
柏崎市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第4期特定健康診査等実施計画

令和6(2024)年度から令和11(2029)年度まで



柏崎市

目次（★は、第4期特定健康診査等実施計画の該当部分です。）

1	計画の概要.....	1
1. 1	計画の背景と目的（★）	1
1. 2	計画の位置づけ（★）	2
1. 3	標準化の推進	3
1. 4	計画の対象期間	4
1. 5	計画の評価・見直し【特定健康診査等基本指針第3の6を含む。】（★）	4
1. 6	計画の公表・周知【特定健康診査等基本指針第3の5を含む。】（★）	4
2	柏崎市の概要	5
2. 1	人口及び被保険者の概要	5
2. 2	平均寿命・死亡・介護の状況.....	8
3	第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画の評価	11
3. 1	計画全体目標の達成状況	11
3. 2	保健事業の実施状況	13
4	レセプトデータ・健診データ	24
4. 1	医療費・疾病構造の状況	24
4. 1. 1	医療費の概要	24
4. 1. 2	高額医療費の発生状況	27
4. 1. 3	長期入院者の状況	27
4. 1. 4	生活習慣病関連疾患医療費の状況	28
4. 1. 5	がん医療費の状況	31
4. 1. 6	精神疾患医療費の状況	32
4. 1. 7	後発品の数量割合	32
4. 1. 8	重複頻回・多剤	33
4. 2	特定健康診査・特定保健指導の状況（★）	34
4. 2. 1	特定健診・特定保健指導の実施状況	34
4. 2. 2	メタボリックシンドローム該当者の状況	36
4. 2. 3	有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）	37
4. 2. 4	質問票.....	41
5	計画全体の目標	42
5. 1	健康課題等まとめ	42
5. 2	計画全体の目標	42
6	特定健康診査・特定保健指導【特定健康診査等基本指針第3の1・2・3】（★）	48
6. 1	国民健康保険被保険者数の推計と特定健康診査等の国が定める目標.....	48
6. 2	特定健康診査の受診率の目標【特定健康診査等基本指針第3の1及び2】	49
6. 3	特定保健指導の実施率の目標【特定健康診査等基本指針第3の1及び2】	50
6. 4	特定健康診査・特定保健指導の実施方法【特定健康診査等基本指針第3の3】	51
6. 4. 1	特定健康診査・特定保健指導	51
6. 4. 2	特定健康診査の実施方法	53
6. 4. 3	特定保健指導の実施方法	55
6. 4. 4	実施スケジュール	56
7	課題に対応した保健事業の立案	58

7. 1	各保健事業の目的と内容	58
7. 2	保健事業の実施体制・関係者連携	78
8	個人情報の保護【特定健康診査等基本指針第3の4を含む。】(★)	79
9	地域包括ケアに係る取組	79
10	留意事項【特定健康診査等基本指針第3の7を含む。】(★)	79
用語解説		81
アルファベット		83
あ		84
か		84
さ		85
た		86
な		87
は		87
ま		88
ら		88

1 計画の概要

1. 1 計画の背景と目的 (★)

(計画の背景)

全ての保険者に特定健康診査等実施計画の策定と特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられ、また、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けたデータヘルス計画の策定と標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が求められています。

年月	背景
平成 20(2008)年 4 月	高齢者の医療の確保に関する法律及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準が施行され「特定健康診査等実施計画」の策定とメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられました。
平成 25(2013)年 6 月	閣議決定された「日本再興戦略(*28)」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト(*38)等のデータの分析、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。」とされました。
平成 26(2014)年 3 月	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、保険者は、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。
平成 30(2018)年 4 月	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した。
令和 2 (2020)年 7 月	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、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられました。
令和 4 (2022)年 12 月	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、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展に当たり、保険者共通の評価指標やアウトカム(*9)ベースでの適切な KPI の設定を推進する。」と示されました。

(計画の目的)

保険者においては、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ています。

これまで本市においては、「柏崎市国民健康保険第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）第 3 期特定健康診査等実施計画（平成 30(2018)年 3 月策定）」に基づき、保健事業を実施してきました。この度、当該計画が令和 5 (2023)年度で満了を迎えることから、令和 6 (2024)年度を初年度とする本計画を策定し、更なる国民健康保険被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を目指します。

1. 2 計画の位置づけ (★)

「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査(*26)・特定保健指導(*27)の具体的な実施方法を定める計画です。一方、「データヘルス計画」は被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、特定健康診査(*26)・特定保健指導(*27)の結果、レセプト(*38)データ等の健康・医療情報を活用し、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画です。

本市は、「第4期特定健康診査等実施計画」と「第3期データヘルス計画」を一体的に策定し、被保険者の健康の保持増進における保健事業の実施及び評価を行うものとします(図表1)。また、計画策定に当たっては、本市の「第五次総合計画(後期基本計画)」をはじめ「第二次健康増進計画『健康みらい柏崎21』」、「柏崎市地域包括ケア計画(柏崎市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画・柏崎市認知症施策推進計画)」と整合性を図り、評価においても調和のとれたものとします。

図表1 計画の位置付け

	第4期 特定健康診査等実施計画	第3期 データヘルス計画	柏崎市第二次健康増進計画 「健康みらい柏崎21」	柏崎市地域包括ケア計画(柏崎市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画・柏崎市認知症施策推進計画)
法律	高齢者の医療の確保に関する法律第19条	国民健康保険法第82条	健康増進法第8条	老人福祉法第20条の8 介護保険法第117条 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第13条
基本的な指針	高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査等基本方針 (厚生労働省保険局)	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 (厚生労働省保険局)	国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 (厚生労働省健康局)	第9期介護保険事業(支援)計画の基本指針 (厚生労働省老健局)
計画策定者	医療保険者(柏崎市)	医療保険者(柏崎市)	市町村(柏崎市)	市町村(柏崎市) 介護保険者(柏崎市)
計画主管課	福祉保健部 国保医療課	福祉保健部 国保医療課	福祉保健部 健康推進課	福祉保健部 介護高齢課
計画期間	令和6(2024)年度から 令和11(2029)年度まで	令和6(2024)年度から 令和11(2029)年度まで	平成28(2016)年度から 令和7(2025)年度まで	令和6(2024)年度から 令和8(2026)年度まで
対象	国民健康保険被保険者 (40歳以上74歳以下)	国民健康保険被保険者 (全員)	市民	高齢者 (40歳以上64歳以下第2号被保険者を含む。)
基本的な考え方	規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査(*26)等を効果的かつ効率的に実施するための計画です。	被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査(*26)・特定保健指導(*27)の結果、レセプト(*38)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をするための計画です。	市民の健康増進の総合的な推進に関する施策について、基本的な方向や目標を定めた計画です。	「地域包括ケアの推進」「地域共生社会の実現」のもとに、介護サービス基盤を整備し、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進、介護人材の確保や介護サービスの質の向上、高齢者の生きがいづくりの強化などを進め、高齢者の活動や介護現場の変化を踏まえた高齢者保健福祉施策に取り組んでいくための計画です。

1. 3 標準化の推進

(標準化の利点)

一般に、標準化とは、品質や性能の確保、利便性の向上、効率化等の確保などを目指すために、一定の基準を設定し、それに従って、作り方や評価方法などを統一することとされています。

都道府県レベルで標準化することにより、各都道府県内保険者において同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者と比較したり、本市の国民健康保険の客観的な状況を把握したりすることができます。また、各都道府県の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、関係者の理解促進につながることや他計画等の調和を図る際に有用となります。

(共通の評価指標の設定)

計画の達成状況を評価するためには評価指標の設定が必要ですが、評価指標は保険者の健康課題や健康づくりの目指す方向等を踏まえて、保険者が設定するものです。一方、他の保険者との比較や、各都道府県内での当該保険者の健康状況を把握するためには、各都道府県内で共通の評価指標を設定する必要があるため、新潟県においても共通の評価指標が設定されました。(図表2)

各都道府県内保険者が把握すべき共通の情報と同様に、共通の評価指標を設定するに当たっては、国保データベース(KDB)システム(*16)(以下「KDBシステム」という。)から算出できるものや他計画等で把握すべき指標等、情報収集しやすいものから決定されています。

計画の標準化は、保険者の健康課題を効果的かつ効率的に解決するために行うものであり、各保険者において最低限把握すべき情報や評価指標等を統一するものであるため、本市の国民健康保険の健康課題や地域の実情に応じ設定した評価指標に加えて新潟県共通の評価指標を設定することにより、本市の国民健康保険の特徴を踏まえた計画を策定します。

図表2 新潟県共通の評価指標

基本理念	
医療費の適正化 健康寿命(*15)の延伸	
取組の方向性	
脳血管疾患(*30)の発症と重症化を予防する 糖尿病の重症化を予防する	
中長期的指標	短期的指標
1 収縮期血圧(*18)140mmHg以上、または拡張期血圧(*12)90mmHg以上の者の割合	⑤ 特定健康診査(*26)実施率
2 HbA1c(*5)6.5%以上の者の割合	⑥ 特定保健指導(*27)実施率
③ HbA1c(*5)8.0%以上の者の割合	⑦ 特定保健指導(*27)による特定保健指導(*27)対象者の減少率
4 メタボリックシンドローム該当者・予備群(*37)の割合	8 未受診高血圧判定者の割合
	9 未受診糖尿病判定者の割合
	10 習慣的に喫煙している者の割合

※ すべての都道府県で設定することが望ましい指標(③、⑤、⑥、⑦)

※ 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標(1、2、4、8、9、10)

【出典：新潟県】

1. 4 計画の対象期間

特定健康診査等実施計画の計画期間は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づく特定健康診査(*26)及び特定保健指導(*27)の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針において、「特定健康診査等実施計画は 6 年ごとに、6 年を一期として、当該実施計画を定めるものとする」とされています。

一方、データヘルス計画の計画期間は、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性も踏まえ、複数年とすること」、また、「可能な限り特定健康診査等実施計画と一体的に作成すること」とされています。

双方の整合性を考慮し、「第 4 期特定健康診査等実施計画」と「第 3 期データヘルス計画」を一体化した本計画の対象期間は、令和 6 (2024)年度から令和 11(2029)年度までの 6 年間とします。

1. 5 計画の評価・見直し【特定健康診査等基本指針第 3 の 6 を含む。】(★)

本計画における評価は、PDCA サイクルに則り、単年度評価と中間評価（令和 8 (2026)年度及び令和 11(2029)年度）を行います。

単年度評価は「5. 2 計画全体の目標（短期的目標）(44 ページ)」で示す短期的目標に設定したアウトカム(*9)評価指標の評価、「7. 1 各保健事業の目的と内容 (58 ページから 77 ページまで)」で示す保健事業の事業評価計画に設定したアウトカム(*9)評価、アウトプット(*10)評価、プロセス(*32)評価、ストラクチャー(*20)評価を、中間評価は単年度評価に加えて「5. 2 計画全体の目標（中長期的目標）(43 ページ)」で示す中長期的目標に設定したアウトカム(*9)評価指標の評価を国保医療課が主体となり、健康推進課、介護高齢課と自己評価します。

また、評価においては、新潟県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委員会による学識経験者からの助言や新潟県からの指導・助言を受けるものとし、柏崎市国民健康保険運営協議会に計画の進捗状況を毎年度報告し、必要に応じ、事業内容や目標値の見直しを行います。

1. 6 計画の公表・周知【特定健康診査等基本指針第 3 の 5 を含む。】(★)

本計画は、本市ホームページに掲載することにより広く市民に公表して周知するとともに、実施状況のとりまとめを行い、評価・見直しに活用するための報告書を作成します。また、被保険者に対しては、国民健康保険加入時や保健事業開催時など機会あるごとに本計画及び特定健康診査等の意義の広報と趣旨普及を図ります。

2 柏崎市の概要

2. 1 人口及び被保険者の概要

(柏崎市の人口)

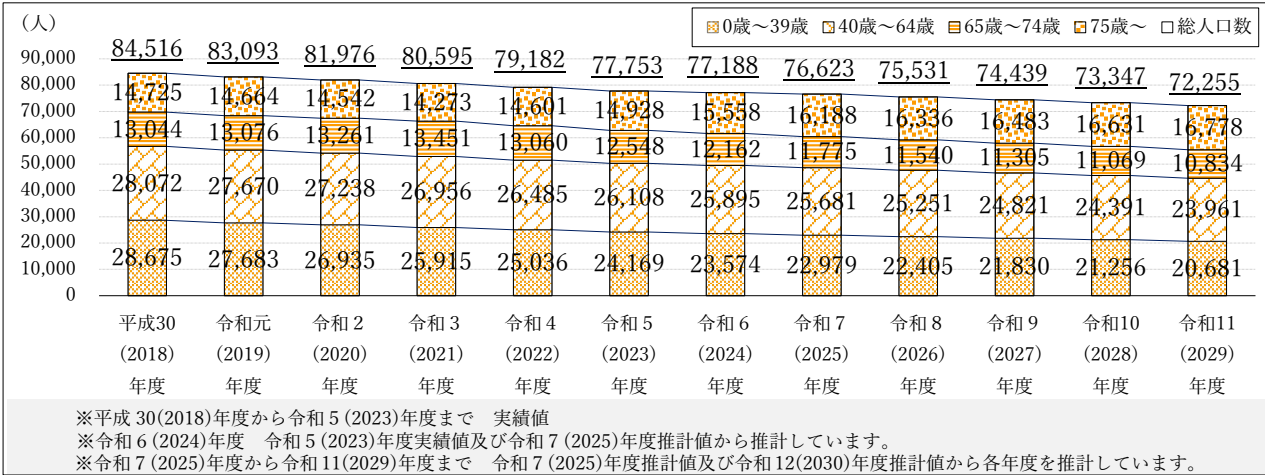
○ 人口は減少傾向です。

本市の人口は、平成 30(2018)年度は 84,516 人でしたが、令和 5 (2023)年度は 77,753 人と減少しています。国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 (平成 30(2018)年推計)」を活用した本市の人口推計においても令和 8 (2026)年度は 75,531 人、令和 11(2029)年度は 72,255 人と減少していく見込みです。(図表 3)

○ 65 歳以上の人口割合は増加傾向です。

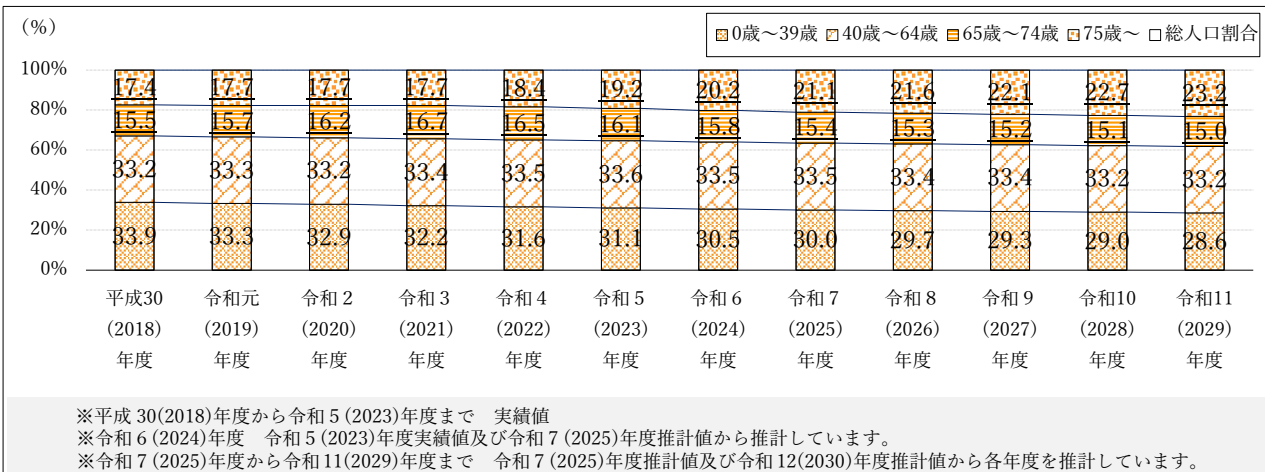
本市の 65 歳以上の人口の割合は、平成 30(2018)年度は 32.9%でしたが、令和 5 (2023)年度は 35.3%と増加しています。国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 (平成 30(2018)年推計)」を活用した本市の人口推計においても令和 8 (2026)年度は 36.9%、令和 11(2029)年度は 38.2%と増加していく見込みです。(図表 4)

図表 3 柏崎市の人口の総数とその見込み (各年度 9 月末資料)



【出典：住民基本台帳、日本の地域別将来推計人口 (平成 30(2018)年推計)
国立社会保障・人口問題研究所】

図表 4 柏崎市の人口の年齢階層別割合とその見込み (各年度 9 月末資料)



【出典：住民基本台帳、日本の地域別将来推計人口 (平成 30(2018)年推計)
国立社会保障・人口問題研究所】

(国民健康保険の被保険者数)

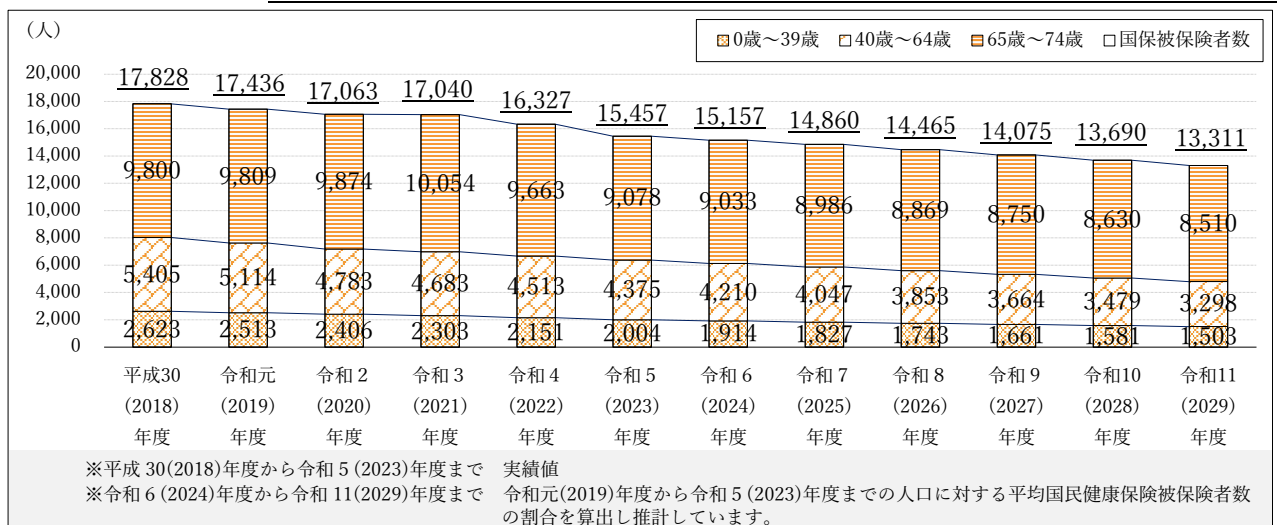
○ 国民健康保険の被保険者数は減少傾向です。

国民健康保険の被保険者数は、平成 30(2018)年度は 17,828 人でしたが、令和 5 (2023)年度は 15,457 人と減少しています。国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30(2018)年推計）」を活用した国民健康保険の被保険者数の推計においても令和 8 (2026)年度は 14,465 人、令和 11(2029)年度は 13,311 人と減少していく見込みです。(図表 5)

○ 65 歳以上の国民健康保険の被保険者数の割合は増加傾向です。

65 歳以上の国民健康保険の被保険者数の割合は、平成 30(2018)年度は 55.0%でしたが、令和 5 (2023)年度は 58.7%と増加しています。国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30(2018)年推計）」を活用した国民健康保険の被保険者数の推計においても令和 8 (2026)年度は 61.3%、令和 11(2029)年度は 63.9%と増加していく見込みです。(図表 6)

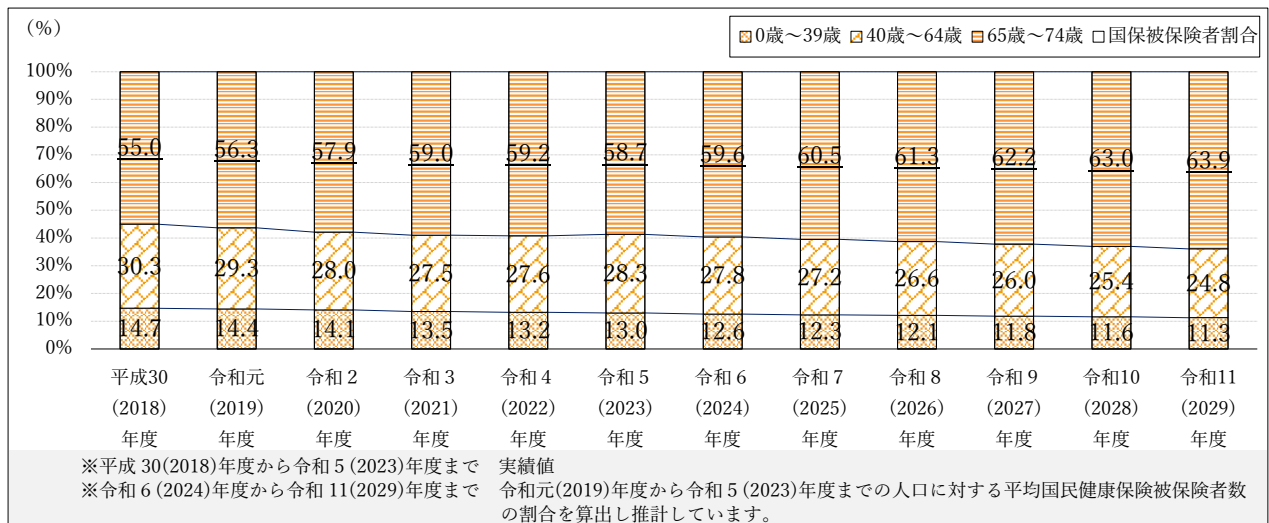
図表 5 柏崎市国民健康保険被保険者の総数とその見込み（各年度 9 月末資料）



【出典：国民健康保険毎月事業状況報告書、日本の地域別将来推計人口（平成 30(2018)年推計）

国立社会保障・人口問題研究所】

図表 6 柏崎市国民健康保険被保険者の年齢階層別割合とその見込み（各年度 9 月末資料）



【出典：国民健康保険毎月事業状況報告書、日本の地域別将来推計人口（平成 30(2018)年推計）

国立社会保障・人口問題研究所】

(国民健康保険加入者の推移)

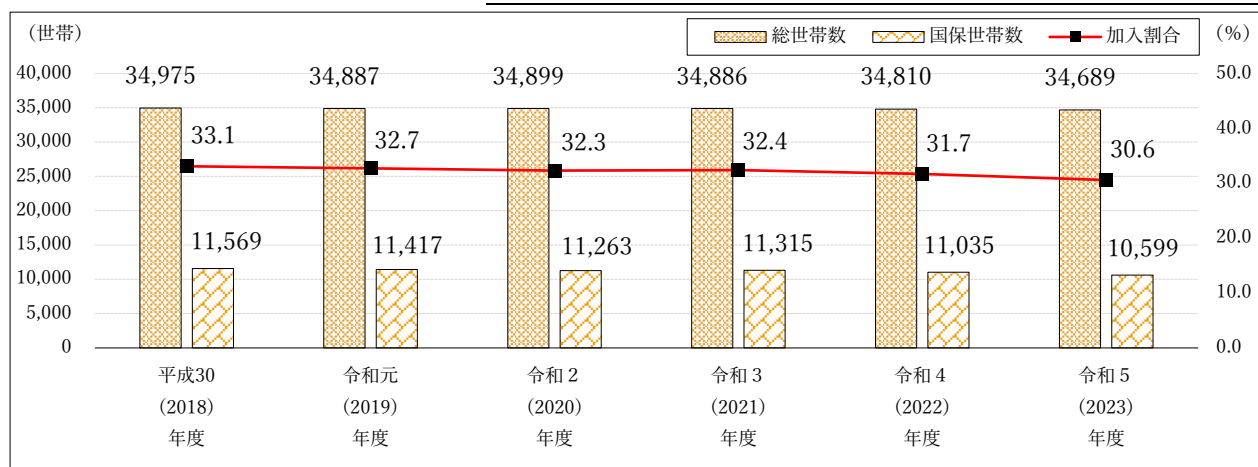
○ 国民健康保険加入の世帯の割合は減少傾向です。

国民健康保険加入の世帯の割合は、平成 30(2018)年度は住民基本台帳による世帯数 34,975 世帯に対し国民健康保険加入の世帯数 11,569 世帯の 33.1%でしたが、令和 5 (2023)年度は 34,689 世帯に対し 10,599 世帯の 30.6%と減少しています。(図表 7)

○ 国民健康保険加入の被保険者の割合は減少傾向です。

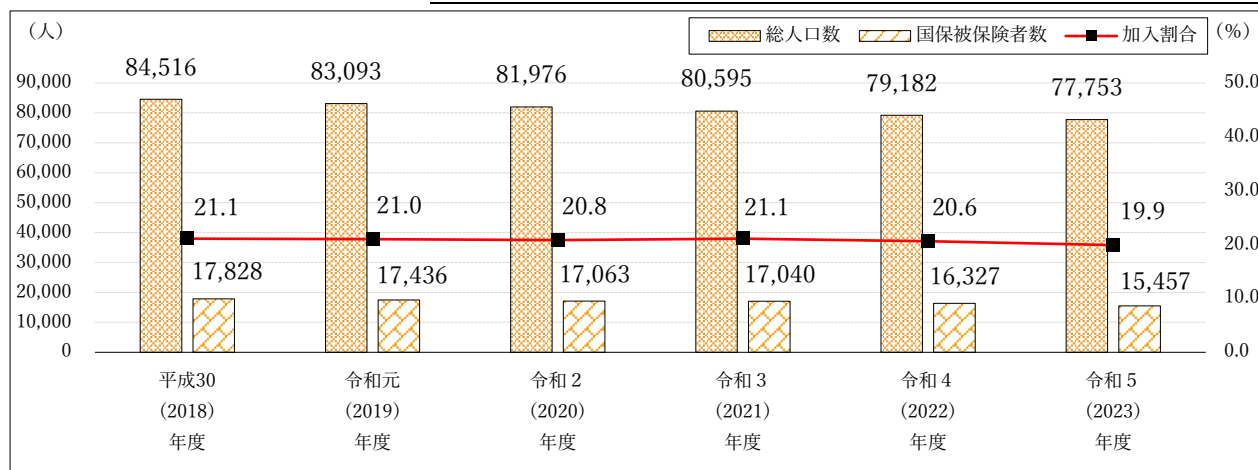
国民健康保険加入の被保険者の割合は、平成 30(2018)年度は住民基本台帳による人口 84,516 人に対し国民健康保険加入の被保険者数 17,828 人の 21.1%でしたが、令和 5 (2023)年度は 77,753 人に対し 15,457 人の 19.9%と減少しています。(図表 8)

図表 7 国民健康保険加入の世帯の割合 (各年度 9 月末資料)



【出典：国民健康保険毎月事業状況報告書】

図表 8 国民健康保険加入の被保険者の割合 (各年度 9 月末資料)



【出典：国民健康保険毎月事業状況報告書】

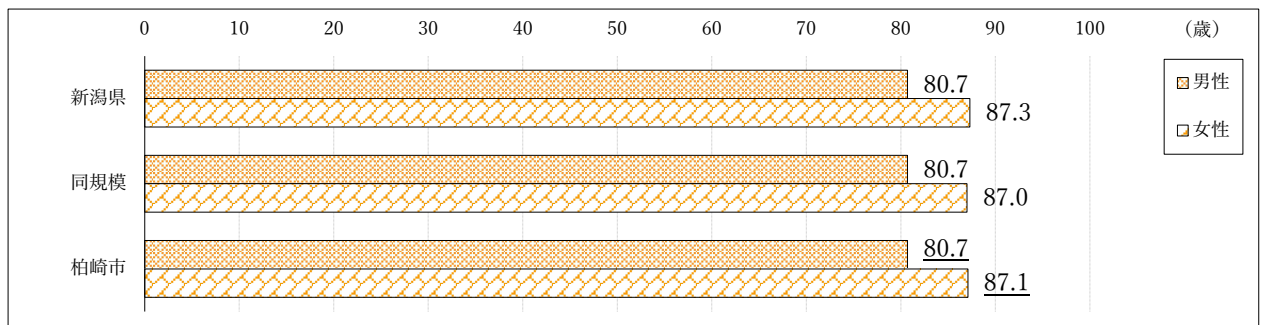
2. 2 平均寿命・死亡・介護の状況

(平均寿命)

- 平均寿命(*33)は男性 80.7 歳、女性 87.1 歳で、新潟県、同規模(*23)と大きな差は見られません。

新潟県、同規模(*23)と同様に女性と比べて男性の平均寿命(*33)が短い傾向が見られます。(図表 9)

図表 9 平均寿命



【出典：KDB】

(死因と標準化死亡比)

- 脳血管疾患(*30)と自殺の標準化死亡比(*31)が高い状況です。

令和 3 (2021) 年の死因順位は、悪性新生物＜腫瘍＞、心疾患（高血圧性を除く）、老衰、脳血管疾患(*30)、肺炎の順になっています。(図表 10)

