

伊勢市国民健康保険
データヘルス計画（第3期）
特定健康診査等実施計画（第4期）

令和6年度～令和11年度
（2024年度～2029年度）

令和6年3月
伊勢市

目次

第1章 計画の基本情報

1 基本的事項	1
---------	---

第2章 伊勢市の現状

1 伊勢市の現状	3
2 伊勢市国民健康保険の現状	5

第3章 健康・医療情報による分析

1 医療費データの分析	6
2 生活習慣病関連医療データの分析	9
3 介護保険データの分析	11
4 伊勢市の特定健康診査の状況	12
5 伊勢市の特定保健指導の状況	18

第4章 データヘルス計画（第3期）

1 データヘルス計画（第2期）の保健事業の考察	20
2 計画全体	22
3 個別の保健事業	24
4 その他	35

第5章 特定健康診査等実施計画（第4期）

1 目標値の設定	36
2 対象者数推計	36
3 特定健康診査等の実施方法等	37
4 実施スケジュール	42
5 個人情報の保護	42
6 計画の公表・周知	42
7 評価及び見直し	43
8 留意事項	43

第3期データヘルス計画

第1章 基本情報

1 基本的事項

①計画の趣旨	<p>わが国では、「国民皆保険制度」のもと、高い保健医療水準や平均寿命が順調に延伸されてきました。しかしながら、少子高齢化の急速な進行、経済の低成長、医療の高度化など大きく環境が変化しており、医療制度を今後も維持していくための医療費適正化への取組が必要となっています。</p> <p>そこで、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において「国民の健康寿命の延伸」を受けて、保険者は「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の策定と、それに基づく保健事業の実施及び評価が求められ、平成28年8月「伊勢市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、健康・医療情報を活用した保健事業に取り組んできたところです。</p> <p>このたび、「特定健康診査等実施計画（第3期）」及び「保健事業実施計画（データヘルス計画）（第2期）」が令和5年度末をもって計画期間が終了することから、令和6（2024年度）年度から令和11（2029年度）年度までを共通の計画期間として、「特定健康診査等実施計画（第4期）」と「データヘルス計画（第3期）」を一体的に策定し、特定健康診査・特定保健指導結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用・分析し、健康課題を的確に捉え、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けた新たな取組手法、目標を設定することにより、被保険者の健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図ります。</p> <p>データヘルス計画は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき策定し、特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づき策定します。</p>
②計画期間	令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間
③実施体制	本計画の策定、評価、見直し、遂行に当たっては、国民健康保険担当部局が主体となり、保健師・栄養士等の専門職と協同で事業を推進し、一体となって保健事業を実施します。
④関係者連携	医師会等の外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場としての国民健康保険運営協議会等において審議・報告を行い、市民への分かりやすい情報提供、外部有識者からの支援等を通じて、市民自身が当事者意識を持って主体的・積極的に取り組める事業実施体制を整備していきます。
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
①市 （国民健康保険担当部局）	被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国民健康保険担当部局が中心となって関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を保健師・栄養士等の専門職と連携して実施。個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。 保健衛生部局とは特定保健指導等で連携。
②県（国保部局）	被保険者の健康の保持増進のために、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、保健所や国保連合会と連携して、積極的に支援する。
③県（保健衛生部局）	県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、県国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援する。

④保健所	<p>県（国保部局、保健衛生部局）や国保連、医師会をはじめとする地域の保健医療関係者等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえたうえで、地域の実情に応じた保険者支援を行う。</p>
⑤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	<p>計画の策定等の一連の流れに対して、県の方針を踏まえたうえで計画立案の考え方や評価指標の設定の考え方の提示、国保データベース（以下「KDB」という。）等のデータ分析やデータ提供をするなど、保険者や地域の特性を踏まえて支援する。</p>
⑥後期高齢者医療広域連合	<p>後期高齢者データヘルス計画の策定。 地域包括ケア・一体的実施での協力。 地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市国保と必要な情報の共有を図る。</p>
⑦保健医療関係者	<p>医師会、歯科医師会、薬剤師会等の外部有識者、被保険者協議の場としての国民健康保険運営協議会等を活用し、計画策定・評価・見直し等への助言を行う。 保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。</p>
⑧その他	<p>医師会、歯科医師会、薬剤師会等の外部有識者、被保険者協議の場としての国民健康保険運営協議会等を活用し、議論に参画。</p>

第2章 伊勢市の現状

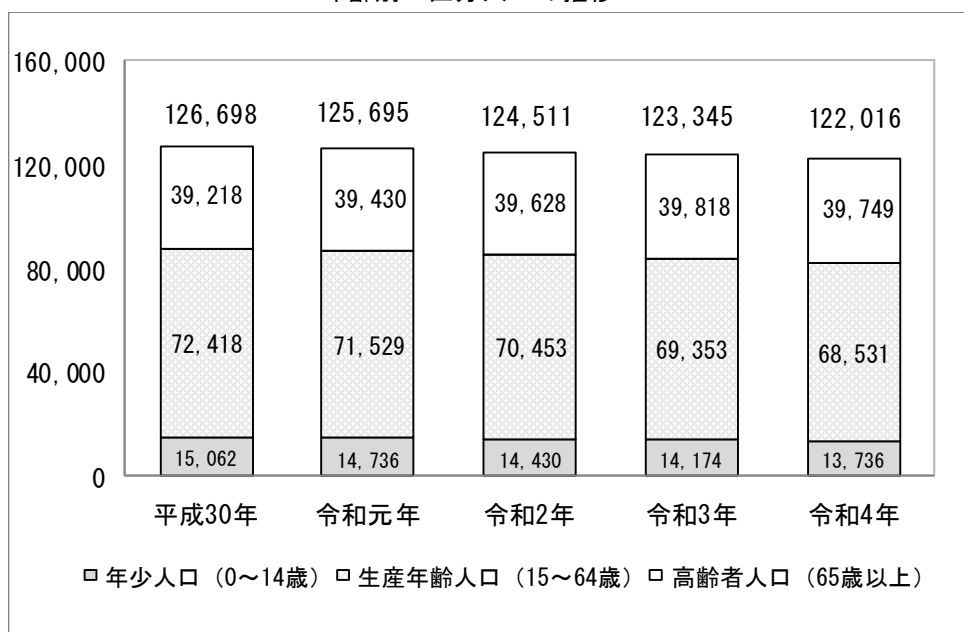
1 伊勢市の現状

(1) 人口及び高齢化率

総人口の推移についてはやや減少傾向にあり、総人口に占める65歳以上の人口比率は（高齢化率）は、三重県、全国より高い状況にあります。それに比べ、0～14歳の年少人口と15～64歳までの生産年齢人口は年々減少していることから、今後も高齢化が進むことが予想されます。

(人)

年齢別3区分人口の推移



資料：伊勢市年齢別人口集計表（各年10月31日現在）

総人口と高齢化率の推移

	伊勢市					三重県
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和4年
総人口 (人)	126,698	125,695	124,511	123,345	122,016	1,742,703
高齢化率 (%)	31.0	31.4	31.8	32.3	32.6	30.0

資料：三重県HP：三重県の高齢化率（R4.10.1現在）

(2) 死亡要因

令和3年度の主要死因別では、第1位が悪性新生物となっており、2割以上を占めています。また、脳血管疾患、肝疾患、結核、老衰、自殺が三重県より高くなっています。また、肝疾患、腎不全、結核、老衰、不慮の事故、自殺については、令和元年度と令和3年度を比較して、増加傾向にあります。

主要死因別の件数と割合

	伊勢市						三重県	
	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和3年度	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
悪性新生物	386	25.3%	376	24.9%	401	24.5%	5,436	25.1%
糖尿病	22	1.4%	16	1.1%	13	0.8%	223	1.0%
心疾患	239	15.7%	231	15.3%	208	12.7%	3,125	14.4%
脳血管疾患	132	8.7%	104	6.9%	117	7.2%	1,543	7.1%
肺炎	80	5.2%	64	4.2%	61	3.7%	1,084	5.0%
肝疾患	11	0.7%	19	1.3%	21	1.3%	226	1.1%
腎不全	28	1.8%	32	2.1%	36	2.2%	486	2.3%
結核	1	0.1%	2	0.1%	4	0.2%	23	0.1%
老衰	213	14.0%	214	14.1%	287	17.5%	3,061	14.2%
不慮の事故	31	2.0%	38	2.5%	40	2.5%	527	2.4%
自殺	17	1.1%	11	0.7%	23	1.4%	270	1.3%
その他	367	24.0%	406	26.8%	425	26.0%	5,635	26.0%
計	1,527	100.0%	1,513	100.0%	1,636	100.0%	21,639	100.0%

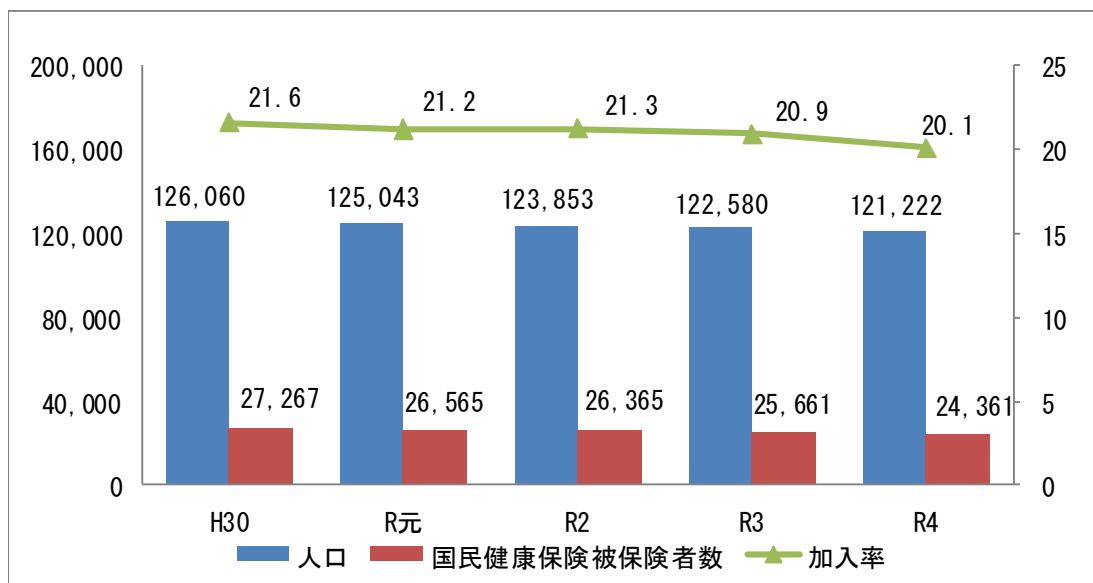
資料：三重県衛生統計年報

2 伊勢市国民健康保険の現状

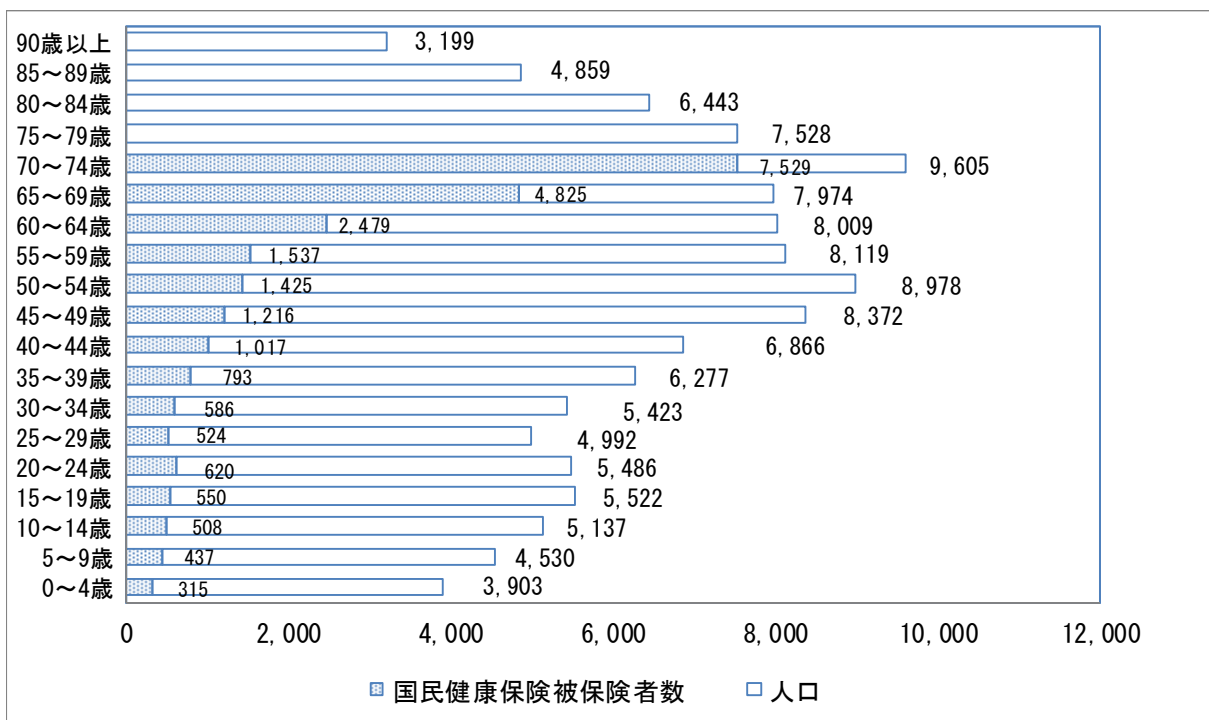
(1) 被保険者の推移

国民健康保険被保険者数は、令和4年度末 24,361 人、国民健康保険加入率は、20.1%となっており、被保険者数は年々減少し、加入率も減少傾向にあります。また年齢別人口、国民健康保険被保険者数の状況を見ると、本市の総人口における国民健康保険の被保険者は、60～64歳で人口の3割以上、65～74歳で6割以上を占めています。

