

春日井市国民健康保険 保健事業実施計画

(2024年度～2029年度)

2024年（令和6年）3月
春日井市

第1章	計画策定について	
	1 計画の趣旨	1
	2 計画期間	2
	3 実施体制・関係者連携	2
第2章	春日井市の現状	
	1 地域の特性	3
	2 国民健康保険の特性	4
	3 平均寿命と健康寿命	5
	4 介護保険の状況	6
	5 死亡の状況	8
	6 過去の取り組みの考察	11
第3章	健康・医療情報等の分析	
	1 医療費の基礎集計	15
	2 中分類による疾病別医療費統計	17
	3 生活習慣病疾病別医療費等の状況	20
	4 人工透析に係る分析	21
	5 服薬に係る分析	24
	6 後期高齢者の要介護度別 医療費上位5疾病	25
	7 特定健康診査データによる分析	26
	8 ジェネリック医薬品普及率に係る分析	39
第4章	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	41
	2 健康課題を解決するための個別の保健事業	43
第5章	特定健康診査等の取り組み	
	1 目標	53
	2 実施方法	54
第6章	その他	
	1 計画の評価及び見直し	60
	2 計画の公表・周知	60
	3 個人情報の取扱い	60
	4 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	61
	5 用語解説	62

第1章 計画策定について

1 計画の趣旨

(1) 背景・目的

厚生労働省は、2014（平成26）年3月に「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第308号）」を改正し、「各保険者は、医療・健康情報を活用し、P D C Aサイクルに沿った保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、事業の実施・評価・改善等を行うもの」としました。

第2期データヘルス計画の期間中では、新型コロナウイルス感染症の大流行により、国民の価値観や生活様式が大きく変化しました。医療機関への受診控えや健診控え、事業の中止など計画の推進に一時的な滞りがありましたが、この経験をきっかけとして、現在は、新たな保健事業の在り方が求められるなど、大きな転換期にあります。

春日井市国民健康保険においては、こうした過去の取り組みの課題・背景を踏まえ、被保険者の健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、保健事業を効果的かつ効率的に推進するために、「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」の2計画を統合し、「春日井市国民健康保険保健事業実施計画」を策定します。

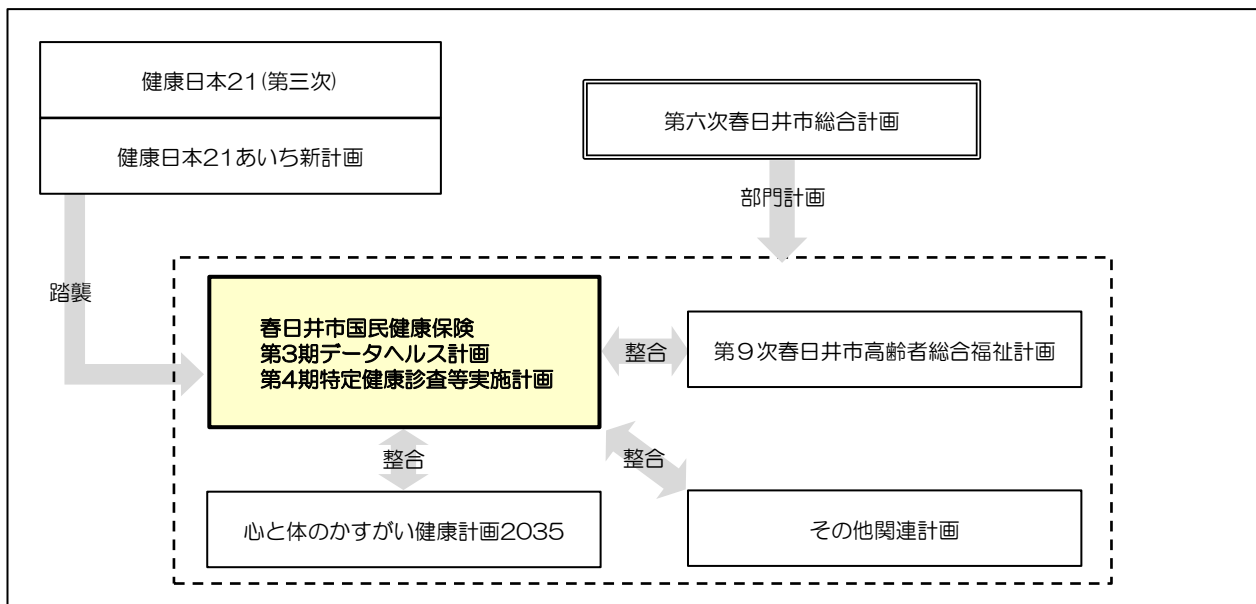
表1 計画書の構成

	目 的	根 拠 法 令
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、P D C A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)
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、特定健診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

(2) 計画の位置づけ

「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」（以下「本計画」という。）は、国の「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」や愛知県の「健康日本21あいち新計画」に示された基本方針を踏まえ、「第六次春日井市総合計画」を上位計画とし、「心と体のかすがい健康計画2035」及び「第9次春日井市高齢者総合福祉計画」の評価指標を用いる等、関係する計画と整合を図るものとします。

図1 計画の位置づけ



2 計画期間

本計画の期間は、関係する計画との整合を踏まえ、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までの6年間とし、2026（令和8）年度に中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

3 実施体制・関係者連携

本市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、県、保健所、国民健康保険団体連合会や保健事業・支援評価委員会等の関係機関の協力を得て、国保担当部局が主体となって行います。

また、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場として、国民健康保険運営協議会等の支援体制を強化し、被保険者自身が当事者意識を持って主体的かつ積極的に取り組める体制を整備しながら事業を運営します。

第2章 春日井市の現状

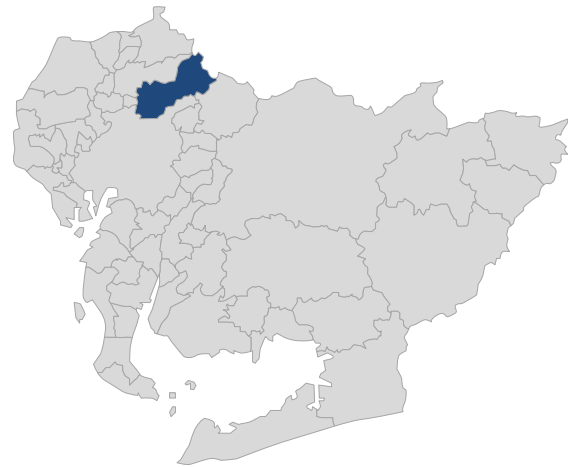
1 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

本市は、名古屋市の中心部から約15km圏に位置し、愛知県では名古屋市、小牧市、犬山市、瀬戸市、西春日井郡豊山町の4市1町と、岐阜県では多治見市と隣接しています。

また、県営名古屋空港や鉄道・道路などの利便性の高い交通網と快適な都市基盤を備え、豊かな自然に恵まれた街であり、住宅都市として発展してきました。

面積 92.78km²
東西 15.7km、南北13.7km

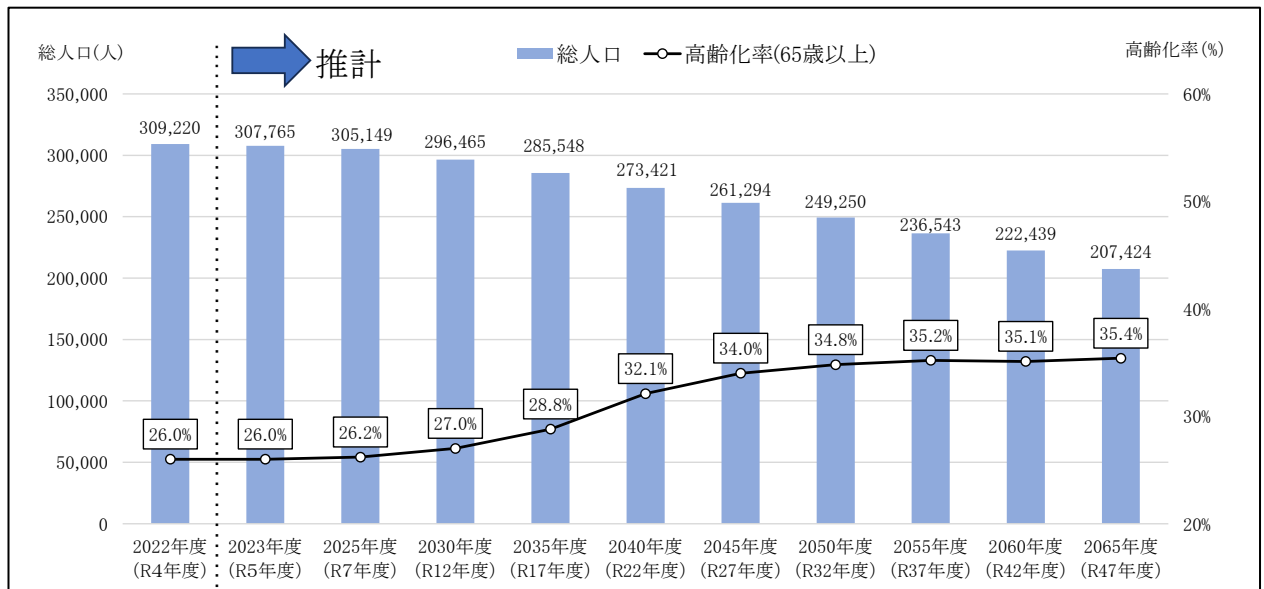


(2) 本市の人口構成

「第9次春日井市高齢者総合福祉計画」によると、本市では、2023（令和5）年度の高齢化率は26.0%となっています。

今後の推計では、2045（令和27）年度まで高齢化率は増加するものの、その後、2065（令和47）年度までは横ばいで推移すると予測されています。

図2 総人口と高齢化率の推移と推計



出典:「第9次春日井市高齢者総合福祉計画」

2 国民健康保険の特性

(1) 被保険者の状況

表2は、本市の2023（令和5）年4月における人口構成概要を示したものです。高齢化率は26.2%となっています。また、国民健康保険被保険者数は53,795人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は17.7%です。国民健康保険被保険者平均年齢は53.1歳です。

表2 人口構成概要 2023（令和5）年度

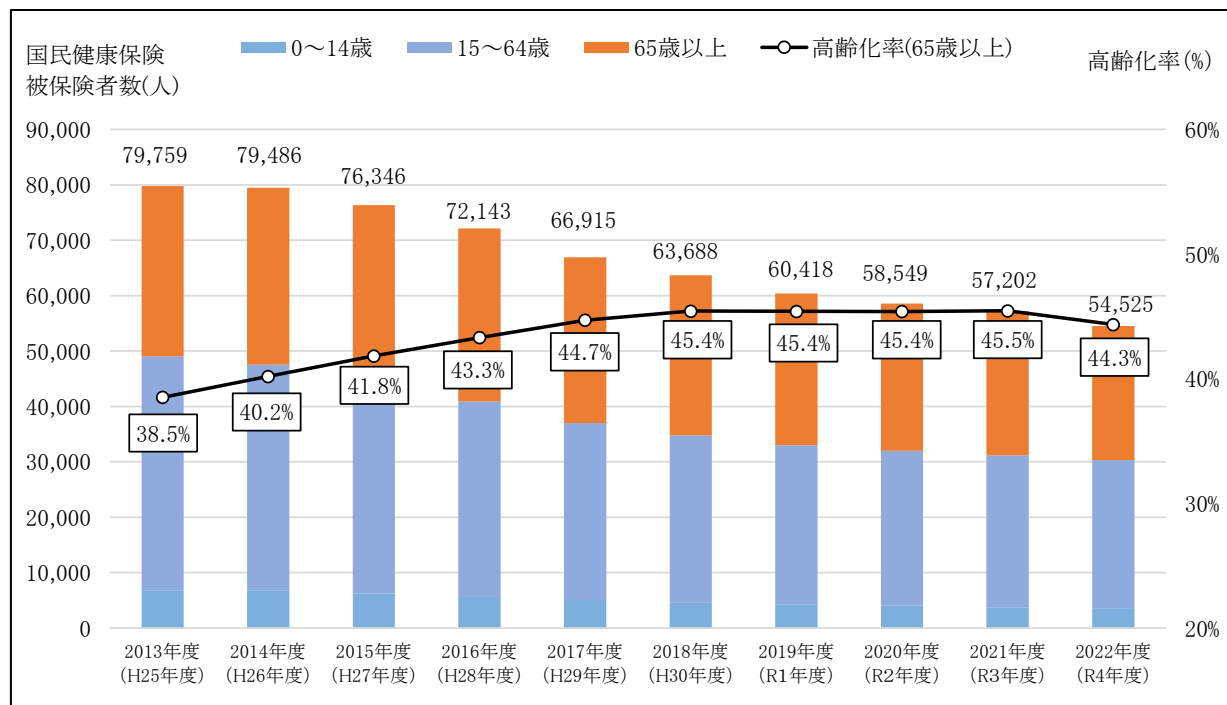
区分	人口総数 (人)	高齢化率 (65歳以上) (%)	国保 被保険者数 (人)	国保 加入率 (%)	国保 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)
春日井市	303,435	26.2	53,795	17.7	53.1	7.9	9.1
県	7,340,958	25.4	1,343,540	18.3	53.0	7.6	9.6

※「県」は愛知県を指す。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」令和5年4月現在

本市の被保険者及び高齢化率（65歳以上）の推移について、被保険者数は減少傾向にある一方、高齢化率は2018（平成30）年度以降横ばいで推移しています。

図3 被保険者数及び高齢化率の推移



出典:厚生労働省「国民健康保険実態調査」(各年度9月30日現在)

3 平均寿命と健康寿命

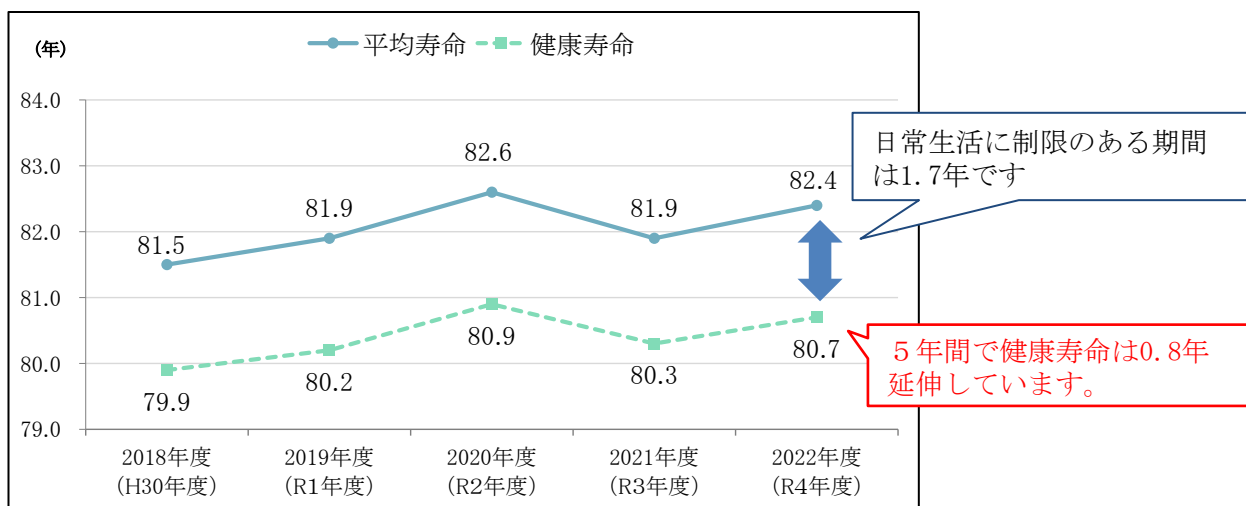
図4・5は、2018（平成30）年度から2022（令和4）年度における平均寿命と健康寿命の状況を示したものです。

本計画の健康寿命とは、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある期間を意味します。

本市の男性の健康寿命は、2018（平成30）年度から2022（令和4）年度に0.8年延伸しています。2022（令和4）年度の平均寿命は、82.4年、健康寿命は80.7年で、日常生活に制限のある期間は1.7年となっています。

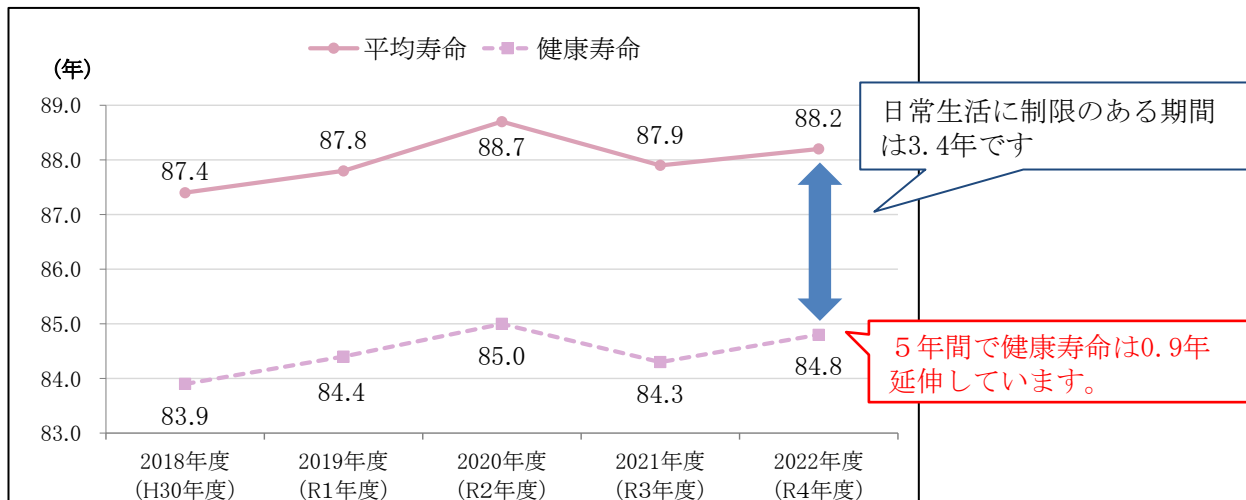
同様に、女性の健康寿命は、2018（平成30）年度から2022（令和4）年度に0.9年延伸しています。2022（令和4）年度の平均寿命は、88.2年、健康寿命は84.8年で、日常生活に制限のある期間は3.4年となっています。