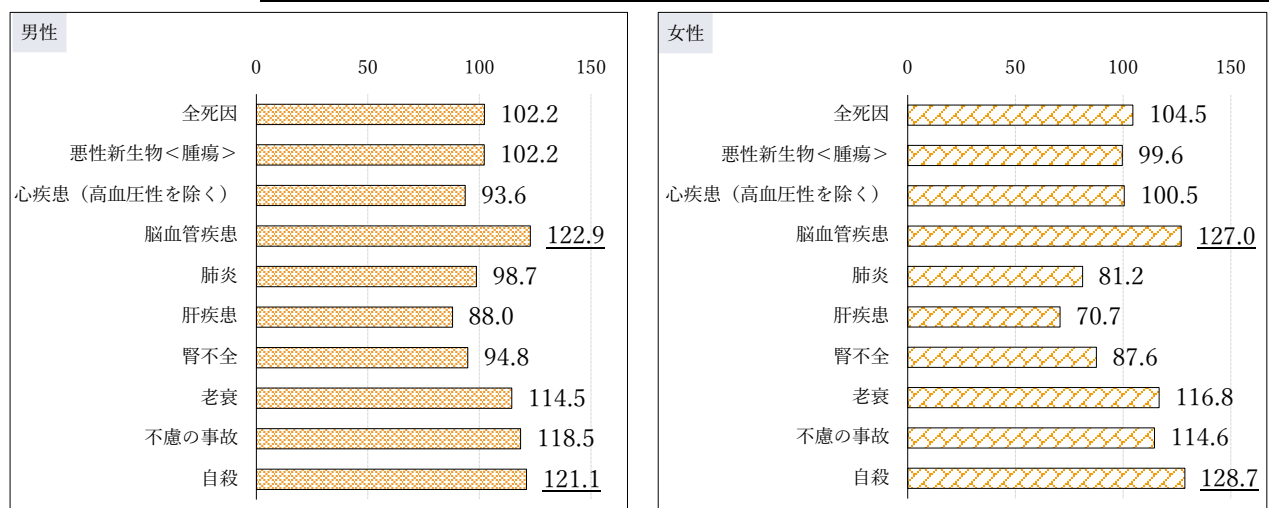
主要死因別標準化死亡比(*31)は、男女ともに脳血管疾患(*30)（男性 122.9、女性 127.0）と自殺（男性 121.1、女性 128.7）が高く、脳血管疾患(*30)と自殺の死亡率が国と比較し高い状況です。(図表 11)

図表 10 死因順位（令和 3 (2021) 年）

順位	死因	死亡数	死亡率（人口 10 万人対）
1 位	悪性新生物＜腫瘍＞	308	384.3
2 位	心疾患（高血圧性を除く）	158	197.1
3 位	老衰	129	161.0
4 位	脳血管疾患	100	124.8
5 位	肺炎	75	93.6

【出典：新潟県保健福祉年報】

図表 11 主要死因別標準化死亡比（平成 25(2013)年から平成 29(2017)年まで）



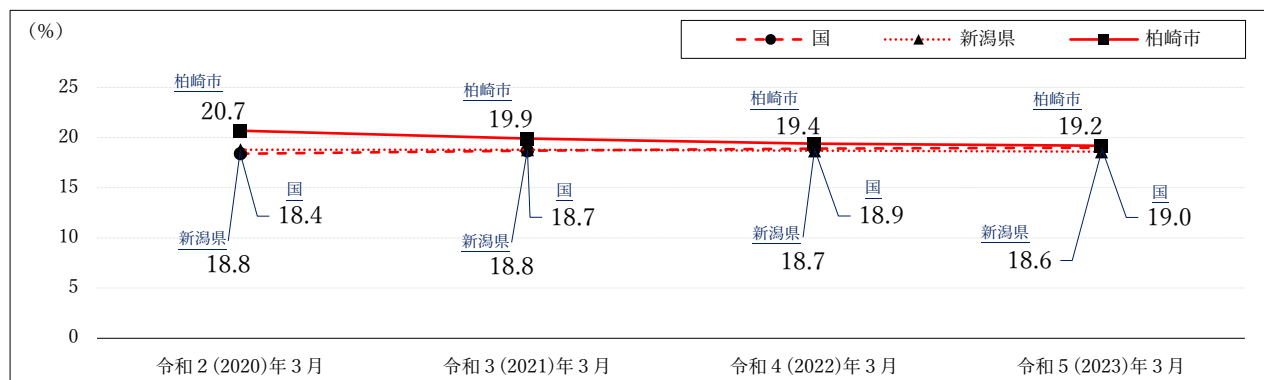
【出典：人口動態統計】

(要介護認定率)

○ 要介護認定率が減少しています。

要介護認定率の比較をみると、いずれの年も新潟県や国を上回って推移していますが、令和2(2020)年以降の低下とともに、差は小さくなってきています。(図表12)

図表12 認定率の推移



【出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

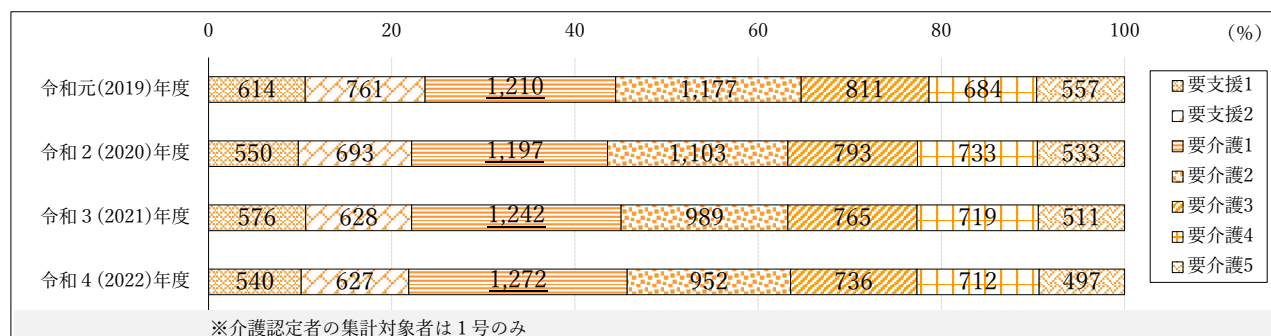
(令和5(2023)年3月末のみ「介護保険事業状況報告」月報)】

(介護度別介護認定者数割合と介護度別介護給付件数割合)

○ 要介護1の割合が高い状況です。

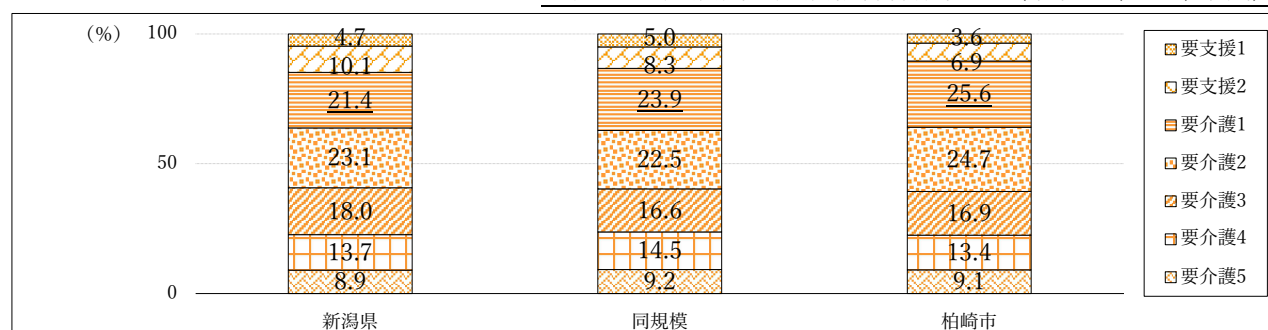
要介護度別介護認定者数割合は要介護1の割合が高い状況で推移しています。また、介護度別介護給付件数割合においても、新潟県や同規模(*23)市町村と比較して要介護1の割合が高い状況です。(図表13、14)

図表13 介護度別介護認定者数割合の推移



【出典：KDB】

図表14 介護度別介護給付件数割合 (令和4(2022)年度)



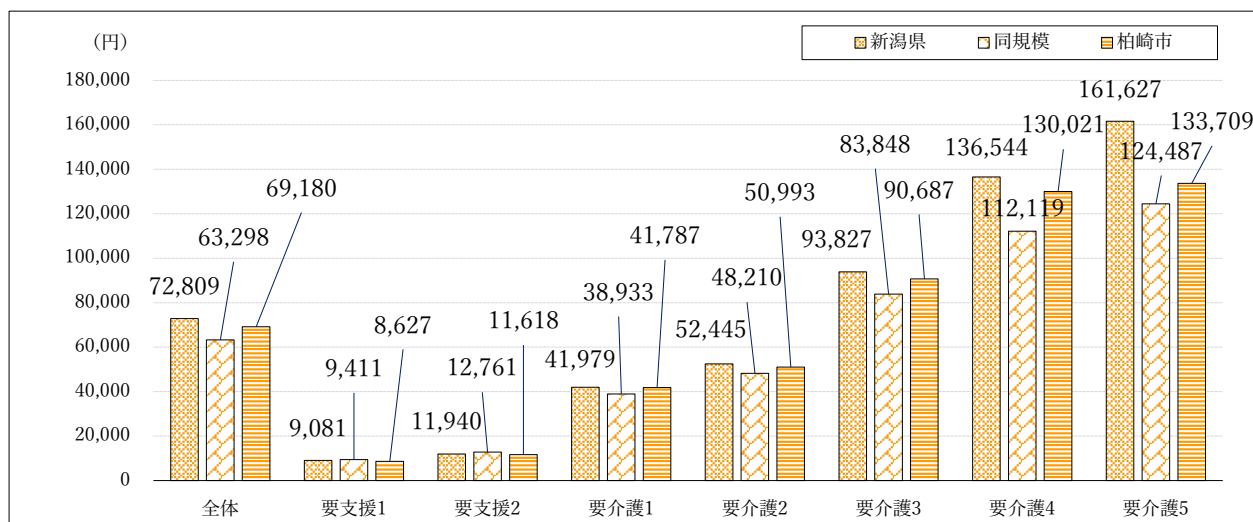
【出典：KDB】

(介護度別介護給付費 (1件当たり給付費))

○ 同規模(*23)の市町村と比較して要介護者の介護給付費(*11)が高い状況です。

介護度別の介護給付費(*11)はすべての介護度において新潟県よりも少ないですが、同規模(*23)と比較して要介護者の介護給付費(*11)が高額になっています。(図表 15)

図表 15 介護度別介護給付費 (1件当たり給付費) (令和4(2022)年度)



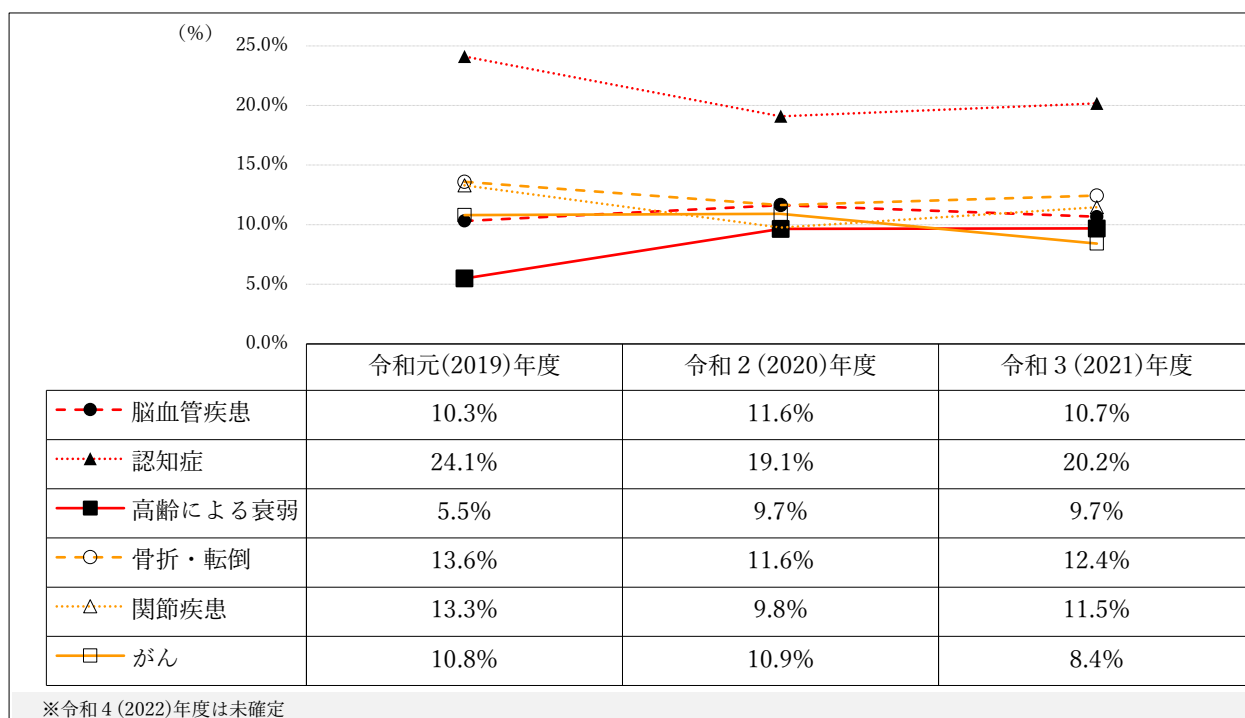
【出典：KDB】

(新規要支援・要介護認定者の主要原因疾患)

○ 脳血管疾患(*30)の割合が微増しています。

新規要支援・要介護認定者の主要原因疾患は、認知症、骨折・転倒、関節疾患、脳血管疾患(*30)の順に多い状況です。高齢による衰弱が増え、全体的に疾患起因の割合が減少しているものの、脳血管疾患(*30)の割合が微増しています。(図表 16)

図表 16 新規要支援・要介護認定者の主要原因疾患の推移



【出典：柏崎市新規要介護（支援）認定者の原因調査結果】

3 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画の評価

3. 1 計画全体目標の達成状況

（中長期的目標）

第2期データヘルス計画は、第1期から引き続き、「糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の抑制」「脳血管疾患(*30)の発症者の減少」を大目標に据え、保健事業を実施しました。

大目標の達成に向け計画の最終年度までの達成を目指す中長期的目標 8 項目については、「1) 糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の減少」の項目で、平成 28(2016)年度の数値より減少がみられました。しかし、他の項目ではまだ成果に至っていません。

中長期的目標	評価指標	現状値 平成 28(2016)年度	目指す 方向性	実績値 令和 4 (2022)年度	評価	考察
1) 糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の減少	糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数	10 (人)	減少	7 (人)	B	人数は減少しているものの年度による変動もあり継続して状況を見ていくことが必要です。
2) 腎不全による医療費の増加の抑制	医療費 1 件当たりの費用額 ※カッコは調剤レセプトを含む。	297,784 (円/件)	減少	318,186 (301,244) (円/件)	C	増加傾向です。治療薬の開発が進む一方で治療薬が高額になってきていることから医療費の抑制には疾病の発症予防からの働きかけが必要です。
3) 糖尿病有病率(*25)の増加の抑制	特定健診結果 HbA1c(*5)6.5% 以上の者の割合	11.0 (%)	増加 抑制	13.2 (%)	C	増加抑制が図られていません。重症化予防の取組を継続するとともに HbA1c(*5) 6.5%に至る前の発症予防の働きかけの強化が必要です。
4) 脳血管疾患(*30)に対する医療費の増加の抑制	医療費 1 件当たりの費用額 ※カッコは調剤レセプトを含む。	41,322 (円/件)	増加 抑制	71,800 (104,889) (円/件)	C	増加抑制が図られていません。治療薬の開発が進む一方で治療薬が高額になってきていることから医療費の抑制には疾病の発症予防からの働きかけが必要です。
5) 要介護認定者で脳血管疾患を持つ人の介護給付費の増加の抑制	脳出血又は脳梗塞による 1 人当たりの介護給付費(*11) ※カッコは延べ数値による算出	77,826 (円/人)	減少	123,072 (95,324) (円/人)	C	増加傾向です。要介護認定者は減少しているものの継続して状況を見ていくことが必要です。
6) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	特定健診結果 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(*37)の割合	29.0 (%)	減少	31.6 (%)	C	増加傾向です。メタボリックシンドローム(*36)対策としての特定保健指導(*27)に加えて、重症化予防の取組を推進することが必要です。
7) 高血圧判定者の減少	特定健診結果 血圧 140/90mmHg 以上の者の割合	23.5 (%)	減少	27.0 (%)	C	増加傾向です。重症化予防の取組を継続するとともに高血圧を予防する食生活や運動習慣、家庭血圧測定などの啓発が必要です。
8) 脂質異常判定者の減少	特定健診結果 LDL コレステロール(*7)160mg/dl 以上の者の割合	9.7 (%)	減少	9.3 (%)	C	令和元(2019)年度以降増加傾向でしたが令和 4 (2022)年度は減少に転じました。取組を継続しつつ変化をみていくことが必要です。

※ 評価 (A うまくいっている B まあ、うまくいっている C あまりうまくいっていない D まったくうまくいっていない E わからない)

(短期的目標)

短期的目標 8 項目については、概ね目標を達成したものが 1 項目、現状値から横ばい、または後退しているものが 7 項目ありました。

目標を達成した「#3 腎機能低下者の割合の増加抑制」については、腎機能低下が疑われる者に対し腎診療依頼書を発行し、医療機関への受診勧奨を行う取組を継続してきたことが要因として挙げられます。

横ばいまたは後退した項目については、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え、行動制限や活動の自粛等による生活習慣の変化、保健事業等を通じた働きかけの減少などが要因として挙げられます。

短期的目標	現状値 平成 28(2016)年度 (%)	目指す 目標値 (%)	実績値 令和 4 (2022)年度 (%)	評価	考察
#1 特定健診結果 HbA1c(*5)7.0%以上者の割合の毎 年度 0.1 ポイントの減少	5.2	4.6	6.1	C	減少の目標に対して、令和元(2019)年度以降増加しています。令和 3(2021)年度からハイリスク保健指導事業の対象年齢を引き上げました。減少が図られるよう取組の継続が必要です。
#2 特定健診結果 HbA1c(*5)6.5%以上者の割合の増 加抑制	11.0	11.0	13.2	C	増加抑制が図られていません。重症化予防の取組を継続するとともに、HbA1c(*5)6.5%に至る前の発症予防の働きかけの強化が必要です。
#3 腎機能低下者の割合の増加抑制 ・60 歳から 69 歳まで eGFR(*4)50 未 満、70 歳から 74 歳まで eGFR(*4) 40 未満 ・尿蛋白 2+以上 ・尿蛋白+かつ尿潜血+以上	- 1.87 0.97 0.57	- 1.87 0.97 0.57	- 2.12 0.95 0.58	B A A	eGFR(*4)値は、目標値を達成した年度もあり、経年で経過を見ていく必要があります。 尿蛋白、尿潜血に関する項目は目標値に近い形で推移しています。これは、腎機能低下が疑われる対象者に腎診療依頼書を発行し医療機関への受診勧奨を行ったことで早期発見、早期治療につながったものと考えます。
#4 特定健診受診率の増加	50.5	60.0	50.1	B	新型コロナウイルス感染症の影響による健診日程の変更や受診控えの影響を受けた令和 2 (2020)年度 45.9%と比べ、回復傾向にあります。しかし、目標には達しておらず、更なる受診勧奨の取組が必要です。
#5 特定保健指導(*27)実施率の増加	53.5	60.0	43.9	C	令和元(2019)年度 55.5%以降減少傾向であり、目標に達していません。新型コロナウイルス感染症の影響で参加の働きかけが十分に行えなかったことも要因の一つと考えます。実施率向上に向けた支援方法の工夫が必要です。
#6 特定健診結果Ⅱ度高血圧以上者の 割合の毎年度 0.3 ポイントの減少	5.0	3.2	5.9	C	5 %台を推移しており、目標の減少に向かっていません。保健事業を通じて、重症化予防のための医療機関受診、家庭血圧測定などの働きかけが必要です。
#7 朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲 み物を摂取している人の毎年度 0.2 ポイントの減少	19.7 平成 30(2018)年度	18.7	20.9	C	増加傾向にあり、目標の減少に向かっていません。肥満や糖尿病予防にも関わる生活習慣であり、間食の摂り方について継続した啓発の取組が必要です。
#8 運動習慣のある人の割合の毎年度 1 ポイントの増加	43.4	49.4	41.4	C	減少傾向にあり、目標の増加に向かっていません。全世代の人が運動を取り入れられるような情報提供や運動習慣の定着を促す取組が必要です。

※ 評価 (A うまくいっている B まあ、うまくいっている C あまりうまくいっていない D まったくうまくいっていない E わからない)

3. 2 保健事業の実施状況

(特定保健指導利用率向上対策事業)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022) 年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 特定保健指導(*27) を行い、生活習慣 病(*21)を予防しま す。 <u>対象者</u> 特定健診の結果、 特定保健指導(*27) (積極的支援及び 動機付け支援)対 象と判定された 者 <u>事業内容</u> 特定保健指導(*27) 対象者(積極的支 援及び動機付け 支援)をシステム で抽出し、特定保 健指導(*27)を実施 します。	ア ウ ト プ ット (*10)	特定保健指導 (*27)実施率	60.0 (%)	50.2 (%)	43.9 (%)	<u>成功要因</u> 集団健診会場において、 初回面接日をその場で決 め、予約日を指定した案 内を行うことで、初回面 接実施率の向上に一定の 効果がみられました。 <u>未達要因</u> 毎年度対象になる者の中 には、以前も受けたこと、 かかりつけ医に受診して いることから利用を断る 対象者が多くみられまし た。	<u>継続</u> 特定保健指導 (*27)実施率の向 上に向け、まず 初回面接の実 施率の向上を 目指します。利 用勧奨の強化 や支援メニュ ーの充実を図 ります。 また、保健指導 の質の向上の ため従事者の 研修を継続し て行います。
	ア ウ ト カ ム (*9)	特定保健指導 (*27)による特定 保健指導(*27)対 象者の減少率	20.0 (%)	17.8 (%)	17.3 (%) 令和 3 (2021) 年度		
	ア ウ ト カ ム (*9)	特定保健指導 (*27)終了者のう ち保健指導非 該当者の割合	35.0 (%)	29.3 (%)	31.1 (%) 令和 3 (2021) 年度		

(ハイリスク者保健指導事業)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 保健指導を行い、 疾病進行予防の ために適正な医 療管理と生活習 慣改善につなげ ます。 <u>対象者</u> 一般・特定・高齢 者健診受診者の うち一定の基準 に該当する者 <u>事業内容</u> 特定健診結果か ら事業対象者を 抽出し、保健指導 を実施します。	ア ウ ト プ ット (*10)	訪問・面接・電 話による保健 指導実施者の 割合	85.0 (%)	65.6 (%)	81.4 (%)	<u>成功要因</u> 保健指導従事者が訪問・ 面接・電話など対象者に 合った方法で対応するこ とで、保健指導実施率に 一定の効果がみられまし た。 <u>未達要因</u> 支援を拒む者や、訪問や 電話連絡をしても不在等 の理由により、保健指導 ができない場合があります。	<u>継続</u> 対象者基準や 保健指導の実 施方法につい て、各種診療ガ イドラインや 従事者の稼働 量等を踏まえ て、適宜見直し ながら、健診受 診者を適切な 医療管理や、生 活習慣の改善 につなげてい きます。
	ア ウ ト カ ム (*9)	医療機関受診 率	70.0 (%)	74.1 (%)	77.0 (%)		
	ア ウ ト カ ム (*9)	事業対象者の 翌年度健診結 果が改善した 者の割合	60.0 (%)	54.3 (%)	58.7 (%) 令和 3 (2021)年度		

(糖尿病予防教室)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 糖尿病について 正しく理解する とともに、各々に あった糖尿病悪 化防止の具体的 な生活改善の方 法を取得し、実践 を継続できるよ うにします。 <u>対象者</u> 特定健診結果等 で血糖値が基準 値以上の者 <u>事業内容</u> 以下の内容を 1 コースとして実 施します。 1 回目:医師講話 2 回目:食事療 法、歯周病予防 3 回目:運動療 法、生活目標の設 定 4 回目:フォロー アップ健診・つど い(数値や生活改 善の変化の確認)	アウ トプ ット (*10)	参加者のうち フォローアッ プ健診・つどい に参加する者 の割合	85.0 (%)	85.0 (%)	100.0 (%)	<u>成功要因</u> 参加者にとって苦手な行 動よりも、得意な行動を 伸ばして、参加者のモチ ベーションを高めること で生活改善に効果がみら れています。 <u>未達要因</u> 対象人数が少ないため、 1 人の未達成が結果を大 きく左右します。	<u>継続</u> 教室終了後も 参加者が改善 行動を継続で きるよう、苦手 なことを出来 るようにする のではなく、得 意なことを伸 ばす支援を行 います。
	アウ トカ ム (*9)	血糖値が基準 値以上の者の うち血液デー タ(HbA1c(*5)・ 血糖値・中性脂 肪(*22)のうち 1 項目以上)の改 善率	50.0 (%)	70.0 (%)	75.0 (%)		
	アウ トカ ム (*9)	体組成デー タの改善率	45.0 (%)	70.0 (%)	33.3 (%)		
	アウ トカ ム (*9)	生活改善した 者の割合	92.0 (%)	90.0 (%)	100.0 (%)		

(糖尿病相談会)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 糖尿病を正しく理解し、食生活・運動習慣の生活改善が継続できるように支援します。 <u>対象者</u> 糖尿病の診断を受け市内の医療機関に通院している者のうち主治医から紹介があった者 <u>事業内容</u> 主治医の指示書を基に、保健師・栄養士の面接による保健指導を実施します。	アウトプット (*10)	実施から3か月後に改善状況の確認ができた者の割合	80.0 (%)	80.0 (%)	100.0 (%)	<u>成功要因</u> 参加者にとって、達成可能な行動目標を立てたことによって、行動変容が確認できました。 <u>未達要因</u> 対象人数が少ないため、1人の未達成が結果を大きく左右します。とりわけ、食生活よりも運動習慣の改善が課題です。	<u>継続</u> 参加者の運動習慣改善のため、理学療法士とともに、従事者の運動指導の技術向上に取り組みます。
	アウトカム (*9)	実施から3か月後に改善状況の確認ができた者のうちHbA1c(*5)が改善した者の割合	60.0 (%)	60.0 (%)	66.7 (%)		
	アウトカム (*9)	実施から3か月後に改善状況の確認ができた者でBMI(*3)25以上のうち体重減少者の割合	60.0 (%)	80.0 (%)	66.7 (%)		
	アウトカム (*9)	実施から3か月後に改善状況の確認ができた者のうち生活が改善した者の割合	100.0 (%)	90.0 (%)	100.0 (%)		

(健診結果説明会)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 経年変化を意識した健診結果の見方や健康づくりに関する情報を伝え、食事、運動等の生活改善や健診継続受診につなげます。 <u>対象者</u> 特定健診、一般健診の集団健診受診者のうち特定保健指導 ^(※27) 対象者、ハイリスク対象者を除いた者 <u>事業内容</u> 健診結果説明会対象者に対し、数値の経年変化、健診項目の見方、食事や運動のポイント、健診継続受診の必要性について、個別または集団で保健指導を行います。	アウトプット ^(※10)	説明会出席率	31.5 (%)	33.6 (%)	17.1 (%)	<u>成功要因</u> 参加者の満足度は高く、健診継続受診者の割合は目標値を上回っています。 参加者アンケートの生活改善に取り組もうとする者の割合に、すでに取り組んでいる者も含めることとしたため、目標値を85.3%としていましたが95.0%に変更しました。 <u>未達要因</u> 周知方法、実施体制、実施方法を見直しながら実施しているものの、平成30(2018)年度以降の出席率は年々減少傾向で、なかでも20歳代から50歳代までの出席率が低い状況です。	<u>継続</u> ポピュレーションアプローチ ^(※34) として、参加者が参加しやすい体制づくりを行いながら実施していきます。
	アウトカム ^(※9)	健診の継続受診者の割合	84.2 (%)	82.6 (%)	85.3 (%)		
	アウトカム ^(※9)	説明会参加者のうち生活習慣の改善に取り組もうとする者の割合	95.0 (%)	91.5 (%)	92.8 (%)		

(特定健診会場での健康づくり応援コーナー)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022) 年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 受診者が現在の生活習慣を振り返り、疾病の発症及び重症化予防のために必要な保健指導を実施します。また、特定保健指導(*27)の初回面接 1 回目を実施します。 <u>対象者</u> 特定・一般・高齢者健診の集団健診受診者(社保扶養者を含む。) <u>事業内容</u> 対象者全員と短時間の個別面接による保健指導を実施します。	ア ウ ト カ ム (*9)	HbA1c(*5)6.5% 以上者の占める割合	11.0 (%)	11.0 (%)	13.2 (%)	<u>成功要因</u> 集団健診会場で特定保健指導(*27)初回面接を行うことで、その後の継続率にある程度の効果が見られました。 <u>未達要因</u> 特定保健指導(*27)初回面接実施率は、健診対象者から保健指導を辞退したいとの申出などもあり、年々、低下している状況です。	<u>継続</u> 集団健診受診者全員と会える場であり、ポピュレーションアプローチ(*34)ができる事業として継続していきます。また、受診者の状態に合わせて保健指導ができるよう、適宜内容を見直していきます。
	ア ウ ト カ ム (*9)	血圧症度Ⅱ度 以上者の占める割合	4.7 (%)	5.1 (%)	5.9 (%)		
	ア ウ ト カ ム (*9)	特定保健指導 (*27)初回面接実施率	65.0 (%)	70.3 (%)	58.8 (%)		