(人) 人口、国民健康保険被保険者数、国民健康保険加入率の推移 (％)



年齢別人口、国民健康保険被保険者数



資料：住民基本台帳（人口：各年度末現在）、事業月報

第3章 健康・医療情報による分析

1 医療費データの分析

(1) 医療費総額の推移

令和4年度の伊勢市国保の医療費総額は104億5千5百万円で、令和3年度以降三重県市町国保全体の伸び率と比較し、減少は小さくなっています。

医療費総額の伸び率

(単位：百万円)

	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
伊勢市	10,630	10,697	10,456	10,599	10,455
伸び率		0.6%	△2.2	1.3%	△1.3%
三重県市町国保	150,056	147,579	140,221	145,432	142,758
伸び率		△1.6%	△4.9%	3.7%	△1.8%

資料：三重県における国民健康保険事業の実態

(三重県国民健康保険連合会)

(2) 被保険者1人当たりの医療費の推移

被保険者1人当たりの医療費は、令和4年度は413千900円で令和3年度以降増加しています。

被保険者1人当たりの医療費伸び率

(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
伊勢市	379,037	395,602	393,907	404,175	413,900
伸び率		4.3%	△0.4%	2.6%	2.4%
三重県市町国保	389,331	399,542	390,052	413,677	423,384
伸び率		2.6%	△2.3%	6.0%	2.3%

資料：三重県における国民健康保険事業の実態

(三重県国民健康保険連合会)

(3) 疾病分類別医療費の割合（大分類）

令和4年4月～令和5年3月診療分のレセプトから、疾病項目毎に医療費総額、レセプト件数を算出しました。「新生物<腫瘍>」が医療費総額の17.0%を占め、最も高い割合となっています。

大分類による疾病別医療費統計

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け

疾病分類（大分類）	医療費（円）	構成比	順位	レセプト 件数（枚）	順位
感染症及び寄生虫症	122,241,990	1.3%	15	5,254	13
新生物<腫瘍>	1,553,461,930	17.0%	1	8,718	12
血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害	80,599,440	0.9%	17	491	18
内分泌、栄養及び代謝疾患	910,653,740	10.0%	3	43,461	1
精神及び行動の障害	782,103,460	8.6%	5	12,652	7
神経系の疾患	605,891,160	6.7%	7	11,548	10
眼及び付属器の疾患	401,567,150	4.4%	10	24,979	4
耳及び乳様突起の疾患	28,408,920	0.3%	18	2,355	16
循環器系の疾患	1,228,856,340	13.5%	2	41,729	2
呼吸器系の疾患	448,932,290	4.9%	9	18,137	5
消化器系の疾患	488,736,310	5.4%	8	16,268	6
皮膚及び皮下組織の疾患	184,362,140	2.0%	12	12,075	8
筋骨格系及び結合組織の疾患	697,881,220	7.7%	6	25,713	3
尿路性器系の疾患	815,054,710	8.9%	4	11,571	9
妊娠、分娩及び産じょく	6,692,620	0.1%	22	131	21
周産期に発生した病態	13,692,820	0.2%	21	18	22
先天奇形、変形及び染色体異常	17,740,200	0.2%	20	165	20
症状、徴候及び異常臨床検査 所見で他に分類されないもの	104,320,950	1.1%	16	4,170	15
損傷、中毒及びその他の外因 の影響	304,833,830	3.3%	11	4,803	14
特殊目的用コード	134,809,460	1.5%	14	2,161	17
傷病及び死亡の外因	0	0.0%	23	0	23
健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用	27,232,370	0.3%	19	238	19
その他（上記以外のもの）	153,276,240	1.7%	13	10,470	11
総計	9,111,349,290			257,107	

資料：KDB 疾病別医療費分析（大分類）

(4) 疾病分類別医療費の割合（細小分類）

細小分類別の医療費では、入院は統合失調症が一番多く、外来では、糖尿病が1位となり、2位が慢性腎臓病（透析あり）、3位が高血圧症と生活習慣病が上位を占めております。

細小分類による疾病別医療費統計（入院）

順位	疾病分類(細小分類)	医療費(円)	構成比	レセプト件数 (枚)
1	統合失調症	361,053,610	10.2%	881
2	骨折	174,271,160	4.9%	243
3	脳梗塞	111,305,770	3.2%	142
4	関節疾患	103,077,930	2.9%	109
5	不整脈	102,069,200	2.9%	84
6	うつ病	100,455,850	2.8%	240
7	狭心症	75,249,020	2.1%	84
8	慢性腎臓病(透析あり)	71,573,160	2.0%	86
9	肺がん	68,425,190	1.9%	64
10	小児科	64,024,420	1.8%	102
その他(上記以外の疾患)		2,314,257,240	65.3%	3,825
合 計		3,545,762,550		5,860

資料：KDB 疾病別医療費分析（細小分類）

細小分類による疾病別医療費統計（外来）

順位	疾病分類(細小分類)	医療費(円)	構成比	レセプト件数 (枚)
1	糖尿病	531,992,960	9.6%	19,971
2	慢性腎臓病(透析あり)	429,533,700	7.7%	1,104
3	高血圧症	300,072,460	5.4%	27,887
4	肺がん	253,505,300	4.5%	742
5	脂質異常症	214,614,540	3.9%	17,944
6	関節疾患	206,209,640	3.7%	9,662
7	不整脈	127,336,080	2.3%	4,261
8	乳がん	111,576,040	2.0%	1,392
9	小児科	104,791,180	1.9%	7,633
10	統合失調症	99,480,940	1.8%	3,546
その他(上記以外の疾患)		3,186,473,900	57.2%	157,105
合 計		5,565,586,740		251,247

資料：KDB 疾病別医療費分析（細小分類）

2 生活習慣病関連医療データの分析

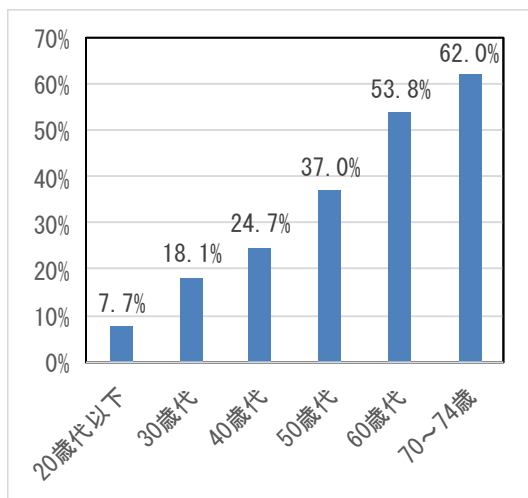
※生活習慣病の設定：

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、
心筋梗塞、がん、筋・骨、精神

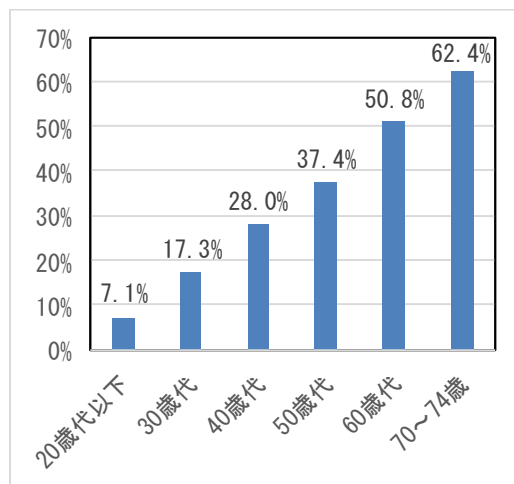
(1) 年齢階層別・男女別生活習慣病患者の状況（令和5年8月診療分）

令和5年8月診療分レセプトにおける年齢階層別の生活習慣病対象者の割合は、
男女とも年代があがるにつれ高くなっています。

生活習慣病対象者（男性）



生活習慣病対象者（女性）

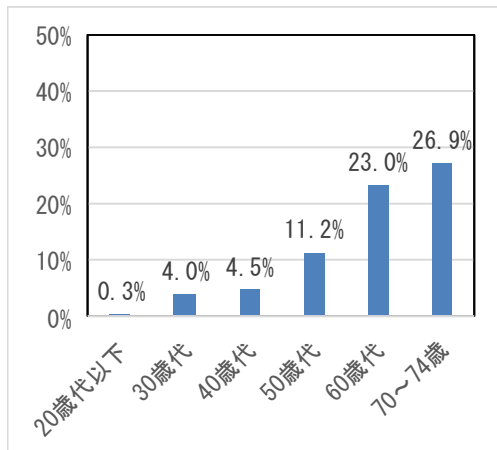


資料：KDB 生活習慣病全体のレセプト分析

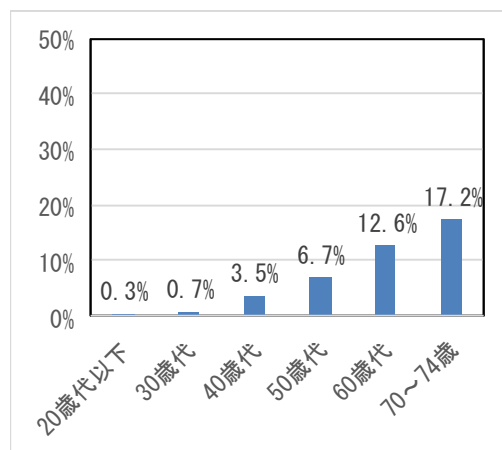
(2) 年齢階層別・男女別糖尿病患者の状況（令和5年8月診療分）

令和5年8月診療分レセプトにおける年齢階層別の糖尿病対象者の割合は、男
女とも年代があがるにつれ高く、30歳代以上の年代において男性が女性の割合を
上回っています。

糖尿病患者（男性）



糖尿病患者（女性）

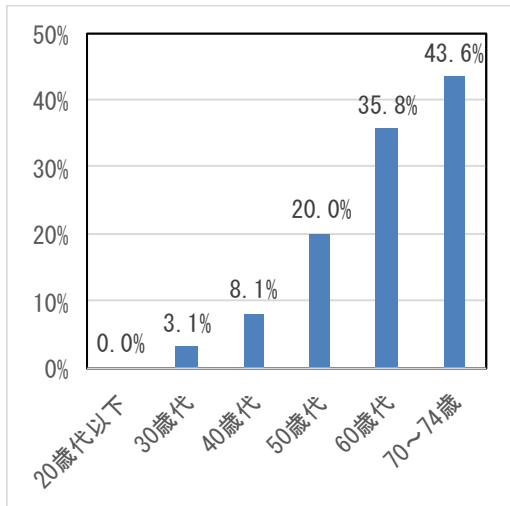


資料：KDB 糖尿病のレセプト分析

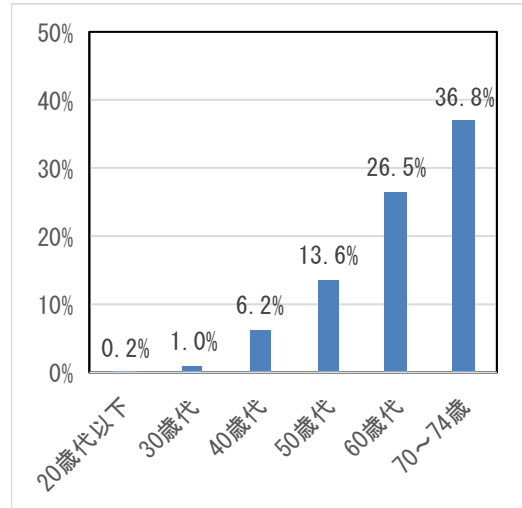
(2) 年齢階層別・男女別高血圧症患者の状況（令和5年8月診療分）

令和5年8月診療分レセプトにおける年齢階層別の高血圧症患者の割合は、男女とも年代があがるにつれ高く、30歳代以上の年代において男性が女性を上回っており、50歳代から60歳代の伸びが非常に高くなっています。