図4 年度別 平均寿命と健康寿命（男性）



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図5 年度別 平均寿命と健康寿命（女性）



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4 介護保険の状況

(1) 要介護認定状況

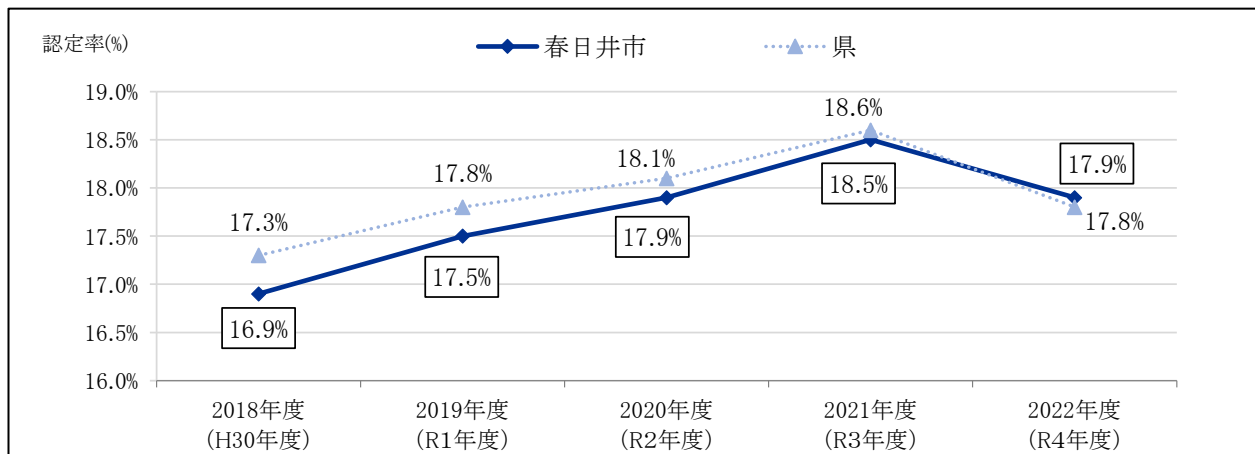
図6は、要介護認定率を年度別に示したものです。

2022（令和4）年度要介護認定率17.9%は2018（平成30）年度16.9%より1.0ポイント増加しています。

2018（平成30）年度から2021（令和3）年度までは本市の方が県よりも低くなっていましたが、2022（令和4）年度は本市の方が県より高くなっています。

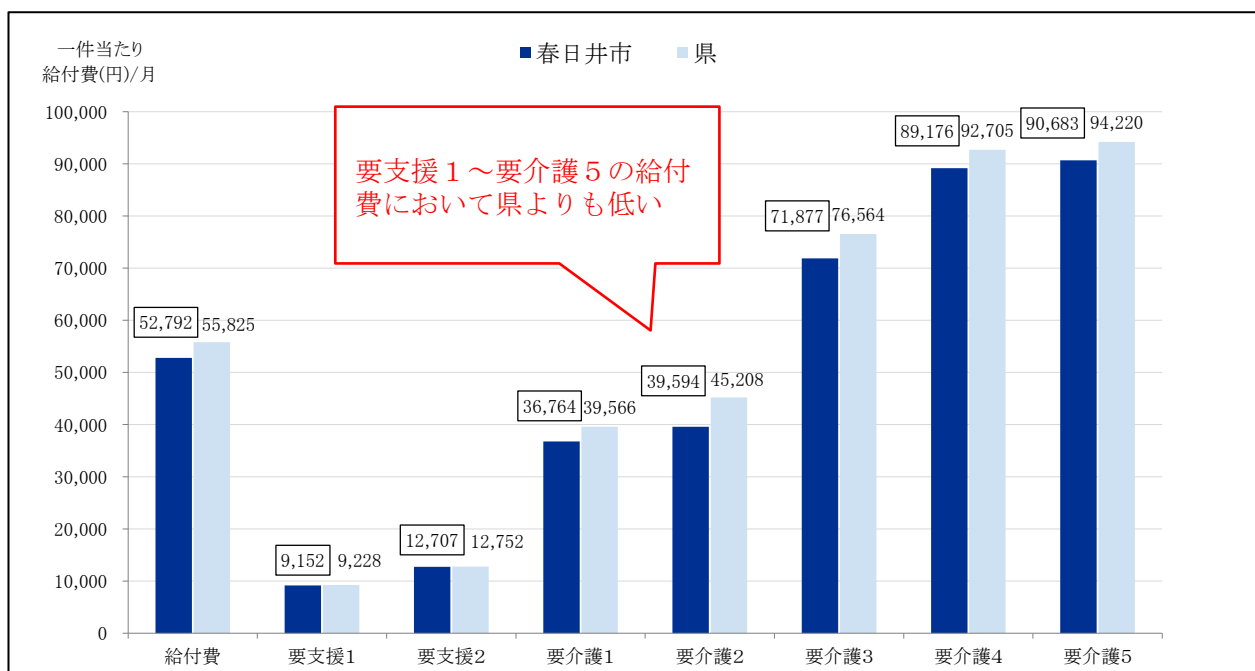
図7は、2022（令和4）年度における給付費の状況を示したものです。一件当たり給付費は要支援1で9,152円、要介護5で90,683円となっており、本市の方が県よりも低くなっています。

図6 年度別 要介護認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図7 要介護認定別一件当たり給付費 2022（令和4）年度

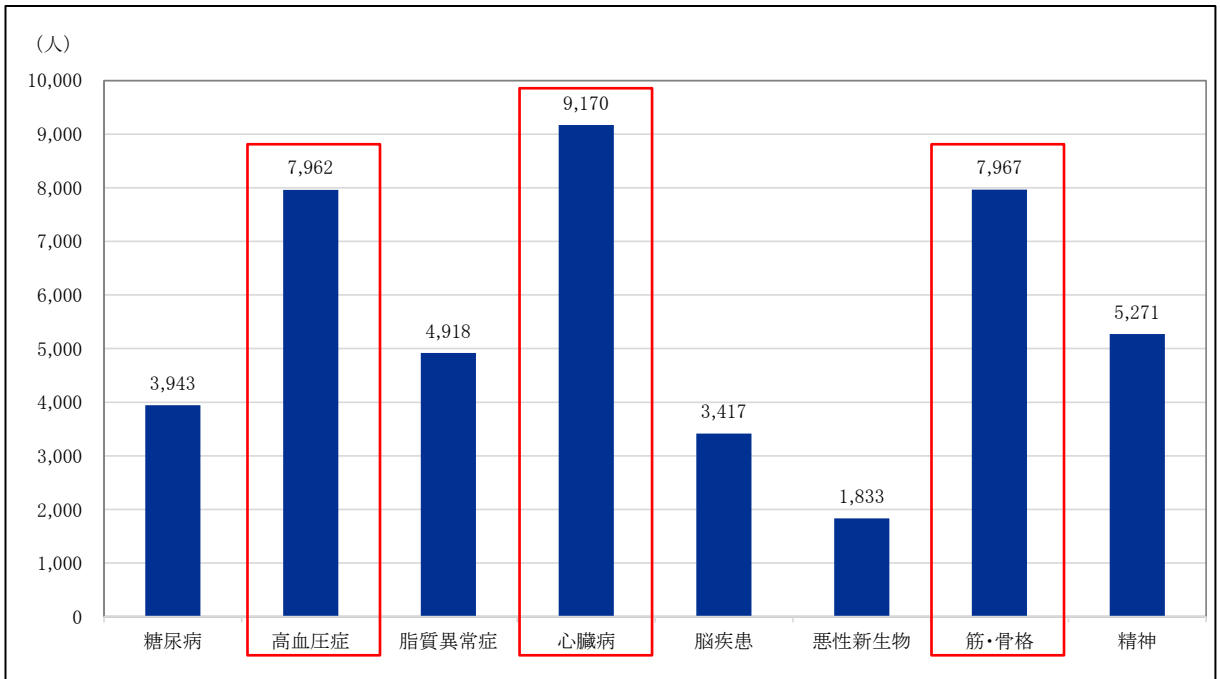


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護認定者の疾病別有病状況

2022（令和4）年度における、要介護認定者数について、多い順に、心臓病9,170人、筋・骨格7,967人、高血圧症7,962人となっています。

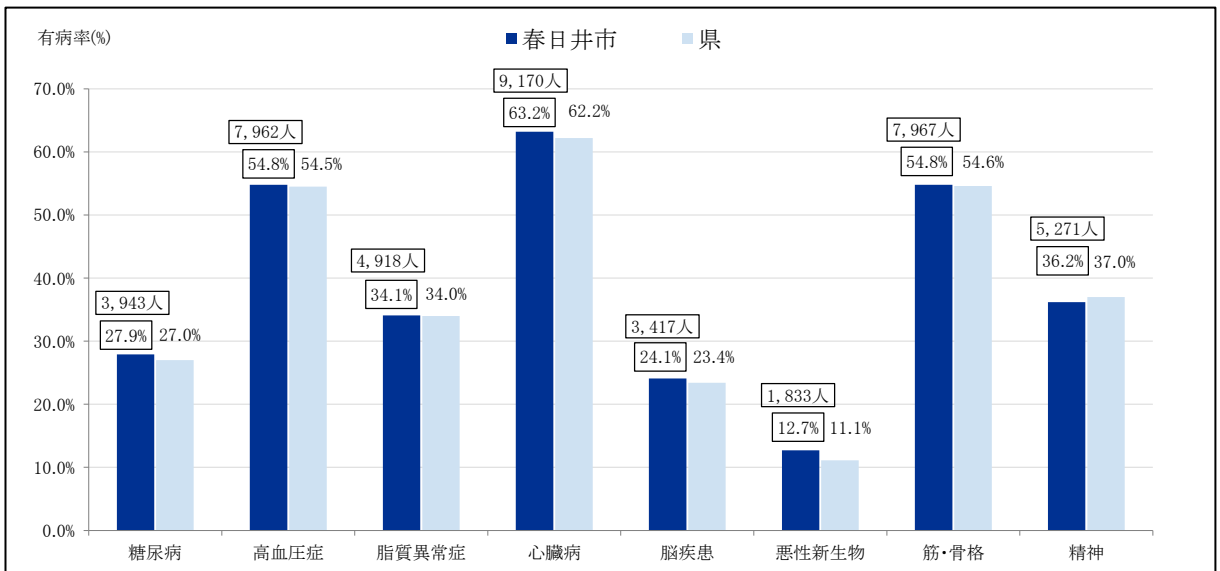
図8 要介護認定者数 2022(令和4)年度



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護認定者の疾病別有病率を県と比較すると、県とほぼ同じ割合であることが分かります。

図9 要介護認定者の疾病別有病率 2022(令和4)年度



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

5 死亡の状況

2022（令和4）年度における、標準化死亡比について、男性、女性ともに県と比較すると低くなっています。

表3 男女別 標準化死亡比 2022（令和4）年度

	春日井市	県	国
男性	95.6	98.8	100.0
女性	98.0	102.9	100.0

出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

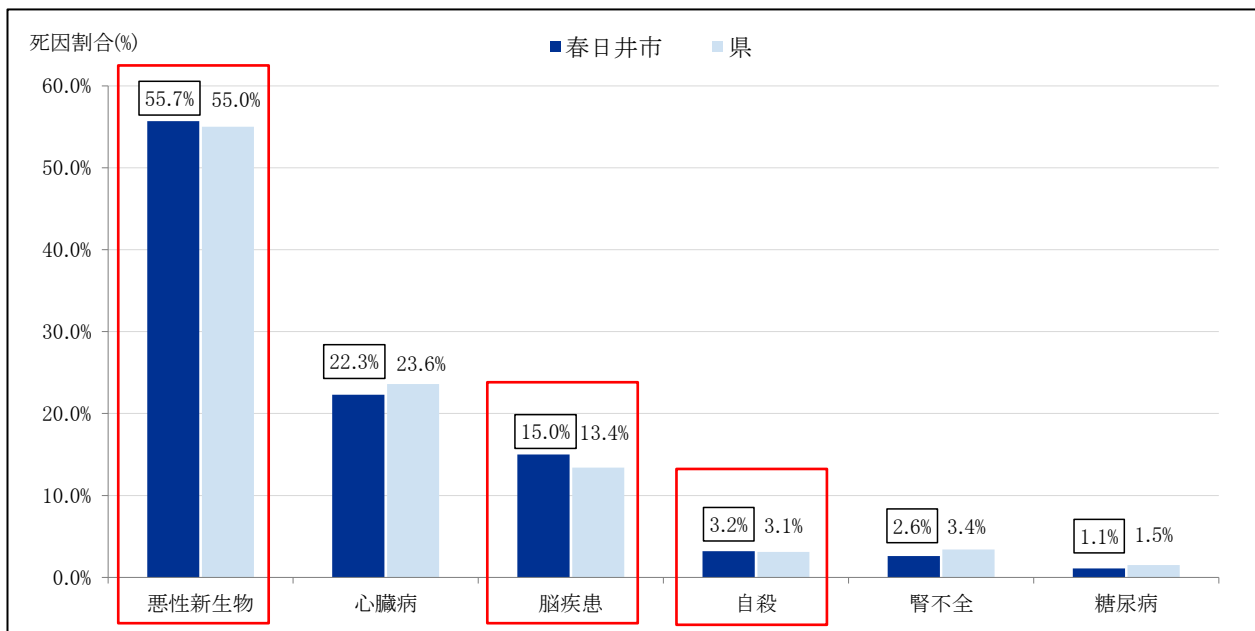
【標準化死亡比とは】

年齢の差を補正して死亡率を計算し、全国平均を100に換算したものです。100より高ければ年齢構成の差を考慮しても全国平均より死亡率が高いといえます。

主たる死因の割合について、悪性新生物が55.7%と一番高くなっています。続いて、心臓病22.3%、脳疾患15.0%となっています。

県と比較すると、悪性新生物、脳疾患、自殺が高くなっています。

図10 主たる死因の割合 2022（令和4）年度



出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

2018（平成30）年度から2022（令和4）年度における、死因となる疾病について、悪性新生物の割合が最も高いですが、死因割合は少しずつ減少傾向です。

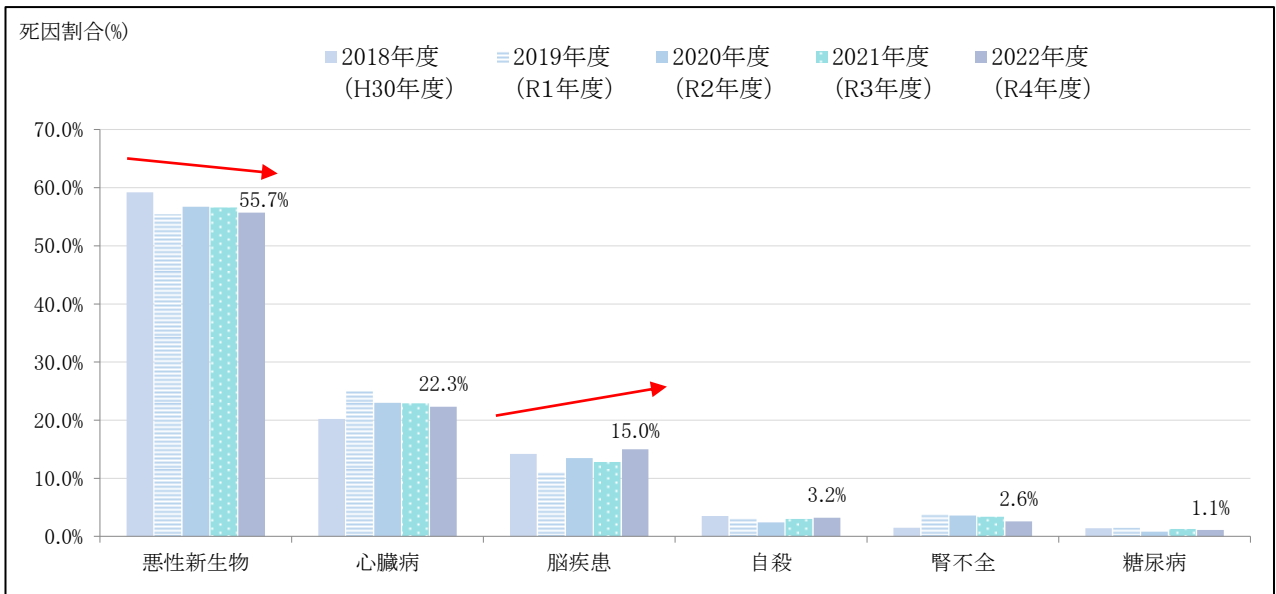
逆に脳疾患の割合は、2018（平成30）年度14.2%から2022（令和4）年度15.0%となり、増加傾向となっています。

表4 年度別 主たる死因の状況

疾病項目	春日井市									
	人数(人)					割合(%)				
	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)
悪性新生物	775	757	767	800	783	59.2%	55.4%	56.7%	56.6%	55.7%
心臓病	265	341	311	324	313	20.2%	25.0%	23.0%	22.9%	22.3%
脳疾患	186	152	183	181	211	14.2%	11.1%	13.5%	12.8%	15.0%
自殺	46	43	32	42	45	3.5%	3.1%	2.4%	3.0%	3.2%
腎不全	19	52	49	48	37	1.5%	3.8%	3.6%	3.4%	2.6%
糖尿病	18	21	11	18	16	1.4%	1.5%	0.8%	1.3%	1.1%
合計	1,309	1,366	1,353	1,413	1,405					

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図11 年度別 主たる死因の割合



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6 過去の取り組みの考察

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。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容	
特定健康診査	2018年度 (平成30年度) ↳ 2023年度 (令和5年度)	特定健康診査の目的を周知し、受診率の向上を図る。	メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査の実施	
特定健康診査の周知・啓発			市のホームページやイベント等での周知・啓発	
未受診者への受診勧奨			はがき等による受診勧奨	
健診結果の提供依頼			他機関での健診結果の提供を依頼	
特定保健指導			メタボリックシンドロームの減少を目的に特定保健指導を実施	
未利用者への利用勧奨			電話やはがき等による利用勧奨	
糖尿病の発病及び重症化予防 (糖尿病性腎症重症化予防)			医療機関への受診勧奨を行い、糖尿病の発病及び重症化を予防する。	リーフレット等の個別通知・電話等による保健指導、国保健康講座等の案内通知

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 2017年度 (平成29年度)	目標値 2023年度 (令和5年度)	達成状況 2022年度 (令和4年度)
対象者に特定健診の案内を送付した割合 (案内の送付者数/対象者数) ×100	100%	100%	100%
特定健診受診率 (法定報告)	35.5%	50.0%	34.8%
イベントでの啓発回数	年5回	年2回以上	年2回
特定健診受診率 (法定報告)	35.5%	50.0%	34.8%
受診勧奨を行った割合 (実施者数/対象者数×100)	1.1%	70.0%	76.9%
①受診勧奨した人の受診率 (受診者数/実施者数×100)	①15.8%	①20.0%	①19.0%
②特定健診受診率 (法定報告)	②35.5%	②50.0%	②34.8%
結果の提供を行った割合 (提供依頼者数/対象者数×100)	100%	100%	100%
特定健診受診率 (法定報告)	35.5%	50.0%	34.8%
①対象者に特定保健指導利用券を送付した割合 (利用券送付者数/対象者数) ×100	①100%	①100%	①100%
②特定保健指導実施率 (法定報告)	②18.4%	②40.0%	②21.1%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (法定報告)	19.4%	20.0%	17.0%
利用勧奨を行った割合 (実施者数/対象者数×100)	100%	70.0%	68.6%
①利用勧奨した人の受診率 (利用者数/通話者数×100)	①5.0%	①20.0%	①25.3%
②特定保健指導実施率 (法定報告)	②18.4%	②40.0%	②21.1%
①個別通知を行った割合 (送付者数/実施者数×100)	①100%	①100%	①100%
②電話等で保健指導を行った割合 (実施者数/対象者数×100)	②-	②60.0%	②42.0%
①医療機関への受診率 (受診した人数/医療の受診勧奨者数×100)	①43.1%	①50.0%	①24.0%
②次年度の健診結果が改善した人の割合 (改善者数/医療の受診勧奨者数×100)	②23.6%	②20.0%	②41.2%

