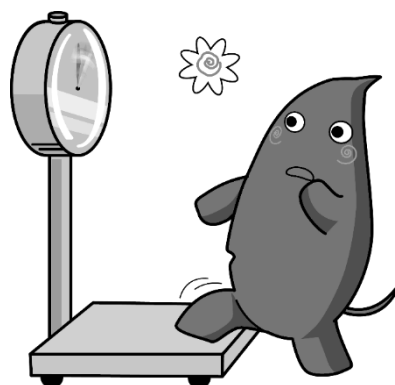


大和市国民健康保険データヘルス計画

Yamato City National Health Insurance Data Health Plan

特定健康診査等実施計画 Physical Check-up Implementation Plan

2018~2023



大和市イベントキャラクター ヤマトン

序 章

(1) 大和市の概況	1
(2) 大和市の人口構成・高齢化率	2
(3) 大和市における健康寿命	3
(4) 大和市における死因	4

第1章 大和市民健康保険データヘルス計画（第2期）

1 計画策定の概要	5
(1) 計画策定の背景	5
(2) 計画策定の目的	5
(3) 計画の位置づけ	6
(4) 実施体制	6
(5) 計画の期間	6
2 大和市民健康保険の状況	7
(1) 国民健康保険加入者の状況	7
(2) 国民健康保険医療費の状況	8
① 総医療費の推移	8
② 1人当たりの医療費の推移	8
③ 疾病別の医療費	9
3 保健事業	11
(1) 保健事業の実施状況	11
① 特定健康診査事業	11
② 特定保健指導事業	12
③ 糖尿病（性腎症）重症化予防	15
ア 糖尿病有病者の増加抑制・発症予防教室の開催（一次予防）	16
イ 糖尿病重症化予防（二次予防）	16
ウ 糖尿病性腎症重症化予防（三次予防）	16
④ 人間ドック助成事業	17
⑤ 国保健康づくり教室	18

4 大和市の課題	19
(1) 特定健康診査受診率	19
① 40～50歳代の受診率の向上	19
② 未受診者に対する受診勧奨	19
③ 有所見者に対する受診勧奨	20
ア 血圧リスクの状況	22
イ 血糖リスクの状況	23
ウ 脂質リスクの状況	24
(2) 特定保健指導実施率	25
(3) 糖尿病（性腎症）重症化予防	25
5 保健事業の目標及び評価指標	26
(1) 短期的な目標（単年度ごとの目標）	
① 特定健康診査受診率の向上	26
② 特定保健指導等実施率の向上	26
③ 糖尿病（性腎症）重症化予防	26
(2) 中長期的な目標	26
6 今後の事業展開	28
(1) 特定健康診査受診率の向上	28
① 若年層の受診率の向上	28
② 過去3年間未受診者の減少	28
③ 人間ドック受診者数の増加	28
(2) 特定保健指導受診率（利用率）向上	28
(3) 糖尿病（性腎症）重症化予防	28
(4) フレイル・低栄養支援の充実（メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行）	28
(5) 疾病予防（国保健康づくり教室）	29
7 その他	30
(1) 大和市民健康保険データヘルス計画の見直し	30
(2) 計画の公表・周知	30
(3) 個人情報の保護	31
(4) 保健事業にかかるスケジュール	32

第2章 特定健康診査等実施計画（第3期）

1	特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方	33
2	第2期計画の実績と課題	33
3	特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標	35
4	特定健康診査等の対象者数	35
(1)	特定健康診査受診対象者推計	35
(2)	特定保健指導の対象者の発生率	37
(3)	特定健康診査及び特定保健指導受診者推計	38
5	特定健康診査等の実施方法	39
(1)	特定健康診査	39
(2)	特定保健指導	41
(3)	代行機関の利用	42
(4)	他の健診データの受領方法	42
(5)	年間実施スケジュール	43
6	個人情報の保護	44
7	特定健康診査等実施計画の公表・周知	44
8	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	44
9	その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項	44
	参考資料（用語解説）	45

序章

(1) 大和市の概況

大和市は、昭和34年2月1日に神奈川県下14番目の市として市制を施行しました。

神奈川県のおぼ中央に位置し、横浜、相模原、藤沢、海老名、座間、綾瀬、東京都町田の7市に隣接しています。市域は南北に細長く、丘陵起伏がほとんどありません。

人口は約23万人、世帯数は約103,000世帯。人口密度が高く、外国籍の市民が多いのも特徴です。

都心から40km圏内で、3つの鉄道が東西南北に走り、東京へ1時間弱、横浜へは20分で行くことができます。市内には8つの駅があり、市域のほとんどが駅まで15分以内の徒歩圏内にあります。

また、道路網も国道16号線、246号線及び467号線のほか県道4線が縦横に走り、東名高速道路横浜町田インターチェンジにも近いなど、交通の利便性に恵まれています。これらの要素により、大和市はベッドタウンとして、高度経済成長期には急激に人口が増加し、発展してきました。

大和市と綾瀬市にまたがる米海軍厚木基地に飛来する航空機の騒音は、長年大きな課題となっています。



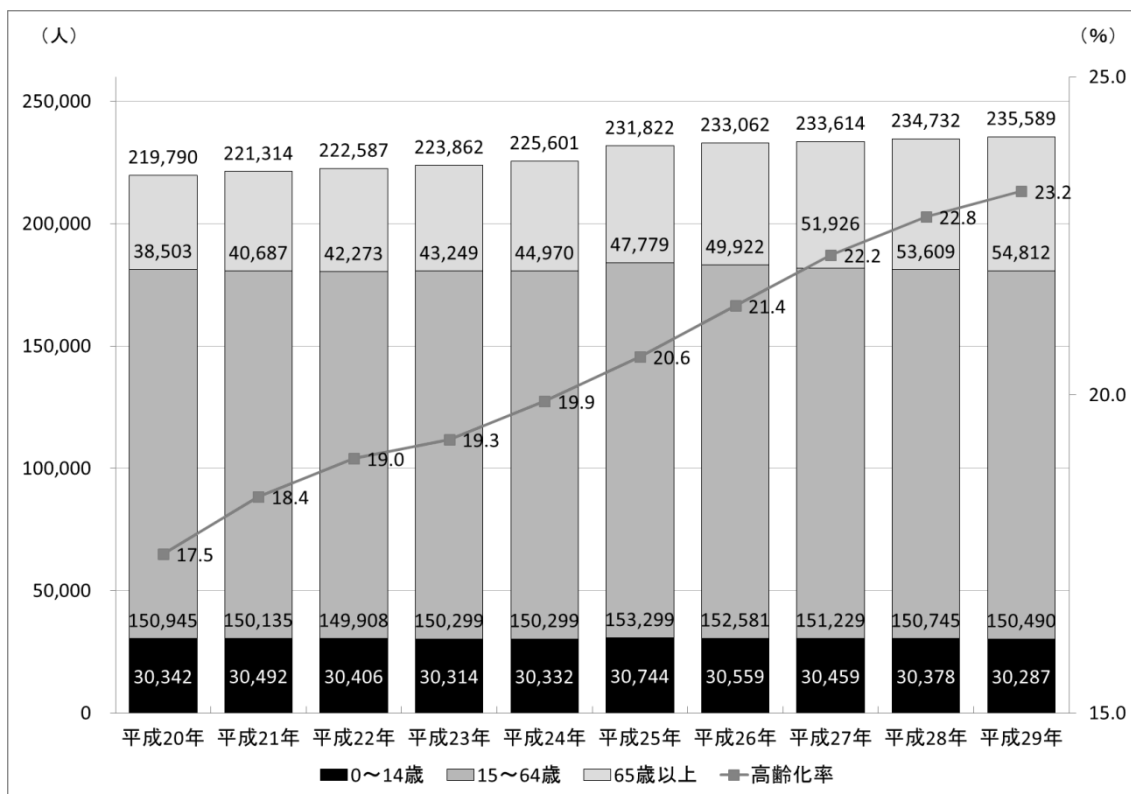
(2) 大和市の人口構成・高齢化率

総人口は年々増加し、2017年（平成29年）4月1日現在235,589人となっています。

65歳以上の人口も総人口に比例して増加し、高齢化率は平成29年に23.2%となり9年間で5.7ポイント上昇しています。

市の推計では、2022年に人口増加のピークを迎え（239,354人）、以後は減少に転じますが、少子高齢化の傾向は今後も続くものとしています。

図1 年齢3階層別人口、高齢化率の推移



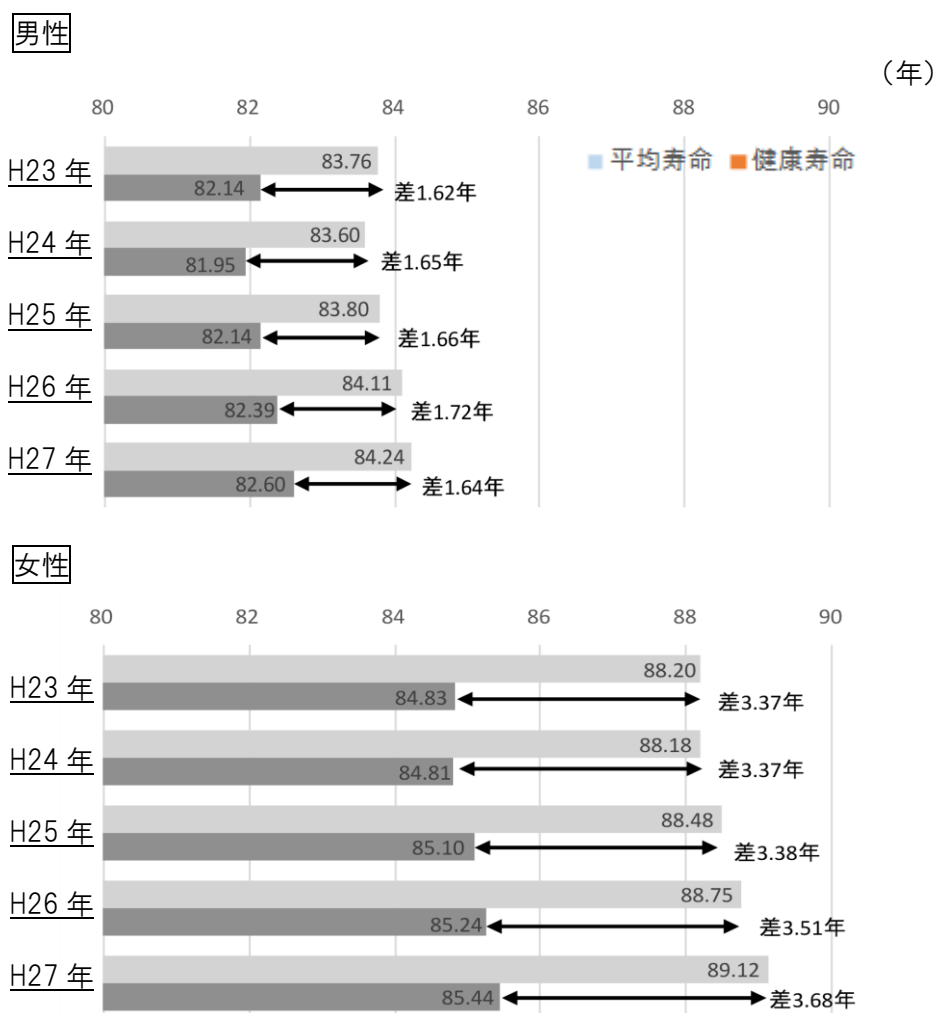
資料：住民基本台帳（各年度4月1日現在）

(3) 大和市における健康寿命

「健康寿命」は、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間とされており、国民の健康増進を図るための基本的な方針である「健康日本21」^(※用語1)においても、「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」が目標として掲げられているように、寿命だけではない、新たな指標として注目されています。

本市においては、男女ともに健康寿命の伸びよりも平均余命の伸びが大きい傾向にあり、介護が必要となる期間を縮め、個人やその家族の負担を減らすことができる健康寿命の延伸が課題となっています。

