

足 利 市

国民健康保険保健事業実施計画

(第3期足利市国保データヘルス計画)

計画期間 2024～2029(令和6～11)年度

2024(令和6)年3月

栃木県足利市

目次

ページ

I	基本情報	1
1	人口・被保険者の状況	1
2	基本的事項	2
3	関係者連携	2
4	現状の整理	3
5	保険者の特性グラフ・分析	4
I-2	現（第2期）データヘルス計画評価・見直しの整理表	6
II	健康医療情報等の分析と課題	7
1	各分野における分析結果	7
2	平均寿命・標準化死亡比等	10
3	医療費の分析	12
4	特定健康診査・特定保健指導の健診データ（質問票を含む）の分析	16
5	介護費関係の分析	26
III	健康課題及びデータヘルス計画（保健事業全体）の目的・目標、 目標を達成するための戦略	27
IV	健康課題を解決するための個別保健事業	28
1	特定健康診査	28
2	特定健診40歳前勧奨	31
3	40歳未満健診	33
4	特定保健指導	35
5	生活習慣病重症化予防	37
6	糖尿病重症化予防事業	39
V	第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画	41
1	第4期計画の達成しようとする目標	41
2	第4期計画の特定健診等の対象者数	41
3	特定健康診査・特定保健指導の実施方法	44
4	その他特定健康診査等の円滑な実施を確保するために 保険者が必要と認める事項	50
VI	その他	51

I 基本情報

1 人口・被保険者の状況

(令和5年3月末現在)

	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	142,841	100.0%	70,160	49.1%	72,681	50.9%
総人口の内国保被保険者数(人)	30,856	21.6%	15,464	22.0%	15,392	21.2%

別表) 足利市国民健康保険被保険者数 性・年齢階層別一覧表(令和4年度)

	全体		男性		女性	
	人数	%	人数	%	人数	%
0～4歳	461	1.5%	237	1.5%	224	1.4%
5～9歳	639	2.0%	312	2.0%	327	2.1%
10～14歳	714	2.3%	351	2.3%	363	2.4%
15～19歳	821	2.7%	420	2.7%	401	2.6%
20～24歳	1,019	3.3%	608	3.9%	411	2.7%
25～29歳	1,011	3.3%	581	3.8%	430	2.8%
30～34歳	1,048	3.4%	533	3.5%	515	3.3%
35～39歳	1,226	4.0%	657	4.2%	569	3.7%
40～44歳	1,425	4.6%	795	5.1%	630	4.1%
45～49歳	1,803	5.8%	1,054	6.8%	749	4.9%
50～54歳	1,965	6.4%	1,063	6.9%	902	5.9%
55～59歳	1,982	6.4%	1,032	6.7%	950	6.2%
60～64歳	2,615	8.5%	1,238	8.0%	1,377	8.9%
65～69歳	5,365	17.4%	2,502	16.2%	2,863	18.6%
70～74歳	8,762	28.4%	4,081	26.4%	4,681	30.4%
合計	30,856	100.0%	15,464	100.0%	15,392	100.0%

2 基本的事項

①計画の趣旨	<p>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基づき、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定し、保健事業の実施・評価・改善を行う。</p> <p>また、本計画を実施することで、生活習慣病の発症予防と重症化予防及び介護予防による被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化を推進する。</p>
②計画期間	令和6年度から令和11年度までの6年間とする。
③実施体制	<p>計画の策定、保健事業の実施は、国保部門、健康増進部門、高齢者部門などの庁内の関係部署と連携して行う。</p> <p>外部有識者や国民健康保険運営協議会に報告し、計画の策定、評価、見直しを行う。</p>

3 関係者連携

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
市町国保	<p>健康増進部門、高齢者部門などの関係部署と連携して、健康課題を分析し、計画を策定する。</p> <p>計画に基づき、各部署で連携して効果的かつ効率的な保健事業を実施し、評価を行う。</p>
栃木県 (国保医療課) (健康増進課)	効果的な保健事業を実施するために保健指導の技術獲得の支援や保健事業に関する助言、栃木県全体のデータ等の提供を受ける。
県広域健康福祉センター(保健所)	計画策定や効果的な保健事業の実施に向けて協力や助言を得る。
国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会及び国保中央会	<p>栃木県国民健康保険団体連合会は国保中央会の支援を受け、栃木県と連携し、保健事業支援・評価委員会などを通して、計画の策定・評価、個別保健事業の実施のため保険者を支援する。</p>
後期高齢者医療広域連合	<p>健康課題の明確化や保健事業の効果検証のため、後期高齢者医療広域連合と必要な情報の共有を図り、後期高齢者の健康課題を見据えながら効果的な保健事業の実施につなげる。</p>
保険医療関係者	<p>計画の策定、保健事業の実施や評価等、足利市医師会、足利歯科医師会、足利薬剤師会等と情報共有し、専門的見地から助言を得る。</p>
足利市国民健康保険運営協議会	計画の策定、保健事業の実施や評価等を足利市国民健康保険運営協議会に報告し、意見聴取を行う。

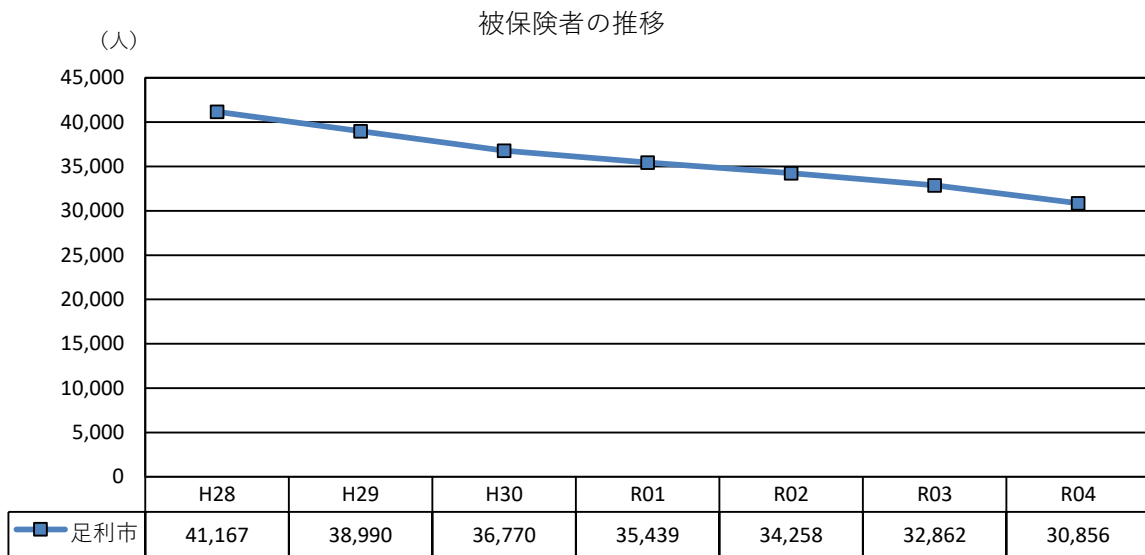
4 現状の整理

<p>①保険者の特性</p>	<p>足利市の人口は年々減少しており、令和4年度末現在、141,778人である。国民健康保険被保険者数も同様に年々減少しており、令和4年度末時点で30,856人となっている。</p> <p>令和4年度末時点の被保険者のうち、65歳以上が45.8%を占めている。どの年齢層も被保険者数は減少傾向だが、70歳以上の被保険者は、令和2年をピークに減少に転じている。</p>
<p>②地域資源の状況</p>	<p>健康づくりのボランティア 元気アップサポーター</p>
<p>③前期計画等に係る考察</p> <p>詳細は6ページ 第2期データヘルス計画の見直しの整理表を参照</p>	<p>【データヘルス計画全体の達成度】</p> <p>計画全体の指標としていた循環器疾患の死亡率の減少、メタボリックシンドローム該当者の減少については、ベースラインよりも悪化し、胃がん、大腸がん死亡率の減少については、標準化死亡比がベースラインよりも低くなったものの、目標には至らなかった。特に脳血管疾患等の循環器疾患の死亡が多い状況が続いており、その原因となる高血圧や糖尿病等の生活習慣病の予防及び重症化予防対策が喫緊の課題である。</p> <p>【個別保健事業】</p> <p>特定健診の受診率が経年的に国・県より低い。特に40～50歳代の働き盛り世代の受診率は、栃木県との差が他の年代よりも大きく、若い世代への受診率向上に向けた取組が必要である。</p> <p>特定保健指導の実施率が、国・県より低い。集団健診受診者の特定保健指導実施率は8割を超えるが、特定健診受診者の7割は個別健診受診者であり、個別健診からの実施率が1割程度と低いため、個別健診からの実施率を高める必要がある。</p> <p>特定健診の有所見者、特にすぐに受診が必要なレッドゾーンの該当者が令和2年度以降増加傾向にあることから、糖尿病重症化予防事業をはじめとする生活習慣病の重症化予防の取組を強化する必要がある。</p> <p>* 第三期データヘルス計画において、特定健診の受診率の向上、特定保健指導の実施率の向上、高血圧や糖尿病等の生活習慣病重症化予防を特に重点的に行う。</p>

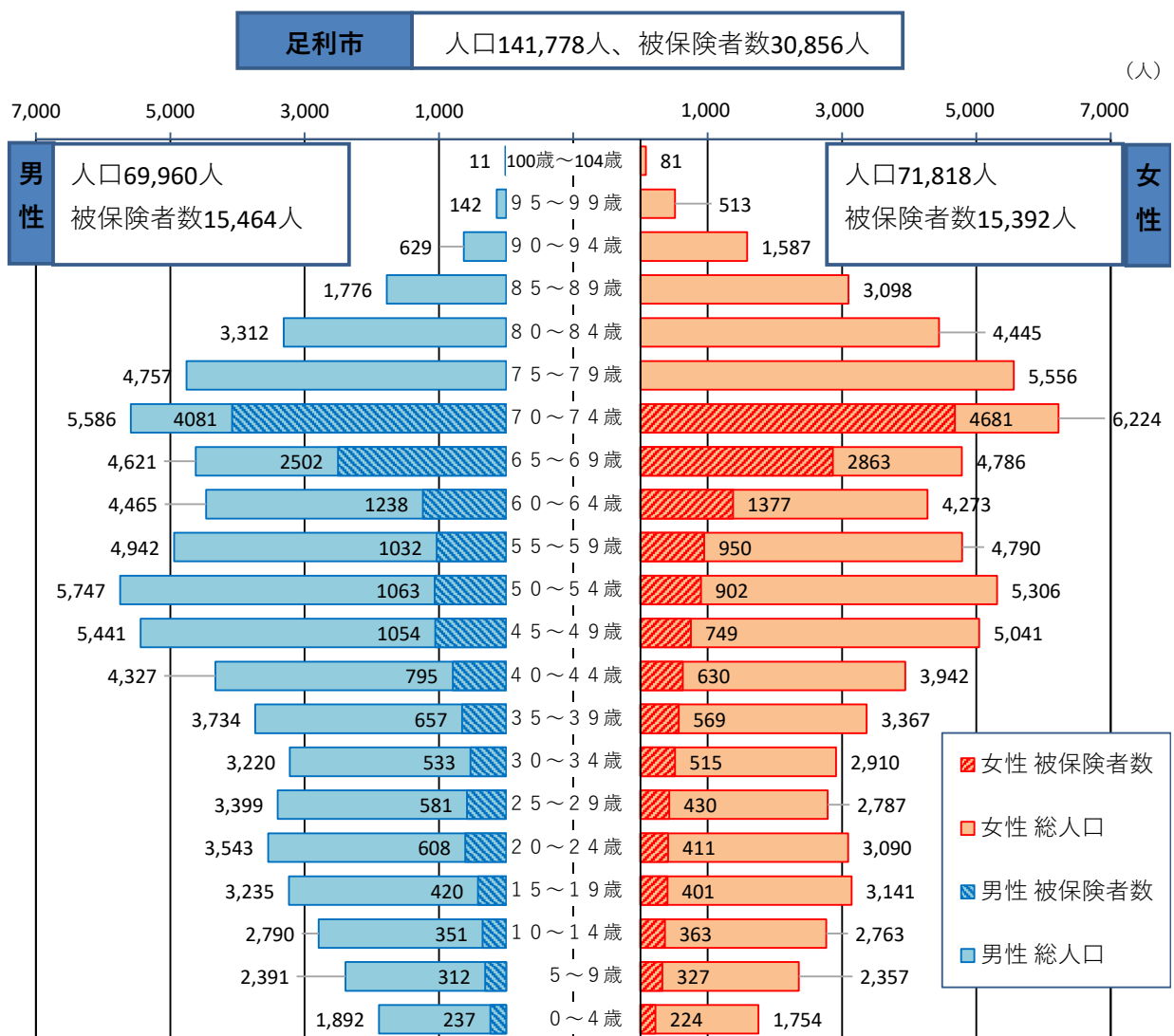
5 保険者の特性グラフ・分析

足利市国民健康保険被保険者の状況

被保険者数は、年々減少傾向にある。



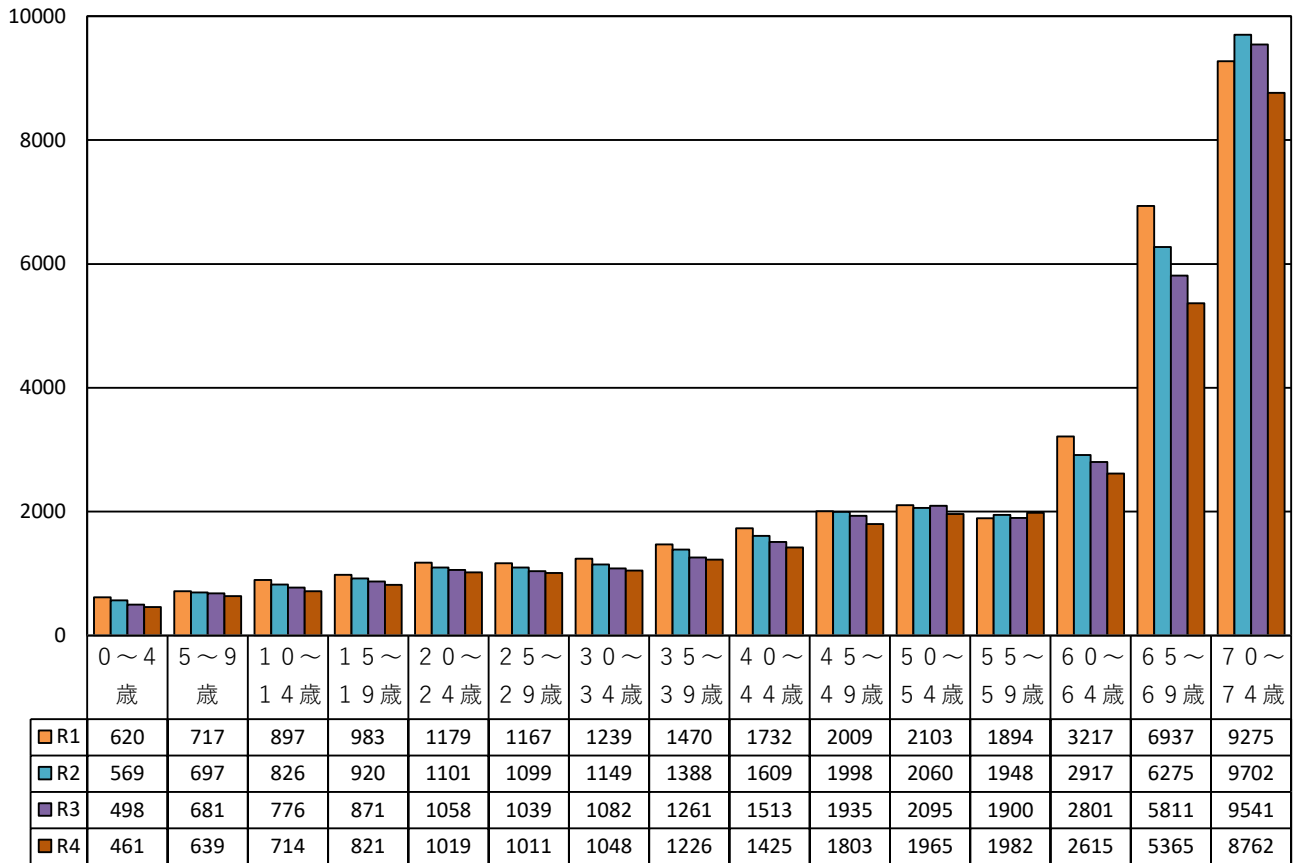
性別・年代別人口と被保険者数



出典：KDB地域の全体像の把握（R5年5月作成）
 地区別年齢別男女別人口（総計）（R5.4.1現在）

(人)

年齢別被保険者数の推移



出典：KDB地域の全体像の把握 被保険者構成（R1～R4）

I-2 第2期データヘルス計画評価・見直しの整理表

データヘルス計画全体の目標													
目標		実績値*1								評価*2	達成につながる取組・要素	未達につながる背景・要因	今後の方向性
指標	目標値	ベースライン(年度)	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	令和4年度					
循環器疾患の死亡率の減少 ①脳血管疾患の標準化死亡率 ②心疾患の標準化死亡率	①男性123.8 女性129.4 ②男性115.8 女性100.0	①男性142.1 女性133.2 ②男性121.0 女性111.9							①男性140.6 女性166.9 ②男性126.7 女性120.7	c	循環器疾患の原因となる高血圧等の生活習慣病の予防及び重症化予防	脳血管疾患等の循環器疾患の原因となる高血圧に関連する生活習慣(塩分過多等)の継続や必要な医療機関の受診がされないことによる生活習慣病の重症化。	生活習慣病予防、重症化予防の取組(特に高血圧・糖尿・慢性腎臓病)を強化する。 ポピュレーション事業による減塩の普及啓発
メタボリックシンドローム該当者及び予備者の割合の減少 ①該当者割合 ②予備者割合	①16.5% ②9.0%	①17.7% ②9.7%	①19.7% ②10.2%	①20.2% ②10.7%	①20.3% ②10.4%	①20.9% ②11.3%	①20.9% ②10.9%	①21.4% ②11.0%	c	特定保健指導実施率の向上及び特定保健指導対象者となる前の生活習慣改善指導の充実	特定保健指導実施率が低いことにより、特定保健指導が必要な人に行えていない。 特定保健指導非該当だが血圧や血糖、脂質等の項目で保健指導判定値の者、腹囲のみ該当者への保健指導が行えていない。	特定保健指導実施率向上に向けた取組 国保30代健診受診者や特定保健指導非該当者に対する保健指導の実施体制を整える。	
胃がん・大腸がん死亡率の減少 ①胃がん標準化死亡率 ②大腸がん標準化死亡率	①男性112.2 女性109.4 ②男性107.2 女性105.2	①男性131.0 女性127.4 ②男性118.8 女性105.2							①男性125.5 女性113.3 ②男性114.5 女性103.8	a*	がん検診やがん検診の精密検査の受診率の向上により早期にがんを発見し、治療を行う。	がん検診の受診率が低いことによる早期発見の遅れ	がん検診受診の必要性の啓発や健診の受診勧奨方法を検討する。