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
高血圧症の発病及び重症化予防	2018年度 (平成30年度) }\n2023年度 (令和5年度)	医療機関への受診勧奨を行い、高血圧の発病及び重症化を予防する。	リーフレット等の個別通知や国保健康講座等の案内通知
重複受診及び重複服薬者への訪問指導		健康保持と医療費の適正化を図る。	レセプト情報等から対象者を選定訪問による受診及び服薬状況の把握や健康相談及び保健指導
ジェネリック医薬品の普及		被保険者の自己負担の軽減と医療費の適正化を図る。	ジェネリック医薬品の差額通知の送付
国保健康講座		生活習慣病予防や重症化予防の必要性等、健康や医療に関する知識の普及、啓発を図る。	講座の案内通知 医師や保健師等による講座
がん検診等の受診啓発		特定健診受診券と各種がん検診受診券を一緒に送付し、受診を促すとともに、健康に対する意識の向上を図る。	特定健診受診券と各種がん検診受診券を統一受診券として一緒に送付 がん検診担当課と連携し、受診啓発を実施

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 2017年度 (平成29年度)	目標値 2023年度 (令和5年度)	達成状況 2022年度 (令和4年度)
個別通知を行った割合 (送付者数/対象者数×100)	100%	100%	100%
①医療機関への受診率 (受診した人数/医療の受診勧奨者数×100)	①48.6%	①50.0%	①39.1%
②次年度の健診結果が改善した人の割合 (改善者数/医療の受診勧奨者数×100)	②23.6%	②20.0%	②46.8%
対象者への訪問をした割合 (訪問者数/対象者数×100)	-	80.0%	100%
訪問をした人の改善率 (条件が改善した人数/訪問者数×100)	-	50.0%	0%
個別通知を行った割合 (送付者数/対象者数×100)	100%	100%	100%
ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	74.8%	80.0%	85.3%
①講座の案内通知を行った割合 (送付者数/対象者数×100)	①100%	①100%	①100%
②国保健康講座の参加者の割合 (参加者数/定員人数×100)	②48.3%	②70.0%	②60.0%
①参加者の理解度(アンケート調査で効果を判定)	①71.0%	①80.0%	①93.0%
②生活習慣を改善しようと思った人の割合	②64.7%	②80.0%	②100%
③受講者の次年度の健診受診率	③76.3%	③80.0%	③84.6%
イベントでの啓発回数	年5回	年2回以上	年1回
特定健診受診率(法定報告)	35.5%	50.0%	34.8%

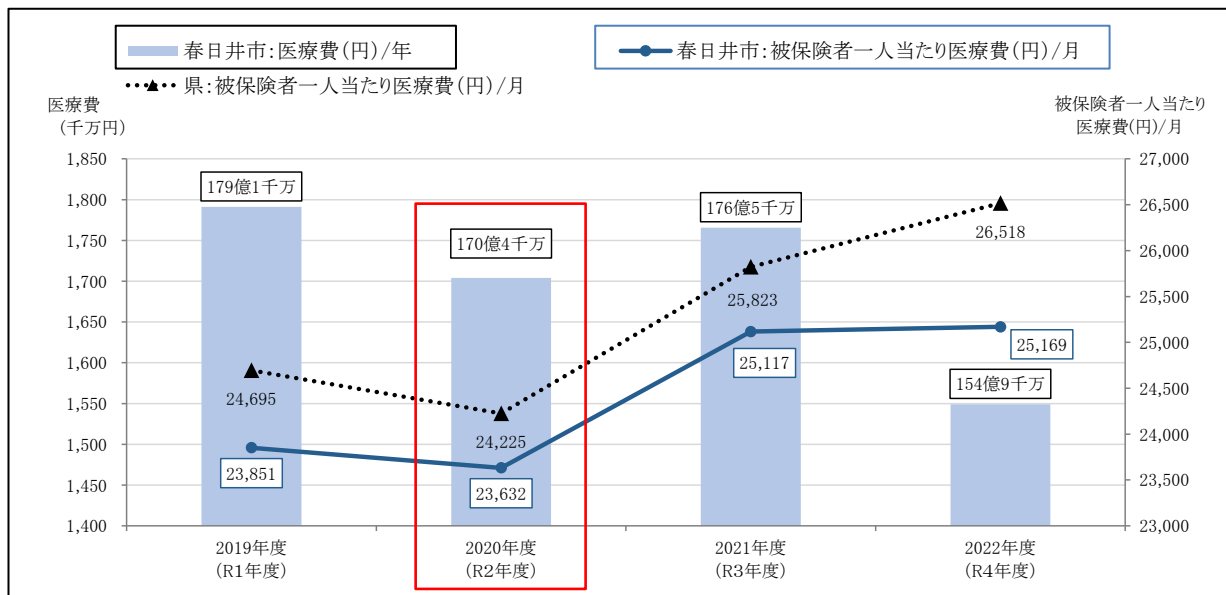
第3章 健康・医療情報等の分析

1 医療費の基礎集計

本市の医療費の状況を示したものです。

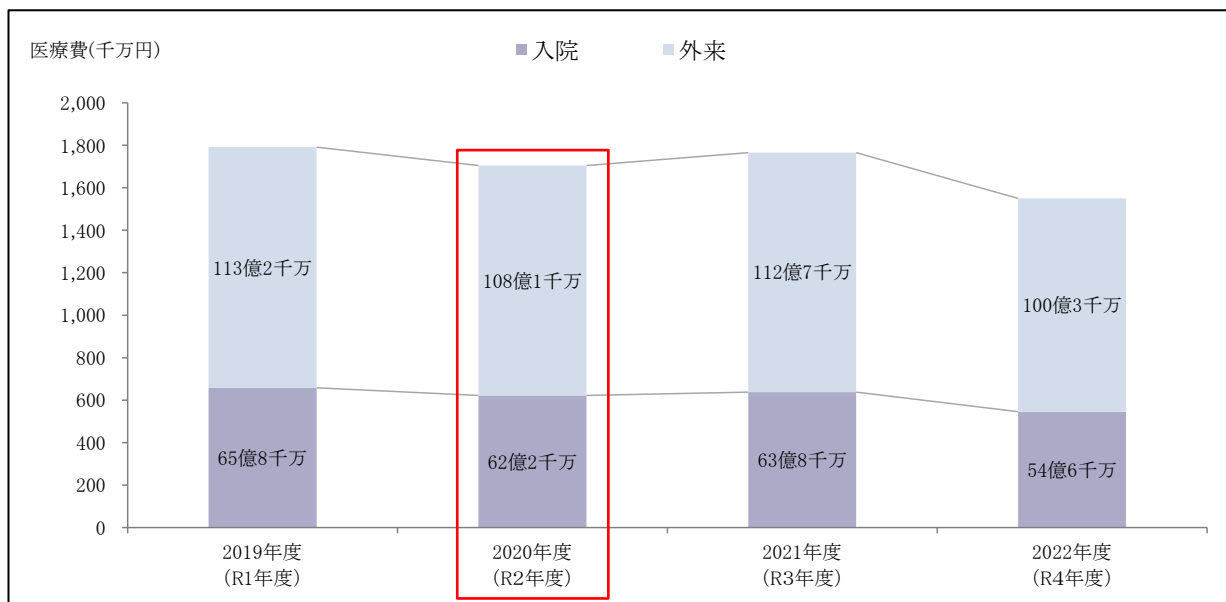
2020（令和2）年度は新型コロナウイルス感染症の流行によって受診控えが生じ、医療費は減少しましたが、2021（令和3）年度以降は徐々に受診控えが緩和され、医療費も増加しました。2021（令和3）年度から2022（令和4）年度にかけて、一人当たり医療費はわずかに増加しましたが、被保険者数が減少したため、市全体の医療費は減少しました。

図12 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」

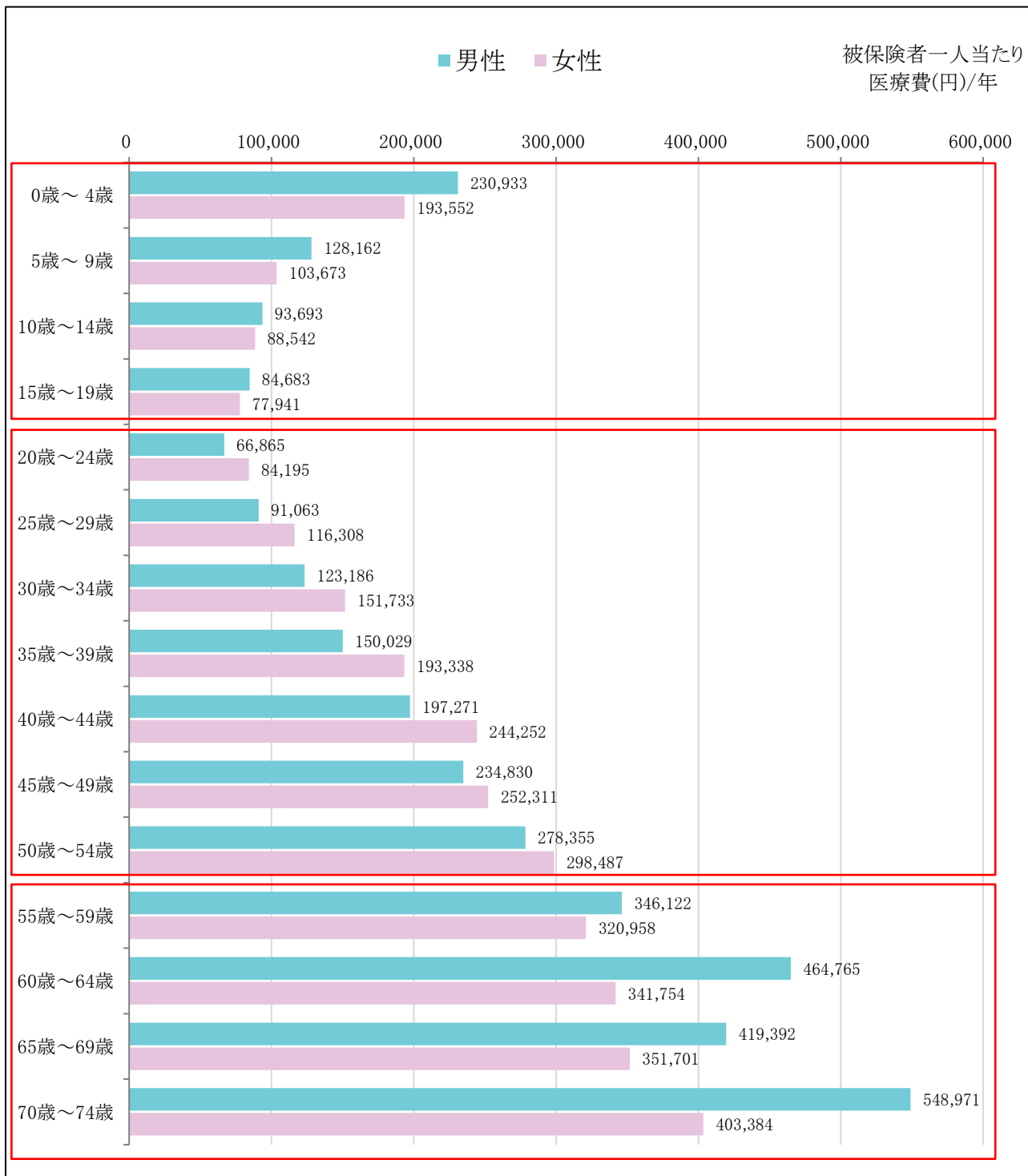
図13 年度別 入院・外来別医療費



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

2022（令和4）年度における、被保険者一人当たり医療費を男女年齢階層別に示したものです。0歳から19歳は男性の方が医療費が高い傾向にありますが、20歳から54歳では女性の方が医療費が高い傾向にあります。55歳から74歳では再び、男性の方が医療費が高い傾向にあります。特に60歳以降で、男性と女性の医療費の差が大きくなっています。

図14 男女年齢階層別 被保険者一人当たり医療費 2022（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)」

2 中分類による疾病別医療費統計

医療費上位10疾病の集計では、「糖尿病」、「高血圧性疾患」、「腎不全」、「脂質異常症」といった生活習慣病が上位にあがっています。

表5 中分類による疾病別統計（医療費上位10疾病） 2022（令和4）年度

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)/年 ※	構成比(%/年) (医療費総計全体に 対して占める割合)	患者数(人)	患者一人当たり 医療費(円)/年
1	その他の悪性新生物<腫瘍> (胃がん、早期胃がん、胃体部がん など)	1,180,303,857	7.0%	5,101	231,387
2	糖尿病 (糖尿病、2型糖尿病、糖尿病網膜症 など)	840,328,253	5.0%	14,264	58,913
3	その他の心疾患 (心不全、不整脈、慢性心不全 など)	687,016,789	4.1%	9,403	73,064
4	その他の消化器系の疾患 (便秘症、逆流性食道炎、口内炎 など)	684,983,909	4.1%	14,255	48,052
5	高血圧性疾患 (高血圧症、本態性高血圧症、高血圧性心疾患 など)	639,071,709	3.8%	16,564	38,582
6	その他の神経系の疾患 (不眠症、片頭痛、睡眠時無呼吸症候群 など)	611,936,944	3.6%	11,010	55,580
7	その他の眼及び付属器の疾患 (ドライアイ、緑内障、眼精疲労 など)	535,044,913	3.2%	15,154	35,307
8	腎不全 (慢性腎不全、腎性貧血、腎不全 など)	473,332,516	2.8%	1,076	439,900
9	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍> (肺がん、上葉肺がん、下葉肺がん など)	453,666,696	2.7%	995	455,946
10	脂質異常症 (高脂血症、高コレステロール血症、脂質異常症 など)	443,054,982	2.6%	14,092	31,440

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分(12か月分)

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

株式会社データホライズン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合
集計できない。そのため他統計と一致しない。

 …生活習慣病の疾病分類に色付け

患者数上位10疾病の集計でも表5と同様に、「高血圧性疾患」、「糖尿病」、「脂質異常症」といった生活習慣病が上位にあがっています。

表6 中分類による疾病別統計（患者数上位10疾病） 2022（令和4）年度

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)/年	患者数(人) ※	構成比(%/年) (患者数全体に 対して占める割合)	患者一人当たり 医療費(円)/年
1	屈折及び調節の障害 (近視性乱視、遠視性乱視、老視 など)	92,284,421	16,891	33.1%	5,464
2	高血圧性疾患 (高血圧症、本態性高血圧症、高血圧性心疾患 など)	639,071,709	16,564	32.5%	38,582
3	その他の眼及び付属器の疾患 (ドライアイ、緑内障、眼精疲労 など)	535,044,913	15,154	29.7%	35,307
4	アレルギー性鼻炎 (アレルギー性鼻炎、花粉症、季節性アレルギー性鼻炎 など)	185,514,487	14,296	28.0%	12,977
5	糖尿病 (糖尿病、2型糖尿病、糖尿病性網膜症 など)	840,328,253	14,264	28.0%	58,913
6	その他の消化器系の疾患 (便秘症、逆流性食道炎、口内炎 など)	684,983,909	14,255	28.0%	48,052
7	その他の特殊目的用コード (新型コロナウイルス感染症)	336,697,755	14,163	27.8%	23,773
8	脂質異常症 (高脂血症、高コレステロール血症、脂質異常症 など)	443,054,982	14,092	27.6%	31,440
9	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの (頭痛、嘔吐症、めまい症 など)	238,629,214	13,416	26.3%	17,787
10	皮膚炎及び湿疹 (湿疹、皮膚炎、アトピー性皮膚炎 など)	219,811,853	12,125	23.8%	18,129

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分(12か月分)

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出

※患者数…中分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

…生活習慣病の疾病分類に色付け

患者一人当たり医療費上位10疾病の集計では、生活習慣病が重症化して発症する「腎不全」が7位になっています。

表7 中分類による疾病別統計（患者一人当たり医療費上位10疾病） 2022（令和4）年度

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)/年 ※	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)/年
1	白血病 (成人T細胞白血病リンパ腫、慢性骨髄性白血病 など)	130,147,004	114	1,141,640
2	妊娠及び胎児発育に関連する障害 (子宮内胎児発育遅延、低出生体重児、早産児 など)	21,066,406	43	489,916
3	悪性リンパ腫 (悪性リンパ腫、非ホジキンリンパ腫 など)	177,381,886	376	471,760
4	くも膜下出血 (くも膜下出血、くも膜下出血後遺症、脳動脈瘤破裂 など)	56,083,914	122	459,704
5	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍> (肺がん、上葉肺がん、下葉肺がん など)	453,666,696	995	455,946
6	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 (片麻痺、脳性麻痺、不全麻痺 など)	82,306,330	184	447,317
7	腎不全 (慢性腎不全、腎性貧血、腎不全 など)	473,332,516	1,076	439,900
8	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍> (直腸がん、直腸S状部結腸癌、直腸がん術後再発 など)	140,410,379	343	409,360
9	乳房の悪性新生物<腫瘍> (乳がん、乳房上外側部乳がん、乳がん再発 など)	269,665,760	819	329,262
10	その他の悪性新生物<腫瘍> (前立腺がん、膵がん、膀胱がん など)	1,180,303,857	5,101	231,387


データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分(12か月分)

