

新城市国民健康保険  
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

2024（令和6）年度～2029（令和11）年度



2024（令和6）年3月

新 城 市

# 目 次

<b>I 基本情報</b>	<b>1</b>
人口・被保険者	1
基本的事項	1
関係者連携	1
現状の整理	1
参照データ	
図1 国民健康保険被保険者の加入割合の推移	2
図2 国保被保険者の年齢階層別構成被保険者数（R4）	2
<b>II 健康・医療情報等の分析と課題</b>	<b>3</b>
参照データ	
表1 平均寿命と平均自立期間との差	4
図3 死因別死亡割合（R3）	5
表2 標準化死亡比（標準化死亡比）	5
表3 標準化死亡比（全死亡）	5
図4 医療費の総額推移	6
図5 一人当たり費用額及び受診率の推移	6
表4 疾病分類別医療費	6
表5 生活習慣病保有率・受診率	7
図6 後発品処方比率（数量・金額）	7
図7 特定健診受診率推移	7
図8 健診受診状況（R4）	8
図9 特定健診受診者の内臓脂肪症候群該当者割合	8
図10 特定健診受診者の服薬率	9
表6 慢性腎臓病・腎不全率	9
図11 特定健診受診者の血糖・血圧・脂質異常値の重複者の割合	9
図12 特定保健指導実施率と特定保健指導対象者の減少率	10
図13 特定健診受診者の生活習慣（質問票調査結果）	10
表7 健診受診者と未受診者の医療費比較	10
図14 医科受診患者千人当たり糖尿病合併症患者数	11
図15 被保険者千人当たり人工透析レセプト数	12
図16 医科受診患者千人当たり人工透析患者数	12
<b>III 計画全体</b>	<b>13</b>

IV	個別の保健事業	14
事業番号1	特定健康診査事業	14
事業番号2	特定健診未受診者対策	15
事業番号3	特定保健指導事業	16
事業番号4	健診結果説明会	17
事業番号5	糖尿病性腎症重症化予防	18
事業番号6	腎臓病予防教室	19
事業番号7	後発医薬品利用促進事業	20
事業番号8	受診勧奨値を超えている者への受診勧奨事業	21
V	その他	22

### 第3期データヘルス計画

#### I 基本情報

(令和5年4月1日時点)

#### 人口・被保険者

	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	43,458	100.0	21,679	49.9	21,779	50.1
国保被保険者数(人)	9,000	100.0	4,358	48.4	4,642	51.6

図1

#### 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>わが国は、平成19年に人口に占める高齢者の割合が21%を超える超高齢社会となりました。このため、わが国の目標は、これまでの長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換しています。</p> <p>平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなりました。</p> <p>また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられました。</p> <p>こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、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に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。</p> <p>平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げました。</p> <p>今般、これらの経緯も踏まえ、愛知県により設定された自治体間の比較が可能な共通評価指標と標準化された様式を採用した本計画を策定しました。</p>
	計画の位置づけ	<p>新城市国民健康保険では平成20年度から「新城市特定健康診査等実施計画」を策定するとともに、平成28年度には「新城市国民健康保険事業実施計画(データヘルス計画)」を策定しました。</p> <p>この度、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画(平成30年度～令和5年度)」の終了に伴い、新たに「第3期データヘルス計画」及び「第4期特定健康診査等実施計画」を策定しました。</p>
計画期間	令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)	
実施体制	本計画の策定および保健事業の運営においては、保険医療課が主体となって健康課と連携して進めます。	

#### 関係者連携

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
市町村国保	被保険者の健康の保持増進及び、病気の予防や早期回復を図るために関係機関の協力を得ながら、KDB <sup>※</sup> システムを活用したデータを基に保険者の健康課題を分析し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効果的な計画を策定します。
保健所	保健事業の計画及び評価について助言を受けるなど連携に努め計画を遂行します。
国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会	支援・評価委員会からの幅広い専門的知見を活用した支援・評価を受けて計画の策定等を進めます。
後期高齢者医療広域連合	健康課題や保健事業について共有された情報から、地域・世代別の疾病状況や動向を分析し計画・評価に取り組んでいきます。
保健医療関係者	新城市医師会、新城歯科医師会、新城市薬剤師会との連携を図り、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図ります。

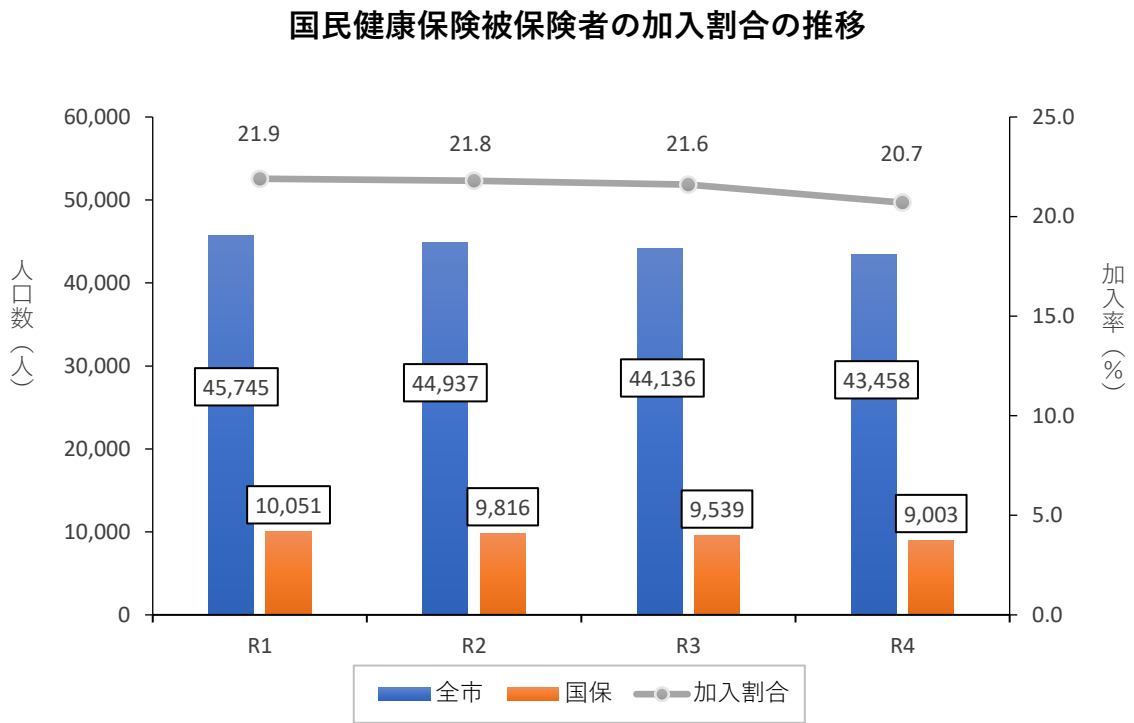
#### 現状の整理

保険者の特性	人口・被保険者の推移	人口は年々減少しており、令和元年度末45,745人でしたが、令和4年度末では43,458人に減少しています。国保被保険者数も年々減少しており、令和元年度末10,051人から令和4年度末は9,003人に減少しています。また、被保険者の65歳～74歳の割合が6割を超え、高齢者の比率が高くなっています。
	年齢構成割合	被保険者の65歳～74歳の割合が6割を超え、高齢者の比率が高くなっています。
前期計画等に係る考察	<p>特定保健指導実施率は県平均より高いですが、目標には至りませんでした。また、がん検診受診率もコロナ禍による受診控えが影響したのか、受診率が伸びませんでした。そのため、保健指導や指導対象者への生活改善に取り組む機会が減少しました。</p> <p>後発医薬品使用率は差額通知による啓発により目標値を超えることができました。</p>	

