

**八幡市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画**

令和6年(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6年3月

八幡市

目次

第1章 基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画期間	3
4 実施体制・関係機関との連携	3
第2章 八幡市の概況	4
1 八幡市の特性	4
(1) 地理的社会的背景	4
2 人口と八幡市国民健康保険被保険者の状況	4
(1) 八幡市の人口	4
(2) 八幡市国民健康保険被保険者の状況	5
3 医療に関する情報	6
4 平均寿命と平均自立期間	7
5 介護保険の状況	9
(1) 要介護(支援)認定状況	9
(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況	9
6 死亡の状況	10
(1) 標準死亡比の状況	10
(2) 疾病別死亡者数・割合	12
第3章 第2期データヘルス計画の振り返り	13
1 計画期間	13
2 前期計画時の健康課題に対応する保健事業	13
3 健康課題に対する数値の経過	14
4 考察	14
5 個別保健事業の最終評価	15
第4章 健康・医療情報の分析	32
1 特定健康診査の状況	32
(1) 特定健康診査受診率	32
(2) 検査項目別有所見者の割合	35
(3) メタボリックシンドロームの状況	38
(4) 質問票の状況	39

(5) 受診勧奨判定値該当者の未治療者率	43
(6) 健診受診者と健診未受診者の治療状況	44
2 特定保健指導の状況.....	45
(1) 特定保健指導の実施状況.....	45
(2) 積極的支援の状況	46
(3) 動機付け支援の状況	47
(4) 性・年代別特定保健指導実施率.....	48
(5) 特定保健指導実施者と非実施者の比較	48
3 医療費の状況	49
(1) 年度別 医療費の状況(総医療費・1人当たり医療費)(医科)	49
(2) 入院・外来別の医療費状況 (医科)	50
(3) 1人当たり医療費 府・国比較 (医科).....	50
(4) 疾病別医療費構成比(令和4年度)	51
(5) 医療費上位10疾患 入院	52
(6) 医療費上位10疾患 外来	53
(7) 生活習慣病における1人当たり医療費(外来+入院)	54
(8) 生活習慣病の患者数	58
(9) 生活習慣病の性別・年代別受診割合	60
(10)人工透析患者の状況.....	62
(11)歯科医療費の状況	66
(12)ジェネリック医薬品普及の状況.....	68
(13)重複・多剤服薬の状況	68
第5章 健康課題の明確化.....	70
1 分析結果まとめ	70
2 健康課題の抽出と個別目的	72
第6章 データヘルス計画(保健事業全体)の目的・目標.....	73
1 第3期データヘルス計画の大目的	73
2 個別目的と対応する保個別保健事業	73
第7章 第4期特定健康診査等実施計画	74
1 特定健康診査・特定保健指導等の実施目標(国基準).....	74
2 八幡市における目標	74
3 特定健康診査・特定保健指導の対象者数	75
(1) 特定健康診査対象者数.....	75
(2) 特定保健指導対象者数.....	75

4	特定健康診査の実施方法	76
(1)	特定健康診査の実施内容	76
(2)	特定健康診査の実施項目	76
(3)	実施体制	77
(4)	健診データの収集	77
(5)	未受診者対策	77
5	特定保健指導の実施方法	78
(1)	特定保健指導の実施内容	78
(2)	支援内容	79
(3)	実施体制	79
6	外部委託者の選定方法、基準	80
7	周知・案内方法	80
8	データの保管及び管理方法	80
9	年間スケジュール	80
第8章	個別保健事業計画	81
1	特定健康診査・特定健康診査未受診者対策	81
2	特定保健指導・特定保健指導未利用者対策	82
3	糖尿病性腎症重症化予防事業	83
4	生活習慣病重症化予防事業	85
5	早期介入保健指導事業	86
6	ジェネリック医薬品差額通知	87
7	重複・多剤服薬者に対する通知事業【新規：多剤対策】	88
8	後期高齢者の糖尿病及び生活習慣病重症化予防	89
第9章	地域包括ケアに係る取り組み	90
1	概況・方針	90
(1)	地域で被保険者を支える連携の促進	90
(2)	課題を抱える被保険者層の分析と事業の実施	90
第10章	計画の評価・見直し	90
1	評価の時期	90
(1)	個別事業計画の評価・見直し	90
(2)	個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	90
第11章	計画の公表・周知	91
1	計画の公表・周知	91

第12章 個人情報の取り扱い.....	91
1 個人情報の取り扱い.....	91

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)においては、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市区町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」としています。また、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、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、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。

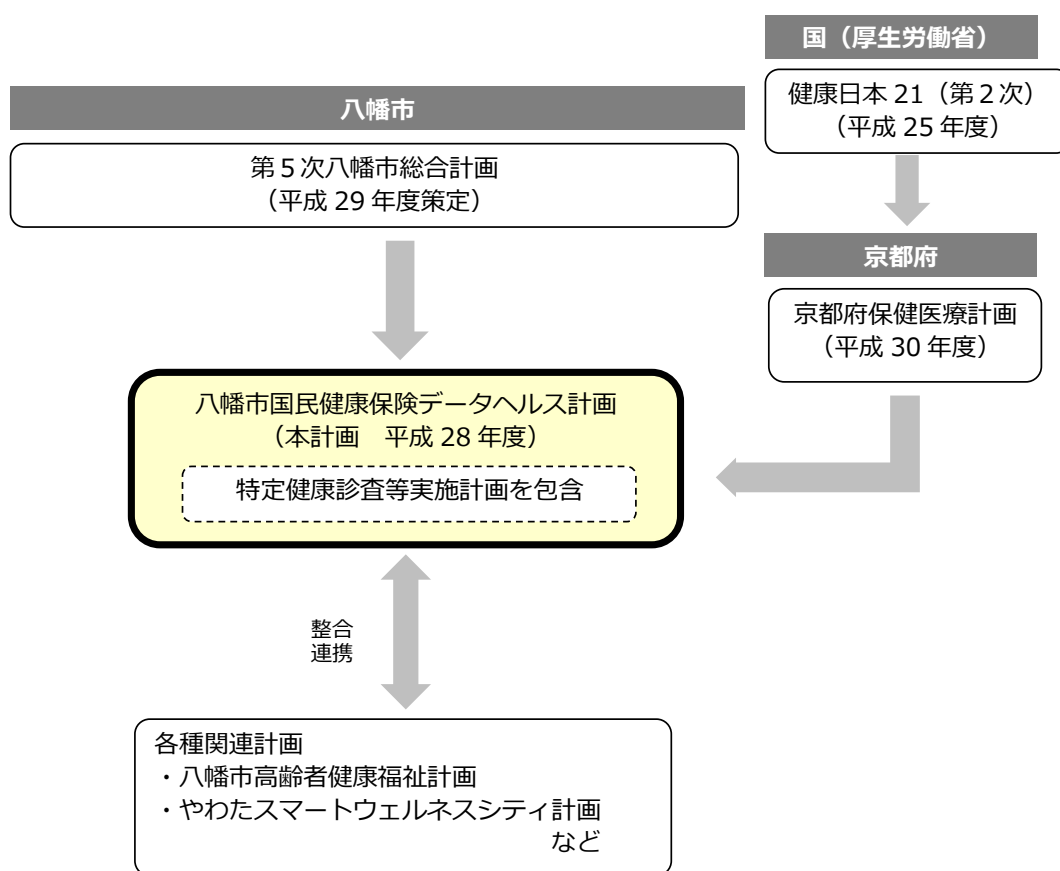
その後、国民健康保険においては、平成30年4月から都道府県が財政運営の主体として共同保険者となり、また令和2年7月に閣議決定された「経済財政再生計画改革工程表2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」においては、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI(重要業績評価指標)の設定を推進する」と示されました。

こうした背景を踏まえて、八幡市では、被保険者の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)の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的として、第2期データヘルス計画を見直すとともに、第3期データヘルス計画を策定します。

2 計画の位置づけ

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

本計画は健康増進法に基づく基本方針(健康日本21(第3次))や京都府の策定する「京都府保健医療計画」の内容を踏まえるとともに、本市の「第5次八幡市総合計画」を上位計画とし、各種関連計画との整合を図るものとします。



3 計画期間

計画期間は、令和6年度(2024)から令和11年度(2029)までの6年間とします。

第2期計画	第3期計画					
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
前計画期間	本計画期間					
最終評価			中間評価			最終評価
本計画策定						次期計画策定

4 実施体制・関係機関との連携

本計画の策定、実施、評価、見直しは、国保医療課が主体となって行うとともに、健康推進課や高齢介護課等の関係各課と連携を図ることとします。

また、保健医療に係る専門的知見を考慮とした取組みとするため、必要に応じて京都府、国保連合会、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携・協力します。

第2章 八幡市の概況

1 八幡市の特性

(1) 地理的社会的背景

本市は、京都市と大阪市の二大都市の間に位置しており、石清水八幡宮を筆頭に歴史的建造物も多くあります。交通網は国道1号線、第2京阪道路、京滋バイパス、新名神高速道路が通る府内屈指の交通の要所であり、位置的に大阪府北河内地域との結びつきも強いです。高度成長期に開発が進み高齢化が進んでいる男山団地と、開発が進み比較的若い人の人口が増加している美濃山・欽明台地区とがあります。

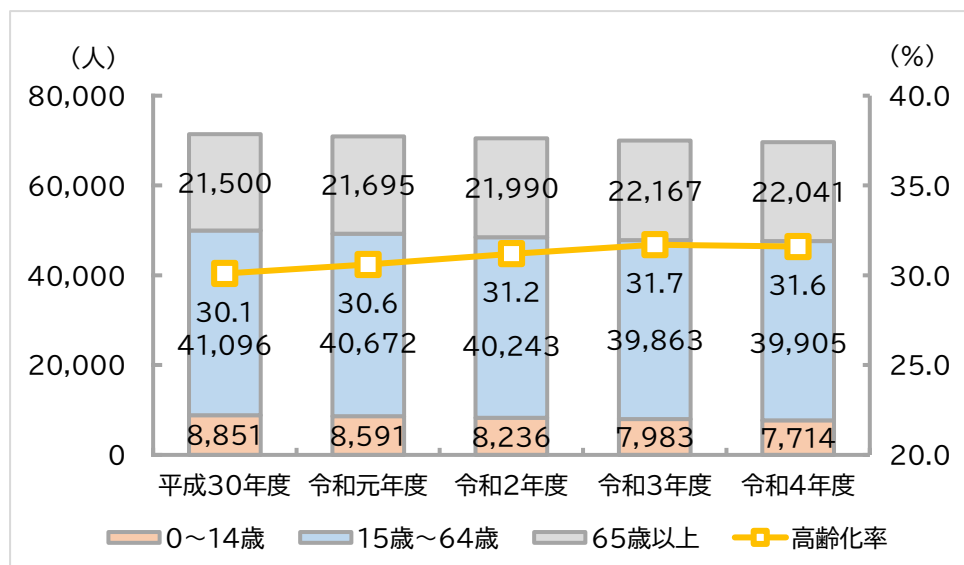
京都市伏見区や久世郡久御山町、京田辺市や枚方市との境に飛び地も存在します。

2 人口と八幡市国民健康保険被保険者の状況

(1) 八幡市の人口

本市の人口は年々減少しており、高齢化率(65歳以上)は31.6%となっています。

年齢3区分人口及び高齢化率の推移

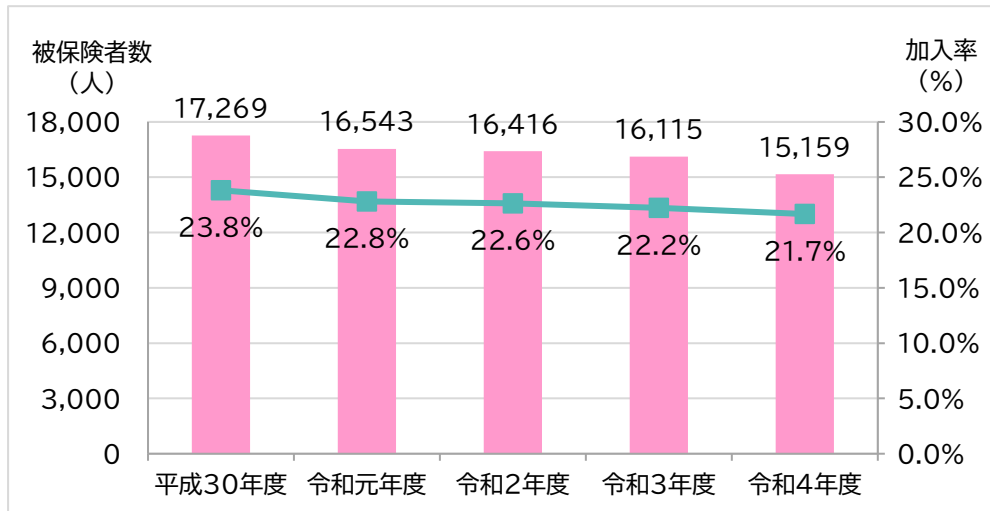


出典：住民基本台帳(各10月1日現在)

(2) 八幡市国民健康保険被保険者の状況

本市の令和4年度の被保険者数は15,159人であり、平成30年度17,269人と比較して2,110人減少しています。加入率も年々低下しており、令和4年度は21.7%となっています。

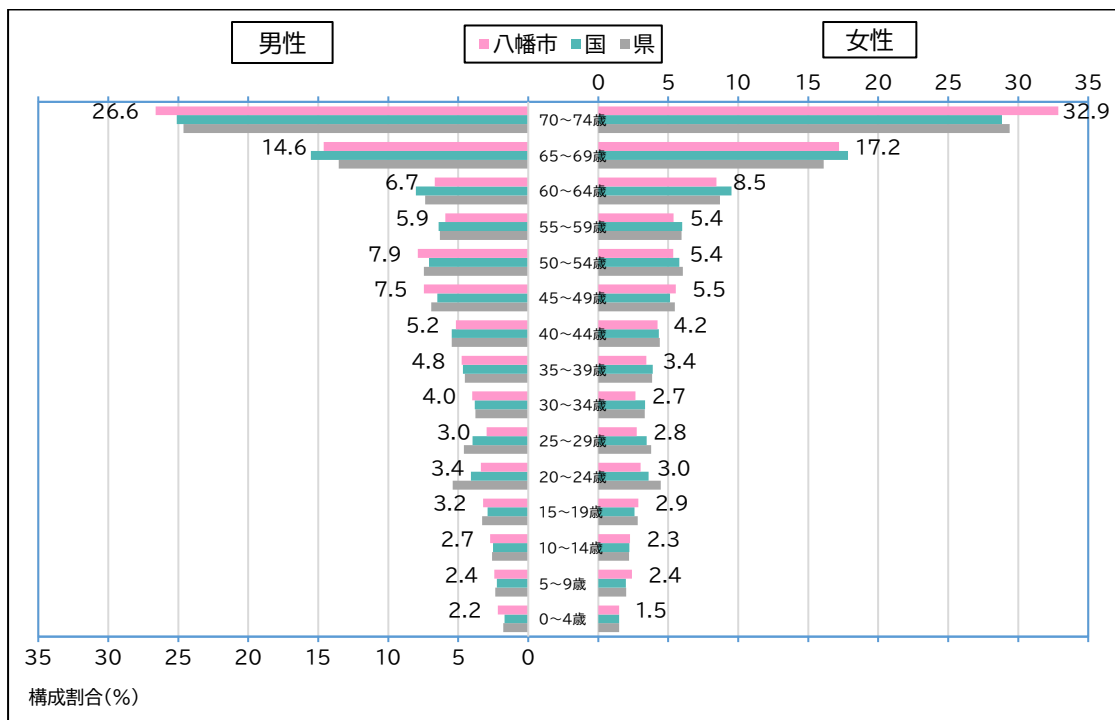
被保険者数と加入率の推移



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別年齢階層別被保険者数構成割合をみると、65～69歳では国と比べて高く、70歳以上では県、国と比べて高くなっています。

男女別年齢階層別 被保険者構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

3 医療に関する情報

医療提供体制、医療基礎情報をみると、千人当たりの診療所数、病床数、医師数が府や国と比較しかなり少ない状況です。また、一人当たり医療費は入院、外来ともに府や国より若干少ない状況です。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	八幡市	府	国
千人当たり			
病院数	0.3	0.3	0.3
診療所数	2.7	4.9	4.2
病床数	36.6	65.4	61.1
医師数	6.2	18.4	13.8
外来患者数	666.6	680.5	709.6
入院患者数	16.6	17.6	18.8

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※千人当たり…国保被保険者千人当たり

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	八幡市	府	国
受診率	683.2	698.1	728.4
一件当たり医療費(円)	42,240	42,290	39,870
外来			
外来費用の割合	59.8%	59.5%	59.9%
外来受診率	667	681	710
1件当たり医療費(円)	25,870	25,800	24,520
1人当たり医療費(円)※	17,240	17,560	17,400
1日当たり医療費(円)	16,720	16,920	16,500
1件当たり受診回数	1.5	1.5	1.5
入院			
入院費用の割合	40.2%	40.5%	40.1%
入院率	16.6	17.6	18.8
1件当たり医療費(円)	699,570	679,590	619,090
1人当たり医療費(円)※	11,610	11,970	11,650
1日当たり医療費(円)	54,000	45,750	38,730

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

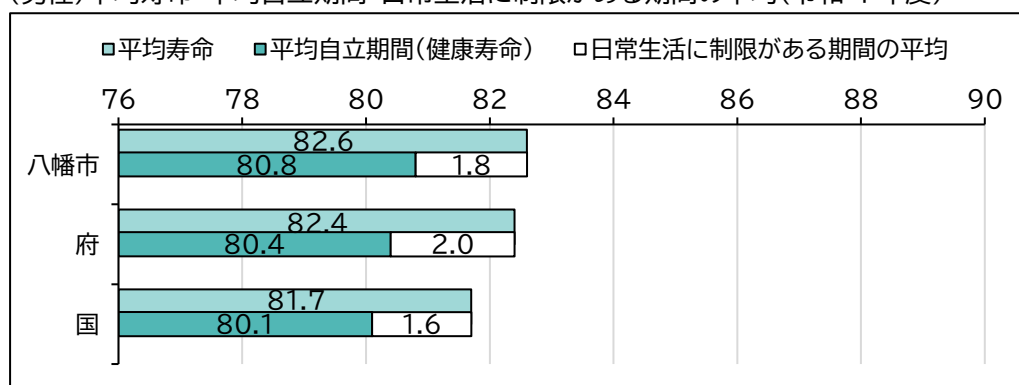
※1人当たり医療費…1か月分相当

4 平均寿命と平均自立期間

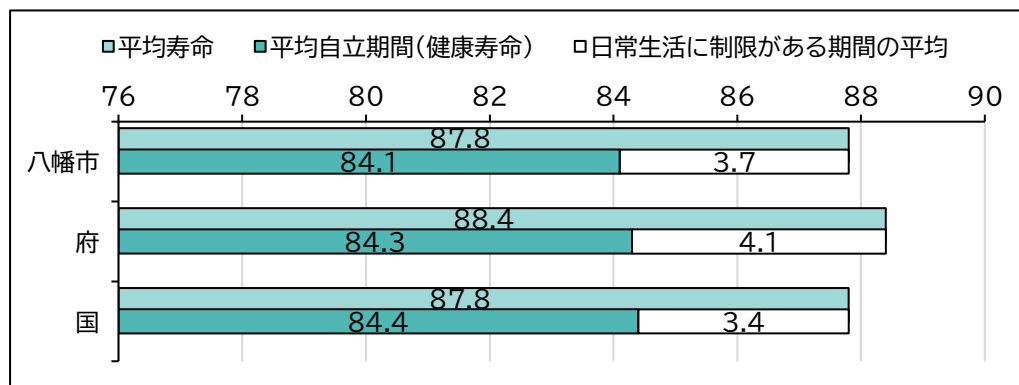
国保データベース(KDB)システムから集計した平均寿命と平均自立期間をみると、本市の男性の平均寿命は82.6歳、平均自立期間は80.8年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.8年で国の1.6年よりも長い傾向にあります。

また、女性の平均寿命は87.8歳、平均自立期間は84.1年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.7年で、国の3.4年よりも長い傾向にあります。

(男性)平均寿命・平均自立期間・日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(女性)平均寿命・平均自立期間・日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

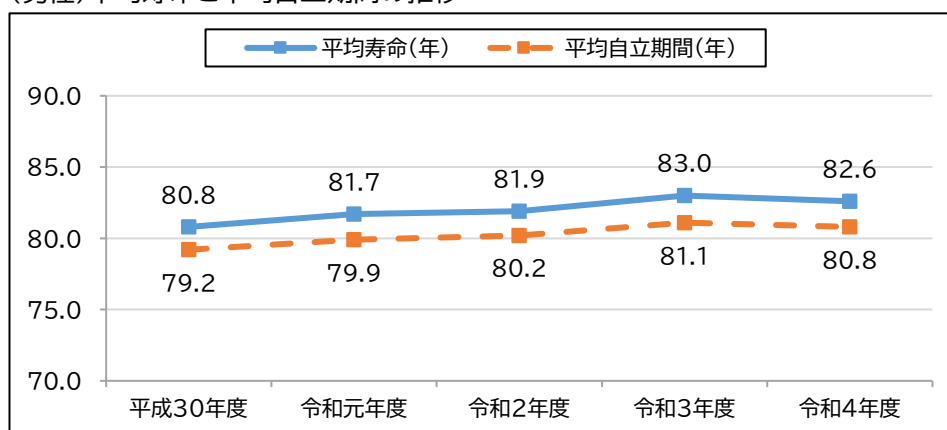
平成30年度から令和4年における平均寿命と平均自立期間の推移をみると、男性における令和4年度の平均自立期間80.8年は平成30年度79.2年に比べ、1.6年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.1年は、平成30年度82.9年から1.2年延伸しています。

年度・男女別 平均寿命・平均自立期間・日常生活に制限がある期間の平均

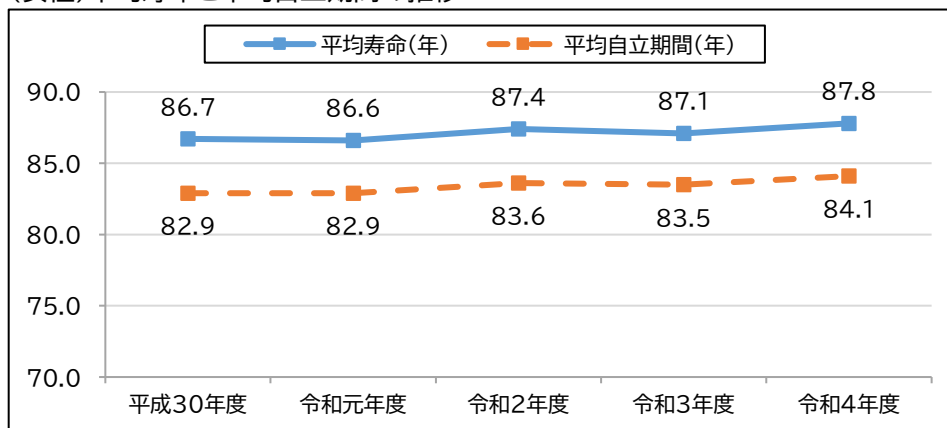
年度	男性			女性		
	平均寿命 (年)	平均自立 期間(年)	日常生活に制 限がある期間 の平均(年)	平均寿命 (年)	平均自立 期間(年)	日常生活に制 限がある期間 の平均(年)
平成30年度	80.8	79.2	1.6	86.7	82.9	3.8
令和元年度	81.7	79.9	1.8	86.6	82.9	3.7
令和2年度	81.9	80.2	1.7	87.4	83.6	3.8
令和3年度	83.0	81.1	1.9	87.1	83.5	3.6
令和4年度	82.6	80.8	1.8	87.8	84.1	3.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)平均寿命と平均自立期間の推移



(女性)平均寿命と平均自立期間の推移



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

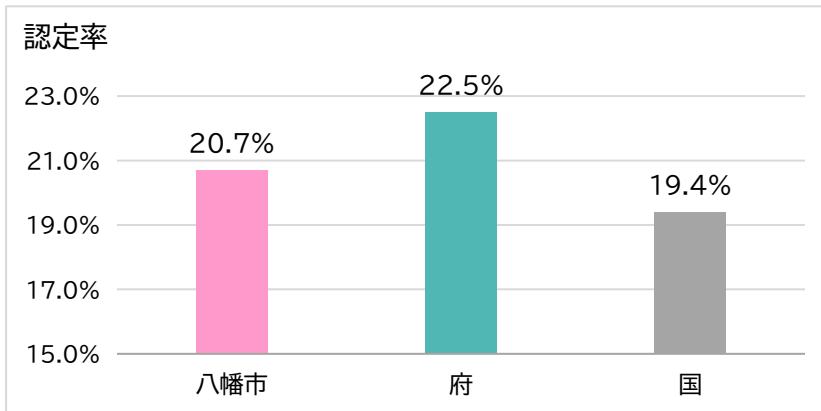
5 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

本市の令和4年度における要介護(支援)認定率の状況を示したものです。認定率のグラフをみると、国と比べて認定率が高いことが分かります。

要介護(支援)認定率の状況(令和4年度)

区分	八幡市	府	国
認定率	20.7%	22.5%	19.4%
認定者数(人)	4,710	168,944	6,880,137
第1号(65 歳以上)	4,605	165,677	6,724,030
第2号(40～64 歳)	105	3,267	156,107

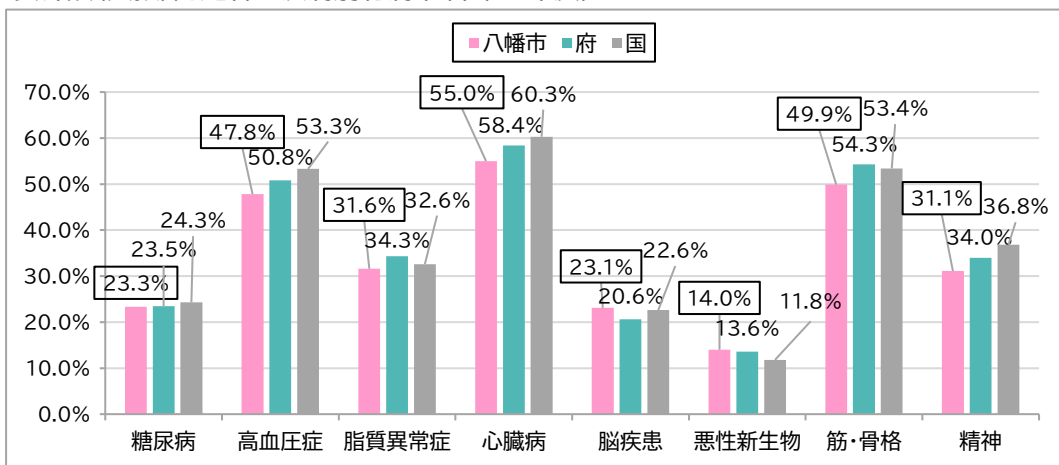


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

要介護(支援)認定者の疾病有病率は脳疾患、悪性新生物の割合が府、国に比べて高く、心臓病や筋・骨格は府、国と比べて低い状況となっています。

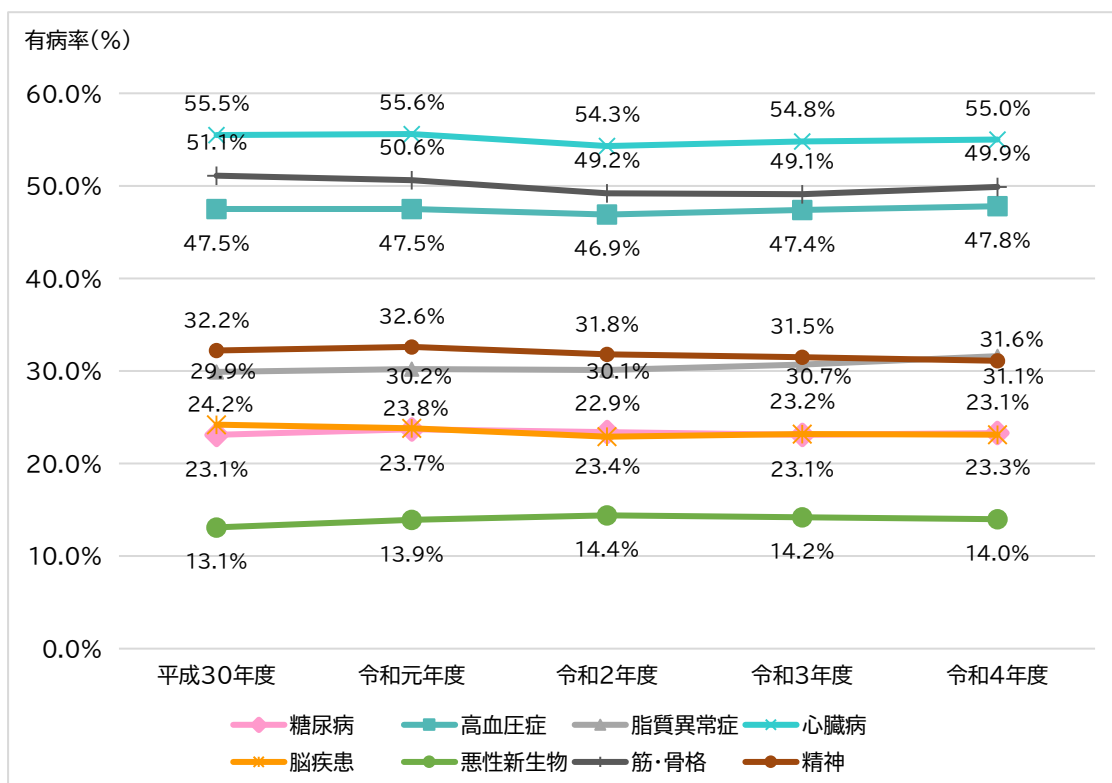
要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の疾病別有病率をみると、心臓病55.0%が一番高く、次いで筋・骨格49.9%、高血圧症47.8%となっており、令和3年度と相違ないです。平成30年度から令和4年度にかけて、脂質異常症、悪性新生物の割合は増加傾向にあります。