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

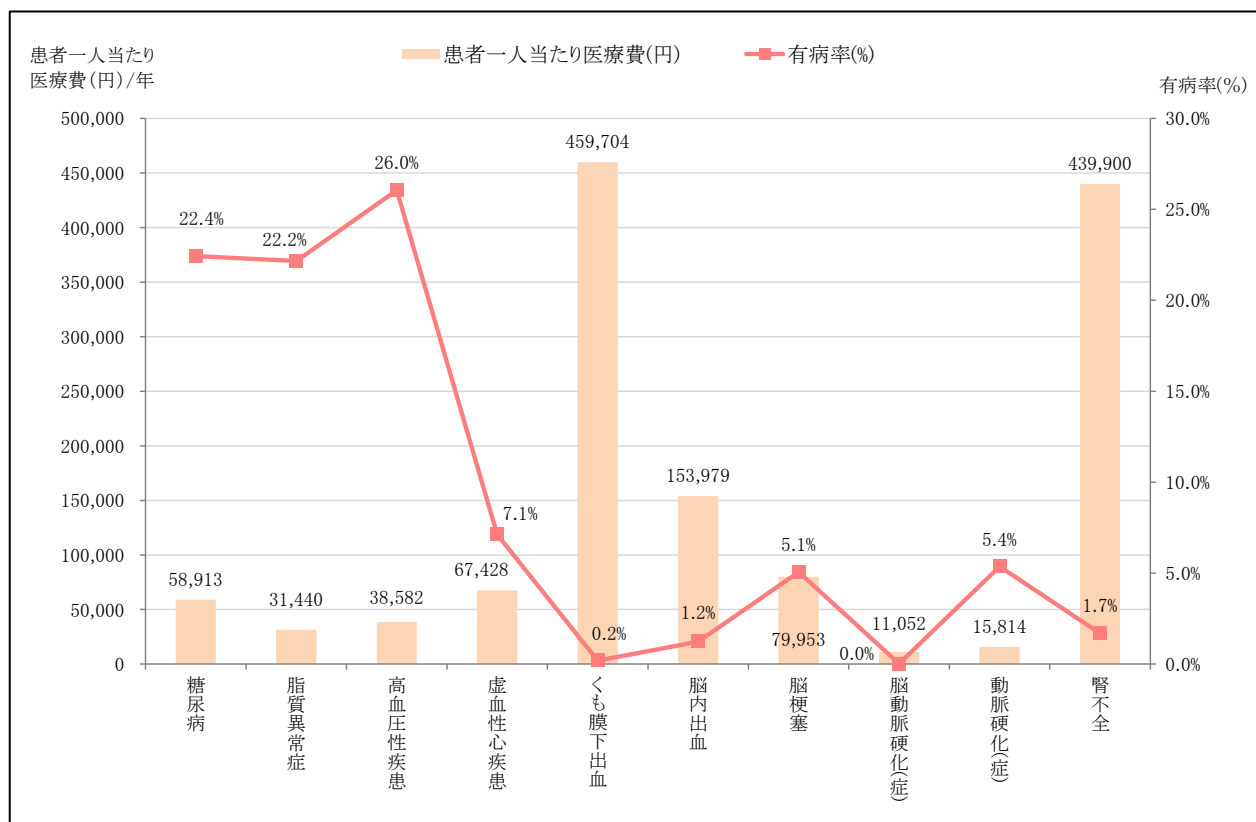
 …生活習慣病の疾病分類に色付け

3 生活習慣病疾病別医療費等の状況

「糖尿病」、「脂質異常症」、「高血圧性疾患」は、患者一人当たり医療費は高くありませんが、有病率は、他の疾患と比較して高くなっています。

逆に「くも膜下出血」、「腎不全」は、有病率は高くありませんが、患者一人当たり医療費が高くなっています。特に、腎不全は重症化すると人工透析の治療が必要となり、高額な医療費がかかります。

図15 生活習慣病疾病別 患者一人当たり医療費と有病率 2022（令和4）年度



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分(12か月分)

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※有病率…被保険者数に占める患者数の割合

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出

4 人工透析に係る分析

国は、健康日本21（第三次）において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、全国的な取り組みの強化を進めています。生活習慣を起因とした糖尿病性腎症患者に対し、生活習慣の改善を促し重症化を予防することで人工透析への移行を防止し、患者のQOL（生活の質）の維持及び医療費の適正化を図ることが重要です。

本市の国民健康保険における人工透析患者の分析を行いました。「透析」に関する診療行為が行われている2022（令和4）年度の患者数は122人です。

なお、「透析」は傷病名ではないため、「透析」に当たる診療行為が行われている患者を特定し、集計しました。

表8 透析患者数 2022（令和4）年度

透析療法の種類	透析患者数(人)
血液透析のみ	115
腹膜透析のみ	2
血液透析及び腹膜透析	5
透析患者合計	122

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

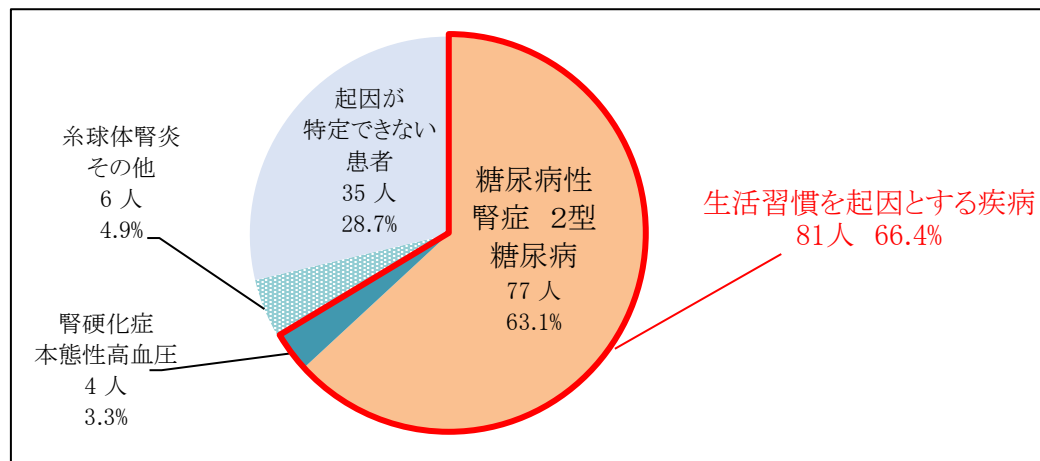
対象診療年月は2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分(12か月分)

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」、「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。

人工透析に至った起因を、2022（令和4）年度診療分のレセプトに記載されている傷病名から判定しました。起因が明らかとなった患者のうち、81人（66.4%）が生活習慣を起因とするものであり、77人（63.1%）が2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りました。

図16 透析患者の起因 2022（令和4）年度



データ化範囲に関しては、上記表8に準ずる。

新規透析患者数を集計しました。2022（令和4）年度診療分における新規透析患者数は37人です。そのうち22名（59.5%）が2型糖尿病を起因としていました。

表9 新規透析患者数 2022（令和4）年度

単位：人

透析に至った起因		透析患者数	割合 (%)	新規透析患者数 ※1 ※2
①	糖尿病性腎症 1型糖尿病	0	0.0%	0
②	糖尿病性腎症 2型糖尿病	77	63.1%	22
③	糸球体腎炎 IgA腎症	0	0.0%	0
④	糸球体腎炎 その他	6	4.9%	3
⑤	腎硬化症 本態性高血圧	4	3.3%	1
⑥	腎硬化症 その他	0	0.0%	0
⑦	痛風腎	0	0.0%	0
⑧	起因が特定できない患者 ※3	35	28.7%	11
透析患者合計		122		37

データ化範囲（分析対象）…入院（DPCを含む）、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2021（令和3）年4月～2023（令和5）年3月診療分（24か月分）

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

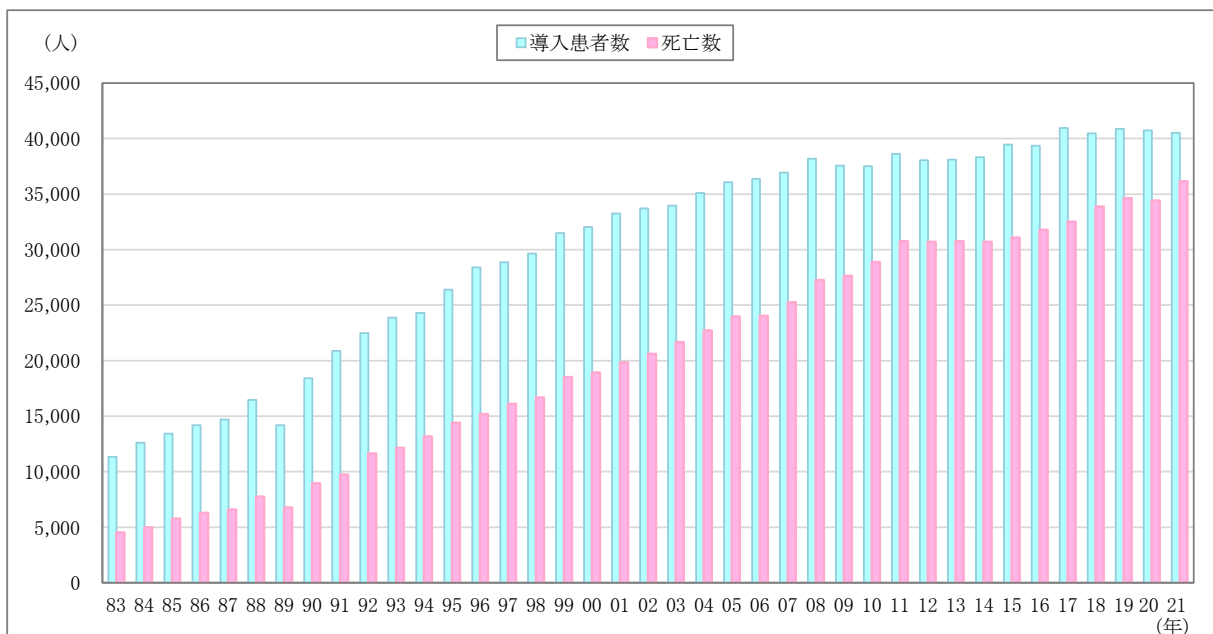
現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※1 新規透析患者の定義…2021（令和3）年度に透析患者ではなく、2022（令和4）年度の期間に透析患者となった患者

※2 2021（令和3）年度と2022（令和4）年度で起因となる傷病名が違う場合、該当の欄に集計される。

※3 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

【参考資料】日本の透析導入患者数と死亡数の推移



出典：一般社団法人 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年12月31日現在）」 施設調査による集計

※1989年末の患者数の減少は、当該年度にアンケート回収率が86%と例外的に低かったことによる見掛け上の影響

人工透析患者122人を対象に、医療費を分析しました。2022（令和4）年4月から2023（令和5）年3月診療分(12か月分)での患者一人当たり年間医療費平均は約520万円、このうち透析関連の医療費が約470万円、透析関連以外の医療費が約50万円です。

表10 透析患者の医療費 2022（令和4）年度

透析患者の起因	透析患者数(人)	割合(%)	医療費(円)/年			医療費(円)一人当たり/年			医療費(円)一人当たり/月		
			透析関連	透析関連以外	合計	透析関連	透析関連以外	合計	透析関連	透析関連以外	合計
① 糖尿病性腎症 1型糖尿病	0	0.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
② 糖尿病性腎症 2型糖尿病	77	63.1%	370,893,430	42,642,460	413,535,890	4,816,798	553,798	5,370,596	401,400	46,150	447,550
③ 糸球体腎炎 IgA腎症	0	0.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
④ 糸球体腎炎 その他	6	4.9%	17,625,350	5,389,190	23,014,540	2,937,558	898,198	3,835,757	244,797	74,850	319,646
⑤ 腎硬化症 本態性高血圧	4	3.3%	12,792,300	2,290,190	15,082,490	3,198,075	572,548	3,770,623	266,506	47,712	314,219
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 ※	35	28.7%	171,505,920	10,842,290	182,348,210	4,900,169	309,780	5,209,949	408,347	25,815	434,162
透析患者全体	122		572,817,000	61,164,130	633,981,130						
患者一人当たり医療費平均			4,695,221	501,345	5,196,567						
患者一人当たりひと月当たり医療費平均			391,268	41,779	433,047						

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月診療分(12か月分)

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。

※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

5 服薬に係る分析

服薬状況について、複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている対象者のうち、6種類以上の内服薬を服用している長期多剤服薬者は2,857人でした。

医薬品の多剤服薬は、薬の飲み忘れ、飲み間違い等の服薬過誤や、副作用等の薬物有害事象発生につながりやすいといわれています。薬物有害事象の発生リスクは6種類以上の服薬で特に高まるとされており、ふらつき・転倒、物忘れといった副作用が起こりやすくなります。

表11 薬剤種類数別長期服薬者数 2022(令和4)年度

年齢階層	対象者数(人)									
	～ 39歳	40歳～ 44歳	45歳～ 49歳	50歳～ 54歳	55歳～ 59歳	60歳～ 64歳	65歳～ 69歳	70歳～	合計	
被保険者数(人)	12,257	2,450	3,223	3,778	3,330	4,281	7,818	14,846	51,983	
薬剤種類数	2種類	86	26	27	29	31	53	88	208	548
	3種類	85	29	34	35	56	67	168	375	849
	4種類	87	17	45	38	31	85	196	465	964
	5種類	54	23	32	45	60	67	177	419	877
	6種類	41	15	26	43	27	56	135	360	703
	7種類	39	12	20	32	33	58	120	285	599
	8種類	27	8	23	25	21	35	76	226	441
	9種類	17	7	8	25	32	40	65	162	356
	10種類	7	10	7	12	14	27	40	107	224
	11種類	6	5	9	15	12	27	17	53	144
	12種類	5	4	9	12	10	12	17	40	109
	13種類	2	2	4	8	11	9	8	38	82
	14種類	3	5	3	6	3	8	7	18	53
	15種類	5	1	7	6	7	4	2	11	43
	16種類	0	5	2	7	8	3	2	9	36
	17種類	0	1	3	1	9	0	3	5	22
	18種類	0	3	2	0	0	2	1	5	13
	19種類	0	0	0	0	2	1	0	2	5
	20種類	1	0	1	2	0	0	0	3	7
	21種類以上	3	2	3	4	4	2	1	1	20
	合計	468	175	265	345	371	556	1,123	2,792	6,095



長期多剤服薬者数(人)※	2,857
--------------	-------

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は2022(令和4)年12月～2023(令和5)年3月診療分(4か月分)

一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上(14日以上)の医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。

※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の人数
参考資料:日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」

6 後期高齢者の要介護度別 医療費上位5疾病


後期高齢者の要介護度別医療費上位5疾病の分析について、「腎不全」、「脳梗塞」といった生活習慣病の重症化疾患が上位にあがっていることが分かります。

表12 後期高齢者 要介護度別 医療費上位5疾病 2021（令和3）年度

区分	1位	2位	3位	4位	5位
要支援1	その他の心疾患	骨折	骨の密度及び構造の障害	高血圧性疾患	糖尿病
	153,001,553	96,918,407	78,036,684	72,025,932	65,609,414
	9.9%	6.3%	5.0%	4.7%	4.2%
要支援2	腎不全	骨折	その他の心疾患	骨の密度及び構造の障害	その他の消化器系の疾患
	328,347,600	152,139,913	147,322,034	80,874,918	75,728,894
	15.8%	7.3%	7.1%	3.9%	3.6%
要介護1	骨折	その他の心疾患	アルツハイマー病	腎不全	高血圧性疾患
	181,289,135	162,744,234	93,530,174	85,111,291	84,289,268
	9.2%	8.2%	4.7%	4.3%	4.3%
要介護2	腎不全	骨折	その他の心疾患	その他の消化器系の疾患	その他の悪性新生物<腫瘍>
	344,663,836	248,759,966	211,578,168	105,643,418	101,964,717
	12.2%	8.8%	7.5%	3.7%	3.6%
要介護3	骨折	腎不全	その他の心疾患	脳梗塞	その他の消化器系の疾患
	233,495,054	168,701,532	144,561,213	116,564,536	86,695,026
	11.2%	8.1%	6.9%	5.6%	4.2%
要介護4	骨折	脳梗塞	腎不全	その他の心疾患	その他の呼吸器系の疾患
	259,443,951	199,863,660	162,061,243	142,461,957	107,956,904
	10.1%	7.7%	6.3%	5.5%	4.2%
要介護5	脳梗塞	その他の呼吸器系の疾患	腎不全	その他の消化器系の疾患	その他の神経系の疾患
	171,846,615	127,723,209	113,482,065	89,615,555	80,832,191
	10.2%	7.6%	6.8%	5.3%	4.8%

出典:あいち国保健康レポート(概要版)(2017(平成29)年度~2021(令和3)年度)より抜粋

※非該当があるため、合計が100%にはならない。

 …生活習慣病の疾病に色付け

7 特定健康診査データによる分析

(1) 特定健診受診率

2018（平成30）年度から2022（令和4）年度における、特定健診受診率を示したものです。2022（令和4）年度の特定健診受診率34.8%は2018（平成30）年度35.2%より0.4ポイント減少しています。

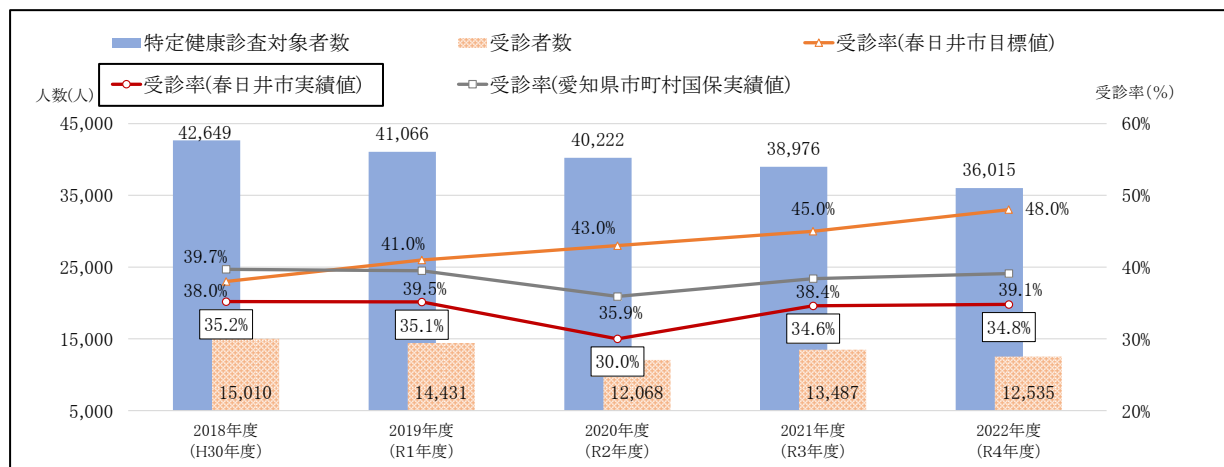
愛知県市町村国保も本市と同様に減少しています。

表13 年度別 特定健診受診率

区分	年度	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)
春日井市	目標値	38.0%	41.0%	43.0%	45.0%	48.0%
	実績	35.2%	35.1%	30.0%	34.6%	34.8%
愛知県市町村国保	実績	39.7%	39.5%	35.9%	38.4%	39.1%

