

5 実施する保健事業

令和4年度 特定健康診査

健診受診者	健診未受診者	
33.0%	生活習慣病 治療中 43.9%	生活習慣病 治療なし 23.1%

発症予防・周知啓発

新規

- ◆ファミリー健診の導入を検討
- ◆電子申請を活用した受診券再発行の受付
- ◆大学との共同研究(データ分析・コホート研究)により、ハイリスク群を特定・追跡し、施策効果の検証を含むPDCAの改善
- ◆大学との連携によるKDBシステム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析・コホート研究の導入
- ◆民間の力を活かした取組強化策(PFSによる事業実施等)の検討

強化

- ◆特定健診受診率の向上
- ◆健診未受診者へ年齢層×受診パターン別の受診勧奨通知の発送
- ◆サンデーレディース健診
- ◆30歳代健康診査の周知
- ◆歯周病と糖尿病に関する相互啓発
- ◆ポピュレーションアプローチの強化

継続

- ◆健診受診・特定保健指導奨励啓発
- ◆市広報やHPの活用、成人健診まるわかりガイドの全世帯配布
- ◆がん検診との同時実施による歯周病検診無償実施(40~64歳)
- ◆市内地域(関係団体)への受診啓発説明会の実施
- ◆関係機関との連携
- ◆医師会・歯科医師会との連携
- ◆委託健診機関との連携
- ◆衛生部門と健診有所見情報を共有し連携
- ◆地域での健康教育・健康相談等保健活動の実施

重症化予防

新規

- ◆糖尿病性腎症重症化予防対策
- ◆特定健診未受診かつ糖尿病の治療中断者への受診勧奨
- ◆一般診療所から糖尿病/腎臓病専門施設への病診連携をシステム化する「静岡DKD連携システム」を静岡市糖腎防の会と連携して進める
- ◆大学との共同研究(データ分析・コホート研究)により、ハイリスク群を特定・追跡し、施策効果の検証を含むPDCAの改善
- ◆大学との連携によるKDBシステム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析・コホート研究の導入

拡充

- ◆検診車による巡回健診の回数、会場の増加検討
- ◆特定保健指導未利用者対策
- ◆40歳~50歳代が多く利用するスポーツ関連事業者や、平日夜間・土日祝日でも営業している特定保健指導実施機関への委託を検討
- ◆特定保健指導初回面接における分割実施の推進

継続

- ◆特定保健指導実施率の向上
- ◆ハイリスク者への保健指導
- ◆血糖、血圧、LDL、尿酸、腎機能の有所見者
- ◆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の実施
- ◆静岡市糖腎防の会や医師会・歯科医師会との連携

6 計画の目標値

主な目標値	直近値 (令和4年度)	目標値 (令和11年度)
1 特定健康診査受診率の向上	33.0%	40.7%
2 特定保健指導実施率の向上	23.9%	35.1%
3 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.3%	24.3%
4 メタボリックシンドロームの該当者の割合の減少	21.1%	17.5%
5 高血糖者(HbA1c6.5以上の者)の割合の減少	9.1%	8.5%
6 高血糖者(HbA1c6.5以上の者)のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	12.5%	10.1%
7 健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.3%	1.0%
8 健診受診者の高血圧予備群(※1)の割合の減少	12.0%	10.5%
9 健診受診者の高血圧症の該当者の割合の減少(高血圧1度以上)※2	53.8%	50.8%
10 平均自立期間の延伸 ※3	男 80.1歳 女 84.3歳	男 81.3歳 女 85.4歳

※1 高血圧予備群とは、健診受診者の血圧結果のあるもののうち①収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満、かつ拡張期血圧が90mmHg未満であるもの、②収縮期血圧が140mmHg未満かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満である者、ただし①②とも血圧を下げる薬服用者をのぞく。

※2 高血圧1度以上とは、収縮期血圧が140mmHg以上、または拡張期血圧が90mmHg以上の者もしくは血圧を下げる薬服用者

※3 平均自立期間とは、日常生活に介護を要しない期間の平均を指します。

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

1 第3期保健事業実施計画

保健事業実施計画は、レセプトデータや健診情報等のデータ分析に基づいて健康課題を明確化し、特定健康診査や生活習慣病発症・重症化予防などの保健事業をPDCAサイクルで実施することで、健康寿命の延伸や医療費の伸びの抑制につなげるための計画です。

この計画は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2 第4期特定健康診査等実施計画

第4期特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、「第3期保健事業実施計画」と一体的に策定します。