高血圧症患者（男性）



高血圧症患者（女性）

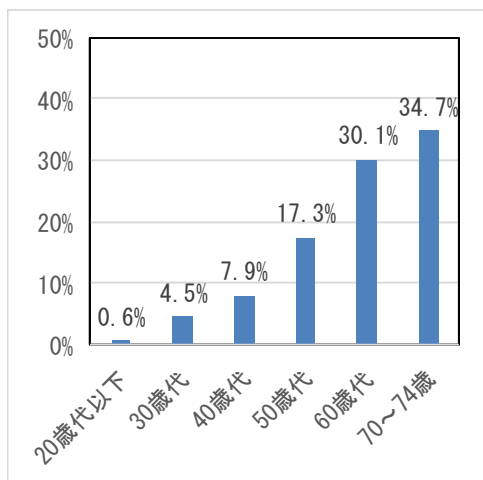


資料：KDB 高血圧症のレセプト分析

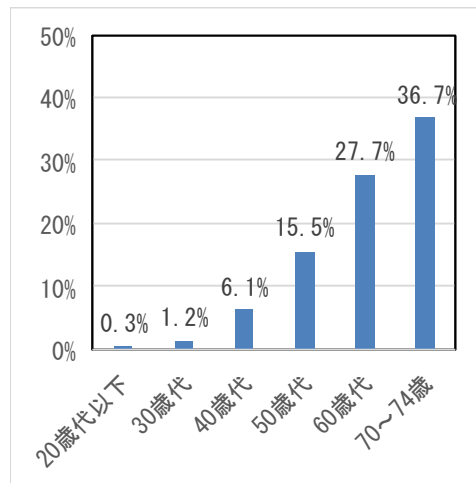
(4) 年齢階層別・男女別脂質異常症患者の状況（令和5年8月診療分）

令和5年8月診療分レセプトにおける年齢階層別の脂質異常症患者の割合は、男女とも年代があがるにつれ高く、50歳代から60歳代の伸びが非常に高くなっています。

脂質異常症患者（男性）



脂質異常症患者（女性）



資料：KDB 脂質異常症のレセプト分析

3 介護保険データの分析

介護保険認定率は、国、県に比して高い傾向にあります。総給付費は、増加傾向にあるが、1件当たり給付費は減少傾向にあります。

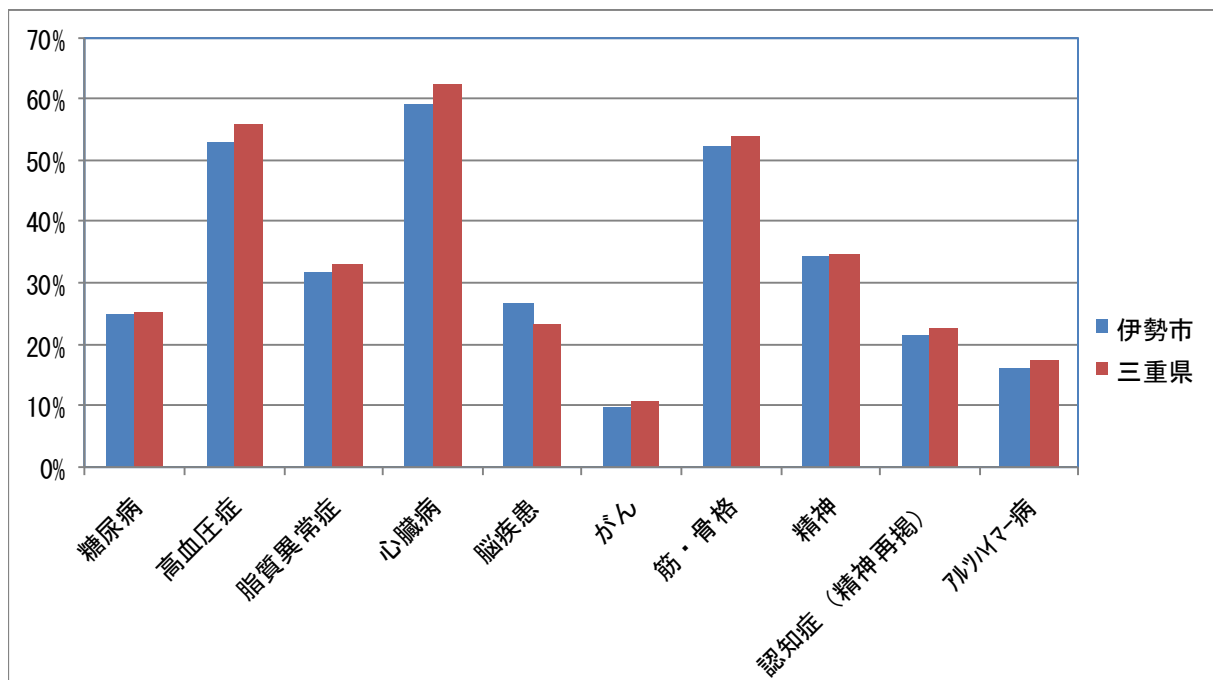
介護認定者の疾患別有病状況については、県と比して脳疾患以外の項目が低く、高血圧症、心臓病、筋・骨格が上位を占めています。

介護保険認定率と介護給付費

	伊勢市			三重県	全国
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
認定率1号(%)	22.1	22.6	22.1	19.6	19.4
認定率2号(%)	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4
総給付費 (百万円)	12,980	12,973	13,213	157,900	10,074,274
1件あたり給付費	60,734	59,406	58,152	62,233	59,662

資料：KDB システム：地域の全体像の把握

要介護（支援）認定者の疾患別有病状況



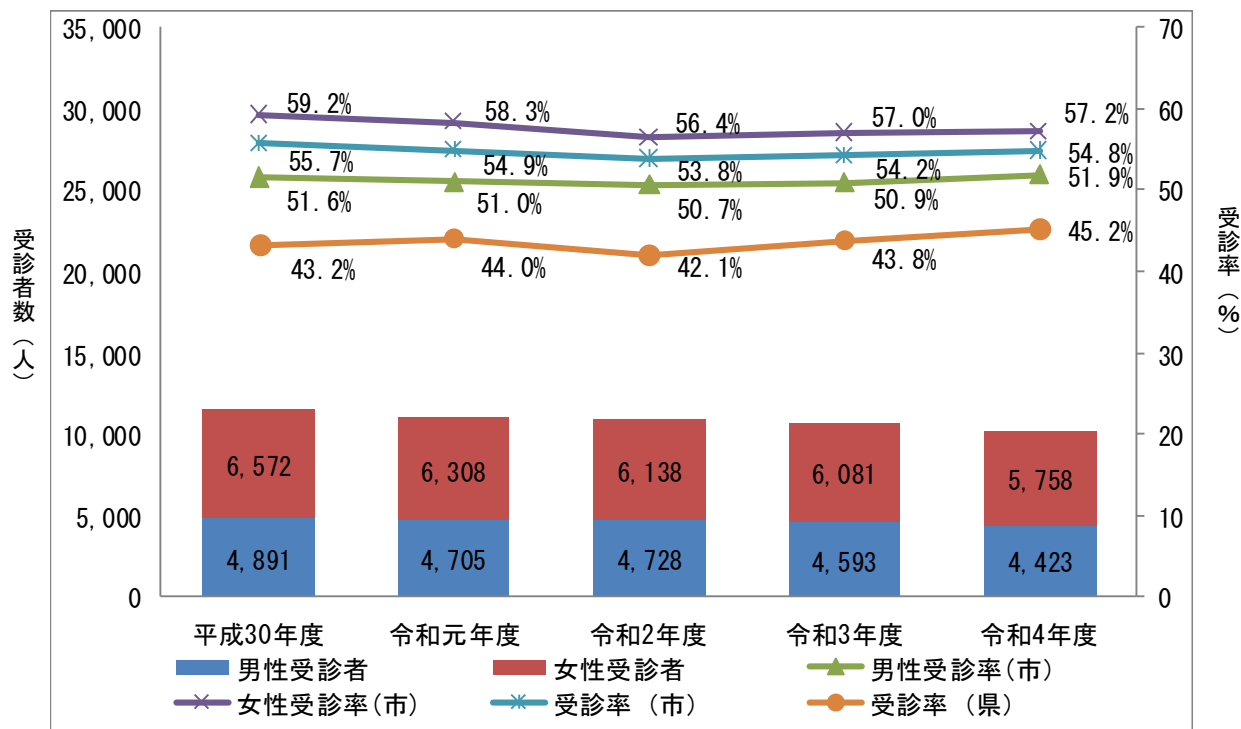
4 伊勢市の特定健康診査の状況

(1) 特定健康診査の実施状況

① 受診状況

令和4年度の特定健診の受診者数は10,181人、受診率は54.8%となっています。受診率は、伸び悩んでいます、全ての年度において県の受診率を上回っています。

特定健診受診者数と受診率の推移



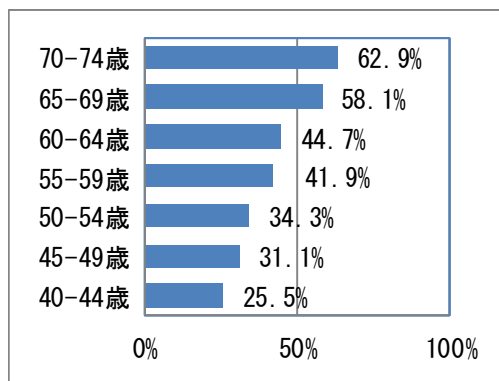
資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告

② 男女別年齢別特定健康診査受診率

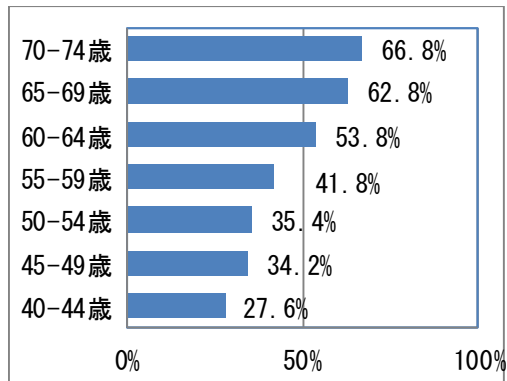
令和4年度の健診受診率は、男女とも60歳未満の受診率が低く半数以下であり、年齢が上がるにつれて上昇しています。

また、55-59歳以外の年代においては男性より女性の受診率が高くなっています。

特定健診受診率（男性）



特定健診受診率（女性）

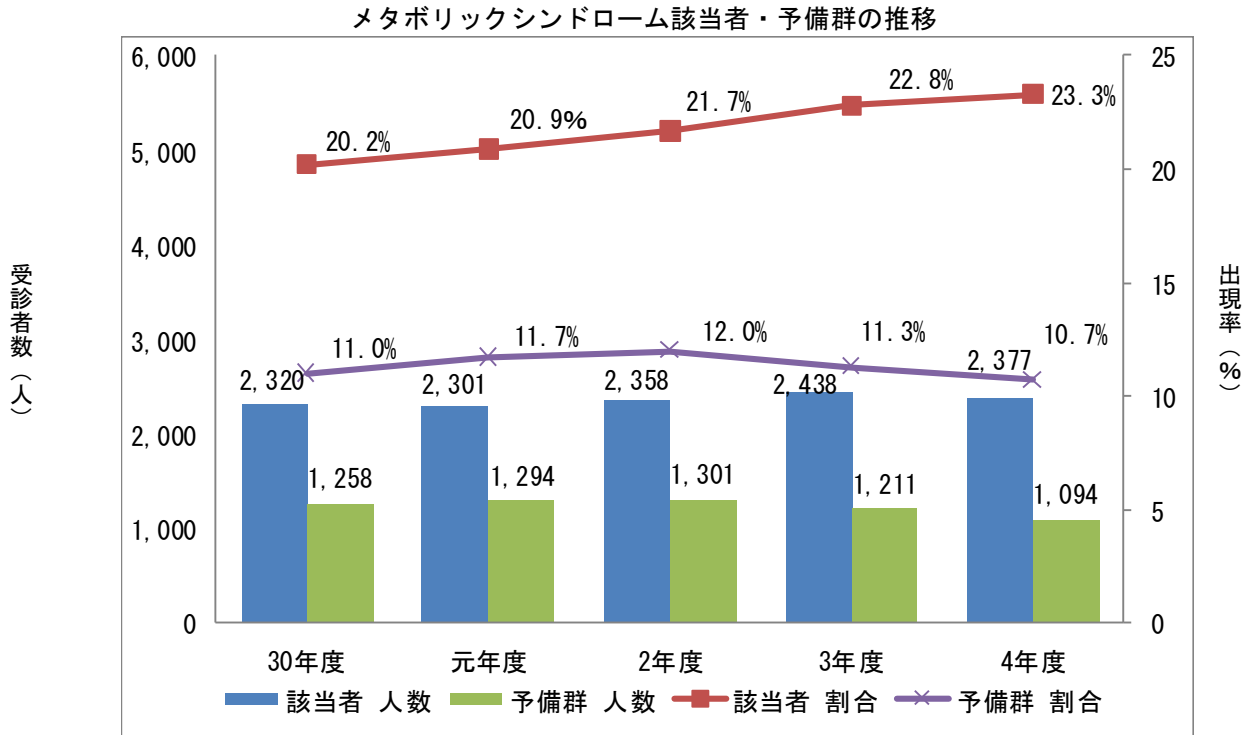


資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告

(2) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

① メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

メタボリックシンドローム該当者の出現率は、平成30年度以降増加しており、令和4年度には23.3%となっています。また、メタボリックシンドローム予備群の出現率は令和4年度は減少し、10.7%となっています。



