

第3期常滑市国民健康保険 データヘルス計画

第四期常滑市特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度
(2024年度～2029年度)



令和6年2月
常滑市



目 次

第3期常滑市国民健康保険データヘルス計画

I 基本的事項	2
(1) 計画の趣旨	
(2) 期間	
(3) 実施体制	
(4) 本市の状況	
(5) 現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	4
III 計画全体	6
(1) 分析結果に基づく健康課題	
(2) 計画の目的	
(3) 目標	
(4) 目標を達成するための戦略	
IV 個別事業計画	8
事業1 特定健康診査	
事業2 特定保健指導	
事業3 要医療判定値を超えている未治療者への対策	
事業4 生活習慣病予防教室	
事業5 糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業	
事業6 がん検診の受診勧奨	
事業7 若年層向け健診（ヤング健診）	
事業8 重複・頻回受診者訪問	
事業9 ジェネリック医薬品利用促進	
V 計画の推進	18
第四期常滑市特定健康診査等実施計画	19
資 料	24
図表	
用語の解説	

第3期常滑市国民健康保険
データヘルス計画



I 基本的事項

(1) 計画の趣旨

背景と目的	<p>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、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る。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った。平成26年には「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った。</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た。</p> <p>本市では、平成27年度に第1期計画(2016～2018年度)、平成30年度に第2期計画(2019～2023年度)を策定し、糖尿病、高血圧性疾患およびがんの発症・重症化予防を中心とした生活習慣病に関する事業をはじめ各種保健事業を推進してきた。</p> <p>令和5年度に第2期計画と「第三期常滑市特定健康診査等実施計画」の満了時期が重なることから、その事業効果を検証するとともに新たなデータに基づく課題を把握し、「第四期常滑市特定健康診査等実施計画」と第3期データヘルス計画を一体的に策定する。</p>
計画の位置づけ	<p>常滑市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に保健事業の実施計画である「第3期常滑市データヘルス計画」と保健事業の中核をなす特定健康診査および特定保健指導の具体的な実施方法を定める「第四期常滑市特定健康診査等実施計画」を一体的に策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと連携して健康課題の解決に努める。</p> <p>なお、本計画は、健康日本21とこなめ計画、介護保険事業計画などの関連計画と調和している。また、愛知県、後期高齢者医療広域連合による関連計画と整合性を図る。</p>

(2) 期間

計画期間	令和6(2024)年度～令和11(2029)年度
------	--------------------------

(3) 実施体制

庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、保険年金課および健康推進課が連携して進める。
地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、常滑市医師団・常滑市歯科医師会・常滑市薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

(4) 本市の状況

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(令和5年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		58,472		28,931		29,541	
国保加入者数(人) 合計		10,077	100%	4,890	100%	5,187	100%
0~39歳(人)		2,285	22.7%	1,143	23.4%	1,142	22.0%
40~64歳(人)		3,196	31.7%	1,597	32.6%	1,599	30.8%
65~74歳(人)		4,596	45.6%	2,150	44.0%	2,446	47.2%
平均年齢(歳)		54.0		53.3		54.7	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、常滑市医師団・常滑市歯科医師会・常滑市薬剤師会・常滑市民病院等地域の関係団体との連携により進める。
国保連・国保中央会	特定健康診査・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携および、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、地域包括支援センター等と連携して実施する。

(5) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度末「人口」は58,472人である。 令和4年度平均「国保被保険者数」は10,476人で、年々減少している。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が22.7%、40-64歳が31.7%、65-74歳が45.6%となっており、65-74歳の割合が県平均よりも高くなっている。
	その他	後期高齢者医療への移行により65-74歳の割合が減少してきている。また、転出入による資格の得喪失の割合が高い。
前期計画等に係る考察		<p>「第2期データヘルス計画」では、特定健康診査等に係る未受診・未利用者対策の推進、糖尿病・高血圧性疾患およびがんの発症予防・重症化予防の推進、健康・医療等に関する正しい知識の普及を目的として取り組み、「第三期特定健康診査等実施計画」では特定健康診査および特定保健指導をより効果的・効率的・計画的に進めてきた。</p> <p>現状としては、特定健康診査・特定保健指導の実施率は計画の目標値には届かなかったものの、国・県と比べて高い水準で推移している。特定保健指導による対象者の減少率は県よりも高い状況にある。糖尿病等の1人当たり医療費は依然として県よりも高い状態にある。</p> <p>第3期データヘルス計画においては、特定健康診査等の受診率の高さを維持していくとともに糖尿病等の健康課題についての取組の見直し検討を行う必要がある。</p>

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	参照データ	対応する健康課題No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の「平均余命」は81.7歳で、県を下回り、国と同程度である。「平均自立期間」は80.4歳で、県を下回り、国を上回る。 ・女性の「平均余命」は87.9歳、「平均自立期間」は84.9歳で、いずれも県・国を上回る。 ・「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性1.3歳、女性3.0歳で男女とも県・国より短い。 ・死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では「大動脈瘤・解離」「大腸がん(直腸)」「心疾患」等、女性では「心疾患」「大腸がん(直腸)」「大腸がん(結腸)」等である。 	図3 図4	D	
医療費の分析	医療費のボリューム(経年比較・性年齢階級別等)	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度「1人当たり医療費」は、26,382円で、経年的に県より高い水準で推移している。 ・令和4年度「総医療費」は33.8億円、そのうち「生活習慣病(10疾病)総医療費」は5.9億円である。 ・「1人当たり医療費(入院)」は、県と同程度で、国より低い。 ・「1人当たり医療費(入院外)」は、県・国より高い。 ・「1人当たり医療費(歯科)」は、県・国より高い。 ・「1人当たり医療費」は、「50～59歳」で、県・国より高い。 ・後期「1人当たり医療費」は「70～74歳」で県・国より高く、「75～79歳」以上は県・国より低い。 	図7 図8 図9	A
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費(入院)は、「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高く、そのうち「精神及び行動の障害」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が県より高い。循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳内出血」「脳梗塞」の順に高く、「虚血性心疾患」「脳内出血」が県より高い。 ・1人当たり医療費(入院外)は、「新生物」「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、いずれも県より高い。循環器系疾患では「高血圧性疾患」が県より高い。内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、いずれも県より高い。 ・「肺がん」「乳がん」「子宮体がん」「肝がん」は1人当たり医療費が、県・国より高い。 ・「肺がん」「乳がん」「胃がん」「肝がん」「子宮体がん」の1人当たり医療費は、「平成30年度」と比較して「令和4年度」が増加している。 ・「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は経年的に県より高い状況で推移している。 	図10 図11 図12 図13	B D
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の後発医薬品普及率は「金額ベース」62.7%、「数量ベース」84.2%で、経年的に増加している。 	図15	—
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度のリピート処方者数は、「睡眠障害」2人である。 ・重複服薬者数は、経年的に減少傾向にある。 	図16	—

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.
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 令和3年度「特定健診受診率」は50.3%で、経年的に県より高い。 令和4年度「特定健診受診率」は、すべての性・年齢階級で県・国より高い。 令和3年度「特定保健指導実施率」は35.2%で、経年的に県より高い。 令和3年度「積極的支援実施率」は33.7%、「動機付け支援実施率」は35.6%で、いずれも経年的に県より高い。 令和3年度「特定保健指導利用率」39.4%、「終了率」35.2%で、いずれも経年的に県より高い。 令和3年度「減少率」は20.1%、「特定保健指導による減少率」は27.5%で、いずれも県より高い。 	図17 図18 図28 図29 図30	C
	特定健康診査結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> 「BMI」「腹囲」「HDLコレステロール」「HbA1c」「拡張期血圧」有所見者割合が、男性・女性ともに県・国より高い。 男性の「メタボ該当者割合」「メタボ予備群割合」は県と同程度である。 女性の「メタボ該当者割合」は県より高く、「メタボ予備群割合」は県と同程度である。 メタボ該当者割合は、男性で「55～59歳」「65～69歳」、女性で「40～44歳」「45～49歳」「55～59歳」「65～69歳」「70～74歳」が県より高い。 メタボ予備群割合は、男性で「40～44歳」「70～74歳」、女性では「55～59歳」「70～74歳」が県よりも高い。 「腎症4期」0.8%、「腎症3期」9.5%、「腎症2期以下」89.3%で、いずれも県と同程度である。 	図19 図24 図25 図27	A C
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> 「咀嚼（ほとんどかめない）」0.9%、「咀嚼（かみにくい）」25.9%、「1回30分以上の運動習慣なし」65.8%で、いずれも、県より高い。 「週3回以上朝食を抜く」7.8%、「週3回以上就寝前の夕食」11.8%、「喫煙」11.2%で、いずれも県より低い。 	図23	—
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		<ul style="list-style-type: none"> 「血圧受診勧奨値以上」の割合は、「治療なし」男性23.4%、女性17.6%である。 「HbA1c受診勧奨値以上」の割合は、「治療なし」男性2.5%、女性1.4%である。 「HbA1c7.0以上」の割合は、「治療あり」男性22.5%、女性20.8%である。 「LDLコレステロール受診勧奨判定値以上」の割合は、「治療なし」男性23.7%、女性32.6%である。 「腎症3期」「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」人数は、経年的に増加傾向にある。 	図20 図21 図22 図26	—
介護費関係の分析		<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「要支援・要介護認定率」は18.8%で、平成30年度から令和3年度に増加し、令和4年度に減少している。 令和4年度「要支援・要介護認定率」は、「要介護5」「要介護4」「要介護3」「要介護2」「要介護1」「要支援1」が、県より高い。 	図5 図6	—
その他		<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保では県より多く、後期では県と同程度である。 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、国保では県より多く、後期では県と同程度である。 令和2年度「乳がん」検診受診率は県より高い。 令和2年度「胃がん」「大腸がん」「肺がん」検診受診率は県より低い。 	図13 図14 図31	D

※参照データの図表についてはP.24以降に掲載

Ⅲ 計画全体

(1) 分析結果に基づく健康課題

健康課題		優先する健康課題	対応する事業番号
A	「1人当たり医療費」が経年的に県より高い水準で推移している。入院外の「循環器系の疾患」が県よりも高い。循環器系疾患の中で入院の「虚血性心疾患」「脳内出血」、入院外の「高血圧性疾患」が県より高く、男女ともに健診での「拡張期血圧」有所見割合が県・国よりも高い。	✓	1,2,3,4
B	「内分泌、栄養及び代謝疾患（入院外）」の内訳として「糖尿病」「脂質異常症」の順にいずれも県より高く、「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」も県より高い状況で推移している。特定健康診査有所見者割合では「HbA1c」が県・国より高い。	✓	1,2,3,5
C	「メタボ該当者割合」「メタボ予備群割合」が県と同程度から県より高い割合となっている。特に女性のメタボ該当割合がほぼすべての年代で高く、男性の予備群割合が比較的若い世代から多いことから若年層の健康意識が高くないことが伺える。		1,2,7
D	死因として男女ともに「大腸がん」の割合が高く、「新生物（入院外）」の医療費も県より高い。また、胃がん、大腸がん、肺がんの検診受診率は県より低い。		6

(2) 計画の目的

生活習慣病の発症および重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。

(3) 目標

主となる目標		評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値					
				R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
i	生活習慣病の重症化を予防する	特定健康診査実施率の向上	特定健康診査実施率	50.8%	52.0%	53.0%	55.0%	56.0%	58.0%	60.0%
ii		高血圧症の割合の減少	高血圧症の保有率(40-74歳)	28.1%	27.2%	26.2%	25.3%	24.4%	23.9%	23.0%
iii		健診でのHbA1cの有所見者割合の減少	有所見割合(HbA1c5.6%以上該当者)	64.1%	63.4%	62.7%	62.0%	61.3%	60.7%	60.0%
iv		特定保健指導実施率の向上	特定保健指導終了率	32.0%	34.2%	36.3%	38.4%	40.6%	42.8%	45.0%
v		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(2010年比)	特定保健指導対象者の減少率	6.6%	7.3%	8.0%	8.8%	9.6%	10.3%	11.0%
vi		がんの早期発見・治療のため、検診受診率向上を目指す	大腸がん検診受診率の向上	受診率(40-69歳)	4.8%	5.2%	5.6%	6.0%	6.4%	6.8%

(4) 目標を達成するための戦略

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査	重点
2	特定保健指導	特定保健指導	重点
3	重症化予防(受診勧奨)	要医療判定値を超えている未治療者への対策	重点
4	重症化予防(保健指導)	生活習慣病予防教室	
5	重症化予防(保健指導)	糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業	
6	その他	がん検診の受診勧奨	
7	その他	若年層向け健診(ヤング健診)	
8	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診者訪問	
9	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用促進	

IV 個別事業計画

事業 1		特定健康診査
事業の目的	身体状態の把握を行うことで生活習慣病の早期発見・予防につなげる。	
事業の概要	特定健康診査を実施する。	
対象者	40～74歳の被保険者	

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	高血圧症の割合	高血圧症の保有率 (40-74歳)・AI Cube	28.1%	27.2%	26.2%	25.3%	24.4%	23.9%	23.0%
2	HbA1c 有所見者の割合	HbA1cの有所見者割合・KDB	64.1%	63.4%	62.7%	62.0%	61.3%	60.7%	60.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	特定健康診査実施率	特定健康診査実施率・法定報告値	50.8%	52.0%	53.0%	55.0%	56.0%	58.0%	60.0%

●プロセス(方法)

周知	対象者には受診券と案内、健診の実施医療機関リストを送付する。そのほかに、市の広報誌やホームページ、各戸配布の案内チラシで周知する。	
勧奨	はがきを年2回個別に送付して行うほか、過去3年間で受診歴のある者を中心に受診券再送付や、電話受診勧奨を行う。	
実施後の支援	実施形態	個別健診
	実施場所	常滑市民病院、市内指定医療機関
	時期・期間	5月～1月 (ただし、市内指定医療機関においては5月～10月)
	結果提供	健診実施4週間後に健診結果を郵送で返却する。 血圧・血糖についての情報提供を行う。