上記目標を達成するための個別保健事業													
目標		実績値*1								評価*2	成功要因	未達要因	事業の方向性
事業名	指標	目標値	ベースライン(H28年度)	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	令和4年度				
個別・集団健診	①受診率	60%	35.5%	35.9%	35.7%	33.1%	31.2%	32.0%	33.4%	C	過去の受診履歴等、対象者の特性に応じてグループ分けし、ナッジ理論を活用した特定健診の受診勧奨通知の発送することにより、特定健診の受診が促され、過去3年間に一度も受診していない者の割合が減少してきている。	40～50歳の働き盛りの世代の健診受診率が特に低い。今後の受診率を向上させるためには、この世代の受診率向上が必要。 健診未受診者のうち、生活習慣病等で医療機関で治療中の者が約6割いる。	若いうちから健診受診の習慣化のための対策の実施事業所での健診を受けている者を把握し、結果の提供を受けられる仕組みづくり 治療中で健診未受診の者については、医師と連携した受診勧奨の実施、診療情報の提供によるみなし健診について医師会と協議。 健診未受診者への効果的な受診勧奨(特性に合わせた勧奨通知の他、ショートメールサービス等の活用等の検討) 地域ぐるみでの健診受診の啓発(がん検診と併せて実施) 包括連携企業等との連携。
	②女性の受診率	33.0%	29.0%	30.7%	30.8%	28.1%	26.8%	27.1%	29.3%	a*			
	③過去3年間に受けたことがない方の割合	53.0%	55.6%	56.8%	60.0%	57.6%	69.3%	56.0%	54.1%	a			
特定保健指導	①実施率	60.0%	22.4%	22.2%	22.6%	23.2%	17.8%	20.9%	19.4%	C	特定保健指導を実施した者については、翌年度の健診における体重や中性脂肪値の減少する者が基準年度より増えており、指導の効果はみられている。	集団健診受診者の実施率は8割を超えているが、特定健診は受診者の約7割が個別健診で受診しており、対象者が多いが、個別健診からの実施率が約1割と低く、個別健診受診者の実施率を伸ばす必要がある。 人間ドック利用者の実施率が低いこと、特定保健指導の周知を行い、実施に繋げる必要がある。	集団健診受診者に対しては、結果説明会時に初回面接を実施し、実施率を維持する。 個別健診受診者に対しては、医師からの結果説明時に特定保健指導の勧奨を医師会に依頼するとともに、医療機関での初回面接実施機関を増やす取組を行い、実施率向上を図る。 人間ドック利用者に対し、特定保健指導の周知チラシを配布し、個別に勧奨通知を送付し、実施に繋げる。 個別健診から特定保健指導利用の勧奨方法について検討を行う。
	②個別健診からの参加率(全体)	65.6%	15.2%	14.6%	14.1%	14.7%	10.8%	12.1%	9.4%	C			
	③前年度参加者の体重減少者の割合	65.0%	54.6%	63.3%	71.0%	51.1%	63.4%	63.4%	71.3%	a			
	④前年度参加者の中性脂肪値減少者の割合	65.0%	56.4%	56.7%	59.1%	57.1%	64.1%	55.4%	58.0%	a			
	⑤特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	30.0%	27.6%	20.6%	26.7%	24.1%	16.8%	21.8%	25.0%	C			
(特定健診未治療者受診勧奨)	未治療者受診率	55.0%	48.4%	39.7%	40.3%	59.7%	62.1%	64.5%	64.6%	a	レッドゾーン該当者に対し、通知、電話、訪問で受診勧奨を行い、できるだけ直接本人と接触する形で勧奨を行うことで、医療機関受診につながる人が増えている。	各健診項目でレッドゾーンに該当する者の割合は、令和2年度を境に増加傾向のものも多く、特に高血圧、高血糖、腎機能の低下がみられる者の割合は基準年次と比べ増加している。 令和2年度は、新型コロナウイルスの感染拡大が始まった年であり、健診や医療機関の受診控え、ステイホーム等で運動の機会が減ったなどが数値悪化の一因と考えられる。 今後特に高血圧・糖尿病・慢性腎臓病の重症化予防が必要である。	レッドゾーン該当者で医療機関未受診者への受診勧奨は継続して実施する。特に、継続して未受診の状況にある者については、継続支援する。 家庭血圧測定の重要性や習慣化について支援できる機会を持つ(結果説明会等)。 特定保健指導非該当者の保健指導勧奨値以上の者に対する支援の検討(受診勧奨値になる前に予防していけるような対策を検討) 慢性腎臓病対策の検討を行う。
	受診勧奨値(レッドゾーン)該当者割合	18.5%	19.7%	15.9%	16.3%	16.5%	18.9%	20.7%	16.3%	a			
	収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の者の割合	5.2%	5.9%	6.0%	5.9%	6.0%	6.9%	7.4%	7.3%	C			
	LDL180mg/dl以上の者の割合	3.7%	4.4%	2.9%	3.5%	3.3%	4.3%	4.1%	3.6%	a			
	尿酸値(2+)又はeGFR45ml/min/1.73m ² 未満者の割合	2.1%	2.5%	-	2.2%	2.4%	4.4%	4.2%	4.0%	C			
(特定健診未治療者)	空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5以上の者の割合	5.7%	6.4%	6.4%	6.5%	6.4%	6.7%	7.2%	7.4%	C	空腹時血糖やHbA1cにおいて、有所見者の割合は栃木県と比較して少ないが、ハイリスク者の割合は年々増加傾向にある。 保健指導における連携医療機関を増やす必要がある。	糖尿病重症化予防事業における、受診勧奨、かかりつけ医と連携した保健指導を継続して実施。 保健指導対象者の状況に合わせ、身近な場での保健指導が実施できるように検討を行う。	
	空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5以上かつ尿蛋白(±)又はeGFR値が60ml/min/1.73m ² 未満者の割合	2.6%	2.9%	-	2.8%	3.1%	3.3%	2.6%	3.5%	C			
	人工透析患者の割合	0.15%	0.18%	-	0.18%	0.22%	0.22%	0.23%	0.22%	C			
薬品普及啓発	ジェネリック医薬品利用率(数量)調剤	83.0%	76.8%	82.3%	85.4%	86.8%	87.3%	87.0%	88.4%	a	ジェネリック医薬品差額通知書の送付、保険証更新時にジェネリック医薬品お願いシールの同封、公民館学級等を活用して利用促進の啓発を継続して実施してきたことにより、利用率は目標値まで達成できた。	ジェネリック医薬品差額通知書の送付、公民館学級等での利用促進の啓発の継続実施。	
	ジェネリック医薬品利用率(数量)医科+調剤	83.0%	-	-	-	82.2%	83.0%	82.3%	83.3%	a			
各種がん検診	胃がん検診受診率	15.0%	H27 7.5% H28 8.6%	H29 8.0%	H30 8.0%	R1 8.0%	R2 8.8%	R3 9.2%	a*	特定健診とがん検診受診券を一括送付時、集団検診申込みはがきと一緒に送付したり、特定健診と複数のがん検診を一体的に実施する集団健診等、受診者の利便性を考慮した取組やLINE等を活用した普及啓発を行い、基準年次より受診率が向上した。	がん検診の必要性等の普及が十分に行き渡っていない。 けんしんガイドを全世帯に配布できるように検討が必要。		
	肺がん検診受診率	20.0%	H27 10% H28 9.5%	H29 11.7%	H30 12.3%	R1 15.0%	R2 14.1%	R3 15.8%	a*				
	大腸がん検診精密検査受診率	90.0%	H26 77.8% H27 73.2%	H28 80.2%	H29 78.1%	H30 77.4%	R1 79.1%	R2 79.2%	a*				

*1:実績値:計画期間により、列を削除又は追加
*2:評価:ベースラインと実績値を見比べて、下記の4段階で評価
a:改善している / b:変わらない / c:悪化している / d:評価困難
「a:改善している」のうち、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれるものは「a」と記載する

II 健康医療情報等の分析と課題

1 各分野における分析結果

健康・医療情報等の大分類	健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照データ	③健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡率等	<p>【平均寿命】 R4 男性79.8年、女性86.0年と、国、県と比較し短い。</p>	KDB「地域全体像の把握」	I～VII
	<p>【平均自立期間・平均余命】 R4 * 平均余命男性79.6年、女性86.5年、平均自立期間；男性78.2年、女性83.5年と平均余命、平均自立期間ともに、男女とも全国、県平均より短い。 * 自立していない期間の平均は、男性1.4年、女性3年であり、県平均とは同じだが、国よりも短い。</p>	KDB「地域全体像の把握」	
	<p>【主要死因別標準化死亡率】 R4 急性心筋梗塞；男性149.0 女性147.2、脳内出血；男性146.3、女性175.1、脳梗塞；男性136.8、女性171.2と、循環器疾患の標準化死亡率が男女とも高い。特に女性の脳内出血、脳梗塞が高い。</p>	厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」第5表標準死亡率比	
医療費の分析	<p>* 男女ともに入院・入院外医療費（全傷病計）は県と比較し経年的に低い。 【入院医療費標準化比】 R4 * 男性：高血圧症、狭心症、脳出血、関節疾患、脳梗塞が県と比較し高い。 * 女性：脳出血、子宮頸がん、子宮体がん、心筋梗塞、大腸がん、脳梗塞が県より高い。 【入院外医療費標準化比】 R4 * 男性：心筋梗塞、胃がん、肺がん、狭心症、関節疾患、慢性腎臓病（透析なし）が県より高い。糖尿病は県よりやや高い。 * 女性：心筋梗塞、脳出血、脳梗塞、慢性腎臓病（透析なし）、胃がん、大腸がん、肝がん、子宮頸がん、乳がんが県より高い。 * 男女とも、高血圧入院外医療費は経年的に県より低い。</p>	KDB「疾病別医療費分析（細小82分類）」	II～VI
	<p>【後期高齢者医療】 R3 * 入院医療費の標準化比は、男性では、脂質異常症が県より高く。糖尿病は県とほぼ同じ。女性では、高血圧症、乳がんが多い。 * 入院外医療費は、男性では、心筋梗塞、胃がん、大腸がん、前立腺がん、糖尿病が県より高く、女性では、心筋梗塞、脳出血、糖尿病、大腸がん、乳がん、脂質異常症、関節疾患が県より高い。</p>	KDB「疾病別医療費分析（細小82分類）」	II～VI

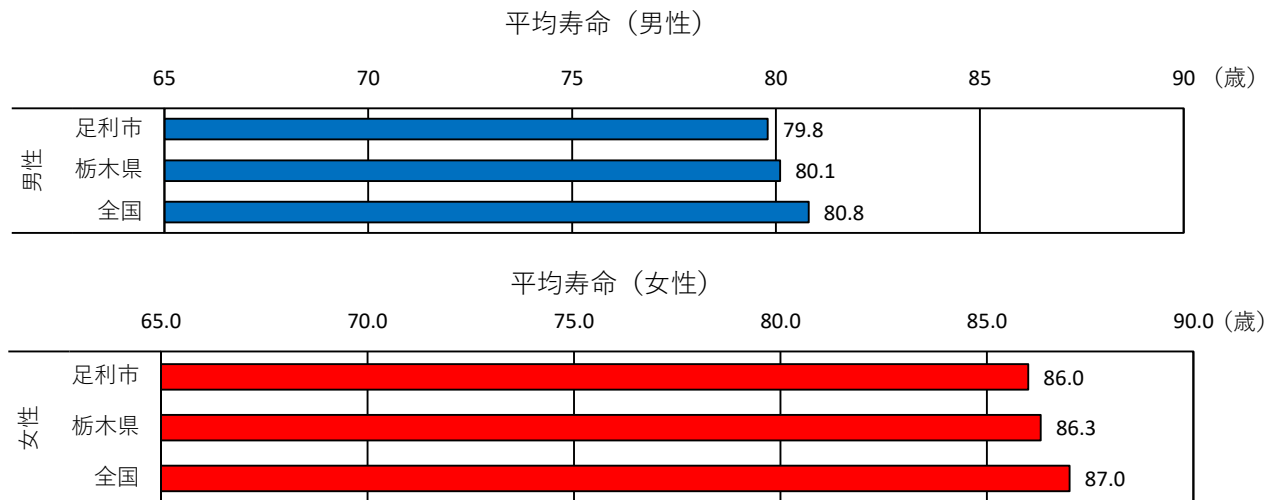
	<p>【虚血性心疾患患者、脳血管疾患患者、人工透析者の有病状況】</p> <p>*虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のレセプトを有する者のうちの約9割は高血圧を合併している</p>	KDB厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析	II~VI
<p>特定健康診査・特定保健指導等健診データ(質問票を含む)の分析</p>	<p>【特定健診受診率・特定保健指導実施率】</p> <p>*特定健診受診率は経年的に県より低い状況が続いている。また、男性はどの年齢階層においても県より受診率が低く、女性では、70歳代以外は、県より低い。</p> <p>*特定保健指導実施率においても、経年的に県より低い。性別、年齢階層別においても、50~54歳の女性以外は県よりも実施率が低い状況。</p>	法定報告データ	III~VI
	<p>【メタボリックシンドロームの状況】</p> <p>*メタボリックシンドローム該当者の割合は、経年的に県よりやや高く、予備群者の割合はやや低い。性別・年齢階層別では、40~54歳の若年層の該当者の割合が県より高く、特に男性の40~54歳のメタボリックシンドローム該当者の割合が県より高い。</p>	法定報告データ	
	<p>【有所見者の状況】R4</p> <p>*男女とも県と比較し中性脂肪、LDLコレステロール、収縮期血圧、拡張期血圧、クレアチニンの有所見者が多い。特に収縮期血圧の有所見者が多い。</p> <p>*空腹時血糖の標準化比は経年的に低いが、有所見者、ハイリスク者は年々増加傾向にある。</p> <p>*尿蛋白2+以上又はeGFR45未満の慢性腎臓病のハイリスク者の割合が年々増加傾向にある。</p>	KDB「厚生労働省様式(様式5-2)」	
	<p>【生活習慣の状況】R4</p> <p>*男女とも食べる速度が速い、就寝前の夕食、飲酒、改善意欲なしが、県より経年的に高い。運動習慣なしは、経年的に県より低い。</p> <p>*性・年齢階層別にみると、40~44歳男性については、10kg以上の体重増加者が52.9%で、県より高い。</p> <p>*運動習慣なしは、男女とも若年層ほど割合が多い。</p>	KDB「質問票調査の状況」	
	<p>【フレイルハイリスク者の割合】</p> <p>*前期高齢者のBMI20以下の割合が増加傾向にある。</p> <p>*65歳以上74歳以下の咀嚼良好者が減少傾向にある。</p>	KDB「集計対象者一覧」を加工集計	
<p>介護認定の状況</p>	<p>*要介護3、要介護4の中重度認定者が年々増加している</p> <p>*糖尿病、心臓病、脳疾患、精神疾患、筋・骨疾患の有病割合が経年的に県より高い。</p> <p>*要介護認定率は経年的に高くなっているが、栃木県と比較すると低い</p>	KDB「要介護(支援)者認定状況」	II~VII

<p>レセプト・健診 データ等を組合 わせた分析</p>	<p>* 健診における血圧の有所見者が多いが、高血圧の外 来医療費が低く、心筋梗塞や脳出血の入院医療費、外 来医療費が高いことから、血圧が高い人が医療につな がっていない可能性があり、循環器疾患の重症化につ ながっていると考えられる。</p>		<p>I ~ VI</p>
--------------------------------------	---	--	---------------

2 平均寿命・標準化死亡比等

【平均寿命】

男性79.8歳、女性86.0歳と、国、県と比較し短い。

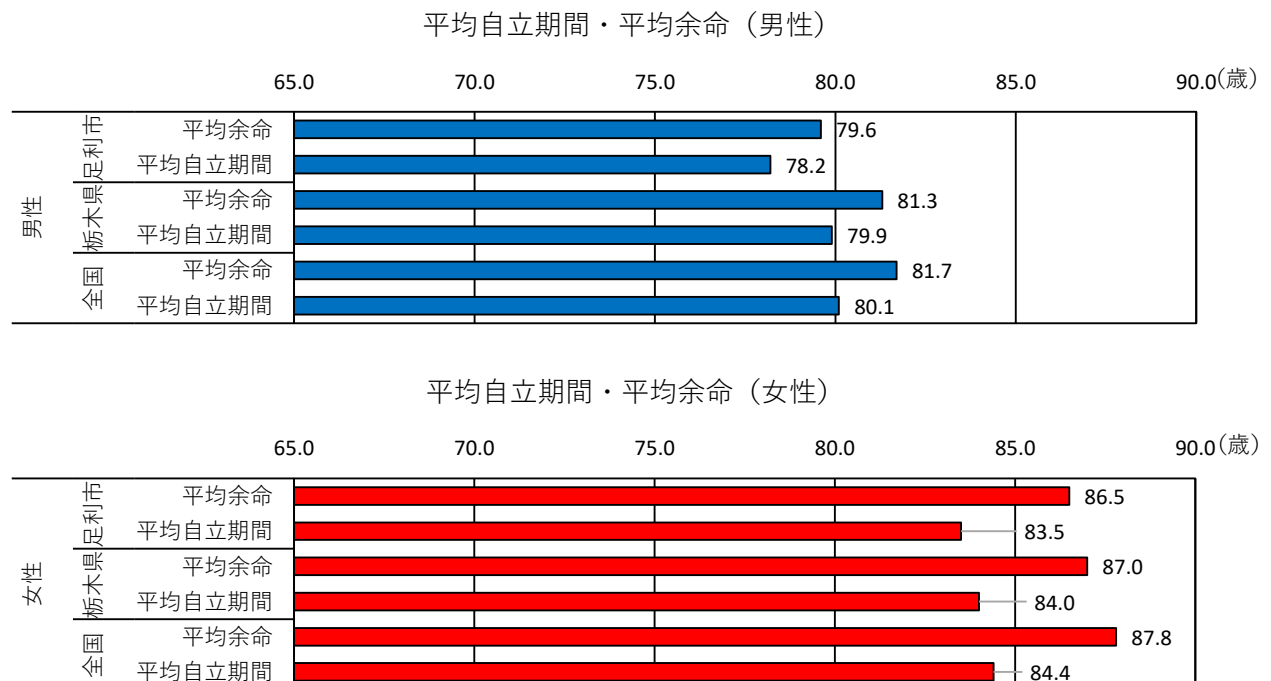


出典：KDBシステム『地域の全体像の把握』R4年度

【平均自立・平均余命】（R4）

平均余命男性79.6年、女性86.5年、平均自立期間；男性78.2年、女性83.5年と平均余命、平均自立期間ともに、男女とも全国、県平均より短い。

自立していない期間の平均は、男性1.4年、女性3年であり、県平均とは同じだが、国よりも短い。

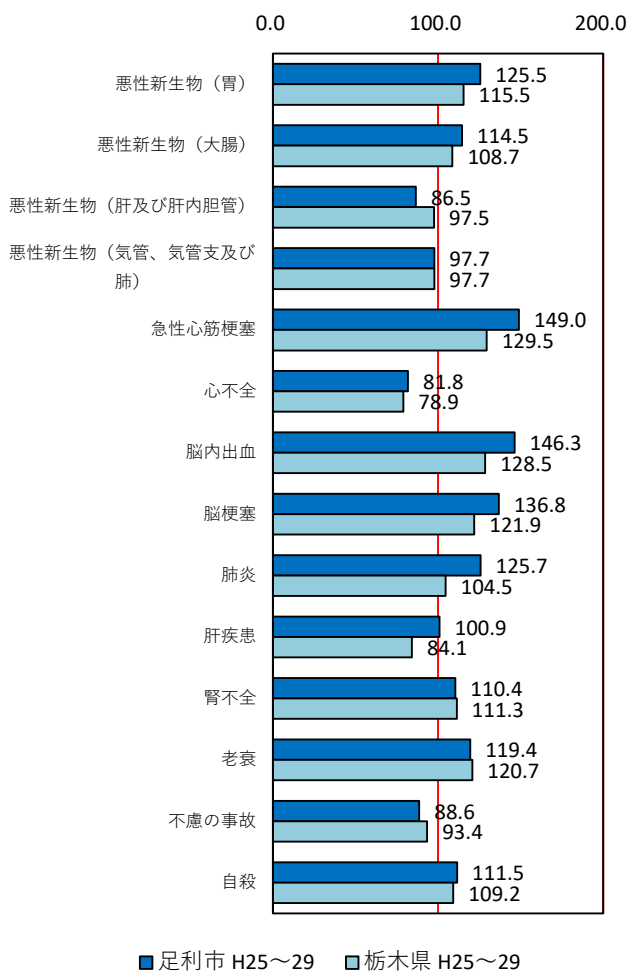


出典：KDBシステム『地域の全体像の把握』R4年度

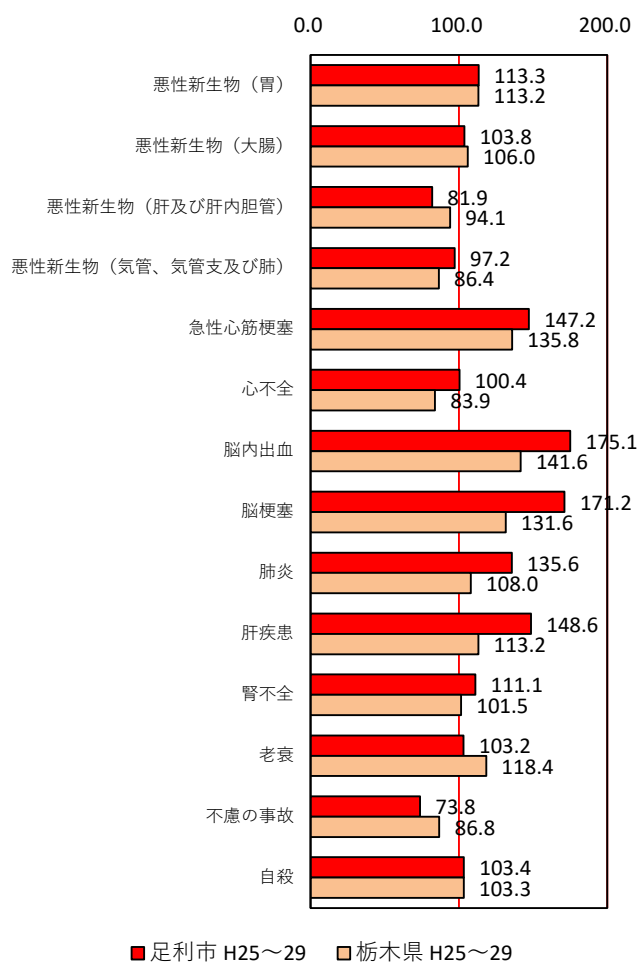
【死因別標準化死亡比】

急性心筋梗塞；男性149.0 女性147.2、脳内出血；男性146.3、女性175.1、脳梗塞；男性136.8、女性171.2と、循環器疾患の標準化死亡比が男女とも高い。特に女性の脳内出血、脳梗塞が高い。