図2 大和市の健康寿命と平均寿命



資料：大和市健康都市プログラム（平成28年度改訂版）

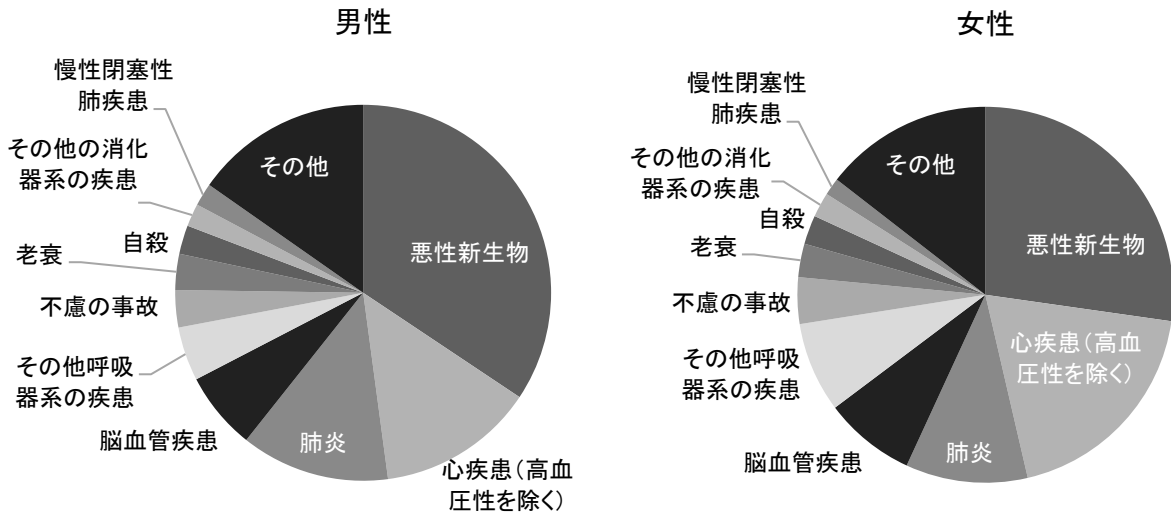
※用語解説は（巻末）を参照

(4) 大和市における死因

本市における死因は、男女ともに第1位は「悪性新生物」、第2位は「心疾患（高血圧性を除く）」となっており、脳血管疾患やその他呼吸器系疾患と続きます（図3）。

また、主要死因別標準化死亡比（平成20～24年平均）をみると、全国、神奈川県と比較し、脳内出血等、生活習慣病を起因とする疾病の割合が高くなっています（がんを除く）（下表）。

図3 主要死因別死亡割合（平成26年度）



資料：保健福祉事務所年報（別冊）第8章 衛生統計（平成26年度）

主要死因別標準化死亡比（平成20～24年平均）※全国=100を基準

大和市(男性)

	大和市	神奈川県
悪性新生物	101.7	98.1
急性心筋梗塞	77.6	106.0
脳内出血	108.0	99.4
脳梗塞	97.2	92
肺炎	99.6	93.1
肝疾患	114.8	125.1
腎不全	73.3	76.7
老衰	109.0	116.0

大和市(女性)

	大和市	神奈川県
悪性新生物	104.9	101.0
急性心筋梗塞	83.4	95.7
脳内出血	107.8	102.0
脳梗塞	84.5	96.8
肺炎	113.8	92.3
肝疾患	142.2	103.8
腎不全	95.4	77.2
老衰	91.1	110.0

資料：人口動態保健所・市区町村別統計

第1章 大和市国民健康保険データヘルス計画(第2期)

1 計画策定の概要

(1) 計画策定の背景

日本の総人口に占める65歳以上人口の割合(高齢化率)は年々増加し、2017年(平成29年)には27.7%(総務省「人口統計」/平成29年9月15日現在)と過去最高となり、これは世界でもトップの水準になっています。今後も高齢化率は増加が見込まれることから、わが国は、これまで経験したことのない超高齢社会に突入することになります。

人生80年の時代を迎え、これまで高齢者とされてきた世代の意識も大きく変わり、多くの方が地域や職場などで活躍しています。いつまでもはつらつと元気に活躍するために、日本人の死因の約6割である生活習慣病の早期発見・予防、生活改善を図ることが必要です。

平成20年度より、各保険者が主体となり、生活習慣病に着目した特定健康診査が始まりました。さらに診療報酬明細書^(※2)等の電子化が進み、国保データベース(KDB)システム^(※3,4)等の分析環境が整ったことで、保険者がデータを活用して被保険者の健康課題の分析や、保健事業の評価等を行うことが可能になりました。

平成25年6月には、閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合は、レセプト等のデータ分析と、それに基づく加入者の健康保持増進のための「データヘルス計画」を作成し、事業を推進する」旨の方針が示されました。

これを踏まえ、平成26年3月に保健事業の実施指針の一部が改正され、「保険者は健康・医療情報を活用して、データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った保健事業の実施を図る」とされました。

大和市国民健康保険においては、本市の目指す「健康都市」の実現に向け、平成29年度を計画期間とする第1期のデータヘルス計画を試行的に策定したところであり、引き続き、平成30年度を始期とする第2期計画を策定することとなりました。

(2) 計画策定の目的

市民一人ひとりの健康な生活の実現に向けた取り組みを進めるために、健康・医療データを活用した科学的アプローチを通じて、生活習慣病の早期発見・予防、生活改善や重症化予防等のための効果的かつ効率的な保健事業を実施し、医療費の適正化を図ります。

(3) 計画の位置づけ

大和市国民健康保険データヘルス計画は、大和市総合計画における「人の健康」領域に関わる個別計画とします。

(4) 実施体制

国民健康保険関係部局の連携強化を継続的に進め、大和市国民健康保険運営協議会においても計画に関する意見聴取等を行い、事業を推進します。

(5) 計画の期間

本計画の計画期間は、2018年度（平成30年度）から2023年度の6年間とします（神奈川県医療適正化計画^(※5)と年度を合わせます）。

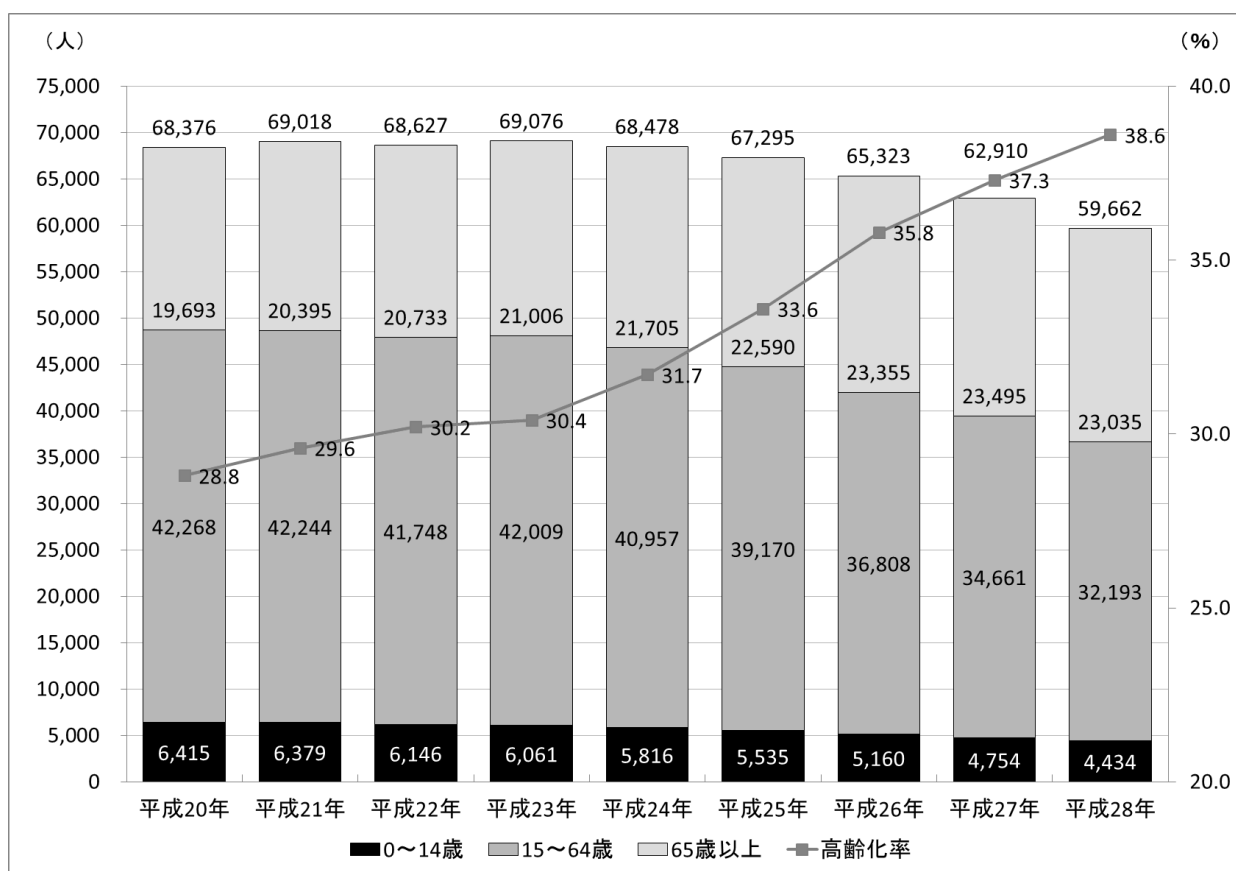
2 大和市国民健康保険の状況

(1) 国民健康保険加入者の状況

後期高齢者医療制度^(※6)への移行や景気回復による社会保険への移行等により、国民健康保険の加入者は年々減少しています。

一方で、加入者の高齢化率は、平成28年度に38.6%となり8年間で9.8ポイント上昇しました。この傾向は今後も続くものと予想しています。

図4 年齢階層別国民健康保険加入者数、高齢化率の推移



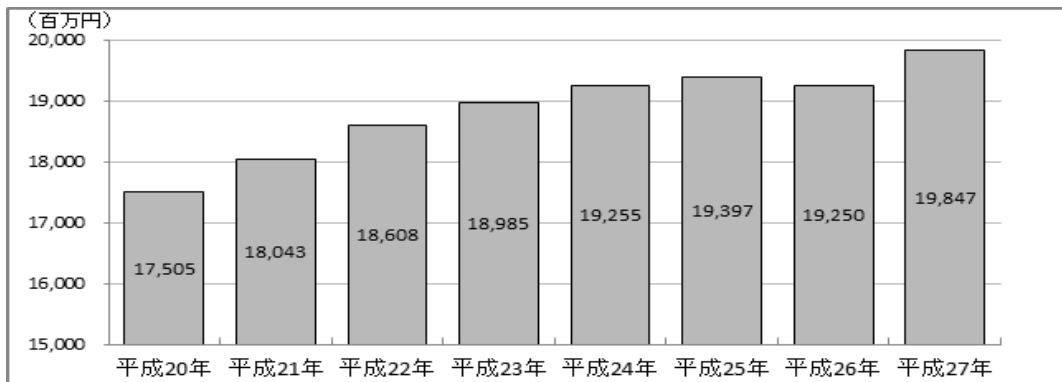
資料：国民健康保険実態調査（各年度9月末日現在）

(2) 国民健康保険医療費の状況

① 総医療費の推移

本市の総医療費の推移をみると、平成20年度から平成25年度まで右肩上がり
で増加しています。平成24年度以降は190億円を超え、平成27年度には高額な
新薬の影響で大幅に増加しています。

図5 総医療費の推移



資料：国民健康保険事業状況

② 1人当たりの医療費の推移

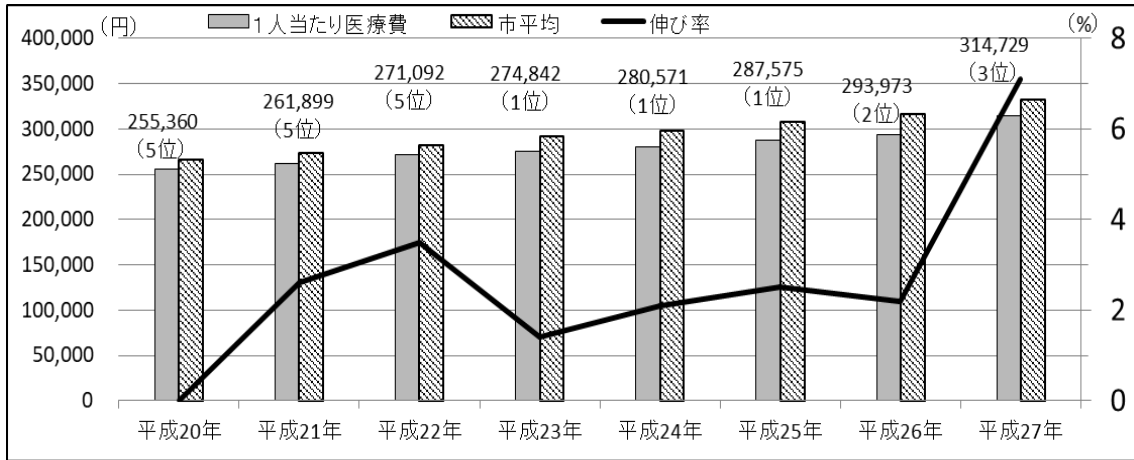
被保険者数は減少しているものの、本市の1人当たりの医療費は、医療の高度化等
を要因として増加し続けています。平成27年度は高額な新薬の使用の影響により、
前年度比7.1%と高い伸び率を示しましたが、ここ数年は概ね2%台で推移してい
ます。

県内19市で比較すると、本市の1人当たり医療費は少なく、これは市の施策の
成果が徐々に表れてきているものと思われます。

年度	大和市		県内19市平均 1人当たり医療費(円)
	1人当たり医療費(円)	伸び率(%)	
20年度	255,360 ⑤	0.0	266,151
21年度	261,899 ⑤	2.6	273,807
22年度	271,092 ⑤	3.5	282,516
23年度	274,842 ①	1.4	291,142
24年度	280,571 ①	2.1	298,272
25年度	285,575 ①	2.5	307,294
26年度	293,973 ②	2.2	316,396
27年度	314,729 ③	7.1	332,786