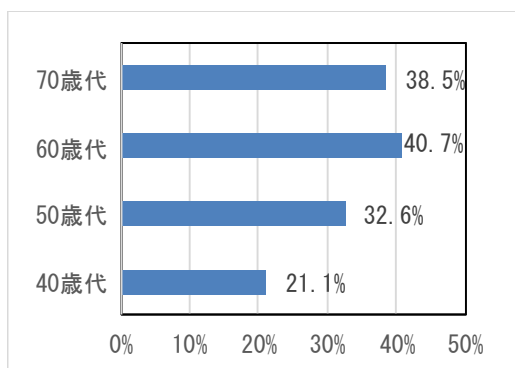
資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告

② 男女別年齢層別メタボリックシンドローム該当者の状況

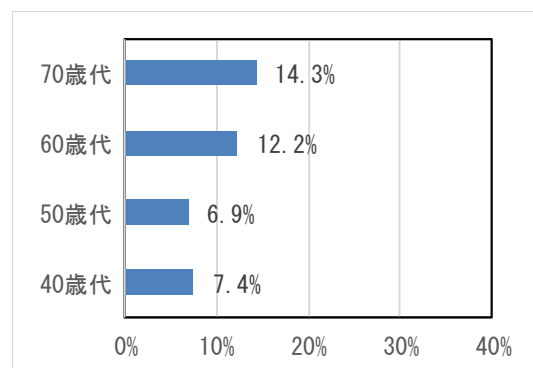
令和4年度の特定健診実施によるメタボリックシンドロームの該当者の割合は、男性については60歳代が高くなっています。

また、どの年代においても女性より男性の方が該当者の割合が高く、50歳代では4倍以上あります。

メタボリックシンドローム
該当者の割合（男性）



メタボリックシンドローム
該当者の割合（女性）



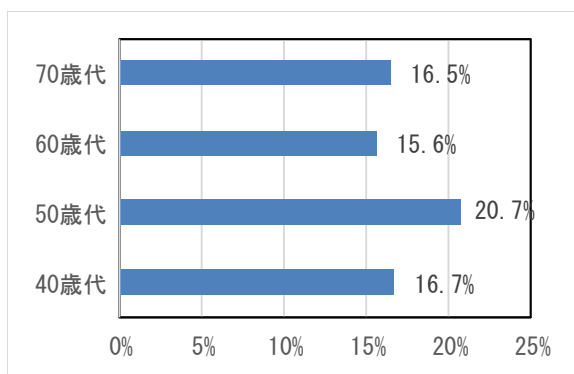
資料：KDB 健診の状況

③ 男女別年齢層別メタボリックシンドローム予備群の状況

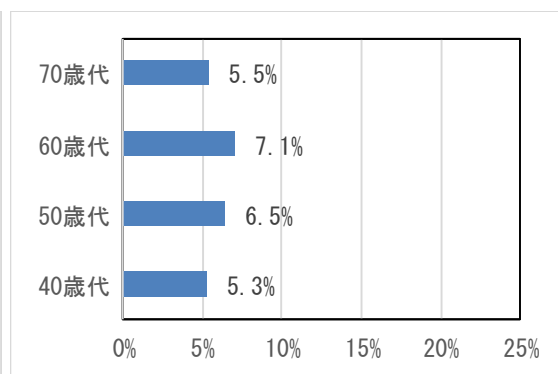
令和4年度の特定健診実施によるメタボリックシンドロームの予備群の割合は、男性については50歳代が高くなっています。

また、どの年代においても女性より男性の方が予備群の割合が高く、60歳代以外の年代は3倍以上あります。

メタボリックシンドローム
予備群の割合（男性）



メタボリックシンドローム
予備群の割合（女性）

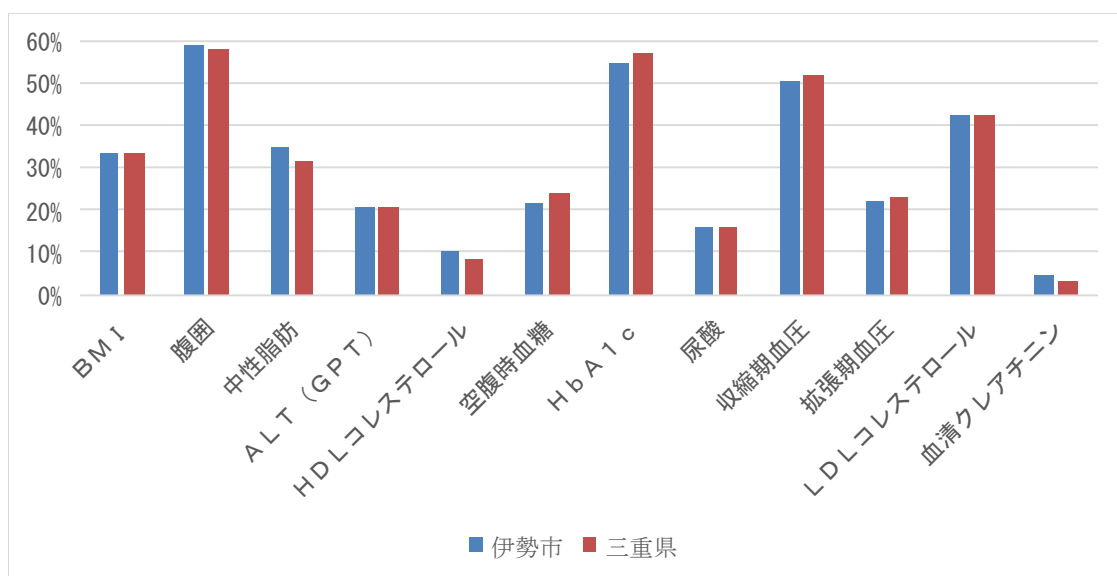


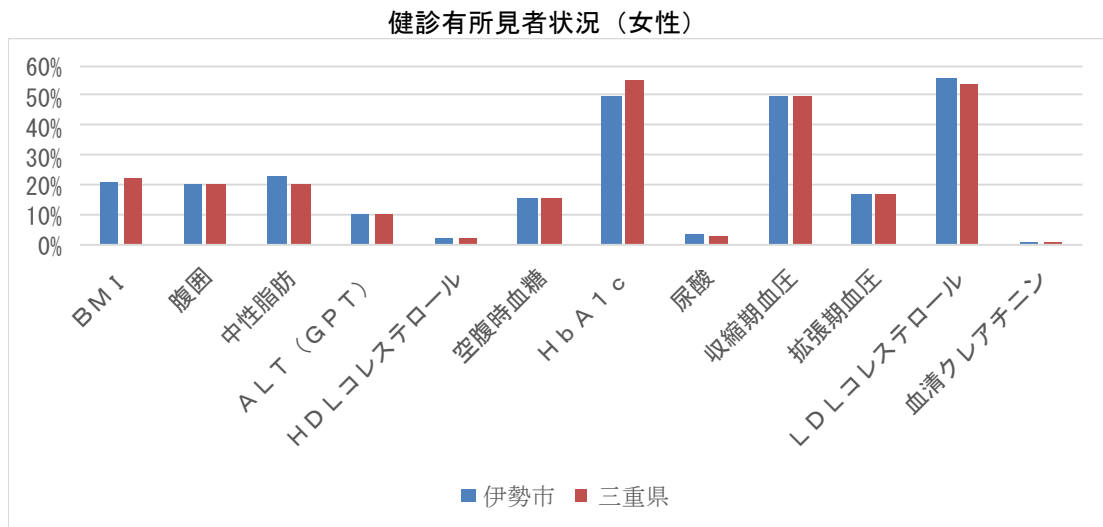
資料：KDB 健診の状況

④ 健診有所見者の状況

健診有所見者の割合は、HbA1c、収縮期血圧、LDL コレステロールが、三重県と同様に高く、男性については、腹囲も高い割合となっています。

健診有所見者状況（男性）



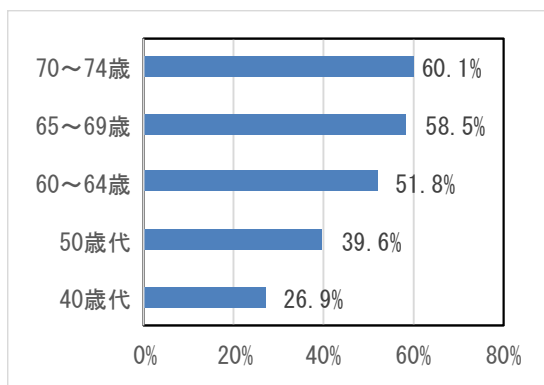


資料：KDB 健診有所見者状況

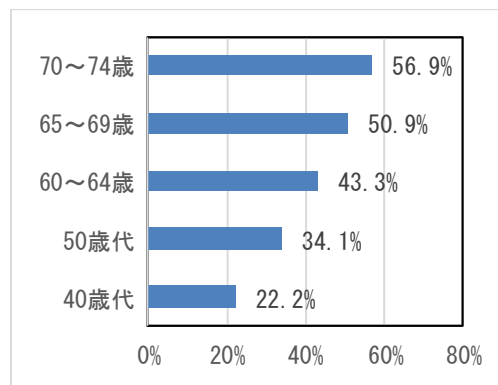
④-1 年齢階層別・男女別 HbA1c 有所見者の状況

令和4年度の特定健診実施による HbA1c 有所見者の状況は、男女とも年代が上がるにつれ割合が高く、男性は 60～64 歳、女性は 65～69 歳以降では 5 割以上が有所見に該当しています。

HbA1c 健診有所見者の割合（男性）



HbA1c 健診有所見者の割合（女性）

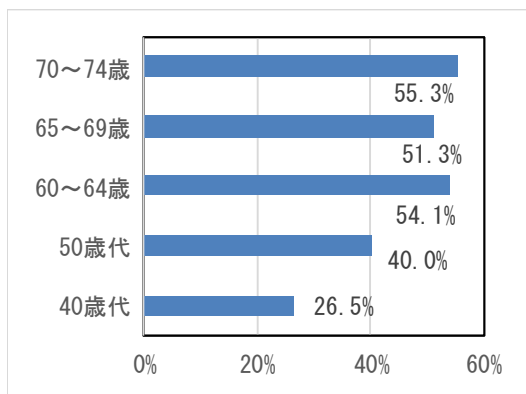


資料：KDB 健診有所見者状況

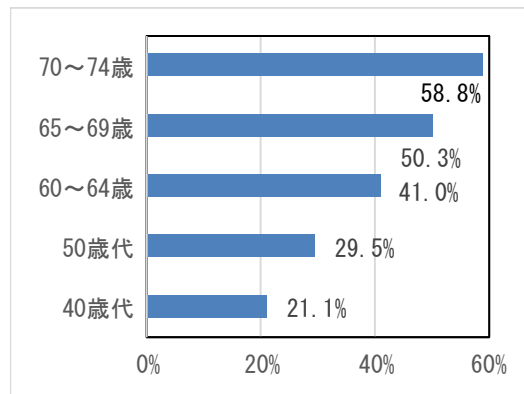
④-2 年齢階層別・男女別収縮期血圧の有所見者の状況

令和4年度の特定健診実施による収縮期血圧の有所見者の状況は、男性は60～64歳、女性は65～69歳以降では5割以上が有所見に該当しています。

収縮期血圧健診有所見者の割合（男性）



収縮期血圧健診有所見者の割合（女性）

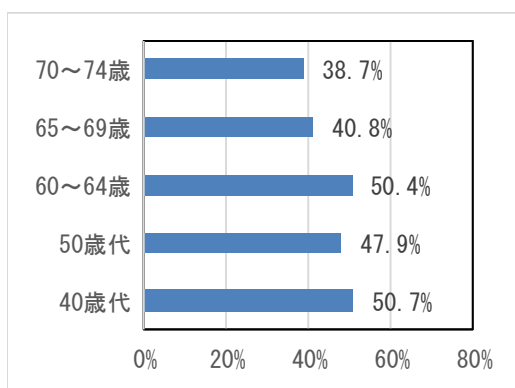


資料：KDB 健診有所見者状況

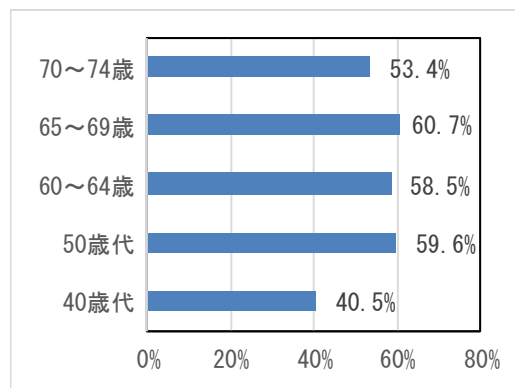
④-3 年齢階層別・男女別 LDL コレステロールの有所見者の状況

令和4年度の特定健診実施による LDL コレステロールの有所見者の状況は、男性は、60～64歳以降減少していますが、女性は、50歳代以降では半数以上が該当しています。