死因別標準化死亡比（男性）



死因別標準化死亡比（女性）



厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」第5表 標準化死亡比（ベイズ推定値），
主要死因・性・都道府県・保健所・市区町別
(平成25年～29年)

* 標準化死亡比…年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率

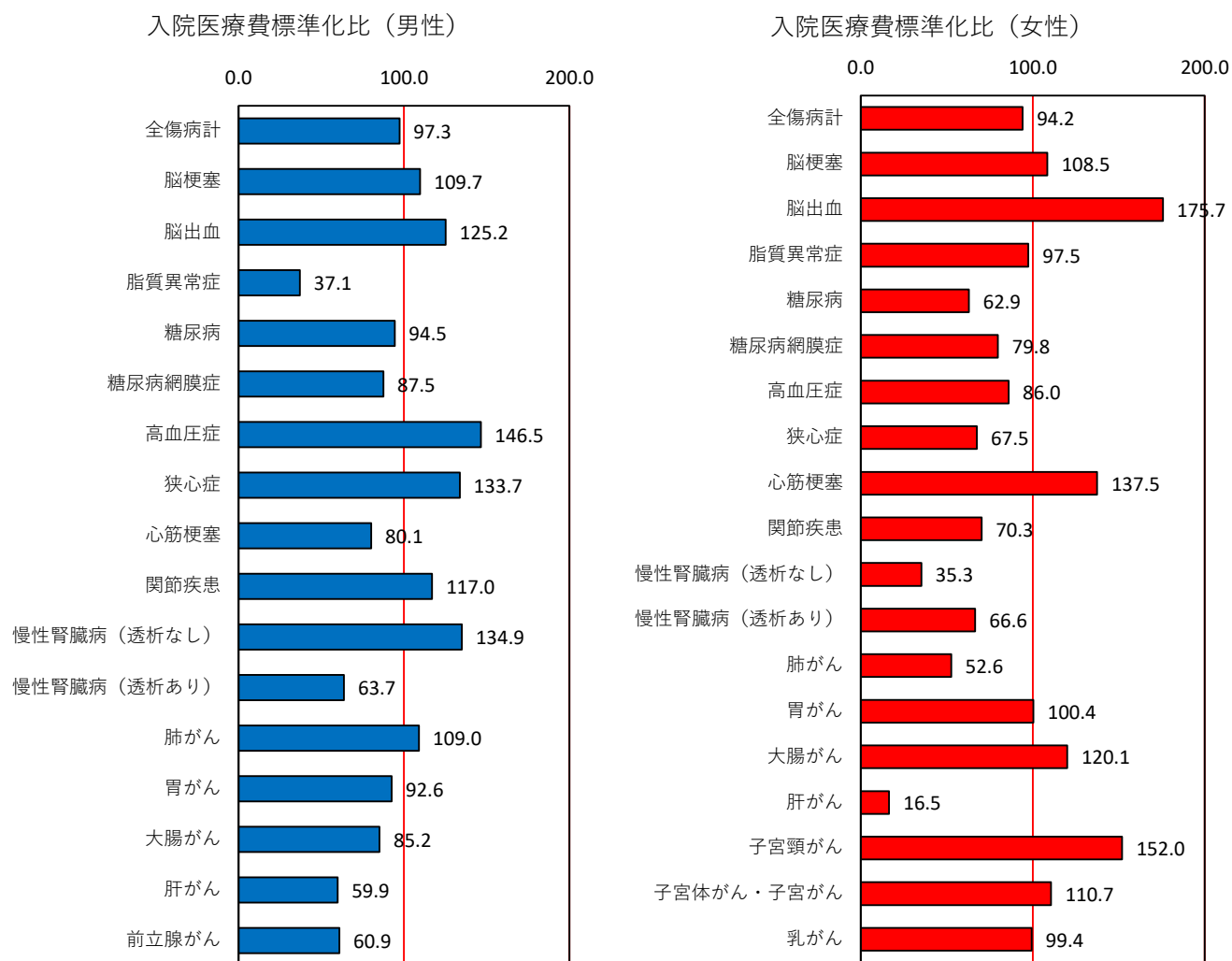
3 医療費の分析

男女ともに入院・入院外医療費（全傷病計）は県と比較し経年的に低い。

【入院医療費標準化比】（R4）

男性：脳梗塞、脳出血、高血圧症、狭心症、関節疾患、慢性腎臓病（透析なし）、肺がんが県と比較し高い。

女性：脳梗塞、脳出血、心筋梗塞、大腸がん、子宮頸がん、子宮体がんが県より高い。



入院・標準化比（医療費）（県＝100）

※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出しています。

出典：KDBシステム『疾病別医療費分析（細小82分類）』

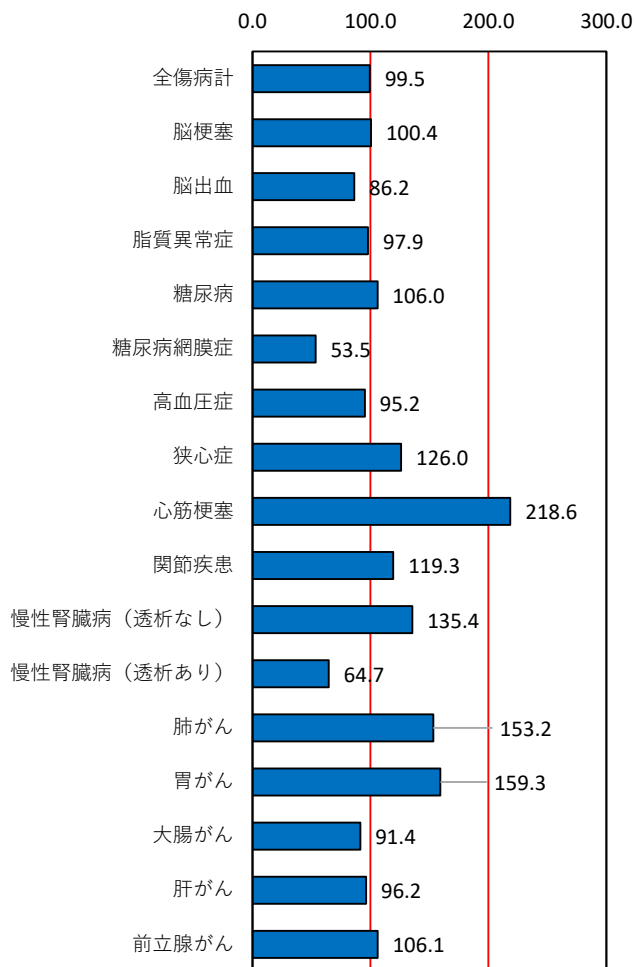
【入院外医療費標準化比】（R4）

男性：狭心症、心筋梗塞、関節疾患、慢性腎臓病（透析なし）、肺がん、胃がんが県より高い。糖尿病、前立腺がんは県よりやや高い。

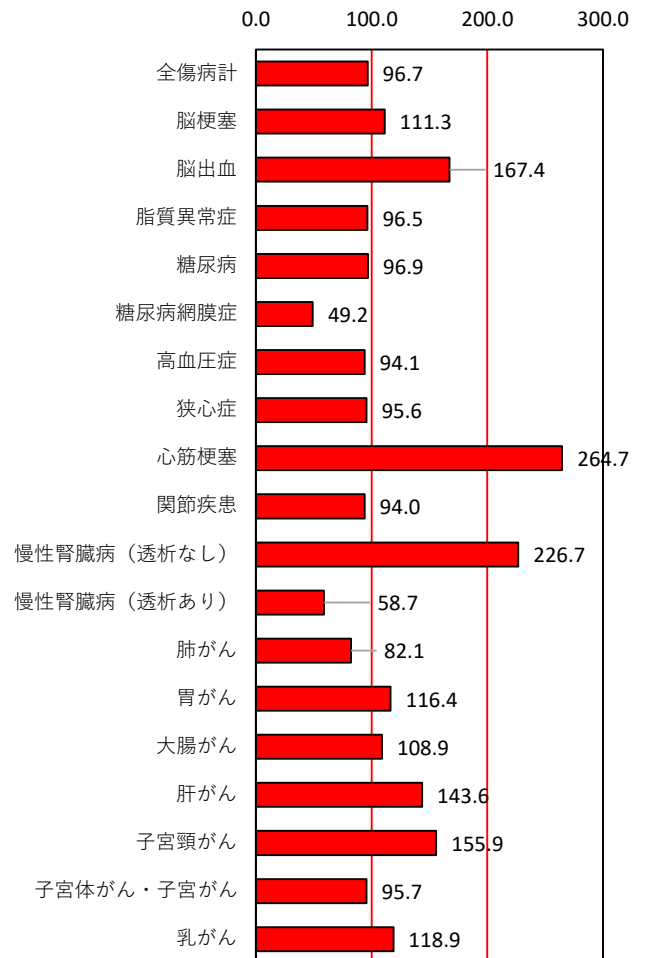
女性：脳梗塞、脳出血、心筋梗塞、慢性腎臓病（透析なし）、胃がん、大腸がん、肝がん、子宮頸がん、乳がんが県より高い。

男女とも、高血圧入院外医療費は経年的に県より低い。

入院外医療費標準化比（男性）



入院外医療費標準化比（女性）



入院外・標準化比（医療費）（県＝100）

※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出しています。

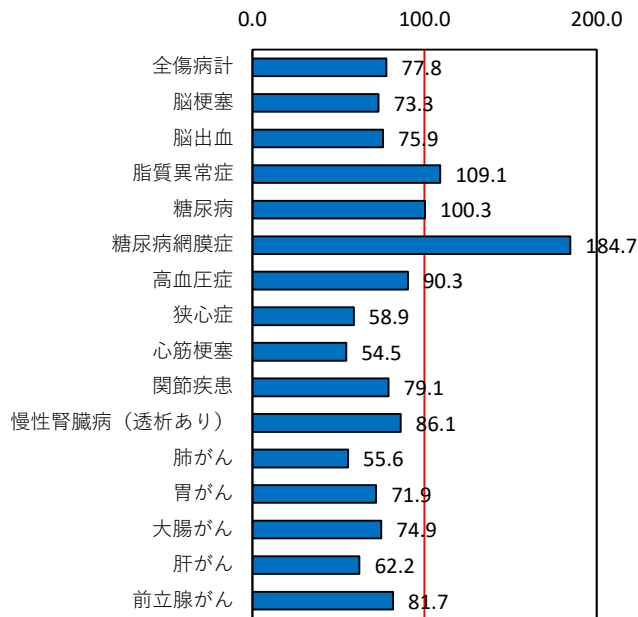
出典：KDBシステム『疾病別医療費分析（細小82分類）』

【後期高齢者医療】 (R3)

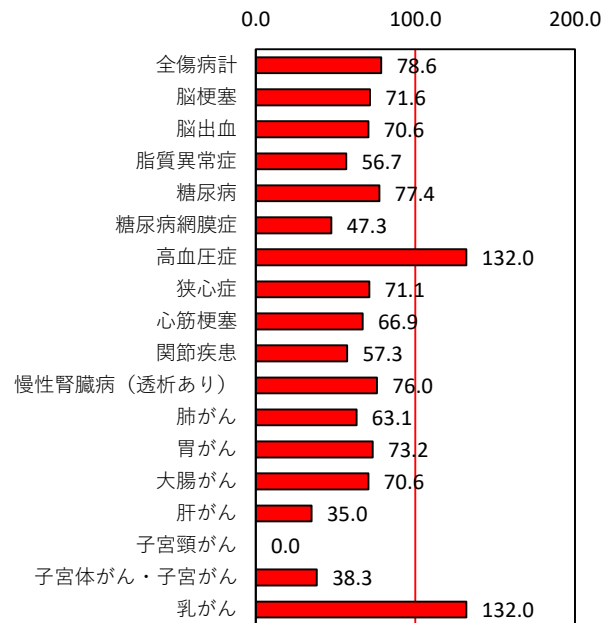
入院医療費の標準化比は、男性では、脂質異常症、糖尿病網膜症が県より高く、糖尿病は県とほぼ同じ。女性では、高血圧症、乳がんが多い。

入院外医療費は、男性では、脂質異常症、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、関節疾患、胃がん、大腸がん、前立腺がんが県より高く、女性では、脳出血、脂質異常症、糖尿病、心筋梗塞、関節疾患、大腸がん、乳がんが県より高い。

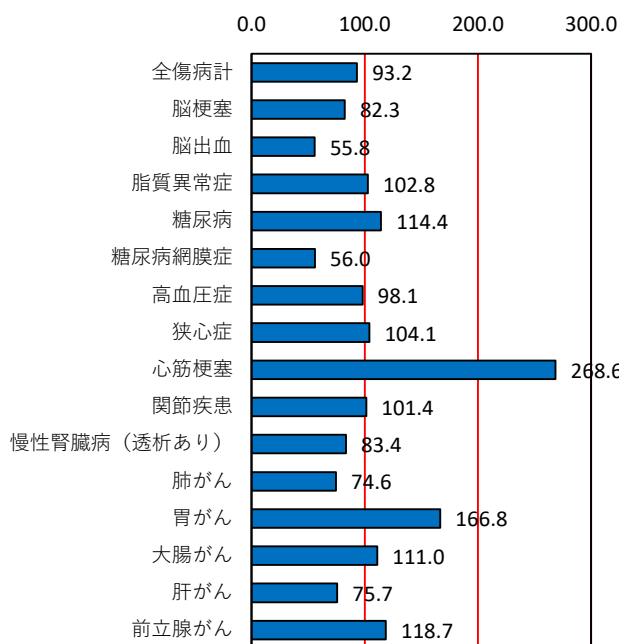
後期・入院医療費標準化比 (男性)



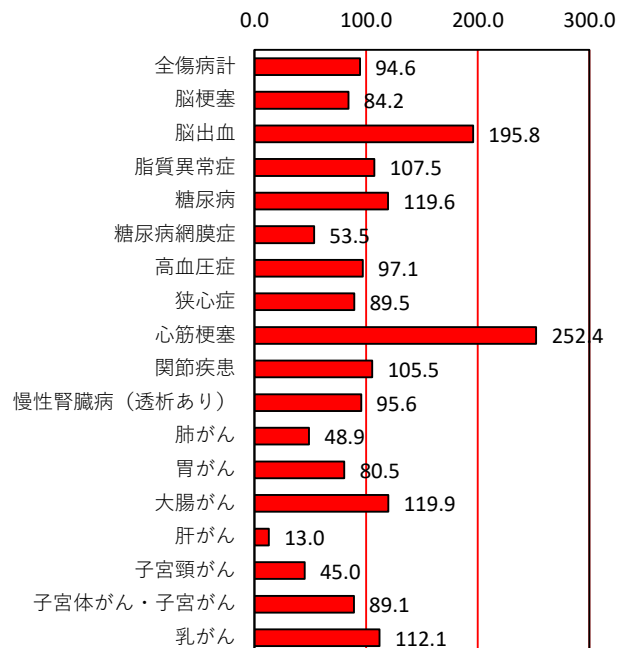
後期・入院医療費標準化比 (女性)



後期・入院外医療費標準化比 (男性)



後期・入院外医療費標準化比 (女性)



入院・標準化比 (医療費) (県 = 100)

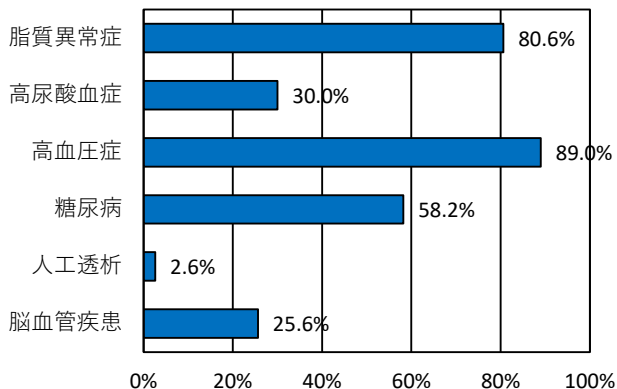
※標準化比 (医療費) は、県を基準とした間接法により算出しています。

出典：KDBシステム『疾病別医療費分析 (細小82分類)』

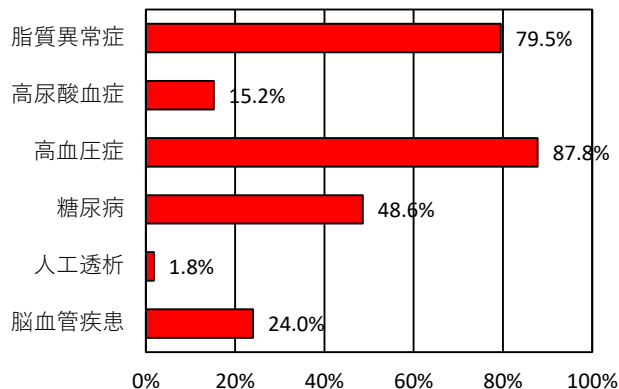
【虚血性心疾患患者、脳血管疾患患者、人工透析者の有病状況】（R4）

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のレセプトを有する者のうちの約9割は高血圧を合併している。