(糖負荷試験及び試験後結果説明会)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 耐糖能異常を早期に発見するとともに、食事や運動の重要性を伝えることで糖尿病の発症を予防します。 <u>対象者</u> 特定健診受診者のうち 40 歳から 64 歳までの糖負荷試験基準該当者 <u>事業内容</u> 健康管理センターの集団健診または医療機関にて 75gOGTT を実施します。	アウト ポイント (*10)	糖負荷試験実施者の割合	40.0 (%)	43.9 (%)	42.2 (%)	<u>成功要因</u> 糖負荷試験の未受診者は、受診勧奨はがきを送ることによって集団健診の受診率向上に効果が見られました。 <u>未達要因</u> 結果説明会に出席できず、郵送を希望する受診者がおり、受診者全員が結果説明会に参加することが難しかったです。 受診勧奨者が医療機関に行くことを望まず、生活習慣の改善で様子を見る場合がありました。	<u>継続</u> 糖尿病予防のための意識付けの機会として、対象者が受診したいと思うような、また、日頃の生活習慣に気を付けたいと思うような働きかけができるよう、案内や保健指導の内容を改善していきます。
	アウト ポイント (*10)	結果説明会参加者の割合	100.0 (%)	96.5 (%)	90.3 (%)		
	アウト カム (*9)	受診勧奨者の医療機関受診割合	75.0 (%)	36.3 (%)	55.5 (%)		

(慢性腎臓病 (CKD) 普及啓発事業 (令和 2 (2020) 年度終了))

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018) 年度	実績値 令和 4 (2022) 年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 医療費や介護給 付費(*11)の増高要 因である慢性腎 臓病による人工 透析(*19)を予防す るため、市民に疾 病についての正 しい知識を普及 するとともに、疾 病の発症及び重 症化を予防する 必要性について 啓発します。 <u>対象者</u> 市民、健診結果ハ イリスク者、健康 推進員 <u>事業内容</u> 専門医、専門職に よる講演会や個 別相談、媒体展示 による慢性啓発 腎臓病の普及啓 発を行います。	ア ウ ト プ ット (*10)	個別の案内を した対象者の うち事業への 参加申込みを した者の割合	15.0 (%)	4.8 (%)	-	<u>事業終了</u> 啓発事業であるセミナー の中核を担ってきた医療 機関の事情で令和元 (2019) 年度に事業終了 となりました。 予防啓発としては一定の 役割を果たしました。	<u>事業終了</u>
	ア ウ ト カ ム (*9)	事業参加者の うち講演内容 を「よく理解で きた」「まあま あ理解できた」 と回答する者 の割合	95.0 (%)	96.3 (%)	-		
	ア ウ ト カ ム (*9)	事業参加者の うち慢性腎臓 病という病名 を知っている 者の割合	85.0 (%)	90.8 (%)	-		

(特定健診受診促進事業)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018) 年度	実績値 令和 4 (2022) 年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 効果的な受診勧奨を行うことで特定健診の未受診者を減らし、将来的に成人病・生活習慣病(*21)を早期に発見し、重症化の防止につなげます。 <u>対象者</u> ①未受診対象者 特定健診の未受診者で 39 歳から 65 歳までの該当者 ②節目年齢対象者 国民健康保険加入者で 39 歳、40 歳、50 歳の該当者 <u>事業内容</u> ①未受診対象者 特定健診の終了した地区から事業対象者を抽出し、受診勧奨はがきを送付します。 ②節目年齢対象者 該当する年齢に限り、特定健診を受診する場合、一部負担金を無料とします。	アウトカム (*9)	特定健診受診率 ①未受診勧奨対象者数 ②未受診者用健診日程実施回数	60.0 (%)	51.0 (%) ①3,088 (人) ② 8 (回)	50.1 (%) ①3,444 (人) 69 歳まで拡大 ② 5 (回) 地域の健診終了後に日程設定	<u>成功要因</u> 令和 2 (2020) 年度に新型コロナウイルス感染症が拡大し、健診日程の一部変更や未受診者に対する受診勧奨を中止したこと から受診率が大きく低下しました。しかしながら、令和 3(2021)年度から受診勧奨を再開し、また令和 4 (2022) 年度は未受診対象者を 69 歳まで拡大したことから受診率は増加傾向となる効果がみられました。 <u>未達要因</u> 平成 30(2018) 年度と令和元(2019)年度は、50%を超える受診率でしたが、令和 2(2020)年度に新型コロナウイルス感染症拡大の影響により受診率が大きく低下する状況となりました。令和 3 (2021) 年度以降、徐々に回復傾向ですが、当該感染症流行前までには回復していない状況です。	<u>継続</u> 未受診対象者の拡大及び効果的な受診勧奨の取り組みと、新潟県健康づくりのための情報提供事業を開始し、受診率の向上を図ります。

(コツコツ貯筋体操)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> いつまでも健康 でいきいきと暮 らせるように筋 力等を向上させ、 転倒しにくい体 をつくります。 住民が主体的に 取り組む体操の 場から支え合う 地域が作られま す。 <u>事業内容</u> <体操伝達> 希望する団体に コツコツ貯筋体 操等を伝達しま す。 <継続支援> 全市又は団体ご とに情報交換会 や健康講話、体力 測定を行います。 <体操普及> 新規参加者を増 やすために、コッ コツ貯筋体操ま つり等のイベン トや出前講座を 行います。	アウ トプ ット (*10)	体験会場数	5 (か所)	5 (か所)	5 (か所)	<u>成功要因</u> 健康教育実施回数は、新 型コロナウイルス感染症 の影響により大きく減少 しましたが、「高齢者の 保健事業と介護予防の一 体的な実施」により、地 域の約 160 会場へ出前 健康教育を行うことで、 目標を上回ることができ ました。また、新規登録 団体数は周知や高齢者運 動サポーターの養成によ り、目標を達成できまし た。 <u>未達要因</u> 体験会の会場数、体験会 参加者数は、令和元(20 19)年度まで増加したも のの、令和 2(2020)年度 以降は、当該感染症の影 響を受け減少しました。 令和 3(2021)年度に体験 会を見直し、新規立ち上 げのためでなく、既存会 場の参加者募集のための 取組に変更したことによ り、体験参加者数は評価 不能となってしまいました。 65 歳以上の体操参加割 合の減少は、当該感染症 の影響や体操参加者の高 齢化に加え、新規参加者 が増えないことが要因と 考えます。	<u>継続</u> 出前健康教 育：参加者の 健康づくりに つながる情報 提供を計画的 に実施しま す。 <u>改善</u> 65 歳以下を含 めて周知・啓 発を強化し、 体操人口の増 加を目指しま す。 評価指標を見 直し、体験会 場数・体験会 参加者数・新 規登録会場数 を削除し、新 たに体操実施 会場数、体操 延べ・実参加 者数を追加し ます。
	アウ トプ ット (*10)	体験会参加者 数	100 (人)	100 (人)	- 体験会の取組内容変 更のため令和 3 (202 1)年度で終了		
	アウ トプ ット (*10)	健康教育等実 施回数	150 (回)	134 (回)	248 (回)		
	アウ トカ ム (*9)	新規登録団体 数	5 (か所)	5 (か所)	5 (か所)		
	アウ トカ ム (*9)	65 歳以上の体 操参加割合	11.0 (%)	11.0 (%)	9.9 (%)		

(糖尿病未治療者及び治療中断者への受診勧奨事業)

事業目的 対象者 事業内容	指標	評価項目 評価指標	目標値	ベース ライン 平成 30(2018)年度	実績値 令和 4 (2022)年度	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと 改善の案
<u>事業目的</u> 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未治療者・治療中断者を受診に結びつけます。	アウトカム (*9)	事業対象者の中で治療を中断していた者のうち医療機関受診につながった者の割合	50.0 (%)	- 治療中断者なし	- 治療中断者なし	<u>成功要因</u> 訪問や電話などで対象者の状態に合わせた聞き取りや保健指導を行うことで、より多くの対象者の状況把握ができました。	<u>継続</u> HbA1c(*5)が糖尿病域であった者を、健診や医療機関未受診のままにしないために支援を継続します。
<u>対象者</u> 過去 3 か年度の特定健診で、HbA1c (*5)が一度	アウトカム (*9)	事業対象者のうち次年度の特定健診受診者の割合	50.0 (%)	45.4 (%) 令和 2 (2020)年度	38.0 (%) 令和 3 (2021)年度	<u>未達要因</u> 対象者への訪問や電話の時期が 1 月から 2 月までであり、特定健診	間中に、再度受診勧奨を行う
でも 6.5%以上であった者のうち今年度の特定健診、糖尿病または糖尿病疑いの傷病名による医療機関の受診歴がない 40 歳から 72 歳までの者	アウトプット (*10)	事業対象者のうち状況把握ができた者の割合	70.0 (%)	75.8 (%) 令和 2 (2020)年度	86.7 (%)	実施期間でないため、健診の受診につながることがありました。	など、まずは特定健診の受診につなげます。
<u>事業内容</u> 特定健診受診状況やレセプト(*38)情報から事業対象者を抽出した上で、対象者へ訪問、面接、電話にて特定健康診査(*26)受診や医療機関受療状況の聞き取り、特定健康診査(*26)、医療機関への受診勧奨を行います。							

4 レセプトデータ・健診データ

4. 1 医療費・疾病構造の状況

4. 1. 1 医療費の概要

(1日当たりの医療費)

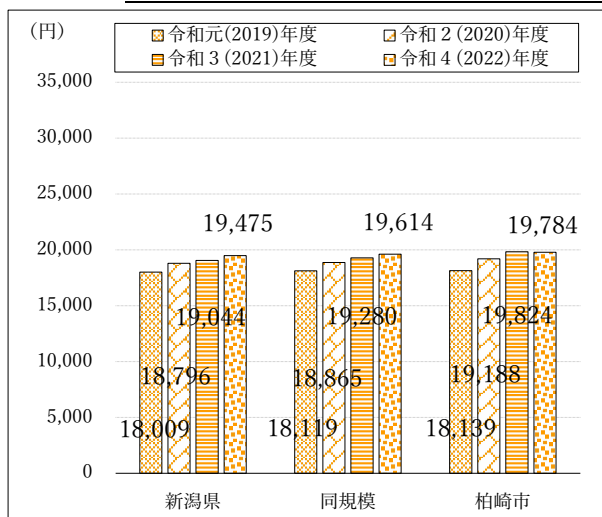
○ 1日当たりの柏崎市の医療費は、新潟県より高く増加傾向です。

1日当たりの医療費は令和元(2019)年度(柏崎市 18,139 円、新潟県 18,009 円) から令和 4 (2022)年度(柏崎市 19,784 円、新潟県 19,475 円) まで年々増加傾向にあり、柏崎市は新潟県より高い医療費で推移しています。(図表 17)

○ 入院、外来、歯科のなかで 1 日当たりの医療費が最も高い入院における 1 日当たりの医療費は、新潟県より低い傾向があります。

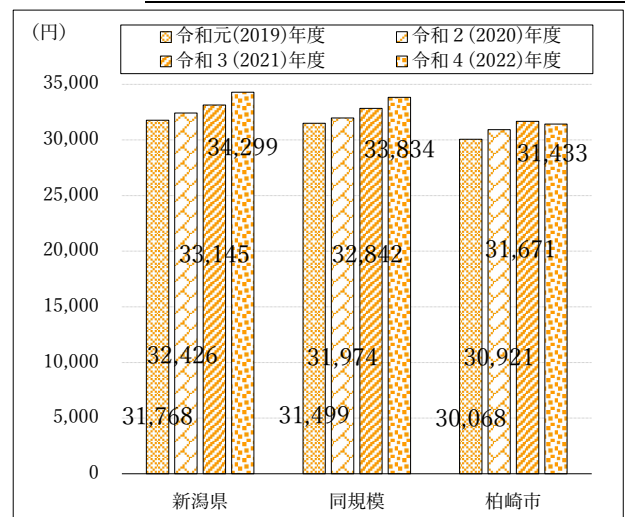
入院、外来、歯科のなかで 1 日当たりの医療費が最も高い入院における 1 日当たりの医療費は、令和元(2019)年度(柏崎市 30,068 円、新潟県 31,768 円) から令和 4 (2022)年度(柏崎市 31,433 円、新潟県 34,299 円) まで年々増加傾向にあり、柏崎市は新潟県より低い医療費で推移しています。(図表 18、19、20)

図表 17 1日当たりの医療費(合計)



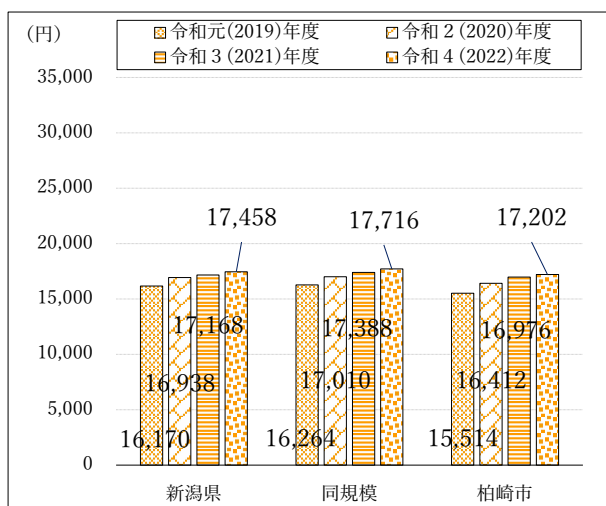
【出典：KDB】

図表 18 1日当たりの医療費(入院)



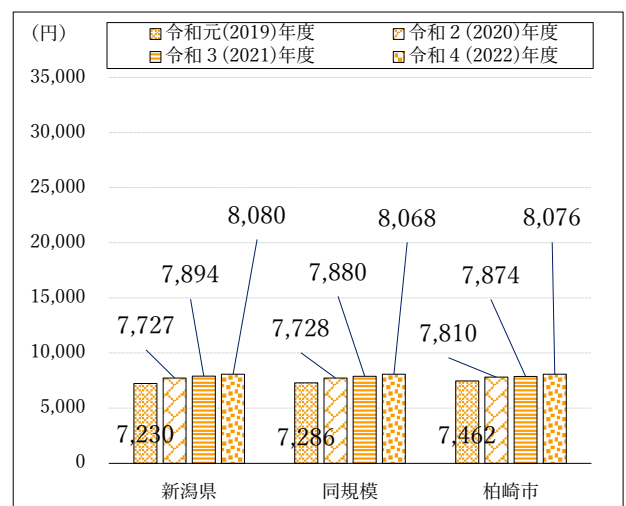
【出典：KDB】

図表 19 1日当たりの医療費(外来)



【出典：KDB】

図表 20 1日当たりの医療費(歯科)



【出典：KDB】

(疾病大分類別医療費(入院)推移)

○ 入院における疾病別医療費(令和元(2019)年度から令和4(2022)年度までの総額)は、循環器系の疾患、新生物<腫瘍>、精神系及び行動の障害、神経系の疾患の順に医療費が高い状況です。(図表21)

- ・ 循環器系の疾患
令和元(2019)年度 488 百万円から令和4(2022)年度 520 百万円まで横ばいで推移しています。
- ・ 新生物<腫瘍>
令和元(2019)年度 418 百万円から令和4(2022)年度 378 百万円まで横ばいで推移しています。
- ・ 精神系の及び行動の障害
令和元(2019)年度 406 百万円から令和4(2022)年度 363 百万円まで横ばいで推移しています。
- ・ 神経系の疾患
令和元(2019)年度 408 百万円から令和4(2022)年度 370 百万円まで横ばいで推移しています。

図表 21 疾病別医療費推移 (ICD10 大分類・入院)

■パーセント

	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度
■感染症及び寄生虫症	1.0	0.7	0.5	0.5
■新生物<腫瘍>	14.1	16.8	16.7	13.2
■血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	0.5	1.0	1.0	1.0
■内分泌、栄養及び代謝疾患	5.9	6.8	6.7	6.1
■精神系及び行動の障害	13.7	13.9	13.2	12.6
■神経系の疾患	13.8	13.4	13.1	12.9
■眼および付属器の疾患	1.4	1.4	1.5	1.7
■耳および乳様突起の疾患	0.3	0.1	0.4	0.3
■循環器系の疾患	16.5	15.1	14.0	18.1
■呼吸器系の疾患	6.8	6.8	8.3	8.3
■消化器系の疾患	6.3	5.3	4.9	4.6
■皮膚および皮下組織の疾患	2.4	2.9	2.5	3.1
■筋骨格系および結合組織の疾患	5.8	4.7	5.8	6.1
■尿路性器系の疾患	4.3	4.0	4.2	4.4
■妊娠、分娩および産じょく<褥>	0.1	0.2	0.2	0.2
■周産期に発生した病態	0.0	0.0	0.1	0.1
■先天奇形、変形および染色体異常	0.0	0.0	0.0	0.0
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1.2	0.8	0.8	1.3
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	5.1	5.6	5.1	4.3
■傷病および死亡の外因	0.0	0.0	0.0	0.6
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0.0	0.0	0.0	0.0
■特殊目的用コード	0.5	0.1	0.6	0.4
■その他(上記以外のもの)	0.3	0.3	0.4	0.3

■総金額

	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度
■感染症及び寄生虫症	28	21	16	13
■新生物<腫瘍>	418	498	521	378
■血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	15	29	33	30
■内分泌、栄養及び代謝疾患	176	202	210	175
■精神系及び行動の障害	406	410	411	363
■神経系の疾患	408	395	410	370
■眼および付属器の疾患	42	42	46	48
■耳および乳様突起の疾患	8	4	13	8
■循環器系の疾患	488	445	436	520
■呼吸器系の疾患	203	200	258	238
■消化器系の疾患	187	157	153	133
■皮膚および皮下組織の疾患	71	85	78	89
■筋骨格系および結合組織の疾患	171	140	180	174
■尿路性器系の疾患	128	117	131	128
■妊娠、分娩および産じょく<褥>	2	7	5	5
■周産期に発生した病態	0	0	3	2
■先天奇形、変形および染色体異常	1	0	1	0
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	37	25	25	36
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	151	164	160	124
■傷病および死亡の外因	0	0	1	17
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
■特殊目的用コード	16	2	20	12
■その他(上記以外のもの)	9	10	12	9

【出典：KDB】

(疾病大分類別医療費(外来)推移)

○ 外来における疾病別医療費(令和元(2019)年度から令和4(2022)年度までの総額)は、新生物<腫瘍>、循環器系の疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、尿路系器系の疾患の順に高い状況です。(図表22)

- ・ 新生物<腫瘍>
令和元(2019)年度 523 百万円から令和4(2022)年度 622 百万円まで横ばいで推移しています。
- ・ 循環器系の疾患
令和元(2019)年度 502 百万円から令和4(2022)年度 445 百万円まで横ばいで推移しています。
- ・ 内分泌・栄養及び代謝疾患
令和元(2019)年度 447 百万円から令和4(2022)年度 408 百万円まで横ばいで推移しています。
- ・ 尿路系器系の疾患
令和元(2019)年度 313 百万円から令和4(2022)年度 283 百万円まで横ばいで推移しています。

図表 22 疾病別医療費推移 (ICD10 大分類・外来)

	(%)			
	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度
■感染症及び寄生虫症	1.9	2.2	2.0	1.9
■新生物<腫瘍>	15.6	15.7	17.5	19.0
■血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	0.9	0.7	0.4	0.6
■内分泌、栄養及び代謝疾患	13.3	13.3	12.8	12.5
■精神系及び行動の障害	4.9	4.8	4.7	4.9
■神経系の疾患	5.6	5.9	5.7	6.1
■眼および付属器の疾患	5.7	5.8	5.3	5.0
■耳および乳様突起の疾患	0.7	0.7	0.7	0.7
■循環器系の疾患	14.9	15.0	14.4	13.6
■呼吸器系の疾患	6.0	5.0	4.9	4.9
■消化器系の疾患	6.5	6.8	7.0	6.9
■皮膚および皮下組織の疾患	2.5	2.4	2.5	2.6
■筋骨格系および結合組織の疾患	8.3	8.3	8.1	8.3
■尿路系器系の疾患	9.3	9.7	9.7	8.7
■妊娠、分娩および産じょく<褥>	0.0	0.0	0.0	0.0
■周産期に発生した病態	0.0	0.0	0.0	0.0
■先天奇形、変形および染色体異常	0.4	0.3	0.4	0.4
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1.2	1.2	1.4	1.2
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	0.9	1.1	1.0	1.1
■傷病および死亡の外因	0.0	0.0	0.1	0.6
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0.0	0.0	0.0	0.0
■特殊目的用コード	0.1	0.1	0.1	0.1
■その他(上記以外のもの)	1.3	1.1	1.1	1.2

	(百万円)			
	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度
■感染症及び寄生虫症	65	70	69	62
■新生物<腫瘍>	523	501	589	622
■血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	30	21	15	18
■内分泌、栄養及び代謝疾患	447	423	431	408
■精神系及び行動の障害	165	152	160	159
■神経系の疾患	188	187	193	199
■眼および付属器の疾患	193	183	178	162
■耳および乳様突起の疾患	23	22	23	22
■循環器系の疾患	502	478	483	445
■呼吸器系の疾患	201	160	166	159
■消化器系の疾患	220	218	235	225
■皮膚および皮下組織の疾患	83	76	84	83
■筋骨格系および結合組織の疾患	278	264	273	271
■尿路系器系の疾患	313	309	327	283
■妊娠、分娩および産じょく<褥>	1	1	1	0
■周産期に発生した病態	1	0	0	0
■先天奇形、変形および染色体異常	14	9	14	12
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	40	37	46	41
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	31	34	34	37
■傷病および死亡の外因	0	0	2	18
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
■特殊目的用コード	2	5	2	3
■その他(上記以外のもの)	44	35	36	39

【出典：KDB】

4. 1. 2 高額医療費の発生状況

(高額医療費の発生状況)

○ 高額医療費の疾病件数の多くはがんです。

高額医療費の疾病件数は、がん 32 人、脳血管疾患(*30) 9 人、虚血性心疾患(*13) 2 人、腎不全 1 人の順となっており、がんの件数が突出して高くなっています。(図表 23)

○ 高額医療費の疾病状況の一人当たり医療費の多くは虚血性心疾患です。

高額医療費の一人当たり医療費は、虚血性心疾患(*13)404 万円、腎不全 234 万円、がん 131 万円、脳血管疾患(*30)126 万円の順となっており、虚血性心疾患(*13)の医療費が突出して高くなっています。(図表 23)

図表 23 高額医療費の疾病状況 (令和 5(2023)年 9 月診療分)

	高額医療費 全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全		がん	
人数	79人	<u>9人</u>		<u>2人</u>		<u>1人</u>		<u>32人</u>	
		11.4%		2.5%		1.3%		40.5%	
年代別	40歳未満	0人	0円	1人	171万円	1人	234万円	0人	0円
	40～44歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	45～49歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	50～54歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	55～59歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	1人	104万円
	60～64歳	2人	226万円	0人	0円	0人	0円	1人	139万円
	65～69歳	2人	214万円	1人	636万円	0人	0円	10人	1,392万円
	70～74歳	5人	696万円	0人	0円	0人	0円	20人	2,545万円
医療費	1億3,245万円	1,136万円		807万円		234万円		4,180万円	
		8.6%		6.1%		1.8%		31.6%	
一人当たり 医療費	168万円	<u>126万円</u>		<u>404万円</u>		<u>234万円</u>		<u>131万円</u>	

【出典：KDB】

4. 1. 3 長期入院者の状況

(長期入院者の状況)

○ 長期入院者（6 か月以上）の疾病件数の多くは精神疾患です。

長期入院者（6 か月以上）の疾病件数は、精神疾患 54 人、循環器系疾患 8 人、がん 1 人の順となっており、精神疾患の件数が突出して高くなっています。(図表 24)

○ 長期入院者（6 か月以上）の疾病状況の一人当たり費用額の多くは循環器系疾患です。

長期入院者（6 か月以上）の一人当たり費用額は、循環器系疾患 146 万円、がん 46 万円、精神疾患 41 万円の順となっており、循環器系疾患の費用額が突出して高くなっています。(図表 24)

図表 24 長期入院者の疾病状況 (令和 5(2023)年 9 月診療分)

	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	146人	<u>54人</u>	<u>8人</u>	<u>1人</u>
		37.0%	5.5%	0.7%
費用額	9,130万円	2,188万円	1,166万円	46万円
		24.0%	12.8%	0.5%
一人当たり 費用額	63万円	<u>41万円</u>	<u>146万円</u>	<u>46万円</u>

【出典：KDB】

4. 1. 4 生活習慣病関連疾患医療費の状況

(生活習慣病関連疾患の医療費 (入院・外来))

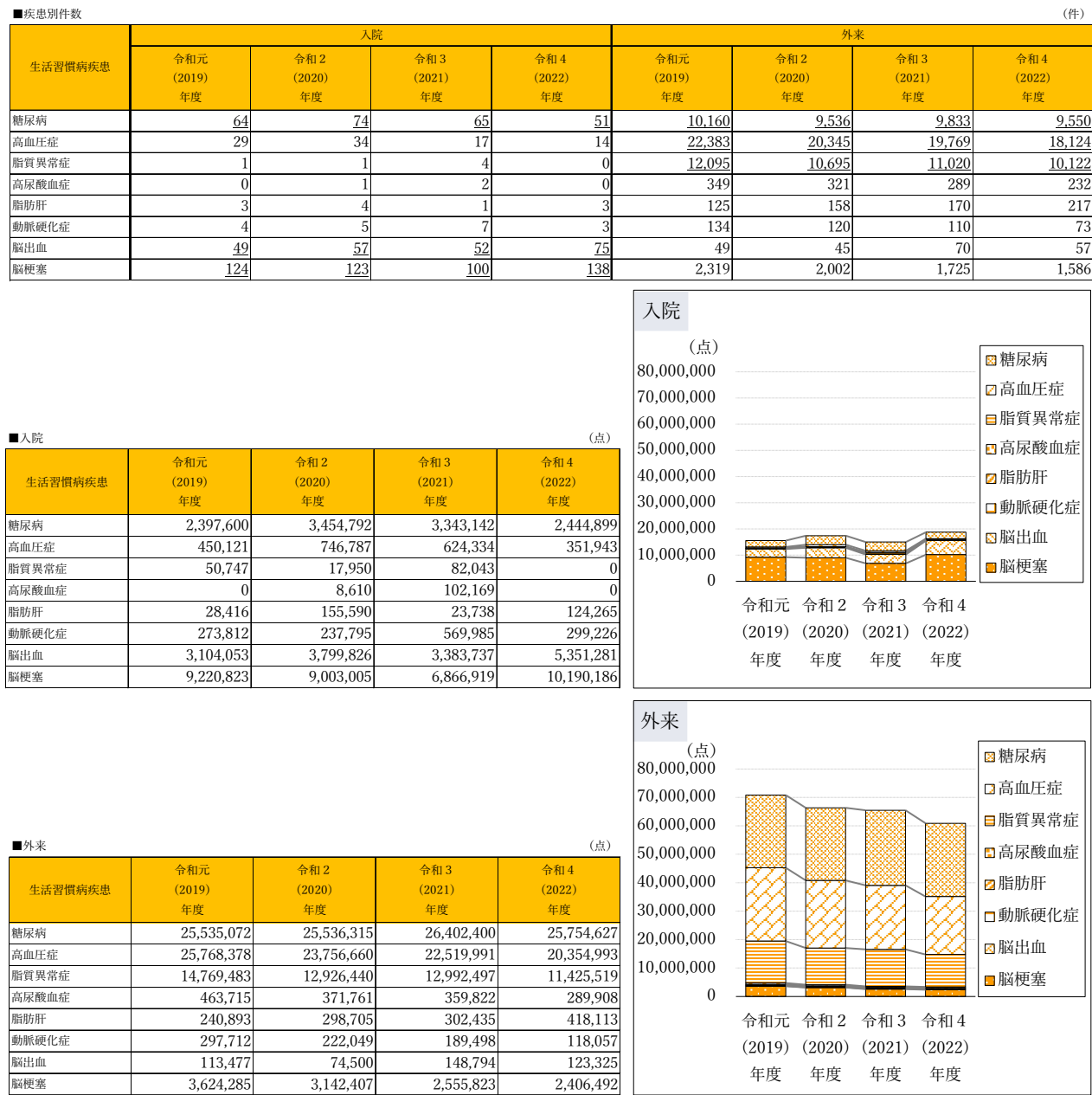
○ 入院における生活習慣病(*21)関連疾患 (レセプト(*38)件数) は、脳梗塞、糖尿病、脳出血の順に多くを占めています。