※KDB：国保データベース

図2

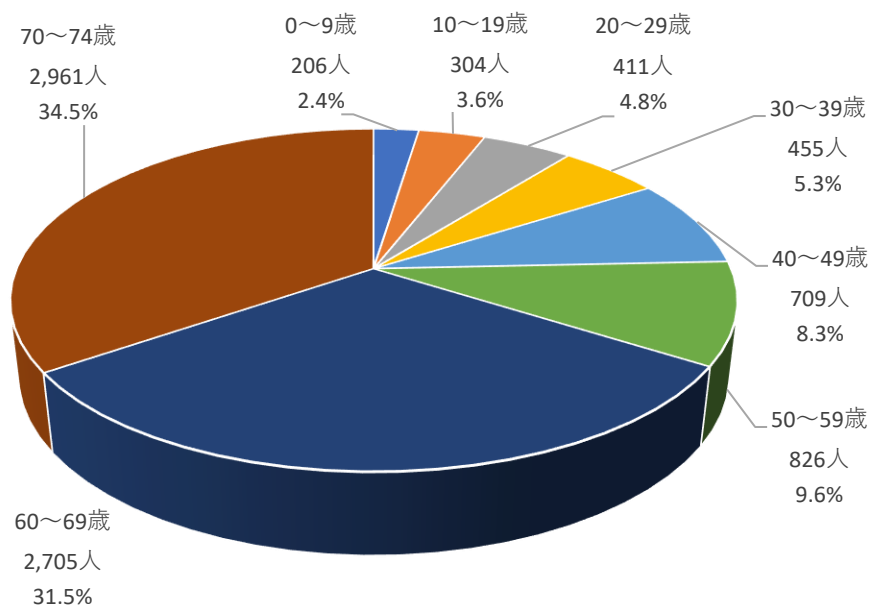
図1



出典：庁内資料（令和4年度3月末現在）

図2

### 国保被保険者の年齢階層別構成 被保険者数（R4）



出典：KDB

II 健康・医療情報等の分析と課題

健康・医療情報等の大分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.	
平均寿命・標準化死亡率 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>本市の平均寿命は、男性81.9歳、女性87.6歳であり、男性女性ともに県及び同規模保険者を上回っています。</li> <li>平均自立期間（要介護2以上）は、男性80.8歳（平均寿命との差0.8歳）、女性85.1歳（2.3歳）で県及び同規模保険者とほぼ同等です。平均自立期間（要支援・要介護）においても同様です。</li> <li>死因別死亡割合では、悪性新生物(23.8%)、脳血管疾患(13.1%)の順に高くなっています。脳血管疾患については国(6.9%)、県(6.6%)を大きく上回っています。</li> <li>標準化死亡率では女性の脳梗塞が222.5と顕著に高値となっています。全死亡では男性96.2、女性101.8であり、平成25年～平成29年より高くなっています。</li> </ul>	表1 図3 表2 表3 平均寿命 厚生労働省市区町村別平均寿命（令和2年度版）、KDB地域の全体像 標準化死亡率 厚生労働省市区町村別標準化死亡率（平成29～令和3年度分） 平均自立時間 KDB地域の全体像の把握（令和4累計）	AB	
医療費の分析	医療費の経年比較	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費の総額は被保険者の減少等により令和3年度まで減少しています。</li> <li>一人当たり換算した費用額は県平均より高く、令和元年度26,531円から令和4年度31,708円に増加しています。</li> </ul>	図4 図5	ABCD
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾病大分類別医療費（入院）では上位3つに位置する循環器系の疾患、新生物（腫瘍）、精神及び行動の障害が全体の約6割を占めています。</li> <li>外来では、新生物（腫瘍）、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患の順に高くなっています。</li> <li>細小疾病分類別医療費（入院+外来）では糖尿病の医療費割合が最も多く、次に高血圧症が高くなっています。</li> <li>精神疾患（統合失調症、うつ病）も毎年上位10位以内に入っており、中でも気分障害の入院レセプト件数（千人あたり）が1.474と、国（0.598）、県（0.562）を大きく上回っています。</li> <li>市町村別データから、生活習慣病保有率や医科受診率が県と比べて高くなっており、医療費を押し上げる一端となっています。</li> </ul>	表4 表5	
	後発医薬品・重複頻回受診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品使用率は令和4年度で数量ベース88.2%、金額ベース68.6%で、国が示す数量ベースの使用割合80%を超える割合となっています。</li> <li>重複頻回受診等については、この5年間で訪問指導対象者は2人（がん、精神疾患患者等を除く）であり、適正受診がなされています。</li> </ul>	図6	
特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析	実施状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診は、全体の受診率（令和元年度46.6%→令和4年度44.4%）が微減しています。</li> <li>64歳以下の受診率が低率なのは、職場で健診機会があると思われ、未受診者の状況把握が必要と考えます。</li> </ul>	図7 図8	ABCD
	受診結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>内臓脂肪症候群該当者割合（令和元年度20.7%→令和4年度23.6%）が上昇、同予備軍についても令和4年度は9.7%でした。</li> <li>服薬率、慢性腎臓病・腎不全などの値も微増が見られます。</li> <li>血糖・血圧・脂質異常者の中で重複者の割合が増加傾向にあります。特に血糖・血圧・脂質異常の3つについて異常のある者の割合は8.3%と県7.1%、国6.6%と比較し高くなっています。</li> <li>非肥満高血糖が令和元年度と比較し1.5%上昇。</li> <li>特定保健指導実施率（令和元年度26.6%→令和4年度40.8%）は増加しています。</li> <li>特定保健指導における特定保健指導対象者の減少率は減少しており、指導法などの見直しが必要です。</li> </ul>	図9 図10 表6 図11 図12	
	質問票	<ul style="list-style-type: none"> <li>1回30分以上の運動を週2回以上、1年以上実施していない者、朝食欠食者、咀嚼に問題を感じている者の割合が増加傾向です。</li> </ul>	図13	
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>細小疾病分類別医療費割合は、糖尿病、高血圧症の順に高い割合となっています。</li> <li>一人当たりの医療費が年々増加しており、健診質問票からも内臓脂肪症候群、生活習慣病服薬率などが上昇しています。</li> <li>健診受診者と未受診者の医療費の差は生活習慣病なしの場合で約2.5倍、生活習慣病ありの場合は約4倍となっています。</li> </ul>	表4 図5 図9 図10 表7	ABCD	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護認定率は令和4年度17.9%で県平均並みですが、一件当たりの介護給付費が65,882円と県平均より高くなっています。</li> <li>要介護者の有病状況は国、県と同様に筋・骨疾患の比率が高くなっています。</li> </ul>	KDB	ABC	
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>医科受診患者千人当たりの糖尿病合併症患者数が腎症で55.9、網膜症で29.1と国、県と比較しかなり高率になっています。特に腎症は国、県、同規模いずれと比較しても2倍程度となっています。</li> <li>被保険者千人当たりの人工透析患者レセプト数は、3.4で国と同等ですが、県と比べると高くなっています。</li> </ul>	図14 図15 図16	KDB医療分析(1) 細小分類 AC	

表1

## 平均寿命と平均自立期間との差

平均自立期間（要介護2以上）

新城市	R1		R2		R3		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	81.6	87.4	81.6	87.4	81.6	87.4	81.6	87.4
平均自立期間（要介護2以上）	81.2	85.3	81.5	85.3	81.2	85.1	80.8	85.1
差	0.4	2.1	0.1	2.1	0.4	2.3	0.8	2.3

愛知県	R1		R2		R3		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	81.1	86.9	81.1	86.9	81.1	86.9	81.1	86.9
平均自立期間（要介護2以上）	80.0	84.2	80.2	84.2	80.4	84.4	80.5	84.6
差	1.1	2.7	0.9	2.7	0.7	2.5	0.6	2.3

同規模	R1		R2		R3		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	80.4	86.9	80.4	86.9	80.4	86.9	80.4	86.9
平均自立期間（要介護2以上）	79.2	84.0	79.3	84.1	79.5	84.1	79.7	84.3
差	1.2	2.9	1.1	2.8	0.9	2.8	0.7	2.6

平均自立期間（要支援・要介護）

新城市	R1		R2		R3		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	81.6	87.4	81.6	87.4	81.6	87.4	81.6	87.4
平均自立期間（要支援・要介護）	79.9	82.3	80.0	82.2	79.7	82.1	79.3	82.0
差	1.7	5.1	1.6	5.2	1.9	5.3	2.3	5.4

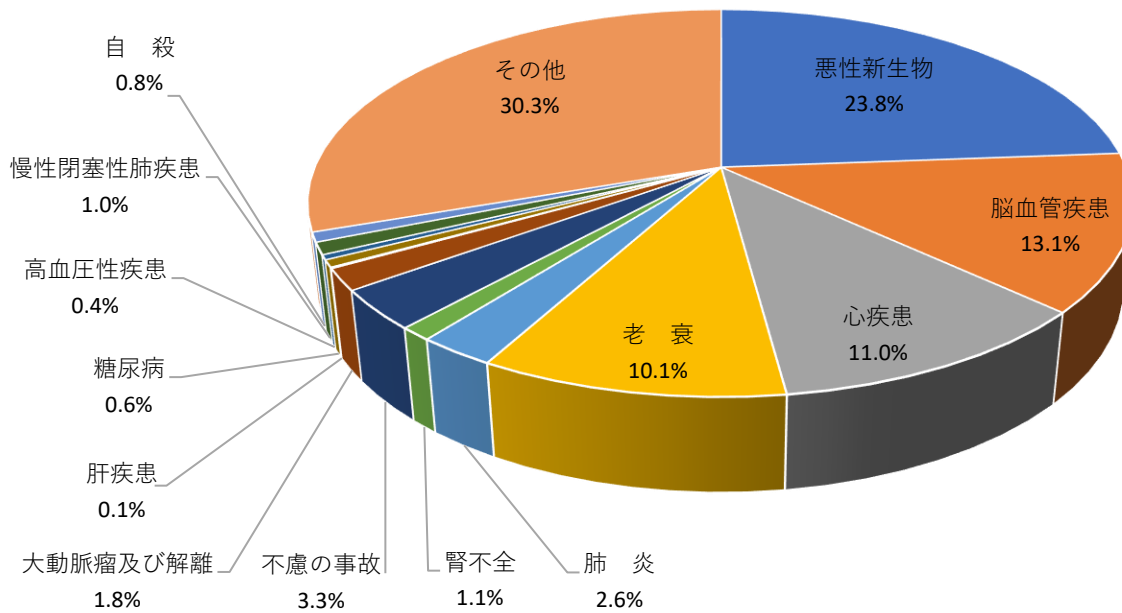
愛知県	R1		R2		R3		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	81.1	86.9	81.1	86.9	81.1	86.9	81.1	86.9
平均自立期間（要支援・要介護）	78.7	81.4	78.8	81.3	79.0	81.5	79.1	81.7
差	2.4	5.5	2.3	5.6	2.1	5.4	2.0	5.2