3 第2期保健事業実施計画評価指標実績値及び評価(平成30年度~令和5年度)

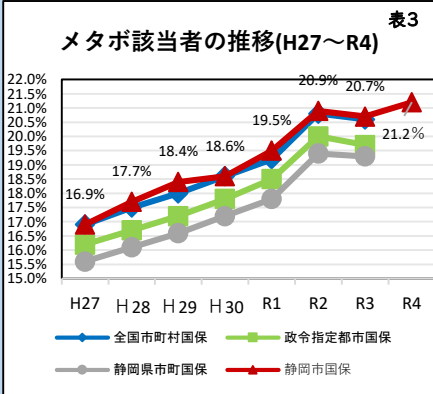
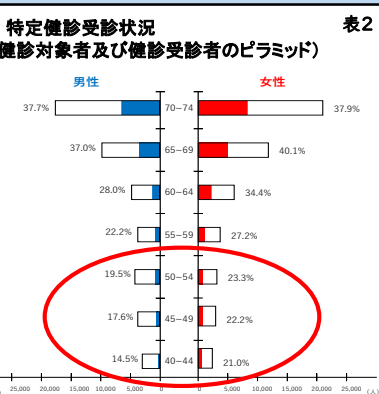
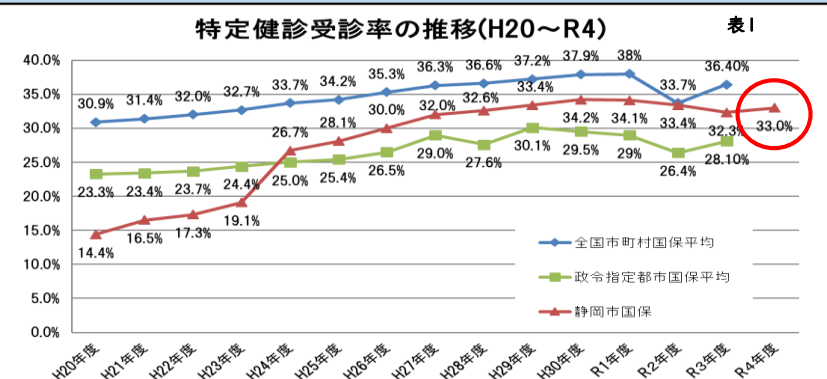
	評価指標	ベースライン値	最終	目標	評価	
		(H28)	R5 (R4)			
短期目標	特定健康診査受診率の向上	32.6%	33.0%	36.5%	C	
	特定保健指導実施率の向上	28.6%	23.9%	34.6%	D	
	メタボリックシンドロームの減少	①該当者	①17.7%	①21.1%	減少	D
		②予備群	②10.1%	②10.2%		C
	有所見者割合の減少					
	BMI(25以上)	22.0%	24.9%	減少	D	
	腹囲(男85cm以上 女90cm以上)	30.6%	34.0%	減少	D	
	血圧高値	①収縮期(130mmHg以上)	①47.3%	①48.1%	減少	D
		②拡張期(85mmHg以上)	②19.1%	②21.4%		D
	血糖高値(HbA1c5.6%以上)	60.9%	57.0%	減少	A	
脂質高値(LDL-C120以上)	52.7%	46.1%	減少	A		
中長期目標	新規人工透析患者数(出現率)	119人(0.07%)	99人(0.08%)	被保険者全体あたりの出現率0.07%を維持または減少	D	
	脳血管疾患の死亡率減少	①脳血管疾患	①8.2%	①7.5% ※R3	減少	A
		②虚血性心疾患	②3.5%	②2.8% ※R3		A
	医療費の伸びの抑制(1人当たりの月額)	25,392円	29,204円	減少	D	

目標を達成できたのは、短期目標では「血糖高値(HbA1c5.6以上)の減少」と「脂質高値(LDL120以上)の減少」、中長期目標は「脳血管疾患の死亡率の減少」、「虚血性心疾患の死亡率の減少」でした。

しかし、メタボリックシンドローム該当者の割合やBMI・腹囲・血圧高値者などの有所見者割合では減少が認められず、さらに中長期目標の医療費の増加等も見られ、課題が残りました。

第3期保健事業実施計画では、これらの課題も踏まえ、KDB(国保データベース)システム等を活用し、被保険者の健康状態を分析した上で健康課題を抽出し、保健事業実施計画を策定しました。

取組1 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上



- 特定健康診査受診率が低く特に40歳代、50歳代の若い世代の健康状態の把握ができていない(表1・2)
- メタボ該当者が増加しており、県より高い割合で推移している(表3)
- 詳細な要因分析が必要