入院における生活習慣病(*21)関連疾患は、令和元(2019)年度 (脳梗塞 124 件、糖尿病 64 件、脳出血 49 件) から令和 4(2022)年度 (脳梗塞 138 件、糖尿病 51 件、脳出血 75 件) と年度間ではほぼ横ばいの推移をし、脳梗塞が最も多くを占めています。(図表 25)

○ 外来における生活習慣病(*21)関連疾患 (レセプト(*38)件数) は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に多くを占めています。

外来における生活習慣病(*21)関連疾患は、令和元(2019)年度 (高血圧症 22,383 件、脂質異常症 12,095 件、糖尿病 10,160 件) から令和 4(2022)年度 (高血圧症 18,124 件、脂質異常症 10,122 件、糖尿病 9,550 件) と年度間では右肩下がりの推移をし、高血圧症が最も多くを占めています。(図表 25)

図表 25 生活習慣病関連疾患の医療費 (入院・外来)



(疾病別・年齢階層別受診率)

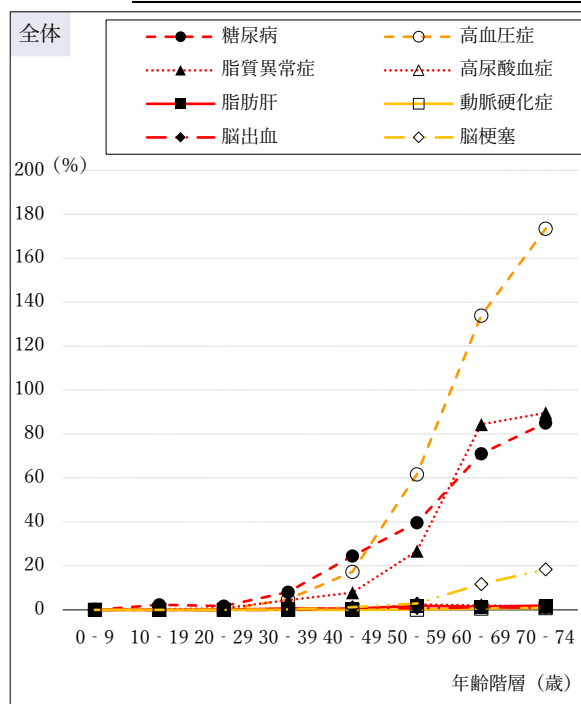
○ 生活習慣病(*21)関連における疾病別・年齢階層別受診率は、男女ともに高血圧症、糖尿病、脂質異常症による受診が40歳代から右肩上がりの傾向があります。

生活習慣病(*21)関連における疾病別・年齢階層別受診率は、全体で高血圧症、糖尿病、脂質異常症による受診が40歳代から右肩上がりの傾向があり、男性は高血圧症、糖尿病、脂質異常症の順、女性は高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に受診が多い状況です。(図表26)

※ 受診率は「レセプト(*38)件数÷被保険者数×100」という計算式で算出しています。そのため、1人が複数のレセプト(*38)を所持している場合、受診率が100%を超える場合があります。

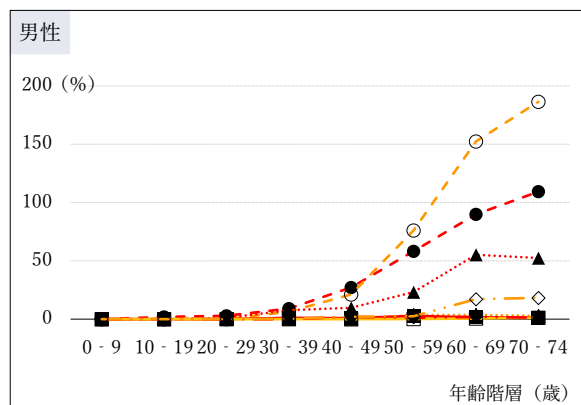
図表26 疾病別・年齢階層別受診率

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
●糖尿病	0.0	2.2	1.7	8.0	24.4	39.6	71.0	85.0
○高血圧症	0.0	0.0	0.0	4.8	17.3	61.7	133.9	173.5
▲脂質異常症	0.0	0.2	0.6	4.4	7.8	26.7	84.4	89.7
△高尿酸血症	0.0	0.0	0.5	0.2	0.1	2.5	2.0	1.4
■脂肪肝	0.0	0.0	0.0	0.6	0.5	1.7	1.4	1.9
□動脈硬化症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	0.8
◆脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.6	1.2	0.8
◇脳梗塞	0.0	0.0	0.0	0.1	1.1	2.9	11.8	18.4



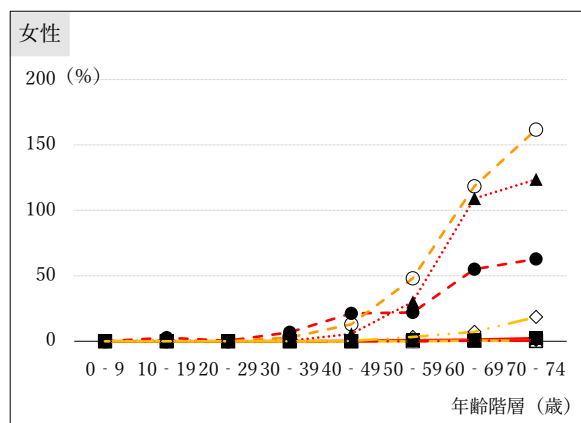
■受診率 男性 (%)

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
●糖尿病	0.0	1.9	2.9	9.1	27.2	58.1	89.9	109.3
○高血圧症	0.0	0.0	0.0	6.4	21.1	76.0	152.3	186.3
▲脂質異常症	0.0	0.0	1.1	7.7	9.7	23.2	55.3	52.4
△高尿酸血症	0.0	0.0	0.9	0.4	0.1	3.5	3.8	2.9
■脂肪肝	0.0	0.0	0.0	1.1	0.9	2.9	1.5	1.4
□動脈硬化症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	1.2
◆脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	1.2	2.0	1.2
◇脳梗塞	0.0	0.0	0.0	0.2	2.0	2.5	17.2	18.3



■受診率 女性 (%)

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
●糖尿病	0.0	2.6	0.3	6.8	21.3	22.0	55.1	62.8
○高血圧症	0.0	0.0	0.0	2.7	12.9	48.1	118.3	161.7
▲脂質異常症	0.0	0.4	0.0	0.3	5.6	30.1	109.0	123.7
△高尿酸血症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.5	0.1
■脂肪肝	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	1.2	2.4
□動脈硬化症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4
◆脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4
◇脳梗塞	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	3.2	7.2	18.5



【出典：KDB】

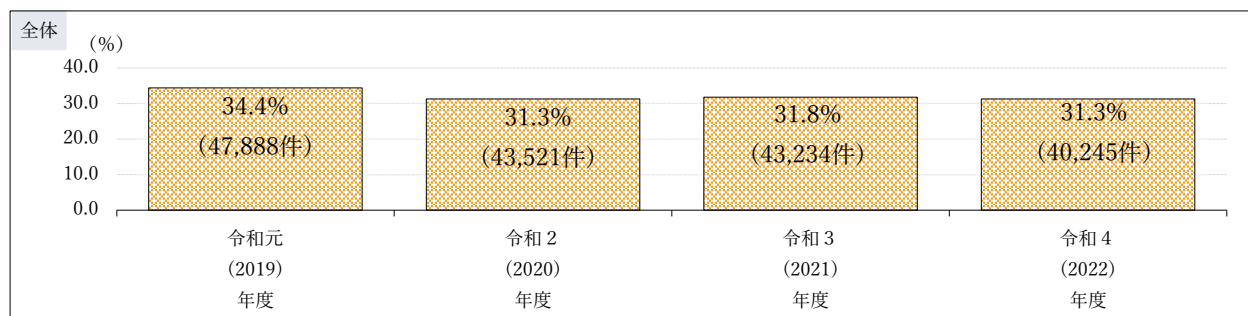
(年度別受診率、1人あたり医療費・受診率)

○ 生活習慣病(*21)関連における年度別受診率は、横ばいに推移しています。また、男女ともに1人あたり医療費・受診率は、各年度同様の推移で40歳代から右肩上がりの傾向があります。

生活習慣病(*21)関連における受診率は、30.0%代を横ばいに推移しています。また、男女ともに1人あたり医療費・受診率は、各年度(令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで)同様の推移で40歳代から右肩上がりの傾向があります。(図表27、28)

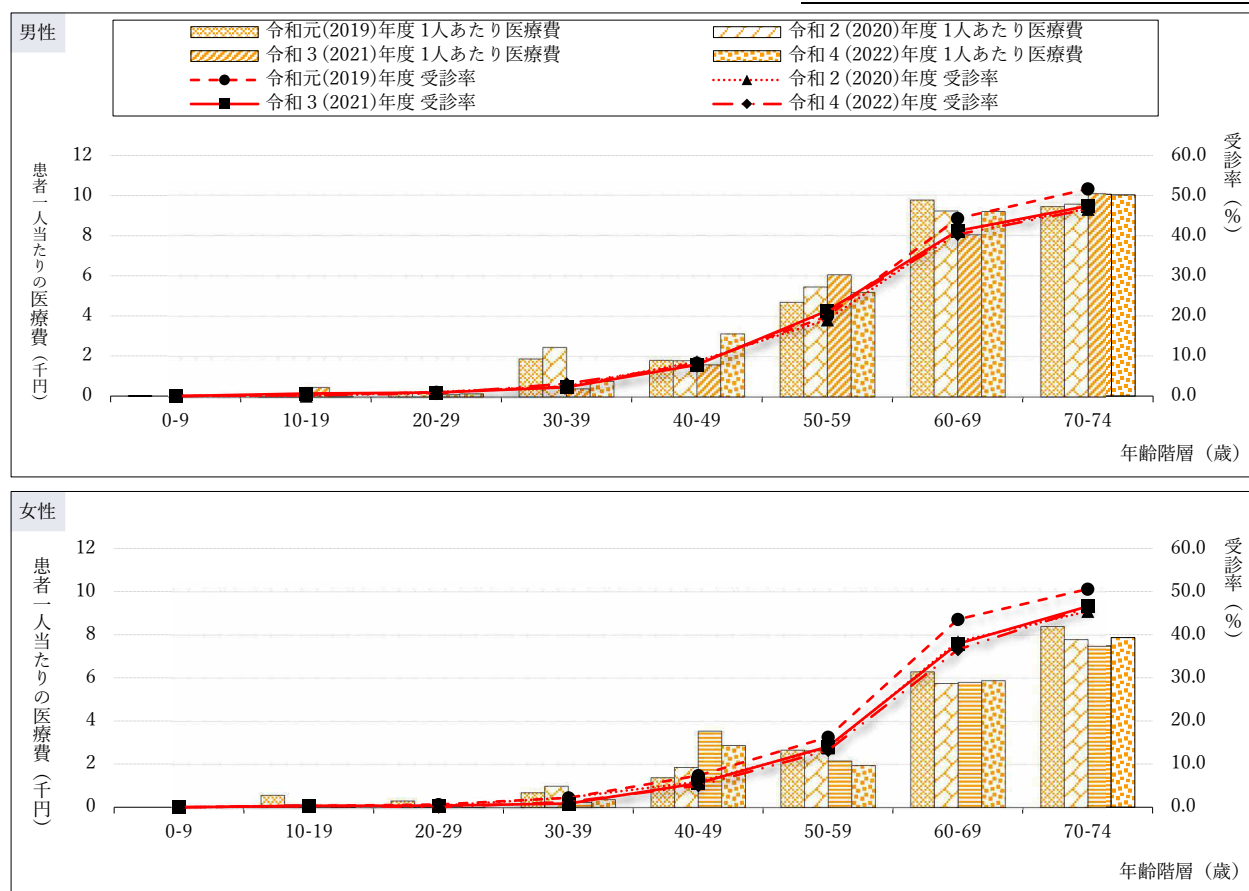
※ 受診率は「レセプト(*38)件数÷被保険者数×100」という計算式で算出しています。そのため、1人が複数のレセプト(*38)を所持している場合、受診率が100%を超える場合があります。

図表27 年度別受診率



【出典：KDB】

図表28 1人あたり医療費・受診率



■医療費(千円)										■受診率(%)									
性別	年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	性別	年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
男性	令和元(2019)年度	0	0	0	2	2	5	10	9	男性	令和元(2019)年度	0.1	0.2	0.9	2.3	8.2	19.9	44.3	51.7
	令和2(2020)年度	0	0	0	2	2	5	9	10		令和2(2020)年度	0.0	0.0	1.0	2.4	8.6	19.0	41.3	46.6
	令和3(2021)年度	0	0	0	0	2	6	8	10		令和3(2021)年度	0.0	0.6	0.9	2.2	7.8	21.2	41.2	47.4
	令和4(2022)年度	0	0	0	1	3	5	9	10		令和4(2022)年度	0.0	0.2	0.6	3.1	7.9	20.9	40.3	46.6
女性	令和元(2019)年度	0	1	0	1	1	3	6	8	女性	令和元(2019)年度	0.0	0.3	0.6	2.2	7.3	16.2	43.6	50.6
	令和2(2020)年度	0	0	0	1	2	3	6	8		令和2(2020)年度	0.0	0.2	0.3	2.2	5.9	13.8	38.4	45.4
	令和3(2021)年度	0	0	0	0	4	2	6	7		令和3(2021)年度	0.0	0.3	0.4	0.8	5.6	14.0	37.9	46.6
	令和4(2022)年度	0	0	0	0	3	2	6	8		令和4(2022)年度	0.0	0.4	0.0	1.2	5.0	13.2	36.5	46.3

【出典：KDB】

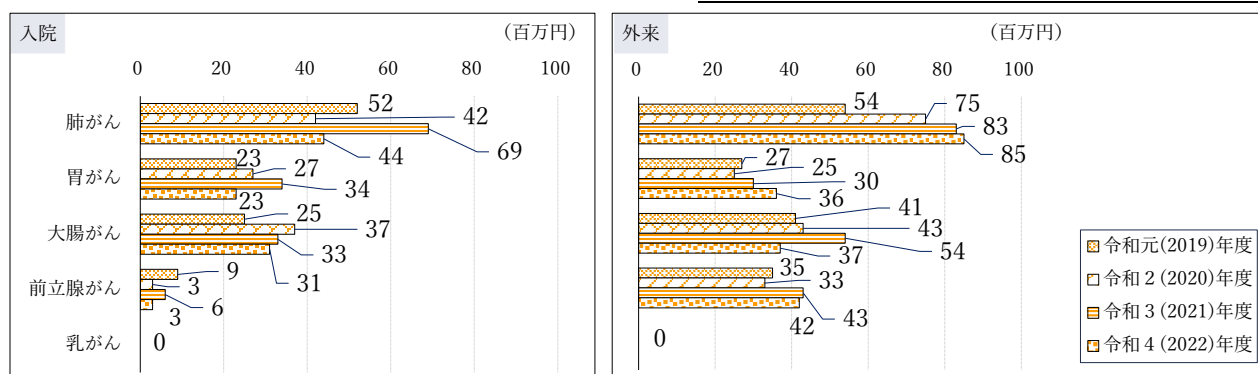
4. 1. 5 がん医療費の状況

(がん医療費の状況)

- 男性におけるがんの医療費は、入院は肺がん、大腸がん、胃がん、外来は肺がん、大腸がん、前立腺がんの順に高い状況です。

男性におけるがんの医療費は、入院は肺がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで42百万円から69百万円までの範囲で推移）、大腸がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで25百万円から37百万円までの範囲で推移）、胃がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで23百万円から34百万円までの範囲で推移）、外来は肺がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで54百万円から85百万円までの範囲で推移）、大腸がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで37百万円から54百万円までの範囲で推移）、前立腺がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで33百万円から43百万円までの範囲で推移）の順に高い傾向があります。（図表29）

図表29 がんの医療費（入院・外来、男性）

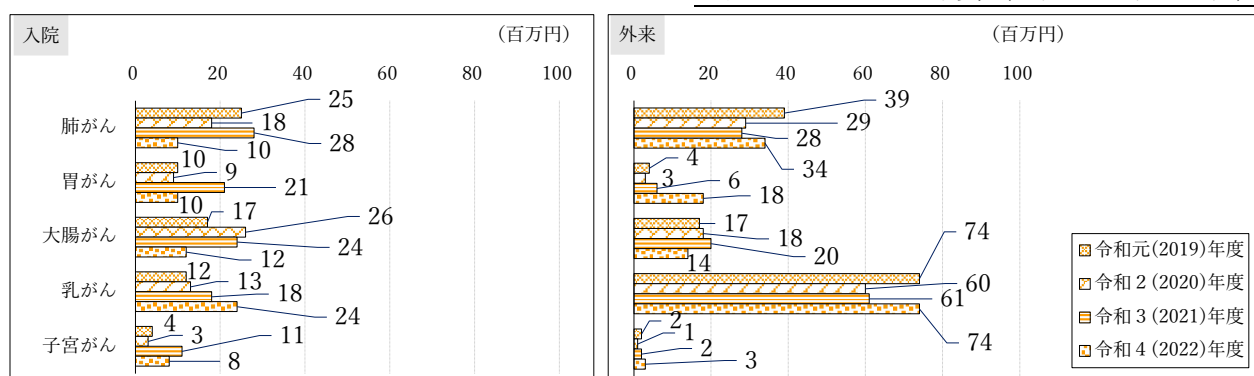


【出典：KDB】

- 女性におけるがんの医療費は、入院は肺がん、大腸がん、乳がん、外来は乳がん、肺がん、大腸がんの順に高い状況です。

女性におけるがんの医療費は、入院は肺がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで10百万円から28百万円までの範囲で推移）、大腸がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで12百万円から26百万円までの範囲で推移）、乳がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで12百万円から24百万円までの範囲で推移）、外来は乳がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで60百万円から74百万円までの範囲で推移）、肺がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで28百万円から39百万円までの範囲で推移）、大腸がん（令和元(2019)年度から令和4(2022)年度まで14百万円から20百万円までの範囲で推移）の順に高い傾向があります。（図表30）

図表30 がんの医療費（入院・外来、女性）



【出典 KDB】

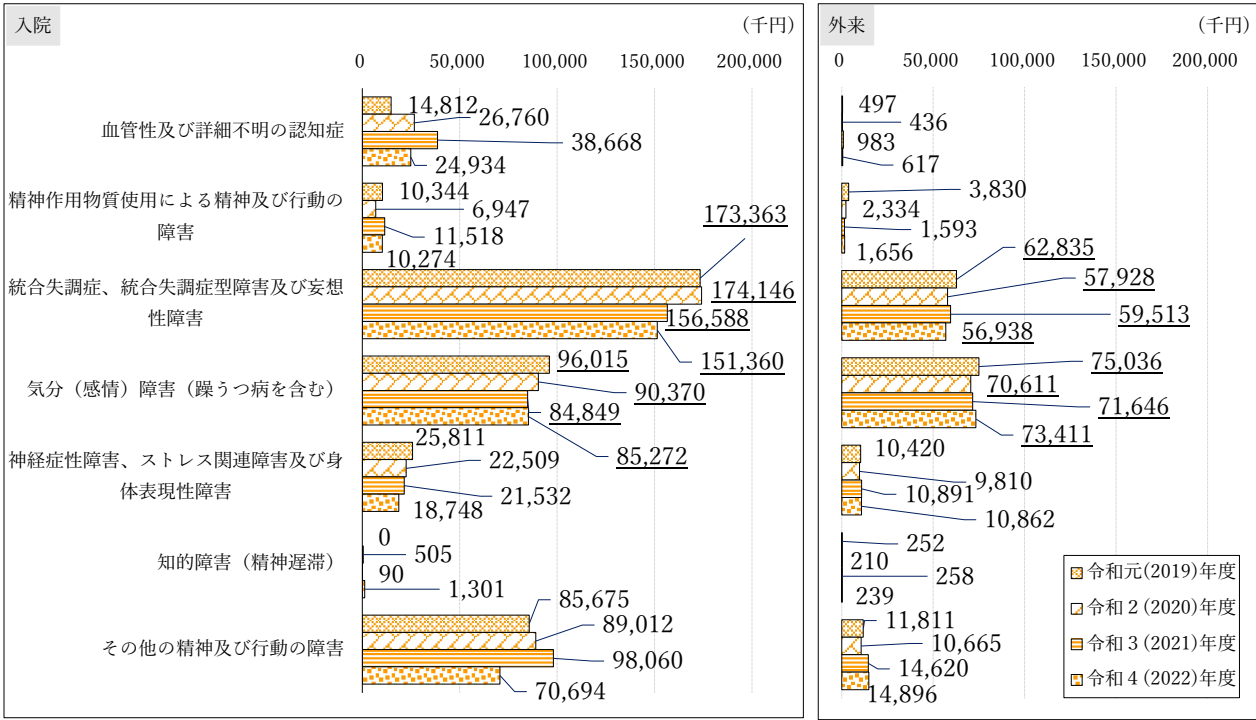
4. 1. 6 精神疾患医療費の状況

(精神疾患関連の医療費 (入院・外来))

○ 精神疾患における医療費は、入院、外来ともに「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分 (感情) 障害 (躁うつ病を含む。)」が高い状況です。

精神疾患における医療費は、入院、外来ともに「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」((入院) 令和元(2019)年度から令和 4 (2022)年度まで 151,360 千円から 174,146 千円までの範囲、(外来) 令和元(2019)年度から令和 4 (2022)年度まで 56,938 千円から 62,835 千円までの範囲で推移)、「気分 (感情) 障害 (躁うつ病を含む。)」((入院) 令和元(2019)年度から令和 4 (2022)年度まで 84,849 千円から 96,015 千円までの範囲、(外来) 令和元(2019)年度から令和 4 (2022)年度まで 70,611 千円から 75,036 千円までの範囲で推移) が高い状況です。(図表 31)

図表 31 精神疾患関連の医療費 (入院・外来)



【出典：KDB】

4. 1. 7 後発品の数量割合

(後発品の数量割合)

○ 後発品の数量割合は増加の傾向があります。

後発品の数量割合は、全体レセプト(*38)において令和 4 (2022)年 5 月審査分 79.8%から令和 5 (2023)年 4 月 81.0%まで増加の傾向があります。(図表 32)

図表 32 レセプト種類別数量割合 (月別) (令和 4 (2022)年 5 月から令和 5 (2023)年 4 月まで)

レセプト種別	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
医科	55.9	56.0	56.6	57.7	55.9	55.4	57.2	57.3	55.8	56.8	55.1	56.9
調剤	86.4	86.3	86.5	86.0	86.8	86.1	87.9	87.1	87.7	88.0	87.9	87.6
全体レセプト	79.8	79.6	79.9	79.9	79.7	79.4	81.4	80.7	81.1	81.1	81.0	81.0

【出典：KDB】

4. 1. 8 重複頻回・多剤

(重複頻回・多剤)

○ 頻回受診者数や多剤服用者数が増加すると、医療費の増加や対象者の心身負担の増加に繋がる恐れがあるため、薬剤師と連携しながら、対象者への不安の解消及び適正な受診行動の促しが必要です。

重複頻回においては同一月内の受診医療機関数が縦軸、同一医療機関への受診日数が横軸となっており、グラフ右斜め下に行くほど頻回受診の可能性が高くなります。(図表 33)

重複多剤においては同一月内の同一薬効に関する処方日数が縦軸、処方薬効数が横軸となっており、グラフ右斜め下に行くほど多剤服用の可能性が高くなります。(図表 34)

保健師や看護師の関わりで受診行動が改善できている者がいる一方、毎年対象になる者が数名みられ、受診行動が改善されない者の傾向としては、睡眠薬・抗精神病薬等の服薬者で体調が改善されないことの不安から医療機関を受診してしまう傾向、お薬手帳をまとめられていないことで専門職が把握できず多剤処方に繋がる傾向があります。

図表 33 重複頻回 (令和 5 (2023) 年 9 月診療分)

受診医療機関数 (同一月内)		同一医療機関への受診日数 (同一月内)				
		受診した者 (人)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者 (人)	1医療機関以上	9,086	207	54	9	2
	2医療機関以上	3,503	119	21	5	1
	3医療機関以上	986	39	10	4	1
	4医療機関以上	247	7	2	1	0
	5医療機関以上	57	1	0	0	0
※外来 (医科・歯科) のみを対象とする						

【出典：KDB】

図表 34 重複多剤 (令和 5 (2023) 年 9 月診療分)

同一薬効に関する処方日数 (同一月内)		処方薬効数 (同一月内)					
		処方を受けた者 (人)					
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上 20以上
処方を受けた者 (人)	15日以上	2,002	1,480	1,098	784	580	101 16
	30日以上	1,663	1,234	930	669	494	87 14
	60日以上	679	522	396	288	214	34 7
	90日以上	203	156	117	79	60	11 3
	120日以上	17	10	8	7	7	1 0
	150日以上	9	7	5	4	4	1 0
	180日以上	7	6	4	3	3	1 0
※外来 (医科・歯科・調剤) のみを対象とする							

【出典：KDB】

4. 2 特定健康診査・特定保健指導の状況（★）

4. 2. 1 特定健診・特定保健指導の実施状況

（特定健診の実施状況）

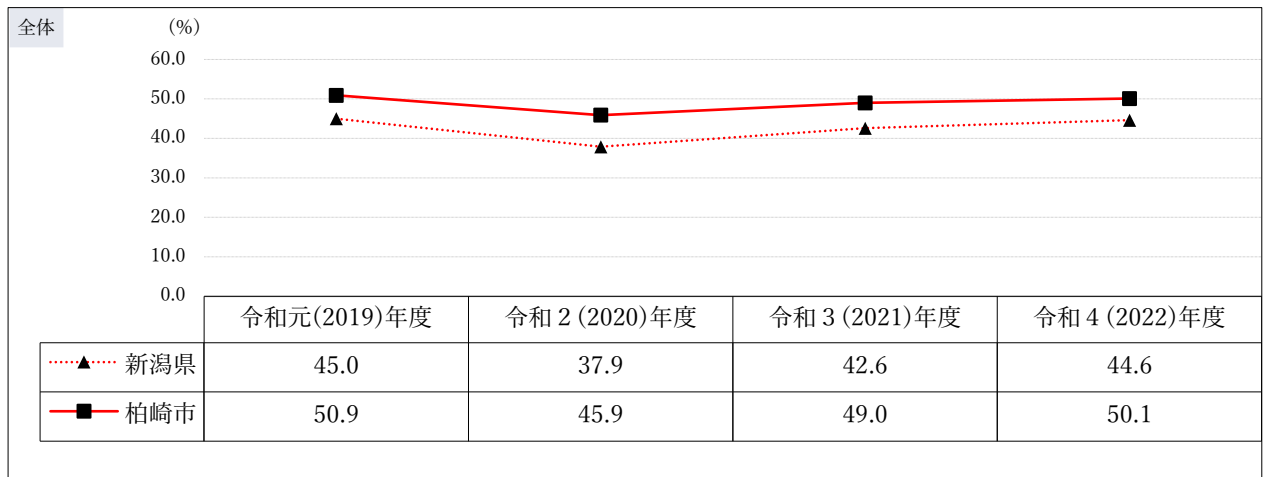
- 年代別の受診状況において、40 歳代、50 歳代の受診率が低く、課題となっています。

令和 4 (2022) 年度の特定健診受診率は 50.1% であり、新潟県との比較においては、5.5 ポイント上回っていますが、目標とする 60.0% には達していない状況です。

受診者の内訳を年齢階層別にみると、男女とも 70 歳から 74 歳までの受診率が最も高く、40 歳代から 50 歳代までの受診率が低い状況です。働き盛り世代に対する健診への意識向上に努める必要があります。