※○数字は県内19市中の順位を示す。

図6 1人当たりの医療費の推移



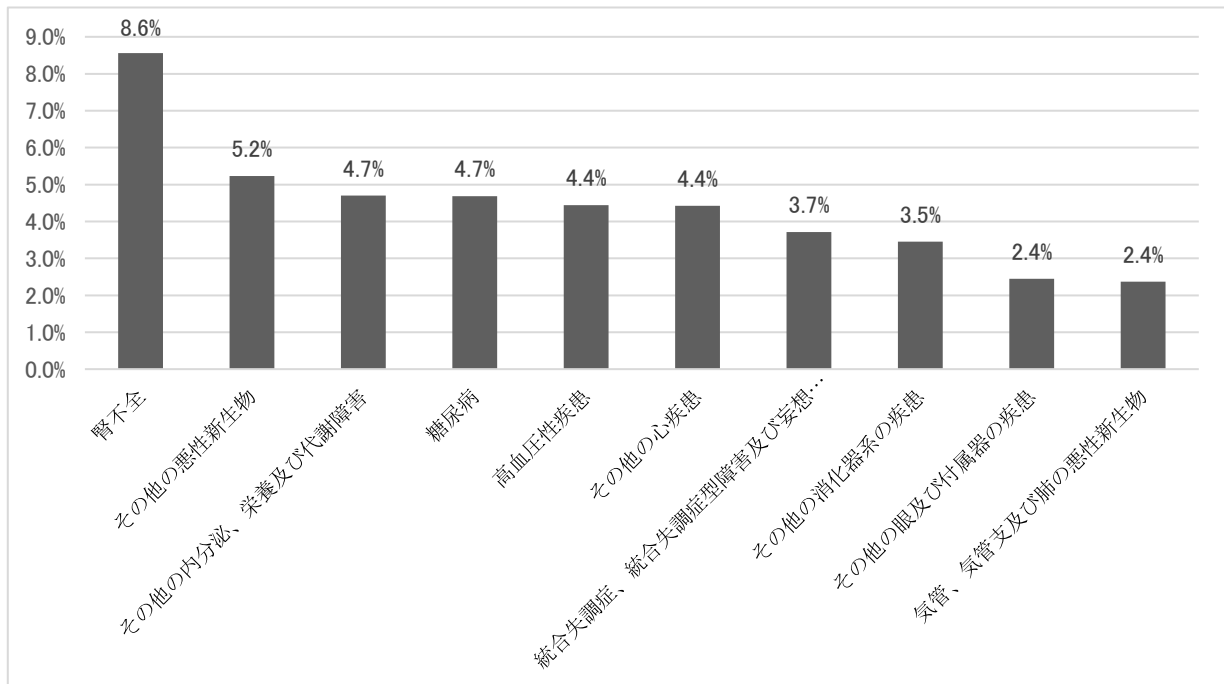
資料：国民健康保険事業状況

③ 疾病別の医療費

本市国保の疾病別医療費（入院・外来合計）は、腎不全の比率がもっとも高く、腎不全へつながる糖尿病や高血圧性疾患も次いで高くなっています（図7）。

また、神奈川県の前年齢別人口構成を、本市と同一と仮定して算出した疾病別医療費分析をみると、本市の男性は脳梗塞や脳出血での入院が多いことがわかります（図8）。

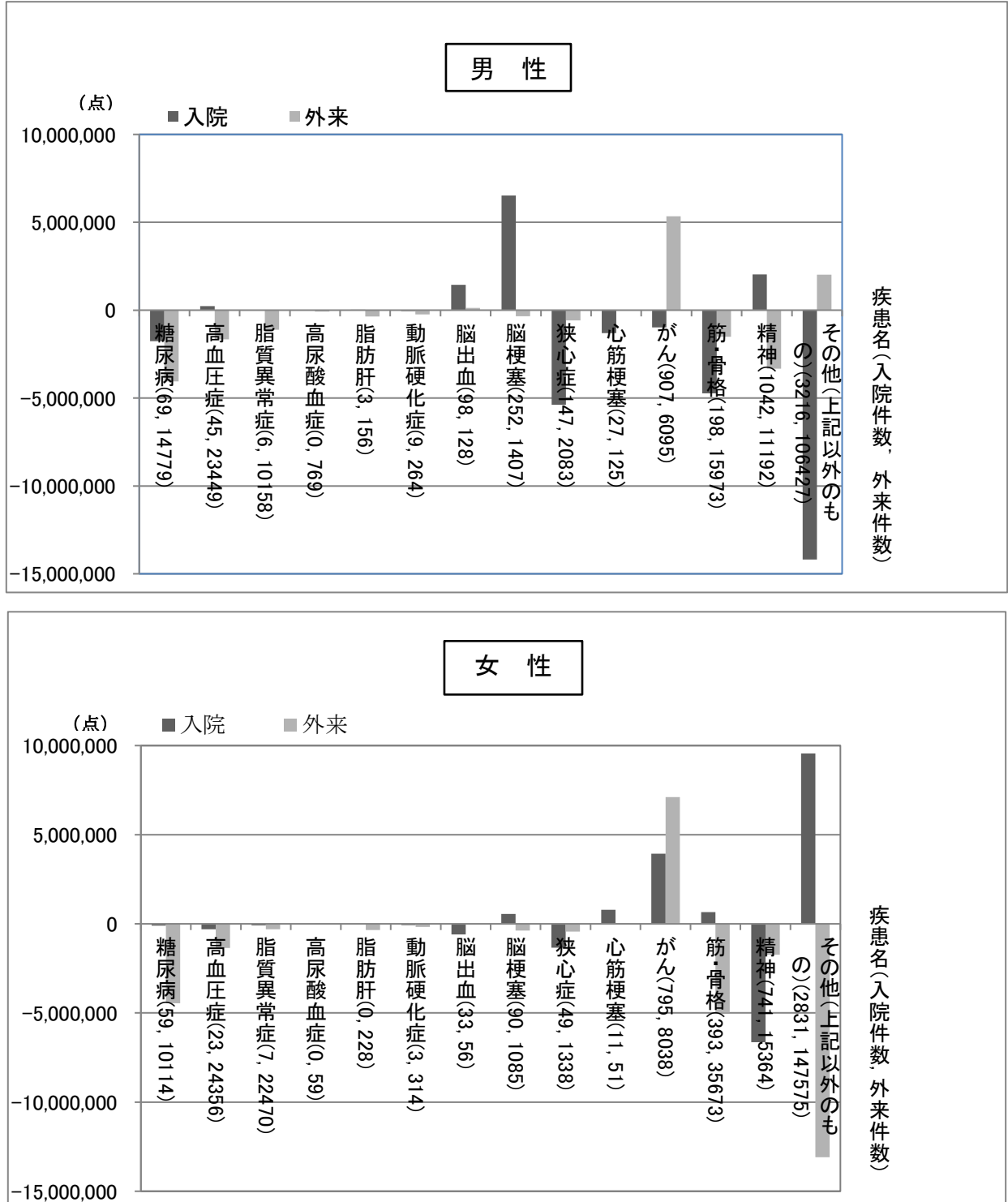
図7 疾病別医療費（入院・外来合計／平成28年度）



資料：国保データベース

図8 疾病別医療費分析（平成28年度）

※県の診療報酬点数（1点=10円）0点を基準として比較



資料：国保データベース

3 保健事業

(1) 保健事業の実施状況

① 特定健康診査事業

本市では、平成20年度から、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）^(※7)の該当者及び予備群を減らすために、特定健診を実施しています。

対象者	4月1日現在、国民健康保険に加入している40歳以上75歳未満の者
実施期間	6月1日～9月30日
費用	1,200円（70歳以上、市民税非課税者等は無料）
検査内容	【基本的な健診項目】（大和市独自項目を含む） 問診・身長・体重・腹囲・BMI・血圧測定・肝機能・血中脂質・血糖・尿・腎機能、総コレステロール、クレアチニン（※詳細項目として扱わない場合）、尿酸、血清アルブミン、ALP 【詳細な健診の検査項目】（医師が必要と判断した場合のみ実施） 心電図・眼底・貧血・血清クレアチニン 【希望者】 胸部X線検査、肝炎ウイルス検査、前立腺がん検査
通知方法等	対象者に5月下旬に受診券を送付
実施方法	市内指定医療機関にて受診
その他	広報やインセンティブ事業、勧奨通知等による受診勧奨を実施。 平成28年度は、40歳～50歳の過去5年間未受診者（2,946件）に勧奨通知を送付し、157人（5.3%）が受診。法定報告値では40歳～49歳の受診率が0.5ポイント上昇。
担当	市民経済部保険年金課、健康福祉部健康づくり推進課（H30.3現在）

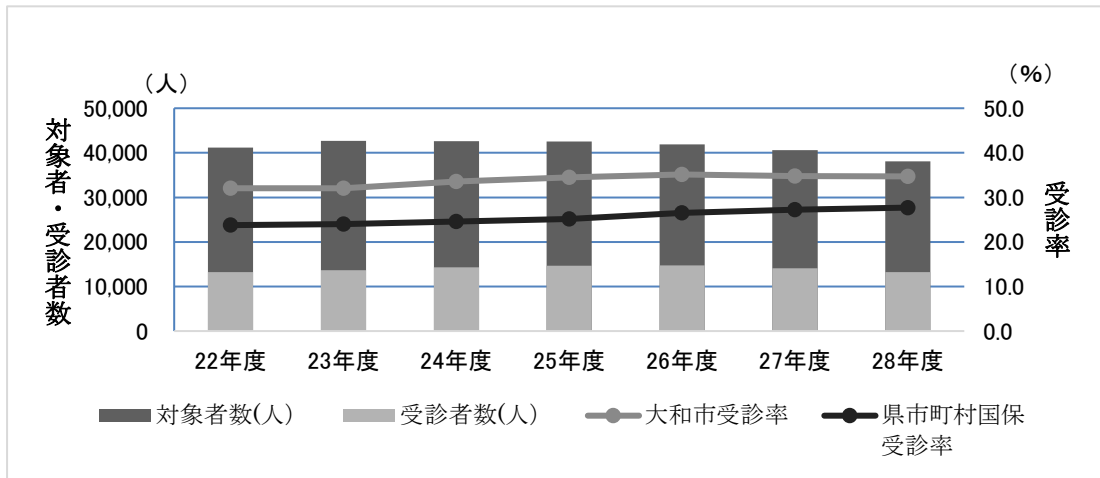
健診の受診率を上げることで生活習慣病の早期発見や重症化予防、医療費の抑制につなげることができますが、本市の受診率は、県内平均と比較すると高いものの、依然として40～50歳代の受診率が低く、健診の周知方法が課題となっています。

特定健診受診率の推移

年度	大和市			県内19市国保 平均受診率(%)	県市町村国保 平均受診率(%)
	対象者数(人)	受診者数(人)	受診率(%)		
22年度	41,198	13,212	32.1 ⑦	28.2	23.8
23年度	42,706	13,684	32.0 ⑥	28.1	24.0
24年度	42,637	14,308	33.6 ⑤	28.7	24.6
25年度	42,518	14,658	34.5 ④	29.3	25.2
26年度	41,871	14,713	35.1 ④	30.4	26.5
27年度	40,589	14,126	34.8 ⑤	31.2	27.2
28年度	38,088	13,207	34.7 ⑤	31.1	27.7

※受診率欄の○数字は、県内19市中の順位を示す。

図9 特定健診受診率の推移



資料：特定健康診査等の実施状況報告

② 特定保健指導^(※8) 事業

本市では、特定健診と同様に、平成20年度から健診結果に応じて保健指導レベルを判定し、特定保健指導というアフターフォローを行っています。医師、保健師、管理栄養士など専門家と一緒に生活習慣を振り返り、健康状態やライフスタイルに合わせた生活改善を行うことができます。

対象者	特定健診を受診し、特定保健指導の対象となった者 ※P.14「特定保健指導の判定基準」参照。
実施期間	10月から翌年度9月まで
費用	無料
検査内容	初回面接⇒(中間面接)⇒最終面接を実施。 専門家と立てた食生活・運動などの目標を継続的な支援を受けながら実践し、6か月後に改善状況を確認する。
通知方法等	特定健診受診後の3~4か月後に利用券を送付
実施方法	市内指定医療機関または健康づくり推進課で実施
その他	平成28年度には、特定保健指導対象者1,316名のうち、418人が実施し、市主催の教室への参加は254名、市保健師等訪問は275件の実施となった。
担当	市民経済部保険年金課、健康福祉部健康づくり推進課(H30.3現在)

特定保健指導は、食事・運動指導教室への参加や個別相談を通して行われますが、特に、糖尿病、高血圧、脂質異常症等につながるメタボリックシンドロームの進行を抑える役割を担い、特定保健指導利用率向上も重要な指針となります。

本市では、特定保健指導未利用者に対して、電話勧奨・訪問活動を行い、実施率の向上に努めています。市内指定医療機関においても特定保健指導の利用はできますが、その利用率は低く、地域の医療機関との連携も課題の一つです。