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康推進課に執行委任
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	常滑市医師団、常滑市民病院
他事業	常滑市民病院ではがん検診との同時実施
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診結果により、糖尿病等生活習慣病に関して健康保持の必要性があると判断された被保険者に対して特定保健指導につなげる。

事業 2

特定保健指導

事業の目的	特定健康診査の結果、生活習慣の改善が必要と判断された者に対し支援等を行い生活習慣病の発症リスクの早期改善を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少率 (2010年比)	特定保健指導対象者の減少率・厚労省手引きの計算式	6.6%	7.3%	8.0%	8.8%	9.6%	10.3%	11.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	特定保健指導実施率	特定保健指導終了率・法定報告値	32.0%	34.2%	36.3%	38.4%	40.6%	42.8%	45.0%

●プロセス(方法)

周知	特定健康診査の結果返却時に案内を同封、または結果返却後すみやかに対象者へ案内を送付する。	
勧奨	保健指導の通知後に申込がない場合は電話勧奨を行う。不在の場合も曜日・時間を変え何度か勧奨を行う。	
実施および実施後の支援	初回面接	1人あたり20分以上の個別支援または1グループ（おおむね8人以下）あたりおおむね80分以上のグループ支援を行う。ただし、初回面接を分割実施（健診当日実施）した場合、初回面接2回目の支援は対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて行う。
	実施場所	保健センター、半田市医師会健康管理センター、特定健康診査実施医療機関（初回面接分割実施のみ）
	実施内容	動機づけ支援：初回面接と、初回面接から3～6か月後に面接または通信等を利用して実績評価を行う。 積極的支援：「動機づけ支援」に加えて専門職が継続的な支援を行い、初回面接から3～6か月後に面接または通信等を利用して実績評価を行う。
	時期・期間	健診後から翌年3月までに初回面接を実施する。 実績評価は初回面接から3～6か月後に実施する。 初回面接時期により実施期間が翌年度以降となる場合もある。

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康推進課に執行委任
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	常滑市医師団（特定保健指導実施医療機関）、常滑市民病院
その他の組織	半田市医師会健康管理センター
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築する。

事業 3

要医療判定値を超えている未治療者への対策

事業の目的	医療機関未受診者を医療機関受診につなげ、重症化を予防する。
事業の概要	医療機関未受診者に対して受診勧奨を行う。

●対象者

選定方法	当該年度の健診結果および問診をもとに選定する。
選定基準	当該年度の健診結果において、以下項目に該当し、かつ未治療の者（問診において該当項目の治療や服薬の申告がなかった者） <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧：収縮期血圧が160mmHg以上または拡張期血圧が100mmHg以上 ・ 血糖：HbA1c6.5%以上
除外基準	問診において、該当項目に関して治療や服薬の申告をしている者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	高血圧症の割合	高血圧症の保有率 (40-74歳) ・ AI Cube	28.1%	27.2%	26.2%	25.3%	24.4%	23.9%	23.0%
2	HbA1cの有所見者の割合	HbA1cの有所見者割合 ・ KDB	64.1%	63.4%	62.7%	62.0%	61.3%	60.7%	60.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	受診勧奨後の受診率 (血圧)	受診勧奨後の受診結果報告数	72.3%	73.6%	75.0%	76.3%	77.7%	79.0%	80.0%
2	受診勧奨後の受診率 (血糖)	受診勧奨後の受診結果報告数	47.9%	49.9%	51.9%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

●プロセス(方法)

周知	特定健康診査の結果返却時に受診勧奨文書を同封、または結果返却後すみやかに対象者へ送付する。
勧奨	期限内に受診報告がない方に対し、文書による再勧奨を行う。 また、対象者が特定保健指導対象者と重複する場合、特定保健指導の受診勧奨時または特定保健指導時に勧奨する。 血糖に該当し、再勧奨後も受診報告がない場合はレセプトで受診状況を確認する。そこで、直近に血糖に関する受診歴がない場合は電話や訪問による勧奨を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	対象者の個人の状況に合わせた受診勧奨を行う。 常滑市医師団に事業に関して報告・相談し、翌年度の事業内容を検討する。

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康推進課に執行委任
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	常滑市医師団

事業 4

生活習慣病予防教室

事業の目的	非肥満有所見者に対し、生活習慣病発症リスクの低下を図る。
事業の概要	生活習慣病予防について、栄養・運動・口腔に関する集団健康教育を実施し、生活習慣改善支援につなげる。

●対象者

選定方法	当該年度の健診結果および問診をもとに選定する。
選定基準	当該年度の健診結果において、以下項目が基準値以上の者で、特定保健指導対象者や治療・内服中、医療機関受診勧奨者を除いた者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧：収縮期血圧が130mmHg以上または拡張期血圧が85mmHg以上 ・ 血糖：HbA1c5.6%以上 ・ 脂質：中性脂肪が150mg/dL以上またはLDLコレステロールが120mg/dL以上
除外基準	問診において、該当項目に関して治療や服薬の申告をしている者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	参加者の数値改善の割合	該当項目の数値・健診結果	41.7%	42.5%	44.0%	45.5%	47.0%	48.5%	50.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	継続参加率	全回出席者数／参加者数	92.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	生活習慣の意識が改善した人の割合	生活習慣の意識が改善した人の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

●プロセス(方法)

周知	対象者に案内を送付する。	
勧奨	申込が少ない場合は再通知による利用勧奨を行う。	
実施後の支援	利用申込	希望者は電話または来所で申し込む。
	実施内容	特定健康診査・人間ドックの結果をもとに集団健康教育（栄養・運動・口腔）を実施する。
	時期・期間	1月～2月
	場所	保健センター
	実施後の評価	指導終了後のアンケート結果、翌年度の健診結果
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	事業終了時のアンケート結果を参考に、翌年度の事業内容を検討する。	

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康推進課に執行委任
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	常滑市歯科医師会
その他の組織	運動指導士、半田市医師会健康管理センター

事業 5

糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

事業の目的	糖尿病の重症化リスクが高い者の糖尿病と腎症の重症化を予防する。
事業の概要	医療機関と連携して、栄養・運動・口腔に関する保健指導を行い、生活習慣の改善につなげる。

●対象者

選定方法	健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつ腎症が重症化するリスクの高い者を対象として、市で選定する。
選定基準	前年度の健診でHbA1c6.5%以上の者のうち、 集団：尿たん白（－）かつeGFR30～59、または尿たん白（±）かつeGFR30以上の者 個別：尿たん白（＋）以上かつeGFR30以上の者
除外基準	がん・認知症・精神疾患、慢性腎臓病、生活習慣病管理料または栄養食事指導料、糖尿病透析予防指導料のレセプトを有する者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	参加者の指導終了後の検査値の維持・改善者の割合 (HbA1c)	保健指導後の健診におけるHbA1c値が維持・改善した割合	50.0% (4/8人)	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
2	人工透析新規導入者数 (糖尿病・糖尿病性腎症該当者)	対象年度に人工透析を開始した人数・人工透析新規導入者抽出ツール	10人	10人	10人	10人	10人	10人	10人

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	生活習慣を改善した人の割合	参加者のうち、生活習慣を改善した人の割合	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	90.0%	95.0%	100%

●プロセス(方法)

周知	対象者に案内を送付する。	
勧奨	申込が少ない場合は再通知による利用勧奨を行う。	
実施後の支援	利用申込	希望者は電話または来所で申し込む。
	実施内容	主治医からの保健指導連絡票を基に保健指導を実施する。 集団：食生活・運動・歯周病等の口腔に関する保健指導 個別：生活習慣等に関する面談、血液検査等
	時期・期間	集団：7月～8月、個別：7月～2月
	場所	集団：保健センター、個別：保健センター等
	実施後の評価	指導終了後の健診結果、事業終了時のアンケート
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	事業終了時のアンケート結果は委託事業者から報告を得て、次年度の実施方法等を検討する。	

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康推進課に執行委任
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	常滑市医師団、常滑市歯科医師会、常滑市薬剤師会、糖尿病対策ネットワーク会議
かかりつけ医・専門医	主治医からの保健指導連絡票を基に指導し、指導終了後に報告書を送付する。生活習慣の指導の参考にしてもらうため、眼科医・歯科医・薬局へも報告書を送付する。
その他の組織	半田市医師会健康管理センター
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	指導終了後に主治医・眼科医・歯科医・薬局へも報告書を送付し、生活習慣の指導の参考にもらい、受診継続や生活習慣の改善を継続できるよう支援する。

事業 6

がん検診の受診勧奨

事業の目的	がん検診の必要性を理解し、早期発見を促す。
事業の概要	受診率の低い大腸・肺がん検診について個別通知による受診勧奨を行う。要精密検査者に受診勧奨し、受診結果を把握する。
対象者	40歳以上の被保険者のうち、がん検診の未受診者および要精密検査者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
				R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
1	大腸がん検診 精密検査受診率	精密検査受診率・ 地域保健報告 (40-69歳)	67.9% (R3)	70.0%	74.0%	78.0%	82.0%	86.0%	90.0%
2	肺がん検診 精密検査受診率	精密検査受診率・ 地域保健報告 (40-69歳)	91.3% (R3)	92.0%	92.6%	93.2%	93.8%	94.4%	95.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4年度)	目標値					
				R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
1	大腸がん検診 受診率	受診率・地域保健 報告(40-69歳)	4.8%	5.2%	5.6%	6.0%	6.4%	6.8%	7.3%
2	肺がん検診 受診率	受診率・地域保健 報告(40-69歳)	4.5%	4.9%	5.3%	5.7%	6.1%	6.5%	7.0%

●プロセス(方法)

周知	市広報・ホームページ等でがん検診を周知する。 特定健康診査の受診票送付時にがん検診の案内を同封する。
勧奨	がん検診について、対象者に個別案内を送付する。 要精密検査者に受診勧奨し、受診結果を把握する。

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康推進課に執行委任
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	常滑市民病院では特定健康診査との同時受診可能。 人間ドックについては健診内容に含まれる。 65歳未満の国保加入者の肺がん検診の自己負担額無料で実施。

事業 7

若年層向け健診(ヤング健診)

事業の目的	40・50歳代の生活習慣病の発症を水際で抑制するため、30歳代までに生活習慣を見直すきっかけをつくる。
事業の概要	特定健康診査に準じた健康診査（検尿、血圧、血液検査等）を実施する。
対象者	15～39歳の被保険者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	40歳代のメタボリックシンドローム該当者の割合	40歳代のメタボリックシンドローム該当者の割合・法定報告	8.9%	8.4%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	ヤング健診受診者数	ヤング健診受診者数	87人	93人	98人	104人	109人	114人	120人

●プロセス（方法）

周知	市の広報誌やホームページ、各戸配布の案内チラシや乳幼児健診で周知する。未受診者については受診案内を送付する。
実施場所	常滑市民病院、市内指定医療機関
実施時期	5月～1月（ただし、市内指定医療機関においては5月～10月）

●ストラクチャー(体制)

その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	常滑市医師団、常滑市民病院等関係機関との連携体制を確立し、実施を委託する。
---------------------------	---------------------------------------

事業 8

重複・頻回受診者訪問

事業の目的	重複・頻回受診者に対して適正な受診を促す。
事業の概要	重複・頻回受診者に対して訪問指導を行い、健康状態や生活状況を把握、健康相談や適正受診・服薬指導を行う。
対象者	重複・頻回受診者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	改善率	訪問後のレセプトでの受診状況を確認	42.9%	45.0%	45.0%	47.0%	47.0%	50.0%	50.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	対象者数	訪問人数	8人	10人	10人	10人	12人	12人	12人

●プロセス(方法)

周知	対象者あてに訪問する旨の通知を送付する。
実施および実施後の支援	訪問後のレセプトにて受診状況の確認を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	即座に受診行動の変更に結び付く訳ではないので、対象者の健康状態や生活状況の把握を行い健康意識の改善に努める。

●ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	保険年金課。対象者選定については健康推進課および高齢介護課と協同。
実施方法	国保連への事業委託。訪問対象者の抽出および保健師による個別訪問、評価。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	対象者あての通知については、都合が悪い場合のみ電話をしてもらう様に案内をするなどナッジ理論に沿って訪問指導を受ける方向に誘導する。

事業 9

ジェネリック医薬品利用促進

事業の目的	ジェネリック医薬品の利用促進により医療費の抑制を図るとともに、被保険者の医薬品費の負担を軽減する。
事業の概要	新規加入者への希望カードの配布や各種通知送付時に案内を同封し周知を図るとともに、差額通知書を送付する。
対象者	国民健康保険新規加入者およびジェネリック医薬品に変更可能な先発医薬品を使用している被保険者

◎アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	使用割合 (数量ベース)	年度末時点の使用割合	82.4%	82.5%	82.5%	82.8%	82.8%	83.0%	83.0%

◎アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4年度)	目標値					
				R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
1	差額通知書の発送件数	年間発送件数	579件	600件	600件	600件	600件	800件	800件

●プロセス(方法)

周知	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品に変更した場合に削減できる自己負担額をのせた通知を発送する。 新規加入者へ希望カードを配布する。
----	--

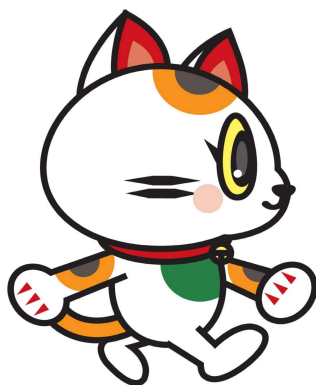
●ストラクチャー(体制)

その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> 国保連へ通知作成を委託する。その際の条件については随時調整を行う。 加入者へ配布出来る様に希望カードの購入、管理を行う。
---------------------------	---

V 計画の推進

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、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する。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、関係機関と連携を図るとともに常滑市国民健康保険運営協議会に報告し、意見を求める。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進など医療と介護の連携の課題についての議論（医療と介護の連携部会）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活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、関係者と共有する。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催へ協力・支援を行っていく。</p>