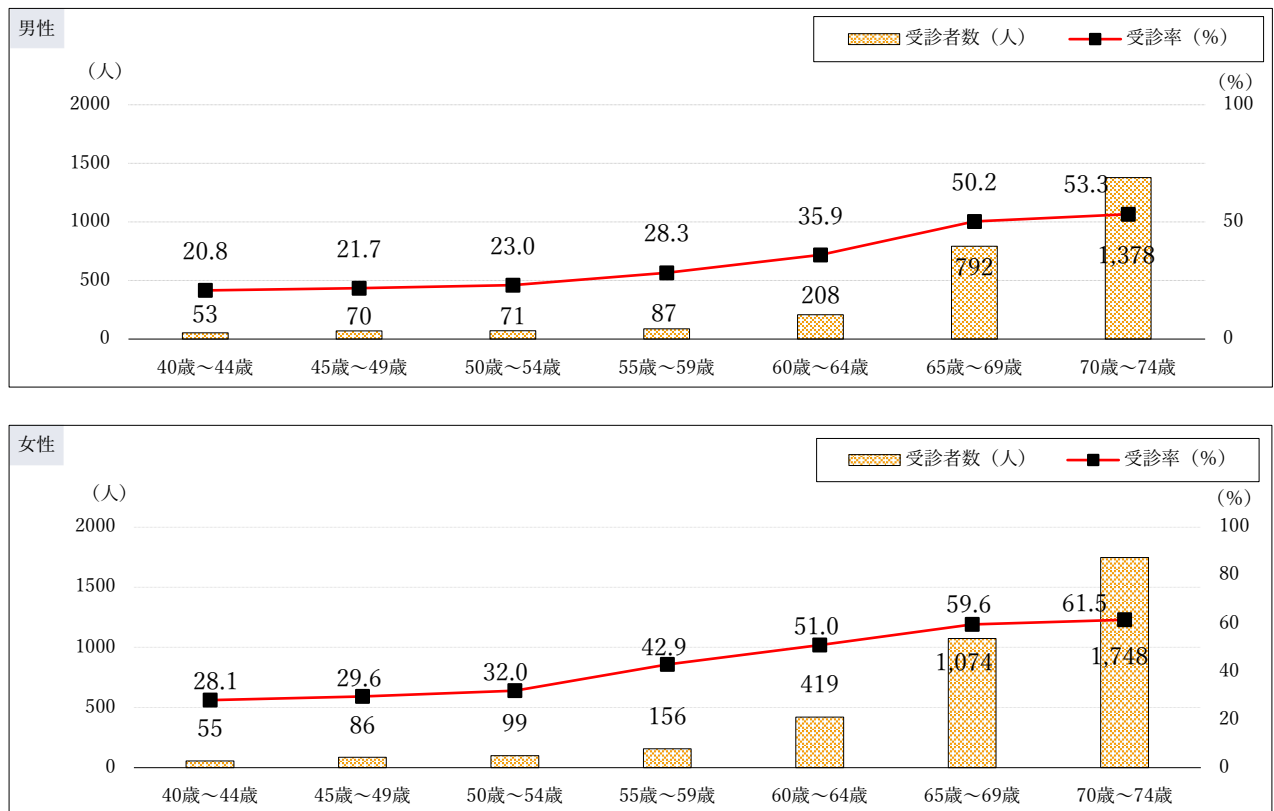
（図表 35、36）

図表 35 特定健診受診率（推移）



【出典：法定報告】

図表 36 特定健診受診率（性・年齢別）（令和 4(2022)年度資料）



【出典：法定報告】

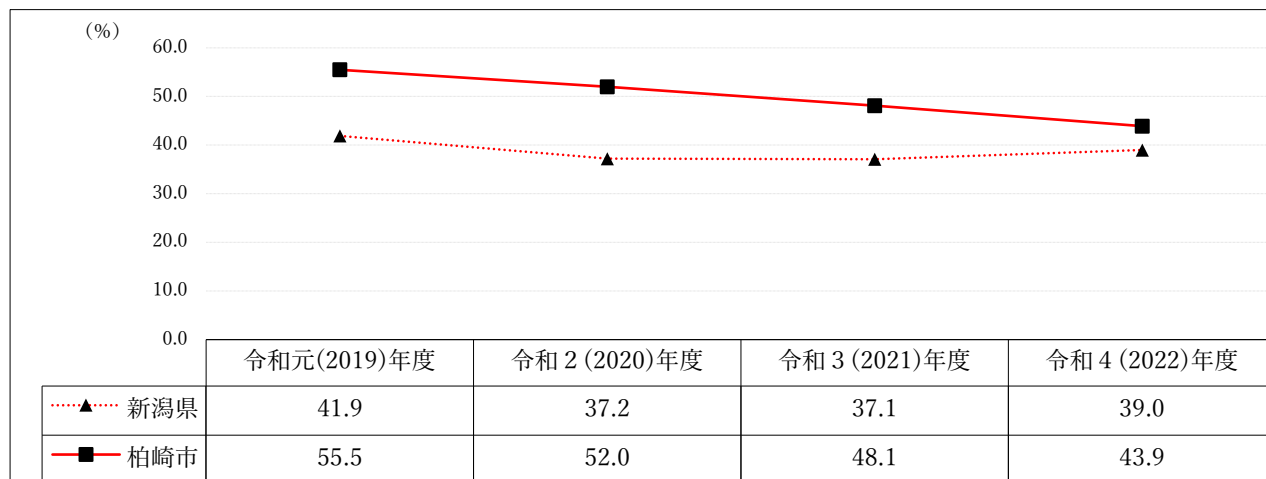
(特定保健指導の実施状況)

○ 令和4(2022)年度の特定保健指導(*27)実施率は43.9%です。当該実施率は減少傾向にあり、目標の60.0%に達していません。

令和4(2022)年度の特定保健指導(*27)実施率は43.9%であり、新潟県と比べると高くなっています。しかし、当該実施率は令和元(2019)年度以降減少傾向にあり、目標とする60.0%は達成できていない状況です。(図表37、38)

年代別の特定保健指導(*27)対象者数をみると、70歳から74歳までが最も多くなっています。特定保健指導(*27)実施率の向上に努めるとともに、対象者の状態に応じた保健指導により結果の改善が図られるよう努める必要があります。(図表39)

図表37 特定保健指導実施率



【出典：法定報告】

図表38 特定保健指導実施状況（順位：新潟県内30市町村比較）（令和4(2022)年度資料）

	対象者数	終了者数	実施率	新潟県平均
積極的支援	136人	37人	27.2%	28.2%
動機づけ支援	545人	262人	48.1%	42.2%
合計	681人	299人	43.9%	39.0%

【出典：法定報告】

図表39 特定保健指導対象者の年代別人数・実施率（令和4(2022)年度資料）

年代	対象者数	終了者数	実施率
40歳から44歳まで	28人	5人	17.9%
45歳から49歳まで	35人	11人	31.4%
50歳から54歳まで	41人	15人	36.6%
55歳から59歳まで	39人	18人	46.2%
60歳から64歳まで	76人	31人	40.8%
65歳から69歳まで	194人	101人	52.1%
70歳から74歳まで	268人	118人	44.0%

【出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表】

4. 2. 2 メタボリックシンドローム該当者の状況

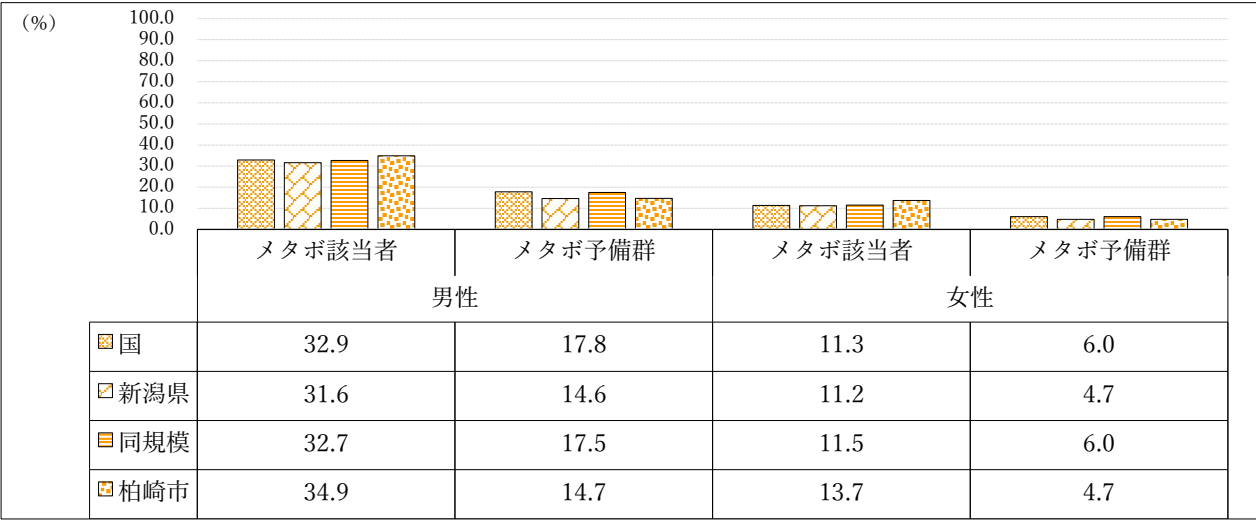
(メタボリックシンドローム該当者の状況)

○ メタボリックシンドローム(*36)該当者の割合が、男女とも国・新潟県・同規模(*23)と比べ高い状況です。

メタボリックシンドローム(*36)該当者の割合をみると、男性 34.9%、女性 13.7%であり、男女とも国・新潟県・同規模(*23)と比較して高い状況です。

メタボリックシンドローム(*36)該当者の重複項目をみると、男女とも「高血糖＋高血圧症＋脂質異常症」の3項目該当が最も多くなっています。内臓脂肪、血圧、血糖などの複数の有所見の重複は、血管障害から動脈硬化症を引き起こし、脳血管疾患(*30)や虚血性心疾患(*13)などの血管疾患につながる危険性が高いといえます。引き続き、メタボリックシンドローム(*36)対策としての特定保健指導(*27)に加えて、重症化予防の取組を推進する必要があります。(図表 40、41)

図表 40 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況
(国・新潟県・同規模との比較) (令和 4 (2022)年度資料)



【出典：KDB】

図表 41 メタボリックシンドローム該当者・予備群 (有所見者の重複状況)
(令和 4 (2022)年度資料)

4 0 歳から 7 4 歳まで			男性			女性		
			人数 (人)	割合① (%)	割合② (%)	人数 (人)	割合① (%)	割合② (%)
健診受診者			2,662			3,644		
腹囲 男性85cm以上、女性90cm以上			1,404	52.7		715	19.6	
腹囲有所見 の重複状況	腹囲のみ該当者		85	3.2	6.1	43	1.2	6.0
	予備群	高血糖	36	1.4	2.6	22	0.6	3.1
		高血圧症	266	10.0	18.9	117	3.2	16.4
		脂質異常症	88	3.3	6.3	33	0.9	4.6
		計	390	14.7	27.8	172	4.7	24.1
	該当者	高血糖＋高血圧症	170	6.4	12.1	75	2.1	10.5
		高血糖＋脂質異常症	55	2.1	3.9	26	0.7	3.6
		高血圧症＋脂質異常症	314	11.8	22.4	146	4.0	20.4
		高血糖＋高血圧症＋脂質異常症	390	14.7	27.8	253	6.9	35.4
		計	929	34.9	66.2	500	13.7	69.9

※割合①：健診受診者に占める割合
※割合②：腹囲基準以上者に占める割合

【出典：KDB】

4. 2. 3 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）

（有所見者の状況（全体））

- 全年代において、中性脂肪(*22)、HbA1c(*5)、血圧、LDL コレステロール(*7)、心電図の有所見者が国、新潟県よりも高い状況のため、予防的にポピュレーションアプローチ(*34)が必要です。特に、男性の 40 歳から 64 歳までに対して、重点的な働きかけを行っていく必要があります。

全年代において、国、新潟県と比較して、中性脂肪(*22)、HbA1c(*5)、収縮期血圧(*18)、拡張期血圧(*12)、LDL コレステロール(*7)、心電図の有所見者が高くなっています。特に、HbA1c は 81.9% と、国 58.2%、新潟県 66.0% を大きく上回っています。

年代別において、男性、40 歳から 64 歳までは、BMI(*3)、中性脂肪(*22)、GPT(*1)、尿酸(*29)、拡張期血圧(*12)、LDL コレステロール(*7)の検査項目が高い状況です。女性、40 歳から 64 歳までは、拡張期血圧(*12)、LDL コレステロール(*7)が高い状況です。男女ともに、65 歳から 74 歳までは、HbA1c(*5)、収縮期血圧(*18)、心電図が高い状況です。

複数の危険因子が重なると、脳卒中、心疾患の発症危険性が増大するため、全年代に対するポピュレーションアプローチ(*34)を行うとともに、特に 40 歳から 64 歳までの男性に対して、重点的な働きかけを行っていく必要があります。（図表 42）

図表 42 特定健診結果の有所見者割合（令和 4 (2022) 年度資料）

(%)

総数		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	eGFR	心電図
		25	85・90	150	31	40	5.6	7	130	85	120	1.3	60	
		以上	以上	以上	以上	未満	以上	以上	以上	以上	以上	以上	未満	
国		26.9	34.9	21.1	14.0	3.8	58.2	6.6	48.3	20.7	50.1	1.3	21.8	21.4
新潟県		25.4	32.0	25.7	13.3	4.2	66.0	4.9	45.3	21.1	48.0	1.2	21.4	16.8
柏崎市	合計	25.7	33.6	26.5	12.3	3.3	81.9	5.6	48.5	24.8	51.3	1.2	19.0	30.7
	40-64歳	27.6	30.8	26.6	16.0	4.0	72.3	7.1	34.0	28.2	55.0	1.1	10.5	24.3
	65-74歳	25.2	34.3	26.4	11.3	3.2	84.4	5.3	52.3	23.9	50.3	1.2	21.2	32.4

(%)

男性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	eGFR	心電図
		25	85	150	31	40	5.6	7	130	85	120	1.3	60	
		以上	以上	以上	以上	未満	以上	以上	以上	以上	以上	以上	未満	
国		33.9	55.8	28.0	20.7	7.2	59.1	13.0	50.8	25.8	44.9	2.7	23.6	24.4
新潟県		30.9	49.8	31.6	19.4	7.5	65.6	9.2	48.0	26.0	43.4	2.4	22.7	19.8
柏崎市	合計	31.1	52.7	32.8	17.8	5.9	78.8	11.3	49.1	27.3	43.9	2.6	21.3	34.8
	40-64歳	38.9	53.0	40.5	27.5	7.5	70.5	16.5	38.9	34.4	49.7	2.4	12.0	25.5
	65-74歳	29.4	52.7	31.0	15.6	5.6	80.7	10.1	51.4	25.7	42.6	2.6	23.4	36.9

(%)

女性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	eGFR	心電図
		25	90	150	31	40	5.6	7	130	85	120	1.3	60	
		以上	以上	以上	以上	未満	以上	以上	以上	以上	以上	以上	未満	
国		21.5	19.1	15.9	9.0	1.3	57.6	1.8	46.3	17.0	54.1	0.3	20.4	19.1
新潟県		20.8	17.2	20.9	8.3	1.5	66.3	1.3	43.1	17.1	51.8	0.2	20.3	14.3
柏崎市	合計	21.7	19.6	21.9	8.3	1.5	84.2	1.5	48.2	22.9	56.7	0.1	17.3	27.8
	40-64歳	20.8	17.6	18.3	9.0	2.0	73.4	1.5	31.1	24.4	58.2	0.2	9.5	23.6
	65-74歳	22.0	20.2	22.9	8.0	1.3	87.3	1.5	53.1	22.5	56.3	0.1	19.5	29.0

【出典：KDB】

(有所見者の状況（血糖）)

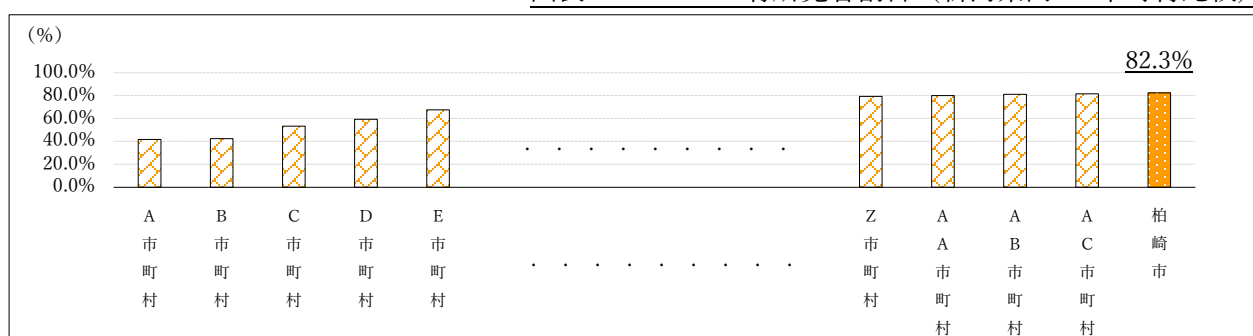
○ 受診勧奨判定値の者や未受診糖尿病判定者を適正医療につなげる必要があります。

HbA1c(*5)測定者のうち約8割は有所見(HbA1c(*5)5.6%以上)があり、令和3(2021)年度、令和4(2022)年度続けて新潟県30市町村でワースト1位です。(図表43) 正常域(HbA1c(*5)5.5%以下)の年代別割合では、どの年代も新潟県と比べて低く、特に男性では45歳から49歳まで、女性では50歳から54歳までに大きな差が見られます。(図表44、45)

受診勧奨判定値(HbA1c(*5)6.5%以上)の者は増加傾向で、眼・腎臓・神経などの細小血管合併症のリスクが高まるHbA1c(*5)7.0%以上の者も増加傾向です。未受診糖尿病判定者(HbA1c(*5)6.5%以上の者または当該年度に糖尿病のレセプト(*38)がある者のうち、当該年度に糖尿病のレセプト(*38)がない者の割合)も増加傾向で、中には投薬や治療の中断者が含まれる可能性があります。(図表44、45、46)

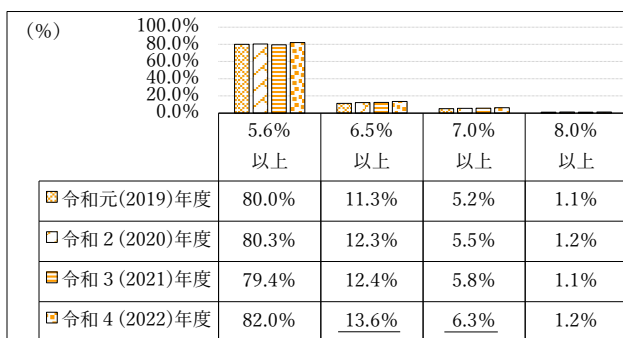
また、非肥満高血糖割合が令和4(2022)年度21.1%と新潟県13.0%、国9.3%に比べて高い状況です。(図表47)

図表43 HbA1c 有所見者割合（新潟県内30市町村比較）



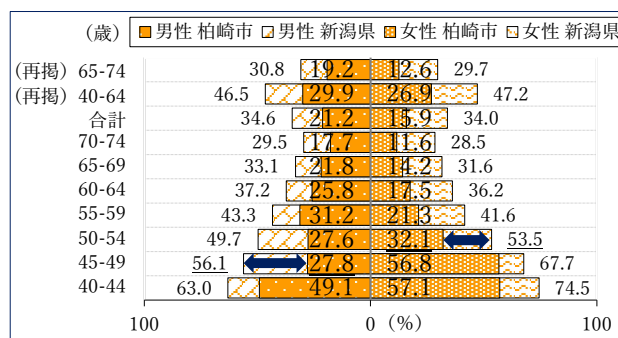
【出典：新潟県国民健康保険団体連合会提供資料】

図表44 HbA1c の年度推移状況



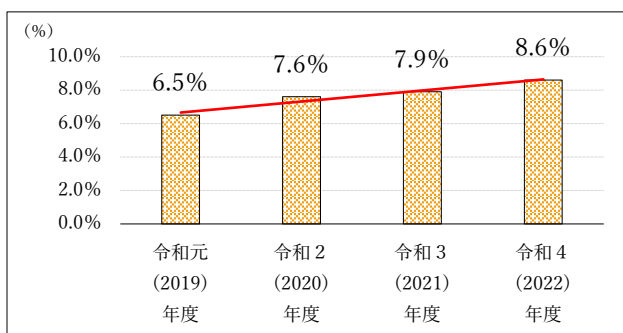
【出典：KDB】

図表45 正常域（HbA1c5.5%以下）の年代別割合



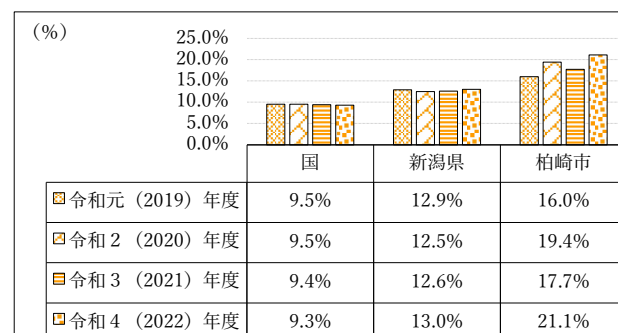
【出典：KDB】

図表46 未受診糖尿病判定者の年度推移状況



【出典：KDB】

図表47 非肥満高血糖割合の推移



【出典：KDB】

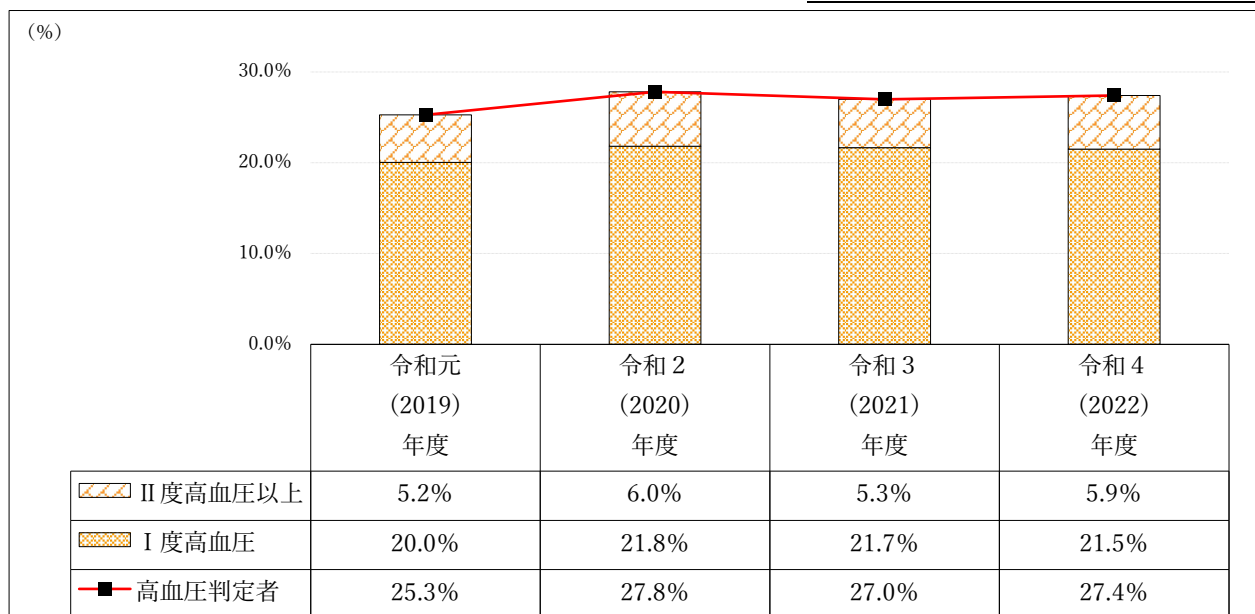
(有所見者の状況（血压））

○ 高血圧判定者の割合は27.4%で約3人に1人が受診勧奨判定値となっています。

令和4(2022)年度の高血圧判定者(収縮期血圧(*18)140mmHg以上または収縮期血圧(*18)90mmHg以上)の割合は27.4%で約3人に1人が受診勧奨判定値となっています。(図表48)

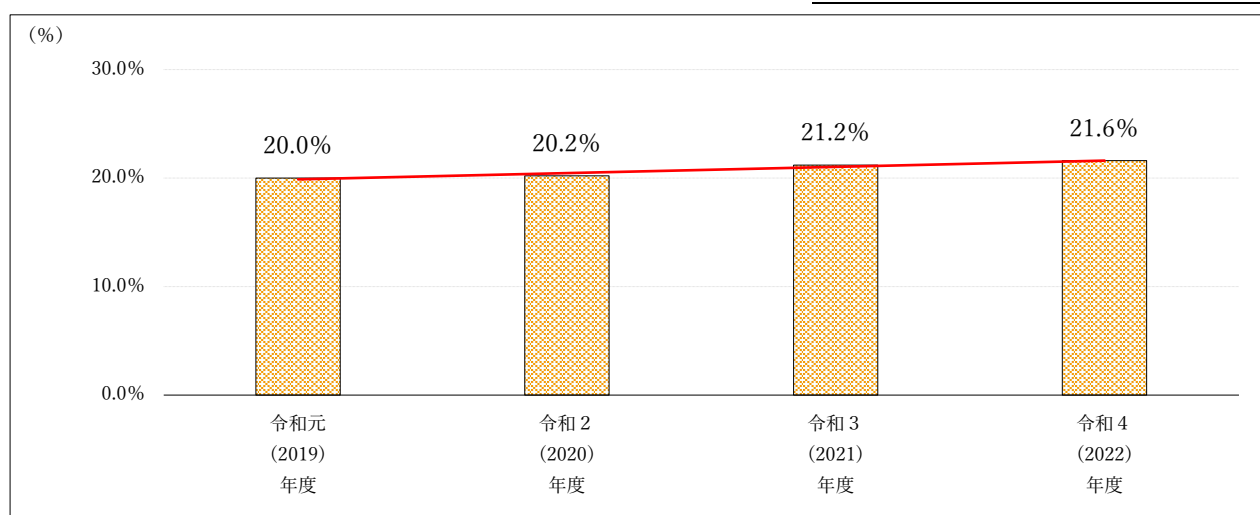
年度別推移では、令和元(2019)年度から令和4(2022)年度までにかけて高血圧判定者の割合は増加傾向にあります。そのうち医療機関未受診者（高血圧判定者のうち当該年度に高血圧のレセプト(*38)がない者）はやや増加傾向にあり、令和4(2022)年度は21.6%となっています。重症化予防のため、高血圧未受診者が受診につながるよう働きかけていく必要があります。(図表48、49)

図表48 高血圧判定者の年度別推移



【出典：KDB】

図表49 未受診高血圧判定者の割合



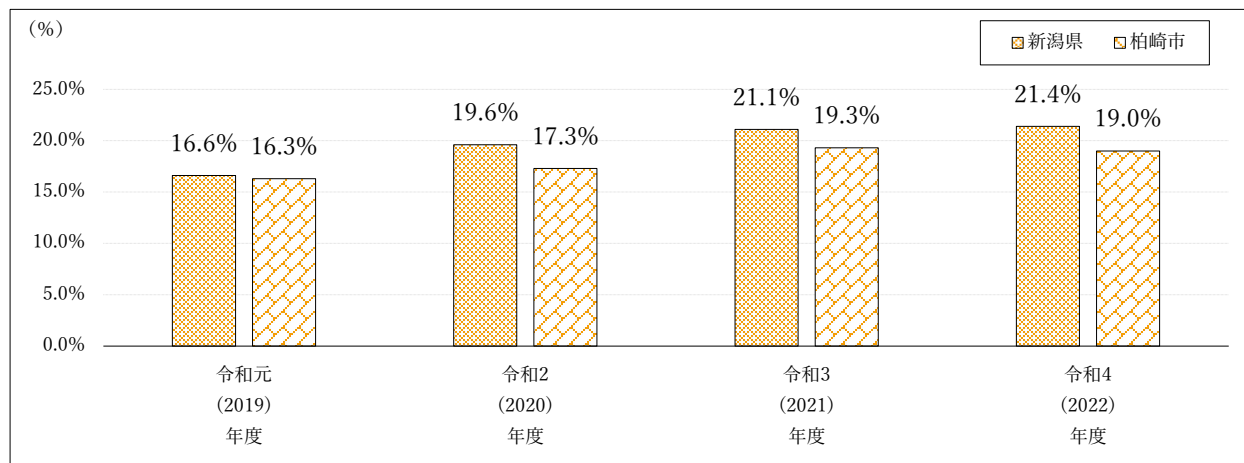
【出典：KDB】

(有所見者の状況 (腎))

○ eGFR(*4)は慢性腎臓病 (CKD) の指標の一つであり、慢性腎臓病 (CKD) が重症化すると人工透析(*19)が必要となるおそれがあります。人工透析(*19)が導入されると生活の質の低下や医療費の増加につながるため、受診勧奨対象者には、医療機関と連携して重症化予防のための対応を推進することが必要です。

令和元(2019)年度から令和4(2022)年度までの4か年度間の eGFR(*4)の有所見者割合について、本市と新潟県を比較すると大きな差はありません。(図表 50)

図表 50 eGFR の有所見者割合



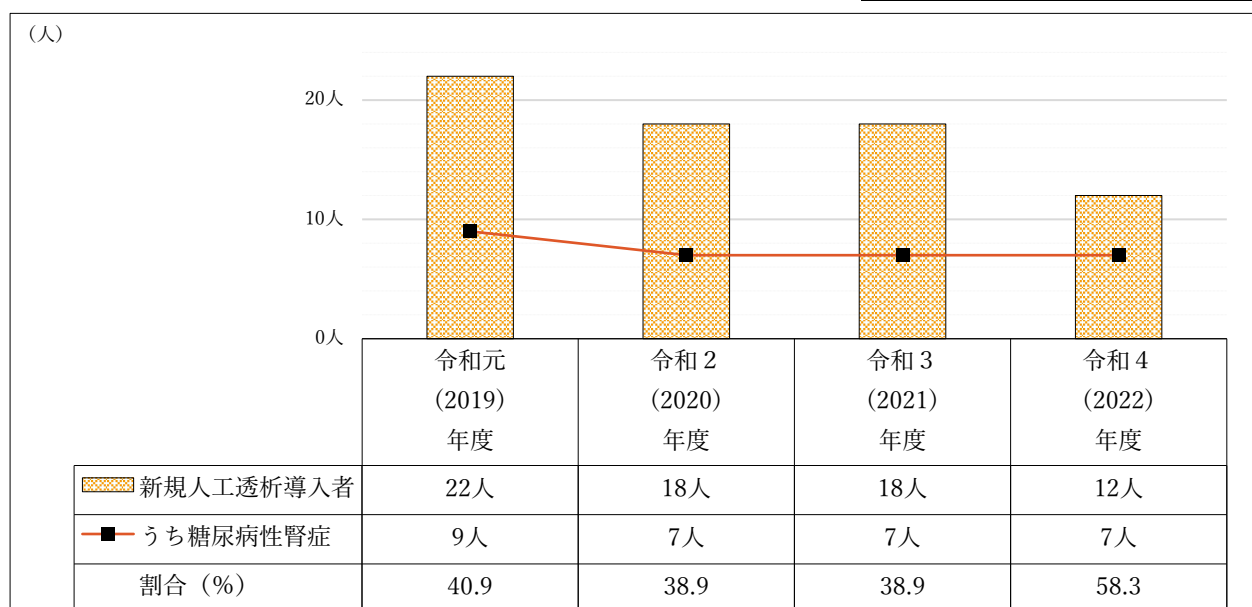
【出典：KDB】

(新規人工透析導入者の状況)