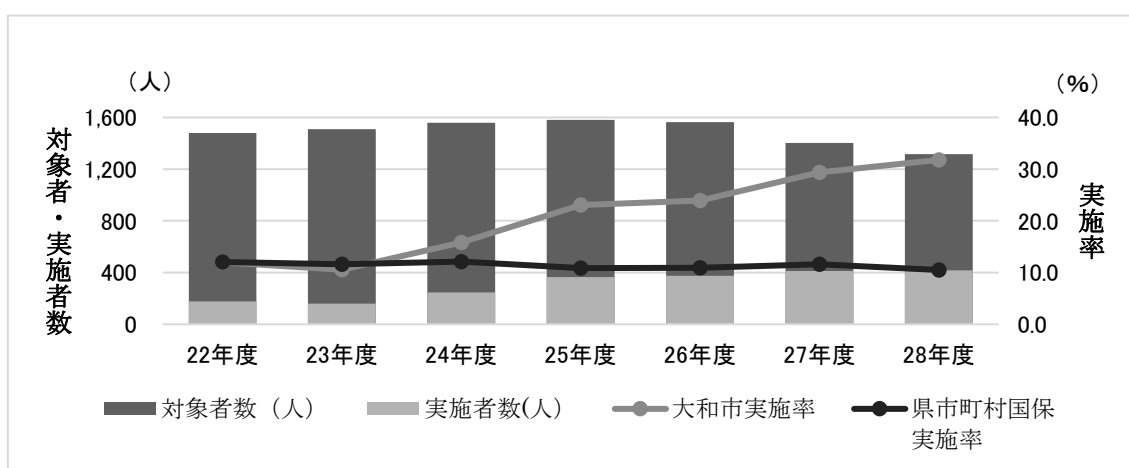
さらに、市が主催する健康教室の内容や、特定保健指導未利用者へのアプローチ等についても工夫が必要です。

特定保健指導実施率の推移

年度	大和市			県内19市国保 平均実施率	県市町村国保 平均実施率(%)
	対象者数(人)	実施者数(人)	実施率(%)		
22年度	1,479	177	12.0 ⑪	16.1	12.1
23年度	1,508	159	10.5 ⑬	14.9	11.6
24年度	1,558	246	15.8 ⑦	15.5	12.1
25年度	1,581	365	23.1 ③	14.9	10.9
26年度	1,563	374	23.9 ②	14.9	10.9
27年度	1,403	412	29.4 ①	14.8	11.6
28年度	1,316	418	31.8 ①	14.4	10.5

※実施率欄の○数字は、県内19市中の順位を示す。

図10 特定保健指導実施率の推移



資料：特定健康診査等の実施状況報告

特定保健指導の判定基準

	【血圧】【脂質】【血糖】が 基準値(※)以外の場合	喫煙歴	判定結果		
			40～64 歳	65～74 歳	75 歳以上
男性 腹囲 85cm 以上 女性 腹囲 90cm 以上	2 つ以上該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援	保健指導 なし
	1 つ該当	あり			
男性 腹囲 85cm 未満 女性 腹囲 90cm 未満 かつ BMI25 以上	3 つ該当	なし	積極的 支援		
	2 つ該当	あり			
	1 つ該当	なし	動機付け 支援		
上記以外					

※基準値
【血圧】 収縮期血圧 130 mm Hg 以上 または拡張期血圧 85 mm Hg 以上
【脂質】 中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
【血糖】 空腹時血糖 100mg/dl 以上 または HbA1c (NGSP 値) 5.6% 以上

血圧高値、脂質異常又は血糖高値の治療に係る薬剤を服用しているものは対象にならない。

資料：大和市特定健康診査等実施要領

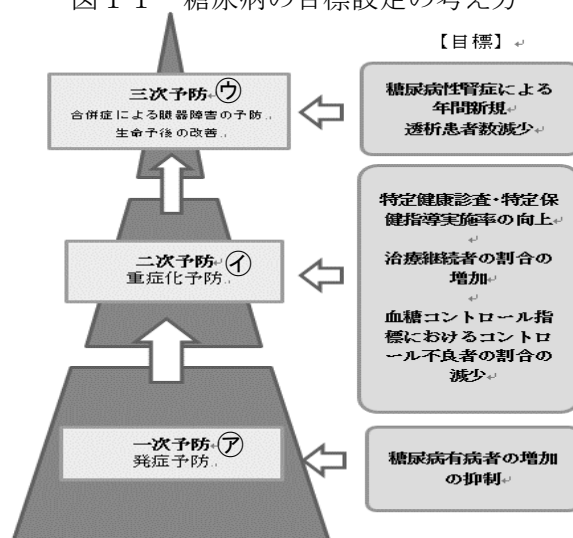
③ 糖尿病（性腎症）重症化予防

本市では、市民に向けた一般的な生活習慣病予防・健康づくり教室等を開催するとともに、特定健診の結果、高血糖、腎機能低下などの所見があった人に対し、生活習慣病重症化予防を目的として、保健師や管理栄養士が訪問等による保健指導を実施しています。

対象者	特定健診の結果、高血圧、高血糖、脂質異常などの所見がある者等
実施期間	通年
費用	無料
検査内容	予防教室等を開催する。また、糖尿病に関する指標から一次予防、二次予防、三次予防と優先順位をつけ、段階的に生活習慣等の指導を実施。家庭訪問や相談会を行う。
通知方法等	広報等による周知。対象者へ通知後、訪問・電話でのアプローチ。
実施方法	発症予防の観点から健康づくり推進課の保健師・管理栄養士による糖尿病予防教室等を開催する。 また、保健師・管理栄養士による指導。初回支援として体のメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で、生活習慣の改善を自ら選択し、確実に行動変容を促す。その後、フォロー訪問をしながら生活習慣の変化をチェックし、最終的に評価を行う。
その他	平成28年度には、延べ1,697人を対象に、訪問等を実施し、CKDステージの維持や、HbA1cの改善につなげた。
担当	健康福祉部健康づくり推進課（H30.3現在）

特に、糖尿病に関しては、指標が一次から三次に分かれており、㉗糖尿病有病者の増加抑制・発症予防のための教室等の開催（一次予防）、㉘糖尿病の重症化を予防する取り組み（二次予防）、そして、㉙深刻度の高い糖尿病性腎症対策（三次予防）の活動を行っています。

図1-1 糖尿病の目標設定の考え方



資料：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料

ア 糖尿病有病者の増加抑制・発症予防教室の開催（一次予防）

本市では、保健師・管理栄養士等による糖尿病予防教室の他、市民の健康づくりを目的としたさまざまな健康づくり教室を実施しています。

加えて、市民からなる健康普及員や食生活改善推進委員が、若い世代から中高年世代までを対象としたウォーキングや体操教室、体組成測定会、料理教室等を開催し、健康づくりのための普及啓発活動を各地域で積極的に行っています。

イ 糖尿病重症化予防（二次予防）

特定健診の結果から HbA1c^(※9)、空腹時血糖^(※10) の値が基準に該当した方を対象に（下表）、主に保健師が個別訪問指導を実施しています。

この結果、指導を行った介入群では、HbA1c の値が維持もしくは改善した人の割合が全体の 89.8% を占め、非介入群と比較して、悪化した人の割合が低くなっています。

図 1 2 HbA1c の維持、改善者の割合
改善:0.5%以上の減少 悪化:0.5%以上の増加



※介入群 :H27年度介入者145人のうち、H28年度も健診を受けた118人
非介入群 :H27年度にモデル地区とした6地区以外の地区(下鶴間・つきみ野、南林間、草柳、上福田、下福田)で、介入群とHbA1c、空腹時血糖、eGFR が同レベルで、27年度と28年度の健診データのある209人

ウ 糖尿病性腎症重症化予防（三次予防）

糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病（以下 CKD^(※11)）の最終段階である人工透析の導入予防を目的に、HbA1c、空腹時血糖値、eGFR^(※12) の値が基準に該当した方を対象に、主に管理栄養士による訪問個別指導を実施しています。

二次・三次予防指導の判定基準（平成28年度）

健診項目	基準値	二次予防指導	三次予防指導
HbA1c	6.5%以上	該当	該当
空腹時血糖	126mg/dl 以上	該当	該当
eGFR	50ml/分/1.73 m ² 未満	—	該当

図 1 3 検査値改善効果

(平成 2 7 年度健診結果により介入し、平成 2 8 年 3 月に評価を実施した 7 4 名による改善状況)

	改善:1kg 以上の減少 悪化:1kg 以上の増加		
体重の変化	改善 43.3%	維持 45.9%	悪化 10.8%
	改善:0.5%以上の減少 悪化:0.5%以上の増加		
HbA1c の変化	改善 29.8%	維持 48.6%	悪化 21.6%
	改善:5ml/min/1.73m ² 以上増加 悪化:5ml/min/1.73m ² 以上減少		
eGFR の変化	改善 16.2%	維持 63.5%	悪化 20.3%

このような HbA1c の改善や CKD ステージの維持が、病態改善はもちろん、医療費削減等にもつながると考えられます。より重症度の高い三次予防対象者を減らすためにも、二次予防で積極的に介入する必要があります。

また、保健指導を行うには、治療方針の確認等、医療機関との連携が不可欠であり、医療機関に事業の説明を行うことで、地域の医療連携への足掛かりとすることができました。しかし、地域の特徴に合わせて対象者の優先順位を考慮する必要があり、介入にあたるマンパワー（人的資源）の確保も課題となっています。

④ 人間ドック助成事業

本市では、昭和 6 1 年度から、成人病の予防、疾病の早期発見・早期治療を目的として、人間ドックの助成を行っています。

対象者	市国保の被保険者で引き続き 1 年以上加入し市税などの未納がない者	
実施期間	通年（利用は同一年度に一度）	
実施方法	市内指定医療機関にて受診	
担当	市民経済部保険年金課（H30.3 現在）	
健康診断名	検査料(円)	国保補助額(円)
1. 基本コース	50,000（税込 54,000）	25,000
2. 基本+婦人科(頸部)コース	65,000（税込 70,200）	28,500
3. 基本+婦人科(体部)コース	68,000（税込 73,440）	29,500
4. 基本+婦人科(頸部+体部)コース	69,000（税込 74,520）	30,500

(消費税は本人負担)

受診者数は毎年約 400 人で推移していますが、実施医療機関の拡大を視野に、より多くの被保険者が利用できるようにする必要があります。

総合健康診断（人間ドック）受診者数

平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
430 人	437 人	407 人	408 人	377 人

資料：人間ドック受診実績

⑤ 国保健康づくり教室

本市では、軽運動と講義を通して、健康意識の向上や疾病予防を図ることを目的とした「国保健康づくり教室」を実施しています。

国民健康保険加入者に限らず、市民が気軽に参加できる教室を実施し、健康づくりの足掛かりとなるよう事業を展開しています。毎年多くの方が参加し、意欲的に取り組んでいます。

対 象 者	大和市在住者
実 施 期 間	10 月～11 月（計 6 回）
費 用	無料
内 容	エクササイズやヨガ、ピラティスなど、スポーツクラブ講師による本格的な指導を実施
定 員	各回 20 名程度
開 催 場 所	大和スポーツセンター
担 当	市民経済部保険年金課（H30.3 現在）

4 大和市の課題

(1) 特定健康診査受診率

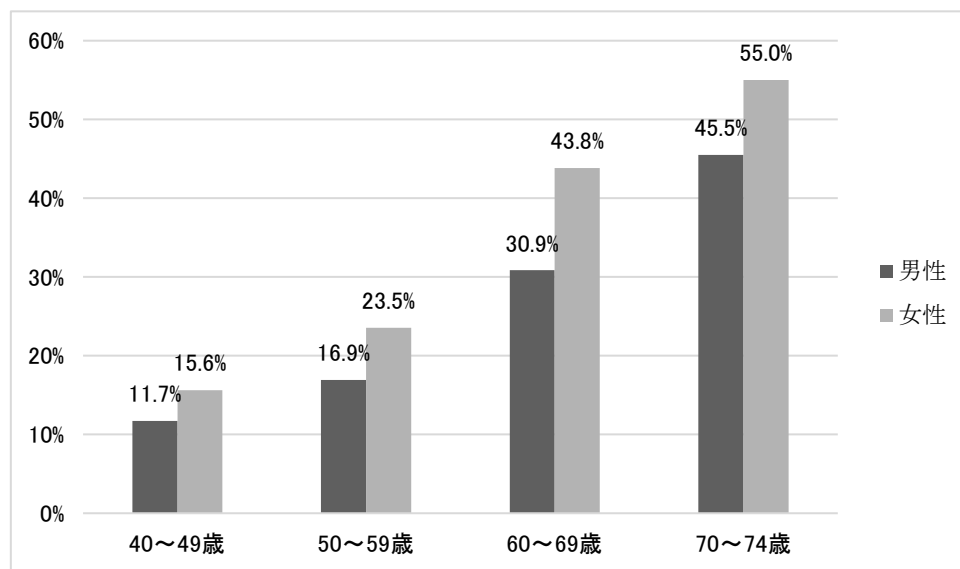
① 40～50歳代の受診率の向上

近年の特定健診受診率（法定報告^(※13)値）は、ほぼ横ばいを維持しています。
年齢別受診率をしてみると、40～50歳代、特に男性の受診率が低くなっており、
受診勧奨方法の工夫や未受診者へのアプローチが必要です。