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6 死亡の状況

(1) 標準死亡比の状況

本市の令和4年度における男女別標準死亡比(※SMR)は、男性92.0、女性95.5と、国より低く、府と比較しても男性は3.3ポイント、女性1.6ポイント低い状況です。

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	八幡市	府	国
男性	92.0	95.3	100.0
女性	95.5	97.1	100.0

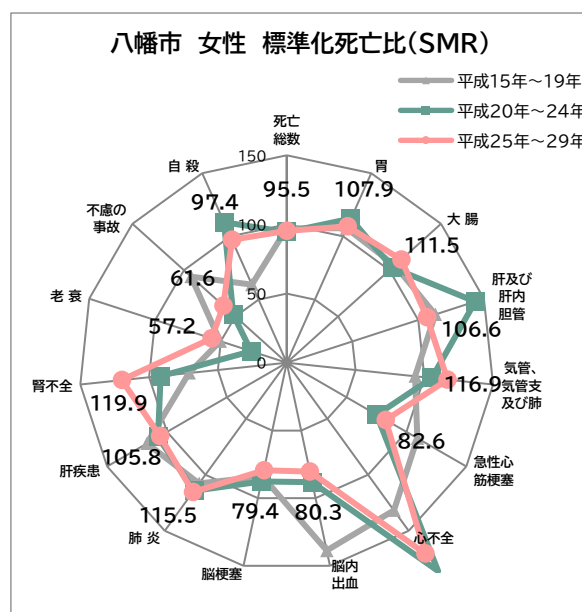
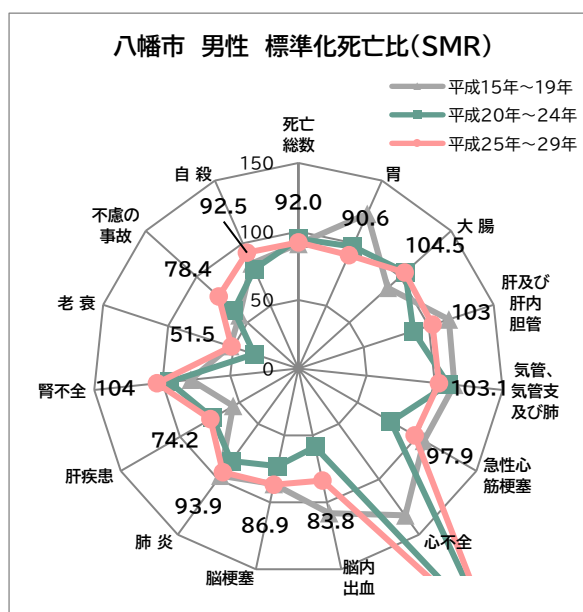
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女ともに標準化死亡比は国全体と比べて少なく、府が上昇しているのに対し、八幡市において男性は低下、女性は横ばいになっています。

年度・男女別 標準化死亡比(令和4年度)

区分	男性					女性				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八幡市	94.6	94.6	94.6	92.0	92.0	94.5	94.5	94.5	95.5	95.5
府	96.2	96.2	96.2	95.3	95.3	98.4	98.4	98.4	97.1	97.1
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

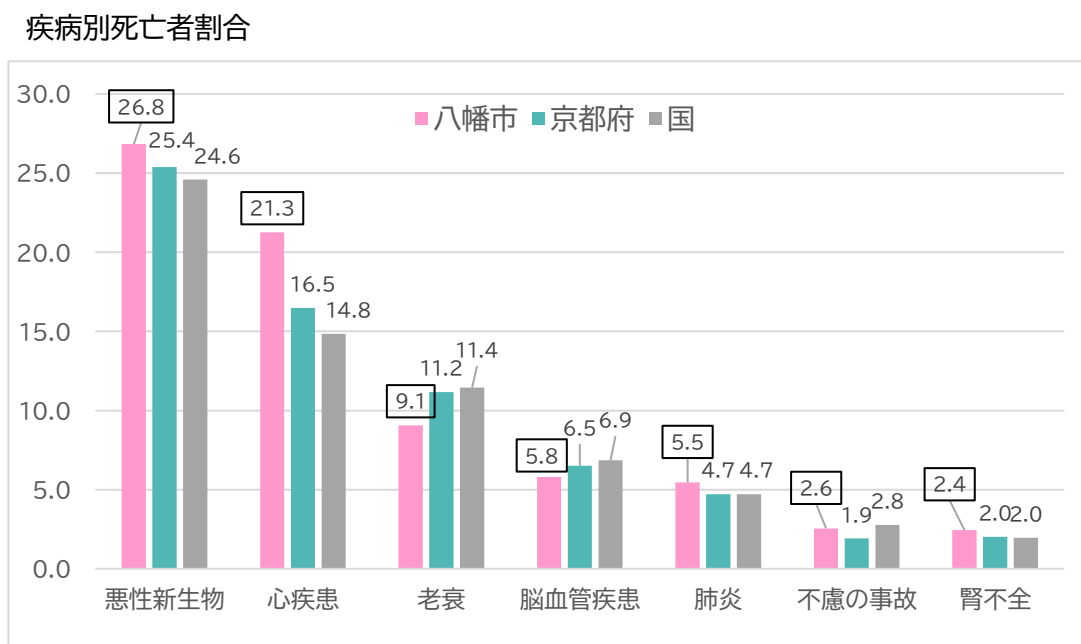
主要死因別標準化死亡比をみると、国に比べ男女ともに心不全がかなり高く、逆に老衰がかなり低くなっています。また、男女ともに腎不全が100を超えており、特に女性では119.9と高くなっています。



(2) 疾病別死亡者数・割合

令和3年度の死亡総数に占める割合が大きい疾病の第1位は「悪性新生物」(26.8%)、第2位「心疾患」(21.3%)であり、国・府と比較しても高い。逆に第3位「老衰」は国・府と比較しても低いです。

保健事業により予防可能な生活習慣病による重篤な疾患としての順位は、「心疾患」が第2位、「脳血管疾患」が第4位、「腎不全」が第7位となっています。



出典:厚生労働省 人口動態調査 令和3年度

第3章 第2期データヘルス計画の振り返り

1 計画期間

第2期データヘルス計画は、平成30年度から令和5年度までの6ヵ年の計画です。

2 前期計画時の健康課題に対応する保健事業

大項目	健康課題	対応する保健事業
①生活習慣病の 発症予防	メタボ該当・予備群に 該当する人が多い	・特定健康診査・未受診者対策 ・特定保健指導
	受診勧奨判定者の内、 未治療者が多い	・血圧・脂質が受診勧奨判定値で医療機関未受診 者の受診勧奨
②糖尿病重症化 予防	糖尿病性腎症の患者 数が多く、重症化の傾 向	・医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨 ・ハイリスク者支援 ・糖尿病教室
	後期高齢者医療制度 加入者の透析患者率 が高い	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
③医療費適正化 の推進	1人当たり医療費が 年々増加している	・重複服薬者適正化指導 ・ジェネリック医薬品差額通知 ・医療費通知

3 健康課題に対する数値の経過

課題	指標		ベースライン	実績値	
			H29 年度	R1 年度	R4 年度
①生活習慣病 の発症予防	特定健診受診率		44.7%	47.6%	44.6%
	特定保健指導実施率		8.6%	20.5%	37.7%
	メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合		30.1%	32.1%	32.5%
	有所見者 割合	HbA1c5.6 以上	50.2%	53.9%	54.6%
		収縮期血圧 130 以上	45.2%	45.3%	50.6%
		LDL120 以上	52.0%	50.3%	46.8%
②糖尿病重症 化予防	受診勧奨 判定値 割合	HbA1c6.5 以上	9.4%	9.2%	9.2%
		収縮期血圧 160 以上	4.6%	5.0%	6.1%
		LDL160 以上	11.5%	10.5%	8.8%
	国保加入者の透析患者率		0.27%	0.27%	0.38%
	後期高齢者医療制度加入者の 透析患者率		0.88%	0.86%	0.84%
③医療費適正 化の推進	ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)		69.4%	77.8%	80.9%

4 考察

特定健康診査の受診率は令和元年度に 47.6%まで増加しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響より令和2年度受診率が低下し、以降は受診率が伸び悩んでいる状況です。一方特定保健指導は実施率が増加していますが、メタボリックシンドローム該当者や予備群該当者割合は増加している状況です。糖尿病重症化予防事業は令和元年度から、血圧・脂質の受診勧奨事業は令和3年度から取り組んでいます。受診勧奨判定値割合は HbA1c は令和元年度から変化がなく、収縮期血圧は増加、LDLコレステロールは低下しています。また、後期高齢者医療制度加入者の透析患者率は低下していますが、国保加入者の透析患者率は増加しています。これらの状況を踏まえ、第3期データヘルス計画作成にあたりさらなる現状分析を実施して健康課題の把握に努め、庁内や関連機関等に周知することで連携体制を強化し、効果的な事業を展開していきます。

5 個別保健事業の最終評価

以下からは、前期計画において取り組んできた個別保健事業について最終評価を行いました。

総合評価	
A	うまくいった(目標を達成)
B	ある程度うまくいった(目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり)
C	あまりうまくいかなかった(目標は達成できなかったが、ある程度の効果あり)
D	まったくうまくいかなかった(効果があるとは言えない)

【事業名：特定健康診査・特定健康診査未受診者対策】

目的	生活習慣病の発症や重症化を予防するため、特定保健指導が必要となる人を抽出するとともに、疾病の早期発見と早期治療へつなげる。									
内容	【特定健康診査】 対象者：40～74歳の被保険者 方 法：6月に受診券を発送後、7月～10月の期間に市が契約した個別医療機関で受診。 【未受診者対策】 対象者：データ分析により特定した受診勧奨すべき者 方 法：データ分析により対象者を複数のグループに分類し、それぞれの特性に応じた受診勧奨文を記載したはがきを送付。さらに電話による受診勧奨を実施する。									
評価項目	評価指標	目標値	ハーフライン	経年変化						総合評価
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	特定健診受診率	50%	44.7	44.8	47.6	39.6	45.2	44.6	実施中	B
	受診勧奨者の受診率	20%	11.5	11.6	15.8	—	41.8	39.9	実施中	
アウトプット	受診券発送率	100%	100	100	100	100	100	100	100	
	対象者への通知率	100%	100	100	100	—	100	100	100	
	対象者への架電率 (中間評価からの指標)	100%	R3参照	—	—	—	100	100	100	

事業全体の評価	・元年度までは順調に受診率が向上している。 ・令和4年度から、飛び地の市民も受診しやすいよう近隣市の医療機関を委託に加えた。 ・令和2年度についてはコロナ禍により未受診者勧奨を実施しなかった事が影響しているが、令和3年度以降、元年度の受診率を超えることができていない。令和4年度については、コロナが夏に猛威を振るったため、健診期間終了間近の駆け込みが増加し受診できない人がいたこと、受診率が高い層である団塊世代が後期高齢者医療に移行していることが要因と考えている。 ・従来のポスター設置の他、粗品のプレゼント等で市SNSの登録を呼びかけ、周知広報に努めた。 ・感染症の流行により健診の終了間際が混雑することも課題であり、令和5年度は受診期間前半と後半の2回に分けて送付し、早期の受診を呼びかけた。
今後の方向性	・40代～50代の受診率向上の為、未受診者勧奨の工夫が必要 ・かかりつけ医で受診できる事など、もう一押しの工夫を加える。 ・マンネリ化対策として、デザインの刷新は毎年心がける。
	このまま継続 ・ <u>多少の見直し必要</u> ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討

【事業名：特定保健指導】

目的	特定健診結果から一定のリスクがある者に対し、生活習慣の改善を指導することで、疾病及び、疾病重症化予防を図る。										
内容	対象者：特定健診結果より、内臓脂肪症候群を判定する腹囲、BMI、血糖、脂質、血圧等のリスクを評価する健診項目の結果に基づき、選定された者 方 法：対象者に特定保健指導の案内を送付。教室・測定会・個別相談・訪問・電話・手紙等による保健指導を実施。3～6ヵ月間支援しその後評価を行う。										
評価項目	評価指標	目標値	ハートライン	経年変化						総合評価	
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
アウトカム	指導完了者の生活習慣改善率	食事80%	76.2	81.1	72.8	78.5	78.3	64.3	実施中	B	
		運動80%	74.5	77.9	63.6	75.0	65.0	50.7	実施中		
	体重・腹囲の改善率	体重60%	39.0	45.9	52.3	45.3	52.5	59.3	実施中		
		腹囲60%	28.8	34.4	45.1	42.5	41.7	45.2	実施中		
	内臓脂肪症候群該当者の減少率 (中間評価から削除)	25%	24.0	20.7	22.8	－	－	－	－		
	指導完了者の翌年度健診結果が維持・改善した人の割合(翌年度健診結果が維持・改善した人/指導完了者) (中間評価からの指標)	BMI	各60%	R1参照	－	93.8	97.4	96.0	未把握		実施中
		収縮期血圧				82.1	71.2	76.7			
		拡張期血圧				85.7	85.0	83.2			
		中性脂肪				88.4	92.2	90.1			
		HDL-C				96.4	94.1	94.1			
		HbA1c				92.9	83.7	92.6			
		eGFR				75.9	93.5	96.0			
		BMI				93.8	97.4	96.0			

アウトプット	対象者への 教室案内の 発送率	100%	100	100	96.0	100	99.9	99.8	実施中
	保健指導 実施率 (保健指導完了 者/保健指導対 象者数)	R1まで 20% R2から 25%	8.6	16.8	20.5	29.2	36.0	37.7	実施中
	最終評価 実施率 (最終評価実施 者数/初回面談 実施者数) (中間評価からの 指標)	95%	R1 参照	—	95.7	89.1	88.9	86.0	実施中
事業全体の評価	・参集型だけでなく訪問によるアウトリーチの保健指導を取り入れたことにより、保健指導実施率が増加し無関心層にも保健指導が実施できている。また、コロナ禍も集団教室を個別面談や測定会にする等工夫し、実施率が下がることはなかった。 ・尿中塩分測定検査、体組成測定、栄養分析等様々なツールを活用し保健指導を実施する等、保健指導内容の工夫の効果からか、指導完了者の翌年度健診結果が維持・改善した人の割合は、目標の60%を全ての検査項目で超えている。しかし、訪問により無関心層の対象者に保健指導を実施するようになったためか、生活習慣改善率は食事・運動ともに下がってきている。目標値の再検討が必要。 ・若い世代の保健指導の参加率が低い。また若い世代の積極的支援対象者は、初回面談を実施しても忙しいため保健指導を脱落する者が多い。								
今後の方向性	・無関心層にも効果があるような保健指導の質の向上を図る。 ・若い世代をターゲットとした保健指導、積極的支援対象者の脱落者対策を検討する。 ・毎年保健指導の内容を見直し、マンネリ化しないよう新しい取り組みを検討する。								
	このまま継続 ・ <u>多少の見直し必要</u> ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討								

【事業名：糖尿病重症化予防 医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨】

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を医療に結びつけ、人工透析への移行を防止し、市民の健康増進と健康寿命の延伸を図る。										
内容	【医療機関未受診者の受診勧奨】 対象者：特定健診受診者のうち、①空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上 ②HbA1c6.5%以上のいずれかに該当し医療機関未受診の者 方 法：①特定健診結果とレセプトデータをもとに対象者を抽出 ②対象者に文書通知による医療機関への受診勧奨を実施 ③連絡票及びレセプトで受診がみられない対象者に訪問による受診勧奨を実施										
評価項目	評価指標	目標値		ハースライン	経年変化						総合評価
				H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
医療機関未受診者											
アウトカム	医療機関受診率	R1 まで100% R2 から50%		37.5	57.7	45.1	58.5	55.0	66.0	実施中	B
	特定健診での血糖検査値「要医療」該当者率（中間評価より削除）	H29 から5%減少		10.7	10.7	10.7	－	－	－	－	
	医療機関継続受診者の割合（翌年後も受診があった人の割合）（中間評価からの指標）	40%以上		R2参照	－	－	58.0	36.8	55.3	実施中	
	医療機関受診者のうち対象者の翌年度健診結果が維持・改善した人の割合（中間評価からの指標）	HbA1c	各60%	R2参照	－	－	42.9	87.1	87.9	実施中	
		eGFR			－	－	100	93.5	97.0		
		尿蛋白			－	－	80	80.6	84.8		
アウトプット	受診勧奨実施率（通知 or 電話 or 訪問）	100%		100	100	100	100	100	100	実施中	
	面談実施率（訪問）（中間評価からの指標）	60%		R2参照	－	－	68.1	84.0	53.6	実施中	

評価項目	評価指標	目標値		ペーライン	経年変化						総合評価
				H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
治療中断者											
アウトカム	医療機関受診率	R1 まで 100% R2 から 50%		R1 参照	－	42.1	33.3	28.6	10.0	実施中	
	医療機関継続受診者の割合（翌年後も受診があった人の割合）（中間評価より削除）	40%		R2 参照	－	－	35.7	33.3	37.5	－	
	医療機関受診者のうち対象者の翌年度健診結果が維持・改善した人の割合（中間評価からの指標）	HbA1c	各 60%	R2 参照	－	－	100	受診した者なし	受診した者なし	実施中	
		eGFR			－	－	100				
尿蛋白		－			－	0					
アウトプット	受診勧奨実施率（通知 or 電話 or 訪問）	100%		R1 参照	－	100	100	100	100	実施中	
	面談実施率（訪問）（中間評価からの指標）	60%		R2 参照	－	－	58.3	69.2	30.0	実施中	
事業全体の評価	・未受診者は、通知内容や保健指導媒体の工夫等の効果からか医療機関受診率が増加傾向である。 ・未受診者は、翌年度健診結果が維持・改善した者が多く、事業の効果がみられる。 ・中断者は、医療機関受診率が低下している。経済的または精神的なこと、家庭のこと等他の問題がある者が多く、受診につなげることが難しい。また、訪問勧奨では不在の者が多い。 ・一度医療機関を受診した対象者が、受診を継続せず再度次年度対象になる者がいる。										
今後の方向性	・中断者の受診勧奨後の医療機関受診率が低いため、庁内や医療機関、包括支援センター等の他部門と連携し実施していく。 ・医療機関を受診した者が継続受診するように、医師会への事業の周知や一緒に基準を検討していく等の連携が必要。										
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討										

【事業名：糖尿病重症化予防 ハイリスク者支援】

目的	糖尿病で通院する人の中から重症化のリスクが高い人（ハイリスク者）を抽出し、医療機関と連携して保健指導を実施し、腎症による人工透析への移行を防ぐ。【R2開始】										
内容	対象者：糖尿病で八幡市内の医療機関に通院する者のうち、特定健診において、糖尿病性腎症第3期顕性腎症期に該当した者で、かかりつけ医の了承が得られた者。 方 法：KDBシステム・レセプトより抽出した対象者のうち、かかりつけ医の了承を得た者に保健指導の案内を送付。参加希望者には「保健指導同意依頼書」によりかかりつけ医に医学的な所見を伺い、その情報をもとに保健師・管理栄養士が個別面談や電話等で6カ月間の保健指導を行う。										
評価項目	評価指標	目標値		ハートライン	経年変化						総合評価
				H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	参加者アンケートの生活習慣改善率	食事 80%		R2 参照	—	—	85.7	100	87.5	実施中	
		運動 80%					71.4	85.7	100		
	指導前後の検査結果の変化（維持・改善率）	体重	各 80 %	R2 参照	—	—	85.7	85.7	75.0	実施中	
		収縮期 血圧					85.7	57.1	62.5		
		拡張期 血圧					100	85.7	87.5		
		HbA1c					71.4	100	87.5		
		eGFR					57.1	80.0	75.0		
		尿蛋白					66.7	66.7	37.5		
		腎症 病期					66.7	100	62.5		
アウトプット	保健指導案内の送付率	100%		R2 参照	—	—	100	100	100	実施中	
	対象者のうちかかりつけ医の了承が得られた率 ※医療機関との連携医体制構築を測るための指標	80%		R2 参照	—	—	78.6	93.3	93.8	実施中	
	保健指導実施率 （保健指導実施者数/対象者数）	50%		R2 参照	—	—	21.2	25.0	26.7	実施中	
	保健指導終了率 （保健指導終了者数/参加者数）	100%		R2 参照	—	—	100	100	100	実施中	

事業全体の評価	・視覚的にわかりやすい媒体や健康管理のスマホアプリのICTを使用する等保健指導の内容を工夫しており、参加者は生活習慣を改善することができ、検査結果についても維持・改善できていることが多く、事業の効果がみられる。 ・保健指導実施率は毎年25%程度で、事業の参加が希望性のため、本当に指導が必要な優先順位が高い対象者に保健指導が実施できておらず、不参加の者が透析導入に至る可能性がある。 ・令和2年度から継続して実施する中で、事業に理解を示す医療機関も徐々に増加しており、積極的に利用勧奨をしてくれる医療機関もでてきた。 ・保健指導終了後も検査データが悪化する可能性がある対象者に対して、継続的な支援をどこまで実施するのか、後期高齢者移行後の支援体制についても検討する必要がある。
今後の方向性	・医師会への事業周知を強化し、医療機関から対象者へ本事業に参加を促してもらう等、医療機関との連携をしっかりと行い、優先順位の高い対象者に保健指導を実施する。 ・保健指導終了後の継続的な支援について、後期高齢者の保健事業担当者と連携し体制を検討する。 このまま継続 ・ <u>多少の見直し必要</u> ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討

【事業名：糖尿病教室】

目的	糖尿病が重症化するリスクのある者に、糖尿病の集団指導を行うことによって、対象者が健康維持のための生活習慣を獲得し、継続できる機会を作り、糖尿病の重症化を予防する。										
内容	対象者：特定健診受診者のうち、HbA1c が一定値以上の者 ※HbA1c の値は対象者の人数により年度毎に決定する 方 法：①特定健診結果より対象者を抽出し、教室の案内を送付 ②参加希望者に集団指導(病態生理・栄養・運動実践等)を実施 ③実施1カ月後にアンケートを送付し、生活習慣の変化・継続等を問う										
評価項目	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						総合評価	
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
アウトカム	生活習慣改善率 (1カ月後アンケート)	食事 80%	44.4	72.0	76.2	62.1	62.1	60.0	75.0	B	
		運動 80%	44.4	72.0	71.4	67.5	72.5	60.0	50.0		
	教室終了後健診結果 (HbA1c 維持・改善率)	R1 まで 80% R2 から 70%	64.3	56.5	65.2	85.2	89.7	71.9	実施中		
アウトプット	教室参加者数/ 教室定員数(参加率)	75%	70.0	83.3	76.7	92.5	100	100	58.3		
	1 カ月後アンケート回収率	90%	45.0	100	91.3	100	100	100	97.1		
事業全体の評価	・参加者の教室終了後のHbA1cの維持・改善率は目標を超えることが多く、教室の効果がみられる。生活習慣改善率は、運動については夏の 1 番暑い時期に教室終了1カ月後アンケートを実施しており、暑さのためウォーキング等の運動ができていないため、目標値に届いていない。 ・令和4年度は尿中塩分測定を導入したことにより参加者数が増加し、多数の申込者を断る形になった。そのため令和5年度からは大きな会場を設定し教室の定員数を増加させたが、令和5年度は教室内容のマンネリ化からか参加者数がやや減少した。										
今後の方向性	・毎年の教室内容の検討し、教室がマンネリ化しないように新しい取り組みを考える。また、対象者基準を変更し対象者数を増加させる。										
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討										

【事業名：血圧・脂質が受診勧奨判定値で医療機関未受診者の受診勧奨】

目的	特定健診結果で血圧・脂質が受診勧奨判定値で重症度の高い者のうち、医療機関未受診の者に、受診勧奨を実施し、医療に結びつけることで疾病の重症化を防ぐ。【R3開始】										
内容	対象者：特定健診受診者のうち次の血圧・脂質の基準のいずれかに該当し医療機関未受診の者 ＜血圧＞収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上 ＜脂質＞LDLコレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 500mg/dl 以上 方 法：①特定健診結果とレセプトデータをもとに対象者を抽出 ②対象者に文書通知による医療機関への受診勧奨を実施 ③対象者の受診状況をレセプトで確認し評価する										
評価項目	評価指標	目標値		ハースライン	経年変化						総合評価
				H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	医療機関受診率	全体	各30%	R3参照	－	－	－	29.7	18.6	30.2	B
		血圧						33.3	20.0	47.4	
		脂質						29.9	19.0	25.6	
		血圧かつ脂質						0	10.0	100	
	翌年度健診受診者のうち、本事業の対象者基準に該当しなくなった人の割合	全体	各30%	R3参照	－	－	－	50.0	58.0	51.9	
		血圧						57.1	72.2	86.7	
		脂質						50.0	55.3	45.2	
		血圧かつ脂質						0	50.0	0	
アウトプット	受診勧奨実施率（通知率）	100%	R3参照	－	－	－	100	100	100		
事業全体の評価	・医療機関受診率が低く、令和4年度は令和3年度に比べて受診率が低下した。通知物の工夫はしているが、通知だけでは受診率の増加は難しいため、令和5年度より通知で受診しない者のうちよりハイリスクの者に訪問での受診勧奨を実施した。受診率の推移については今後評価予定。また、医療機関受診率の低下に関しては、医療機関との連携体制がうまくいっていないことが原因となっている可能性がある。事業の周知を十分に実施し、医療機関から受診を呼びかけてもらう等医療機関との連携体制の構築が必要。 ・血圧の対象者基準をⅢ度高血圧にしており、対象者数が10～25名程度と少ない。八幡市の健康課題や重症化予防の観点を考慮すると、Ⅱ度高血圧以上に基準値を拡大する必要がある。										

今後の方向性	・訪問での受診勧奨に効果がみられるのであれば、訪問対象者を拡大する。また、事業の周知を十分に行い、医療機関との連携体制を構築し、医療機関からも受診を呼びかけてもらうことで医療機関受診率を増加させる。 ・血圧の対象者基準の拡大をマンパワーを含め今後検討していく。 ・データ分析を実施後、抽出された健康課題をもとに優先順位の高い対象者を検討する。
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討