第四期常滑市特定健康診査等実施計画



第四期常滑市特定健康診査等実施計画

背景・現状等	常滑市の令和4年度末「人口」は58,472人であり、令和4年度の平均「国保被保険者数」は10,476人で年々減少している。年齢別被保険者構成割合は65-74歳の割合が県平均よりも高くなっている。現状としては、特定健康診査・特定保健指導の実施率は、国・県と比べて高い水準で推移している。
特定健康診査等の実施における基本的な考え方	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、被保険者および被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査「特定健康診査」および健康診査の結果により健康の保持に努める必要があるものに対する保健指導「特定保健指導」をする。

1 達成しようとする目標						
	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
特定健康診査実施率	52.0%	53.0%	55.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	34.2%	36.3%	38.4%	40.6%	42.8%	45.0%
メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率* (2010年比)	7.3%	8.0%	8.8%	9.6%	10.3%	11.0%

*メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率（2010年比）の算出に当たっては、実数で算出した場合には年度ごとの特定健康診査実施率の高低の影響を受けるため、それぞれの割合に各年度の住民基本台帳人口を乗じた推定数により算出します。なお、年齢構成による変化の影響を少なくするため、性・年齢階級（5歳階級）別に推定数を算出し、その合計により減少率を算出します。

$$\text{式} = \frac{\text{基準年度（2010年度）の特定保健指導対象者の推定数} - \text{当該年度の特定保健指導対象者の推定数}}{\text{基準年度（2010年度）の特定保健指導対象者の推定数}}$$

2 特定健康診査等の対象者数						
	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
【特定健康診査】 対象者数	7,380	7,033	6,821	6,612	6,405	6,201
【特定健康診査】 目標とする実施者数	3,837	3,727	3,751	3,702	3,714	3,720
【特定保健指導】 対象者数	420	416	411	407	401	398
【特定保健指導】 目標とする実施者数	154	160	165	170	174	179

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	実施年度中に40～74歳となる被保険者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動がない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者
実施場所	市内指定医療機関
法定の実施項目 * は市独自追加項目	
基本的な健診項目	
項目	備考
質問項目	服薬歴、喫煙習慣の状況に係る調査等
理学的検査（身体診察）	自覚症状および他覚症状の有無の検査
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
肝臓系検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)、血清アルブミン*
脂質系検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
糖代謝系検査	HbA1c
尿・腎臓系検査	尿糖、尿たん白、血清クレアチニン*、eGFR*
その他の検査*	尿酸、赤血球数、血色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備考
心電図検査	標準12誘導心電図
眼底検査	眼底カメラ撮影
実施期間	5月～1月
外部委託の方法	常滑市医師団、常滑市民病院と個別契約し、委託。健診データは健診実施医療機関が半田市医師会健康管理センターに委託して作成する。ただし、委託先については状況に応じ変更・増加する場合がある。
周知や案内の方法	対象者には受診券と案内、健診の実施医療機関リストを送付する。そのほかに、市の広報誌やホームページ、各戸配布の案内チラシで周知する。また、過去の健診受診歴等をもとに健診の受診勧奨を行う。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	健診結果は、基準範囲外の値を示している項目、基準範囲外の値の程度、検査項目が示す意義等について分かりやすく明記し、受診者に通知する。

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者	特定健康診査の結果、腹囲が基準値以上またはBMIが25以上の人で、血糖・脂質・血圧が所定の値を上回る者。ただし、糖尿病・高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。				
対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象	
	≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	40~64歳	65~74歳
	上記以外で BMI ≥ 25	1つ該当		あり	積極的支援 動機づけ支援
		3つ該当	/	積極的支援 動機づけ支援	
		2つ該当			
		1つ該当	なし		
実施場所	保健センター、半田市医師会健康管理センター、特定健康診査実施医療機関（初回面接分割実施のみ）				
実施内容	動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接：1人あたり20分以上の個別支援または1グループ（おおむね8人以下）あたりおおむね80分以上のグループ支援を行う。 ＊ただし、初回面接を分割実施（健診当日に実施）した場合、初回面接2回目の支援は対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて行う。 ・実績評価：初回面接から3～6か月後に、面接または通信等を利用して行う。 			
	積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接：1人あたり20分以上の個別支援または1グループ（おおむね8人以下）あたりおおむね80分以上のグループ支援を行う。 ＊ただし、初回面接を分割実施（健診当日に実施）した場合、初回面接2回目の支援は対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて行う。 ・継続的な支援：個別支援、グループ支援、電話、電子メールで積極的な関与（実施状況の評価や再アセスメント、中間評価）を行う。 ・実績評価：初回面接から3～6か月後に、面接または通信等を利用して行う。 			
実施期間	健診後から翌年3月までに初回面接を実施する。 実績評価は初回面接から3～6か月後に実施する。 初回面接時期により実施期間が翌年度以降となる場合もある。				
外部委託の方法	常滑市医師団と常滑市民病院、半田市医師会健康管理センターと個別契約し、委託（常滑市医師団と常滑市民病院は初回面接のみ委託）。保健指導データは半田市医師会健康管理センターが作成する。ただし、委託先については状況に応じ変更・増加する可能性がある。				
周知や案内の方法	特定健康診査の結果返却時に案内を同封、または結果返却後すみやかに対象者へ案内を送付する。 保健指導の通知後に申込がない場合は電話勧奨を行う。不在の場合も曜日・時間を変え何度か勧奨を行う。				

3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】		
特定健康診査・ 特定保健指導	年度当初	特定健康診査の対象者抽出、受診票作成・送付 特定保健指導の前年度分実施
	年度の前半	特定健康診査の実施、受診勧奨 特定保健指導の実施
	年度の後半	特定健康診査の実施、受診勧奨 特定保健指導の実施、評価
月間スケジュール	特定健康診査は月毎で翌月の第3週に請求、請求の翌月20日払い 特定保健指導は月毎で翌月15日までに請求、請求の翌月20日払い	

4 個人情報の保護	
記録の保存方法	特定健康診査・特定保健指導の実施結果は特定健診データ管理システムと健康かるてに保存する。 特定健診データ管理システムは、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で保存し、5年間保存する。
保存体制、外部委託の有無	データの保管やアクセス制限等の運用方法、責任体制を常滑市情報セキュリティポリシーの定めにより、安全に管理する。個人情報の取り扱いに係る業務を外部委託するにあたり、委託契約において安全管理措置の内容を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の公表方法	本計画については、ホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	常滑市ホームページ、広報に掲載するとともに、対象者全員に受診票を送付し、未受診者には個別通知を送付し、加入者へ健診を周知する。

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
特定健康診査等実施計画の評価方法	特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率で評価する。
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、関係機関と連携を図るとともに常滑市国民健康保険運営協議会に報告し、意見を求める。

資 料



図表

表1 医療提供体制等の比較

	常滑市		県	国
	実数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
病院数	1	1.7	4.2	6.5
病床数	266	457.8	878.8	1,195.2
一般診療所数	40	68.8	73.9	83.1
歯科診療所数	22	37.9	49.5	54.1

図1 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布

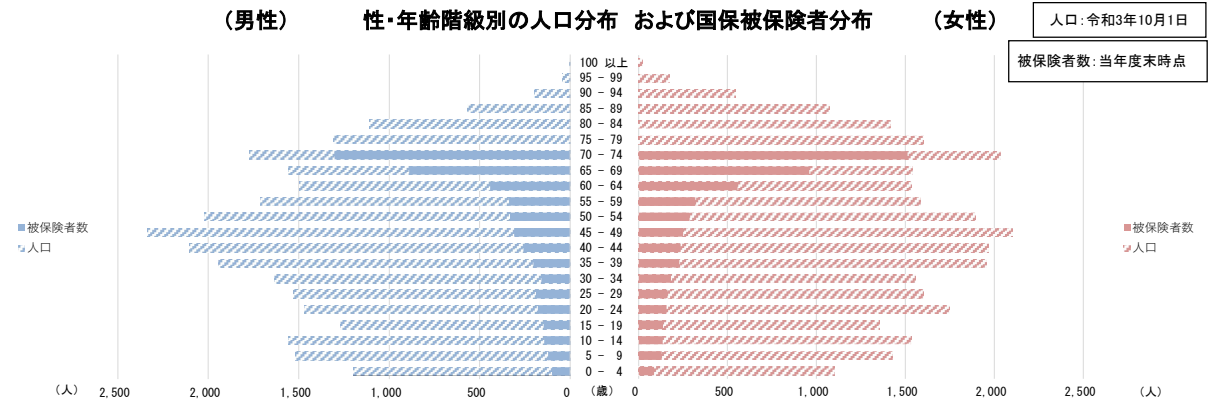
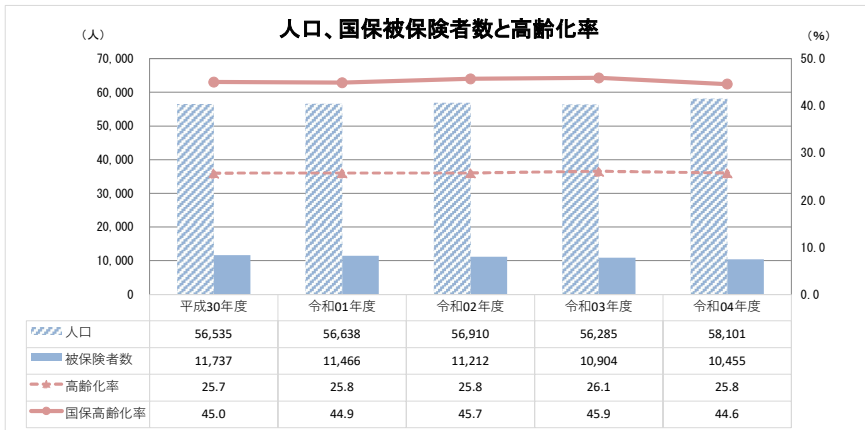
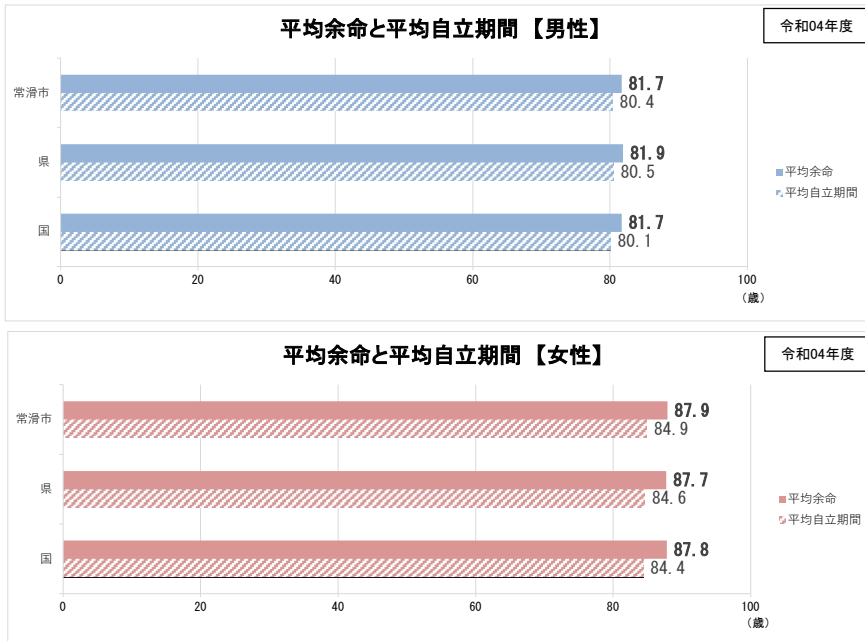


図2 人口、国保被保険者数と高齢化率



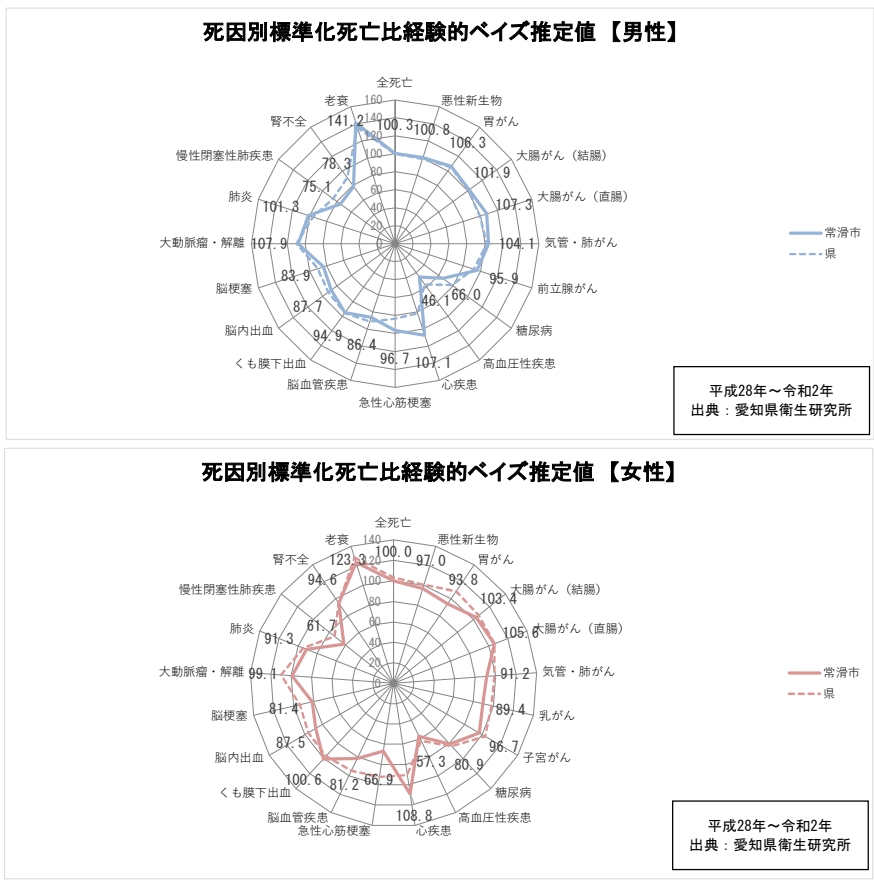
- 令和4年度「人口」は58,101人です。
- 令和4年度「国保被保険者数」は10,455人で、経年的に減少しています。
- 令和4年度「市高齢化率」は25.8%で、平成30年度からほぼ横ばいの状況です。
- 令和4年度「国保高齢化率」は44.6%で、経年的に増減しながら横ばいです。