特定健診受診率の推移

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定健診受診率 (法定報告値)	34.5%	35.1%	34.8%	34.7%

図 1 4 年齢別受診率（平成 2 8 年度）



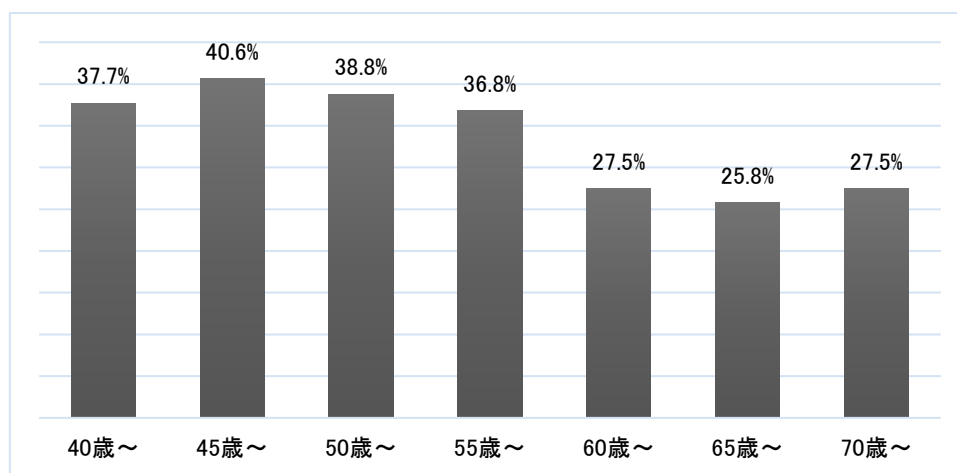
資料：国保データベース

② 未受診者に対する受診勧奨

過去3年間の未受診者について、年代別にみると40～50歳代は35%以上の高い割合を示しており、60歳以上も25%以上となっています（図15）。定期的・継続的な受診を考えた場合、特定健診における若年層の対象者を中心に広く勧奨通知等のアプローチを行う必要があります。

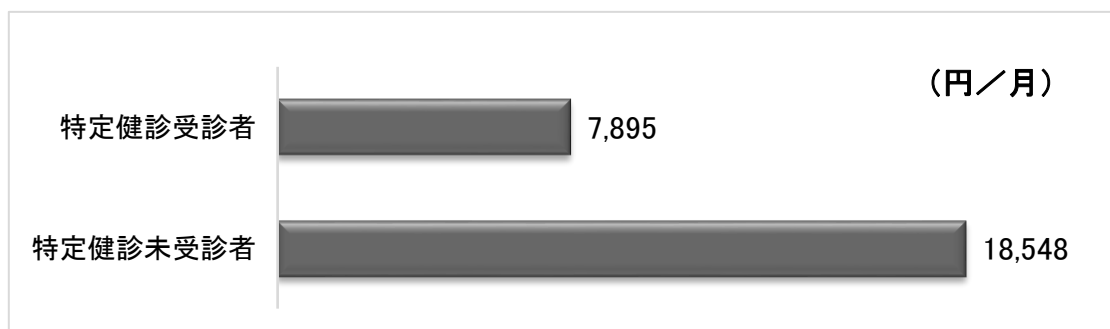
特定健診受診者と未受診者を比較すると、未受診者の生活習慣病等の医療費が2倍以上になっていることが分かります（図16）。医療費削減のためにも糖尿病・高血圧性疾患等のメタボリックシンドローム及びその予備群の生活改善を促すとともに、未受診者を減少させ重症化を未然に防ぐ必要があります。

図 1 5 年代別過去 3 年間未受診者の割合



資料：平成 2 8 年度受診実績

図 1 6 健診受診者、未受診者における生活習慣病等、一人当たりの医療費（平成 2 8 年度）



資料：国保データベース

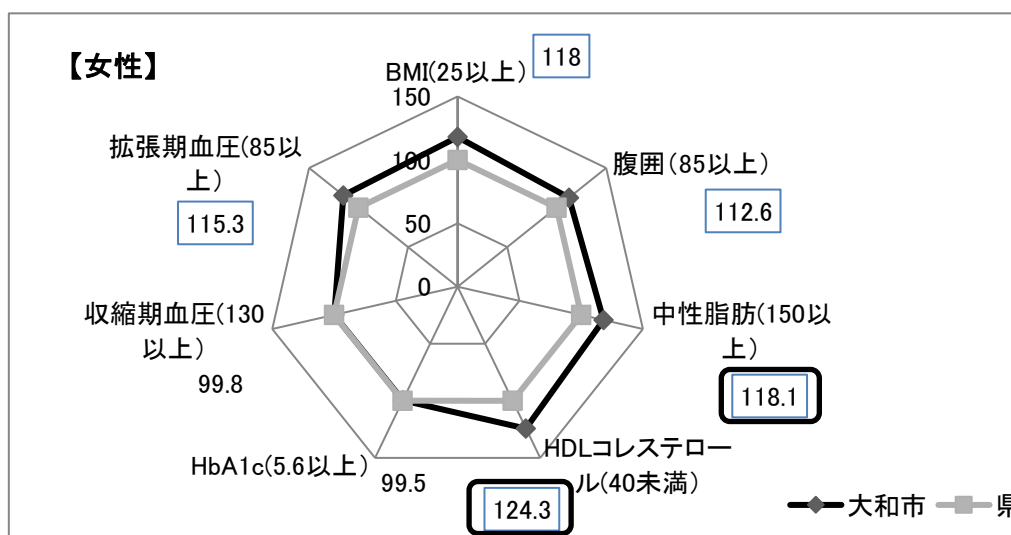
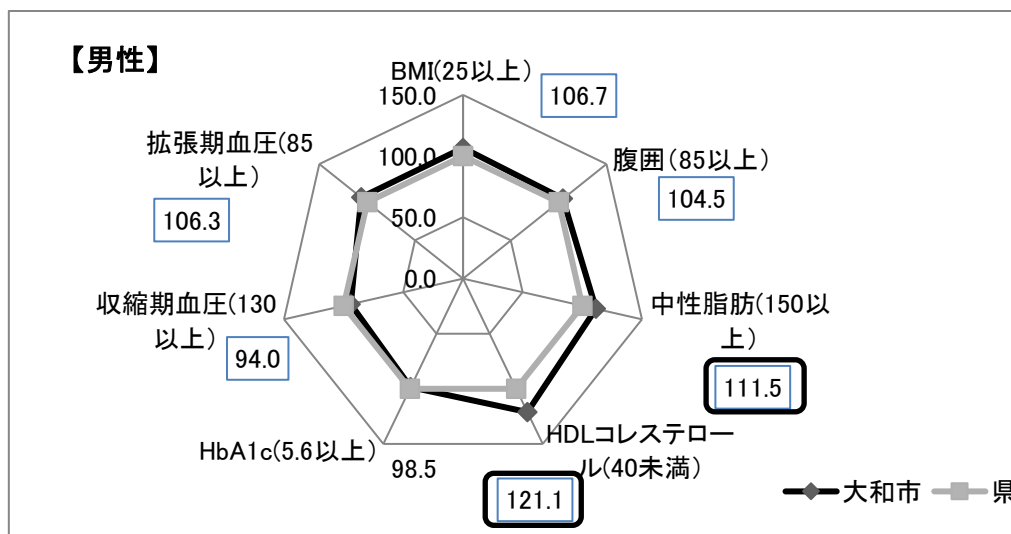
③ 有所見者に対する受診勧奨

本市の健診結果における有所見者（検査結果により何らかの異常が見られた者）の状況をみると、特に LDL コレステロール^(※14) 値の即受診レベルの割合が高めになっています。

特定健診の有所見者の状況を、県の水準を 1 0 0 とした標準化比で比べると、男女ともに HDL コレステロール^(※15) や中性脂肪^(※16) が高くなっており、女性だけで見ると BMI^(※17)、拡張期血圧、腹囲も高くなっていることが分かります。

また、図 1 8 ～ 2 3 のとおり、血圧、血糖、脂質というリスク別の健診結果状況より、即受診レベルの医療機関未受診者等を把握することができることから、健康改善やリスクの早期発見のためにも特定健診の受診が重要となります。

図17 健診結果における有所見者の状況（平成28年度）



資料：国保データベース

ア 血圧リスクの状況

平成28年度の特定健診の血圧に関する検査結果から、有所見者の状況を調べてみると、収縮期血圧は特定保健指導以上の有所見者が約半数いますが（図18）、拡張期血圧では収縮期と比べて少なくなっています。

また、収縮期、拡張期ですぐに医療機関に受診が必要な「即受診レベル」のうち、医療機関を受診していない人が、収縮期では36.0%、拡張期では39.4%いることが分かります（図19）。

リスク判定別性別有所見者数（血圧）（人）

収縮期血圧	男性+女性	男性	女性
即受診レベル 160mmHg～	509	191	318
受診勧奨値以上 140～159mmHg	2,415	981	1,434
保健指導判定値 130～139mmHg	3,018	1,248	1,770
基準値以内 ～129mmHg	7,194	2,721	4,473
合計	13,136	5,141	7,995

拡張期血圧	男性+女性	男性	女性
即受診レベル 100mmHg～	310	176	134
受診勧奨値以上 90～99mmHg	1,249	609	640
保健指導判定値 85～89mmHg	1,113	522	591
基準値以内 ～84mmHg	10,464	3,834	6,630
合計	13,136	5,141	7,995

図18 血圧有所見割合（男性+女性）

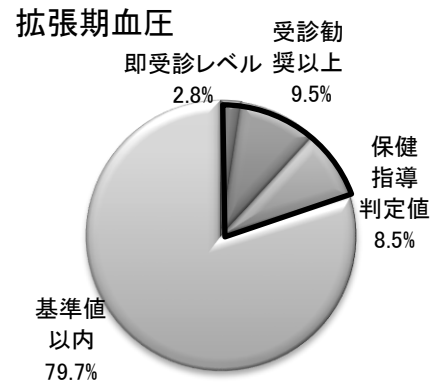
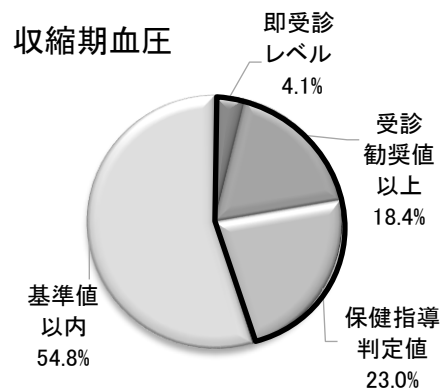
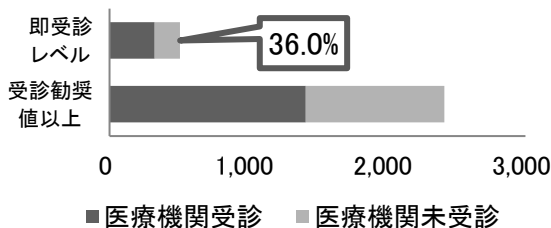
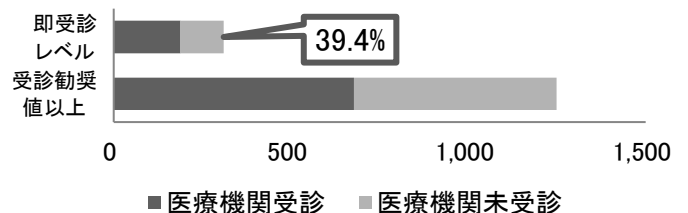


図19 受診勧奨値以上のリスク保有者の医療機関受診状況

収縮期血圧



拡張期血圧



資料：保険事業支援システム

イ 血糖リスクの状況

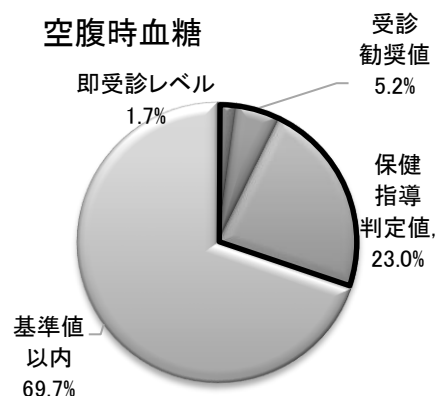
平成28年度の特定健診の血糖に関する検査結果から、空腹時血糖では保健指導判定値以上の有所見者は約30%を占め、HbA1cは保健指導判定値以上の有所見者が約半数を占めていました(図20)。

また、血糖リスクが即受診レベルの人うち、空腹時血糖では14.7%、HbA1cでは5.2%の人が医療機関を未受診でした(図21)。

リスク判定別性別有所見者数(血糖)(人)

空腹時血糖	男性+女性	男性	女性
即受診レベル 160mg/dl～	272	177	95
受診勧奨値以上 126～159mg/dl	685	391	294
保健指導判定値 100～125mg/dl	3,020	1,492	1,528
基準値以内 ～99mg/dl	9,159	3,081	6,078
合計	13,136	5,141	7,995