【事業名：重複服薬者適正化指導】

目的	重複服薬の可能性のある被保険者に服薬情報通知を送付することによって、健康リスクの削減と医療費の適正化を図る。									
内容	対象者：(R3まで)一月に2～3医療機関以上から同一効能の薬剤が処方されている被保険者 (R4から)一月に2以上の医療機関から、同一薬効の医薬品を対象期間に 2 ヶ月以上連続して7日以上重複して服用している被保険者 方 法：レセプトデータから対象者を抽出し、服薬情報通知を発送する。必要に応じて医師会、薬剤師会と連携する。									
評価項目	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						総合評価
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	通知対象者の重複服薬の改善率	改善率 20%	13.4	20	54.3	0	0	44	実施中	B
アウトプット	通知回数	年1回以上	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	
事業全体の評価	・当事業は専門性の高いものであり、診療内容によっては慎重な対応が必要である。R3 年度までは独自基準による選別をしていたが、送付対象が少なくなりすぎることと、指導の難しさが課題だった。 ・令和4年度から京都府の支援を受け、抽出の見直しと府薬剤師会による選別を実施した結果、送付対象者が増加し、改善率の確認がしやすくなっている。 ・令和4年度からは通知文書にFAXによる返信文書を同封。かかりつけ薬局等に相談を促し、対応した医療機関・薬局から服薬状況に問題がなかったか、どのように指導したか等、具体的な対応状況を返信してもらう仕組みをとった。 ・令和5年度は生活習慣病に係る処方のある対象者に対し、保健師による訪問指導を実施した。									
今後の方向性	・医師会、薬剤師会との連携を引き続き継続していく。 ・多剤服薬者に対するアプローチも検討する。									
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討									

【事業名：ジェネリック医薬品差額通知】

目的	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知することによって、被保険者の医療費の自己負担を軽減するとともに、医療費の適正化を図る。									
内容	対象者:ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者 方 法:レセプトデータから対象者を抽出し、通知書を発送。年4回実施。									
評価項目	評価指標	目標値	ハースライン	経年変化						総合評価
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)※委託業者からの報告	80%	69.4	72.6	74.4	76.9	76.1	76.3	実施中	B
アウトプット	年間通知発送回数	年1回以上	4回	4回	4回	4回	3回	3回	3回	
	年間通知発送回数	年2回以上 (中間評価から)								
事業全体の評価	・年々普及率は向上しているが令和3年度からは頭打ちの傾向があり、国の目標数値に達することができていない。 ・普及率向上に伴い通知対象者が減少している。通知数を増やすため、削減額が少額でも送付対象としているが、薬価の減額改定が続き、これ以上の対象者増を見込みづらい状況がある。									
今後の方向性	・令和6年度以降は後発薬のある先発薬の自己負担の改定により、通知対象者が増える見込みであるが、差額通知以外のアプローチも検討する。 ・業者の報告数値を引用すると業者変更の際にズレが生じるため、今後の評価は厚生労働省による「保険者別の後発医薬品の使用割合」を使用する。									
このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討										

【事業名：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者の糖尿病性腎症重症化予防(ハイリスクアプローチ)】

目的	生活習慣病等の重症化予防を行うことでフレイルの進行を予防し、健康寿命の延伸を図る。【R2開始】									
内容	対象者：後期高齢者医療制度被保険者のうち前年度後期高齢者健診の結果、糖尿病の指標である検査数値が高く要医療であるが、医療機関未受診の者 方 法：家庭訪問による医療機関への受診勧奨を実施。その後医療機関からの連絡票や医療レセプトより受診状況を確認し、未受診者には再度受診勧奨の訪問実施。									
評価項目	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						総合評価
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	医療機関受診率(管理中含む)	50%	－	－	－	77.8	90.3	89.7	実施中	A
	翌年度の検査結果改善割合	30%	－	－	－	－	52.3	61.2	実施中	
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	－	－	－	100	100	96.7	実施中	
	本人面談実施率	60%	－	－	－	77.8	71.0	79.3	実施中	
事業全体の評価	・国保の糖尿病重症化予防対象者が後期に移行してきた場合に、国保と後期の対象者抽出条件が異なるため後期の対象者として条件が合えば個別支援を実施した。ハイリスク者は、医師と本人から承諾あれば継続して支援を実施した。 ・対象者として抽出した時は未受診だったが、訪問時にはすでに受診していた人もいて、目標は達成できた。 ・翌年度の検査結果の改善割合は、維持も含まれており、もう少し高い数値目標設定にしてもよいと判断した。									
今後の方向性	・糖尿病重症化予防対象者は、国保から後期に移行した際に支援の有無を確認し、必要な人には継続して支援する。									
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討									

【事業名：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者の健康状態不明者対策(ハイリスクアプローチ)】

目的	健康状態を把握し、適切な医療や介護サービスにつなげることで疾病の重症化やフレイルの進行を予防し、健康寿命の延伸を図る。【R2開始】									
内容	対象者：後期高齢者医療制度被保険者のうち前年度健診未受診、医療機関受診なし、介護サービス利用なしの健康状態が不明の者 方 法：健康状態を把握するためのアンケートを送付し、返送してもらう。返送なしには家庭訪問による健康状態の把握と、健診の受診勧奨を行う。返送ありでも、フレイル状態にあると思われる人には家庭訪問し、必要に応じて医療・介護サービスへつなぐ。									
評価項目	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						総合評価
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	アンケート返送率	80%	－	－	－	－	56.0	59.1	実施中	A
	健康状態の把握率	90%	－	－	－	87.9	92.1	90.6	実施中	
アウトプット	家庭訪問実施率	100%	－	－	－	72.7	76.6	81.6	実施中	
事業全体の評価	・健康状態不明者は前年度健診受診なし、医療・介護利用なしのため訪問して健康状態を確認している。国保から後期に移行してきた人も含めて、これまで持病の治療をしていたのに中断し、健康状態不明者として事業対象になっている人がいることが判明した。訪問時には現在の体調だけでなく、既往歴等聞き取り、治療を中断した人にはその理由をきき、確実に医療につなげる必要がある。また訪問前に医療レセプトにて過去の受診状況を確認する必要がある。									
今後の方向性	・訪問前に医療レセプト情報を確認し、中断者には受診できるように支援する。									
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討									

【事業名：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者の低栄養・口腔・閉じこもり予防(ハイリスクアプローチ)】

目的	やせや低栄養からくるフレイル予備群、フレイルの人を早期に発見支援することでフレイルの進行を予防し、健康寿命の延伸を図る。【R3開始】										
内容	対象者：後期高齢者医療制度被保険者のうち前年度後期高齢者健診の結果と質問票からフレイル状態にあると思われる人 方 法：健診結果からフレイル状態にあると思われ、かつ介護サービス未利用者を訪問し、健康状態の把握と生活面の保健指導を行い必要に応じて医療や介護サービス、通いの場等につなぐ。										
評価項目	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						総合評価	
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
アウトカム	意識改善率	80%	－	－	－	－	－	－	実施中	B	
	翌年度維持・改善率（BMI、質問票）	50%	－	－	－	－	－	77.3	実施中		
アウトプット	家庭訪問実施率	100%	－	－	－	－	95.7	95.7	実施中		
事業全体の評価	・低栄養の人はもともとやせぎみの人もいるが、肥満防止の食事意識が強く、体重や食事が減少していることを問題ないと思っている人が一定数いた。啓発内容をメタボ予防からフレイル予防へ変更し、筋肉量の減少を防ぐ栄養指導等が必要。										
	・メタボ予防からフレイル予防へシフトしていく必要性を伝え支援する。										
今後の方向性	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討										

【事業名：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者の通いの場等への関与(ポピュレーションアプローチ)】

目的	フレイルを理解し、予防の方法を身近な通いの場で学び、実践・継続することで、健康寿命の延伸を図る。【R2開始】										
内容	対象者:通いの場に参加している高齢者 方 法:医療専門職(保健師・管理栄養士・歯科衛生士・作業療法士)が地域の高齢者が集まる場に出向き、1会場につき最大年2回フレイル予防の健康教育や簡単なフレイル測定を実施										
評価項目	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化						総合評価	
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
アウトカム	介入後の質問票の改善率	50%	—	—	—	—	56	—	実施中	B	
	参加者の理解度(教室終了後アンケート)	80%	—	—	—	—	—	98			
アウトプット	フレイル測定実施率	100%	—	—	—	100	100	99	実施中		
	フレイル啓発実施率	100%	—	—	—	100	100	100			
事業全体の評価	・教室参加者は50代から100歳まで幅広い年齢層の参加がある。教室参加者の中で支援が必要と思われる人がいた場合は、後日医療レセプト等で医療や介護利用状況を確認しているが、教室終了後に個別にアプローチできていないことが課題。 ・令和3年度は1回目と2回目に同じ質問票で改善率をみたがほぼ変わりなく、団体からも違うことをやってほしいと希望があったため、令和4年度からは1回と2回目で大きく内容を変えて、質問票は1回目、教室終了後アンケートを2回目で行うことに変更した。 ・出前講座や他課と連携しながら健康イベント等にも積極的に参加し、フレイル予防の啓発に取り組んだ。										
今後の方向性	・地域団体役員や国保担当と連携し、支援が必要と思われる人への支援の有無等確認し、必要な人にはアプローチする。										
	このまま継続 ・ 多少の見直し必要 ・ 大幅な見直し必要 ・ 継続要検討										

第4章 健康・医療情報の分析

1 特定健康診査の状況

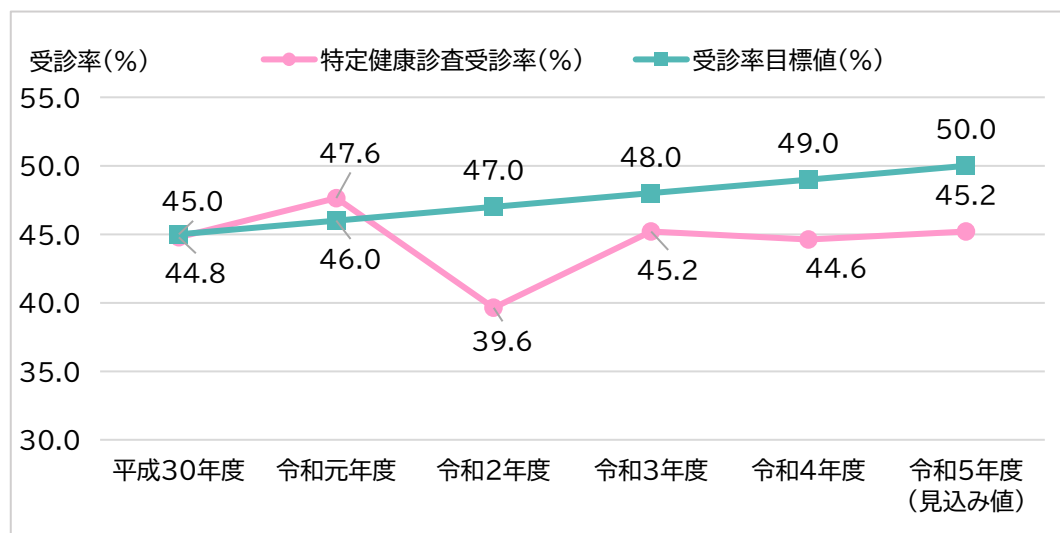
(1) 特定健康診査受診率

① 特定健康診査受診率及び目標値

平成30年度以降、令和元年度に受診率は47.6%まで増加し目標値を超えることができたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、39.6%まで低下しました。令和3年度は45.2%まで回復しましたが、以降受診率が伸び悩んでおり目標値には届いていません。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	12,151	11,708	11,584	11,263	10,534	10,132
特定健康診査受診者数(人)	5,441	5,578	4,591	5,091	4,700	4,584
特定健康診査受診率(%)	44.8	47.6	39.6	45.2	44.6	45.2
受診率目標値(%)	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0

出典：法定報告値

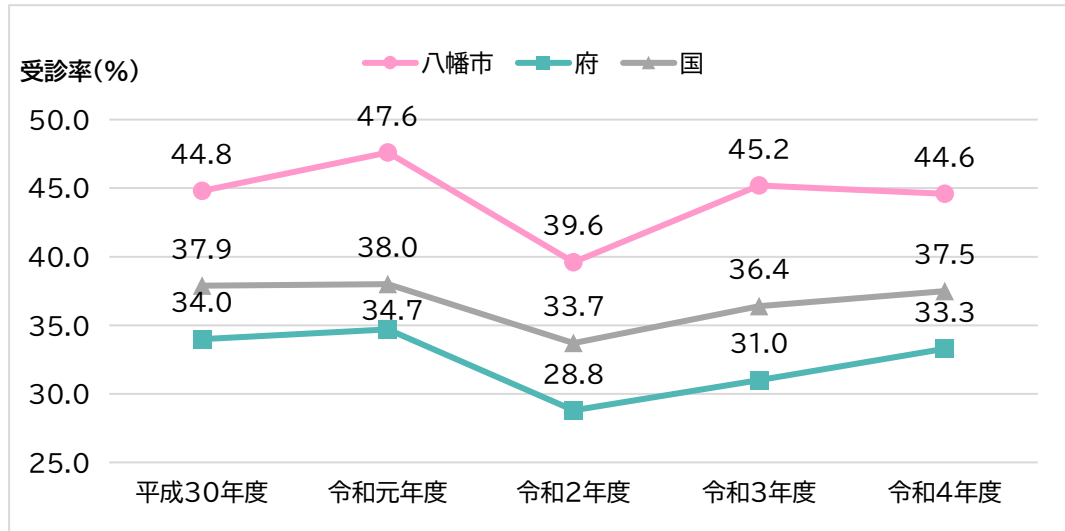


出典：法定報告値

② 特定健康診査受診率 府・国比較

八幡市の特定健康診査受診率は、府や国に比べていずれの年度も高くなっています。

年度別 特定健康診査受診率

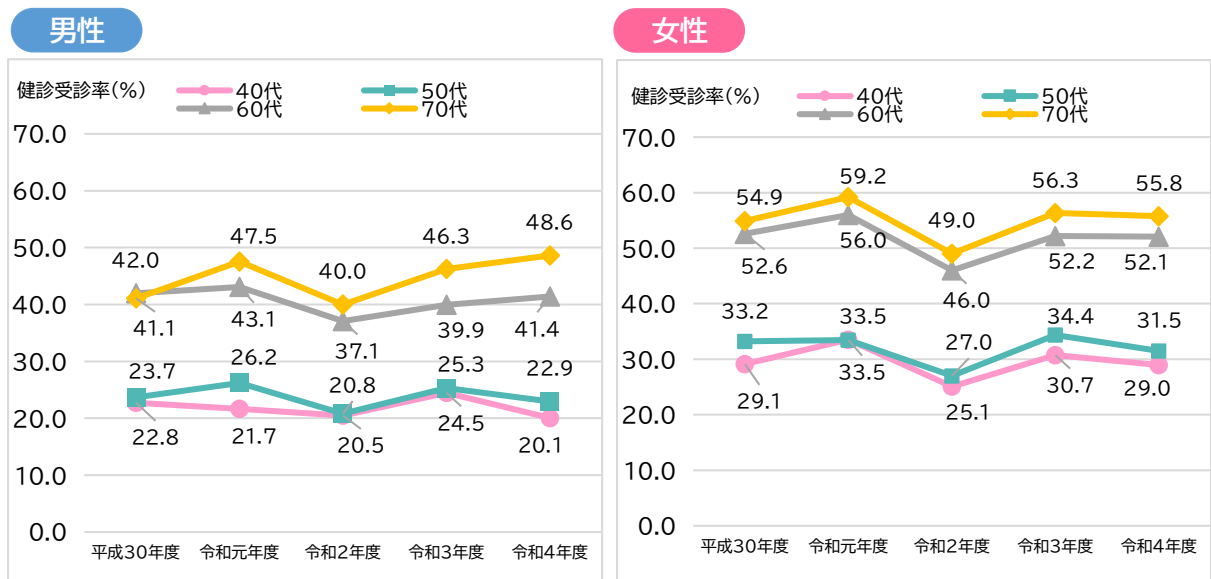


出典:法定報告値

③ 性・年代別 特定健康診査受診率

性・年代別の受診率をみると男性より女性の受診率が高く、男女ともに60～70歳代に比べ40～50歳代で受診率が低くなっています。

性・年代別 特定健康診査受診率



出典:特定健診等データ管理システム「FKAC131 ファイル」

※法定報告値の除外対象者も含むため法定報告値とは異なる

④ 地区別 特定健康診査受診率

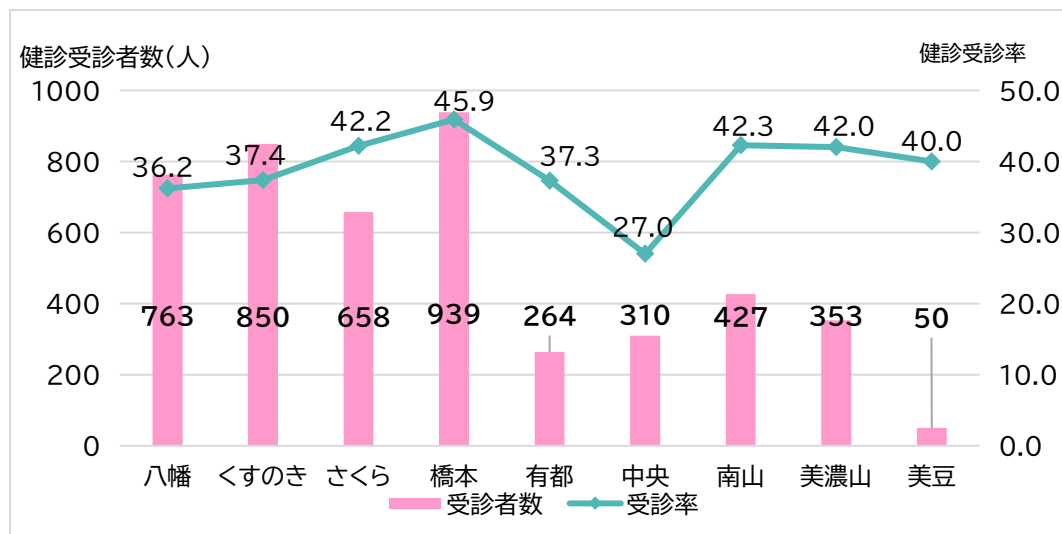
小学校区別の健診受診率では、橋本地区で高く、中央地区で低い傾向となっています。

小学校地区別 特定健康診査対象者数(令和4年度)

単位:(人)

	八幡	くすのき	さくら	橋本	有都	中央	南山	美濃山	美豆
健診対象者数	2,109	2,272	1,559	2,045	708	1,148	1,009	840	125

小学校地区別 特定健康診査受診者数・受診率(令和4年度)



出典:特定健診等データ管理システム「FKAC131 ファイル」

※法定報告値の除外対象者も含むため法定報告値とは異なる

(2) 検査項目別有所見者の割合

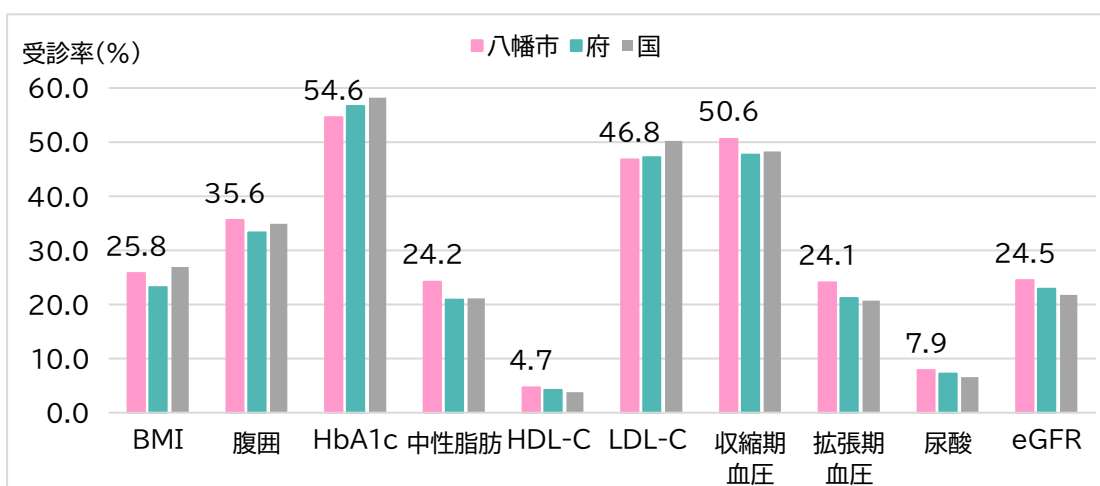
① 検査項目別有所見者の割合

健診受診者の有所見者割合をみると、HbA1c、収縮期血圧で約半数の者が有所見となっています。また、腹囲、中性脂肪、HDLコレステロール、収縮期血圧、拡張期血圧、尿酸、eGFRの有所見者率が府や国と比較して高くなっています。また、年度別有所見者割合では、収縮期血圧とeGFRで平成30年度から有所見者割合が増加しています。

検査項目別有所見者の割合(令和4年度)

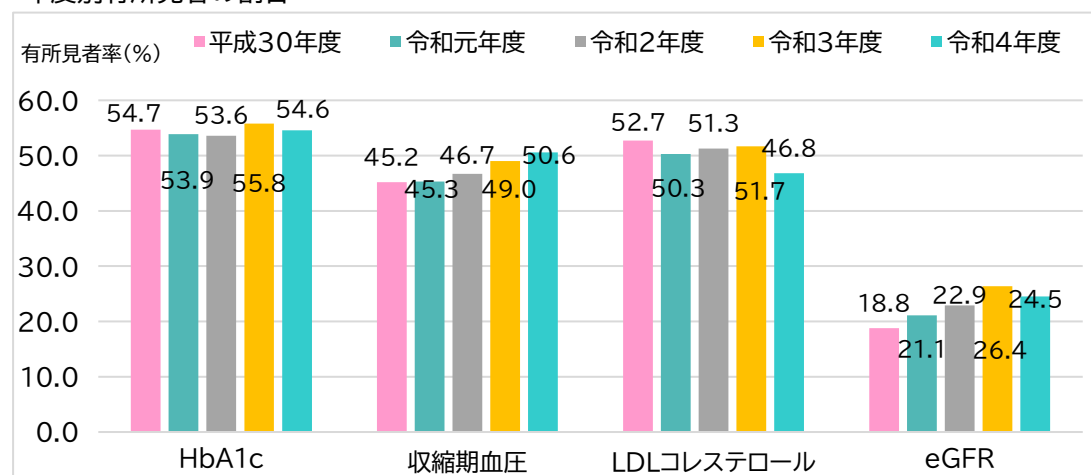
単位:(%)

	BMI	腹囲	HbA1c	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	収縮期血圧	拡張期血圧	尿酸	eGFR
八幡市	25.8	35.6	54.6	24.2	4.7	46.8	50.6	24.1	7.9	24.5
府	23.2	33.3	56.7	20.9	4.2	47.2	47.7	21.2	7.2	22.9
国	26.9	34.9	58.2	21.1	3.8	50.2	48.3	20.7	6.6	21.8



出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式(様式 5-2)健診有所見者状況」

年度別有所見者の割合

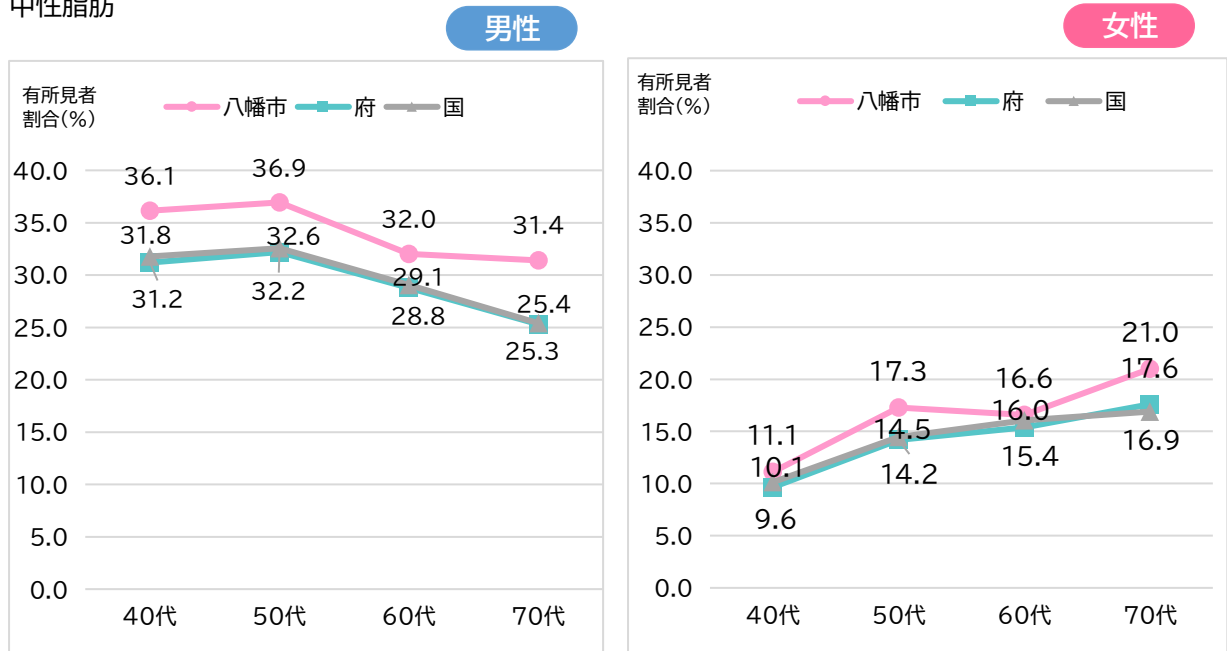


出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式(様式 5-2)健診有所見者状況」

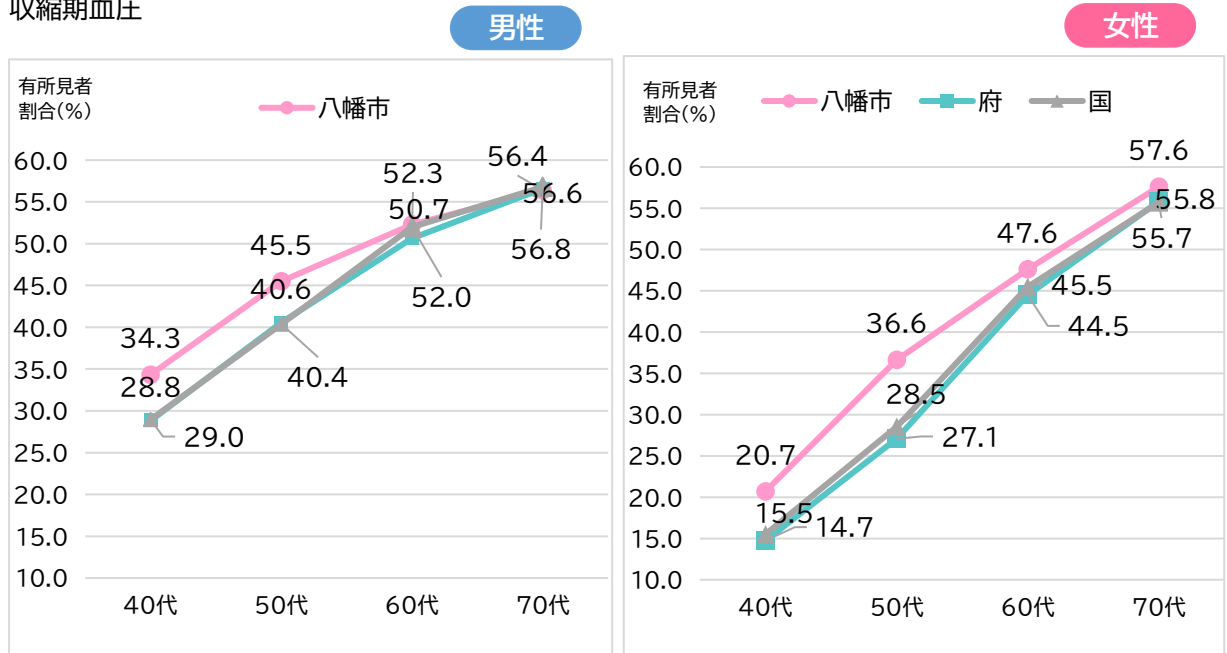
② 性・年代別 有所見者の割合

府や国と比較して高い中性脂肪・収縮期血圧・eGFRを性・年代別でさらに比較すると、中性脂肪は40～50歳代と70歳代、収縮期血圧は40～50歳代の若い年代で府や国と比較して高く、差が大きくなっています。EGFRは60～70歳代で府や国と比較してやや高くなっています。