出典：法定報告

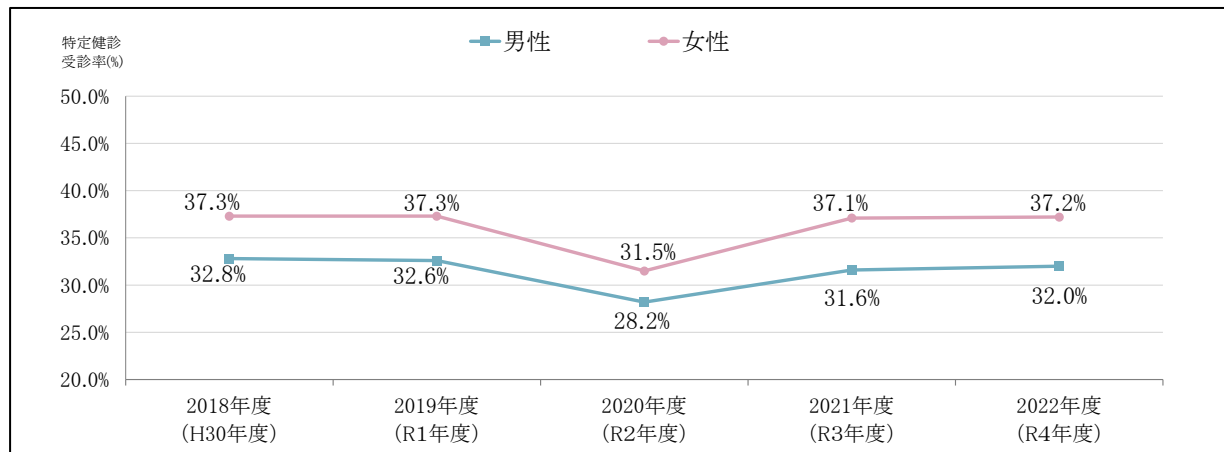
図17 年度別 特定健診実施状況の推移



出典：法定報告

男女別の特定健診の受診率を見ると、いずれの年度も女性の受診率が高く、男女の差が5%前後で推移しています。2020（令和2）年度の健診受診率の低下は新型コロナウイルスによる健診控えの影響と考えられます。

図18 年度・男女別 特定健診受診率



出典：法定報告

(2) 検査項目別有所見者の状況

2022（令和4）年度健診データにおける、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。HbA1cの有所見者割合が最も多く、健診受診者全体の60.6%を占めています。

県と比較すると、収縮期血圧や拡張期血圧、心電図の有所見者割合が多くなっています。

表14 検査項目別有所見者の状況 2022（令和4）年度

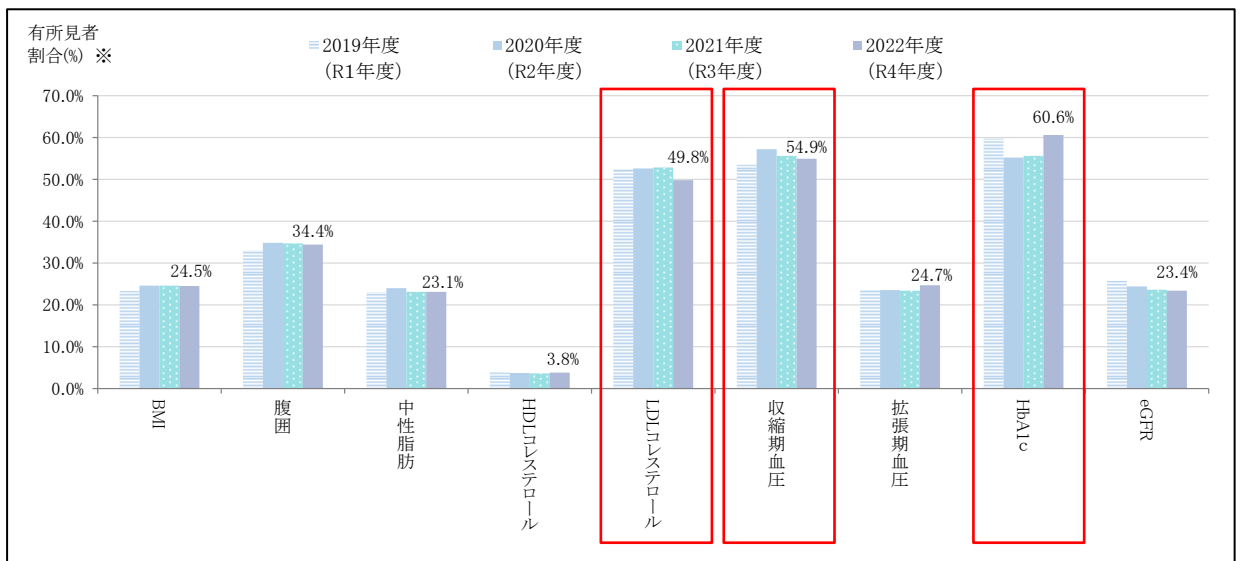
区分	項目	BMI	腹囲	中性脂肪	HDL	LDL	ALT (GPT)	空腹時血糖
	保健指導判定値	25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	40未満	120以上	31以上	100以上
春日井市	人数(人)	3,070	4,315	2,894	475	6,249	1,761	2,491
	割合(%)	24.5%	34.4%	23.1%	3.8%	49.8%	14.0%	19.9%
県	割合(%)	26.4%	35.9%	22.9%	4.0%	50.7%	13.5%	21.9%

区分	項目	収縮期血圧	拡張期血圧	HbA1c	クレアチニン	eGFR	心電図	眼底検査
	保健指導判定値	130以上	85以上	5.6以上	1.3以上	60未満	所見あり	検査あり
春日井市	人数(人)	6,891	3,092	7,598	192	2,933	4,887	545
	割合(%)	54.9%	24.7%	60.6%	1.5%	23.4%	39.0%	4.3%
県	割合(%)	50.0%	20.8%	62.2%	1.4%	21.3%	24.6%	15.1%

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)」

年度別の有所見者割合の推移をみると、LDLコレステロール、収縮期血圧、HbA1cの有所見者割合が経年で約半数を超える状況が続いています。

図19 年度別 健診受診者の検査項目別有所見者割合



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)」

(3) 質問項目別の回答状況

2019（令和元）年度から2022（令和4）年度健診データにおける質問項目の回答状況について示したものです。

対応に考慮が必要な選択者割合のうち、「1回30分以上の運動習慣なし」が最も高くなっています。

表15 年度別 質問項目別の回答状況

			2019年度 (R 1 年度)	2020年度 (R 2 年度)	2021年度 (R 3 年度)	2022年度 (R 4 年度)
喫煙	喫煙あり	回答者数(人)	13,190	11,339	13,155	12,775
		選択者数(人)	1,571	1,305	1,572	1,475
		選択者割合(%)	11.9%	11.5%	11.9%	11.5%
運動習慣	1回30分以上の 運動習慣なし	回答者数(人)	13,161	11,306	13,155	12,749
		選択者数(人)	7,496	6,483	7,603	7,284
		選択者割合(%)	57.0%	57.3%	58.0%	57.1%
	1日1時間 以上の身体 活動なし	回答者数(人)	13,155	11,312	13,119	12,748
		選択者数(人)	6,743	5,838	6,701	6,501
		選択者割合(%)	51.3%	51.6%	51.1%	51.0%
食習慣	週3回以上 就寝前に夕食	回答者数(人)	13,138	11,294	13,104	12,730
		選択者数(人)	1,721	1,431	1,687	1,614
		選択者割合(%)	13.1%	12.7%	12.9%	12.7%
	週3回以上 夕食後に間食	回答者数(人)	13,155	11,305	13,128	12,749
		選択者数(人)	3,265	2,795	3,275	3,126
		選択者割合(%)	24.8%	24.7%	24.9%	24.5%
飲酒	毎日飲酒する	回答者数(人)	13,145	11,313	13,118	12,738
		選択者数(人)	3,069	2,703	3,053	3,016
		選択者割合(%)	23.3%	23.9%	23.3%	23.7%
生活習慣	改善する つもりなし	回答者数(人)	13,045	11,246	12,990	12,607
		選択者数(人)	3,326	2,763	3,140	2,977
		選択者割合(%)	25.5%	24.6%	24.2%	23.6%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは2019（令和元）年4月～2023（令和5）年3月健診分(48か月分)

資格確認日…2023（令和5）年3月31日時点

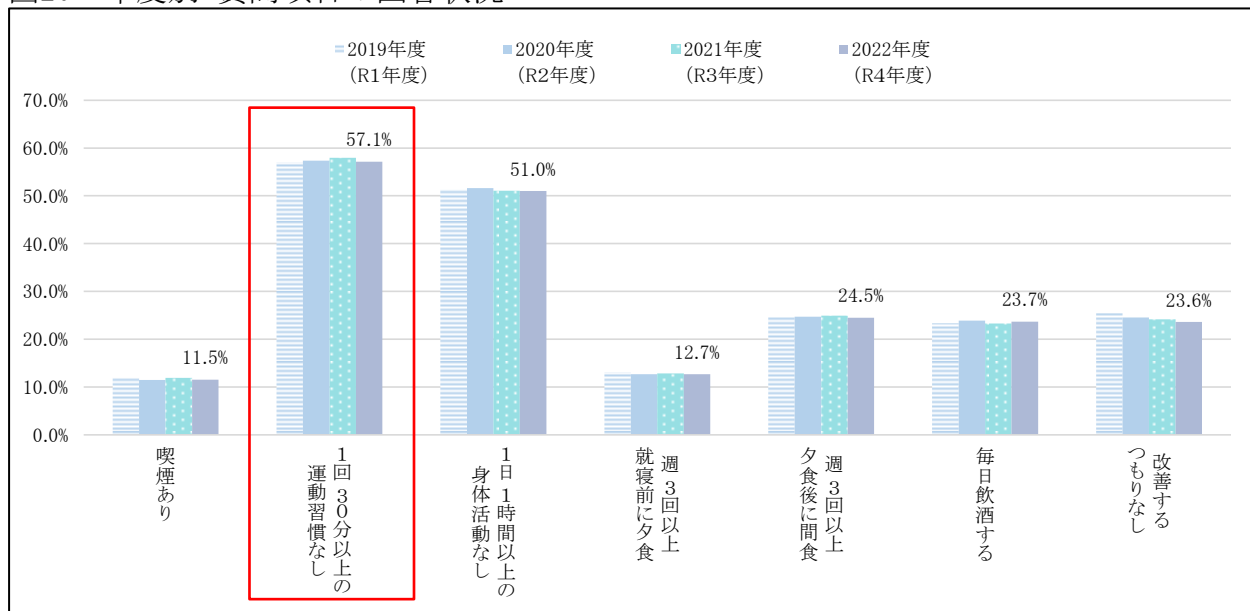
※回答者数…質問に回答した人数

※選択者数 …該当の選択肢を選択した人数

※選択者割合 …質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合

年度推移でみると、「1回30分以上の運動習慣なし」の選択者割合は2021(令和3)年度から2022(令和4)年度にかけて減少しています。

図20 年度別 質問項目の回答状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは2019(令和元)年4月～2023(令和5)年3月健診分(48か月分)

資格確認日…各年度末時点

※選択者割合 …質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合

質問回答内容

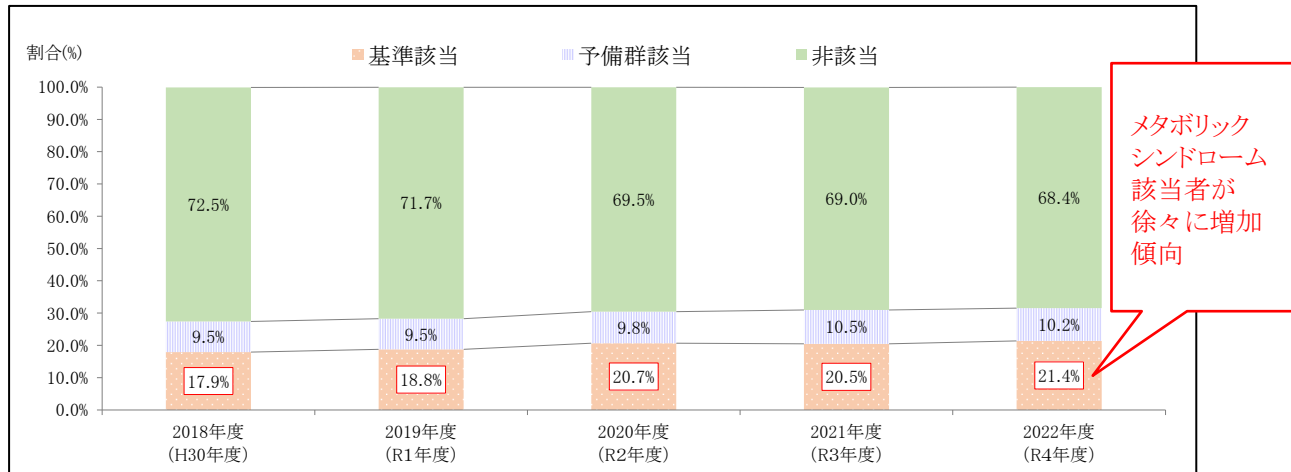
- 喫煙あり …「現在、たばこを習慣的に吸っている。」の質問に対し、「はい」の回答数を集計
- 1回30分以上の運動習慣なし …「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上かつ1年以上実施」の質問に対し、「いいえ」の回答数を集計
- 1日1時間以上の身体活動なし …「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」の質問に対し、「いいえ」の回答数を集計
- 週3回以上就寝前に夕食 …「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。」の質問に対し、「はい」の回答数を集計
- 週3回以上夕食後に間食 …「夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。」の質問に対し、「はい」の回答数を集計
- 毎日飲酒する …「お酒(焼酎・清酒・ビール・洋酒など)を飲む頻度」の質問に対し、「毎日」の回答数を集計
- 改善するつもりなし …「運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。」の質問に対し、「改善するつもりはない」の回答数を集計

(4) メタボリックシンドロームの状況

2018（平成30）年度から2022（令和4）年度の健診データにおけるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。

メタボリックシンドローム該当者の割合が徐々に増加しています。

図21 年度別 メタボリックシンドロームの該当状況の推移



データ化範囲（分析対象）…健診データは2018（平成30）年4月～2023（令和5）年3月健診分（60か月分）

資格確認日…各年度末時点

年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…各年度末時点

※割合…メタボリックシンドロームレベルに該当した人の割合

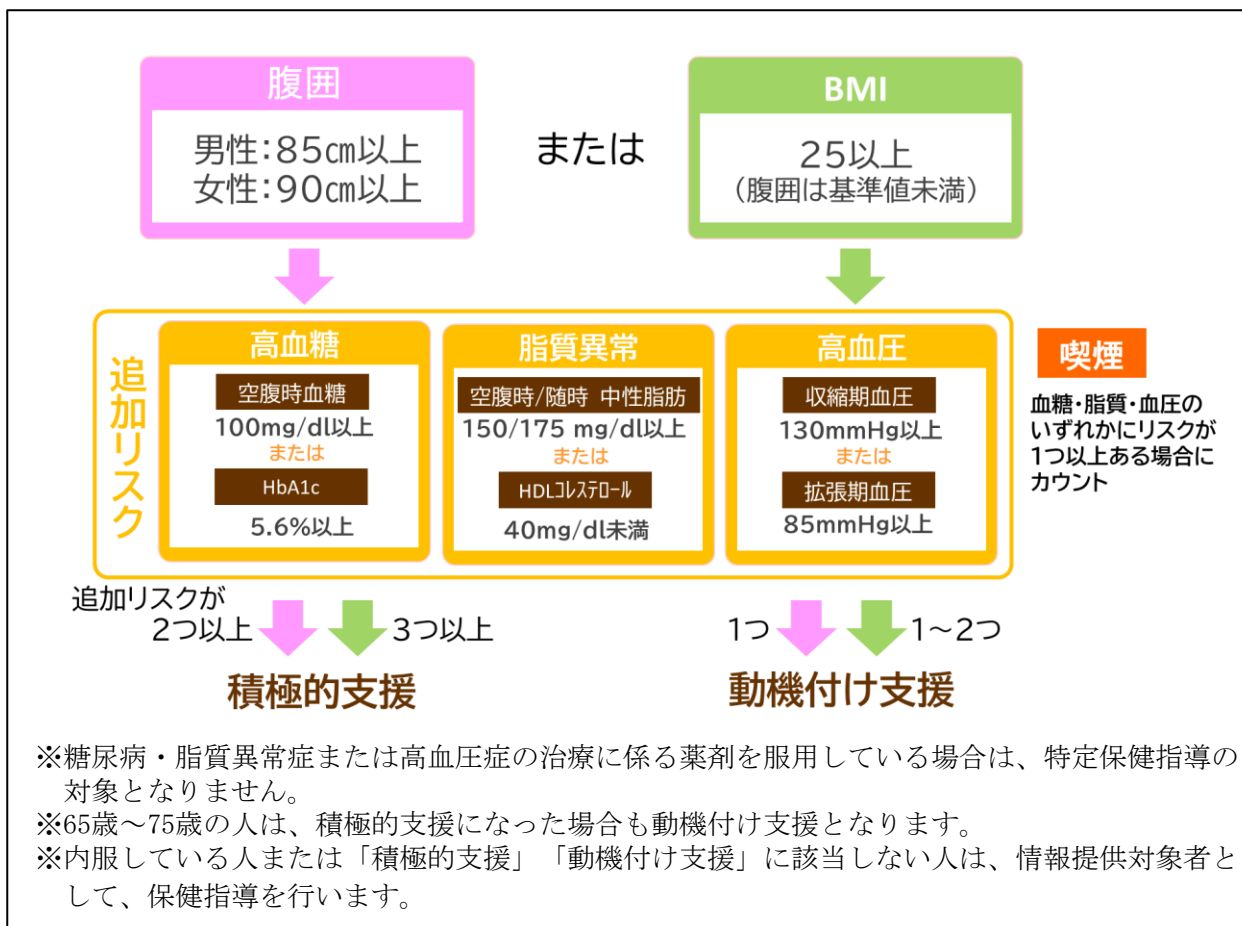
図22 メタボリックシンドローム判定基準

①	腹囲	男性 85cm以上 女性 90cm以上	+	②	血糖	<ul style="list-style-type: none"> 空腹時血糖110mg/dL以上又は HbA1c6.0% (NGSP値) 以上 又は薬物治療を受けている 	
				③	脂質	<ul style="list-style-type: none"> 中性脂肪150mg/dL以上又は HDLコレステロール40mg/dL未満 又は薬物治療を受けている 	
				④	血圧	<ul style="list-style-type: none"> 収縮期血圧 130mmHg以上又は 拡張期血圧 85mmHg以上 又は薬物治療を受けている 	
<div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">▼</div>							
判 定 基 準						判 定	
①に加えて、②～④のうち						2つ以上該当	基準該当
						1つ該当	予備群該当
						該当していない	非該当

(5) 特定保健指導の階層化

特定健診の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、レベル別（積極的支援・動機付け支援）に保健指導を行うため対象者の選定を行うことを「階層化」と言います。