LDL コレステロール健診有所見者の割合（男性）



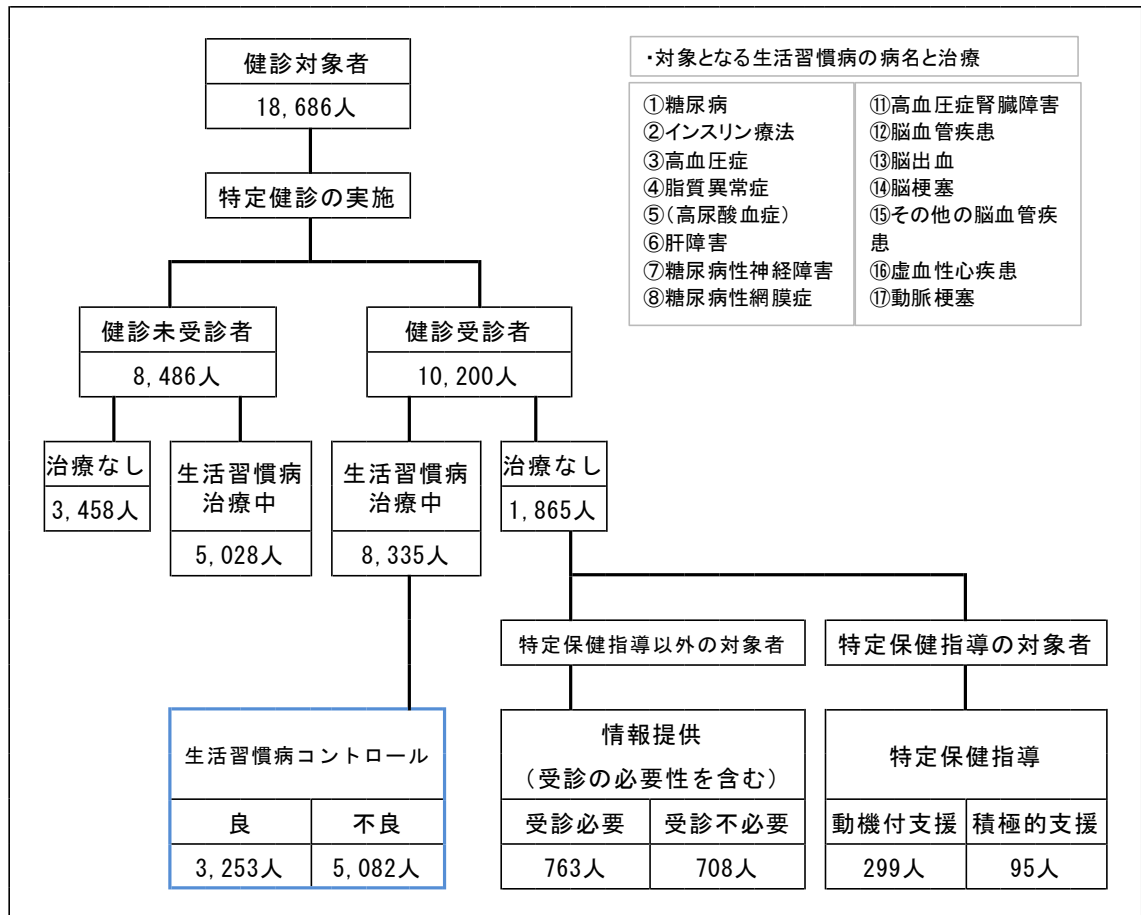
LDL コレステロール健診有所見者の割合（女性）



資料：KDB 健診有所見者状況

(3) 特定健康診査結果情報とレセプトとの突合

令和4年度の特定健康診査結果データとレセプトデータを組み合わせた結果、健診受診者のうち生活習慣病治療中であっても、生活習慣病コントロールが不良の方が多くなっています。



資料：KDB 厚生労働省様式（6-10）

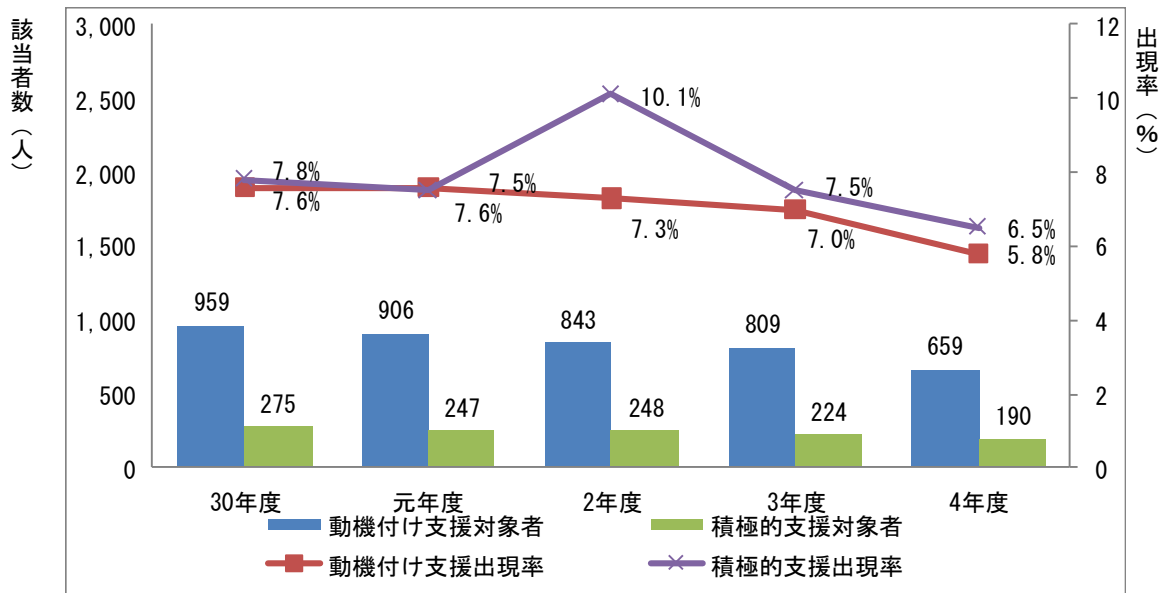
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

5 伊勢市の特定保健指導の状況

(1) 特定保健指導の実施状況

令和4年度の特定保健指導出現率は、動機付け支援対象者、積極的支援対象者ともに最も低い出現率となりました。

特定保健指導対象者と出現率の推移

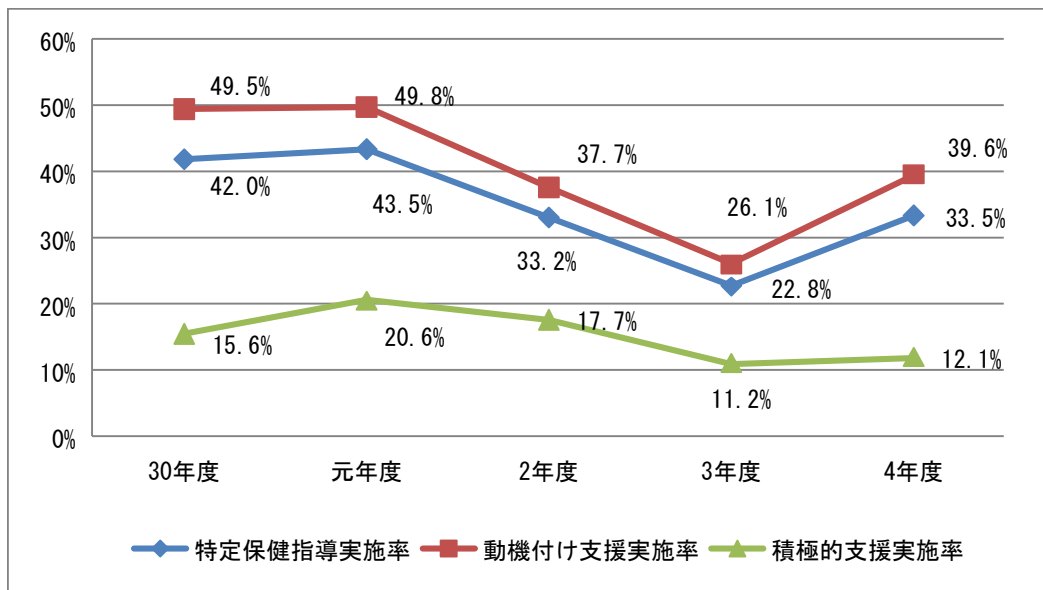


資料：伊勢市特定保健指導結果（経年）（健康課）

① 特定保健指導実施率

令和4年度の特定保健指導の実施率は、動機付け支援 39.6%、積極的支援実施率 12.1%でした。令和2年・3年は新型コロナウイルス感染症の影響で対面での保健指導率が低下しました。令和4年度は感染予防対策を講じ対面での保健指導に再度力を入れることで、保健指導実施率が上昇しました。

特定保健指導実施率の推移

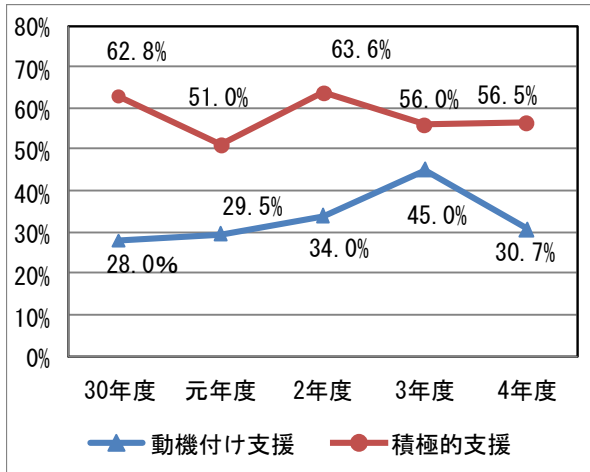


資料：伊勢市特定保健指導結果（経年）（健康課）

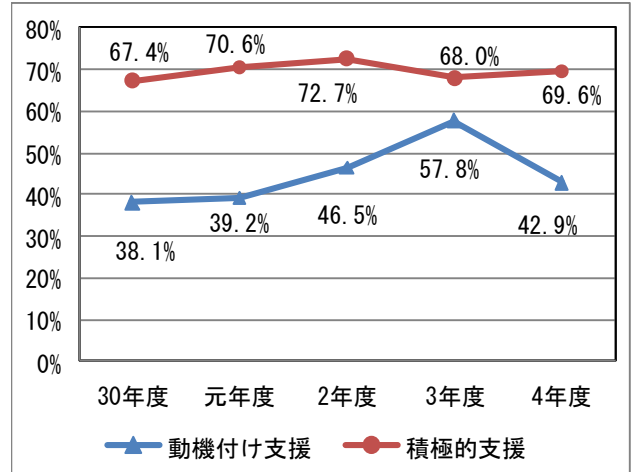
(2) 特定保健指導の効果の状況

特定保健指導の実施後、腹囲・体重が減少した割合は、どちらも動機付け支援に比べ積極的支援の方が高くなっています。

特定保健指導実施後の腹囲が減少した人の割合



特定保健指導実施後の体重が減少した人の割合

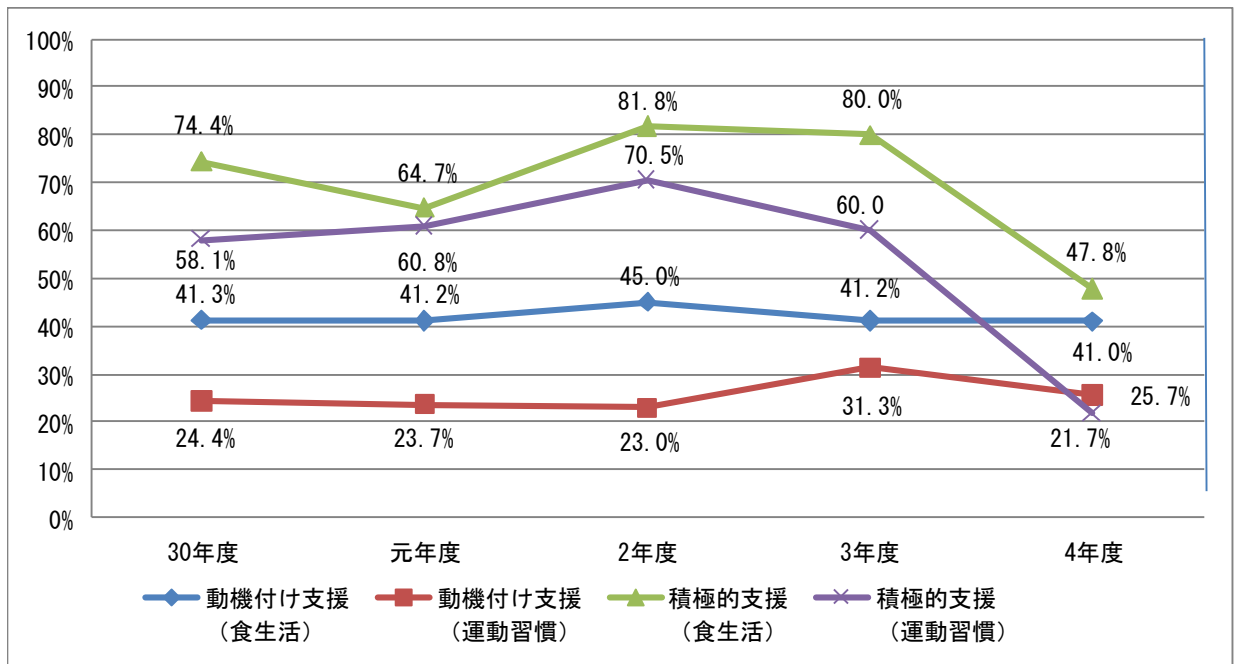


資料：伊勢市特定保健指導結果（経年）（健康課）

(3) 特定保健指導実施後の生活改善状況

生活改善状況について、食生活に改善がみられたのは令和4年度動機づけ支援で41.0%、積極的支援で47.8%となっています。運動習慣に改善がみられたのは動機付け支援で25.7%、積極的支援で21.7%となっています。