中性脂肪



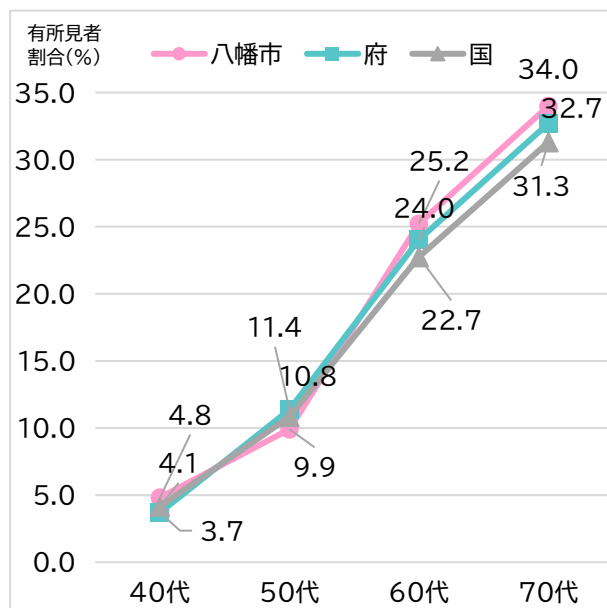
収縮期血圧



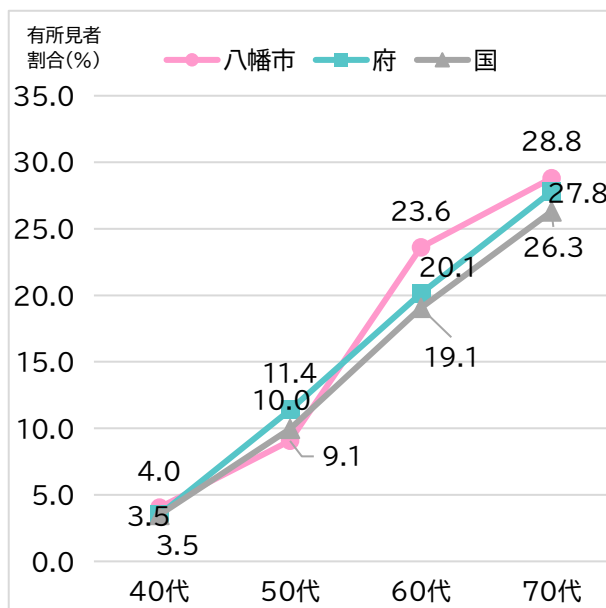
出典：国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

eGFR

男性



女性



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

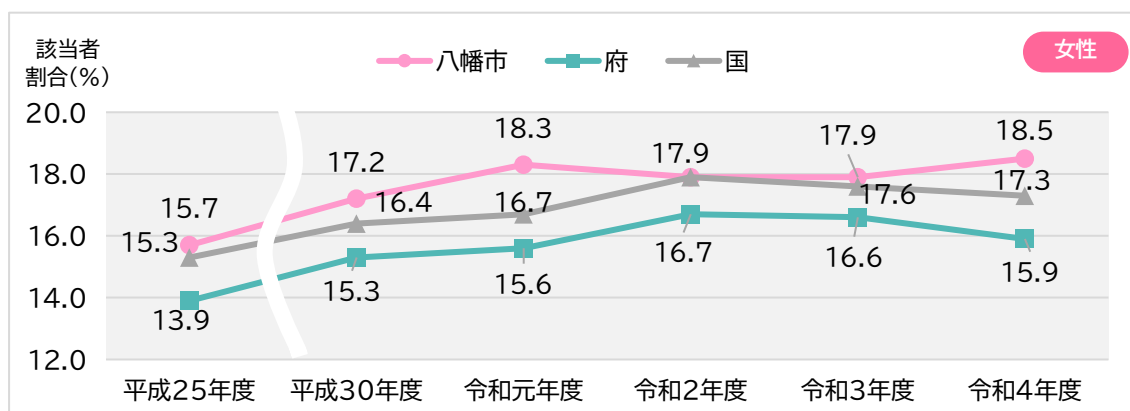
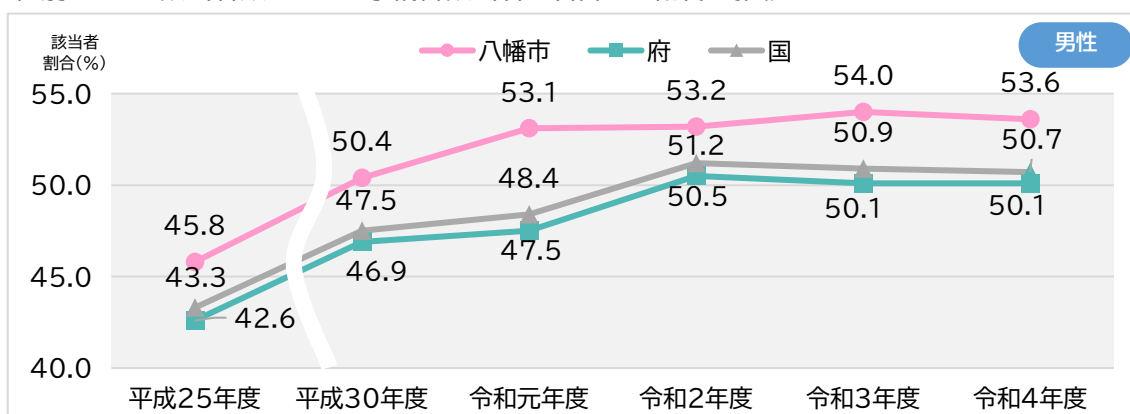
(3) メタボリックシンドロームの状況

特定健診受診者のうち、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者割合は、府や国と比較して男女ともに高くなっています。特に男性では、メタボ該当者とメタボ予備群該当者を合計した割合が半数を超えおり、10年前の平成25年度から比べると7.8ポイント増加しています。

特定健診受診者のメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数(令和4年度)

		八幡市		府	国
		対象者数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
メタボ該当者		1,000	21.2	19.5	20.6
	男	660	34.9	31.9	32.9
	女	340	12.1	10.5	11.3
メタボ予備群該当者		533	11.3	10.8	11.1
	男	353	18.7	18.2	17.8
	女	180	6.4	5.4	6.0

性別 メタボ該当者数とメタボ予備群該当者を合計した割合の推移



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(4) 質問票の状況

質問票では、府や国と比較して「既往歴に慢性腎臓病・腎不全あり」、「喫煙あり」と回答する割合が高くなっています。また、「20歳時体重から10kg以上増加」の割合は、令和3年度までは府や国よりも高くなっていますが、令和4年度は府よりも高く、国とほぼ同様の割合になっています。反対に良い項目としては、運動の項目では、「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度が遅い」に該当する人の割合が低くなっています。また、飲酒の項目では、「飲まない」に該当する割合が高く、飲む人では「1日の飲酒量が1合未満」に該当する割合が高くなっています。

質問票の状況(令和4年度)

単位：(%)

分類	質問項目	八幡市	府	国
服薬	服薬 高血圧症	33.9	34.0	36.8
	服薬 糖尿病	8.7	7.7	8.9
	服薬 脂質異常症	29.9	29.7	29.1
既往歴	既往歴 脳卒中	3.6	3.1	3.3
	既往歴 心臓病	5.4	5.2	5.7
	既往歴 慢性腎臓病・腎不全	1.1	0.8	0.8
	既往歴 貧血	9.8	10.2	10.7
喫煙	喫煙	13.4	12.2	12.7
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.5	33.1	34.6
	1回30分以上の運動習慣なし	50.8	56.8	59.3
運動	1日1時間以上運動なし	46.4	49.8	47.5
	歩行速度遅い	47.6	49.4	50.4
	食べる速度が遅い	25.5	28.0	26.4
食事	食べる速度が普通	67.4	64.2	65.7
	食べる速度が遅い	7.2	7.8	7.9
	週3回以上就寝前夕食	13.3	14.3	14.7
	週3回以上朝食を抜く	9.0	9.5	9.7
	毎日飲酒	24.5	25.7	24.6
飲酒	時々飲酒	21.2	22.6	22.3
	飲まない	54.4	51.7	53.1
	1日飲酒量(1合未満)	70.0	67.1	65.6
	1日飲酒量(1～2合)	20.3	21.8	23.1
	1日飲酒量(2～3合)	7.6	8.5	8.8
	1日飲酒量(3合以上)	2.0	2.6	2.5
	睡眠不足	24.4	25.1	24.9
生活習慣 改善意欲	改善意欲なし	21.8	25.0	27.5
	改善意欲あり	33.4	27.9	28.0
	改善意欲ありかつ始めている	13.0	14.0	14.0
	取り組み済み6ヶ月未満	8.6	8.8	9.0
	取り組み済み6ヶ月以上	23.1	24.2	21.6
	保健指導利用しない	57.6	62.0	62.7
咀嚼	咀嚼 何でも	80.6	79.7	79.0
	咀嚼 かみにくい	18.7	19.6	20.2
	咀嚼 ほとんどかめない	0.7	0.7	0.8
間食	3食以上間食 毎日	23.6	24.4	21.7
	3食以上間食 時々	57.9	55.1	57.5
	3食以上間食 ほとんど摂取しない	18.5	20.5	20.8

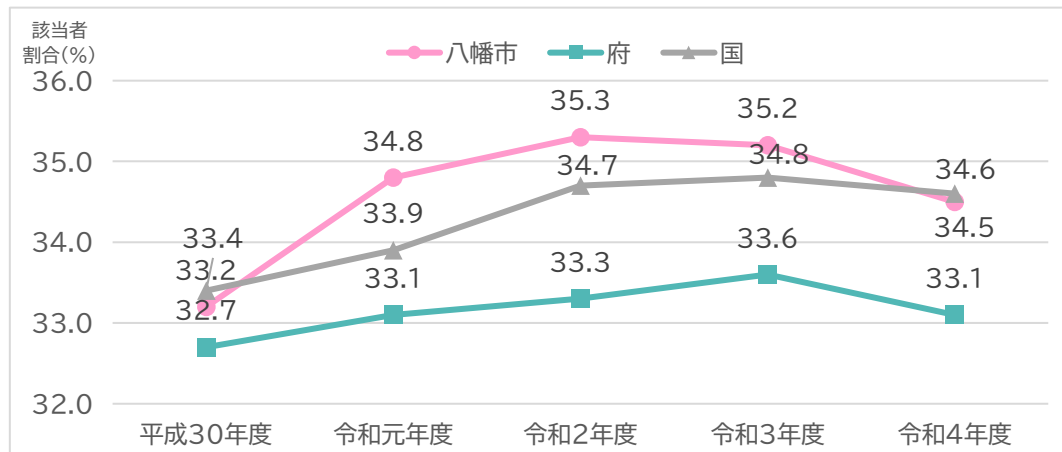
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

① 質問項目毎の詳細状況

◆20歳時体重から10kg以上増加

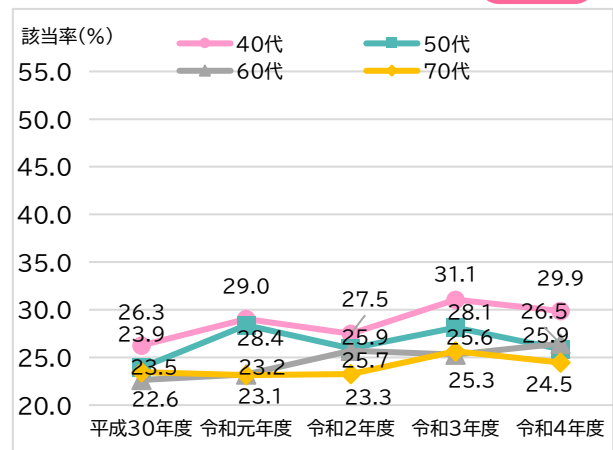
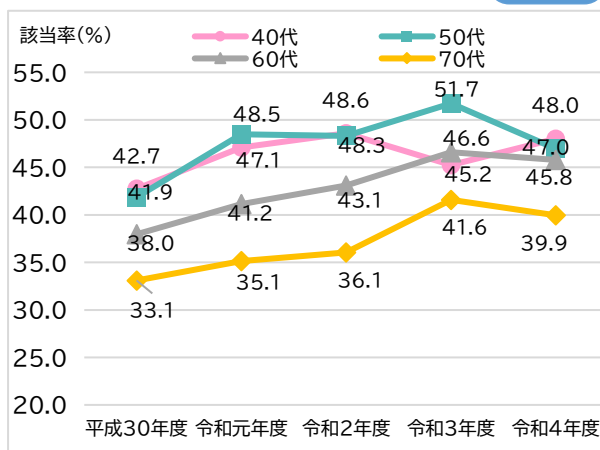
八幡市は、令和元年度から令和3年度までは「20歳時体重から10kg以上増加」の項目の該当割合が府や国よりも高くなっています。性・年代別では男性の該当割合が高く、男女ともに40～50歳代の若い世代で割合が高くなっています。また、20歳時体重から10kg以上増加したと答える者の有所見率は、血圧・脂質・血糖の全てで非該当者より高くなっています。

経年、府・国比較



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

性・年代別比較



出典：特定健診等データ管理システム FKAC163

※法定報告の除外対象者を含むため法定報告値とは異なる

20歳時体重から10kg以上体重増加の有無と有所見率の関係性

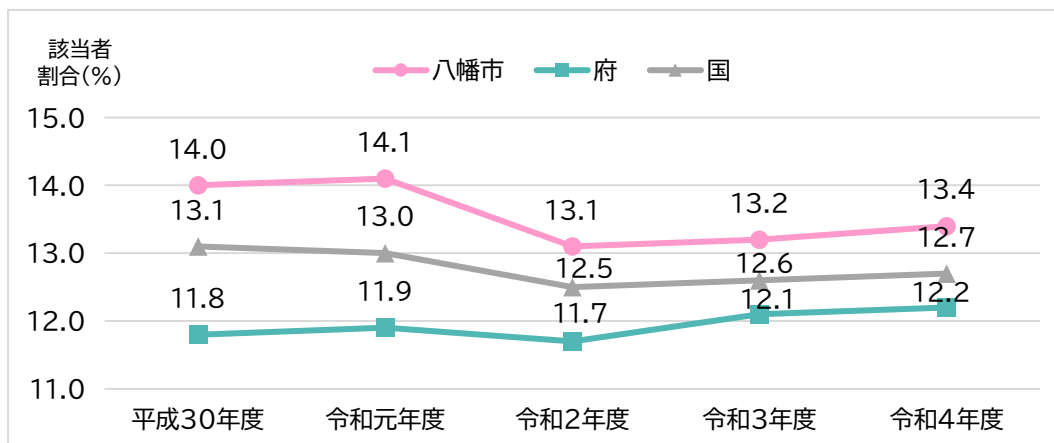
	体重増加	
	あり	なし
血圧有所見率	35.0	27.8
脂質有所見率	28.6	24.2
血糖有所見率	14.9	7.7

出典：特定健診データ管理システム
FKAC163(令和4年度分)

◆喫煙

八幡市は、喫煙の質問項目の該当割合が府や国と比較して高くなっています。性・年代別では男性の割合が高く、男女ともに40～50歳代の若い世代で割合が高くなっています。また、喫煙該当者の有所見率は、脂質・血糖で非該当者より高くなっています。

経年、府・国比較

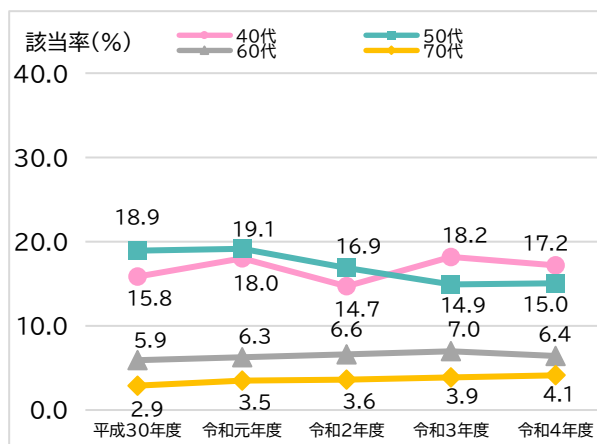
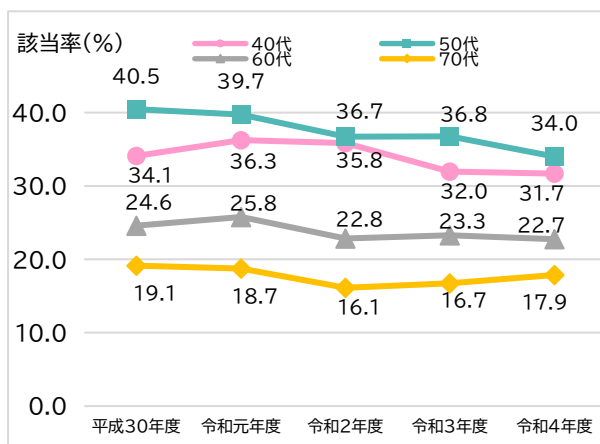


出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

性・年代別比較

男性

女性



出典：特定健診等データ管理システム FKAC163

※法定報告の除外対象者を含むため法定報告値とは異なる

喫煙の有無と有所見率の関係性

	喫煙習慣	
	あり	なし
血圧有所見率	30.4	30.5
脂質有所見率	28.7	25.6
血糖有所見率	13.6	9.9

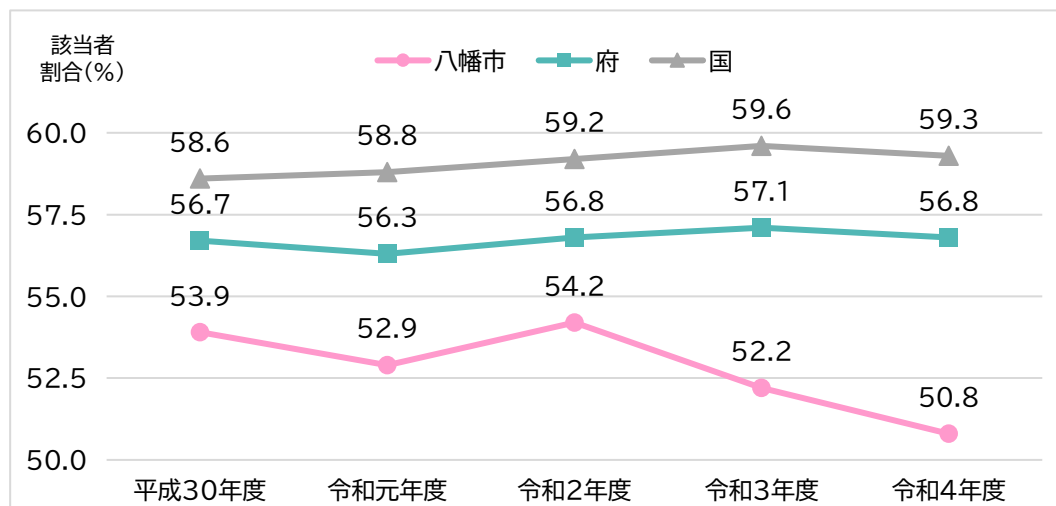
出典：特定健診データ管理システム
FKAC163(令和4年度分)

◆運動

八幡市は、「運動習慣がない」ことに関する質問項目の該当割合が府や国と比較して低くなっており、特に「1回30分以上の汗をかく運動習慣なし」の項目で差が大きくなっています。また、該当割合は徐々に減少しており、運動習慣がある者が増えてきています。

経年、府・国比較

1回30分以上の汗をかく運動習慣なし



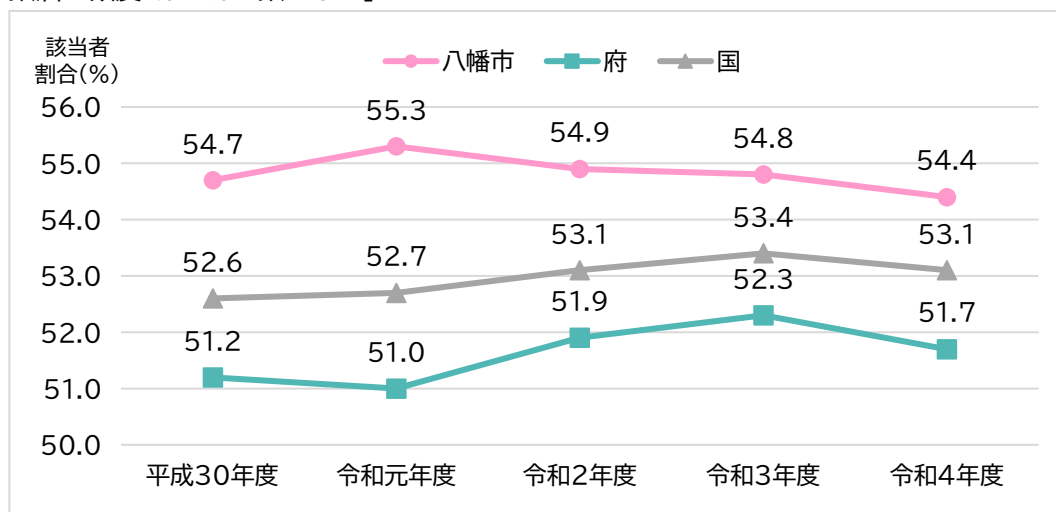
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

◆飲酒

八幡市は、「飲酒の頻度」に関する質問項目で、「ほとんど飲まない」に該当する割合が府や国と比較して高くなっています。

経年、府・国比較

飲酒の頻度「ほとんど飲まない」

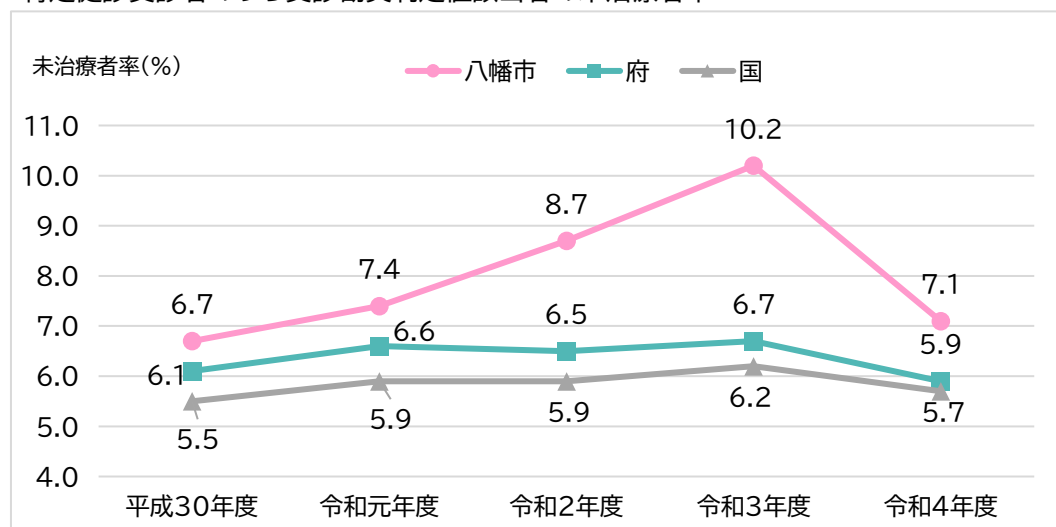


出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(5) 受診勧奨判定値該当者の未治療者率

八幡市は、特定健診受診者のうち受診勧奨判定値該当者の未治療者率が、府や国と比較して高くなっています。特に令和3年度は10.2%まで増加しましたが、令和4年度は7.1%に減少しています。

特定健診受診者のうち受診勧奨判定値該当者の未治療者率



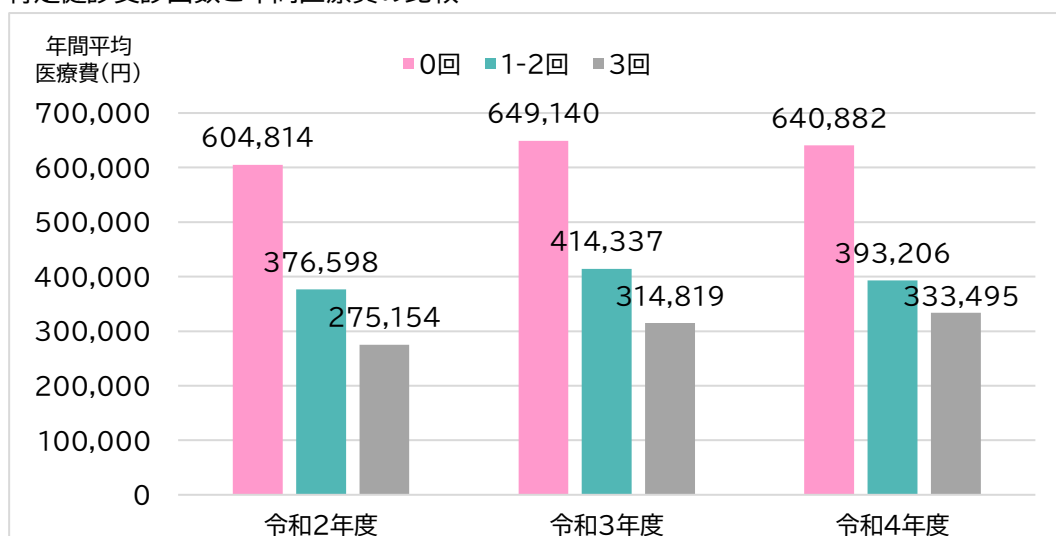
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(6) 健診受診者と健診未受診者の治療状況

平成30年度から令和2年度までの特定健診受診者の健診受診回数ごとにおける年間平均医療費を比較したところ、3年間にわたる健診の受診回数が少ないほど、医療費は高い傾向を認めています。

また、平成30年度～令和2年度までの特定健診受診者の健診受診回数ごとに大血管疾患発症の入院レセプトの有無を比較したところ、健診受診回数が多いほど大血管疾患の発症率は低くなっています。

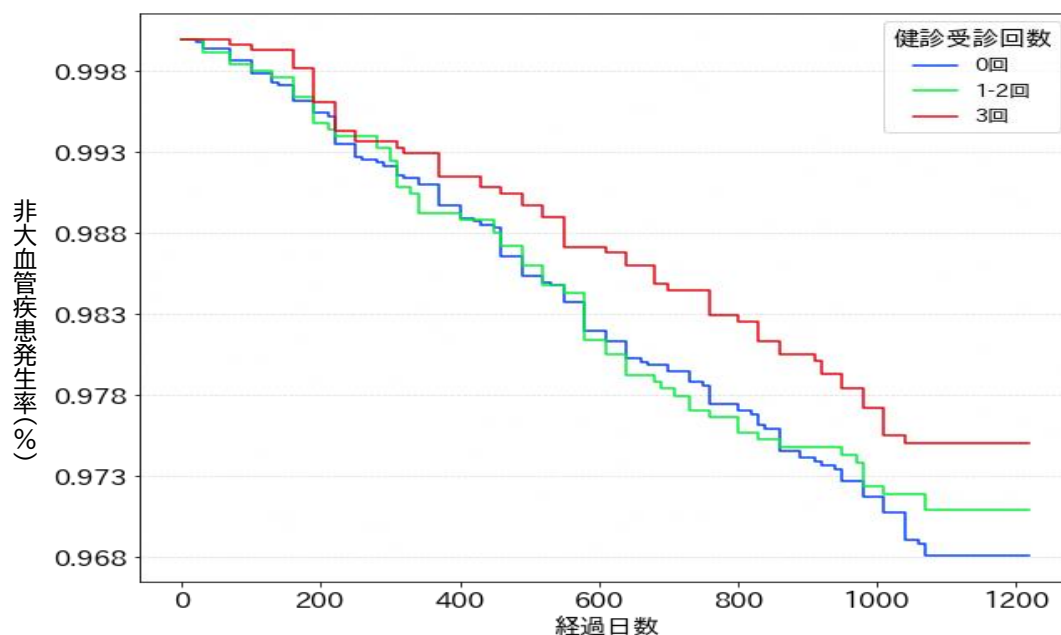
特定健診受診回数と年間医療費の比較



特定健診等データ管理システム「FKAC131」・八幡市レセコード情報・特定健診等被保険者データ

※平成30年度～令和2年度までの特定健診受診者の健診受診回数ごとにおける年間平均医療費を比較

平成30～令和2年度健診受診回数による大血管疾患発症率の違い



特定健診等データ管理システム「FKAC131」・八幡市レセコード情報・特定健診等被保険者データ

2 特定保健指導の状況

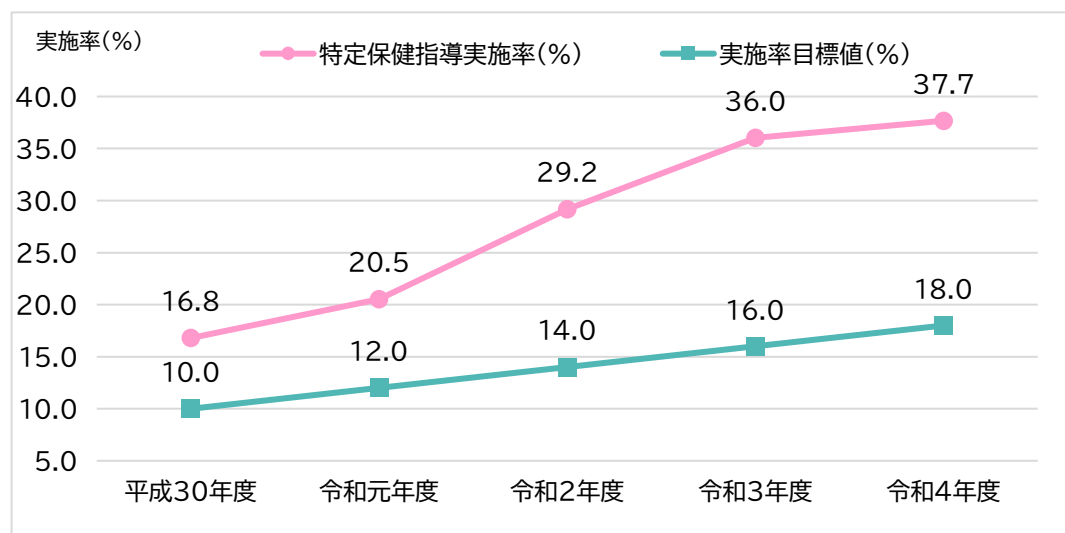
(1) 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の実施率は増加しており、令和4年度は平成30年度に比べて20.9ポイント増加し目標値を大きく超えています。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	649	721	569	666	576
特定保健指導実施者数(人)	109	148	166	240	217
特定保健指導実施率(%)	16.8	20.5	29.2	36.0	37.7
実施率目標値(%)	10.0	12.0	14.0	16.0	18.0