同規模	R1		R2		R3		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平均寿命	80.4	86.9	80.4	86.9	80.4	86.9	80.4	86.9
平均自立期間（要支援・要介護）	78.1	81.5	78.2	81.6	78.3	81.5	78.5	81.7
差	2.3	5.4	2.2	5.3	2.1	5.4	1.9	5.2

出典：KDB

図3

死因別死亡割合 (R3)



出典：愛知県衛生年報（第21表）

表2

標準化死亡比 (H29～R3)

順位	性	死因	SMR	判定
1位	女	脳梗塞	222.5	**
2位	女	脳血管疾患	186.3	**
3位	女	脳内出血	156.4	**
4位	女	血管性及び詳細不明の認知症	152.9	**
5位	女	急性心筋梗塞	137.6	*
6位	男	脳梗塞	134.8	**
7位	男	脳血管疾患	123.8	**

出典：市町村別死因別男女別標準化死亡比及び主要部位ベイズ推定値【新しい算出方法】

表3

標準化死亡比 (全死亡)

全死亡		H25～H29	H29～R3
	男	92.3	96.2
女	97.0	101.8	

出典：H25～市町村別死因別男女別標準化死亡比及び主要部位ベイズ推定値【従来算出方法】

H29～市町村別死因別男女別標準化死亡比及び主要部位ベイズ推定値【新しい算出方法】



図4

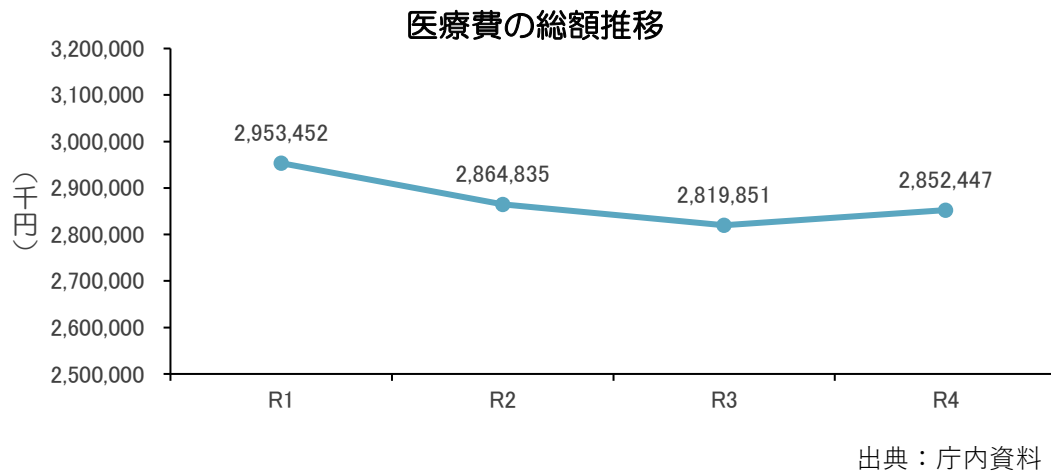


図5

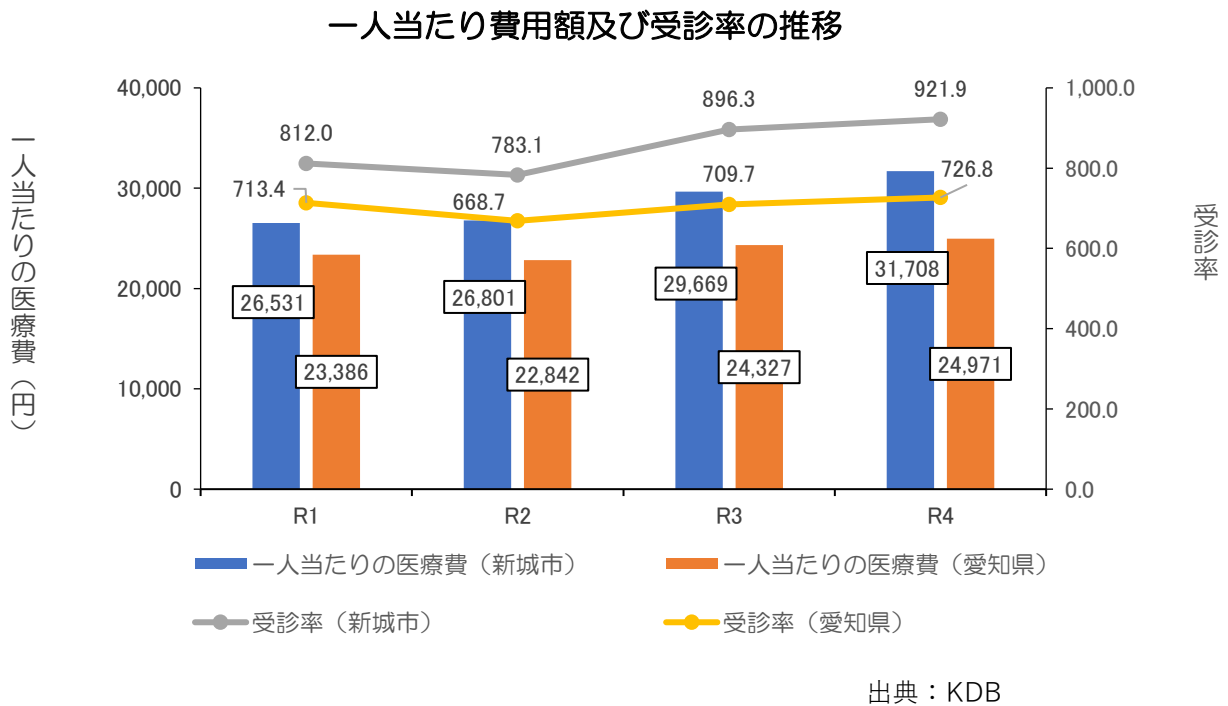


表4

疾病大分類別医療費 (入院)			疾病大分類別医療費 (外来)			細小疾病分類別医療費 (入院+外来)		
R4			R4			R4		
	疾病分類	(%)		疾病分類	(%)		疾病分類	(%)
1位	循環器系の疾患	24.2	1位	新生物 (腫瘍)	18.0	1位	糖尿病	7.5
2位	新生物 (腫瘍)	21.0	2位	内分泌、栄養及び代謝疾患	17.9	2位	高血圧症	3.8
3位	精神及び行動の障害	11.8	3位	循環器系の疾患	11.9	3位	慢性腎臓病 (透析あり)	3.5
4位	神経系の疾患	7.8	4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.2	4位	不整脈	3.2
5位	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.5	5位	尿路性器系の疾患	9.2	5位	うつ病	3.2
6位	消化器系の疾患	5.5	6位	眼及び付属器の疾患	6.5	6位	関節疾患	2.8
7位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	5.0	7位	消化器系の疾患	5.3	7位	肺がん	2.7
8位	尿路性器系の疾患	4.9	8位	呼吸器系の疾患	4.6	8位	統合失調症	2.4
9位	呼吸器系の疾患	4.2	9位	精神及び行動の障害	4.1	9位	脂質異常症	2.3
10位	眼及び付属器の疾患	2.6	10位	神経系の疾患	4.1	10位	狭心症	2.2