特定保健指導実施後の生活改善の状況



資料：伊勢市特定保健指導結果（経年）（健康課）

第4章 データヘルス計画（第3期）

1 データヘルス計画（第2期）の保健事業の考察

第2期計画では、生活習慣病予防や重症化予防の取組などの保健事業を通じて「健康寿命の延伸」「医療費適正化」の目標達成を目指し、特定健康診査の受診勧奨事業や特定保健指導事業、糖尿病性腎症重症化予防事業、医療費適正化事業に取り組んできました。

第3期計画では自らの健康管理意識を向上させ、保健指導の実施や発症予防につながる行動がとれるような取り組みを実施することが重要と考えます。

また、高い受診率を維持していた70歳代の被保険者の後期高齢者医療保険への移行が増える中、特定健康診査の受診率が減少傾向にあるため、受診率向上への取り組みも大きな課題です。

データヘルス計画（第2期）に基づき実施した各事業についての状況は以下のとおりです。

事業名	実施状況	実施内容（実績）	
		令和3年度	令和4年度
特定健康診査 受診勧奨事業	今年度未受診者へ受診勧奨ハガキの送付	17,393枚	16,610件
	前年度未受診者へ電話による受診勧奨	2,589件	2,427件
特定保健指導	保健指導対象者に生活習慣の改善を促し生活習慣病を予防するための保健指導を実施	全体：22.8% 積極的：11.2% 動機付：26.1%	全体：33.5% 積極的：12.1% 動機付：39.6%
糖尿病性腎症 重症化予防	「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を作成 糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化の予防が必要と思われる被保険者に対し、通知の送付、電話、訪問等による受診勧奨、保健指導を実施 保健指導後、レセプトチェックによる受診確認を実施	受診勧奨 100人 保健指導 41人	受診勧奨 73人 保健指導 61人
医療費適正化事業	医療費通知の送付	送付件数 35,646件	送付件数 35,416件
	重複服薬者に対する保健指導の実施	1件	1件
	後発医薬品差額通知	送付件数 1,409件 数量シェア 77.8%	送付件数 1,094件 数量シェア 79.3%

目標値 (令和5年度末)	評価と課題
健診受診率 60%	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢別・性別に分析すると、男女とも65歳以上は高いが、若年層になるほど20%台～50%台前半程度となっており、受診率が低くなる傾向がある。 ・受診率の低い地区や若年層の受診率の向上のため対象を絞った再勧奨を実施する必要がある。
保健指導実施率 60%	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施率について、令和元年度には43.5%を超える結果となっていたが、新型コロナウイルス感染症の影響により目標値に到達しなかった。 ・積極的支援においては、腹囲で約60%、体重で約70%が減少している。 ・40歳～64歳は特定保健指導実施率が低めであるためICTを活用する等、仕事をしていても気軽に隙間時間で保健指導が受けられる環境づくりを行う必要がある。また、長年メタボ該当となっている者には、対象者にあわせた保健指導を実施し、行動変容への意欲向上を目指す。
人工透析移行者 0人	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に受診勧奨通知を送付した結果、92.0%を超える者が受診につながっているが、残りの1割弱の者は自己判断で未受診となっている。健康管理意識を向上させ発症予防につなげられる行動がとれるよう、啓発や対象者への保健指導を強化する。
後発医薬品数量シェア 80%	<ul style="list-style-type: none"> ・数量シェアは、診療月によって増減はあるが、微増している。しかし目標値には達していない。 ・ジェネリック医薬品への理解を深めるための周知・広報を増やす。 ・重複服薬者の保健指導対象者抽出回数を増やし、自らの健康管理意識を高める。

2 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
① 項目	②健康課題
A	<p>若い頃からの正しい生活習慣・運動習慣についての啓発、特定健康診査・保健指導の受診・利用率の向上を図る必要がある。</p> <p>生活習慣に起因する疾患による死亡率の減少、がん検診・精検の受診率の向上を図る必要がある。</p> <p>健診受診率の向上により、要治療者の発見につながり、早期治療につなぐことができる。</p> <p>生活習慣病の予防・早期発見治療により重症化予防を図る必要がある。</p> <p>特定健康診査後の結果に応じた行動がとれるよう働きかけ、適切な生活改善の指導をしていく必要がある。</p>
B	<p>若い世代から健康づくりを行い、健康な高齢者を増やす必要がある。高齢化に伴う医療費の増大を最小限に抑える必要がある。</p> <p>重複する検査や投薬、多量の投薬によりかえって体に悪影響を与えてしまう心配があり、医療費の増大も招くため、重複受診者・重複投薬者・多剤投与者を減らすための対策が必要。</p>



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
------------------------------	---------------------------------------

③ 項目	④データヘルス計画 全体における目的	⑤評価指標	⑥計画策定 時実績	⑦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	健康寿命の延伸	平均自立期間(男性)	80.7	80.9	81.1	81.3	81.5	81.7	81.82
A	健康寿命の延伸	平均自立期間(女性)	84.8	84.8	84.9	84.9	85.0	85.0	85.13
B	医療費適正化の推進	一人当たり医療費	413,901	419,420	424,939	430,458	435,977	441,495	447,013

個別の保健事業		
⑧事業 番号	⑨事業名称	重点 課題
1	特定健康診査	○
2	特定保健指導	○
3	糖尿病性腎症重症化予防対策	○
4	重複・頻回受診/重複・多剤服薬	○
5	後発医薬品使用促進	○
6	がん検診	
7	地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	

3 個別の保健事業

事業番号 1 特定健康診査

②事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、健診により高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を早期に発見し疾病の予防を図り、被保険者の健康維持と受診率の向上を目指す。
③対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者
④現在までの事業結果	<p>特定健診の実施 受診率(特定健診・特定保健指導実施結果報告) H30年度：55.7% R元年度：54.9% R2年度：53.8% R3年度：54.2% R4年度：54.8%</p> <p>受診勧奨の実施 はがきによる受診勧奨 対象者全員 H30年度：23,177件 R元年度：17,663件 R2年度：18,321件 R3年度：17,393件 R4年度：16,610件 電話による受診勧奨 H30年度：2,991件 R元年度：2,969件 R2年度：2,969件 R3年度：2,589件 R4年度：2,427件</p>

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果)指標	特定健診受診率	54.8%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率)指標	健診無関心層の減少率 ※1	50.6%	48.8%	47.1%	45.3%	43.6%	41.8%	40.0%

※1 3年間健診未受診者数/当該年度健診対象者数

⑨目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・対象を絞った効果的、重点的な受診勧奨の実施 ・申請受付の利便性の向上
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

	<p>集合契約により県内医療機関において7月から11月に特定健診を実施。 自己負担額なし。</p> <p>受診勧奨の実施 ○はがきによる受診勧奨 今年度の特定健診受診対象者のうち8月末時点での未受診者に対して、過去3年間の受診履歴、生活習慣病治療歴によって種類わけをした受診勧奨はがきを10月に送付。 ○電話による受診勧奨 前年度の特定健診未受診者を対象とし、コールセンターから電話番号の把握できる者に対して8月から9月に電話による受診勧奨を実施。 ○窓口や医療機関におけるポスター掲示や啓発物品の配布による受診勧奨 ○年に2回（7月、11月）広報誌において、特定健診案内、未受診者への受診啓発、受診率向上助成金の案内 ○受診率向上助成金についてホームページに掲載 ○SNS（LINE・Twitter・Facebook）等による受診勧奨 ○年に2回（6月、10月）にケーブルテレビ放送でのキャスターによる特定健診案内 ○7月中旬から11月中旬にケーブルテレビの文字放送を利用した受診勧奨 ○医療費通知用紙を利用した受診勧奨</p> <p>助成金の交付 特定健診受診対象者のうち、他の健康診断（人間ドック等）受診等を理由に特定健診を受けていない方の健診結果の提供に対して、上限5,000円の特定健診受診率向上対策助成金を交付。</p>
--	--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・対象を更に絞った再勧奨を実施することにより、受診率の低い地区や若年層の受診率を向上させる
- ・SNSの効果的な活用方法、利用回数を検討
- ・オンラインによる助成金交付申請の受付により、健診結果の提供数を増やす

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

はがきによる受診勧奨、電話による受診勧奨における国保連合会との連携体制

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・受診再勧奨実施における対象者抽出に対する国保連合会等との連携体制の強化
- ・再勧奨実施における自治会、教育委員会等との連携

⑭評価計画

特定健診受診率の年度毎の比較

②事業の目的	特定健康診査の結果をもとに、生活習慣病リスクがある者へ保健師などの専門職による個別指導を実施することにより、生活習慣の改善を促し、健康維持を図る。
③対象者	腹囲が男性85.0cm以上、女性90.0cm以上で、かつ血圧・血糖・脂質の3つのうち2つ以上が基準値から外れた者が対象。専門職から生活習慣の改善について保健指導を実施。
④現在までの事業結果	<p>特定保健指導の実施 実施率 H30年度：42.0% R元年度：43.5% R2年度：33.2% R3年度：22.8% R4年度：33.5%</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に相談会の案内や、訪問、電話での勧奨を実施。 相談会への来所や家庭訪問で初回指導を実施。3か月後に電話や面接等で生活改善の支援や取り組みを評価。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
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 ※1	29.9%	33.0%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.9%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導終了率	33.5%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

※1 今年度保健指導の対象者でなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導未利用者である無関心層に対し、直接訪問等による積極的アプローチや生活習慣病予防に対するポピュレーションアプローチ、関係課との連携強化を図り健康意識の向上を図る。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 9月～2月：特定保健指導相談会の勧奨通知送付 9月～3月：特定保健指導未利用者に対し、直接訪問や電話による保健指導勧奨・実施 9月～3月：保健師・看護師・管理栄養士による初回指導実施。運動講座、栄養講座を開催。 初回指導3か月後に電話や面接等で生活改善の支援や取り組みを評価
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者自らが保健指導を受けようと思えるような相談会の案内通知の見直し、興味をひく講座の開催 喫煙者に対し禁煙指導を実施。また、COPD予防・重症化予防を目的に、チェックリスト等を活用した指導や啓発を実施。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導未利用者に対し、直接訪問や電話による勧奨を行い保健指導を実施 保健師・看護師・管理栄養士による特定保健指導 電話や面接等による取組評価

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 医療機関との連携により、特定保健指導の利用者の増加を図る ICTを活用した「遠隔保健指導」の充実

⑭評価計画

特定保健指導実施率の年度毎の比較

②事業の目的	特定健康診査の結果に基づき、糖尿病未受療者や治療中断者等に対して、人工透析への移行を遅らせる等糖尿病性腎症の重症化予防を図り、生活の質を維持、向上させるとともに関連医療費の抑制を目指す。																								
③対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき対象者を選定。 特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等から下記に該当する者 ①未受療者：前年度の特定健康診査の結果、受診が必要と判定されているものの未受療の状態が確認された者 ②治療中断者：2型糖尿病またはその疑いがあるが治療が中断している者 ③健診未受診者：前年度特定健康診査が未受診の者で、前々年度の特定健康診査の結果受診が必要と判定されているものの未受療の状態が確認された者 ④糖尿病治療中の者：2型糖尿病と診断され、かかりつけ医から指示がある者																								
④現在までの事業結果	<p style="text-align: right;">【保健指導者数（人）】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>H30年度</th> <th>R1年度</th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> <th>R4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未受療者</td> <td>32</td> <td>26</td> <td>30</td> <td>26</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>治療中断者</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>12</td> <td>34</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>治療中 (かかりつけ医から指示あり)</td> <td>—</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	未受療者	32	26	30	26	7	治療中断者	9	7	12	34	52	治療中 (かかりつけ医から指示あり)	—	3	4	1	2
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度																				
未受療者	32	26	30	26	7																				
治療中断者	9	7	12	34	52																				
治療中 (かかりつけ医から指示あり)	—	3	4	1	2																				

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果)指標	糖尿病性腎症の新規透析導入患者数の減少	13人	13人	13人	12人	12人	12人	11人
アウトカム (成果)指標	HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨後の医療機関受診率	92.6%	93.0%	93.5%	94.0%	94.5%	95.0%	95.0%
アウトプット (実施量・率)指標	保健指導実施率	81.3%	82.0%	83.0%	83.5%	84.0%	84.5%	85.0%