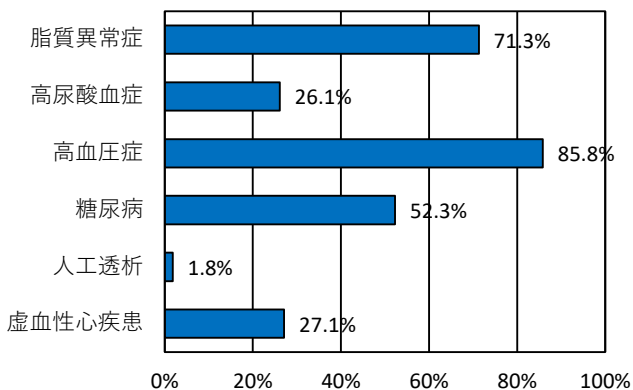
虚血性心疾患羅漢患者の有病状況（男性）



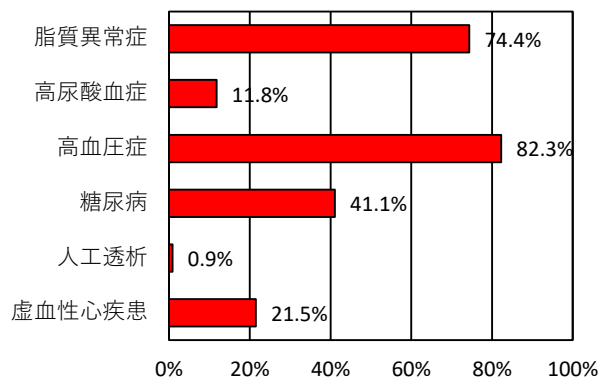
虚血性心疾患羅漢患者の有病状況（女性）



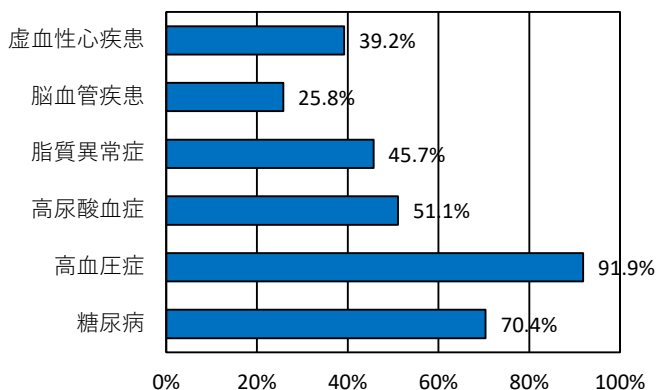
脳血管疾患羅漢患者の有病状況（男性）



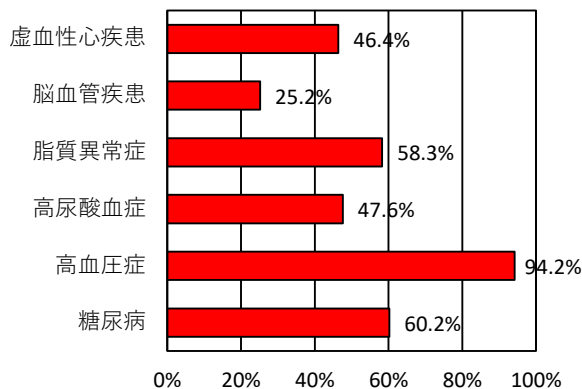
脳血管疾患羅漢患者の有病状況（女性）



人工透析者の有病状況（男性）



人工透析者の有病状況（女性）



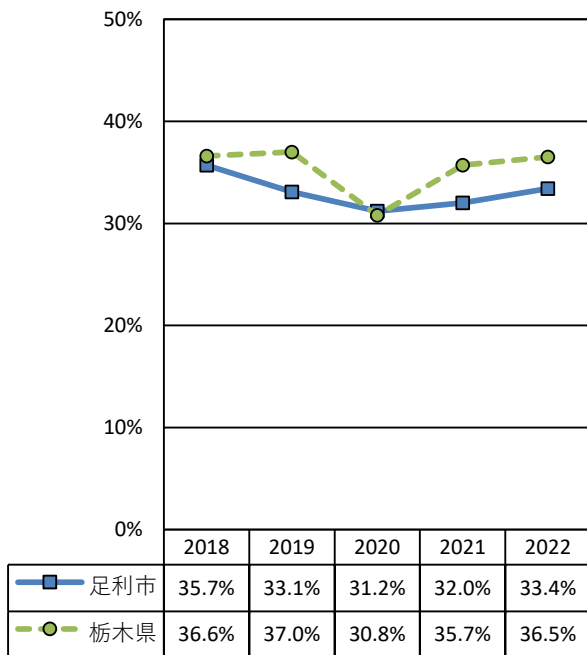
4 特定健康診査・特定保健指導の健診データ（質問票を含む）の分析

【特定健診受診率・特定保健指導実施率】

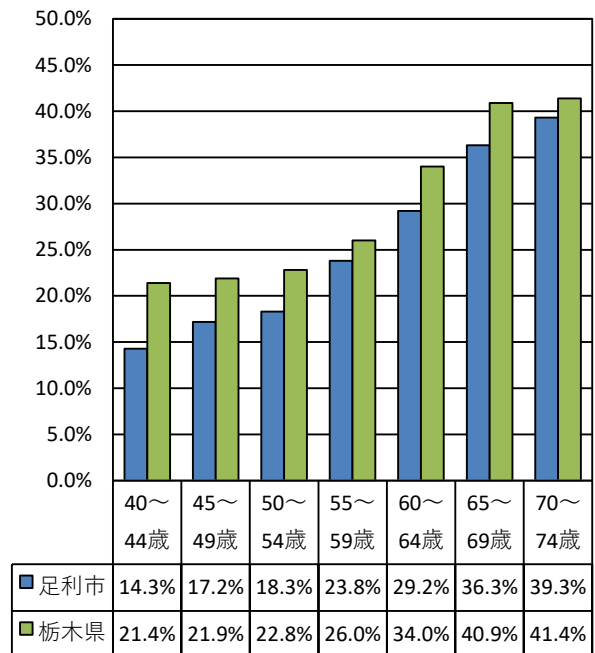
特定健診受診率は経年的に県より低い状況が続いている。また、男性はどの年齢階層においても県より受診率が低く、女性では、70歳代以外は、県より低い。

特定保健指導実施率においても、経年的に県より低い。性別、年齢階層別においても、50～54歳の女性以外は県よりも実施率が低い状況。

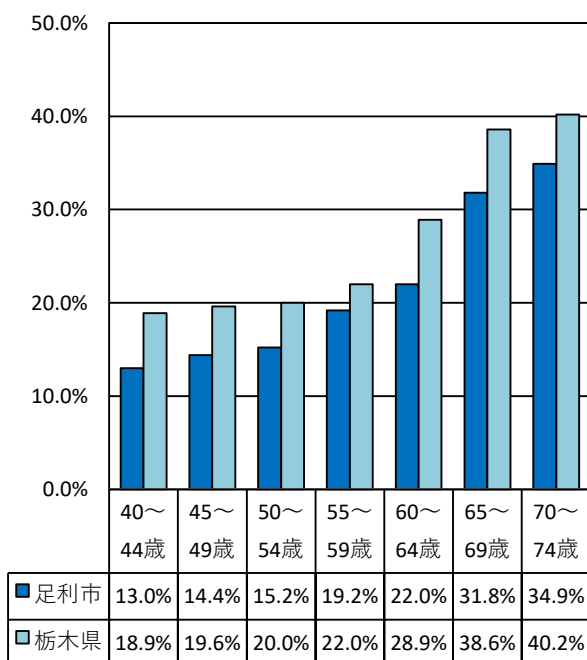
特定健診受診率



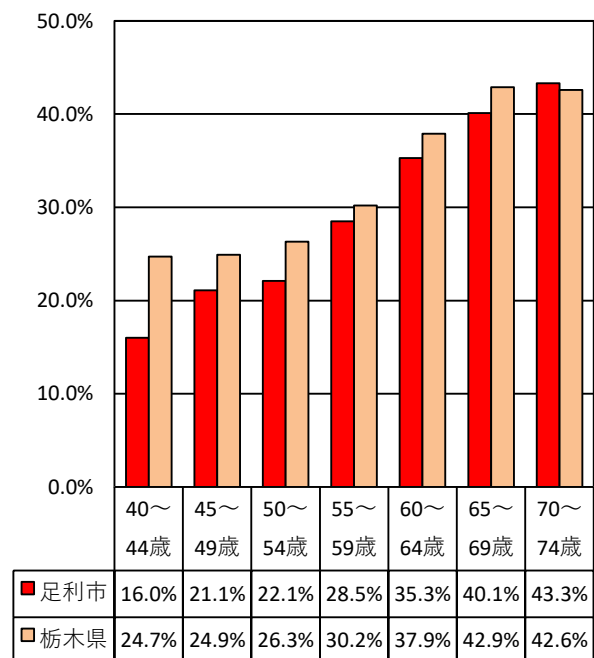
特定健診年齢階層別受診率（R3）



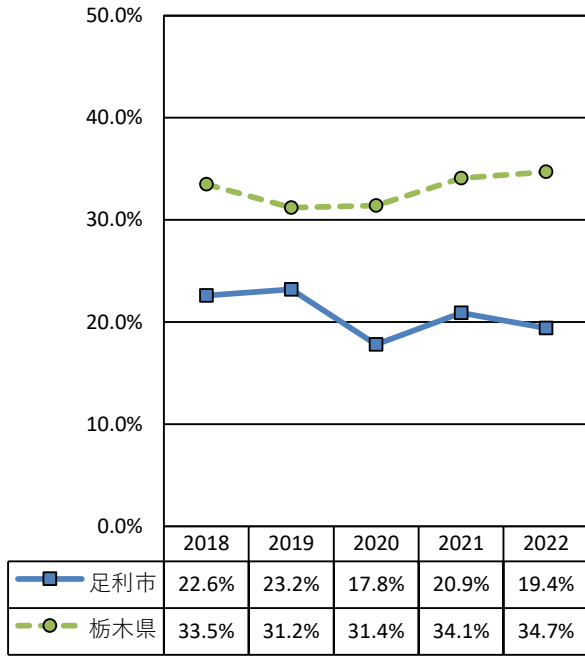
特定健診年齢階層別受診率（R3）（男性）



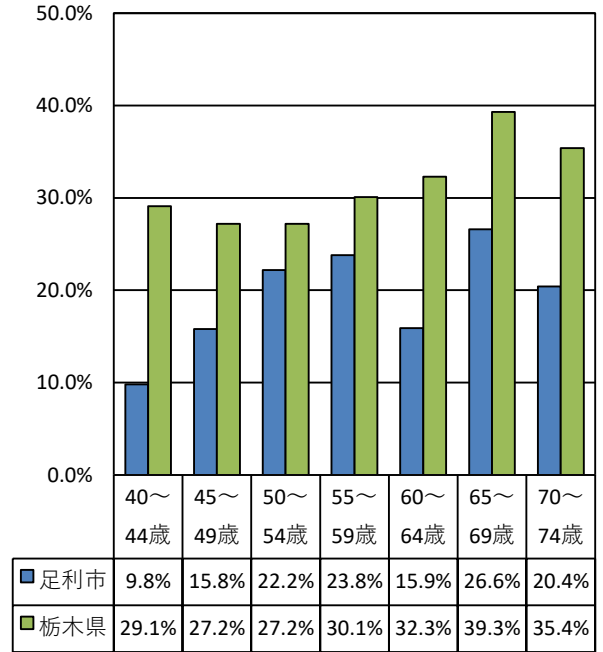
特定健診年齢階層別受診率（R3）（女性）



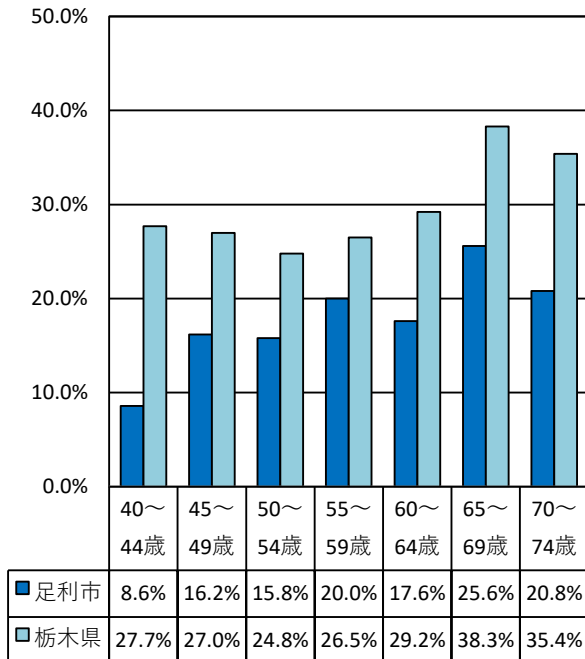
特定保健指導実施率



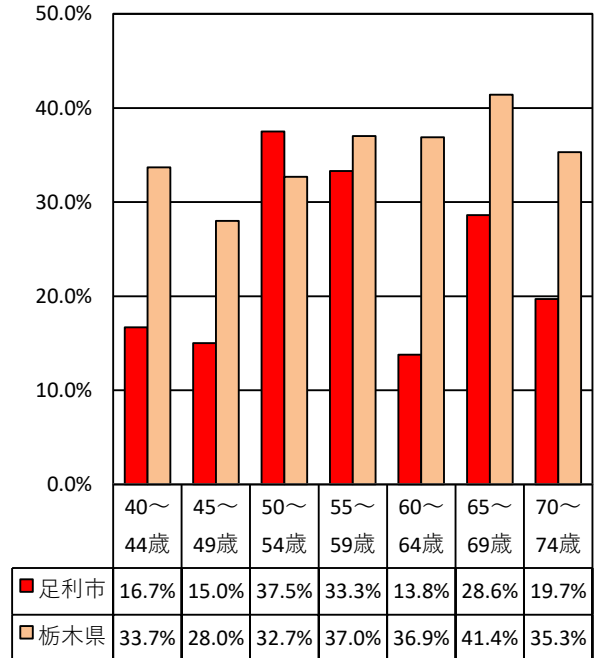
特定保健指導年齢階層別実施率 (R3)



特定保健指導年齢階層別実施率 (R3) (男性)



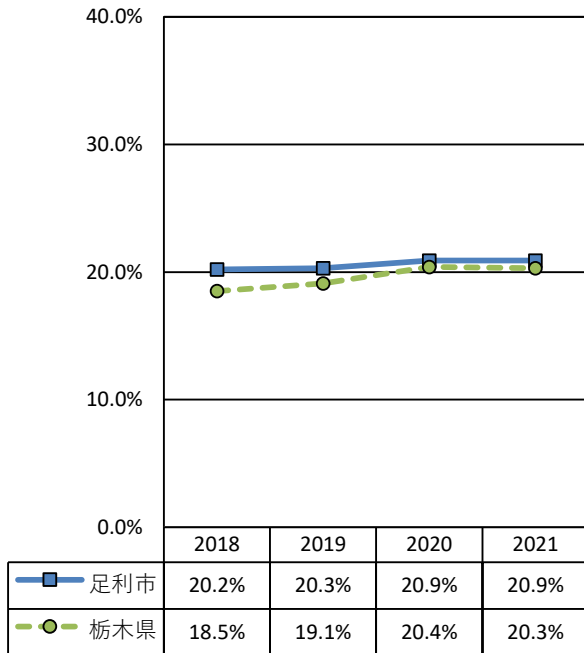
特定保健指導年齢階層別実施率 (R3) (女性)



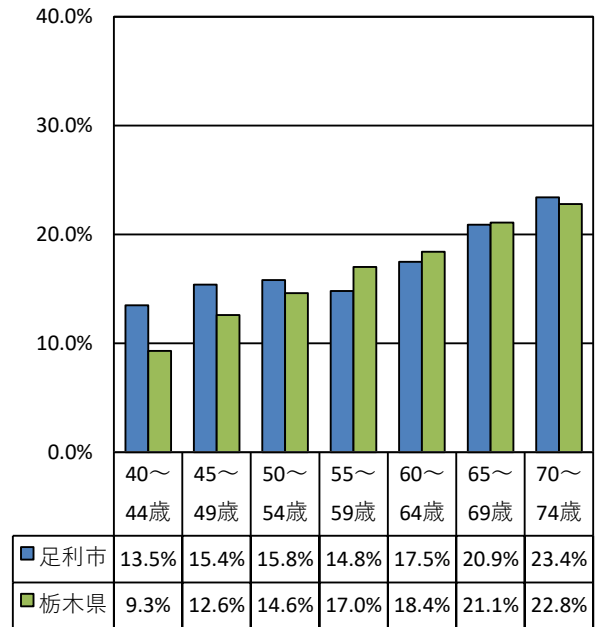
【内臓脂肪症候群の状況】

内臓脂肪症候群該当者の割合は、経年的に県よりやや高く、予備群者の割合はやや低い。性別・年齢階層別では、40～54歳の若年層の該当者の割合が県より高く、特に男性の40～54歳の内臓脂肪症候群該当者の割合が県より高い。

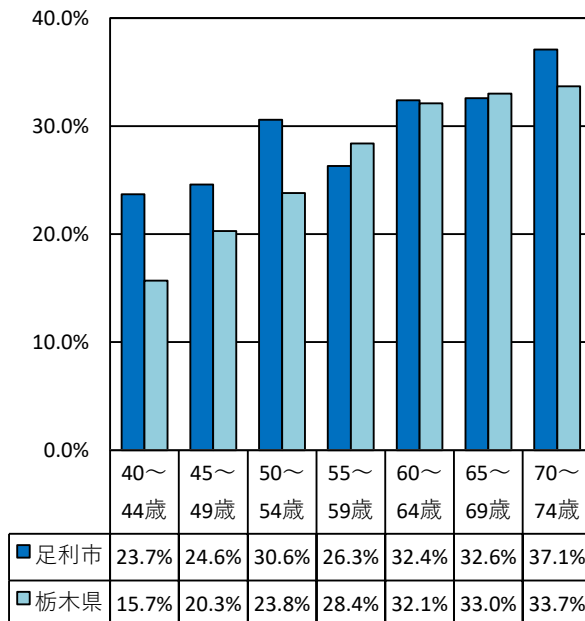
内臓脂肪症候群該当者割合



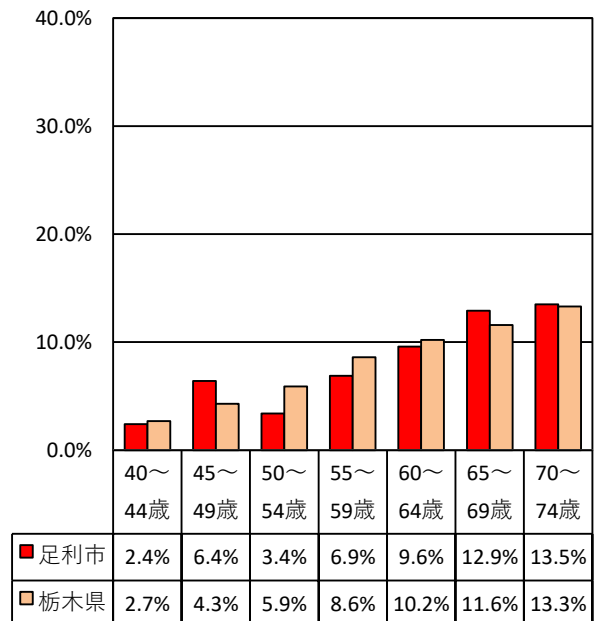
内臓脂肪症候群年齢階層別該当者割合 (R3)



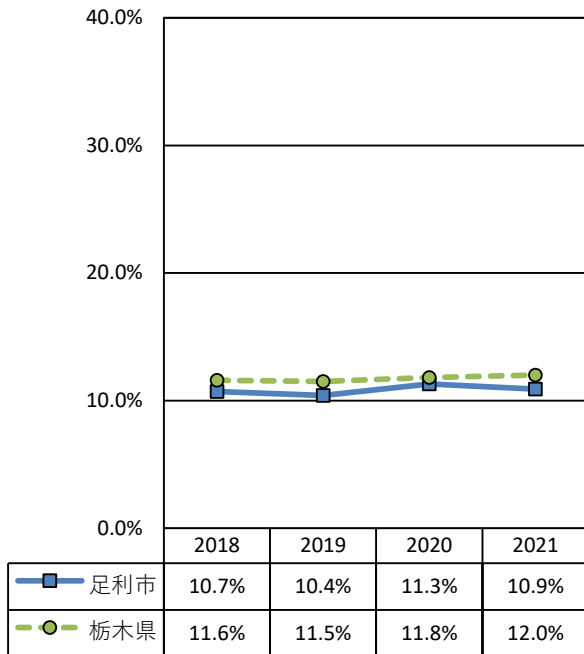
内臓脂肪症候群年齢階層別該当者割合 (R3) (男性)