図3 平均余命と平均自立期間



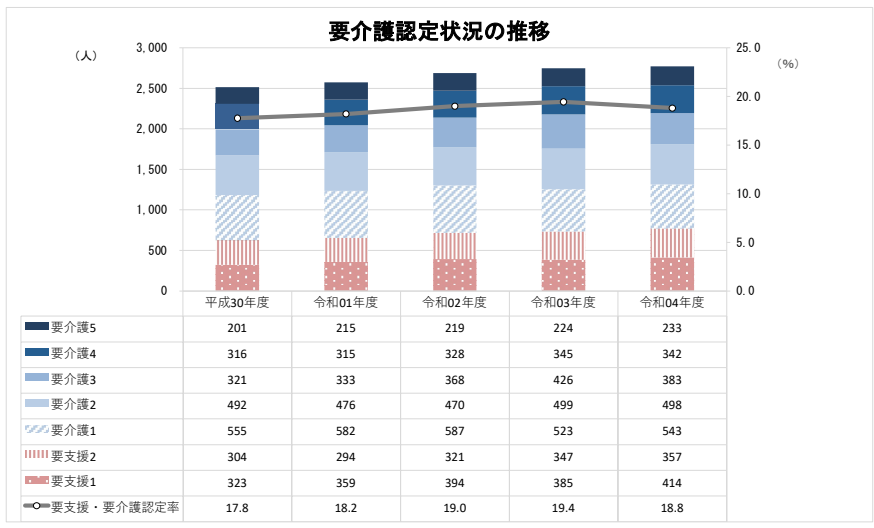
- 男性の「平均余命」81.7歳、「平均自立期間」80.4歳で、その差は1.3歳です。女性の「平均余命」87.9歳、「平均自立期間」84.9歳で、その差は3.0歳です。
- 男性の「平均余命」は、県を下回り、国と同程度であり、「平均自立期間」は、県を下回り、国を上回る状況です。
- 女性の「平均余命」「平均自立期間」は県・国を上回る状況です。
- 「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男女とも県・国より短い状況です。

図4 死因別標準化死亡比経験的バイズ推定値



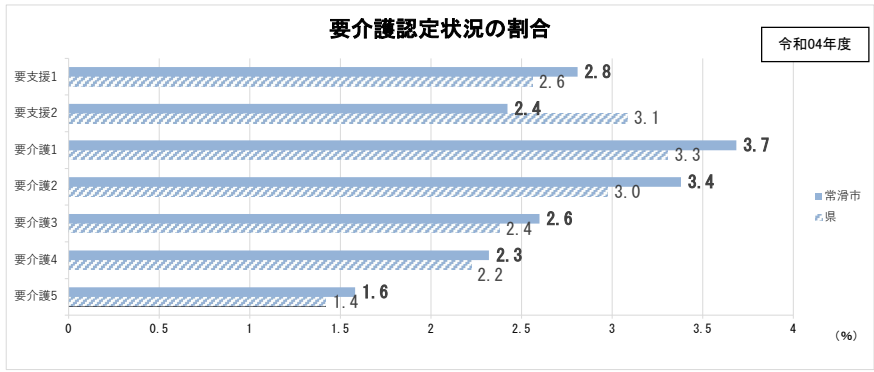
・ 死因別標準化死亡比経験的バイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「大動脈瘤・解離」「大腸がん(直腸)」「心疾患」「胃がん」「気管・肺がん」「大腸がん(結腸)」「肺炎」です。女性では、「心疾患」「大腸がん(直腸)」「大腸がん(結腸)」「くも膜下出血」です。

図5 要介護認定状況の推移



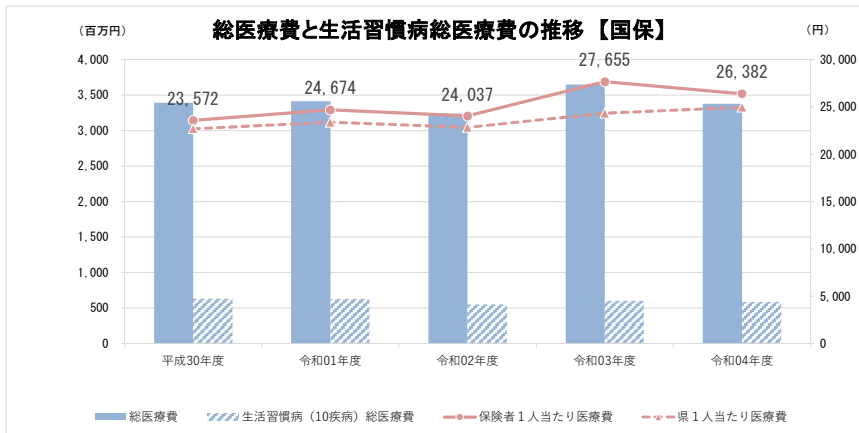
・ 令和4年度「要支援・要介護認定者数」2,770人、「要支援・要介護認定率」18.8%で、平成30年度から令和3年度まで増加し、令和4年度減少しています。

図6 要介護認定状況の割合



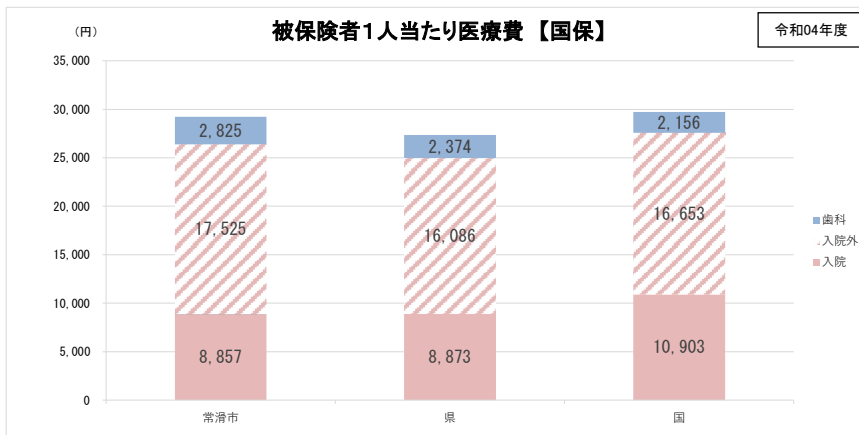
・ 要介護度別の認定割合は、高い順に「要介護1」3.7%、「要介護2」3.4%、「要支援1」2.8%、「要介護3」2.6%、「要支援2」2.4%、「要介護4」2.3%、「要介護5」1.6%です。
 ・ 「要支援2」の割合は県より低く、「要介護5」「要介護4」「要介護3」「要介護2」「要介護1」「要支援1」の認定状況の割合は、県より高い状況です。

図7 総医療費と生活習慣病総医療費の推移



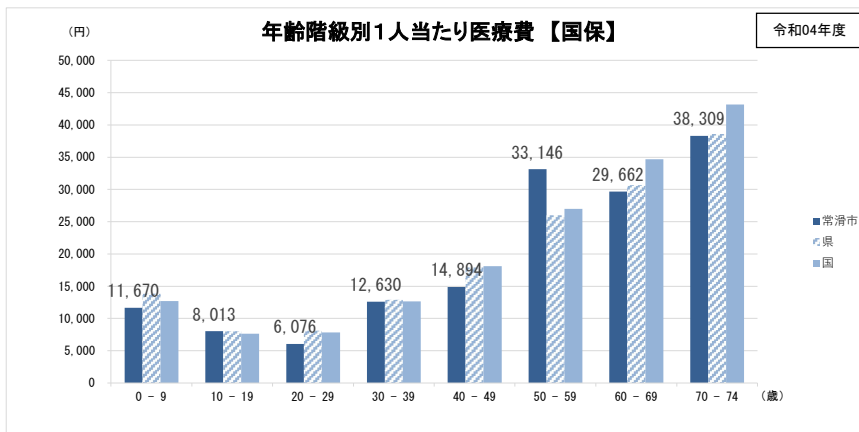
- 令和4年度の「1人当たり医療費」は、26,382円で、経年的に県より高い水準で推移しています。
- 令和4年度「総医療費」は33.8億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）」は5.9億円です。

図8 被保険者1人当たり医療費



- 「1人当たり医療費（入院）」は、県と同程度で、国より低い状況です。
- 「1人当たり医療費（入院外）」は、県・国より高い状況です。
- 「1人当たり医療費（歯科）」は、県・国より高い状況です。

図9 年齢階級別1人当たり医療費



【国保】

- 「50～59歳」1人当たり医療費は、県・国よりも高い状況です。

【後期】

- 「70～74歳」1人当たり医療費は、183,258円で、県・国より高い状況です。
- 「75～79歳」以上の1人当たり医療費は、県・国より低い状況です。
- 一定の障がいにより加入した「65～69歳」「70～74歳」の1人当たり医療費は、県・国と同様に他の年齢階級に比べて高い状況です。

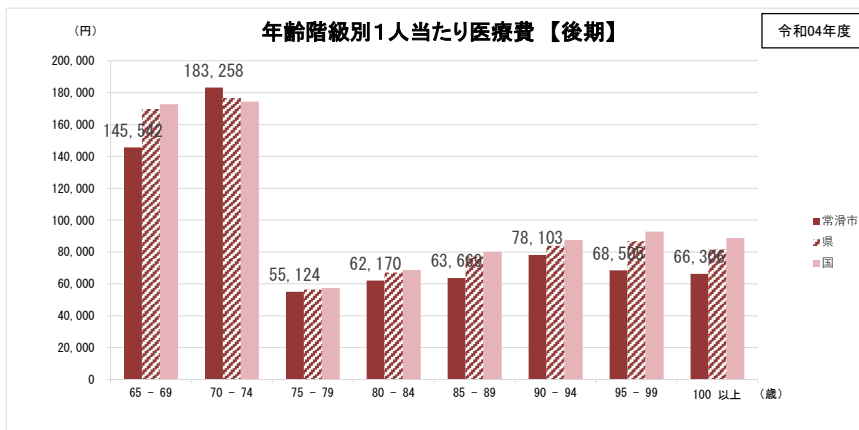
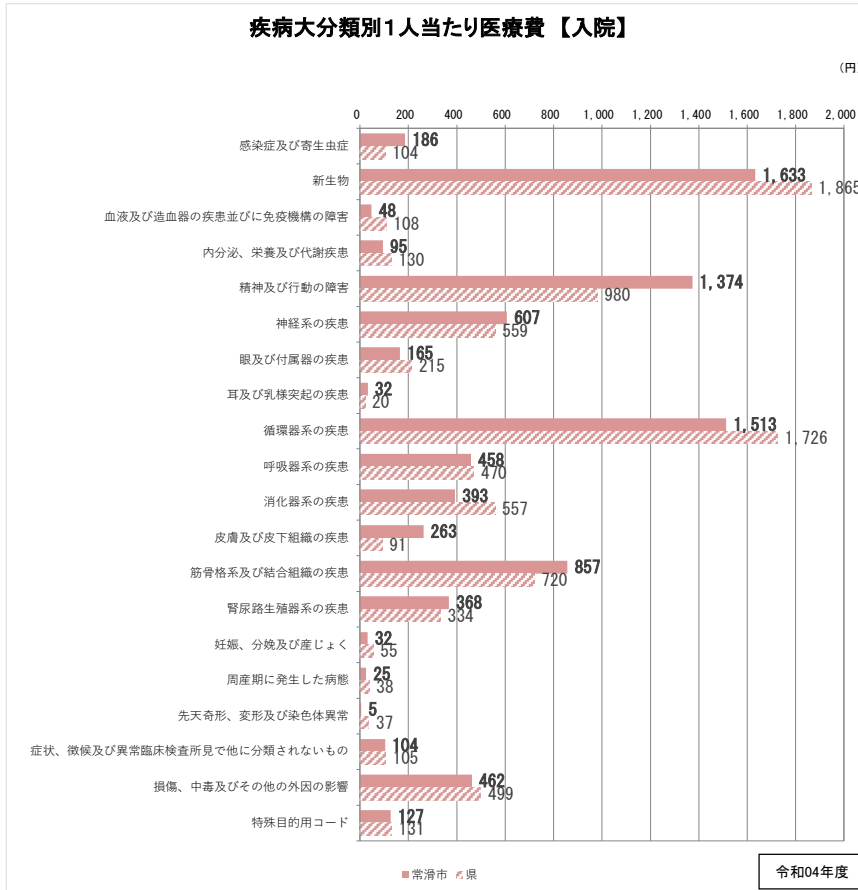


図10 疾病大分類別1人当たり医療費



【入院】

・「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高く、そのうち、「精神及び行動の障害」「筋骨格系及び結合組織の疾患」は県より高い状況です。