図20 血糖有所見割合(男性+女性)



HbA1c	男性+女性	男性	女性
即受診レベル 8.4%～	97	63	34
受診勧奨値以上 6.5～8.3%	889	458	431
保健指導判定値 5.6～6.4%	5,179	1,948	3,231
基準値以内 ～5.5%	6,967	2,670	4,297
合計	13,132	5,139	7,993

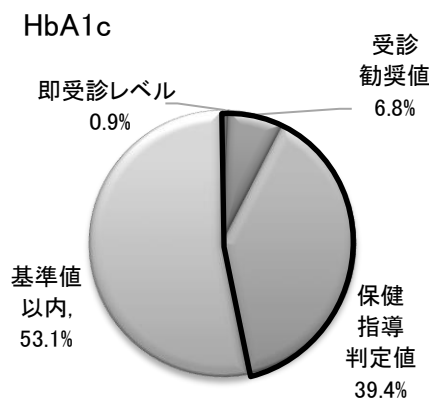
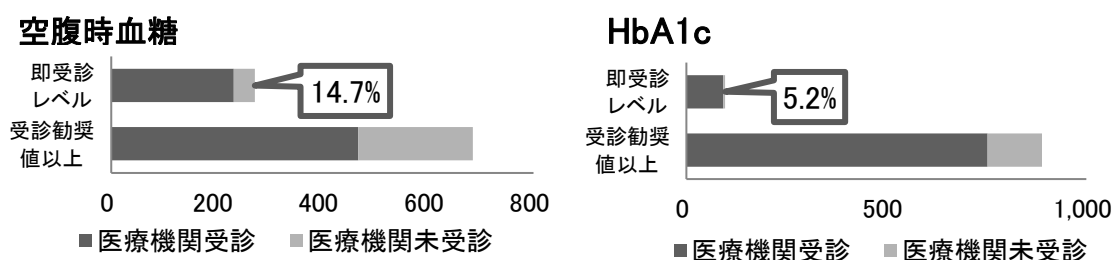


図21 受診勧奨値以上のリスク保有者の医療機関受診状況



資料：保険事業支援システム

ウ 脂質リスクの状況

平成28年度の特定健診の脂質に関する検査結果から、中性脂肪では保健指導判定値以上の有所見者は21.3%、LDL コレステロールでは保健指導判定値以上の有所見者は54.1%となっています（図22）。

リスク判定別性別有所見者数(脂質)(人)

中性脂肪	男性+女性	男性	女性
即受診レベル	0	0	0
受診勧奨値以上 300mg/dl～	372	251	121
保健指導判定値 150～299mg/dl	2,424	1,225	1,199
基準値以内 ～149mg/dl	10,340	3,665	6,675
合計	13,136	5,141	7,995

LDL コレステロール	男性+女性	男性	女性
即受診レベル 180mg/dl～	487	112	375
受診勧奨値以上 140～179mg/dl	3,158	1,007	2,151
保健指導判定値 120～139mg/dl	3,444	1,313	2,131
基準値以内 ～119mg/dl	6,047	2,709	3,338
合計	13,136	5,141	7,995

図22 脂質有所見割合(男性+女性)

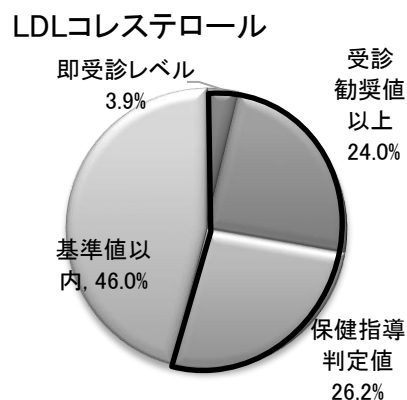
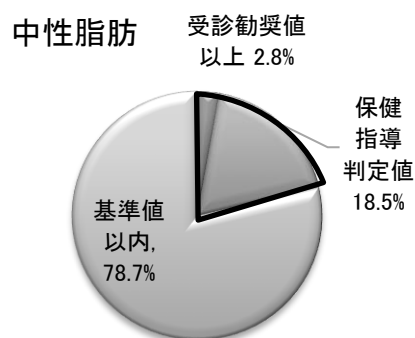
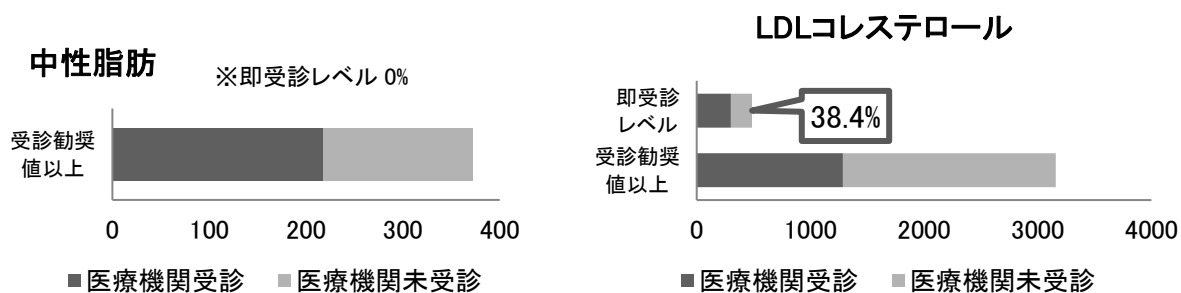


図23 受診勧奨値以上のリスク保有者の医療機関受診状況



資料：保険事業支援システム

(2) 特定保健指導実施率

保健指導実施率については増加傾向にあるものの、自主的な生活習慣改善の取組みをめざす「動機付け支援者^(※18)」に比べ、メタボリックシンドロームのリスクの高い「積極的支援者^(※18)」の利用率が低くなっています。

特定保健指導実施率の推移

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定保健指導実施率 (法定報告値)	23.1%	23.9%	29.4%	31.8%

市の保健師や管理栄養士による特定保健指導については、集団教室の実施や個別相談、また、未利用者に対する電話勧奨や訪問活動を行い、利用率の向上を図っていますが、一方で、医療機関での受診者は少なく、課題の一つとなっています。

より多くの方の病態改善を図るためにも、特定健診受診率と特定保健指導実施率を向上させる必要があります。

本市では、メタボリックシンドロームの該当者は全国人口同規模市町村と比較して少ないものの、メタボリックシンドローム予備群が多いことから、予備群の段階から特定保健指導により介入することが重要です。

メタボリックシンドローム及び予備群の割合比較（平成 28 年度）

	大和市	全国人口同規模 市町村(平均)
メタボリックシンドローム	17.3%	17.7%
メタボリックシンドローム予備群	10.8%	10.4%

資料：国保データベース

(3) 糖尿病(性腎症)重症化予防

生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患群」のことをいい、具体的には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などがこれにあたります。

本市においては、腎不全にかかる医療費が高くなっており、腎不全へつながる糖尿病や高血圧性疾患も次いで高くなっています。

また、糖尿病や高血圧性疾患は、脳梗塞や動脈硬化症につながる疾患でもあることから、例えば eGFR45ml 以下の人の割合を減らすように、健診結果をもとに受療勧奨・生活習慣改善等の介入を行うことが必要です。

5 保健事業の目標及び評価指標

(1) 短期的な目標(単年度ごとの目標)

① 特定健康診査受診率の向上

特定健診受診率を毎年度1%ずつ向上させ、最終的に60%を目指します。

	実績値 (H28)	2018 (H30)	2019	2020	2021	2022	2023	最終 目標値
特定健診 受診率	34.7%	36%	37%	38%	39%	40%	41%	60%

② 特定保健指導実施率の向上

特定保健指導実施率を毎年度1.5%ずつ向上させ、最終的に60%を目指します。

	実績値 (H28)	2018 (H30)	2019	2020	2021	2022	2023	最終 目標値
特定保健指導 実施率	31.8%	33%	34.5%	36%	37.5%	39%	40.5%	60%

③ 糖尿病(性腎症)重症化予防

本市における医療費の第1位は、慢性腎不全です(がんを除く)。高血糖や腎機能の低下が見られる人を対象に、糖尿病抑制・予防教室の開催や、市保健師・管理栄養士による訪問個別指導を実施し、CKDステージやHbA1cの維持改善80%以上を目指します。

(2) 中長期的な目標

1人当たりの医療費の抑制

中長期的な目標として、国民健康保険被保険者の1人当たり医療費の伸び率を2%台に抑制します。

保健事業の目標及び評価指標一覧

(1)【短期的な目標】(単年度ごとの目標)					
対策	事業名	主な事業内容と目的	対象	アウトプット指標	アウトカム指標
① 特定健康診査受診率の向上	受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> ○長期的な受診率向上のため、若年層の未受診者や過去3年間未受診者に対して受診勧奨通知を送付し、早期からの受診等を促す。 ○広報等による勧奨(周知)。 	<ul style="list-style-type: none"> ○勧奨通知: 40歳~50歳の過去5年間未受診者 	<ul style="list-style-type: none"> ○受診勧奨通知を送付: 約3,000件(100%) 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率:平成30年度を36%とし、最終的に60%を目指す。 ○40歳~49歳の受診率+5%増
	人間ドック助成事業	<ul style="list-style-type: none"> ○成人病の予防、疾病の早期発見・早期治療を促す。 ○検査料の補助を行い、受診者のデータを特定健診結果に振り替える。 	<ul style="list-style-type: none"> ○受診を希望する、国保に1年以上加入かつ市税に滞納の無い被保険者 	<ul style="list-style-type: none"> ○受診人数・健診結果振替数:約400件 ○協力医療機関件数:4カ所 	<ul style="list-style-type: none"> ○受診人数:450人(10%増) ○健診結果の振替をし、受診率を約2%上昇させる。
② 特定保健指導実施率の向上	特定保健指導利用勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> ○メタボリックシンドロームの該当者および予備群を減らす。 ○対象者の希望に合わせて利用方法やレベルを選択できるようにする。 ○保健指導の利用が無い被保険者に対し、訪問等を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健指導対象者 ○対象者のうち、保健指導を利用していない者 	<ul style="list-style-type: none"> ○未利用者への訪問:約300件(100%) 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導実施率:平成30年度を33%とし、最終的に60%を目指す。
③ 糖尿病(性腎症)重症化予防	糖尿病(性腎症)重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ○高血糖、腎機能低下の対象者の重症化予防 ○相談会、訪問による保健指導を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○高血糖、腎機能低下対象者(40歳以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病抑制・予防教室の開催等 ○訪問数 ・糖尿病重症化予防:400件(60%) ・糖尿病性腎症重症化予防:約100件(60%) 	<ul style="list-style-type: none"> ○CKDステージの維持改善:80%以上 ○HbA1cの維持改善:80%以上 ○医療連携の構築
(2)【中長期的な目標】 1人当たりの医療費の伸び率を2%台に抑制する					

※アウトプット…事業実施量(事業実施者の行動や対応の量)

※アウトカム…事業成果(事業対象者等の行動や対応が直接起因するもの)

6 今後の事業展開

(1) 特定健康診査受診率の向上

平成28年度より、特定健診受診勧奨通知の対象を40～50歳の過去5年未受診者としました。これまで勧奨を促していた高齢者とは異なる層をターゲットとすることで、長期的な受診率向上を目指しました。今後もこの考え方を基本として、目標達成のために、次の施策を推進します。

① 若年層の受診率の向上

課題となっている特定健診における若年層の対象者（40～50歳代）の受診率向上を目指します。これにより未受診者の減少を図り、疾病の早期発見や若年層からの健診受診の習慣づけ（長期的な受診率向上）を行います。

② 過去3年間未受診者の減少

被保険者の中には、毎年ではなく数年おきに受診する方もいます。受診者を増やすために、未受診者への呼びかけ、受診勧奨通知対象の絞り込み、送付物の改善等を行い、過去3年間未受診者の減少を目指します。

③ 人間ドック受診者数の増加

特定健診と同様の効果を得られる人間ドックについても、受診者数を増やすためのPR等を行います。

(2) 特定保健指導受診率(利用率)の向上

平成28年度まで、特定保健指導実施率は向上しているものの、積極的支援の受診率(利用率)が低いことに加え、医療機関での保健指導利用件数が横ばいとなっています。受診率(利用率)の向上には、かかりつけ医からの被保険者への働きかけが重要となるため、今後は地域の医療機関との連携を充実させます。

また、対象者の希望に沿った指導内容を選択できる仕組みや、未利用者への訪問等を充実します。

(3) 糖尿病(性腎症)重症化予防

HbA1cが6.5%以上の高血糖の方を対象に、二次予防、三次予防として、訪問個別指導を実施します。

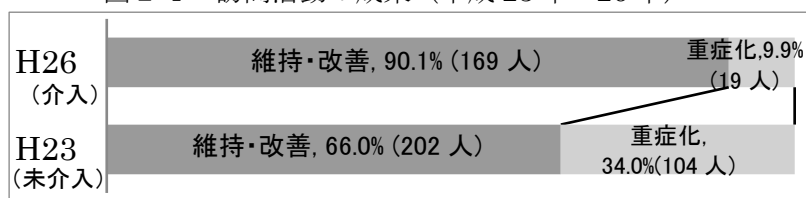
(4) フレイル^(※19)低栄養支援の充実(メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行)