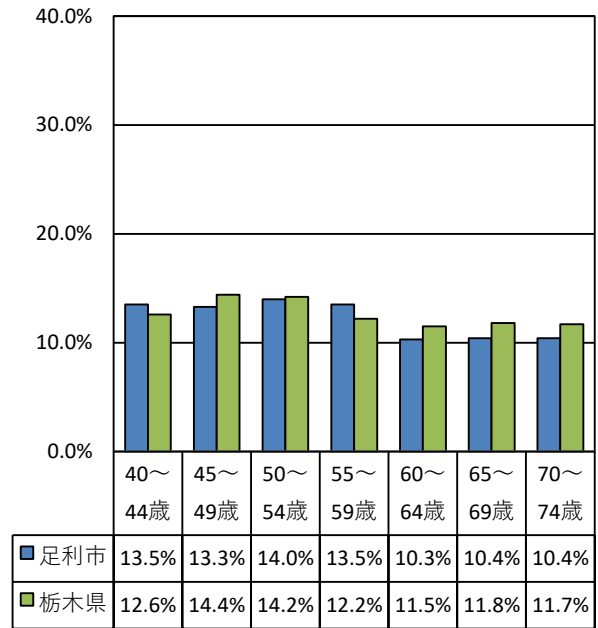
内臓脂肪症候群年齢階層別該当者割合 (R3) (女性)



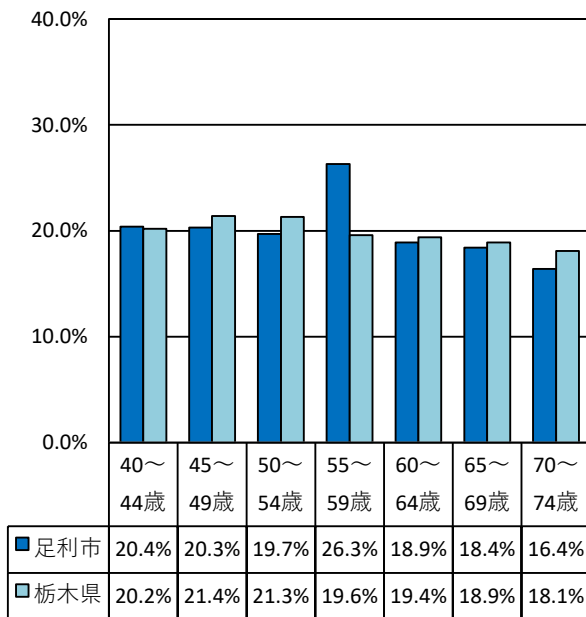
内臓脂肪症候群予備群割合



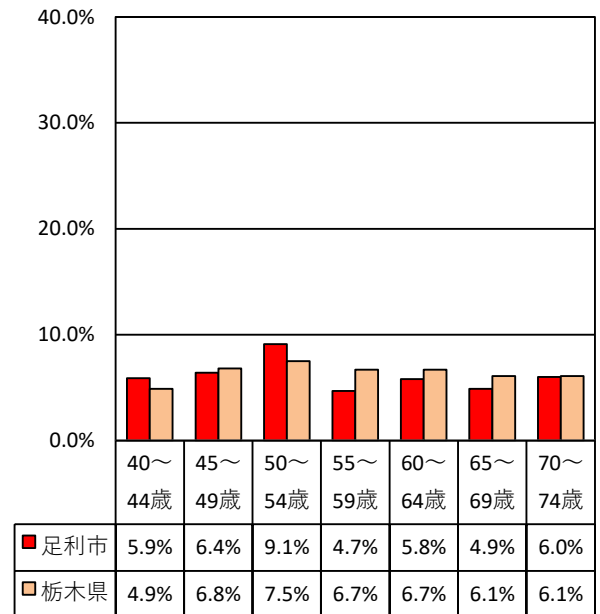
内臓脂肪症候群予備群者年齢階層別割合
(R3)



内臓脂肪症候群予備群者年齢階層別割合
(R3) (男性)



内臓脂肪症候群予備群者年齢階層別割合
(R3) (女性)



出典：法定報告データ

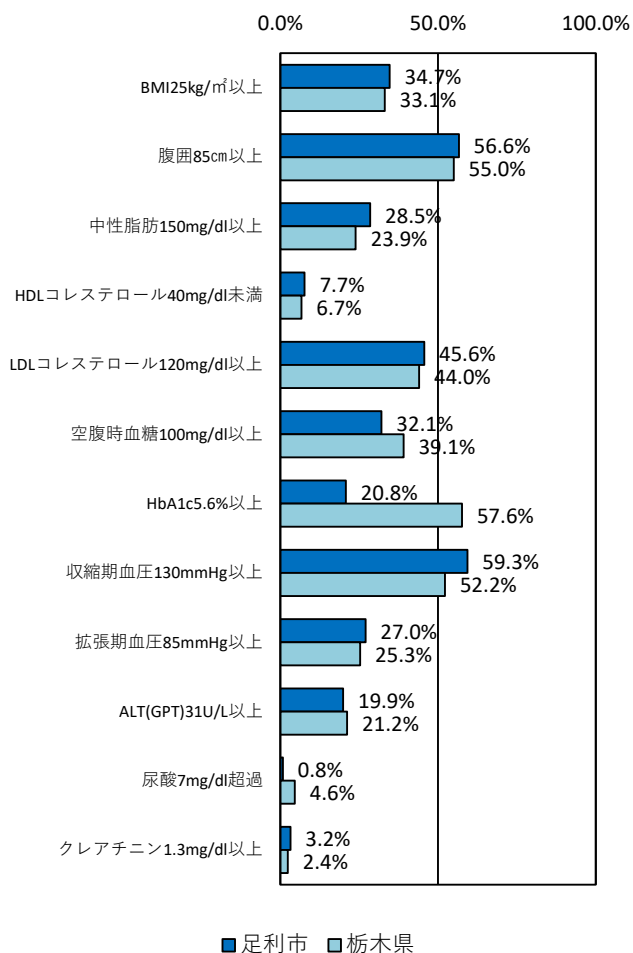
【有所見者の状況】 (R4)

男女とも県と比較し中性脂肪、LDLコレステロール、収縮期血圧、拡張期血圧、クレアチニンの有所見者の割合が高い。特に収縮期血圧の有所見者が多い。

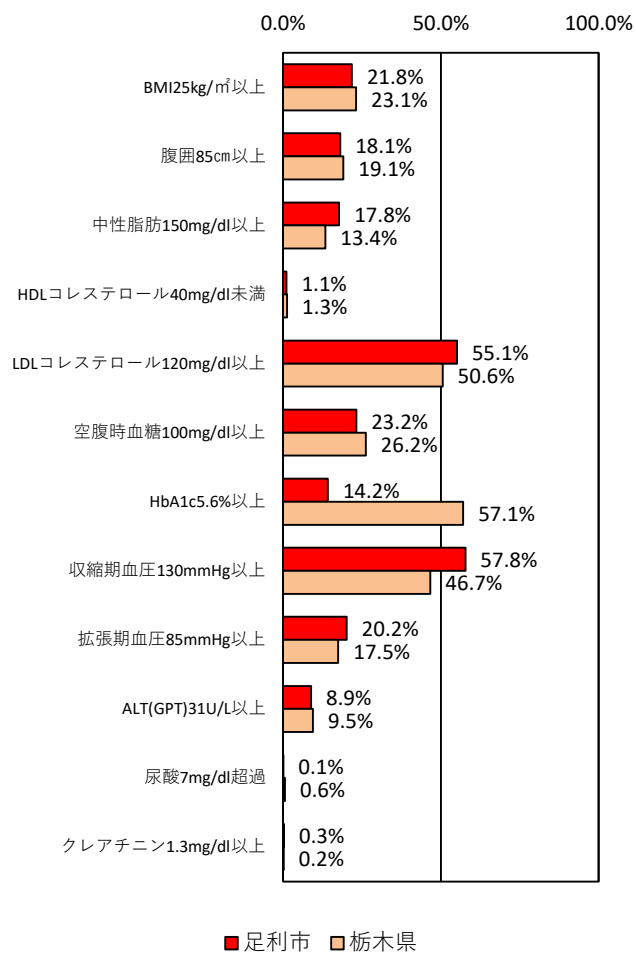
空腹時血糖は県と比較すると低いが、有所見者、ハイリスク者は年々増加傾向にある。

尿蛋白2+以上又はeGFR45未満の慢性腎臓病のハイリスク者の割合が年々増加傾向にある。

有所見者の割合（男性）R4

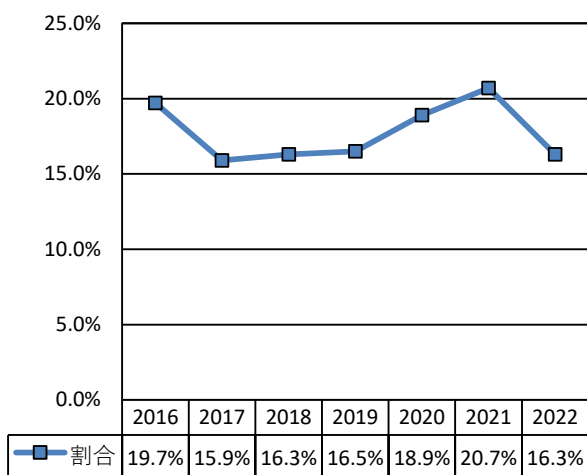


有所見者の割合（女性）R4

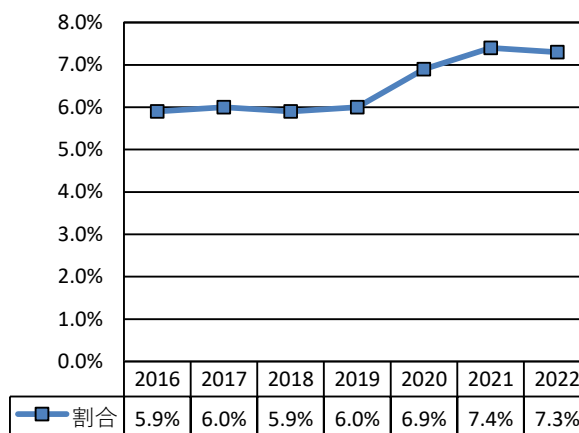


出典：KDBシステム『厚生労働省様式(様式5-2)』

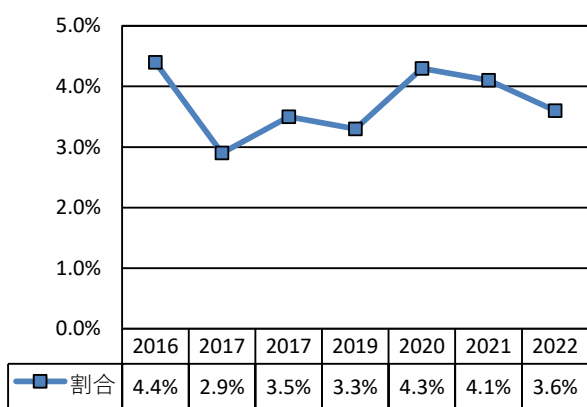
受診勧奨値該当者割合



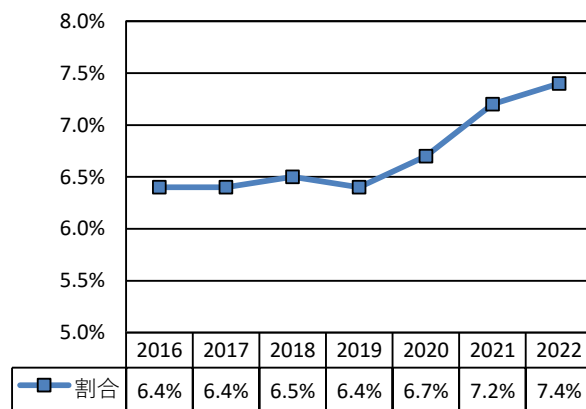
収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の者の割合



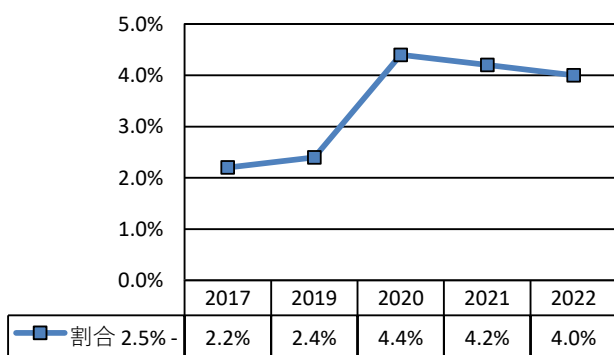
LDL180mg/dl以上者の割合



空腹時血糖126mg/又はHbA1c6.5以上の者の割合



尿蛋白（2+）又はeGFR45ml/min/1.73m²未満者の割合



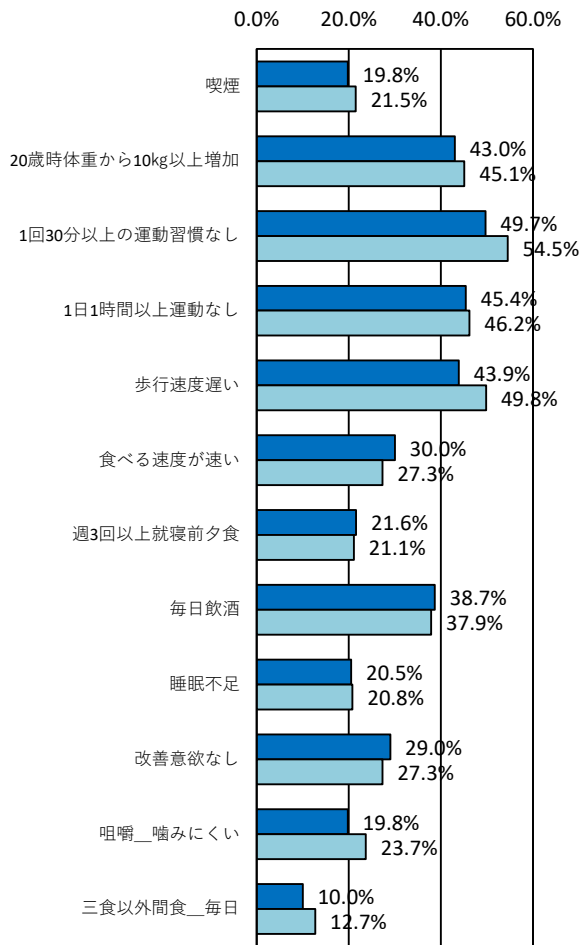
【生活習慣の状況】 (R4)

男女とも食べる速度が速い、就寝前の夕食、飲酒、改善意欲なしが、県より経年的に高い。運動習慣なしは、経年的に県より低い。

性別・年齢階層別にみると、40～44歳男性については、10kg以上の体重増加者が52.9%、50～54歳男性は53.6%で、県より高い。

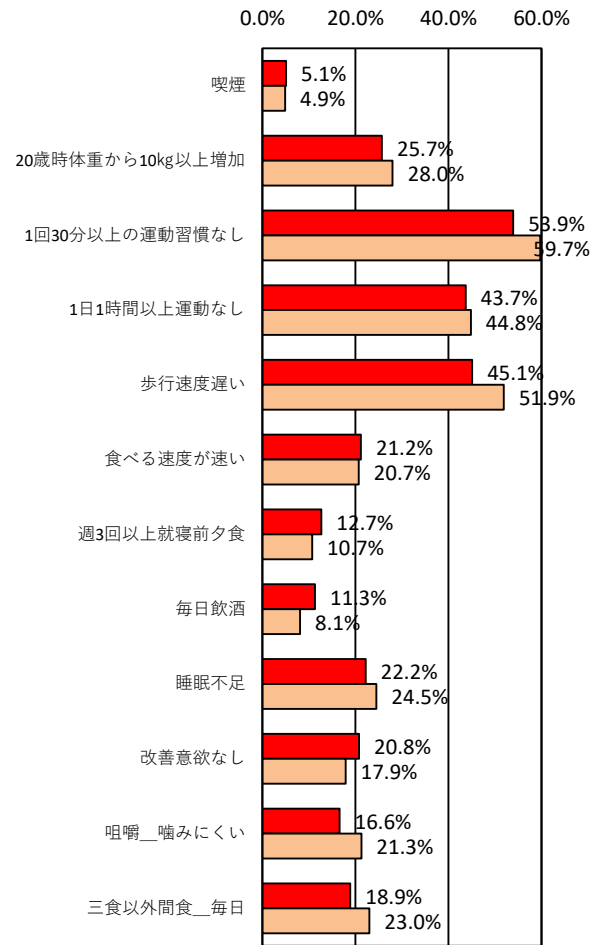
運動習慣なしは、男女とも若年層ほど割合が高い。

R4生活習慣の状況 (男性)



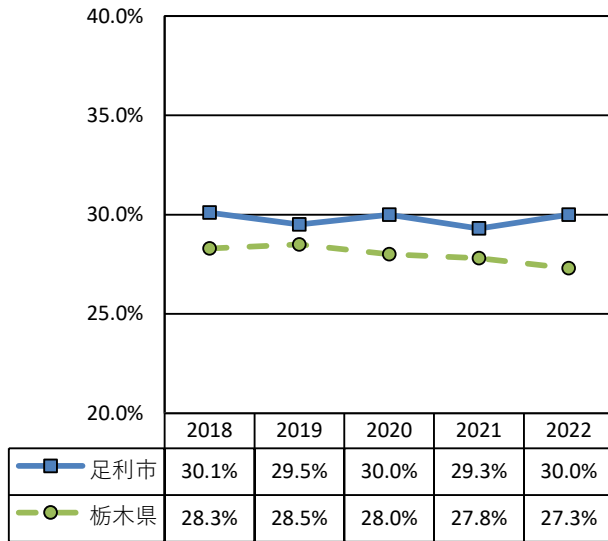
■ 足利市 ■ 栃木県

R4生活習慣の状況 (女性)