【入院外】

・「新生物」「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、いずれも県より高い状況です。

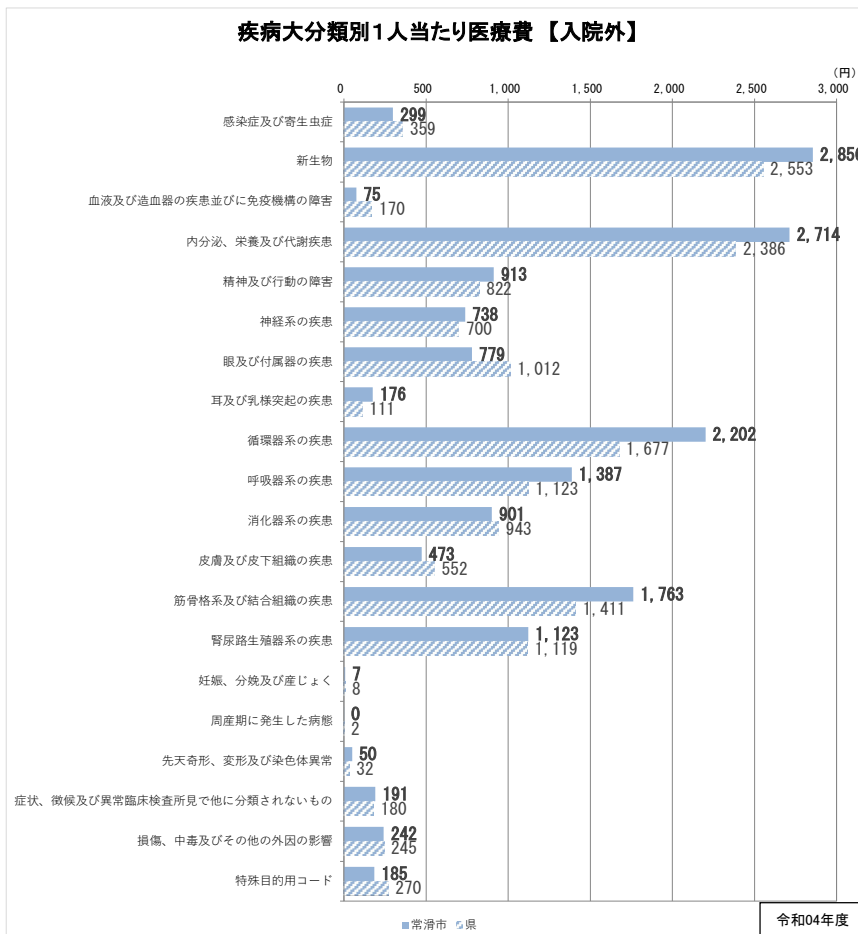
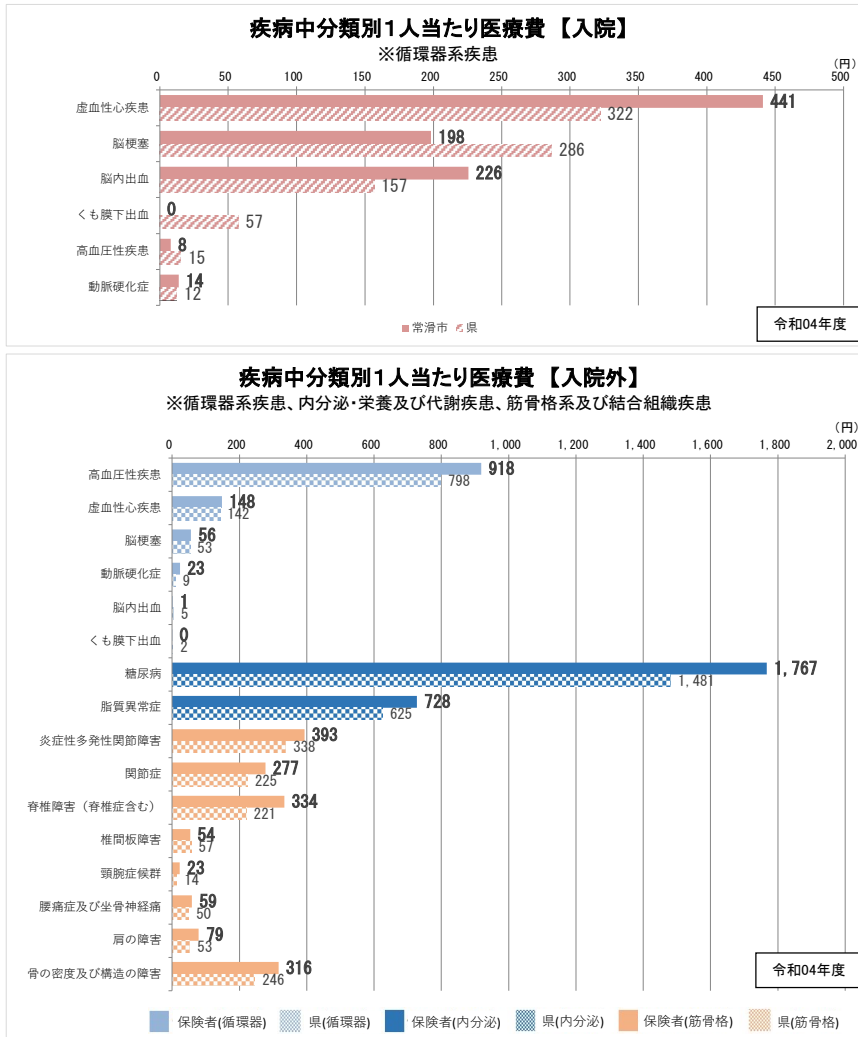


図 1 1 疾病中分類別 1 人当たり医療費



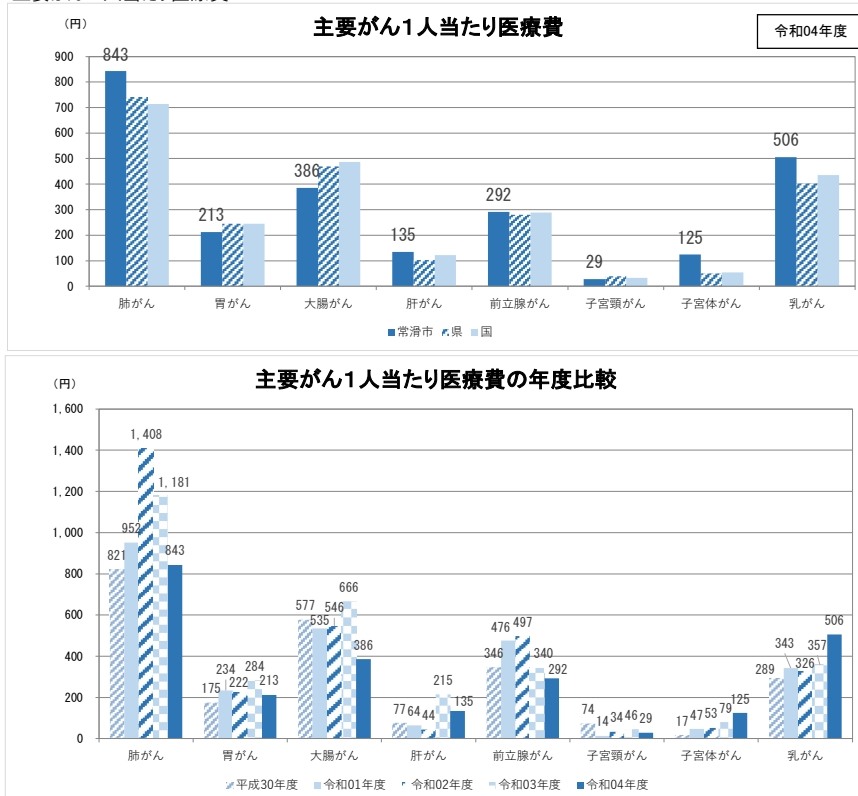
【入院】

- 循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳内出血」「脳梗塞」の順に高く、「虚血性心疾患」「脳内出血」は県より高い状況です。

【入院外】

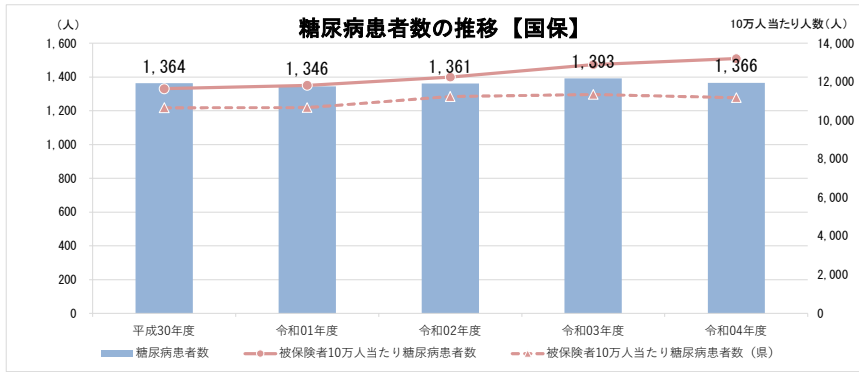
- 循環器系疾患では「高血圧性疾患」が最も高く、県より高い状況です。
- 内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、いずれも県より高い状況です。
- 筋骨格系及び結合組織疾患では、「炎症性多発性関節障害」「脊椎障害」「骨の密度及び構造の障害」の順に高く、いずれも県より高い状況です。

図 1 2 主要がん 1 人当たり医療費



- 「肺がん」「乳がん」「大腸がん」「前立腺がん」「胃がん」の順に高い状況です。
- 「肺がん」「肝がん」「子宮体がん」「乳がん」が県・国より高い状況です。
- 「肺がん」「胃がん」「肝がん」「子宮体がん」「乳がん」は、「平成30年度」より「令和4年度」が増加している状況です。

図 1 3 糖尿病患者数の推移



- 令和4年度の糖尿病患者数は「国保」1,366人、「後期」2,615人です。
- 「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、「国保」では、経年的に県よりも高い状況で推移しています。「後期」は、県と同程度で推移しています。
- 「令和4年度」被保険者10万人当たり患者数は、「後期」は「平成30年度」より増加しています。

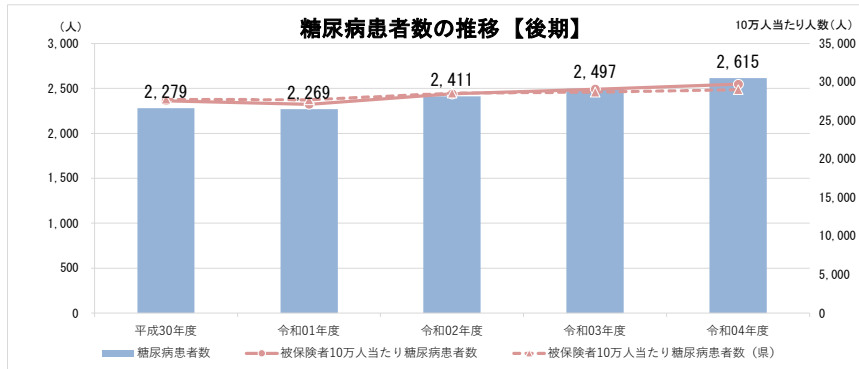
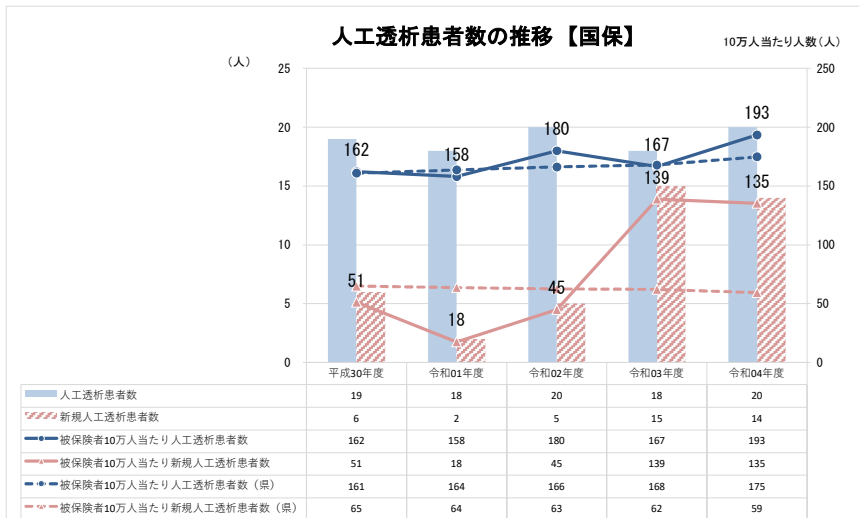


図 1 4 人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移



- 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、国保では「常滑市」193人、「県」175人、後期では「常滑市」1,182人、「県」1,143人で、「国保」は県より高い状況です。
- 令和4年度「10万人当たり新規人工透析患者数」は、国保では「常滑市」135人、「県」59人、後期では「常滑市」80人、「県」229人です。

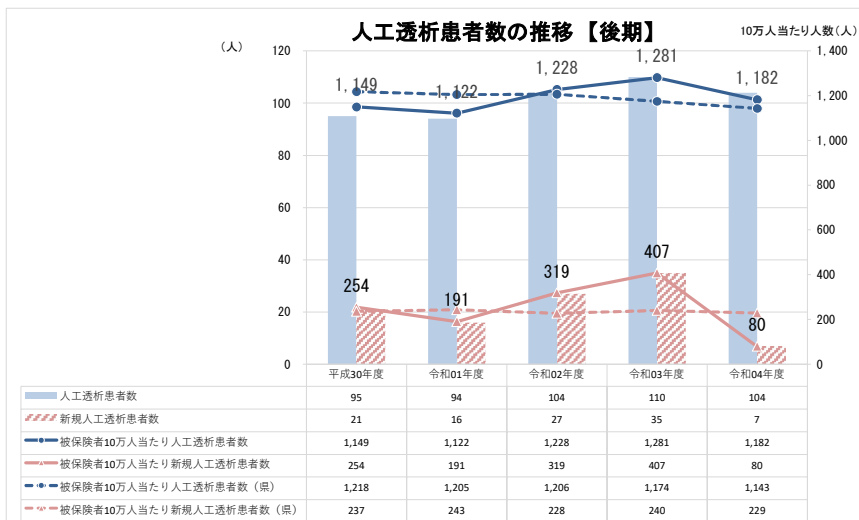
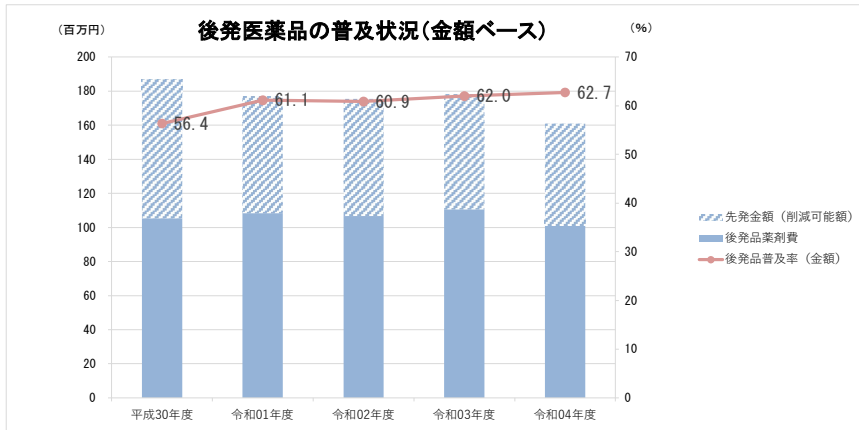