全体の医療費を100%として計算 出典：KDB

表5

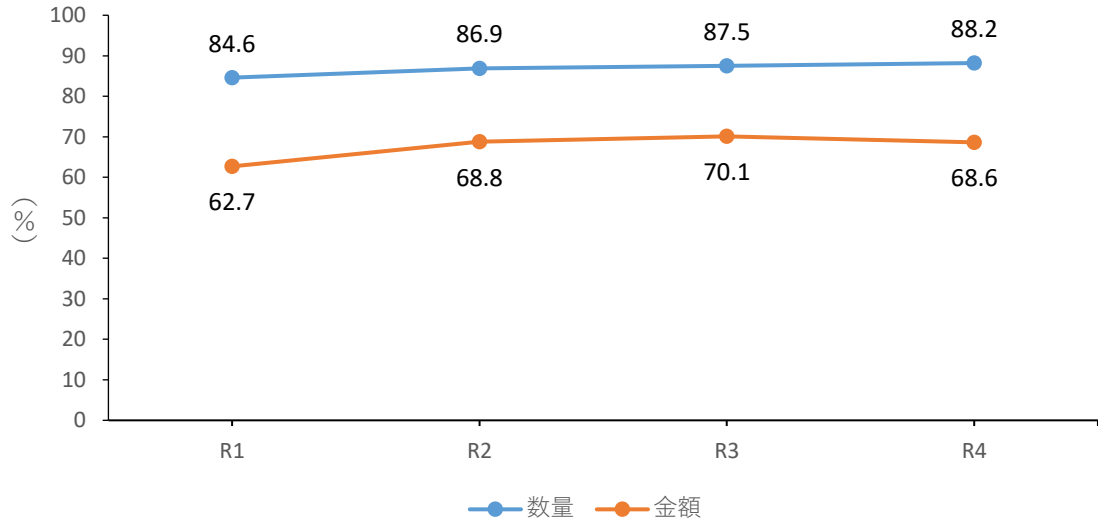
生活習慣病保有率・受診率

R4	新城市	愛知県
生活習慣病保有率	51.1	38.2
受診率	921.858	756.659

出典：KDB

図6

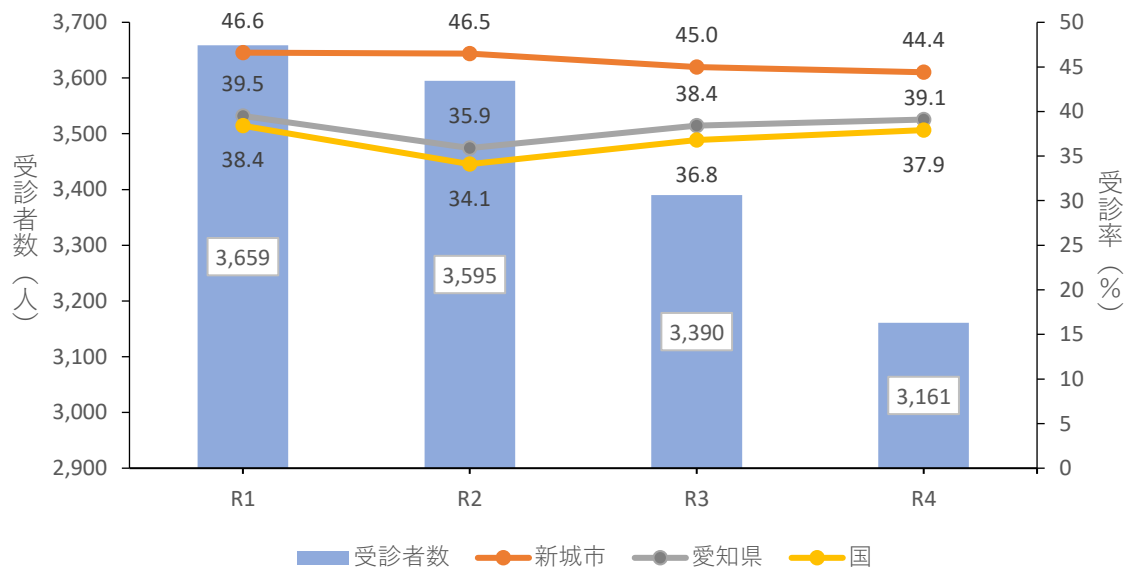
後発品処方比率（数量・金額）



出典：国保授受システム

図7

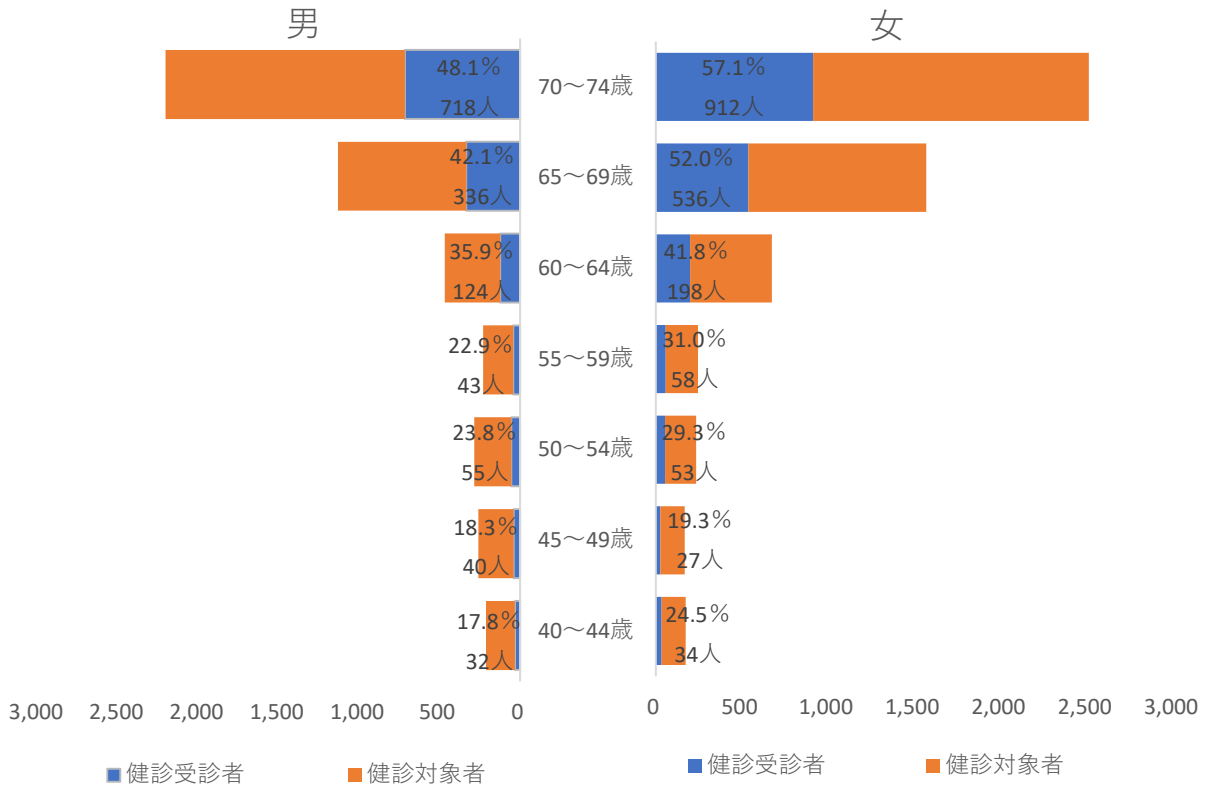
特定健診受診率推移



出典：法定報告、KDB

図8

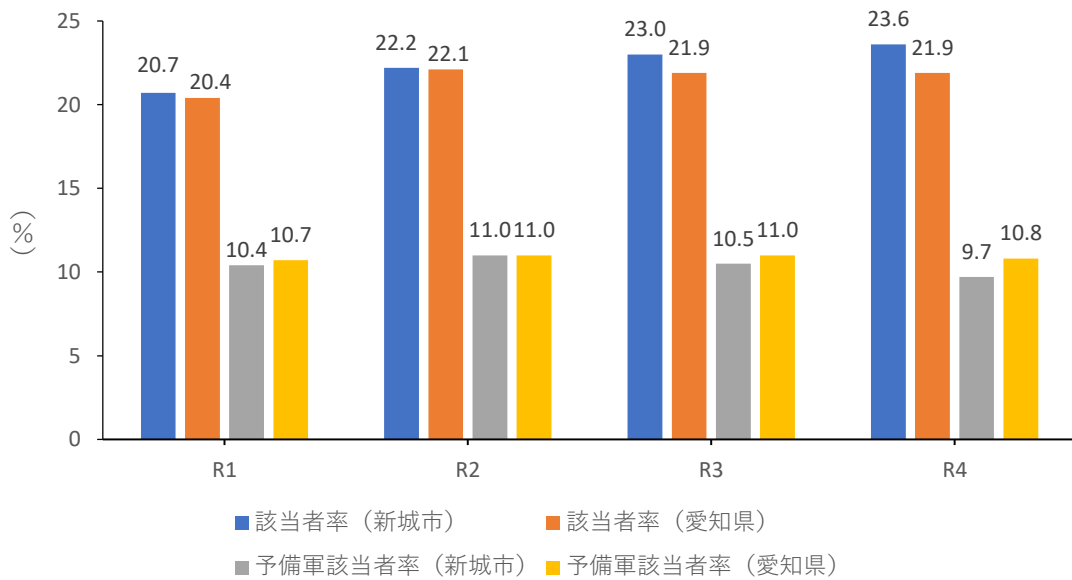
健診受診状況 (R4)