○ 新規人工透析(*19)導入者は減少していますが、糖尿病性腎症(*24) (糖尿病性腎不全を含む。)による人工透析(*19)導入者は横ばいです。

新規人工透析(*19)導入者は令和元(2019)年度 22 人から令和4(2022)年度 12 人まで減少していますが、うち糖尿病性腎症(*24) (糖尿病性腎不全を含む。)の割合は令和元(2019)年度 40.9%から令和4(2022)年度 58.3%まで横ばいに推移しています。(図表 51)

図表 51 新規人工透析導入者数



【出典：自立支援医療 (更生医療) 受給者台帳】

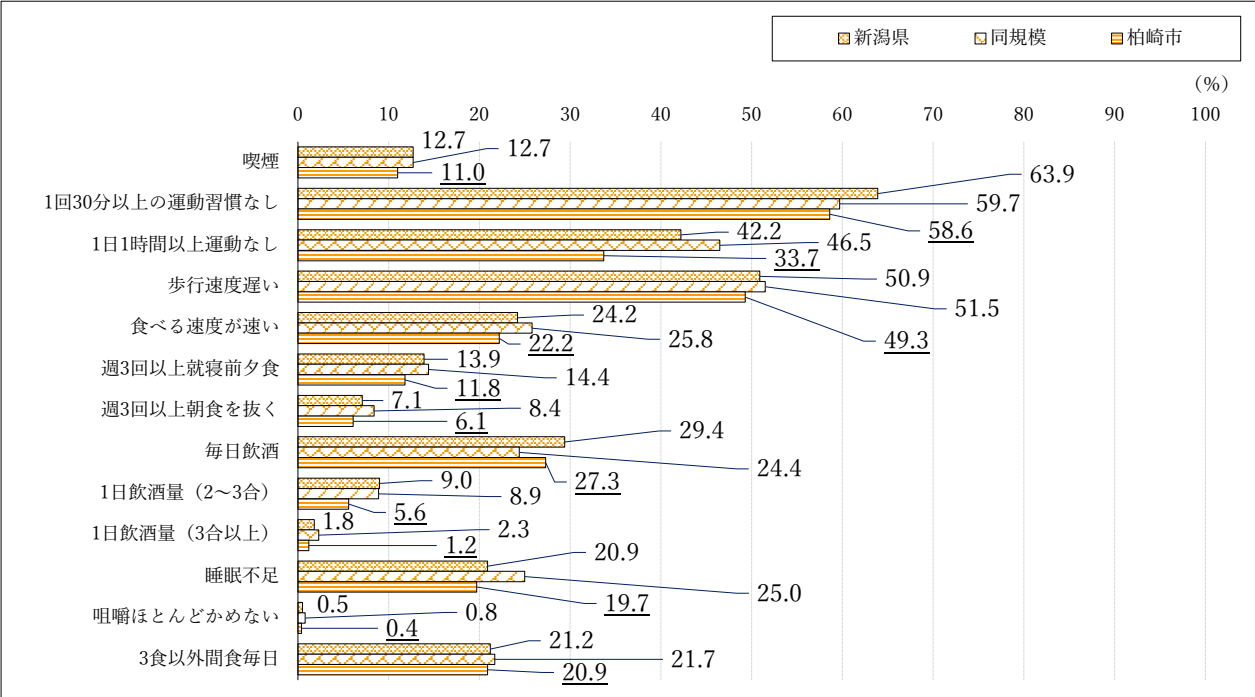
4. 2. 4 質問票

(質問票の状況)

○ 喫煙、運動習慣、食習慣、飲酒、睡眠の項目において改善が必要と思われる人の割合は、新潟県と比べて低い傾向にあります。しかし、令和元(2019)年度と比較すると多くの項目において悪化または横ばいで推移しており改善していません。

特定健診質問票(*17)の状況を見ると、改善が必要と思われる人の割合は、新潟県・同規模(*23)と比べて低い傾向にあります。しかし、令和元(2019)年度と比較すると多くの項目において悪化または横ばいであり、望ましい生活習慣の確立に課題がみられています。生活習慣病(*21)予防のため、望ましい生活習慣についての知識の啓発と継続に向けた支援が必要です。(図表 52、53)

図表 52 特定健診質問票の状況（新潟県・同規模との比較）
(令和 4 (2022)年度資料)



【出典：KDB】

図表 53 特定健診質問票の状況（年次比較）

	令和元 (2019) 年度	令和 2 (2020) 年度	令和 3 (2021) 年度	令和 4 (2022) 年度
喫煙	10.6%	10.5%	10.5%	11.0%
1 回 30 分以上の運動習慣なし	57.2%	57.0%	58.0%	58.6%
1 日 1 時間以上運動なし	30.3%	41.6%	37.8%	33.7%
歩行速度遅い	48.8%	49.4%	48.8%	49.3%
食べる速度が速い	22.7%	21.5%	22.2%	22.2%
週 3 回以上就寝前夕食	11.8%	12.0%	11.7%	11.8%
朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物（毎日）	19.7%	19.8%	21.1%	20.9%
週 3 回以上朝食を抜く	5.5%	5.4%	6.0%	6.1%
毎日飲酒	25.5%	27.2%	26.3%	27.3%
1 日飲酒量（2～3 合）	5.6%	5.8%	5.5%	5.6%
1 日飲酒量（3 合以上）	1.0%	0.8%	0.9%	1.2%
睡眠不足	20.3%	19.4%	19.0%	19.7%

【出典：KDB】

5 計画全体の目標

5. 1 健康課題等まとめ

医療・介護・健診データの状況から次の4項目を本市の健康課題としました。

(健康課題1)

長期化する人工透析(*19)の医療費が高く、
その大きな要因となる HbA1c(*5)有所見者の割合が高い。

(健康課題2)

標準化死亡比(*31)が高い脳血管疾患(*30)発症による医療費が高い。

(健康課題3)

特定健診の有所見者の割合が高い(血圧、脂質、血糖)。

(健康課題4)

40歳代、50歳代の特定健診受診率が低い。

5. 2 計画全体の目標

データの状況から見えてきた健康課題を踏まえて、次の目的、目標を設定し、課題解決に向けた保健事業を実施していきます。

(目的)

第1期及び第2期データヘルス計画に引き続き、次の2項目の目的を設定します。

医療費の適正化

健康寿命(*15)の延伸

(大目標)

第1期及び第2期データヘルス計画では「糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の抑制」及び「脳血管疾患(*30)の発症者の減少」を目標に設定し、保健事業を実施しました。

「糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の抑制」は将来的に重症化の危険度が十分にある糖尿病に対する発症予防の目標設定がないことから「糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の抑制」の目標に「糖尿病の発症予防」の目標を加えた内容の「糖尿病の発症予防及び重症化予防」に変更し、また、「脳血管疾患(*30)の発症者の減少」は第1期及び第2期データヘルス計画から継続し、次の2項目の目標を設定します。

糖尿病の発症予防及び重症化予防

脳血管疾患(*30)の発症者の減少

(中長期的目標)

計画最終年度（令和 11(2029)年度）までに達成を目指す次の 9 項目の目標を設定します。

中長期的目標	アウトカム(*9)評価指標	現状値 令和 4 (2022)年度	目指す方向性 目標値
1) 糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数の減少	糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者数	7 (人)	減少
2) 腎不全による医療費の増加の抑制	腎不全による医療費	301,244 (円/件)	減少
3) 糖尿病有病率(*25)の増加の抑制	特定健診結果 HbA1c(*5)6.5%以上者の割合	13.6 (%)	増加抑制
4) 特定健診結果 HbA1c(*5)8.0%以上者の割合の減少	特定健診結果 HbA1c(*5)8.0%以上者の割合	1.2 (%)	減少
5) 脳血管疾患(*30)に対する医療費の増加の抑制	脳血管疾患(*30)に対する医療費	104,889 (円/件)	増加抑制
6) 要介護認定者で脳血管疾患(*30)を持つ者の介護給付費(*11)の増加の抑制	要介護認定者で脳血管疾患(*30)を持つ者の介護給付費(*11)	123,072 (円/件)	減少
7) メタボリックシンドローム該当者及び予備群(*37)の減少	特定健診結果 メタボリックシンドローム該当者及び予備群(*37)の割合	31.6 (%)	減少
8) 高血圧判定者の減少	特定健診結果 血圧 140/90 mm Hg 以上者の割合	27.4 (%)	減少
9) 脂質異常判定者の減少	特定健診結果 LDL160 mg/dl 以上者の割合	9.1 (%)	減少

※ 次の目標におけるアウトカム評価指標は、算出方法を変更しています。

「2)腎不全による医療費の増加の抑制」、「5)脳血管疾患(*30)に対する医療費の増加の抑制」

快速サーチャージシステムから抽出したデータを用いて評価指標を算出していましたが、令和 5 (2023)年 3 月診療分までで当該データ提供が終了したため、KDB システム(*16)から抽出するデータを用いて評価指標を算出する方法に変更しています。

「6)要介護認定者で脳血管疾患(*30)を持つ者の介護給付費(*11)の増加の抑制」

KDB システム(*16)から抽出したデータ及び介護給付費台帳を用いて評価指標を算出していましたが、評価指標算出の簡素化を図るため、KDB システム(*16)から抽出するデータのみを用いて評価指標を算出する方法に変更しています。

「3)糖尿病有病率(*25)の増加の抑制」、「8)高血圧判定者の減少」、「9)脂質異常判定者の減少」

保健事業システムから抽出したデータを用いて評価指標を算出していましたが、標準化の推進に伴う共通の評価指標の設定のため、KDB システム(*16)から抽出するデータを用いて評価指標を算出する方法に変更しています。

(短期的目標)

中長期的目標の達成に向けて年度ごとに評価する次の 10 項目の目標を設定します。

短期的目標	アウトカム(*9)評価指標	現状値 令和 4 (2022)年度 (%)	目指す方向性 目標値 (%)
#1 腎機能低下者の割合の増加抑制 ① eGFR(*4)45 未満 ② 尿蛋白 (+) 以上	特定健診結果 eGFR(*4)45 未満、尿蛋白 (+) 以上の者の割合	①2.18 ②4.25	①2.18 ②4.25
#2 特定健診受診率の増加	特定健診対象者のうち 受診した者の割合	50.1	60.0
#3 特定保健指導(*27)実施率の増加	該当者のうち特定保健 指導(*27)終了者の割合	43.9	60.0
#4 特定健診結果Ⅱ度高血圧以上者の 割合の減少	特定健診結果 160/100 mm Hg 以上者の割合	5.9	4.7
#5 朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲 み物を摂取している者の減少	特定健診質問票(*17)で毎 日摂取していると回答 した者の割合	20.9	20.3
#6 運動習慣のある者の割合の増加	特定健診質問票(*17)で 1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上していると回 答した者の割合	41.4	43.2
#7 習慣的に喫煙している者の割合の 減少	特定健診質問票(*17)で習 慣的に喫煙していると 回答した者の割合	11.0	10.4
#8 特定保健指導(*27)による特定保健 指導(*27)対象者の減少率の増加	特定保健指導(*27)による 翌年度の特定保健指導 (*27)対象者の減少率	17.3	20.0
#9 未受診糖尿病判定者の割合の減少	特定健診糖尿病判定者 のうち、当該年度に糖尿 病のレセプトがない者 の割合	8.6	6.8
#10 未受診高血圧判定者の割合の減少	特定健診高血圧判定者 のうち、当該年度に高血 圧のレセプトがない者 の割合	21.6	19.8

※ 次の目標におけるアウトカム評価指標は、算出方法を変更しています。

「#4 特定健診結果Ⅱ度高血圧以上者の割合の減少」

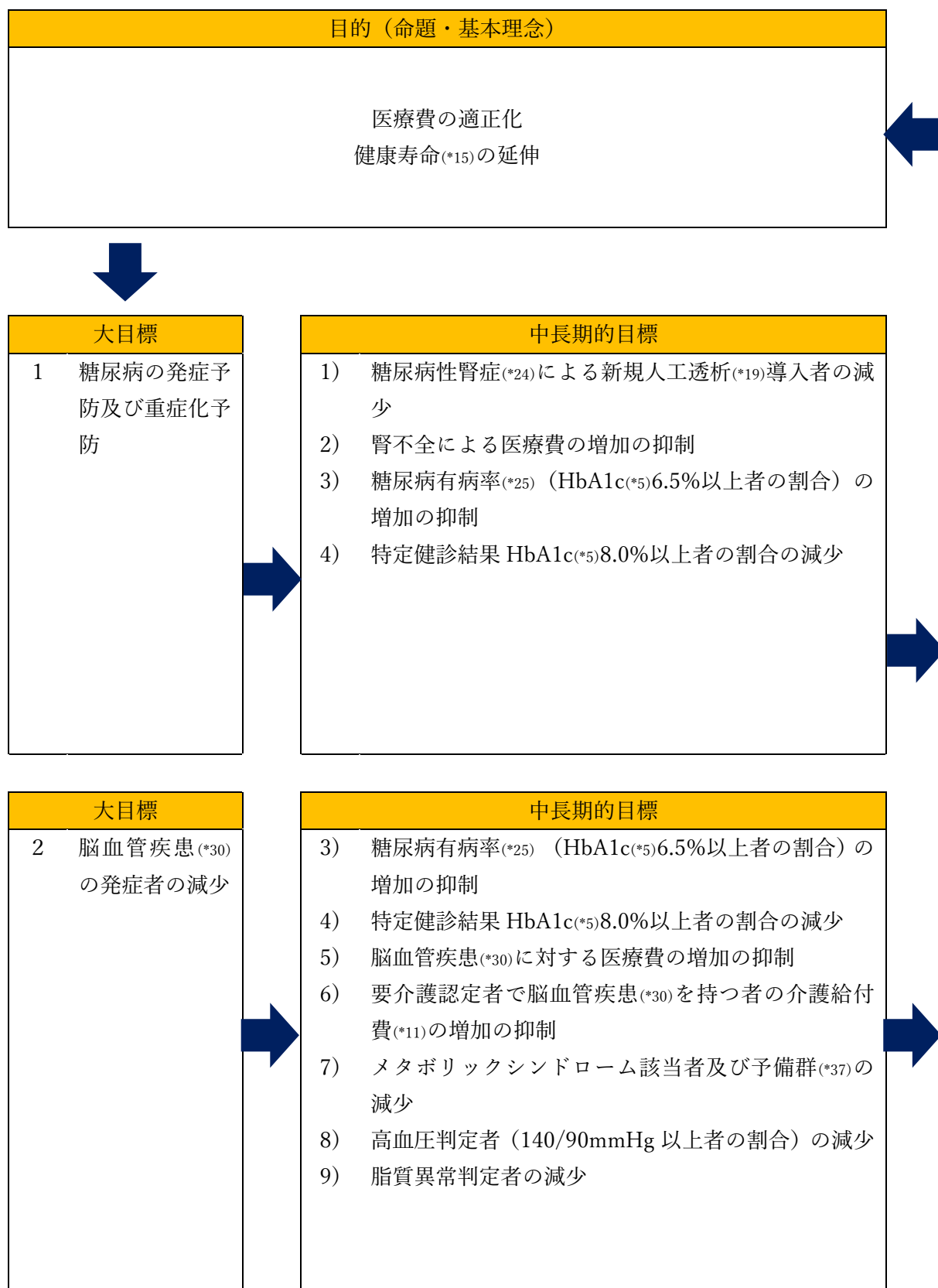
保健事業システムから抽出したデータを用いて評価指標を算出していましたが、標準化の推進に伴う共通の評価指標の設定のため、KDB システム(*16)から抽出するデータを用いて評価指標を算出する方法に変更しています。

(保健事業)

短期的目標を達成するために必要な次の 10 項目の保健事業を設定します。各保健事業の実施に当たっては、目的・目標の達成に向け、モニタリング項目や評価を定めた個別保健事業計画を作成し、実施体制や評価体制を明確とした上で効果的かつ効率的な事業を展開します。

各保健事業については、「7. 1 各保健事業の目的と内容 (58 ページから 77 ページまで)」に記載します。

保健事業		短期的目標					
①	特定保健指導(*27)	#3	#4	#5	#6	#7	#8
②	ハイリスク者保健指導	#1	#4	#9	#10		
③	糖尿病予防教室	#5	#6				
④	糖尿病相談会	#1	#5	#6			
⑤	健診結果説明会	#2	#4	#5	#6	#7	#9 #10
⑥	特定健診集団健診会場での健康づくり応援コーナー	#3	#4	#7	#9	#10	
⑦	糖負荷試験及び試験後結果説明会	#5	#6				
⑧	特定健診受診促進	#2					
⑨	コツコツ貯筋体操	#6					
⑩	糖尿病未治療者及び治療中断者への受診勧奨	#1	#2	#9			



データの状況による健康課題	
1	長期化する人工透析(*19)の医療費が高く、その大きな要因となる HbA1c(*5)有所見者の割合が高い。
2	標準化死亡比(*31)が高い脳血管疾患(*30)発症による医療費が高い。
3	特定健診の有所見者の割合が高い（血圧、脂質、血糖）。
4	40 歳代、50 歳代の特定健診受診率が低い。

短期的目標		保健事業	
#1	腎機能低下者の割合の増加抑制	①	特定保健指導(*27) #3、#4、#5、#6、#7、#8
#2	特定健診受診率の増加	②	ハイリスク者保健指導 #1、#4、#9、#10
#3	特定保健指導(*27)実施率の増加	③	糖尿病予防教室 #5、#6
#5	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している者の減少	④	糖尿病相談会 #1、#5、#6
#6	運動習慣のある者の割合の増加	⑤	健診結果説明会 #2、#4、#5、#6、#7、#9、#10
#7	習慣的に喫煙している者の割合の減少	⑥	特定健診集団健診会場での健康づくり応援コーナー #3、#4、#7、#9、#10
#8	特定保健指導(*27)による特定保健指導(*27)対象者の減少率の増加	⑦	糖負荷試験及び試験後結果説明会 #5、#6
#9	未受診糖尿病判定者の割合の減少	⑧	特定健診受診促進 #2
		⑨	コツコツ貯筋体操 #6
		⑩	糖尿病未治療者及び治療中断者への受診勧奨 #1、#2、#9
短期的目標			
#2	特定健診受診率の増加		
#3	特定保健指導(*27)実施率の増加		
#4	特定健診結果Ⅱ度高血圧（160/100 mmHg）以上者の割合の減少		
#5	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している者の減少		
#6	運動習慣のある者の割合の増加		
#7	習慣的に喫煙している者の割合の減少		
#8	特定保健指導(*27)による特定保健指導(*27)対象者の減少率の増加		
#10	未受診高血圧判定者の割合の減少		

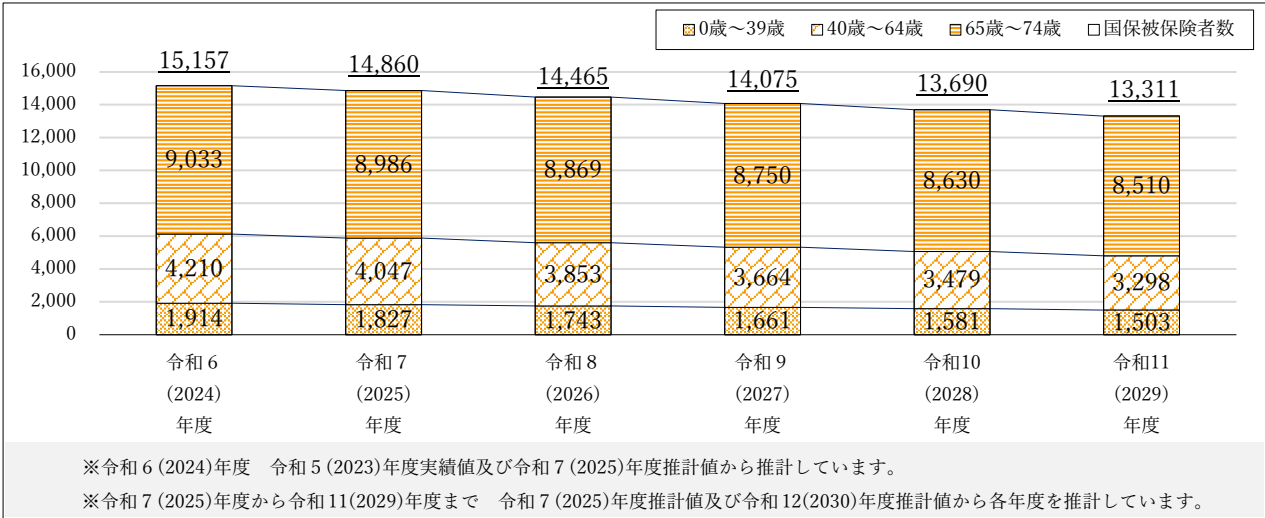
6 特定健康診査・特定保健指導【特定健康診査等基本指針第3の1・2・3】(★)

6. 1 国民健康保険被保険者数の推計と特定健康診査等の国が定める目標

(国民健康保険被保険者数の推計)

本市の国民健康保険被保険者数は、令和6(2024)年度の15,157人から年々減少し、計画期間最終年度である令和11(2029)年度には13,311人になると推計しています(図表54)。

図表54 柏崎市国民健康保険被保険者の総数の見込み(各年度9月末資料)(再掲)



【出典：国民健康保険毎月事業状況報告書、日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計) 国立社会保障・人口問題研究所】

(特定健康診査等の国が定める目標)

国の定める特定健康診査等基本指針において、特定健康診査(*26)・特定保健指導(*27)に関する目標値は、全国目標を保険者全体で達成するため、医療保険者の種別ごとに目標値を設定しています。

市町村国保については、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率ともに60.0%以上を目標値としています。(図表55)

図表55 第4期計画の保険者種別毎の目標

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会(船保)	単一健保	総合健保・私学共済	共済組合(私学共済除く)
特定健診の受診率	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上(30%以上)	60%以上	30%以上	60%以上

【出典：特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)】

6. 2 特定健康診査の受診率の目標【特定健康診査等基本指針第3の1及び2】

令和4(2022)年度の本市特定健康診査(*26)受診率は、50.1%で新潟県の平均を上回っていますが（図表35（34ページ））、第3期特定健康診査等実施計画最終年度目標値である60.0%には達していません。

国の指針で示されている第4期特定健康診査等実施計画における市町村国保の特定健康診査(*26)受診率の目標値は、60.0%以上となっています。

本市においては、現在の実施状況を勘案し、目標達成に向けて各年度の目標値を次のとおり設定します（図表56）。

図表56 柏崎市の受診率

（第3期特定健康診査等実施計画における実績）

区分	平成30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度
対象者（人）	13,640	13,473	13,540	13,212	12,566	12,550
受診者（人）	6,963	6,855	6,212	6,479	6,298	6,400
受診率（%）	51.0	50.9	45.9	49.0	50.1	51.0

【出典：法定報告（平成30(2018)年度から令和4(2022)年度まで）（令和5(2023)年度は見込み）】

（第4期特定健康診査等実施計画における目標値）

区分	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和9 (2027) 年度	令和10 (2028) 年度	令和11 (2029) 年度
対象者（人）	12,300	11,950	11,700	11,200	10,900	10,600
受診者（人）	6,360	6,370	6,365	6,340	6,355	6,360
受診率（%）	51.7	53.3	54.4	56.6	58.3	60.0

6. 3 特定保健指導の実施率の目標【特定健康診査等基本指針第3の1及び2】

令和4(2022)年度の本市特定保健指導(*27)実施率は、43.9%で新潟県の平均を上回っておりますが（図表37（35ページ））、第3期特定健康診査等実施計画最終年度目標値である60.0%には達していません。

国の指針で示されている第4期特定健康診査等実施計画における市町村国保の特定保健指導(*27)実施率の目標値は、60.0%以上となっています。

本市においては、現在の実施状況を勘案し、目標達成に向けて次のとおり目標値を設定します。（図表57）

図表57 柏崎市の実施率

（第3期特定健康診査等計画における実績）

区分	平成30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度
対象者（人）	793	821	677	720	681	610
終了者（人）	398	456	356	346	299	276
実施率（%）	50.2	55.5	52.6	48.1	43.9	45.2

【出典：法定報告（平成30(2018)年度から令和4(2022)年度まで）（令和5(2023)年度は見込み）】

（第4期特定健康診査等実施計画における目標値）

区分	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和9 (2027) 年度	令和10 (2028) 年度	令和11 (2029) 年度
対象者（人）	680	680	680	680	680	680
終了者（人）	317	335	353	372	390	408
実施率（%）	46.6	49.3	52.0	54.7	57.4	60.0

6. 4 特定健康診査・特定保健指導の実施方法【特定健康診査等基本指針第3の3】

6. 4. 1 特定健康診査・特定保健指導

保険者には、平成 20(2008)年度から高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、「特定健康診査(*26)」「特定保健指導(*27)」の実施が義務付けられています。

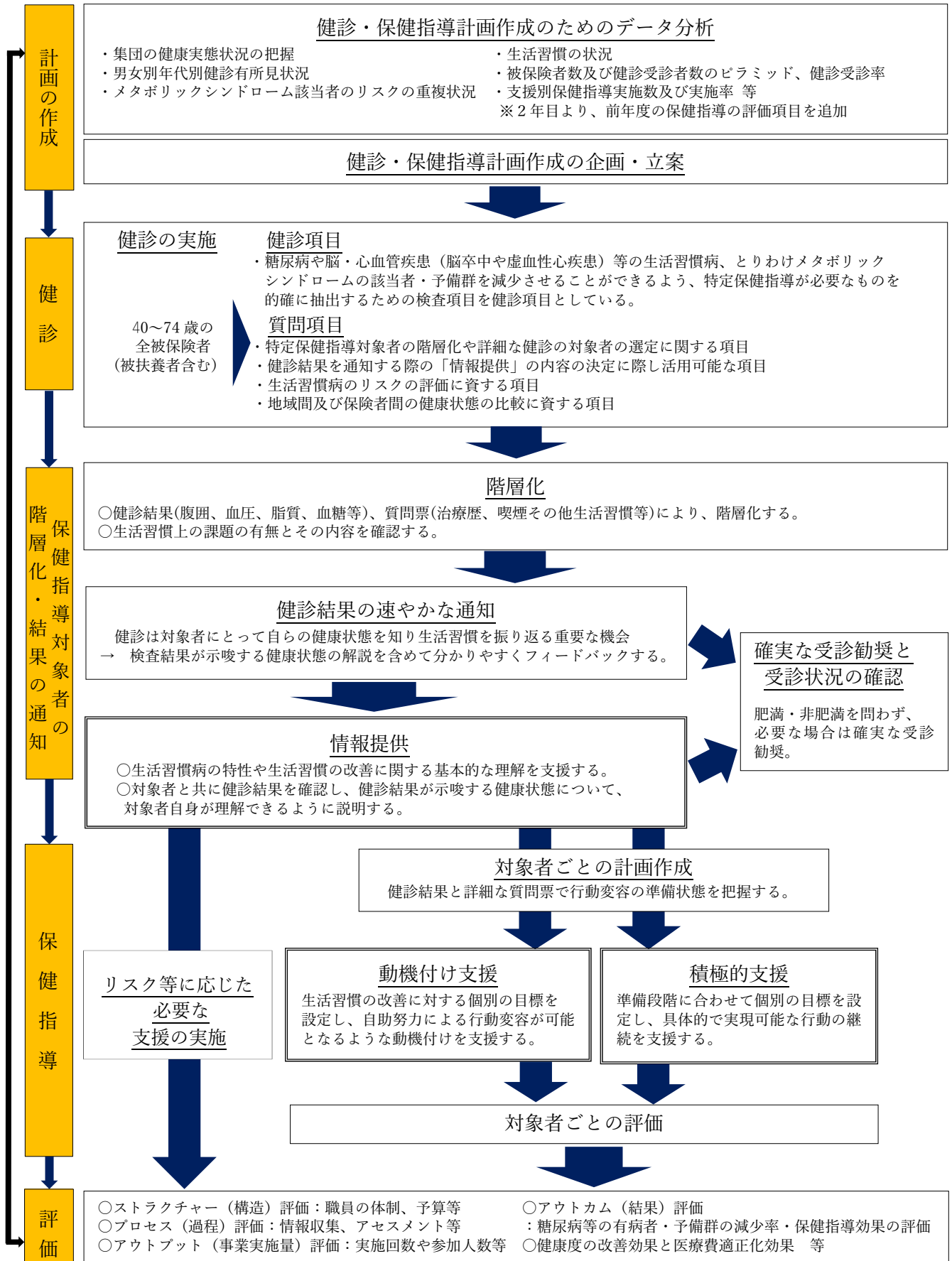
「特定健康診査(*26)」とは、糖尿病等の生活習慣病(*21)の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム(*36)に着目し、生活習慣を改善するための「特定保健指導(*27)」を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。健康診査の実施から結果説明、階層化、情報提供を行います。