図 1 5 後発医薬品の普及状況



- 令和4年度の後発医薬品普及率は「金額ベース」62.7%、「数量ベース」84.2%です。
- 後発医薬品普及率の経年推移は、「金額ベース」「数量ベース」とも増加している状況です。

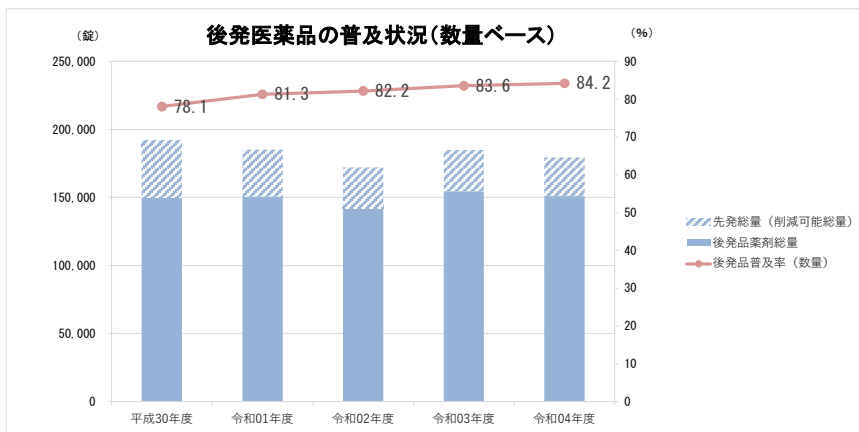
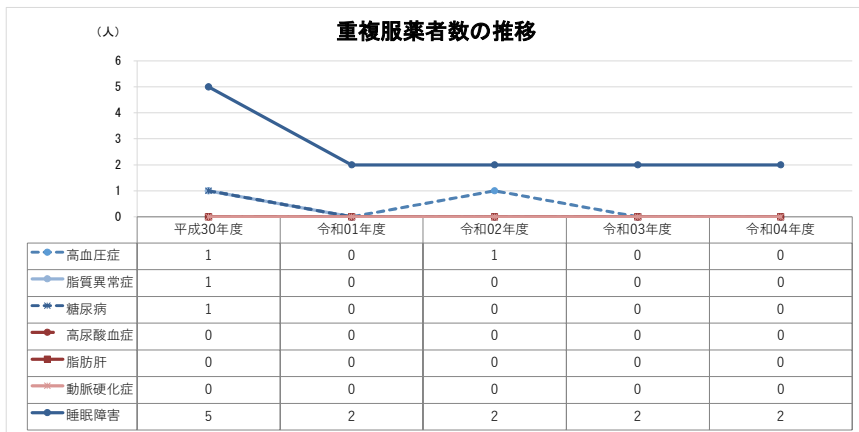
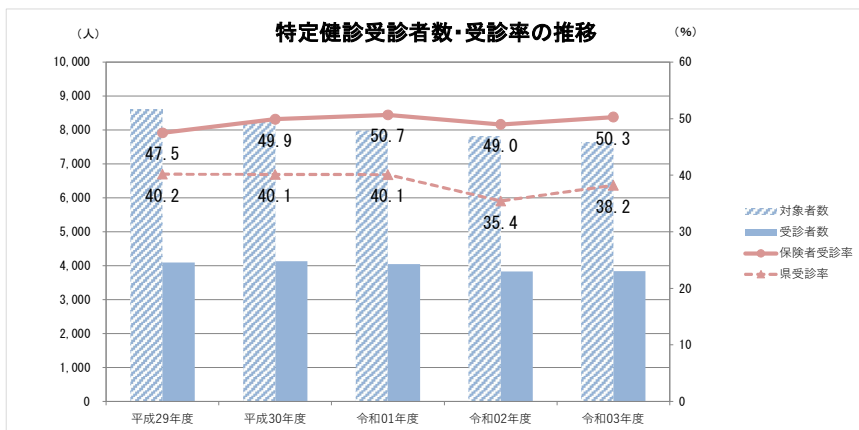


図 1 6 重複服薬者数の推移



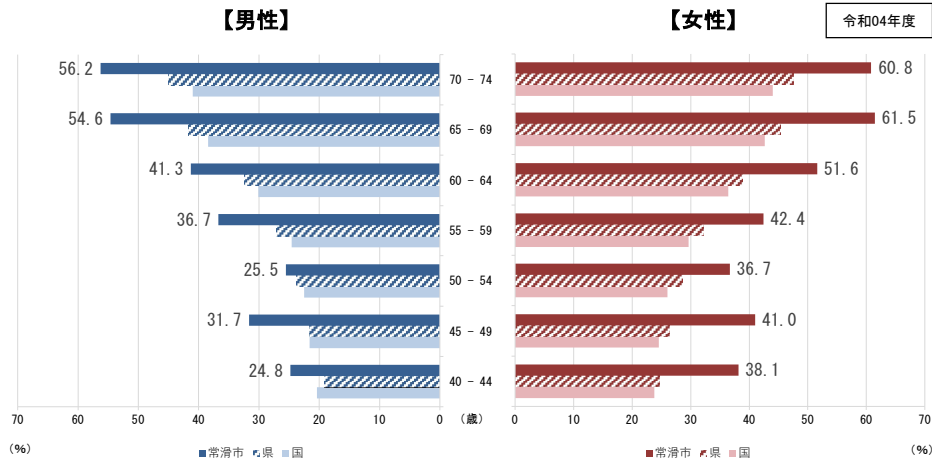
- 令和4年度の重複服薬者数は、「睡眠障害」2人です。
- 重複服薬者数は、経年的に減少傾向がみられます。

図 1 7 特定健診受診者数・受診率の推移



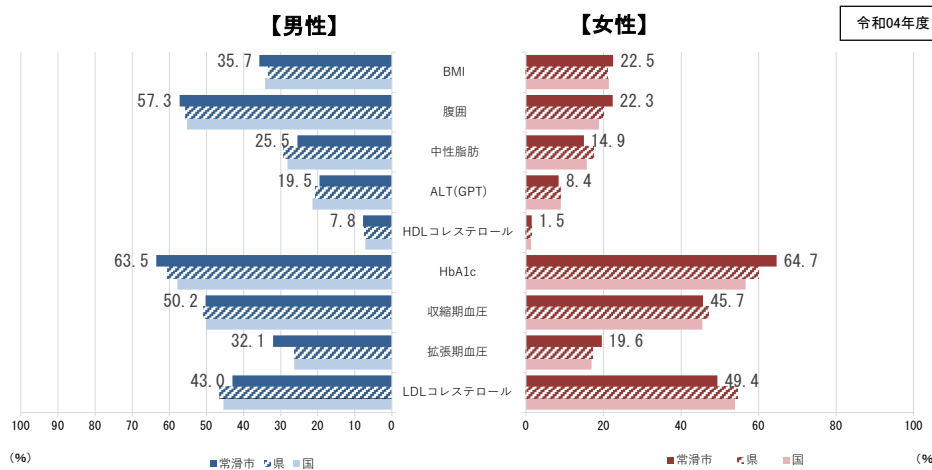
- 令和3年度の特定健診は、「対象者数」7,639人、「受診者数」3,841人、「受診率」50.3%です。
- 受診率は、「平成29年度」から「令和3年度」まで、県より高い状況で推移しています。

図 1 8 性・年齢階級別特定健診受診率



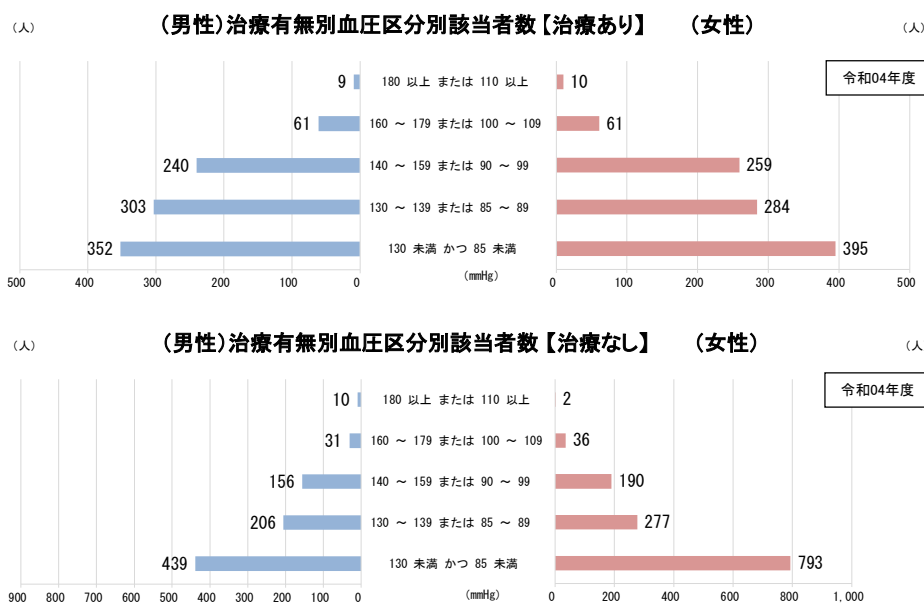
- すべての年齢階級の受診率は、男女とも県・国より高い状況です。
- 受診率は男女とも、「50~54歳」の年齢階級で減少しますが、その他の年齢階級では、年齢が上がるにつれて増加しています。

図 1 9 特定健診有所見者割合



- 「男性」有所見者割合は、「HbA1c」63.5%、「腹囲」57.3%、「収縮期血圧」50.2%の順に高く、「女性」有所見者割合は、「HbA1c」64.7%、「LDLコレステロール」49.4%、「収縮期血圧」45.7%の順に高い状況です。
- 男性・女性ともに、「BMI」「腹囲」「HDLコレステロール」「HbA1c」「拡張期血圧」の有所見者割合が、県・国より高い状況です。

図 2 0 治療有無別血圧区分別該当者数



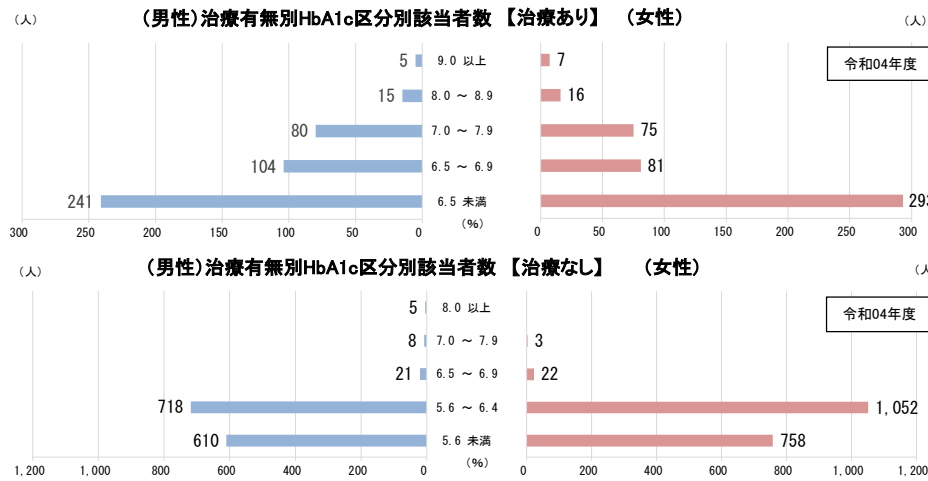
【治療あり】

- 男性965人のうち「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は70人(7.3%)です。
- 女性1,009人のうち「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は71人(7.0%)です。

【治療なし】

- 男性842人のうち、受診勧奨判定値「収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上」は、197人(23.4%)です。
- 女性1,298人のうち受診勧奨判定値「収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上」は、228人(17.6%)です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上」は、男性41人(4.9%)、女性38人(2.9%)です。

図 2 1 治療有無別HbA1c区分別該当者数



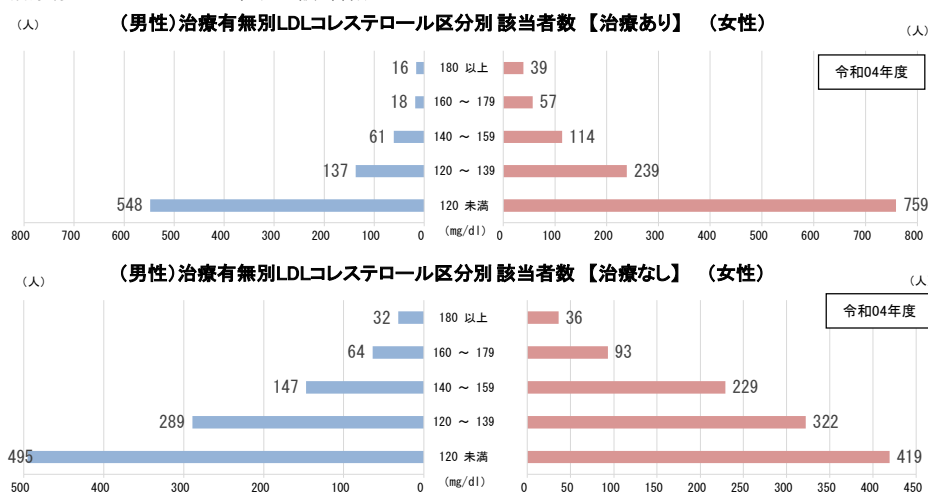
【治療あり】

- 合併症のリスクが高まる「7.0%以上」は、男性445人のうち、100人(22.5%)、女性472人のうち98人(20.8%)です。
- 治療強化が困難な際の目標値「8.0%以上」は、男性20人(4.5%)、女性23人(4.9%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「6.5%以上」は、男性1,362人のうち34人(2.5%)、女性1,835人のうち25人(1.4%)です。