出典：KDB

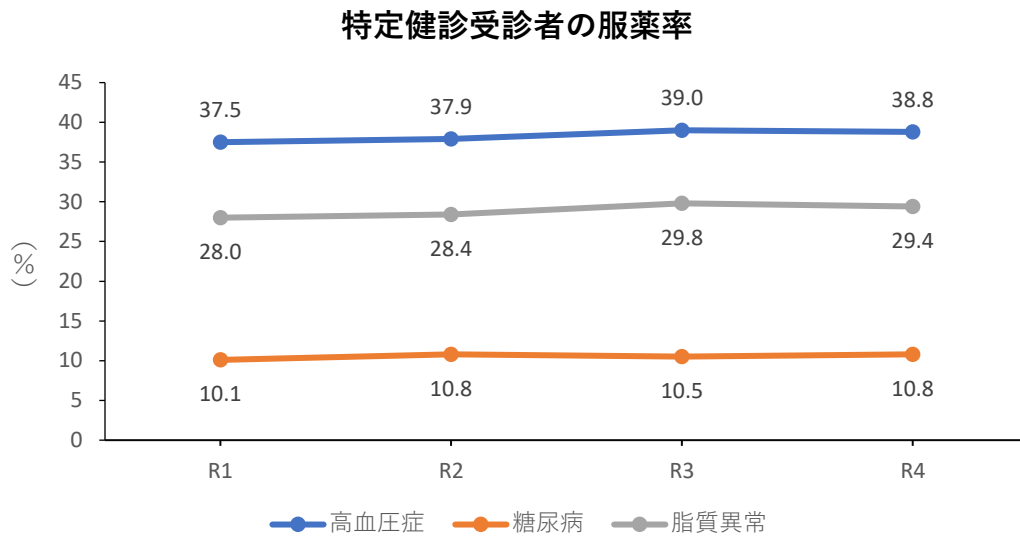
図9

特定健診受診者の内臓脂肪症候群該当者割合



出典：法定報告、KDB

図10



出典：KDB

表6

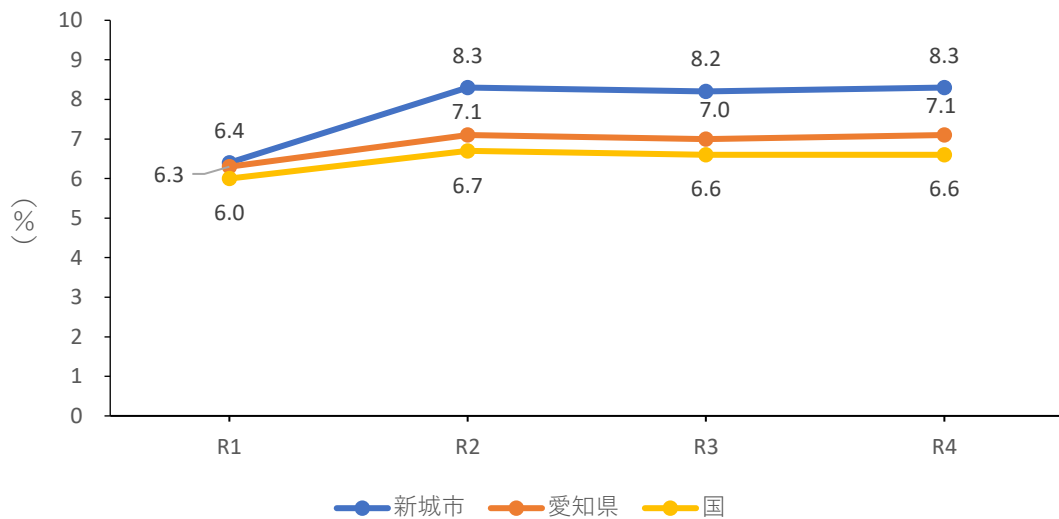
慢性腎臓病・腎不全率

	R1	R2	R3	R4
(%)	0.6	0.7	0.7	0.9

出典：KDB

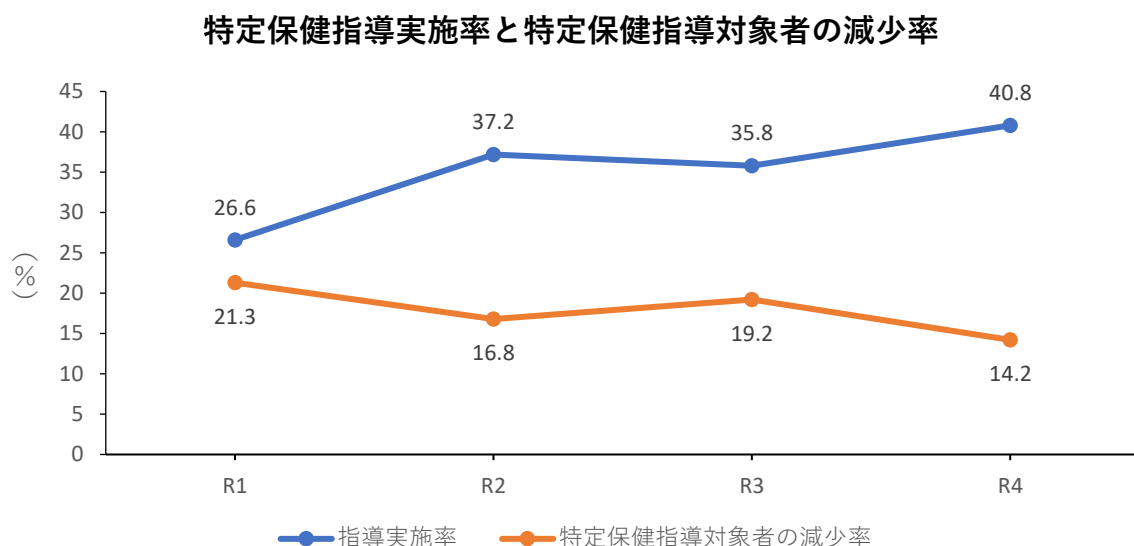
図11

特定健診受診者の血糖・血圧・脂質異常値の重複者の割合



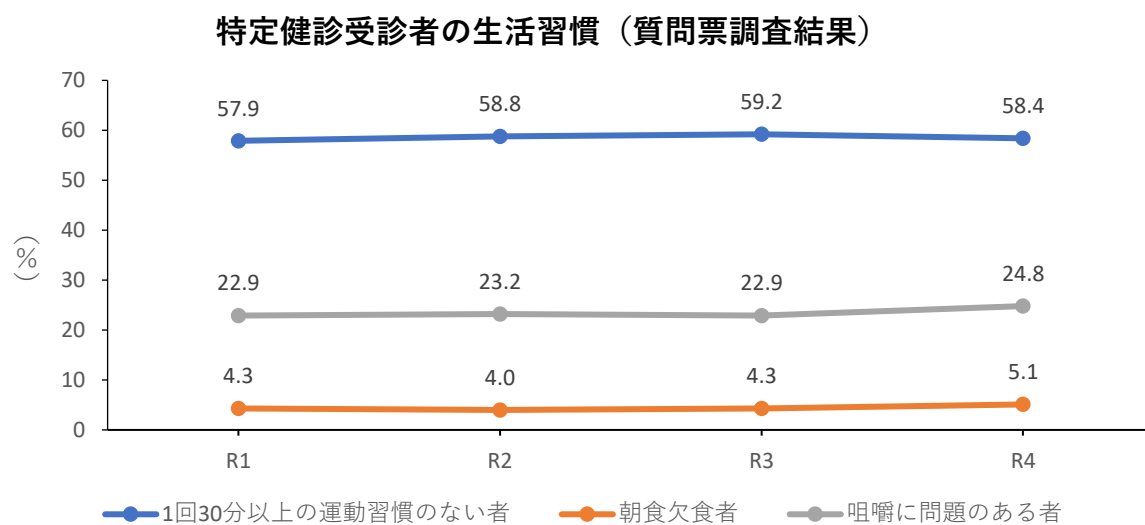
出典：KDB

図12



出典：法定報告

図13



出典：KDB

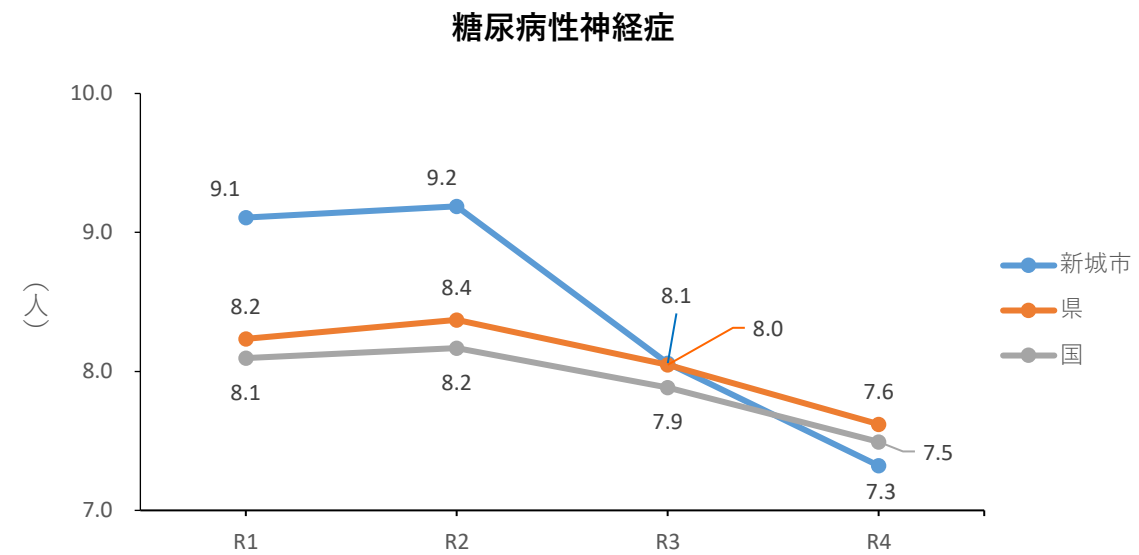
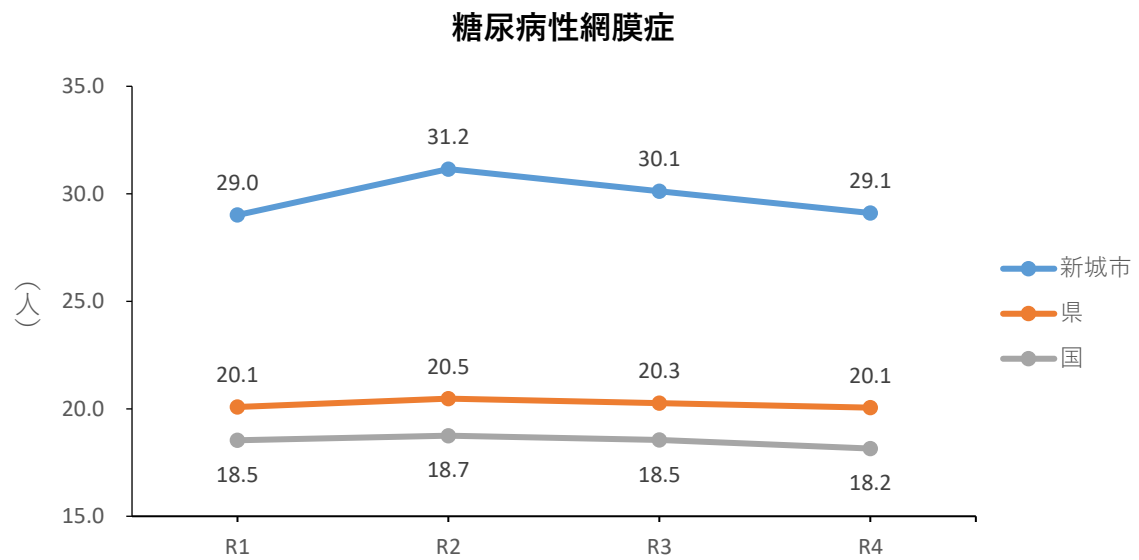
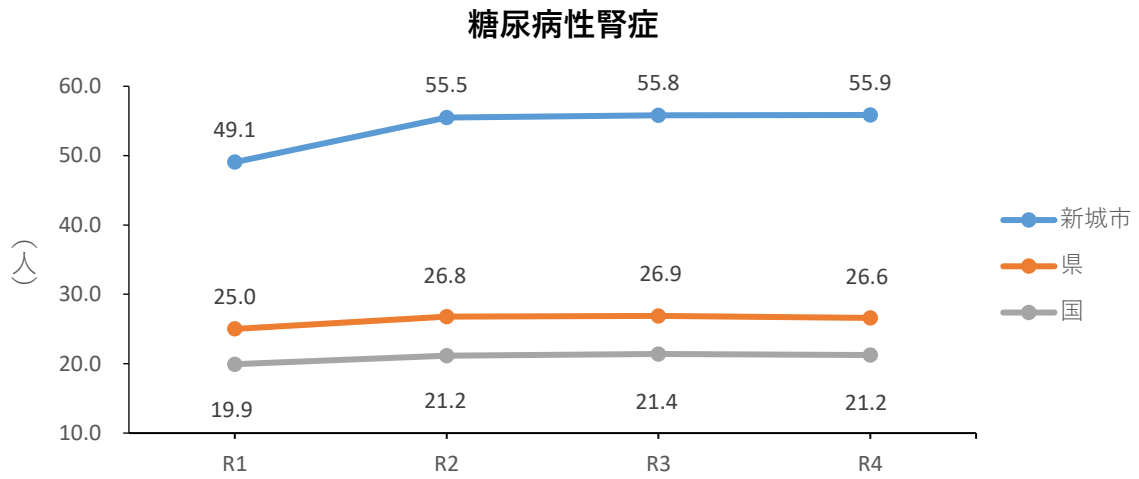
表7

健診受診者と未受診者の医療費比較 (円)

R4	健診あり	健診なし
生活習慣病なし	3,367	13,100
生活習慣病あり	8,383	32,619

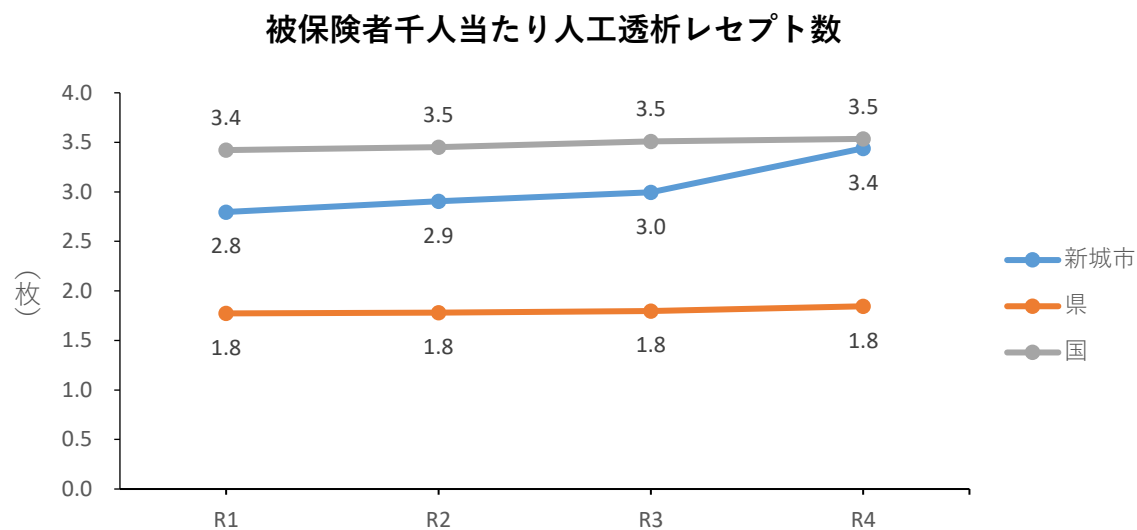
出典：KDB

図14 医科受診患者千人当たり糖尿病合併症患者数



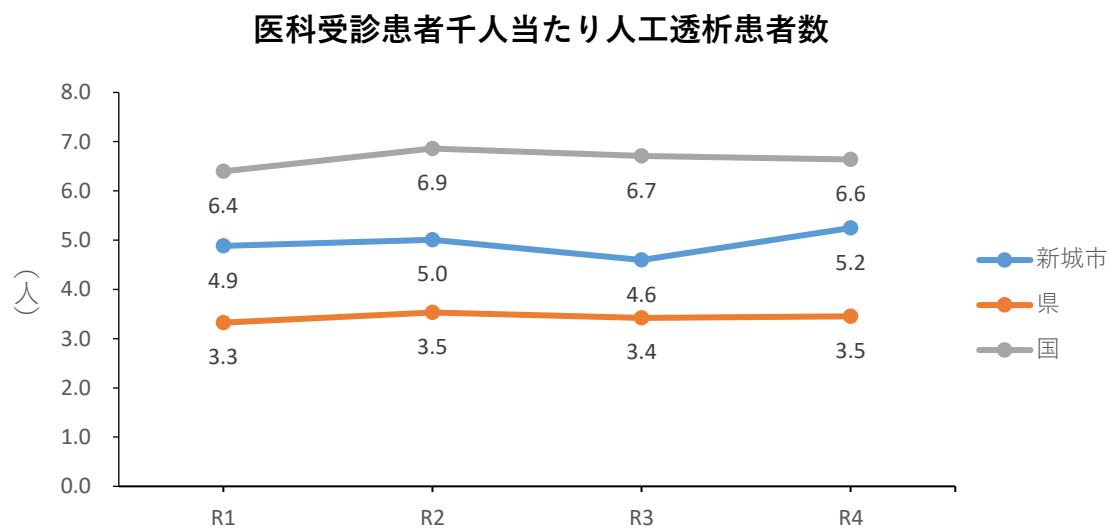
出典：KDB

図15



出典：KDB

図16



出典：KDB

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	生活習慣病の保有率が県と比べて高く、入院+外来の医療費は糖尿病、高血圧症の順に高くなっており、重症化予防対策が必要である。	1	1, 3, 4, 5, 6, 8
B	健診未受診者における医療費が受診者と比べ約4倍と高額であるため、未受診者対策が必要である。	2	2, 4, 5
C	人工透析率が県と比べて高くなっている。	3	2, 3, 4, 5, 6, 8
D	一人当たりの医療費が年々増加している。	4	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