図23 特定保健指導の対象者（階層化）



ア 保健指導レベルの該当状況

2022（令和4）年度の保健指導レベルの該当状況は次のとおりです。

積極的支援対象者数は388人（3.0%）、動機付け支援対象者数は1,108人（8.7%）です。

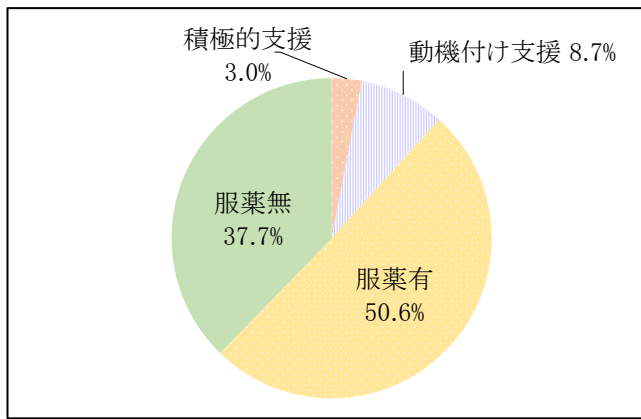
表16 特定保健指導レベル該当状況 2022（令和4）年度

区分	特定健診 受診者数(人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		
			積極的支援	動機付け支援	服薬有	服薬無	
該当者数(人)	12,775	1,496	388	1,108	6,458	4,818	3
割合 (%)	-	11.7%	3.0%	8.7%	50.6%	37.7%	0.0%

データ化範囲（分析対象）…健診データは2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月健診分(12か月分)

※割合…各レベル該当者数/特定健診受診者数

図24 特定保健指導レベル該当割合 2022（令和4）年度



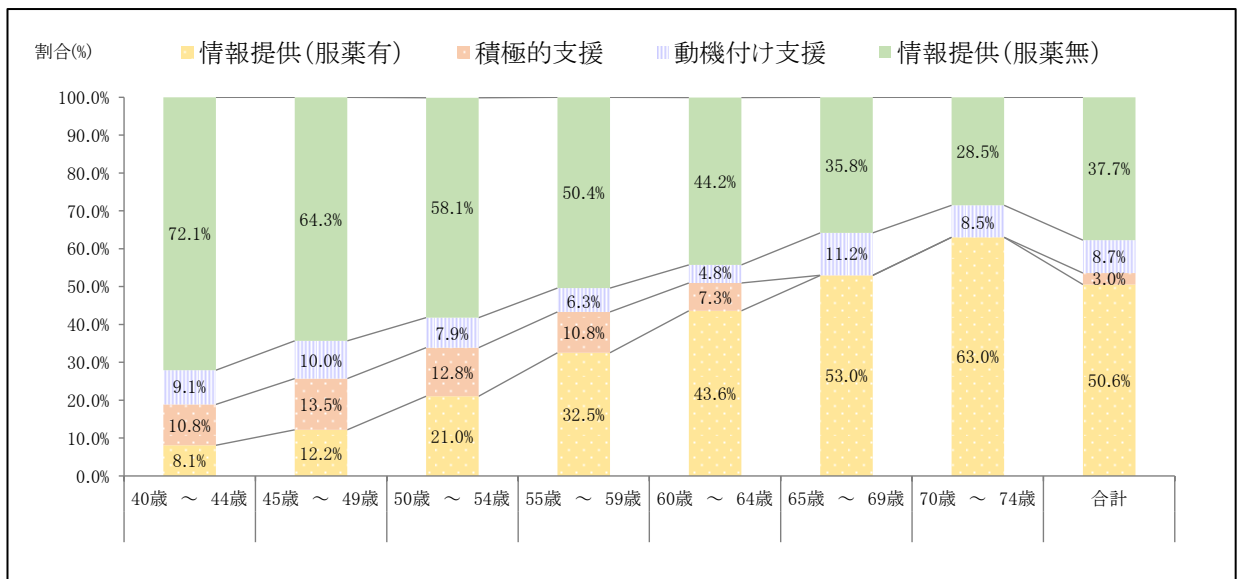
データ化範囲（分析対象）…

健診データは2022（令和4）年4月～

2023（令和5）年3月健診分(12か月分)

※割合…各レベル該当者数/特定健診受診者数

図25 年齢階層別 保健指導レベル該当割合 2022（令和4）年度



データ化範囲（分析対象）…健診データは2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月健診分(12か月分)

資格確認日…2023（令和5）年3月31日時点

年齢基準日…2023（令和5）年3月31日時点

65～74歳の人は、「積極的支援」に該当する人でも「動機付け支援」に該当するため、積極的支援該当者はいません。

2018（平成30）年度から2022（令和4）年度における、保健指導レベルの該当状況は次のとおりです。

2022（令和4）年度の特定保健指導（積極的支援、動機付け支援）対象者割合は11.7%で、2018（平成30）年度からほぼ横ばいで推移しています。

表17 年度別 保健指導レベルの該当状況

年度	特定健康診査受診者数(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 (%)	
2018(H30)年度	13,270	1,478	384	2.9%	1,094	8.2%
2019(R1)年度	13,190	1,478	384	2.9%	1,094	8.3%
2020(R2)年度	11,339	1,312	332	2.9%	980	8.6%
2021(R3)年度	13,155	1,643	433	3.3%	1,210	9.2%
2022(R4)年度	12,775	1,496	388	3.0%	1,108	8.7%

年度	特定健康診査受診者数(人)	情報提供			
		服薬有		服薬無	
		人数(人)	割合 (%)	人数(人)	割合 (%)
2018(H30)年度	13,270	6,434	48.5%	5,345	40.3%
2019(R1)年度	13,190	6,440	48.8%	5,271	40.0%
2020(R2)年度	11,339	5,793	51.1%	4,232	37.3%
2021(R3)年度	13,155	6,467	49.2%	5,040	38.3%
2022(R4)年度	12,775	6,458	50.6%	4,818	37.7%

データ化範囲（分析対象）…健診データは2018（平成30）年4月～2023（令和5）年3月健診分(60か月分)

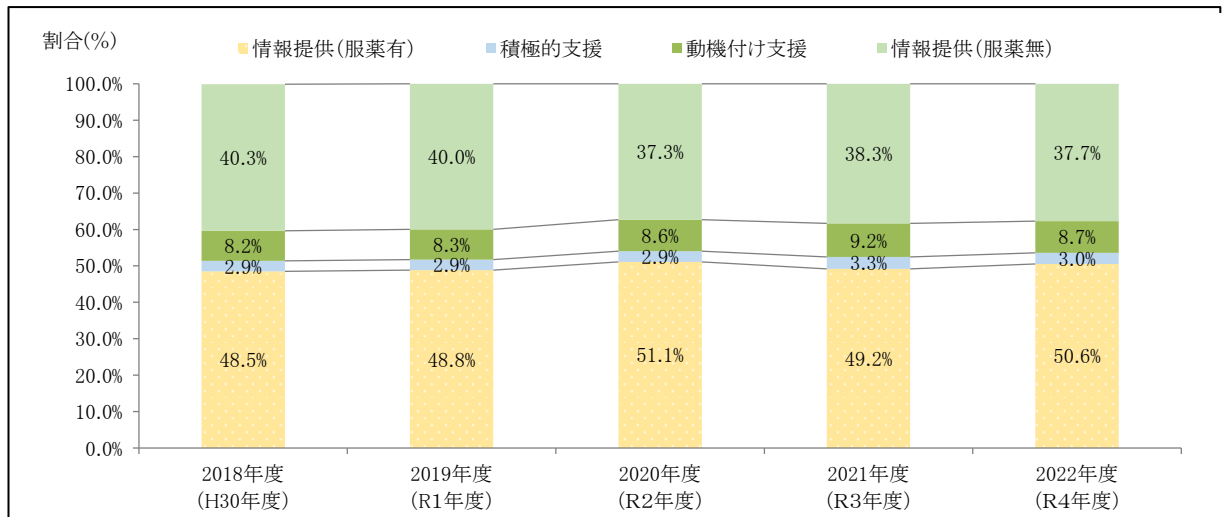
資格確認日…各年度末時点

年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～74歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…各年度末時点

※割合…保健指導レベルに該当した人の割合

図26 年度別 保健指導レベルの該当割合の推移



データ化範囲（分析対象）…健診データは2018（平成30）年4月～2023（令和5）年3月健診分(60か月分)

資格確認日…各年度末時点

年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～74歳の範囲で分析対象としている。

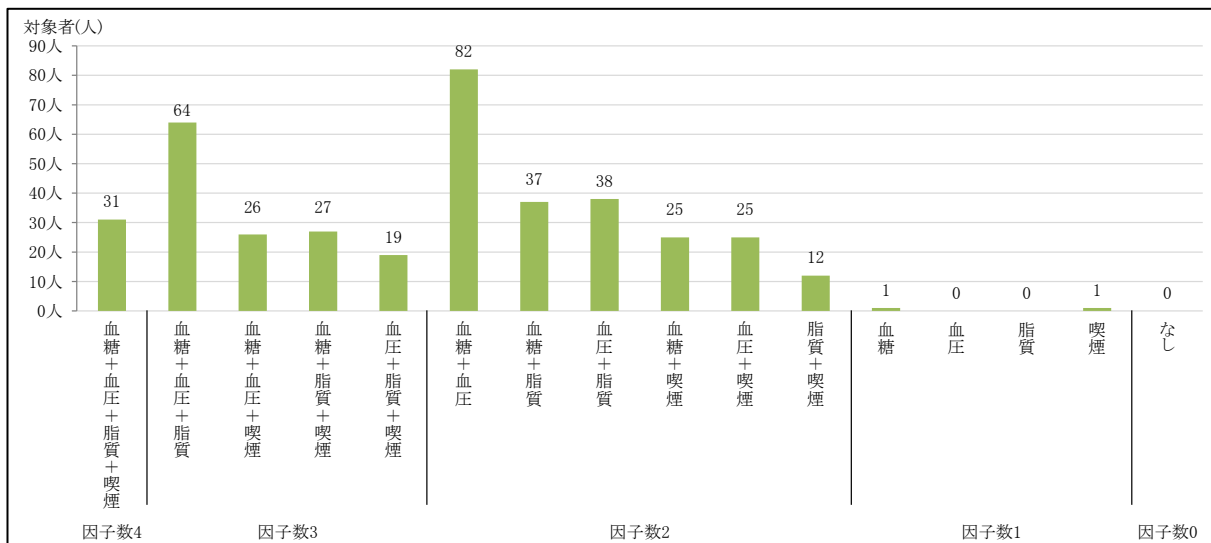
年齢基準日…各年度末時点

※割合…保健指導レベルに該当した人の割合

イ 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

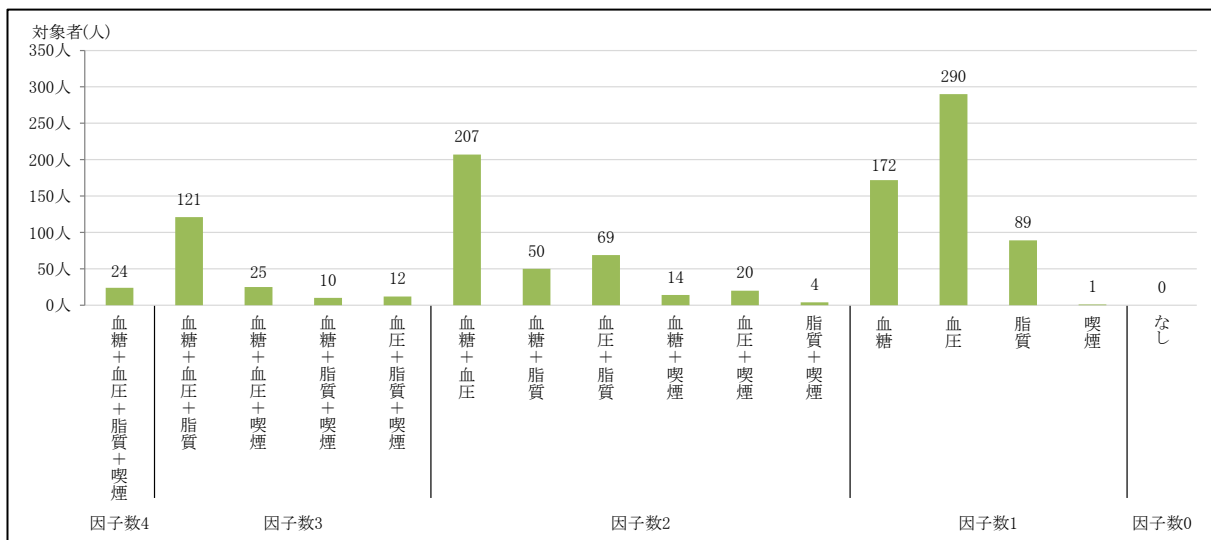
特定保健指導対象者のリスク因子※別該当状況は次のとおりです。

図27 積極的支援対象者のリスク因子別分析 2022（令和4）年度



データ化範囲（分析対象）…健診データは2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月健診分(12か月分)
資格確認日…2023（令和5）年3月31日時点

図28 動機付け支援対象者のリスク因子別分析2022（令和4）年度



データ化範囲（分析対象）…健診データは2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月健診分(12か月分)
資格確認日…2023（令和5）年3月31日時点

※リスク因子…ある病気を引き起こす、あるいはある病気に付加的に働く因子のことで、ここでは生活習慣病の危険因子として血糖、血圧、脂質、喫煙をさします。

リスク因子の詳細は次のとおりとする。

- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

ウ 特定保健指導の実施状況

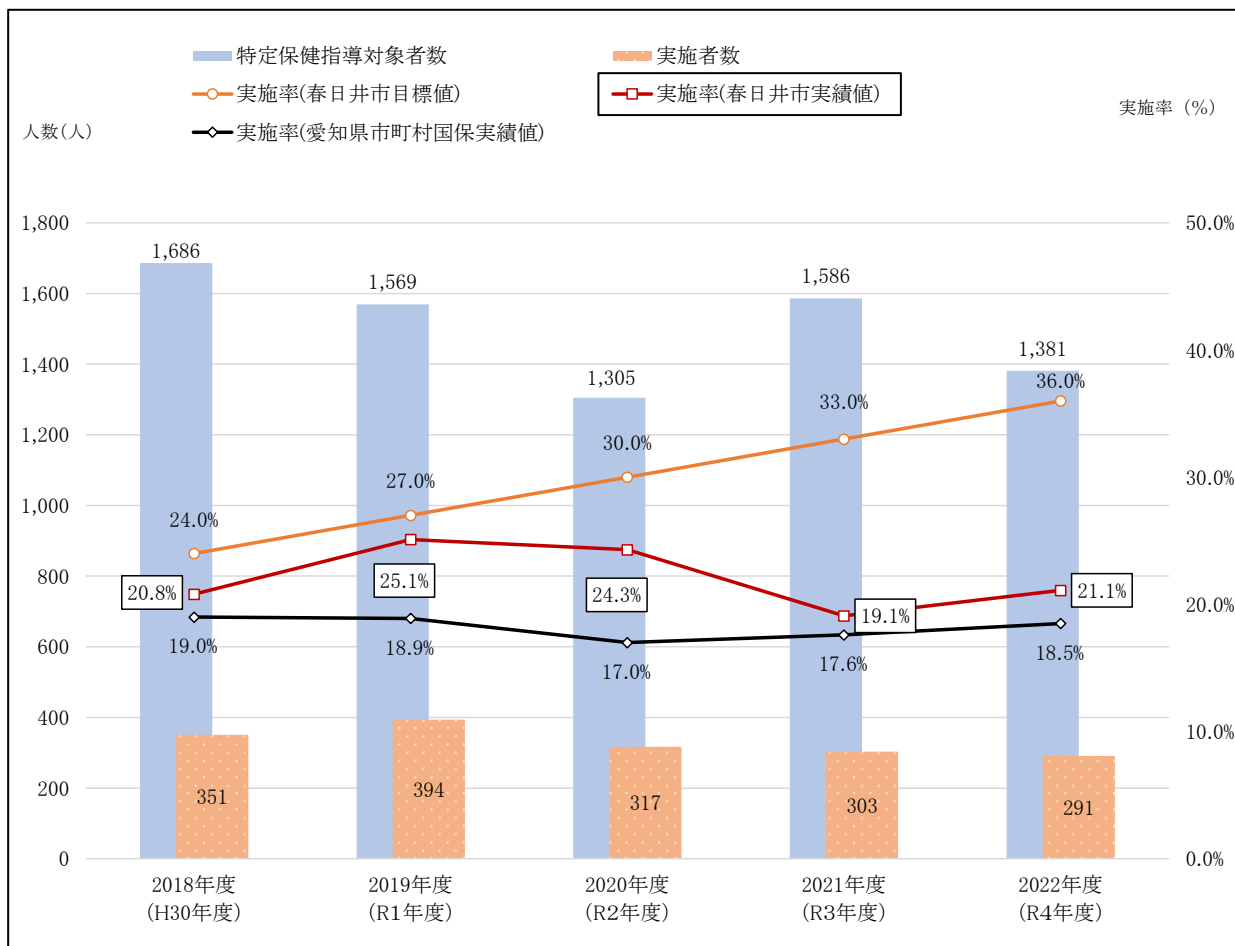
2018（平成30）年度から2022（令和4）年度における、特定保健指導の実施状況は次のとおりです。実施率は2019（令和元）年度の25.1%をピークに減少しています。

表18 年度別 特定保健指導実施状況

区分	年度	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)
春日井市	対象者数(人)	1,686	1,569	1,305	1,586	1,381
	実施者数(人)	351	394	317	303	291
	実施率(%)	20.8%	25.1%	24.3%	19.1%	21.1%
	目標値(%)	24.0%	27.0%	30.0%	33.0%	36.0%
愛知県 市町村国保	対象者数(人)	45,867	43,499	39,896	42,129	39,185
	実施者数(人)	8,693	8,234	6,773	7,394	7,250
	実施率(%)	19.0%	18.9%	17.0%	17.6%	18.5%

出典：法定報告

図29 年度別 特定保健指導実施状況の推移



出典：法定報告

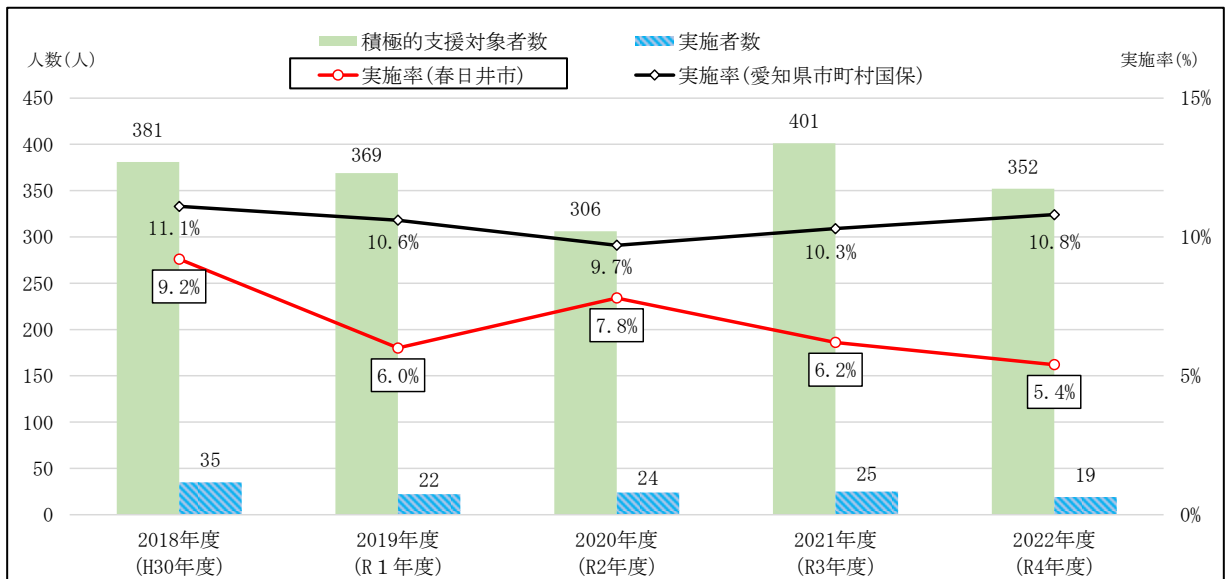
積極的支援の実施状況は次のとおりです。

表19 年度別 積極的支援実施状況

区 分	年 度	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R 1 年度)	2020年度 (R 2 年度)	2021年度 (R 3 年度)	2022年度 (R 4 年度)
春日井市	対象者数(人)	381	369	306	401	352
	実施者数(人)	35	22	24	25	19
	実施率(%)	9.2%	6.0%	7.8%	6.2%	5.4%
愛知県 市町村国保	対象者数(人)	10,118	9,542	8,600	9,497	9,088
	実施者数(人)	1,127	1,015	838	979	985
	実施率(%)	11.1%	10.6%	9.7%	10.3%	10.8%

