画	ア 通知後の改善割合を外部委託によるデータ分析で実施します。 イ 国保連合会から提供のあるジェネリック差額通知統計資料を用いて評価します。		

第5章 特定健康診査等の実施(第4期特定健康診査等実施計画)

平成20年度から、全ての保険者に特定健診・特定保健指導が義務化されました。これは高齢者の医療の確保に関する法律に基づくものです。40歳から74歳の被保険者を対象に、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となり得るメタボリックシンドロームに着目し、その減少を目的に、特定健康診査の結果をもとに特定保健指導を行います。

特定健康診査等実施計画は第4期より、データヘルス計画に含めるものとします。

1. 目標値

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実施率（受診率）60%以上、特定保健指導実施率60%以上、特定保健指導対象者の減少率（平成25年度比）25%以上を達成することとしています。本市においては、現状の実績値を踏まえ、実現の可能性を考慮し、各年度の目標値を設定します。

各年度の目標値

	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R11 (国基準)
特定健康診査 受診率(%)	45	46	47	48	49	50	60以上
特定保健指導 実施率(%)	15	18	21	24	27	30	60以上

2. 対象者推計

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み、特定保健指導の対象者数及び利用者数の見込みについて、受診率・実施率の目標値より算出しました。

(2) 特定健診等の対象者数

区分	R6	R7	R8	R9	R10	R11
想定対象者数	6,760	6,225	5,677	5,206	4,759	4,366
想定受診者数	3,042	2,864	2,668	2,499	2,332	2,183

(3) 特定保健指導の対象者数

区分		R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数		304	286	267	250	233	218
目標実施者数		46	52	56	60	63	65
実施	積極的支援	9	10	11	11	12	12
内訳	動機付け支援	37	42	45	49	51	53

3.実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

実施年度中に 40 歳以上 75 歳未満になる被保険者で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者。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除きます。

②実施方法

ア 実施場所

市内医療機関(市医師会に属する実施を受託した医療機関)

※外部委託者の選定に当たっての考え方として、実施機関は、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 16 条第 1 項の規定（平成 25 年厚生労働省告示第 92 号）を満たしていることとします。

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、真庭市が対象者全員に実施する「追加項目」、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

ウ 国保人間ドック

真庭市国保の保健事業として市が委託する医療機関で実施する人間ドックを受診した場合は、特定健診を受診したものとみなします。

③実施項目

■基本的な健診項目

基本項目	問診	服薬歴、既往歴、生活習慣(喫煙習慣含む。)の状況に係る標準的な質問票、自覚症状
	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、HbA1C、やむを得ない場合には随時血糖
	尿検査	尿糖、尿蛋白
	血清クレアチニン検査	eGFR による腎機能の評価を含む
追加項目	心電図検査	12 誘導心電図
	貧血検査	赤血球数・ヘマトクリット値・血色素量等
	眼底検査	（医師が必要と判断した場合に実施）

■ 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

眼底検査

貧血検査(貧血検査（赤血球数・ヘマトクリット値・血色素量等）)

④実施時期

5月から翌年3月31日まで

⑤周知案内の方法

4月下旬に受診券、質問票、受診案内、医療機関名簿を対象者全員に送付します。また、告知放送、広報紙ホームページ等による健康診査の案内及び周知をします。健診の結果通知は医療機関が受診者に対して行います。

(2) 特定保健指導の実施

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抽出した者。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除きます。なお、65歳以上の者については動機付け支援のみ実施します。

■特定保健指導対象者の選定基準

腹囲	追加リスク	※④喫煙歴	対象	
	※①血圧②脂質③血糖		4歳～64歳	65歳～74歳
男性 85cm 以上 女性 90cm 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 BMI 25kg/m ² 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	—		

※血圧、脂質、血糖の基準値については次のように告示されています。

- ① 血圧収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上
- ② 脂質中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血糖空腹時血糖 110mg/dl 以上又は HbA1c (NGSP) 5.6%以上
- ④ 喫煙歴

②実施方法

ア 実施場所

市内の実施医療機関、市が委託する保健指導実施機関

※外部委託者の選定に当たっての考え方として、実施機関は、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定（平成25年厚生労働省告示第92号）を満たしていることとします。

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します。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ます。具体的指標の提示、オンラインで

の保健指導及び健診実施後の早期初回面接の導入により、保健指導の質の向上や機会獲得を図ることで、効果的・効率的な実施に努めるものとします。

■ 動機づけ支援

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、対象者の状況に応じた指導や情報提供等を行います。
支援形態	初回面接による支援のみの原則 1 回とします。 ○初回面接 一人あたり 20 分以上の個別支援（ICT 含む）、または 1 グループあたりおおむね 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みられたかどうかを評価します。面接または通信手段を利用して行います。

■ 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、具体的かつ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します。 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・継続的に支援します。					
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います。 ○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います。					
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）も併用して評価します。 アウトカム評価 <table><tr><td>主要達成目標</td><td>・ 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</td></tr><tr><td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td><td>・ 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）</td></tr></table>		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）
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）					

	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

健診を受診した年の5月から翌年8月まで

一部医療機関においては、健診実施時または結果説明時に、初回面接を実施します。

エ 案内方法

対象者に特定保健指導利用券を発送します。

③実施スケジュール

実施項目		当年度												次年度				
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
特定健康診査	対象者抽出	⇄																
	受診券送付	⇄																
	特定健康診査実施	←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→					
	国保人間ドック実施	←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→					
	未受診者勧奨						⇄		⇄									
特定保健指導	対象者抽出		←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→					
	利用券送付		←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→					
	特定保健指導実施	←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	未利用者利用勧奨				←	→	→	→	→	→	→	→	→					
	前年度の評価								←	→								
次年度の計画											←	→						

第6章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

毎年度、保健事業の推進について実績数値をとりまとめ、動向分析を行います。とりまとめた数値等は、計画の年次目標の達成状況として、計画の評価を実施します。計画期間の中間時点で進捗状況の確認と中間評価を行います。また、状況変化等により、計画期間中に見直しが必要と判断された場合には、随時、進捗状況の確認と評価を行い、必要に応じて計画を修正します。計画期間の最終年度（令和11年度(2029年度)）においては、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況を調査して総合的にデータ分析を行い、計画の評価を行います。評価の結果は、計画内容（目標値の設定、取り組むべき事業等）の見直し、次期計画策定の参考とします。

2. データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、市ホームページに掲載し公表します。また、関係団体へ配布し周知します。

3. 個人情報の取扱い

本事業における健康診査及び健康情報等の取り扱いについては、個人情報の保護に十分配慮し、「個人情報の保護に関する法律」「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」「真庭市個人情報保護条例」「真庭市情報セキュリティポリシー」に基づき管理します。

4. 地域包括ケアに係る取組

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般をささえるために直面する課題等について論議する地域包括ケア担当課が主催する会議等に、国保保険者として参画をします。

また、KDBデータ等を活用して、ハイリスク群・予備群等のターゲット層を地域別・性別・年齢階層別等に着目して抽出し、後期高齢者医療・介護保険・健康づくり部門等と連携した、地域で被保険者を支える保健事業の検討を行い実施します。

事業の実施に際しては、一体的なポピュレーションアプローチの実施、国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行する際に健診や医療データを活用した切れ目のない支援を実施します。

5. その他留意事項

事業の実施に際しては、関係機関との連携を図りながら実施します。