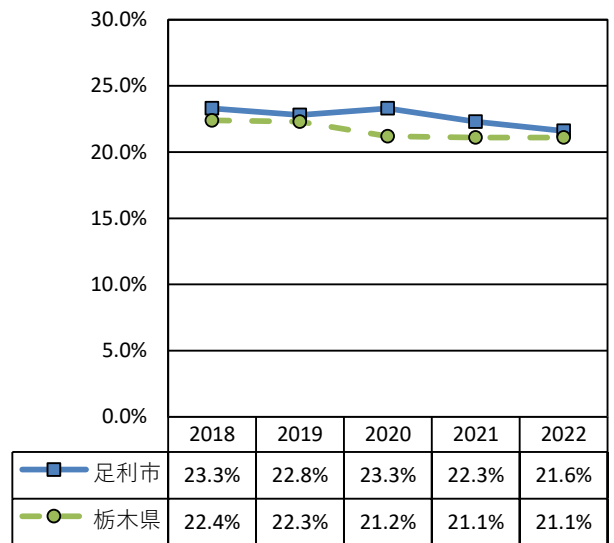


■ 足利市 ■ 栃木県

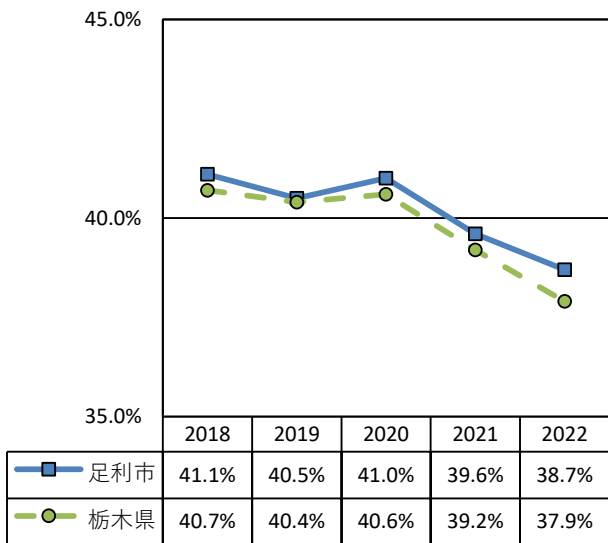
食べる速度が速い



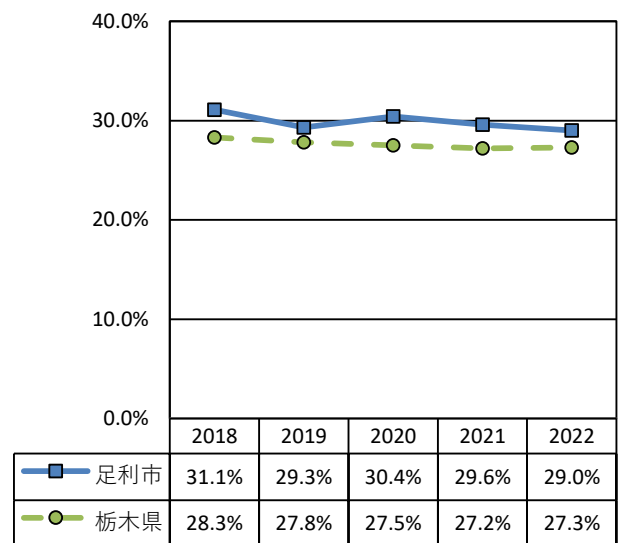
週3回以上就寝前夕食



毎日飲酒



改善意欲なし

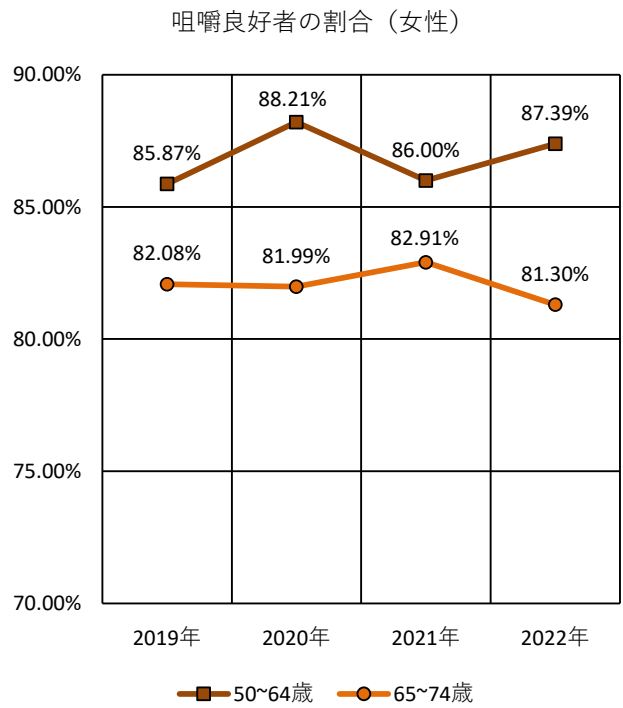
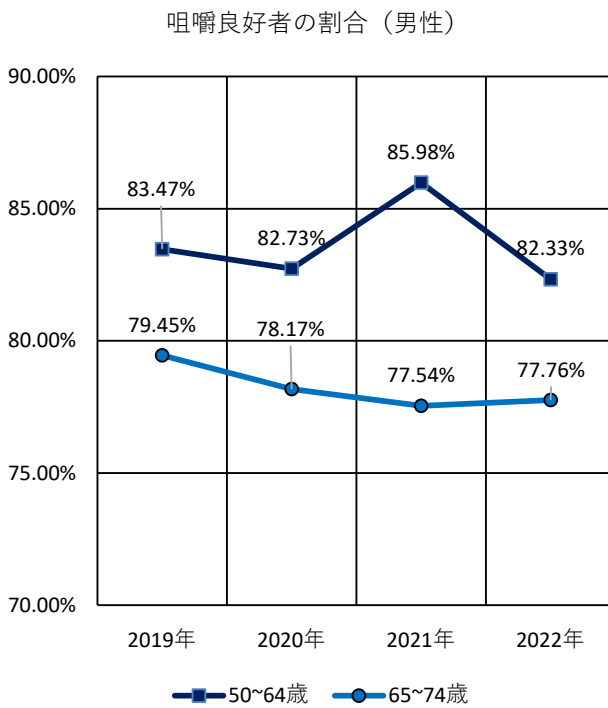
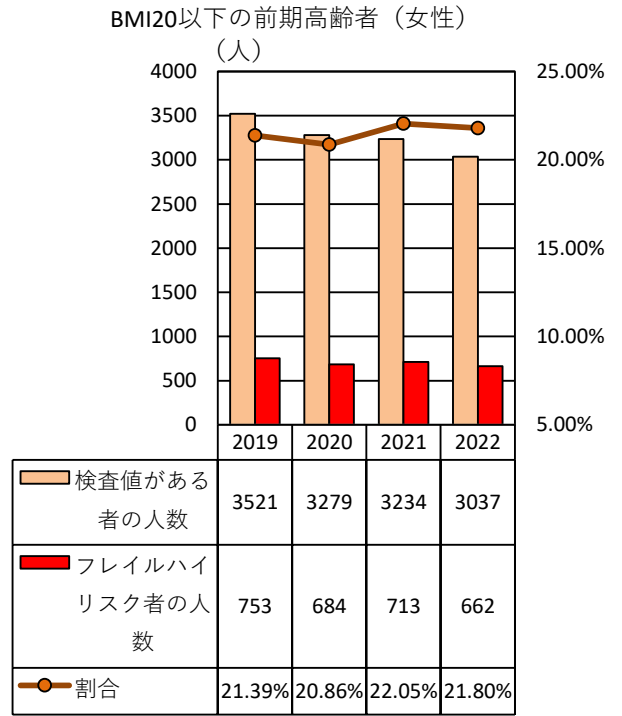
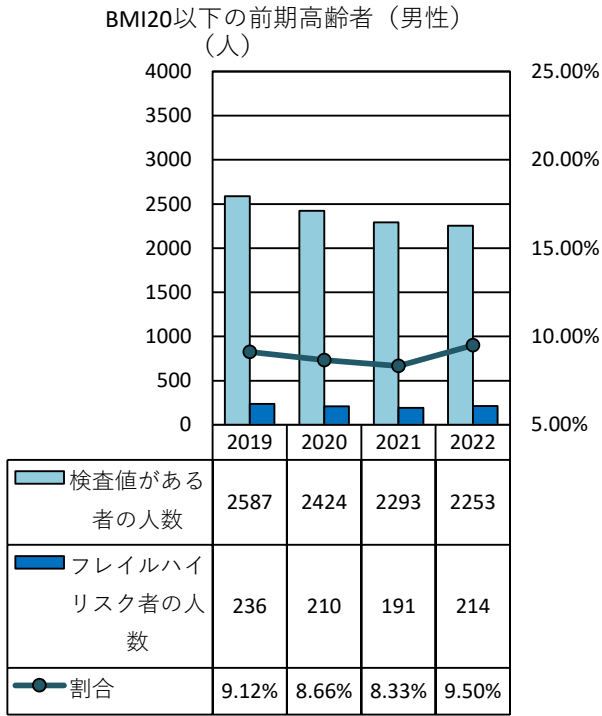


R4 特定健診受診者における年代別生活習慣の状況

質問項目	年齢階層	男性		女性		質問項目	年齢階層	男性		女性	
		足利市	栃木県	足利市	栃木県			足利市	栃木県	足利市	栃木県
禁煙	40～44	30.3%	34.2%	11.1%	12.9%	週3回以上就寝前夕食	40～44	41.9%	32.1%	26.4%	21.1%
	45～49	26.7%	34.4%	21.2%	15.2%		45～49	31.0%	30.8%	23.0%	21.0%
	50～54	23.0%	31.5%	13.8%	15.5%		50～54	32.1%	30.0%	16.9%	18.6%
	55～59	26.7%	31.5%	11.2%	9.6%		55～59	28.5%	30.0%	15.5%	14.2%
	60～64	28.8%	25.6%	6.6%	5.8%		60～64	24.5%	22.4%	11.6%	9.7%
	65～69	20.3%	21.6%	3.9%	3.5%		65～69	17.3%	19.1%	10.4%	8.3%
	70～74	15.6%	15.9%	2.7%	2.5%		70～74	19.2%	18.1%	12.3%	9.7%
20歳時体重から10kg以上増加	40～44	52.9%	49.1%	23.6%	30.7%	毎日飲酒	40～44	30.2%	22.9%	13.9%	10.1%
	45～49	48.6%	51.9%	30.1%	34.4%		45～49	24.6%	28.0%	19.0%	13.6%
	50～54	53.6%	52.1%	34.3%	34.5%		50～54	26.8%	39.4%	10.2%	13.4%
	55～59	46.4%	48.9%	27.3%	32.9%		55～59	40.4%	34.4%	19.1%	11.4%
	60～64	45.1%	47.1%	27.5%	29.0%		60～64	40.3%	38.3%	16.7%	10.0%
	65～69	43.1%	45.7%	24.4%	26.3%		65～69	40.2%	41.4%	11.1%	8.0%
	70～74	42.2%	42.2%	25.0%	26.8%		70～74	40.6%	39.4%	8.8%	6.1%
1回30分以上の運動習慣なし	40～44	70.9%	69.8%	79.2%	82.5%	睡眠不足	40～44	29.4%	27.2%	27.8%	29.9%
	45～49	65.5%	68.0%	74.3%	78.6%		45～49	26.8%	26.6%	22.6%	29.1%
	50～54	65.6%	68.3%	75.9%	73.9%		50～54	29.3%	26.8%	26.2%	31.1%
	55～59	64.8%	66.2%	73.2%	72.2%		55～59	24.4%	26.2%	31.4%	30.2%
	60～64	60.1%	63.0%	60.7%	67.0%		60～64	29.4%	23.0%	23.6%	26.3%
	65～69	49.1%	54.5%	55.0%	59.5%		65～69	17.7%	20.2%	22.0%	24.1%
	70～74	42.0%	47.3%	45.3%	51.8%		70～74	17.8%	18.2%	20.4%	22.3%
1日1時間以上運動なし	40～44	47.7%	42.9%	44.4%	49.7%	改善意欲なし	40～44	32.1%	20.8%	15.7%	14.4%
	45～49	47.2%	46.2%	52.6%	50.9%		45～49	22.5%	20.9%	15.4%	14.8%
	50～54	47.6%	48.0%	54.2%	49.6%		50～54	29.9%	22.5%	24.4%	16.1%
	55～59	48.8%	47.9%	50.0%	46.7%		55～59	29.3%	24.7%	17.5%	15.6%
	60～64	58.1%	52.6%	42.8%	46.3%		60～64	23.4%	26.6%	17.1%	15.5%
	65～69	46.1%	49.0%	43.6%	45.7%		65～69	26.1%	26.9%	19.8%	16.7%
	70～74	42.0%	43.1%	41.7%	42.3%		70～74	31.7%	29.6%	22.9%	20.2%
歩行速度遅い	40～44	55.8%	54.2%	56.3%	63.7%	咀嚼__ かみにくい	40～44	11.6%	10.6%	11.1%	11.1%
	45～49	53.9%	53.0%	53.7%	59.0%		45～49	11.3%	11.1%	6.6%	11.4%
	50～54	47.0%	50.4%	51.8%	57.2%		50～54	13.1%	16.9%	11.4%	15.0%
	55～59	39.6%	50.3%	46.8%	55.6%		55～59	15.2%	19.9%	8.6%	16.2%
	60～64	49.8%	52.0%	44.7%	53.3%		60～64	20.2%	23.7%	14.5%	19.0%
	65～69	40.9%	50.2%	45.9%	51.1%		65～69	19.0%	24.3%	16.8%	21.8%
	70～74	42.8%	48.3%	43.0%	49.7%		70～74	22.7%	26.8%	19.2%	24.4%
食べる速度が速い	40～44	43.0%	44.2%	31.9%	26.4%	三食以外 間食__ 毎日	40～44	8.1%	21.1%	27.8%	31.1%
	45～49	42.3%	41.0%	34.3%	27.0%		45～49	13.4%	18.8%	27.2%	28.7%
	50～54	41.7%	36.4%	33.7%	25.4%		50～54	16.3%	17.2%	23.0%	26.9%
	55～59	34.9%	33.7%	25.5%	23.6%		55～59	12.7%	14.7%	21.5%	24.7%
	60～64	36.0%	29.1%	23.8%	22.1%		60～64	15.0%	13.5%	20.5%	24.6%
	65～69	29.4%	25.7%	21.2%	20.5%		65～69	9.9%	11.4%	20.3%	23.7%
	70～74	25.6%	23.4%	17.8%	18.7%		70～74	8.0%	11.4%	16.2%	20.5%

【フレイルハイリスク者の割合】

前期高齢者のBMI20以下の割合が増加傾向にある。
65歳以上74歳以下の咀嚼良好者が減少傾向にある。

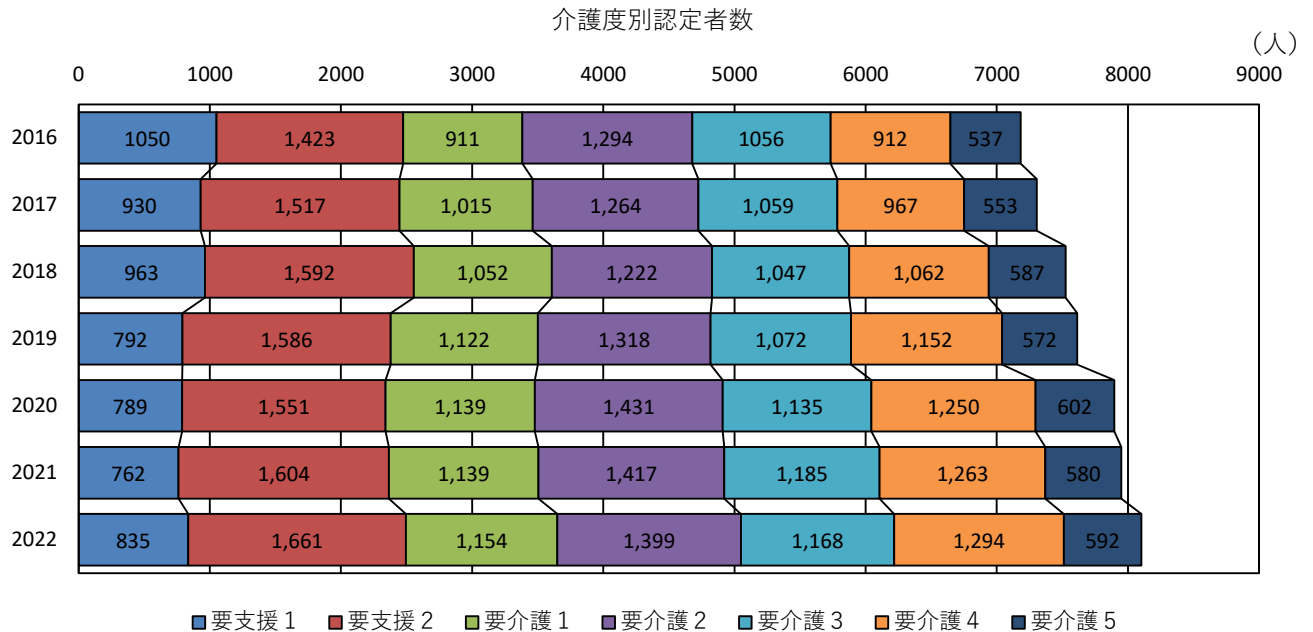


5 介護費関係の分析

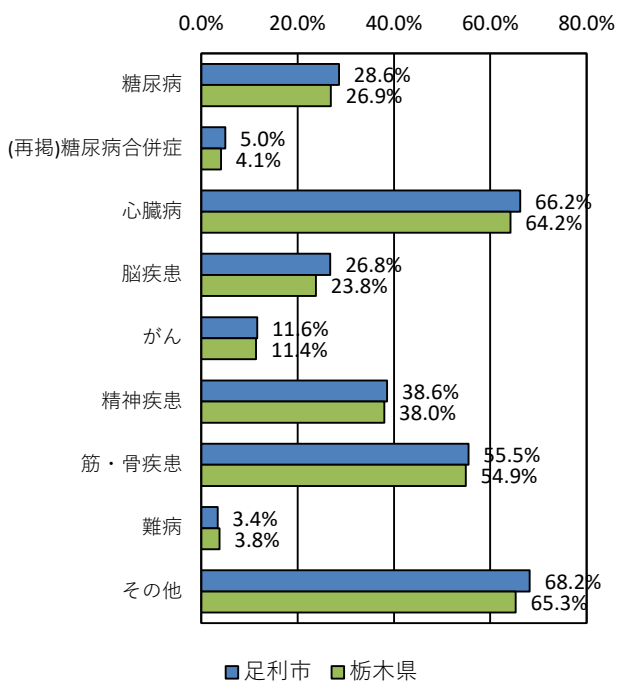
要介護3、要介護4の中重度認定者が年々増加している。

糖尿病、心臓病、脳疾患、精神疾患、筋・骨疾患の有病割合が経年的に県より高い。

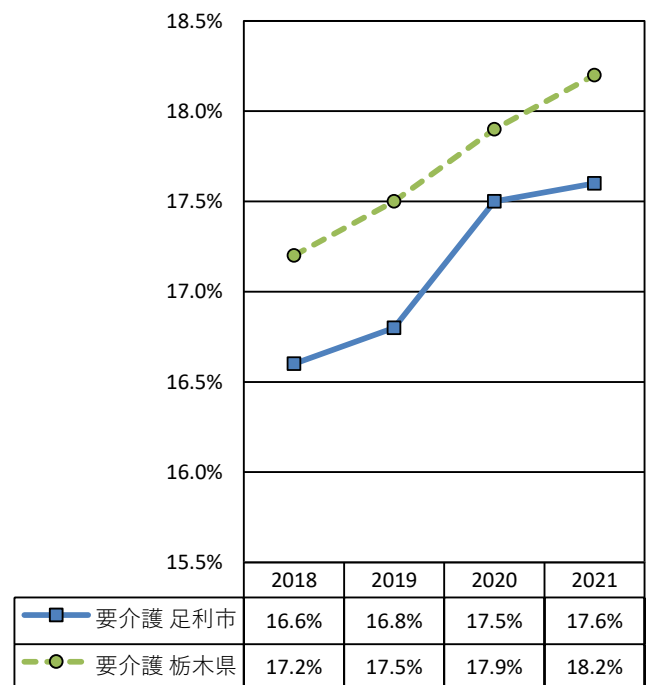
要介護認定率は経年的に高くなっているが、栃木県より低い。



要介護認定者有病割合R3



要介護認定率



出典：KDBシステム『要介護（支援）者認定状況』

III 健康課題及びデータヘルス計画（保健事業全体）の目的・目標、目標を達成するための戦略

①健康課題 (被保険者の健康に関する課題)	
①健康課題 番号	②健康課題 (優先順位付け)
I	平均寿命、健康寿命が男女とも県・国と比較低い。
II	脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）及び虚血性心疾患（急性心筋梗塞）の標準化死亡比が高い。
III	特定健診において血圧の有所見者が経年的に県より多いが高血圧の入院外医療費が県と比較低い。
IV	メタボリックシンドロームの該当者が経年的に県より高い。特に男性の該当者、予備群者が県・国と比較多い。
V	血糖の標準化該当比は県より低い、有所見者・ハイリスク者は増加傾向である。
VI	男女とも県と比較し中性脂肪、LDLコレステロール、収縮期血圧、拡張期血圧、クレアチニンの標準化該当比が高い。
VII	前期高齢者におけるフレイルハイリスク者が増加傾向（BMI20以下の増加、咀嚼良好者の減少）である。

③データヘルス計画全体の目的 (抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿)	生活習慣病の発症予防と重症化予防及び介護予防による被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化の推進
---	---

④データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)											
①健康課題番号	④評価指標番号	⑤評価指標	⑥ベースライン(年度)	⑦計画策定時実績							⑧目標値 (%)
				2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
I~VII	1	特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】		-0.03	-2.03	-3.03	-4.03	-5.03	-6.03	-7.03	
I~III	2	収縮期血圧(130mmHg以上)		2.69	0.69	-0.31	-1.31	-2.31	-3.31	-4.31	
	3			拡張期血圧(85mmHg以上)	8.67	6.67	5.67	4.67	3.67	2.67	1.67
I~II、IV~V	4	特定健診受診者の有所見者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】		-6.3	-8.3	-9.3	-10.3	-11.3	-12.3	-13.3	
	5			空腹時血糖(100mg/dl以上)	7.39	5.39	4.39	3.39	2.39	1.39	0.39
I~II、IV、VI	6	特定健診受診者の有所見者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】		1.08	-0.92	-1.92	-2.92	-3.92	-4.92	-5.92	
	7			HbA1c(5.6%以上)	-1.1	-3.1	-4.1	-5.1	-6.1	-7.1	-8.1
	8			LDLコレステロール(120mg/dl以上)	-6.48	-8.48	-9.48	-10.48	-11.48	-12.48	-13.48
I~VI	9	メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合の増加率		5.08	3.08	2.08	1.08	0.08	-0.92	-1.92	
I~VII	10	特定健診受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)	49.98(2019)	47.95	49	50	51	52	53	54	
I~II、V	11	特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合		1.36(2019)	1.48	1.45	1.4	1.35	1.3	1.25	1.2
	12			空腹時血糖値160mg/dl以上	1.1(2019)	1.33	1.3	1.25	1.2	1.15	1.1
I~IV、VI	13	収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上の者の割合		6(2019)	7.3	7.25	7.2	7.15	7.1	6.95	6.9
	14			LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	3.3(2019)	3.6	3.55	3.5	3.45	3.4	3.35
I~IV、VI	15	尿蛋白(2+)以上又はeGFR45ml/min/1.73m ² 未満者の割合		2.4(2019)	4	3.95	3.9	3.85	3.8	3.75	3.7
				16	前期高齢者(65~74歳)のうちBMIが20kg/m ² 以下	16.19(2019)	16.56	16.5	16.45	16.4	16.35
I、VII	17	50歳以上54歳以下における咀嚼良好		84.98(2019)	85.25	85.3	85.35	85.4	85.45	85.5	85.55
				18	65歳以上74歳以下における咀嚼良好	80.97(2019)	79.78	79.85	79.9	79.95	80

↑ 県で目標値設定 ↓

①健康課題番号	⑤データヘルス計画の目標を達成するための戦略
I~VI	特定健診、がん検診の受診率向上、特に若年層の受診率の向上を図るため、医師会、学校、企業等との連携して健診受診の啓発及びみなし健診の取得に向けた取組を強化する。
I~VI	個別健診からの特定保健指導の実施率を高めるため、医師会と連携しての勧奨、委託事業者を活用した勧奨、ICTの活用等多様な保健指導の実施体制を整備する。
I~VI	糖尿病重症化予防を含めた生活習慣病重症化予防のため、医師会、かかりつけ医、専門医との連携を強化するとともに高血圧予防の普及啓発を行う。特に血圧高値の者に対しては、家庭での血圧の測定の習慣化を図るため、保健指導を実施する。
I、VII	フレイルを予防するため、医師会・歯科医師会との連携を強化し、特に前期高齢者に対して低栄養やフレイル予防の視点を取り入れた保健指導、介護予防事業を行う。

④個別の保健事業(データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法)

④評価指標番号	⑨事業名称	⑩個別保健事業の評価指標	⑪ベースライン(年度)	⑬個別保健事業の目標値 (%)							⑭重点・優先度
				2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
1~18	特定健康診査	受診率	33.1(2019)	33.4	46.0	48.8	51.6	54.4	57.2	60.0	1
		40歳代受診率	15.4(2019)	16.8	29.4	31.8	34.6	37.4	40.2	43	
		50歳代受診率	20.9(2019)	21.8	34.7	37.5	40.3	43.1	45.9	48.7	
1~18	特定健診40歳前勧奨	次年度40歳の人への勧奨率	100(2022)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	2
		前年度勧奨者の特定健診受診率	7.5(2023)	-	8.5	9.5	10.5	11.5	12.5	13.5	
1~18	特定保健指導	40歳未満健診	12.8(2022)	12.8	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	3
		実施率	23.2(2019)	19.4	37.0	41.6	46.2	50.8	55.4	60.0	
		個別健診からの初回面接実施率	14.2(2019)	8.4	27.8	32.4	37.9	43.3	48.8	54.3	
1~15	生活習慣病重症化予防	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	24.1(2019)	21.4	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	4
		未治療者の医療機関受診勧奨率	100(2019)	100	100	100	100	100	100	100	
1,4,5,11,12	糖尿病重症化予防事業	未治療者の医療機関受診率	50.1(2019)	64.6	65	65.5	66	66.5	70	70.5	5
		受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	100(2019)	100	100	100	100	100	100	100	
		受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	20.5(2019)	25	25.5	26	26.5	27	27.5	28	
		保健指導対象者への保健指導実施率	7(2019)	4.5	5.5	6.5	7.5	8.5	9.5	10	
1,4,5,11,12	糖尿病重症化予防事業	終了者のHbA1cが維持・改善した者の割合	70.6(2019)	87.5	90	90	90	90	90	90	6

IV 健康課題を解決するための個別保健事業

1 特定健康診査

(1) 事業の目的	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、メタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発症や重症化を予防するために、早期治療やメタボリックシンドローム該当者及び予備群者を把握し、特定保健指導につなげるために実施する。
(2) 対象者	40歳～74歳の被保険者
(3) 現在までの事業結果	<p>特定健康診査受診率は、平成20年度に開始して以来、平成29年度までは、わずかながらも毎年向上し、平成29年度35.9%まで向上したが、平成30、令和1、令和2年度と低下した。その後、令和3、令和4年度と受診率は約1%ずつであるが、向上しているが、特定健診受診率は県平均に及ばない状況である。</p> <p>性別・年齢階層別受診率も、70歳代女性以外は、県平均を下回り、特に40歳～54歳においては、2割に届かない状況である。</p>

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
				2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトプット (実施量・率)指標	特定健診受診率	33.1 (2019)	33.4	46.0	48.8	51.6	54.4	57.2	60.0
アウトプット (実施量・率)指標	40歳代受診率	15.4 (2019)	16.8	29.4	31.8	34.6	37.4	40.2	43
アウトプット (実施量・率)指標	50歳代受診率	20.9 (2019)	21.8	34.7	37.5	40.3	43.1	45.9	48.7

(注)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

<p>(5) 目標を達成するための主な戦略</p>	<p>【健診受診についての普及啓発】 自治会等の地区組織や学校との連携、健康づくりのボランティア等による口コミによる健診受診の普及啓発を行う。(保険種別を問わず、広く市民に特定健康診査の受診の必要性の啓発を行う。)</p> <p>【健診を受診しやすい環境づくり】 健診の自己負担額や受診期間の見直し</p> <p>【健診の受診勧奨の強化】 医師会や医療機関、薬剤師会や薬局と連携し、通院中の者への受診勧奨の実施 特定健診等のデータ分析により、対象者の特性に合わせた受診勧奨として、ナッジ理論や電話・ショートメール等を活用した健診受診勧奨を事業委託により実施</p> <p>【医療機関、企業等と連携した健診結果の取得の促進】 医師会や商工会議所、地元企業等と連携し、診療情報の提供や事業主健診の結果取得の促進に向けた体制づくりを行う。</p>
---------------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

<p>集団健診は、完全予約制でがん検診と同時実施。予約日程が都合つかない者については、キャンセルし個別健診を案内しているが、個別健診を受ける人はほとんどいない。</p> <p>個別健診は、足利市医師会所属の指定医療機関(57か所)で実施</p> <p>健診期間は、集団、個別健診ともに6月～12月の実施。毎年12月は、健診の予約が困難になる状況から、個別健診の期間を延長するなどの対策が必要</p> <p>健診の受診勧奨は、令和4年度までは年2回、対象者の特性に合わせた勧奨通知を発送していたが(9月、11月)、年度前半の個別健診の受診者数が少ないため、令和5年度は年3回発送(7月、9月、11月)した。</p>
--

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>集団健診のキャンセル者の対応については、可能な限り別日程に振り替える。</p> <p>医療機関と連携し、通院中の対象者への勧奨を強化する。</p> <p>個別健診の健診の受診者負担の見直し(無料化)受診期間の延長(1月まで)</p>

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診は、健康増進課と連携し、特定健診とがん検診の同時実施。事業の実施に向けて、特定健診及びがん検診の委託事業者、健康増進課、保険年金課で、年数回の打合せを実施。 ・個別健診については、足利市医師会への協力依頼と連携による事業の実施。 ・みなし健診として、足利市農業協同組合と連携し、同組合で実施している集団健診の結果取得を行っているが、他の事業所や商工会議所との連携はとれていないため、その他の事業所健診の結果取得は、個人からの提供にとどまっている。
--

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

上記取組に加え、医師会や商工会議所、地元企業等と連携し、診療情報の提供や事業所健診の結果取得の促進に向けた体制づくりを図る。

(10) 評価計画

中間評価：2026（R8）年度、最終評価：2029（R11）年度

それ以外の年については、年度ごとの評価を実施。

* 特定健診の受診率の目標値については、第8次足利市総合計画上の目標値に合わせ、令和6年度の目標値を設定した。

令和7年度の総合計画前期計画の見直しに合わせて、当計画の目標設定を再度実施することとする。

2 特定健診40歳前勧奨

(1) 事業の目的	次年度から特定健診の対象となる39歳の被保険者に対し、特定健診について啓発することで、初年度から特定健診の受診につなげ、若い年代の受診率向上を図る。
(2) 対象者	当該年度39歳の被保険者
(3) 現在までの事業結果	40～44歳の特定健診受診率が男性13%、女性16%と低いため、特定健診の対象年齢となる前に特定健診について普及啓発、集団健診の優先予約を令和4年度から実施。勧奨対象者の令和5年度の特定健康診査の受診率は、7.5%である。

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	前年度勧奨者の 特定健診受診率	7.5 (2023)	-	8.5	9.5	10.5	11.5	12.5	13.5
アウトプット (実施量・率)指標	次年度40歳の人 への勧奨実施率	100% (2022)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(注)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(5) 目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・39歳の被保険者に40歳未満の健診の受診勧奨を行う。 ・勧奨の第1弾として39歳の被保険者で、11月までに健診を受けていない者に対し、40歳未満の健診の受診を勧奨する。 ・勧奨の第2弾として、特定健診についての周知とともに集団健診（おりひめ検診）の優先予約の実施 ・アンケートを実施して、若い年代層が健診を受けやすい環境づくりにつなげ、また、事業所等で健診の機会がある者の把握に努め、事業所健診の結果取得につなげられるようにする。
------------------------	---

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

<p>40歳未満健診と連動させ、39歳の被保険者については、40歳未満健診の受診券を10月までに発送し、11月までに健診を受けていない者については、40歳未満健診の受診を勧奨する。</p> <p>2月のおりひめ検診の予約開始前の1月に、39歳の被保険者全員に対し、特定健診についての周知とともに集団健診（おりひめ検診）の優先予約を実施する。</p>
--

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>令和4年度からの実施のため、現在の実施方法で実施し、新規40歳の健診の受診率、40歳代前半の被保険者の健診の受診状況を確認しながら、より効果的な実施ができるように随時検討していく。</p>

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

対象者の抽出や勧奨通知の発送は保険年金課で実施。集団健診の優先予約については、健康増進課と協議し、優先予約枠を設定し募集している。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

令和4年度から開始したため、当面の間、現在の体制で実施し、新規40歳の被保険者の健診受診率、40歳代前半の被保険者の健診受診状況を確認しながら、より効果的な実施ができるように随時検討していく。

(10) 評価計画

中間評価：2026（R8）年度、最終評価：2029（R11）年度
それ以外の年については、年度ごとの評価を実施

3 40歳未満健診

(1) 事業の目的	若いうちから、自分の健康について関心を持ち、生活習慣病、メタボリックシンドロームの予防につなげる。
(2) 対象者	40歳未満の被保険者で、学校や職場等での健診の機会がない者 34歳までの被保険者については希望する者 35歳～39歳の被保険者については、全員に受診券を送付
(3) 現在までの事業結果	令和元年度までは、30歳及び35歳の被保険者に受診券を送付し、それ以外の年齢は希望者のみで実施していたが、40歳で特定健診の対象となる前に健診を習慣付けるため、令和2年度～3年度は、38～39歳の被保険者にも受診券を送付することとし、送付対象者の拡大を図った。令和4年度からは、35～39歳の被保険者全員に毎年送付することとした。 受診者数 H30…114名、R1…111名、R2…137名、 R3…135名、R4…164名

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率)指標	35～39歳の 受診率	12.8 (2022)	12.8	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(5) 目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の対象年齢前から健診の習慣付けとして、40歳未満の健診を実施。35歳以降は毎年受診券を対象者全員に送付する。 ・当該年度39歳の被保険者で、11月までに健診を受けていない者に対し、40歳未満の健診の受診を勧奨する。 ・足利市公式LINE等を活用し、周知を図る。
--------------------	---

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

受診券発送年齢を随時見直し、令和4年度からは、35歳以上の被保険者全員に対して毎年受診券を送付することで、受診者数が増加した。

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

学校を卒業後、30歳代になるまで健診の機会がなかったため、職場等で健診の機会がない30歳未満の者へも希望すれば、健診を受けることができるよう受け入れ年齢を拡大する。
--

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

医療機関個別方式でのみ実施。足利市医師会への協力依頼と連携による事業の実施

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現行と同様に医療機関個別方式で、足利市医師会への協力依頼と連携による事業の実施を継続

(10) 評価計画

中間評価：2026（R8）年度、最終評価：2029（R11）年度
それ以外の年については、年度ごとの評価を実施

4 特定保健指導

(1) 事業の目的	対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気付き、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより自分の健康に関するセルフケアができるようになる。
(2) 対象者	40歳～74歳の特定保健指導対象者
(3) 現在までの事業結果	<p>特定保健指導実施率は、20%前後で推移しており、県平均の実施率より低い。</p> <p>集団健診からの実施率は、8割を超えるが、個別健診からの実施率は約1割である。</p>

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率)指標	実施率	23.2 (2019)	19.4	37.0	41.6	46.2	50.8	55.4	60.0
アウトプット (実施量・率)指標	個別健診からの初 回面接実施率	14.2 (2019)	8.4	27.8	32.4	37.9	43.3	48.8	54.3
アウトカム (成果)指標	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	24.1 (2019)	21.4	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5
アウトカム (成果)指標	腹囲-2cmかつ体 重-2kg達成者の 割合	23.7 (2022)	23.7	24.7	25.2	25.7	26.2	26.7	27.2

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(5) 目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診については、引き続き結果説明会時に初回面接を実施。 ・ 医師会・医療機関との連携を強化し、個別健診受診の対象者の特定保健指導の初回面接実施の増加につなげる。 ・ 特定保健指導の利用勧奨について、外部委託を含めて効果的な方法を検討していく。
------------------------	---

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

集団健診については、結果説明会で初回面接を実施しているため、説明会実施前にあらかじめ特定保健指導対象者に電話をし、初回面接予約を入れる。その時点で希望がなかった者については、結果説明会時に再勧奨する。

個別健診については、結果返却時に、医師から勧奨し、健診月の翌々月に医師会から健診データを受領し、保健指導対象者に通知を発送。その後、申込みのなかった者に対して電話勧奨を実施していたが、結果返却からの期間があくこと、本人と電話連絡が取れない者も多く、効果的な勧奨が実施できていない。

保健指導については、利用者アンケートによると、満足度は高く、9割以上が保健指導に参加してよかったと回答。また、生活習慣の変化として食生活が改善した者84.0%、身体活動の改善59.8%である(令和4年度実施結果)。

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

個別健診からの利用勧奨については、業務委託を活用し、ショートメール等の活用、コールセンターの活用、ナッジ理論を活用した通知、訪問による勧奨など複数の手段を活用する。

保健指導は、対象者の希望に合わせて対応できるよう体制を整備する。(来所、訪問、オンライン、メール、電話、アプリの活用等)

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

集団健診については、健診から約1か月後の結果説明会において、特定保健指導対象者に初回面接を実施するためのスタッフの調整、検査機関との連携は行えている。

個別健診については、初回面接実施委託医療機関を徐々に増やし、令和5年度時点で15医療機関で実施できる体制にし、結果返却時に特定保健指導の初回面接を実施しているが、医療機関により実施率にばらつきがある。

保健指導の実施は、直営で、足利市の登録栄養士を中心に保健指導を実施している。毎年、保健指導実施前に研修会を実施している。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

医師会・個別健診実施医療機関との連携を強化し、個別健診から特定保健指導に早期につなげる仕組みを整備する。

- ・初回面接実施医療機関の増加
- ・初回面接実施医療機関以外の場合、個別健診結果を医師から返却するときに、対象者に特定保健指導の実施を勧奨し、結果返却時に特定保健指導を予約できるようにする。
- ・アプリ導入の検討をする。

(10) 評価計画

中間評価：2026(R8)年度、最終評価：2029(R11)年度

それ以外の年については、年度ごとの評価を実施

*特定保健指導の実施率の目標値については、第8次足利市総合計画上の目標値に合わせ、令和6年度の目標値を設定した。令和7年度に総合計画の前期計画の見直しに合わせて、当計画の目標設定を再度実施することとする。

5 生活習慣病重症化予防

(1) 事業の目的	医療機関での治療が必要な未治療者の生活習慣病の重症化を予防する。
(2) 対象者	特定健康診査受診者のうち、血圧、脂質、血糖、腎機能で受診勧奨値のレッドゾーン該当者で、レセプトにおいて当該項目における治療が確認できない者
(3) 現在までの事業結果	レッドゾーン該当者で医療機関未受診者に電話や訪問などできるだけ直接本人と接触する形で勧奨を行うことで、医療機関受診につながる人が増えているが、毎年勧奨対象者となる者もいる。特に血圧値でレッドゾーン該当になる者が多いため、高血圧対策が必要。

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率)指標	未治療者の医療機関受診勧奨率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100
アウトプット (実施量・率)指標	未治療者の医療機関受診率	50.1 (2019)	64.6	65	65.5	66	66.5	70	70.5

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(5) 目標を達成するための主な戦略	医師会、かかりつけ医との連携を強化する。特に血圧高値の者に対しては、家庭での血圧測定を習慣化するための保健指導を実施するとともに高血圧予防の普及啓発を行う。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

<p>健診受診の4か月後(6月健診の場合は、10月)にKDBから受診勧奨値のレッドゾーンに該当する者を抽出し、レセプトで医療機関の受診状況を確認。該当項目でのレセプト病名がない者に対し、受診勧奨を実施</p> <p>生活習慣病での受診歴のない者については、通知発送後、登録看護師により電話や訪問で勧奨を実施。</p>
--

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

上記に加えて、特に高血圧で該当になった者については、訪問や来所型の健康相談等で家庭血圧測定の実施の推進、家庭血圧の推移をみて医療機関の受診勧奨等の保健指導を実施する。

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>保険年金課にて、登録看護師を活用し実施</p> <p>医師会に実施状況を報告</p>

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現行と同様の体制で実施予定だが、特に血圧高値の有所見者が多いため、ポピュレーションアプローチと連動させて高血圧対策を進めていく。

(10) 評価計画

中間評価：2026（R8）年度、最終評価：2029（R11）年度
それ以外の年については、年度ごとの評価を実施

6 糖尿病重症化予防事業

(1) 事業の目的	糖尿病の重症度や医療機関の受診状況に応じて、対象者への適切な情報提供、受診勧奨、保健指導を実施することにより、糖尿病の発症、重症化、人工透析への移行を予防する。
(2) 対象者	特定健診・人間ドックなどの受診者のうち、「栃木県糖尿病重症化予防プログラム」の抽出基準に該当した被保険者。
(3) 現在までの事業結果	糖尿病重症化予防に関する情報提供は、健診結果の返却時に該当者にリーフレットにより情報提供を実施。受診勧奨は、未治療者及び治療中断者に通知や訪問等でほぼ全数に実施できているが、医療機関受診に繋がるのは、20～25%である。保健指導は、対象者の10%に至らないが、保健指導脱落者は少なく、9割以上は終了している。保健指導後の血糖・HbA1cの数値の改善率は、令和4年度87.5%であった。

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨対象者 (未治療者) への 受診勧奨実施率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨対象者 (未治療者) の医 療機関受診率	20.5 (2019)	25	25.5	26	26.5	27	27.5	28
アウトカム (成果)指標	保健指導対象者へ の保健指導実施率	7 (2019)	4.5	5.5	6.5	7.5	8.5	9.5	10
アウトカム (成果)指標	保健指導終了者の 血糖・HbA1cが維持・ 改善した者の割合	70.6 (2019)	87.5	90	90	90	90	90	90