出典:法定報告値

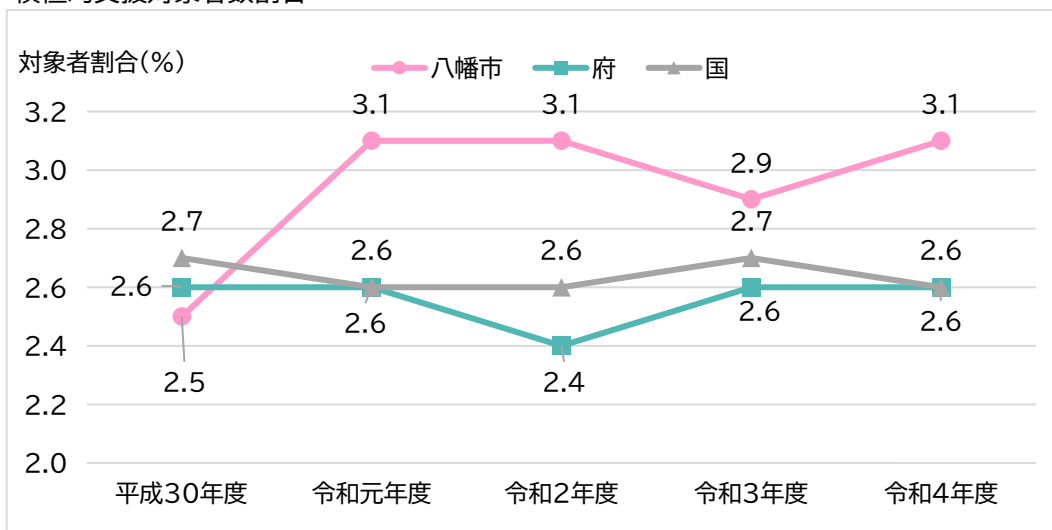


出典:法定報告値

(2) 積極的支援の状況

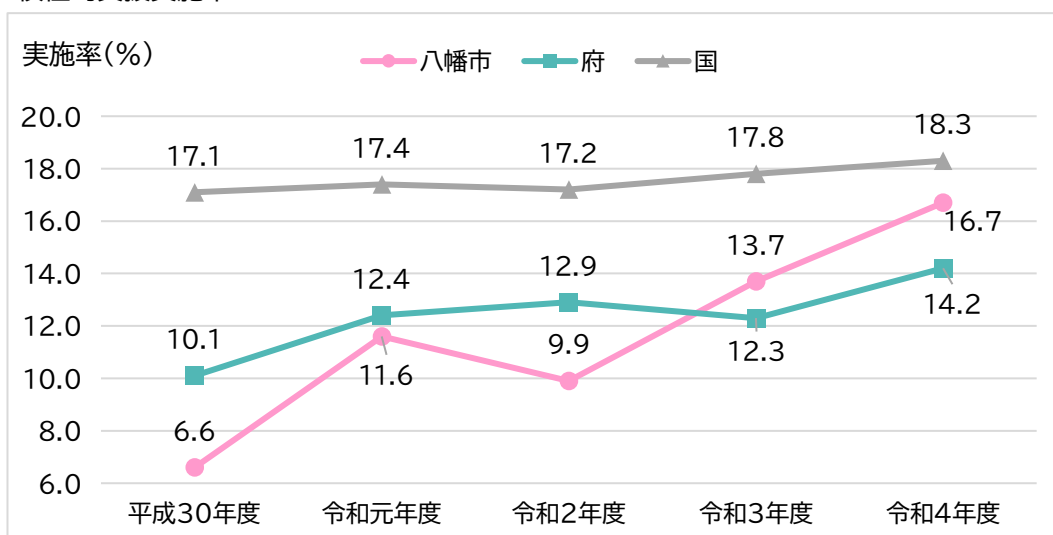
積極的支援対象者割合は、府や国と比較して令和元年度から高くなっており、平成30年度からは0.6ポイント増加しています。積極的支援実施率は、平成30年度が6.6%で、府や国に比べると低くなっていましたが、年々増加し令和4年度には16.7%となり国の実施率に近づきつつあります。

積極的支援対象者数割合



出典:法定報告値

積極的支援実施率

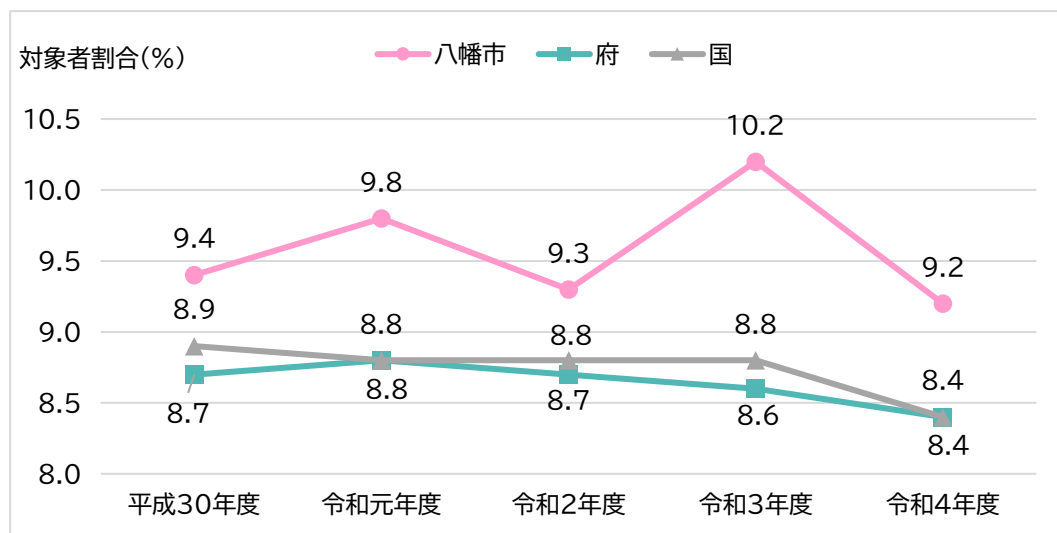


出典:法定報告値

(3) 動機付け支援の状況

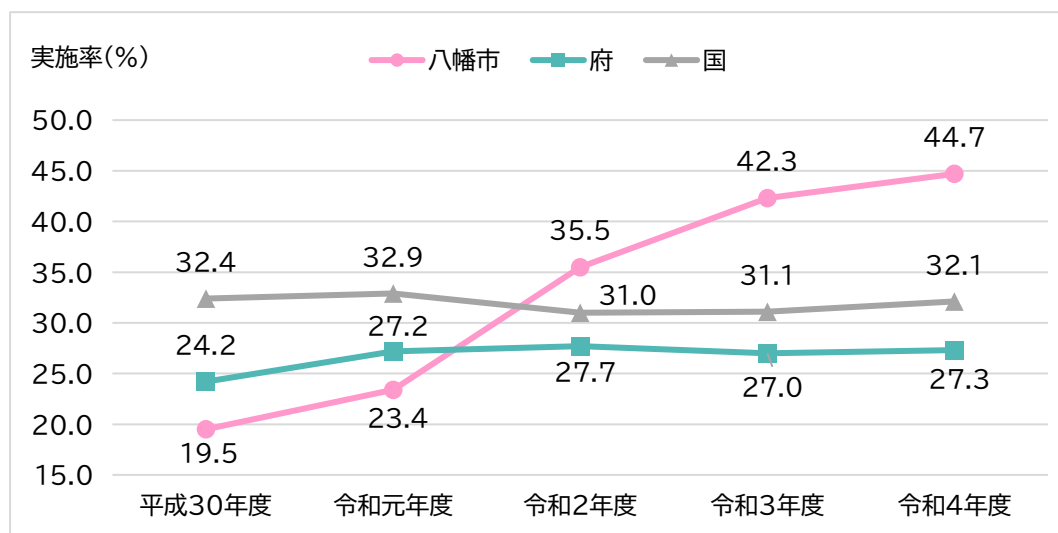
動機付け支援の対象者割合は、府や国と比較して高くなっており令和3年度では10.2%まで増加しましたが、令和4年度は9.2%となっています。動機付け支援実施率は、平成30年度は19.5%で、府や国に比べると低くなっていましたが、年々増加し令和4年度には44.7%となり府や国の実施率を超えています。

動機付け支援対象者数割合



出典:法定報告値

動機付け支援実施率

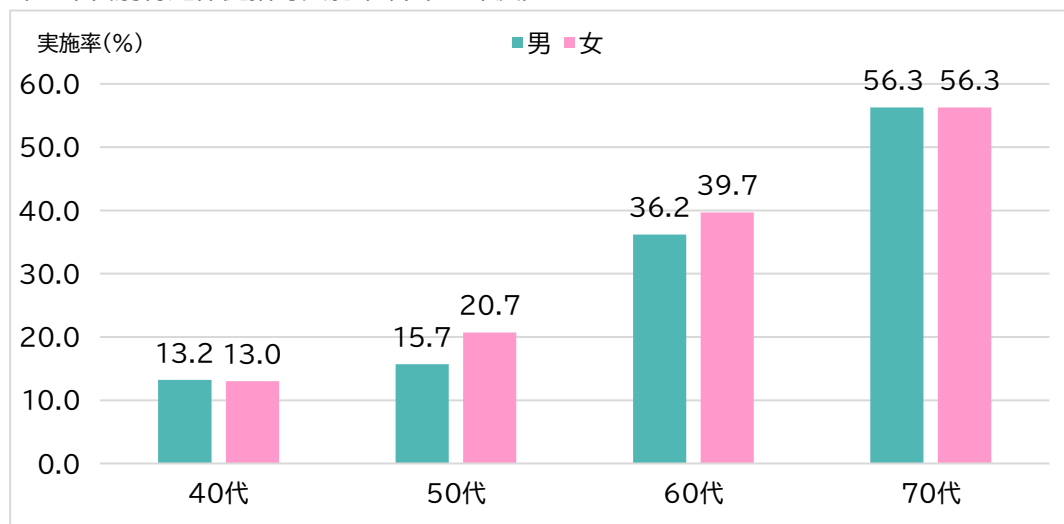


出典:法定報告値

(4) 性・年代別特定保健指導実施率

性・年代別の特定保健指導実施率は男女ともに40～50歳代で低くなっていますが、70歳代は実施率が半数以上となっています。また、50～60歳代では女性の実施率が高くなっています。

性・年代別特定保健指導実施率(令和4年度)

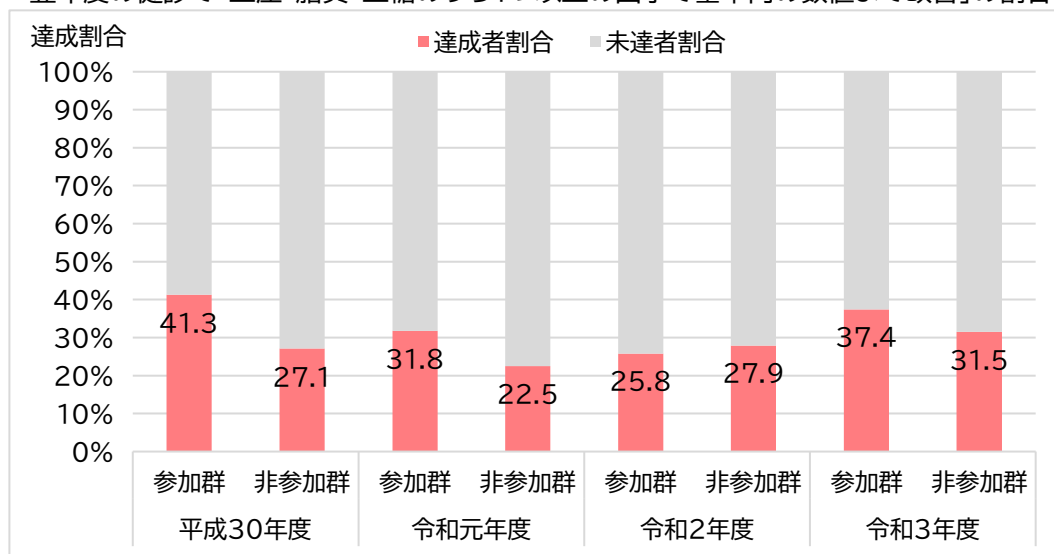


出典:法定報告値

(5) 特定保健指導実施者と非実施者の比較

特定保健指導対象者のうち特定保健指導参加者と非参加者で、翌年度の健診結果で血圧・脂質・血糖のうち1つ以上が基準値内の数値まで改善した割合は、新型コロナウイルスの影響が高い令和2年度以外は、参加群が非参加群よりも達成割合が高くなっています。

翌年度の健診で「血圧・脂質・血糖のうち1つ以上の因子で基準内の数値まで改善」の割合



出典:特定健診等データ管理システム「FKAC131 ファイル」

3 医療費の状況

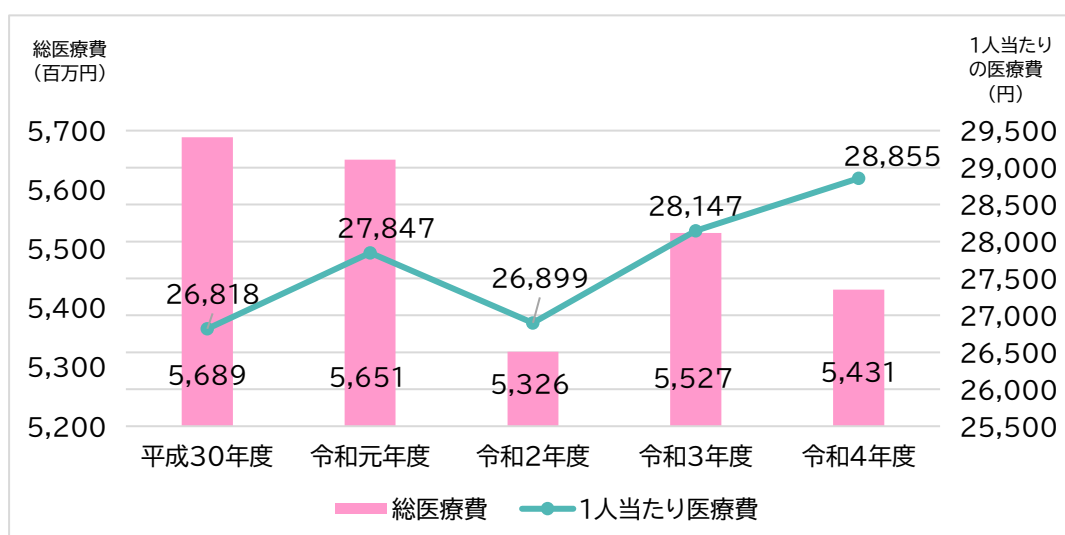
(1) 年度別 医療費の状況(総医療費・1人当たり医療費)(医科)

総医療費は、令和4年度で約54億3千万円となっており、被保険者1人当たりの医療費(月額)は、28,855円となっています。年度別医療費の状況をみると、総医療費は被保険者数の減少とともに、平成30年度に比べると令和4年度は減少していますが、1人当たり医療費は新型コロナウイルスの影響のある令和2年度以外は増加しており、平成30年度から比べて令和4年度は約2千円増加しています。

年度別 総医療費・1人当たり医療費(医科)

単位:(円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総医療費	5,688,558,040	5,650,569,770	5,324,580,390	5,527,026,640	5,430,553,490
1人当たり医療費(月額)	26,818	27,847	26,899	28,147	28,855

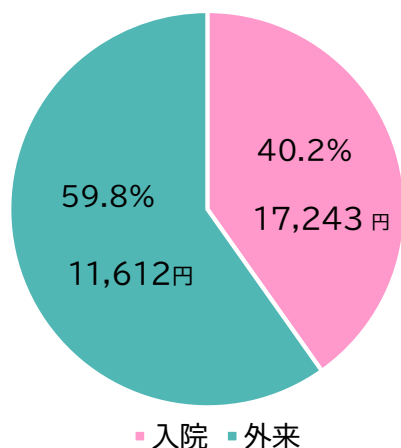


出典:国保データベース(KDB)システム「市区町村別データ」

(2) 入院・外来別の医療費状況（医科）

入院・外来医療費の割合は、入院が約40%、外来が約60%の割合となっています。

令和4年度1人当たり医療費の入院・外来医療費の割合(月額)



出典:国保データベース(KDB)システム
「市区町村別データ」

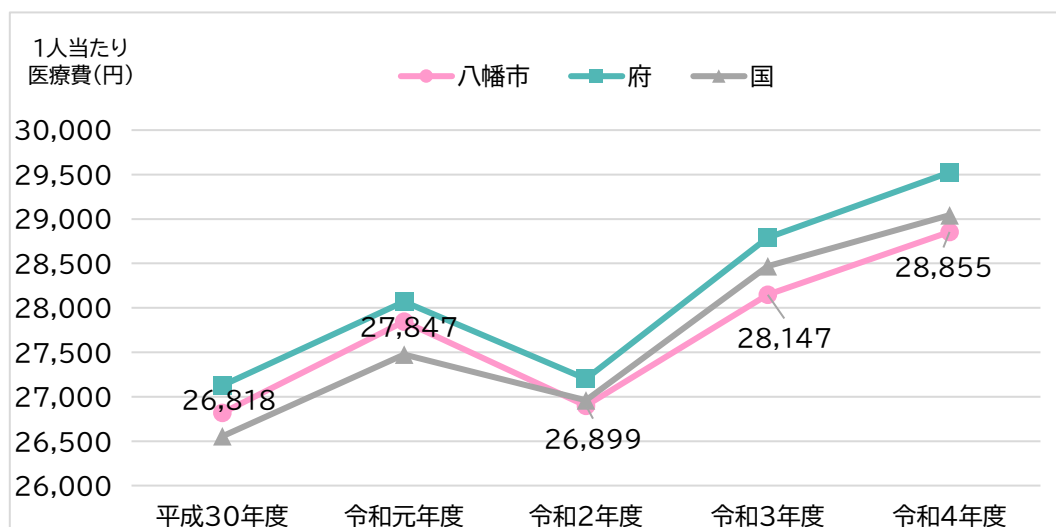
(3) 1人当たり医療費 府・国比較（医科）

年度別1人当たり医療費は、平成30年までは国よりも高く、府よりも低くなくなりましたが、令和2年度から国よりも低くなっています。

年度別 1人当たり医療費(月額) 府・国比較(医科)

単位:(円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八幡市	26,818	27,847	26,899	28,147	28,855
府	27,127	28,070	27,201	28,788	29,524
国	26,555	27,475	26,961	28,469	29,043



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

(4) 疾病別医療費構成比(令和4年度)

八幡市の最大医療資源傷病名別の医療費構成比は、がんが多く34%を占め、筋・骨格も18.8%と割合が高くなっています。また、慢性腎臓病(透析有)、慢性腎臓病(透析無)の両方で府や国と比較して割合が高くなっています。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

単位:(%)

傷病名	八幡市	府	国
がん	34.0	35.0	32.0
筋・骨格	18.8	17.7	16.6
精神	10.4	12.1	15.0
慢性腎臓病(透析有)	10.3	8.4	8.3
糖尿病	9.8	9.2	10.4
高血圧症	5.0	5.4	5.8
脂質異常症	3.4	4.0	4.0
脳梗塞	2.8	2.6	2.7
狭心症	2.1	2.6	2.1
脳出血	1.2	1.2	1.3
心筋梗塞	1.0	0.7	0.7
慢性腎臓病(透析無)	0.7	0.5	0.6
動脈硬化症	0.4	0.3	0.2
脂肪肝	0.1	0.2	0.2
高尿酸血症	0.1	0.1	0.1

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(5) 医療費上位10疾患 入院

令和4年の入院の最大医療資源病名の医療費1位は骨折であり、平成30年度、令和3年度も1位となっています。また、令和元年度と令和2年度は脳梗塞が1位となっています。令和4年度では半数が循環器疾患で占めており、令和3年度・令和4年度は慢性腎臓病(透析有)が高くなっています。

入院医療費上位 10 疾患 最小分類 (令和4年度)

	最大医療資源病名	年間総医療費(円)
1位	骨折	9,160,3060
2位	統合失調症	8,476,7360
3位	慢性腎臓病(透析有)	7,491,2450
4位	脳梗塞	6,319,5370
5位	関節疾患	6,136,7050
6位	肺がん	5,923,7590
7位	不整脈	5,448,7470
8位	大腸がん	5,375,7800
9位	大動脈瘤	5,247,4270
10位	狭心症	4,033,8420

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

年度別 入院医療費上位 10 疾患 最小分類

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1 位	骨折	脳梗塞	脳梗塞	骨折	骨折
2 位	脳梗塞	骨折	肺がん	慢性腎臓病(透析有)	統合失調症
3 位	関節疾患	肺がん	統合失調症	関節疾患	慢性腎臓病(透析有)
4 位	狭心症	関節疾患	骨折	統合失調症	脳梗塞
5 位	肺がん	統合失調症	関節疾患	大腸がん	関節疾患
6 位	統合失調症	狭心症	不整脈	肺がん	肺がん
7 位	脳出血	大腸がん	大腸がん	不整脈	不整脈
8 位	不整脈	不整脈	狭心症	狭心症	大腸がん
9 位	大腸がん	慢性腎臓病(透析有)	脳出血	脳梗塞	大動脈瘤
10 位	うつ病	脳出血	慢性腎臓病(透析有)	脳出血	狭心症

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

(6) 医療費上位10疾患 外来

令和4年の外来の最大医療資源病名の医療費1位は糖尿病であり、平成30年度から令和4年度までの全ての年度で1位となっています。令和4年度では半数が循環器疾患で占めており、慢性腎臓病(透析有)は令和元年度以外で2位となっています。

外来医療費上位 10 疾患 最小分類 (令和4年度)

	最大医療資源病名	年間総医療費(円)
1位	糖尿病	22,948,2910
2位	慢性腎臓病(透析有)	20,844,1080
3位	関節疾患	14,608,7020
4位	高血圧症	13,019,4240
5位	肺がん	10,564,6740
6位	脂質異常症	9,403,6920
7位	緑内障	7,426,4780
8位	うつ病	7,232,3090
9位	乳がん	7,209,2240
10位	不整脈	6,852,7430

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

年度別 外来医療費上位 10 疾患 最小分類

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1位	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
2位	慢性腎臓病(透析有)	関節疾患	慢性腎臓病(透析有)	慢性腎臓病(透析有)	慢性腎臓病(透析有)
3位	関節疾患	慢性腎臓病(透析有)	関節疾患	関節疾患	関節疾患
4位	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症
5位	脂質異常症	脂質異常症	肺がん	肺がん	肺がん
6位	肺がん	肺がん	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症
7位	うつ病	乳がん	乳がん	乳がん	緑内障
8位	緑内障	緑内障	緑内障	うつ病	うつ病
9位	不整脈	うつ病	うつ病	緑内障	乳がん
10位	乳がん	不整脈	不整脈	不整脈	不整脈

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

(7) 生活習慣病における1人当たり医療費(入院+外来)

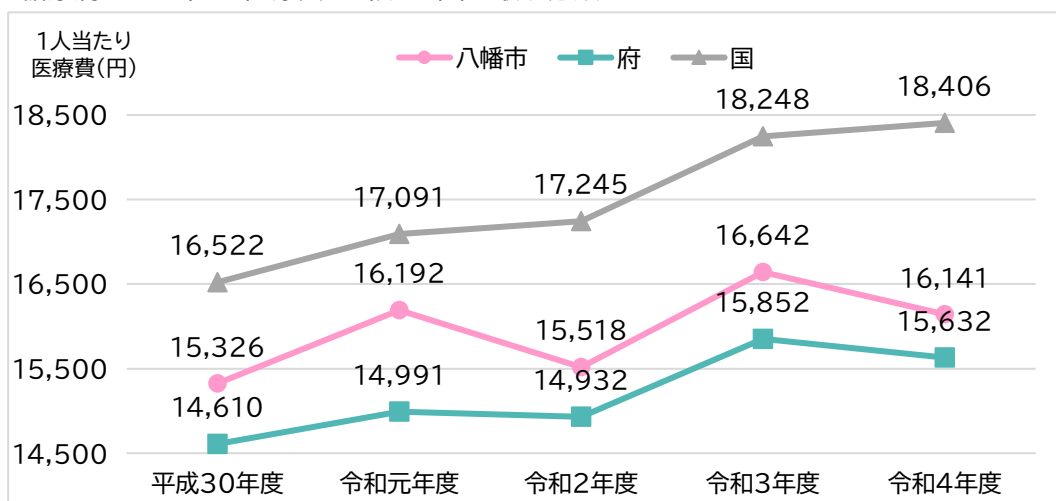
生活習慣病の1人当たり医療費を基礎疾患及び慢性腎臓病(透析なし)と重篤な疾患に分けて比較しました。

① 基礎疾患及び慢性腎臓病(透析なし)

八幡市は高血圧症、脂質異常症の1人当たり医療費は府・国と比較すると低くなっています。また、高血圧症、脂質異常症の1人当たり医療費は減少傾向であり、平成30年度と比べて高血圧症が1,105円、脂質異常症が2,001円少なくなっています。糖尿病の医療費は、高血圧症、脂質異常症の基礎疾患の中で1番高くなっており、国と比較すると低く府と比較すると高くなっています。

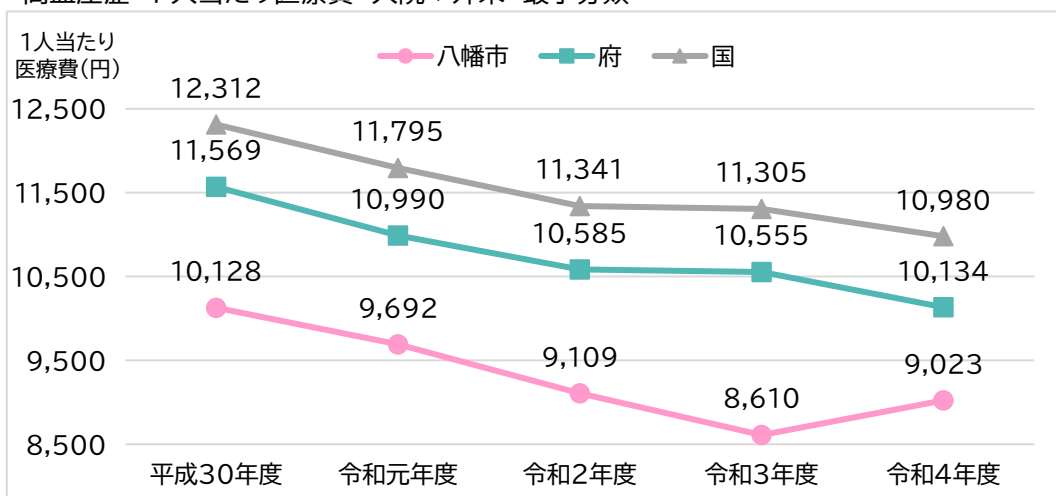
慢性腎臓病(透析無)の1人当たり医療費は、減少傾向ではありますが府や国と比較すると高くなっています。