図 2 2 治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数



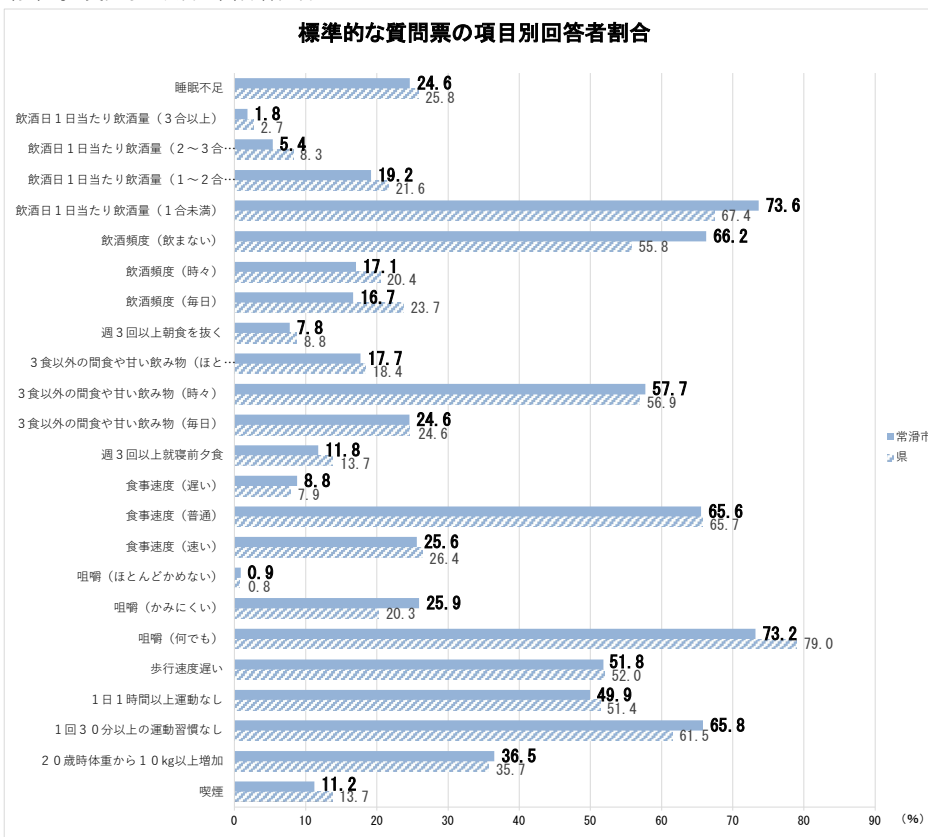
【治療あり】

- 「180mg/dl以上」は男性780人のうち16人(2.1%)、女性1,208人のうち39人(3.2%)です。

【治療なし】

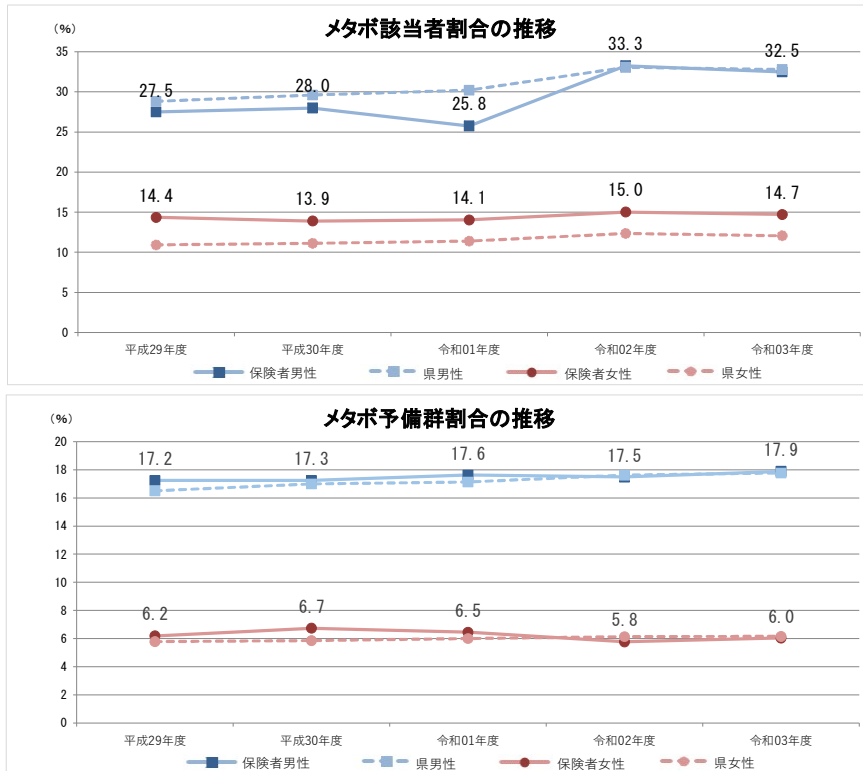
- 受診勧奨判定値「140mg/dl以上」は、男性1,027人のうち243人(23.7%)、女性1,099人のうち358人(32.6%)です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「180mg/dl以上」の割合は、男性32人(3.1%)、女性36人(3.3%)です。

図 2 3 標準的な質問票の項目別回答者割合



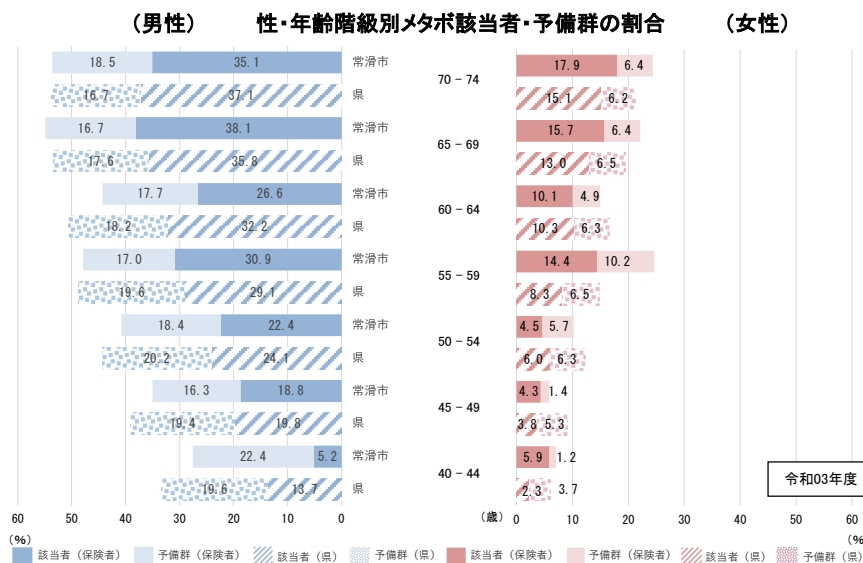
- 「咀嚼(ほとんどかめない)」0.9%、「咀嚼(かみにくい)」25.9%、「1回30分以上の運動習慣なし」65.8%で、いずれも、県より高い状況です。
- 「週3回以上朝食を抜く」7.8%、「週3回以上就寝前の夕食」11.8%、「喫煙」11.2%で、いずれも県より低い状況です。

図 2 4 メタボ該当者・予備群割合の推移



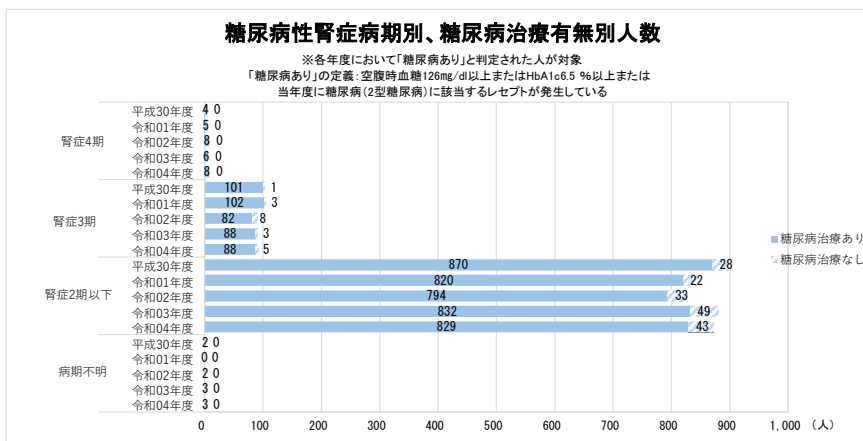
- 令和3年度メタボ該当者割合は、「男性」32.5%、「女性」14.7%、メタボ予備群割合は「男性」17.9%、「女性」6.0%です。「メタボ該当者割合」男性は県と同程度で、女性は経年的に県より高い状況で推移しています。「メタボ予備群割合」は、男女とも県と同程度です。
- 「メタボ該当者割合」は、男女とも増減しながら、令和3年度は、平成29年度より増加しています。「メタボ予備群割合」男性は経年的に増加傾向がみられ、女性は増減しながら令和3年度は、平成29年度より減少しています。

図 2 5 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



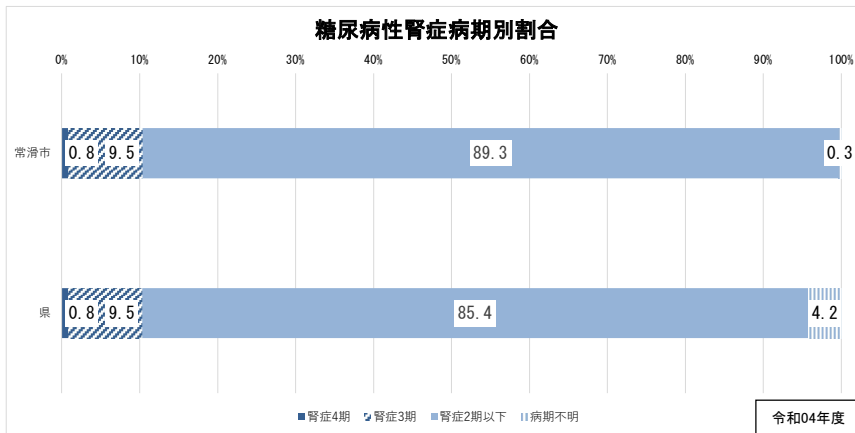
- メタボ該当者割合は、男性では「55～59歳」「65～69歳」、女性では「40～44歳」「45～49歳」「55～59歳」「65～69歳」「70～74歳」が県より高い状況です。
- メタボ予備群割合は、男性では「40～44歳」「70～74歳」、女性では「55～59歳」「70～74歳」が県より高い状況です。

図 2 6 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数



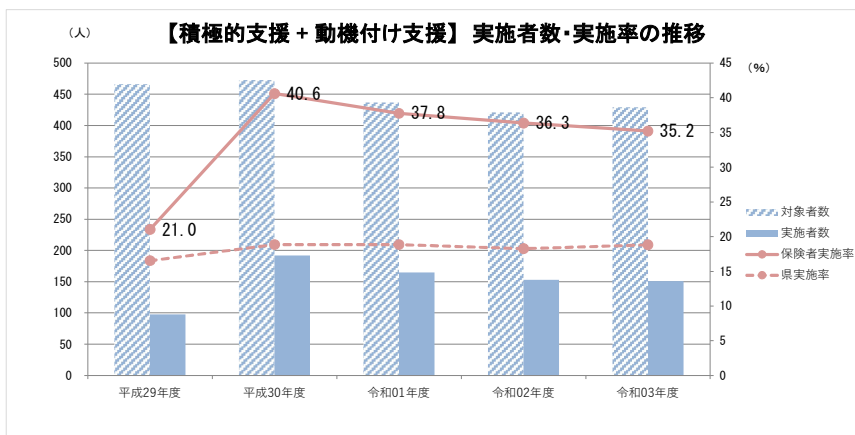
- 「腎症3期」の「糖尿病治療なし」は、「平成30年度」1人から「令和4年度」5人で、経年的に増加傾向にあります。
- 「腎症2期以下」の「糖尿病治療なし」は、「平成30年度」28人から「令和4年度」43人で、経年的に増加傾向にあります。
- 「腎症3期」の「糖尿病治療あり」は、「平成30年度」101人から「令和4年度」88人と減少しています。
- 「腎症2期以下」の「糖尿病治療あり」は、「平成30年度」870人から「令和4年度」829人と減少傾向にあります。

図 2.7 糖尿病性腎症病期別割合



・「腎症4期」0.8%、「腎症3期」9.5%、「腎症2期以下」は89.3%で、いずれも、県と同程度です。

図 2.8 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移



・令和3年度「特定保健指導実施率」は35.2%で、県より高い状況で推移しています。
 ・令和3年度「積極的支援実施率」は33.7%で、「動機付け支援実施率」は35.6%で、いずれも県より高い状況です。