出典:法定報告

図30 年度別 積極的支援実施状況の推移



出典:法定報告

積極的支援とは

対象者が自らの健康状態を自覚し、より確実に生活習慣を改善できるよう医師、保健師、管理栄養士等が行動計画を策定し、自主的な取り組みを行うことができるよう3か月以上の継続的支援を行い評価します。

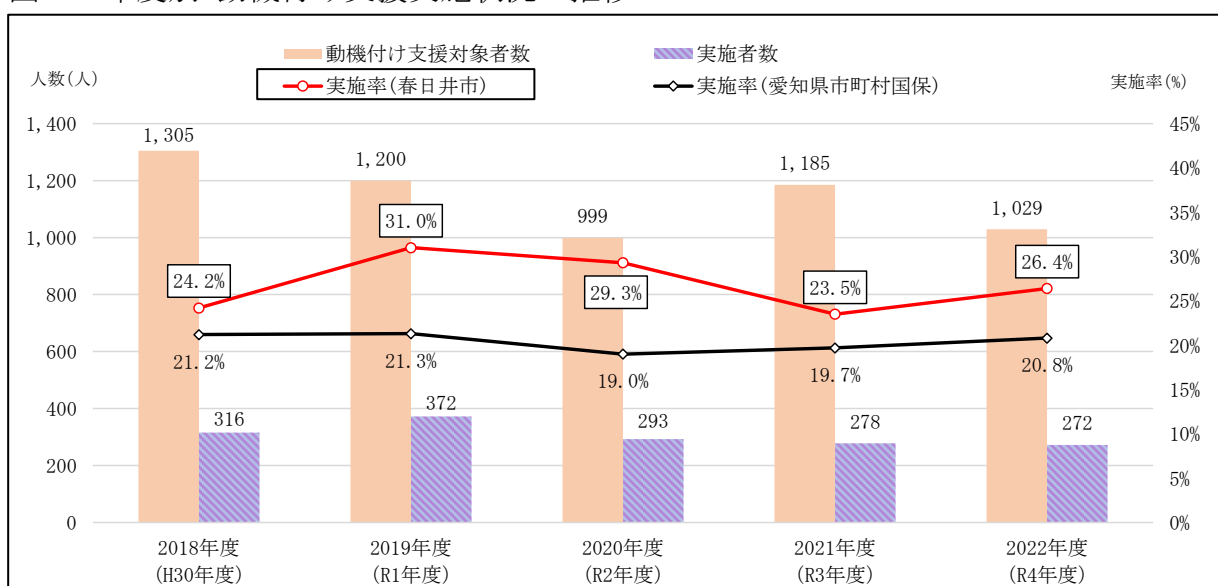
動機付け支援の実施状況は次のとおりです。

表20 年度別 動機付け支援実施状況

区 分	年 度	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R 1 年度)	2020年度 (R 2 年度)	2021年度 (R 3 年度)	2022年度 (R 4 年度)
春日井市	対象者数(人)	1,305	1,200	999	1,185	1,029
	実施者数(人)	316	372	293	278	272
	実施率(%)	24.2%	31.0%	29.3%	23.5%	26.4%
愛知県 市町村国保	対象者数(人)	35,749	33,957	31,296	32,632	30,097
	実施者数(人)	7,566	7,219	5,935	6,415	6,265
	実施率(%)	21.2%	21.3%	19.0%	19.7%	20.8%

出典:法定報告

図31 年度別 動機付け支援実施状況の推移



出典:法定報告

動機付け支援とは

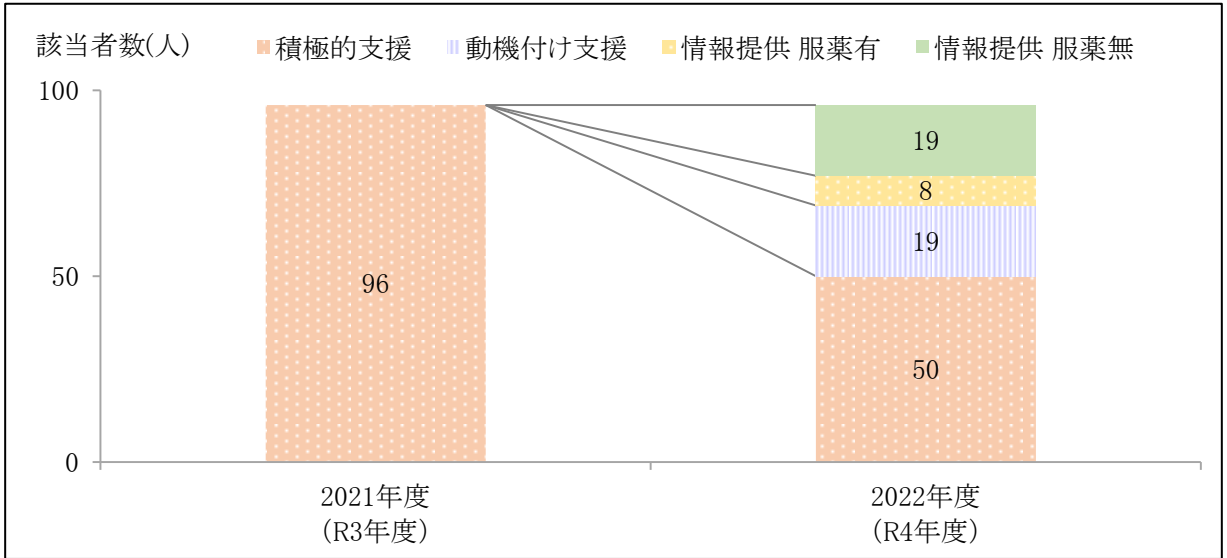
原則1回の面接で、医師、保健師、管理栄養士等の支援のもと、生活習慣改善のための行動計画を策定し、3か月以上経過した後に評価します。

エ 特定保健指導利用者の分析

2021（令和3）年度に特定保健指導を利用した人のうち2022（令和4）年度も特定保健指導に該当した人の状況は次のとおりです。

特定保健指導を利用した多くの人に、改善の傾向がみられます。

図32 2021（令和3）年度特定保健指導利用者（積極的支援）における2022（令和4）年度該当状況

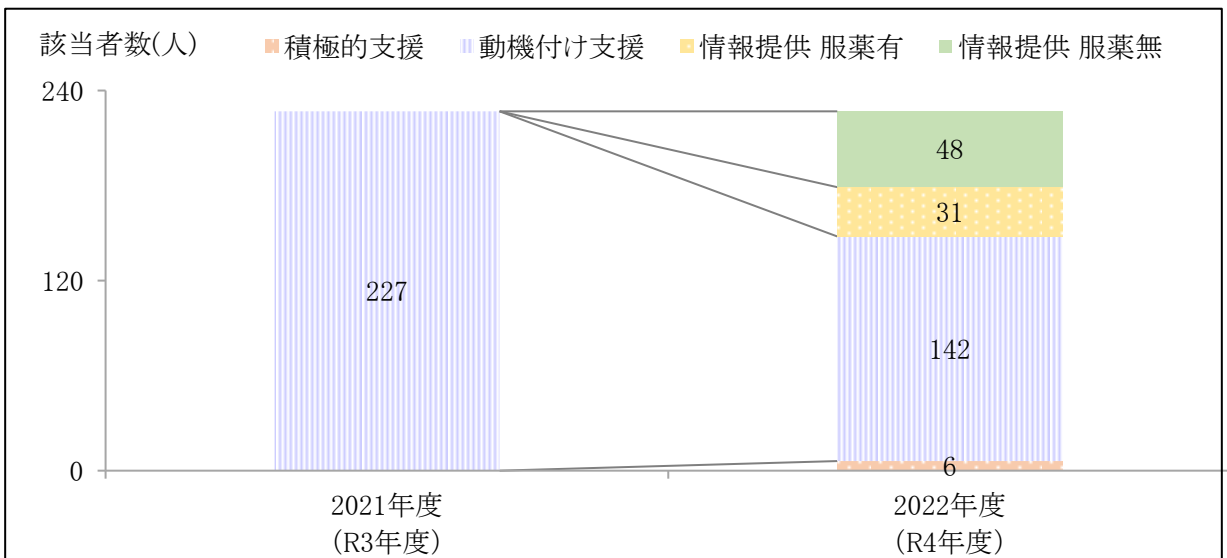


データ化範囲(分析対象)…健康診査データは2021（令和3）年度～2022（令和4）年度健診分（2か年度分）

データ化範囲(分析対象)…特定保健指導データは2021（令和3）年度分（1年分）

資格確認日：2023（令和5）年3月31日時点

図33 2021（令和3）年度特定保健指導利用者（動機付け支援）における2022（令和4）年度該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは2021（令和3）年度～2022（令和4）年度健診分（2か年度分）

データ化範囲(分析対象)…特定保健指導データは2021（令和3）年度分（1年分）

資格確認日：2023（令和5）年3月31日時点

8 ジェネリック医薬品普及率に係る分析

2020（令和2）年度から2022（令和4）年度における、年度別のジェネリック医薬品普及率(数量ベース)は次のとおりです。

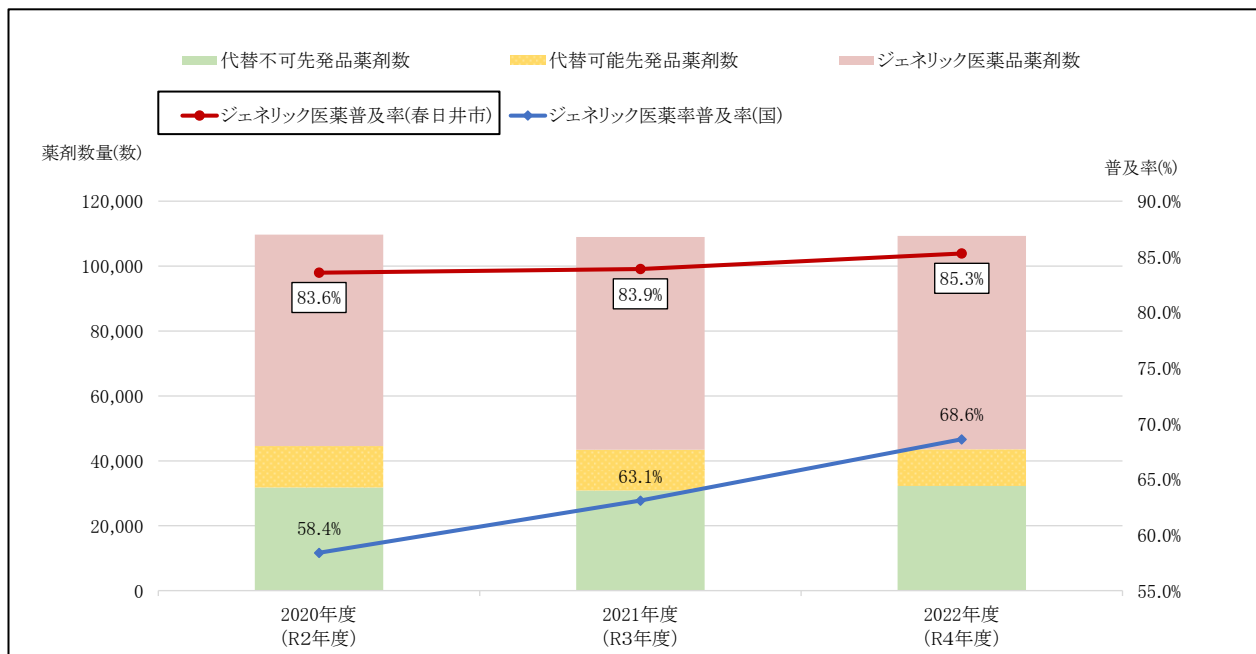
2022（令和4）年度ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)85.3%は2020（令和2）年度83.6%より1.7ポイント上昇しており、国の目標値（80.0%）は達成済みです。

表21 年度別 ジェネリック医薬品への切り替えポテンシャル（数量ベース）

		薬剤数量(数)		
		2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)
A	薬剤総数	109,694	108,979	109,357
B	代替可能先発品薬剤数	12,788	12,561	11,323
C	代替不可先発品薬剤数	31,807	30,895	32,275
D	ジェネリック医薬品薬剤数	65,099	65,523	65,759
D/(A-C)	(新指標)ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	83.6%	83.9%	85.3%

出典：市保険医療年金課資料(各年度3月分)

図34 年度別 ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）



出典：市保険医療年金課資料(各年度3月分)

ジェネリック医薬品普及率(国)…厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」(各年度3月分)

※国の目標値…2017（平成29）年6月9日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～」(骨太方針)において、「2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるように、更なる使用促進策を検討する。」と定められました。

第4章 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

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次のとおり示しました。

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 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は、慢性的に、県内で低い状況を推移している。 ・健診結果から「HbA1c」「血圧」など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傾向にある。 ・医療費及び患者数上位において「糖尿病」「高血圧性疾患」「脂質異常症」といった生活習慣病があがっている。 ・新規透析患者の内、生活習慣に起因した糖尿病から透析に至る人が最も多い。 ・脳疾患による死因の割合が経年で増加傾向である。 	1	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の発症予防、早期発見・早期治療のために健康意識及び特定健診受診率向上を図る。 ・健診結果やレセプトデータの分析を行い、生活習慣病の重症化リスクの高い人を特定し、医療受診や生活習慣改善の行動変容を促し、重症化を予防する。 糖尿病患者の人工透析への移行を予防 <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症から人工透析へ移行するリスクのある人に対し、電話・訪問による受診勧奨や保健指導を行う。
B	医療費適正化 <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤有害事象の発生リスクが高まるといわれる6種類以上の服薬が疑われる人が2,857名いる。 	2	⑦	適正受診・適正服薬の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・重複・頻回受診者に対し、電話・訪問による保健指導を実施し、適正受診・適正服薬の促進を図る。
C	フレイル予防 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定者の有病率では、「心臓病」「筋・骨格」「高血圧症」が上位にあがっている。 ・後期高齢者の要介護度別医療費の上位5疾病について、「腎不全」「脳梗塞」といった生活習慣病の重症化疾患があがっている。 	3	⑧	前期高齢者への健康支援 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態の前段階であるフレイルリスクの高い前期高齢者に対し、受診勧奨や健康に関する知識の啓発を行う。

※個別の保健指導について「2 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026（R8）年度は中間評価年度、2029（R11）年度は最終評価年度

主な 評価指標	計画策定時 実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
		2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定健診受診率	34.8%	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%
特定保健指導実施率	21.1%	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%
特定保健指導による特定 保健指導対象者の減少率	17.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
生活習慣病の発症・重症 化予防事業における医療 機関受診率	39.1%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%
糖尿病性腎症による 新規人工透析患者数	15人	—	—	2022年度 (R4年度) 実績値以下	—	—	2026年度 (R8年度) 実績値以下
糖尿病性腎症重症化予防 プログラムにおける保健 指導利用率	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
重複・多剤投与者への保 健指導をした割合	50.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
前期高齢者の健診受診率	41.8%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%

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

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次に示します。

事業番号	事業名称	事業概要	区分
A-①	特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目した特定健診を実施する。	継続
A-②	特定健康診査の受診勧奨及び周知・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診未受診者の健康特性を分析し、効果的な受診勧奨をはがきにより実施する。 ・市のホームページやイベント等で周知・啓発を行う。 ・企業と連携し、周知・啓発を行う。 	継続
A-③	特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者割合の減少を目的に特定保健指導を実施する。 ・特定保健指導の対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。 	継続
A-④	糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健診結果及びレセプトデータで、糖尿病の治療者や中断者等の人工透析への移行リスクの高い対象者を抽出し、対象者の病期に合わせて医療機関への受診勧奨又は保健指導を実施する。	継続
A-⑤	生活習慣病の発症・重症化予防事業	特定健診結果で、生活習慣病の発症及び重症化リスクの高い人に、リーフレット等の個別通知や電話により医療機関への受診勧奨を実施する。	継続
A-⑥	国保健康講座	生活習慣病の重症化リスクのある対象者等へ健康講座を実施する。	継続
B-⑦	適正受診・適正服薬の推進	同種同効の重複服薬・重複受診が疑われる対象者の特定し、保健指導等を行う。	継続
C-⑧	前期高齢者への健康支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・前期高齢者における地域の健康課題を抽出し、生活習慣病等の予備群に健康に関する啓発ちらしや特定健診の受診勧奨などを送付する。 ・高齢者サロン等において、生活習慣病に関する健康講座を行う。 	新規

(2) 各事業の実施内容と評価方法

事業番号：A-① 特定健康診査【継続】

事業の目的	生活習慣病の早期発見・早期治療により重症化予防を行う。
対象者	40歳～74歳の市国民健康保険被保険者（2022(R4)年度対象者：36,015人）

今後の目標

※太枠の2026（R8）年度は中間評価年度、2029（R11）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年度)	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
アウトカム (成果)	特定健診受診率 (法定報告)	34.8%	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%
	若い世代(40代)の受診率 (40代の受診者数/40代の 対象者数)	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%	19.0%	19.5%	20.0%
アウトプット (実施量・率)	対象者への特定健診受診 券の送付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	○対象者全員に特定健診とがん検診の統一受診券を5月に個別発送する。 ◎医師会等と連携し、生活習慣病で既に受診している人の受診率向上への 取り組みを検討する。 ◎受診者のニーズに合わせ、受診機会の拡大等を検討する。
--	---