- (1) 働き盛り世代の受けやすい健診体制の整備がされている
- (2) 特定保健指導対象者の行動変容を促す指導内容を充実させるとともに、受診者の利便性(実施場所・時間)を高める

【新規】

- ① ファミリー健診(サンデーレディース健診のファミリー版)の導入を検討
- ② 電子フォーム上での受診券再発行の受付
- ③ 大学との共同研究(データ分析・コホート研究)により、ハイリスク群を特定・追跡し、施策効果の検証を含むPDCAの改善
- ④ 民間の力を活かした取組強化策(PFS※1による事業実施等)の検討

【拡充】

- ① 検診車による巡回健診の回数、会場の増加検討
- ② 特定保健指導未利用者対策(特に40歳~50歳代)
 - 40歳~50歳代が多く利用するスポーツ関連事業者や、平日夜間・土日祝日でも営業している特定保健指導実施機関への委託を検討
- ③ 特定保健指導初回面接における分割実施の推進

【強化】

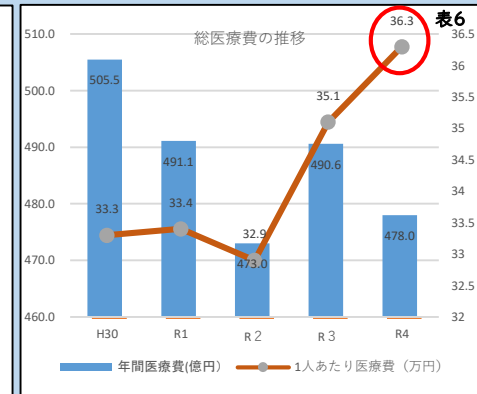
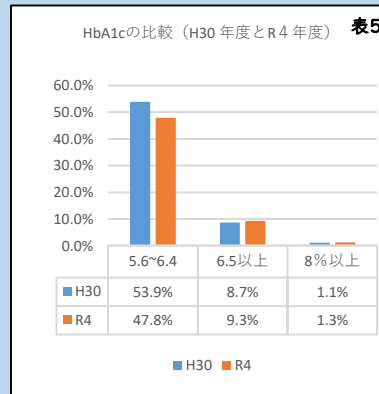
- ① 健診未受診者へ年齢層や受診パターンを考慮した受診勧奨通知の発送
- ② 30歳代の健康診査の通知内容の検討、ホームページ、公式ラインを活用した周知啓発

- 1 特定健康診査受診率
- 2 特定保健指導実施率
- 3 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
- 4 メタボリックシンドロームの該当者の割合の減少

取組2 糖尿病発症・重症化予防

糖尿病のレセプト分析による有病率 表4

総数	R1		R4	
	被保険者数A	糖尿病C	被保険者数A	糖尿病C
	人数	% (C/A)	人数	% (C/A)
合計	149,585	18,001	136,401	16,808
20歳代以下	22,762	42	19,800	42
30歳代	10,957	138	9,227	178
40歳代	15,637	588	13,763	552
50歳代	16,830	1,445	16,415	1,423
60~64歳	14,427	1,984	12,466	1,681
65~69歳	31,033	5,455	23,975	4,169
70~74歳	37,939	8,345	40,755	8,786
再掲				
40~74歳	115,866	17,821	107,374	16,627
65~74歳	68,972	13,800	64,730	12,955



- 糖尿病有病率が増えており、30~50歳代が上昇している(表4)
- 健診有所見者を平成30年度と令和4年度で比較すると、血糖高値者(HbA1c5.6~6.4%)は減っているものの、HbA1c6.5%以上、8%以上のハイリスク者が増えている(表5)
- 一人当たり医療費は増加している(表6)
- 詳細な要因分析が必要

- (1) 糖尿病に関する知識を普及し、糖尿病の発症が予防できている
- (2) 糖尿病性腎症発症・重症化予防の取組が医療機関との連携により行われている

【新規】

- ① 一般診療所から糖尿病/腎臓病専門施設への病診連携をシステム化する「静岡DKD連携システム」を静岡市糖腎防の会※2と連携して進める
- ② 糖尿病治療中断者(健診未受診)への保健指導対象者に糖尿病及び合併症に関し文書指導を行い、医療機関への受診勧奨を行う
- ③ 大学との連携により国保データベース(KDB)システム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析事業の実施