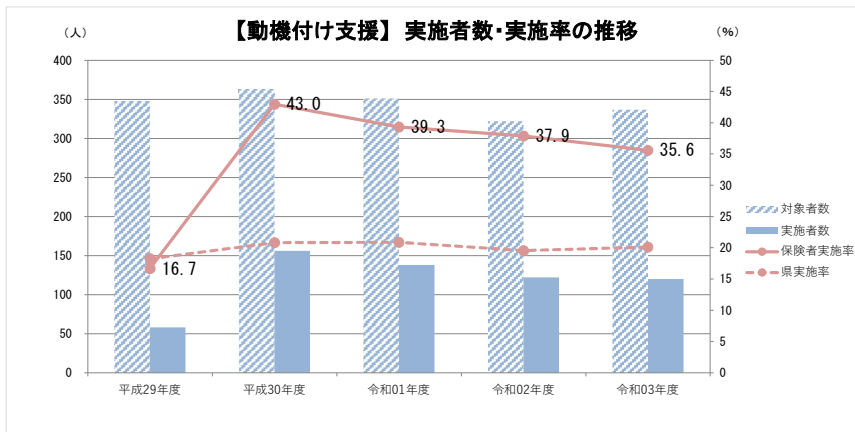
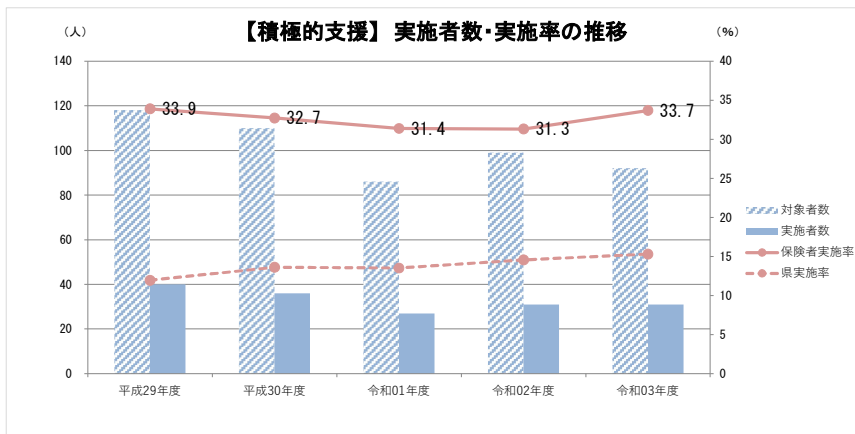
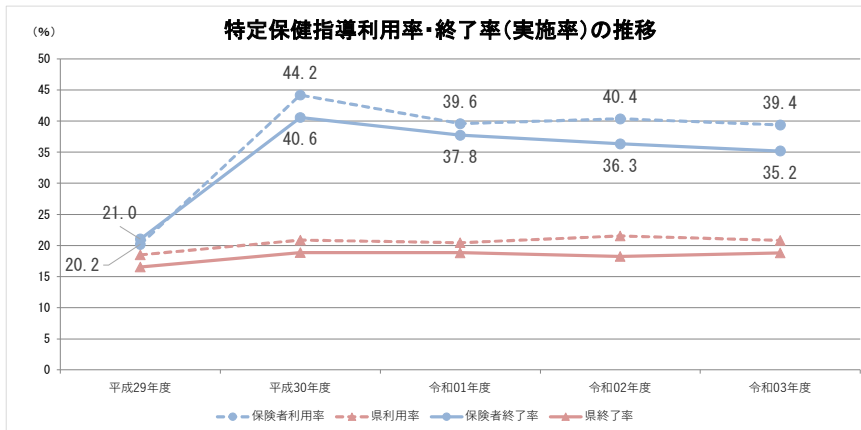
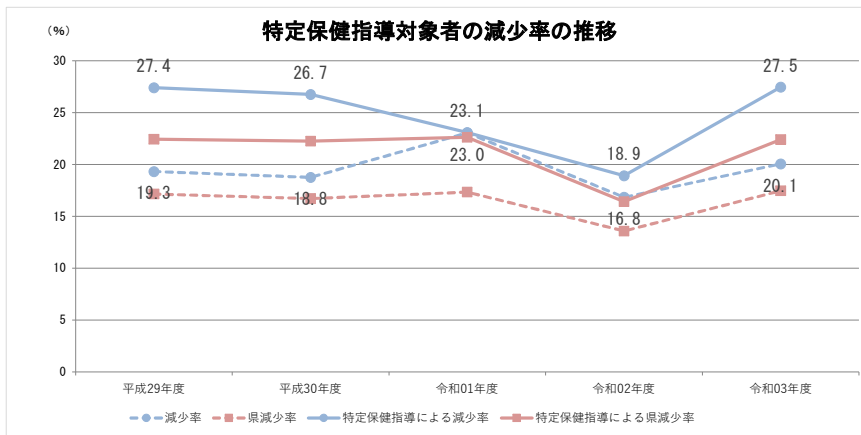


図 2 9 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移



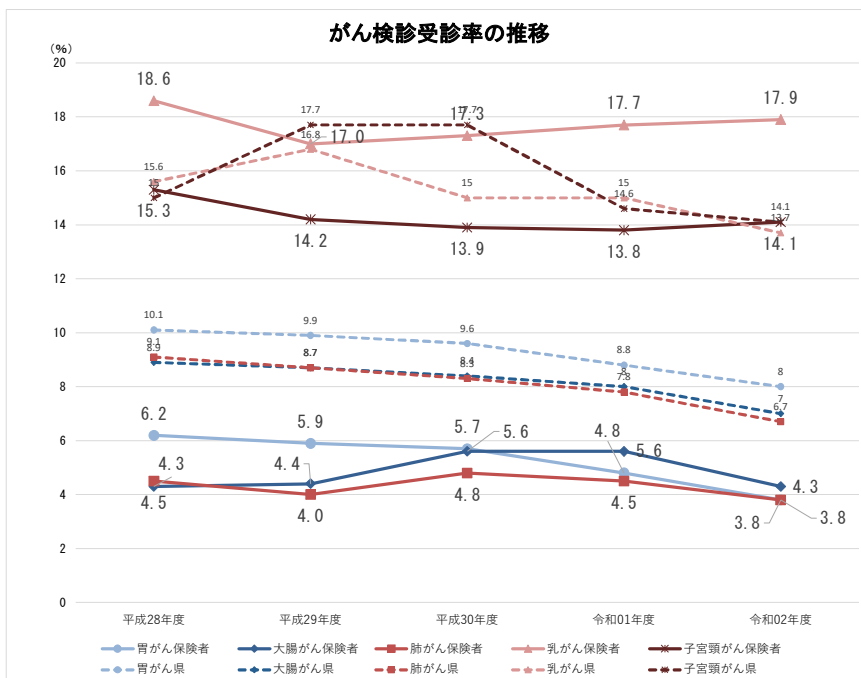
令和3年度特定保健指導「利用率」39.4%、「終了率」35.2%で、経年的に県より高い状況で推移しています。

図 3 0 特定保健指導対象者の減少率の推移



令和3年度の「特定保健指導対象者の減少率」は20.1%、「特定保健指導による減少率」は27.5%で、いずれも県より高い状況です。
 「特定保健指導対象者の減少率」、「特定保健指導による減少率」は県と同様に令和2年度に減少し、令和3年度増加しています。

図 3 1 がん検診受診率の推移



令和2年度がん検診受診率は「胃がん」3.8%、「大腸がん」4.3%、「肺がん」3.8%、「乳がん」17.9%、「子宮頸がん」14.1%です。
 「乳がん」は、県より高い状況で推移しています。
 「胃がん」「大腸がん」「肺がん」は、県より低い状況で推移しています。

掲載図表 データ取得元一覧

	項目	取得元
表 1	医療提供体制等の比較	e-Stat〔医療施設調査、人口推計〕、愛知県Webページ
図 1	性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布	愛知県Webページ、KDB〔被保険者台帳〕
図 2	人口、国保被保険者数と高齢化率	愛知県Webページ、KDB〔被保険者台帳〕
図 3	平均余命と平均自立期間	KDB〔地域の全体像の把握〕
図 4	死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値	愛知県衛生研究所
図 5	要介護認定状況の推移	KDB〔要介護（支援）者認定状況〕
図 6	要介護認定状況の割合	KDB〔要介護（支援）者認定状況〕
図 7	総医療費と生活習慣病総医療費の推移	KDB〔医療費の状況、疾病別医療費分析（生活習慣病）〕
図 8	被保険者1人当たり医療費	KDB〔健康スコアリング（医療）〕
図 9	年齢階級別の一人当たり総医療費	KDB〔医療費の状況〕
図 10	疾病大分類1人当たり医療費	KDB〔疾病別医療費分析（大分類）〕
図 11	疾病中分類1人当たり医療費	KDB〔疾病別医療費分析（中分類）〕
図 12	主要がん1人当り医療費	KDB〔疾病別医療費分析（細小分類）〕
図 13	糖尿病患者数の推移	KDB〔医療費分析（1）細小分類〕
図 14	人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移	KDB〔医療費分析（1）細小分類〕
図 15	後発医薬品の普及状況	国保総合システム〔保険者別医薬品利用実態（国保一般）〕
図 16	重複投薬者件数の推移	KDB〔被保険者台帳〕
図 17	特定健診受診者数・受診率の推移	法定報告
図 18	性・年齢階級別特定健診受診率	KDB〔健診の状況〕
図 19	特定健診有所見者割合	KDB〔厚生労働省様式（様式5-2）〕
図 20	治療有無別血圧区分別該当者数	KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕
図 21	治療有無別HbA1c区分別該当者数	KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕
図 22	治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数	KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕
図 23	標準的な質問票の項目別回答者割合	KDB〔質問票調査の状況〕
図 24	メタボ該当者・予備群割合の推移	法定報告
図 25	性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合	法定報告
図 26	糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数	KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕
図 27	糖尿病性腎症病期別割合	KDB〔介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）〕
図 28	積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移	法定報告
図 29	特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移	法定報告
図 30	特定保健指導対象者の減少率の推移	法定報告
図 31	がん検診受診率の推移	e-Stat〔地域保健・健康増進事業報告〕

用語の解説

【ア行】

▼AI Cube（アイキューブ）

愛知県国民健康保険団体連合会が平成 26 年（2014 年）に構築した、医療費の状況や疾病保有者の情報などを集計分析できる独自の医療費分析システム。

▼HDL コレステロール

高比重リポたんぱく質（HDL）と複合したコレステロール。HDL は体内の末梢で酸化して害をなすコレステロールを取り除き、動脈硬化などを防ぐ働きがあるところから、この複合体を善玉コレステロールともいう。特定健康診査における基準値は 40mg/dl 以上である。

▼LDL コレステロール

低比重リポたんぱく質（LDL）と複合したコレステロール。LDL は肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ働きがある。これが過剰になると動脈硬化などの原因となるところから、この複合体を悪玉コレステロールともいう。特定健康診査における基準値は 120mg/dl 未満である。

【カ行】

▼拡張期血圧

心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さと血液量によって決まる。血液の粘度が高くなったり、血管が硬化したりすると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。特定健康診査における基準値は 85mmHg 未満である。

▼KDB（国保データベースシステム）

国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務および保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに提供するシステム。

【サ行】

▼ジェネリック医薬品

先発医薬品の特許が切れた後に製造販売される、新薬と同一の有効成分を同一量含み、同一の効能・効果を持ち、先発医薬品より安価で供給される医薬品。

▼ジェネリック医薬品利用率（数量シェア）

ジェネリック医薬品の数量 ÷（ジェネリック医薬品へ代替可能な先発医薬品の数量 +

ジェネリック医薬品の数量)

▼疾病分類

部位、原因等で大きくまとめた大分類、共通項目を有する疾患でまとめた中分類、病態等の共通の性質を持った疾患でまとめた小分類に分類されている。

▼収縮期血圧

心臓が収縮したときの血圧。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧が最も高くなるため、最高血圧とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さと血液量によって決まる。血液の粘度が高くなったり、血管が硬化したりすると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。特定健康診査における基準値は 130mmHg 未満である。

【夕行】

▼中性脂肪

体内ではエネルギー源として使われていて、余りは脂肪となって体内に貯蓄される物質のこと。

▼重複・頻回受診

重複受診は、ある病気で、同時に複数の医療機関にかかること。頻回受診は、同一医療機関に何度も受診していること。

▼糖尿病性腎症

糖尿病の主な合併症の1つで、糖尿病により血糖値の高い状態が長期間続くことで発症し、腎障害の進行とともに腎不全に至る病気。透析導入の原因として最も多い疾患となっている。初期には自覚症状がほとんどなく、進行すると良い状態に戻すことが難しくなるため、早期発見・早期治療が非常に重要となる。

【八行】

▼BMI

肥満度の指標で、次の算式で求める。18.5 未満が「やせ」、18.5 以上 25 未満が「標準」、25 以上が「肥満」とされる。

体重 (kg) ÷ [身長 (m)]²

▼標準化死亡比 (SMR (standardized mortality ratio))

年齢や性別の構成が異なる集団の死亡率を比較する場合に用いられるもので、次の算式で求める。100 を下回れば全国平均または県平均より低い死亡率を表している。

観察集団（市）の現実の死亡数 ÷ { (基準となる人口集団（全国または県）の年齢別死亡率 × 観察集団（市）の年齢別人口) の総和 } × 100

▼ベイズ推定値

市町村等の標準化死亡比や合計特殊出生率の算出において、地域間比較や経年比較に耐えるより安定性の高い指標を求めため、出現数の少なさに起因する偶然変動の影響を減少させた推定値。具体的には、当該市区町村を含むより広い地域である二次医療圏（特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する圏域）の出生、死亡の状況を情報として活用し、これと各市区町村固有の出生、死亡数等の観測データとを総合化して当該市区町村の合計特殊出生率、標準化死亡比を推定する。

▼HbA1c（ヘモグロビン・エー・ワン・シー）

赤血球の中に含まれるヘモグロビンにブドウ糖が結合したもので、検査日から過去 1～2 か月間の平均血糖値を反映する血糖コントロールの指標。HbA1c 値は血糖値とは異なり、検査前の食事摂取などの影響を受けないため、糖尿病の予防や発見に高い信頼性をもって寄与している。特定健康診査における基準値は 5.6%未満（NGSP 値）である。

【マ行】

▼メタボリックシンドローム（メタボ）

内臓肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患をまねきやすい病態。単に腹囲が大きいただけでは当てはまらない。

【ヤ行】

▼有所見者

健康診査結果の数値が基準値から外れている者。

【ラ行】

▼レセプト

レセプト（診療報酬明細書）は、医療費の請求明細のことで、保険医療機関・保険薬局が保険者に医療費を請求する際に使用するもの。