事業番号：A-② 特定健康診査の受診勧奨及び周知・啓発【継続】

事業の目的	特定健診の目的を周知し、受診率の向上を図る。
対象者	40～74歳の市国民健康保険被保険者（2022（R4）年度対象者：36,015人）

今後の目標

※太枠の2026（R8）年度は中間評価年度、2029（R11）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年度)	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)
アウトカム (成果)	はがきで受診勧奨した人の 受診率 (受診者数/発送数)	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
	特定健診受診率 (法定報告)	34.8%	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%
アウトプット (実施量・率)	はがきやイベント等で受診 勧奨・啓発を行った回数	6回	6回 以上	6回 以上	6回 以上	6回 以上	6回 以上	6回 以上
	企業と連携した受診勧奨を 行った回数	新規	3回 以上	3回 以上	3回 以上	3回 以上	3回 以上	3回 以上

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	○はがきによる受診勧奨は、対象者の健康特性に合わせた内容とし、受診率が減少し始める8月～9月に行う。 ○特定健診の普及啓発月間にあわせ、民間企業のデジタルサイネージ、かすがいシティバス等による啓発を行う。また、健康救急フェスティバルや世界糖尿病デーなど、人が多く集まるイベントを活用し、受診勧奨・啓発を行う。 ◎企業からの協賛品を、抽選で受診者に提供することで、健診受診のきっかけづくりとする。企業には自社の魅力発信の場として活用してもらう。 ◎2月に、協賛品の提供とあわせアンケート調査を行い、受診率向上の施策に反映させる。
--	--

事業番号：A-③ 特定保健指導【継続】

事業の目的	生活習慣の改善を促し、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図る。
対象者	特定健診受診者のうち特定保健指導の基準に該当した人 (2022 (R4) 年度対象者：1,381人)

今後の目標

※太枠の2026 (R8) 年度は中間評価年度、2029 (R11) 年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
			2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
アウトカム (成果)	特定保健指導実施率 (法定報告)	21.1%	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%
	特定保健指導による特定 保健指導対象者の減少率 (法定報告)	17.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
	利用勧奨した人の特定保健 指導利用率 (利用者数/電話や手紙で利 用勧奨した人×100)	8.9%	10.0%	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%
アウトプット (実施量・率)	対象者への特定健診利用券 の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	利用勧奨した人の割合 (通話できた人/電話で利用 勧奨した人×100)	60.1%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	69.0%	70.0%

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス 〔実施方法・体制 及び主な戦略〕	<p>○特定保健指導利用券を圧着はがきに変更し、開封しやすく、1枚で読みやすい様式とする。</p> <p>○特定保健指導利用券の送付1週間後、高リスク者に利用勧奨の電話をする。さらに2か月後、未利用者に対し、勧奨はがきを送付する。</p> <p>◎特定保健指導ツールの1つとして、市で作成している「歩こうマップ」の利用を啓発する。</p> <p>◎医師会と協議し、対象者が特定保健指導を受けやすい仕組みを検討する。</p>
--	---

事業番号：A-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	①適切な受診勧奨や保健指導を行うことにより、治療に結びつける。 ②医療機関と連携して保健指導を行う。 ①または②により、糖尿病の重症化による人工透析への移行を防止する。
対象者	人工透析を受けていない人で ①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者 ②糖尿病治療中で腎症が重症化するリスクの高い人 (2022 (R4) 年度対象者：保健指導 47人 ・受診勧奨 24人)

今後の目標

※太枠の2026 (R8) 年度は中間評価年度、2029 (R11) 年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
			2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
アウトカム (成果)	保健指導利用後の結果改善率 (改善者数/利用者数×100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	糖尿病性腎症による新規人工透析患者数 (★)	15人	—	—	2022年度 (R4年度) 実績値 以下	—	—	2026年度 (R8年度) 実績値 以下
	受診勧奨者の受診率 (受診者数/受診勧奨者数×100)	24.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	30.0%
アウトプット (実施量・率)	保健指導の利用率 (利用者数/保健指導対象者数×100)	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	保健指導の実施率 (電話が繋がった人/保健指導対象者×100)	91.7%	92.0%	92.5%	93.0%	93.5%	94.0%	94.5%

★KDBシステムにより抽出する。

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	<p>【腎症4期】 ○健診受診者のうち、腎症4期で医療未受診者に受診勧奨通知を送付する。 ○毎年、かかりつけ医がない人への受入れ医療機関リストを作成する。</p> <p>【治療中断者】 ◎KDBシステムで対象者を抽出し、医療受診勧奨通知を5月に送付する。さらに、電話又は訪問等で状況を把握し、再勧奨を行う。 ◎医療受診が確認できるまで、5年間継続的に支援を行う。 ◎医師会と連携し、対象者が受診しやすい体制を整える。</p> <p>【腎症3期】 ◎対象者に6か月間の保健指導の利用勧奨通知を送付し、1週間後、電話による再勧奨を行う。 ○毎年、保健指導委託機関と内容を検討を行う。</p>
--	--

事業番号：A-⑤ 生活習慣病の発症・重症化予防事業【継続】

事業の目的	生活習慣病の発症及び重症化を予防する。
対象者	特定健診を受診した人のうち、生活習慣病を発症及び重症化リスクのある一定の基準以上の人（2022（R4）年度対象者：722人）

今後の目標

※太枠の2026（R8）年度は中間評価年度、2029（R11）年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					2029年度 (R11年度)
			2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	
アウトカム (成果)	医療機関への受診率 (受診者数/受診勧奨者数 ×100)	39.1%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%
	次年度の健診結果改善率 (改善者数/受診勧奨者数 ×100)	46.8%	47.5%	48.0%	48.5%	49.0%	49.5%	50.0%
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨した人の割合 (勧奨者/対象者×100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導実施率 (電話等で保健指導を実施 した人数/ハイリスク者 ×100)	71.8%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	<p>○対象者を選定し、受診勧奨通知を毎月送付する。送付1週間後、ハイリスク者に電話で受診勧奨及び保健指導を行う。</p> <p>◎生活習慣改善ツールとして、「歩こうマップ」ウォーキング等の健康づくり事業への参加を促す。</p> <p>◎民間企業等と連携し、生活習慣改善を持続できる仕組みづくりを検討する。</p>
--	---

事業番号：A-⑥ 国保健康講座【継続】

事業の目的	生活習慣病予防や重症化予防の必要性等、健康や医療に関する知識の普及・啓発を図る。
対象者	市国民健康保険被保険者及び支援する家族 (2022 (R4) 年度対象者 (国保講座参加実人数) : 23人)

今後の目標

※太枠の2026 (R8) 年度は中間評価年度、2029 (R11) 年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
			2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
アウトカム (成果)	参加者の理解度 (アンケートで判定)	93.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	生活習慣を改善しようと思っ た人の割合 (アンケートで判定)	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
アウトプット (実施量・率)	講座参加率 (延べ参加者/延べ定員×100)	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%
	講座案内の通知を行った割 合 (送付者数/対象者数×100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	<ul style="list-style-type: none"> ◎健診結果等により、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプ ローチを組み合わせる。 ◎講師の市民病院医師、管理栄養士、健康運動指導士と情報共有しな がら事業をすすめる。 ◎行動変容がしやすくなるよう、対象者を支援する家族も対象とする。 ◎講座終了3か月後に、意欲の持続を図るため、アンケートを兼ねた健康 関連の情報提供を行う。
--	--

事業番号：B-⑦ 適正受診・適正服薬の推進【継続】

事業の目的	健康の保持と医療費の適正化を図る。
対象者	レセプト情報に基づき選定した対象者（2022（R4）年度対象者：2人）

今後の目標

※太枠の2026（R8）年度は中間評価年度、2029（R11）年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
			2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
アウトカム (成果)	保健指導した人の改善率 (条件が改善した人数/保健指導者数×100)	0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
アウトプット (実施量・率)	対象者へ電話・訪問で 保健指導をした割合 (保健指導した人数/対象者数×100)	50.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	<p>◎国保連合会から情報提供があった対象者に、重複服薬が身体に与える影響や、お薬手帳の活用方法が記載されたリーフレットを送付する。送付1週間後に電話し、必要に応じて訪問による保健指導を行う。</p> <p>◎保健指導後、レセプトデータにより受診及び薬剤の処方状況を確認する。</p> <p>◎状況により、関係機関と協議しながら事業をすすめる。</p>
--	--

事業番号：C-⑧ 前期高齢者への健康支援事業【新規】

事業の目的	フレイル及び生活習慣病の重症化を予防することで、要介護状態への移行を抑制する。
対象者	市国民健康保険被保険者で前期高齢者

今後の目標

※太枠の2026（R8）年度は中間評価年度、2029（R11）年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
			2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
アウトカム (成果)	前期高齢者の特定健診 受診率 (法定報告)	41.8%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%
アウトプット (実施量・率)	健康課題による通知事業の 実施回数	新規	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上
	高齢者サロン等での保健指 導の実施回数	新規	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上

※◎は重点戦略

ストラクチャー プロセス (実施方法・体制 及び主な戦略)	<p>◎前期高齢者における地域の健康課題を抽出し、生活習慣病等の予備群に健康に関する啓発ちらしや健診の受診勧奨などを送付する。</p> <p>◎高齢者サロン等において、フレイルや生活習慣病に関する健康講座を行う。</p> <p>◎必要に応じて、電話や訪問による個別支援を行い、状況により関係機関へ適切に接続を行う。</p> <p>○関係課と適宜、情報共有を行う。</p>
--	---

第5章 特定健康診査等の取り組み

1 目 標

国は、市町村国保において、計画期間の最終年度である2029（令和11）年度までに特定健診受診率を60.0%以上、特定保健指導実施率を60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率を25.0%以上にするとしています。本市においても国の示す市町村国保の目標値（以下「国の目標値」という。）とあわせ、各年度の目標値を設定します。

ただし、本市のこれまでの実績等を鑑みると、国の目標値とは大きな乖離があり、目標の達成には被保険者の意識・行動変容が不可欠であることから、保険者の取り組みを通じて短期で国の目標値を達成することは非常に困難な状態です。

国の目標値との大きな乖離を解消していくため、医療機関等関係者との連携を強化し、保健事業に係る財源確保等の課題に着実に対応しつつ、保険者としての取り組みの充実を図ることが重要です。2029（令和11）年度の最終目標値は、予算等の制約条件の中で最大限に努力して近づけるための目標値と位置付けます。

こうした考え方を踏まえたうえで、次のとおり計画期間中の目標値を設定します。

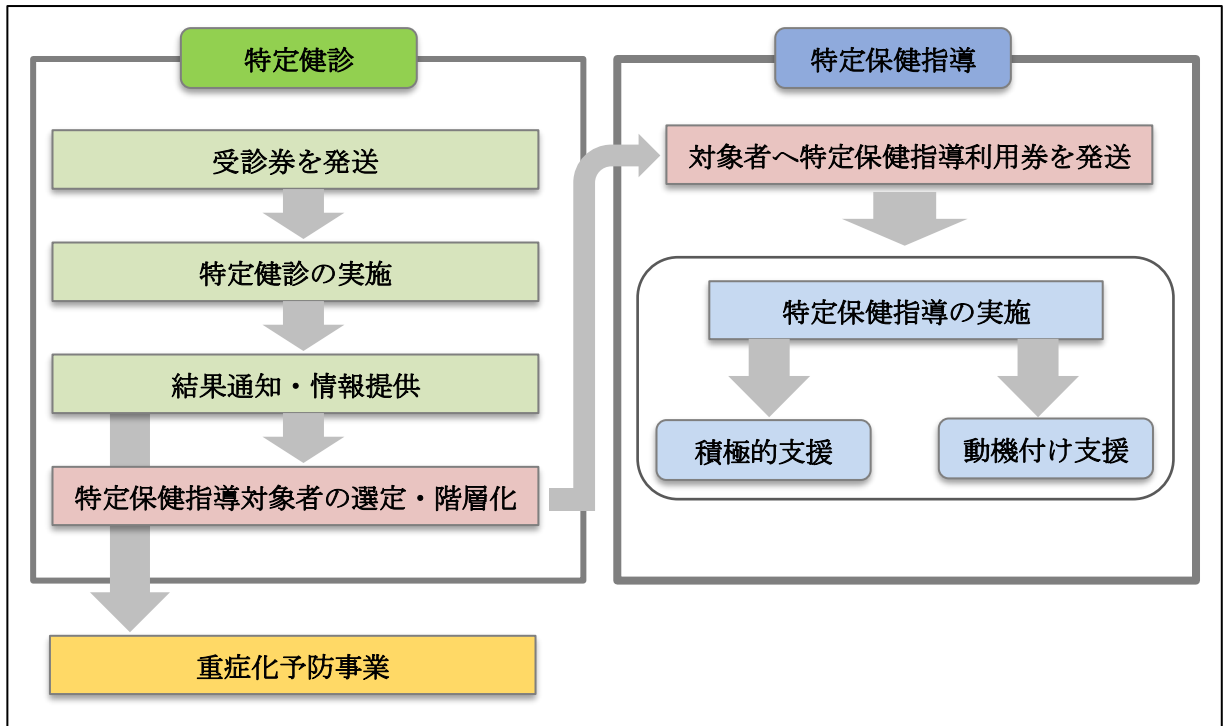
表22 特定健診等の目標値

区 分	計 画 期 間						
	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)	2029年度 (R11年度) (国の目標値)
特定健康診査受診率(%)	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%	60.0%以上
特定保健指導実施率(%)	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%	60.0%以上
特定保健指導対象者の 減少率 (%)	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	25.0%以上

2 実施方法

(1) 特定健康診査から特定保健指導への流れ

図35 特定健診から特定保健指導への流れ



(2) 特定健康診査

特定健診は、メタボリックシンドロームに着目し、その該当者や予備群を減少させるための特定保健指導対象者を的確に抽出し、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を目的として実施します。

ア 対象者

対象者は、特定健診実施年度中に40歳から74歳になる市国民健康保険被保険者とします。ただし、妊産婦、その他の厚生労働大臣が定める人(刑務所入所、海外在住、長期入院等)は、対象から除くものとします。

イ 実施場所

本市が委託契約する指定医療機関

ウ 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診の項目(表23)」及び医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診の項目(表24)」に基づき実施します。

表23 基本的な健診の項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST(GOT)) アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT(GPT)) ガンマグルトミルトランスフェラーゼ(γ-GT) 血清アルブミン※
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)』から引用
※第4期特定健診から市独自で追加するものです。

表24 詳細な健診の項目

追加項目	実施できる条件(基準)				
貧血検査(ヘマトクリット値、色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せずかつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上				

『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)』から引用
本市では、貧血、心電図検査、血清クレアチニン検査については、基本的な健診項目として実施します。また、眼底検査については、前年度の特定健診等の結果において、血糖検査の基準に該当する人を対象とします。

エ 実施時期

4月～12月 指定医療機関

4月～翌年3月 指定医療機関(総合保健医療センター)の人間ドック

オ 外部委託の方法

(ア) 外部委託の有無

健診のすべてを委託(指定医療機関)で実施

(イ) 外部委託の契約形態

業務委託

(ウ) 外部委託者の選定にあたっての考え方

業務委託については、高確法第28条、同法の「特定健康診査及び特定保健指導実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」で定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要な基準等については、別途定めるものとします。

カ 周知や案内の方法

受診券送付時に特定健診の案内を同封し、受診勧奨を行うとともに、市の広報紙、ホームページ及び医療機関へのポスター掲示等を活用し、周知・啓発を図ります。

キ 特定健康診査の自己負担

無料

ク 他の健診と同時実施について

各種健診(がん検診等)と可能な限り同時実施に向けた取り組みをします。

ケ 特定健康診査の結果

健診を実施した指定医療機関から本人に通知します。

コ 事業主健診受診者の対応

市国民健康保険被保険者であり、職場健診を受ける機会のある人については、さまざまな機会を通じて実施者及び被保険者に呼びかけ、積極的にデータを提供してもらえるような取り組みを行います。

(3) 特定保健指導

特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣の改善に取り組み、生活習慣病を予防することを目的として実施します。

内容については、厚生労働省が発行する「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」を踏まえた特定保健指導プログラムを実施します。

ア 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、特定健診の結果を踏まえ、内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因(血糖、血圧、脂質)の数、喫煙状況による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、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人は、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、質問項目により服薬中と判断された人や特定健診の結果から服薬を開始する人は、対象者から除くこととします。

イ 実施場所

本市が委託契約する指定医療機関

ウ 実施項目

保健指導レベル(動機付け支援・積極的支援)に応じた内容の保健指導を実施します。

表25 特定保健指導の内容

	支援内容	特定健診の結果から、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か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か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る。			
積極的支援	実績評価	○3か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)と、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)を合わせて評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="266 755 1273 865"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・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> </table> <table border="1" data-bbox="266 871 1273 1012"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・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> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="266 1078 1273 1224"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・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)、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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)、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
<ul style="list-style-type: none"> ・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 					
<ul style="list-style-type: none"> ・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) 					
<ul style="list-style-type: none"> ・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)、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 					
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づき、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か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(電話・電子メール等)を利用して行う。			

エ 実施時期

4月から翌年3月まで

オ 外部委託の方法

(ア) 外部委託の有無

指定医療機関に委託

(イ) 外部委託の契約形態

業務委託

(ウ) 外部委託者の選定にあたっての考え方

業務委託については、高確法第28条、同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」で定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要な基準等については、別途定めるものとします。

カ 周知や案内の方法

特定健診を実施した医療機関から報告された特定健診結果に基づき、選定した動機付け支援対象者及び積極的支援対象者に対し、特定保健指導利用券及び保健指導プログラムの案内等を個別に送付し、利用勧奨及び制度の周知等を図ります。

キ 特定保健指導の自己負担

無料

ク 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

特定保健指導実施者が効果的な保健指導が実践できるよう、スキルアップの研究等の周知を行い、技術研鑽が図れるような支援を行います。

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します。

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ます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

ア 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2026（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2029（令和11）年度上半期に仮評価を行います。

イ 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います。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、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

2 計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表します。

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します。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します。

4 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

2020（令和2）年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み（システム）のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、次の取り組みを実施していきます。

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

医療、介護、保健、福祉、住まい、生活支援などについての議論の場に国保被保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

(2) 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

5 用語解説

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	筋・骨格	筋骨格系疾患のこと。骨、靭帯、関節などの身体の動きを担うところの疾患群。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、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するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
	た行	中性脂肪
動機付け支援		特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
特定健康診査		平成20年4月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
特定保健指導		特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	ハイリスクアプローチ	リスクの高い個人や集団を対象とする介入方法。ポピュレーションアプローチと対比される。例として、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防の個別指導など。

用語		説明
	標準化死亡率	標準化死亡率は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡率が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
	ポピュレーションアプローチ	集団全体を対象とする介入方法。ハイリスクアプローチと対比される。例としては、分煙の推進や運動施設の整備、外食メニューの改善などの環境整備や、目的に応じて集団全体へ行う情報提供など。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。

2024年（令和6年）3月発行

春日井市国民健康保険保健事業実施計画
春日井市 市民生活部 保険医療年金課
〒486-8686 愛知県春日井市鳥居松町5-44
電話：0568-85-6367
<https://www.city.kasugai.lg.jp>