糖尿病 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



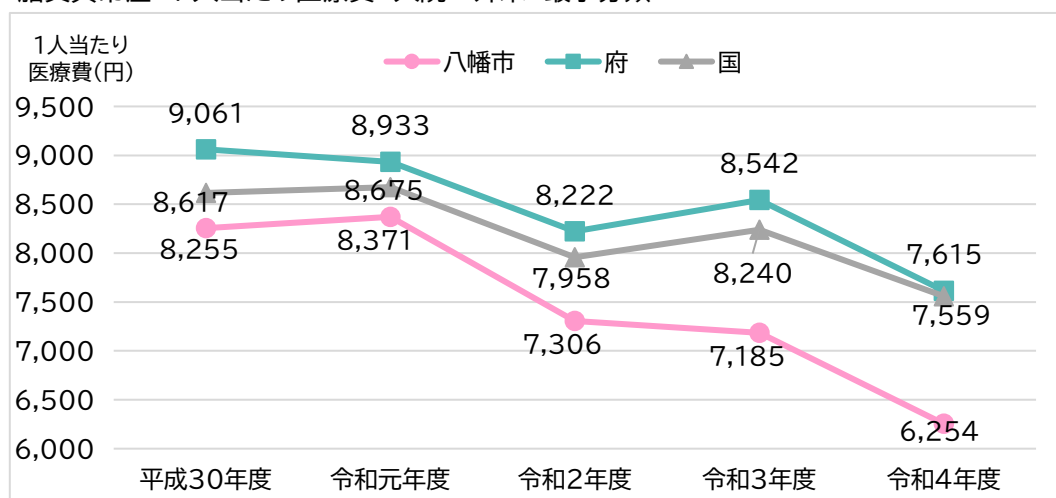
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

高血圧症 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



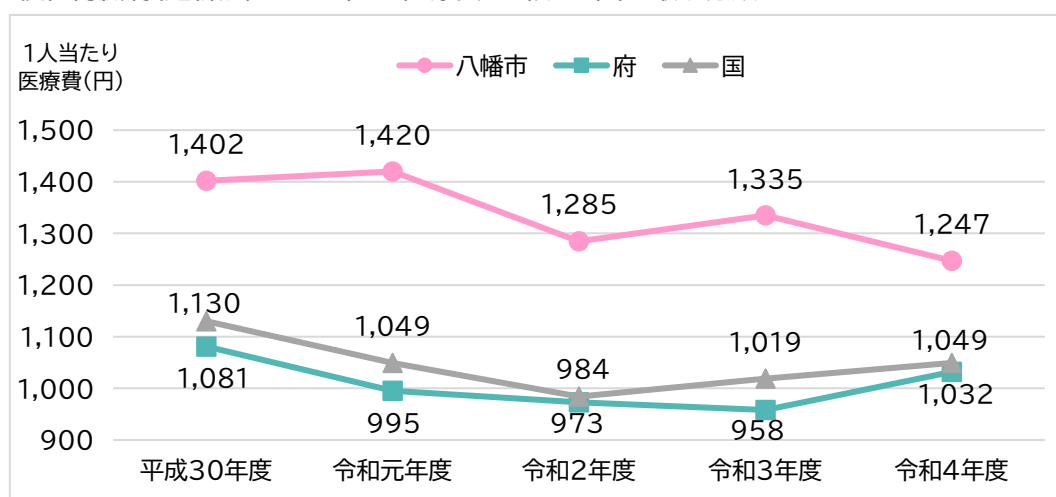
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

脂質異常症 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

慢性腎臓病(透析無) 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



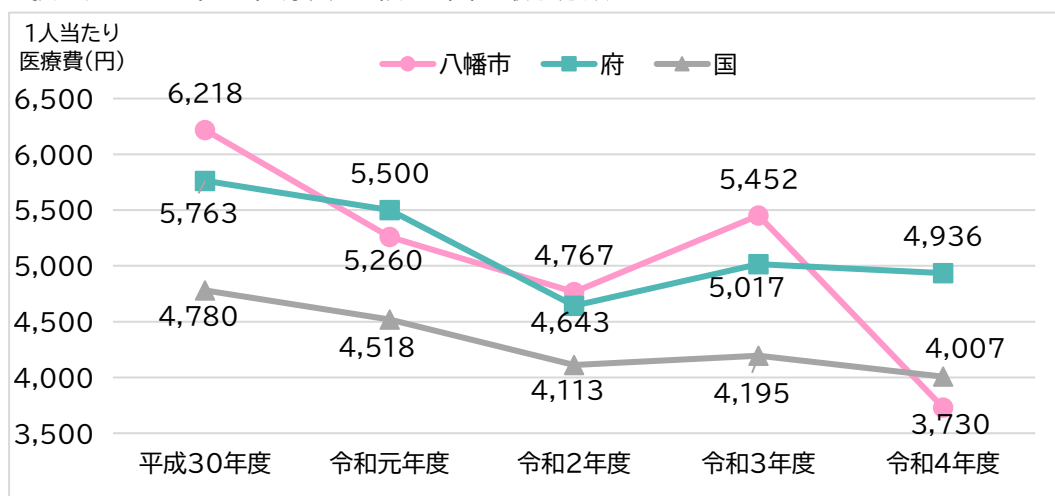
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

② 重篤な疾患

狭心症の1人当たり医療費は減少傾向であります。心筋梗塞は令和2年度と比較すると増加しており、令和2年度以外の年度で府・国よりも高くなっています。脳梗塞と脳出血は、減少傾向ではありますが、府・国と比較して脳梗塞は平成30年度から令和2年度まで、脳出血は令和4年度以外は高くなっています。基礎疾患に比べて重篤疾患は1人当たり医療費が府・国と比較して高い部分が多くなっています。

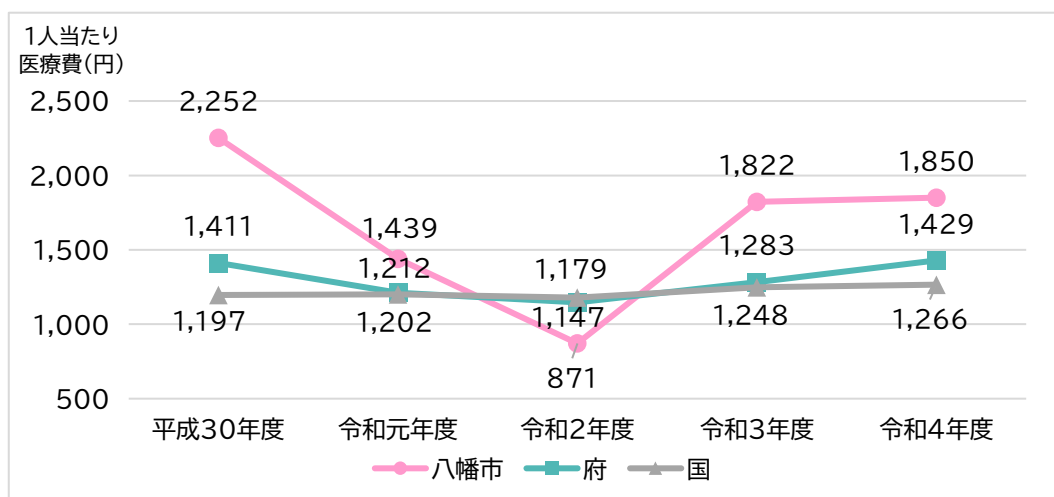
また、慢性腎臓病(透析有)の1人当たり医療費は増加傾向であり、平成30年度は府・国と比較して低くなっていましたが、令和3年度から府・国よりも高くなっています。

狭心症 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



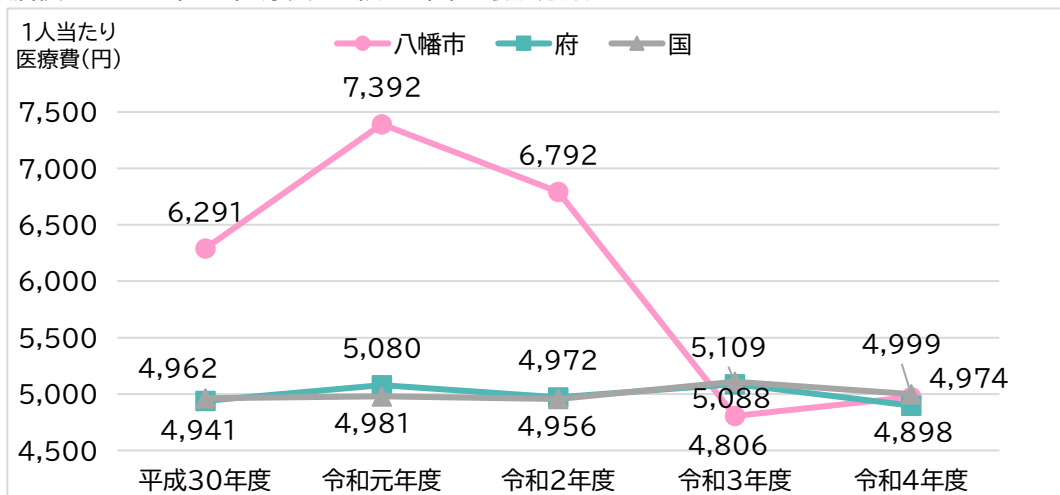
出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

心筋梗塞 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



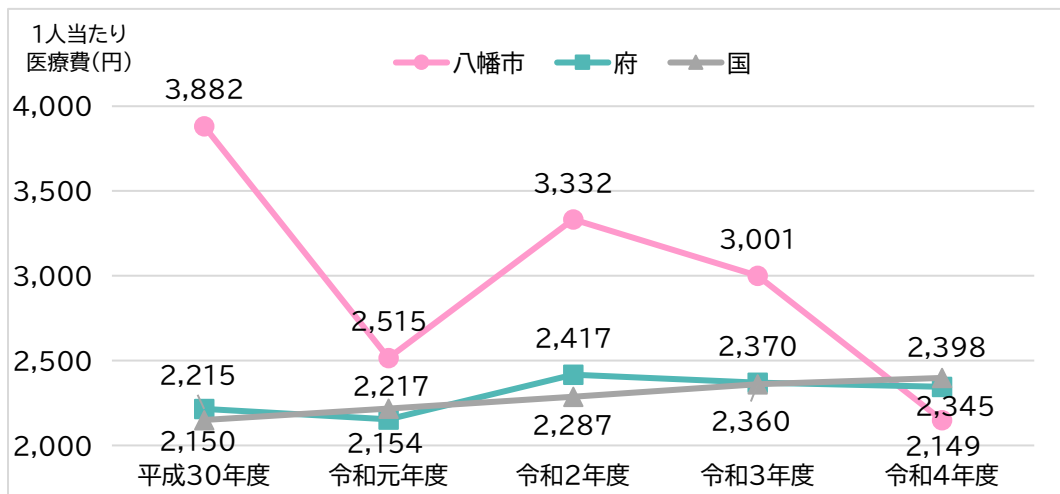
出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

脳梗塞 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



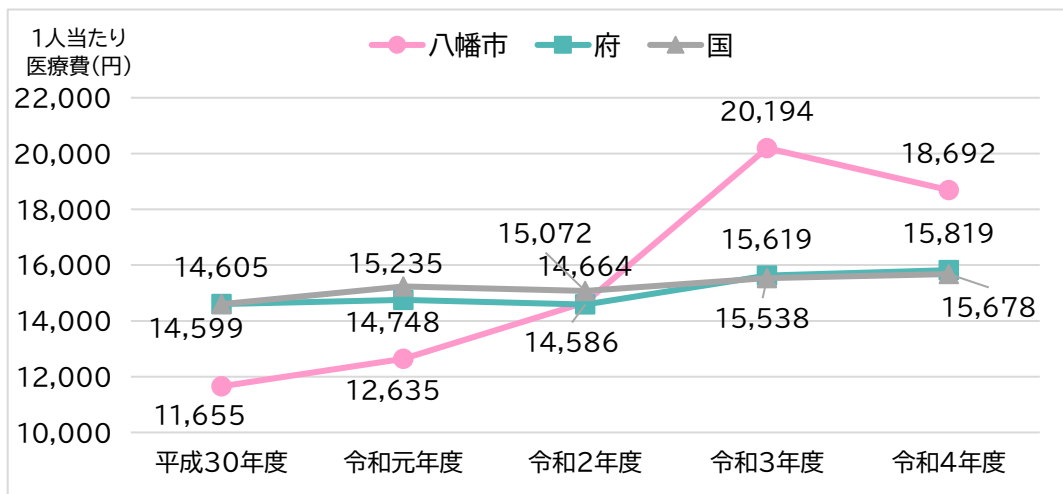
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

脳出血 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

慢性腎臓病(透析有) 1人当たり医療費 入院+外来 最小分類



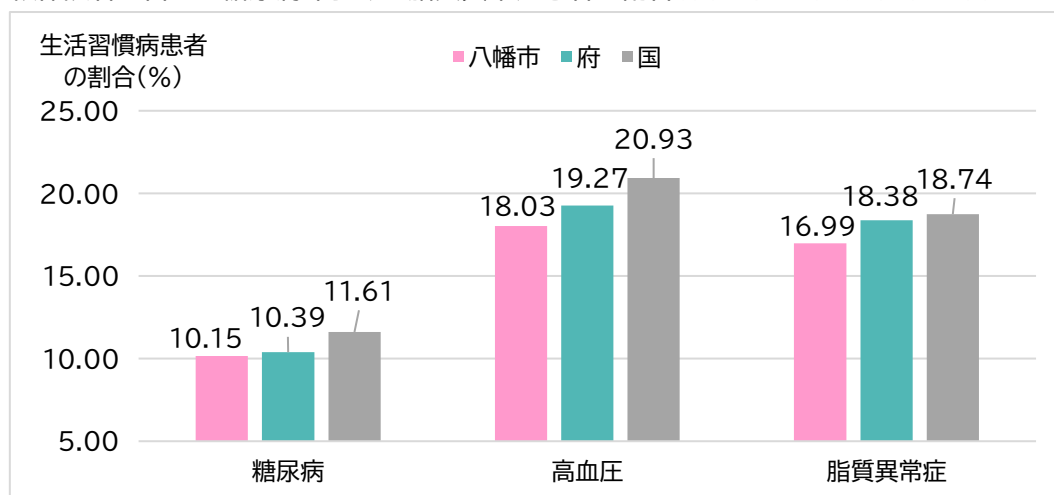
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(最小(82)分類)」

(8) 生活習慣病の患者数

被保険者に占める基礎疾患患者の割合は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順で高くなっており、いずれも府や国に比べると割合が低くなっていますが、被保険者に占める心筋梗塞患者と脳梗塞患者の割合は、府や国と比べると高くなっています。

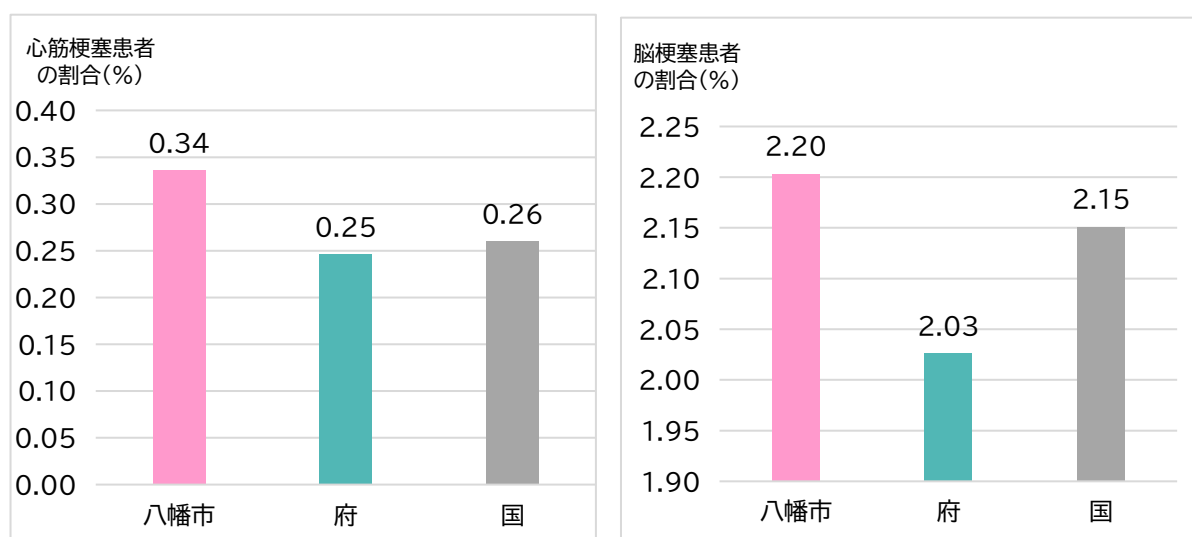
また、被保険者に占める糖尿病性腎症患者の割合も、府や国と比較して高くなっています。

被保険者に占める糖尿病・高血圧・脂質異常症患者の割合(令和5年3月診療分)入院+外来 最小分類



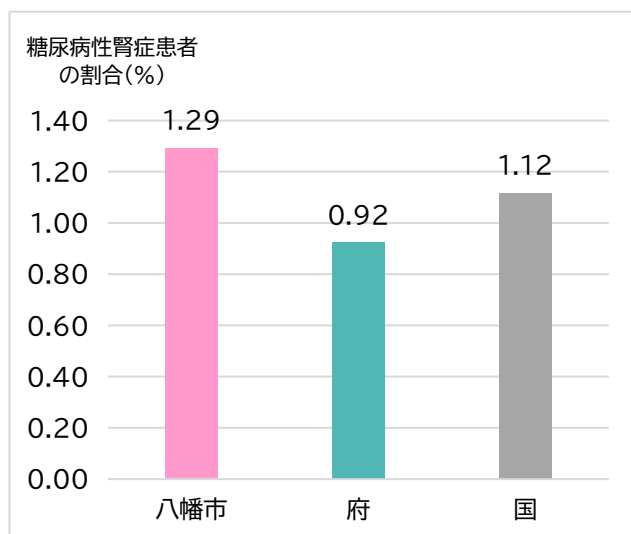
出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

被保険者に占める心筋梗塞・脳梗塞患者の割合(令和5年3月診療分)入院+外来 最小分類



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

被保険者に占める糖尿病性腎症患者の割合（令和5年3月診療分）入院＋外来 最小分類

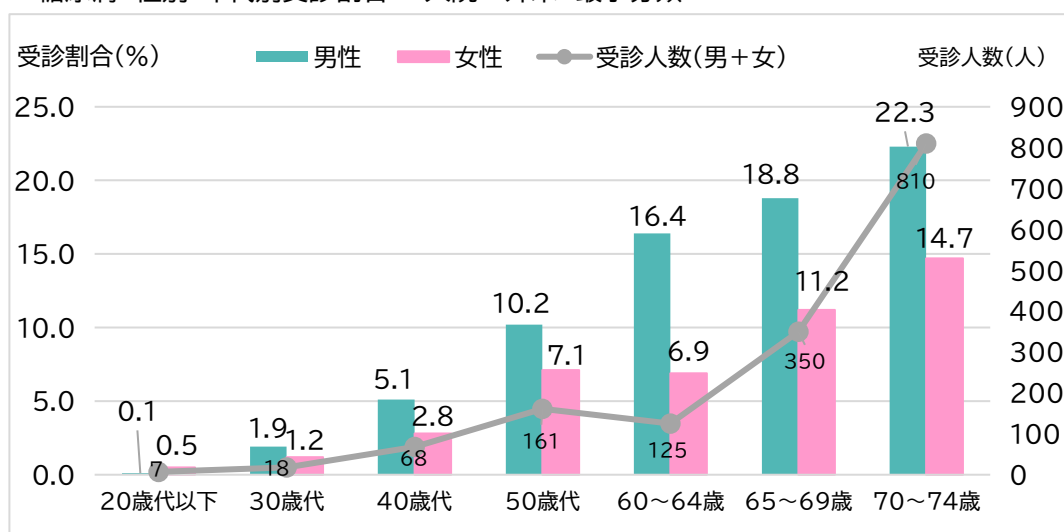


出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

(9) 生活習慣病の性別・年代別受診割合

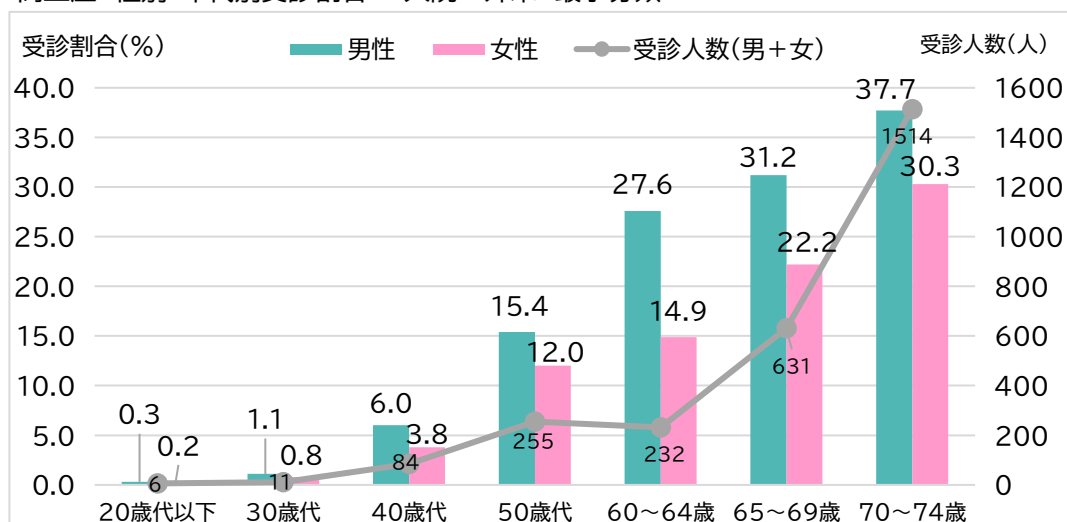
生活習慣病の受診割合を性別・年代別に比較しますと、脂質異常症以外は全ての年代で女性より男性の方が割合が高くなっています。糖尿病、高血圧、脂質異常症の基礎疾患では、40歳代からやや受診率が増え始め、年齢があがる毎に受診割合が増加しています。また重篤な疾患では、虚血性心疾患は50歳代から、脳血管疾患は60歳代から急激に受診割合が増え始めています。

糖尿病 性別・年代別受診割合 入院+外来 最小分類



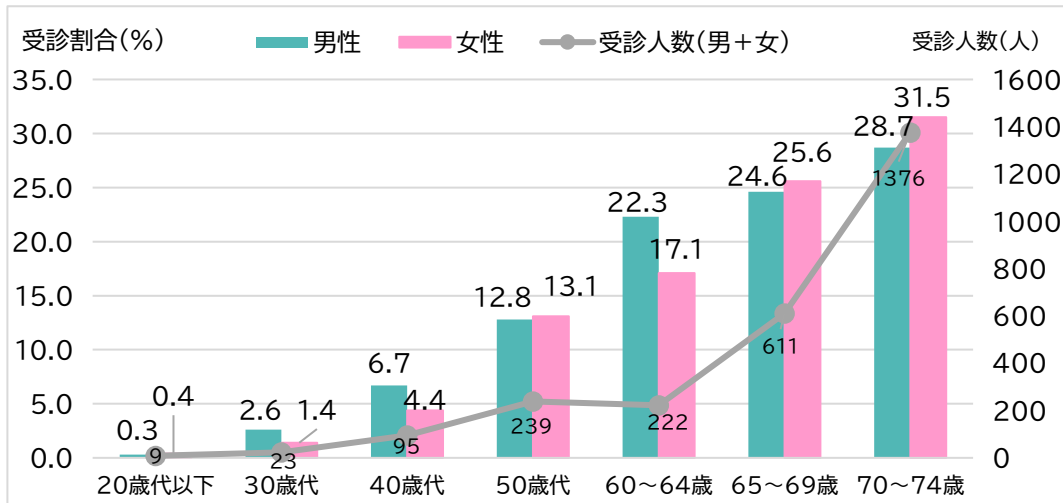
出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

高血圧 性別・年代別受診割合 入院+外来 最小分類



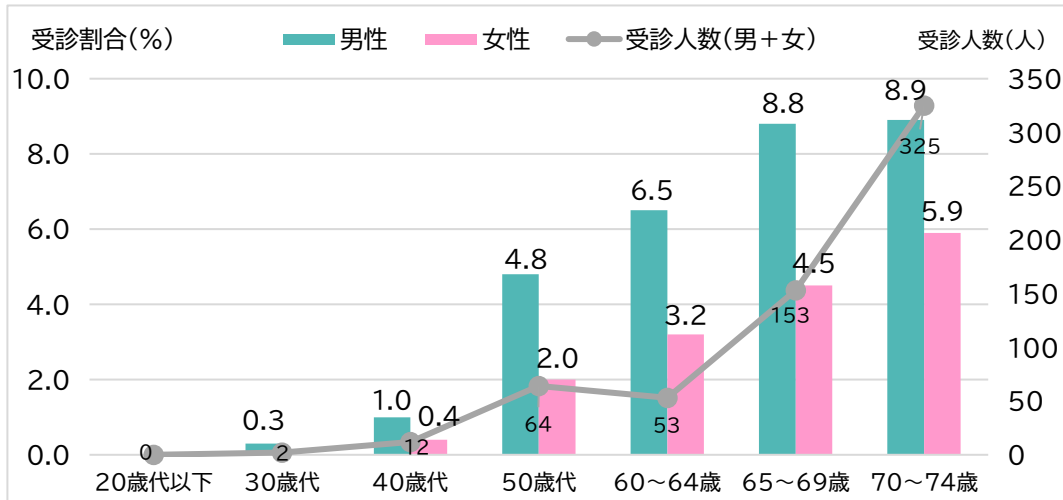
出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

脂質異常症 性別・年代別受診割合 入院+外来 最小分類



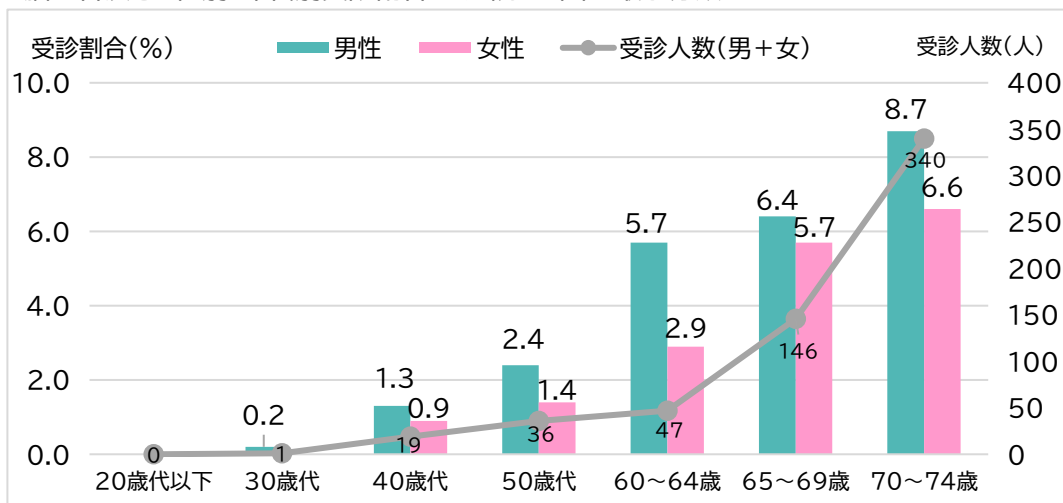
出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