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

<p>(5) 目標を達成するための主な戦略</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病重症化予防事業の推進のため、医師会・かかりつけ医、専門医との連携を強化する。 ・保健指導の外部委託を検討し、ICTやPHRの活用、薬局等での保健指導の実施など、効果的で継続的な支援を行えるようにする（令和7年度以降に実施）
---------------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

<p>情報提供：複合検診結果説明会及び個別医療機関で結果説明時に実施 受診勧奨：通知及び電話、訪問による受診勧奨の実施。 保健指導：栃木県糖尿病重症化プログラムに基づき、保険年金課で保健指導対象者を抽出後、かかりつけ医を訪問し、保健指導勧奨の同意を得たのち、本人に保健指導案内通知を送付。健康増進課で約6か月間の継続した保健指導を実施、案内通知の送付のみでは、保健指導の申し込みがほとんどないため、保険年金課で訪問等で再勧奨するとともに、かかりつけ医からも勧奨する。</p>

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>受診勧奨については、医療機関での治療が確認できない者については、継続的な支援を行い、医療機関受診へと結び付けられるようにする。 保健指導については、連携するかかりつけ医の増加を目指す。</p>
--

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>受診勧奨は保険年金課、保健指導については、対象者の抽出及び保健指導の案内までを保険年金課で行い、指示書の依頼、保健指導は健康増進課で実施 年2回、保健指導を担う登録管理栄養士に対して研修の実施（保健指導マニュアルに沿って実施に向けての研修、県の専門家派遣事業を活用し保健指導技術の向上を目指した研修）</p>
--

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>糖尿病重症化予防事業については、受診勧奨、保健指導の案内、保健指導の実施を保険年金課に一元化して実施することで、効率的・効果的に保健指導の勧奨、実施につなげられるようにする。 被保険者のPHRデータやICTの活用等、外部委託の活用を検討（令和7年度以降）</p>

(10) 評価計画

<p>中間評価：2026（R8）年度、最終評価：2029（R11）年度 それ以外の年については、年度ごとの評価を実施</p>

V 第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画

1 第4期計画の達成しようとする目標

特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目した健診を実施し、生活習慣病の発症・重症化の危険因子の保有状況により対象者を階層化し、適切な保健指導を実施することにより、生活習慣病の有病者・予備群の減少、また、健康寿命の延伸や医療費適正化につなげることを目的として実施する。

また、特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率の計画期間最終年度の目標値は国の示した60%と同率とし、第8次足利市総合計画の前期計画との整合性を図るため、2024年（R6）から2029年（R11）までの6年間については、次のとおりとし、第8次足利市総合計画の後期計画の策定に合わせてそれまでの実績を考慮し、目標値を再設定することとする。

特定健康診査 第4期計画の目標設定

	2024年 (R6)	2025年 (R7)	2026年 (R8)	2027年 (R9)	2028年 (R10)	2029年 (R11)
特定健康診査受診率	46.0%	48.8%	51.6%	54.4%	57.2%	60.0%
特定保健指導実施率	37.0%	41.6%	46.2%	50.8%	55.4%	60.0%

2 第4期計画の特定健康診査等の対象者数

(1) 特定健康診査の対象者数の見込

特定健康診査の実績における受診率は、平成30年度では、35.7%であったが、令和元年度から2年にかけて約2%ずつ低下している。令和3年度以降は約1%ずつ向上しているが、令和4年度の計画値と実績値の乖離をみると計画値では55.0%の受診率に対し、実績値は33.4%となり21.6ポイント下回る状況である。

第3期計画の見込み数と実績との状況から新たに推計を行い、2029年度（R11）の対象者数を16,867人、目標受診者数を10,162人とした。

特定健康診査 第3期計画と実績値

		2018年 (H30)	2019年 (R1)	2020年 (R2)	2021年 (R3)	2022年 (R4)	2023年 (R5)
計画	対象者見込み数	29,999	28,943	27,924	26,942	25,993	25,078
	目標受診者数	11,100	11,577	12,566	13,471	14,296	15,047
	目標受診率	37.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
実績	対象者数	25,738	24,792	24,161	23,091	21,343	
	受診者数	9,191	8,200	7,528	7,384	7,125	
	受診率	35.7%	33.1%	31.2%	32.0%	33.4%	

特定健康診査 第4期計画の目標値

	2024年 (R6)	2025年 (R7)	2026年 (R8)	2027年 (R9)	2028年 (R10)	2029年 (R11)
国保被保険者数	28,592	27,085	25,637	24,178	22,743	21,295
40歳以上加入者数	20,346	19,274	18,243	17,205	16,184	15,154
除外規定該当者数	100	100	100	100	100	100
特定健診対象者数	20,346	19,274	18,243	17,205	16,184	15,154
目標受診率	46.0%	48.8%	51.6%	54.4%	57.2%	60.0%
目標受診者数	9,359	9,406	9,414	9,360	9,257	9,092
他の健診のデータ受領数	50	50	50	50	50	50
保険者が実施すべき数	9,359	9,406	9,414	9,360	9,257	9,092

(2) 特定保健指導の対象数の見込

特定保健指導の実績における実施率は、「積極的支援」では平成30年度では、18.5%であったが、令和1年度、2年と低下した。その後、令和3年度は17.3%、令和4年度では18.2%と、それぞれ前年度と比較し、8.5ポイント、0.9ポイント向上している。「動機付け支援」では令和1年度では25.5%であったが、令和2年度以降は20%前後で推移し、令和4年度では19.7%となっている。また、計画値と実績値の乖離をみると「積極的支援」「動機付け支援」ともにいずれの年度も計画値には達していない状況である。

第3期計画の見込み数と実績との状況から新たに推計を行い、2029年（R11）の対象者数を1,083人、目標実施者数を650人とした。

特定保健指導 第3期計画と実績値

			2018年 (H30)	2019年 (R1)	2020年 (R2)	2021年 (R3)	2022年 (R4)	2023年 (R5)
計画	積極的支援	対象者見込み数	183	191	207	222	236	248
		目標実施者数	51	57	83	100	118	149
		目標実施率	28.0%	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
	動機付け支援	対象者見込み数	1,038	1,082	1,175	1,260	1,337	1,407
		目標実施者数	291	325	470	567	668	844
		目標実施率	28.0%	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
	合計	対象者見込み数	1,221	1,273	1,382	1,482	1,573	1,655
		目標実施者数	342	382	553	667	786	993
		目標実施率	28.0%	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
実績	積極的支援	対象者数	178	189	160	156	181	
		実施者数	33	28	14	27	33	
		実施率		14.8%	8.8%	17.3%	18.2%	
	動機付け支援	対象者数	818	686	660	613	614	
		実施者数	192	175	132	134	121	
		実施率	23.5%	25.5%	20.0%	21.9%	19.7%	
	合計	対象者数	996	875	820	769	795	
		実施者数	225	203	146	161	154	
		実施率	22.6%	23.2%	17.8%	20.9%	19.4%	

特定健康診査 第4期計画の目標値

	2024年 (R6)	2025年 (R7)	2026年 (R8)	2027年 (R9)	2028年 (R10)	2029年 (R11)	
特定健康診査目標受診者数	9,359	9,406	9,414	9,360	9,257	9,092	
特定健康診査受診者による保健指導対象者数	1,001	1,006	1,007	1,001	991	973	
途中加入者による特定保健指導対象者	50	50	50	50	50	50	
特定保健指導対象者計	1,001	1,006	1,007	1,001	991	973	
目標実施率	37.0%	41.6%	46.2%	50.8%	55.4%	60.0%	
目標実施者数計	371	419	465	509	549	584	
個別 健診 等	対象者数	841	845	846	841	832	817
	目標実施率	27.0%	32.4%	37.9%	43.3%	48.8%	54.3%
	目標実施者数	227	274	320	365	406	444
集団 健診	対象者数	160	161	161	160	158	156
	目標実施率	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	目標実施者数	144	145	145	144	143	140
積極的支援対象者数	198	199	200	198	196	193	
積極的支援目標実施率	37.0%	41.6%	46.2%	50.8%	55.4%	60.0%	
積極的支援目標実施者数	73	83	92	101	109	116	
動機付け支援対象者数	803	807	808	803	794	780	
動機付け支援実施率	37.0%	41.6%	46.2%	50.8%	55.4%	60.0%	
動機付け支援目標実施者数	297	336	373	408	440	468	

3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査の実施に係る基本的な事項

① 特定健康診査実施対象者

実施年度中に40歳～74歳となる被保険者で、かつ当該年度の1年間を通して加入している者及び当該年度中に75歳に達するまでの者（75歳未満の者に限る。）とする。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）は上記対象から除く。

② 実施項目

健診項目	内 容	
基本項目	質問票	服薬歴、喫煙歴等
	身体測定	身長、体重、BMI、腹囲
	理学的検査	身体診察
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
	脂質検査	中性脂肪（空腹時又は随時） HDLコレステロール、LDLコレステロール
	血糖検査	空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c
	肝機能検査	AST, ALT, γ -GT
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細項目	心電図検査	
	貧血検査	赤血球、血色素、ヘマトクリット値
	腎機能検査	血清クレアチニン検査（eGFR（推算糸球体濾過量））
	眼底検査	
追加	血清アルブミン検査	

* 詳細項目については、一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施であるが、眼底検査以外は、基準に該当しない者については、追加項目として実施。

③ 実施場所

個別健診	市内の契約医療機関で実施
集団健診	足利市保健センター、市有施設で実施 市が実施する「おりひめ検診」、「いちょう検診」において行う。

④ 時期・期間

個別健診	毎年度6月～1月
集団健診	毎年度6月～12月

(2) 特定保健指導の実施に係る基本的な事項


① 特定保健指導実施対象者の選定

特定保健指導の対象者は、特定健康診査を受診した結果、腹囲又はBMIが下記の基準に該当する者のうち、下記の追加リスクに1項目以上該当する者とする。

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者を除く。

腹 囲		男性85cm以上、女性90cm以上 又は男性85cm未満、女性90cm未満で、BMI25以上
追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dl以上又はHbA1c5.6%以上
	脂質	中性脂肪：（空腹時）150mg/dl以上（随時）175mg/dl以上 又はHDLコレステロール40mg/dl未満
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上

② 特定保健指導実施対象者の階層化

腹 囲	追加リスク		対 象	
	(a) 血糖 (b) 脂質 (c) 血圧	(d) 喫煙歴	40～64歳	65歳以上
男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

* 喫煙歴の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

③ 特定保健指導実施対象者の重点化

健診受診率又は指導対象者が予定数を上回る場合には次の項目に着目して重点化を行うこととする。なお、特定保健指導対象者の重点化は、保険者内の保健師等の専門職が行う。

- ・ 年齢の比較的若い対象者
- ・ 健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- ・ 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要が高い対象者
- ・ これまでに、積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

④ 実施場所

足利市保健センター及び市内市有施設等で行う。対象者の状況に応じて、対象者宅やオンライン会議システムを活用する等、柔軟に対応する。

⑤ 実施内容

階層化された特定保健指導対象者に対し、「標準的な健康・保健指導プログラム」に定義される積極的支援、動機付け支援を実施する。

ア 積極的支援

- 対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるよう、保健師、管理栄養士等の面接による指導のもと行動計画を作成し、かつ対象者が生活習慣を改善するための取組みに資する適切な保健指導による働きかけを相当な期間継続して行う。
- 初回時に面接による支援を1回行い、その後3か月以上の継続的な支援を行う。継続的な支援は、面接、電話、メールなどを組み合わせて行う。
- アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施する。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べて2年目の状態が改善している者については、動機づけ支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したことになる。
- 初回面接から3か月後に、評価を行い、アウトカム評価とプロセス評価を実施し、180ポイントに満たない場合、追加支援を行う。

イ 動機づけ支援

- 積極的支援同様に行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取組みに関する動機付けのための支援を行う。
- 支援は原則1回のみとする。
- 行動計画作成から3か月経過後に面接又は通信等を利用した、計画の実績に関する評価を行う。

⑥ 時期・期間

初回面接開始時期	毎年度7月～翌年5月
評価開始時期	毎年度10月～翌年8月

(3) 外部委託の考え方

① 外部委託の有無

ア 特定健康診査

個別健診	外部委託により実施
集団健診	外部委託により実施

イ 特定保健指導

市直営での実施を基本とするが、非常勤の保健師や管理栄養士に依頼する場合は、「足利市登録看護師等設置要領」に基づき、この登録者を充てるものとする。

また、効率的かつ質の高いサービスを提供するために、必要に応じて外部委託を行うものとする。

個別健診	一部外部委託により実施
集団健診	直営により実施

② 外部委託契約の契約形態

外部委託者との個別契約により実施する。

③ 外部委託者の選定についての考え方

厚生労働省告示に定める基準に適合した外部委託者を選定する。また、契約の方式としては地方自治法第234条の規定に該当する場合は随意契約によるものとする。

なお、契約は、単年度契約を基本とする。

④ 代行機関の利用

健診データの管理・送信事務及び費用の決済については、栃木県国民健康保険団体連合会へ委託する。

(4) 周知や案内の方法

① 受診・利用方法の案内

特定健康診査の実施日及び受診券等の交付方法や健診受診場所など具体的な実施内容については、自治会等地区組織を通じて案内を配布するほか、広報あしかがみ、市ホームページに掲載するなどの方法により周知する。

特定保健指導の実施日、実施場所など具体的な内容については、対象者に直接周知する。

② 健診結果

ア 個別健診

○ 個別健診の健診結果は、健診機関から受診者本人に直接通知する。

イ 集団健診

○ 集団健診（おりひめ検診、いちよう検診）の健診結果は、結果説明会で受診者本人に直接通知する。

(5) 人間ドック及び事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

① 国保人間ドックとの調整

国保人間ドックについては、特定健康診査の法定健診項目を含有するものとし、人間ドック受診結果については、特定健康診査と同様のものとして取り扱う。

また特定健康診査との重複受診はできないものとする。

② 事業主健診等の把握

関係機関の協力を得ながら、被保険者を雇用する事業所・各種団体等が行っている健診等の把握に努めるため、実施可能な健診データの受領方法を検討する。健診データ提供に協力が得られる場合は、受領に関する契約により個人情報の取扱いに留意しつつ、順次データの収集を図る。

③ 人間ドック及び事業主健診等のデータについて

人間ドック及び事業主健診等のデータについては、標準的な電子データファイル及び紙データでの受領の方式とする。

人間ドックにおいては、指定医療機関で実施の場合は、被保険者本人の同意を得た上で、医療機関から直接データを受領する方式とする。指定医療機関外で実施の場合は、被保険者から直接受領する。事業主健診等においては、被保険者本人から直接受領するか、被保険者本人の同意を得た上で、事業主健診実施機関等からデータを受領する方式とする。

標準的な電子データファイルで受領した場合	電子データファイルに登録されている対象者であることを確認し、特定健康管理データシステムにファイルアップロードを行う。
紙データで受領した場合	特定健康診査の対象者であることを確認し、紙データに基づき特定健康管理データシステムに担当者が入力を行う。

(6) 受診券・利用券について

① 特定健康診査の受診券

様式	がん検診受診券と一体化した市独自様式
送付対象者と方法	実施対象者のうち、4月中旬時点でおりひめ検診及び国保人間ドック受診予定者以外の全対象者に郵送で交付する。
送付時期	5月下旬

② 年度途中加入者の特定健康診査の受診券

様式	厚生労働省の定める様式
送付対象者と方法	11月までの途中加入者については、加入翌月の下旬に郵送で交付する。
送付時期	6月下旬～12月下旬

③ 特定保健指導の利用券

様式	厚生労働省の定める様式
送付対象者と方法	特定健康診査受診により階層化した上で発行処理を行う。利用券の発行はしない。
送付時期	—

④ 受診券紛失等の取扱い

交付状況及び受診状況を確認の上、受診券は原則保険年金課で再発行する。

(7) 年間スケジュール

作業項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
契約	委託機関との調整												
	契約準備												
	契約準備												
特定健康診査	対象者抽出												
	受診券発行												
	特定健康診査の実施												
	データ受領・費用決済												
	除外規定該当者確認												
	人間ドック結果受領												
	事業主健診結果受領												
	受診勧奨												
健診データ抽出													
特定保健指導	対象者抽出												
	利用券発行												
	保健指導の実施												
	データ受取												
	利用勧奨												
	保健指導データ抽出												
その他	計画の評価												
	計画の見直し												
	次年度事業計画の策定												
	実績報告												

4 その他特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

(1) がん検診とのタイアップ

被保険者の利便性を考慮して、集団健診においては、がん検診と同時実施、個別健診においては、がん検診を同時実施できるように関係各課及び健診実施機関と調整を行う。

(2) 特定健診・特定保健指導の自己負担額

特定健康診査	無料
特定保健指導	無料

VI その他

<p>データヘルス計画及び特定健康診査・特定保健指導実施計画の評価・見直し</p>	<p>【個別の保健事業の評価・見直し】</p> <p>個別の保健事業の評価は、毎年度行う。保健事業ごとの評価指標に基づき実施し、毎年度末に次年度の保健事業計画のための仮評価を行い、法定報告値がそろそろ11月に最終的な評価を実施し、毎年、足利市国民健康保険運営協議会で報告する。</p> <p>目標の達成状況が想定に達しない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったかを確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。</p> <p>【データヘルス計画全体の評価・見直し】</p> <p>毎年、進捗状況の確認を行い、令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を実施し、必要に応じ計画の見直しを行う。毎年の進捗状況・中間評価・最終評価は足利市国民健康保険運営協議会で報告し、計画の見直しを行う際は、足利市国民健康保険運営協議会に諮ることとする。</p>
<p>データヘルス計画及び特定健康診査・特定保健指導実施計画の公表・周知</p>	<p>この度策定した国民健康保険保健事業実施計画、特定健康診査等実施計画は、市ホームページ等により公表し、広く市民に内容等の周知を行う。</p> <p>また、特定健康診査等の趣旨の普及・啓発については、年1回以上広報あしかがみ及び市ホームページに掲載するとともに、関係機関・関係団体・関係施設に冊子を配布する。</p> <p>その他、特定健診受診率向上を図るため必要に応じ啓発ポスター・パンフレットにより周知に努める。</p>

<p>個人情報の取扱い</p>	<p>①特定健診・特定保健指導の記録データの保存方法</p> <p>特定健診のデータについては、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で特定健診の委託先から代行機関である栃木県国民健康保険団体連合会に送付され、保存される。</p> <p>特定保健指導のデータについては、市で特定保健指導を実施し、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイル形態で代行機関である国民健康保険団体連合会に送付され、保存される。</p> <p>②健康記録情報の保存年限及び保存年限後の取扱い</p> <p>健康記録情報のデータ保存年限は、原則5年間とする。</p> <p>ただし、加入する被保険者に異動があった場合には、本人が希望する場合には、データを渡すことができるようにし、保険者分は翌年度末まで保存する。</p> <p>本計画で実施する保健事業の実施及び評価で使用する医療・健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律、足利市個人情報保護法施行条例、足利市情報セキュリティポリシー及び「医療・介護関係における個人情報の取り扱いのためのガイドラインの一部改正等について」等を踏まえた対応を行う。</p> <p>個人情報の管理・保護に十分に配慮しつつ、効率的な保健事業を実施する。</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>KDBシステムによるデータなどを活用して地域の健康課題の分析や保健事業、前期高齢者の生活習慣病重症化及び低栄養やオーラルフレイル等のフレイルのハイリスク者等を性別・年齢階層・日常生活圏域に着目して抽出し、地域ケア会議等で地域包括ケアに係る関係者と情報を共有する。</p> <p>フレイルのハイリスク者については、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業でのポピュレーションアプローチの場である通いの場や地域支援事業等のフレイル予防事業につなげる。</p> <p>また、地域住民が自主的に活動するグループや社会教育、自治会等の活動の場において、特定健診・特定保健指導、ジェネリック医薬品の利用促進、適切な医療のかかり方や服薬等の啓発を行い、被保険者の健康の保持増進、医療費適正化促進への取組を行う。</p>

足利市国民健康保険保健事業実施計画
(第3期 足利市国保データヘルス計画)

発行日 2024年3月

発行者 足利市生活環境部保険年金課

〒326-8601 栃木県足利市本城三丁目2145番地

TEL : 0284 (20) 2145

FAX : 0284 (22) 1131