- ⑨目標を達成するための主な戦略
- ・糖尿病発症・重症化予防が必要な者への専門職による保健指導の実施
 - ・対象者へ早期にアプローチを実施

⑩現在までの実施方法（プロセス）

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書から、糖尿病（2型）の治療が中断している者、特定健康診査の結果受診が必要と判定されているものの未受療の状態が確認された者、特定健康診査が未受診の者で一昨年に受診が必要と判定されているものの未受療の状態が確認された者、また、医療機関より糖尿病治療中でコントロール不良と紹介があった治療中の者に対し、通知や電話で受診勧奨及び、保健指導を実施。

○治療中断者・未受療者・健診未受診者

- 6月：対象者抽出
- 7月：受診勧奨通知送付
- 7月～8月：電話、訪問等で受診勧奨、保健指導を実施
- 11月～12月：2回目の電話、訪問等で未受診者に受診勧奨、保健指導を実施
- 3月：レセプトをチェックし受診結果を確認

○治療中の者

- 4月～3月（通年）：医療機関より糖尿病治療中でコントロール不良と紹介があった者に対し保健指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・対象者の抽出、受診勧奨通知の発送を早期に行う。
- ・健康なうちから糖尿病予防における生活習慣について学ぶことができるよう、一般市民への啓発を実施する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・医師会等と連携
- ・伊勢地区糖尿病性腎症重症化予防協議会による専門医等との連携

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

専門医、かかりつけ医等との連携

⑭評価計画

勧奨通知送付件数、保健指導件数の年度毎の比較

②事業の目的	重複服薬者に対し服薬に係る保健指導を実施することで国民健康保険事業への理解を深め、受診・服薬の適正化を通じた健康障害予防と国民健康保険財政を健全な運営を図ることを目的とし、重複受診、重複・多剤処方の改善を目指す。
③対象者	重複処方該当者・多剤処方該当者
④現在までの事業結果	重複服薬者に対する保健指導 H30年度：2件 R元年度：1件 R2年度：1件 R3年度：1件 R4年度：1件

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果) 指標	重複・多剤投与者の減少率	108人	104人	100人	96人	93人	89人	86人
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への指導率 (電話、対面)	0.4%	1.5%	2.6%	3.7%	4.8%	5.9%	7.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	関係機関との連携の強化
-----------------	-------------

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

<p>直近3か月間のレセプトから1つの薬剤に対し、複数の医療機関で処方を受けている者を抽出し、9月に薬剤の適正投薬に関するリーフレットを同封した保健指導案内通知送付後、保健師による家庭訪問・電話等での保健指導を実施。</p> <p>保健指導実施後、対象者の処方状況をレセプト等で確認し、本人・支援者等に服薬状況や副作用の改善状況を確認。</p> <p>お薬手帳により服薬情報を一元管理するよう保健師で指導。 多剤投与 (ポリファーマシー)、セルフメディケーションの定義等に関する周知・啓発をホームページへの掲載により実施。</p>

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者、住民全体等への普及・啓発の実施による被保険者等の意識、知識の向上 ・薬剤師会等と連携を強化し、保健指導に効果のある助言をもらう
--

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

国民健康保険運営協議会の場において薬剤師等へ相談し、専門的な助言・指導を受けることができる環境の整備
--

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

主治医、薬剤師会等への協力要請等による連携

⑭評価計画

保健指導実施件数の年度毎の比較

②事業の目的	国民健康保険財政の健全化を図ることを目的として、後発医薬品の利用と切替の促進を通じて後発医薬品の使用を促進し、利用率を高めることを目指す。
③対象者	20歳以上の被保険者のうち後発医薬品を利用した場合の差額が200円以上で、生活習慣病や慢性疾患等に用いる薬剤を14日以上投与されているかた
④現在までの事業結果	<p>後発医薬品数量シェア（各年度3月審査分） H30年度：74.7% R元年度：76.6% R2年度：78.0% R3年度：77.8% R4年度：79.3%</p> <p>後発医薬品差額通知の送付 送付件数 H30年度：2,057件 R元年度：1,606件 R2年度：1,342件 R3年度：1,409件 R4年度：1,094件</p>

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム(成果)指標	後発医薬品使用率 ※1	78.0%	78.3%	78.7%	79.0%	79.3%	79.7%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	差額通知発送対象者率の減少率	2.2%	2.0%	1.9%	1.7%	1.6%	1.4%	1.2%

※1 3月末時点（各年度の4月～3月の後発医薬品数量シェア）

⑨目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・差額通知送付による後発医薬品利用についての啓発の実施 ・周知、啓発内容の見直し、SNS活用方法の検討
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬明細書の情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の自己負担の差額に関して、対象者に8月と2月の年2回、後発医薬品差額通知を送付 ・保険証年次更新時に、ジェネリック医薬品希望シールを同封し送付 ・ジェネリック医薬品の利用について、ホームページ、医療費通知に掲載し、周知、啓発を実施

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

医科の数量シェア率の向上

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

国保連合会との連携

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

医師会、薬剤師会等との連携

⑭評価計画

数量シェアの年度毎の比較

②事業の目的	日本人の死因上位であるがんを早期発見し、早期治療につなげることで、がんによる死亡を減少させることを目的とする。																																								
③対象者	胃がん・大腸がん・肺がん：40歳以上 前立腺がん：50～69歳の男性 子宮頸がん：20歳以上の女性 乳がん：30歳以上の女性																																								
④現在までの事業結果	<p style="text-align: right;">【がん検診受診者数（人）】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H30年度</th> <th>R1年度</th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> <th>R4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胃がん</td> <td>9,483</td> <td>8,999</td> <td>8,301</td> <td>7,707</td> <td>7,736</td> </tr> <tr> <td>肺がん</td> <td>14,693</td> <td>14,263</td> <td>14,065</td> <td>13,718</td> <td>13,351</td> </tr> <tr> <td>大腸がん</td> <td>15,133</td> <td>14,858</td> <td>14,124</td> <td>14,174</td> <td>13,765</td> </tr> <tr> <td>乳がん</td> <td>5,943</td> <td>5,942</td> <td>5,551</td> <td>5,656</td> <td>5,601</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん</td> <td>6,055</td> <td>6,191</td> <td>5,929</td> <td>5,994</td> <td>5,673</td> </tr> </tbody> </table>						H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	胃がん	9,483	8,999	8,301	7,707	7,736	肺がん	14,693	14,263	14,065	13,718	13,351	大腸がん	15,133	14,858	14,124	14,174	13,765	乳がん	5,943	5,942	5,551	5,656	5,601	子宮頸がん	6,055	6,191	5,929	5,994	5,673
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度																																				
胃がん	9,483	8,999	8,301	7,707	7,736																																				
肺がん	14,693	14,263	14,065	13,718	13,351																																				
大腸がん	15,133	14,858	14,124	14,174	13,765																																				
乳がん	5,943	5,942	5,551	5,656	5,601																																				
子宮頸がん	6,055	6,191	5,929	5,994	5,673																																				

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果) 指標	がんによる年齢調整死亡率 ※1	260.16%	254.7%	251.9%	249.2%	246.4%	243.7%	240.9%
アウトプット (実施量・率) 指標	胃がん検診受診率 ※2	11.4%	25.3%	32.2%	39.2%	46.1%	53.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	肺がん検診受診率 ※2	12.0%	25.7%	32.6%	39.5%	46.4%	53.2%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	大腸がん検診受診率 ※2	10.7%	24.8%	31.8%	38.9%	45.9%	52.9%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	子宮頸がん検診受診率 ※2	22.8%	33.4%	38.7%	44.0%	49.4%	54.7%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	乳がん検診受診率 ※2	23.7%	34.1%	39.3%	44.5%	49.7%	54.8%	60.0%

※1 年齢構成の異なる集団について死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率
(年間の件数÷人口)×1,000 三重県衛生統計年報(令和3年データ)
※2 令和3年度地域保健・健康増進事業報告

⑨目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・受診しやすい体制づくり ・受診勧奨の充実
-----------------	--

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・市内医療機関(個別検診)と検診バス(集団検診)でがん検診を実施 ・国保加入者は自己負担金半額助成 <p>受診しやすい体制づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健康診査と同時期の実施 ○休日の検診の実施 ○集団検診での託児の実施 <p>受診勧奨の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ○広報いせ(7/1号、9/1号、11/1号)にて受診勧奨 ○窓口へのチラシ設置、医療機関でのポスター掲示 ○LINEによる受診勧奨 ○無料クーポン券、肺がん検診補助券、肝炎ウイルス検診受診券と合わせて、がん検診啓発チラシ送付
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・対象に合わせた受診勧奨の実施
- ・SNSの活用による、効果的な啓発

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

伊勢地区医師会及び三重県健康管理事業センターと協議し、がん検診実施方法等受診しやすい体制を構築

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

がん検診受診率向上に向けて、伊勢地区医師会及び三重県健康管理事業センターと連携を図る

⑭評価計画

がん検診受診率の年度毎の比較

②事業の目的	高齢者の健康上の不安を取り除き、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間を延伸するためには、高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を行う必要があることから、地域に広く介護予防に関する周知啓発を行うと共に、要介護となるリスクが高い人に対して保健指導など早期に適切な支援を行う。
③対象者	○ポピュレーションアプローチ・・・選定地域の高齢者 ○ハイリスクアプローチ・・・選定地域の糖尿病性腎症重症化予防の対象者
④現在までの事業結果	令和4年度から事業開始 ○ポピュレーションアプローチ (1)高齢者サロン等へのアプローチを実施 2回 (2)介護予防に特化した通いの場の創設 ・フレイル予防講座 2回 ・介護予防ボランティア養成講座 3回 ・運動に特化した通いの場の創設 1か所 ・通いの場運営支援、運動指導 3回 (3)毎回アンケートを実施し、フレイル該当者が全体の80%から50%に減少した。また、フレイル予防に取り組みたいという住民が増えており、新たな通いの場が1か所増えた。 ○ハイリスクアプローチ（糖尿病性腎症重症化予防）受診勧奨、保健指導の実施 (1)糖尿病治療中断者・未受療者の対象6人に受診勧奨通知を行い、その後訪問・電話により保健指導を行った結果、全員が受診された。 (2)HbA1c、eGFRの数値が改善した方もあり、保健指導の効果はあったと考える。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果) 指標	圏域の拡大 (全12圏域)	1	3	4	5	6	7	8
アウトプット (実施量・率) 指標	フレイル予防講座の実施件数 (P) ※1	2	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加
アウトカム (成果) 指標	質問票 (①健康状態「4+5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者の割合 (P) ※1	5.4%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少
アウトカム (成果) 指標	1年後の要介護認定の状況 (P) ※1	実績未	前年度比増なし	前年度比増なし	前年度比増なし	前年度比増なし	前年度比増なし	前年度比増なし
アウトプット (実施量・率) 指標	支援対象者のうち、アプローチできた者の割合 (H) ※2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	アプローチできた者のうち、受診につながった者の割合 (H) ※2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	アプローチできた者のうち、HbA1c ≥ 8.0%以上の割合 (H) ※2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
アウトカム (成果) 指標	(長期) 新規透析導入患者数 (H) ※2	0.148			0.120			0.100
アウトカム (成果) 指標	(長期) 被保険者に占めるハイリスク者の割合 (H) ※2	0.018%			0.014%			0.010%

※1 (P) : ポピュレーションアプローチ

※2 (H) : ハイリスクアプローチ

⑨目標を達成するための主な戦略	保健師が中心となり医師等の関係機関と連携を取りながら、通いの場や個別アプローチにより実施
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

○ポピュレーションアプローチ

- ・KDBシステムより健康課題を抽出し圏域を検討
- ・医師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等と連携を取り事業内容を検討
- ・高齢者サロン等へのアプローチ
- ・通いの場へ訪問しフレイルチェックを実施
- ・教室後のアンケート実施によりフレイル予防への理解の有無を確認
- ・通いの場の創設に関心のある者を中心に運動に特化した通いの場創設を支援

○ハイリスクアプローチ

- ・ヘルスサポートシステムより選定基準に合った対象者の抽出
- ・上記対象者および保健指導が必要と医師が判断した者へ、受診勧奨と保健指導を実施

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

○ポピュレーションアプローチ

- ・要介護認定率、健診質問票における体重減少者、転倒歴のある者の割合の評価導入
- ・新規創設した通いの場が活動継続できるような運営支援
- ・通いの場不参加者である健康状態未把握者への支援方法の検討

○ハイリスクアプローチ

- ・対象者の抽出、受診勧奨通知の発送を早期に行う
- ・健康なうちから糖尿病予防における生活習慣について学ぶことができるよう啓発を行う。
- ・食生活や運動等の生活習慣の改善により糖尿病発症の予防が期待される、糖尿病性腎症重症化予防対策対象者への受診勧奨や保健指導の実施

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

○ポピュレーションアプローチ

- ・医師、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士、地域包括支援センター、まちづくり協議会、自治会や民生委員と事業実施について協議し、通いの場等で対象者に健康相談を行う