「特定保健指導(*27)」とは、特定健康診査(*26)の結果により、健康の保持に努める必要がある対象者が、自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うことで、糖尿病等の生活習慣病(*21)を予防することを目的に実施するものです。「動機付け支援」と「積極的支援」に分類され、リスクに応じた必要な支援を行います。

結果通知表には、計測・検査値と判定、メタボリックシンドローム(*36)か否かを記載します。判定には、基準値（異常なし）、保健指導対象者とする値（保健指導判定値）と、それよりも高い値で重症化を防止するために医療機関を受診する必要性を検討する値（受診勧奨判定値）があります。

生活習慣病(*21)は、自覚症状がほとんどないまま進行することが多く、受診者が健診結果を確認することは、自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会です。こうした効果を最大化するためには、特定保健指導(*27)の対象か否かにかかわらず、健診結果やその他必要な情報について、全ての受診者に分かりやすく情報提供することが重要です。こうした情報提供は、受診者が生活習慣を改善又は維持していく動機付けとなります（図表 58）。

図表 58 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)



【参考：厚生労働省健康局 標準的な健診・保健指導プログラム (令和 6 年度版)】

6. 4. 2 特定健康診査の実施方法

「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）」「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」を基に、新潟県が策定した特定健康診査ガイドラインに準拠し実施します。地区単位での集団健診、医療機関での個別健診及び総合健診（人間ドック）の3方法で行います。集団健診は各地区に出向き、受診しやすい健診体制を整備します。

（実施場所・実施期間）

健診種別	健診会場・医療機関	実施期間
集団健診	地区コミュニティセンター・地区施設・健康管理センター	5月から11月まで
個別健診	指定医療機関	5月から11月まで
総合健診 （人間ドック）	総合健診（人間ドック）受託医療・健診機関	5月から3月まで

（健診検査項目）

区分	内容	
基本的な健診項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）	
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI ^(*3) （問診、理学的検査（身体診察））
	血圧	収縮期血圧 ^(*18) 、拡張期血圧 ^(*12)
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪 ^(*22) または随時中性脂肪 ^(*22) 、HDL コレステロール ^(*6) 、LDL コレステロール ^(*7)
	肝機能検査	AST ^(*2) 、ALT ^(*1) 、 γ -GT ^(*8)
	血糖検査	空腹時又は随時血糖、HbA1c ^(*5)
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細な健診項目 （医師の判断による追加項目）	心電図検査、貧血検査、腎機能検査（血清クレアチニン ^(*14) 検査及び eGFR ^(*4) ）	
追加健診項目	血中脂質検査（総コレステロール）、尿検査（尿潜血）、血清尿酸 ^(*29)	

(周知・案内方法)

○ 周知方法

- ・ 健（検）診申込調査時に特定健診・人間ドックの内容を記載したパンフレットを配布します。
- ・ 健診・検診日程表を全戸に配布し、またホームページ等も活用し実施日程を周知します。

○ 案内方法

- ・ 特定健康診査(*26)：対象者には、受診通知書を送付します。
年度途中での国民健康保険加入者には、手続きの際に受診勧奨のチラシを配布します。
- ・ 総合健診（人間ドック）：申込者には、人間ドック受診券を送付します。

(委託の方法)

- 特定健康診査(*26)：公益財団法人新潟県健康づくり財団への委託（集合契約）により実施します。
- 総合健診（人間ドック）：人間ドック健診機関・病院への委託（個別契約）により実施します。

(事業者健診の健診受診者のデータ受領)

労働安全衛生法に基づき、柏崎市刈羽郡医師会が実施する各事業所の定期健康診断を受診した特定健診対象者年齢の国民健康保険加入者の健診結果データを、当該事業所の同意を得て、同医師会から受領します。

(受診率向上に向けた取り組み)

○ はがきによる受診勧奨

集団健診実施終了後に未受診となっている特定健診対象者に、未受診者用の受診日を設け、はがきを送付して受診勧奨を行います。受診状況やレセプト(*38)情報の分析やSNSの活用等、先進の科学的手法を活用した効果的な受診勧奨に取り組めます。

○ 節目年齢への受診勧奨

翌年度特定健診対象者となる39歳、節目年齢の40歳及び50歳の国民健康保険加入者について自己負担金を無料とし、チラシ配布等により受診を推奨します。

○ 健康づくりのための情報提供事業の取組

特定健診未受診者の方で、定期的に通院をされている方から本人の同意を得て、医療機関が保有する検査結果情報を提供していただくことで特定健診を受診したとみなし、特定健診データとして収集します。

○ ゆったり健診

障害のある方や足腰に不安がある高齢の方が安心して健診を受けられるように、ゆったり健診の日を設けます。

6. 4. 3 特定保健指導の実施方法

「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）」「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」を基に、健診結果と質問票(*17)から対象者の選定、階層化を行い、特定保健指導(*27)を実施します。

（特定保健指導の対象者の定義）

特定健康診査(*26)の結果と質問票(*17)の喫煙・服薬項目から、国が定める基準に準拠し特定保健指導(*27)対象者を抽出（階層化）します。階層化とは、特定健康診査(*26)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（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行うための対象者を抽出することです。（図表 59）

図表 59 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象年齢	
	①血圧 ②脂質 ③血糖		40-64 歳	65-74 歳
≥ 85 cm（男性） ≥ 90 cm（女性）	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(*3) ≥ 25	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			

※ 喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

※ 腹囲に代えて内臓脂肪面積を測定する場合には、内臓脂肪面積が 100 cm²以上とする。

※ 質問票(*17)において「以前は吸っていたが最近 1 か月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

※ 糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

※ 受診勧奨判定値を超えている者でも服薬を行っていない場合は、特定保健指導(*27)の対象となる。

※ 追加リスク

（血圧）収縮期血圧(*18)が 130 mm Hg 以上又は拡張期血圧(*12)が 85 mm Hg 以上であること。

（脂質）空腹時中性脂肪(*22)が 150 mg/dl 以上、随時中性脂肪(*22)175 mg/dl 以上又は HDL コレステロール(*6)が 40 mg/dl 未満であること。

（血糖）空腹時血糖値が 100 mg/dl 以上又は HbA1c(*5)が 5.6%（NGSP 値）以上であること。

【出典：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）】

(特定保健指導の実施)

特定保健指導(*27) (積極的支援及び動機付け支援) の対象者として抽出した者に、特定保健指導(*27)を実施します。

健診種別	周知・案内等	実施期間	実施体制
集団健診	・健診会場において、身体計測結果や服薬歴、年齢から特定保健指導(*27)対象者と見込まれる者に対して、生活習慣チェックシートに基づいて面接、特定保健指導(*27)利用勧奨を実施します。 ・健診会場ごとに対象者に通知し、特定保健指導会（予約制個別面接。参加できない対象者については、別日で訪問・面接）を実施します。 ・継続支援については、個別に訪問・面接・電話等で支援を実施します。	5月から 翌年4月まで	直営
個別健診 総合健診 (人間ドック)	・元気館又は健康管理センターで特定保健指導会(予約制個別面接又は予約制集団指導。参加できない対象については、別日で訪問・面接)を実施します。 ・継続支援については、個別に訪問・面接・電話等で支援を実施します。	7月から 翌年9月まで	直営

※ 対象者の利便性と実施率の向上を図るため、特定保健指導会の実施場所について、集団健診受診者に対しては集団健診会場を基本とします。

※ 特定保健指導(*27)利用者の自己負担は無料です。

(特定保健指導対象者の減少に向けて)

特定健診、特定保健指導(*27)の効果を反映させるため、特定保健指導(*27)による特定保健指導(*27)対象者の減少率について把握し、評価の参考として活用します。

6. 4. 4 実施スケジュール

	前年度	実施年度		翌年度
4月		健診実施機関との委託契約	受診通知書送付	特定保健指導実施
5月		健診の実施	特定保健指導対象者抽出	
6月		健診結果通知	特定保健指導実施	
7月				
8月				
9月				実績値確認(速報値)
10月	予算案作成	健診未受診者受診勧奨案内		
11月				
12月				実績値確認(確定値)
1月				
2月	健診日程調整			
3月				

柏崎市の保健事業

7 課題に対応した保健事業の立案

7. 1 各保健事業の目的と内容

(①特定保健指導)

特定保健指導(*27)対象者に対して内臓脂肪型肥満の要因となっている生活習慣を改善するための特定保健指導(*27)を行います。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
特定健診の結果、特定保健指導(*27)（積極的支援及び動機付け支援）対象と判定された者	6月 から 翌年度9月 まで	特定保健指導(*27)対象者（積極的支援、動機付け支援）をシステムで抽出し、特定保健指導(*27)を実施します。 1 集団健診受診者 ・健診会場において対象となりそうな受診者に対して、生活習慣チェックシートに基づいて面接を行うとともに、特定保健指導(*27)利用勧奨を行います。 ・健診会場ごとに初回面接を行う特定保健指導会を実施（予約制個別面接。参加できない対象者については、別日で面接を行います。） ・継続支援については、個別に訪問・面接・電話等で支援を実施します。 2 個別健診・総合健診受診者 ・元気館または健康管理センターで特定保健指導会を実施（予約制個別面接または予約制集団指導、参加できない対象者については別日で面接）します。 ・継続支援については、個別に訪問・面接・電話等で支援を実施します。	特定健診・特定保健指導制度開始 の平成20(2008)年度から実施。実施率向上に向けて、特定保健指導会の開催や集団健診会場での初回面接分割実施など事業内容を検討・見直しをしながら行ってきました。 しかし、実施率は令和元(2019)年度の55.5%以降減少傾向にあります。過去に特定保健指導(*27)を利用した対象者など、支援を希望しない対象者もあり、課題となっています。	<u>実施者</u> ・保健師、管理栄養士、看護師（パート職員を含む。） <u>方法</u> ・特定保健指導(*27) ・「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）」「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に準じた形で実施します。 <u>他事業との関連</u> ・特定健診集団健診会場での健康づくり応援コーナーで対象者への面接と特定保健指導(*27)利用勧奨を実施します。 ・ハイリスク者保健指導対象者と重複している場合は、必要に応じて併せて実施します。 ・必要に応じて栄養相談会（月1回）、運動相談会（月1回）、糖尿病予防教室（年1回）、体組成測定会（年7回）等への参加を勧奨します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ①特定保健指導(*27)による特定保健指導(*27)対象者の減少率 <u>評価指標</u> ①特定保健指導(*27)による特定保健指導(*27)対象者の減少率 （特定保健指導(*27)利用者のうち翌年度特定保健指導(*27)の対象でなくなった者の割合）	<u>モニタリング項目</u> ①事業対象者数 ②特定保健指導会実施回数 ③特定保健指導(*27)実施率（評価終了者の割合） <u>評価指標</u> ③特定保健指導(*27)実施率（第4期特定健康診査等実施計画から）	<u>モニタリング項目</u> ①対象者の選定 ②対象者の経年結果、過去の指導記録の確認 ③目的に沿った保健指導の実施 ④保健指導の未利用者への参加勧奨 ⑤対象者の継続支援 ⑥記録様式を使用し、指導内容及び行動目標の明記 ⑦従事者が特定保健指導(*27)に必要な知識を習得できる機会の確保	<u>モニタリング項目</u> ①計画目標値の達成に向けた事業実施内容の決定 ②必要な予算（報酬、保健指導資料等）の確保 ③実施スケジュールや特定保健指導会の日程調整 ④従事者による事業目的の共有 ⑤特定保健指導(*27)手順の確認、指導媒体の作成
目標	①20.0% 減少率の増加を目指します。	③60.0% 実施率の向上を目指します。		
評価手段	・法定報告の特定保健指導(*27)実施結果総括表	・法定報告結果		
評価体制・方法	翌年度の特定保健指導(*27)実施総括表で評価します。	特定保健指導(*27)実施率の確定は翌年度の12月頃となりますが、初回面接実施率も参考に実績を確認し、評価します。	・係会議や研修などの場を活用し事業の情報交換や事例検討を行い、必要に応じて修正を行います。	・事業担当者での会議や係会議の場を活用します。
評価時期	翌々年度12月	12月、3月 最終評価は翌年度12月	事業開始前（5月から6月まで） 事業実施期間中（6月から翌年度9月まで）	評価、来年度の検討（12月から1月まで）

(②ハイリスク者保健指導)

健診結果から、疾病の重症化が心配される対象者に対し、適正な医療管理と生活習慣改善を図ります。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
一般・特定・高齢者健診受診者のうち下記の基準に該当する者 ①74歳以下 eGFR(*4) 45ml/分/1.73 m ² 未満 ②74歳以下尿蛋白+かつ eGFR(*4)45ml/分/1.73 m ² 以上 ③74歳以下尿蛋白2+以上 ④74歳以下尿蛋白+かつ尿潜血+以上 ⑤74歳以下 HbA1c(*5) 7.0%以上かつ糖尿病治療薬の服薬なし ⑥74歳以下 HbA1c(*5) 8.0%以上かつ糖尿病治療薬の服薬あり ⑦血圧 180mmHg 以上または 110mmHg 以上かつ降圧薬の服薬なし ⑧74歳以下 HbA1c(*5) 6.5%以上かつ収縮期血圧(*18)140mmHg 以上または拡張期血圧(*12)90mmHg 以上かつ降圧薬及び糖尿病治療薬の服薬なし ⑨74歳以下 LDL 200mg/dl 以上かつ脂質異常症治療薬服薬なし ⑩心房細動未治療者	通年	・特定健診結果から事業対象者を抽出します。 ・診療依頼書兼結果通知書を渡し、医療機関受診を促すとともに、保健指導を実施します。 ・対象者の状況により継続支援を行い、医療機関の受診や生活習慣の変化を確認します。	特定健診の制度開始前から実施している事業で、対象基準を見直しながら、変更・拡大し対応しています。また、事業対象者の医療機関受診率は70.0%以上となっています。翌年度の健診受診結果により事業対象者でなくなった者も50.0%以上となっていますが、翌年度の健診を未受診である者もいるため継続受診対策が課題となっています。	・集団健診受診者は、保健指導会案内を郵送し参加勧奨します。欠席者には訪問・面接・電話により支援を実施します。 ・個別健診・人間ドック受診者は、結果を持参または郵送し、訪問・面接・電話により支援を実施します。 ・対象者①②③④については、HbA1c(*5)6.4%以下の場合は腎診療依頼書を郵送し文書による受診勧奨を行います。腎診療依頼書の返却がなく医療機関受診が確認できない者については、レセプト(*38)にて受診状況を確認します。レセプト(*38)でも受診状況が確認できない場合、対象者本人に連絡し受診状況の確認を行います。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	モニタリング項目 ①事業対象者のうち医療機関受診が確認できている者の割合 ②事業対象者の翌年度の健診受診率 ③事業対象者（ハイリスク対象⑤⑦⑨）で翌年度の健診を受診した者のうち事業対象者でなくなった者の割合 評価指標 ①医療機関受診率 ②翌年度の健診受診率 ③事業対象者⑤⑦⑨の翌年度事業対象者でなくなった者の割合	モニタリング項目 ①事業対象者数 ②訪問・面接・電話による保健指導実施率 評価指標 ②事業対象者のうち、訪問・面接・電話による保健指導実施者の割合	モニタリング項目 ①対象者の選定 ②対象者の経年結果、レセプト(*38)、過去の指導記録の確認 ③目的に沿った保健指導の実施 ④未受診者に対する受診確認の実施 ⑤対象者の受診状況、診療依頼書兼結果通知書の返却状況の把握 ⑥記録様式を使用した支援内容及び支援方針の明記 ⑦従事者が保健指導に必要な知識を習得できる機会の確保	モニタリング項目 ①健康課題・計画目標値の改善にむけ優先度の高い対象者の選定 ②事業に対する医師会等の了解 ③保健師・栄養士等従事者の稼働量と業務量が見合っているかの確認 ④必要な予算の確保（保健指導資料等） ⑤従事者による事業目的の共有
目標	①70.0% ②80.0% ③60.0%	②80.0%		
評価手段	・診療依頼書返却状況 ・保健指導実施報告書 ・レセプト(*38)	・保健指導実施報告書 ・進捗管理リスト		
評価体制・方法	・返却された診療依頼書や保健指導実施報告書の内容、レセプト(*38)から受診状況を確認します。 ・翌年度の健診受診状況を確認し、数値の変化等を評価します。	・保健指導実施報告書や進捗管理リストを用いて、対象者への保健指導実施状況を把握・集計します。	・各係会議や従事者打合せの場を活用し事業内容について検討します。 ・健康推進課業務担当が医師会と協議します。 ・各係会議や従事者打合せの場を活用し目的を共有します。	・健康推進課業務担当が医師会と協議します。 ・各係会議や従事者打合せの場にて事業内容の検討や目的を共有します。
評価時期	・医療機関受診率の最終評価（翌年度6月） ・健診の受診状況、結果改善の最終評価（翌々年度5月）	・事業実施3か月ごと（9月、12月、3月） ・最終評価は事業実施後（翌年度6月）	・各係会議、従事者への事業説明（5月から6月まで） ・事業実施3か月ごと（9月、12月、2月）	・評価、翌年度の検討（9月から10月まで） ・医師会との協議（健診委員会ほか随時） ・従事者打合せ（事業開始前の5月から6月まで）

(③糖尿病予防教室)

糖尿病の発症や悪化防止のため、参加者が個々に合った生活改善の方法を取得し、セルフコントロールができるよう支援します。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
概ね 70 歳以下で、血糖値が 高めの者やその家族	11 月 から 2 月 まで	糖尿病専門医、保健師、栄養士、 理学療法士、歯科衛生士による講 義やサポートを受け、個々にあつ た生活改善方法を取得する全 4 回の教室です。	参加者が年々減少 傾向のため、令和 3(2021)年に年 2 コースから 1 コー スに減らしまし た。 参加希望者が 71 歳以上であった場 合、初回（医師講 話）のみ参加でき ます。	<u>実施者</u> ・保健師、栄養士（パート職員を含む。）、理 学療法士、歯科衛生士 <u>方法</u> 1 回目：医師による講話、栄養基礎講話、体 組成測定、グループワーク 2 回目：栄養講話、バランス食の試食、歯科 講話、グループワーク 3 回目：運動講話と体験、体組成測定、グル ープワーク 4 回目：フォローアップ健診（血液検査）、体 組成測定、グループワーク 他、2 回目または 3 回目に個別面談を 1 回、 3 回目と 4 回目の間に電話面談を 1 回 <u>他事業との関連</u> ・特定健診会場での健康づくり応援コーナ ーや特定保健指導(*27)、健診結果説明会等で 参加の勧奨をします。 ・終了後のフォローとして、メタボらず体操 体験会（年 12 回）や潮の香ウォーク（年 7 回）の参加を勧奨します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ①血糖値が基準値以上またはHbA1c(*5)6.0%以上の者のうち血液データで1項目以上改善した者の割合 ②参加前後で生活改善した者の割合 <u>評価指標</u> ①血糖値が基準値以上またはHbA1c(*5)6.0%以上の者のうち血液データ(HbA1c(*5)・血糖値・中性脂肪(*22))で1項目以上改善した者の割合 ②参加前後で生活改善した者の割合	<u>モニタリング項目</u> 参加者のうち4回目(最終回)に参加した者の割合(事情により欠席となった場合の個別対応を含む。) <u>評価指標</u> 参加者のうち4回目(最終回)に参加した者の割合(事情により欠席となった場合の個別対応を含む。) ②参加前後で生活改善した者の割合	<u>モニタリング項目</u> ①前年度の糖負荷試験からの対象者の選定、当該対象者への案内送付 ②健診会場、特定保健指導(*27)、健診結果説明会で参加勧奨 ③広報、ホームページ掲載、医療機関等への周知 ④参加者の健診、レセプト(*38)データの把握 ⑤参加者に合った生活改善が実践できるための個別面談 ⑥教室3回目から約1か月後、取組状況の電話面談 ⑦個票による、参加者の様子や生活、体組成、血液検査等の変化の確認	<u>モニタリング項目</u> ①事業担当者の決定 ②事業に対する医師会の了解 ③保健師、栄養士等、従事者の確保 ④必要な予算の確保 ⑤従事者による事業目的の共有
目標	①60.0% ②100.0%	90.0%		
評価手段	①フォローアップ健診 ②参加者アンケート	出席者名簿	⑦個票	⑤従事者打合せ
評価体制・方法	①4回目(最終回)で血液検査を実施します。 ②参加者に対しアンケートを行います。	受付で出席を確認します。	⑦従事者が個票に随時記録し、事業担当者が確認します。	⑤従事者打合せを活用して、全従事者と目的を共有します。
評価時期	①最終評価は3月 ②随時実施し、最終評価は2月	最終評価は2月	⑦随時実施し、最終評価は2月	事業開始前から随時実施

(④糖尿病相談会)

- 糖尿病の状態を正しく理解し、数値改善に向けて、食生活・運動習慣の生活改善が継続できるように支援します。
- 血糖コントロール不良者の更なる悪化防止のため、主治医と連携した支援をします。
- 糖尿病の重症化を予防し、糖尿病性腎症(*24)による新規人工透析(*19)導入者の抑制につなげます。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
74 歳以下で糖尿病の診断を受けており、市内の医療機関に通院し、主治医から紹介があった者	4 月 から 3 月 まで	主治医の指示書に基づき、保健師、栄養士が面接による保健指導を行い、3 か月後に経過を確認します。	事業拡大のため平成 30(2018) 年度から対象を 65 歳以下から 70 歳以下に引き上げ、月 2 枠から 4 枠に増やしました。更に、令和 3 (2021) 年度から対象を 74 歳以下に引き上げました。令和 5 (2023) 年 3 月には医療機関にニーズ調査を実施し、結果を送付しました。参加者の運動習慣の定着を強化するため、令和 5 (2023) 年度から試行的に理学療法士が事業に参加しています。	<u>実施者</u> ・保健師、栄養士 <u>方法</u> ①医療機関から電話で予約を受けます。(月 2 回 4 枠) ②主治医の指示書のもと、保健師と栄養士が 1 時間の保健指導を実施します。 ③ 3 か月後に電話で直近の体重と検査結果、生活改善の様子を確認します。 <u>他事業との関連</u> ・必要に応じて、運動相談会や糖尿病予防教室の参加を勧奨します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ①実施から3か月後に改善状況の確認ができた者のうち HbA1c(*5)改善者の割合 ②実施から3か月後に改善状況の確認ができた者のうち生活改善した者の割合 <u>評価指標</u> ①実施から3か月後に改善状況の確認ができた者のうち HbA1c(*5)改善者の割合 ②実施から3か月後に改善状況の確認ができた者のうち生活改善した者の割合	<u>モニタリング項目</u> 実施から3か月後に改善状況の確認ができた者の割合 <u>評価指標</u> 実施から3か月後に改善状況の確認ができた者の割合	<u>モニタリング項目</u> ①対象者を紹介してもらうための市内内科医院への周知 ②指示書の内容確認、保健指導の実施 ③糖尿病連携手帳に指導内容の記録 ④主治医に対象者の理解度や支援内容の報告	<u>モニタリング項目</u> ①医師会の了解 ②従事者との事業目的と方法の共有
目標	①70.0% ②100.0%	90.0%		
評価手段	相談会から3か月後に電話連絡	相談会から3か月後に電話連絡	④事業報告書	
評価体制・方法	従事者が3か月後に電話面接を行い、報告書を作成します。事業担当者は報告書を確認します。	従事者は3か月後に電話面接を行い、報告書を作成します。事業担当者は報告書を確認します。	従事者が事業報告書を作成し、事業担当者が確認します。	係会議などの場を活用し、従事者打合せを行います。
評価時期	各相談会から3か月後	各相談会から3か月後	随時実施し、最終評価は3月	事業開始前

(⑤健診結果説明会)

- 健診結果数値の経年変化を意識し、健診項目から体の状態が理解できるように保健指導を行います。
- 健康づくりに関する情報提供を行い、食事、運動等の生活改善につなげます。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
特定健診(40歳から74歳まで)、一般健診(40歳以下)の集団健診受診者のうち特定保健指導(*27)対象者、ハイリスク対象者を除いた者	6月 から 1月 まで	健診結果説明会対象者に対し、数値の経年変化、健診項目の見方、食事や運動のポイント、健診継続受診の必要性について、個別または集団で保健指導を行います。	平成 23(2011)年度から事業を開始しました。 周知方法、実施体制、実施方法を見直しながら実施しているものの、平成 30(2018)年度以降の出席率は年々減少傾向です。 20歳代から50歳代までの出席率が低く、対象者の約7割は糖尿病境界域に該当していることが課題です。 参加者が参加しやすい体制づくりを行いながら実施していく必要があります。	<u>実施者</u> 保健師・管理栄養士・看護師(パート職員を含む。)等 <u>方法</u> ・特定健診会場の健康づくり応援コーナーで、特定保健指導(*27)対象者、ハイリスク対象者以外の集団健診受診者に対し、結果説明会の日程と生活改善のポイントを記載したチラシを配布し、利用勧奨を行い、予約案内をします。 ・実施1週間前に対象者へはがきによる結果説明会の案内を送付し、事前予約を受け付けます。 ・健診結果を結果説明会会場で返却し、数値の経年変化、健診項目から体の状態の見方、生活習慣病(*21)予防のための食事、運動等のポイント、健診継続受診の必要性等について保健指導を実施します。 ・地区の状況に応じて個別または集団での結果説明会を実施します。 ・アンケートにて参加者のニーズを把握し、次年度以降の事業計画検討に活かします。 ・説明会不参加者には結果を郵送します。 <u>他事業との関連</u> ・特定健診会場の健康づくり応援コーナーで対象者へ結果説明会利用勧奨を実施します。 ・必要に応じて、運動相談会や糖尿病予防教室等の利用勧奨を実施します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ①健診継続受診者割合の増加 ②生活改善に取り組もうとする者の割合の増加 <u>評価指標</u> ①健診の継続受診者割合 ②説明会参加者のうち生活習慣の改善に取り組もうとする者の割合（アンケート結果から）	<u>モニタリング項目</u> ①参加者数、参加率 ②実施回数 <u>評価指標</u> ①説明会参加率	<u>モニタリング項目</u> ①目的に沿った保健指導を実施 ②アンケートにより参加者の理解度、満足度を把握、分析 ③従事者が保健指導に必要な知識を得できる機会の確保	<u>モニタリング項目</u> ①保健師、栄養士等従事者の稼働量と業務量 ②必要な予算、会場の確保 ③従事者との連携（事業目的、課題共有）
目標	①86.0% ②95.0%	①30.0%		
評価手段	①前年度健診受診者から翌年度未受診者を除いた者で健診継続受診者割合を確認 ②健診結果説明会でのアンケート調査	①②健診結果説明会の報告書		
評価体制・方法	①個人データを集計して確認します。 ②エクセル表に入力管理します。	①②エクセル表に入力管理します。	①②健診結果説明会の報告書を確認します。 ③従事者研修の報告書を確認します。	①②生活習慣病(*21)対策に関係する担当者と課題を検討し、改善していきます。 ③地域保健係で説明、課題の共有等を行います。
評価時期	①翌年度4月 ②3月	①②3月	①②事業開始から随時確認 ③3月	①②4月から5月まで ③6月、9月、1月

(⑥特定健診集団健診会場での健康づくり応援コーナー)