虚血性心疾患 性別・年代別受診割合 入院+外来 最小分類



出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

脳血管疾患 性別・年代別受診割合 入院+外来 最小分類



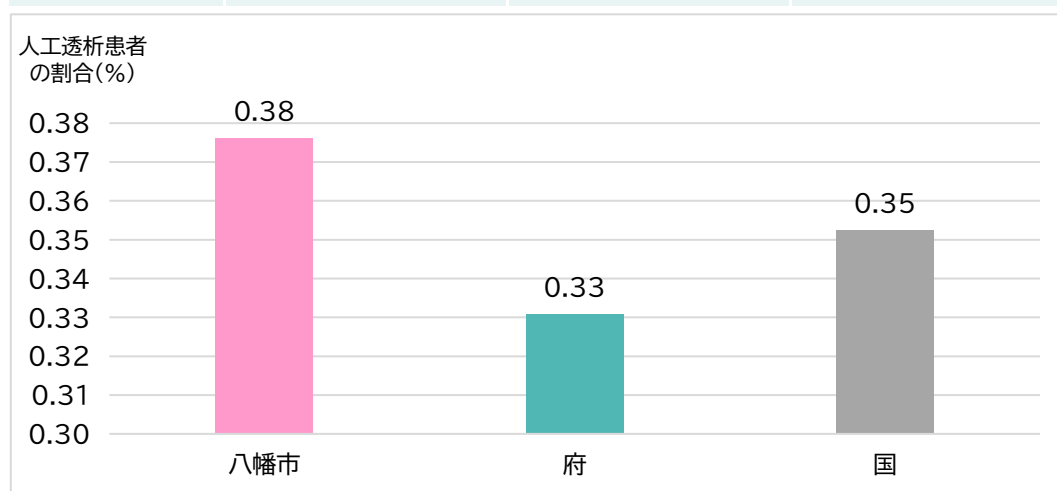
出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

(10) 人工透析患者の状況

八幡市の被保険者に占める人工透析患者の割合は、府や国と比較して高い状況です。

人工透析患者数及び被保険者に占める人工透析患者の割合(令和4年度)

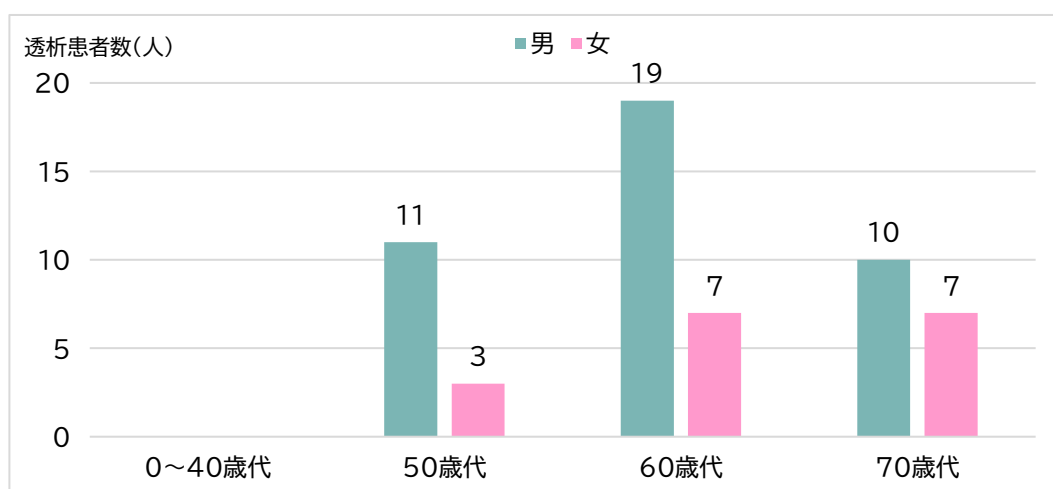
	被保険者数(人)	人工透析患者数(人)	被保険者に占める 人工透析患者の割合(%)
八幡市	15,159	57	0.38
府	498,511	1,649	0.33
国	24,660,500	86,890	0.35



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

性別では女性よりも男性が多く、50歳代から透析患者が現れます。男性では60歳代が1番多く、女性では60歳代と70歳代が同じ人数になっています。

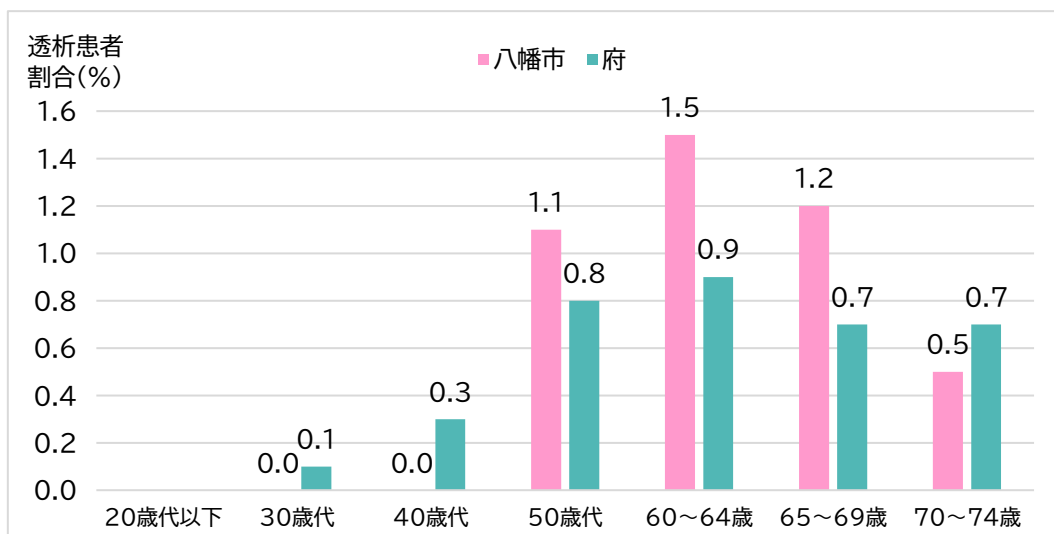
性別・年代別人工透析患者数(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

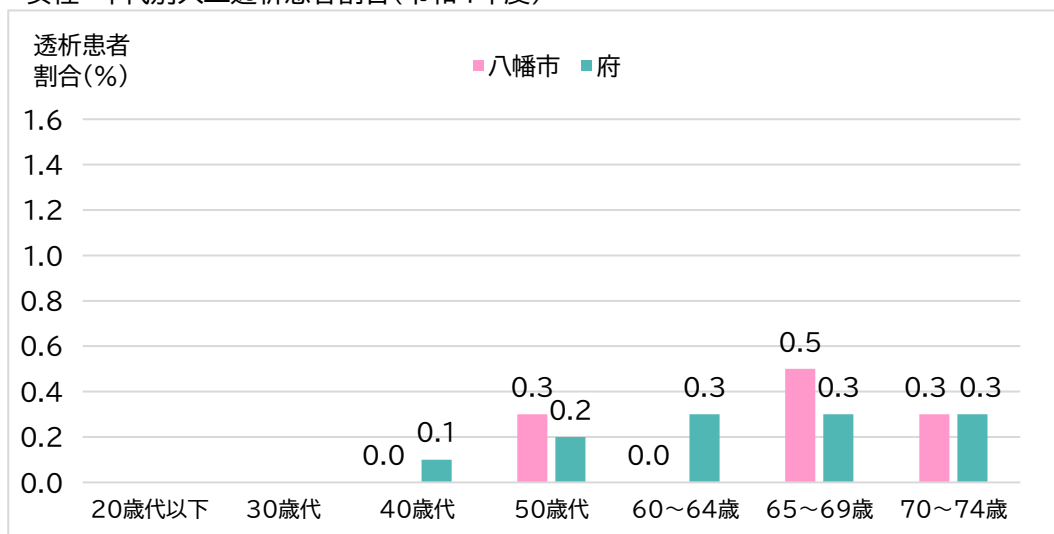
年代別人工透析患者割合を男女別に府と比較すると、男性の50歳代、60歳代、女性の50歳代、65～69歳で府よりも高くなっています。

男性 年代別人工透析患者割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

女性 年代別人工透析患者割合(令和4年度)



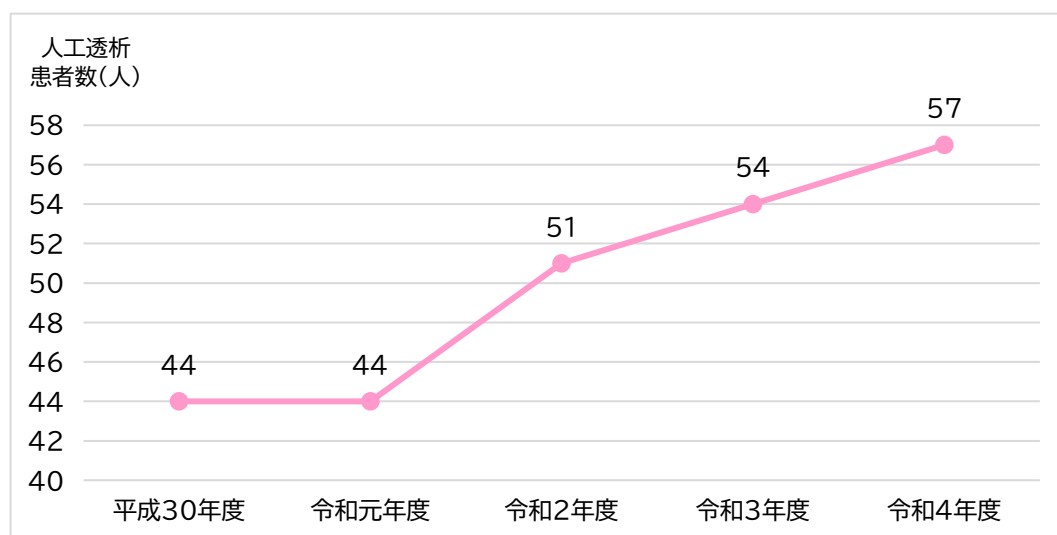
出典:国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-1」

八幡市の人工透析患者数は増加しており、令和4年度は57人となっています。それに伴い、人工透析医療費は増加しており、令和4年度は年間で4億円を超えており、平成30年度から比べると、1億円以上増加しています。

年度別 人工透析患者数及び医療費

	人工透析患者数(人)	人工透析医療費(円)※	患者1人当たりの 人工透析医療費(円)
平成30年度	44	293,524,770	6,671,018
令和元年度	44	297,877,940	6,769,953
令和2年度	51	308,918,700	6,057,229
令和3年度	54	409,950,510	7,591,676
令和4年度	57	406,808,740	7,136,995

※人工透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの

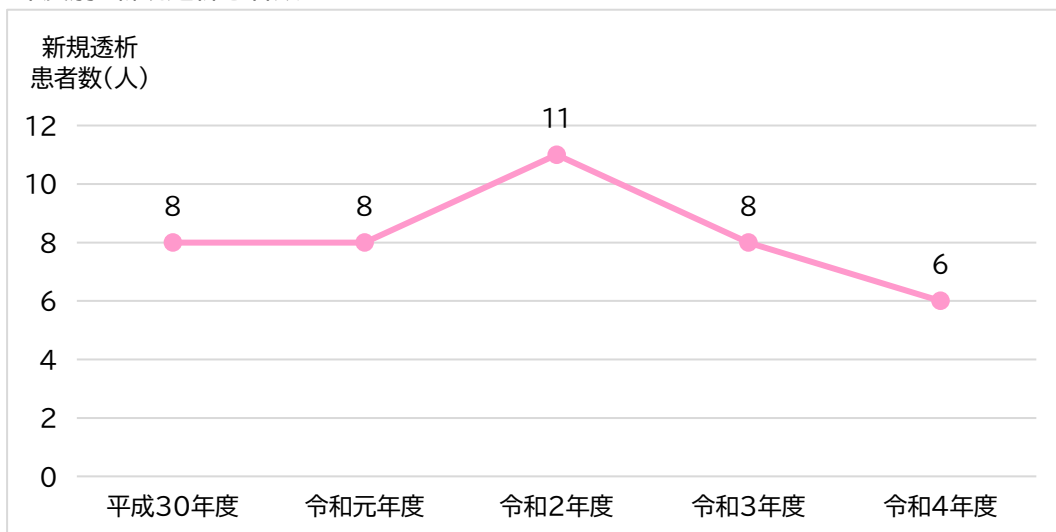


出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)最小分類」

新規透析患者数は令和2年度の11人をピークに令和3年度以降は減少しています。

年度別 新規透析患者数

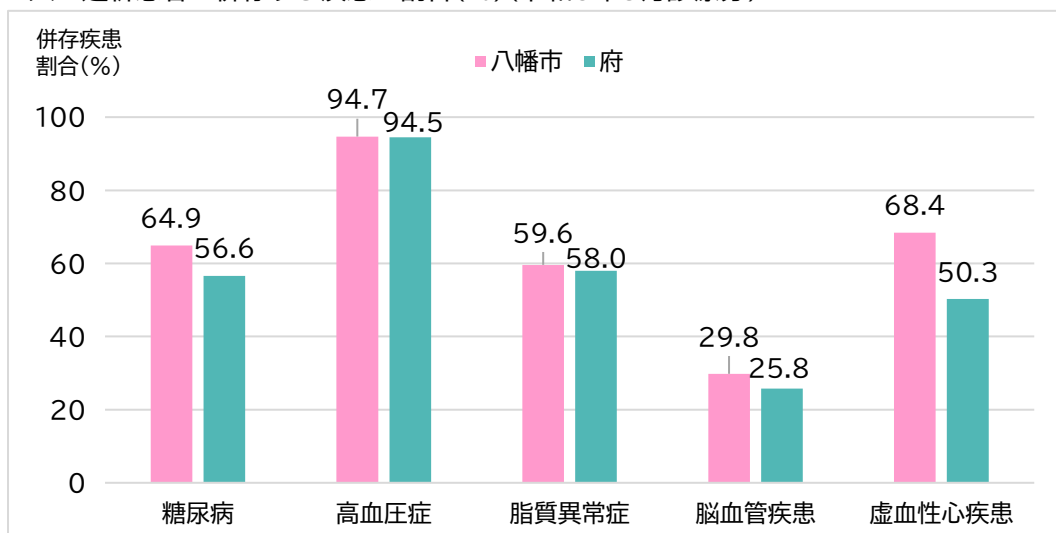
単位：(人)



出典：医療費分析資料作成システムより算出

人工透析患者が併存する疾患の割合では、9割以上が高血圧症の基礎疾患を持ち、糖尿病、脂質異常症も約6割の者が罹患しています。また、約7割の者が虚血性心疾患の既往があり、人工透析患者と虚血性心疾患の関連性が示唆されます。府と比較すると、糖尿病と虚血性心疾患で大きく差を開いて割合が高くなっています。

人工透析患者が併存する疾患の割合(%) (令和5年3月診療分)



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 3-7」

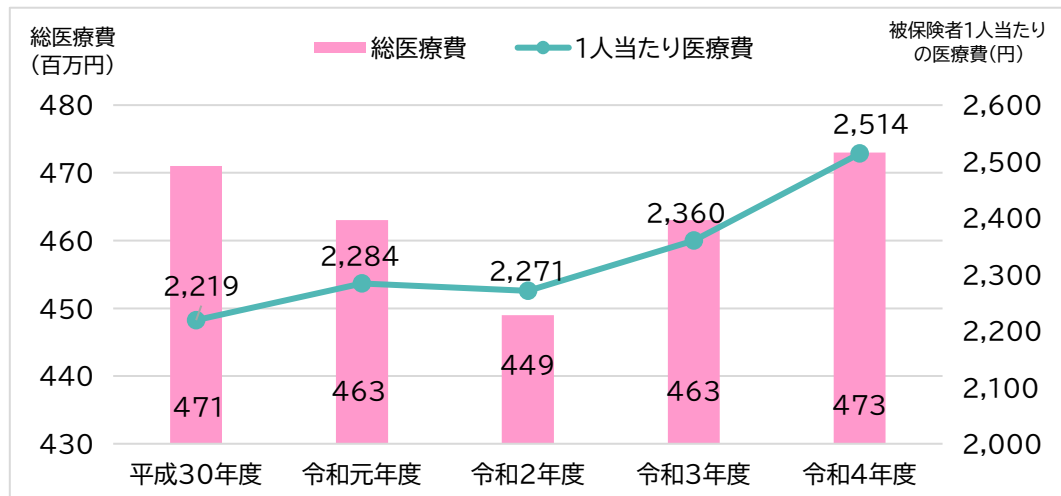
(11) 歯科医療費の状況

八幡市の歯科の総医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響が大きい令和2年度は低下しましたが、以降は増加しています。また、1人当たり医療費は徐々に増加しており、府や国と比較して高くなっています。

年度別 総医療費・1人当たり医療費(歯科)

単位:(円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総医療費	470,655,580	463,472,930	449,472,050	463,474,440	473,175,390
1人当たり医療費(月額)	2,219	2,284	2,271	2,360	2,514

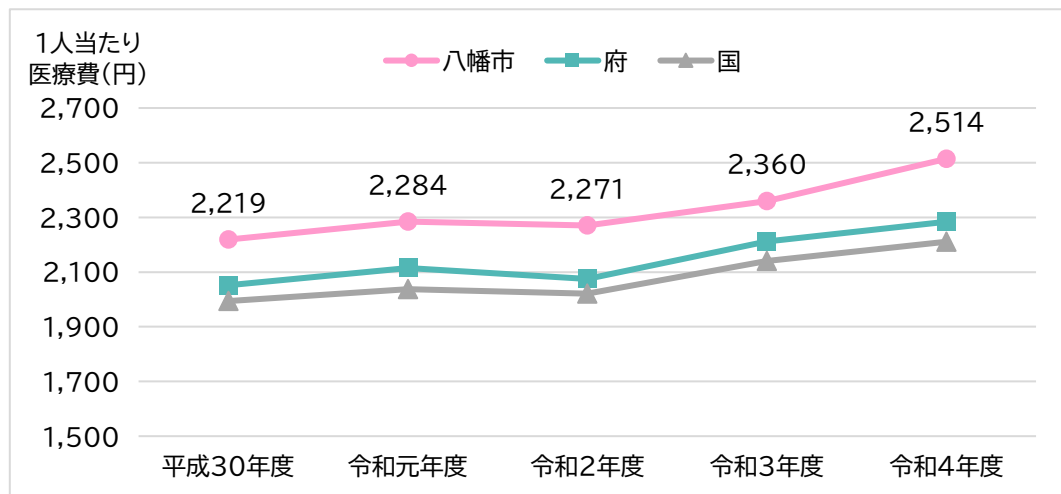


出典：国保データベース(KDB)システム「市区町村別データ」

1人当たり医療費(月額) 国・府比較(歯科)

単位:(円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八幡市	2,219	2,284	2,271	2,360	2,514
府	2,052	2,115	2,075	2,212	2,284
国	1,994	2,038	2,021	2,141	2,211



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

八幡市の令和4年度歯科医療状況では、受診率、1 件当たり医療費、1 人当たり医療費、1 日当たり医療費の全てが府や国と比べて高くなっており、歯に関する意識が高い一方で、歯科疾患の重症化が考えられます。

令和4年度歯科医療状況詳細

医療項目	八幡市	府	国
受診率(%)	177.4	166.9	163.8
1件当たり医療費(円)	14,180	13,690	13,410
1人当たり医療費(円)※	2,514	2,284	2,211
1日当たり医療費(円)	8,460	8,380	8,070
1件当たり受診回数(%)	1.7	1.6	1.7

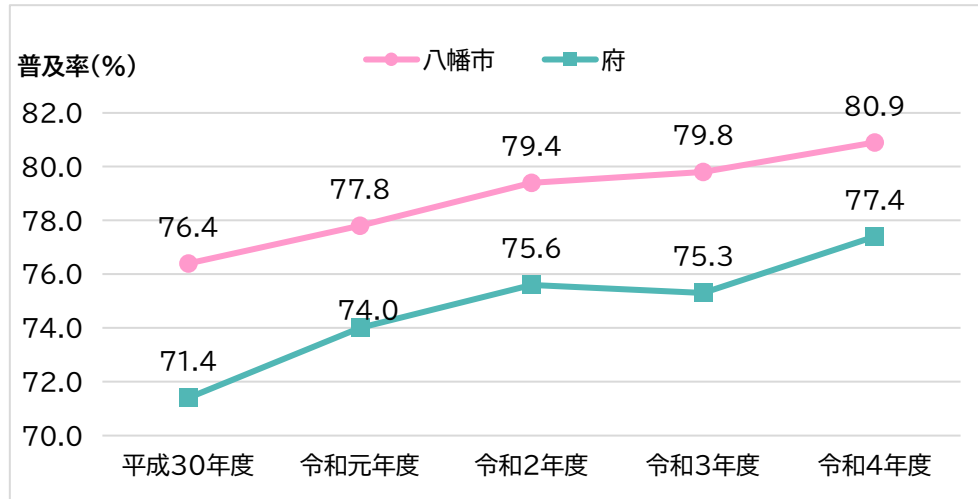
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※1 人当たり医療費・・・1か月分相当

(12) ジェネリック医薬品普及の状況

ジェネリック医薬品の普及率は増加傾向にあり、令和4年度(令和5年3月)において国の目標値である80%を超えることができました。

ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)



出展:厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(13) 重複・多剤服薬の状況

① 重複服薬

令和4年度における重複処方該当者は167人でした。

※ 重複処方該当者:3医療機関以上から重複処方が発生した薬効数1以上、及び2医療機関以上から重複処方が発生した薬効数2以上となった方(下図の網掛け部分)

他医療機関と重複 処方の発生した医療 機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数(同一月内)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を 受けた人	2医療機関以上	458	144	54	17	7	5	1	0	0	0
	3医療機関以上	23	17	10	4	2	2	0	0	0	0
	4医療機関以上	5	3	2	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0

出展:国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」(令和5年3月診療)

② 多剤服薬

令和4年度における多剤処方該当者数は、50 人でした。

※ 多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬効数(同一月内)が 15 以上となった方
(下図の網掛け部分)

		処方薬効数(同一月内)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日 数	1 日以上	6,957	5,624	4,438	3,332	2,418	1,743	1,235	844	557	341	50	4
	15 日以上	5,450	4,794	3,908	3,011	2,232	1,635	1,174	810	537	332	50	4
	30 日以上	4,729	4,196	3,453	2,705	2,019	1,495	1,086	747	499	316	50	4
	60 日以上	2,869	2,570	2,137	1,715	1,320	1,009	749	533	362	237	42	4
	90 日以上	1,535	1,387	1,162	947	740	581	448	298	195	136	22	2
	120 日以上	712	671	594	502	403	314	251	177	122	83	14	2
	150 日以上	403	380	337	294	241	184	152	109	78	48	6	2
	180 日以上	294	276	239	209	173	133	104	74	52	32	6	2

出展：国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」(令和5年3月診療)

第5章 健康課題の明確化

1 分析結果まとめ

項目		分析結果	参照 ページ	健康 課題
死亡・要介護状態	平均寿命 平均自立期間	・男性は平均寿命、平均自立期間(健康寿命)は延伸しており、平均寿命・平均自立期間(健康寿命)ともに府・国より長い。 ・女性の平均寿命、平均自立期間(健康寿命)は延伸しているが、平均寿命は府よりも短く、平均自立期間(健康寿命)は府・国よりも短い。	7 ～ 8	
	介護	・要介護(支援)認定率は国よりも高く府よりも低い。 ・要介護(支援)認定者の疾病別有病率は脳血管疾患、悪性新生物の割合が府・国に比べて高い。 ・要介護(支援)認定者の疾病別有病率は、心臓病が55.0%、筋骨格が49.9%、高血圧症が47.8%である。	9 ～ 10	
	死亡	・標準化死亡比は男女ともに府・国よりも低い。 ・ <u>主要死因別標準化死亡比は、男女ともに心不全が高く、老衰が少ない。また、腎不全が男女ともに高く、特に女性で高い。</u> ・疾病別死亡割合では悪性新生物について心疾患の割合が高い。	10 ～ 12	A
特定健康診査・特定保健指導の状況	特定健康診査 の実施状況	・特定健康診査受診率は府や国より高くなっており、令和元年度に47.6%まで増加したが令和2年度に減少し、以降受診率は45%程度まで回復したがその後伸び悩んでいる。 ・ <u>性・年代別受診率は、男性の受診率が低く、男女ともに40～50歳代の受診率が低い。</u> ・ <u>地区別受診率は、中央地区が低い。</u>	32 ～ 34	B E
	特定健診結果 ・有所見者率	・腹囲、中性脂肪、HDL-C、収縮期血圧、拡張期血圧、尿酸、eGFRの有所見者率が府・国より高い。 ・ <u>収縮期血圧とeGFRは平成30年度から比べると年々有所見者率が増加している。</u> ・ <u>中性脂肪、収縮期血圧は40～50歳代の若い世代で府や国よりも有所見者率が高い。</u>	35 ～ 37	A C E
	特定健診結果 ・メタボの状況	・ <u>メタボとメタボ予備群を合計した割合は府や国よりも高く、特に男性で差が大きい。</u> ・ <u>平成25年度から比べると令和4年度は男女ともに大きく増加している。</u>	38	B
	質問票の状況	・①「20歳時体重から10kg以上増加」②「喫煙」の質問項目で府や国と比較して該当者割合が高い。 ・ <u>①、②の質問項目ともに40～50歳代の若い世代で該当割合が高い。</u>	39 ～ 42	E
	特定健診結果 ・未治療者率	・ <u>受診勧奨判定値該当者の未治療者率が府や国と比較して高い。</u>	43	C
	特定保健指導 の実施状況	・特定保健指導の対象者数割合は府・国より高い。 ・特定保健指導実施率は年々増加し、平成30年度から比べて20.9%増加している。動機付け支援の実施率は府・国より高いが、積極的支援の実施率は国より低い。 ・ <u>40～50代の実施率が低い。</u>	45 ～ 48	B E

項目		分析結果	参照 ページ	健康 課題
医療費全体の状況	総医療費 1人当たり 医療費	・総医療費は被保険者数の減少とともに減少している。 ・1人当たり医療費は年々増加しているが、府・国と比べると低い。	49 ～ 50	
	医療費の構成	・入院医療費の上位疾患(最小分類)は、平成30年度から令和4年度の5年間でみると、1位は骨折か脳梗塞のどちらかである。 ・ <u>外来医療費の上位疾患(最小分類)は、平成30年度からの令和4年度の5年間のいずれの年度も糖尿病が1位である。</u> ・ <u>慢性腎臓病(透析有)は、入院・外来医療費のどちらも高い。</u>	51 ～ 53	A
生活習慣病に係る医療費の状況	疾病別 1人当たり医 療費	・基礎疾患である高血圧症と脂質異常症の1人当たり医療費は減少傾向で、府・国と比べて低い。 ・重篤な疾患の狭心症、心筋梗塞、脳梗塞、脳出血は、平成30年度からみると1人当たり医療費は減少しているが、 <u>基礎疾患に比べて重篤な疾患は府や国よりも高い傾向にある。</u> ・慢性腎臓病(透析無)の1人当たり医療費は、低下しているが府や国よりも高く、 <u>慢性腎臓病(透析有)は増加しており、令和3年度から府・国よりも高くなっている。</u>	54 ～ 57	A D
	患者割合	・ <u>患者割合は基礎疾患の糖尿病、高血圧症、脂質異常症は少なく、重篤疾患の心筋梗塞、脳梗塞は多い。</u>	58 ～ 59	D
	性別・年代別 受診割合	・女性より男性の方が受診割合が高い。 ・ <u>基礎疾患は40歳代から年齢があがる毎に受診割合が増え始めている。</u> ・ <u>重篤疾患は50～60歳代で急激に受診割合が増加している。</u>	60 ～ 61	E
人工透析の状況	人工透析 患者数・割合	・人工透析患者数は年々増加し、令和4年度で57人になっている。 ・人工透析患者割合は府や国より高く、性別・年代別受診割合では男性が多く、50～60歳代で府・国よりも高い。 ・新規透析患者数は令和2年度をピークに減少している。	62 ～ 65	A
	併存疾患 の割合	・併存疾患は高血圧症が9割を超え、糖尿病、脂質異常症は約6割の者が罹患している。 ・ <u>糖尿病と虚血性心疾患の併存疾患割合は、府よりもかなり高い。</u>	65	A
歯科医療費の状況		・歯科の1人当たり医療費は年々増加しており、府・国よりも高い。	66	
ジェネリック医薬品の普及の状況		・ <u>ジェネリック医薬品の普及率は増加している。</u>	68	F
重複・多剤服薬の状況		・ <u>重複処方、多剤処方ともに該当者は一定数いる。</u>	69	F