○ハイリスクアプローチ

- ・医師会と連携し、かかりつけ医からの助言を受けながら、保健師が受診勧奨および保健指導を実施
- ・伊勢地区糖尿病性腎症重症化予防協議会による専門医等との連携

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・引き続き専門医、かかりつけ医、関係機関等との連携強化

⑭評価計画

○ポピュレーションアプローチ

- ・講座実施回数、講座参加者
- ・介入後の行動変容の有無
- ・フレイルリスク有と判断される人数
- ・健康質問票調査における体重減少、1年間で転倒した者の割合、要介護認定率

○ハイリスクアプローチ

- ・HbA1c維持または改善者数、eGFR維持または改善者数

4 その他	
データヘルス計画の 評価・見直し	<p>本計画の目的及び目標の達成状況については、毎年度評価を行うこととします。また、中間期間等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。</p> <p>本計画の評価については、各事業のスケジュールに基づき実施します。</p>
データヘルス計画の 公表・周知	<p>本計画は、広報及びホームページ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るものとします。</p>
個人情報の取扱い	<p>データヘルス計画に基づく事業の実施にあたり、個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律及び同法についてのガイドライン等に基づいて行います。</p>
地域包括ケアに 係る取組	<p>高齢化の状況や地域の現状に対応した保健事業や対策を考慮し、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握・課題分析を被保険者も含めた関係者間で共有します。地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・予防など暮らし全般を支えるため直面する課題などについての議論に保険者として参加し、連携して事業に取り組みます。</p>
その他留意事項	

第5章 特定健康診査等実施計画（第4期）

本章では、高齢者の医療の確保に関する法律第18条及び第19条に定められている特定健康診査等実施計画に記載すべき事項について、以下のように定め、示します。

1 目標値の設定

(1) 受診率等の目標値

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導実施率60%以上を達成することとしています。本市においても、国の市町村国保目標値と合わせ、各年度の目標値を以下のとおり設定します。

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健康診査 受診率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導 実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%

2 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示します。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健康診査 対象者数(人)	18,406	16,929	15,513	14,375	13,346	12,336
特定健康診査 受診者数(人)	10,123	9,480	8,842	8,337	7,874	7,401

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者及び実施者数について、各年度の見込みを示します。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定保健指導 対象者数(人)	921	863	805	759	717	673
特定保健指導 実施者数(人)	368	380	386	395	402	404

3 特定健康診査等の実施方法等

(1) 特定健康診査の実施方法

ア 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歳未満も含む）。ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

イ 実施場所

三重県医師会を通じ、特定健診実施の委託を受けた、県内の医療機関で実施します。

ウ 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細項目」に基づき実施します。

基本項目

既往症の調査・問診	服薬歴・喫煙歴など
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲
理学的検査	視診・触診・聴打診
血圧測定	
脂質検査	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	GOT (AST)、GPT (ALT)、 γ -GT (γ -GTP) アルブミン※1
血糖検査	空腹時血糖（随時血糖）、HbA1c ※1
尿検査	尿糖、尿蛋白、尿潜血
尿酸代謝検査	尿酸※1
腎機能検査	BUN（尿素窒素）※1

詳細項目又は追加項目

貧血検査 ※1	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
心電図検査 ※1	
腎機能検査 ※1	血清クレアチニン、eGFR

詳細項目

眼底検査	
------	--

※1 三重県追加項目により全員実施

エ 実施時期

令和5年度は7月1日から11月30日までを受診期間として実施しました。次年度以降については、三重県医師会と県内市町により調整会議を行い決定するものとします。

オ 案内及び受診方法

特定健診対象者には、特定健康診査受診券と質問票と受診案内を健診開始前までに個別に送付します。また、実施期間等について広報、ホームページ等にて周知します。

対象者は、受診券、質問票、被保険者証を委託契約した健診実施医療機関にて提出し受診します。

(2) 特定保健指導の実施方法

ア 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。

ただし、質問票により服薬中(※)と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

※服薬中とは糖尿病、高血圧症又脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものです。

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲	追加リスク		対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙	40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当		積極的支援	
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥25 kg/m ²	3つ該当		積極的支援	
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当		動機付け支援	

参考：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）、厚生労働省

※1 喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味します。

※2 追加リスクの基準値

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl 以上、またはHbA1c(NGSP 値)が5.6%以上または
随時血糖が100mg/dl 以上
- ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl 以上、または随時中性脂肪175mg/dl 以上、
またはHDL コレステロール40mg/dl 未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg 以上、または拡張期血圧85mmHg 以上

イ 実施項目

(ア) 動機付け支援

① 目的

健診結果を改善または悪化させないために自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立て、保健指導終了後すぐに実践(行動)でき、その生活が継続できるような動機付けとなることを目指します。

② 支援方法(「標準的な健診・保健指導プログラム」に準じる)

対象者には、保健指導案内通知を送付し、市が実施する健康相談、健康教育、訪問指導等において支援を行います。原則1回、保健師、管理栄養士による面接(1人あたり20分以上の個別支援、ICTを活用した遠隔面接は30分以上)またはグループ支援(1グループおおむね8人以下とし、おおむね80分以上の支援)を行います。

③ 支援内容

健診結果の理解、生活習慣病の知識、自らの生活習慣の振り返り等から生活習慣の改善の必要性を説明します。対象者と共に行動目標や行動計画を作成し、食事、運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導、社会資源の紹介を行います。

④ 評価

3か月以上経過後に面接又は通信等(電子メール、電話、FAX、手紙等)において行います。

(イ) 積極的支援

① 目的

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、生活習慣の改善のための行動目標を設定し、目標達成に向けた実践(行動)に取り組ながら、保健指導終了後には、その生活習慣が継続できることを目指します。

② 支援方法(「標準的な健診・保健指導プログラム」に準じる)

対象者には、保健指導案内通知を送付し、初回面接による支援の後、3か月以上の継続的な支援(保健師、管理栄養士による個別支援またはグループ支援)を行います。

なお、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2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援でも特定保健指導を実施したこととします。

③ 支援内容

健診結果の理解、生活習慣病の知識、生活習慣の改善の必要性を説明します。腹囲・体重と生活習慣の振り返りを行い、対象者と共に行動目標や行動計画を作成し、行動が継続できるように、定期的・継続的に実践的な指導を行います。

④ 評価

3か月以上経過後に面接又は通信等（電子メール、電話、FAX、手紙等）により、行動変容等の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価を行います。

【積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成】

アウトカム評価

2 cm・2 kg	180P
1 cm・1 kg	20P
食習慣の改善	20P
運動習慣の改善	20P
喫煙習慣の改善（禁煙）	30P
休養習慣の改善	20P
その他の生活習慣の改善	20P

プロセス評価

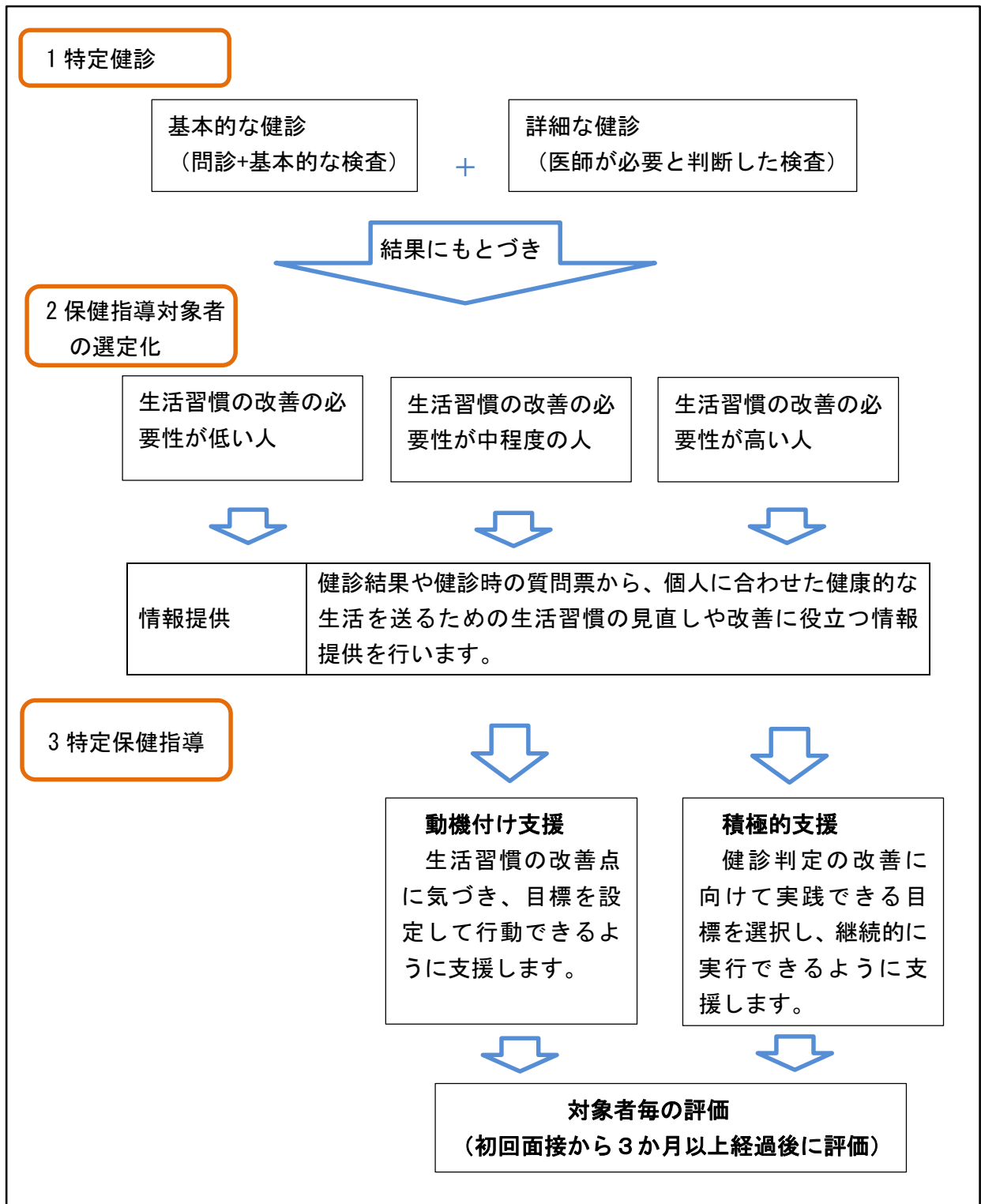
個別支援*	・ 支援1回当たり 70P ・ 支援1回当たり最低 10 分間以上
グループ支援*	・ 支援1回当たり 70P ・ 支援1回当たり最低 40 分間以上
電話支援	・ 支援1回当たり 30P ・ 支援1回当たり最低 5 分間以上
電子メール・チャット等支援	・ 1 往復当たり 30P
健診当日の初回面接	20P
健診後 1 週間以内の初回面接	10P

*情報通信技術を活用した面接を含む

ウ フォローアップについて

支援継続中もしくは支援終了後においても市が実施する健康相談や健康教育または社会資源の紹介を行い、生活習慣改善が継続できるよう支援します。

特定健診から特定保健指導の流れのイメージ図



4 実施スケジュール

		当年度												次年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
特定健康診査	対象者抽出		●														
	受診券送付			●													
	健診実施				←————→												
	未受診者 受診勧奨				←————→												
特定保健指導	対象者抽出						←————→										
	利用券送付						←————→										
	保健指導 実施						←————→										
	未利用者 利用勧奨						←————→										

5 個人情報の保護

(1) 特定健診受診者のデータの管理体制

特定健診等の費用の支払及びデータの送信事務並びにデータ管理・保存に関し、代行機関である三重県国民健康保険団体連合会に事務委託します。

健診機関及び保険指導機関から提出された結果データは三重県国民健康保険団体連合会の特定健診等データ管理システムにて管理します。

(2) 個人情報保護対策

特定健診等の実施にあたり、個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に基づいて行います。また、特定健診・特定保健指導を委託する際には個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理していきます。

6 計画の公表・周知

本計画は、広報及びホームページで公表します。

また、特定健康診査受診対象者には、特定健診等の趣旨の普及啓発のため、パンフレットを作成して受診券と併せて送付するとともに、市役所や中央保健センター等において、ポスターやリーフレットを配布して周知を図ります。

7 評価及び見直し

(1) 評価

本計画については、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、毎年度評価を行うこととします。

また、中間期間等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

(2) 評価の時期

本計画の評価については、各事業のスケジュールに基づき実施します。

8 留意事項

特定健康診査・特定保健指導は、健康増進法で実施しているその他の健診等についても可能な限り連携して実施します。

伊勢市国民健康保険
データヘルス計画（第3期）
特定健康診査等実施計画（第4期）
令和6年度～令和11年度
（2024年度～2029年度）

令和6年（2024年）3月発行

編集・発行

〒516-8601

三重県伊勢市岩渕1丁目7番29号

伊勢市健康福祉部医療保険課

電話：0596-21-5646 F A X：0596-20-8555

〒516-0072

三重県伊勢市宮後1丁目1番35号

MiraISE（ミライセ）内 伊勢市健康福祉ステーション

伊勢市健康福祉部健康課 中央保健センター

電話：0596-27-2435 F A X：0596-21-0683