近年、全国的に高齢者のフレイル(虚弱)が問題となっています。

本市では、平成25年度より生活習慣病及び介護予防の取り組み強化策として、高齢者の低栄養状態の改善等を図るため、管理栄養士による訪問栄養相談を実施しています。

対象は、BMI 18.5未満かつ半年間の体重減少が2～3kg以上の二つに該当した方で、初回、3か月、6か月と継続的に支援を実施しています。栄養改善により、重症化（要介護・要支援+死亡）高齢者の割合を大幅に減らすことができました（図24）。メタボ対策と並んで医療費削減効果が期待される事業です。

図24 訪問活動の成果（平成23年～26年）



※ 平成23年度(未介入)は栄養改善該当者306人の結果。平成26年度(介入)は訪問終了者188名の追跡調査結果。

(5) 疾病予防(国保健康づくり教室)

軽運動と講義を通して、健康意識の向上や疾病予防を図るために実施する「国保健康づくり教室」について、より多くの市民が気軽に参加できるように、開催回数や教室内容を検討の上、展開していきます。

7 その他

(1) 大和市国民健康保険データヘルス計画の見直し

本データヘルス計画（第2期）の各年度及び、最終年度となる2023年度における目標の達成状況及び事業の実施状況等についてデータ分析を行い評価します。評価の結果、見直しの必要性や取り組むべき事業について検討を行い、PDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的に保健事業を実施するとともに、次期計画に反映します。

① Plan（計画）

これまでの保健事業の振り返りとデータ分析によって現状を把握、整理し、健康課題、事業目的を明確化し、効果的かつ効率的な保健事業を目指します。

② Do（実施）

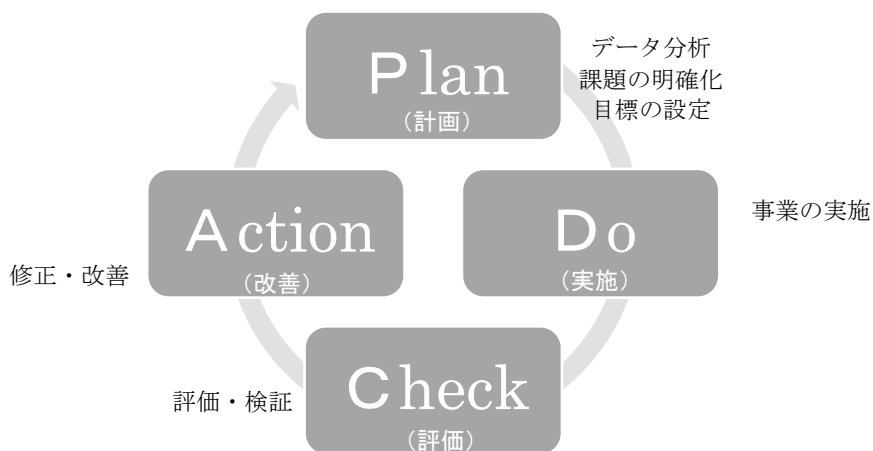
計画に基づいて、国保加入者全体に効率的に保健事業を展開して行きます。

③ Check（評価）

計画時に設定した評価指標をもとに、保健事業の実施結果を分析・評価します。

④ Action（改善）

評価結果に基づき、保健事業の改善を図ります。



(2) 計画の公表・周知

「大和市国民健康保険データヘルス計画」については、ホームページで公表し、国民健康保険被保険者及び地域住民への周知を図ります。

(3) 個人情報の保護

本計画に基づく事業の実施にあたっては、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン」等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知徹底するとともに、大和市個人情報保護条例、情報セキュリティポリシーについても遵守し、個人情報の取り扱いに細心の注意を払います。

(4) 保健事業にかかるスケジュール
年間スケジュール

月	特定健康診査	特定保健指導	健康相談・教育事業 (生活習慣病予防の取り組み)	人間ドック助成事業 ・保健衛生普及事業・その他
4月	● 特定健診対象者の抽出	● 特定保健指導実績評価(～9月)	● 前年度対象者訪問(継続)	● 人間ドック助成(通年) (健診結果の振替(通年))
5月	● 受診券の作成・送付 ● 委託団体及び関係機関説明会			
6月	● 特定健診(～9月)			
7月				
8月	● 特定健診未受診者勧奨通知発送			● ジェネリック差額通知発送
9月		● 特定保健指導利用券の送付(～3月)	● 対象者抽出・通知発送・訪問(～次年度9月) <糖尿病未受診者対策・糖尿病性腎症重症化予防>	● 医療費通知発送
10月		● 特定保健指導(～3月) ● 委託団体と次年度契約について打合せ ● 未利用者への勧奨・訪問		● 国保健康づくり教室の開催(～11月)
11月	● 前年度法定報告値の取得			
12月				
1月				
2月	● 運営協議会への報告	● 運営協議会への報告		● ジェネリック差額通知発送
3月	データヘルス計画・実施計画の見直し(評価・改善)			● 医療費通知発送

当年度訪問対象者基準検討

前年度訪問アウトカム評価

健診結果の收受

データ分析(前年度)

データ分析(前年度)

第2章 特定健康診査等実施計画^(※20)(第3期)

1 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

特定健診・特定保健指導が実施される前の基本健康診査は、個別疾病の早期発見・治療が目的であったため、保健指導も健康教室への参加を促す等、疾病予防に主眼を置いたものでした。

平成20年度から特定健康診査に移行したことで、メタボリックシンドロームの該当者・予備群が把握されるようになり、特定保健指導においても、糖尿病などの生活習慣病の有病者・予備群を減少させることに主眼を置いた支援が可能になりました。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行することが多いため、毎年の特定健診は、自らの健康状態を知り、生活習慣を振り返る絶好の機会になり、特定保健指導は自らの生活習慣を変える契機にもなります。

本計画では、大和市国民健康保険データヘルス計画と同じく、単年度ごとの事業評価を行うことで、定期的な実施体制や事業の見直しを図ります。

2 第2期計画の実績と課題

① 特定健康診査実績

	対象者	受診者数	受診率
25年度	42,518人	14,658人	34.5%
26年度	41,871人	14,713人	35.1%
27年度	40,589人	14,126人	34.8%
28年度	38,088人	13,207人	34.7%

資料：特定健診・特定保健指導の法定報告

② 特定保健指導実績

	対象者	初回面接		実績評価（最終面接）		
		受診者	利用率	受診者	実施率	
25年度	動機付け	1,230人	361人	29.3%	334人	27.2%
	積極的	351人	57人	16.2%	31人	8.8%
	合計	1,581人	418人	26.4%	365人	23.1%
26年度	動機付け	1,200人	490人	40.8%	366人	30.5%
	積極的	363人	65人	17.9%	8人	2.2%
	合計	1,563人	555人	35.5%	374人	23.9%
27年度	動機付け	1,115人	400人	35.9%	367人	32.9%
	積極的	288人	49人	17.0%	45人	15.6%
	合計	1,403人	449人	32.0%	412人	29.4%

28 年 度	動機付け	1,054人	435人	41.3%	384人	36.4%
	積極的	262人	48人	18.3%	34人	13.0%
	合計	1,316人	483人	36.7%	418人	31.8%

資料：特定健診・特定保健指導の法定報告

③ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

	H25→H26	H26→H27	H27→H28
メタボリックシンドロームの減少率	25.0%	24.0%	22.3%
メタボリックシンドローム予備群の減少率	26.1%	23.1%	23.8%

資料：特定健診・特定保健指導の法定報告

④ 課題

第2期計画を終えての課題は、特定健診受診率の向上です。

主に、若年層（40～50歳代）、特に男性の受診率が低くなっており、受診率向上対策として、広報活動を積極的に行ってきました。

第2期計画における主な広報活動

- ・ 広報やまと・ホームページへの掲載
- ・ ポスター・パンフレットの配布、自治会での回覧
- ・ FMやまとの番組出演によるPR
- ・ 受診勧奨通知の送付
- ・ 市民まつりにおける健診PR用ポケットティッシュの配布
- ・ 市政情報モニター「やまとビジョン」や庁舎案内ロボットpepperでの放映
- ・ 庁内館内放送
- ・ スポーツクラブへのポスター掲示依頼
- ・ 第一生命保険地区担当からの被保険者へのリーフレット配布

受診勧奨を兼ねて実施したアンケートでは、未受診の理由として「定期通院している」、「平日の受診は困難」というものが多く、すでに医療機関にかかっている被保険者への受診勧奨や受診機会の拡大も課題となっています。

また、平成23年度からは、人間ドックの助成を受けた人を特定健診受診者としてカウントすることで、約2%の受診率向上に結びつきましたので、同助成の促進も図る必要があります。

特定保健指導においては、協力医療機関で行うほか、市（健康づくり推進課）の行う健康づくり教室や訪問活動により、実施率は上昇しましたが、目標率の達成は依然厳しい状況です。

1人当たりの医療費は、被保険者数が減少しているにもかかわらず増加傾向で、これ

は医療の高度化等が要因として考えられます。

疾病別医療費分析（生活習慣病）を男女別にみると、男性は脳梗塞・脳出血での入院が高く、女性は脳梗塞が高い傾向です。（第1章大和市国民健康保険データヘルス計画（第2期）P10参照）

3 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標

（1）特定健診受診率、特定保健指導実施率の目標

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	最終目標
特定健診受診率	36%	37%	38%	39%	40%	41%	60%
特定保健指導実施率	33%	34.5%	36%	37.5%	39%	40.5%	60%

（2）特定保健指導対象者減少率の目標

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
特定保健指導対象者の減少率(H20年度比)	25%	26%	27%	28%	29%	30%

4 特定健康診査等の対象者数

（1）特定健康診査受診対象者推計

対象は、40歳以上75歳未満の国民健康保険加入者で、データは対象者数の平均減少率を用いて推計しました。

2018年度（平成30年度）

（単位：人）

	男	女	計	計
40-44歳	1,694	1,294	2,988	16,098
45-49歳	1,883	1,406	3,289	
50-54歳	1,528	1,280	2,808	
55-59歳	1,396	1,352	2,748	
60-64歳	1,896	2,369	4,265	
65-69歳	4,573	5,666	10,239	20,626
70-74歳	4,595	5,792	10,387	
合計	17,565	19,159	36,724	36,724

2019 年度

(単位：人)

	男	女	計	計
40-44 歳	1,633	1,248	2,881	15,521
45-49 歳	1,816	1,355	3,171	
50-54 歳	1,473	1,235	2,708	
55-59 歳	1,346	1,303	2,649	
60-64 歳	1,828	2,284	4,112	
65-69 歳	4,409	5,463	9,872	19,888
70-74 歳	4,431	5,585	10,016	
合 計	16,936	18,473	35,409	35,409

2020 年度

(単位：人)

	男	女	計	計
40-44 歳	1,575	1,203	2,778	14,966
45-49 歳	1,751	1,307	3,058	
50-54 歳	1,421	1,190	2,611	
55-59 歳	1,298	1,257	2,555	
60-64 歳	1,762	2,202	3,964	
65-69 歳	4,251	5,267	9,518	19,175
70-74 歳	4,272	5,385	9,657	
合 計	16,330	17,811	34,141	34,141

2021 年度

(単位：人)

	男	女	計	計
40-44 歳	1,518	1,160	2,678	14,429
45-49 歳	1,688	1,260	2,948	
50-54 歳	1,370	1,148	2,518	
55-59 歳	1,251	1,212	2,463	
60-64 歳	1,699	2,123	3,822	
65-69 歳	4,099	5,078	9,177	18,489
70-74 歳	4,120	5,192	9,312	
合 計	15,745	17,173	32,918	32,918

2022 年度

(単位：人)

	男	女	計	計
40-44 歳	1,464	1,118	2,582	13,912
45-49 歳	1,627	1,215	2,842	
50-54 歳	1,321	1,107	2,428	
55-59 歳	1,207	1,168	2,375	
60-64 歳	1,638	2,047	3,685	
65-69 歳	3,952	4,896	8,848	17,827
70-74 歳	3,972	5,007	8,979	
合 計	15,181	16,558	31,739	31,739

2023 年度

(単位：人)

	男	女	計	計
40-44 歳	1,412	1,078	2,490	13,413
45-49 歳	1,569	1,171	2,740	
50-54 歳	1,273	1,067	2,340	
55-59 歳	1,163	1,126	2,289	
60-64 歳	1,580	1,974	3,554	
65-69 歳	3,811	4,721	8,532	17,189
70-74 歳	3,830	4,827	8,657	
合 計	14,638	15,964	30,602	30,602

(2) 特定保健指導の対象者の発生率 (法定報告の平成 25～28 年度平均発生率)