2 健康課題の抽出と個別目的

	健康課題	根拠	個別目的
A	透析患者数が増加し、割合も府・国よりも高い。	・人工透析患者数は年々増加し、割合は府や国より高く、性別・年代別受診割合では男性が多い。 ・eGFRと血圧の健診有所見者率が高い。 ・医療費の構成では糖尿病の医療費が高い。 ・透析患者の併存疾患は、高血圧が9割以上、糖尿病は6割であり、糖尿病の割合は府よりも高い。 ・慢性腎臓病(透析有)は、入院・外来医療費のどちらも高い。 ・標準化死亡比の腎不全が高い。	透析患者数・割合を減らす
B	メタボ、メタボ予備群の該当者割合が高く増加している。	・メタボとメタボ予備群を合計した割合は府や国よりも高く、特に男性で差が大きい。 ・平成25年度から比べると令和4年度は男女ともに大きく増加している。	メタボ・メタボ予備群の該当者割合を減らす
C	特定健診の受診勧奨判定値該当者の未治療者率が高い。	・受診勧奨判定値該当者の未治療者率が府や国と比較して高い。 ・血圧の健診有所見者率が高いが、高血圧症の医療費や患者割合は低い。	要医療者を早期に医療受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防する
D	基礎疾患の医療費や患者割合が低い、重篤疾患の医療費や患者割合は高い。	・基礎疾患に比べて重篤な疾患の医療費は府や国よりも高い傾向にある。 ・患者割合は基礎疾患の糖尿病、高血圧症、脂質異常症は少なく、重篤疾患の心筋梗塞、脳梗塞は多い。	
E	40～50歳代の若い世代の健康行動や健康状態が悪い。	・40～50歳代の特定健診受診率、特定保健指導実施率が低い。 ・中性脂肪、収縮期血圧は40～50歳代の若い世代で府や国よりも有所見者率が高い。 ・特定健診質問項目の「体重増加」「喫煙」の該当割合は40～50歳代が高い。 ・重篤疾患は50～60歳代で急激に受診割合が増加し、透析患者数も50～60歳代が多い。	40～50歳代の健診受診率・特定保健指導実施率を向上させる
F	適正服薬の推進	・医療費の適正化のために、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進、重複多剤服薬の是正の取り組みは必要 ・重複多剤服薬は、薬の副作用を予防する点からも重要。該当者がいることから今後の取り組みが必要。	適正服薬者を増やす

第6章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的・目標

1 第3期データヘルス計画の大目的

大目的
特定健診の受診率を増加させ、被保険者の健康状態を把握し、保健指導や医療の受診勧奨を実施することで、要指導者の生活習慣を改善および要医療者を早期の受診につなげ、生活習慣病の重症化予防を実施し、被保険者の健康寿命の延伸ならびに医療費の適正化に努める。

2 個別目的と対応する保個別保健事業

優先度	個別目的	指標	R11目標値 (現状値)	対応する個別保健事業
大	A 透析患者数・割合を減らす	①透析患者数 ②新規透析者数 ③被保険者に占める透析患者割合	① 45人以下 (57人) ② 3人以下 (6人) ③0.33%以下 (0.38%)	・特定健康診査、特定健康診査未受診者対策 ・特定保健指導、特定保健指導未利用者対策 ・糖尿病重症化予防事業 ・生活習慣病予防事業
大	B メタボ・メタボ予備群の該当者割合を減らす	メタボ及びメタボ予備群該当者の割合	30%以下 (32.5%)	・特定健康診査、特定健康診査未受診者対策 ・特定保健指導、特定保健指導未利用者対策
大	C・D 要医療者を早期に医療受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防する	①未治療者率 ②要医療者割合 a.HbA1c6.5以上 b.収縮期血圧160以上 c.LDL160以上	①5.0%以下 (6.9%) ② a. 8.0以下 (9.2%) b.5.0%以下 (6.1%) c.8.0%以下 (8.8%)	・糖尿病重症化予防事業 ・生活習慣病予防事業
大	E 40～50歳代の健診受診率・特定保健指導実施率を向上させる	①40歳代特定健診受診率 ②50歳代特定健診受診率 ③40歳代特定保健指導実施率 ④50歳代特定保健指導実施率	①30%以上 (25.6%) ②32%以上 (28.7%) ③20%以上 (13.2%) ④20%以上 (14.7%)	・特定健康診査未受診者対策 (若い世代に重点的に勧奨) ・特定保健指導、特定保健指導未利用者対策(若い世代に重点的に支援) ・早期介入保健指導事業
中	F 適正服薬者を増やす	被保険者1人当たり医療費(年間)	①R4をベースに、年3%以内の増加に抑える。 462,959円 (376,428円)	・重複服薬者適正化指導 ・ジェネリック医薬品差額通知 ・多剤服薬者適正化事業(新規)

第7章 第4期特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査・特定保健指導等の実施目標（国基準）

国の基本指針における第4期の全国目標は特定健康診査実施率が70%、医療保険者種別の目標値で市町村国保は60%となっています。特定保健指導実施率の全国目標は45%、医療保険者種別の目標値で市町村国保は60%となっています。

第4期における各保険者種別の目標

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）
特定健診の実施率	70%	60%	70%	70%	90%	85%	90%
特定保健指導の実施率	45%	60%	30%	35%	60%	30%	60%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率	25% (2008年度比)						

出典：厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）

2 八幡市における目標

八幡市国民健康保険における特定健康診査及び特定保健指導の第4期計画期間の目標値を、特定健康診査基本指針に掲げる基準をもとに、本市で実現可能な数値として下記のとおり設定します。

特定健康診査・特定保健指導実施率 年度別目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査	47%	48%	49%	50%	51%	52%
特定保健指導	38.8%	39.4%	40.0%	40.7%	41.4%	42.0%

3 特定健康診査・特定保健指導の対象者数

(1) 特定健康診査対象者数

特定健康診査の対象者及び受診者の見込み数は以下のとおりです。

対象者数は推計人口及び本市の令和4年度の年代別国保加入率をもとに推計しています。
受診者数は、対象者数の推計に年度別の目標実施率を乗じた人数とし、令和6年度は4,633人、令和11年度は4,595人としています。

特定健康診査対象者数・受診者数見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数	9,856人	9,541人	9,359人	9,181人	9,007人	8,837人
受診者数	4,633人	4,579人	4,586人	4,591人	4,594人	4,595人
目標実施率	47%	48%	49%	50%	51%	52%

参考：国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別の階級別将来推計人口

(2) 特定保健指導対象者数

特定保健指導の対象者の見込み数は、特定健康診査の受診者の見込み数に特定保健指導発生率(平成30年～令和4年度の発生率の平均)を乗じた人数としています。動機付け支援の対象者(発生率9.6%)と積極的支援の対象者(発生率2.9%)の見込み数は以下のとおりです。

利用者の見込み数は、動機付け支援と積極的支援の対象者の見込み数に、年度別の目標実施率を乗じた人数とし、令和6年度は動機付け支援が173人、積極的支援が52人、令和11年度は動機付け支援が185人、積極的支援が56人を見込んでいます。

特定保健指導対象者数・利用者数見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
動機付け支援	対象者	445人	440人	440人	441人	441人	441人
	利用者	173人	173人	176人	179人	183人	185人
積極的支援	対象者	134人	133人	133人	133人	133人	133人
	利用者	52人	52人	53人	54人	55人	56人
全体	対象者	579人	573人	573人	574人	574人	574人
	利用者	225人	225人	229人	233人	238人	241人
	目標実施率	38.8%	39.4%	40.0%	40.7%	41.4%	42.0%

4 特定健康診査の実施方法

(1) 特定健康診査の実施内容

綴喜医師会と京都府医師会に委託をして、個別健診方式で実施します。

内 容	
対象者	実施年度中に40歳～74歳になる被保険者 (実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)
実施場所	綴喜医師会に属する医療機関のうち、国が示した外部委託基準に適合し、かつ特定健康診査の実施について承諾した医療機関
実施期間	7月～10月(予備月:11月)
自己負担額	無し
受診方法	個別に郵送した受診券を持参の上、上記医療機関で受診する。
健診結果	受診医療機関の医師の対面による結果通知を基本としている。
利用案内	対象者全員に、特定健康診査受診券と受診案内を6月下旬に送付する。

(2) 特定健康診査の実施項目

特定健康診査では全受診者に「基本的な健診項目」を、また、判定基準に該当した人のうち医師によって必要と判断された場合に「詳細な健診項目」を実施します。さらに八幡市では、市独自の「追加健診項目」として腎機能検査、血液一般検査、貧血検査、心電図検査を全受診者に実施します。

検 査 項 目	
基本的な 健診項目	質問票(服薬歴、喫煙歴等) 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) 理学的所見(身体診察)、血圧測定 血中脂質検査(空腹時中性脂肪または随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) 肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)) 血糖検査(HbA1c、空腹時血糖または随時血糖) 尿検査(尿糖、尿蛋白)
詳細な 健診項目	腎機能検査(血清クレアチン(eGFR)) 貧血検査(赤血球数、血色素量、ハトクリット値) 心電図検査 眼底検査

追加健診項目 (八幡市独自 追加項目)	腎機能検査(血清クレアチニン(eGFR)、尿素窒素) 血液一般検査(アルブミン、尿酸、白血球数、血小板数) 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、心電図検査
---------------------------	--

(3) 実施体制

綴喜医師会と京都府医師会に委託して実施しています。

(4) 健診データの収集

特定健康診査以外で同等の健診を実施した者について、人間ドックの費用助成などを行い、健診結果の提出を受けて結果データを登録することにより、受診率の向上を図ります。健診結果が特定保健指導判定値を超える者については、希望により特定保健指導を行います。

(5) 未受診者対策

受診券に同封するパンフレットは毎年見直し、わかりやすいものにします。他のがん検診の実施会場及び市内の健康コーナー、医療機関等でのポスターを掲示し、SNSを活用するなど周知に努めます。

新規対象となる40歳到達者や、過去の健診の受診歴等を分析し、必要な対象者に受診勧奨の葉書等を送付します。受診率の低い40歳～59歳の無関心層など、グループ分けしたそれぞれの層に対し、効果的なアピールとなるよう内容を変えて工夫します。

5 特定保健指導の実施方法

(1) 特定保健指導の実施内容

内 容	
対象者	特定健康診査の結果に基づき、下表(■)のステップで保健指導レベルの階層化を行い、対象者を抽出。
実施場所	八幡市役所 他 訪問先等
実施期間	11 月～翌年8月
実施方法	市の直営を基本とし、一部外部委託
自己負担	無し
利用案内	対象者全員に、パンフレットを同封した利用案内を送付する。

■特定保健指導対象者の選定基準

健診結果の判定			特定保健指導レベル	
腹囲	危険因子	④喫煙	年齢区分	
	①血糖②脂質③血圧		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		
上記以外 で BMI ≥ 25		なし	積極的支援	動機付け支援
	3 つ該当			
	2 つ該当	あり		
	1 つ該当	なし		

①血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c 5.6% 以上

(空腹時血糖値を優先し、随時血糖の場合は HbA1c を優先)

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

③血圧：収縮期(最高)130 mm Hg 以上または拡張期(最低)85 mm Hg 以上

④喫煙：質問票において「以前は吸っていたが最近 1 か月は吸っていない」場合は、「喫煙無し」として扱う。

BMI(体格指数)：体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

注)糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は特定保健指導の対象としない。

(2) 支援内容

<積極的支援>

内 容		
支援期間		初回面接から3～6か月間
支援形態	初回支援	個別支援またはグループ支援
	継続支援 (中間評価等)	3か月以上の継続支援 電話、手紙、訪問、教室等による支援
	評価	3～6か月経過後の評価 電話、手紙、訪問等により評価を実施
支援内容		特定健康診査の結果から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解し、生活習慣改善の必要性を実感できるような働きかけを行う。また、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるよう支援する。 支援者は、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。

<動機付け支援>

内 容		
支援期間		初回面接から3か月間
支援形態	初回支援	個別支援またはグループ支援
	評価	3か月経過後の評価 電話、手紙、訪問等により評価を実施
支援内容		特定健康診査の結果や生活習慣を振り返り、対象者自らが生活習慣の改善すべき点を自覚し、行動目標を設定する為の支援を行う。 目標達成に向けた取り組みを継続できるように、食事や運動等に関して生活習慣の改善につながる行動計画を一緒に作成し、自身で継続できるよう支援する。

(3) 実施体制

特定健診の結果から対象者への直接通知等により直営で実施し、運動教室や訪問等の一部を外部委託しています。

6 外部委託者の選定方法、基準

本市の過去の健康診査実施状況や健康診査、保健指導事業者の実情を踏まえ、制度の趣旨を十分理解し、個人情報保護対策等の管理が十分講じられていることを前提として、国の示す「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」における「健診実施に関するアウトソーシング基準」「保健指導実施に関するアウトソーシング基準」に基づき、委託事業者の選定・評価を行います。

7 周知・案内方法

広報紙やホームページに掲載し周知を図ります。

特定健康診査対象者には受診券、受診票とパンフレットを受診期間前に一斉送付します。

保健指導対象者には、保健指導の必要性や健康づくり情報を掲載したチラシと、教室内容をイメージしやすい案内通知を個別に送付します。未反応者に対しては再度、保健指導の重要性を説明したチラシで案内通知を行い、適宜訪問を実施しています。

8 データの保管及び管理方法

特定健康診査及び特定保健指導に関するデータは、原則5年間保存し、特定健康診査等データ管理システム等で適切に管理します。

9 年間スケジュール

	当年度												翌年度								
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
特定健康診査 の委託契約	←→																				
特定健康診査 の受診券発送			←→																		
特定健康診査 の実施				←→																	
未受診者へ受 診勧奨				←→																	
特定保健指導 の案内発送								←→													
特定保健指導 の実施								←→													
実施実績算出 (法定報告)																			←→		

第8章 個別保健事業計画

1 特定健康診査・特定健康診査未受診者対策

目的	生活習慣病の発症や重症化を予防するため、特定保健指導が必要となる人を抽出するとともに、疾病の早期発見と早期治療へつなげる。			
対象者	【特定健康診査】 40～74歳の被保険者 【未受診者対策】 データ分析により特定した受診勧奨すべき者			
事業内容	【特定健康診査】 6月に受診券を発送後、7月～10月の期間に市が契約した個別医療機関で受診。 【未受診者対策】 データ分析により対象者を複数のグループに分類し、それぞれの特性に応じた受診勧奨文を記載したはがきを送付。電話による受診勧奨を実施する。			
目標達成のための主な戦略	・わかりやすい案内、周知に努める。 ・民間業者のノウハウを活用し、40代～50代の無関心層に向けた受診勧奨を工夫する。 ・未受診者勧奨の効果を分析し、毎年次年度に向けた戦略を再考する。			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11年度)
ストラクチャー	予算の確保 委託業者の確保・連携			
プロセス	適切な対象者の抽出 スケジュールに基づき、適切な時期に受診券・通知の発送			
アウトカム	特定健康診査受診率★	44.6%	49%	52%
	受診勧奨者の受診率	39.9%	45%	48%
アウトプット	対象者への受診券の発送	100%	100%	100%
	対象者への通知率	100%	100%	100%

★京都府共通指標

2 特定保健指導・特定保健指導未利用者対策

目的	内臓脂肪型肥満による生活習慣病のリスクのある対象者に、保健指導を実施して生活習慣の改善を促し、疾病の重症化を予防する。			
対象者	【特定保健指導】 特定健診結果より、内臓脂肪症候群を判定する腹囲、BMI、血糖、脂質、血圧等のリスクを評価する健診項目の結果に基づき、選定された者 【特定保健指導未利用者対策】 特定保健指導対象者のうちハイリスクの者			
事業内容	【特定保健指導】 対象者に特定保健指導の案内を送付し、教室・測定会・個別相談・訪問・電話・手紙等による3～6ヵ月間の保健指導を実施する。 【特定保健指導未利用者対策】 特定保健指導の対象者に訪問等による特定保健指導の利用勧奨を実施する。			
目標達成のための主な戦略	・毎年保健指導の内容を見直してマンネリ化を防止し実施率の向上に努める。 ・若い世代の特定保健指導実施率が低いため、若い世代をターゲットとした保健指導を実施する。また、若い世代である積極的支援対象者の保健指導の脱落防止対策を強化する。 ・訪問による未利用者対策や保健指導を継続し、保健指導の実施率を向上させ、生活習慣病の重症化リスクが高い無関心層にも保健指導を実施する。また、無関心層にも効果があるような保健指導の取組を検討する。			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11年度)
ストラクチャー	マンパワーの確保、予算の確保 委託業者の確保・連携			
プロセス	適切な対象者の抽出、適切な通知内容・保健指導の実施 適切なスケジュール管理			
アウトカム	体重・腹囲の改善率(最終評価時)	体重 59.3% 腹囲 45.2%	体重 62% 腹囲 48%	体重 65% 腹囲 50%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★	17.8%	20.0%	22.0%
アウトプット	未利用者勧奨実施率(実施者数/対象者数)	95.8%	100%	100%
	特定保健指導実施率★	37.7%	40.0%	42.0%

★京都府共通指標

3 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を医療になぐとともに、糖尿病で通院する者のうち重症化するリスクの高い者に対し医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。			
対象者	①【医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨】 医療機関未受診者：特定健診受診者のうち、血糖、HbA1c が受診勧奨判定値に該当し、医療機関未受診の者 治療中断者：糖尿病用剤及びインスリン注射を使用している者のうち 6 ヶ月以上医療機関の受診を中断している者 ②【ハイリスク者の保健指導】 特定健診結果が糖尿病性腎症第3期に該当し、市内医療機関通院中の者 ③【糖尿病教室】 特定健診受診者のうち、HbA1c が一定値以上の者 ※①～③の対象者抽出基準は毎年見直し予定			
事業内容	①【医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨】 対象者に文書通知による医療機関への受診勧奨を実施し、受診がみられない者に訪問による再勧奨を実施する。 ②【ハイリスク者の保健指導】 希望者にかかりつけ医の指示のもと面談、電話等で 6 ヶ月間の保健指導を実施する。 ③【糖尿病教室】 希望者に糖尿病の集団教室（病態生理の講義・栄養指導・運動実践等）を実施する。			
目標達成のための主な戦略	・医療機関への事業の周知や連携体制を強化し、医療機関未受診者・治療中断者は受診の継続、ハイリスク者は優先順位の高い対象者に保健指導への参加を促してもらう。 ・中断者等の受診につなげることが難しい者は、庁内や医療機関、包括支援センター等他部門と連携し、受診につなげる。			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11 年度)
ストラクチャー	マンパワーの確保、予算の確保 医師会・関係各所・庁内等の連携体制の構築			
プロセス	適切な対象者の抽出、適切な通知内容・受診勧奨・保健指導の実施 適切なスケジュール管理			

評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11 年度)
アウトカム	①医療機関受診率 A 医療機関未受診者	A 66.0%	A 68.0%	A 70.0%
	B 治療中断者	B 10.0%	B 25.0%	B 40.0%
	②保健指導参加者の HbA1c、eGFR 維持・ 改善率	HbA1c 87.5%	HbA1c 90.0%	HbA1c 92.0%
		eGFR 75.0%	eGFR 78.0%	eGFR 80.0%
	③ 教 室 参 加 者 の HbA1c 維持・改善率	71.9%	75.0%	80.0%
	特定健診受診者のう ち HbA1c8.0%以上 の者割合★	1.3%	1.1%以下	1.0%以下
	特定健診受診者のう ち HbA1c6.5%以上 の割合★	9.2%	8.0%以下	7.0%以下
アウトプット	HbA1c6.5%以上の者 のうち糖尿病のレセプト がない者の割合★	16.6%	13.0%以下	10.0%以下
	①受診勧奨実施率 A 医療機関未受診者	A 100%	A 100%	A 100%
	B 治療中断者	B 100%	B 100%	B 100%
	②保健指導実施率	26.7%	30.0%	35.0%
アウトプット	③糖尿病教室参加 者数/教室定員数	100%	100%	100%

★京都府共通指標

4 生活習慣病重症化予防事業

目的	特定健診結果で生活習慣病に係る検査項目が受診勧奨判定値で重症度の高い者のうち医療機関未受診の者に、受診勧奨を実施し、医療につなぐことで生活習慣病の重症化を予防する。			
対象者	特定健診受診者のうち次の血圧または腎臓に関する検査項目が、下記の基準のいずれかに該当し医療機関未受診の者 血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上 腎臓：eGFR45ml/min/1.73 m ² 未満または尿蛋白2+ 以上 ※検査項目や対象者抽出基準は毎年見直し予定			
事業内容	対象者に文書通知による医療機関への受診勧奨を実施し、受診がみられない者のうちハイリスクの者に訪問による再勧奨を実施する。 ※内容は毎年見直し予定			
目標達成のための主な戦略	・医療機関への事業の周知や連携体制を強化し、医療機関受診率を増加させ、受診の継続を促す。 ・通知のみでなく訪問での受診勧奨も実施し、医療機関受診率を増加させる。 ・八幡市の課題に合わせて、優先とされる対象者を選定し、新規透析患者数の抑制や生活習慣病の重症化予防に努める。			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11 年度)
ストラクチャー	マンパワーの確保、予算の確保 医師会・関係各所・庁内等の連携体制の構築			
プロセス	適切な対象者の抽出、適切な通知内容・受診勧奨の実施 適切なスケジュール管理			
アウトカム	医療機関受診率	18.6%	25.0%	30.0%
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100%	100%

5 早期介入保健指導事業

目的	若年層のうちから適切な受診・生活習慣を身に着けることで、メタボリックシンドローム該当者割合を減少させ、生活習慣病の重症化を予防する。			
対象者	30代の人間ドック受診者のうち、特定保健指導に準じた保健指導の対象者			
事業内容	人間ドック受診後、対象者に訪問・電話・教室等による保健指導を実施し、生活習慣の改善状況を評価する。			
目標達成のための主な戦略	・若年層に生活習慣病が自らに起こりうることと認識してもらうために、保健指導内容を工夫する。 ・若い世代のドック受診率が低く、保健指導対象者も少ないため、ドック受診率を向上させる方法を検討する。			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11年度)
ストラクチャー	マンパワーの確保、予算の確保			
プロセス	適切な対象者の抽出、適切な保健指導の実施 適切なスケジュール管理			
アウトカム	保健指導の生活習慣維持・改善率	新規事業のため実績なし	食事 80%	食事 80%
			運動 80%	運動 80%
アウトプット	保健指導実施率	新規事業のため実績なし	100%	100%

6 ジェネリック医薬品差額通知

目的	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知することによって、被保険者の医療費の自己負担を軽減するとともに、医療費の適正化を図る。			
対象者	ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者			
事業内容	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を抽出し、通知書を発送する。年3回程度実施。			
目標達成のための主な戦略	・長期収載品を選択する場合の自己負担の増額について周知し、効果的に通知を実施する			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11 年度)
ストラクチャー	予算の確保 委託業者の確保、連携			
プロセス	差額通知の効果測定の実施			
アウトカム	ジェネリック医薬品 普及率(数量ベース)※	80.9%	80%以上	80%以上
アウトプット	年間通知発送回数	年3回	年2回以上	年2回以上

※厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」で確認する

7 重複・多剤服薬者に対する通知事業【新規：多剤対策】

目的	重複・多剤服薬状態にある可能性がある被保険者に服薬情報通知を送付することで、「ポリファーマシー」の理解を促すとともに、適正な服薬管理を指導し、被保険者の健康増進を図る。			
対象者	【重複服薬】 一月に2以上の医療機関から、同一薬効の医薬品を対象期間に 2 か月以上連続して 7 日以上重複して服用している被保険者 【多剤服薬】 4か月のレセプトを分析し、以下の条件に当てはまる被保険者 ①2医療機関以上からの処方 ②内服14日以上(外用・頓服は除外) ③6種類以上 ④60歳以上			
事業内容	レセプトデータから対象者を抽出し、服薬情報通知を送送する。 服薬状況をお知らせすることで、かかりつけの医師や薬剤師・薬局等をもつことの必要性やお薬手帳の重要性を啓発し、薬についての理解を深めてもらう。 状況に応じて地区医師会、薬剤師会と連携し、保健指導を実施する。			
目標達成のための主な戦略	・当事業は専門性の高いものである為、引き続き医師会、薬剤師会との連携を継続する ・効果的な保健指導を検討する			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11 年度)
ストラクチャー	予算の確保 医師会、薬剤師会との連携			
プロセス	適切な対象者の抽出 適切な通知物の作成			
アウトカム	改善率(重複)	44%	30%以上	30%以上
	改善率(多剤)	—	20%以上	20%以上
アウトプット	通知回数	1 回	年 1 回以上	年 1 回以上

8 後期高齢者の糖尿病及び生活習慣病重症化予防

目的	訪問による個別支援を行うことで、医療機関受診の必要性を理解し、適切な受診行動につなぎ、継続受診や生活習慣の改善を行うことで生活習慣病の重症化を予防する。またフレイルの進行を予防し、健康寿命の延伸を図る。			
対象者	後期高齢者医療被保険者のうち前年度後期高齢者健診の結果、以下の数値が高く要医療であるが、医療機関未受診者または治療中断者。 ・糖尿病:HbA1c7.0 以上 ・血圧:収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧100mmHg 以上 ・eGFR45 未満または尿蛋白(+) ※対象者抽出基準は毎年見直し実施			
事業内容	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業のハイリスクアプローチとして、家庭訪問による医療機関への受診勧奨や保健指導を実施。その後医療機関からの連絡票や医療レセプトより受診状況を確認し、未受診者には再度受診勧奨の訪問を実施。			
目標達成のための主な戦略	・対象者の中でもよりリスクがあると思われる者に対しては、より重点的に医療受診勧奨を行い、早期の受診につなげる。また、市医師会と連携を図る。 ・受診勧奨は原則訪問とし、血液検査結果だけでなく、フレイルの状態も観察し、介護サービスが必要な場合は地域包括支援センターと連携していく。 ・国保の糖尿病重症化予防対象者が後期高齢者に移行してきた場合に、支援の有無を確認し、必要な人には継続して支援する。			
評価指標		策定時実績 (R4年度)	中間目標 (R8年度)	最終目標 (R11 年度)
ストラクチャー	庁内連携 地域団体や医師会、歯科医師会等との連携 マンパワーの確保			
プロセス	スケジュール管理 健康課題の分析と適切な対象者の抽出 適切な運営・実施			
アウトカム	医療機関受診率 (管理中を含む)	89.7%	90%	91%
	翌年度の健診結果 維持・改善割合	61.2%	62%	63%
アウトプット	受診勧奨実施率	96.7%	97%	98%

第9章 地域包括ケアに係る取り組み

1 概況・方針

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、令和2年度から市町村が後期高齢者医療広域連合からの委託により、75歳以上の高齢者に対する保健事業を介護保険の地域支援事業と一体的に実施することになりました。本市においても、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指すために、下記の取り組みを実施していきます。

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての会議に国保部局として参加し、地域の課題を共有します。

(2) 課題を抱える被保険者層の分析と事業の実施

KDBシステム等により抽出したデータを活用し、地域ごとの課題を分析します。その分析内容を基に、前期高齢者は健康推進課と連携して、運動を中心とした教室を展開し、生活習慣病や筋力低下予防を行います。後期高齢者は、国保部局にてKDBシステムより抽出したデータを活用して、健康推進課や高齢介護課と連携して、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいきます。

第10章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

設定した評価指標に基づき令和8年度に中間評価を行い、目標値等の見直しを実施し、令

和11年度に計画全体の見直しを行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。評価内容に応じて、成功要因、阻害要因、改善の余地等を確認し、見直しや改善策を検討し実施していきます。

また、必要に応じて国民健康保険運営協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の意見聴取を行います。

第11章 計画の公表・周知

1 計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めます。

第12章 個人情報の取り扱い

1 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いにあたっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。

また、業務を外部に委託する際も同様に取られるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取り扱いについて万全の対策を講じるものとします。