項目	データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	医療費・レセプト分析、生活習慣病重症化予防のための啓発活動、保健指導の方法の工夫。
B	受診勧奨方法の工夫、未受診の理由把握、健診受診対象者の把握、健診方法（個別・集団）の検討。
C	腎臓病予防教室の案内・教室内容の工夫（体験談、例 生活に直結する運動・食事に重点をおいた話など）。
D	医療費適正化に係る啓発活動及び情報提供。

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標							
項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標	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)
A, C, D	被保険者が自らの健康状態を正しく把握・理解し、生活習慣病の重症化予防に取り組むことができる。	HbA1c6.5%(65歳以上は7.0%)以上の者の割合	5.4	5.3	5.2	5.0	4.9	4.7	4.5
		血圧が保健指導判定以上の者の割合	53.7	53.5	53.0	52.5	52.0	51.5	50.0
		1回30分以上、週2回を1年以上の運動習慣のない者の割合	58.4	58.0	57.5	57.0	56.5	56.0	55.5
		特定健診結果における非肥満の生活習慣病リスクなしの割合	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	7.8	8.0
B, D	被保険者が健康診査の必要性を理解し年1回受診することができる。特定保健指導未利用者が、確実に特定保健指導を利用し終了することができる。	特定健康診査受診率	44.4	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0
		特定保健指導実施率	40.8	42.0	43.0	44.0	45.0	46.0	47.0
		特定保健指導における特定保健指導対象者の減少率	14.2	19.0	19.5	20.0	21.0	22.0	23.0
D	被保険者が適正に受診し、自身に合った治療方法を選択することができる。	後発医薬品使用率	88.2	88.5	89.0	89.0	89.5	89.5	90.0