【強化】

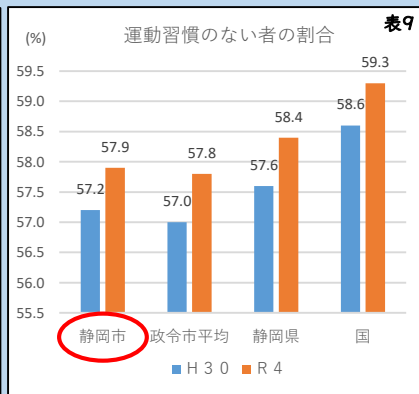
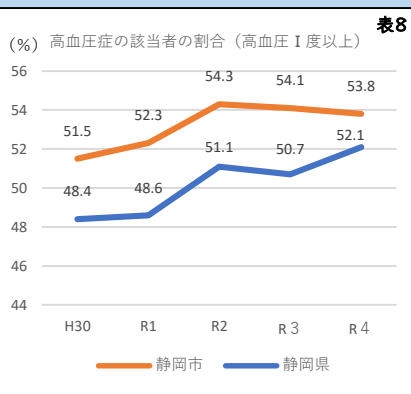
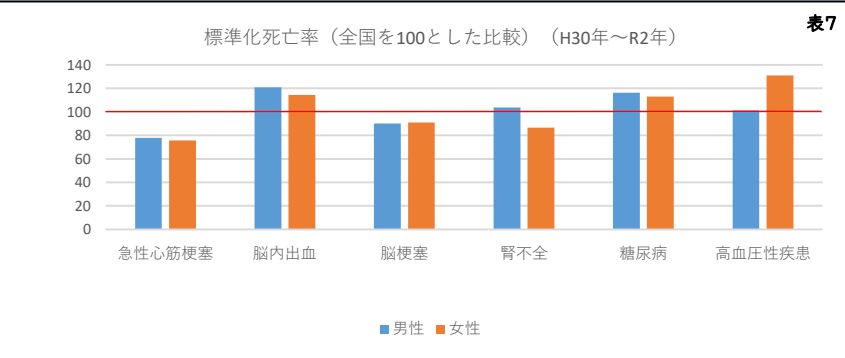
- ① 糖尿病と歯周病に関する相互啓発

【継続】

- ① 糖尿病性腎症重症化予防プログラム※3の推進

- 5 高血糖者(HbA1c6.5%以上の者)の割合の減少
- 6 高血糖者(HbA1c6.5%以上の者)のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少
- 7 健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少

取組3 生活習慣病発症・重症化予防(糖尿病を除く)



- 標準化死亡率は全国に比べて脳梗塞は低いものの脳内出血、糖尿病、高血圧性疾患が高い(表7)
- 高血圧の該当者の割合は5割を超えており、また県に比べて高い(表8)
- 運動習慣のない者の割合は、国、県、政令市の傾向と同様に本市も上昇している(表9)
- 詳細な要因分析が必要

- (1) 高血圧予防に関する知識を普及し、減塩や適正体重についての理解がされている
- (2) 生活習慣病予防のための運動習慣が定着化している

【新規】

- ① 庁内関係課や大学との連携により運動習慣の定着化に係る取組の検討
- ② 大学との共同研究(データ分析・コホート研究)により、ハイリスク群を特定・追跡し、施策効果の検証を含むPDCAの改善

【強化】

- ① 適正体重の維持、減塩などの食生活改善、適正飲酒の周知啓発
- ② 健康支援課と協力してポピュレーションアプローチの強化

【継続】

- ① 受診勧奨値のハイリスク者(高血圧、心房細動、脂質異常者、腎機能低下者等)への保健指導と医療機関への受診勧奨の実施

- 8 健診受診者の高血圧予備群の割合の減少
- 9 健診受診者の高血圧の割合の減少
- 10 平均自立期間の延伸

※1 PFS(成果連動型民間委託契約方式):国又は又は地方公共団体が、民間事業者等に委託等して実施させる事業のうち、その事業により解決を目指す行政課題に対応した成果指標が設定され、地方公共団体等が当該行政課題の解決のためにその事業を民間事業者等に委託等した際に支払う額等が、当該成果指標の改善状況に影響するもの。

※2 糖尿病性腎症重症化予防を推進するために設立された会。静岡・清水両医師会、糖尿病/腎臓病専門医、静岡・清水両歯科医師会の有志と行政職員で構成される。

※3 健診結果から糖尿病ハイリスク者への保健指導・受診勧奨事業

現状

課題分析

目指す姿

事業実施

アウトカム指標