	動機づけ支援	積極的支援	合計
40-64 歳	5.9%	8.1%	14.0%
65-74 歳	8.95%		8.95%

(3) 特定健康診査及び特定保健指導受診者推計

特定保健指導受診者については、平成25～28年度の特定健診受診者における特定保健指導対象者数の平均割合から推計しました。

年 度	年 齢	特定健診		特定保健指導	
		対象者数	受診者数 (見込み)	対象者	受診者数 (見込み)
2018年度 (平成30年度)	40-64	16,098	5,795	598	197
	65-74	20,626	7,425	767	253
	合 計	36,724	13,220	1,365	450
2019年度	40-64	15,521	5,743	593	205
	65-74	19,888	7,359	760	262
	合 計	35,409	13,102	1,353	467
2020年度	40-64	14,966	5,687	587	211
	65-74	19,175	7,287	752	271
	合 計	34,141	12,974	1,339	482
2021年度	40-64	14,429	5,627	581	218
	65-74	18,489	7,211	745	279
	合 計	32,918	12,838	1,326	497
2022年度	40-64	13,912	5,565	575	224
	65-74	17,827	7,131	736	287
	合 計	31,739	12,696	1,311	511
2023年度	40-64	13,413	5,499	568	230
	65-74	17,189	7,047	728	295
	合 計	30,602	12,546	1,296	525

5 特定健康診査等の実施方法

(1) 特定健康診査

- ① 実施場所：市内協力医療機関（約80医療機関 年度によって異なる）
- ② 実施方法：個別健診（5月末に対象者へ受診券を送付。受診者本人が受診を希望する協力医療機関に予約の上、受診する。）

③ 実施項目

基本的な健診の項目（大和市独自項目を含む）

- ・ 質問項目（服薬歴、喫煙歴等）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））
- ・ 理学的検査（身体診察）
- ・ 血圧測定
- ・ 血中脂質検査（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 -GTP）
- ・ 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c検査（やむを得ない場合は随時血糖））
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ その他（独自項目として全員実施するもの）
総コレステロール、クレアチニン（詳細項目として扱わない場合）、尿酸、
血清アルブミン、ALP

詳細な健診の項目 ※一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施（表1）

- ・ 心電図検査
- ・ 眼底検査
- ・ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
- ・ 血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）

表1 詳細な健診項目の選定基準

項目	選定基準				
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査	当該年度の特設健診診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上又問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特設健診診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者				
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期が 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期が 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期が 90mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上				
ただし、当該年度の特設健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特設健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当した者を含む					
血清クレアチニン検査（eGFR による腎機能の評価を含む）	当該年度の特設健診診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者				
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上				

④ 実施期間：6月～9月（4か月）

⑤ 受診券の発行時期：5月末

⑥ 自己負担額：1,200円

ただし、下記の条件に該当する者は免除とすることが出来る。

- ・70歳以上の者
- ・市民税非課税世帯に属する者（※必要書類：非課税証明書）
- ・中国残留邦人等の支援給付を受ける者
（※必要書類：中国残留邦人等の支援給付を受ける証明書）

⑦ 委託の有無：市内約80医療機関で実施するため大和市医師会、医師会未加入医療機関に個別委託。

- ⑧ 契約形態：大和市医師会、医師会未加入医療機関と単年度契約を結ぶ。
- ⑨ 委託先選定に当たっての考え方
 - ・実施するために必要な医師、看護師が確保されていること。
 - ・実施機関により、測定値及び判定値が異ならないよう健診の精度管理を行い検査値の精度が保証されていること。
 - ・実施機関は受診者のプライバシーが十分に保護される設備が確保されており、敷地内禁煙とする（受動喫煙の防止措置が講じられている）こと。
 - ・厚生労働大臣が告示において定める特定健康診査の外部委託に関する基準に即して、利用者の利便性や健診の質の確保などが、図られていること。等
- ⑩ 受診率向上のための対策（未受診者対策）
 - ・広報手段の拡充（広報やまとへの特集記事掲載、ホームページへの掲載、実施機関などでの啓発用ポスター掲載、市政情報モニター「やまとビジョン」への掲載）
 - ・未受診者への勧奨通知の送付
 - ・健診のPR強化（健康教室での啓発、パンフレットの配布、FMやまと番組内での健診周知、勧奨用ポケットティッシュの配布、市庁舎内放送によるPR、市内スーパーマーケットでの館内放送依頼等）
 - ・人間ドック受診者のうち特定健診未受診者分の健診結果振替

（2）特定保健指導

- ① 実施場所：

市内の医療機関や市民センター等の施設の活用により身近な場所で受診できるように受診者の利便を考慮します。（医療機関、保健福祉センター、地域医療センター、コミュニティーセンター、学習センター等）
- ② 実施方法：動機付け支援、積極的支援
 - ・個別支援、グループ支援、電話による支援、文書・電子メールによる支援
- ③ 実施期間：通年
 - ・初回面接（10月～翌年3月）／実績評価（翌年4月～翌年9月）
- ④ 対象者への通知時期：健診受診月の4か月後を目途に対象者に通知
- ⑤ 自己負担額：なし
- ⑥ 委託の有無：市内協力保健指導実施機関に個別に委託する。（直営でも実施）
- ⑦ 契約形態：市内協力保健指導実施医療機関と個別に単年度契約を結ぶ。
- ⑧ 委託先選定にあたっての考え方：

厚生労働大臣が告示において定める特定保健指導の外部委託に関する基準に即して、対応人員や設備、利用者の利便性や健診の質の確保などが図られていること。

⑨ 特定保健指導対象者の重点化

特定保健指導未利用者への訪問等に取り組み、特定保健指導対象者全員に市保健師等が接触・介入を目指します。

⑩ 受診率（利用率）向上のための対策

年齢、健診結果等により一定の優先順位のもと未受診者を抽出して電話、訪問等によって面接を実施することにより受診率（利用率）の向上を図ります。

（３）代行機関の利用

契約した市内協力医療機関、市内協力保健指導実施機関等からの費用の請求・支払い及び健診データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、保健指導利用券の付番（発送は保険者が行う）、基金への報告書作成等に係る業務については、代行機関である神奈川県国民健康保険団体連合会に委託します。

委託するにあたり、健診等機関及び保険者との電子的ネットワーク接続が考えられるため、代行機関には個人情報を扱うことに対して「レセプトオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じることの義務づけを行います。

（４）他の健診データの受領方法

被保険者が生涯にわたり自ら健診・保健指導情報を活用し、健康づくりに役立たせるためには、継続したデータの管理が必要です。他の保険者からの異動等に伴う健診及び保健指導の情報提供の授受については、国が示す標準的様式により、すべて電子データにて行います。他の保険者への情報提供については、必ず本人の同意を得たうえで行います。

(5) 年間実施スケジュール

4月	健診対象者の抽出	健診・保健指導実施機関（継続契約）との契約
5月		
6月	(特定健診の開始)	
7月		
8月		
9月	(特定健診の終了) ▼ 健診データ受取 費用決済(開始)	保健指導対象者の抽出
10月		保健指導実施機関（当初契約）との契約 （特定保健指導初回面接の開始）
11月		保健指導データ受取 費用決済(開始)
12月		
1月		
2月	健診データ受取 費用決済(終了)	
3月		▼ 特定保健指導初回面接 の利用受付終了
4月		保健指導データ受取 費用決済(終了) 実績評価開始
5月		
6月		
7月		
8月		
9月	支払基金へ報告	▼ 特定保健指導実績評価の利用受付終了
10月		

6 個人情報の保護

(1) 個人情報保護の周知・徹底：

特定健診等の実施にあたり、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン」等）等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知徹底します。

また、大和市個人情報保護条例、情報セキュリティポリシーについても遵守し、個人情報の取扱いに細心の注意を払います。

(2) データの保管方法：

国への実績報告のため、国が示す標準様式に準じ電子化して保存します。

(3) 保管の委託の有無：

健診機関から提出された健診・保健指導のデータは、代行機関である国保連合会に管理・保管を委託します。

(4) システム体制等：

委託契約に際し、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ます。

7 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についてはホームページで公表し、国民健康保険被保険者及び地域住民への周知を図ります。

8 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

本計画の目標達成状況等に基づき毎年度計画の評価を行い、受診率等の向上に向けて、実施方法の改善など必要な計画の見直しを行います。

9 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

- ・受診方法等について、より受診しやすい環境づくりを医療機関等と調整していきます。
- ・被保険者の制度に対する理解を深めるため、パンフレットを作成し、保険年金課窓口、健診協力医療機関窓口等で配布します。

用語解説

	用 語	解 説
1	健康日本21	近年、生活習慣病の割合が増加したことに対し、健康寿命の延伸等により、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現するため、平成12年に生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな運動として策定された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」のこと。
2	診療報酬明細書（レセプト）	「レセプト」とも呼ばれ、患者が受けた診療について、病院や診療所などの医療機関や保険薬局が医療保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のこと。医療機関等で実際にかかった医療費のうち、患者が負担した医療費の残りを医療保険者に請求するもの。
3	国保データベース（KDB）システム	国保連合会 ^(用語4) が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたもの。
4	神奈川県国民健康保険団体連合会	国民健康保険法第83条に基づき、会員である保険者（市町村及び国民健康保険組合）が共同でその目的を達成するために必要な事業を行うことを目的に設立された公法人で、設立にあたっては都道府県知事の認可を必要とし、全国47都道府県にそれぞれ設立。診療報酬の審査支払や医療適正化に対する援助などを行っている。
5	神奈川県医療費適正化計画	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、県が策定する計画。高齢化が急速に進むという神奈川県の地域特性を踏まえ、県民の健康増進と生活の質の向上も目指しながら、医療費の伸びの適正化を図るために策定されたもの。

	用 語	解 説
6	後期高齢者医療制度	少子高齢化による医療費の増大に対し、持続可能な保険医療制度とするため、平成20年4月から始まったもの。75歳以上の人（65歳以上で一定以上の障害があり、申請により加入した人を含む）を対象とした医療制度で、75歳になった方はすべて現在加入している国民健康保険や職場の健康保険を脱退し、「後期高齢者医療制度」の被保険者となる。県の後期高齢者医療広域連合が運営。
7	メタボリックシンドローム	「内臓脂肪症候群」とも呼ばれ、複数の病気や異常が重なっている状態を表す。腸のまわり、または腹腔内にたまる「内臓脂肪の蓄積」によって、高血圧や糖尿病、脂質異常症（高脂血症）などの生活習慣病の重なりが起きていることを示す。
8	特定保健指導	特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、生活習慣を見直すサポートをするもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある（よりリスクが高い方が積極的支援）。
9	ヘモグロビンエーワンシー H b A 1 c	赤血球中のヘモグロビンのうちどれくらいの割合が糖と結合しているかを示す検査値。血糖コントロール状態の目安となる検査値。
10	空腹時血糖	特定健診で測定する空腹時血糖値とは、10～14時間の絶食後、翌日の早朝に採血して測定する血糖値。
11	慢性腎臓病（CKD）	推算糸球体濾過量（eGFR）を指標として、重症度に応じてステージ1からステージ5の5段階に分けられる。腎臓の働きが健康な人の60%以下に低下する（eGFRが60ml/分/1.73㎡未満）か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態のこと。
12	e G F R	血清クレアチニン値と年齢と性別から計算するもの。腎臓に老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示す。
13	法定報告	特定健康診査等の実施状況の報告のこと。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、保険者は社会保険資料報酬支払基金に対し、毎年度、当該年度の末日における特定健診や特定保健指導の実施状況に関する結果を報告することとされている。

	用 語	解 説
14	L D L コレステロール	細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となるもの。
15	H D L コレステロール	血液中のコレステロールや中性脂肪などが、たんぱく質と結びついたもの。血管内壁にへばりついて動脈硬化を引き起こすコレステロールを引き抜いて、肝臓まで運ぶ働きをする。「善玉コレステロール」と呼ばれる。
16	中性脂肪	人間の体を動かすエネルギー源となる物質で、別名「トリグリセリド」と呼ばれ、健康診断の検査結果では「TG」等の記号で表示される。
17	B M I	BMI は Body Mass Index (ボディ・マス・インデックス) の略称で、「体格指数」等と呼ばれることもある。
18	動機付け支援・積極的支援	特定保健指導におけるサポートの種類。動機付け支援では、個別面接またはグループ支援を原則 1 回行い、対象者が自らの生活習慣を振り返り行動目標を立て行動に移し、その生活が継続できることを目指した支援をする。6 ヶ月後に通信等（電話・eメール・ファックス・手紙等）を利用して評価を行う。積極的支援では、動機付け支援に加え、3 ヶ月以上の定期的・継続的な支援（電話・eメール・ファックス・手紙等）を行い、対象者が自らの生活習慣を振り返り行動目標を立て行動に移し、その生活が継続できることを目指した支援で、同じく 6 ヶ月後に評価を行う。
19	フレイル	海外の老年医学の分野で使用されている「Frailty (フレイルティ)」に対する日本語訳。「Frailty」を日本語に訳すと「虚弱」や「老衰」、「脆弱」などになる。
20	特定健康診査等実施計画	平成 20 年度より各保険者に実施が義務付けられている特定健康診査及び特定保健指導について、5 か年の計画を定めるもの（2018 年度（平成 30 年度）からは 6 か年計画となる）。

大和市国民健康保険データヘルス計画・特定健康診査等実施計画

平成30年3月

発行 大和市 市民経済部 保険年金課
〒242-8601 大和市下鶴間一丁目1番1号
電話:046-263-1111(代表)