個別の保健事業		
事業番号	事業名称	重点・優先度
1	特定健康診査事業	2
2	特定健診未受診者対策	1
3	特定保健指導事業	3
4	健診結果説明会	4
5	糖尿病性腎症重症化予防	5
6	腎臓病予防教室	6
7	後発医薬品利用促進事業	7
8	受診勧奨値を超えている者への受診勧奨事業	8



#### IV 個別の保健事業

事業番号	事業名称
1	特定健康診査事業
事業の目的	本市では被保険者の生活習慣病保有率が50%を超えており、内臓脂肪症候群の有無にかかわらず生活習慣病リスク保持者が多い。被保険者が自身の健康状態を把握し、内臓脂肪症候群の解消を含む生活改善や重症化予防の一助とする。
対象者	新城市国民健康保険加入（被保険）者
現在までの事業結果	受診率 R元年度46.6%、R2年度46.5%、R3年度45.0%、R4年度44.4%

#### 今後の目標値

指標	評価指標	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	特定健診結果における非肥満の生活習慣病リスクなしの割合	7.2%	7.3%	7.4%	7.5%	7.6%	7.8%	8.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診受診率	44.4%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	定期受診はしているが、健診は受けていない層への健診利用を医師から勧めていただく。健診結果説明会などをとおして生活習慣病リスク保持者を減らしていく教育を行う。
----------------	--

#### 現在までの実施方法（プロセス）

6月～10月まで地元医師会に委託し医療機関個別を実施。1月に医療機関個別で受診出来なかった者へ集団健診の実施。同対象者に6～2月まで人間ドックを実施。全ての健診対象者に健診受診券を一斉送付。8月以降に未受診者への再勧奨はがきの送付。

#### 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

健診通知にナッジ理論を多用し、受診行動を起こしやすくする通知づくりを行う。現在の方法で受診率が向上しない場合は、未受診者分析を行い対象に応じた受診勧奨方法を取り入れていく。

#### 現在までの実施体制（ストラクチャー）

衛生部門で健診における全ての業務を行う。健診は新城市医師会または、健診事業者へ委託。

#### 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

医師会と情報共有を図るとともに、受診勧奨等の協力体制を強化する。

#### 評価計画

特定健診受診率  
生活習慣病保有者率、特定健診結果における非肥満の生活習慣病リスクなしの割合

#### IV 個別の保健事業

事業番号 2	事業名称	特定健診未受診者対策
事業の目的	健康診査受診率の向上	
対象者	前年度及び該当年度特定健康診査未受診者	
現在までの事業結果	<p>R5年1月4日現在で特定健診未受診者5,088人に対して個別通知し、433人(8.5%)が集団での特定健診を受診した。新型コロナウイルス感染状況の影響の為に、市内委託医療機関の受診者が少なかった為、昨年度より通知数が194人多く、通知による受診率は令和3年度の6.8%を上回った。</p> <p>また、このうち重点対象者として、過去2年下記の対象者に訪問や面接を行った。</p> <p>令和3年度は、特定保健指導・腎臓病予防教室対象者とその家族15人(面接6人、電話9人)に対して受診勧奨を行い、11人(73.3%)が受診した。過去に腎臓病予防教室に参加し、未受診者の方とその家族4人(訪問4人)に対して受診勧奨を行ったが、受診はなかった。</p> <p>R4年度は70歳で未受診の方21人へ訪問し、3人(14.3%)が受診した。9人がアンケートに回答し、特定健診について知っているものの、7人が受けないと回答し、日程や時間が合わない、健康に自信がある、必要性を感じない等の意見があった。長年受診歴のない方は、健康に対して無関心だということを実感した。その他、国保新規加入者2人に対して窓口にて特定健診について案内したところ、1人が受診した。</p>	

#### 今後の目標値

指標	評価指標	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	受診につながった割合	8.6%	9.0%	9.0%	10.0%	10.0%	10.0%	12.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者の何%に受診勧奨できたか	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	受診率向上につながる対象者の抽出について(過去の受診歴の有無等)検討し、未受診者に通知を送付。また訪問を併用し、未受診理由などを把握していく。
----------------	---

#### 現在までの実施方法(プロセス)

特定健診未受診者へ郵送にて受診勧奨通知を送付。  
そのうち、条件を決めて抽出した方に対して、訪問、面接、電話による未受診者の理由と受診勧奨を行った。

#### 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

特定健診以外の健診(職場など)受診者の把握のため調査票を作成し、国保加入時に記入してもらう。  
現在の方法で受診率が向上しない場合は、未受診者分析を行い対象に応じた受診勧奨方法を取り入れていく。  
未受診者訪問の長期計画作成。  
19~39歳の健診を積極的にPRし、40歳以降の特定健康診査利用につなげる。

#### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

未受診者へのはがき発送に必要な職員を確保出来るか。  
訪問指導に必要な職員を確保できるか。

#### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

国保主幹課である保険医療課と協力し対象者調査に努める。  
みなし健診者の健診結果把握方法について検討する。  
対象者に合わせた通知内容の検討。  
高齢者の保健事業と介護予防の一体化の健康状態不明者訪問時に特定健診未受診者訪問をあわせて行うことを検討していく。

#### 評価計画

特定健診受診率  
事業対象者の受診率  
みなし健診者の把握  
訪問、面接による指導数

IV 個別の保健事業

事業番号 3	事業名称	特定保健指導事業
事業の目的	内臓脂肪症候群判定基準該当者へ、生活習慣を改善するための保健指導を行うことで、対象者が自ら生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活の維持が出来るようになることで、生活習慣病を予防する。	
対象者	特定健康診査において、内臓脂肪症候群判定基準に該当した者	
現在までの事業結果	指導実施率（動機付け、積極的含む） R元年度26.6%、R2年度37.2%、R3年度35.8%、R4年度40.8%	

今後の目標値

指標	評価指標	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	内臓脂肪症候群該当者割合	23.6%	23.0%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	40.8%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	ICT技術を活用し、利用者の増加と指導脱落者の減少をめざす。
----------------	--------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

教室や訪問などによる対面指導。
-----------------

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

従来の対面型に加え、保健指導ツールとして専用アプリを導入を検討中。より個別性を重視した指導内容の充実を図る。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健師と管理栄養士による集団または個別指導。
------------------------

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

専用アプリの導入による指導率の向上。
--------------------

評価計画

内臓脂肪症候群該当者割合 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 特定保健指導終了者の割合
--

#### IV 個別の保健事業

事業番号 4	事業名称	健診結果説明会
事業の目的	保健師及び管理栄養士が健診結果の見方等を説明することにより、結果を正しく理解し、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。	
対象者	集団形式での特定健診受診者、またそれ以外の場で健診を受け結果説明を受けていない者	
現在までの事業結果	令和元年度 一般健康相談利用者（以下一般）20人、集団特定健診事後指導（以下集団）中止 令和2年度 一般11人、集団171人 令和3年度 一般3人、集団を中止し個別で指導した者34人 令和4年度 一般3人、集団336人	

#### 今後の目標値

指標	評価指標	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	生活習慣病保有率の減少	51.1%	51.0%	50.5%	50.0%	49.5%	49.0%	48.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	説明会参加率	72.1%	72.5%	73.0%	73.0%	73.5%	74.0%	75.0%

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	ナッジ理論を活用したPRチラシの作成
----------------	--------------------

#### 現在までの実施方法（プロセス）

個別：広報誌への掲載。  
 集団：健診受診時に結果説明会を予約。

#### 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

パーソナルヘルスレコードもしくは専用アプリの広報も含めた活用。

#### 現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健師及び管理栄養士による説明。

#### 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

保健師、管理栄養士の知識・技術の向上を図る。  
 分かりやすい資料の提示、専用アプリの活用等。

#### 評価計画

生活習慣病保有率  
 健診受診者と未受診者での医療費の差額  
 内臓脂肪症候群予備軍者の割合  
 特定健診結果における非肥満者の生活習慣病リスクなしの割合  
 健診結果説明会参加者の次年度の健診受診率