- 集団健診受診者が、現在の生活習慣の振り返りを行うことができるよう必要な保健指導を実施します。
- 特定保健指導(*27)の対象に該当すると判断する受診者に対し、初回面接1回目を行うことで、特定保健指導(*27)の実施率向上につなげます。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
特定・一般・高齢者健診の 集団健診受診者(社保被扶 養者を含む。)	5月 から 11月 まで	集団健診受診者が現在の生活習慣の振り返りを行うことができるよう必要な保健指導を実施するとともに、特定保健指導(*27)の対象に該当すると判断する受診者に対し、初回面接1回目を行うことで、特定保健指導(*27)の実施率向上につなげます。	特定健診制度開始後の平成22(2010)年度から事業を開始しました。 特定保健指導(*27)の分割面接が可能となつてから、初回面接1回目を実施することとしました。 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策により、面談時間を削減する等の措置を実施しました。	対象者全員と短時間の個別面接による保健指導を実施します。 ・過去の健診結果、健診問診票、健診データを確認します。 ・年齢、服薬の有無、腹囲、BMI(*3)を確認し、特定保健指導(*27)対象の見込者かどうか判定します。 ・該当の可能性のある者に対し、保健指導行動計画シートを用い、暫定的な計画を立案します。また、特定保健指導会の日程を案内し、シートに記入した上で、特定保健指導会への参加勧奨を行います。 ・Ⅲ度高血圧となり降圧薬の服用がない者に対しては、血圧測定の習慣や家庭血圧の状況等を聞き取り、特定保健指導会の案内を行います。 ・それ以外の対象者に対しては、健診結果説明会の案内等を配付します。 ・Ⅱ度高血圧の者に対しては、家庭血圧の測定をすすめる資料を配付します。 ・喫煙者及び高血圧該当者で降圧薬の服用の無い者に対しては、資料を配付します。 ・糖尿病予防に関する啓発資料を配付します。 ・69歳以下の国民健康保険加入者に対しては、がん検診の受診状況を確認し、受診勧奨を行います。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ・特定保健指導(*27)初回面接実施率の増加 <u>評価指標</u> ・特定保健指導(*27)初回面接実施率	<u>モニタリング項目</u> ・事業対象者数（特定健診集団健診受診者数（75歳以上の者の数、初回面接実施者数、健診会場でⅢ度高血圧者のうち服薬なしの者の数等）） <u>評価指標</u> 初回面接1回目実施者のうち保健指導辞退者の割合	<u>モニタリング項目</u> ①対象者における健診結果の確認 ②目的に沿った保健指導の実施 ③必要な対象者における医療機関の受診勧奨 ④特定保健指導会、結果説明会への参加勧奨 ⑤従事者が保健指導に必要な知識を習得できる機会の確保	<u>モニタリング項目</u> ①計画目標値の改善に向け事業実施内容の決定 ②保健師・栄養士等従事者の稼働量と業務量が見合っていること ③必要な予算の確保（賃金、保健指導資料） ④従事者との事業目的の共有
目標	65.0%	20.0%		
評価手段	・保健指導管理リスト	・従事者による保健事業実施報告書 ・生活習慣振り返りシート		
評価体制・方法	・保健指導管理リストにおける集団健診受診者のうち初回面接が終了している者を抽出し、その数を把握し、割合を計算します。	・事業終了後に参加状況を確認します。 ・生活習慣振り返りシートの内容を確認します。 ・参加状況を進捗リストに入力し、確認します。	・各係会議、従事者への事業説明時に事業実施の流れを確認します。	・事業担当者で検討します。 ・各係会議、従事者打合せで事業内容について協議を行います。
評価時期	・集団健診受診者の特定保健指導会終了後（1月）	・各回実施後 ・全事業実施後（12月）	・評価及び来年度の検討（12月から1月まで） ・従事者への事業説明（事業開始前の4月から5月まで）	・評価及び来年度の検討（12月から1月まで） ・従事者打合せ（事業開始前の4月から5月まで）

(⑦糖負荷試験及び試験後結果説明会)

糖負荷試験の受診を促すとともに必要な保健指導を行い、糖尿病の発症を予防します。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
特定健康診査(*26)及び総合健診を受診した40歳から64歳までの者のうち以下のいずれかに該当した者 ①空腹時血糖が110mg/dl(特定保健指導(*27)該当者は100mg/dl)以上125mg/dl以下 ②随時が140mg/dl以上199mg/dl以下、または、HbA1c(*5)が6.0%(特定保健指導(*27)該当者は5.6%)以上6.4%以下	9月から3月まで	・糖負荷試験の対象者を抽出し、受診を促します。 ・糖負荷試験集団検診会場において、健康教育を実施します。 ・集団検診受診者に対し、結果説明会の場で個別保健指導を行います。 ・検査結果により必要な者を糖尿病予防教室や医療機関受診につなげます。	年5回実施していましたが、対象者数の減少により、令和5(2023)年度は年2回実施しました。	・対象者に検査案内を郵送します。(集団検診または医療機関のいずれかで受けるよう案内) ・集団の糖負荷試験時に保健師・栄養士による健康教育(30分)を実施します。約2週間後に結果説明会を開催し、個別の結果説明を行います。糖尿病型については診療依頼書を発行し、受診勧奨を行います。また、診療依頼書の返却にて受診状況を確認します。 ・糖負荷試験未実施者については2月に再度勧奨の手紙を郵送します。 ・各医療機関(保険診療)での糖負荷試験結果については医療機関から本市への返却を依頼します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ・事業参加者のうち翌年度の健診結果の血糖値、HbA1c(*5)が糖尿病型ではない者の割合 <u>評価指標</u> ・事業参加者のうち翌年度の健診結果により血糖値、HbA1c(*5)が糖尿病型ではない者の割合	<u>モニタリング項目</u> ①糖負荷試験対象者数及び集団検診会場受験率 ②結果説明会参加者の割合（別日の面接者を含む。） <u>評価指標</u> ①糖負荷試験対象者中の集団検診会場受験率 ②結果説明会参加者の割合	<u>モニタリング項目</u> ①目的に沿った健康教育、保健指導の実施 ②従事者が結果説明・保健指導に必要な知識を習得できる機会の確保	<u>モニタリング項目</u> ①事業担当者の決定 ②事業について検診機関との協議 ③必要な予算の確保（非常勤職員報酬、郵送料） ④従事者との事業目的の共有
目標	90.0%	①15.0% ②90.0%		
評価手段	・翌年度の健診結果	①糖負荷試験対象者のうち集団検診の参加者数の確認 ②糖負荷試験対象者のうち結果説明会の参加者数の確認		
評価体制・方法	事業対象者のうち翌年度の健診を受診した者について、血糖値、HbA1c(*5)を比較し、評価します。	糖負荷試験対象者のうち集団検診の参加者数と結果説明会の参加者数を確認し、①年度末、②事業実施後に評価します。	・健康推進課事業担当者及び検査実施機関担当者等で検討、決定します。必要に応じて医師会に意見を確認します。 ・従事担当者が打合せを実施します。	・従事担当者打合せ時に事業実施の流れを確認します。 ・健康増進係会議の機会を活用し、事業を実施しての情報交換を行います。
評価時期	・翌年度の健診結果により評価する。（翌々年度6月）	①年度末（3月） ②事業実施後（3月）	・次年度事業検討及び予算確保（9月から10月まで、3月） ・事業開始前の従事担当者打合せ（9月）	・事業開始前（9月） ・事業実施後（3月）

(⑧特定健診受診促進)

特定健診未受診者への個別の受診勧奨や節目年齢対象者への自己負担金を無料にすることを契機に受診率の向上を図ります。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
40歳から74歳までの被保険者	5月 から 11月 まで	効果的な受診勧奨や節目年齢(39歳、40歳、50歳)対象者の自己負担金を無料にすることを契機に特定健診の未受診者を減らし、将来的に成人病・生活習慣病(*21)を早期に発見し、重症化の防止につながります。	本市の令和4(2022)年度の特定健診受診率は、50.1%であり、国が示している目標値の60.0%に達していない状況です。特に40歳代、50歳代の受診率が低い現状です。健診からメタボリックシンドローム(*36)の該当者や重症化の対象者を把握し、保健指導や医療に繋げるために受診率向上に取り組む必要があります。	<u>実施者</u> 事務職、保健師等 <u>方法</u> ①特定健診未受診者に対する勧奨はがきを送付します。 健診実施日程において、健康管理センターを会場とした未受診者用の日程を複数日設定し、39歳から74歳までを対象に集団健診が終了した地区から未受診者を抽出し受診勧奨を実施します。 ②39歳、40歳、50歳の受診者について自己負担金を無料にします。 働き盛り世代が無料の受診をきっかけに今後の受診継続に繋がるよう該当者にチラシを送付します。未受診者には勧奨を実施します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> 特定健康診査(*26)受診率 <u>評価指標</u> 特定健康診査(*26)受診率	<u>モニタリング項目</u> ①はがきによる個別の勧奨回数 ②自己負担金無料対象者（39歳、40歳、50歳）へのチラシの送付 <u>評価指標</u> ①はがきによる個別の勧奨回数 ②自己負担金無料対象者（39歳、40歳、50歳）へのチラシの送付	<u>モニタリング項目</u> ①受診者の利便性を考慮した健診日程の設定 ②受診勧奨の適切な時期、対象者の把握 ③先進の科学的手法を活用した効果的な受診勧奨の実施 ④自己負担金無料対象者への効果的なチラシの内容の検討	<u>モニタリング項目</u> ①医師会等の関係機関との連携会議の実施 ②従事者体制の確保 ③必要な予算の確保
目標	60.0%	①1回以上 ②100.0%		
評価手段	翌年度の法定報告で評価します。	事業実施後		
評価体制・方法	法定報告値確定後に評価します。	事業終了後に評価します。	事業終了後に、健診日程の設定や受診勧奨の時期、対象者の把握及び勧奨の内容は適切であったかどうかを確認し、係会議等の場を活用し評価します。また、自己負担金無料対象者へのチラシの内容は効果的であったかどうかは、受診者数により評価します。	事業担当者での会議の場を活用し目的を共有します。
評価時期	法定報告値確定後（翌年度12月頃）	事業終了後（12月）	事業終了後（12月）	事業終了後（12月）

(⑨コツコツ貯筋体操)

いつまでも健康でいきいき暮らせるように、足腰の筋力と体力等を向上させ、転倒しにくい体をつくりま
す。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
おおむね 65 歳以上の者と その活動に賛同する者	通年	コツコツ貯筋体操は、本市の理学療法士が中心となり考案した、ストレッチングとセラバンドを使ったレジスタンストレーニングを組み合わせた体操です。 町内会単位など、高齢者が歩いて通える身近な場所で住民自身が週 1 回以上定期的に体操を行うものとして、平成 18(2006)年度から老人会等の団体を対象に、コツコツ貯筋体操の普及を行っています。	事業開始当初 3 年は、参加者数がゆっくり上昇傾向でしたが、平成 24(2012)年度に筋骨ポイント制度を導入したことにより参加数が急増しました。65 歳以上の体操参加割合は、10.0%以上で年々増加していたものの、令和 2(2020)年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和 4(2022)年度には 9.9%に減少しました。体操参加者数が継続参加者の高齢化や就業年齢の引き上げ等により地域会場で減少傾向であり、特には男性や 65 歳以下の参加者が少ないことが課題です。	<u>実施者</u> ・理学療法士、保健師、看護師（パート職員を含む。）、管理栄養士、歯科衛生士（パート職員を含む。）、高齢者運動サポーター（市民ボランティア） <u>実施方法</u> ・体操の実施を希望する団体にコツコツ貯筋体操を伝達します。 ・新規の立ち上げ会場には、運動サポーターや市職員が 5 回程度連続して出向き、参加者にコツコツ貯筋体操を伝達します。以降、事業担当者及び従事者は開始から半年間は数か月に 1 回程度会場に出向き、体操が継続できるための支援をします。 ・運動サポーターはおおむね数か月に 1 回会場に出向き、体操が正しく継続できるように、体操方法の修正、運動量の調整等をします。 ・継続会場には、会場訪問の継続（基本 2 か年で全会場を訪問）、希望のある地域会場に対し、体操紹介のチラシを作成・配布します。希望に応じて健康講話、体力測定をします。 ・高齢者運動サポーターの養成・育成と共働により、情勢の変化に応じた対応策を検討します。 ・普及のために、他課（健康推進課、保育課等）と連携し、様々な世代に対しコツコツ貯筋体操を周知します。また、コツコツ貯筋体操まつりや体操体験会等のイベントを開催します。 <u>参加者管理</u> ・新規体操参加者の申込書、体操参加者の参加回数は、各団体の出席簿を回収し、利用者台帳に入力することで管理します。 ・65 歳以上の体操参加割合は利用者台帳により、地区別、町内別に算出し比較します。

事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> 65 歳以上の体操参加割合の増加 <u>評価指標</u> 65 歳以上の体操参加割合	<u>モニタリング項目</u> ①体操実施会場数 ②体操実参加者数 ③体操延べ参加者数 ※コツコツ貯筋体操センサーを含む。 <u>評価指標</u> ①体操実施会場数 ②体操実参加者数 ③体操延べ参加者数 ※コツコツ貯筋体操センサーを含む。	<u>モニタリング項目</u> ①コツコツ貯筋体操まつりや体操体験会等のイベントを開催し、新規で取組む会場や参加者を増やすこと。 ②新規体操参加者の申込書を回収し、利用者台帳を作成し管理すること。 ③体操参加者の参加回数は、各団体の出席簿を回収し、利用者台帳を作成し管理すること。 ④65 歳以上の体操参加割合は利用者台帳により、地区別、町内別に算出し比較すること。	<u>モニタリング項目</u> ①体操の伝達や会場の支援ができる事業担当者の複数配置（非常勤職員について、必要な予算の確保）。 ②事業担当者間における利用者台帳の管理方法の共有
目標	10.0% ※維持	①189 会場 ②3,820 人 ③129,880 人		
評価手段	①利用者台帳による体操参加者数 ②地区別、町内別の 65 歳以上の人口統計（高齢対策係算出）	利用者台帳	①業務活動報告書 ②利用者台帳、地区別、町内別の 65 歳以上の人口統計（高齢対策係算出）	①予算や人員配置の状況 ②利用者台帳に係るトラブルの有無
評価体制・方法	①②を照合、算出し、経年評価します。	利用者台帳にて算出し、経年評価します。	①業務活動報告書を事業担当者及び従事者間で共有します。 ②を照合、算出します。	①予算要求時に必要な職員数を検討し、計上します。 ②事業担当者間で台帳管理に係る処理状況等を確認し合います。
評価時期	翌年度 4 月に当該年度分を評価	翌年度 4 月に当該年度分を評価	随時実施	随時実施

(⑩糖尿病未治療者及び治療中断者への受診勧奨)

糖尿病が悪化するリスクの高い未治療者・治療中断者を健診、または、必要に応じて医療機関への受診に結びつけます。

事業企画				
対象者	実施期間	概要	経緯	実施体制・方法
過去 3 か年度の特定健診において、一度でも HbA1c(*5)6.5 % 以上が確認されている者のうち当年度に特定健診受診歴や糖尿病または糖尿病疑いの傷病名による医療機関受診歴がない40歳から72歳までの者	1 月 から 3 月 まで	・特定健診受診状況やレセプト(*38)情報から、事業対象者を抽出します。 ・対象者へ訪問、面接、電話にて特定健診受診や医療機関受診状況について聞き取りを行い、次年度の特定健診の受診を勧奨します。 ・自己判断で医療機関受診を中断している場合、医療機関への受診を勧奨します。	令和元(2019)年度から事業開始しました。対象者の7割から8割まで介入ができており、そのうち4割程度の者が翌年度の特定健診を受診しています。未治療の対象者の多くが HbA1c(*5)6.5 % から 6.9% までの者であり、受診しても投薬とならず、経過観察となります。	<u>実施者</u> 地区担当保健師等・栄養士 <u>方法</u> ・2月から3月までに訪問や面接、電話にて、今年度の特定健診を受診、または医療機関を受診しなかった理由等を聞き取り、次年度の特定健診受診及び医療機関への受診を勧奨します。 ・連絡が取れなかった者や、複数年度に渡って本事業の対象となっている訪問等に拒否感を示す対象者には、手紙を郵送し、特定健康診査(*26)の受診を勧奨します。 ・6か月以内に医療機関受診状況を電話やレセプト(*38)にて確認し、未受診の場合は再度受診勧奨します。

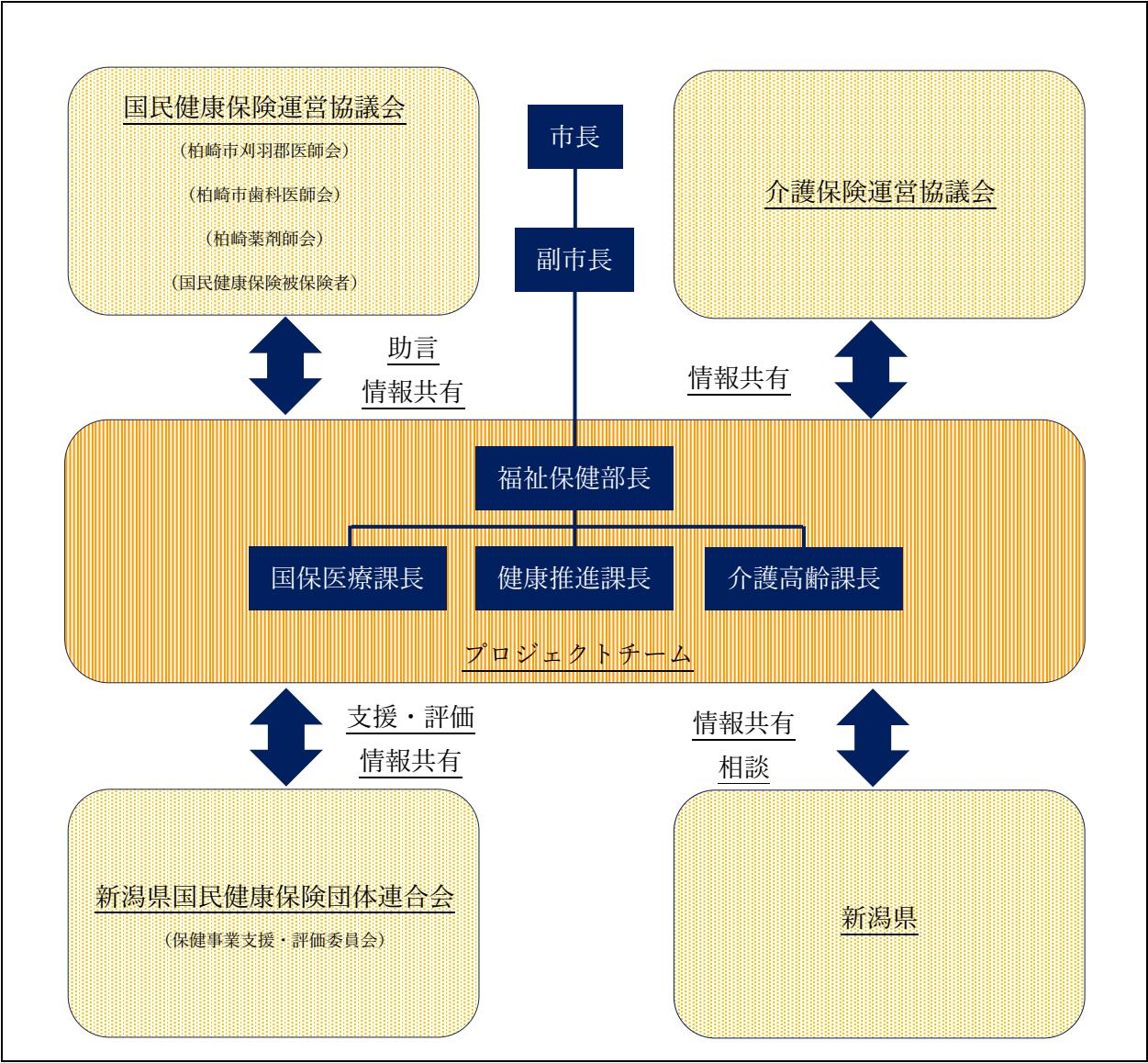
事業評価計画				
	アウトカム(*9)評価	アウトプット(*10)評価	プロセス(*32)評価	ストラクチャー(*20)評価
モニタリング項目・評価指標	<u>モニタリング項目</u> ・事業対象者のうち翌年度の特定健診受診者の増加 <u>評価指標</u> ・事業対象者のうち翌年度の特定健診受診状況	<u>モニタリング項目</u> ①対象者数 ②訪問、面接、電話実施状況及び状況が確認できた者の割合 <u>評価指標</u> ②訪問、面接、電話実施状況及び状況が確認できた者の割合	<u>モニタリング項目</u> ①対象者の抽出 ②本人からの聞き取り内容の決定 ③訪問、面接、電話による医療機関受診状況の確認、次年度の特定健診受診の勧奨 ④自己中断者に医療機関への受診勧奨、受診確認	<u>モニタリング項目</u> ①計画目標値の達成に向けた事業内容の決定 ②従事者（保健師、栄養士）の稼働量と業務量が見合っていること。 ③必要な予算の確保（保健指導資料、通信運搬費等） ④事業における医師会からの了解 ⑤従事者との業務目的及び内容の共有
目標	40.0%	②80.0%		
評価手段	健診受診状況	実施状況		
評価体制・方法	翌年度の特定健診受診状況を把握します。	事業終了後に集計及び評価をします。	各係会議において、事業の流れや実施内容について情報交換します。	事業実施前、事業実施中間、介入終了後に検討会を開催します。
評価時期	翌々年度6月	3月	1月（事業実施前）、3月（事業実施後）	9月、12月、1月、3月

7. 2 保健事業の実施体制・関係者連携

本計画は、福祉保健部長の下、福祉保健部の国民健康保険を担当する国保医療課が主体となり、保健事業を担当する健康推進課、介護保険を担当する介護高齢課によるプロジェクトチームを設置し、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、保健事業の実施、評価、改善等を実践します。

また、本計画の効果性や効率性を高めるための実施の体制は、外部有識者等との連携が重要です。新潟県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委員会や新潟県、柏崎市国民健康保険運営協議会や介護保険運営協議会と連携し、保健事業を実践します（図表 60）。

図表 60 実施体制



【出典：柏崎市】

8 個人情報の保護【特定健康診査等基本指針第3の4を含む。】(★)

個人情報の保護については、個人情報の保護に関する法律及び当該法律についてのガイドラインを遵守するとともに、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて実施します。

9 地域包括ケアに係る取組

本市では、「柏崎でいつまでも自分らしく暮らしていく」という理念のもと、自分で健康づくりに取り組むこと（自助）を基本に、地域でお互い様の助け合い活動を築き（互助）、足りない部分は介護保険や福祉のサービス（共助・公助）をいつでも利用できる環境づくりに取り組んでいます。

引き続き、地域包括ケアシステムの構築を進めるため、柏崎市地域包括ケア計画（柏崎市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画・柏崎市認知症施策推進計画）において、基本目標に「いつまでも健やかな生活を送るための健康と生きがいづくり」を掲げ、健康管理と重症化予防の推進に向けて「①健（検）診受診率の向上」「②生活習慣病(*21)の重症化予防の推進」等、高齢者の健康づくりと介護予防の推進に向けて「①通いの場の推進、介護予防プログラムの充実」「②保健事業と介護予防の連携した予防啓発」等を施策として取り組んでいます。

10 留意事項【特定健康診査等基本指針第3の7を含む。】(★)

本計画の策定に当たっては、健診・医療・介護等のデータに基づき保険者の特性を把握した上で、これを踏まえた計画内容とし、国保・保健・介護部門が共通認識を持って課題解決に取り組んでいます。

用語解説

アルファベット

○ ALT (GPT) (*1)

肝機能検査の項目の一つです。アミノ酸の合成に必要な酵素で肝臓に多く含まれています。肝臓の細胞に障害があると血液中に出て数値が高くなります。

○ AST (GOT) (*2)

肝機能検査の項目の一つです。肝細胞、心筋、骨格筋に多く含まれる酵素で、肝臓の細胞に障害があると血液中に出て数値が高くなります。

○ BMI (Body Mass Index) (*3)

体重 (kg) ÷ (身長 (m) × 身長 (m)) で算出した肥満度を示す指数で国際的に用いられている体格指数です。BMI が 22 の場合が「標準体重」、25 以上が「肥満」、18.5 未満を「やせ」と判定します。

○ eGFR(*4)

推算糸球体ろ過量の略で腎臓の糸球体における血液のろ過量を表します。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出します。

○ HbA1c(*5)

赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去 2 か月間ほどの血糖値の平均を表します。

○ HDL コレステロール(*6)

高比重リポ蛋白 (HDL) として血中に存在するコレステロールです。善玉コレステロールと呼ばれ、主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶときの形体のことをいいます。

○ LDL コレステロール(*7)

肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を持ち、増え過ぎると動脈硬化を起こし、心筋梗塞や脳梗塞を発症させます。悪玉コレステロールともいいます。

○ γ -GT(*8)

肝機能検査の項目の一つです。たんぱく質を分解する酵素の一種で、飲酒量が多いときや胆道系疾患などで値が上昇します。

あ

○ アウトカム(*9)

事業の目的・目標の達成度の評価のことをいいます。

○ アウトプット(*10)

事業の実施状況による評価のことをいいます。

か

○ 介護給付費(*11)

介護保険制度で要介護認定を受けた被保険者になされる在宅介護や施設介護などのサービスに要する費用の合計をいいます。

○ 拡張期血圧(*12)

全身を循環する血液が肺動脈から心臓へ戻った状態で血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれます。

○ 虚血性心疾患(*13)

心臓を動かす筋肉(心筋)に栄養分や酸素を運ぶ冠動脈が動脈硬化などで狭くなったり閉塞したりして、心臓の機能が低下したり心筋に壊死が起きたりする病気です。狭心症と心筋梗塞の総称です。

○ クレアチニン(*14)

主に腎機能の指標に用いられる数値です。クレアチニンとは、筋肉中に含まれるクレアチン（筋肉を動かすときに必要なエネルギー物質）が分解されたときにできる物質のことです。高いと腎機能低下や筋肉疲労の可能性があります。

○ 健康寿命(*15)

平成 12(2000)年に世界保健機関（WHO） が提唱した指標であり、健康上の問題で日常生活動作が制限されることなく自立している期間のことをいいます。

○ 国保データベース（KDB）システム(*16)

国民健康保険中央会が開発したデータ分析システムのことをいいます。国や県、同規模市町村との比較が可能であり、医療費だけでなく健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステムです。

○ 質問票(*17)

特定健診の健診項目の中に「標準的な質問票」があります。服薬状況や既往歴、現病歴、生活習慣などについての質問から構成されています。

○ 収縮期血圧(*18)

血液が心臓から全身に送り出された状態で血圧が最も高くなるため、最高血圧とも呼ばれます。血圧は血液の粘度が高くなったり血管が硬化したりすると血液が流れにくくなり、血管壁に掛かる圧力が高くなります。

○ 人工透析(*19)

腎不全の治療法の一つです。腎臓の機能を代行する装置を用いて血液を体外に導いて老廃物を除き、必要な電解質などを補給して体内に戻す治療法です。

○ ストラクチャー(*20)

事業を実施するための仕組みや実施体制の評価のことをいいます。

○ 生活習慣病(*21)

不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣がその病気の発症や進行に大きく関与する慢性の病気（肥満、高血圧症、糖尿病、心疾患、脳血管疾患、がん、認知症など）のことで、かつては成人病と呼ばれていました。

○ 中性脂肪(*22)

体のエネルギー源として使われ、余分は脂肪として蓄えられます。中性脂肪の数値が高くなると肥満や脂肪肝、動脈硬化の原因となります。

○ 同規模(*23)

KDB システムには、人口規模に応じて 13 段階に分かれる同規模市町村と比較できる機能が備わっています。本市は人口 5 万人以上 10 万人未満に区分されています。

○ 糖尿病性腎症(*24)

糖尿病の合併症の一つで腎臓の機能（主に糸球体）に障害が起きることをいいます。

○ 糖尿病有病率(*25)

糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）の割合をいいます。

○ 特定健康診査(*26)

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で平成 20(2008)年 4 月から医療保険者に義務付けられた 40 歳から 74 歳までを対象とする健診のことをいいます。

○ 特定保健指導(*27)

特定健康診査の結果から生活習慣病の発症リスクが高い者に対して、医師、保健師、管理栄養士等が対象者一人一人の身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うことをいいます。特定保健指導には、リスクの程度に応じて動機付け支援と積極的支援があります（よりリスクの高い方が積極的支援）。

○ 日本再興戦略(*28)

平成 25(2013)年 6 月 14 日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、安倍政権の経済政策であるアベノミクスの 3 本の矢（第 1 の矢：「大胆な金融政策」、第 2 の矢：「機動的な財政政策」）のうちの第 3 の矢として、健康長寿社会の実現を目指しています。

○ 尿酸(*29)

物質代謝の最終生産物（プリン体等）の血中濃度のことをいいます。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄されます。

○ 脳血管疾患(*30)

脳動脈に異常が起きることが原因で起こる病気の総称です。脳血管疾患には様々な種類がありますが、主なものとして脳卒中があります。脳卒中は脳の血管の閉塞や破綻などにより突然神経症状が発現した状態の総称であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などが含まれます。

○ 標準化死亡比(*31)

年齢構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標のことをいいます。日本平均を 100 としているため、標準化死亡比が 100 以上となると何かしらの原因で死亡率が高いといえます。

○ プロセス(*32)

事業の実施過程の評価のことをいいます。

○ 平均寿命(*33)

基準となる年の男女別に見た年齢別死亡率が将来もそのまま続くと仮定して、各年齢の人たちがその後平均して何年生きられるかを示したものを平均余命といいます。特に 0 歳の平均余命を平均寿命といいます。保健福祉水準を総合的に示す指標として広く活用されています。

○ ポピュレーションアプローチ(*34)

保健事業の対象者を一部に限定せず、集団全体へ働き掛けを行い全体としてリスクを下げるアプローチ方法のことをいいます。

○ 一人当たりの医療費(*35)

医療費の総額を被保険者数で除したもので、健康な者と病気の者を含めた一人当たりの値として医療費水準を表すことに用いられます。

「一人当たり医療費（円）」＝「費用額（円）」÷「被保険者数（人）」

ま

○ メタボリックシンドローム(*36)

肥満（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病態のことをいいます。

○ メタボリックシンドローム該当者・予備群(*37)

内臓脂肪の蓄積（腹囲測定など）に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち、2つ以上に該当する者を該当者、1つに該当する者を予備群といいます。

ら

○ レセプト(*38)

診療報酬明細書ともいわれ、患者が受けた診療について医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のことをいいます。

令和 6 (2024) 年 3 月 発行

〒945-8511 柏崎市日石町 2 番 1 号

柏崎市福祉保健部国保医療課

電話 0257-23-5111