IV 個別の保健事業

事業番号 5 事業名称		糖尿病性腎症重症化予防
事業の目的	重症化リスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対し、適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより、治療に結びつける。また、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化リスクが高い者に対して医療機関と連携して保健指導を行うことで腎不全・人工透析への移行を防ぐ、または遅らせることで、住民のQOL（生活の質）向上に資する。	
対象者	新城市国民健康保険被保険者で (1) 特定健康診査の受診があり、その結果、糖尿病性腎症に該当する者 HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上、かつ尿蛋白(+)以上 (2) 特定健康診査の受診があり、その結果、尿蛋白は陽性ではないが糖尿病と判定される者で未治療の者 <年齢40歳以上65歳未満> HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上 <年齢65歳以上75歳未満> HbA1c7.0%以上又は空腹時血糖130mg/dl以上 (3) レセプト等による糖尿病治療中かつ特定健康診査未受診者 医療機関で腎症第2期以上と診断された患者について、かかりつけ医から保健指導が必要と判断された者（医療機関からの紹介） (4) レセプト等による糖尿病治療中断かつ特定健康診査未受診者 糖尿病通院歴のある者で最終の受診日から6か月経過してもレセプトにおける糖尿病受診歴がない、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受診歴がない者 *大規模実証事業では上記に加え過去5年間のレセプトデータで診断がついた者（疑いも含む）や治療中断が疑われる者に対し通知や電話による受診勧奨を実施した。	
現在までの事業結果	勧奨による受診率：令和元年度92.3%、令和2年度88.2%、令和3年度85.7%、令和4年度66.7%	

今後の目標値

指標	評価指標	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	(千人あたりの)糖尿病合併症患者数(腎症)の減少	1.472	1.450	1.440	1.430	1.420	1.410	1.400
アウトプット (実施量・率) 指標	受診につながった率	66.7%	67.0%	68.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	レセプト分析をすすめ、健診未受診者へのアプローチを開始する。
----------------	--------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

保健師、管理栄養士による訪問指導。  
厚生労働省の大規模検証事業への参加におけるレセプトからの対象者抽出および受診勧奨事業（R3・R4年度）。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現在は、特定健診受診者のみを対象に行っているが、今後は健診未受診者についてもレセプト分析をとおしてフォローしていく。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

郵送での健診及び医療機関への受診勧奨。訪問指導の実施。  
腎臓病予防教室（専門医、保健師、管理栄養士の講義、腎友会会員による体験談）の実施。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

レセプト分析ができる体制を整える。  
医療機関からの紹介による保健指導が現在機能していないため、体制や役割などを医師会をはじめとする関係機関と協議していく。

評価計画

透析者数の推移、対象者数の減少  
新規透析導入者数の推移

IV 個別の保健事業

事業番号 6	事業名称	腎臓病予防教室
事業の目的	慢性腎臓病は近年増加傾向にあり、高齢化の進展によりその増加が予想されるため、リスクのある方に対して、病気の説明や生活の工夫を伝えることにより腎臓病の発症や重症化を防ぐことを目的とする。特に本市では人口千人当たりの透析患者数が5.247人と県と比べて高い値である。また、後期高齢者医療における透析患者数も千人当たり16.308人と多いことから、対策が急務である。	
対象者	市内在住で、令和5年度特定健康診査を受診した者のうち、下記に該当する者。 (1) 40～69歳で腎臓機能の軽度低下が見られる者 昨年度の結果がeGFR60～89、かつ今年度の結果がeGFR45～59.9、かつ尿たんぱく(±)以下で腎臓機能の中等度低下がみられる者 (2) 40～74歳で腎臓機能の中等度低下がみられる者 今年度の結果がeGFR30～44.9で糖尿病と腎症の治療をしていない者 (3) 40～74歳で糖尿病性腎症重症化予防対象者 医療機関未治療の者で ①HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上かつ尿たんぱく(+)以上 ②年齢40歳以上65歳未満で、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上かつ尿たんぱく(±)以下 ③年齢65歳以上75歳未満で、HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上かつ尿たんぱく(±)以下 *①は糖尿病性腎症該当者、②と③は糖尿病と判定される者	
現在までの事業結果	教室参加者数(実人数)：令和元年度66人、令和2年度61人、令和3年度中止、令和4年度22人 教室参加者の透析移行率0%	

今後の目標値

指標	評価指標	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	(千人当たりの)新規透析導入率の減少	0.157	0.155	0.155	0.150	0.145	0.145	0.140
アウトプット(実施量・率)指標	腎臓病予防教室の実施							

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	慢性腎臓病の積極的な周知活動。 透析患者の90%以上に特定健診受診歴がないため、健康状態の把握が出来ていない。糖尿病性腎症対象者を中心にフォローを上げていく。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

eGFR値や尿タンパクで受診勧奨値を超えた者への訪問。 教室の実施。
---------------------------------------

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

対象者の選定方法。
-----------

現在までの実施体制(ストラクチャー)

特定健診受診者に保健師、管理栄養士が教室、訪問、面接で指導。
--------------------------------

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

これまでアプローチできていなかった、軽度異常者に対する電子媒体(専用アプリ)での個別での通知を実施。
--

評価計画

指導実施者の健診結果の推移 運動習慣のある者の割合の増加 事業対象者における参加率 中等度以下の医療機関未受診者数
--

#### IV 個別の保健事業

<b>事業番号</b> 7	<b>事業名称</b>	<b>後発医薬品利用促進事業</b>
---------------	-------------	--------------------

事業の目的	後発医薬品へ切り替えた場合の差額等を記した通知を送付し、医療費の削減に努める。
対象者	対象年齢 20歳以上 投薬期間 14日以上にわたるもの 設定金額 差額が1薬剤あたり100円以上
現在までの事業結果	10月と2月の年2回対象者へ送付。 後発医薬品処方比率（数量ベース） 令和元年度 84.6% 令和2年度 86.9% 令和3年度 87.5% 令和4年度 88.2%

#### 今後の目標値

指標	評価指標	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	後発医薬品処方比率（数量ベース）	88.2%	88.5%	89.0%	89.0%	89.5%	89.5%	90.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	差額通知事業の実施							

（注）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	R元年度からR4年度まで後発品処方比率が年々増加しているため、事業を継続して実施していく。
----------------	---

#### 実施方法（プロセス）

<p>対象者を抽出し、10月と2月の年2回送付。 送付件数 令和元年度 10月132件、2月127件 令和2年度 10月168件、2月115件 令和3年度 10月173件、2月172件 令和4年度 10月125件、2月171件</p>
---

#### 現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>年2回、差額通知を発送。 窓口で被保険者証を交付する際、ジェネリック希望の保険証ケースやジェネリック希望シール付きのパフレットを配布。 被保険者証一斉更新の際、ジェネリック希望シール付きのパフレットを同封して発送。</p>
--

#### 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<p>事業を継続して実施していく。差額通知事業の発送回数や後発医薬品啓発方法等、今後の成果を参考に検討していく。</p>
--

#### 評価計画

<p>後発医薬品処方比率（数量・金額ベース）</p>
----------------------------

IV 個別の保健事業

事業番号 8	事業名称	受診勧奨値を超えている者への受診勧奨事業
事業の目的	国民健康保険被保険者の健康増進および医療費の適正化を図るため、特定健康診査等で、早急に医療にかかった方が良くと思われる値の者へ訪問や面接をし、健康状態や生活状況を把握するとともに、健康相談や適正受診指導を行う。	
対象者	特定健康診査の結果、早急に医療にかかった方が良くと思われる値だった者。	
現在までの事業結果	令和元年度：記録なし、令和2年度10名、令和3年度8人、令和4年度7人	

今後の目標値

指標	評価指標	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	対象者の医療機関未受診者率の減少	4.2%	4.1%	4.1%	4.0%	3.8%	3.6%	3.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	訪問、面接指導の実施							

(注) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	KDB、レセプト分析ソフト（導入予定）を活用して指導対象者を適切に抽出し、保健指導につなげる。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

特定健診結果から対象者を抽出、保健師及び管理栄養士が訪問指導などを実施。
--------------------------------------

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

KDBを用いレセプトを利用した該当者の抽出を検討する。
-----------------------------

現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健師及び管理栄養士が、健診結果からリスクがあると判断したものに訪問指導を行う。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

レセプト分析を行い、重症化リスクの高い方へ重点的にアプローチしていく。 マンパワーの確保。 面接技術の向上。
--

評価計画

対象者への保健指導実施ができる 医療機関未受診者の減少 指導後の受診状況、健診結果
---



<p><b>V その他</b></p>	
<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>各保健事業の評価は毎年行うものとし、令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて計画、目標値の見直しを行います。また、計画の最終年度（令和11年度）には、中間評価も踏まえて総合的に評価を行います。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、本市国保被保険者及び保健医療関係者等に対し、本市ホームページに掲載し、公表・周知します。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>本計画に掲げた事業の実施において得られた個人に関する健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律、新城市個人情報保護条例、新城市情報セキュリティポリシーその他関係法令を遵守します。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>高齢の被保険者が多く、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いことから、KDBなどを利用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係部署と共有し分析を行っています。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>本計画を実施するに当たっては、関係部署（国保・保健衛生・介護等）の連携強化が重要となります。データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会等が行うデータヘルス計画に関する研修に関係部署が積極的に参加するとともに、今後も連携を強化し共通認識をもって、計画策定、見直し、課題解決に取り組むものとしします。</p>

新城市国民健康保険  
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

発行 新城市

編集 健康福祉部 保険医療課

住 所：〒441-1392

愛知県新城市字東入船115番地

電 話：0536-23-7625

ファックス：0536-23-7699

E - m a i l : hokeniryous@city.shinshiro.lg.jp

健康福祉部 健康課（新城保健センター）

住 所：〒441-1301

愛知県新城市矢部字上ノ川1番地8

電 話：0536-23-8551

ファックス：0536-24-9008

E - m a i l : hoken@city.shinshiro.lg.jp